

2024년 제1차 서면 질 향상과 환자안전(QPS)위원회 상정안건



전북특별자치도 남원의료원
JEONBUK STATE NAMWON MEDICAL CENTER

|| 목 차 ||

I . 보고안건 1

1. 2024년 제4차 정기 질 향상과 환자안전(QPS)위원회('24. 10. 24.)
결과보고 3

II. 심의안건 10

1. 2025년도 적정진료실 사업계획 안 17

질 향상과 환자안전(QPS)위원회 상정안

2024년 제1차 서면 질 향상과 환자안전(QPS)위원회	
제출일자	2024년 12월 27일
보고안전	제2024-14호 2024년 제4차 정기 질 향상과 환자안전(QPS) 위원회('24. 10. 24.) 결과보고
심의안전	제2024-15호 2025년도 적정진료실 사업계획안
비 고	「지침」 제2조(기능) 위원회는 다음 각 호의 사항을 심의·의결한다. 1. 의료 질 향상 업무에 관한 사항 가. 의료기관 차원의 질 향상 활동 계획 및 수행평가에 관한 사항 나. 질 향상 운영체계에 관한 사항 다. 부서별 질 향상 활동에 관한 사항 라. 지표관리 체계에 관한 사항 마. 진료지침 개발 및 관리 계획, 수행, 지속적 관리체계에 관한 사항 바. 가목부터 마목까지의 활동을 수행하기 위한 직원교육에 관한 사항 사. 기타 의료 질 향상 업무에 원장이 필요하다고 인정하는 사항 2. 환자안전관리 업무에 관한 사항 가. 환자안전사고의 예방 및 재발 방지를 위한 계획 수립 및 시행

비 고	나. 환자안전 전담인력의 선임 및 배치 다. 의료 질 향상 활동 및 환자안전체계 구축·운영 라. 보고를 한 보고자 및 보고 내용의 보호 마. 환자와 환자 보호자의 환자안전활동 참여를 위한 계획 수립 및 시행 바. 환자안전기준 준수에 관한 사항 사. 환자안전지표의 선정 및 관리에 관한 사항 아. 환자안전사고의 보고 활성화에 관한 사항 자. 환자안전활동 교육에 관한 사항 차. 기타 환자안전 관리에 원장이 필요하다고 인정하는 사항 3. 그 밖의 질향상과 및 환자안전 활동에 관하여 원장이 필요하다고 인정하는 사항 <개정 2023.6.21.> 「지침」 제5조(회의) ① 위원회는 정기회와 임시회로 구분하고, 정기회는 매분기 1회 개최하며, 임시회는 위원장이 필요하다고 인정하는 경우에 소집한다. ② 위원회는 재적위원 과반수 출석과 출석위원 과반수 찬성으로 의결한다. ③ 회의는 공개를 원칙으로 하되, 위원장이 필요하다고 인정할 때에는 비공개로 할 수 있다. 다만, 위원회 의결을 요하는 사항 중 위원장이 경미하다고 인정하거나 긴급을 요한 사유가 있다고 인정하는 사항에 대하여는 서면으로 의결할 수 있다. ④ 위원장은 부의 사항의 심의를 위하여 필요할 경우에는 관계 부서에 자료 제출 요구 및 관계 직원을 출석시켜 의견을 청취할 수 있다.
------------	--

I . 보고안건



의 안 번 호	제2024-14호
보 고 년 월 일	2024년 12월 24일

보고안전

2024년 제4차 정기
질 향상과 환자안전(QPS)위원회('24. 10. 24.) 결과보고

2024년 제1차 서면
질 향상과 환자안전(QPS)위원회 상정안건

제 출 자	오 진 규 (전북특별자치도 남원의료원장)
제출년월일	2024년 12월 24일

2024년 제4차 정기

질 향상과 환자안전(QPS)위원회('24. 10. 24.) 결과보고

의안 번호	제2024-14호
----------	-----------

제출년월일 : 2024년 12월 27일

제출자 : 전북특별자치도 남원의료원장

제안설명자 : 적정진료실장

1. 보고이유

- 지난 '24. 10. 24일에 개최한 2024년도 제4차 정기 질 향상과 환자안전(QPS)위4회 상정안전에 대한 의결 후 처리결과를 보고함.

2. 보고내용

- 2024년 제4차 정기 질 향상과 환자안전(QPS)위원회 처리결과 현황

의안번호	제목(건명)	심의결정사항	처리결과
제2024.-11호	2024년 제3차 정기 질 향상과 환자안전(QPS)위원회 ('24.7.25.) 결과보고	보고내용대로 원안 접수	“원안접수” ('24. 10. 24.)
제2024.-12호	2024년 3분기 적정진료실 성과지표 모니터링 결과보고		
제2024.-13호	2024년도 환자확인 고장유형영향분석 FMEA 결과보고		

- ※ 붙임 : 2024년 제4차 정기 질 향상과 환자안전(QPS)위원회 ('24. 10. 24.) 결과보고 1부.

의안 번호	제목(건명)	심의결정사항	비고																		
제2024-11호	2024년 제3차 정기 질 향상과 환자안전(QPS)위원회 ("24.07.25.) 결과보고	<보고안전> ○ 2024년 제3차 정기 질 향상과 환자안전(QPS)위원회("24. 07. 25.) 처리결과 현황 <table><tr><th>의안 번호</th><th>제 목(건 명)</th><th>의결사항</th><th>처리결과</th></tr><tr><td>제2024-8호</td><td>2024년 제2차 정기 질 향상과 환자안전(QPS)위원회 결과보고('24. 4. 30)</td><td>보고내용대로 원안접수</td><td>“원안접수” ('24.7.25.)</td></tr><tr><td>제2024-9호</td><td>2024년 2분기 적정진료실 성과지표 모니터링 결과보고</td><td>보고내용대로 원안접수</td><td>“원안접수” ('24.7.25.)</td></tr><tr><td>제2024-10호</td><td>2024년 상반기 적정진료실 사업 자체평가 결과보고</td><td>보고내용대로 원안접수</td><td>“원안접수” ('24.7.25.)</td></tr></table> <의결사항> ○ 보고내용대로 원안 접수	의안 번호	제 목(건 명)	의결사항	처리결과	제2024-8호	2024년 제2차 정기 질 향상과 환자안전(QPS)위원회 결과보고('24. 4. 30)	보고내용대로 원안접수	“원안접수” ('24.7.25.)	제2024-9호	2024년 2분기 적정진료실 성과지표 모니터링 결과보고	보고내용대로 원안접수	“원안접수” ('24.7.25.)	제2024-10호	2024년 상반기 적정진료실 사업 자체평가 결과보고	보고내용대로 원안접수	“원안접수” ('24.7.25.)	완료		
의안 번호	제 목(건 명)	의결사항	처리결과																		
제2024-8호	2024년 제2차 정기 질 향상과 환자안전(QPS)위원회 결과보고('24. 4. 30)	보고내용대로 원안접수	“원안접수” ('24.7.25.)																		
제2024-9호	2024년 2분기 적정진료실 성과지표 모니터링 결과보고	보고내용대로 원안접수	“원안접수” ('24.7.25.)																		
제2024-10호	2024년 상반기 적정진료실 사업 자체평가 결과보고	보고내용대로 원안접수	“원안접수” ('24.7.25.)																		
제2024-12호	2024년 3분기 적정진료실 성과지표 모니터링 결과보고	<보고안전> ○ 2024년 3분기 적정진료실 성과지표 모니터링 결과 <table><tr><th>구분</th><th>합계</th><th>완료</th><th>정상추진</th><th>부진</th><th>미도래</th></tr><tr><td>성과지표</td><td>25</td><td>10</td><td>13</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td>구성비율</td><td>100.0%</td><td>40.0%</td><td>52.0%</td><td>4.0%</td><td>4.0%</td></tr></table> 미도래 4.0% 부진 4.0% 완료 40.0% 정상추진 52.0% ■ 완료 ■ 정상추진 ■ 미도래 ■ 부진	구분	합계	완료	정상추진	부진	미도래	성과지표	25	10	13	1	1	구성비율	100.0%	40.0%	52.0%	4.0%	4.0%	완료
구분	합계	완료	정상추진	부진	미도래																
성과지표	25	10	13	1	1																
구성비율	100.0%	40.0%	52.0%	4.0%	4.0%																

의안 번호	제목(건명)	심의결정사항	비고																																																																																	
제2024-12호	2024년 3분기 적정진료실 성 과지표 모니터 링 결과보고	○ 2024년 3분기 적정진료실 사업 모니터링 결과																																																																																		
		구 분	성 과 지 표 명	진 행 율(%)	비 고	완 료	환자안전사건분석 FMEA	100.0		근접오류보고 건수	100.0		협업을 통한 환자안전 라운딩 횟수	100.0		환자안전 캠페인 횟수	100.0		환자안전 주간 행사	100.0		지표관리 활동 건수	100.0		QI활동 지원 적정성	100.0		전담자 전문교육 참여(QI, CI, , CP, 환자안전, 학술 대회 및 학회)	120.0		전직원 환자안전 교육(경영진 포함)인원	180.0		전담자 필수교육(보수교육)참여	100.0		정상 추진	환자안전사건 모니터링 및 현황 보고	75.0		환자안전사건 원인분석 및 결과보고	75.0		환자안전 주의경보 정보공유 적정성	100.0		환자안전(KOPS)주의경보에 대한 개선활동	100.0		환자안전지킴이 환경관리 점검 횟수	75.0		환자안전 안내방송 적정성	75.1		지표모니터링 및 결과보고 횟수	75.0		중앙 및 자체 개발 갱신 사업 참여 횟수	150.0		표준진료지침 적용률	93.9		표준진료지침 활동 지원 횟수	57.1		QI활동 참여	100.0		질향상과 환자안전(QPS)위원회 운영 횟수	100.0		각종 평가 결과유지 및 개선활동 시행	100.0		지표관리 활동지원 횟수	37.5		미도래	환자안전사건분석RCA	0.0		완료
		구 분	성 과 지 표 명	진 행 율(%)	비 고																																																																															
		완 료	환자안전사건분석 FMEA	100.0																																																																																
			근접오류보고 건수	100.0																																																																																
			협업을 통한 환자안전 라운딩 횟수	100.0																																																																																
			환자안전 캠페인 횟수	100.0																																																																																
			환자안전 주간 행사	100.0																																																																																
			지표관리 활동 건수	100.0																																																																																
			QI활동 지원 적정성	100.0																																																																																
			전담자 전문교육 참여(QI, CI, , CP, 환자안전, 학술 대회 및 학회)	120.0																																																																																
			전직원 환자안전 교육(경영진 포함)인원	180.0																																																																																
			전담자 필수교육(보수교육)참여	100.0																																																																																
		정상 추진	환자안전사건 모니터링 및 현황 보고	75.0																																																																																
			환자안전사건 원인분석 및 결과보고	75.0																																																																																
			환자안전 주의경보 정보공유 적정성	100.0																																																																																
			환자안전(KOPS)주의경보에 대한 개선활동	100.0																																																																																
			환자안전지킴이 환경관리 점검 횟수	75.0																																																																																
			환자안전 안내방송 적정성	75.1																																																																																
			지표모니터링 및 결과보고 횟수	75.0																																																																																
			중앙 및 자체 개발 갱신 사업 참여 횟수	150.0																																																																																
			표준진료지침 적용률	93.9																																																																																
			표준진료지침 활동 지원 횟수	57.1																																																																																
			QI활동 참여	100.0																																																																																
			질향상과 환자안전(QPS)위원회 운영 횟수	100.0																																																																																
			각종 평가 결과유지 및 개선활동 시행	100.0																																																																																
			지표관리 활동지원 횟수	37.5																																																																																
		미도래	환자안전사건분석RCA	0.0																																																																																
<의결사항> ○ 보고내용대로 원안 접수																																																																																				

의안 번호	제목(건명)	심의결정사항	비고																							
제2024-13호	2024년 환자확인 고장유형영향분석 FMEA 결과보고	<보고안건> ○ 2024년도 환자확인 고장유형영향분석 FMEA 결과보고 <table><tr><th>단계</th><th>세부 활동 내용</th><th>일정</th></tr><tr><td>1단계</td><td>고위험 프로세스 우선순위 (환자확인)선정과 10명 팀구성</td><td rowspan="4">5월 1차 회의 개최</td></tr><tr><td>2단계</td><td>프로세스 검토 및 도식화와 관리영역 확인</td></tr><tr><td>3단계</td><td>환자확인 잠재적 고장유형 브레인스토밍 및 고장유형영향분석</td></tr><tr><td>4단계</td><td>팀원의 환자확인 고장유형 우선순위 선정</td></tr><tr><td>5단계</td><td>Faishbone을 통한 고장유형 근본원인 규명</td><td rowspan="2">6월 중2차 회의</td></tr><tr><td>6단계</td><td>환자확인 프로세스의 재설계</td></tr><tr><td>7단계</td><td>새로운 프로세스의 분석과 검증</td><td>8월 3차 회의</td></tr><tr><td>8단계</td><td>결과 및 향후 관리방안</td><td>9월 결과보고</td></tr></table> <의결사항> ○ 보고내용대로 원안 접수	단계	세부 활동 내용	일정	1단계	고위험 프로세스 우선순위 (환자확인)선정과 10명 팀구성	5월 1차 회의 개최	2단계	프로세스 검토 및 도식화와 관리영역 확인	3단계	환자확인 잠재적 고장유형 브레인스토밍 및 고장유형영향분석	4단계	팀원의 환자확인 고장유형 우선순위 선정	5단계	Faishbone을 통한 고장유형 근본원인 규명	6월 중2차 회의	6단계	환자확인 프로세스의 재설계	7단계	새로운 프로세스의 분석과 검증	8월 3차 회의	8단계	결과 및 향후 관리방안	9월 결과보고	완료
		단계	세부 활동 내용	일정																						
		1단계	고위험 프로세스 우선순위 (환자확인)선정과 10명 팀구성	5월 1차 회의 개최																						
		2단계	프로세스 검토 및 도식화와 관리영역 확인																							
		3단계	환자확인 잠재적 고장유형 브레인스토밍 및 고장유형영향분석																							
		4단계	팀원의 환자확인 고장유형 우선순위 선정																							
		5단계	Faishbone을 통한 고장유형 근본원인 규명	6월 중2차 회의																						
		6단계	환자확인 프로세스의 재설계																							
		7단계	새로운 프로세스의 분석과 검증	8월 3차 회의																						
		8단계	결과 및 향후 관리방안	9월 결과보고																						

Ⅱ. 심의안건



의 안 번 호	제2024-15호
보 고 년 월 일	2024년 12월 27일

심의안건

2025년도 적정진료실 사업계획(심의안)

2024년 제1차 서면
질 향상과 환자안전(QPS)위원회 상정안건

제 출 자	오 진 규 (전북특별자치도 남원의료원장)
제출년월일	2024년 12월 27일

2025년도 적정진료실 사업계획(안)

의안 번호	제2024-15호
----------	-----------

제출년월일 : 2024년 12월 27일
제출자 : 전북특별자치도 남원의료원장
제안설명자 : 적정진료실장

1. 상정이유

- 2025년도 질 향상과 환자안전(QPS)활동의 원활한 수행을 위하여 2025년도 적정진료실 사업계획 수립 및 시행에 관한 사항을 심의 상정함.

2. 주요내용

- 2025년도 적정진료실 사업계획안

전략목표	의료안전망 강화	실효적 의료질 구축	최적의 환자안전 기반확보
전략과제	◆ 환자안전사고 통합 관리 ◆ 환자안전 정보 환류 강화 ◆ 환자안전문화 활동 확대	◆ 성과관리 (의료기관인증지표)강화 ◆ 표준진료지침(CP) 개발 및 갱신 관리 ◆ 질 향상(QI)활동 관리체계 구축	◆ 환자안전 활동 기반 구축 ◆ 교육 및 안전체계 정립 ◆ 평가 통합관리

- 성과지표

전략목표	전략과제	성과지표	목표	비고
1. 의료 안전망 강화	1-1 환자안전사고 통합 관리	환자안전사고 모니터링 및 현황	12회	
		환자안전사고 분석 및 개선활동	4회	
		고장유형영향분석 FMEA	1회	
		근본원인분석 RCA	1회	
		근접오류보고 건수	88건	

전략과제		성과지표	목표	비고
1. 의료 안전망 강화	1-2 환자안전 정보 환류 강화	KOPS(환자안전보고학습시스템) 환자안전주의경보 정보공유	100%	
		KOPS(환자안전보고학습시스템) 환자안전사고 자율보고	2회	
		Alert system(경보체계) 모니터링	4회	
	1-3 환자안전문화 활동 참여 확대	협업을 통한 환자안전 라운딩	12회	
		환자안전 캠페인	4회	
		환자안전주간 행사	1회	
		환자안전지킴이 환경관리 점검	12회	
		환자안전안내방송 적정성	730회	
2. 실효적 의료질 구축	2-1 성과관리 (의료기관인증지표)강화	의료기관인증 지표관리	27건	
		의료기관인증 지표 모니터링 및 결과보고	4회	
		의료기관인증 지표 관리 활동 지원 및 포상	8회	
	2-2 표준진료지침(CP) 개발 및 관리	국립중앙의료원 연계, 주기적 개발·갱신 등 사업 참여	2회	
		표준진료지침 적용	80.0%	
		표준진료지침 활동 지원 및 포상	7회	
	2-3 질 향상(QI)활동 관리체계 구축	QI활동 참여	10부서	
		QI활동 지원 및 포상	13회	
3. 최적의 환자안전 기반확보	3-1 환자안전 활동 기반 구축	질 향상과 환자안전(QPS)위원회 운영	4회	
		의료기관인증 위원회	1회	
		직원만족도 조사	3회	
	3-2 교육 및 안전체계 정립	전담자 필수교육(보수교육)참여	2명	
		전담자 전문교육 참여(QI, CP, 지표, 환자안전, 학술대회 및 학회)	5회	
		질 향상 및 환자안전 교육(경영진 포함)	15회	
	3-3 평가 통합 유지관리	평가 결과 유지 및 개선활동	유지	
		의료기관인증(적정)지침 개정	1회	
		4주기 급성기병원 중간현장 평가	획득	

○ 사업예산

(단위 : 천원)

전략목표	전략과제	성과지표	사업기간	사업예산
합계				29,825
1. 의료안전망강화				10,190
	1. 환자안전사고 통합 관리	○ 환자안전사건 모니터링 및 현황 : 12회 ○ 환자안전사건 분석 및 개선활동 : 4회 ○ 고장유형분석(FMEA) : 1회 ○ 근본원인분석(RCA) : 1회 ○ 근접오류보고 : 88건	1~12월	4,150
	2. 환자안전 정보 환류 강화	○ KOPS(환자안전보고학습시스템) 환자안전주의경보 정보 공유 : 100% ○ KOPS(환자안전보고학습시스템) 환자안전사고 자율보고 : 2회 ○ Alert system(경보체계) 모니터링 : 4회	1~12월	400
	3. 환자안전문화 활동 참여 확대	○ 협업을 통한 환자안전 라운딩 : 6회 ○ 환자안전 캠페인 : 4회 ○ 환자안전주간 행사 : 1회 ○ 환자안전지킴이 환경관리 점검 : 12회 ○ 환자안전안내방송 : 730회	1~12월	5,640
2. 실효적 의료질 구축				5,955
	4. 성과관리(의료기관 인증지표)강화	○ 의료기관인증 지표관리 : 27건 ○ 의료기관인증 모니터링 및 결과보고 : 4회 ○ 의료기관인증 지표 활동 지원 및 포상 : 8회	1~12월	460
	5. 표준진료지침(CP) 개발 및 관리	○ 국립중앙의료원 연계, 주기적 갱신, 자체 개발 등 사업 참여 : 2회 ○ 표준진료지침 적용 : 80% ○ 표준진료지침 활동 지원 및 포상 : 9회	1~12월	2,590
	6. 질향상(QI) 활동 관리체계 구축	○ QI활동 참여 : 10회 ○ QI활동 지원 및 포상 : 13회	1~12월	2,905
3. 최적의 환자안전 기반확보				13,680
	7. 환자안전 활동 기반 구축	○ 질향상과 환자안전(QPS)위원회 운영 : 4회 ○ 의료기관인증 위원회 : 1회 ○ 직원만족도 조사 : 3회	1~12월	1,000
	8. 교육 및 안전체계 정립	○ 전담자 필수교육(보수교육)참여 : 2회 ○ 전담자 전문교육 참여 : 5회 ○ 질 향상 및 환자안전 교육(경영진 포함) : 10회	1~12월	4,180
	9. 평가 통합 유지관리	○ 평가 결과 유지 및 개선활동 : 유지 ○ 의료기관인증(적정)지침 개정 : 1회 ○ 4주기 급성기병원 중간현장 평가 : 획득	1~12월	8,500

※ 별첨 : 2025년도 적정진료실 사업계획

3. 심의 후 조치사항

- 질 향상과 환자안전(QPS)위원회 심의를 받아 원장 결재 후 시행하고자 함.

2024. 11.

2025년
적정진료실 사업계획



공공의료본부
(적정진료실)

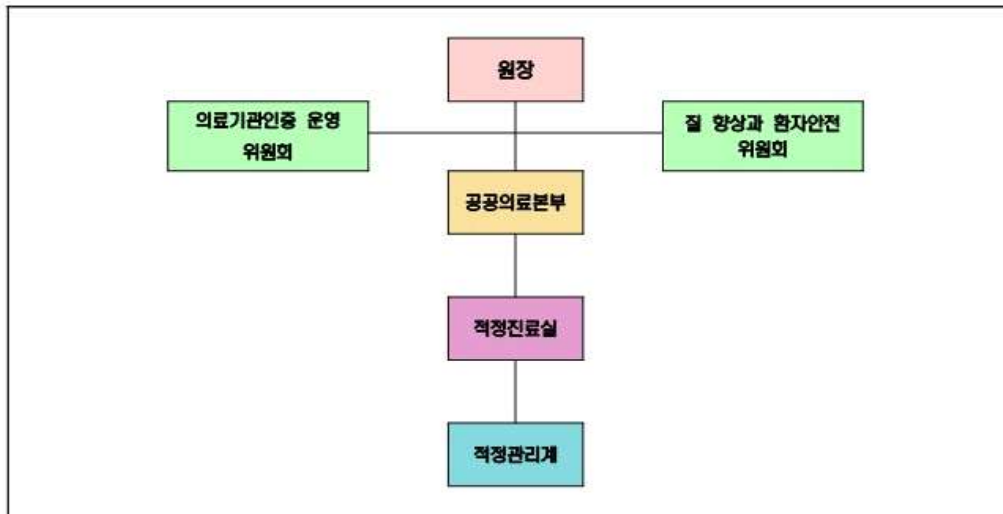
목 차

I. 일반현황	1
1. 조직도	1
2. 인력현황	1
3. 주요업무	2
4. 2024년 주요사업 추진성과	3
5. 현황분석	9
6. SWOT분석	16
II. 2025년 운용방향	17
1. 기본방향	17
2. 성과지표	18
3. 모니터링 및 자체평가 계획	20
4. 사업예산	23
III. 세부 사업계획	24
1. 환자안전사고 통합 관리 확대	24
2. 환자안전 정보 환류 강화 신규	28
3. 환자안전문화 활동 참여 확대 집중	30
4. 성과관리(의료기관인증지표)강화 집중	34
5. 표준진료지침(CP)개발 및 관리 집중	37
6. 질향상(QI)활동관리체계 구축 집중	40
7. 환자안전 활동 기반 구축 신규	43
8. 교육 및 안전체계 정립 확대	46
9. 평가 통합 유지관리 집중	48
IV. 행정사항	51
1. 추진일정	51
2. 환류	53

I 일반현황

1 조직도

○ 조직체계 : 공공의료본부 / 적정진료실 / 적정관리계



○ 위원회수 : 2개

위원회명	관련근거	구성일자	위원수(명)	위원장	비고
질향상과 환자안전 위원회	질향상과 환자안전 위원회 지침	2005.02.15.	11	원장	' 24.10 .현재
의료기관인증 운영 위원회	의료기관인증 운영 위원회 지침	2014.12.19.	9	원장	' 24.10 .현재

2 인력현황

(단위 : 명)

구 분	합 계	의사직	간호직	보건직	사무직	기타
적정관리계	3	1	2			

※ 적정진료실장 : 2내과장 겸직

③ 주요업무

구분	직급	성명	담당업무	업 무 대행자	비고
적정 진료 실장	의사직	이지국	○ 적정관리실 업무 전반	문의순	
적정 관리 계장	간호직 5급	문의순	○ 표준진료지침(CP) 업무 - 표준진료지침 개발·갱신, - 공공의료(국립중앙의료원) CP 개발 사업 참여 - 표준진료지침 적용률 모니터링 및 향상 활동 - 표준진료지침 직원 및 담당자 교육 - 표준진료지침 주기적 갱신 - 표준진료지침 모니터링 및 관리 ○ 전담인력 자격관리 ○ 질향상과 환자안전(QPS)위원회 업무 ○ 의료기관인증위원회 업무 ○ 의료기관인증 평가 관리 업무 ○ 기타업무 - 평가 지표 관리 및 표준진료지침 개발, 관리 등 전반 업무	장미화	
적정 관리계	간호직 7급	장미화	○ 환자안전활동 - 환자안전지킴이 관리, 환자안전보고체계 관리 - 환자안전문화 조성 및 증진 활동 업무 - 환자안전 기준의 준수 점검 - 환자안전 지표의 측정, 점검 - 환자안전 직원교육 등 ○ 환자안전사고 정보의 수집, 분석 및 관리, 공유 ○ 지표관리 업무 ○ 질 향상(QI) 활동 업무	문의순	

4 2024년 주요사업 추진성과

□ 추진성과

(‘24. 9. 30. 기준)

전략 목표	전략 과제	성과지표	2024년 목표	2024년 실적	2024년 달성율	모니터링 결과
1. 환자안전 시스템 구축	1-1. 환자안전사건 관리 강화	1-1-1. 환자안전사건 모니터링 및 현황 보고	12	9	75.0%	정상추진
		1-1-2. 환자안전사건 원인분석 및 결과보고	4	3	75.0%	정상추진
		1-1-3. 환자안전사건분석 FMEA	1	1	100.0%	완료
		1-1-4. 환자안전사건분석 RCA	1	0	0.0%	미도래
		1-1-5. 근절오류보고 건수	80	87	108.8%	완료
	1-2. 환자안전 활동 강화	1-2-1. 환자안전 주의경보 정보공유 적정성	100	100	100.0%	정상추진
		1-2-2. 환자안전(KOPS)주의경보에 대한 개선활동	3	2	66.7%	정상추진
	1-3. 환자안전 문화 조성	1-3-1. 협업을 통한 환자안전 라운딩 횟수	6	9	150.0%	완료
		1-3-2. 환자안전 캠페인 횟수	4	4	100.0%	완료
		1-3-3. 환자안전 주간 행사	1	1	100.0%	완료
		1-3-4. 환자안전지킴이 환경관리 점검 횟수	12	9	75.0%	정상추진
		1-3-5. 환자안전 안내방송 적정성	730	548	75.1%	정상추진
2. 의료질 향상	2-1. 지표관리 활동 강화	2-1-1. 지표 관리 활동 건수	26	26	100.0%	완료
		2-1-2. 지표 모니터링 및 결과보고 횟수	4	3	75.0%	정상추진
		2-1-3. 지표 관리 활동 지원 횟수	8	3	37.5.0%	정상추진
	2-2. 표준진료지침 개발 및 관리	2-2-1. 중앙 및 자체 개발·경신 사업 참여 횟수	2	3	150.0%	정상추진
		2-2-2. 표준진료지침 적용률	90	93.9	104.3	정상추진
		2-2-3. 표준진료지침 활동 지원 횟수	7	4	57.1%	정상추진
	2-3. 실향상(QI) 활동 활성화	2-3-1. QI활동 참여	10	10	100.0%	정상추진
		2-3-2. QI활동 지원 적정성	3	3	100.0%	완료
3. 적정진료실 역량강화	3-1. 위원회 활동	3-1-1. 실향상과 환자안전(QPS)위원회 운영 횟수	4	4	100.0%	정상추진
	3-2. 전담자 및 직 원 역량강화	3-2-1. 전담자 필수교육(보수교육)참여	2	2	100.0%	완료
		3-2-2. 전담자 전문교육 참여(QI, CP, CI, 환자안전, 학술대회 및 학회)	5	6	120.0%	완료
		3-2-3. 전직원 환자안전 교육(경영진 포함)	10	18	180.0%	완료
	3-3. 각종평가 내실화	3.3.1. 각종 평가 결과유지 및 개선활동 시행	유지	유지	100.0%	정상추진

□ 우수사례

○ 2024년도 성과지표 초과 달성

- 총 지표 수 : 25개(목표 달성 10, 정상 추진 14, 미도래 1)

(단위 : 명, 회, %)

구분	목표	실적	달성율	비고
환자안전사건분석 FMEA	1	1	100.0	
근점오류 보고 건수	80	87	108.8	
협업을 통한 환자안전 라운딩	6	9	150.0	
환자안전 캠페인	4	4	100.0	
환자안전 주간행사	1	1	100.0	
지표관리 활동 건수	26	26	100.0	
QI확동 지원 적정성	3	3	100.0	
전담자 필수교육(보수교육) 참여	2	2	100.0	
전담자 전문교육 참여(QI, CP, CI, 환자안전, 학회 및 학술대회)	5	6	120.0	
전직원 환자안전 교육(경영진 포함)	10	18	180.0	

○ 지역환자안전센터(전라권-예수병원) 협약식

- 예수병원 지역환자안전센터 협력체계 구축
- 환자안전 및 의료질 향상 기여



<지역환자안전센터 협력 교류회>

<지역환자안전센터 협력병원 협약서>

○ 한국의료질향상학회 호남지회 남원의료원 지정

- 호남권 의료기관의 워크숍 및 간담회를 통한 소통
- 한국의료질향상학회 호남지회장 남원의료원장 위촉, 환자안전전담자 간사 위촉
- 2024년 한국의료질향상학회 학술대회 학회지 초록 3편 등록



○ 2024년도 환자안전주간행사 실시

- 2024.09.23.~27. 5일간 진행
- 올바른 환자안전문화를 조성하고 국민 참여 활동에 대한 관심과 적극적인 참여를 유도
- 환자안전 포스터 공모전, 환자안전캠페인, 환자안전·감염관리 활동 현장 교육 및 체험, 환자안전 리더쉽 라운딩, 환자안전사고 예방 워크숍
- 중앙환자안전센터 2024년 환자안전캠페인 참여기관 선정 및 활동결과 제출



○ 2024년 kops 환자안전주의경보 관련 개선활동

- 처방과 다른 수액주입 환자안전사고의 빈번한 발생
- 분무요법(Nebulizer Therapy) 투약오류 발생



○ 2024년 필수의료서비스 맞춤형 방문교육 실시

- 찾아가는 환자안전 사고예방 워크숍(2024.09.27.)
- 똑똑똑, 우리병원 맞춤으로 주문합니다.(2024.10.25.)
- 기능공명분석법(Functional Response Analysis Method, FRAM)을 통해 투약 시 발생 가능한 다양한 원인규명
- 전사적 환자안전 소통문화 구축(Team-STEPPS)을 위한 토론 기반 교육



○ 기타 개선활동

- 환자안전사건 보고서 분석을 통한 개선활동
- 정기적·비정기적 라운딩을 통한 환자안전 위해요소 점검
- 근접오류 보고 활성화를 위한 캠페인 및 포상
- 표준진료치침 우수 진료과 격려 및 지지를 위한 포상



<진료실 내 진찰대 안전바 설치>



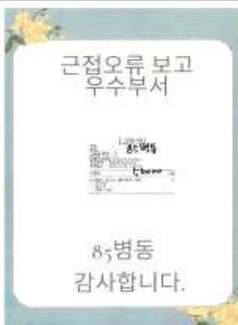
<비뇨의학과 검사구역 안전바 설치>



<공사구역 출입금지 안내판 설치 요청>



<외래구역 계단 미끄럼 방지 스티커 교체>



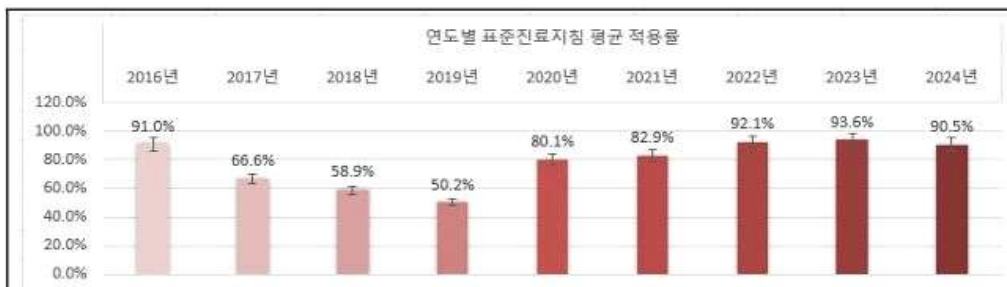
<각종 포상 실시>



<근접오류보고 활성화 캠페인>

○ 표준진료지침 개발·갱신 사업 참여

- 2024. 공공의료 연계 개발 사업 참여 2회, 갱신개발 1회 : 총3회
- 표준진료지침 CP 적용률 상승 : 2016년 ~ 2024년(9월말)적용률 현황
- 표준진료지침 개발 건수 총18건, 2024년 2건 개발·갱신 중



구분	CP명	내용	연도	갱신	비고
1	제왕절개술	■ 자궁 절개를 통해 태아를 분만하는 수술	2014	○ (2021)	○
2	정상분만	■ 자연분만	2014		○
3	요실금	■ 여러 이유로 비자발적으로 소변이 새는 것을 방지하는 수술	2015		○
4	백내장수술	■ 혼탁이 있는 수정체를 제거하고 인공수정체를 삽입하는 수술	2015		○
5	성인탈장	■ 복부의 내장이 원래의 위치에서 벗어나 빠져나와 있는 것을 복원해주는 수술	2015	○ (2020)	○
6	성형안과	■ 외모를 개선하거나 눈의 기능을 회복시키기 준 주변 부위를 교정하는 수술	2016		○
7	단순충수절제술 (성인)	■ 충수돌기에 염증이 생긴 부위를 제거하는 수술	2017		○
8	질식자궁적출술	■ 자궁을 제거하는 수술	2017	NMC연계 개발(2024)	○
9	복강경하 담낭절제술 (성인)	■ 복강경을 삽입하여 담낭을 절제하는 수술	2018		○
10	프프가무시	■ 전신적 혈관염이 발생하는 급성 발열성 질환	2018		○
11	대장내시경 용종제거술	■ 대장내시경을 통해 용종을 제거하는 시술	2019		○
12	경피적 척추성형술	■ 골절된 척추뼈에 의료용 골 시멘트를 주입하는 시술	2019		○
13	관상동맥조영술	■ 조영제를 주입하여 관상동맥을 촬영하는 진단검사	2021	갱신 (2024)	○
14	대상포진	■ 바이러스에 의한 수포성 질환	2021	○ (2023)	○
15	경피내시경하위루술	■ 내시경을 통한 위루술 삽관 및 교체술	2022		○
16	난소양성종양절제술	■ 수술을 통한 난소양성종양 제거 수술	2022		○
17	슬관절 치환술	■ 손상된 무릎 관절면을 깎아내고 그 자리에 인공관절을 삽입하는 수술	2023		○
18	쇄석술	■ 신장, 방광, 요관 등 요로 결석에 대한 충격파를 발사에 결석을 파괴 후 자연배출 유도	2023		○

□ 미흡한 점

- 해당없음

5 현황분석

□ 외부환경분석

- 환자안전법(자율보고 및 의무보고 강화)

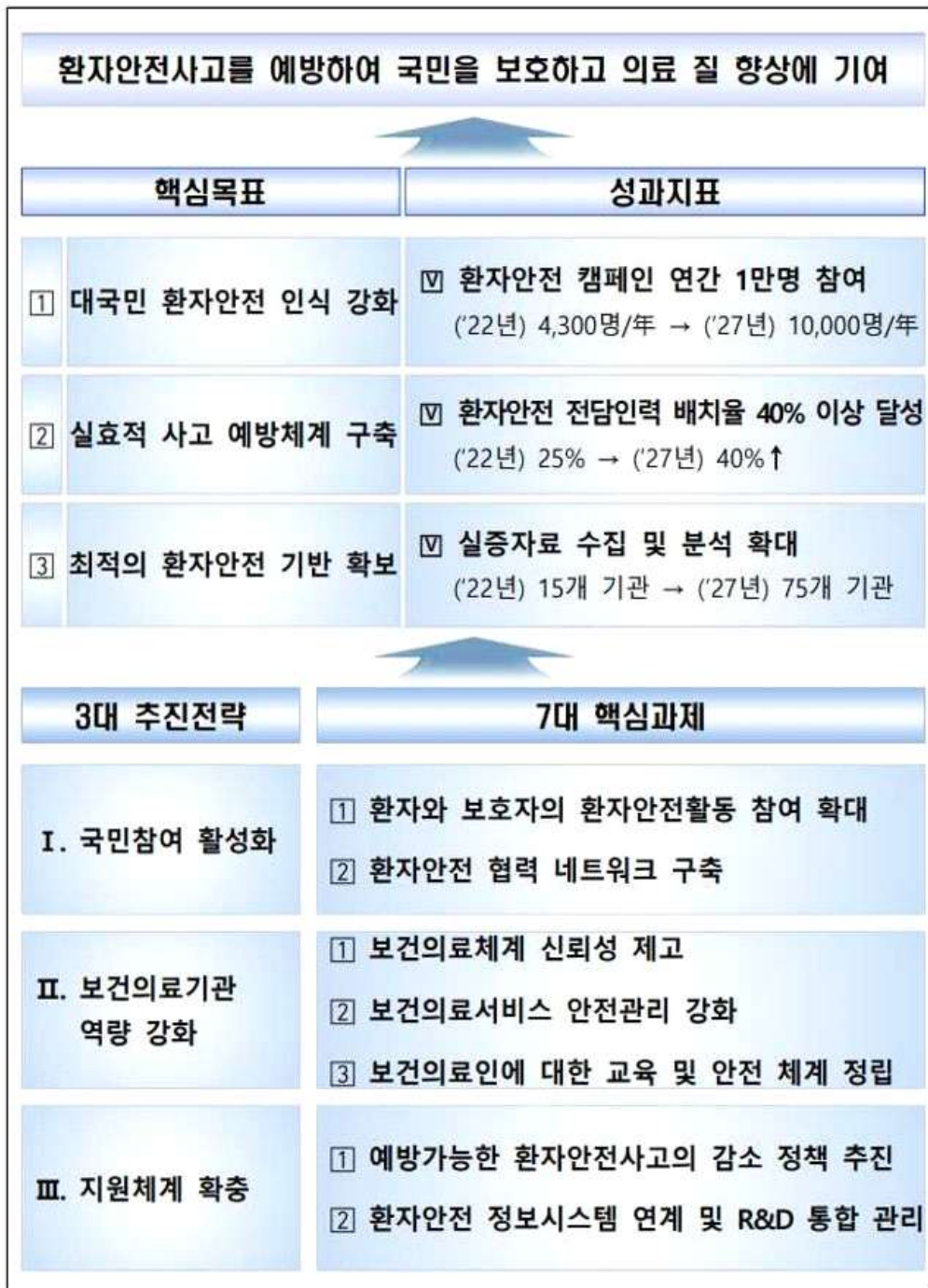


- 중대한 환자안전사고 보고·환류 체계 구축



출처 : 환자안전보고학습시스템(KOPS)

○ 보건복지부 제2차 환자안전종합계획(2023~2027)전략체계



○ 환자안전 전담인력 배치기준 개선 및 확대

- 전담인력 업무의 전문성 및 연속성 제고를 위한 역할 및 업무범위를 정립하고, 이를 반영한 업무 매뉴얼 개발·배포
- 전담인력의 배치기준을 단위 병상수에 따라 차등 배치하고, 입원환자관리료 등 관련 수가 및 의료기관 인증, 평가기준 등에 반영

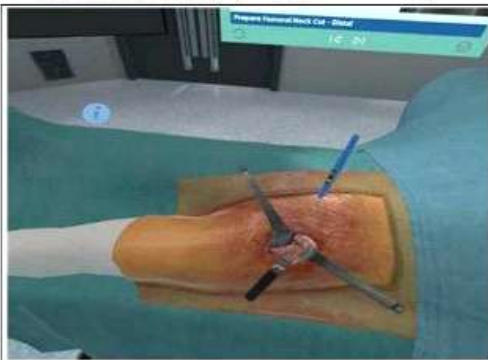
< 환자안전 전담인력 업무범위(안) >

- ① 환자안전 및 의료 질 향상을 총괄·관리하는 조직 운영에 관한 사항
- ② 환자안전 및 의료 질 향상 운영에 관한 사항
- ③ 환자안전 및 의료 질 향상 관련 기준에 관한 사항
- ④ 환자안전 및 의료 질 향상 관련 근거에 관한 사항
- ⑤ 환자안전 및 의료 질 향상 교육 프로그램 운영에 관한 사항
- ⑥ 환자 및 환자 보호자의 환자안전활동 교육 및 참여에 관한 사항
- ⑦ 의료기관 차원의 환자안전사고 보고 활성화에 관한 사항
- ⑧ 의료기관 차원의 환자안전사고 관리에 관한 사항
- ⑨ 환자안전 및 의료 질 향상 영역의 위험관리체계 운영에 관한 사항
- ⑩ 환자안전 및 의료 질 향상을 위한 지표관리에 관한 사항
- ⑪ 환자안전문화 조성에 관한 사항
- ⑫ 환자안전 및 의료 질 향상을 위한 외부기관과 협력
- ⑬ 그 밖에 환자안전 및 의료 질 향상을 위하여 보건복지부장관이 특히 필요하다고 인정하는 사항

○ 보건의료인 환자안전 역량 강화

- 가상융합기술 등 고도화된 기술을 접목하여 대상자들이 쉽게 참여하고 이해할 수 있도록 다양한 형태의 교육을 제공하여 접근성과 활용성 강화

< FundamentalVR사의 VR 수술 플랫폼 >



< NurseBase VR 간호 플랫폼 >



출처 : 환자안전보교학습시스템(KOPS)

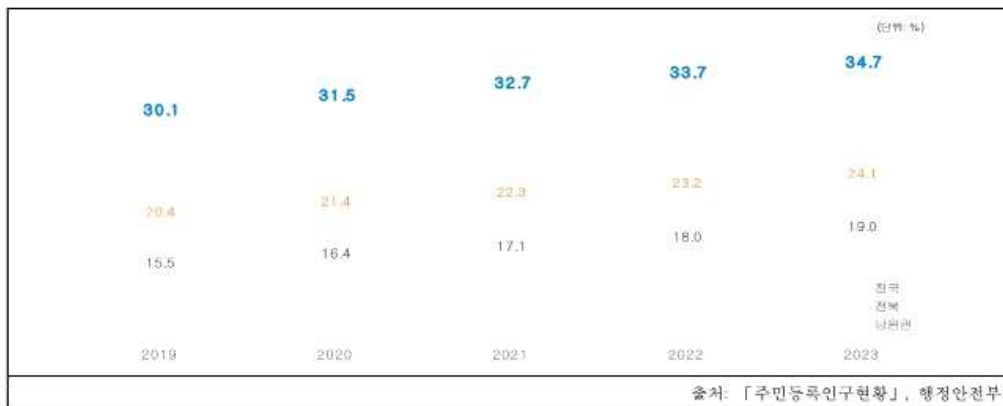
○ 각종 평가기준 수준 향상

구 분	주관	주요내용	비고
운영평가	보건복지부	- 표준진료지침 전담자 지정(타 업무 수행 불가 및 환자안전 전담 불가) - 환자안전사고 보고체계(환자안전법에 따른 의무보고 대상 보고 여부 확인, 의무보고 외 사고(신규/시범))	<강화> <강화>
공공보건의료계획	보건복지부	표준진료지침 적용률 전국 평균으로 상대평가	<강화>
의료기관 인증평가	보건복지부	4주기 급성기병원 의료기관 인증 조사항목 변경(4개 영역, 13개 장, 92개 기준, 512개 조사항목, 3주기 대비 1개 기준 증가, 8개 조사항목 감소)	<강화>
신포괄정보화평가	건강보험 심사평가원	- 표준진료지침 적용(50%) / CP적용현황(20점), 질환별 CP 적용(10점), 질환별 CP관리율(5점), 질환별CP모니터링(15점). - 표준진료지침 업무를 하는자(전담자 등)는 의료인이다. - 병원Alert시스템 운영(30%)	<강화> <신설>
적정성평가	건강보험 심사평가원	환자경험평가 중소병원까지 확대	<유지>
의료질평가	건강보험 심사평가원	- 환자경험 - 환자안전 Alert system 운영 및 활용 - 환자인식시스템 운영 - 의료기관 인증	<시범> <강화> <강화> <강화>

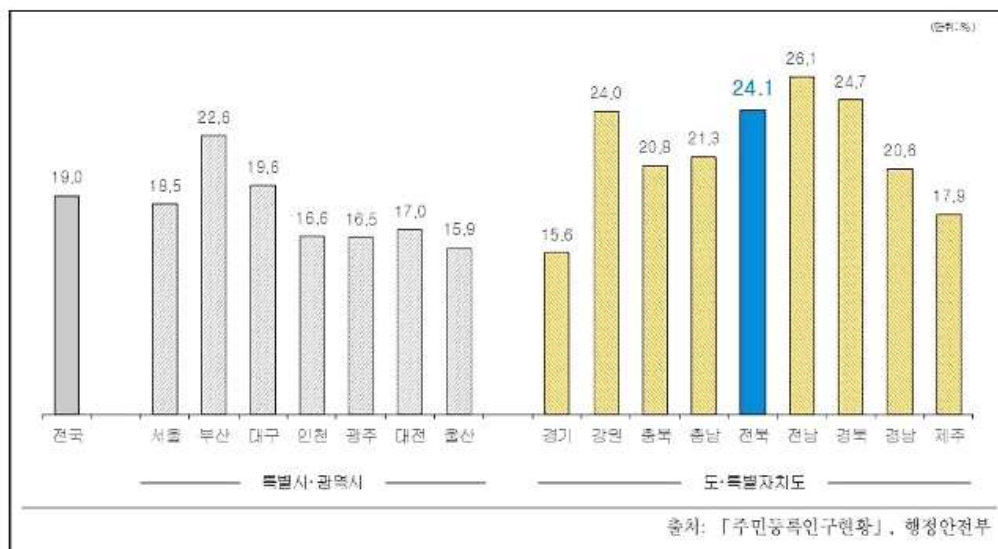
※ 2024년 건강보험심사평가원 신고현황 기준

○ 노인인구 비율(2018~2023년)

- (주이) 남원군의 노인인구 비율은 지속적으로 증가하고 있으며, 전국, 전북 평균보다 높음
- (16개 시도) 전북은 전국보다 5.1%p 높음. 전국 16개 시도, 9개 도 중 3번째로 높음
- (중진료권) 남원군은 전국보다 15.7%p, 전북보다 10.6%p 높음. 전북 중진료권 중 가장 높음
- (시군) 남원시는 전국보다 12.4%p, 전북보다 7.3%p 높음. 전북 시군 중 9번째로 높음
- (전년 대비) 남원군 전년 대비 1.0%p 증가함



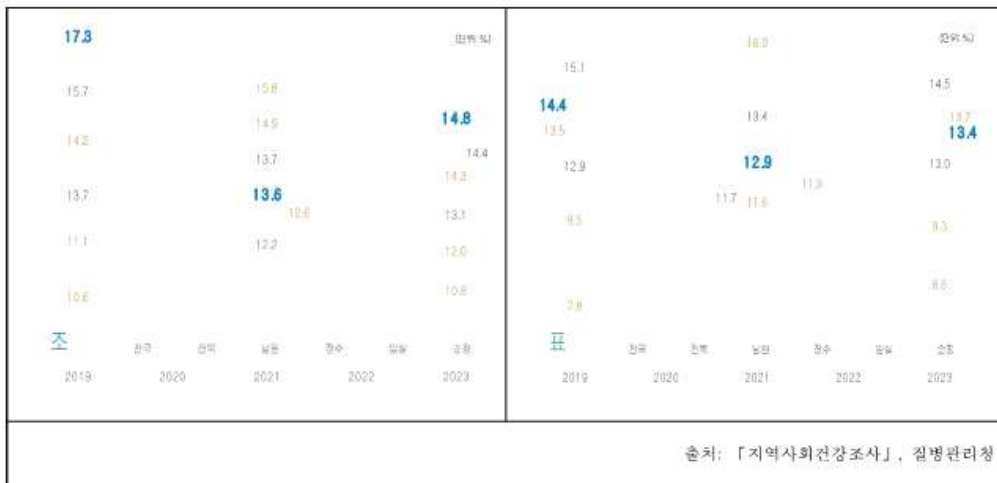
노인인구 비율 최근 5년 추이(2019-2023년)



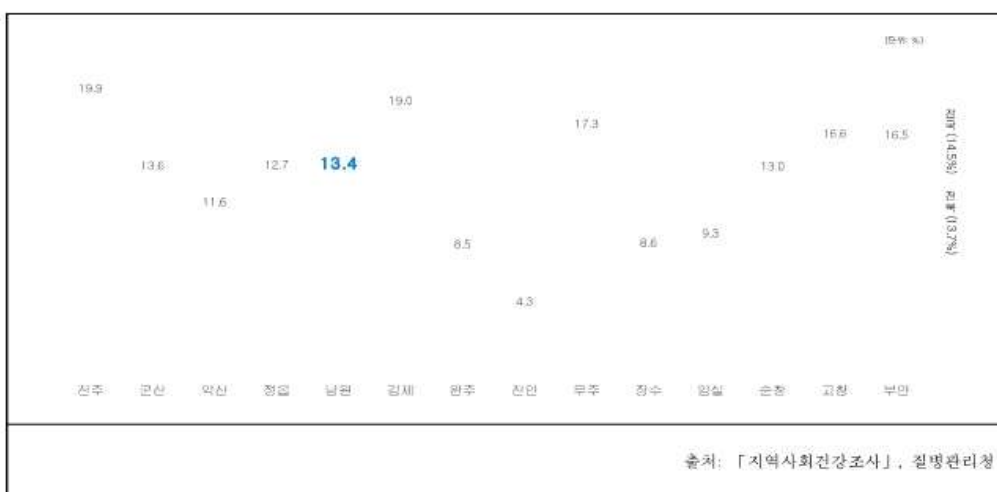
전국 16개 시도별 노인인구 비율(2023년)

○ 연간 낙상 경험률(2019~2023년)

- (추이)
 - 조율: 남원시의 연간 낙상 경험률은 2021년에 감소하였으나, 이후 증가함
 - 표준화율: 남원시의 연간 낙상 경험률은 2021년에 감소하였으나, 이후 증가함
- (시군) 남원시는 전국보다 1.1%p, 전북보다 0.3%p 낮음. 전북 시군 중 8번째로 낮음
- (2021년 대비) 남원시 2021년 대비 조율 1.2%p / 표준화율 0.5%p 증가함



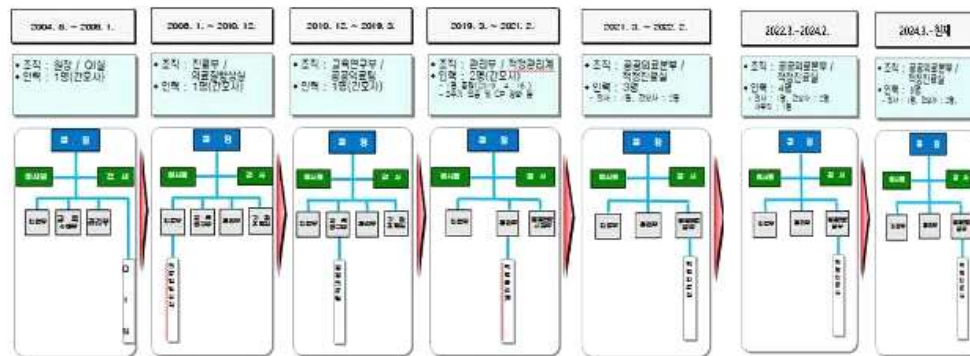
연간 낙상 경험률 5년 추이(2019~2023년)_조율(좌), 표준화율(우)



전북 시군별 연간 낙상 경험률(2023년)

○ 조직 및 인력 변화

○ (인력) 2004년 1명 → 2024년 3명(의사 : 1명, 간호사 : 2명)으로 변화



구분	항목	평가 배점	평가 결과	평가 점수	비고
의료질평가	의료기관인증	5점	유	5점	유·무
	환자안전관리체계 운영	약 2.7점	운영	약 2.7점	운영여부
	환자안전학습보고체계 운영 여부	1점	운영	1점	운영여부
인증평가	질향상과 환자안전	상	상	상	상·중·하
	표준진료지침개발 및 관리	상	상	상	상·중·하
운영평가	환자안전관리 (5개 항목)	3점	상 (5개 항목)	3점	상·중·하
	인증참여	4점	인증	4점	유·무
	표준진료지침 준수	4점	유 (4개항목)	4점	유·무
	표준진료지침 적용		유 (4개항목)		
신도광정보화 평가	표준진료지침	1%	개발 및 적용	1%	여부
	의료기관인증	1%	유	1%	유·무
	환자안전 Alert system 운영 및 활용	0.5%	운영	0.5%	운영여부
	환자인식시스템 운영	0.5%	운영	0.5%	운영여부
공공보건의료 계획	환자안전	3점	유	3점	유·무
	의료기관인증	1점	유	1점	유·무
	표준진료지침	3점	상	3점	상·중·하

⑥ SWOT 분석

		외부환경	
		내부역량	외부환경
		강 점 (S)	약 점 (W)
		○ 환자안전전담자 자격을 갖춘 인력 구성 ○ 의료환경 및 시설 현대화 ○ 직원간 협력적 관계 구축 ○ 인증유지(4주기), 운영평가, 경영평가, 공공의료기관평가 최우수 획득	○ 평가(의료기관 인증 평가, 표준진료지침 운영)에 대한 진료과의 적극성 부족 ○ 각종평가와 CP운영에 대한 직원의 적극성 부족 ○ 진료과 부족으로 지역주민의 낮은 만족감 ○ 지역적 특성으로 인한 의료수급 부족
기 회 (O)	○ 진료권 내 유일한 지역 책임의료기관 ○ 전국권 지역안전센터와 협약을 통한 체계구축 ○ 국립중앙의료원의 협의체 구축 ○ 환자안전 및 감염관리 위기 체계구축 ○ 4주기 의료기관 평가 인증 획득	< SO 전략 > ◆ 환자안전문화 활동 참여 확대 ◆ 환자안전 정보 환류 강화 ◆ 평가 통합 유지관리	< WO 전략 > ◆ 표준진료지침(CP) 개발 및 관리 ◆ 성과관리(의료기관인증지표)강화 ◆ 교육 및 안전체계 정립
	위협 (T)	○ 초고령화 사회와 만성질환 증가로 병원 내 안전사고 위험성 증가 ○ 독거노인 및 1인 가족 증가로 보호자 부재 ○ 공공성 강화로 이윤창출의 어려움 ○ 남원시 연간 낙상경험률 증가 추이 (지역사회건강 질병관리청)	< ST 전략 > ◆ 환자안전사고 통합 관리 ◆ 질향상(QI)활동 관리체계 구축

Ⅱ 2025년 운용방향

① 기본방향



② 성과지표

전략 목표	전략과제	성과지표	단위	24년 목표	24년 실적	25년 목표
1. 의료 안전망 강화	1-1. 환자안전사고 통합 관리	환자안전사고 모니터링 및 현황	회	12	9	12
		환자안전사고 분석 및 개선활동	회	4	3	4
		고장유형분석(FMEA)	회	1	1	1
		근본원인분석(RCA)	회	1	0	1
		근접오류보고	건	80	87	88
	1-2. 환자안전 정보 환류 강화	KOPS(환자안전보고학습시스템) 환자안전주의경보 정보공유	%	100	100	100
		KOPS(환자안전보고학습시스템) 환자안전사고 자율보고	회	-	-	2
		Alert system(경보체계) 모니터링	회	-	-	4
	1-3. 환자안전문화 활동 참여 확대	협업을 통한 환자안전 라운딩	회	6	9	12
		환자안전 캠페인	회	4	4	4
		환자안전주간 행사	회	1	1	1
		환자안전지킴이 환경관리 점검	회	12	9	12
		환자안전안내방송	회	730	548	730

전략 목표	전략과제	성과지표	단위	24년 목표	24년 실적	25년 목표
2. 실효적 의료질 구축	2-1. 성과관리(의료기관인증 지표)강화	의료기관인증 지표관리	건	26	26	27
		의료기관인증 모니터링 및 결과보고	회	4	3	4
		의료기관인증 지표 활동 지원 및 포상	회	8	6	8
	2-2. 표준진료지침(CP) 개발 및 관리	국립중앙의료원 연계, 주기적 갱신, 자체 개발 등 사업 참여	회	2	3	2
		표준진료지침 적용	%	90.0	90.5	80.0
		표준진료지침 활동 지원 및 포상	회	7	4	7
	2-3. 질향상(QI)활동 관리체계 구축	QI활동 참여	종	10	10	10
		QI활동 지원 및 포상	회	3	3	13
3. 최적의 환자안전 기반확보	3-1. 환자안전 활동 기반 구축	질향상과 환자안전(QPS)위원회 운영	회	4	3	4
		의료기관인증 위원회	회	-	-	1
		직원만족도 조사	회	-	-	3
	3-2. 교육 및 안전체계 정립	전담자 필수교육(보수교육)참여	회	2	2	2
		전담자 전문교육 참여	5	5	9	5
		질 향상 및 환자안전 교육(경영진 포함)	회	10	19	15
	3-3. 평가 통합 유지관리	평가 결과 유지 및 개선활동	유지	유지	유지	유지
		의료기관인증(적정)지침 개정	회	-	-	1
		4주기 급성기병원 중간현장 평가	획득	-	-	획득

③ 모니터링 및 자체평가 계획

○ 모니터링

구분	내용
모니터링 방법	- 분기별 사업 결과 관리 : QPS위원회 보고 ※ 매월 적정관리계 성과지표 점검 : 평가지표관리 회의 보고
모니터링 내용	- 질향상과 환자안전 사업대상 분기별 사업 결과 모니터링 → 점검을 통한 미진사업 관리 → QPS위원회 보고 후 경영진 보고 및 홈페이지 QI소식란을 통한 전 직원 공유

○ 자체평가

전략 목표	평가 영역	평가지표	평가세부항목		점수
의료 안전 강화	구조	○ 사업목표를 포함한 사업계획	목표포함	10	20
			목표 미포함	5	
		○ 환자전담인력 확보	확보	10	
			미확보	5	
	과정	○ Alert system(경보체계)모니터링	실시	5	50
			미실시	0	
		○ 환자안전주간 행사	실시	5	
			미실시	0	
		○ 환자안전 안내방송 적정성	적정성	5	
		○ 근접오류보고 건수	88건 이상	10	
			40건~87건	7	
			39건 이하	5	
		○ 환자안전 캠페인 횟수	4건	5	
			1회~3회	3	
			미실시	0	
		○ 환자안전주의경보 정보공유 적정성	적정성	5	
		○ 환자안전사건 분석(FMEA, RCA)	실시	5	
			미실시	0	
		○ 협업을 통한 환자안전리운딩 횟수	12회	10	
			1회~5회	5	
			미실시	0	
	결과	○ 환자안전사건 모니터링 및 현황 보고	실시	10	30
			미실시	5	
		○ 환자안전사건 원인분석 및 결과보고	실시	10	
			미실시	0	
		○ 환자안전관련 환경관리 점검 결과보고	실시	10	
			미실시	0	

전략 목표	평가 영역	평가지표	평가세부항목		점수
실용적 의료질 구축	구조	◦ 사업목표를 포함한 사업계획	목표포함	10	30
			목표 미포함	5	
		◦ 예산계획 수립 및 확보	확보	10	
			미확보	5	
		◦ 담당인력 확보	확보	10	
			미확보	5	
	과정	◦ 지표관리활동 건수	27건 이상	10	50
			14건~26건	5	
			13건 이하	0	
		◦ 지표관리활동 지원 및 포상 횟수	8회	10	
			2회~7회	5	
			1회	0	
		◦ QI 활동 참여 충실도	충실도	5	
		◦ QI지원의 적정성	적정성	5	
		◦ 중앙 및 개별 CP 개발·갱신	2건 이상	10	
			1건	5	
			0건	0	
		◦ 표준진료지침 CP 지원 활동 횟수	7회	10	
			2회~6회	5	
			1회	0	
	결과	◦ 지표모니터링 및 결과보고	4회	5	20
			2회	3	
			미실시	0	
		◦ 표준진료지침 적용률	80% 이상	10	
			30% ~ 79%	5	
			29% 이하	0	
		◦ 표준진료지침 모니터링 및 결과보고	4회	5	
			2회~3회	3	
			1회	0	

전략 목표	평가 영역	평가지표	평가세부항목		점수
최적의 환자안전 기반확보	구조	◦ 사업목표를 포함한 사업계획	목표포함	10	20
			목표 미포함	5	
		◦ 예산계획 수립 및 확보	확보	10	
			미확보	5	
	과정	◦ 환자안전 전담자 필수교육 참여 충실도	충실성	10	50
		◦ 전담자 필수교육 참여(QI, CP, 지표, 환자안전, 학술대회 및 학회)	5회	10	
			1회 ~ 4회	5	
			미실시	0	
		◦ 질 향상 및 환자안전 교육(경영진 포함) 인원	15회	10	
			5회 ~ 14회	7	
			4회 이하	5	
		◦ 의료기관인증 평가 지표 관리 적정성	적정성	10	
		◦ 평가 지표 관리 적정성	적정성	10	
	결과	◦ 적정진료실 영역 평가 등급 유지	유지	10	30
			하락	5	
		◦ 4주기 의료기관인증 평가 획득 (중간현장조사) 유지	획득	10	
			미획득	0	
		◦ 질향상과 환자안전위원회 운영 횟수	4회	10	
			1회~3회	5	
			미실시	0	

4 사업예산

(단위 : 천원)

전략목표	전략과제	성과지표	사업기간	사업예산
합계				29,825
1. 의료안전망강화				10,190
	1. 환자안전사고 통합 관리	○ 환자안전사고 모니터링 및 현황 : 12회 ○ 환자안전사고 분석 및 개선활동 : 4회 ○ 고장유형분석(FMEA) : 1회 ○ 근본원인분석(RCA) : 1회 ○ 근접오류보고 : 88건	1~12월	4,150
	2. 환자안전 정보 환류 강화	○ KOPS(환자안전보고학습시스템) 환자안전주의 경보정보 공유 : 100% ○ KOPS(환자안전보고학습시스템) 환자안전사고 자 율보고 : 2회 ○ Alert system(경보체계) 모니터링 : 4회	1~12월	400
	3. 환자안전문화 활동 참여 확대	○ 협업을 통한 환자안전 라운딩 : 6회 ○ 환자안전 캠페인 : 4회 ○ 환자안전주간 행사 : 1회 ○ 환자안전지킴이 환경관리 점검 : 12회 ○ 환자안전안내방송 : 730회	1~12월	5,640
2. 실효적 의료질 구축				5,955
	4. 성과관리(의료기관 인증지표)강화	○ 의료기관인증 지표관리 : 27건 ○ 의료기관인증 모니터링 및 결과보고 : 4회 ○ 의료기관인증 지표 활동 지원 및 포상 : 8회	1~12월	460
	5. 표준진료지침(CP) 개발 및 관리	○ 국립중앙의료원 연계, 주기적 갱신, 자체 개발 등 사업 참여 : 2회 ○ 표준진료지침 적용 : 80% ○ 표준진료지침 활동 지원 및 포상 : 9회	1~12월	2,590
	6. 질향상(QI) 활동 관리체계 구축	○ QI활동 참여 : 10회 ○ QI활동 지원 및 포상 : 13회	1~12월	2,905
3. 최적의 환자안전 기반확보				13,680
	7. 환자안전 활동 기반 구축	○ 질향상과 환자안전(QPS)위원회 운영 : 4회 ○ 의료기관인증 위원회 : 1회 ○ 직원만족도 조사 : 3회	1~12월	1,000
	8. 교육 및 안전체계 정립	○ 전담자 필수교육(보수교육)참여 : 2회 ○ 전담자 전문교육 참여 : 5회 ○ 질 향상 및 환자안전 교육(경영진 포함) : 10회	1~12월	4,180
	9. 평가 통합 유지관리	○ 평가 결과 유지 및 개선활동 : 유지 ○ 의료기관인증(적정)지침 개정 : 1회 ○ 4주기 급성기병원 중간연장 평가 : 획득	1~12월	8,500

Ⅲ 세부 사업계획

① 환자안전사고 통합관리 확대

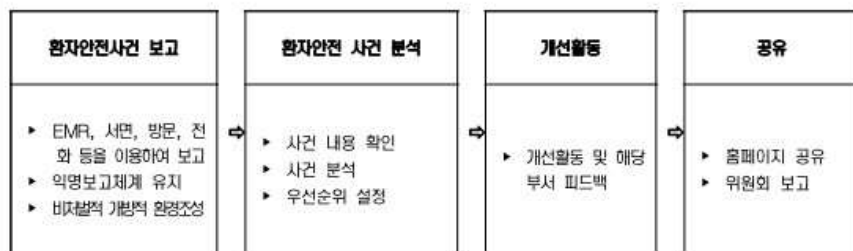
적정진료실장	이치국
적정관리계장	문의순

사업 필요성	▶ 환자안전법 강화(2021. 1. 30.) ○ 관계법률 : 「환자안전법 시행규칙」 제12조 일부개정 ○ 중대한 환자안전사고 의무보고 ▶ 환자안전사건 보고 및 분석, 개선에 대한 의료기관 인증 기준 ○ 질향상과 환자안전활동 7장 ▶ 지역거점 공공병원 운영평가 지침 ○ 환자안전관리 1.1.4 ▶ ‘오류로부터의 학습’ 문화 형성을 통한 안전한 병원문화 조성																		
사업목표	<table> <tr> <th>성과지표</th><th>목표치</th><th>목표치 산출근거</th></tr> <tr> <td>환자안전사건 모니터링 및 현황</td><td>12회</td><td> ▶ 보고서 분석, 위험도 분류 등의 과정을 통해 개선활동 및 직원공유를 실시하고 그 결과를 피드백 하여 같은 사건들이 재발하지 않도록 학습, 자발적 참여를 통한 안전문화 조성 ○ 매년 12회 이상으로 목표치 유지 </td></tr> <tr> <td>환자안전사건 분석 및 개선활동</td><td>4회</td><td> ▶ 보고서 분석, 위험도 분류 등의 과정을 통해 개선활동 및 직원공유를 실시하고 그 결과를 피드백 하여 같은 사건들이 재발하지 않도록 학습, 자발적 참여를 통한 안전문화 조성 ○ 월별 환자안전사건 모니터링 자료를 분석하여 분기별 1회 보고 </td></tr> <tr> <td>고장유형분석 FMEA</td><td>1회</td><td> ▶ 의료기관인증평가 지침 위험관리제도에 근거하여 FMEA 관련 팀을 구성하여 분석 및 개선활동을 통해 프로세스 개선 ○ 매년 각 1회 이상 목표치 유지 </td></tr> <tr> <td>근본원인분석 RCA</td><td>1회</td><td> ▶ 의료기관인증평가 지침에 근거하여 RCA(적신호 사건 발견 시 마다, 적신호사건 없을 시는 위해사건 중 택1) 팀을 구성하여 분석 및 개선활동을 통해 프로세스 개선 ○ 매년 각 1회 이상 목표치 유지 </td></tr> <tr> <td>근접오류보고</td><td>88건</td><td> ▶ 하인리히법칙(1:29:300)에 따라 적신호 사건 및 위해사건이 발생하기 전 근접오류 보고 활성화 도모 ○ 2024년도 목표 88건 대비 10% 상향하여 88건 목표치 설정 </td></tr> </table>	성과지표	목표치	목표치 산출근거	환자안전사건 모니터링 및 현황	12회	▶ 보고서 분석, 위험도 분류 등의 과정을 통해 개선활동 및 직원공유를 실시하고 그 결과를 피드백 하여 같은 사건들이 재발하지 않도록 학습, 자발적 참여를 통한 안전문화 조성 ○ 매년 12회 이상으로 목표치 유지	환자안전사건 분석 및 개선활동	4회	▶ 보고서 분석, 위험도 분류 등의 과정을 통해 개선활동 및 직원공유를 실시하고 그 결과를 피드백 하여 같은 사건들이 재발하지 않도록 학습, 자발적 참여를 통한 안전문화 조성 ○ 월별 환자안전사건 모니터링 자료를 분석하여 분기별 1회 보고	고장유형분석 FMEA	1회	▶ 의료기관인증평가 지침 위험관리제도에 근거하여 FMEA 관련 팀을 구성하여 분석 및 개선활동을 통해 프로세스 개선 ○ 매년 각 1회 이상 목표치 유지	근본원인분석 RCA	1회	▶ 의료기관인증평가 지침에 근거하여 RCA(적신호 사건 발견 시 마다, 적신호사건 없을 시는 위해사건 중 택1) 팀을 구성하여 분석 및 개선활동을 통해 프로세스 개선 ○ 매년 각 1회 이상 목표치 유지	근접오류보고	88건	▶ 하인리히법칙(1:29:300)에 따라 적신호 사건 및 위해사건이 발생하기 전 근접오류 보고 활성화 도모 ○ 2024년도 목표 88건 대비 10% 상향하여 88건 목표치 설정
성과지표	목표치	목표치 산출근거																	
환자안전사건 모니터링 및 현황	12회	▶ 보고서 분석, 위험도 분류 등의 과정을 통해 개선활동 및 직원공유를 실시하고 그 결과를 피드백 하여 같은 사건들이 재발하지 않도록 학습, 자발적 참여를 통한 안전문화 조성 ○ 매년 12회 이상으로 목표치 유지																	
환자안전사건 분석 및 개선활동	4회	▶ 보고서 분석, 위험도 분류 등의 과정을 통해 개선활동 및 직원공유를 실시하고 그 결과를 피드백 하여 같은 사건들이 재발하지 않도록 학습, 자발적 참여를 통한 안전문화 조성 ○ 월별 환자안전사건 모니터링 자료를 분석하여 분기별 1회 보고																	
고장유형분석 FMEA	1회	▶ 의료기관인증평가 지침 위험관리제도에 근거하여 FMEA 관련 팀을 구성하여 분석 및 개선활동을 통해 프로세스 개선 ○ 매년 각 1회 이상 목표치 유지																	
근본원인분석 RCA	1회	▶ 의료기관인증평가 지침에 근거하여 RCA(적신호 사건 발견 시 마다, 적신호사건 없을 시는 위해사건 중 택1) 팀을 구성하여 분석 및 개선활동을 통해 프로세스 개선 ○ 매년 각 1회 이상 목표치 유지																	
근접오류보고	88건	▶ 하인리히법칙(1:29:300)에 따라 적신호 사건 및 위해사건이 발생하기 전 근접오류 보고 활성화 도모 ○ 2024년도 목표 88건 대비 10% 상향하여 88건 목표치 설정																	

추진계획

▶ 환자안전사건 모니터링 및 현황 : 12회

- 대상 : 전직원
- 일정 : 2025. 1.~12.(월별)
- 내용 : 환자안전사고보고서(근접오류, 위해사건, 적신호 사건) 모니터링 및 현황보고
 - 근접오류
 - 환자안전사건 중 오류가 발생할 위험이 있거나 환자에게 도달하기 이전의 오류(예 : 환자의 기저질환 및 질병으로 인한 증상과 관계없이 진료 과정에서 발생한 사망, 사지 절단 및 마비, 또는 주요 기관의 기능 상실, 잘못된 부위, 잘못된 처치, 잘못된 환자에 대한 수술, 혈액형 불일치 수혈, 영아 유과, 또는 잘못된 부모에게 영아 인계 퇴원, 자살(시도), 기타 준하는 사건 등
 - 위해사건
 - 환자의 진료 과정 중 발생한 오류가 환자에게 도달한 환자안전사건(예 : 낙상, 투약오류, 수혈 오류, 수술 후 환자 체내 이물질 잔류, 환자안전사고 관련 수술 등)
 - 적신호사건
 - 환자의 기저질환 및 질병 자체 또는 증상의 자연스러운 진행과 관계없이 사건의 결과로 예기치 않은 사망이나 신체/정신적 기능의 영구적인 손실이 발생하는 경우(예 : 환자의 기저질환 및 질병으로 인한 증상과 관계없이 진료 과정에서 발생한 사망, 사지 절단 및 마비, 또는 주요 기관의 기능 상실, 잘못된 부위, 잘못된 처치, 잘못된 환자에 대한 수술, 혈액형 불일치 수혈, 영아 유과, 또는 잘못된 부모에게 영아 인계 퇴원, 자살(시도), 기타 준하는 사건 등
- 방법



▶ 환자안전사건 분석 및 개선활동 : 4회

- 대상 : 전 직원
- 일정 : 2025. 1.~12.(분기별)
- 내용 : 월별 환자안전사건 모니터링 자료를 분석하여 분기별 원인분석 및 결과보고
- 방법
 - 각 부서장에게 업무연락을 통한 공지
 - 본원 홈페이지 QI소식란을 통한 전 직원 공유

추진계획	▶ 고장유형분석 FMEA : 1회 ○ 대상 : 근접오류, 위해사건 ○ 일정 - 고장유형 및 영향분석(FMEA) : 2025. 3.~10. ○ 내용 - 고장유형 및 영향분석(FMEA) -> Proactive • 위해사건 및 근접오류 사건 중 우선순위에 따른 고위험 프로세스를 선정 후 검토 및 분석을 통해 프로세스를 재설계 ○ 방법 - 위험관리체계 내 환자안전 영역에 반영하여 QPS위원회에서 우선순위에 따른 고위험 프로세스를 선정 - 다학제팀 구성하여 분석 및 활동 - 경영진과 QPS위원회 보고 및 관련 부서 직원 공유 ※ 적신호 사건 다수 발생 시 횡수 증가 및 일정은 병원 사정에 따라 변동 가능 ▶ 근본원인분석 RCA : 1회 ○ 대상 : 적신호 사건(적신호 사건이 없을 시 위해사건) ○ 일정 2025. 1.~12. - 적신호 사건 발생시점 45일 이내 ○ 내용 : - 근본원인 분석(RCA) -> Reactive • 적신호 사건 발생 시 마다, 적신호 사건이 없을 시 위해사건 중 적신호 사건으로 이행 가능성이 있는 상황에서 사건에 기여한 원인과 근본적인 요인을 확인하고 규명 ○ 방법 - RCA팀을 구성하여 45일 이내 근본 원인 분석 시행 - 다학제팀 구성하여 분석 및 활동 - 근본 원인 분석 결과의 우선순위에 따라 개선 활동을 수행 - 경영진과 QPS위원회 보고 및 관련 부서 직원 공유 - 적신호 사건에 대해 환자안전보고학습 시스템(KOPS) 보고 ※ 적신호 사건 다수 발생 시 횡수 증가 및 일정은 병원 사정에 따라 변동 가능 ▶ 근접오류 보고 : 88건 ○ 대상 : 전직원 ○ 일정 : 2025. 1.~12. ○ 내용 : 환자안전사건보고서(근접오류) ○ 방법 - 환자안전보고 활성화 및 비처벌적 환자안전문화 정착 도모 - 근접오류보고 건수 확대를 위한 보고 방법 간소화 추진 - 근접오류 보고자를 위한 포상금 지급 ※ 개선활동 우수 보고자 및 우수 부서에 포상금 지급
------	---

② 환자안전 정보 환류 강화 신규

적정진료실장	이지국
적정관리계장	문의순

사업 필요성	▶ 환자안전법 강화(2021. 1. 30.) ○ 관계법률 : 「환자안전법 시행규칙」 제12조 일부개정 ○ 중대한 환자안전사고 의무보고 ▶ 의료기관 인증 기준(성과관리 7.3장) ▶ 환자안전사건 보고 및 분석, 개선에 대한 의료기관 인증 기준 ○ 질향상과 환자안전활동 7장 ▶ 신포괄정보관리평가 ○ 환자안전관리체계운영 ▶ 공공보건의료계획 ○ 공공보건의료 역량강화												
사업목표	<table><tr><th>성과지표</th><th>목표치</th><th>목표치 산출근거</th></tr><tr><td>KOPS(환자안전보고학습 시스템)환자안전주의경보 정보공유</td><td>100%</td><td> ▶ 각 부서장에게 업무연락 및 본원 홈페이지를 통해 전 직원 공유함으로써 환자안전에 대한 인식 제고 및 적정성 유지 ○ 매년 100% 공유를 통해 목표치 유지 </td></tr><tr><td>KOPS(환자안전보고학습 시스템)환자안전사고 자율보고</td><td>2회</td><td> ▶ 환자안전사고의 예방 및 의료 질 향상을 위해 환자안전사고 내용을 보고학습시스템 운영기관에 보고 ○ 연 2회 보고 </td></tr><tr><td>Alert system(경보체계) 모니터링</td><td>4회</td><td> ▶ 환자 및 전 직원 안전을 위하여 환자안전 위험 정보 공유시스템(Alert 시스템)을 활용하여 사전에 제공하고 공유함으로써 유사 사고 발생을 예방 ○ 분기별 모니터링 자료 분석 </td></tr></table>	성과지표	목표치	목표치 산출근거	KOPS(환자안전보고학습 시스템)환자안전주의경보 정보공유	100%	▶ 각 부서장에게 업무연락 및 본원 홈페이지를 통해 전 직원 공유함으로써 환자안전에 대한 인식 제고 및 적정성 유지 ○ 매년 100% 공유를 통해 목표치 유지	KOPS(환자안전보고학습 시스템)환자안전사고 자율보고	2회	▶ 환자안전사고의 예방 및 의료 질 향상을 위해 환자안전사고 내용을 보고학습시스템 운영기관에 보고 ○ 연 2회 보고	Alert system(경보체계) 모니터링	4회	▶ 환자 및 전 직원 안전을 위하여 환자안전 위험 정보 공유시스템(Alert 시스템)을 활용하여 사전에 제공하고 공유함으로써 유사 사고 발생을 예방 ○ 분기별 모니터링 자료 분석
성과지표	목표치	목표치 산출근거											
KOPS(환자안전보고학습 시스템)환자안전주의경보 정보공유	100%	▶ 각 부서장에게 업무연락 및 본원 홈페이지를 통해 전 직원 공유함으로써 환자안전에 대한 인식 제고 및 적정성 유지 ○ 매년 100% 공유를 통해 목표치 유지											
KOPS(환자안전보고학습 시스템)환자안전사고 자율보고	2회	▶ 환자안전사고의 예방 및 의료 질 향상을 위해 환자안전사고 내용을 보고학습시스템 운영기관에 보고 ○ 연 2회 보고											
Alert system(경보체계) 모니터링	4회	▶ 환자 및 전 직원 안전을 위하여 환자안전 위험 정보 공유시스템(Alert 시스템)을 활용하여 사전에 제공하고 공유함으로써 유사 사고 발생을 예방 ○ 분기별 모니터링 자료 분석											
추진계획	▶ KOPS(환자안전보고학습 시스템) 환자안전주의경보 정보공유 : 100% ○ 대상 : 전직원 ○ 일정 : 2025. 1.~12.(주의경보 발령 시) ○ 내용 : KOPS 환자안전 주의경보 내용 ○ 방법 - 각 부서장에게 업무연락을 통한 공지 - 본원 홈페이지 Q1소식란을 통한 전 직원 공유 ▶ KOPS(환자안전보고학습 시스템) 환자안전사고 자율보고 : 2회 ○ 대상 : KOPS(환자안전보고학습 시스템 운영기관) ○ 일정 : 2025. 1.~12. ○ 내용 : 근접오류, 위해사건 ○ 방법 : - 환자안전사고의 예방 및 의료 질 향상을 위해 환자안전사고 내용을 보고학습시스템 운영기관에 보고 - 경영진 보고												

추진계획	▶ Alert system(경보체계) 모니터링 : 4회 ○ 대상 : 임원환자 ○ 일정 : 2025. 1.~12.(분기별) ○ 내용 : 환자 및 전 직원 안전을 위하여 환자안전 위험 정보 공유시스템(Alert 시스템)을 활용하여 사전에 제공하고 공유함으로써 유사 사고 발생을 예방 ○ 방법 - EMR 의무기록을 통한 Alert system 등록 확인 - 분기별 운영실적 모니터링 후 관련부서 공유 - 평가 시 자료 제출																																																																														
사업예산	▶ 사업예산 : 400천원(자체예산) (단위 : 천원) <table><tr><th>예산과목</th><th>내역</th><th>산출기초</th><th>예산액</th></tr><tr><td>합계</td><td></td><td></td><td>400</td></tr><tr><td>광고선전비</td><td>○ Alert system(경보체계) 개선활동</td><td>100 × 4회</td><td>400</td></tr></table>	예산과목	내역	산출기초	예산액	합계			400	광고선전비	○ Alert system(경보체계) 개선활동	100 × 4회	400																																																																		
예산과목	내역	산출기초	예산액																																																																												
합계			400																																																																												
광고선전비	○ Alert system(경보체계) 개선활동	100 × 4회	400																																																																												
추진일정	▶ 사업기간 : 2025년 1월 ~ 12월 <table><tr><th>구분</th><th>1월</th><th>2월</th><th>3월</th><th>4월</th><th>5월</th><th>6월</th><th>7월</th><th>8월</th><th>9월</th><th>10월</th><th>11월</th><th>12월</th></tr><tr><td>KOPS(환자안전보고학습 시스템)환자안전주의경보 정보공유</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>KOPS(환자안전보고학습 시스템)환자안전사고 자율보고</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Alert system(경보체계) 모니터링</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>모니터링</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>자체평가</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	구분	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월	KOPS(환자안전보고학습 시스템)환자안전주의경보 정보공유													KOPS(환자안전보고학습 시스템)환자안전사고 자율보고													Alert system(경보체계) 모니터링													모니터링													자체평가												
구분	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월																																																																			
KOPS(환자안전보고학습 시스템)환자안전주의경보 정보공유																																																																															
KOPS(환자안전보고학습 시스템)환자안전사고 자율보고																																																																															
Alert system(경보체계) 모니터링																																																																															
모니터링																																																																															
자체평가																																																																															

③ 환자안전문화 활동 참여 확대 집중

적정진료실장	이지국
적정관리계장	문의순

사업 필요성	▶ 환자안전법 제 4조 및 동법 시행규칙 제9조 ▶ 환자안전법 제 11조 (환자안전위원회), 제7조 (환자안전종합계획수립) ○ 중대한 안전사고 의무 보고로 실효성 높은 예방 및 개선활동 필요 ▶ 4주기 의료기관 인증 기준(7장) ○ 질 향상 및 환자안전 운영체계에 대한 의료기관 인증 기준 ○ 환자안전사고 보고 및 분석, 개선활동에 대한 의료기관 인증기준 ▶ 세계보건기구(WHO)지정 세계안전의 날(9월 17일) 지정
-------------------	---

사업목표	<table> <tr> <th>성과지표</th><th>목표치</th><th>목표치 산출근거</th></tr> <tr> <td>협업을 통한 환자안전 라운딩</td><td>12회</td><td> ▶ 경영진, 간호과, 약제과, 관리부, 시설계, 관리계, 감염병센터 등과 다학제적 라운딩으로 즉각적인 개선활동을 수행하여 실효성을 높이고, 환자안전문화 제고 ○ 2024년도 목표 6회 대비 100% 상향, 12회 목표치 설정 </td></tr> <tr> <td>환자안전 캠페인</td><td>4회</td><td> ▶ 부서의 전문가와 협업을 통하여 환자, 내원객 및 지역주민의 의견 청취를 통하여 안전문화중심, 병실문화 조성을 위한 지역책임의료기관으로서 역할 수행 및 환자안전 문화를 정착 ○ 매년 4회 목표치 유지 </td></tr> <tr> <td>환자안전주간 행사</td><td>1회</td><td> ▶ 환자, 보호자, 내원객 및, 전직원 참여아에 배너 전시 및 리플렛 제공, 환자안전사례 보고를 통하여 지역사회 환자안전문화 선도 및 안전한 병원문화 확립 ○ 매년 1회 목표치 유지 </td></tr> <tr> <td>환자안전지킴이 환경관리 점검</td><td>12회</td><td> ▶ 부서 내 환자안전지킴이의 안전 점검 업무 역할 및 부서 내 교육자로서 주기적 환경점검 활동을 통한 환자안전사고 예방활동 강화 ○ 매월 1회 점검으로 연 12회 목표치 유지 </td></tr> <tr> <td>환자안전 안내방송</td><td>730회</td><td> ▶ 안내방송 내용 및 시기 적정성을 확보하여 안전 교육, 안전사고예방, 안전홍보를 통한 환자안전문화를 유지한 ○ 정확한 환자확인 1회(오전), 낙상예방활동 1회(오후) 매일 2회 방송으로 목표치 유지 </td></tr> </table>	성과지표	목표치	목표치 산출근거	협업을 통한 환자안전 라운딩	12회	▶ 경영진, 간호과, 약제과, 관리부, 시설계, 관리계, 감염병센터 등과 다학제적 라운딩으로 즉각적인 개선활동을 수행하여 실효성을 높이고, 환자안전문화 제고 ○ 2024년도 목표 6회 대비 100% 상향, 12회 목표치 설정	환자안전 캠페인	4회	▶ 부서의 전문가와 협업을 통하여 환자, 내원객 및 지역주민의 의견 청취를 통하여 안전문화중심, 병실문화 조성을 위한 지역책임의료기관으로서 역할 수행 및 환자안전 문화를 정착 ○ 매년 4회 목표치 유지	환자안전주간 행사	1회	▶ 환자, 보호자, 내원객 및, 전직원 참여아에 배너 전시 및 리플렛 제공, 환자안전사례 보고를 통하여 지역사회 환자안전문화 선도 및 안전한 병원문화 확립 ○ 매년 1회 목표치 유지	환자안전지킴이 환경관리 점검	12회	▶ 부서 내 환자안전지킴이의 안전 점검 업무 역할 및 부서 내 교육자로서 주기적 환경점검 활동을 통한 환자안전사고 예방활동 강화 ○ 매월 1회 점검으로 연 12회 목표치 유지	환자안전 안내방송	730회	▶ 안내방송 내용 및 시기 적정성을 확보하여 안전 교육, 안전사고예방, 안전홍보를 통한 환자안전문화를 유지한 ○ 정확한 환자확인 1회(오전), 낙상예방활동 1회(오후) 매일 2회 방송으로 목표치 유지
성과지표	목표치	목표치 산출근거																	
협업을 통한 환자안전 라운딩	12회	▶ 경영진, 간호과, 약제과, 관리부, 시설계, 관리계, 감염병센터 등과 다학제적 라운딩으로 즉각적인 개선활동을 수행하여 실효성을 높이고, 환자안전문화 제고 ○ 2024년도 목표 6회 대비 100% 상향, 12회 목표치 설정																	
환자안전 캠페인	4회	▶ 부서의 전문가와 협업을 통하여 환자, 내원객 및 지역주민의 의견 청취를 통하여 안전문화중심, 병실문화 조성을 위한 지역책임의료기관으로서 역할 수행 및 환자안전 문화를 정착 ○ 매년 4회 목표치 유지																	
환자안전주간 행사	1회	▶ 환자, 보호자, 내원객 및, 전직원 참여아에 배너 전시 및 리플렛 제공, 환자안전사례 보고를 통하여 지역사회 환자안전문화 선도 및 안전한 병원문화 확립 ○ 매년 1회 목표치 유지																	
환자안전지킴이 환경관리 점검	12회	▶ 부서 내 환자안전지킴이의 안전 점검 업무 역할 및 부서 내 교육자로서 주기적 환경점검 활동을 통한 환자안전사고 예방활동 강화 ○ 매월 1회 점검으로 연 12회 목표치 유지																	
환자안전 안내방송	730회	▶ 안내방송 내용 및 시기 적정성을 확보하여 안전 교육, 안전사고예방, 안전홍보를 통한 환자안전문화를 유지한 ○ 정확한 환자확인 1회(오전), 낙상예방활동 1회(오후) 매일 2회 방송으로 목표치 유지																	

추진계획	▶ 업무를 통한 환자안전 라운딩 : 12회 ○ 대상 : 전부서 ○ 일정 : 2025. 1.~12.(격월) ○ 내용 : 환자안전점검 라운딩 점검표를 통한 전부서 라운딩 후 문제점 도출 및 개선 방안 수립 ※ 중점사항에 따라 내용 상이 ○ 방법 - 라운딩 : 경영진, 간호과, 약제과, 관리부, 시설계, 관리계, 감염병센터 등과 협업을 통한 환자안전 라운딩의 실효성 증대를 위한 각 부서별 전문지식 공유 - 개선활동 : 협업부서와 환자안전 라운딩 후 우선순위에 따른 개선활동 시행 - 결과보고 : 경영진 결과보고 및 분기별 질향상과 환자안전 위원회 보고 - 지속적인 관리 : 환자안전 지킴이의 주기적인 환경점검 활동을 통한 개선사항 모니터링 및 부서 내 환자안전사고 예방활동 피드백 강화 ※ 일정은 병원 사정에 따라 변동 가능 ▶ 환자안전캠페인 : 4회 ○ 대상 : 환자, 보호자, 내원객, 원외 지역주민 ○ 일정 : 2025. 1.~12.(격월) ○ 내용 - 안전예방활동 ▪ 정확한 환자확인, 낙상예방 활동, 올바른 투약, 올바른 손위생 등 - 감염 예방 활동 ▪ 출입 통제 시스템 강화 ▪ 환자, 보호자, 내원객 및 직원의 손씻기 ○ 방법 : 격월 캠페인을 통한 찾아가는 원내 및 원외 홍보, 교육 ※ 일정은 병원 사정에 따라 변동 가능 ▶ 환자안전주간행사 : 1회 ○ 대상 : 환자, 보호자, 내원객 및 전 직원 ○ 일정 : 2025. 9. ○ 내용 : - 표어, 포스터 경진대회 - 환자안전 퀴즈풀이 - 환자안전 배너 설치 - 환자안전 특강 외부강사 초청 - 경영진 라운딩 등 ○ 방법 - 정확한 환자확인, 낙상예방 - 리플렛 배부, 손위생 교육, 의약품안전수칙, 심폐소생술 등 - 배너 게시 - 시범교육 - 인증지침 관련 문제 풀이(ANNY모형과 QCPR Training을 통한 체험 - 올바른 손위생 교육(APT기계 및 View Box를 활용한 손위생 교육 등) ※ 일정은 병원 사정에 따라 변동 가능, 중점사항에 따라 내용 상이
------	--

추진계획

▶ 환자안전지킴이 환경관리 점검 : 12회

○ 대상 : 전 부서

○ 일정 : 2025. 1.~12.(매월 마지막 주)

○ 내용

- 해당 부서 환자안전관리 점검(해당부서 운영 재개 시 지킴이 중원)
- 지킴이들의 역량 강화로 각 부서 내 자발적 안전문화 조성 및 부서원 교육
- 환자확인율, 구두처방24시간 이내 의사처방 완수율 모니터링(분기별)
- 동일 사고 재발 방지를 위한 개선활동 지원 및 환자안전관리활동 지원

○ 방법

- 환자안전관리 점검 및 조치사항 확인 후 점검결과 보고
- 환자확인율, 구두처방24시간 이내 의사처방 완수율 모니터링(분기별) 보고

○ 환류

- 환자안전지킴이 활동 지지 및 독려 위한 포상 및 워크숍 개최

▶ 환자안전안내방송 : 730회

○ 대상 : 환자, 보호자, 내원객 및 전 직원

○ 일정 : 2025. 1.~12.(주말 및 공휴일 포함 연중)

○ 내용 : 정확한 환자 확인(오전), 낙상예방활동(오후)

○ 방법 : 자동 예약 시스템을 활용한 안내방송

※ 주주 각 부서 특색에 맞는 안내방송으로 방송의 필요성 강화

사업예산

▶ 사업예산 : 5,640천원(자체예산)

(단위 : 천원)

예산과목	내역	산출기초	예산액
합계			5,640
행사비	○ 환자안전주간 행사 (홍보물, 간식비, 배너, 현수막)		1,615
	○ 질 향상과 환자안전 워크숍 (환자안전지킴이)	3 × 25명	75
광고선전비	○ 환자안전캠페인 홍보물	400 × 4회	1,600
	○ 환자안전캠페인 배너	25 × 4회	100
포상금	○ 환자안전주간행사 포스터 경진대회 포상	100 × 10팀	1,000
	○ 환자안전지킴이 포상	50 × 25명	1,250

주진일정	▶ 사업기간 : 2025년 1월 ~ 12월												
	구분	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월
	협업을 통한 환자안전 라운딩												
	환자안전 캠페인												
	환자안전주간 행사												
	환자안전지킴이 환경관리 점검												
	환자안전안내방송												
	질 향상과 환자안전 워크숍												
	모니터링												
	자체평가												

4 성과관리(의료기관 인증지표) 강화 집중

적정진료실장	이지국
적정관리계장	문익순

사업 필요성	▶ 환자안전법 제10조 (환자안전지표) ▶ 4주기 의료기관 인증 기준(13장) ○ 성과관리 ▶ 환자안전, 진료영역, 관리영역지표를 정기적 성과측정 및 분석을 통한 개선활동에 활용하여 병원 전반의 질향상 및 환자안전 도모												
사업목표	<table><tr><th>성과지표</th><th>목표치</th><th>목표치 산출근거</th></tr><tr><td>의료기관인증 지표관리</td><td>27건</td><td> ▶ 매년 인증기준에 맞춰 관리 유지 ▶ 환자안전, 진료영역, 관리영역지표를 지속적으로 모니터링 및 개선활동 실시 ○ 매년 4회를 목표치 유지 </td></tr><tr><td>의료기관인증 지표 모니터링 및 결과보고</td><td>4회</td><td> ▶ 정기적 성과측정 및 관리를 통해 개선사항을 도출하고 개선활동을 통해 부서 및 전 직원과 성과를 공유하여 의료질 향상과 환자안전에 이바지 ○ 매년 4회를 목표치 유지 </td></tr><tr><td>의료기관인증 지표 활동지원 및 포상</td><td>8회</td><td> ▶ 지표 담당자 동기부여를 위한 포상 ▶ 지표활동이 원활히 이루어 질 수 있도록 자원 지원 ○ 매년 8회 이상으로 목표치 유지 </td></tr></table>	성과지표	목표치	목표치 산출근거	의료기관인증 지표관리	27건	▶ 매년 인증기준에 맞춰 관리 유지 ▶ 환자안전, 진료영역, 관리영역지표를 지속적으로 모니터링 및 개선활동 실시 ○ 매년 4회를 목표치 유지	의료기관인증 지표 모니터링 및 결과보고	4회	▶ 정기적 성과측정 및 관리를 통해 개선사항을 도출하고 개선활동을 통해 부서 및 전 직원과 성과를 공유하여 의료질 향상과 환자안전에 이바지 ○ 매년 4회를 목표치 유지	의료기관인증 지표 활동지원 및 포상	8회	▶ 지표 담당자 동기부여를 위한 포상 ▶ 지표활동이 원활히 이루어 질 수 있도록 자원 지원 ○ 매년 8회 이상으로 목표치 유지
성과지표	목표치	목표치 산출근거											
의료기관인증 지표관리	27건	▶ 매년 인증기준에 맞춰 관리 유지 ▶ 환자안전, 진료영역, 관리영역지표를 지속적으로 모니터링 및 개선활동 실시 ○ 매년 4회를 목표치 유지											
의료기관인증 지표 모니터링 및 결과보고	4회	▶ 정기적 성과측정 및 관리를 통해 개선사항을 도출하고 개선활동을 통해 부서 및 전 직원과 성과를 공유하여 의료질 향상과 환자안전에 이바지 ○ 매년 4회를 목표치 유지											
의료기관인증 지표 활동지원 및 포상	8회	▶ 지표 담당자 동기부여를 위한 포상 ▶ 지표활동이 원활히 이루어 질 수 있도록 자원 지원 ○ 매년 8회 이상으로 목표치 유지											
추진계획	▶ 의료기관인증 지표관리 : 27건 ○ 대상 : 관련 지표에 해당하는 부서 - 환자안전영역(6개) : 환자확인, 의사소통, 수술·시술, 낙상, 손위생, 욕창 - 진료영역(15개) : 구두처방, 감염, 환자평가, 합의진료, 심폐소생술, 진단검사, 영상검사, 병리검사, 마취 및 진정, 혈액제제, 응급실, 모성 및 산생아, 사망률, 의약품 사용, 의무기록 - 관리영역(6개) : 이송도, 재무관리, 인사관리, 직원교육, 직원안전, 환자만족도 ○ 일정 : 2025. 1.~12.												

추진계획	○ 내용 : 지표 우선순위 선정표에 근거하여 항목별 점수 합 중 가장 높은 지표를 선정하거나 의료기관 사업 계획 방향에 따라 TOP DOWN으로 주제 제시 - 우선순위를 고려한 지표의 선정기준 • 병원 미션 및 사업계획과의 연관성 • 내·외부 고객에게 미치는 영향 • 국제환자안전목표(IPSG : International Patient Safety Goal) 등 환자안전과의 연관성 • 국내·외 평가 기준 • 다빈도 발생 가능성 • 개선 효과 및 성공 가능성 - 지표관리 계획서 포함 내용 • 지표명, 지표 정의, 분자, 분모, 조사 방법, 분석 주기 및 보고 주기 등 ○ 방법 : PDCA 방법 우선 사용, 필요시 다른 기법 사용 ○ 환류 - 지표관리 활동을 통해 얻은 성과를 모니터링 기에 따라 모니터링하여 결과에 따라 개선이 필요한 경우 이에 대한 개선활동을 진행하거나 목표 미 달성인 경우 개선활동에 대한 재 계획 수립 - 필요시 지표 변경이 가능하며 변경 시에는 지표관리 정의서 재작성 후 경영진 보고 - 지표 모니터링 결과를 경영진과 QPS위원회 보고 및 직원 공유 - 각 부서 지표관리자 득려 및 지지를 위한 발대식 개최 ▶ 의료기관인증 모니터링 및 결과보고 : 4회 ○ 대상 : 모니터링 지표 27 ○ 일정 : 2025. 1.~12.(분기별) ○ 내용 : 환자안전영역, 진료영역, 관리영역 지표 모니터링 결과 보고서 ○ 방법 : 보고된 지표 결과 보고서를 취합 후 결과분석, 개선사항에 대한 개선활동 시행, 경영진과 QPS위원회 보고 및 직원 공유(홈페이지 내 QI 소식란) ▶ 의료기관인증 지표활동 지원 및 포상: 8회 ○ 대상 : 지표관리 담당자 및 담당부서 ○ 일정 : 2025. 1.~12.(분기별 또는 상시) ○ 내용 : 지표관리 우수부서 담당자 선정 및 포상 ○ 방법 - 시행방법 : 분기별로 2명씩 선정 후 포상 - 선정기준 : 모니터링 보고서 제출기한 준수, 결과 보고서 내용의 및 개선활동 충실도, 지표 교육이수 등
--------------------	--

5 표준진료지침(CP) 개발 및 관리 집중

적정진료실장	이치국
적정관리계장	문의순

사업
필요성

▶ 의료기관인증평가(표준진료지침 개발 및 관리 7.5)

▶ 운영평가 - 표준진료지침 운영, 표준진료지침 개발 및 적용(7개이상 운영, 적용률)

▶ 신포괄 정책가산평가 - 표준진료지침(CP) 운영

사업목표

성과지표	목표치	목표치 산출근거
국립중앙의료원연계 개발·갱신, 사업참여, 자체개발 횟수	2회	▶ 국립중앙의료원 연계사업인 표준진료지침 개발·갱신 및 적용 확대 사업에 연 2회 이상 참여하여 운영평가 점수 획득하고 자체 개발·갱신을 통해 각종 평가에 부합하는 표준진료지침 관리 ▶ 해마다 연계 참여를 통한 목표치 유지
표준진료지침 적용률	80%	▶ 코로나19 감염병 전 3개년도('16, '17, '18)와 코로나19 감염병 후 2개년도('23, '24) 평균 80.1%를 기준으로 2025년도 표준진료지침 적용률을 80.0%로 목표 설정 ▶ 진료과 의견수렴 및 교육을 통한 CP적용률 상향 조정 2026년 목표
표준진료지침 활동 지원 및 포상 횟수	7회	▶ 표준진료지침 적용 우수 진료과 포상, 표준진료지침 개발 진료과 포상, 표준진료지침 해당 부서 모니터링 요원 포상 ▶ 연 7회 목표치 유지

추진계획

▶ 중앙 및 자체 개발·갱신 사업 참여 횟수 : 2회

○ 대상 : 본원 진료과 진단명, 시술 수술명

○ 일정 : 2025.1.~12.

○ 내용

- 공공의료 CP 개발 국립중앙의료원 연계참여

· 신규개발 사업 참여

· 적용 확대 및 갱신개발 질환 사업 참여

- 공공의료 CP사업 미선정시 본원 CP자체 개발

- 개발된 CP 주기적인 갱신 개발

○ 방법

- 연계기관

· 공공의료 CP 개발 국립중앙의료원 연계 참여

· 공공의료 CP 개발 워크숍 참여

· 공공의료 CP 개발 관련 자문의사 임상적정성 검토

- CP 개발에 대한 수요 조사를 위해 진료과 방문 및 홍보

- CP 개발 신청서 취합

- 선정기준 : QPS위원회에서 CP 주제심의 기준표에 의한 심의 후 개발

· 기타 병원 및 부서의 정책성 요구되는 표준화 사업

· 해당 진료과 의지 및 요청

· CP(Critical pathway) 개발 우선순위 선정표 : 기관의 우선순위

질환/ 수술명	국가의 지침 · 외부 평가	다빈도 수술 · 진단 · 시술	고위험 질환	내·외부 고객에 미치는 영향	과 내 진료표준화 필요	기관 및 부서의 정책상 요구되는 사업	진료 과 요청	총 점 합계	우선 순위
1점=Low, 3점=Medium, 9점=High									

사업계획	- CP 개발을 위한 팀(TFT) 구성 • CP별 해당 진료과를 포함한 다학제 개발팀 구성 • 자료수집(기개발 CP : 국립중앙의료원, 환자 의무기록 검토 등) • 진료과정검토 및 문헌고찰 • 적용대상 환자군 및 제외환자군 정의 • CP Order set구성 • CP에 적합한 환자용, 의료진용 “CP Time- task Matrix” 작성 • CP를 통한 개선 목표 수립 • CP 수행에 필요한 정보 및 내용에 대한 직원 교육 및 회의 • 공공의료 연계 참여 개발 CP는 시범적용 후 국립중앙의료원에 결과보고 - 선정된 CP의 개발은 본원 표준진료지침 관리 체계에 따라 관리 - CP 개선사항 및 기타 의견수렴을 통한 CP 갱신사업 관리 - CP시범적용 후 결과보고, QPS위원회 승인 후 개발된 표준진료지침 CP 진료과 적용 - CP 활용성과를 분기별 경영진 및 QPS위원회 보고 - CP 활용성과를 분기별 홈페이지를 통해 직원 공유 ▶ 표준진료지침 적용률 : 80.0% ○ 대상 : 표준진료지침 개발 된 18건 ○ 일정 : 월별 ○ 내용 : - CP적용률, CP원료율, CP종단률, CP변이율, 재원일수 등 모니터링을 통한 취합 ○ 방법 - CP가 적용된 해당 CP건에 대한 표준안 적용 대상군 분류 - CP 제외환자군 분류 - 표준 적용 대상군에 대한 CP 변이요소인 환자요인, 의료진요인, 시스템요인을 분석 ▶ 표준진료지침 활동 지원 횟수 : 7회 ○ 대상 : - CP적용 우수 진료과 포상 - CP개발 관련 진료과 포상 - CP 해당 부서 모니터링 요원 포상 ○ 일정 : 분기별 ○ 내용 : - CP적용률, CP원료율, CP종단률, CP변이율, 재원일수 등 모니터링을 통한 취합 - 중앙 및 자체 개발 · 갱신 CP개발 진료과 - CP 해당 부서 모니터링 요원 배치 ; CP수정 및 변경, 적용률 향상을 위한 협조 팀 구성 ○ 방법 - CP가 적용된 해당 CP건에 대한 적용률, 원료율, 적용건수가 높은 진료과 포상 : 4회 / 년 - 신규개발CP, 중앙 및 자체 개발 · 갱신 개발 완료 관련 진료과 포상 : 2회 / 년 - CP 해당 부서 모니터링 요원을 통한 의견수렴 및 원활한 적용을 위한 요원 포상 : 해당 부서별
------	---

적정진료실장	이치국
적정관리계장	문의순

- 40 -

추진계획	○ 환류 - 질향상 활동을 통해 얻은 성과를 지속적으로 모니터링하여 결과에 따라 개선이 필요한 경우 이에 대한 개선활동을 진행하거나 개선활동에 대한 재 계획 수립 - 효과적인 질 향상활동을 위하여 다학제 팀 구성 - 질향상 활동성과를 경영진에 보고하고 직원 공유 - 질 향상활동 담당자 활동지시 및 독려위에 발대식 개최 ○ 우선순위 선정표 <table border="1"> <tr> <th>NO</th><th>QI 활동 주제</th><th>병원의 미션 및 병원사업계획과의 연관성</th><th>내/외부 고객에 미치는 영향</th><th>국제 환자안전 목표와의 관련성</th><th>국내외 평가기준</th><th>다빈도, 문제발생 가능성</th><th>개선효과 및 성공 가능성</th><th>총점</th></tr> <tr> <td colspan="9">1=low, 3=medium, 9=high</td></tr> </table> ▶ QI활동 활동지원 및 포상 : 13회 ○ 대상 : QI활동 부서 및 담당자 ○ 일정 : 2025. 2.~12. ○ 내용 - 부서의 요구에 맞춰 QI활동에 대한 적절한 지원 - QI활동 결과에 따른 차등 포상 ○ 방법 - QI활동을 위해 필요한 부서의 활동 자문 지원 - QI활동을 위한 외부교육 지원 - 게시물, 배너, 팸플릿 책자 등 제작 지원 - QI활동 최종보고서 심사 결과(QPS위원)에 따른 포상금 지급	NO	QI 활동 주제	병원의 미션 및 병원사업계획과의 연관성	내/외부 고객에 미치는 영향	국제 환자안전 목표와의 관련성	국내외 평가기준	다빈도, 문제발생 가능성	개선효과 및 성공 가능성	총점	1=low, 3=medium, 9=high																	
NO	QI 활동 주제	병원의 미션 및 병원사업계획과의 연관성	내/외부 고객에 미치는 영향	국제 환자안전 목표와의 관련성	국내외 평가기준	다빈도, 문제발생 가능성	개선효과 및 성공 가능성	총점																				
1=low, 3=medium, 9=high																												
사업예산	▶ 사업예산 : 2,905천원(자체예산) (단위 : 천원) <table border="1"> <tr> <th>예산과목</th><th>내역</th><th>산출기초</th><th>예산액</th></tr> <tr> <td>합계</td><td></td><td></td><td>2,905</td></tr> <tr> <td rowspan="2">행사비</td><td>○ QI활동 경진대회 (경품, 간식비, 현수막)</td><td></td><td>1,145</td></tr> <tr> <td>○ 질 향상과 환자안전 워크숍 (QI활동 담당자)</td><td>3 × 20명</td><td>60</td></tr> <tr> <td>포상금</td><td>○ QI활동 경진대회 포상</td><td>100 × 10팀</td><td>1,000</td></tr> <tr> <td>소모품비</td><td>○ QI활동 자원 지원</td><td>50 × 10팀</td><td>500</td></tr> <tr> <td>도서인쇄비</td><td>○ QI활동보고서 제본</td><td>40 × 5권</td><td>200</td></tr> </table>	예산과목	내역	산출기초	예산액	합계			2,905	행사비	○ QI활동 경진대회 (경품, 간식비, 현수막)		1,145	○ 질 향상과 환자안전 워크숍 (QI활동 담당자)	3 × 20명	60	포상금	○ QI활동 경진대회 포상	100 × 10팀	1,000	소모품비	○ QI활동 자원 지원	50 × 10팀	500	도서인쇄비	○ QI활동보고서 제본	40 × 5권	200
예산과목	내역	산출기초	예산액																									
합계			2,905																									
행사비	○ QI활동 경진대회 (경품, 간식비, 현수막)		1,145																									
	○ 질 향상과 환자안전 워크숍 (QI활동 담당자)	3 × 20명	60																									
포상금	○ QI활동 경진대회 포상	100 × 10팀	1,000																									
소모품비	○ QI활동 자원 지원	50 × 10팀	500																									
도서인쇄비	○ QI활동보고서 제본	40 × 5권	200																									

추진일정

▶ 사업기간 : 2025년 1월 ~ 12월

구분	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월
QI활동												
QI활동 지원 및 포상												
질 향상과 환자안전 워크숍												
모니터링												
자체평가												

7 환자안전 활동 기반 구축 신규

적정진료실장	이치국
적정관리계장	문의순

사업 필요성	▶ 환자안전법 제 11조 (환자안전위원회), 환자안전법 시행규칙 제7조 (환자안전위원회의 운영) ○ 환자안전 및 의료질향상을 위한 환자안전위원회를 설치하고 운영한다. ▶ 의료법 제58조, 전북특별자치도 남원의료원 정관 제245조 ○ 의료의질과 환자안전의 수준 향상 ▶ 2015년 환자안전법 제정 관련 환자안전관리와 보장 및 의료서비스 환경 변화														
사업목표	<table><thead><tr><th>성과지표</th><th>목표치</th><th>목표지 산출근거</th></tr></thead><tbody><tr><td>질향상과 환자안전 위원회 운영</td><td>4회</td><td> ▶ 의료기관 차원의 질 향상과 환자안전에 위해 계획을 수립하고 수행하기 위한 활동을 기획, 통찰, 조정, 지원하기 위한 체계를 강화하여 2024년도 실적과 동일한 4회 설정 ▶ 매년 4회 이상의 목표치 유지 (필요시 추가) </td></tr><tr><td>의료기관인증운영 위원회 운영</td><td>1회</td><td> ▶ 4주기 인증 운영 전략 및 계획, 인증 지침 제정 및 검토로 인증 TFT결정사항에 대한 의사결정으로 남원의료원 정관에 따라 매년 1회 개최를 목표로 설정. 2025년 신규 사업 지정 ▶ 연 1회 이상의 목표치 유지 (필요시 추가) </td></tr><tr><td>직원만족도 조사</td><td>3회</td><td> ▶ 적정진료실 사업 진행 관련 적정관리계 사업 경험, 교육 등을 통한 직원 만족 및 참여로 직접적인 피드백을 통한 사업 분기별 반영으로 목표 3회 설정. 2025년 신규 사업 지정 ▶ 연 3회 이상의 목표치 유지 (필요시 추가) </td></tr></tbody></table>	성과지표	목표치	목표지 산출근거	질향상과 환자안전 위원회 운영	4회	▶ 의료기관 차원의 질 향상과 환자안전에 위해 계획을 수립하고 수행하기 위한 활동을 기획, 통찰, 조정, 지원하기 위한 체계를 강화하여 2024년도 실적과 동일한 4회 설정 ▶ 매년 4회 이상의 목표치 유지 (필요시 추가)	의료기관인증운영 위원회 운영	1회	▶ 4주기 인증 운영 전략 및 계획, 인증 지침 제정 및 검토로 인증 TFT결정사항에 대한 의사결정으로 남원의료원 정관에 따라 매년 1회 개최를 목표로 설정. 2025년 신규 사업 지정 ▶ 연 1회 이상의 목표치 유지 (필요시 추가)	직원만족도 조사	3회	▶ 적정진료실 사업 진행 관련 적정관리계 사업 경험, 교육 등을 통한 직원 만족 및 참여로 직접적인 피드백을 통한 사업 분기별 반영으로 목표 3회 설정. 2025년 신규 사업 지정 ▶ 연 3회 이상의 목표치 유지 (필요시 추가)		
성과지표	목표치	목표지 산출근거													
질향상과 환자안전 위원회 운영	4회	▶ 의료기관 차원의 질 향상과 환자안전에 위해 계획을 수립하고 수행하기 위한 활동을 기획, 통찰, 조정, 지원하기 위한 체계를 강화하여 2024년도 실적과 동일한 4회 설정 ▶ 매년 4회 이상의 목표치 유지 (필요시 추가)													
의료기관인증운영 위원회 운영	1회	▶ 4주기 인증 운영 전략 및 계획, 인증 지침 제정 및 검토로 인증 TFT결정사항에 대한 의사결정으로 남원의료원 정관에 따라 매년 1회 개최를 목표로 설정. 2025년 신규 사업 지정 ▶ 연 1회 이상의 목표치 유지 (필요시 추가)													
직원만족도 조사	3회	▶ 적정진료실 사업 진행 관련 적정관리계 사업 경험, 교육 등을 통한 직원 만족 및 참여로 직접적인 피드백을 통한 사업 분기별 반영으로 목표 3회 설정. 2025년 신규 사업 지정 ▶ 연 3회 이상의 목표치 유지 (필요시 추가)													
추진계획	▶ 질 향상과 환자안전 위원회 운영 : 4회(필요시 추가) ○ 대상 : 위원장 외 10명 ○ 일정 : 1월, 4월, 7월, 10월 셋째주 목요일 ※ 위원장이 필요하다고 인정하거나 과반수가 소집을 요구할 때에 임시회의 개최 가능 ○ 역할 - 환자안전관리 수행지시 - 병원 내 질 향상과 환자안전 규정을 제정하고 수행을 모니터링 - 질 향상과 환자안전 활동 및 직원교육 등 적정진료실의 권한 지지 - 회의를 통해 적정진료실의 제안에 대한 의견을 제시 및 승인 ○ 내용 《의료 질 향상 업무에 관한 사항》 - 의료기관 차원의 질 향상 활동계획 및 수행평가에 관한 사항 - 질 향상 운영체계에 관한 사항 - 부서별 질 향상 활동에 관련된 사항 - 지표관리 체계에 관한 사항 - 진료지침 개발 및 관리계획, 수행, 지속적 관리체계에 관한 사항 - 위의 활동을 수행하기 위한 직원교육에 관한 사항 - 기타 위원회에서 필요하다고 인정하는 사항														

추진계획	《환자안전관리 업무에 관한 사항》 - 환자안전사고의 예방 및 재발 방지를 위한 계획 수립 및 시행 - 환자안전 전담인력의 선임 및 배치 (환자안전법 제12조) - 의료 질 향상 활동 및 환자안전체계 구축·운영 - 보고를 한 보고자 및 보고 내용의 보호 (환자안전법 제14조) - 환자와 환자 보호자의 환자안전 활동 참여를 위한 계획 수립 및 시행 - 환자안전기준 준수에 관한 사항 - 환자안전지표의 선정 및 관리에 관한 사항 - 환자안전사고의 보고 활성화에 관한 사항 - 환자안전 활동 교육에 관한 사항 - 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 환자안전 활동에 필요한 사항 - 보건복지부령으로 정하는 환자안전 활동에 필요한 사항 ○ 방법 : 정기회의, 임시회의, 서면회의 등 ※ 일정은 병원 사정에 따라 변동 가능 ▶ 의료기관인증운영 위원회 운영 : 1회(필요시 추가) ○ 대상 : 위원장 외 8명 ○ 일정 : 7월 셋째주 목요일 ※ 상황에 따라 일정 변경 및 임시회의 개최 가능 ○ 내용 《4주기 의료기관인증 지침에 관한 사항》 - 의료기관 인증 운영에 대한 원칙, 업무지침, 4주기 급성기병원 의료기관 인증기준에 부합하고 법규 및 국제 표준 또는 공인된 지식체계에 따라 규정 제정 및 검토 사항 ○ 방법 : 정기회의, 임시회의, 서면회의 등 ※ 일정은 병원 사정에 따라 변동 가능 ▶ 직원만족도 조사 : 3회(필요시 추가) ○ 대상 : 전 직원 ○ 일정 : 4월 7월 10월 내재주 목요일 ※ 상황에 따라 일정 변경 가능 ○ 내용 - 적정진료실 분기별 성과지표 모니터링 ○ 방법 - 체크리스트(설문지) - 주관적 의사 기입 ※ 일정은 병원 사정에 따라 변동 가능
------	---

8 교육 및 안전체계 정립 확대

적정진료실장	이지국
적정관리계장	문의순

사업 필요성	▶ 4주기 의료기관 인증 평가 지침(7장) ▶ 환자안전법 제12조 (전담인력) ▶ 임원환자 안전관리료 수가 반영(2017.10.01.~)														
사업목표	<table><tr><th>성과지표</th><th>목표치</th><th>목표치 산출근거</th></tr><tr><td>전담자 필수교육(보수교육) 참여</td><td>2회</td><td> ▶ 전담인력의 자격조건(매년 12시간 이상의 보수교육을 이수)유지 ◦ 매년 전담자 교육이수로 자격 유지 </td></tr><tr><td>전담자 전문교육 참여</td><td>5회</td><td> ▶ 학술대회, 환자안전, QI, 지표, CP 및 학술대회 및 학회 교육 참석을 통해 전담자 역량을 강화하고 지식 및 기술의 함양을 통해 지역책임의료기관의 교육자로서 역할 수행 ◦ 매년 각종 학술대회 및 교육 참여로 역량 강화 </td></tr><tr><td>질 향상 및 환자안전 교육 (경영진 포함)</td><td>15회</td><td> ▶ 전직원 대상 환자안전 교육으로 의료의 질 및 환자안전을 최우선으로 하는 병원 분위기를 조성하기 위함 ◦ 2024년과 대비 50% 상향, 15로 목표치 상향 </td></tr></table>			성과지표	목표치	목표치 산출근거	전담자 필수교육(보수교육) 참여	2회	▶ 전담인력의 자격조건(매년 12시간 이상의 보수교육을 이수)유지 ◦ 매년 전담자 교육이수로 자격 유지	전담자 전문교육 참여	5회	▶ 학술대회, 환자안전, QI, 지표, CP 및 학술대회 및 학회 교육 참석을 통해 전담자 역량을 강화하고 지식 및 기술의 함양을 통해 지역책임의료기관의 교육자로서 역할 수행 ◦ 매년 각종 학술대회 및 교육 참여로 역량 강화	질 향상 및 환자안전 교육 (경영진 포함)	15회	▶ 전직원 대상 환자안전 교육으로 의료의 질 및 환자안전을 최우선으로 하는 병원 분위기를 조성하기 위함 ◦ 2024년과 대비 50% 상향, 15로 목표치 상향
성과지표	목표치	목표치 산출근거													
전담자 필수교육(보수교육) 참여	2회	▶ 전담인력의 자격조건(매년 12시간 이상의 보수교육을 이수)유지 ◦ 매년 전담자 교육이수로 자격 유지													
전담자 전문교육 참여	5회	▶ 학술대회, 환자안전, QI, 지표, CP 및 학술대회 및 학회 교육 참석을 통해 전담자 역량을 강화하고 지식 및 기술의 함양을 통해 지역책임의료기관의 교육자로서 역할 수행 ◦ 매년 각종 학술대회 및 교육 참여로 역량 강화													
질 향상 및 환자안전 교육 (경영진 포함)	15회	▶ 전직원 대상 환자안전 교육으로 의료의 질 및 환자안전을 최우선으로 하는 병원 분위기를 조성하기 위함 ◦ 2024년과 대비 50% 상향, 15로 목표치 상향													
추진계획	▶ 전담자 필수교육(보수교육) 참여 : 2회 ◦ 대상 : 환자안전 전담자 ◦ 일정 : 2025. 1.~12.(교육 기관 일정에 따름) ◦ 내용 : 환자안전전담자 보수교육 및 신규전담인력 신규교육 ◦ 방법 - 매년 12시간 이상 보수교육 이수 및 신규전담 인력 24시간 신규교육 이수 - 외부기관 대면교육 및 온라인 교육 이수 ※ 신규전담인력은 6개월 이내에 24시간 이상 이수 ▶ 전담자 전문교육 참여 : 5회 ◦ 대상 : 환자안전 전담자 및 CP담당자 ◦ 일정 : 2025. 1.~12.(교육 기관 일정에 따름) ◦ 내용 : 학술대회, 환자안전, QI, 지표, CP 및 학술대회(학회) 교육 등 ◦ 방법 : 외부기관 대면교육 또는 온라인 교육 이수														

추진계획

▶ 질 향상 및 환자안전 교육 : 15회

○ 대상 : 전직원(경영진 포함)

○ 일정 : 2025. 1.~12.

○ 내용 : 정확한 환자확인, 의료진간 의사소통, 투약오류예방, 낙상예방, 근본원인 분석(RCA)방법론 및 사례, 고장유형 및 영향분석(FMEA)방법론 및 사례, 인증 필수, 지표, 환자안전 질향상 표준진료지침 , 급성기 병원 4주기 의료기관 인증 유지 관련 교육 등

○ 방법

- 부서의 특색에 맞는 환자안전 교육
 - 부서별 맞춤 교육을 통해 환자안전 인식 제고 및 환자안전사고 예방
- 경영진 교육 : 온라인 교육, 가능한 강사초청의 경로를 통한 교육
- 집제교육, 통신교육, 서면교육, 부서장 및 부서 환자안전지킴이를 통한 교육 등

사업예산

▶ 사업예산 : 4,180천원(자체예산)

(단위 : 천원)

예산과목	내역	산출기초	예산액
합계			4,180
세금과 공과	○ 환자안전전담자 관련 협회비 (대한환자안전질향상간호사회, 한국의료질향상학회, 대한환자안전학회)	20 × 2명 20 × 2명 300 × 1기관	380
교육훈련비	○ 전담자 교육비 (필수, 전문교육, 학회 보수 및 연수 등)	100 × 20회	2,000
	○ 강사초청 교육비 (환자안전 직원 및 경영진 교육 등)	450 × 4회	1,800

추진일정

▶ 사업기간 : 2025년 1월 ~ 12월

구분	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월
환자안전 전담자 필수교육(보수교육) 참여												
환자안전전담자 및 CP 담당자 전문교육 참여												
전직원 환자안전 교육 (경영진 포함)												
자체평가												

9 평가 통합 유지관리 집중

적정진료실장	이치국
적정관리계장	문의순

사업 필요성	▶ 의료법 제 58조의 9 (의료기관인증) ◦ 급성기병원 의료기관인증평가 및 중간현장평가 수검(인증획득 : 2023. 12. 23. ~ 2027. 12. 22.) ▶ 의료질 평가, 운영평가, 신뢰도정보화평가 및 공공보건의료계획, 경영평가														
사업목표	<table><tr><th>성과지표</th><th>목표치</th><th>목표치 산출근거</th></tr><tr><td>평가 결과 유지 및 개선활동</td><td>유지</td><td> ▶ 운영평가 적정진료실 영역 점수 만점 유지 ▶ 공공보건의료계획 표준지표지침과, Alert system경보 체계 관리로 적응률 및 공유율 향상으로 점수 유지 ▶ 의료질 평가 등급 유지를 위한 환자안전과 질 향상 지표 만점 유지 ▶ 신뢰도정보화 평가 표준진료지침과 Alert system환자 인식시스템 영역 관리로 점수 유지 </td></tr><tr><td>의료기관인증(적정관리계)지침 개정</td><td>1회</td><td> ▶ 4주기 급성기병원 의료기관 인증 획득 후 의료기관 환경 변화 및 관련 법의 변화로 지침의 수정 및 개정 관리 ◦ 2025년 신규 지표 지침(적정관리계) 개정 1회 설정 </td></tr><tr><td>4주기 급성기병원 의료기관인증 중간현장 평가 획득</td><td>획득</td><td> ▶ 2025. 4주기 의료기관인증 유지 지침대로 수행 ▶ 지속적인 라운딩과 현장점검을 통해 개선·관리 ▶ 인증유지 관리를 위한 부서별 협업 관리 활동 ◦ 2025년 신규 지표로 4주기 급성기병원 의료기관 인증 중간현장 평가 신규지표 획득 목표 설정 </td></tr></table>			성과지표	목표치	목표치 산출근거	평가 결과 유지 및 개선활동	유지	▶ 운영평가 적정진료실 영역 점수 만점 유지 ▶ 공공보건의료계획 표준지표지침과, Alert system경보 체계 관리로 적응률 및 공유율 향상으로 점수 유지 ▶ 의료질 평가 등급 유지를 위한 환자안전과 질 향상 지표 만점 유지 ▶ 신뢰도정보화 평가 표준진료지침과 Alert system환자 인식시스템 영역 관리로 점수 유지	의료기관인증(적정관리계)지침 개정	1회	▶ 4주기 급성기병원 의료기관 인증 획득 후 의료기관 환경 변화 및 관련 법의 변화로 지침의 수정 및 개정 관리 ◦ 2025년 신규 지표 지침(적정관리계) 개정 1회 설정	4주기 급성기병원 의료기관인증 중간현장 평가 획득	획득	▶ 2025. 4주기 의료기관인증 유지 지침대로 수행 ▶ 지속적인 라운딩과 현장점검을 통해 개선·관리 ▶ 인증유지 관리를 위한 부서별 협업 관리 활동 ◦ 2025년 신규 지표로 4주기 급성기병원 의료기관 인증 중간현장 평가 신규지표 획득 목표 설정
성과지표	목표치	목표치 산출근거													
평가 결과 유지 및 개선활동	유지	▶ 운영평가 적정진료실 영역 점수 만점 유지 ▶ 공공보건의료계획 표준지표지침과, Alert system경보 체계 관리로 적응률 및 공유율 향상으로 점수 유지 ▶ 의료질 평가 등급 유지를 위한 환자안전과 질 향상 지표 만점 유지 ▶ 신뢰도정보화 평가 표준진료지침과 Alert system환자 인식시스템 영역 관리로 점수 유지													
의료기관인증(적정관리계)지침 개정	1회	▶ 4주기 급성기병원 의료기관 인증 획득 후 의료기관 환경 변화 및 관련 법의 변화로 지침의 수정 및 개정 관리 ◦ 2025년 신규 지표 지침(적정관리계) 개정 1회 설정													
4주기 급성기병원 의료기관인증 중간현장 평가 획득	획득	▶ 2025. 4주기 의료기관인증 유지 지침대로 수행 ▶ 지속적인 라운딩과 현장점검을 통해 개선·관리 ▶ 인증유지 관리를 위한 부서별 협업 관리 활동 ◦ 2025년 신규 지표로 4주기 급성기병원 의료기관 인증 중간현장 평가 신규지표 획득 목표 설정													
추진계획	▶ 평가 결과 유지 및 개선활동 ◦ 대상 : - 의료기관인증평가 유지·관리 적정성 : 유지 • 4주기 급성기병원 의료기관 인증평가 2023.12.23.~2027.12.22. 유지 • 4주기 인증 인증지침대로 시행하여 중간현장조사 수검(인증 월로부터 24개월 ±3개월 중) 환자안전라운딩 등으로 각 부서와 주기적인 Feedback 및 관리를 통해 의료기관 인증 유지 - 운영평가 등급 유지 : 유지 • 환자안전 영역, 표준진료지침 영역, 의료기관 인증 • 환자안전과 표준진료지침 지표 만점, 4주기 의료기관 인증 획득으로 등급 유지 - 의료질 평가 등급 유지 : 유지 • 인증유지, 환자안전관리체계, 환자안전학습보고체계 영역 • 의료기관 인증 유지와 환자안전학습보고체계의 운영 활성화 등을 통한 의료질 평가 등급 유지														

추진계획	- 신포괄정보화 평가 등급 유지 : 유지 • 의료질 정보관리(환자안전 영역, 표준진료지침 운영, 환자안전시스템 운영) • 환자안전과 표준진료지침 지표 만점, 4주기 의료기관 인증 획득으로 등급 유지 ○ 일정 : 2025. 1.~12. ○ 내용 : 적정진료실(적정관리계) 관리 영역 평가 관련하여 의료기관 인증평가 유지 관리 적정성과 의료질 평가, 운영평가, 신포괄정보화평가 및 공공보건의료계획, 적정성평가의 질관리 활동 등 평가의 등급 유지 및 획득, 지속적 관리 ○ 방법 : 부서별 협업을 통한 라운딩, 인증TFT 라운딩, 환자안전 전담자 교육, 평가지침 설명회 참여 ▶ 의료기관인증(적정진료실)지침 개정 ○ 대상 : 남원의료원 4주기 급성기병원 의료기관 적정관리계 인증 기준 항목 ○ 일정 : 2025. 1.~12. ○ 내용 : 4주기 급성기병원 의료기관 인증 지침 - 1장 기본가치체계 : 1.1 정확한 환자확인, 1.2 의료진간 정확한 의사소통, 1.3 수술환자의 정확한 수행, 1.4 낙상예방 활동 - 6장 환자권리존중 및 보호 : 6.1 환자권리 존중 및 안전보장 - 7장 질 향상 및 환자안전 활동 : 7.1 질 향상 및 환자안전 운영체계, 7.2 위험관리체계, 7.3 환자안전사건 관리, 7.4 질 향상 활동, 7.5 진료지침 개발 및 관리 - 13장 성과관리 : 13.1 환자안전 지표관리, 13.2 진료영역 지표관리, 13.3 관리영역 지표 관리 지침 관리 수정 및 개정 ▶ 4주기 급성기병원 의료기관 인증 중간현장 평가 ○ 대상 : 남원의료원 4주기 급성기병원 의료기관 인증 중간현장조사 ○ 일정 : 2025. 1.~12. ○ 내용 : 4주기 급성기병원 의료기관 인증 필수기준 및 최우선관리기준, 보조사 결과에 따른 개선 요청된 모든 기준, 퇴원환자 의무기록 완결도 기준, 환자안전지표 관리 기준
-------------	---

IV 행정사항

1 추진일정

구분	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월
1. 환자안전사고 통합관리 확대												
○ 환자안전사건 모니터링 및 현황												
○ 환자안전사건 분석 및 개선활동												
○ 고장유형분석(FMEA)												
○ 근본원인분석(RCA)												
○ 근접오류 보고												
2. 환자안전 의료질 구축 신규												
○ KOPS(환자안전보고학습시스템) 환자안전주의경보정보 공유												
○ KOPS(환자안전보고학습시스템) 환자안전사고 자율보고												
○ Alert system(경보체계) 모니터링												
3. 환자안전문화 활동 참여 집중												
○ 협업을 통한 환자안전 라운딩												
○ 환자안전캠페인												
○ 환자안전주간 행사												
○ 환자안전지킴이 환경관리 점검												
○ 환자안전안내방송												

구분	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월
5. 성과관리(의료기관 인증지표) 강화 집중												
○ 의료기관인증 지표관리												
○ 의료기관인증 모니터링 및 결과보고												
○ 의료기관인증 지표 활동 지원 및 포상												
6. 표준진료지침(CP)개발 및 관리 집중												
○ 국립중앙의료원 연계, 주기적 갱신, 자체 개발 등 사업 참여												
○ 표준진료지침 적용 모니터링												
○ 표준진료지침 활동 지원 및 포상												
7. 질향상(QI)활동 관리체계 구축 집중												
○ QI활동 참여												
○ QI활동 지원 및 포상												
8. 환자안전 활동 기반 구축 신규												
○ 질향상과 환자안전(QPS)위원회 운영												
○ 의료기관인증 위원회												
○ 직원 만족도 조사												
8. 교육 및 안전체계 확립 확대												
○ 전담자 필수교육(보수교육) 참여												
○ 환자안전전담자 및 CP담당자 전문교육 참여												
○ 질 향상 및 환자안전 교육(경영진 포함)												
9. 평가통합 유지 관리 집중												
○ 평가결과 유지 및 개선활동												
○ 의료기관 인증(적정관리계)지침 개정												
○ 4주기 급성기병원 의료기관 인증 중간현장 평가												

2 예산

○ 사업예산 : 29,825천원(자체예산)

(단위 : 천원)

예산과목	내역	산출기초			예산액
합계					29,825
교육훈련비	강사초청 교육비(경영진, 인증, CS)	450	×	4명	1,800
	학회 및 보수, 연수교육비	100	×	10회	1,000
세금과 공과	한국의료질향상학회 협회비	20	×	2명	40
	대한환자안전질향상간호사회, 대한환자안전학회협회비	20	×	2명	40
	한국의료질향상학회 협회비	300	×	1기관	300
도서인쇄비	QI 활동보고서 제본	40	×	5부	200
	표준진료지침 환자용 교육자료 리플렛	500	×	2건	1,000
	환자안전 관련 도서 구입	50	×	5권	250
	4주기 의료기관인증 중간현장평가 지침 제본	1,000	×	1회	1,000
	4주기 의료기관인증 중간현장평가 요약집 제본	2,000	×	1회	2,000
행사비	QI 경진대회 행사비	1,145	×	1회	1,145
	질 향상과 환자안전 워크숍 (QI활동 담당자)	3	×	20명	60
	환자안전 주간행사	1,615	×	1회	1,615
	질 향상과 환자안전 워크숍 (환자안전지킴이)	3	×	25명	75
	질 향상과 환자안전 워크숍 (의료기관인증 지표관리자)	3	×	20명	60
소모품비	QI 활동 부서 지원	50	×	10회	500
	의료기관인증 지표관리 자원지원	50	×	2팀	100
	적정관리계 운영관련 소모품	100	×	10회	1,000
	4주기 의료기관인증 중간현장평가 대비 소모품	500	×	10회	5,000
광고선전비	환자안전캠페인 홍보물	400	×	4회	1,600
	Alert system(경보체계)	100	×	4회	400
	환자안전캠페인 배너 및 현수막 제작	25	×	4회	100
	환자안전사건 개선활동	500	×	4회	2,000
포상금	근접오류 보고자 포상	100	×	12명	1,200
	환자안전주간행사 포스터 경진대회 포상	100	×	10팀	1,000
	환자안전지킴이 포상	50	×	25명	1,250
	의료기관인증 지표관리 우수부서 포상	50	×	6팀	300
	QI활동 경진대회 포상	100	×	10팀	1,000
	CP개발 진료과 포상	300	×	2건	600
	CP적용 우수 진료과 포상	100	×	4건	400
	표준진료지침 모니터링 요원	50	×	10건	500
잡비	환자안전사건 분석 회의 운영비	50	×	10회	500
	환자안전활동 회의 운영비	50	×	4회	200
	4주기 의료기관인증 중간현장평가 회의 운영비	50	×	10회	500
	CP개발팀 회의 운영비	30	×	2건	60
	CP 담당부서 모니터링 요원 발대식	3	×	10명	30

3 환류

- 지역책임의료기관으로서 역할 강화와 환자안전인식 향상
 - 환자안전 주간행사, 환자안전 캠페인 등을 통한 지역사회 환자안전 의료환경 구축을 위한 교육자로서 역할 수행
 - 4주기 급성기병원 의료기관인증 획득 관련 인증 기준 지속적 관리 유지
- 환자안전사고 예방활동을 통한 안전한 의료 환경 문화 조성
 - 환자안전지킴이 역할과 책임 강화 및 포상
 - 환자안전사건 모니터링 및 개선 활동
 - 환자안전주의경보 각 실과 및 부서 정보공유
 - 협업을 통한 환자안전 라운딩 및 경영진라운딩을 통한 부서 독려
 - 환자안전 주의경보(KOPS)에 대한 본원 실정에 맞는 개선활동
- 직원역량 강화를 통한 의료 질 향상과 환자안전문화 확산
 - 외부 초청강사를 통한 교육 참여 확대
 - 전담자 교육 활성화
 - 지표, QI담당자, CP모니터링요원 외부 교육 지원 및 참여
 - 표준진료지침 모니터링 요원 선정을 통한 CP 내실화
 - 표준진료지침 해당 진료과 신설 및 개시 시 진료과와 면밀한 회의를 통한 갱신 및 오더셋 수정으로 표준진료지침 적용
 - QI활동 활성화를 위한 학술대회 QI 및 FMEA 학술지 초록 3편 등재
 - 한국의료질향상학회 호남지회장 남원의료원 원장 임명과 호남지회 간사 적정관리계 계장 임명으로 본원뿐만 아니라 호남지역의 환자 안전전담자의 역량강화를 위한 발판 마련
- 필수사업 수행으로 각종 평가 등급 유지 및 향상
 - 환자안전활동
 - 표준진료지침
 - 전담자 역량강화
 - 각종 위원회 활동 활성화
 - QI활동 및 지표관리활동의 연속성 추구

『2024년 제1차 서면』

질 향상과 환자안전위원회 상정안건



전북특별자치도 남원의료원

JEONBUK STATE NAMWON MEDICAL CENTER