

T/GXDSL

团 体 标 准

T/GXDSL —2026

森田疗法在住院病房的临床应用规范

Standard for Clinical Application of Morita Therapy in Inpatient Wards

(工作组讨论稿)

(本草案完成时间：2026-01-29)

2026 - - 发布

2026 - - 实施

广西电子商务企业联合会 发布

目 次

前 言	III
1 引言	1
2 范围	1
3 规范性引用文件	1
4 术语和定义	2
4.1 森田疗法	2
4.2 绝对卧床期	2
4.3 作业期	2
4.4 为所当为	2
4.5 精神交互作用	3
5 总体原则	3
5.1 科学循证原则	3
5.2 人性化与尊重原则	3
5.3 整合治疗原则	3
5.4 个体化原则	3
5.5 实践导向与社会回归原则	3
6 适用对象与禁忌	4
6.1 主要适应症	4
6.2 禁忌症	4
7 住院环境与设施要求	4
7.1 治疗单元设置	5
7.2 安全与监护设施	5
7.3 作业活动资源	5
8 治疗阶段与核心操作流程	6
8.1 第一阶段：诊断评估与准备期（约 3-5 天）	6
8.2 第二阶段：绝对卧床期（约 7 天）	6
8.3 第三阶段：作业期（约 20-30 天）	7
8.4 第四阶段：生活训练与社会回归期（约 10-15 天）	7
9 多学科团队协作与人员要求	8
9.1 团队构成	8
9.2 人员资质与培训	8
9.3 团队运作	9
10 疗效评估与质量控制	9
10.1 过程评估	9
10.2 结局评估	9
10.3 质量控制指标	10

10.4 数据管理与持续改进.....	10
11 伦理与安全.....	10
11.1 知情同意.....	10
11.2 隐私保护.....	11
11.3 安全第一.....	11
11.4 非惩罚性与非强制.....	11
11.5 文化敏感性.....	11
12 附则.....	11

前 言

本文件依据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。

本文件由广西产学研科学研究院提出。

本文件由广西电子商务企业联合会归口。

本文件起草单位：

本文件主要起草人：

本文件为首次发布。

森田疗法在住院病房的临床应用规范

1 引言

森田疗法是以东方哲学为理论基础，秉持“顺其自然、为所当为”核心理念的心理治疗方法，广泛应用于多种神经症及心身疾病，在我国精神卫生临床实践中已积累丰富临床经验并取得确切治疗成效。为深入落实《“健康中国 2030”规划纲要》《全国社会心理服务体系试点工作方案》相关要求，规范森田疗法在住院病房的临床应用流程，统一治疗标准、保障医疗安全、提升治疗实效，推动我国精神卫生服务事业高质量发展，特制定本规范。本规范作为各级医疗机构开展森田疗法住院治疗工作的指导性文件，为医疗机构提供清晰的操作指引、明确的质量控制标准及行业标杆，助力提升全国精神心理健康服务的规范化、专业化水平。

2 范围

明确了森田疗法在住院病房临床应用中的总体原则、适用对象与禁忌情形、住院环境与设施要求、治疗阶段与核心操作流程、多学科团队协作要求、疗效评估与质量控制标准及伦理与安全管理要求，全面覆盖森田疗法住院应用的全流程、各环节，确保治疗实施过程科学、系统、安全、规范。适用于全国各级各类开展精神心理科、心身医学科住院服务的医疗机构（含综合医院精神心理科、精神病专科医院、心身疾病专科医院等），供精神科医师、心理治疗师、注册护士及其他相关专业人员（康复治疗师、社工、职业治疗师等）在临床工作中严格遵循、规范执行。

3 规范性引用文件

下列文件为本规范应用的必备依据。标注日期的引用文件，仅该标注日期的版本适用于本规范；未标注日期的引用文件，其最新版本（含所有修改单）适用于本规范，且需契合我国精神卫生事业最新政策导向。

GB 50763-2012 无障碍设计规范

WS/T 471-2015 精神障碍诊疗规范

中华人民共和国精神卫生法（2018年修正版）

医疗机构管理条例（2022年修订版）

心理治疗规范（2013年版）（原卫生部）

临床心理护理指南（2020年版）（国家卫生健康委员会）

精神卫生服务体系建设行动计划（2022-2025年）（国家卫生健康委员会等6部门）

医疗机构精神卫生服务安全规范（试行）（国家卫生健康委员会）

4 术语和定义

下列术语和定义适用于本规范，结合我国精神卫生临床实践特点予以界定，确保与我国精神心理疾病诊疗术语体系保持一致，为临床医护人员的理解与应用提供统一标准。

4.1 森田疗法

由日本学者森田正马创立，经我国临床实践优化适配后，形成的贴合我国人群心理特点的规范化心理疗法。其核心理论为“神经质”学说，通过“绝对卧床期”“轻作业期”“重作业期”“生活训练期”的结构化住院治疗流程，引导患者接纳自身症状与心理烦恼，打破“精神交互作用”，将注意力转移至建设性现实行动，重建适应性生活模式，助力患者实现心理康复与社会功能回归。

4.2 绝对卧床期

森田疗法住院治疗的首个阶段，常规持续时长为7天，可根据患者个体病情及治疗反应动态调整。核心要求如下：患者除进食、洗漱、如厕等基本生理活动外，禁止开展一切娱乐、交际、阅读、电子设备使用等活动，需独自静卧并在医护人员全程监护下，体验“烦闷即解脱”的心境变化过程，逐步降低对自身症状的过度关注程度。

4.3 作业期

森田疗法住院治疗的核心阶段，包含轻作业期与重作业期两个子阶段，是引导患者从“被动接纳”向“主动行动”转变的关键环节。患者从简单、重复性体力劳动（如环境清扫、物品整理、园艺劳作等）起步，逐步过渡至需投入一定体力与注意力的复杂劳动，期间严禁谈论自身症状，引导其将注意力聚焦于作业活动本身，践行“为所当为”的治疗理念。

4.4 为所当为

森田疗法的核心行动原则，亦是我国森田疗法临床应用的核心导向。指患者在治疗过程中，不受自

身情绪及症状困扰，立足现实生活需求，坚持“该做什么就做什么”的行动准则，以目标为导向开展各项活动，通过持续的建设性行动，逐步改善认知模式、调节情绪状态，恢复正常心理功能。

4.5 精神交互作用

森田疗法的核心病理机制，指个体因过度关注某种感觉、情绪或症状，导致其对该类感受的敏感性持续增强；而感觉、情绪或症状的强化，又使个体注意力进一步固着于此类感受，形成“注意-感觉-强化”的恶性循环，该循环是神经质症状迁延不愈、逐步加重的关键原因。

5 总体原则

结合我国精神卫生事业高质量发展要求，森田疗法住院临床应用需严格遵循以下原则，兼顾科学性、人文性与实践性，契合我国医疗服务“以患者为中心”的核心理念及精神卫生诊疗工作规范。

5.1 科学循证原则

治疗实施过程需以当代医学、心理学循证证据为基础，严格遵循我国精神障碍诊疗相关规范，结合患者具体病情、躯体健康状况、心理特质，灵活运用森田疗法核心原理，杜绝非规范、非科学的治疗操作，确保治疗过程安全、治疗效果确切。

5.2 人性化与尊重原则

充分尊重患者的人格尊严、文化背景、宗教信仰及自主选择权，严格践行医疗人文关怀理念，构建安全、温馨、无歧视、有温度的治疗环境，杜绝对患者的忽视、歧视或不当干预，切实保障患者的合法权益。

5.3 整合治疗原则

立足我国精神心理疾病“生物-心理-社会”综合治疗模式，将森田疗法作为住院治疗方案的核心组成部分或重要辅助治疗手段，与必要的药物治疗、物理治疗、心理社会支持、康复训练等治疗方式有机整合，制定个体化综合治疗方案，提升整体治疗成效。

5.4 个体化原则

结合我国人群心理多样性、病情复杂性特点，根据患者的诊断类型、躯体健康状况、人格特质、治疗反应及社会支持体系情况，动态调整治疗阶段、时长、作业内容及干预方式，避免“一刀切”的治疗模式，确保治疗方案与患者个体情况精准适配。

5.5 实践导向与社会回归原则

紧扣我国精神障碍患者康复工作“以社会功能回归为核心目标”的要求，强调通过现实行动改变患者

认知与情绪状态，重点引导患者参与现实生活、开展建设性活动，培养其独立生活能力与社会适应能力，为患者出院后回归家庭、融入社会奠定坚实基础。

6 适用对象与禁忌

结合我国精神卫生临床诊疗实际，明确森田疗法住院应用的适用范围与禁忌情形，防范因不当应用引发的医疗风险，保障治疗工作的安全性与适用性。

6.1 主要适应症

6.1.1 神经症性障碍：符合我国精神障碍诊疗规范的广泛性焦虑障碍、强迫症、疑病症、惊恐障碍、社交焦虑障碍等疾病，尤其适用于伴有明显症状过度关注、回避行为的患者。

6.1.2 抑郁症（轻中度）：轻中度抑郁症患者，特别是伴有突出焦虑情绪、反刍思维、回避行为，且无严重自杀自伤风险的患者，可将森田疗法作为综合治疗方案的核心组成部分。

6.1.3 躯体症状及相关障碍：疾病焦虑障碍、转换障碍等疾病，尤其适用于经全面躯体检查排除器质性病变，且症状与心理因素密切相关的患者。

6.1.4 某些人格障碍倾向：伴有回避型、依赖型人格特质，且心理困扰明显、已影响日常生活及社会功能的患者，可通过森田疗法逐步改善人格适应能力。

6.1.5 心身疾病：原发性高血压、肠易激综合征、慢性疼痛等心身疾病，伴有显著心理因素（如过度焦虑、压力难以缓解等），且躯体症状经常规治疗改善不明显的患者，可联合森田疗法开展综合干预。

6.2 禁忌症

6.2.1 绝对禁忌：存在急性精神病性症状（如幻觉、妄想、严重兴奋躁动等），符合我国精神障碍诊疗规范中需紧急医疗干预的情形；存在严重自杀自伤风险，且无法通过 24 小时全程监护有效控制；存在严重智力障碍或痴呆，无法配合完成治疗全过程；存在严重躯体疾病急性期或不稳定期（如心功能不全 IV 级、急性心肌梗死、严重呼吸衰竭等），无法耐受住院治疗及作业活动。

6.2.2 相对禁忌：双相情感障碍躁狂发作期；物质依赖急性戒断期；治疗动机极低、明确拒绝配合治疗，且经干预后仍无法配合的患者。对于相对禁忌症患者，需经多学科团队系统评估、充分做好风险防控准备，制定针对性风险防控方案后，方可谨慎开展森田疗法治疗，并实施全程密切监护。

7 住院环境与设施要求

结合我国医疗机构标准化建设要求，兼顾治疗需求、安全管理与人文关怀需求，明确森田疗法住院环境与设施的核心标准，确保住院环境适配治疗实施、有效保障患者住院安全。

7.1 治疗单元设置

7.1.1 整体布局：医疗机构应设立相对独立的森田疗法治疗病区或治疗单元，与急性重症病区适当分隔，避免交叉干扰，营造安静、整洁、光线柔和、通风良好的治疗环境，符合我国精神卫生机构病区标准化建设相关要求。

7.1.2 功能区域配置：治疗单元内需合理规划功能区域，至少应包含以下区域：符合安全管理标准的单人绝对卧床病房（建议面积 $\geq 8\text{ m}^2$ ），保障患者独处与静卧需求；团体活动室（面积 $\geq 40\text{ m}^2$ ），用于开展团体治疗活动、病例讨论与健康辅导；作业治疗室或作业场地（如手工室、园艺区等），配备相应作业工具与材料；物理治疗区，适配联合物理治疗的开展需求；医护人员办公室及监控室，保障诊疗与监护工作有序开展。

7.1.3 环境设计：治疗单元整体环境设计需严格遵循 GB 50763-2012《无障碍设计规范》，保障无障碍通行，适配老年、残疾等特殊患者的使用需求；装饰采用自然、简约、素雅风格，可合理布置绿植、山水画等有助于舒缓心境的元素，避免过度华丽或具有刺激性的装饰，契合我国东方文化审美与患者心理舒缓需求，同时符合医疗机构感染控制相关要求。

7.2 安全与监护设施

7.2.1 病房安全设施：绝对卧床期病房需减少不必要的硬件设施，彻底杜绝各类安全隐患；窗户需安装防坠落限位器及安全玻璃，墙面、家具采用防撞设计；严禁在病房内放置任何可用于自我伤害的物品，切实保障患者住院安全。

7.2.2 病区监护设施：治疗病区需配备 24 小时视频监控系统（卫生间、浴室等涉及患者隐私的区域除外）及紧急呼叫系统，监控中心需安排专人值守，确保能够及时发现、处置各类突发情况；紧急呼叫系统响应时间不得超过 3 分钟，符合我国精神卫生机构安全监护相关标准。

7.2.3 危险物品管理：锐器、长绳、有毒化学品、易燃易爆物品等可用于自我伤害、攻击他人的危险物品，需严格实行专柜存放、登记管理制度，严禁带入治疗单元；作业工具使用需履行登记手续，在医护人员专人指导下规范使用，使用完毕后及时回收，杜绝危险物品流失。

7.3 作业活动资源

7.3.1 资源配置：医疗机构需配备种类丰富、适配我国人群特点的作业活动材料与工具，包括但不限于：园艺工具（铲、耙、水壶等）、清洁工具、手工材料（木工、陶艺、编织等）、绘画材料、书法工具等；书籍仅限作业期后供患者阅读，以励志类、生活技能类、传统文化类书籍为主，规避涉及心理

障碍相关的负面内容。

7.3.2 合作机制：医疗机构宜与医院后勤部门、园艺部门及社区服务机构建立长期合作机制，提供整理库房、分拣物品、协助绿化、社区志愿服务等真实轻度体力劳动岗位，让患者在真实生活场景中践行“为所当为”的治疗理念，提升社会适应能力，契合我国精神障碍康复工作“医社联动”的发展方向。

8 治疗阶段与核心操作流程

结合我国住院患者诊疗周期管理特点，明确森田疗法住院治疗常规周期为 40-50 天，分为四个阶段规范实施，各阶段时长可根据患者个体病情、治疗反应动态调整 $\pm 20\%$ ，确保治疗流程规范、系统、可操作，适配我国医疗机构住院诊疗管理相关要求。

8.1 第一阶段：诊断评估与准备期（约 3-5 天）

8.1.1 全面评估：由精神科医师牵头主导，联合心理治疗师、注册护士组成专项评估团队，完成患者精神科结构化访谈（如 SCID-5）、必要的躯体检查及实验室检查，排除器质性疾病与绝对禁忌症；采用我国临床广泛应用的标准化量表评估患者症状严重程度，包括汉密尔顿焦虑量表（HAMA，14 项版本， ≥ 14 分可考虑纳入治疗）、汉密尔顿抑郁量表（HAMD-17， ≥ 17 分需谨慎评估治疗适配性）、耶鲁-布朗强迫量表（Y-BOCS， ≥ 16 分可考虑纳入治疗），建立患者基线评估档案，为个体化治疗方案的制定提供科学依据。

8.1.2 治疗协议：治疗团队需与患者及家属进行充分沟通，全面解读森田疗法的核心原理、治疗流程、预期治疗效果及潜在治疗风险，重点说明绝对卧床期的具体要求与治疗挑战性，指导患者及家属签署知情同意书与治疗协议；明确治疗期间“不谈论自身症状，仅交流行动与感受”的沟通规则、标准化作息制度及安全管理须知，引导患者及家属主动配合治疗工作，提升治疗依从性。

8.1.3 环境适应：由注册护士引导患者熟悉治疗病区环境、各功能区域分布、作息制度及医护人员配置，详细介绍治疗团队成员构成及各自岗位职责，帮助患者消除陌生感、缓解焦虑情绪，尽快适应住院环境，为后续各阶段治疗工作的有序开展奠定基础。

8.2 第二阶段：绝对卧床期（约 7 天）

8.2.1 核心操作：患者入住单人绝对卧床病房，严格遵守标准化作息制度：每日 7:00 起床、22:00 就寝，自行完成洗漱、如厕等基本生理活动，在固定时间（如 8:00、12:00、18:00）统一用餐；其余时间需保持静卧状态（可采取仰卧、侧卧姿势），禁止会客、交谈、阅读、听音乐、看电视、使用手机等所有娱乐与社交活动，禁止主动关注自身症状或向医护人员诉说症状困扰。

8.2.2 医护人员职责：主治医师或指定心理治疗师每日开展1次、时长不超过15分钟的简短访视，访视过程中不探讨患者症状，仅观察患者精神状态与躯体健康状况，以“保持现状”“顺其自然”等规范化引导语进行指导，避免过度干预；注册护士每日监测患者生命体征与心理状态，做好详细护理记录，保障患者住院安全，静默完成各项护理操作，不与患者闲聊、不回应其关于症状的相关诉说。

8.2.3 治疗目标：引导患者直面自身焦虑情绪与心理烦恼，经历“烦闷-烦恼至极-平静”的心境转变过程，打破对症状的过度关注与精神交互作用，减少回避行为，唤醒患者“生的欲望”，为顺利进入作业期做好心理准备。

8.3 第三阶段：作业期（约20-30天）

8.3.1 轻作业期（约7-10天）行动安排：患者开展轻微、单调、重复性体力劳动，如打扫庭院落叶、整理图书资料、折叠纱布、擦拭桌椅等；每日安排2-3项作业任务，总作业时长控制在3-4小时，循序渐进增加活动量，避免患者过度劳累。禁止事项：仍禁止患者主动谈论自身症状、阅读与心理障碍相关的书籍、过多与他人交流症状困扰，引导患者将注意力集中于作业活动本身。日记指导：启动“森田日记”书写工作，指导患者记录每日作业内容、完成情况及行动中的细微体验与感想，严禁记录情绪困扰与自身症状；心理治疗师每日批阅日记，给予“继续坚持劳动”“关注手头的事情”等行动导向性反馈，强化患者的行动意识。

8.3.2 重作业期（约13-20天）行动升级：逐步增加作业任务的体力强度、复杂性与社会性，如园艺种植、简单木工制作、团体清洁、协助厨房备菜、参与病房日常管理等；每日作业时长增至5-6小时，结合患者躯体健康状况动态调整作业强度，鼓励患者主动承担力所能及的作业任务。引入团体活动：组织简单团体游戏、体育锻炼（如散步、八段锦、太极拳等，契合我国传统养生文化）、团体分享会（分享内容聚焦作业体验，不涉及自身症状），培养患者的合作意识与社会交往能力。现实导向：引导患者不纠结于作业任务的意义，专注于作业实施过程本身，在实践中领悟“为所当为”的核心内涵，逐步摆脱情绪对行动的束缚，树立积极向上的生活态度。

8.4 第四阶段：生活训练与社会回归期（约10-15天）

8.4.1 复杂活动与社会接触：安排患者参与需提前计划、协同配合及少量社交的活动，如超市购物、短途外出、生活话题及生活技能类团体讨论会、社区志愿服务等，逐步恢复患者的社会交往能力与生活自理能力，适配患者出院后社会生活的需求。

8.4.2 出院准备：治疗团队与患者及家属共同回顾治疗全过程，总结“顺其自然、为所当为”的实践体验，帮助患者梳理治疗过程中的收获与成长；结合患者基线评估与终期评估结果，制定具体、可行的出院后生活计划（包含作息安排、工作/学习计划、家务劳动、社交活动、情绪调节方法等内容），明

确家庭支持的重点内容与实施方式。

8.4.3 预防复发教育与随访：指导患者识别可能导致病情复发的高危情境（如压力过大、情绪剧烈波动、过度关注自身感受等），掌握运用森田理念应对未来生活压力、调节情绪状态的方法；将患者出院后1个月、3个月、6个月的随访工作纳入国家精神卫生随访管理体系，采用门诊随访、电话随访、线上随访等多种随访方式，及时了解患者出院后生活状态与心理变化，动态调整康复方案，有效预防病情复发。

9 多学科团队协作与人员要求

立足我国精神卫生多学科协作（MDT）发展趋势，明确森田疗法住院治疗的团队构成、人员资质与运作规范，打造专业化、规范化的治疗团队，保障治疗质量，契合我国精神卫生人才队伍建设相关要求。

9.1 团队构成

治疗团队遵循“精简高效、专业互补”的原则，至少应包含以下成员：1名精神科医师，负责整体诊疗方案的制定与把控；1-2名认证心理治疗师或心理咨询师，负责具体治疗阶段的实施工作；注册护士，护患比例不低于1:5，负责患者日常监护与护理工作；可根据医疗机构条件与患者治疗需求，酌情纳入康复治疗师、社工、职业治疗师，形成覆盖诊疗、护理、治疗、康复、社会支持的多学科协同干预格局。

9.2 人员资质与培训

9.2.1 精神科医师：需具备《医师执业证书》，执业范围为精神卫生专业；接受过森田疗法系统培训（培训时长不少于80学时），或拥有国家认可的森田疗法相关专业认证；熟练掌握精神障碍诊疗规范、森田疗法核心原理与操作流程，具备良好的临床判断能力与危机干预能力，契合我国精神科医师专业化发展要求。

9.2.2 心理治疗师：需具备国家认可的心理学、医学等相关专业本科及以上学历，拥有心理治疗师执业资格或相关专业资质；接受过森田疗法专项培训（培训时长不少于100学时），具备至少2年精神心理临床实践经验；熟练掌握森田疗法各阶段操作流程、日记批阅技巧与团体辅导方法，具备良好的沟通能力、共情能力与非评判性态度。

9.2.3 护士：需具备护士执业资格，接受过精神科护理专项培训及森田疗法护理要点培训（培训时长不少于30学时）；熟练掌握精神科患者监护技巧、安全管理规范及森田疗法各阶段护理重点，具备良好的观察能力、应急处置能力与非评判性沟通能力，能够配合治疗团队完成治疗实施与患者管理工作，

践行我国精神科护理专业化发展要求。

9.3 团队运作

9.3.1 病例讨论制度：建立每周至少 2 次的团队病例讨论会制度，由精神科医师主持，全体治疗团队成员参与，共同评估患者治疗进展、症状变化及治疗反应，分析治疗过程中存在的问题并动态调整治疗计划；做好病例讨论详细记录，纳入患者病历档案，实现治疗过程的可追溯、可优化。

9.3.2 岗位职责分工：明确治疗团队各成员的岗位职责，构建协同高效的工作机制：精神科医师负责医疗安全管理、患者诊断、药物治疗调整、整体治疗方案把控及突发医疗危机处置；心理治疗师负责具体治疗阶段实施、日记批阅、个体及团体辅导，引导患者践行森田疗法理念；注册护士负责 24 小时患者监护、作业活动带领、日常生活管理、安全巡查与生命体征监测，及时向治疗团队反馈患者情况，配合完成评估与治疗工作；其他专业人员按照岗位职责，开展康复训练、社会支持等相关工作。

10 疗效评估与质量控制

结合我国医疗质量控制体系相关要求，建立科学、系统的森田疗法住院治疗疗效评估与质量控制体系，明确评估指标、控制标准与持续改进机制，确保治疗质量符合国家精神卫生服务要求，推动治疗效果持续提升。

10.1 过程评估

10.1.1 日常评：注册护士每日记录患者作业参与度、行为表现、情绪状态及异常情况（如自杀意念、攻击行为等），做好标准化护理记录，为过程评估提供基础数据；发现异常情况立即上报治疗团队，启动突发情况应急处置流程。

10.1.2 每周评估：治疗团队每周采用自编森田疗法过程评定量表（评估维度包含行动力、对症状的态度、生活专注度、作业完成质量等）对患者进行规范化评估，对比基线评估数据，分析患者治疗进展情况，及时调整治疗策略；该量表需经过科学验证，确保评估结果的可靠性与有效性，符合我国临床评估标准化要求。

10.2 结局评估

10.2.1 主要疗效指标：治疗前后采用 HAMA、HAMD-17、Y-BOCS（根据患者具体诊断选择对应量表）等我国临床广泛应用的标准化量表进行评分对比，治疗目标为量表减分率 $\geq 50\%$ ，确保治疗效果达到国家精神心理疾病临床治疗质量要求。

10.2.2 次要疗效指标：采用生活质量综合评定问卷（GQOLI-74）评估患者生活质量改善情况；患

者出院时开展治疗满意度调查，目标满意度 $\geq 90\%$ ，契合我国医疗服务满意度提升相关要求；采用社会功能缺陷筛选量表（SDSS）评估患者社会功能改善情况，为患者社会功能回归提供科学依据。

10.2.3 评估时点：明确固定评估时点，确保评估工作的系统性与可比性：患者入院时完成基线评估，建立患者基础数据档案；治疗第4周末开展中期评估，评估中期治疗效果并调整治疗方案；患者出院前1-2天完成终期评估，全面评估治疗效果，判断患者出院适配性，为出院计划制定提供依据。

10.3 质量控制指标

结合我国精神卫生服务质量评价体系，明确以下质量控制指标，确保森田疗法住院治疗工作规范实施：

10.3.1 治疗协议签署率：目标值100%，确保患者及家属充分知情、自愿参与治疗；

10.3.2 治疗计划完成率（完成全部四个治疗阶段）：目标值 $\geq 85\%$ ，提升治疗工作的系统性与完整性；

10.3.3 严重不良事件（如自杀、自伤、攻击行为等）发生率：目标值0%，坚守医疗安全底线；

10.3.4 患者非计划中断治疗率：目标值 $\leq 10\%$ ，提升患者治疗依从性；

10.3.5 随访完成率：患者出院后6个月随访完成率 $\geq 80\%$ ，保障患者出院后持续获得专业支持，有效预防病情复发。

10.4 数据管理与持续改进

建立森田疗法病例数据库，规范收集患者基线资料、治疗过程数据、疗效评估结果及质量控制数据，实行标准化管理，确保数据真实、完整、可追溯；数据管理工作需符合我国医疗数据安全相关规定，严格保护患者隐私。每季度对数据库数据进行统计分析，评估疗效指标与质量控制指标完成情况，召开质量评估会议，梳理治疗工作中存在的问题并制定针对性改进措施，形成“评估-分析-改进-提升”的闭环管理机制，推动森田疗法住院临床应用质量持续提升，契合我国医疗质量持续改进发展要求。

11 伦理与安全

严格遵循我国精神卫生伦理规范、相关法律法规及医疗安全管理要求，将患者生命安全与合法权益置于首位，规范治疗行为、坚守伦理底线，确保森田疗法住院应用过程安全、合规、符合伦理要求。

11.1 知情同意

严格遵循《中华人民共和国精神卫生法》相关要求，确保患者及家属充分理解治疗性质、治疗流程、预期治疗效果、潜在治疗风险（重点说明绝对卧床期的治疗挑战性）及相关权利义务后，自愿参与治疗

并书面签署知情同意书；对于卧床、禁止娱乐、限制部分社交等限制性治疗措施，需向患者及家属特别说明实施目的、时长及注意事项，充分尊重患者自主选择权；对于无民事行为能力或限制民事行为能力的患者，由其法定监护人签署知情同意书。

11.2 隐私保护

严格保护患者个人隐私、病历资料、治疗日记及治疗过程中的相关信息，建立健全隐私保护管理制度；患者病历资料、治疗日记仅限治疗团队成员查阅、使用，严禁向无关人员、单位泄露；监控资料的安装、使用需符合我国医疗隐私保护相关规定，明确监控范围，严禁非法拍摄、存储、传播患者隐私画面；患者出院后，病历资料按照我国医疗机构病历管理相关规定规范保存、管理。

11.3 安全第一

始终将患者生命安全放在首位，建立健全安全管理责任制与突发情况应急预案，覆盖自杀自伤、攻击行为、躯体疾病突发、情绪失控等各类突发情况；医护人员需熟练掌握危机干预流程，加强对绝对卧床期、情绪波动明显患者的日常监护，做到早发现、早干预、早处置；定期开展安全隐患排查工作，及时整改环境、设施、管理中的安全问题，杜绝安全事故发生，符合我国医疗机构安全管理相关要求。

11.4 非惩罚性与非强制

治疗环境与医护人员服务态度需体现支持、理解与包容，严格践行医疗人文关怀理念；作业活动作为治疗核心环节，不得作为惩罚患者的手段；当患者出现抵触情绪、不配合治疗时，治疗团队需耐心沟通、积极引导，分析不配合原因并调整治疗方案，严禁采取强制、胁迫等不当干预方式；当患者强烈抵触治疗或出现禁忌症时，需尊重其退出治疗的权利，或及时调整治疗方案，保障患者合法权益与身心安全。

11.5 文化敏感性

尊重我国各民族、各地区患者的宗教信仰、饮食习惯、文化习俗与价值观念，在治疗框架内进行适当调整，避免因文化差异引发患者不适；结合我国东方文化特点，优化治疗方式与沟通技巧，融入传统养生、书法绘画等传统文化元素，使森田疗法更贴合我国患者的心理特点与文化需求，践行民族团结与文化自信建设要求，提升治疗适配性与患者接受度。

12 附则

本标准由广西电子商务企业联合会负责解释。本标准自发布之日起试行，试行期为一年。试行期满后，根据实施反馈情况进行修订和完善。各相关单位可依据本标准制定具体的实施细则。若本标准与国

家新颁布的法律法规或强制性标准有不一致之处，应以国家法律法规和强制性标准为准。本标准所引用的规范性引用文件如有更新，其最新版本适用于本标准。广西电子商务企业联合会将根据技术发展和应用需求，适时组织对本标准的复审与修订工作，以保障其持续的先进性和适用性。本标准的有效实施，有赖于各级医疗机构、主管部门、技术服务商和各相关方的共同努力，通过规范智慧医院数据互联互通共享技术，推动医疗健康数据资源有效整合与安全共享，提升医疗服务质量和效率，促进智慧医院建设规范化发展，为推进健康中国建设提供技术支撑。
