

1st Edition

2023 제일정형외과병원 Outcomes Book



Preface

제일정형외과병원장
신 규 철



저희는 환자 중심의 가치를 실현하고 의료질의 혁신을 이끌기 위해 지속적으로 노력해 왔습니다. 이러한 노력의 첫 걸음으로, 이번에 Outcomes Book의 첫 번째 판을 발행하게 되어 매우 뜻깊게 생각합니다.

이번 Outcomes Book은 의료질과 결과의 투명성을 강화하기 위해 환자 안전, 치료 결과, 관리 지표 등을 체계적으로 분석하고 정리한 자료집입니다. 특히, 이 책은 환자 여러분께 더 나은 의료 서비스를 제공하기 위해 데이터 기반의 접근 방식을 적용하며, 의료 행위의 투명성과 책임성을 높이는 데 중점을 두고 있습니다.

첫 발행인 만큼, 이번 Outcomes Book은 저희가 나아가야 할 방향을 제시하며, 환자 중심의 케어(Patient-Centered Care)를 실현하기 위한 중요한 기반이 될 것입니다. 또한, 이를 통해 의료진은 스스로를 돌아보고 개선의 기회를 모색하며, 환자 여러분은 더욱 신뢰할 수 있는 의료 환경을 경험하실 수 있을 것입니다.

앞으로도 저희는 지속적으로 데이터를 공유하고 분석하며, 환자와 지역사회의 건강 증진을 위한 혁신적인 모델을 구축하는 데 최선을 다할 것입니다. Outcomes Book이 의료질 향상의 새로운 기준을 제시하며, 모두가 신뢰하는 의료기관으로 자리 잡는 데 밑거름이 되길 바랍니다.

이번 첫 번째 발간을 위해 함께 노력해 주신 모든 분들께 깊은 감사의 말씀을 드립니다. 더 나은 미래를 위해 지속적으로 성장하고 발전하는 저희의 모습을 기대해 주시길 바랍니다.

감사합니다.

CONTENTS

Part1 병원 중점 관리지표

1. 감염관리	◆ 손위생 수행률	1
	◆ 손 소독제 청구량	2
2. 내부직원	◆ 내부직원 인플루엔자 예방접종 시행률	3
	◆ 내부직원 만족도	4
3. 환자경험	◆ 외부고객 만족도	5
4. 환자안전	◆ 정확한 환자확인 수행률	6
	◆ 낙상 발생 보고율[1,000원 재원일당]	7
	◆ 수술 절개 직전 Time-Out 수행률	8
	◆ 욕창 발생률[1,000원 재원일당]	9
	◆ 환자안전사건 보고건수	10
5. 환자진료 체계	◆ 정규 협의진료 72시간 이내 회신율	11
	◆ 응급 협의진료 72시간 이내 회신율	12

Part2 진료지표

1. 척추센터	◆ 척추센터 수술건수	.....	13
	◆ 척추센터 수술 후 감염률	.....	14
2. 관절센터	◆ 인공관절 전치환술(슬관절) 수술건수	.....	15
	◆ 인공관절 전치환술(슬관절) 수술 후 감염률	.....	16
	◆ 인공관절 전치환술(고관절) 수술건수	.....	17
	◆ 인공관절 전치환술(고관절) 수술 후 감염률	.....	18
	◆ 인공관절 전치환술(견관절) 수술건수	.....	19
	◆ 인공관절 전치환술(견관절) 수술 후 감염률	.....	20
	◆ 인공관절 전치환술(견관절) 수술 후 탈구율	.....	21
3. 영상의학	◆ MRI 검사시간 TAT 충족률	.....	22

Part3 질 향상 활동 및 대외평가

1. 질향상 활동	◆ 2020년 최우수 수상 QI 활동	.....	23
	◆ 2021년 최우수 수상 QI 활동	.....	24
	◆ 2022년 최우수 수상 QI 활동	.....	25
	◆ 2023년 최우수 수상 QI 활동	.....	26
2. 대외 평가	◆ 수술의 예방적 항생제 사용 적정성 평가	.....	27
	◆ 수혈 적정성 평가	.....	28
	◆ 의료질 평가지원금 평가	.....	29

PART 1. 병원 중점 관리지표

◆ 손위생 수행률

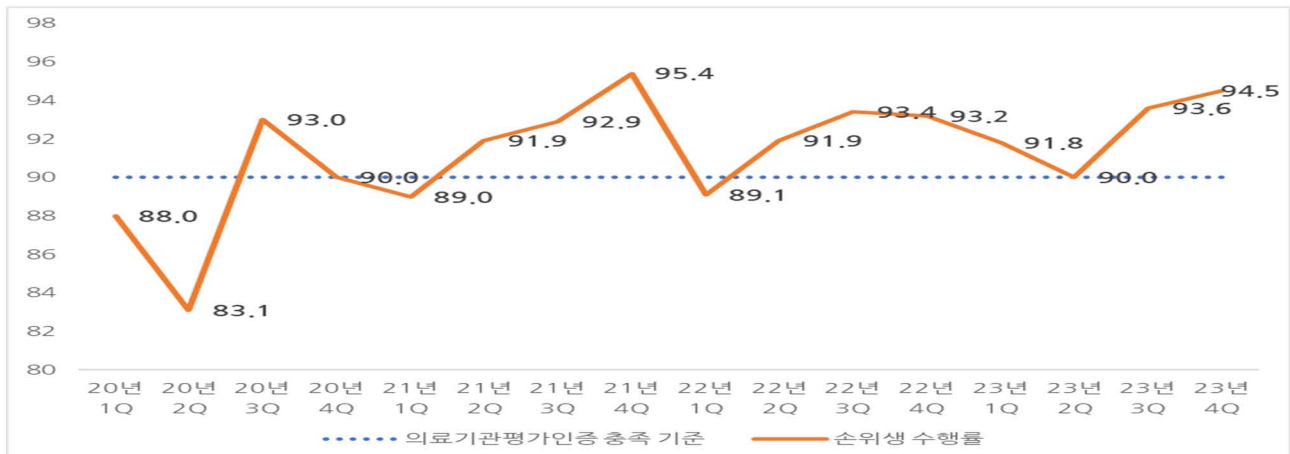
손위생이 필요한 각 행위 수를 분모로 하고 실제로 손위생을 수행한 건수를 분자로 하여 백분율로 계산

1 용어정의

- **손위생 필요 행위** : 세계보건기구(이하WHO)에서 규정한 손위생이 필요한 시점이 발생한 행위
 - 환자 직접 접촉 전/후 / 청결/무균 처치 전
 - 체액이나 분비물에 노출될 위험이 있는 행위를 하고 난 후
 - 환자와 직접 근접한 무생물 환경 접촉 후
- **손위생 수행** : 손위생 필요 시점에 WHO에서 규정한 적절한 손위생을 수행한 경우
 - 물과 비누(손소독제)를 이용하여 손위생
 - 물 없이 사용하는 알코올 손소독제를 이용하여 손위생
- **직접 관찰법** : 훈련된 전문가가 현장을 방문하여 손위생 수행률을 모니터링 하는 방법

2 결 과

기준년도 : 2023년 / 단위 : %



3 해 석

- 손위생 필요한 행위 10건 관찰된 경우, 적절한 손위생 9건 이상 수행
- 지속적인 모니터링 시행으로 현재 의료기관평가인증 충족 기준에 도달하여 유지

4 개선사항

- 지속적으로 훈련된 전문가가 현장을 방문하여 적절한 손위생 수행 여부 모니터링 및 피드백 시행
- 전직원 및 신입직원 손위생 교육 시행
- 손위생 자원 모니터링 시행

◆ 손소독제 청구량

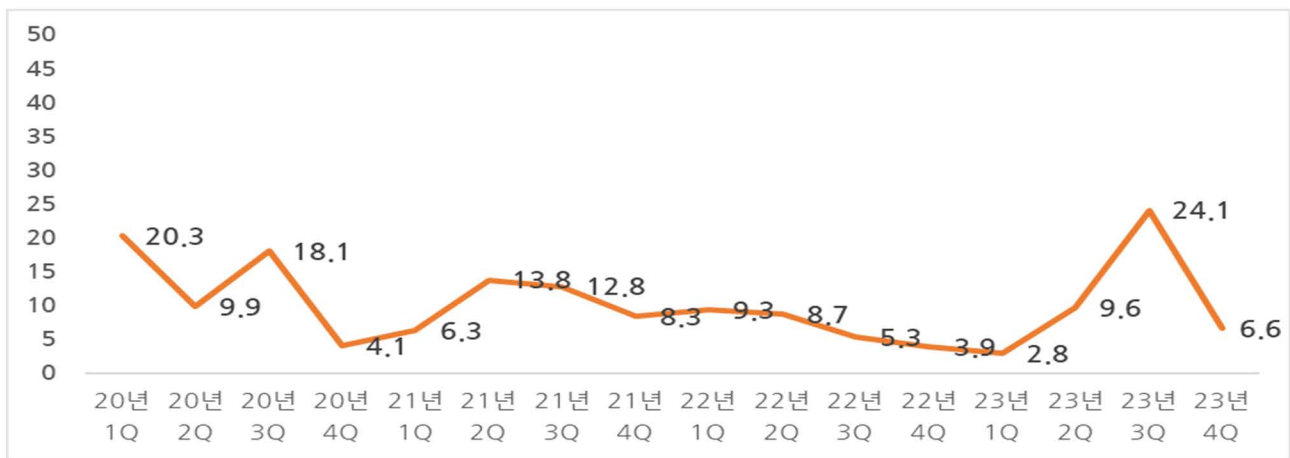
알코올젤 청구량을 재원환자일수 1,000일당으로 나눈 값

1 용어정의

- 알코올젤 청구량 : 재원환자가 있는 병동 알코올젤 청구량
- 재원환자일수 : 해당 기간 내 재원환자의 재원일수

2 결 과

기준년도 : 2023년 / 단위 : L/1,000 pt-days



3 해 석

- 손위생 수행률 측정 방법인 직접관찰법의 한계(예, 호손효과)를 보완하여 손위생 수행 정도를 설명할 수 있음

4 개선사항

- 환자접점구역에 알코올젤 비치, 디스펜서 정상 작동 여부 등 손소독제 가용성 평가 및 관리 지속
- 알코올젤 사용감 등 현장 의견 수렴하여 필요 시 알코올젤 제품 재검토
- 손소독제 청구량 증감 요인 분석과 추이 관찰

◆ 내부직원 인플루엔자 예방접종 시행률

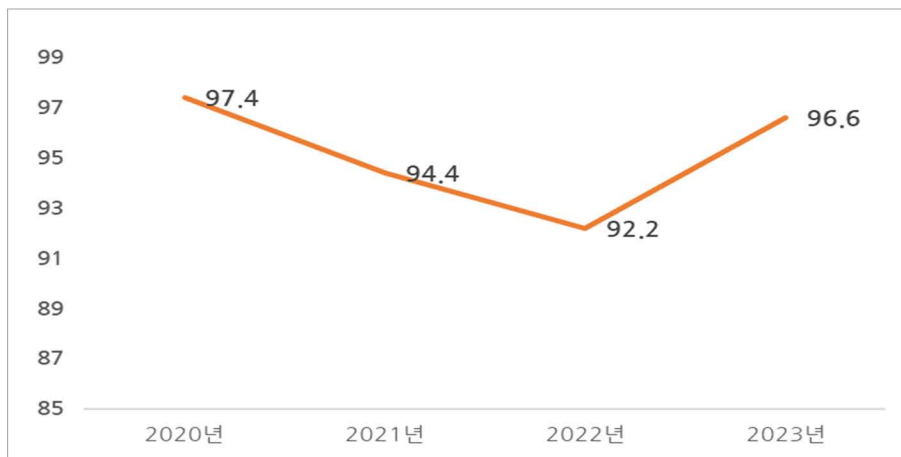
당해 년도 전체 직원 수 중 인플루엔자 예방접종을 시행한 직원의 접종 건수 비율

1 용어정의

- 전체직원 수 : 인플루엔자 접종 대상 직원 수(병원직원, 자회사 직원(원내 접종 신청자))
- 인플루엔자 예방접종 시행 직원 : 인플루엔자 접종 대상자 중 예방접종을 받은 직원

2 결 과

기준년도 : 2023년 / 단위 : %



3 해 석

- 2023년 인플루엔자 접종률은 전년도에 비해 상승함
- 2020년 이후 인플루엔자 접종 대상 직원이 꾸준히 증가함 (직원 수 증가)
- 임신, 기저 질환 등의 기타 요인으로 인해 접종 예외 대상자들이 발생하여 100% 달성에 한계가 있음

4 개선사항

- 지속적인 인플루엔자 예방접종 독려
- 인플루엔자 미 접종 직원 관리

◆ 내부직원 만족도

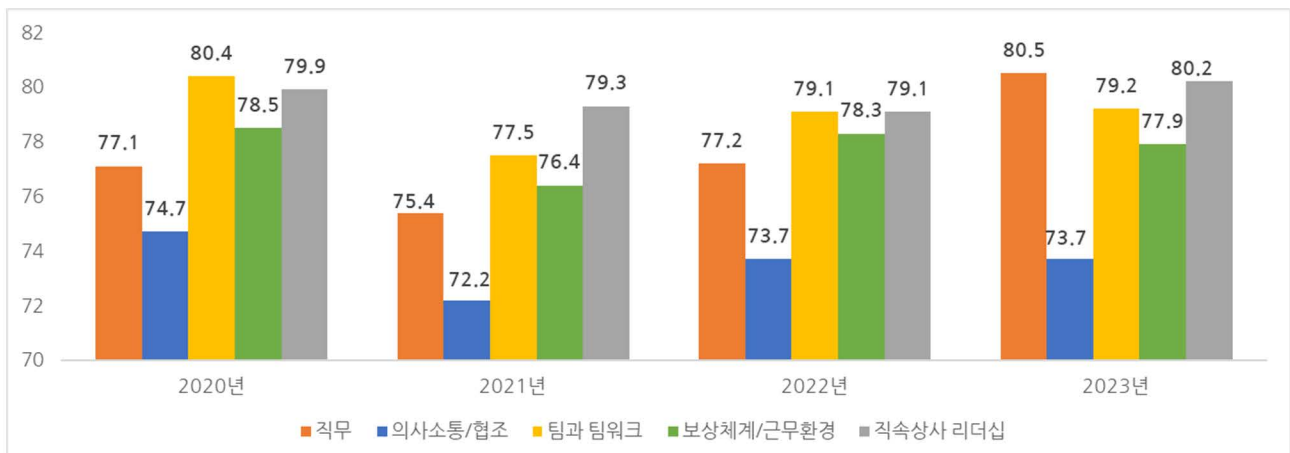
내부직원 대상으로 “직무만족도”, “의사소통/협조”, “팀과 팀워크”, “직속 상사 리더십”, “보상체계/근무환경”, 등을 종합적으로 조사하여, 설문조사 결과를 100점으로 환산

1 용어정의

- **직무만족도** : 업무량, 직무가치, 업무 적합도 등
- **의사소통/협조** : 의사표현의 자유성, 타 부서와 소통/협조 원활성 등
- **팀과 팀워크** : 팀내 업무 분담의 합리성, 소통/협조 원활성, 지원여부 등
- **직속 상사 리더십** : 업무지시/피드백 명확성, 지원여부, 동기부여 등
- **보상체계/근무환경** : 급여, 복리후생, 연차 사용 등

2 결 과

기준년도 : 2023년 / 단위 : 점



3 해 석

- 2023년 직무만족도는 전년 대비 3.3점 향상으로, 가장 큰 폭의 상승이 있었으며, 나머지 항목은 비슷한 수준을 유지하고 있음(전체 대상자 264명 중, 163명 참여 / 참여율 61.7%)
 - 2023년 3월 직무순환 보직제 도입, 제일-편한세상(업무효율화) 메신저 업무 범위 및 중복사항 제거로 인해 만족도가 향상된 것으로 보임

4 개선사항

- 만족도 결과는 내부직원 경험 향상을 위한 이벤트, 제도 기획 등 기초 데이터로 활용
- 각 분야별 미비사항을 중심으로 개선방향 논의 및 개선 활동 진행

◆ 외부고객 만족도

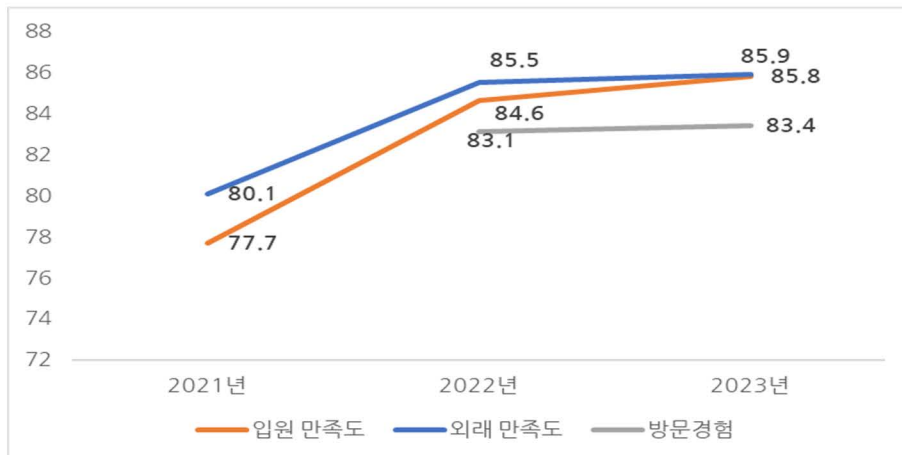
외래/입원 환자 대상으로 만족도를 종합적으로 조사하여, 평균 만족도 점수를 100점으로 환산

1 용어정의

- **외래 만족도** : 전화예약/상담, 원무팀, 상담팀, 외래간호팀, 진료부, 진단검사의학팀, 영상의학팀, 물리치료팀, 비수술치료팀 등 각 접점부서 서비스 만족도 조사
- **입원 만족도** : 원무팀, 상담팀, 진료부, 진단검사의학팀, 영상의학팀, 비수술치료팀, 수술간호팀, 병동간호사/조무사, 물리치료팀, 영양팀(배식직원), 약제팀 등 각 접점부서 서비스 만족도 조사
- **방문경험 평가 항목** : 전반적인 진료절차, 진료 대기시간, 환경 및 시설, 주차시설, 교통 편의, 병원 식사

2 결 과

기준년도 : 2023년 / 단위 : 점



3 해 석

- 2021년~2023년 3년간 입원 만족도/외래 만족도는 모두 상향 추세에 있음(총 378명 조사 참여, 2022년 대비 103명 참여 인원 증가)
 - 외래 만족도 : 진료부, 외래간호팀 등 현장 서비스 만족도 가장 크게 상승함(전년대비 3점 이상)
 - 입원 만족도 : 병동/간호사 및 조무사 만족도가 크게 상승함(전년대비 3점 이상)
 - ※ 2023년 진행된 외부 CS 교육 등으로 전반적인 직원들의 CS 인식이 향상되고 있는 것이 원인이 됨
 - 방문경험 : 병원 식사 분야에 대한 만족도가 가장 크게 상승함(전년대비 1.5점)
 - ※ 주기적인 밀라운딩 및 식단 관련 VOC 접수 신속 해결 등으로 식단 구성에 대한 만족도가 향상

4 개선사항

- 만족도 결과는 외부고객 경험 향상을 위한 서비스 프로그램 및 프로세스 개선 등 기초 데이터로 활용
- 각 분야별 미비사항을 중심으로 개선방향 논의 및 개선 활동 진행

◆ 정확한 환자확인 수행률

환자 확인 시행시점의 환자 확인을 관찰한 건수 중에서 두가지 이상의 환자 정보(지표)를 이용하여 환자 확인을 시행한 건수의 비율

1 용어 정의

■ 환자확인 시행 시점 및 수행자

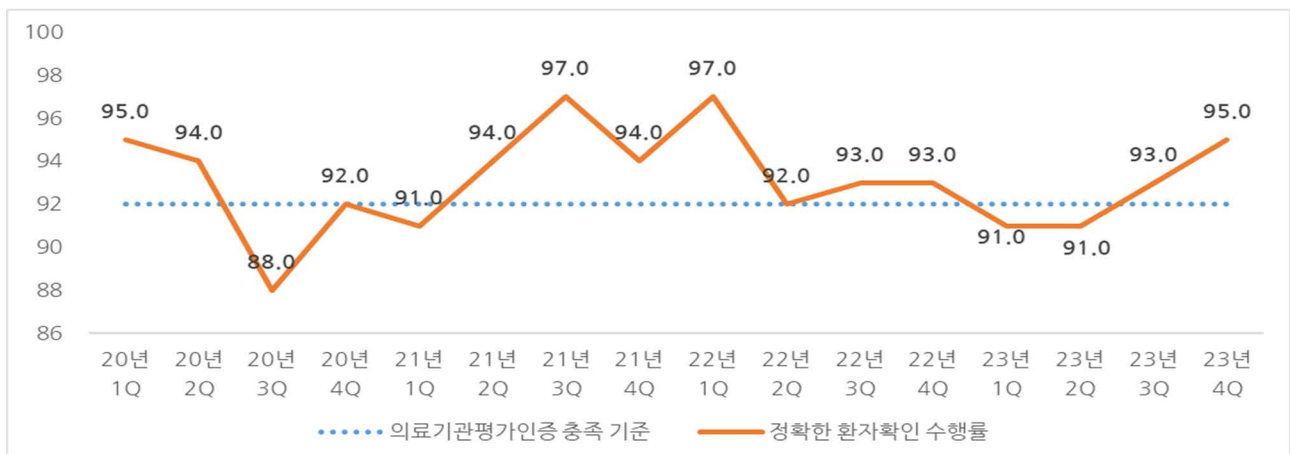
- 의약품 투여 전, 혈액제제 투여 전, 검사 시행 전, 진료, 처치 및 시술 전에 행위를 수행하는 자가 환자 확인 수행

■ 환자 확인 방법

- 확인 과정의 환자 참여 : 개방형 질문(최소 한 가지 이상)
- 최소한 두 가지 이상의 지표(indicator) 사용

2 결 과

기준년도 : 2023년 / 단위 : %



3 해석

- 지속적인 모니터링 시행으로 의료기관평가인증 충족 기준보다 높은 92% 이상 목표값을 유지하고 있음

4 개선사항

- 안전하고 정확한 진료를 위한 정확한 환자확인 규정 준수
- 외래 진료 및 입원 접수 시 신분증과 개방형 질문 이름, 주민등록번호(신분증) 확인
- 전산 시스템을 이용하여 동명이인임을 알려주는 파란색 이텔릭체, 접수증 안내지에 동명이인 표시

◆ 낙상 발생 보고율 [1,000 재원일당]

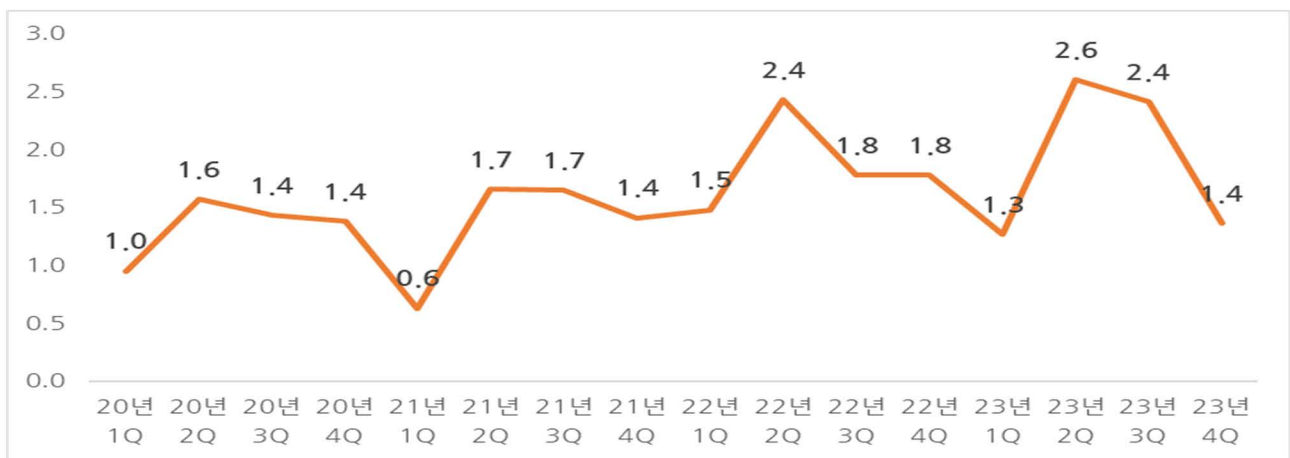
1,000 재원일당 낙상 발생 보고 건수의 비율

1 용어정의

- **낙상** : 갑작스럽고 비의도적인 자세로 몸의 위치가 본래의 위치보다 낮아지거나 바닥에 떨어지는 사고

2 결 과

기준년도 : 2023년 / 단위 : %/1,000 pt-days



3 해석

- 낙상보고 활성화에 따른 보고율 증가
- 환자안전에 대한 인식 향상
- 낙상 보고 건수 중 근접오류 90%, 위해사건 10%로 보고됨

4 개선사항

- 환자·보호자 직원 대상 낙상 예방교육 자료, 리플렛 배포
- 정기적인 시설 환경 낙상위험요인 점검 및 즉시 개선
- 낙상 위험평가 입원 24시간 이내 초기평가, 1일 1회 재평가, 환자 상태 변화 시 즉시 재평가
- 낙상고위험 환자 예방활동 강화 (낙상고위험군 분홍색팔찌 직원간 정보 공유)
- 부서별 낙상 예방지침

◆ 수술 절개 직전 타임아웃 시행률

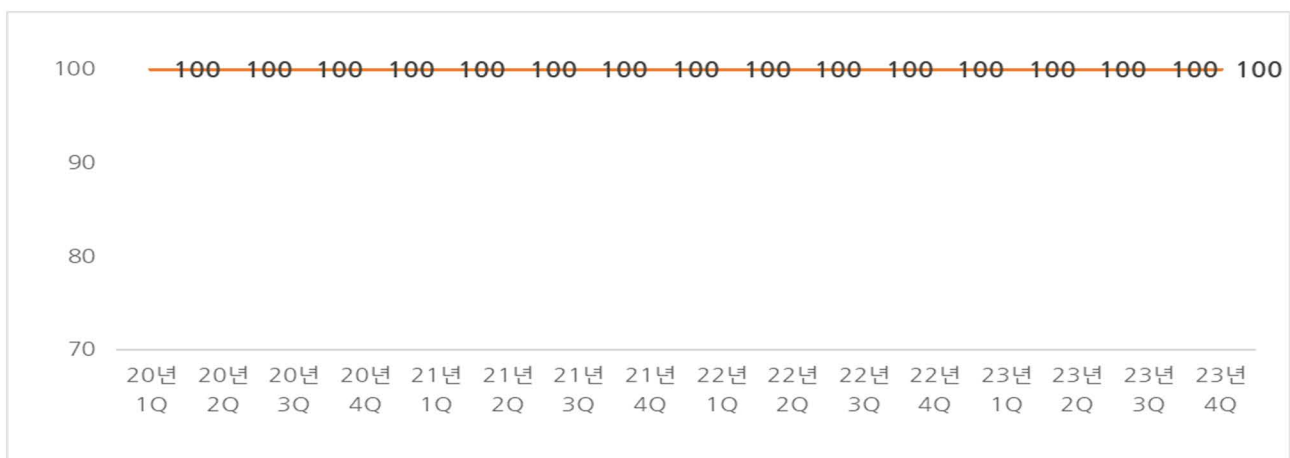
수술실에서 수술 절개 직전(또는 마취 유도 전)에 타임아웃을 시행한 건수의 비율

1 용어정의

- **타임아웃** : 수술 절개 직전(또는 마취유도 전)에 수술에 참여한 의료진(집도의, 마취 의사 또는 마취 간호사, 수술실 간호사)이 함께 환자, 수술 부위, 수술명 등에 대해 구두로 확인하는 것

2 결 과

기준년도 : 2023년 / 단위 : %



3 해석

- 수술 전 타임아웃을 시행하여 환자확인, 수술부위 및 방향 확인, 예정 수술명, 사용예정 삽입물 등을 서로 확인하고 정확한 환자확인을 통해 사고를 예방할 수 있음
- 지속적인 모니터링 시행으로 수술 전건 100% 이행률을 보임

4 개선사항

- 수술 부위 표식 규정 및 지침 준수
- 마취 유도 전 환자 참여시켜 Time Out을 시행함
- 피부 절개 전 Time Out 시나리오를 마련하여 주요 안전사항을 확인함

◆ 욕창 발생 보고율 [1,000 재원일당]

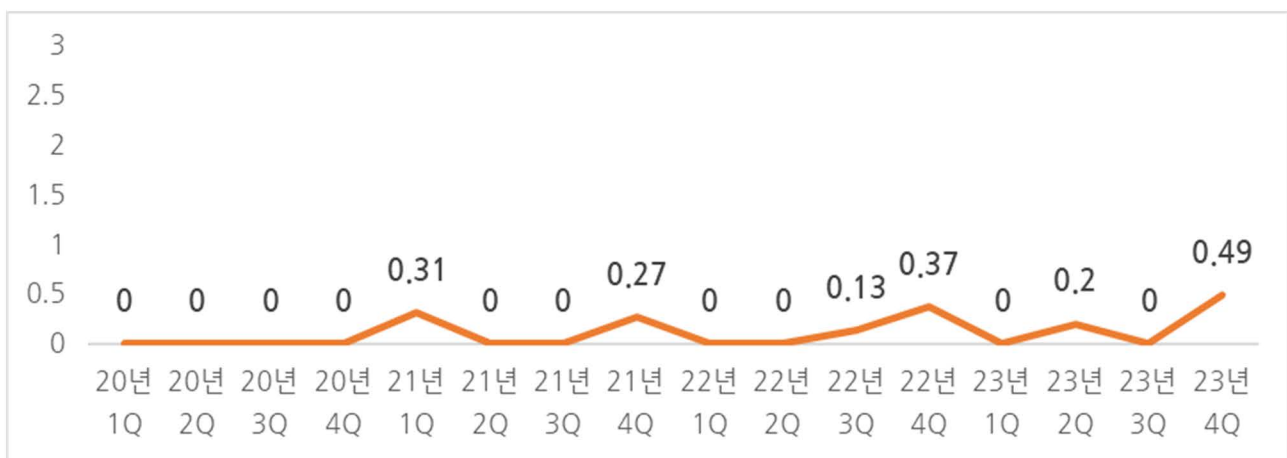
1,000 재원일당 욕창 발생 보고 건수의 비율

1 용어정의

- **욕창** : 욕창은 뼈 돌출부에 압력 또는 압력과 전단력이 결합된 힘의 결과로 생긴 피부 또는 하부 조직의 국소적 손상

2 결 과

기준년도 : 2023년 / 단위 : %/1,000 pt-days



3 해석

- 욕창 Grade I 보고 확대에 따른 보고율 증가
- 환자 안전에 대한 인식 향상
- 2022년부터 고관절 인공관절 치환술 증가로 수술 후 부동 환자 증가

4 개선사항

- 욕창 Grade I 보고 확대 : 욕창 예방지침 마련
- 입원환자 욕창 위험 초기평가, 정기적 재평가를 통한 욕창 발생 위험 요인 파악 및 피부상태 평가
- 욕창 사정 및 예방과 중재 활동 기록 강화
- 욕창 예방 물품 추가 지원 (자세 변환용구, 공기침대, 폼쿠션, 패드)
- 욕창 주의 표지판, 교육자료, 게시물 제작

◆ 환자안전사건 보고건수

1 용어 정의

■ 환자안전사건

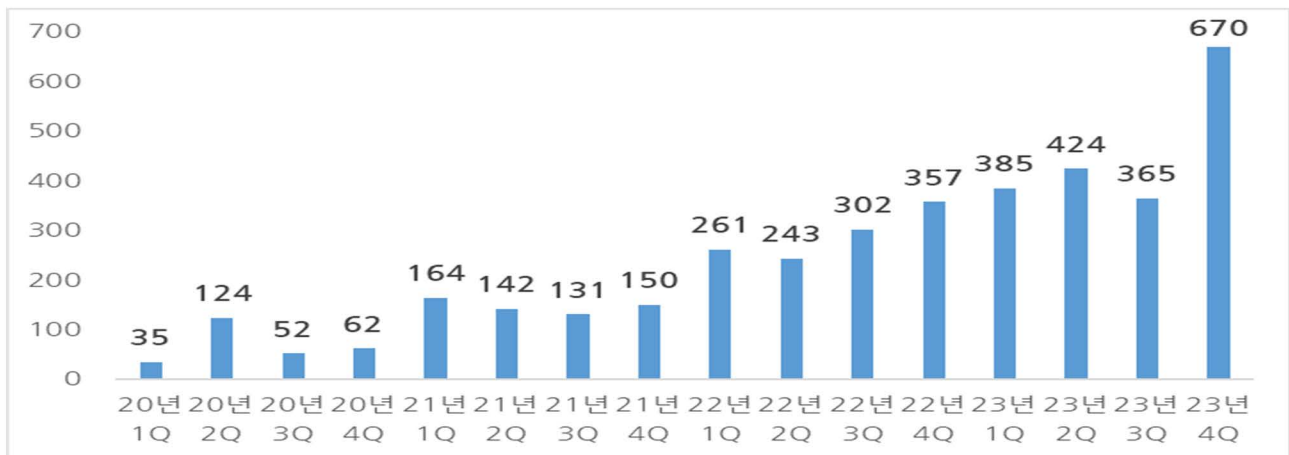
- 환자에게 보건의료서비스를 제공하는 과정에서 환자에게 위해가 발생하였거나 발생할 우려가 있는 사건
- 근접오류 : 환자에게 도달되지 않음 (LV 0), 도달했으나 이상소견 없음 (LV 1)

■ 환자안전사건 보고건수

- 환자안전사건을 발생시켰거나 발생한 사실을 알게 된 또는 발생할 것이 예상된다고 판단한 보건의료인이 환자안전보고 시스템에 보고한 건수

2 결 과

기준년도 : 2023년 / 단위 : 건



3 해석

- 보고 건수의 증가가 사건 발생의 증가를 의미하는 것은 아님(근접오류 보고의 증가)
- 보고 건수가 많은 부서일수록 환자안전에 대한 인식이 높고 개선 노력을 하는 것으로 이해할 수 있음

4 개선사항

- 환자안전보고시스템 전산 구축 (AMIS 프로그램 구축)
- 근접오류 보고 우수직원 연 2회 포상, 부서 환자안전 지킴이(Safety Keeper) 운영
- 환자안전의 날 행사 (환자안전조직문화 확산)
- 환자안전사건 보고에 대한 정보 공유 및 환자안전 교육 강화

◆ 정규 협의진료 72시간 이내 회신율

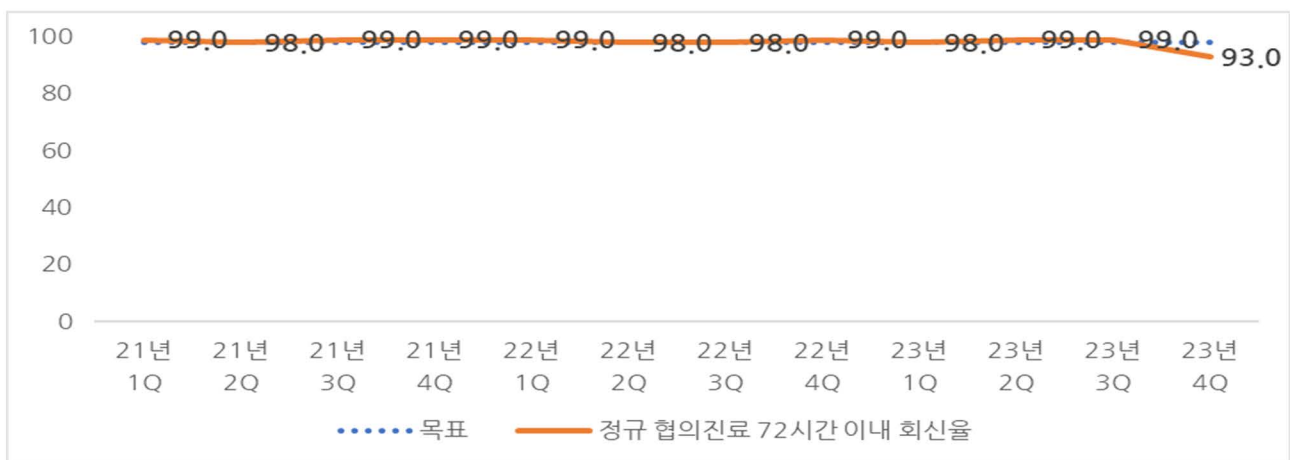
분모를 입원환자의 정규 협의진료 총 건수로 하고 분자를 입원환자의 정규 협의진료를 72시간 내 회신한 건수로 하여 백분율로 계산

1 용어정의

- **협의진료** : 진료행위 수행에 있어서 여러명의 의사가 상의를 하여 해당 환자 또는 질환에 대해 서로 협력하는 것

2 결 과

기준년도 : 2023년 / 단위 : %



3 해 석

- 2020년부터 2023년 3분기까지 목표치 98%로 잘 유지되었으나 2023년 12월부터 마취과의 수술전 평가 협진 시작으로 회신율 떨어짐
- 피드백 및 지속적인 모니터링 시행으로 현재 목표치 달성하여 유지

4 개선사항

- 분기별 정규 협의진료 회신율 지표를 모니터링하고 피드백 시행
- 의료진에게 지표관리 내용 공유
- 마취과 의료진 정규 협진 72시간 이내 회신 필요함 공지

◆ 응급 협의진료 24시간 이내 회신율

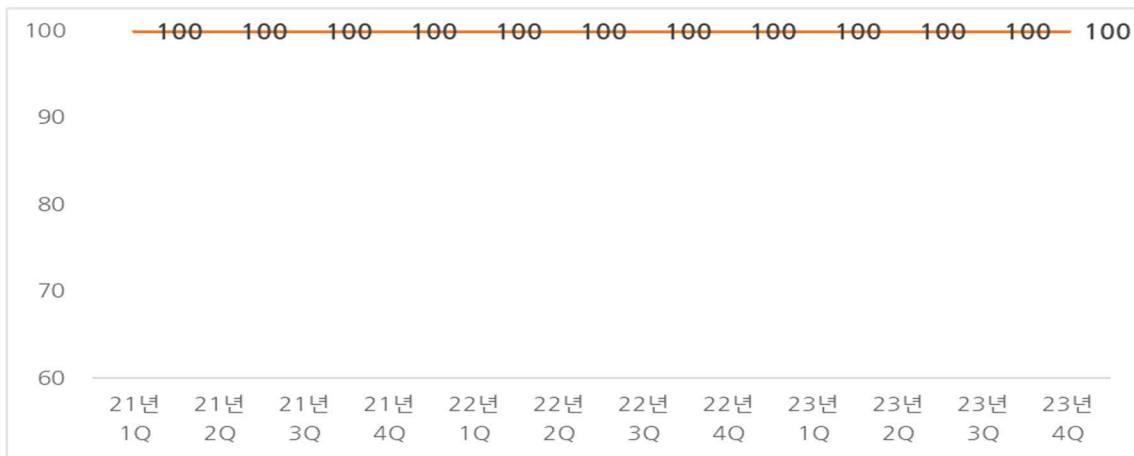
분모를 입원환자의 응급 협의진료 총 건수로 하고 분자를 입원환자의 응급 협의진료를 24시간 내 회신한 건수로 하여 백분율로 계산

1 용어정의

- **협의진료** : 진료행위 수행에 있어서 여러명의 의사가 상의를 하여 해당 환자 또는 질환에 대해 서로 협력하는 것

2 결 과

기준년도 : 2023년 / 단위 : %



3 해 석

- 지속적인 모니터링 시행으로 회신율 100% 유지

4 개선사항

- 분기별 응급 협의진료 회신율 지표를 모니터링하고 피드백 시행
- 의료진에게 지표관리 내용 공유

PART 2. 진료지표

◆ 척추센터 수술 건수

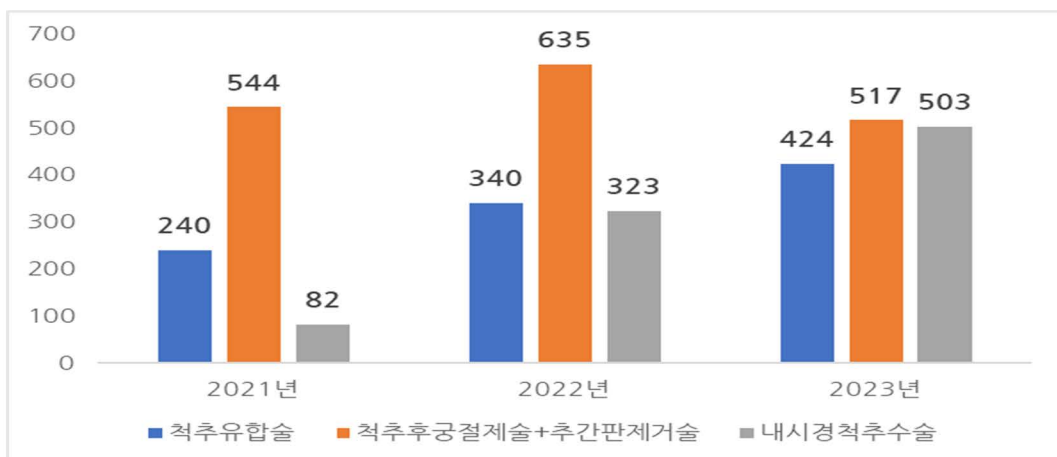
척추센터에서 시행한 총 수술 건수

1 용어정의

- **척추유합술 수술 건수** : 척추유합술(후방 추체간 유합술, 측외공 추체간 유합술, 사측방 추체간 유합술, 전방 경추 추간판 유합술)을 시행한 총 건수를 의미함
- **척추후궁절제술 수술 건수** : 척추후궁절제술을 시행한 총 건수를 의미함
- **추간판제거술 수술 건수** : 추간판제거술을 시행한 총 건수를 의미함
- **내시경척추수술** : 내시경척추수술을 시행한 총 건수를 의미함

2 결 과

기준년도 : 2023년 / 단위 : 건



3 해 석

- 매년 척추수술 수술 건수는 지속적으로 증가하고 있음
 - 2021년 866건, 2022년 1,298건, 2023년 1,444건
- 2021년부터 매년 내시경척추수술은 지속적으로 증가하고 있음
- 내시경척추수술 영향으로 척추후궁절제술+추간판제거술 수술 건수는 다소 감소한 경향이 있음

◆ 척추센터 수술 후 감염률

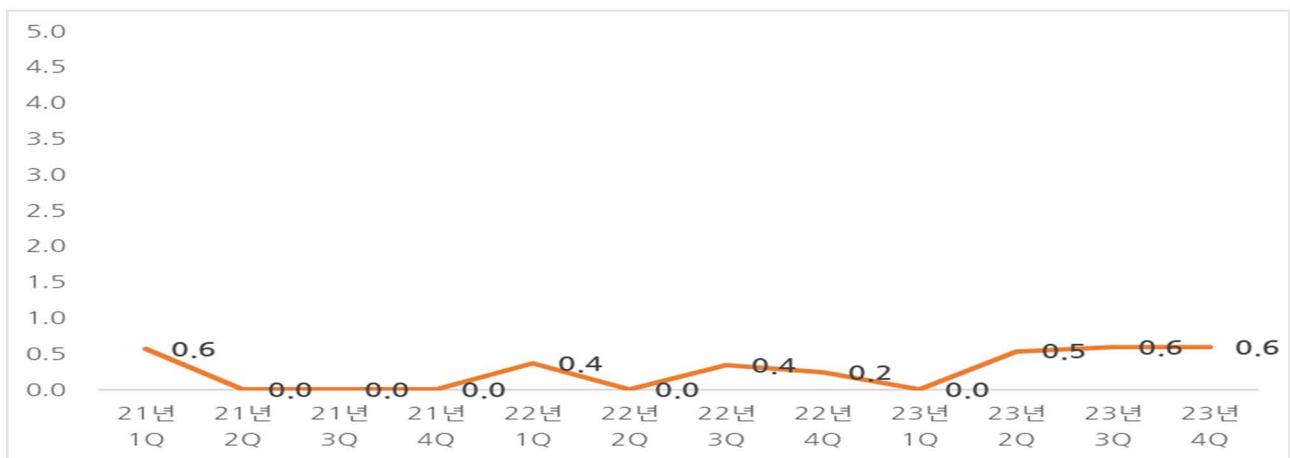
척추센터에서 수술을 시행한 환자 중 수술부위 감염이 발생한 비율

1 용어정의

- **수술 후 감염** : 척추센터에서 수술을 시행한 이후 발생한 감염을 의미함

2 결 과

기준년도 : 2023년 / 단위 : %



3 해 석

- 수술 후 새로 발생한 수술 부위의 감염 확률로, 수술 후 감염을 예방하기 위한 조치가 충분하였는지를 평가하는 지표임
- 2022년 3분기 수술실 증축공사로 인해 수술 건수가 증가하면서 수술 후 감염률이 증가하였음

4 개선사항

- 외과적 손위생 모니터링 및 현장 피드백
- 수술실 환경관리 라운딩을 통한 환경개선활동
- 감염감시 활동을 통한 감염률 분석 및 추이 관찰
- 수술부위감염예방 진료 권고안에 대한 수술실 직원 교육

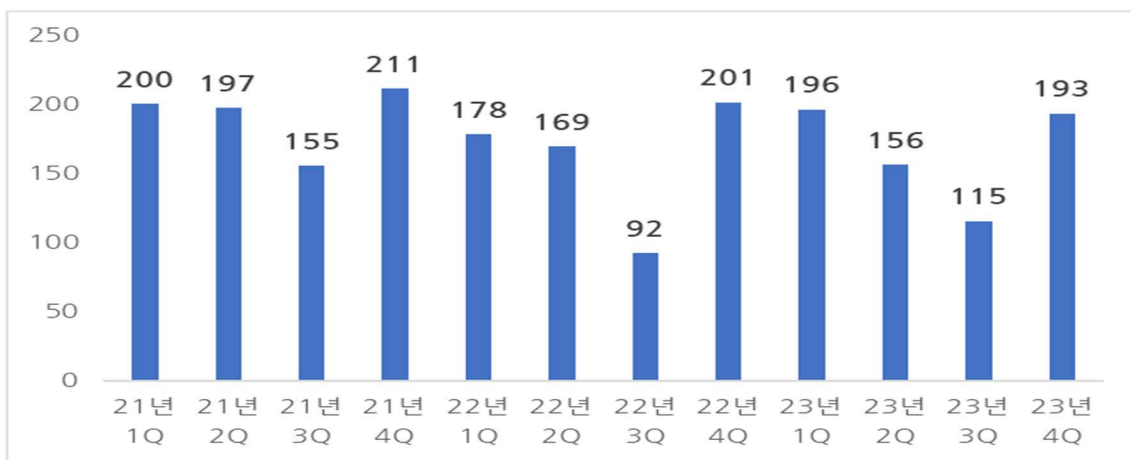
◆ 인공관절 전치환술(슬관절) 수술 건수

1 용어정의

- 인공관절 전치환술(슬관절) 수술 건수 : 인공관절 전치환술(슬관절)을 시행한 총 건수를 의미함

2 결 과

기준년도 : 2023년 / 단위 : 건



3 해 석

- 매년 분기별로 인공슬관절 전치환술 수술 건수는 비슷한 경향을 보이고 있음

◆ 인공관절 전치환술(슬관절) 수술 후 감염률

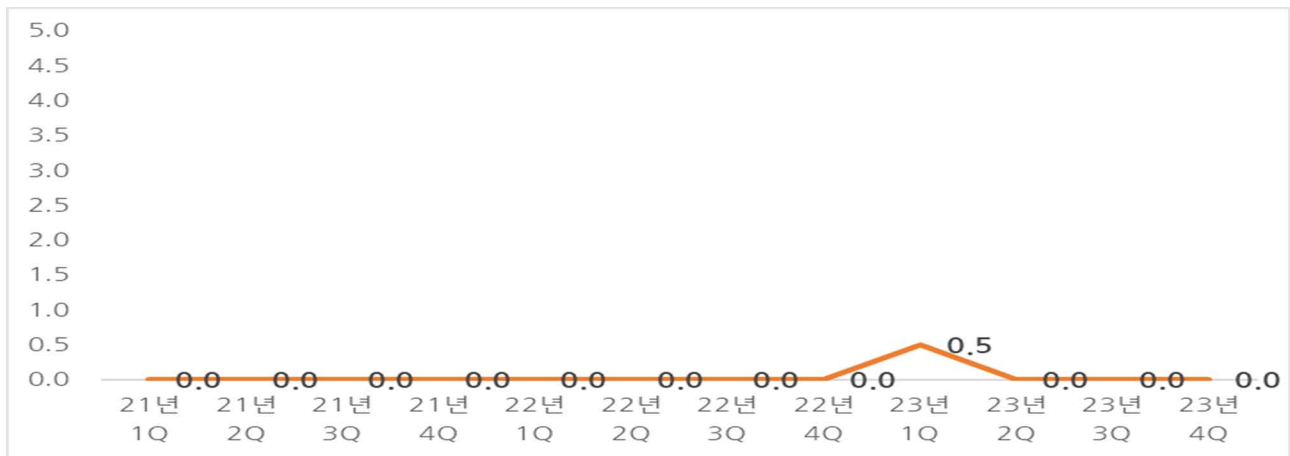
인공슬관절 전치환술 시행 환자 중 수술부위 감염이 발생한 비율

1 용어정의

- **수술 후 감염** : 인공관절 전치환술(슬관절)을 시행한 이후 발생한 감염을 의미함

2 결 과

기준년도 : 2023년 / 단위 : %



3 해 석

- 수술 후 새로 발생한 수술 부위의 감염 확률로, 수술 후 감염을 예방하기 위한 조치가 충분하였는지를 평가하는 지표임
- 조사 기간 내 수술 후 감염률은 0.5%이하로 매우 낮은 수준임

4 개선사항

- 외과적 손위생 모니터링 및 현장 피드백
- 수술실 환경관리 라운딩을 통한 환경개선활동
- 감염감시 활동을 통한 감염률 분석 및 추이 관찰
- 수술부위감염예방 진료 권고안에 대한 수술실 직원 교육

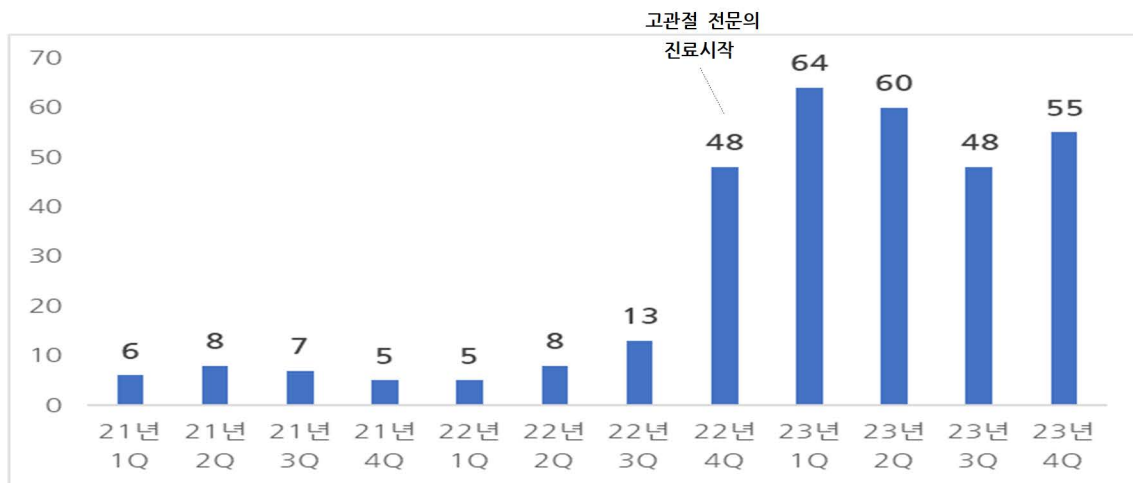
◆ 인공관절 전치환술(고관절) 수술건수

1 용어정의

- 인공관절 전치환술(고관절) 수술 건수 : 인공관절 전치환술(고관절)을 시행한 총 건수를 의미함

2 결 과

기준년도 : 2023년



3 해 석

- 2022년 3분기 이후 고관절 전문의 진료 시작 영향으로 2022년 4분기부터 수술 건수 크게 증가함

◆ 인공관절 전치환술(고관절) 수술 후 감염률

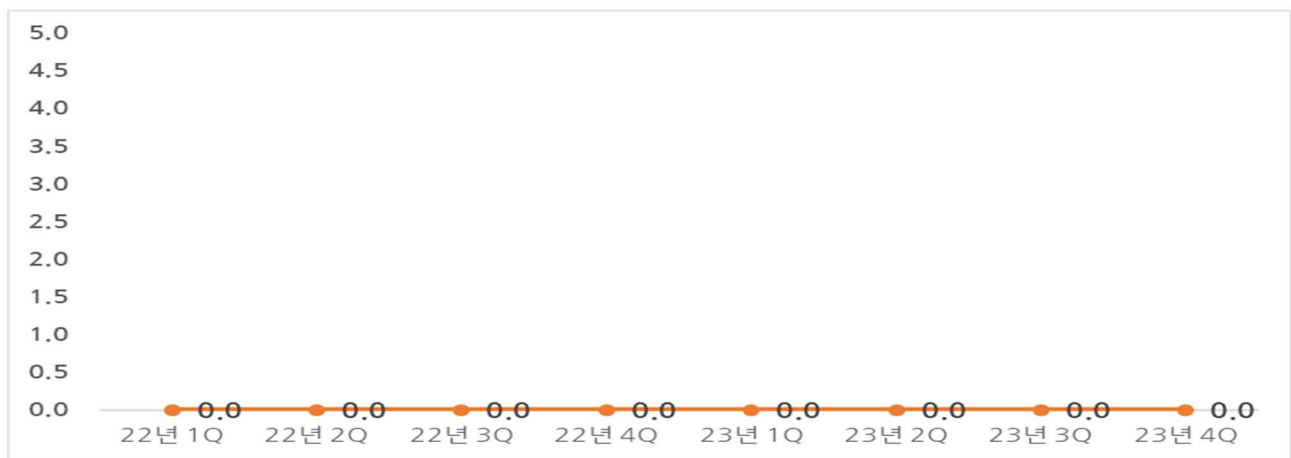
인공고관절 전치환술 시행 환자 중 수술부위 감염이 발생한 비율

1 용어정의

- **수술 후 감염** : 인공관절 전치환술(고관절)을 시행한 이후 발생한 감염을 의미함

2 결 과

기준년도 : 2023년 / 단위 : %



3 해 석

- 수술 후 새로 발생한 수술 부위의 감염 확률로, 수술 후 감염을 예방하기 위한 조치가 충분하였는지를 평가하는 지표임
- 조사 기간 내 수술 이후 감염이 1건도 발생하지 않았으며, 이는 수술 후 감염을 예방하기 위한 노력이 효과적이었음을 의미함

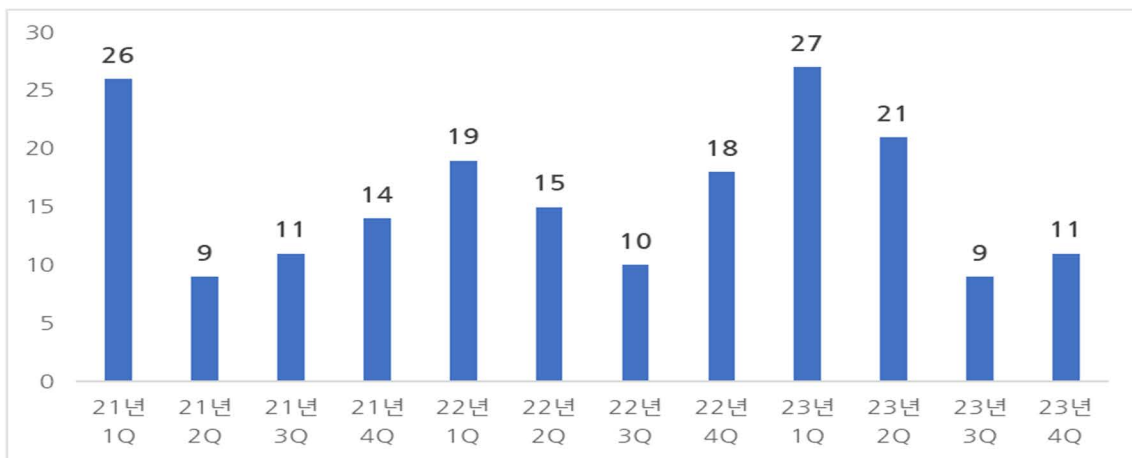
◆ 인공관절 전치환술(건관절) 수술건수

1 용어정의

- 인공관절 전치환술(건관절) 수술 건수 : 인공관절 전치환술(건관절)을 시행한 총 건수를 의미함

2 결 과

기준년도 : 2023년 / 단위 : 건



3 해 석

- 매년 인공관절 전치환술 수술 건수는 지속적으로 증가하고 있음
 - 2021년 60건, 2022년 62건, 2023년 68건

◆ 인공관절 전치환술(건관절) 수술 후 감염률

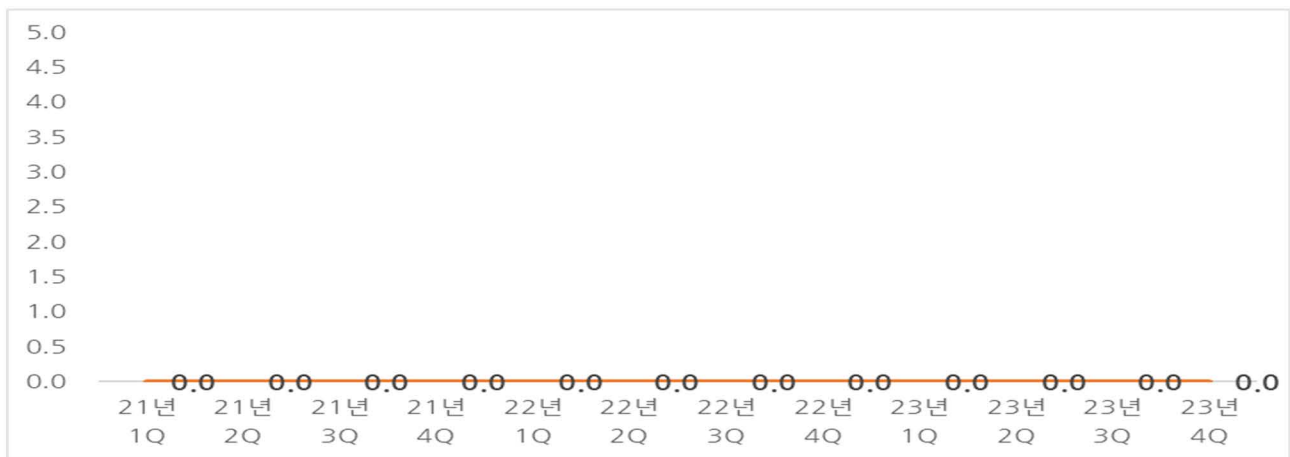
인공건관절 전치환술 시행 환자 중 수술부위 감염이 발생한 비율

1 용어정의

- **수술 후 감염** : 인공관절 전치환술(건관절)을 시행한 이후 발생한 감염을 의미함

2 결 과

기준년도 : 2023년 / 단위 : %



3 해 석

- 수술 후 새로 발생한 수술 부위의 감염 확률로, 수술 후 감염을 예방하기 위한 조치가 충분하였는지를 평가하는 지표임
- 조사 기간 내 수술 이후 감염이 1건도 발생하지 않았으며, 이는 수술 후 감염을 예방하기 위한 노력이 효과적이었음을 의미함

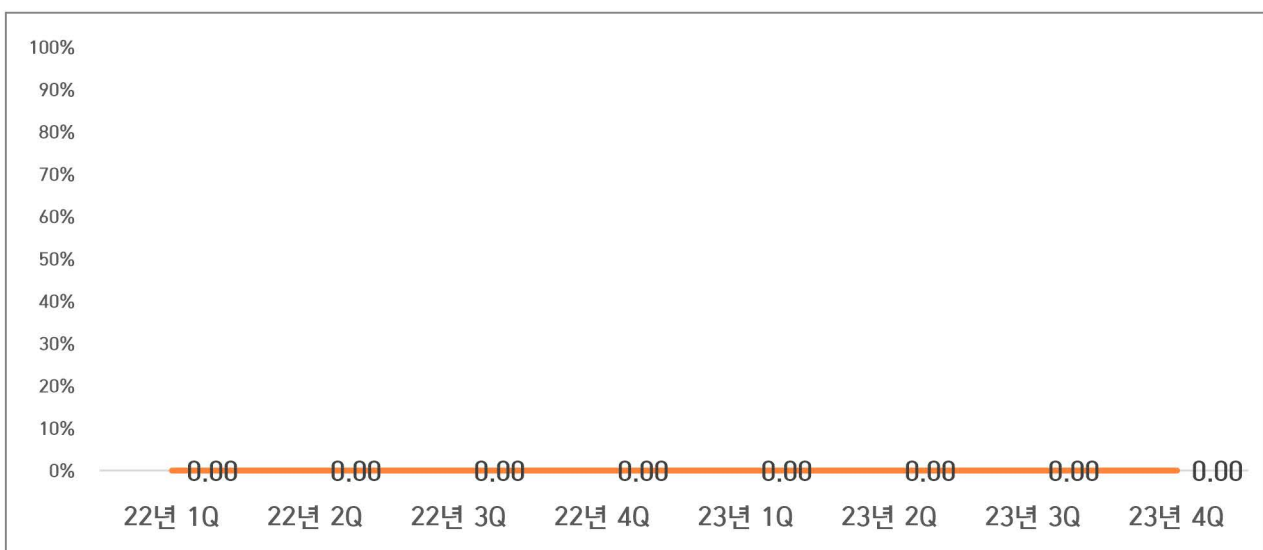
◆ 인공관절 전치환술[건관절] 수술 후 탈구율

1 용어정의

- 인공건관 전치환술[건관절] 수술 후 탈구율 : 인공건관절 전치환술을 시행한 환자 중에서 탈구가 발생한 비율
- 수술 후 탈구 : 인공건관절 전치환술 후 치환물이 제위치에서 벗어나 빠지는 경우

2 결 과

기준년도 : 2023년 / 단위 : %



3 해 석

- 해당 기간 내 인공건관절 전치환술 후 탈구율은 0.0%임

◆ MRI 검사소요시간 TAT 충족률

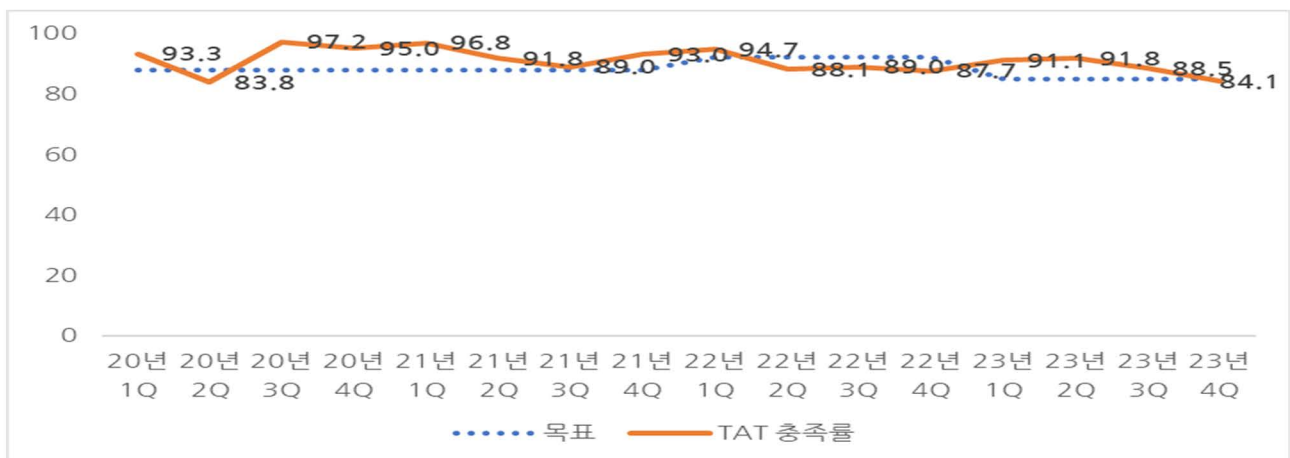
분모를 총 MRI건수로 하고 분자를 MRI검사 결과가 48시간 내에 보고 된 검사 건수로 하여 백분율로 계산

1 용어정의

- TAT(검사 보고시간) : 영상검사 후 영상에 대한 판독결과가 보고되기까지 소요되는 시간

2 결 과

기준년도 : 2023년 / 단위 : %



3 해 석

- 2020년부터 2021년까지 88% 목표치 달성, 2022년 92%로 목표치 상향하였으나 2022년 원내 'MRI검사 가속화 영상 복원 솔루션' 도입으로 검사시간 감소에 따른 총 MRI건수 증가로 달성 어려움, 2023년 85%로 목표치 수정
- 지속적인 모니터링 시행으로 현재 목표치 달성하여 유지

4 개선사항

- 영상의학 의료진 지표관리 내용 공유

PART 3. 질 향상 활동 및 대외평가

◆ 수술실 환자안전보장 활동

[2020년 최우수 QI 활동 주제]

1 배경

환자는 수술을 받는 동안 최적의 상태를 보장받을 권리가 있으며 의료인들은 수술이 진행되는 동안 환자안전 사건이 발생하지 않도록 환자를 지켜야 할 의무가 있다.

1. 수술 전 정확한 환자확인 활동의 잠재적 위험 요소를 없앤다.
2. 정확한 계수활동을 한다.
3. 수술과 관련된 신체적 손상을 줄인다.

2 개선 활동

1. '수술 시 환자안전보장 활동' 및 '수술실 감염관리' 규정 및 지침 개정
2. 실무표준 적용을 위한 수술간호기록지 개선 및 수술 계수를 위한 Count sheet 제작
3. 부서 내 정기적 교육 및 컨퍼런스를 통한 직원 역량 강화
4. 수술환자 침대 간 이동 시 잠재적 위험 요인 개선을 위한 프로세스 재정립
5. 압력 흡수용 스펀지, 낙상 방지용 Safety belt 추가 물품 지원 및 적용
6. 환자 이동 복도 내 준비용 카트 적재 금지
7. '수술간호과정' 지침서 제작 발간
8. 수술실 내 행동 권고사항 포스터 및 교육자료 제작, 의료진 홍보 배포

3 개선 효과

지표명	목표	개선 전(2019)	개선 후(2020)
Time Out 수행률	100%	100%	100%
수술계수 Count sheet 확인 수행률	100%	—	100%
수술실내 환자안전사건 발생	Zero	2	0

4 결론 및 제언

1. QI활동을 통해 의료진간 적극적인 의사소통할 수 있는 계기
2. 수술실 환자안전관리 체계 구축으로 표준화된 간호능력 향상
3. 타임아웃 올바른 수행 및 수술계수 정확한 수행 모니터링으로 100% 수행률 달성
4. 환자안전문화 정착을 위한 팀워크 인식 개선에는 지속적인 팀 훈련과 교육이 중요

◆ 간호간병통합 서비스 병동의 낙상 예방 활동

[2021년 최우수 QI 활동 주제]

1 배경

본원은 척추 관절 전문병원으로 인공관절 수술을 비롯한 척추·관절 수술의 증가로 혼자 거동할 수 없고 치료와 회복 과정에서 발생하는 통증 및 운동과 재활 등 전문적인 간호서비스가 요구되어 간호간병통합 서비스 병동을 확대 운영하였다. 2020년 낙상 발생 총 38건 중 간호간병통합 서비스 병동에서 발생한 낙상은 18건으로 낙상의 48% 차지하여 간호간병통합 서비스 병동의 낙상예방활동을 강화하고자 한다.

2 개선 활동

1. 낙상위험성에 대한 환자·직원 이해도, 인식도 향상을 교육 및 홍보 강화
 - a. 입원생활안내문, 화장실 변기사용법, 낙상시 중증손상 사례 교육자료 제작 (그림·사진으로 알기 쉽게)
 - b. 간호간병통합 서비스 병동 낙상 예방지침 및 직원 직무 교육 자료 제작
 - c. 환자 교육용 동영상 제작 스마트폰 지원, 다양한 매체 활용
(운동·재활프로그램, 의료장구 사용법, 안전한 일상회복 등)
2. 낙상고위험군 예방활동 강화
 - a. 낙상고위험 전산 및 이동안내지, 환자팔찌, 직원간 공유 강화
 - b. 근무조별 낙상 라운딩 강화, 수술 후 상태 변화 환자 집중관찰, 인수인계 강화
3. 시설 환경적 개선활동
 - a. 낙상 알람 매트리스 구입, 적용
 - b. 신체계측기 양측 안전바 설치, 화장실 호출벨 표식 강화(연결줄)
 - c. 낙상 라운딩(1일 2회), 보장구 안전성 관리, 시설 환경 점검 강화

3 개선 효과

지표명	목표	개선 전(2020)	개선 후(2021)
간호간병통합 서비스 병동 낙상 발생률	25% 감소	18건	12건(34% 감소)
낙상 위해사건 발생 건수	30% 감소	6건	2건(33% 감소)
간호간병통합 서비스 병동 직원 낙상 인식도	85점 이상	69.5점	90점

4 결론 및 제언

1. 간호간병통합 서비스 병동에 근무하는 직원의 낙상에 대한 지식과 태도, 인식도가 향상
2. 노인입원환자의 증가와 만성질환과 동반된 근력저하, 다양한 투약 등 낙상위험요인에 대한 분석 계기
3. 낙상고위험군 예방 중재 활동 강화 위해사건 33% 감소
4. 직원, 환자 정기적 교육, 환경 라운딩을 통한 낙상예방활동 증진

◆ 수술, 시술 환자 교육자료 개선을 통한 직원 및 환자 만족도 향상

[2022년 최우수 QI 활동 주제]

1 배경

1. 수술환자와 가족을 위한 수술·시술 전 교육자료 필요
2. 입원기간 동안 표준화된 진료과정 및 간호과정에 대한 체계적인 설명 및 교육
3. 수술·시술 환자 전후 관리에 대한 환자 이해도와 만족도 저하
4. 간호 업무 효율성 및 만족도 향상, 간호의 질향상 도모

2 개선 활동

1. 대표 수술·시술 진료지침에 근거한 환자용 읽기 쉬운 리플렛
2. 다양한 교육 홍보 콘텐츠 개발 및 비대면 참여형 교육 제공
 - a. 카다로그, A3컬러 포스터, 브로셔, 동영상, 스마트폰 앱
 - b. 병동 내 교육용 태블릿PC 비치 (개인별 맞춤 동영상 제공, 직원 1:1 교육지원)
 - c. ZOOM 리핏 라이브 방송 환자 참여, 병실내 TV시청
3. 외래 수술 전 교육 및 정보제공 - 인공관절 수술 안내서 제작, 척추 수술별 리플렛 제공

3 개선 효과

지표명	목표	개선 전(2021)	개선 후(2022)
표준진료과정 환자용 리플렛	5건	—	5건
입원환자 비대면 운동치료 참여율	100%	—	100%

4 결론 및 제언

1. 외래 수술·시술 전 교육자료를 통한 수술·시술에 대한 불안 감소
2. 다양한 교육자료 제공을 통한 환자·보호자 의료서비스 만족도 향상
3. 수술전·후 체계적인 교육 제공으로 수술 후 나타나는 통증, 근력운동, 재활치료 등 적극적 참여
4. 코로나 시대 비대면 정보전달 체계 다각화
5. 다양한 매체를 활용한 개별 상담 및 맞춤형 교육 제공

◆ 입원환자 경험 향상을 위한 환자중심 서비스 디자인

[2023년 최우수 QI 활동 주제]

1 배경

환자경험이란 환자를 질병이나 아픈 부위로만 인식하는 것이 아니라, 아파서 불안하고 흔들리는 마음과 감정을 가진 존재로서 환자를 바라보자는 환자 중심적 표현이며 질병이 환자에게 어떤 의미인지, 얼마나 고통스러운지 이해하고 공감하는 것이다. 의료 질의 핵심요소로 환자 중심성이 규정되면서 최근 건강보험심사평가원은 환자 관점에서 단순한 만족도를 평가하는 것보다 입원, 수술, 시술 등의 과정을 통하여 느낀 경험을 객관화하여 평가하는 환자경험 평가를 시행하고 있다. 이에 입원환자 경험을 평가하고 문제점을 파악하여 의료서비스 디자인을 새롭게 해보고자 한다.

2 개선 활동

1. 직원 교육 및 홍보를 통한 환자 경험에 대한 인식개선
2. 회진 예고제, 회진시간 정보제공을 위한 개선
 - a. 원장단 회의 시 환자경험평가 결과 및 회진시간 준수 교육 진행, 회진안내 게시판 재정비
 - b. 환자의 회진 참여를 위한 회진 질문카드 제작, 부재 시 '회진 다녀갑니다' 회진 안내 포스트잇 배부
3. 환자 치료과정 참여 홍보 캠페인 (포스터 제작)
4. 위로, 공감, 불만제기를 위한 병동 팀장/담당 간호사 적극적인 라운딩 (For U 라운딩)
5. 투약설명 강화를 위한 부서내 컨퍼런스(투약사유, 알려지, 부작용 모니터링 MOT 논의)
6. 환자경험 향상을 위한 CS 특강 개최

3 개선 효과

지표명	목표	개선 전(2023.02)	개선 후(2024.02)
간호사 영역	80점 이상	76.8점	81점
의사 영역	80점 이상	67.6점	83.5점
투약 및 치료	80점 이상	73점	77.4점
입원경험 종합평가	90점 이상	89점	91.05점

4 결론 및 제언

본 QI활동을 통하여 입원환자 경험에 대한 의료진 및 직원의 인식 개선에 효과가 높았고 우리 병원 핵심가치인 '환자 중심' 의료서비스 디자인을 통하여 간호사 영역, 의사 영역, 투약 치료 영역에서 환자 경험이 향상된 것으로 나타났다. 이러한 긍정적인 입원 생활을 경험하고 심리적 안정을 얻고 치료성과를 높일 수 있도록 다각적인 노력을 이어갈 것이다.

◆ 수술의 예방적 항생제 사용 적정성 평가

1 평가 개요

- 수술시 기준에 부합하는 항생제를 적절한 기간 동안 사용토록 함
- 평가지표(3) : ① 피부절개 전 1시간 이내에 최초 예방적 항생제 투여율
② 권고하는 예방적 항생제 투여율
③ 수술 후 24시간 이내 예방적 항생제 투여 종료율

2 결 과

기준년도 : 2023년 / 단위 : %

평가지표명	목표	본원 결과	전국 평균
피부절개 전 1시간 이내 최초 예방적 항생제 투여율	높을수록 좋음	77.2	77.1
권고하는 예방적 항생제 투여율	높을수록 좋음	96.5	74.7
수술 후 24시간 이내 예방적 항생제 투여 종료율	높을수록 좋음	95	46.5

3 해석

- ‘권고하는 항생제 투여율’(항생제 선택)과 ‘수술 후 24시간 이내 투여 종료율’(투여 기간)은 전체 병원 평균보다 높은 평가 결과를 보임

4 개선사항

- 수술부위 감염 예방을 위하여 기준에 부합하는 항생제를 선택하여 정확한 용법과 용량을 적절한 기간 동안 사용하는 것이 중요
- 적정 항생제 사용 모니터링, 수술부위 감염 모니터링, 손위생 교육 등 수술 감염 관리 및 항생제 내성 관리를 위해 지속적인 질 관리 강화

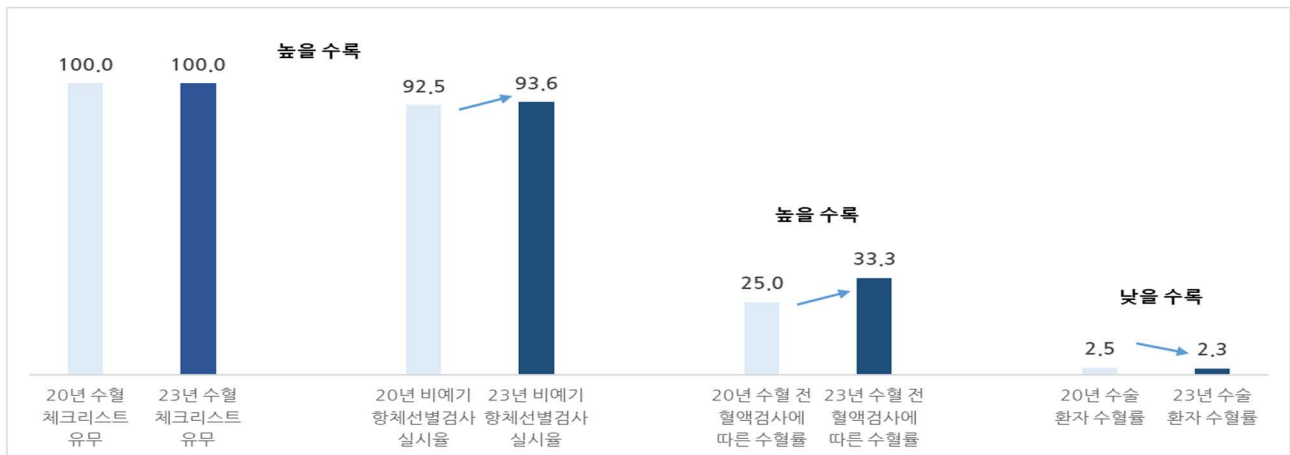
◆ 수혈 적정성 평가

1 평가 개요

- 수혈환자 안전성 향상 및 적정 수혈 도모
- 평가지표(4) : ① 수혈 체크리스트 보유 유무
 - ② 비예기항체선별검사(Irregular Antibody) 실시율
 - ③ 수혈 전 혈액검사에 따른 수혈률
 - ④ 수술환자 수혈률

2 결 과

기준년도 : 2023년 / 단위 : %



3 해석

- 수혈 적정성 평가 2020년, 2023년 2회 연속 1등급 달성
- 비예기항체선별검사, 수혈 전 혈액검사에 따른 수혈률, 수술환자 수혈률의 지표값이 향상되었음

4 개선사항

- 수혈 가이드라인에 따른 수혈 기준에 대한 의료진 교육 및 홍보
- 지속적인 모니터링을 통한 혈액관리 및 수혈 안전성 강화

◆ 의료질 평가지원금 평가

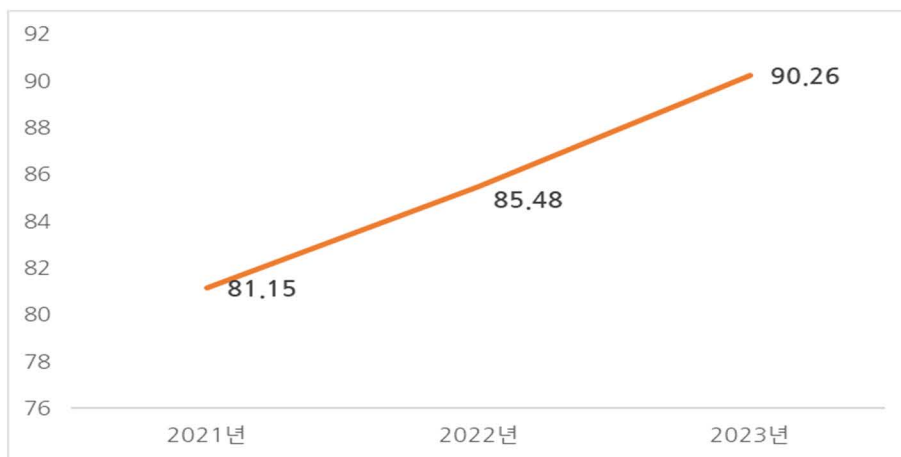
보건복지부 지정 척추전문병원 대상으로 매년 조사하는 항목으로 의료질과 환자 안전, 공공성, 의료전달 체계 (3개 영역) 평가를 통해 100점만으로 종합점수를 환산함

1 용어정의

- **의료질과 환자 안전** : 의료질 평가 점수, 의료 질 평가 의무기록자료 일치율, 의사 1인당 환자수, 간호사 1인당 입원환자 수, 의료기관 입원환자 병문안 관리체계, 간호/간병 통합서비스 참여여부, 환자안전보고체계, 감염 예방관리체계, 의약품 중복처방 예방률, 경력간호사 비율 등
- **공공성** : 전문병원 지정기준 유지율, 급여/비급여 진료비 자료 제출 유무, 비급여 진료비용 기준 준수 여부, 내원일수 지표 등
- **의료전달체계** : 전문분야 환자구성비율, 전문/일반 진료질병군 환자 백분위수, 진료협력체계 운영 등

2 결 과

기준년도 : 2023년 / 단위 : 점



3 해 석

- 2023년 의료질평가 지원금 평가 점수는 전년대비 약 5점 이상 상승함(2021년부터 큰폭으로 상승)
 - 의료질과 환자 안전을 위한 개선 활동(적극적 보존 치료 준수 등) 및 비급여 진료비용 정보의 투명한 공개 등으로 공공성 부분에 대한 점수 상승이 있었음

4 개선사항

- 환자의 재원일수, 합병증 발생률, 재수술률, 재입원율, 치료 결과 등을 포함하여 의료 질 관리
- 「의료법」 제58조제1항에 따른 의료기관 인증 우수 등급 유지, 달성