

공백 없는 필수의료, 따뜻한 공공의료, 함께하는 의료원

2025년 제1차 정기

2025. 1. 23(목)

2025년 제1차 정기 질 향상과 환자안전(QPS)위원회 상정안건



전북특별자치도 남원의료원
JEONBUK STATE NAMWON MEDICAL CENTER

|| 목 차 ||

I . 보고안건 1

1. 2024년 제1차 서면 질 향상과 환자안전(QPS)위원회
(' 24. 12. 27.) 결과보고 3
2. 2025년도 걱정진료실 사업 결과보고 11

II . 심의안건 49

1. 2025년도 인증지표 주제 선정 안 51
2. 2025년도 QI 활동 주제 선정 안 57
3. 2025년도 걱정진료실 교육 실시계획 안 63
4. 2025년도 걱정진료실 표준진료지침 실시계획 안 77

질 향상과 환자안전(QPS)위원회 상정안

2024년도 제1차 서면 질 향상과 환자안전(QPS)위원회	
제출일자	2025년 12월 23일
보고안전	제2025-1호 2024년 제1차 서면 질 향상과 환자안전(QPS) 위원회('24. 12. 27.) 결과보고
	제2025-2호 2024년도 적정진료실 사업 결과보고
심의안전	제2025-3호 2025년도 지표 주제 선정 심의(안)
	제2025-4호 2025년도 QI활동 주제 선정 심의(안)
	제2025-5호 2025년도 적정진료실 교육 실시계획 심의(안)
	제2025-6호 2025년도 적정진료실 표준진료지침 실시계획 심의(안)
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	제2025-1호
보고년월일	2025년 1월 23일

보고안전

2024년 제1차 서면
질 향상과 환자안전(QPS)위원회(24. 12. 27.) 결과보고

2025년 제1차 정기
질 향상과 환자안전(QPS)위원회 상정안건

제 출 자	오 진 규 (전북특별자치도 남원의료원장)
제출년월일	2025년 1월 23일

2024년 제1차 서면 질 향상과 환자안전(QPS)위원회('24. 12. 27.) 결과보고

의안 번호	제2025-1호
----------	----------

제출년월일 : 2025년 1월 23일

제 출 자 : 전북특별자치도 남원의료원장

제안설명자 : 적정진료실장

1. 보고이유

- 지난 '24. 12. 27.일에 개최한 2024년도 제1차 서면 질 향상과 환자안전(QPS)위원회 상정안건에 대한 의결 후 처리결과를 보고함.

2. 보고내용

- 2024년 제1차 서면 질 향상과 환자안전(QPS)위원회 처리결과 현황

의안번호	제목(건명)	심의결정사항	처리결과
제2024-14호	2024년 제4차 정기 질 향상과 환자안전(QPS)위원회('24. 10. 24.)결과보고	보고내용대로 원안 접수	"원안접수" ('24. 12. 27.)
제2024-15호	2025년도 적정진료실 사업계획안	보고내용대로 원안 심의결정	남원의료원장 "승인" ('24. 12. 27.)

※ 붙임 : 2024년 제1차 서면 질 향상과 환자안전(QPS)위원회('24.12.27.)
결과보고 1부.

의안 번호	제목(건명)	심의 결정 사항	비고																								
제2024-14호	2024년 제4차 정기 질 향상과 환자안전(QPS)위원회('24. 10. 24.)	< 보고안전 > ○ 2024년 제4차 정기 질 향상과 환자안전(QPS)위원회('24. 10. 24.) 처리결과 현황 <table border="1"> <thead> <tr> <th>의안 번호</th><th>제목(건명)</th><th>의결사항</th><th>처리결과</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>제2024-11호</td><td>2024년 제3차 질 향상과 환자안전(QPS)위원회('24.7.25.) 결과보고</td><td>보고내용대로 원안접수</td><td>“원안접수”('24.10.24.)</td></tr> <tr> <td>제2024-12호</td><td>2024년 3분기 적정진료실 성과지표 모니터링 결과보고</td><td>보고내용대로 원안접수</td><td>“원안접수”('24.10.24.)</td></tr> <tr> <td>제2024-13호</td><td>2024년도 고장유형영향분석 환자확인(FMEA) 결과보고</td><td>보고내용대로 원안접수</td><td>“원안접수”('24.10.24.)</td></tr> </tbody> </table> < 의결사항 > ○ 보고내용대로 원안 접수	의안 번호	제목(건명)	의결사항	처리결과	제2024-11호	2024년 제3차 질 향상과 환자안전(QPS)위원회('24.7.25.) 결과보고	보고내용대로 원안접수	“원안접수”('24.10.24.)	제2024-12호	2024년 3분기 적정진료실 성과지표 모니터링 결과보고	보고내용대로 원안접수	“원안접수”('24.10.24.)	제2024-13호	2024년도 고장유형영향분석 환자확인(FMEA) 결과보고	보고내용대로 원안접수	“원안접수”('24.10.24.)	완료								
의안 번호	제목(건명)	의결사항	처리결과																								
제2024-11호	2024년 제3차 질 향상과 환자안전(QPS)위원회('24.7.25.) 결과보고	보고내용대로 원안접수	“원안접수”('24.10.24.)																								
제2024-12호	2024년 3분기 적정진료실 성과지표 모니터링 결과보고	보고내용대로 원안접수	“원안접수”('24.10.24.)																								
제2024-13호	2024년도 고장유형영향분석 환자확인(FMEA) 결과보고	보고내용대로 원안접수	“원안접수”('24.10.24.)																								
제2024-15호	2025년도 적정진료실 사업계획 안	< 상정안전 > ○ 2025년도 적정진료실 사업계획안 <table border="1"> <thead> <tr> <th>전략 목표</th><th>의료안전망 강화</th><th>실효적 의료질 구축</th><th>최적의 환자안전 기반확보</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>전략 과제</td><td> ◆ 환자안전사고 통합관리 ◆ 환자안전 정보 환류 강화 ◆ 환자안전문화 활동 참여 확대 </td><td> ◆ 성과관리(의료기관인증지표)강화 ◆ 표준진료지침(CP) 개발 및 관리 ◆ 질 향상(QI) 활동 관리체계 구축 </td><td> ◆ 환자안전 활동 기반 구축 ◆ 교육 및 안전체계 정립 ◆ 평가 통합관리 </td></tr> </tbody> </table> ○ 성과지표 <table border="1"> <thead> <tr> <th>전략과제</th><th>성과지표</th><th>목표</th><th>비고</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="5">1 의료안전망 강화</td><td rowspan="5">1-1 환자 안전 사고 통합 관리</td><td>환자안전사건 모니터링 및 현황 보고</td><td>12회</td></tr> <tr> <td>환자안전사건 분석 및 개선 활동</td><td>4회</td></tr> <tr> <td>환자안전사건분석 FMEA</td><td>1회</td></tr> <tr> <td>환자안전사건분석 RCA</td><td>1회</td></tr> <tr> <td>근접오류보고 건수</td><td>87건</td></tr> </tbody> </table>	전략 목표	의료안전망 강화	실효적 의료질 구축	최적의 환자안전 기반확보	전략 과제	◆ 환자안전사고 통합관리 ◆ 환자안전 정보 환류 강화 ◆ 환자안전문화 활동 참여 확대	◆ 성과관리(의료기관인증지표)강화 ◆ 표준진료지침(CP) 개발 및 관리 ◆ 질 향상(QI) 활동 관리체계 구축	◆ 환자안전 활동 기반 구축 ◆ 교육 및 안전체계 정립 ◆ 평가 통합관리	전략과제	성과지표	목표	비고	1 의료안전망 강화	1-1 환자 안전 사고 통합 관리	환자안전사건 모니터링 및 현황 보고	12회	환자안전사건 분석 및 개선 활동	4회	환자안전사건분석 FMEA	1회	환자안전사건분석 RCA	1회	근접오류보고 건수	87건	완료
전략 목표	의료안전망 강화	실효적 의료질 구축	최적의 환자안전 기반확보																								
전략 과제	◆ 환자안전사고 통합관리 ◆ 환자안전 정보 환류 강화 ◆ 환자안전문화 활동 참여 확대	◆ 성과관리(의료기관인증지표)강화 ◆ 표준진료지침(CP) 개발 및 관리 ◆ 질 향상(QI) 활동 관리체계 구축	◆ 환자안전 활동 기반 구축 ◆ 교육 및 안전체계 정립 ◆ 평가 통합관리																								
전략과제	성과지표	목표	비고																								
1 의료안전망 강화	1-1 환자 안전 사고 통합 관리	환자안전사건 모니터링 및 현황 보고	12회																								
		환자안전사건 분석 및 개선 활동	4회																								
		환자안전사건분석 FMEA	1회																								
		환자안전사건분석 RCA	1회																								
		근접오류보고 건수	87건																								

의안 번호	제목(건명)	심의 결정 사항					비고
제2024-15호	2025년도 적정진료실 사업계획 안	전략과제		성과지표	목표	비 고	완료
		1. 환자안전 망 강화	1-2 환자안전 정보 환류강화	KOPS(환자안전보고학습시스템) 환자안전주의경보 정보공유	100%		
				KOPS(환자안전보고학습시스템) 환자안전사고 자율보고	2회	신규	
				Alert system(경보체계)모니터링	4회	신규	
			1-3 환자안전문화 활동 참여 확대	협업을 통한 환자안전 라운딩	12회		
				환자안전 캠페인	4회		
				환자안전주간 행사	1회		
				환자안전지킴이 환경관리 점검	12회		
		환자안전안내 방송	730회				
		2. 실효적 의료 질 구축	2-1 성 과 관 리 (의료기관인증 지표)강화	의료기관인증 지표관리	27건		
				의료기관인증지표 모니터 링 및 결과보고	4회		
				의료기관인증 지표 활동 지원 및 포상	8회		
			2-2 표준진료지 침(CP) 개 발 및 관리	국립중앙의료원 연계, 주기 적 갱신, 자체 개발 등 사 업 참여 횟수	2회		
				표준진료지침 적용률	80.0%		
				표준진료지침 활동 지원 및 포상	7회		
			2-3 질향상(Q)활동 관리체계 구축	QI활동 참여	10부서		
		QI활동 지원 및 포상		13회			
		3. 최적의 환자안전 기반확보	3-1 위원회 활동 기반 구축	질향상과 환자안전(QPS)위 원회 운영	4회		
				의료기관인증 위원회	1회	신규	
				직원만족도 조사	3회	신규	
			3-2 교육 및 안 전체계 정립	전담자 필수교육(보수교육)참여	2명		
				전담자 전문교육 참여	5회		
				질 향상과 환자안전 교육 (경영진 포함)	15회		
			3-3 평가 통합 유지관리	평가 결과 유지 및 개선활동	유지		
의료기관인증(적정)지침 개정	1회			신규			
4주기 급성기병원 중간현장 평가	획득	신규					
< 의결사항 >							
○ 재적위원 11명중 11명 찬성으로 위안 심의 결정							



의 안 번 호	제2025-2호
보고년월일	2025년 1월 23일

보고안전

2024년도 적정진료실 사업 결과 보고

2025년도 제1차 정기
질 향상과 환자안전(QPS)위원회 상정안건

제 출 자	오 진 규 (전북특별자치도 남원의료원장)
제출년월일	2025년 1월 23일

2024년도 적정진료실 사업 결과 보고

의안 번호	제2025-2호
----------	----------

제출년월일 : 2025년 1월 23일

제출자 : 전북특별자치도 남원의료원장

제안설명자 : 적정진료실장

1. 보고이유

- 2024년도 적정진료실 사업 수행 결과를 차기 연도 운영에 반영하여 사업의 내실화를 이루고 질 향상과 환자안전에 최선을 다하기 위하여 그 결과를 보고함.

2. 보고내용

- 2024년도 적정진료실 사업 결과

구분	사업(개)	달성율(%)	비고
완 료	환자안전사건 관리강화	103.8%	
	환자안전 활동 강화	100.0%	
	환자안전문화 조성	116.7%	
	지표관리활동 강화	100.0%	
	표준진료지침 개발 및 관리	117.3%	
	질 향상 활동 활성화	266.7%	
	위원회 활동	125.0%	
	전담자 및 직원 역량강화	176.7%	
	각종평가 내실화	100.0%	

※ 별첨 : 2024년도 적정진료실 사업 결과보고

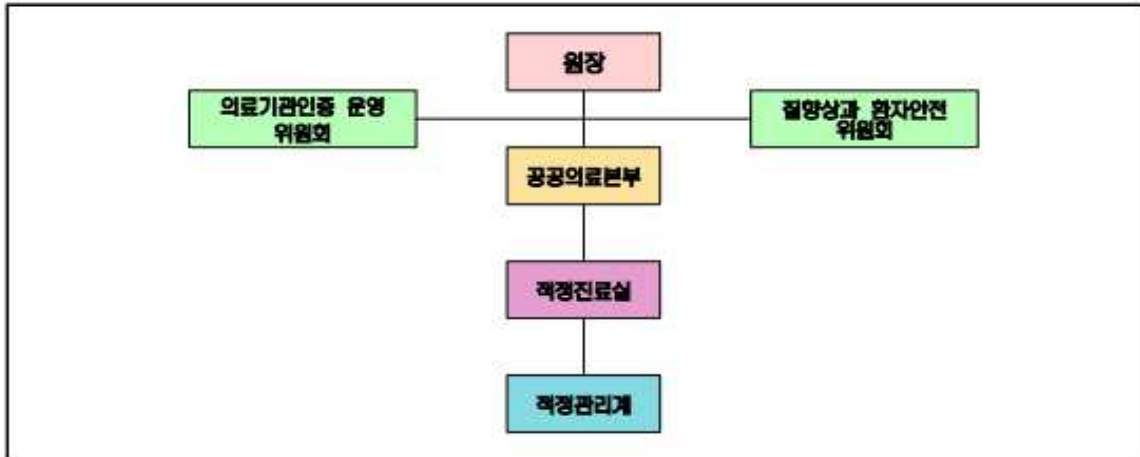
I 추진개요

□ 추진근거

- 「환자안전법」
- 4주기 급성기병원 의료기관인증 평가지침
- 2024년도 적정관리계 사업계획(적정관리계-27, 2024. 1. 5.)

□ 추진개요

- 조직체계 : 공공의료본부 / 적정진료실 / 적정관리계
- 조직도



- 대상 사업 : 환자안전 의료문화 개선 외 8개 사업

전략목표	전략과제
1. 환자안전 시스템 구축	1-1. 환자안전사건 관리 강화 1-2. 환자안전 활동 강화 1-3. 환자안전 문화 조성
2. 의료질 향상	2-1. 지표 관리 활동 강화 2-2. 표준진료지침 개발 및 관리 2-3. 질향상(QI) 활동 활성화
3. 적정진료실 역량강화	3-1. 위원회 활동 3-2. 전담자 및 직원 역량강화 3-3. 각종평가 내실화

○ 사업기간 : '24.01.01.~12.31.(12개월)

○ 인력현황 : 3명

(단위 : 명)

구분	합계	의사직	간호직
적정진료실	3	1	2

※ 공공의료본부장 : 정형외과장 겸직 / 적정진료실장 : 내과장 겸직

○ 위원회 현황 : 2개

- 질 향상과 환자안전(QPS)위원회 운영 현황

외차	의안번호	개최일자	상정안건	의결연월일
제1차	제2024-1호	정기(대면)	2023년도 제1차 임시 질 향상과 환자안전(QPS)위원회 ('23. 12. 21.) 결과보고	2024. 1. 26.
	제2024-2호		2023년도 적정진료실 사업결과보고	
	제2024-3호		2024년도 인증지표 주제 선정안	
	제2024-4호		2024년도 QI활동 주제 선정안	
제2차	제2024-5호	정기(대면)	2024년도 제1차 정기 질 향상과 환자안전(QPS)위원회 ('24. 1. 26.) 결과보고	2024. 4. 30.
	제2024-6호		2024년도 1분기 적정진료실 성과지표 모니터링 결과보고	
	제2024-7호		2024년도 고장유형영향분석(FMEA)활동 주제 선정 결과보고	
제3차	제2024-8호	정기(대면)	2024년도 제2차 정기 질 향상과 환자안전(QPS)위원회 ('24. 4. 30.) 결과보고	2023. 7. 24.
	제2024-9호		2024년도 2분기 적정진료실 성과지표 모니터링 결과보고	
	제2024-10호		2024년도 상반기 적정진료실 사업 자체평가 결과보고	
제4차	제2024-11호	정기(대면)	2024년도 제3차 정기 질 향상과 환자안전(QPS)위원회 ('24. 7. 24.) 결과보고	2024. 10. 24.
	제2024-12호		2024년도 3분기 적정진료실 성과지표 모니터링 결과보고	
	제2024-13호		2024년도 고장유형영향분석 환자확인(FMEA)결과보고	
제1차	제2024-14호	임시(서면)	2024년도 제4차 정기 질 향상과 환자안전(QPS)위원회 ('24. 10. 24.) 결과보고	2024. 12. 27.
	제2024-15호		2024년도 적정진료실 사업계획안	

- 의료기관인증운영위원회 운영 현황

회차	의안번호	개최일자	상정안건	의결연월일
제1차	제2024-1호	정기(서면)	2023년도 제1차 정기(서면) 의료기관인증운영위원회 ('23 .08. 08.) 결과보고	2023.01.04.
	제2024-2호		2023년도 4주기 급성기병원 의료기관인증 조사 결과보고	
	제2024-3호		4주기 의료기관 인증평가 지침 일부개정지침안	

○ 주요 업무(적정진료실 업무분장)

구분	직 급	성 명	담당업무	업무대행자
1	의사직	이지국	■ 적정진료실 업무 전반	문의순
2	간호직 5급	문의순	■ 표준진료지침(CP) 업무 - 표준진료지침 개발·갱신, 공공의료 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 ■ 의료기관 인증위원회 업무 ■ 의료기관인증평가 총괄 업무 ■ 기타업무 - 의료질 지표 및 각종 평가의 지표 관리	장미화
3	간호직 7급	장미화	■ 환자안전 활동 - 환자안전 지침이 관리, 환자안전 보고체계 관리, - 환자안전 문화 조성 및 증진 활동 업무 - 환자안전 기준의 준수 점검 - 환자안전 지표의 측정, 점검 - 환자안전 직원교육 등 ■ 환자안전사고 정보의 수집·분석 및 관리, 공유 ■ 지표 관리 업무 ■ 질 향상(QI) 활동 업무 ■ 의료기관인증평가 관리 업무 ■ 기타업무 - 의료질 지표 및 각종 평가의 지표 관리	문의순

○ 모니터링 방법

구분	내용
모니터링 방법	○ 분기별 사업 진행 상황 관리 : 질 향상과 환자안전위원회 보고 ○ 매월 적정진료실 평가지표 점검 : 평가지표관리 회의 보고
모니터링 내용	○ 적정진료실 사업별로 분기별 사업 결과 모니터링 - 모니터링을 통한 미진사업 관리 - 질 향상과 환자안전위원회 보고 후 홈페이지를 통해 전 직원 공유

Ⅱ 추진성과

□ 추진실적 요약

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	12	100.0%	완료
		1-1-2. 환자안전사건 원인분석 및 결과보고	4	4	100.0%	완료
		1-1-3. 환자안전사건분석 FMEA	1	1	100.0%	완료
		1-1-4. 환자안전사건분석 RCA	1	1	100.0%	완료
		1-1-5. 근접오류보고 건수	80	95	118.8%	완료
	1-2. 환자안전 활동 강화	1-2-1. 환자안전 주의경보 정보공유 적정성	100	100	100.0%	완료
		1-2-2. 환자안전(KOPS)주의경보에 대한 개선활동	3	3	100.0%	완료
	1-3. 환자안전 문화 조성	1-3-1. 협업을 통한 환자안전 라운드 횟수	6	11	183.3%	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. 환자안전자람이 환경관리 점검 횟수	12	12	100.0%	완료
		1-3-5. 환자안전 안내방송 적정성	730	732	100.3%	완료
2. 의료질 향상	2-1. 지표관리 활동 강화	2-1-1. 지표 관리 활동 건수	26	28	100.0%	완료
		2-1-2. 지표 모니터링 및 결과보고 횟수	4	4	100.0%	완료
		2-1-3. 지표 관리 활동 지원 횟수	8	8	100.0%	완료
	2-2. 표준진료지침 개발 및 관리	2-2-1. 중앙 및 자체 개발·경선 사업 참여 횟수	2	3	150.0%	완료
		2-2-2. 표준진료지침 적용률	90	91.8	102.0%	완료
		2-2-3. 표준진료지침 활동 지원 횟수	7	7	100.0%	완료
	2-3. 질향상(QI)활동 활성화	2-3-1. QI활동 참여	10	10	100.0%	완료
		2-3-2. QI활동 지원 적정성	3	13	433.3%	완료
3. 적정진료실 역량강화	3-1. 위원회 활동	3-1-1. 질향상과 환자안전(QPS)위원회 운영 횟수	4	5	125.0%	완료
	3-2. 전담자 및 직원 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	12	240.0%	완료
		3-2-3. 전직원 환자안전 교육(경영진 포함)	10	19	190.0%	완료
	3-3. 각종평가 내실화	3.3.1. 각종 평가 결과유지 및 개선활동 시행	유지	유지	100.0%	완료

□ 추진성과

○ 추진성과 : 목표 대비 달성률 134.0%

○ 평가

전략목표	전략과제	우수사례	2025년도 사업 필요 사항
1. 환자안전 시스템 구축	1-1. 환자안전사건 관리 강화	■ 환자안전사건 근접오류 보고를 통한 비난문화를 지양하여 근접오류 보고 활성화와 개선활동을 위한 부서별 라운딩 진행 ■ 환자안전사건 분석을 위한 “원자확인 FMEA” “낙상 RCA” 진행	■ 환자안전사고 보고에 대한 직원들의 보고 문화 인식 전환 필요성과 비난 문화 금지 ■ 환자안전사고 예방을 위한 잦은 라운딩과 교육 실시에도 불구하고 여전히 낙상관련 환자안전 사건 증가
	1-2. 환자안전 활동 강화	■ 환자안전 주의경보 정보 공유에 대한 부서별 정보지 제공과 게시판을 통한 공유와 경영진 보고 진행 ■ kops 주의경보 정보지를 통한 개선활동으로 부서에 적용	■ 복지부 전공의 사태로 인한 KOPS 환자안전 주의 경보지 제공 횟수 축소로 의료기관의 정보지 제공 기회 제한 됨
	1-3. 환자안전문화 조성	■ 부서별 협업을 통한 환자안전 라운딩으로 문제점에 대한 즉시 개선과 부서별 회의를 통한 문제해결 ■ 환자안전주간 행사 및 환자안전 캠페인을 통한 환자안전인식 강화 ■ 환자안전지킴이 환경관리 점검을 통한 안전위에 요소 조기 발견 및 즉시 조치를 통한 위험성 감소	■ 병원 리모델링 및 보수공사 시 환자안전에 대한 게시물 부착과 현수막 등의 시설 안전 장치 구축 필요 ■ 스마트병동 리모델링을 통한 환자안전 부분 인터리어가 적극 반영할 수 있게 회의 참여 및 의견 제시
2. 환자안전 개선활동 지원	2-1. 지표관리활동 강화	■ 월초 지표담당자 교육, 컨설팅에 의한 교육 강화를 통한 지표의 이해도와 개선활동 강화 ■ 지표 활동 지원과 담당자와 담당부서의 협업을 통한 효율성 향상	■ 평가 중심 지표 활동에 대한 개선활동 미흡과 진료부 관련 지표에 대한 개선사항 어려움(중증환자 해당 구성비 지표 관련)
	2-2. 표준진료지침 개발 및 관리	■ 중앙 사업 참여 및 자체 개발 및 갱신을 통한 활동 활성화로 2건 개발 갱신과 표준진료지침 개발 참여 계획서 1건 제출	■ 표준진료지침 갱신 및 개발에 대한 대상 건수 미흡 ■ 표준진료지침 개발 후 적용 참여 미흡
	2-3. 질향상(QI)활동 활성화	■ 부서별 QI활동 회의 시 적정관리계 참여와 자원지원 및 포상을 통한 QI 활동 활성화 ■ 한국의료질향상학회 호남지회 개설과 호남지회장 임명 ■ 한국의료질향상학회 QI활동 3편 조록 동재	■ “QI 활동이 어렵다” “근무에 시간 투자이다”라는 인식으로 소극적 태도로 부서장 도움 요청 및 포상을 극대화
3. 환자중심 안전문화 조성	3-1. 위원회 활동	■ 매 분기 1회 개최로 사업성과 결과보고 및 상정안전 위원회 보고 ■ 분기말 전 직원 만족도 조사를 통한 사업 반영	
	3-2. 전담자 및 직원 역량강화	■ 다양한 전담자 교육 참여를 통한 전담자 역량 강화 ■ 환자안전 전담자와 타부서 직원의 교육 참여를 통한 직원의 역량 강화	
	3-3. 각종평가 내실화	■ 의료기관인증평가 획득 및 각종 평가 부분 등급 유지 및 내실화 강화 ■ 의료기관인증 유지를 위한 각부서의 격월 인증평가지표로 관리	■ 인증 평가지표화에 대한 안이한 생각과 본인 부서에게 관대한 평가 관리 활동

Ⅲ 세부 사업실적

□ 환자안전 시스템 구축

구 분	당초 계획	추진실적		
사업대상	■ 환자안전사건 관리 - 대상 : 환자 및 보호자, 전 직원 ■ 환자안전 활동 강화 - 대상 : 전 직원 ■ 환자안전문화 조성 - 대상 : 환자, 보호자, 내원객, 전직원	■ 환자안전 의료문화 개선 - 환자안전 사건 원인분석 결과 및 개선 활동 보고(12회) - 환자안전 사건 분석(FMEA / RCA - 2회) - 근접오류 보고(95건) - 전 직원 환자안전 교육(834명) - 환자안전 주의경보 공유(100%) ■ 환자안전 의료환경 구축 - 협업을 통한 환자안전 라운딩(12회) - 질향상 환자안전 위원회 운영(5회) - 의료기관인증운영 위원회 운영(1회) ■ 전담자 역량 강화 - 환자안전 전담자 필수교육(각 1회) - 전담자 전문교육(5회)		
사업목표	(단위 : 회, 점, 건, 명, %)			
	성과지표	목표치	실적	달성률
	■ 환자안전사건 모니터링 및 현황 보고	12	12	100.0
	■ 환자안전사건 원인분석 및 결과보고	4	4	100.0
	■ 환자안전사건 분석(FMEA/RCA)	2	2	100.0
	■ 근접오류보고	88	95	108.0
	■ 협업을 통한 환자안전 라운딩	6	11	183.3
	■ 환자안전(KOPS)주의경보에 대한 개선활동	3	3	100.0
	■ 환자안전 캠페인	4	4	100.0
	■ 환자안전 주간행사	1	1	100.0
	■ 환자안전지킴이 환경관리 점검	12	12	100.0
	■ 환자안전안내방송 적정성	730	732	100.3

	평가영역	평가지표	평가세부항목	평가결과	점수
	구조 (20)	■ 사업목표를 포함한 사업계획	목표포함 (10)	■ 사업목표와 내용 포함 - 적정진료실 사업계획	10
목표 미포함 (5)					
■ 환자전담인력 확보		담당 인력 확보 (10)	■ 담당 인력 확보 - 환자안전 전담자	10	
		미확보 (5)			
과정 (60)		■ 환자안전 캠페인 횟수	4건 이상 (10)	■ 내원객, 환자, 보호자, 직원을 통한 환자안전문화 조성	10
			2건-3건 (5)		
			1건 이하 (0)		
		■ 환자안전주간행사	실시 (10)	■ 감염관리계(협업) 5일간	10
			미실시 (0)		
		■ 환자안전사건 분석 (FMEA/RCA)	2회 이상 (5)	■ 총 2회	5
	2회 미만 (0)				
	■ 근접오류 보고	80건 이상 (5)	■ 총 95건	5	
		40건-79건 (3)			
		39건 미만 (0)			
	■ 환자안전 방송 적정성	적정성 (10)	■ 총 732회 방송	10	
	■ 환자안전 주의경보 정보공유	적정성 (5)	■ 총 100% 직원공유 및 경영진 보고, 게시판 게시	5	
	■ 협업을 통한 환자안전 라운딩	6회 이상 (10)	■ 총 11회	10	
		3회-5회 (5)			
		2회 미만 (0)			
	■ 환자안전 KOPS 주의 경보에 대한 개선활동 횟수	3건 회 (5)	■ 총 3회	5	
		2회 (3)			
		1회 (0)			
결과 (20)	■ 환자안전사건 원인분석 결과보고	4회 (10)	■ 총 4회	10	
		3회-2회 (5)			
		1회 미만 (0)			
	■ 질 향상과 환자안전 위원회 운영	4회 이상 (10)	■ 총 5회	10	
		4미만 (05)			
		합계			
계획 대비 변경 사항	■ 예산 사용 감소 - 외래 및 입원 환자 진료 인원 감소는 병원 수입 직결로 예산 사용 감축				

원류

- 환자안전주간행사는 중앙환자안전센터 등 5개 기관의 협조로 감염관리계와 5일간 진행 후 보도자료 제출
- 환자안전사건 관련 예수병원 지역환자안전센터와 교류 협력을 통한 환자안전 개선 물품 지원
- 신규 사업으로 환자안전 KOPS 주의경보에 대한 개선활동을 통하여 응급실, 주사실 개선활동 적용

추진사진



< 환자안전주간 행사 >



< 환자안전 리더십 리운딩 >



< 환자안전사건 분석 - 낙상 FMEA >



< 환자안전사건 분석 - RCA >



< 2024년 환자안전주의 경보에 대한 개선활동 >

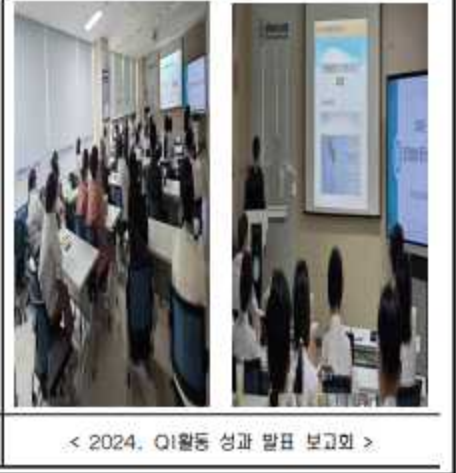
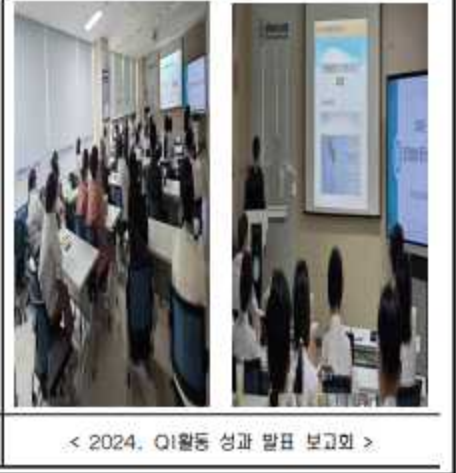
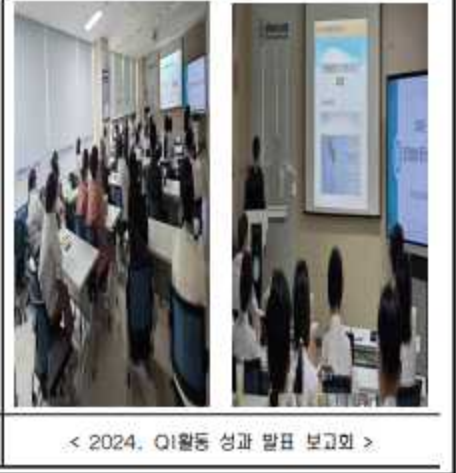


< 근접오류 보고 건수: 근접오류 최다 보고자 포상지급 >

□ 의료질 향상

구 분	당초 계획	추진 실적		
사업대상	■ 지표관리 활동 강화 - 대상 : 전 직원 ■ 표준진료지침 개발 및 관리 - 대상 : 전 진료과 ■ 질 향상(QI)활동 활성화 - 대상 : 표준진료지침 해당 진료과	■ 지표관리 활동 건수(26건) - 지표 담당자 교육(21명) - 지표 모니터링 및 결과보고(4회) - 지표관리 활동 지원 횟수(8건) ■ 중앙 및 자체 개발·경신사업 참여 - 공공의료 표준진료지침CP 사업수요조사 참여(1건) - 신규개발 참여(1건), 자체 개발 및 경신(1건) ■ 표준진료지침 적용률 - 적용률(90.5%) - 표준진료지침 활동 지원(7건) ■ QI활동 참여(10부서) - QI활동 지원(13건)		
사업목표	(단위 : 회, 건, 명)			
	성과지표	목표치	실적	달성률
	■ 지표관리 활동	26	26	100.0
	■ 지표 모니터링 및 결과보고	4	4	100.0
	■ 지표관리 활동 지원	8	8	100.0
	■ 중앙 및 개발 CP 자체 개발 경신	2	3	150.0
	■ 표준진료지침 적용률	90	91.8	102.0
■ 표준진료지침 활동 지원	7	7	100.0	
사업내용 (주요내용)	■ 지표관리 활동 강화 - 추진기간 : 2024년 1월~12월 - 추진대상 : 지표담당 관리 부서(실적 : 26개 참여) - 추진내용 · 지표관리 활동, 지원 및 포상, 결과보고 · 우수부서 포상(예산 : 800,000원) · 지표관리자 발대식(예산 : 200,000원) ■ 표준진료지침 개발 및 관리 - 추진기간 : 2024년 1월~12월 - 추진대상 : 표준진료지침 해당 진료과 및 직원 - 추진내용 · 국립중앙의료원 연계 참여 개발(산부인과 - 자궁절제술)관련 시범적용 후 국중원 결과보고 · 경신 개발(순환기내과 -관상동맥조영술)관련 시범적용 후 오더셋 수정을 통한 결과보고 · 표준진료지침 적용률 및 완료율, 변이율 모니터링 후 위원회 결과보고와 직원공유 · 표준진료지침 활동 지원 횟수(7회) · 표준진료지침 환자용 교육자료 리플렛 제작(예산 : 4,300,000원) ■ 질 향상(QI)활동 활성화 - 추진기간 : 2024년 1월~12월 - 추진대상 : QI 활동 부서 - 추진내용 · QI 활동 지원 및 포상(QI 경진대회 및 성과보고) · QI 활동관련 자원 지원(실적 : 10회) 및 성과보고를 통한 우수부서 포상(예산 : 4,970,000원)			
	(단위 : 원, %)			
사업예산	예산액 (A)	결산 (B)	집행률 (B/A)	
	1,0270,000	2,880,800	28.1	

평가항목	평가지표	평가세부항목		평가결과	점수
자체평가	구조 (30)	■ 사업목표를 포함한 사업계획	사업계획에 사업목표와 내용 포함 (10)	■ 사업목표와 내용 포함 - 적정진료실 사업계획	10
			미포함 (5)		
		■ 사업체계	담당 인력 확보 (10)	■ 담당 인력 확보 - 표준진료지침 담당 1명	10
			미확보 (5)		
		■ 예산의 적절성	예산계획 수립 및 확보 (10)	■ 예산계획 수립	10
			미수립 (5)		
	과정 (50)	■ 지표관리활동 건수	26건 이상 (5)	■ 총 26건	5
			14~25건 (3)		
			14건 미만 (0)		
		■ 지표관리 활동 지원	8회 이상 (10)	■ 총 8회 개선활동 지원과 결과 포상	10
			4명~7명 (5)		
			3명 이하 (0)		
		■ 표준진료지침 CP 활동 포상 및 지원	7회 이상 (5)	■ 총 7회 지원 및 포상	5
			4건~6건 (3)		
			4건 미만 (0)		
		■ QI 활동 참여 충실도	충실도 (10)	■ 총 10개 부서로 다학제 팀구성으로 활동	10
		■ QI 지원의 적정성	적정성 (10)	■ 적정 지원 10회	10
		■ 중앙 및 자체 CP 개발·갱신	2건 이상 (10)	■ 4건 참여, 개발 및 갱신	10
			1건 (5)		
			0건 (0)		
	결과 (20)	■ CP 적용률	90% 이상 (10)	■ 적용률 91.8%	10
			68%~79% (5)		
			68% 미만 (0)		
		■ CP 모니터링 결과 보고	4회 이상 (5)	■ 총 4회	5
			2회~3회 (0)		
		■ 지표 모니터링 결과보고	4회 이상 (5)	■ 총 4회	5
	2회~3회 (3)				
합계					100.0
계획 대비 변경 사항	■ 없음				

원류	■ 외래 및 입원환자 내원객 감소로 표준진료지침 대상자 감소 ■ 표준진료지침 적용률 상승과 표준진료지침 의견수렴 및 수정을 위한 표준진료지침 모니터링 요원 배치 ■ 의료기관인증 조사 후 인증 기준 지속 관리 관련 부서별 라운딩 진행, 부서별 평가지표로 관리 ■ 공공의료 표준진료지침(CP)개발 경신 사업 참여 산부인과 자궁절제술 결과보고와 주기적 경신 개발 순환기내과 관상동맥조영술 결과보고												
추진사진	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="325 524 817 887">  </td><td data-bbox="817 524 1275 887">  </td></tr> <tr> <td data-bbox="325 887 817 949"> < 2024년 공공의료 표준진료지침 개발사업 참여 - 자궁절제술 > </td><td data-bbox="817 887 1275 949"> < 2024년 주기적 경신개발 - 관상동맥조영술 > </td></tr> <tr> <td data-bbox="325 949 817 1335">  </td><td data-bbox="817 949 1275 1335">  </td></tr> <tr> <td data-bbox="325 1335 817 1397"> < 2024년 지료관리 활동 간호부 지원 > </td><td data-bbox="817 1335 1275 1397"> < 2024년 표준진료지침 개발 진료과 모상 > </td></tr> <tr> <td data-bbox="325 1397 817 1868">  </td><td data-bbox="817 1397 1275 1868">  </td></tr> <tr> <td data-bbox="325 1868 817 1930"> < 2024. AI활동 성과보고 및 시상 > </td><td data-bbox="817 1868 1275 1930"> < 2024. QI활동 성과 발표 보고회 > </td></tr> </table>			< 2024년 공공의료 표준진료지침 개발사업 참여 - 자궁절제술 >	< 2024년 주기적 경신개발 - 관상동맥조영술 >			< 2024년 지료관리 활동 간호부 지원 >	< 2024년 표준진료지침 개발 진료과 모상 >			< 2024. AI활동 성과보고 및 시상 >	< 2024. QI활동 성과 발표 보고회 >
													
< 2024년 공공의료 표준진료지침 개발사업 참여 - 자궁절제술 >	< 2024년 주기적 경신개발 - 관상동맥조영술 >												
													
< 2024년 지료관리 활동 간호부 지원 >	< 2024년 표준진료지침 개발 진료과 모상 >												
													
< 2024. AI활동 성과보고 및 시상 >	< 2024. QI활동 성과 발표 보고회 >												

□ 적정진료실 역량강화

구 분	당초 계획	추진 실적	
사업대상	■ 위원회 활동 - 대상 : QPS위원회, 인증운영위원회 ■ 전담자 및 직원 역량강화 - 대상 : 환자안전전담자 및 전직원 ■ 각종 평가 내실화	■ 위원회 활동 - QPS위원회 : 5회 - 인증운영위원회 : 1회 ■ 전담자 및 직원 교육 - 전담자 2인 필수교육(보수교육)참여 : 2회 - 전담자 전문교육 참여 : 12회 - 전직원 환자안전 교육(경영진 포함) : 19회 ■ 평가관리를 통한 안전한 병원 문화조성 - 의료기관인증 관련 : 4주기 의료기관인증 제1차 자체조사 - 각종 평가 결과 유지 및 개선 활동 시행 : 유지	
사업목표	(단위 : 회, %)		
	성과지표	목표치	실적
	■ 질 향상과 환자안전 QPS위원회	4	5
	■ 전담자 필수교육(보수교육)참여	2	2
	■ 전담자 전문교육 및 학회 참여	5	12
	■ 전 직원 환자안전교육(경영진 포함)	10	19
■ 각종 평가 결과 유지 및 개선활동 시행	유지	유지	
사업내용 (주요내용)			
	■ 질 향상과 환자안전 QPS위원회 - 추진기간 : 2024년 1월, 4월, 7월, 12월 - 추진대상 : 위원장 외 10명 - 추진내용 · 의료 질 향상 업무에 관한 사항(적정진료실 사업) · 환자안전관리 업무에 관한 사항 · 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 환자안전 활동에 필요한 사항 · 복지부령으로 정하는 환자안전 활동에 필요한 사항(예산 : 1,500,000) ■ 전담자 필수 교육 참여 및 전담자 전문교육 참여 - 추진기간 : 2024년 1월~12월 - 추진대상 : 환자안전전담자 2인 - 추진내용 · 환자안전법 제13조에 의한 환자안전전담인력의 정기적 교육 수행 · 외부기관 대면교육 6시간 및 온라인 교육 6시간 이수 · 환자안전, QI, CP, 지표, 학술대회 및 학회 참여(예산 : 2,940,000원) ■ 전직원 환자안전 교육(경영진 포함) - 추진기간 : 2024년 1월~12월 - 추진대상 : 전직원(경영진 및 상시출입자 포함) - 추진내용 · 정확한 환자확인, 의료진간 의사소통, 투약오류예방, 낙상예방, 인증필수, FMEA, RCA방법론 및 사례, 지표, 표준진료지침, 인증 유지 관련 교육 ■ 각종 평가 결과 유지 및 개선활동 시행 - 추진기간 : 2024년 1월~12월 - 추진대상 : 전 부서 - 추진내용 · 의료기관 인증, 의료질평가, 운영평가, 공공보건의료 계획 및 결과, 신포괄정보화평가 관리 · 평가관리 및 개선활동을 통한 지속 유지 관리 및 획득 · 의료기관 평가지침 재본		
사업예산	(단위 : 원, %)		
	예산액 (A)	결산 (B)	집행률 (B/A)
	4,440,000	2,440,000	55.0

평가항목	평가지표	평가세부항목		평가결과	점수
자체평가	구조 (20)	■ 사업목표를 포함한 사업계획	목표 포함 (10)	■ 사업목표와 내용 포함 - 적정진료실 사업계획	20
			목표 미포함 (0)		
		■ 예산계획 수립 및 확보	확보 (10)	■ 예산계획 수립과 확보	
			미확보 (0)		
	과정 (60)	■ 질 향상과 환자안전(QPS) 위원회 운영	충실성 (10)	■ 총 5회 위원회 진행 - 임시 QPS 위원회 실시	10
		■ 환자안전 전문교육 참여 (CP, CI, 지표, 환자안전, 학술대회 및 학회)	5회 (10)	■ 총 12회 이수	10
			2회~4회 (5)		
			미실시 (0)		
		■ 환자안전 전담자 필수교육 참여 충실도	적정성 (10)	■ 환자안전 전담자 보수교육 - 전담자 2인 완료	10
		■ 전 직원 환자안전 교육 (경영진 포함)	10회 이상 (10)	■ 총 19회 실시	10
			1회~9회 (5)		
			미실시 (0)		
		■ 의료기관인증 평가 및 각종 평가 유지·관리 활동	충실도 (10)	■ 인증 획득 지속적 유지 관리 - 각종 평가의 등급유지 향상	10
	결과 (20)	■ 운영 평가 적정진료실 영역 등급 유지	유지 (10)	■ 유지 - 운영평가 최우수	10
			아락 (5)		
		■ 의료질 평가 등급 유지	유지 (10)	■ 등급 유지 - 의료질평가 4등급 유지	10
			아락 (0)		
합계					100.0
계획 대비 변경 사항	■ 예산액 사용 시 감축 사용으로 결산 감소 - 외래 및 입원 환자 감소로 인한 병원 운영 둔화 관련 예산 사용 감축 요구				

현황	■ 각종 평가 내실화를 통한 평가 등급 상향 및 유지 ■ 4주기 의료기관 인증 획득 후 지속적 관리를 통한 인증 유지 ■ 질 향상과 환자안전 교육을 통한 전담자 및 직원의 역량 강화 ■ 사업 내실화를 위한 적정진료실 사업 만족도 조사를 통한 다음 사업에 반영
추진사진	< 2024년 제4차 QPS위원회의 결과보고 > < 2024년도 환자안전보고학습시스템 KOPS 정기보고 > < 2024년 질 향상과 환자안전 의사의식 및 경영진 교육 > < 2024년 한국의료질향상학회 가톨릭대학교 참여 > < 2024년도 한국의료질향상학회 낙상예방 FMEA 초록 동태 > < 2024. 환자학인 FMEA 제1차 회의 >

□ 4/4분기 추진실적

< 1-1 환자안전사건 관리 강화 >

○ 환자안전사건 모니터링 및 현황 보고

사건유형	사건내용	1분기	2분기	3분기	4분기	합계	비고
합계		76	64	37	38	215	
근접오류	저방확인	8	0	4	1	13	
	낙상	7	4	3	0	14	
	배식오류	7	1	0	0	8	
	환자확인	7	0	0	2	9	
	조제오류	7	5	4	1	17	
	투약오류	2	1	0	0	3	
	저방오류	1	6	0	0	7	
	기타	6	10	4	4	24	
위해사건	낙상	26	28	16	27	97	
	투약오류	3	4	3	3	13	
	환자확인	2	2	2	0	6	
	저방확인	0	3	1	0	4	

○ 2024년 환자안전 사건보고

- 환자안전사건 분석 월별 현황



○ 2024년 환자안전사건분석 FMEA

- 정확한 환자확인 FMEA

단계	내용	세부 활동내용	회의 일정
1단계	고위험 프로세스 선정과 팀 구성	▶ 위험도 우선순위 평가 ▶ 팀 구성 : 총 10명 - 팀장(1), 간사(2), 팀원(7)	4월 1차 회의
2단계	프로세스 검토 및 도식화 작업	▶ 환자확인 프로세스 도식화 ▶ 관리 영역 확인	
3단계	잠재적 고장유형 브레인스토밍 및 각 부서별 환자확인 고장유형 영향분석	▶ 브레인스토밍 방법을 사용하여 문제 도출 ▶ 고장유형, 근본원인분석, 잠재적 영향분석	
4단계	가능한 고장원인과 사건의 잠재적 영향 분석을 통한 고장유형 우선순위 선정	▶ 발생가능성 및, 발견가능성, 심각성, 중증도 평가, 고려하여 선정 ▶ 우선순위에 대한 팀원의 합의 필요	
5단계	Fish bone을 통한 고장유형 근본원인 규명으로 개선계획	▶ 각각의 행위가 아니라 시스템과 프로세스에 초점을 둔 근본원인 규명 ▶ Fishbone활용(외래, 입원 낙상관련)	5월 2차 회의
6단계	환자확인 고위험 프로세스의 재설계	▶ 발생의 가능성 줄이기, 발견의 가능성 높이기, 영향의 심각성 감소시키기 ▶ 새로운 프로세스 시범적용(1달)	
7단계	새로운 프로세스의 분석과 검증으로 책임자 및 완료 기한 설정	▶ 프로세스 적용 후 새로운 오류유형 발생 여부 확인 ▶ 새로운 프로세스 위험성 재평가	6월 회의
8단계	재 설계한 프로세스 실행 및 모니터링	▶ 프로세스 확대 적용 방법 ▶ 지속적인 모니터링 ▶ 지속적인 전진 : 유지 관리 및 교육 등	9월 회의 후 결과보고

- 정확한 환자확인 FMEA 회의



< 1차 환자확인 FMEA 회의 현황 >



< 2차 환자확인 FMEA 회의 현황 >



○ 환자안전 사건분석 낙상(RCA)

일시	내용	근본원인에 따른 개선전략
'24.11.26.	▶ RCA 1차 회의(1~2단계) - 팀구성 - 문제 정의 - 문제조사 ▶ 부서 방문 ▶ 관련 규정 검토 ▶ 관련 직원 및 환자 면담 - 환자안전사고 발생단계 분석	○ 규정/지침/절차 관리 미흡 - 제·개정 규정/지침/절차에 대한 직원 교육 ○ 교육/훈련 계획 운영 미흡 - 교육/훈련 계획 수립 - 교육/훈련 계획에 따른 운영 ○ 안전한 의사소통을 위한 환자안전문화 인식저하 - 환자안전문화 인식 향상활동
'24.12.03.	▶ RCA 2차 회의(3~5단계) - 분석 수준별 근본원인 찾기 - 분석수준별 근접원인 및 근본원인 찾기 - 분석수준별 근본원인 및 근본원인 요약 - 근본원인에따른 개선전략 수립 - 개선활동 계획	○ 규정/지침/절차에 따른 업무 불이행 또는 부적절한 수행 - 업무수행을 위한 기준 준수 모니터링 ○ 부서장의 위험관리 미흡 - 부서장의 위험관리 ○ 시설 및 환경 위험관리 미흡 ○ 환자 및 환자 보호자의 환자안전활동 참여 미흡 - 시설 및 환경 안전 영역의 위험 관리 - 환자 및 환자 보호자의 환자안전 활동 참여

- 환자안전사건분석 낙상 RCA 회의



< 2024. 낙상 RCA 회의 현황 >

< 1-2 환자안전 활동 강화 >

○ 환자안전 주의경보 정보공유 적정성

- 2024년 환자안전 주의경보 : 4건 부서별 게시 및 공유

처방과 다른 수액 주입 환자안전사고의 빈번한 발생

발령일 2024.04.08(수)

혼동하기 쉬운 유사 외관 및 색상의 수액!

다시 한번 확인하세요!

- ① 의관이 유사하여 혼동하기 쉬운 수액의 경우
구획을 구분하거나 별도의 장소에 분리하여 보관
- ② 의약품 혼합 등 수액 준비 및 주입 전 처방된 수액 재확인

강원도보건환경연구원

강원도의료기관협회

강원도약사회

강원도응급의료센터

정확한 수술 부위 표시 및 확인 필요

발령일 2024.04.09(목)

안전한 수술, 올바른 부위 표시로부터 시작됩니다.

집도의가 직접! 수술 부위에 바로! 환자와 함께!

- ① 연부조직 및 척추 수술 등 특수 표시가 필요한 수술 부위에 정확한 표시
- ② 수술 중 수술 부위-채워변경 및 환자 이동 시 단계별 수술 부위 표시 확인
- ③ 환자-보호자 참여하여 수술 부위 표시

강원도보건환경연구원

강원도의료기관협회

강원도약사회

강원도응급의료센터

< 2024. 주서별 게시 및 공유 후 자체점검 등록 >

< 2024. 수술실 공유 및 게시 후 자체점검 등록 >

전신마취 후 환자의 안전한 회복

발령일 2024.11.05(수)

성공적인 수술만큼 안전한 회복이 중요!

확립된 기준에 따른 모니터링 필요

- ① 응급상황 시 즉각적인 처치와 치료 제공이 가능한 장소에서 모니터링
- ② 적절한 인력이 적절한 기준에 따라 회복실 위험(모니터링 종료) 결정
- ③ 회복실을 가지지 않고 병환자실 등으로 이동하는 경우, 올바른 모니터링

강원도보건환경연구원

강원도의료기관협회

강원도약사회

강원도응급의료센터

수술 후 수술기구 파편의 체내 잔류

발령일 2024.02.05(목)

안전한 수술을 위해 모든 기구의 완전성을 확인해 주세요!

- ① 제조사 매뉴얼 등을 참고하여 수술기구의 올바른 사용 및 관리
- ② 수술기구 잔여 및 손상 예방을 위해 관련 직권 교육
- ③ 계수 불일치 시 확인 및 보고

강원도보건환경연구원

강원도의료기관협회

강원도약사회

강원도응급의료센터

< 2024. 수술실, 병실 공유 및 게시 후 자체점검 등록 >

< 2024. 수술실 공유 및 게시 후 자체점검 등록 >

○ 환자안전(KOPS)주의경보에 대한 개선활동

개선 전	개선 후

< 2024. 06. 05. 환자안전 주의경보에 대한 외래 주사실, 응급센터 개선활동 >

< 2024. 11. 13. 환자안전 주의경보 “인공호흡기 회로 연결 오류” 정확하고 올바른 연결 주의라벨 부착 개선활동 >

[illegible]

< 2024. 08. 27. 벤토린네블라이저 앰플 품질로 흡인용 주사기 지원 개선활동 >

< 1-3 환자안전 문화 조성 >

○ 협업을 통한 환자안전 라운딩

- 협업 환자안전 라운딩('23. 10. ~12..)

협업 부서	점검결과	비고
간호과	▶정확한 환자 확인 - 의약품 투여 전, 검사시행 전, 진료, 처치 및 시술 전 두 가지 지표를 사용하여 없음 - 열역제제 투여 전 사례 없음(구두 질의) 시 숙지 완료 ▶낙상 예방활동 - 낙상고위험 환자 침대 side rail 내려짐 - 낙상고위험 환자 전산공유(caution 정보관리) 미흡	10월 9차 라운딩
관리계	▶정수기 관리대장과 설치장소 불일치 - 음압격리실 내 정수기는 3층 중환자실 옆 보호자 대기실 이전 관리 중 ▶정기적 수질검사 - 저수조수 & 정수기수 검사결과 적합 확인 ▶정수기 필터 관리 양호 - 관리 주기에 맞게 교체되고 있음 - 정수기 관리 시 병원 담당자 동행 확인	10월 9차 라운딩
응급센터 중환자실	▶인공호흡기 점검대장 확인 - 점검대장과 모델명 & S/N확인, 점검대장 세부 점검사항 변경 요청 - 의료기기 오작동 및 안전사고 발생 시 대처 방법 숙지 요청 - 인공호흡기 관련 직원교육(신규), 인공호흡기 외관 상태 청소 관리 요청 - 점검대장 관련 전월 부서장 서명 확인 누락	11월 10차 라운딩
관리계	▶인공호흡기 점검대장 확인 - 원내 소화기 및 소화전 점검 관리 요청 - 피난계단(서쪽) 자동매세장치 방화문 관리 출입 부서 관리 요청 - 방화셔터 밑 물건 적재로 화재 시 통로 확보 확보 요청 - 화재 시 대응체계 미숙지(신고체계, 직원의 업무분담, 환자 유형별 환자분류 미 비지)	12월 11차 라운딩

환자안전 라운딩

		
< 정수기 필터 교체 점검표 현장 확인 >	< 의료기기 점검대장 부서장 서명 확인 >	< 소화전 소화기 관리 점검 누락 >

○ 환자안전 지킴이 환경관리 점검(실적)

사업수행내용				
10월	11월	12월		
				
사업명	목표	누적실적	누적달성률	비고
환자안전 환경관리 점검	연 12회	12회	100%	

○ 환자안전안내방송 적정성

방송 항목	안내방송	비고
정확한환자확인	▶ 매일 오전 1회 (08:20) 방송 - 진료 전 정확한환자확인 안내 - 평일, 주말, 공휴일도 방송 - 방송 수신부서 : 전부서	365일 시행
낙상예방활동	▶ 매일 오후 1회 (17:20)방송 - 오후 저녁 대비 낙상예방 활동 방송 - 평일, 주말, 공휴일도 방송 - 방송 수신부서 : 전부서	365일 시행

< 2-1 지표관리 활동 강화 >

○ 2024년도 인증지표 모니터링 및 결과보고

지표번호	지표지원 항목	지원 부서	내용	비고
	합계	8회		
환자진료영역	2-5 심폐소생술	간호부	인공호흡 마우스 쉴드	1분기
	2-5 혐의진료	진료협력계	배너 제작	
	2-5 심폐소생술	간호부	인공호흡 마우스 쉴드	2분기
	2-11 중증상병 해당환자 구성비	응급의료센터	포상	3분기
	3-2 부채비율	경리계	포상	
	2-15 재원 중 수술 후 24시간내 진료계획 작성률	진료협력계	포상	
환자진료영역	2-7 48시간 이내 CT환자판독결과보고(TAT)	영상의학실	포상	4분기
관리영역	3-5 직원의 혈액매개 감염노출사고 발생률	감염병센터	포상	

○ 2024년도 인증지표 모니터링 및 결과보고

2024년도 인증 지표 (26)

						목표치 이상	목표치 90%~99%	목표치 90% 이하		
13	13-1	1-1 환자 확인율	과정진료실	불기	장미윤	90% 이상	90.0%	100.0%	100.0%	100.0%
							01.0%	90.0%	90.0%	94.4%
		1-2 구두처방 무 24시간 이내 의사 처방 환수율	과정진료실	불기	장미윤	90% 이상	90.0%	90.0%	100.0%	100.0%
							90.0%	90.0%	100.0%	100.0%
		1-3 수술(과제 유도) 전 time out 시행률	수술실	매월/불기	이수진	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
							100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
14	14-1	낙상 예방 보고율(1,000환자 당)	과정진료실	불기	장미윤	1.7% 미만	0.0%	0.0%	1.0%	2.0%
							0.0%	0.0%	1.0%	2.0%
		1-5 소화성 수액률	간담병상	매월	안지연	90% 이상	90.0%	94.4%	97.4%	100.0%
							94.0%	95.0%	97.7%	99.6%
		1-6 투석환자 투석률(1,000환자 당)	간담병상/외상 사상사망실	불기/불기	김영경	2%이하	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
							0.0%	0.0%	0.0%	1.99%
15	15-1	구두처방(시행)								
		2-2 의료기관 감염예방을 위한 감염관리 작업률	간담병상	매월/불기	안지연	60%이상	90.0%	90.0%	90.0%	100.0%
							90.0%	90.0%	90.0%	83.3%
		2-3 의료기관 의약품 초기평가 작업률	진료실/외상	불기	박강희	95.0%	95.0%	95.1%	90.0%	95.6%
		2-4 의료 안전진료 의료 무 48시간 이내 환수율	진료실/외상	불기	박강희	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%	100.0%
							90.0%	90.0%	90.0%	100.0%
		2-5 소환소환율 환자 수확률	간담실	불기	장성훈	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
							100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		2-6 응급실 소요시간(TAT) 1시간 이내 충족률	진료실/외상	불기	이수진	99.6%이상	99.0%	99.0%	99.0%	97.0%
							99.4%	99.7%	99.0%	96.6%
		2-7 48시간 이내 CT 결과 판독 결과 보고율 (TAT)	영상의학과	매월/불기	송정연	95.0%	95.0%	90.9%	90.0%	100.0%
							95.0%	94.0%	90.0%	95.0%
		2-8 응급실 소요시간(TAT) 120시간 이내 충족률	진료실/외상	매월/불기	오세훈 김종배	97.8%	90.0%	90.0%	99.0%	100.0%
							90.0%	100.0%	99.0%	100.0%
		2-9 100% 전 환자평가 수확률	수술실	불기	이재철	90%이상	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
					100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		
16	16-1	2-10 혈액 평가율	진료실/외상	불기	황진영	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
							0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
		2-11 응급상환(대응)율 구성비	응급실/외상	매월/불기	정영희	8%이상	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
							0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
		2-12 응급수술 시행률	신외/외상	불기	송정연 고지선	95%이상	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%
							100.0%	100.0%	100.0%	55.6%
		2-13 응급진료 사망률	응급실/외상	불기	김승기	5.5%이하	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
17	17-1	2-14 응급진료 사망률	외상실	불기	이경희	0.05%이하	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
							0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
		2-15 응급진료 사망률 무 24시간 이내 치료율/비율	진료실/외상	불기	박강희	90%이상	90.0%	90.0%	100.0%	96.0%
							90.0%	90.0%	100.0%	96.0%
		2-16 진료실/외상 응급진료 응급률	진료실/외상	매월/불기	윤연경	불기 10% 이상	90.0%	90.0%	90.0%	90.0%
							0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
		2-17 응급진료	응급실	불기	장성훈	480.0%이하	501.1%	740.0%	490.0%	139.9%
18	18-1	2-18 응급진료	응급실	불기	박강희	3.0%이하 (불기)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
							0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
		2-19 응급진료 응급률	응급실	불기	박강희	100% (2100명)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
							0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
		2-20 응급진료 응급률	응급실/외상	매월/불기	안지연	0.48%이하	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
							0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
19	19-1	2-21 응급진료	응급실	불기	서영환	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
							100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

〈 2-2 표준진료지침 개발 및 관리 〉

○ 중앙 및 자체개발 갱신·사업참여 횟수

구분	표준진료지침 명	실적	진료과	비고
합계		3		
신규질환 개발 계획서 제출	만성 신장병의 혈액투석	1	신장내과	
신규질환 개발 질환 사업 참여	자궁적출술	1	산부인과	국립중앙의료원 결과보고
주기적 갱신개발	관상동맥조영술	1	순환기내과	결과보고

○ 2024년 4분기 표준진료지침 활동 실적

구분	교육과정	목표	누적 실적	누적 달성률	추진실적
표준진료 지침 개발 및 관리	중앙 표준진료지침 개발·갱신 사업 참여 횟수	2회	3회	150.0%	▶ 2024년 공공의료 CP 신규CP 개발필요 질환 및 개발 참여 제출 - 만성신장병의 혈액투석 제출 ▶ 2024년 공공의료 CP 신규질환 사업 참여 개발 전자궁적출술 - 적정진료실-183(2024.03.12.) ▶ 2024년 표준진료지침 CP 갱신개발 - 관상동맥 조영술 주기적 갱신개발 시범적용 중
	팀구성 및 회의	4회	7회	150.0%	▶ 2024년도 공공의료CP 신규질환 - 전자궁적출술 신규개발(5회) - 관상동맥조영술 갱신개발(2회)
	표준진료지침 직원교육	30명	11명	383.3%	▶ 표준진료지침 직원교육 - 제1차 표준지침 모니터링 요원 기본교육 13명 (2024.02.28.) - 제2차 상반기 신규직원 교육 23명 (2024.03.11.) 추가 포함 - 제3차 표준진료지침 진료과 및 경영진 교육 40명(2024. 06.26.) - 제4차 심혈관센터 갱신개발관련 담당자 교육 44명(2024.7.11.)
	표준진료지침 적용률	90%	87.1%	96.8%	▶ 4분기 적용률 : 87.1%
	표준진료지침 적용 우수 직원 포상 및 지원	7회	7회	100.0	▶ CP적용 우수 진료과장 포상 - 1분기 : 대상 김기남(1정형외과장) - 2분기 : 대상 장재호(1내과장) - 3분기 : 대상 이치국(2내과장) - 4분기 : 대상 진료과(외과) ▶ 표준진료지침 모니터링 요원 포상 (2024.03.11.) ▶ 개발 및 결과보고 완료 후 포상
	환자 만족도 조사	4점	4.6점 4.7점	115.0%	▶ 2024년도 공공의료CP 신규질환 참여 개발, 갱신개발 - 전자궁적출술 환자 적용 후 만족도조사 결과보고 총2건 진행
	직원 만족도 조사	4점	3.8점 4.3점	107.5%	▶ 2024년도 공공의료CP 신규질환 참여 개발, 갱신개발 - 전자궁적출술 직원 적용 후 만족도조사 결과보고 총2건 진행

○ 4분기 표준진료지침 적용 및 완료 모니터링 현황

(건수, %)

진료과	10월 CP명	대상건수 (A)	적용건수 (B)	적용률 (B/A×100)	완료건수 (C)	완료율 (C/B×100)	종단 사유
합계		45	36	80.0	36	100	
내과	대장내시경용종제거술	21	21	100	21	100	
	프프가무시	6	0		0		미적용
산부인과	정상분만	1	1	100	1	100	
	제왕절개술	3	3	100	3	100	
일반외과	탈장	3	3	100	3	100	100
	복강경하 담낭절제술	2	1	50.0	1	100	
정형외과	경피적척추성형술	6	6	100	6	100	
	슬관절치환술	1	0		0		미적용
신경과	대상포진	1	0		0		
비뇨의학과	쇄석술	1	1	100	1	100	

진료과	11월 CP명	대상건수 (A)	적용건수 (B)	적용률 (B/A×100)	완료건수 (C)	완료율 (C/B×100)	종단 사유
합계		51	46	90.2	46	100	
내과	대장내시경용종제거술	19	19	100	19	100	
	프프가무시	4	0				미적용
순환기내과	관상동맥조영술	6	6	100	6	100	
산부인과	자궁절제술	1	1	100	1	100	
	제왕절개술	2	2	100	2	100	
일반외과	단순총수절제술(단순)	1	1	100	1	100	
	탈장	2	2	100	2	100	
정형외과	경피적척추성형술	15	15	100	15	100	
	슬관절치환술	1	0		0		미적용

진료과	12월 CP명	대상건수 (A)	적용건수 (B)	적용률 (B/A×100)	완료건수 (C)	완료율 (C/B×100)	종단 사유
합계		59	53	89.8%	53	100%	
내과	대장내시경용종제거술	23	23		23	100%	
	프프가무시	2	0		0		미적용
	경피내시경하위루술	2	2	100	2	100	
순환기내과	관상동맥조영술	5	5	100	5	100	
산부인과	제왕절개술	2	2	100	2	100	
	정상분만	2	2	100	2	100	
일반외과	성인탈장	2	2	100	2	100	
	단순총수절제술	2	2	100	2	100	
정형외과	경피적척추성형술	14	14	100	14	100	
	슬관절치환술	4	0		0		미적용
비뇨의학과	쇄석술	1	1	100	1	100	

○ 표준진료지침 모니터링

구분	CP명	2024년 목표	2023년 평균	개선목표	1분기	2분기	3분기	4분기
1	재원결계술	6일	5.87일	6일	6일	6일	6일	6일
2	경상분만	3일	3.0일	3일	3일	3일	3일	3일
3	요실금	2일	-	-	-	-	-	-
4	백내장 수술	당일	-	-	-	-	-	-
5	성인활장	5일	5.1일	5일	5.6일	5일	5일	4.9일
6	성형안과	당일	-	-	-	-	-	
7	단순중수절제술	5일	5.25일	5일	5일	5.3일	5일	5.7일
8	전자궁절제술	8일	2024년도 국립중앙의료원 신규질환 연계 개발					7일
9	복강경하 담낭절제술	6일	6일	6일	-	-	-	5일
10	프프가무시	5일	5일	5일	-	-	-	-
11	대장내시경 용종제거술	당일 (입원1일)	당일	당일	당일	당일	당일	당일
12	경피적척추성형술	9일 이하	4.72일	9일	8.8일	5.8일	9.1일	7.8일
13	관상동맥조영술	2일	2024년도 주기적 경신개발				2.9일	3일
14	대상포진	5일	9.83일	5일	-	-	9.0일	-
15	경피내시경하위루술	3일(당일)	7.83(당일)	3일(당일)	당일	당일	당일	당일
16	난소양성종양절제술	6일	6일	6일	7일	28일	7.8일	-
17	술관절치환술	28일	28일	28일	-	-	-	-
18	생식술	당일	당일	당일	당일	당일	당일	당일

○ 표준진료지침 중단 사유 분석

구분	퇴원연기 및 퇴원거부	조기퇴원	CP적용 적요	CP프로그램 오류	전과	미적용	합병증발생	변이 발생 수
합계	0	0	2	0	2	20	25	0
제왕절개술	-	-	-	-	-	-	-	-
정상분만	-	-	-	-	-	-	-	-
요실금	-	-	-	-	-	-	-	-
백내장 수술	-	-	-	-	-	-	-	-
성인탈장	-	-	-	-	-	2	-	-
성형안과	-	-	-	-	-	-	-	-
단순충수절제술	-	-	-	-	1	1	-	-
전자궁절제술	-	-	-	-	-	-	-	-
복강경아 담낭절제술	-	-	-	-	-	1	1	-
프프가무시	-	-	-	-	-	6	17	-
대장내시경 용종제거술	-	-	-	-	-	-	-	-
경피적 척추성형술	-	-	-	-	1	-	7	-
관상동맥조영술	-	-	2	-	-	-	-	-
대상포진	-	-	-	-	-	-	-	-
경피내시경하위루술	-	-	-	-	-	1	-	-
난소양성종양절제술	-	-	-	-	-	-	-	-
술관절치환술	-	-	-	-	-	9	-	-
대상포진	-	-	-	-	-	-	-	-

○ 표준진료지침 만족도 조사 결과보고

관상동맥조영술			자궁절제술	
사전조사 기간	2024.7.10.~7.31.(22일)		2024.6.17.~7.31.(25일간)	
사후조사 기간	2024.9.20.~10.31.(41일)		2024.9.20.~10.31.(41일간)	
환자 만족도 사전 / 사후	3.6	4.6	4.6	4.7
직원 만족도 사전 / 사후	3.8	4.3	3.8	4.3

- 표준진료지침 개발·갱신 활동

표준진료지침 개발·갱신 관리 활동	
	
< 산부인과 표준진료지침 회의 >	< 순환기내과 표준진료지침 담당자 교육 >
	
< 2024. 진료과장 표준진료지침 교육 및 협조 요청 >	< 공공의료 표준진료지침 연계 차공절제술 워크숍 >
 	 
< 표준진료지침CP 적용우수 진료과 포상 >	< 표준진료지침CP 개발 포상 관련>

< 2-3 질 향상(QI) 활동 활성화 >

○ QI활동 참여

연번	부서명	QI 주제	평가항목
			합계
1	간호간병통합 병동	육창교육을 통한 간호사 업무능력 향상	90.0
2	외래간호	외래 진료 대기시간 단축을 위한 개선활동	87.5
3	응급의료센터	응급실내원객 만족도 분석을 통한 고객만족도 향상(CQI)	88.4
4	간호과	임원생활안내문 동영상 제작	96.4
5	부대사업계	천사화를 통한 고객만족 향상 및 ESG 실천	96.4
6	중환자실	중심정맥관 관리를 통한 혈류감염 예방활동(CQI)	85.4
7	호스피스완화 의료병동	호스피스완화의료병동 환자 입원 서비스개선활동	87.5
8	수술실	마취약을 안전관리 활동(CQI)	87.4
9	건강증진센터	스마트검진 시스템 도입을 통한 고객서비스 개선	92.1
10	영상의학실	조영제 사용 검사 전 환자평가 실시율	88.9

○ 우수부서 지원(포상)

예산과목	내역	산출기초	예산액
합계			800,000
QI활동 성과보고회 (QI자원지원)	○ 최우수상	200,000 × 2	400,000
	○ 참가상	50,000 × 8	400,000
	○ 부대사업 바인더	150,000 × 1	150,000
	○ 수술실 EFENTO 무선온습도 센서기	109,000 × 1	109,000
	○ 외래 배너, 어깨띠	70,000 × 1	70,000

○ 원활한 QI 활동을 위한 부서 지원실시

- 부대사업(장례 종합안내를 위한 바인더)
- 수술실(EFENTO 무선온습도센서)
- 외래간호(진료대기 단축을 위한 배너, 어깨띠)
- QI 성과보고회를 통한 시상(2부서) 및 참가비(8부서) 지원

- 표준진료지침 개발·갱신 활동

질 향상(QI)활동 활성화



< 2024. 한국의료질향상학회 가을학술대회
호남지회장(남원의료원장) 좌장 참여 >



< 2024. 한국의료질향상학회 가을학술대회 QI 3편 등재 >



< 2024.간호부 QI활동 회의 참여 >



< 2024.외래간호부 QI활동 회의 참여 >



< QI활동 부서별 발표 >



< 2024. QI활동 성과보고 >

< 3-1 위원회 활동 >

○ 질 향상과 환자안전(QPS)위원회 운영

- 2024년도 제4차 정기 질 향상과 환자안전 QPS위원회 2024.10.24.(목)
- 2024년도 제1차 서면 질 향상과 환자안전 QPS위원회 2024.12.27.(금)

의안번호	제목	심의결정사항	비고
제2024-11호	2024년 제3차 정기 질 향상과 환자안전(QPS)위원회 (2024.7.24.)결과보고	재적위원11명중 8명 동의로 원안 접수	
제2024-12호	2024년 3분기 적정진료실 성과지표 모니터링 결과보고	재적위원11명중 8명 동의로 원안 접수	
제2024-13호	2024년도 환자확인 고장유형영향분석FMEA결과보고	재적위원11명중 8명 동의로 원안 접수	
제2024-14호	2024년 제4차 정기 질향상과 환자안전(QPS)위원회 (2024.10.24.)결과보고	재적위원 11명중 11명 동의로 원안 접수	
제2024-15호	2025년도 적정진료실 사업계획안	재적위원 11명중 11명 동의로 원안 심의결정	

< 3-2 전담자 및 직원 역량강화 >

○ 전담자 필수교육, 전문교육 참여(문의순, 장미화)

교육명	2024년도 환자안전 전담인력 보수교육		2024년도 환자안전 전담인력 신규교육			
교육일시	2024. 4.18./2024.5.22.~6.17		2024. 4. 18./2024.6.18~ 6. 20.			
교육장소	대면 연수교육(6시간)/온라인 연수교육(6시간)		대면 연수교육(6시간)/온라인 연수교육(6시간)			
교육주최	한국의료질향상학회/대한병원협회		대한병원협회			
대면교육내용	2024년 상반기 환자안전 전담자 보수교육					
온라인 교육내용	구분	학습 내용	시간	구분	학습 내용	시간
	1	QI활동방법	1	1	환자안전문화 측정 및 개선활동	1
	2	원내외환자안전사고보고학습 및 환류시스템	1	2	안전한 약물 사용	1
	3	환자안전사건발생시 disclosure와 피해자 지원	1	3	환자확인 개선활동 사례	1
	4	환자안전관리프로그램 운영계획 수립과운영	1	4	낙상관련 지표관리와 사례	1
	5	중대환자안전사고의무보고 및 KOPS포털 이용방법	1	5	의사소통향상 관련 지표관리와 사례	1
	6	환자확인 개선활동사례	1	6	환자확인 관련 지표관리와 사례	1

○ 전 직원 환자안전 교육(경영진 포함)

(단위 : 명, 연인원)

연번	일시	대상	주제	강사	비고
합계				(목표 : 800)	834
1	'24. 2. 28.	CP모니터링 담당자	2024년 표준진료지침 기본교육	김민지 (대전성모병원)	13
2	'24. 2. 28.	환자안전지킴이	질 향상과 환자안전관리	김민지 (대전성모병원)	19
3	'24. 2. 28.	QI활동 담당자	질 향상과 환자안전관리	김민지 (대전성모병원)	19
4	'24. 2. 28.	인증지표담당자	질 향상과 환자안전관리	김민지 (대전성모병원)	21
5	'24. 3. 4.	신규입사자	질 향상과 환자안전	문의순	19
6	'24. 3. 6.	신규간호사	질 향상과 환자안전사례	문의순, 장미화	15
7	'24. 3. 18.	신규입사자	질 향상과 환자안전	문의순	2
8	'24. 5. 22.	CP 담당부서	CP 리플릿 개발을 통한 교육자료 활용	문의순	18
9	'24. 6. 17.~24.	Alert system 관련 부서	Alert system 운영	정미화	189
10	'24. 6. 26.	진료과장 및 경영진	질 향상과 환자안전 및 표준진료지침 교육	문의순	40
11	'24. 7. 11.	CP담당 부서	표준진료지침 진료과 교육	최서원 과장	44
12	'24. 7. 22.	시설계(미화운영)	낙상예방교육	정미화	11
13	'24. 7. 22.	물리치료실	낙상예방교육	정미화	7
14	'24. 7. 22.	이송요원	질 향상과 환자안전	정미화	9
15	'24. 6. 5.~8. 14.	전직원	정확한 환자확인, 의료진간 정 확한 의사소통, 낙상예방활동, 질 향상과 환자안전 운영체계, 환자안전사건관리, 지표관리교육	온라인 통신교육	341
16	'24. 8. 16.	신규입사자(아반기)	질 향상과 환자안전	문의순	18
17	'24. 9. 27.	간호실습생	질 향상과 환자안전	문의순	5
18	'24. 9. 27.	환자안전 대응 관련 업무담당자(의사, 간호사, 행정직 등)	환자안전 사고예방	국립중앙의료원	21
19	'24. 10. 25.	의료질향상 업무담당자 등 (의사, 간호사, 행정직 등)	환자안전 문화 변화를 위한 특정*, 규정*, 변화관리* 방법	국립중앙의료원	23

- 전 직원 환자안전 교육(경영진포함)참여 활동

전 직원 환자안전 교육(경영진포함) 참여 활동



< 2024. 한국의료질향상학회 호남지역
환자안전 전담자 교육 >



< 2024.신규직원 하반기 교육 >



< 2024.국립중앙의료원 "찾아가는 방문교육" >



< 2024.국립중앙의료원 환자안전사고 예방 워크숍 >



< 2024. 관성동맥조영술 담당자 교육 >



< 2024. 환자안전 질향상 직원 교육 >

○ 각종 평가 결과 유지 및 개선활동 시행

- 34 -

IV 행정사항

□ 환류

○ 2025년도 사업 추진 시 사업별 환류 세부 사항 반영

전략 목표	전략과제	내용
1. 환자안전 시스템 구축	1-1. 환자안전 사건 관리강화	- 지속적인 교육 및 홍보를 통한 직원 환자안전 의식 향상 - 근접오류 보고 활성화를 통한 환자안전사고 예방
	1-2. 환자안전 활동 강화	4주기 인증 중간현장조사 대비를 위한 환자 라운딩으로 환자안전사고 예방 - 협업을 통한 환자안전 라운딩 실시로 위험요인 조기 발견 및 즉시 개선 - 환자 보호자 및 전 직원의 환자안전사고 예방을 위한 교육 강화
	1-3. 환자안전 문화 조성	- 환자안전 전담자 필수교육 참여와 외부기관 교육과 온라인 전문교육 적극 참여 - 조직 내 협업 문화 형성을 통한 부서 이해도 향상 및 관계 형성
2. 의료질 향상	2-1. 지표관리 활동 강화	- 지표 담당자와 부서원의 역량 강화 - 지표 개선 활동을 위한 1:1 교육, 외부 교육 참여 - 정기적 성과 측정과 관리를 통한 개선 활동 도출과 부서 및 전직원 간 성과 공유 - 결과의 목표 달성을 위한 개선 활동 지원 및 교육 강화
	2-2. 표준진료지침 개발 및 관리	- 국립중앙의료원과 연계사업을 통한 표준진료지침 개발·갱신 시 적극 개발 참여 - CP 개발을 위한 진료과 교육 및 포상을 통한 적극 참여 독려 - CP 개발 후 CP 사용부서에 매뉴얼 배포, CP 교육자료 리플렛 제작과 교육 및 배포 - 표준진료지침 모니터링 요원 협조를 통한 CP 적용 및 완료 향상
	2-3. 질 향상활동 활성화	- 관련 부서와 지속적인 feedback을 통한 관리 및 수정·보완을 통해 적용을 향상 및 개발 사업 참여 확대 - 적극적 참여를 통한 QI활동, 학술대회 및 교육 참여를 통한 역량강화로 수준높은 QI
3. 적정진료 실 역량강화	3-1. 위원회 활동	- 위원회 운영 활성화를 통한 위원회 역량 강화 - 지역사회 니즈 및 이슈 파악으로 직원뿐만 아니라 환자 및 보호자의 적극 참여 유도과 협업을 통한 감염계와 함께하는 환자안전 주간행사 진행
	3-2. 전담자 및 직원 역량강화	- 분기별 전 직원의 적정진료실 사업 관련 만족도조사 실시로 결과를 다음 분기 사업 적용 - 전담자 및 직원의 역량강화를 위한 학술대회 참여로 직원의 역량강화 및 인식 전환 - 적정관리계 협업 사업 관련 QI 활동 활성화, 성과지표의 개선활동 고도와, 표준진료지침의 부서별 적극 참여 및 의견수렴
	3-3. 각종평가 내실 화	4주기 인증 획득 후 지속적 관리 관련 하여 전 직원의 기준 이행으로 인증관리 활동 강화 4주기 인증 평가 후 2025년 인증 중간현장 조사 수감을 위한 준비 - 의료기관 인증 기준 관련 부서별 평가지표개발로 관리 격월 수행 후 결과보고 - 각종평가 철저히 준비

○ 2024년 적정진료실 사업 전 직원 대상 만족도 조사

- 적정진료실 사업 만족도 분석



- 항목별 만족도 조사

(%)

연번	항목	매우불만족	불만족	보통	만족	매우만족
1	환자안전사건관리	0	1	13	58	28
2	환자안전활동	0	1	12	58	29
3	질 향상(QI)활동	1	1	19	53	26
4	환자안전문화조성	0	1	15	56	28
5	환자안전 및 질 향상교육	0	2	15	55	28
6	표준진료지침 관리	0	2	24	46	27
7	의료기관 인증지표 관리	0	2	16	54	28

- 기타

연번	의견	비고
1	지속적인 관리와 피드백	신규사업 발굴
2	표준진료지침 관리 강화 필요	
3	부족한 부분에 대한 피드백	
4	신규임사자를 위한 인증지표 관리에 대한 직무교육	
5	QI 사후 관리	

□ 향후계획

- 정기 질 향상과 환자안전위원회 결과보고 2025. 1.
- 2024년도 적정진료실 사업 결과보고 공유 2025. 1.
- 2025년도 질 향상과 환자안전 사업 추진 2025. 1~12.

2024년도
적정진료실 사업 결과보고



전북특별자치도 남원의료원
JEONBUK STATE NAMWON MEDICAL CENTER

Ⅱ. 심의안건



의 안 번 호	제2025-3호
심의년월일	2025년 1월 23일

심의안건

2025년도 인증지표 주제 선정 심의(안)

2025년 제1차 정기
질 향상과 환자안전(QPS)위원회 상정안건

제 출 자	오 진 규 (전북특별자치도 남원의료원장)
제출년월일	2025년 1월 23일

2025년도 인증지표 주제 선정 심의(안)

의안 번호	제2025-3호
----------	----------

제출년월일 : 2025년 1월 23일

제출자 : 전라북도 남원의료원장

제안설명자 : 적정진료실장

1. 상정이유

- 4주기 급성기병원 인증기준에 따라 지표를 선정하여 모니터링하고 분석하여 개선 활동에 활용함으로써 환자안전과 질 향상을 도모하여야 하므로 각 부서에서 환자진료영역, 관리영역 지표를 우선순위에 따라 선정한 2025년도 인증지표 27개에 대하여 적정성을 심의하고자 상정함.

2. 주요내용

- 2025년도 인증지표 27개 주제 현황

연번	영역	지표명		담당부서	담당자
1	환자 안전 영역	환자확인	환자 확인율	적정진료실	장 미 화
2		의사소통	구두처방 후 24시간 이내 의사 처방 완수율	적정진료실	장 미 화
3		수술, 시술	수술, 시술 전 Time out 시행률	수술실	이 수 진
4		낙상	낙상 발생 보고율(1,000 재원일당)	적정진료실	장 미 화
5		손위생	손 위생 수행률	감염병센터	안 지 연
6		욕창	욕창 발생 보고율(1,000재원 일당)	적정진료실	김 현 정
7	환자 진료 영역	구두처방	구두/전화처방 절차 숙지율	적정진료실	장 미 화
		감염	의료관련 감염예방을 위한 환경 관리 적합률	감염병센터	안 지 연
8		환자평가	입원환자 의학적 초기평가 작성률	진료협력계	박 강 희

연번	영역	지표명		담당부서	담당자
9	환자 진료 영역	협의원료	응급 협의원료 의뢰 후 24시간 이내 회신율	진료협력계	박 강 희
10		심폐소생술	심폐소생술 술기 습득률	간호부	정 지 현
11		진단검사	응급검사 소요시간(TAT) 1시간 이내 충족률	진단검사실	이 승 현
12		영상검사	48시간 이내 CT환자 판독 결과 보고율(TAT)	영상의학실	황 정 연
13		병리검사	병리검사 소요시간(TAT) 120시간 이내 충족률	병리과	오 세 은
14		마취 및 진정	마취 전 환자평가 시행률	수술실	이 재 원
15		혈액제제	혈액 폐기율	진단검사실	방 진 희
16		응급실	중증환자 해당 구성비	응급의료센 터	정 명 화
17		모성 및 신생아	모유수유시행률	산모보건센 터	송 은 숙 고 지 선
18		사망률	중환자실 사망률	중환자실	김 슬 기
19		의약품사용	다품목 처방 비율	약제과	문 지 혜 오 미 경
20		의무기록	재원 중 수술 후 24시간 이내 치료계획 작성률	진료협력계	박 강 희
21	관리 영역	이용도	무인수납기 이용률	원무계	이 정 민
22		재무관리	개인 미수금 회수율	원무계	전 준 상
23		인사관리	간호사 이직률	총무계	박 은 미
24		직원교육	법정 필수교육 이수율	총무계	박 준 배
25		직원안전	직원의 혈액매개감염 노출 사고 발생률	감염병센터	안 지 연
26		환자만족도	환자만족도(신속한 민원처리)	기획계	김 성 희

※ 별첨 : 2025년도 부서별 인증지표 주제 우선순위 선정표 8부.

3. 심의 후 조치사항

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

지표 우선순위 선정표

연번	적정진료실 지표명	병원의 미션 및 병원 사업계획과의 연관성	내·외부 고객에 미치는 영향	국제환자안전 목표(IPSG) 등 환자안전과의 연관성이 높은 사안	국내외 평가기준	다빈도, 문제발생 가능성	개선 효과 및 성공 가능성	합 계	비 고
1점=Low, 3점= Medium, 9점=High									
1	구두/전화 처방 결과 속지율	3	9	9	3	9	9	42	선 정
2	구두/전화처방 후 24시간 이내 의사처방 환수율	3	3	3	3	9	3	24	
3	구두처방 후 입력 확인율	3	3	3	3	9	1	19	

우선순위	9	3	1
병원의 미션 및 병원 사업 계획과의 연관성	기관 핵심사업 또는 기관 중점관리지표 관련 사업	기관 핵심사업과 관련 있는 부서 단위사업이 나 부서차원 중점 관리지표 관련 사업	기관 핵심사업이나 미션과 연관성이 적은 부서 단위사업
내·외부 고객에게 미치는 영향이 큰 사안	내·외부고객에게 미치 는 영향이 큰 경우	내·외부 고객에게 미치는 영향이 있는 경우	내·외부 고객에게 미치 는 영향이 거의 없는 경우
국제환자안전목표(IPSG) 등 환자안전과의 연관성이 높은 사안	적신호 사건 수준의 심각한 위험이 예상 되는 경우	적신호사건수준은 아니나 위험이 예상되는 경우	위험이 예상되지 않거 나 근접오류 수준
국내외 평가 기준	인증기준에서 직접 평가하는 항목	인증평가항목을 충족 하기 위한 관련사업	인증기준과 연관성이 적은 사업
다빈도, 문제 발생 가능성이 높은 사안	기관 내 10위권 내 다빈도 발생하는 상병 이나 외과적 시술	기관 내 주요 진료 영역	발생빈도가 매우 적은 경우
개선 효과 및 성공 가능성	개선 활동의 효과가 3개월 이내 나타나거 나 별다른 자원투입이 필요 없는 경우	개선 활동의 효과가 6개월 이내 나타나 거나 예산범위에서 자원이 투입되는 경우	개선 활동의 효과가 6개월 이상 기간이 소 요되거나 기관 자원 의 자원투입이 필요한 경우

※ 국제환자안전목표 IPSG(International Patient Safety Goal)
※ 6가지 사항의 점수 합계를 계산하여 총점의 70%(38점) 이상이 되는 지표를 선정

지표 우선순위 선정표

연번	영상의학과 지표명	병원의 미션 및 병원 사업계획과의 연관성	내·외부 고객에 미치는 영향	국제환자안전 목표(IPSG) 등 환자안전과의 연관성이 높은 사안	국내외 평가기준	다빈도 문제 발생 가능성	개선 효과 및 성공 가능성	합 계	비 고
1점=Low, 3점= Medium, 9점=High									
1	이상감사결과보고 (CVR)	3	3	9	9	3	9	36	
2	48시간 이내 CT환자 만족 결과 보고율 (TAT)	3	9	9	9	3	9	42	선 정
3	TLD 선량관리	1	1	1	1	3	3	10	
4									

우선순위	9	3	1
병원의 미션 및 병원 사업 계획과의 연관성	기관 핵심사업 또는 기관 중점 관리 지표 관련 사업	기관 핵심사업과 관련 있는 부서 단위 사업이나 부서 차원 중점 관리 지 표 관련 사업	기관 핵심사업이나 미션과 연관성이 적은 부서 단위 사업
내·외부 고객에게 미치는 영향이 큰 사안	내·외부 고객에게 미치 는 영향이 큰 경우	내·외부 고객에게 미치 는 영향이 있는 경우	내·외부 고객에게 미치 는 영향이 거의 없는 경우
국제환자안전목표(IPSG) 등 환자안전과의 연관성이 높은 사안	적신호 사건 수준의 심각한 위험이 예상 되는 경우	적신호 사건 수준은 아니나 위험이 예상되는 경우	위험이 예상되지 않거 나 근접 오류 수준
국내외 평가 기준	인증기준에서 직접 평가하는 항목	인증평가항목을 충족 하기 위한 관련 사업	인증기준과 연관성이 적은 사업
다빈도 문제 발생 가능성이 높은 사안	기관 내 10위권 내 다빈도 발생하는 상병 이나 외과적 시술	기관 내 주요 진료 영역	발생빈도가 매우 적은 경우
개선 효과 및 성공 가능성	개선 활동의 효과가 3개월 이내 나타나거 나 별다른 자원투입이 필요 없는 경우	개선 활동의 효과가 6개월 이상 기간이 소 요되거나 기관 자원 의 자원투입이 필요한 경우	개선 활동의 효과가 6개월 이상 기간이 소 요되거나 기관 자원 의 자원투입이 필요한 경우

※ 국제환자안전목표 IPSG(International Patient Safety Goal)
※ 6가지 사항의 점수 합계를 계산하여 총점의 70%(38점) 이상이 되는 지표를 선정

지표 우선순위 선정표

연번	진단검사학실 지표명	병원의 미션 및 병원 사업계획과의 연관성	내·외부 고객에 미치는 영향	국제환자안전 목표(IPSG) 등 환자안전과의 연관성이 높은 사안	국내외 평가기준	다빈도 문제 발생 가능성	개선 효과 및 성공 가능성	합 계	비 고
1점=Low, 3점= Medium, 9점=High									
1	이상감사결과보고 (CVR)	3	3	3	9	3	9	30	
2	혈액배기율	3	9	3	9	9	9	42	선 정
3	부적합검체관리	1	3	1	3	3	3	14	
4									

우선순위	9	3	1
병원의 미션 및 병원 사업 계획과의 연관성	기관 핵심사업 또는 기관 중점 관리 지표 관련 사업	기관 핵심사업과 관련 있는 부서 단위 사업이나 부서 차원 중점 관리 지 표 관련 사업	기관 핵심사업이나 미션과 연관성이 적은 부서 단위 사업
내·외부 고객에게 미치는 영향이 큰 사안	내·외부 고객에게 미치 는 영향이 큰 경우	내·외부 고객에게 미치는 영향이 있는 경우	내·외부 고객에게 미치 는 영향이 거의 없는 경우
국제환자안전목표(IPSG) 등 환자안전과의 연관성이 높은 사안	적신호 사건 수준의 심각한 위험이 예상 되는 경우	적신호 사건 수준은 아니나 위험이 예상되는 경우	위험이 예상되지 않거 나 근접 오류 수준
국내외 평가 기준	인증기준에서 직접 평가하는 항목	인증평가항목을 충족 하기 위한 관련 사업	인증기준과 연관성이 적은 사업
다빈도 문제 발생 가능성이 높은 사안	기관 내 10위권 내 다빈도 발생하는 상병 이나 외과적 시술	기관 내 주요 진료 영역	발생빈도가 매우 적은 경우
개선 효과 및 성공 가능성	개선 활동의 효과가 3개월 이내 나타나거 나 별다른 자원투입이 필요 없는 경우	개선 활동의 효과가 6개월 이내 나타나 거나 예산 범위에서 자원이 투입되는 경우	개선 활동의 효과가 6개월 이상 기간이 소 요되거나 기관 자원 의 자원투입이 필요한 경우

※ 국제환자안전목표 IPSG(International Patient Safety Goal)
※ 6가지 사항의 점수 합계를 계산하여 총점의 70%(38점) 이상이 되는 지표를 선정

지표 우선순위 선정표

연번	감염병센터 지표명 (관리영역)	병원의 미션 및 병원 사업계획과의 연관성	내·외부 고객에 미치는 영향	국제환자안전 목표(IPSG) 등 환자안전과의 연관성이 높은 사안	국내외 평가기준	다빈도, 문제 발생 가능성	개선 활동 유무성	합 계
1점=Low, 3점= Medium, 9점=High								
1	직원의 혈액배기감염 노출사고 발생률	9	9	3	9	3	9	42
2	직원의 체액노출 노출사고 발생률	1	3	3	3	1	1	12

우선순위	9	3	1
병원의 미션 및 병원 사업 계획과의 연관성	기관 핵심사업 또는 기관 중점관리지표 관련 사업	기관 핵심사업과 관련 있는 부서 단위사업이 나 부서차원 중점 관리지표 관련 사업	기관 핵심사업이나 미션과 연관성이 적은 부서 단위사업
내·외부 고객에게 미치는 영향이 큰 사안	내·외부고객에게 미치 는 영향이 큰 경우	내·외부 고객에게 미치 는 영향이 있는 경우	내·외부 고객에게 미치 는 영향이 거의 없는 경우
국제환자안전목표(IPSG) 등 환자안전과의 연관성이 높은 사안	적신호 사건 수준의 심각한 위험이 예상 되는 경우	적신호사건수준은 아니나 위험이 예상되는 경우	위험이 예상되지 않거 나 근접오류 수준
국내외 평가 기준	인증기준에서 직접 평가하는 항목	인증평가항목을 충족 하기 위한 관련사업	인증기준과 연관성이 적은 사업
다빈도, 문제 발생 가능성이 높은 사안	기관 내 10위권 내 다빈도 발생하는 상병 이나 외과적 시술	기관 내 주요 진료 영역	발생빈도가 매우 적은 경우
개선 활동의 용이성	개선활동의 효과가 3개월 이내 나타나거 나 별다른 자원투입이 필요 없는 경우	개선 활동의 효과가 6개월 이내 나타나 거나 예산범위에서 자원이 투입되는 경우	개선 활동의 효과가 6개월 이상 기간이 소 요되거나 기관 자원 의 자원투입이 필요한 경우

※ 6가지 사항의 점수 합계를 계산하여 총점의 70%(38점)이상이 되는 지표를 선정
선정근거: QPS 위원회

부록 1. 지표 우선순위 선정표

지표 우선순위 선정표

연번	병리와 지표명	병원 의 미션 및 병원 사업계획과 의 연관성	내·외부 고객에 미치는 영향	국제환자안전 목표(IPSG) 등 환자안전과의 연관성이 높은 사안	국내·외 평가기준	다빈도 문제 발생 가능성	개선 효과 및 성공 가능성	합 계	비 고	
		1점=Low, 3점= Medium, 9점=High								
1	이상검사결과보고 (CVR)	3	3	3	9	3	9	30		
2	병리검사 소요시간 120시간 이내 충족율 (TAT)	9	9	3	9	9	9	48	선 정	
3	부적합검체관리	1	3	1	3	3	3	14		
4										

우선순위	점수		
	9	3	1
병원의 미션 및 병원 사업 계획과의 연관성	기관 핵심사업 또는 기관 중점 관리 지표 관련 사업	기관 핵심사업과 관련 있는 부서 단위 사업이나 부서 차원 중점 관리 지표 관련 사업	기관 핵심사업이나 미션과 연관성이 적은 부서 단위 사업
내·외부 고객에게 미치는 영향이 큰 사안	내·외부 고객에게 미치는 영향이 큰 경우	내·외부 고객에게 미치는 영향이 있는 경우	내·외부 고객에게 미치는 영향이 거의 없는 경우
국제환자안전목표(IPSG) 등 환자안전과의 연관성이 높은 사안	적신호 사건 수준의 심각한 위해가 예상 되는 경우	적신호 사건 수준은 아니나 위해가 예상되는 경우	위해가 예상되지 않거나 근접 오류 수준
국내외 평가 기준	인증기준에서 직접 평가하는 항목	인증평가항목을 충족하기 위한 관련 사업	인증기준과 연관성이 적은 사업
다빈도 문제 발생 가능성이 높은 사안	기관 내 10위권 내 다빈도 발생하는 상병이나 외과적 시술	기관 내 주요 진료 영역	발생빈도가 매우 적은 경우
개선 효과 및 성과 가능성	개선 활동의 효과가 3개월 이내 나타나거나 별다른 자원투입이 필요 없는 경우	개선 활동의 효과가 6개월 이내 나타나거나 예산 범위에서 자원이 투입되는 경우	개선 활동의 효과가 6개월 이상 기간이 소요되거나 기관 차원의 자원투입이 필요한 경우

※ 국제환자안전목표 IPSG(International Patient Safety Goal)

※ 6가지 사항의 점수 합계를 계산하여 총점의 70%(38점) 이상이 되는 지표를 선정

부록 1. 지표 우선순위 선정표

지표 우선순위 선정표

연번	산모보건센터 지표명	병원의 미션 및 병원 사업계획과 의 연관성	내·외부 고객에게 미치는 영향	국제환자안전 목표(IPSG) 등 환자안전과의 연관성이 높은 사안	국내·외 평가기준	다빈도 문제 발생 가능성	개선 효과 및 성과 가능성	합 계	비 고	
		1점=Low, 3점= Medium, 9점=High								
1	모유수유 시행률	9	9	1	3	9	9	40		
2	산모의 산전 진찰 관리율	3	3	1	3	3	3	16		
3	산모의 산후 검사 관리율	3	3	1	3	3	3	16		
4										

우선순위	점수		
	9	3	1
병원의 미션 및 병원 사업 계획과의 연관성	기관 핵심사업 또는 기관 중점 관리 지표 관련 사업	기관 핵심사업과 관련 있는 부서 단위 사업이나 부서 차원 중점 관리 지표 관련 사업	기관 핵심사업이나 미션과 연관성이 적은 부서 단위 사업
내·외부 고객에게 미치는 영향이 큰 사안	내·외부 고객에게 미치는 영향이 큰 경우	내·외부 고객에게 미치는 영향이 있는 경우	내·외부 고객에게 미치는 영향이 거의 없는 경우
국제환자안전목표(IPSG) 등 환자안전과의 연관성이 높은 사안	적신호 사건 수준의 심각한 위해가 예상 되는 경우	적신호 사건 수준은 아니나 위해가 예상되는 경우	위해가 예상되지 않거나 근접 오류 수준
국내외 평가 기준	인증기준에서 직접 평가하는 항목	인증평가항목을 충족하기 위한 관련 사업	인증기준과 연관성이 적은 사업
다빈도 문제 발생 가능성이 높은 사안	기관 내 10위권 내 다빈도 발생하는 상병이나 외과적 시술	기관 내 주요 진료 영역	발생빈도가 매우 적은 경우
개선 효과 및 성과 가능성	개선 활동의 효과가 3개월 이내 나타나거나 별다른 자원투입이 필요 없는 경우	개선 활동의 효과가 6개월 이내 나타나거나 예산 범위에서 자원이 투입되는 경우	개선 활동의 효과가 6개월 이상 기간이 소요되거나 기관 차원의 자원투입이 필요한 경우

※ 국제환자안전목표 IPSG(International Patient Safety Goal)

※ 6가지 사항의 점수 합계를 계산하여 총점의 70%(38점) 이상이 되는 지표를 선정

부록 1. 지표 우선순위 선정표

지표 우선순위 선정표

연번	약제과 지표명	병원의 미션 및 병원 사업계획과 의 연관성	내·외부 고객에 미치는 영향	국제환자안전 목표(IPSG) 등 환자안전과의 연관성이 높은 사안	국내·외 평가기준	다빈도 문제 발생 가능성	개선 효과 및 성공 가능성	합 계	비 고	
		1점=Low, 3점= Medium, 9점=High								
1	다목적 처방 비율	9	9	3	3	9	9	42		
2	DUR 정보제공 처방 변경률	3	3	9	9	3	3	30		

우선순위	점수		
	9	3	1
병원의 미션 및 병원 사업 계획과의 연관성	기관 핵심사업 또는 기관 중점 관리 지표 관련 사업	기관 핵심사업과 관련 있는 부서 단위 사업이나 부서 차원 중점 관리 지표 관련 사업	기관 핵심사업이나 미션과 연관성이 적은 부서 단위 사업
내·외부 고객에게 미치는 영향이 큰 사안	내·외부 고객에게 미치는 영향이 큰 경우	내·외부 고객에게 미치는 영향이 있는 경우	내·외부 고객에게 미치는 영향이 거의 없는 경우
국제환자안전목표(IPSG) 등 환자안전과의 연관성이 높은 사안	적신호 사건 수준의 심각한 위해가 예상 되는 경우	적신호 사건 수준은 아니나 위해가 예상되는 경우	위해가 예상되지 않거나 근접 오류 수준
국내외 평가 기준	인증기준에서 직접 평가하는 항목	인증평가항목을 충족하기 위한 관련 사업	인증기준과 연관성이 적은 사업
다빈도 문제 발생 가능성이 높은 사안	기관 내 10위권 내 다빈도 발생하는 상병이나 외과적 시술	기관 내 주요 진료 영역	발생빈도가 매우 적은 경우
개선 효과 및 성과 가능성	개선 활동의 효과가 3개월 이내 나타나거나 별다른 자원투입이 필요 없는 경우	개선 활동의 효과가 6개월 이내 나타나거나 예산 범위에서 자원이 투입되는 경우	개선 활동의 효과가 6개월 이상 기간이 소요되거나 기관 차원의 자원투입이 필요한 경우

※ 국제환자안전목표 IPSG(International Patient Safety Goal)

지표 우선순위 선정표

연번	감염병센터 (환자진료영역) 지표명	병원의 미션 및 병원 사업계획과의 연관성	내/외부 고객에 미치는 영향	국제환자안전 목표(IPSG) 등 환자안전과의 연관성이 높은 사안	국내외 평가기준	다빈도, 문제발생 가능성	개선활동 용이성	합계
		1점=Low, 3점= Medium, 9점=High						
1	중심정맥관과 관련 혈류 감염발생률	1	1	3	3	1	3	12
2	의료관련 감염예방을 위한 환경관리 적합률	9	3	3	9	3	9	36

우선순위	점수		
	9	3	1
병원의 미션 및 병원 사업 계획과의 연관성	기관 핵심사업 또는 기관 중점관리지표 관련 사업	기관 핵심사업과 관련 있는 부서 단위사업이나 부서차원 중점 관리지표 관련 사업	기관 핵심사업이나 미션과 연관성이 적은 부서 단위사업
내·외부 고객에게 미치는 영향이 큰 사안	내·외부고객에게 미치는 영향이 큰 경우	내·외부고객에게 미치는 영향이 있는 경우	내·외부고객에게 미치는 영향이 거의 없는 경우
국제환자안전목표(IPSG) 등 환자안전과의 연관성이 높은 사안	적신호 사건 수준의 심각한 위해가 예상 되는 경우	적신호사건수준은 아니나 위해가 예상되는 경우	위해가 예상되지 않거나 근접오류 수준
국내외 평가 기준	인증기준에서 직접 평가하는 항목	인증평가항목을 충족하기 위한 관련사업	인증기준과연관성이 적은 사업
다빈도 문제발생 가능성이 높은 사안	기관 내 10위권 내 다빈도 발생하는 상병이나 외과적 시술	기관 내 주요 진료 영역	발생빈도가 매우 적은 경우
개선 활동의 용이성	개선활동의 효과가 3개월 이내 나타나거나 별다른 자원투입이 필요 없는 경우	개선활동의 효과가 6개월 이내 나타나거나 예산범위에서 자원이 투입되는 경우	개선활동의 효과가 6개월 이상 기간이 소요되거나 기관차원의 자원투입이 필요한 경우

※ 6가지 사항의 점수 합계를 계산하여 총점의 70%(38점) 이상이 되는 지표를 선정

선정근거: QPS 위원회



의 안 번 호	제2025-4호
보 고 년 월 일	2025년 1월 23일

심의안건

2025년도 QI 활동 주제 선정 심의(안)

2025년 제1차 정기
질 향상과 환자안전(QPS)위원회 상정안건

제 출 자	오 진 규 (전북특별자치도 남원의료원장)
제 출 년 월 일	2025년 1월 23일

2025년도 QI 활동 주제 선정 심의(안)

의안 번호	제2025-4호
----------	----------

제출년월일 : 2025년 1월 23일

제출자 : 전북특별자치도 남원의료원장

제안설명자 : 적정진료실장

1. 상정이유

- 의료기관 차원 전반의 지속적이고 효율적인 질 향상과 환자안전을 위한 QI 활동을 통하여 양질의 의료서비스를 제공하기 위하여 2025년도 QI 활동 주제를 선정하고자 심의 상정함.

2. 주요내용

- 2025년도 부서별 주제 선정을 통한 QPS위원회 우선순위 선정 결과

2025년도 QI활동 우선순위 선정 결과			
연번	주제명	합계	순위
1	수술기구 청결도 관리	605	1
2	검사실 내 낙상예방 활동	580	2
3	간호기록 무엇이 문제인가? 간호기록 품질 개선	561	3
4	소화성 궤양용제 전산 심사를 통한 식감률 저하	510	4
5	관상동맥조영술 시술 전 교육이 불안과 고객만족에 미치는 효과	502	5
6	진료 의뢰·회송 활성화 활동	502	6
7	응급환자분류도구(KTAS)인식개선을 통한 고객 만족도 향상	498	7
8	직원교육 향상활동(연간 교육일정표 직원 공유하기)	482	8

9	물리치료실 이용안내문 제작 활동	476	9
10	온실가스 감축을 통한 탄소중립 실천	450	10
11	업무 프로세스 개선	444	11
12	정확한 환자확인 수행률 향상활동	432	12
13	손위생 수행 증진 활동	414	13
14	모유수유 수행률 향상활동	400	14
15	촬영 대기시간 단축을 위한 개선활동	358	15
16	중심정맥관 관리를 통한 혈류감염 예방활동(CQI)	354	16
17	화재예방 활동	352	17
18	혈액투석 환자를 위한 교육 프로그램 개발	348	18
19	고객공감으로 환자만족도 향상	342	19
20	종합검진 수검자 만족도 향상	342	20
21	퇴원 프로세스 개선 활동	342	21
22	환자배식시간의 안정화	332	22
23	공공의료사업(의료비 지원, 무료간병 등) 인지도 향상	276	23
24	수의계약 운영 강화	262	24
25	수익 증대를 위한 개선활동	220	25

※ 붙임 : 2025년도 QPS위원회의 QI 활동 주제 우선순위 선정표 11부.

3. 심의 후 조치사항

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

2025년도 QI 활동 주제 QPS 위원회 우선순위 선정

평가자: 오진하 평가자 : 평가자 : 김태인 김성민

평가자 : 박영희 H54-0

평가자 : 김기범 김기범평가자 : 

평가자 : 이범곡

평가자: 243 by

평가자 : 홍기성

평가자 : 김기수, 이영희

평가자 : 김지민 김지민/



의 안 번 호	제2025-5호
보 고 년 월 일	2025년 1월 23일

심의안건

2025년도 적정진료실 교육 실시계획 심의(안)

2025년 제1차 정기
질 향상과 환자안전(QPS)위원회 상정안건

제 출 자	오 진 규 (전북특별자치도 남원의료원장)
제출년월일	2025년 1월 23일

2025년도 적정진료실 교육 실시계획 심의(안)

의안 번호	제2025-5호
----------	----------

제출년월일 : 2025년 1월 23일

제 출 자 : 전북특별자치도 남원의료원장

제안설명자 : 적정진료실장

1. 상정이유

- 직원의 지식과 기술을 유지, 발전시켜 역량강화 및 향상을 도모하고 환자안전의 목표를 달성하기 위한 체계적인 교육을 시행하기 위하여
- 2025년 지역거점 공공병원 운영평가 지침과 각종 평가 부분의 내실화를 위함이며, 우리 의료원에서는 전문적이고 체계적인 환자안전 교육을 통한 안전한 병원문화 조성 및 질 향상과 환자안전 관리활동을 수행할 수 있도록 필요한 교육을 계획 후 실시하기 위해 심의 상정함.

2. 주요내용

- 관련근거
 - 「환자안전법 시행규칙」 제10조(환자안전 활동에 관한 교육)
 - 4주기 의료기관 인증 평가 기준 10.5(직원교육)
 - 2024년 지역거점 공공병원 운영평가 지침1.1.4(질향상과 환자안전교육계획 수립)
 - 2025년도 QPS 사업계획(적정관리계-760, 2024.12.20.) 등
- 의결사항
 - 2025년도 적정진료실 교육 실시계획

※ 붙임 : 2025년도 적정진료실 교육 실시계획 1부.

3. 심의 후 조치사항

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

2025년도 적정진료실 교육 실시계획

- ◆ 직원의 지식과 기술을 유지, 발전시켜 역량개발 및 향상을 도모하고 환자 안전의 목표를 달성하기 위한 체계적인 교육을 시행하기 위함

I 추진근거

□ 관련근거

- 「환자안전법」 제13조(환자안전 활동에 관한 교육)
- 4주기 의료기관인증 평가 기준 10.5(직원교육)
- 2024년 지역거점 공공병원 운영평가 기준 1.1.4(질향상과 환자안전 교육 계획 수립)
- 2025년도 적정진료실 사업계획(적정관리계-760 2024.12.20.)

II 추진개요

□ 기본방향

목 표	전문적이고 체계적인 환자안전 교육을 통한 안전한 병원				
추진 방향	필수교육	특성화교육	신규직원 교육	기타교육	실습학생 교육
	○ 질향상과 환자안전 (전직원)	○ 지표관리	○ 질향상과 환자안전	○ QI활동 ○ 표준진료지침 ○ 전담자 보수 연수교육 등	○ 질향상과 환자안전

□ 교육체계



□ 교육목표

(단위 : 회)

목표	교육과정	단위	2024년 목표	비고
안전한 병원	계		22	
	필수교육	회	1	
	특성화 교육	회	1	
	신규직원 교육	회	2	
	기타교육	회	17	
	실습학생 교육	회	1	

□ 세부 교육목표

(단위 : 명)

교육과정	교육주제	대상	교육인원	비고
합계			810	
필수	질 향상과 환자안전	전직원	367	집체/통신교육
특성화	인증 지표관리	인증지표 담당자	13	집체교육
신규직원	질 향상과 환자안전	신규직원	20	집체교육
기타	질 향상과 환자안전	환자안전지킴이	20	집체교육
	표준전료지침	담당자 및 부서	20	집체교육
	AI활동	담당부서	20	집체교육
	환자안전 Alert System	환자 접점	100	집체교육
	낙상예방	환자 접점, 환자/보호자	200	대면/리플릿
	환자안전전담자 보수교육 등	환자안전전담자	20	연수교육
실습학생	질 향상과 환자안전	실습학생	30	집체교육

Ⅲ 추진계획

□ 필수교육

구분	내용			
교육대상	▶ 전 직원(연 1회)			
교육목적	▶ 4주기 의료기관 인증평가 지침 관련 기준 이행 ▶ 환자안전에 대한 인식 강화로 자발적인 환자안전 활동 수행			
교육기간	▶ 2025. 1. ~ 2025. 12.			
교육인원	▶ 연간 교육인원 : 367명(2024년12월 기준) (단위 : 명)			
	교육주제	교육명	교육인원	비고
	질 향상과 환자안전	질 향상과 환자안전	367	
교육내용	▶ 의료기관인증 필수교육 : 질 향상과 환자안전 ○ 정확한 환자확인 ○ 구두처방과 PRN 처방 ○ 낙상, 욕창 예방법 ○ 낙상, 욕창 고위험군의 관리와 예방법 ○ 환자의 권리와 의무, 사생활 보호 ○ 취약환자 권리보호 ○ 환자안전법 ○ 적신호 사건, 근접 오류, 위해사건 ○ 의료 질 관리의 중요성 ○ 의료 질 향상 활동과 표준전료지침 등			
기타사항	▶ 통신교육 및 점재교육 ▶ 전라북도 인재개발원 사이버교육센터의 교육과정 활용			

※ 입, 퇴사자 따라 교육 인원 및 세부적인 교육내용 변경 가능

□ 특성화 교육

구분	내용			
교육대상	▶ 지표관리 담당자			
교육목적	▶ 4주기 의료기관 인증평가 지침 관련 기준 이행 ▶ 지표 담당자의 역량 강화로 지표관리의 내실화 강화			
교육기간	▶ 2025. 2.			
교육인원	▶ 연간 교육인원 : 13명			
	(단위 : 명)			
	교육주제	교육명	교육인원	비고
	지표교육	지표관리 실무(기본)	13	지표 담당자
교육내용	▶ 지표교육 ○ 지표 개요 ○ 지표 관리체계 ○ 지표 선정 및 지표 모니터링(환자안전영역, 진료영역, 관리영역) ○ 지표 분석 및 개선활동 등			
기타사항	▶ 원내 교육 : 집체교육(외부강사 초청) ▶ 외부 교육 : 국립중앙의료원, 학회 및 협회 일정에 따름 ▶ 찾아가는 교육 ○ 필요시 개선 활동에 대한 교육(적정관리계 취합 및 지원) ○ 교육을 요청한 부서(부서 요청) ○ 필요시 각 진료과 및 병동 담당자 기본교육			

※ 관리 결과 및 부서 요청에 따라 교육 일정 변경 가능

□ 신규직원 교육

구분	내용			
교육대상	▶ 신규 입사 직원			
교육목적	▶ 4주기 의료기관 인증평가 지침 기준 관련 ▶ 환자안전에 대한 인식 강화 ▶ 직무수행에 필요한 실무지식 습득으로 환자안전사고 예방			
교육기간	▶ 상반기 : 2025.03. ▶ 하반기 : 2025.09			
교육인원	▶ 연간 교육인원 : 20명			
	(단위 : 명)			
	교육주제	교육명	교육인원	비고
	질 향상과 환자안전	질 향상과 환자안전	20	2회 (상, 하반기)
교육내용	▶ 질 향상과 환자안전 교육 ○ 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			
기타사항	▶ 원내 교육 : 전체교육			

※ 신규 입사자 발생 시점에 따라 교육 일정 변경 가능

□ 기타교육

구분	내용																																
교육대상	▶ 해당 직원, 접점부서, 환자/보호자 ▶ QI 활동 담당자 ▶ 표준진료지침 담당부서																																
교육목적	▶ 4주기 의료기관 인증평가 지침 관련 기준 이행 ▶ 직원의 지식과 기술을 유지, 발전시켜 직무능력 향상 ▶ 직무에 대한 이해도 향상 및 직무역량 강화 ▶ QI 담당자의 역량 강화로 QI활동의 내실화 강화 ▶ 표준진료지침 담당자의 역량 강화로 환자 및 보호자 만족도 향상																																
교육기간	▶ 2025. 1. ~ 2025. 12.																																
교육인원	▶ 연간 교육인원 : 390명 (단위 : 명) <table><tr><th>교육주제</th><th>교육명</th><th>교육인원</th><th>비고</th></tr><tr><td></td><td></td><td>390</td><td></td></tr><tr><td>질 향상과 환자안전</td><td>환자안전 지킴이 역할 및 안전 활동</td><td>20</td><td>환자안전지킴이</td></tr><tr><td>표준진료지침</td><td>표준진료지침 기본</td><td>30</td><td>담당자 및 부서</td></tr><tr><td>QI활동</td><td>질 향상 활동 방법</td><td>20</td><td>담당부서</td></tr><tr><td>환자안전 Alert System</td><td>환자안전 Alert system 운영</td><td>100</td><td>환자 접점</td></tr><tr><td>낙상예방</td><td>낙상예방활동</td><td>200</td><td>환자 접점, 환자/보호자</td></tr><tr><td>환자안전전담자 보수교육 등</td><td>전담자 역량 강화 및 보수교육</td><td>20</td><td>환자안전전담자</td></tr></table>	교육주제	교육명	교육인원	비고			390		질 향상과 환자안전	환자안전 지킴이 역할 및 안전 활동	20	환자안전지킴이	표준진료지침	표준진료지침 기본	30	담당자 및 부서	QI활동	질 향상 활동 방법	20	담당부서	환자안전 Alert System	환자안전 Alert system 운영	100	환자 접점	낙상예방	낙상예방활동	200	환자 접점, 환자/보호자	환자안전전담자 보수교육 등	전담자 역량 강화 및 보수교육	20	환자안전전담자
교육주제	교육명	교육인원	비고																														
		390																															
질 향상과 환자안전	환자안전 지킴이 역할 및 안전 활동	20	환자안전지킴이																														
표준진료지침	표준진료지침 기본	30	담당자 및 부서																														
QI활동	질 향상 활동 방법	20	담당부서																														
환자안전 Alert System	환자안전 Alert system 운영	100	환자 접점																														
낙상예방	낙상예방활동	200	환자 접점, 환자/보호자																														
환자안전전담자 보수교육 등	전담자 역량 강화 및 보수교육	20	환자안전전담자																														

교육내용	▶ 환자안전 지침이 교육 ◦ 지침이 역할 및 환자안전 지표 모니터링 방법, 원내 환자안전 활동 방법 ▶ QI 활동 교육 ◦ QI 개념 및 질 향상 활동 방법(PDCA)과 도구의 이해, 관리 ◦ 질 향상 활동 우선순위 선정, 자료 분석, 개선 활동 방안 등 ▶ 표준진료지침 담당자 교육 ◦ 개발·경신 표준진료지침에 대한 기본교육 ◦ 교육자료(리플렛)를 통한 담당자 교육으로 환자 및 보호자의 만족도 향상 ◦ 각 병동에 비치된 메뉴얼을 통한 표준진료지침 사용 교육 ▶ 환자안전 Alert System 교육 ◦ 전산 내 Alert system 등록 및 해지 방법 등 ▶ 낙상 예방 교육 ◦ 낙상 예방 지침서 교육, 낙상 발생 시 대처요령 등 ▶ 환자 및 보호자 교육 ◦ 리플렛을 통한 환자안전 활동(낙상)에 관한 안전사고 예방 등 상시 교육 ▶ 환자안전 전담자 교육 ◦ QI 관리, 지표관리, 표준진료지침, 통계 교육을 통한 역량 강화, 보수교육
기타사항	▶ 원내 교육 : 집체 및 서면 교육, 리플렛 제공 ▶ 외부 교육 : 학회나 협회 일정에 따름

※ 원내 사정 및 외부 기관 일정에 따라 교육 인원, 방법 및 내용 변경 가능

□ 실습학생 교육

구분	내용											
교육대상	▶ 실습학생											
교육목적	▶ 환자안전 교육을 통한 안전 사고 예방 ▶ 간호업무에 대한 이해도 향상 ▶ 지식과 기술 향상 및 발전을 통한 학업 능력 향상											
교육기간	▶ 2025. 1. ~ 2025. 11.											
교육인원	▶ 연간 교육인원 : 30명 (단위 : 명) <table><tr><th>교육주제</th><th>교육명</th><th>교육인원</th><th>비고</th></tr><tr><td>실습학생 교육</td><td>질 향상과 환자안전</td><td>30명</td><td></td></tr></table>				교육주제	교육명	교육인원	비고	실습학생 교육	질 향상과 환자안전	30명	
교육주제	교육명	교육인원	비고									
실습학생 교육	질 향상과 환자안전	30명										
교육내용	▶ 환자안전법 및 환자안전 관리 ◦ 환자안전법에 따른 환자안전 기준, 의료기관 문화 개선 등 ▶ 의료기관 QI 활동 ◦ QI 개념, 방법론(PDCA)과 통계적 기법, 활동 사례 공유 등											
기타사항	▶ 실습 기간 및 일정에 따라 내용 변경 가능 ▶ 원내 교육 : 집체 및 서면 교육											

※ 일정에 따라 교육 인원, 방법 및 내용 변경 가능

IV 행정사항

□ 추진일정

○ 추진일정 : 2025년 1월~12월

교육과정	교육주제	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월
필수	▶ 질 향상과 환자안전												
특성화	▶ 인증 지표관리												
신규직원	▶ 질 향상과 환자안전												
기타	▶ 질 향상과 환자안전 (환자안전차량)												
	▶ QI활동												
	▶ 표준진료지침												
	▶ 환자안전 Alert System교육												
	▶ 낙상예방교육												
	▶ 환자안전전담자 교육												
실습학생	▶ 질 향상과 환자안전												

□ 소요예산

○ 소요예산 : 금4,180,000원(금사십팔만원)

(단위 : 천원)

예산과목	내역	산출기초	예산액
합계			4,180
세금과 공과	○ 환자안전담당자 관련 협회비 (대한환자안전질향상간호사회, 한국의료질향상학회, 대한환자안전학회)	20 × 2명 30 × 2명 300 × 1기관	380
교육훈련비	○ 전담자교육비 (필수, 전문교육, 학회 보수 및 연수 등)	100 × 20회	2,000
교육훈련비	○ 강사조정 교육비 (환자안전 직원 및 경영진 교육 등)	450 × 4	1,800

□ 향후계획

- 일정에 따른 교육 추진 : '25. 01.~12.
- 교육 시행 결과 보고 : '25. 12.
- 질 향상과 환자안전(QPS) 위원회 보고 : '25. 12.
- 경영진 보고 및 직원공유



의 안 번 호	제2025-6호
보 고 년 월 일	2025년 1월 23일

심의안건

2025년도 적정진료실 표준진료지침 실시계획 심의(안)

2025년 제1차 정기
질 향상과 환자안전(QPS)위원회 상정안건

제 출 자	오 진 규 (전북특별자치도 남원의료원장)
제출년월일	2025년 1월 23일

2025년도 걱정진료실 표준진료지침 실시계획 심의(안)

의안 번호	제2025-6호
----------	----------

제출년월일 : 2025년 1월 23일

제출자 : 전북특별자치도 남원의료원장

제안설명자 : 걱정진료실장

1. 상정이유

- 지역거점 공공병원은 과잉·과소진료를 방지하여 양질의 의료를 제공하기 위해 표준진료지침(CP)에 따라 환자의 진료를 수행하도록 하며, 특정 진단이나 치료를 요하는 환자를 대상으로 진료 절차를 표준화하여 시의적절한 임상진료를 제공하여 의료의 질을 최대화하고, 걱정진료 유지를 위해 심의 상정함.

2. 주요내용

- 관련근거
 - 4주기 의료기관 인증 평가 기준 7.5
 - 지역거점 공공병원 운영평가 지침
 - 신평가지불제도 정책가산 정보화 평가 운영
 - 2025년도 QPS 사업계획(적정관리계-760, 2024.12.20.) 등
- 의결사항
 - 2025년도 걱정진료실 표준진료지침 실시계획

※ 붙임 : 2025년도 걱정진료실 표준진료지침 실시계획 1부.

3. 심의 후 조치사항

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

2025년도 표준진료지침 실시계획

- ◆ 특정 진단이나 치료를 요하는 환자를 대상으로 진료절차를 표준화하여 양질의 의료제공과 자원을 효율적으로 사용하고 시의적절한 임상진료를 제공하여 의료의 질을 최대화하고자 함

I 추진개요

□ 추진근거

- 4주기 의료기관 인증평가 기준(7.5)
- 지역거점 공공병원 운영평가 지침(1.1.8)
- 2025년도 QPS사업계획(적정진료실-760, 2024. 12. 20.)

□ 추진기간

- 2025. 1. ~ 2025. 12.

□ 표준진료지침 추진 목적

- 과잉·과소 진료 방지하여 양질의 의료 제공
- 지속적 모니터링을 통한 적정진료 유지
- 재원일수 및 진료비 절감 등의 효과로 환자 만족도 향상
- 신포괄수가제 CP 효율적 운영으로 병원 수익 향상에 기여
- 표준화된 진료 과정으로 관련 직원 간 진료 과정 파악 용이, 의료진 간 의사소통 증진

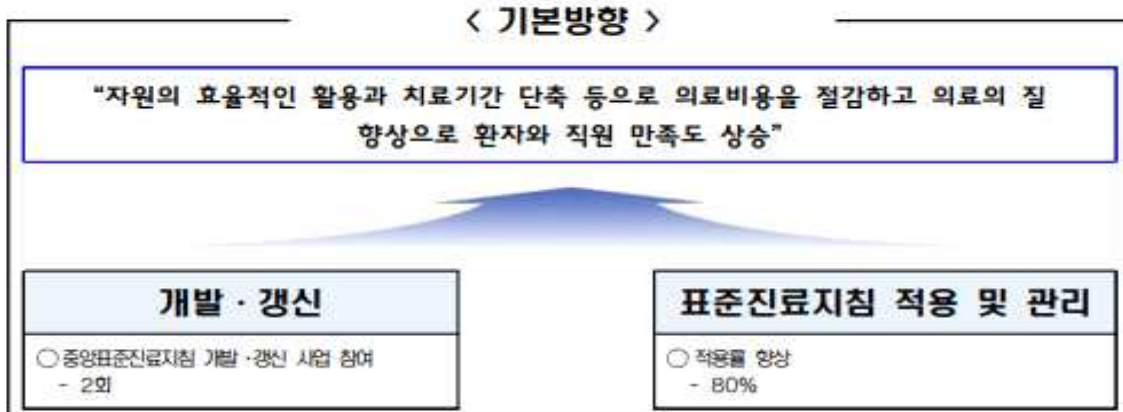
□ 2023년 표준진료지침 현황

○ 8개 과 18개 적용

구분	CP명	개발 연도	비고	비고
1	제왕절개술	2014	보급 CP	2021 갱신
2	N/D	2014	보급 CP	
3	요실금	2015	보급 CP	
4	성인탈장	2015	보급 CP	2020 갱신
5	백내장수술	2015	보급 CP	진료과정 부재로 미사용 중
6	성형안과 (안검외반증, 안검아수증)	2016	자체 CP	
7	단순충수절제술(성인)	2017	보급 CP	
8	복강경하 담낭절제술(성인)	2018	보급 CP	
9	프프가무시	2018	보급 CP	
10	대장내시경 용종제거술	2019	보급 CP	
11	질식자궁적출술	2017	자체 CP	2024 국종원 연계 참여 (전자궁절제술)개발
12	경피적 척추성형술	2019	자체 CP	
13	관상동맥조영술	2021	자체 CP	2024 갱신
14	대상포진	2021	보급 CP	2023 갱신
15	경피내시경아위루술	2022	보급 CP	
16	난소양성종양절제술	2022	자체 CP	
17	술관절치환술	2023	보급 CP	
18	쇄석술	2023	자체 CP	

Ⅱ 추진목표

□ 기본방향



□ 표준진료지침 운영목표

목표	운영과정	단위	2024년 목표	2024년 실적	2025년 목표
의료질 향상	○ 국립중앙의료원 표준진료지침 연계참여 개발, 자체개발 주기적 갱신	회	2회	2회	2회
	○ 적용률	%	90%	91.8%	80%
	○ 팀회의	회	4회	5회	4회
	○ 직원교육	회	4회	6회	4회
	○ 환자만족도 조사(연계참여 개발)	점	4.0점	4.6점	4.0점
	○ 직원만족도 조사(연계참여 개발)	점	4.0점	4.3점	4.0점
표준진료지침 활동 지원	○ 적용 우수 직원 포상	회	4회	4회	4회
	○ 표준진료지침 모니터링 요원 독려	회	1회	1회	1회
	○ 표준진료지침 개발 · 갱신 포상	회	2회	2회	2명

Ⅲ 추진계획

□ 표준진료지침 개발 사업 참여 · 주기적 갱신

사업 필요성	▶ 의료기관인증평가 - 개발, 관리 ▶ 운영평가 - 연계개발 사업 참여 · 주기적 갱신개발 및 적용(7개 이상 운영) ▶ 신포콜 정책가산 평가 - 표준진료지침 운영 및 관리, 적용														
사업목표	<table border="1"> <thead> <tr> <th>성과지표</th> <th>목표치</th> <th>목표치 산출근거</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>중앙 표준진료지침 개발·갱신 사업 참여 횟수</td> <td>2회</td> <td> ▶ 중앙의료원 연계사업인 표준진료지침 개발·갱신 사업에 연 2회이상 참여하여 운영평가 점수 획득 ▶ 해마다 2회 이상 참여하여 목표치 유지 </td> </tr> <tr> <td>표준진료지침 적용률</td> <td>80%</td> <td> ▶ 코로나19 감염병 전 3개년도('16, '17, '18)와 코로나19 감염병 후 2개년도의('23, '24 평균 80.1%를 기준으로 2025년도 표준진료지침 적용률을 80.0%로 목표 설정 </td> </tr> <tr> <td>표준진료지침 활동 지원 및 포상</td> <td>7회</td> <td> ▶ 표준진료지침 적용 우수 진료과 포상, 표준진료지침 개발 진료과 포상, 표준진료지침 해당 부서 모니터링 요원 포상 ▶ 연 7회 목표치 유지 </td> </tr> </tbody> </table>	성과지표	목표치	목표치 산출근거	중앙 표준진료지침 개발·갱신 사업 참여 횟수	2회	▶ 중앙의료원 연계사업인 표준진료지침 개발·갱신 사업에 연 2회이상 참여하여 운영평가 점수 획득 ▶ 해마다 2회 이상 참여하여 목표치 유지	표준진료지침 적용률	80%	▶ 코로나19 감염병 전 3개년도('16, '17, '18)와 코로나19 감염병 후 2개년도의('23, '24 평균 80.1%를 기준으로 2025년도 표준진료지침 적용률을 80.0%로 목표 설정	표준진료지침 활동 지원 및 포상	7회	▶ 표준진료지침 적용 우수 진료과 포상, 표준진료지침 개발 진료과 포상, 표준진료지침 해당 부서 모니터링 요원 포상 ▶ 연 7회 목표치 유지		
성과지표	목표치	목표치 산출근거													
중앙 표준진료지침 개발·갱신 사업 참여 횟수	2회	▶ 중앙의료원 연계사업인 표준진료지침 개발·갱신 사업에 연 2회이상 참여하여 운영평가 점수 획득 ▶ 해마다 2회 이상 참여하여 목표치 유지													
표준진료지침 적용률	80%	▶ 코로나19 감염병 전 3개년도('16, '17, '18)와 코로나19 감염병 후 2개년도의('23, '24 평균 80.1%를 기준으로 2025년도 표준진료지침 적용률을 80.0%로 목표 설정													
표준진료지침 활동 지원 및 포상	7회	▶ 표준진료지침 적용 우수 진료과 포상, 표준진료지침 개발 진료과 포상, 표준진료지침 해당 부서 모니터링 요원 포상 ▶ 연 7회 목표치 유지													
추진계획	▶ 국립중앙의료원의 개발 참여 · 자체개발 및 주기적 갱신 개발 횟수 :2회 ○ CP 개발 신청서 취합으로 신규개발 사업 참여 ○ 적용 확대 및 갱신개발 질환 선정으로 개발 ○ 공공의료 CP사업 미선정시 본원 CP자체 개발 ▶ 선정기준(우선순위) : QPS 위원들의 CP 주제심의 기준표에 의해 심의 후 개발 여부 결정 ○ 국가의 지침 혹은 외부 평가 관련 질환 혹은 시술 ○ 기관의 우선순위 ○ 임상적 측면 : 다빈도 수술, 다빈도 진단 및 시술, 고위험, 변이가 적어 진료지침으로 운영 용이한 진료과정 ○ 관리적 측면 : 치료 기간의 적시성, 과 내 표준진료 표준화가 필요한 진료 과정, 모니터링 필요 ○ 해당 진료과 의지 등 ○ 구조적 측면 : 다학제적 접근이 요구되는 진료 과정 ○ 기타 병원 및 부서의 정책상 요구되는 표준화 사업														

추진계획

▶ **CP 개발을 위한 팀(TFT) 구성**

- CP별 해당 진료과를 포함한 개발팀 구성
- 자료수집(기개발 CP : 국립중앙의료원, 환자 의무기록 검토)
- 진료 과정 검토 및 문헌 고찰
- 적용 대상 환자군 및 제외 환자군 정의
- Order set 구성
- CP에 적합한 환자용, 의료진용 “CP Time-task Matrix” 작성
- CP를 통한 개선 목표 수립
- CP 수행에 필요한 정보 및 내용에 대해 직원교육
- CP 시범 적용 후 QPS위원회 승인 후 개발된 CP 적용
- 선정된 CP의 개발은 본원 진료자침관리체계에 따라 관리

▶ **직원교육**

- 표준진료자침 담당자 및 적용 부서 기본 교육

▶ **개발 진료과 포상**

- 표준진료자침 개발·갱신 진료과에 대한 포상

▶ **직원과 환자에 대한 만족도 조사 시행**

- 표준진료자침 개발과 시범 적용 후 환자와 직원 대상으로 시행
- 조사 기간 설정
- 조사 방법 : 응답자 자기 기입방식
- 조사 도구 : 구조화된 설문지, Likert 5점 척도
- 자료 분석 : Excel 2010을 사용하여 분석

▶ **연계 기관**

- 국립중앙의료원 연계하여 공공의료 CP 개발 참여
- 필요시 의료질향상학회지 초록 등재

〈 CP(Critical Pathway) 개발 우선순위 선정표 〉

질환/ 수술명	국가의 지침 외부 평가	다빈도 수술 · 진단 · 시술	고위험 질환	내 · 외부 고객에 미치는 영향	과 내 진료 표준화 필요	기간 및 부서의 정책상 요구되 는 사업	진료과 요청	총 점수 합계	우선 순위
	1점 = Low / 3점 = Medium / 9점 = High								

사업예산

▶ 사업예산 : 2,590천원(자체예산)

(단위 : 천원)

예산과목	내역	산출기초	예산액
합계			2,590
포상금	◦ CP개발 진료과 포상	300원 × 2건	600
	◦ CP적용 우수 진료과 포상	100원 × 4건	400
	◦ 표준진료지침 모니터링 요원	50원 × 10건	500
잡비	◦ CP개발 팀 운영비(회의, 교육 등)	30원 × 2건	60
행사비	◦ CP담당부서 모니터링 요원 발대식	3원 × 10명	30
도서인쇄비	◦ 표준진료지침 환자용 교육자료(리플렛)	500원 × 2건	1,000

추진일정

▶ 사업기간 : 2025년 1월 ~ 12월

구분	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월
◦ CP개발 주재선정												
◦ CP계획서 취합												
◦ CP개발 및 적용												
◦ CP 개발 TF회의 개최 및 교육												
◦ CP 적용 우수진료과 및 모니터링 요원 포상												
◦ 모니터링												
◦ 자체평가												

□ 표준진료지침 적용률 향상

사업 필요성	▶ 의료기관인증평가 - 7.5 표준진료지침 개발 및 관리 ▶ 운영평가 - 7개이상 운영, 적용률 상대평가 ▶ 신의료정보화평가 - 표준진료지침 (CP) 운영																				
사업목표	<table><tr><th>성과지표</th><th>목표치</th><th>목표치 산출 근거</th></tr><tr><td>표준진료지침 적용개수</td><td>7개</td><td>▶ 지역거점 공공병원 운영평가 기준 종합병원 7개</td></tr><tr><td>표준진료지침 적용률</td><td>80%</td><td>▶ 코로나19 감염병 전 3개년도('16, '17, '19)와 코로나 19 감염병 후 2개년도의('23, '24) 평균 80.1%를 기준으로 2025년도 표준진료지침 적용률을 80.0%로 목표 설정</td></tr><tr><td>적용(분기별)우수 직원 포상, 개발 관련 포상, 표준진료지침 모니터링 요원 포상</td><td>7회</td><td> ▶ 분기별 표준진료지침 적용률 기준 ▶ 표준진료지침 개발관련 진료과(부서)지원 ▶ 표준진료지침 적용 관련 의견취합 및 독려 </td></tr><tr><td>환자 만족도 조사</td><td>4.0점</td><td>▶ 2025년 CP 적용 후 환자만족도 목표 4점 이상</td></tr><tr><td>직원 만족도 조사</td><td>4.0점</td><td>▶ 2025년 CP 적용 후 직원만족도 목표 4점 이상</td></tr></table>			성과지표	목표치	목표치 산출 근거	표준진료지침 적용개수	7개	▶ 지역거점 공공병원 운영평가 기준 종합병원 7개	표준진료지침 적용률	80%	▶ 코로나19 감염병 전 3개년도('16, '17, '19)와 코로나 19 감염병 후 2개년도의('23, '24) 평균 80.1%를 기준으로 2025년도 표준진료지침 적용률을 80.0%로 목표 설정	적용(분기별)우수 직원 포상, 개발 관련 포상, 표준진료지침 모니터링 요원 포상	7회	▶ 분기별 표준진료지침 적용률 기준 ▶ 표준진료지침 개발관련 진료과(부서)지원 ▶ 표준진료지침 적용 관련 의견취합 및 독려	환자 만족도 조사	4.0점	▶ 2025년 CP 적용 후 환자만족도 목표 4점 이상	직원 만족도 조사	4.0점	▶ 2025년 CP 적용 후 직원만족도 목표 4점 이상
성과지표	목표치	목표치 산출 근거																			
표준진료지침 적용개수	7개	▶ 지역거점 공공병원 운영평가 기준 종합병원 7개																			
표준진료지침 적용률	80%	▶ 코로나19 감염병 전 3개년도('16, '17, '19)와 코로나 19 감염병 후 2개년도의('23, '24) 평균 80.1%를 기준으로 2025년도 표준진료지침 적용률을 80.0%로 목표 설정																			
적용(분기별)우수 직원 포상, 개발 관련 포상, 표준진료지침 모니터링 요원 포상	7회	▶ 분기별 표준진료지침 적용률 기준 ▶ 표준진료지침 개발관련 진료과(부서)지원 ▶ 표준진료지침 적용 관련 의견취합 및 독려																			
환자 만족도 조사	4.0점	▶ 2025년 CP 적용 후 환자만족도 목표 4점 이상																			
직원 만족도 조사	4.0점	▶ 2025년 CP 적용 후 직원만족도 목표 4점 이상																			
추진계획	▶ CP 적용률, CP완료율, CP응답율, CP변이율 등을 모니터링하고 그 결과를 주가령으로 공유 ○ 월별 표준진료지침 적용 7개 이상 적용률 완료율 모니터링 관리 ○ CP적용률 및 완료율, 변이율등의 모니터링 후 피드백 ○ 적용 및 완료를 위한 진료과 독려와 표준진료지침 모니터링 요원 활용 ▶ 표준진료지침 적용률 ○ 적용률이 낮은 진료과와 Feedback을 통해 표준진료지침(CP) 프로토콜을 검토와 표준진료지침 모니터링 요원을 통한 적용 독려 ○ 진료과의 요청이 있거나 표준진료지침(CP) 적용률, 완료율의 모니터링 결과에 따라 필요시 표준진료지침(CP) 갱신을 통한 적용률 향상 ▶ 표준진료지침(CP) 모니터링 강화 ○ 변이 모니터링, 프로토콜 변경 관리 ○ 재원일수, 비용, 만족도 등의 효과분석 ▶ CP적용 우수 진료과에 대한 포상 실시 : 적용률 향상 및 사용건수 기준 ▶ CP활용성결과를 분기별로 경영진 및 QPS위원회에 보고 ▶ 모든 CP 활용성결과를 모니터링하고 분기별로 경영진 및 QPS위원회에 보고, 관련 직원 공유																				

IV 행정사항

□ 추진일정

구분	교육주제	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월
표준진료지침 개발 - 갱신 사업참여	○ CP 개발 주제선정	■											
	○ CP 계획서 취합												■
	○ CP 개발 및 적용			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	○ CP 개발 TF회의 개최			■					■				
	○ CP 개발 지원금 지급										■		
표준진료지침 적용률 향상	○ CP 모니터링 결과보고 및 직원공유	■			■			■			■		
	○ CP 우수적용 진료과 포상	■			■			■			■		

□ 기대효과

- 의료기관 인증 평가지침 7.5 기준이행
- 표준화된 진료과정으로 관련 직원 간 진료과정 파악이 용이
하며 의료진 간 의사소통 증진
- 표준화된 진료지침 적용으로 의료의 질 향상 및 직원과 환
자의 만족도 향상
- 자원의 효율적인 활용과 치료기간의 단축 등 의료비용 절감
- 각종 평가 등급 유지 및 향상

□ 향후계획

- '25년 공공의료 CP 개발 수요조사표 제출 '25. 2월 예정
- '25년 공공의료 CP 개발 결과보고서 제출 '25. 12월 예정
- '25년 공공의료 CP 개발 워크숍 참여 '25. 7월 예정
- 표준진료지침(개발·갱신) 매뉴얼 제작 연중
- CP 활동성과 경영진 및 QPS위원회 보고 분기별
- CP 활동성과 홈페이지를 통한 직원공유 분기별

『2025년 제1차 정기
질 향상과 환자안전위원회 상정안건



전북특별자치도 남원의료원
JEONBUK STATE NAMWON MEDICAL CENTER