공백 없는 필수의료, 따뜻한 공공의료, 함께하는 의료원

2026년 제3차 정기 질 향상과 환자안전(QPS)위원회
2026. 7. 30.(목)

2026년 제3차 정기
질 향상과 환자안전(QPS)위원회 상정안건

전북특별자치도 남원의료원
JEONBUK STATE NAMWON MEDICAL CENTER

공 공 의 료 본 부

(적 정 진 료 실)

목 차

Ⅰ. 보고안건 ····· 1

1. 2026년 제2차 정기 질 향상과 환자안전(QPS)위원회 ('26. 4. 30.) 결과보고 ····· 3

2. 2026년 2분기 적정진료실 성과지표 모니터링 결과보고 ····· 9

3. 2026년 상반기 적정진료실 사업 자체평가 결과보고 ····· 35

Ⅱ. 심의안건 ····· 45

1. 질 향상과 환자안전(QPS)위원회 지침 일부개정지침안 ····· 47

2. 표준진료지침 운영 계획안 ····· 53

질 향상과 환자안전(QPS)위원회 상정안

2026년 제3차 정기 질 향상과 환자안전(QPS)위원회		
제출일자	2026년 7월 30일	
보고안건	제2026-11호	2026년 제2차 정기 질 향상과 환자안전(QPS) 위원회 ('26. 4. 30.) 결과보고
	제2026-12호	2026년 2분기 적정진료실 성과지표 모니터링 결과보고
	제2026-13호	2026년 상반기 적정진료실 사업 자체평가 결과보고
심의안건	제2026-14호	질 향상과 환자안전(QPS)위원회 지침 일부개정지침안
	제2026-15호	표준진료지침 운영 계획안
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	제2026-11호
보고년월일	2026년 7월 30일

보고안건

2026년 제2차 정기
질 향상과 환자안전(QPS)위원회('26. 4. 30.) 결과보고

2026년 제3차 정기
질 향상과 환자안전(QPS)위원회 상정안건

제 출 자	오 진 규 (전북특별자치도 남원의료원장)
제출년월일	2026년 7월 30일

2025년 제2차 정기
질 향상과 환자안전(QPS)위원회('26. 4. 30.) 결과보고

의 안 번 호	제2026-11호

제출년월일 : 2026년 7월 30일
제 출 자 : 전북특별자치도 남원의료원장
제안설명자 : 적정진료실장

1. 보고이유

○ 지난 '26. 4. 30.에 개최한 2026년 제2차 정기 질 향상과 환자안전(QPS)위원회 상정내용에 대한 의결 후 처리결과를 보고함.

2. 보고내용

○ 2026년 제2차 정기 질 향상과 환자안전(QPS)위원회 처리결과 현황

의안번호	제목(건명)	심의결정사항	처리결과
제2026-7호	2026년 제1차 정기 질 향상과 환자안전(QPS) 위원회('26. 1. 27.) 결과보고	출석위원 전원 찬성으로 보고 내용대로 원안 접수	''원안 접수'' ('26. 5. 6.)
제2026-8호	2026년 1분기 적정진료실 성과지표 모니터링 결과보고	출석위원 전원 찬성으로 보고 내용대로 원안 접수	''원안 접수'' ('26. 5. 6.)
제2026-9호	2026년도 표준진료지침 주제 선정안	1순위 자궁경부 확장 및 소파술 및 생검을 선정한것에 대해 출석위원 전원 찬성으로 심의결정	''원장 결재 후 시행'' ('26. 5. 6.)
제2026-10호	2026년도 고장유형분석(FMEA) 주제 선정안	1순위 정확한 환자확인 미이행을 선정한 것에 대해 출석위원 전원 찬성으로 심의결정	''원장 결재 후 시행'' ('26. 5. 6.)

※ 붙임 2026년 제2차 정기 질 향상과 환자안전(QPS)위원회('26. 4. 30.) 결과보고 1부.

붙임 2026년 제2차 정기 질 향상과 환자안전(QPS)위원회('26. 4. 30.) 결과보고

<table>
<tr><th>의안번호</th><th>제목(건명)</th><th>심의결정사항</th><th>처리결과</th></tr>
<tr><td>제2026-7호</td><td>2026년 제1차 정기 질 향상과 환자안전(QPS)위원회('26. 1. 27.) 결과보고</td><td>
< 보고내용 >
○ 2026년 제1차 정기 질 향상과 환자안전(QPS)위원회('26. 1. 27.) 결과보고
<table>
<tr><th>의안번호</th><th>제목(건명)</th><th>심의결정사항</th></tr>
<tr><td>제2026-1호</td><td>2025년 제4차 정기 질 향상과 환자안전(QPS)위원회('25. 12. 30.) 결과보고</td><td>출석위원 전원 찬성으로 보고 내용대로 원안 접수</td></tr>
<tr><td>제2026-2호</td><td>2025년도 적정진료실 사업 결과보고</td><td>출석위원 전원 찬성으로 보고 내용대로 원안 접수</td></tr>
<tr><td>제2026-3호</td><td>2026년도 인증지표 주제 선정안</td><td>출석위원 전원 찬성으로 원안 심의결정</td></tr>
<tr><td>제2026-4호</td><td>2026년도 QI활동 주제 선정안</td><td>출석위원 전원 찬성으로 원안 심의결정</td></tr>
<tr><td>제2026-5호</td><td>2026년도 적정진료실 교육 실시계획안</td><td>출석위원 전원 찬성으로 원안 심의결정</td></tr>
<tr><td>제2026-6호</td><td>2026년도 적정진료실 표준진료지침 실시계획안</td><td>출석위원 전원 찬성으로 원안 심의결정</td></tr>
</table>
< 심의결정사항 >
○ 출석위원 전원 찬성으로 보고 내용대로 원안 접수
</td><td>''원안 접수''
(26. 5. 6.)</td></tr>
</table>

의안번호	제목(건명)	심의결정사항	처리결과
제2026-8호	2026년 제1분기 적정진료실 성과지표 모니터링 결과보고	< 보고내용 >	''원안 접수'' (26. 5. 6.)

○ 2026년 1분기 적정진료실 사업 결과보고

(단위 : 회, 건, 명, %)

전략목표	전략과제	성과지표	2026년 목표	2026년 실적	2026년 달성률	모니터링 결과
1. 환자안전 문화 확산	1-1. 환자안전 인프라 강화	1-1-1. 환자안전사고 모니터링 횟수	12	**3**	**25.0**	정상추진
		1-1-2. 환자안전사고 분석 및 개선활동 횟수	4	**0**	**0.0**	미도래
		1-1-3. 고장유형분석(FMEA) 횟수	1	**0**	**0.0**	미도래
		1-1-4. 근본원인분석(RCA) 횟수	1	**0**	**0.0**	미도래
		1-1-5. 근접오류 보고 포상 건수	88	**0**	**0.0**	미도래
		1-1-6. 환자안전사고 외부보고 횟수	2	**0**	**0.0**	미도래
		1-1-7. Alert system 운영 및 점검 횟수	4	**0**	**0.0**	미도래
		1-1-8. KOPS 주의 경보 공유 횟수	2	**0**	**0.0**	정상추진
	1-2. 환자안전 내실화	1-2-1. 유관부서 협업 환자안전 점검 라운딩 횟수	6	**2**	**33.3**	정상추진
		1-2-2. 환자안전 캠페인 횟수	4	**1**	**25.0**	정상추진
		1-2-3. 환자안전 주간 행사 횟수	1	**0**	**0.0**	미도래
		1-2-4. 부서별 환자안전 점검 횟수	12	**3**	**25.0**	정상추진
		1-2-5. 환자안전 홍보 방송 횟수	730	**180**	**24.7**	정상추진
		1-2-6. 환자안전 리더십 라운딩 횟수	6	**1**	**16.7**	정상추진
		1-2-7. 직원만족도 조사	2	**0**	**0.0**	미도래
2. 진료 효율성 증대	2-1. 표준진료지침 표준화 및 운영관리	2-1-1. CP 신규 개발 및 갱신 건수	2	**0**	**0.0**	미도래
		2-1-2. CP 모니터링 및 관리 횟수	12	**3**	**25.0**	정상추진
		2-1-3. CP 활동 지원 및 포상 횟수	8	**0**	**0.0**	미도래
	2-2. 질 향상 활동 활성화	2-2-1. QI 활동 참여 건수	9	**9**	**100.0**	완료
		2-2-2. QI 활동 경진대회 횟수	1	**0**	**0.0**	미도래
		2-2-3. QI 활동 지원 횟수	13	**1**	**7.7**	정상추진
		2-2-4. QI 활동 보고 횟수	3	**1**	**33.3**	정상추진
	2-3. 인증지표 중심의 성과관리 고도화	2-3-1. 의료기관 인증 성과관리 대상 건수	27	**27**	**100.0**	완료
		2-3-2. 성과관리 영역별 지표 결과보고 횟수	4	**0**	**0.0**	미도래
		2-3-3. 성과관리 개선활동 지원·포상 건수	8	**1**	**12.5**	정상추진
3. 평가대응 역량강화	3-1. 위원회 운영의 실효성 강화	3-1-1. 위원회 운영 횟수	5	**2**	**40.0**	정상추진
	3-2. 평가 수검자원체계 구축	3-2-1. 인증사후관리(3년차 자체조사)	1	**0**	**0.0**	미도래
		3-2-2. 인증사후관리 개선활동 모니터링 횟수	4	**1**	**25.0**	정상추진
	3-3. 교육기반 환자안전 관리체계 확립	3-3-1. 전담자 전문역량교육 참여 횟수	12	**11**	**91.7**	정상추진
		3-3-2. 질 향상 및 환자안전 교육 횟수	18	**8**	**44.4**	정상추진

< 심의결정사항 >

○ 출석위원 전원 찬성으로 보고 내용대로 원안 접수

<table>
<tr><th>의안
번호</th><th>제목(건명)</th><th>심의결정사항</th><th>처리결과</th></tr>
<tr>
<td>제2026
-9호</td>
<td>2026년도 표준
진료지침 주제
선정안</td>
<td>
< 상정내용 >
○ 2026년도 표준진료지침 주제 선정안
<table>
<tr><th>우선순위</th><th>합계</th><th>질환명/수술명</th><th>진료과</th></tr>
<tr><td>1</td><td>510</td><td>자궁경부 확장 및 소파술 및 생검</td><td>산부인과</td></tr>
<tr><td>2</td><td>302</td><td>인플루엔자</td><td>내과</td></tr>
<tr><td>3</td><td>287</td><td>혈액투석 유지 환자 표준진료지침</td><td>신장내과</td></tr>
<tr><td>4</td><td>262</td><td>치매환자 진단 및 추적검사</td><td>신경과</td></tr>
<tr><td>5</td><td>236</td><td>폐쇄적 흉강 삽관술</td><td>흉부외과</td></tr>
<tr><td>5</td><td>236</td><td>단계별 치주 치료</td><td>치과</td></tr>
</table>
< 심의결정사항 >
○ 출석위원 전원 찬성으로 원안 심의결정
</td>
<td>"원장
결재 후
시행"
(26. 5. 6.)</td>
</tr>
<tr>
<td>제2026
-10호</td>
<td>2026년도 고장
유형분석(FMEA)
우선순위 선정안</td>
<td>
< 상정내용 >
○ 2026년도 고장유형분석(FMEA) 우선순위 선정안
<table>
<tr><th>순위</th><th>활동주제(고위험프로세스)</th><th>총점</th><th>처리결과</th></tr>
<tr><td>1</td><td>정확한 환자확인 미이행</td><td>50</td><td>O</td></tr>
<tr><td>2</td><td>투약오류</td><td>45</td><td></td></tr>
<tr><td>3</td><td>조제오류</td><td>36</td><td></td></tr>
<tr><td>4</td><td>수혈</td><td>30</td><td></td></tr>
</table>
< 심의결정사항 >
○ 출석위원 전원 찬성으로 원안 심의결정
</td>
<td>"원장
결재 후
시행"
(26. 5. 6.)</td>
</tr>
</table>

의 안 번 호	제2026-12호
보고년월일	2026년 7월 30일

보고안건

2026년 2분기
적정진료실 성과지표 모니터링 결과보고

2026년도 제3차 정기
질 향상과 환자안전(QPS)위원회 상정안건

제 출 자	오 진 규 (전북특별자치도 남원의료원장)
제출년월일	2026년 7월 30일

2026년 2분기 적정진료실 성과지표 모니터링 결과보고

의 안 번 호	제2026-12호

제출년월일 : 2026년 7월 30일
제 출 자 : 전북특별자치도 남원의료원장
제안설명자 : 적정진료실장

1. 보고이유

○ 2분기 성과지표를 분석하여 연초에 수립한 목표 대비 달성 수준을 점검하고, 향후 운영전략을 보완·조정하기 위하여 그 결과를 보고함.

2. 보고내용

○ 2026년 2분기 적정진료실 성과지표 모니터링 결과

(단위 : 회, 건, 명, %)

전략 목표	전략 과제	성과지표	2026년 목표	2026년 실적	2026년 달성률	모니터링 결과
1. 환자안전문화 확산	1-1. 환자안전 인프라 강화	1-1-1. 환자안전사고 모니터링 횟수	12	6	50.0	정상추진
		1-1-2. 환자안전사고 분석 및 개선활동 횟수	4	2	50.0	정상추진
		1-1-3. 고장 유형분석(FMEA) 횟수	1	0	0.0	정상추진
		1-1-4. 근본 원인분석(RCA) 횟수	1	1	100.0	완료
		1-1-5. 근접 오류 보고 포상 건수	88	29	33.0	정상추진
		1-1-6. 환자안전사고 외부 보고 횟수	2	6	300.0	정상추진
		1-1-7. Alert system 운영 및 점검 횟수	4	1	25.0	정상추진
		1-1-8. KOPS 주의 경보 공유 횟수	2	1	50.0	정상추진
	1-2. 환자안전 내실화	1-2-1. 유관부서 협업 환자안전 점검 라운딩 횟수	6	3	50.0	정상추진
		1-2-2. 환자안전 캠페인 횟수	4	3	75.0	정상추진
		1-2-3. 환자안전 주간 행사 횟수	1	0	0.0	미도래
		1-2-4. 부서별 환자안전 점검 횟수	12	6	50.0	정상추진
		1-2-5. 환자안전 홍보 방송 횟수	730	362	49.6	정상추진
		1-2-6. 환자안전 리더십 라운딩 횟수	6	3	50.0	정상추진
		1-2-7. 직원 만족도 조사	2	1	50.0	정상추진
2. 진료 효율성 증대	2-1. 표준진료지침 표준화 및 운영관리	2-1-1. CP 신규 개발 및 갱신 건수	2	2	100.0	정상추진
		2-1-2. CP 모니터링 및 관리 횟수	12	6	50.0	정상추진
		2-1-3. CP 활동 지원 및 포상 횟수	8	2	25.0	정상추진
	2-2. 질 향상 활동 활성화	2-2-1. QI 활동 참여 건수	9	9	100.0	완료
		2-2-2. QI 활동 경진대회 횟수	1	0	0.0	미도래
		2-2-3. QI 활동 지원 횟수	13	3	23.1	정상추진
		2-2-4. QI 활동 보고 횟수	3	1	33.3	정상추진
	2-3. 인증지표 중심의 성과관리 고도화	2-3-1. 의료기관 인증 성과관리 대상 건수	27	27	100.0	완료
		2-3-2. 성과관리 영역별 지표 결과보고 횟수	4	1	25.0	정상추진
		2-3-3. 성과관리 개선활동 지원·포상 건수	8	3	37.5	정상추진
3. 평가대응 역량강화	3-1. 위원회 운영의 실효성 강화	3-1-1. 위원회 운영 횟수	5	3	60.0	정상추진
	3-2. 평가 수검자원 체계 구축	3-2-1. 인증 사후관리(3년차 자체조사)	1	0	0.0	미도래
		3-2-2. 인증 사후관리 개선활동 모니터링 횟수	4	2	50.0	정상추진
	3-3. 교육기반 환자안전 관리체계 확립	3-3-1. 전담자 전문역량교육 참여 횟수	12	19	158.3	정상추진
		3-3-2. 질 향상 및 환자안전 교육 횟수	18	15	83.3	정상추진

※ 붙임 2026년 2분기 적정진료실 성과지표 모니터링 결과보고 1부.

붙임 2026년 2분기 적정진료실 성과지표 모니터링 결과보고

공백 없는 필수의료, 따뜻한 공공의료, 함께하는 의료원

2026. 7.

2026년 2분기
적정진료실 성과지표 모니터링 결과보고

탄생에서 돌봄까지
전북특별자치도 남원의료원
JEONBUK STATE NAMWON MEDICAL CENTER

목 차

Ⅰ. 추진개요 ····· 1
1. 추진근거 ····· 1
2. 추진개요 ····· 1

Ⅱ. 모니터링 결과 ····· 2
1. 총평 ····· 2
2. 2026년 1분기 추진실적 ····· 3

Ⅲ. 세부 추진실적 ····· 4
1. 환자안전문화 확산 ····· 4
1-1. 환자안전 인프라 강화 ····· 4
1-2. 환자안전 내실화 ····· 9
2. 진료 효율성 증대 ····· 12
2-1. 표준진료지침 표준화 및 운영관리 ····· 12
2-2. 질 향상 활동 활성화 ····· 13
2-3. 인증지표 중심의 성과관리 고도화 ····· 15
3. 평가대응 역량강화 ····· 16
3-1. 위원회 운영의 실효성 강화 ····· 16
3-2. 평가 수검자원체계 구축 ····· 17
3-3. 교육기반 환자안전 관리체계 확립 ····· 18

Ⅳ. 행정사항 ····· 19
1. 성과지표 환류 ····· 19
2. 향후계획 ····· 19

2026년 2분기
적정진료실 성과지표 모니터링 결과보고

◈ 환자안전, 진료효율성 증대, 평가대응 역량강화 전략과제에 대한 1분기 성과지표 수행현황을 체계적으로 모니터링하고 그 결과를 분석함으로써, 전략과제별 개선 방향을 도출하고 실효성 있는 질 향상 및 평가대응 역량 강화를 도모하고자 함

Ⅰ 추진개요

□ 추진근거

○ 「환자안전법」에 따른 전담인력의 업무

○ 4주기 급성기병원 의료기관 인증 표준진료지침

○ 적정관리계-978("2026년도 적정관리계 사업계획", 2025.12.19.)

□ 추진개요

○ 성과지표 : 3개 전략목표, 8개 전략과제, 30개 성과지표

○ 대상기간 : 2026년 2분기

○ 모니터링 방법 및 내용

구분	내용
모니터링 방법	▸ 월 1회 평가지표 실적보고 ▸ 분기별(4, 7, 10월) 사업 모니터링 후 OPS 운영위원회 보고 ▸ 홈페이지를 통한 전 직원 공유
모니터링 내용	▸ 적정관리실 사업별로 분기별 사업 결과 모니터링 • 모니터링을 통한 목표 대비 달성률 등 사업 진행 상황 점검 • 미진사업 및 추진사항 점검, 사업 추진의 적절성 검토 • OPS 운영위원회 보고 후 홈페이지를 통한 전 직원 공유

Ⅱ 모니터링 결과

1. 총평

< 총 평 >

◈ **2026년 2분기 적정진료실 성과지표 모니터링 결과**

△ **완 료** : 3지표

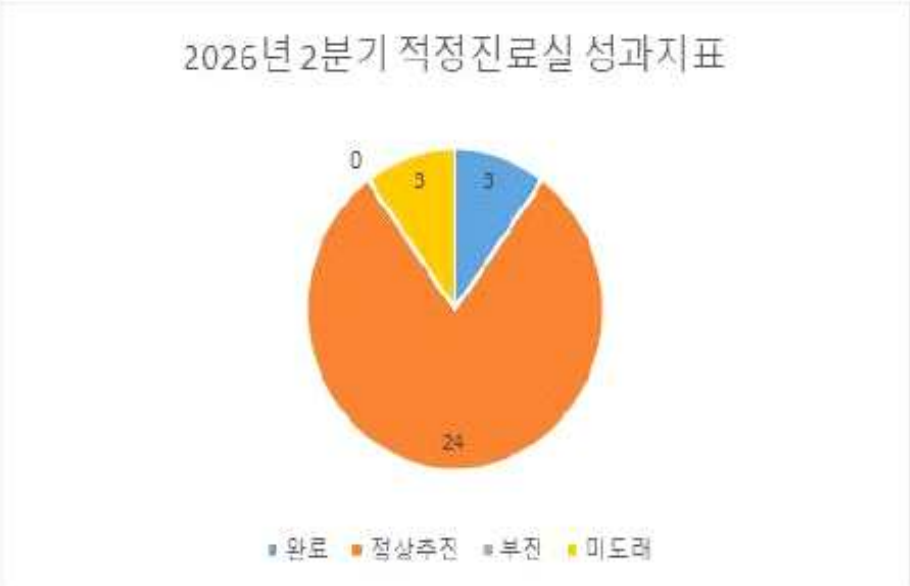
△ **정상추진** : 24개 지표

△ **부 진** : 0개 지표

△ **추진시기 미도래** : 3개 지표

< 2026년도 1분기 적정진료실 성과지표 모니터링 결과 현황 >

구분	합계	완료	정상추진	부진	미도래
성과지표	30	3	24	0	3
구성비율	100.0%	10.0%	80.0%	0.0%	10.0%



2. 2026년 2분기 추진실적

(단위 : 회, 건, 명, %)

전략 목표	전략 과제	성과지표	2026년 목표	2026년 실적	2026년 달성률	모니터링 결과
1. 환자안전 문화 확산	1-1. 환자안전 인프라 강화	1-1-1. 환자안전사고 모니터링 횟수	12	6	50.0	정상추진
		1-1-2. 환자안전사고 분석 및 개선활동 횟수	4	2	50.0	정상추진
		1-1-3. 고장유형분석(FMEA) 횟수	1	0	0.0	정상추진
		1-1-4. 근본원인분석(RCA) 횟수	1	1	100.0	완료
		1-1-5. 근접오류 보고 포상 건수	88	55	62.5	정상추진
		1-1-6. 환자안전사고 외부보고 횟수	2	6	300.0	정상추진
		1-1-7. Alert system 운영 및 점검 횟수	4	2	50.0	정상추진
		1-1-8. KOPS 주의 경보 공유 횟수	2	1	50.0	정상추진
	1-2. 환자안전 내실화	1-2-1. 유관부서 협업 환자안전 점검 라운딩 횟수	6	3	50.0	정상추진
		1-2-2. 환자안전 캠페인 횟수	4	3	75.0	정상추진
		1-2-3. 환자안전 주간 행사 횟수	1	0	0.0	미두래
		1-2-4. 부서별 환자안전 점검 횟수	12	6	50.0	정상추진
		1-2-5. 환자안전 홍보 방송 횟수	730	362	49.6	정상추진
		1-2-6. 환자안전 리더십 라운딩 횟수	6	3	50.0	정상추진
		1-2-7. 직원만족도 조사	2	1	50.0	정상추진
2. 진료 효율성 증대	2-1. 표준진료지침 표준화 및 운영관리	2-1-1. CP 신규 개발 및 갱신 건수	2	2	100.0	정상추진
		2-1-2. CP 모니터링 및 관리 횟수	12	6	50.0	정상추진
		2-1-3. CP 활동 지원 및 포상 횟수	8	2	25.0	정상추진
	2-2. 질 향상 활동 활성화	2-2-1. QI 활동 참여 건수	9	9	100.0	완료
		2-2-2. QI 활동 경진대회 횟수	1	0	0.0	미두래
		2-2-3. QI 활동 지원 횟수	13	3	23.1	정상추진
		2-2-4. QI 활동 보고 횟수	3	1	33.3	정상추진
	2-3. 임상지표 중심의 성과관리 고도화	2-3-1. 의료기관 인증 성과관리 대상 건수	27	27	100.0	완료
		2-3-2. 성과관리 영역별 지표 결과보고 횟수	4	1	25.0	정상추진
		2-3-3. 성과관리 개선활동 지원 · 포상 건수	8	3	37.5	정상추진
3. 평가보상 역량강화	3-1. 의원의 운영의 실효성 강화	3-1-1. 의원의 운영 횟수	5	3	60.0	정상추진
	3-2. 평가 수행자 육성체계 구축	3-2-1. 인증사무관리(3년차 자체조사)	1	0	0.0	미두래
		3-2-2. 인증사무관리 개선활동 모니터링 횟수	4	2	50.0	정상추진
	3-3. 교육기반 환자안전 관리체계 확립	3-3-1. 전담자 전문역량교육 참여 횟수	12	19	158.3	정상추진
		3-3-2. 질 향상 및 환자안전 교육 횟수	18	15	83.3	정상추진

Ⅲ 세부 추진실적

1. 환자안전문화 확산

1-1. 환자안전 인프라 강화

<table>
<tr><th>성과지표</th><th>추진실적</th></tr>
<tr><td>환자안전사고 모니터링 횟수</td><td>

▸ 추진실적 : (목표) 12회 → (실적) 6회(50.0% / 정상추진)

▸ 추진내용

• 2026년 2분기 환자안전사고 현황 보고

(단위 : 건)

구분	계	4월	5월	6월
건	52	15	19	18

▸ 추진계획

• 2026년 4월~6월 환자안전사고 원인분석 및 개선활동 시행

< 4월 환자안전사고 결과보고, 2026.05.07. >

< 5월 환자안전사고 결과보고, 2026.06.04.>

< 6월 환자안전사고 결과보고, 2026.07.02. >

< 환자안전사고보고 현황 홈페이지 게시, 2026.07.20. >

</td></tr>
</table>

성과지표	추진실적
환자안전사고 분석 및 개선활동 횟수	▸ 추진실적 : (목표) 4회 → (실적) 2회(50.0% / 정상추진) ▸ 추진내용 • 환자안전사건 보고서 매일 모니터링을 통한 월별 분석으로 분기별 보고 ▸ 추진계획 • 환자안전사건 보고 지속적 모니터링 후 분석을 통해 오류를 파악하고 이를 바탕으로 개선활동 진행 • 환자안전의 인식을 높이고 사건의 재발 방지를 위한 직원교육 < 2026년 2분기 환자안전사고 분석 및 개선활동 결과보고, 2026.07.13. > < 2026년 2분기 환자안전사고 분석 및 개선활동 결과 홈페이지 공유, 2026.07.20 >
고장유형분석(FMEA) 횟수	▸ 추진실적 : (목표) 1건 → (실적) 0건(0.0% / 정상추진) ▸ 추진내용 • 2026년 고장유형분석 FMEA 주제 : 정확한 환자확인 • 2026년 고장유형분석 FMEA 2차 회의 결과보고(2026.06.22.) - 고장유형의 근본원이나 규명, Fish bone을 통한 근본원인 찾기 ▸ 추진계획 • 2026년 고장유형분석 FMEA 3차 회의 실시 예정(7월) < 2026년도 FMEA 2차 회의 실시, 2026.06.15. > < 2026년도 FMEA 2차 회의 결과보고, 2026.06.22. >

성과지표	추진실적
근본원인분석(RCA) 횟수	▸ 추진실적 : (목표) 1건 → (실적) 1건(100.0% / 완료) ▸ 추진내용 • 사고분류 : 위해사건 • 사 고 명 : 알츠하이머 환자의 야간 침상난간 다리끼임으로 인한 대퇴부 골절 • 분석기간 : 2026.05.27.~06.26.(1개월) • 적신호사건 발생 시 마다, 적신호사건이 없을 시는 위해사건 중 적신호 사건으로 이행 가능성이 큰 사건 중에서 사건에 기여한 원인 및 근본 요인을 확인하고 규명 • 근본원인분석 결과에 따른 개선활동 실시 < 2026년도 근본원인분석 결과보고, 2026.06.18. > < 2026년도 근본원인분석 결과 직원 공유, 2026.06.20. >
근접오류 보고 포상 건수	▸ 추진실적 : (목표) 88건 → (실적) 55건(62.5% / 정상추진) ▸ 추진내용 • 근접오류보고 활성화를 위한 간편 보고화 및 근접오류 보고자 관련 포상 실시 ▸ 추진계획 • 매월 근접오류 보고 모니터링 후 근접오류 보고 분석, 개선활동, 관련 부서 교육 실시 • 홈페이지 환자안전사고 보고 공유 < 2026년 2분기 근접오류보고 관련 포상 지급계획, 2026.07.16. > < 2026년 2분기 근접오류보고 관련 포상 지급, 2026.07.20. >

성과지표	추진실적
환자안전사고 외부보고 횟수	▸ 추진실적 : (목표) 2건 → (실적) 6건(100.0% / 정상추진) ▸ 추진내용 • 환자안전사고 외부보고(낙상5, 투약오류1) : 6회 ▸ 추진계획 • 환자안전사건 모니터링을 통한 중대한 환자안전사고 내용 제출 • 위해사건(낙상의 경우) 중 2등급 이상 시 KOPS 자율보고 예정 < 환자안전사고 외부(KOPS)보고 > < 환자안전사고 외부(KOPS)보고 >
Alert system 운영 및 점검 횟수	▸ 추진실적 : (목표) 4회 → (실적) 2회(50.0% / 정상추진) ▸ 추진내용 • 1분기 Alert system 공유율 : 99.2% • 2분기 Alert system 공유율 : 99.4% ▸ 추진계획 • 3분기 Alert 시스템 운영 모니터링 실시 < 2026년 1분기 Alert 시스템 운영 현황 결과보고 > < 2026년 2분기 Alert 시스템 운영 현황 결과보고 >

성과지표	추진실적
Kops 주의경보 공유 횟수	▸ 추진실적 : (목표) 2회 → (실적) 1회(50.0% / 정상추진) ▸ 추진내용 • Kops 환자안전주의경보 발령(환자에게 의약품 투여 전 경로 확인 필요, 2026.04.15.) • Kops 환자안전 주의경보 자체점검 제출(2026.04.20.) ▸ 추진계획 • Kops 환자안전주의경보 발령 시 관련 정보공유 • 필요 시 개선활동 실시 < 2026년 제1차 환자안전 주의경보 발령 안내, 2026.04.16. > | < 2026년 제1차 환자안전 주의경보 발령 공유, 2026.04.15. >

1-2. 환자안전 내실화

성과지표	추진실적
유관부서 협업 환자안전 점검 라운딩 횟수	▸ 추진실적 : (목표) 6회 → (실적) 3회(50.0% / 정상추진) ▸ 추진내용 • 약제과 협업(2026.06.16.) - 의약품(수액류 등) 재고관리, 전수점검, 투약절차, 환경관리, 기록관리 등 ▸ 추진계획 • 라운딩 후 부진항목 개선 요청 • 다학제적인 라운딩으로 즉각적인 개선활동 수행 < 2006년 제3차 유관부서 협업 환자안전점검 라운딩 결과보고, 2026.06.04. > < 2006년 환자안전점검 라운딩 후 병동별 개선사항 부서별 회신, 2026.04.06. >
환자안전 캠페인 횟수	▸ 추진실적 : (목표) 4회 → (실적)3회(75.0% / 정상추진) ▸ 추진내용 • 환자안전 캠페인(협업) 실시 - 감염병센터 협업(2026.04.15.), 진료과 협업(2026.06.29.) - 감염예방 관련 교육 및 퀴즈풀이, 의사와 함께하는 퀴즈풀이, 낙상예방 ·환자와의 리플릿 배부 ▸ 추진계획 • 약제과, 보건의료복지통합지원실, 감염병센터 등 협업 캠페인 예정(2026.09.16.) < 2026년 제2차 질 향상과 환자안전 캠페인 결과보고, 2026.04.17. > < 2026년 제3차 질 향상과 환자안전 캠페인 결과보고, 2026.06.30. >

성과지표	추진실적
환자안전 주간행사 횟수	▸ 추진실적 : (목표) 1회 → (실적) 0회(0.0% / 미도래) ▸ 추진계획 • WHO가 제정한 세계 환자안전의 날(9월 17일)에 통합 및 보건복지부와 중앙환자안전센터의 환자안전주간 운영 취지에 맞추어, 해당기간을 환자안전 주간으로 정하고 안전행사 실시 예정
부서별 환자안전 점검 횟수	▸ 추진실적 : (목표) 12회 → (실적)6회(50.0% / 정상추진) ▸ 추진내용 • 환자안전점검 - 환자안전관리 점검 결과보고 ▸ 추진계획 • 부서 내 환자안전지킴이의 매월 1회 환경점검으로 환자안전사고 예방

< 4월 환자안전관리 점검표 제출 안내, 2026.05.06. >

< 5월 환자안전관리 점검 결과보고, 2026.06.02. >

< 6월 환자안전관리 점검 결과보고, 2026.07.02. >

< 병동별 환자안전관리 점검표 예시 >

성과지표	추진실적
환자안전 홍보 방송 횟수	▸ 추진실적 : (목표) 730회 → (실적) 362회(49.6% / 정상추진) ▸ 추진내용 • 정확한 환자확인(오전), 낙상예방 활동 안내(오후)로 하루 2회 방송 ▸ 추진계획 • 안내방송 내용 및 시기 적정성을 지속적으로 확보하여 환자안전문화 정착
환자안전 리더십 라운딩 횟수	▸ 추진실적 : (목표) 6회 → (실적) 3회(50.0% / 정상추진) ▸ 추진내용 • 환자안전문화 및 시스템 관련 직원 인터뷰, 환자중심 및 참여관련 환자 인터뷰, 경영진 당부 및 피드백 - 진료부장, 환자안전 리더십 라운딩(2026.05.11.) - 약제과장, 환자안전 리더십 라운딩(2026.06.16.) ▸ 추진계획 • 격월 환자안전 리더십 라운딩 예정(2026.09.) < 제1차 환자안전 리더십 라운딩 결과보고, 2026.05.14. > < 제1차 환자안전 리더십 라운딩 사진, 2026.06.18. >
직원만족도 조사	▸ 추진실적 : (목표) 2회 → (실적) 1회(50.0% / 정상추진) ▸ 추진내용 • 2026년 제1차 적정진료실 사업 운영 만족도 조사 실시(2026.05.21.) • 2026년 제1차 적정진료실 사업 운영 만족도 조사 결과보고(2026.06.02.) ▸ 추진계획 • 만족도 조사 실시 예정(2026.09.) • 만족도 조사 결과 분석에 따른 개선활동 실시

2. 진료 효율성 증대

2-1. 표준진료지침 표준화 및 운영관리

성과지표	추진실적
CP 신규 개발 및 갱신 건수	▸ 추진실적 : (목표) 2회 → (실적) 2회(100.0% / 정상추진) ▸ 추진내용 • 2026년 공공의료 CP 개발 사업 신규개발 선정(2026.04.28.) - 자궁경부 확장 및 소파술 • 2026년 공공의료 표준진료지침 신규질환 개발 참여계획서 제출(2026.05.07.) ▸ 추진계획 • 2026년 공공의료 표준진료지침 실무자 간담회 및 개발 워크숍 참석(2026.07.03.) • 2026년 공공의료 표준진료지침 1차 임상적정성 검토 결과 제출(2026.07.) • 2026년 공공의료 표준진료지침 2차 임상적정성 서면 검토(2026.08.)
CP 모니터링 및 관리 횟수	▸ 추진실적 : (목표) 12회 → (실적) 6회(50.0% /정상추진) ▸ 추진내용 • 매월 모니터링 후 평가지표관리를 통한 경영진 결과보고 • 모니터링 결과 홈페이지 게시판 직원 공유 ▸ 추진계획 • 분기별 모니터링 실시로 지속적인 관리 < 4월 CP 모니터링 현황 홈페이지 공유, 2026.05.06. > < 6월 평가지표관리 회의 자료 제출, 2026.06.04. >
CP 활동 지원 및 포상 횟수	▸ 추진실적 : (목표) 8회 → (실적) 2회(25.0% / 정상추진) ▸ 추진내용 • 1분기 적용 우수 진료과장 포상금 지급 결과보고(2026.04.15.) • 표준진료지침 개발 · 적용 부서 포상금 지급 실시 결과보고(2026.05.12.) ▸ 추진계획 • 2분기 적용 우수 진료과장 포상금 지급

2-2. 질 향상 활동 활성화

<table>
<tr><th>성과지표</th><th>추진실적</th></tr>
<tr><td>QI 활동 참여 건수</td><td>

▸ 추진실적 : (목표) 9건 → (실적) 9건(100.0% / 완료)
▸ 추진내용
• QPS 위원회에서 우선순위 선정표에 의거하여 부서별 QI 주제 순위 확정
• 2026년도 QI 주제에 대한 질 향상과 환자안전(QPS)위원회 심의 결정
• 2026년도 QI 활동 계획서 제출 요청 및 회의 참석으로 자문 및 지원
• 부서별 QI 활동 일정에 따른 사업 진행 및 지속적 모니터링 유지

<table>
<tr><th>순위</th><th>부서명</th><th>활동주제</th><th>비고</th></tr>
<tr><td>1</td><td>영상의학실</td><td>환자 안전 강화를 위한 CT 검사 재촬영률 감소</td><td></td></tr>
<tr><td>2</td><td>심사계</td><td>신포괄 정액가산 평가항목 집중관리를 위한 지표관리</td><td></td></tr>
<tr><td>3</td><td>기획계</td><td>원내·외 홍보활동을 통한 환자만족도 제고</td><td></td></tr>
<tr><td>4</td><td>간호과</td><td>간호기록 충실도 및 SBAR 활용 정착</td><td></td></tr>
<tr><td>5</td><td>간호과(8D병동)</td><td>욕창 고위험군 환자의 맞춤형 간호중재를 통한 욕창발생률 감소</td><td></td></tr>
<tr><td>6</td><td>간호과(중환자실)</td><td>ICU 간호사 번아웃 완화를 위한 개선 활동</td><td></td></tr>
<tr><td>7</td><td>간호과(외래)</td><td>예약 시스템 내실화</td><td></td></tr>
<tr><td>8</td><td>응급의료센터</td><td>응급환자 분류도구(ktas) 인식개선을 통한 고객 만족도 증진</td><td></td></tr>
<tr><td>9</td><td>감염방센터</td><td>다제내성균 감염관리 향상 활동</td><td></td></tr>
</table>

</td></tr>
<tr><td>QI 활동 경진대회 횟수</td><td>

▸ 추진실적 : (목표) 1회 → (실적) 0회 (0.0% / 미도래)
▸ 추진계획
• 2026년도 QI 참여 현황(9개)
• QI 경진대회 예정(2026.11.)
• 우수 부서에 대한 포상
• QI 경진대회 전·후 만족도 조사 실시 예정

</td></tr>
</table>

성과지표	추진실적
OI 활동 지원 횟수	▸ 추진실적 : (목표) 13회 → (실적) 3회(23.1% / 정상추진) ▸ 추진내용 • OI 활동 자원(인적, 물적, 행정적) 지원 요청 시 지원 및 포상 : 2회 - OI 활동 자원지원(감염병센터, 간호과) ▸ 추진계획 • OI 활동 상시 지원(2026.03.~10.) • OI 활동 결과에 따른 차등 포상(2026.11.) < OI 활동 담당자 교육실시, 2026.04.16. > < OI 활동 담당자 교육 결과보고, 2026.05.28. >
OI 활동 보고 횟수	▸ 추진실적 : (목표) 3회 → (실적) 1회 (33.3% / 정상추진) ▸ 추진내용 • 부서별 OI 활동 계획서 제출 요청(2026.06.18.) ▸ 추진계획 • 부서별 OI 활동 중간보고서 제출 예정(2026.07.) • 부서별 OI 활동 결과보고서 제출 예정(2026.10.) < 부서별 OI 활동 계획서 제출 요청, 2026.06.18. > < 부서별 OI활동 중간보고서 제출, 2026.07.16. >

2-3. 인증지표 중심의 성과관리 고도화

성과지표	추진실적
의료기관 인증 성과관리 대상 건수	▸ 추진실적 : (목표) 27건 → (실적) 27건(100.0% / 완료) ▸ 추진내용 • 환자안전 6개 지표, 환자진료영역 15개 지표, 관리영역 6개 지표 • 지속적인 지표모니터링 및 결과보고를 통한 인증지표 관리
성과관리 영역별 지표 결과보고 횟수	▸ 추진실적 : (목표) 4회 → (실적) 1회(25.0% / 정상추진) ▸ 추진내용 • 2026년 2분기 의료기관인증 성과관리(인증지표) 결과보고서 제출 요청 ▸ 추진계획 • 2026년 2분기 의료기관인증 성과관리(인증지표) 결과보고서 제출 예정(2026.07.) • 분기별 모니터링 실시로 지속적인 관리 • 모니터링 결과 홈페이지 게시판 공유
성과관리 개선활동 지원 ·포상 건수	▸ 추진실적 : (목표) 8회 → (실적) 3회(37.5% / 정상추진) ▸ 추진내용 • 의료기관 인증 지표 활동 지원 및 포상 : 2회 - 인증지표 우수 담당자(부서) 포상_감염병센터, 원무계(2026.04.23) ▸ 추진계획 • 분기별 의료기관인증 지표관리 결과에 따른 우수자 포상 예정(2026.07.) • 지표관리활동 관련 지도, 조언, 자원 등 상시지원 < 2026년 1분기 성과관리 우수자 포상금 지급 결과보고, 2026.04.27. > < 2026년 1분기 성과관리 우수자 포상을 위한 비용 지출, 2026.04.23. >

3. 평가대응 역량강화

3-1. 위원회 운영의 실효성 강화

성과지표	추진실적
위원회 운영 횟수	▸ 추진실적 : (목표) 5회 → (실적) 3회(60.0% / 정상추진) ▸ 추진내용 • 제2차 질 향상과 환자안전(QPS)위원회 소집통지(2026.04.22.) • 제2차 질 향상과 환자안전(QPS)위원회 결과보고(2026.05.06.) • 2026년 4월 위원회 개최 실적(적정진료실) 제출(2026.05.04.) • 2026년 질 향상과 환자안전(QPS)위원 변경 보고(2026.05.07.) • 2026년 의료기관인증 운영위원회 위원 변경 보고(2026.05.07.) ▸ 추진계획 • 2026년 제3차 질 향상과 환자안전 QPS위원회(2026.07.) • 2026년 위원회 개최 실적(적정진료실) 제출(2026.07.)

< 2026년 제2차 질 향상과 환자안전(QPS위)원회 소집통지, 2026.04.22. >

< 2026년 제2차 질 향상과 환자안전(QPS위)원회 결과보고, 2026.05.06. >

< 질 향상과 환자안전(QPS위)원회 위원 변경 보고, 2026.05.07. >

< 2026년 4월 위원회 개최 실적 제출, 2026.05.04. >

3-2. 평가 수검자원체계 구축

성과지표	추진실적
인증사후관리(3년차 자체조사)	▸ 추진실적 : (목표) 1회 → (실적) 0회(0.0% / 미도래) ▸ 추진계획 • 자체조사 TF를 구성 • 3년차 자체조사 항목에 해당하는 지표 관리 • 협업부서와 준비사항 공유 • 개선활동 유지 확인
인증사후관리 개선활동 모니터링 횟수	▸ 추진실적 : (목표) 4회 → (실적) 2회(50.0% / 정상추진) ▸ 추진내용 • 인증사후관리 개선활동 2차 모니터링 결과보고(2026.04.15.) • 인증사후관리 개선활동 3차 모니터링 실시(2026.06.23.) ▸ 추진계획 • 3차 인증사후관리 개선활동 모니터링(2026.07.) < 인증사후관리 개선활동 2차 모니터링 결과보고, 2026.04.15. > < 인증사후관리 개선활동 3차 모니터링 실시, 2026.06.23. > < 인증사후관리 개선활동 자료 제출(간호과), 2026.04.10. > < 인증사후관리 개선활동 자료 제출(약제과), 2026.04.14. >

3-3. 교육기반 환자안전 관리체계 확립

성과지표	추진실적
전담자 전문역량교육 참여 횟수	▸ 추진실적 : (목표) 12회 → (실적) 19회(158.3% / 정상추진) ▸ 추진내용 • 전담자 필수교육(보수교육) 참여 - 대면교육(2026.04.09.) : 1회(장미화) • 전담자 전문교육 참여 - AI를 활용한 질 향상과 환자안전 활동(2026.04.10.) - 환자안전 전담인력 역량강화(2026.05.13.) - 5주기 인증 기준 및 준비사례 연수교육(2026.05.21.) - 봄 학술대회(2026.06.24.) ▸ 추진계획 • 표준진료지침 워크숍 참여(2026.07.03.) • 대한환자안전질향상간호사회(Kosqin) 위험관리&FMEA 연수교육(2026.07.09.) < 환자안전 전담인력 역량강화 , 2026.02.06. > < 5주기 급성기병원 인증 기준 및 준비사례 연수교육, 2026.05.21. >
질 향상 및 환자안전 교육 횟수	▸ 추진실적 : (목표) 18회 → (실적) 15회(83.3% / 정상추진) ▸ 추진내용 • 간병사 대상 질 향상 및 환자안전 - 낙상 예방 교육(2026.04.15.) • 2026년 제8차 질 향상과 환자안전 교육 - 환자안전, 낙상 예방 교육(2026.04.20.) • 2026년 제9차 질 향상과 환자안전 교육 - 간호관리자(2026.04.27.) • 2026년 제10차 질 향상과 환자안전 교육 - 표준진료지침(2026.05.11.~12.) • 2026년 제11차 질 향상과 환자안전 교육 - 표준진료지침(2026.05.18.) • 2026년 제12차 질 향상과 환자안전 교육 - 근본원인분석(2026.06.02.) ▸ 추진계획 • 2026년 제13차 질 향상과 환자안전 교육 - Alert system(2026.07.)

Ⅳ 행정사항

□ 성과지표 환류

○ 2026년 2분기 적정진료실 성과지표 모니터링 결과 환류

- 고장유형분석(FMEA) 개선활동을 통한 환자안전사고 예방 및 홍보
- 환자안전 홍보 방송 멘트 수정, 내·외부고객 환자안전 활동 협조 강조
- 표준진료지침 적용 및 관리를 위한 회의 및 운영현황 점검
- 질 향상(QI) 활동 계획서 작성을 위한 교육 및 행정 지원
- 인증지표관리 활동과 계획서 작성을 위한 지표담당자 교육실시
- 지속적인 성과지표 사업추진
- 분기별 성과에 대한 포상금을 포상물 제공 유지로 직원의 참여격려
- 4주기 급성기 의료기관 인증 3년차 자체조사 대비 개선활동 점검 및 피드백

□ 향후계획

○ 질 향상과 환자안전위원회 보고 ····· 2026.07.

○ 모니터링 결과 공유 ····· 2026.07.

- 2분기 적정진료실 성과지표 모니터링 결과 홈페이지 게재

○ 3분기 사업 추진 ····· 2026.07.~09.

2026년 2분기

적정진료실 성과지표 모니터링 결과보고

탄생에서 돌봄까지

전북특별자치도 남원의료원

JEONBUK STATE NAMWON MEDICAL CENTER

의 안 번 호	제2026-13호
보고년월일	2026년 7월 30일

보고안건

2026년 상반기
적정진료실 사업 자체평가 결과보고

2026년도 제3차 정기
질 향상과 환자안전(QPS)위원회 상정안건

제 출 자	오 진 규 (전북특별자치도 남원의료원장)
제출년월일	2026년 7월 30일

2026년 상반기 적정진료실 사업 자체평가 결과보고

의 안 번 호	제2026-13호

제출년월일 : 2026년 7월 30일
제 출 자 : 전북특별자치도 남원의료원장
제안설명자 : 적정진료실장

1. 보고이유

○ 2026년 적정진료실 사업 결과를 보고하여 사업의 내실화를 이루고 질 향상과 환자안전에 만전을 기하고자 결과를 보고함.

2. 보고내용

○ 2026년 상반기 적정진료실 사업 자체평가 결과

< 총 평 >

❍ 2026년도 상반기 자체평가 평균점수 : **90.7점**
- 환자안전사건 사고 보고 문화 활성화 및 오류를 통한 안전한 병원 문화조성
- 4주기 급성기병원 의료기관 인증 획득 후 지속적 유지 및 관리를 위한 평가지표로 관리

전략목표	평가영역	평균점수	평균합계	결과활용	비고
환자안전문화 확산	구조(20)	20.0점	91.8점	현행유지	사업계획 대로 추진
	과정(50)	41.8점			
	결과(30)	30.0점			
진료효율성 증대	구조(30)	30.0점	84.2점	현행유지	사업계획 대로 추진
	과정(50)	38.2점			
	결과(20)	16.0점			
평가대응 역량강화	구조(20)	20.0점	96.0점	현행유지	사업계획 대로 추진
	과정(60)	56.0점			
	결과(20)	20.0점			

※ 붙임 2026년 상반기 적정진료실 사업 자체평가 결과보고 1부.

붙임 2026년 2분기 적정진료실 성과지표 모니터링 결과보고

2026년 상반기
적정진료실 사업 자체평가 결과보고

◈ 2026년도 상반기 적정진료실에서 주진 중인 사업에 대한 자체평가를 실시하고 그 결과를 보고하고자 함

Ⅰ 추진개요

□ 추진근거

○ 적정진료실-978("2026년도 적정진료실 사업계획", 2025.12.19.)

□ 추진개요

○ 평가대상 : 2026년도 적정진료실 사업계획서 성과지표

○ 평가기간 : 2026.01.01.~06.30.(2026년 상반기)

○ 평가단 : 질 향상과 환자안전(QPS) 위원회 위원 11명

※ 위원 11명 평가 실시

○ 평가방법

- 전략목표에 의한 구조, 과정, 결과영역으로 구분
- 상반기 사업 결과를 근간으로 상반기 추진계획의 이행 정도 및 주요 실적 점검 후 평가
- 각 위원들 점수 결과 합산 후 평균을 통한 등급화

등급	점수	결과활용	비고
A(우수)	80점 이상	○ 현행유지	※ 세부평가항목 중 목표 미달 점수 항목은 수정 · 보완 필요
B(미진)	60점~80점 미만	○ 사업 일부 수정 및 보완	
C(등급이하)	0점~60점 미만	○ 사업 전면 수정	

- 1 -

Ⅱ 자체평가 결과

□ 자체평가 총평

< 총 평 >

❍ 2026년도 상반기 자체평가 평균점수 : **90.7점**

- 환자안전사건 사고 보고 문화 활성화 및 오류를 통한 안전한 병원 문화조성
- 4주기 급성기병원 의료기관 인증 획득 후 지속적 유지 및 관리를 위한 평가지표로 관리

전략목표	평가영역	평균점수	평균합계	결과활용	비고
환자안전문화 확산	구조(20)	20.0점	91.8점	현행유지	사업계획 대로 추진
	과정(50)	41.8점			
	결과(30)	30.0점			
진료효율성 증대	구조(30)	30.0점	84.2점	현행유지	사업계획 대로 추진
	과정(50)	38.2점			
	결과(20)	16.0점			
평가대응 역량강화	구조(20)	20.0점	96.0점	현행유지	사업계획 대로 추진
	과정(60)	56.0점			
	결과(20)	20.0점			

□ 자체평가 타당성 및 개선방안의 구체성

타당성	개선방안의 구체성
❍ 환자안전 보고학습 시스템 구축 - 활용 - 지속적인 교육, 라운딩, 피드백을 통한 환자안전사건 미연 방지 ❍ 의료질 향상 - 적정진료 및 환자안전 개선 활동을 통한 QI활동 활성화, 지표활동 활성화 및 자원지원 ❍ 적정진료 및 역량강화 - 환자안전 전담자 및 직원의 역량강화를 위한 교육 및 워크숍	❍ 환자안전 의료문화 개선 - 환자안전사건 보고 문화 개선으로 안전한 병원 문화 조성 ❍ 환자안전 활동 강화 - 인증 지표 활동 지원과 교육 - 의료질 향상을 위한 진료과 의료진 표준진료지침 활성화 교육 - QI 활동 지원 및 강화로 활동 활성화 ❍ 직원의 역량 강화 - 4주기 인증 유지 및 개선 및 점검 강화 - 각종 평가 등급 지속 유지 및 관리 향상

Ⅲ 세부 자체평가 결과

□ 상반기 적정진료실 사업 자체평가 총괄표

○ 환자안전문화 확산 평가표

평가영역	평가지표	평가세부항목		배점	상반기 사업결과	점수	평균
합계				100		1010	91.8
구조 (20)	사업의 적절성		목표 포함	10	포함	110	10.0
				5			
	사업 체계		목표 미포함	10	확보	110	10.0
				5			
과정 (50)	사업 진행 정도 및 적절성	고장유형분석(FMEA)	실시	5	실시	55	5.0
			미실시	0			
		근본원인분석(RCA)	실시	5	실시	55	5.0
			미실시	0			
		근접오류 보고 포상	실시	5	실시	55	5.0
			미실시	0			
		Alert system 운영 및 점검	실시	5	실시	55	5.0
			미실시	0			
		KOPS 주의 경보 공유	적정성	5	공유	53	4.8
		유관부서 협업 환자안전 점검 라운딩 횟수	6회 이상	5	3회	44	4.0
			3회~5회	4			
			2회	3			
			1회	2			
		환자안전 캠페인 횟수	4회 이상	5	3회	44	4.0
			3회	4			
			2회	3			
			1회	2			
		환자안전 주간행사 횟수	실시	5	미실시	0	0.0
			미실시	0			
		환자안전 홍보 방송	적정성	5	362회	55	5.0
		환자안전 리더십 라운딩	6회 이상	5	3회	44	4.0
			3회~5회	4			
			2회	3			
			1회	2			
결과 (30)	사업 결과	환자안전사고 모니터링 결과보고	실시	5	실시	55	5.0
			미실시	0			
		환자안전사고 분석 및 개선활동 결과보고	실시	10	실시	110	10.0
			미실시	0			
		부서별 환자안전 점검 결과보고	실시	5	실시	55	5.0
			미실시	0			
		직원만족도 조사	실시	10	실시	110	10.0
			미실시	0			

○ 진료효율성 증대 평가표

평가 영역	평가 지표	평가세부항목		배점	상반기 사업결과	점수	평균
합계				100		927	84.2
구조 (30)	사업의 적절성	사업목표를 포함한 사업계획	목표 포함	10	포함	110	10.0
			목표 미포함	5			
	예산의 적절성	예산계획 수립 및 확보	확보	10	확보	110	10.0
			미확보	5			
	사업 체계	담당인력 확보	확보	10	확보	110	10.0
			미확보	5			
과정 (50)	사업 진행 정도 및 적절성	CP 신규 개발 및 갱신 건수	2건 이상	10	2건	110	10.0
			1건	5			
			0건	0			
		CP 활동 지원 및 포상 횟수	4회 이상	10	2회	88	8.0
			2회~3회	8			
			1회	5			
			0	0			
		QI 활동 참여 건수	8건 이상	5	9건	55	5.0
			5~7건	3			
			2~4건	2			
			0~1건	0			
		QI 활동 경진대회	실시	5	미실시	0	0.0
			미실시	0			
		QI 활동 지원 적정성	적정성	5	지원	52	4.7
		QI 활동 보고 충실도	충실도	5	계획서완료	50	4.5
		의료기관 인증 성과관리 대상 건수	27건 이상	5	27건	55	5.0
			18~26건	3			
			9~17건	1			
			0~8건	0			
		성과관리 개선활동 지원 포상 건수	8건 이상	5	4건	11	1.0
			6~7건	3			
			4~5건	1			
			1~3건	0			
결과 (20)	사업 결과	CP 모니터링 및 관리 결과보고	8회 이상	10	6회	88	8.0
			6~7회	8			
			4~5회	5			
			1~3회	0			
		표준진료지침 적용률	4회 이상	10	2회	88	8.0
			2~3회	8			
			1회	5			
			0	0			

○ 평가대응 역량강화 평가표

평가영역	평가지표	평가세부항목		배점	상반기 사업결과	점수	평균
합계				100		1056	96.0
구조 (20)	사업의 적절성	사업목표를 포함한 사업계획	목표 포함	10	포함	110	10.0
			목표 미포함	5			
	예산의 적절성	예산계획 수립 및 확보	확보	10	확보	110	10.0
			미확보	5			
과정 (60)	사업 진행 정도 및 적절성	인증사후관리개선활동 모니터링 횟수	3회 이상	20	2회	198	18.0
			2회	18			
			1회	15			
			미실시	0			
		전담자 전문역량교육 참여 횟수	12회 이상	20	17회	220	20.0
			5~11회	18			
			1~4회	15			
			미실시	0			
		질 향상 및 환자안전 교육 횟수	18회 이상	20	15회	198	18.0
			11~17회	18			
			6~10회	15			
			5회 이하	0			
결과 (20)	사업 결과	인증사후관리(3년차 자체조사대비)	유지	10	유지	110	10.0
			미유지	5			
		위원회 운영 횟수	3회 이상	10	3회	110	10.0
			2회	8			
			1회	5			
			미실시	0			

Ⅳ 행정사항

□ 환류

○ 평가결과에 근거한 향후 업무 수행 반영

전략목표	평가세부항목	부진 요인분석(해소방안)	하반기 반영사항	비고
환자안전 문화 확산	환자안전 주간행사 횟수	◦ 환자안전의 날, 9월에 있어 사업을 9월에 배정함	◦ 사업계획대로 포상 진행(9월 진행)	
진료 효율성 증대	QI 활동 경진대회	◦ QI 활동 계획서(3월), 중간보고서(7월), 결과보고서(10월) 순으로 진행함. 결과보고 및 학술대회 초록 제출 이후 경진대회 진행	◦ 사업계획대로 포상 진행(11월 진행)	

□ 향후계획

○ 질 향상과 환자안전(QPS)위원회 결과보고 ····· 2026.07.30.

붙임 2026년 상반기 적정진료실 사업 자체 평가표 11부.

Ⅱ. 심의안건

의 안 번 호	제2026-14호
심의년월일	2026년 7월 30일

심의안건

질 향상과 환자안전(QPS)위원회 지침 일부개정지침안

2026년 제3차 정기
질 향상과 환자안전(QPS)위원회 상정안건

제 출 자	오 진 규 (전북특별자치도 남원의료원장)
제출년월일	2026년 7월 30일

질 향상과 환자안전(QPS)위원회 지침 일부개정지침안

의 안 번 호	제2026-14호

제출년월일 : 2026년 7월 30일
제 출 자 : 전북특별자치도 남원의료원장
제안설명자 : 적정진료실장

1. 제안이유

○ 회의 운영의 효율성 제고와 업무 부담 완화를 도모하고, 핵심 안건 중심의 내실 있는 회의 운영을 강화하며, 정기회의 외에도 필요시 임시회의를 통해 신속한 의사결정이 가능하도록 회의 주기 및 운영방식을 조정하고자 심의 상정함.

2. 주요내용

○ 일부 개정사항

장	범주	기준	비고
Ⅲ. 조직관리체계	7. 질 향상 및 환자안전 활동	7.1 질 향상 및 환자안전 운영체계	‣ 위원회 개최 변경

※ 붙임 질 향상과 환자안전(QPS)위원회 지침

3. 심의 후 조치사항

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

전북특별자치도 남원의료원 지침 제 호

질향상과 환자안전(QPS)위원회 지침 일부개정지침안

질향상과 환자안전(QPS)위원회 지침 일부를 다음과 같이 개정한다.

제5조제1항 중 “매분기 1회”를 “연 2회 이상”으로 한다.

부 칙

이 지침은 공포한 날부터 시행한다.

신 · 구조문 대비표

현행	개정안	비고
제5조(회의) ① 위원회는 정기회와 임시회로 구분하고, 정기회는 매분기 1회 개최하며, 임시회는 위원장이 필요하다고 인정하는 경우에 소집한다. ②~④ (생략)	제5조(회의) ① ---------- 연 2회이상 ----------. ②~④ (현행과 같음)	▪ 주요내용 작성 - 정기회 연 2회이상 변경

의 안 번 호	제2026-15호
보고년월일	2026년 7월 30일

심의안건

표준진료지침 운영 계획안

2026년 제3차 정기
질 향상과 환자안전(QPS)위원회 상정안건

제 출 자	오 진 규 (전북특별자치도 남원의료원장)
제출년월일	2026년 7월 30일

표준진료지침 운영 계획안

의 안 번 호	제2026-15호

제출년월일 : 2026년 7월 30일
제 출 자 : 전북특별자치도 남원의료원장
제안설명자 : 적정진료실장

1. 제안이유

○ 표준진료지침 운영 현황상 활용도가 낮은 지침이 존재하고 미적용 지침이 적용 대상 건수에 포함되어 전체 적용률을 저하시켜 지표관리의 왜곡 가능성이 있으므로, 효율적인 운영체계 구축과 관리 효율성 제고를 위해 심의 상정함.

2. 주요내용

○ 표준진료지침 운영현황
- (현행) 운영현황 20건 →
  (변경) 운영현황 15건

○ 표준진료지침 기초 관리에서 미사용으로 관리
- 진료과 요청 시 사용으로 변경

※ 붙임 표준진료지침 운영 현황 1부.

3. 심의 후 조치사항

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

붙임 표준진료지침 운영 현황

연번	구분(중앙/기타)	표준진료지침(CP)명	개발년도	현행	변경	비고
1	기타	제왕절개술	2014년	사용	사용	2021년 갱신
2	기타	자연분만	2014년	사용	사용	
3	기타	요실금	2015년	사용	미사용	
4	중앙	백내장수술	2015년	사용	사용	
5	기타	탈장	2015년	사용	사용	2025년 갱신
6	기타	성형안과	2016년	사용	미사용	
7	중앙	충수절제술	2017년	사용	사용	2026년 갱신
8	중앙	전자궁절제술	2024년	사용	사용	
9	기타	복강경하 담낭절제술	2018년	사용	사용	
10	중앙	쯔쯔가무시	2018년	사용	사용	
11	중앙	대장내시경 용종제거술	2019년	사용	사용	
12	기타	경피적척추성형술	2019년	사용	사용	
13	기타	관상동맥조영술	2021년	사용	사용	2024년 갱신
14	중앙	대상포진	2021년	사용	미사용	2023년 갱신
15	중앙	경피내시경하위루술	2022년	사용	사용	
16	기타	난소양성종양절제술	2022년	사용	사용	
17	중앙	슬관절치환술	2023년	사용	미사용	
18	기타	쇄석술	2023년	사용	미사용	진료의 부재
19	중앙	말초삽입 중심정맥관	2025년	사용	사용	
20	중앙	자궁경부 확장 및 소파술	2026년	사용	사용	

2026년 제3차 정기

질 향상과 환자안전위원회 상정안건

탄생에서 돌봄까지

전북특별자치도 남원의료원

JEONBUK STATE NAMWON MEDICAL CENTER