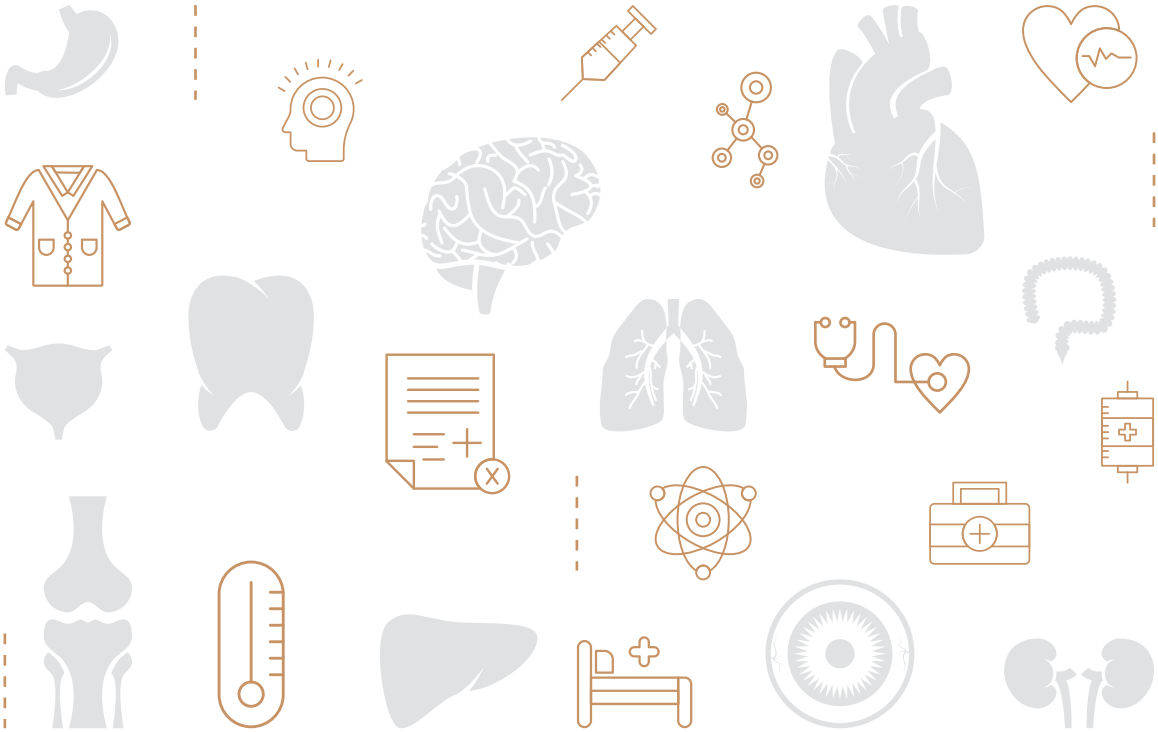
1st Edition

2021
용인세브란스병원
Outcomes Book



세브란스 SEVERANCE | 용인세브란스병원 YONGIN SEVERANCE HOSPITAL

2021
용인세브란스병원

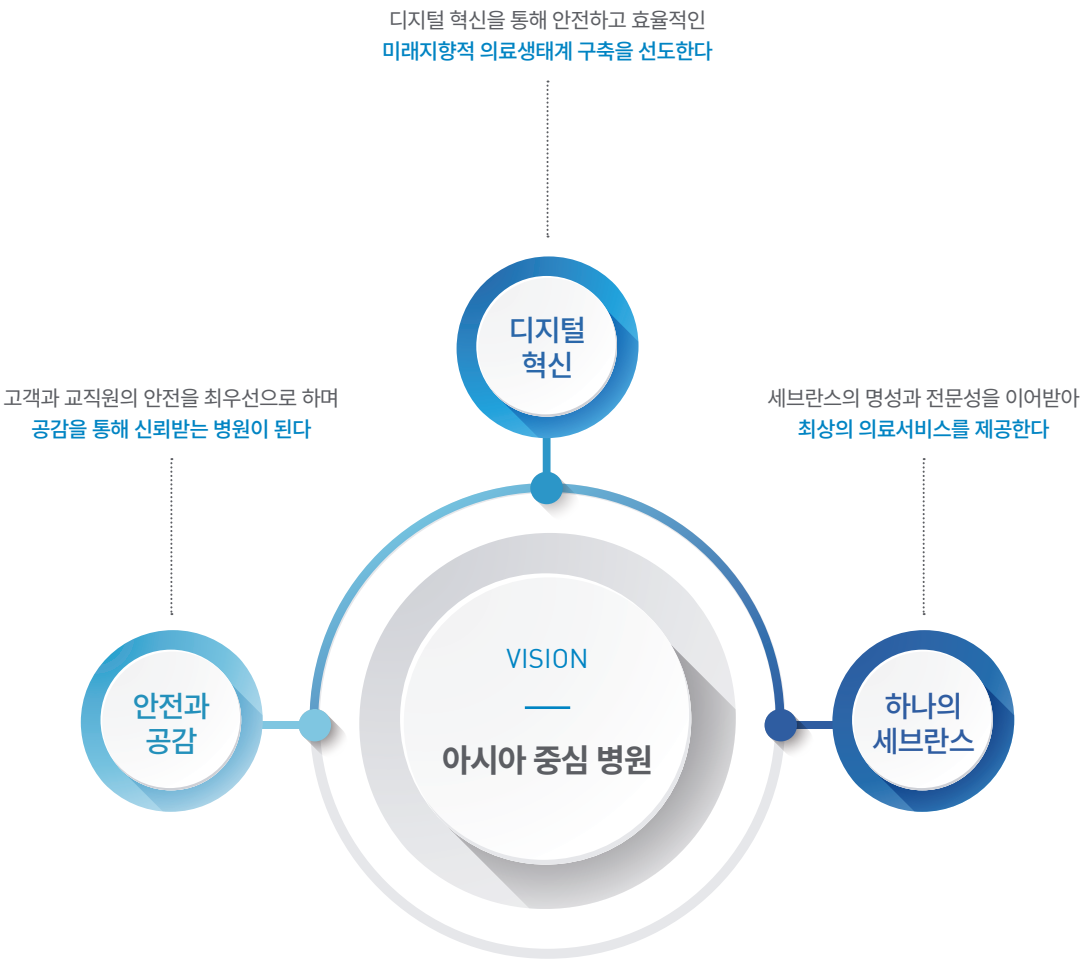
Outcomes Book
1st Edition

용인세브란스병원
YONGIN SEVERANCE HOSPITAL

Mission & Vision

MISSION

하나님의 사랑으로 인류를 질병으로부터 자유롭게 한다



Preface

용인세브란스병원장
최동훈

연세대학교 의과대학 용인세브란스병원은 137년의 세브란스 의료 경험과 국내 의료기관 최초의 차세대 이동통신 5G가 만나 2020년 3월 1일 708병상 규모의 종합병원으로 새롭게 태어났습니다. COVID-19 팬데믹의 사회적 긴장 속에서도 '하나님의 사랑으로 인류를 질병으로부터 자유롭게 한다'는 미션을 실천하며 빠르게 성장해 명실상부 국내 스마트 의료를 선도하는 디지털 혁신병원으로 자리매김했습니다.

용인세브란스병원은 의료의 질 향상을 위해 개원 준비과정부터 치료에 대한 체계적인 평가와 관리 프로세스를 계획하고 설계했습니다. 이와 같은 노력에 전 부서가 개원과 동시에 자발적으로 지표를 선정하여 관리했고, 2021년 12월 고객에게 의료 서비스의 결과를 제공하는 Outcomes Book을 발간하게 되었습니다.

개원한 지 2년이 채 안 된 상황에 진료지표 뿐 아니라 환자안전과 관리지표, 질 향상 활동의 정보를 공개하는 것은 환자중심의료(Patient-Centered Care)를 실현하기 위함입니다. 또한 고객의 알 권리를 보장하고 눈높이에 맞춘 의료 서비스를 구현하여 고객이 신뢰할 수 있는 의료기관으로 거듭나자는 용인세브란스병원의 실천입니다.

특히 단기간의 지표를 공개하는 것은 여느 의료기관에서도 실행하지 못한 도전입니다. 성공적인 개원을 위한 리더십과 교직원의 노력이 수치의 높고 낮음을 떠나 신설 의료기관의 체계마련에 가이드가 될 것이라 기대하여 공개하기로 했습니다. 의지를 실현에 옮긴 용인세브란스병원의 노력이 우리나라 의료계가 더욱 발전하는데 작게나마 기여하기를 바랍니다.

대내외적으로 어려운 상황이었지만 1st Outcomes Book 발간은 우리의 내실을 점검하고 의료 서비스를 개선하는 과정이기도 했습니다. 앞으로도 용인세브란스병원은 표준화된 의료의 질 관리를 통해 최고의 서비스를 이끌어 내고, 고객과 끊임없이 소통하면서 미래 지향적 의료 생태계를 구축하고 선도해 나가겠습니다.

감사합니다.

2021년 12월

History

1983	03 · 용인병원 개원(30병상)
1992	09 · 종합병원 승격(150병상)
1993	03 · 광주세브란스병원 용인세브란스병원에 통합운영
2001	10 · 지역응급의료기관 지정(용인시)
2011	01 · 국가지정 지역거점병원(격리외래) 지정
2016	07 · 의료기관평가 인증획득(2016.09.02. ~2020.09.01.)
2017	05 · (신축)용인세브란스병원 건축공사 착수
2020	03 · 용인세브란스병원 신축 이전 개원(708병상) · 용인시 최초로 다빈치 시스템 구축 · 국내 최초 위치정보 기반 감염 추적 및 관리 솔루션 개발 · 진단검사의학과 자동화 시스템 구축 · COVID-19 국민안심병원 B 지정
	06 · 제 20회 대한민국 디지털경영혁신대상 '과기부장관상' 수상 · 용인세브란스병원 신속대응팀(Rapid Response Team) 출범
	07 · 심장초음파검사 4,300례 달성
	09 · 스마트병원 선도모델 개발 의료기관 선정 (스마트 게이트웨이, 스마트병동, 원격 생체신호 모니터링 시스템 등) · 범부처 전주기 의료기기 연구개발사업 선정 (병원 중심 IoMT(Internet of Medical Things, 의료사물인터넷)
	10 · 국제 외부정도관리기관(UK National External Quality Assessment Service, UK NEQAS) - 상위 2% 획득 · 로봇수술 100례 달성
	11 · 의료기관평가 인증획득(2020.09.02. ~2024.09.01.)
	12 · 간호·간병통합서비스 시행

2021

04 · 우수내시경실 인증 획득
· 제 10회 모바일플랫폼어워드 헬스케어/병원 부분 '대상' 수상

06 · 국내 종합병원 최초 'ISO 27001' 국제표준 정보보호 인증 획득
· 임상적 성능시험 기관 지정
· 의료영상 품질관리 모범병원 인증
· 6차 만성폐쇄성폐질환 적정성 평가 1등급 획득

07 · 심장 대동맥 수술 100례 달성
· 4차 폐렴 적정성 평가 1등급 획득
· 첫 신장이식 수술 성공

08 · 제 2차 첨단재생의료실시기관 지정
· 로봇프로세스 자동화(Robortic Process Automation, RPA) 솔루션 구축

09 · 7차 관상동맥우회술 적정성 평가 1등급 획득

10 · 산부인과 로봇수술 200례 달성
· 치료내시경 2,000례 달성
· COVID-19 치료 전담 병동 운영

11 · 한국 표준협회 2021 DX 서비스어워드 그랑프리

12 · 제 21회 대한민국 디지털경영혁신대상 '국무총리' 수상

CONTENTS

1 Patient Safety & Management

환자안전관리 010
감염관리 018
심폐소생술관리 020
진료체계관리 023
환자경험관리 025
시설안전관리 031

2 Clinical Indicator

가정의학과 036
간담췌외과 039
갑상선내분비외과 041
대장항문외과 046
병리과 051
비뇨의학과 054
산부인과 060
소아청소년과 067
소화기내과 071
신경과 074

신경외과 083
신장내과 093
심장내과 096
안과 100
영상의학과 103
응급의학과 106
이비인후과 108
입원의학과 110
재활의학과 117
정신건강의학과 125
정형외과 129
진단검사의학과 136
호흡기알레르기내과 143
흉부외과 154
진료 질관리영역 162

3 Quality Improvement

2020년 질향상(QI) 활동 170
2021년 질향상(QI) 활동 177

1

Patient Safety & Management

2021 용인세브란스병원 Outcomes Book

01. 환자안전관리	010
02. 감염관리	018
03. 심폐소생술관리	020
04. 진료체계관리	023
05. 환자경험관리	025
06. 시설안전관리	031

Patient Safety & Management

01 환자안전관리

- 환자확인율
- 구두처방건수
- 낙상발생보고율[1,000 재원일당]
- 외래낙상발생건수
- 욕창발생보고율[1,000 재원일당]
- 수술실 입실 전 수술부위 표식률
- 수술 절개 직전 타임아웃 시행률

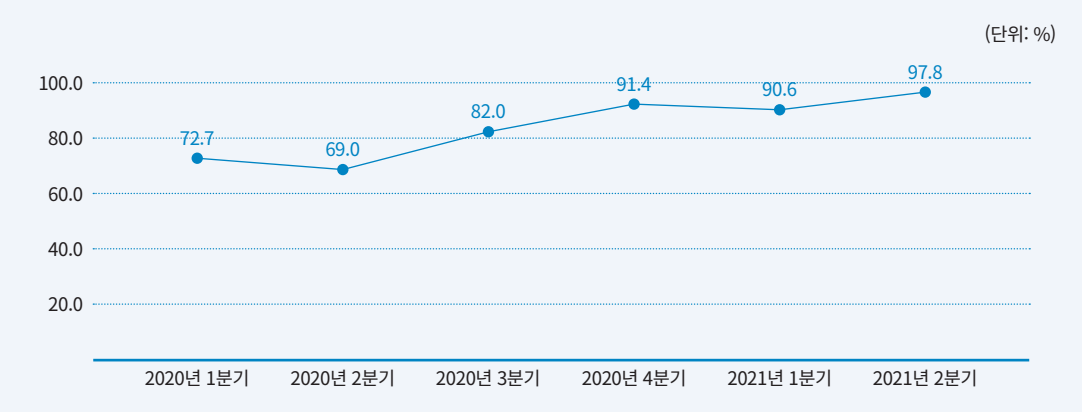
환자확인율

지표 설명

환자확인 시행 시점의 환자 확인을 관찰한 건수 중에서 두 가지 이상의 환자 정보를 이용하여 환자확인을 시행한 건수의 비율

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 환자확인은 환자안전에 가장 기본이 되는 원칙

· 지속적인 모니터링 시행으로 의료기관인증 충족 기준인 90% 이상에 도달하여 유지하고 있음

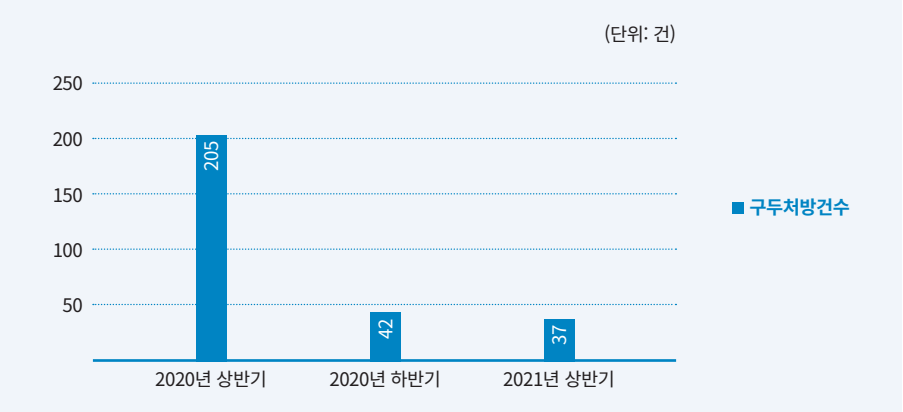
구두처방건수

지표 설명

1. 구두처방이 허용되는 상황에서 구두처방 건수를 말함
2. 구두처방: ‘verbal order’ 또는 ‘phone order’라고 불리며, 의사들이 말로 또는 전화를 통해 내린 모든 형태의 처방
3. 구두처방이 허용되는 상황은 응급상황 및 수술/시술 중 등과 같이 처방이 제한된 상황을 일컬음

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· JCI(Joint Commission International, 미국 의료기관의 의료 수준을 평가하는 비 영리법인)는 응급 상황을 제외하고는 원칙적으로 구두처방은 금지하고 있음

· 구두처방은 오더가 불명확하기 때문에 의료 사고로 직결될 수 있다는 것으로 구두처방에 대한 관리가 필요함

· 구두처방 건수는 지속적으로 감소되고 있으며, 안전한 처방이 이루어지고 있음

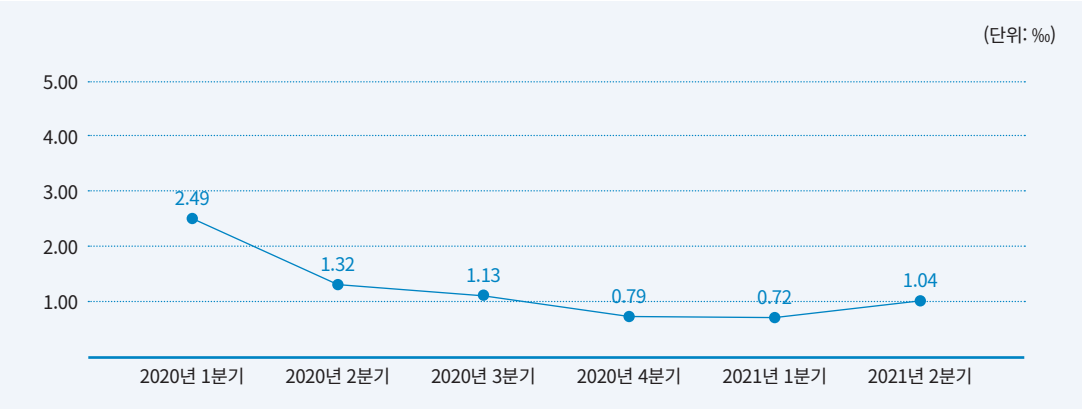
낙상발생보고율[1,000 재원일당]

지표 설명

1. 1,000 재원일당 낙상이 발생한 건수의 비율을 말함
2. 낙상: 갑작스럽고 비의도적인 자세로 몸의 위치가 본래의 위치보다 낮아지거나 바닥에 떨어지는 사고를 의미

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 2021년 2분기 낙상발생보고율은 1명의 환자가 1,000일 입원했을 때 1.0건 낙상이 발생한다는 것을 의미함 (또는 1,000병상의 병원에서 하루 1건 낙상이 발생한다는 의미로 해석 가능)

· 신축 개원 이후 질 향상(QI) 활동으로 낙상예방관리 프로세스를 구축하여, 현재 타병원 수준과 동일하게 유지되고 있음

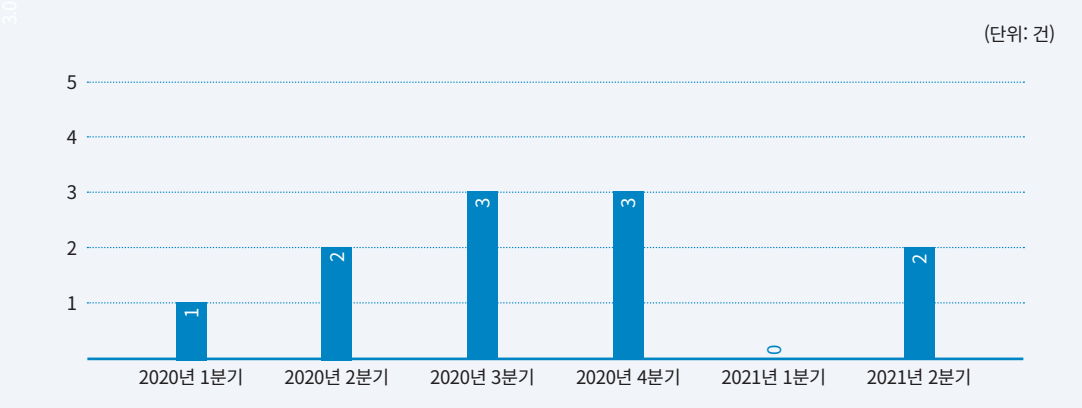
외래낙상발생 건수

지표 설명

외래진료영역에서 발생한 낙상 건수 (응급실과 병원 외부는 제외)

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 신축 개원 이후 질 향상(QI) 활동으로 외래 환자 낙상예방관리 프로세스를 구축하여, 지속적으로 관리 중임

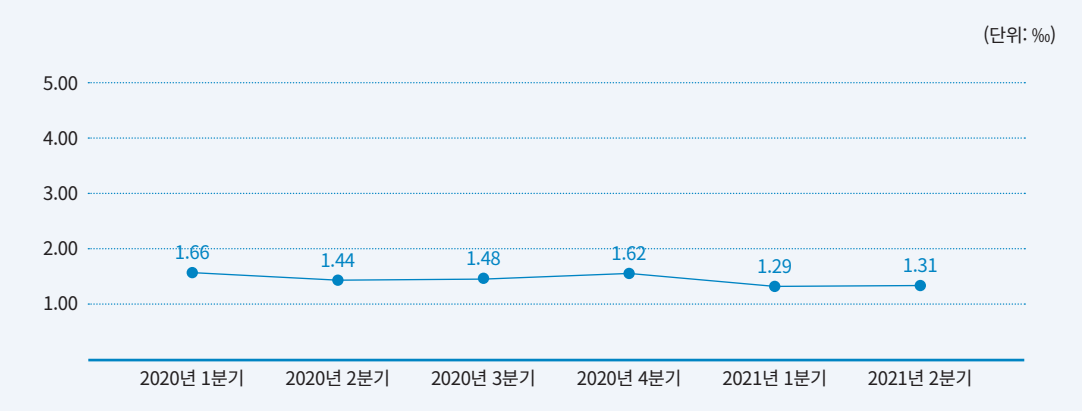
욕창발생보고율[1,000 재원일당]

지표 설명

1. 1,000 재원일당 욕창이 발생한 보고 건수의 비율
2. 욕창: 지속적인 또는 반복적인 압박이 주로 뼈의 돌출부에 가해짐으로써 혈액순환 장애로 인한 조직 괴사로 생긴 궤양

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 2021년 2분기 욕창발생보고율은 1명의 환자가 1,000일 입원했을 때 1.3건 욕창이 발생한다는 것을 의미함 (또는 1,000병상의 병원에서 하루 1.3건 욕창이 발생한다는 의미로 해석 가능)

· 1,000 재원일당 욕창발생보고율이 증가하지 않도록 전문간호사가 관리하고 있음

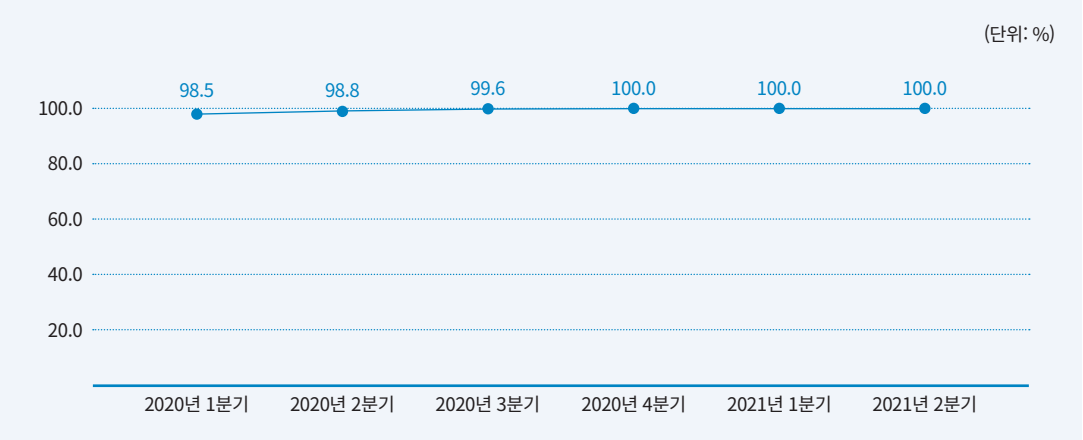
수술실 입실 전 수술부위 표식률

지표 설명

수술실 입실 전 수술부위 표식을 시행해야 하는 수술 건수 중 수술부위 표식을 시행한 비율

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 수술 시 정확한 환자, 정확한 부위, 정확한 수술을 하기 위한 목적으로 수술실 입실 전에 수술 부위를 표시하는 것을 말하며, 수술 전 환자 안전에 필수 항목임

· 지속적인 모니터링 시행으로 100% 이행률을 보임

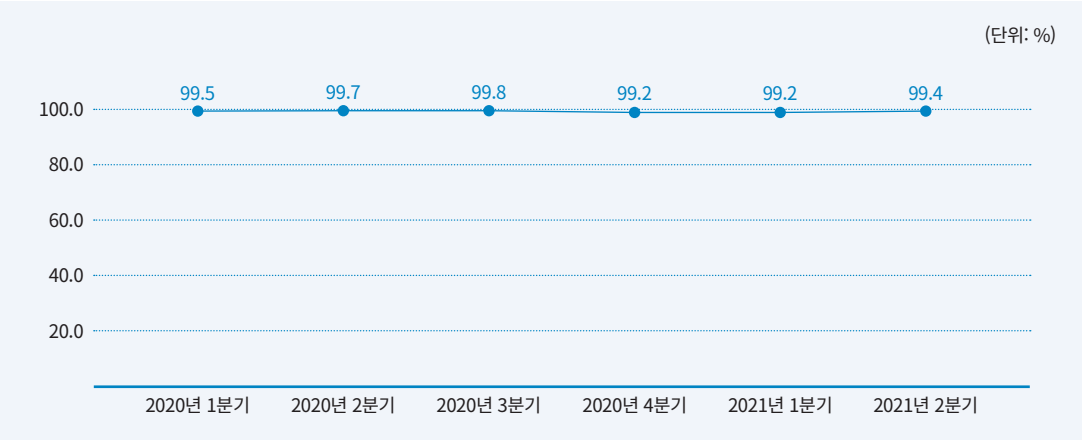
수술 절개 직전 타임아웃 시행률

지표 설명

1. 수술실에서 수술 절개 직전(또는 마취유도 전)에 타임아웃을 시행한 건수의 비율
2. 타임아웃: 수술 절개 직전(또는 마취유도 전)에 수술에 참여한 의료진(집도의, 마취의사 또는 마취 간호사, 수술실간호사)이 함께 환자, 수술부위, 수술명 등에 대해 구두로 확인하는 것

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



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 평균 99.5% 이행률을 보임

Patient Safety & Management

02 감염관리

· 손위생 수행률

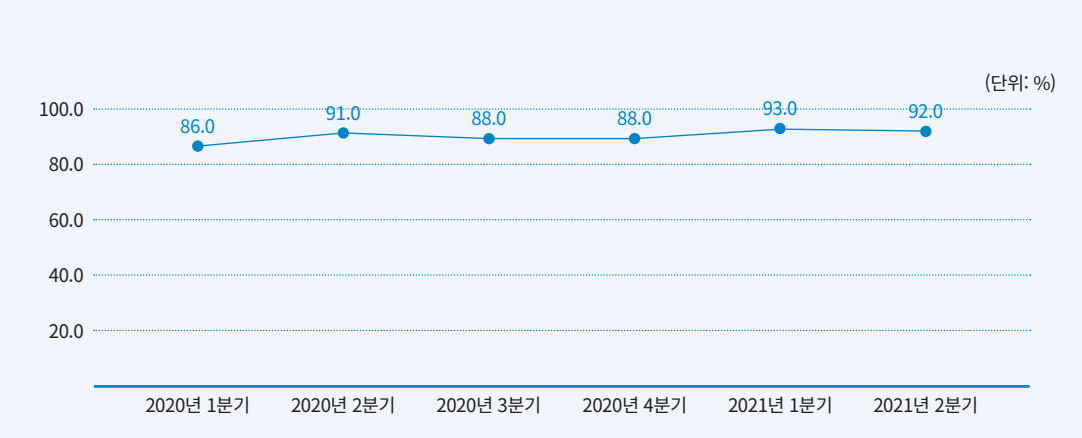
손위생 수행률

지표 설명

1. 손위생 수행 시점에 손위생을 관찰한 건수 중에서 손위생을 수행한 건수의 비율
2. 손위생 수행 시점: 세계보건기구(WHO)에서 규정한 적절한 손위생을 수행한 경우

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 손위생은 감염관리에 가장 기본이 되는 원칙

· 지속적인 모니터링 시행으로 의료기관인증 충족 기준인 90% 이상에 도달하여 유지하고 있음

Patient Safety & Management

03 심폐소생술관리

- Arrest to ACLS(Advanced Cardiac Life Support)
- Call to arrival time

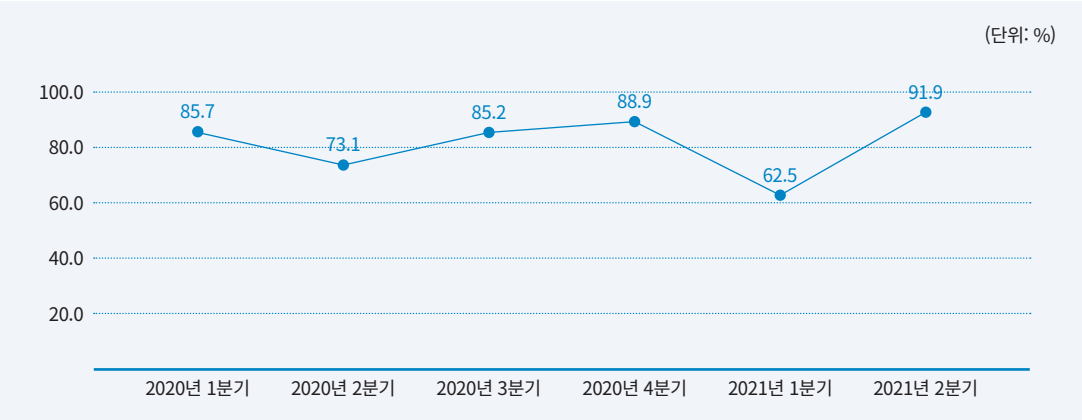
Arrest to ACLS(Advanced Cardiac Life Support)

지표 설명

1. 원내에서 발생한 심정지로 심폐소생술을 시행한 환자 중 첫 에피네프린 투여 혹은 기관 내 삽관을 5분 이내 실시한 환자의 비율
2. 전문심장소생술(Advanced Cardiac Life Support, ACLS)은 심정지의 예방과 인지, 기본 심폐소생술로부터 심정지 후 치료에 이르기까지의 생존사슬을 이어주는 중요한 치료 과정임

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 지속적인 모니터링으로 2021년 2분기에는 5분 이내 전문심장소생술이 90%이상 시행되고 있음

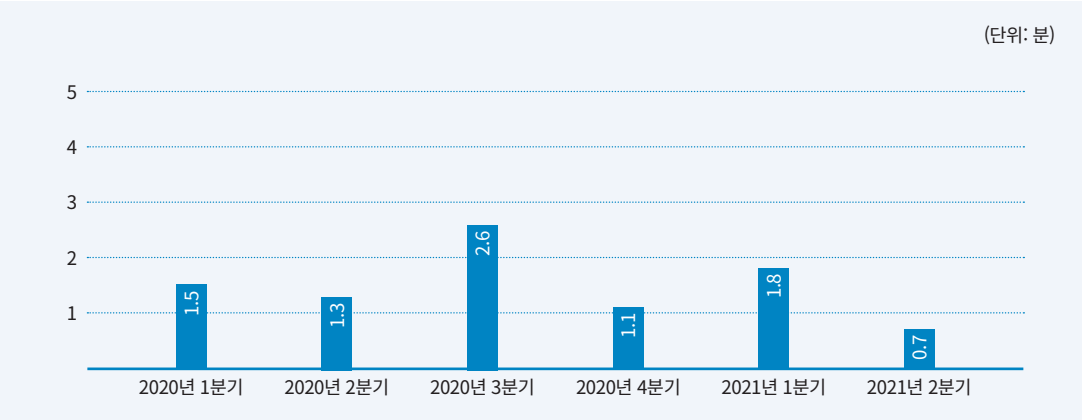
Call to arrival time

지표 설명

1. 원내에서 응급환자를 발견하여 코드블루 방송을 신고한 시점부터 전문심폐소생팀이 현장 도착까지 걸린 시간
2. 원내에서 발생하는 응급 또는 심정지 환자에게 심폐소생술을 보장할 수 있는 프로세스를 구축하여 직원들이 일관성 있고 능숙하게 대처하는 것이 중요함

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 전문심폐소생팀이 현장 도착까지 걸린 시간은 평균 1.5분 임

Patient Safety & Management

04 진료체계관리

· 비응급 협의진료 의뢰 48시간 이내 회신율

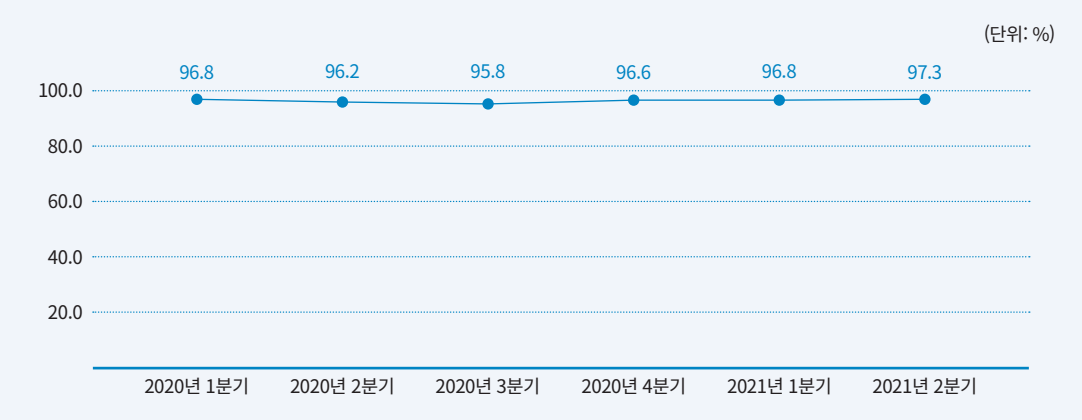
비응급 협의진료 의뢰 48시간 이내 회신율

지표 설명

1. 해당 기간 내 비응급으로 의뢰된 타과 의뢰 전체 건수 중 소요시간 48시간 이내에 회신 한 건수의 비율
2. 회신소요시간: 회신 시간(회신일시)에서 의뢰 시간(기록작성일자)을 뺀 시간
3. 타과 의뢰 전체 건수: 입원환자로 공휴일과 전일을 제외한 월~목요일에 의뢰된 건
4. 비응급: 협의진료의뢰서에 비응급으로 표시한 것으로 분류

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 입원환자의 요구에 맞는 통합적인 환자 진료를 위해 진료과 간 협의체계가 유지되고 있는지 모니터링이 필요함

· 비응급으로 협의진료 의뢰 시 48시간 이내 회신율은 평균 96.7% 임

Patient Safety & Management

05 환자경험관리

- 모바일 환자경험조사 종합평가, 재이용 의향 점수
- 모바일 환자경험조사 병원추천의향지수, 진료의사 추천의향지수
- 모바일 환자경험조사 외래, 응급, 퇴원 영역별 결과
- 모바일 환자경험조사 지역별 결과
- 모바일 환자경험조사 연령별, 성별 결과

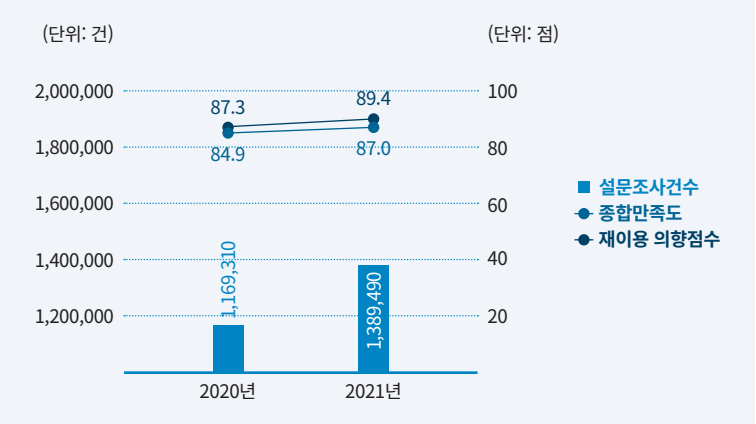
모바일 환자경험조사 종합 평가, 재이용 의향 점수

지표 설명

1. 종합 평가: 병원의 전반적 평가에서 종합평가 평균 점수
2. 재이용 의향 점수: 병원의 전반적 평가에서 재이용 평균 점수
3. 모바일 환자경험조사 종합평가와 재이용 의향 평균 점수는 외래 및 응급실 내원객, 퇴원 환자 및 보호자를 대상으로 설문 문항에 응답한 결과를 평균으로 산출함

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 모바일 환자경험조사 결과는 월별로 모니터링 되고 있으며, 환자경험 향상을 위한 기초 데이터로 활용되고 있음

· 2021년 종합 평가와 재이용 의향 점수는 2020년 대비 모두 2.1점 상승함

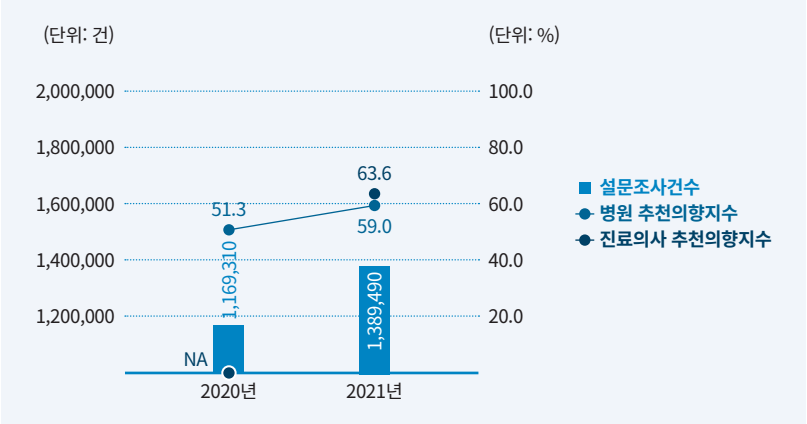
모바일 환자경험조사 병원 추천의향지수, 진료의사 추천의향지수

지표 설명

1. 추천의향지수: 지인들에게 자신이 경험한 병원이나 진료 의사에 대한 추천 정도를 점수로 표현하여 고객의 충성도를 측정
2. 추천의향지수 산출식: 추천 의향 문항을 11점(0~10점)척도로 측정하여 '추천고객 비율(Promoters, %)'에서 '비추천고객 비율(Detractors, %)'을 뺀 값
3. 추천의향지수는 답변에 따라 세 그룹으로 분류되는데 추천자(Promoters)는 9점~10점을 준 고객으로 주위 사람들에게 적극적으로 추천할 가능성이 있는 사람을 의미, 중립자(Passives)는 7점~8점을 준 고객으로 주위 사람에게 적극적으로 권할 정도가 아니라고 볼 수 있음. 비추천(Detractors)는 0점~6점 사이에 점수를 준 고객으로 제품이나 서비스에 불만을 느끼고 있어 주의 사람들에게 이용하지 않도록 말할 수 있음을 의미함
3. 모바일 환자경험조사 병원추천의향은 외래 및 응급실 내원객, 퇴원 환자 및 보호자를 대상으로 실시하고 있으며, 의사추천의향은 외래환자를 대상으로 2021년 4월부터 실시함

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 추천의향지수는 -100~+100%까지의 점수로 나타낼 수 있음

· 2021년 병원 추천의향지수는 59.0%으로 2020년 대비 7.7% 상승함

· 진료의사 추천의향지수는 측정 이후 매월 상승 추이이며 2021년 63.6%로 조사됨

모바일 환자경험조사 외래, 응급, 퇴원 영역별 결과

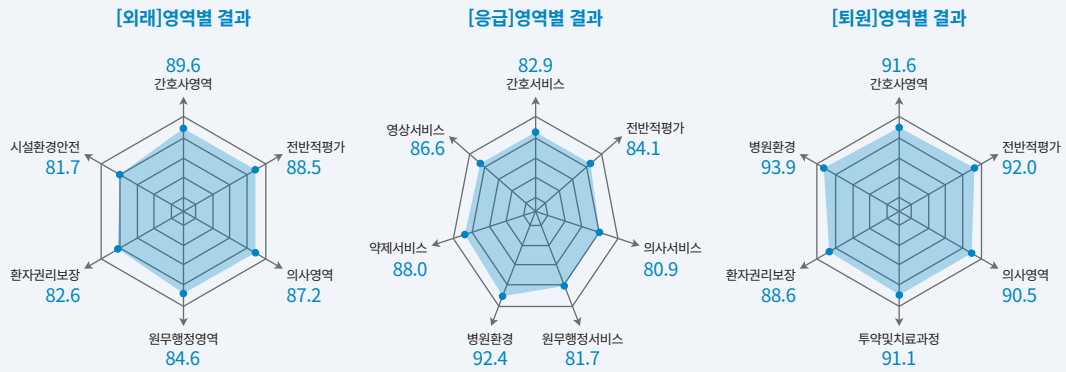
지표 설명

1. 모바일 환자경험조사 설문조사를 완료한 환자 중 외래, 응급, 퇴원 설문항목 영역별 평균점수
2. 외래 설문항목: 6개 영역으로 간호사 영역, 의사 영역, 원무행정 영역, 시설환경안전, 환자권리보장, 전반적 평가로 구성
3. 응급 설문항목: 7개 영역으로 원무행정 서비스, 간호 서비스, 의사 서비스, 영상 서비스, 약제 서비스, 병원 환경, 전반적 평가로 구성
4. 퇴원 설문항목: 6개 영역으로 간호사 영역, 의사 영역, 투약 및 치료과정, 병원환경, 환자권리보장, 전반적 평가로 구성

지표 결과

기간 : 2021.02.01. ~ 2021.06.30.

(단위: 점)



해석

· 모바일 환자경험조사 영역별 점수 중 가장 높은 영역은 외래는 간호사 영역, 응급 및 퇴원은 병원환경으로 조사됨

· 영역별 점수 중 전반적 평가가 가장 높은 것은 퇴원, 외래, 응급 순으로 조사됨

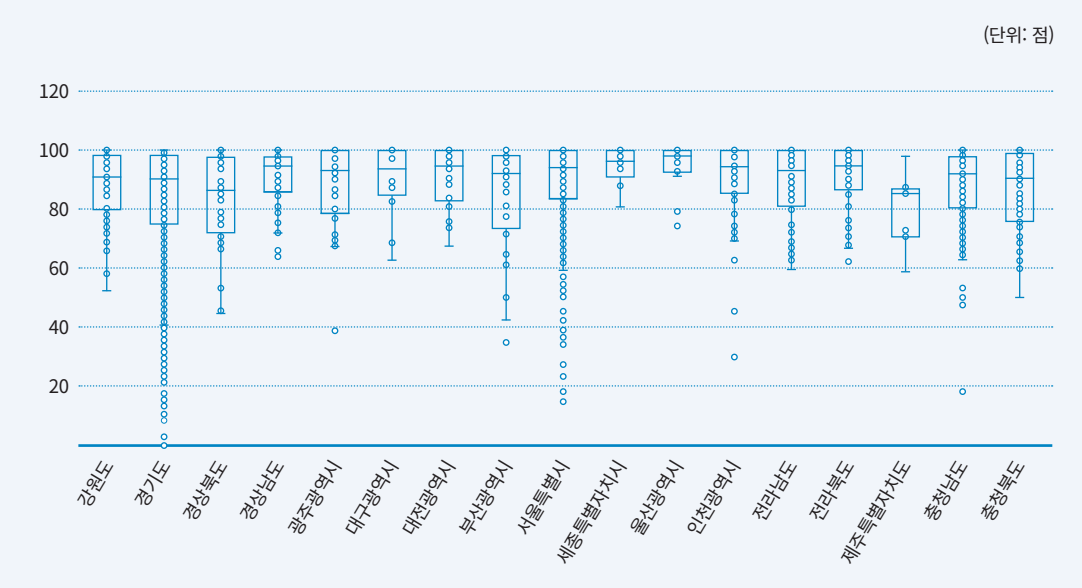
모바일 환자경험조사 지역별 결과

지표 설명

1. 모바일 환자경험조사 설문조사를 완료한 환자 중 지역별 평균점수
2. 모바일 환자경험조사 지역별 결과는 외래 및 응급실 내원객, 퇴원한 환자 및 보호자를 대상으로 설문조사에 응답한 결과를 평균으로 산출함

지표 결과

기간 : 2021.02.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 응답자 중 가장 많이 내원하는 지역은 경기도, 서울특별시, 충청남도 순이며, 개원 이후 최근에는 경기도 외 타 지역의 내원객 수가 증가 추이임

· 타 지역 중(50건이상 응답) 경상남도, 전라북도의 평균 점수가 가장 높음

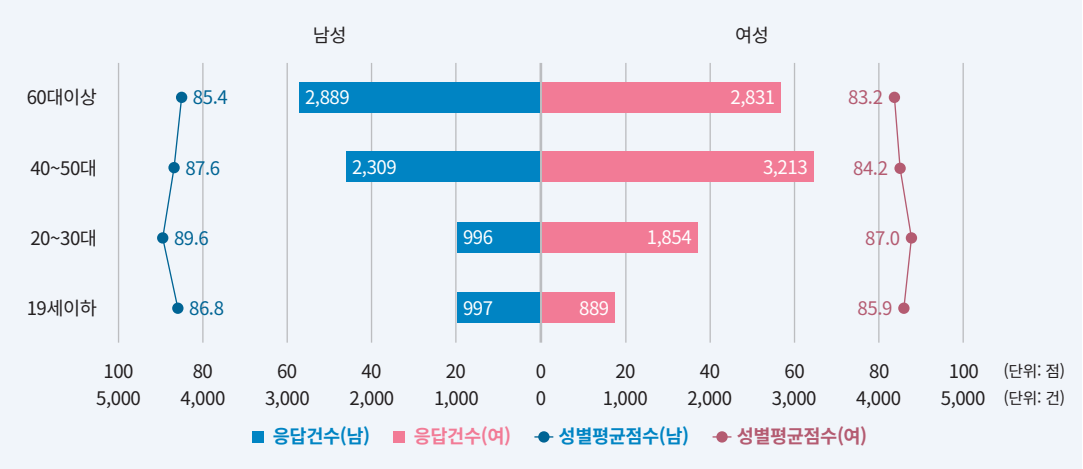
모바일 환자경험조사 연령별, 성별 결과

지표 설명

1. 모바일 환자경험조사 설문조사를 완료한 환자 중 연령별, 성별 평균점수
2. 모바일 환자경험조사 연령별, 성별 결과: 외래 및 응급실 내원객, 퇴원 환자 및 보호자를 대상으로 설문조사에 응답한 결과를 평균으로 산출

지표 결과

기간 : 2021.02.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 병원의 주 이용 연령층인 40~50대 여성의 응답건수가 가장 많았음

· 모바일 환자경험조사 평균 점수는 여성보다는 남성의 점수가 높았으며, 연령대별로도 여성보다는 남성의 점수가 더 높았음

Patient Safety & Management

06 시설안전관리

· 화재감지기 오작동률

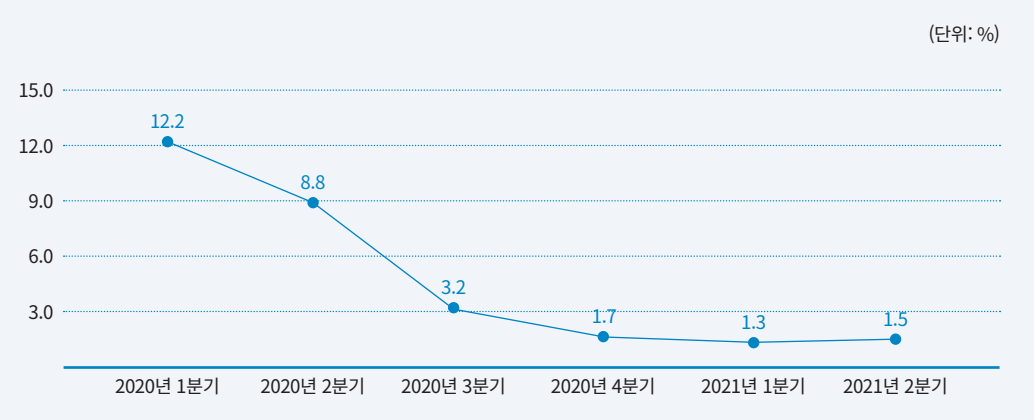
화재감지기 오작동률

지표 설명

화재감지기 총 수량 중 비화재 경보 및 고장 에러 발생 건수의 비율

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 화재감지기 기계 오작동으로 인한 직원 및 내원객의 안전불감증을 최소화하기 위해 모니터링을 하고 있으며 2021년 2분기는 1.5%으로 2020년 1분기 대비 10.7% 감소함

2

Clinical Indicator

2021 용인세브란스병원 Outcomes Book

01. 가정의학과	036
02. 간담췌외과	039
03. 갑상선내분비외과	041
04. 대장항문외과	046
05. 병리과	051
06. 비뇨의학과	054
07. 산부인과	060
08. 소아청소년과	067
09. 소화기내과	071
10. 신경과	074
11. 신경외과	083
12. 신장내과	093
13. 심장내과	096
14. 안과	100
15. 영상의학과	103
16. 응급의학과	106
17. 이비인후과	108
18. 입원의학과	110
19. 재활의학과	117
20. 정신건강의학과	125
21. 정형외과	129
22. 진단검사의학과	136
23. 호흡기알레르기내과	143
24. 흉부외과	154
25. 진료 질관리영역	162

Clinical Indicator

01 가정의학과

- 체중조절 목표 도달률
- 1차수 금연치료 성공률

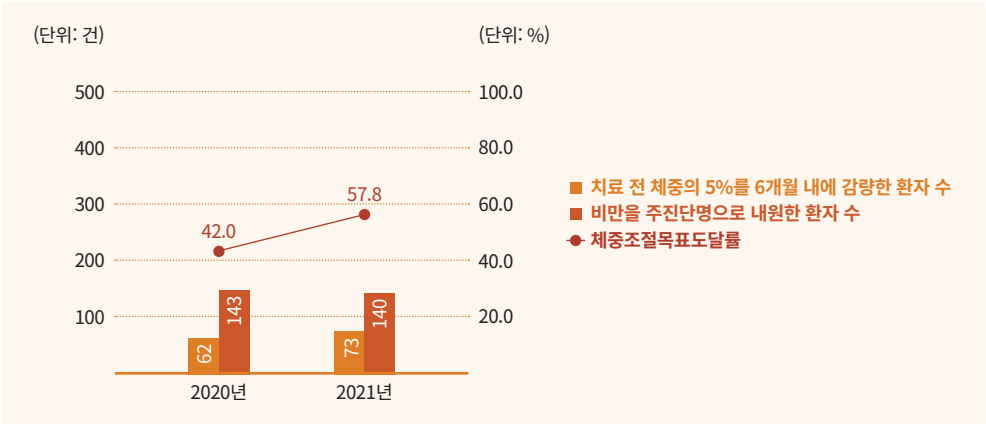
체중조절 목표 도달률

지표 설명

1. 가정의학과로 내원한 환자 중 비만을 주진단명으로 치료한 환자 중 치료 전 체중의 5% 를 6개월 내에 감량한 환자 비율
2. 비만진료지침(2018)에서는 치료 전 체중의 5~10%를 6개월 내에 감량하는 것을 체중감량의 일차 목표로 권고하고 있음

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 비만 치료 전에 환자가 체중을 감량할 준비가 되었는지를 평가하고, 치료 목표는 개개인의 건강 상태에 맞게 의사와 환자가 함께 정하는 것이 원칙

· 체중조절 목표 도달률은 2021년 57.8%으로 2020년 대비 15.8% 향상됨

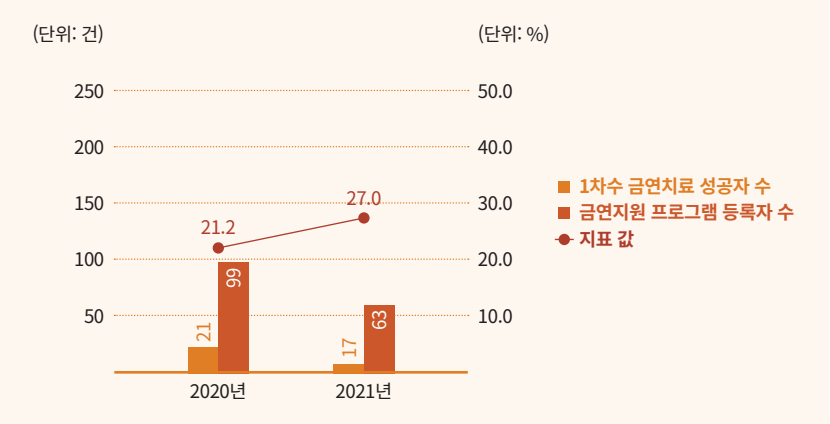
1차수 금연치료 성공률

지표 설명

가정의학과 금연지원프로그램 등록자 중 6회 상담완료 또는 약물 투약(① 56일 이상 부프로피온 처방 완료 또는 ② 64일 이상 바레니클린 및 보조제 처방) 완료 비율

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 금연전문가를 통해 금연 시도를 하는 것은 금연 성공률이 높은 것으로 알려져 있음

· 1차수 금연치료 성공률은 2021년 27.0%로 2020년 대비 5.8% 향상됨

Clinical Indicator

02 간담췌외과

· 팽대부주위 암종 최소침습수술 비율

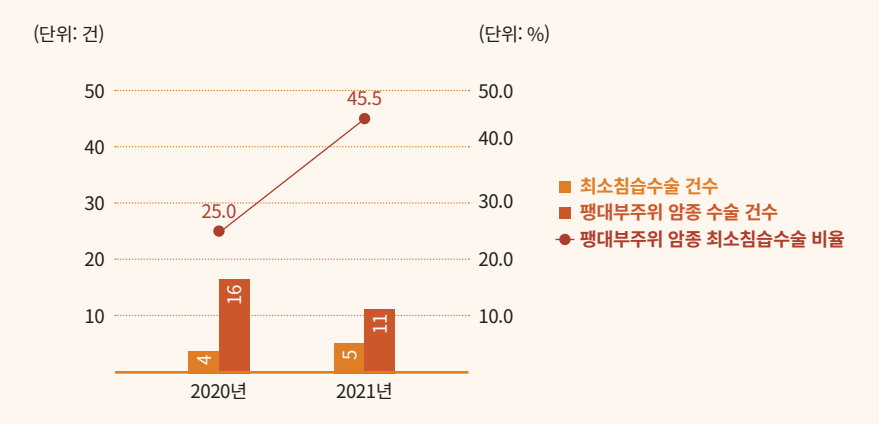
팽대부주위 암종 최소침습수술 비율

지표 설명

1. 팽대부주위암종 수술 중 최소침습수술로 절제한 건수의 비율
2. 팽대부주위암종: 팽대부암, 췌장암, 담도암, 췌관내유두상종양, 췌장의 낭종
3. 최소침습수술: 복강경, 로봇 수술 모두 포함

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 팽대부주위암종의 최소침습수술은 개복 수술에 비해 수술 중 출혈 감소 및 수술 후 통증 감소의 효과가 있음

· 팽대부주위암종 수술 중 약 45.5%에서는 최소침습수술을 시행하고 있음

Clinical Indicator

03 갑상선내분비외과

- 갑상선 수술 건수
- 갑상선 수술 후 평균 재원일수
- 갑상선 수술 이후 부갑상선 기능저하증(일시적/영구적) 발생률
- 갑상선 수술 이후 성대신경마비(일시적/영구적) 발생률

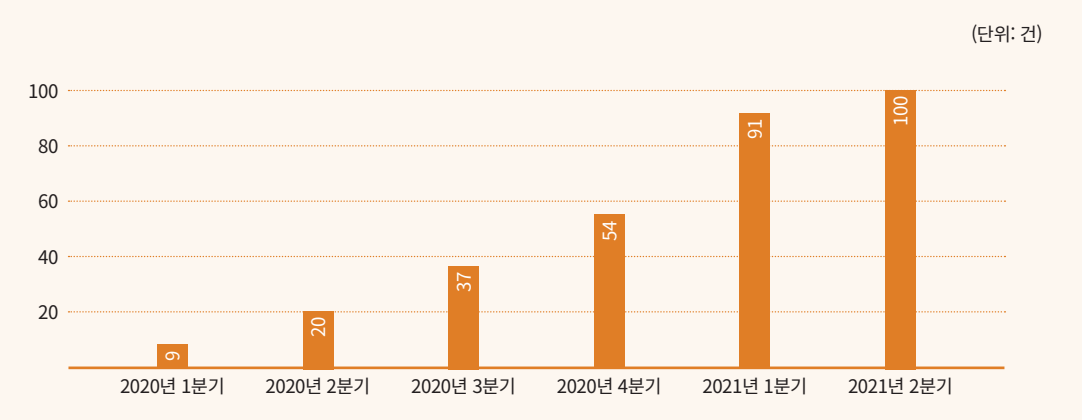
갑상선 수술 건수

지표 설명

1. 갑상선내분비외과에서 시행한 총 갑상선 수술 건수
2. 양성 갑상선 질환, 갑상선암
3. 개경 갑상선수술, 로봇 갑상선 수술 포함

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 갑상선 수술 건수가 꾸준히 증가하고 있음

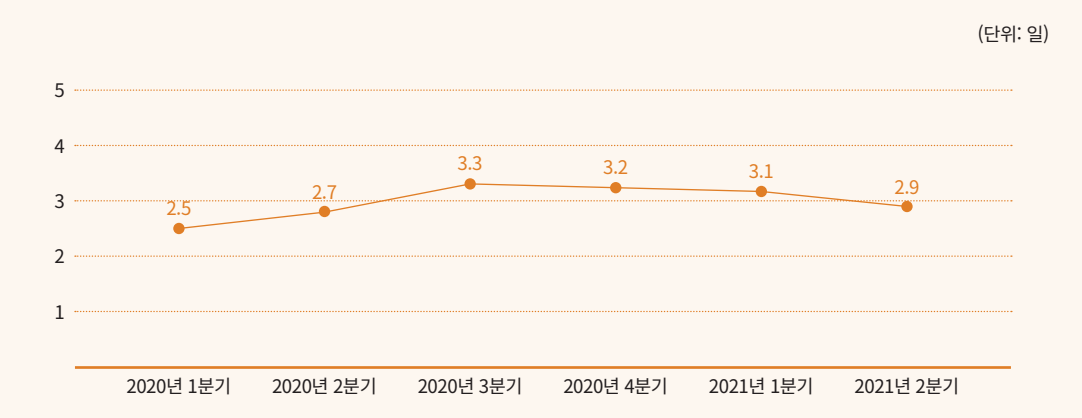
갑상선 수술 후 평균 재원일수

지표 설명

갑상선 수술일부터 퇴원일까지 입원기간의 평균

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 분기별로 각기 다른 평균 재원일수를 보이고 있으나 갑상선 수술 범위에 따라 재원일수가 달라지므로 분기별 차이에 큰 의미를 둘 수는 없음

· 수술 범위(엽절제술, 전절제술, 측경부 곽청술)와 상관없이 3일정도의 평균 재원일수를 보이고 있음

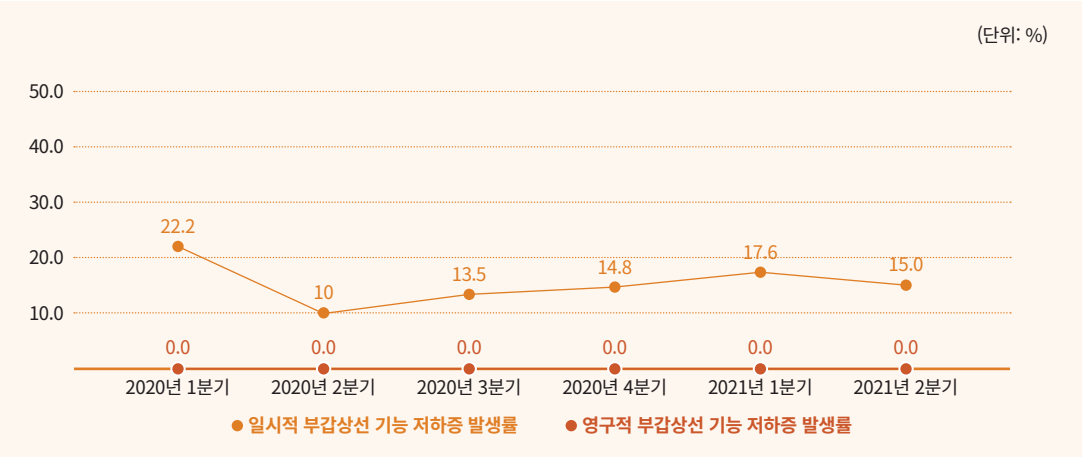
갑상선 수술 이후 부갑상선 기능저하증(일시적/영구적) 발생률

지표 설명

1. 일시적 부갑상선 기능 저하증 : 갑상선 수술 후 부갑상선 호르몬수치, 칼슘수치가 정상 이하로 감소 및 칼슘제를 복용한 경우
2. 영구적 부갑상선 기능 저하증 : 갑상선 수술 후 6개월 이후에도 부갑상선 호르몬 수치가 지속적으로 낮으며, 칼슘제를 복용하는 경우

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 갑상선 수술 후 영구적 부갑상선 기능 저하증의 발생은 없음

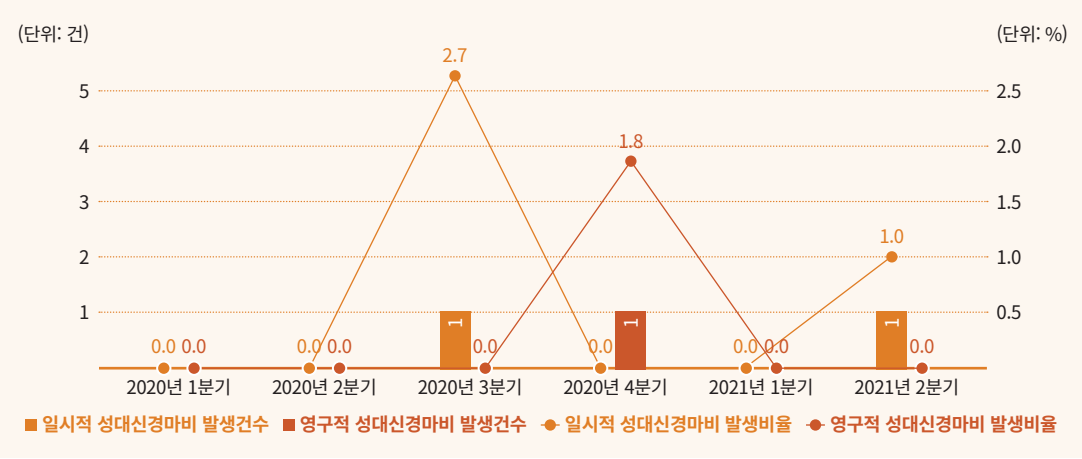
갑상선 수술 이후 성대신경마비(일시적/영구적) 발생률

지표 설명

1. 성대신경마비 : 갑상선 수술 후 성대를 움직이는 신경의 손상으로 성대가 움직이지 않아 목소리 변화가 생기는 증상
2. 일시적 성대마비 : 수술 후 일시적인 목소리 변화 후 6~12개월 이내에 회복
3. 영구적 성대마비 : 수술 후 6~12개월 이후에도 성대 마비가 지속되는 경우

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 갑상선 수술 후 1건의 영구적 성대신경마비가 있음

Clinical Indicator

04 대장항문외과

- 대장암 수술건수
- 대장암 최소침습수술 비율
- 대장암 수술 후 합병증 발생률
- 대장암 수술 후 사망률

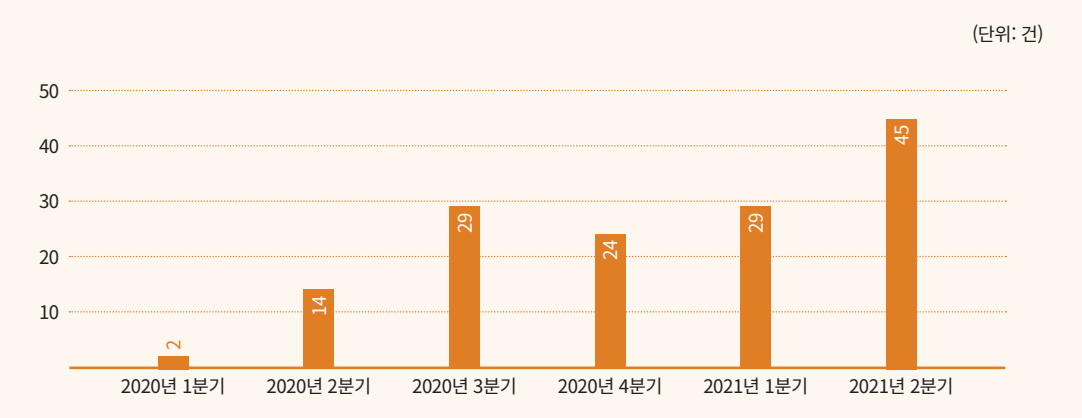
대장암 수술 건수

지표 설명

1. 수술 전 또는 수술 후에 대장암(결장암 또는 직장암)으로 진단된 수술 건수
2. 결장암: 충수돌기암, 맹장암, 상행 결장암, 횡행 결장암, 하행 결장암, 에스상 결장암을 포함
3. 직장암: 직장 및 항문에 발생한 암

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 매년 분기별로 대장암 수술을 받는 환자가 지속적으로 증가하고 있음

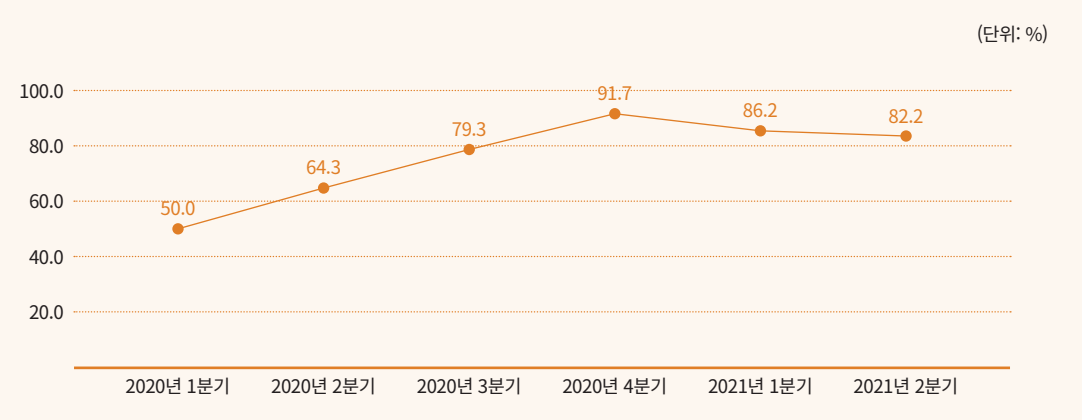
대장암 최소침습수술 비율

지표 설명

1. 대장암(결장암 또는 직장암)으로 진단받고 복강경 또는 로봇, 경항문 내시경 수술을 받은 환자 비율
2. 결장암: 충수돌기암, 맹장암, 상행 결장암, 횡행 결장암, 하행 결장암, 에스상 결장암을 포함
3. 직장암: 직장 및 항문에 발생한 암

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 최소침습수술은 개복 수술에 비해 수술 중 출혈 감소 및 수술 후 통증 감소의 효과가 있음

· 대장암 수술 중 평균 75.6%에서는 최소침습수술을 시행하고 있으며, 매년 분기별로 최소침습수술 비율은 지속적으로 증가하고 있음

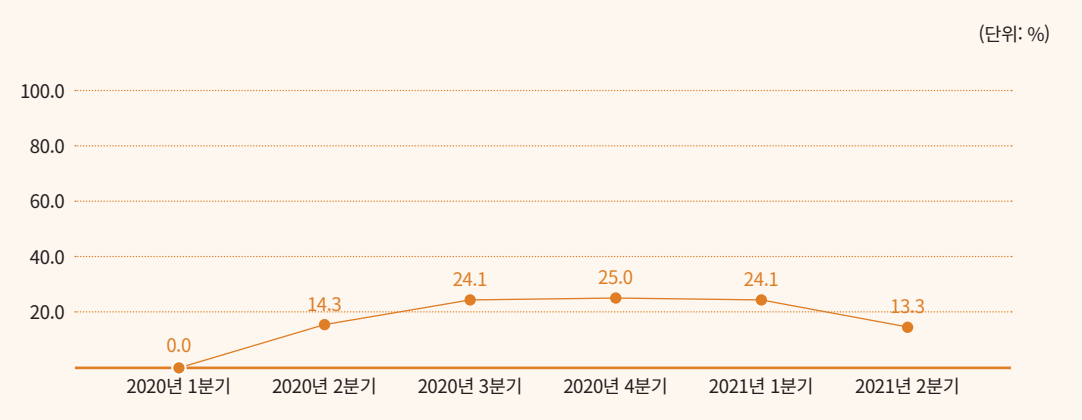
대장암 수술 후 합병증 발생률

지표 설명

1. 대장암(결장암 또는 직장암)으로 수술 받은 환자 중 수술 후 30일 이내 합병증이 생긴 환자 비율
2. 결장암: 충수돌기암, 맹장암, 상행 결장암, 횡행 결장암, 하행 결장암, 에스상 결장암을 포함
3. 직장암: 직장 및 항문에 발생한 암
4. 합병증: 수술 후 정상적인 회복 중 발생하지 않는 모든 증세 및 소견을 총칭하며 문합부 누출, 창상 감염, 장 폐색, 폐렴, 복강내 출혈 등이 해당

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 해당기간 내 대장암 수술 후 합병증 발생률은 19.5% 임

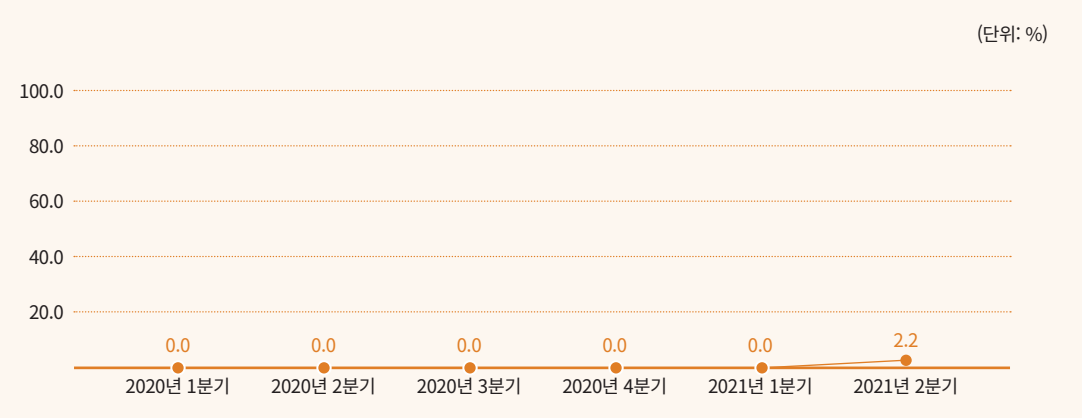
대장암 수술 후 사망률

지표 설명

1. 대장암(결장암 또는 직장암)으로 수술 받은 환자 중 수술 후 30일 이내 사망한 환자 비율
2. 결장암: 충수돌기암, 맹장암, 상행 결장암, 횡행 결장암, 하행 결장암, 에스상 결장암을 포함
3. 직장암: 직장 및 항문에 발생한 암

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 대장암 수술 후 30일 이내 사망 환자 수는 전체 1명으로 조사됨

· 해당기간 내 본원 대장암 수술 후 30일 이내 사망률은 0.7% 임(대장암 7차 적정성 평가 결과 - 전체 사망률 1.16%, 종합병원 사망률: 1.94%)

Clinical Indicator

05 병리과

· 디지털병리시스템(Digital pathology system)을 활용한 병리검사 진단 수행률 및 질관리

디지털병리시스템(Digital pathology system)을 활용한 병리검사 진단 수행률 및 질관리

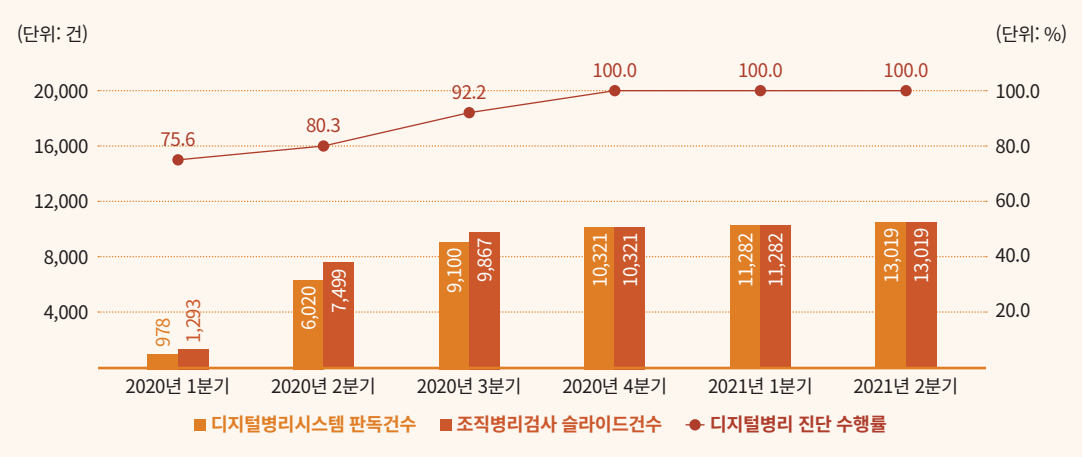
지표 설명

1. 디지털병리시스템을 활용한 병리과 검체·검사 진단 수행 비율 및 디지털 스캔이미지 적절성평가(질관리)
2. 디지털병리시스템: 유리슬라이드를 디지털화(전체슬라이드영상: Whole slide imaging, WIS) 함으로써 병리 정보를 수집, 관리, 해석할 수 있게 해 주는 영상기반의 컴퓨터시스템
3. 전체슬라이드영상(Whole slide imaging, WIS): 유리슬라이드를 스캔하여 디지털로 변환된 고해상도 디지털 이미지(광학현미경 판독을 대체함)
4. 디지털병리 진단 수행률: 전체 조직병리검사 슬라이드 중 디지털병리시스템을 통해 판독하여 진단하는 비율
5. 디지털 스캔이미지 적정성평가(질관리)오류율: 디지털 스캔이미지 중 스캔이미지 오류 비율

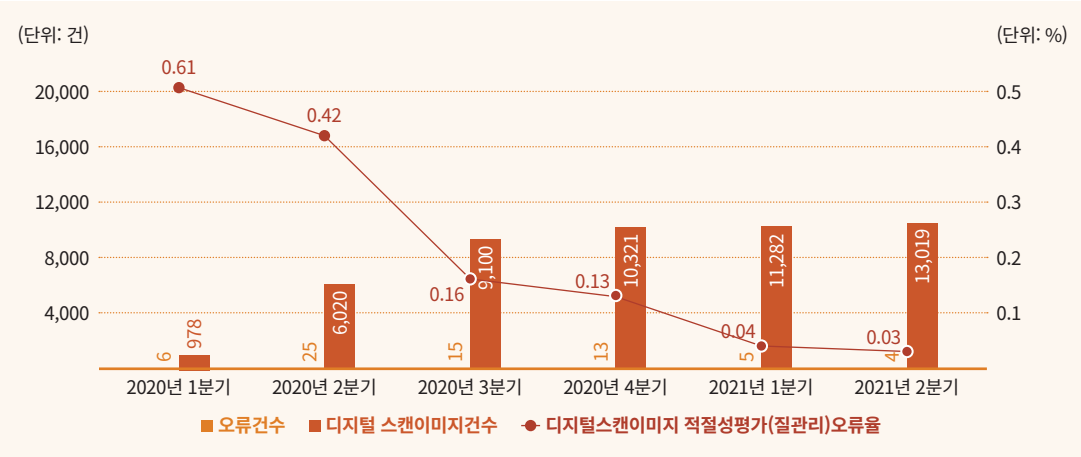
지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2020.06.30.

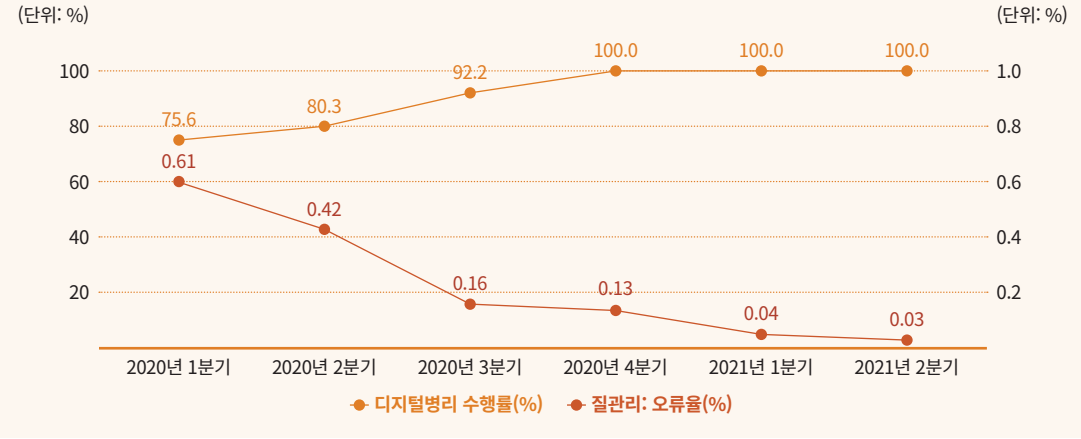
■ 디지털병리 진단 수행률



■ 디지털스캔이미지 적절성평가(질관리)오류율



■ 종합결과



해석

· 디지털 병리 시스템을 도입해 정확도 높은 진단 결과를 제공하고 있음

· UK NEQAS(National External Quality Assessment Service. 국제 외부정도관리기관)의 조직 병리 일반 검사 항목에서 전 세계 약 350여 기관 상위 2% 내의 성적으로 최고 등급인 '엑설런트(Excellent)' 등급을 획득하는 성과를 내어 검사 정확성, 신뢰도를 인정받음

· 디지털병리 진단 수행률은 2020년 4분기부터 100% 수행율을 유지하고 있으며, 스캔이미지 오류율은 지속적인 QC(Quality control, 정도관리)를 통해 ZERO에 가까운 0.03%를 보이고 있음

Clinical Indicator

06 비뇨의학과

- 방광암 내시경적 방광종양제거술 수술 건수
- 신장암 수술 건수
- 신장암 최소침습수술 비율
- 전립선암 수술 건수
- 전립선암 최소침습수술 비율

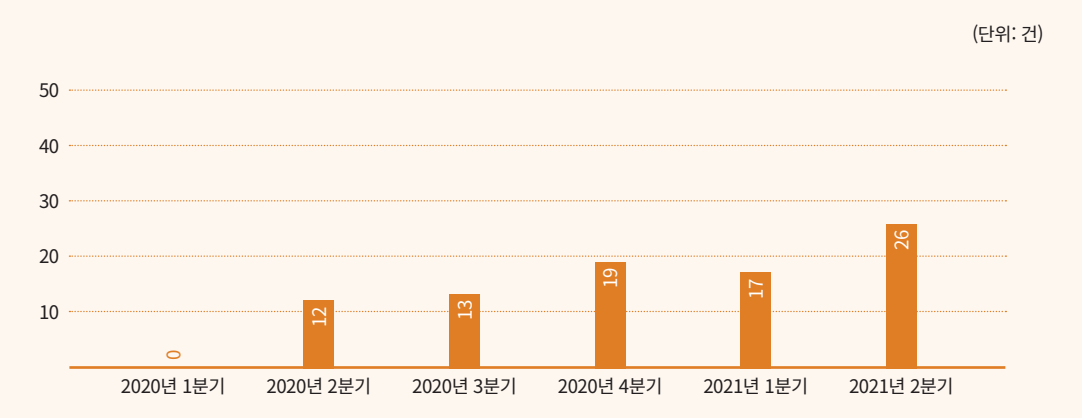
방광암 내시경적 방광종양제거술 수술 건수

지표 설명

내시경 수술을 통해 방광 종양을 절제한 수술 건수

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 매년 분기별로 내시경 수술을 통해 방광종양제거술을 받는 환자가 지속적으로 증가하고 있음

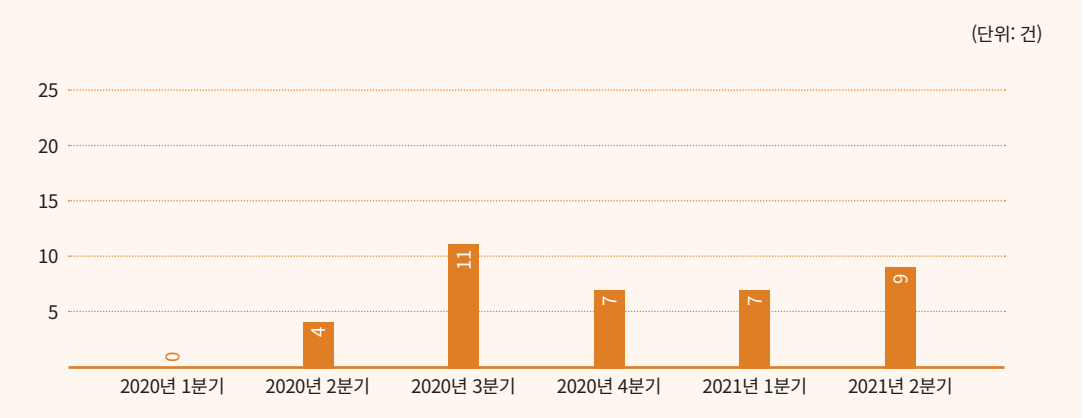
신장암 수술 건수

지표 설명

신장암으로 수술 받은 건수

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 매년 분기별로 신장암으로 수술을 받는 환자가 지속적으로 증가하고 있음

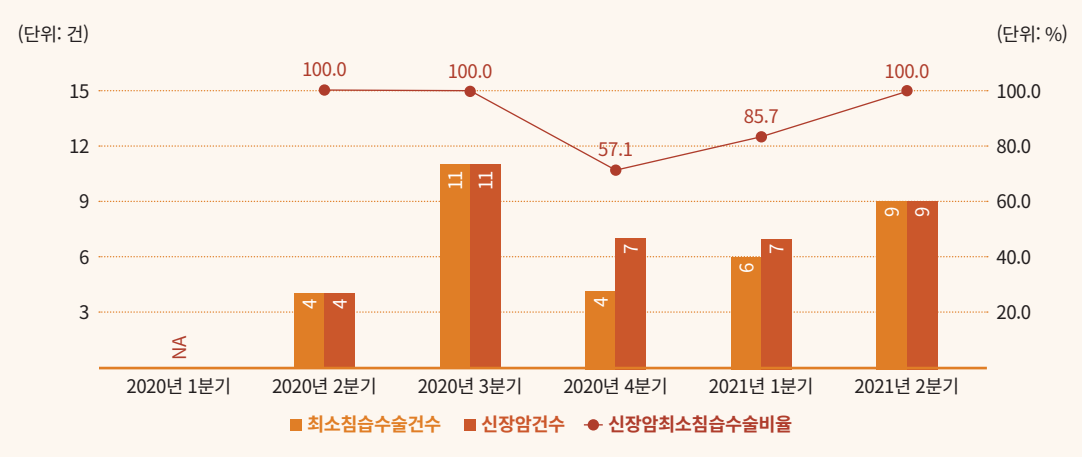
신장암 최소침습수술 비율

지표 설명

신장암으로 영상보조 최소절개술, 복강경 수술 및 로봇수술 등 최소침습수술을 받은 환자 비율

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 최소침습수술은 개복 수술에 비해 수술 중 출혈 감소 및 수술 후 통증 감소의 효과가 있음

· 신장암 수술 중 평균 89.5%에서는 최소침습수술을 시행하고 있음

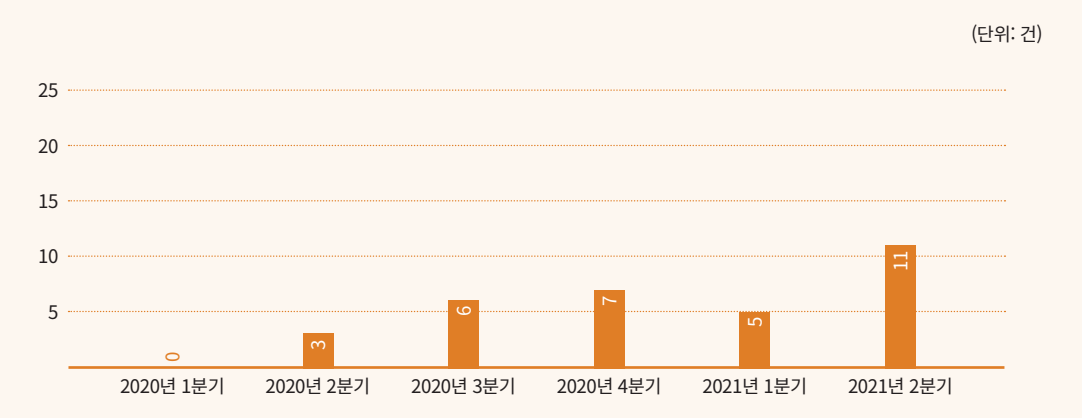
전립선암 수술 건수

지표 설명

전립선암으로 수술 받은 건수

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 매년 분기별로 전립선암 수술을 받는 환자가 지속적으로 증가하고 있음

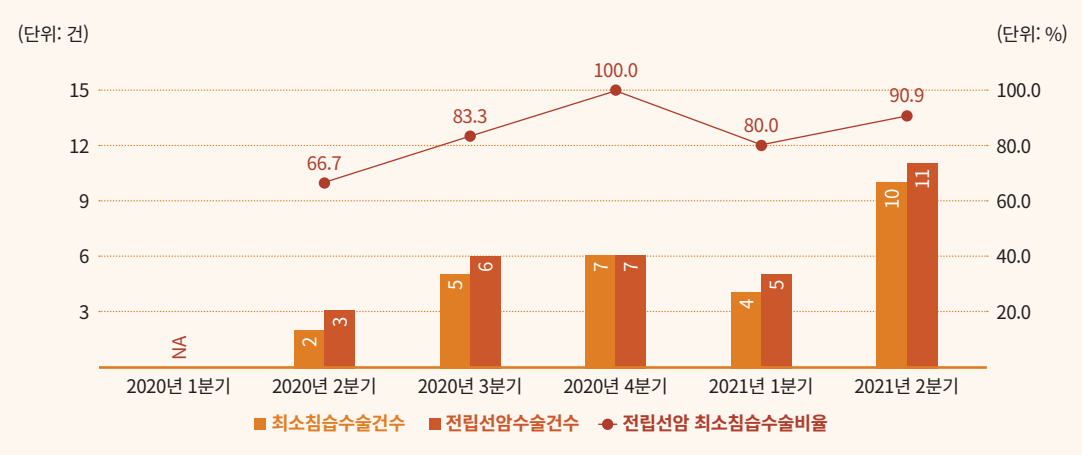
전립선암 최소침습수술 비율

지표 설명

전립선암으로 로봇수술이나 복강경수술 등 최소침습수술을 받은 환자 비율

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 최소침습수술은 개복 수술에 비해 수술 중 출혈 감소 및 수술 후 통증 감소의 효과가 있음

· 전립선암 수술 중 평균 84.2%에서는 최소침습수술을 시행하고 있음

Clinical Indicator

07 산부인과

- 분만 건수
- 고위험 분만 비율
- 부인과 양성종양 수술 건수
- 로봇 수술 건수(자궁근종절제술, 난소낭종절제술, 자궁절제술 등)
- 부인암 수술건수
- 부인암 수술 후 평균 입원기간

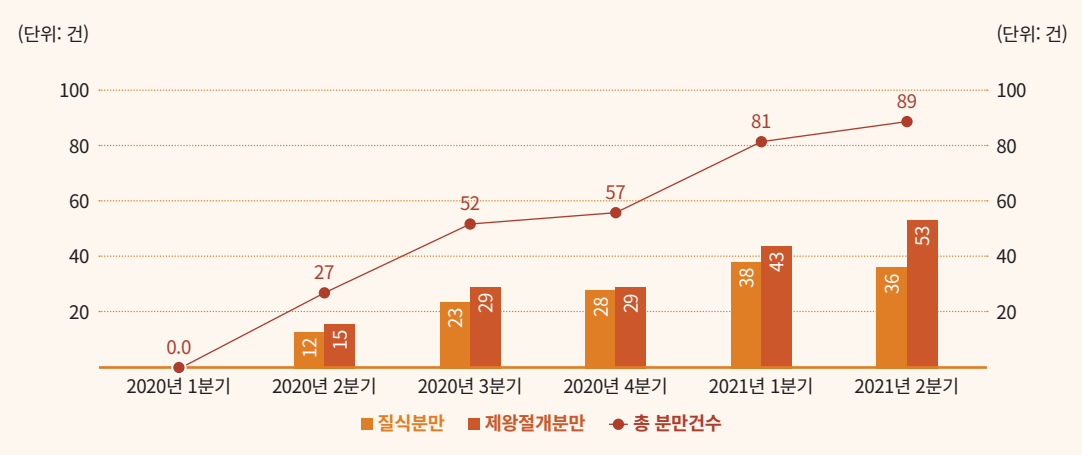
분만건수

지표 설명

질식분만 혹은 제왕절개술을 통하여 출산한 건수

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 질식분만보다는 제왕절개분만 건수가 높음

· 매년 분기별로 분만건수가 지속적으로 증가하고 있음

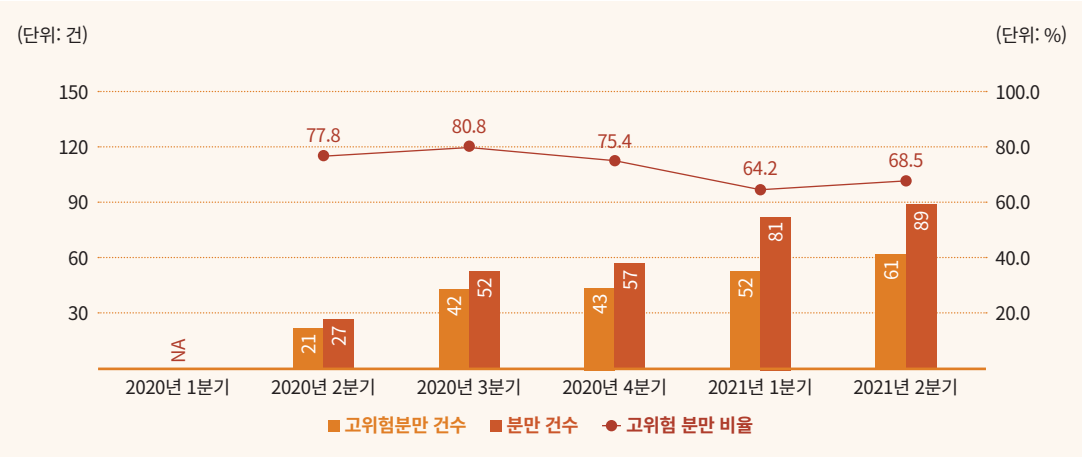
고위험 분만 비율

지표 설명

1. 분만한 산모 중 고위험 분만에 해당하는 산모의 비율
2. 고위험 분만: 보건복지부가 지정한 고위험임신에 해당되는 진단을 받은 산모가 분만한 경우
3. 고위험 분만에 해당하는 진단명은 고혈압질환, 절박유산, 조기진통, 당뇨병, 자궁경부무력증, 전치태반, 심부전, 자궁 및 자궁의 부속기 질환, 양막의 조기 파열, 신질환, 자궁내 성장제한, 태반조기박리, 다태임신, 임신 중 복강 내 수술, 양수과다증, 대사장애를 동반한 임신과다 구토, 분만 전 출혈, 양수과소증, 35세 이상의 임신을 포함

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 고위험 분만 비율은 전체 분만 건수 중 평균 73.2% 임

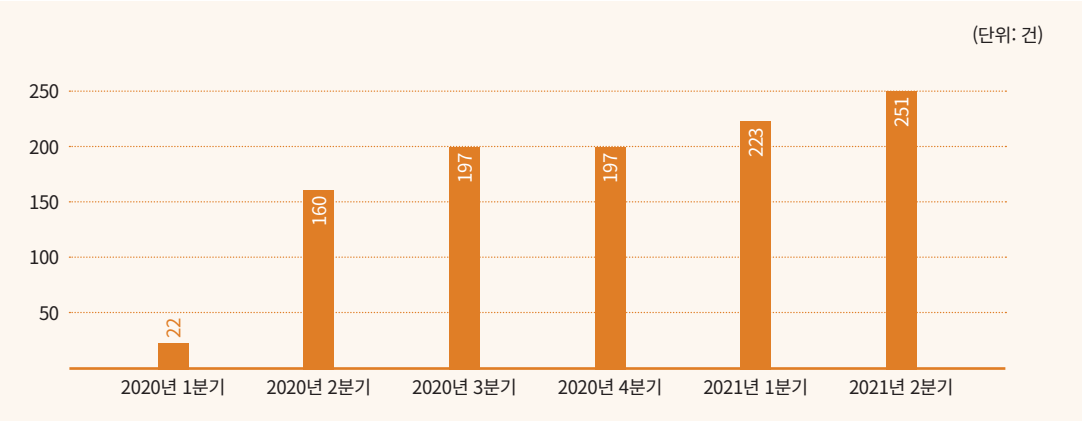
부인과 양성 종양 수술 건수

지표 설명

1. 자궁 및 부속기 양성 종양 진단명으로 수술(개복 및 복강경, 로봇 수술 포함)을 시행한 건수
2. 양성 종양: 부인과 질환 중 암 상병이 들어가지 않은 자궁, 부속기 관련 종물(예: 자궁근종(Myoma), 자궁선근증(Adenomyosis), 난소낭종(Ovarian cyst) 등)을 말함

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 매년 분기별로 부인과 양성 종양 수술건수가 지속적으로 증가하고 있음

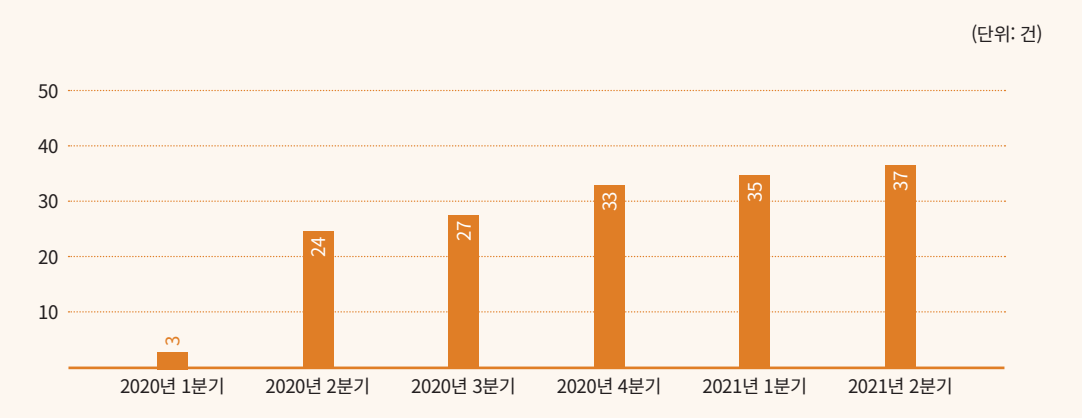
로봇 수술 건수

지표 설명

1. 자궁 및 부속기 종양으로 로봇 수술 시행한 건수
2. 자궁종양: 초음파 또는 CT, MRI에서 확인되는 자궁내 종물
3. 부속기 종양: 초음파 또는 CT, MRI에서 확인되는 부속기의 종물
4. 로봇(다빈치)수술: 첨단 수술 기구인 로봇을 환자에게 장착하고 수술자가 원격으로 조종하여 시행하는 복강경/내시경 수술방법

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 부인과 양성종양 수술을 받은 환자 중 약 15.1%는 로봇 수술로 시행하고 있으며, 매년 분기별로 로봇 수술 건수는 지속적으로 증가하고 있음

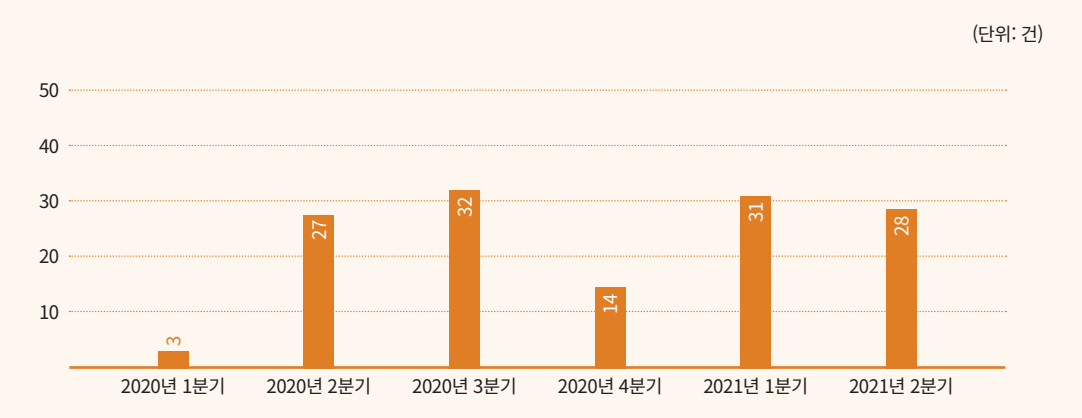
부인암 수술건수

지표 설명

3대 부인암(난소암, 자궁경부암, 자궁내막암)으로 수술한 건수

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 매년 분기별로 부인암 수술 건수가 지속적으로 증가하고 있음

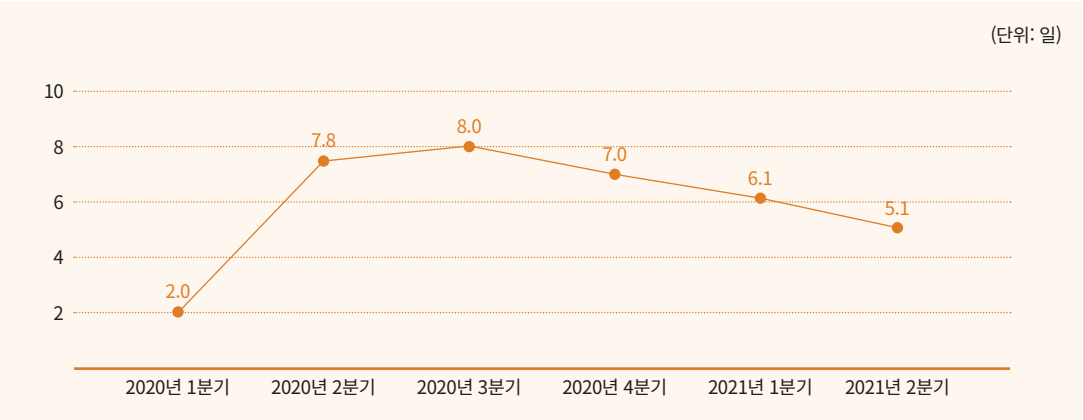
부인암 수술 후 평균 입원기간

지표 설명

1. 부인암(난소암, 자궁경부암, 자궁내막암) 수술 환자의 수술 후 평균 입원기간
2. 수술 후 입원기간: 수술일부터 퇴원일까지 입원기간(퇴원일 - 수술일)을 말함
3. 수술 후 평균 입원기간: 대상 수술을 받은 환자의 수술 후 입원기간 총합을 수술한 환자 수로 나눈 값

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 부인암 수술 후 평균 입원기간은 6.4일 임

Clinical Indicator

08 소아청소년과

- 재원 환자 중 항생제 사용 비율
- 당화혈색소 7.0% 미만인 환자 비율
- 소아 심도자 시술 성공률

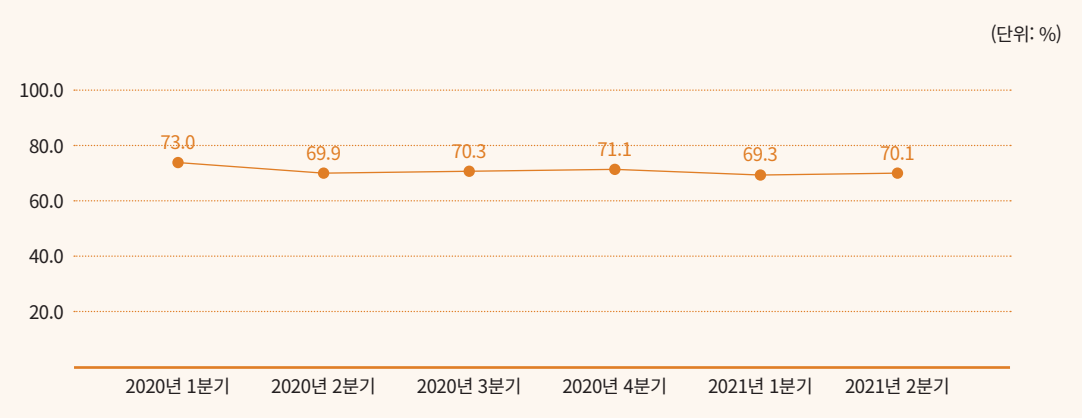
재원 환자 중 항생제 사용 비율

지표 설명

71병동 입원 환자에서 소아청소년과로 협업 의뢰 된 환자 중 항미생물 약제 첫 처방 건수의 비율

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 항생제 내성균 출현을 예방하기 위해서 적절한 투여가 중요함

· 입원 환자 치료의 합리성과 적정성을 증진하기 위해서 항생제 사용 현황을 관리 중임

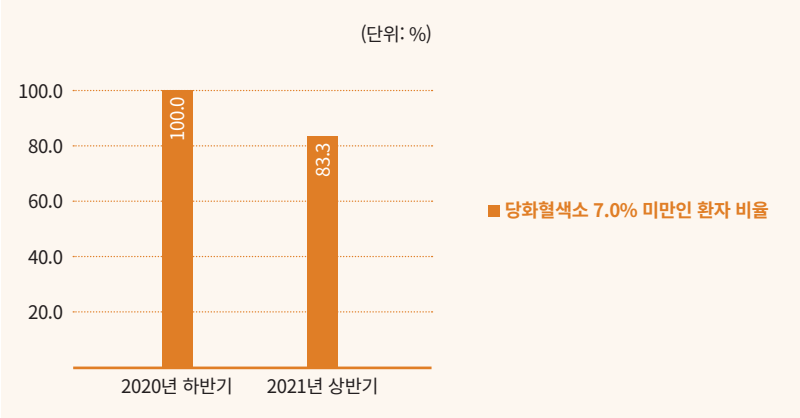
당화혈색소 7.0% 미만인 환자 비율

지표 설명

1. 만 19세 미만 소아청소년 당뇨병 환자 중 당화혈색소 7.0% 미만인 환자 비율
2. 당뇨병: 인슐린 분비의 장애 또는 인슐린 작용의 장애로 발생하는 대사질환으로 1형, 2형을 말함
3. 산출식 - 소아 당뇨병 관리 환자의 마지막 당화혈색소 결과가 7.0% 미만인 환자 / 소아 당뇨병 관리 환자 (해당 기간 동안 당화혈색소 검사 결과 2회 이상 시행한 환자)

지표 결과

기간 : 2020.07.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 당화혈색소 7.0% 미만은 혈당조절이 잘 되고 있는지 판단하는 지표임

· 소아청소년 당뇨병 환자의 당화혈색소 7.0% 미만인 환자 비율은 평균 91.7% 임

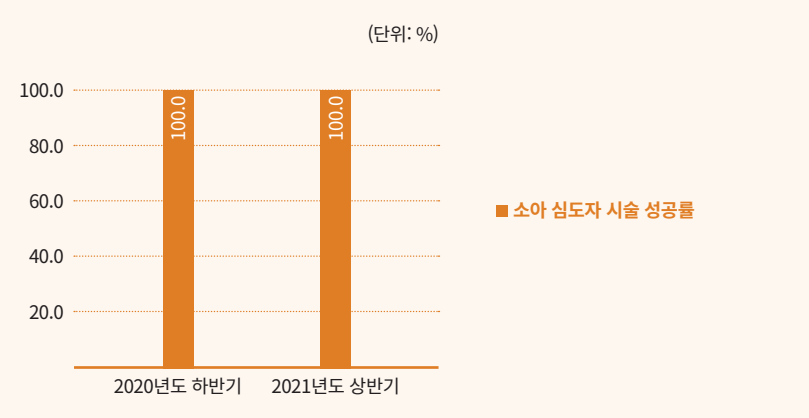
소아 심도자 시술 성공률

지표 설명

소아 심도자 시술 건수 중 시술 성공 비율

지표 결과

기간 : 2020.07.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 다양한 선천성 심장질환에서 시행되는 소아 심도자 시술은 난이도가 높고 소아라는 특수성으로 인해 숙련된 고도의 기술을 요함

· 소아 심도자 시술 성공률은 100% 임

Clinical Indicator

09 소화기내과

- 대장내시경 시행 시 선종 발견율
- 대장내시경 장정결률

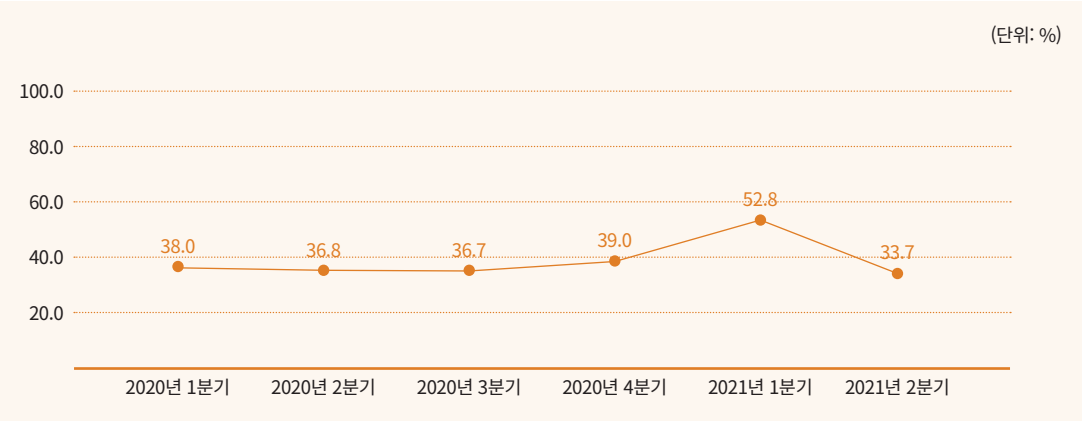
대장내시경 시행 시 선종 발견율

지표 설명

1. 대장내시경을 시행한 환자 중에서 용종 채취 후 조직 검사상 선종(adenoma)이 발견된 비율
2. 혈변 등으로 치료내시경을 위해 대장내시경을 시행하거나 여러 원인으로 완전대장내시경을 하지 못한 경우는 제외

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 대장내시경과 용종 절제를 통하여 대장암 발생과 사망을 감소시킬 수 있으며, 실제로 완전대장내시경 후 용종 절제는 약 80% 전후의 대장암 예방 효과를 보고하고 있음

· 대장내시경을 시행하는 환자들 중에서 선종 발견율을 측정하여, 적절한 대장내시경 질관리의 인자로 확인하고자 함

· 대장 내시경 시행 시 선종 발견율은 39.8% 임

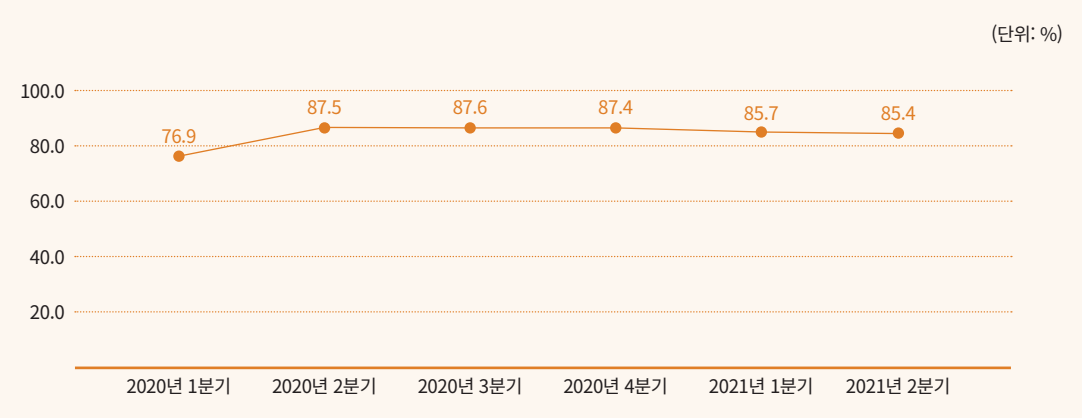
대장내시경 장정결률

지표 설명

1. 대장내시경을 시행한 환자 중 장정결도 정도가 보통 이상인 환자수의 비율
2. 대한소화기내시경학회 우수내시경실 권고안에 따라 장정결도는 5단계로 구분
   - 우수: 소량의 투명한 액체만 관찰되어 표면의 95% 이상 관찰 가능한 경우
   - 양호: 많은 양의 투명한 액체가 표면의 5-25%를 차지하지만 표면의 90% 이상 관찰 가능한 경우
   - 보통: 반고체 대변이 관찰되지만 흡입되거나 씻어서 제거가 가능하고 표면의 90% 이상이 관찰 가능한 경우
   - 불량: 반고체 대변이 흡입되지 않거나 씻어낼 수 없는 경우로 표면의 90% 미만으로 관찰되는 경우
   - 부적절: 반복적인 준비와 대장내시경이 필요할 정도의 점막이 관찰되기 어려운 경우

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 대장내시경은 장정결도에 결과가 달라질 수 있으므로 장정결을 철저히 하는 것이 중요

· 본원 내시경실은 대장내시경의 장정결도 개선을 위해 수검자에게 식이 요법과 대장정결 관리 방법에 대해 Hi-chart(미디어 교육 매체)로 교육관리하고 있음

· 대장내시경 장정결률은 86.5% 임

Clinical Indicator

10 신경과

- 허혈성 뇌졸중으로 입원한 환자 수
- 정맥내 혈전용해제 투여 건수
- 동맥내 혈전제거술 시행 건수
- 허혈성 뇌졸중으로 입원한 환자의 재원일수 중앙값
- 허혈성 뇌졸중 환자의 응급실 평균 체류시간(분 단위)
- 급성 뇌졸중 응급 CP 건수
- 급성 뇌졸중 응급 CP 환자의 영상검사 평균 시간(분 단위)
- 응급실 통해 내원한 감염성 뇌수막염/뇌염 환자에게 항균제 투약까지 걸리는 시간

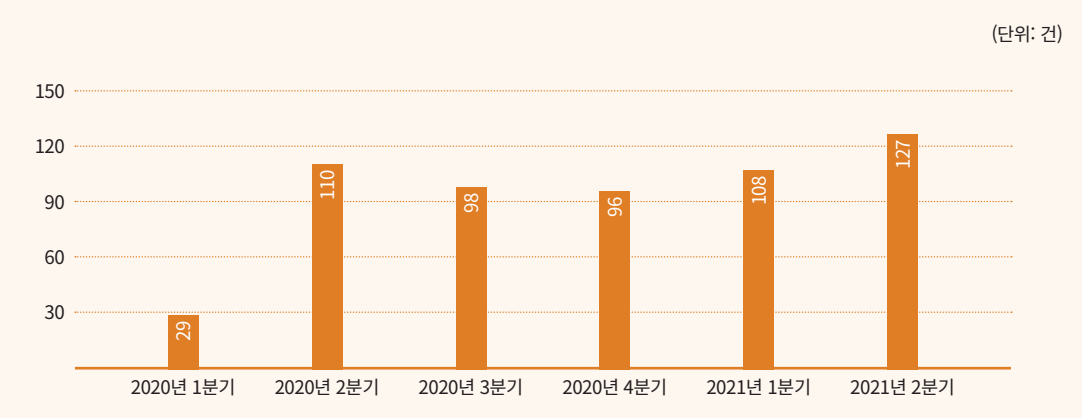
허혈성 뇌졸중으로 입원한 환자수

지표 설명

1. 입원 시점 주상병 기준으로 신경과(또는 입원-신경과) 입원환자 중 뇌경색과 일과성 허혈발작으로 입원한 환자수
2. 뇌경색(I63): 뇌혈관이 막혀서 뇌조직의 손상이 발생한 상태
3. 일과성 허혈 발작(G45.9): 허혈성 뇌졸중의 증상이 일시적으로 발생하였다가 온전히 호전된 상태

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 해당 기간 허혈성 뇌졸중을 주진단으로 신경과 또는 입원-신경과로 입원한 환자는 총 568명으로 월평균 35.5명 임

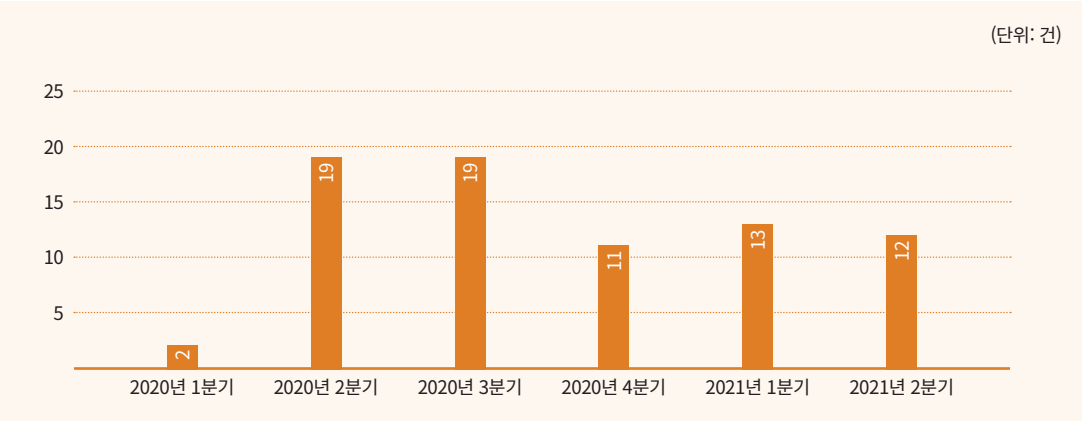
정맥내 혈전용해제 투여 건수

지표 설명

1. 재관류 치료 중 정맥내 혈전용해제 투여를 시행한 건수
2. 혈전용해제는 Actilyse inj(20mg/V, 50mg/V)로 1명의 환자에게 두가지 약제가 모두 투여될 경우, 1건으로 산출함

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 재관류 치료 중 정맥내 혈전용해제 투여는 월평균 4.8건 시행

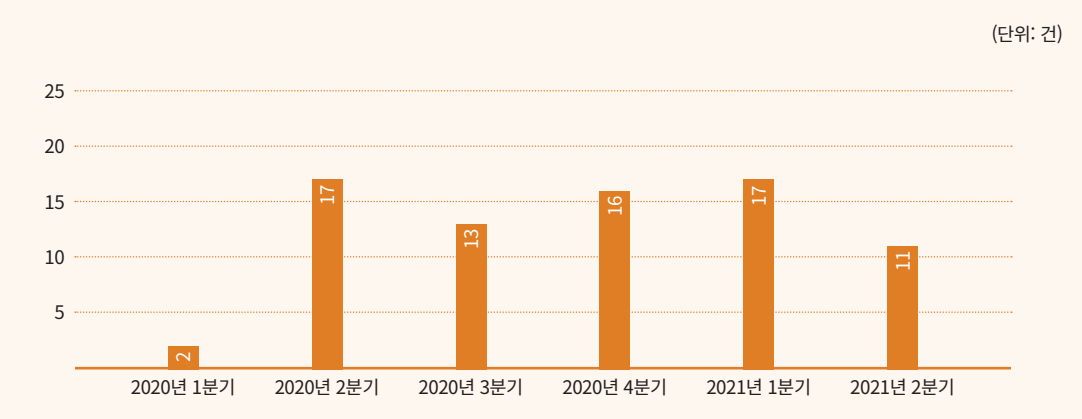
동맥내 혈전 제거술 시행 건수

지표 설명

1. 뇌졸중으로 입원한 환자에게 동백내 혈전제거술을 시행한 횟수
2. 동맥내 혈전 제거술: 혈관재개통치료 중 동맥 내 시술

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 해당 기간 허혈성 뇌졸중을 주진단으로 신경과 또는 입원-신경과로 입원한 환자는 총 568명으로 월평균 35.5명 임. 이 중에서 동맥내 혈전 제거술을 시행한 건수는 총 71건(월 평균 4.4건)으로 전체 환자의 12.5%에서 시행 됨

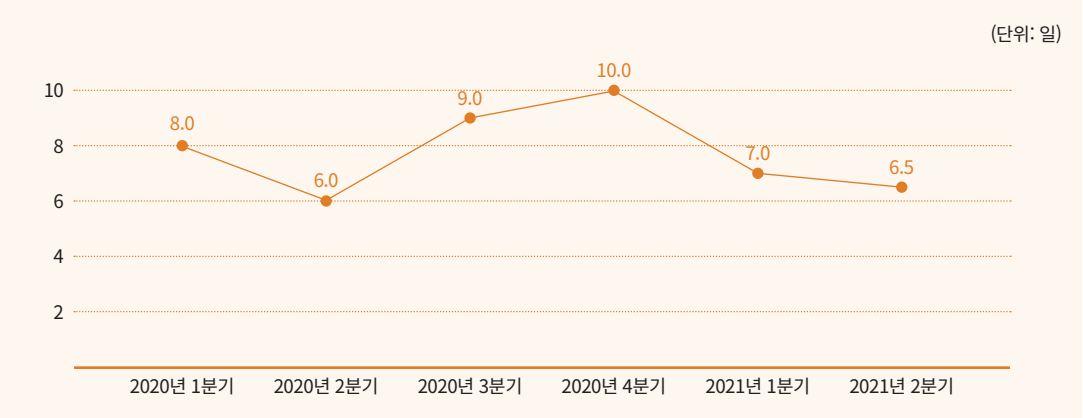
허혈성 뇌졸중으로 입원한 환자의 재원일수 중앙값

지표 설명

허혈성 뇌졸증(뇌경색 I63과 일과성 허혈 발작 G45.9)으로 입원한 환자의 재원일수 중앙값

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 해당 기간 허혈성 뇌졸중 평균 재원일수는 퇴원과 기준 신경과는 평균 8일, 입원-신경과의 재원일수는 평균 9일, 전체 퇴원환자 634명의 평균 재원일수는 13일, 중앙값은 7일 임

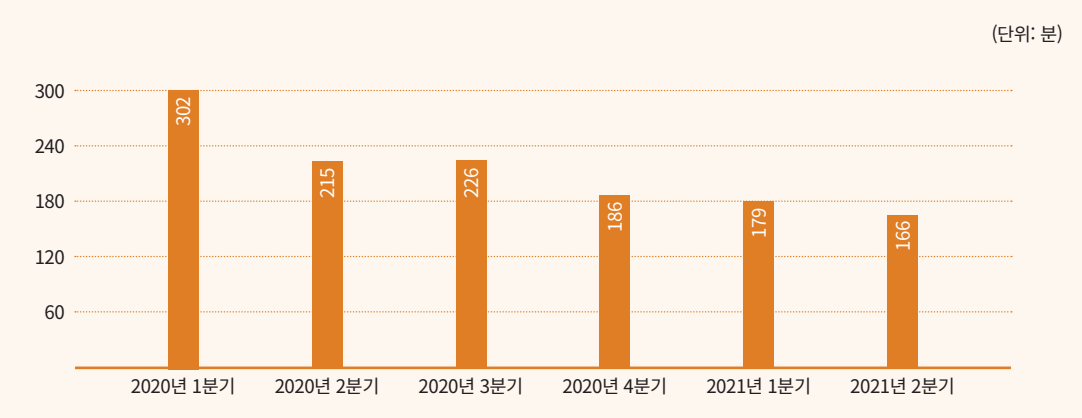
허혈성 뇌졸중 환자의 응급실 평균 체류시간(분 단위)

지표 설명

1. 허혈성 뇌졸중 주진단으로 응급진료센터에 내원한 환자의 응급실 평균 체류시간
2. 응급실 체류시간: 응급실 내원시간에서 응급실 퇴실시간을 뺀 시간
3. 응급실에 내원한 환자: 뇌경색(I63)과 일과성 허혈발작(G45.9)으로 응급실에 내원하여 입원한 환자

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 해당 기간 허혈성 뇌졸중 주진단으로 응급실에 내원하여 병동 입원한 환자는 총 499명으로 응급실 평균 체류시간은 3시간 18분, 중앙값은 2시간 37분 임

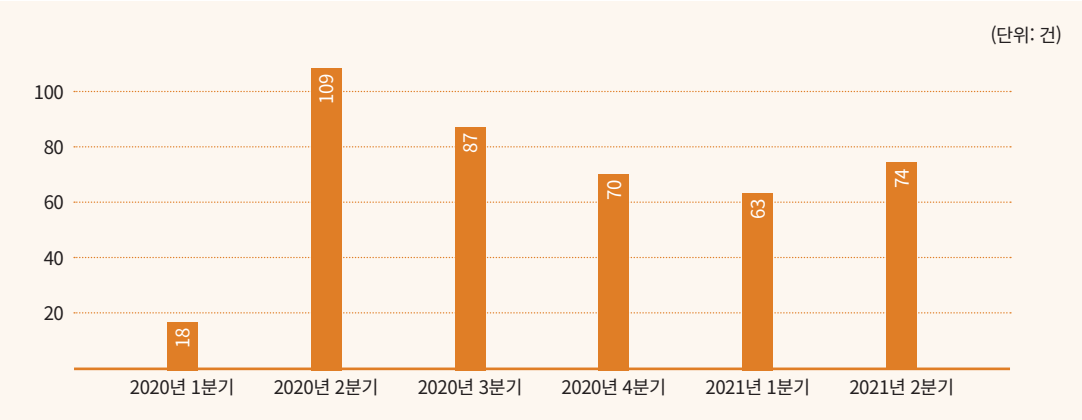
급성 뇌졸중 응급 CP 건수

지표 설명

1. 급성 뇌졸중 CP(Critical Pathway, 표준진료지침) 활성화 된 건수
2. 급성 뇌졸중 CP: BEST(Brain salvage through Emergency Stroke Therapy) CP로, 급성 뇌졸중 환자에서 팀 접근을 통하여 신속한 혈전용해치료술을 시행 등의 최대한 치료효과를 얻고자 개발된 표준화된 진료지침

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 해당 기간 내 총 421건의 급성 뇌졸중 응급 CP가 적용 됨

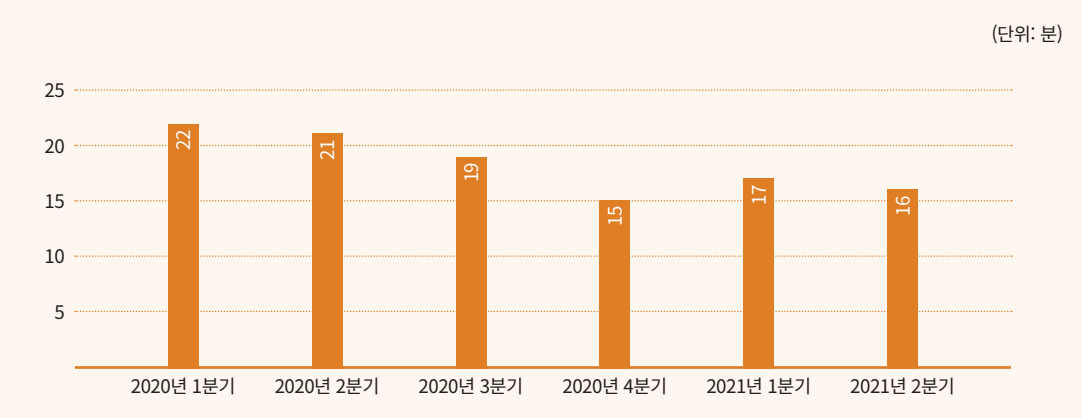
급성 뇌졸중 응급 CP 환자의 영상검사 평균시간(분 단위)

지표 설명

급성 뇌졸중 CP(BEST CP)가 활성화 된 환자의 영상검사(CT or MRI) 개시 시간의 월별 평균

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 급성 뇌졸중 응급 CP인 BEST CP가 활성화 된 후, 영상검사까지의 시간을 나타낸 것으로 2020년 3월부터 6월까지 평균 18분 소요됨. 급성 뇌졸중 응급 CP 환자의 영상검사 소요시간은 감소되는 추세임

응급실 통해 내원한 감염성 뇌수막염/뇌염 환자에게 항균제 투약까지 걸리는 시간

지표 설명

1. 감염성 뇌수막염/뇌염 환자(ICD10 - G00, G01, G04, G05)에 해당자의 응급실 내원시점부터 항균제 투약까지 걸리는 시간
2. 항균제: 대분류(항감염약물 07.00.00.00) 중 원내 약물 코드

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.

	감염성 뇌수막염/뇌염 환자 수	항균제 투여환자	항균제 평균 투약시간
2020년 ~ 2021년 상반기	10명	9명	13시간 1분

해석

· 해당 기간 응급실 통해 내원한 감염성 뇌수막염/뇌염 환자 총 10명 중 항균제 투여환자는 9명으로 항균제 투약시간 까지 소요된 시간은 평균 13시간 1분, 중앙값은 6시간 12분 임

Clinical Indicator

11 신경외과

- 뇌동맥류 코일 색전술 건수
- 뇌동맥류 수술 건수
- 비파열성 뇌동맥류 코일색전술 후 단기 합병증 발생률
- 비파열성 뇌동맥류 수술 후 단기 합병증 발생률
- 파열성 뇌동맥류 코일색전술 후 단기 합병증 발생률
- 파열성 뇌동맥류 수술 후 단기 합병증 발생률
- 뇌혈관 조영술 검사
- 뇌종양 수술 개수
- 척추 수술 후 감염률

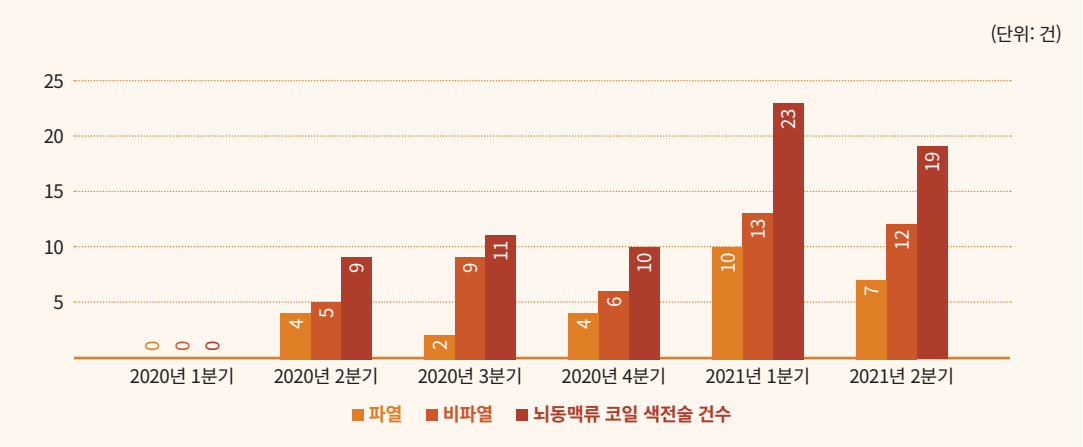
뇌동맥류 코일 색전술 건수

지표 설명

뇌동맥류(파열, 비파열 구분) 진단 받고 코일 색전술 시행한 건수

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 매년 분기별로 뇌동맥류 코일 색전술 건수는 지속적으로 증가하고 있음

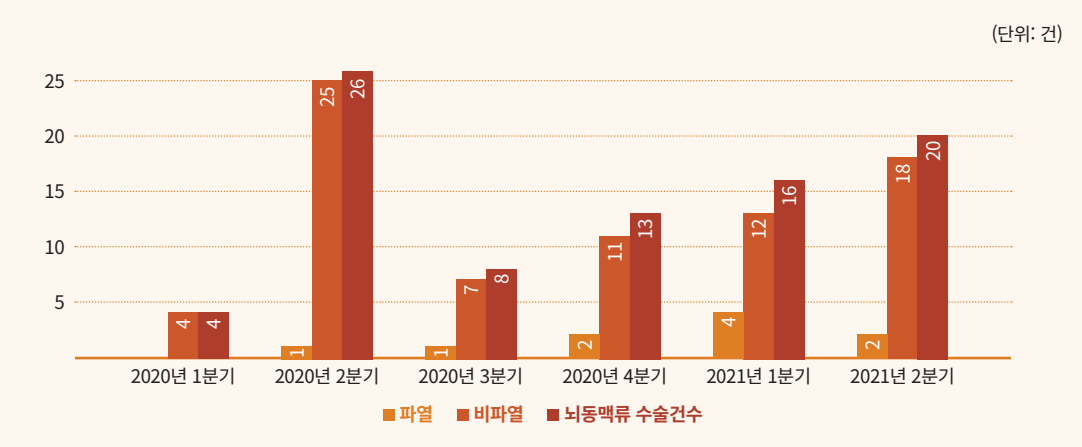
뇌동맥류 수술 건수

지표 설명

뇌동맥류 (파열, 비파열 구분) 진단 받고 수술을 시행한 건수

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 해당 기간 내 뇌동맥류(파열, 비파열) 수술 건수는 총 87건 임

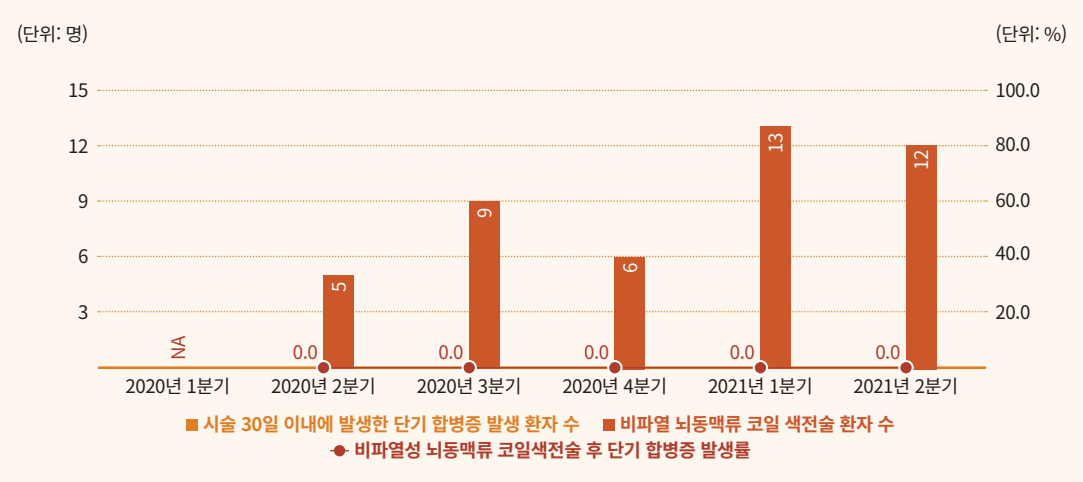
비파열성 뇌동맥류 코일색전술 후 단기 합병증 발생률

지표 설명

산출식: 비파열 뇌동맥류 코일 색전술 시술 30일 이내에 발생한 뇌출혈, 뇌경색, 감염, 신경학적 장애 및 후유증 발생 환자 수 / 비파열 뇌동맥류 코일 색전술 환자 수 x 100

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 해당 기간 내 비파열성 뇌동맥류 코일색전술 후 단기 합병증 발생률 0.0% 임

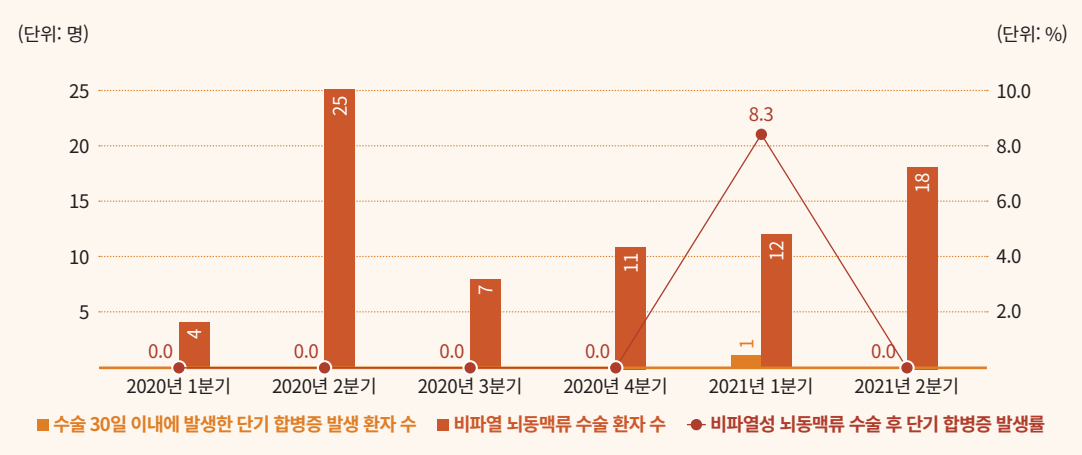
비파열성 뇌동맥류 수술 후 단기 합병증 발생률

지표 설명

산출식: 파열 뇌동맥류 수술 30일 이내에 발생한 뇌출혈, 뇌경색, 감염, 신경학적 장애 및 후유증 발생 환자 수 / 비파열 뇌동맥류 수술 환자 수 X 100

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 해당 기간 내 비파열성 뇌동맥류 수술 후 단기 합병증 발생은 1건으로, 발생률은 1.3% 임

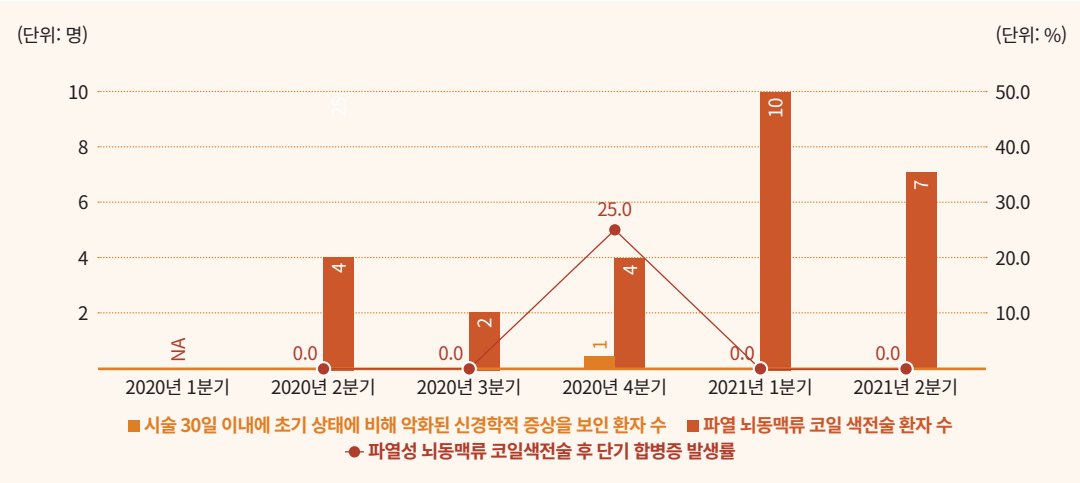
파열성 뇌동맥류 코일색전술 후 단기 합병증 발생률

지표 설명

1. 산출식: 파열 뇌동맥류 코일색전술 시술 30일 이내에 초기 상태에 비해 악화된 신경학적 증상을 보인 환자 수 / 파열 뇌동맥류 코일색전술 환자 수 X 100
2. 제외기준: 뇌혈관 연축, 뇌부종, 수두증 등 지주막하 출혈 합병증에 의하거나 내과적인 이유로 상태가 악화된 환자

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 해당 기간 내 파열성 뇌동맥류 코일색전술 후 단기 합병증 발생은 1건으로, 발생률은 2.2% 임

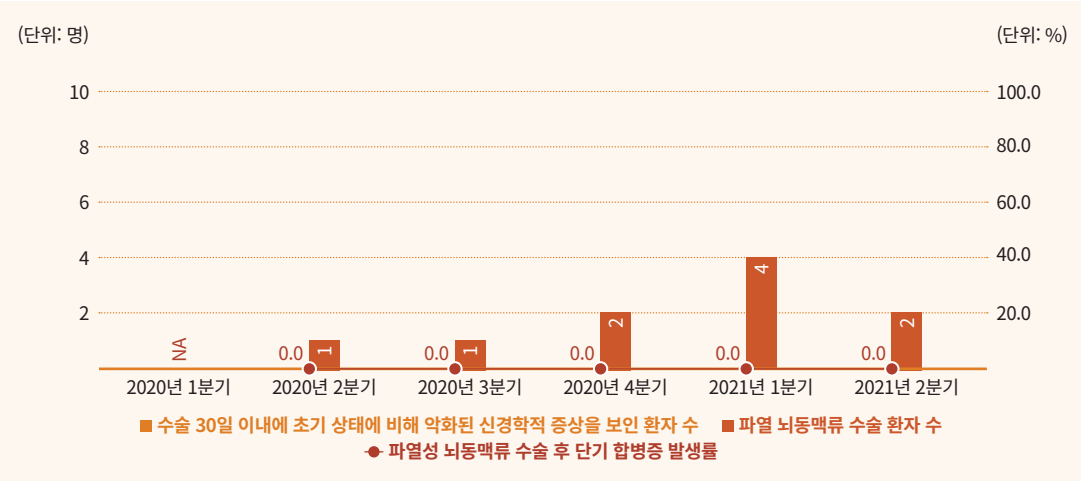
파열성 뇌동맥류 수술 후 단기 합병증 발생률

지표 설명

1. 산출식: 파열 뇌동맥류 수술 30일 이내에 초기 상태에 비해 악화된 신경학적 증상을 보인 환자 수/ 파열 뇌동맥류 수술 환자 수 X 100
2. 제외기준: 뇌혈관 연축, 뇌부종, 수두증 등 지주막하 출혈 합병증에 의하거나 내과적인 이유로 상태가 악화된 환자

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 해당 기간 내 파열성 뇌동맥류 수술 후 단기 합병증 발생률 0.0% 임

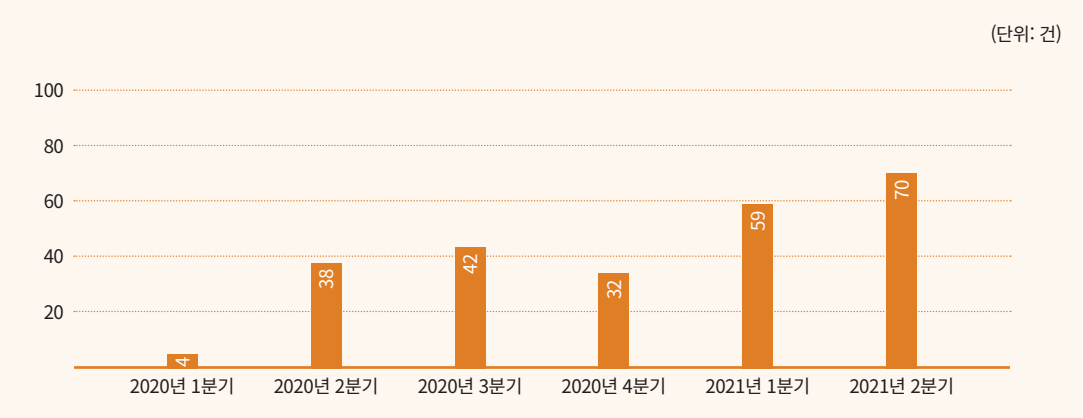
뇌혈관 조영술 검사

지표 설명

각종 뇌혈관 질환으로 시행한 뇌혈관 조영 검사 개수

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 해당 기간 내 각종 뇌혈관 질환으로 시행한 뇌혈관 조영 검사는 총 245건 임

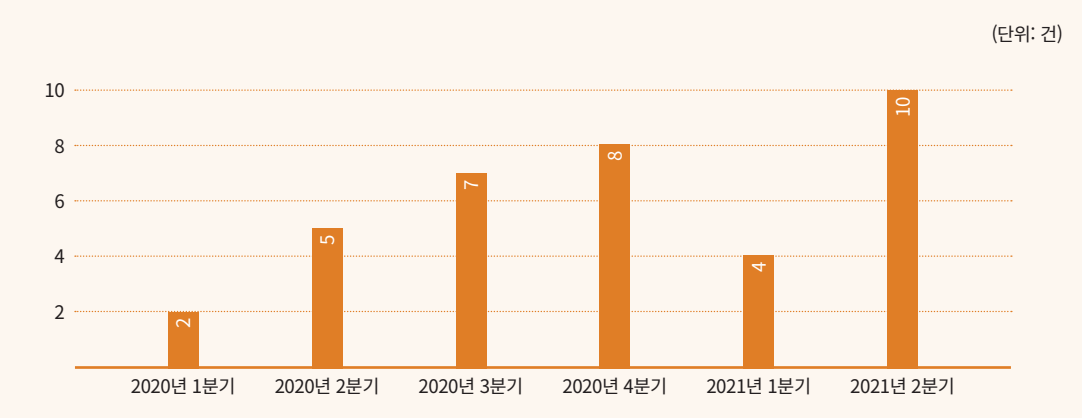
뇌종양 수술 개수

지표 설명

뇌종양 수술건수

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 해당 기간 내 뇌종양 수술 건수는 총 36건 임

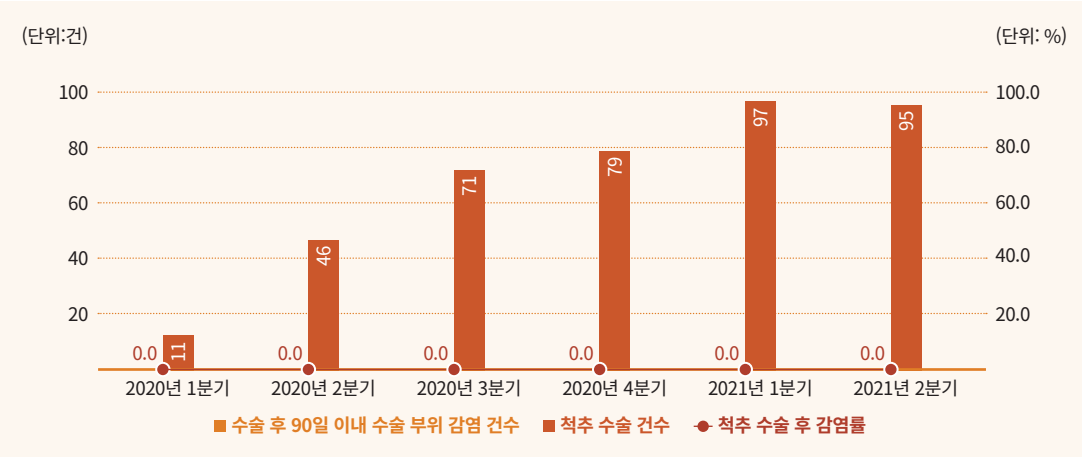
척추 수술 후 감염률

지표 설명

신경외과 척추 수술 시행 환자 중 수술 후 90일 이내 수술 부위 감염이 발생한 환자

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 해당 기간 내 척추 수술 후 감염률 0.0% 임

Clinical Indicator

12 신장내과

- 혈액투석 적절도 충족률
- 칼슘X인 충족률

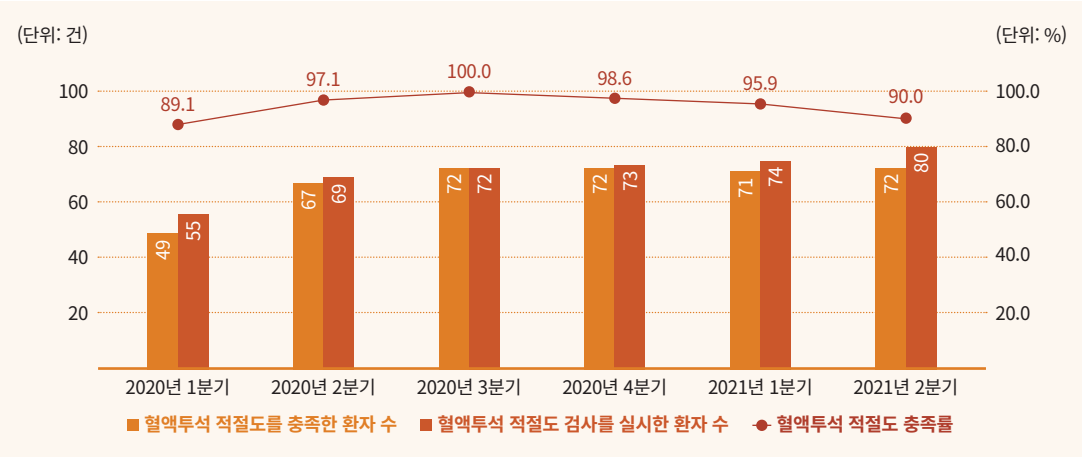
혈액투석 적절도 충족률

지표 설명

1. 혈액투석 적절도 검사의 평균값이 URR ≥ 65% 충족하는 환자의 비율
2. 혈액투석 적절도는 1회 투석 동안 요소의 분획제거율(urea reduction ratio, URR)로서 노폐물 제거에 대한 투석의 효과를 측정
3. 산출식: 혈액투석 적절도를 충족한 환자 수 / 해당 기간 혈액투석 적절도 검사를 실시한 환자 수 X 100

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 혈액투석 적절도 검사 결과가 지속적으로 관리되고 있으며, 해당 기간 내 혈액투석 적절도는 95.3% 임

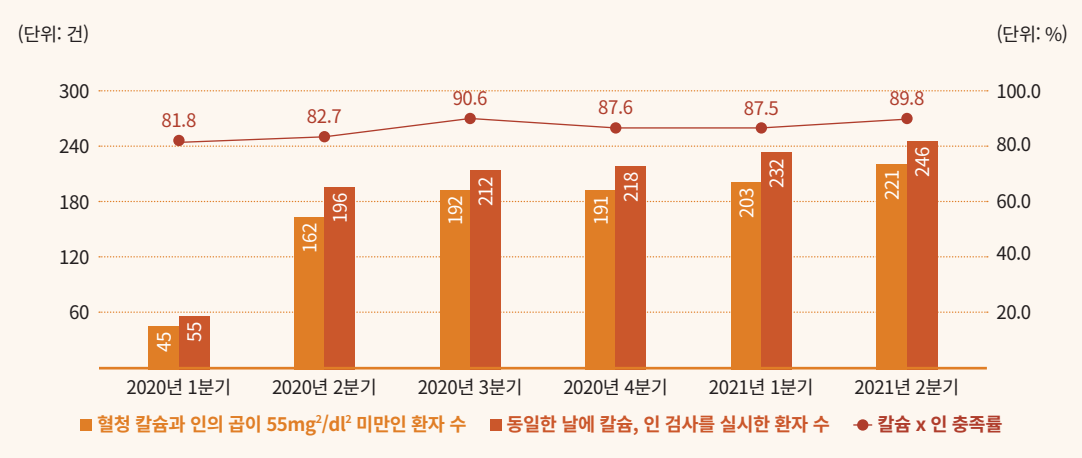
칼슘 x 인 충족률

지표 설명

1. 동일한 날에 검사한 혈청 칼슘과 인의 곱이 55mg²/dl² 미만인 환자의 비율
2. 산출식: 칼슘 X 인<55mg²/dl² 인 환자수 / 당월 검사를 1회 이상 실시한 환자 수 X 100

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 칼슘 X 인 충족률이 높을수록 환자의 식이요법과 약물요법이 잘 이행되고 있음을 의미함

· 해당 기간 내 칼슘 X 인 충족률은 87.5% 임

Clinical Indicator

13 심장내과

- 부정맥 심장박동기 및 제세동기 삽입 건수
- ST분절 상승 급성심근경색증에 대한 일차적 관상동맥 중재시술 건수
- 부정맥 도자절제술 건수

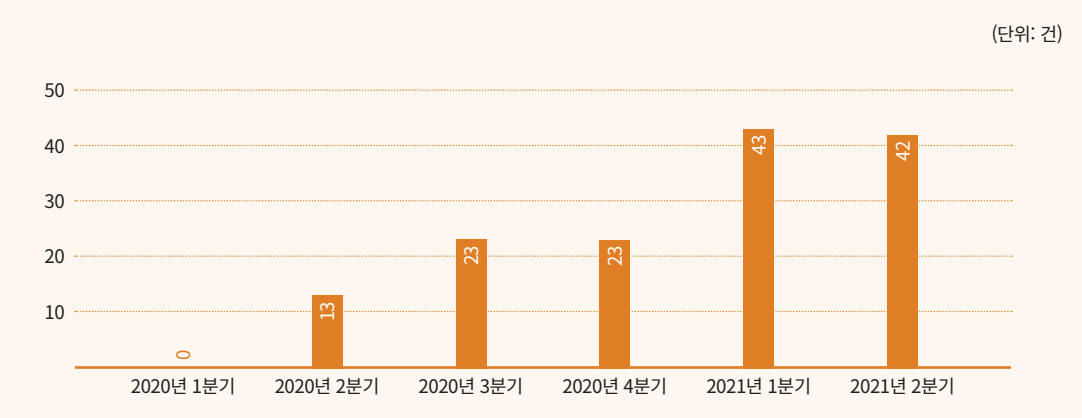
부정맥 심장박동기 및 제세동기 삽입 건수

지표 설명

부정맥 심장박동기 및 제세동기 삽입 건수

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 해당 기간 내 부정맥 심장박동기 및 제세동기 삽입 건수는 총 144건으로 매년 분기별로 증가하고 있음

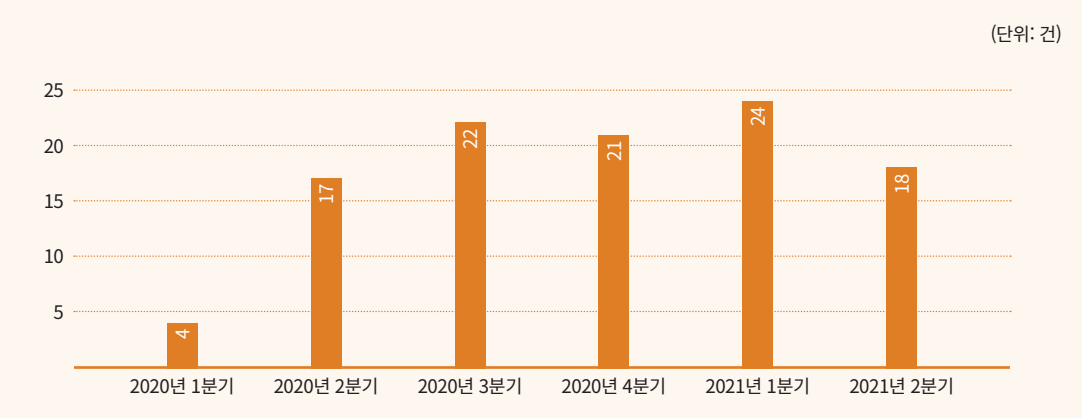
ST분절 상승 급성심근경색증에 대한 일차적 관상동맥 중재시술 건수

지표 설명

ST분절 상승 급성심근경색증에 대한 일차적 관상동맥 중재시술 건수

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 해당 기간 내 ST분절 상승 급성심근경색증에 대한 일차적 관상동맥 중재시술 총 106건(월 평균 6.6건)임

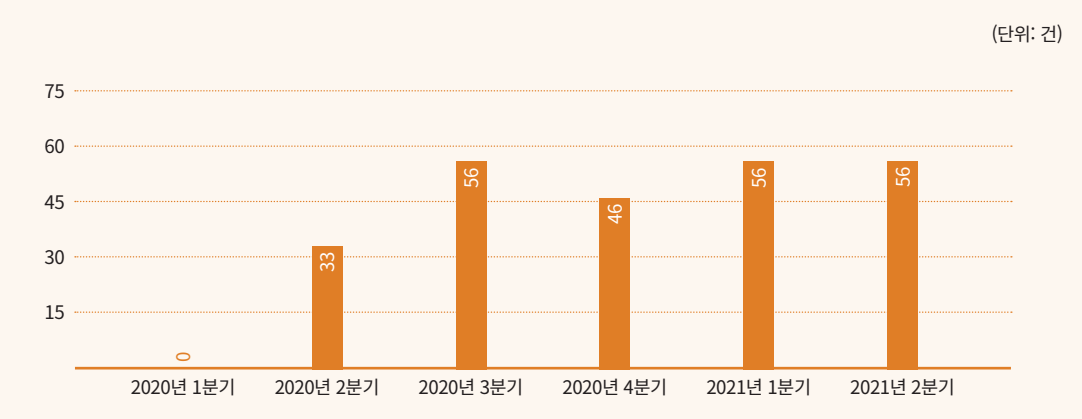
부정맥 도자절제술 건수

지표 설명

1. 부정맥 도자절제술 건수
2. 도자절제술이란 심장 내에 전극도자를 삽입하여, 부정맥을 일으키는 부위에 고주파 열로 제거하는 시술

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 해당 기간 내 부정맥 도자절제술은 총 247건으로 매년 분기별로 증가하고 있음

Clinical Indicator

14 안과

- 안구내 수술 건수
- 안구내 주사 후 급성 안내염 발생률

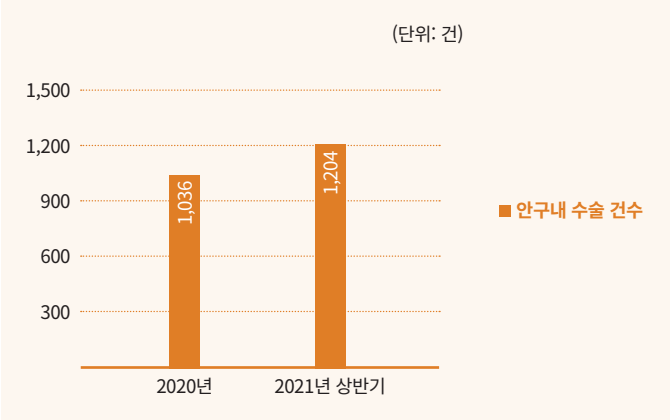
안구내 수술 건수

지표 설명

백내장 수술, 유리체 절제술, 유리체내 주입술을 시행한 건수

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 안구내 수술 건수는 매년 증가하고 있음

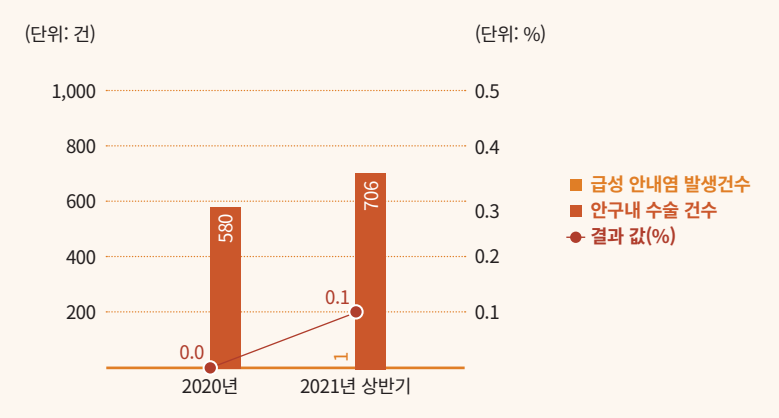
안구내 주사 후 급성 안내염 발생률

지표 설명

1. 안구내 수술 건수 중 급성 안내염이 발생한 건수의 비율
2. 안구내 수술 건수는 백내장 수술, 유리체 절제술, 유리체내 주입술을 시행한 건수를 말함
3. 급성 안내염 발생이 원내발생이 아닌 외부발생인 경우 분자, 분모에서 제외함

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 해당기간 동안 급성 안내염 발생건수는 1건으로 전체 0.08% 임

Clinical Indicator

15 영상의학과

- 영상의학과 TAT 충족률(입원)
- 영상의학과 TAT 충족률(외래)

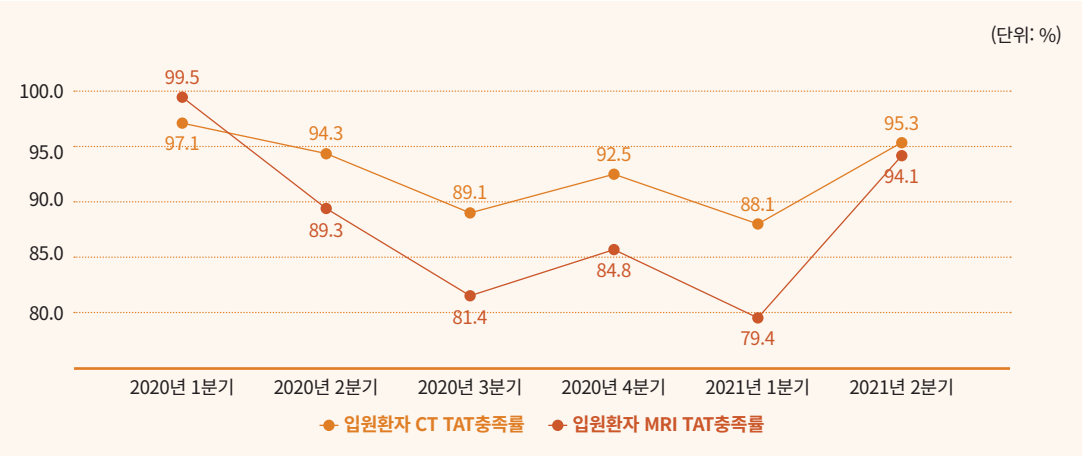
영상의학과 TAT 충족률(입원) - CT, MRI 검사 후 2일 이내 판독결과 보고율

지표 설명

1. 입원환자에서 시행한 총 CT, MRI 검사 중 2일 이내 TAT(Turn Around Time) 기준을 충족한 검사 건수 비율
2. TAT(Turn Around Time): 영상 검사 후 판독 완료 소요시간

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 영상의학과는 정확하고 신속하게 영상 검사를 보고하기 위해 지속적으로 판독결과 보고율을 관리하고 있음

· 해당기간 내 입원환자에서의 CT TAT 충족률은 92.1%, MRI TAT 충족률은 86.4%임

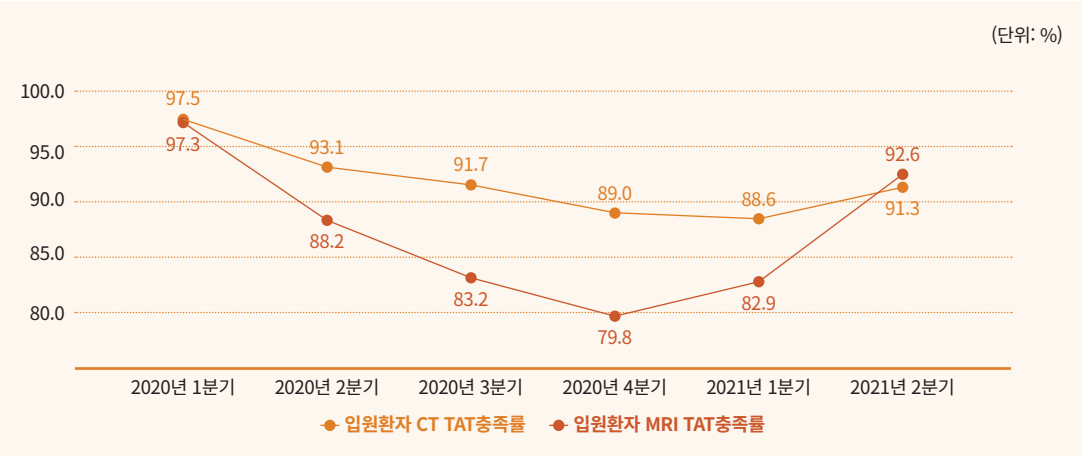
영상의학과 TAT 충족률(외래) - CT, MRI 검사 후 7일 이내 판독결과 보고율

지표 설명

1. 외래환자에서 시행한 총 CT, MRI 검사 중 7일 이내 TAT(Turn Around Time) 기준을 충족한 검사 건수 비율
2. TAT(Turn Around Time): 영상 검사 후 판독 완료 소요시간

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 영상의학과는 정확하고 신속하게 영상 검사를 보고하기 위해 지속적으로 판독결과 보고율을 관리하고 있음

· 해당 기간 내 외래환자에서의 CT TAT 충족률은 90.7%, MRI TAT 충족률은 86.1% 임

Clinical Indicator

16 응급의학과

· 응급실 체류환자 지수

응급실 체류환자 지수

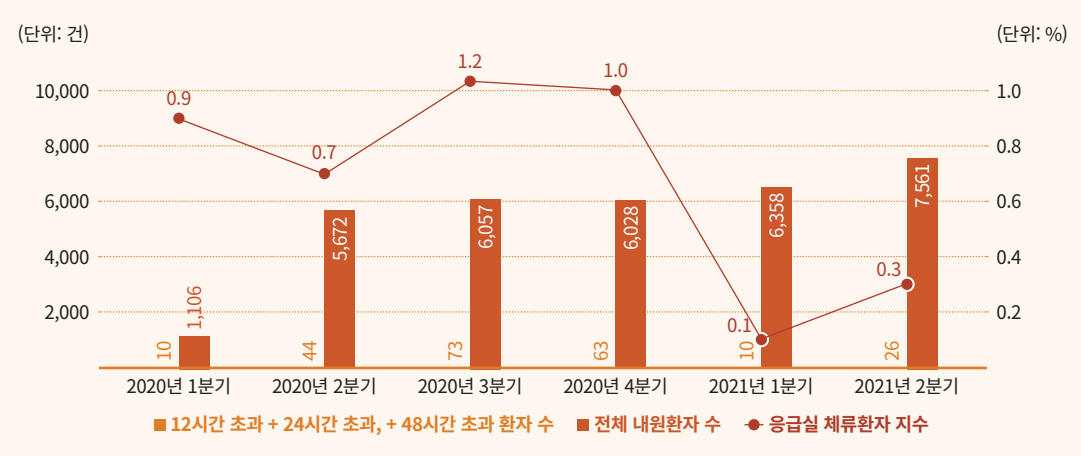
지표 설명

1. 응급실에 내원한 응급환자 중 12시간을 초과하여 체류한 응급환자들의 가중 비율 측정
2. 응급의료기관 평가 체류환자 지수 측정 방법과 동일(소수 둘째자리 이하 절사)
3. 산출식: 체류환자 지수

$$= \frac{\text{12시간 초과 체류 환자수+24시간 초과 체류 환자수+48시간 초과 체류 환자수}}{\text{전체내원환자수}} \times 100$$

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 응급실 내 재실시간의 증가는 응급실 과밀화를 유발하여 환자의 예후에 영향을 미치므로 체류시간 관리가 필요함

· 해당기간 내 응급실 체류환자 지수 0.6% 임

Clinical Indicator

17 이비인후과

· 편도 절제술 후 출혈 지혈술 비율

편도 절제술 후 출혈 지혈술 비율

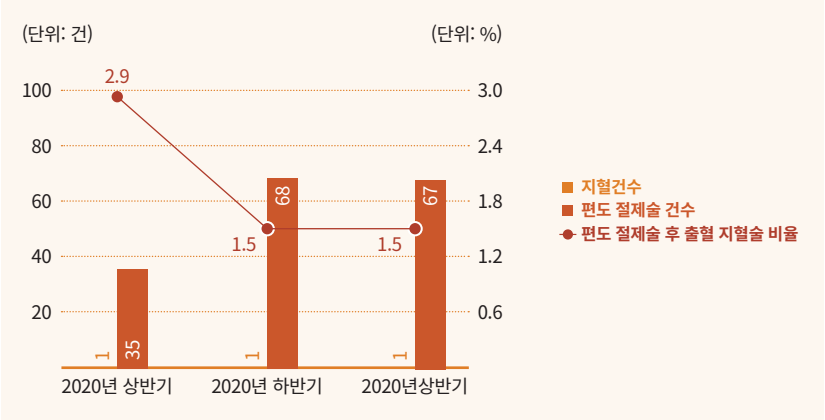
지표 설명

편도 절제술을 받은 환자에서 출혈로 인한 지혈술을 시행한 비율

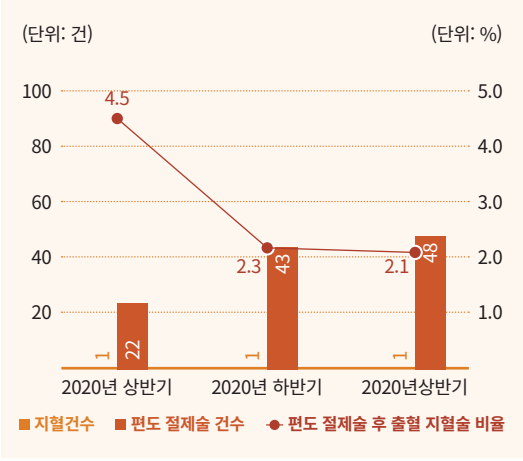
지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.

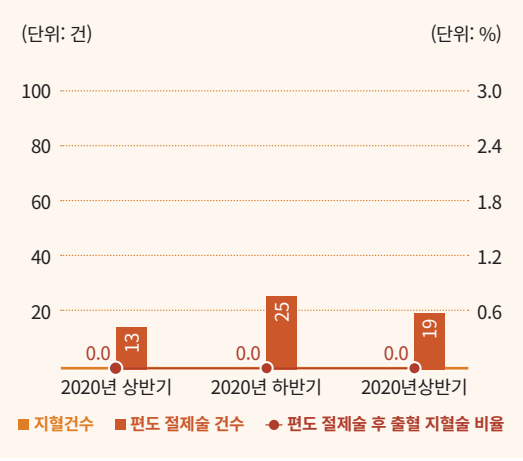
■ 전체지표



■ 성인지표



■ 소아지표



해석

· 해당기간 내 편도 절제술 후 출혈 지혈술은 총 3건으로 전체 1.8%(성인: 2.7%, 소아: 0.0%) 임

Clinical Indicator

18 입원의학과

- 입원의학과 퇴원 환자경험 만족도
- 입원 30일 이내 사망률
- 30일 이내 비계획적 재입원율
- 1,000 재원일당 낙상발생 보고율

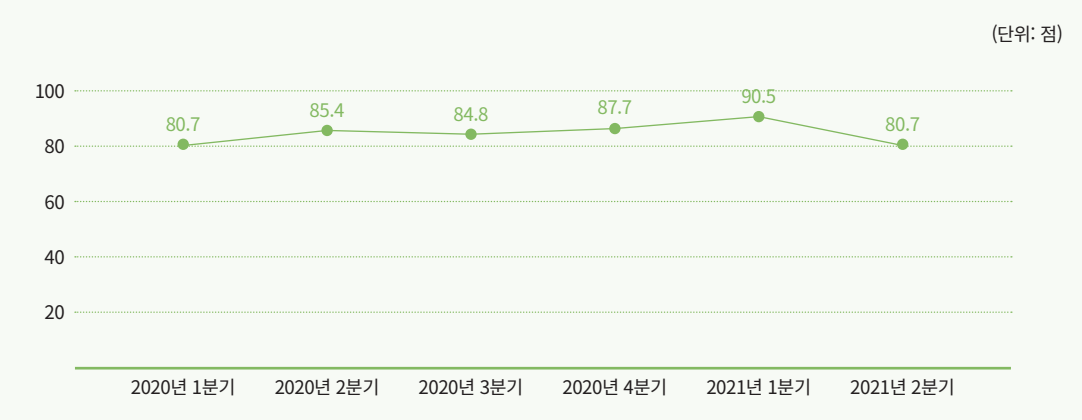
입원의학과 퇴원 환자경험 만족도

지표 설명

1. 입원의학과로 퇴원한 환자들을 대상으로 입원 시 만족도 평가
2. 산출식: 설문항목 점수의 합 / 입원의학과 퇴원환자 중 자체 모바일 환자경험 조사 설문을 완료한 환자 수
3. 설문항목은 총 6개 영역(간호사 영역, 의사영역, 투약 및 치료과정 영역, 병원환경, 환자권리보장, 전반적 평가)으로 총 22문항

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 모바일 환자경험조사 결과는 월별로 모니터링 되고 있으며, 1월과 7월에는 환자경험조사가 아닌 고객만족도 조사로 지표 데이터에 포함하지 않음

· 병동의 입원환자를 관리하는 입원의학과에서 퇴원 후 환자만족도 지표를 관리함으로써 입원의학과 의료의 질 향상을 도모하고자 함

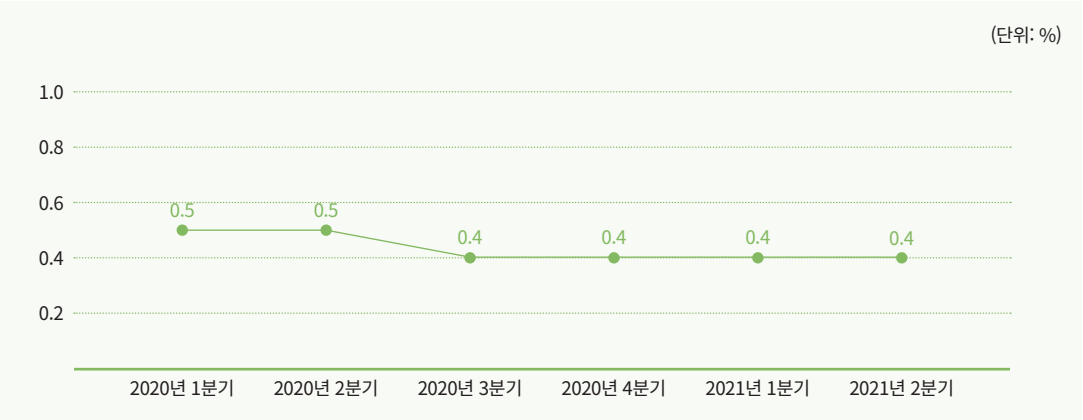
입원 30일 이내 사망률

지표 설명

1. 입원의학과로 입원한 환자의 입원 30일 이내 사망률
2. 제외조건: 연명의료계획 수립 환자, 입원 후 48시간 이내 사망 환자

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 입원 30일 이내 사망률은 의료의 질에 대한 평가 도구로 자주 활용되고 있음

· 해당 기간 내 입원 30일 이내 사망률은 0.4% 임

30일 이내 비계획적 재입원율

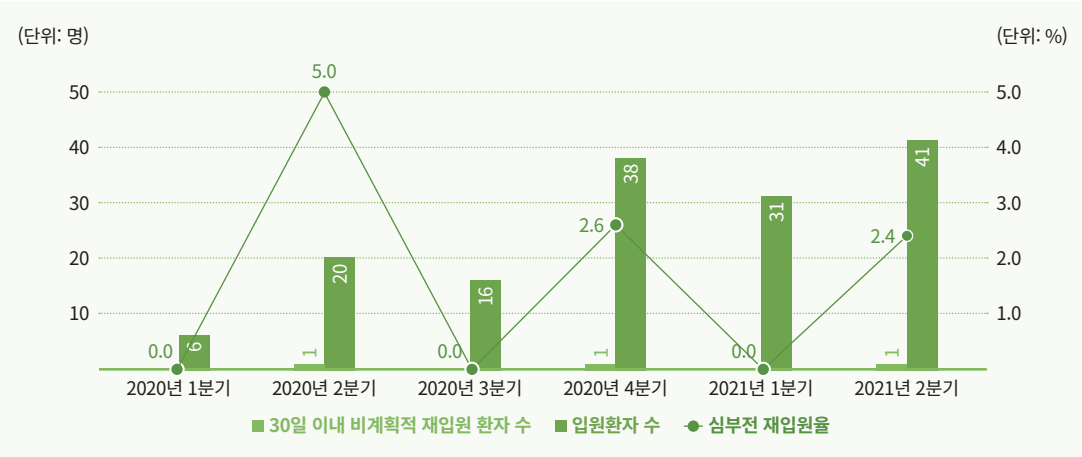
지표 설명

1. 암(수술), 심부전, 관상동맥우회로술, 뇌졸중, 뇌동맥류로 입원한 환자(주진단, 수술, 시술) 중 입원 치료를 수행한 후 퇴원 30일 이내에 계획되지 않은 재입원 비율
2. 대상환자
   - 심부전 I50, 뇌졸중 I60~I63, 뇌동맥류(기타뇌혈관질환): I67, I69
   - 암(수술): ICD 10 진단코드(C00～C97, D00～D09, D32～D33, D37～D48)로 수술한 환자
   - 관상동맥우회로술: 대동맥-관동맥간우회로조성술 (O1640, O1641, O1647, O1648, O1649), 무인공심폐관상동맥우회로술 (OA640, OA641, OA647, OA648, OA649)
3. 제외조건: 퇴원 시 계획된 재입원, 항암치료 후 부작용 건(암(수술))

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.

■ 심부전 재입원율

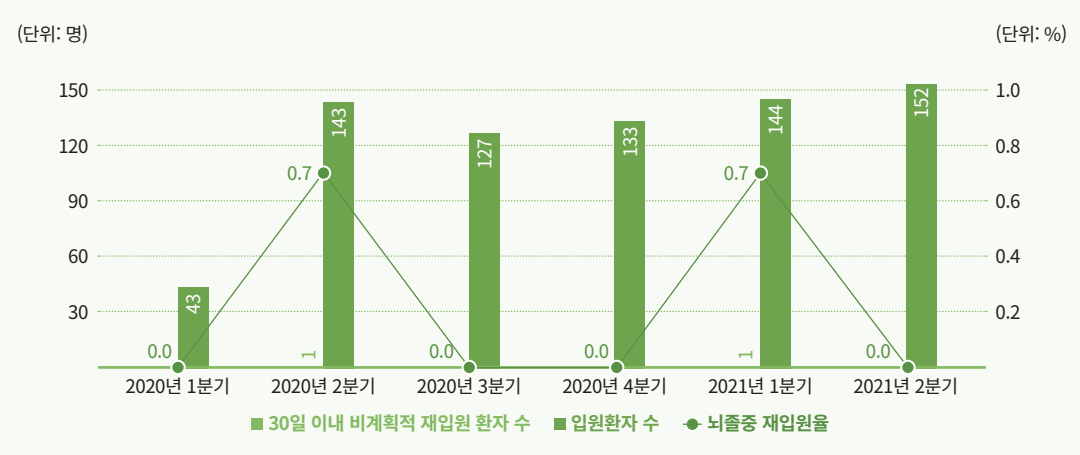


해석

· 재입원율은 병원 질 향상 및 의료비 절감에 대한 지표로 활용

· 해당 기간 내 심부전 재입원율은 2.0% 임

■ 뇌졸중 재입원율

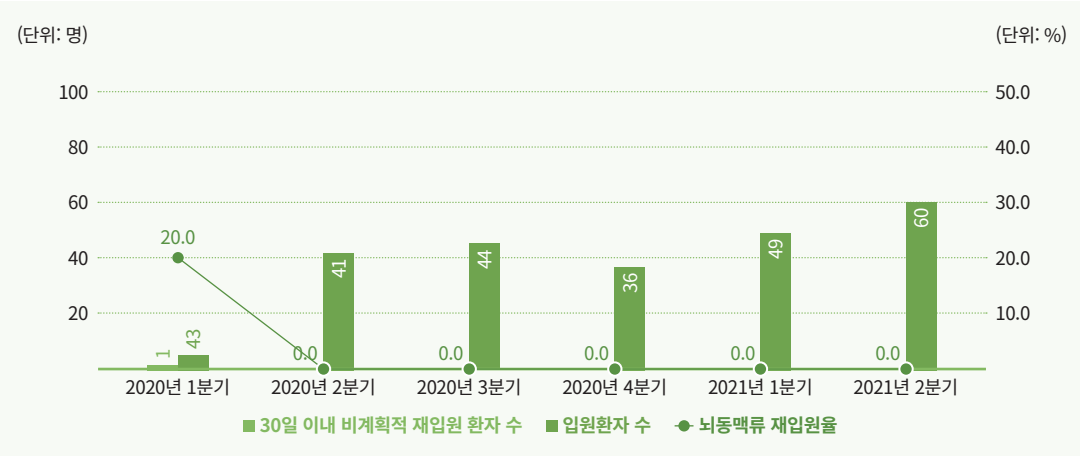


해석

· 재입원율은 병원 질 향상 및 의료비 절감에 대한 지표로 활용

· 해당 기간 내 뇌졸중 재입원율은 0.3% 임

■ 뇌동맥류 재입원율

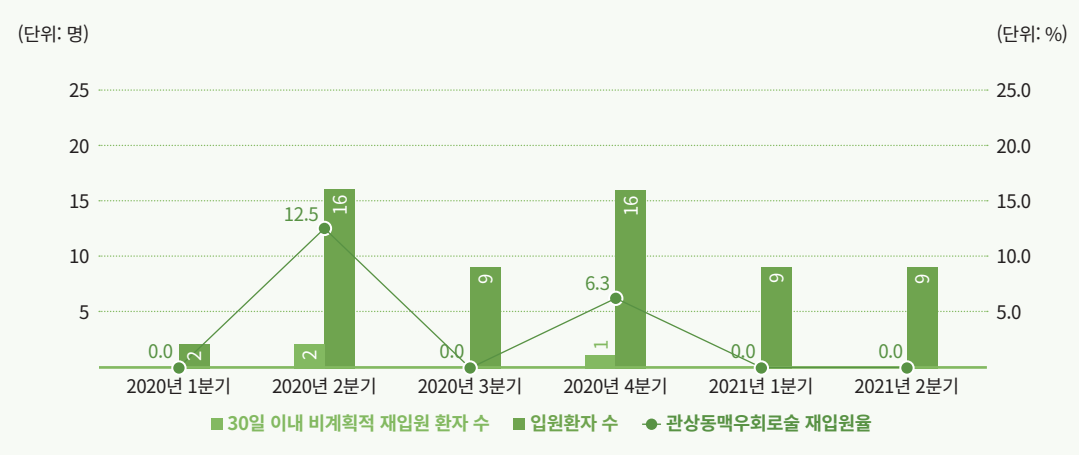


해석

· 재입원율은 병원 질 향상 및 의료비 절감에 대한 지표로 활용

· 해당 기간 내 30일 이내 비계획적 재입원 환자 수는 1명으로, 전체 뇌동맥류 재입율은 0.4% 임

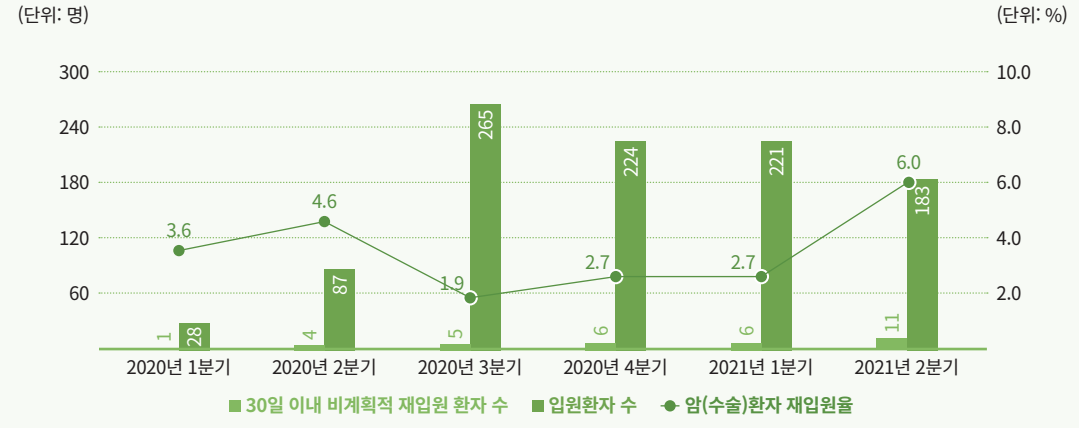
■ 관상동맥우회로술 재입원율



해석

· 재입원율은 병원 질 향상 및 의료비 절감에 대한 지표로 활용
· 해당 기간 내 30일 이내 비계획적 재입원 환자 수는 3명으로, 전체 관상동맥우회로술 재입원율은 4.9% 임

■ 암(수술)환자 재입원율



해석

· 재입원율은 병원 질 향상 및 의료비 절감에 대한 지표로 활용

· 해당 기간 내 암(수술)환자 재입원율은 3.3% 임

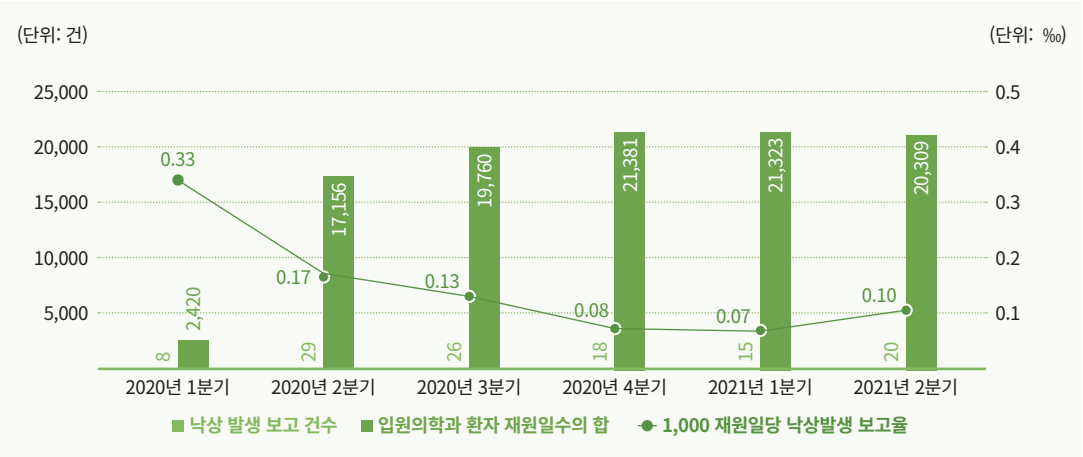
1,000 재원일당 낙상 발생 보고율

지표 설명

1. 입원의학과에서 진료한 환자에서 낙상 발생 보고 건수
2. 낙상: 갑작스럽고 비의도적인 자세변화로 몸의 위치가 본래의 위치보다 낮아지거나 바닥에 떨어지는 사고
3. 입원의학과에서 진료한 환자: 낙상 발생 시점에 입원의학과가 주치의이거나 주협업의로 지정되어 환자 진료를 담당한 경우
4. 주협업의: 입원 환자 진료를 담당하는 책임의사와 입원진료가 필요한 주요 질환의 치료, 관리 및 계획에 대해 긴밀하게 소통하며 협업을 하는 주협업과 의사
5. 낙상 발생 보고 건수: 낙상 발생 후 적정진료관리팀에 보고된 건수

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 낙상은 의료기관에서 가장 흔하게 발생하는 환자안전사건임

· 입원의학과 내 환자안전지표로 관리함으로써 다학제팀 구성을 통한 효과적인 낙상예방활동을 계획하고 활동 중에 있음

· 해당 기간 내 1,000 재원일당 낙상 발생 보고율은 0.11‰ 임

Clinical Indicator

19 재활의학과

- Acute coronary syndrome 이후 revascularization을 시행한 환자에서 심장재활 협진 의뢰율
- Acute coronary syndrome 이후 revascularization을 시행한 환자에서 입원중 심장재활치료가 1회 이상 시행된 비율
- 심장재활 협진 의뢰된 환자 중 외래 심장재활 등록률
- Acute coronary syndrome 이후 revascularization을 시행한 환자에서 심장재활치료의 효과
- 심장재활치료프로그램에 참여한 환자의 금연 성공률
- 재활의학과(또는 입원-재활의학과) 입원 환자의 평균 입원기간
- 입원재활환자 재가 퇴원율

Acute coronary syndrome 이후 revascularization을 시행한 환자에서 심장재활 협진 의뢰율

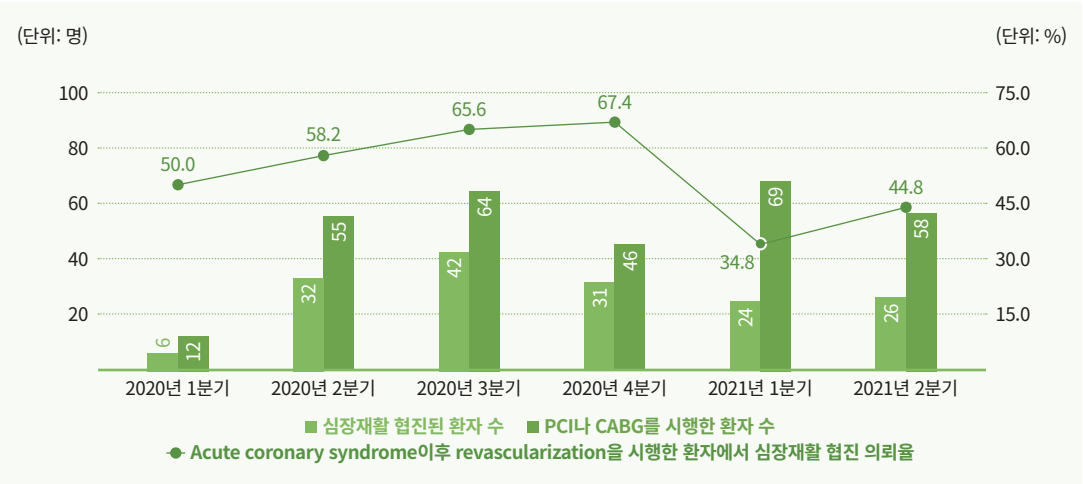
지표 설명

1. Acute coronary syndrome이후 revascularization (PCI or CABG)를 시행한 환자에서 심장재활 협진 의뢰율
2. 제외 조건: 입원 중 사망, 치료 거부 퇴원 및 가망 없는 퇴원 건
3. Acute coronary syndrome: 급성 관상 동맥증후군, 관상동맥(coronary artery)의 혈류가 장애를 받아 일어나는 불안정 협심증으로 급성 심근경색증등을 포함
4. PCI(percutaneous coronary intervention): 경피적관상동맥개입술을 의미하며 협착된 관상동맥(coronary artery)을 확장하기 위해 피부를 통해 카테터를 삽입하고 협착부에 스텐트(stent)를 유지하는 심장카테터 치료를 말함
5. CABG(coronary artery bypass graft): 관상동맥우회술을 의미하며 관상동맥(coronary artery) 협착부에 환자 본인에게서 채취한 정상혈관을 연결하여 우회로를 만들어 혈류량의 회복을 위한 수술

[출처: 임상약어연구회 외 4인, 「의약 간호 약어해설사전」, 대광의학, 2016]

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 심장재활은 심혈관질환 위험인자를 관리하는 것으로 관상동맥중재술을 받은 환자의 사망률과 재입원율을 감소시키는 효과가 있다고 알려져 있음

· 해당 기간 내 Acute coronary syndrome 이후 revascularization을 시행한 환자에서 심장재활 협진 의뢰율은 53.0% 임

Acute coronary syndrome 이후 revascularization을 시행한 환자에서 입원 중 심장재활 치료가 1회 이상 시행된 비율

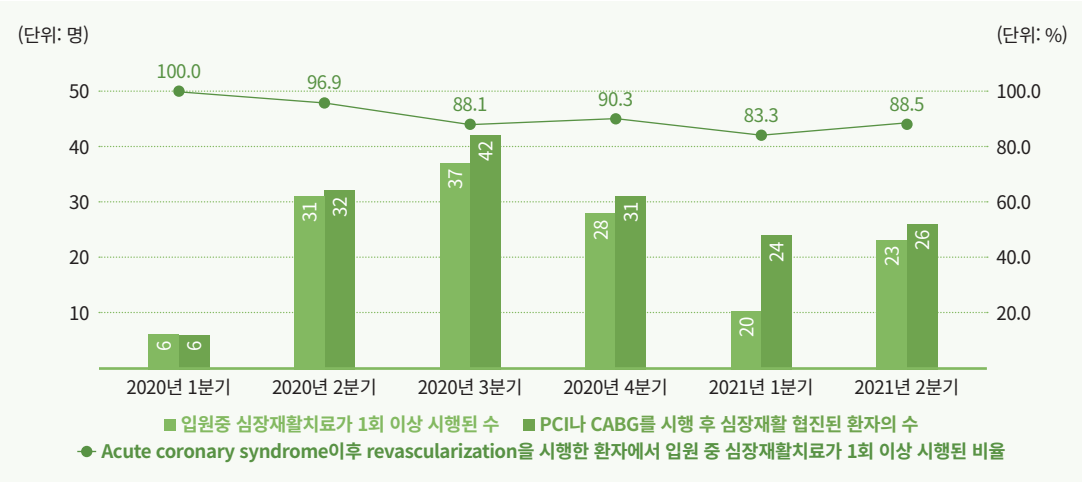
지표 설명

1. Acute coronary syndrome이후 revascularization (PCI or CABG)를 시행한 입원 중 심장재활치료가 1회 이상 시행된 비율
2. 제외 조건: 입원 중 사망, 치료 거부 퇴원 및 가망 없는 퇴원 건
3. Acute coronary syndrome: 급성 관상 동맥증후군, 관상동맥(coronary artery)의 혈류가 장애를 받아 일어나는 불안정 협심증으로 급성 심근경색증등을 포함
4. PCI(percutaneous coronary intervention): 경피적관상동맥개입술을 의미하며 협착된 관상동맥(coronary artery)을 확장하기 위해 피부를 통해 카테터를 삽입하고 협착부에 스텐트(stent)를 유지하는 심장카테터 치료를 말함
5. CABG(coronary artery bypass graft): 관상동맥우회술을 의미하며 관상동맥(coronary artery) 협착부에 환자 본인에게서 채취한 정상혈관을 연결하여 우회로를 만들어 혈류량의 회복을 위한 수술

[출처: 임상약어연구회 외 4인, 「의약 간호 약어해설사전」, 대광의학, 2016]

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 심장재활은 심혈관질환위험인자를 관리하는 것으로 관상동맥중재술을 받은 환자의 사망률과 재입원율을 감소시키는 효과가 있다고 알려져 있음

· 해당 기간 내 Acute coronary syndrome 이후 revascularization을 시행한 환자에서 입원중 심장재활 치료가 1회 이상 시행된 비율은 90.1% 임

심장재활 협진 의뢰된 환자 중 외래 심장재활 등록률

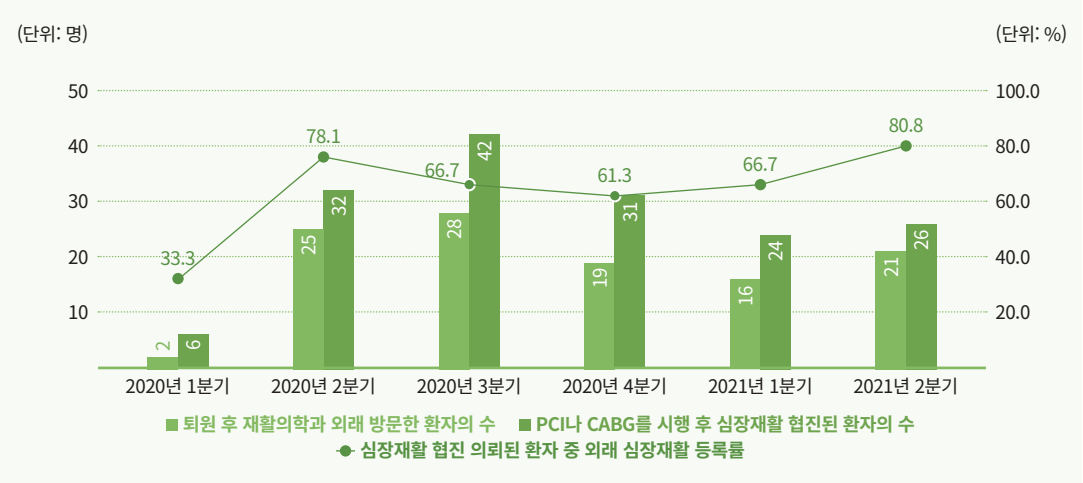
지표 설명

1. Acute coronary syndrome환자에서 revascularization (PCI or CABG)를 시행 뒤 심장재활 협진된 환자가 퇴원 후 심장 재활의학과 외래 등록률 비율
2. 제외 조건: 입원 중 사망, 치료 거부 퇴원 및 가망 없는 퇴원 건
3. Acute coronary syndrome: 급성 관상 동맥증후군, 관상동맥(coronary artery)의 혈류가 장애를 받아 일어나는 불안정 협심증으로 급성 심근경색증 등을 포함
4. PCI(percutaneous coronary intervention): 경피적관상동맥개입술을 의미하며 협착된 관상동맥(coronary artery)을 확장하기 위해 피부를 통해 카테터를 삽입하고 협착부에 스텐트(stent)를 유지하는 심장카테터 치료를 말함
5. CABG(coronary artery bypass graft): 관상동맥우회술을 의미하며 관상동맥(coronary artery) 협착부에 환자 본인에게서 채취한 정상혈관을 연결하여 우회로를 만들어 혈류량의 회복을 위한 수술

[출처: 임상약어연구회 외 4인, 「의약 간호 약어해설사전」, 대광의학, 2016]

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 심장재활은 심혈관질환위험인자를 관리하는 것으로 관상동맥중재술을 받은 환자의 사망률과 재입원율을 감소시키는 효과가 있다고 알려져 있음

· 해당 기간 내 심장재활 협진 의뢰된 환자 중 외래 심장재활 등록률은 68.9% 임

Acute coronary syndrome 이후 revascularization을 시행한 환자에서 심장재활치료의 효과

지표 설명

1. Acute coronary syndrome이후 revascularization (PCI or CABG)를 시행 후 심장재활치료의 효과(6주 혹은 12주째 최대산소섭취량의 변화율)
2. 제외 조건: 입원 중 사망, 치료 거부 퇴원 및 가망 없는 퇴원 건, 재활의학과 외래 진료 기간이 12주 미만인 건
3. 심장재활치료의 효과: 6주(혹은 12주)째 CPX 검사상 최대산소섭취량과 첫번째 CPX상 최대산소섭취량의 차이가 증가(+)인 경우(단위; ml/min/kg)
4. CPX(Cardiopulmonary Exercise Test): 심장치료재활을 위한 운동부하 심폐기능 평가
5. Acute coronary syndrome: 급성 관상 동맥증후군, 관상동맥(coronary artery)의 혈류가 장애를 받아 일어나는 불안정 협심증으로 급성 심근경색증등을 포함
6. PCI(percutaneous coronary intervention): 경피적관상동맥개입술을 의미하며 협착된 관상동맥(coronary artery)을 확장하기 위해 피부를 통해 카테터를 삽입하고 협착부에 스텐트(stent)를 유지하는 심장카테터 치료를 말함
7. CABG(coronary artery bypass graft): 관상동맥우회술을 의미하며 관상동맥(coronary artery) 협착부에 환자 본인에게서 채취한 정상혈관을 연결하여 우회로를 만들어 혈류량의 회복을 위한 수술

[출처: 임상약어연구회 외 4인, 「의약 간호 약어해설사전」, 대광의학, 2016]

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.

	관상동맥중재술 시행 후 퇴원한 환자로 재활의학과 외래진료에서 첫번째 CPX검사와 검사를 받은 환자	심장재활치료의 효과	평균 최대산소섭취량 변화
2020년 ~ 2021년 상반기	30명	25명(83.3%)	3.5 ml/min/kg

해석

· 해석: 해당 기간 내 관상동맥중재술 시행 후 퇴원한 환자로 재활의학과 외래진료에서 첫번째 CPX검사와 6주(혹은 12주째) CPX검사를 받은 환자는 총 30명, 심장재활치료의 효과를 보인 환자는 25명임. 해당 환자 중 심장재활치료의 효과를 보인 비율은 83.3%로 심장재활치료의 효과를 보인 환자에서의 평균 최대산소섭취량의 변화는 3.5 ml/min/kg 임

심장재활치료프로그램에 참여한 환자의 금연 성공률

지표 설명

1. Acute coronary syndrome이후 revascularization (PCI or CABG)를 시행 후 심장재활치료 프로그램에 참여한 환자의 위험인자 조절 효과 중에서 금연 성공률
2. 금연 성공 환자: 재관류 시행 3개월 후 해당기간 동안 금연에 성공한 환자
3. 심장재활치료 프로그램에 참여한 환자: 재관류 시행 후 재활의학과에 협진된 환자 중 current smoker인 환자
4. current smoker: 재활의학과에 협진 의뢰 된 환자에서 회신 내용 중 current smoker으로 기록된 경우
5. 제외 조건: 재활의학과 외래 진료 기간이 12주 미만인 건
6. Acute coronary syndrome: 급성 관상 동맥증후군, 관상동맥(coronary artery)의 혈류가 장애를 받아 일어나는 불안정 협심증으로 급성 심근경색증 등을 포함
7. PCI(percutaneous coronary intervention): 경피적관상동맥개입술을 의미하며 협착된 관상동맥(coronary artery)을 확장하기 위해 피부를 통해 카테터를 삽입하고 협착부에 스텐트(stent)를 유지하는 심장카테터 치료를 말함
8. CABG(coronary artery bypass graft): 관상동맥우회술을 의미하며 관상동맥(coronary artery) 협착부에 환자 본인에게서 채취한 정상혈관을 연결하여 우회로를 만들어 혈류량의 회복을 위한 수술

[출처: 임상약어연구회 외 4인, 「의약 간호 약어해설사전」, 대광의학, 2016]

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.

	해당 환자 수	금연 성공 환자 수	금연 성공률(%)
심장재활치료프로그램 참여	13	11	84.6
심장재활치료프로그램 미참여	34	17	50.0

해석

· 해당 기간 내 심장재활치료그램에 참여한 환자의 금연 성공률은 84.6%로 프로그램에 참여하지 않은 환자군보다 34.6%높음

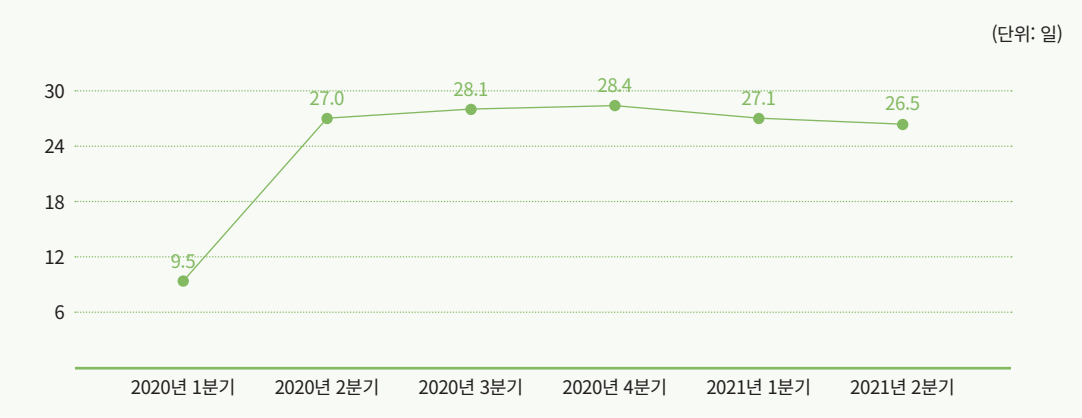
재활의학과(또는 입원-재활의학과) 입원 환자의 평균 입원기간

지표 설명

1. 평균 입원기간: 재활의학과에서 퇴원한 환자의 평균 입원기간(퇴원일 - 입원일)
2. 포함기준: 다른 진료과로 입원하여 재활의학과로 전과 온 경우, 전과 이후 재활의학과 입원에 대한 입원기간(퇴원일 - 전과일)
3. 제외기준: 재활의학과 또는 입원-재활의학과로 입원한 환자로 타과 전과 이력이 있는 경우

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 해당 기간 재활의학과(또는 입원-재활의학과) 입원 환자의 평균 입원기간은 27.1일로 최소 3일, 최대 60일 임

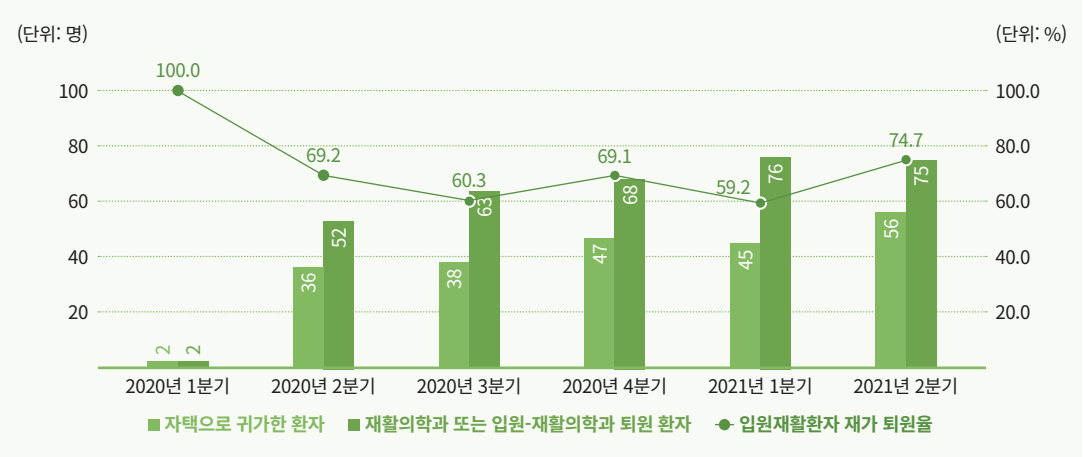
입원재활환자 재가 퇴원율

지표 설명

1. 재활의학과(또는 입원-재활의학과) 퇴원환자 중 자택으로 귀가한 환자 비율
2. 자택 귀가: 퇴원요약기록지에 자택으로 기록된 경우
3. 제외조건: 입원 중 사망 환자

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 해당 기간 내 입원재활환자 재가 퇴원율은 66.7% 임

Clinical Indicator

20 정신건강의학과

- 외래환자 초기평가 시행률
- 입원환자 퇴원 시 기능평가 시행률
- 섬망환자 초기평가 시행률

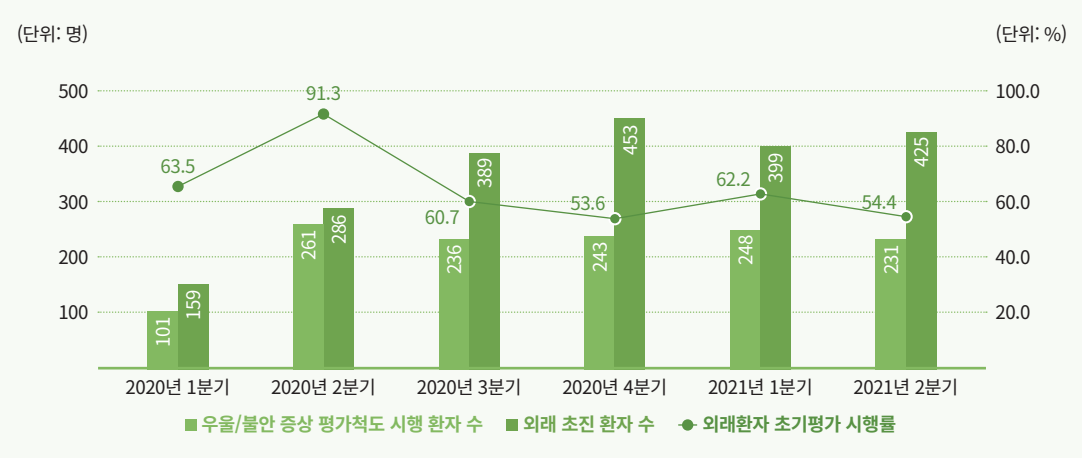
외래환자 초기평가 시행률

지표 설명

1. 정신건강의학과 외래 초진 시 우울/불안 증상 평가척도 시행 여부
2. 제외조건: 임상연구 목적 접수 환자

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 외래환자의 흔한 증상(우울, 불안)의 심각도 등을 기본적으로 평가함으로써 초진 시점부터 증상의 정도에 합당한 적절한 치료가 가능하도록 관리 중임

· 해당 기간 내 외래환자 초기평가 시행률은 62.5% 임

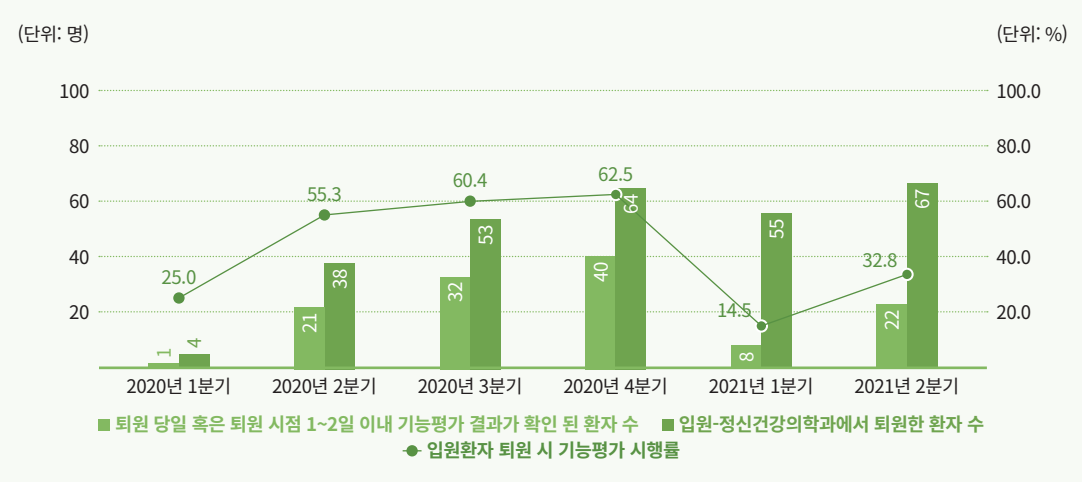
입원환자 퇴원 시 기능평가 시행률

지표 설명

입원-정신건강의학과에서 퇴원한 환자에서 퇴원 당일 혹은 퇴원 시점 1~2일 이내에 기능평가(CGI)가 이뤄진 환자의 비율

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

- 정신질환자 대상 기능평가는 입퇴원 시에 모두 시행하여 입원치료의 효과를 판정하거나 퇴원 이후 외래진료 계획 수립에의 근거로 활용하고 있음
- 치료의 질을 증진시키기 위해서 퇴원 시점에 기능평가를 시행하여 관리 중임
- 해당 기간 내 입원환자 퇴원 시 기능평가 시행률은 44.1% 임

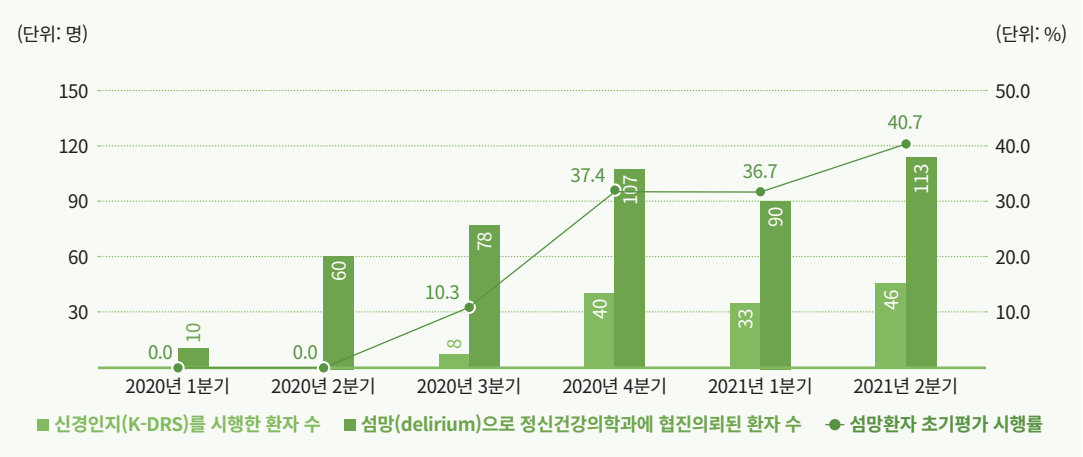
섬망환자 초기평가 시행률

지표 설명

1. 섬망(delirium)으로 정신건강의학과에 협진의뢰된 환자에서 초기평가 시행 여부
2. 초기평가: 신경인지(K-DRS)
3. 제외기준: 외래 협진

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 섬망은 종합병원 입원환자에서 흔하게 발생하며 환자의 예후나 낙상 등 안전사고와도 관련이 높은 것으로 알려져 있음. 섬망 진단은 임상적으로 내리지만, 임상양상, 증상의 심각도를 구체적으로 알기 위한 평가가 필요함

· 해당 기간 내 섬망환자 초기평가 시행률은 27.7% 임

Clinical Indicator

21 정형외과

- 인공슬관절 전치환술 수술 건수
- 인공슬관절 전치환술 후 감염률
- 인공슬관절 전치환술 후 재입원율
- 인공고관절 전치환술 수술 건수
- 인공고관절 전치환술 후 탈구율
- 인공고관절 전치환술 후 재입원율

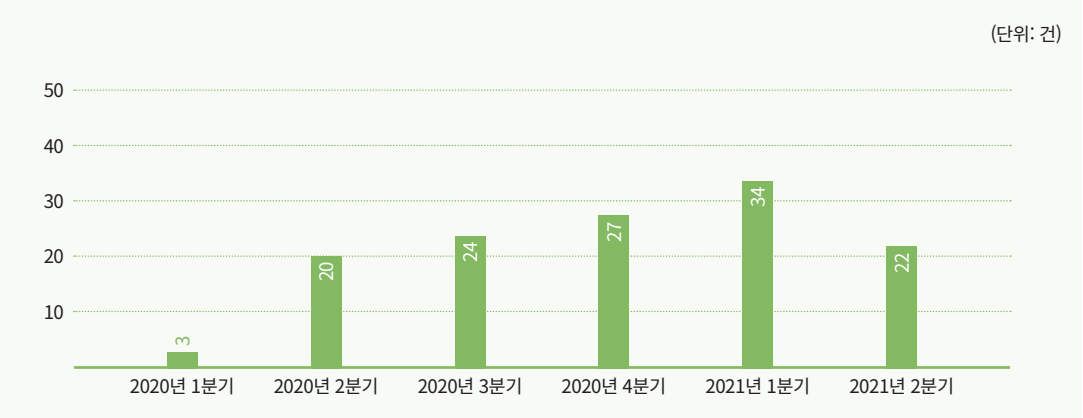
인공슬관절 전치환술 수술 건수

지표 설명

인공슬관절 전치환술 수술 건수

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 매년 분기별로 인공슬관절 전치환술 수술 건수는 지속적으로 증가하고 있음

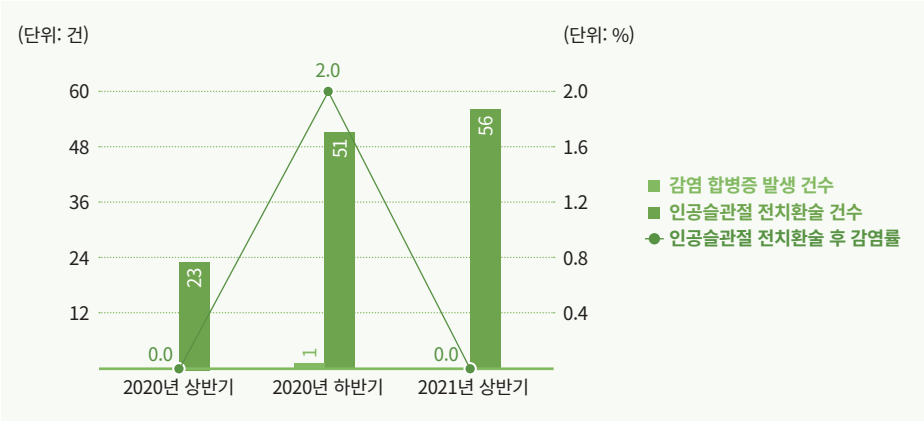
인공슬관절 전치환술 후 감염률

지표 설명

1. 인공슬관절 전치환술 시행 환자 중에서 감염 합병증이 발생한 환자의 비율
2. 감염 합병증: 슬관절 치환술 감염(Infected TKA) 진단명이 추가로 기재된 경우

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 해당 기간 내 인공슬관절 전치환술 후 감염 합병증 발생 건수는 1건으로 인공슬관절 전치환술 후 감염률은 0.8% 임

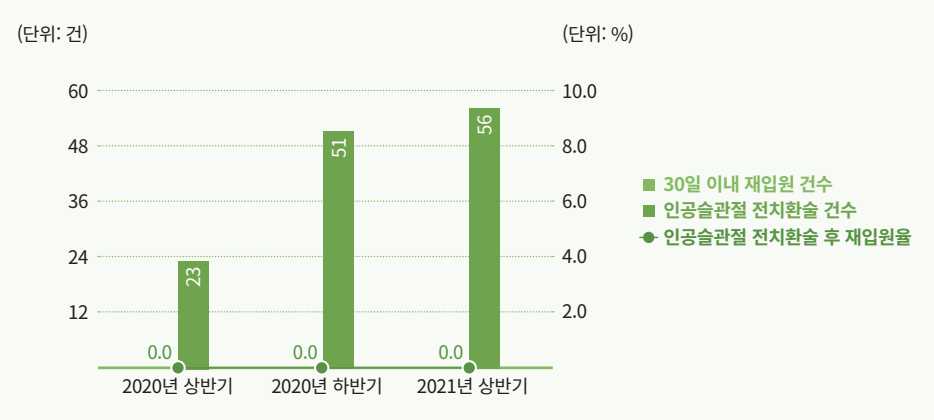
인공슬관절 전치환술 후 재입원율

지표 설명

인공슬관절 전치환술 시행 환자 중에서 퇴원일 기준 30일 이내 인공슬관절 전치환술과 관련된 이유로 재입원한 환자의 비율

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 해당 기간 내 인공슬관절 전치환술 후 재입원율은 0.0% 임

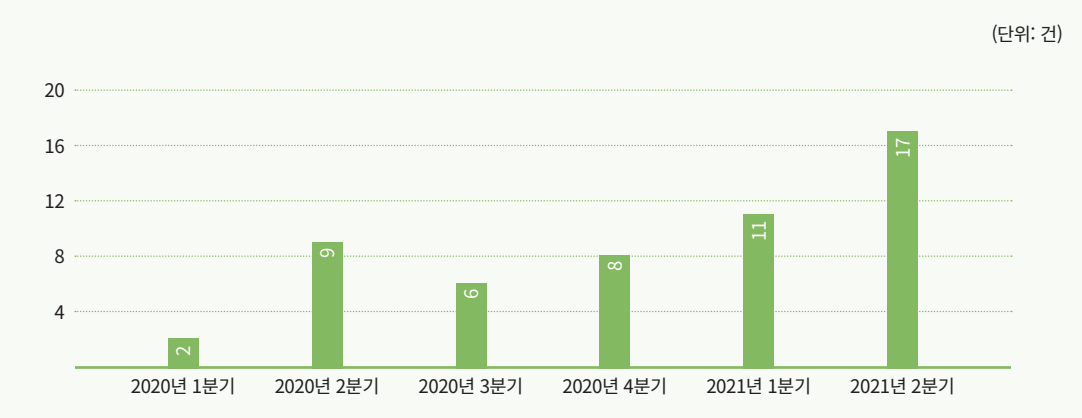
인공고관절 전치환술 수술 건수

지표 설명

인공고관절 전치환술 수술 건수

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 매년 분기별로 인공고관절 전치환술 수술 건수는 지속적으로 증가하고 있음

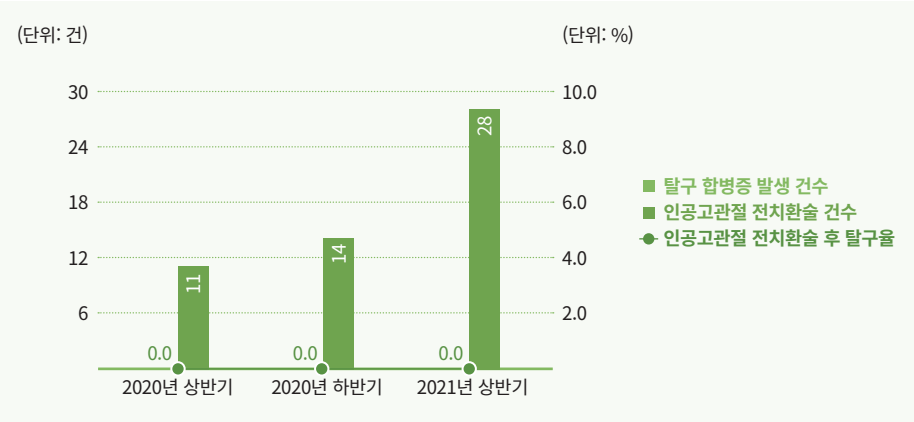
인공고관절 전치환술 후 탈구율

지표 설명

1. 인공고관절 전치환술 시행 환자 중에서 탈구 합병증(hip dislocation, recurrent hip dislocation)이 발생한 환자의 비율
2. 탈구 합병증: 고관절 전치환술 수술 환자 중 hip dislocation, recurrent hip dislocation 진단명이 추가로 기재된 경우

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 해당 기간 내 인공고관절 전치환술 후 탈구율은 0.0% 임

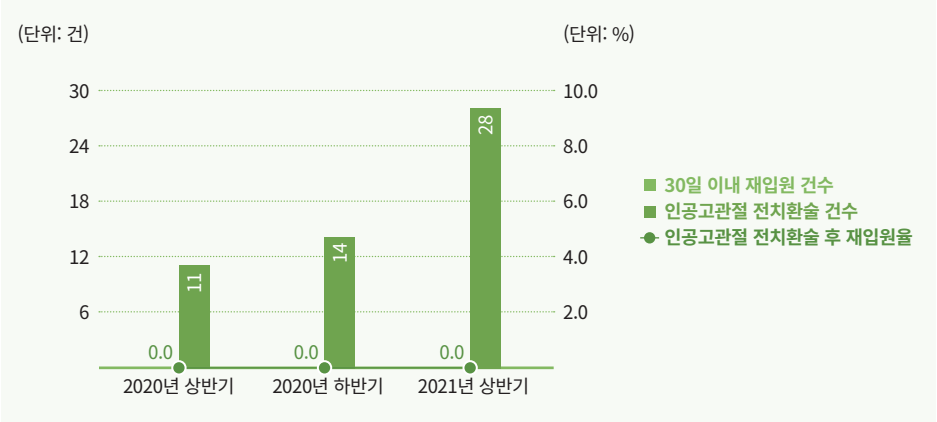
인공고관절 전치환술 후 재입원율

지표 설명

인공고관절 전치환술 시행 환자 중에서 퇴원일 기준 30일 이내 인공고관절 전치환술과 관련된 이유로 재입원한 환자의 비율

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 해당 기간 내 인공고관절 전치환술 후 재입원율은 0.0% 임

Clinical Indicator

22 진단검사의학과

- 혈액폐기율
- 진단검사의학과 TAT(Turnaround Time) P90 및 목표 대비 지연율

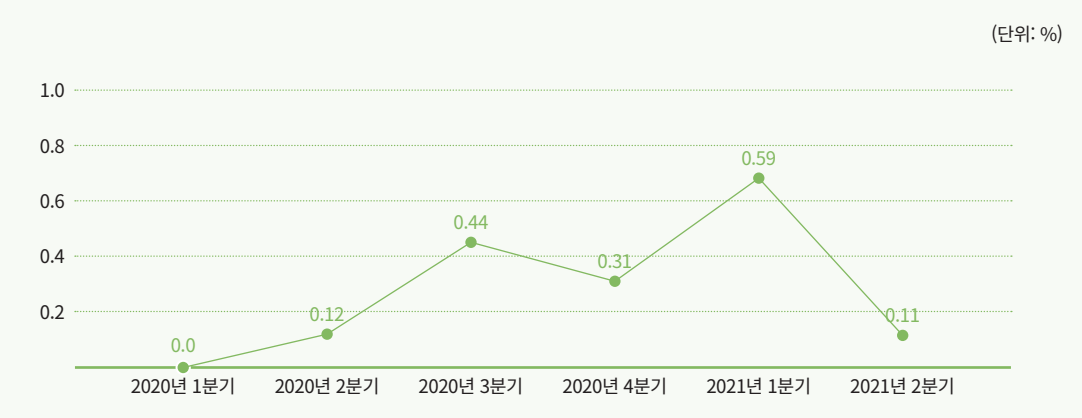
혈액폐기율

지표 설명

혈액제제 중에 혈액은행에서 불출 된 후 일부의 사용도 없이 폐기 신청이 된 혈액제제 비율

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 해당 기간 내 혈액폐기율은 0.28% 임

진단검사의학과 TAT (Turnaround Time) P90 및 목표 대비 지연율

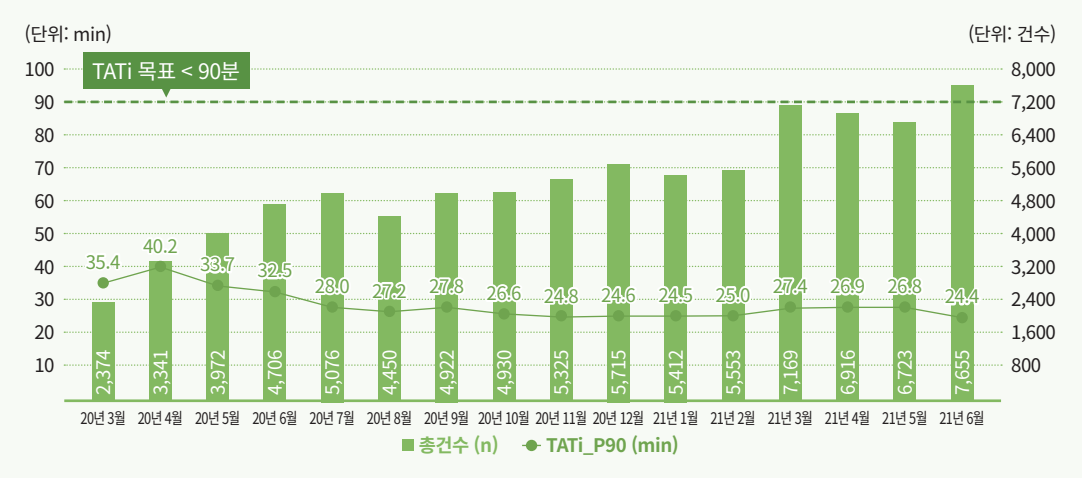
지표 설명

1. 각 분야에서 대표 종목(군)별 TATi (TAT_intralaboratory) 설정 시간을 정하고, 해당 항목 기준 총건수 중에서 이 설정 시간에 90백분위수
2. TATi (TAT_intralaboratory): 진단검사의학과 (자동)접수시점부터 검사 결과 확인보고시점
3. TAT 지표는 TATi P90 (90 percentile, 90백분위수), OUT (Outlier rates, %, 지연율) 의 2가지로 모니터링하되 평가기준은 다음과 같다.
4. 평가 기준: "P90 ≤ 설정시간"인 경우에는 충족 그렇지 못한 경우에는 미충족으로 한다.

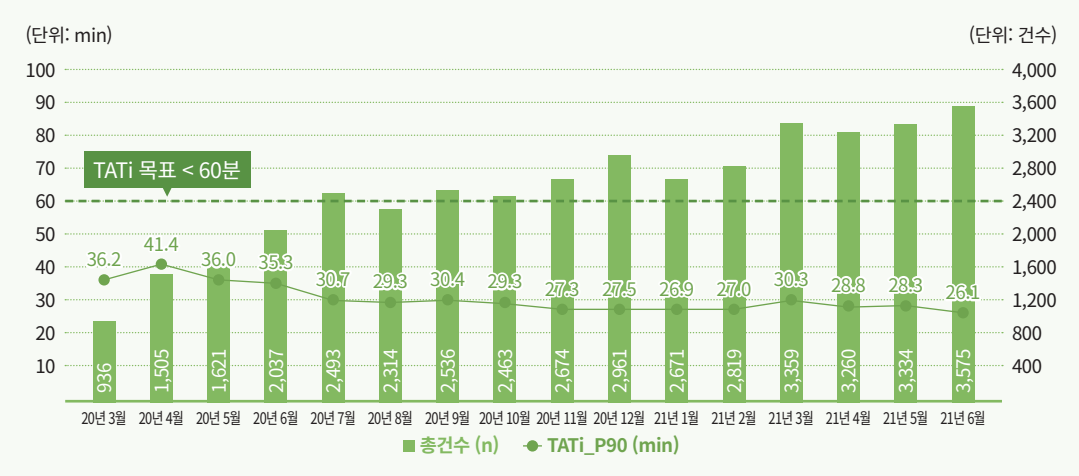
지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.

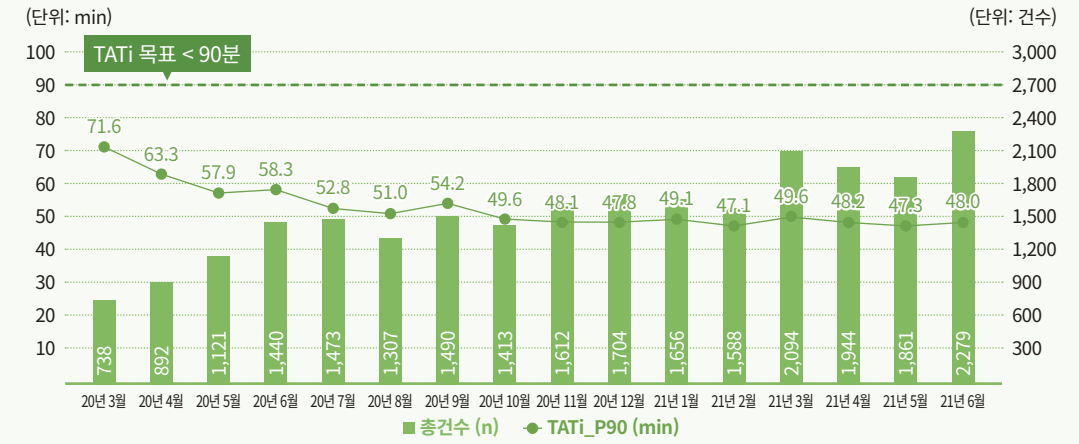
■ 혈액학검사 CBC+PLT 항목 TAT (외래), TATi 설정시간, 90 min



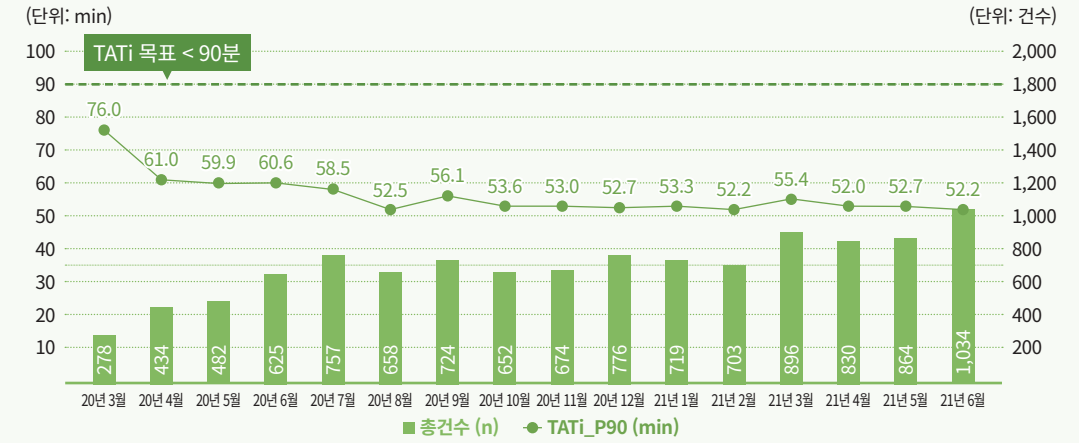
■ 혈액학검사 CBC+PLT 항목 TAT (응급) , TATi 설정시간, 60 min.



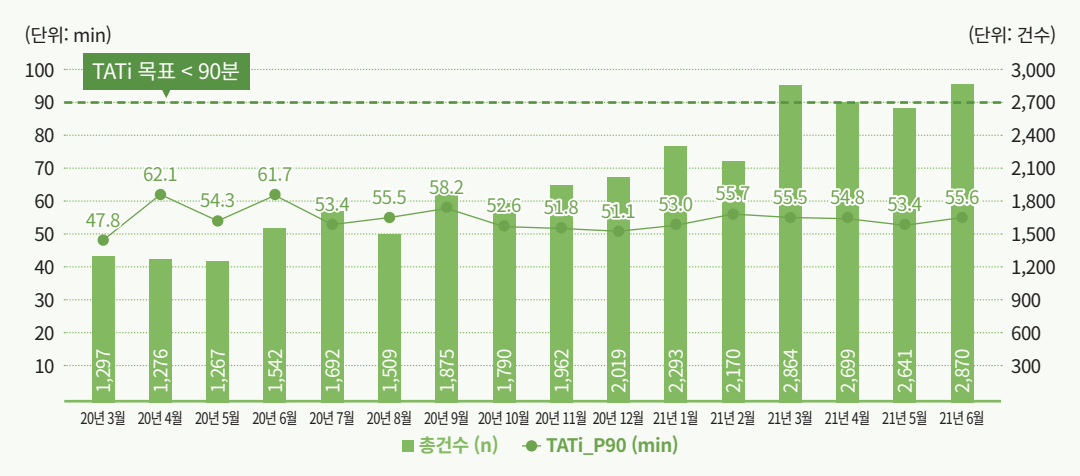
■ 혈액학검사 PT, aPTT 항목 TAT (외래) , TATi 설정시간, 90 min.



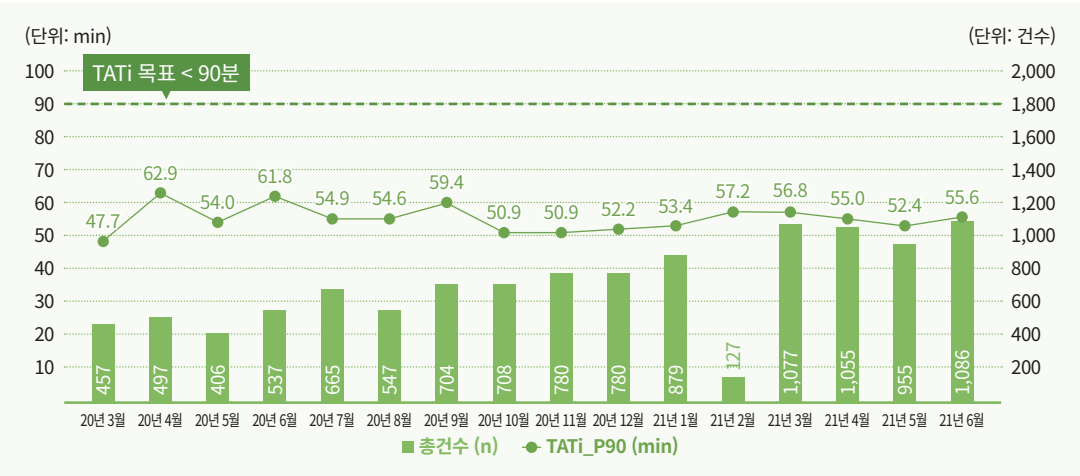
■ 혈액학검사 PT, aPTT 항목 TAT (응급) , TATi 설정시간, 90 min.



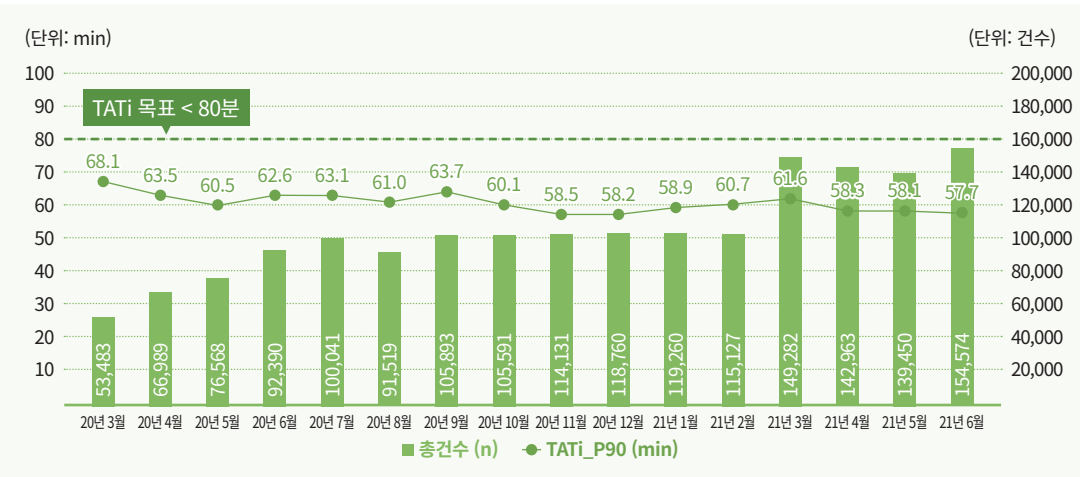
■ HbA1c항목 TAT (외래) , TATi 설정시간, 90 min.



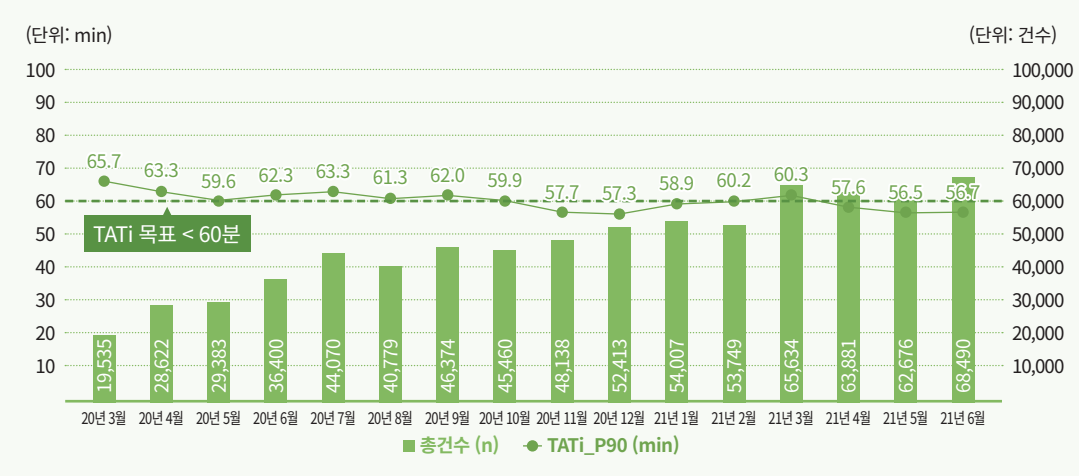
■ HbA1c항목 TAT (응급) , TATi 설정시간, 90 min.



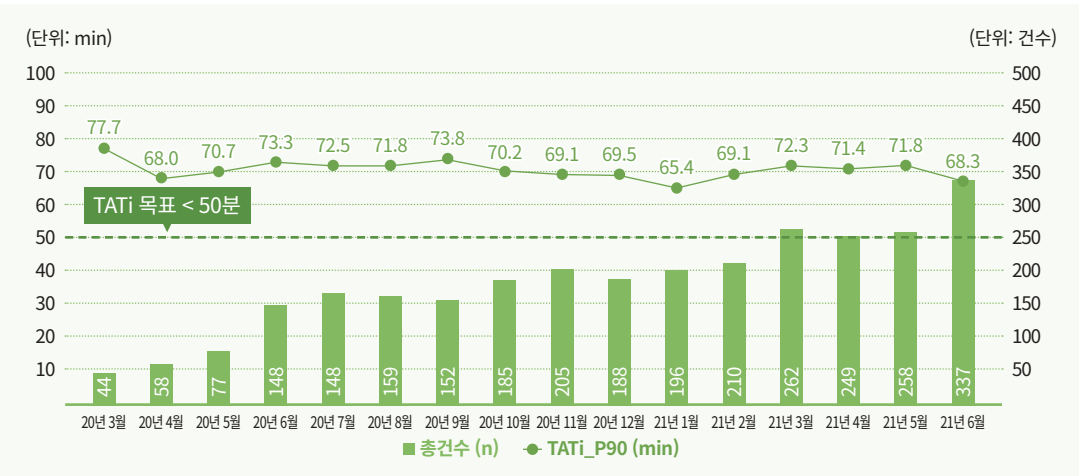
■ 자동화검사 Routine chemistry 항목 TAT (외래) , TATi 설정시간, 80 min.



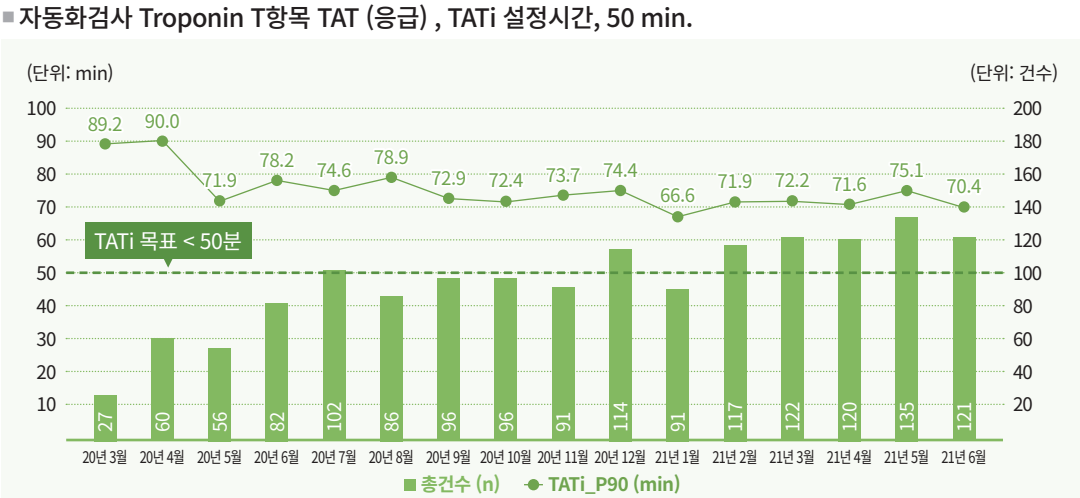
■ 자동화검사 Routine chemistry 항목 TAT (응급) , TATi 설정시간, 60 min.



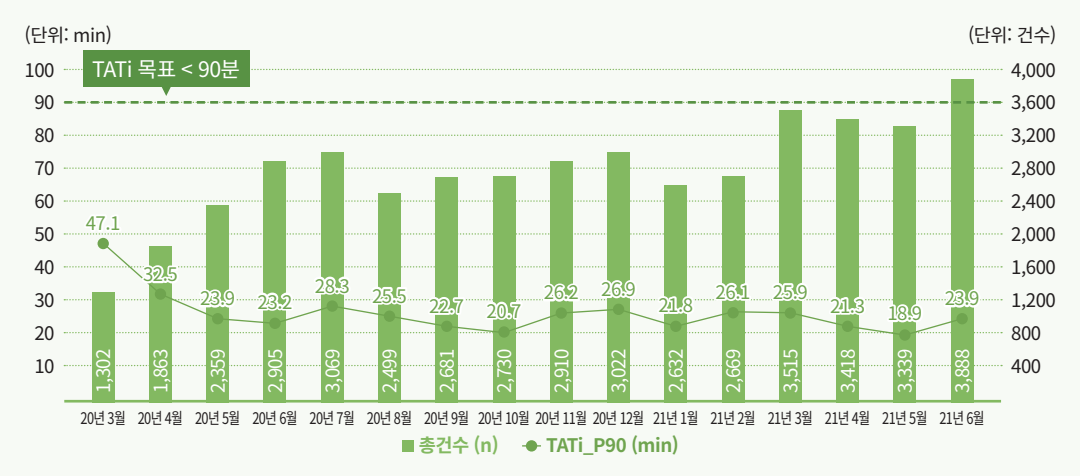
■ 자동화검사 Troponin T항목 TAT (외래) , TATi 설정시간, 50 min.



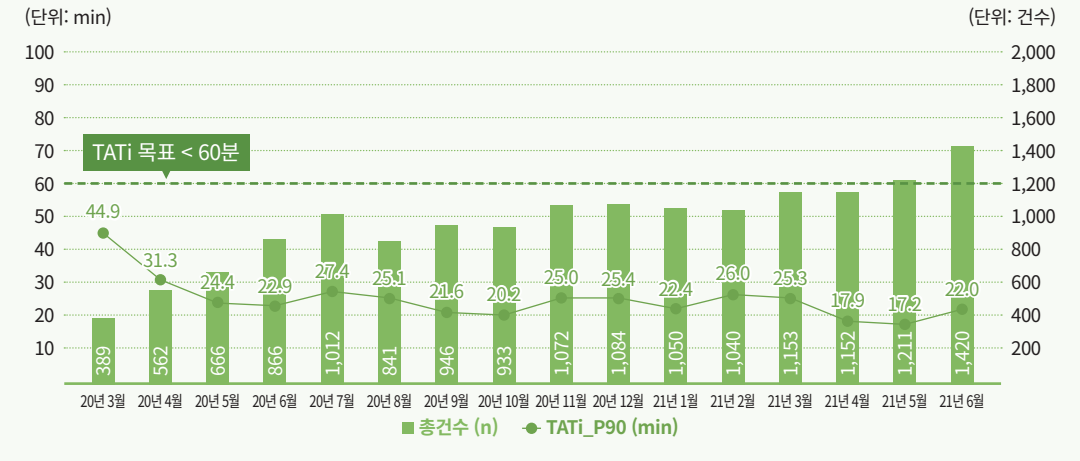
■ 자동화검사 Troponin T항목 TAT (응급) , TATi 설정시간, 50 min.



■ 자동화검사 Routine U/A 10종 및 7종 항목 TAT (외래) , TATi 설정시간, 90 min.



■ 자동화검사 Routine U/A 10종 및 7종 항목 TAT (응급) , TATi 설정시간, 60 min.



Clinical Indicator

23 호흡기알레르기내과

- 월 평균 신속대응팀 스크리닝 환자 수
- 월 평균 신속대응팀 관찰대상 환자 수
- 중환자실 입실 환자의 인공호흡기 적용률
- 중환자실 재입실률
- 활동성 결핵 신환자수
- 다제내성 결핵 환자수
- 만성폐쇄성폐질환(COPD) 환자의 조기 재입원율
- 폐렴 적정성 평가
- 만성폐쇄성폐질환(COPD) 적정성 평가
- 결핵 적정성 평가

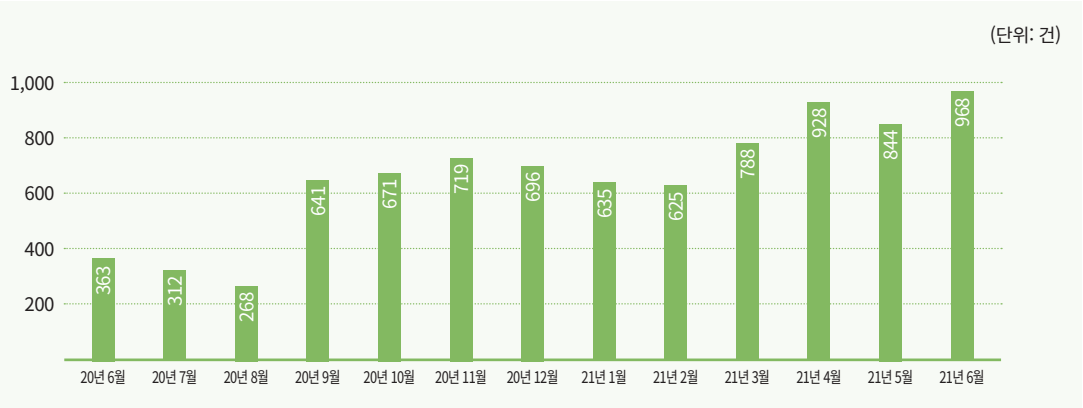
월 평균 신속대응팀 스크리닝 환자 수

지표 설명

1. 한달 평균 신속대응팀이 스크리닝한 환자의 숫자
2. 신속대응팀: 일반병동 입원환자의 예기치 않은 급성 악화 상태의 발생이 예상될 때 즉각적인 의학적 조치를 취하여 심정지 또는 사망을 예방할 수 있도록 모니터링 및 응급 처치를 담당
3. 제외기준: 응급진료센터, 중환자실 재원 환자, 소아 환자, 심폐소생술 포기 환자, 검사실/외래 환자

지표 결과

기간 : 2020.06.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 2020년 6월 신속대응팀 공식활동 시작으로 6월부터 지표 산출

· 월별 스크리닝 환자 수를 파악하여 환자안전 향상을 위해 관리 중임

· 해당 기간 내 신속대응팀 스크리닝 환자 수는 월 평균 650건으로 스크리닝 환자 수는 지속적으로 증가하고 있음

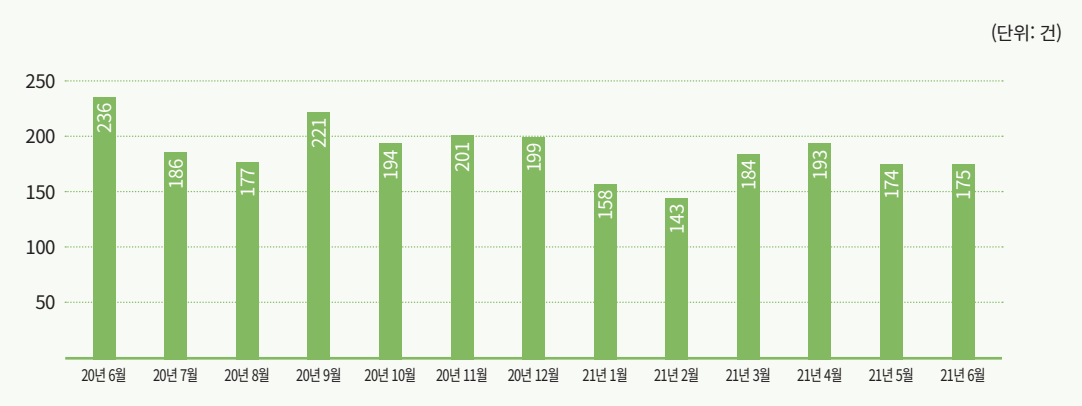
월 평균 신속대응팀 관찰대상 환자 수

지표 설명

1. 한달 평균 신속대응팀 관찰대상 환자의 숫자
2. 신속대응팀: 일반병동 입원환자의 예기치 않은 급성 악화 상태의 발생이 예상될 때 즉각적인 의학적 조치를 취하여 심정지 또는 사망을 예방할 수 있도록 모니터링 및 응급 처치를 담당
3. 제외기준: 응급진료센터, 중환자실 재원 환자, 소아 환자, 심폐소생술 포기 환자, 검사실/외래 환자

지표 결과

기간 : 2020.06.01~2021.06.30



해석

· 2020년 6월 신속대응팀 공식활동 시작으로 6월부터 지표 산출

· 신속대응팀 스크리닝 환자 중 실제로 모니터링이 필요한 환자를 파악하여 관리 중임

· 해당 기간 내 신속대응팀 관찰대상 환자 수는 월 평균 187건 임

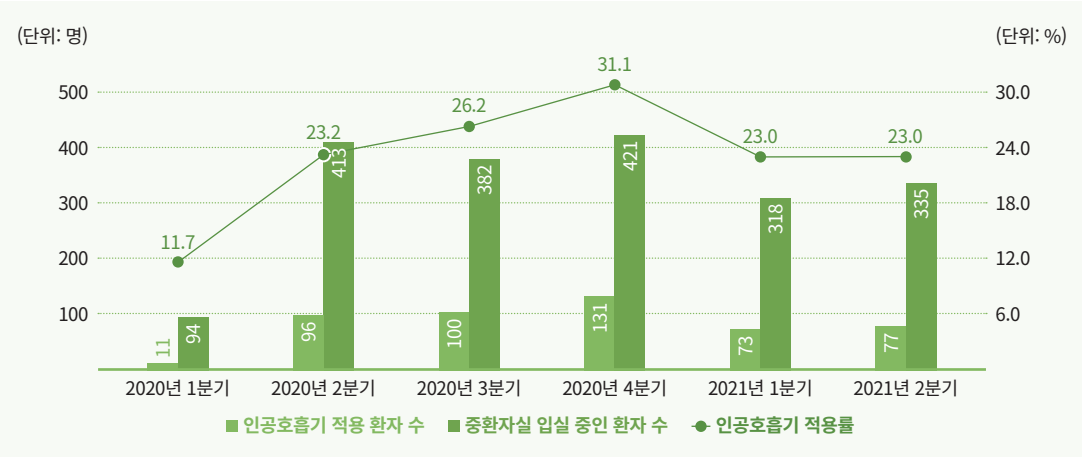
중환자실 입실 환자의 인공호흡기 적용률

지표 설명

중환자실 입실 환자 중 인공호흡기를 적용한 환자의 비율

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 중환자실 입실 환자의 인공호흡기 적용률이 높을수록 입실 환자의 중증도가 높음을 의미하며, 이는 중증 환자에 대한 진료 수준을 반영할 수 있음

· 해당 기간 내 중환자실 입실 환자의 인공호흡기 적용률은 24.9% 임

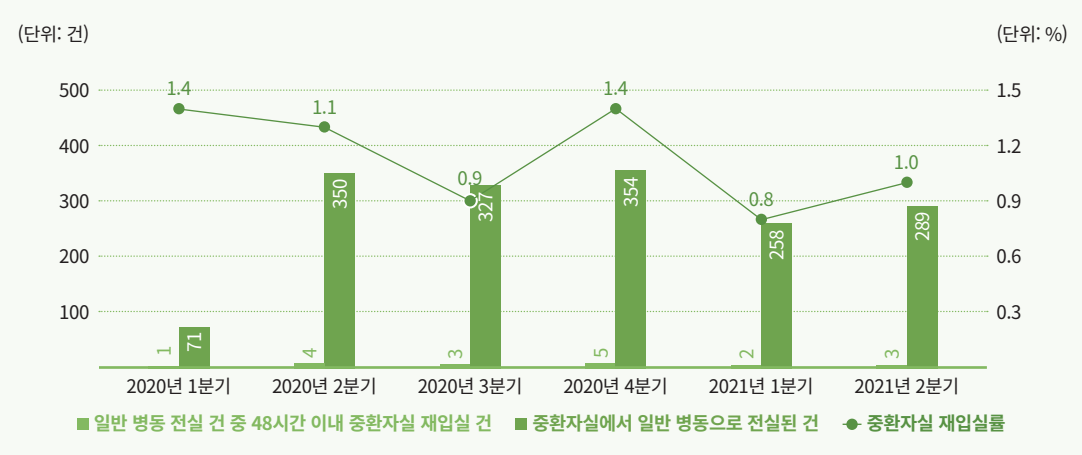
중환자실 재입실률

지표 설명

중환자실 입실 후 일반 병동으로 전실된 환자 중 48시간 이내에 중환자실에 재입실한 환자의 비율

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 중환자실 재입실률은 퇴실 시기의 적절성을 시사하는 지표로 재입실률을 낮게 유지 관리함므로써 의료의 질 향상을 유도함

· 해당 기간 내 중환자실 재입실률은 1.1% 임

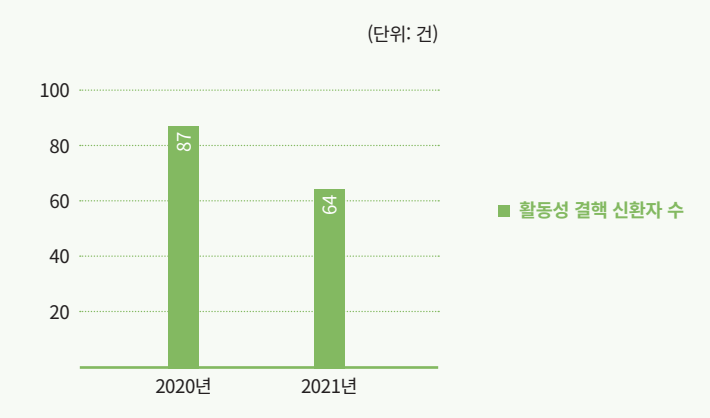
활동성 결핵 신환자 수

지표 설명

용인세브란스병원에서 치료 받는 활동성 결핵 환자 수

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 용인세브란스병원에서 치료 받는 연간 활동성 결핵 환자 수를 통하여 용인세브란스병원의 결핵 관리에 대한 역할을 파악할 수 있음

· 해당 기간 내 활동성 결핵 환자 수는 총 151명 임

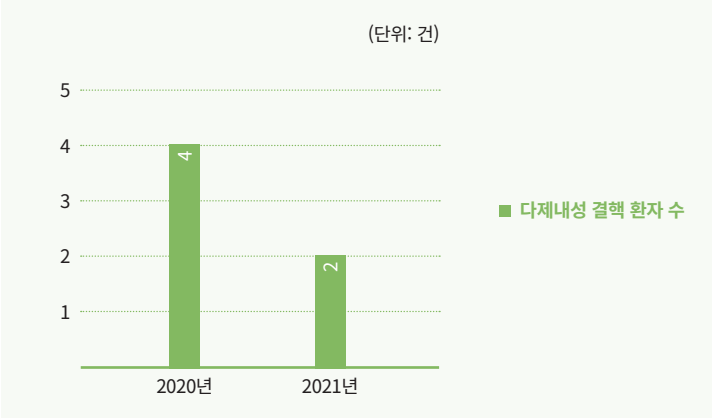
다제내성 결핵 환자 수

지표 설명

용인세브란스병원에서 치료받는 다제내성 결핵 환자 수

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 용인세브란스병원에서 치료받는 다제내성 결핵 환자 수를 통하여 용인세브란스병원의 결핵 관리에 대한 역할을 파악할 수 있음

· 해당 기간 내 대제내성 결핵 환자 수는 총 6명 임

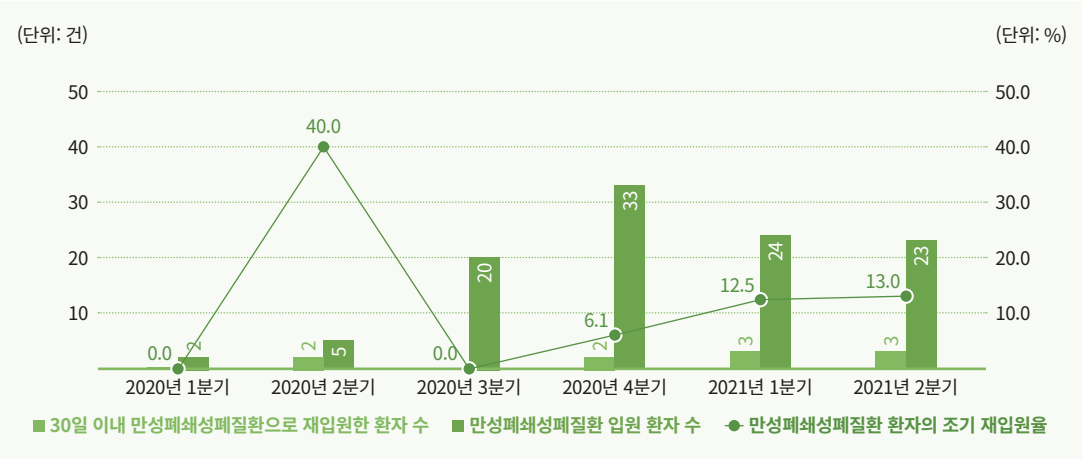
만성폐쇄성폐질환(COPD)환자의 조기 재입원율

지표 설명

1. 증상의 악화로 입원치료를 한 만성폐쇄성폐질환(COPD)환자가 30일 이내에 관련 증상으로 다시 입원하는 비율
2. 입원치료: 호흡알레르기내과, 입원-호흡알레르기내과로 퇴원한 환자 중 주진단 혹은 2번째 진단(부진단)이 만성폐쇄성폐질환(COPD)인 환자

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 만성폐쇄성폐질환 환자는 증상의 악화와 호전이 반복되므로 입원 환자가 퇴원하기 전에 악화 요인을 조절함으로써 위험을 낮출 수 있음. 의료질 향상을 위해서 만성폐쇄성폐질환 환자의 조기 재입원율을 관리 중임

· 해당 기간 내 만성폐쇄성폐질환(COPD)환자의 조기 재입원율은 9.3% 임

폐렴 적정성 평가

지표 설명

1. 대상기관: 평가대상 기간동안「지역사회획득 폐렴」 입원 건이 10건 이상인 병원급 이상 요양기관
2. 대상환자: 지역사회획득 폐렴으로 입원하여 항생제(정맥내)를 3일 이상 투여한 만 18세 이상 성인 환자
3. 평가지표 및 산출식은 건강보험심사평가원에서 실시하는 적정성 평가와 동일함

지표 결과

기간 : 2019.10.01. ~ 2020.02.22.

전체평균 본원

구분	평가지표	결과	
과정	(병원도착 24시간이내) 산소포화도 검사 실시율(%)	81.9 98.2	높을 수록 좋음
	(병원도착 24시간이내) 중증도 판정도구 사용률(%)	71.9 100	
	(병원도착 24시간이내) 객담도말검사 처방률(%)	79.5 98.2	
	(병원도착 24시간이내) 객담배양검사 처방률(%)	81.6 98.2	
	(혈액배양검사 시행 건 중) 첫 항생제 투여 전 혈액배양검사 실시율(%)	93.9 100	
	병원도착 8시간 이내 항생제 투여율(%)	96.3 100	

해석

· 폐렴은 매우 흔한 질환으로, 특히 노령인구에서 다빈도로 발생하며 항생제 치료에도 불구하고 노인환자의 사망률이 높음

· 폐렴의 적정성 평가 지표를 지속적으로 관리함으로써 폐렴의 진단 및 치료의 질 향상을 도모

· 종합점수 산출 결과 99.4점으로 1등급 임

만성폐쇄성폐질환(COPD) 적정성 평가

지표 설명

1. 대상기관: COPD(J43~J44, 단 J43.0은 제외)를 주 또는 제1부상병으로, 외래 요양급여 비용청구가 발생한 요양기관
2. 대상환자: 평가대상 기간 중 COPD를 주 또는 제1부상병으로 해당 요양기관을 이용한 만 40세 이상 환자(건강보험, 의료급여, 보훈)로서, COPD약을 사용한 외래 진료가 2회 이상인 환자 또는(or), 전신스테로이드7)를 사용한 입원 진료가 있고(and), COPD약을 사용한 외래 진료가 있는 환자
3. 평가지표 및 산출식은 건강보험심사평가원에서 실시하는 적정성 평가와 동일함

지표 결과

기간 : 2019.05.01. ~ 2020.04.30.

전체평균 본원

구분	평가지표	결과	
과정	폐기능검사 시행률(%)	72.7 90.5	높을수록 좋음
	지속방문 환자비율(%)	84.0 87.0	
	흡입기관지 확장제 처방 환자비율(%)	85.2 93.7	

해석

- 만성폐쇄성폐질환(Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 이하 COPD)은 적정한 진료를 통하여 질병의 악화를 예방할 수 있는 외래 민감성 질환임
- 만성폐쇄성폐질환 적정성 평가 지표를 지속적으로 관리함으로써 환자의 중증으로의 이환을 줄이고 의료의 질 향상을 도모
- 종합점수 산출 결과 91.1점으로 1등급 임

결핵 적정성 평가

지표 설명

1. 대상기관: 결핵 산정특례(V000)가 적용된 외래 또는 입원 청구가 발생한 요양기관(상급종합, 종합병원, 병원, 의원), 방문당 수가 적용으로 진료내역이 확인되지 않는 기관(보건소, 보건지소 등) 제외
2. 대상환자: 질병관리청에 신고된 결핵 신환자(건강보험, 의료급여, 보훈)
3. 제외환자: 다약제/광범위약제내성 환자, 보건기관에 신고내역이 있는 환자

지표 결과

기간 : 2020.01.01. ~ 2020.06.30.

전체평균 본원

구분	평가지표	결과	
과정	항상균도말검사 실시율(%)	97.1 100	높을 수록 좋음
	항상균배양검사 실시율(%)	96.6 100	
	초치료 처방준수율(%)	97.1 100	

해석

· 정확한 결핵 진단과 초치료 표준처방을 준수하여 의료의 질 향상 도모

· 해당 지표 결과 100% 임

Clinical Indicator

24 흉부외과

- 흉부외과 심혈관외과 수술 건수
- 흉부외과 심혈관외과 수술 사망률
- 흉부외과 심혈관외과 수술 합병증 발생률
- 폐암 수술환자 중 중증 환자의 비율
- 암 확진 후 30일 이내 수술을 받은 환자의 비율
- 폐암 수술 후 사망률
- 관상동맥우회술 적정성 평가

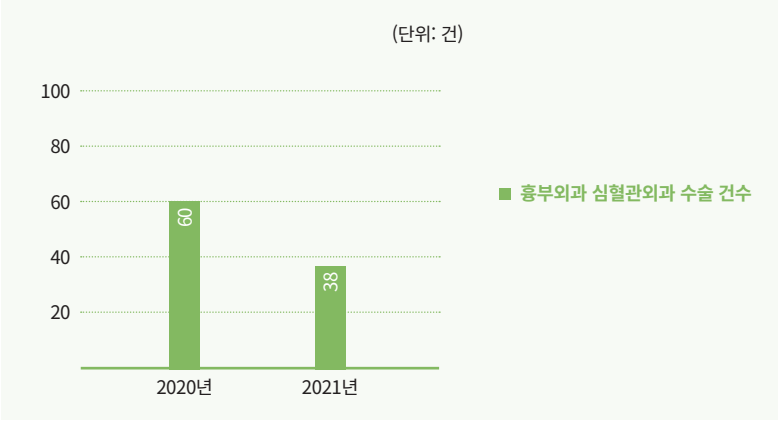
흉부외과 심혈관외과 수술 건수

지표 설명

1. open heart surgery (복부대동맥류 제외)
2. 수술: 인공심폐기를 이용한 심장 및 대동맥 수술, 무인공심폐기 관상동맥 우회술

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 해당 기간 내 흉부외과 심혈관외과 수술 건수는 총 98건임

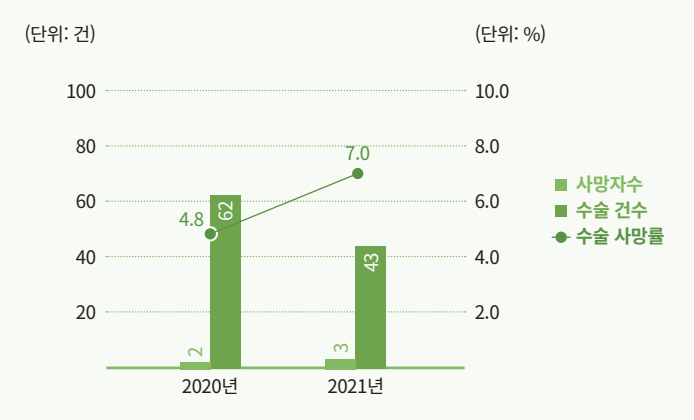
흉부외과 심혈관외과 수술 사망률

지표 설명

1. 수술 후 사망률 (salvage operation 제외)
2. 수술: 관상동맥 우회술, 심장 판막 수술, 대동맥 수술 대상
3. 사망: 수술 후 30일 이내 사망

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 해당 기간 내 수술 후 사망률은 5.7% 임

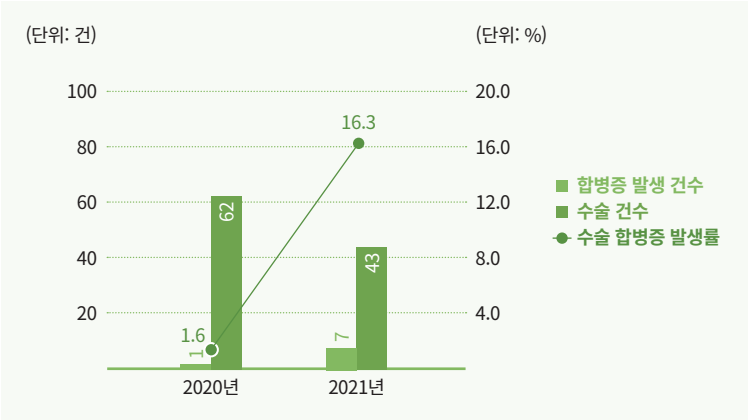
흉부외과 심혈관외과 수술 합병증 발생률

지표 설명

수술 후 출혈, 종격동염, 뇌졸중, 투석 발생률 (salvage operation 제외)

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 해당 기간 내 수술 합병증 발생률은 16.2% 임

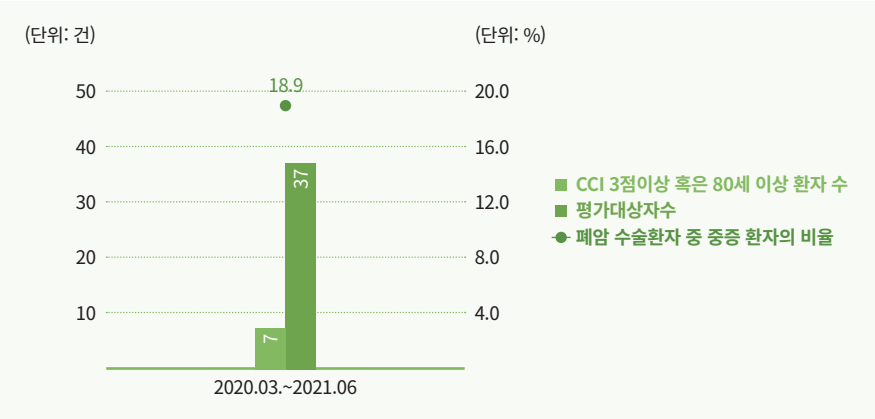
폐암 수술환자 중 중증 환자의 비율

지표 설명

1. 원발성 폐암으로 수술적 치료를 위한 입원이 1회 이상 발생한 만 18세 이상의 환자 중 CCI 3점 이상 혹은 80세 이상 환자 수
2. 제외기준: 응급 수술 환자

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 폐암의 수술적 치료에 대한 적정성을 평가하기 위함

· 해당기간 내 폐암 수술환자 중 중증 환자의 비율은 18.9% 임

암 확진 후 30일 이내 수술을 받은 환자의 비율

지표 설명

1. 원발성 폐암으로 수술적 치료를 위한 입원이 1회 이상 발생한 만 18세 이상의 환자에서 폐암 조직학적 확진 후 수술까지의 기간이 30일 이내인 환자의 비율
2. 제외기준: 폐암의 조직검사결과 확진 전 수술한 경우

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.

	평가대상자수	폐암 조직학적 확진 후 수술까지의 기간이 30일 이내인 환자 수	암 확진 후 30일 이내 수술을 받은 환자의 비율
2020년~2021년 상반기	34명	33명	97.0%

해석

· 초기 단계의 진단 및 치료가 치료성과 향상의 가능성을 높임

· 해당 기간 내 암 확진 후 30일 이내 수술을 받은 환자의 비율은 89.2% 임

폐암 수술 후 사망률

지표 설명

원발성 폐암으로 수술적 치료를 위한 입원이 1회 이상 발생한 만 18세 이상의 환자에서 폐암으로 수술 후 입원기간 내 또는 수술 후 90 일 이내 사망한 환자 수

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.

	평가대상자수	폐암 조직학적 확진 후 수술까지의 기간이 30일 이내인 환자 수	암 확진 후 30일 이내 수술을 받은 환자의 비율
2020년~2021년 상반기	37명	0명	0.0%

해석

· 환자의 수술 사망률은 의료의 질과 긴밀한 관계가 있어 지속적인 관리가 필요

· 해당 기간 내 폐암 수술 후 사망률은 0.0% 임

관상동맥우회술 적정성 평가

지표 설명

1. 대상기관: 상급종합병원 및 종합병원
2. 대상환자: 허혈성심질환(I20~I25)으로 관상동맥우회술을 받은 입원환자(건강보험, 의료급여)
3. 평가지표 및 산출식은 건강보험심사평가원에서 실시하는 적정성 평가와 동일함

지표 결과

기간 : 2019.07.01. ~ 2020.06.30.

전체평균 본원

구분	평가지표	결과	
과정	내흉동맥(IMA)을 이용한 CABG 수술률	99.6 100	높을 수록 좋음
	퇴원 시 아스피린 처방률	99.7 100	
	CABG 사망률(수술 후 30일이내)	2.4 0	낮을 수록 좋음
	수술 후 재입원율(퇴원 30일내)	11.4 0	

해석

· 관상동맥우회술 적정성 평가 지표를 지속적으로 관리함으로써 수술 후 합병증, 사망률 감소 등 의료의 질 향상 도모

· 7차 관상동맥우회술 적정성 평가에서 종합점수 산출 결과 92.7점으로 1등급임

Clinical Indicator

25 진료 질관리영역

- 퇴원 후 30일 이내 비계획적 재입원율
- 외래치료 후 30일 이내 비계획적 입원율
- 시술/수술 중 시술/수술 부위 합병증 발생률
- 동일기간내 비계획적 재수술률
- 수술/분만 중 또는 후에 발생한 과도한 출혈률

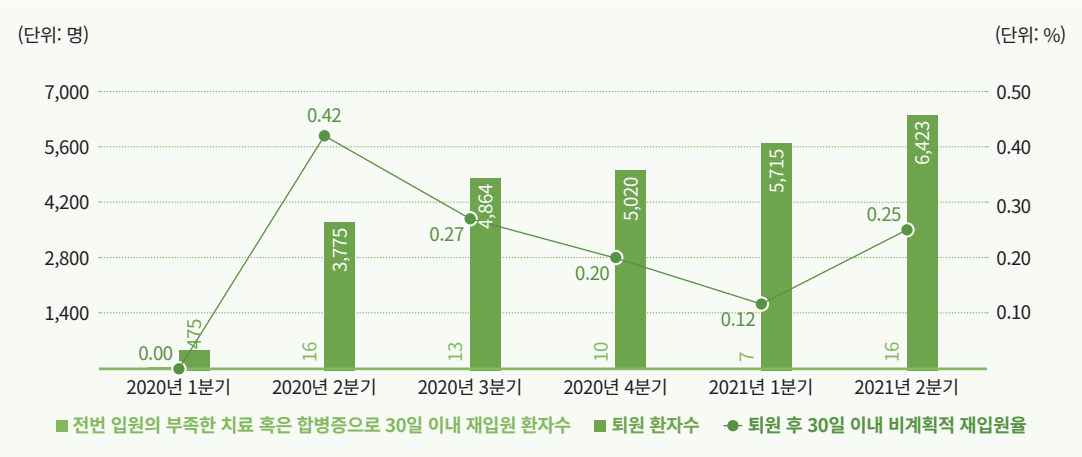
퇴원 후 30일 이내 비계획적 재입원율

지표 설명

1. 기간 내 퇴원환자 중 부족한 치료 혹은 합병증으로 인해 이전 퇴원일로부터 30일이내 재입원한 환자 비율
2. 부족한 치료 및 합병증: 입원환자에서의 원래 있던 합병증의 악화, 새로운 합병증 발생, 재발, 질병치료가 안 된 경우(Bleeding, Infection, Dehiscence, Disorder of digestive system 등)로 다른 병원에서 발생한 경우는 제외함

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 해당 기간 내 퇴원 후 30일 이내 비계획적 재입원율은 0.24% 임

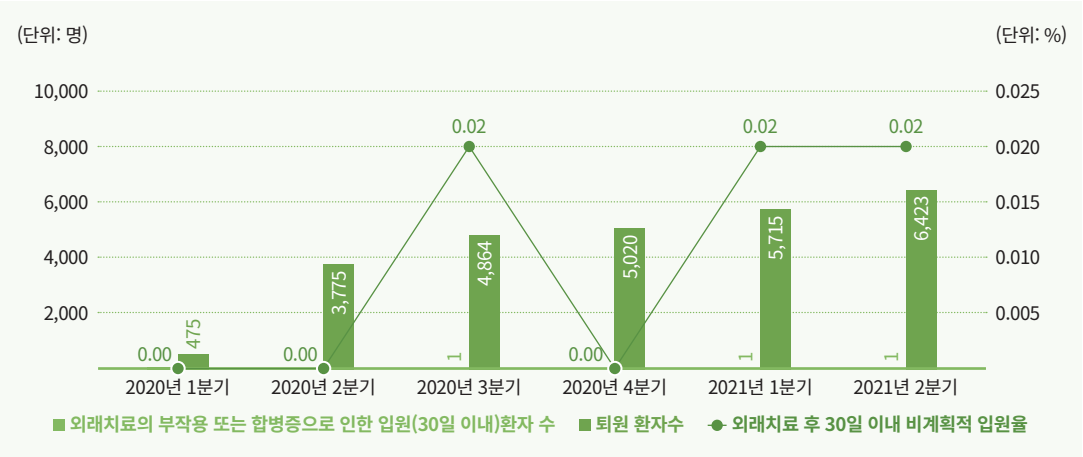
외래치료 후 30일 이내 비계획적 입원율

지표 설명

1. 기간 내 퇴원환자 중 외래 치료(외래, 내시경, 기타 검사) 중 혹은 후에 발생한 합병증으로 30일 이내 입원한 환자의 비율
2. 외래치료의 부작용 또는 합병증: 천공, 출혈 등으로 만성으로 인한 입원이 예상된 경우는 제외

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 해당 기간 내 외래치료 후 30일 이내 비계획적 입원율은 0.01%로 ZERO에 가까움

시술/수술 중 시술/수술 부위 합병증 발생률

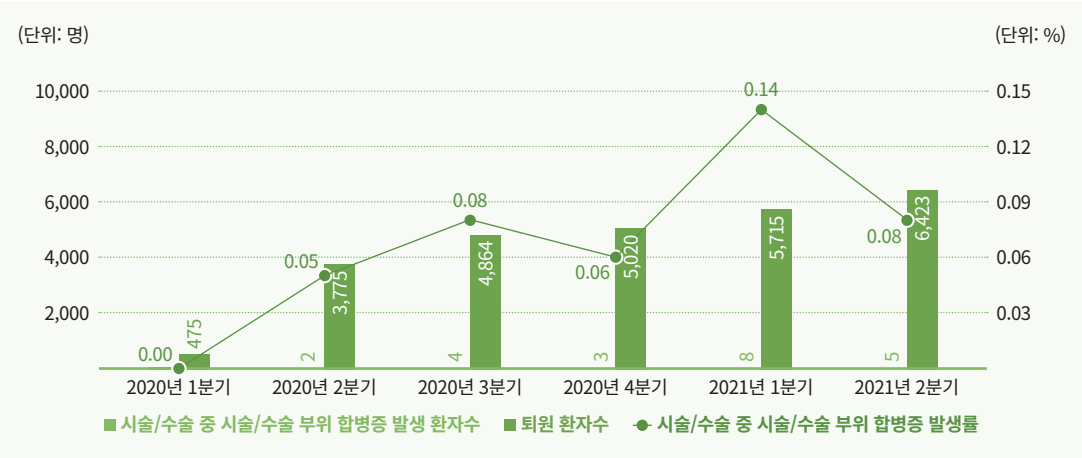
지표 설명

1 기간 내 퇴원환자 중 수술/시술 중 시술/수술 부위 합병증(천공, 열상, 찢김 등의 손상)이 발생한 비율

2. 수술/시술 중 발생한 손상으로 인해 봉합술을 실시한 경우도 포함

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 해당 기간 내 시술/수술 중 시술/수술 부위 합병증 발생률은 0.08% 임

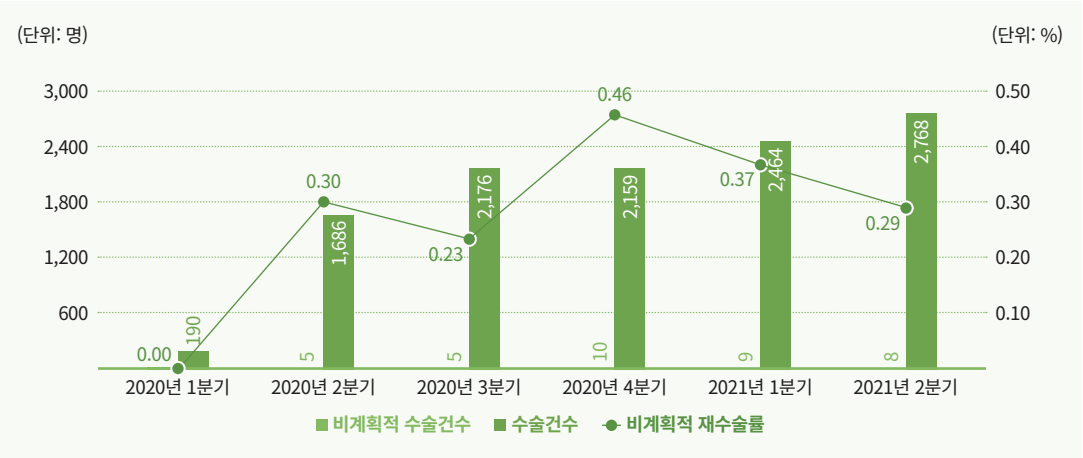
동일기간 내 비계획적 재수술률

지표 설명

1. 입원기간 내 수술환자가 계획없이 수술방으로 되돌아 온 경우
2. 제외조건: 수술이 계획된 경우, 분만실, 국소마취

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 해당 기간 내 비계획적 재수술률은 0.32% 임

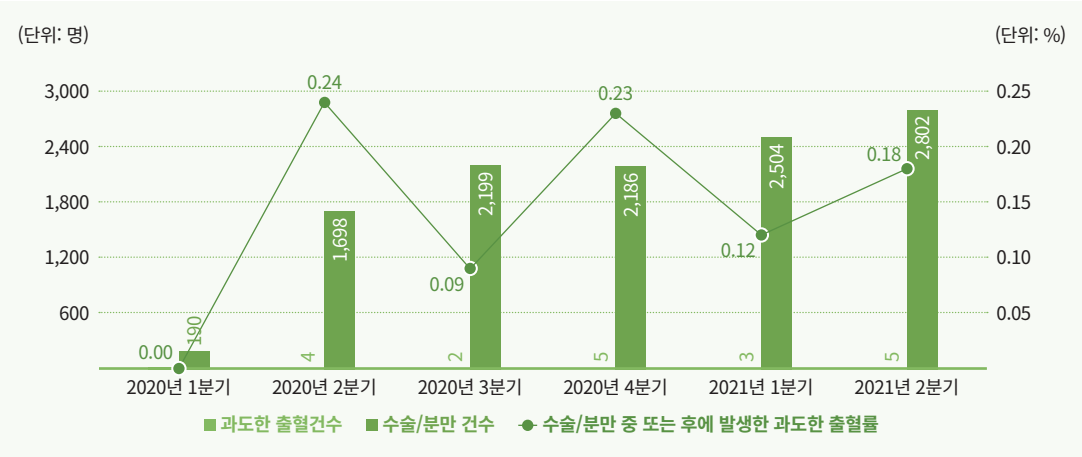
수술/분만 중 또는 후에 발생한 과도한 출혈률

지표 설명

1. 수술/분만 건수 중 과도한 출혈이 발생한 비율
2. 과도한 출혈: 환자의 동반 질환이나 수술의 종류 등에 따라 출혈의 양이 다양하므로, excessive bleeding 이 챠트에 기록되어 있는 경우

지표 결과

기간 : 2020.03.01. ~ 2021.06.30.



해석

· 해당 기간 내 수술/분만 중 또는 후에 발생한 과도한 출혈률은 0.16% 임

3

Quality Improvement

01. 2020년 질향상(QI) 활동 170
02. 2021년 질향상(QI) 활동 177

2020

2020년 Quality Improvement

2020

낙상 감소를 위한 FMEA활동 / 욕창 발생 예방 활동
무연고 환자 진료 및 지원 개선 활동 / CT, MRI 예약환자 정시 시행율 향상방안
TeamSTEPPS의 도구와 전략을 이용한 팀 지향성 인식 증대로 환자안전 문화 구축
의약품부작용 보고 활성화 활동

낙상 감소를 위한 FMEA 활동

입원의학과, 입원간호팀, 의료정보팀, 약제팀, 적정진료관리팀

배경

1. 낙상은 의료기관에서 빈번하게 발생하는 위해사건으로 예방이 중요함
2. 낙상은 2020년 본원 '질 향상 및 환자안전위원회'의 환자안전 위험도 평가를 통해서 고위험 프로세스로 선정됨
3. 입원 환자에게 발생 가능한 낙상을 효과적으로 예방하기 위해서는 예방관리체계를 마련해야 함. 이에 전반적인 구조를 전향적으로 평가하기 위해서 '고장유형 및 영향분석(Failure Mode and Effect Analysis, FMEA)' 질향상 활동 방법을 적용함

개선 활동

1. 시스템 개선: 낙상 고위험 약물 선정, 의약품 처방화면 및 의약품 출력 라벨에 '낙상주의' 문구 적용
2. 교육 강화: 교육자료 개발(인쇄물, 동영상), 대상자 별 교육(직원, 환자 및 보호자), 전·후향적 환자안전라운딩 실시
3. 인식 강화: 안내문 배포 및 게시
4. 환경 관리: 시설 및 장비 구비, 환경 라운딩 실시
5. 정보 공유: 낙상 고위험환자에 대한 직원간, 부서간 정보 공유 강화
6. 모니터링 및 환류: 낙상 관리 지표, 낙상 이행도 평가 결과

개선 효과

지표명	목표	개선 전(2020.03.~05.)	개선 후(2020.06.~12.)
낙상발생보고율(1,000 재원일당) [1]	1.3‰ 이하	1.61‰	1.03‰
낙상으로 인한 상해율(1,000 재원일당) [2]	0.1‰ 이하	1.13‰	0.11‰
낙상예방활동 수행률	80% 이상	-	80%
위험도 합 점수(Σ RPN) CI값 [3]	765점 이상	1,098점	632점

결론 및 제언

1. 낙상 예방관리체계 구축으로 표준화된 간호 능력 향상
2. 직원, 환자 및 보호자 대상의 정규적인 교육, 환경 라운딩으로 낙상 예방 활동 증진
3. 환자의 내적요인 및 기저질환에 맞는 개별적인 낙상예방중재 프로그램 개발 필요

1 1,000 재원일당 낙상 발생 보고 건수의 비율
2 1,000 재원일당 낙상 발생 보고 건수에서 신체 손상이 'Moderate Harm' 이상에 해당하는 건수의 비율
3 위험도 우선순위(Risk Priority Number, RPN)를 핵심원인별로 발생가능성과 발견 가능성, 심각성의 곱의 값으로 산출하여 합한 값

욕창 발생 예방 활동

중환자실, 호흡기알레르기내과, 영양팀

배경

1. 중환자실 환자는 다양한 욕창 발생 위험요인을 지니고 있으며 특히 부동(immobility)과 혈액학적 불안정 등의 급격한 상태변화 및 환자의 중증도와 관련한 욕창 발생 위험에 노출되어 있음
2. 환자에게 욕창은 치료로 발생하는 입원기간 연장과 의료비 증가를 야기시킴
3. 중환자실 환자의 욕창을 예방하기 위해서는 욕창 예방 활동에 대한 인식 개선 및 표준화된 예방 활동이 필요함

개선 활동

1. 욕창 지식 및 수행도 평가
2. 욕창 예방 실무 지침 개발
   - SKKIN & HOHO bundle(참고: NHS SKKIN Bundle) 마련
   - 실금 피부염 관리 프로토콜 개발
   - 표준화된 자세 변경 교육 동영상 제작
   - 예방적 드레싱 시행, 욕창 위험 부위 표식 정보 공유(욕창 신호등)
3. 교육 강화: 욕창 예방/관리 실무 지침 교육, 시뮬레이션 교육
4. 모니터링 및 환류: 다학제간(중환자실, 영양집중지원팀) 치료계획 수립 및 활동 환류
5. 홍보 활동: 안내문 제작 및 배포, 컴퓨터 모니터 화면의 Screen Saver 적용

개선 효과

지표명	목표	개선 전(2020.03.~04.)	개선 후(2020.06.~11.)
욕창 발생률(1,000 재원일당) [1]	1.3‰ 이하	1.61‰	1.03‰
욕창 지식평가	-	80.7%	89.5%
욕창 예방활동 수행률	-	82.6%	95.5%

결론 및 제언

1. 욕창간호실무의 표준화를 통한 간호사의 욕창 관련 지식과 간호 수행 향상에 기여
2. 효율적인 욕창 예방을 위한 욕창 주요 호발 부위의 집중 예방 활동 필요
3. 의료기기 관련 욕창 발생 예방을 위한 인식 개선 및 표준화된 관리 프로토콜 개발 필요

1 1,000 재원일당 욕창 발생 보고 건수의 비율

무연고 환자 진료 및 지원 개선 활동

입원의학과, 응급의학과, 사회사업팀, 간호국, 원무팀, 진료협력센터, 의료정보팀

배경

1. 의료기관에서 무연고 환자가 발생하면 치료과정 중 의사결정의 어려움, 사회 자원 연계의 제약, 전원 절차 지연 등의 진료 및 행정상 문제가 발생함
2. 무연고 환자에게 양질의 의료서비스를 제공하고 병원 경영의 효율성을 증진시키기 위해서 체계적인 의료진 개입 프로세스가 필요함

개선 활동

1. 무연고 환자 관리 프로세스 구축
   - 무연고 환자 표준진료지침(Homeless Or unrelated person Protect system in Emergency Critical Pathway, HOPE CP) 개발
   - HOPE CP Activation 시 다학제간 담당자에게 문자 메시지 발송
2. 무연고 환자 관리 프로세스 교육
   - HOPE CP 뉴스레터 제작 및 배포
3. 무연고 환자 유관기관 협력체계 강화
   - 유관기관과 업무 협약 체결하여 환자 발생 시 신원조회 및 보호자 연계, 이송, 전원, 복지 서비스 연계 등 협력 강화
4. 사회복지자원 가이드라인 마련
   - 원내 간병인 지원, 지역자활센터 복지 간병인 제공, 경기도 무한돌봄사업 활용
   - 무연고 환자 지정 후원금 운영, 원내 치료비 지원 사업, 민간/공적 자원 연계

개선 효과

지표명	목표	개선 전(2020.03~12.)	개선 후(2021.03.~08.)
무연고 환자 관리 프로세스 구축	구축	-	구축
무연고 환자 CP Activation 수행률	85% 이상	41.7%	88.5%
무연고 환자 평균 재원일수	25일 이내	-	21.4일

결론 및 제언

1. 무연고 환자의 초기 스크리닝 기준 확립 및 관리 프로세스 구축으로 의료진의 선제적 관리가 진행되어 환자에게 적절한 의료 서비스를 제공하고 병원 운영의 효율화에 기여
2. 지역사회 유관기관과 협력체계를 강화하여 사회 취약계층인 무연고 환자의 건강권을 보장하는 사회적 역할을 적극적으로 수행
3. 추후, CQI 활동을 통하여 환자 및 의료진의 만족도 향상에 기여
4. HOPE CP 홍보 및 교육 강화로 HOPE CP Activation 수행률 향상

CT, MRI 예약환자 정시 시행률 향상방안

영상의학팀 CT MR 파트, 입원간호팀, 의료정보팀

배경

1. 최근 CT, MRI 검사는 환자의 치료방침을 결정하는 역할로 중요성이 강조되고 있음
2. 병원이 이전 개원한 이후 진료 영역이 확대되면서 CT, MRI 검사의 수요가 지속적으로 증가하고 있음
3. 한정된 의료 자원을 효율적으로 활용하기 위해서는 예약된 CT, MRI 검사가 정시에 시행될 수 있도록 영상 검사 업무 프로세스 개선이 필요함

개선 활동

1. 검사 지연의 원인 분석
2. 검사 준비 프로세스 개선
   - 공통 안내문 제작(금식, 동의서, 공통 주의사항 등)
   - 외래환자 검사별 맞춤 안내 문자 발송(예약 시간, 검사별 주의사항, 일과 외 시간에 수납 방법 등)
   - 입원환자 의료진 대상 검사 시간 공유 시스템 보안
   - 검사 관련 정맥주사 조건 변경
3. MRI 검사 프로토콜 개선
   - 검사 시간 조정 및 표준화
4. 진정 검사 업무 프로토콜 마련
   - 업무 표준화 및 세부 담당자 지정

개선 효과

지표명	목표	개선 전(2020.05.)	개선 후(2020.06.~10.)
CT 정시 시행률	90% 이상	74.4%	82.8%
MRI 정시 시행률	90% 이상	65.8%	87.0%

결론 및 제언

1. 표준화된 CT, MRI 검사 준비 프로세스 마련 및 적용으로 업무 효율성 증진
2. 검사 대기시간 단축으로 환자 만족도 향상
3. 검사 시행 건수 증가에 따른 수익 증가에 기여
4. 검사실의 효율적인 운영을 위해서 예약환자 부도율 분석 필요

TeamSTEPPS[1] 의 도구와 전략을 이용한 팀 지향성 인식 증대로 환자안전문화 구축

입원의학과, 입원간호팀, 행정교육팀, 입원의학과 임상전담간호사

배경

1. 의료진간 불명확한 업무 분장과 의사소통은 환자안전에 부정적인 영향을 미침
2. 표준화된 보고 절차를 통한 정확한 의사소통은 의료의 질을 향상시키고 의료진의 업무 효율성을 증진시킴
3. 본원에 도입된 입원의학과 시스템은 환자를 중심으로 다양한 부서가 협업하는 체계이므로 다학제간 치료 계획 공유가 중요함. 본원에 적합한 환자안전문화를 구축하기 위해서는 팀워크를 향상을 위해 개발되어 활용되는 TeamSTEPPS을 적용하여 개선 활동을 시도하는 하는 것이 필요함

개선 활동

1. 정례 브리핑(팀구조): 입원의학과 주도(팀리더) 회진 후 브리핑 시행
2. 업무 분장(상호보조): 처방의 표준화, 임상전담간호사 업무 분장, 업무 매뉴얼 마련
3. 표준화된 의사소통 도구 개발(의사소통): 다빈도 보고 항목 분석, 환자 상태에 따른 보고 가이드 표준안 마련, SBAR 도구 개발
4. 교육 시행: 처방 표준화, SBAR 도구 내용 및 활용법
5. 모니터링: 처방 적정성, SBAR 도구 사용 의사소통 만족도
6. 환자안전문화 향상: 팀워크 태도 인식 조사 및 분석

개선 효과

지표명	목표	개선 전(2020.05.)	개선 후(2020.12.)
수술 전 항생제 및 수액 처방 적정률	90% 이상	-	97.0%
SBAR 사용 의사소통 만족도(5점 척도)	4.5점 이상	3.86±0.88점	4.41±0.75점
팀워크 태도 인식 점수[2]	10% 향상	83.9%	93.9%

결론 및 제언

1. TeamSTEPPS 방법론을 적용한 표준화된 의사소통 도구 개발 및 적용으로 환자안전 증진 활동에 기여
2. 환자안전문화를 향상시키기 위한 팀워크 인식 개선에 기여
3. 표준화된 의사소통 도구의 개발 및 적용으로 의료진 간 의사소통 명확성 향상
4. 환자안전문화 향상을 위한 팀워크 인식 개선에는 지속적인 팀 훈련 및 교육이 중요

1 미국 국방성과 보건의료연구 및 품질 관리국(AHRQ)이 협력하여 공동으로 개발한 것으로 조직내 환자 안전을 향상시키는 솔루션으로 의료진간의 팀워크와 의사소통을 향상시키는 근거 기반의 팀워크 시스템

2 팀워크 태도 인식 설문 문항을 각 영역별로 긍정응답비율을 계산하여 합산한 비율(%)

의약품부작용 보고 활성화 활동

의약품부작용감시소위원회, 약제팀

배경

1. 의약품 부작용은 의료진간 공유가 필요한 중요한 환자안전정보임. 의약품 부작용 보고가 누락되면 환자에게 예기치 못한 악결과가 야기될 수 있으며, 의료기관 차원으로는 신뢰가 저하되는 문제가 발생 할 수 있음
2. 의약품 부작용 보고 및 관리 체계에 대한 의료진의 인지도가 낮음
3. 환자의 건강 증진을 위한 의약품 안전 사용을 선도하는 전문기관으로 성장하기 위해서 의약품을 안전하게 관리해야 함. 의약품 부작용 보고 활성화를 위한 의료진의 태도와 인식 향상을 위한 노력이 필요함

개선 활동

1. 현황 공유: 의약품 부작용 보고 현황 직원 공유
2. 홍보 및 격려: 의약품 부작용 보고 우수 부서 및 보고자 포상(연 2회)
3. 교육 시행: 의약품 부작용 보고 중요성과 보고 방법
4. 시스템 개선: 조영제 안전 사용을 위한 전산 개발
   - 조영제 처방 시, 부작용 과거력 확인 후 Pop-Up 활성화로 이상반응 보고 연계
   - 과거력(중등도)에 따른 약처방, 알레르기내과 협진 Pop-Up 활성화를 통한 처방 개선
5. 의약품부작용감시소위원회 리더십의 적극적인 보고 활동

개선 효과

지표명	목표	개선 전(2020.03.05.)	개선 후(2020.06.~11.)
의약품 부작용 보고 건수(월)	월 평균 100건 이상	47.3건	118건

결론 및 제언

1. 의약품 부작용 보고 건수와 전체 입원환자 대비 의약품 부작용 보고율(개선 전 5%에서 개선 후 7.5%)이 향상되어 환자안전보장 증진에 기여
2. 의약품 부작용 보고 현황을 정규적으로 공유함으로서 직원의 의약품 부작용 보고 중요성에 대한 주의 환기 및 인식 개선
3. 조영제 안전 사용을 위한 전산 개발로 조영제 이상반응 관리 체계 마련
4. 연세의료원 및 타 의료기관과 의약품 부작용 이력의 공유 절차 구축 필요

20

2021년 Quality Improvement

21

수액과다주입 예방을 위한 업무개선활동
FMEA 분석을 통한 일반 촬영 검사 지연 개선 / 디지털 기술을 활용한 고객만족도 향상
전화예약센터 응대율 향상을 위한 개선활동
수술 기구 재처리 프로세스 개선으로 인한 수술기구 오류사건 감소

수액과다주입 예방을 위한 업무개선 활동

입원간호팀

배경

1. 입원환자에게 수액관련 투약 오류는 다빈도로 발생하는 환자안전문제로 수액이 정맥 내로 급속 주입될 경우 환자에게 중대한 위해가 발생할 수 있음
2. 원내에서 보고되는 약물관련 환자안전사건에서 수액과다주입과 관련 투약오류는 지속적으로 발생하고 있음.
3. 환자안전을 저해하고 의료진의 업무 피로도를 증가시키는 투약오류를 감소시키기 위해서 투약 간호 업무를 분석하여 프로세스를 개선할 필요가 있음

개선 활동

1. 수액주입 프로세스 분석 및 간호 인식도 조사
2. 수액주입업무 표준화
   - 수액과다주입 예방 활동 이행도 서식 개발 및 적용
   - 유량 조절기 가이드라인 제작, 수액 라운딩(인계 전, 정규)
3. 수액주입요법 환자용 동영상 교육자료 개발 및 적용
4. 수액주입속도 관리 홍보물 제작 및 배포
5. 지표 공유 체계 마련: QI Facilitator 모임, 지표 모니터링 및 환류

개선 효과

지표명	목표	개선 전(2021.03.~06.)	개선 후(2021.07.~09.)
1,000 건당 수액과다주입 발생률 [1]	0.18‰ 이하	0.22‰	0.10‰
수액주입 프로세스에 대한 간호 인식도	90점 이상	93.6점	97.0점
수액과다주입 예방 활동 이행률	90% 이상	-	96.0%

결론 및 제언

1. 수액과다주입 예방 프로세스 구축으로 표준화된 간호를 제공하여 투약오류가 감소하여 환자 안전 향상
2. 수액주입 관리의 중요성에 대한 간호 인식 개선
3. 수액주입요법 동영상 교육으로 환자와 보호자의 환자안전 참여 기회 확대 및 인식 향상
4. 정기적인 의료진 교육 및 수액과다주입 예방활동 이행률 점검으로 개선활동 유지 필요

1 수액처방 1,000 건당 수액(500cc~2,000cc) 과다주입 발생률(‰)

FMEA 분석을 통한 일반 촬영 검사 지연 개선

영상의학팀 일반촬영파트, 외래간호팀, 입원간호팀

배경

1. 병원이 이전 개원한 이후 진료 영역이 확대되면서 일반 촬영 검사 건수는 지속적으로 증가하고 이로 인한 검사 시간 지연이 발생함
2. 일반 촬영 검사의 환자 대기시간의 증가는 외래 진료 및 타 검사 일정에도 영향을 미치며 내원객의 불만으로 이어짐
3. 일반 촬영 검사의 환자 대기시간을 감소시키기 위한 개선안을 마련하기 위해서 '고장유형 및 영향분석(Failure Mode and Effect Analysis, FMEA)' 질향상 활동 방법을 적용하여 검사 처방부터 검사 진행의 전체 프로세스를 점검함

개선 활동

1. 검사 지연의 근본 원인 분석
2. 과정 개선: 감염 환자 일정 조정, 이동 촬영 장비 활용, 기타 검사실 활용
3. 인력 조정: 직원 근무시간 조정 및 재배치로 가동률 향상
4. 환경 개선: 공용 탈의실 구비로 검사 전 환복 완료
5. 시스템 개선: 처방 시 검사 주의사항 안내 Pop-Up 전산 개발 및 적용, 검사 슬립지 개선

개선 효과

지표명	목표	개선 전(2021.04.)	개선 후(2021.08.)
일반 촬영 검사 평균 대기시간	20% 이상 감소	14분	9분
위험도 합 점수(Σ RPN) CI값 [1]	30% 이상 감소	7,059점	4,450점

결론 및 제언

1. 일반 촬영 검사의 대기시간 감소로 검사 효율성 증대 및 환자 만족도 증가에 기여
2. 검사 슬립지 개선으로 환자 및 보호자의 환자안전활동 참여 확대
3. 부서원과 지표결과 공유하고 타 부서와 지속적으로 협력하여 개선활동 유지
4. 검사 장비의 증설 및 검사 인력 지원으로 검사실 확대 운영

1 위험도 우선순위(RPN: Risk Priority Number)를 핵심원인별로 발생가능성과 발견가능성, 심각성의 곱의 값으로 산출하여 합한 값

디지털 기술을 활용한 외래환자 고객만족도 향상

외래응급간호팀, 홍보팀

배경

1. 병원을 내원하는 고객은 낯설고 복합한 상황에 놓이게 되므로 병원이 최상의 의료를 제공하기 위해서는 고객의 눈높이에 맞는 안전한 환경을 조성해야 함
2. 개원 이후 외래를 내원하는 고객이 증가하면서 병원 환경 이용에 대한 불만이 제기됨
3. 디지털 병원에 맞는 스마트 기술을 참여하여 만족도가 향상될 수 있도록 환자 및 보호자의 특성을 고려한 환경 개선이 필요함

개선 활동

1. 원인 파악: 환자경험평가 결과 분석, 내원 고객 정보 분석
2. 과정 개선: 진료 예약안내 문자 및 진료 후 안내문 개선(구역 표기)
3. 교육 시행
   - 외래진료 안내 동영상 제작(외래 이용 흐름도 순서, 모바일 앱 및 원내 디지털 기기 사용 상세 안내 포함)
   - 외래진료 안내 동영상 모바일 전송
4. 모니터링: 외래 이용 서비스 만족도 점수
5. 지표 분석 및 환류

개선 효과

지표명	목표	개선 전(2021.06.)	개선 후(2021.09.)
외래 이용 서비스 만족도 점수	10% 향상	63.5점	73.6점

결론 및 제언

1. 내원객의 눈높이에 맞춘 동영상 안내문 개발 및 진료 안내문 개선으로 디지털 기기의 활용 편의성 증가
2. 외래 전·후 병원 이용 안내와 관련된 고객 만족도 향상
3. 디지털 병원 홍보 효과로 고객 증가 및 수익 증가 기대
4. AI 음성인식 로봇, 안면인식 등원 확인과 같은 디지털 신기술의 활용 방안 모색

전화예약센터 응대율 향상을 위한 개선활동

사무국 원무팀, 전화예약센터

배경

1. 병원의 전화예약센터는 고객의 최접점 부서로 진료예약, 진료상담, 병원안내 등 광범위한 업무를 수행함. 전화예약센터 직원의 잦은 이동은 고객 만족도 저하에 영향을 미침
2. 전화예약센터는 고객의 원내 유입을 위한 중추적인 역할을 하기 때문에 전화 응대율 관리는 중요한 지표임
3. 본원은 지역적 특성상 노령인구의 비중이 높아 홈페이지, 모바일 등 온라인을 활용한 진료예약보다 전화 예약이 큰 비율을 차지함
4. 신환 유치 및 기존 환자 이탈을 예방하기 위한 전화예약센터 응대율 향상 활동이 필요함

개선 활동

1. 직원 근무환경 개선
   - 인력 충원
   - 직원 존중 및 상호 배려 분위기 조성
2. 팀워크 향상
   - 인센티브 제도 변경(개인 중심에서 팀 중심)
   - 부서내 4개의 팀을 구성하여 상호 격려 분위기 조성
3. 체계적인 직무 교육 시행
   - 교육 담당자 지정
   - 직원 개인별 맞춤 스킬업(Skill-Up) 교육 제공 및 관리
4. 업무매뉴얼 개선
   - 잦은 업무 변동에 따른 수시 매뉴얼 수정 및 보완
   - 외래응급간호팀과 정기적 소통으로 업무 협의 및 조정

개선 효과

지표명	목표	개선 전(2021.01.~03.)	개선 후(2021.04.~10.)
총 인입호 중 응답호의 비율	95% 이상	81.3%	97.1%

결론 및 제언

1. 전화예약센터의 업무 역량 강화와 관련된 응대율 향상을 통한 고객 만족도 향상
2. 전화예약센터 직무 표준화로 업무 효율성 향상 기대
3. 전화예약센터 응대율에 영향을 미치는 외부 요인 분석 필요

수술기구 재처리 프로세스 개선을 통한 수술기구 오류사건 감소

특수간호팀 수술파트, 중앙멸균파트

배경

1. 수술기구 재처리 프로세스는 수술에 사용한 기구의 이송, 세척, 소독, 멸균 과정을 통하여 환자에게 안전하게 적용하는 과정임
2. 재처리 프로세스는 각 작업 단계가 연결된 일련의 과정으로 부서간/부서내 인수인계를 통해 진행됨
3. 인수단계에서 인계누락, 업무 숙지 미비 등의 오류가 발생하면 수술기구의 분실/오포장/파손을 야기하며 업무효율성 및 환자안전에 부정적 영향을 미침

개선 활동

1. 수술기구 재처리 단계별 발생 가능한 오류의 근본 원인 분석
   - 고장유형 및 영향분석(Failure Mode and Effect Analysis, FMEA) 방법 적용
2. 과정 개선: 수술 후 기구 카운트 작업 내용 조정
3. 절차 표준화: 수술기구 재처리 프로세스 문서화 및 도식화, 중앙멸균실 기구 분실 및 파손 오류 개선에 대한 세부 규칙 및 활동 규칙 마련
4. 시스템 개선: 수술기구 카덱스 제작 및 전산 반영

개선 효과

지표명	목표	개선 전(2021.01.~05.)	개선 후(2021.06.~08.)
오류사건[1] 율	50% 감소	1.91%	1.15%
위험도 합 점수(Σ RPN) CI값[2]	30% 감소	1,120점	690점

결론 및 제언

1. 표준화된 수술기구 재처리 프로세스를 구축으로 수술기구 관리 운영 효율 증대
2. 수술기구 관련 오류사건 발생의 감소로 환자안전사고 발생 위험을 줄이고 직원의 업무 효율성 증대
3. 수술기구 관련 오류사건에 대한 부서간 업무 이해도 상승 및 신뢰감 증진
4. 수술기구 카덱스 전산 고도화 작업 필요

1 수술기구 재처리 프로세스 과정에서 발생하는 수술기구의 분실, 오포장, 파손을 의미
2 위험도 우선순위(RPN: Risk Priority Number)를 핵심원인별로 발생가능성과 발견가능성, 심각성의 곱의 값으로 산출하여 합한 값

Appendix

2021년 Outcomes Book TFT 위원

위원장	적정진료관리실장	박원선
당연직 위원	1 부원장	박진오
	2 부원장	김은경
	기획관리실장	박진영
	적정진료관리부실장	이초록
	사무국장	채종환
	간호국장	심소정
	의료정보팀장	이정헌
	홍보팀장	유병섭
	적정진료관리팀장	석진숙
위원	가정의학과장	정동혁
	감염내과장	박윤수
	내과부장	박석원
	내분비내과장	김철식
	류마티스내과장	안성수
	방사선종양학과장	최서희
	병리과장	홍순원
	비뇨의학과장	김종찬
	산부인과장	박주현
	성형외과장	정희선
	소아청소년과장	류병원
	소화기내과장	김자경
	신경과장	홍지만
	신경외과장	이재환
	신장내과장	이정은
	심장내과장	조덕규
	안과장	이상엽
	외과부장	허 혁
	응급의학과장	이준배

	이비인후과장	손은진
	입원의학과장	경태영
	재활의학과장	이태임
	정형외과장	김형식
	진단검사의학과장	김정호
	통합치의학과 구강악안면외과장	정휘동
	피부과장	김지희
	핵의학과장	김현정
	혈액종양내과장	황도유
	호흡기알레르기내과장	이은혜
	흉부외과장	박성준

펴낸이

펴낸이	적정진료관리실 QPS파트장	서민정
	적정진료관리실 QPS파트	손민영
	적정진료관리실 QPS파트	최미경
	적정진료관리실 QPS파트	이수연
	적정진료관리실 QPS파트	문영민
	적정진료관리실 보험심사파트장	최수영
	적정진료관리실 보험심사파트	이정미
	의료정보팀 의무기록파트장	김은영
	의료정보팀 의무기록파트	김정은
	의료정보팀 의무기록파트	이단비
	홍보팀	백혜인

MEMO

MEMO

2021
용인세브란스병원 Outcomes Book
1st Edition

발 행 일 2021년 12월
발 행 처 용인세브란스병원
발 행 인 병원장 최동훈
주 소 경기도 용인시 기흥구 동백죽전대로 363
대 표 전 화 1899-1004
홈 페 이 지 http://yi.iseverance.com
디자인·인쇄 새한아트(02-2277-7787)

· 이 책의 저작권은 용인세브란스병원에 있습니다.
· 용인세브란스병원의 허락없이 내용을 복사, 복제, 발췌하는 것은 저작권법에 저촉됩니다.

세브란스 SEVERANCE | 용인세브란스병원 YONGIN SEVERANCE HOSPITAL