환자안전 보고 경향 · 회의 검토용

교육 영상 시연용 가상 자료 · JJ병원(가상) · 2026년 7~9월

입력 62행 → 정확 중복 2행 제외 → 사건 60건. 원인 확정이 아닌 보고서상 기여요인 요약이다.

유형	보고 건수	비중
낙상	24	40.0%
투약오류	18	30.0%
검체오류	8	13.3%
의료기기	6	10.0%
피부손상	4	6.7%

주요요인	건수
환경·동선	18
확인 절차	16
인수인계·의사소통	12
장비·물품	8
(확인 필요)	6

재발 대조: 예 14건 / 아니오 36건 / 미확인 10건. 14÷60=23.3%는 전체 보고 사건 중 비중이다. 입원일수·투약횟수 등의 분모가 없어 발생률이나 부서 위험도로 해석하지 않는다.

부서 미확인 4건·요인 미확인 6건·재발 미확인 10건은 겹친다. 확인 대기 사건은 10건이다.

개선 과제 · 승인 전 초안

과제	근거	실행·확인
개선안 A	환경·동선 18건	환경·동선 관련 보고를 현장 동선 점검 목록으로 바꾸고 조치 전후 사진 대신 점검 기록을 남기기 / 점검 완료 항목 / 계획 항목
개선안 B	확인 절차 16건	누락된 확인 항목을 검토하고 실제 업무에서 확인·기록하는 지점을 담당자와 정하기 / 수행 확인 건 / 점검 건
개선안 C	인수인계·의사소통 12건	변경 내용의 전달·되짚기 항목을 검토하기. SBAR 대조 가능 6건 중 누락 기재 4건의 원문부터 재확인 / 되짚기 기록 건 / 관찰 건
개선안 D	장비·물품 8건	점검 대상 목록과 불량 물품 구분·후속 점검 기록을 검토하기 / 후속 점검 완료 / 대상
확인 과제 E	(확인 필요) 6건	보고자에게 관련 요인과 추가 기록을 확인한 후 다시 분류하기 / 추가 확인 완료 / 6건

SBAR 대조: 인수인계·의사소통 관련 12건 중 6건을 대조했고 누락 기재 4건·없음 2건이다. 나머지 6건은 SBAR 재료가 없다. 누락이 원인이라는 뜻은 아니다.

실제 인증 조항은 확인 필요. 법정 보고·임상적 위해·근본 원인·개선안 최종 확정은 환자안전·QI 및 관련 담당자.

근거: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39104802/ — 정책 분석 글. 이 실습의 분류 정확도·효과를 검증한 연구가 아님.