通城镇人民政府文件wenjian wenwenwen

通城府发〔2025〕1号

通城镇人民政府

关于开展巫溪县2025年严重精神障碍患者

服务管理春季专项行动工作方案的通知

各村（社区）：

为深入开展“化解矛盾风险 维护社会稳定”专项治理，进一步做好严重精神障碍患者管理救助工作，切实预防肇事肇祸案（事）件发生，根据《关于重庆市严重精神障碍患者服务管理春季专项行动工作方案》的通知，决定自即日起至2025年5月底，在全镇范围开展严重精神障碍患者管理救助春季专项行动，现制定方案如下：

一、总体要求

在党委、政府统一领导下，各村（社区）主动履职，加强联动协作，按照“底数清、情况明、管住人、控发案”总体要求，针对严重精神障碍春季高发的特点，强化动态排查，加大随访力度，及时发现疑似患者和肇事肇祸风险隐患，进一步健全管理台账，落实分类分级管理措施，对病情复发，有肇事肇祸风险的及时果断处置，坚决防止肇事肇祸案（事）件发生，切实保障人民群众生命财产安全，确保社会治安大局持续稳定。

二、工作目标

全年规范管理率、规律服药率、面访率、体检率不低于2024年同期水平。全镇严重精神障碍患者肇事肇祸案（事）件零发生。

三、重点措施

（一）深入筛查发现疑似患者。5月31日前，各村（社区）开展一次专项筛查，提高报告患病率。通城镇综合管理小组加强对居民的政策宣传，结合“一标三实”、网格走访、矛盾排查等，将排查出的疑似患者通过“渝快政-基层智治平台”进行上报，并送至县精神卫生保健院进行诊断评估，符合要求的及时纳入服务管理。

（二）提高在册患者管控水平。2月底前，通城镇综合管理小组组织村（社区）关爱帮扶小组，对所有在册患者开展一次集中随访，按规定开展病情诊断和危险性等级评估。对管理过程存在困难的，要及时上报。

（三）全面落实患者监护责任。2月底前，通城镇综合管理小组结合集中随访，全面梳理患者监护情况，确保监护责任履行到位。对无监护、弱监护患者要及时临时指定、补强监护人，落实患者日常监管责任、医疗及生活费用。无法指定监护人的，确保患者按医嘱规律服药或送专业康复（托养）机构看护。病情不稳定、有肇事肇祸风险等需要住院治疗的患者，要协助家属及时送医治疗；病情基本稳定的患者，要增加随访频次，督促指导服药；病情稳定的患者，要按照规定做好日常随访工作。

（四）持续加强救治救助工作。各科室要按照职责推动落实医疗保险、救助帮扶、治疗服药、以奖代补等政策措施。2月底前，综合管理小组管理要摸清辖区全部在册患者医保办理、特病办理、残疾证办理、低保办理、以奖代补等情况（建立台账），符合医保特病、精神残疾证、低保等办理要求的，村（社区）关爱帮扶小组要尽量动员和协助患者或监护人办理。

（五）全面提升应急处置能力。3月31日前，县管理办公室组织各乡镇（街道）综合管理小组、村（社区）关爱帮扶/联合服务小组成员的专业知识培训，提高对患者肇事肇祸征兆的识别、预警和处置能力。对工作中发现或群众举报的患者肇事肇祸，辖区公安机关要第一时间出警，做好先期处置、控制事态发展，防止事态扩大、风险叠加。

（六）严格落实处置报送要求。未经案件调查和司法鉴定，不得主观以“（疑似）精神病人”“（疑似）精神障碍患者”等表述上报案（事）件情况。对已确认在册的患者可以注明系在册患者，但需明确其作案时精神状态尚待调查鉴定。案（事）件引发舆情关注的，要依据权威信息、采用权威渠道、经过严格审批，做好准确适度引导，切实防止渲染炒作，减少负面影响，未经鉴定确认，严禁使用“精神病人”等类似表述对外回应。

四、职责分工

（一）通城镇综合管理小组。全面梳理辖区失访、间断服药、持续未服药、无监护、弱监护、流动暂住、病情反复发作等特殊患者情况，逐人建立工作台账，召开专题会议，综合研判风险隐患，研究解决患者查找、服药、监管、送医等实际问题。

（二）村（社区）关爱帮扶小组。依托网格开展失访患者清查，不服药患者、患者监护情况、流动暂住患者情况、非在管患者情况调查，建立工作台账。开展联合随访并落实相应管控措施，动态掌握患者病情、治疗、服药、监护等情况。发现患者肇事肇祸行为的，要及时报警并做好先期处置。

（三）平安法治办。加强统筹、调度、督导，将严重精神障碍患者管理救助纳入一体推进平安重庆、法治重庆建设。作为社会治安重点地区和突出问题挂牌整治重要内容，与平安报表、平安稳定问题清单晾晒评估挂钩，对发生肇事肇祸案事件的组织开展责任倒查，督促严肃追责问责。

（四）第三人民医院。负责专项行动统筹和日常调度等工作。负责组织专业机构对排查出的疑似患者进行诊断，对患者开展危险性评估、信息交换、随访管理和应急医疗处置，对患者家属开展健康指导，对基层医疗卫生机构和基层工作人员提供随访技术指导。

（五）通城派出所。牵头警情处置、案件办理，协助送医治疗，执行临时保护性约束措施和强制医疗，配合通城镇开展随访管理，协助查找失访患者的工作，协助民政办查找流浪乞讨患者原籍，协助查找流动患者信息。

（六）民政办。牵头推进患者社区康复服务工作，及时将符合条件的患者纳入社会救助范围，为疑似精神障碍患者中的流浪乞讨人员提供救治救助服务，做好患者排查、随访管理，加强养老机构规范管理。

五、工作保障

（一）加强组织领导。按照“党政领导、卫健牵头、部门共管、社会参与”工作原则，由平安法治办负责组织协调，其他科室按照职责共同推进专项行动的组织实施。

（二）形成工作合力。各科室要结合自身职能，进一步强化严重精神障碍患者的发现、评估、管理、服务、信息报告等工作，切实加强信息互通，密切配合，形成齐抓共管的良好工作格局。

（三）强化督导问责。平安法治办要切实加强对排查管控专项行动的督促指导，对工作不主动、措施不得力、效果不明显的村（社区），将予以通报批评。对因工作责任、措施不落实，导致发生涉严重精神障碍患者重大案（事）件或引发舆情炒作的，将予以倒查问责。

（四）做好信息报送。从2月开始，各村（社区）每月底前报送专项行动推进情况至通城镇平安法治办李林涛处。行动结束后，报送专项行动总结。紧急、重大情况，按照有关规定及时报告。

附件：1.精神行为异常识别清单

2.精神行为异常线索调查复核登记表

3.严重精神障碍患者排查情况统计表

通城镇人民政府

2025年2月25日

附件1

精神行为异常识别清单

**指导语：**为促进公众健康，我们需要了解您身边的人（居委会的居民，村里的人，家中的人）是否曾经出现以下情况，不论何时有过，现在好没好，都请您回答我们的提问。我们保证对您提供的信息保密，谢谢您的帮助。现在请问您，有没有人发生过以下情况：

1. 曾在精神科住院治疗。 有 没有
2. 因精神异常而被家人关锁。 有 没有
3. 无故冲动，伤人、毁物，或无故离家出走。 有 没有
4. 行为举止古怪，在公共场合蓬头垢面或赤身露体。 有 没有
5. 经常无故自语自笑，或说一些不合常理的话。 有 没有
6. 变得疑心大，认为周围人都针对他或者迫害他。 有 没有
7. 变得过分兴奋话多（说个不停）、活动多、爱惹事、到处乱跑等。有 没有
8. 变得冷漠、孤僻、懒散，无法正常学习、工作和生活。 有 没有
9. 有过自杀行为或企图。 有 没有

其他异常行为：

**填表说明：**

1.本清单用于精神障碍患者发现工作，经过培训的调查员在对知情人调查提问时填写，或用于精神障碍相关知识的大众健康教育。

2.调查提问时逐条向知情人解释清楚，使知情人真正了解问题的含义。

3.每个问题答“有”或“没有”。

4.当知情人回答有人符合清单中的一种情况时，应当进一步了解该人的姓名、性别、住址等情况，填写《精神行为异常线索调查复核登记表》。

**填表机构名称： 　　 　　填表人： 填表时间： 　年　月　日**

附件2

精神行为异常线索调查复核登记表

**省（自治区、直辖市）　　　　市（地、州、盟）　 　县（市、区、旗）　 乡镇（街道）　 村（居委会）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **编号** | **姓名（1）** | **性别（2）** | **年龄（3）** | **工作单位及职业**  **(4)** | **家庭详细地址和电话**  **(5)** | **监护人**  **姓名**  **(6)** | **与监护人关系（7）** | **符合“精神行为异常识别清单”第几条（8）** | **精神科执业医师**  **诊断情况** | | **精神科执业医师**  **诊断复核情况** | |
| **诊断（9）** | **签名及**  **日期（10）** | **诊断复核（11）** | **签名及**  **日期（12）** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**填表说明：**

1.本表由乡镇（街道）填写（1）至（8）项后，报县精神卫生中心。

2.精神科执业医师对确定严重精神障碍诊断的，在第（9）项“诊断”栏中填写疾病名称；对不能确定诊断的，在“诊断”栏中填写“待核查”；对排除诊断的，在“诊断”栏中填写“排除”，由精神科执业医师在第（10）项签名。

3.不能确定诊断的，请上级精神卫生医疗机构的精神科执业医师进行检查诊断，在第（11）项“诊断复核”栏中填写疾病名称，由精神科执业医师在第（12）项签名。

4.本表原件保存在县精神卫生中心，复印件反馈乡镇（街道）。

**填表机构名称： 　　 　　　　　 　　填 表 人： 　　 　 电话： 　　 　 填表时间： 　　年　　月　　日**

**诊断机构名称： 　　 　　　　　 　　主管人员：　　　　　　 电话： 　　 　 填表时间： 　　年　　月　　日**

**诊断复核机构名称： 　　 　　　 　　 　主管人员： 　　 　　　　电话： 　　 　　　填表时间： 　 　年 　　月 　　日**

附件3

严重精神障碍患者排查情况统计表

**乡镇（街道）：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **村（社）** | **全面排查情况** | | | **在册患者管控随访情况** | | | | | | | | | | | | | | |
| **排查户数** | **排查人数** | **疑似患者数** | **总人数** | **镇街研判会议（次）** | **研究解决高风险患者例数** | **集中随访患者数** | **指定或补强监护人患者数** | **送专业康复（托养）机构患者数** | **长期有人际或家庭矛盾** | **外出情况** | | | **曾经肇事肇祸** | **长期流动患者** | **正在住院** | **失访** | **非在管** |
| **县内其他乡镇** | **市内其他区县** | **市外** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

通城镇基层治理综合指挥室 2025年2月25日印发