ICS 11.180

DB3205

CCS A 12

苏州市地方标准

DB3205/T XXXX—2024

康复辅助器具社区租赁服务规范

Specification of assistive products for persons with disability

（征求意见稿）

2024-XX-XX发布 2024-XX-XX实施

**苏州市市场监督管理局** 发布

目 次

[前言 II](#_Toc21893)

[1 范围 1](#_Toc21498)

[2 规范性引用文件 1](#_Toc2992)

[3 术语和定义 1](#_Toc23741)

[4 基本要求 1](#_Toc3256)

[4.1 社区要求 1](#_Toc12367)

[4.2 器具要求 2](#_Toc5154)

[4.3 人员要求 2](#_Toc343)

[5 服务流程及要求 2](#_Toc8800)

[5.1 申请 2](#_Toc11576)

[5.2 受理 2](#_Toc2820)

[5.3 适配 3](#_Toc24088)

[5.4 签约 3](#_Toc10535)

[5.5 交付 3](#_Toc7686)

[5.6 租后随访 3](#_Toc5237)

[5.7 收回 3](#_Toc27763)

[5.8 费用结算 3](#_Toc17221)

[5.9 清洗消毒 4](#_Toc12381)

[5.10 存储整备 4](#_Toc10902)

[6 信息服务 4](#_Toc29913)

[7 安全服务 4](#_Toc13047)

[8 服务评价与改进 4](#_Toc2781)

[附录A（资料性） 康复辅助器具社区租赁目录表 6](#_Toc20890)

[附录B（资料性） 辅助器具适配服务档案表 7](#_Toc17024)

前 言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由苏州市民政局提出并归口。

本文件起草单位：苏州高新区（虎丘区）社会事业局。

本文件主要起草人：范晓晔、陈东如、朱伟杰、俞曦、葛锡泳、吴勤峰、鲁春风。

康复辅助器具社区租赁服务规范

# 1 范围

本文件规定了康复辅助器具社区租赁服务的基本要求、服务流程及要求、信息服务、安全服务、服务评价与改进。

本文件适用于康复辅助器具社区租赁的服务工作。

# 2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件，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 16432 康复辅助器具 分类和术语

GB/T 19001-2016 质量管理体系要求

GB 50763 无障碍设计规范

# 3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

康复辅助器具 assistive product(for person with disability)

功能障碍者使用的，特殊制作或一般可得到的用于如下目的的任何产品（包括器械、仪器、设备和软件）。

——有助于参与性；

——对身体功能（结构）和活动起保护、支撑、训练、测量或替代作用；

——防止损伤、活动受限或参与限制。

[来源：GB/T 16432—2016,2.3]

3.2

社区租赁 community rental

以康复辅助器具为租赁物，通过街道（镇）和社区居民委员会提供的租赁服务。

# 4 基本要求

4.1 社区要求

4.1.1 社区租赁服务机构按服务特性划分为：

a） 市、区、街道（镇）、社区居民委员会、社区服务机构及实体；

b） 各类福利性、公益性社区服务实体。

4.1.2 社区租赁服务机构应满足以下要求：

a） 各街道（镇）应至少建成1家康复辅助器具社区租赁展示点，社区租赁展示点宜设置在社区综

合为老服务中心、养老机构、医疗机构、其他社区服务设施、商业综合体等场所内，面积不少

于20 ㎡；

b） 区级应设有康复辅助器具社区租赁技术指导中心，社区租赁技术指导中心宜设置在社区综合为

老服务中心、其他社区服务设施等场所内，面积不少于100 ㎡。

4.1.3 社区租赁服务机构应有明确的无障碍设施信息、服务标识，标识信息应符合国家标准GB 50763的规定。

4.1.4 社区租赁服务机构应设立接待服务区、业务办理区、器具展示区等功能区域,并应满足以下要求：

a） 应在接待服务区公示服务项目、价目、租赁手续、服务承诺和监督投诉等内容，为租赁方提供

介绍、咨询等服务；

b） 应在业务办理区公示服务流程，可设置线上和线下的业务办理方式，配置办理流程必需的电子

信息媒介设备、文件资料等，展示康复辅助器具使用方法及注意事项等科普视频；

c） 应在器具展示区根据康复辅助器具种类、性能、状态等进行分类标识、分类管理。

4.2 器具要求

4.2.1 可租赁的康复辅助器具应为GB/T 16432范围内的产品且符合现行产品标准要求，每个器具上均应有产品证明。

4.2.2 可租赁的康复辅助器具外观无明显损伤、缺陷，无异味、无污渍，应经过清洗消毒处理。

4.2.3 随康复辅助器具的文件、附件及备件包括但不限于产品使用说明书、安装调试用工具等。

4.2.4 应有行政主管部门认可的第三方出具的产品合格检验报告，并明确规定其使用期限。

4.2.5 康复辅具品类以个人生活自理和防护辅助器具、个人移动辅助器具、环境改善和评估辅助器具、个人医疗辅助器和矫形器为主，《康复辅助器具社区租赁目录》参照附录A。

4.3 人员要求

4.3.1 应经过专业理论和操作技能培训，涉及国家实行职（执）业资格准入制度的专业人员，应取得国家职（执）业资格证书，了解租赁业务流程、产品性能、适用人群、注意事项等。

4.3.2 上岗时应仪表端庄整洁，语言文明礼貌

4.3.3 应尊重服务对象，不得因服务对象的身体状况、宗教信仰、价值取向等带有偏见。保护客户的隐私，不应泄漏客户的个人信息或利用这些信息从事与租赁业务无关的活动。

4.3.4 对未成年人和智力障碍者服务时，应由其法定监护人在场陪同，对其服务应征得法定监护人的同意。

4.3.5 康复辅助器具适配人员应满足包括但不限于以下要求：

a） 具备与服务内容相适应的的康复辅助器具操作、康复护理及其他有助于康复的专业知识；

b） 能对归还后的康复辅助器具进行外观及安全性能检查、出具检查意见，并具有基础的维修能力；

c） 接受业务领域知识再培训及继续教育。

# 5 服务流程及要求

5.1 申请

租赁方可通过社区租赁服务机构提供的电话、微信小程序、现场等方式申请康复辅助器具，并按相关要求提供具体信息。

5.2 受理

5.2.1 接待服务人员应通过与租赁方的沟通交谈，记录使用者的身体状况基本信息，包括使用者姓名、身体状况、既往病史、使用要求、使用地址等。

5.2.2 接待服务人员应向租赁方介绍服务项目、价目和流程手续等事项，提供相关康复辅助器具资料。

5.2.3 接待服务人员应初步评估机构服务能力与租赁方使用需求的匹配度，若因服务范围或服务能力限制无法向客户提供服务时，应做出解释并说明原因。

5.3 适配

5.3.1 康复辅助器具适配人员应根据康复辅助器具使用者的评估结果和要求，向租赁者和（或）使用者提供康复辅助器具适配使用的建议，并确定适配方案，填写并存档《辅助器具适配服务档案》（参照附录B）。

5.3.2 康复辅助器具适配评估服务可按使用者身体情况，在社区租赁服务机构进行，或按双方约定由机构派人员上门进行。

5.4 签约

5.4.1 应根据确定的适配方案与租赁者签订康复辅助器具租赁协议。

5.4.2 应明确租赁双方信息、起始时间、押金、租金和付款方式、违约责任、注意事项等内容。

5.4.3 租赁合同的保存期限应不小于相应的租期。

5.5 交付

5.5.1 按租赁协议的要求，按时将康复辅助器具送达租赁方指定的地点。

5.5.2 康复辅助器具交付时，应将产品说明书等随机文件一并交付。

5.5.3 应根据需要帮助使用者安装配康复辅助器具。

5.5.4 辅导租赁者和（或）使用者康复辅助器具的使用方法、维护保养和简单的故障排除。

5.6 租后随访

5.6.1 社区租赁服务机构应于康复辅助器具交付一周内采用上门或电话的方式了解使用效果，并做随访记录。

5.6.2 发现使用者不适用康复辅助器具时，应与租赁方协商，再次按照5.3的规定适配。

5.6.3 发现康复辅助器具存在质量问题或故障时，应在双方约定的时间内作出回应，及时进行必要的调整、维修或更换。

5.7 收回

5.7.1 租赁双方应按照租赁合同要求收取或归还租赁用康复辅助器具，一并收回随行文件、附件及备件。

5.7.2 租赁方到期仍继续使用的，社区租赁服务机构可视情况决定接受续租申请、办理相关手续。

5.7.3 社区租赁结构对收回的器具进行检查，发现损坏的应界定责任并在租赁结算单上签字、注明情况。

5.7.4 收回的器具应存储在与其他工作区域或生活区域分离的独立空间里，避免收回的器具可能携带的细菌污染其他区域。

5.7.5 收回器具的工作人员应采取防护措施，避免发生细菌污染。

5.8 费用结算

5.8.1 社区租赁服务机构向租赁方列示并说明租赁费用明细，双方共同确认租赁费用。

5.8.2 按照合同约定的付款方式收取租赁费用，根据结算金额开具发票和相关单据。

5.8.3 按照合同约定收取预付费用的，结算后结余部分的费用应及时退还并告知租赁方。

5.9 清洗消毒

5.9.1 应安排专职人员进行清洗消毒工作。

5.9.2 应划分回收区、去污区、检验包装区，并做好对应的区域防护要求。

5.9.3 应配备清洗消毒柜、手持式雾化/紫外线消毒器材、压力气枪等设备及医用酒精、清洁剂等用品。

5.9.4 清洗前，应检查器具使用功能及零部件的完整性，根据器具的种类、材料和性能选用符合操作规程要求的清洗设备和清洁方法。

5.9.5 消毒前，选用符合器具种类、材料和性能的消毒设备、消毒用品；按照消毒操作要求进行消毒。

5.9.6 操作人员应做好个人防护，避免发生细菌污染。

5.10 存储整备

5.10.1 经清洗、消毒和检验合格的器具应进行重新包装，放置于具存储区保管，以备再次租赁。

5.10.2 对经检验未能符合GB 50763要求的器具应进行维修保养，并再次检验，直至能满足使用要求。

5.10.3 应做好库存管理，记录进出库器具台账。

# 6 信息服务

6.1 社区租赁服务机构开展租赁服务的所有相关信息资料均应记录存档，存档文件应标识准确、资料完整，便于查阅。

6.2 建立康复辅助器具租赁信息数据库，动态掌握每种器具产品的库存数量、租借时间及频率。

6.3 建立客户信息档案，由专人负责管理。

6.4 租赁服务过程记录应一位租赁者一档、一个康复辅助器具的每一个阶段一档，所有记录应保存至少2年。为电子档存储时，应备份。

6.5 在确保数据安全的前提下，宜应用物联网、云计算、大数据、人工智能等技术，进行数字化动态管理。

# 7 安全服务

7.1 建立健全安全管理制度并严格执行。

7.2 建立健全安全突发事件的检测、预警、处理机制。

7.3 及时有效识别与安全有关的风险，包括但不限于以下因素：

a） 社区租赁服务流程；

b） 各类别服务人员的专业技能；

c） 租赁方对租赁的康复辅助器具发生故障后的报修不及时；

d） 社区服务机构对租赁的康复辅助器具发生故障后的维修不及时；

e） 收回康复辅助器具清洁、消毒方法的可靠性和消毒剂对康复辅助器具性能的影响。

8 服务评价与改进

8.1 服务评价

8.1.1 建立服务评价、反馈和考评机制，公示监督、投诉电话，积极响应和妥善处理接受到的各类问题。

8.1.2 服务评价内容包括但不限于：

a） 租赁方对服务的满意程度；

b） 康复辅助器具的完好率；

c） 服务项目的完成度；

d） 服务时间的准确性。

8.1.3 服务评价途径包括但不限于：

a） 内部评价；

b） 满意度调查；

c） 第三方评价。

8.1.4 根据工作需要安排定期和不定期服务评价。

8.2 服务改进

8.2.1 对提出的意见建议充分吸纳，并制定相应措施，改进工作中出现的不良现象，评价与改进的记录纳入机构的档案管理。

8.2.2 社区服务机构可参照GB/T 19001-2016的要求，建立质量管理体系并持续改进。

8.2.3 结合评价与改进工作，有针对性的加强工作人员的培训和教育。

附 录 A

（资料性）

康复辅助器具社区租赁目录表

康复辅助器具社区租赁目录表见表A.1。

表A.1 康复辅助器具社区租赁目录表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品类别 | | | 产品名称及型号 |
| 一级类别 | 二级类别 | 三级类别 |
| 1 | 01假肢  矫形器 | 下肢  矫形器 | 膝矫形器 | 膝半侧减荷矫形器 |
| 2 | 支撑性可调节护膝(铰链调节或者弹簧) |
| 3 | 抗痉挛腕手矫形器 |
| 4 | 02个人  移动辅  助器具 | 助行器 | 台式助行器 | 轮式助行器 |
| 5 | 多功能站立助行器 |
| 6 | 普通助行器 |
| 7 | 儿童助行器 |
| 8 | 腋下拐 |
| 9 | 常规轮椅 |
| 10 | 护理者操作的轮椅车 | 手动轮椅车 |
| 11 | 动力  轮椅车 | 电动轮椅车 | 电动轮椅车 |
| 12 | 电动轮椅 |
| 13 | 智能移位机 | 邦邦智能辅助移动机器人 |
| 14 | 邦邦智能代步机器人 |
| 15 | 如厕  辅具 | 框架式如厕  助力器 | 马桶助力架 |
| 16 | 坐便器辅助升降椅 |
| 17 | 沐浴  辅具 | 沐浴机 | 便携式洗浴机 |
| 18 | 淋浴扶手 | 真空淋浴扶手 |
| 19 | 03家具  及其  配件 | 护理床 | 手动护理床 | 手动病床 |
| 20 | 护理床 |
| 21 | 电动护理床 | 多功能医用电动床 |
| 22 | 电动护理床 |
| 23 | 护理床配件  （含床垫） | 防压疮床垫(静态) |
| 24 | 防压疮床垫(动态) |
| 25 | 智能体征监测床垫 |
| 26 | 制氧机5L |
| 27 | 呼吸机 | 无创呼吸机 |
| 28 | 康复  训练  设备 | 上下肢及躯干  康复训练器 | 躯干固定器 |
| 29 | 羿生手功能康复机器人 |
| 30 | 外骨骼机器人 |
| 31 | 空气压力波仪（下肢） |

附 录 B

（资料性）

辅助器具适配服务档案表

辅助器具适配服务档案表见表B.1。

表A.1 辅助器具适配服务档案表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本资料 | 姓 名 |  | | | | 性 别 | | | | □男 □女 | | | | | 出生年月 | | | | 年 月 日 | | | | | | | |
| 民 族 |  | | | | 联系电话 | | | | 移动： 固定： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身份证号 |  |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |
| 居住地址 |  | | | | | | | | | | | | | 残疾证号 | | | | |  | | | | | | |
| 户籍地址 |  | | | | | | | | | | | | | 一卡通号 | | | | |  | | | | | | |
| 残疾类别 | □视力 □听力 □言语  □肢体 □智力 □精神  □多重 | | | | | | | | 残疾等级 | | | | | □一级 □二级 □ 三级 □四级 | | | | | | | | | | | |
| 多重: | | | | | □一级 □二级 □ 三级 □四级 | | | | | | | | | | | |
| 致残时间 | | | | | 年 月 | | | | | | | | | | | |
| 职业状况 | □就业 □无业 □退休 □在校 | | | | | | | | | | | | | 就业职业： | | | | | | | | | | | |
| 教育状况 | □未受教育 □学前 □小学 □中学 □大学 □其它 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 监护人姓名 |  | | | | | | 联系电话 | | | | | 移动： 固定： | | | | | | | | | | | | | |
| 身体测量 | 身高： 厘米 体重： 千克 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生活来源 | □劳动所得 □家庭供养 □不定期社会救助 □低收入 □享低保 □享受五保供养 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有否护理 | □生活基本自理 □有固定护理者 □无固定护理者 □无护理者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障碍原因 | □外伤 □疾病 □先天异常 □药物 □其它 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 行为能力 | 肢 体： □移动困难 □自理困难 □交流困难 □其他  视 力： □自理困难 □交流（看、阅读）困难 □移动困难 □其他  听力言语： □交流（听、说）困难 □人际交往困难 □其他  精神智力： □人际交往困难 □社区生活困难 □其他  日常活动： □独立完成 □部分协助 □完全协助 □其他  活动范围： □家中 □小区 □户外及公园 □上学 □上班 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 辅助器具 需求信息 | 使用目的(可复选或文字描述)：□日常生活 □就学 □就业 □医疗 □休闲与运动 其他意愿：  使用环境(可复选或文字描述)：□家居 □社区 □学校 □一般路面 □工作场所 □其他  使用性质：□ 暂时性 □ 永久性 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 目前使用  辅助器具  情况 | □无 □有 名称： 目前已使用： 年。  □已损坏无法修复，需更新；  □规格或功能不符使用者现在的需求，需更换；  □适合继续使用，但需要另购置一件 ，用于 。  □部分零件损坏或需要调整，可进行修复或调整；  □符合使用者现在的使用需求。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |