

입원환자 치료계획 규정

관리번호	W-4.1.1	제정일	2013년 02월 15일
승인책임자	병원장	최근개정일	2016년 10월 31일
검토책임자	규정관리위원장	시행일	2016년 12월 01일
주무부서	진료부, 간호부	검토주기	3년
관련근거	의료기관인증기준 4.1.1	검토예정일	2019년 10월 30일

I. 목적

환자의 특성에 따른 개별화된 치료계획과 목표를 세우고 환자의 상태변화에 따라 재평가함으로써 환자에게 양질의 의료 서비스를 제공하기 위함이다.

II. 범위

입원환자 진료과정

III. 정의

1. 치료계획 : 환자치료가 체계적이고 효율적으로 이루어 질 수 있도록 환자의 문제를 해결하기 위한 방법으로, 치료 또는 중재를 제공하기 전에 세우게 되는 계획을 의미한다.
2. 환자의 주요상태 변화 : 치료계획에 영향을 줄 수 있는 환자의 상태변화, 특수검사 결과, 처치, 수술 및 침습 적 시술 후 환자상태 변화 등을 의미한다.
3. 간호과정(Nursing Process) : 간호가 체계적이고 효율적으로 이뤄질 수 있도록 간호문제를 해결하는 방법으로 환자의 건강문제를 해결해 주는 일련의 체계적 과정을 의미한다.

IV. 규정

1. 의사는 입원환자의 치료계획을 수립 : 입원환자 초기평가(주호소, 계통적문진(ROS), 현병력, 과거력, 신경학적 검사)를 토대로 입원 후 24시간 이내에 개별화 된 추정진단, 치료계획 및 퇴원계획을 수립하여 Admission Note에 기록한다.
2. 의사는 입원환자의 치료목표를 설정
환자의 증상평가와 환자의 요구를 기준으로 환자의 치료계획을 세우고 이를 달성하기 위한 치료 목표를 설정한다.
3. 의사는 환자의 주요 상태 변화에 따라 치료계획을 재수립
의사는 치료계획에 영향을 줄 수 있는 환자의 상태변화, 특수검사 결과, 처치, 수술 및 침습적 시술 후 환자상태 변화가 있는 경우 치료계획을 재수립한다.
4. 의사는 환자의 주요상태 변화 경과를 경과 기록지에 기록주기 : 최소 주 2회 이상 기록한다.
5. 간호사는 환자의 주요 상태 변화에 따라 간호과정을 기록
 - 1) 간호사는 입원 후 24시간 이내에 초기평가를 토대로 간호기록지에 기록한다.
 - 2) 간호사는 환자의 주요 상태 변화에 따라 간호과정을 기록한다.
 - 3) 간호과정은 S.O.A.P.I.E 형식으로 매 근무조별 1회 이상 기록한다.
6. 의료진간 환자 치료계획을 공유

환자 진료와 관련된 진료부서 및 진료지원부서와 협력하여 결정하며, 이를 경과기록지에 작성함으로써 환자의 치료계획과 관련된 정보를 환자 진료를 담당하는 직원들과 공유한다. 단, 의무기록 공유는 [W-12.1(1) 의료정보의무기록의 개인정보 취급관리 및 책임]에 따른다.

7. 환자 및 보호자에게 치료계획에 대한 설명 제공 범위

- 1) 진단명(또는 추정 진단)
- 2) 치료(또는 검사) 계획
- 3) 치료(또는 검사)에 따른 예상효과 및 위험에 대한 정보

8. 환자의 상태에 따라 퇴원계획을 수립

초기 평가 시 퇴원계획을 수립하고, 퇴원 전일 환자(보호자)에게 퇴원 예고를 한다.

단, 환자의 주요상태 변화에 따라 퇴원계획을 재수립한다.

V. 참고

1. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. 3rd edition. Joint Commision International.
2. 의료기관인증지침서(안)(2016). 보건복지부 의료기관평가인증추진위원회.

입안자	규정관리위원장	
승인책임자	병원장	
서명일		