

T/TFZX

团 体 标 准

T/TFZX 55—2025

慢病人群主动健康医务社会工作服务指南

Guidelines for proactive health-oriented medical social work services
for people with chronic diseases

2025 - 09 - 15 发布

2025 - 09 - 20 实施

四川天府新区质量技术协会 发布

目 次

前言	II
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语和定义	1
4 基本原则	1
5 服务人员	2
6 服务对象	2
7 服务内容	4
8 服务流程	6
附录 A（资料性） 慢病人群主动健康医务社会工作服务质量监控表	8
参考文献	10

前 言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由成都医学院第一附属医院提出。

本文件由四川天府新区质量技术协会归口。

本文件起草单位：成都医学院第一附属医院、河南省直第三人民医院、河南中医药大学、四川省医疗设计创新促进会医学人文发展研究中心、西南石油大学、四川省医疗设计创新促进会医务社会工作专业委员会、成都市新都区医务社会工作管理医疗质量控制中心、成都市新都区金东社会工作服务中心、冕宁县大桥中心卫生院、柳州一五八医院、同济大学附属第十人民医院、天津中医药大学第一附属医院、福建中医药大学附属第二人民医院、四川擎天逐月科技有限公司、川北医学院、成都市仁怀社会工作服务中心、雅安市第四人民医院、四川省医院协会医院社会工作暨志愿服务工作委员会、福建省社会工作联合会、麦瑞康（成都）健康养老服务有限公司、武汉博雅社会工作服务中心。

本文件主要起草人：王新、王东阳、王亚莉、秦花、胡静茹、黎媛媛、李盟、侯军、周鹏、邓拥军、罗洪涛、张丽、吴娟、周海英、何明杰、文凤姣、刘艳春、郑骠、刘娟、陈倩、叶翼航、覃珍华、钱明平、董娟、林静、李勇、彭宽萍、杨铁、王聪梅、袁梦莹、杨乐、杜旭、谢艳、冯晓丽、唐静、刘娟、黄杰、陈泳洁、陈静、欧阳明月、吉虹静、冉启浩、何斌、赵骏舒、成林虎、冯明霞、段怡联、蒋克怡、廖小梅、黄莎、林佳、蒲颖、赵微、杨静、荣杰、严璐、杨蕾、刘秀巧、秦筱轲、冯坤子、纪云清、罗匀、黄昊、臧立莉、温炜斌。

慢病人群主动健康医务社会工作服务指南

1 范围

本文件给出了慢病人群主动健康医务社会工作服务的基本原则、服务人员、服务对象、服务内容、服务流程方面的指导。

本文件适用于各级医疗卫生机构、社区卫生服务机构、社会组织以及相关社会工作服务提供方。

2 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

慢病人群 chronic disease population

经医疗机构诊断的患有高血压、糖尿病、心血管疾病、慢性呼吸系统疾病、肿瘤、慢性肾脏疾病等慢性非传染性疾病的人群。

3.2

主动健康 proactive health

患者在专业指导和社会支持下,主动采取健康生活方式、开展自我健康管理和风险防控行为的过程。

3.3

医务社会工作 medical social work

由具备专业社会工作知识与技能的人员,在医疗机构或社区场域中,为患者及其家庭提供心理社会支持、资源链接和社会功能恢复服务的专业实践。

4 基本原则

4.1 以人为本

尊重患者个体差异,注重个体需求导向。

4.2 伦理合规

遵守职业伦理,尊重患者的尊严和自主权,保护个人信息与健康数据安全。

4.3 专业整合

医务、护理、社会工作、心理、营养等多学科协同。

4.4 预防为主

强化健康教育和自我管理,重视一级预防与二级预防。

4.5 社会支持

动员家庭、社区和社会资源，形成支持网络。

4.6 服务专业

秉持耐心、同理心与专业素养，提供温暖、包容的服务，避免歧视或偏见，保障服务过程中患者的情感体验与权益。

4.7 持续改进

建立服务反馈机制与质量监测，动态调整服务。

5 服务人员

5.1 社会工作专业人员

5.1.1 社会工作专业人员具备以下条件：

- a) 取得社会工作者或助理社会工作者职业资格证书；
- b) 具备社会工作、社会学、心理学、公共卫生等相关学科的本科及以上学历；
- c) 熟悉医务社会工作规范，掌握慢病管理、健康教育、心理疏导和社会资源整合的基本技能；
- d) 具备良好的沟通能力与同理心。

5.1.2 服务前，对社会工作专业人员开展以下专项培训：

- a) 慢病管理专题培训，包括常见慢病（高血压、糖尿病、心血管病、慢阻肺、肿瘤等）的知识和干预要点；
- b) 心理健康评估工具的使用方法；
- c) 常见干预方法；
- d) 信息化随访工具与健康管理系统的使用方法。

5.1.3 社会工作专业人员定期参加继续教育和专业督导，保持知识更新与服务能力提升。

5.2 医务与健康人员

包括临床医生、护士、康复治疗师等，负责疾病诊疗、护理指导与康复训练。社会工作专业人员与医务人员、健康人员协作，形成完整的服务链条。

5.3 心理与营养运动专家

心理与营养运动专家包括：

- a) 心理咨询师或精神科医生：负责心理支持；
- b) 营养师：制定个性化饮食方案；
- c) 运动康复师：制定运动处方，指导患者科学运动，提升康复效果。

6 服务对象

6.1 已确诊的慢病患者

6.1.1 高血压患者

患有高血压，需关注长期药物依从性、血压监测及饮食运动管理，预防并发症的患者。

6.1.2 糖尿病患者

患有糖尿病，需强化自我血糖监测、饮食控制与运动处方，注重药物依从性与糖尿病足、肾病、视网膜病变等并发症预防的患者。

6.1.3 心血管疾病患者

包括冠心病、心力衰竭等疾病，需在康复锻炼、心理适应、药物管理及复诊随访方面给予支持的患者。

6.1.4 慢性呼吸系统疾病患者

患有慢阻肺、哮喘等疾病，需开展肺康复训练、吸入药物使用指导和居家环境改善干预的患者。

6.1.5 恶性肿瘤患者

患有恶性肿瘤疾病，在医学治疗之外，需提供心理社会支持、疼痛管理、姑息照护及社会资源链接的患者。

6.1.6 慢性肾脏病患者

慢性肾脏病中期、透析人群及肾脏移植后，需提供长期营养指导、依从性管理和社会支持服务的患者。

6.1.7 其他慢性疾病患者

6.1.7.1 患有慢性肝病、风湿免疫疾病、神经系统慢病等，需根据疾病特点提供个性化服务的患者。

6.1.7.2 患有慢性肝病中的部分传染性肝病（如慢性乙型肝炎、慢性丙型肝炎、慢性戊型肝炎等）、肝硬化及肝癌等需长期居家监测疾病的患者，可参照执行。

6.2 高危人群

6.2.1 家族史人群

有高血压、糖尿病、心脏病、肿瘤等家族史者。

6.2.2 危险因素聚集人群

肥胖、吸烟、长期饮酒、缺乏运动、饮食不均衡者等。

6.2.3 特殊职业人群

长期从事高强度劳动、接触有害物质或处于高压环境下的人群。

6.2.4 心理亚健康人群

长期焦虑、抑郁、孤独感强烈者。

6.3 慢病患者的家庭成员与主要照护者

6.3.1 老年患者的子女或配偶

承担慢病患者的主要护理责任，需提供健康知识培训与心理减压服务者。

6.3.2 长期卧床或功能受限患者的照护者

长期照护卧床或功能受限患者，需提供专业指导和社区支持，缓解身体与情感压力者。

6.3.3 经济困难家庭照护者

家庭经济困难且有慢病患者，需提供医保政策指导、社会救助和资源链接，缓解经济负担者。

6.4 社区重点关注人群

6.4.1 农村及偏远地区人群

医疗资源相对不足，自我管理有限的人群。

6.4.2 老龄人口

多病共存，需提供多学科联合的综合性服务的老年患者。

6.4.3 空巢老人

缺乏家庭支持，社会孤立感强烈，需社区干预和关怀的老年人群。

6.4.4 弱势群体

包括低收入群体、残障人士、流动人口，慢病管理服务可及性差的人群。

6.5 特殊情况对象

6.5.1 合并多种慢病的患者

需个案管理和多学科协作的患者。

6.5.2 伴随心理障碍的慢病患者

如抑郁、焦虑等，严重影响治疗依从性，需提供心理社会支持服务的患者。

6.5.3 长期依赖医疗资源的患者

如频繁住院、复诊等，需加强社区康复与家庭支持的患者。

7 服务内容

7.1 健康教育与健康促进

7.1.1 基础健康知识普及

提供高血压、糖尿病、心血管病、呼吸系统疾病等慢病知识；宣传健康生活方式，包括均衡饮食、规律运动、戒烟限酒、心理调适等。

7.1.2 疾病特异性教育

针对不同慢病提供差异化宣教。如高血压患者的家庭血压监测与限盐，糖尿病患者的血糖监测与胰岛素使用指导，慢阻肺患者的吸入装置使用与肺康复训练，肝病患者的饮食、用药、随访指导等。

7.1.3 多样化健康宣教形式

通过健康讲座、线上课程、健康咨询日、宣传手册、健康短视频、新媒体推送等方式，提升健康知识的可及性与吸收度。

7.1.4 健康行为干预

通过控盐控糖小组、戒烟小组、运动小组等形式，帮助患者形成并维持健康生活习惯，结合同伴互助提升持续性。

7.2 个案工作

7.2.1 个案识别与评估

通过医院转介、社区筛查或主动求助确定服务对象，评估健康、心理与社会支持状况。

7.2.2 个性化服务计划制定

根据评估结果，设定健康目标和阶段任务，明确干预内容与服务频率。

7.2.3 服务实施与跟进

定期随访，提供情绪疏导、依从性辅导，并建立健康档案，动态调整服务计划。

7.2.4 危机干预与转介

针对突发心理危机或疾病急性加重的患者，实施快速干预，并根据需要转介至专科或社会救助资源。

7.3 小组工作

7.3.1 患者互助支持小组

促进患者经验分享、情感交流与自我效能感提升。

7.3.2 照护者支持小组

缓解家庭照护压力，提升照护能力与心理适应力。

7.3.3 健康生活方式改变小组

围绕控盐、控糖、戒烟、运动康复等主题，促进行为改变和长期坚持。

7.4 社区动员与资源链接

7.4.1 社区资源整合

联合社区卫生服务中心、老龄协会、志愿者团队，推动慢病友好型社区建设。

7.4.2 社会保障与政策咨询

提供医保政策解读、报销流程指导，链接社会救助、慈善基金，减轻患者经济负担。

7.4.3 志愿者与社会组织参与

动员志愿者协助随访与康复指导，鼓励社会组织设立慢病关爱项目。

7.5 信息化服务

7.5.1 互联网+健康管理

利用线上工具（应用程序、小程序、公众号）开展随访提醒、健康打卡与线上咨询。

7.5.2 数据采集与监测

推广智能穿戴设备（血压计、血糖仪、运动手环等），实现健康数据实时上传与分析。

7.5.3 个性化健康提醒

基于健康数据，提供饮食、运动、复诊等智能化提醒与健康报告。

7.5.4 信息安全与隐私保护

建立加密与权限管理机制，确保数据安全。

8 服务流程

8.1 接案与筛查

8.1.1 服务对象获取

服务对象获取途径包括：

- a) 医疗机构转介：由医生、护士或康复治疗师推荐有社会工作需求的慢病患者；
- b) 社区筛查：通过社区健康档案管理、慢病随访登记和义诊活动，发现潜在服务对象；
- c) 患者主动申请：患者或家属通过热线、线上平台或线下窗口提出服务申请。

8.1.2 初步评估与建档

- 8.1.2.1 对患者基本健康状况、心理状态、社会支持系统进行初步评估。
- 8.1.2.2 收集基本资料，建立个案档案，初步判断是否需要进入综合评估。

8.2 综合评估

综合评估内容包括：

- a) 健康状况评估：利用血压、血糖监测记录，结合疾病类型和严重程度，评估慢病控制情况；
- b) 心理社会评估：使用标准化量表（如 PHQ-9、GAD-7、生活质量量表）评估心理健康与生活满意度；
- c) 社会资源评估：分析家庭支持系统、经济状况、医疗资源利用情况，判断患者是否存在经济困难或社会孤立。

8.3 制定服务计划

- 8.3.1 根据综合评估结果，明确服务目标（如改善依从性、提升自我管理能力）。
- 8.3.2 与患者及家庭共同制定个性化服务计划（ISP），包括目标、方法、频率、责任人和评估时间点。

8.4 服务实施

- 8.4.1 按照个案计划，提供多维度干预，包括健康教育、情绪支持、康复指导、资源链接、政策咨询。
- 8.4.2 根据患者需求，组织参与小组活动或社区健康促进项目。

8.5 跟进与动态调整

- 8.5.1 通过电话随访、上门探访、线上工具（应用程序、小程序、公众号）等方式定期跟进。

8.5.2 追踪患者在健康知识、行为习惯、疾病控制等方面的变化。

8.5.3 根据随访反馈和数据监测结果，调整服务内容与频率。

8.6 阶段性评估

8.6.1 定期对患者进行阶段性评估，检验服务效果，包括：

- a) 健康知识掌握率；
- b) 健康行为改变情况（如规律用药、运动频率）；
- c) 疾病控制指标（血压、血糖达标率）；
- d) 心理状态改善（焦虑、抑郁水平下降）。

8.6.2 根据评估结果，决定是否进入下一阶段干预。

8.7 结案与转介

8.7.1 在服务目标基本实现、患者健康状况稳定或服务周期结束时，撰写结案报告、《慢病人群主动健康医务社会工作服务质量监控表》（见附录 A），总结服务过程与成效。

8.7.2 对仍有特殊需求的患者，转介至相应的医疗、心理、康复或社会救助机构，确保服务的延续性与资源衔接。

附录 A

(资料性)

慢病人群主动健康医务社会工作服务质量监控表

慢病人群主动健康医务社会工作服务质量监控表见表A.1。

表 A.1 慢病人群主动健康医务社会工作服务质量监控表

本表用于各级医疗卫生机构、社区卫生服务中心及社会组织开展慢病人群主动健康医务社会工作服务时的质量监控与评价。					
填写周期可为季度或年度，由服务机构质量管理部门统一归档。					
基本信息： 机构名称：_____					
填报日期：____年__月__日					
服务对象总数：_____人					
本期新增个案数：_____人					
一、服务流程质量监控					
指标编号	监控内容	评价标准	数据来源	达标情况(√/×)	备注
1.1	接案登记率	≥95%的服务对象建立完整初始档案			
1.2	初步评估完成率	≥90%个案完成健康与社会需求初评			
1.3	综合评估合格率	≥85%个案使用标准化工具完成综合评估			
1.4	个性化服务计划制定率	≥90%个案形成个性化服务计划（ISP）			
1.5	服务记录完整性	≥95%服务过程有完整随访记录			
1.6	阶段性评估执行率	≥80%个案按计划进行阶段性评估			
1.7	结案规范率	≥85%个案完成结案总结并归档			
二、服务效果质量监控					
指标编号	监控内容	评价标准	数据来源	达标情况(√/×)	备注
2.1	健康知识掌握率	≥80%个案答题或访谈合格			
2.2	健康行为改善率	≥60%个案报告形成至少1项健康新习惯（如规律运动）			
2.3	慢病控制率	≥65%个案关键指标达标（血压、血糖等）			
2.4	心理状态改善率	≥50%个案心理量表评分下降（焦虑/抑郁）			
2.5	医疗资源利用率变化	≥10%个案急诊或住院次数下降			
三、满意度与社会效益监控					
指标编号	监控内容	评价标准	数据来源	达标情况(√/×)	备注
3.1	患者满意度	≥85%个案对服务“满意”或“非常满意”			
3.2	家庭满意度	≥80%照护者对服务“满意”或“非常满意”			
3.3	社区参与度	≥50%服务覆盖社区居民参与过健康促进活动			
3.4	社会资源链接率	≥70%个案获得相关医疗、心理或社会资源支持			
3.5	投诉与改进情况	100%投诉均有登记与处理记录			

表 A.1 慢病人群主动健康医务社会工作服务质量监控表（续）

四、综合评价与改进措施
本期服务主要成效： _____
存在问题： _____
改进措施与建议： _____
负责人签字： _____
审核人签字： _____
日期： ____年__月__日

参 考 文 献

- [1] MZ/T 071—2016 社区社会工作服务指南
 - [2] MZ/T 094—2017 社会工作方法 个案工作
 - [3] MZ/T 095—2017 社会工作方法 小组工作
 - [4] WS 365—2011 城乡居民健康档案基本数据集
 - [5] WS 371—2012 基本信息基本数据集 个人信息
 - [6] WS 372.2—2012 疾病管理基本数据集 第2部分：高血压患者健康管理
 - [7] WS 372.4—2012 疾病管理基本数据集 第4部分：老年人健康管理
 - [8] WS 372.5—2012 疾病管理基本数据集 第5部分：2型糖尿病患者健康管理
 - [9] WS 373.1—2012 医疗服务基本数据集 第1部分：门诊摘要
 - [10] WS 373.2—2012 医疗服务基本数据集 第2部分：住院摘要
 - [11] WS 373.3—2012 医疗服务基本数据集 第3部分：成人健康体检
 - [12] WS 375.8—2012 疾病控制基本数据集 第8部分：行为危险因素监测
 - [13] WS 375.9—2012 疾病控制基本数据集 第9部分：死亡医学证明
 - [14] DB31/T 1205—2020 医务社会工作基本服务规范
 - [15] DB42/T 2170—2023 医务社会工作服务规范
 - [16] DB44/T 2538—2024 慢性疾病医务社会工作服务规范
 - [17] DB4403/T 214—2021 医务社会工作服务指南
-