盐池县民政局文件

盐民发〔2021〕92号

盐池县民政局关于印发《盐池县政府购买居家养老关爱服务项目实施方案》的通知

花马池镇人民政府，盐州路街道办事处：

为了不断满足我县老年人多层次多样化养老服务需求，改善老年人的居家生活环境，提升居家生活品质，推动全县养老服务体系建设，根据自治区民政厅等四部门《关于政府向社会力量购买养老服务的实施意见》（宁民发〔2015〕86号）有关要求，特制定如下实施方案：

一、总体目标

本实施方案所指的政府购买居家养老关爱服务，是指通过向社会组织购买居家养老服务，社会组织指派专业的服务人员，为盐池县辖区符合条件60岁以上老年人提供全面、优质的家庭生活服务，挖掘老年人生活服务需求，方便服务对象日常生活、提升服务对象生活质量，减轻老年人家庭生活压力，改善困难老年人的生活状况。

1. 工作原则

**（一）以人为本。**居家养老关爱服务项目、服务内容应设计合理，并根据老年人家庭情况和老年人的特点，在有限的预算内选择最适合、最迫切的居家照料需求进行服务。

**（二）自愿选择。**必须由老年人本人或其代理人自愿申请接受，与项目服务单位签订相关的服务协议并承担相应的义务。

**（三）不及其他。**居家养老关爱服务不能影响其他居民的公共利益，不能占用公用部位或对他人造成其他不良影响。

三、实施对象

政府购买居家养老关爱服务以家庭为单位，服务对象需要符合下列条件：

（一）60周岁以上的居家养老特困供养对象、城乡低保、低收入家庭和建档立卡户中的失能老人、残疾老人和独居老人；

（二）城乡低收入家庭中70周岁以上居家养老的老人，法定义务赡养人有赡养照料能力的除外。

四、评估和服务内容

**（一）居家养老关爱服务需求评估主要包括以下三项内容：**

**1、身体状况评估**

（1）日常生活能力评估：包括进食、修饰、穿衣、洗浴、如厕、机体活动能力评估等内容；

（2）感知觉评估：包括视力、听力方面评估等内容；

（3）精神状态评估：包括认知能力、攻击行为、抑郁症状评估等内容；

（4）已确诊疾病及意外事件评估：包括现病史（含皮肤状况）、既往病史、跌倒、噎食评估等内容；

（5）行为习惯：包括兴趣爱好、锻炼活动、社会交往意愿及能力评估等内容；

老年人近期内做过的身体状况评估结果，可供参考。

**2、居家养老关爱服务需求评估**

包括个人清洁、日常清洁、居室清洁、助急维修、健康理疗、常规测量、精神慰藉、助行服务、其他服务等居家养老服务需求，以确定服务对象居家养老服务需求内容。

**3、家庭成员评估**

包括家庭成员状态评估、有无照护者、照护内容、照护时间等内容，同时还要征求家庭意愿，包括老年人本人及其家庭成员的主观意愿、客观意愿等内容，确定是否选择接受居家养老服务项目。

**（二）居家养老关爱服务内容主要包括以下六大类：**

**1、健康理疗服务。**根据老人需求预约时间，为服务对象提供上门健康理疗服务（送医取药、测量血压、测量血糖、测量心率、保健按摩、局部艾灸、中频低频、局部拔罐、健康档案管理服务），同时为有需求的服务对象提供日常健康体检服务。

**2、居室、个人清洁服务。**由服务中心派专业养老护理员、家政服务员为老人提供个人清洁服务（助浴服务、洗头、梳头、剃须、剪指甲等）；居室清洁服务（擦拭玻璃、全面保洁、钟点服务包括清洗衣物、床单、窗帘等、清洗烟机等）。

**3、助行服务。**由服务中心派专人（或加盟商户）为老人提供货物配送、代购代缴等助行服务（代购代缴后要提供购物发票、缴费小票等）。

**4、上门维修服务。**由服务中心派专人为老人提供上门维修服务，主要包括：更换窗纱、安装灯泡、维修水管、维修马桶、维修开关、疏通下水、维修面盆以及其他维修服务。

**5、心理疏导服务。**根据老年人的心理需求，由专业心理咨询师、社会工作师对老年人进行心理慰藉、心理疏导，帮助老年人解决心理方面存在的问题，引导老年人正确认识自己，调整身心关系，增强自信心，缓解家人压力。

**6、开展文化娱乐活动。**针对盐池县地域文化特殊性，以节日为契机，有针对性的为老年人开展丰富多样的文艺文化活动，为到场的老人发放小礼品，鼓励老人走出家门，放松心情，丰富老年人精神文化生活，让老年人感受老有所乐的幸福生活。

五、资金扶持和保障

全县居家养老关爱服务对象200户（花马池镇100户、街道办100户），每个家庭最高服务总金额不超过1800元（若服务金额不足1800元，以实际服务金额予以结算），社区居家养老关爱服务项目所需资金36万元，由《自治区民政厅、财政厅关于下达2018年中央福彩公益金和提前下达2019年自治区福彩公益金支持居家及社区养老服务项目预算指标的通知》（宁财（社）指标〔2018〕903号）文件中居家老人关爱行动项目190万元自治区福彩公益金中解决。

六、服务标准

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 服务  类别 | 服务内容 | 规格 | 服务价格 |
| 1 | 助餐 服务 | 送餐 | 次 | 10元 |
| 2 | 助浴 服务 | 助浴 | 次 | 80元 |
| 3 | 居室清洁服务 | 擦拭玻璃 | 平米（房屋面积） | 2.5元 |
| 开荒保洁 | 平米（房屋面积） | 5元 |
| 钟点服务(包括清洗衣物，床单，窗帘等) | 小时 | 40元 |
| 打扫院子 | 次 | 50元 |
| 清理室外垃圾 | 次 | 按照实际情况支付 |
| 清洗烟机 | 台 | 200元 |
| 4 | 个人清洁服务 | 理发 | 次 | 30元 |
| 剃须 | 次 | 20元 |
| 修剪指甲 | 次 | 5元 |
| 5 | 助行服务 | 货物配送 | 次 | 按照实际情况支付 |
| 代购代缴 | 次 | 免费 |
| 6 | 上门维修服务 | 更换窗纱 | 扇 | 45元 |
| 换普通灯泡 | 个 | 10元 |
| 维修水管 | 次 | 50元 |
| 维修马桶 | 次 | 50元 |
| 维修开关 | 次 | 20元 |
| 疏通下水 | 次 | 50元 |
| 维修面盆 | 次 | 50元 |
| 7 | 医疗保健服务 | 送医取药 | 次 | 40元 |
| 测量血压 | 次 | 免费 |
| 测量血糖 | 次 | 5元 |
| 测量心率 | 次 | 免费 |
| 保健按摩 | 次 | 80元 |
| 局部艾灸 | 次 | 40元 |
| 中频低频 | 次 | 40元 |
| 局部拔罐 | 次 | 40元 |
| 心理健康管理服务 | 次 | 免费 |
| 慢性病管理服务 | 人 | 免费 |
| 8 | 其他 服务 | 心理疏导 | 次 | 40元 |
| 链接社会资源 | 次 | 免费 |
| 其他日常生活需求服务 | 项 | 按照实际情况支付 |

七、实施流程

**（一）提出申请。**需求对象或其代理人持老年人身份证及特殊困难老年人证明材料向居住地所在社区提交《盐池县政府购买居家养老项目申请核实表》(见附件1)。

**（二）审核评估。**村（居）委会（负责收集申请材料（截止2021年10月20日）； 乡镇、街道办负责资格审核（截止2021年10月30日前），将《盐池县政府购买居家养老关爱服务项目花名册》（见附件2），对不符合条件的申请人需书面告知（见附件3），提交至县民政部门；县民政部门负责收集实施对象名单，协调居家养老服务单位对老年人身体状况、居家养老需求、家庭成员进行综合评估（见附件4）；居家养老服务单位在入户评估后出具居家服务方案，经老年人或其代理人核定后方可实施。

**（三）过程监督。**由县民政部门统一以招投标形式，委托第三方进行服务。实施单位要建立完整的服务档案，留存完整的服务信息，有清晰的服务过程图片资料。花马池镇、街道办、村（居）委会协同老年人家庭成员负责做好服务过程跟踪指导，民政局引入第三方对服务情况进行逐户评估，督促实施单位严格按照核定的服务方案进行服务，及时反馈服务进度，确保居家养老关爱服务进度和质量。

**（四）成果验收。**县民政部门在服务完成后组织专门队伍对服务成果进行审核验收(2022年10月30日前)，花马池镇、街道办上报《盐池县政府购买居家养老关爱服务项目花名册》（见附件5）。

八、工作要求

**（一）统筹资源，加大支持力度。**花马池镇、街道办要积极支持，同时整合社会资源，加强与相关部门的沟通，通过项目整合达到丰富服务项目内容，提高服务标准，扩大服务范围的目的，进一步满足老年人的个性化生活服务需求。

**（二）强化领导，确保进度质量。**花马池镇、街道办要高度重视，加强组织领导，做到早谋划、早实施、早验收，避免因人为因素而拖延服务工作进度，确保居家养老服务任务如期完成。加强对服务质量的监管，严把质量关，确保满足服务对象各项服务需求，做到改善居家环境，提升居家生活质量。

**（三）加强宣传，营造良好氛围。**街道办、社区要大力宣传政府购买居家养老项目的重要意义，做好对老年人家庭及其邻里的宣传解释工作，争取社会的理解和支持，为政府购买居家养老服务营造良好社会环境。

**（四）跟踪指导，总结工作经验。**在服务过程中，全程跟踪回访征求满意度及意见，以服务对象满意度来考核服务质量，并在服务过程中做好留痕管理，并根据服务对象满意度及意见不断改进居家养老服务工作，争取形成一套符合本地区老年人需求的居家养老服务程序和标准。

附件：1.盐池县政府购买居家养老关爱服务项目申请核实表

2.盐池县政府购买居家养老关爱服务项目花名册

3.盐池县老年人居家养老关爱服务需求评估量化表（供参考）

4.盐池县政府购买居家养老关爱服务项目花名册

联系人： 尤鑫东 联系电话：18195350555

蒯宇婕 联系电话：18161636565

邮 箱：937631793@qq.com

盐池县民政局

2021年9月30 日

（此件公开发布）

盐池县民政局办公室 2021年9月30日印发

附件1

盐池县政府购买居家养老关爱服务项目申请核实表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 老年人姓名 |  | 性别 |  | 户籍  所在地 |  |
| 老年人  身份证号码 |  | | 申请服务  家庭住址 | （详细地址） | |
| 老年人  联系电话 |  | | 代理人姓名（如委托办理需填写） |  | |
| 代理人  身份证号码 |  | | 代理人  联系电话 |  | |
| 房屋产权 | 租赁□   自有产权□ | 住房分类 | | 电梯房□  楼梯房□  平房□ | |
| 老年人  身份特征 | □1.最低生活保障及低边对象；  □2.优抚对象；  □3.计划生育特别扶助对象。 | | | | |
| 申请服务  项目 | □配餐送餐服务 □健康理疗服务 □居室、个人清洁服务  □助行服务 □上门维修服务 □心理疏导服务  □开展文化娱乐活动 | | | | |
| 房屋产权人  意  见 | 签字：       年    月   日 | | | | |
| 乡镇（街道）审核意见 | 签字：      （盖章）      年    月   日 | | | | |
| 备 注 |  | | | | |

填表时间：     年     月    日

附件2

盐池县政府购买居家养老关爱服务项目花名册

单位（公章）： 填报时间：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓 名 | 身份证号 | 家庭地址 | 联系方式 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

填报人： 联系电话：

附件3

盐池县政府购买居家养老关爱项目需求评估量化表

评估员： 评估时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 评估编号： | | | | | | | |
| 姓 名 |  | | 性别 | |  | 联系电话 |  |
| 出生年月 |  | | 身份证号码 | | |  | |
| 居住地址 |  | | | | | | |
| 住宅类型 | □电梯房 □楼梯房  □平房 | | | | | | |
| 年 龄 |  | | | | 60岁及以上 | 位 | |
| 联络人 | 姓名 关系 联系电话 | | | | | | |
| 一、身体状况评估 | | | | | | | |
| 家中是否有行动不便的人：□无 □有（ ）位 | | | | | | | |
| 自理能力 | | □完全自理 □基本自理 □轻度依赖 □完全依赖 | | | | | |
| 健康情况 | | 现患有疾病  □心脏病 □高血压 □低血压 □糖尿病 □痛风 □胆固醇 □白内障□帕金森症□骨质疏松□支气管哮喘□老年痴呆 □风湿性关节炎 □中风  □其他 | | | | | |
| 曾经在家中跌倒过的案例 | | | | □无 □有（原因） | | | |
| 进食 | | | | □完全自理 □基本自理 □轻度依赖 □完全依赖 | | | |
| 穿衣：包括扣纽扣、拉链及穿鞋 | | | | □完全自理 □基本自理 □轻度依赖 □完全依赖 | | | |
| 仪表：洗脸、梳头、剃须 | | | | □完全自理 □基本自理 □轻度依赖 □完全依赖 | | | |
| 洗浴 | | | | □完全自理 □基本自理 □轻度依赖 □完全依赖 | | | |
| 如厕 | | | | □完全自理 □基本自理 □轻度依赖 □完全依赖 | | | |
| 走动（可用助行器） | | | | □完全自理 □基本自理 □轻度依赖 □完全依赖 | | | |
| 上楼梯 | | | | □完全自理 □基本自理 □轻度依赖 □完全依赖 | | | |
| 视力 | | | | □完全自理 □基本自理 □轻度依赖 □完全依赖 | | | |
| 使用电话 | | | | □能自己打电话 □能拨熟悉的电话 □能接但不能打电话 □不能使用电话 | | | |
| 服药能力 | | | | □能主动准确服药 □能服用准备好的药物 □不能正确服药 | | | |
| 听力 | | | | □听力下降 □使用助听器 □异常分泌物 □耳鸣  □眩晕 | | | |
| 鼻部 | | | | □流涕 □异常分泌物 □鼻出血 □疼痛 □嗅觉异常  □鼻塞 | | | |
| 口/咽喉 | | | | □疼痛 □溃疡 □嘶哑 □吞咽困难 □牙龈出血  □味觉迟钝□龋齿 □义齿 □打鼾 | | | |
| 意识状况 | | | | □清醒 □嗜睡 □模糊 | | | |
| 情绪表现 | | | | □平静 □不安 □急躁 □激动 □忧虑  □冷漠 | | | |
| 决断与认知 | | | | □独立，合理并一贯性 □需要他人提示或指引  □不能做任何决定 | | | |
| 参加的社会活动类型 | | | | □公园 □居家照料中心 □老年大学 □其他（注明） | | | |
| 二、家庭成员评估 | | | | | | | |
| 子女是否在当地工作 | | | | □是 □否 | | | |
| 紧急情况能否联系到直系亲属 | | | | □能 □否 | | | |
| 与家庭成员情感关系 | | | | □亲密 □良好 □一般 □冷淡 | | | |
| 有无照护者 | | | | □无 □有（ ）位 | | | |
| 照护者是否有照护经验 | | | | □无 □有 会日常护理 □有 会专业级护理 | | | |
| 照护内容 | | | | □进食 □穿衣 □仪表 □洗浴 □如厕  □走动 □服药 □其他 | | | |
| 照护时间 | | | | □全天24小时 □半天12小时 □上午6小时  □下午6小时 □不固定 | | | |
| 三、居家养老需求评估 | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **个 人 清 洁** | | | | | | | | | | | |
| □理发 | □剃须 | | | □剪指甲 | | | □上门洗浴 | | | □接送洗浴 | |
| **日 常 清 洁** | | | | | | | | | | | |
| □清洗四件套 | □清洗窗帘 | | | □清洗沙发套 | | | □清洗衣物 | | |  | |
| **居 室 清 洁** | | | | | | | | | | | |
| □开荒保洁 | □擦拭玻璃 | | | □清洗油烟机 | | | □清洗洗衣机 | | | □清洗空调 | |
| □清洗冰箱 | □打扫院子 | | | □清理室外垃圾 | | | □清理室内储物 | | | □卧室保洁 | |
| □厨房保洁 | □微波炉清洗 | | |  | | |  | | |  | |
| **助 急 维 修** | | | | | | | | | | | |
| **家电维修** | | □更换普通灯泡 | | | | | | □维修开关 | | | |
| **门窗维修** | | □更换普通纱窗 | | | | □门窗检修 | | | | | □上门开锁 |
| **水电维修** | | □疏通下水 | | | | | | □线路老化检查 | | | |
| **家具维修及保养** | | □桌椅边维修 | | | | | | □桌椅腿换零件 | | | |
| **洁具维修** | | □维修面盆 | | | | | | □维修马桶 | | | |
| **健 康 服 务** | | | | | | | | | | | |
| □全身按摩 | | | □艾灸 | | □中药泡脚 | | | | □热敷理疗 | | |
| □中低频 | | | □拔罐 | | □局部按摩 | | | | □肩颈理疗 | | |
| **常 规 测 量** | | | | | | | | | | | |
| □测量血压 | | | □测量心率 | | □测量血糖 | | | | □测量体温 | | |
| **精 神 慰 藉** | | | | | | | | | | | |
| □心理疏导 | | | □业余爱好培养 | | | | | □寻找生活寄托 | | | |
| **助 行 服 务** | | | | | | | | | | | |
| □代购服务 | | | □货物配送 | | □代购代缴 | | | | □送餐服务 | | |
| **其 他 服 务** | | | | | | | | | | | |
| □社会资源 | | | □法律援助 | | □链接社会资源 | | | | □其他生活需求服务 | | |
| 其他需求： | | | | | | | | | | | |
| 1.本表内容由社区及服务单位派专人负责评估，登记成功后服务单位将提供相应上门服务；  2.本表内容如有变动，请及时与社区及服务中心联系，以便对原登记表进行注册变更，方便提供服务。 | | | | | | | | | | | |
| **服务对象签字：**  **日期：** | | | | | **工作人员签字：**  **日期：** | | | | | | |

附件4

盐池县政府购买居家养老关爱服务项目花名册

单位盖章： 填报时间：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓 名 | 身份证号 | 家庭地址 | 联系方式 | 服务内容 | 服务费用（元） | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

乡镇领导签字： 填表人 ： 联系电话：