ICS 11 180
C 04

团　　体　　标　　准

T / CARD ××-××××

智力残疾康复服务

Rehabilitation for Intellectual Disability

（征求意见稿）

2019-5-15

2019-××-××实施　　2019-××-××发布

中国残疾人康复协会 发布

目　　次

前言 ……II
1 范围……1
2 规范性引用文件……1
3 术语和定义……1
4　总则……2
4.1 鉴定与分级……2
4.2 服务原则……3
5　服务要求 ……5
5.1 服务流程 ……5
5.2 服务内容……5
6　质量评估 ……8
6.1 质量成效评估……8
6.2 教育康复的组织评估……8
7 服务条件……8
7.1 基本条件……8
7.2 职业场所……9
7.3 居家生活……9
7.4 社会资源……9
附录……10
参考资料……11

前　言

本标准按 GB/T 1.1 给出的规定编制。

本标准的附录为规范性附录。

考虑到本标准中的某些条款可能涉及专利权，中国残疾人康复协会不负责对任何该类专利权的鉴别。

本标准牵头起草单位: 中国残疾人康复协会智力残疾人康复专业委员会

本标准主要起草人：

智力残疾康复服务

Rehabilitation for Intellectual Disability

1 范围

本标准规定了智力康复的定义、服务原则、服务资源、服务要求、信息管理等。

本标准适用于提供智力残疾康复服务的相关机构和服务人员。

2 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/T26341 残疾人残疾分类和分级

GB 50763 无障碍设计规范

建标 156-2011《特殊教育学校建设标准》

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1 **智力残疾 Intellectual Disability**

是指智力显著低于一般人水平，并伴有适应行为的障碍。此类残疾是由于神经系统结构、功能障碍，使个体活动和参与受到限制，需要环境提供全面、广泛、有限和间歇的支持。

智力残疾包括在智力发育期间（18 岁之前），由于各种有害因素导致的精神发育不全或智力迟滞；或者智力发育成熟以后，由于各种有害因素导致智力损害或智力明显衰退。

3.2

康复 Rehabilitation

是指综合地、协调地应用医学的、社会的、教育的、职业的措施，以减轻伤残者的身心、活动和参与障碍，使其功能得到整体提升而重返社会。

3.3

早期干预 Early intervention

是指一种有组织、有目的的丰富环境的教育活动，它用于发展偏离正常或可能偏离正常的 5-6 岁以前的小儿，通过这种措施，希望使儿童在体格、运动、智力、语言、行为等方面都有所提高。

3.4

支持 support

是可以促进个人发展、教育、兴趣和个人福祉的资源与策略，以提升个人的功能和生活质量。

注：Intellectual disability Definition，Classification, and Systems of supports The 11th Edition of the AAIDD Definition Manual P97

3.5

社会支持 Social support

是指来自理念、法律、法规、政策和经费方面的支持。

3.6

自然支持 Natural support

是指来自残障人自己、家庭、邻里、同学、同事和社区的，非正式的、非专业的，低成本的、可持续的支持。

3.7

专业支持 Professional support

是指来自具有某种学科专业背景的支持，如社工，法律、特殊教育、康复技术、心理咨询和治疗等。

3.8

支持需求 Support needs

是指个人参与人类功能有关活动所需要的支持形态和支持强度。

注：同上 P99

3.9

支持系统 Support system

是指为有计划且整合地使用个别化支持策略和资源,这些策略和资源是在不同社会生活情景中人类表现的多元方面，包括社会支持、自然支持和专业支持及其相应的组织架构和提示人类表现的相关要素。

注：同上 P98

4 总则

4.1 鉴定与分级

4.1.1 智力残疾由区县一级残联及指定的医疗机构进行诊断鉴定。

4.1.2 诊断和分级指标根据国家标准《残疾人残疾分类和分级》（GB/T26341—2010）中第 4.6 条及 5.6 条。

4.2 服务原则

4.2.1 建立支持系统原则

4.2.1.1 支持应体现以下四个特点：

a） 要以当事人为主体，支持者协助；

b） 通过支持让当事人过上常态生活；

c） 支持的关键在于精准；

d） 有效的支持是一个递减的过程。

4.2.1.2 支持系统

应为智力残疾人建立支持系统。通过搜集、梳理资源，构建支持系统，形成以社会支持为主导、优先且主要采用自然支持，专业支持做后援的支持系统，提高他们个人及其家庭的生活质量。

4.2.2 按需求提供支持的原则

应根据支持需求，从支持形态和支持强度两个方面为智力残疾人提供精准支持服务。

4.2.2.1 支持形态测评可以分为以下 5 级：

a）无须支持，记为 0 分；

b）监督提示，如需此种支持记为 1 分；

c）口头提示或动作提示，如需此种支持记为 2 分；

d）部分身体协助，如需此种支持记为 3 分；

e） 全部身体协助，如需此种支持记为 4 分。

4.2.2.2 支持强度划分参照附录表 2《支持强度划分参照表》分为以下 5 级：

a) 无须支持；

b) 间歇支持（偶尔提供短暂的支持）；

c）有限支持（在一定的情景中需要短期支持）；

d）广泛支持（在许多场合需要与专业相关的支持）；

e）全面支持（在多方面需要长期、持续、专业的支持）。

4.2.2.3 应区分不同支持强度，适度应用支持，避免对当事人的生活带来不必要的干扰。

4.2.2.4 有效的支持是一个递减的过程，在达到常态生活后，随着当事人的自主能力提升，他所需要的支持强度降低，对他生活的干扰程度下降。

4.2.3 实施终生支持服务的原则

4.2.3.1 智力障碍者需要社会为其提供终生的支持服务，在不同的年龄段采用不同的方法和内容给予支持，以让其最大程度的实现生活自理、社会适应和融入社会。

4.2.3.2 婴幼儿时期应重点支持婴儿的母亲及家庭，为儿童提供相关发育监测、营养护理、教育训练等方面的支持服务。

4.2.3.3 学前儿童时期干预的重点应是提供康复训练和学前教育支持服务。

4.2.3.4 学龄儿童时期干预的重点应是提供接受义务教育的支持服务。

4.2.3.5 成人时期干预的重点应是协助实现并维持支持性就业支持服务。

4.2.3.6 老年时期干预的重点应是以社区养老为主，必要时可以采用托养或其他方式养老支持服务。

4.2.4 共同参与的原则

4.2.4.1 智力残疾人、家庭成员、社区人员（居民、相关服务与管理人员）应共同参与，为智力残疾人提供具有终生意义的支持性生活、支持性教育和支持性就业，保障他们过上常态生活。

4.2.4.2 加强培养智力残疾人自我决定能力，为他们提供选择的机会并鼓励他们做出决定，在执行过程中克服困难，根据情况调整最终实的实现目标，促使其主动参与康复服务。

4.2.4.3 将智力残疾者家人作为支持的主要提供者，通过提供自然支持，鼓励家人利用家庭的优势、家庭资源，协助智力残疾人过上常态生活。

4.2.4.4 加强社会宣传和教育，改变社区居民、相关服务和管理人员的观念，合理利用社区的医疗、商业服务、社会活动及社区无障碍环境、社区康复服务及后续的专业支持系统的建设，为智力残疾人提供社会融入的机会，促进其最大限度的参与社区生活。

5 康复服务要求

5.1 服务流程

为智力残疾人提供康复服务，应遵循以下图示服务流程。

5.2 服务内容

5.2.1 开展康复服务筛查与安置

5.2.1.1 通过进行筛查早期发现、早期诊断，为 0-7 岁时期智力残疾婴幼儿提供家庭支持、康复训练和学前融合教育安置。

5.2.1.2 筛查在入学年龄期，要及时为适龄智力残疾儿童提供融合教育优先的多元教育安置，为智力残疾青少年提供职业教育的机会。

5.2.1.3 筛查在年满 18 周岁以上的智力残疾人安排支持性就业或其他的就业或生产劳动，做好独立生活和

社区融合安置。

5.2.2.1 康复档案应一人一档，以纸质形式备案；有条件的机构应建立电子档案并收入影像资料。

5.2.2.2 康复档案应包括以下内容：

a）基本信息：儿童、父母及其家庭基本信息和资料。

b）诊断证明：智商、适应能力和相关的病因证明。

c）评估记录：动作、感知、认知、语言、个人家庭生活、社会适应能力、相关学业或就业情况的测评记录。

d）个别化计划及实施方案：要为每个智力残疾儿童或成人定制适合个人当前需要（6 个月左右）的康复、教育、支持或服务的计划，并制定切实可行的实施方案。

e）康复实施记录：每一次活动完成后，要以简明的方式评估活动成效，每 6 个月对个别化计划进行一次阶段性评估。婴儿阶段可以缩短到 3 个月，成人阶段可以延长到一年一次。

f）总结与转介评估记录：当完成一个阶段的康复、教育和支持服务，应进行总结评估，并为智力残疾人提供下一阶段的个别化转衔计划，做好转介和衔接安置服务记录。

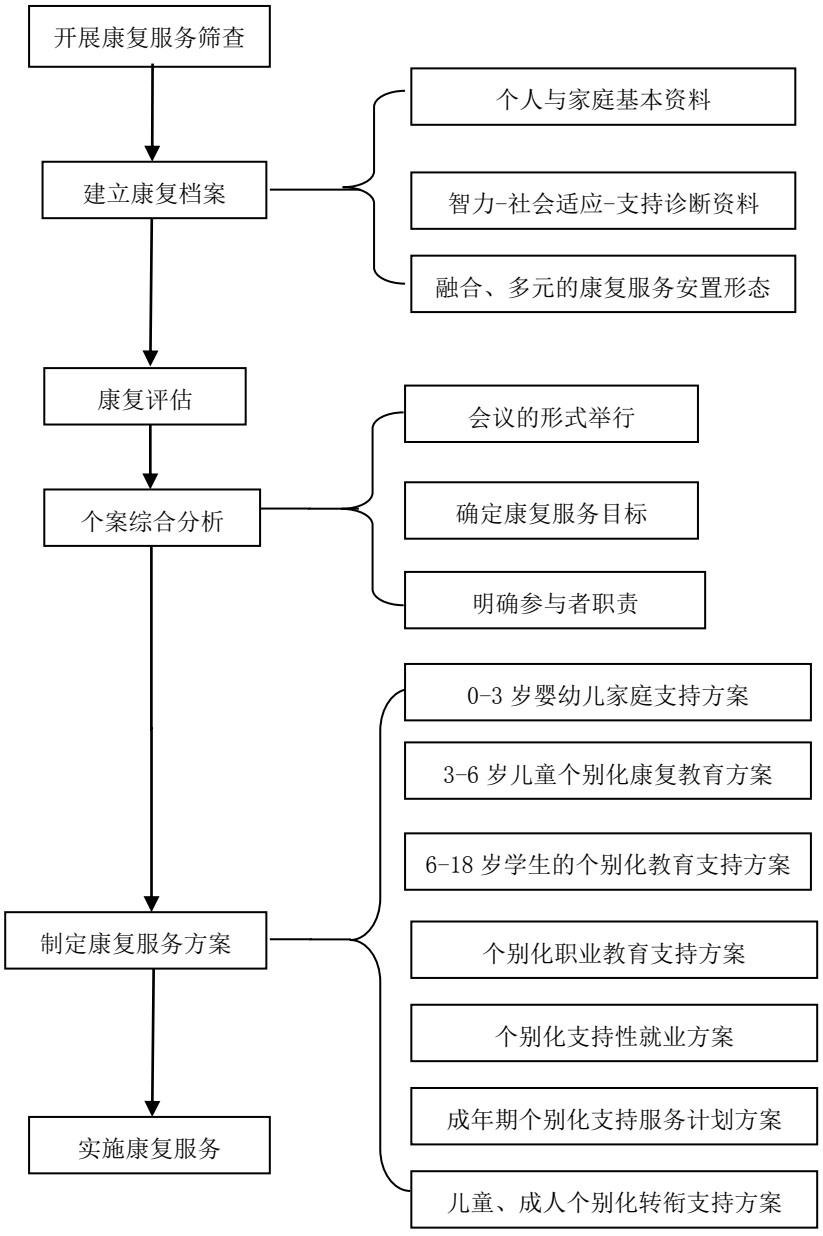

图 智力残疾康复服务流程图

5.2.2 建立康复档案

康复档案包括个案的个人和家庭基本信息，个案的智力测验、社会适应能力和支持程度分类及相关基本资料，以及在普通教育机构或康复机构或家庭社区等安置情况等内容。

5.2.3 康复评估

5.2.3.1 **能力评估，**由具有心理测验背景的专业评估人员进行。通过智力测验量表和适应行为量表对当事人实施智力测验和适应能力评估，以确定他是否符合智力残疾的诊断标准。
5.2.3.2 **功能评估，**由康复专业人员进行。通过对当事人实施运动能力、感知能力、认知能力、言语能力、日常生活能力、社会适应与人际交往能力进行功能评估，以确定他的发展现状与康复需求。
5.2.3.3 **支持需求测评，**由社工等相关人员对当事人进行。通过了解其（残疾者）需要的支持形态和支持程度，为（他）建立个别化支持形态提供依据。
5.2.3.4 **教育需求评估，**由教师或特殊教育工作者进行。通过发展性测评、功能性测评和支持性测评等方法，参见照附表 3，从智能发展、社会适应和生活实践三个方面的内容，全面测评智力残疾人的教育服务需求；在融合教育环境中的智力残疾人要根据个人的教育需求进行课程本位评估，进行教学过程调整。
5.2.3.5 在实施上述四项康复评估过程中，智力残疾人和家长是重要和主动的参与者。

5.2.4 个案综合分析

5.2.4.1 **会议的形式进行个案综合分析。**智力残疾人、家长、教师和相关服务人员和教育行政领导等出席会议，会议对个案进行综合分析，了解智力残疾者的核心障碍、障碍影响、具有的优势和弱势，提出当前（6 个月左右）的康复服务重点，适合智力残疾人的最佳生活环境和需要的康复、教育和支持服务的措施与对策。
5.2.4.2 **确定康复服务目标。**根据智力残疾人的需求确定当前康复服务重点，提出本阶段的长期目标；再根据长期目标结合当事人现状适合的短期目标，以及需要的康复服务策略和资源。
5.2.4.3 **明确参与者职责。**在确定智力残疾人适合的康复服务形式时，还应明确各相关参与者具体负责的康复服务职责与目标，所有参会人员签字并形成具有协议性的正式文件，作为实施个别化计划的依据和策略。

5.2.5 制定个别化康复服务方案

应在智力残疾人不同的生活时期，结合其生涯发展的关键阶段，重点从以下五种基本康复服务方案中进行选择，以便制定出更适合其个人及家庭、社区和教育环境的个别化计划。

5.2.5.1 0-3 岁婴幼儿个别化家庭支持方案

5.2.5.1.1 重点应通过支持家庭，尤其是通过支持父母或直接监护人来协助有需求的婴幼儿。
5.2.5.1.2 应进行系统的家长培训，帮助父母和家庭成员建立科学的残疾观，进行认知和情感调适，合理安排家庭资源。
5.2.5.1.3 **应**在相关专业人员支持下，以家庭为基础，通过母亲或直接照顾者对婴幼儿进行发育监测和营养护理，实施有针对性的早期干预和早期教育。

5.2.5.2 学前儿童个别化康复教育方案

5.2.5.2.1 应在以家庭为主的康复服务的基础上，逐渐增加儿童的有针对性的运动感知、思维想象、语言沟通、社会情绪、人际交往和生活自理等方面的系统化康复训练。
5.2.5.2.2 应将适龄智力残疾人就近安置到幼儿园接受学前融合教育，参与以游戏为主的各类教学活动，建立融合的归属感、积极的人际关系，学会适应常态的生活与学习环境，为进入义务教育阶段奠定基础。

5.2.5.3 6-18 岁学生个别化教育支持方案

智力残疾学生应接受义务教育和相关教育。对 6~15 岁的智力残疾学生，主要实施以基础教育内容为主

的个别化教育支持方案；对 15 岁以上的智力残疾学生，要实施以职业教育内容为主的个别化职业教育支持方案。

5.2.5.3.1 个别化教育支持方案

a)应让智力残疾学生在基础教育阶段得到适合个人特点且有质量的教育；

b)在普通学校接受融合教育的智力残疾学生应拟订与普通学校的课程相关、与教育环境契合的个别化教育支持方案；

c)应根据学生的个人需求和特点，从个人发展、适应功能和主要学业等角度，对课程内容进行调整，拟订个别化教育支持方案；

d)在特殊教育学校内，应根据新公布的培智学校课程标准，结合学生的发展和意愿以及家长的要求，拟订个别化教育支持方案。

5.2.5.3.2 个别化职业教育支持方案

a)应为智力残疾青少年提供职业素养教育和职业知识与技能，提供有关家庭生活及社区参与的知识与技能；

b)方案的第一阶段以培养职业素养为主，在培养学生自我决定能力的基础上， 注重职业意向、职业人格、职业基本知识与技能的培养，以及独立生活和社区参与能力的培养；

c)方案的第二阶段以转衔教育为主，以就业岗位为核心（包括家庭生活、社区适应等内容）， 拟订个别化职业转衔支持方案，让学生实现就业，并维持职业，协助他们从学生转变为成人。

5.2.5.4 成年期个别化支持服务方案

5.2.5.4.1 为支持成年智力残疾人独立生活，全面融入社区，稳定就业，过上常态的成人生活，这一阶段的支持服务方案分为年轻成年人的个别化支持性就业方案和老年成人的个别化支持服务方案。

5.2.5.4.2 年轻成年智力残疾人的个别化支持性就业方案，应以维持稳定的职业为主，全面关心他们的独立生活、家庭生活和社区适应。

5.2.5.4.3 老年智力残疾人的个别化支持性就业方案，应由支持性为主的方案渐变为服务性递增的方案，随着老龄化的进程，支持性降低，服务性持续增加，以适应老人晚年健康、愉悦和平静生活为主的基本需求。

5.2.5.5 个别化转衔支持方案

5.2.5.5.1 应为智力残疾人在不同生涯阶段提供个别化转衔支持方案。如从家庭转向幼儿园，从幼儿园转向学校，从义务教育转向职业教育。

5.2.5.5.2 当职业发生变化和生活发生重大转折或变故时，应提供转衔支持方案，从智力残疾人个人生活的环境因素、人际关系和日常社会生活等方面，为其提供支持与服务。

5.2.6 实施康复服务

5.2.6.1 地点与方式

5.2.6.1.1 应在融合、常态的环境与条件下为智力残疾人提供多元、持续的康复服务形态。

5.2.6.1.2 大部分智力残疾儿童的康复服务可在幼儿园、小学、中学和职业教育学校的融合教育环境中实施，安排在普通班级就读，并得到资源教室（中心）的支持。

5.2.6.1.3 少数严重及多重障碍的智力残疾儿童应安置在学前康复机构、特殊教育学校（特教班）中接受康

复服务。

5.2.6.1.4 在融合教育环境中实施个别化计划时，应注意将个别化计划中的教学目标与普通班级的教学目标进行整合，在普通班级中实施差异教学，在资源教室进行个别教学或康复训练，以实现适合个体的教学目标，且资源教师应对在普通班就读的智力残疾儿童教育进行巡回指导。

5.2.6.1.5 在学前康复机构、特殊教育学校（特教班）中实施教育计划时，应将全班学生的个别化教育计划整理转化成班级教学康复计划，制定合适的课程表，做好一日活动安排。

5.2.6.1.6 为了实现个别化计划的目标，应在学校、家庭和社区环境中进行立体教学与实践，让家庭和社区成为实施个别化教育的重要场所。

5.2.6.1.7 应通过家庭亲子活动或自然支持来实现相关目标，家长、邻里成为支持者，让智力残疾者在常态的生活环境中学习日常生活，建立人际关系，进行社会交往，参与社区活动，在真实的生活中学会生活。

5.2.6.2 康复服务内容

康复服务内容包括促进发展和提升功能两个方面。

5.2.6.2.1 促进发展

通过教育、康复促进发展，提升智力残疾人的个人智能、社会适应和生活实践等三个方面的能力，包括：

a）智能发展包括人的动作发展、感知记忆、思维想象、语言沟通、概念运用和自我决定等方面内容；

b）社会适应包括人的情绪情感、人际关系、社区参与、社会权责、安全防范、实用常识等方面的内容；

c）生活实践包括日常生活、卫生健康、休闲娱乐、信息运用、职业能力和环境保护等等内容。

5.2.6.2.1 提升功能

通过支持服务，全面提升智力残疾人以下八项功能：

a）自我照顾：解决个体活动的基本问题，如吃、喝、如厕、穿戴、个人清洁卫生等。

b）居家生活：完成一些基本的家务事，如卧室整理、保持家庭的清洁卫生、料理食物等。

c）社区使用：以家为活动中心，向周边社区移动或移动到离家更远的城市功能区和农村、乡镇。利用商店、医院、邮局、公共交通等，参与社区的各种社会或公益活动。

d）学习活动：为智力残疾儿童进入幼儿园、小学、中学和高中后教育提供持续的学习活动的支持，包括全方位的课程调整和个别化课程的制定，实施个别化教育，提供集体差异教学、个别补救教学，以及基于个体纵向教育教学成效评估等。

e）财务规划：随着儿童个体的成长，培养其独立的经济能力，学习如何安排经费做购物计划、如何理财等基本知识和技能等。

f）工作协助：支持个案进入职业教育阶段，再通过个别化转衔，以支持性就业的方式进入融合环境的工作岗位，能够胜任工作，确保工作质量，获得一份合理的工资以及相应的保险和福利等。

g）行为支持：应针对智力障碍者的一些行为问题（如攻击性行为、刻板行为、自残行为等，破坏了与他人的关系，阻碍了他们的社会适应），通过行为支持，分析行为的前因后果，了解行为的功能，从而更加有效地提供行为支持。

h）健康协助：在医生和有资质的专业人员指导下，为智力残疾者提供健康协助，如针对有特殊疾病的儿童，提醒他遵照医嘱服药，观察其服药后的变化，协助儿童参加文体活动等。

5.2.6.3 康复服务成果

5.2.6.3.1 教育、康复、支持服务的成效表现在以下八个方面：

a）个人发展：智力残疾儿童接受了系统的终生教育，个人基本能力得到了全面提高，能够过上常态生活，从事有效率的工作；

b）自我决定：通过为智力残疾人提供均等机会—自主选择—做出决定—执行决定—实现目标这一过程，

智力残疾人能够实现个人的自主能力，过有意义和有价值的生活；

c）人际关系：智力残疾人能够与家人、邻里、同学、同事和社区居民等进行正常的人际互动和相互支持，建立和谐积极的人际关系；

d）社会融合：智力残疾人能够融入自己生活的社区，正常地参与社区活动，承担社区角色，并获得自己需要的社区资源；

e）权利：确保智力残疾人享有《中华人民共和国宪法》《中华人民共和国残疾人保障法》以及法律保障的所有权利，受人尊敬，体面就业，过上平等和正常的生活；

f）情感愉悦：智力残疾人能够在恰当的情景中有适度的喜怒哀乐等情绪表现，在日常生活中有满足感和幸福感，能承受适度压力，具有积极的生活态度；

g）身体健康：智力残疾人在生活中身体健康，能有规律地生活，有适度的运动和休闲活动；

I）物质保障：智力残疾人有稳定的经济来源，在融合环境中就业，有安全、舒适的居住条件；

5.2.6.3.2 通过上述 8 个核心指标评估康复服务的最终成果，以成果导向的方式指引康复服务路径和方法。

6 质量评估

6.1 个人成效评估

6.1.1 成效评估是建立在个别化计划的前测和后测基础上的纵向评估。

6.1.2 前测是指训练前的基线测评，如能力发展的测评、支持需求变化的测评和生活质量等成效测评，表明当事人在教育、康复和支持服务之前的状态。

6.1.3 后测就是训练后的成效测评，表明当事人在教育、康复和支持服务之后的状态。

6.1.4 通过前测、后测的对比，可以精确地呈现当事人训练前后的变化,准确地了解儿童通过个别化教育、康复和支持服务所取得的发展进步。

6.2 服务组织成效评估

6.2.1 组织成效包括四个基本质量指标体系。

6.2.2 服务对象：智力残疾人本身在教育、康复和支持服务过程中生活质量提升的相关指标。

6.2.3 服务团队：指所有与智力残疾人教育、康复和支持服务相关的人员，如家长、社工、教师、康复人员和管理服务人员构成的团队，及其团队的专业发展、团队合作等方面的相关指标。

6.2.4 组织运行：指学校、康复和服务机构的组织运行机制及其内部运行的组织形态的相关服务指标。

6.2.5 财务成本：指学校、康复机构和服务单位运行的经费与开支之间的“投入—产出” 指标体系。

7 服务条件

7.1 基本条件

7.1.1 康复、教育机构

7.1.1 所有从事康复、教育的机构，其内外环境应符合《GB 50763 无障碍设计规范》要求，逃生通道和重要环境要有明显标示，并有逃生路线安排。

7.1.2 进行康复、学习的空间，如康复训练场地、办公会议室、普通教室、专用教室、实验室和图书馆、生活配套场所（如厕所、食堂和其他服务场所）等要做到无障碍、合理便利，便于他人协助。

7.1.3 在常用的各种学习、活动场地，要有图示、声音等提示系统，必要时为多重障碍的学生提供适合个人需要的辅助技术及相关服务。

7.2 职业场所

7.2.1 在智力残疾人工作的场所，要做到有逃生通道，对危险物品、关键工作岗位和环节都应有明显警告或提醒标示。
7.2.2 智力残疾人工作的岗位要根据合理的工作顺序和步骤，安排适当的位置，采取必要的安全防范措施，有图片和声音的提示，关键技术部位应安排监控和协助，或通过工作调配、职务再建等方法，避开复杂、过难的工作环节。
7.2.3 工作单位应为智力残疾人配置必要的个人工作辅具。
7.2.4 工作单位应合理安排智残员工的休息、进食、如厕和其他必要的生活需求。

7.3 居家生活

7.3.1 为智力残疾人提供居家生活的场所，要做到安全、整洁、有序，家具摆放位置恰当、便于使用，应有明显的逃生指示路线安排。
7.3.2 多重障碍者的居家环境，如厕所、卧室、起居、客厅和厨房、餐厅等必需的生活场所，家具和日常生活用品应便于当事人使用，根据个人的需求配置相应的生活辅助器具。
7.3.3 居家场所及周边的社区环境要有坡道和其他的无障碍设施，应符合《GB 50763 无障碍设计规范》相关要求，做到轮椅和其他辅助设施可以自由出入。

7.4 人员要求

7.4.1 为智力残疾人提供支持服务的人员大致可以分为自然支持人员和专业支持人员。
7.4.2 自然支持人员是与其共同生活、学习或工作的家人、邻里、同学和同事等，应基于合理便利等理念为智力残疾人提供需要的自然支持。
7.4.3 对自然支持人员，专业机构要为他们提供系统、实用的支持理念、相关知识与经验技巧。
7.4.4 为智力残疾人提供专业支持的人员分为四类。

7.4.4.1 提供早期干预的专业人员及其团队

为 0～6 岁智力残疾儿童提供早期干预的专业团队应由妇幼保健、社会工作、康复治疗、辅助技术、心理咨询、特殊教育和学前教育等相关专业人员组成。

团队人员应该有相应的专业资格证书，具备系统的专业知识及实践能力，可以为儿童及其父母提供个别化的系统发育、营养养护、康复训练、学前教育和家庭支持等的综合支持与服务。

7.4.4.2 提供教育支持的专业人员及其团队

7.4.4.2.1 为 6 岁以上智力残疾儿童提供教育及其相关服务的专业团队应由普通教育、特殊教育、社会工作、康复治疗、辅助技术、心理咨询等相关专业人员组成。
7.4.4.2.2 团队人员应有相应的专业资格证书，具备特殊教育理论知识与教学实践技能，能为儿童提供个别化的融合教育、特殊教育、康复训练、家庭与社区支持等的相关服务。

7.4.4.3 提供就业支持的专业人员及其团队

7.4.4.3.1 为 18 周岁以上的智力残疾人士提供职业教育、转衔服务和就业辅导的相关专业团队应由职业教育、社会工作、康复训练、辅助技术、心理咨询和法律等相关专业人员组成。
7.4.4.3.2 团队人员应有相应的专业资格证书，具备职业教育和就业辅导相关理论知识与教学实践技能，能为智力残疾人士提供个别化的职业教育、就业康复、就业辅导、职业维持、家庭与社区支持等相关服务。

7.4.4.4 提供老年生活支持的专业人员及其团队

7.4.4.4.1 为老年的智力残疾人士提供生活支持、托养服务的相关专业团队应由社会工作、医疗保健、康复训练、辅助技术、心理咨询和法律等相关专业人员组成。

7.4.4.4.2 团队人员应有相应的专业资格证书，具备社区康复、营养护理、生活照顾、心理与法律支持等相关理论知识与教学实践技能，能为智力残疾人士提供个别化的家庭生活、社区支持等的相关服务。

7.5 社会资源

7.5.1 服务团队要充分了解国家现有的法规政策，以解决资金、人力资源等问题，要通过培训、宣传和活动积累当地的康复资源，在个别化支持服务计划（方案）的指导下，建立支持服务系统。

7.5.2 家庭资源：智力残疾人的父母和家人是开展教育、康复和支持服务的最重要的人力资源，要充分利用每个家庭的优势，为智力残疾人提供自然支持。

7.5.2 社区资源：智力残疾人所在社区的居民是实施教育、康复和支持服务的重要的人力资源，社区的商店、医院、社交场地和无障碍设施能够为智力残疾人提供人际交往和社会参与的机会，创造适当的社会工作和就业机会。

7.5.2 教育和康复资源：当地的学校、幼儿园、社区医疗机构和其他的教育与康复资源是开展教育、康复和支持服务的重要专业资源，应充分利用当地的教育资源开展融合教育，利用当地的医疗资源进行康复训练，利用当地的社团资源开展社会融合和支持性就业。

附　录
（资料性附录）

表 1：导致智力残疾的可能病因

时间	生物医学的	社会的	行为的	教育的
产前	1.染色体疾病 2.单一基因疾病 3.症候群 4.新陈代谢疾病 5.脑部基因不良 6.母亲的疾病 7.父母的年龄	1.贫困 2.母亲营养失调 3.家庭暴力 4.缺少产前照顾	1.父母药物滥用 2.父母饮酒过量 3.父母抽烟 4.父母不成熟	1.父母为认知障碍，没有支持 2.父母缺乏准备
产中	1.　早产 2.　出生时受伤 3.　新生婴儿疾病	1．缺少出生照顾	1．父母拒绝照顾 2．父母遗弃孩子	1．在出院时缺乏对干预服务的医疗转介
产后	1.　脑部外伤 2.　营养失调 3.　脑膜炎 4.　癫痫发作 5.　退化性疾病	1.　不当的儿童与照顾者之间的互动 2.　缺乏适当刺激 3．家庭贫穷 4．家庭中的慢性病 5．机构化	1．孩子受虐待及忽略 2．家庭暴力 3．不当的安全措施 4．社会剥夺 5．挑战性的儿童行为	1．不当的养育 2．延迟诊断 3．不足的早期干预服务 4．不足的特殊教育服务 5．不足的家庭支持
成年	1.　意外伤害 2.　阿尔茨海默症	1.　缺乏适当刺激 2．贫困 3．隔离	1.　药物滥用 2.　饮酒过量 3.　抽烟	

表 2：支持强度划分参照表

	间歇性	有限性	广泛性	全面性
时间长度	偶尔	时间有限	经常持续	长期的
时间次数	次数不多	每月数次	每周数次	高频率
场　　合	很少场合	3、4 个	较多场合	所有场合
来　　源	偶尔咨询	固定联系	固定专业	固定持续
干 扰 度	高度自主	有所自主	他人安排	全面控制

表 3-1 智能发展

1.1 动作发展 逐步形成头部控制、躯干、四肢粗大运动，手和口部等的精细动作，形成完成生活、学习、工作、休闲所需的动作技能，以及维持活动所需的体能。
1.2 感觉与知觉 利用感官直接感受和认识外部世界的基本能力,包括视觉、听觉、嗅觉、味觉、触觉、多通道知觉和空间知觉及其统合感知能力等。
1.3 记忆与思维 通过人脑加工、储存和提取信息的能力,包括记忆、比较、抽象、概括、推理、想象和解决问题的能力等。
1.4 语言与沟通 利用语用、语言康复、语言替代方案和沟通辅助技术等方法来实现的沟通功能等；利用语音、词汇和文字符号系统来传递信息的能力,包括听、说、读、写等语言理解和语言表达能力。
1.5 概念运用 运用概念和符号,数与量及相应的科学知识解决实际生活问题的能力。
1.6 自我引导 认识个体自己，接纳自己，表达自己,善用自己优势、改善弱势,具有自我决定和执行决策的能力。

表 3-2 社会适应

2.1 **情绪情感** 进行情绪体验、识别、表达、控制和调节；培养积极的情感，保持良好的心境，树立美好的信仰，适应社会的健康心理。
2.2 **人际关系** 认识人的各种角色及其关系、权利和义务，能在与人交往中建立并维持良好的人际关系。
2.3 **社区参与** 个体作为社区成员参与邻里、学校和社区中的各种活动，使用社区资源，服务社区；在社区活动的参与过程中与社区成员互动，提升社会适应能力。
2.4 **社会权责** 认识自己所拥有的权利和承担的责任，行动符合社会环境的要求，遵守、履行社会中的各种规则、契约、法律及道德伦理,维护自己的合法权利。
2.5 **安全防范** 能在各种社会生活情景中意识到危险，避开危险,遇险自救和求救的技能。
2.6 **实用常识** 在日常生活、社会交往、休闲娱乐时所需要的自然、社会、经济、人文和民俗方面的基本常识。

表 3-3 生活实践

3.1 **日常生活** 具备的过独立生活，家庭生活和社区生活的知识能力和基本劳动技能。
3.2 **卫生健康** 了解和掌握的卫生保健、疾病防治、心理健康及性健康的知识和方法。
3.3 **休闲娱乐** 了解各种休闲娱乐活动的知识，掌握休闲娱乐活动的技能，能选择喜欢的休闲娱乐活动，从而追求精神上的愉悦与充实。
3.4 **信息运用** 学习通讯工具使用，计算机操作，互联网络运用，现代办公设备及其他现代信息技术的应用技能。
3.5 **职业能力** 具备职业认识，职业道德，工作技能，选择职业，维持就业及为社会服务的能力与技能。
3.6 **环境保护** 理解环境保护的重要性、认识环境污染、生态破坏带来的危害，了解我国环境保护的政策和措施，能参与保护环境和低碳生活的实践活动。

参 考 文 献

《残疾人残疾分类和分级》国家标准（GB26341—2010）

Intellectual disability Definition，Classification, and Systems of supports The 11th Edition of the AAIDD Definition Manual

美国精神医学学会、编著 「美」 张道龙等译《精神障碍诊断与统计手册》（第五版）（DSM-5）北京大学出版社 北京大学医学出版社 2016 年 5 月第一版

2012 年 6 月 13 日公布的中华人民共和国国务院令第 622 号《无障碍环境建设条例》

GB/T 31015-2014 公共信息导向系统 基于无障碍需求的设计与设置原则