

深圳市社会工作者协会团体标准

T/SZSWA 012.3—2024

糖尿病社区防控社会工作服务 第3部分：个案服务

Social work service for community prevention and control of diabetes—
Part 3: Case service

2024 - 05 - 23 发布

2024 - 06 - 01 实施

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 服务伦理与原则	1
4.1 服务伦理	1
4.2 服务原则	1
5 服务内容	2
5.1 健康教育管理	2
5.2 情绪心理支援	2
5.3 社会支持网络建设	2
6 服务流程	3
6.1 个案发掘与转介	3
6.2 预估与问题诊断	3
6.3 制定个案服务计划	3
6.4 组建跨专业团队	3
6.5 执行个案服务计划	3
6.6 监督与评估	3
6.7 结案与跟踪	4
7 服务保障	4
7.1 人员资质要求	4
7.2 档案管理要求	4
7.3 风险管理要求	4
7.4 服务场所要求	4
附录 A (资料性) 个案建档记录表	5
附录 B (资料性) 知情同意书	6
附录 C (资料性) 个案介入计划表	7
附录 D (资料性) 个案跟进服务记录表	8
附录 E (资料性) 个案评价表	9
附录 F (资料性) 个案结案报告表	10
附录 G (资料性) 个案转介表	12
参考文献	13

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。

本文件是T/SZSWA 012—2024《糖尿病社区防控社会工作服务》的第3部分。T/SZSWA 012—2024已经发布了以下部分：

- 第1部分：风险评估
- 第2部分：小组服务
- 第3部分：个案服务
- 第4部分：访视服务
- 第5部分：社会工作者培养规范

本文件由深圳市社会工作者协会提出并归口。

本文件起草单位：深圳市社会工作者协会、深圳市慢性病防治中心、深圳市龙岗区至诚社会工作服务中心、深圳市东西方社工服务社、深圳市龙岗区春暖社工服务中心、深圳市升阳升社会工作服务社。

本文件主要起草人：彭瑶、熊静帆、向琴、张紫阳、唐祠雄、田雨鑫、陈火星、卢燕、张雅真、李娜、张敏、李经超、吕琴琳、李检阅、骆秋玲。



糖尿病社区防控社会工作服务

第3部分：个案服务

1 范围

本文件提供了糖尿病社区防控社会工作个案服务的服务伦理与原则、服务内容、服务流程、服务保障等方面的指导。

本文件适用于在社区面向有需要的糖尿病患者及其家庭等提供的社会工作个案服务。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

WS/T 429—2013 成人糖尿病患者膳食指导
MZ/T 094—2017 社会工作方法 个案工作
DB4403/T 214—2021 医务社会工作服务指南
T/SZSWA 004—2020 深圳市社会工作伦理指南

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

糖尿病 diabetes mellitus; DM

由遗传因素、内分泌功能紊乱等各种致病因子作用，导致胰岛功能减退、胰岛素抵抗等而引发的糖、蛋白质、脂肪、水和电解质等一系列代谢紊乱综合征。

注：临床上以高血糖为主要特点，分为1型糖尿病、2型糖尿病、妊娠糖尿病以及特殊类型糖尿病四种类型。社区糖尿病患者以2型糖尿病为主。

[来源：WS/T 429—2013，2.1]

3.2

糖尿病社区防控社会工作服务 social work service for community prevention and control of diabetes

由社会工作者在社区开展糖尿病（3.1）防控相关服务，包含社区动员、宣传教育、糖尿病风险评估、糖尿病患者自我管理小组、个案、访视等。

3.3

跨专业团队 interdisciplinary team

由医生、护士、社会工作者等专业人员组成的跨专业工作团队。

3.4

个案服务 case service

糖尿病（3.1）社区防控社会工作者以有需要的个人或家庭为服务对象，运用个别化的服务，增强其解决困难和适应社会的能力，促进其与环境和谐发展。

4 服务伦理与原则

4.1 服务伦理

社会工作者在开展服务时，应遵循T/SZSWA 004—2020的社会工作伦理要求。

4.2 服务原则

4.2.1 服务对象利益优先

以服务对象为中心，从服务对象的特点和利益出发，强调服务对象的参与，引导服务对象在服务中充分表达需求和意见，最大限度保障服务对象利益。

4.2.2 评估导向

为了尊重服务对象的差异化特点和个性化需求，制定有针对性的服务方案，充分评估服务对象生理和心理情况、家庭情况、社交网络、生活环境等。

4.2.3 跨专业合作

社会工作者与医生、护士等其他专业人员共同合作，为服务对象提供专业服务。

4.2.4 接纳与非评判

同理服务对象的感受、想法与行为，不因服务对象的态度、行为、生理和心理等状况而产生歧视或拒绝服务，避免对服务对象进行随意评价、指责和批判。

4.2.5 动态管理

社会工作者要对个案进行动态的评估和监督管理，确保所提供服务符合服务对象的需求。

5 服务内容

5.1 健康管理

为服务对象提供健康教育服务，帮助服务对象加强对疾病的认知和管理，包括以下内容：

- 糖尿病知识宣教：链接医护团队为服务对象提供关于糖尿病的教育和知识，包括疾病的原因、症状、并发症预防等方面的信息，以增强服务对象对疾病的理解；
- 饮食管理：征求医护团队、营养师等专业人员的建议，为服务对象提供个性化的饮食建议和指导，协助服务对象制定适当的饮食计划，控制碳水化合物摄入，以平衡营养和维持良好的血糖水平，运用鼓励、监督等方式督促饮食计划的实施，并阶段性评估实施效果；
- 运动管理：提供个性化的运动建议和指导，协助服务对象制定适当的运动计划，运用鼓励、监督等方式督促运动计划的实施，并阶段性评估实施效果；
- 血糖监测：指导服务对象进行血糖监测，教授正确的监测技术和使用血糖仪器的方法，帮助服务对象理解血糖数据，并根据监测结果调整治疗方案。

5.2 情绪心理支援

提供心理支持和情绪管理策略，帮助服务对象应对与糖尿病相关的情绪压力、焦虑和抑郁等问题，促进心理健康和提升自我管理能力，包括以下内容：

- 倾听和支持：倾听服务对象的情绪和心理需求，通过有效沟通和提供倾诉空间，让服务对象感受到被理解和尊重，缓解服务对象可能面临的情绪、照顾压力和困惑；
- 认知行为教育：指导服务对象检验自己的认知，改变服务对象对糖尿病的错误认知，矫正服务对象关于疾病及治疗的认知不足和行为偏差，协助其修正不遵医嘱、盲目停药、乱服药、不良饮食习惯等不当行为，提高服务对象的治疗依从性；
- 情绪教育：向服务对象提供关于情绪管理支持服务，帮助服务对象理解糖尿病与情绪之间的相互作用，引导服务对象学习呼吸练习、放松技巧和积极应对策略；
- 引导问题解决：帮助服务对象分析和解决引起困扰的具体问题，协助服务对象制定应对糖尿病相关挑战的解决方案，增强服务对象应对问题的能力和信心；
- 寻求专业帮助：视服务对象的需求，链接心理咨询师或心理医生等专业资源，帮助服务对象解决更复杂的情绪问题和心理健康问题。

5.3 社会支持网络建设

对社会支持网络资源不足或者利用社会网络资源的能力不足的服务对象，帮助他们扩大社会网络资源，包括以下内容：

- 建设正式支持系统：整合医生、护士、营养师、运动治疗师、心理健康专家等跨专业团队资源，共同关注服务对象的身体和心理健康，协调服务并提供全面的支持；
- 建设非正式支持系统：协助服务对象加强与家庭、朋辈、同事等非正式支持系统的联系，以获得物质或情感上的支持。

6 服务流程

6.1 个案发掘与转介

个案挖掘与转介服务包括下列内容：

- 社会工作者与医疗机构、社区组织以及其他相关机构建立合作关系，主动发现和挖掘有需要的服务对象；
- 了解服务对象的来源和接受服务的意愿，邀请服务对象参与服务，并澄清服务期望；
- 告知服务对象服务范围、双方权责、机构职责等，初步收集服务对象的信息，分析服务对象的困境和需要，撰写《个案建档记录表》（见附录A）；
- 根据服务对象的需要和社会工作者职责范围及能力，确定进行结案或转介；
- 确定接案的，与服务对象签订《知情同意书》（见附录B）；
- 确定转介的，与服务对象签订转介表。

6.2 预估与问题诊断

预估与问题诊断服务包括下列内容：

- 了解收集服务对象身体、心理等健康状况，包括血糖、血压指数、康复情况、安全用药情况、药物依赖、情绪状况等；
- 了解服务对象社会环境的微观、中观、宏观系统信息，尤其是家庭情况和社区融入情况；
- 与服务对象探讨需要、困境和问题，并确定介入的优先次序；
- 与服务对象讨论其所处环境中的优势、资源；
- 与服务对象初步探讨服务目标和服务期望；
- 完善《个案建档记录表》（见附录A）。

6.3 制定个案服务计划

制订个案服务计划包括下列内容：

- 与服务对象及其家庭成员一起制定明确的个案服务目标和行动计划，包括健康教育、情绪心理支援、社会支持网络建设等；
- 与服务对象及其家庭成员共同探讨具体的介入策略、行动步骤和进度安排；
- 选择合适的服务监测方法，监测的主要内容包括服务成效、服务进度、服务产出等；
- 撰写《个案介入计划表》（见附录C）、《个案跟进服务记录表》（见附录D）。

6.4 组建跨专业团队

社会工作者应视服务对象的需求，与医生、护士、营养师、运动治疗师、心理健康专家等建立跨专业团队，提供综合的个案服务。

6.5 执行个案服务计划

社会工作者与跨专业团队成员共同执行个案服务计划，每次服务后应及时撰写当次的《个案跟进服务记录表》（见附录D）。

6.6 监督与评估

社会工作者应监督和评估个案服务计划的执行情况，与跨专业团队成员定期沟通和讨论服务对象的进展和需求，调整个案服务计划，确保目标的达成和效果的评估，每次评估完成后，应填写《个案评价表》（见附录E）。

6.7 结案与跟踪

当完成个案既定的目标或达到其他终止条件时（包括但不限于服务对象搬离服务辖区、死亡或提出终止服务），社会工作者与跨专业团队成员、服务对象或其家庭成员共同评估和总结服务情况及服务效果，并为服务对象提供适当的跟踪支持。完成评估后填写《个案评价表》（见附录E），结案时填写《个案结案报告》（见附录F）。

当发现服务需求超出社会工作者的能力或职责范围，宜根据服务对象自身意愿进行转介，填写《个案转介表》（见附录G）。

7 服务保障

7.1 人员资质要求

开展糖尿病社区防控社会工作服务的社会工作者应同时符合以下要求：

- 获得国家颁发的社会工作者职业资格水平证书；
- 从事社会工作服务不少于2年；
- 按照 T/SZSWA 012.5—2024《糖尿病社区防控社会工作服务 第5部分：社会工作者培养规范》的要求，参加糖尿病社区防控社会工作者规范化培训，并取得培训结业证书。

注：宜优先安排具有医学和教育背景，或者具有健康管理师、心理咨询师、营养师（技师）、体育指导员和全民健康生活方式指导员等资格的社会工作者参与服务。

7.2 档案管理要求

档案管理按DB4403/T 214—2021规定执行。

7.3 风险管理要求

风险管理按DB4403/T 214—2021规定执行。

7.4 服务场所要求

提供糖尿病社会工作服务的场所应符合相关的卫生、安全和隐私要求，包括设施的适当布局 and 性能安全，以及具备保障服务对象隐私和数据安全的措施。

附 录 A
(资料性)
个案建档记录表

表 A.1 给出了个案建档记录表的样式。

表 A.1 个案建档记录表

项目执行点名称					
服务对象基本信息部分					
姓名		性别		出生年月	
联系电话				家庭住址	
健康状况	<input type="checkbox"/> 很健康 <input type="checkbox"/> 比较健康 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 较不健康 <input type="checkbox"/> 很不健康				
紧急联系人姓名				联系电话	
接案方式	<input type="checkbox"/> 面见 <input type="checkbox"/> 电话 <input type="checkbox"/> 社会工作者发现 <input type="checkbox"/> 转介（请附转介表）				
服务对象问题及需求评估部分					
背景资料：					
问题概要：					
患病情况（点列式）					
需求评估（点列式）					
社会工作者（签名）				日期	
督导（签名）				日期	

附录 B
(资料性)
知情同意书

表 B.1 给出了知情同意书的样式。

表 B.1 知情同意书

<p>知情同意书</p> <p>1. 本人_____ (服务对象/监护人姓名) 同意_____ (社会工作者姓名) 于_____年____月____日开始为本人提供个案辅导服务；</p> <p>2. 本人知悉为本人提供服务者为XXXX单位 (XXXX岗位) 的社会工作者；</p> <p>3. 本人对如何申请服务、接受服务、保密机制及意见投诉等方面都有清晰的了解；</p> <p>4. 本人知悉社会工作者会定时与本人约见，本人会守时及积极参与，若未能按时应约，本人会尽早通知社会工作者；</p> <p>5. 本人明白若个案目标已达成，社会工作者会主动与本人商讨结束个案。本人也有权利随时与社会工作者协商，终止服务。</p>			
知会方式	<input type="checkbox"/> 口头告知 <input type="checkbox"/> 书面告知 <input type="checkbox"/> 邮件告知 <input type="checkbox"/> 其他_____		
服务对象/监护人 (签名)		日期	
社会工作者 (签名)		日期	
<p>注：如“服务对象”未满18岁或者认知有限等情况则由其监护人签署相关协议。</p>			

附录 C
(资料性)
个案介入计划表

表 C.1 给出了个案介入计划表的样式。

表 C.1 个案介入计划表

服务地点		负责社会工作者		个案编号:
服务对象姓名		开案日期		
一、服务对象整体情况				
【填写说明】：住房、经济、家庭，身体健康、血糖指数、运动习惯、饮食生活状况、就医经历、社会支持等重要信息				
二、需求/问题、优势资产分析				
【填写说明】：对服务对象的需求/问题、资源等进行分析				
三、介入理论/模式				
【填写说明】：简要说明采用的相关介入理论和行动依据				
四、服务方案制定				
目标	行动策略	具体计划	服务频率	人员分工
目标1:				
目标2:				
五、服务预算（如有）				
开支项	单价	数量	小计	备注
合计				
六、督导批注				
社会工作者（签名）			日期	
督导（签名）			日期	

附 录 D
(资料性)
个案跟进服务记录表

表 D.1 给出了个案跟进服务记录表的样式。

表 D.1 个案跟进服务记录表

第 次服务情况		个案编号：	
负责社会工作者：		时间：	
接触方式： <input type="checkbox"/> 面谈 <input type="checkbox"/> 电访 <input type="checkbox"/> 小组 <input type="checkbox"/> 社区活动 <input type="checkbox"/> 其它			
地点：		服务对象：	
本次目标	【填写说明】：指此次跟进个案的目标		
服务过程	【填写说明】：直接、间接介入的过程/情况（内容包括对话摘要；服务对象的非语言信息、服务对象情绪情感及环境状况；社会工作者感受及应对方式等）		
服务目标达成情况			
专业反思	【填写说明】： 1. 社会工作者结合所用理论（如人本主义、叙事治疗、增能理论）、介入策略进行分析 2. 社会工作者专业反思		
下一步跟进计划	【填写说明】：跟进计划若有调整请一并说明		
社会工作者（签名）		日期	
督导（签名）		日期	

附录 E
(资料性)
个案评价表

表 E.1 给出了个案评价表的样式。

表 E.1 个案评价表

1. 你对负责社会工作者的表现满意吗?

非常满意 比较满意 一般 比较不满意 非常不满意

2. 负责社会工作者对你提供了何种帮助? 请从下列范围挑选 (可选多项)

政策落实 心理疏导 情绪辅导 经济援助 健康问题

行为问题 能力提升 就业辅导 家庭关系 人际关系

社会融入 资源链接 亲职教育 康复服务 转介服务

其它 (请注明) _____

未提供服务

3. 总体而言, 服务能否协助你面对 / 解决你的困难?

完全不能 完全解决

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. 自接受本个案服务后, 你的情况有否改善?

完全没有改善 完全解决

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. 与社会工作者接触时, 你对解决你的困难的积极性如何?

非常积极 积极 一般 不积极 非常不积极

6. 本个案结束之时, 你与社会工作者双方同意的目标能否达到?

能够 部分能够 不能 (原因: _____)

7. 您的其它评语或意见

服务对象签名 (选填): _____

日期: _____

附 录 F
(资料性)
个案结案报告表

表 F.1 给出了个案结案报告表的样式。

表 F.1 个案结案报告表

填表类别： <input type="checkbox"/> 半年检视 <input type="checkbox"/> 周年检视 <input type="checkbox"/> 个案结束			
一、服务对象基本情况			
服务对象姓名		社会工作者	
开案日期		结案日期	
跟进总次数			
二、社会工作者介入情况回顾			
<p>【填写说明】：社会工作者介入该个案整个过程的阶段性描述，侧重于在专业理论、技巧、手法上运用，在不同阶段社会工作者的角色定位，以及服务对象的转变</p> <p>1、个案辅导前期（开案预估阶段/服务计划阶段）：……</p> <p>2、个案服务中后期（服务跟进过程/转折点）：…</p> <p>3、个案结案期：…</p>			
三、目标达成情况			
【填写说明】：回应计划的目标，清晰记录服务对象自身的转变，可用服务对象及亲朋好友等第三方对服务对象改变的评价或实际例子来佐证目标的实现情况；未达成的目标及原因说明；评估方法如：XXX 评估量表、服务对象反馈、社会工作者观察、服务评估等			
协议目标	目标达成情况分析(结合服务后服务对象现状分析)		评估方法
目标 1:			
目标 2:			
目标 3:			

表 F.1 个案结案报告表（续）

四、总结及反思				
<p>【填写说明】：对个案整体的总结，包括介入策略是否合理，个案发展过程中一些值得反思和总结的经验等（专业理论支持、秉承的价值理念、运用的社会工作服务技巧、辅导方式、时间频次、需改善地方、收获等……）</p>				
五、结案原因				
<input type="checkbox"/> 目标达成 <input type="checkbox"/> 社会工作者认为不适宜继续（请说明：_____） <input type="checkbox"/> 服务对象不愿意继续接受服务（请说明：_____） <input type="checkbox"/> 情况有变（如服务对象死亡，搬家等）（请说明：_____） <input type="checkbox"/> 其它（请说明：_____）				
六、服务对象知道个案已结束并知道在有需要时如何得到服务				
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
七、财务报告（如有）				
开支项	预算金额	决算金额	经费来源	备注
合计				
八、下一步跟进计划				
九、督导批注				
社会工作者（签名）		日期		
督导（签名）		日期		
<p>注：1. 如涉及经费使用，按照项目相关经费管理规定执行。 2. 个案服务期6个月以上，可每半年进行检视总结。</p>				

附 录 G
(资料性)
个案转介表

表 G.1 给出了个案转介表的样式。

表 G.1 个案转介表

本人（服务对象） _____ 完全明白及同意 _____ 服务点/项目名称 _____			
转介本人到： _____			
目的是 _____			
服务对象签名： 日期： _____		负责社会工作者签名： 日期： _____	
*(未有行为能力者须家长/ 监护人签署)			
家长/监护人签名： 日期： _____			
社会工作者姓名		联络方式	
初次接询日期		签 名	
接收项目			
转介社会工作者姓名		联络方式	
接收日期		签名/盖章	
个案情况			
服务对象基本信息	姓名		性别
	出生年月		身份证号
	联系方式		家庭住址
现正为服务对象提供服务的其它机构			
服务对象的主要问题和需求			
曾采取的措施			
社会工作者评估和建议			
社会工作者（签名）		日期	
督导（签名）		日期	

参 考 文 献

- [1] SZDB/Z 350—2019 社区药品安全服务
- [2] 国家卫生健康委员会. 国家基层糖尿病防治管理指南(2022). 2022年
- [3] 全国社会工作者职业水平考试教材编委会. 社会工作综合能力(中级)[M]. 北京: 中国社会科学出版社. 2023年
- [4] 全国社会工作者职业水平考试教材编委会. 社会工作实务(中级)[M]. 北京: 中国社会科学出版社. 2023年

