**肢体残疾人康复服务分类指南研究**

**阶段性调研报告**

**中国肢残人协会**

**上海市残疾人联合会**

**复旦大学中国残疾问题研究中心**

**二〇一八年七月**

**目 录**

[摘 要 1](#_Toc487555867)

[前 言 3](#_Toc487555868)

[一、研究背景 3](#_Toc487555869)

[（一）肢体残疾人基数大、康复需求复杂 3](#_Toc487555870)

[（二）国内外康复服务存在较大差距 4](#_Toc487555871)

[（三）精准理念在康复服务领域的应用 5](#_Toc487555872)

[（四）康复服务应基于全面康复的理念 6](#_Toc487555873)

[（五）上海市残疾人康复服务的发展与挑战 7](#_Toc487555874)

[二、研究目标 7](#_Toc487555875)

[三、研究内容 8](#_Toc487555876)

[（一）肢体残疾人全面康复服务内容的研究 8](#_Toc487555877)

[（二）肢体残疾人分类指南的研究 8](#_Toc487555878)

[材料与方法 9](#_Toc487555879)

[一、理论依据 9](#_Toc487555880)

[（一）公共服务理论 9](#_Toc487555881)

[（二）公共管理理论 9](#_Toc487555882)

[（三）系统论 9](#_Toc487555883)

[（四）业务流程管理 10](#_Toc487555884)

[（五）流程再造 10](#_Toc487555885)

[二、材料来源 11](#_Toc487555886)

[（一）文献检索 11](#_Toc487555887)

[（二）二手资料 11](#_Toc487555888)

[（三）问卷调查法 11](#_Toc487555889)

[（四）专家咨询与论证 12](#_Toc487555890)

[三、分析方法 12](#_Toc487555891)

[（一）描述性分析 12](#_Toc487555892)

[（二）聚类分析 12](#_Toc487555893)

[四、研究思路 12](#_Toc487555894)

[（一）研究定位与原则 12](#_Toc487555895)

[（二）技术路线 13](#_Toc487555896)

[研究结果 14](#_Toc487555897)

[第一部分 肢体残疾人全面康复服务内容 14](#_Toc487555898)

[一、康复项目汇总 14](#_Toc487555899)

[二、全面康复服务清单 16](#_Toc487555900)

[第二部分 肢体残疾人康复服务分类 19](#_Toc487555901)

[一、分类形成过程 19](#_Toc487555902)

[二、肢体残疾人分类指南 30](#_Toc487555903)

[讨论与建议 37](#_Toc487555904)

[一、依据肢体残疾人需要优化分类指南 37](#_Toc487555905)

[二、根据社会经济发展水平拓展肢体残疾人全面康复服务清单 37](#_Toc487555906)

[三、不断增强肢体残疾人精准康复服务包的精细化程度 38](#_Toc487555907)

[四、逐步实现理想的肢体残疾人精准康复服务模式 38](#_Toc487555908)

[致 谢 39](#_Toc487555909)

[参考文献 39](#_Toc487555910)

**摘 要**

**一、研究目标**

为达成使肢体残疾人享受康复服务的目的，本研究通过分析肢体残疾人康复服务供需现状，形成康复服务清单；并研究构建形成肢体残疾人康复服务分类指南。

**二、研究方法**

**（一）理论基础**

本研究依据系统论、公共服务理论、公共管理理论等基本理论，梳理康复服务各要素间的结构和相互影响，为构建肢体残疾人精准康复服务模式提供理论依据；并以业务流程管理、流程再造理论为基础，形成肢体残疾人精准康复服务适宜路径。

**（二）研究方法**

本研究采用理论与实践相结合、定性研究与定量研究相结合的方法，形成肢体残疾人分类指南、精准康复服务模式与路径。具体还包括二手资料分析、问卷调查、专家咨询等多种研究方法。

**三、研究结果**

**1、肢体残疾人全面康复服务清单**

本部分依据全面康复服务内涵对现有的康复服务项目进行了整理与汇总，分别形成针对成人及儿童全面康复服务清单。成人康复服务项目清单包含医疗康复服务9项、教育康复服务5项、职业康复服务5项、社会康复服务3项、综合康复服务7项；儿童康复服务项目清单包含医疗康复服务11项、教育康复服务5项、社会康复服务2项、综合康复服务3项。

**2、肢体残疾人分类指南**

本部分在我国残疾人分类指南的基础上，充分借鉴美国、韩国、日本及我国香港、台湾地区的分类方法，以“医学分类+疾病种类+功能分级”的方法，最终形成《成年人肢体残疾疾病分类指南》共包含7大类、39种疾病，形成《儿童肢体残疾疾病分类指南》共包含7大类、22种疾病。同时，考虑到功能评定量表的可操作性，成年及儿童肢体残疾人功能状况通过《Barthel指数评定量表》评定。

**四、建议**

1、依据肢体残疾人需要优化分类指南

2、根据社会经济发展水平拓展肢体残疾人全面康复服务清单

3、不断增强肢体残疾人精准康复服务包的精细化程度

4、逐步实现理想的肢体残疾人精准康复服务模式

**前 言**

**一、研究背景**

**（一）肢体残疾人基数大、康复需求复杂**

**1、肢体残疾人人数居各类残疾首位**

第二次全国残疾人抽样调查（2006）结果显示我国各类残疾人总数已达到8296万人。其中，肢体残疾人为2412万人，占到我国残疾人总人数29.07%，所占比重居各类残疾的首位[1]。随着我国人口老龄化的进展，残疾人，尤其是肢体残疾人的数量不断增长。庞大的肢体残疾人队伍给个人、家庭和社会带来了沉重的负担，只有做好康复工作，尽可能地帮助肢体残疾人恢复或补偿功能、提高生存质量、增强社会参与能力和生活自理能力，才能减轻社会负担、促进生产力的发展，也更有利于提高人权保障水平，共建和谐社会[2-4]。

**2、肢体残疾人类型复杂**

与其他类型残疾人相比，肢体残疾的分类与分级更为复杂。我国残疾人事业目前主要以功能障碍部位对不同肢体残疾类型加以区分，主要分为四类[5]：①缺肢或截肢-—前臂缺肢或截肢；上臂缺肢或截肢；全臂缺肢或截肢；小腿缺肢或截肢；大腿缺肢或截肢；全腿缺肢或截肢。②上肢残疾——极重障碍；严重障碍；中度障碍；轻度障碍：③下肢残疾——极重障碍；严重障碍；中度障碍；轻度障碍。④躯干残疾——躯干强直、畸形以及脑与脊髓伤病而导致的残疾。按残疾程度分为极重度、重度、中度、轻度四级。由此可见，肢体残疾人的残疾类型与残疾等级是极为复杂的。

**3、****肢体残疾人的康复个性化需求更高**

与其他类型残疾人相比，肢体残疾人的残疾类型与残疾等级相比更具多样性和复杂性，不同残疾类型与残疾等级的肢体残疾人其致残原因和功能障碍存在较大的差异。适合个体需求的康复服务是实现残疾人全面康复的基础与保证[6]，肢体残疾人只有接受具有针对性的康复服务，才能最终达到理想的康复状态[7]。因此，与其他类型残疾人相比，肢体残疾人对康复服务的个性化需求更高。个性化的康复需求也对康复服务的提供者提出了更高的要求，促使其提高康复服务的针对性，为不同类型的残疾人提供更为个性化的康复服务，从而更好的满足各类型肢体残疾者的康复需求。

**（二）国内外康复服务存在较大差距**

**1、国外康复服务的发展**

发达国家和地区的康复服务无论从开展的历史还是从服务的规范性、针对性而言，都走在了中国之前[8-11]。以美国为例，最早的康复服务是由社区服务组织以及慈善机构提供，随着社会的发展，政府机构逐渐成为主要的服务提供机构，对残疾人提供统一的康复服务，此时不同类型残疾人的康复需求无法得到有效满足；在政府作为康复服务提供者的早期，联邦政府与州政府的职责独立、分工明确。然而随着时间的推移，联邦政府与州政府的职责分界变得模糊，致使康复服务系统陷入了混乱，服务机构与服务项目的杂乱使残疾人难以获得全面有效的康复服务,残疾人亟需明确所有康复服务项目的专业人士的指导[11]。在以上两个因素的共同作用下，上世纪20年代康复咨询师这一职业得以产生。康复咨询师的主要职责是对残疾人进行个案管理，帮助其明晰个人所需要的康复服务。康复咨询师从每个残疾个体出发，帮助其制定符合个体需要的个性化康复方案，并指导残疾人选择和组合其所需的各类康复服务项目，从而促进残疾人残疾状况的减轻，促进其进入社会实现经济独立[12-13]。

随着美国残疾人事业的发展以及美国残疾人对个性化康复服务的需求不断增加，康复咨询师的社会需求量不断增加，早期的康复咨询师主要集中在公共和政府机构, 后来逐步扩展到公共、社区和私营康复机构, 以及教育和学术机构，美国相继设立了康复咨询学士、硕士、博士学位，成立了全美康复咨询教育委员会和美国康复咨询师认证委员会[14]。康复咨询师现已成为残疾人康复过程中不可或缺的一部分。

**从整体的发展历程来看，国外康复服务经历了一个由普适性、标准化的康复服务向个性化康复服务的转变和发展过程。其经济社会的发展水平和大量专业评估人员的人力资源储备是实现这一转变和发展的重要基础。**

**2、国内康复服务的探索**

自1988年中国残疾人联合会成立至今已有将近30年的时间，在多年的实践与发展过程中，经过各级残疾人联合会的共同努力，我国己经初步构建起残疾人康复服务体系，向残疾人提供包括医学、教育、职业与社会等形式的残疾人康复服务。当前我国各类残疾人均已享受到最基本的康复服务保障，北京、上海、广东、浙江等省市已实现“人人享有康复服务”的目标，我国的残疾人康复事业取得了长足的发展。

现阶段，各地政府为进一步提高康复服务质量进行的大量探索，提出康复服务应更具个性化，倡导根据不同残疾人的具体情况制定具有针对性的康复方案。然而，这些探索实践目前仍处在初级阶段，相对缺乏系统性以及科学性的指导，与残疾人事业起步较早、发展较好的发达国家，例如美国、英国、日本等国家相比还存在不小的差距。

**（三）精准理念在康复服务领域的应用**

**1、“精准服务”的由来**

2015年1月20日，美国总统奥巴马在国情咨文中提出“精准医学计划”，希望精准医学可以引领一个医学新时代[15]。精准医疗（Precision Medicine）是一种将个人基因、环境与生活习惯差异考虑在内的疾病预防与处置的新兴方法[16]。

随着“精准医疗”的提出，“精准化”的理念越来越受到关注，在诸如管理、扶贫等多个领域都得到了充分的运用，并取得的显著的成效。以往，各地政府往往追求标准化服务，在统一化、“一刀切”的标准之下，服务的“锚向性”不足、精准性欠缺，很少照顾到群众个性化、差异化需求，无法通过弹性的机制，使服务满足不同人群的需求，导致服务效果不佳[17]。现在，各地政府也在强调公共服务的精准化，在准确了解群众需求基础上的差异化服务，更具“匹配性”，可以有效做到群众需求与政府资源高效投放的双向融合，实现服务的精准供给。这样，既可以让群众享受到最想要的服务，有效走出公共服务“吃力不讨好，老百姓不买账”的怪圈，还可以节约并集中资源，使有限的资源最大化发挥作用。

**2、精准服务的内涵**

在20多年标准化服务的基础上，残疾人的基本康复需求已得到较好的满足，在此情况下，康复服务匹配性不足的问题日益明显。因此康复服务“针对性”、“个性化”的重要意义凸显。“针对性”指康复对象的精准识别，强调康复服务应落实到每个个体；“个性化”指具体康复服务应具有特异性，提供给不同情况肢体残疾人的康复服务应准确匹配其康复需求。精准化的康复服务，一方面有利于满足肢体残疾人日益增长和复杂化的康复需求。另一方面，通过对原有康复服务的优化和整合，可以大大避免重复服务、资源错配、闲置浪费的问题，大大降低康复服务成本，提高公共财政资金的使用效率。因此，提升康复服务的质量和效果，必须在精准上着力。

**（四）康复服务应基于全面康复的理念**

当前的康复服务概念往往局限于基本医疗康复，旨在解决残疾人最基本的身体康复需求。然而，随着社会的进步，对残疾人提供的康复服务外延应逐步扩大，形成全面康复的理念，并且康复服务只有基于全面康复的理念才能更好的服务于残疾人，最大限度地发挥残疾人的残存功能，促使残疾人重返社会，重新参与社会生活。

全面康复应包含基本医疗康复、教育康复、职业康复及社会康复。

**1、****基本医疗康复**

凡是医学上为达到康复的目的而应用的功能诊断、治疗、训练和预防的技术和科学，称为基本医疗康复。基本医疗康复的工作内容包括功能测定和康复治疗。基本医疗康复的主要手段有：物理治疗、运动治疗、作业治疗、语言治疗、营养治疗、康复工程等。必要时还应用手术治疗。基本医疗康复在康复的全部工作中，占有重要地位，是残疾者得以全面康复的基础，对于康复目标的实现，起着重要的作用。

**2、教育康复**

教育康复的内容包括对肢体残疾者进行普通教育及对智力残疾、视力残疾、听力语言残疾者进行特殊教育。教育康复的主要对象是残疾儿童和青少年。对残疾人进行教育康复，应当适应其身心特点和需要，在进行思想品德教育、文化教育和身心缺陷补偿的同时，还要加强劳动技能和职业技术教育，为他们参与社会生活，适应社会需要创造条件。

**3、职业康复**

工作是人的基本权利之一。在康复过程中，为残疾者考虑工作和职业问题，对加速整个康复进程十分重要。职业康复包括就业咨询，职业能力测定，就业前的职业教育与训练，就业安置，随访等工作。最终使残疾者能切实达到从事某项适当工作的适应能力。职业康复不能简单的理解为仅仅是一个工作安置问题，在职业康复中还要注意启发残疾者对待工作和就业的积极态度，及其对自我价值的认识。

**4、社会康复**

实现残疾人重返社会的目标，仅靠上述康复措施是不够的。事实表明，决定残疾对于一个人日常生活影响的主要因素是环境。社会康复则是为消除环境障碍而采取的措施，它是指依靠社会帮助和残疾人自身力量，从社会的角度推进和保证医学康复、教育康复和职业康复的进行，维护残疾人的尊严和公正待遇，创造条件使残疾人在交通、住房、医疗、教育、经济、家庭生活、婚姻、娱乐、法律等各方面与健全人平等地享有权利，充分参与社会生活，实现其自身价值。[18]

**（五）上海市残疾人康复服务的发展与挑战**

**1、上海已实现“人人享有康复服务”的目标**

经过“十五”、“十一五”、“十二五”近三个五年的发展，上海市残疾人康复工作者切实为保障残疾人康复权利做出了许多努力，在各级政府的领导下，紧紧围绕“人人享有康复服务”的目标，通过拓展残疾人康复服务项目，增加残疾人康复服务经费补贴，加强康复机构、康复队伍的建设，增强对社区康复的投入，加大宣传力度等一系列措施，构建起覆盖全面的市、区、街道三级康复服务体系，为康复服务的实施奠定了坚实基础[19]。

**2、上海已具备开展康复服务的社会经济基础**

伴随着上海市高速的经济与社会发展，残疾人及其家属可以接受到的信息变的更加广泛，残疾人康复服务的意识开始逐渐苏醒，康复服务的需求开始逐渐释放；残疾人家庭的经济水平开始提高，残疾人家庭的成员开始关注残疾人的康复，并且己经有能力购买一定的康复服务。

根据上海市国民经济和社会发展统计公报显示，2015年上海全市生产总值达到2.5万亿元，人均生产总值超过10万元。根据中等发达国家人均GDP一万美元的标准，从经济水平上来看自2008年起上海市已率先达到中等发达国家水平。因此上海市具备了开展康复服务的经济基础。

**3、本研究的提出**

基于上海市残疾人联合会20多年来的实践与探索，以及上海市当前的社会经济发展水平，为使残疾人能够享受更高水平的康复服务，增强残疾人的可获得感，本研究以肢体残疾人为研究对象，探索构建康复服务模式，为其他类型残疾人康复服务模式的构建提供借鉴。

**二、研究目标**

对各类肢体残疾人的康复服务进行系统梳理，形成基于全面康复理念下的康复服务清单。通过典型国家和地区分析，了解发达国家和地区的残疾人分类指南；经专家论证，构建基于多元原则的我国肢体残疾人分类指南。

**三、研究内容**

**（一）肢体残疾人全面康复服务内容的研究**

1、康复服务供给现状的研究。查阅政府网站、收集康复服务有关政策文件以及专家咨询，掌握当前我国各部门提供的康复服务项目，为形成残疾人康复服务项目清单提供依据。

2、康复服务清单的形成。在以上两步研究的基础上，按照基础医学康复、教育康复、职业康复、社会康复及综合康复五大康复服务类别，将现有康复服务及潜在可提供康复服务进行梳理，形成基于全面康复理念下的康复服务清单。

**（二）肢体残疾人分类指南的研究**

1、通过查阅政府网站、相关政策法律及相关文献，明确我国当前的残疾人分类指南，了解先进国家和地区的残疾人分类指南，并对美国、台湾及香港的分类维度及标准进行典型分析。

2、基于我国现有的主要分类维度，借鉴美国、台湾、香港等先进国家和地区的分类维度，通过专家论证，构建基于多元原则的肢体残疾人分类指南，为肢体残疾人康复服务包的研制奠定分类基础。

**材料与方法**

**一、理论依据**

**（一）公共服务理论**

公共服务指政府为满足社会公共需要而提供的产品和服务的总称，该理论认为公共服务的供给和生产是公共服务最主要的制度安排之一，同时决定着公共服务的内容，以及整体运行模式。服务的生产者直接组织生产，或者直接向公众提供服务，而服务的安排者指派生产者给消费者，或者选择服务的生产者。公共服务的供给与生产，需要多元主体提供。

残疾人康复服务作为公共产品，需要从公共服务理论的角度，明确公共服务提供需要的要素是什么，才能更清晰明确肢体残疾人精准康复的实现过程中，这些要素的作用和职责。

**（二）公共管理理论**

公共管理理论是一般管理范畴中的子集，其特点就在于公共性，即通过依法运用公共权力、提供公共产品和服务来实现公共利益，同时接受公共监督。这是公共管理区别于其他管理的根本标志。其主要特征是：(1)公共管理是发生在公共组织中的活动；(2)公共管理以实现社会公共利益为总体目标；(3)公共管理的基础是公共权力，这是协调社会资源的保障；(4)公共管理的主要任务是向社会全体成员提供公共产品和公共服务；(5)公共管理强调公共部门的行为绩效；(6)公共组织实现目标并取得良好效果的关键是协调。

**（三）系统论**

系统是指由若干相互联系、相互作用的部分(要素)组成，在一定环境中完成特定功能的有机整体。在自然界和人类社会中，一切事物都是以系统的形式存在的，任何事物都可以看作是一个系统。系统必须具备三个条件：①系统必须由两个以上的要素(部分、元素)组成，要素是构成系统的最基本单位，因而也是系统存在的基础和实际裁体，系统离开了要素就不称其为系统。②要素与要素之间存在着一定的有机联系，从而在系统的内部和外部形成一定的结构或秩序，任一系统又是它所从属的一个更大系统的组成部分(要素)。这样，系统整体与要素、要素与要素、整体与环境之间，存在着相互作用和相互联系的机制。③任何系统都有特定的功能。这种新功能是由系统内部的有机联系和结构所决定的。任何事物都是系统与要素的对立统一体，系统与要素的对立统一是客观事物的本质属性和存在方式，它们相互依存、互为条件；在事物的运动和变化中，系统和要素总是相互伴随而产生、相互作用而变化。

通过系统理论，需要了解要素与要素之间、要素与系统之间、系统与外部环境之间的关系是否正常合理。各要素是以一定的目的协调组合起来的，只有减少直至消除盲目性，明确系统的特定功能及共同目标，才能充分有效地发挥各要素、各环节的作用；通过系统层次性分析，了解系统结构是否合理，上下各环节是否协调，各层管理机构分工是否明确，职能是否清楚，有无互相脱节现象、系统的各要素之间的联系不应是杂乱无章，而应是秩序井然，有条不紊的。通过系统整体性分析，了解整体与局部之间的关系，使之趋于合理，减少内部摩擦，加强和集中整体功能。通过系统适应性分析，协调好系统与外部环境的关系，使系统更具有生命力。

系统论提示要进行好肢体残疾人精准康复服务，就需要将其视为一个系统，明确干预环节中的各个要素, 由各要素组成互相联系又互相制约、为实现肢体残疾人精准康复的共同目标而存在的有机集合体。

**（四）业务流程管理**

业务流程（Work Process）是指通过一系列连续有规律的、有序的业务活动，完成某一特定任务或实现特定目标。其具备的特点包括：（1）目标性，即业务流程是为完成特定任务或目标而存在；（2）整体性，意味着一个流程通常由多个具体步骤组成的，步骤之间存在联系作用，单个的工作无法成为流程；（3）动态性，提示流程总是处在状态的改变中。

业务流程管理在本研究的应用包括：首先，分析现有准入步骤和流程，确定每一步骤。其次，按照步骤和流程，明确相对应的工作主体，承担任务和责任；描述部门之间、岗位之间协作关系。再者，对照研制的理论框架和适宜对现有步骤和流程等进行分析，为适宜路径的形成提供基础依据。

**（五）流程再造**

流程再造起先是为改变企业管理方式，是一种将企业业务核心转向面向顾客满意度，打破企业按职能设置部门的管理方式，重新设计企业管理过程，从整体上确认企业的作业流程，追求全局最优，而非个别最优。其主要包括四个层面的改革，组织结构的改革、管理系统的改革、人事管理的改革以及信息技术的改革。从三个维度进行改革的描述和实施，幅度（有渐进式到全盘改革式）、广度（部门之间到跨单位）、深度（技术导向到社会文化导向）。组织结构的改革包括成立跨部门小组、流程处理专员、专案处理等；管理系统的改革包括评价与诱因、流程、角色与职责等；人事管理的改革包括对员工的技能和责任的考核、对决策文化的传播等；信息技术的改革包括数据库的运用、通信技术的改进、作业步骤的简化等等。该理论为康复服务适宜路径的研究提供了思路。

**二、材料来源**

**（一）文献检索**

根据研究需要围绕本研究相关主题词，分别在CNKI期刊全文数据库、万方文献数据库和CNKI硕博士全文数据库等进行主题或摘要检索，同时收集有关书籍及研究报告，以尽可能最大限度地收集与本研究有关的资料。

检索词主要包括：肢体残疾人、分类指南、功能评定、康复需求、需求调查、需求评估、康复服务、服务模式等。

**（二）二手资料**

二手资料主要来自官方网站、政府相关部门的政策文件。

**1、官方网站**

通过结合数据库检索结果，查阅各国或地区相关官方网站，收集残疾人、肢体残疾人的分类指南，包括美国、韩国、中国台湾和中国香港的残疾人分类指南。

**2、政策文件**

通过查阅政府官方网站、上海市残疾人联合会官方网站等，并联系各康复服务管理和提供部门，系统收集上海市目前提供的肢体残疾人康复服务项目，在对政策文件进行筛选后将交由相关负责人审核，通过咨询专家查漏补缺，最终形成现有康复服务清单。

**（三）问卷调查法**

通过《上海市成人肢体残疾人需求情况调查表》、《上海市儿童肢体残疾人需求情况调查表》针对肢体残疾人康复服务需求进行问卷调查。

成人需求调查对象为在上海市虹口区、长宁区、浦东新区中抽样选取的肢体残疾人，样本量共计390人。儿童需求调查在上海市残疾人康复职业培训中心、上海儿童医院康复科、上海市阳光康复中心展开，样本量共计120人。

通过调查了解了当前上海市肢体残疾人对康复服务的利用情况，明确了上海市各类型肢体残疾人对康复服务的需求，为后续精准康复服务包的形成提供依据。

**（四）专家咨询与论证**

分别通过现场专家论证和函调的方法，进行了两部分的专家论证。第一部分为肢体残疾人分类指南的论证，通过专家论证构建起肢体残疾人分类指南。第二部分对上海市残疾人精准康复服务包的构建进行论证。

**三、分析方法**

**（一）描述性分析**

统计学上描述性分析主要是针对数据进行基础性描述，主要用于描述变量的基本特征。本研究采用描述性分析方法，对需求调查资料进行现况描述。描述上海市成人及儿童肢体残疾人的基本信息、康复服务需求情况、利用情况、影响需求获得的主要影响因素。

**（二）聚类分析**

聚类分析(cluster analysis)是一组将研究对象分为[相对同质](http://baike.baidu.com/view/984643.htm" \t "_blank)的群组的统计分析技术。使同一个簇中的对象有很大的相似性，而不同簇间的对象有很大的相异性。本研究通过聚类分析的方法将不同类型、不同年龄段肢体残疾人所需的康复服务项目进行聚类，形成精准康复服务包。

**四、研究思路**

**（一）研究定位与原则**

1、适宜性原则

研究应以现实情况为基础，研究结果应与现有服务技术水平相一致，避免一味追求研究的先进性而忽视技术水平限制。

2、可行性原则

研究形成的康复服务模式应为与当前社会经济发展水平及政府提供能力相匹配的适宜性模式，理想的康复服务模式需待服务提供能力发展到较高水平时再行研制。

3、社会性原则

本研究旨在促进肢体残疾人的全面康复，增进肢体残疾人健康，故研究应遵循社会性原则，即研究应做到使所有肢体残疾人共享研究结果。

4、推广性原则

本研究以肢体残疾人为研究对象，探索构建康复服务模式，研究成果具有可推广性，可为其他类型残疾人康复服务模式的构建提供借鉴。

**（二）技术路线**

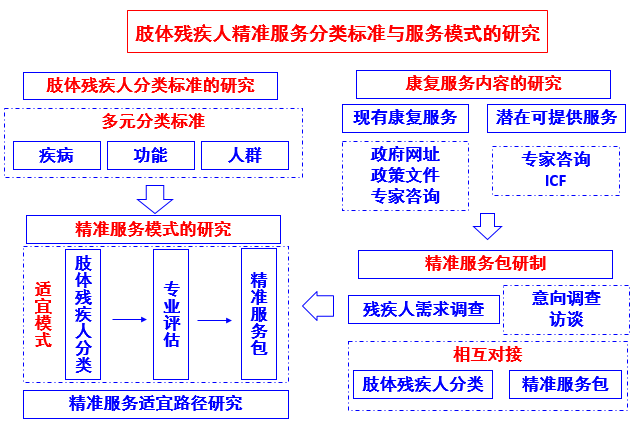


图1 研究技术路线图

**研究结果**

**第一部分 肢体残疾人全面康复服务内容**

单一的医疗康复服务难以满足残疾人的康复需求，只有通过综合的康复服务才能最大限度地发挥残疾人的残存功能，促使残疾人重返社会、参与社会生活，因此精准康复服务基于全面康复的理念。全面康复应包含医疗康复、教育康复、职业康复、社会康复以及综合康复。本研究依据康复服务内涵对现有的康复服务项目进行了整理与汇总，具体整理结果如下：

**一、康复项目汇总**

**（一）医疗康复**

医疗康复项目共20项，其中面向0~16岁儿童的项目11项，面向成人的项目9项。

表1-1 儿童医疗康复服务项目清单

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 儿童 | 1 | 残疾儿童康复救助（阳光宝宝卡）＊ |
| 2 | 0-7岁脑瘫儿童辅助器具进家庭＊。 |
| 3 | 矫治手术 |
| 4 | 骨关节置换手术补助＊ |
| 5 | 辅助器具适配及服务 |
| 6 | 运动及适应训练 |
| 7 | 失禁者护理用品配发＊ |
| 8 | 送康复服务上门＊ |
| 9 | 机构养护＊ |
| 10 | 家长培训 |
| 11 | 心理干预 |

表1-2 成人医疗康复服务项目清单

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 成人 | 1 | 康复治疗及训练 |
| 2 | 骨关节置换手术补助＊ |
| 3 | 辅助器具适配及服务 |
| 4 | 失禁者护理用品配发＊ |
| 5 | 脊髓损伤者康复训练＊ |
| 6 | 健康体检＊ |
| 7 | 送康复服务上门＊ |
| 8 | 居家养护＊ |
| 9 | 机构养护＊ |

注：标注＊为上海市地方项目。

**（二）教育康复**

教育康复服务项目共6项，其中仅面向0~16岁儿童的项目1项，面向成人的项目1项，另有4项教育康复服务对象即包括儿童，也包括成年人。

表1-3 教育康复服务项目清单

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 儿童 | 1 | 特殊教育评估 |
| 儿童及成人 | 1 | 基础教育残疾学生免费教育 |
| 2 | 残疾人家庭子女就读全日制高中学费补贴 |
| 3 | 残疾人学生就读全日制普通高校学费补贴 |
| 4 | 生活困难残疾人家庭子女就读全日制高等院校补贴 |
| 成人 | 1 | 残疾人参加成人学历教育学费补贴 |

**（三）职业康复**

职业康复共5项康复服务项目，其服务对象均为成年人。服务形式以费用补贴为主。

表1-4 职业康复服务项目清单

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 成人 | 1 | 残疾人个体工商户开办费补贴 |
| 2 | “阳光基地”援助对象劳动补贴 |
| 3 | 职业技能培训费补贴 |
| 4 | 职业技能培训期间生活费补贴 |
| 5 | 残疾青年职业见习补贴 |

**（四）社会康复**

社会康复项目共3项，其中面向成人及儿童为2项，单独面向成人的为1项。

表1-5 社会康复服务项目清单

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 儿童 | 1 | 中途之家 |
| 2 | 文体活动 |
| 成人 | 3 | 机动车、机动轮椅车服务 |

**（五）综合康复**

综合康复项目共7项，其中面向成人及儿童为3项。

表1-6 综合康复服务项目清单

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 成人及儿童 | 1 | 重残人员代缴城乡居民基本医疗保险及帮扶补助 |
| 2 | 困难残疾人生活补贴 |
| 3 | 重度残疾人护理补贴 |
| 成人 | 4 | 减免残疾人劳动所得定额减征个人所得税 |
| 5 | 重度残疾人代缴城乡居民基本养老保险费 |
| 6 | 重残无业人员补充性养老保障 |
| 7 | 重残无业人员定期定量生活补助 |

**二、全面康复服务清单**

**（一）成人全面康复服务清单**

成人康复服务项目清单共包括5大类29项服务，其中医疗康复服务9项、教育康复服务5项、职业康复服务5项、社会康复服务3项、综合康复服务7项。

表1-7 成人全面康复服务项目清单

|  |  |
| --- | --- |
| **服务种类** | **服务项目** |
| 医学康复 | 1. 康复治疗及训练 |
| 1. 骨关节置换手术补助 |
| 1. 辅助器具适配及服务 |
| 1. 失禁者护理用品配发 |
| 1. 脊髓损伤者康复训练 |
| 1. 健康体检 |
| 1. 送康复服务上门 |
| 1. 居家养护 |
| 1. 机构养护 |
| 教育康复 | 1. 基础教育残疾学生免费教育 |
| 1. 残疾人学生就读全日制普通高校学费补贴 |
| 1. 残疾人参加成人学历教育学费补贴 |
| 1. 残疾人家庭子女就读全日制高中学费补贴 |
| 1. 生活困难残疾人家庭子女就读全日制高等院校 |
| 职业康复 | 1. 残疾人个体工商户开办费补贴 |
| 1. “阳光基地”援助对象劳动补贴 |
| 1. 职业技能培训费补贴 |
| 1. 职业技能培训期间生活费补贴 |
| 1. 残疾青年职业见习补贴 |
| 社会康复 | 1. 机动车、机动轮椅车服务 |
| 1. 中途之家 |
| 1. 文体活动 |
| 综合康复 | 1. 减免残疾人劳动所得定额减征个人所得税 |
| 1. 重度残疾人代缴城乡居民基本养老保险费 |
| 1. 重度残疾人代缴城乡居民基本医疗保险及帮扶补助 |
| 1. 重残无业人员补充性养老保障 |
| 1. 困难残疾人生活补贴 |
| 1. 重度残疾人护理补贴 |
| 1. 重残无业人员定期定量生活补助 |

**（二）儿童全面康复服务清单**

儿童康复服务项目清单共包括4大类21项服务，其中医疗康复服务11项、教育康复服务5项、社会康复服务2项、综合康复服务3项。

表1-8 儿童全面康复服务项目清单

|  |  |
| --- | --- |
| **服务种类** | **服务项目** |
| 医疗康复 | 1. 残疾儿童康复救助（阳光宝宝卡） |
| 1. 0-7岁脑瘫儿童辅助器具进家庭 |
| 1. 矫治手术 |
| 1. 骨关节置换手术补助 |
| 1. 辅助器具适配及服务 |
| 1. 运动及适应训练 |
| 1. 失禁者护理用品配发 |
| 1. 送康复服务上门 |
| 1. 机构养护 |
| 1. 家长培训 |
| 1. 心理干预 |
| 教育康复 | 1. 特殊教育评估 |
| 1. 基础教育残疾学生免费教育 |
| 1. 残疾人学生就读全日制普通高校学费补贴 |
| 1. 残疾人家庭子女就读全日制高中学费补贴 |
| 1. 生活困难残疾人家庭子女就读全日制高等院校 |
| 社会康复 | 1. 中途之家 |
| 1. 文体活动 |
| 综合康复 | 1. 重残人员参加城乡居民基本医疗保险帮扶补助 |
| 1. 困难残疾人生活补贴 |
| 1. 重度残疾人护理补贴 |

**第二部分 肢体残疾人康复服务分类**

**一、分类形成过程**

**（一）初步思路形成过程**

精准理念在公共服务领域的应用是有“标准化”向“匹配性”的发展过程。“标准化”往往很少照顾到群众个性化、差异化需求。且无法通过弹性的机制，使服务满足不同人群的需求。“匹配性”则使群众需求与政府资源高效投放的双向融合，实现服务的精准供给。因此精准化的肢体残疾人服务需具有针对性，服务对象精准识别，强调服务落实到每个人，具有个性化，具体服务应具有特异性，提供不同情况残疾人的服务应准确匹配其需求。在国外肢体残疾人享有个性化康复服务。如在日本，政府提供辅助器具及住宅修复的评价、选择、适应、训练、追踪等，并且要求参与康复服务的专门职业有医生(康复专门医生)、社会福祉士、物理治疗士、作业治疗士、语言听觉士、保健师、看护师、假肢矫形器士以及工程师(以机械工程学、电子工程学、建筑为背景的康复工程师)。又如在北欧国家，公共财政针对个性化需求提供照护及辅助器具，辅助器具及其服务纳入政府预算，包括免费的技术服务和辅助器具改造，政府通过设置包括国家级研究中心--省级服务中心(每省1个以上)--县级服务机构或社区专职人员提供辅助技术服务。康复服务应基于全面康复的理念。包含了基本医疗康复、教育康复、职业康复以及社会康复。

根据2006年第二次全国残疾人抽样调查中结果显示我国残疾人总人数已达到8296万人，其中肢体残疾人为2412万人，占我国残疾总人数的29%，肢体残疾人的人数居各类残疾首位，因此首先需要对肢体残疾人群进行残疾分类细分服务。因此在进行残疾分类细分工作的初期调研阶段，主要对我国现有肢体残疾分类的维度进行梳理，同时对美国、韩国、台湾、香港等其他先进国家和地区的残疾分类的维度进行了全面的分析。

**1、我国肢体残疾分类**

2008年7月21日《关于制发第二代〈中华人民共和国残疾人证〉的通知[残联发〔2008〕10号]》关于残疾人的鉴定标准如下：肢体残疾，是指人体运动系统的结构、功能损伤造成四肢残缺或四肢、躯干麻痹(瘫痪)、畸形等而致人体运动功能不同程度的丧失以及活动受限或参与的局限。肢体残疾包括：（1)上肢或下肢因伤、病或发育异常所致的缺失、畸形或功能障碍；(2)脊柱因伤、病或发育异常所致的畸形或功能障碍；(3)中枢、周围神经因伤、病或发育异常造成躯干或四肢的功能障碍。

2011年1月14日发布，2011年5月1日实施的中华人民共和国国家标准2011年第2号公告(GB/T26341-2010)《残疾人残疾分类和分级》将残疾人按不同残疾分为视力残疾、听力残疾、言语残疾、肢体残疾、智力残疾、精神残疾和多重残疾七大类。其中肢体残疾人指人体运动系统的结构、功能损伤造成的四肢残缺或四肢、躯干麻痹(瘫痪)、畸形等导致人体运动功能不同程度丧失以及活动受限或参与的局限人群。主要包括：a)上肢或下肢因伤、病或发育异常所致的缺失、畸形或功能障碍；b)脊柱因伤、病或发育异常所致的畸形或功能障碍；c)中枢、周围神经因伤、病或发育异常造成躯干或四肢的功能障碍。在分级中参照世界卫生组织提出的国际功能、残疾和健康分类（ICF）,按被测评对象在不佩戴假肢、矫形器及其他辅助器具情况下人体运动功能丧失、活动受限、参与局限的程度分级，分为四级。具体分级情况如下：

表2-1 肢体残疾分级

|  |  |
| --- | --- |
| **级别** | **功能障碍** |
| 一级：不能独立实现日常生活活动，并具备下列状况之一 | 四肢瘫痪，完全性截瘫，双髖关节无自主活动能力，偏瘫，单侧肢体功能全部丧失。 |
| 四肢在手指掌指关节（含）和足跗跖关节(含）以上不同部位截肢或先天性缺肢，单全臂(或全腿)和双小腿(或前臂)截肢或缺肢，双上臂和单大腿(或小腿)截肢或缺肢，双全臂(或双全腿)截肢或缺肢。 |
| 双上肢功能极重障碍，三肢功能重度障碍。 |
| 二级：基本上不能独立实现日常生活活动，并具备下列状况之一： | 偏瘫或截瘫，残肢仅保留少许功能。（不能独立行走） |
| 双上肢(上臂或前臂)或双大腿截胺或缺肢，单全腿（或全臂）和单上臂(或大腿)截肢或缺肢，三肢手指掌指关节(含)和足跗跖关节(含)以上不同部位截肢或缺肢。 |
| 两肢功能重度障碍或三肢功能中度障碍。 |
| 三级：能部分独立实现日常生活活动，并具备下列状况之一 | 小腿截肢或缺肢,单肢在前臂、大腿及其上部截肢或缺肢。 |
| 一肢功能重度障碍，两肢功能中度障碍。 |
| 双拇指伴有示指(或中指)缺损。 |
| 四级：基本上能独立实现日常生活活动，并具备下列状况之一： | 单小腿截肢或缺肢。 |
| 一肢功能中度障碍,两肢功能轻度障碍。 |
| 脊椎(包括颈椎)强直，驼背畸形大于70°，脊椎侧凸大于45° |
| 双下肢不等长，差距大于5cm，单侧拇指伴有示指(或中指)缺损，单侧保留拇指，其余四指截除或缺损。 |
| 单手拇指以外其他四指全缺失或单手拇指全缺失或单足跗跖关节以上缺失或双足趾完全缺失或失去功能 |
| 侏儒症，身材≤1300mm的成年人 |

表2-2 残疾类型与残疾等级

|  |  |
| --- | --- |
| **残疾类型** | **残疾等级** |
| 缺肢或截肢 | 前臂缺肢或截肢；上臂缺肢或截肢；全臂缺肢或截肢；小腿缺肢或截肢；大腿缺肢或截肢；全腿缺肢或截肢。 |
| 上肢残疾 | 极重障碍；严重障碍；中度障碍；轻度障碍。 |
| 下肢残疾 | 极重障碍；严重障碍；中度障碍；轻度障碍。 |
| 躯干残疾 | 躯干强直、畸形以及脑与脊髓伤病而导致的残疾。 |
| 侏儒症、瓷娃娃、渐冻人…… | |

**2、美国肢体残疾分类**

2010年美国残疾分类，把残疾分为交流、精神、肢体三方面[21-24]。其中肢体残疾需要满足一下1个或多个条件：

a）使用轮椅、拐杖、腋枴或助行器。

b）步行无法完成0.4公里，爬楼困难，无法提起4.5公斤的物体，抓物困难，上下床困难。

c）以下疾病后遗症导致活动受限：类风湿关节炎、脊柱腰背问题、骨折、癌症、小儿脑瘫、糖尿病、癫痫、脑外伤、脊髓损伤、心脏疾病、动脉粥样硬化、疝气、高血压、肾病、肺及呼吸问题、截肢、瘫痪、僵硬及肢体畸形、胃及消化问题、脑卒中、甲状腺问题、肿瘤／囊肿。

表2-3 美国残疾分类以及严重程度

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **残疾分型（年龄）** | **严重程度** | |
| **不严重** | **严重** |
| 无法看到普通报纸字体，听清正常交流对话或者理解话语意思（6岁及以上） | √ |  |
| 聋人、盲人以及无法看、听或理解（6岁及以上） |  | √ |
| 移动手臂及腿困难（3岁以下） | √ |  |
| 行走、跑步或玩耍／参加运动困难（3～14岁） | √ |  |
| 完成1个或多个功能活动困难：行走、上下楼梯、乘坐电梯，携带或抓握小物件（15岁及以上） | √ |  |
| 无法完成1个或多个功能活动（15岁及以上） |  | √ |
| 使用轮椅、拐杖、腋枴或助行器（6岁及以上） |  | √ |
| 完成1个或多个日常活动困难：室内活动，上下床，洗澡、穿衣、进食或如厕（6岁及以上） | √ |  |
| 需要1人帮助下完成1个或多个日常活动（6岁及以上） |  | √ |
| 完成1个或多个工具性日常活动困难：外出、使用钱、使用账单、准备伙食、做轻家务、服用药物或使用电话（15岁及以上） | √ |  |
| 需要1人帮助下完成1个或多个工具性日常活动（15岁及以上） |  | √ |
| 完成学校课程困难（6～19岁） | √ |  |
| 完成家务活受限（16岁及以上） | √ |  |
| 找工作及维持工作困难（16至72岁） |  | √ |
| 学习困难，如读写困难（6岁及以上） | √ |  |
| 注意力困难，多动症（6～14岁） | √ |  |
| 老年痴呆症（15岁及以上） |  | √ |
| 发育迟缓（6岁以下） |  | √ |
| 智力障碍或发育障碍，如自闭症或脑瘫（6岁及以上） |  | √ |
| 其他发育过程中接受治疗或诊断服务（6～14岁） |  | √ |
| 与其他同龄孩子无法相处（6～14岁） | √ |  |
| 具有1种或多个选择性症状致使干扰每日活动：频繁郁闷或焦虑，与他人相处障碍，注意力集中障碍或无法处理压力（15岁及以上） |  | √ |
| 有一些精神及情绪状态（15岁及以上） | √ |  |

**3、韩国肢体残疾分类**

韩国残障人的定义为因为生理、精神层面的残障导致的长期日常生活活动或社会生活受限[25-26]：

a)生理性残障主要为外部身体机能障碍，内部器官残障

b)精神性残障主要指发育障碍或精神疾患而导致的残障

韩国残障分类在不断变化之中，由最初的5大分类10项增加至2003年的10大类细分15项。最初期（1988年）：5大类（肢体、视觉、听觉、言语、智力）。2000年：5大类（脑性疾病、自闭、精神、肾脏、心脏）。2003年：5大类（呼吸系统、肝脏、面部、肠道及尿道、癫痫）。残障人因受到生理／精神层面的残障制约使得他们无法像正常人一样便利的生活，他们需要更多的帮助，因此在2003年韩国将残障的范围扩大为肢体、视觉、听觉、言语、智力、脑性疾病、自闭、精神、肾脏、心脏、呼吸系统、肝脏、面部、肠道及尿道、癫痫，共15个大类别。

表2-4 韩国残障分类表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **大分类** | **中分类** | **小分类** | **详细分类及内容** |
| 生理残障 | 身体外部残障 | 肢体残障 | 截肢，关节残障，肢体机能障碍，变形等残障 |
| 脑性残障 | 大脑的损伤或其他的复合残障 |
| 视觉残障 | 视觉残障，视觉受损 |
| 听力残障 | 听力残障，平衡能力残障 |
| 语言残障 | 语言残障，语音障碍，构音障碍 |
| 面部残障 | 面部凹陷，肥厚等变形性残障 |
| 身体内部残障 | 肾脏残障 | 需要依靠透析治疗或接受肾脏移植的情况 |
| 心脏残障 | 导致日常生活活动受限的心脏机能异常 |
| 肝脏残障 | 导致日常生活动受限的慢性·重症肝机能异常 |
| 呼吸系统残障 | 导致日常生活动受限的慢性·重症呼吸系统机能异常 |
| 肠道/尿道残障 | 导致日常生活动受限的肠道/尿道机能异常 |
| 癫痫症残障 | 导致日常生活动受限的慢性·重症癫痫症 |
| 精神残障 | 发育残障 | 智力残障 | 智力测试评估结果低于70分一下的情况 |
| 自闭型残障 | 小儿青少年自闭等自闭性残障 |
| 精神残障 | 精神残障 | 精神领域的情绪失调，两极化情绪失调，反复性抑郁症 |

虽然韩国将生理残障分为内部跟外部两部分，但是两者也是密不可分的。如需要做透析治疗的患者，他的心脏、肝脏、呼吸系统等很有可能也受其影响出现部分残障。类似这样的情况，并不是简单的将其按照简单的分类叠加来进行残障评定，而是会有更详细的评定表格给予评定标准。

表2-5 韩国残障类型及判定

|  |  |
| --- | --- |
| **残障类型** | **残障判定的时机** |
| 肢体，视觉，听觉，言语，智力，脸部残障 | 导致残疾的原因与疾病密切相关，并且至残疾病发病后或手术后持续治疗6个月以上为基准（肢体部分的截肢，脊柱固定术，眼球摘除，听觉器官的缺损，喉部全摘除术，先天性智力障碍等残障状态） |
| 脑性病变残障 | 脑瘫，脑卒中，脑损伤等与其他脑性疾病；帕金森症，发病后持续治疗6个月以后可进行残障鉴定  帕金森症发病后持续治疗1年以上以后可进行残障鉴定 |
| 精神残障 | 1年以上持续治疗以后治疗结果无明显改变着或治疗意义不大者，患者残障依旧明显这可接受评定 |
| 自闭型残障 | 全发性发育障碍（自闭症）确诊时 |
| 肾脏残障 | 持续接受3个月以上血液透析治疗或腹膜透析治疗者或已接受肾脏移植者 |
| 心脏残障 | 持续接受治疗1年以上且无较大治疗意义状态的残障人士或已接受心脏移植者 |
| 呼吸系统·肝残障 | 现存状态（1年以上）与最初的相关诊断无较大差异，持续接受治疗2个月以上且已发生不可逆的残障者或已接受肝脏移植者 |
| 肠道·尿道残障 | 无法通过手术修复的肠道（全段肠粘膜摘除术后实行末端回肠道）尿道再造术后可以接受残障判定，而可通过手术再造的肠道/尿道则需要在术后1年以后接受残障评判。 |
| 癫痫 | 目标为成人的癫痫者需在最初确诊后持续治疗2年以上者且治疗前后无明显改变继续治疗无更大意义，残障不可逆时可接受评定  目标为儿童时，根据症状最初确诊后1～2年内持续接受治疗且治疗前后无明显变化，残疾不可逆时可接受评定 |

**4、香港肢体残疾分类**

香港医学会在1994年提出界定肢体伤残人士的定义：“任何人士如因骨骼、肌骨骼或神经器官残障，并主要损及运动机能，以致某方面或多方面的日常活动受到妨碍或限制，皆可视为肢体伤残人士。”

香港肢体伤残仅分为普通伤残和严重伤残两类。香港法律[27]第282 章规定以下情况属于严重残疾，即残疾程度大致上相等于全部丧失劳动能力：⑴失去四肢中两肢的功能；⑵失去双手或全部十只手指的功能；⑶失去双足的功能；⑷完全失明；⑸全身瘫痪；⑹下身瘫痪；⑺因疾病、残疾以致长期卧床；⑻其他任何情况包括器官残障以致身体全部残疾。而除去严重伤残之外的其余伤残仅被视为普通伤残。而严重伤残需由卫生署署长或医院管理局行政总裁（或在极为特殊情况下由私家医院的注册医生）证明为严重残疾。

香港的残疾人福利呈多元化，即政府、非政府机构、商界构成最为重要的社会福利给予主体。三方面通力合作的局面是对日益复杂的社会经济问题的明智良策，也是社会福利能够持续、良性发展的重要保证。自上世纪90年代以来，政府积极承担社会责任，成为社会福利的主导者，通过公币支付社会保障计划和福利服务下残疾人所需的直接金钱援助和各种资源，同时负责就每年的福利规划及资源分配制定福利机制的整体发展方向，为个别服务范畴订立服务方针；资助非政府机构提供福利服务，并有责任对其服务质量进行监察，非政府机构是政府福利政策的前线推行者，是残障人士最为重要的社会支持力量。目前香港为残障群体服务的非政府机构超过210个。其中，接受政府资助的有171个，共运营2584个服务协议单位，提供超过80%的社会服务项目。商界、各专业界，除了慈善捐赠外，还向社会福利界提供宝贵经验及知识，担任福利服务及向公司员工推广义务工作，并在政府的鼓励下与社会服务界开展三方合作，设立“携手扶弱基金”、“关爱基金”等项目，为有相关需要的残疾人提供帮助。

**5、台湾肢体残疾分类**

台湾地区残疾人又称为“身心障碍者”，其界定范围是指身体系统功能构造或功能有损伤或不全，影响其活动及参与生活，并经医生、社会工作、特殊教育与职业辅导评量等相关人员组成的团队鉴定和评估。台湾地区身心障碍者分为视觉障碍、听觉障碍、平衡机能障碍、声音或语言机能障碍、肢体障碍、智能障碍、重要器官失去功能、颜面损伤、植物人、失智症、自闭症、慢性精神病患、多重障碍、顽性癫痫症、罕见疾病致身心障碍与其它等16个障碍类别，不同障碍类别以轻、中、重与极重等级标准区分[28]。根据台内政部门统计， 2010年底，领取身心障碍手册的人数共107.6万人，占总人口的4.63%。其中:肢障35.99%，重器障11.22%，听障10.88%，慢性精神病患10.33%，多障10.16%，智障8.97%，视障5.17%，失智症3.03%，声语障1.24%，其它3.04%。

**（二）专家论证过程**

根据对我国现有肢体残疾分类的维度进行梳理，同时对美国、韩国、台湾、香港等其他先进国家和地区的残疾分类的维度进行了全面的分析，借鉴世界卫生组织（WHO)的国际功能、残疾与健康分类（ICF)与国际残疾评定量表2.0版（WHO-DASⅡ)。发现我国现有的残疾分类较为标准化，且未能与功能进行联系，分类维度较为单一。因此从精细化，多元化以及功能化的角度出发，考虑使用ICF国际功能、残疾和健康分类作为参考，使用功能独立量表（Functional Independence Measure，FIM）及WHO-DASⅡ进行功能等级评分，同时考虑残疾者的年龄分布、疾病种类、功能障碍类别等进行相互配对。ICF[30]的目标是提供一种统一和标准的语言和框架来描述健康状况和与健康有关的状况。

表2-6 ICF概况

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **第一部分：功能和残疾** | | **第二部分：背景性因素** | |
| 成份 | 身体功能和结构 | 活动和参与 | 环境因素 | 个人因素 |
| 领域 | 身体功能  身体结构 | 生活领域  （任务、行动） | 功能和残疾的外在影响 | 功能和残疾的内在影响 |
| 结构 | 身体功能的改变（生理的） | 能力在标准环境中完成任务 | 自然、社会和态度世界特征的积极或消极影响 | 个人特质的影响 |
| 身体结构的改变（解剖的） | 活动表现在现实环境中完成任务 |
| 积极方面 | 功能和结构的结合 | 活动参与 | 有利因素 | 不适用 |
| 功能 | |
| 消极方面 | 损伤 | 参与局限性  活动受限 | 障碍／不利因素 | 不适用 |
| 残疾 | |

ICF成份间的交互作用独特，常常彼此间不是一对一的可预测关系，其成份构成可能为：

a)有损伤而没有能力受限

b)有活动表现和能力受限但没有显著的损伤

c)有活动表现问题但没有损伤或能力受限

d)在无辅助的情况下有能力受限，但在现实环境中没有活动表现问题

e)经历某种程度的反向影响

表2-7 国际残疾分类（ICF）结合ICD-10疾病分类标表

（仅为适合肢体残疾分类列表）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ICF国际残疾分类** | | | |
| 身体功能 | | 身体功能是指身体各个系统的胜利功能（包括心理功能）。 | |
| 损伤是身体功能或结构出现的问题，如显著的变异或缺失。 | |
| 活动参与 | | 活动是由个体执行一项任务或行动。参与是投入与生活环境之中。 | |
| 活动受限是个体在进行活动时可能遇到的困难。参与局限性是个体投入于生活环境中可能体验到的问题。 | |
| 身体功能 | | | 损伤 |
| 关节和骨骼的功能 | 关节活动功能 | | 关节过度运动、冻结肩、关节炎 |
| 关节稳定功能 | | 不稳定的肩关节、关节脱位、肩和髋关节脱位 |
| 骨骼活动功能 | | 冻结肩和冻结盆 |
| 肌肉功能 | 肌肉力量功能 | | 足和手小肌肉的力量减弱、肌肉轻瘫、肌肉麻痹、单瘫、偏瘫、截瘫、四肢瘫和运动性失语 |
| 肌张力功能 | | 肌张力低下、肌张力亢进和肌肉痉挛 |
| 肌肉耐力功能 | | 重症肌无力 |
| 运动功能 | 运动反射功能 | |  |
| 不随意运动反应功能 | |  |
| 随意运动控制功能 | | 控制和协调问题，交替运动障碍 |
| 不随意运动功能 | | 震颤、抽搐、无意识举止、刻板运动、运动持续、舞蹈症、手足徐动症、声带抽搐、张力障碍性运动和运动障碍 |
| 步态功能 | | 痉挛步态、偏瘫步态、截瘫步态、不对称步态、跛行和枪枝步态 |
| 与肌肉和运动功能有关的感觉 | |  |
| 活动参与 | | |  |
| 活动 | 改变和保持身体姿势 | | 改变身体的基本姿势 |
| 保持一种身体姿势 |
| 移动自身 |
| 搬运、移动和操纵物体 | | 举起和搬运物体 |
| 用下肢移动物体 |
| 精巧手的使用 |
| 手和手臂的使用 |
| 步行和移动 | | 步行 |
| 到处移动 |
| 在不同地点到处移动 |
| 利用设备到处移动 |
| 其他特指或为特质的步行和移动 |
| 利用交通工具移动 | | 利用交通工具 |
| 驾驶 |
| 驾驭动物作为交通工具 |
| 其他特指或未特指的利用交通工具到处移动 |
| 其他特指的活动 |
| 活动，未特指 |
| 自理 | | | 清洗自身 |
| 护理身体各个部位 |
| 入厕 |
| 穿着 |
| 吃 |
| 喝 |
| 照顾个人的健康 |
| 其他特指的自理 |
| 自理，未特指 |
| 家庭生活 | 获得必需品 | | 获得住所 |
| 获得商品和服务 |
| 家庭任务 | | 准备膳食 |
| 做家务 |
| 其他特指或未特指的家庭任务 |
| 照管居室物品和帮助别人 | | 照管居室物品 |
| 帮助别人 |
| 主要生活领域 | 教育 | | 非正规教育 |
| 学龄前教育 |
| 学校教育 |
| 职业训练 |
| 高等教育 |
| 其他特指或未特指的教育 |
| 工作和就业 | | 学徒制（工作准备） |
| 得到、保持或终止一份工作 |
| 有报酬的就业 |
| 无报酬的就业 |
| 经济生活 | | 基本经济交易 |
| 复杂经济交易 |
| 经济自给 |
| 社区、社会和公民生活 | | | 社区生活 |
| 娱乐和休闲 |
| 宗教和精神性活动 |
| 人权 |
| 政治生活和公民权 |

表2-8 功能能独立量表（Functional Independence Measure，FIM）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **分数** | **描述** | **等级** |
| 完全独立 | 动完成规范，无需矫正，不用辅助设备和帮助，并在规定时间内完成 | 7 |
| 有条件的独立 | 活动需要辅助设备（ 假肢、支具、辅助具），或超过合 理的时间，或活动不够安全 | 6 |
| 监护和准备 | 需要他人准备支具或物品等，口头提示或诱导，不需 要身体接触性帮助 | 5 |
| 少量身体接触的帮助 | 给患者的帮助限于扶助，患者活动中用力程度大于75% | 4 |
| 中度身体接触的帮助 | 给患者的帮助大于扶助，患者活动中用力程度为50-74% | 3 |
| 大量身体接触的帮助 | 患者活动中的 25-49%为主动用力 | 2 |
| 完全依赖 | 患者活动中的 25-49%为主动用力 | 1 |

评分标准[31]：

FIM的最高分为126分（运动功能评分91分，认知功能评分35分），最低分18分。

126分=完全独立；108分~125分=基本独立；90~107分=有条件的独立或极轻度依赖；72~89分轻度依赖；54~71分中度依赖；36~53分=重度依赖；19~35分=极重度依赖；18分=完全依赖。

表2-9 肢体残疾按病种及功能分级对比表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **伤残类别** | **分级（参照FIM功能等级）** | | | | | | |
| **完全依赖** | | **部分依赖** | | | **完全独立** | |
| 神经内科、神经外科 | | | | | | | |
| 脑损伤 | 7级 | 6级 | 5级 | 4级 | 3级 | 2级 | 1级 |
| 脊髓损伤 |
| 周围神经损伤 |
| 骨科、烧伤科 | | | | | | | |
| 脊柱损伤 | 7级 | 6级 | 5级 | 4级 | 3级 | 2级 | 1级 |
| 上肢 |
| 下肢 |
| 四肢 |

**（三）分类思路与分类维度形成**

确定以“疾病”、“功能”、“人群”为主要维度的多元分类原则对肢体残疾**人精细化分类。使疾病、功能障碍、人群作为3个重要维度进行归类，最终为**将来提供专项康复服务进行梳理，有效实现全面康复服务，包涵有基础医学康复、教育康复、职业康复、社会康复、综合康复。

**二、肢体残疾人分类指南**

本研究考虑到儿童肢体残疾人与成年肢体残疾人在生理机能、康复需求等方面均存在较明显差异，为使分类指南更好的服务于本研究的研究目的，形成可满足不同特征人群需求的精准康复服务包，故将肢体残疾人分为儿童、成年两大类，分别进行分类指南的探索与研制。

根据“国家残疾人分类”的基础上，充分借鉴美国、韩国、日本及我国香港、台湾地区的分类方法，以“医学分类+疾病种类+功能分级”的方法，最终形成“成年人肢体残疾疾病分类指南”和“儿童肢体残疾疾病分类指南”。同时，考虑到功能评定量表的可操作性，成年及儿童肢体残疾人功能状况通过《Barthel指数评定量表》评定[32]。

**（一）成人肢体残疾疾病分类指南**

表2-10成年人肢体残疾疾病分类指南

|  |  |
| --- | --- |
| **类型** | **成人常见疾病** |
|
| 1. 脑部神经损伤 | 1. 脑血管疾病（脑出血、脑梗死、脑血管瘤、脑血管炎、动静脉畸形） |
| 1. 颅脑外伤 |
| 1. 颅内肿瘤 |
| 1. 脑炎、脑膜炎及各种原因引起的颅内感染 |
| 1. 缺血缺氧性脑病 |
| 1. 神经脱髓鞘疾病（多发性硬化、视神经脊髓炎、脑桥中央及脑桥外髓鞘溶解症） |
| 1. 神经系统发育异常 |
| 1. 神经变性疾病（帕金森氏病、肝豆状核变性、舞蹈症、阿尔茨海默病、非阿尔茨海默病性痴呆） |
| 1. 脊髓神经损伤 | 1. 脊髓血管病变（脊髓缺血、出血、血管畸形） |
| 1. 脊髓疾病（脊髓压迫、脊髓空洞、脊柱病变性脊髓病） |
| 1. 脊髓肿瘤 |
| 1. 脊柱外伤致脊髓损伤后遗症 |
| 1. 脊髓灰质炎 |
| 1. 各种原因导致的脊髓炎 |
| 1. 周围神经损伤 | 1. 格林巴利综合症 |
| 1. 周围神经炎 |
| 1. 周围神经卡压 |
| 1. 周围神经撕裂或断裂 |
| 1. 周围神经变性性疾病 |
| 1. 血管炎性神经病 |
| 1. 骨与关节疾病 | 1. 强直性脊柱炎 |
| 1. 脊柱侧弯 |
| 1. 骨肿瘤 |
| 1. 先天性骨关节发育畸形 |
| 1. 骨关节炎 |
| 1. 骨折不愈合或畸形愈合 |
| 1. 类风湿性关节炎成骨不全症 |
| 1. 肌肉及神经肌肉接头疾病 | 1. 肌萎缩侧索硬化症 |
| 1. 肌营养不良症 |
| 1. 离子通道病 |
| 1. 肌无力（重症肌无力、先天性肌无力综合征） |
| 1. 代谢性肌病 |
| 1. 炎性疾病 |
| 1. 线粒体疾病 |
| 1. 僵人综合征 |
| 1. 其他肌肉或神经肌肉接头疾病 |
| 1. 肢体缺失 | 1. 外伤、骨肿瘤、骨髓炎、先天发育异常、糖尿病等原因导致肢体缺失 |
| 1. 其他罕见病 | 1. 侏儒症（成年人身高≤1300mm） |
| 1. 其他罕见病：导致肢体运动功能障碍的罕见疾病 |

表2-11 Barthel指数评定量表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **项目** | **评分** | **评分细则** |
| 1.   进食 | 10 | 可独立进食（在合理的时间内独立进食准备好的食物） |
| 5 | 需部分帮助（前述某个步骤需要一定帮助） |
| 0 | 需极大帮助或完全依赖他人 |
| 2.   洗澡 | 5 | 准备好洗澡水后，可自己独立完成 |
| 0 | 在洗澡过程中需他人帮助 |
| 3.   修饰 | 5 | 可自己独立完成洗脸、刷牙、梳头、刮脸等 |
| 0 | 需他人帮助 |
| 4.   穿衣 | 10 | 可独立完成 |
| 5 | 需部分帮助（能自己穿或脱，但需他人帮助整理，如系扣子、拉拉链、系鞋带等） |
| 0 | 需极大帮助或完全依赖他人 |
| 5.   控制大便 | 10 | 可控制大便 |
| 5 | 偶尔失控 |
| 0 | 完全失控 |
| 6.   控制小便 | 10 | 可控制小便 |
| 5 | 偶尔失控 |
| 0 | 完全失控 |
| 7.   如厕 | 10 | 可独立完成 |
| 5 | 需部分帮助（需他人搀扶、需他人帮忙冲水或整理衣裤等） |
| 0 | 需极大帮助或完全依赖他人 |
| 8.   床椅转移 | 15 | 可独立完成 |
| 10 | 需部分帮助（需他人搀扶或使用拐杖） |
| 5 | 需极大帮助（较大程度上依赖他人搀扶和帮助） |
| 0 | 完全依赖他人 |
| 9.   平地行走 | 15 | 可独立在平地上行走45m |
| 10 | 需部分帮助（需他人搀扶、或使用拐杖、助行器等辅具） |
| 5 | 需极大帮助（行走时较大程度上依赖他人搀扶，或坐在轮椅上自行在平地上移动） |
| 0 | 完全依赖他人 |
| 10.  上下楼梯 | 10 | 可独立上下楼梯 |
| 5 | 需部分帮助（需扶楼梯、他人搀扶，或使用拐杖） |
| 0 | 需极大帮助或完全依赖他 |

**（二）儿童肢体残疾疾病分类指南**

表2-12儿童肢体残疾疾病分类指南

|  |  |
| --- | --- |
| **类型** | **儿童常见疾病** |
|
| 1. 脑部神经损伤 | 1. 脑性瘫痪 |
| 1. 颅脑外伤、脑内感染、颅内肿瘤脑血管疾病 |
| 1. 其他引起脑部损伤导致肢体运动功能障碍的疾病 |
| 1. 脊髓神经损伤 | 1. 脊髓损伤 |
| 1. 先天性脊柱裂导致下肢功能障碍或者二便功能障碍 |
| 1. 脊肌萎缩症 |
| 1. 小儿麻痹症 |
| 1. 其他 |
| 1. 周围神经损伤 | 1. 周围神经撕裂或断裂 |
| 1. 周围神经炎 |
| 1. 其它周围神经疾病 |
| 1. 骨与关节疾病 | 1. 先天性脊柱畸形 |
| 1. 青少年特发性脊柱侧弯 |
| 1. 先天性髋关节脱位 |
| 1. 先天性马蹄内翻足 |
| 1. 先天性腓骨缺如、桡骨缺如 |
| 1. 成骨不全症（瓷娃娃） |
| 1. 肌肉及神经肌肉接头疾病 | 1. 重症肌无力 |
| 1. 进行性肌营养不良 |
| 1. 其他肌肉或神经肌肉接头疾病 |
| 1. 肢体缺失 | 1. 先天性或者意外伤导致肢体缺失 |
| 1. 其他罕见病 | 1. 其他罕见病：导致肢体运动功能障碍的罕见疾病 |

表2-13 Barthel指数评定量表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **项目** | **评分** | **评分细则** |
| 1.   进食 | 10 | 可独立进食（在合理的时间内独立进食准备好的食物） |
| 5 | 需部分帮助（前述某个步骤需要一定帮助） |
| 0 | 需极大帮助或完全依赖他人 |
| 2.   洗澡 | 5 | 准备好洗澡水后，可自己独立完成 |
| 0 | 在洗澡过程中需他人帮助 |
| 3.   修饰 | 5 | 可自己独立完成洗脸、刷牙、梳头、刮脸等 |
| 0 | 需他人帮助 |
| 4.   穿衣 | 10 | 可独立完成 |
| 5 | 需部分帮助（能自己穿或脱，但需他人帮助整理，如系扣子、拉拉链、系鞋带等） |
| 0 | 需极大帮助或完全依赖他人 |
| 5.   控制大便 | 10 | 可控制大便 |
| 5 | 偶尔失控 |
| 0 | 完全失控 |
| 6.   控制小便 | 10 | 可控制小便 |
| 5 | 偶尔失控 |
| 0 | 完全失控 |
| 7.   如厕 | 10 | 可独立完成 |
| 5 | 需部分帮助（需他人搀扶、需他人帮忙冲水或整理衣裤等） |
| 0 | 需极大帮助或完全依赖他人 |
| 8.   床椅转移 | 15 | 可独立完成 |
| 10 | 需部分帮助（需他人搀扶或使用拐杖） |
| 5 | 需极大帮助（较大程度上依赖他人搀扶和帮助） |
| 0 | 完全依赖他人 |
| 9.   平地行走 | 15 | 可独立在平地上行走45m |
| 10 | 需部分帮助（需他人搀扶、或使用拐杖、助行器等辅具） |
| 5 | 需极大帮助（行走时较大程度上依赖他人搀扶，或坐在轮椅上自行在平地上移动） |
| 0 | 完全依赖他人 |
| 10.  上下楼梯 | 10 | 可独立上下楼梯 |
| 5 | 需部分帮助（需扶楼梯、他人搀扶，或使用拐杖） |
| 0 | 需极大帮助或完全依赖他 |

**讨论与建议**

**一、依据肢体残疾人需要优化分类指南**

本研究通过对国内现有残疾人分类指南的分析发现，当前我国的残疾人的分类指南多为单一维度下的分类指南，多为工作用分类指南，对于残疾人康复的指导意义不大。本研究的主要目标即通过精准康复服务的实施促进肢体残疾人的功能改善，故在肢体残疾人分类指南的形成过程中始终坚持以功能改善为研究基础。通过对我国现状的深入分析、对发达国家和地区的分类指南的学习借鉴，在专家组讨论将各分类维度进行提炼筛选，最终形成以“疾病”、“功能”、“人群”为主要维度的多元分类原则，在此原则指导下形成的肢体残疾人分类指南对肢体残疾人的康复工作更具指导意义。

此分类指南为在理论指导下，结合实践工作形成的肢体残疾人分类指南，具有较高的可操作性，但仍需要根据研究最终形成的肢体残疾人精准康复服务模式实施后的反馈情况，进一步对分类指南进行优化和完善，以期更好的满足肢体残疾人精准康复的需求。

**二、根据社会经济发展水平拓展肢体残疾人全面康复服务清单**

在本研究开展前，各职能部门对于其管理或提供的康复服务项目并未进行系统的整理，致使康复服务项目散在，肢体残疾人在有康复服务需求的情况下无法完全明晰全部可获得的康复服务项目，其信息获得往往是碎片化、不全面的，因此也影响了肢体残疾人整体的康复效果。本研究形成的康复服务清单是全面康复理念下的康复服务清单，通过系统的梳理，将目前所有在提供的康复服务项目集合形成清单，并以康复服务种类而非管理提供部门进行分类，为肢体残疾人信息获得的全面性奠定基础。

肢体残疾人的康复需求会受到多种因素的影响，其需求将随着社会经济文化的发展以及康复技术的发展而不断变化，康复服务项目也会随之发生调整，与肢体残疾人康复服务需求不再相符的服务将逐渐取消，同时也会有适应肢体残疾人康复服务需求的新的服务项目的产生，故本研究形成的肢体残疾人全面康复服务清单为基于当前提供的康复服务项目的清单，今后也需要根据康复服务项目的变动及时进行增添及删减，以保证该清单的有效性和指导意义。

**三、不断增强肢体残疾人精准康复服务包的精细化程度**

本研究在精准康复服务包的形成过程中，首先进行了肢体残疾人的需求调查，基于需求调查的结果，通过秩和法以及聚类分析法，最终形成肢体残疾人精准康复服务包。服务包的形成以肢体残疾人需求调查的数据分析结果为基础，最大可能的保证了服务包的精准性，即形成的服务包与肢体残疾人现实需求相匹配，肢体残疾人的各类需求的满足均有其相对应的服务包，这也是实现肢体残疾人精准康复的必要前提。

服务包的最终形成同时考虑了当前相关人力资源的状况。因在我国目前的康复服务提供环节中并尚未设立评估方，考虑到当前可作为评估方的评估人员专业水平相对较弱，为降低评估人员的在评估过程中的匹配难度、避免过大的工作量，本研究目前形成的肢体康复服务包的每一个服务包中康复服务项目数较多，形成的服务包总数相对较少。今后随着评估人员数目的增加以及专业水平的提升，应对当前的服务包进一步完善，使服务包更具有针对性。

**四、逐步实现理想的肢体残疾人精准康复服务模式**

考虑到目前尚无指导康复服务提供的服务模式，为使肢体残疾人康复服务顺利实施，本研究在形成肢体残疾人分类指南及精准康复服务包的基础上，形成与当前服务体系与资源条件相适应的肢体残疾人精准康复服务的适宜模式。

当前的适宜模式为同一类型的肢体残疾人获得相同的基础康复服务包，再根据残疾人个体情况选择拓展服务包，然而通过研究初期对国外康复服务提供方式的研究，本研究认为理想的精准康复服务模式应为个体肢体残疾人经过专业人员评估获得针对该个体的康复服务清单。虽然目前的社会发展水平和人力资源情况无法在较短时间内实现理想的精准康复服务模式，但毋庸置疑，理想的精准康复服务模式是当前康复服务提供的必然发展方向，应通过各方面努力逐步实现理想的肢体残疾人精准康复服务模式。

**致 谢**

在本研究的进行过程中，以下单位或个人给予了大力支持。上海市残疾人联合会、复旦大学中国残疾问题研究中心、上海市肢体残疾人协会、上海市虹口区残疾人联合会、上海市长宁区残疾人联合会、上海市浦东新区残疾人联合会、上海市残疾人康复职业培训中心、上海儿童医院康复科、上海市阳光康复中心等。在此，对关心和支持本研究进行的领导、老师和同学们致以衷心的感谢。

**参考文献**

[1] 中国残疾人联合会.《2006年第二次全国残疾人抽样调查主要数据公报》.[EB/OL]. http://www.cdpf.org.cn/sjzx/cjrgk/200804/t20080407\_387580.shtml

[2]毕琪,季敏,宋毓,金荣,许斌,虞慧炯,陈万春,李衡,陈刚,吕军. 上海市辅助器具适配服务对残疾人照顾者负担的影响[J]. 医学与社会,2015,07:80-82.

[3]张东枚. 残疾人日常生活能力与家庭负担研究[D].暨南大学,2003.

[4]李磊. 残疾人康复社会成本及其产出效益评估分析[D].南京大学,2013.

[5] GB/T26341-2010, 残疾人残疾分类和分级[S]

[6]黄光清. 个性化的残疾人职业康复研究[D].西南财经大学,2014.

[7]朱俞岚,孙莉敏,张备,段春浩,郑钢,程宝颖,王凡,白玉龙. 康复网络下康复训练和个性化辅具适配对脑瘫患儿功能的影响[J]. 中国康复医学杂志,2015,01:35-37.

[8]粟好愿. 新西兰残疾人康复服务介绍[J]. 北京劳动保障职业学院学报,2011,01:17-20.

[9]谭晶. 瑞典残疾人康复服务系统介绍[J]. 北京劳动保障职业学院学报,2011,01:21-24.

[10]牟晓宇,昝飞. 美国残疾人职业康复[J]. 社会福利,2011,03:33-34.

[11]刘乐. 日本残障人员的社区康复服务介绍[J]. 北京劳动保障职业学院学报,2011,02:16-18.

[9]邱卓英,李多. 现代残疾康复理念、政策与社区康复体系研究[J]. 中国康复理论与实践,2011,07:601-605.

[10]张永强. 英国残疾人康复服务综述[J]. 北京劳动保障职业学院学报,2011,03:27-30+34.

[11] Paul Alston, Daniel Wong.美国康复咨询职业发展(英文) [J]. 中国康复理论与实践,2008,01:11-14.

[12] Neulicht A, Berens D. The Role of the Vocational Rehabilitation Consultant in Life Care Planning[M]// Pediatric Life Care Planning and Case Management, Second Edition. 2011.

[13] Rubin S E, Roessler R T. Foundations of the vocational rehabilitation process[M]. University Park Press, 1978.

[14] Parker R M, Szymanski E. Rehabilitation counseling: basics and beyond[M]. PRO-ED, 1998.

[15] National Institutes of Health. [Precision Medicine Initiative.](http://baike.baidu.com/redirect/315e5kkXF9Gk-arWZELpw84o734LtmAyx3rxKq99WLFQ13aUiOFXrWBOIQkwFCfFsRnRlOFm8fC0_mPD--2trnKGeTBtP4LehnD2uypNkaPk6XMR__MgswDzZqiylibeQwJZwRPWXQ" \t "_blank) [EB/OL]. http://syndication.nih.gov/multimedia/pmi/infographics/pmi-infographic.pdf

[16] National Institutes of Health. [About the Precision Medicine Initiative Cohort Program. [EB/OL]. https://www.nih.gov/precision-medicine-initiative-cohort-program](http://baike.baidu.com/redirect/cff6BTThHwOBv5Sa4GkKw-1Hli7pvmTzou4pHI1GfuqJ8wFqrgQh1U9pvbXcUAwhMzfGE_x9wBzGS6fZlBrEBBa6m14LjGJn7MDk1PYsVn8rEVN2HuERrYVzn50" \t "_blank)

[17] 邓念国. 公共服务如何实现精准化供给[N].学习时报.2015-12-07.

[18] [广州市残疾人联合会](http://www.gzdpf.org.cn/).康复服务. [EB/OL]. http://www.gzdpf.org.cn/Article/B2/14272.html

[19]上海市残疾人联合会. 2015年上海市残疾人事业发展统计公报[EB/OL].http://www.shdisabled.gov.cn/clwz/clwz/ztwz/tjgb/2016/09/23/4028fc7656bbd49001575514c65f56d8.html

[20] 上海市统计局. 2015年上海市国民经济和社会发展统计公报[EB/OL]. http://www.stats-sh.gov.cn/sjfb/201602/287258.html

[21] Keith R A, Granger C V, Hamilton B B, et al. The functiona l independence measure[J]. AdvClinRehabil, 1987, (1): 6-18.

[22] Freedman V A, Martin L G, Schoeni R F. Disability in America[M]. Population Reference Bureau, 2004.

[23] Brault M W. Americans with disabilities: 2010[J]. Current population reports, 2012, (7): 0-131.

[24] Boyd D R, Bee H L, Johnson P A. Lifespan development[M]. Pearson/A and B, 2006.

[25]대한보건부지부.장애등급판정기준 [EB/OL]. <http://purunbada.tistory.com/m/438>

[26] 대한 보건부지부. 장애등급판정기준[EB/OL]. http://www.mohw.go.kr/m/mobile\_index.jsp

[27] 香港特别行政区劳工处.有关雇员权益及福利的法例 [EB/OL].http://www.labour.gov.hk/chs/legislat/contentB1.htm

[28] 台湾立法院法律系统，台湾身心障碍者权益保护法，http://lis.ly.gov.tw/lglawc/lglawkm

[29] Hahn H. The Politics of Physical Differences: Disability and Discrimination[J]. Journal of Social Issues, 1988, 44(1): 39-47.

[30] 世界卫生组织. 国际功能、残疾和健康分类[M]. 世界卫生组织, 2001.

[31]世界卫生组织，世界卫生组织残疾评定量表Ⅱ(WHO-DASⅡ)(WHO Disability Assessment Schedule Ⅱ) http://www.who.int/classifi

[32] Wade D T, Collin C. The Barthel ADL Index: A standard measure of physical disability [J]. International Disability Studies, 1988, 10(2): 64-67.