

21世纪
高等学校
社会学与
公共管理
系·列·教·材

21 SHIJI GAODENG XUEXIAO
SHEHUIXUE YU GONGGONG GUANLI
XILIE JIAOCAI

Canjiren Shehuigongzuo

残疾人社会工作

● 主 编 卓彩琴
副主编 谢泽宪

华南理工大学出版社

21 世纪高等学校社会学与公共管理系列教材

广州市残疾人联合会资助项目

残疾人社会工作

名誉顾问 陈 国

顾 问 宋卓平 梁左宜

主 编 卓彩琴

副 主 编 谢泽宪

参 编 (按姓氏笔画顺序排列)

冯博雅 肖 海 肖小霞

吴伟东 周爱明 罗天莹

夏志红 唐晓容 谢 珺

华南理工大学出版社

· 广州 ·

内 容 简 介

开创性、前沿性、实用性和本土化是本书的四大特色。作者力图吸收国内外最新研究成果,并将西方理论与中国本土实践有机结合。本书首先对国内外残疾人社会工作理论和实务发展进行全面梳理和解析,思路清晰、观点明确、结构严谨;其次,对残疾人个案、小组及社区社会工作三大方法展开深入阐释,并收录了几个经典案例,方便理解和运用,增强了本书的生动性和可读性;再次,对残疾人康复、教育、就业及社会政策等具体领域进行深入探讨,并提出新颖观点和相关建议。

本书适合高等院校社会工作、社会学、康复、特殊教育等专业的师生作为教材或参考书,也适合从事残疾人工作的实务工作者作为培训教材和业务指导书。

图书在版编目(CIP)数据

残疾人社会工作/卓彩琴主编. —广州:华南理工大学出版社, 2008. 6
(21 世纪高等学校社会学与公共管理系列教材)
ISBN 978-7-5623-2802-5

I. 残… II. 卓… III. 残疾人 - 社会工作 - 高等学校 - 教材 IV. C913. 69

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 045177 号

总 发 行: 华南理工大学出版社 (广州五山华南理工大学 17 号楼, 邮编 510640)
营销部电话: 020 - 87113487 87110964 87111048 (传真)
E-mail: z2cb@scut.edu.cn http://www.scutpress.com.cn

责任编辑: 孟宪忠

印 刷 者: 广州市穗彩彩印厂

开 本: 787mm × 960mm 1/16 印张: 14.25 字数: 321 千

版 次: 2008 年 6 月第 1 版 2008 年 6 月第 1 次印刷

印 数: 1 ~ 3 000 册

定 价: 25.00 元

版权所有 盗版必究

21 世纪高等学校社会学与公共管理系列教材编委会

顾问：王乐夫（中山大学教授、博士生导师、教育部高等学校公共管理类学科教学指导委员会主任委员）

蔡 禾（中山大学教授、博士生导师、社会科学处处长、政治与公共事务管理学院副院长、中国社会学学会副会长）

徐永祥（华东理工大学教授、博士生导师、社会与公共管理学院院长、中国社会工作教育协会副会长）

沈关宝（上海大学教授、博士生导师、教育部高等学校社会学学科教学指导委员会委员）

包国宪（兰州大学教授、博士生导师、管理学院院长、中国地方政府绩效评价中心主任、甘肃省管理学会会长）

莫岳云（华南理工大学教授、博士、政治与公共管理学院院长）

主任：李大胜（华南农业大学副校长、教授、博士生导师）

主编：张兴杰 易 钢

编委：李建军 张兴杰 易 钢 孔繁玲 胡武贤

汤惠君 张 玉 向安强 史传林 邹静琴

吴顺辉 卓彩琴 贾海薇 钟建英 游艳玲

潘 军

序

发扬人道主义精神，发展残疾人事业，是党的十七大提出的要求，是构建社会主义和谐社会不可忽视的组成部分。改革开放以来，尤其是1988年成立残疾人联合会以来，残疾人事业获得了飞速发展，残疾人康复、教育、就业、福利等方面都上了一个新的台阶，残疾人服务的理念、方法、技巧都发生了质的变化。随着残疾人工作的专业化程度越来越高，对残疾人社会工作者的专业素质要求也越来越高，迫切需要相关理论研究为实务工作者提供指导。

为适应广州地区经济社会发展和满足广大残疾人实际需求，2004年5月，广州市残疾人联合会与广州大学牵手合作，开设社会工作专业（残疾人工作方向）普通高校本科班。在课程设置上，“残疾人社会工作”和“中国手语”被列入专业课程和选修课程，而当时国内尚未出版适用的教科书，《残疾人社会工作》的编著也因此被提到实务工作者和理论工作者的面前。

要做好新时期残疾人工作，使残疾人工作向社会化、专业化、职业化、制度化的方向发展，推进专业残疾人工作者的训练和培养，加快残疾人社会工作的学科建设是社会发展的必然趋势。

《残疾人社会工作》正是在这种现实需求下的产物，对高校社会工作专业发展和现实残疾人事业发展都是非常及时和必要的。

这是一本以高等院校社会工作专业、社会学专业学生为对象的教材，同时也可供残疾人工作者、从事社会服务事业的实务工作者进行业务培训之用。该书涉及残疾人社会工作理论、方法、技巧及实践等多方面，内容全面、观点明确、条理清晰，具有很强的逻辑性。书中收集了大量的案例，并对案例展开分析，将理论与实践相结合，具有现实指导意义。

华南农业大学、中山大学、广东商学院、广东工业大学、广州大学五所高校的社会工作系一直重视残疾人社会工作领域的实践和理论研究，很多专

业教师和学生也经常前往广州市残疾人联合会及下属服务机构进行调研和实习，学者与实务工作者之间的交流和争鸣是常有的，也时常使双方产生创新灵感。《残疾人社会工作》就是多年合作和创新成果的总结，相信它能给其他高校社会工作专业发展和其他地区残疾人事业发展注入新的元素和动力。

广州市残疾人联合会一直致力于推动残疾人工作的制度化、专业化，也努力学习国内外的先进经验，积极探索本土的残疾人服务模式，有些很好的经验值得总结与推广。该书对广州市残疾人事业发展中的一些典型模式和案例进行了理论总结与思考，这正是我们所期待的，我对该书的出版感到欣慰。

希望该书能起到抛砖引玉的作用，从而推动残疾人事业研究向更高层次发展。

广州市人民政府副市长
广州市人民政府残疾人工作委员会主任
广州市残疾人联合会主席团主席

陈 国

2008 年 5 月

前 言

本书力图吸收国内外最新研究成果,对国内外残疾人社会工作理论和实务发展进行全面梳理和解析,具有很强的开创性和前沿性。本书的编者由高校社会工作专业教师与实务工作者共同组成,学院派和实务派的交流碰撞使其增添了实用性和本土化的特色。本书收录了大量中国本土的实务案例,便于理论知识的理解和运用,不仅适合高等院校社会工作、社会学、康复、特殊教育等专业的师生作为教材或参考书,也适合从事残疾人实务工作者作为培训教材和业务指导书。

本教材的编写分工如下:

名誉顾问:陈国(广州市人民政府副市长、广州市人民政府残疾人工作委员会主任、广州市残疾人联合会主席团主席),对本书的编写和出版给予关心和支持,并亲自作序。

顾问:宋卓平(广东省残疾人联合会理事长)、梁左宜(广州市残疾人联合会理事长),对本书的逻辑结构、重要观念提供思路和建议。

主编:卓彩琴(华南农业大学社会工作系主任、副教授),负责总体策划、组织实施及统稿。

副主编:谢泽宪(广东商学院社会工作系主任、副教授),负责协助策划及部分章节的统稿。

参编人员(按章的顺序排列):第一章:夏志红(中山大学社会学与社会工作学系讲师);第二章:周爱明(广州市社区服务中心社区服务部部长)、肖海(广州市残疾人职业培训中心主任);第三章:谢泽宪(广东商学院社会工作系副教授);第四章:唐晓容(华南农业大学社会工作系讲师);第五章:卓彩琴(华南农业大学社会工作系副教授);第六章:罗天莹(华南农业大学社会工作系讲师);第七章:谢琨(广东工业大学社会工作系讲师);第八章:冯博雅(广东工业大学社会工作系讲师);第九章:肖小霞(华南农业大学社会工作系讲师);第十章:吴伟东(南开大学社会学系博士生)。

卓彩琴

2008年5月

于华南农业大学

目 录

第一章 残疾人社会工作概述	(1)
第一节 残疾与残疾人	(1)
一、残疾与残疾人的概念界定	(1)
二、残疾人的分类	(3)
三、残疾人观的内涵	(5)
第二节 残疾人社会工作的基本概念	(9)
一、什么是残疾人社会工作	(9)
二、残疾人社会工作的目标	(11)
三、社会工作专业化是残疾人工作发展的必然趋势	(12)
第三节 残疾人社会工作的主要功能	(12)
一、残疾人社会工作的主要功能	(13)
二、残疾人社会工作的基本内容	(14)
第二章 残疾人社会工作理论	(17)
第一节 残疾人社会工作理论概述	(17)
一、残疾人社会工作理论的范畴与维度	(17)
二、残疾人社会工作理论的历史与发展方向	(18)
三、我国新时期残疾人事业的思想基石——社会主义人道主义思想	(19)
第二节 社会学视角下残疾人社会工作的理论基础	(21)
一、残疾观	(21)
二、残疾因应观	(22)
第三节 多重视角下残疾人社会工作的理论基础	(27)
一、哲学——人本理论	(27)
二、伦理学——人性理论	(28)
三、政治学——人权理论	(29)
四、经济学——木桶理论	(30)
五、心理学——需求层次理论	(31)

第三章 残疾人社会工作发展历程	(33)
第一节 西方残疾人社会工作的发展阶段	(33)
一、残疾人救援与社会工作职业兴起：19 世纪末—20 世纪上半叶	(33)
二、残疾人社会工作专业的发展历程：20 世纪 60—70 年代	(34)
三、联合国纲领性文件与残疾人社会工作转型：1980—2000 年	(35)
第二节 中国残疾人社会工作的发展阶段	(39)
一、旧式残疾人救济：1979 年以前	(39)
二、新式残疾人救济：1979—1990 年	(40)
三、政府与残疾人组织共同推进残疾人事业：1984 年至今	(44)
四、推进残疾人事业发展的建议	(46)
第三节 中国社会工作专业介入残疾人社会服务：2004 年以后	(47)
一、社会工作专业介入残疾人服务的背景	(47)
二、社会工作专业介入残疾人服务的实践	(48)
三、社会工作专业介入残疾人服务的案例	(48)
第四章 残疾人个案社会工作	(54)
第一节 残疾人个案社会工作的界定	(54)
第二节 残疾人个案社会工作的理论基础	(55)
一、挫折理论	(55)
二、归因理论	(56)
三、正常化理论	(56)
第三节 残疾人个案社会工作的基本程序	(56)
一、接案	(56)
二、收集资料	(57)
三、社会诊断	(58)
四、制订计划	(58)
五、介入	(58)
六、结案	(59)
第四节 残疾人个案社会工作的服务模式	(60)
一、个人模式	(60)
二、社会诊断模式	(61)
第五节 个案实例——脑瘫儿童家长个案工作	(62)
一、服务对象背景资料	(62)

二、初次会谈过程记录	(62)
三、第二次会谈记录	(65)
四、第三次会谈记录	(70)
五、结案摘要	(73)
第五章 残疾人小组工作	(75)
第一节 残疾人小组工作概述	(75)
一、残疾人小组工作的定义	(75)
二、残疾人小组工作的目标	(76)
三、残疾人小组的类型及特性	(76)
第二节 残疾人小组工作的实施模式及范例	(77)
一、残疾人小组工作的实施模式	(77)
二、残疾人小组工作的实施模式范例	(78)
第三节 残疾人小组工作的流程	(84)
一、计划阶段	(84)
二、组织阶段	(85)
三、执行阶段	(85)
四、评估与结束阶段	(86)
第四节 残疾人小组工作实例	(86)
实例1:“全新暑假”——六岁以下特殊孩子小组工作	(86)
实例2:“交流学习,缓解压力”——×自闭症教育机构家长支持小组	(96)
实例3:“你我支持,共同进步”——脑瘫儿童及家长成长小组	(105)
第六章 残疾人社区工作	(114)
第一节 残疾人社区工作的界定	(114)
一、残疾人社区工作的定义	(114)
二、残疾人社区工作的意义	(114)
第二节 残疾人社区工作的实践模式	(115)
一、地区发展模式	(115)
二、社会规划模式	(116)
三、社会行动模式	(118)
第三节 残疾人社区工作的原则和内容	(119)
一、残疾人社区工作的基本原则	(119)

二、残疾人社区工作的主要内容	(120)
三、社区残疾人协会及其职责	(121)
第四节 残疾人社区工作的一般过程与介入技巧	(122)
一、残疾人社区工作的一般过程	(122)
二、残疾人社区工作的介入技巧	(122)
第五节 残疾人社区工作实例	(124)
实例 1: 残疾人社区工作概况——以南通市 B 社区为例	(124)
实例 2: 社区残疾人的组织建设——以广州市 S 街社区残疾人协会为例	(125)
实例 3: 社区参与精神病康复服务的探索——以广州“L 家属资源中心”为例	(127)
实例 4: 残疾人社区工作本土化实践——以广州市 T 街康园工疗站为例	(128)
第七章 残疾人康复工作	(131)
第一节 康复的定义	(131)
第二节 康复工作的主要内容	(133)
一、康复的领域	(133)
二、康复的程度	(137)
三、康复的对策	(138)
四、社会工作者在康复中的作用	(139)
第三节 康复工作的一种原则、理论、价值理念: “正常化”	(140)
一、康复的目标: 常态性的个人行为和特质	(141)
二、“常规性”的康复途径	(142)
三、实践“正常化”的优先次序	(142)
四、推进“正常化”的三个层面	(144)
第四节 重要的康复途径: 社区康复	(144)
一、社区康复的定义	(145)
二、社区康复的一般准则	(146)
三、社区康复中的相关参与者	(146)
第八章 残疾人教育	(148)
第一节 残疾人教育的定义	(148)
第二节 残疾人教育的内容	(149)
一、教育对象	(149)
二、教育体系	(157)

三、诊断、评价、鉴定	(159)
四、法律、法规	(160)
五、对家属及有关人员的教育	(163)
第三节 残疾人教育的理论基础和安置模式	(164)
一、理论基础	(164)
二、教育安置模式	(166)
 第九章 残疾人就业	(168)
第一节 残疾人就业概述	(168)
一、残疾人就业的定义	(168)
二、残疾人就业工作的主要内容	(168)
第二节 残疾人就业的理论基础	(173)
一、社会学：就业排斥	(173)
二、伦理学：价值、公平与正义	(174)
三、经济学：成本与效益	(174)
四、其他理论分析	(175)
第三节 残疾人就业的模式	(176)
一、国际残疾人就业的主要模式	(176)
二、我国残疾人就业的主要形式	(178)
第四节 我国残疾人就业的现状与对策	(180)
一、我国残疾人就业现状	(180)
二、残疾人就业的问题分析	(183)
三、残疾人就业的对策研究	(186)
 第十章 残疾人社会政策	(189)
第一节 残疾人社会政策	(189)
一、残疾人社会政策的定义	(189)
二、残疾人社会政策的制定与评估	(190)
第二节 国外残疾人社会政策实践	(193)
一、瑞典残疾人社会政策	(193)
二、美国残疾人社会政策	(194)
第三节 中国残疾人社会政策的调整	(196)
一、《中华人民共和国残疾人保障法》的修订	(196)

二、中国残疾人事业“十一五”发展纲要（2006—2010年）	（198）
第四节 残疾人社会政策与社会工作实务	（199）
一、社会工作领域的整合	（200）
二、社会政策领域的整合	（202）
第五节 案例分析：台北市残疾人服务机构评估	（203）
一、台北市残疾人福利机构服务现状	（203）
二、机构评估结果分析	（204）
三、建议	（205）
参考文献	（208）
后记	（210）

第一章

残疾人社会工作概述

教学重点

- 残疾与残疾人的概念界定
- 新旧两种残疾人观的内涵
- 残疾人社会工作的基本概念
- 残疾人社会工作的主要功能

第一节 残疾与残疾人

第二次全国残疾人抽样调查数据表明,截止到2006年4月1日,我国各类残疾人总数已达8296万,占全国总人口的6.3%,涉及17.8%的家庭。这个数据同1987年第一次全国残疾人抽样调查结果相比,我国残疾人口规模有所增大,残疾人口进入快速增长时期,其中60岁以上的老年残疾人增加了2365万人,占新增残疾人口数量的75.5%。残疾人群体是一个不容忽视的庞大而特殊的社会群体,残疾人的生存状况如何,不仅直接影响到数量庞大的家庭,且影响到国家政治、经济和社会安定的大局。残疾人问题已成为当今一个无法回避的社会问题。

一、残疾与残疾人的概念界定

由于各国、各民族、各地区的文化背景和社会经济发展程度不同,对于残疾与残疾人的概念界定标准也不同。

英国学者哈里斯在1971根据由人口统计调查局执行的残疾人调查,对残疾人的官能估价做了三重区别:一是损伤(impairment),缺少全部肢体、缺少某部分肢体、肢体有缺陷、器官有缺陷或身体某部分结构有缺陷;二是残疾(disablement),损失官能能力或者降低官能能力;三是障碍(handicap),即由于损失官能能力或降低官能能力而引起的对活动的限制或不利于活动的状况。

汤逊德认为哈里斯采用的残疾定义过于狭窄,因而大大低估了残疾人在人口中的数量。他在1979年的残疾人调查中提出,最好将残疾定义为“不能完成在社会中相同性别且年龄大致相同的人习惯上所能完成的活动,不能分担在各种关系中相应的人所能分

担的份额，不能充当相应者所能充当的角色”。

世界卫生组织（World Health Organization，简称 WHO）于 1980 年出版了国际障碍分类，根据残疾对人生理、心理和社会功能影响程度的不同，把残疾划分为残损、残疾、残障三个层次，它其实就是在上述哈里斯关于残疾的官能定义的基础上演变而来的。与之相对应，欧美国家也通常以三个名称来界定“残疾”的意义。简言之，残疾即是指人的身体或心理方面的缺点或限制，但这些缺点或限制形成原因不一，对人各种功能发挥的影响程度也迥然有异，因而可区分为不同的层次。第一层次为残损，即功能、形态残疾，是指因后天致残而导致的身体功能丧失或减少，通常以损害（impairment）来表示；第二层次为残疾，即丧失功能残疾，是指因先天残疾而导致的身体功能丧失或减少，通常以失能（disability）来表示；第三层次为残障，即社会功能残疾，这是从社会功能障碍的角度而言的，上述损害或失能者倘若遭到社会歧视或环境限制，就会形成障碍，使其无法独立生活或发展潜能，通常称之为残障（handicap）。

联合国大会 1994 年通过的《残疾人机会均等标准规则》（以下简称《规则》）规定：“‘残疾’一词概括地泛指世界各国任何人口中出现的许许多多的各种功能上的限制。人们出现的残疾既可以是生理、智力或感官上的缺陷，也可以是医学上的状况或精神疾病。此种缺陷、状况或疾病有可能是长期的，也可能是过渡性质的。”《规则》还规定：“‘障碍’一词是指机会的丧失或受到限制，无法与其他人在同等基础上参与社会生活。它指的是患某种疾病的人与环境的冲突。使用此词的目的是着重强调环境中和社会上许多有组织活动诸如信息、交流和教育中的欠缺，使残疾人无法在平等基础上进行参与”。

通过对上述分类方法近 10 年的应用，世界卫生组织国际障碍分类的缺陷也愈益明显地显现出来。例如，对环境因素影响的不明确，对主观障碍重要性的忽视，以及关于儿童或精神障碍内容的缺乏等。

有鉴于此，世界卫生组织于 1990 年开始着手对国际障碍分类进行修改，直至 2001 年世界卫生组织正式将国际障碍分类修改为国际功能、残疾和健康分类（international classification of functioning, disability and health，简称 ICF）。ICF 的建立经过了 10 多年的国际间合作，合作包括中国在内的 65 个成员国，通过广泛的测试和跨文化的比较研究，在术语和分类上达成了广泛一致。在 2001 年世界卫生大会上，中国与其他 190 个成员国一同签署了协议，同意广泛应用 ICF。

ICF 是世界卫生组织提出的国际通用的在个体和群体水平上描述和测量健康的框架，是由身体功能及结构、活动及参与、环境因素和个人因素 4 种成分组成的理论性结构。在 ICF 中，同样将残疾划分为三个层次，即身体功能和结构、活动及参与，不过在此引入了环境因素。因此，在 ICF 框架下，残疾是指如下内容的任何一种或全部：损伤、活动受限、参与受限、受环境因素限制。损伤是指身体功能和结构明显丧失和偏离；活动受限是指个体进行活动时遇到困难，根据完成活动的质量可有从轻微到严重的变化；参与受限是指个体投入到生活情景中遇到障碍，可通过比较个体参与和在社会中

无残疾个体所期望的参与来决定是否出现参与受限；环境因素是指生活中的自然、社会 and 态度的环境。所有 ICF 的成分既独立且相互关联。一方面，个体从任何一种成分中的某个范围发生的相关消极经验被认为构成残疾；另一方面，残疾的经验是复杂和多维度的，个体的残疾被认为是健康条件和环境以及个人因素交互作用的结果。

ICF 作为一种全新的国际分类系统，与 1980 年的国际障碍分类相比较，在设计理念上大大前进了一步，也为世界不同学科和领域关于健康及相关状况的广泛交流提供了一种更为有效的框架。主要表现为：其一，明确环境因素的重要性。ICF 中引入了环境因素，明确了环境因素对活动和参与的影响，这一理念得到了国际社会的广泛共鸣。其二，用肯定语调表达。在 ICF 中，各类别及项目均用肯定的形式表示，避免了在国际障碍分类中使用的对残疾人带有贬义的消极词汇，如分别用身体功能和结构、活动及参与代替国际障碍分类中的功能障碍、能力障碍及社会性不利。功能障碍用身体功能和结构来替代，将功能、结构分开处理，更全面反映身体方面所有的缺损状态；能力障碍用活动来替代，由此导致的残疾状态用活动受限表示；社会性不利用参与来替代，由此导致的残疾状态用参与受限表示。其三，建立交互作用的立体模式。在国际障碍分类中，各项目间的关系是单向的平面模式；而在 ICF 中，各项目间的关系是双向的、相互作用和制约的立体模式。例如，参与受限，有可能导致生活孤独，直接影响到身心功能状态；又如，个人或环境因素不适合，可造成参与受限，由此可导致精神疾病或处理人际关系能力低下，从而导致活动受限等。

根据国际社会的提法，结合我国社会的实际，在 1987 年开展的第一次残疾人抽样调查中，我国首次确定了残疾人的定义，并将此定义写入了 1990 年 12 月颁布的《中华人民共和国残疾人保障法》中：“残疾人是指在心理、生理、人体结构上，某种组织功能丧失或者不正常，全部或者部分丧失以正常方式从事某种活动能力的人。”这个定义改变了以前单纯从身体上着眼，而是以社会功能障碍和身体功能障碍为特征，不仅从器官上，也包括了精神和心智方面的残疾，这样就比较全面地概括了残疾人的基本特征。这一定义与联合国、世界卫生组织和其他国家有关残疾人的定义也是相吻合的。

二、残疾人的分类

目前世界各国对残疾人的定残标准不同，其划分类别也不完全一致。大体可根据如下不同标准划分为不同的类别。

（一）根据身心功能和身体结构分类

在 ICF 中，将身心功能分类如下：①精神功能；②感觉功能与疼痛；③发声、发音及言语功能；④循环系统、血液系统、免疫系统、呼吸系统功能；⑤消化系统、代谢系统、内分泌系统功能；⑥泌尿、性、生殖系统功能；⑦神经肌肉与运动相关联的功能；⑧皮肤与相关部位的功能。身体结构分类如下：①神经系统结构；②眼、耳与相关部位结构；③与发声、发音及言语相关的结构；④循环系统、免疫系统、呼吸系统结构；⑤消化系统、代谢系统、内分泌系统结构；⑥与泌尿、性、生殖系统相关的结构；⑦与运动

相关的结构；⑧皮肤与相关部位的结构。

根据发生部位的不同，人的身心功能和身体结构障碍可划分为不同类别。我国2006年第二次全国残疾人抽样调查中，将残疾人分为7类，分别为视力残疾人、听力残疾人、言语残疾人、肢体残疾人、智力残疾人、精神残疾人、多重残疾人。这次调查结果表明，我国6~14岁246万学龄残疾儿童中，各种障碍残疾儿童分布如下：智力残疾儿童76万人，占残疾儿童总数的30.9%，在各种障碍残疾儿童中拥有最大份额；多重残疾儿童75万人，占残疾儿童总数的30.5%，居于第二；肢体残疾儿童48万人，占残疾儿童总数的19.5%；言语残疾儿童17万人，占残疾儿童总数的6.9%；视力残疾儿童13万人，占残疾儿童总数的5.3%；听力残疾儿童11万人，占残疾儿童总数的4.5%；精神残疾儿童6万人，占残疾儿童总数的2.4%。

而美国根据残疾人生理缺陷的具体部位和心智不健全的特征，将其分为11类，即智力落后、重听、聋、语言障碍、重度情感紊乱、畸形损害（包括肢体伤残、侏儒症）、又聋又盲、又聋又哑、其他健康损害、多重障碍和特殊学习困难。

在日本，则把残疾人分为8类，即视觉障碍（包括全盲和弱视）、听觉障碍（包括聋和重听）、智力落后、肢体缺陷、病弱、精神和情感障碍、语言障碍、多重障碍。

有着不同部位功能和结构障碍的残疾人，其康复训练的需求和目的也截然不同。

（二）根据生命周期不同阶段分类

人成长的生命周期是个体由生到死，依次通过几个成长阶段而完成人生的过程。美国发展心理学家艾利克森提出生命周期理论，他按照个体发展的综合特征，把人生分为八个阶段，即婴儿期、幼儿期、游戏期、学龄初期、少年期、青年期、中年期和老年期。根据人口学理论，我们通常将个体成长生命周期分为婴幼儿期、少年期、青年期、中壮年期、老年期。与之相对应，可将残疾人划分为婴幼残疾人、少年残疾人、青年残疾人、中壮年残疾人、老年残疾人。

人成长的生命周期是个体生理上由弱小到强壮再到衰退，心理上由不成熟到成熟，社会方面由逐步开始承担责任到承担众多社会责任再到减少社会责任，个人发展不断变化的过程。残疾人同健全人一样，在人生的每一个成长阶段，都有不同的生理、心理需求及社会发展任务。因此，处于生命周期不同阶段的残疾人，其面临的困难和危机也各不相同。

（三）根据障碍影响程度分类

根据各种障碍对各类活动能力影响程度的轻重，人的身心功能和身体结构障碍可分为一级、二级、三级等残疾等级。与之相对应，可将残疾人划分为轻度残疾人、中度残疾人和重度残疾人，通常残疾等级为一、二级的被视为重度残疾人，残疾等级为三的不同别被视为中度和轻度残疾人。而测量障碍的程度，通常可依据障碍者照料自己能力的高低来衡量。如按照自理无困难、自理有困难或不能自理需要帮助三种情况进行分级。根据第二次全国残疾人抽样调查数据，我国残疾人口中，重度残疾人为2457万人，占29.6%，中度和轻度残疾人为5839万人，占70.4%。有着不同程度功能和结构障碍的