

2025년 제3차 정기 질 향상과 환자안전(QPS)위원회 상정안건



전북특별자치도 남원의료원
JEONBUK STATE NAMWON MEDICAL CENTER

|| 목 차 ||

I . 보고안건 1

1. 2025년 제1차 서면 질 향상과 환자안전(QPS)위원회(' 25. 7. 31.) 결과보고 3
2. 2025년 3분기 적정진료실 성과지표 모니터링 결과 보고 9
3. 2025년도 낙상 고장유형영향분석(FMEA) 결과보고 31

질 향상과 환자안전(QPS)위원회 상정안

2025년 제3차 정기 질 향상과 환자안전(QPS)위원회	
제출일자	2025년 10월 28일
보고안전	제2025-14호 2025년 제1차 서면 질 향상과 환자안전(QPS) 위원회('25. 7. 31.) 결과보고
	제2025-15호 2025년 3분기 적정진료실 성과지표 모니터링 결과보고
	제2025-16호 2025년도 낙상 고장유형분석(FMEA) 결과보고
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	제2025-14호
보고년월일	2025년 10월 28일

보고안전

2025년 제1차 서면
질 향상과 환자안전(QPS)위원회('25. 7. 31.) 결과보고

2025년 제3차 정기
질 향상과 환자안전(QPS)위원회 상정안건

제 출 자	오 진 규 (전북특별자치도 남원의료원장)
제출년월일	2025년 10월 28일

2025년 제1차 서면 질 향상과 환자안전(QPS)위원회('25. 7. 31.) 결과보고

의 안 번 호	제2025-14호
------------	-----------

제출년월일 : 2025년 10월 28일

제 출 자 : 전북특별자치도 남원의료원장

제안설명자 : 적정진료실장

1. 보고이유

- 지난 '25. 7. 31.일에 개최한 2025년 제1차 서면 질 향상과 환자안전(QPS)위원회 상정안건에 대한 의결 후 처리결과를 보고함

2. 보고내용

- 2025년도 제1차 서면 질 향상과 환자안전(QPS)위원회 처리결과 현황

의안번호	제목(건명)	심의결정사항
제2025-11호	2025년 제2차 정기 질 향상과 환자안전(QPS)위원회('25. 4. 24.) 결과보고	재적의원 11명 중 11명 동의로 원안접수
제2025-12호	2025년도 2분기 적정진료실 성과지표 모니터링 결과보고	재적의원 11명 중 11명 동의로 원안접수
제2025-13호	2025년도 상반기 적정진료실 사업 자체평가 결과보고	재적의원 11명 중 11명 동의로 원안접수

※붙임 2025년 제1차 서면 질 향상과 환자안전(QPS)위원회('25. 7. 31.) 결과보고 1부

의안 번호	제목(건명)	심의결정사항	비고	
제2025-11호	2025년 제2차 정기 질 향상과 환자안전(QPS)위원회(25. 4. 24.)	< 보고안건 > ○ 2025년 제2차 정기 질 향상과 환자안전(QPS)위원회 (25. 4. 24.) 처리결과		
		의안번호	제 목(건 명)	심 의 결 정 사 항
		제2025-7호	2025년 제1차 정기 질 향상과 환자안전(QPS)위원회(25. 1. 23.) 결과보고	재적의원 7명 중 7명 동의로 원안접수
		제2025-8호	2025년도 1분기 적정진료실 사업 결과보고	재적의원 7명 중 7명 동의로 원안접수
		제2025-9호	2025년도 표준진료지침 주제 선정 심의 안	재적의원 7명 중 7명 동 의 로 원 안 심 의 결 정
		제2025-10호	2025년도 고장유형분석(FMEA) 주제 선정 심의 안	재적의원 7명 중 7명 동 의 로 원 안 심 의 결 정
		< 심의결정사항 > ○ 보고내용대로 원안접수		

의안 번호	제목(건명)	심의결정사항	비고																																																																																																																																																																																							
제2025-12호	2025년 2분기 적정진료실 성과지표 모니터링 결과보고	< 보고안건 > ○ 2025년도 2분기 적정진료실 성과지표 모니터링 결과보고 (단위 : 회, 건, 명, %) <table><tr><th>전략 목표</th><th>전략 과제</th><th>성과지표</th><th>2025 년 목표</th><th>2025 년 실적</th><th>2025 년 달성률</th><th>모니터링 결과</th></tr><tr><td rowspan="10">1. 의료 안전망 강화</td><td>1-1.</td><td>1-1-1. 환자안전사건 모니터링 및 현황</td><td>12</td><td>6</td><td>50.0</td><td>정상추진</td></tr><tr><td rowspan="4">환자안전 사고 통합관리</td><td>1-1-2. 환자안전사건 분석 및 개선활동</td><td>4</td><td>2</td><td>50.0</td><td>정상추진</td></tr><tr><td>1-1-3. 고장유형분석(FMEA)</td><td>1</td><td>1</td><td>100.0</td><td>정상추진</td></tr><tr><td>1-1-4. 근본원인분석(RCA)</td><td>1</td><td>1</td><td>100.0</td><td>완료</td></tr><tr><td>1-1-5. 근접오류보고</td><td>88</td><td>43</td><td>49.0</td><td>정상추진</td></tr><tr><td>1-2.</td><td>1-2-1. KOPS(환자안전보고학습시스템)환자 안전주의경보 정보공유</td><td>100.0</td><td>100.0</td><td>100.0</td><td>정상추진</td></tr><tr><td rowspan="2">환자안전 정보환류 강화</td><td>1-2-2. KOPS(환자안전보고학습시스템) 환자안전사고 자율보고</td><td>2</td><td>1</td><td>50.0</td><td>정상추진</td></tr><tr><td>1-2-3. Alert system(경보체계) 모니 터링</td><td>4</td><td>2</td><td>50.0</td><td>정상추진</td></tr><tr><td>1-3.</td><td rowspan="5">환자안전 문화활동 참여 확 대</td><td>1-3-1. 협업을 통한 환자안전 라운딩</td><td>12</td><td>6</td><td>50.0</td><td>정상추진</td></tr><tr><td>1-3-2. 환자안전 캠페인</td><td>4</td><td>3</td><td>75.0</td><td>정상추진</td></tr><tr><td>1-3-3. 환자안전 주간 행사</td><td>1</td><td>0</td><td>0.0</td><td>미도래</td></tr><tr><td>1-3-4. 환자안전지킴이 환경관리 점검</td><td>12</td><td>6</td><td>50.0</td><td>정상추진</td></tr><tr><td>1-3-5. 환자안전 안내방송</td><td>730</td><td>362</td><td>49.6</td><td>정상추진</td></tr><tr><td rowspan="7">2. 실효적 의료질 구축</td><td>2-1.</td><td>2-1-1. 의료기관인증 지표관리</td><td>27</td><td>27</td><td>100.0</td><td>완료</td></tr><tr><td rowspan="2">성과관리 (의료기관 인증제도) 강화</td><td>2-1-2. 의료기관인증 모니터링 및 결과보 고</td><td>4</td><td>2</td><td>50.0</td><td>정상추진</td></tr><tr><td>2-1-3. 의료기관인증 지표 활동 지원 및 포상</td><td>8</td><td>5</td><td>62.5</td><td>정상추진</td></tr><tr><td>2-2.</td><td>2-2-1.국립중앙의료원 연계, 주기적 갱신, 자체 개발 등 사업참여</td><td>2</td><td>2</td><td>100.0</td><td>정상추진</td></tr><tr><td rowspan="2">표준진 료지침 개발 및 관리</td><td>2-2-2. 표준진료지침 적용</td><td>80.0</td><td>91.3</td><td>114.1</td><td>정상추진</td></tr><tr><td>2-2-3. 표준진료지침 활동 지원 및 포상</td><td>7</td><td>1</td><td>14.9</td><td>정상추진</td></tr><tr><td>2-3.</td><td>2-3-1. QI활동 참여</td><td>10</td><td>11</td><td>110.0</td><td>완료</td></tr><tr><td rowspan="9">3. 최적의 환자안전 기반확보</td><td rowspan="3">질 향상 (QI)활동 관리 체계 구축</td><td>2-3-2. QI활동 지원 및 포상</td><td>13</td><td>12</td><td>92.3</td><td>정상추진</td></tr><tr><td>3-1.</td><td>3-1-1. 질향상과 환자안전(QPS)위원회 운영</td><td>4</td><td>2</td><td>50.0</td><td>정상추진</td></tr><tr><td rowspan="2">환자안전 활동 기반 구축</td><td>3-1-2. 의료기관인증 위원회</td><td>1</td><td>1</td><td>100.0</td><td>완료</td></tr><tr><td>3-1-3. 직원만족도 조사</td><td>3</td><td>1</td><td>33.3</td><td>정상추진</td></tr><tr><td rowspan="2">3-2.</td><td>3-2-1. 전담자 필수교육(보수교육)참여</td><td>2</td><td>2</td><td>100.0</td><td>완료</td></tr><tr><td>3-2-2. 전담자 전문교육 참여</td><td>5</td><td>21</td><td>420.0</td><td>정상추진</td></tr><tr><td rowspan="2">교육 및 안전 체 계 정립</td><td>3-2-3. 질 향상 및 환자안전 교육(경영 진 포함)</td><td>15</td><td>17</td><td>113.0</td><td>정상추진</td></tr><tr><td>3-3.</td><td>3-3-1. 평가 결과 유지 및 개선활동</td><td>유지</td><td>유지</td><td>100.0</td><td>정상추진</td></tr><tr><td rowspan="2">평가 통합 유지관리</td><td>3-3-2. 의료기관인증(적정)지침 개정</td><td>1</td><td>1</td><td>100.0</td><td>정상추진</td></tr><tr><td>3-3-3. 4주기 급성기병원 중간현장 평가</td><td>획득</td><td>0</td><td>0.0</td><td>미도래</td></tr></table> < 심의결정사항 > ○ 보고내용대로 원안접수						전략 목표	전략 과제	성과지표	2025 년 목표	2025 년 실적	2025 년 달성률	모니터링 결과	1. 의료 안전망 강화	1-1.	1-1-1. 환자안전사건 모니터링 및 현황	12	6	50.0	정상추진	환자안전 사고 통합관리	1-1-2. 환자안전사건 분석 및 개선활동	4	2	50.0	정상추진	1-1-3. 고장유형분석(FMEA)	1	1	100.0	정상추진	1-1-4. 근본원인분석(RCA)	1	1	100.0	완료	1-1-5. 근접오류보고	88	43	49.0	정상추진	1-2.	1-2-1. KOPS(환자안전보고학습시스템)환자 안전주의경보 정보공유	100.0	100.0	100.0	정상추진	환자안전 정보환류 강화	1-2-2. KOPS(환자안전보고학습시스템) 환자안전사고 자율보고	2	1	50.0	정상추진	1-2-3. Alert system(경보체계) 모니 터링	4	2	50.0	정상추진	1-3.	환자안전 문화활동 참여 확 대	1-3-1. 협업을 통한 환자안전 라운딩	12	6	50.0	정상추진	1-3-2. 환자안전 캠페인	4	3	75.0	정상추진	1-3-3. 환자안전 주간 행사	1	0	0.0	미도래	1-3-4. 환자안전지킴이 환경관리 점검	12	6	50.0	정상추진	1-3-5. 환자안전 안내방송	730	362	49.6	정상추진	2. 실효적 의료질 구축	2-1.	2-1-1. 의료기관인증 지표관리	27	27	100.0	완료	성과관리 (의료기관 인증제도) 강화	2-1-2. 의료기관인증 모니터링 및 결과보 고	4	2	50.0	정상추진	2-1-3. 의료기관인증 지표 활동 지원 및 포상	8	5	62.5	정상추진	2-2.	2-2-1.국립중앙의료원 연계, 주기적 갱신, 자체 개발 등 사업참여	2	2	100.0	정상추진	표준진 료지침 개발 및 관리	2-2-2. 표준진료지침 적용	80.0	91.3	114.1	정상추진	2-2-3. 표준진료지침 활동 지원 및 포상	7	1	14.9	정상추진	2-3.	2-3-1. QI활동 참여	10	11	110.0	완료	3. 최적의 환자안전 기반확보	질 향상 (QI)활동 관리 체계 구축	2-3-2. QI활동 지원 및 포상	13	12	92.3	정상추진	3-1.	3-1-1. 질향상과 환자안전(QPS)위원회 운영	4	2	50.0	정상추진	환자안전 활동 기반 구축	3-1-2. 의료기관인증 위원회	1	1	100.0	완료	3-1-3. 직원만족도 조사	3	1	33.3	정상추진	3-2.	3-2-1. 전담자 필수교육(보수교육)참여	2	2	100.0	완료	3-2-2. 전담자 전문교육 참여	5	21	420.0	정상추진	교육 및 안전 체 계 정립	3-2-3. 질 향상 및 환자안전 교육(경영 진 포함)	15	17	113.0	정상추진	3-3.	3-3-1. 평가 결과 유지 및 개선활동	유지	유지	100.0	정상추진	평가 통합 유지관리	3-3-2. 의료기관인증(적정)지침 개정	1	1	100.0	정상추진	3-3-3. 4주기 급성기병원 중간현장 평가	획득	0	0.0	미도래	
		전략 목표	전략 과제	성과지표	2025 년 목표	2025 년 실적	2025 년 달성률	모니터링 결과																																																																																																																																																																																		
		1. 의료 안전망 강화	1-1.	1-1-1. 환자안전사건 모니터링 및 현황	12	6	50.0	정상추진																																																																																																																																																																																		
			환자안전 사고 통합관리	1-1-2. 환자안전사건 분석 및 개선활동	4	2	50.0	정상추진																																																																																																																																																																																		
				1-1-3. 고장유형분석(FMEA)	1	1	100.0	정상추진																																																																																																																																																																																		
				1-1-4. 근본원인분석(RCA)	1	1	100.0	완료																																																																																																																																																																																		
				1-1-5. 근접오류보고	88	43	49.0	정상추진																																																																																																																																																																																		
			1-2.	1-2-1. KOPS(환자안전보고학습시스템)환자 안전주의경보 정보공유	100.0	100.0	100.0	정상추진																																																																																																																																																																																		
			환자안전 정보환류 강화	1-2-2. KOPS(환자안전보고학습시스템) 환자안전사고 자율보고	2	1	50.0	정상추진																																																																																																																																																																																		
				1-2-3. Alert system(경보체계) 모니 터링	4	2	50.0	정상추진																																																																																																																																																																																		
			1-3.	환자안전 문화활동 참여 확 대	1-3-1. 협업을 통한 환자안전 라운딩	12	6	50.0	정상추진																																																																																																																																																																																	
			1-3-2. 환자안전 캠페인		4	3	75.0	정상추진																																																																																																																																																																																		
		1-3-3. 환자안전 주간 행사	1		0	0.0	미도래																																																																																																																																																																																			
		1-3-4. 환자안전지킴이 환경관리 점검	12		6	50.0	정상추진																																																																																																																																																																																			
		1-3-5. 환자안전 안내방송	730		362	49.6	정상추진																																																																																																																																																																																			
		2. 실효적 의료질 구축	2-1.	2-1-1. 의료기관인증 지표관리	27	27	100.0	완료																																																																																																																																																																																		
			성과관리 (의료기관 인증제도) 강화	2-1-2. 의료기관인증 모니터링 및 결과보 고	4	2	50.0	정상추진																																																																																																																																																																																		
				2-1-3. 의료기관인증 지표 활동 지원 및 포상	8	5	62.5	정상추진																																																																																																																																																																																		
			2-2.	2-2-1.국립중앙의료원 연계, 주기적 갱신, 자체 개발 등 사업참여	2	2	100.0	정상추진																																																																																																																																																																																		
			표준진 료지침 개발 및 관리	2-2-2. 표준진료지침 적용	80.0	91.3	114.1	정상추진																																																																																																																																																																																		
				2-2-3. 표준진료지침 활동 지원 및 포상	7	1	14.9	정상추진																																																																																																																																																																																		
			2-3.	2-3-1. QI활동 참여	10	11	110.0	완료																																																																																																																																																																																		
		3. 최적의 환자안전 기반확보	질 향상 (QI)활동 관리 체계 구축	2-3-2. QI활동 지원 및 포상	13	12	92.3	정상추진																																																																																																																																																																																		
				3-1.	3-1-1. 질향상과 환자안전(QPS)위원회 운영	4	2	50.0	정상추진																																																																																																																																																																																	
				환자안전 활동 기반 구축	3-1-2. 의료기관인증 위원회	1	1	100.0	완료																																																																																																																																																																																	
3-1-3. 직원만족도 조사	3		1		33.3	정상추진																																																																																																																																																																																				
3-2.	3-2-1. 전담자 필수교육(보수교육)참여		2	2	100.0	완료																																																																																																																																																																																				
	3-2-2. 전담자 전문교육 참여		5	21	420.0	정상추진																																																																																																																																																																																				
교육 및 안전 체 계 정립	3-2-3. 질 향상 및 환자안전 교육(경영 진 포함)		15	17	113.0	정상추진																																																																																																																																																																																				
	3-3.		3-3-1. 평가 결과 유지 및 개선활동	유지	유지	100.0	정상추진																																																																																																																																																																																			
평가 통합 유지관리	3-3-2. 의료기관인증(적정)지침 개정		1	1	100.0	정상추진																																																																																																																																																																																				
	3-3-3. 4주기 급성기병원 중간현장 평가	획득	0	0.0	미도래																																																																																																																																																																																					

의안 번호	제목(건명)	심의결정사항	비고																																								
제2025-13호	2025년도 상반기 적정진료실 사업 자체평가 결과보고	< 보고안전 > ○ 2025년도 상반기 적정진료실 사업 자체평가 결과보고																																									
		<table><tr><th>전략목표</th><th>평가영역</th><th>평가결과</th><th>점수</th><th>결과활 용</th><th>비고</th></tr><tr><td rowspan="3">환자안전보고 학습시스템 구축· 활용</td><td>구조(20)</td><td>20.0점</td><td rowspan="3">99.7점</td><td rowspan="3">현행유지</td><td rowspan="3">사업계획 대로 추진</td></tr><tr><td>과정(60)</td><td>59.7점</td></tr><tr><td>결과(20)</td><td>20.0점</td></tr><tr><td rowspan="3">의료질 향상</td><td>구조(30)</td><td>30.0점</td><td rowspan="3">98.5점</td><td rowspan="3">현행유지</td><td rowspan="3">사업계획 대로 추진</td></tr><tr><td>과정(50)</td><td>48.5점</td></tr><tr><td>결과(20)</td><td>20.0점</td></tr><tr><td rowspan="3">적정진료실 역량강화</td><td>구조(20)</td><td>20.0점</td><td rowspan="3">99.7점</td><td rowspan="3">현행유지</td><td rowspan="3">사업계획 대로 추진</td></tr><tr><td>과정(50)</td><td>49.7점</td></tr><tr><td>결과(30)</td><td>30.0점</td></tr></table>					전략목표	평가영역	평가결과	점수	결과활 용	비고	환자안전보고 학습시스템 구축· 활용	구조(20)	20.0점	99.7점	현행유지	사업계획 대로 추진	과정(60)	59.7점	결과(20)	20.0점	의료질 향상	구조(30)	30.0점	98.5점	현행유지	사업계획 대로 추진	과정(50)	48.5점	결과(20)	20.0점	적정진료실 역량강화	구조(20)	20.0점	99.7점	현행유지	사업계획 대로 추진	과정(50)	49.7점	결과(30)	30.0점	
		전략목표	평가영역	평가결과	점수	결과활 용	비고																																				
		환자안전보고 학습시스템 구축· 활용	구조(20)	20.0점	99.7점	현행유지	사업계획 대로 추진																																				
			과정(60)	59.7점																																							
			결과(20)	20.0점																																							
		의료질 향상	구조(30)	30.0점	98.5점	현행유지	사업계획 대로 추진																																				
			과정(50)	48.5점																																							
			결과(20)	20.0점																																							
		적정진료실 역량강화	구조(20)	20.0점	99.7점	현행유지	사업계획 대로 추진																																				
			과정(50)	49.7점																																							
			결과(30)	30.0점																																							
		< 심의결정사항 > ○ 보고내용대로 원안접수																																									



의 안 번 호	제2025-15호
보고년월일	2025년 10월 28일

보고안전

2025년 3분기
적정진료실 성과지표 모니터링 결과보고

2025년도 제3차 정기
질 향상과 환자안전(QPS)위원회 상정안건

제 출 자	오 진 규 (전북특별자치도 남원의료원장)
제출년월일	2025년 10월 28일

2025년 3분기 적정진료실 성과지표 모니터링 결과 보고

의 안 번 호	제2025-15호
------------	-----------

제출년월일 : 2025년 10월 28일

제 출 자 : 전북특별자치도 남원의료원장

제안설명자 : 적정진료실장

1. 보고이유

- 2025년도 적정진료실 사업 수행 결과를 보고하여 사업의 내실화를 이루고 질 향상과 환자 안전에 최선을 다하기 위하여 그 결과를 보고함.

2. 보고내용

- 2025년 3분기 적정진료실 성과지표 모니터링 결과

전략 목표	전략 과제	성과지표	2025년 목표	2025년 실적	2025년 달성률	모니터링 결과
1. 의료 안전망 강화	1-1. 환자안전사고 통합관리	1-1-1. 환자안전사건 모니터링 및 현황	12	9	75.0	정상추진
		1-1-2. 환자안전사건 분석 및 개선활동	4	3	75.0	정상추진
		1-1-3. 고장유형분석(FMEA)	1	1	100.0	완료
		1-1-4. 근본원인분석(RCA)	1	1	100.0	완료
		1-1-5. 근접오류보고	88	72	81.8	정상추진
	1-2. 환자안전 정보환류 강화	1-2-1. KOPS 환자안전주의경보 정보공유	100.0	100.0	100.0	완료
		1-2-2. KOPS(환자안전보고학습시스템)환자안전사고 자율보고	2	1	50.0	정상추진
		1-2-3. Alert system(경보체계) 모니터링	4	3	75.0	정상추진
	1-3. 환자안전 문화활동 참여 확대	1-3-1. 협업을 통한 환자안전 라운딩	12	9	75.0	정상추진
		1-3-2. 환자안전 캠페인	4	4	100.0	완료
		1-3-3. 환자안전 주간 행사	1	1	100.0	완료
		1-3-4. 환자안전지킴이 환경관리 점검	12	9	75.0	정상추진
		1-3-5. 환자안전 안내방송	730	548	75.1	정상추진
2. 실효적 의료질 구축	2-1. 성과관리(인 증지표)강화	2-1-1. 의료기관인증 지표관리	27	27	100.0	완료
		2-1-2. 의료기관인증 모니터링 및 결과보고	4	3	75.0	정상추진
		2-1-3. 의료기관인증 지표 활동 지원 및 포상	8	7	87.5	정상추진
		2-2-1. 국립중앙의료원 연계, 주기적 갱신, 자체 개발 등 사업참여	2	2	100.0	정상추진
	2-2. 표준진료지침 개발 및 관리	2-2-2. 표준진료지침 적용	80.0	91.4	114.3	정상추진
		2-2-3. 표준진료지침 활동 지원 및 포상	7	3	42.9	정상추진
	2-3. QI활동 관리 체계 구축	2-3-1. QI활동 참여	10	11	110.0	정상추진
		2-3-2. QI활동 지원 및 포상	13	12	92.3	정상추진
3. 최적의 환자안전 기반확보	3-1. 환자안전 활동 기반 구축	3-1-1. 질향상과 환자안전(QPS)위원회 운영	4	3	75.0	정상추진
		3-1-2. 의료기관인증 위원회	1	2	200.0	완료
		3-1-3. 직원만족도 조사	3	2	66.7	정상추진
	3-2. 교육 및 안전 체계 정립	3-2-1. 전담자 필수교육(보수교육)참여	2	2	100.0	완료
		3-2-2. 전담자 전문교육 참여	5	25	500.0	정상추진
		3-2-3. 질 향상 및 환자안전 교육(경영진 포함)	15	27	180.0	정상추진
	3-3. 평가 통합 유지관리	3-3-1. 평가 결과 유지 및 개선활동	유지	유지	100.0	정상추진
		3-3-2. 의료기관인증(적정)지침 개정	1	2	200.0	정상추진
		3-3-3. 4주기 급성기병원 중간현장 평가	획득	0	0.0	미도래

※ 붙임 2025년 3분기 적정진료실 성과지표 모니터링 결과보고 1부.

2025년 3분기 적정진료실 성과지표 모니터링 결과보고

◆ “환자안전 시스템 구축, 의료질 향상, 적정진료실 역량강화” 등 주요 추진 사업의 1분기 수행현황을 모니터링하고, 그 결과를 분석하여 개선 방안을 도출함으로써 적정진료실 소관 사업의 효과적이고 원활한 추진을 도모하고자 함

I 추진개요

□ 추진근거

- 「환자안전법」에 따른 전담인력의 업무
- 4주기 급성기병원 의료기관 인증 표준진료지침
- 적정관리계-760(“2025년도 적정관리계 사업계획”, 2024.12.20.)

□ 추진개요

- 성과지표 : 3개 전략목표, 9개 전략과제, 30개 성과지표
- 대상기간 : 2025년도 3분기
- 모니터링 방법 및 내용

구분	내용
모니터링 방법	▪ 월 1회 평가지표 실적보고 ▪ 분기별(4, 7, 10월) 사업 모니터링 후 QPS 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 ▪ QPS 운영위원회 보고 후 홈페이지를 통한 전 직원 공유

Ⅱ 모니터링 결과

1. 총평

< 총 평 >

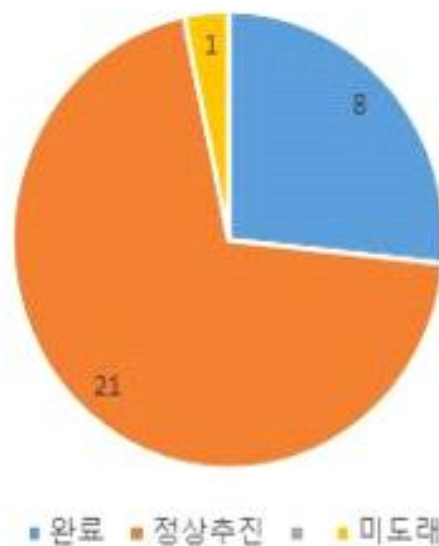
◆ 2025년도 3분기 적정진료실 성과지표 모니터링 결과

- △ 완 료 : 8지표
- △ 정상추진 : 21개 지표
- △ 부 진 : 0개 지표
- △ 추진시기 미도래 : 1개 지표

< 2025년도 2분기 적정진료실 성과지표 모니터링 결과 현황 >

구분	합계	완료	정상추진	부진	미도래
성과지표	30	8	21	0	1
구성비율	100.0%	26.7%	70.0%	0.0%	3.3%

2025년 3분기 적정진료실 성과지표



2. 2025년 3분기 추진실적

(단위 : 회, 건, 명, %)

전략 목표	전략 과제	성과지표	2025년 목표	2025년 실적	2025년 달성률	모니터링 결과
1. 의료 안전성 강화	1-1. 환자안전사고 통합관리	1-1-1. 환자안전사고 모니터링 및 현황	12	9	75.0	정상추진
		1-1-2. 환자안전사고 분석 및 개선활동	4	3	75.0	정상추진
		1-1-3. 고장유형분석(FMEA)	1	1	100.0	완료
		1-1-4. 근본원인분석(RCA)	1	1	100.0	완료
		1-1-5. 근접오류보고	88	72	81.8	정상추진
	1-2. 환자안전 정보관리 강화	1-2-1. KOPS(환자안전보고학습시스템)환자안전주의경보 정보공유	100.0	100.0	100.0	완료
		1-2-2. KOPS(환자안전보고학습시스템)환자안전사고 지출보고	2	1	50.0	정상추진
		1-2-3. Alert system(경보체계) 모니터링	4	3	75.0	정상추진
	1-3. 환자안전 문화활동 참여 확대	1-3-1. 협업을 통한 환자안전 리운딩	12	9	75.0	정상추진
		1-3-2. 환자안전 캠페인	4	4	100.0	완료
		1-3-3. 환자안전 주간 행사	1	1	100.0	완료
		1-3-4. 환자안전지킴이 환경관리 점검	12	9	75.0	정상추진
		1-3-5. 환자안전 민나방송	730	548	75.1	정상추진
2. 실용적 의료질 구축	2-1. 성과관리 (의료기관 인증지표) 강화	2-1-1. 의료기관인증 지표관리	27	27	100.0	완료
		2-1-2. 의료기관인증 모니터링 및 결과보고	4	3	75.0	정상추진
		2-1-3. 의료기관인증 지표 활동 지원 및 포상	8	7	87.5	정상추진
	2-2. 표준진료지침 개발 및 관리	2-2-1. 국립중앙의료원 연계, 주기적 갱신, 지체 개발 등 사업참여	2	2	100.0	정상추진
		2-2-2. 표준진료지침 적용	80.0	91.4	114.3	정상추진
		2-2-3. 표준진료지침 활동 지원 및 포상	7	3	42.9	정상추진
	2-3. 질향상(QI) 활동 관리 체계 구축	2-3-1. QI활동 참여	10	11	110.0	정상추진
		2-3-2. QI활동 지원 및 포상	13	12	92.3	정상추진
3. 최적의 환자안전 기반확보	3-1. 환자안전 활동 기반 구축	3-1-1. 질향상과 환자안전(QPS)위원회 운영	4	3	75.0	정상추진
		3-1-2. 의료기관인증 위원회	1	2	200.0	완료
		3-1-3. 직원만족도 조사	3	2	66.7	정상추진
	3-2. 교육 및 인력 재제 정립	3-2-1. 전담자 필수교육(보수교육)참여	2	2	100.0	완료
		3-2-2. 전담자 전문교육 참여	5	25	500.0	정상추진
		3-2-3. 질 향상 및 환자안전 교육(경영진 포함)	15	27	180.0	정상추진
	3-3. 평가 통합 유지관리	3-3-1. 평가 결과 유지 및 개선활동	유지	유지	100.0	정상추진
		3-3-2. 의료기관인증(적정)지침 개정	1	2	200.0	정상추진
		3-3-3. 4주기 급성기병원 중간현장 평가	확대	0	0.0	미도래

성과지표	추진실적
환자안전사건 분석 및 개선활동	▶ 추진실적 : (목표) 4회 → (실적) 3회(75.0% / 정상추진) ▶ 추진내용 - 환자안전사건 보고 지속적 모니터링 후 분석을 통해 오류를 파악하고 이를 바탕으로 개선활동 진행 - 환자안전의 인식을 높이고 사건의 재발 방지를 위한 직원교육 ▶ 추진계획 - 환자안전사건 보고서 매일 모니터링을 통한 월별 분석으로 분기별 보고   < 3분기 환자안전사건 분석 및 개선활동 결과보고, 2025.10.15. > < 3분기 환자안전사건 개선활동 관련 스티커 제작 & 부착, 2025.08.26. >
고장유형분석 FMEA	▶ 추진실적 : (목표) 1건 → (실적) 1건(100.0% / 완료) ▶ 추진내용 2025년 고장유형분석 FMEA 주제 : 낙상 2025년 고장유형분석 FMEA 4차 회의 실시(' 25. 9. 26.) 7단계 : 재설계 프로세스의 분석과 검증 8단계 : 재설계한 프로세스 실행 및 모니터링 2025년 고장유형분석 FMEA 결과보고(' 25. 10. 13.)

성과지표	추진실적
근본원인분석 RCA	▶ 추진실적 : (목표) 1건 → (실적) 1건(100.0% / 완료) ▶ 추진내용 • 적신호사건 발생 시 매다, 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(환자안전컨퍼런스 등)  < 2025년 환자안전사건 근본원인분석 후 개선활동 결과보고, 2025.10.01. >  < 근본원인분석 결과에 따른 부서별 개선활동(응급상황 대처(질식) 관련 교육 자료)>
근접오류보고	▶ 추진실적 : (목표) 88건 → (실적) 72건(81.8% / 정상추진) ▶ 추진내용 • 매월 근접오류 보고 모니터링 • 근접오류보고 활성화를 위한 간편 보고화 및 근접오류 보고자 관련 포상 실시 ▶ 추진계획 • 근접오류 보고 활성화 및 분석, 개선활동, 관련부서 직무 교육 실시 • 홈페이지 환자안전사건 공유 • 부서 라운딩을 통한 공정문화 확산  < 근접오류보고자 관련 포상, 2025.07.24. >  < 환자안전사건 모니터링 결과 홈페이지 공유, 2025.07.07. >

1-2. 환자안전 정보 환류 강화

성과지표	추진실적
환자안전보고학습시스템 (Kops) 환자안전 주의경보 정보공유	▶ 추진실적 : (목표) 2회 → (실적) 3회(100.0% / 완료) ▶ 추진내용 • 환자안전보고학습시스템(Kops)에서 환자안전사고를 체계적으로 수집, 분석하고 환자안전에 관한 각종 정보를 신속하게 의료기관에 제공 및 직원 공유하고 활용 - 올바른 신재보호대 사용(2025.02.20.) - 전문소생술(ALS) 지연으로 환자의 생명 위협(2025.06.22.) - 입원환자의 무단이탈로 인한 환자안전사고 발생(2025.07.15.) • 주의경보 발행 시 관련부서 공유 (협조전, 홈페이지, 병동게시판 게시)   < 환자안전주의경보 관련 홈페이지 공유, 2025.07.16. > < 환자안전주의경보 관련 직원 공유, 2025.07.16. >   < 투약준비 관련 감염관리 권고안 부서별 배부, 2025.09.08. > < 환자안전 정보제공 관련부서 게시판 공유, 2025.07.16. >

성과지표	추진실적																														
환자안전보고학습시스템 (Kops) 환자안전 사고 자율 보고	▶ 추진실적 : (목표) 2회 → (실적)1회(50.0% / 정상추진) ▶ 추진내용 • 2025년 환자안전보고학습 시스템의(Kops) 환자안전사고 자율 보고 등록 - 환자안전사고(적신호 사건_질식) 관련 내용 등록(2025.04.16.) ▶ 추진계획 • 환자안전사건 모니터링을 통한 중대한 환자안전사고 내용 kops제출																														
Alert system 모니터링	▶ 추진실적 : (목표) 4회 → (실적) 3회(75.0% /정상추진) ▶ 추진내용 • 환자안전사건 예방을 위한 Alert system 운영 및 모니터링 • Alert system 운영 강화를 위한 관련 직원 교육 • Alert system 운영 강화를 위한 운영항목 및 교육자료 홈페이지 안내 • 전자의무기록(EMR) 의무기록을 통한 Alert 시스템 등록 확인 - '25년 1~3분기 Alert system 운영실적(공유율 : 99.0%) (단위 : 명, %) <table><tr><th>구분</th><th>공유대상</th><th>공유</th><th>미공유</th><th>공유율</th><th>비고</th></tr><tr><td>합계</td><td>2,272</td><td>2,250</td><td>22</td><td>99.0</td><td></td></tr><tr><td>1분기</td><td>840</td><td>830</td><td>10</td><td>98.8</td><td></td></tr><tr><td>2분기</td><td>702</td><td>695</td><td>7</td><td>99.0</td><td></td></tr><tr><td>3분기</td><td>730</td><td>725</td><td>5</td><td>99.3</td><td></td></tr></table> ▶ 추진계획 • 환자접점부서 Alert system 교육 강화 • 분기별 모니터링 자료 분석 • Alert system 결과 공유 및 피드백	구분	공유대상	공유	미공유	공유율	비고	합계	2,272	2,250	22	99.0		1분기	840	830	10	98.8		2분기	702	695	7	99.0		3분기	730	725	5	99.3	
구분	공유대상	공유	미공유	공유율	비고																										
합계	2,272	2,250	22	99.0																											
1분기	840	830	10	98.8																											
2분기	702	695	7	99.0																											
3분기	730	725	5	99.3																											

1-3. 환자안전 문화 활동 참여 확대

성과지표	추진실적															
협업을 통한 환자안전 라운딩	▶ 추진실적 : (목표) 12회 → (실적) 9회(75.0% / 정상추진) ▶ 추진내용 • 2025년 8월 환자안전 라운딩을 통한 개선활동 실시 • 환자안전사건 이슈 발생 시 즉시 라운딩을 통한 점검															
	구분	일자	점검내용(중점사항)	비고	1	2025.7.23.	◦ 환자안전관리 및 의료기관 인증기준 준수 여부 확인 - 정확한 원지확인, 의료진간 정확한 의사소통, 낙상예방활동, 환자안전신문관리, Alert system운영공과 등		2	2025.08.07.	◦ 환자안전관리 및 의료기관 인증기준 준수 여부 확인 - 휠체어 안전상태, 휠체어 비치장소, 의료기기관리, 비상 전원 및 콘센트, 화재예방 설비, 피난 유도 등/비상구, 기타 시설물 등		3	2025.09.25.	◦ 환자안전관리 및 의료기관 인증기준 준수 여부 확인 - 정확한 원지확인, 의료진간 정확한 의사소통, 낙상예방활동, 환자안전신문관리, Alert system운영공과 등	
	구분	일자	점검내용(중점사항)	비고												
	1	2025.7.23.	◦ 환자안전관리 및 의료기관 인증기준 준수 여부 확인 - 정확한 원지확인, 의료진간 정확한 의사소통, 낙상예방활동, 환자안전신문관리, Alert system운영공과 등													
	2	2025.08.07.	◦ 환자안전관리 및 의료기관 인증기준 준수 여부 확인 - 휠체어 안전상태, 휠체어 비치장소, 의료기기관리, 비상 전원 및 콘센트, 화재예방 설비, 피난 유도 등/비상구, 기타 시설물 등													
3	2025.09.25.	◦ 환자안전관리 및 의료기관 인증기준 준수 여부 확인 - 정확한 원지확인, 의료진간 정확한 의사소통, 낙상예방활동, 환자안전신문관리, Alert system운영공과 등														
	▶ 추진계획 • 2025년 8월 환자안전 라운딩을 통한 개선활동으로 환자안전문화 정착 • 타부서와 협업으로 다양한 시각반영으로 현장 밀착형 안전진력 마련 • 환자안전사건 이슈 발생 시 즉시 라운딩을 통한 점검을 통한 개선활동 실시															
																
	< 2025.제8차 환자안전점검(협업) 라운딩, 2025.08.07.>	< 2025.9차 환자안전점검(협업) 라운딩, 2025.09.25. >														

성과지표	추진실적				
환자안전 주간행사	▶ 추진실적 : (목표) 1회 → (실적) 1회(100.0% / 완료) ▶ 추진내용 • 환자안전 및 질 향상을 위한 홍보 및 현장교육을 실시함으로 환자안전에 대한 인식 강화 • 내·외부고객 참여하에 환자안전문화 선도 및 안전한 병원문화 조성				
	일자	시간	대상자	내용	참여 인원
	합계				508명
	2025.09.15. (월)	10:00~11:00	■ 환자 및 보호자, 내원객	◦ 환자안전(감염관리)월동 체험 등	60명
		12:00~13:00	■ 전 직원		145명
	2025.09.16. (화)	10:00~11:00	■ 환자 및 보호자, 내원객		112명
		12:00~13:00	■ 전 직원		17명
		13:20~13:50	■ 남원시 보건소 ■ 감염병센터 외 2부서	◦ 환자안전 및 감염관리 주간 행사 연계 간담회	13명
		14:00~15:30	■ 해당부서	◦ 경영진 라운딩	-
	2025.09.17. (수)	10:00~11:00	■ 환자 및 보호자, 내원객	◦ 환자안전(감염관리)월동 체험 등	103명
		15:30~16:30	■ 감염주파시설 종사자 ■ 전 직원	◦ 감염관리 교육	58명
	 				
	< 2025년도 환자안전주간행사, 2025.09.15. > < 2025년도 환자안전주간행사, 2025.09.16. >				

환자안전지킴이 환경관리 점검	▶ 추진실적 : (목표) 12회 → (실적) 9회(75.0% / 정상추진) ▶ 추진내용 • 매월 환자안전관리 점검 결과보고 - 해당 부서 환자안전 지킴이를 통한 관리 점검 - 지킴이 역량 강화로 각 부서 내 자발적 안전문화 조성 및 부서원 교육 ▶ 추진계획 • 매월 각 부서 환자안전지킴이가 환자안전관리 점검표를 활용하여 점검 후 개선활동 실시
환자안전 안내방송	▶ 추진실적 : (목표) 730회 → (실적) 548회(75.1% / 정상추진) ▶ 추진내용 • 정확한 환자확인(오전), 낙상예방 활동 지침(오후)로 하루 2회 방송 ▶ 추진계획 • 안내방송 내용 및 시기 적정성을 지속적으로 확보하여 환자안전문화 정착

2. 실효적 의료질 구축

2-1. 성과관리(의료기관 인증지표 강화)

성과지표	추진실적
의료기관인증 지표관리	▶ 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
의료기관인증 지표관리 모니터링 및 결과보고	▶ 추진실적 : (목표) 4회 → (실적) 3회(75.0% / 정상추진) ▶ 추진내용 • 각 지표별 모니터링 결과보고 취합 후 경영진 결과보고 ▶ 추진계획 • 분기별 모니터링 실시로 지속적인 관리
의료기관인증 활동지원 및 포상	▶ 추진실적 : (목표) 8회 → (실적) 7회(87.5% / 정상추진) ▶ 추진내용 • 지표 담당자 동기 부여를 위한 포상 : 4회 - 영상의학실 1, 진단검사실 1, 간호과 1, 감염병센터 1 • 지표활동이 원활히 이루어 질 수 있도록 자원지원 : 3회 - 간호과 2, 약제과 1 ▶ 추진계획 • 분기별 지표관리 담당자 또는 우수부서 선정 및 포상 • 지표관리활동 관련 지도, 조언, 자원지원

2-2. 표준진료지침 개발 및 관리

성과지표	추진실적																																																																																																																																							
국립중앙의료원 연계, 주기적 갱신, 지체 개발 등 사업참여	▶ 추진실적 : (목표) 2회 → (실적) 2회(100.0% / 정상추진) ▶ 추진내용 • 2025년 공공의료 표준진료지침 1차 임상적정성 검토 결과 제출 • 2025년 공공의료 표준진료지침 2차 임상적정성 검토 결과 제출 ▶ 추진계획 • 2025년 공공의료 표준진료지침 개발 및 참여병원 CP 시범적용 • 2025년 주기적 갱신 CP 시범적용																																																																																																																																							
	▶ 추진실적 : (목표) 80.0% → (실적) 91.4% (114.3% / 정상추진) ▶ 추진내용 • 2025년 3분기 표준진료지침 현황(19개) (단위 : 건, %) <table><tr><th>진료과</th><th>CP명</th><th>대상건수 (A)</th><th>적용건수 (B)</th><th>적용률 (B/A×100)</th><th>완료건수 (C)</th><th>완료율 (C/B×100)</th></tr><tr><td>합계</td><td></td><td>266</td><td>243</td><td>91.4</td><td>243</td><td>100</td></tr><tr><td rowspan="4">내과</td><td>프프가무시</td><td>3</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr><tr><td>대장내시경 용종제거술</td><td>118</td><td>118</td><td>100</td><td>118</td><td>100</td></tr><tr><td>경피내시경하위루술</td><td>4</td><td>4</td><td>100</td><td>4</td><td>100</td></tr><tr><td>관상동맥조영술</td><td>5</td><td>5</td><td>100</td><td>5</td><td>100</td></tr><tr><td rowspan="4">산부인과</td><td>정상분만</td><td>4</td><td>4</td><td>100</td><td>4</td><td>100</td></tr><tr><td>제왕절개술</td><td>6</td><td>6</td><td>100</td><td>6</td><td>100</td></tr><tr><td>요실금</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr><tr><td>전자궁절제술</td><td>1</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr><tr><td rowspan="4">신경과</td><td>난소양성종양절제술</td><td>2</td><td>2</td><td>100</td><td>2</td><td>100</td></tr><tr><td>백내장</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr><tr><td>성형안과</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr><tr><td>성인탈장</td><td>5</td><td>5</td><td>100</td><td>5</td><td>100</td></tr><tr><td rowspan="2">외과</td><td>단순종수절제술(성인)</td><td>19</td><td>14</td><td>73.7</td><td>14</td><td>100</td></tr><tr><td>복강경하당낭절제술</td><td>3</td><td>3</td><td>100</td><td>3</td><td>100</td></tr><tr><td rowspan="2">정형외과</td><td>경피적척추성형술</td><td>38</td><td>32</td><td>84.2</td><td>32</td><td>100</td></tr><tr><td>술관절치환술</td><td>2</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr><tr><td>신경과</td><td>대상포진</td><td>4</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr><tr><td>비뇨의학과</td><td>쇄석술</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr><tr><td>해당부서</td><td>말초심혈관중심정맥관</td><td>52</td><td>50</td><td>96.2</td><td>50</td><td>100</td></tr></table> ▶ 추진계획 • 표준진료지침 적용 우수부서 포상 • 진료과 CP 적용 대상에 대한 CP 적극 적용 협조 요청, 직원 독려 • 표준진료지침 모니터링요원 선정과 교육 및 홍보	진료과	CP명	대상건수 (A)	적용건수 (B)	적용률 (B/A×100)	완료건수 (C)	완료율 (C/B×100)	합계		266	243	91.4	243	100	내과	프프가무시	3	-	-	-	-	대장내시경 용종제거술	118	118	100	118	100	경피내시경하위루술	4	4	100	4	100	관상동맥조영술	5	5	100	5	100	산부인과	정상분만	4	4	100	4	100	제왕절개술	6	6	100	6	100	요실금	-	-	-	-	-	전자궁절제술	1	-	-	-	-	신경과	난소양성종양절제술	2	2	100	2	100	백내장	-	-	-	-	-	성형안과	-	-	-	-	-	성인탈장	5	5	100	5	100	외과	단순종수절제술(성인)	19	14	73.7	14	100	복강경하당낭절제술	3	3	100	3	100	정형외과	경피적척추성형술	38	32	84.2	32	100	술관절치환술	2	-	-	-	-	신경과	대상포진	4	-	-	-	-	비뇨의학과	쇄석술	-	-	-	-	-	해당부서	말초심혈관중심정맥관	52	50	96.2	50
진료과	CP명	대상건수 (A)	적용건수 (B)	적용률 (B/A×100)	완료건수 (C)	완료율 (C/B×100)																																																																																																																																		
합계		266	243	91.4	243	100																																																																																																																																		
내과	프프가무시	3	-	-	-	-																																																																																																																																		
	대장내시경 용종제거술	118	118	100	118	100																																																																																																																																		
	경피내시경하위루술	4	4	100	4	100																																																																																																																																		
	관상동맥조영술	5	5	100	5	100																																																																																																																																		
산부인과	정상분만	4	4	100	4	100																																																																																																																																		
	제왕절개술	6	6	100	6	100																																																																																																																																		
	요실금	-	-	-	-	-																																																																																																																																		
	전자궁절제술	1	-	-	-	-																																																																																																																																		
신경과	난소양성종양절제술	2	2	100	2	100																																																																																																																																		
	백내장	-	-	-	-	-																																																																																																																																		
	성형안과	-	-	-	-	-																																																																																																																																		
	성인탈장	5	5	100	5	100																																																																																																																																		
외과	단순종수절제술(성인)	19	14	73.7	14	100																																																																																																																																		
	복강경하당낭절제술	3	3	100	3	100																																																																																																																																		
정형외과	경피적척추성형술	38	32	84.2	32	100																																																																																																																																		
	술관절치환술	2	-	-	-	-																																																																																																																																		
신경과	대상포진	4	-	-	-	-																																																																																																																																		
비뇨의학과	쇄석술	-	-	-	-	-																																																																																																																																		
해당부서	말초심혈관중심정맥관	52	50	96.2	50	100																																																																																																																																		

성과지표	추진실적
표준진료지침 활동 지원 및 포상	▶ 추진실적 : (목표) 7회 → (실적) 3회(42.9% / 정상추진) ▶ 추진내용 • CP적용 우수 진료과 포상 4회 - 2분기 우수 진료과 (신부인과장 이광욱) • CP개발 관련 진료과 포상 2건 • CP 해당 부서 모니터링 요원 선정 및 포상 1건 ▶ 추진계획 • 2025년 10월 분기별 결과보고 및 포상

2-3. 질 향상(QI) 활동 관리 체계 구축

성과지표	추진실적
QI활동 참여	▶ 추진실적 : (목표) 10부서 → (실적) 11부서(110.0% / 정상추진) ▶ 추진내용 • 경영진에 의한 11개 주제 TOP DOWN으로 선정 • 2025년도 QI활동 주제에 대한 11개 부서 질 향상과 환자안전(QPS)위원회 심의 결정 • 간오과 중심 질 향상 활동 부서별 지원부서 확대로 다부서 기반의 QI활동 참여 ▶ 추진계획 • 2025년 QI활동 일정에 맞춰 사업 진행
QI활동 지원 및 포상	▶ 추진실적 : (목표) 13회 → (실적) 12회(92.3% / 정상추진) ▶ 추진내용 • QI활동이 원활히 이루어 질 수 있도록 자원지원 - 자원지원 : 3회(간오과 1, 수술실 2, 약제과 1) - 부서별 간담회 및 기타 자문 : 6회 - 교육 지원 : 3회 ▶ 추진계획 • 중간보고, 결과보고 시 부서의 요구에 맞춰 QI활동에 대한 적절한 지원 (게시물, 배너, 리플렛, 인적·교육지원, 행정적지원) • QI활동 결과에 따른 자동 보상

3. 최적의 환자안전 기반확보

3-1. 환자 안전 활동 기반 구축

성과지표	추진실적
질향상과 환자안전(QPS)위원회 운영	▶ 추진실적 : (목표) 4회 → (실적) 3회(75.0% / 정상추진) ▶ 추진내용 • 적정진료실 사업 수행에 대한 결과보고 및 QPS위원회 사업 승인 및 동의 ▶ 추진계획 • 2025년 제3차 질 향상과 환자안전 QPS위원회(2025.10.)   < 2025년 제1차 사면 질 향상과 환자안전 QPS위원회 심의요구, 2025.07.31. > < 2025년 제1차 사면 질 향상과 환자안전 QPS위원회 결과보고, 2025.08.01. >
의료기관인증 위원회	▶ 추진실적 : (목표) 1회 → (실적) 2회(200.0% / 완료) ▶ 추진내용 • 2025년 제1차 서면 의료기관인증운영위원회(2025.08.11.) • 인증기준 교육 • 자체라운팅   < 2025년 제1차 서면 의료기관인증위원회 심의요구, 2025.08.11. > < 2025년 제1차 서면 의료기관인증위원회 결과보고, 2025.08.12. >
직원만족도 조사	▶ 추진실적 : (목표) 3회 → (실적) 2회(66.7% / 정상추진) ▶ 추진내용 • 4월, 7월 10월 적정진료실 분기별 성과지표 모니터링 ▶ 추진계획 • 온라인 설문지(링크 또는 QR코드를 통한 직원만족도 조사

3-2. 교육 및 안전 체계 정립

성과지표	추진실적	
전담자 필수교육(보수교육) 참여	▶ 추진실적 : (목표) 2회 → (실적) 2회(100.0% / 완료) ▶ 추진내용 • 전담인력의 자격조건 유지를 위한 전담자 보수교육 이수(정미화) • 환자안전전담자 신규교육 이수(정분남)	 < 2025년 환자안전 전담인력 온-오프라인 보수교육 정미화 2025.04.03. >  < 2025년 환자안전 전담인력 신규교육 정분남 2025.06.19. >
전담자 전문교육 참여	▶ 추진실적 : (목표) 5회 → (실적) 25회(500.0% / 정상추진) ▶ 추진내용 • 2025년 지방의료원 QI부시장협의회 워크숍(2025.08.28.) • 환자안전 및 의료질향상교육 - PDCA,지표관리,CP(2025.09.11.) ▶ 추진계획 • 지역환자안전센터 교류회(2025.10.30.) • 한국의료질향상학회 가을학술대회(2025.11.27.)	 < QI부시장협의회 워크숍 2025.08.28. >  < 환자안전 및 의료질향상교육 2025.09.11. >
질향상 및 환자안전 교육(경영진 포함)	▶ 추진실적 : (목표) 15회 → (실적) 27회(180% / 정상추진) ▶ 추진내용 • 질 향상과 환자안전 인증 필수교육 ▶ 추진계획 • 2025년 4월~12월 계획대로 진행 추진	

3-3. 평가 통합 유지관리

성과지표	추진실적
평가 결과 유지 및 개선활동	▶ 추진실적 : (목표) 유지 → (실적) 유지(100.0% / 정상추진) ▶ 추진내용 • 의료질 평가 - 의료기관인증 유지와 환자안전학습보고체계의 운영 활성화 및 kops 주의경보에 대한 자율 등록 실시 등을 통한 의료 질 평가 등급 유지 • 2025년 제3차 질 향상과 환자안전 QPS위원회 실시 • 운영평가 • 공공보건의료계획/ 공공보건의료계획 시행결과 • 신포괄정보화평가 관리 ▶ 추진계획 • 4주기 급성기병원 중간현장조사  < 신포괄 정보화평가 2차 자료제출 2025.07.18. >  < 2025년 운영평가 CP모니터링 시스템 압역 결과보고 2025.05.23. >
의료기관인증 (적정)지침개정	▶ 추진실적 : (목표) 1회 → (실적) 2회(200.0% / 정상추진) ▶ 추진내용 • 4주기 인증기준 검토 • 4주기 급성기병원 의료기관 인증 중간현장조사 대비 지침 재검토 • 제1차 정기(서면) 의료기관인증위원회의 결과보고 • 제1차 서면 의료기관인증위원회의 결과보고 ▶ 추진계획 • 4주기 급성기병원 중간현장조사 후 지침 재검토
4주기 급성기병원 중간현장 평가	▶ 추진실적 : (목표) 획득 → (실적) 미도래(0.0% / 미도래) ▶ 추진계획 • 자체인증 TF 팀 인증지침 점검 • 중간평가 항목에 해당하는 세부지표 추출하여 공유 • 요약집 및 포스터 내용 점검 • 시스템 추적조사(ST)자료 준비 • 4주기 급성기병원 의료기관 인증 중간현장조사 대비 제6차 라운딩 예정(10월)

IV 행정사항

□ 성과지표 환류

- 2025년도 3분기 적정진료실 성과지표 모니터링 결과 환류
 - 환자안전 캠페인, 라운딩, 환자안전 주간행사를 통한 환자안전문화 인식 향상
 - 표준진료지침 적용 및 완료 활성화를 위한 간담회를 활용한 의사직 및 경영진교육
 - 질 향상(QI)활동 중간계획서 작성 모니터링 및 행정적 지원
 - 질 향상(QI)활동 지원 및 포상을 통해 구성원들이 보람과 책임감이 향상
 - 분기별 성과에 대한 포상금을 중복자 제외한 진료과 제공으로 형평성 기여
 - 4주기 급성기 의료기관 인증 중간현장조사 대비 인증 T/F팀과 자체 라운딩 후 개선활동 피드백과 재점검을 통해 부서의 관심과 협조가 높아지고 책임의식이 강화

□ 향후계획

- 질 향상과 환자안전위원회 보고 2025.10.
- 모니터링 결과 공유 2025.10.
 - 3분기 적정진료실 성과지표 모니터링 결과 홈페이지 게재
- 4분기 사업 추진 2025.09.~12.



의 안 번 호	제2025-16호
보고년월일	2025년 10월 28일

보고안전

2025년도 낙상 고장유형영향분석(FMEA) 결과보고

2025년 제3차 정기
질 향상과 환자안전(QPS)위원회 상정안건

제 출 자	오진규 (전북특별자치도 남원의료원장)
제출년월일	2025년 10월 28일

2025년도 낙상 고장유형영향분석(FMEA) 결과보고

의안 번호	제2025-16호
----------	-----------

제출년월일 : 2025년 10월 28일

제출자 : 전북특별자치도 남원의료원장

제안설명자 : 적정진료실장

1. 보고이유

- 2025년도 남원의료원 적정진료실 위험관리체계 수립 및 관리 부분입니다. 예기치 않은 위해사건과 부서 내 모든 구성원에게 미치는 잠재적 위험요인을 체계적으로 검토하고, 안전 확보 및 적절한 체계를 구축하며, 원인분석과 개선 활동을 효율적으로 수행 후 그 결과를 보고하여 사업의 내실화 및 질 향상과 환자 안전에 만전을 기하고자 결과를 보고함

2. 보고내용

- 2025년도 낙상 고장유형영향분석(FMEA) 결과

단계	내용	세부 활동내용	일정
1단계	고위험 프로세스 선정과 팀 구성	▶ 위험도 우선순위 평가 ▶ 팀 구성 : 총 11명 - 팀장(1), 간사(2), 팀원(8)	5월 중 1차 회의
2단계	프로세스 검토 및 도식화 작업	▶ 프로세스 도식화 ▶ 관리 영역 확인	
3단계	잠재적 고장유형 브레인스토밍 및 고장유형 영향분석	▶ 브레인스토밍 방법을 사용하여 문제 도출 ▶ 고장유형, 근본원인분석, 잠재적 영향분석	
4단계	고장유형 우선순위 선정	▶ 발생가능성 및, 발견가능성, 심각성, 중증도 평가, 고려하여 선정 ▶ 우선순위에 대한 팀원의 합의 필요	
5단계	고장유형 근본원인 규명	▶ 각각의 행위가 아니라 시스템과 프로세스에 초점을 둔 근본원인 규명 ▶ Fishbone활용	6월 중 2차 회의
6단계	프로세스의 재설계	▶ 발생의 가능성 줄이기, 발견의 가능성 높이기, 영향의 심각성 감소시키기 ▶ 새로운 프로세스 시범적용(2달)	7월 중 3차 회의
7단계	새로운 프로세스의 분석과 검증	▶ 프로세스 적용 후 새로운 오류유형 발생 여부 확인 ▶ 새로운 프로세스 위험성 재평가	9월 4차 회의
8단계	재설계한 프로세스 실행 및 모니터링	▶ 프로세스 확대 적용 방법 ▶ 지속적인 모니터링 ▶ 지속적인 전진 : 유지 관리 및 교육 등	

※ 붙임 2025년도 낙상 고장유형영향분석(FMEA) 결과보고 1부.

2025년도 고장유형영향분석(FMEA) 결과보고

◆ 환자에게 손상을 일으킬 수 있는 발생 가능한 잠재적인 위험 요소를 파악하여 사전에 오류를 방지함으로써 안전하고 질 높은 환자안전시스템 구축과 안전한 병원 환경을 조성하고자 함.

I 추진개요

□ 추진근거

- 「환자안전법」 제4조, 제9조
- 4주기 급성기병원 의료기관 인증 기준
 - 위험관리체계 기준 7.2. 환자안전사건 관리 기준 7.3
- 2025년 적정진료실 사업계획-760(2024.12.20.)
 - 질 향상과 환자안전(QPS)위원회에서 우선순위 선정

□ FMEA 개념



□ 추진목적

- FMEA활동을 통한 질 높은 환자안전시스템 구축
- 의료기관 인증 기준 7.2 위험관리체계 수행

Ⅱ 추진방향

□ 추진일정

단계	내용	세부 활동내용	일정
1단계	고위험 프로세스 선정과 팀 구성	▶ 위험도 우선순위 평가 ▶ 팀 구성 : 총 11명 - 팀장(1), 간사(2), 팀원(8)	5월 중 1차 회의
2단계	프로세스 검토 및 도식화 작업	▶ 프로세스 도식화 ▶ 관리 영역 확인	
3단계	잠재적 고장유형 브레인스토밍 및 고장유형 영향분석	▶ 브레인스토밍 방법을 사용하여 문제 도출 ▶ 고장유형, 근본원인분석, 잠재적 영향분석	
4단계	고장유형 우선순위 선정	▶ 발생가능성 및, 발견가능성, 심각성, 중증도 평가, 고려하여 선정 ▶ 우선순위에 대한 팀원의 합의 필요	
5단계	고장유형 근본원인 규명	▶ 각각의 행위가 아니라 시스템과 프로세스에 초점을 둔 근본원인 규명 ▶ Fishbone활동	6월 중 2차 회의
6단계	프로세스의 재설계	▶ 발생의 가능성 줄이기, 발견의 가능성 높이기, 영향의 심각성 감소시키기 ▶ 새로운 프로세스 시험적용(2달)	7월 중 3차 회의
7단계	새로운 프로세스의 분석과 검증	▶ 프로세스 적용 후 새로운 오류유형 발생 여부 확인 ▶ 새로운 프로세스 위험성 재평가	9월 4차 회의
8단계	재설계한 프로세스 실행 및 모니터링	▶ 프로세스 확대 적용 방법 ▶ 지속적인 모니터링 ▶ 지속적인 전진 : 유지 관리 및 교육 등	

※ 상기 일정은 진행 상황에 따라 변경 될 수 있음

□ 기본방향



Ⅲ 추진내용

□ FAMEA 1단계 : 고위험 프로세스 선택 및 팀 구성

○ 고위험 프로세스 선택

- 2024년도 환자안전사고 보고 현황

(단위 : 건)

구분	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월	합계
합계	12	25	39	20	25	19	15	11	11	21	7	10	215
근접오류	3	17	25	9	13	5	6	5	4	4	3	1	95
위해사건	9	8	14	11	12	14	9	6	7	17	4	9	120
적신호사건	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

○ 2024년도 환자안전사건 등급별 안전사고 현황

(단위 : 건)

사건분류	근접오류	위해사건					적신오사건		합계
	0등급	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	6등급	7등급	
합계	95	80	29	3	7	1			215
낙상	13	61	26	3	7	1			111
투약	3	11	2						16
환자확인	10	2	1						13
조제오류	17								17
저방확인	13	6							19
저방오류	7								7
해식오류	8								8
기타	24								24

- 2024년도 환자확인 FMEA 실시
- 2023년도 낙상 FMEA 실시
- 2022년도 투약 및 조제오류 FMEA 실시

○ 고위험 프로세스 주제선정

- 질 향상과 환자안전(QPS)위원회 고위험프로세스 우선순위 주제선정

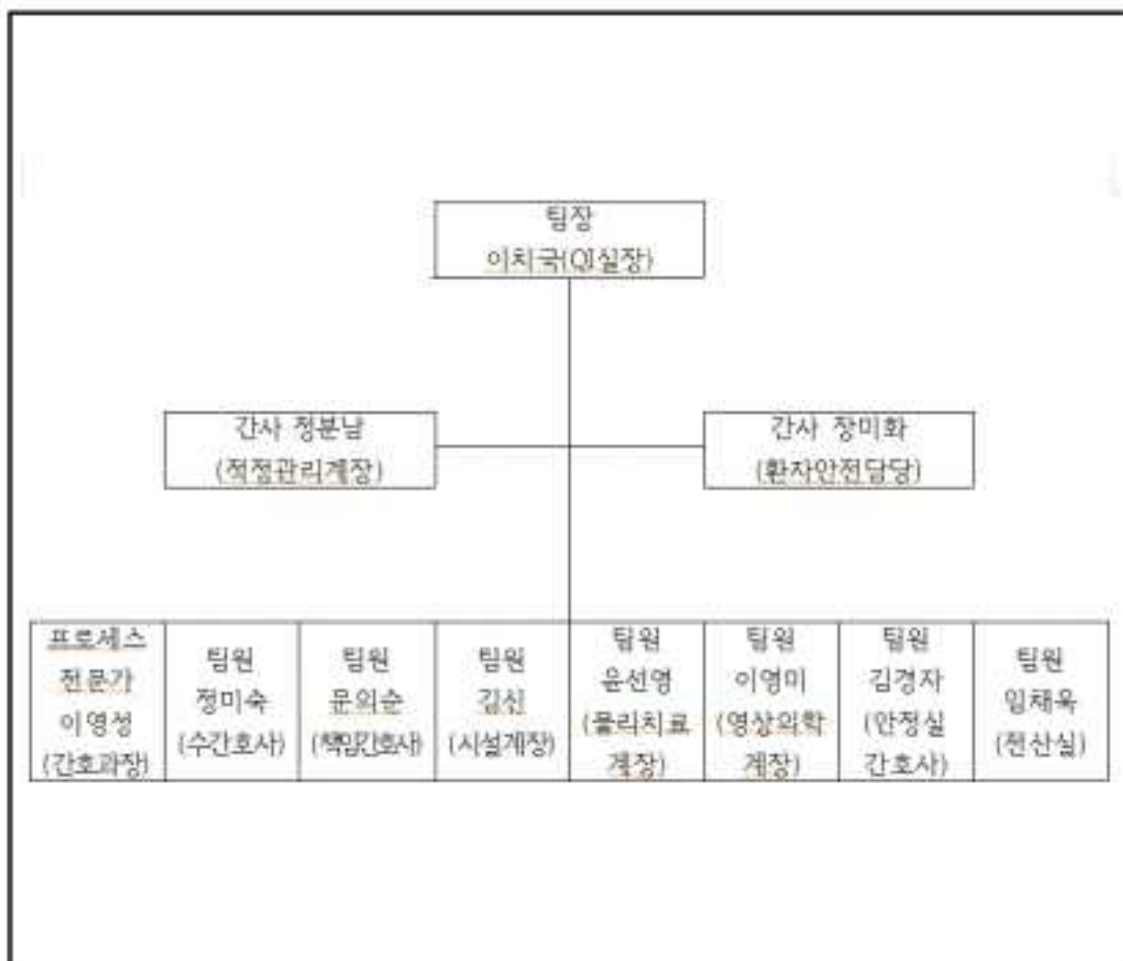
위험평가도구									
번호	위험항목	위험정도							
		발생빈도			발생가능성(likelihood)	중요성(severity)	발생가능성(likelihood) × 중요성(severity)	위험도(Risk)	비고
		전체 수	특정 사건	사건					
1-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
2-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
3-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
4-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
5-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
6-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
7-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
8-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
9-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
10-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
11-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
12-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
13-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
14-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
15-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
16-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
17-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
18-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
19-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
20-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
21-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
22-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
23-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
24-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
25-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
26-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
27-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
28-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
29-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
30-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
31-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
32-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
33-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
34-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
35-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
36-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
37-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
38-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
39-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
40-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
41-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
42-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
43-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
44-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
45-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
46-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
47-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
48-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
49-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
50-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
51-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
52-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
53-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
54-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
55-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
56-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
57-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
58-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
59-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
60-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
61-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
62-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
63-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
64-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
65-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
66-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
67-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
68-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
69-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
70-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
71-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
72-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
73-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
74-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
75-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
76-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
77-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
78-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
79-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
80-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
81-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
82-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
83-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
84-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
85-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
86-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
87-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
88-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
89-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
90-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
91-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
92-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
93-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
94-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
95-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
96-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
97-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
98-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
99-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									
100-가장높은 3-가장중간 5-가장낮음 1-가장높음 3-가장중간 5-가장낮음									

- 고위험프로세스 우선순위평가표

발생가능성(probability)	심각성(severity)	위험도(P-S) 점수
1_수년동안 일어나지 않음.	1_미약	1~3 낮은 위험
2_적어도 년 1회 발생	2_약함	4~8 중간 위험
3_적어도 월 1회 발생	3_보통	9~12 높은 위험
4_적어도 매주 1회 발생	4_심각	15~25 매우 위험
5_적어도 매일 발생	5_극심함	

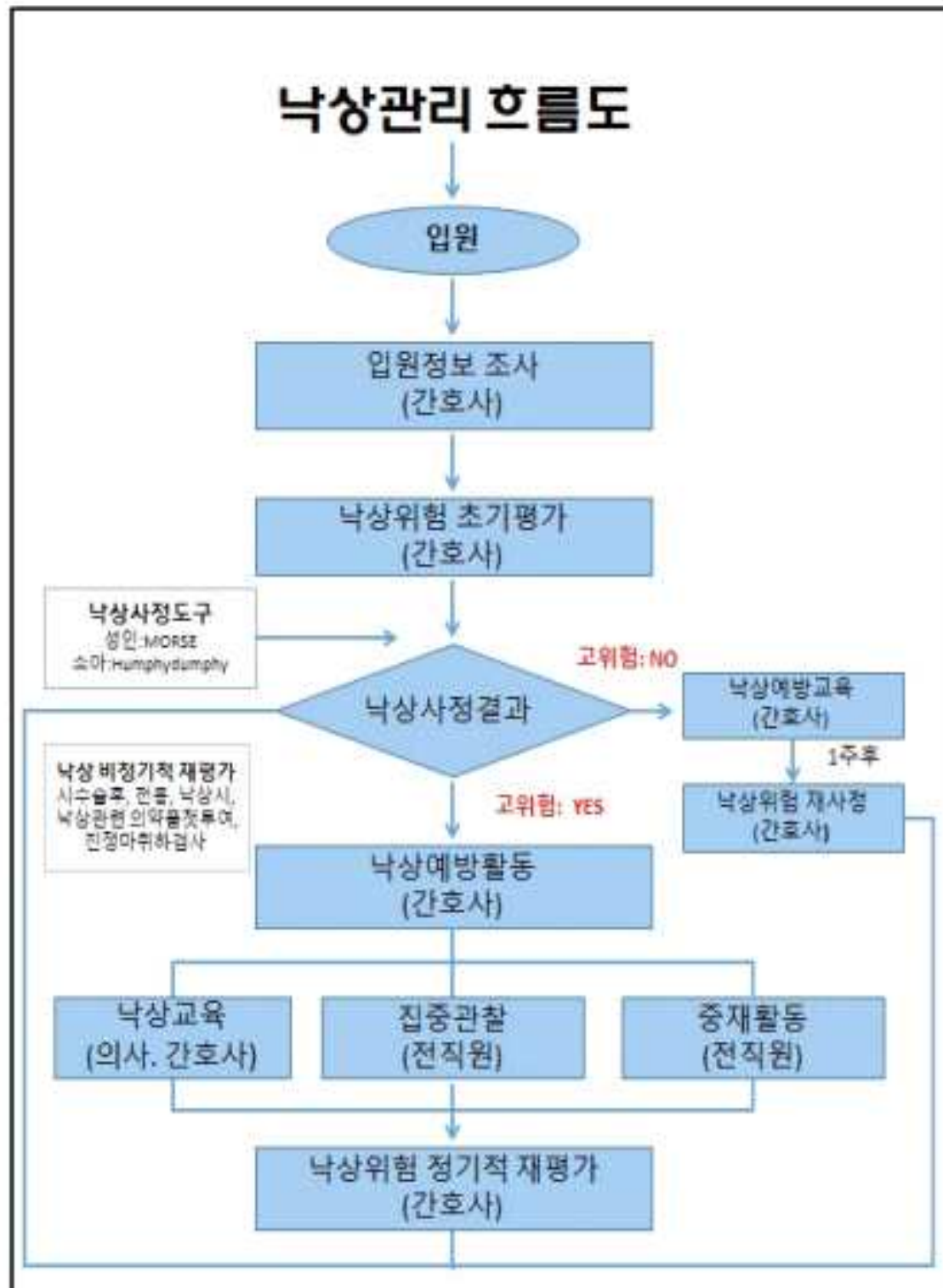
○ 낙상(입원환자) FMEA 팀 구성

- 팀구성 : 11명(팀장 1명, 간사 2명, 프로세스 전문가 1명, 팀원 7명)



□ FAMEA 2단계 : 프로세스 검토 및 도식화 작업

○ 낙상(입원환자) 프로세스 검토 및 도식화



□ FAMEA 3단계 : 잠재적 고장유형 및 영향분석

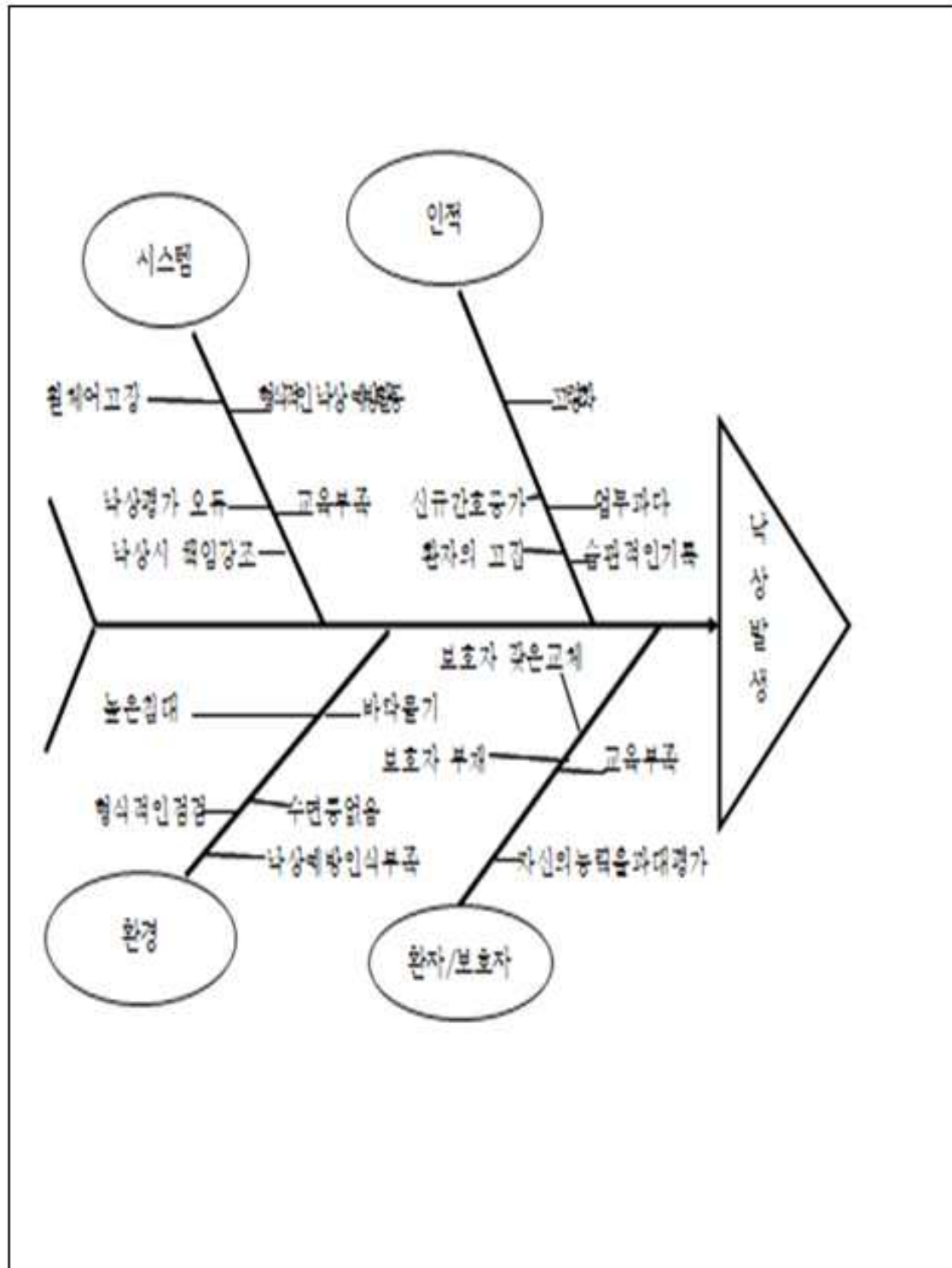
단계	잠재적 고장(사건)유형	가능한 고장(사건)유형	고장(사건)의 잠재적 영향
낙상 위험 초기 평가	초기낙상 평가오류	☐ 보호자의 잘못된 정보제공 ☐ 환자의 병 상태에 대한 파악 부족 ☐ 신규진료사 해지 증가 ☐ 낙상평가를 위한 의사소통 기술 부족 ☐ 낙상초기평가 기록 누락 ☐ 사용자의 낙상평가 도구에대한 이해 부족	- 환자상태 파악 안 됨 - 낙상 위험군 분류가 잘못됨 - 낙상 고위험군에 대해 타격음 인지 안 됨
	평가결과 기록오류	☐ 평가결과 값을 잘못 기록함 ☐ 형식적인 평가로 정확히 이뤄지지 않음	- 고위험 환자 분류 오류 - 낙상 평가 정확도 떨어짐
낙상 예방 활동	예방활동 일부만 수행/ 미수행	☐ 형식적인 낙상예방활동 시행 ☐ 고위험군에 대한 의사소통 오류 ☐ 일반/고위험 예방활동 숙지 부족	- 낙상 위험에 노출됨 - 낙상예방 활동 미 시행 - 잘못된 낙상예방활동 시행
	잘못된 예방활동수행	☐ 낙상위험 평가 오류 ☐ 일반/고위험 예방활동 숙지 부족 ☐ functional nursing(기능적 간호)에 따른 간 호기록 문제점	
	환자/보호자 교육 부족	☐ 낙상위험 인지 오류 ☐ 일반/고위험 예방활동 숙지 부족 ☐ 보호자의 잦은 교체로 인한 교육 부재 ☐ 의사소통 장애 ☐ 보호자가 환자상태를 이해하지 못함 ☐ 환자가 실제 기능 수준보다 높은 수준의 자기 활동을 시도하려는 경향이 있음 (보호자 동행하지 않거나 알리지 않고 환자 혼자 이동, spint 등 보조기구 착용후 단음으로 인한 낙상)	- 낙상 위험에 노출된 낙상예방활동 시행
	낙상예방활동 기록오류	☐ 형식적인 전자의무기록 작성(필괄작성) ☐ 시행된 활동의 기록 오류(실종과 기록시간 간극)	- 낙상관리 미비 - 낙상 예방 활동 미시행
	의료진의 낙상 예방활동 미흡	☐ 의료진의 낙상 위험에 대한 인식부족 ☐ 형식적인 정기적 순회 ☐ 인종차별 미수행	- 직원 간 의사소통 오류 - 낙상위험 노출
	환경과 관련된 요인관리 미비	☐ 침대 높이가 노인 환자들에게 높은 환경 (높낮이 조절이 안됨) ☐ 낮은 보호자 침대를 고향의 보호자 사용 시 불편으로 보조기구를 장착하여 놓임 ☐ 리모컨을 안된 일부 병동의 화장실 미끄럼 방지 매트 및 타일 없음 ☐ 사설 노후로 일부 병동 바닥 굴곡 파임 ☐ 의자형 패들러 부재 ☐ siderail 올려짐에 대한 불편함 ☐ w/c 타이머 바깥 없거나 고정장치 불량	- 낙상관리 미비 - 예측하지 못한 낙상 위험에 노출 - 환자 낙상
재평가	재평가 오류	☐ 적절한 시기에 평가가 이루어지지 않음 ☐ 재평가 기준에 대한 이해 부족 ☐ 업무과다	- 낙상 위험군 잘못 분류됨 - 낙상 예방 활동 미시행
	재평가 기록오류	☐ 습관적인 전자의무기록 작성 ☐ 업무과중 ☐ 평가자와 입력자 다름	- 낙상위험노출 - 낙상예방활동 미시행 - 낙상위험군 지정 오류 - 잘못된 평가 결과 공유됨

□ FAMEA 4단계 : 고장유형의 우선순위 선정

문제적 고장유형	가능한 고장유형	발생 가능성	심각성	발견 가능성	FFN	CI	순위
조기낙성 평가오류	□ 환자, 보호자의 잘못된 정보제공	5	5	5	125	658	2
	□ 사용자의 낙성평가 도구에 대한 이해 부족	5	5	5	125		
	□ 환자의 현 상태에 대한 파악 부족	5	5	5	125		
	□ 낙성평가를 위한 의사소통 기술 부족	3	3	7	63		
평가결과 기록오류	□ 평가결과 값을 잘못 기록함	3	3	5	45	1,875	1
	□ 형식적인 평가로 평가가 정확히 이루어지지 않음	5	5	7	175		
예방활동 일부만 수행/미수행	□ 형식적인 낙상예방활동 시행	3	4	7	84		
	□ 고위험군에 대한 연계 노력	5	5	5	125		
	□ 일반/고위험 예방활동 숙지 부족	3	3	4	36		
잘못된 예방활동 수행	□ 낙상위험 평가 오류	3	4	5	70		
	□ 일반/고위험 예방활동 숙지 부족	3	4	6	72		
환자/보호자 교육부족	□ 환자가 실제 가능 수준보다 높은 수준의 자기활동을 시도하려는 경향이 있음	7	5	5	175		
	□ 일반/고위험 예방활동 숙지 부족	6	5	2	60		
낙상 예방활동 기록오류	□ 형식적인 전자의무기록 작성(일괄작성)	3	4	5	60		
	□ 시행된 활동의 기록 오류(성명과 기록시간 간극)	3	3	5	45		
의료진의 낙상예방활동 미흡	□ 의료진의 낙상 위험에 대한 인식부족	5	6	5	150		
	□ 형식적인 정기적 순회	5	5	7	175		
환경과 관련된 위험요인 관리미비	□ w/c 타이어 바퀴가 없거나 고정장치 불량	6	7	5	210		
	□ 리모컨형 안전 버튼 회장성 및 사용성 미끄럼 방지 타일 없음	7	7	5	245		
	□ 침대 높이가 노인 환자들에게 높은환경(높이가 조절 안됨)	7	8	3	168		
낙상위험 재평가	□ 적절한 시기에 평가가 이루어지지 않음	3	3	3	27	309	3
	□ 재평가 기준에 대한 이해 부족	3	3	5	45		
	□ 습관적인 전자의무기록 작성	4	2	7	56		
	□ 업무과중	5	5	7	175		

□ FAMEA 5단계 : 고장유형 근본원인 규명

○ fish bone을 통한 고장유형의 근본 원인 규명



○ fish bone과 고장유형의 근본원인에 따른 개선계획

구분	근본원인	개선계획
시스템	- 낙상보고 누락 - 공유부족 - 교육부족 - 낙상평가 오류 - 교육	- 스티커 게시판 알람판 부착 - 큰 글씨체 스티커 제작 - 낙상 보고서 보고자 비밀유지, 비난 금지 - 인계시 마다 고위험환자 인계하여 주지 - 라운딩 하면서 차형 - caution 정보공유 창 등록과 해제 관리 - 형식적이 아닌 제대로 된 낙상평가 - 시간부족에도 책임감을 가지고 - 낙상 보고 교육 - 낙상평가방법 재교육, 신규교육 - 낙상후 관리 매뉴얼(낙상 가능성 보호자에게 주지) - 웹이나 DUFG게달로 낙상교육 정보공유
환자 보호자	- 환자 보호자 부재 - 자신의 능력을 과대평가함 - 물대를 지팡이로 사용 - 소아 물대 줄 감김 - W/C 바람이 없거나 고정장치 불량 - call bell 미사용	- 동행병실 사용 교육 - 간병인 사용 설명 - 임커사용 유도 - 본인 지팡이 지참 설명 - 물대 바스켓 부착 - W/C수시 점검과 고장수리 및 관리 - 수시라운딩으로 고위험 환자 관리 - functional 간호-> team간호 전환 필요
환경적 요인	- 밤에 병실 어둡다. - 인지능력 - 낙상예방 인식부족 - 환자전단부족 - 높은침대(높낮이 조절이 안됨) - 형식적인 점검 - 시설노후로 인한 병동 바닥 움푹 패임 - 리모델링 안전 일부 병동의 와장실 바닥 타일 미끄러움 - 잘못된 신발	- 와장실 및 병실에 수면등 설치 - 센서등 설치 - 취침등 - side rail 적용 - 보호자 혹은 간병인 상주 - 환자 보호자 교육 - 스마트 침대 교체 - 슬리퍼 사용 금지 - 환자안전 지침이 교육을 통한 환경관리 - 전선관리 주변환경 정리
인적요인	- 인력부족 - 고령화 - 형식적인 낙상 예방활동 - 습관적인 기록 - 신규간호사 증가 - 무서에 따른 낙상 예방활동	- 정기적 Rounding - 인력 보충 - 재대로된 낙상사정 - 낙상관련 약물관리 - 무서별 낙상 예방활동 실시

□ FAMEA 6단계 : 고위험 프로세스 재설계

구분	Action plan	Contents	완료 기한	책임자	비고
시스템	낙상예방 시설물	804호 바닥커짐	12월	시설계	전달 완료
	직원공유	낙상 인증 지점 공유	9월	작정계	○
	care 인계상황	7층 리모델링 공사일정에 따른 바닥 공사 예정	12월	시설계	확인 완료
직원교육 및 공유	정기적 직원교육	낙상 교육	수시	간호부	○
		간병사 교육, 물리치료실 직원교육	7월	작정계	○
	인계시 직원 공유	인계시 고위험 낙상 대상자 주의 및 낙상 예방활동 실시	수시	병동	○
		Alert system “주” caution 등록 및 해제 관리	수시	병동	○
		낙상 조기 평가	수시	병동	○
	낙상 사례공유	전자결재시스템을 통한 환자 안전시간 공유	월별	작정계	○
		낙상 발생률 정기적 보고 및 공유	월별	작정계	○
환자 보호자	아브닝 라운딩을 통한 환자교육	취침 전 소변보기(보호자 동행)	수시	병동	○
		취침 전 수액조절 및 제거			○
		물대를 지팡이처럼 사용해야 함도록, 본인 지팡이 지정 설명			○
	낙상예방 교육	입원시 생활안내문을 통한 환자 보호자 교육			○
		QR 코드를 활용한 낙상 예방 안내문 (수여, 성인)	8월	작정계	○
	욕실 안전	욕실에 낙상 예방 포스터 부착	8월	작정계	○
환경적 요인	잘못된 신발	슬리퍼 사용 위험 , 본인에게 맞는 실내화나 운동화 신기 교육	9월	작정계	○
	높은 침대	보호자(간병인) 침대 높임 공지	수시	간병인 업체	○
	부서에 맞는 낙상예방활동	부서 특성에 맞는 고위험 낙상 예방 활동 포스터 부착	8월	작정계	○
	안전요인	낙상 프로토콜	8월	간호부 작정계	○
환경 관리	고양화	낙상관련 액물 관리-지압약 관리	수시	병동	○
	w/c고장	병동 안전자킴이 활동을 통한 W/C 점검 및 관리	수시	병동	○
	병실 여주음	취침등 사용 교육	수시	병동	○
	시설물 관리	화장실 문에 이공스티커 부착, 낙상 예방 관련 스티커 부착	9월	작정계	○
	환경 라운딩	side rail 적용 교육 적정전료실 월별 부서장 점검 라운딩	수시	병동 작정계	○

□ FAMEA 7단계 : 재설계 프로세스의 분석과 검증

요인	고장유형	개선계획
시스템-요인	형식적인 낙상 예방활동	책자 또는 QR코드를 활용한 예방 활동
환자-보호자-요인	교육 부족	QR코드를 활용한 낙상 예방 안내문
	인지 부족	컴패인이나 주간행사를 통한 홍보 스티커를 활용한 낙상 주의 교육
인적-요인	신규간호사 증가	낙상 지침 교육
	습관적인 간호기록 및 조기평가	간호기록 점검(간호부 협의)
환경적-요인	취침등 미사용	화장실 문에 야광 스티커 부착
	w/c 고장	환자 안전자킴어를 통한 점검 관리
	욕실 바닥 물기	욕실에 낙상 예방 포스터 부착
	804호 바닥재임	7층 리모델링 공사 일정에 따른 공사 예정 (11-12월)

□ FAMEA 8단계 : 새로운 프로세스의 적용과 모니터링

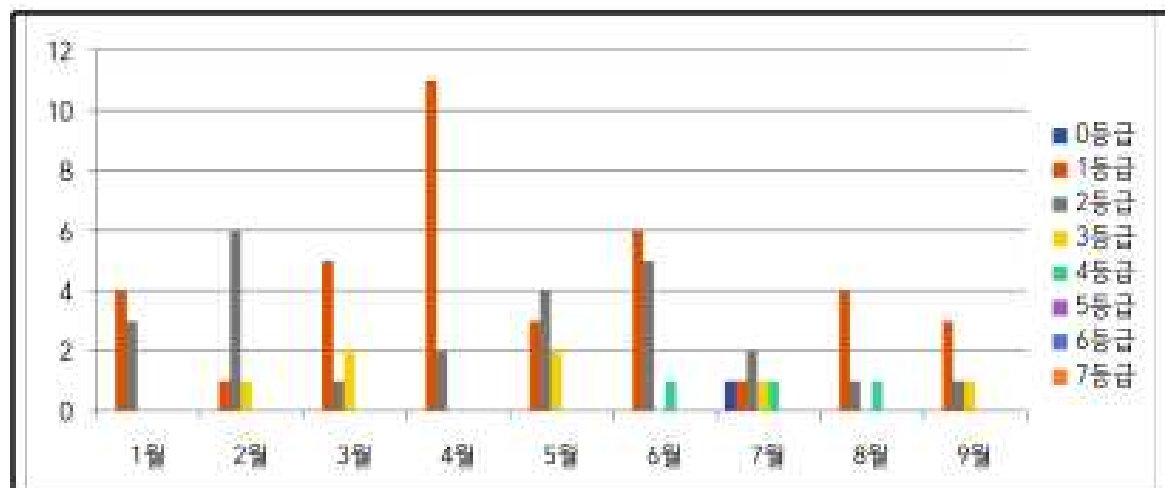
○ 개선활동 결과 모니터링

월별	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월
낙상건수	근접오류	0	0	0	0	0	1	0	0
	위해사건	7	8	8	13	9	12	5	5



○ 낙상 상해 등급 분류

낙상	0등급	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	6등급	7등급	합계
1월		4	3						7
2월		1	6	1					8
3월		5	1	2					8
4월		11	2						13
5월		3	4	2					9
6월		6	5		1				12
7월	1	1	2	1	1				6
8월		4	1		1				6
9월		3	1	1					5



○ 개선활동 결과 모니터링

낙상 예방 활동 1. 낙상 예방 교육 실시 2. 낙상 예방 캠페인 실시 3. 낙상 예방 시설 설치 4. 낙상 예방 점검 실시 5. 낙상 예방 기록 관리 6. 낙상 예방 평가 실시 7. 낙상 예방 개선 활동 실시 8. 낙상 예방 결과 보고 9. 낙상 예방 결과 평가 10. 낙상 예방 결과 개선	낙상 간접 조치 평가 1. 낙상 간접 조치 평가 2. 낙상 간접 조치 평가 3. 낙상 간접 조치 평가 4. 낙상 간접 조치 평가 5. 낙상 간접 조치 평가 6. 낙상 간접 조치 평가 7. 낙상 간접 조치 평가 8. 낙상 간접 조치 평가 9. 낙상 간접 조치 평가 10. 낙상 간접 조치 평가	고위험 낙상 스티커 1. 고위험 낙상 스티커 2. 고위험 낙상 스티커 3. 고위험 낙상 스티커 4. 고위험 낙상 스티커 5. 고위험 낙상 스티커 6. 고위험 낙상 스티커 7. 고위험 낙상 스티커 8. 고위험 낙상 스티커 9. 고위험 낙상 스티커 10. 고위험 낙상 스티커
낙상 예방 자질 점검	낙상 간접 조치 평가	고위험 낙상 스티커



물리치료실 이(낙상) 활동. 참여



시설계 참여 라운딩



간병사 낙상 교육



미용부 낙상 교육



물병 간호영부 일상점검
(낙상예방 활동 모니터링)



간호부 낙상교육



환자안전 캠페인



지역환자 안전센터 협업-모스핀



환자안전 캠페인-리플렛 제공



비밀검인 부 부가 정보 (3차) - 비밀	
Shutter(촬영)	비밀검인, 상점, 제작자 비밀검인, 제작자, 제작자
Background(배경)	비밀검인 비밀검인, 비밀검인 비밀검인, 비밀검인 비밀검인, 비밀검인
Assessment(평가)	비밀검인, 비밀검인 비밀검인, 비밀검인 비밀검인, 비밀검인 비밀검인, 비밀검인
Recommendation(제안)	비밀검인, 비밀검인 비밀검인, 비밀검인 비밀검인, 비밀검인 비밀검인, 비밀검인

1999 年 12 月 31 日	资产	负债和所有者权益
一、流动资产	流动资产	流动资产
1. 货币资金	货币资金	货币资金
2. 短期投资	短期投资	短期投资
3. 应收票据	应收票据	应收票据
4. 应收账款	应收账款	应收账款
5. 预付账款	预付账款	预付账款
6. 其他应收款	其他应收款	其他应收款
7. 存货	存货	存货
8. 待摊费用	待摊费用	待摊费用
9. 一年内到期的长期债权投资	一年内到期的长期债权投资	一年内到期的长期债权投资
10. 其他流动资产	其他流动资产	其他流动资产
二、长期资产	长期资产	长期资产
1. 长期股权投资	长期股权投资	长期股权投资
2. 长期债权投资	长期债权投资	长期债权投资
3. 固定资产	固定资产	固定资产
4. 无形资产	无形资产	无形资产
5. 递延资产	递延资产	递延资产
6. 其他长期资产	其他长期资产	其他长期资产
三、所有者权益	所有者权益	所有者权益
1. 实收资本	实收资本	实收资本
2. 资本公积	资本公积	资本公积
3. 盈余公积	盈余公积	盈余公积
4. 未分配利润	未分配利润	未分配利润
四、负债	负债	负债
1. 短期借款	短期借款	短期借款
2. 应付票据	应付票据	应付票据
3. 应付账款	应付账款	应付账款
4. 预收账款	预收账款	预收账款
5. 其他应付款	其他应付款	其他应付款
6. 应付工资	应付工资	应付工资
7. 应付福利费	应付福利费	应付福利费
8. 应交税金	应交税金	应交税金
9. 其他应交款	其他应交款	其他应交款
10. 长期借款	长期借款	长期借款
11. 应付债券	应付债券	应付债券
12. 其他长期负债	其他长期负债	其他长期负债

환자연결 · 경영혁신 · 낙성동보 · 특목

남성그룹-SBAR

낙상 간호기록- 권오부 이 편집



소아용 낙상 교육자료-그림책 동영상

성명 박상 교육자료를 - 박상 태권 가이드

영화 공동육성 - 낙상 예방 포스터



외관 대거 의자 - 낙상 예방 스티커 부착

원장님, 문에 어떤 스티커

원장을 내부 손잡이 해독 스티커

		
환자안전주간행사 1	환자안전주간행사 2	환자안전주간행사 3
		
환자안전주간행사 4	매월 환자안전관리 점검표 모니터링	KOPS 낙상관련 주의경보 교육자료 활용

○ 낙상 모니터링 분석 결과

- QI학회에서 권고하는 FMEA 8단계에 따라 팀 구성을 통한 기존 프로세스를 검토하고 월별 환자안전사건 보고를 근거로 원인분석과 모니터링을 실시하였다. 낙상건수는 개선활동을 시행한 7월이후 감소하는 추세를 보였으며, 상해등급에서도 감소함을 확인하였다. 근본원인분석은 시스템 요인, 환자·보호자 요인, 인적요인, 환경적 요인으로 나누어 확인하여 관련된 개선활동을 계획 후 부서 및 지역안전센터의 협력을 통해 낙상예방 활동을 환자안전 캠페인, 라운딩, 부서 교육, 환자안전 주간행사 형태로 시행하였다. 병실바닥꺼짐은 리모델링 일정에 맞추느라 기한내 완수 하지는 못하였으나 시설계에 협조 요청했고, 올해안에 수리하기로 하였다. 낙상발생 감소를 위해 안전문화 인식과 개선활동 유지가 필요함을 알 수 있었다.

IV 행정사항

□ 기대효과

- 낙상발생건수 감소
- 환자안전사건 보고체계 활성화로 안전문화 조성
- 의료기관 인증 평가지침 7.2위험관리체계 수행

□ 향후일정

- 병실바닥 공사 요청
- 간호기록 QI활동으로 보고체계 표준화
- QR코드 활용한 낙상실무지침 교육으로 대상별(소아 및 성인) 환자 및 보호자 교육의 접근성 향상

2025년 제3차 정기
질 향상과 환자안전위원회 상정안건



전북특별자치도 남원의료원
JEONBUK STATE NAMWON MEDICAL CENTER