陕西省地方标准

儿童福利机构康复服务规范

Specification for rehabilitation services of child welfare institutions

编制说明

制订说明

《儿童福利机构康复服务规范》DB61/XXX-XXXX，经陕西省质量技术监督局 XXXX 年 XX 月 XX 日以第 xxx 号公告批准、发布。

本标准制订过程中，编制组进行了广泛深入的调查研究，认真总结了近年来陕西省儿童福利机构康复服务实践经验，同时参考了国内外先进经验，通过实地调研和广泛征求全省有关单位和专的意见及多次修改，取得了基本符合我省省情，可操作性较强的重要技术参数。

为便于广大从事儿童福利机构康复服务的机构对评估、训练、院感、管理等方面能正确理解和执行条文规定，《儿童福利机构康复服务规范》编制组对本标准的条文以及执行中需要注意的有关事项进行了说明。本条文说明不具备与规范正文同等的法律效力， 仅供使用者作为理解和把握规范规定的参考。

1 范围

本标准规定了儿童福利机构内儿童康复的基本要求，服务内容、质量评估与督导、院感管理、业务管理、档案管理等内容。

本范围适用于陕西省各区域内儿童福利机构内的康复服务。

2 规范性引用文件

本标准采用和参考的“国家现行有关标准”是指现行的国家部委颁发的目前仍在实行的标准； 行业标准指全国性且在民政部注册并具备团体标准发布资质的行业协会发布的标准； 同时参考国家卫生健康委、民政部、残联等国家部委发布的指导性文件。

MZ 010-2013 儿童福利机构基本规范

DB35/T 1613-2016 社会福利机构脑瘫儿童康复服务规范

《儿童福利机构管理办法》（民政部令第63号）

《医疗机构基本标准（试行）》（2017版）

《康复治疗技术操作规范（2012年版）》（卫办医政发（2012）51号）

《医疗器械监督管理条例》（国务院令第276号）

WS/T 313 医务人员手卫生规范

《中医医疗技术相关性感染预防与控制指南（试行）》（国中医药办医政发（2017）22号）

《中国脑性瘫痪康复指南》（2015）

《儿童孤独症诊疗康复指南》卫办医政发〔2010〕123号

《医疗机构从业人员行为规范》

《医院感染管理办法》

3 术语和定义

为使术语反映时代特点，并与相关国家标准表述内容一致，本标准除使用《儿童福利机构基本规范》MZ 010-2013、《儿童福利机构管理办法》（民政部令第63号）界定的术语和定义外，还规定了下列定义适用于本文件。

**3.1**儿童福利机构

指政府批准，为孤、弃等特殊儿童提供养育、医疗保健、康复、教育、安置等服务，并服务于社会儿童的社会福利服务组织。

**3.2** 康复

指综合地、协调地应用医学的、教育的、社会的、职业的各种方法，使病、伤、残者（包括先天性残疾）已经丧失的功能尽快地、最大可能地得到恢复和重建，使残疾儿童在体格上、精神上、社会上和经济上的能力尽可能的得到恢复，重新走向生活，重新走向工作，重新走向社会。

**3.3** 融合教育

通过特别设计的环境和教学方法来适应不同特质儿童的教育方式，让大多数孤残儿童进入普通班，为残疾儿童提供正常化的教育环境。儿童福利机构内的融合教育分为两部分，一部分是将学龄前孤残儿童与院内正常儿童进行融合幼儿教育，另一部分是学龄期孤残儿童进行特殊教育与康复的融合课程。

**3.4** 康复医师

指经过物理医学或康复专业培训，依照《中华人民共和国执业医师法》及有关规定，经国家医师资格考试，成绩合格，取得执业助理医师资格并从事物理医学与康复专业的专科医生。

**3.5** 康复治疗师

通过康复治疗技术专业学习，通过国家统一组织的考试取得康复治疗技术专业技术资格，并通由中华人民共和国人力资源和社会保障部、国家卫生健康委员会批准颁发资格证书。康复治疗师分为初级士、初级师、中级师、副主任治疗师、主任治疗师。康复治疗师持证后可从事物理疗法、作业疗法、语言疗法、传统康复等工作。

**3.6** 教育人员

指在儿童福利机构内具有学前教育资格或特殊教育资格，从事学前教育或特殊教育工作的老师。

**3.7** 康复服务对象

指在儿童福利机构内集中收养的和社会上的以下五类残疾儿童：

**肢体残疾**是指人的肢体残缺、畸形、麻痹所致人体运动功能障碍。肢体残疾包括：脑瘫、四肢瘫、三肢瘫、二肢瘫、单肢瘫，偏瘫，脊髓疾病及损伤、截瘫，小儿麻痹后遗症，先天性截肢，先天性缺肢、短肢、肢体畸形、侏儒症，两下肢不等长，脊柱畸形、驼背、侧弯、强直、严重骨关节肌肉疾病、神经疾病和损伤；

**智力残疾**是指人的智力明显低于一般人的水平，并显示适应行为障碍。智力残疾包括：在智力发育期间，由于各种原因导致的智力低下、智力发育成熟以后，由于各种原因引起的智力损伤；

**孤独症**此处孤独症指儿童孤独症，也称儿童自闭症。是一种发病于3岁前，以社会交往障碍、沟通障碍和局限性、刻板性、重复性行为为主要特征的心理发育障碍，是广泛性发育障碍中最有代表性的疾病。广泛性发育障碍包括儿童孤独症、Asperge氏综合征、Rett氏综合征、童年瓦解性障碍、非典型孤独症以及其他未特定性的广泛性发育障碍；

**听力言语残疾**此处单指因听力受损和因听力受损造成的言语障碍；

**视力残疾**是指由于各种原因导致双眼视力障碍或视野缩小，通过各种药物、手术及其它疗法而不能恢复视功能者(或暂时不能通过上述疗法恢复视功能者），以致不能进行一般人所能从事的工作、学习或其它活动。视力残疾包括：盲及低视力两类。

3.8

康复服务目标

孤残儿童的康复是他们生命的再一次重生，康复的最终目标也是让孤残儿童最大程度的回归社会，走向未来。儿童福利机构作为儿童保护的最后一道防线，保障孤残儿童可以拥有最基本的人权，享受到平等的康复服务，获得平等的受教育权利，帮助更多适龄的残疾儿童能够进入学校，走向社会。

4 基本要求

**4.1** 机构要求

因康复服务属于医疗行为，本标准要求提供康复服务的机构须具备行政审批部门下发的《医疗机构执业许可证》，由于我省各级儿童福利机构抚养人数、经济水平等存在差异，可以在院内通过自设、合作等方式设立中医门诊部，普通门诊和康复医院等。

**4.2**  场地要求

康复服务场地必须进行无障碍处理及防撞处理，最大程度减少残疾儿童发生事故。具体要求如下：

**4.2.1**无障碍设计、安全标志、公共信息图形符号、医疗、消防安全表示必须符合相关规定。消防安全必须经过相关部门验收合格。

**4.2.2**康复服务场所使用面积的大小由机构面积、残疾儿童人数和残疾儿童障碍类型所决定，虽然不同的机构中残疾儿童数量和类别有所区别，但每个机构都需要设置评估室、个训室与集体教室，个训室包括运动治疗室1间、言语治疗室2间、作业治疗室1间、感觉统合治疗室1间、传统康复室1间、理疗室1间；言语个训室至少（10平方米）；作业治疗室（20平方米）；运动治疗室（40平方米）；其它科室可以根据各机构需求进行设置，物理因子治疗室面积不小于20平方米、中医传统康复室面积不小于20平方米；集体课教室各机构可以根据需求和实际情况设置不同数量，但每间集体课教室面积应不小于40平方米。

**4.3** 人员要求

**4.3.1** 康复服务人员

康复医师2名，因儿童福利机构残疾儿童康复服务的专业性和特殊性，每所儿童福利机构需具备专业康复医师2名。但目前全国康复医师数量短缺，在省内机构康复医师人员不足的情况下，可以由经过系统康复知识培训并经过考核成绩合格的内科、中西医结合或中医执业医师兼任康复医师；每10名孤残儿童需配备一名康复治疗师（士），康复治疗师（士）需通过全国统一卫生专业资格考核并经过儿童康复系统培训后才可上岗，应届毕业生应在实习结束后，经理论与实践考核合格后，进行儿童康复系统培训至少3个月，才可在带教老师指导下进行康复服务；康复护士至少4名，上岗前需进行专业培训3个月后才可上岗服务；孤独症儿童康复须配有特教专业教师或经过3个月特殊教育康复系统培训，经考核合格后的特教或幼师1名；每个机构还应配备1名专（兼）职的心理健康咨询师，有条件机构还可配备专业的心理医生。

**4.3.2** 康复管理人员

由于儿童福利机构残疾儿童康复的专业性较强，所涉事务具有一定特殊性，所以康复管理人员应要求从事过医疗、康复、特殊教育等相关专业的专业人员来担任，管理人员应具有本科及以上学历、中级职称以上，从事儿童康复相关工作5年及以上者担任。

**4.4** 设备要求

康复服务设备分为类，一为物理治疗设备，大部分为二类医疗器械，使用时应按照二类医疗器械管理使用；二为常用的运动康复、言语康复、认知康复、作业康复等设备大部分为三类医疗设备，使用时应按照三类医疗设备管理；三为常用的康复教具、玩具、学习用品等易耗损用品，日常使用做好定期消毒即可，无需按照医疗设备管理。由于儿童残疾程度不同 ，对康复设备的需求也不同：

**4.4.1肢体残疾儿童**需要的康复服务设备主要以粗大运动功能、精细运动功能、言语治疗或吞咽障碍功能、认知障碍功能，感觉统合治疗的设备为主，配合物理因子治疗，中医传统治疗的设备，有条件的机构还可配备引导式教育的相关设备。

**运动治疗**需要但不限于配置PT床、PT垫、PT凳、巴氏球、楔形垫、滚筒、坐姿矫正椅、站立训练设备（站立架、站立床、踝关节矫正板、儿童肋木）、步行训练设备（阶梯、平衡杠、平衡板、减重步行训练仪、功率自行车），悬吊系统（吊带、吊船、平衡凳、木绳梯、悬吊棒），有条件的儿童福利机构可以配置步态训练机器人等设备。

**作业治疗**需要但不限于配置儿童桌椅、手功能组合训练箱、上肢协调功能训练器、铁棍插板、串珠、分指握力器、上螺丝拧螺母板、几何图形插板、腕部功能训练器、手指阶梯、立式套圈、圆柱插棍、穿衣板、系鞋带板、辅助用筷、辅助用勺、磁性画板、卡纸、儿童剪刀、益智玩具等。有条件的儿童福利机构也可配置数字OT系统等。

**言语治疗**需要但不限于配置坐姿矫正椅、认知卡片全套、听理解能力卡片、认知训练组件、仿真玩具、仿真果蔬、仿真娃娃、图形镶嵌板、拼音及字词训练卡片、口肌训练套装、吸管套装、汽笛套装等。有条件的机构也可以配置言语认知治疗仪，根据孤残儿童需求可以配置吞咽治疗仪等。

**引导式教育训练**需要但不限于配置训练凳、木箱凳、梯背架、手札与腿扎、拳套、扶手、条台、胶圈、木棒、高台脚、长凳、障碍物、后拉步行器、站立架、平衡杠、梯背椅、斜板、三角垫、台板、便盆等。

**感觉统合治疗**需要但不限于配置秋千架、南瓜秋千、长方形平秋千、圆形木马秋千、弹弹床、拉架床、绳梯、绳网、大象滑梯、滚筒、游戏平台、大型积组合、木梯、攀岩墙、海绵垫、投掷游戏、八角积木、大豆袋等，也可以根据机构需求配置相关感觉统合设备。

**物理因子治疗**需要但不限于配置电子生物反馈治疗仪、蜡疗仪、痉挛仪、中频水疗仪、低频水疗仪、中药熏蒸仪等。

**中医传统治疗**需要但不限于配置推拿床、针灸针、电针仪、头皮针、艾条、刮痧板、穴位注射器、小针刀等。针灸等、头皮针、穴位注射、小针刀等浸入式操作必须由中医、中西医结合执业医生完成。

**4.4.2智力残疾儿童**需要的康复服务设备主要以认知、言语、精细功能、感觉统合、引导式教育集体课等的设备为主，辅助融合课、艺术课程的开设，物理因子促进脑发育的设备以及中医传统治疗设备。

**作业治疗**需要但不限于配置认知积木、模拟进食工具、模拟穿脱衣样衣、拧螺丝螺母积木、彩虹塔、五柱套柱、蘑菇钉组合、雪花片组合、夹珠数字配对组合、穿线板、钓鱼玩具、切切乐、橡皮泥、控笔训练卡、触觉训练刷、握笔器儿童剪刀、卡纸等。有条件的机构也可以配备数字OT系统等设备。

**言语治疗**需要但不限于配置基础名词认知卡、思维逻辑训练卡、儿童早教机、常见物品（帽子、牙刷、梳子等）、仿真玩具、各种图形镶嵌板、小熊穿衣、布书、积木、构音训练卡、口肌舌肌训练器、冰棒、吸管套装、汽笛套装、益智玩具、泡泡等。有条件的也可以配备言语训练系统，认知训练系统、言语小屋等设备。

**引导式教育训练**需要但不限于配置训练凳、木箱凳、梯背架、手札与腿扎、拳套、扶手、条台、胶圈、木棒、高台脚、长凳、障碍物、后拉步行器、站立架、平衡杠、梯背椅、斜板、三角垫、台板、便盆等。

**感觉综合治疗**需要但不限于配置秋千架、南瓜秋千、长方形平秋千、圆形木马秋千、弹弹床、拉架床、绳梯、绳网、大象滑梯、滚筒、游戏平台、大型积组合、木梯、攀岩墙、海绵垫、投掷游戏、八角积木、大豆袋等。由于智力残疾儿童的感觉统合功能较差，所以感觉统合治疗应尽可能的增加设备种类。

**艺术治疗**需要但不限于配置手鼓、电子琴、彩笔、绘画板等。各机构可根据自身特点开设各类艺术课程，设备需求根据各机构需要进行自由配置。**融合课**作为智力障碍儿童的必选课，需要配置儿童桌椅、扩音器、投影仪、多媒体影视设备、及课程所需的图书等。

**物理因子治疗**需要但不限于配置经颅磁磁刺激仪、中药熏蒸仪、水疗等。

**中医传统治疗**同肢体残疾儿童部分。

**4.4.3孤独症儿童**需要的康复服务设备主要以集体课、言语治疗、感觉统合等设备为主，辅助艺术课、物理因子、中医传统治疗等设备。

**集体课治疗**需要但不限于配置儿童桌椅、音响、扩音器、音感训练教具、娃娃家模拟区域、社交游戏教具等。

**言语认知治疗**需要但不限于配置各种视听触觉玩具、ABA全套认知卡、配对卡片及玩具、视觉沟通工具、常见物品教具、镶嵌板、拼图、积木、抽拉玩具、时间天气季节教具、记忆游戏卡、代币、数学逻辑训练表等。有条件的也可以配备言语训练系统，认知训练系统、言语小屋等设备。

**感觉统合治疗**同智力残疾儿童部分。

**艺术治疗**可以根据孤独症儿童的特点配置响应的设备，如手鼓、电子琴、奥尔夫音乐、彩笔、绘画板等。

**物理因子治疗**同肢体残疾儿童部分。

**中医传统治疗**同肢体残疾儿童部分。

**4.4.4听力言语残疾儿童**的康复需要但不限于配置助听器、认知卡片、金属棒、木棒、鼓、言语训练系统等，各机构可以根据机构内儿童情况配置设备，也可以配备耳声发射仪等。

**4.4.5视力残疾儿童**的康复需要但不限于配置盲杖、助视器、单柄放大镜、台式放大镜、阅读裂口器、滤光镜片、大体印刷品、盲人用直尺、盲人用记事本、低视力助写板、阅读机、听书机、低视力增强系统、读屏软件、电子助视器等，其它设备各机构可以根据机构内儿童需求进行配置。

5.服务内容

**5.1** 康复服务流程

康复服务是一个漫长、循环往复的过程，所有孤残儿童的康复都需要经过系统的评估后制定针对性的个人治疗方案。康复方案实施后需根据残疾的不同类别多次进行康复中期的效果评估（一般肢体类残疾中期评估约30天，智力残疾类约30天，孤独症约90天，或者是在残疾儿童有明显进步或退步时应及时进行康复评估），根据效果评估结果，不断修正康复治疗方案。儿童福利机构内具体康复服务流程如下：

第一，康复医师对残疾儿童进行疾病诊断，并出具相关诊断结果；第二，根据疾病诊断结果，结合儿童实际确定其功能障碍类型；第三，组织残疾儿童本人、护理员（如果是社区儿童需要其家长参与）、康复治疗师及与残疾儿童康复治疗相关的人员参与，通过团队精准、全面的康复评定全方位了解孤残儿童的生理功能、心理功能、社会功能，综合分析个人因素、环境因素和社会因素，针对孤残儿童需求制定针对性康复方案；第四，由康复团队实施康复治疗方案；第五，在残疾儿童康复治疗有明显变化时进行中期康复效果评估，中期评估应定期展开，其中肢体残疾、智力残疾、孤独症儿童应在康复治疗3个月后，进行中期综合评定，听力言语残疾、视力残疾儿童根据疾病发展情况定期进行评估；第六。中期评估后根据评估结果对比前期康复治疗效果，修正并实施新的康复治疗方案；第七，经过一段时间的康复治疗后，残疾障碍有明显改善，康复效果稳定者重复上述流程，进行常态化的康复治疗；如果残疾加重或疾病加重需要进行转介的应及时转介至上级医院进行康复治疗；第八，部分残疾儿童经过康复治疗后可以进入特殊学校或普校就读的可以在下学后或周末对其开展常态化康复教育或治疗，并且每6个月再进行一次康复评估，及时了解儿童康复动态。

**5.2** 康复评估

康复评估是由康复医师、康复治疗师、儿童护理员共同参与的针对残疾儿童进行功能评价的系统性讨论会，康复人员根据儿童功能障碍程度所制定的评估体系及量表。

康复评估是儿童康复的必备项，没有全面的评估就无法制定全面的康复治疗计划，孤残儿童康复治疗周期较长，一年内需要进行多次中期评估，无特殊情况一年进行一次末期评估。

**5.2.1** 肢体残疾儿童康复评估一般常用的粗大运动能力评估（GMFM）软件（量表）、精细运动能力评估（FMFM）软件（量表）、Gesell评估软件（量表）、Peabody评估量表，包括小儿智能发育筛查量表（DDST）或0~6岁儿童发育筛查量表（DST），小于1岁儿童增加0~1岁小儿神经运动20项检查。根据患儿情况还可以适用构音障碍评估、S-S语迟评估、日常生活能力评估等。

**5.2.2**适用评估系统有丹佛发育量表（DDST)、Gesell发育诊断量表、韦氏幼儿智力量表、韦氏儿童智力量表、S-S语迟评估等。在使用韦氏智力量表时一定注意按照年龄阶段进行评估，避免因量表适用错误造成评估结果不准确。

**5.2.3** 孤独症儿童康复评估最基础的ABC孤独症评估量表，CARS、CPEP-3、ATEC等评估量表。所有疑似孤独症儿童首先进行ABC量表初查后再根据情况使用其它量表。

**5.2.4** 言语听力残疾儿童康复评估按照（WHO-1997）听力损失分级标准进行评估，婴幼儿应进行耳声发射仪进行筛查。如院内专业设备或技术缺乏可以至二级以上医疗机构进行评估。

**5.2.5** 视力残疾儿童康复评估至少需要在院内配备标准对数视力表进行检查。如院内技术欠缺可以到二级以上医疗机构进行评估。

**5.3** 康复治疗

在孤残儿童的康复治疗中，主要以康复医师、康复治疗师、康复护士、特教老师（幼师）为主，因护理员还要承担养育工作，所以只起辅助作用。对各类残疾治疗办法需采用具有循证医学Ill级以上证据的治疗方法做为孤残儿童康复服务内容。

**5.3.1 肢体残疾儿童康复治疗**以物理功能治疗为主，如效果不明显可以逐步增加口服药物、注射药物或手术进行治疗。根据年龄段不同，需按照人体发育学规律进行康复治疗。分别划分为2岁以内早期干预为主，促进生长发育，减少与同龄段儿童发育差。主要以被动运动，运动治疗、神经发育促通技术、物理因子治疗为主每日建议至少进行4个小时的康复治疗。3-6岁年龄阶段主要以扩大生活活动范围、开始训练参与集体活动，促进认知能力及独立生活能力为主。主要以引导式教育训练为主，辅助感觉统合治疗、运动治疗、作业治疗、言语治疗、传统康复治疗、物理因子治疗、辅助器具适配等。因为要开始进行融合课程的介入，所以建议每日康复治疗不少于3小时。7-14岁肢体残疾儿童康复治疗应注重独立生活能力训练，融入社会能力训练、针对部分重残肢体功能障碍儿童应改为功能代偿训练；重点在于教育与康复融合，辅助以个别化的运动治疗、作业治疗、言语治疗、辅助器具应用的适配与应用训练、对部分患儿可采取手术治疗、心理干预等方法。因为该年龄阶段儿童基本都需要进行特殊教育或正常普校教育，所以建议每日康复治疗不少于2小时。14岁以上重度肢体残疾儿童康复治疗重点在于让其有尊严的生存，维持各项生命体征，保持关节活动范围，预防压疮等。主要采取运动治疗、言语治疗、传统康复、物理因子治疗等。因为这类儿童自主生活能力差，活动范围及能力较小，所以建议每日康复治疗不少于3小时。

**5.3.2 智力残疾儿童康复**主要以认知、言语、生活自理能力、运动功能训练为主，认知疗法、作业疗法、言语疗法、运动疗法、生活自理能力训练、感觉统合训练、音乐疗法、集体课、经颅磁刺激治疗等为主。2岁以内应早期介入训练，发现问题积极通过认知疗法及视听触觉等刺激进行干预，建议每日康复时间不少于4小时。可以另外可以使用中医头针等进行治疗；3-6岁以单训为主，辅助以集体课综合训练，治疗中以认知训练、言语训练、感觉统合训练、音乐疗法、集体课、经颅磁刺激治疗等。建议每日康复治疗不少于2.5小时；7-14以上在个性化训练的基础上，应增加日常生活能力及社会适应性训练的比重。轻度残疾应及时进入普校参与集体生活、学习；中、重度智力障碍孤残儿童应积极接受特殊教育，建议每日康复时间不少于2小时；14岁以上重度智力残疾该年龄段儿童以个别化训练为主，主要进行生活能力训练，便于集体照料。建议每日康复治疗时间不少于3小时。

**5.3.3 孤独症儿童康复**目前无特效的康复办法，所以康复应多方面的进行。根据儿童特点可以制定个性化的训练方案，但主要还是以集体教学为主，内容包括但不限于应用行为分析、认知疗法、作业疗法、言语疗法、运动疗法、生活自理能力训练、感觉统合训练、音乐疗法、集体课、社交课、经颅磁刺激治疗等。2岁以内应早期进行评估检查，发现异常应及时进行干预，建议每日康复治疗时间不少于4小时；3-6岁在提高认知理解能力的基础上，增加社会适应能力训练，继续使用应用行为分析疗法确定儿童问题行为，关键技能反应、结构化教育增加地板时光，社交故事等训练；建议每日康复治疗不少于2.5小时；7-14岁根据评估结果进行分班训练。可以正常入学的送入学校，利用周末等时间及时有针对的进行干预。不能入学的高功能孤独症儿童在个训的基础上，增加文化课集体课及社交课比重，低功能孤独症儿童继续个训及综合训练，以提高日常生活自理能力，社交礼仪等，建议每日康复治疗不少于1小时；14岁以上重度孤独症在提高认知理解能力的基础上以提高日常生活自理能力训练为主，减少问题行为，控制情绪，便于护理人员照料，建议每日康复治疗不少于3小时。

**5.3.4 言语听力残疾儿童康复**重点在于早期的听力筛查，新入院1岁以内的儿童必须进行听力筛查，有听力损伤的婴儿应立即进行干预。对听力损失的残疾儿童应在专业听力适配机构进行助听器验配，并适配助听器。2岁以上，并适配助听器在6个月以上方可进行人工耳蜗植入手术。每天坚持佩戴助听器或人工耳蜗，如有音量调节在刚开始佩戴时调小音量，逐渐增大，直至最合适范围。对不配合佩戴助听器的儿童，可分时段来适应。戴上助听器或人工耳蜗后先进行室内适应性声音训练，然后进行环境适应性训练，逐渐进行单词学习及语句学习，在日常尽量长期佩戴助听设备与孤残儿童游戏，增加词汇量及适应能力。

**5.3.5 视力残疾儿童**早期应及时进行筛查，机构内不具备条件的应到专业眼科进行眼睛适配，盲童应及时进行定向行走及环境适应、导盲辅具应用学习、盲文学习、读屏软件学习等。

**5.4 康教融合课堂**孤残儿童的发育要从多维度规划发展其能力，在认知、言语和社会技能等各个训练活动中，训练的每一个环节尽可能多地锻炼，从而改善其行为和语言发展水平。课堂设置以游戏活动为起点，巧设康复与教育相结合的教学内容，以生活情境为支点，构建康复与教育结合的课堂内容。残疾儿童经过早期康复介入后大部分肢体残疾儿童、部分智力残疾儿童都是可以正常学校就读，所以康教融合就显得尤为重要，我们应该在不同年龄阶段每天安排一定的时间让其进行多维度的培养，以适应将来社会学校就读的环境。

3-6岁肢体残疾孤残儿童每日融合课堂不少于1小时；

7-14岁肢体孤残儿童每日融合课堂不少于2小时；

3-6岁智力残疾孤残儿童每日融合课堂不少于2小时；

7-14岁智力残疾孤残儿童每日融合课堂不少于3小时；

3-6岁孤独症儿童每日融合课堂不少于1.5小时；

7-14岁孤独症儿童每日融合课堂不少于3小时。

6 质量评估与督导

儿童康复治疗对康复工作人员是极具挑战的工作，是对工作人员的耐心、爱心、责任心的严峻考验，工作人员在长期工作中如果不进行评估与督导势必会造成懒散的工作态度。专业性、规范性的考核评估对康复工作人员的工作效率也起到了积极的促进作用，可以提升工作质量，提高孤残儿童康复的有效性。

**6.1** 儿童福利康复服务应建立完善的质量控制体系，确保孤残儿童康复服务质量得到保障。

**6.2** 制定康复医师、康复治疗师、康复护士岗位职责，明确各项康复治疗的原则及操作规范。

**6.3** 制定康复治疗安全管理措施，并每三个月对康复治疗相关人员进行安全教育。因儿童康复治疗师都较为年轻，需要进一步培训及培养，制定康复治疗安全管理措施、严格管理各个岗位工作职责。

**6.4** 应建立康复治疗师质控小组，质控小组由儿童福利机构负责医疗卫生的主要领导或负责人、康复机构的主要负责人、康复医师、具有工作5年以上经验的康复治疗师等人组成。至少每季度对康复治疗师进行培训、考核一次。

**6.5** 建立反馈机制，机构需定期与机构内护理员、社区残疾儿童家长进行康复反馈沟通，确保儿童康复训练的连续性。院内孤残儿童的康复基本上由康复治疗师完成，社会上的残疾儿童治疗完成后一般都回家进行训练，所以建立反馈机制十分必要。

**6.6** 定期通过对护理员、社区残疾儿童家长进行康复治疗的满意度进行问卷调查，提升康复质量。内容包括儿童康复治疗有效、无效，对康复治疗过程态度是否满意，对康复治疗师的工作水平及工作态度是否满意，对机构的治疗环境是否满意，对残疾儿童的康复效果是否满意，对护理员或家长进行康复教育是否满意等各方面组成。

**6.7** 应建立康复质控小组，定期对康复评估率、康复记录完成率、康复记录书写质量、视频采集率、视频采集有效程度、重大责任事故发生率进行监测。

7 儿童福利机构内康复治疗区感染控制管理

儿童福利机构内孤残儿童属于密集型的群居生活，并且常年不接触社会，自新冠疫情暴发以来，各机构都严格进行封闭式管理。残疾儿童的体质要弱于社会儿童，如果出现一例传染病，非常容易造成大面积的感染，所以预防感染是非常重要的工作。

**7.1**建立健全康复治疗区感染监控制度，落实感染监控制度，是防止出现院内出现感染爆发的有效手段，监测对象为孤残儿童、社区残疾儿童和工作人员，每季度统计一次监测对象的感染率。

**7.2**每三个月一次对康复治疗室物表、空气，康复治疗师、服务对象手卫生进行一次细菌培养监测。如果院内出现大面积感染发生应及时进行监测，及时发现消毒不彻底的漏洞。

**7.3**每半年进行院内感染漏报率的调查，督促各康复治疗区如实登记院内感染病例，杜绝漏报情况发生，为后续院感监测分析提供真实有效数据。

**7.4**分析评价监测资料，发现问题要及时向康复治疗区主要领导及儿童福利机构主要负责人反馈信息，积极采取有效措施，切实减少各种感染的危险因素，降低感染率，将院内感染率控制在10%以内。

**7.5**儿童福利机构内的病毒，有害细菌均为外来携带，每半年一次对所有所有工作人员进行预防院内感染知识的培训和继续教育，做好有关消毒、隔离专业知识的工作可以最大限度的切断病毒、有害细菌在院内的传播，保障孤残儿童的身体健康状态。

**7.6**使用后的一次性使用医疗用品必须统一放置在医用垃圾桶内，不得与生活垃圾混存，使用过的针灸针等锐器应妥善存放至锐器盒中，定期统一由取得当地卫生行政部门和环保部门颁发的卫生许可证、经营许可证的集中处置单位同意收集处置，不得出售给个体商贩、废品回收站或交由其他任何单位收集处理。

**7.7** 所有工作人员在生活区内的工作服不能与治疗区的工作服混穿，进入康复治疗区时应更换工作服，所有工作人员必须做到为每名儿童进行康复治疗前、后进行手消毒。

**7.8** 各康复治疗室应每日进行一次空气、地面、台面消毒，对使用过的玩具物品每周进行清洗或消毒，对空气消毒可以使用紫外线消毒灯，空气消毒机，对台面、地面消毒可以使用含氯消毒剂进行消毒，玩具雷物品根据材质可以进行清洗，使用75%酒精擦拭等方法进行，每次消毒、清洗后要详细记录消毒时间、消毒方式、消毒剂量等信息。

8 业务管理

规范化的业务管理是对康复质量的保障，应建立健全康复服务的各项工作制度，安全制度、学习培训计划，定期举行各类演练。医疗康复设备应设置台账，专人负责，并定期进行理论或实践业务培训学习，确保孤残儿童康复治疗的连续性，有效性，促进康复服务专业化、标准化、高质量的发展，让孤残儿童早日回归到社会中。

9 档案管理

建立健全档案也是对平时工作的监督，康复记录的及时书写能准确记录孤残儿童的康复效果，影音资料的记录可以最真实的记录孤残儿童康复治疗的过程以及效果的评价，也是对我们儿童福利机构档案全面、规范、真实的记录。

**9.1** 建立孤残儿童康复训练电子档案，每月2次真实记录孤残儿童康复服务后的变化，定期打印成纸质存档。

**9.2** 康复训练档案应记录儿童姓名、性别、年龄、现病史、评估内容、康复治疗计划、训练记录、训练总结等。

**9.3** 康复训练档案还应每月至少记录一次儿童的影音资料，完善孤残儿童的视频资料，全面、动态、真实记录儿童康复全过程及成长情况。

**9.4** 康复训练记录应由康复医师、康复治疗师共同完成，并要求相关人员签字确认。

**9.5** 康复档案还应保存儿童康复过程中的相关安全确认、签字等文档。