

广州市残疾人 社区康复服务研究

主编 范阳东

社区康复及科学发展社区康复，其目的在于保障残疾人权利，建立一个包容性的、适应残疾人发展的社区环境。



暨南大学出版社
JINAN UNIVERSITY PRESS

广州市残疾人 社区康复服务研究

主编 范阳东



暨南大学出版社
JINAN UNIVERSITY PRESS

中国·广州

图书在版编目 (CIP) 数据

广州市残疾人社区康复服务研究/范阳东主编. —广州: 暨南大学出版社, 2018. 12

ISBN 978 - 7 - 5668 - 2540 - 7

I. ①广… II. ①范… III. ①残疾人—社区卫生服务—康复医学—研究—广州 IV. ①R492

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2018) 第 289085 号

广州市残疾人社区康复服务研究

GUANGZHOU SHI CANJIREN SHEQU KANGFU FUWU YANJIU

主 编: 范阳东

出 版 人: 徐义雄

策划编辑: 潘雅琴

责任编辑: 潘雅琴 崔思远

责任校对: 高 婷

责任印制: 汤慧君 周一丹

出版发行: 暨南大学出版社 (510630)

电 话: 总编室 (8620) 85221601

营销部 (8620) 85225284 85228291 85228292 (邮购)

传 真: (8620) 85221583 (办公室) 85223774 (营销部)

网 址: <http://www.jnupress.com>

排 版: 广州市天河星辰文化发展部照排中心

印 刷: 广州市穗彩印务有限公司

开 本: 787mm × 960mm 1/16

印 张: 12

字 数: 210 千

版 次: 2018 年 12 月第 1 版

印 次: 2018 年 12 月第 1 次

定 价: 39.80 元

(暨大版图书如有印装质量问题, 请与出版社总编室联系调换)

出版人：徐义雄

策划编辑：潘雅琴

责任编辑：潘雅琴 崔思远

责任校对：高 婷

责任印制：汤慧君 周一丹

封面设计：传欣^{design}設計

编委会

主 编：范阳东

副主编：刘远明 阮红莲 李文立 李红华

编 委：何小英 李秋利 吴丁娟 关尚一

李世会 张林琳 林慧怡 李林秀

彭会珍 周心舒 朱艳玲 张 青

前 言

科学开展社区康复服务工作，目的在于保障残疾人的权利，建立一个包容性的、有助于残疾人发展的社区环境。中国人口众多，残疾人人口基数相对较大，在中国加快推进全民健康、决胜全面建成小康社会和社会主义现代化建设的第一阶段，关注残疾人这个特殊群体，结合各地区不同的情况，积极探索中国残疾人社区康复服务模式意义重大。

中国残疾人社区康复服务的兴起和发展同社区管理与服务体系的构建紧密相连。20 世纪 80 年代中后期，随着中国社会经济体制改革的不断深化，社会成员固定地从属于一定社会组织的管理体制被打破，大量“单位人”转为“社会人”；加之社会流动人口快速增加，中国迫切需要建立一种新的城市社会人口管理模式。于是，西方发达国家的城市社区管理与服务模式逐渐被引入中国并使其本土化。也正是在这一背景之下，国际残疾人社区康复服务的理论与方法得以在中国被借鉴。

本书在界定残疾人社区康复基本内涵的基础上，系统梳理了国外几种具有代表性的残疾人社区康复服务模式，并对国内残疾人社区康复服务模式的实践进行介绍。此外，本书对广州市残疾人社区康复服务的发展历史和取得的成效进行了归纳与总结。广州市作为国内最早开展残疾人社区康复服务工作的城市，率先在国内进行了诸多制度和方式的创新，并取得了较好的成效，一直是国内其他城市学习的样板。目前，广州市共建立残疾人社区康复站 181 个和康园工疗站 164 个，为社区残疾人开展知识、技能培训，组织娱疗、工疗康复等活动，提供日间照料、功能训练指导等康复服务。

尽管广州市残疾人社区康复服务工作发展迅速，并产生了较好的社会效益，但仍存在诸多问题。广州市残疾人社区康复服务研究课题组利用近两个月时间，实地调研了广州市各区残联、康复站、工疗站和其他相关机构，并采用问卷的形式调查了部分残疾人的康复情况，也对比考察了深圳市残疾人社区康复服务工作情况。通过多方信息收集与系统分析，本课题

组认为,当前广州市残疾人社区康复服务主要存在以下问题:①社区康复服务工作机制有待完善,残疾人保障制度需要进一步健全。②社区康复服务覆盖面比较有限,立体化服务网络尚未建立。③社区康复站存在投入与利用不足、整体运营不理想的情况。④社区康复服务队伍规模小、专业素质偏低、稳定性差。⑤残疾人康复需求调查失真,基础性服务工作不扎实。⑥社区康复服务效果评估缺乏统一标准,管理不到位。⑦管理人员偏少,政策宣传力度不够。⑧数据信息系统建设滞后,与其他相关部门的系统不匹配。

面对社会公共服务改革和残疾人群体结构、数量以及个体需求不断变化的新形势,广州市残疾人社区康复服务面临诸多挑战,具体包括人口老龄化的不断加速、社会经济改革的全面深化和社区康复服务由粗放型向精细型转化等。针对这些问题,有效整合社会资源,不断创新服务模式,进一步健全和完善残疾人社区康复服务工作,贯彻落实残疾人精准康复服务行动方案,重新引领全国残疾人社区康复服务工作成为广州市残疾人社区康复服务工作的核心。为此,广州市残疾人社区康复服务工作应从以下几个方面着力:①加强与相关部门的沟通与协同,多渠道、多层次增加社区康复服务供给。②健全和完善各项制度,创新模式和机制,强化资源有效整合和服务机构监管。③强化基础性工作,扎实做好残疾人康复需求与康复效果评估。④积极培育社会服务机构,壮大康复服务工作人才队伍。⑤搭建统一平台,加快残疾人社区康复信息化建设。在经济发展“新常态”背景以及广州市经济转型升级的特定时期,广州市残疾人社区康复服务工作任重而道远。

编者

2018年10月

目录

CONTENTS

前 言	1
第一章 引言	1
一、研究背景	1
二、残疾人社区康复的相关概念与发展历史	3
三、研究目的与意义	9
四、研究思路与方法	10
第二章 国内外残疾人社区康复服务模式综述	13
一、国外典型的残疾人社区康复服务模式	13
二、国内残疾人社区康复服务模式	24
第三章 广州市残疾人社区康复服务的历史与成效	47
一、广州市残疾人社区康复服务的发展历史	47
二、广州市残疾人社区康复服务的工作成效	54
第四章 广州市残疾人社区康复服务的现状与问题	61
一、广州市残疾人社区康复服务的现状	61
二、广州市社区康复服务机构残疾人康复现状调查	82
三、广州市残疾人社区康复服务所面临的主要问题	92
第五章 广州市残疾人社区康复服务的挑战与对策	101
一、广州市残疾人社区康复服务的挑战	101
二、进一步推进广州市残疾人社区康复服务工作的对策与建议	104

附录一 广州市各区残联及机构访谈调研记录	115
附录二 广州市各类服务中心名录	132
附录三 广州市推进残疾人居家康复训练工作实施意见	137
附录四 广州市医疗康复项目纳入残疾人康复资助保障范围 的通知	140
附录五 广州市残疾人教育扶助办法	142
附录六 广州市民办残疾人社会服务机构资助办法	145
附录七 广州市残疾人事业发展第十三个五年规划	152
附录八 国务院关于建立残疾儿童康复救助制度的意见	176
附录九 残疾人中医特色社区康复服务试点方案	180
参考文献	186
后 记	188

第一章 引言

社区康复及科学发展社区康复，目的在于保障残疾人权利，建立一个包容性的、有助于残疾人发展的社区环境。我国人口众多，残疾人人口基数相对较大，现有残疾人八千多万，是一个庞大的弱势群体。在我国加快推进全民健康、决胜全面建成小康社会和社会主义现代化建设的第一阶段，关注残疾人这个特殊群体，结合各地区不同的省情与市情，积极探索我国残疾人社区康复服务模式非常有意义。

一、研究背景

目前，我国约有残疾人 8 502 万，约占世界残疾人口总量的 8.5%，相当于整个欧洲残疾人口数量的 1.7 倍。我国残疾人口不仅数量庞大，而且残疾群体的内部结构特征非常明显。从残疾人口的年龄结构来看，老年残疾人口（60 岁及以上）占残疾总人口的 52.80%，推算人口规模大约为 4 416 万人，分别高于 0~15 岁残疾儿童和 15~59 岁劳动年龄段残疾人口约 48.11 和 10.29 百分点，成为残疾人口的主体。从性别角度来看，男性残疾人口占 51.61%，女性残疾人口占 48.39%。从城乡分布来看，残疾人口大部分生活在农村，农村残疾人口占 72.27%。从区域分布来看，全国残疾人口规模较大的前五个省（区、市）包括河南省（676.3 万）、四川省（622.3 万）、山东省（569.5 万）、广东省（539.9 万）、江苏省（479.3 万）；全国残疾人口比例较高的前五个省（区、市）包括四川省（7.57%）、广西壮族自治区（7.23%）、河北省（7.23%）、河南省（7.20%）、甘肃省（7.20%）。从残疾等级构成来看，残疾人口以中、轻度残疾为主，两者比例分别为 43.50% 和 26.90%。从残疾类别来看，残疾人口主要集中于肢体残疾（29.07%）、听力残疾（24.16%）、视力残疾（14.86%）和多重残疾（16.30%）。残疾人群由于活动和参与障碍以及收入贫困而难以融入正常社会生活，迫切需要社会保障相关政策的大力



支持。

早在1987年，国务院就批准并颁布了《中国残疾人事业五年工作纲要（1988—1992）》，残疾人康复服务作为保障残疾人人权、促进残疾人事业发展的重要构成，被纳入我国经济与社会发展的规划之中。20世纪末期，由于我国社区组织结构尚不健全、社区服务网络不完善，残疾人社区康复服务工作受到了直接的影响和制约。当时，国家卫生和计划生育委员会在部分省（区、市）进行了残疾人社区康复服务试点与探索，主要依托医疗机构开展一些简单、易行的残疾人生理功能康复项目。该试点虽然取得了立竿见影的效果，积累了宝贵的经验，但社会化程度低、可持续性差。

21世纪后，我国政府全面推进社区建设和社区卫生服务，并把残疾人社区康复服务作为其中的有机组成部分，这客观上为我国残疾人社区康复服务的快速发展营造了良好的环境与条件。在新的形势下，不同省（区、市）也立足于自身实际情况进行了许多有益的探索，开创了一些经典模式。2009年是残疾人社会保障与公共服务两个体系建设的准备之年，中国残疾人联合会（以下简称“中国残联”）开始选择一些重点省份和专项试点城市为两个体系建设先行试点。2010年3月，颁发了《国务院办公厅转发中国残联等部门和单位关于加快推进残疾人社会保障体系和服务体系建设指导意见的通知》（国办发〔2010〕19号），通知明确提出“到2015年，建立起残疾人社会保障体系和服务体系基本框架，使残疾人的生活、医疗、康复、教育、就业等基本需求得到制度性保障。到2020年，残疾人‘两个体系’更加完备，保障水平和服务能力大幅度提高，残疾人都能得到基本公共服务，实现残疾人人人享有基本生活保障、基本医疗保障和康复服务”的任务目标及要求。

2016年6月，为贯彻落实《中共中央国务院关于打赢脱贫攻坚战的决定》和《国务院关于加快推进残疾人小康进程的意见》（国发〔2015〕7号），我国加强残疾人康复服务工作，普遍满足残疾人的基本康复服务需求，中国残联、国家卫生和计划生育委员会、国务院扶贫办共同制订了《残疾人精准康复服务行动实施方案》。该方案总体要求是：围绕“健康中国2030”和脱贫攻坚战略部署，聚焦残疾人康复需求，强化基本康复保障，实施精准康复服务，提升残疾人生存和发展能力，助力残疾人精准脱贫、同步小康，为全民健康、全面小康作出贡献；康复服务行动坚持政府主导、部门联动，需求导向、精准服务，综合施策、形成机制，着力构建

与经济社会发展相协调,与残疾人康复需求相适应的多元化康复服务体系、多层次康复保障制度;到2020年,有需求的残疾儿童和持证残疾人接受基本康复服务的比例达80%以上。

2016年8月25日,国务院办公厅发布了《国家残疾预防行动计划(2016—2020年)》。2017年6月,广东省发布了《广东省残疾预防行动计划(2017—2020年)》。2017年12月15日,广州市人民政府印发《广州市残疾预防行动方案》(穗府办〔2017〕41号),以全面推进残疾预防工作,有效减少残疾发生,控制残疾发展,提高人口素质,探索和创新残疾预防工作模式。广州市作为我国最早开展残疾人社区康复服务工作的地区之一,是我国残疾人社区康复服务历史的一个缩影。对广州市残疾人社区康复服务的历史进行梳理,总结其工作成效,剖析其面临的主要问题,无疑有助于规划和推动这一事业的持续、健康发展。在经济发展“新常态”的宏观背景下,如何整合社会资源,创新服务模式,进一步健全和完善残疾人社区康复服务工作,重新引领全国残疾人社区康复服务成为广州市残疾人联合会(以下简称“广州市残联”)和广州市残疾人工作的一项重大课题。

二、残疾人社区康复的相关概念与发展历史

(一) 残疾人社区康复

社区康复(Community - Based Rehabilitation,简称 CBR)是由世界卫生组织推广的一种康复策略,它的主要目标是保证残疾人及其家庭能获得常规的服务和工作生活的机会。世界卫生组织把社区康复定义为“增进残疾人的平等和机会,减少贫困,促进融合的一种策略”。这种康复策略通过加强社区工作者、残疾人及其家庭、社区居民之间的合作和联系,以促进所有残疾人在社区拥有平等机会和对社区生活的全方位参与。残疾人社区康复作为残疾人康复最重要的形式,自1978年提出以来,经过三十几年的研究与实践,已经实现了从医疗领域到社会领域、从单一组织到组织联合、从单一部门到多部门、从单一对象到多对象、从单一目标到多个目标的发展。1978年世界卫生组织在《阿拉木图初级卫生服务国际会议宣言》(以下简称“《阿拉木图宣言》”)中系统阐述了要充分利用社区资源开展残疾卫生服务工作,强调残疾人、残疾人家属及社区的参与,并指出残疾

人康复需要教育、农业、畜牧业和通信等多部门的合作。

发布了《阿拉木图宣言》后，为了让低收入国家的残疾人可以获得卫生服务，多个国家开始由卫生部门开展残疾人社区康复项目，把社区康复作为最优化利用社区资源进行初级卫生服务的一种形式。此时的残疾人社区康复项目主要集中在医疗康复领域，包括物理疗法、医疗和外科干预、辅助用品用具，有些社区康复项目也通过技能培训或收入增加的项目引入教育和生计活动。此后，以社区为基础开展残疾人康复的理念成为国际社会的共识。在世界卫生组织、国际劳工组织、联合国教科文组织和国际残疾人发展机构等的合力推动下，残疾人社区康复工作逐渐在全球范围内展开，残疾人社区康复概念的内涵与外延也日趋明确与具体化。

1989年世界卫生组织发布了《关于残疾人的社区培训》（以下简称“《培训》”），主要是为项目实施者规划、实施和评估残疾人社区康复项目提供指导，利益相关者包括项目实施者、社区康复委员会、学校老师、残疾人及其家属。《培训》对此后社区康复发展的深远影响在于其提出了“社区康复转介服务”这一重要概念。该概念是指：在残疾人进行社区康复的过程中，咨询服务部门若发现本单位的服务不能满足残疾人的需要时，会将其介绍或转诊到更加适合的服务单位，为其寻找更有效的帮助。《培训》重点介绍了社区康复转介的流程、方法，以及社区层次、地区层次、省域层次和国家层次的社区康复转介服务系统。残疾人社区康复转介服务基于残疾人的实际康复需求，对残疾进行分类与分流，以使相关机构能够充分发挥各自功能，并在分工协作的基础上达到资源共享，确保残疾人得到优质的服务。残疾人社区康复转介服务以一种具体且独特的方式，强化了残疾人社区康复需要相关部门与力量协作这一核心理念。

1994年，世界卫生组织、国际劳工组织和联合国教育、科学及文化组织（以下简称“联合国教科文组织”）联合发表了第一份《社区康复联合意见书》，介绍了残疾人社区康复的实施方法，强调了残疾人社区康复各个层次的转介服务、社区责任和社区康复的管理与评估系统等，并提出可持续社区康复要考虑社区内部的需求和社区外部的支持。它特别强调残疾人社区康复应采取社会化方式，即尽可能调动各种社会资源，由相关部门协同推进。《社区康复联合意见书》对残疾人社区康复的明确定义和具体实施方法的给出，使残疾人社区康复的发展进一步规范化。

21世纪以来，残疾人社区康复进入新的发展阶段。2004年，世界卫生组织、国际劳工组织和联合国教科文组织联合发表了第二份《社区康复联

合意见书》，对社区康复的对象、内容和区域都做了进一步扩展，明确指出在社区康复过程中，应充分发挥残疾人的自主性以及残疾人组织的主导性作用。目前，社区康复已经发展成一项多部门合作的残疾人战略。在国际劳工组织、联合国教科文组织和国际助残组织等的合作下，世界卫生组织于2010年发表的《社区康复指南》运用包容性发展理论与方法，构建了新的社区康复体系。该指南对社区康复概念、基本原则、基本内容等做了系统阐述，代表了国际社区康复的最新发展理念。该指南提出：“社区康复是社区内所有残疾人的康复、机会均等及社会包容的一种整体发展战略。社区康复通过残疾人和家属、残疾人组织和残疾人所在社区以及相关的政府和民间的卫生、教育、职业、社会机构和其他机构共同努力贯彻执行。”基于《国际残疾人权利公约》，社区康复应遵循全纳、参与、可持续和赋权四项基本原则。与此相对应，社区康复内容涵盖健康、教育、谋生、社会和赋权五大部分，具体包括以下内容（见图1-1）：①健康部分是社区康复最基础的项目，包括残疾人能享有健康教育、残疾预防、医疗、康复和辅助用品用具等服务，社区康复的其他内容都必须建立在医疗康复得到解决的基础之上。②教育部分包括儿童早期教育、初级教育、高等教育、非正规教育和终身教育。③谋生部分包括技能发展、自我就业、雇佣就业、金融服务和社会保障，教育和谋生在残疾人社区康复中已越来越受到重视。④社会部分包括人际帮助、婚姻与家庭、文化与艺术、娱乐休闲与体育、公平，主要满足残疾人精神领域的需求。⑤赋权也是残疾人社区康复的原则，包括倡导与交流、社区动员、政治参与、自助组织和残疾人组织。

显而易见，世界卫生组织的《社区康复指南》强调社区在残疾人发展中的基础作用，界定社区康复的五大领域对残疾人的发展同等重要，并以残疾人的社会融合为终极目标。残疾人社区康复涉及众多领域，注定其是一项复杂的系统工程，需要多部门合作完成。虽然《社区康复指南》的基本原则与框架对全球残疾人社区康复工作产生了积极的影响和启示，但由于政治体制、社会文化尤其是经济发展水平方面的差异，不同国家与地区在残疾人社区康复的具体实践中，无疑会对以上五部分内容有所选择和侧重。如何依据自身的社会支撑条件将《社区康复指南》本土化，是不同国家与地区面临的共同问题。根据马斯洛的需求层次理论，人的低层次需要得到相对满足之后就会向高层次发展，这对残疾人社区康复也同样适用。残疾人的精神需求基于物质需求，在残疾人的物质需求没有得到满足

的地区，社区康复的社会部分往往处于次要地位，这取决于一个地区的经济发展水平和残疾人事业发展状况。因此，各个国家和地区要结合当地实际情况，有选择地提供残疾人社区康复服务，而残疾人的物质需求最应该首先得到满足。

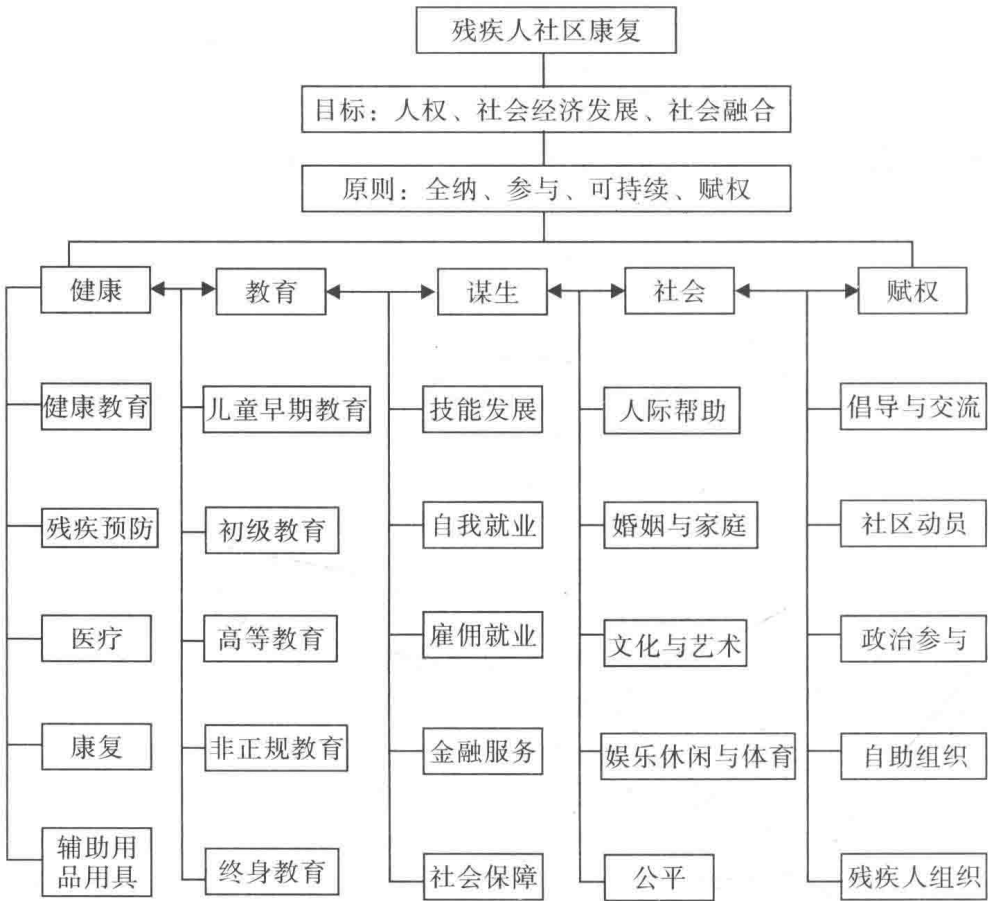


图 1-1 国际残疾人社区康复框架

(二) 国际功能分类

《关于功能、残疾和健康的国际分类》（International Classification of Functioning, Disability and Health，简称 ICF），又称国际功能分类，由世界卫生组织在 2001 年正式命名，是在国际上广泛使用的有关残疾和康复的分类标准。它“提供一个统一的标准术语及架构来描述健康状况及与健康有

关的信息”，建立了有关身体功能、身体结构活动、参与以及环境因素的健康状况动态架构（见图 1-2）。

1972 年，世界卫生组织开始系统讨论疾病所带来的结果，并在 1980 年后提出了对残疾形成的描述，将残疾视为疾病的结果，于是产生了 ICF 的前身《国际损伤、残疾和障碍分类》（International Classification of Impairment, Disability and Handicap, 简称 ICIDH）。1993 年，在人权意识的觉醒和社会学理论的影响下，世界卫生组织就“残疾是疾病、损伤及失能与障碍之间的线性关系”的观点进行反思，并决定重新修订 ICIDH。世界卫生组织对修订作出如下要求：一是它应该满足由不同国家、不同行业 and 不同卫生保健领域的多重目的需要；二是它应该被使用者认为是非常简单可以用于说明健康状况的结果；三是它具有实用价值，即确定卫生保健的需要，与干预方案（如预防、康复和社会行动）相结合；四是它应该对涉及健康状况结果的过程有一种内在一致的观点，以便于对疾病障碍方面进行客观的评估并做出反应；五是它应该对文化差异有敏感性（被翻译和应用于不同的文化和卫生保健系统）；六是它可用于补充世界卫生组织分类家族。

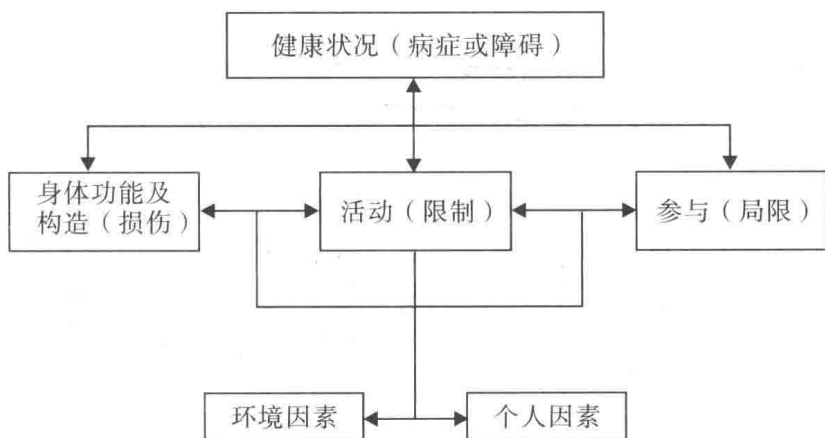


图 1-2 ICF 的互动模式

经过 61 个国家参与调查研究与讨论后，2001 年 5 月 22 日，第 54 届世界卫生大会提出了关于“残疾”或“障碍”的系统性观点与分类系统，即 ICF。ICF 作为世界卫生组织分类家族的补充，对涉及健康状况结果的过程有一种内在一致的观点，便于对疾病障碍方面进行客观的评估并作出反

应。ICF 接纳了在残疾形成过程中有关环境与个人因素的影响，加入了对功能的正向描述，提出以活动和参与能力及表现取代失能与障碍的评估。ICF 的目标主要是：提供统一的标准术语及架构来描述健康状况及与健康有关的信息和有关人类功能及其受限情况，使全世界不同学科及不同领域的工作者可以就有关健康和保健情况进行交流。

ICF 主要由身体功能及构造、活动与参与，以及环境因素与个人因素构成，每一个构成部分都可以发展出更细的组成部分，作为描述一个人的健康状况的统一标准。具体而言，ICF 分类系统包括两部分：第一部分由身体功能的改变、身体结构的改变、能力、活动表现构成；第二部分由个人和环境中的有利因素与障碍因素构成。ICF 分类系统将“残疾”或“障碍”的过程视作身体功能及构造、活动、参与、背景这四个因素之间的动态关系，即“从四个层面测量与评估身心障碍者的各种身体、心理功能的限制与能力的过程”。

ICF 重新定义了“残疾”或“障碍”，并将这一过程放在健康架构下讨论。所谓健康状况，“是在给定的健康领域内的功能水平。功能是对身体功能、身体结构、活动和参与的一个概括性术语，它表示在个体有某种健康情况和个体所处的背景性因素之间发生交互作用的积极方面。个人环境中的各种因素，通过其存在或不存在，可以改善功能或降低残疾程度，也可以限制功能的发挥或形成残疾，如无障碍环境、社会态度与支持条件等，既可以改善功能，也可以限制功能发挥”。因此，ICF 的提出对残疾人社区康复的发展起到了关键的作用。

ICF 提供了一种最新的和综合性的功能和残疾模式，适合于残疾人社区康复。根据 ICF 这一标准，残疾人社区康复需要融合更多的社会资源，制定各种残疾人福利政策，积极改变环境中的各种限制要素，这对残疾人的医疗、教育、就业、社会参与等方面的发展起到了极大的促进作用。而 ICF 作为一种工具，可应用于健康与残疾统计、残疾人服务需求评估和服务水平评估、职业评定和临床康复效果评估、临床工具和医疗卫生信息系统及社会政策制定与应用。

随着我国残疾人社区康复发展逐步与国际接轨，国内也开始在残疾人事业中应用 ICF。我国在第二次残疾人抽样调查中就应用了 ICF 的理念、分类方法与术语系统，建立了新的残疾分类与分级标准，并用于评定残疾与功能状态，建立了新的残疾统计数据。2011 年，我国首部《残疾人残疾分类和分级》国家标准发布，并于当年 5 月 1 日正式实施。这一国家标准