



广东省康复医学会团体标准

T/GARM XXXX—202X

三级综合医院临床康复一体化管理指南

Management guidelines for the integration of clinical and rehabilitation services in
general tertiary hospitals

（报批稿）

（本草案完成时间：2026-8-13）

202X – XX – XX 发布

202X – XX – XX 实施

广东省康复医学会 发布

广东省康复医学会

目 次

前言 II

引言 III

1 范围 1

2 规范性引用文件 1

3 术语和定义 1

4 总则 1

 4.1 工作模式特点 1

 4.2 早期介入 1

5 管理要点 1

 5.1 成立组织架构 1

 5.2 设立执行部门 1

 5.3 专业人员管理 2

 5.4 康复设备管理 2

 5.5 信息化建设 2

6 康复技术管理 2

 6.1 技术分级 2

 6.2 技术权限 2

 6.3 技术培训与授权 2

7 康复治疗师管理 2

 7.1 工作模式 2

 7.2 成立治疗专业组 2

 7.3 工作能力与操作范围 3

 7.4 培训与考核 3

8 质量管理 3

 8.1 规范开展流程 3

 8.2 质量控制 3

9 绩效管理 3

附录 A（资料性） 康复技术分级目录 4

参考文献 5

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。

本文件由广东省康复医学会提出并归口。

本文件起草单位：南方医科大学南方医院、南方医科大学第三附属医院、广州市白云区人民医院、中山大学附属第三医院、南方医科大学第八附属医院、汕头市中心医院、广东医科大学附属医院、广东省工伤医院、广州医科大学附属第一医院、广州医科大学附属第二医院、广州医科大学附属第五医院、广州中医药大学第一附属医院、广东省中医院、广东省第二人民医院、南方医科大学深圳坪山人民医院、佛山市南海区儒林湾中西医结合医院、南方医科大学第七附属医院。

本文件主要起草人：刘刚、何任红、姜丽、陈景杰、胡昔权、刘结梅、池锐忠、古剑雄、陈大军、苏义基、陈艳、罗子芮、张冲、欧海宁、姜迎萍、褚桂芬、粟漩、杨加顺。

引 言

为贯彻落实《“健康中国2030”规划纲要》等国家政策关于推动康复医疗服务高质量发展，促进康复医疗与临床诊疗深度融合，破解三级综合医院推行临床康复一体化过程中协同机制不畅、服务标准不统一、质量管控缺失、管理规范不一致等共性问题，制定本文件。

本文件依托南方医科大学南方医院五年系统化实践经验，整合省内多家三级综合医院落地成果编制而成，构建涵盖管理架构、技术分级、人员统筹、工作模式、质量控制、绩效激励、培训考核的全流程实施体系。本文件适用于三级综合医院，旨在规范临床康复一体化服务行为，实现康复早期介入、全程覆盖，保障医疗安全、提升服务质量与效率，减少并发症、缩短住院周期，最大化恢复患者生理功能、活动能力与社会参与度，改善患者生存质量，助力区域康复医疗服务体系高质量发展

广东省康复医学会

广东省康复医学会

三级综合医院临床康复一体化管理指南

1 范围

本文件提供了三级综合医院在临床康复一体化建设过程中关于医院管理架构、康复技术分级、临床工作模式、康复治疗师管理、环节质控等方面的指导性建议和工作方法。

本文件适用于拟开展或正在建设临床康复一体化的三级医疗机构，医院可结合自身运营模式、科室设置、人员配置等实际情况，参考执行。针对其他专科医院、中医医院、二级及以下综合医院的临床康复一体化建设，也可以借鉴参考。

2 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

临床康复一体化 integrated clinical rehabilitation

以患者功能恢复为核心载体，由临床科室、康复医学科联合搭建多学科协作工作团队，针对各类疾病，在诊疗早期同步开展系统化康复评估和康复干预的一种运行模式。

3.2

康复技术分级管理 hierarchical management of rehabilitation techniques

依据实施难度、临床医疗风险、团队协作等要求把康复技术划分不同等级，同时设立对应层级技术专属操作规范、实施流程的标准化管理模式。

4 总则

4.1 工作模式特点

以往三级综合医院临床科室的康复治疗多以会诊后的床边康复为主，受工作量大、业务分散等因素影响，工作内容零散、执行效率偏低、医疗安全风险偏高等问题。为此，本文件坚持以患者为中心，立足医院顶层设计统筹各级管理部门与临床科室，通过改善医疗服务模式，做好康复医师与治疗师的协作配合，通过人力和设备资源统筹，全面提升康复治疗有效性和规范性。

4.2 早期介入

临床康复一体化核心是早期介入，强调康复医学科医师及治疗师与临床科室医护人员保持密切沟通与协作，围绕功能恢复与症状改善共同制定康复目标。该介入通常在患者生命体征稳定后即可启动。具体介入时机、干预强度、实施内容及改善目标，以循证医学为依据，并结合患者个体差异制定个性化方案。

5 管理要点

5.1 成立组织架构

医院宜设立临床康复一体化领导小组，成员涵盖医务、护理、医保、经管、价格、设备、信息等行政职能部门负责人，与康复医学科协同推进临床康复一体化工作。领导小组中，行政部门负责整体规划、资源协调、方案审批及成效督导。

5.2 设立执行部门

康复医学科宜设立专门部门执行临床康复一体化各项工作，如康复治疗部，具体部门名称可结合医院具体情况，灵活设置。

5.3 专业人员管理

康复医师与康复治疗师宜统一归口康复医学科进行招聘和管理。各临床科室不得自行招聘康复治疗师；确有特殊岗位需求者，宜由康复医学科统一提出申请，经医院审批后统筹解决。

5.4 康复设备管理

5.4.1 临床康复一体化所需康复设备宜由康复医学科统一管理、技术论证与院内调配方案，杜绝重复购置、资源浪费。

5.4.2 日常工作中康复医学科设立设备管理员，负责全院康复设备的效期验证、日常巡检、维护保养及故障报修等管理工作。

5.4.3 康复医学科需建立全院康复设备管理台账，动态记录设备购置、调配、使用、维护及报废等全生命周期信息，定期向医院设备管理委员会报告设备运行状况与管理建议。

5.5 信息化建设

5.5.1 医院宜建立或升级康复信息系统，实现与医院信息系统的互联互通，消除信息孤岛。

5.5.2 医务部门宜出台相关文件，明确康复项目医嘱权限，并在信息系统上实现权限管理。

5.5.3 医院宜将临床康复一体化中的医疗文书实现信息化归档。

6 康复技术管理

6.1 技术分级

依据技术操作难度、医疗风险、专业协作要求，将临床康复一体化中涉及的康复技术划分为 I-III 级。分级原则如下：

I 级：风险等级较低，操作相对简单，全院应用广泛普及的康复技术项目。

II 级：专业性强，归属于康复医学科专业范畴使用的康复技术。

III 级：需要医师与康复治疗师协同配合，或精密仪器设备辅助完成的康复技术。

具体分级目录可参考附录A。

6.2 技术权限

6.2.1 康复技术的医嘱由康复医学科工作的康复医师开具，非康复专业医生经培训考核合格后，由单位决定授权内容。

6.2.2 康复技术医嘱的执行，宜具有康复医学治疗技术资质的治疗师执行，并撰写执行记录，记录中需有执行时间、执行人员等信息。

6.3 技术培训与授权

培训与授权工作宜每年开展一次，由医院管理部门牵头。培训内容涵盖康复技术基础理论、实践操作、临床康复协作流程、医保政策及质量控制要求。考核合格者，由医院授予相应康复技术权限。

7 康复治疗师管理

7.1 工作模式

在临床康复一体化工作中，康复治疗师宜在康复医师和临床医师指导下，为全院患者提供康复治疗服务。

7.2 成立治疗专业组

7.2.1 康复治疗师宜打破科室界限，按照疾病或功能康复方向，成立若干个康复治疗专业组，以专业组覆盖对应临床科室康复需求。

7.2.2 推荐设置的专业方向包括：神经康复治疗组、肌骨康复治疗组、重症康复治疗组、心肺康复治疗

疗组、盆底康复治疗组、脏器康复治疗组、疼痛康复治疗组、言语与吞咽康复治疗组、中医康复组等。医院可根据业务发展需要，自主增设或合并相关专业组。

7.3 工作能力与操作范围

7.3.1 宜根据康复治疗师工作能力，划定康复技术操作范围，每位康复治疗师有对应的康复技术操作目录。

7.3.2 康复技术操作目录建议分为两类，通用技术类和专业技术类，具体分类可参考如下：

——通用技术：指大多数康复评估、康复训练及物理因子治疗中应用广泛的基础性技术；

——专业技术：指专业性较强、需借助特殊仪器设备，如重复经颅磁刺激、吞咽造影检查、表面肌电检测、等速肌力训练等。

7.3.3 康复治疗师技术操作范围宜动态调整，需建立动态调整机制。

7.4 培训与考核

7.4.1 宜建立单独的年度培训与考核机制，保障康复治疗师技术水平的提升。

7.4.2 新入职康复治疗师宜先专业组轮转学习，建议每个专业组学习不少于2个月，轮转结束后再定专业组方向。

8 质量管理

8.1 规范开展流程

临床科室如需开展临床康复一体化工作，宜按以下流程推进：

- 需求对接：康复医学科与临床科室进行沟通，明确临床科室的康复服务需求；
- 资源配置：康复医学科综合评估人员储备、仪器设备、技术能力及运营成本等因素，选派相应专业组的康复医师和治疗师对接临床需求，细化工作内容；
- 审批备案：双方科室以呈批件形式，向医院正式申请开展临床康复一体化工作，经医务、经管、医保、物价、质控等行政管理部门审批及备案后实施；
- 进驻实施：选派康复医师和治疗师参与临床科室联合查房→完成个体化康复评估→制定康复计划→开具康复医嘱→执行康复治疗→同步书写临床及康复病程记录。

8.2 质量控制

8.2.1 质控部门：医院质控科，康复医学科内部质控专员、康复治疗部质控专员。

8.2.2 质控内容：知情同意书、康复医嘱、康复评估、治疗计划、治疗记录、感控要求等。涉及康复治疗文书，主要由康复治疗师完成。

8.2.3 质控维度：医保合规、书写及时、合理有效等。

8.2.4 质控节点：环节质控、归档质控。

9 绩效管理

9.1 医院宜推行双向奖励机制，临床康复一体化产生的工作量，同步纳入临床科室与康复医学科绩效考核，奖励比例由医院结合自身情况确定。

9.2 康复治疗师内部绩效分配以专业组为基础，实现优劳优得，兼顾公平。

附 录 A
(资料性)
康复技术分级目录

康复技术项目分级目录见表A.1。

表A.1 康复技术分级目录

项目分级	分级标准	对应项目
I级	风险等级较低，操作相对简单，全院应用广泛普及的康复技术项目。	红外线治疗、可见光治疗、冷疗、气压治疗等。
II级	专业性强，归属于康复医学科专业范畴使用的康复技术。	偏振光照射、激光疗法、高频电治疗、超短波治疗、短波治疗、微波治疗、射频电疗、静电治疗、共鸣火花治疗、中频脉冲电治疗、低频脉冲电治疗、直流电治疗、电子生物反馈疗法、磁疗、蜡疗、泥疗、水疗、牵引、悬吊治疗，超激光疼痛治疗、空气负离子治疗、超声波治疗、意识功能训练、认知功能训练、吞咽功能训练、言语功能训练、运动功能训练、脏器功能训练、辅助器具使用训练、生活技能康复训练、职业技术康复训练、神经发育障碍康复训练、认知功能检查、运动功能检查、脏器功能检查、神经发育障碍检查、吞咽功能障碍检查、言语功能检查、骨骼肌肉疼痛冲击波治疗等。
III级	需要医师与康复治疗师协同配合，或精密仪器设备辅助完成的康复技术。	足底压力分析检查、吞咽球囊扩张训练、等速肌力测定、电诊断等。

参 考 文 献

- [1] 国家卫生健康委,国家发展改革委,教育部,等. 关于印发加快推进康复医疗工作发展意见的通知(国卫医发〔2021〕19号)[EB/OL]. (2021-06-16)[2026-08-14]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2021-06/17/content_5618767.htm.
- [2] 国家卫生健康委办公厅. 国家卫生健康委办公厅关于印发2023年国家医疗质量安全改进目标的通知(国卫办医函〔2023〕45号)[EB/OL]. (2023-02-28)[2026-08-14]. <https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202302/5d9f7e4ef1d8472fa9ac6d19140dfb83.shtml>.
- [3] 何任红,张露文,程治平,等. 基于康复治疗项目分级管理的临床康复一体化方案实践探索[J]. 中国医院管理, 2024, 44(3):45-48.

广东省康复医学会