

达州市残疾人联合会文件

达市残联〔2019〕8号

达州市残疾人联合会 关于印发《达州市“量体裁衣”式残疾人 精准康复定点服务机构和政府购买服务 承接机构准入标准(试行)》的通知

各县（市、区）残联、经开区社会事务局，市康复中心、市听力语言康复中心：

根据《中共四川省残疾人联合会党组关于印发<关于贯彻落实省委十一届三次全会精神深化“量体裁衣”式残疾人服务实施方案>的通知》（川残党〔2018〕103号）、《达州市残疾人联合会、达州市教育局、达州市民政局、达州市人力资源和社会保障局、达州市卫生和计划生育委员会、达州市扶贫移民局关于印发<达州市残疾人精准康复服务行动实施方案（2016-2020年）>的通知》（达市残联〔2016〕59号）等相关文件精神，为全面深化“量体裁衣”式残疾人精准康复服务，规范各类残疾人精准康复定点服务机构

（以下简称“定点机构”）和残疾人精准康复政府购买服务承接机构（以下简称“承接机构”）的标准化建设，进一步提高残疾人康复服务机构的建设水平和服务能力，切实维护广大残疾人的合法权益，特制定《达州市“量体裁衣”式残疾人精准康复定点服务机构和政府购买服务承接机构准入标准(试行)》（以下简称“准入标准”）。现将《准入标准》印发给你们，并就有关事项通知如下：

一、从2019年1月1日起，全市各类康复服务定点机构按照分级管理原则，依照《准入标准》，须全部重新向市残联或各县（市、区）残联申报，未通过申报审批的机构不得再继续承担实施残联系统下达的精准康复服务工作任务（2018年12月31日前遗留任务的机构可继续实施完成）。2019年“定点机构”、“承接机构”的申报工作截止到3月15日，审批工作截止到4月25日；以后每年“定点机构”、“承接机构”的申报工作截止到该年度3月1日，审批工作截止到该年度4月10日。市残联将于每年1月初、4月底前，分别向社会发布申报、定点公告。

二、各级残联要高度重视“量体裁衣”式残疾人精准康复定点服务机构筛选、审核工作，严格按照《达州市残疾人精准康复服务行动实施方案（2016—2020年）》和《准入标准》，加强领导，落实责任，精心组织，认真筛选，科学评估，审慎审批，并按“谁实施，谁负责”的原则，与重新审批确定的定点服务机构签订服务协议和保密协议，制定配套机构考核评估办法，确保康复服务安全和服务质量。

三、盲人定向行走及适应训练机构、视功能训练机构、白内障复明手术定点医院、成年精神残疾人康复治疗机构、肢体残疾

儿童康复手术及训练机构、听力言语残疾儿童康复手术及训练机构、智力残疾儿童康复训练机构、孤独症儿童康复训练机构等市、县级“定点机构”、“承接机构”有关申报审批表格，分别由市残联、各县（市、区）残联负责设计制定。

四、各级残联要合理整合利用各类资源，按照有关规定，自行组织具备残疾人康复评估能力和资质的各类医疗、康复、教育等机构，科学开展相应的残疾人康复评估和转介工作，待国家有关评估机构标准出台后再另行进行评估机构申报。

五、各地要严格依据国家、省、市有关规定和准入标准，结合本地本单位实际，积极创新以残疾人自主选择定点机构或政府购买服务方式选择承接机构，吸引更多社会力量投入到“量体裁衣”式残疾人康复服务，普遍满足残疾人的基本康复服务需求。

六、市残联将按照有关标准和要求，成立专项督导组，适时对各县（市、区）开展定点服务机构筛选、审核工作进行督导、检查，检查情况将作为“量服”考核及康复资金分配的重要依据之一，并对存在问题的地方和机构视情进行通报批评、责令检查整改或取消定点服务机构资格等。



达州市“量体裁衣”式残疾人精准康复 定点服务机构和政府购买服务承接机构 准入标准(试行)

为全面深化“量体裁衣”式残疾人精准康复服务，规范各类“量体裁衣”式残疾人精准康复定点服务机构（以下简称“定点机构”）和残疾人精准康复政府购买服务承接机构（以下简称“承接机构”）的标准化建设，进一步提高残疾人康复服务机构的建设水平和服务能力，特制定本标准。

一、机构定义

定点机构，是严格按照国家、省、市开展残疾人精准康复服务工作有关要求，通过定点机构申报审批程序确定的，为我市有需求的各类残疾儿童和持证残疾人提供相应的医疗、康复、教育、职业、社会等精准康复服务的各类专业机构。

承接机构，是严格按照国家、省、市实施政府购买残疾人服务有关要求，通过政府向社会组织（事业单位）购买服务方式确定的，为我市有需求的各类残疾儿童和持证残疾人提供相应的医疗、康复、教育、职业、社会等精准康复服务的各类专业机构。

二、适用范围

（一）本标准适用于由残疾人自主选择采取直接委托方式实施我市残疾人精准康复服务的各类定点机构，也适用于采取政府购买残疾人服务方式的各类康复服务承接机构。

（二）本标准规定了各类残疾人精准康复服务定点（承接）

机构应具备的服务内容、条件和能力等。

(三)开展精神疾病治疗、白内障复明手术、视功能训练等服务的定点(承接)机构,须取得卫生健康部门相关执业和诊疗许可,并符合国家、省、市有关规定和要求,本标准不就以上机构准入条件另行规定,各级残联可根据工作需要,结合本地实际,进一步明确和细化有关准入条件。

三、参照依据

(一)财政部、中央编办《关于做好事业单位政府购买服务改革工作的意见》(财综〔2016〕53号)。

(二)中国残联《政府购买残疾人服务技术标准与规范(试行)》第一册。

(三)中国残联《政府购买残疾人服务技术标准与规范(试行)》第二册。

(四)《中共达州市委关于贯彻省委十一届三次全会精神全面推动高质量发展加快建设四川东出北上综合交通枢纽和川渝陕结合部区域中心城市的决定》(达市委发〔2018〕13号)。

(五)《中共达州市委办公室、达州市人民政府办公室关于转发<市残联关于深化改革推进“量体裁衣”式残疾人服务健全残疾人“两个体系”的实施方案>的通知》(达市委办发〔2015〕54号)。

(六)《中共四川省残疾人联合会党组关于印发<关于贯彻落实省委十一届三次全会精神深化“量体裁衣”式残疾人服务实施方案>的通知》(川残党〔2018〕103号)。

(七)《四川省残疾人联合会实施政府向社会力量购买残疾人康复服务的意见》(川残办〔2015〕45号)。

(八)市残联、市教育局、市民政局、市人力资源和社会保障局、市卫计委、市扶贫移民局《关于印发<达州市残疾人精准康复服务行动实施方案(2016—2020年)>的通知》(达市残联〔2016〕59号)。

四、申报程序

(一)定点机构。严格按照《达州市残疾人精准康复服务行动实施方案(2016—2020年)》有关规定和本标准相关要求,执行申报审批程序。

1.申报。按照分级管理原则,申报市级定点机构的,向市残联申报并递交资料;申报县级定点机构的,向县(市、区)残联申报并递交资料(经市残联确定为市级××项目定点机构的,无需再向各县(市、区)残联申报此项目的县级定点机构)。申报资料如下:

- ①审批表。
- ②专业人员配备情况材料(盖章)。
- ③相关资质证书复印件(盖章)。
- ④机构场地、设备情况材料(盖章,必要时需配有照片)。
- ⑤组织机构代码证复印件(盖章)。
- ⑥有关执业许可证复印件(盖章)。
- ⑦既往工作情况及服务量情况材料(盖章)。
- ⑧《准入标准》有关其他内容需要说明的材料。
- ⑨机构关于申报定点服务机构的正式文件。

2.审核。申报市级定点服务机构的,由市残联在接到申报资料20日内,组织从全市康复人才专家库中调取的,由市康复中心、

市语康中心（仅限听力言语类康复项目）及其他专业机构技术骨干组成的专家评估组或委托第三方机构进行考察评估，撰写评估报告，在《审批表》评估意见栏签署：是否达到《准入标准》条件，建议是否同意确定为市级定点服务机构意见，市康复中心、市语康中心（仅限听力言语类康复项目）提出审核意见；申报县级定点康复机构的，由各县（市、区）残联在接到申报资料 20 日内，组织专业医疗康复专家团队或委托第三方机构进行考察评估，撰写评估报告，在《审批表》复核意见栏签署：是否达到《准入标准》条件，建议是否同意确定为县级定点服务机构意见。

3.审批。申报市级定点服务机构的，由市残联在接到专家评估组或第三方机构出具的评估报告及市康复中心、市语康中心（仅限听力言语类康复项目）签署审核意见的《审批表》后 20 日内，提交会党组、理事会研究，在《审批表》审批意见栏签署：是否同意确定为市级定点服务机构意见；申报县级定点服务机构的，由县残联在接到专家医疗康复团队或第三方评估机构的评估报告及签署审核意见的《审批表》后 20 日内，提交会党组、理事会研究，在《审批表》审批意见栏签署：是否同意确定为县级定点服务机构意见。

（二）确定承接机构。严格按照国家、省、市有关政府向社会组织购买服务、政府向事业单位购买服务规定及本标准相关要求，执行政府购买残疾人精准康复服务，采购的服务机构资质条件须达到《准入标准》。

本标准自发布之日起施行，国家、省、市对《准入标准》另有规定的，以国家、省、市规定为准。

- 附件：1.听力言语残疾儿童康复训练定点（承接）机构准入标准；
- 2.人工耳蜗植入手术定点（承接）机构准入标准；
- 3.助听器验配定点（承接）机构准入标准；
- 4.肢体残疾儿童康复训练定点（承接）机构准入标准；
- 5.肢体残疾儿童矫治手术定点（承接）机构准入标准；
- 6.假肢、矫形器适配服务定点（承接）机构准入标准；
- 7.智力残疾儿童康复训练定点（承接）机构准入标准；
- 8.孤独症儿童康复训练定点（承接）机构准入标准；
- 9.支持性服务（含盲人定向行走及适应训练）定点（承接）机构准入标准。

听力言语残疾儿童康复训练 定点（承接）机构准入标准

一、机构资质

- （一）残联举办的残疾人康复中心或康复教育中心。
- （二）具有合法执业资格的公办医疗机构或教育机构。
- （三）具有合法执业资格的社会办残疾人康复服务机构、教育机构。

以上条件至少具备其中之一。

二、服务场地和环境

根据《幼儿园管理条例》、《幼儿园工作规程》、《托儿所幼儿园卫生保健管理办法》、《中小学幼儿园安全管理办法》等相关法律法规规章制定。

（一）应有与收训规模相适应的独立、安全、相对稳定的房舍。如使用租赁房舍，租赁期应不少于 3 年，且开办者应提供房屋产权证明和相应的具有法律效力的租赁契约。不得租用转租场地或租用违章建筑物、危房等不适合听力障碍儿童康复训练活动的场地。

（二）必须设置在安全区域内，周围 50 米以内无污染、无噪音影响。不应与易燃、易爆生产，储存，装卸场所相邻，应远离高压线、垃圾站及大型机动车停车场。

（三）利用平房开办机构的，应当有独立院落，有一定活动

场地。利用多层民用建筑开办机构的，建筑物耐火等级为一级、二级的，应设置在首层或二、三层；建筑物耐火等级为三级的，应设置在首层或二层；建筑物耐火等级为四级的，应设置在首层；均宜设置独立的安全出口，其安全出口数量不应少于2个，并设置相应的室外游戏场所及安全防护措施。机构不应设在地下、半地下建筑物内；不应设在高层建筑内，如必须设置在高层建筑内，应设于建筑物的首层或二、三层，并应设置不少于2个独立的安全出入口，疏散通道耐火等级不应低于二级。

（四）机构可提供计时制、半日制和全日制服务。提供全日制服务的，应有相对独立的户外活动场地及安全防护措施，人均面积不低于2平方米。

（五）设置测听室。单室面积不少于6平米/间，且应符合GB/T 16296和GB/T 16403关于声场及测听室建设的规定。

（六）设置个别化（个性化）训练室。按师生1:7的标准，面积应不少于8m²，室内应有隔声降噪处理，本底噪声小于35dBA。

（七）设置具备开展学前教育、教学活动的用房。每班活动室人均使用面积不低于3平方米，配备观察窗，光照充足，通风良好。活动室位于多层建筑内且面积超过120平方米时，应设2个安全出口。听力障碍儿童盥洗室、厕所、消毒间面积应不低于10平方米，且厕所必须采用水冲式。

（八）设置至少1间亲子教室。面积可参照幼儿园集体活动室的标准。

（九）设置1间保健室。使用面积按机构规模分别为14、16、18平方米。

(十) 设置 1 间家长学校培训室。面积能满足 20 人及以上培训使用。

三、专业条件

人员：

1.听力师

至少配备 1 名听力专业人员，须取得助听器验配师资格（国家职业资格 4 级），并接受小儿听力学专项培训。

2.听觉言语康复教师

按师生 1:7 的标准配置。取得教师资格，具备听力语言康复学科等相关专业大专以上学历；应接受最高级业务主管部门举办的专项培训；年度体检达标，持有托幼机构从业人员健康合格证。

3.学前教师、保健医生、保育员

按照《幼儿园教职工配备标准（暂行）》、《幼儿园工作规程》中的相关规定执行。

4.管理人员

主要领导应具有相关专业大专以上学历和工作经历，掌握国家相关法规政策，具有管理经验和能力。

5.机构内专业人员应通过最高级业务主管部门网络学院，完成每年规定学时的继续教育。

四、设备

(一) 学前教育教学设备

机构应具备卫生饮水和流动水洗手设备，水龙头不少于 3 个，且适合听力障碍儿童身高；有水杯、毛巾架；儿童水杯、毛巾应个人专用；有温控设施，并采取相应防护。

提供听力障碍儿童膳食的机构，必须取得卫生部门核发的、有效的《餐饮服务许可证》，餐饮卫生等级达到**B**级以上卫生标准。

应配备适合听力障碍儿童使用的桌、椅、床、地垫、玩具柜（桌、椅、床、玩具柜为木质）；被褥、凉席应个人专用；有录音机、电视机等多媒体设备；有符合国家安全环保标准，适合听力障碍儿童年龄特点的多样的玩具、教具、图书、运动器械和游戏材料；图书、玩具人均4件（册）以上（含自制玩具）。

保健室有观察床、桌椅、资料柜、流动水等设施；应配备儿童体重计（杠杆式）、身高坐高计（卧式身長计）、灯光对数视力箱、体温计及消毒液、紫外线消毒灯等。

（二）听能管理服务设备

按照《残联系统康复机构建设规范（试行）》（残联厅发〔2011〕12号），不低于一级听力语言康复中心设备设施要求执行。

（三）听力语言康复训练设备

根据听力残疾儿童身心发展特点及个体康复需求，提供适宜其康复训练需要的相关玩教学具及设备。

附表

达州市“量体裁衣”式残疾人精准康复服务听力言语 残疾儿童康复训练定点（承接）机构审批表

机构注册名称	(盖章)		是否独立法人	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	机构法人	(签字)
			组织机构代码			
机构地址	_____省_____市_____县(区)_____				邮 编	
项目负责人	(签字)	技术职称		联系方式	电话	
					传真	
机构成立时间			经费来源	<input type="checkbox"/> 拨款 <input type="checkbox"/> 自筹 <input type="checkbox"/> 其他_____		
隶属关系	<input type="checkbox"/> 残联 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 民政 <input type="checkbox"/> 卫生 <input type="checkbox"/> 民办 <input type="checkbox"/> 其他_____					
人员	<p>工作人员共()名, 其中: 行政管理()名, 专业人员()名;</p> <p>1、听力人员()名</p> <p>(其中: 获得国家助听器验配资格____名; 取得中国听力语言康复研究中心(原中聋康)小儿听力学认证____名、调机培训认证____名)</p> <p>2、康复教师()名(其中持有教师证 _____名; 取得听觉口语法教学培训认证____名)</p>					
设备	<p>1、听力设备: 带有声场和视觉强化测试条件的听力计<input type="checkbox"/> 声级计<input type="checkbox"/> 测听玩具<input type="checkbox"/></p> <p>2、电化教学设备: 计算机<input type="checkbox"/> 投影仪<input type="checkbox"/> 摄像机<input type="checkbox"/> 照相机<input type="checkbox"/> 电视机<input type="checkbox"/> DVD机<input type="checkbox"/> 打印机<input type="checkbox"/> 扫描仪<input type="checkbox"/></p> <p>3、玩教具: 玩具人均_____件/套, 图书人均_____册</p> <p>4、评估用具: 听觉评估<input type="checkbox"/> 言语评估<input type="checkbox"/> 学习能力及精神行为评估<input type="checkbox"/></p>					
场地	<p>建筑总面积() m², 布局是否相对独立: 是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p> <p>单训室()间, 面积() m²/间; 集体教室()间, 面积() m²/间</p> <p>亲子活动室()间, 面积() m²/间</p> <p>测听室()间, 面积() m²/间; 编程室()间, 面积() m²/间</p>					
业务	<p>全日制机构在训聋儿()名(其中助听器康复____名, 人工耳蜗康复____名); 非全日制康复聋儿()名(其中助听器康复____名, 人工耳蜗康复____名);</p> <p>*是否开展市内技术人员培训 是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/> 是否开展家长培训 是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p>					

	<p>是否开展以下听力服务：</p> <p>纯音测听 <input type="checkbox"/> 助听器选配及评估 <input type="checkbox"/> 听觉言语能力评估 <input type="checkbox"/></p> <p>耳蜗调机 <input type="checkbox"/> (澳大利亚 <input type="checkbox"/> 奥地利 <input type="checkbox"/> 美国 <input type="checkbox"/> 国产 <input type="checkbox"/>)</p> <p>学习能力及精神行为发育测试 <input type="checkbox"/> 组织会诊 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p>
<p>开展情况</p>	<p>是否开展以下康复服务：</p> <p>1、集体教学 是 <input type="checkbox"/> (班级数：____； ____名聋儿/班) 否 <input type="checkbox"/></p> <p>2、个别化教学 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p> <p>(1) 是否开展听觉口语法教学 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p> <p>(2) 训练频次：机构在训频次：____次/周/人，____分钟/次/人； 亲子同训频次：____次/周/人，____分钟/次/人； 预约单训频次：____次/周/人，____分钟/次/人</p> <p>3、是否开展后续康复指导 是 <input type="checkbox"/> (频次：____次/____ /人) 否 <input type="checkbox"/></p> <p>4、是否开展医教结合服务 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p>
	<p>是否建立有关业务档案 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p>
<p>申请理由 阐述</p>	<p style="text-align: right;">签字 (盖章) _____ 年 月 日</p>
<p>专家组或 第三方机构 评估意见</p>	<p style="text-align: right;">签字 (盖章) _____ 年 月 日</p>
<p>市听力语言 康复中心 审核意见</p>	<p style="text-align: right;">签字 (盖章) _____ 年 月 日</p>
<p>市残联 审批意见</p>	<p style="text-align: right;">签字 (盖章) _____ 年 月 日</p>

注： 1.市级以下基层康复机构不填*号项； 2.此表一式三份，分别留存于市残联、市听力语言康复中心及机构。

人工耳蜗植入手术服务定点（承接）机构准入标准

一、机构资质

获得三级甲等综合医院资格或经省卫计委和省残联共同认定的专科医院。

二、服务场地和环境

（一）听力诊断场地与规模

符合 GB/T16403 和 GB/T16296 的隔声要求的测听室至少 2 间，单室面积至少 6 平方米；通风好，照明好，用于小儿行为听力测试的隔声室须符合儿童特点；用于听觉诱发反应的隔声室还须电屏蔽。

（二）听力植入场地与规模

参照《人工耳蜗植入工作指南（2013）》、《人工耳蜗临床技术规范》相关规定执行

（三）术后调试场地与规模

参照《人工耳蜗植入工作指南（2013）》、《人工耳蜗临床技术规范》相关规定执行

三、专业条件

（一）人员

参照《人工耳蜗植入工作指南（2013）》、《人工耳蜗临床技术规范》相关规定执行

（二）设备

参照《人工耳蜗植入工作指南（2013）》、《人工耳蜗临床技术规范》相关规定执行

附表 1

达州市“量体裁衣”式残疾人精准康复服务 人工耳蜗手术定点（承接）医院申报表

医院（盖章）

医院负责人：

填表人：

填表日期：

项目	评估内容		
医院 服务	是否三级甲等医院：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
	耳鼻喉科设立于（ ）年；是否单设耳科：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
	耳鼻喉科床位共（ ）张，其中耳科床位（ ）张		
	是否能够独立完成耳显微外科各类常规手术：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
	本院医师已独立完成（ ）例人工耳蜗植入手术。		
手术医 师资格	是否具备千级空气层流系统手术室：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
	是否配备人工耳蜗植入手术专用器械：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
	麻醉科是否具备开展婴幼儿手术麻醉经验：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
	是否具有处理手术并发症、开展婴幼儿救治工作的重症监护、影像专业等科室： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
	是否成立人工耳蜗中心或者人工耳蜗技术小组：是 <input type="checkbox"/> （填写附表 1-1） 否 <input type="checkbox"/>		
	资格内容	手术医师姓名：	手术医师姓名：
	是否取得《医师执业证书》	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
	医生执业范围是否为耳鼻咽喉科	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
	专业技术职称		
	从事耳鼻咽喉科临床诊疗工作	（ ）年	（ ）年
	独立完成人工耳蜗植入手术	（ ）例	（ ）例
	近三年来有无医疗事故或者重大医疗 差错	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>

附表 1-1

人工耳蜗中心或人工耳蜗技术小组成员名单

人工耳蜗小组组成	人数（人）	名单
耳科医师		
听力学技术人员		
助听器验配评估人员		
儿科医师		
儿童精神心理医师		
康复人员		
其他：		

附表 1-2

听力技术人员名单

姓名	技术职称	主岗工作	临床听力学工作年限

附表 2

达州市“量体裁衣”式残疾人精准康复服务 人工耳蜗手术定点（承接）医院审批表

医院名称				院长	
医院地址				邮编	
项目 负责人		技术职称		联系 方式	电话：
		行政职务			传真：
					Email：
医院意见	签字（盖章） 年 月 日				
专家组或第三方机构评估意见：			市听力语言康复中心审核意见：		
签字（盖章） 年 月 日			签字（盖章） 年 月 日		
市残联 审批意见	签字（盖章） 年 月 日				

注：此表一式三份，分别留存于市残联、市听力语言康复中心和医院。

助听器验配定点（承接）机构准入标准

一、规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅所注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T 16403 声学 测听方法 第 1 部分：纯音气导和骨导听阈基本测听法（GB/T 16403-1996，ISO 8253-1:1989，MOD）

GB/T 16296 声学 测听方法 第 2 部分：用纯音及窄带测试信号的声场测听（GB/T 16296-1996，ISO 8253-2:1992，MOD）

GB/T 16432 残疾人辅助器具 分类和术语（GB/T 16432-2004，ISO999：2002）

GB/T 26341 残疾人残疾分类和分级

GB 50763 无障碍设计规范

CLB/T 0002.2 政府购买残疾人辅助器具适配服务 助听器验配服务 第 2 部分：适配服务规范和服务标准

CLB/T 0002.3 政府购买残疾人辅助器具适配服务 助听器验配服务 第 3 部分：服务质量评价标准

二、术语和定义

（一）助听器验配服务

由助听器专业人员根据听力残疾人的听力情况、使用环境、使用需求等进行测听检查、综合分析和判断，为听力障碍者提供

助听器验配的咨询指导、评估、选配、调试、使用指导、跟踪回访等服务。

（二）助听器验配服务对象

听力残疾等级在四级及以上适合佩戴助听器的人群。

注：听力残疾的等级分为一级、二级、三级和四级。

三、服务内容

（一）咨询指导服务

为听力残疾人及其家属提供关于助听器行业发展、服务政策、产品信息、服务技术等方面的信息。

（二）助听器验配服务

通过对听力残疾人的听力情况、使用环境、使用需求等进行测听检查、综合分析和判断，评估、选配助听器、效果评价及转诊的过程。

（三）使用指导服务

对残疾人进行助听器使用、存放、维护等事项进行说明和指导。

（四）维修服务

对助听器进行维修、更换配件、维护保养等服务。

（五）跟踪随访服务

助听器交付使用后，应根据需要进行随访，了解助听器的使用效果并及时解决随访中出现的问题。随访可通过电话、信函、电子邮件、入户访问或服务对象反馈等多种形式进行。

（六）知识宣传服务

面向社会，宣传助听器的相关政策、行业技术、产品信息，

普及专业知识等。

（七）转诊

对于因耳部疾患或听力状况不适合验配助听器、或验配助听器后需要进行言语训练的听力残疾人，及时转诊到相关的医疗及听力言语康复训练机构。

四、基本条件

（一）机构资质

- 1.依法设立，应具有独立承担民事责任的能力。
- 2.组织结构健全、内部管理和监督机制完善。
- 3.具有包括助听器项目服务内容的经营许可证。
- 4.承接助听器服务前三年无重大违法纪录，通过年检或按要求履行年度报告公示义务，信用状况良好。
- 5.具有依法缴纳税收和社会保险的良好记录。
- 6.按 CLB/T 0002.3 中 8.1 的要求，前一年的质量评价应达合格或以上。

（二）服务场地和环境

1.服务场地和环境设计应满足服务内容、服务设备和功能需要，要相对集中，使用总面积应大于 40 平方米。档案室、测听室、耳模室、助听器验配室、评估室及康复指导室等各功能区域应合理规划。

2.测听室：用于对听力残疾人进行听力检测，应不少于 6 平方米。如对 0-6 岁儿童开展测听服务，测听室应为双室隔声室。

3.耳模室：用于制作耳模，不少于 10 平方米。

4.服务场地的区域内各类设施应摆放有序，便于使用，并保持

环境整洁美观。

5.服务场所应在明显位置明示助听器验配服务流程、验配师照片简介、服务人员行为规范等。

6.服务场所应具备无障碍环境设施，并符合 GB 50763 的 3.3-3.6、4.6、8.5-8.6 的要求。

7.测听室应符合国家标准 GB/T 16403 中 11 的要求，评估室应符合国家标准 GB/T 16296 中 4、5 和 6 的要求。

8.服务场所应符合安全、消防、卫生、环境保护等现行国家有关法规和标准要求。

（三）规范管理

1.遵守国家有关法律法规，执行政府物价部门有关助听器验配服务、产品价格的规定，并自觉接受监管部门的监督管理。

2.具有独立、健全的财务管理、会计审核和资产管理制度。

3.具有健全的管理制度，如接待、服务、投诉处理机制、质量管理体系、助听器验配人员职责、服务回访制度、档案管理、固定资产管理和库房管理制度等。

4.服务应遵循规定的流程和规范，对服务的最终建议（包括助听器的使用及预期效果）给予全面、完整、客观、诚信的说明。

5.具有健全的信用管理制度，对本机构的规模、名称、品牌、产品、技术、服务的宣传应与实际相符。

6.服务过程中应文明礼貌、热情诚恳、耐心周到，以温和、清晰的话语和肢体语言提供服务，尊重听力障碍者的信仰与风俗。

7.遵守公平竞争的市场规则，恪守职业道德，承担保密义务，自觉抵制不正之风。

8.诚实守信，确保技术结论科学、客观、真实，对出具的服务和技术报告承担法律责任。

五、专业条件

（一）人员

- 1.专业技术人员数量应与机构服务量相匹配，且不低于3名。
- 2.应至少有1名四级及以上助听器验配师资格人员，或有1名取得执业医师资格人员，或持有相关专业培训证书的人员。
- 3.专业人员需接受业务领域知识再培训及继续教育不少于20小时，应满足CLB/T 0002.2中4.1.3的要求。

（二）设备

- 1.应至少具有助听器验配所必须的带扬声器的纯音听力计、电耳镜、耳模制作设备、助听器编程设备、简易助听器维修工具、声级计、声场校准设备。
- 2.如对0-6岁儿童进行测听服务，还应具备小儿听力评估的相关仪器及设备。
- 3.所有测听和助听器验配设备要按规定，定期送计量监督部门进行检验和校准。

六、服务能力

（一）服务机构应至少可为听力障碍者提供助听器产品、助听辅助器具及验配技术服务。

（二）服务机构必须具备在规定的时间内完成服务任务的能力。

（三）服务机构的服务能力应满足CLB/T 0002.2中的所有要求。

参考文献

[1]GB/T 1.1-2009 标准化工作导则 第1部分：标准的结构和编写.

[2]GB/T 30226-2013 服务业标准体系编写指南.

[3]GB/T 24620-2009 服务标准制定导则 考虑消费者需求.

[4]陈振声, 段吉茸. 老年人听觉康复. 北京:北京出版社,2010.

[5]张华. 助听器. 北京: 人民卫生出版社. 2004.

[6]韩德民, 许时昂. 听力学基础与临床. 北京: 科学技术出版社, 2004.

[5]中国就业培训指导中心. 助听器验配师. 北京: 中国劳动保障出版社, 2009.

[6]韩德民(主译). 临床听力学(第5版). 北京: 人民卫生出版社. 2006.

附表

达州市“量体裁衣”式残疾人精准康复服务 助听器验配定点（承接）机构审批表

机构注册名称				是否独立法人	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	机构法人	
				组织机构代码			
机构地址	_____省_____市_____县（区）					邮 编	
项目负责人		技术职称	联系方式		电话：		
		行政职务			Email：		
机构成立时间			经费来源	<input type="checkbox"/> 拨款 <input type="checkbox"/> 自筹 <input type="checkbox"/> 其他_____			
隶属关系	<input type="checkbox"/> 残联 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 民政 <input type="checkbox"/> 卫生 <input type="checkbox"/> 民办 <input type="checkbox"/> 其他_____						
业务范围	听力测试	视觉强化测听 <input type="checkbox"/> 游戏测听 <input type="checkbox"/> 纯音测听 <input type="checkbox"/> 言语测试 <input type="checkbox"/> 听性脑干反应（ABR） <input type="checkbox"/> 声导抗 <input type="checkbox"/> 耳声发射（OAE） <input type="checkbox"/> 听觉稳态诱发反应（ASSR） <input type="checkbox"/>					
	助听器验配及评估	助听器验配 <input type="checkbox"/> 助听器效果评估 <input type="checkbox"/>					
	耳模制作	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>					
技术人员	姓名	技术职称	主岗工作	临床听力学工作年限	国家助听器验配师资格	小儿听力学培训认证	
					是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
					是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
					是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
设备	听力检测设备	视觉强化测听仪 <input type="checkbox"/> 纯音测听仪 <input type="checkbox"/> 纯音测听仪（带声场） <input type="checkbox"/> 游戏测听玩具 <input type="checkbox"/> 儿童用桌椅 <input type="checkbox"/> 声级计 <input type="checkbox"/> 听觉稳态诱发反应仪 <input type="checkbox"/> 听性脑干反应仪 <input type="checkbox"/> 耳声发射仪 <input type="checkbox"/> 声导抗测试仪 <input type="checkbox"/>					

肢体残疾儿童康复训练 定点（承接）机构准入标准

一、机构条件

肢体残疾儿童运动及适应训练机构含：

- 1.具有合法执业资格的各级残联康复中心、残疾儿童康复教育中心。
- 2.具有医疗资质的综合医院儿童康复科、妇幼保健院儿童康复科、儿童医院康复科。
- 3.具有合法执业资格的社会办肢体残疾儿童康复服务机构。

二、基本设施设备

（一）基本规模

- 1.机构设置在安全区域内，符合无障碍建设要求，场地设置符合儿童身心特点。
- 2.室内外康复活动场所符合国家安全规定，易于疏散，通风通气，采光好。
- 3.具有治疗室、康复训练室、培训教室等基本场地。
- 4.每日训练脑瘫儿童 20 人以上。
- 5.具有基本的康复评估工具和教学设备。
- 6.具有基本办公场地、设备和用品。
- 7.具有消防安全设备、器材。
- 8.具有适宜儿童使用的卫生间。

（二）基础康复设备

1.基本训练器具：运动垫或 PT 床、木条台、楔形垫、巴氏球、滚筒、姿势矫正椅、分指板。

2.站立训练器具：站立架、起立架、踝关节矫正板、肋木等。

3.步行训练器具：平衡杠、步行器、阶梯、姿势镜、多用组合箱等。

4.日常生活活动训练器具：木钉盘、沙袋、套圈、手功能综合训练板、生活自助器具等。

5.评估工具：具有物理治疗、作业治疗、言语治疗、认知训练的评估量表和工具。

6.配有开展脑瘫儿童康复服务的基本设备：电视机、DVD 机、录音机、照相机、电脑、投影仪等。

（三）康复场地：基本训练场地不少于 105 平方米，其中：

1.运动治疗室至少 1 间，面积不少于 40 平方米。

2.作业治疗室至少 1 间，面积不少于 30 平方米。

3.培训教室至少 1 间，面积不少于 20 平方米。

4.多功能室（评估、咨询、接待等）至少 1 间，面积不少于 15 平方米。

5.有条件的机构设置言语治疗室至少 1 间，面积不少于 10 平方米。

6.有条件的机构设置个训教室至少 1 间，面积不少于 10 平方米。

三、康复服务能力

（一）人员配备

1.管理人员：具有肢体残疾康复基本知识及两年以上肢体残疾康复机构管理经验。

2.康复医师：有专（兼）职康复医师 1 名，职业范围为康复医学与理疗学、儿科、中医或中西医专业之一；康复医师与肢体残疾儿童比例不低于 1：20；每年参加 40 学时以上相关技术培训。

3.康复治疗师：有医疗、康复、护理、教育等专业之一背景并接受过肢体残疾康复专业培训 3 名；康复治疗师与脑瘫儿童比例不低于 1：5；每年参加 40 学时以上相关技术培训。

4.教师：有专（兼）职、经过培训的教师，具有特殊教育、学前教育、心理学专业之一背景；教师与肢体残疾儿童比例不低于 1：10；每年参加 30 学时以上的相关继续教育。教师可由经过相关培训的康复治疗师兼任。

5.社会工作者：有条件的机构配备专（兼）社会工作者。

6.定期进行业务学习和案例研讨。

7.所有服务人员须有健康证。

（二）服务内容

1.工作量：平均日康复训练人数不少于 20 名。

2.工作内容：能够开展肢体残疾儿童功能测评、康复计划制定；进行运动功能、日常生活自理及言语交流等康复训练活动；定期培训肢体残疾儿童家长。

3.能够提供全日流程的训练服务：有生活时段的训练内容（茶点、午饭、午休、洗手、入厕、穿脱衣服及鞋袜等活动）。

肢体残疾儿童矫治手术定点（承接）机构 准入标准

一、机构资质

具备卫生计生行政部门颁发的《医疗机构执业许可证》的二级甲等以上医疗机构。

二、基本设施设备

1.承接手术科室：

应为骨科或矫形外科或小儿各科，床位不少于 20 张。

2.麻醉科：应具有儿童麻醉机。

3.手术室：具有达到卫生计生行政部门规范标准的手术室。

4.手术室内应具有 X 线术中拍片及 C 型臂辅助设备。

三、人员

1.手术负责人应具有高级技术职称，取得执业医师资格。从事骨科或矫形外科或小儿骨科相关专业 10 年以上。

2.手术科室副主任医师以上专家应不少于 2 名。

3.有中级技术职称以上麻醉医师应不少于 2 名，应具有儿童麻醉经验，在专科医院进修麻醉一年以上。

四、手术能力

曾具有开展矫治手术的经验，手术人员有丰富的马蹄内翻足、小儿麻痹后遗症、脑瘫导致严重痉挛、肌腱挛缩、关节畸形及脱位、脊柱裂导致下肢畸形等病种的手术矫治经验。

五、术后康复

手术医师能对术后患者提出康复训练和矫形器配置意见。

附表

达州市“量体裁衣”式残疾人精准康复服务 肢体残疾儿童矫治手术定点（承接）医院审批表

医院名称			
医院类别	<input type="checkbox"/> 综合性	<input type="checkbox"/> 专科性	
医院等级	<input type="checkbox"/> 二级甲等	<input type="checkbox"/> 三级	
骨科情况	主任医师____名 副主任医师____名 主治医师____名		
	病床_____张		
麻醉科及手术室	麻醉师(主治医师以上)_____名		
	是否配备儿童麻醉机 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	手术台_____台		
	是否具备 X 线术中拍片及 C 型臂辅助设备 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
既往开展的矫治手术	<input type="checkbox"/> 小儿麻痹后遗症 <input type="checkbox"/> 马蹄内翻足 <input type="checkbox"/> 脑瘫肢体畸形 <input type="checkbox"/> 膝关节屈曲畸形 <input type="checkbox"/> 脊柱裂导致下肢畸形		
康复科情况	医学康复科	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无
	矫形器、辅助器具装配意见	<input type="checkbox"/> 能提出	<input type="checkbox"/> 不能
机构申报意见：			
签字（盖章） _____ 年 月 日			
专家组或第三方机构评估意见：		市康复中心审核意见：	
签字（盖章） _____ 年 月 日		签字（盖章） _____ 年 月 日	
市残联审批意见			
签字（盖章） _____ 年 月 日			

注：此表一式三份，分别留存于市残联、市康复中心和机构。

假肢与矫形器适配服务定点（承接）机构准入标准

一、范围

本标准规定了残疾人精准康复服务假肢矫形器适配服务定点机构准入的术语和定义、服务内容、基本条件、专业条件和服务能力的要求。

二、规范性引用文件

GB/T 16432 残疾人辅助器具 分类和术语

GT/T 24431 假肢、矫形器装配机构设施设备

GB 50763 无障碍设计规范

CLB/T 0001.2 假肢与矫形器服务规范和服务标准

三、术语、定义

GB/T 16432、GT/T 24431 中确立的以及下列术语和定义使用于本标准。

（一）假肢与矫形器适配服务

根据残疾人的功能状况、潜在能力、环境因素等进行分析、考量和判断，为肢体残疾人或者各种原因导致的肢体功能障碍的残疾人提供假肢或矫形器的咨询指导、评估测量、装配、功能训练、调试维修、使用指导、跟踪回访等服务。

（二）假肢矫形器适配服务对象

有假肢矫形器适配服务需求的肢体残疾人，或者各种原因导致肢体功能障碍的残疾人。

（三）残疾人假肢矫形器适配服务定点机构

包括依法在民政部门登记成立或经国务院批准免于登记的社会组织，以及依法在工商管理或行业主管部门登记成立的企业、机构等社会力量。鼓励各级残联组织所属符合条件的残疾人服务机构、社会组织积极参与适配服务工作。

四、服务内容

（一）咨询指导服务

为残疾人及其家属提供关于假肢矫形器行业发展、服务政策、产品信息、服务技术等方面的信息。

（二）假肢与矫形器适配评估服务

通过对残疾人的功能状况、潜在能力、环境因素进行检查、分析、测量和判断，制定假肢或矫形器设计、装配方案和设定应用效果的过程。

（三）装配服务

依据设计方案，完成假肢或矫形器的模型加工、修整装饰、对线组装及调试的过程。

（四）功能训练服务

对残疾人进行假肢或矫形器穿脱训练、功能代偿训练、步态训练和康复训练。

（五）使用指导服务

对残疾人进行假肢或矫形器使用、存放、维护等事项进行说明和指导。

（六）调试维修服务

对假肢或矫形器进行调整修改、更换配件、维修配件、维护

保养等服务。

（七）跟踪回访服务

假肢或矫形器交付使用后，应根据需要进行回访。回访可通过电话、信函、电子邮件、入户访问或服务对象反馈等多种形式，了解假肢或矫形器的使用效果。

（八）知识宣传服务

面向社会，传播假肢矫形器的行业发展、产业政策、技术产品信息，普及专业知识等。

五、基本条件

（一）机构资质

- 1.依法设立，应具有独立承担民事责任的能力。
- 2.治理结构健全、内部管理和监督机制完善。
- 3.具有可提供包括假肢、矫形器装配项目服务内容的经营许可证件。
- 4.承接假肢或矫形器服务前三年无重大违法纪录，通过年检或按要求履行年度报告公示义务，信用状况良好。
- 5.具有依法缴纳税收和社会保险的良好记录。

（二）服务场地和环境

- 1.服务场地和环境设计应满足服务内容、服务设备和功能需要，接待、检查、测量取型、制作、训练、仓储等各功能区域应合理规划。
- 2.具有独立的接待室、测量取型室和功能训练室，接待室面积不低于 10 平米，功能训练室面积不低于 30 平米。
- 3.具有独立的模型加工室、打磨室（须有除尘设备）、抽真空

成型室（须有通风换气设备）、装配室（矫形器调试室）、仓库。

4.服务场地应具有残疾人洗浴间，配备洗浴设施和洗浴类辅助器具。

5.服务场地的区域内各类设施应摆放有序，便于使用，并保持环境整洁美观。

6.服务场所应在明显位置明示假肢、矫形器适配服务流程和服务人员行为规范。

7.根据当地气候，服务场所应配备取暖、制冷设备，各区域通风良好

8.服务场所应具备无障碍环境设施，并符合 GB50763《无障碍设计规范》的相关要求。

9.服务场所应符合安全、消防、卫生、环境保护等现行国家有关法规和标准要求。

（三）规范管理

1.遵守国家有关法律法规，执行政府物价部门有关适配服务、产品价格的规定，并自觉接受监管部门的监督管理。

2.具有独立、健全的财务管理、会计审核和资产管理制度。

3.具有健全的管理制度，如接待、服务、投诉处理机制、质量管理制度、车间安全操作规范、技师职责、服务回访制度、档案管理、固定资产管理和库房管理制度等。

4.具有健全的服务流程和规范，服务应遵循规定的流程和规范，对服务的最终建议（包括假肢、矫形器的使用及预期效果）给予全面、完整、客观、诚信的说明。

5.具有健全的信用管理制度，对本机构的规模、名称、品牌、

产品、技术、服务的宣传应与实际相符。

6.服务过程中应文明礼貌、热情诚恳、耐心周到，以温和、清晰的话语和肢体语言提供服务，尊重残疾人信仰与风俗。

7.遵守公平竞争的市场规则，恪守职业道德，承担保密义务，自觉抵制不正之风。

8.诚实守信，确保技术结论科学、客观、真实，对出具的服务和技术报告承担法律责任。

六、专业条件

（一）人员配备

1.专业人员数量与机构服务量相匹配，不低于3名。

2.应至少有1名假肢或矫形器职（执）业资格人员，或有2名持有辅助技术（假肢方向）工程师资格证书人员。

3.专业人员需按有关规定接受业务领域知识再培训及继续教育。

（二）服务设备

1.应具备假肢或矫形器装配所必须的测量取型、模型加工、抽真空成型、装配修整等相关设备和工具。

2.应具备装配假肢或者矫形器所需的功能训练基本设施（设备）和工具，主要包括步行训练平衡杠、步行训练坡道、步态矫正镜等。

七、服务能力

（一）服务机构应至少可为残疾人提供以下的假肢产品、组件及适配技术服务，或者矫形器产品、组件及适配技术服务。

1.假肢类

髌离断假肢、大腿假肢、膝离断假肢、小腿假肢、足部假肢、
上肢假肢。

2. 矫形器类

足矫形器、踝足矫形器、膝踝足矫形器、髌膝踝足矫形器、
膝矫形器、髌矫形器、髌膝矫形器。

(二) 服务机构必须具备在规定的时间内完成服务任务的能力。

(三) 服务机构的服务能力应满足 CLB/T0001.2 中的有关要求。

附表

达州市“量体裁衣”式残疾人精准康复服务 假肢与矫形器适配服务定点（承接）机构审批表

机构注册名称			是否独立法人	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	机构法人	
			组织机构代码			
机构地址	_____ 省 _____ 市 _____ 县（区）				邮 编	
项目负责人		技术职称	联系方式		电话	
		行政职务			Email	
机构成立时间			经费来源	<input type="checkbox"/> 拨款 <input type="checkbox"/> 自筹 <input type="checkbox"/> 其他_____		
隶属关系	<input type="checkbox"/> 残联 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 民政 <input type="checkbox"/> 卫计 <input type="checkbox"/> 民办 <input type="checkbox"/> 其他_____					
人员	1、专业人员共（ ）名，其中：取得假肢或矫形器职业资格人员（ ）名；持有辅助技术（假肢方向）工程师证书者（ ）名。 2、专业人员是否接受业务知识培训或继续教育 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>					
设备	1、是否具备假肢或矫形器装配所必须的测量取型、模型加工、抽真空成型、装配修整等相关设备和工具 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 2、是否具备装配假肢或者矫形器所需的功能训练基本设施（设备）和工具，主要包括步行训练平衡杠、步行训练坡道、步态矫正镜等 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>					
场地	1、是否具有以下独立的相关业务用房（若有请在 <input type="checkbox"/> 打勾）： <input type="checkbox"/> 接待室 <input type="checkbox"/> 测量取型室 <input type="checkbox"/> 功能训练室 <input type="checkbox"/> 模型加工室 <input type="checkbox"/> 打磨室（须除有尘设备） <input type="checkbox"/> 抽真空成型室（须有通风换气设备）、 <input type="checkbox"/> 装配室（矫形器调试室） <input type="checkbox"/> 仓库。 2、接待室面积（ ）平米，功能训练室面积（ ）平米。					

业务	<p>是否为残疾人提供以下的假肢产品、组件及适配技术服务，或者矫形器产品、组件及适配技术服务：</p> <p>1、假肢类</p> <p><input type="checkbox"/>髌离断假肢 <input type="checkbox"/>大腿假肢 <input type="checkbox"/>膝离断假肢 <input type="checkbox"/>小腿假肢</p> <p><input type="checkbox"/>足部假肢 <input type="checkbox"/>上肢假肢 其他：_____</p> <p>2、矫形器类</p> <p><input type="checkbox"/>足矫形器 <input type="checkbox"/>踝足矫形器 <input type="checkbox"/>膝踝足矫形器 <input type="checkbox"/>髌膝踝足矫形器 <input type="checkbox"/>膝矫形器</p> <p><input type="checkbox"/>髌矫形器 <input type="checkbox"/>髌膝矫形器 其他：_____。</p>
<p>机构申报意见：</p> <p style="text-align: right;">签字（盖 章）</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>	
<p>专家组或第三方机构评估意见：</p> <p style="text-align: right;">签字（盖 章）</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>	
<p>市康复中心审核意见：</p> <p style="text-align: right;">签字（盖 章）</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>	
<p>市残联审批意见：</p> <p style="text-align: right;">签字（盖 章）</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>	

注：此表一式三份，分别留存于市残联、市康复中心和机构。

智力残疾儿童康复训练定点（承接）机构 准入标准

一、资质条件

1. 经政府相关职能部门审批登记，具有独立法人资格或有上级主管部门，开展儿童康复教育的机构。具备教育或医疗资质者优先选择。

2. 优先选择承担过贫困智力残疾儿童康复项目且服务质量和
社会反响好的机构。

3. 日均收训智力残疾儿童至少 15 名。

二、业务职能

（一）实施康复训练

1. 具有规范的康复训练流程，进行康复评估、制定和实施个别化康复训练计划，开展智力残疾儿童运动、感知、认知、言语、生活自理和社会适应等领域的康复训练，有机构康复向社区、家庭康复延伸的措施。

2. 能够根据智力残疾儿童的特点和需求，采用小步子、情境和观察学习等方法开展康复训练。

3. 能够开展智力残疾儿童转介和跟踪服务。

（二）开展家长培训

1. 向儿童家长提供智力残疾康复咨询与转介服务。

2. 向儿童家长提供智力残疾康复训练的基本知识和技能培

训。

（三）宣传普及康复知识

利用“全国助残日”、“世界唐氏综合征日”和各种助残公益活动，采取多种形式开展智力残疾儿童康复知识宣传普及活动，每年至少两次。

（四）档案管理

1. 按照项目要求建立智力残疾儿童康复训练档案，完整填写档案内容，提供儿童训练前后反映儿童康复状况的文字、图片和音像资料。

2. 有教师授课教案等相关资料。

3. 有家长培训相关记录。

三、基本场所设置与设施

康复机构应设置在安全区域内，严禁地处污染区、噪声区和危险区内。室内外康复训练场所应符合国家相关的安全规定，固定且自成一体，安全、易于疏散、通风透气、采光好，色彩设计、装饰应适合儿童的身心特点及无障碍要求；有专供儿童使用的卫生间；如提供儿童午餐要有独立的厨房操作间。

（一）康复训练场所设置

1. 应具备的基本训练场所：使用面积至少 116 m²

（1）集体训练室（组别训练室）至少 1 间，每间至少 30 m²

（2）个别训练室至少 2 间，每间至少 8 m²

（3）专用训练室（运动训练室/感统训练室）至少 1 间，每间至少 50 m²

（4）多功能训练室（家长咨询室/家长培训室/儿童评估室/教

师培训室/资料室)至少1间,每间至少20 m²

(5)有可利用的户外场地

2.有条件的机构应增设:语言/认知训练室、音乐游戏活动室(治疗室)、生活辅导室等专用训练室。

(二)康复训练场所设施

1.集体训练室(组别训练室)

配备儿童的课桌椅、大小白(黑)板、多媒体教学设备、适合儿童特点的教学挂图、卡片、相关教具等。

2.个别训练室

配备个别化康复训练课程评量表、个训用桌椅、玩教具等。

3.专用训练室

(1)运动训练室/感统训练室:配备PT软垫、木条台、滑板车、大滑板、吊筒、钻滚筒、羊角球、大龙球、布袋跳、触觉球、按摩地垫、按摩大龙球、平衡木及平衡脚踏车、玩家组合包、精细运动训练玩具等;

(2)语言/认知训练室:配备图形认知组件、“看图说话”用的挂图、录音机或语言治疗机、非语言交流写字画板等;

(3)音乐游戏活动室(治疗室):配备各种小型敲击乐器、电子琴或钢琴、收录放机、拼图、插板、积木、彩色画笔、黑板、剪纸及贴图用具、纸牌、儿童作品展示柜等;

(4)生活辅导室:配备洗漱、饮食、清洁、简单劳动等日常生活训练物品等。

4.多功能训练室(家长咨询室/家长培训室/儿童评估室/教师培训室/资料室):配备接待用桌椅、档案柜、电脑、电脑桌椅等;配备

基本康复与教学评估设备；配备供家长学习、借用的康复普及读物和玩教具等。

5. 有可利用的户外活动场地：配备滑梯、秋千等大型玩具。

四、工作人员要求

(一) 管理人员（1名）

1. 由机构主任或分管智力残疾儿童康复工作的部门负责人担任。

2. 有一定的业务管理和协调能力。

3. 经过管理专项培训。

(二) 专业人员

1. 教师

教师专业背景为幼儿教育、特殊教育；医疗、康复、心理等专业背景人员通过相关专业学习，基本达到进行儿童康复教学活动要求的也可承担部分教学任务；教师与儿童的比例为 1:3~1:5。

骨干教师要有 3 年以上特殊教育或智力残疾儿童康复训练实践经验，具有智力残疾儿童康复训练评估和制定个别化康复训练计划的能力，能够示范实施个别化康复训练计划。

2. 康复治疗人员

具有医疗、康复、心理、社会、保健和护理等专业背景，进行过相关专业领域的学习，基本达到实施康复训练的工作要求；康复治疗人员与儿童的比例为 1:10~1:15。

五、基本的康复训练项目

(一) 每名儿童每年在机构内训练时间为 10 个月，每日基本的康复训练至少 3 小时

1. 集体训练每日至少 1 小时
2. 组别训练每日至少 0.5 小时
3. 个别训练每日至少 0.5 小时
4. 运动训练/感统训练每日至少 1 小时

(二) 每名儿童每周、月基本的康复训练活动

1. 音乐游戏活动每周至少 1 次，每次至少 0.5 小时
2. 社会融合活动每月至少 1 次，每次至少 0.5 小时

(三) 家长指导和培训

1. 家庭康复指导每周至少 1 次，每次至少 0.5 小时
2. 家长培训每月至少 1 次，每次至少 1 小时

六、质量监控

儿童康复评估与训练建档率 100%；儿童康复训练总有效率 $\geq 85\%$ ；儿童家长培训率 100%；家长对儿童康复训练的满意率 $\geq 90\%$ ；家长对培训工作的满意率 $\geq 85\%$ ；组织儿童参加社会融合活动每年不少于 10 次；三年内无重大责任事故发生。

附表

达州市“量体裁衣”式残疾人精准康复服务 智力残疾儿童康复训练定点（承接）机构审批表

机构名称				
机构地址			邮政编码	
法定代表人		联系电话		上级主管部门
成立时间		机构登记证 号 码		
机构性质	<input type="checkbox"/> 残疾人康复 <input type="checkbox"/> 特殊教育 <input type="checkbox"/> 学前教育 <input type="checkbox"/> 卫生及妇幼保健 <input type="checkbox"/> 社会服务 其他_____			
儿童收训 能力	年收训智力残疾儿童_____名；其中，日间训练_____名，寄宿_____名， 其他_____			
专业人员 情况	管理人员_____名，教师_____名，康复治疗师_____名，其他_____			
训练场地	具有基本训练场所共___m ² ，其中，集体训练室___m ² ，个别训练室___m ² ， 专用训练室___m ² ，多功能训练室___m ² 。			
既往开展的 康复训练服务 内容	<input type="checkbox"/> 康复咨询 <input type="checkbox"/> 智力和社会适应评估 <input type="checkbox"/> 心理教育测评 <input type="checkbox"/> 运动能力训练 <input type="checkbox"/> 感知能力训练 <input type="checkbox"/> 认知能力训练 <input type="checkbox"/> 生活自理能力训练 <input type="checkbox"/> 游戏治疗 <input type="checkbox"/> 语言交流训练 <input type="checkbox"/> 社会适应性训练 <input type="checkbox"/> 音乐治疗 <input type="checkbox"/> 行为矫治 <input type="checkbox"/> 智能开发 <input type="checkbox"/> 家长培训			

<p>社区培训 指导</p>	<p>_____年培训家长/亲友____名，社区康复人员____名， 其他_____</p>	
<p>机构申报意见：</p> <p style="text-align: right;">签字（盖章） 年 月 日</p>		
<p>专家组或第三方机构评估意见：</p> <p style="text-align: right;">签字（盖章） 年 月 日</p>	<p>市康复中心审核意见：</p> <p style="text-align: right;">签字（盖章） 年 月 日</p>	
<p>市残联审批意见：</p> <p style="text-align: right;">签字（盖章） 年 月 日</p>		

注：此表一式三份，分别留存于市残联、市康复中心和机构。

孤独症儿童康复训练定点（承接）机构准入标准

一、机构建设

（一）机构基础要求

1. 孤独症儿童康复教育机构（以下简称“机构”）是为面向孤独症谱系障碍儿童提供专业康复服务的有独立法人资格的社会服务机构（包括公办、民办及民办非企业社会服务组织机构），机构应取得政府相关职能部门从业批准（卫生、教育、民政、残联、工商等），符合国家对儿童医疗、康复和教育机构的相关要求。

2. 开展孤独症儿童康复教育服务要以保障孤独症儿童的身心健康以及孤独症儿童家长的权益为前提，建立健全岗位责任制及相关管理制度，向家长提供指导、咨询、培训服务和向孤独症儿童提供康复训练及转介等服务。

（二）规模与场地标准

1. 以年度为单位，至少招收 30 名学员。

2. 有固定的（合同或文件表明的使用期一年以上）训练场地，独立的室内场地总计达 200 平方米以上，室外儿童活动场地不低于 100 平方米。至少有 3 间个训室。2 间大教室、3 间小教室；此外需划分出家长/儿童的休息场所，以及专供儿童使用的卫生间；（康复评估室、教师办公室可与其它办公室兼用）家长培训教室等多个功能区。

（三）设备设施

康复机构应设置在安全、无污染区域内，所在场地应有防滑、防撞等安全设施，设有安全应急通道，符合儿童心理特点，并取得相关部门核发的卫生合格证书和消防合格证书。

1.集体训练室：配备儿童课座椅、大小白（黑）板、电视机、录音机、电脑、电子琴、适合儿童特点的认知游戏、音乐等玩具、教具。

2.感知觉运动训练室：配备基本万象组合包如：球类、平衡木、滑板、羊角球、蹦床等，精细运动训练用玩具等。

3.个别化训练区域：配备个训用的桌椅、玩教具等。

4.多功能教室：配备接待用桌椅、档案柜、电脑、电脑桌椅等；配备基本的康复与教学评估设备；配备供教师、家长学习、借用的康复训练相关书籍不少于 100 册。

5.配有标准化评估工具 C-PEP（中国大陆版）或 PEP3（香港版）选其一。

二、队伍建设

1.合法用工。管理人员品行端正，具有一定的管理经验；专业教师为大专以上学历，并接受过相关部门的专业培训。所有用工人员须持有健康体检合格证上岗。

2.业务主管负责开展孤独症儿童的评估，制定康复教育训练计划，针对受训儿童情况调整教学和训练计划和方法。

3.按照专业教师和康复训练人员与在训儿童不小于 1：4 的比例配备。专业教师须有有效教师证，具备大专以上学历，其中具备特殊教育、幼儿教育、医学、康复和心理专业背景的教师不少于 20%。

4.专业教师和康复训练人员要累计参加超过40学时市级以上残联主办或委托专业机构举办的孤独症康复专业培训并考核合格，每年需接受继续教育培训超过20学时。

三、业务开展

1.为每个在训的孤独症儿童建立康复教育档案，内容包括：医院诊断证明，入学评估，训练计划和活动记录。

2.根据评估结果对孤独症儿童制定并实施个别化教育计划。机构对在训孤独症儿童每半年进行一次康复效果评估，针对在训儿童情况和教学情况合理调整和改进训练计划。

3.个别训练要根据评估结果制定训练计划。

4.开展集体训练要根据受训孤独症儿童的情况分组教学。

5.开展家长培训，传授孤独症儿童康复知识，指导家长开展家庭训练，建立家长联系制度。

6.开展社会融合活动，每年在全国助残日、世界自闭症日等主题活动中开展社会倡导活动。

四、质量控制

1.每年由残联组织专家对机构进行抽查评估，内容包括：专业教师的教学和康复训练，对孤独症儿童的效果评估和家长满意度调查问卷。

2.根据上级管理机构要求通过年检，上一年度无重大责任事故。

3.按国家要求规范用工制度，落实相应保障；全部服务人员取得健康合格证。

4.建立各项规章制度，包括卫生保健、安全管理、康复业务管

理、财务管理、服务管理、档案管理、设备管理制度等，每年度进行检查和总结。

5.家长满意率达到 80%,投诉率小于 2%。

6.在训儿童建档率 100%,内容完整率 90%。

7.收费标准、岗位职责、服务流程等制度公示,接受公众监督。

8.生源稳定,在训半年以上儿童达到 60%,一年以上达到 20%。

支持性服务（含盲人定向行走及适应训练） 定点（承接）机构准入标准

一、盲人定向行走及适应训练定点机构准入标准

（一）盲人定向行走及适应训练定点机构条件

1. 残联办残疾人康复中心或残疾人康复教育中心；
2. 具有合法执业资格的医疗机构或教育机构；
3. 具有合法执业资格的社会办残疾人康复服务机构；
4. 县级以上残联确定的残疾人社区康复站。

以上条件至少具备其中之一。

（二）康复服务能力

从事盲人定向行走及适应训练的人员，应经过专门的技术培训，基本达到实施该服务的工作要求。

（三）服务内容

能够安全、专业、有效的为盲人实施定向行走及适应训练服务。

二、盲人支持性服务定点机构准入标准

（一）盲人支持性服务定点机构条件

1. 残联办残疾人康复中心或残疾人康复教育中心；
2. 具有合法执业资格的医疗机构或教育机构；
3. 具有合法执业资格的社会办残疾人康复服务机构或心理咨询机构；

4.县级以上残联确定的残疾人社区康复站。

以上条件至少具备其中之一。

(二) 康复服务能力

从事心理疏导活动的人员，应经过专门的技术培训，基本达到实施支持性服务的工作要求。

(三) 服务内容

能够安全、专业、有效的为中途盲者开展心理疏导。

三、精神障碍作业疗法训练支持性服务定点（承接）机构准入标准

(一) 精神障碍作业疗法训练支持性服务定点（承接）机构条件

1.残联办残疾人托养中心、残疾人康复中心或残疾人康复教育中心；

2.具有合法执业资格的社会福利机构或医疗机构；

3.具有合法执业资格的社会办残疾人康复、托养机构；

4.县级以上残联确定的残疾人社区康复站。

以上条件至少具备其中之一。

(二) 康复服务能力

1.康复人员具有医疗、康复、心理、社会、保健或护理等专业背景，进行过相关专业领域的学习，基本达到实施支持性服务的工作要求；

2.应配备必要的康复和看护设施设备，若开展日间照料、工（娱）疗、农疗、职业康复等服务，还应根据需要提供相对独立、安全、卫生的室内外场地。

（三）服务内容

能够安全、专业、有效的开展成年精神残疾人生活自理、心理疏导、日间照料、工（娱）疗、农疗、职业康复等服务。

