

T

ICS 11.020  
CCS C 05

# 团体标准

T/CWDPA XXX—2026

## 临床护理质量评价规范

Standards for clinical nursing quality evaluation

2026-X-XX 发布

2026-X-XX 实施

中国西部开发促进会 发布

# 目 次

前言 .....	II
1 范围 .....	1
2 规范性引用文件 .....	1
3 术语和定义 .....	1
4 基本原则 .....	2
4.1 以患者为中心原则 .....	2
4.2 科学性原则 .....	2
4.3 规范性原则 .....	2
4.4 持续性原则 .....	2
4.5 公平公正原则 .....	2
5 评价组织与职责 .....	2
5.1 医院级评价组织 .....	2
5.2 科室级评价组织 .....	3
5.3 专项评价小组 .....	3
6 评价指标体系 .....	3
6.1 指标分类及核心内容 .....	3
6.2 核心评价指标及标准 .....	4
6.3 指标调整与更新 .....	5
7 评价方法与流程 .....	5
7.1 评价方法 .....	5
7.2 评价流程 .....	5
8 持续改进 .....	6
8.1 持续改进机制建立 .....	6
8.2 PDCA 循环应用 .....	6
8.3 改进效果评价与应用 .....	7
8.4 培训与教育 .....	8
8.5 信息管理与共享 .....	8
附录 A（资料性） 临床护理质量评价核心指标数据收集记录表 .....	9
附录 B（规范性） 护理质量评价现场检查记录表 .....	10

## 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。

本文件由中国西部开发促进会提出并归口。

本文件起草单位：秦皇岛市妇幼保健院（秦皇岛市妇幼保健中心）。

本文件主要起草人：。

本文件为首次发布。

# 临床护理质量评价规范

## 1 范围

本文件规定了临床护理质量评价规范的基本原则、评价组织与职责、评价指标体系、评价方法与流程、持续改进等要求。

本文件适用于各级各类医疗机构（含综合医院、专科医院、中医医院、基层医疗卫生机构、妇幼保健机构等）的临床护理质量评价工作，涵盖基础护理、专科护理、护理安全、服务体验、人员能力等相关领域的质量评价活动。

## 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 19000 质量管理体系 基础和术语

WS/T 313 医务人员手卫生规范

WS/T 431 护理分级标准

WS/T 433 静脉治疗护理技术操作标准

## 3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

### 3.1

#### 临床护理质量 clinical nursing quality

在临床护理服务过程中，护理人员运用专业知识和技能，以满足患者需求和达到最佳健康结局为目标，所体现出的特性总和。其核心要素包括安全性、有效性、及时性、效率、公平性和以患者为中心。

### 3.2

#### 护理质量评价 nursing quality evaluation

依据明确的护理质量标准，通过系统性地收集、分析和解释护理服务过程与结果的相关数据和信息，对护理质量进行测量、判断和价值认定的活动。

### 3.3

#### 护理质量指标 nursing quality indicator

用于量化测量和监测护理服务结构、过程及结果关键方面的特定、可测量项目。它是评价护理质量的具体工具。

### 3.4

#### 结构指标 structure indicator

衡量与护理服务提供相关的静态的、组织与资源配备状况的指标。例如：床护比、护士执业资格合格率、护理设备完好率等。

### 3.5

#### 过程指标 process indicator

衡量护理人员在提供服务过程中，其行为、操作、互动等是否符合既定标准、规范或最佳实践的指标。例如：住院患者跌倒/坠床风险评估率、给药正确率、护理措施落实符合率等。

### 3.6

#### 结果指标 outcome indicator

衡量护理服务对患者健康状况、行为、认知及感受所产生影响的最终或中间状态的指标。例如：住院患者跌倒发生率、压疮发生率、患者满意度等。

### 3.7

#### 质量改进 quality improvement

通过系统性的努力，分析护理服务中的问题，实施并测试变革措施，以实现护理质量突破性提升或维持在更高水平的持续性活动。

## 4 基本原则

### 4.1 以患者为中心原则

评价工作应始终围绕患者健康需求和权益保障开展，以提高患者满意度、保障患者安全、改善患者护理结局为核心目标。评价指标的设定、评价方法的选择均应充分考虑患者的感受和需求，优先关注与患者安全、治疗效果密切相关的护理环节。

### 4.2 科学性原则

评价指标体系应符合护理专业特点和临床工作实际，指标定义清晰、计算方法规范，数据来源真实可靠。评价方法应具有逻辑性和可操作性，能够客观反映护理质量的实际水平，避免主观臆断和片面性。评价过程应遵循科学的管理理论和统计分析方法，确保评价结果的准确性和可信度。

### 4.3 规范性原则

评价工作应严格遵循本文件及相关法律法规、国家标准、行业标准的要求，建立规范的评价流程和工作制度。评价组织的设立、评价人员的资质、评价数据的收集与分析、评价结果的应用等环节均应标准化、规范化，确保评价工作的有序开展和评价结果的可比性。

### 4.4 持续性原则

临床护理质量评价不是一次性活动，应建立常态化、长效化的评价机制。通过定期开展评价工作，持续监测护理质量变化趋势，及时发现质量问题和改进机会，推动护理质量形成“评价-改进-再评价-再改进”的良性循环，不断提升护理服务水平。

### 4.5 公平公正原则

评价组织和评价人员应坚持客观公正的立场，严格按照评价标准开展工作，不受个人情感、部门利益等因素的影响。评价过程应公开透明，评价结果应及时反馈给被评价部门和人员，保障被评价对象的知情权和申诉权，确保评价工作的公信力。

## 5 评价组织与职责

### 5.1 医院级评价组织

#### 5.1.1 组成

评价委员会由院长或分管护理工作的副院长担任主任委员，护理部主任担任副主任委员，成员包括护理部副主任、各科室护士长代表、护理骨干、医务科、感控科、质控科、信息科等相关部门负责人。评价委员会成员应具备丰富的临床护理经验、扎实的专业知识和较强的分析判断能力，其中护理专业人员占比不低于70%。

#### 5.1.2 职责

5.1.2.1 应贯彻落实国家及地方关于护理质量的法律法规、标准规范，结合医院实际情况，制定和修订本医院临床护理质量评价制度、评价标准和评价指标体系。

5.1.2.2 应统筹规划医院临床护理质量评价工作，制定年度评价计划和阶段性评价方案，明确评价范围、内容、方法和时间安排。

- 5.1.2.3 应组织开展医院层面的临床护理质量评价工作，定期对各科室护理质量进行检查、考核和评估，收集、整理和分析评价数据。
- 5.1.2.4 应根据审议评价结果，识别护理质量存在的共性问题 and 突出问题，提出整改意见和改进措施，督促相关部门和科室落实。
- 5.1.2.5 应监督科室级评价工作的开展情况，对科室评价组织的工作进行指导和考核，确保科室评价工作规范、有效。
- 5.1.2.6 应定期向医院管理层和卫生健康行政部门汇报临床护理质量评价情况和改进效果，为医院护理质量管理决策提供依据。
- 5.1.2.7 应组织开展护理质量评价相关的培训工 作，提升评价人员的专业能力和业务水平，推广先进的护理质量管理经验。

## 5.2 科室级评价组织

### 5.2.1 组成

质控小组由科室护士长担任组长，成员包括科室护理骨干、各护理单元负责人（如责任护士组长）。成员应熟悉科室常见疾病护理流程、护理技术操作规范和护理质量评价标准，具备一定的质量管理能力。

### 5.2.2 职责

- 5.2.2.1 应贯彻执行医院临床护理质量评价制度和标准，结合科室实际情况，制定科室护理质量评价细则和自查计划。
- 5.2.2.2 应按照评价计划，定期开展科室护理质量自查工作，重点检查护理工作流程、护理技术操作、护理文书书写、医院感染控制、患者安全管理等方面的情况。
- 5.2.2.3 应及时收集和整理自查数据，分析科室护理质量存在的问题及原因，制定针对性的整改措施，并组织落实。
- 5.2.2.4 应配合医院级评价组织开展各项评价工作，如实提供相关资料和数据，积极落实评价委员会提出的整改要求。
- 5.2.2.5 应定期在科室内部通报护理质量自查结果和整改情况，组织护理人员开展质量分析和讨论，提升科室整体护理质量意识。
- 5.2.2.6 应做好科室护理质量相关数据的记录和归档工作，建立科室护理质量档案，为医院层面的评价和持续改进提供基础数据支持。

## 5.3 专项评价小组

针对特殊护理领域或重点关注的护理质量问题（如静脉治疗护理、压疮护理、医院感染护理、急诊急救护理等），医院应设立专项评价小组。专项评价小组由相关领域的护理专家、科室骨干组成，在评价委员会的统筹下开展专项护理质量评价工作，重点研究解决专项领域的护理质量问题，提出专项改进措施和建议。

## 6 评价指标体系

### 6.1 指标分类及核心内容

临床护理质量评价指标分为结构指标、过程指标和结果指标三类，各类指标相互关联、相互补充，共同构成完整的评价指标体系。具体分类及核心内容如下表1所示。

表1 指标类别

指标类别	核心定义	核心内容	数据来源
结构指标	用于评价护理服务提供的基础条件和资源保障情况，反映护理质量的基础支撑能力	护理人员配置（床护比、护患比）、护理人员资质（注册护士占比、专科护士占比）、护理设备设施配备（抢救设备完好率、护理用品合格率）、护理管理制度健全性等	人事科、护理部、设备科、后勤保障部等部门档案及统计报表

过程指标	用于评价临床护理服务的实施过程是否符合标准规范,反映护理工作的规范性和有效性	护理技术操作合格率、护理文书书写合格率、手卫生依从性、压疮预防护理落实率、静脉治疗护理规范执行率、健康指导覆盖率等	护理查房记录、护理文书、科室质控自查记录、感控监测记录、现场检查记录等
结果指标	用于评价护理服务的最终效果,反映护理工作对患者健康结局和满意度的影响	护理不良事件发生率、患者压疮发生率、输液外渗发生率、患者护理满意度、出院患者健康指导知晓率等	护理不良事件报告系统、患者满意度调查问卷、出院患者随访记录、病历资料等

## 6.2 核心评价指标及标准

### 6.2.1 结构指标

结构指标见表2所示。

表 2 结构指标

指标名称	指标定义	计算方法	评价标准
床护比	医疗机构实际开放床位与在岗注册护士数量的比值	床护比=实际开放床位数/在岗注册护士数	综合医院床护比 $\geq 1:0.4$ ,专科医院根据专科特点适当调整,不低于1:0.35
注册护士占护理人员总数比例	在岗注册护士数量占医疗机构所有护理人员(包括注册护士、护士助理等)总数的比例	注册护士占比=在岗注册护士数/护理人员总数 $\times 100\%$	注册护士占比 $\geq 95\%$
抢救设备完好率	医疗机构临床科室配备的急救设备(如除颤仪、呼吸机、急救车等)中,处于完好备用状态的设备数量占设备总数的比例	抢救设备完好率=完好备用急救设备数/急救设备总数 $\times 100\%$	抢救设备完好率=100%
专科护士配备率	具备专科护士资质(如伤口造口专科护士、静脉治疗专科护士等)的注册护士数量占在岗注册护士总数的比例	专科护士配备率=专科护士数量/在岗注册护士总数 $\times 100\%$	综合医院专科护士配备率 $\geq 15\%$ ,专科医院 $\geq 20\%$

### 6.2.2 过程指标

过程指标见表3所示。

表 3 过程指标

指标名称	指标定义	计算方法	评价标准
护理技术操作合格率	按照相关规范开展的护理技术操作中,符合操作标准的次数占总操作次数的比例	护理技术操作合格率=符合标准的操作次数/总操作次数 $\times 100\%$	护理技术操作合格率 $\geq 98\%$
医务人员手卫生依从性	护理人员在开展护理服务过程中,按照 WS/T 313 规范要求执行手卫生(洗手、卫生手消毒、外科手消毒)的次数占应执行手卫生次数的比例	手卫生依从性=实际执行手卫生次数/应执行手卫生次数 $\times 100\%$	手卫生依从性 $\geq 95\%$
压疮预防护理落实率	对存在压疮风险的患者,落实压疮预防护理措施(如定时翻身、使用减压设备、皮肤护理等)的患者数占风险患者总数的比例	压疮预防护理落实率=落实预防措施的风险患者数/压疮风险患者总数 $\times 100\%$	压疮预防护理落实率=100%
护理文书书写合格率	按照护理文书书写规范要求完成的护理记录(体温单、医嘱单、护理记录单等)中,内容完整、准确、及时、规范的文书数量占总文书数量的比例	护理文书书写合格率=合格文书数量/总文书数量 $\times 100\%$	护理文书书写合格率 $\geq 99\%$
出院患者健康指导覆盖率	出院患者中,接受针对性健康指导(包括用药指导、饮食指导、康复训练指导、复诊指导等)的患者数占出院患者总数的比例	健康指导覆盖率=接受健康指导的出院患者数/出院患者总数 $\times 100\%$	健康指导覆盖率=100%

### 6.2.3 结果指标

结果指标见表4所示。

表 4 结果指标

指标名称	指标定义	计算方法	评价标准
------	------	------	------

护理不良事件发生率	在临床护理服务过程中，发生护理不良事件（跌倒、坠床、压疮、输液外渗、用药错误等）的例次数与同期住院患者实际占用床日数的比值	护理不良事件发生率=不良事件例次数/同期住院患者实际占用床日数×1000%	护理不良事件发生率≤2.0%，其中严重护理不良事件（造成患者重度伤害或死亡）发生率=0
住院患者压疮发生率	住院患者在住院期间新发生压疮（Ⅰ期及以上）的例数与同期住院患者总数的比例，不包括入院时已存在的压疮	压疮发生率=新发生压疮例数/同期住院患者总数×100%	压疮发生率≤0.5%，其中Ⅲ期及以上压疮发生率≤0.1%
输液外渗发生率	住院患者接受静脉治疗过程中，发生输液外渗（药物渗出血管外，引起局部组织反应）的例数与同期静脉治疗总例数的比例	输液外渗发生率=输液外渗例数/同期静脉治疗总例数×100%	输液外渗发生率≤2.0%，其中严重输液外渗（引起组织坏死、功能障碍等）发生率≤0.1%
患者护理满意度	通过问卷调查等方式，患者对所接受的护理服务（服务态度、护理技术、健康指导、环境舒适等）表示满意的人数占调查患者总数的比例	患者护理满意度=满意患者人数/调查患者总数×100%	患者护理满意度≥95%
出院患者健康指导知晓率	出院患者对所接受的健康指导内容（用药、饮食、康复、复诊等）能够准确知晓和掌握的人数占调查出院患者总数的比例	健康指导知晓率=知晓健康指导内容的患者数/调查出院患者总数×100%	健康指导知晓率≥90%

### 6.3 指标调整与更新

6.3.1 临床护理质量评价指标体系应根据国家法律法规、行业标准的更新，医疗技术的发展，患者健康需求的变化以及医疗机构护理质量管理的实际情况，定期进行调整和更新。

6.3.2 调整周期一般不超过2年，特殊情况下（如发生重大公共卫生事件、护理领域出现重大技术突破等）可及时调整。

6.3.3 指标调整应经过评价委员会审议通过，并向相关部门和科室公示后执行。

## 7 评价方法与流程

### 7.1 评价方法

#### 7.1.1 数据分析法

系统收集并定量分析护理质量指标数据，通过趋势分析、对比分析（与基准、目标、既往同期、其他单元比较）来评价质量状况。

#### 7.1.2 现场检查法

评价人员通过直接观察临床环境、护理操作、护士行为、患者状态等，对照标准进行评价。可分为：

- 全面检查：定期对全部内容进行系统检查；
- 专项检查：针对某一特定领域（如用药安全、导管护理）进行深入检查；
- 追踪检查：以单个患者或某项服务为线索，横跨多个环节和部门进行跟踪检查。

#### 7.1.3 文档审查法

查阅护理病历、记录单、规章制度、培训档案、会议记录等文件资料，评价其规范性、及时性、完整性和符合性。

#### 7.1.4 问卷调查与访谈法

通过向患者及家属发放满意度问卷，或与护士、医生、管理者等进行结构化/半结构化访谈，获取主观感受和定性信息。

### 7.2 评价流程

护理质量评价应遵循计划、实施、反馈、改进的闭环管理流程。

#### 7.2.1 评价准备阶段

评价准备阶段应包括以下内容：

- a) 制定计划：护理部根据年度工作重点，制定详细的护理质量评价年度计划和专项计划，明确评价范围、对象、时间、方法、人员及标准；
- b) 组建团队：遴选并培训评价人员，确保其熟悉标准、掌握方法、客观公正。可组建院级督导组或交叉评价小组；
- c) 准备工具：准备相应的评价表、检查单、调查问卷、访谈提纲及数据收集工具。

### 7.2.2 评价实施阶段

评价实施阶段应包括以下内容：

- a) 数据与信息收集：按照计划，通过上述多种方法全面收集评价所需的数据和信息；
- b) 现场评价：评价小组深入临床科室，按照评价标准进行现场观察、查阅文档、访谈人员等；
- c) 记录与确认：详细、客观地记录发现的问题和亮点，必要时与受评科室人员进行现场确认。

### 7.2.3 分析与报告阶段

分析与报告阶段应包括以下内容：

- a) 数据分析：对收集的定量数据进行统计处理和分析；对定性信息进行归纳整理；
- b) 综合评判：对照评价标准和分析结果，对护理质量水平进行综合评判，识别优势领域和薄弱环节；
- c) 撰写报告：形成书面评价报告。报告内容应包括：
  - 1) 评价概述（目的、时间、范围、方法）；
  - 2) 主要发现（优势与亮点、存在问题与缺陷，应具体到科室、事件、数据）；
  - 3) 原因分析（对突出问题进行深入分析）；
  - 4) 改进建议；
  - 5) 评价结论。

### 7.2.4 反馈与沟通阶段

反馈与沟通阶段应包括以下内容：

- a) 正式反馈：通过召开质量评价反馈会、下发书面报告等形式，将评价结果正式、系统地反馈给相关科室和人员；
- b) 沟通确认：与受评科室负责人及护士长就评价发现的问题进行充分沟通，确认事实，听取解释，达成共识。

## 8 持续改进

### 8.1 持续改进机制建立

持续改进机制应涵盖以下核心内容：

- c) 建立质量问题识别与分析机制：定期对护理质量评价结果进行汇总分析，结合不良事件报告、患者投诉、现场检查等情况，系统识别护理质量存在的共性问题 and 个性问题，深入分析问题产生的根本原因（如人员因素、制度因素、流程因素、设备因素等）；
- d) 建立改进措施制定与落实机制：针对识别的质量问题和根本原因，制定具体、可行的改进措施，明确改进目标、责任部门、责任人和完成时限。改进措施应具有针对性和可操作性，避免形式主义；
- e) 建立改进效果监测与评价机制：对改进措施的落实情况进行跟踪监测，定期收集改进过程中的相关数据和信息，评估改进效果。改进效果评价应与原评价指标相对应，判断问题是否得到有效解决，护理质量是否得到提升；
- f) 建立改进成果巩固与推广机制：对改进效果显著的措施，及时纳入医院护理管理制度、操作规程和质量标准中，形成标准化的工作流程，巩固改进成果。同时，总结推广先进的改进经验和做法，促进全院护理质量整体提升。

### 8.2 PDCA 循环应用

### 8.2.1 计划（Plan）阶段

计划应明确以下内容：

- a) 质量改进目标：明确改进后要达到的质量水平，目标应具体、可衡量、可实现、相关性强、有时间限制（SMART 原则）；
- b) 质量问题清单：梳理需要改进的质量问题，明确问题的优先级，优先解决影响患者安全和护理核心质量的突出问题；
- c) 根本原因分析：采用鱼骨图、5Why 分析法等工具，深入分析问题产生的根本原因，避免只关注表面现象；
- d) 改进措施：针对根本原因，制定具体的改进措施，明确措施的具体内容、执行步骤、责任部门和责任人、完成时限。

### 8.2.2 执行（Do）阶段

在执行过程中，应做好以下工作：

- a) 宣传动员：向相关护理人员宣传改进工作的目的、意义、目标和措施，统一思想认识，调动全员参与改进工作的积极性和主动性；
- b) 培训指导：对改进措施涉及的护理技术、工作流程等内容进行专项培训，确保护理人员掌握相关技能和要求，规范开展工作；
- c) 过程记录：及时记录改进措施的执行情况、遇到的问题及解决方法，建立改进工作台账，确保改进过程可追溯；
- d) 沟通协调：加强部门之间、科室之间的沟通协调，及时解决改进过程中出现的问题，保障改进工作顺利推进。

### 8.2.3 检查（Check）阶段

检查评估应做好以下工作：

- a) 数据收集：收集改进后相关评价指标的实际数据，对比改进前的数据，分析指标变化情况；
- b) 效果验证：通过现场检查、资料核查、问卷调查等方式，验证改进措施的落实情况和改进效果，判断是否达到改进目标；
- c) 问题梳理：梳理改进过程中存在的未解决问题或新出现的问题，分析问题原因，为后续处理阶段提供依据。

### 8.2.4 处理（Act）阶段

根据检查评估结果，对改进工作进行总结和处理，形成持续改进的闭环管理：

- a) 成果巩固：对改进效果显著、达到改进目标的措施，及时纳入医院护理管理制度、操作规程和质量标准，形成标准化流程，定期开展培训和督查，确保措施长期有效执行；
- b) 持续改进：对改进效果未达到目标的问题，或新出现的质量问题，重新进入 PDCA 循环，再次进行原因分析，制定新的改进措施，直至问题得到有效解决；
- c) 经验推广：总结改进工作中的成功经验和做法，通过专题会议、案例分享、现场观摩等方式，在全院范围内推广，促进全院护理质量整体提升；
- d) 总结反馈：定期对 PDCA 循环改进工作进行总结，向评价组织和医院管理层反馈改进情况，为医院护理质量管理决策提供依据。

## 8.3 改进效果评价与应用

改进效果评价的核心内容包括：

- a) 指标达标情况：对比改进前后评价指标的实际值，判断指标是否达到改进目标和评价标准；
- b) 患者满意度变化：通过患者满意度调查，评估患者对改进后护理服务的满意程度，判断护理服务质量是否得到提升；
- c) 不良事件发生率变化：对比改进前后护理不良事件发生率，判断改进措施是否有效降低不良事件风险，保障患者安全；

- d) 工作效率变化：评估改进措施是否优化了护理工作流程，提高了护理工作效率，降低了护理工作成本。

#### 8.4 培训与教育

培训内容应包括：

- a) 相关法律法规、国家标准、行业标准和医院护理管理制度、质量标准；
- b) 护理质量评价指标体系、评价方法和评价流程；
- c) PDCA 循环管理模式、根本原因分析方法等质量管理工具的应用；
- d) 护理不良事件预防与处理、患者安全管理、医院感染控制等核心质量领域的知识和技能；
- e) 先进的护理质量管理经验和案例分享。

#### 8.5 信息管理与共享

信息管理系统应具备以下功能：

- a) 数据收集功能：支持护理质量指标数据、不良事件报告、患者满意度调查等信息的便捷录入和上传；
- b) 数据分析功能：支持对收集的数据进行自动统计分析，生成评价报表和趋势图，为质量评价和持续改进提供数据支持；
- c) 信息共享功能：支持护理质量信息在医院各部门、各科室之间的共享，方便相关人员及时了解护理质量情况；
- d) 预警功能：对接近或超过评价标准上限的指标进行自动预警，及时提醒相关部门和人员采取干预措施。

附 录 A  
(资料性)

临床护理质量评价核心指标数据收集记录表

临床护理质量评价核心指标数据收集记录见表A.1所示。

表 A.1 临床护理质量评价核心指标数据收集记录表

指标类别	指标名称	数据收集周期	数据来源部门/系统	计算公式	统计周期	记录人	审核人	备注
结构指标	床护比	每月	人事科、护理部	实际开放床位数/在岗注册护士数	月度/季度/年度	护理部干事	护理部主任	注明特殊科室床位调整情况
结构指标	注册护士占护理人员总数比例	每月	人事科	在岗注册护士数/护理人员总数×100%	月度/季度/年度	护理部干事	护理部主任	含临时聘用注册护士统计
结构指标	抢救设备完好率	每周	设备科、临床科室	完好备用急救设备数/急救设备总数×100%	周度/月度	科室设备管理员	护士长	记录故障设备维修情况
结构指标	专科护士配备率	每半年	护理部	专科护士数量/在岗注册护士总数×100%	半年度/年度	护理部干事	护理部主任	附专科护士资质证明编号
过程指标	护理技术操作合格率	每月	护理部、科室质控小组	符合标准的操作次数/总操作次数×100%	月度	科室质控员	护士长	注明抽查操作类型及数量
过程指标	医务人员手卫生依从性	每月	感控科、护理部	实际执行手卫生次数/应执行手卫生次数×100%	月度	感控科专员	感控科主任	含不同岗位护理人员统计
过程指标	压疮预防护理落实率	每月	科室质控小组	落实预防措施的风险患者数/压疮风险患者总数×100%	月度	责任护士组长	护士长	附压疮风险评估记录编号
过程指标	护理文书书写合格率	每月	护理部、科室质控小组	合格文书数量/总文书数量×100%	月度	科室质控员	护理部副主任	明确不合格文书主要问题
过程指标	出院患者健康指导覆盖率	每月	科室质控小组	接受健康指导的出院患者数/出院患者总数×100%	月度	责任护士	护士长	记录未覆盖患者原因
结果指标	护理不良事件发生率	每月	护理部、不良事件报告系统	不良事件例次数/同期住院患者实际占用床日数×1000‰	月度/季度/年度	护理部干事	护理部主任	区分不良事件严重程度
结果指标	住院患者压疮发生率	每月	科室质控小组、护理部	新发生压疮例数/同期住院患者总数×100%	月度/季度	责任护士组长	护理部主任	注明压疮分期及发生部位
结果指标	输液外渗发生率	每月	科室质控小组	输液外渗例数/同期静脉治疗总例数×100%	月度	责任护士	护士长	区分普通外渗与严重外渗
结果指标	患者护理满意度	每季度	护理部、第三方调查机构	满意患者人数/调查患者总数×100%	季度/年度	护理部干事	护理部主任	附调查问卷发放回收情况
结果指标	出院患者健康指导知晓率	每季度	护理部、科室质控小组	知晓健康指导内容的患者数/调查出院患者总数×100%	季度	责任护士	护士长	记录调查方式(电话/现场)

**附录 B**  
**(规范性)**  
**护理质量评价现场检查记录表**

护理质量评价现场检查记录见表B.1所示。

**表 B.1 护理质量评价现场检查记录表**

评价项目	评价标准条款	检查内容	检查方法	检查结果（符合/不符合/部分符合）	问题描述	证据编号	检查人	检查日期	整改要求
结构指标落实情况	4.1、6.2.1	床护比是否达标	查阅人事科统计报表、护理部排班表						
		注册护士占比是否达标	查阅人事科人员档案						
		抢救设备完好情况	现场核查急救设备、查阅设备科维修记录						
		专科护士配备情况	查阅护理部专科护士资质档案						
过程指标执行情况	6.2.2	护理技术操作规范性	现场观察护理操作过程						
		手卫生执行情况	现场抽查、查阅感控监测记录						
		压疮预防措施落实	查阅风险评估记录、现场查看患者护理情况						
		护理文书书写质量	随机抽查护理病历、记录单						
		健康指导实施情况	访谈患者、查阅健康指导记录						
结果指标达成情况	6.2.3	护理不良事件发生情况	查阅不良事件报告系统、科室记录						
		压疮发生情况	查阅病历、现场查看患者皮肤状况						
		输液外渗发生情况	查阅科室不良事件登记本						
		患者满意度相关表现	现场访谈患者及家属						
		健康指导知晓情况	电话回访出院患者						
评价组织与职责履行	5.1、5.2、5.3	医院级评价组织开展	查阅评价委员会会议记录、年度评价计划						
		科室级自查工作落实	查阅科室质控小组自查记录、整改报告						
		专项评价小组工作成效	查阅专项评价报告、改进措施记录						
持续改进机制运行	8.1、8.2	PDCA 循环应用情况	查阅质量改进项目台账、循环记录						
		改进效果评价与应用	查阅改进前后指标对比数据、成果推广文件						
		培训与教育开展	查阅培训计划、签到表、考核记录						
信息管理与共享	8.5	信息系统功能完整性	现场演示信息系统数据收集、分析、共享功能						

		预警机制运行 情况	查阅系统预警记录、 干预措施档案						
--	--	--------------	---------------------	--	--	--	--	--	--

