

广东省残疾人联合会 广东省民政厅文件 广东省卫生健康委员会

粤残联〔2024〕8号

广东省残联、省民政厅、省卫生健康委关于 做好残疾人自助互助康复服务工作的通知

各地级以上市残联、民政局、卫生健康局（委）：

为落实国务院《“十四五”残疾人保障和发展规划》和省委、省政府《关于推动新时代残疾人事业高质量发展的意见》等文件精神，切实做好残疾人自助互助康复服务推广工作，推动新时代残疾人康复事业高质量发展，现根据中国残联相关要求，将工作安排通知如下：

一、工作目标

（一）总体目标。残疾人自助互助康复服务是帮助残疾人及

其亲友通过分享康复经验，接受康复知识、技能培训，增强自我和家庭康复能力的一种康复服务形式。通过依托残疾人自助互助康复服务基地（以下简称服务基地），面向视力、听力、肢体、智力、精神等残疾人，普遍开展中途失明者、中途失聪者、脊髓损伤者、成年智力障碍者、稳定期精神障碍者等自助互助康复培训、咨询、辅助器具适配及综合性支持等服务，帮助残疾人树立信心，重建独立生活能力，更好融入社会。

（二）具体目标。2024年，全面启动残疾人自助互助康复服务推广工作，建立首批省级服务基地不少于10个（覆盖视力、听力、肢体、智力、精神残疾等类别），有条件的市启动实施本级服务基地创建工作，组织开展残疾人自助互助康复服务，探索成熟工作经验。

2025年，全省建立省级服务基地不少于21个（每个市至少建立1个省级服务基地），各市每个类别至少建立1个市级服务基地（覆盖视力、听力、肢体、智力、精神残疾等类别），有条件的县（市、区）进一步建立基层自助互助康复服务点，使更多残疾人受益。

二、工作措施

（一）摸清底数。各地要深入调查、掌握本地残疾人情况，系统了解、掌握相关服务对象的数量、分布、需求等，结合本地前期相关工作开展情况和已接受自助互助康复服务的机构、培训

的残疾人、专业技术人员等，为选择相应服务基地、制定服务推广计划奠定基础。

(二) 建立基地。各市残联会同市民政局、卫生健康局(委)按照“统筹规划、合理布局、择优选择”原则，根据“广东省自助互助康复服务基地基本条件”(附件1)，分类选择与残疾人有联系密切、服务意愿强，有良好服务能力和经验，有较强培训能力和保障条件的残疾人康复机构、残疾人托养机构(社区康园中心)、医疗机构、残疾人专门协会、社会组织等作为服务基地依托单位，组织填写“广东省自助互助康复服务基地申报书”(附件2)。市残联初审同意后，统一推荐上报省残联。省残联组织遴选认定，认定通过的由省残联与省民政厅、省卫生健康委共同授予“广东省自助互助康复服务基地”。2024年4月30日前报送首批省级服务基地申报材料，2025年10月31日前报送第二批省级服务基地申报材料。省级服务基地每两年组织复核认定一次，采取动态进退机制。

各市级服务基地、县(市、区)级基层服务点的认定，由本级残联会同民政、卫生健康等部门组织实施。各地可根据工作实际，采用定向委托、购买服务等方式，与服务基地依托单位签署协议，明确工作任务和要求。

(三) 配备师资。各级服务基地要有5名以上思想品德过硬、业务素质优良，能胜任残疾人自助互助康复服务培训等工作

的专、兼职师资队伍和管理力量。其中，选定1名服务基地管理人员，负责做好自助互助康复服务的日常组织管理、协调，至少应包含2名以上接受过自助互助康复服务培训，且能承担带教工作的残疾人或残疾人亲友。

各地要将服务基地师资培养纳入到康复专业技术人员规范化培训工作中，定期选派服务基地师资参加国家、省级及市级相应的培训。

（四）实施服务。各级服务基地要根据本地各类别残疾人实际状况和需求，制定并实施残疾人自助互助康复服务计划，定期组织招收有意愿接受服务的残疾人或其家属，依据残疾人自助互助康复培训指南、指导手册等，开展康复、护理知识和技能培训、心理支持、辅助器具适配等服务，对已接受服务的残疾人开展随访，提供后续居家康复、护理等指导帮助，并做好服务记录和档案管理，将相关信息录入残疾人精准康复服务信息管理系统。

三、工作要求

（一）加强组织领导。各地残联与民政、卫生健康等部门要分工协作，加强信息和资源共享，共同做好本地残疾人自助互助康复服务工作。残联要及时研究、制定本地推广计划，充分发挥残疾人各专门协会作用，统筹做好服务基地培育、监督和管理。民政部门要重点发挥“双百社工”力量，提供社会工作专业服务支持。卫生健康部门要组织推荐符合条件的医疗机构申报基

地，重点发挥医疗卫生资源优势，提供医疗康复专业技术支持，积极开展自助互助康复相关培训。

（二）加大保障力度。各地要将残疾人自助互助康复服务纳入本地残疾人精准康复服务行动安排，统筹使用中央、省级财政转移支付以及本地财政安排的残疾人事业发展经费，充分发挥各类公益基金会和其他社会慈善组织作用，多渠道筹措经费，保障残疾人自助互助康复服务的开展。

（三）保证服务质量。各地要积极加强对服务基地的指导、监督，确保服务基地按残疾人自助互助培训指南、指导手册等要求安全规范实施服务，围绕发挥残疾人主体作用，重建残疾人独立生活能力这一核心任务，鼓励、支持各服务基地积极创新，不断扩大服务对象范围，丰富服务形式、内容，提升服务质量和效果。

（四）做好宣传引导。各地要采取多种形式，积极宣传残疾人自助互助康复服务的重要意义、作用和成效，讲好残疾人自强自立、自助互助的故事，鼓励、吸引更多残疾人主动走出家门、积极参与自助互助康复服务，不断加大宣传力度，增进社会理解，赢得社会支持，为推广残疾人自助互助康复服务营造良好社会环境。

附件：1. 广东省自助互助康复服务基地基本条件

2. 广东省自助互助康复服务基地申报书（电子版可在省残联官网下载）



（联系人：刘丽华 020-32253966，余泽锋 020-8382971）

附件 1

广东省自助互助康复服务基地基本条件

一、具有独立法人资格和开展相应服务的业务资质，组织架构、管理机制、工作制度完善，社会信誉良好，近三年未发生过违法违规事件。

二、热心服务残疾人，有紧密联系残疾人及组织开展康复、护理知识和技能培训、心理支持、辅助器具适配及综合性支持等服务的良好工作基础和条件。

三、有开展残疾人自助互助康复服务的强烈意愿，自愿在残联组织指导、监督下，按照相关大纲、指南要求开展工作。

四、有 5 名以上（专、兼职）思想品德过硬、工作积极性高、具有较好带教和服务能力的康复专业技术人员以及经培训合格的残疾人或残疾人亲友组成自助互助康复服务师资队伍和管理力量。

五、有能够容纳 20 人以上的培训场所，能提供培训所需的设施设备和食宿条件，并确保所提供的场地、设施符合消防、卫生等安全标准和无障碍环境建设要求。

六、有健全的安全生产管理制度和风险防范化解工作机制、措施，能有效保障残疾人和其他人员生命财产安全。

七、积极承诺根据残疾人需求不断创新、完善自助互助康复服务，并努力为其它新开展自助互助康复服务的机构提供支持和帮助。

附件 2

广东省自助互助康复服务基地 申报书

申报单位: _____

申报类别: _____

填表日期: _____

填报说明

一、申报类别

- (一) 视力残疾人自助互助康复服务基地
- (二) 听力残疾人自助互助康复服务基地
- (三) 肢体残疾人自助互助康复服务基地
- (四) 智力残疾人自助互助康复服务基地
- (五) 精神残疾人自助互助康复服务基地

二、填报内容须详尽、属实、不漏项，内容较多时可另附页

三、申报书一式三份分别加盖单位和所在市残联公章后报送至省残疾人康复中心社区康复指导部，电子版包括单位盖章扫描(PDF)版与未盖章(word版)发送至电子邮箱：

kfzxsqb@163.com

联系人及电话：余泽锋，020-83829713

广东省自助互助康复服务基地申报书

服务基地（申报单位）名称		负责人		联系方式	
依托单位名称		负责人		联系方式	
具体地址				邮政编码	
机构资质	1.残疾人康复机构 <input type="checkbox"/> 2.残疾人托养机构 <input type="checkbox"/> 3.医疗机构 <input type="checkbox"/> 4.残疾人专门协会 <input type="checkbox"/> 5.社会组织 <input type="checkbox"/> 6.其他 <input type="checkbox"/> : _____				
主管部门	1.民政部门 <input type="checkbox"/> 2.卫生健康部门 <input type="checkbox"/> 3.市场监管部门 <input type="checkbox"/> 4.教育部门 <input type="checkbox"/> 5.残联 <input type="checkbox"/> 6.其他 <input type="checkbox"/> _____				
服务基地场地面积(m ²)	建筑面积 _____ m ² , 室外面积 _____ m ²				
每年度可服务残疾人数量		本地有服务需求 残疾人数量			
工作人员情况	机构工作人员总人数 _____ 名, 其中: 康复专业技术人员 _____ 名(专职 _____ 名, 兼职 _____ 名), 管理人员 _____ 名(专职 _____ 名, 兼职 _____ 名), 接受过自助互助康复服务培训, 且能承担带教工作的残疾人或残疾人亲友 _____ 名。				
基本情况	(简述介绍基地情况, 对照基本条件详述, 可附页详述。)				
工作计划	(简述如何制定服务方案, 设计服务过程, 开展服务并做好管理, 可附页详述。)				

<p>依托单位意见</p>	<p>(如依托单位与申报单位一致, 无需添加意见。)</p> <p>负责人签名(盖章): _____ 时间: _____</p>
<p>申报单位意见</p>	<p>负责人签名(盖章): _____ 时间: _____</p>
<p>所在市残联意见</p>	<p>负责人签名(盖章): _____ 时间: _____</p>
<p>备注</p>	

公开方式：主动公开