

民 政 部  
国 家 卫 生 健 康 委 文 件  
中 国 残 联

民发〔2023〕70号

---

民政部 国家卫生健康委 中国残联  
关于印发《精神障碍社区康复服务资源共享  
与转介管理办法》的通知

各省、自治区、直辖市民政厅（局）、卫生健康委、残联，各计划单列市民政局、卫生健康委、残联，新疆生产建设兵团民政局、卫生健康委、残联：

为加强精神障碍社区康复服务资源共享，畅通精神卫生医疗康复资源和康复对象间的信息共享和转介服务机制，民政部、国家卫生健康委、中国残联制定了《精神障碍社区康复服务资源共

享与转介管理办法》，现印发给你们，请结合实际遵照执行。



2023年12月19日

# 精神障碍社区康复服务资源共享 与转介管理办法

## 第一章 总则

**第一条** 为加强精神障碍社区康复服务资源共享，建立完善精神卫生医疗康复资源和康复对象间的转介服务机制，根据《中华人民共和国精神卫生法》、《中华人民共和国残疾人保障法》、《残疾预防和残疾人康复条例》、《民政部 财政部 卫生计生委 中国残联关于加快精神障碍社区康复服务发展的意见》（民发〔2017〕167号）和《民政部 财政部 国家卫生健康委 中国残联关于开展“精康融合行动”的通知》（民发〔2022〕104号）等法律法规和政策规定，制定本办法。

**第二条** 精神障碍社区康复资源共享与转介服务（以下简称“精康转介服务”）工作纳入县级以上人民政府精神障碍社区康复服务工作领导小组或者部门协调工作机制，由民政部门牵头，卫生健康部门和残联等部门（单位）共同实施。

**第三条** 民政部负责统筹精康转介服务监督管理，明确工作目标，制定管理制度，建立全国统一的精神障碍社区康复服务国家转介信息平台（以下简称“精康转介平台”），实现与国家严重

精神障碍信息系统等数据交换共享，组建部级专业人才库。

县级以上地方人民政府民政部门负责统筹本辖区精康转介服务监督管理，推进辖区内精神障碍社区康复服务机构（以下简称“社区康复机构”）建设，依托精康转介平台共享卫生健康部门严重精神障碍患者信息、残联持证精神残疾人信息，评估统计社区康复服务需求，通过政府购买服务等方式提供精康服务，开展精康转介服务质量督导和服务实施监督，建立辖区内社区康复机构和社区康复服务对象信息档案，组建本级专业人才库。

**第四条** 县级以上人民政府卫生健康部门负责对开展精康转介服务的医疗卫生机构进行监督管理，指导医疗卫生机构在患者及监护人（含经监护人授权的照料人）知情同意下，通过国家严重精神障碍信息系统上传转介信息，配合同级民政部门组建专业人才库，为精康转介服务提供技术支持。

**第五条** 各级残联组织负责利用全国残联信息系统平台做好持证精神残疾人相关康复需求的筛查统计，加强与同级民政、卫生健康等部门的信息共享和数据交换，为有需求的精神残疾人提供社区康复服务及康复后就业转介服务，并将精神障碍社区康复与残疾人康复、托养、就业等服务共同推进。

**第六条** 具有精神障碍诊疗资质的医疗卫生机构负责对精神障碍患者开展出院康复评估、门诊就诊诊断评估，提供社区康复

建议。对于符合社区康复条件的患者，经患者及监护人（含经监护人授权的照料人）同意，由医疗卫生机构在填报信息时予以标注，基层精神疾病防治人员（以下简称“精防人员”）负责通过国家严重精神障碍信息系统上传转介信息，并为社区康复机构提供评估、督导、康复技术指导等专业技术支持。

**第七条** 社区康复机构负责对精神障碍患者开展专业评估，提供符合康复对象需求的社区康复服务，做好康复阶段性评估记录并上传至精康转介平台，组织直接服务人员参加培训。

鼓励精神卫生福利机构，有条件的残疾人康复中心、儿童福利机构、心理健康和精神卫生防治机构开展精神障碍社区康复服务。

## 第二章 服务机构库管理

**第八条** 符合下列条件的社区康复机构，可以根据服务场所所在地注册精康转介平台：

- （一）具有独立法人资格；
- （二）业务范围或者经营范围包含社会工作、康复医疗服务或者残疾人、心智障碍患者康复服务；
- （三）配有专职社会工作者或者专职精神科医师、护士、康

复医师、康复技师等与精神障碍康复相适应的精神卫生专业人员；

(四) 法律、行政法规规定的其他条件。

**第九条** 社区康复机构登录精康转介平台进行注册的，应当上传以下材料扫描件或者其他数字化格式文档：

(一) 营业执照、非营利组织法人登记证书正本及副本、统一社会信用代码证、服务场所地址、银行开户许可证、服务内容等；

(二) 法定代表人姓名及联系方式、法定代表人身份证（正反面）、专职员工数量及相关职业资格证书等；

(三) 保密承诺书和服务承诺书（详见附件1、2）。

社区康复机构所辖的不具备独立法人资格的服务站点应当由社区康复机构对照站点或者服务场所所在地分别注册。

**第十条** 服务场所所在地县级民政部门应当对社区康复机构上传的扫描件或者其他数字化格式文档进行核对。上传材料齐备无误的，通过平台报地市级民政部门确认；上传材料不完整、不准确的，应当一次性告知社区康复机构补正；不符合第八条规定条件的，退回材料并说明理由。

**第十一条** 地市级民政部门应当及时通过精康转介平台对社区康复机构上传的扫描件或者其他数字化格式文档进行确认。通

过确认的，统一纳入精康转介平台机构数据库；未通过确认的，退回材料并说明理由。

**第十二条** 已纳入精康转介平台机构数据库的社区康复机构出现没有履行服务承诺或主动申请退出平台情形的，县级民政部门应当及时报地市级民政部门确认后删除其在精康转介平台的注册信息。

地市级以上地方人民政府民政部门应当定期对辖区内已纳入精康转介平台的社区康复机构进行抽查。对于抽查发现可能不再符合本办法第八条规定条件的，应当及时通知负责初核的县级民政部门。有关县级民政部门应当进行核实，并参照前款规定报地市级民政部门确认后删除该机构在精康转介平台的注册信息。

**第十三条** 社区康复机构对于被删除注册信息，有权进行陈述和申辩。县级民政部门应当仔细核查，当事人提出的事实、理由或者证据成立的，县级民政部门应予以采纳。

**第十四条** 已纳入精康转介平台机构数据库的社区康复机构应当遵守以下基本要求：

- （一）对外公示营业执照或者非营利组织法人登记证书；
- （二）做好康复对象安全防护和隐私保护工作；
- （三）设立并公布服务监督投诉方式。

### 第三章 服务人才库管理

**第十五条** 精康服务人员包括精神科医师、护士、康复医师、康复技师、心理治疗技师、社会工作师等精神卫生专业人员，转介服务人员，直接从事社区康复服务人员，相关领域志愿者等。其中，转介服务人员由县级民政部门工作人员或者委托相关专业人员承担。

**第十六条** 精康服务专业人员应满足以下条件：

- （一）持有相应职业资格证书（志愿者除外）；
- （二）身体健康状况良好，适宜从事社区康复服务工作；
- （三）直接从事精神障碍社区康复服务人员，应无性侵害、虐待、拐卖、诈骗、暴力伤害等违法犯罪记录；
- （四）法律、行政法规规定的其他条件。

其中，转介服务人员应当同时满足以下条件：

- （五）持有社会工作者职业资格证书；
- （六）具有两年以上社会工作服务经验或者具有一年以上精神障碍社区康复服务工作经验；
- （七）熟悉精神卫生领域相关政策法规。

**第十七条** 符合第十六条规定条件的精康服务人员可以由所在的社区康复机构通过精康转介平台注册专业人才数据库，经民



政部门会同卫生健康、残联等审核后纳入精康转介平台的本级专业人才数据库。志愿者可以由所在的社区康复机构直接通过精康转介平台注册。

符合第十六条规定条件的转介服务人员可以由市、县级民政部门直接通过精康转介平台注册并纳入本级专业人才数据库。

**第十八条** 属于不同层级的同一专业人员应当按照较高层级纳入专业人才数据库。不同层级的专业人员可以跨区域、跨层级为社区康复机构提供人才培养、评估和直接服务。

**第十九条** 已入库专业人员主动申请退出或出现违反服务承诺的情形，不适宜继续从事精康转介服务的，社区康复机构应当删除其在精康转介平台专业人才数据库的注册信息。

#### **第四章 精康转介服务申请与确认登记**

**第二十条** 处于非急性期且经专业评估适合接受社区康复的严重精神障碍患者可以提出精神障碍社区康复服务申请。有条件的地方可为有意愿的抑郁症、孤独症及其他精神障碍患者提供社区康复服务。经医疗卫生机构治疗评估后病情稳定的严重精神障碍患者，并经评估符合社区康复条件的，可经患者及监护人（含经监护人授权的照料人）同意转介到社区康复机构接受康复服

务。

**第二十一条** 精康转介服务主要包括：提出申请、初核登记、康复转介、综合评估、服务提供、阶段性评估、结案与回访等程序（详见附件3）。

**第二十二条** 提出社区康复需求的主体为精康转介服务申请人。申请人包括精神障碍患者及监护人（含经监护人授权的照料人），可以通过以下途径提出转介申请：

（一）个人自愿申请。精神障碍患者及监护人（含经监护人授权的照料人）可以向精神障碍患者户籍所在地（或经常居住地）的乡镇（街道）、村（居）民委员会，以及医疗卫生机构、社区康复机构等提出登记申请。

（二）医疗卫生机构协助申请。医疗卫生机构应对精神障碍患者开展出院康复评估、门诊就诊诊断评估，为符合条件的患者提供社区康复建议，经精神障碍患者及监护人（含经监护人授权的照料人）同意后，可以由医疗卫生机构在填报信息时予以标注，基层精防人员通过国家严重精神障碍信息系统上传转介信息，协助其提出登记申请。

（三）其他主体协助申请。各类企事业单位、村（居）民委员会、社会组织和个人发现精神障碍患者有社区康复需求的，可以通过医疗卫生机构、精神卫生福利机构、社区康复机构等，或

者通过精康转介平台等渠道提出登记申请。

**第二十三条** 精康转介平台接收的转介服务申请，转介服务人员应当按照以下流程在5个工作日内进行初步核实和确认登记：

（一）核实申请人提交的基础信息，包括是否曾经接受过医疗卫生机构诊断和治疗、是否病情稳定等情况；

（二）视情通过查阅资料、电话访谈、视讯、面访、小组评估等方式核实申请人的社区康复需求和接受康复服务意愿；

（三）符合社区康复条件的，可在精康转介平台确认登记。初核通过但暂时无法满足服务需求的，应当联系申请人户籍地（或者经常居住地）所在社区给予协助；

（四）不符合社区康复条件的，须说明理由并通知申请人；未曾就医的疑似精神障碍患者，应建议其到医疗卫生机构就诊。

通过国家严重精神障碍信息系统转介的登记申请信息，可以简化初核程序，直接确认登记。

**第二十四条** 转介服务人员应当按照以下要求进行康复服务转介：

（一）在确认登记后的5个工作日内，根据精康转介平台的登记确认意见，将社区康复申请人信息转介至适合的社区康复机构；

(二) 社区康复机构应当从专业人才库中遴选相应专家进行评估，并在 10 个工作日内确认是否接受申请；社区康复机构不接受申请的，应当及时退回转介申请并说明原因。因社区康复机构承接能力不足退回的申请，将通过精康转介平台纳入轮候范围；

(三) 精神障碍患者及监护人（含经监护人授权的照料人）拒绝平台推荐的社区康复机构的服务或者拒绝签订康复服务协议，可重新纳入精康转介平台轮候范围；

(四) 因服务承接能力不足的社区康复机构，需要申请人等候时间超过 3 个月的，转介服务人员应当于再次转介前，按照第二十三条规定对转介服务申请进行重新初核和登记；

(五) 需要在精神障碍患者户籍地和经常居住地之间进行异地转介的，转介服务人员应当提前了解转入地社区康复机构有关情况。

## 第五章 精康转介服务评估与服务供给

**第二十五条** 社区康复机构接到精康转介平台转介的社区康复申请，应当在精神障碍患者及监护人（含经监护人授权的照料人）知情同意的情况下，由社会工作者组织精神科医师、康复医

师、康复技师、心理治疗技师、心理咨询师、公共卫生医师、护士等专业人员组成的评估组对精神障碍患者进行综合评估，并出具评估意见。

评估组组长人员应当包括精神卫生专业人员、社会工作者，人数为单数且不少于3人。社区康复机构应当将邀请已入库专业人员的服务次数记录在精康转介平台中。

评估组出具的评估意见，应当包括精神障碍患者是否适合参加社区康复和康复服务类型等内容。社区康复机构依据上述评估意见，确认是否接受转介申请和制定个性化康复计划。

**第二十六条** 社区康复机构应当及时通过精康转介平台为拟提供社区康复服务的精神障碍患者登记建档，录入精神障碍患者疾病状态、居住情况、家庭状况、经济状况等“基本情况登记表”（详见附件4）的有关基础信息、康复评估意见等材料，并由精神障碍患者及监护人（含经监护人授权的照料人）签字确认。

**第二十七条** 社区康复机构在提供服务前，应当主动告知精神障碍患者及监护人（含经监护人授权的照料人）并签订服务协议（详见附件5），明确所提供社区康复服务的内容、方式、时限、双方权利义务等内容。

**第二十八条** 社区康复机构应当根据综合评估意见与康复对

象及家庭实际需求，按照《精神障碍社区康复服务工作规范》要求提供以下服务：

（一）主要服务内容。为康复对象提供服药训练、预防复发训练、躯体管理训练、生活技能训练、社交能力训练、职业康复训练、心理康复、同伴支持、日间照料等服务。

（二）辅助服务内容。对康复对象家庭的支持，如提供社会救助、社会福利政策和专业康复资源链接，帮助家庭了解专业康复知识，提供照料技能培训、家庭喘息服务，建立患者家庭同伴支持网络等；对康复对象所在社区的支持，如开展法律法规和政策宣传、社区支持网络建构、友好社区环境建设等工作。

**第二十九条** 社区康复机构应当定期组织专业人员对康复对象的康复效果、疾病状态、生活自理能力、就业意愿和就业能力等情况开展阶段性评估，并在精康转介平台上传评估结果（详见附件6）。定期评估应当每年不少于2次，评估组人员可从专业人才库中选定。

经评估，康复服务类型与康复对象状况不匹配的，社区康复机构应当及时将康复对象信息推送至精康转介平台，以确保康复对象再次得到及时转介。

**第三十条** 精神障碍患者在社区康复期间病情复发的，社区康复机构应当立即通知监护人（含经监护人授权的照料人），

并协助及时将患者通过绿色通道转入定点精神卫生医疗（福利）机构开展救治。快速转介情况应向所属民政部门报告并通过精康转介平台登记报备。医疗卫生机构接诊患者后，应及时予以处置。

## 第六章 精康转介服务结案与回访

**第三十一条** 康复对象处于下列情形之一的，社区康复机构应当进行结案处理并在精康转介平台登记：

- （一）实现就业或者辅助性就业；
- （二）病情复发转介至医疗卫生机构治疗；
- （三）康复对象已基本康复，可在社区正常生活；
- （四）需转异地或者其他社区康复机构；
- （五）康复对象主动申请退出服务；
- （六）康复对象连续1年以上不参加社区康复服务。

**第三十二条** 康复对象已具备就业能力且具有就业意愿的，社区康复机构应当及时在精康转介平台中填写就业转介意向，精康转介平台定期将就业转介申请信息批量交换至全国残联信息系统平台。精神障碍患者户籍所在地（经常居住地）残联、民政及相关部门应当协助链接就业资源、推荐就业或者辅助性就业，

提供职业培训等支持。

**第三十三条** 社区康复机构应当在结案后开展定期或者不定期回访，以巩固服务成效，并将回访情况（详见附件7）上传至精康转介平台。具体要求如下：

（一）原则上结案后1个月内应完成首次回访，1年内回访不少于1次；

（二）一般由原服务提供负责人或者转介服务人员担任回访人员；

（三）宜采用电话、面谈或视频等方式进行回访；

（四）回访结束后2个工作日内，汇总回访过程和结果；

（五）无法取得联系进行回访的，应当在精康转介平台备注情况。

## 第七章 服务监督与评价

**第三十四条** 县级民政部门应当会同卫生健康部门、残联对精神障碍社区康复机构的康复服务情况、康复效果进行跟踪监测与评估：

（一）由县级民政部门牵头，卫生健康部门和残联共同参与组建考核评估小组，对辖区内精神障碍社区康复机构的服务情况



进行评估。考核评估小组应就服务范围、服务内容、服务记录、服务提供和转介评估的规范性、服务成效、服务对象满意度等开展考核评估；

（二）考核评估宜遵循“双随机、一公开”原则，在制定标准和评分表的基础上，采用抽查的方式进行；

（三）考核评估宜每年至少 2 次，至少每两年实现辖区内机构全覆盖；

（四）考核评估结果应及时上传精康转介平台，上级民政部门、卫生健康部门、残联等部门和单位可通过精康转介平台查询评估结果。

省级、地市级民政部门应当会同本级卫生健康部门、残联等单位适时对辖区内精神障碍社区康复机构的康复服务情况、康复效果等开展抽查。

**第三十五条** 精神障碍患者及监护人（含经监护人授权的照料人）可通过口头、电话、书面或者邮件等方式向精神障碍社区康复机构和民政部门、卫生健康部门、残联提出意见建议。

**第三十六条** 违反本办法规定的行为，法律、行政法规、规章有法律责任规定的，适用其规定。

- 附件：1.保密承诺书（模板）
- 2.服务承诺书（模板）
- 3.精神障碍社区康复服务资源共享与转介流程图
- 4.基本情况登记表（模板）
- 5.精神障碍社区康复服务协议（模板）
- 6.康复评估（模板）
- 7.回访记录（模板）

## 附件 1

# 保密承诺书

(模板)

根据《中华人民共和国民法典》、《中华人民共和国精神卫生法》等规定，在为精神障碍患者提供社区康复服务过程中，(机构名称) 郑重承诺：

1. 严格遵守保密原则，未经精神障碍患者及监护人（含经监护人授权的照料人）同意，不得向第三方透露涉及患者个人信息和其他可能危害精神障碍患者权益的隐私信息。

2. 保管好精神障碍患者的社区康复服务资料。

3. 保密原则例外。经社会工作者或精神科医师评估，认为精神障碍患者有可能出现行为失控危及自身和他人人身安全或司法机关介入调查时，社会工作者有权利告知患者家属、主管医生、护士或配合司法机关提供相关真实资料。

4. 有专门规定的按其规定执行。

承诺人（精神障碍社区康复  
服务机构法定代表人）：

年 月 日

## 附件 2

# 服务承诺书

(模板)

如出现下列情形之一的，本机构或本机构相关专业人员自愿退出精神障碍社区康复服务国家转介信息平台，并由本机构 15 日内自行删除相关专业人员注册信息或由相关民政部门删除本机构或本机构相关专业人员有关注册信息：

(一) 书面表示不再从事精神障碍社区康复服务；

(二) 本机构无正当理由三年内未开展精神障碍社区康复服务或本机构相关专业人员无正当理由三年内未开展精神障碍社区康复评估、督导、康复技术指导和研究、直接服务等活动；

(三) 经有权机关查明存在违反法律、行政法规、规章等监督管理规定的行为；

(四) 经有权机关查明存在侵害服务对象权益的行为；

(五) 法律、行政法规规定的其他情形。

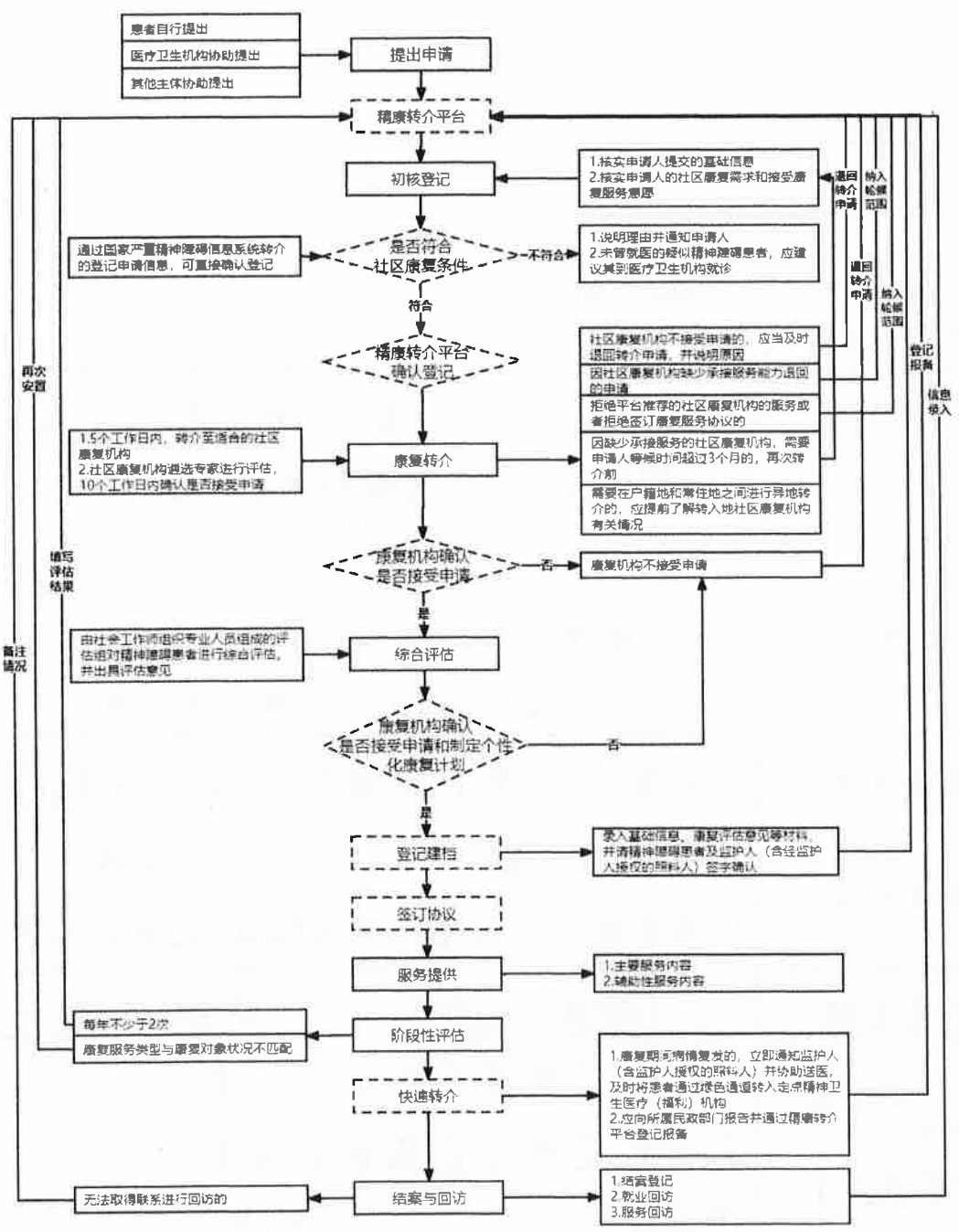
承诺人（精神障碍社区康复

服务机构法定代表人、相关专业人员）：

年 月 日

### 附件 3

## 精神障碍社区康复服务资源共享与转介流程图



附件 4

## 基本情况登记表

(模板)

登记日期 年 月 日

姓 名		性 别	
民 族		联系电话	
身份证号码			
住 址			
监护人姓名		监护人联系电话	
<p>我已理解工作人员讲解的内容，自愿参加社区康复活动。</p> <p>患者（监护人，含经监护人授权的照料人）签名：</p> <p>签字时间： 年 月 日</p>			
婚姻状况	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 离婚 <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 其他		
居住情况	<input type="checkbox"/> 与亲属共同生活 <input type="checkbox"/> 与朋友共同生活 <input type="checkbox"/> 独自生活，但家人定时探望 <input type="checkbox"/> 独自生活		
家庭电话		联系人姓名	联系人电话
共同居住者 (可多选)	<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 同胞 <input type="checkbox"/> 亲戚 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 同学 <input type="checkbox"/> 同事 <input type="checkbox"/> 其他----- <input type="checkbox"/> 无		

与共同居住者的关系	<input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 差 <input type="checkbox"/> 很差		
居住环境	<input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 差 <input type="checkbox"/> 很差		
经济状况	<input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 困难		
经济来源	<input type="checkbox"/> 工资 <input type="checkbox"/> 积蓄 <input type="checkbox"/> 家人支持 <input type="checkbox"/> 政府救助（ <input type="checkbox"/> 低保 <input type="checkbox"/> 残疾人补贴） <input type="checkbox"/> 其他----- <input type="checkbox"/> 无		
钱物管理	<input type="checkbox"/> 自行决定支出 <input type="checkbox"/> 由家人协助管理 <input type="checkbox"/> 由家人管理		
疾病诊断情况		首次发病时间	
既往行为	<input type="checkbox"/> 攻击、冲动行为史 <input type="checkbox"/> 犯罪史 <input type="checkbox"/> 严重自伤、自杀行为史 <input type="checkbox"/> 药物、酒精滥用史 <input type="checkbox"/> 无严重自伤、自杀行为史、药物、酒精滥用史、 具有冲动、判断力差、不成熟、情绪不稳、自控力差等性格特征		
目前行为/危险	<input type="checkbox"/> 已发生危害他人安全的行为 <input type="checkbox"/> 存在危害他人安全的危险 <input type="checkbox"/> 已发生自杀自伤		
服药依从性	<input type="checkbox"/> 规律 <input type="checkbox"/> 间断 <input type="checkbox"/> 不服药 <input type="checkbox"/> 医嘱勿须服药		
服药方式	<input type="checkbox"/> 自行服药 <input type="checkbox"/> 他人给药自己服 <input type="checkbox"/> 注射给药		
治疗药物及每日剂量			

药物不良反应 (可多选)	<input type="checkbox"/> 震颤 <input type="checkbox"/> 静坐不能 <input type="checkbox"/> 肌肉僵硬 <input type="checkbox"/> 眩晕 <input type="checkbox"/> 乏力 <input type="checkbox"/> 嗜睡 <input type="checkbox"/> 恶心 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 呼吸困难 <input type="checkbox"/> 月经紊乱
治疗效果	<input type="checkbox"/> 痊愈 <input type="checkbox"/> 好转 <input type="checkbox"/> 无变化 <input type="checkbox"/> 加重 <input type="checkbox"/> 其他
基础性疾病信	<input type="checkbox"/> 心脏病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 其他--- <input type="checkbox"/> 无
注：在符合的项目上打“√”，或者填写相应内容。	



## 附件 5

# 精神障碍社区康复服务协议

(模板)

甲方：

乙方：

丙方（监护人，含经监护人授权的照料人）：

为有效开展精神障碍社区康复服务相关事宜，按照法律、行政法规的相关规定，双方（三方）达成如下协议：

1.乙（丙）方自愿，并向社区、街道提出申请，要求进行精神障碍社区康复服务。

2.经甲方评估，乙方符合精神障碍社区康复服务条件，甲方提供相应服务。

3.乙（丙）方应如实反映乙方心理特征，身体状况，既往病史，近期病情及服药情况，不得隐瞒。

4.甲方按约定向乙方提供相应服务，但不承担监护人法定义务。

### 一、服务内容及时间

以精神康复综合服务中心、日间活动中心、农疗站、工疗站、住宿机构、康复会所等形式，为精神障碍患者提供服药训练、预防复发训练、躯体管理训练、生活技能训练、社交能力训练、职

业康复训练、心理康复、同伴支持、日间照料等服务；为精神障碍患者家属提供社会救助、社会福利政策和专业康复资源链接，专业康复知识指导、照料技能培训、家庭喘息服务、家庭支持网络建设等服务。精神障碍社区康复服务频次为每月不低于1次，每次服务时长不低于1小时，服务人员宜2人及以上（最好是1男1女）。

## 二、双方的权利义务

### （一）甲方的权利、义务。

1.甲方应根据协议约定的服务内容，认真做好乙方的康复服务工作，在服务中尊重乙方，同时要注意保护乙方隐私权利。

2.与精神障碍患者及其家属和相关方共同制定康复服务计划。

3.积极协调各类康复资源，为精神障碍患者提供个性化社区康复服务，促进其社区康复的成效。

4.按规定开展阶段性评估，上传相关评估和服务资料，确保精神障碍人员能接受合适的社区康复服务。

5.在开展社区康复服务过程中，应开展安全教育，做好安全防护工作，对精神障碍人员的基本安全负责。

6.甲方提供服务要满足服务时长，保证服务质量；乙方在服务时段外突发的意外不测，甲方无过错，不承担责任。

7.甲方应如实填报服务记录，不得弄虚作假。

8.建立档案的归档、保管、借阅、保密、登记及销毁制度，保护精神障碍人员及家庭隐私。

(二)乙(丙)方的权利、义务。

1.乙(丙)方要如实详细填写信息采集表，如因隐瞒病史产生的一切后果，均由乙(丙)方自行负责。

2.主动表达自己的需求，积极参与社区康复服务计划的制定和实施。

3.甲方提供精神障碍社区康复服务时，乙(丙)方应积极配合参与必要的活动。

4.如康复者对服务过程感觉不满意，可随时提出中止服务的要求。

5.如经评估，认为已经达成训练目标，可申请结束在社区康复机构的服务。

6.乙(丙)方在接受精神障碍社区康复服务中，不得有伤害甲方的行为。

7.如有申诉的需求，可通过口头、书面或电子邮件的方式向社区康复服务机构或当地民政部门进行实名申诉。

**三、甲方在服务期间，如发生以下情况之一的，甲方有权终止服务协议。**

1.乙方患有传染性疾病。

2.乙方处于发病期间且病情不稳定，需要住院治疗。

3.乙方患有严重的器质性疾病(心、肝、肾、脑、糖尿病等),需要住院治疗的。

4.乙方拒不配合甲方服务的。

5.其他原因不宜继续进行服务的。

#### 四、其他事项

1.本协议未尽事宜,可由双(三)方另行协商签订补充协议。

2.本协议双(三)方签名有效。

3.协议一式两(或三)份,各方各持一份,具有同等法律效力。

甲方签章:

乙方签名:

丙方签名:

联系电话:

联系电话:

联系电话:

年 月 日

附件 6

# 康复评估

(模板)

姓名:

评估内容	评估工具	评估结果
疾病状态(含服药 依从性能力)	精神状况综合评估表	
心理社交功能	心理社交功能评估表	
生活自理能力 社会适应能力	社会适应能力评估表	
就业能力	社会功能缺陷筛选量表	
就业意愿		<input type="checkbox"/> 强烈 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 无
康复效果		<input type="checkbox"/> 显著 <input type="checkbox"/> 有效 <input type="checkbox"/> 无效

评估人员签名:

评估日期:      年   月   日

附件 7

# 回访记录

(模板)

姓名:

回访内容	
<input type="checkbox"/> 就业患者	1. 能完成岗位任务, 履行岗位职责 <input type="checkbox"/> 高效完成 <input type="checkbox"/> 基本完成 <input type="checkbox"/> 不能完成 2. 能良好处理人际关系 <input type="checkbox"/> 很好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 糟糕 3. 工作满意度 <input type="checkbox"/> 满意 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 不满意
<input type="checkbox"/> 接受其他类型社区康复服务患者	1. 生活自理状况 <input type="checkbox"/> 能自我照料 <input type="checkbox"/> 需要协助 <input type="checkbox"/> 不能独立生活 2. 参加劳动状况 <input type="checkbox"/> 没有问题 <input type="checkbox"/> 基本可以 <input type="checkbox"/> 不能 3. 理解交流状况 <input type="checkbox"/> 没有困难 <input type="checkbox"/> 轻度困难 <input type="checkbox"/> 困难
<input type="checkbox"/> 结束康复服务且无就业、未接受其他社区康复服务的对象	1. 生活自理, 能自我照料 <input type="checkbox"/> 完全没有问题 <input type="checkbox"/> 基本可以 <input type="checkbox"/> 完全不能 2. 功能恢复, 能参加劳动 <input type="checkbox"/> 完全没有问题 <input type="checkbox"/> 基本可以 <input type="checkbox"/> 完全不能 3. 社会参与, 能无障碍交流 <input type="checkbox"/> 完全没有问题 <input type="checkbox"/> 基本可以 <input type="checkbox"/> 完全不能
<input type="checkbox"/> 是否规律服药	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

回访人员签名:

回访日期:      年   月   日



---

主动公开

---

民政部办公厅

2023年12月21日印发

---

