



三级甲等医院 护理评审手册

SANJI JIADENG YIYUAN
HULI PINGSHEN SHOUCHE

主编 林平冬 董少良



人民军医出版社
PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

三级甲等医院护理评审手册

SANJI JIADENG YIYUAN HULI PINGSHEN SHOUCHE

主 编 林平冬 董少良
副主编 陈丽娟 金孝勤
编 委 (以姓氏笔画为序)

王玉婷 王秀珉 王碧华 卢 琤 叶晖蓉 江晓声
肖雪莲 冷英杰 张 晶 陈志锋 陈丽娟 陈雄虎
林平冬 金孝勤 董少良 韩延泽 谢雪玲



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

三级甲等医院护理评审手册/林平东,董少良主编. —北京:人民军医出版社,2016.1
ISBN-978-7-5091-8928-3

I. ①三… II. ①林…②董… III. ①护理—手册 IV. ①R47-62

中国版本图书馆CIP数据核字(2015)第266384号

策划编辑:黄建松 肖芳 文字编辑:张红亚 王丽 责任审读:杜云祥

出版发行:人民军医出版社 经销:新华书店

通信地址:北京市100036信箱188分箱 邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290,(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300-8057

网址:www.pmmpp.com.cn

印、装:北京国马印刷厂

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:15.5 字数:336千字

版、印次:2016年1月 第1版 第1次印刷

印数:0001-2500

定价:55.00元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

目 录

第一章 概论	1
第一节 三级甲等医院评审相关规定	1
一、三级甲等医院等级评审及要求	1
二、三级甲等医院评审标准	3
第二节 三级甲等医院岗位编制设置方案	6
一、各岗位编制基本方案	6
二、护理管理组织架构	7
第三节 护理人员薪酬分配方案	7
一、工资分配	8
二、奖金分配	8
三、夜班补助、过节费分配	8
四、五险一金	8
五、护理绩效考评	9
六、学习或进修	9
第二章 三级综合医院等级评审护理标准、细则及检查表单	10
第一节 三级甲等医院等级评审护理标准和细则	10
第二节 患者安全管理评审标准和细则	24
第三节 护理检查评分表单	30
第四节 患者安全管理评分表单	45
第三章 护理规章制度	51
第一节 护理管理制度	51
一、各级护理人员职责	51
二、护理人员培训、考核制度	69
三、护理人员绩效考评制度	71
四、护士请假制度	73
五、护士准入制度	73

六、护理会议制度	76
七、护理会诊制度	76
八、请示报告制度	77
九、护理查房制度	77
十、护士长值班(查房)制度	79
十一、护士值班制度	80
十二、护理交接班制度	80
十三、实习、进修护士管理制度	81
十四、临床教师资质和培训管理规定	82
十五、护理人员继续教育学分管理规定	83
十六、护理人员外出学习、进修管理规定	84
十七、特殊护理耗材使用管理规定	86
十八、紧急人力资源调配规定	87
十九、护理质量持续改进制度	88
二十、医院护理质量持续改进小组工作制度	89
第二节 临床护理制度	90
一、住院规则	90
二、病区管理制度	90
三、患者家属探视制度	91
四、饮食管理制度	91
五、医嘱管理规定	92
六、分级护理制度	93
七、查对制度	94
八、口服给药制度	95
九、病区药品管理制度	95
十、急救物品及急救车管理制度	96
十一、麻醉精神药品管理制度	97
十二、高危药品管理制度	97
十三、疑难病例讨论制度	98
十四、危重患者抢救制度	98
十五、术前患者访视制度	99
十六、消毒隔离管理制度	99
十七、工休座谈会制度	100
十八、护理操作告知制度	100
十九、临床输血管理规定	101
二十、标本收送制度	102

第三节 护理安全管理制度	102
一、重点护理环节安全管理相关制度	102
二、护理不良事件与安全隐患者主动报告制度	102
三、导管滑脱防范制度	103
四、护理风险管理	106
五、患者身份识别相关制度	107
六、“腕带”识别标示管理制度	107
七、压疮评估制度和报告制度	108
八、手卫生管理制度	108
九、患者交接程序	111
十、感染管理制度	112
十一、感染监测制度	113
 第四章 实施优质护理服务工作规范	116
第一节 优质护理服务工作	116
一、医院组织领导	116
二、临床护理管理	117
三、临床护理服务	117
四、支持保障措施	119
第二节 护士分层级管理	119
一、指导思想	119
二、护士评级方案	120
第三节 基础护理工作规范	121
一、整理床单位	121
二、面部清洁和梳头	121
三、口腔护理	121
四、会阴护理	122
五、足部清洁	122
六、协助患者进食或进水	122
七、协助患者翻身及有效咳痰	123
八、协助患者床上移动	123
九、失禁护理	124
十、床上使用便器	124
十一、留置尿管的护理	124
十二、温水擦浴	125
十三、协助更衣	125

十四、床上洗头	125
十五、指（趾）甲护理	126
十六、安全管理	126
十七、留取大、小便标本	126
十八、病房设施指导	127
第四节 常用临床护理技术服务规范	127
一、患者入院护理	127
二、患者出院护理	128
三、生命体征监测技术	128
四、导尿技术	129
五、胃肠减压技术	130
六、鼻饲技术	131
七、灌肠技术	132
八、氧气吸入技术	132
九、雾化吸入疗法	133
十、血糖监测	133
十一、口服给药技术	134
十二、密闭式周围静脉输液技术	134
十三、密闭式静脉输血技术	135
十四、静脉留置针技术	136
十五、静脉血标本的采集技术	136
十六、静脉注射技术	137
十七、肌肉注射技术	137
十八、皮内注射技术	138
十九、皮下注射技术	138
二十、物理降温法（以乙醇擦浴为例）	139
二十一、经气管插管或气管切开吸痰法	139
二十二、心电监测技术	140
二十三、输液泵或微量注射泵的使用技术	140
第五节 常用护理技术操作流程	141
一、动脉血气标本采集法	141
二、呼吸机应用	143
三、静脉采血法	144
四、静脉输液法	145
五、静脉注射术	146
六、口腔护理	147

七、导尿术	148
八、皮内注射法	149
九、卧床患者更换床单法	150
十、经口经鼻吸痰法	151
十一、氧气吸入法	152
十二、心电监护	153
十三、心电图机操作法	154
十四、心肺复苏术	155
十五、鼻饲法	156
十六、灌肠法（以大量不保留灌肠为例）	157
十七、肌肉注射法	158
十八、皮下注射法	159
十九、简易呼吸器加压给氧辅助呼吸操作流程	160
二十、手卫生的操作流程	160
第五章 护理应急预案	161
第一节 专科护理应急预案与抢救流程	161
一、窒息的抢救预案及流程	161
二、心搏、呼吸骤停的抢救预案及流程	161
三、急性心肌梗死的抢救预案及流程	162
四、脑疝的抢救预案及流程	162
五、脑出血的抢救预案及流程	163
六、有机磷农药中毒的抢救预案及流程	163
七、大咯血的抢救预案及流程	164
八、消化道出血抢救预案及流程	165
九、多发伤的抢救预案及流程	165
十、急性脑梗死的抢救预案及流程	166
十一、空气栓塞的抢救预案及流程	166
十二、急性呼吸窘迫综合征抢救预案及流程	167
十三、甲状腺功能亢进危象患者的抢救预案及流程	167
十四、甲状腺术后呼吸困难和窒息的抢救预案及流程	168
十五、患者出现惊厥的抢救预案及流程	169
十六、大面积烧伤患者的抢救预案及流程	169
十七、烧伤休克的抢救预案及流程	170
十八、低血糖的抢救预案及流程	171
十九、重症肌无力危象的抢救预案及流程	171

二十、癫痫大发作的抢救预案及流程	171
二十一、肝癌破裂出血的抢救预案及流程	172
二十二、肝性脑病的抢救预案及流程	172
二十三、创伤后呼吸窘迫综合征抢救预案及流程	173
第二节 突发事件的护理预案与处理程序	173
一、患者自杀的应急预案及程序	173
二、住院患者外出或外出不归时的应急预案及程序	174
三、处理医疗投诉及纠纷的应急预案及程序	174
四、医务人员发生针刺时的应急预案及程序	175
五、火灾应急预案及程序	175
六、患者摔倒(坠床)的应急预案及程序	176
七、停水和突然停水的应急预案及程序	176
八、停电和突然停电的应急预案及程序	177
九、失窃的应急预案及程序	177
十、遭遇暴徒的应急预案及程序	177
十一、地震的应急预案及程序	178
十二、病房漏水的应急预案	178

第六章 护理操作并发症的预防与护理 179

第一节 常用护理操作并发症的预防与处理	179
一、静脉输液常见并发症的预防及处理	179
二、静脉输血常见并发症的预防及处理	181
三、静脉注射常见并发症的预防及处理	182
四、皮内注射常见并发症的预防及处理	184
五、皮下注射常见并发症的预防及处理	186
六、肌肉注射常见并发症的预防及处理	187
七、静脉采血常见并发症的预防及处理	189
八、氧气吸入操作常见并发症的预防及处理	189
九、口腔护理常见并发症的预防及处理	191
十、雾化吸入常见并发症的预防及处理	192
十一、吸痰常见并发症的预防及处理	194
十二、导尿术常见并发症的预防及处理	194
十三、大量不保留灌肠常见并发症的预防及处理	195
十四、心肺复苏常见并发症的预防及处理	196
十五、洗胃常见并发症的预防及处理	197
十六、物理降温常见并发症的预防及护理	198

十七、膀胱冲洗常见并发症的预防及处理	199
十八、肠内营养护理常见并发症的预防及处理	200
十九、末梢血糖监测常见并发症的预防及处理	201
二十、动脉血标本采集常见并发症的预防及处理	201
二十一、轮椅转移护理常见并发症的预防及处理	202
二十二、输液泵使用常见并发症的预防及处理	202
二十三、微量泵使用常见并发症的预防及处理	203
二十四、热敷法常见并发症的预防及处理	204
二十五、PICC护理常见并发症的预防及处理	204
第二节 专科护理操作常见并发症的预防及处理	206
一、血液透析护理常见并发症的预防及处理	206
二、脑室外引流护理常见并发症的预防及处理	207
三、胸腔闭式引流护理常见并发症的预防及处理	209
四、人工肛门护理常见并发症的预防及处理	211
五、牵引术护理常见并发症的预防及处理	214
六、石膏固定护理常见并发症的预防及处理	215
七、脊髓损伤患者翻身常见并发症的预防及处理	215
八、止血带止血常见并发症的预防及处理	216
九、偏瘫肢体护理常见并发症的预防及处理	216
十、胃肠减压常见并发症的预防及处理	217
十一、气管切开常见并发症的预防及处理	217
十二、气管插管常见并发症的预防及护理	220
十三、肺功能检查常见并发症的预防及处理	221
十四、呼吸机操作常见并发症的预防及处理	222
十五、无创呼吸机使用常见并发症的预防及处理	224
十六、气管镜检查常见并发症的预防及处理	226
十七、电除颤常见并发症的预防及处理	227
十八、负压吸引术护理常见并发症的预防及处理	227
十九、阴道冲洗常见并发症的预防及处理	228
二十、新生儿沐浴常见并发症的预防及处理	229
二十一、新生儿保温箱使用常见并发症的预防及处理	230
二十二、正常接生常见并发症的预防及处理	230
二十三、新生儿母乳喂养常见并发症的预防及处理	231
二十四、胰岛素注射常见并发症的预防及处理	232
二十五、泪道探通常见并发症的预防及处理	233

第一章 概 论

第一节 三级甲等医院评审相关规定

一、三级甲等医院等级评审及要求

医疗机构等级评审是指对医疗机构的功能定位、医疗质量、服务能力和管理水平等进行综合评价并确定等级的专业技术活动。通过周期评审，引导医院进行科学化、精细化、专业化管理，逐步达到最佳的资源配置，实现社会效益和经济效益的双赢，不断提高可信度和满意度。

三级甲等医院（简称“三甲医院”）是依照中国现行《医院分级管理办法》等的规定而划分的医院等级之一。三级甲等医院在中国是国家特殊医院以外的最高等级的医院，是中国内地对医院实行“三级九等”的划分等级中最高的一级。等级医院评审的主要目的：①提高医疗质量、提高管理水平、提高综合实力；②保障患者医疗安全、保障优质服务、保障患者权益；③为医务人员搭建技术平台、优化工作环境、提高人员素质。

考核的主要项目包括医疗服务与管理、医疗质量与安全、技术水平与效率，民营医院也可以参与等级评定。医院等级评审委员会是评审医疗机构等级的专门机构，由卫生、财政、物价、人力社保、科技、编委办等部门组成，评审委员会实行主任委员领导下的民主评议制。标准评价方法是“追踪检查”和“集中检查”相结合。坚持“六重三不”原则，即重服务、重管理、重质量、重安全、重基础、重保障，不是运动、不搞形式、不弄虚作假。

考核实行1000分制，900分以上评为三级甲等医院，750~900分评为三级乙等医院，600~750分评为三级丙等医院。医院等级不是终身制，实行动态管理。此外，现如今医疗质量综合考评标准突出了“以患者为中心”的服务理念，要求医院必须定期征集患者意见，每季度召开1次患者意见座谈会。

（一）三甲医院具体条件要求

（1）医院应有正式的病房和一定数量的病床设施。以实施住院诊疗为主，一般设有相应的门诊部。

（2）应有基本的医疗设备，设立药剂、检验、放射、手术及消毒供应等医技诊疗部门。

（3）应有能力对住院患者提供合格与合理的诊疗、护理和基本生活服务。

- (4) 应有相应的、系统的人员编配。
- (5) 应有相应的工作制度与规章制度。
- (6) 应有相应的医院文化。

医院还须设立免费饮水供应、公用电话、实行电子电话预约诊疗等，要求化验室检查报告在24h内出结果，还要有收费价格公示，提供费用查询，实行费用清单制度。

(二) 三甲医院配备要求

1. 床位 住院床位总数501张以上。

2. 科室设置

(1) 临床科室：至少设有急诊科、内科、外科、妇产科、儿科、中医科、耳鼻咽喉科、口腔科、眼科、皮肤科、麻醉科、康复科、预防保健科。

(2) 医技科室：至少设有药剂科、检验科、放射科、手术室、病理科、输血科、核医学科、理疗科（可与康复科合设）、消毒供应室、病案室（科）、营养部和相应的临床功能检查室。

3. 人员配备

- (1) 每床至少配备1.03名卫生技术人员。
- (2) 每床至少配备0.4名护士。
- (3) 各专科科室的主任应具有副主任医师以上职称。
- (4) 临床营养师不少于2人。
- (5) 工程技术人员（技师、助理工程师及以上人员）占卫生技术人员总数的比例不低于1%。

4. 房屋要求

- (1) 每房建筑面积不少于60m²。
- (2) 病房每床净使用面积不少于6m²。
- (3) 日平均每门诊人次占门诊建筑面积不少于4m²。

5. 设备要求

(1) 基本设备：给氧装置呼吸机、电动吸引器、自动洗胃机、心电图机、心脏除颤器、心电监护仪、多功能抢救床、万能手术床、无影灯、麻醉机、麻醉监护仪、高频电刀、移动式X线机、X线机、B超、多普勒成像仪、动态心电图机、脑电图机、脑血流图机、血液透析器、肺功能仪。支气管镜、食管镜、胃镜、十二指肠镜、乙状结肠镜、结肠镜、直肠镜、腹腔镜、膀胱镜、宫腔镜、妇科检查床、产程监护仪、万能产床、胎儿监护仪、婴儿保温箱、骨科牵引床、裂隙灯、牙科治疗椅、涡轮机牙钻机、银汞搅拌机、显微镜、生化分析仪、紫外线分光光度计、酶标分析仪、尿分析仪、分析天平细胞自动筛选器、冲洗车、超低温电冰箱、恒温箱离心机、敷料柜、器械柜、冷冻切片机、石蜡切片机、高压灭菌设备、蒸馏器、紫外线灯、手套烘干上粉机、洗衣机、冲洗工具、下收下送密闭车、常水、热水、净化过滤系统、净物存放、消毒灭菌密闭柜、通风降温、烘干设备、热源监测设备（恒温箱、净化台、干燥箱）等。

(2) 病房每床单元设备：可摇式床铺、床头柜、床旁椅、床头呼叫系统、房顶安置输液轨

道(架)、电源插座、给氧装置、中心吸引等。

(3) 有与开展的诊疗科目相应的其他设备。

6. 规章制度 制订各项规章制度、人员岗位责任制,有国家制订或认可的医疗护理技术操作规程,并成册可用。

7. 经费 注册资金到位,数额由各省、自治区、直辖市卫生行政部门确定。

二、三级甲等医院评审标准

单项否决24条核心标准。

(一) 将对口支援县医院、乡镇卫生院和支援社区卫生服务工作纳入院长目标责任制与医院年度工作计划,有实施方案,专人负责。

(二) 明确医院需要应对的主要突发事件策略,建立医院的应急指挥系统,制订和完善各类应急预案,提高快速反应能力。

1. 开展脆弱性分析,明确医院需要应对的主要突发事件及应对策略。

2. 建立医院的应急指挥系统。

3. 编制各类应急预案。

(三) 实施急诊分区救治、建立住院和手术的“绿色通道”,建立创伤、急性心肌梗死、脑卒中、急性呼吸功能衰竭等重点病种的急诊服务流程与规范,需紧急抢救的危重患者可先抢救后付费,保障患者获得连贯医疗服务。

1. 实施急诊分区救治,有与医院功能任务相适应的急诊服务流程与规范,各科室职责明确。

2. 对急性创伤、急性心肌梗死、急性心力衰竭、急性脑卒中、急性颅脑损伤、急性呼吸功能衰竭等重点病种的急诊服务流程与服务时限有明文规定,能落实到位。

3. 有保证相关人员及时参加急诊抢救和会诊的相关制度。其他科室接到急诊科会诊申请后,应当在规定时间内进行急诊会诊。

(四) 医院有相关制度保障患者及其家属充分了解其权利。患者及其家属对病情、诊断、医疗措施和医疗风险等具有知情选择的权利。医院有相关制度保证医务人员履行告知义务。

(五) 贯彻落实《医院投诉管理办法(试行)》,实行“首诉负责制”,设立或指定专门部门统一接受、处理患者和医务人员投诉,及时处理并答复投诉人,妥善处理医疗纠纷。

(六) 在诊疗活动中,严格执行“查对”制度,至少同时使用姓名、年龄等2项核对患者身份,确保对正确的患者实施正确的操作。

(七) 有手术安全核查与手术风险评估制度与工作流程。

1. 实施“三步安全核查”,并正确记录。

2. 准备切开皮肤前,手术医师、麻醉师、巡回护士共同遵照“手术风险评估”制度规定的流程,实施再次核对患者身份、手术部位、手术名称、麻醉分级等内容,并正确记录。

3. 手术安全核查执行率 $\geq 95\%$ (随机抽查)。

4. 手术安全核查项目完整率 $\geq 95\%$ (随机抽查)。

5.各科质量管理小组对手术部位识别标志与手术安全核查执行情况每年至少开展2次以上全科追踪活动,并有记录。

6.医务处、护理部对手术部位识别标志与手术安全核查执行情况每年至少开展2次以上全院再追踪活动,并有记录。

7.院长对手术部位识别标志与手术安全核查执行情况每年至少有2次以上全院管理系统改进措施,并有记录。

(八)有主动报告医疗安全(不良)事件与隐患缺陷的制度与可执行的工作流程,并让医务人员充分了解。

(九)对实施手术、介入、麻醉等高风险技术操作的卫生技术人员实行“授权”制,定期进行技术能力与质量绩效的评价。

1.医院有必要组织与主管部门承担新技术的准入;手术、介入与麻醉等高风险性诊疗技术的分级管理和人员资质准入的管理。

2.医疗、护理管理职能部门负责建立相应的资格许可授权程序与机制。

3.对资格许可授权实行动态管理,至少每2年复评一次,当出现下列情况,则应当取消或降低其操作权力。

(1)达不到操作许可必需条件的。

(2)对操作者的实际完成质量评价后,经证明其操作并发症的发生率超过操作标准规定的范围者。

(3)在操作过程中明显或屡次违反操作规程。

(十)科主任、护士长与具备资质的人员组成质量与安全管理团队,能定期分析影响住院诊疗(检查、药物治疗、手术/介入治疗等)计划/方案执行的因素,对住院时间超过30d的患者,进行管理与评价,优化医疗服务系统与流程。

1.医院对各临床科室出院患者平均住院日有明确的管理文件,做到让每一位医师均知晓。

2.对住院时间超过30d的患者,进行管理与评价。

(十一)科主任、护士长与具备资质的人员组成质量与安全管理团队,能定期分析影响围术期质量与安全管理的因素,有“非计划再次手术”与“手术并发症”的监测、原因分析、反馈、改进和控制体系。

1.医院对手术科室有明确的质量与安全指标,医院与科室能定期评价,有能够显示持续改进效果的记录。

2.医院质量管理方案中,有“非计划再次手术”的监测、原因分析、反馈、整改和控制体系。

(十二)有麻醉后复苏室,管理措施到位,实施规范的全程监测,记录麻醉后患者的恢复状态,防范麻醉并发症的措施到位。

1.麻醉后恢复室必须配备足够数量的具有专业技术的医护人员,其中至少有1位能独立实施麻醉的麻醉医师。

2.麻醉后恢复室有书面的入室和出室标准,患者在恢复室内一切监护结果和处理都需

记录。

3. 转出麻醉恢复室有评价标准（全身麻醉患者Steward评分），评价结果记录在病历中。

（十三）重症医学科布局、设备设施、专业人员设置及医院感染控制符合《重症医学科建设与管理指南（试行）》的基本要求。

（十四）重症监护患者入住、出科符合指征，实行“危重程度评分”，定期评价收住患者的适宜性及临床诊疗质量，并能以此评价改进措施的有效性。

1. 医院有制度规定，重症医学科收治患者的范围与标准，转出重症医学科的流程，保障重症医学科的患者出口通畅。

2. 医院有制度规定，对入住重症医学科的患者实行疾病严重程度评估。

3. 医院与科室定期对重症医学科的资源使用的适宜性与诊疗质量评价，提供分析报告。

（十五）医师、药师、护士按照《抗菌药物临床应用指导原则》等要求，合理使用药品，并有监督机制。

1. 医院根据《指导原则》结合本院实际情况制订“抗菌药物临床应用和管理实施细则”，制订抗菌药物分级管理制度，并检查贯彻落实情况。

2. 抗菌药物管理有适当的组织，并制订章程，明确职责，对抗菌药物的不合理使用有检查、干预和改进措施。

3. 落实各类手术（特别是I类清洁切口）预防性应用抗菌药物的有关规定。

4. 医院应当建立药物使用评价体系，持续开展处方点评和用药超常预警。

（十六）具备药物安全性监测管理制度，观察用药过程，监测用药效果，按规定报告药物严重不良反应，并将不良反应记录在病历之中。

1. 实施药品不良反应和用药错误报告制度，建立有效的药害事件调查、处理程序。

2. 有完善的突发事件药事管理应急预案，药学工作人员可熟练执行。

（十七）开展输血质量全程监控，制订，实施控制输血感染的方案，严格执行输血技术规范。

1. 有血液储存质量监测规范与信息反馈的制度。

2. 输血器械符合国家标准，“三证”齐全。

3. 输血前，检查从输血科领出的血液。

4. 有临床输血过程的质量管理监控及效果评价的制度与流程。

5. 有控制输血感染的方案，与实施情况记录。

6. 有输血不良反应及其处理预案，记录及时、规范。

（十八）有多重耐药菌（MDR）医院感染控制管理的规范与程序，实施监管与改进活动。

1. 具备多重耐药菌管理制度并实施。

2. 临床科室、微生物实验室或检验部门、医院感染管理部门等在多重耐药菌管理方面建立的合作机制快捷有效。

3. 定期与不定期总结细菌耐药性监测资料，并有效反馈至相关部门。

4. 落实手卫生、隔离措施、无菌操作、保洁与环境消毒的制度等。

5.临床医务人员和微生物实验室或检验部门的人员进行预防多重耐药菌感染措施的有效培训。

(十九)采用卫生部发布的疾病分类ICD-10与手术操作分类ICD-9-CM-3,对出院病案进行分类编码;建立科学的病案库管理体系,包括病案编号及示踪系统,出院病案信息的查询系统。

(二十)依据《护士条例》《护士守则》《综合医院分级护理指导原则》《基础护理服务工作规范》与《常用临床护理技术服务规范》规范护理行为,优质护理服务试点病房按照《住院患者基础护理服务项目》要求落实到位。

(二十一)临床护士护理患者实行责任制,与患者沟通交流,为患者提供连续、全程的基础护理和专业技术服务。

1.医院实际制订优质护理示范工程活动方案并组织实施。

2.加强与患者的沟通交流,给予患者康复或健康指导。

(二十二)水、电、气、物资供应等后勤保障满足医院运行需要。严格控制与降低能源消耗,有具体可行的措施与控制指标。

(二十三)医院消防系统管理符合国家相关标准,有定期演练;灭火器材、压力容器、电梯等设备按期年检。

(二十四)有保障设备处于完好状态的制度与规范,对用于急救、生命支持系统仪器设备要始终保持在待用状态,建立全院应急调配机制。

(林平冬 江晓声)

第二节 三级甲等医院岗位编制设置方案

一、各岗位编制基本方案

1.具体计算公式借鉴第二军医大学张鹭鹭主编的《高级医院管理学》。

(1)医院病床(>450床):人员编制员额常数=1:(1.6~1.7),计算公式:医院编制总额=编制员额常数×核定床位数+(核定床位数-核定床位数下限)/(核定床位数上线-核定床位数下限)×(编制员额常数上线-编制员额常数下线)×核定床位数。

(2)行政卫勤人员=医院编制总额×28%;其他人员=医院编制总额×5.7%。

(3)医师人员数=医院编制总额×18%;护理人员数=医院编制总额×36%。

(4)药剂人员数=医院编制总额×5.7%;检验人员=医院编制总额×3.3%;放射、特诊科人员数=医院编制总额×3.17%。

(5)医师:护士=1:2;全院护士:病床=0.6:1;病房护士:实际开展床位=0.4:1;康复病床:医师=1:0.25;康复病床:护士=1:0.3;手术室麻醉床:手术室护士=1:2.5;麻醉床:医师=1:2;《重症医学科建设与管理指南》建议,综合ICU床:医师=1:0.8;综合ICU床:护士=1:(2.5~3);专科ICU床:护士=1:1.5;病理人员:住院患者=1:100;病理医

师：技师=1：1；医院编制床位数：供应室工作人员=100：3（集中供应）。

（6）职称比例。医师系列：高、中、初级专业技术职务比例分别为20%、27%、53%；技师系列，高、中、初级专业技术职务比例分别为20%、27%、53%；药师系列，高、中、初级专业技术职务比例分别为20%、26%、54%；护士系列，高、中、初级专业技术职务比例分别为1%~2%、14%~18%、80%~85%。

2. 医务人员占全院总人数70%以上且与核定展开床位比不低于1.15：1。

3. 护理人员占医务人员总数50%；全院护士与实际展开床位比不低于0.6：1；临床一线与总护士总数不低于95%；临床一线护士与核定展开床位比不低于0.4：1。

4. 急诊科主治医师以上人员不低于70%，急诊科护师以上人员不低于70%。

5. 门诊药房：100张/人；中心摆药：120床/人；配液中心80袋/人。

6. 医学工程技术人员（器材科）占卫生技术人员总数不少于1%。

7. 放疗医师不低于5名，物理师不低于2名，技术员不低于5名。

8. 病案室管理人员按每百张床位不低于2名进行配置，非专业人员不高于50%。

9. 产房分娩量≥800例/年时，配备护士不低于12名。

10. 临床营养师不低于2名。

11. 医疗质量管理科按全院核定床位的1%进行配置。

二、护理管理组织架构

护理管理组织架构对三级甲等医院的基本要求是设护理部、实行护理部主任、科护士长（总护士长）、病区护士长三级负责制。完善三级管理体制，有效实施三级管理。以增强护理工作的管理力度，使医院的护理管理走向科学化、程序化、制度化，且持续改进，为患者提供优质、舒适、安全的护理服务。

1. 内科片区 呼吸内科、心血管内科、肾病风湿科、消化内科、神经内科、肿瘤血液内科、肝病中心（传染科）、重症医学科、康复医学科。

2. 外科片区 普外科、骨科、神经外科、胸心外科、泌尿外科、烧伤整形科、口腔科、耳鼻咽喉科、眼科、妇科、产科、综合ICU。

3. 医技片区 门诊部、急诊医学部、介入科、麻醉科、静脉配置中心、健康体检中心、消毒供应中心。

（金孝勤 卢 琤）

第三节 护理人员薪酬分配方案

为了进一步完善和规范护理岗位人员薪酬分配调控机制和激励机制，本着公平公正、同工同酬、优劳优酬的原则，结合医院实际及岗位特点，制订适用于本单位护理岗位人员的薪酬分配方案。