关于印发《老年人照顾服务计划实施方案》 的通知

渝民〔2019〕114号

各区县（自治县）民政局、财政局、卫生健康委、残联，两江新区社会保障局、社会发展局、财政局，万盛经开区民政局、财政局、卫生计生局、残联：

根据《重庆市人民政府办公厅关于印发2019年重点民生实事工作目标任务的通知》（渝府办发〔2019〕47号）要求，老年人照顾服务计划纳入2019年重点民生实事。现将《老年人照顾服务计划实施方案》印发给你们，请认真贯彻执行。

    重庆市民政局                  重庆市财政局

    重庆市卫生健康委员会        重庆市残疾人联合会

                          2019年11月1日

老年人照顾服务计划实施方案

为贯彻落实习近平总书记关于养老服务工作的重要批示指示精神，按照市委市政府保障和改善民生工作决策部署，决定2019年、2020年实施“老年人照顾服务计划”，开展城市社区养老“三助”和农村敬老院“三改”行动，全面提升社区居家养老服务水平，不断升级改善农村敬老院基础设施条件，让老年人健健康康有尊严、舒舒服服有品质。

一、工作目标

城市社区养老助餐、助浴、助医“三助”行动，坚持适度保障、逐步推广的原则，2019年在渝中区、沙坪坝区、九龙坡区、渝北区4个区开展试点，2020年在主城区范围内推广。鼓励其它区县根据实际情况自行组织开展“三助”关爱行动。农村敬老院“三改”行动，2019年、2020年分别对全市150家符合条件的农村敬老院热水供应系统、老人房间标准化、公共洗浴间适老安全化进行升级改造。通过开展城市社区养老“三助”行动，满足老年人最现实、最直接、最需要的养老服务需求，为老年人提供就近便利、安全优质的助餐、助浴、助医照顾服务。通过开展农村敬老院“三改”行动，推进农村敬老院提档升级，增强农村养老服务能力，形成可复制、可推广经验，促进养老服务重要制度、重要机制基本成型。

二、实施内容

（一）计划项目。

1.城市社区养老“三助”行动项目。

（1）爱心助餐照顾服务。以社区养老服务中心或依法设立的餐饮机构为依托，开展老年人助餐服务。2019年、2020年对失能特困人员、高龄失能半失能老年人提供爱心助餐服务。

（2）爱心助浴照顾服务。以社区养老服务中心或助浴服务机构为依托，开展老年人助浴服务。2019年对失能特困人员、高龄失能老年人，2020年对失能特困人员、60周岁以上失能老年人每年提供12次爱心助浴服务。

（3）爱心助医照顾服务。以基层医疗卫生机构为依托，开展老年人助医服务。2019年、2020年对65周岁以上有签约意愿的失能老年人提供家庭医生签约服务。对65周岁以上提出申请的失能老年人上门进行健康评估。对65周岁以上提出申请的失能老年人及照护者年内提供不少于1次的康复护理指导、心理支持等健康服务。每年对65周岁以上失能老年人提供1次免费体检。助医照顾服务由服务对象常住地基层医疗卫生机构负责实施。

2.农村敬老院“三改”行动项目。

（1）敬老院热水供应系统改造项目。敬老院老人房间有卫生间的，生活热水应接入卫生间；老人房间无卫生间的，每个楼层或相应生活区域设置热水供应设备和洗漱间，24小时供应生活热水；敬老院公共洗浴间，安装热水器，并在更衣区域安装电热（燃气）取暖器。

（2）敬老院老人房间标准化升级改造项目。老人房间每人配置宽度不低于90㎝的单人床1张，配置一定数量具有体位调整功能的护理床，软硬度适中的床垫1张，枕头和冬夏被各一套，配置床头柜，有条件的可配置衣柜。

（3）敬老院公共洗浴间适老安全化改造项目。对卫生间、公共洗漱间、公共洗澡间进行地面防滑处理，安装安全扶手；卫生间配置坐便器。

（二）操作流程。

1.城市社区养老“三助”行动申请审核程序。城市社区养老“三助”行动，符合条件的老人或委托代理人向户籍所在地街道（乡镇）申请，街道（乡镇）对申请人提供的材料进行审核，将审核符合条件的上报区县民政局或区县卫生健康部门，区县民政局负责审定助餐、助浴申请对象，区县卫生健康部门负责审定助医申请对象。

2.农村敬老院“三改”行动申请审核程序。农村敬老院“三改”行动，乡镇敬老院根据实际情况，向所在地街道（乡镇）据实申报，街道（乡镇）负责对申报项目进行初审，并做好项目资金测算，区县民政局须对申报项目现场查勘、审核，审定后将符合条件的项目报送市民政局，经市民政局审定后实施。

三、保障措施

（一）强化组织领导。各区县民政、卫生健康部门要充分认识老年人照顾服务计划的重要性，将其作为保障和改善民生的重要任务，履行好牵头部门职责，做好实施细则制定、商家遴选、项目审核、补助发放、监督管理、评估考核等工作，做到实施有方案、落实有细则、完成有时限、督查有机制。协调相关部门及时会商工作中遇到的问题和困难，形成齐抓共管、整体推进的工作局面，共同做好老年人照顾服务计划工作。

（二）强化资金筹集。实施老年人照顾服务计划，要坚持分类实施，充分调动社区养老服务经营机构和公益慈善组织等力量参与，多渠道筹集资金。城市社区养老“三助”行动，项目实施完成后，由所在区县对项目实施绩效进行评估，也可聘请第三方机构对项目实施绩效进行评估，市级有关部门对实施项目评估结果进行审核，审核合格后给予相应的奖补资金。农村敬老院“三改”项目，经市民政局审定，符合条件的给予补助。市、区县有关部门按照职能职责，加强奖补资金监管，防止出现挤占、挪用、套取资金等违法违规行为。

（三）强化政策宣传。各区县要充分利用多种媒介宣传老年人照顾服务计划，积极营造尊老、敬老、爱老、助老社会氛围。充分考虑老年人获取信息的特殊要求和实际困难，采取灵活多样形式进行宣传解读，确保实施对象及家属知晓老年人照顾服务计划内容，了解申报程序和有关要求，及时做好老年人照顾服务计划政策解释工作，协助老年人便捷办理相关手续。

（四）及时报送资料。各区县要在2019年11月30日前，将农村敬老院“三改”行动项目汇总表（附件5）及实施项目相关资料报送市民政局，联系人：邱镜瑜，联系电话：88563098，传真：89188325，邮箱：102106767@qq.com；助餐、助浴项目实施结果、评估资料及汇总表（附件2、附件3）报送市民政局，联系人：倪伟，联系电话：89188327，传真：89188325，邮箱：3419696647@qq.com；助医项目实施结果、评估资料以及汇总表（附件4）报送市卫生健康委，联系人：熊万胜，联系电话：63021350，邮箱：290130547@qq.com。

附件：1. 城市社区养老“三助”服务补贴申请审定表

      2. 助餐照顾服务汇总表

      3. 助浴照顾服务汇总表

      4. 助医照顾服务汇总表

      5. 农村敬老院“三改”行动项目汇总表

附件1

城市社区养老“三助”服务补贴申请审定表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 老年人基本情况 | 姓名 |  | | | 性别 | |  | | 身份证号码 | |  | |
| 年龄 |  | | | 出生日期 | |  | | 联系电话 | |  | |
| 户籍所在地 | |  | | | | | | | | | |
| 现居住地 | |  | | | | | | | | | |
| 身份类别 | | □特困人员□高龄失能半失能老人□60周岁以上失能老年人  □65周岁以上失能老年人 | | | | | | | | | |
| 申请补贴项目 | □助餐□助浴□助医 | | | | | | | | | | | |
| 委托代理人基本情况 | 姓名 | | |  | | 性别 | |  | | 身份证号码 | |  |
| 与申请人关系 | | |  | | 现居住地 | |  | | 联系电话 | |  |
| 本人（或者委托代理人）保证以上信息及提交的材料真实有效。        申请人（或者委托代理人）签字：                                     年   月  日 | | | | | | | | | | | | |
| 乡镇人民政府（街道办事处）审核意见 | 乡镇人民政府（街道办事处）  （盖章）        负责人：                            经办人：  年  月  日 | | | | | | | | | | | |
| 区县（自治县）民政局、卫生健康部门审定意见 | 经审查，同意该对象享受（助餐、助浴、助医）服务补贴。            负责人：                            经办人：  年  月  日 | | | | | | | | | | | |

# 备注：本申请审定表一式两份报区县（自治县）民政局或卫生健康部门审定。待审定后，乡镇（街道）、区县（自治县）各留存一份。失能半失能老人评估标准参照《老年人能力评估（民政行业标准）》（MZ/T 039—2013） 执行。

附件2

助餐照顾服务汇总表

\_\_\_\_\_\_（区县）民政局         联系人：                           联系电话：                       填报日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 住址 | 承办机构 | 身份类别 | | 受助次数（次） | 联系电话 |
| 失能特困人员 | 高龄失能半失能老人 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 备注：住址填写身份证上的详细住址；身份类别选择失能特困人员或高龄失能半失能老人，用“√”表示；受助次数用“数字”填报。 | | | | | | | | | |

附件3

助浴照顾服务汇总表

\_\_\_\_\_\_（区县）民政局        联系人：                        联系电话：                        填报日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 住址 | 承办机构 | 身份类别 | | | 受助次数（次） | 联系电话 |
| 失能特困  人员 | 60周岁以上失能老年人 | 高龄失能老年人 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 备注：住址填写身份证上的详细住址；身份类别选择失能特困人员、60周岁以上失能老年人或高龄失能老年人，用“√”表示；受助次数用“数字”填报。 | | | | | | | | | | |

附件4

助医照顾服务汇总表

\_\_\_\_\_\_（区县）卫生健康委     联系人**：**联系电话：                     填报日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 住址 | 承办机构 | 65周岁以上失能老年人 | | | | 联系电话 |
| 家庭医生签约服务 | 健康评估 | 康复护理指导等健康服务 | 免费体检 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 备注：住址填写身份证上的详细住址；家庭医生签约服务、健康评估用“√”表示；康复护理指导等健康服务、免费体检次数用“数字”填报。 | | | | | | | | | | |

附件5

农村敬老院“三改”行动项目汇总表

\_\_\_\_\_\_（区县）民政局               联系人：              联系电话：                     填报日期：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 机构名称 | 热水供应系统改造项目  （万元） | 老人房间标准化升级改造项目  （万元） | 公共洗浴间适老安全化改造项目（万元） | 合计  （万元） | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |