국민건강보험은 소통과 배려로
국민과 함께 하겠습니다.

간병 부담은 덜고, 국민 행복은 더하고
간호·간병통합서비스

간호필요도 평가 매뉴얼

2026. 1.

h·well
국민건강보험

목 차

Ⅰ. 간호필요도 평가 기본 원칙 6

[참고 1] 간호필요도 평가도구 11

Ⅱ. 간호필요도 평가도구

1. 지속적 심전도 모니터링 14
2. 호흡간호 20
   가. 흡인간호 20
   나. 인공호흡기 사용 20
   다. 비침습적 산소투여 22
3. 정맥 내 투약 26
4. 배액관 보유 32
5. 욕창관리 38
6. 수혈 41
7. 전문치료 43
   가. 마약제(주사제) 43
   나. 항암치료제(주사제) 44
   다. 승압제(주사제) 45
   라. 항부정맥제(주사제) 46
   마. 면역억제제(주사제) 47
   바. 항혈전제(정맥주사제) 48

목 차

8. 체위변경 54
9. 침상 밖으로 이동 57
10. 식사섭취 62
11. 배변·배뇨 66
12. 개인위생 72
13. 옷 입기 76
14. 지시이행 및 정서상태 80
15. 수술 85

Ⅲ. 간호필요도 정기신고

1. 정기신고 절차 91
2. 신고자료 작성방법 99

[참고 2] 간호필요도 평가 서식 113

간호필요도
평가 매뉴얼

Ⅰ. 간호필요도 평가 기본 원칙

1. 간호필요도 평가 기본 원칙 6
[참고 1] 간호필요도 평가도구 11

1 간호필요도 평가 기본 원칙

1. 기본전제

간호·간병통합서비스 제공기관은 '간호필요도 평가도구'의 평가 항목별 기준에 따라 간호필요도를 측정하고 그 결과를 공단에 제출한다.

2. 평가대상

통합병동에 입원한 모든 환자(건강보험, 의료급여, 산재보험, 자동차보험, 외국인 등 모든 환자)

3. 평가시간

0시부터 24시까지 환자 상태를 기준으로 매일 평가한다. 외출·외박 및 검사·수술 등의 이유로 전체 평가대상시간을 관찰할 수 없는 환자의 경우에도 해당 통합병동에 재실한 시간이 있는 경우는 평가의 대상이 된다. 다만, 평가대상일 0시부터 24시 동안 하루 종일 부재인 경우 해당 외박일에 대해서는 평가하지 않는다.

- 입원일일 경우 입원 시부터 24시까지, 퇴원일일 경우 0시부터 퇴원 시까지

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
																입원								
																16시~24시 평가								

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
											퇴원													
0시~11시 평가																								

- 일반병동에서 전입 시에는 전입 시부터 24시까지

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
															전입									
일반병동															통합병동 15시~24시 평가									

– 통합병동에서 전입 시에는 이전 통합병동 재원 시간부터 24시까지를 기준으로 평가한다.

주의 정기신고 시 전출한 통합병동에서는 신고하지 않고, 전입받은 통합병동에서 신고함. 병원 단위로 하루 1명의 환자만 신고함

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
														전입										
A통합병동에서 B통합병동으로 전동 시 A통합병동 재원시간부터 24시까지 평가																								

– 일반병동으로 전출 시에는 0시부터 전출 시까지 평가한다.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
										전출														
통합병동 0~10시 평가											일반병동													

4. 평가대상 장소

해당 통합병동 내에서 실시한 간호활동과 일상생활수행 도움을 평가대상으로 한다. 응급실, 수술실, 투석실, 검사실 등 통합병동 외에서 일어난 행위(치료, 간호, 관찰)는 포함하지 않는다.

5. 평가자

해당 통합병동에 근무하는 간호사가 시행한다.

6. 평가의 근거와 기록

가. 평가의 근거

○ 평가자는 관찰과 기록에 근거하여 시행하며, 추측은 하지 않는다.

○ 당일 실시 기록이 없는 경우 간호활동 영역은 적용기준 '해당없음(코드 0)'으로 일상생활수행능력 영역은 '의존없음(코드 0)'으로 평가한다.

나. 기록

○ 평가에 있어 기록에 의한 객관성을 확보하는 것이 중요하다. 항목마다 기록을 남길 필요는 없으나 나중에 제3자가 검증을 할 때 동일한 평가를 이끌어 내는 근거가 될 수 있도록 기록을 남겨놓아야 한다.

○ 기록은 간호활동, 일상생활수행능력에 대한 진료기록, 투약기록 및 간호기록 등 매체의 여하를 막론하고 해당 의료기관에서 정식으로 승인을 받아 보관되어 있는 것이어야 하며, 원칙적으로 의사 및 해당 병동간호사에 의한 기록이 평가 대상이 되나 평가항목에 따라서는 의사 및 병동간호사 이외 직원의 기록도 평가의 근거가 될 수 있으므로 기록방법에 대해서는 원내 규정을 마련해 둔다.

○ 일상생활수행능력 영역(체위변경, 침상 밖으로 이동, 식사섭취, 배변·배뇨, 옷입기, 개인위생), 지시이행 및 위험행동은 직접 관찰하여 평가한다. 환자 상태를 보지 않고 가능성이나 수행능력을 추정하거나 다른 간호사 등으로부터 전해들은 내용을 근거로 평가하지 않는다.

○ 일상생활수행능력 영역의 경우 평가자에 의한 판단이 중요하다. 제3자가 보더라도 간호필요도 평가에 납득이 되도록 가능한 간략하고 논리적으로 기록하여야 한다.

※ 일상생활수행능력 기록
- 환자 상태는 어떤지
- 간호를 필요로 하는지
- 간호는 실시하였는지(간호중재 내용)

7. 평가 시 유의사항

○ 평가기준을 정확하게 읽고 이해한다.

○ 사실을 있는 그대로 보고 판단하고 착각에 주의한다.

○ 전문치료 약제는 적용기준에 명시된 목적으로 투여하는 경우에만 평가한다.

8. 자료 제출

매일 평가한 환자의 간호필요도 평가 자료(직전 월 16일부터 당월 15일까지의 평가자료)를 매월 16일부터 20일 사이에 요양기관정보마당을 통해 제출한다.

9. 평가 원칙

○ 간호필요도 평가에서는 환자가 적극적으로 치료에 임하는 개념이 중요하다. 치료행위를 제공하는 것뿐 아니라 환자가 적극적으로 증상에 대해 정보를 제공하고 치료를 위해 환자 스스로 해야 할 일을 적극적으로 하는 것이 결과적으로 치료효과를 높이는 것이 된다. 따라서 환자가 참여하기 쉬운 환경을 조성해 주는 것을 염두에 둘 필요가 있다.

○ 평가는 24시(0~24시까지)단위의 기록과 관찰을 근거로 하고, 추측하지 않는다.

○ 통합병동 내에서 실시한 간호활동과 일상생활수행능력만 평가한다.

○ 응급실, 수술실, 투석실, 검사실 등 통합병동 외에서 일어난 행위는 제외한다.

○ 항목 간 중복으로 평가하지 않는다.

- 전문치료 약제는 '정맥 내 투약' 횟수로 산정하지 않고 '전문치료' 항목으로만 평가한다.

○ 전문치료 약제는 적용기준에 명시된 목적으로 투여하는 경우에만 평가한다.

○ 간호활동 평가 시 하루 중 환자의 상태가 변경될 경우, 간호활동 수행정도(점수)가 더 높은 평가 결과를 적용한다.

○ 일상생활수행능력 평가 시 하루 중 환자의 상태가 변경될 경우, 환자의 일상생활수행정도가 낮은(도움 정도가 높은) 평가 결과를 적용한다.

○ 환자가 보조기(의수, 의족 등)를 사용하는 경우, 보조기를 착용한 상태에서 일상생활수행능력을 평가한다.

○ 일상생활수행능력을 '의존있음'으로 평가 시 환자의 수행정도, 도움 제공에 관한 기록이 있어야 한다.

○ 일상생활수행능력 평가 시 가능하면 환자 스스로의 동작을 격려하고 관찰한 결과를 평가한다.

○ 일상생활수행능력 평가 시 동작 확인을 하지 않은 경우, 일반적으로 도움이 필요한 상태라고 하더라도 '의존없음'으로 평가한다.

○ 동작이 금지되어 있음에도 불구하고 환자가 무단으로 해당 동작을 취하여 도움을 제공한 경우에는 '의존있음'으로 평가한다.

참고 1 간호필요도 평가도구

○ 간호·간병통합서비스 간호필요도 평가도구(2024년 6월)

(● 적용기준 해당)

구분	측정 항목		점수		
			0점	1점	2점
A항목[1] (간호활동)	지속적 심전도 모니터링		적용기준 해당없음	●	
	호흡간호[2]	흡인간호		●	
		인공호흡기 사용			●
		비침습적 산소투여		●	
	정맥 내 투약			●	
	배액관 보유			●	
	욕창관리			●	
	수혈			●	
	전문치료[3]	마약제(주사제)		●	
		항암치료제(주사제)			●
		승압제(주사제)			●
		항부정맥제(주사제)			●
		면역억제제(주사제)		●	
		항혈전제(정맥주사제)			●
B항목 (일상생활 수행능력 및 정서상태)	일상생활 수행능력	체위변경	의존없음	의존있음	
		침상 밖으로 이동			
		식사섭취			
		배변·배뇨			
		개인위생			
		옷 입기			
	지시이행 및 정서상태		안정	정서 불안정 또는 지시이행이 원활하지 않은 상태	위험행동을 집중적으로 관찰해야 하는 상태
C항목 (환자특성)	수술 (3일간, 개두술, 개흉술, 개복술에 한함)		해당 유/무		

1) 입원 시 제공하는 기본간호에 대하여 A항목(간호활동)에 1점 부여

2) 호흡간호 최대점수는 2점으로 함 (단, '인공호흡기 사용'과 '비침습적 산소투여'는 동시적용 불가)

3) 전문치료의 최대점수는 2점으로 함

간호필요도
평가 매뉴얼

Ⅱ. 간호필요도 평가도구

1. 지속적 심전도 모니터링 14
2. 호흡간호 20
3. 정맥 내 투약 26
4. 배액관 보유 32
5. 욕창관리 38
6. 수혈 41
7. 전문치료 43
8. 체위변경 54
9. 침상 밖으로 이동 57
10. 식사섭취 62
11. 배변·배뇨 66
12. 개인위생 72
13. 옷 입기 76
14. 지시이행 및 정서상태 80
15. 수술 85

간호활동

1. 지속적 심전도 모니터링

1. 선택

□ 적용기준 해당없음 (코드 0)

□ 적용기준 해당함 (코드 1)

2. 적용기준

○ 환자의 심기능, 호흡기능 관찰이 필요해 지속적으로 심전도를 모니터링하고 간호사에 의한 심전도 평가 기록이 있는 경우에 해당한다.

3. 선택의 판단기준

○ 적용기준 해당없음

– 지속적인 심전도 모니터링을 실시하지 않는 경우

○ 적용기준 해당함

– 지속적으로 심전도 모니터링을 실시한 경우

4. 유의사항

○ 지속적 심전도 모니터링이란 심전도 침상감시(bedside EKG monitoring)와 같이 환자의 심전도를 연속적으로 감시하는 것이다. 따라서 일회성, 일시적 심전도 검사는 포함하지 않는다.

◈ (예시) 12-lead EKG를 검사하는 중 환자의 심전도 리듬을 확인하여 기록한 경우에는 지속적 심전도 모니터링에 해당하지 않음
연속해서 동일한 검사(portable EKG 등)를 2회 이상/1일 수행하는 경우도 제외

○ 심전도의 유도 종류 및 유도법 종류는 무관하다.

○ 기기 설치, 준비 및 후처리는 포함하지 않는다. 심전도 모니터 장착 시간 및 횟수는 관련치 않지만, 환자의 심기능 및 호흡기능에 대한 상시 관찰을 행할 경우에 간호사에 의한 심전도 평가 기록이 필요하다.

○ 홀터 심전도는 적용기준에 따르고, 부착된 모니터 화면을 이용하여 간호사에 의한 지속적인 평가 기록이 있는 경우에 한하여 포함한다. (검사실에서 판독하는 경우는 제외)

○ 'bedside EKG monitoring 중임'이라는 시행 기록만 있는 경우에는 해당하지 않으며, 평가 기록이 있어야 적용기준에 해당한다.

◈ (예시) bedside EKG monitoring 중이며, NSR/PVC/A fib 관찰됨

○ 지속적 심전도 모니터링을 하던 입원환자가 0시에서 24시까지 외박을 한 경우 외박일에는 모든 항목을 '해당없음(코드 0)'으로 신고한다.

지속적 심전도 모니터링

Q1

의사 처방 없이 심전도 모니터링을 실시하고 간호기록을 작성하면 '지속적 심전도 모니터링' 적용기준에 해당하나요?

A. 의사 처방 없이 심전도 모니터링을 시행하여도 간호기록을 남긴다면 평가 가능합니다.

Q2

간호기록에 '지속적 심전도 모니터링을 시행중임'이라고 기록된 경우 '지속적 심전도 모니터링' 적용기준에 '해당함'으로 평가할 수 있나요?

A. 지속적 심전도 모니터링 평가에 대한 기록이 없으므로 '지속적 심전도 모니터링' 적용기준 '해당없음(코드0)'으로 평가합니다.

Q3

지속적으로 심전도를 모니터링 하고 있으나 심전도 판독 기록이 없는 경우 '지속적 심전도 모니터링'으로 평가할 수 있나요?

A. 심전도 판독 기록이 있는 경우에만 '지속적 심전도 모니터링'으로 평가할 수 있습니다.

Q4

24hr holter 모니터를 설치하고 있는 환자의 경우 '지속적 심전도 모니터링'에 해당하나요?

A. 일반적으로 생리학검사실에서 24시간 홀터 모니터링을 설치하고 24시간 후 제거하여 직접 판독하는 경우는 해당하지 않습니다.

그러나 24시간 홀터 모니터를 설치하고 부착된 모니터 화면을 이용하여 간호사가 리듬을 지속적으로 평가하고 기록한 경우에는 해당합니다.

Q5

지속적으로 EKG monitoring을 하고 있으나 부정맥이 다양한 양상으로 monitor에 나타나 판독이 어려운 경우 어떻게 기록해야 하나요?

A. 심전도가 다양한 양상으로 나타나고 심박동수의 변화가 있어 판독이 어려운 경우 '심전도 양상이 불규칙하다.'와 같이 간략하게 기록을 남겨주시면 됩니다.

Q6

EKG Portable 2회 시행한 경우 평가에 포함하나요? 3 channel EKG로 모니터한 것도 평가 대상이 되나요?

A. EKG portable 검사를 2회 시행한 경우(연속해서 동일한 검사를 2회 이상/1일 수행하는 경우)는 '지속적 심전도 모니터링'에 포함되지 않습니다.

평가 적용기준*에 해당하면 전도의 장치와 유도 체계의 종류와 관계없이 3-lead, 5-lead 모두 평가항목에 해당됩니다.

* 환자의 심기능, 호흡기능 관찰이 필요해 지속적으로 심전도를 모니터링하고 간호사에 의한 심전도 평가 기록이 있는 경우

Q7

심전도 모니터링을 30분 ~ 1시간 시행 후 중지한 경우도 '지속적 심전도 모니터링'에 해당하나요?

A. 심전도 모니터 장착시간 및 횟수와 관계없이 환자의 심기능 및 호흡기능에 대한 상시 관찰을 시행하고, 간호사에 의한 심전도 평가 기록이 있을 경우 해당됩니다.

이 상황에서는 '1시간 동안 심전도 모니터링을 시행하였으나 정상리듬이었고 심전도 상의 문제가 없는 것으로 판단하여 모니터링 중지함'과 같은 간호기록이 있을 경우 지속적 심전도 모니터링으로 인정합니다.

Q8

EKG monitor 유지 시 rhythm 기록까지 필요한가요?

A. 간호사에 의한 심전도 모니터링의 실시 기록과 평가 기록이 있어야 합니다.

◈ (예시)
실시 기록 – 'bedside EKG monitoring 중임/지속적 심전도 모니터링 중임'
평가 기록 – 심전도 리듬이나 양상을 기록한 내용

Q9

심전도는 안정적이지만, 호흡기능에 장애가 있어 지속적 심전도 모니터링 중인 경우 지속적 심전도 모니터링으로 평가 가능한가요?

A. 호흡기능에 장애가 있어 지속적 심전도 모니터링 중인 경우, 해당 항목으로 평가 가능합니다.

◈ (기록 예시) 호흡기능에 장애가 있어 지속적 심전도 모니터링 중임. 심전도 상 NSR 관찰되며, 호흡수 14~18회/분, Sp02 90~95% 관찰됨. 일시적인 desaturation 관찰되나 수분 내 recovery 됨.

Q10

환자가 혈압저하로 인해 승압제를 사용하여 심전도 모니터링을 시행한 경우 '지속적 심전도 모니터링'에 해당하나요?

A. 지속적 심전도 모니터링을 실시하고 간호사에 의한 심전도 평가가 함께 기록된 경우 인정됩니다.

Q11

'EKG monitoring 지속적 유지 중이며 관찰함'으로 기록한 경우 인정되나요?

A. '지속적 심전도 모니터링'을 적용하기 위해서는 간호사 등에 의한 심전도 모니터링 시행과 평가 기록이 함께 있어야 합니다.

따라서 '지속적 모니터링을 하고 있음. 현재 부정맥 없음(또는 NSR), HR 회/min임' 등과 같이 심전도 리듬이나 양상을 기록해야 합니다.

Q12

2일 전부터 부정맥이 있던 환자가 어제 저녁 10시 이후 정상 리듬으로 변경되었습니다. 이후 간호사가 '심전도 모니터링 중'으로 기록하였다면, 오늘은 '지속적 심전도 모니터링'에 해당하나요?

A. '해당없음(코드0)'으로 평가합니다.
지속적 심전도 모니터링을 수일간 시행하더라도 간호활동은 매일 0시부터 24시까지 평가하는 것이며, 0시 이후 심전도 리듬을 평가하여 기록하지 않았으므로 해당하지 않습니다.

Q13

산소포화도 또는 심박동수 모니터링을 지속적으로 시행하는 경우 평가할 수 있나요?

A. 산소포화도 및 심박동수만 모니터링 하는 것은 '지속적 심전도 모니터링'에 해당하지 않습니다.

Q14

증상이 발생하지는 않았으나 예방적 모니터링을 실시한 경우 평가할 수 있나요?

A. 평가할 수 있습니다. 증상의 발생 여부와는 관계없이, 간호기록을 적용한 경우 평가 가능합니다.

Q15

웨어러블 심전도 원격 모니터링(예: 하이카디) 장치를 환자에게 착용하여 심전도 모니터링을 하는 경우에도 평가할 수 있나요?

A. 통합병동 간호사가 실시간으로 환자의 심전도 양상, 맥박 수, 호흡 수 등을 관찰할 수 있고, 실시 기록과 평가 기록을 남긴다면 평가 가능합니다.

간호활동

2. 호흡간호

가 흡인간호

1. 선택

□ 적용기준 해당없음 (코드 0)

□ 적용기준 해당함 (코드 1)

2. 적용기준

○ T-cannula, E-tube 등 기관 내 삽관 또는 비구강을 통한 흡인 간호를 실시하고 기록이 있는 경우에 해당한다.

3. 선택의 판단기준

○ 적용기준 해당없음

– 흡인간호를 하지 않은 경우

○ 적용기준 해당함

– 흡인간호를 한 경우

4. 유의사항

○ T-cannula 교환 및 드레싱을 하는 상황은 평가에 포함하지 않는다.

나 인공호흡기 사용

1. 선택

□ 적용기준 해당없음 (코드 0)

□ 적용기준 해당함 (코드 1)

2. 적용기준

○ 인공호흡기 사용은 인공환기가 필요한 환자에 대하여 인공호흡기를 사용한 경우를 평가하는 항목이다.

○ 다음 ① ~ ③ 중 하나 이상을 실시하고 기록이 있는 경우에 해당한다.

① 기관 내 삽관(T-cannula, E-tube 등)을 통한 인공호흡기 사용

② 비침습적 양압환기(NPPV)

③ 가온가습고유량 비강캐뉼라 요법(optiflow, airvo 등)

3. 선택의 판단기준

○ 적용기준 해당없음

– 인공호흡기를 사용하지 않는 경우

○ 적용기준 해당함

– 인공호흡기를 사용하는 경우

4. 유의사항

○ 인공환기가 필요한 환자에 대하여 간호직원 등이 장착중인 인공호흡기의 관리를 시행한 경우에 평가한다.

○ 인공호흡기의 종류나 설정, 기도 확보의 방법은 무관하나 간호직원 등이 인공호흡기 관리(인공호흡기의 장착 상태의 확인, 환기 상황의 확인, 기기의 작동 확인 등)를 실시할 필요가 있다.

○ 인공호흡기의 사용에 대한 의사의 지시가 필요하다.

○ 비침습적 양압환기(NPPV), 가온가습고유량 비강캐뉼라 요법(optiflow 등)을 포함한다.

○ air-way 삽입, 네뷸라이저 흡입은 포함하지 않는다.

다 비침습적 산소투여

1. 선택

□ 적용기준 해당없음 (코드 0)

□ 적용기준 해당함 (코드 1)

2. 적용기준

○ 비침습적 산소투여를 실시하고 기록이 있는 경우에 해당한다.

3. 선택의 판단기준

○ 적용기준 해당없음

– 비침습적 산소투여를 실시하지 않은 경우

○ 적용기준 해당함

– 비침습적 산소투여를 실시하고 기록이 있는 경우

4. 유의사항

○ 산소 투여 방식(비강 캐뉼라, 단순 마스크 등)과 투여 용량은 제한하지 않는다.

○ 비침습적 양압환기(NPPV), 가온가습고유량 비강캐뉼라 요법(optiflow 등)을 비침습적 산소투여로 평가하지 않도록 주의한다. (비침습적 양압환기 및 가온가습고유량 비강캐뉼라 요법은 '인공호흡기 사용' 항목에 해당)

○ 호흡간호에 소요되는 시간이나 횟수는 무관하다.

○ 모든 호흡간호 영역에서 산소포화도 측정 횟수는 평가에 포함하지 않는다.

호흡간호

Q1

T-cannula로 산소만 공급하는 경우는 어떻게 평가하나요?

A. T-cannula로 산소만 공급하는 경우는 '비침습적 산소투여' 항목에 적용기준 '해당함(코드1)'으로 평가합니다.

Q2

가온가습고유량 비강캐뉼라 요법에 optiflow만 해당되나요?

A. Optiflow를 비롯하여 highflow, airvo도 '인공호흡기 사용'에 포함됩니다.

Q3

파킨슨, CO_2 retention 등으로 양압기를 사용 중인 환자의 경우 '인공호흡기 사용'으로 적용기준에 해당하나요?

A. '인공호흡기 사용'의 적용기준에 해당합니다(코드1).

단, 수면무호흡, 코골이 치료를 위한 양압기 사용은 '인공호흡기 사용'의 적용기준에 해당하지 않습니다(코드0).

Q4

비침습적 산소투여를 받던 환자가 상태가 변경되어 기관삽관 후 인공호흡기를 적용, 기관 내 흡인간호를 실시하였습니다. 이런 경우 평가는 어떻게 하면 될까요?

A. 세부항목별로 각각 평가 가능합니다. 이런 경우 '흡인간호' 적용기준에 해당(코드1), '인공호흡기 사용' 적용기준에 해당(코드1), '비침습적 산소투여' 적용기준에 해당(코드1)으로 평가합니다.

※ 각 항목에 대해 평가는 가능하지만, 호흡간호에서 인정되는 최대 점수는 2점임

Q5

가래가 많아 비인두, 구강흡인을 자주 해준다면, 이 경우 '호흡간호'로 평가가 가능한가요?

A. 비구강 내 흡인도 '호흡간호' 항목 중 '흡인간호'로 평가할 수 있습니다.

Q6

기관지폐렴으로 입원한 환자로 산소 투여는 하지 않으나, 산소포화도 확인을 위하여 산소포화도를 모니터링하고 있습니다. 이 경우 '호흡간호'로 평가 가능한가요?

A. 산소포화도 모니터링은 '호흡간호' 평가에 포함되지 않습니다.

Q7

가정용 인공호흡기(home vent)를 사용하는 경우에도 평가할 수 있나요?

A. 환자가 스스로 관리하고 사용하는 경우 평가할 수 없지만, 간호사가 관리하고 기록이 있는 경우 '인공호흡기 사용'으로 평가 가능합니다.

Q8

'비침습적 산소투여' 항목 평가 시 산소 투여시간에 제한이 있나요?

A. 산소투여 적용 시간 및 용량은 제한이 없습니다.

Q9

의사 처방 없이 비침습적 산소투여를 실시하고 간호기록을 작성하면 '비침습적 산소투여' 항목으로 평가 가능한가요?

A. 의사 처방 없이 비침습적 산소투여를 시행하여도 간호기록을 남긴다면 평가 가능합니다.

Q10

CPR 등의 응급상황 시, 통합병동 내에서 Ambu bagging을 시행했다면 '인공호흡기 사용' 항목으로 평가 가능한가요?

A. CPR 등의 응급상황 시, 통합병동 내에서 Ambu bagging을 시행했다면 '인공호흡기 사용' 항목으로 평가 가능합니다.

주의 Suction 전·후 단순 과환기 목적이나 일시적인 desaturation 상황에서 Ambu bagging 후 recovery된 경우, CO2 retention 환자 등은 Ambu bagging을 하였더라도 '인공호흡기 사용'으로 평가 불가

간호활동

3. 정맥 내 투약

1. 선택

□ 적용기준 해당없음 (코드 0)

□ 적용기준 해당함 (코드 1)

2. 적용기준

○ 정맥 내를 통해 약품을 투여하는 경우를 평가하는 항목이다. 정맥 내 약품투여를 1일 3회 이상 실시하고 기록이 있는 경우에 해당된다.

3. 선택의 판단기준

○ 적용기준 해당없음

– 정맥 내를 통해 약품을 투여하지 않거나 약품별 투여 횟수의 합이 1일 3회 미만인 경우

○ 적용기준 해당함

– 전문치료 약제를 제외하고, 정맥 내로 투여하는 약품별 투여 횟수의 합이 1일 3회 이상인 경우

4. 유의사항

○ 전문치료 약제는 '정맥 내 투약' 항목의 투여 횟수로 산정하지 않고 '전문치료' 항목에서 별도 평가한다.

(전문치료 약제: 마약제, 항암제, 승압제, 항부정맥제, 면역억제제, 항혈전제)

○ 전문치료 약제의 부작용을 예방하기 위해 전문치료 약제와 병용 투여하는 약물은 투여 횟수로 산정 가능하다.

○ 수액, 영양제, 비타민, TPN은 투여 목적, 금식 여부와 관계없이 투여 횟수로 산정한다.

단, 수액, 영양제, TPN 등에 여러 약물을 혼합하여 투여하더라도 횟수는 1회로 산정한다.

◈ **횟수 산정 예시**

- 수액 단독 투여 ⇨ 1회
- 수액 + 비타민 투여 ⇨ 1회
- 수액 + 비타민 + 전해질 투여 ⇨ 1회
- 수액 + 항생제 투여 ⇨ 1회
- 수액 + 항생제 2바이알 투여 ⇨ 1회
- 수액 + 항생제 TID 투여 ⇨ 3회

○ 검사 목적의 시약은 횟수 산정에서 제외한다.

○ IV side로 주입하는 약물은 약품별 투여 횟수의 합으로 산정한다.

- A약물을 하루 3번 투여 시 3회로 산정한다.
- 서로 다른 2종의 약물을 투여할 경우 2회로 산정한다.

정맥 내 투약

Q1

50% DW(고농도 전해질)를 투약하는 경우 평가 가능한가요?

A. '정맥 내 투약' 투여 횟수로 산정 가능합니다.

Q2

시낙텐 검사, ICG 검사도 평가 가능한가요?

A. 검사 목적이므로 '정맥 내 투약' 항목의 적용기준에 해당하지 않습니다.

Q3

조영제 검사 이후 hydration을 위하여 수액을 투여하는 경우 평가 가능한가요?

A. 투여 횟수 1회로 산정 가능합니다.

Q4

단순 수액도 투여 횟수로 산정되나요?

A. 1회로 산정 가능합니다.

Q5

수액 1개에 다른 약물 2개를 혼합하는 경우 투여 횟수는 어떻게 산정하나요?

A. 수액에 여러 약물을 혼합하더라도 투여 횟수는 수액 당 1회로 산정합니다.

Q6

수액이 2개인 경우에는 횟수를 어떻게 산정하나요?

A. 수액의 개수에 따라 각각 횟수로 산정합니다.

Q7

전문치료약제(마약제, 항암제 등)의 부작용 예방을 위해 전문치료 약제와 병용 투여하는 약제는 정맥 내 투약에서 투여 횟수로 산정 가능한가요?

(예시) 항암제 투여로 인한 심한 구토를 예방하기 위해 Macperan 10mg IVS 처방

A. 전문치료약제의 부작용을 예방하기 위해 전문치료약제(이 경우에는 항암제)와 병용 투여하는 약제는 '정맥 내 투약' 항목의 투여 횟수로 산정합니다.

단, 항암제는 '정맥 내 투약' 항목에서 평가하지 않고 '전문치료' 항목에서 평가합니다.

Q8

A약물을 혼합한 N/S 50ml를 2회 투여한 경우 투여 횟수는 어떻게 산정하나요?

(예시) N/S 50ml + tanamin 17.5mg을 1일 2회 투여

A. 해당 약물의 투여 행위가 두 번 이루어졌다면, 투여 횟수 2회로 산정합니다.

Q9

같은 종류의 약물을 2앰플 이상 한 번에 투약 시 투여 횟수는 어떻게 산정하나요?

A. 약물은 2앰플이지만 약품 종류는 1개이므로 1회로 산정합니다.

Q10

피부과에서 아토피 환자 등의 소양감 해소를 위해 고농도 비타민(ascorbic acid 10amp)을 투여하는 경우 투여 횟수 산정이 가능한가요?

A. 10 ampule이지만 약물의 종류는 1개이므로 1회로 산정합니다.

Q11

TPN을 투여하는 경우 투여 횟수 산정이 가능한가요?

A. 금식 여부와 관계없이 TPN을 투여하는 경우 투여 횟수로 산정 가능합니다.

Q12

TPN 500ml IV bid로 처방되어 투여한 경우, 투여 횟수를 어떻게 산정해야 하나요?

A. TPN이 사례와 같이 처방된 경우, 처방에 따라 투여 횟수 2회로 산정 가능합니다.

Q13

NPO 상태로 TPN 투여 중이였으나, 경관영양을 시작하기 위해 영양액을 소량씩 주입하기 시작한 경우 투여 횟수로 산정할 수 있나요?

A. 산정할 수 있습니다. 금식 여부와 관계없이 TPN은 '정맥 내 투약' 횟수로 산정 가능합니다.

Q14

전해질 불균형 교정을 위해 3% Sodium chloride inj 500ml를 투여하는 경우, 혈액검사 결과에 따라 처방, 처방 중단, 재시작, 용량 변경 등이 이루어집니다. 처방 중단 후 재시작하는 경우, 각각 횟수로 산정할 수 있나요?

A. 산정할 수 없습니다. 약물 처방 횟수로 산정해야 하며 같은 날, 동일한 약물의 지속적 주입을 중단했다가 재시작하는 경우에는 횟수를 추가로 산정할 수 없습니다.

Q15

'25.12.5. 약물이 1회 처방되어 다음 날까지 주입 후 제거할 예정입니다. '25.12.6. 해당 약물에 대한 처방은 따로 나지 않았더라도 투약은 양일간 했으므로 각각 1회로 횟수 산정이 가능한가요?

A. 투약을 시작한 첫 날만 1회로 산정 가능합니다. 처방 다음 날도 투약 유지에 대한 간호 업무량이 소요될 수 있으나, 시작한 날에 대비하여 간호활동의 시간 소요가 크지 않으므로 처방 횟수에 따라 12.5. 1회만 산정할 수 있습니다.

주의 '정맥 내 투약' 항목 평가기준 명확성 향상을 위해 반드시 처방·투약 횟수에 근거하여 평가 실시

Q16

약물은 TID 처방이나 투약 스케쥴에 맞춰 한 번은 다음 날 투여하고 있습니다. 이런 경우 횟수 산정은 어떻게 하나요?

A. 실제로 약물을 투약한 시점을 근거로 횟수를 산정합니다.

Q17

TPN 및 수액이 48시간 처방이 난 경우에는 양일간 횟수로 산정 가능한가요?

A. '정맥 내 투약'은 투여 횟수를 산정하는 항목이므로 48시간 동안 투여하도록 처방이 났다고 하더라도, 처방 난 첫 날만 1회로 횟수 산정 가능합니다.

주의 '전문치료' 약제의 경우 횟수 산정이 아닌 해당 여부를 판단하는 항목으로 '정맥 내 투약'과 구분하여 평가

간호활동

4. 배액관 보유

1. 선택

□ 적용기준 해당없음 (코드 0)

□ 적용기준 해당함 (코드 1)

2. 적용기준

○ 배액관이란 상처부위, 수술 및 시술 부위 등의 배액·감압을 위해 가지고 있는 관(penrose drain, JP, Hemo-vac, PTBD 등)이다.

○ 배액관을 1개 이상 보유하고 배액관 관리에 관한 기록이 있는 경우에 해당한다.

3. 선택의 판단기준

○ 적용기준 해당없음

– 배액관이 없는 경우

○ 적용기준 해당함

– 배액관이 있는 경우

4. 유의사항

○ 장루, 요루, 위장·방광·직장에 삽입하는 관(Foley catheter, L-tube, PEG, Nelaton catheter, Rectal tube 등)은 배액관 보유로 평가하지 않는다. 단, NPO 상황(SOW, except PO 포함)에서 L-tube를 통해 배액만 하는 경우는 예외적으로 배액관 보유로 평가 가능하다.

※ Foley catheter, Nelaton catheter, Rectal tube는 '배변·배뇨' 항목으로 L-tube, PEG를 통한 영양액 주입은 '식사섭취' 항목에서 의존있음으로 평가한다.

○ 배액관을 보유 중 제거한 당일은 배액관 보유로 판단한다.

배액관 보유

Q1

Bag없이 catheter만 삽인 중인 경우 '배액관 보유'로 평가 가능한가요?

A. Bag 유무와 관계없이 배액 또는 감압 목적의 catheter가 있다면 '배액관 보유'로 평가 가능합니다.

Q2

catheter없이 Bag만 적용 중인 경우 '배액관 보유'로 평가 가능한가요?

A. '배액관 보유'에서는 배액·감압을 위해 유지하는 관이 있는지 평가하므로 catheter가 없는 경우에는 '배액관 보유'로 평가 불가합니다.

Q3

배액관 remove 전 배액량 조절이나 기능평가 목적으로 clamping하여 유지 중인 경우에도 '배액관 보유'로 평가 가능한가요?

A. clamping 되어있는 경우에도 배액관을 유지 중이라면 '배액관 보유'로 평가 가능합니다.

Q4

VP-shunt도 배액관으로 평가 가능한가요?

A. VP-shunt의 경우 외부로 나온 관이 없으므로 평가할 수 없습니다.

Q5

시술 후 PCN을 유지 중인 경우 '배액관 보유'로 평가 가능한가요?

A. 신장에 삽입된 PCN은 '배액관 보유'로 평가 가능합니다.

주의 urostomy, cystostomy의 경우 '배변·배뇨' 항목으로 평가함(p.69 Q11 참고)

Q6

치료적 금식 상태에서 L-tube insertion 후 배액만 하는 상태로, L-tube를 통한 feeding은 없는 상황입니다. 이런 경우에는 어떻게 평가해야 하나요?

A. 위장에 삽입된 관은 배액관 보유가 아닌 '식사섭취' 항목으로 평가하지만, NPO 상황으로 L-tube를 통한 feeding 없이 배액만 하는 상태라면 예외적으로 '배액관 보유'로 평가 가능합니다.

Q7

TURP(경요도전립선절제술) 수술 후 Foley catheter를 통해 N/S irrigation할 때 배액관으로 산정할 수 있나요? 이때 ADL '배변·배뇨' 항목에도 동시에 평가 가능한가요?

A. irrigation 목적으로 foley-catheter를 유지 중이더라도 방광에 삽입된 관은 배액관 보유로 평가하지 않고, 배변·배뇨 항목에서 '의존있음(코드1)'으로 평가합니다.

주의 항목 간 중복으로 평가하지 않음

Q8

L-tube 삽입 중인 환자는 배액관으로 평가할 수 있나요?

A. 위장에 삽입된 관은 배액관 보유가 아닌 '식사섭취' 항목에서 평가합니다.

단, NPO 상황으로 L-tube를 통한 feeding없이 배액만 하는 상태라면 예외적으로 배액관 보유로 평가 가능합니다.

Q9

L-tube로 feeding 중이지만 그날 컨디션 보고 잠깐 Aspiration drainage을 실시했을 때, '배액관 보유'로 평가할 수 있나요?

A. 위장에 삽입된 관은 배액관 보유가 아닌 '식사섭취' 항목에서 평가합니다.

주의 항목 간 중복으로 평가하지 않음

Q10

수술실에서 삽입한 foley catheter와 C-line을 '배액관 보유'로 평가할 수 있나요?

A. foley catheter는 배변·배뇨 항목으로 평가 가능하며, C-line은 '배액관 보유'에 포함되지 않습니다.

Q11

배액관은 Drain용만 인정하고, 중심정맥관, chemoport 등은 인정하지 않나요?

A. 배액관이란 상처부위, 수술 및 시술 부위 등의 배액·감압을 위해 가지고 있는 관으로 중심정맥관, chemoport는 배액관이 아닙니다.

Q12

장 폐색 등으로 인해 Rectal tube를 3~4일 보유한 경우 배액관으로 평가 가능한가요?

A. 직장에 삽입된 관은 배액관 보유가 아닌 '배변·배뇨' 항목에서 평가 가능합니다.

주의 항목 간 중복으로 평가하지 않음

Q13

Perm catheter를 통한 혈액투석 및 복막투석 환자도 '배액관 보유'로 평가하나요?

A. 복막투석 환자는 '배액관 보유'로 평가 가능하지만, Perm catheter를 통한 혈액투석 환자의 경우 '배액관 보유'로 평가 불가합니다.

Q14

배액관 기록은 어떻게 해야 하나요?

A. 간호필요도 평가에서의 간호기록은 양식이나 기준, 횟수 등은 정해져있지 않습니다.

일반적으로 배액관 관리 기록 시 배액관의 위치, 배액의 상태(양, 색깔, 냄새, 농도 등)를 기재하기 때문에 환자 상태에 맞게 적절하게 작성해주시면 됩니다.

Q15

PEG(경피적 내시경하 위루술)는 배액관으로 평가 가능한가요?

A. 위장에 삽입된 관은 배액관 보유가 아닌 '식사섭취' 항목에서 평가 가능합니다.

주의 항목 간 중복으로 평가하지 않음

Q16

CAPD Catheter의 경우, 복막투석을 하지 않는 날에도 '배액관 보유'로 평가 가능한가요?

A. CAPD Catheter를 보유하고, 간호기록이 있는 경우 복막투석을 하지 않더라도 '배액관 보유'로 평가 가능합니다.

Q17

상처부위 등에 음압배액을 적용한 경우에도 '배액관 보유'로 평가 가능한가요?

A. 상처부위 등에 음압배액(큐라시스 등)을 적용한 경우 간호기록이 있을 시 '배액관 보유'로 평가 가능합니다.

만약, 욕창이 있는 환자에게 욕창 치료를 위해 음압배액(큐라시스 등)을 적용한 경우라면 음압배액을 하고 있으므로 '배액관 보유'로 평가, Stage1 이상의 욕창이 있으므로 '욕창 관리' 항목에서 모두 평가 가능합니다.

Q18

오전에는 치료 목적의 NPO 상태에서 L-tube로 drain만 하다가, 오후에는 L-tube feeding을 시작한 경우 어떻게 평가하나요?

A. 간호활동 평가 시 하루 중 환자 상태에 대해 평가하므로, 하루 중 L-tube를 통한 feeding이 이루어졌다면 위장의 삽입된 관인 L-tube는 배액관 보유로 평가하지 않고 식사섭취 항목에서 '의존있음(코드1)'으로 평가합니다.

주의 항목 간 중복으로 평가하지 않음

Q19

NPO 상태에서 L-tube로 drain만 하던 중 L-tube를 통해 물만 투여하거나, 물과 약을 함께 투여한 경우 어떻게 평가하나요?

A. 물 또는 물과 약을 함께 L-tube를 통해 투여하는 경우, 식사를 하는 행위로 볼 수 없으므로 식사섭취가 아닌 '배액관 보유'로 평가합니다.

※ 식사는 물 이외 유동식(Liquid diet) 등을 의미하며, 밥 대신 하모닐란 등을 섭취하는 경우도 식사하는 행위로 간주함

Q20

복수천자, 흉수천자와 같이 배액량, 배액 양상, 환자의 증상에 따라 일시적으로 배액관 삽입 후 제거한 경우에도 평가 가능한가요?

A. '배액관 보유' 항목은 배액·감압을 위한 관이 있는지 평가하므로, 배액관 보유 시간과 관계없이 평가 가능합니다.

간호활동

5. 욕창관리

1. 선택

□ 적용기준 해당없음 (코드 0)

□ 적용기준 해당함 (코드 1)

2. 적용기준

○ 욕창은 지속적 또는 반복적 압박이 주로 뼈의 돌출부에 가해짐으로써 혈액순환이 잘 안되어 조직이 죽어 발생한 손상을 의미한다.

○ 욕창이 있는 환자에게 욕창관리 활동을 실시하고 기록이 있는 경우에 해당한다.

◈ (욕창이 있는 환자) NPIAP 분류 stage1 이상의 욕창이 있는 경우

- 0: 발생하지 않음, 1: stage1, 2: stage2, 3: stage3, 4: stage4, 5: 단계측정불가, 6: 예상되어지는 심부조직

◈ (욕창관리 활동)

- 욕창부위 관찰(발적, 삼출물 여부, 드레싱 부착 상태 등), 욕창 치료(세척, 드레싱, 감염관리 등), 체위변경, 피부관리 등을 모두 포함하는 개념

3. 선택의 판단기준

○ 적용기준 해당없음

– 욕창이 없는 경우

○ 적용기준 해당함

– 욕창이 있는 환자에게 욕창관리 활동을 실시하고 기록이 있는 경우

4. 유의사항

○ 욕창의 유·무로 판단할 수 있으며, 크기나 정도는 상관없다.

○ 기저귀 접촉 부위에 생긴 발진과 구분하여 평가한다.

○ 반복적인 피부자극(마찰, 쓸림, 긁음)에 의해 발생한 피부 벗겨짐, 피부과적 문제로 발생한 증상(수포 등) 등은 해당하지 않는다.

욕창관리

Q1

현재 환자에게 욕창은 없으나, 욕창이 발생할 가능성이 높아 해당 부위를 관찰하거나 예방적인 조치를 한 경우에도 '욕창관리'로 평가 가능한가요?

A. 욕창이 없는 경우에는 평가할 수 없습니다. '욕창관리' 항목은 욕창이 발생한 환자에게 욕창관리 활동을 실시하고 기록이 있는 경우 평가할 수 있습니다.

※ 욕창관리 활동이란, 욕창부위 관찰(발적, 삼출물 여부, 드레싱 부착 상태 등), 욕창 치료(세척, 드레싱, 감염관리 등), 체위변경, 피부관리 등을 모두 포함하는 개념

Q2

찰과상이 있어 상처부위를 소독하고 드레싱을 해주었습니다. 이런 경우도 '욕창관리'에 해당되나요?

A. '욕창관리'는 욕창(NPIAP 분류 stage1 이상)이 있는 환자의 욕창 상태를 확인하거나 드레싱을 실시하고 기록이 있는 경우 평가하는 항목이므로, 찰과상의 경우에는 적용할 수 없습니다.

Q3

통합병동 내 입원한 환자이나 WOCN(통합병동 인력이 아닌 상처, 장루, 실금 담당 간호사)이 욕창관리 간호활동을 한 경우 '욕창관리'로 평가할 수 있나요?

A. 통합병동에 입원한 환자에게 통합병동 내에서 욕창관리 간호활동이 이루어졌다면 평가할 수 있습니다.

Q4

욕창 2단계가 완화되었을 때, 0~1단계 욕창이 아닌, 완화된 2단계로 분류하여 평가하고 있습니다. 완화된 욕창 상태를 확인하는 경우 평가할 수 있나요?

A. 욕창이 완화되어도, NPIAP 분류에 따라 욕창 부위를 사정하고, 판단에 따라 '해당없음(코드0)', '해당함(코드1)'으로 평가해야 합니다.

Q5

욕창부위 드레싱을 2~3일 간격으로 실시하는 경우, 감염의 위험성과 드레싱 접착력 감소 등의 이유로 매일 욕창부위를 직접 확인하지 않습니다. 이런 경우 '욕창관리'로 평가 가능한가요?

A. 드레싱을 실시하지 않더라도 드레싱 부착 상태, 삼출물 유무 등은 육안으로 확인 가능합니다. 이를 확인하고 기록으로 남길 시 '욕창관리' 항목에 포함할 수 있습니다.

※ 욕창관리 활동이란, 욕창부위 관찰(발적, 삼출물 여부, 드레싱 부착 상태 등), 욕창 치료(세척, 드레싱, 감염관리 등), 체위변경, 피부관리 등을 모두 포함하는 개념

간호활동

6. 수혈

1. 선택

□ 적용기준 해당없음 (코드 0)

□ 적용기준 해당함 (코드 1)

2. 적용기준

○ 수혈을 실시하고 기록이 있는 경우에 평가하는 항목이다.

3. 선택의 판단기준

○ 적용기준 해당없음

– 수혈을 실시하지 않는 경우

○ 적용기준 해당함

– 수혈을 실시하고 기록이 있는 경우

4. 유의사항

○ 혈액의 종류(전혈, 농축적혈구, 신선동결혈장 등), 용량에 제한이 없다.

○ 통합병동 내에서 실시한 수혈만 해당된다.

○ 수술실, 투석실 등 통합병동 외에서 실시한 수혈은 포함하지 않는다. 단, 통합병동 외에서 실시한 수혈이 종료되지 않아 통합병동 내에서 수혈의 일부 과정을 시행하고 기록이 있는 경우는 포함시킨다.

○ 전일 24시 전에 실시한 수혈이 다음날 종료된 경우, 이틀 모두 적용기준에 해당된다.

수혈

Q1

알부민 투여도 '수혈'에 포함되나요?

A. '수혈'로는 평가할 수 없으며 '정맥 내 투약' 투여 횟수로 산정 가능합니다.

Q2

수술실, 투석실 등 통합병동 외에서 실시한 수혈도 포함하나요?

A. 통합병동 내에서 실시한 수혈만 해당하며, 통합병동 외에서 실시한 수혈은 포함하지 않으므로 '수혈' 항목에 적용기준 '해당없음(코드0)'으로 평가합니다.

Q3

밤에 수혈이 시작되어 다음날 새벽에 수혈이 종료된 경우 '수혈' 적용기준에 해당되는 날은 언제인가요?

A. 수혈을 실시한 이틀 모두 '수혈' 항목에 적용기준 '해당함(코드1)'으로 평가합니다.

Q4

종교적인 이유로 수혈을 거부하는 경우 투여하는 volulyte도 수혈에 포함되나요?

A. '수혈'로 평가할 수 없습니다. volulyte의 효능(혈액량 감소의 치료 및 예방)에 따라 투여하였으므로 '정맥 내 투약'으로 산정 가능합니다.

간호활동

7. 전문치료

가 마약제(주사제)

1. 선택

□ 적용기준 해당없음 (코드 0)

□ 적용기준 해당함 (코드 1)

2. 적용기준

○ 환자 중추 신경계의 오피오이드 수용체에 작용하여 통증 조절을 목적으로 마약제(주사제)를 투여한 경우에 해당한다.

3. 선택의 판단기준

○ 적용기준 해당없음

– 마약제(주사제에 한함)를 투여하지 않은 경우

○ 적용기준 해당함

– 마약제(주사제에 한함)를 투여한 경우

4. 유의사항

○ 해당 적용기준에서 의미하는 '마약'이란 「마약류 관리에 관한 법률」 제2조 제2항의 마약에 해당하는 약물이다.

○ 향정신성의약품, 대마 등 '마약' 외 약제는 포함하지 않는다.

○ 주사제 투여방법(정맥 내, 근육주사, 피하주사 등)은 제한하지 않는다.

○ PCA로 마약제(주사제)를 투여하는 경우도 포함한다.

나 항암치료제(주사제)

1. 선택

□ 적용기준 해당없음 (코드 0)

□ 적용기준 해당함 (코드 1)

2. 적용기준

○ 악성 종양 세포의 증식, 전이, 재발의 억제, 축소, 제거를 목적으로 항암 주사제를 투여한 경우에 평가하는 항목이다.

3. 선택의 판단기준

○ 적용기준 해당없음

– 항암치료제(주사제에 한함)를 투여하지 않은 경우

○ 적용기준 해당함

– 항암치료제(주사제에 한함)를 투여한 경우

4. 유의사항

○ 항암제는 종양세포의 증식과 생존을 억제하고 제거하는 약제로서, 작용 기전에 따라 알킬화제, 대사길항제, 호르몬성 항암제, 면역조절제 등으로 분류되고, 약제의 종류는 제한하지 않는다.

○ 주사제 투여방법(정맥 내, 근육주사, 피하주사 등)은 제한하지 않는다.

○ 항암제를 투여한 당일만 포함하고 휴약 기간은 포함하지 않는다.

○ 항암제를 악성 종양 세포의 증식, 전이, 재발의 억제, 축소, 제거의 목적 외로 사용한 경우는 포함하지 않는다.

○ 약물 부작용 감소 등을 위해 항암제 이외의 약제만 투여한 날은 해당하지 않는다.

다 승압제(주사제)

1. 선택

□ 적용기준 해당없음 (코드 0)

□ 적용기준 해당함 (코드 1)

2. 적용기준

○ 쇼크, 저혈압, 순환 허탈 환자의 혈압을 상승시키기 위해 승압제(주사제)를 투여한 경우에 해당한다.

3. 선택의 판단기준

○ 적용기준 해당없음

- 승압제(주사제에 한함)를 투여하지 않은 경우

○ 적용기준 해당함

- 승압제(주사제에 한함)를 투여한 경우

4. 유의사항

○ 승압제는 심박출량의 증가, 말초혈관 수축 등에 의해 승압 작용을 나타내는 약제로, 도파민, 도부타민, 에피네프린, 노르에피네프린, 바소프레신 등이 있다.

○ 주사제 투여 방법(정맥 내, 근육주사, 피하주사 등)은 제한하지 않는다.

○ 신부전 환자의 신장 혈류 증가를 위하여 도파민을 Renal Dose로 사용하는 등 혈압을 상승시키기 위한 목적 이외의 사용은 평가에 포함하지 않는다.

라 항부정맥제(주사제)

1. 선택

□ 적용기준 해당없음 (코드 0)

□ 적용기준 해당함 (코드 1)

2. 적용기준

○ 부정맥이 있는 환자에게 부정맥 발생을 억제하기 위해 항부정맥제(주사제)를 투여한 경우에 해당한다.

3. 선택의 판단기준

○ 적용기준 해당없음

– 항부정맥제(주사제에 한함)를 투여하지 않은 경우

○ 적용기준 해당함

– 항부정맥제(주사제에 한함)를 투여한 경우

4. 유의사항

○ 항부정맥제는 나트륨통로 차단제, 베타 차단제, 칼륨통로 차단제, 칼슘통로 차단제 등으로 분류되고, 약제의 종류는 제한하지 않는다.

○ 주사제 투여 방법(정맥 내, 근육주사, 피하주사 등)은 제한하지 않는다.

○ 적용기준에 명시된 부정맥 발생 억제 목적 외 신경 안정, 혈압 하강 등을 위하여 투여하는 경우 등은 해당하지 않는다.

마 면역억제제(주사제)

1. 선택

□ 적용기준 해당없음 (코드 0)

□ 적용기준 해당함 (코드 1)

2. 적용기준

○ 자가면역질환 환자의 치료 또는 장기이식 환자의 거부반응 방지를 위해 면역억제제(주사제)를 투여한 경우에 해당한다.

3. 선택의 판단기준

○ 적용기준 해당없음

– 면역억제제(주사제)를 투여하지 않은 경우

○ 적용기준 해당함

– 면역억제제(주사제)를 투여한 경우

4. 유의사항

○ 주사제 투여 방법(정맥 내, 근육주사, 피하주사 등)은 제한하지 않는다.

○ 면역억제제는 체액성 또는 세포성 면역반응을 일으키는 능력을 저하하거나 차단하기 위해 사용되는 약제로, 약제의 종류는 제한하지 않는다.

○ 자가면역질환 치료, 장기이식 거부반응 방지 목적 외 투약한 약제는 포함하지 않는다.

○ 적용기준에 명시된 목적 외 투약하는 경우(수혈 시 거부반응 방지, 부작용의 경감 등)는 포함하지 않는다.

바 항혈전제(정맥주사제)

1. 선택

□ 적용기준 해당없음 (코드 0)

□ 적용기준 해당함 (코드 1)

2. 적용기준

○ 관상동맥 질환, 뇌경색, 심부정맥혈전증, 폐동맥혈전색전증 등 혈전·색전증이 발생하였거나 발생할 가능성이 있어 항혈전제를 정맥 내로 투여한 경우에 해당한다.

3. 선택의 판단기준

○ 적용기준 해당없음

– 항혈전제 정맥주사를 실시하지 않은 경우

○ 적용기준 해당함

– 항혈전제 정맥주사를 실시한 경우

4. 유의사항

○ 항혈전제는 항응고제, 항혈소판제, 혈전용해제 등이 있으며, 약제의 종류 및 양을 제한하지 않는다.

○ 정맥주사의 개방성 유지를 위하여 항혈전제를 투여하는 경우 등 적용기준에 명시된 목적 외 투여하는 경우는 포함하지 않는다.

○ 약물 투여 방법은 정맥 내 주사만 포함하며, 경구 및 피하 투여 등은 제외한다.

전문치료

Q1

Dexamethasone(부신피질호르몬제)을 악성종양세포 제거 목적으로 주사제로 투여한 경우 평가 가능한가요?

A. 항악성종양제로 분류가 되어 있지 않더라도 악성종양세포 제거 목적으로 투여한 경우 '항암치료제(주사제)' 적용기준 '해당함(코드1)'으로 평가 가능합니다.

단, 항암치료 목적이라는 내용을 포함한 간호기록이 필요합니다.

Q2

간암 환자에게 종양 고주파 절제술(Radiofrequency ablation for tumors) 전에 Matrifen Patch 25㎎(마약성 진통제)을 왼쪽 가슴에 부착하였습니다. '마약제(주사제)'로 평가 가능한가요?

A. '마약제(주사제)'는 통증 조절 목적으로 마약제(주사제)를 투여한 경우에만 인정되며, 경구투여나 패치는 적용기준에 해당하지 않습니다(코드0).

Q3

PCA(자가 통증 조절법)로 펜타닐을 사용 중인 환자가 0시 ~ 24시까지 한 번도 투여 버튼을 누르지 않았을 경우에도, 마약제 평가가 가능할까요?

A. PCA는 환자가 꼭 투여 버튼을 누르지 않더라도 일정량의 진통제가 지속적으로 주입되기 때문에 '마약제(주사제)'로 평가할 수 있습니다(코드1).

단, PCA를 clamping하여 24시간 동안 약물 투여가 중단된 경우에는 평가할 수 없습니다.

Q4

향정신성의약품을 투여하였습니다. '마약제(주사제)' 항목으로 평가 가능하나요?

A. 해당 적용기준에서 의미하는 '마약'이란 「마약류 관리에 관한 법률」 제2조 제2항의 마약에 해당하는 약물입니다.

향정신성의약품, 대마 등 마약 외 약제는 포함하지 않으므로 '마약제(주사제)' 항목은 '해당 없음(코드0)'으로 평가합니다.

Q5

침습적인 시술이 예정되어 '마약제(주사제)'가 처방되고, 시술 종료 후 통합병동으로 환자가 돌아와 투여한 경우, '마약제(주사제)' 항목으로 적용 가능한가요?

A. 환자의 실제 통증 호소 여부와 상관없이, 중추 신경계의 오피오이드 수용체에 작용하여 통증 조절을 목적으로 '마약제(주사제)'를 투여한 경우 '마약제(주사제)' 항목으로 적용 가능합니다.

단, 검사실 등에서 마약제(주사제) 투여를 모두 마친 상태로 통합병동으로 돌아올 경우, 평가할 수 없습니다.

Q6

가슴 두근거림, 빈맥, 어지러움 증 등으로 불편감을 느꼈던 환자가 실신으로 응급실을 방문하여 심방세동(Atrial Fibrillation)으로 진단받고 응급실에서 cordarone 150㎎/3㎖(항부정맥제)을 17cc/hr로 18hrs 동안 정맥주사 한 후 심박동수가 80회/분으로 안정되어, 이후 통합병동에 입원하여 경구약으로 cordarone 200㎎(항부정맥제)을 투여하였습니다.
'항부정맥제(주사제)'로 평가가 가능한가요?

A. 위 사례에서 항부정맥제 주사제는 응급실에서 시행하고, 통합병동에서는 항부정맥제 경구제를 투여하였으므로 '항부정맥제(주사제)' 항목은 적용기준 '해당없음(코드0)'으로 평가합니다.

주의 '항부정맥제(주사제)'는 부정맥이 있는 환자에게 부정맥 발생을 억제하기 위해 항부정맥제를 주사제로 투여한 경우만 평가함

Q7

병동에서 해당 약물이 '마약'에 해당하는지 어떻게 구분할 수 있나요?

A. 의약품안전나라(식약처 운영) 웹사이트에서 약물 검색 후 '품목구분'과 '마약구분'을 모두 확인할 수 있습니다.

※ 웹사이트 접속경로: nedrug.mfds.go.kr

Q8

와파린을 복용하던 환자가 시술을 위해 와파린 복용을 중단 후, 헤파린 정맥주사제를 사용하는 경우 '항혈전제(정맥주사제)'로 평가 가능한가요?

A. '항혈전제(정맥주사제)'로 평가 가능합니다. 관상동맥 질환, 뇌경색, 심부정맥 혈전증 등 혈전·색전증이 발생하였거나, 발생할 가능성이 있어 항혈전제를 정맥 내로 투여한 경우 평가 가능합니다.

Q9

급성기 내과 환자가 정맥혈전색전증 발생위험이 높아 N/S 1000cc + Heparin Na 25,000IU를 정맥 주사로 투여했습니다. '항혈전제(정맥주사제)'로 평가 가능한가요?

A. '항혈전제(정맥주사제)'로 평가 가능합니다(코드1).

항혈전제는 혈액응고 형성을 억제하거나 혈액의 복잡한 응고기전을 방해함으로써 혈전형성을 억제하는 약물로 관상동맥 질환, 뇌경색, 심부정맥혈전증, 폐동맥혈전색전증 등 혈전·색전증이 발생하였거나, 발생할 가능성이 있어 항혈전제를 정맥 내로 투여한 경우에 적용기준 '해당함(코드1)'으로 평가합니다.

주의 해당 약물은 '항혈전제(정맥주사제)'로 평가하므로, '정맥 내 투약' 항목으로 중복 평가하지 않음

Q10

항암치료제를 방광 내 또는 척추강내로 투여한 경우도 '항암제(주사제)'로 평가 가능한가요?

A. '항암제(주사제)'의 경우 주사제 투여방법을 제한하지 않으므로 적용기준에 해당합니다(코드1).

Q11

심박출량, 심근수축력 강화를 위해 도파민을 사용했을 경우 '승압제(주사제)'로 평가 가능할까요?

A. '승압제(주사제)' 적용기준 '해당함(코드1)'으로 평가 가능합니다.

Q12

Eglandin IV 투여 시 '항혈전제(정맥주사제)' 항목으로 평가할 수 있나요?

A. Eglandin(Alprostadil 〉 혈액순환장애 치료제 〉 말초혈액순환 개선)은 항혈전제가 아니므로 '항혈전제(정맥주사제)' 항목으로 평가 불가합니다.

Q13

Wound PCA 투여 시에도 '마약제(주사제)' 항목으로 평가할 수 있나요?

A. Wound PCA로 투여되는 약제가 마약제(주사제)에 해당하는 경우에만 '마약제(주사제)' 항목으로 평가 가능합니다.

Wound PCA로 리도카인 등 국소마취제를 투여하는 경우와 같이 '마약제(주사제)'에 해당하지 않는 약제라면 '마약제(주사제)로' 평가 불가합니다.

Q14

암환자의 호흡곤란 조절을 위해 마약제(주사제)를 투여하는 경우, 평가할 수 있나요?

A. 평가할 수 없습니다. 적용기준 목적 외로 투약하는 경우는 평가에서 제외합니다.

Q15

시술 전 예방적으로 투여된 마약제도 '마약제(주사제)' 항목으로 평가할 수 있나요?

A. 평가할 수 있습니다. 마약제(주사제)가 통증조절을 목적으로 투여되었다면 평가 가능합니다.

Q16

항암치료제(주사제)를 48시간 투여하도록 처방이 난 경우 어떻게 평가하나요?

A. 전문치료 약제는 투약이 익일로 넘어가는 경우, 그 다음 날도 평가 가능합니다.

주의 '전문치료' 약제의 경우 횟수 산정이 아닌 해당 여부를 판단하는 항목으로 '정맥 내 투약'과 구분하여 평가

일상생활수행능력
및 정서상태

8. 체위변경

1. 선택

□ 의존없음 (코드 0)

□ 의존있음 (코드 1)

2. 적용기준

○ 스스로 앙와위(반듯이 누워 있는 자세)에서 측와위(옆으로 누운 자세), 측와위에서 앙와위로 체위변경 가능한지 평가한다.

3. 선택의 판단기준

○ 의존없음(코드 0)

- 도움 없이 스스로 체위변경이 가능한 경우
- 사이드 레일, 끈, 바 등을 사용하여 도움없이 변경 가능한 경우

○ 의존있음(코드 1)

- 스스로 체위변경을 하는데 어려움이 있어, 간호사 등이 팔 또는 몸을 지지하는 도움을 제공한 경우

4. 유의사항

○ 사이드 레일, 끈, 바를 설치·조정하기 위한 도움은 포함하지 않는다.

○ 환자가 스스로 할 수 있으나, 시간이 오래 걸린다는 사유 등으로 간호사 등이 도움을 주는 경우에는 도움을 준 것으로 판단하지 않는다.

체위변경

Q1

척추수술 후 절대침상안정(ABR) 상태인데 측와위로 체위를 변경하기 위해 간호사가 통나무 굴리기(rolling) 방법으로 환자를 돌려눕히고 기록했습니다. 이 간호활동에 대한 평가는 어떻게 하나요?

A. 척추수술 후 절대침상안정 상태에서 환자가 체위를 변경하기 위해 간호사 등이 팔 또는 몸을 지지하는 도움을 제공했다면 '의존있음(코드1)'으로 평가합니다.

Q2

환자 스스로 체위변경이 가능하지만 치료 목적으로 움직임을 제한(ABR)하고 체위변경 시 도움을 제공하고 있습니다. 어떻게 평가하나요?

A. 치료 목적으로 움직임을 제한한 경우, 체위변경 시 도움이 필요하므로 도움을 제공했다면 '의존있음(코드1)'으로 평가합니다.

Q3

수술 후 통증으로 스스로 체위변경 하는데 어려움이 있어 도움을 제공한 경우 평가 가능한가요?

A. 통증으로 인하여 환자 스스로 체위변경을 하기 어려워 간호사 등이 도움을 제공한 경우 평가 가능합니다.

Q4

편마비 등으로 한쪽으로만 체위변경이 가능하여, 다른 쪽으로 체위변경 시에는 간호사 등이 도움을 제공한 경우 '의존있음(코드1)'으로 평가 가능한가요?

A. 편마비로 한쪽으로만 체위변경이 가능하여 다른 쪽으로 체위변경 시에는 간호사 등이 도움을 제공한 경우, '의존있음(코드1)'으로 평가 가능합니다.

Q5

‘앙와위 ↔ 측와위’ 변경하는 경우만 ‘체위변경’ 항목으로 평가할 수 있나요? 반좌위, 복위 등 기타 체위로 변경 시 도움을 제공한 경우, 평가할 수 있나요?

A. 기타 체위로 변경 시에는 평가할 수 없습니다. ‘앙와위에서 측와위’, ‘측와위에서 앙와위’로 체위변경하는 경우만 평가할 수 있습니다.

Q6

스스로 체위변경 가능하나 우울증 또는 정서불안으로 본인이 전혀 움직이지 않으려는 경우, 간호사 등이 도움을 제공했다면 평가할 수 있나요?

A. ‘의존있음(코드1)’으로 평가할 수 있습니다. 환자의 수행능력에는 문제가 없지만 스스로 움직이지 않아, 간호사의 도움이 수행되어야만 체위변경을 할 수 있기 때문입니다.

단, 관련 간호기록을 구체적으로 작성한 경우 평가 가능합니다.

일상생활수행능력
및 정서상태

9. 침상 밖으로 이동

1. 선택

□ 의존없음 (코드 0)

□ 의존있음 (코드 1)

2. 적용기준

○ 침상 내에서 침상 밖(휠체어, 이동형 침대, 이동기구, 의자 또는 지면 등)으로 또는 침상 밖에서 침상 안으로 스스로 이동 가능한지 평가한다.

3. 선택의 판단기준

○ 의존없음(코드 0)

- 도움 없이 스스로 침상 밖으로 이동이 가능한 경우
- 무언가를 잡거나 보조기구(지팡이 등)를 이용하여 스스로 이동이 가능한 경우

○ 의존있음(코드 1)

- ① ~ ③ 중 하나 이상에 해당하여 도움을 제공한 경우
  - ① 스스로 침상 밖으로 나오는데 어려움이 있어, 간호사 등이 팔 또는 몸을 지지하는 도움이나 간호사 등이 안고, 옮겨주는 (이지슬라이더 등의 기구 혹은 장비 이용 포함) 등 도움이 필요한 경우
  - ② 환자의 허약, 장애, 약물, 낙상 과거력, 치료기구 등으로 인하여 침상 밖으로 이동할 때마다 관찰이 필요한 경우
  - ③ 와상, 절대안정 등의 사유로 침상 밖으로 이동이 불가능하여 침상 채 이동에 반드시 간호사의 도움이 필요한 경우

4. 유의사항

○ 이동을 위한 보조기구 가져다 주기, 준비도움, 의족 또는 의수 착용 도움, 사이드 레일을 내리는 등의 도움은 '의존없음'으로 판단한다.

침상 밖으로 이동

Q1

ABR 처방을 받은 환자인데 무단으로 움직여 침상 밖으로 이동 도움을 주었습니다. 이 경우 '침상 밖으로 이동'에 '의존있음(코드1)'으로 평가할 수 있나요?

A. '의존있음(코드1)'으로 평가 가능합니다. 침상 밖으로 이동이 금지되어 있는 ABR 환자가 무단으로 움직였다고 하더라도, 이로 인해 간호사 등이 도움을 제공한 경우 평가할 수 있습니다.

Q2

와상, ABR 등의 사유로 침상 밖으로 이동이 불가능하여 침상 채 이동해야 하는 경우 평가할 수 있나요?

A. 와상, ABR 등의 사유로 침상 채 이동만 가능하여 반드시 간호사가 이동 도움을 제공한 경우 '의존있음(코드1)'으로 평가할 수 있습니다.

단, 이동 전 단순 정리만 필요하고 이동 시 간호사의 도움이 필요한 경우가 아니라면 평가할 수 없습니다.

Q3

와상, ABR 등의 사유로 침상 밖으로 이동이 불가능하여 침상 채 이동하는 경우, 반드시 간호사가 도움을 제공해야 하는 이유가 무엇인가요?

A. '침상 밖으로 이동'은 침상 밖이나 침상 안으로 이동 시 도움을 주었을 경우에 평가할 수 있는 항목으로 이송은 원칙적으로 포함되지 않습니다.

다만, 와상, ABR 환자는 침상 밖으로 이동이 불가능하고, 침상 채로 이동할 경우에 간호활동 시간이 많이 소요되어 평가할 수 있도록 예외적으로 허용한 항목이기 때문에 반드시 간호사의 도움이 있어야만 평가할 수 있습니다.

Q4

침상 밖에서 안으로 이동하는 것도 ‘침상 밖으로 이동’ 항목에서 평가 가능한가요?

A. 침상 안에서 밖으로, 밖에서 안으로 이동하는 경우를 모두 포함하여 평가합니다.

Q5

환자가 스스로 휠체어로 이동한 후 간호사 등이 휠체어를 밀어 주었습니다. ‘침상 밖으로 이동’ 항목에서 평가 가능한가요?

A. ‘침상 밖으로 이동’ 항목은 환자가 스스로 침상 내에서 밖(또는 침상 밖에서 안)으로 이동 가능한지를 평가하므로 이송은 포함하지 않습니다.

※ 와상, ABR 등의 사유로 침상 채 이동만 가능하여 반드시 간호사가 도움을 제공하는 경우는 평가 가능

Q6

수술 직후 통증으로 움직일 수 없는 환자를 환자이동보조기구(롤링보드)를 이용하여 침상으로 옮긴 경우 평가 가능한가요?

A. 환자가 통증으로 인하여 스스로 침상 밖 이동을 할 수 없어 간호직원 등이 롤링보드 등 장비를 이용하여 침상으로 옮겨준 경우 ‘의존있음(코드1)’으로 평가 가능합니다.

Q7

치료 기구 등으로 침상 밖으로 이동 시 관찰한 경우 평가에 포함할 수 있나요?

A. 환자의 허약, 장애, 약물, 낙상 과거력, 치료기구 등으로 인하여 침상 밖으로 이동할 때마다 관찰한 경우 ‘의존있음(코드1)’으로 평가 가능합니다.

Q8

수술 전에는 혼자 이동 가능하였으나 78세 고령환자로 수술 직후 낙상 위험이 있어 침상 밖으로 이동 시 몸의 일부를 지지하여 도움을 주었습니다. '의존있음(코드1)'으로 평가 가능한가요?

A. 환자의 허약, 장애, 약물, 낙상 과거력, 치료기구 등으로 인하여 침상 밖으로 이동할 때마다 관찰하거나 침상 밖 이동 시 몸의 일부를 지지해 주었다면 '의존있음(코드1)'으로 평가 가능합니다.

Q9

침상 밖으로 스스로 이동은 가능하나 수술 후 운동 목적으로 워커 등을 이용하여 보행 시 제공하는 도움은 평가대상에 해당하나요?

A. 보행 시 제공하는 도움은 '의존없음(코드0)'으로 평가합니다.

Q10

침상 밖으로 나오는 것은 혼자 시행할 수 있으나 침대에서 보조기 착용을 혼자하지 못해 간호사 등이 착용하는 것을 도와주었습니다. '의존있음(코드1)'으로 적용할 수 있을까요?

A. 보조기 착용에 도움을 주었으나 보조기 착용 이후에는 침상 밖 이동이 자유로운 경우 침상 밖 이동 항목에서 '의존없음(코드0)'으로 평가합니다.

단, 보조기 착용에 도움이 필요한 경우로 옷 입기는 '의존있음(코드1)'으로 평가 가능합니다.

Q11

이동에 앞서, 환자가 지니고 있는 배액관 및 치료기기 정리에 도움을 주는 경우 평가할 수 있나요?

A. 환자 몸에 지닌 치료기구 등으로 인하여 이동 시마다 간호사 등이 관찰한 경우에는 '의존있음(코드1)'으로 평가할 수 있습니다.

단, 단순 정리만 필요하고 이동 시 관찰이 필요한 경우가 아니라면 평가할 수 없습니다.

일상생활수행능력
및 정서상태

10. 식사섭취

1. 선택

□ 의존없음 (코드 0)

□ 의존있음 (코드 1)

2. 적용기준

○ 음식이 준비되어 있을 때 스스로 식사할 수 있는지 평가한다.

3. 선택의 판단기준

○ 의존없음(코드 0)

- 도움·관찰없이 스스로 식사를 할 수 있는 경우
- 수저 외 보조기구를 사용하여 스스로 식사할 수 있는 경우
- 금식, TPN 등의 사유로 인해 식사하는 행위가 발생하지 않을 경우

○ 의존있음(코드 1)

- ① ~ ③ 중 하나 이상에 해당하여 도움을 제공한 경우
  - ① 간단한 식사도구(숟가락, 포크 등)는 스스로 다룰 수 있으나 작게 자르기, 껍질 벗기기, 생선 바르기 등을 스스로 할 수 없어 간호사 등의 도움이 필요한 경우
  - ② 흡인(aspiration) 과거력, 인지장애, 연하곤란(dysphagia) 등으로 인하여 식사하는 동안 반드시 간호사 등의 관찰·감독이 있어야 하는 경우
  - ③ 혼자서는 식사를 전혀 할 수 없어 간호사 등에 의해 모든 과정에서 전적인 도움(스푼 피딩 등)을 받아야 하는 경우

4. 유의사항

○ 식사는 경구영양, 경관영양을 포함하고, TPN은 포함하지 않는다.

○ 식사는 물 이외 유동식(Liquid diet) 등을 의미하며, 처방 식사가 아닌 사식을 섭취하는 경우에도 간호사 등의 도움이 필요하다면 '의존있음'으로 평가할 수 있다. 따라서 밥 대신 하모닐란 등을 spoon feeding 해 준 경우에도 '의존있음'으로 평가가 가능하다.

○ 주방에서 조리 및 배식, 뒷정리, 식사 후 청소, 식사하기 위해 앉히는 것, 앞치마 걸기 등은 도움에 포함하지 않는다.

○ 식사를 하기 위해 이동하는 등에 필요한 도움은 포함하지 않고, 차려진 식사를 스스로 할 수 있는지 판단한다.

식사섭취

Q1

L-tube feeding 환자의 경우 '식사섭취' 항목 평가를 어떻게 하나요?

A. L-tube feeding의 경우 혼자서는 식사를 할 수 없어 모든 과정에서 도움이 필요하므로 '의존있음(코드1)'으로 평가합니다.

Q2

환자가 스스로 먹을 수 있으나, 식사를 하고 싶다고 해서 죽을 데워다주는 도움을 제공한 경우 평가 가능한가요?

A. 조리, 배식, 물 떠주기, 음식 데워서 가져다 주기, 뒷정리, 식사 후 청소, 식사하기 위해 앉히는 것 등은 '의존없음(코드0)'으로 평가합니다.

TIP '식사섭취' 항목은 음식이 준비되어 있을 때 스스로 식사를 할 수 있는지 여부를 평가하는 것임

Q3

금식, SOW, TPN 등을 하고 있는 환자는 평가 가능한가요?

A. 금식, SOW, TPN 등으로 식사하는 행위가 발생하지 않은 경우는 '의존없음(코드0)'으로 평가합니다.

Q4

환자가 스스로 식사가 가능하나, 도움을 제공한 경우(예: 밥뚜껑을 열어준 경우 등) '의존있음(코드1)'으로 평가 가능한가요?

A. 환자가 스스로 식사섭취를 할 수 있는 경우로 단순히 식사준비(밥뚜껑을 열어 준 경우)만 도와준 경우는 '의존없음(코드0)'에 해당합니다.

Q5

양측 팔이 골절되어 혼자 식사할 수 없는 환자에게 식사섭취를 보조한 경우 어떻게 평가하나요?

A. 간호사 등이 식사섭취에 도움을 제공하였다면 '의존있음(코드1)'에 해당합니다.

Q6

간호사가 직접 물에 연하이지(점도증진제)를 섞어 삼킴장애 환자에게 먹여주는 경우, 평가할 수 있나요?

A. 평가할 수 없습니다. 물과 약은 식이의 범위에서 제외됩니다.

TIP 식사는 경구, 경관영양을 포함하며, 물 이외 유동식(Liquid diet) 등을 먹는 것을 의미함

Q7

L-tube를 통해 경관영양을 시행하고, Natural drainage(자연 배액)하는 경우, '식사섭취' 항목과 '배액관 보유' 항목 모두 평가할 수 있나요?

A. 배액관 보유가 아닌 '식사섭취' 항목으로 평가할 수 있습니다.

주의 항목 간 중복 평가할 수 없음

Q8

스스로 식사가 가능한 환자이나, 식사를 거부하여 간호사 등의 인력이 스푼피딩한 경우 평가 가능한가요?

A. 환자가 식사를 지속적으로 거부하여 간호사 등이 도움을 제공한 경우라면 '의존있음(코드1)'으로 평가 가능합니다.

일상생활수행능력
및 정서상태

11. 배변·배뇨

1. 선택

□ 의존없음 (코드 0)

□ 의존있음 (코드 1)

2. 적용기준

○ 배변·배뇨를 위한 일련의 행위(배변·배뇨를 위한 옷 벗기·입기, 변기에 앉기, 물 내리기, 뒤처리)를 스스로 할 수 있는지 평가한다.

3. 선택의 판단기준

○ 의존없음(코드 0)

– 도움 없이 배변·배뇨를 위한 일련의 행위 모두를 스스로 할 수 있는 경우

○ 의존있음(코드 1)

– ① ~ ③ 중 하나 이상에 해당하여 도움을 제공한 경우

① 배변·배뇨를 위한 일련의 행위를 하는데 어려움이 있어 반드시 간호사 등의 도움이 필요한 경우

② 정서장애, 인지장애, 혈압조절장애 등으로 인하여 배변·배뇨를 하는 동안 반드시 간호사 등의 관찰·감독이 필요한 경우

③ Foley-catheter를 적용 중인 경우

4. 유의사항

○ 장루유지환자 중 스스로 주머니를 비우고 관리하는 환자는 '의존없음(코드 0)'으로, 간호직원 등이 장루 주머니를 비우고 관리해주는 환자는 '의존있음(코드 1)'으로 평가한다.

○ 화장실까지 이동 시 제공하는 도움은 포함되지 않는다.

배변·배뇨

Q1

환자가 배뇨를 위해 화장실까지 이동 시 도움을 제공한 경우 평가 가능한가요?

A. 화장실까지 이동 시 제공하는 도움은 평가하지 않습니다.

Q2

환자가 스스로 배변 후 뒤처리가 어려워 도움을 제공한 경우 어떻게 평가하나요?

A. 스스로 배변은 가능하나 뒤처리만 도움을 제공한 경우 '의존있음(코드1)'으로 평가합니다.

Q3

장루 유지 환자가 스스로 주머니를 비우고 관리하는 경우 어떻게 평가하나요?

A. 도움 없이 스스로 배변 관리가 가능한 것이므로 '의존없음(코드0)'으로 평가합니다.

Q4

스스로 배변·배뇨가 불가하여 Nelaton catheter로 단순도뇨나 enema를 시행한 환자의 경우 평가 가능한가요?

A. 환자 스스로 배변·배뇨가 불가능한 상황이므로 '의존있음(코드1)'으로 평가 가능합니다.

Q5

ABR 상황으로 화장실 이동이 불가능하여 배변·배뇨를 위해 간호사 등이 Bedpan을 대줘야 하는 경우 '의존있음'으로 평가 가능한가요?

A. 스스로 배뇨를 위한 일련의 행위(배변·배뇨를 위한 옷 벗기·입기, 변기에 앉기, 물 내리기, 닦기 등 뒤처리)를 하는데 어려움이 있어 도움을 준 경우에는 '의존있음(코드1)'으로 판단합니다.

Q6

이동형 변기를 침상 옆에 두고 스스로 사용하는 환자가 있습니다. 이동형 변기를 비워주는 경우는 어떻게 평가하나요?

A. 환자 스스로 배변·배뇨가 가능하다면 이동형 변기만 비워주는 것은 '의존없음(코드0)'으로 평가합니다.

Q7

기저귀를 착용한 환자가 foley catheter를 유지 중이라면 평가 적용기준에 해당하나요?

A. foley catheter를 유지 중인 기저귀 착용 환자는 '의존있음(코드1)'으로 평가 가능합니다.

Q8

기저귀를 착용한 환자의 경우 '의존있음'으로 평가 가능한가요?

A. 기저귀에 배변·배뇨를 한 후 환자 스스로 교환 및 뒤처리가 가능하다면 '의존없음(코드0)'으로 평가합니다.

스스로 배변·배뇨을 위한 일련의 행위를 하는데 어려움이 있어 도움을 제공한 경우 '의존있음(코드1)'으로 평가합니다.

Q9

스스로 이동 가능한 환자이나 ABR 중으로 배변·배뇨를 위한 일련의 행위를 하는데 일부 도움을 주었습니다. '의존있음(코드1)'으로 평가 가능한가요?

A. ABR 상태로 스스로 '배변·배뇨'를 위한 일련의 행위를 할 수 없어 도움을 준 경우 '의존있음(코드1)'으로 평가 가능합니다.

Q10

배뇨 목적의 suprapubic catheter는 '의존있음'으로 평가 가능한가요?

A. 배뇨 목적의 suprapubic catheter는 Foley catheter와 동일한 것으로 간주하여 '의존있음(코드1)'으로 평가 가능합니다.

※ 환자가 스스로 배뇨를 위한 관련 행위를 할 수 없어 키스모 소변백(Kismo)을 적용한 경우에도 '의존있음(코드1)'으로 평가 가능

Q11

urostomy(요루), cystostomy(방광조루술) 적용 시 배뇨 평가는 어떻게 하나요?

A. urostomy, 방광에 삽입된 cystostomy의 경우 foley catheter 적용과 동일하게 '의존있음(코드1)'으로 평가 가능합니다.

주의 신장에 삽입된 PCN의 경우 '배액관 보유' 항목으로 평가(p.34 Q5 참고)

Q12

대장 부위에 누공이 있어 bag을 적용한 환자가 스스로 대변을 볼 수 있으나 bag으로 대변이 새어나오는지 관찰이 필요하고, 교환 필요 시 간호사가 bag을 갈아주는 상황이라면 배변 평가는 어떻게 하나요?

A. bag을 교환하지 않더라도 대변이 새어나오는지 관찰하였거나, 교환이 필요하여 간호사가 bag을 갈아주는 경우 모두 '의존있음(코드1)'으로 평가합니다.

Q13

feeding 목적의 L-tube insert 중이며 Rectal tube를 insert 했다가 remove하고 몇시간 후 다시 Rectal tube insert하고 30분 후 remove할 경우 '배액관 보유'로 평가하나요?

A. 위장에 삽입된 관인 L-tube로 feeding 시 '식사섭취' 항목으로 평가 가능하며, 직장에 삽입된 관인 rectal tube 적용은 '배변·배뇨' 항목으로 평가 가능합니다.

※ 보유한 시간은 관계없음

Q14

검사 목적으로 nelaton catheter를 통한 소변검체 채취나 치료 목적의 관장(Kalimate enema, Lactulose enema) 또는 시술·수술 전 Bowel prep을 위한 enema의 경우에도 '배변·배뇨' 항목에서 '의존있음(코드1)'으로 평가 가능한가요?

A. 검사 목적의 nelaton, 치료 목적 또는 시술·수술 전처치를 위한 enema 등의 경우에도 '배변·배뇨' 항목에서 의존있음(코드1)'으로 평가 가능합니다.

TIP 관장과 도뇨의 실시는 스스로 배변·배뇨를 위한 일련의 행위를 하는데 어려움이 있다고 판단하기 때문에 치료적, 검사적 목적과 관계 없이 평가 가능함

Q15

변비로 인해 좌약이 처방되어 간호사가 좌약을 삽입해주거나, 제품으로 된 관장액을 사용하여 관장한 경우에도 '배변·배뇨' 항목에서 평가 가능한가요?

A. 좌약의 삽입과 관장의 실시는 스스로 배변을 위한 일련의 행위를 하는데 어려움이 있다고 판단하므로 '의존있음(코드1)'으로 평가 가능합니다.

Q16

비뇨기과 시술 시 Foley catheter와 함께 Cystostomy를 하고 온 경우, 배액관 보유와 '배변·배뇨' 항목에서 어떻게 평가해야 하나요?

A. 방광에 삽입된 관인 Foley catheter와 Cystostomy(방광조루술)는 배액관 보유로 평가하지 않고, 배변·배뇨 항목에서 '의존있음(코드1)'으로 평가합니다.

주의 항목 간 중복으로 평가하지 않음

Q17

Foley training 하는 경우에도 '배변·배뇨'로 평가할 수 있나요?

A. Foley catheter를 보유 중인 경우라면 목적과 관계 없이 배변·배뇨 항목에서 '의존있음(코드1)'으로 평가 가능합니다.

Q18

통합병동 간호사가 아닌 인턴 등이 nelaton 또는 enema를 시행한 경우에도 '배변·배뇨'로 평가할 수 있나요?

A. 간호사가 아닌 인력이 시행한 경우 평가할 수 없습니다.

※ 통합병동 소속이 아닌 간호사(타 병동 간호사, PA)가 통합병동 내에서 시행한 경우에는 평가 가능

Q19

고령으로 인한 낙상 위험성이 있어 환자가 화장실로 이동할 때 도움을 주고, 관찰 후 다시 침상으로 이동 시 도움을 준 경우, '배변·배뇨' 항목으로 평가할 수 있나요?

A. '배변·배뇨'를 하는 동안 반드시 간호사 등의 관찰이 필요한 경우에는 평가 가능합니다.

단, 단순히 화장실까지의 부축만 필요하고 배변·배뇨를 위한 일련의 과정에서 간호사의 관찰이 필요하지 않은 일반적인 상황이라면, 평가할 수 없습니다.

일상생활수행능력
및 정서상태

12. 개인위생

1. 선택

□ 의존없음 (코드 0)

□ 의존있음 (코드 1)

2. 적용기준

○ 위생물품이 준비되어 있을 때 스스로 개인위생을 위한 일련의 행위를 할 수 있는지 평가한다.

3. 선택의 판단기준

○ 의존없음(코드 0)

- 도움 없이 스스로 개인위생을 위한 일련의 행위를 할 수 있다.
- 손이나 얼굴 닦기, 머리 감기, 이 닦기 등의 모든 개인위생을 독립적으로 안전하게 수행할 수 있다.

○ 의존있음(코드 1)

- 스스로 개인위생을 위한 일련의 행위를 하는데 어려움이 있어 간호사 등이 도움을 제공하며, 안전에 대한 주의가 필요하다.

4. 유의사항

○ 개인위생을 위해 화장실 또는 샤워실까지 이동하는데 주는 도움은 평가하지 않는다.

○ 환자 스스로 개인위생을 할 수 있으나 간호사 등이 도움을 제공한 것은 도움으로 판단하지 않는다.

○ 개인위생을 위한 일련의 행위 범위

- (양치질) 칫솔에 치약 바르기, 칫솔질하기, 입 안 헹구기
- (의치관리) 의치 착탈하기, 의치 칫솔질하기, 의치 헹구기
- (세수) 비누칠하기, 얼굴 씻기, 수건으로 물기 닦기
- (머리감기) 물로 머리 헹구기, 비누칠하기, 물기 제거
- (목욕) 몸에 물 뿌리기, 비누칠하기, 헹구기, 물기 제거

개인위생

Q1

환자가 개인위생 물품을 가져다 달라고 하여 가져다 준 경우 '의존있음(코드1)'으로 평가 가능한가요?

A. '개인위생' 항목은 물품이 준비되어 있을 때 일련의 행위를 수행할 수 있는지 평가하므로, 수건, 칫솔 등 물품을 가져다주는 행위는 포함하지 않습니다.

Q2

환자가 의치를 끼우고 뺄 수는 있으나 씻고 헹구는 행위는 할 수 없어 간호사 등이 도움을 주었을 경우 어떻게 평가하나요?

A. 의치를 관리하는 행위는 의치 착탈, 의치 칫솔질하기, 의치 헹구기의 일련의 행위를 할 수 있는지 평가하는 것으로, 이 과정에서 도움을 주었다면 '의존있음(코드1)'으로 평가합니다.

Q3

환자가 양치질은 스스로 할 수 있으나 머리 감기 중 머리를 헹구는 과정에서 도움을 주었다면 어떻게 평가하나요?

A. 양치질 하기는 의존없음이나 머리 감기에서 도움을 제공하였으므로, 환자의 수행 정도가 낮은 ADL 평가(간호사 등의 도움정도가 더 높은) 결과를 적용하여 '의존있음(코드1)'으로 평가합니다.

Q4

와상 환자에게 구강간호를 시행한 경우 평가할 수 있나요?

A. 평가할 수 있습니다. 스스로 개인위생을 할 수 없는 환자에게 구강간호를 시행했다면 '의존있음(코드1)'으로 평가 가능합니다.

Q5

개인위생의 범위가 어떻게 되나요?

A. 개인위생의 범위

양치질 하기	칫솔에 치약 바르기, 칫솔질하기, 입안 헹구기
의치 관리하기	의치 착탈하기, 의치 칫솔질하기, 의치 헹구기
세수하기	비누칠하기, 얼굴 씻기, 수건으로 물기 닦기
머리감기	물로 머리 헹구기, 비누칠하기, 수건으로 물기 닦기
목욕하기	몸에 물 뿌리기, 비누칠하기, 헹구기, 수건으로 물기 닦기

Q6

개인위생의 범위에 포함되지 않는 행위는 무엇인가요?

A. 손·발톱 깎기, 면도, 수술 전 제모, 회음부 간호, 이발, 머리 묶기, 침대 시트 교환, 귀지 제거, 좌욕 등은 포함되지 않습니다.

Q7

스스로 머리감기가 가능한 환자이나, IV line을 유지하고 있어 도움을 제공한 경우에도 평가 가능한가요?

A. IV line, 치료기기 등으로 인해 환자 스스로 개인위생을 위한 일련의 행위를 하는데 어려움이 있어 간호사 등이 도움을 제공한 경우 평가 가능합니다.

일상생활수행능력
및 정서상태

13. 옷 입기

1. 선택

□ 의존없음 (코드 0)

□ 의존있음 (코드 1)

2. 적용기준

○ 옷이 준비되어 있을 때 스스로 옷을 입고 벗을 수 있는지 평가한다.

○ '옷'의 종류에는 옷, 신발끈, 보조기, 의지 등을 포함한다.

3. 선택의 판단기준

○ 의존없음(코드 0)

- 도움 없이 스스로 옷을 입을 수 있다.
- 옷을 입고 벗을 수 있고, 옷과 신발끈을 조이거나 보조기, 의지를 조이고 벗을 수 있다. 지퍼, 단추, 벨크로 등 다양한 보조장치를 이용할 수 있다.

○ 의존있음(코드 1)

- ① ~ ④ 중 하나 이상에 해당하여 도움을 제공한 경우
  ① 스스로 옷을 입는데 어려움이 있어 도움이 필요한 경우
  ② 보조기나 의지 착용, 단추, 지퍼 등 옷을 조이는 마무리 단계에서 간호사 등의 도움이 필요한 경우
  ③ 옷을 입고 벗을 수는 있으나 양말 신기, 신발 신기를 할 수 없어 간호사 등의 도움이 필요한 경우
  ④ 상의에 팔을 끼울 수는 있으나 머리를 집어넣기 위해서는 도움이 필요하며, 다리를 집어넣고 바지를 올릴 수 있으나 나머지 부분은 간호사 등의 도움이 필요한 경우

4. 유의사항

○ 환자가 스스로 할 수 있으나 간호사 등이 도움을 제공한 것은 도움으로 판단하지 않는다.

○ IV line, Chest tube와 같은 치료기기 등으로 인해 환자 스스로 옷 입기에 어려움이 있어 간호사 등이 도움을 제공한 경우, 옷 입기 항목 적용기준에 해당한다.

※ '의존있음(코드1)'으로 평가 가능

옷 입기

Q1

하지장애 환자가 스스로 옷을 입을 수는 있으나 옷장에서 옷을 꺼내는 것이 어려워 옷을 준비해 주어야 하는 경우 어떻게 평가하나요?

A. 옷장에서 옷을 꺼내거나 입을 옷을 준비하는 과정에서 도움이 필요하지만 옷을 입고 벗는 동작은 도움없이 독립적인 수행이 가능한 경우 '의존없음(코드0)'으로 평가합니다.

Q2

환자가 옷을 입고 벗을 수 있으나 단추를 끼우는 것을 하지 못하여 도움을 준 경우 어떻게 평가하나요?

A. 보조기나 의지 착용, 단추, 지퍼 등 옷을 조이는 마무리 단계에서 간호사 등이 도움을 제공한 경우 '의존있음(코드1)'으로 평가합니다.

Q3

환자가 스스로 옷을 입을 수 있으나 신발을 신을 수 없어 도움을 준 경우 어떻게 평가하나요?

A. 옷을 준비하거나 입고 벗을 수는 있으나 양말 신기, 신발 신기를 할 수 없어 간호사 등이 도움을 제공한 경우 '의존있음(코드1)'으로 평가합니다.

Q4

환자가 상의에 팔을 끼울 수는 있으나 머리를 집어넣기 위해서는 도움이 필요하며, 다리를 집어넣고 바지를 올릴 수 있으나 나머지 부분은 도움이 필요한 경우 어떻게 평가하나요?

A. 혼자서는 옷을 입을 수 없어 도움을 제공하였다면 '의존있음(코드1)'으로 평가합니다.

Q5

옷 입기에 앞서, 옷에 연결되어 있는 수액라인, 치료기기 정리에 도움을 준 경우 평가할 수 있나요? (수액라인, 치료기기 등을 정리해주면 환자가 스스로 옷을 갈아입을 수 있는 경우)

A. 평가할 수 있습니다. 수액라인, 치료기기 등으로 인하여 간호사가 도움을 주지 않으면, 환자가 스스로 옷 갈아입기를 수행하지 못하는 경우도 환자의 수행능력에 제한이 있다고 판단할 수 있습니다.

또한, 이는 간호제공시간이 다소 많이 소요되는 행위이므로 '의존있음(코드1)'으로 평가할 수 있습니다.

Q6

통증으로 인해 스스로 옷을 입기 힘들어 하는 환자에게 도움을 준 경우 평가할 수 있나요?

A. 통증으로 인해 가동범위에 제한이 발생하여 옷을 입고, 벗는 행위에 도움을 제공하였다면 '의존있음(코드1)'으로 평가 가능합니다.

Q7

간헐적 공기 압박 장치(IPC Sleeve), 탄력스타킹, 보조기 착용을 도와주는 경우 평가할 수 있나요?

A. '옷'의 종류에는 옷, 신발끈, 보조기(상·하체 탈부착), 의지, 복대 등을 포함하므로 평가 가능합니다.

Q8

환자에게 처음 보조기(의지, 복대, 탄력스타킹 등) 착용방법을 교육하면서 착용을 도와준 경우 '옷 입기'로 평가 가능한가요?

A. 환자가 처음으로 보조기를 착용하는 경우 최초 교육에 한해서만 '의존있음'으로 평가합니다. 단, 교육 이후에도 보조기 착용 시 간호인력의 도움이 필요하다면 기존과 같이 '의존있음'으로 평가 가능합니다.

일상생활수행능력
및 정서상태

14. 지시이행 및 정서상태

1. 선택

□ 안정 (코드 0)

□ 지시불이행 (코드 1)

□ 위험행동 집중관찰 (코드 2)

2. 적용기준

○ 간호사의 지시에 대한 이행 여부 및 정서 상태를 판단하여 평가한다.

3. 선택의 판단기준

○ 안정(코드 0)

– 간호사의 지시를 이해하고 잘 반응하며, 정서상태가 안정되어 있는 경우

○ 지시불이행(코드 1)

– 정서가 불안정하거나 의사소통에 어려움이 있어 지시이행이 원활하지 않은 경우

○ 위험행동 집중관찰(코드 2)

– 치매, 섬망, 간성혼수, 환각 등으로 위험행동이 발생했거나 발생할 가능성이 높아 집중적인 관찰을 요하는 상태로, 위험행동 대응 또는 예방을 위한 관리를 하고 기록이 있는 경우

– 위험행동이란, 배액관 및 주입라인의 제거, 자해, 폭행 등 신체적(물리적) 위해가 발생하는 행동을 말한다.

4. 유의사항

○ '위험행동'이란 신체에 삽입된 튜브류, IV line의 무단 제거, 자해, 폭행 등 신체적(물리적) 위해가 발생 및 방치할 시 위험행동에 이르게 될 것이라고 판단되는 행동을 간호인력이 확인한 경우이다.

○ '위험행동 대응 또는 예방을 위한 관리 활동'에는 신체 보호대 적용, 1:1 수준의 집중관찰 등이 해당된다.

○ 병실에서 흡연이나 큰소리를 내는 등 소위 민폐를 끼치는 행동은 이 항목에서 정의한 '위험행동'에 포함하지 않지만, 민폐를 끼치는 행동에 대해 간호사가 시정을 요청하였을 때 그 지시에 따르지 않는다면 '지시 불이행' 항목으로 평가 가능하다.

○ 예측하지 못했던 위험행동이 발생하더라도 위험행동에 대한 대책 등 간호활동이 없었다면 적용기준에 해당하지 않는다.

지시이행 및 정서상태

Q1

치매, 섬망, 간성혼수, 환각 등에 해당하지 않고 의식상태 명료한 환자가 “건드리면 주사 다 빼버릴 거에요.” 같이 말로 표현하는 것은 평가할 수 없나요? 치매, 섬망 등의 상태에서 행동하는 것만 평가할 수 있나요?

A. 간호사 등이 해당 행동을 하지 않도록 지시함에도 불구하고 응하지 않은 경우 ‘지시불이행(코드1)’으로 평가 가능하며, 해당 행동이 지속·강화되어 간호인력의 집중관찰이 필요한 경우 ‘위험행동 집중관찰(코드2)’로 평가 가능합니다.

단, 지시불이행 또는 위험행동 집중관찰로 평가 시 지시이행 및 위험행동 예방 등을 위한 관리를 하고, 간호기록이 있어야 합니다.

Q2

환자가 신체적인 위해가 발생하는 것 외에 낙상 위험성 때문에 간호활동을 수행한 경우도 포함되나요?

A. 낙상 위험성 자체만으로는 ‘위험행동 집중관찰’로 평가할 수 없습니다.

단, 낙상 예방 활동 수행 및 낙상방지를 위한 지시에 따르지 않거나 치매, 섬망 등의 상황으로 침대에서 계속 내려오려고 하여 집중관찰이 필요한 경우 등 상황에 따라 ‘지시 불이행’ 또는 ‘위험행동 집중관찰’로 평가할 수 있습니다.

Q3

신체적(물리적) 행동이 실제로 없어도 위험행동 가능성이 있어 관찰에 대한 기록이 있으면 ‘위험행동 집중관찰’로 평가 가능한가요?

A. 실제로 신체적(물리적) 행동이 없어도 위험 행동 가능성이 있는 경우 평가할 수 있습니다.

TIP ‘위험행동 집중관찰’은 치매, 섬망, 간성혼수, 환각 등으로 인하여 위험행동이 발생했거나 발생할 가능성이 높아 집중적 관찰을 요하는 상태에서 위험행동 예방을 위한 관리를 하고 기록이 있는 경우에 평가 가능

Q4

치매 또는 섬망을 진단받고 약물을 복용 중이지만, 지시불이행 및 위험 행동 증상은 보이지 않았습니다. 어떻게 평가할 수 있나요?

A. 치매 등 질환 진단을 받았지만 안정적이며 위험 행동 증상을 보이지 않는다면 '지시이행 및 정서상태' 적용기준에 해당하지 않습니다(코드0).

주의 치매 등 질환 진단을 받았다는 이유만으로 '지시이행 및 정서상태' 항목을 적용하지 않도록 함

Q5

치매, 섬망 등 진단을 받지는 않았지만 환자가 지시에 따르지 않거나, 이유 없이 폭행하거나, 드레싱을 잡아 뜯거나, 수액을 조절하는 행동을 하였습니다. 위험행동 관리 항목으로 평가 가능한가요?

A. 해당 행동을 하지 않도록 지시하였으나 이에 따르지 않는 경우 '지시불이행(코드1)'으로 평가 가능하며, 지속적으로 지시에 따르지 않으며 위험행동을 하여 집중관찰을 요하는 경우 '위험행동 집중관찰(코드2)'로 평가 가능합니다.

TIP 질환의 진단과 무관하게 간호사의 단순 지시에 비협조적인 경우*도 '지시불이행(코드1)' 적용기준에 해당함. 지시에 응하지 않아 간호사에 의한 반복적인 설명과 지시가 필요한 경우 평가 가능함

* 환자의 치료식 섭취 거부, 투약 거부, 보조기 착용 거부, 위험 물건 사용 제한 거부, 입원 치료 거부 등

Q6

외국인 환자가 통합병동에 입원하였으나, 한국어가 서툴러 간호사 등이 여러번 쉬운 단어로 풀어서 설명이 필요하며 의사소통이 원활하지 않는 경우 지시불이행으로 평가 가능한가요?

A. 외국인 환자가 한국어가 서툴러 의사소통이 원활하지 않은 경우 '지시불이행'으로 평가 가능합니다.

단, 외국 국적일 뿐 한국어를 능숙하게 할 수 있어 의사소통에 문제가 없는 경우라면 '지시불이행'으로 평가 불가합니다.

주의 외국인이라는 이유만으로는 '지시불이행'으로 평가하지 않도록 함

Q7

심한 우울감 및 정서불안으로 인해 정서적 지지와 치료적 면담이 필요한 경우, 평가할 수 있나요?

A. 평가할 수 있습니다. ‘지시이행 및 정서상태’ 항목은 간호사의 지시에 대한 이행 여부 및 환자의 정서 상태를 판단하여 평가합니다.

Q8

섬망으로 인한 반복적인 치료기기 제거 행동은 ‘위험행동 집중관찰’로 평가할 수 있나요?

A. ‘위험행동 집중관찰(코드2)’ 적용기준에 해당합니다. 위험행동 발생으로 집중관찰이 필요하여 위험행동 대응을 실시하고 기록을 남긴다면 평가 가능합니다.

Q9

소아환자의 상주보호자 부재로 인해 소아환자 관찰에 간호시간이 소요되는 경우, ‘지시불이행(코드1)’으로 평가할 수 있나요?

A. 간호사의 지시에 대한 이행이 원활하지 않아 반복적인 설명과 지시가 필요한 경우에는 ‘지시불이행(코드1)’으로 평가할 수 있습니다.

Q10

신체 보호대를 적용하는 경우에 ‘위험행동 집중관찰(코드2)’로 평가할 수 있나요?

A. 환자가 위험행동을 보이거나, 발생할 가능성이 높아 신체 보호대를 적용하였다면 이와 관련하여 기록을 남긴 후 평가 가능합니다.

환자특성

15. 수술

1. 선택

□ 적용기준 해당없음 (코드 0)

□ 적용기준 해당함 (코드 1)

2. 적용기준

○ 전신마취 하 개두술, 개흉술, 개복술을 실시한 경우에 해당한다.

○ 수술 후 병동으로 복귀한 당일 포함 3일까지 적용할 수 있다.

3. 선택의 판단기준

○ 적용기준 해당없음

– 개두술, 개흉술, 개복술을 실시하지 않은 경우

○ 적용기준 해당함

– 전신마취 하 절개를 통한 개두술, 개흉술, 개복술을 실시한 경우

4. 유의사항

○ 내시경을 통한 수술, 로봇수술은 해당하지 않는다.

○ 수술 종료 후 병동(통합병동, 중환자실, 일반병동)으로 복귀한 당일 포함 3일까지 적용한다.

사례1) 7/1 수술 실시 → 7/1 수술 종료 및 통합병동 입실 = 7/1~7/3 평가 가능
사례2) 7/1 수술 실시 → 7/1 ICU 입실 → 7/3 통합병동 전동 = 7/3만 평가 가능
사례3) 7/1 수술 실시 → 7/1 ICU 입실 → 7/4 통합병동 전동 = 평가 불가
사례4) 7/1 수술 실시 → 7/2 수술 종료 및 통합병동 입실 = 7/2~7/4 평가 가능
사례5) 7/1 23:30PM 수술 종료 → 7/2 00:30AM 통합병동 입실 = 7/2~7/4 평가 가능

수술

Q1

폐암으로 흉강경 수술을 실시한 환자인 경우, '환자특성-수술' 항목을 적용할 수 있나요?

A. 흉강경 수술은 개흉술에 해당하지 않으므로 '환자특성-수술' 항목을 적용할 수 없습니다.

TIP '환자특성-수술' 항목은 전신마취 하, 절개를 통한 개두술, 개흉술, 개복술을 실시하고 수술 후 병동으로 복귀한 당일 포함 3일까지 적용할 수 있음

Q2

전신마취 하 개복술을 받은 환자가 전일 오후 10시에 수술이 시작되어 익일 오전 2시에 종료되고 중환자실로 입원하였습니다. 이틀 후 통합병동으로 전동하는 경우 '환자특성-수술' 적용 일자를 어떻게 해야 하나요?

A. 수술 후 병동으로 복귀한 당일 포함 3일간 적용할 수 있으므로, 익일 오전에 수술이 종료되고 중환자실에 2일간 입원했다가 통합병동으로 복귀했다면 복귀한 날 하루만 '해당함(코드1)'으로 평가할 수 있습니다.

◈ (예시) 7.11. 22시 수술 시작, 7.12. 2시 수술 종료 후 ICU 입실, 7.14. 통합 병동 복귀
⇨ 수술 적용일은 7.14. 하루임

Q3

복강경 수술 예정인 환자였으나 수술실에서 수술 방법이 변경되어, 전신마취 하 개복술이 진행된 경우에는 어떻게 평가하나요?

A. 환자가 전신마취 하 개복술을 진행한 경우와 동일하게 수술 후 병동으로 복귀한 당일 포함 3일간 적용합니다.

Q4

개두술의 적용 시 천두술(Burr-hole)을 시행한 경우도 '환자특성-수술' 항목으로 평가 가능한가요? 또한 Craniotomy(개두술)와 Craniectomy(두개절제술)를 구분하여 판단해야 하나요?

A. Burr-hole은 천두술로 '환자특성-수술' 항목으로 평가할 수 없으며, Craniotomy(개두술)와 Craniectomy(두개절제술)는 모두 개두술로 평가 가능합니다.

Q5

Cranioplasty(두개성형술)은 개두술로 평가 가능한가요?

A. Cranioplasty는 개두술에 포함되지 않으므로 평가 불가합니다.

Q6

흉부 또는 복부 절개로 접근하여 식도, 척추 수술을 시행한 경우 평가 적용기준에 해당하나요?

A. 개흉술 또는 개복술의 적용기준에 해당합니다.

절개 부위(incision site)로 판단하기 때문에, 두부, 흉부, 복부 절개 부위에 따라 실시한 수술은 적용기준에 포함됩니다.

주의 전신마취로 실시한 수술만 해당함. 부분마취, 척추마취, 하반신마취 등 제외

Q7

개복술의 적용기준에 '충수염 수술'이나 '탈장 수술'도 포함되나요?

A. 복부 절개를 통한 '충수염 수술'과 '탈장 수술'은 적용기준에 해당합니다.

단, 복강경을 통한 '충수염 수술'과 피부만 절개한 '탈장 수술'은 적용기준에서 제외됩니다.

Q8

개복술의 경우 incision size 상관없이 복부~옆구리 모두 포함하여 해당하나요?

A. 수술의 경우 size에 제한은 없으며, 개복술의 경우 복부~옆구리를 포함하여 판단해주시면 됩니다.

Q9

내시경적 수술 방법과 절개를 통한 수술이 동시에 이루어졌습니다. 이 경우 어떻게 평가해야 하나요?

A. 주된 수술 방법이 절개를 통한 수술이라면 평가 가능합니다.

수술기록지를 통해 정확한 수술 방법을 확인해야 하며, 수술기록지 확인이 어려운 경우에는 수술부위 관찰(피부 봉합, 드레싱 상태 등)을 통해 판단하고 관련 간호기록을 남겨야 합니다.

단, 위의 방법으로도 파악이 불가능한 경우에는 평가할 수 없습니다.

Q10

유방절제술의 경우 개흉술의 적용기준에 해당하나요?

A. 유방절제술은 피부 절개를 통해 종양 및 주변 조직 일부를 제거하는 수술로, 흉막까지 절개하는 개흉술의 적용범위에 포함되지 않습니다.

Q11

환자가 개복술 시행 후 병동을 거치지 않고 바로 중환자실로 전동을 갔습니다. 이런 경우에는 어떻게 평가하나요?

A. '해당없음(코드0)'으로 신고합니다. '환자특성(수술)'은 수술 종료 후 병동으로 복귀한 당일을 포함하여 3일까지 평가하는 항목으로, 통합병동으로 복귀하지 않았다면 평가 불가합니다.

단, '당일 수술여부' 항목은 당일 수술을 실시하였는지를 신고하는 별개의 항목이므로, 시행 당일 '수술 실시(코드1)'로 신고합니다.

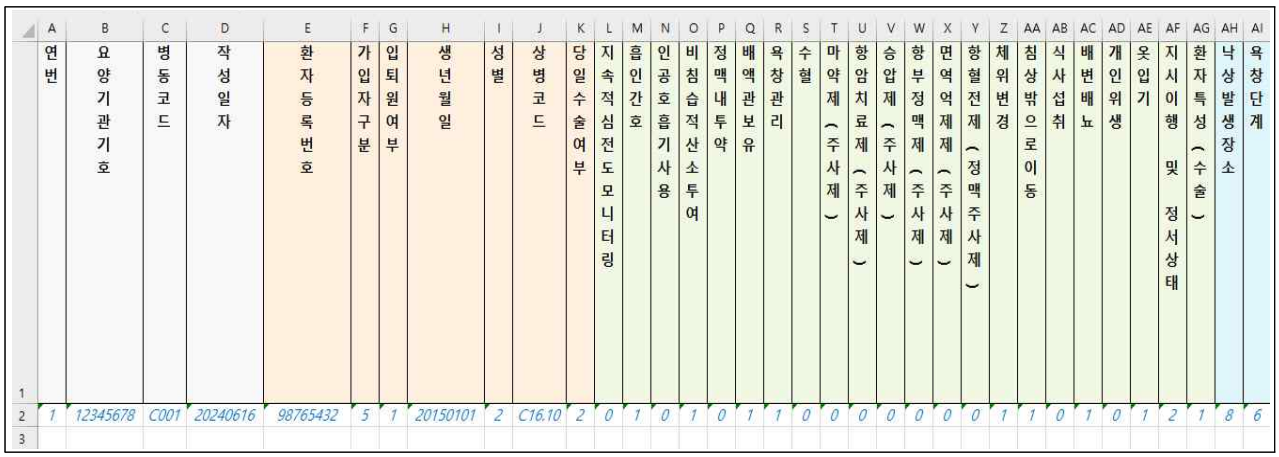
간호필요도
평가 매뉴얼

Ⅲ. 간호필요도 정기신고

1. 정기신고 절차 91
2. 신고자료 작성방법 99
[참고 2] 간호필요도 평가 서식 113

1 정기신고 절차

1) 신고 자료 사전 점검



연번	요양기관기호	병동코드	작성일자	환자등록번호	가입자구분	입퇴원여부	생년월일	성별	상병코드	당일수술여부	지속적심전도모니터링	흡인간호	인공호흡기사용	비침습적산소투여	정맥내투약	배액관보유	욕창관리	수혈	마약제(주사제)	항암치료제(주사제)	승압제(주사제)	항부정맥제(주사제)	면역억제제(주사제)	항혈전제(정맥주사제)	체위변경	침상밖으로이동	식사섭취	배변배뇨	개인위생	옷입기	지시이행 및 정서상태	환자특성(수술)	낙상발생장소	욕창단계
1	12345678	C001	20240616	98765432	5	1	20150101	2	C16.10	2	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	2	1	8	6

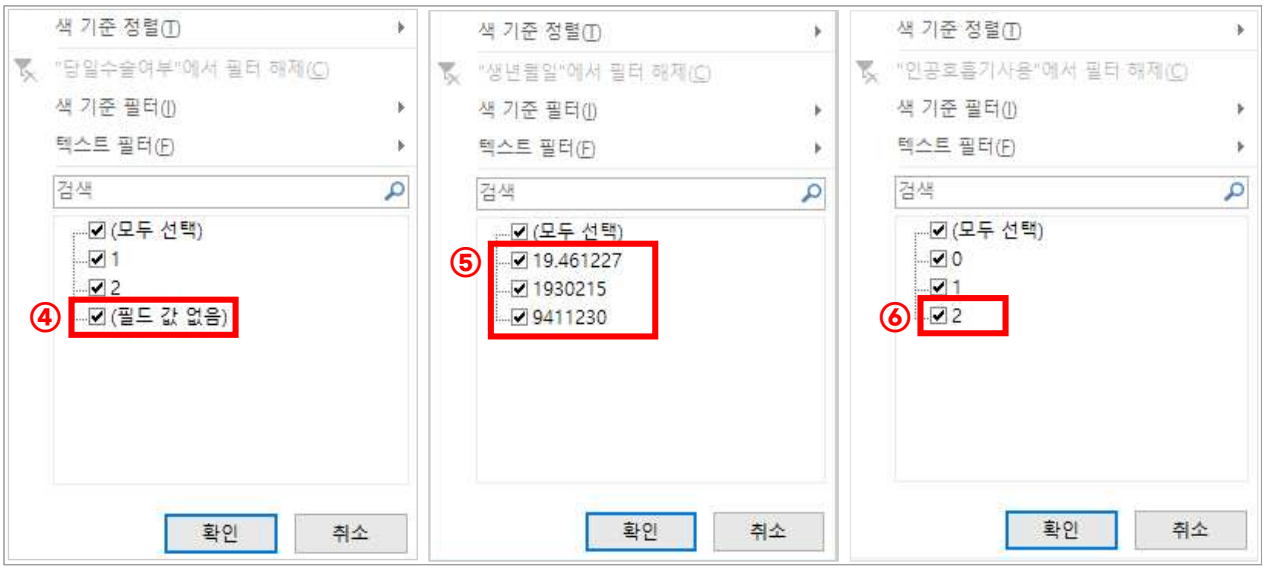
○ 제공기관은 신고서식에 따라 각 병동별로 평가 내역 작성 후 제출 전 검토한다.

○ 각 항목은 정해진 위치에 있는 값만 인식하므로 신고서식(layout)을 변경(임의 열 삽입, 제목행 수정 등) 하지 않도록 주의한다.

◈ 신고자료에 부적절한 값이 있는지 확인 방법

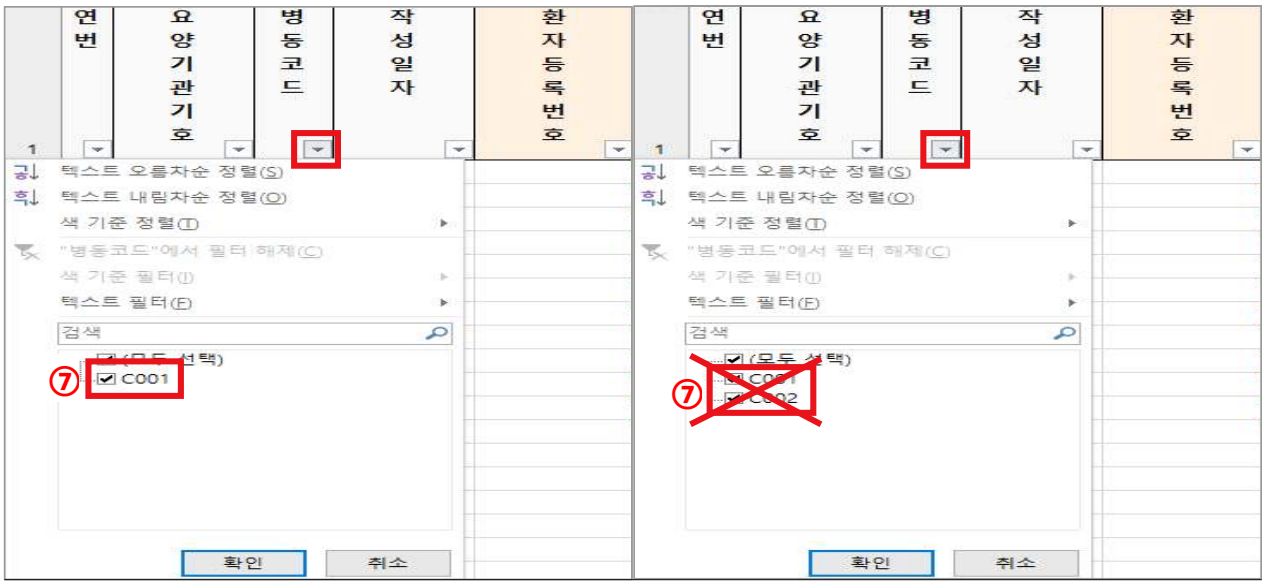
- ①, ② 엑셀에서 상단 메뉴에서 '데이터'를 선택하고

(필터)버튼을 클릭하면 제목행(1행)에 항목별로 화살표가 생성된다.
- ③ 열별(A열, B열…)로 화살표를 눌러 부적절한 값이 있는지 확인한다.



- ④ ‘당일수술여부’는 1,2 만 허용하며, ‘필드 값 없음’의 경우 공란이 있다는 의미이므로 수정해야 한다.
- ⑤ ‘생년월일’은 YYYYMMDD 형식을 사용하여야 하며, 형식에 어긋난 값이 있는지 확인해야 한다.
- ⑥ ‘간호활동’ 항목은 0,1 만 허용하며, 그 외의 값이 있을 경우 수정해야 한다.

  ※ 0이 입력되면 안되는 항목: 요양기관기호, 병동코드, 작성일자, 환자등록번호, 가입자구분, 입퇴원여부, 생년월일, 성별, 당일수술여부

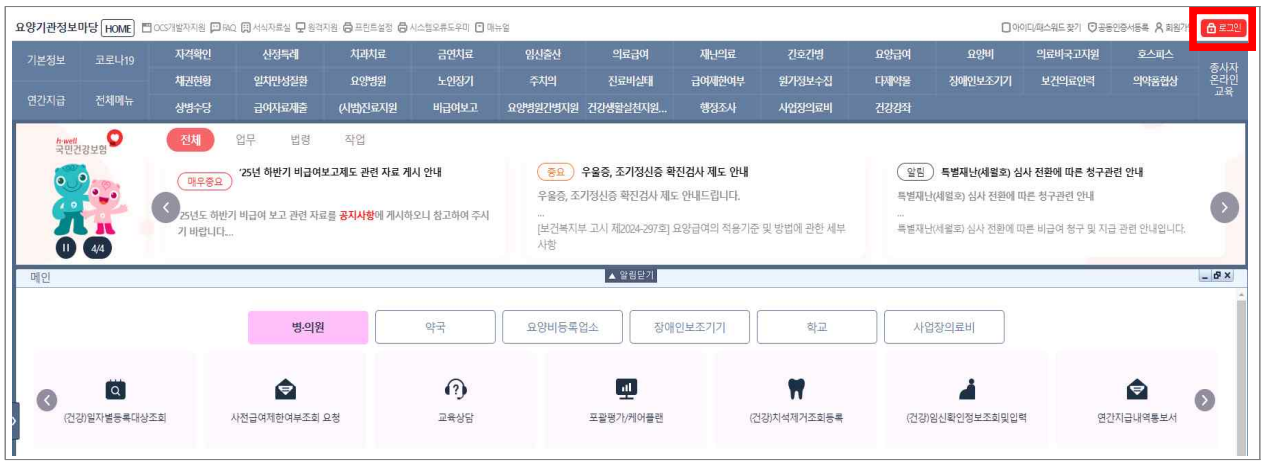


- ⑦ 병동별 신고이므로 병동코드에 다른 병동이 섞여 있는지 확인한다.
  (1개 파일 = 1개 병동)

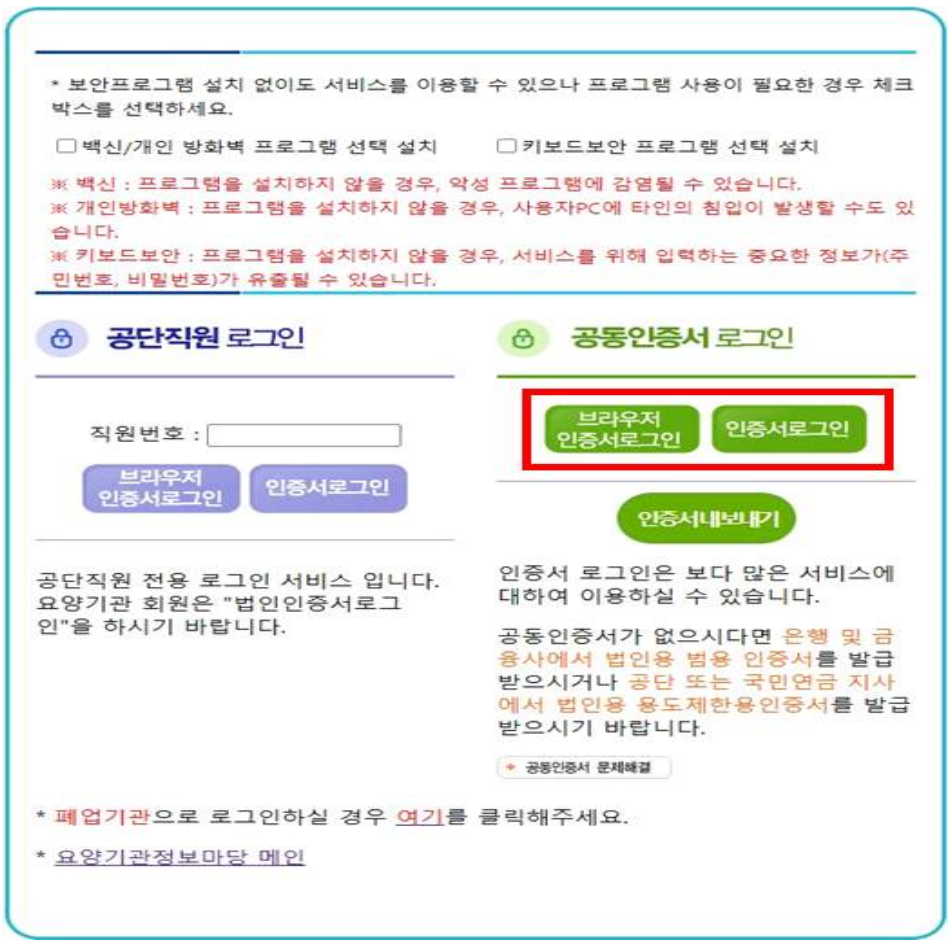
2) 요양기관정보마당 로그인

○ 요양기관정보마당(https://medicare.nhis.or.kr) 로그인 후 정기신고 화면 이동

- (경로) 간호간병>사업신고>정기신고>간호필요도 정기신고



○ 메인화면에서 우측상단 로그인 버튼을 클릭한다.



○ 인증서로그인 버튼을 클릭하여 인증서 로그인을 한다.

3) 요양기관정보마당 로그인 후 정기신고 화면 이동

○ 메인화면의 상단 메뉴 중 간호간병 버튼을 클릭한다.

○ '간호간병' 하위 메뉴 중 '사업신고'의 '정기신고' 버튼을 클릭한다.

○ 신고명 '간호필요도 정기신고'에서 신고할 차수의 미신고 버튼을 클릭한다.

※ 신고 현황

(-): 직전차수의 신고자료가 제출되지 않은 상태

(미신고): 해당 차수의 신고가 되지 않은 상태

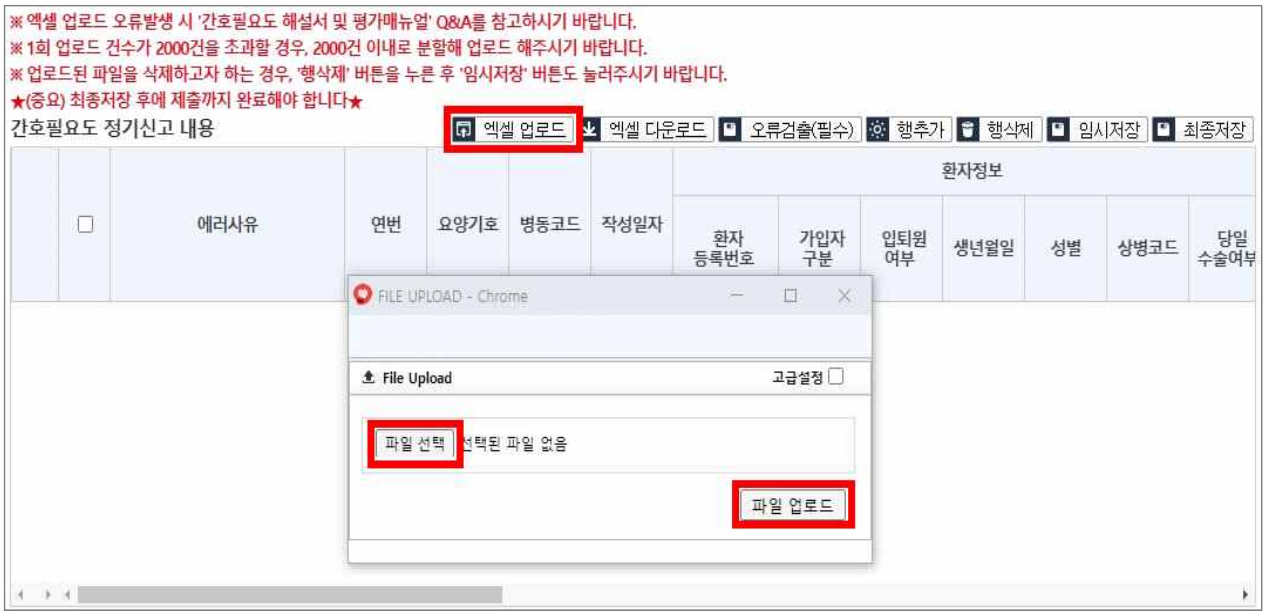
(수정): 해당 차수 신고 진행 중이나, 미제출 상태

(조회): 해당 차수 신고 완료(제출)가 된 상태

4) 간호필요도 정기신고 화면에서 해당 병동 선택

○ 해당 병동을 선택한다.

5) 신고자료 엑셀 업로드



○ 엑셀 업로드 선택 후 해당 병동의 신고 자료를 업로드 한다.

6) 신고자료 오류 확인

○ 신고자료 업로드가 완료되면, 오류검출(필수) 버튼을 클릭한다.

○ 오류건은 '에러사유'에 행별로 사유가 나타나므로 에러사유를 확인 후 해결하고 오류검출(필수) 버튼을 다시 클릭하여 오류여부를 최종 확인한다.

※ 오류 건이 있으면 임시저장 및 최종저장이 되지 않음

○ 에러사유를 더블클릭하면 정렬이 되며, 신고화면에서 수정이 가능하다.

○ 엑셀 다운로드 버튼을 클릭하면 업로드한 자료를 다운로드할 수 있다. … 오류 건이 다수일 때 활용

7) 신고정보 및 교육담당자 정보 입력

○ 작성자 정보(성명, 전화번호, 소속부서, 직책, 이메일, 팩스)를 입력한다.

- 전화번호의 경우, 가능한 기관 대표번호가 아닌 담당자 직통번호를 기재한다.

○ 교육담당자 정보(성명, 전화번호, 소속부서, 직책, 이메일, 팩스)를 입력한다.

- 간호필요도 교육담당자가 2명 이상인 경우, 교육담당자 대표 1명만 입력한다.
- 전화번호의 경우, 가능한 기관 대표번호가 아닌 간호필요도 교육담당자 직통번호를 기재한다.

8) 신고자료 저장

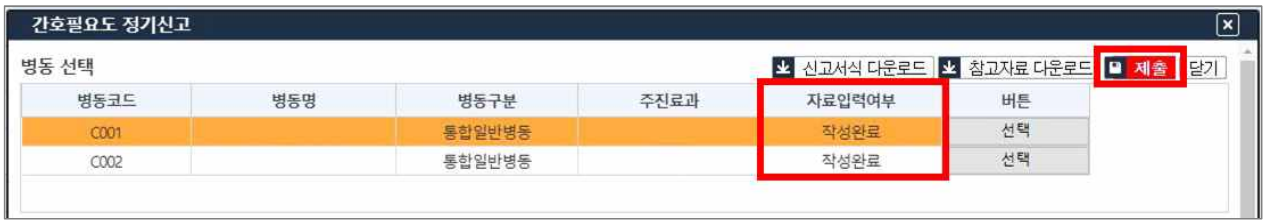
○ 오류 검출 후 임시저장 하면 수시로 수정 가능하며, 모든 자료를 충분히 검토 후 '최종저장'한다. … 최종저장 하면 더 이상 수정이 불가능함

○ 최종저장을 누른 후에는 해당 병동의 신고자료 수정이 불가능 하므로 신고자료가 정확한 지 최종확인 후 눌러야한다.

tip

엑셀 업로드하고, 임시저장을 한 후 신고할 자료가 누락된 것을 안 경우
① 처음 신고한 자료를 모두 선택하여 행삭제 한 후 임시저장
→ ② 정기신고 화면팝업창을 종료 후 재실행
→ ③ 신고할 자료를 다시 엑셀 업로드

9) 신고자료 제출



○ 2개 이상 병동을 운영하는 경우, 모든 병동의 자료입력여부가 '작성완료'로 되어 있는지 확인한 후 제출 버튼을 누른다.

※ 모든 병동의 자료입력여부가 '작성완료'로 되어 있지 않으면 '제출'이 되지 않는다.

○ 자료입력여부가 '작성완료' → '제출완료'로 변경되고 '제출일'이 자동으로 반영된다.

2 신고자료 작성방법

열명	항목	내용
A열	연번	• 형식: 1번부터 순서대로 숫자만 기재 - (예) 1, 2, 3, 4, 5… ※ 엑셀 업로드 자료 총 건수(연번 끝번호)와 신고화면 총 건수 일치여부 확인
B열	요양기관기호	• 형식: 8자리 숫자 - (예) 11223344 ※ 로그인한 요양기관기호와 다를 경우 에러로 검출
C열	병동코드	• 형식: 전산 신고서 상의 병동코드 기재 - (예) C001, C002, C003 … • 다빈도 오류 ① 병동코드가 아닌 병동명을 입력하는 경우 - (예) 2병동(X), C001(O) ② 첫 행만 입력하고 공란으로 비워두는 경우 → 모든 행마다 입력 필요 ③ 엑셀 자동채우기 기능으로 병동코드 잘못 기재하는 경우 - (예) C001 병동 입력 시, 자동채우기로 C002, C003… 로 착오 입력
D열	작성일자	• 형식: YYYYMMDD - (예) 20250528 • 다빈도 오류 ① 작성형식을 지키지 않는 경우 - (예) 2025/07/18(X), 250718(X), 25-07-18(X) … ② 신고차수에 해당하지 않는 작성일자의 자료를 제출하는 경우 - 25년 7차수: 20250616 ~ 20250715의 자료만 제출해야 함 • 다빈도 문의: ’25.3.8. 0시~24시까지 환자상태를 ’25.3.9. 1시에 평가·입력한 경우 작성일자는 ‘20250308’로 작성
E열	환자등록번호	• 형식: 병원에서 사용·관리하는 환자 등록번호 기재 - 특수문자 기재 시, 업로드 단계에서 자동 삭제 됨
F열	가입자 구분	• 형식: 코드로 입력(1,2,3,4,5) - 1(건강보험), 2(의료급여), 3(산재보험), 4(자동차보험), 5(기타) • 다빈도 문의: 차상위는 1(건강보험)에 해당함

열명	항목	내용
G열	입퇴원 여부	• 형식: 코드로 입력(1,2,3,4,5,6) - 1(재원), 2(입원,전입), 3(퇴원), 4(전출), 5(당일입퇴원), 6(외박) • 다빈도 문의 - 통합병동에서 일반병동으로 전동 시 '4(전출)'로 입력 - A통합병동에서 ICU로 전출 당일, A통합병동으로 복귀 시 '1(재원)' 입력
H열	생년월일	• 형식: YYYYMMDD - (예) 19990505 • 다빈도 오류 ① 작성형식을 지키지 않는 경우 - (예) 1999/05/05(X), 990505(X), 99-05-05(X) … ② 1900년 이전, 신고일자 이후 생년월일이 있는 경우
I열	성별	• 형식: 코드로 입력(1,2) - 1(남자), 2(여자) • 다빈도 오류: 코드 이외의 값을 입력하는 경우 - (예) 3, 4, M, F, 남, 여 등
J열	상병코드	• 형식: '한국표준질병·사인분류'의 분류기호 기재 - (예) C16.50, C1650 또는 0 - 삼단분류까지(C16)는 필수입력이며, 오단분류까지 작성가능 - 주진단이 없는 경우 0 으로 작성 • 다빈도 오류: 작성형식을 지키지 않는 경우 - 공란(X), 000(X) - C16.50D(X): 첫째 자리 이후에는 영문자가 올 수 없음
K열	당일수술여부	• 형식: 코드로 입력(1,2) - 1(수술 실시), 2(수술 미실시) • 수술한 당일만 1(수술 실시)로 평가 • 다빈도 문의: '24.5.28. 22시 수술 시작, '24.5.29. 3시에 수술 종료 → '24.5.28. 1(수술 실시), '24.5.29. 2(수술 미실시) 입력
L열~ Y열	간호활동	• 형식: 코드 입력(0,1) - 0(적용기준 해당없음), 1(적용기준 해당함) • 다빈도 오류: 코드가 아닌 점수를 입력하는 경우 - 호흡간호, 전문치료 평가 시 '2' 입력하지 않을 것(0,1만 입력 가능)

열명	항목	내용
Z열~ AE열	일상생활수행능력 및 정서상태 (ADL평가)	• 형식: 코드 입력(0,1) - 0(의존없음), 1(의존있음)
AF열	일상생활수행능력 및 정서상태 (지시이행 및 정서상태)	• 형식: 코드 입력(0,1,2) - 0(안정), 1(지시불이행), 2(위험행동 집중관찰)
AG열	환자특성(수술)	• 형식: 코드 입력(0,1) - 0(적용기준 해당없음), 1(적용기준 해당함)
AH열	낙상발생장소	• 형식: 낙상이 발생한 당일 코드로 입력(0,1,2,3,4,5,6,7,8) - 0(해당하지 않음), 1(1인실 병실 내), 2(2인실 병실 내), 3(3인실 병실 내), 4(4인실 이상 병실 내), 5(화장실 및 샤워실), 6(복도), 7(검사실 및 치료실), 8(기타 병원 로비 등) ※ 검사나 치료가 이루어진 낙상만 기록하는 것이 아닌, 모든 낙상에 대해 입력 • 다빈도 오류: 낙상 이후 지속적으로 코드를 입력하는 경우 - (예) 낙상이 한번 발생하였으나, 발생 이후 매일 낙상코드를 입력하여 간호필요도 정기신고 자료 확인 시 한 환자가 1달 동안 20번 낙상한 것으로 신고함 → 낙상이 발생한 당일만 코드 입력한 자료로 수정 필요 ※ 103p [질문 6] 참고하여 정기신고 자료 수정 요청
AI열	욕창단계	• 형식: 코드로 입력(0,1,2,3,4,5,6) - 0(발생하지 않음), 1(Stage1), 2(Stage2), 3(Stage3), 4(Stage4), 5(미분류단계), 6(심부조직 손상의심 단계) - 입원 전부터 가지고 있던 욕창도 기재 - 동시에 두 곳 이상 욕창이 있는 경우, 더 높은 욕창 단계 기재 - 욕창이 있는 환자는 매일 욕창 단계를 기재 • 다빈도 문의 ① Stage2 욕창이 있었는데, healing된 경우 욕창단계 입력 방법 - healing된 욕창도 NPIAP 분류에 따라 Stage0~6 단계로 판단하여 입력 ② Stage1~4 욕창과 Stage5, 6 욕창이 같이 있는 경우 욕창단계 입력 방법 - Stage5, Stage6은 Stage4 보다 높은 단계로 평가되는 것은 아니므로 Stage5, 6이 같이 있는 경우 Stage5로, Stage1~4와 Stage5 또는 6 욕창이 같이 있는 경우 Stage1~4 중 높은 단계로 입력 • 다빈도 오류: 간호활동(욕창관리) 적용 시 욕창단계도 반드시 입력 - (예) 간호활동(욕창관리)는 코드1(적용기준 해당함) 입력, 욕창단계는 0(발생하지 않음) 입력 시 에러 검출되므로 입력 주의

정기신고 자료제출

Q1

엑셀 업로드가 되지 않습니다. 어떻게 해야하나요?

A. 이미 자료입력여부가 '작성완료'로 바뀌었는지 확인 후 아직 '작성 중'이라면, 위쪽 상단 '신고서식 다운로드'를 통하여 다운로드 받은 신고서식으로 내용을 옮긴 후 업로드해 보시기 바랍니다.

※ 엑셀 파일 형식: .xlsx(업로드 가능), .xls(업로드 불가능)

Q2

'동일 작성일자 내 중복 환자등록번호' 라는 오류가 검출 되었습니다. 어떻게 해야하나요?

A. 동일 작성일자 내 동일한 환자가 2개 행이 있는 것으로 1개 행은 삭제해야 합니다.

만약 통합병동 입원 환자가 퇴원하였다가 당일 재입원한 경우라도 입퇴원여부에 '1. 재원'으로 1개 행만 작성해야 합니다.

주의 동일 요양기관에서 동일 환자에 대한 코딩은 하루 한 개(한줄) 데이터만 있어야 함

Q3

'인공호흡기 사용 오류(0~1)'라는 오류가 검출 되었습니다. 어떻게 해야하나요?

A. 0 또는 1이 아닌 숫자가 기재된 경우에 나타나는 오류입니다.

간호필요도 간호활동 항목은 점수와 별개로 적용기준 해당 없으면 '코드 0', 적용기준 해당 있으면 '코드 1'로 작성해야 합니다.

※ 별지 제26호 서식(뒷면) 작성요령 참고(p.111)

Q4

통합병동에 입원환자가 1명도 없어 신고할 내역이 없습니다. 어떻게 해야하나요?

A. 해당 병동 선택 – ‘행추가’ – 추가한 행 선택 후 ‘행삭제’ – ‘최종저장’ – ‘제출’합니다.

Q5

신고 화면에 동일한 병동이 2개가 뜹니다. 어떻게 해야하나요?

A. 본부 간호필요도 정기신고 담당자에게 문의하시기 바랍니다.

Q6

이미 제출했는데 수정사항이 있습니다. 제출을 취소할 수 있나요?

A. 관할 지역본부 정기신고 담당자에게 문의하시기 바랍니다.

※ 정기신고 기간이 지난 후에는 수정 공문을 통하여 수정요청을 하셔야 합니다.

[간호필요도 신고 수정 공문 예시]

□□병원

수신자 국민건강보험공단
(경유)
제목 간호필요도 정기신고 오류 수정 요청

간호필요도 정기신고 제출 관련 오류사항이 있어 수정을 요청합니다.

○ 요양기관명: □□병원
○ 요양기관기호: 12345678
○ 수정 내용: 2025년 11~12차수 신고건

병동코드	환자번호	생년월일	작성일자	변경사항				비고
				수정 전		수정 후		
C001		YYMMDD	25.12.10	낙상	7	낙상	0	12차수 수정
C002		YYMMDD	25.11.15	환자특성 (수술)	1	환자특성 (수술)	0	11차수 수정
C002		YYMMDD	25.11.16~ 25.12.15	가입자 구분	1	가입자 구분	2	12차수 수정

끝.

□□병원장 직 인

기록, 평가 및 신고

Q1

환자가 2박 3일간 외박을 나간 상태로 12월 10일 9시에 외박절차 수속 후 외박을 나가서 12월 12일 오후 2시에 병동으로 돌아왔습니다. 환자가 외박한 경우 평가하지 않아도 되나요?

A. 외출, 외박 및 검사, 수술 등 이유로 인하여 전체 평가대상 시간 관찰이 시행되지 않은 환자의 경우에도 해당 통합병동에 재실한 시간이 있는 경우는 평가 대상입니다.

단, 평가 대상일에 0시부터 24시까지 하루 종일 부재인 경우, 해당 외박일은 환자가 재실한 시간이 없으므로 평가 대상이 되지 않습니다.

따라서 12월 11일은 평가대상이 되지 않으며, 12월 10일과 12월 12일은 평가 대상이 됩니다.

※ 입퇴원 여부(G열)는 '6(외박)', 간호활동 등 그 외 입력사항 전체는 '0(해당없음)'으로 입력

◈ (예시) 12/10 9:00am ~ 12/12 2:00pm 2박3일 외출한 경우

12/10(화)	12/11(수)	12/12(목)
입퇴원여부: 1(재원)	입퇴원여부: 6(외박)	입퇴원여부: 1(재원)
평가시간: 0시~9시	입력사항: 0(해당없음)	평가시간: 14시~24시

Q2

평가 시간이 정해져 있나요?

A. 0시부터 24시까지 환자 상태를 기준으로 매일 평가해야 하며, 평가 시간은 정해져 있지 않습니다. 병원 사정에 맞게 평가하시면 됩니다.

Q3

환자가 통합병동에 전산상으로 12월 2일에 입실한 것으로 되어 있으나 응급실에서 처치 시간이 길어져 12월 3일 새벽에 병동으로 실제 입원하였습니다. 이 경우 12월 2일에 대한 평가는 어떻게 하나요?

A. 실제 환자가 입원하여 간호·간병통합서비스를 받은 12월 3일부터 평가합니다.

※ 신고자료에서 해당 환자의 12월 2일 평가는 삭제

Q4

전산 상으로 입원 시간이 24시 이전이나, 처치, 수술 등의 이유로 익일 MN 이후 통합병동에 입실한 경우 어떻게 평가하나요?

A. 실제 입실 시간을 기준으로 평가하면 됩니다. 단, 간호기록 등을 통해 환자의 실제 입실 시간이 확인 가능해야 합니다.

Q5

일상생활수행능력 평가 시 도움을 제공할 때마다 간호기록이 있어야 하나요?

A. 일상생활수행능력 각 세부항목을 '의존있음(코드1)'으로 평가 시, 적어도 하루 한 번 이상은 환자 상태 및 도움제공에 관한 기록이 있어야 합니다.

TIP 평가에 있어 기록에 의한 객관성 확보를 하는 것이 중요함. 항목마다 기록을 남길 필요는 없으나 나중에 제3자가 검증을 할 때 동일한 평가를 이끌어 내는 근거가 될 수 있도록 기록을 남겨 놓아야 함

Q6

일상생활수행능력 평가 시 하루 중 환자 상태가 변화한다면 어떻게 평가하나요?

A. 간호필요도 평가는 0시부터 24시까지의 환자 상태를 평가하는 것입니다.

따라서 환자의 상태가 변화한다면, 환자의 수행 정도가 낮은 ADL 평가(간호사 등의 도움 정도가 더 높은) 결과를 적용합니다.

Q7

수기 차팅이 아닌 셋팅되어 있는 기록지(환자관찰기록지 등)를 사용해도 되나요?

A. 원칙적으로 평가 기록은 의사 및 해당병동 간호사에 의한 기록이 대상이 되나, 이외 직원의 기록도 평가의 근거가 될 수 있으며, 기록은 진료기록, 투약기록, 간호기록 등 해당 의료기관에서 정식으로 승인 받아 보관되어 있는 것이어야 합니다.

일상생활수행능력 영역의 경우 제3자가 간호필요도 평가에 납득이 되도록 가능한 간략하고 논리적으로 기록하며, 평가기록의 내용이 '환자 상태는 어떤지, 간호를 필요로 하는지, 간호는 실시하였는지'의 내용이 포함되어야 합니다.

◈ (예시) 환자가 낙상 위험성이 높아 침상에서 휠체어로 이동 시 팔을 잡아주어 옮겨 앉는 것을 도와줌 (O)
침상 밖으로 이동에 부분도움을 줌 (X)
침상 밖으로 이동에 도움이 필요함 (X)
침상 밖으로 이동(의존있음) (X)

Q8

통합병동에 입원 중이던 환자가 수술을 3일에 시작해서 4일에 수술이 끝난 경우, 간호필요도 일일평가표의 '환자정보-당일수술여부' 란에 어떻게 입력해야 하나요?

A. 3일은 '수술 실시(코드1)', 4일은 '수술 미실시(코드2)'로 입력합니다.

Q9

응급실을 통해 입원 및 수술 후 그 다음날 수술이 끝나 새벽에 통합병동으로 입실하였습니다. 입실한 날 '환자정보-당일 수술여부'란에 어떻게 입력해야 하나요?
예) 4.16. 응급실 입원 ⇨ 4.16. 수술 시작 ⇨ 4.17. 수술 종료 ⇨ 4.17. 통합병동으로 입실

A. '수술 미실시(코드2)'로 입력합니다.

TIP '환자정보-당일 수술여부'는 당일에 수술 실시 여부를 확인하는 항목임

주의 수술 종료 후 병동으로 복귀한 당일 포함 3일간 적용하는 '환자특성_수술'과 평가기준이 다름

Q10

당일 일반병동에서 수술 받고 통합병동으로 옮긴 경우, '당일 수술 여부'를 어떻게 입력해야 하나요?
예) 4.16. 일반병동 재원 ⇨ 4.16. 수술 ⇨ 4.16. 통합병동 입실

A. '수술 실시(코드1)'로 입력합니다.

Q11

A통합병동에서 B통합병동으로 전동할 경우 두 병동에서 모두 환자를 신고해야 하나요?

A. 두 병동 모두 환자를 평가하되, 전출한 A통합병동에서는 신고하지 않고 전입받은 B통합병동에서만 신고하면 됩니다.

단, 전출한 A통합병동에서 평가한 항목이 전입한 B통합병동에서의 평가항목에 해당하지 않는 경우는 B통합병동에서 함께 신고합니다.

주의 동일 요양기관에서 동일 환자에 대한 코딩은 하루 한 개(한줄) 데이터만 있어야 함

Q12

A통합병동에서 C일반병동으로 전동할 경우 어떻게 평가하나요?

A. 전출하는 A통합병동에서 0시부터 전출 시까지 평가 및 신고하면 됩니다.

Q13

통합병동에 최초 입원했다가 당일 일반병동으로 전동 후 다시 같은 날 통합병동으로 전동되었습니다. 입퇴원 코딩을 어떻게 신고하나요?
예시) A통합병동 입원(10.20. 최초입원) ⇨ 당일(10.20.) 일반병동(ICU, 특수병동 등 포함)
⇨ 당일(10.20.) A통합병동 재전동

A. '2. 입원'으로 신고합니다.

Q14

통합병동에 입원 중인 환자가 일반병동으로 전동 후 다시 같은 날에 통합병동으로 전동되었습니다. 입퇴원 코딩을 어떻게 신고하나요?

예시) 9월 1일 최초 입원하여 A통합병동 입원 중 ⇨ 10월 20일에 일반병동(ICU, 특수병동 등 포함) 갔다가 ⇨ 다시 동일날(10월 20일)에 A통합병동으로 재전동한 경우

A. '1. 재원'으로 신고합니다.

주의 동일 요양기관에서 동일 환자에 대한 코딩은 하루 한 개(한줄) 데이터만 있어야 함

※ 형식: 코드로 입력(1,2,3,4,5,6)

- 1(재원), 2(입원,전입), 3(퇴원), 4(전출), 5(당일입퇴원), 6(외박)

Q15

통합병동 입원중이던 환자가 일반병동(ICU, 특수병동 등 포함)으로 전동하였습니다. 입퇴원 코딩을 어떻게 신고하나요?

A. '4. 전출'로 신고합니다.

TIP 통합병동에 입원한 환자의 간호필요도를 측정하기 위한 것임

※ 형식: 코드로 입력(1,2,3,4,5,6)

- 1(재원), 2(입원,전입), 3(퇴원), 4(전출), 5(당일입퇴원), 6(외박)

Q16

통합병동 입원한 당일에 일반병동으로 전동하였습니다. 입퇴원 코딩을 어떻게 신고하나요?

예시) A통합병동 10월 20일 13시 입원 ⇨ 입원 당일(10월 20일 15시) 일반병동(ICU, 특수병동 등)으로 전동한 경우

A. '5. 당일입퇴원'으로 신고합니다.

TIP 통합병동에 입원한 환자의 간호필요도를 측정하기 위한 것임

※ 형식: 코드로 입력(1,2,3,4,5,6)

- 1(재원), 2(입원,전입), 3(퇴원), 4(전출), 5(당일입퇴원), 6(외박)

Q17

A통합병동에 입원 중인 환자가 B통합병동으로 전동한 당일은 입퇴원 코딩을 어떻게 신고하나요?
예시) A통합병동(10월 20일) ⇨ B통합병동(10월 20일)

A. A통합병동은 10월 20일에 대한 신고를 하지 않고, B통합병동에서 10월 20일에 대해 신고(코딩: '2.입원,전입')합니다.

주의 동일 요양기관에서 동일 환자에 대한 코딩은 하루 한 개(한줄) 데이터만 있어야 함
※ 형식: 코드로 입력(1,2,3,4,5,6)
- 1(재원), 2(입원,전입), 3(퇴원), 4(전출), 5(당일입퇴원), 6(외박)

Q18

A통합병동(10.20. 23시59분) 전출 ⇨ B통합병동(10.21. 01시) 전입 시 코딩여부는?

A. A통합병동: 10.20일 코딩: '4. 전출'
B통합병동: 10.21일 코딩: '2. 입원(전입)'

주의 동일 요양기관에서 동일 환자에 대한 코딩은 하루 한 개(한줄) 데이터만 있어야 함
※ 형식: 코드로 입력(1,2,3,4,5,6)
- 1(재원), 2(입원,전입), 3(퇴원), 4(전출), 5(당일입퇴원), 6(외박)

Q19

일반병동에 입원 중이던 환자가 통합병동으로 전동 후 같은 날 다시 일반병동으로 전동되었습니다. 이때 입퇴원 여부는 어떻게 신고하나요?
예시) 일반병동(10.24.) ⇨ 통합병동(10.24.) ⇨ 일반병동(10.24.)

A. '5. 당일입퇴원'으로 신고합니다.

주의 동일 요양기관에서 동일 환자에 대한 코딩은 하루 한 개(한줄) 데이터만 있어야 함
※ 형식: 코드로 입력(1,2,3,4,5,6)
- 1(재원), 2(입원,전입), 3(퇴원), 4(전출), 5(당일입퇴원), 6(외박)

Q20

오늘자로 병동을 개시했을 때, 기존에 병동에 있던 환자 입퇴원 여부 코딩은 어떻게 하나요?

A. 기존에 입원 중이던 환자는 '2. 입원(전입)'으로 평가합니다.

Q21

'당일수술여부' 항목 입력 시 수술과 시술이 구분이 어렵습니다.

A. 건강보험심사평가원 '의·치과 수가파일'의 수술여부에 '코드 9'를 수술로 인정합니다.

(경로) 건강보험심사평가원(www.hira.or.kr) 〉 기관소식 〉 HIRA소식 〉 공지사항 〉 의·치과 수가파일(전체판 포함) 선택 〉 엑셀파일 열고 〉 의치과 급여/비급여 전체 시트 클릭 〉 G열 수술여부에 코드 9 확인

Q22

환자의 생년월일을 알 수 없는 경우 어떻게 작성해야 하나요?

A. 불가피한 사유로 생년월일을 알 수 없는 경우, 출생연도(YYYY)는 가능한 정확하게 입력하고 월일(MMDD)은 '9999'로 입력합니다.

◈ (예시) 출생연도가 2001년 인 경우, '20019999'로 기재

낙상·욕창

Q1

입원 수속 중에 외래에서 낙상했을 경우, 낙상 평가는 어떻게 하나요?

A. 통합병동에 입원하기 전 낙상은 평가하지 않습니다.

Q2

통합병동에 입원중인 환자가 병동 외에서 낙상했을 경우 어떻게 평가하나요?

A. 낙상 평가는 낙상 발생 장소에 따라 평가가 가능합니다.

※ 형식: 코드로 입력(0,1,2,3,4,5,6,7,8)

◈ (낙상 발생장소)
0(발생하지 않음), 1(1인실 병실 내), 2(2인실 병실 내), 3(3인실 병실 내), 4(4인실 이상 병실 내), 5(화장실 및 샤워실), 6(복도), 7(검사실 및 치료실), 8(기타, 병원로비 등)

Q3

어제 환자가 낙상하였다면, 오늘도 낙상 평가를 해야 하나요?

A. 낙상 평가는 낙상 발생 당일만 평가합니다.

Q4

병실 내 화장실에서 낙상한 경우에는 어떻게 평가하나요?

A. '5(화장실 및 샤워실)'로 평가합니다.

Q5

환자의 욕창 평가는 욕창을 발견한 당일만 시행하면 되나요?

A. 환자가 욕창을 가지고 있다면, 매일 욕창 단계를 평가하여 기재합니다.

Q6

여러 개의 욕창을 가지고 있을 경우, 욕창 단계 입력을 어떻게 하나요?

A. 2개 이상인 경우, 단계가 가장 높은 욕창 단계를 기재합니다.

다만 Stage5, Stage6는 Stage4 보다 높은 단계로 평가되는 것은 아니므로 Stage5, 6이 같이 있는 경우 Stage5로, Stage1~4와 Stage5 또는 6이 같이 있는 경우 Stage1~4 중 높은 단계로 입력합니다.

◈ (욕창 단계)
0: 발생하지 않음, 1: stage1, 2: stage2, 3: stage3, 4: stage4, 5: 미분류단계, 6: 심부조직 손상의심 단계

Q7

통합병동에 입원하기 전에 가지고 있던 욕창도 단계를 입력해야 하나요?

A. 통합병동에 입원하기 전에 있던 욕창도 NPIAP 분류에 따라 욕창 단계를 입력해야 합니다.

Q8

입원 전 가지고 있던 욕창이 입원 후 완전히 healing된 경우 욕창 단계를 어떻게 입력하나요?

A. healing된 욕창도 NPIAP 분류에 따라 욕창 부위를 사정하고, 이에 따라 욕창 단계를 입력해야 합니다.

참고 2 간호필요도 평가 서식

[별지 제26호 서식(앞면)]

간호·간병통합서비스 병동 간호필요도 일일평가표

요양기관 기호		요양기관명		종별		①병동코드	
작성자 성명		작성자 부서		작성자 연락처	전화		
					팩스		
					이메일		

연번	②작성일자	③환자정보								측정항목																								⑥C항목(환자특성)	⑦추가정보	
										④A항목(간호활동)																								⑤B항목 (일상생활수행능력 및 정서 상태)			
		환자등록번호	가입자 구분	입퇴원 여부	생년월일	성별	상병코드	당일수술여부	지속적 심전도 모니터링	호흡간호			정맥 내 투약	배액관 보유	욕창관리	수혈	전문치료																		체위변경	침상 밖으로 이동	식사섭취	배변·배뇨	개인위생	옷 입기	지시이행 및 정서상태	수술	낙상 발생장소	욕창 단계
										흡인간호	인공호흡기 사용	비침습적 산소투여					마약제(주사제)	항암치료제(주사제)	승압제(주사제)	항부정맥제(주사제)	면역억제제(주사제)	항혈전제(정맥주사제)																			
1																																				
2																																				
3																																				
4																																				
5																																				
6																																				
7																																				
8																																				
9																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				

[별지 제26호 서식(뒷면)]

【 간호·간병통합서비스 병동 간호필요도 일일평가표 작성요령 】

① 병동코드: '간호·간병통합서비스 병동 병상 운영현황'(별지 제3호 서식)의 ②병동코드를 기재(예: C001)
② 작성일자: 환자 평가일을 YYYYMMDD 형식으로 기재(예: 20190701)
③ 환자정보
- 환자등록번호: 병원에서 관리하는 환자등록번호 기재
- 가입자 구분(코드번호로 기재): 1: 건강보험, 2: 의료급여, 3: 산재보험, 4: 자동차보험, 5: 기타
- 입퇴원 여부(코드번호로 기재): 1: 재원, 2: 입원(전입), 3: 퇴원, 4: 전출, 5: 당일입퇴원, 6: 외박(0시부터 24시까지 부재 시)
- 생년월일: YYYYMMDD 형식으로 기재(예: 20150101)
- 성별(코드번호로 기재): 1: 남성, 2: 여성
- 상병코드: 주진단명에 해당하는 '한국표준질병·사인분류'의 분류기호를 1개만 기재(예: C16.10)
  ※ 삼단분류까지 필수 기재(오단분류까지 기재 가능)
- 당일수술여부(코드번호로 기재): 1: 수술 실시(수술 당일만), 2: 수술 미실시
  ※ 수술은 '건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치 점수' 제9장, 제10장, 제18장의 항목 중 수술에 해당하는 분류항목

[측정항목] '간호·간병통합서비스 병동 간호필요도 평가 세부설명'(별첨1)을 반드시 참고하여 평가
④ A항목_간호활동(코드번호로 기재): 0: 적용기준 해당없음, 1: 적용기준 해당함
- 지속적 심전도 모니터링: 지속적으로 심전도를 모니터링하고, 심전도 실시·평가 기록이 있는 경우
- 흡인간호: 기관 내 삽관 또는 비구강을 통한 흡인간호를 실시한 경우
- 인공호흡기 사용: 인공호흡기 사용, NPPV 또는 가온 가습 고유량 비강캐뉼라 요법을 실시한 경우
- 비침습적 산소투여: 비침습적 산소투여(비강캐뉼라, 산소마스크 등)를 시행한 경우
- 정맥 내 투약: 정맥 내를 통해 투여하는 약품별 투여 횟수의 합이 3회 이상/1일인 경우
- 배액관 보유: 1개 이상 배액관을 보유하는 경우
- 욕창관리: 욕창이 있는 환자에게 욕창관리 활동을 실시하고 기록이 있는 경우
- 수혈: 수혈을 실시한 경우
- 마약제(주사제): 통증 조절을 목적으로 마약제(주사제)를 투여한 경우
- 항암치료제(주사제): 악성 종양 세포의 치료를 위해 항암치료제(주사제)를 투여한 경우
- 승압제(주사제): 쇼크, 저혈압, 순환허탈환자의 혈압을 상승시키기 위해 승압제(주사제)를 투여한 경우
- 항부정맥제(주사제): 부정맥 발생을 억제하기 위해 항부정맥제(주사제)를 투여한 경우
- 면역억제제(주사제): 거부반응방지를 위해 면역억제제(주사제)를 투여한 경우
- 항혈전제(정맥주사제): 혈전·색전증 발생 및 발생이 의심되는 환자를 치료하기 위해 항혈전제를 정맥 내 투여한 경우

⑤ B항목_일상생활수행능력 및 정서 상태(코드번호로 기재): 0: 의존없음, 1: 의존있음
- 체위변경: 스스로 양와위에서 측와위, 측와위에서 양와위로 변경할 수 있는지 평가
- 침상 밖으로 이동: 스스로 침상 내에서 침상 밖, 침상 밖에서 침상 내로 이동이 가능한지 평가
- 식사섭취: 스스로 식사 섭취가 가능한지 평가
- 배변·배뇨: 스스로 배변·배뇨에 관련된 행위를 할 수 있는지 평가
- 개인위생: 스스로 개인위생에 관련된 행위를 할 수 있는지 평가
- 옷 입기: 스스로 옷을 입고 벗을 수 있는지 평가
- 지시이행 및 정서 상태: 정서적 불안정, 위험행동관리 포함하여 평가 (0: 안정, 1: 지시불이행 2: 위험행동 집중관찰)

⑥ C항목_환자특성(코드번호로 기재): 0: 적용기준 해당없음, 1: 적용기준 해당함
- 수술: 개두술, 개흉술, 개복술에 한함(수술 종료 후 병동으로 복귀한 당일 포함 3일간)

⑦ 추가정보
- 낙상 발생장소(코드번호로 기재): 낙상이 발생한 당일 장소를 기재
  0: 발생하지 않음, 1: 1인실 병실 내, 2: 2인실 병실 내, 3: 3인실 병실 내, 4: 4인실 이상 병실 내, 5: 화장실 및 샤워실, 6: 복도, 7: 검사실 및 치료실, 8: 기타(병원 로비 등)
- 욕창 단계(코드번호로 기재): 욕창 단계를 기재(2개 이상일 경우, 가장 높은 단계)
  0: 발생하지 않음, 1: stage1, 2: stage2, 3: stage3, 4: stage4, 5: 단계측정불가, 6: 예상되어지는 심부조직 손상단계

간호필요도 평가 매뉴얼

발행일	2026년 1월
발행처	국민건강보험공단
디자인/편집	국민건강보험공단