

王翠玲 刘冰新 主编



JCI

理念下的患者安全 与护理服务标准

JCI LINIANXIA DE HUANZHE ANQUAN
YU HULI FUWU BIAOZHUN



山西出版传媒集团



山西科学技术出版社

JCI 理念下的患者安全与 护理服务标准

主编 王翠玲 刘冰新

山西出版传媒集团
山西科学技术出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

JCI 理念下的患者安全与护理服务标准/王翠玲,刘冰新主编. —太原:山西科学技术出版社,2016.3

ISBN 978-7-5377-5297-8

I. ①J… II. ①王…②刘… III. ①护理学—标准 IV. ①R47-65

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2016) 第 046956 号

JCI 理念下的患者安全与护理服务标准

出 版 人: 张金柱

主 编: 王翠玲 刘冰新

责 任 编 辑: 赵志春

责 任 发 行: 阎文凯

封 面 设 计: 吕雁军

出 版 发 行: 山西出版传媒集团·山西科学技术出版社

地址: 太原市建设南路 21 号 邮编: 030012

编辑部电话: 0351-4922073

发 行 电 话: 0351-4922121

印 刷: 太原德胜华印业有限公司

网 址: www.sxkxjsebs.com

QQ 信箱: 568758452@qq.com

开 本: 880mm × 1230mm 1/32 印张: 3.375

字 数: 83 千字

版 次: 2016 年 3 月第 1 版 2016 年 3 月第 1 次印刷

书 号: ISBN 978-7-5377-5297-8

定 价: 10.00 元

本社常年法律顾问: 王葆柯

如发现印、装质量问题,影响阅读,请与印刷厂联系调换。

编 委 会

编委会主任：杨晓棠

主 编：王翠玲 刘冰新

副 主 编：王海蓉 牛巧红

编 写 人 员：（按姓氏笔画排序）

马 莉	王冬梅	王芳芳	王 洁	王海红
王燕萍	付 佳	冯永萍	田建英	申晓静
白月英	石美苹	任俏丽	任跃君	关伟华
刘书英	刘春林	孙淑华	安 洁	安润花
朱宝燕	许俊娥	许慧娟	宋丽娟	宋爱华
张丽娟	张晋彬	李文娟	李建英	李 梅
李 霞	来云霞	杨文琴	杨 悦	杨振亚
杨 静	陈爱兰	陈 颖	季 华	岳瑞清
范改萍	范瑞霞	郑丽君	宫 熠	赵俊芳
赵艳丽	倪泽蓉	栗晓坤	贾立娟	郭志娟
郭俊玲	郭凌云	郭晓静	高学珍	曹国珍
黄雪峰	黄 慧	焦俊云	暴江萍	薛红莲

主 审：杨晓棠

前 言

JCI（国际医院认证联合委员会）的宗旨是通过提供全球范围的认证服务和咨询服务来提高全球医疗机构的服务质量，确保医疗安全。它的理念最大限度地实现医院“以患者为中心”的服务，为患者提供周到、优质的服务。JCI 认证被认为是医院走向国际市场、参与国际竞争的“通行证”。

为了保障患者的医疗护理安全及提高护理服务满意度，我们参照 JCI 标准思路，依据《三级肿瘤医院评审标准（2011 年版）实施细则》、《护士条例》、《静脉治疗技术规范》及《优质护理评价细则（2014 年版）》等标准，结合医院临床实际，修订编写了《JCI 理念下的患者安全与护理服务标准》一书。

本书共 34 章，120 条，1060 款，在本书编写过程中得到了院领导与质量专业委员会及

2015 - 10 - 28 发布 2016 - 01 - 01 实施

各科室的大力支持和帮助，谨此表示感谢！我们对标准的理解和运用经验还有待进一步提高，书中难免有疏漏和不足之处，敬请专家和同仁不吝赐教，多提宝贵意见，我们将进行及时修订和完善。

说 明

参考标准

《护士条例》、《病历书写规范》、《JCI 医院评审标准（第四版）》、《三级综合评审标准（2011 年版）实施细则》、《三级肿瘤医院评审标准（2011 年版）实施细则》、《医院消毒供应中心管理规范》、《内镜清洗消毒技术操作规范（2004 年版）》、《重症医学科建设与管理指南》、《医院手术部（室）管理规范（试行）》、《医疗废物管理条例》、《急诊科建设与管理指南（试行）》等。

适用范围

全院护理人员。

使用方法

1. 优质护理服务护理质量标准共 34 章，120 条，1060 款。

2. 每款 2 分，结果以对错或有无评价，不论程度。

3. 第一部分为公共条款，全员执行。

护理质控办法及考核细则

1. 院科两级有年度护理质量计划，包含定性及定量目标和切实可行的达标措施。

2. 执行《三级肿瘤医院评审标准（2011 年版）实施细则》、《优质护理服务工作方案（2014 - 2017 年）》及相关要求，并根据本年度的上级政策及要求 2 月底完善标准，科室修订需在护理部备案。

3. 院科建立优质护理服务质量管理组织，并按职责开展督查 - 分析 - 整改 - 评价工作，有记录。

4. 院科分别制定优质护理服务质量考核办法并与绩效挂钩。

5. 科室质量改进依靠个人、互助及科室督导三个层面。

6. 分级护理巡视制度依托移动护理督查。

7. 护理评估时效依托信息手段督查。

8. 护理部 1-2 次/周入病房督查和征求患者、护士意见，针对需求改进工作。

9. 护理部每季度至少召开一次质量安全分析会，科室每月至少召开一次质量安全分析会。

10. 以上会议结果体现分析与持续改进。

11. 每季开展“护理服务满意度”及“护理管理满意度”调查；调查方式：电话及调查表；调查数量：调查对象的 30%。

12. 执行护理不良事件非惩罚上报制度。

13. 不良事件报告全部网报。

14. 不良事件全部原因分析，有记录。

15. 护理部每年 1 月份组织院内护理管理经验交流会，形式内容以通知为准。

16. 护理部每年 4 月份组织院内品质改善汇报会，形式内容以通知为准。

17. 护理部每年与满意度末位护士长谈话，有记录。

18. 护理部每半年一次安全警示教育会，护士长全部参加并全员传达，护士按通知

参会。

19. 护理部每季度管理目标追踪，病区及特殊科室全覆盖，有记录。

20. 护理委员会每月质量标准内容及问题追踪，病区及特殊科室全覆盖，有记录。

21. 科室每月质量标准内容及问题追踪，有记录。

22. 科室每月第二周组织质量安全分析会，有记录。

23. 护理部每月 5 日前向医院全面质量委员会提交护理质量通报。

24. 护理部每月 5 日前通过信息管理平台上传《护理质控专刊》及《护理部质量分析报告》，两周后跟踪相关科室整改。

25. 护理部每日 19: 00 - 7: 00 抽查 4 - 6 个病区（手术、门诊、内镜除外）标准及问题落实，月底全覆盖，有记录。

26. 护理部抽查危重患者（医务科备案），有记录。

27. 护理部抽查跟踪当日上报压疮管理患

者，有记录。

28. 科室不能提供医院各考核小组所需资料时其考核“项目”直接减分。

29. 月报质控科室，发生处罚金额的 30% 与护士长个人挂钩（直接质控个人时除外）。

30. 不在标准内质量管理问题，护理质量委员会讨论，视情节轻重，上报医院质控室或相关部门。

31. 每月单项得分低于平均分 10 分（四舍五入）时，之后每降 1 分质控扣 1 分；扣分 ≥ 5 分，上报医院质控室；扣分在 1~4 分时，护理专刊通报。

32. 无不可避免因素发生院内压疮或院外带来而发展的压疮扣 200 元/例；发生压疮未预报或漏报扣 300 元/例。

33. 当班脱岗扣发当月绩效或依据情节停薪留职或停职；旷工执行医院制度。

34. 季度零不良事件时，经核实与实际不符，上报医院质控 200 元。

35. 不良事件引发投诉、纠纷但未构成事

故时，扣 200 元；造成后果，参照医院相关规定。

36. 医德医风管理执行医院规定。

37. 检查者签全名。

38. 每月汇总检查人员检查结果，连续 3 月无阳性记录者取消参与监控资格。

39. 病区、患者、护士、设备、问题、管路、标识种类等、医嘱、设备、仪器等累计数量。

40. 记录不全为无效记录。

41. 护理部主任评价结果不与优秀科室及个人相关。

42. 护理质量委员会所有评价结果与优秀科室及个人相关。

43. 满意度结果与优秀科室及个人相关。

44. 管理目标评价与优秀科室及个人相关。

目 录

前 言	1
说 明	1
第一部分 基本要求	1
1 患者安全 (IPSG)	1
1.1 正确识别患者身份	1
1.2 改进有效交流	2
1.3 改进高危药物使用安全	3
1.4 手卫生	3
1.5 职业防护	4
1.6 降低患者跌倒压疮导致的伤害风险	4
2 可及及连贯 (ACC)	5
2.1 患者出入院	5
2.2 危重患者转运	6
3 患者权利 (PFR)	7
3.1 患者隐私保护	7
4 患者评估 (AOP)	7
4.1 入院及护理分级评估	7

4.2	系统评估	8
4.3	疼痛护理	8
4.4	护理计划	8
5	患者服务 (COP)	9
5.1	病情掌握	9
5.2	护理措施	9
5.3	管道护理	11
5.4	输血护理	11
5.5	约束具使用	13
5.6	给药管理	13
5.7	标本采集	15
5.8	围手术期护理	15
5.9	放化疗护理	16
6	药物管理与使用 (MMU)	16
6.1	普通药物贮藏管理	16
6.2	医用冰箱管理	17
6.3	精、麻、毒药管理	18
6.4	有害化学品管理	19
7	患者教育 (PFE)	19
7.1	健康教育	19
8	质量改进与患者安全 (QPS)	20
8.1	质量改进	20

8.2	不良事件上报	21
9	设备管理与安全 (FMS)	21
9.1	仪器设备维护和使用	21
9.2	急救管理	23
9.3	消防安全	24
10	感染预防与控制 (PCI)	25
10.1	物品管理	25
10.2	污物、医疗废弃物管理	25
11	主管领导指导 (GLD)	26
11.1	环境管理	26
11.2	应急管理	27
11.3	安全标识	28
11.4	移动管理	29
11.5	医嘱处理	30
11.6	报表	31
12	员工资格与教育 (SQE)	31
12.1	护士档案	31
12.2	岗前培训	32
12.3	规范化培训	32
12.4	员工素质	32
12.5	岗位管理	33
12.6	继续教育	35

13 信息管理 (MCI)	35
13.1 体温单	35
13.2 重症护理记录单	37
13.3 生命体征及出入量单	38
13.4 风险评估单见 (第一部分 1.6)	39
13.5 入院评估单见 (第一部分 4.1)	39
13.6 放化疗评估单见 (第一部分 5.9)	39
第二部分 特殊要求	40
1 重症医学科	40
1.1 科室管理	40
1.2 布局流程	41
1.3 设施设备	42
1.4 专科要求	43
2 洁净手术部	44
2.1 科室管理	44
2.2 布局流程	46
2.3 交接与转运	46
2.4 手卫生/外科手消毒	47
2.5 手术间	47
2.6 医院感染管理	48
2.7 患者访视	49
2.8 设备仪器	49

2.9	手术记录	50
2.10	专科要求	51
3	急诊科	51
3.1	科室管理	51
3.2	布局流程	53
3.3	抢救室	53
3.4	分诊	54
3.5	留观/日间病房	54
3.6	专科护士	54
4	门诊部	55
4.1	科室管理	55
4.2	预约及信息服务	56
4.3	导诊服务	56
4.4	分诊服务	57
4.5	候诊区/大厅	57
4.6	诊室	57
4.7	治疗、处置室	58
5	消毒供应中心	59
5.1	科室管理	59
5.2	布局流程	59
5.3	设施设备	60
5.4	职业防护	61