


11. 시설 및 환경관리

	시설 및 환경 안전관리			
	규 정 번 호	HS 제110-01호	제 정 일	2010.01.01
	관 련 인 증 기 준	11.1 시설 및 환경 안전관리	최 근 개 정 일	2022.12.27
	담 당 부 서	시설관리팀	시 행 일	2023.01.16
	검 토 책 임 자	병원운영회의	검 토 주 기	2년
	승 인 책 임 자	이사장	검 토 예 정 일	2024.12.01
	관 련 근 거	시설물의 안전 및 유지관리에 관한 특별법		

제 1조 목적(Purpose)

환자, 내원객 및 직원의 안전을 보장함으로써 최상의 의료서비스가 제공될 수 있는 기반을 만들기 위해 시설 및 환경 관련 법령을 준수하며, 시설 및 환경을 안전하게 관리하기 위함이다.

▣ 용어의 정의(Definition)

1. **시설** : 효성병원 내 건축물, 공작물, 구축물, 옹벽 및 절토사면, 옥외 토목(차, 보도, 배수로, 울타리) 등을 말한다.
2. **설비** : 건축물·공작물 내에 설치된 기계설비, 전기설비, 통신설비, 소방설비, 수처리 설비 등을 말한다.
3. **설비시스템** : 시설물 중 환자 진료를 위해 필수적인 전기설비, 급수설비 및 수질 감시 설비, 의료가스 및 진공설비, 실내공기질 유지설비 등의 시스템을 말한다.
4. **의료기기** : 의료기기법 제2조 제1항 각호의 사람에게 단독 또는 조합하여 사용되는 기구·기계·장치·재료 또는 이와 유사한 제품을 말한다.
5. **위험물질** : 산업안전보건법에서 관리대상 유해물질과 폐기물관리법에서 정하는 의료폐기물 및 원자력법에 따른 방사성 물질을 말한다.
6. **보안** : 내원객 출입관리 및 위험인물 출입통제, 보안사고, 도난, 폭력 및 폭행 등으로부터 보호하는 일체의 행위를 말한다.
7. **유지·보수·개선** : 완공된 시설의 기능을 보전하고 이용자의 편의와 안전을 높이기 위하여 시설물을 일상적으로 점검·정비하고 손상된 부분을 원상복구 하며 경과 시간에 따라 요구되는 시설물의 개량, 보수, 보강에 필요한 활동을 말한다.

제 2조 정책(Policy)

1. 시설환경안전관리위원회를 운영한다
2. 시설 및 환경안전에 대한 계획이 있다.
3. 시설 및 환경안전 관련 업무 구분 및 책임자가 있다.
4. 시설 및 환경안전관리에 대한 교육을 시행한다.
5. 직원은 시설 및 환경안전 사고 발생 시 보고절차를 알고 있다.
6. 시설 및 환경안전사고 처리 결과를 경영진에게 보고한다.
7. 시설 및 환경을 안전하게 관리한다.
8. 의료기관 건물의 건축·보수·철거 전, 감염위험평가를 수행하고 관리한다.

제 3조 지침 및 절차(Guidelines & Process)

1. 시설환경안전관리위원회

가. 위원회 구성

- 1) 위원장은 경영지원부 부서장으로 한다.
- 2) 위원(위원장 1명을 포함하여 10명 이상 20명 이내의 위원으로 구성한다.)
 - 가) 당연직위원: 직업환경의학과장, 시설관리팀장, 감염관리팀장, 간호부부서장, 안전보건관리 책임자, 응급간호팀장, 총무팀장, 원무부부서장, 전산관리팀장, 보건안전실장, 의공 파트장, QPS실 팀장, 환자안전전담자, 산업안전관리자, 소방안전관리자로 한다.
 - 나) 위촉직위원 : 이사장이 위촉한다.
 - 다) 본 위원회의 간사는 1명을 두며 시설관리팀 직원으로 한다.

나. 위원회 역할

- 1) 시설 및 환경안전 연간계획(소방포함) 수립 및 시행에 관한 사항
- 2) 시설 및 환경 안전 유지에 관한 사항
- 3) 시설 및 환경안전 사고 발생 처리에 관한 사항
- 4) 재해사고의 원인 분석, 시정, 지시 대책에 관한 사항
- 5) 기타 시설환경 안전 활동에 관한 주요 사항
- 6) 위험물질 관련 주요 사항(유해 화학물질, 의료폐기물)
- 7) 보안, 재난에 관련한 주요 사항
- 8) 위험도 평가 및 관리에 관한 사항
- 9) 법정점검에 관한 사항
- 10) 시설 및 환경안전 교육에 관한 사항
- 11) 위탁서비스 운영에 관한 사항 등

다. 정기적인 운영

정기회의는 반기별 개최하고, 비정기회의는 위원장이 필요하다고 인정하거나 재적 위원 과반수가 요구할 때 개최한다.

라. 결과보고

간사는 위원회의 안전 상정 및 회의 결과를 회의록으로 작성하여 참석자의 서명을 받아 경영진에게 보고한다.

2. 시설 및 환경안전 관리 대상

- 가. 시설, 설비, 위험물질(의료폐기물), 보안 : 시설환경안전관리위원회
- 나. 위험물질(유해화학물질) : 산업안전보건위원회
- 다. 의료기기 : 의료기기심의위원회

3. 시설 및 환경안전에 대한 연간 계획 수립

- 가. 시설, 설비, 위험물질(의료폐기물)을 관리하는 부서에서는 매년 11월 시설 및 환경안전에 대한 운영 계획서를 작성하고, 시설환경안전관리위원회의 검토·의결을 거쳐 이사장의 결재를 받는다. 다음 사항에 대한 시행시기, 예산을 포함하여 계획서를 작성한다.
 - 1) 시설, 설비(전기, 급수 및 수질, 의료가스, 실내 공기질) 점검에 관한 사항
 - 2) 시설, 설비 유지·보수에 관한 사항
 - 3) 시설 및 환경안전에 대한 교육에 관한 사항
 - 4) 운영계획에 대한 평가(안전점검, 유지, 보수, 개선)에 관한 사항 등

나. 건축물, 시설물 정기점검 및 정밀점검

1) 정기점검 및 정밀점검은 전문업체에 위탁하여 실시하며, 점검결과는 시설관리팀장을 통해 보고하고 타 부서와 공유 및 협조가 필요한 경우 시설환경안전관리위원회를 거쳐 차기년도 계획에 반영한다.

구분	실시대상	실시시기	해당여부
정기점검	연면적 5,000㎡의 의료시설 중 종합병원	반기별 1회 이상	해당
정밀점검	연면적 5,000㎡의 의료시설 중 종합병원	3년에 1회 이상	해당
정밀안전진단	준공 후 10년이 경과된 1종 시설물 (21층 이상 또는 연면적 50,000㎡ 이상)	5년에 1회 이상	미해당

안전등급	시설물의 상태
A (우수)	문제점이 없는 최상의 상태
B (양호)	보조부재에 경미한 결함이 발생하였으나 기능 발휘에는 지장이 없으며 내구성 증진을 위하여 일부의 보수가 필요한 상태
C (보통)	주요부재에 경미한 결함 또는 보조부재에 광범위한 결함이 발생하였으나 전체적인 시설물의 안전에는 지장이 없으며, 주요부재에 내구성, 기능성 저하 방지를 위한 보수가 필요하거나 보조부재에 간단한 보강이 필요한 상태
D (미흡)	주요부재에 결함이 발생하여 긴급한 보수, 보강이 필요하며 사용제한 여부를 결정하여야 하는 상태
E (불량)	주요부재에 발생한 심각한 결함으로 인하여 시설물의 안전에 위험이 있어 즉각 사용을 금지하고 보수 또는 개수를 하여야 하는 상태

다. 시설 및 환경안전 점검 계획

구분	관련법	점검대상 / 내용	점검주기	
설비 관리	관류보일러 및 흡수식 냉온수기	----- ---	흡수식냉온수기 관류보일러	자체점검: 1회/일
	전기설비 관리	전기사업법	변압기 비상발전기 UPS 등 전기안전점검	자체점검: 1회/주 비상발전기 운전점검: 1회/주 UPS 점검: 1회/주 법정 정기검사: 1회/2년
	도시가스	도시가스사업법	도시가스 시설	자체점검: 2회/월 법정 정기검사: 1회/년

	물공급 및 수질관리	수도법	저수조 청소 및 수질검사	자체점검: 1회/월 수질검사: 1회/년 저수조청소: 2회/년
	의료가스등 설비관리	고압가스 안전관리법	액화산소 저장탱크 기체산소 안전검사	자체점검: 1회/일 법정 정기검사: 1회/년
			의료가스 저장용기	자체점검: 1회/일
		산업안전보건법	의료용 압력탱크(Air)	자체점검: 1회/일 법정정기검사: 1회/2년
	-	-	진공탱크/진공펌프 관리	자체점검: 1회/일
공기조화 설비 관리	건축물의 설비기준 등에 관한 규칙, 다중이용시설등의 실내공기질관리법	설비 관리 필터 점검 및 교체 실내공기질 측정	음압 및 양압 설비 자체점검: 1회/주 PRE필터: 1회/월 Medium 필터: 1회/연 HEPA 필터: 1회/연 실내공기질 측정: 1회/년	
설비 관리	냉각탑 관리	감염병의 예방 및 관리에 관한 법률	냉각탑 레지오넬라균검사 (상당보건소)	냉각탑 청소: 1회 / 월 (하절기) 레지오넬라균 검사: 1회 / 하절기
	환경설비 관리	하수도법, 수질 및 생태계 보전에 관한 법률	폐수저장시설 관리 정화조청소	자체점검: 1회 / 일 정화조청소: 1회 / 년
	승강기관리	승강기관리법	승강기	전문업체 점검: 1회 / 월 법정정기검사: 1회 / 년
위험물질	유해화학물질	산업안전보건법	유해물질 관리부서	자체점검: 1회 / 월
	의료폐기물	위험물질(의료폐기물)안전관리 규정	의료폐기물 배출부서 집하장 청소 및 소독	배출부서 자체점검: 1회 / 월 집하장 검사: 2회 / 주
보안	보안관리	안전을 위한 보안관리 규정	보안점검 및 순찰	자체점검: 1회 / 일
화재	소방시설물	소방시설 설치유지 및 안전에 관한 법률	소방시설 점검 및 안전관리	자체점검: 1회 / 일 종합정밀점검: 1회 / 년 작동기능점검: 1회 / 년
작업환경	작업환경측정	산업안전보건법	병원 내 작업환경측정	전문업체 측정: 2회 / 년
석면	석면안전관리	석면안전관리법	위해성평가 실내공기중 석면농도측정	위해성평가: 2회/년 석면농도측정: 1회/2년

라. 시설 및 환경안전에 대한 교육

교육과정	교육대상	교육주기	교육기관 및 교육방법	비 고
법정교육	전기안전관리자	3년 1회	한국전기기술인협회	중앙전기
	소방안전관리자	2년 1회	한국소방안전원	소방시설 설치·유지 및 안전관리에 관한법률
	소방안전관리 보조자	2년 1회	한국소방안전원	소방시설 설치·유지 및 안전관리에 관한법률

	산업안전 관리감독자	1년 1회	산업안전협회	산업안전보건법
	승강기 운행관리자	3년 1회	승강기안전공단	승강기 안전관리법
	액화산소 사용시설 안전관리자	3년 1회	가스안전공사	고법(의료가스)
	도시가스 사용시설 안전관리자	3년 1회	가스안전공사	도법(도시가스)
	건축물관리자 (수도시설)	선임 시	환경보전협회	수도법
	수질환경기술인	3년 1회	환경보전협회	수질 및 수생태계 보전에 관한 법률
	의료폐기물 관리자	선임시	환경보전협회	폐기물관리법
	실내공기질 관리자	3년 1회	환경보전협회	다중이용시설등의 실내공기질관리법
	석면건축물 안전관리자	2년 1회	환경보전협회	석면안전관리법
	기계식 주차타워 관리자	선임시	승강기안전공단	스피드파킹
정기교육	전 직원	1년 1회	의료폐기물 관리 교육	의료폐기물 관리규정
	신규직원	입사시 1회	의료폐기물 관리 교육	의료폐기물 관리규정
	전 직원	1년 1회	소방교육, 소방훈련	산업안전보건법
	신규직원	입사시 1회	소방교육	산업안전보건법
	전 직원	월1회 (2시간)	산업보건안전교육	산업안전보건법 (분기 6시간)
	전 직원	1년 1회	보안교육	보안관리 규정
	신규직원	입사시 1회	산업안전보안교육	보안관리 규정

4. 시설 및 환경안전 관리 대상별 업무 구분 및 책임자 선정

각 부서는 시설물의 화재, 도난, 파괴, 기타 재산상의 손실을 방지하고 안전하게 유지되도록 관리한다.
가. 업무구분

구분	업 무		관리부서
실무 부서	시설 및 설비		시설관리팀
	위험물질	유해화학물질	보건안전실
		의료폐기물	수집·운반 및 처리
	재난관리, 산업안전		총무/시설관리팀
	보안		원무부/전산관리팀
	의료기기관리		의공파트
	감염성 관리		감염관리실

사용 부서	실무부서를 제외하고 병원의 시설 및 환경을 이용하여 환자의 진료 및 처치에 직·간접적으로 관련된 모든 부서
기타	시설 및 환경 안전관리를 위한 업무수행 중 직무분장 규정에 명시되지 않은 사항은 해당 사항이 발생한 부서장이 병원 직제 상 상위 보고하여 경영진에서 결정하거나 시설환경 안전관리위원회에 발의하여 해당업무를 주관할 부서를 결정한다.

나. 책임자

담당부서	책임자	업무구분	자격조건
경영지원부	경영지원부 이사	시설안전관리 총괄관리	경영지원부서장
	시설관리 팀장	시설안전관리 책임자	시설관리팀장
	소방안전관리자	소방안전관리	소방안전관리 수료자
	산업안전 관리감독자	산업안전관리	관리감독자 교육 수료자
	중앙전기(위탁계약)	전기설비관리	전기기사
	의료폐기물관리자	의료폐기물 관리	의료폐기물 배출자 교육 수료자
	가스안전관리자	의료가스 등 설비관리	고압가스기능사
		도시가스 사용시설 안전관리	가스안전관리자 이수자
	의공기사	의료기기 안전관리	의공파트장
	건축물 관리자 (수도법)	물공급 및 수질관리	수도시설 관리자 수료자
	실내공기질 관리자	실내공기질 관리	실내공기질 관리자 수료자
승강기 운행관리자	승강기 관리	승강기 운행관리자 수료자	
총무팀	총무팀장	재난관리	총무팀장
	총무팀장 감염관리팀장	유행성 감염병 대응 관리	총무팀장 감염관리팀장
보건안전실	보건관리자	위험물질유해화학물질	보건안전실장
원무부	보안관리자	보안관리	원무부서장

5. 환자, 내원객, 직원의 시설 및 환경안전사고 관리 체계

가. 보고처리 및 절차

환자, 내원객, 직원에게 발생할 수 있는 시설환경 안전사고에 대비하여, 안전사고 보고 절차 및 사고에 따른 피해확산 방지를 위한 처리절차를 수립하고, 아울러 사고 발생원인 규명 및 유사사고 재발방지 대책을 포함하는 경영진 보고절차 등을 정하는 안전사고 관리체계를 수립한다.

1) 보고대상

- 가) 낙상 및 미끄럼 사고
- 나) 화재(폭발)사고

다) 기타 시설물에 기인한 안전사고 등

2) 보고절차

가) 최초 발견자는 신속하게 사고 사실을 주위에 알린다.

나) 신고 후에는 작업 중지 및 주변 인원을 안전지대로 대피시킨다.

다) 사고로 인해 위해가 발생하였을 경우 응급조치를 취하고 응급실로 이송한다.

라) 신고받은 부문별 안전관리책임자는 안전사고지역을 표시하고 접근 금지 등 안전조치를 취한다. 필요시에는 유관기관에 지원을 요청한다.

3) 처리

가) 환자는 《7.3 환자안전사건 관리》“규정”에 따른다.

나) 직원은《10.7.2 직원 안전사고 관리》“규정”에 따라 처리하며, 유사한 사고의 재발방지를 위한 조치를 한다.

다) 내원객의 시설 및 환경안전에 의한 안전사고 발생 시 안전관리자(☎6388)에게 연락 후 내원객 안전사고 보고절차에 따라 처리하며 유사한 사고의 재발방지를 위한 조치를 한다. (부록4. 내원객 안전사고 보고체계), (부록5. 안전사고 보고서)

라) 낙상 및 미끄럼 사고예방활동을 위한 복도 보행 시 미끄럼 방지 조치를 취하고 침대, 보행 기구, 휠체어 등은 정기적(월 1회)으로 점검 관리하며, 고장으로 인한 수리 요청 시 즉시 처리한다.

나. 경영진 보고

1) 보고된 환자 및 내원객, 직원 안전사고 현황은 관련 안전사고 보고체계에 따라 경영진에게 보고한다.

2) 효성병원 시설물로 인한 사고 발생 시 이에 대한 문제점을 파악하고, 환경개선방법을 강구하여 안전관리자는 시설환경안전관리위원회 및 경영진에 보고한다.

6. 의료기관 거물의 건축 · 보수 · 철거 전 감염위험평가 및 예방관리

가. 공사유형 분류

공사 유형	공사내용
Type A	먼지가 거의 발생되지 않는 작업, 단순 신고처리 및 점검 - 관찰을 위한 마감재 일부 철거작업 - 샌딩 작업이 필요 없는 도색보수작업 - 단순 신고처리 및 간단한 영선보수작업
Type B	약간의 먼지가 발생하는 작업, 2주 이내의 공사기간 - 1(2)개실 내부 도색(샌딩 작업이 없는 경우만 해당) 및 도배작업 - 1(2)개실 내부 마감재 교체 및 경량 칸막이 설치작업 - 전원 부분승압(분전반 1개소) 및 전기기구 교체작업 - 노후 배관 부분 교체 및 위생기구 교체작업(1~2개소 이내)
Type C	보통에서 높은 수준까지의 먼지가 발생하는 작업, 2주 이상의 공사기간 - 샌딩작업이 포함된 도색 및 칼라라카 도장작업(스프레이 방식) - 철거작업이 포함된 내부 개수공사(냉난방 및 급배수 부분통제)
Type D	대규모 파괴와 건축, 4주 이상의 공사기간 - 비중이 큰 철거공사가 포함된 리모델링공사 - 대수선, 증축, 신축공사(건축허가 사항)

나. 구역별 위험도에 따른 공사등급 분류

구분	위험그룹	해당 구역
Group 1	저위험	사무실
Group 2	중간정도의 위험	외래 진료구역
Group 3	중간~높은 정도의 위험	응급실, 입원병동, 회복실, 약국, 식당, 진단검사실 등을 포함하는 대부분의 환자 구역
Group 4	고위험	수술실, 투석실, 중환자실, 혈관조영실, 특별한 시술이 이루어지는 구역

다. 시설 건축/보수/철거 공사 시 보고 및 승인 절차

1) 1단계

- 가) 공사 담당부서는 공사 유형을 분류한다.
- 나) 공사 예정 구역 부서장에게 공사계획을 통보한다.

2) 2단계

공사 담당부서는 공사가 예정인 구역 부서장과 협의하여 공사구역 위험그룹을 분류한다.

3) 3단계

- 가) 1단계와 2단계 분류결과를 매트릭스에 대입하여 공사등급을 결정한다.
- 나) 공사 전에 “부록 2. 공사(건축/보수/철거) 감염관리 승인신청서(공사 담당부서 작성)”를 작성하여 감염관리실의 감염위험성 사전평가를 받는다.
- 다) 공사 부서의 “부록 2. 공사(건축/보수/철거) 감염관리 승인신청서”를 받은 감염관리실은 “부록 3. 공사(건축/보수/철거) 감염위험 사전평가서”에 의거 감염위험성 사전 평가를 시행하고 공사 담당자와 협의하여 감염관리 평가 기준에 따라 공사 등급에 따른 감염관리 지침을 준수하여 공사가 진행될 수 있도록 한다.
- 라) Type C 이상이고, Class III 또는 IV 공사 시행 시에는 시설환경안전관리위원회의 승인을 받은 후 공사를 시행한다.

〈공사 등급 매트릭스〉

구분	Type A	Type B	Type C	Type D
Group 1	Class I	Class II	Class II	Class III/IV
Group 2	Class I	Class II	Class III	Class IV
Group 3	Class I	Class II	Class III/IV	Class IV
Group 4	Class II	Class III	Class III/IV	Class IV

4) 4단계: 공사 등급에 따라 감염관리지침을 적용한다.

공사등급	감염관리 지침
Class I	<ol style="list-style-type: none"> 1. 해당부서에 작업 내용을 공지 2. 공사 시 먼지가 최소로 발생하는 방법으로 작업 3. 점검 작업 후에는 즉시 천정을 원위치 4. 발생한 먼지는 즉시 처리 5. 종료 후에 청소를 시행
Class II(Class I 포함)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 작업구역 표식을 설치 2. 공기 증으로 먼지비산을 막기 위한 수단을 강구 3. 테이프로 사용하지 않는 문을 봉합 4. 공사 현장 근처의 환기구를 봉합 5. 작업 종료 후 바닥은 소독제를 이용하여 닦음 6. 공사 폐기물은 뚜껑이 닫힌 용기나 자루에 담아 옮김
Class III(Class I, II 포함)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 가설칸막이를 설치하여 공사 전에 공사구역을 구분 (외래 주말공사 제외) 2. 절단 시 발생하는 먼지를 막기 위해 water mist를 시행 3. 공사현장의 환기구와 격리난방, 통기, 공기 조절장치는 봉해져야 함. 4. 모든 구멍, 파이프, 도관을 적절하게 봉합 5. 파편을 치울 때는 단단히 밀봉하여 처리함 6. 완전한 청소가 되기 전에는 가설칸막이를 치우지 않음 7. 먼지와 오물을 최소화하며 가설칸막이를 철거
Class IV(Class I, II, III 포함)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 전실을 만들어 공사현장에 출입하는 모든 사람이 이곳에서 작업복을 갈아입고 현장을 떠날 때에는 평상복으로 갈아입음 2. 작업현장에 참여하는 모든 사람은 신발 덮개를 사용하고, 출입 시 매번 교환함

5) 보고(부록4. 병원건축 관련 위험성평가)

- 가) 공사 진행 중 공기매개 환경질환(ex, aspergillosis)이 발생 시 감염관리팀은 관련 부서와 협의하여 대처하고, 필요시 감염관리위원회에 보고한다.
 - 나) 공사와 관련된 지역에서 입원한 환자의 감염 유형이 의심되면 유형 조사와 관리 대책을 세운다.
 - 다) 공사 진행 중 감염관리에 관한 사항은 첨부된 “부록4. 공사(건축/보수/철거) 감염관리 준수사항 점검리스트”를 주 1회 감염관리실을 경유하여 감염관리 위원회에 보고한다.
- 라. 시설 및 환경안전에 대한 개선계획은 안전 발생 시 시설환경안전관리위원회에 상정하여 개선하도록 한다.

7. 설비시스템 감시체계

- 가. 병원의 설비는 환자 및 직원에게 안전을 보장하고 최상의 의료서비스가 제공되도록 정기점검과 유지보수 관리계획을 수립하고 수행하여야 한다.
- 나. 세부 설비시스템관리 내용은 《 11.2 설비시스템 관리 》 규정에 따른다.

8. 위험물질 안전관리 절차

가. 위험물질 안전관리는 관련 법규를 준수하며, 위험물질은 유해화학물질, 의료폐기물, 방사성 물질로 구분한다.

나. 유해화학물질 보관 및 취급

- 1) 유해화학물질 보관 시 취급부서에서는 안전 캐비닛 또는 잠금장치가 있는 보관장을 이용하여 보관하며, 취급자 외에는 접근을 금지한다.
- 2) 유해화학물질 소량 보관 시 일반물질과 분리하여 지정된 장소에 보관하며, 유해화학물질 보관장소를 확인할 수 있도록 경고표지를 부착한다.
- 3) 유해화학물질 취급 시 소분하여 취급하는 경우 소분된 용기에도 산업안전보건법 115조에 의거 경고표지를 부착한다.
- 4) 유해화학물질 취급, 보관 장소에는 소화기를 비치하여 유사시를 대비한다.

다. 기타 세부적인 사항은 《 11.3.1 위험물질(유해화학물질) 안전 관리 》 규정에 따른다.

9. 보안체계는 《 11.4.1. 보안 관리 》 규정에 따른다.

10. 의료기기 안전관리는 《 11.5 의료기기 관리 》 규정에 따른다.

부록

1. 시설 및 환경안전 점검 연간 계획
2. 공사(건축/보수/철거) 감염관리 승인신청서(공사 담당부서 작성)
3. 공사(건축/보수/철거) 감염위험 사전평가서(감염관리실 작성)
4. 공사(건축/보수/철거) 감염관리 준수사항 점검리스트
5. 내원객 안전사고 보고체계
6. 안전사고 보고서

관련 근거

1. 시설물의 안전 및 유지관리에 관한 특별법
2. 전기사업법
3. 수도법
4. 산업안전보건법
5. 고압가스 안전관리법, 도시가스사업법
6. 에너지이용 합리화법
7. 승강기제조 및 관리에 관한 법률
8. 하수도법, 수질 및 수생태계 보전에 관한 법률
9. 다중이용시설 등의 실내 공기질 관리법
10. 소방시설 설치유지 및 안전에 관한 법률
11. 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률

부칙

1. 이 규정은 2010년 01월 01일부터 제정·시행한다.
2. 이 규정은 2014년 05월 01일부터 개정·시행한다.
3. 이 규정은 2014년 10월 01일부터 개정·시행한다.
4. 이 규정은 2018년 05월 23일 개정, 06월 01일부터 시행한다.
5. 이 규정은 2020년 05월 19일 개정, 06월 01일부터 시행한다.
6. 이 규정은 2021년 12월 28일 개정, 2022년 01월 17일부터 시행한다.
7. 이 규정은 2022년 09월 27일에 개정, 2022년 10월 15일부터 시행한다.
8. 이 규정은 2022년 12월 27일에 개정, 2023년 01월 16일부터 시행한다.

부록1. 시설 및 환경안전 점검 연간 계획

시설 및 환경안전 점검 연간 계획

항목		1분기			2분기			3분기			4분기			비고
대분류	소분류	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월	법률조항
일일점검	의료가스설비	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	고압가스저장시설	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	방화순찰	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	도시가스	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	전기시설	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	보일러점검	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	컴프레셔	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	진공펌프	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
주간점검	고압가스	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	UPS점검	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	발전기시운전	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	전기설비점검	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	의료폐기물	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
월간점검	냉각탑점검						○	○	○	○				
	승강기	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	저수조	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	정수기	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
월간점검	소방시설	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	건축물 정기점검							○					○	한국안전 기술협회 (연2회)
	건축물 정밀점검												○	한국안전 기술협회 (3년1회)
	전기설비 안전점검							○						전기안전 공사 (2년1회)
실내공기질측정	실내공기질측정									○				
방역, 방제	방역, 방제	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	세스코
작업환경 측정	작업환경측정			○						○				
저수조청소	저수조청소				○						○			
레지오넬라균	레지오넬라균							○						
냉온수기 수질검사	냉온수기수질검사	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	코웨이
승강기 정기검사	승강기정기검사		○		○						○			한국승강기안 전관리 (연1회)
소방시설 점검	소방시설점검		○		○						○			상반기: 작동기능 점검 하반기: 종합정밀 점검

부록2. 공사(건축/보수/철거) 감염관리 승인신청서(공사 담당부서 작성)

공사(건축/보수/철거) 감염관리 승인신청서

신청일자: _____ 신청자: _____

공사명		공사기간	
공사책임자		연락처	
공사업체 및 책임자		연락처	
공사구역 (필요시 도면 계획서 첨부)			

공사형태 (아래표 참조)	내용
Type A	먼지가 거의 발생되지 않는 작업, 단순 신고처리 및 점검 - 관찰을 위한 마감재 일부 철거작업 - 샌딩 작업이 필요 없는 도색보수작업 - 단순 신고처리 및 간단한 영선 보수작업
Type B	약간의 먼지가 발생하는 작업, 2주 이내의 공사기간 - 1(2)개실 내부 도색(샌딩 작업이 없는 경우만 해당) 및 도배작업 - 1(2)개실 내부 마감재 교체 및 경량 칸막이 설치작업 - 전원 부분승압(분전반 1개소) 및 전기기구 교체작업 - 노후 배관 부분 교체 및 위생기구 교체작업(1~2개소 이내)
Type C	보통에서 높은 수준까지의 먼지가 발생하는 작업, 2주이상의 공사기간 - 샌딩작업이 포함된 도색 및 칼라락카 도장작업(스프레이 방식) - 철거작업이 포함된 내부 개수공사(냉난방 및 급배수 부분통제)
Type D	대규모 파괴와 건축, 4주 이상의 공사기간 - 비중이 큰 철거공사가 포함된 리모델링공사 - 대수선, 증축, 신축공사(건축허가 사항)

부록3. 공사(건축/보수/철거) 감염위험 사전평가서(감염관리실 작성)

공사(건축/보수/철거) 감염위험 사전평가서

공사명:	공사기간	
공사구역:		

TYPE	건축형태	Check
A	점검 및 파손없는 공사(현장 보사 및 구조물을 손상치 않는 작업) -육안검사를 위한 15m*15m이내의 천장텍스 탈착작업 -도장작업(Sanding 제외) -도배작업, 전기마감작업, 설비지관 배관작업 -분진유발, 벽체커팅, 천정내부 작업들이 필요치 않는 작업	
B	작은 규모, 15일 이내, 먼지가 보통단계인 경우 (소량의 분진을 유발하는 소규모, 단기간 작업) -통신, 팬 설치 작업 -공사 추적조사를 위한 작업 -분진 확산 방지 시설을 확보한 상태에서의 벽체, 천정 커팅 작업 등	
C	먼지가 보통단계에서 많이 발생하는 정도의 공사가 15일~30일 걸리는 경우 (다량의 분진 유발 작업, 건물 일부의 철거나 이전을 요하는 작업) -도장이나 도배작업을 sanding작업 -바닥재, 천정재, 건축물 철거 작업 -신규 벽체 신설 -소규모 분진유발 작업 또는 천정 내부 전기 작업 -단일 공정 이상을 요하는 작업	
D	대규모 철거 및 신축작업(30일 이상 및 대규모 공사) -복합공정 작업 -전체 간선의 대량 철거 EH는 이전 -신축, 중/개축 등	

2단계: 위험환자군 규명(중복일시 상위 군 적용)		Check
Group 1	저위험: 사무실, 창고, 주차장 등	
Group 2	중간정도의 위험: 영상의학과, 기능검사실, 물리치료실(재활의학과), 내시경실, 신경과 병동 등	
Group 3	중간정도/높은 위험: 응급실, 분만장, 진단검사의학과, 신생아실, 소아과, 약제과, 외과계 병동, 회복실 등	
Group 4	고위험: 혈관조영실, 중환자실, 중앙공급실, 내과계병동, 음압병실, 수술실 암환자병실 및 외래, 신생아중환자실	

3단계: 감염관리 수준(I,II,III,IV)을 결정(위험 환자군과 건축유형 매칭)

구분	Type A	Type B	Type C	Type D
Group 1	Class I	Class II	Class II	Class III/IV
Group 2	Class I	Class II	Class III	Class IV
Group 3	Class I	Class II	Class III/IV	Class IV
Group 4	Class II	Class III	Class III/IV	Class IV

감염관리실 의견:	
검토일자 및 담당자: 일자: 담당자: (서명) 부서장: (서명)	감염관리실장 승인 일자: . 감염관리실장: (서명)

부록4. 공사(건축/보수/철거) 감염관리 준수사항 점검리스트

공사(건축/보수/철거) 감염관리 준수사항 점검리스트

공사등급: _____ 점검장소: _____ 점검자: _____ (서명)

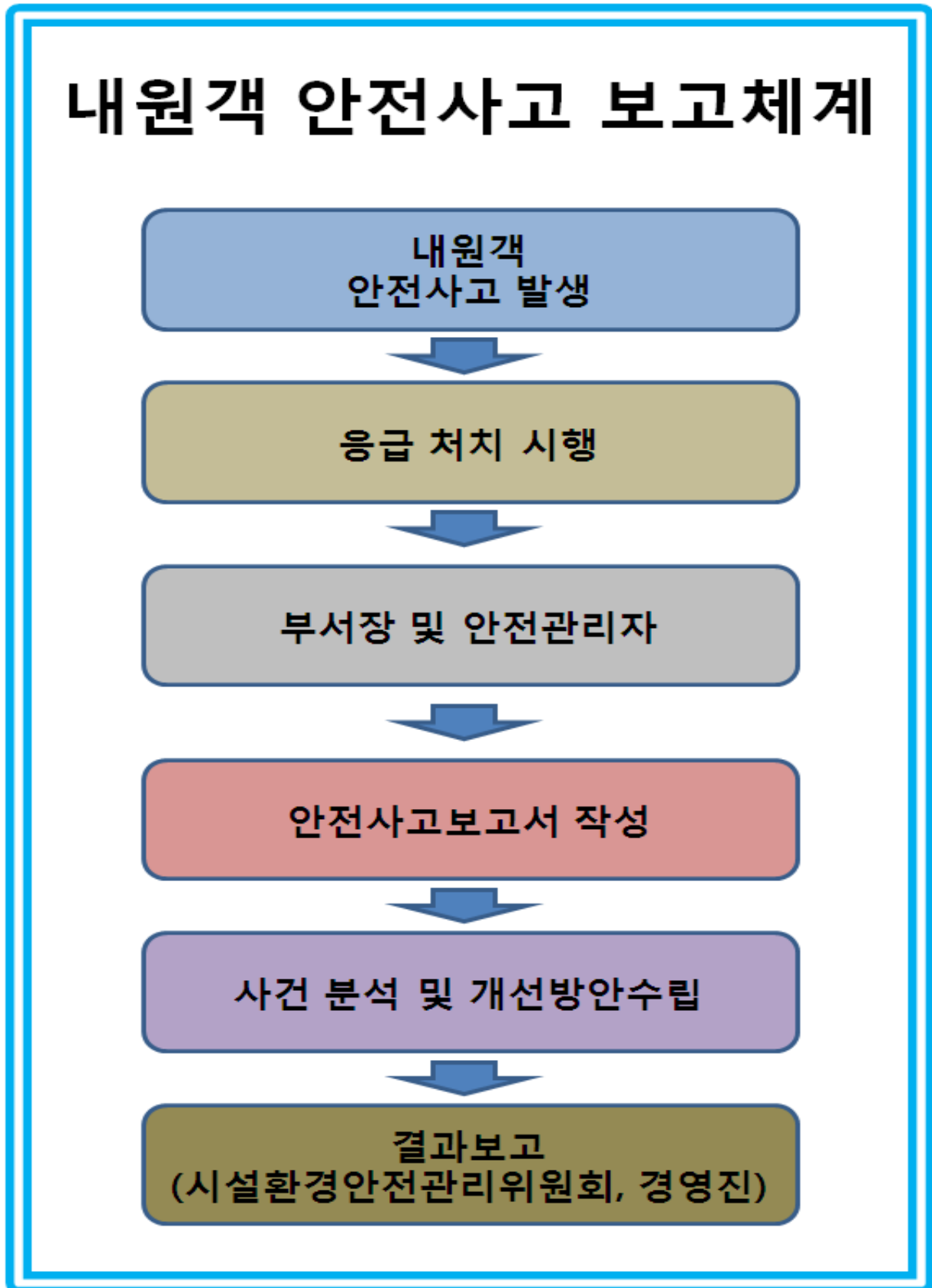
감염관리실 담당자: _____ (서명)

점검항목	점검일 및 점검 사항				
Class I/II					
공사구역은 방erb벽이 설치되어있다.					
방erb벽 틈은 잘 밀폐되어있다.					
공사구역으로의 출입문은 잘 닫혀있다.					
공사구역에 안내문이 부착되어있다.					
공사구역에 인접한 구역에 먼지가 쌓여있다					
공사구역 인접 구역에 물이 고여 있지 않다.					
공사구역에 인접한 구역의 창문은 닫혀있다.					
공사인부는 정해진 통로만 이용한다.					
인부 의복에 흙이나 먼지가 떨어지지 않는다.					
작업공구나 자재 이동 시 먼지나 흙이 떨어지지 않도록 한다.(포장 또는 덮개 이용)					
폐자재를 내부에 들이지 않는다.					
공사일정에 맞춰 작업을 진행한다.					
환자 및 보호자는 공사에 대해 알고 있다.					
기타()					
Class III/IV(추가 확인사항)					
전실 내부에 흙이나 건축 부산물이 없다.					
공사 인부의 출입이 통제되고 있다.					
공사인부는 내부 통행 시 발부터 머리까지 방진복으로 보호하고 있다.					
방진복은 청결한 상태다.					
기타()					

점검 중 문제 사항:

건의사항:


부록5. 내원객 안전사고 보고체계



부록6. 안전사고 보고서

안전사고 보고서

사고자 인적사항	성명		생년월일	
	연락처		사고자	<input type="checkbox"/> 직원 <input type="checkbox"/> 내원객
	주소			
사 고 관련사항	발생일시	년 월 일 시 분		
	발생장소			
	사고형태	<input type="checkbox"/> 화재 <input type="checkbox"/> 정전 <input type="checkbox"/> 단수 <input type="checkbox"/> 누수 <input type="checkbox"/> 위험물질 <input type="checkbox"/> 진공펌프 <input type="checkbox"/> 의료가스 <input type="checkbox"/> 도난 <input type="checkbox"/> 폭언/폭행 <input type="checkbox"/> 시설물 사고 <input type="checkbox"/> 교통사고 <input type="checkbox"/> 기타()		
	사고내용	(육하원칙하에 작성)		
사 후 조치사항	상해발생	<input type="checkbox"/> 발생 <input type="checkbox"/> 미발생		
	상해내용			
	응급조치 및 진료사항	진료비	<input type="checkbox"/> 수납 <input type="checkbox"/> 미수납	
		치료 상태	<input type="checkbox"/> 치료완료 <input type="checkbox"/> 추가치료요함	
부 서 장 의 견 (사고원인 및 개선대책)				
위 사항을 보고합니다. <div style="float: right; margin-top: 20px;"> 20 년 월 일 보고자 : (인) 부서장 : (인) 이사장 : (인) </div>				

	설비시스템 관리			
	규 정 번 호	HS 제110-02호	제 정 일	2010.01.01
	관 련 인 증 기 준	11.2 설비시스템 관리	최 근 개 정 일	2022.12.27
	담 당 부 서	시설관리팀	시 행 일	2023.01.16
	검 토 책 임 자	병원운영회의	검 토 주 기	2년
	승 인 책 임 자	이사장	검 토 예 정 일	2024.12.01
	관 련 근 거	전기사업법, 수도법, 고압가스 안전관리법 등		

제 1조 목적(Purpose)

환자진료를 위한 안전한 의료서비스 환경을 제공하기 위해 필수적인 전기 및 물 공급, 수질감시, 의료가스, 공기정화, 환기 등의 설비시스템에 대한 정기적인 검사, 유지, 보수, 개선계획을 수립하고 관리하기 위함이다.

▣ 용어의 정의(Definition)

설비시스템이란 시설물 중 환자 진료를 위해 필수적인 전기, 급수, 수질감시, 의료가스, 진공설비, 공기 조화, 환기 등의 시스템을 말한다.

제 2조 정책(Policy)

1. 전기설비를 안전하게 관리한다.
2. 급수설비 및 수질을 안전하게 관리한다.
3. 의료가스 및 진공설비를 안전하게 관리한다.
4. 실내공기질을 안전하게 관리한다.

제 3조 지침 및 절차(Guidelines & Process)

1. 전기설비 관리

수전/변전 설비, 비상발전 설비, 무정전 전원장치를 통하여 안정적인 전력을 공급하며 담당자는 모든 시스템을 관리한다.

가. 법정 정기검사

- 1) 전기사업법 제65조 및 동법 시행규칙 제32조에 의하여 한국전기안전공사로부터 정기검사를 (1회/2년) 받는다.
- 2) 대상은 수배전설비 본원 950Kw 및 발전설비(비상발전기 448kw), 글로벌효성메디컬센터 700Kw 및 발전설비(비상발전기 287Kw)가 포함된다.
- 3) 정기검사를 실시하고 그 결과를 기록하고 보관한다.

나. 자가 안전점검

- 1) 전기설비의 안정적인운용을 위하여 전기설비 시스템을 점검하며, 전기설비의 안정적인 운용을 위한 점검은 자체 또는 외부 전문기관에 의뢰하여 시행한다.
- 2) 수배전반, 조명설비, 전기안전정기검사 등을 시행하며, 해당구역은 통제구역으로써 관리

하며 점검 진행 시 위험요인(동물침입, 누수 등)과 청소상태에 대한 점검을 실시한다.
 (부록1. 전기설비 점검결과기록표), (부록2. 비상발전기 시운전일지), (부록3. UPS 점검일지)

〈안전점검 관리현황〉

설비	점검내용	점검주기				비고
		일	주	월	년	
수배전반	설비상태 및 전력량		○			주 1회
UPS	운전중 설비상태		○			주 1회
비상발전기	무부하 운전 점검		○			주 1회
조명설비	병원전체					고장 시 점검
전기안전 정기검사	법정검사(1회/2년)				○	법정사항

다. 비상전원(Uninterrupted Power Supply)

- 1) 정전 발생 후 비상발전기가 자동으로 10초 이내에 가동되어 병원 전력수요 95% 이상을 공급한다.
- 2) 감시체제는 주간에는 근무자가 수시로 감시, 점검한다.
- 3) UPS설비는 정상운전이 아니고 By-pass 운전이면 비상연락망을 이용하여 선보고 후 응급 조치로 운전한다.
- 4) 전기설비는 감전, 누전, 화재 또는 폭발의 위험을 방지하기 위하여 수시 점검하고, 이상이 있는 부분에는 즉시 보수를 한다.
- 5) 정기적인 축전지 전압 및 임피던스를 측정하여야 한다.
- 6) 비상발전기 및 UPS이상 발생 시 협력업체에 신속하게 연락하여 긴급조치를 받는다.
- 7) 비상발전기 및 UPS는 통제구역(기계실 및 옥외공간)에 설치하며, 무결성 검증(부하운전포함)은 신규 설치 및 법정정기검사(1회/2년)를 받는 해에 실시한다.
- 8) UPS가 연결된 콘센트는 표식을 붙여 인지할 수 있도록 한다.
- 9) 전기안전관리자는 비상전원설비의 유지관리 및 작동시험을 주기적으로 시행하고 기록, 보관, 검사·시험·시운전·작동·보수의 서면 기록 등을 보존한다.

라. 비상전력 및 무정전 전원장치(UPS)

- 1) 비상전력(발전기) 설비는 182kw ,109Kw, 157kw ,182kw ,105kw 총 5대(448kw)를 보유 한다.
- 2) UPS는 100kva, 30kva, 30kva, 30kva의 총 4대를 보유한다.

〈비상전원 공급위치〉

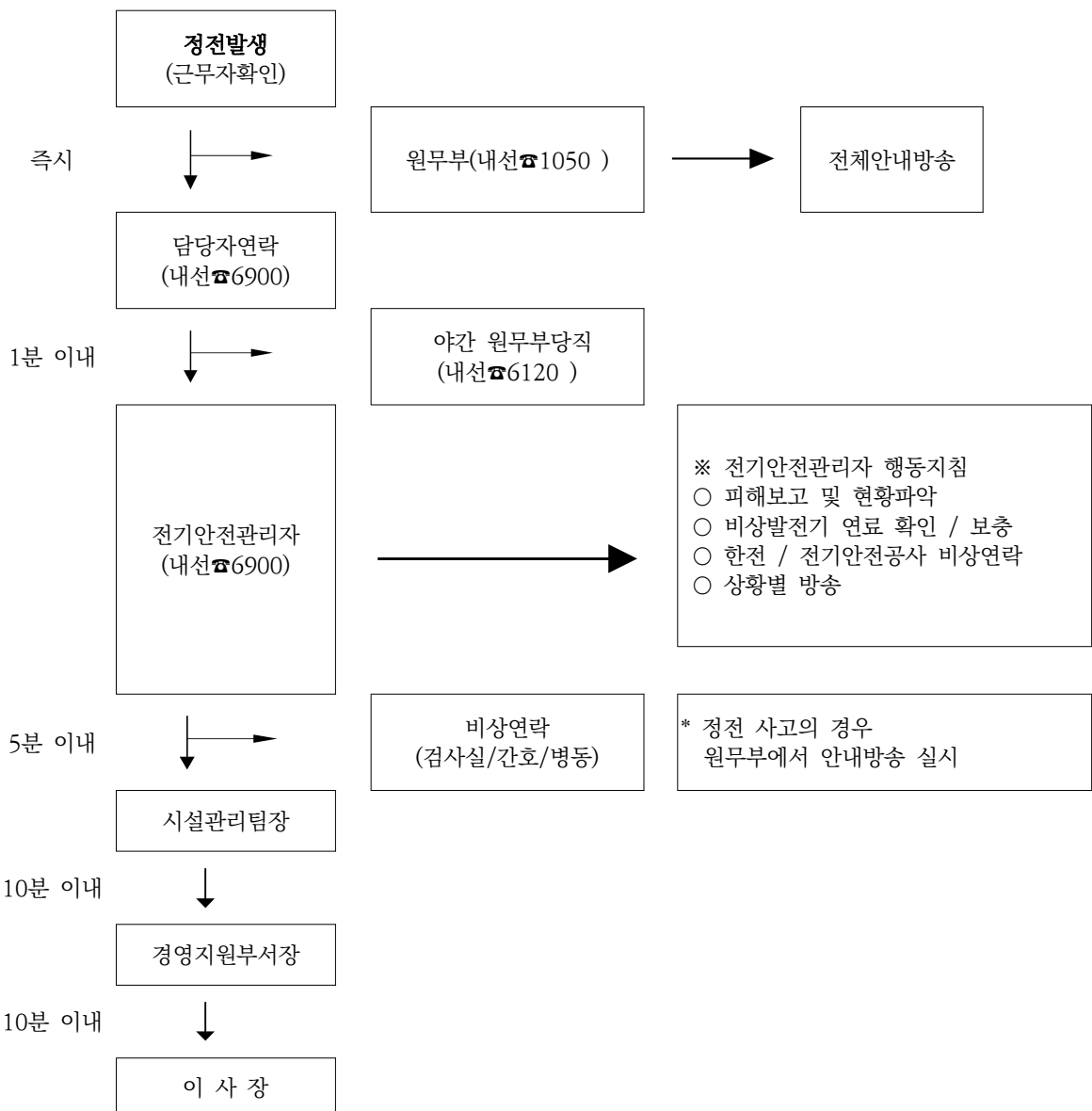
비상발전기	UPS	UPS 공급위치	비상발전기 공급위치
GEN-1 (182Kw) A동 옥상	100kva 신축동 기계실	수술실, 응급실, 원무부, 각 층 간호사실	신축동 전체 (수술실, 응급실, 기본조명 등)
GEN-2 (157Kw) A동 옥상	30kva C동 기계실	중환자실, 집중치료실 B동2층 MRI, C동 기계실	C동 전체 (중환자실, 집중치료실, 인공신장실 기본조명 등) B동(인공신장실, MRI)
GEN-3 (109Kw) C동 기계실	30kva A동 기계실	진단검사실	A동 전체 (진단검사실, 기본조명 등), 서버실

-----	30kva D동 4층	서버실	-----
GEN-4 (182Kw) 글로벌메디컬센터 1층 수전설비	-----	-----	검진센터 전체 (내시경실, 기본조명 등)
GEN-5 (105Kw) 글로벌메디컬센터 지하1층 수변전실	-----	-----	검진센터 MRI, CT

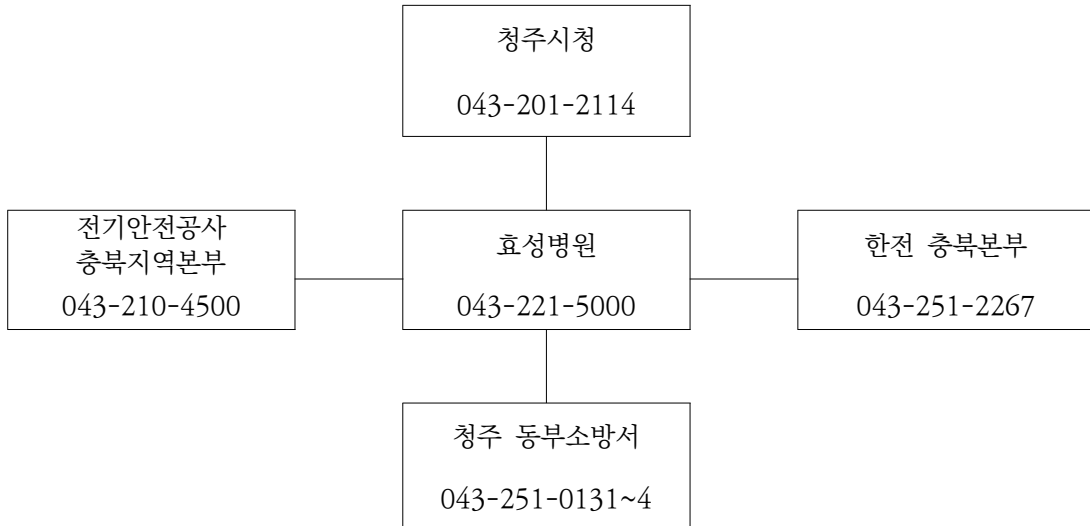
3) UPS의 경우 안정성 확보를 위하여 전압 측정(배터리)에 따라 3년에 1회 교체하도록 한다.

4) 정전 발생 시 보고체계 및 비상연락망

가) 보고체계



나) 유관기관 연락망



2. 급수설비 및 수질감시체계

가. 급수설비 위생점검

1) 수도법에 의거, 수질검사(수도법 시행규칙 제22조의 3항, 년 1회)를 정기적으로 실시한다.

나. 저수조 청결상태 점검 및 수질 검사

1) 저수조의 청결상태 점검은 다음에 의한다.

가) 저수조의 수위는 통상근무 중 1회 이상 육안으로 관찰한다.

나) 저수조와 고가수조가 설치된 장소는 출입통제표시 및 잠금장치를 설치한다.

다) 수도법 제22조의 3에 의하여 저수조 주변청소, 뚜껑(맨홀) 잠금 상태, 누수확인등을 월 1회 점검하고 그 내용을 기록한다.

라) 저수조 점검시에는 2인1조로 시행하고, 안전장비(안전모 등)를 착용한다.

마) 저수조출입구에는 통제구역을 표시하여 외부인의 접근을 통제한다.

바) 저수조의 수질검사는 연 1회, 청소 및 소독은 연 2회 실시하고, 그 결과를 해당 관청에 제출하며 청소필증 및 수질검사 성적서는 병원에서 2년간 보관한다.

다. 비상시 급수 계획

1) 단수에 대비한 각 동별 저수조의 급수능력은 다음과 같다. (단위:ton)

저수조위치	수조용량 (ton)	평균 일일 용수사용량	일일 최대 급수공급량	시간당 평균 용수사용량	여유 용수량	비상급수 가능일수
A동 기계실	40	20	250	2	38	1.5일
C동기계실	70	130	700	10	60	0.5일
신축동기계실	126	175	1300	17	109	0.9일
합계	236	325	2250	29	207	

2) 각 부서는 단수나 수질 오염 시 시설관리팀(☎6900)에 연락하여 조치한다.

3) 먹는 물 관련 유관기관: 상수도사업소(☎043-201-4463), 동부소방서(☎043-256-0119)

4) 급수설비의 공급 장치인 모터 펌프의 작동상태는 수시로 점검 관리하여 기록한다.

〈단수 시 조치사항〉

번호	단수예상시간	공급 부서	조치사항
1	12시간 이내	- 정상급수	- 물청소 제한 및 절수
2	24시간 이내	- 병동 및 외래진료지역	- 단수에 따른 물 사용 제한 방송 - 청주상수도사업본부에 비상급수 요청
3	48시간 이내	- 진단검사의학과, 소독실	- 식수, 위생시설 및 검사용수만 사용
4	60시간 이내	- 수술실, 중환자실, 인공신장실, 영양과	- 진료에 필요한 싱크대만 사용 - 조리용수만 선별하여 급수
5	3일 초과	- 전시 및 천재지변으로 상수 공급 불가능	- 비상용 음용수 식수용만 지급

라. 정수기 관리

- 1) 정수기 점검은 설치현황에 따라 담당자 및 관리업체가 점검한다.
- 2) 정수기 점검 중 이상 발생 시 가능한 한 신속하게 수리 및 보수를 시행한다.
- 3) 정수기는 2개월 1회 이상 유지관리 및 보수를 시행한다.
- 4) 정수기 필터는 주기적으로 교체시기 도래 시 교체한다.

마. 하수도 관리: 하수도법 제7조 방류수 수질기준 권고기준 참고

- 1) 오수 : 오수·분뇨 및 축산폐수의 처리에 관한 법률에 의거하며 오수란 액체성 또는 고체성의 더러운 물질이 섞여 그 상태로는 사람의 생활이나 사업 활동에 사용할 수 없는 물로서 사람의 일상생활과 관련하여 화장실·목욕탕·주방 등에서 배출 되는 것을 말하며, 오수가 배출되는 정화조는 연1회 청소하도록 한다.

2) 폐수조 관리

- 가) 진단검사실, 인공 신장실, 내시경실, 수술실, 응급실, 중환자실, 중앙공급실, 혈관조영실 각 병동 세탁물수거실의 폐수는 폐수탱크와 연결되어 있다.
- 나) 폐수탱크 수위를 일일점검을 통하여 확인 후 위탁업체를 통해 처리한다.
- 다) 위탁 처리한 폐수인계 내역서는 시설관리팀에서 보관하도록 한다.

바. 냉각탑 관리(냉온수기의 부속 설비)등

- 1) 냉각탑의 v-belt의 상태를 운전 전에 점검하여 필요시 교체한다.
- 2) 수조통내의 볼탑 작동 상태를 확인하여 적절한 수위 유지여부를 점검하여 고장 시 교체 한다.
- 3) 냉각탑의 충진제는 5년에 1회 교체하는 것을 원칙으로 한다(장비의 효율증대)
- 4) 모터 및 풀리, 베어링은 상태에 따라 확인 후에 교체한다.
- 5) 냉각탑의 가동기간은 6~9월이며 기온에 따라 가동 시기는 조정이 될 수 있다.
- 6) 냉각탑의 레지오넬라균이 발생하지 않도록 10일~15일 주기로 약품을 투입하여 관리한다.
- 7) 냉각탑의 세균 검사는 연 1회 이상 해당 관공서에서 검사 후 시험성적서를 보관한다.

〈급수 및 폐수, 오수관리현황〉

구 분	세부설비명	점 검 내 용	점 검 주 기					비 고
			일	주	월	분기	반기	
급수 설비	저수조 위생관리	저수조 청소					○	법정사항 (2회/연)
		위생 점검			○			자체점검
수질 관리	저수조	저수조 수질검사					○	법정사항 (1회/연)
		급수관 상태검사					○	법정사항 (1회/2년)
냉각탑 관리	냉각탑 (2대)	냉각수 레지오넬라균 검사					○	상당구 보건소
폐수	폐수 저장시설	폐수 발생량 측정	○					전문업체 위탁처리
하수도 관리	----- ---	----- ----						하수 종말처리장

3. 의료가스 및 진공설비 관리

가. 의료가스 안전점검

- 1) 고압가스의 경우 법정 정기검사, 자율검사를 실시하고 결과를 보관한다.
- 2) 의료가스 시설의 자체점검은 특정 고압가스 관계법규에 따른 사용시설 일일 일지와 의료가스 점검일지를 일일 및 주간으로 분리하여 점검한다.
- 3) 의료가스 저장소는 출입통제 구역으로 지정하고 관계 직원 외에는 출입을 통제한다.

나. 의료가스 저장시설(액화산소, 5.1Ton)

- 1) 액화산소 저장탱크의 평상시 내부압력은 0.8Mpa이하로 유지되도록 관리한다.
- 2) 평상시 병동 공급압력은 0.4Mpa전후이나 너무 압력이 높거나 낮을 시(0.3 Mpa이하, 0.5Mpa이상) 액산 탱크 공급조절기(가압 조정변)으로 조절하여 안정된 공급을 한다.
- 3) 공급압력 이상 시는 자동제어실(pc) 또는 수술실, 응급실, 중환자실 등에 설치된 가스 알람 시스템에서 램프에 점등되며 경고음 발생하여 시설관리팀으로 연락 오면 최초 접수자는 곧바로 알람 시스템 확인 후 현장 확인을 반드시 하여야 한다.
- 4) 액산탱크 레벨게이지를 매일 관찰, 탱크 액산잔량을 확인하여 액산잔량이 표시레벨 (최저 500) 이하가 되지 않도록 액산공급 업체에 연락하여 안전하게 공급할 수 있도록 한다.
- 5) 액화산소 공급에 문제가 발생 할 시 A동 옥상에 있는 예비공급라인에서 공급하도록 한다.

다. 진공 설비

- 1) 펌프의 압력은 진공 수은주 500mmHg가 정상적인 운전 상태이므로 정상 여부 확인한다.
- 2) 점검 진행 시 교대 운전이 정상적으로 되는지 점검한다.
- 3) 누설이나 누수(냉각수) 되는 곳은 없는지 또한 수조 온도는 적당한지 매일 점검한다.
- 4) 평상시에는 10 HP 2대가 연동 운전되고 있으며 2대가 동시에 고장 난 경우 A동 옥상에 설치되어있는 비상 펌프를 가동한다.

라. 이동용산소

- 1) 이동용산소는 의료가스보관실에 보관하며, 환자안전을 위한 통제구역으로 관리한다.
- 2) 이동용산소 공급받을 시 용기의 충전기한 경과여부를 확인한다.

- 3) 의료가스보관실 내 보관 시 전도위험을 방지하기 위한 보관함 혹은 고정작업을 진행한다.
- 4) 병동 등에서 보관사용중인 용기는 전도되지 않도록 보관함에 보관한다.
- 5) 병동에서 사용하는 이동용산소(O2)의 경우 레귤레이터에 있는 점검표에 해당부서에서 일일 점검을 진행하며 이상이 발견되었을 시 시설관리팀(6900)에 즉시 연락한다.

마. 기타 의료가스(질소, 아산화질소)

- 1) 기타 의료가스의 경우 공급받을 시 용기의 충전기한을 확인한다.
- 2) 질소 및 아산화질소 등 부피가 큰 의료가스의 경우 운반 시 전도 등이 발생 되지 않도록 체인 등으로 견고하게 연결 후에 이동하여야 한다.
- 3) 용기 운반 시에는 운반전용 손수레를 사용하여 운반하며 체인 등을 이용하여 이탈하여 사고가 발생하지 않도록 하여야 하며 용기에 무리한 충격을 가하지 않는다.
- 4) 용기 보관 시에는 넘어지지 않도록 체인 등으로 고정한다.

〈의료가스 및 진공설비 관리현황〉

구분	세 부 설 비 명 (설치장소)	점 검 내 용	점 검 주 기						비 고
			일	주	월	분기	반기	년	
의료 가스	액화산소탱크 (5.1Ton, 옥외)	재고량, 공급압력 등	○	○	○				자체점검
	Air Compressor (C동, 신축동, 글로벌효성메디컬센터)	공급압력 작동상태 등	○						자체점검
	액화산소 저장시설 (본원)	정기검사 및 자율검사						○	정기검사: 연1회 자율검사: 연1회
	질소 공급설비(신축동)	재고량, 유효기간	○						자체점검
	아산화질소 공급설비(A동)	재고량, 유효기간	○						자체점검
	이동용 산소	유효기간	○						공급받을 시 점검
진공 설비	Suction Pump 외 설비류(C동, 신축동 검진센터)	운전 중 설비상태	○						자체점검

4. 실내공기질 관리

가. 공기질 안전점검

- 1) 다중이용시설 등의 실내공기질 관리법 제5조 및 제6조에 의한 유지기준(1회/년), 권고기준(1회/2년)을 매년 전문기관에 의뢰하여 실내 공기질을 측정하고 점검 결과를 보관한다.
- 2) 실내공기질 측정 결과를 토대로 공기조화설비 유지관리에 참고하여 관리한다.

나. 냉·난방기 실외기 및 필터관리

- 1) 기계실에 위치한 공조기 및 흡수식냉온수기, 배기팬은 일일점검을 진행한다.
- 2) 공기조화기의 필터관리는 주1회 점검하며 압력게이지가 25이상일 경우 AIR Filter(프리필터)를 세척하여 압력게이지를 관리하며, 수술실과 음압병실 및 중환자실, 혈관조영실의 HEPA

Filter는 연 1회의 교체주기로 교체한다.

- 3) 실내기(FCU 및 EHP)의 유지관리는 월 1회 점검 및 필터 청소를 진행하며 수량이 많아 한꺼번에 하기 힘들 경우 층별로 나누어 진행한다.

다. 환기시설

- 1) 환기시설은 시설관리팀에서 관리한다.
- 2) 공기 조화설비는 수술실 및 중앙공급실, 응급실, 중환자실, 37병동 3개의 병실(376, 377, 378)에서 운영한다.
- 3) 공기 조화시스템의 환기횟수는 시간당 15회(중환자실은 10회)로 하며, 수술실의 수술방은 환기횟수를 시간당 30회 이상으로 관리한다.
- 4) 양압 및 격리실의 음압은 해당부서에서 일일점검을 진행하며 이상발생 시 시설관리팀 (☎6900)에 연락하여 조치하도록 한다.
- 5) 전열교환기의 경우 신축동 건물에서 운영되고 있으며, 전열교환기 내부의 프리필터는 3년의 주기로 교체를 진행하며, 디퓨저는 월1회 청소를 진행한다.
- 6) 환풍기는 C동에서 운영하고 있으며, 월1회 청소를 진행한다.

차압설비	사용부서
양압설비	수술실, 혈관조영실, 중앙공급실
음압설비	응급실(2개), 중환자실(2개), 37병동(3개)

〈실내공기 관리 현황〉

구분	세부설비명 (공급위치)	점검 내용	점검 주기						비 고
			일	주	월	분기	반기	년	
공기조화기	공기조화기 (수술실,중환자실)	운전 중 설비상태		○					헤파필터교체 (연1회)
전열교환기	신축동 병실 및 복도, 외래, 응급실	필터 및 디퓨저		○					프 리 필 터 교체 (1회/3년)
환풍기	C동 병실	작동 상태			○				
냉·난방기	EHP(A동,B동), FCU(C동, 신축동)	프리필터 상태			○				실내기 종합세척 (1회/2년)
배기 Fan	배기 Fan 류	운전 중 설비상태		○					
실내공기질	실내공기질 측정	유지기준						○	1 회/년
		권고기준						○	1 회/2년

부록

1. 전기설비 점검결과기록표
2. 비상발전기 시운전 기록지
3. UPS 점검 주간일지

근거 자료

1. 전기사업법
2. 수도법
3. 고압가스 안전관리법
4. 에너지이용 합리화법
5. 하수도법, 물 환경보전법
6. 다중이용시설 등의 실내공기질관리법

부칙

1. 이 규정은 2010년 01월 01일부터 제정·시행한다.
2. 이 규정은 2014년 05월 01일부터 개정·시행한다.
3. 이 규정은 2014년 10월 01일부터 개정·시행한다.
4. 이 규정은 2018년 05월 23일 개정, 06월 01일부터 시행한다.
5. 이 규정은 2020년 05월 19일 개정, 06월 01일부터 시행한다.
6. 이 규정은 2021년 12월 28일 개정, 2022년 01월 17일부터 시행한다.
7. 이 규정은 2022년 09월 27일에 개정, 2022년 10월 15일부터 시행한다.
8. 이 규정은 2022년 12월 27일에 개정, 2023년 01월 16일부터 시행한다.

부록1. 전기설비 점검결과기록표

전기설비 점검결과기록표 (보판용)

결재 담당 이/김

2017년 12월 21일 요일

설비명(상호)	<u>효성병원</u>			변압기	누설전류	전류(R)	전류(S)	전류(T)	전류(N)	온도	
수전설비	<u>24V/950</u>	MOP배움	<u>720</u>	배수	<u>1.0</u>	<u>0.1A/50A</u>	<u>1.0A/50A</u>	<u>1.0A/50A</u>	<u>1.0A/50A</u>	<u>120A</u>	<u>30℃</u>
비상 태양광	<u>380/440</u>	P E A K		지침	<u>1.0</u>	<u>0.1A/30A</u>	<u>3/0A</u>	<u>3/0A</u>	<u>100A</u>	<u>30℃</u>	
	V/ kW			KW	KVA	A	A	A	A	℃	
합계	<u>260</u>	KW	역용	<u>95</u>	%	KVA	A	A	A	℃	

점검 결과

제압설비	상태	해당부분	특고압	상태	해당부분
안압구배선	○		가공전선로	○	
배전반	○		지중전선로	○	
분전반	○		수배전계대기	○	
배선용지단기	○		배선(모선)	○	
누전차단기	○		미회기	○	
개폐기	○		변성기	○	
배선	○		전력퓨즈	○	
전동기	○		변압기	○	
전기용접기	○		수·배전반	○	
콘덴서	○		계전기류	○	
전열설비	○		차단기류	○	
조명설비	○		계측기류	○	
기타설비	○		전력용콘덴서	○	
타입에너지	○		집지시설	○	
발전기	○		보호설비	○	
축전장치	○		안전표시	○	
제어장치	○		기타설비	○	
연료상태	○				

전기안전교육

1. 물기에 젖은 손발일 경우 전기기계 기구류의 조작을 금하십시오.
2. 일과 또는 작업 종료 후 사용하지 않는 전기설비는 전원개폐기를 반드시 개방하여 전가교를 예방하고 불필요한 전기손실을 예방하시기 바랍니다.
3. 사용중 이상 및 고장상태가 발견되면 해당전원차단기를 개방하고 당사로 연락하여 조치를 받고 사용 바라며, 증설 변경 개폐시 당사와 협의 바랍니다.
4. 수·변전실 및 전가적으로 위험한 장소는 위험표시판을 부착하고 상시 잠금장치를 하며 관제자의 출입을 금합니다.
5. 점검결과를 항상 참고하여 잔인한 사용에 민전을 가하지고 지적 사항이나 노후 전기설비는 감전 화재 정전 등의 원인이 되므로 조속히 개·보수 바랍니다.

* 전기 화재 주의 사항
열선작업시 온도센서취부후 직선으로 감전 열선라센서 라면 연결처리.

별 레 적합 : ○ 요주의 : △ 부적합 : X 해당없음 : /

종합의견

특고압설비 및 배전반 점검
이상발견이 15개에 병각히위소온, 라디에터, 위러 panel 사이
라디에터, 위러 panel

○ 부적합 전기설비를 방치하면 감전, 화재 등 전기재해 및 정전, 전력손실 등의 원인이 되므로 조속히 개·보수 바랍니다.
○ 부적합 설비의 개보수시 우리 회사에 연락하여 주시면 조인하여 드리며, 개보수 완료 후에는 재점검하여 드리겠습니다.

확 인

점검일회자 이/김

전기안전관리자 이/김 서명

(주)중앙전기 TEL, 253-2000, 3323 FAX, 253-3324


부록2. 비상발전기 시운전 기록지

발전기 시운전 기록지(본원)							
						점검자	확인자
202 년	점검항목						
월 / 일	비상 발전기	주파수 (Hz)	전압 (V)	전류 (A)	배터리 전압 (V)	연료량	비고
	A동1호기 (109kw)						
	A동2호기 (182kw)						
	C동 (157kw)						
	A동1호기 (109kw)						
	A동2호기 (182kw)						
	C동 (157kw)						
	A동1호기 (109kw)						
	A동2호기 (182kw)						
	C동 (157kw)						
	A동1호기 (109kw)						
	A동2호기 (182kw)						
	C동 (157kw)						

부록3. UPS 점검 주간일지

UPS 점검일지										
								점검자	확인자	
202 년	점검항목									
월 / 일	UPS 위치	출력상전압(V)			출력전류(A)			주파 수(Hz)	배터 리 전압	비고
		R	S	T	R	S	T			
	A등 (30KVA)									
	C등 (30KVA)									
	신축동 (100KVA)									
	A등 (30KVA)									
	C등 (30KVA)									
	신축동 (100KVA)									
	A등 (30KVA)									
	C등 (30KVA)									
	신축동 (100KVA)									
	A등 (30KVA)									
	C등 (30KVA)									
	신축동 (100KVA)									
	A등 (30KVA)									
	C등 (30KVA)									
	신축동 (100KVA)									

*. 점검사항
 -출력 전압 및 상전류 밸런스 상태
 -소음 및 발열 이상유무
 -케이블 연결상태, LED 정상출력 상태

위험물질(유해화학물질) 안전관리				
	규 정 번 호	HS 제110-03호	제 정 일	2010.01.01
	관 련 인 증 기 준	11.3.1 위험물질(유해화학물질) 안전관리	최 근 개 정 일	2022.12.27
	담 당 부 서	보건안전실, 총무팀	시 행 일	2023.01.16
	검 토 책 임 자	병원운영회의	검 토 주 기	2년
	승 인 책 임 자	이사장	검 토 예 정 일	2024.12.01
	관 련 근 거	산업안전보건법, 화학물질관리법		

제 1조 목적(Purpose)

환자 및 직원의 위험물질에 대한 노출을 최소화하기 위해 위험물질을 안전하게 관리하기 위함이다.

▣ 용어의 정의(Definition)

- 1. 위험물질** : 산업안전보건법에 따른 유해화학물질, 「원자력법」 「의료법」에 의한 방사성물질, 「폐기물 관리법」에 의한 의료폐기물을 말한다.
- 2. 유해화학물질** : 흡입, 섭취, 접촉 시 장애를 일으키는 유기화합물, 금속류, 산·알칼리류, 가스상 물질류 등의 산업안전보건법에 의해 관리되고 있는 유해물질을 말하며, 병원에서 그 유해 위험성의 정도에 따라 자체적으로 정하는 화학물질을 말한다.
- 3. 물질안전보건자료(Material Safety Data Sheet, 이하 MSDS라 한다)** : 유해화학물질의 명칭, 성분, 유해·위험성, 저장, 취급, 운반, 폐기, 폭발, 화재 시 대처방법 및 응급조치요령 등을 기재한 유해화학물질에 대한 취급 설명서를 말한다.
- 4. 특별관리물질** : 산업안전보건법 시행규칙 별표18 제1호 나목에 따른 발암성, 생식세포 변이원성, 생식독성 물질 등 근로자에게 중대한 건강 장애를 일으킬 우려가 있는 물질로서 <별표22>에서 특별관리물질로 표기된 물질을 말한다.
- 5. 관리감독자** : 소속직원을 직접 지휘감독하는 부서의 장 또는 그 직위를 담당하는자를 말한다.
- 6. 특수건강진단** : 산업안전보건법 제130조 특수건강진단 대상유해인자에 노출되는 업무에 종사하는 근로자의 건강관리를 위하여 사업주가 실시하는 건강진단을 말한다.
- 7. GHS 경고표지** : 화학물질 분류 및 표지 세계조화시스템(GHS)은 Globally Harmonized System of classification and labelling of chemicals의 세계적인 통일된 기준에 따라 화학물질의 유해성과 위험성을 분류하는 방법을 말한다.

제 2조 정책(Policy)

1. 유해화학물질 관리 절차가 있다.
2. 유해화학물질을 안전하게 관리한다.

제 3조 지침 및 절차(Guidelines & Process)

1. 유해화학물질 목록관리
 - 가. 의료기관 전체 목록, 각 부서 내 목록

유해화학물질 목록은 연 1회 정기적으로 보건관리자가 신규도입, 중단, 갱신 등을 반영하여 정기적으로 목록을 업데이트하며, 서면조사 및 현지조사로 목록을 확인한다.

나. 목록 갱신

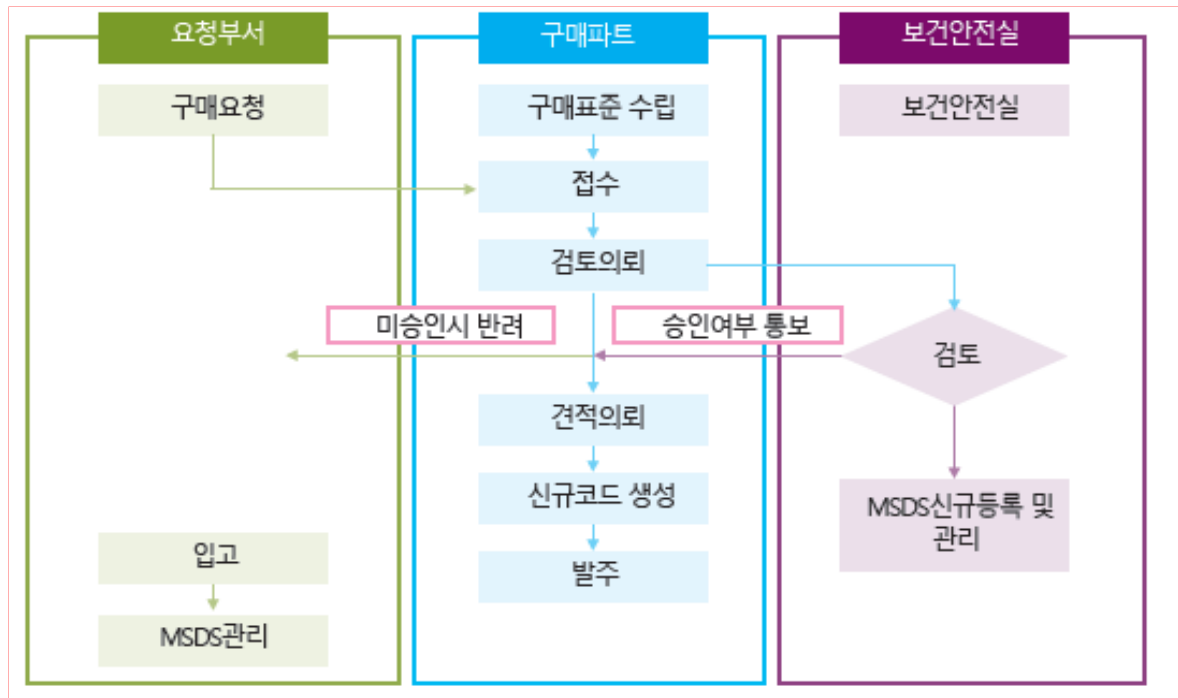
- 1) 정기적 : 연 1회(12월) 정기적으로 보건관리자가 신규도입, 중단, 갱신 등을 반영하여 목록갱신
- 2) 비 정기적 : 필요시(신규사용 요청 또는 사용 중단 시 등)

2. 유해화학물질 안전관리 절차

가. 유해화학물질 입·출고 관리

- 1) 유해화학물질 신규 사용 시 해당 부서 부서장은 '유해화학물질 신규등록 및 변경요청서'를 작성하여 보건관리자에게 제출한다.(부록2. 유해화학물질 신규등록 및 변경요청서)
- 2) 보건관리자는 요청서의 물질의 유해성을 검토 후 승인하며, 목록 변경 및 유해화학물질 안전보건자료(MSDS)를 보관한다.
- 3) 해당부서에는 유해화학물질을 구매파트에 신청하여 수령 후 수정 목록을 비치하고, 부서장은 추가된 신규물질에 대해 물질안전보건자료를 교육한다.
- 4) 해당 부서는 '유해화학물질 취급일지'를 작성하여 관리한다(부록4. 유해화학물질 취급일지).

[유해화학물질 신규 도입 시 프로세스]



나. 유해화학물질 보관

- 1) 유해화학물질은 일반물질과 분리하여 별도의 지정된 장소에 안전하게 보관하며, 보관장소에는 경고문을 부착하며, 관계자 외 출입을 금한다.
- 2) 모든 유해화학물질은 생산회사의 용기를 그대로 사용하며, 다른 용기에 분리보관 사용하거나, 라벨이 없어졌을 때 유해화학물질 라벨을 부착한다.

- 3) 유해화학물질 보관 장소 근처에 안전사고 및 화재를 대비하여 소화기를 비치하고, 사용방법을 숙지한다.
- 4) 검사 등으로 인한 임시보관은 위 사항에서 제외한다.

다. 유해화학물질 취급 및 관리

- 1) 물질안전보건자료 비치·게시
 - 가) 유해화학물질의 목록과 물질안전보건자료(MSDS)를 사용부서에 비치하고 직원과 공유한다.
 - 나) 직원은 취급하는 유해화학물질에 대한 물질안전보건자료(MSDS)의 유해·위험성을 인지하여 안전한 방법으로 작업한다.
- 2) 보호구 비치 및 유해화학물질 취급 시 착용한다.
- 3) 유해화학물질 취급부서의 부서장은 유해물질 사용상태 및 취급설비/장소, 보호구 관련, 국소 배기장치에 대해 순회점검하고, 결과를 월1회 기록 관리한다.
- (부록1. 유해화학물질 안전점검표)
- 4) 보건관리자는 유해화학 물질을 취급 및 보관하고 있는 해당 부서에서 관리하는 안전점검을 월 1회 확인하고 기록한다.
- 5) 다음 각호에 해당하는 물질은 물질안전보건자료 비치를 제외한다.

「산업안전보건법 시행령 제86조」에 따라 다음 어느 하나에 해당하는 유해화학물질에는 적용하지 않는다.

산업보건법 시행령 제86조는 다음과 같다.

제1호 「건강기능식품에 관한 법률」제3조제1호에 따른 건강기능식품

제2호 「농약관리법」제2조제1호에 따른 농약

제3호 「마약류관리에 관한 법률」제2조제2호 및 제3호에 따른 마약 및 향정신성의약품

제4호 「비료관리법」 제2조제1호에 따른 비료

제5호 「사료관리법」 제2조제1호에 따른 사료

제6호 「생활주변방사선 안전관리법」 제2조제2호에 따른 원료물질

제7호 「생활화학제품 및 살생물제의 안전관리에 관한 법률」 제3조제4호 및 제8호에 따른 안전확인대상생활화학제품 및 살생물제품 중 일반소비자의 생활용으로 제되는 제품

제8호 「식품위생법」 제2조제1호 및 제2호에 따른 식품 및 식품첨가물

제9호 「약사법」 제2조제4호 및 제7호에 따른 의약품 및 의약외품

제10호 「원자력안전법」 제2조제5호에 따른 방사성물질

제11호 「위생용품 관리법」 제2조제1호에 따른 위생용품

제12호 「의료기기법」 제2조제1항에 따른 의료기기

제12의 2호 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제2조제5호에 따른 첨단바이오의약품

제13호 「총포·도검·화약류 등의 안전관리에 관한 법률」 제2조제3항에 따른 화약류

제14호 「폐기물관리법」 제2조 제1호에 따른 폐기물

제15호 「화장품법」 제2조제1호에 따른 화장품

제16호 제1호부터 제15호까지의 규정 외의 화학물질 또는 혼합물로서 일반 소비자의 생활용으로 제공되는 것(일반소비자의 생활용으로 제공되는 화학물질 또는 혼합물이 사업장 내에서 취급되는 경우를 포함한다)

제17호 고용노동부장관이 정하여 고시하는 연구·개발용 화학물질 또는 화학제품. 이 경우

법 제110조제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 자료의 제출만 제외된다.

제18호 그 밖에 고용노동부장관이 독성·폭발성 등으로 인한 위해의 정도가 적다고 인정하여 고시하는 화학물질[시행일 : 2020. 8. 28.] 제86조제12호의2

라. 특별관리물질 취급 및 관리

- 1) 본원에서 사용하는 유해화학물질 중 특별관리물질 취급부서는 특별안전보건교육을 실시하고, 적절한 개인보호구를 착용하도록 관리한다.
- 2) 특별관리물질 취급장소에는 경고표지를 부착한다.

관계자 외 출입금지
 특별관리(발암성) 물질 취급 중
 보호구/보호의 착용
 흡연 및 음식 섭취 금지

- 3) 특별관리물질을 취급하는 부서에서는 특별관리물질 취급일지[부록 3]를 작성한다.
- 4) 특별관리물질을 취급하는 직원은 물질안전보건자료의 내용을 숙지하고 국소배기 장치 등 적절한 환기장치가 설치된 장소에서 사용, 취급하고 물질에 따른 적절한 보호구를 착용한다.
- 5) 교육
 특별관리물질을 최초 취급하는 직원은 특별안전보건교육을 작업에 종사하기 전 4시간 이상 실시하고, 12시간은 3개월 이내에 분할하여 실시한다.
- 6) 특별관리물질 취급부서

부서	유해인자	특수검진	작업환경 측정	비고
진단검사실	포름알데히드, 메탄올, 염산	0	0	
수술실	포름알데히드(메탄올)	0	0	
내시경실 (외래/검진팀)	포름알데히드(메탄올)	0	0	
중앙공급실	산화에틸렌	0	0	
시설관리팀	NC-308(용접봉)	0	0	
초음파실	포름알데히드(메탄올)	0	0	
산부인과	포름알데히드(메탄올)	0	0	

- 7) 유해화학물질의 용기 및 포장에 경고표시 유무를 확인하며, 경고표시 스티커가 없거나 파손된 경우 스티커를 부착한다.
- 8) 유해화학물질 중 특별관리물질은 관리대장을 작성하여 안전하게 관리한다.
- 9) 유해화학물질은 식품,약품 등과 혼동할 수 있는 용기에 보관하지 않으며, 작은 용기에 소분하여 사용하는 경우 반드시 해당 물질명과 경고표지를 부착한다.

마. 안전조치

- 1) 근로자의 건강장해 예방 및 체계적 작업환경관리를 위해 6개월에 1회 이상 작업환경측정을 실시하고 필요시 작업환경을 개선한다.

- 2) 특수건강진단 대상 유해물질에 노출되는 업무에 종사하는 직원에 대하여는 특수건강진단을 실시하여 예방적 건강상태를 유지한다.
- 3) 유해화학물질 취급부서 부서장은 취급자를 대상으로 연 1회 정기적으로 물질에 대한 안전보건교육을 실시한다. 신규화학물질을 사용하거나 신규직원 배치, 부서 이동으로 처음 물질을 사용하는 직원은 MSDS 교육을 받는다. 특별관리대상물질을 취급하는 부서 직원은 특별안전보건교육(최초 16시간)을 배치 전에 4시간 이상 실시하고, 그 후 12시간은 3개월 이내 받는다.
- 4) 유해화학물질 취급부서 부서장은 매월 유해화학물질 안전점검을 실시 후 안전점검표를 작성·관리하고, 보건관리자는 부서에서 사용하는 유해화학물질 점검을 월 1회 실시하여 관리한다(부록1. 유해화학물질 안전점검표).
 점검내용은 물질안전보건자료를 비치, 경고표시, 지시표시 등 부착, 정기적인 MSDS 교육, 물질별 보관상태 등을 부서장과 보건관리자가 함께 점검한다.
- 5) 유해화학물질이 누출 사고 시 대처방법
 - 가) 관계자 외 접근을 막고 위험지역을 격리하여 출입을 금지한다.
 - 나) 안전보호구를 착용한다.(예시:포르말린, 산화에틸렌 - 전면형 방독마스크, 전신보호의, 내화학 장갑/앞치마 등)
 - 다) 위험 없이 할 수 있다면 누출을 멈추게 한다.
 - 라) 창문을 열어 신선한 공기로 환기를 시킨다.
 - 마) 열, 불꽃, 화염 또는 기타 점화원과 접촉을 피하고 모든 점화원을 제거한다.
 - 바) 산화에틸렌에 누출된 용기는 밀폐시켜서 환기가 잘 되는 지역에 놓아 내용물이 모두 없어지도록 한 후 폐기하도록 한다
 - 사) 안전보호구를 착용한 상태에 누출된 물질을 Spill Kit로 수거하여 의료폐기물 용기에 버린다.
 - 아) 유해화학물질 누출(누출)사고에 대하여 관리체계에 따라 진행한다.
 (부록9. 직원안전사고 관리체계), (부록10. 유해화학물질 누출·누출 사고보고서)
- 6) 유해화학물질 누출 시 응급조치 요령
 (부록 5. 유해화학물질 누출시 응급조치 요령 및 보고절차)
 - 가) 유해화학물질 누출로 인하여 의사의 진찰이 필요할 경우에는 직원안전사고 절차로 보고 후 (응급상황의 경우 선 진찰 후 보고) 진료를 받는다.
 - 나) 눈에 들어갔을 때
 혈액 및, 체액, 소독제 등 화학물질이 눈에 들어갔을 경우, 콘택트 렌즈는 제거하고 Eye wash Station에서 누출된 눈을 아래로 빠르게 15분 이상 충분히 세척한 후 의사의 진료를 받는다(부록 6. Eye wash 매뉴얼).
 - 다) 피부와 접촉했을 때
 오염된 피복은 제거하며, 다량의 흐르는 물에 행군 후 비누와 물로 오염된 부위를 세척 후 피부 자극성 또는 홍반이 나타나면 의사의 진료를 받도록 조치한다.
 - 라) 흡입했을 때
 - (1) 즉시 신선한 공기가 있는 곳으로 옮기고 호흡하기 쉬운 자세로 안정을 취하게 하고, 기침이나 다른 증상이 있을 경우 의사의 진료를 받도록 조치한다.
 - (2) 호흡하지 않을 경우 적합한 장비를 사용하여 인공호흡을 실시한다.(구강호흡법은 실시하지 않는다)

마) 먹었을 때

- (1) 의식이 없는 경우 해당 유해화학물질 용기를 가지고 응급실 진료를 받도록 한다.
- (2) 의식이 있는 경우 입안을 씻어 내고 음료를 제공한다.
- (3) 소화관을 자극하고 화상을 입을 수 있기 때문에 구토를 유도하지 않도록 한다.
- (4) 응급 진료시 해당 유해화학물질 용기를 가지고 간다.

바) 유해화학물질 처리

Spill Kit를 사용하여 제거한다. (부록 7. Spill Kit 매뉴얼)

사) 응급조치 및 응급실 진료 후 유해화학물질 노출·누출보고서를 작성하여 보건안전실로 제출한다.(부록8. 유해화학물질 노출·누출보고서)

아) 사고처리 절차 및 결과보고는 「10.7.2 직원 안전사고 관리」규정 처리절차에 따른다.

바. 유해화학물질 폐기

- 1) 유해화학물질의 폐기를 요하는 경우가 발생하면 MSDSD의 폐기 절차에 따라 폐기한다.
- 2) 의료폐기물 담당자는 폐기물관리법에서 정하는 바에 따라 처리한다.
- 3) 유해화학물질이 다량 남았을 시 공급회사가 처리한다.

부록

1. 유해화학물질 안전점검표
2. 유해화학물질 신규등록 및 변경요청서
3. 특별관리물질 취급일지
4. 유해화학물질 취급일지
5. 유해화학물질 노출 시 응급조치요령 및 보고절차
6. Eye wash 매뉴얼
7. Spill Kit(유해화학물질)매뉴얼
8. Spill Kit(혈액 및 체액)매뉴얼
9. 직원안전사고 관리체계
10. 유해화학물질 노출누출 사고보고서

관련 근거

1. 산업안전보건법.
2. 산업안전보건법시행령
3. 산업안전보건기준에 관한 규칙
4. 화학물질관리법.
5. 폐기물관리법
6. 4주기 급성기병원 인증기준 11.3 위험물질(유해화학물질)안전관리

부칙

1. 이 규정은 2010년 01월 01일부터 제정·시행한다.
2. 이 규정은 2014년 05월 01일부터 개정·시행한다.
3. 이 규정은 2014년 10월 01일부터 개정·시행한다.
4. 이 규정은 2018년 05월 23일에 개정. 06월 01일부터 시행한다.
5. 이 규정은 2020년 05월 19일에 개정, 06월 01일부터 시행한다.
6. 이 규정은 2021년 12월 28일에 개정, 2022년 01월 17일부터 시행한다.
7. 이 규정은 2022년 09월 27일에 개정, 2022년 10월 15일부터 시행한다.
8. 이 규정은 2022년 12월 27일에 개정, 2023년 01월 16일부터 시행한다.

부록1. 유해화학물질 안전점검표

유해화학물질 안전점검표

점검일자 : 20 년 월 일

부서명 :

점 검 내 용	예	아 니 오	미 해 당	특이 사항
유해화학 물질 및 (MSDS) 관련 사항	1. 부서내 유해화학물질 목록이 비치되어 있는가?			
	2. 직원은 부서에 사용하고 있는 유해물질 목록을 알고 있는가?			
	3. 직원은 유해화학물질목록 비치장소를 알고 있는가?			
	4. 유해화학물질을 취급시 지급된 보호구를 착용하고 작업하였는가?			
	5. 직원은 유해화학물질의 유해성에 대하여 습득하고 있는가?			
	6. 유해화학물질 작업 시 노출을 최소화하여 작업하고 있는가?			
	7. 부서에서 사용되고 있는 작업환경측정 및 특수검진 대상 물질을 직원이 알고 있는가?			
	8. 부서 관리감독자로부터 MSDS 관련 교육을 받았는가? <small>*정기교육 1회/년, 신입직원 부서 배치 시 즉시</small>			
운반	1. 유해화학물질을 안전용기(말폐용기)에 담아 운반하고 있는가?			
보관, 저장	2. 유해화학물질이 누출 또는 발산되지 않도록 뚜껑을 밀폐하여 보관하고 있는가?			
	2. 유해화학물질이 안전장치가 되어 있는 별도의 장소에 보관되어 있는가?			
	3. 유해화학물질이 식품, 약품들과 혼동할 수 있는 용기에 보관되어 있는가?			
폐 기	3. 유해화학물질이 담겼던 빈 용기는 밀폐하여 보관 또는 폐기하는가?			
응급조치	1. 유해화학물질 노출시 대처방안을 알고 있는가?			
	2. 직원이 Spill Kit 구비장소를 알고 있는가?			
	3. 직원이 Spill Kit 사용법을 알고 있는가?			
	4. Eye wash를 바로 할 수 있게 준비되어 있는가?			
특별 관리 물질 관련 사항	4. 특별관리물질(산화에틸렌, 포르말린, 황산 등) 취급일지를 작성하고 교육하는가?			
보고절차	5. 유해화학물질 노출, 누출 사건발생 시 보고체계를 직원이 알고 있는가?			
부서장 : (인) 보건관리자 : (인)				

부록3. 특별관리물질 취급일지

특별관리물질 취급일지

부서명 :

물질명 :

취급일	작업내용	Lot. NO	입고량	사용량	분출량	검사실	사용부서		
						분출자	부서명	작업자	확인자

- ※ 서식은 취급부서의 용도에 따라 변경하여 사용할 수 있습니다.
- ※ 산업보건기준에 관한 규칙 제439조(특별관리물질의 취급일지 작성)
- 발암성 물질을 취급하는 경우에는 물질명, 사용량 및 작업내용 등이 포함된 발암성물질 취급일지를 작성하여 비치한다.

부록4. 유해화학물질 취급일지

유해화학물질 취급일지							
부서명 :							
부서책임자 :							
물질명 :							
일자	물질명	입고량	사용량	재고량	작업내용	작업자	비고

부록5. 유해화학물질 노출 시 응급조치 요령 및 보고절차

유해화학물질 노출 시 응급조치 요령 및 보고절차

노출 부위	응급 조치
<p>눈에 들어 갔을 때</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 노출 즉시 Eye wash station 이용 생리식염수 또는 샤워기가 달린 수도물로 15분 이상 세척한다. 2. 이상 증상 지속 시 즉시 응급실 응급진료 또는 해당 진료를 본다. 3. 유해화학물질 노출·누출 보고서를 작성한다. 4. 보건관리자에게 제출한다.
<p>피부에 접촉 했을 때</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 노출 즉시 흐르는 물로 15분 이상 씻어낸다. 2. 이상 증상 지속시 즉시 응급실 또는 해당 진료과 진료를 본다. 3. 유해화학물질 노출·누출 보고서를 작성한다. 4. 보건관리자에게 제출한다.
<p>흡입했을 때</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 노출 즉시 오염원으로부터 떨어져 신선한 공기를 마신다. 2. 이상 증상이 있을 시 즉시 응급실 진료 또는 해당 진료를 본다. 3. 유해화학물질 노출·누출 보고서를 작성한다. 4. 보건관리자에게 제출한다.
<p>먹었을 때</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 구토 방지, 무의식 시 아무것도 주지 말고, 기도를 열고 한쪽 옆으로 머리를 몸보다 낮게 하여 눕힌다. 2. 유의식 시 즉시 입안을 씻어내고 천천히 음료 공급 3. 해당 용기 및 MSDS를 가지고 응급실 진료를 한다. 4. 유해화학물질노출·누출 보고서를 작성한다. 5. 보건관리자에게 제출한다.
<p>쏟았을 경우</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 유해화학물질 누출장소를 출입 통제한다. 2. Spill Kit을 가지고 온다. 3. 누출물질을 흡착포로 덮는다.(추가 오염 및 휘발방지) 4. 개인보호구를 입는다. (순서 : 보호의 ⇒ 덧신 ⇒ 마스크 ⇒ 고글 ⇒ 장갑) 5. 파손물질은 쓰레받기 및 빗자루로 수거 후 쓰레받기 빗자루와 함께 비닐팩에 넣는다 6. 누출물질을 덮은 흡착포를 비닐팩에 넣는다. 7. 흡수포로 잔여 누출물을 닦고 비닐팩에 넣는다. 8. 보호구를 탈의 (순서 : 덧신⇒장갑 고글 보호의 마스크)하여 비닐팩에 넣는다. 9. 처리한 물품을 담은 지퍼백은 밀봉하여 의료폐기물박스에 처리한다. 10. 물과 비누로 손위생을 철저히 시행하고 필요시 환기한다. 11. 유해화학물질 노출·누출 사고보고서를 작성한다. 12. 보건관리자에게 제출한다. 13. Spill Kit을 정비하고 보충한다,

부록6. Eye wash 매뉴얼

Eye Wash 매뉴얼

▶ 적용범위

- 알코올, 포르말린, 소독제 등유해물질이 눈에 튄 경우
(보건안전실보고 : 내선 6390)
- 혈액, 체액 등 감염성 물질이 눈에 튄 경우
(감염관리실보고 : 내선 6888)

▶ 사용방법

- 콘택트렌즈착용자는 제거한다.
- 노출 즉시 Eye wash station으로 간다.
- 샤워기 수전이 있는 수도물로 노출된 눈을 아래로 향하게 한 후 15분 이상 충분히 세척 한다.
- 샤워기가 없는 경우 준비된 생리식염수로 충분히(15분 이상) 세척 한다.
(생리식염수를 2L이상 준비 한다.)



부록7. Spill Kit (유해화학물질)매뉴얼

Spill kit(유해화학물질) 사용방법

● 필요 물품

- Spill kit 상자

1. KF94/N95 마스크, 2. AP 가운, 3. 라텍스 장갑, 4. 흡착포, 5. 비닐봉투
6. 발 덮개, 7. 접근금지표시판, 8. (필요시) 빗자루 및 쓰레받기, 9. 보안경

● 사용방법

1. 누출장소에 접근금지 표지판을 세운다.
2. Spill kit과 추가 필요물품을 가지고 이동한다.
3. 보호구를 착용하고, 비닐봉투를 벌려놓는다.
(입는 순서 : KF94/N95 마스크 → AP 가운 → 발 덮개 → 장갑 → 보안경)
(단, E.O가스, 포르말린 누출시 방독마스크를 착용한다)
4. 환기가 가능한 공간의 경우 창문을 열고 환기시킨다.
5. 흡착포로 쏟아진 물건을 덮고 닦아낸다.
6. 닦아낸 누출장소는 물에 적신 종이 타월로 한번 더 닦아낸다.
7. 비닐봉투에 사용한 흡착포와 보호구를 넣는다.
(벗는 순서 : 보안경 → 발 덮개 → AP 가운 → 장갑 → 마스크)
8. 소량인 경우 의료폐기물 전용(골판지), 다량으로 흐를 수 있는 경우 폐합성수지용기에 버린다.
9. 물과 비누를 이용하여 손위생을 수행한다.

문의 : 보건안전실 (☎ 6390)

부록8. Spill Kit (혈액 및 체액)매뉴얼

Spill kit(혈액 및 체액) 사용방법

1. 10ml 미만 쏟아진 경우,
장갑을 착용하고 종이타월로 먼저 닦아낸 뒤 낮은수준 소독제(알콜솜또는 소독티슈,
500ppm 희석락스)로 두번닦는다.
2. 10ml 이상 혈액이나 체액이 다량 쏟아졌을 때 spill kit 사용한다.

● 필요 물품

- Spill kit 상자

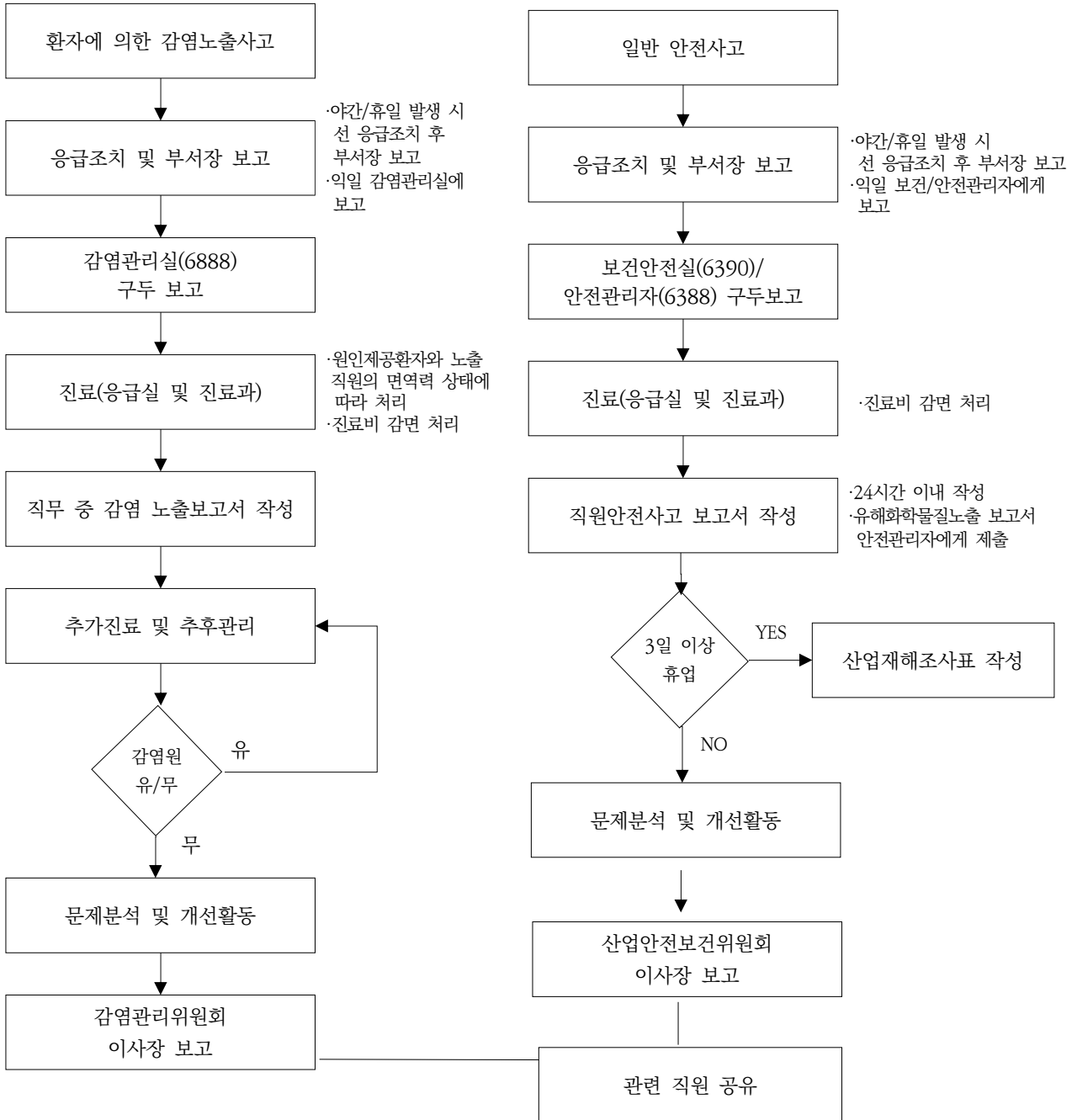
* 구성품- 바이오스팟1정(염소계소독제), 100ml계량컵, 흡착포10장,
비닐봉투, 안면보호구(고글또는 Face shield), 마스크, 장갑,
접근금지 표지판

● 사용방법

1. Spill kit 안에 있는 계량컵에 물 100ml를 담은 후, 준비된 물품을 들고
노출된 장소로 이동한다.
 2. 접근금지 표지판을 세워둔다.
 3. 보호구를 착용하고, 비닐봉투를 벌려놓는다.
 4. 계량컵(물 100ml)에 바이오스팟 1정을 넣어 높은 수준 소독제
(10,000ppm)를 만든다.
 5. 혈액(체액)이 옆질러진 곳에 흡착포 5장을 얹어 혈액(체액)을 닦아낸 후
비닐봉투에 넣는다.
 6. 새로운 흡착포 5장에 희석한 소독제를 부은 후, 바닥에 1분 이상 접촉시키고
닦아낸다.
 7. 마스크를 제외한 개인보호구와 흡착포는 비닐봉투에 밀봉하여 의료폐기물 전용용기에
폐기한다.
 8. 물과 비누를 이용하여 손위생을 수행한다.
 9. 마스크를 벗어 의료폐기물 전용용기에 폐기한다.
 10. 물과 비누를 이용하여 한 번 더 손위생을 수행한다.
- 문의 : 감염관리실 (☎ 6888)

부록9. 직원안전사고 관리체계

직원안전사고 관리체계



부록10. 유해화학물질 노출·누출 사고보고서

유해화학물질 노출·누출 사고보고서

성 명		성별/연령		연 락 처	
소 속		근무부서		경력(현재업무)	

1. 노출보고

1) 발 생 일: 20 년 월 일 시

2) 노출 유해화학 물질명: _____ (옆지른 양: _____)

3) 노출 장소 : _____

4) 노출 원인 : _____

5) 노출 시 신체접촉 여부: 예 아니오(“예” 이면 아래 해당란에 v 체크)

눈(Eye) 귀(Ear) 얼굴(Face) 손(Hand) 발(Foot)
호흡(Respiratory) 구강(Oral) 몸(Body)

* 신체접촉에 따른 응급조치: 예 아니오

* 응급처치 후 관리

6) 노출 시 처리 활동(노출시 Spill Kit 사용 여부) : 예 아니오

* Spill Kit 사용하여 적절히 사용하였는가? 예 아니오

기타 건의사항 :

2. 안전 준수

1) 보호구 착용여부(v 체크) : 예 아니오 (“예” 이면 아래 해당란에 v 체크)

보안경(Eye) 장갑(Hand) 신발(Foot) 가운착용(Body)
마스크(Respiratory) 기타()

2) 노출 시 MSDS 자료 활용하였는가? 예 아니오

3) 노출원인에 대한 평가를 하였는가? 예 아니오 (“예” 이면 구체적으로 기록)

구체적 기록: _____

4) 노출 처리 후 작업장소 위험에 대한 재평가를 하였는가? 예 아니오

(“예” 이면 아래 해당란에 v 체크)


완전히 처리 함 부분 처리 됨

5) 노출 처리 후 해당 직원은 업무를 다시 시작하였는가? 예 아니오

보고일자 : 20 년 월 일

보 고 자 : _____(인)

부 서 장 : _____(인)

	위험물질(의료폐기물) 안전관리			
	규 정 번 호	HS 제110-04호	제 정 일	2010.01.01
	관 련 인 증 기 준	11.3.2 의료폐기물 안전관리	최 근 개 정 일	2022.12.27
	담 당 부 서	시설관리팀	시 행 일	2023.01.16
	검 토 책 임 자	병원운영회의	검 토 주 기	2년
	승 인 책 임 자	이사장	검 토 예 정 일	2024.12.01
	관 련 근 거	폐기물관리법		

제 1조 목적(Purpose)

의료행위에 따라 발생하는 의료폐기물(이하 폐기물 이라 한다)의 수집, 운반, 보관, 재활용, 처분에 관해 필요한 기준을 정함으로써 폐기물관리법의 규정을 준수하고, 폐기물로 인한 2차 오염이 발생하지 않도록 하기 위함이다.

▣ 용어의 정의(Definition)

1. **의료폐기물** : 보건·의료기관, 시험·검사기관 등에서 배출되는 폐기물 중 인체에 감염 등 위해를 줄 우려가 있는 폐기물과 인체 조직 등 적출물, 실험동물의 사체 등 보건·환경보호상 특별한 관리가 필요하다고 인정되는 폐기물로서 「폐기물관리법」시행령 별표 2에서 정하는 폐기물을 말한다. (폐기물관리법 제2조제5호)

제 2조 정책(Policy)

1. 의료폐기물 안전관리 절차가 있다.
2. 의료폐기물을 안전하게 관리한다(부록1. 의료폐기물관리 조직도).

제 3조 지침 및 절차(Guidelines & Process)

1. 의료폐기물의 종류 및 용기

가. 의료폐기물의 종류

- 1) 격리 의료폐기물 : 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제2조제1호의 따른 감염병으로부터 타인을 보호하기 위하여 격리된 사람에 대한 의료행위에서 발생한 일체의 폐기물
- 2) 위해 의료폐기물
 - 가) 조직물류 폐기물 : 인체 또는 동물의 조직·장기·기관·신체의 일부, 동물의 사체, 혈액·고름 및 혈액 생성물(혈청, 혈장, 혈액제제 등)
 - 나) 병리계폐기물 : 시험·검사 등에 사용된 배양액, 배양용기, 보관균주, 폐시험관, 슬라이드, 커버글라스, 폐배지, 폐장갑
 - 다) 손상성폐기물 : 주사바늘, 봉합바늘, 수술용 칼날, 한방침, 치과용침, 파손된 유리재질의 시험기구
 - 라) 생물·화학폐기물 : 폐백신, 폐화학치료제, 폐항암제
 - 마) 혈액오염 폐기물 : 폐혈액 배, 혈액투석 시 사용된 폐기물, 그 밖에 혈액이 유출될 정도로

포함되어 있어 특별한 관리가 필요한 폐기물

- 3) 일반의료 폐기물 : 혈액·체액·분비물·배설물이 함유되어 있는 탈지면, 붕대, 거즈, 생리대, 일회용 주사기, 수액세트 등 의료폐기물이 아닌 폐기물로서 의료폐기물과 혼합되거나 접촉된 경우 의료 폐기물과 같은 폐기물로 본다.
- 4) 의료폐기물에 해당되지 아니한 것
 - 가) 수액팩, 링겔병 및 석고붕대(단, 피, 고름, 분비물이 묻지 아니한 것)
 - 나) 치아 교정용 보철물, 치아 치료 후 환자의 치아 세척수, 의료기기 세척수
 - 다) 감염환자가 아닌 일반환자의 기저귀
 - 라) 재활용이 가능한 폐약품용기
 - 마) 폐수로 처리되는 액상

나. 의료폐기물의 용기

종류		전용용기	도형색상
격리 의료폐기물		상자형(합성수지)	붉은색
위해 의료 폐기물	조직물류	상자형(합성수지) *치아 제외	노란색
	조직물류(재활용하는 태반)	상자형(합성수지)	녹색
	병리계	봉투형	검정색
		상자형(골판지)	노란색
	손상성	상자형(합성수지)	노란색
	생물·화학	봉투형	검정색
		상자형(골판지)	노란색
	혈액오염	봉투형	검정색
상자형(골판지)		노란색	
일반 의료폐기물		봉투형	검정색
		상자형(골판지)	노란색

다. 의료폐기물 전용용기에 관한 사항(부록2. 의료폐기물 전용용기 및 보관기간)

- 1) 의료폐기물은 발생했을 때(치료 및 시험·검사행위가 끝났을 때)부터 전용용기에 넣어 보관하며, 의료폐기물 전용용기는 환경부장관이 고시하는 검사기준에 따라 검사한 것을 사용한다.
- 2) 의료폐기물을 다른 용기에 모은 후 의료폐기물 전용용기에 배출하거나 골판지 박스에서 속지만을 모아서 배출하거나 포장된 용기를 풀어서 사용하지 않도록 한다.


- 3) 전용용기는 봉투형 용기 및 상자형 용기로 구분하되, 봉투형 용기의 재질은 합성수지류로 하고 상자형 용기의 재질은 골판지류 또는 합성수지류로 한다.
 - 4) 의료폐기물 종류별 전용용기, 보관시설 및 기간은 ‘의료폐기물 종류별 전용용기 및 보관기간’ 과 같으며 종류별 보관기간 내에 배출한다.
 - 5) 의료폐기물 전용용기는 내부 폐기물이 새지 않도록 보관한다.
 - 6) 골판지류 상자형 용기의 내부에는 봉투형 용기 또는 내부 주머니(속지)를 넣어서 사용하여야 한다.
 - 7) 대형 조직물류폐기물과 같이 전용용기에 넣기 어려운 의료폐기물은 내용물이 보이지 않도록 개별 포장하되 내용물이 새어 나오지 않도록 밀폐 포장하여야 한다.
 - 8) 의료폐기물의 투입이 끝난 전용용기는 내부 합성수지 비닐(비닐속지)을 밀봉한 후 외부 용기를 밀폐 포장하여야 한다.
 - 9) 전용용기에는 다른 종류의 의료폐기물을 혼합하여 보관할 수 있다. 다만, 봉투형 용기 또는 골판지류 상자형 용기에는 합성수지류 용기를 사용하여야 하는 의료폐기물을 혼합하여 보관할 수 없다.
- 라. 법정 보관기간을 초과한 경우 과태료 처분을 받을 수 있다.
- 마. 폐기물 종류는 보관기간이 가장 짧은 것을 기준으로 기록하여 관리한다.

2. 의료폐기물의 수집, 운반

가. 의료폐기물의 수집

- 1) 의료폐기물 전용용기를 사용하기 전 파손여부를 확인한 후 사용하며, 생활폐기물과 섞이지 않도록 관리하여 사용한다.
- 2) 의료폐기물은 발생한 때(당해 진찰치료 및 시험·검사행위가 종료된 때)부터 종류별로 전용 용기에 넣어 보관하여야 한다.
- 3) 사용 중인 전용용기는 내부의 폐기물이 새지 않도록 내부 합성수지 주머니를 사용한다.
- 4) 사용이 끝난 전용용기는 내부 합성수지 주머니를 밀봉한 후 외부 용기를 밀폐 포장하며, 재사용을 금지한다.
- 5) 전용용기는 환경부장관이 지정한 단체가, 환경부장관이 고시하는 검사에 합격한 용기를 사용한다. 전용용기는 흰색으로 하고 전용 용기의 바깥쪽에 다음표의 도형과 취급시 주의사항을 표시하고, 도형색상은 의료 폐기물 종류별로 다음과 같이 구분한다.

< 도형 및 색상 >



의료폐기물 종류	도형색상	
격리의료폐기물	붉은색	
위해의료폐기물(재활용하는 태반은 제외) 및 일반의료폐기물	봉투형 용기	검정색
	상자형 용기	노란색
재활용하는 태반	녹색	

※ (도형색상) 붉은색으로 표시하여야 하는 의료폐기물과 노란색 또는 검정색으로 표시하여야 하는 의료폐기물을 혼합 보관할 때에는 붉은색으로 표시

〈취급 시 주의사항〉

이 폐기물은 감염의 위험성이 있으므로 주의하여 취급하시기 바랍니다.			
배출자		종류 및 성질과 상태	
사용개시 연월일		수거자	

※ (사용개시 연월일) 의료폐기물은 전용 용기에 최초로 넣은 날을 기재. 다만, 봉투형 용기에 담은 의료폐기물을 상자형 용기에 다시 담아 위탁하는 경우에는 봉투형 용기를 상자형 용기에 최초로 담은 날을 기재한다.

- 6) 봉투형 용기는 의료폐기물을 그 용량의 75% 이상이 되도록 넣어서는 안 되며, 위탁 처리 시 상자형 용기에 담아 배출한다.
- 7) 일회용 주사기 및 주사 바늘은 천공이 방지되고 재사용되지 않는 전용 용기에 수거한다.
- 8) 의료폐기물은 지정된 유해 폐기물 폐기장 또는 법규에 정해진 대로 폐기하는 업체와 계약하여 처리한다.

나. 의료폐기물의 운반


- 1) 한번 사용한 전용용기는 다시 사용하여서는 아니 되며(재사용 금지), 전용용기를 창고로 운반할 때에는 밀폐 포장된 상태로 운반한다.
- 2) 의료폐기물을 창고로 운반 시 마스크와 장갑 등 개인 보호구를 착용하여야 한다.
- 3) 수집 완료된 폐기물은 보관창고에 입고한다.
- 4) 처분 장소까지 운반은 폐기물관리법에 따라 허가를 받은 수집운반업체가 운반하도록 한다.

3. 의료폐기물의 보관

가. 전용 보관창고에 보관

- 1) 전용보관창고는 내부가 보이지 않는 구조로 외부인 출입을 제한하여야 하며, 보관 중인 의료폐기물의 종류와 총보관량 및 보관기간 등을 기재한 표시판을 설치한다.

〈 의료폐기물 보관표지판 〉

	의료폐기물 보관표지	
	①폐기물종류 :	②총보관량 : kg
	③보관기간 :	④관리책임자:
	⑤취급시 주의사항	
	o 보관 시:	
	o 운반 시:	
⑥운반장소:		

- 설치위치 : 보관창고와 냉장시설의 출입구 또는 출입문에 각각 부착한다.
- 규격 : 가로 60cm이상×세로 40cm이상(냉장시설은 가로 30cm이상×세로 20cm이상)
- 색깔 : 흰색 바탕에 녹색 선과 녹색 글자

- 2) 바닥과 안벽은 타일·콘크리트 등 물에 견디는 성질의 자재로 설치하여야 하며, 세척이 수월해야 하며, 항상 청결하게 유지한다.
- 3) 냉장설비는 4℃ 이하를 유지하고, 보관 중에는 항상 가동 및 온도계를 부착하고, 일일점검을 통해 냉장고 온도를 일지에 기록하여 일정하게 유지한다.
- 4) 밀봉된 의료폐기물 박스를 개봉하여 확인하는 것은 금지한다.

〈 의료폐기물 보관기준 〉

종류		보관시설	배출자 보관기간
격리 의료폐기물		○ 조직물류 폐기물과 성상이 같은 폐기물 -전용냉장시설(4℃ 이하) ○ 그 밖의 폐기물 -밀폐된 전용 보관창고	7일
위해의료 폐기물	조직물류	○ 전용 냉장시설(4℃ 이하) ※ 치아 및 방부제에 담긴 폐기물은 밀폐된 전용 보관창고	15일 (치아 60일)
	조직물류 (재활용하는 태반)	○ 전용 냉장시설(4℃ 이하)	15일
	병리계	○ 밀폐된 전용 보관창고	15일
	손상성	○ 밀폐된 전용 보관창고	30일
	생물·화학	○ 밀폐된 전용 보관창고	15일
	혈액오염	○ 밀폐된 전용 보관창고	15일
일반 의료폐기물		○ 밀폐된 전용 보관창고	15일

*. 액체상태 의료폐기물은 상자형(합성수지) 사용

나. 의료폐기물 보관장소에 소독장비(소독약품, 분무기 등) 및 보호구(Spill kit, 가운, 장갑 등)를 비치한다.

4. 의료폐기물의 처분

가. 처분은 폐기물관리법에 따라 허가를 득한 처리업체와 계약하여 처분한다.

나. 모든 의료폐기물은 위탁하여 소각 처리한다.

다. 조직물류의 발생 및 처리현황은 발생부서에서 적출물 등 처리위탁 대장을 작성, 보관한다.

5. 교육

구분	교육내용	교육대상	주기	방 법
의료 폐기물	폐기물관리법의 규정에 따라 '폐기물 배출자' 교육	의료폐기물 관리자	-폐기물 처리계획서를 최초 신고시 -의료폐기물 관리자가 변경된 경우 -법을 위반하여 처분을 받은 경우	환경보전협회 위탁교육
	원내 의료폐기물의 적정관리에 관한 사항	배출부서	1회/년	온라인 교육

6. RFID의료폐기물관리시스템

가. 시스템 개요

의료폐기물 배출운반처리정보가 배출전용용기에 부착된 전자태그 및 전자태그 리더기를 통해 전산시스템(www.allbaro.or.kr)으로 실시간 전송되는 시스템이다.

나. 폐기물 인계인수 업무 절차

- 1) 고정형리더기 설치
- 2) 전자태그를 구매한 후 태그발생기를 이용하여 태그 발행
- 3) 폐기물배출용기에 폐기물정보가 담긴 태그를 발행·부착
- 4) 폐기물 보관창고에 입고
- 5) 위탁업체를 통해 폐기물 출고
- 6) 출고기록은 올바로시스템의 ‘의료폐기물관리대장’을 출력하여 시설관리팀에서 보관한다.

다. 장애발생 시 대처사항

- 1) 전자정보처리프로그램의 시스템 오류, 전기전자 장비의 고장·수리, 천재지변, 화재 등의 경우, 3일 이내에 고시에 지정된 서식에 따라 사유 등을 작성하여 시·도지사, 지방환경관서의 장 및 전산처리기구의 장에게 제출한다.
- 2) 장애 시 대체 입력방법

대처방안	내 용
운반자 대행입력 시스템	리더기 장애시 배출자 폐기물 배출정보를 운반자가 대행입력 ※ 배출자 고정형리더기 장애시, 운반자 휴대형리더기로 인수가능
ARS	전화 ARS시스템을 이용하여 입력
Allbaro시스템 입력	시스템전산입력(로그인 또는 실명인증 후)

부록

1. 의료폐기물 관리 조직도

관련 근거

1. 폐기물관리법
2. 감염병의 예방 및 관리에 관한 법

부칙


1. 이 규정은 2010년 01월 01일부터 제정·시행한다.
2. 이 규정은 2014년 05월 01일부터 개정·시행한다.
3. 이 규정은 2014년 10월 01일부터 개정·시행한다.
4. 이 규정은 2018년 05월 23일에 개정, 06월 01일부터 시행한다.
5. 이 규정은 2020년 05월 19일에 개정, 06월 01일부터 시행한다.
6. 이 규정은 2021년 12월 28일에 개정, 2022년 01월 17일부터 시행한다.
7. 이 규정은 2022년 09월 27일에 개정, 2022년 10월 15일부터 시행한다.
8. 이 규정은 2022년 12월 27일에 개정, 2023년 01월 16일부터 시행한다.

부록1. 의료폐기물 관리 조직도



부록2. 의료폐기물 전용용기 및 보관기간

종류		보관시설	전용용기	도형 색상	배출자 보관기간
격리 의료폐기물		○ 조직물류 폐기물과 성상이 같은 폐기물 -전용냉장시설(4℃ 이하) ○ 그 밖의 폐기물 -밀폐된 전용 보관창고	상자형 (합성수지)	붉은색	7일
위해의료 폐기물	조직물류	○ 전용 냉장시설(4℃ 이하) ※ 치아 및 방부제에 담긴 폐기물은 밀폐된 전용 보관창고	상자형 (합성수지) *치아 제외	노란색	15일 (치아60일)
	조직물류 (재활용 하는태반)	○ 전용 냉장시설(4℃ 이하)	상자형 (합성수지)	녹색	15일
	병리계	○ 밀폐된 전용 보관창고	봉투형	검정색	15일
			상자형 (골판지)	노란색	
	손상성	○ 밀폐된 전용 보관창고	상자형 (합성수지)	노란색	30일
	생물·화학	○ 밀폐된 전용 보관창고	봉투형	검정색	15일
			상자형 (골판지)	노란색	
혈액오염	○ 밀폐된 전용 보관창고	봉투형	검정색	15일	
		상자형 (골판지)	노란색		
일반 의료폐기물		○ 밀폐된 전용 보관창고	봉투형	검정색	15일
			상자형 (골판지)	노란색	

	보안관리			
	규 정 번 호	HS 제110-04호	제 정 일	2010.01.01
	관 련 인 증 기 준	11.4 보안관리	최 근 개 정 일	2022.12.27
	담 당 부 서	원무부, 경영지원부	시 행 일	2023.01.16
	검 토 책 임 자	병원운영회의	검 토 주 기	2년
	승 인 책 임 자	이사장	검 토 예 정 일	2024.12.01
	관 련 근 거	의료법 시행규칙 제1조의2(입원환자의 방문 기준)		

제 1조 목적(Purpose)

환자의 사고와 상해, 감염을 예방하고 안전한 의료환경을 제공하기 위해 보안체계를 수립하고, 운영하기 위함이다.

▣ 용어의 정의(Definition)

1. **보안** : 안전을 유지하며, 사회의 안녕과 질서를 유지함을 말한다.
2. **통제구역** : 해당 부서 직원과 사전에 허가받은 자가 직원의 안내를 받아 출입할 수 있는 장소를 말한다.
3. **위험인물** : 환자, 내원객, 직원에게 물리적, 정신적인 피해를 가할 가능성이 높은 인물(정신이상자, 위험물을 휴대한 자 등)을 말한다.
4. **상시 출입자** : 환자의 간병인, 위탁서비스 및 입점업체(보안전담인력, 용역업체) 직원, 실습학생, 의료물품 납품업자, 식자재 납품업자, 세탁물 처리업자, 의약품 납품업자, 폐기물 운반업자, 전산시스템 및 시설물 유지보수업자 등을 말한다.

제 2조 정책(Policy)

1. 환자안전 보안체계가 있다.
2. 통제구역을 지정하고 모니터링한다.
3. 보안사고 발생 시 보고한다.
4. 병문안객을 관리한다.

제 3조 지침 및 절차(Guidelines & Process)

1. 환자안전 보안체계

가. 보안사고의 종류

- 1) 보안사고의 종류는 도난, 폭력 및 폭행, 유괴 등을 말한다.

나. 보안관리 담당 부서 및 관리자

- 1) 담당 부서 : 원무부
- 2) 책임자 : 원무부 부서장
- 3) 담당자 : 보안 전담인력

다. 보안사고 발생 예방 및 관리

1) 환자 간병인, 상시출입자(위탁서비스 및 입접업체 직원, 실습생 등) 관리

- 가) 병동을 상시 출입하는 환자의 간병인, 간접 고용인력(개인간병사)은 보호자인식밴드를 제공하여 출입을 관리를 한다. 병동 출입 시에는 스마트도어에 보호자인식밴드로 인증하여 출입한다.
- 나) 상시출입자는 총무팀에서 명찰을 배부하고 항상 패용하도록 하여 신원을 확인할 수 있도록 한다. 병동 출입 시에는 스마트도어에 명찰로 인증하여 출입한다.

2) 병문안객 등의 출입관리

- 가) 병문안객 출입은 정규 면회시간에 출입을 허가한다.
- 나) 병문안 목적이 아닌 의료인 면담, 동의서 작성 등을 위해 병동 간호사실에서 방문을 요청한 경우에는 스마트도어에 있는 인터폰을 통해 출입을 요청한다.
- 다) 방문 대상자의 신원확인은 환자 또는 상주보호자를 통해 확인하고 출입을 허가한다.
- 라) 출입 목적이 완료되면 퇴실할 수 있도록 안내한다.

3) 위험인물 출입통제

가) 주 출입구 통제

- (1) 환자 및 보호자를 보안사고로부터 안전하게 보호하기 위해 주 출입구를 CCTV 모니터링 및 순찰 활동을 통해 관리하고, 24시간 개방 출입구를 제외한 구역은 개폐시간에 따라 열쇠 및 잠금장치를 이용하여 출입을 통제한다.

	개방시간	관리방법	폐쇄시간	폐쇄 시 통제방법
정문	06:00~18:00	CCTV, 순찰	18:00~06:00	자동문 잠금장치
동문	평 일 06:00~18:00 토요일 06:00~13:00 공휴일 미개방		평 일 18:00~06:00 토요일 13:00~06:00 공휴일 00:00~24:00	셔터
남문	00:00~24:00	보안 전담인력	24시간 운영	-

나) 응급실 및 병동 출입통제

- (1) 응급실과 병동(3층, 4층, 5층)은 출입을 통제하기 위해 출입구에 스마트도어로 출입을 통제한다.
- (2) 중환자실은 번호키 도어락으로 출입을 통제한다.

다) 위험인물 출입통제 방법

- (1) 보안 전담인력은 출입자를 감시하기 위해 CCTV 모니터링과 순찰을 통해 인화물질 및 흉기 등 위험물을 휴대한 사람을 발견하면 압수하거나 출입을 통제한다.
 - (가) 보안 전담인력 배치 : 1층 엘리베이터 홀 내, 응급실 내
 - (나) 보안 전담인력 근무시간 : 00:00 ~ 24:00
- (2) 출입구 및 원내의 순찰활동을 통해 위험인물로 추정되는 사람과 병문안 지침 위반자 등이 있는지 확인한다.
- (3) 원내 위험인물로 인한 위험발생 시 112상황실로 직접 출동요청을 할 수 있도록 비상 경보장치와 휴대용 무전기를 설치하여 운영한다.
 - (가) 비상 경보장치 위치

- ① 1층 엘리베이터 홀
- ② 신경외과 창구
- ③ 정신건강의학과 창구
- ④ 정신건강의학과 진료실 내
- ⑤ 제2외래간호팀 창구
- ⑥ 응급실 스테이션
- ⑦ 응급실 원무부 창구

(나) 무전기 배치

- ① 원무부 1번 창구 담당
- ② 1층 보안 전담인력
- ③ 응급실 보안 전담인력

4) 통제구역 지정 및 모니터링

가) 안전을 위한 주요시설 통제구역 지정

구분	구역	위치	출입통제방법	통제구역 관리책임자
환자 안전 통제 구역	응급실	신축동 B1층	스마트도어	응급실 수간호사
	뇌졸중집중치료실	C동 3층	스마트도어	뇌졸중집중치료실 수간호사
	중환자실	C동 2층	전자도어락	중환자실 수간호사
	신생아실	신축동 B2층	전자도어락	신생아실 파트장
	수술실	신축동 2층	RFID카드	수술실 수간호사
	분만실	신축동 2층	RFID카드	분만실 파트장
	혈관조영실	C동 2층	RFID카드	혈관조영실 수간호사
시설 안전 통제 구역	약제부	C동 1층	전자도어락	약제부 부서장
	중앙공급실	C동 2층	전자도어락	중앙공급실 수간호사
	오염세탁물집하장	남문(1층)	번호키 자물쇠	
	진단검사실	A동 B1층	전자도어락	진단검사실장
	분자진단검사실	D동 2층	전자도어락	
	전산관리팀 서버실	D동 4층	열쇠	전산관리팀장
	의무기록팀	D동 4층	RFID카드	의무기록팀장
	영양관리팀(조리실, 부식창고)	C동 6층	전자도어락	영양관리팀장
	기계실	A동 B1층	번호키 자물쇠	시설관리팀장
	전기실	A동 6층		
	엘리베이터 기계실	A동 6층		
	발전기실	A동 6층		
	저수조실	A동 6층		
	의료폐기물보관창고	B동 1층		
의료가스 보관실	남문(1층)	전자도어락		

(1) 통제구역의 관리책임자는 해당 구역의 최고선임자로 하고, 부재 시에는 소속부서 직원 중 차선임자로 한다.

(2) 통제구역은 스마트도어, 전자도어락, 자물쇠 등 잠금장치로 출입을 통제한다.

- 나) 통제구역 사전 출입 승인 대상 지정(부록4. 통제구역 사전 출입 승인 대상 목록)
- (1) 보안관리 책임자는 통제구역에 출입이 필요한 대상을 지정하여 의료기관장에게 사전 출입 승인을 보고 및 승인받아 출입을 허가한다.
 - ① 환자안전 통제구역은 해당 부서의 직원, 의료인, 간호조무사, 의료기사 및 기타 출입이 필요한 대상자를 사전 출입 대상으로 지정한다.
 - ② 시설안전 통제구역은 해당 부서 직원 및 시설 관리 담당자로 제한한다.
 - (2) 결정된 사안은 해당부서로 전달하고 통제구역 관리책임자가 출입대장과 함께 보관 하도록 한다(부록5. 통제구역 출입대장).
- 다) 출입 통제 관리
- (1) 사전 출입 승인 대상 외의 대상(기타 직원, 외부업체 등)은 해당 부서 직원의 확인 및 출입대장을 작성하고 직원과 함께 출입하도록 한다.
 - (2) 환자안전 통제구역 중 응급실, 수술실, 중환자실 등은 출입이 승인된 사람 이외에는 출입할 수 없음을 출입구에 게시하여 안내하도록 한다.
- 라) 통제구역 출입관리대장 작성 및 관리
- (1) 통제구역에 사전 출입 승인 대상 외 출입 시에는 출입관리대장을 작성하여 출입기록을 관리한다.
 - (가) 출입관리대장에는 출입 대상자의 이름, 출입목적, 입실·퇴실 일시, 연락처를 작성 하도록 한다.
 - (나) 작성된 기록은 해당 부서에서 관리하고, 1년간 보존한다.
- 마) 통제구역 모니터링 방법
- (1) 보안 순찰
 - (가) 순찰방법
 - ① 보안 전담인력(보안 위탁업체)이 보안 및 통제구역 관리를 위해 CCTV 모니터링 및 순찰을 실시한다.
 - ② 통제구역 : CCTV 모니터링 및 1일 4회(주간 2회, 야간 2회) 순찰한다.
 - (나) 보안 순찰/점검 대상

항목	순찰 위치	순찰/점검 대상
보안 순찰	A동 1층	주 출입구 / 외래
	A동 1층	원무부 / 영상의학실
	신축동 B ₂ 층	제2외래
	A동 B ₁ 층	영상의학실
	C동 B ₁ 층	물리재활치료실
	3층	3병동 / 37 병동
	4층	5병동 / 57 병동
	5층	7병동 / 77 병동
	6층	QPS실 / 세미나실
	A ~ C동	계단 (B ₁ ~ 6층)
	C동	운동경사로 (B ₁ ~ 6층)
	A동 2층	내시경실 입구
	B동 2층	2층 MRI실
	B동 3층	인공신장실

항목	순찰 위치	순찰/점검 대상
환자안전 통제구역	신축동 B ₂ 층	신생아실
	신축동 B ₁ 층	응급실
	C동 2층	수술실/혈관조영실/분만실
	C동 2층	중환자실
	3층	뇌졸중집중치료실
시설안전 통제구역	남문	오염세탁물집하장
	남문	의료가스 보관실
	B동 1층	의료폐기물보관창고
	D동 2층	분자진단검사실
	D동 4층	전산관리팀 서버실
	D동 4층	의무기록팀
	A동 B ₁ 층	기계실
	A동 B ₁ 층	진단검사실
	C동 1층	약제부
	C동 2층	중앙공급실
	A동 6층	전기실, 발전기실, 저수조실, 엘리베이터기계실
	C동 6층	영양관리팀 조리실

(다) 순찰 근무 시 점검 사항

- ① 보안 순찰 시 통제구역의 문 시건이 되어 있는지 확인하고, 이상이 있는 경우, 즉시 관리책임자에게 연락하여 조치할 수 있도록 요청하고, 현장에서 인수인계 후, 순찰을 지속한다.
- ② 수상한 거동자 또는 위험물을 휴대한 자가 있는지 확인한다.
- ③ 문, 셔터 등의 시건 여부 및 파손 유무를 확인한다.
- ④ 각 계단, 통로, 화장실 등 은닉 가능한 장소 점검한다.
- ⑤ 순찰 중 특이한 이상한 소리(음) 이상한 냄새(취) 등을 발견했을 시 관리자에게 구두보고 후, 원인 파악을 실시한다.
- ⑥ 취객이나 무연고자 발견 시 강압적인 감정을 나타내는 폭언을 금하며, 귀가하도록 조치한다.
- ⑦ 순찰 시 타인의 물품에 손을 대서는 안된다.

(2) 보안 CCTV 모니터링

- (가) 보안 전담인력은 CCTV 모니터링을 통해 주출입구 및 통제구역을 관찰한다.
- (나) CCTV 모니터링에 이상징후가 발견 시, 즉시 해당 관리책임자에게 연락하고 현장으로 출동하여 확인 및 현장에서 인수인계 후, 복귀한다.

(3) 보안근무일지 작성 및 관리

- (가) 보안 전담인력은 주출입구 통제 및 통제구역 모니터링 및 순찰 중 이상유무를 보안 근무일지에 기록하여 관리한다.

5) 보안사고 발생 시 보고 절차

가) 도난사고

(1) 예방

- (가) 보안인력은 정기적으로 원내 순찰을 실시하여 원내 상황을 감시한다.
- (나) 각 검사실에서는 검사 전 시건장치가 되어 있는 보관장에 환자의 소지품을 보관할 수 있도록 안내한다.
- (다) 입원환자의 소지품 분실 및 도난을 예방하기 위해 도난사고예방 안내 및 귀중품 보관 안내가 기재되어 있는 입원생활안내문을 제공하여 도난사고 예방 정보를 제공한다.
- (라) 응급실 또는 입원실 환자의 귀중품이 노출된 것을 발견한 직원은 환자의 동의를 받아 입퇴원창구 담당자에게 협조요청을 하고, 담당자는 환자에게 인수인계서를 받아 보관한다.
 - ▶ 귀중품 : 원무부 내 금고에 보관한다.
 - ▶ 현금 : 중도금으로 납입처리한다(거부 시, 금고에 보관한다).

(2) 신고

- (가) 최초 접수자는 보안관리 담당부서(원무부☎1050)로 신고한다.
 - ① 야간은 응급실 원무부(☎6120)에서 담당한다.

(3) 사고처리

- (가) 도난사고 발생 시 최초 접수자는 원무부로 신고를 하고, 원무부 부서장의 지시를 받고 출동한 직원에게 현장 인수인계를 한다.
- (나) 출동한 직원은 도난사고 당사자와 면담하고 용의자에 대한 인상착의 및 사건개요를 파악한 후, 원무부 부서장에게 보고한다.
- (다) 자체 인력으로 해결이 어려울 경우, 관할 경찰서로 신고 및 협조하여 상황을 처리한다.

나) 폭력 및 폭행('10.8 폭력 예방 및 관리' [규정 참조])

(1) 예방

- (가) 보안 전담인력을 배치하여 운영한다.
- (나) 고위험지역에 CCTV를 운영한다.
- (다) 스테이션은 후미지지 않고 전체를 바라볼 수 있도록 시야를 확보한다.
- (라) 야간 근무 시 2명 이상 근무자를 배치한다.
- (마) 현장증거가 필요할 경우 제3자가 대응할 수 있는 시스템을 운영한다.
 - ① 사건 발생 시, 녹취, 목격자 등 증거를 확보하도록 한다.
 - (바) 폭언 등을 하지 않도록 요청하는 문구를 게시한다.

(2) 신고

- (가) 최초 접수자는 보안관리 담당부서(원무부☎1050)로 신고한다.
 - ① 야간은 응급실 원무부(☎6120)에서 담당한다.

코 드	상황	방송 방법
Code 퍼플	난동 및 위험인물 출현	“ Code퍼플 + 발생장소 ” X 3회 방송

(3) 사고처리

구분	대응 조치
1단계	1. 사건 인지 및 조치 가. 부서장 또는 선임자는 이를 중재하고, 직원을 분리하여 보호조치한다. 1) 피해자의 신변보호 및 피해정도에 따라 응급조치 및 진료를 하도록 한다. 2) 정중한 어조로 폭언, 폭행, 협박 중지를 요청한다. 나. 보안관리 담당부서(원무부)로 신고하고, 출동한 직원은 초동조치를 한다. 주간 : 원무부(☎1050), 검진케어사업부(☎6820) 야간 : 응급실 원무부(☎6120)
2단계	1. 법적 처벌 가능성 안내 가. 폭언, 폭행, 협박 행위의 법적 처벌 가능성에 대해 안내하며, 상대를 자극하지 않고 정중히 응대한다. 나. 사실관계를 조사하고 피해정도가 비교적 경미 하거나 피해자 및 행위자 간의 인식차가 좁은 경우는 당사자 간의 의견수렴을 통하여 조정한다.
3단계	1. 관계기관 연계 가. 중재를 통해 문제해결이 불가 시 외부기관(경찰)에 신고를 한다. 1) 기관신고 : 충북상당경찰서 성안지구대(☎043-280-1711) 나. 녹취, 목격자 등 증거자료를 확보한다. 다. 총무팀은 해당 사건이 외부기관(경찰)에 접수되면 법적 절차를 지원한다.
4단계	1. 사건/사고 발생 보고 가. 보안관리 담당부서(원무부)는 사건/사고 발생보고서를 작성하여 경영진에게 보고한다.
5단계	1. 사후 관리 및 보고 가. 총무팀은 사후 정신적, 육체적인 치료가 필요할 시 인사위원회 또는 윤리위원회를 개최하고, 심의/결정에 따라 적절한 치료 및 휴가, 근무 배치 전환 등을 받을 수 있도록 한다. 1) 피해자가 원만한 합의 또는 사건조사를 원하지 않을 시 윤리위원회 또는 인사위원회를 생략할 수 있다. 나. 총무팀은 사건/사고가 종결되면 사후 관리 조치와 재발방지대책을 마련하고, 사건/사고 사후관리보고서를 작성하여 경영진에게 보고한다.

다) 유괴 : 만 13세 미만의 환자 《 6.2 취약환자의 권리보호 》 규정 참조

(1) 예방

(가) 신원확인 인식표(환자인식 밴드) 착용

- ① 만 13세 미만의 환자는 입원 즉시 환자인식 밴드를 보호자와 같이 착용하고, 신분을 확인한다.
- ② 환자인식 밴드를 풀고 의학적 치료를 시행하는 경우 치료 후 즉시 재착용하도록 한다.

(나) 방문자 신분확인 절차

- ① 소아(영유아)환자의 유괴를 예방하기 위하여 입원기간 내내 보호자 상주를 원칙으로 하며, 보호자가 환아를 떠날 시에는 반드시 간호사실에 보고하도록 교육한다.
- ② 방문자의 신원은 상주보호자에게 확인한다.
- ③ 수상한 행동으로 의심해봐야 할 상황
 - ▶ 소아(영유아)환자가 입원한 병실 앞에서 이유 없이 서성이는 경우
 - ▶ 신분 확인이 안되었음에도 환아에 대해 이것저것 묻는 경우

(다) 소아(영유아)환자의 안전한 이동 절차

- ① 소아(영유아)환자의 시술 및 검사를 위한 이동 시에는 반드시 보호자나 직원이 동행하도록 한다.
- ② 홀로 방황하는 어린이 발견 시, 즉시 1층 원무부에 인계하여 안내방송을 하고 보호자를 찾아 인계토록 한다.
- ③ 외래 진료를 위해 내원한 경우 보호자용 유괴 및 미아 예방 안내문을 통해 교육한다.

(2) 신고

(가) 최초 접수자는 보안관리 담당부서(원무부 ☎1050)로 신고하여 코드핑크 방송을 요청한다.

- ① 야간은 응급실 원무부(☎6120)에서 담당한다.

코 드	상황	방송 방법
Code 핑크	유괴 의심되는 상황 발생	“ Code핑크 + 발생장소 ” X 3회 방송

(나) 보안관리 책임자(원무부 부서장)는 관할 경찰서로 신고한다.

(3) 사고처리

(가) 보안관리 담당부서(원무부)는 신고접수 즉시 주출입구 통제 및 내부 수색을 실시한다.

- ① 주출입구 : 1층 정문, 동문, 남문

(나) 보안관리 책임자(원무부 부서장)는 관할 경찰서로 신고하고, 주변인 진술 조사를 실시한다.

(다) 보안 담당 부서의 직원은 CCTV를 통해 신고된 인상착의 소아환자 또는 유괴범의 동선을 파악한다.

(라) 관할 경찰서에서 출동 시 현장을 인수인계하고 수색에 협조한다.

6) 보안사고 발생 시 재발 방지 대책 수립

가) 유관부서의 담당자(원무부, 총무팀)는 사고의 유형 및 사고원인을 분석하고 근본적인 해결책을 마련하여 재발방지 대책을 수립한다.

7) 보안사고 발생 시 보고 및 공유

가) 원무부 부서장은 사건/사고 발생보고서에 사건내용(사고의 유형 및 사고원인을 분석, 해결방안)을 기록 후 경영진에게 보고한다(부록2. 사건/사고 발생보고서).

나) 총무팀장은 사후관리 및 재발방지대책을 수립하여 사건/사고 사후관리보고서를 작성하여 경영진에게 보고한다(부록3. 사건/사고 사후관리보고서).

(3) 재발방지대책을 관련 부서와 공유하도록 한다.

2. 병문안객 관리

가. 기본원칙(병문안 자제)

1) 일반 병동

- 가) 출입구에 스마트도어를 활용하여 병문안 허용 시간 외 병문안객의 출입을 통제한다.
- 나) 병문안 인원은 2인 이내로 한다.
- 다) 병문안 시간 초과 시 순찰을 통해 병문안객의 귀가를 권고한다.
- 라) 병문안 시간 외 병문안객은 정규 병문안 시간에 방문할 수 있도록 안내한다.

2) 중환자실/뇌졸중집중치료실

- 가) 출입구에 전자도어락을 활용하여 병문안 허용 시간 외 병문안객의 출입을 통제한다.
- 나) 병문안 인원은 2인 이내로 하고, 인원 초과 시에는 교대로 한다.

3) 응급실

- 가) 출입구에 스마트도어를 활용하여 일반인의 출입을 통제한다.
- 나) 응급실은 병문안을 제한하고, 상주보호자 1인이 환자와 함께 상주하여 치료에 관여하도록 한다.

- 4) 기타 원내 감염, 보안 등의 사유로 병문안의 제한이 필요하다고 판단되는 경우에는 간병을 목적으로 하는 보호자를 제외하고 방문안을 제한할 수 있다.

나. 병문안관리규정 안내 및 교육

1) 환자 및 보호자에게 병문안관리규정을 안내 및 교육한다.

- 가) 원무부 입원창구 담당 직원은 입원수속 시 병문안 안내가 기재된 입원생활안내문을 통해 안내 및 교육을 실시한다.
- 나) 해당 병동은 입실 시 병문안에 대한 안내 및 교육을 실시한다.

2) 원 내에 안내문을 게시하여 병문안관리규정 정보를 제공한다.

- 가) 게시장소 : 1층 엘리베이터 홀, 병동별 출입구 스마트도어 등

다. 일일 병문안 허용 시간

1) 일반 병동

- 가) 평일 : 18:00~20:00
- 나) 토요일 및 공휴일 : 10:00~12:00, 18:00~20:00

2) 중환자실

- 가) 매일 : 09:00~09:30, 19:00~19:30

라. 병문안 제한이 필요한 대상군

1) 입원환자 등에게 감염성 질환을 전파시킬 우려가 있는 사람

- 가) 감기나 인플루엔자 등 호흡기 질환자
- 나) 급성 장 관계 감염이 있는 사람(설사, 복통, 구토 등)
- 다) 피부에 병변이 있는 사람
- 라) 최근에 감염성 질환자와 접촉한 경력이 있는 사람 등

2) 스스로 주의 또는 보호가 필요한 사람

- 가) 임산부
- 나) 만 70세 이상의 노약자
- 다) 만 12세 이하의 아동
- 라) 지속적 치료(항암치료 등)로 면역기능이 떨어진 자 등

3) 2인을 초과하는 단체방문은 제한한다(친지, 동문회, 종교단체 등).

마. 방문안객 준수 수칙

1) 감염 예방 수칙

가) 방문안객은 출입 전/후 손을 씻어 감염예방을 하도록 한다.

나) 기침을 하는 경우에는 손수건이나 휴지 등으로 가리고 하도록 한다.

2) 외부물품 반입 금지 사항

꽃, 화분, 외부 음식물, 애완동물은 병실로 들어가지 못하도록 교육하며 관리한다.

바. 방문안객 명부작성 및 관리

1) 방문안객 명부작성

가) 병실 내 환자의 침상에 비치된 방문안객 내원 명부를 방문안객이 직접 작성하도록 안내한다
(부록6. 방문안객 내원 명부).

나) 응급실, 뇌졸중집중치료실, 중환자실은 직원의 입회 하에 방문안객이 출입대장을 작성한다
(부록5. 통제구역 출입대장).

2) 작성명부 관리

가) 방문안객 내원 명부는 환자의 퇴원일로부터 30일까지 보관 후 파기한다.

부록

1. 보안근무일지
2. 사건/사고 발생보고서
3. 사건/사고 사후관리보고서
4. 통제구역 사전 출입 승인 대상 목록
5. 통제구역 출입대장
6. 병문안객 내원 명부

관련근거

1. 의료법 시행규칙 제1조의2(입원환자의 방문 기준)
2. 의료기관 입원환자 병문안기준 권고(보건복지부, 2015.11.27.)

부칙

1. 이 규정은 2010년 01월 01일부터 제정·시행한다.
2. 이 규정은 2014년 05월 01일부터 개정·시행한다.
3. 이 규정은 2014년 10월 01일부터 개정·시행한다.
4. 이 규정은 2018년 05월 23일에 개정, 06월 01일부터 시행한다.
5. 이 규정은 2020년 05월 19일에 개정, 06월 01일부터 시행한다.
6. 이 규정은 2021년 12월 28일에 개정, 2022년 01월 17일부터 시행한다.
7. 이 규정은 2022년 09월 27일에 개정, 2022년 10월 15일부터 시행한다.
8. 이 규정은 2022년 12월 27일에 개정, 2023년 01월 16일부터 시행한다.

부록1-1. 보안근무일지(1층 보안)

보안 근무일지 [1층 보안]

20 년 월 일 ()요일

보안 근무자	주간 : (인) 야간 : (인)	관리자:[원무부] (인)
--------	---	-----------------

상시 근무		[출입 관리 : 정문, 동문, 남문]	
		발생시간	특이사항 및 조치사항
출입 관리	출입관리/ CCTV모니터링		

항목	순찰 위치	순찰 대상	주간		야간		특이사항 및 조치사항	
			:	:	:	:	발생시간	내용
보안 순찰	전체	거동 수상자 / 위험인물 확인						
	A-1층	주 출입구 / 외래						
	A-1층	원무부 / 영상의학실						
	신축-B2	제2외래						
	A-B1	영상의학실						
	C-B1	물리재활치료실						
	3층	3병동 / 37 병동						
	4층	5병동 / 57 병동						
	5층	7병동 / 77 병동						
	6층	QPS실 / 세미나실						
	A~C동	계단 (B1 ~ 6층)						
	C동	운동경사로 (B1 ~ 6층)						
	A-2층	내시경실 입구						
	B-2층	2층 MRI실						
B-3층	인공신장실							
환자 안전 통제 구역	신축-B2	신생아실						
	신축-B1	응급실						
	C-2층	수술실/혈관조영실/분만실						
	C-2층	중환자실						
	3층	뇌졸중집중치료실						
시설 안전 통제 구역	남문 1층	오염세탁물집하장						
	남문 1층	의료가스 보관실						
	B-1층	의료폐기물보관창고						
	D-2층	분자진단검사실						
	D-4층	전산관리팀 서버실						
	D-4층	의무기록팀						
	A-B1	기계실						
	A-B1	진단검사실						
	C-1층	약제부						
	C-2층	중앙공급실						
	A-6층	전기실,발전기실,저수조실, 엘리베이터기계실						
	C-6층	영양관리팀(조리실, 부식창고)						

※ '특이사항' 란은 보안근무 중 발생하는 사건에 관련하여 작성함을 원칙으로 합니다.

부록1-2. 보안근무일지(응급실 보안)

보안 근무일지 [응급실 보안]

20 년 월 일 ()요일

보안 근무자	주간 : (인)	야간 : (인)	관리자 : [원무부] (인)
--------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------------

방문객 관리	주간	야간
환자	명	명
보호자	명	명
특이사항	유() / 무()	유() / 무()

[출입관리및CCTV모니터링]*특이사항이있는경우에만 기재합니다.

	시간	내용
주간		
야간		

[특이사항]

	시간	내용
주간		
야간		

※ '특이사항' 란은 보안근무 중 발생하는 사건에 관련하여 작성함을 원칙으로 합니다.

부록2. 사건/사고 발생보고서 《10.8 폭력 예방 및 관리-부록3》

사건/사고 발생보고서

담당	부서장	이사장

사건대상	<input type="checkbox"/> 직원 - 직원 <input type="checkbox"/> 외부인 - 직원	유형	<input type="checkbox"/> 도난 <input type="checkbox"/> 성폭력 <input type="checkbox"/> 기타(<input type="checkbox"/> 폭력/폭행 <input type="checkbox"/> 성희롱	<input type="checkbox"/> 유괴 <input type="checkbox"/> 직장 내 괴롭힘)	
사건개요						
발생일시			발생장소			
사고 내용 및 사고 경위 (6하 원칙에 의거 작성)						
피해자	성명		생년월일		연락처	
	<input type="checkbox"/> 직원 <input type="checkbox"/> 환자 <input type="checkbox"/> 보호자(환자명 : _____) <input type="checkbox"/> 간병인 <input type="checkbox"/> 기타 (_____)					
행위자	성명		생년월일		연락처	
	<input type="checkbox"/> 직원 <input type="checkbox"/> 환자 <input type="checkbox"/> 보호자(환자명 : _____) <input type="checkbox"/> 간병인 <input type="checkbox"/> 기타 (_____)					
피해사항			인적 피해		물적 피해	
	피해금액					
	* 산출근거 :					
피해자 의견	사건 처리			근무 복귀		
	진행 / 원치않음(당사자간 합의) 등			즉시 / 치료 후 복귀 / 병가 등		
	기타의견 :					
보안관리자 조치사항	행위자			피해자		
	<input type="checkbox"/> 외부기관 신고 (사건접수 등)			<input type="checkbox"/> 상담 및 치료		
	<input type="checkbox"/> 배상책임 합의 (합의서 작성 등)			<input type="checkbox"/> 부서 복귀 / <input type="checkbox"/> 귀가 조치		
	<input type="checkbox"/> 기타(_____)			<input type="checkbox"/> 기타(_____)		
※ 세부사항 법적 절차 지원 및 피해자 관리 지원 요청 등						
원인분석	사건이 발생하게된 주된 원인					
해결방안	사건을 해소할 수 있는 방안					
※ 첨부 : 증빙자료(사건발생 증빙 확보 자료, 피해자 진단서) 등 사건·사고에 발생에 관하여 위와 같이 보고합니다. <div style="text-align: center;"> 년 월 일 </div>						

부록4. 통제구역 사전 출입 승인 대상 목록

통제구역 출입가능 사전 승인 대상 목록

구분	구역	통제방법	관리책임자	출입 사전 승인 대상														
				해당 부서 직원	환자	의사	간호 사	간호 조무 사	의료기사			시설직원			행정직원		영양 관리 팀	
									방사 선사	임상 병리 사	물리 재활 치료 사	구내 의공 파트	시설 관리 팀	전산 관리 팀	원무 부	보안 전담 인력		
환자 안전 통제 구역	응급실	스마트도어	응급실 수간호사	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	내출중입중치료실	스마트도어	내출중입중치료실 수간호사	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	중환자실	전자도어락	중환자실 수간호사	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	산생아실	전자도어락	산생아실 파트장	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	수술실	RHID카드	수술실 수간호사	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	분민실	RHID카드	분민실 파트장	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	혈관보영실	RHID카드	혈관보영실 수간호사	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
시설 안전 통제 구역	약제부	전자도어락	약제부 부서장	○									○	○	○			
	중앙응급실	전자도어락	중앙응급실 수간호사	○									○	○	○			
	오염세탁물감하장	반회기 지물쇠		○										○				
	잔검사실	전자도어락	잔검사실장	○								○	○	○	○			
	분자잔검사실	전자도어락		○									○	○	○	○		
	전분리팀 서버실	열쇠	전분리팀장	○										○	○			
	의무기록팀	RHID카드	의무기록팀장	○										○	○			
	영양관리팀 (조리실부속상고)	전자도어락	영양관리팀장	○										○				○
	기계실	반회기 지물쇠	시설관리팀장	○											○			
	전기실	반회기 지물쇠		○											○			
	엘리베이터 기계실	반회기 지물쇠		○											○			
	발전기실	반회기 지물쇠		○											○			
	저수조실	반회기 지물쇠		○											○			
의료폐기물관리상고	반회기 지물쇠	○												○				
의료가스 보관실	전자도어락	○												○				

- ※ 통제구역은 출입이 필요한 대상을 지정하여 의료기관장에게 사전 출입 승인을 보고 및 승인받아 출입을 허가한다.
- ※ 기관 간 계약에 의하여 파견된 대상(실습생,교육생, 입점업체 직원 등)은 계약기간동안 파견부서의 직원으로 간주한다.
- ※ 사전 승인 대상 외 ' 및 외부업체는 출입대장을 작성하고 해당부서의 직원과 함께 출입하는 것으로 한다.

부록5-1. 통제구역 출입대장(환자안전 통제구역)

[] 환자안전 통제구역 출입대장

방문자 정보										환자 정보	
방문일	입실 시간	퇴실 시간	이름	연락처	출입 목적	37.5℃이상 발열 유무	호흡기 증상 유무	출입교육	개인정보 수집·이용 동의	환자명	환자와의 관계
20 . . .						유·무	유·무	<input type="checkbox"/> 받음	<input type="checkbox"/> 동의		
20 . . .						유·무	유·무	<input type="checkbox"/> 받음	<input type="checkbox"/> 동의		
20 . . .						유·무	유·무	<input type="checkbox"/> 받음	<input type="checkbox"/> 동의		
20 . . .						유·무	유·무	<input type="checkbox"/> 받음	<input type="checkbox"/> 동의		
20 . . .						유·무	유·무	<input type="checkbox"/> 받음	<input type="checkbox"/> 동의		
20 . . .						유·무	유·무	<input type="checkbox"/> 받음	<input type="checkbox"/> 동의		
20 . . .						유·무	유·무	<input type="checkbox"/> 받음	<input type="checkbox"/> 동의		
20 . . .						유·무	유·무	<input type="checkbox"/> 받음	<input type="checkbox"/> 동의		
20 . . .						유·무	유·무	<input type="checkbox"/> 받음	<input type="checkbox"/> 동의		
20 . . .						유·무	유·무	<input type="checkbox"/> 받음	<input type="checkbox"/> 동의		
20 . . .						유·무	유·무	<input type="checkbox"/> 받음	<input type="checkbox"/> 동의		
20 . . .						유·무	유·무	<input type="checkbox"/> 받음	<input type="checkbox"/> 동의		
20 . . .						유·무	유·무	<input type="checkbox"/> 받음	<input type="checkbox"/> 동의		
20 . . .						유·무	유·무	<input type="checkbox"/> 받음	<input type="checkbox"/> 동의		
20 . . .						유·무	유·무	<input type="checkbox"/> 받음	<input type="checkbox"/> 동의		
20 . . .						유·무	유·무	<input type="checkbox"/> 받음	<input type="checkbox"/> 동의		
20 . . .						유·무	유·무	<input type="checkbox"/> 받음	<input type="checkbox"/> 동의		
20 . . .						유·무	유·무	<input type="checkbox"/> 받음	<input type="checkbox"/> 동의		

※ **개인정보 수집 · 이용 동의:** 본원은 개인정보보호법 제15조 및 제22조에 근거하여 방문객의 개인정보를 수집, 이용하고자 합니다. 작성된 개인정보의 이용은 환자의 안전관리 및 정부시책 등에 따라 필요한 한도 내에서 최소한으로 이용되며, 수집된 개인정보는 정보수집 · 이용목적에 위한 기간 이후 즉시 파기됩니다.

※ **의료법 제36조제10호(2019.10.24부 시행)에 따라 수술실, 분만실, 중환자실에서 의료행위가 이루어지는 동안 아래 사람 외에는 출입을 제한합니다.**

1. 환자, 의료인, 간호조무사, 의료기사 등 치료에 직접적으로 필요한 대상은 의료기관장에게 출입가능 사전 승인을 받은 대상에 한하여 출입을 허가한다.

2. 사전 승인 대상자 외(환자의 보호자 등) 및 외부업체는 위생 등 출입에 관한 교육을 받은 후, 출입대장을 작성하고 출입을 허가한다.

※ **작성된 기록은 해당부서에서 관리하고, 1년간 보존한다.**

부록5-2. 통제구역 출입대장(시설안전 통제구역)

[시설안전 통제구역 출입대장]

방문일	입실시간	퇴실시간	이름	연락처	출입목적	개인정보 수집·이용 동의	소속(또는 업체명)
20 . . .						<input type="checkbox"/> 동의	
20 . . .						<input type="checkbox"/> 동의	
20 . . .						<input type="checkbox"/> 동의	
20 . . .						<input type="checkbox"/> 동의	
20 . . .						<input type="checkbox"/> 동의	
20 . . .						<input type="checkbox"/> 동의	
20 . . .						<input type="checkbox"/> 동의	
20 . . .						<input type="checkbox"/> 동의	
20 . . .						<input type="checkbox"/> 동의	
20 . . .						<input type="checkbox"/> 동의	
20 . . .						<input type="checkbox"/> 동의	
20 . . .						<input type="checkbox"/> 동의	
20 . . .						<input type="checkbox"/> 동의	
20 . . .						<input type="checkbox"/> 동의	

※ **개인정보 수집 · 이용 동의**: 본원은 개인정보보호법 제15조 및 제22조에 근거하여 방문객의 개인정보를 수집, 이용하고자 합니다. 작성된 개인정보의 이용은 환자의 안전관리 및 정부시책 등에 따라 필요한 한도 내에서 최소한으로 이용되며, 수집된 개인정보는 정보수집 · 이용목적에 위한 기간 이후 즉시 파기됩니다.

※ **시설안전 통제구역에** 직접적으로 필요한 대상은 의료기관장에게 출입가능 사전 승인을 받은 대상에 한하여 출입을 허가한다.


1. 사전 승인 대상자 외 및 외부업체는 출입대장을 작성하고 출입을 허가한다.

※ **작성된 기록은 해당부서에서 관리하고, 1년간 보존한다.**

부록6. 병문안객 내원 명부(일반병실)

병문안객 내원 명부

병동	호실	환자이름		
방문날짜	병문안객 이름	병문안객 전화번호	환자와의 관계	서명
<p>안내사항(안)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 병문안객 정보는 신종 감염병 발생 등 유사시 감염경로 확인 및 감염병 확산을 막기 위한 역학조사를 하는데 필요한 최소한의 정보입니다. • 귀하의 협조가 이웃의 건강과 안전을 지키는 데 큰 도움이 될 수 있습니다. • 동 정보는 환자의 퇴원일로부터 30일이 지나면 파기합니다. 				

	의료기기 관리			
	규 정 번 호	HS 제110-06호	제 정 일	2010.01.01
	관 련 인 증 기 준	11.5 의료기기 관리	최 근 개 정 일	2022.12.27
	담 당 부 서	의공파트	시 행 일	2023.01.16
	검 토 책 임 자	병원운영회의	검 토 주 기	2년
	승 인 책 임 자	이사장	검 토 예 정 일	2024.12.01
	관 련 근 거	의료기기법, 의료기기 품목 및 품목별 등급에 관한 규정		

제 1조 목적(Purpose)

의료기기의 오작동을 예방하여 적시에 정확하게 의료기기를 사용하기 위해 예방점검 및 유지 관리를 수행하기 위함이다.

▣ 용어의 정의 (Definition)

- 1. 의료기기** : 의료기기법 제2조 제1항에 의한 사람이나 동물에게 단독 또는 조합하여 사용되는 기구·기계·장치·재료 또는 이와 유사한 제품으로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 제품을 말한다. 다만, 약사법에 따른 의약품과 의약외품 및 장애 복지법 제65조에 따른 장애인보조기구 중 의지·보조기는 제외한다.
 - 가. 질병을 진단, 치료, 경감, 처치 또는 예방할 목적으로 사용되는 제품
 - 나. 상해 또는 장애를 진단, 치료, 경감 또는 보정할 목적으로 사용되는 제품
 - 다. 구조 또는 기능을 검사, 대체 또는 변형할 목적으로 사용되는 제품
 - 라. 임신을 조절할 목적으로 사용되는 제품
- 2. 고위험 의료기기** : 식품의약품안전처 고시<의료기기 품목 및 품목별 등급에 관한 규정>에 따른 3, 4등급에 속한 의료기기 중, 환자의 생명에 직접적인 영향을 미칠 수 있으며, 전기적, 기계적, 생물학 및 화학적 요인 등 중대한 잠재적 위험요소를 가진 의료기기를 말한다.
- 3. 저위험 의료기기** : 식품의약품안전처 고시<의료기기 품목 및 품목별 등급에 관한 규정>에 따른 1, 2등급에 속한 의료기기 중, 고위험 의료기기에 속하지 않는 의료기기를 말한다.
- 4. 임의의료기기(DEMO)** : 의료진 또는 사용부서에 의해 도입되어 일정기간(4주 이내) 시험 사용하는 의료기기를 말한다.
- 5. 의공기사** : 구매/의공파트에 소속되어 의료기기의 안전관리업무를 수행하는 자를 말한다.
- 6. 예방점검** : 의료기기의 문제 발생 이전에 예방적으로 의료기기의 정상적 작동을 점검하는 것으로서, 일상점검 및 정기점검으로 사용부서 또는 의료기기 안전관리담당자가 시행한다.
- 7. 일상점검** : 사용부서에서 의료기기 사용자들에 의해 점검하는 방식으로 사용하기 전에 또는 사용 중 실시하는 점검을 일상점검이라 한다.
- 8. 정기점검** : 의료기기 전문 업체 또는 의료기기 안전관리 담당자에 의해 점검하는 방식으로 주기적으로 외관 검사, 기능점검 및 정밀검사를 실시하는 것을 말한다.
- 9. 회수(Recall) 의료기기** : 안전상의 이유 등으로 행정당국 또는 제조사에 의해 사용이 철회된 의료기기 또는 정상적인 상태로 복구하기 어려운 경우에 해당 의료기기의 사용을 중지하는 것을

말한다.

10. **임차의료기기:** 병원과 협력 업체가 임대계약을 통해 사용하는 의료기기를 의미한다.

제 2조 정책(Policy)

1. 의료기기의 관리 체계가 있다.
2. 의료기기 심의위원회를 운영한다.
3. 의료기기를 관리하는 직원은 적격한 자격이 있다.
4. 의료기기 목록을 관리한다.
5. 의료기기를 예방점검을 수행한다.
6. 의료기기를 안전하게 회수한다.
7. 의료기기 오작동 및 안전사고 발생 시 적절하게 대처한다.
8. 의료기기 부작용 발생 시 보고하고 조치한다.
9. 고위험의료기기 운영 결과를 경영진에게 보고한다.

제 3조 지침 및 절차(Guidelines & Process)

1. 의료기기 심의 위원회

가. 위원회 구성

- 1) 본 위원회는 위원장 1명을 포함하여 10명 이상 15인 이내의 위원으로 구성한다.
- 2) 본 위원회의 위원장은 이사장이 된다.
- 3) 본 위원회의 당연직 위원은
 - 가) 수련부장
 - 나) 임상지원부부서장
 - 다) 경영지원부부서장
 - 라) 간호부부서장
 - 마) 심사기록부부서장
 - 바) 의공파트담당자(의공기사)로 한다.

단, 동일과에 2명 이상의 진료과장이 있는 경우 이사장이 임명하는 1명이 당연직이 된다.

- 4) 본 위원회의 위촉직 위원은 재직 직원 중 위원회 운영에 필요하다고 인정하는 사람을 이사장이 위촉한다.
- 5) 본 위원회의 간사는 1명을 두며 구매파트장으로 한다.

나. 위원회 역할

- 1) 의료기기 도입 및 선정
- 2) 의료기기 목록 관리
- 3) 의료기기 운영 및 예방점검
- 4) 의료기기 회수절차
- 5) 의료기기 부작용 및 안전관리 모니터링, 부작용 발생 시 보고
- 6) 고위험 의료기기 관리 등

다. 위원회 운영

- 1) 정기적 회의는 반기별 개최한다.
- 2) 비정기적 회의는 위원장이 필요하다고 인정하거나 재직위원 과반수이상의 요구가 있을 때

개최할 수 있다.

- 3) 간사는 위원회 운영 결과, 위원회의 회의 결과를 회의록으로 작성하고, 위원장의 결재를 득하여 이사장에게 보고하고 이를 보관하며 직원들에게 공유할 내용은 따로 발췌하여 해당 부서 및 관련 직원에게 인트라넷을 통해 공지한다.

2. 의료기기 관리 직원

가. 직원 자격 및 면허 : 다음 각 호 중 1개 이상 자격증 소지자로 한다.

- 1) 의료기기 안전관리담당자(대한의공협회)
- 2) 의공기사 또는 의공산업기사(한국산업인력공단)

나. 교육

- 1) 의공기사 : 의료기기 관련 학술세미나, 의료기기 설명회 등 연 1회 참석
- 2) 의료기관 의료기기 안전관리자 자격(병원근무 5년 이상 취득인 경우 : 2년마다 8시간 이상 보수교육 이수)

3. 의료기기 목록관리

가. 의료기기 목록관리

- 1) 의료기기 관리직원(의공기사)은 병원의 전체 의료기기에 대한 목록을 작성하고 관리한다.
(부록1. 의료기기 자산관리대장).
- 2) 의료기기는 고위험, 저위험 의료기기, 일반 의료기기로 분류하여 관리한다.
- 3) 고위험, 저위험 의료기기는 의공파트에서 병원 내 의료기기 중에서 선정한다.
(부록2. 의료기기 등급 분류표).

나. 목록별 점검주기

- 1) 고위험 의료기기 : 연 1회(3월), 일상점검 : 매일(해당 부서)
- 2) 저위험 의료기기 : 연 1회(3월), 일상점검 : 매일(해당 부서)
- 3) 일반 의료기기 : 일상점검 매일(해당부서)

다. 목록 갱신

- 1) 정기 : 연 1회(12월) 재물조사 시
- 2) 비정기 : 목록 재검토 요청, 이관, 불용, 신규도입 및 폐기 시

4. 의료기기 운영 및 예방점검

가. 의료기기 일상점검 수행

- 1) 일상점검주기

구 분	점검주기	점검부서	확인부서
고위험의료기기	매 일	해당 부서	의공파트
저위험의료기기	매 일		
일반의료기기	매 일		

- 2) 의료기기 안전관리수칙에 따라 일상점검을 실시한다(부록3. 의료기기 안전관리수칙).
- 3) 일상점검 실시 후 구분된 의료기기에 따라 의료기기 점검일지를 작성한다.
(부록4. 의료기기 점검일지[고위험 의료기기]), (부록5. 의료기기 점검일지[저위험 의료기기]),
(부록6. 의료기기 점검일지[일반 의료기기])

나. 의료기기 정기점검 수행

1) 정기점검주기

구 분	점검주기	점검부서(기관)	문서보관
고위험의료기기	연 1회	의공파트 또는 제조사(판매사)	의공파트 / 해당 부서
저위험의료기기	연 1회		
일반의료기기	특이사항 발생 시		
임대 또는DEMO(4주이상) 의료기기	연 1회	임대 또는 DEMO 업체	

- 2) 의료기기 정기점검 업무 절차에 따라 정기점검을 실시한다(부록7. 의료기기 정기점검 업무 절차).
- 3) 영상검사 장비, 검체 검사장비의 정기점검은 해당 부서에서 관리하며 정기점검 결과를 공유한다.
- 4) 정기점검 실시 후 구분된 의료기기 정기점검 확인 라벨을 부착한다.
(부록8. 의료기기 예방점검 확인 라벨)
- 5) 정기점검 결과 문서는 의공파트, 해당부서에서 각 1부씩 보관한다.
- 6) 의공기사는 정기점검 결과 관리대장을 만들어 점검 수행부서(기관), 수행자, 점검일자, 점검 내용 등을 기록하여 관리한다.

5. 의료기기 회수

- 가. 대상 : 안전상의 이유 등으로 행정당국(식품의약품안전처장, 시/도지사, 시장, 군수, 구청장 등) 또는 제조업자등(품목허가를 받은 자, 제조업자, 수입자 등)에 의해 회수가 결정된 의료기기
- 나. 절차
회수공문 접수-> 보유량 확인 및 회수처리-> 회수 의료기기 관리기록부 작성-> 이사장 보고 및
원내 공지

6. 의료기기 오작동 및 안전사고 관리

가. 의료기기 사용 교육

- 1) 의료기기의 최초 도입 시 사용법, 취급 주의사항, 일상점검, 문제발생(오작동, 안전사고 등) 시 대처방법, 의료기기 안전관리수칙 등에 대하여 의공기사의 주관하에 사용자 교육을 실시한다.
- 2) 사용부서 직원 교육
 - 가) 신규 의료기기 도입 시 해당 의료기기업체에서 사용부서와 의공기사에게 교육을 실시한다.
 - 나) 사용자의 조작 미숙으로 발생한 고장인 경우, 의공기사는 사용자 재교육을 실시한다.
 - 다) 자주 고장이 발생하는 해당 의료기기는 사용하는 부서를 대상으로 해당 의료기기업체 또는 의공기사가 재교육을 실시한다.

7. 의료기기 부작용 발생 시 보고 및 조치

가. 원내보고 및 조치

- 1) 해당 의료기기의 문제가 발생한 경우 사용자는 즉시 의료기기 사용을 중지한다.
- 2) 의공기사는 조치사항에 따라 부품교체, 업그레이드, 대체의료기기 교환 등을 통하여 위해 발생 원인을 완전히 제거하거나 개선한 후 사용한다.
- 3) 의료기기로 인한 환자 안전사고 발생 시 환자안전사건 보고체계에 의해서 보고한다.

나. 원외보고 및 조치 식약처, 한국의료기기안전정보원

- 1) 해당 의료기기의 문제가 발생한 경우 사용자는 즉시 의료기기 사용을 중지한다.
- 2) 의공기사는 조치사항에 따라 부품교체, 업그레이드, 대체의료기기 교환 등을 통하여 위해 발생 원인을 완전히 제거하거나 개선한 후 사용한다.
- 3) 의공기사는 관련기관(한국의료기기안전정보원, 식약처 등)에 보고한다.

다. 처리결과 경영진 보고

의공기사는 ‘의료기기안전사고발생보고서’를 작성하여 부서장 및 이사장에게 보고한다.

8. 고위험 의료기기 관련 운영 경영진 보고

고위험 의료기기관련 운영결과(사용현황, 정기점검 결과, 사용연한 및 성능을 고려한 교체 필요성 등)를 의료기기(심의)위원회에 연1회 정기적으로 보고한다.

부록

1. 의료기기 자산관리대장
2. 의료기기 등급 분류표
3. 의료기기 안전관리수칙
4. 의료기기 점검일지[고위험 의료기기]
5. 의료기기 점검일지[저위험 의료기기]
6. 의료기기 점검일지[일반 의료기기]
7. 의료기기 정기점검 업무 절차
8. 의료기기 예방점검 확인 라벨
9. 의료기기 사용자 교육 일지
10. 물품 파손(폐기), 분실, 수리, 반납(회수) 보고서 양식
11. 의료기기 수리 절차
12. 의료기기 안전사고 발생 보고서
13. 의료기기 부작용 발생 시 보고체계(원내,원외)
14. 의료기기 안전사고 조치 보고서
15. 의료기기 회수 절차

관련 근거

1. 의료기기법, 의료기기 품목 및 품목별 등급에 관한 규정

부칙

1. 이 규정은 2010년 01월 01일부터 제정·시행한다.
2. 이 규정은 2014년 05월 01일부터 개정·시행한다.
3. 이 규정은 2014년 10월 01일부터 개정·시행한다.
4. 이 규정은 2018년 05월 23일 개정, 06월 01일부터 시행한다.
5. 이 규정은 2020년 05월 23일 개정, 06월 01일부터 시행한다.
6. 이 규정은 2021년 12월 28일에 개정, 2022년 01월 17일부터 시행한다.
7. 이 규정은 2022년 09월 27일에 개정, 2022년 10월 15일부터 시행한다.
8. 이 규정은 2022년 12월 27일에 개정, 2023년 01월 16일부터 시행한다.

부록2. 의료기기 등급 분류표

의료기기 등급 분류표

구 분	순번	장 비 명	점검방식	점검주기
고위험 의료기기	1	Anesthesia Machine 전신마취기	외주/예방점검	연 1회
			사용부서/일상점검	매일
	2	Defibrillator 제세동기	외주/예방점검	연 1회
			사용부서/일상점검	매일
	3	Electro Surgical Unit 전기수술기	외주/예방점검	연 1회
			사용부서/일상점검	매일
	4	Ventilator 인공호흡기	외주/예방점검	연 1회
			사용부서/일상점검	매일
	5	Dialyzer 혈액투석기	외주/예방점검	연 1회
			사용부서/일상점검	매일
	6	Hemodialysis system 인공신장기	외주/예방점검	연 1회
			사용부서/일상점검	매일
저위험 의료기기	1	Sterilizer 멸균기	외주/예방점검	연 1회
			사용부서/일상점검	매일
	2	Infusion Pump 수액주입기기	외주/예방점검	연 1회
			사용부서/일상점검	매일
	3	Patient Monitor 환자감시장치	외주/예방점검	연 1회
			사용부서/일상점검	매일
	4	Electrocardiogram 심전도검사기	외주/예방점검	연 1회
			사용부서/일상점검	매일
일반 의료기기	1	매일 사용하는 의료기기	사용부서/일상점검	매일

부록3. 의료기기 안전관리수칙

의료기기 안전관리수칙

1. 의료기기는 평평한 곳에 위치하게 하여 사용한다.
2. 의료기기 주위에 알코올, 연소성 가스, 산소 등의 가연성, 인화성 물질에 의한 화재 및 폭발 등의 위험이 있는지 확인한다.
3. 사용 전 의료기기, 부속품, 전원 플러그 등의 외관상 이상이 없는지 확인한다.
4. 부속품은 의료기기의 정상 동작을 위해 청결하게 유지한다.
5. 접지가 있는 전원 플러그와 콘센트를 연결하여 사용한다.
6. 전원 플러그나 부속품을 뽑을 때는 케이블을 잡아당기거나 무리한 힘을 주지 않도록 주의한다.
7. 전기적인 방해물 피하기 위하여 센서 케이블과 커넥터를 전원 플러그로부터 최대한의 간격을 둔다.
8. 지시음과 경고음 등은 잘 들을 수 있도록 크기를 조절하고, 전적으로 경보음에만 의존하지 않는다.
9. 전기 충격의 위험이 있으므로 기기 커버를 벗기고 사용하지 않도록 주의한다.
10. 의료기기에 각종 액체가 닿지 않도록 한다.
11. 의료기기 본체 위에 아무것도 올려놓지 않도록 한다.
12. 전원 공급 시 자가 시험을 거쳐 모든 표시 및 알람이 정상적으로 작동하는지 확인한다.
13. 부속품의 피복이 벗겨지거나 커넥터의 연결 상태가 불량하면 누설전류가 사용자에게 흐를 위험이 있으므로, 상태를 확인하고 필요 시 의료기기 안전관리 담당자에게 연락한다.
14. 일회용 부속품은 사용 후 폐기하도록 한다.
15. 배터리의 충전상태가 양호한지 표시부를 확인하여 정기적으로 체크한다.
16. 의료기기 이상 발생 시 기기 사용 중단 후 표시부의 내용을 확인하고 의료기기 안전관리 담당자에게 연락한다.
17. 본체를 청소하기 전 반드시 전원 플러그를 뽑도록 한다.
18. 세균을 없애기 위해서 소독액이 묻은 천을 사용하거나, 물을 조금 섞어 희석시킨 용액을 사용한다. (연마제나 솔벤트 등을 사용금지)
19. 청소 후에는 물기를 완전히 닦아내어 건조한 상태를 유지시켜 주도록 한다.

부록4. 의료기기 점검일지[고위험 의료기기]

의료기기 점검일지[고위험 의료기기]

- 점검시기 : 20 년 월
- 점검부서 :
- 점검기기 : 전신마취기 전기수술기 인공호흡기 혈액투석기 인공신장기
(단, 제세동기는 일일 예방점검표로 대체한다.)
- 점검기간 : 매일, 사용 전 점검 시행
- 정상일 때는 O표, 이상 발생 시는 X표를 하고 의공파트 [내선 : 6668]로 연락한다.

점검 일	외관 상태	전원 상태	기능 상태	액세 서리 상태	기타	점검 자	점검 일	외관 상태	전원 상태	기능 상태	액세 서리 상태	기타	점검 자
1일						(서명)	17일						(서명)
2일						(서명)	18일						(서명)
3일						(서명)	19일						(서명)
4일						(서명)	20일						(서명)
5일						(서명)	21일						(서명)
6일						(서명)	22일						(서명)
7일						(서명)	23일						(서명)
8일						(서명)	24일						(서명)
9일						(서명)	25일						(서명)
10일						(서명)	26일						(서명)
11일						(서명)	27일						(서명)
12일						(서명)	28일						(서명)
13일						(서명)	29일						(서명)
14일						(서명)	30일						(서명)
15일						(서명)	31일						(서명)
16일						(서명)							

20 . . 부서장 (서명)

● 점검세부사항 의공파트 (서명)

1. 외관상태 : 외관 파손 상태 및 청결 상태 확인.
2. 전원상태 : 전원케이블 연결 상태, 전원 On/Off 작동 상태, 배터리 충전 상태.
3. 기능상태 : 버튼 동작 상태, 기기 정상작동 상태.
4. 액세서리상태 : 부속품 보유 및 연결 상태 확인.

부록5. 의료기기 점검일지[저위험 의료기기]

의료기기 점검일지[저위험 의료기기]

- 점검년도 : 20 년
- 점검부서 :
- 점검기기 : 환자감시장치 수액주입기기 심전도검사기 기타
(단, 멸균기는 자체 부서 양식으로 대체한다.)
- 점검기간 : 매일, 사용 전 점검 시행
- 정상일 때는 O표, 이상 발생 시는 X표를 하고 의공파트 [내선 : 6668]로 연락한다.

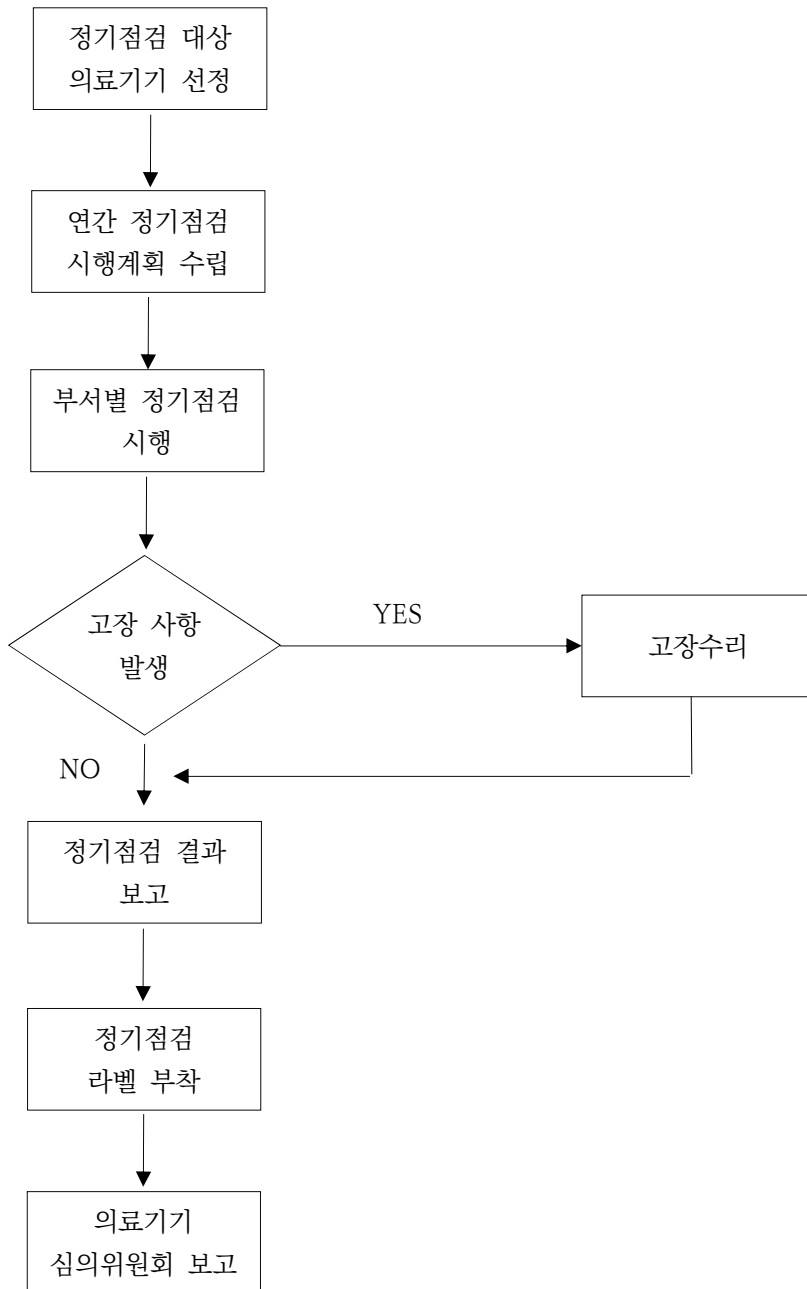
점검 일	외관 상태	전원 상태	기능 상태	액세 서리 상태	기타	점검 자	점검 일	외관 상태	전원 상태	기능 상태	액세 서리 상태	기타	점검 자
1일						(서명)	17일						(서명)
2일						(서명)	18일						(서명)
3일						(서명)	19일						(서명)
4일						(서명)	20일						(서명)
5일						(서명)	21일						(서명)
6일						(서명)	22일						(서명)
7일						(서명)	23일						(서명)
8일						(서명)	24일						(서명)
9일						(서명)	25일						(서명)
10일						(서명)	26일						(서명)
11일						(서명)	27일						(서명)
12일						(서명)	28일						(서명)
13일						(서명)	29일						(서명)
14일						(서명)	30일						(서명)
15일						(서명)	31일						(서명)
16일						(서명)							

20 . . . 부서장 (서명)

● 점검세부사항 의공파트 (서명)

1. 외관상태 : 외관 파손 상태 및 청결 상태 확인.
2. 전원상태 : 전원케이블 연결 상태, 전원 On/Off 작동 상태, 배터리 충전 상태.
3. 기능상태 : 버튼 동작 상태, 기기 정상작동 상태.
4. 액세서리상태 : 부속품 보유 및 연결 상태 확인.

부록7. 의료기기 정기점검 업무 절차



부록8. 의료기기 예방점검 확인 라벨

1. 고위험/저위험 의료기기 예방점검 확인 라벨

의료기기 예방점검			
점검부서(기관)		적합 여부	
점검자			
점검일자	. . .	적 합	부 적 합
다음점검일자	. . .		

고위험 의료기기의 경우에는 빨간색, 저위험 의료기기의 경우에는 노란색 스티커로 제작한다.

2. 부착방법

예방점검 완료 후 점검부서(기관), 점검자, 점검일자, 점검주기, 적합여부를 예방점검 확인라벨에 기록하여 의료기기의 잘 보이는 곳에 부착한다.

부록9. 의료기기 사용자 교육 일지

의료기기 사용자 교육 일지

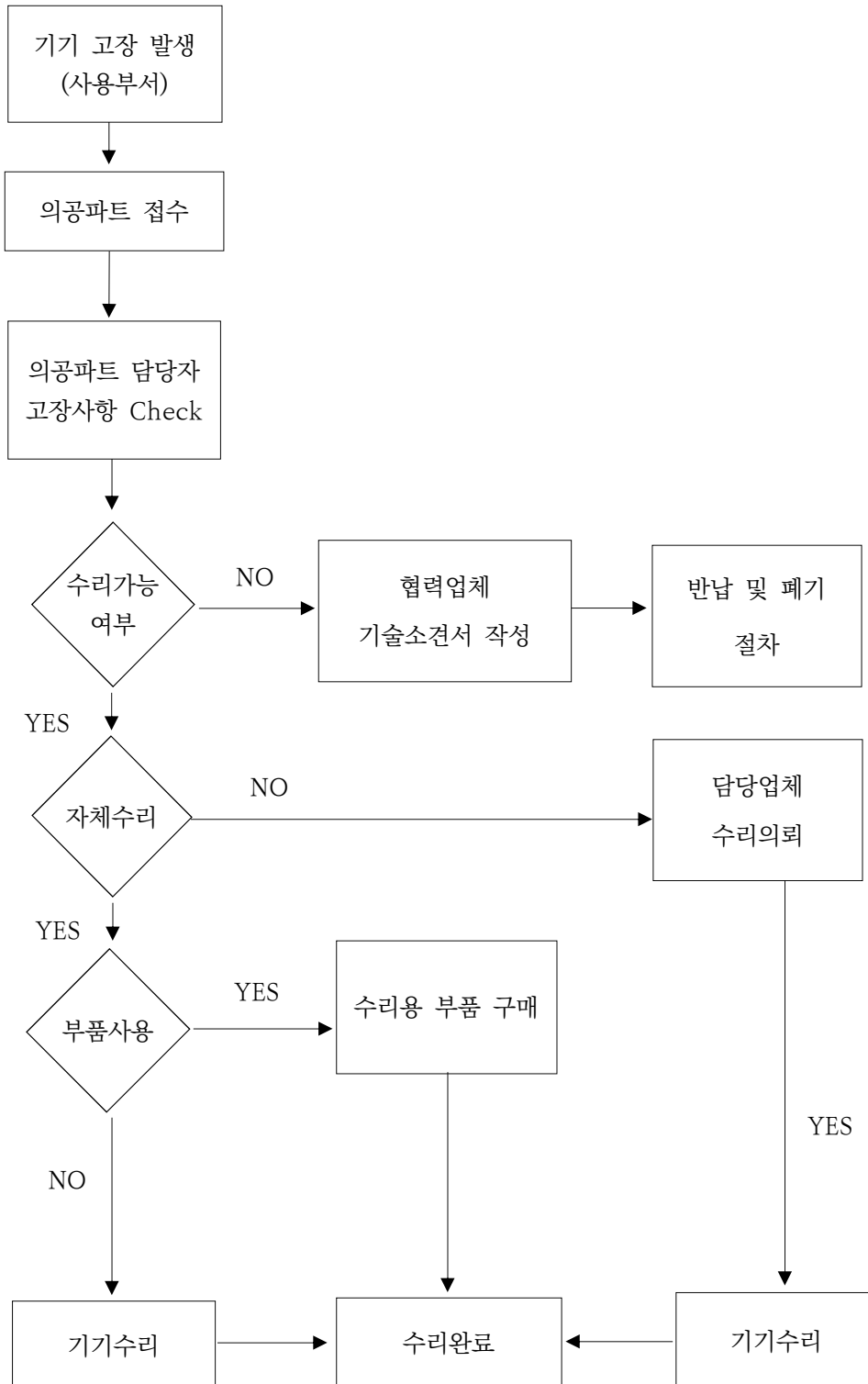
▶ 의료기기 사용자 교육을 아래와 같이 실시함.

분류	<input type="checkbox"/> 신규입사 <input type="checkbox"/> 최초 도입 <input type="checkbox"/> 사용 미숙		
부서			
일시	년 월 일		
교육 담당자	<input type="checkbox"/> 부서장 <input type="checkbox"/> 의공파트 <input type="checkbox"/> 판매업체 또는 제조사		
이름	서명	이름	서명

부록10. 물품 파손(폐기), 분실, 수리, 반납(회수) 보고서 양식

물 품	<input checked="" type="checkbox"/> 파손(폐기) <input type="checkbox"/> 분실 <input type="checkbox"/> 수리 <input type="checkbox"/> 반납(회수)	보고서	결	팀장	이사	이사장
			제			
보고부서		보고일자		지급일자		
담당자	(서명)	소속장		부서장		(서명)
품 목 명		규 격	수 량	단 가	금 액	비 고
					-	
					-	
					-	
					-	
					-	
					-	
					-	
					-	
					-	
			합 계		-	
※ 보고사유(육하원칙에 따라 자세히 기술)						
※ 첨부내역(견적서/키다로그/샘물사진 외)						
※ 구매/외공(처리) 담당부서 의견						
<input checked="" type="checkbox"/> 이사장님 지시사항						
양식번호 : S9a0221 효성병원						

부록11. 의료기기 수리 절차



의료기기 안전사고 발생 보고서

총 무 팀 장	경영지원부 이 사	이 사 장

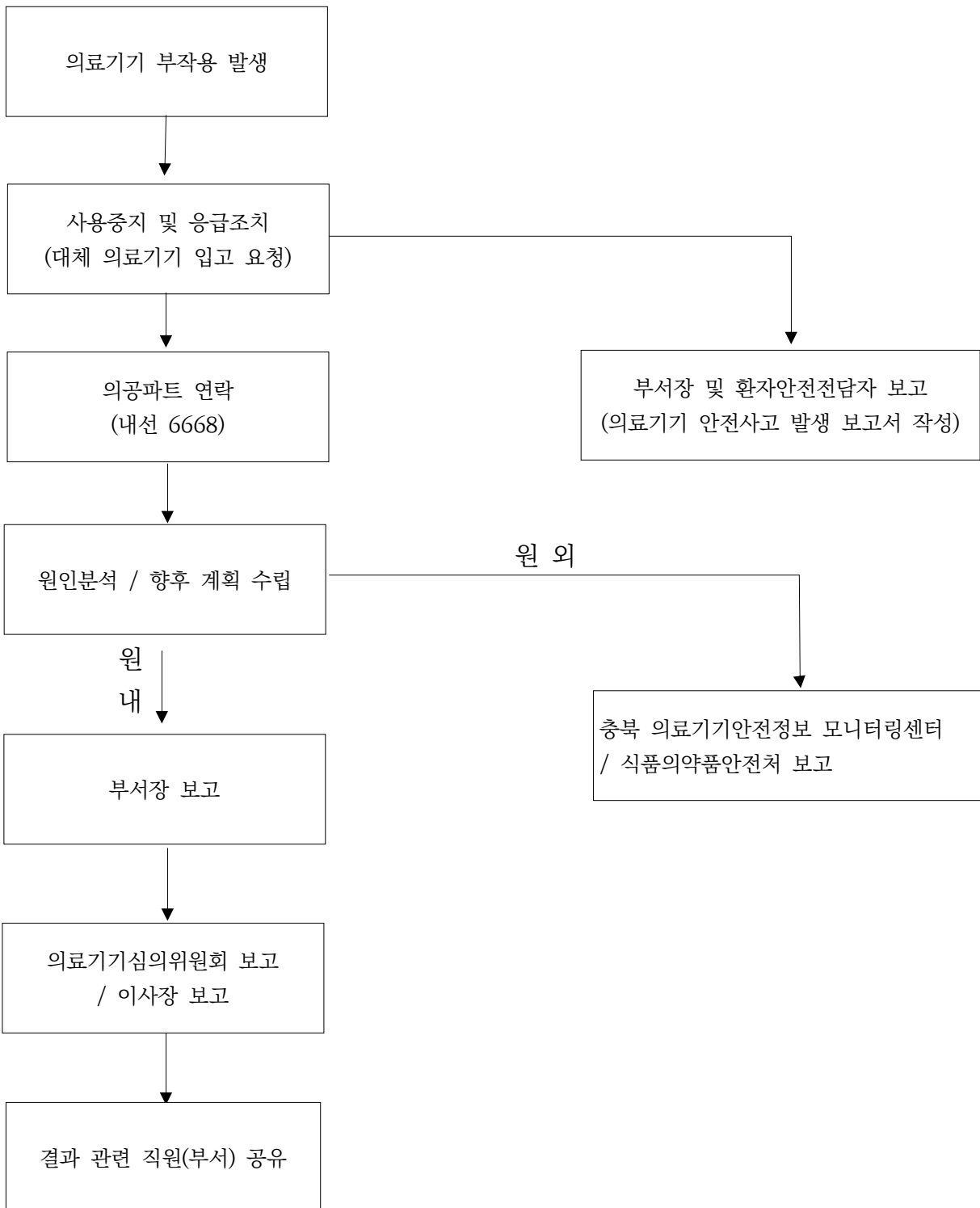
오작동 부작용

보고자 :

의공기사 :

분류	내 용
발생일시	년 월 일
자산번호	
사용부서	
제 품 명	
모 델 명	
제 조 사	
구입일자	
구입업체	
구입금액	
사고 개요	
안전관리 담당자 점검 내용	
조치 계획	

부록13. 의료기기 부작용 발생 시 보고체계(원내,원외)



부록14. 의료기기 안전사고 조치 보고서

의료기기 안전사고 조치 보고서

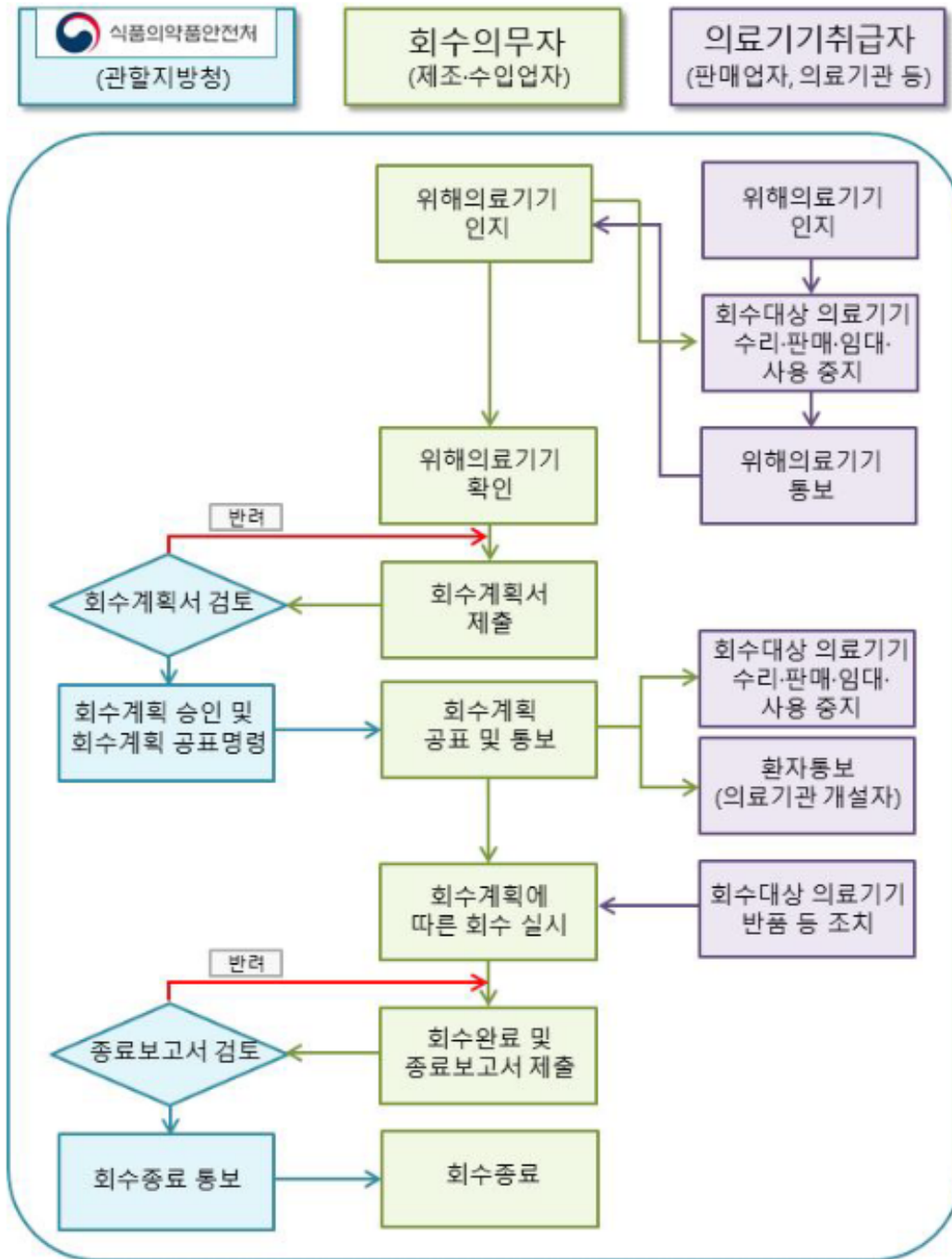
총 무 팀 장	경영지원부 이 사	이사장


오작동 부작용

의공기사 :

분류	내용
발생일자	년 월 일
조치일자	년 월 일
사용부서	
제 품 명	
모 델 명	
제 조 사	
구입일자	
구입업체	
구입금액	
사고 개요	
조치 사항	
결과	

부록15. 의료기기 회수 절차



	화재안전 관리활동			
	규 정 번 호	HS 제110-07호	제 정 일	2010.01.01
	관 련 인 증 기 준	11.6.1 화재안전 관리활동	최 근 개 정 일	2022.12.27
	담 당 부 서	시설관리팀	시 행 일	2023.01.16
	검 토 책 임 자	병원운영회의	검 토 주 기	2년
	승 인 책 임 자	이사장	검 토 예 정 일	2024.12.01
	관 련 근 거	화재예방, 소방시설 설치·유지 및 안전관리에 관한 법률		

제 1조 목적(Purpose)

환자와 직원을 화재로부터 보호하며 안전한 의료서비스 환경을 제공하기 위해 인화성 위험물질등을 관리하여 화재예방, 조기탐지와 진압, 안전한 대피로를 확보하고, 화재안전 관리 활동을 수행하기 위함이다.

▣ 용어의 정의

- 피난층** : 곧바로 지상으로 갈 수 있는 출입구가 있는 층을 말한다.
(소방시설 설치·유지 및 안전관리에 관한 법률시행령 제2조)
- 비상계단** : 화재 시 피난층으로 피난 할 수 있는 계단을 말한다.
- 안전구획(피난안전구역)** : 화재시의 피난 경로가 되는 복도 등을 다른 부분과 방화상, 방연(防煙)상 유효하게 구획하여 일시적으로 안전한 장소로 하는 것 또는 그 구획된 장소를 말한다.

제 2조 정책(Policy)

- 화재안전관리 계획이 있다.
- 화재 예방점검을 수행한다.
- 소방훈련을 실시한다.
- 소방안전 교육을 시행한다.
- 직원은 화재 발생 시 대응체계를 알고 있다.

제 3조 지침 및 절차(Guidelines & Process)

1. 소방안전관리자

- 가. 소방안전관리자는 이사장의 관리감독을 받아야 하며 이사장은 특별한 경우를 제외하고는 소방안전 업무에 관한 소방안전관리자의 의견을 수락, 반영하여야 한다.
- 나. 소방안전관리자는 해당 직무와 관련하여 전 직원을 지휘, 통솔할 수 있다.
- 다. 소방안전관리자는 화재예방을 위하여 평상 시 소방시설을 정기적으로 점검하고 관계자에 대한 교육 훈련은 물론 유사 시 초동대응을 할 수 있도록 지도, 감독하여야 한다.
- 라. 소방안전관리자 및 보조자의 선임기준은 “화재의 예방 및 안전관리에 관한 법률시행령 별표4”의 기준에 따라 선임한다.

2. 화재안전 관리 연간 계획 수립

가. 화재안전 관리 연간 계획은 화재예방점검, 소방안전 교육 및 훈련, 시행시기, 예산 등을 포함하여 수립한다.

- 1) 소방안전관리대상물의 위치·구조·연면적·용도 및 수용인원 등 일반현황을 포함
- 2) 방화구획, 제연구획, 건축물의 내부 마감재료(불연재료·준불연재료 또는 난연재료로 사용된 것을 말한다) 및 방염물품의 사용현황과 그 밖의 방화구조 및 설비의 유지·관리계획
- 3) 소방안전관리대상물에 설치한 소방시설·방화시설, 전기시설·가스시설 및 위험물 시설의 현황 포함.
- 4) 화재 예방을 위한 자체점검계획 및 진압대책
- 5) 소방시설·피난시설 및 방화시설의 점검·정비계획
- 6) 피난층 및 피난시설의 위치와 피난경로의 설정, 장애인 및 노약자의 피난계획 등을 포함한 피난계획
- 7) 소방훈련 및 교육에 관한 계획
- 8) 특정소방대상물의 근무자 및 거주자의 자위소방대 조직과 대원의 임무(장애인 및 노약자의 피난 보조임무를 포함한다)에 관한 사항
- 9) 증축·개축·재축·이전·대수선 중인 특정소방대상물의 공사장 소방안전관리에 관한 사항
- 10) 소화와 연소방지에 관한 사항
- 11) 위험물의 저장·취급에 관한 사항
- 12) 소방안전관리를 위하여 소방본부장 또는 소방서장이 소방안전관리대상물의 위치·구조·설비 또는 관리 상황 등을 고려하여 소방안전관리에 필요하여 요청하는 사항 등

3. 화재예방점검

가. 소방시설 작동기능점검(법정점검)

- 1) 작동기능점검은 소방시설 등을 인위적으로 조작하여 정상작동 여부를 점검하는 것을 말한다.
- 2) 연 1회(상반기) 실시하고 그 결과를 2년간 보관하며 또한 이사장, 관할 소방서(30일 이내)에 보고한다.

나. 소방시설 종합 정밀점검(법정점검)

- 1) 종합 정밀점검은 소방시설 등의 작동기능점검을 포함하여 소방 설비별 주요 구성품의 구조 기준이 화재안전기준에 적합한지 여부를 점검하는 것을 말한다.
- 2) 연 1회(하반기) 실시하고 그 결과를 2년간 보관하며 이사장, 관할소방서에 보고한다.
- 3) 소방시설 종합 정밀점검은 소방시설 작동 기능점검과 6개월의 시간차를 두고 시행한다.

다. 자가점검

1) 소방시설물별 점검계획(부록2. 소방시설 월간 점검표)

구분	설비명	점검주기	점검방법
소화설비	분말소화기	매월1회	외관점검표
	자동확산소화기	매월1회	외관점검
	CO2소화기/하론소화기	매월1회	외관점검표
	옥내소화전	매월1회	외관점검표
	스프링쿨러/알람벨브	년2회	작동기능점검 및 종합정밀점검
	소방펌프	매월1회	외관점검
경보설비	자동화재감지기(회로)	년2회	작동기능점검 및 종합정밀점검
	벨(스피커)	년2회	작동기능점검 및 종합정밀점검
	비상방송설비	년2회	작동기능점검 및 종합정밀점검
	자동화재경보설비	년2회	작동기능점검 및 종합정밀점검
	가스누설경보기	년2회	자체점검
	시각경보기	년2회	작동기능점검 및 종합정밀점검
	자동화재속보설비	년2회	작동기능점검 및 종합정밀점검
피난구조설비	유도등	수시	자체점검
	비상조명등	수시	자체점검
	구조대	년2회	작동기능점검 및 종합정밀점검
	비상계단	수시	자체점검
	인명구조기구	년2회	작동기능점검 및 종합정밀점검
소화용수	저수조	매월1회	자체점검
	소화수조	매월1회	자체점검
소화활동설비	방화셔터	매월1회	자체점검
	연결송수관 (스프링쿨러, 옥내소화전)	년2회	작동기능점검 및 종합정밀점검
방화시설	방화문	수시	자체점검

2) 대피로 및 비상구 점검

가) 소방시설 일일점검: 방화순찰(보안요원 및 시설관리팀)

- (1) 화재예방 순찰은 각 병동 및 외각의 위험요소, 취약지역 및 대피로와 비상구를 순찰하고 그 결과를 기록·유지한다.
- (2) 화재예방순찰 방법은 상시 각 병동별로 순찰하고 순찰 중 특이 사항 발견 즉시 시정 또는 보고하여 안전조치하도록 하며 일지에 기록한다.

나) 소방시설 일일점검(글로벌효성메디컬센터)

글로벌효성메디컬센터는 '일일안전점검표'를 이용하여 일일안전점검을 실시한다.

(부록3. 일일안전점검표)

3) 예방점검 결과에 따른 유지 및 개선활동

- 가) 화재예방점검(작동기능점검, 종합정밀점검) 후 점검결과를 기재한 '소방시설점검결과보고서'를 관할소방서에 7일 이내에 제출한다. 관할소방서 및 점검대행자의 점검 결과 지적된 고장 또는 기준 미달의 소방시설에 대하여는 즉시 시정 또는 단기에 단계적으로 보완 조치한다.
- 나) 자체 점검결과 고장 또는 성능 미달의 소방시설에 대하여는 경영진에게 보고하고 즉시 정비 보완하고 소방시설 점검기록부에 기록 유지한다.
- 다) 소방시설의 공사 또는 정비 시 소방 설비 공사업 등의 면허증 소지자를 선정하여 실시한다.

4. 소방안전 교육 및 훈련

가. 소방안전교육: 신규입사자는 입사 시, 재직 직원은 연 1회 이상 실시하며 아래의 내용을 포함한다.

1) 화재발생 시 대응 체계

- 가) 신고체계
- 나) 피난층 위치, 안전구획위치, 피난시설의 위치와 피난경로
- 다) 직원의 업무분담, 환자 및 직원 등의 대피 장소에 대한 배치
- 라) 환자 유형별 대피계획 및 환자후송
- 마) 소화기 및 옥내소화전 사용법
- 바) 산소 등 의료 가스의 안전한 보관 및 취급 방법 등

나. 소방훈련 : 연 1회 실시하며 관할소방서의 계획에 의한 합동소방훈련과 병행할 수 있다.

- 1) 소화설비나 기구 등의 사용 요령을 익히는 훈련은 소방안전교육에 포함하여 실시한다.
- 2) 종합훈련은 119화재신고, 소화, 대피유도, 응급처치, 복구 등에 대한 가상훈련내용을 포함한다. (관할 소방서의 참관/합동훈련)
- 3) 소방훈련결과를 기록하고 2년간 보관하여야 한다.
- 4) 소방훈련을 실시하는 관계인은 소방훈련에 필요한 장비, 비품 등을 갖춘다.

5-1. 화재발생 시 대응체계(효성병원)

가. 환자(보호자)의 대처요령안내

입원생활안내문을 통해 안내하며, 직원의 안내에 따르도록 한다.

나. 신고체계(부록4. 화재신고체계(효성병원)) : (주간, 야간, 공휴일 시간대 동일)

- 1) 화재 시 최초발견자는 “불이야” 하고 외쳐 주변에 신속하게 알리고, 가까운 위치의 소화전 발신기를 누르고 주변근무자를 한명을 지정하여 소방서(119)에 신고하도록 한다.
- 2) 1인 혹은 2인 근무일 경우 우선순위는 상황전파, 119신고, 초기진화, 대피유도의 순서로 진행한다.
- 3) 발신기 작동 시 속보기를 통해서도 소방서에 화재신고가 들어간다.
- 4) 최초발견자는 상황전파 후 초기진화(ex. 소화기)를 시도하며, 주변 근무자는 "code red" 상황임을 원무부 ☎1050으로 연락하여 전파한다.(일과 외 시간: ☎6120)
- 5) 원무부에서는 "code red + 위치"를 3회 반복 방송을 하며 화재발생 접수를 받은 원무부 직원은 소방안전관리자에게 연락하고 유관기관에 화재 사고 발생을 신고한다.
- 6) 자위소방대는 “code red + 위치” 방송과 동시에 소집 발동된다.

7) 소방안전관리자는 즉시 현장에 출동하여 자위소방대를 지휘한다.

다. 피난층 위치, 안전구획, 피난구조설비

화재가 발생하여 소화기 등을 이용한 초기화재진압에 실패한 경우 피난을 실시한다.

1) 피난층: (A, C, 신축)동의 1층과 응급실이 속해있는 신축동의 B₁층

가) 화재 시 대피 우선순위

- (1) 1순위 : 화재 발생층(발화층) 인원 대피 유도
- (2) 2순위 : 화재 발생층의 직상층 인원 대피 유도
- (3) 3순위 : 화재 발생층의 상층부 인원 대피 유도

2) 안전구획 : 화재 시 피난 경로가 되는 복도, 계단 등을 다른 부분과 방화, 방염 상 유효하게 구획하여 일시적으로 안전한 장소

- (1) 복도
- (2) 피난계단(A동, B동, C동, 신축동)

3) 피난구조 설비 : 화재가 발생한 경우 피난하기 위해서 사용하는 설비 또는 기구로 구조대, 피난계단, 유도등, 비상조명등, 방열복, 공기호흡기, 휴대용 비상 조명 등을 말한다.

가) 피난시설의 위치

- (1) 구조대(신축동) : 3층(2개), 5층(2개), 7층(2개), 옥상(1개)
- (2) 유도등 : 비상구의 피난구 유도등 및 복도, 통로 유도 등
- (3) 인명구조 장비 : 본원-방열복 및 공기호흡기(신축동 2,7층의 엘리베이터 홀)
 글로벌효성메디컬센터-방열복 및 공기호흡기(2, 4층)

나) 피난 경로

A,B,C, 신축동	피난경로	피난시설	피난시설 위치
8F	- C동: 비상계단 및 운동경사로를 통해 1층으로 대피하며 대피로 차단 시에 옥상으로 대피한다. - 신축동: 비상계단을 통해 대피하며 대피로 차단 시에 옥상으로 대피한다.	구조대1	옥상 1개
7F	- A동: 비상계단을 통해 1층으로 대피하며 대피로 차단 시 C동과 신축 동의 연결통로를 이용하여 이동하여 대피한다. - C동: 비상계단을 통해 1층으로 대피하며 대피로 차단 시 A동과 신축동의 연결통로를 이용하여 대피한다. - 신축동: 비상계단을 통해 대피하며 대피로 차단 시 A동과 C동의 연결통로를 이용하여 대피한다.	구조대2	77병동 화장실 옆1개, 77병동 휴게실1개
5F	- A동: 비상계단을 통해 1층으로 대피하며 대피로 차단 시 C동과 신축동의 연결통로를 이용하여 이동하여 대피한다. - C동: 비상계단을 통해 1층으로 대피하며 대피로 차단 시 A동과 신축동의 연결통로를 이용하여 대피한다. - 신축동: 비상계단과 비상계단을 통해 대피하며 대피로 차단 시 A동과 C동의 연결통로를 이용하여 대피한다.	구조대2	57병동 화장실 옆 1개, 57병동 휴게실1개

A,B,C, 신축동	피난경로	피난시설	피난시설 위치
3F	<ul style="list-style-type: none"> - A동: 비상계단을 통해 1층으로 대피하며 대피로 차단 시 C동과 신축동의 연결통로를 이용하여 이동하여 대피한다. - C동: 비상계단을 통해 1층으로 대피하며 대피로 차단 시 A동과 신축동의 연결통로를 이용하여 대피한다. - 신축동: 비상계단을 통해 대피하며 대피로 차단 시 A동과 C동의 연결통로를 이용하여 대피한다. - B동: 비상계단과 비상계단을 통해 대피하며 대피로 차단 시 옥상으로 대피한다. 	구조대2	37병동 화장실 옆 1개, 37병동 C동과신축동의 연결통로 옆 1개
2F	<ul style="list-style-type: none"> - A동: 비상계단을 통해 1층으로 대피하며 대피로 차단 시 C동의 중환자실과 신축동 수술실의 연결통로를 이용하여 대피한다. - C동: 비상계단을 통해 1층으로 대피하며 대피로 차단 시 A동과 신축동의 연결통로를 이용하여 대피한다. - 신축동: 비상계단을 통해 대피하며 대피로 차단 시 A동과 C동의 연결통로를 이용하여 대피한다. - B동: 비상계단과 비상계단을 통해 대피하며 대피로 차단 시 옥상으로 대피한다. 		
1F	동, 남, 북 3개의 출입문을 통해 밖으로 대피한다.		
B ₁ F	<ul style="list-style-type: none"> - A동: 비상계단을 통해 1층으로 대피하며 대피로 차단 시 C동과 신축동의 연결통로를 이용하여 대피한다. - C동: 운동경사로를 통해 1층으로 대피하며 대피로 차단 시 A동과 신축동의 연결통로를 이용하여 대피한다. - 신축동: 응급실의 비상계단 및 출입문을 통해 대피하며 대피로 차단시 A동과 C동의 연결통로를 이용하여 대피한다. 		
B ₂ F	-신축동: 비상계단을 통해 대피한다.		

다. 직원의 업무분담, 환자 및 직원 등의 대피 장소에 대한 배치

- 1) 지휘 : 화재발생 부서의 부서장(부서장 부재 시 근무 직원 중 가장 상급 직원)이 지휘하며 소방안전 관리자가 도착하면 지휘권을 변경한다.
- 2) 화재 발생 시 직원의 업무 분담
 - 가) 부서별 임무는 각 층별로 행동 매뉴얼에 따라 초기진화 및 환자대피 임무를 수행한다. (부록9. 부서별 자위소방인원편성), (부록11. 병동 화재 시 행동요령), (부록12. 각 부서 화재 시 초기대응체계)
 - 나) 화재 발생층의 아래층은 초기 소방 활동 및 환자대피 지원임무를 수행한다.
 - 다) 화재 발생층의 위층은 환자대피 임무를 우선적으로 수행한다.
 - 라) 화재 발생 시 소방시설 최초 수행책임자는 다음과 같다.

〈 화재 발생 시 소방시설 최초 수행책임자 〉

구분	수행책임자	
	평일 주간	야간 / 공휴일
펌프 동작	시설관리팀	시설관리팀 당직자
의료가스 전체차단	가스안전관리자	시설관리팀 당직자
의료가스 병동차단	각 층 근무 선임자	
승강기 운행중지	원무부	
비상전원 확보자	시설관리팀	시설관리팀 당직자
비상구 개방자	각 층 근무자	
방화문 및 방화셔터	각 층 근무자	
화재 비상방송	원무부 (내선 일과시간:☎1050/ 그 외 시간:☎6120)	

마) 자위소방대는 소방안전관리자의 지시에 따라 임무를 수행한다.

바) 자위소방대의 조직 및 임무

자위소방대원은 소방훈련 또는 화재 발생 시에 다음의 임무를 성실히 수행하여야 하고 소방차가 신속히 진입할 수 있도록 유도한다.

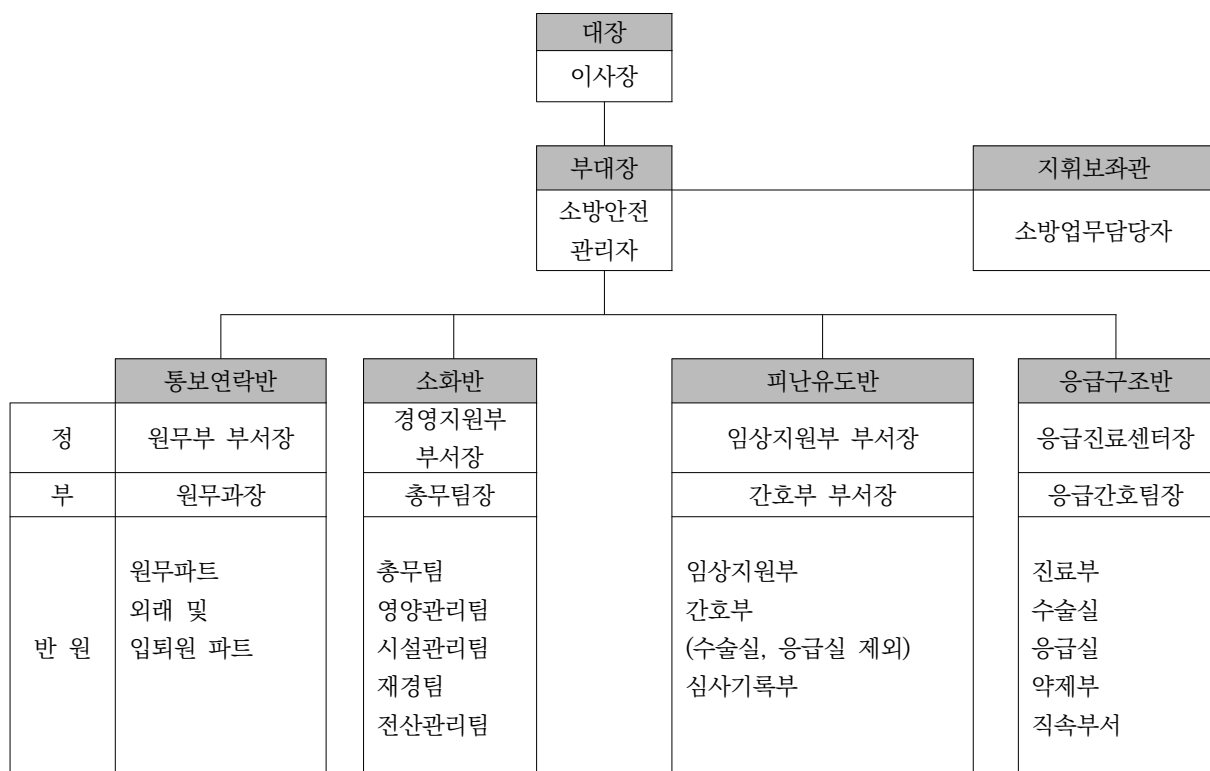
사) 병동의 경우 병동대응체계를 자위소방대보다 우선하도록 한다.

(부록10. 병동 내 자위소방인원 편성), (부록11. 병동 화재 시 행동요령)

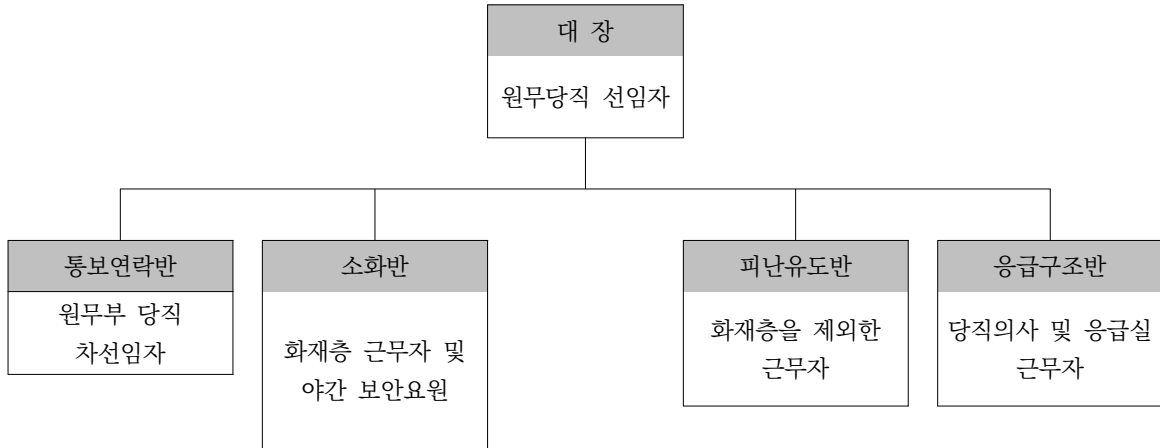
아) 최종집결지 : 병원 앞 공영주차장(부록8. 임시진료소 및 대피장소)

자) 효성병원 자위소방대 조직도(부록6. 자위소방대조직도 (효성병원))

(1) 주간



(2) 야간, 공휴일



차) 조직별 임무

(1) 이사장

화재 현장의 지휘 및 감독을 한다.

(2) 소방안전 관리자

각 반별 임무를 총괄한다.

(3) 통보 연락반

(가) 119신고, 건물 내 화재 발생 통보

(나) 유관기관 및 관계자에게 통보연락

(다) 필요시 임시진료소를 설치하며 119소방차의 원활한 진입을 위한 교통정리를 한다.

(라) 임무수행 후 피난유도반으로 전환한다.

(4) 소화반

소화기, 옥내 소화전을 사용하여 화재 진압

(가) 소화기 사용법

-1단계: 소화기 정상 압력(녹색 게이지)을 확인한다.

-2단계: 화재 발생장소로 옮긴 후 안전핀을 뽑는다.

-3단계: 호스를 화점을 향한 후 손잡이를 잡고 비로 쓸듯 뿌린다.

(나) 소화전 사용법

-1단계: 2인1조로 한조가 되며, 옥내소화전을 열고 1인이 소방호스와 노즐을 들고 화재현장으로 가며, 나머지 1인은 소화전에서 대기한다.

-2단계: 화재현장에 도착 후 대기 중인 1인에게 신호를 보내 벨브를 개방하고 화점에 방사한다. (관창을 조절하여 방사량 조절)

(5) 피난 유도반

(가) 환자, 보호자, 내원객을 대피 유도

(나) 방화문 폐쇄, 가스 · 위험물 제거

(다) 중요물품 안전한 장소로 이동

(6) 응급구조반

(가) 부상자 응급조치

(나) 병원 긴급 후송

카) 직종별 임무 : 전 직원은 초기화재 진압 임무를 가진다.

- (1) 의사직 : 부상자 응급조치
- (2) 간호직 : 환자 대피 유도 및 초기 진화
- (3) 행정직 및 기타 : 화재 진압, 복구, 인명구조 및 경계

타) 비상연락은 각 단계별로 상황 발생 시 유·무선을 이용하여 원무부 근무자가 전파한다.

단 계	상 황	소 집 대 상 자
1단계	소규모 화재 (초기진화 가능)	시설관리팀, 원무부
2단계	유관기관 지원필요	비상연락망에 등재된 전 직원

라. 환자 및 직원 등의 대피장소와 배치계획

- 1) 화재 시 병원 남문 측 국가유공자주차장에 임시진료소를 설치하며 임시진료소는 지휘본부를 겸한다.
- 2) 자위소방대의 피난 유도반은 환자 및 보호자를 임시진료소로 피난 유도한다.
- 3) 자위소방대의 응급구조반은 임시진료소에서 후송계획에 따른 임무를 수행한다.

마. 피난계획

- 1) 환자의 분류(환자 입원 시 병실 입구 환자이름표에 표기)
 - 가) 1군 : 혼자서 움직일 수 있는 환자
 - 나) 2군 : 보호자나 간호사의 도움을 받아 움직일 수 있는 환자
 - 다) 3군 : 중환자로서 들것 등으로 이동을 할 수 있는 환자

바. 환자 유형별 대피방법

- 1) 1,2군은 피난경로로 유도하며, 보행이 가능하나 부축이 필요한 환자는 부축하여 유도한다.
- 2) 3군 환자는 4인 1조로 편성하여 들것을 이용하여 비상계단으로 대피시키고, 비상계단이용이 어려울 경우 구조대를 통해 대피시키도록 한다. 또한 인공호흡기가 필요한 환자는 포터블 산소와 Ambu bagging하여 이동한다.(Ambu bag의 경우 ER카트에 한 개씩 비치되어 있으며 중환자실의 경우 별도로 5개를 보관하여 관리하도록 한다)
- 3) 소아환자는 안거나 등에 업고 대피한다.
- 4) 환자우선 대피 순위는 1군 > 2군 > 3군 순으로 우선한다.
- 5) 보호자 및 내원객은 1,2군에 준하여 대피시키도록 한다.

사. 환자 후송계획

- 1) 중환자실 및 응급실, 수술실의 모든 환자는 충북대학교 병원으로 후송하고, 화상환자는 베스티안병원으로 이송한다.
- 2) 1군 및 2군은 피난층을 통해서 임시진료소로 이동한다.
- 3) 3군 : 성모병원, 하나병원, 한국병원, 청주의료원, 기타 인근 병의원 등으로 후송 조치한다.
- 4) 후송책임자

주	부
응급진료센터장	응급간호팀장

※ 후송조: 자위소방대의 응급구조반 대원

5) 후송수단 : 앰블란스 → 119구급차 → 기타 운송수단

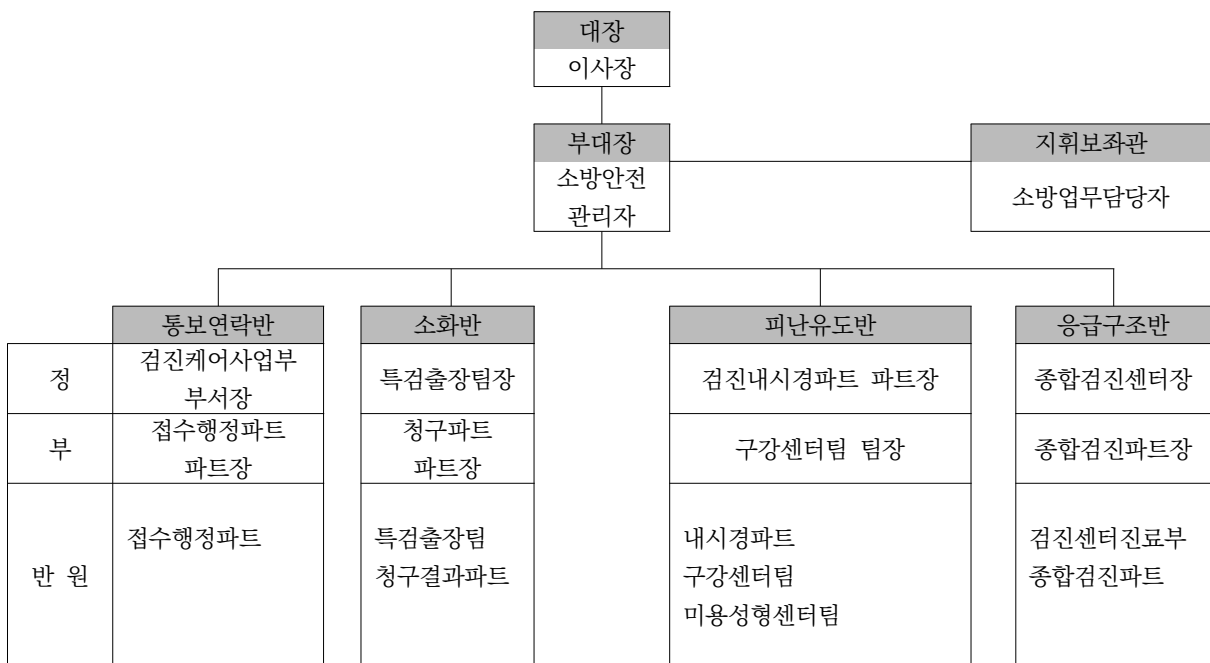
병원	대표전화
충북대학교병원	☎ 043)269-6114
베스티안병원	☎ 043)910-7575
한국병원	☎ 043)259-2000
청주의료원	☎ 043)279-0114
성모병원	☎ 043)219-8000
하나병원	☎ 043)230-6114

5-2. 화재발생 시 대응체계(글로벌효성메디컬센터)

가. 신고체계(부록5. 화재신고체계 (글로벌효성메디컬센터))

- 1) 화재 시 최초발견자는 “불이야” 하고 외쳐 주변에 신속하게 알리고, 가까운 위치의 소화전 발신기를 누르고 주변 근무자를 한명을 지정하여 소방서(☎119)에 신고하도록 한다.
- 2) 1인 혹은 2인 근무일 경우 우선순위는 상황전파, 119신고, 초기진화, 대피유도의 순서로 진행한다.
- 3) 발신기 작동 시 속보기를 통해서도 소방서에 화재신고가 들어간다.
- 4) "code red"를 들은 주위 근무자는 즉시 검진센터 1층 사무실(내선 ☎6820)에 방송을 요청한다.
- 5) 검진센터 1층 사무실 근무 직원은 "code red + 위치"를 3회 반복 방송을 하며 화재 발생 접수를 받은 근무자는 소방안전관리자에게 연락하고 유관기관에 신고한다.
- 6) 자위소방대는 “code red + 위치” 방송과 동시에 소집 발동된다.
- 7) 소방안전관리자는 즉시 현장에 출동하여 자위소방대를 지휘한다.
- 8) 통보연락반장은 이사장 및 자위소방대 각 반장에게 유무선으로 통보하며 유관 기관에 화재 발생을 신고한다.

나. 자위소방대 조직도(글로벌효성메디컬센터)



다. 피난계획

- 1) 피난층은 1층으로 하며 피난층을 통한 대피가 어려울 경우 옥상으로 대피한다.
- 2) 피난은 1차적으로 수평이동 피난을 하며 2차적으로 수직이동 피난을 한다.
- 3) 피난경로는 층별 소방대피 안내도에 의거하며 피난순서는
 - 가) 도보 이동 가능환자 → 휠체어 이용환자 → 들것 이용환자
 - 나) 노약자, 어린이 → 여자 → 남자
 - 다) 발화층 → 직상층 → 상층부 → 하층부

라. 환자, 내원객(검진) 및 직원 등의 대피 장소에 대한 배치계획

: 임시진료소(지휘 본부를 겸함)-글로벌메디컬센터주차장(부록8. 임시진료소 및 대피장소)

마. 유형별 대피계획 및 환자 후송계획

- 1) 보행이 가능한 환자, 내원객(검진)은 피난경로로 유도한다.
- 2) 보행이 가능하나 부축이 필요한 환자, 내원객(검진)은 부축하여 유도한다.
- 3) 침대 혹은 들것이 필요한 환자는 2인 1조로 편성하여 비상계단 등을 이용한다.
- 4) 소아환자는 안거나 등에 업고 대피한다.
- 5) 환자 및 내원객(검진)의 유형
 - (가) 1군 : 혼자서 움직일 수 있는 환자 및 내원객(검진)
 - (나) 2군 : 보호자나 간호사의 도움을 받아 움직일 수 있는 환자 및 내원객
(검진내시경 검사)
 - (다) 3군 : 중환자로서 들것 등으로 이동을 할 수 있는 환자
- 6) 환자 후송계획
 - (가) 중환자 및 응급환자는 본원(효성병원)으로 후송한다.
 - (나) 1군 및 2군은 피난층을 통해서 임시진료소로 이동한다.
 - (다) 3군 : 본원(효성병원)으로 후송 조치한다.
- 7) 후송책임자

주	부
종합검진센터장	종합검진파트 간호사

※ 후송조: 자위소방대의 응급구조반 대원

- 8) 후송수단 : 앰블란스 → 119구급차 → 기타 운송수단

6. 산소 등 의료가스의 안전한 보관 및 취급방법

가. 산소통 보관방법

- 1) 그늘에 보관한다.
- 2) 세워서 보관한다.
- 3) 고정시켜서 보관한다.

나. 화재 발생 시 의료가스차단

- 1) 각 병동의료가스 차단의 책임자는 해당병동의 수간호사이며, 수간호사 부재 시 다음 차선임자가 담당한다.
- 2) 외부에서의 전체 의료가스차단은 가스안전 관리자 및 시설관리팀장이 담당하며, 병동에서의 차단이 완료되고 난 이후 차단한다.

3) 의료가스 중간벨브 위치 및 책임자(책임자 부재 시 최고선임자가 대신한다.)

구역	중간벨브 위치	책임자
응급실	응급실 내 처치실 앞	응급간호팀장, 선임자
1F	이비인후과 앞	외래파트 선임자
2F	수술실, 외래내시경실앞 중환자실 보호자대기실 앞	수술실 수간호사 중환자실 수간호사
3병동	A동 화장실 앞 365호 앞, 378호 앞	3병동 수간호사
5병동	A동 화장실 앞, 565호 앞	5병동 수간호사
57병동	575호 앞	57병동 수간호사
7병동	A동 화장실 앞, 765호 앞	7병동 수간호사
77병동	775호 앞	77병동 수간호사

7. 화기사용 제한 및 책임

- 가. 원내에서의 화기사용은 소방안전관리자의 승인을 받아야 하며, 소방안전 관리자는 특별한 사유가 없는 한 화기의 무단사용을 통제할 수 있다.
- 나. 원내에서의 증개축 및 보수를 위한 화기사용 시 소방안전 관리자는 화기취급 예정 사항을 파악한 후 화재 예방상 현저하게 위험하다고 인정되는 행위를 금지 또는 제한하고 현장감독자 지정 및 소화기 취급 등의 안전조치를 취한 후 취급하도록 한다.
- 다. 소방안전 관리자는 화재위험이 있다고 판단될 경우 화기사용을 금지시킬 수 있다.
- 라. 상기 가, 나 항의 통보 및 승인 없이 작업하다가 발생한 화재에 대한 책임은 다음과 같다.
 - 1) 1차적 책임 : 화재 발생자 및 화기사용자
 - 2) 2차적 책임 : 화재 발생장소의 화기책임자
 - 3) 3차적 책임 : 소방안전 관리자

부록

1. 효성병원 연간 소방계획서
2. 소방시설 월간 점검표
3. 일일안전점검표
4. 화재 발생 시 초기 대처 요령(효성병원)
5. 화재 발생 시 초기 대처 요령(글로벌효성메디컬센터)
6. 자위소방대 조직도(효성병원)
7. 자위소방대 조직도(글로벌효성메디컬센터)
8. 임시진료소 및 대피장소
9. 부서별 자위소방인원 편성
10. 병동 내 자위소방인원편성
11. 병동 화재 시 행동요령
12. 각 부서 화재 발생 시 초기대응체계
13. 글로벌효성메디컬센터 화재 발생 시 초기대응체계

관련근거

1. 화재예방, 소방시설 설치·유지 및 안전관리에 관한 법률
2. 의료기관 화재안전 매뉴얼(2022.12)

부칙

1. 이 규정은 2010년 01월 01일부터 제정·시행한다.
2. 이 규정은 2014년 05월 01일부터 개정·시행한다.
3. 이 규정은 2014년 10월 01일부터 개정·시행한다.
4. 이 규정은 2018년 05월 23일 개정, 06월 01일부터 시행한다.
5. 이 규정은 2020년 05월 19일 개정, 06월 01일부터 시행한다.
6. 이 규정은 2021년 12월 28일에 개정, 2022년 01월 17일부터 시행한다.
7. 이 규정은 2022년 09월 27일에 개정, 2022년 10월 15일부터 시행한다.
8. 이 규정은 2022년 12월 27일에 개정, 2023년 01월 16일부터 시행한다.

부록1. 효성병원 연간 소방 계획

효성병원 연간 소방계획

항목		1분기			2분기			3분기			4분기			비고
대분류	소분류	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월	법률조항
방화순찰 (일일점검)		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
소화 설비 점검	소화기(월)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	소화전(월)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
경보설비	자동화재 탐지설비	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
소방자체 교육	집체/ 온라인/ 서면		○					○	○	○				직원 의무 교육
소방 합동 훈련	동부 소방서 협력					○								
소방작동기 능점검	토광 방재 (위탁)		○		○									시행규칙 제19조 (결과 보고서 제출)
소방종합정 밀점검	토광 방재 (위탁)										○			시행규칙 제19조 (결과 보고서 제출)

부록2. 소방시설 월간 점검표

■ 시설명 : 효성병원(본원, 글로벌메디컬센터) 20 년 월 일 요일	결	점검자	팀 장	이 사
	재			

1. 주요 소방시설 현황 및 외관 점검결과 (점검결과란은 양호 ○, 불량 ×, 해당없는 항목은 / 표시)

구 분	해 당 설 비	점검결과	구 분	해 당 설 비	점검결과	
소화설비	<input type="checkbox"/> 수동식소화기		피난설비	<input type="checkbox"/> 피난기구	<input type="checkbox"/> 구조대	
	<input type="checkbox"/> 자동식소화기				<input type="checkbox"/> 기타	
	<input type="checkbox"/> 옥내소화전설비			<input type="checkbox"/> 유도등	<input type="checkbox"/> 피난구유도등	
	<input type="checkbox"/> 옥외소화전설비				<input type="checkbox"/> 통로유도등	
	<input type="checkbox"/> 스프링쿨러설비				<input type="checkbox"/> 계단유도등	
경보설비	<input type="checkbox"/> 자동화재탐지설비			<input type="checkbox"/> 비상구		
	<input type="checkbox"/> 시각경보기			<input type="checkbox"/> 방화셔터, 방화문		
	<input type="checkbox"/> 비상방송설비			<input type="checkbox"/> 휴대용비상조명등		
	<input type="checkbox"/> 비상벨설비			<input type="checkbox"/> 제연설비		
	<input type="checkbox"/> 화재경보감지기			<input type="checkbox"/> 공기호흡기, 방열복		
	<input type="checkbox"/> 기타 :		소화활동 설비	<input type="checkbox"/> 연결송수관, 살수설비		
기 타	<input type="checkbox"/> 방염물품	<input type="checkbox"/> 무선통신보조설비				
비 고						

2. 금월 중점 점검사항 (문제점 및 보수사항)

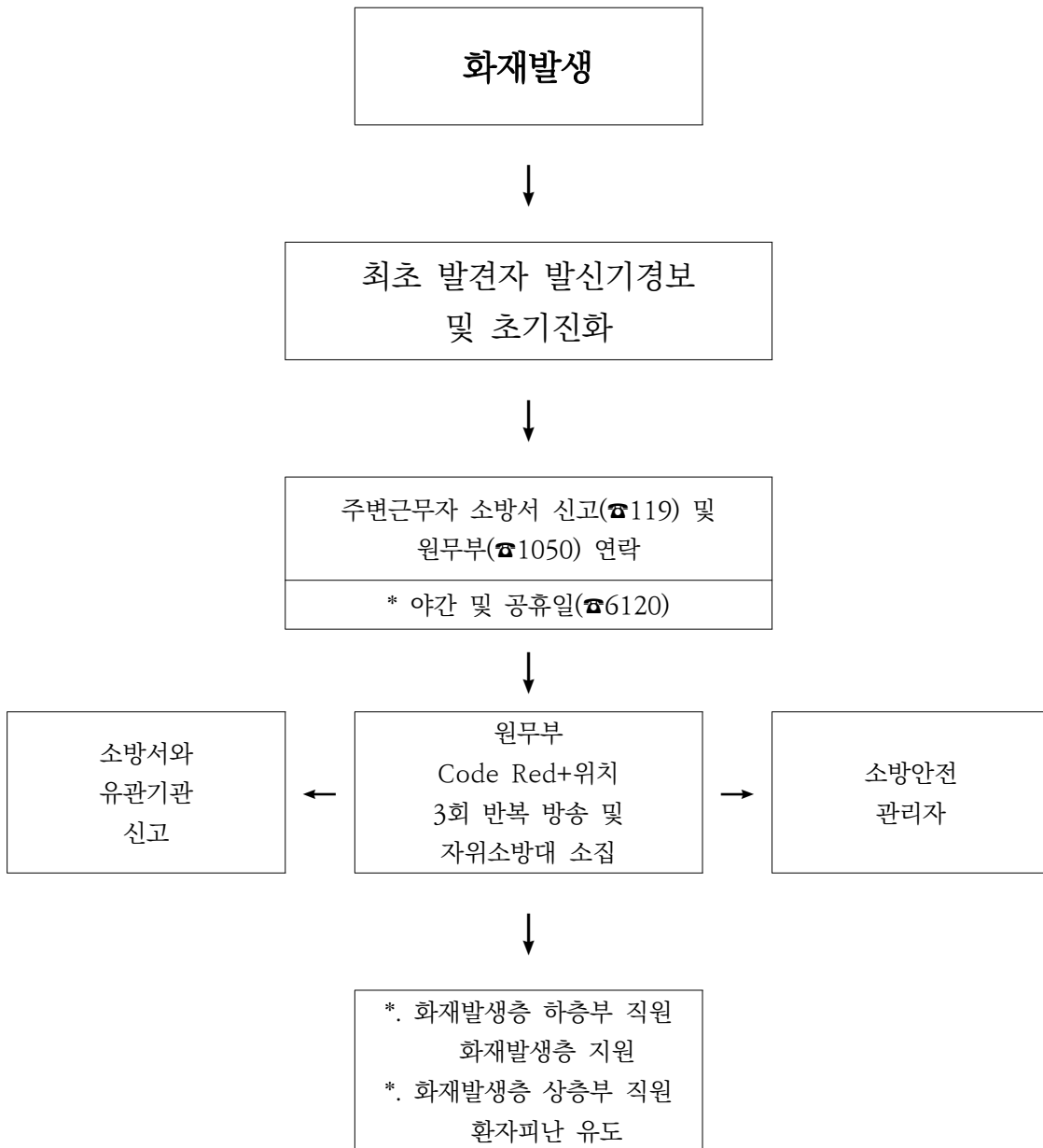
구 분	금월 중점 점검사항	문제점
내 용		
기타사항		

부록3. 일일안전점검표(글로벌효성메디컬센터)

글로벌효성메디컬센터 일일 안전 점검표													
20 년 월 일													
점검구역	문단속위치 및 점검장비	확인	문단속위치 및 점검장비	확인	확인자(서명)								
6층(옥상)	계단 출입문	<input type="checkbox"/>	전원 소등 및 창문단속	<input type="checkbox"/>	(성 함)								
5층 (구강센터)	전원 소등 및 창문단속	<input type="checkbox"/>	냉난방기 OFF, 컴프레션 OFF	<input type="checkbox"/>	(성 함)								
	pc, 장비 OFF (속도기는 끄지말 것)		소화시설, 비상대피로 확인(소화기, 소화전, 방화셔터 및 소방대피로 장애물 적치여부 확인)										
5층 (미용성형센터)	전원 소등 및 창문 피부관리실 쪽 문단속	<input type="checkbox"/>	냉난방기 OFF, 고압증기멸균기 OFF	<input type="checkbox"/>	(성 함)								
	pc, 장비 OFF (수술실, 피부관리실, 레이저실)		소화시설, 비상대피로 확인(소화기, 소화전, 방화셔터 및 소방대피로 장애물 적치여부 확인)										
4층 (내시경파트)	마약수량확인 및 마약금고 시건	<input type="checkbox"/>	전원소등 및 창문단속	<input type="checkbox"/>	(성 함)								
	pc, 장비, 소독기, 냉난방기 OFF 소화시설, 비상대피로 확인(소화기, 소화전, 방화셔터 및 소방대피로 장애물 적치여부 확인)		D/C기 코드연결 확인 주차장 출입문 단속										
4층 (특수검진실)	pc, 장비, 냉난방기 OFF	<input type="checkbox"/>	전원소등 및 창문단속	<input type="checkbox"/>	(성 함)								
	소화시설, 비상대피로 확인(소화기, 소화전, 방화셔터 및 소방대피로 장애물 적치여부 확인)		영상장비OFF (Chest)										
3층 (종합검진파트)	pc, 장비 OFF (산부인과 소독기는 끄지말 것)	<input type="checkbox"/>	전원소등 및 창문단속	<input type="checkbox"/>	(성 함)								
	소화시설, 비상대피로 확인(소화기, 소화전, 방화셔터 및 소방대피로 장애물 적치여부 확인)		영상장비OFF (MRI, CT, UGI, Chest,, Mammo)										
2층 (식당, 탈의실)	전원 소등 및 창문, 냉난방기 OFF	<input type="checkbox"/>	2층 벽등 청소	<input type="checkbox"/>	(성 함)								
	소화시설, 비상대피로 확인(소화기, 소화전, 방화셔터 및 소방대피로 장애물 적치여부 확인)		남, 여 탈의실 정리										
1층 (접수, 행정)	전원소등(로비, 진료실, 화장실, 미팅룸)	<input type="checkbox"/>	pc, 장비, 냉난방기 OFF	<input type="checkbox"/>	(성 함)								
	문단속(린넨출입구, 외부출입문, 자동문)		소화시설, 비상대피로 확인(소화기, 소화전, 방화셔터 및 소방대피로 장애물 적치여부 확인)										
지하1층 (청구, 특검 출장팀)	전원소등 및 창문단속	<input type="checkbox"/>	청구파트	<input type="checkbox"/>	(성 함)								
	pc, 장비, 냉난방기 OFF 폐백실쪽 출입문 단속 및 소등		출장 특수검진 파트 소화시설, 비상대피로 확인(소화기, 소화전, 방화셔터 및 소방대피로 장애물 적치여부 확인)										
최종 시건확인	1층 출입문 및 보안키 단속	<input type="checkbox"/>	1층 세탁물보관함쪽 철문단속	<input type="checkbox"/>	(성 함)								
최종 문단속 시 필히!!! 건물내에 직원 및 고객이 있는지 확인 후 문단속 !!!★													
특이사항	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">결</td> <td style="width: 20%;">담당</td> <td style="width: 20%;">과(차)장</td> <td style="width: 20%;">총괄이사</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">재</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>				결	담당	과(차)장	총괄이사	재				
결	담당	과(차)장	총괄이사										
재													
● 각 파트에서는 문단속 및 전원소등, 장비OFF, 냉-난방기OFF 등을 확인한 후 확인자란에 서명해 주시기 바랍니다.													

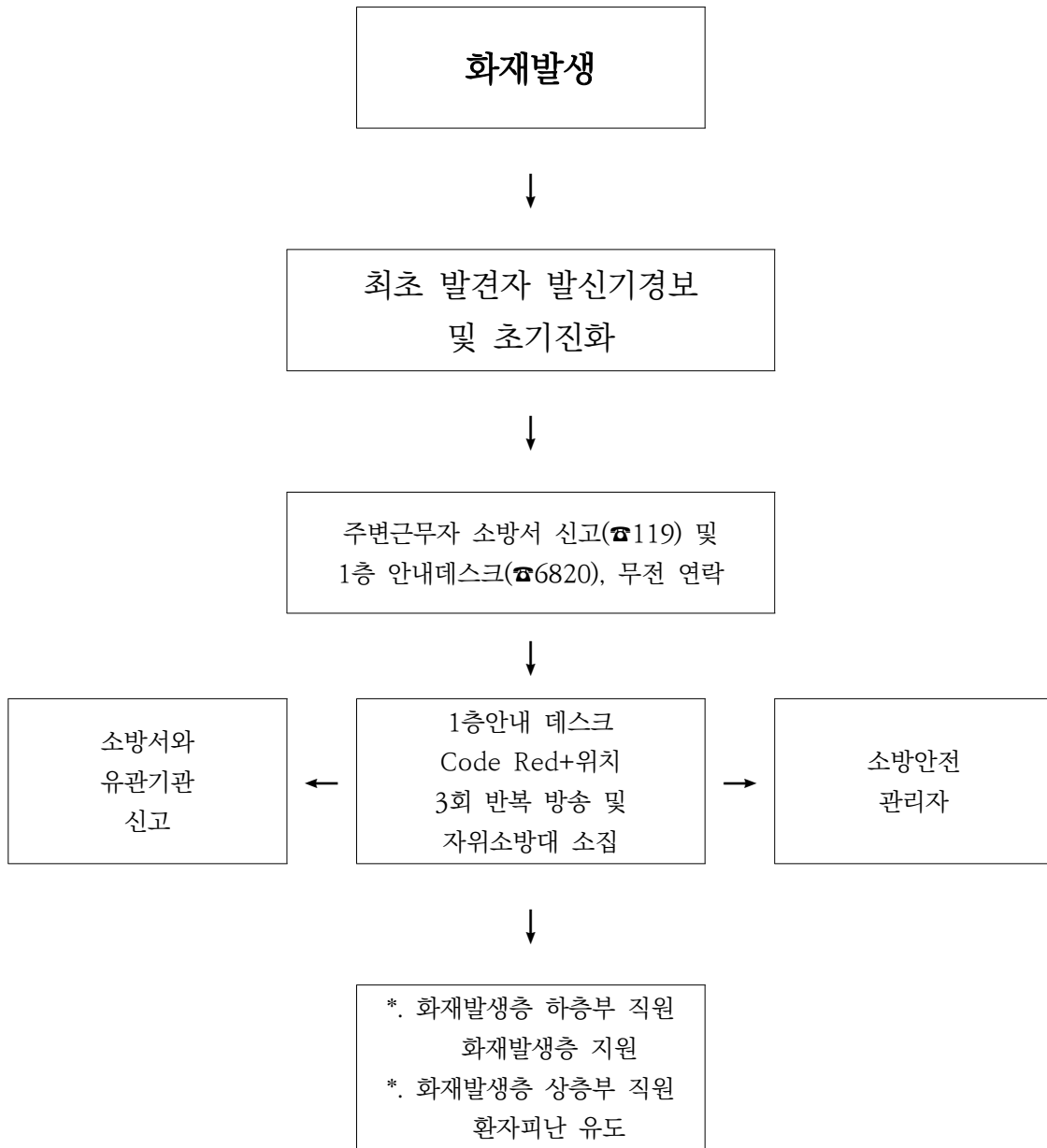
부록4. 화재발생 시 초기 대처 요령(효성병원)

화재 발생 시 초기 대처요령



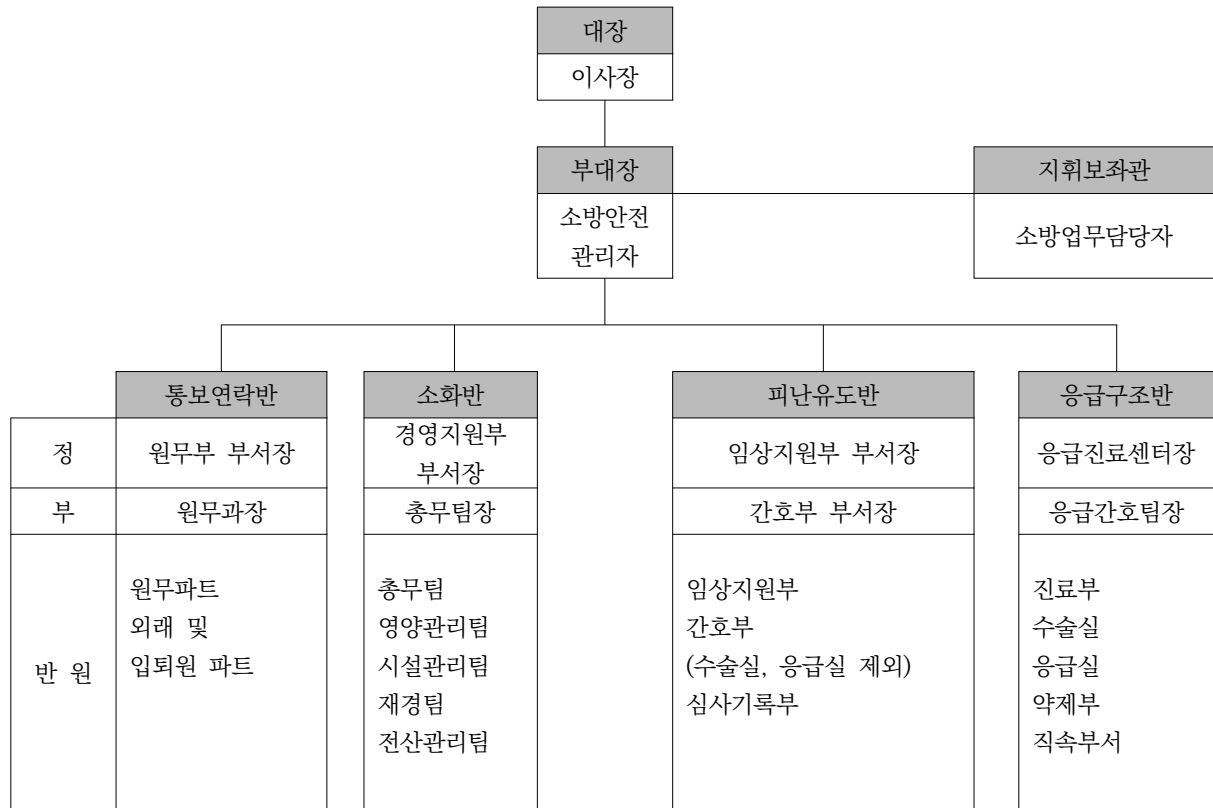
부록5. 화재발생 시 초기 대처요령(글로벌효성메디컬센터)

화재 발생 시 초기 대처요령

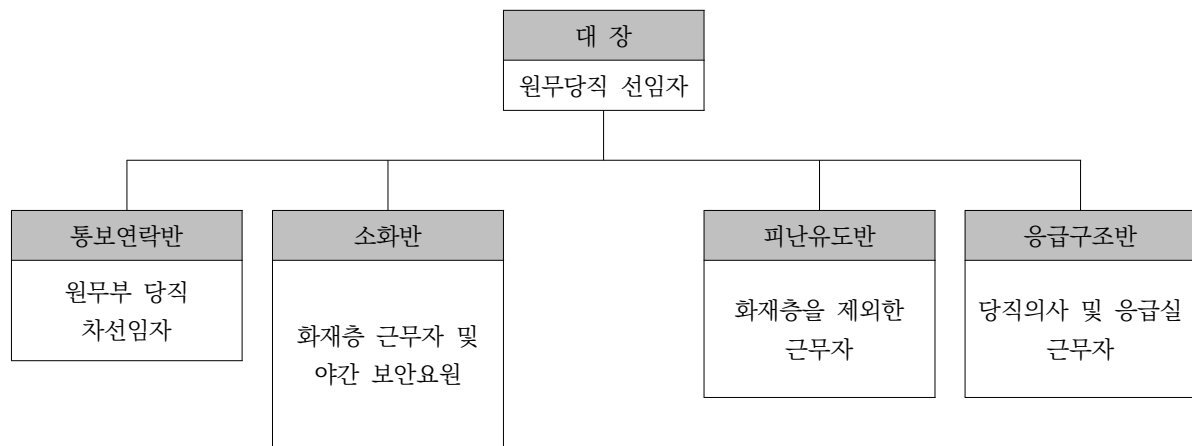


부록6. 자위소방대 조직도(효성병원)

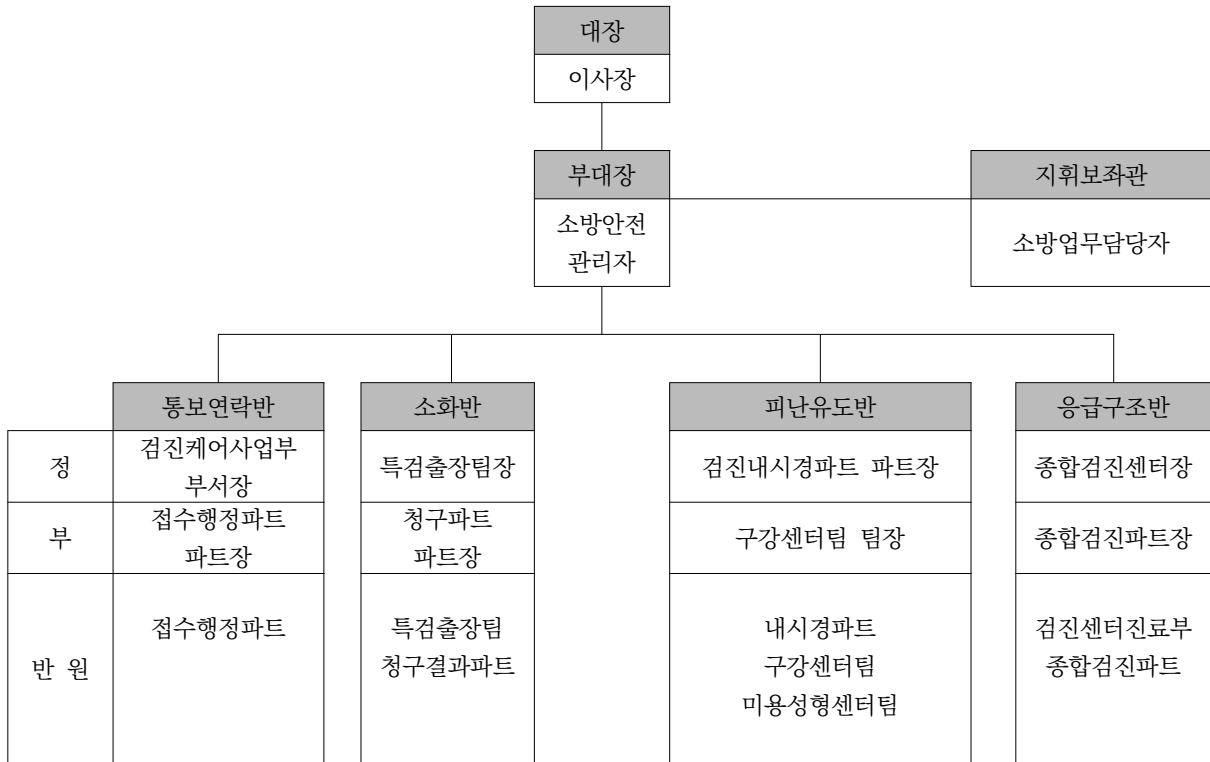
1. 주간



2. 야간 및 공휴일



부록7. 자위소방대 조직도(글로벌효성메디컬센터)



부록8. 임시진료소 및 대피장소

임시진료소 및 대피장소(효성병원)



임시진료소 및 대피장소(글로벌효성메디컬센터)



부록9. 부서별 자위소방인원 편성

() 자위소방인원 편성

20 년 월 일

※ 해당 부서의 팀장 혹은 최고선임자가 편성하며, 매주 월요일에 편성

구분	주간	야간
초기 소화반		
통보 연락반		
피난 유도반		

-초기소화반: 화재발생 시 소화기 및 소화전을 통한 진압

-통보연락반: 원무부(주간:1050, 야간:6120)에 연락 후 초기 소화 지원

 검진·케어사업부의 경우 1층스테이션(6820)에 연락후 초기소화 지원

-피난유도반: 화재 발생 시 환자 및 내원객들의 피난유도

부록10. 병동 내 자위소방인원 편성

()병동 자위소방인원 편성

(병동의 경우 매일 자위소방인원을 편성)

- 초기소화반: 화재 발생 시 소화기 및 소화전을 통한 진압
- 통보연락반: 119신고 및 원무부(주간:1050, 야간:6120)에 연락 후 초기소화 지원
- 피난유도반: 화재 발생 시 환자 및 내원객들의 피난유도
- 수간호사(최고선임자) 및 차선임자는 화재발생 시 의료가스 차단(환자 조치 후)

초기소화반	통보연락반	피난유도반

부록11. 병동 화재 발생 시 역할 분담

병동 화재 발생 시 역할 분담
<ul style="list-style-type: none">- 최초 발견자 : 발신기 경보 및 소방서 신고(119)- 최고 선임자 : 초기 진화 및 의료가스 차단- 차 선임자 : 원무부 연락 후 소화 지원 (주간 ☎1050 / 야간 및 공휴일 ☎ 6120)- 그 외 근무자 : 피난 유도반 담당 (환자 군 분류에 따라 A동, C동, 신축동의 비상계단과 운동경사로를 통해 대피) <p>* 타 부서 화재 시</p> <ul style="list-style-type: none">- 본인 부서의 상층 화재 시 소화반으로 지원- 본인 부서의 하층 화재 시 피난유도반으로 환자 대피

부록12. 각 부서 화재 발생 시 초기 대응 체계

각 부서 화재 발생 시 초기 대응 체계
<ul style="list-style-type: none">- 최초 발견자 : 발신기 경보 및 소방서 신고(119)- 최고 선임자 : 평상 시 - 소속부서의 자위소방인원 편성 화재 시 _ 초기진화 및 현장지휘- 차 선임자 : 원무부 연락 후 소화 지원 (주간 ☎1050 / 야간 및 공휴일 ☎ 6120)- 그 외 근무자 : 피난 유도반 담당(비상계단을 통한 대피 유도) <p>* 타 부서 화재 시</p> <ul style="list-style-type: none">- 본인 부서의 상층 화재 시 소화반으로 지원- 본인 부서의 하층 화재 시 피난유도반으로 환자 대피


부록13. 글로벌효성메디컬센터 화재 시 초기대응체계

글로벌효성메디컬 센터 화재 시 초기 대응체계

- 최초 발견자 : 발신기 경보 및 소방서 신고(119)
- 최고 선임자 : 평상 시 - 소속부서의 자위소방인원 편성
화재 시 _ 초기진화 및 현장지휘
- 차 선임자 : 1층 안내데스크 연락 후 소화 지원(☎6820)
- 그 외 근무자 : 피난 유도반 담당(비상계단을 통한 대피 유도)

*** 타 부서 화재 시**

- 본인 부서의 상층 화재 시 소화반으로 지원
- 본인 부서의 하층 화재 시 피난유도반으로 환자 대피

	금연 규정			
	규 정 번 호	HS 제110-08호	제 정 일	2010.01.01
	관 련 인 증 기 준	11.6.2 금연 규정	최 근 개 정 일	2022.12.27
	담 당 부 서	시설관리팀	시 행 일	2023.01.16
	검 토 책 임 자	병원운영회의	검 토 주 기	2년
	승 인 책 임 자	이사장	검 토 예 정 일	2024.12.01
	관 련 근 거	국민건강증진법 시행규칙		

제 1조 목적(Purpose)

흡연 예방 및 흡연자의 금연을 촉진하며, 비흡연자를 보호하여 쾌적한 환경을 조성하고 화재를 미연에 방지하기 위함이다.

▣ 용어의 정의(Definition)

1. **금연대상** : 모든 직원, 환자, 보호자 및 내원객, 협력업체 직원을 말한다.
2. **금연구역** : 병원전체는 보건복지부령이 정한 공중이용시설로서 금연구역이다.
3. **흡연실** : 건강과 인권이 침해되지 않는 최소한의 범위 내에서 이사장이 흡연을 허가한 구역을 말한다.
4. **간접흡연** : 흡연자가 내뿜거나 들고 있는 담배가 타면서 나오는 연기를 비흡연자가 흡입하는 것을 말한다.

제 2조 정책(Policy)

1. 금연관리를 수행한다.

제 3조 지침 및 절차(Guidelines & Process)

1. 금연관리

가. 금연구역 지정 및 관리

- 1) 병원전체는 보건복지부령이 정한 공중이용시설로서 금연구역으로 지정한다.
- 2) ‘금연구역’ 부착물은 계단, 경사로, 병원입구, 외벽, 화장실 등에 부착하여 안내한다.
- 3) 보안요원은 병원시설물 전체의 금연구역을 연중 순찰하며, 흡연자 발견 시 흡연구역으로 안내한다.

나. 흡연실(실외)설치 시 관리

- 1) 흡연실 위치 : 주차타워입구 좌측 흡연부스
- 2) 흡연실 관리

가) 흡연은 반드시 지정된 장소에서 하며, 담배꽂이는 반드시 담뱃불을 끄고 재떨이에 버리도록 부착물 등을 통해 안내한다.

나) 흡연실은 화재의 위험이 있으므로 소화기를 비치하며 시설관리팀에서는 소화기를 관리한다.

다. 흡연자에 대한 조치

- 1) 직원 및 보안요원은 건물 내부에서 흡연자 발견 시 즉시 제재하고 설치된 흡연구역으로

안내한다.

- 2) 금연구역에서 흡연을 할 경우 관련법(경범죄 처벌법 제1조 54호에 의거 범칙금 10만원)에 의거한 과태료가 부과될 수 있음을 안내한다.
- 3) 각 병동에선 환자의 병동 내 흡연이 적발될 시 '입원서약서 1-2)번 항목의 병원 내 제반 규칙'에 따라 강제 퇴원사유에 해당하므로 이에 대해 경고하고 불응 시 담당의의 동의하에 강제 퇴원될 수 있음을 고지한다.
- 4) 순찰활동으로 금연 위반자에 대한 감시 기능을 강화하여 흡연행위 발생 시(금연구역 내) 즉시 저지 및 흡연구역으로 계도한다.

라. 금연교육

- 1) 직원교육 : 직원을 대상으로 연 1회 화재예방관련 교육 시 금연교육을 실시한다.
- 2) 환자 및 보호자 교육 : 환자 입원 시 원내 금연을 공지하고, '입원생활안내문'을 통해 안내한다.

부록

1. 금연스티커 및 금연구역 지정안내 부착물


관련 근거

1. 국민건강증진법 시행규칙

부칙

1. 이 규정은 2010년 01월 01일부터 제정 시행한다.
2. 이 규정은 2014년 05월 01일부터 개정 시행한다.
3. 이 규정은 2014년 10월 01일부터 개정 시행한다.
4. 이 규정은 2018년 05월 23일 개정, 06월 01일부터 시행한다.
5. 이 규정은 2020년 05월 19일 개정, 06월 01일부터 시행한다.
6. 이 규정은 2021년 12월 28일 개정, 2022년 01월 17일부터 시행한다.
7. 이 규정은 2022년 09월 27일에 개정, 2022년 10월 15일부터 시행한다.
8. 이 규정은 2022년 12월 27일에 개정, 2023년 01월 16일부터 시행한다.


부록1. 금연스티커 및 금연구역 지정안내 부착물




7월 1일
추진

금연구역 지정안내

**본원은 금연건물 및 반경 10M 이내
흡연 적발 시
경범죄 처벌법 제 1조 54호에 의거하여
범칙금 (10만원 이하) 이 부과되오니
이점 양지해주시기 바랍니다**



	재난관리			
	규 정 번 호	HS 제110-09호	제 정 일	2010.01.01
	관 련 인 증 기 준	11.7 재난관리	최 근 개 정 일	2022.12.27
	담 당 부 서	총무팀	시 행 일	2023.01.16
	검 토 책 임 자	병원운영회의	검 토 주 기	2년
	승 인 책 임 자	이사장	검 토 예 정 일	2024.12.01
	관 련 근 거	충청북도소방본부 긴급구조 대응계획		

제 1조 목적(Purpose)

재난 발생 시 손상과 피해를 최소화하기 위해 국가, 지역사회, 의료기관 등에서 발생 가능성이 높은 응급재난을 파악하고 대비책 마련 및 훈련을 수행하기 위함이다.

▣ 용어의 정의(Definition)

1. **자연재난** : 태풍·홍수·대설·한파·낙뢰·가뭄·폭염·지진·황사 등 자연현상으로 인하여 발생하는 재해를 말한다.
2. **사회재난** : 지역사회 화재, 붕괴, 폭발, 의료기관의 물 및 전기공급 차단, 전산장애, 외부통신회선 사고로 인한 건강보험자격조치 등 시스템 접근불가 등의 피해를 말한다.
3. **재난 관리** : 재난의 예방, 대비, 대응 및 복구를 위하여 하는 모든 활동을 말한다.

제 2조 정책(Policy)

1. 재난관리 체계가 있다.
2. 재난관리를 수행한다.
3. 모의훈련을 수행하고 관리한다.

제 3조 지침 및 절차(Guidelines & Process)

1. 발생가능성이 높은 재난 유형 파악

가. 청주동부소방서 긴급구조 대응계획에 의거 청주시 상당구, 청원구 관할구역 내에서 발생할 가능성이 있는 재난의 유형별 위험도는 다음과 같다.

〈표1. 지역사회 재난 발생가능성 예시〉

순위	재 난 유 형	발생가능성(A, 빈도)			위험도(B, 피해량)			등급 (A x B)	비고
		상(3)	중(2)	하(1)	상(3)	중(2)	하(1)		
1	교 통 사 고	○			○			9	
1	홍 수	○			○			9	
1	태 풍	○			○			9	
4	테 러		○		○			6	

나. 지역사회 및 원내 발생 가능성이 높은 재난 유형을 병원운영회의에서 우선순위를 선정한다.

〈 표2. 지역사회 재난 유형 〉

순위	재난 유형	발생가능성(A)			위험도(B)			준비도(C)			등급 (A+B+C)
		상(3)	중(2)	하(1)	상(3)	중(2)	하(1)	상(3)	중(2)	하(1)	
	교통사고										
	홍수										
	태풍										

〈 표3. 원내 발생가능성이 높은 재난 유형 〉

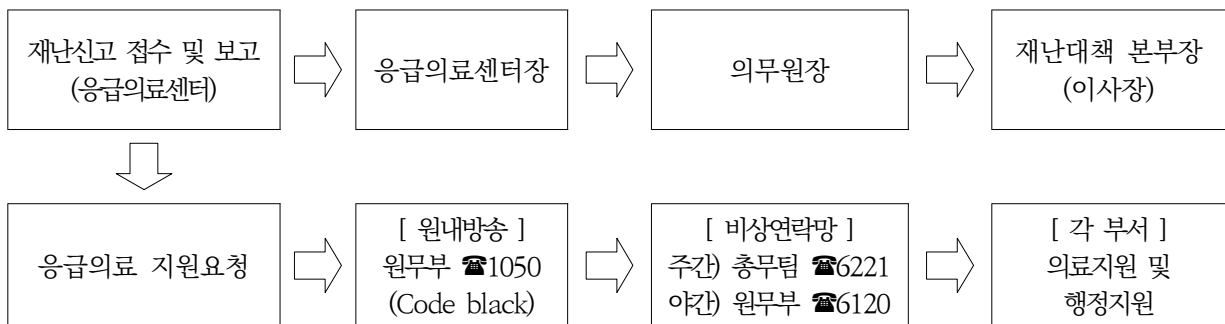
순위	재난 유형	발생가능성(A)			위험도(B)			준비도(C)			등급 (A+B+C)
		상(3)	중(2)	하(1)	상(3)	중(2)	하(1)	상(3)	중(2)	하(1)	
	전산장애										
	외부통신회선사고										
	전기공급 차단										

2. 재난 발생 시 의사소통

가. 재난 발생 시 의사소통 체계를 다음과 같이 수립한다.

1) 내부 의사소통(부록7. 비상 연락망 참조)

재난상황에 신속한 대응을 위해 병원 내부직원 비상연락망을 구축하여 운영하며, 변경사항 발생 시 이를 즉각 비상연락망에 반영한다. 모든 재난에 대하여 원무부에서 재난방송(Code black)을 실시 후 비상연락망을 가동하여 유선 및 SMS 등을 통해 상황을 전파한다.



2) 외부 의사소통

가) 본원은 재해의료 거점병원으로 지역사회 재난 발생 시 협조하여 병원의 인력, 시설 및 장비를 효율적으로 활용하고 신속하게 지원한다.

나) 지역사회에서 주최하는 재난관련 관할기관주관의 재난대비교육 및 훈련에 참석한다.

다) 재난 발생 시 관할 재난관리책임기관, 소방본부 등 긴급구조기관과 재난정보를 공유한다.

〈유관기관 연락처〉

동부소방서	성안지구대	상당구청
043-256-0119	043-280-1711	043-201-5114
충청북도재난안전대책본부	청주시재난안전대책본부	청주시상당보건소
043-220-2431	043-201-2119	043-201-3117
한국전력	도시가스(충청에너지서비스)	KT
043-123	043-291-9421~3	100

- 라) 대중, 매체 공공기관과 의사소통은 원무부 부서장으로 한다.(재난대책상황실 업무협의)
- 마) 기자실(현.고객지원 상담실)은 재난에 따른 현장을 언론과 균중으로부터 통제를 위해 진료구역, 중증도분류 지역, 대기실, 재난대책상황실 등과 떨어진 별도의 장소에 마련해야 한다.
- 바) 핫라인(PS-LTE): 정부, 공공기관, 인근병원, 소방 등에 적절하게 정보를 수집하여 보고하며, 특히 재난응급의료상황실에 여유병상 현황, 재난사상자 내원 현황등을 실시간으로 정보를 제공한다.
- 사) 보건소, 소방상황실, 경찰 등 공공기관에는 해당법률에 따라 환자 개인정보(환자의 이름, 성별, 연령, 손상정도 등)의 제공이 가능하다.
- 아) 유·무선전화, 인터넷, 무전기 등 모든 통신수단을 사용한다.
- 자) 홈페이지와 콜센터를 통하여 재난 상황에 따른 원내 현황과 향후 진료계획을 이용자에게 고지한다.

3. 재난 대책본부 구성 및 역할

가. 대응팀 구성



나. 임무 및 역할

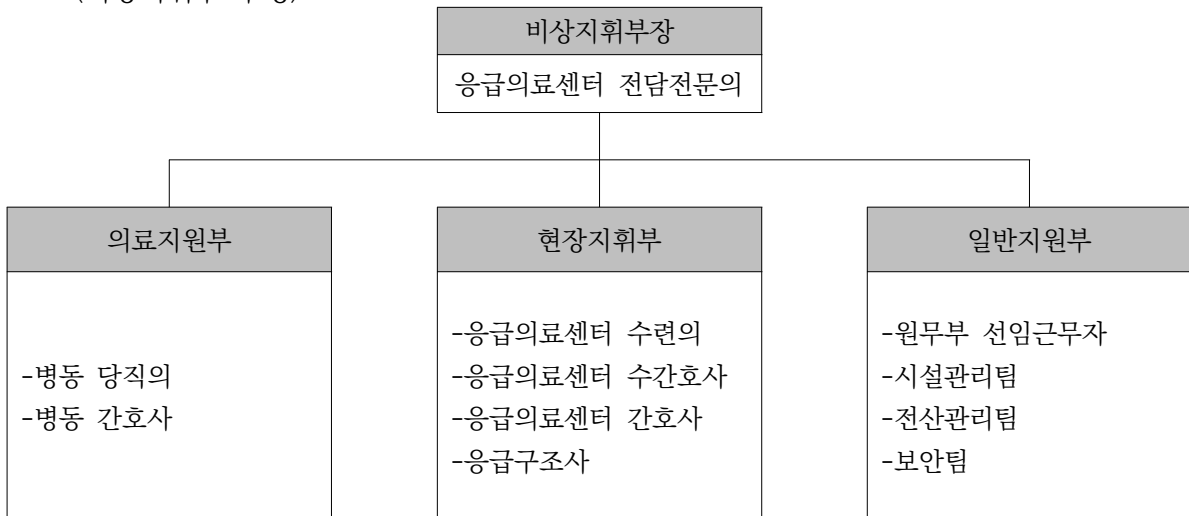
구분	담당	임무 및 역할
재난대책 본부	이사장	○ 관계기관과 긴밀한 정보교환을 통해 재난의 상황 파악 -재난의 종류, 사고 인원, 병원에서 지원할 인력, 물자 -병원으로 이송되는 환자 등 ○ 재난의 상황에 따라 필요한 인력 및 물자의 운용 판단 / 조정
의료지원부	의무원장	○ 현장 지휘부로부터 요구된 소요인력을 보고 받아, 해당 진료과장과 간호부 부서장에게 인력수급을 지시
	마취통증 의학과	○ 응급수술 일정 조절 ○ 응급수술을 위한 마취과 인력의 확보
	각 진료과장	○ 현장지휘부로부터 요구된 소요인력을 참조하여 각 진료과의 인력을 현장에 파견
	간호부	○ 각 병동에 응급의료센터 환자의 신속한 입원을 위해 협조 요청 ○ 응급의료센터, 중환자실, 수술실에서 요청한 간호 인력을 확보 ○ 의료인력 확보, 병상확보, 외래 및 입원환자 관리 총괄 ○ 재난현장으로 파견하는 간호인력 명단 제출 ○ 현장지휘부로부터 요청된 소요인력을 확인하여 추가인력을 현장에 파견 ○ 응급의료센터 환자의 이송 및 여유 병상 확보
	약제부	○ 재난 시 의약품 수급 ○ 보유 의약품 재고 파악 및 부족분 확보
	진단검사실	○ 검사시행을 위한 인력 확보 ○ 혈액은행에 필요 혈액을 확보
	영상의학과	○ 영상의학과 소요 인력 지원 ○ 인력 운용계획 수립 및 통제 ○ 연기가 가능한 정규 검사 연기
일반지원부	경영지원부 부서장	○ 일반지원부의 전반에 관한 사항 총괄 ○ 재난 시 필요한 예산 확보 및 집행
	총무팀	○ 통제선 설치 및 인력을 배치하여 보호자, 언론인, 일반인, 직원 등의 응급의료센터 및 환자 진료구역 접근 통제 ○ 비상연락체계 수립 ○ 관계기관과 연락체계를 유지하면서 재난상황을 파악 ○ 언론사 취재 협조 및 대외홍보, 사상자 가족 안내 ○ 언론 및 외부 기관에 재난안전대책본부 현황 브리핑 ○ 의료진 및 직원의 숙식 지원 ○ 위기상황별 대응절차에 따른 조치 ○ 내원 사상자 정보 및 대책 등 필요사항 공지
	원무부	○ 응급의료센터 원무부 근무 직원 증원 ○ 유입된 환자의 환자 명부작성 및 관리 업무 총괄 ○ 원내 병상 부족 시 각급 병·의원으로 분산 이송 및 이송 수단 확보 ○ 전원 환자에 대한 명단 및 전원병원 현황파악/ 전원 ○ 사상자의 보호자를 응급의료센터와 분리하여 대기할 수 있는 공간 확보 및 제공
	시설관리팀	○ 의료장비 사용 및 진료를 위한 전력 확보 ○ 임시 시설 및 안내판 설치 ○ 기타 각종 시설물 점검 및 조치
일반지원부	구매의공파트	○ 재난에 필요한 물품(진료재료, 소모품, 의료기기 등)을 조달하여 본부와 현장에 공급 ○ 환자용 침대, 휠체어 등 현장에 필요한 장비 구입 및 공급

전산관리팀	○ 재난대책안전본부와 현장지휘부간 비상통신망 조치 ○ 임시진료소 내 전산망 구축
안전관리자	○ 재난발생 및 대책 간 안전사고 관련 통제 ○ 안전사고 발생 시 대책수립 등 전반에 관한 사항 통제
영양관리팀	○ 재난으로 추가 발생한 식수인원 증가에 대해 예비식재료를 확보하여 식사 제공

다. 비상지휘부

- 1) 비상지휘부는 재난 대응팀을 바로 구성할 수 없는 휴일이나 야간에 재난이 발생하여 대응팀이 소집되기 이전까지 임시적으로 재난대책업무를 수행하는 조직을 말하며, 재난 대응팀이 설치되면 비상지휘부의 업무는 재난 대응팀으로 인계된다.
- 2) 응급의료센터 전담전문의는 비상지휘부장으로서 활동하며, 응급의료센터 내에 비상지휘부를 설치하고 재난대응팀이 설치되기 전까지 지역사회 재난상황에 대해 대처한다.

〈비상지휘부 구성〉



3) 역할

가) 응급의료센터 전담전문의

- (1) 비상지휘부를 구성하여 재난상황에 대해 전체적으로 비상지휘부를 지휘한다.
- (2) 보고받은 내용에 따라 재난단계를 설정하여 원무부에 연락한다.
- (3) 의료 인력이 추가 요구 시 의료지원부에 연락 지원요청 한다.
- (4) 현장지휘부를 구성하여 응급의료센터 내에 응급처치반과 중증도 분류반을 설치한다.
- (5) 중증도 분류작업을 시행하고, 응급처치업무를 지휘한다.
- (6) 응급의료센터 환자들의 퇴원이나 전원을 통해 응급의료센터의 여유 공간을 확보한다.
- (7) 응급의료센터의 공간을 재배치한다.

나) 수련의

- 가) 수련의 : 긴급환자/응급환자/ 비 응급환자의 진료를 담당한다.

다) 응급의료센터 수간호사

- 1) 필요한 간호 인력을 파악하여 간호부에 증원을 요청한다.
- 2) 심전도기, 산소포화도기, 혈압계, 체온계 등을 추가로 구매의공파트에 지원 요청한다.
- 3) 추가로 필요한 침대, 침대보, 환자복 등을 산정하여 병동이나, 구매의공파트에 요청한다.
- 4) 긴급환자나 응급환자 처치에 필요한 약제 및 물품을 약제팀, 간호부, 구매의공파트에 요청한다.

라) 응급의료센터 간호사

- 1) 응급처치반의 역할을 보조한다.
- 2) 지연환자의 처치를 담당한다.

마) 원무부선임자 및 보안요원

- 1) 재난단계에 따라서 재난 대응팀을 설치에 필요한 직원을 비상소집한다.
- 2) 원무부 당직근무자와 함께 본관 1층 고객상담실에 재난대응팀을 설치한다.
- 3) 원내 보호자를 통제한다.
- 4) 응급의료센터 주위의 일반인, 언론인의 응급의료센터 출입을 통제한다.
- 5) 재난 2단계와 3단계인 경우 병원 출입구마다 출입 통제소를 설치한다.

바) 응급의료센터 원무부 근무자

- 1) 대량환자 유입 시 응급원무 역할을 수행하고 중증도 분류가 끝나고 처치 구역 별로 배정되면 중증도별로 환자명단에 유입환자를 기입한다.
- 2) 전원 보낼 환자를 위한 병원을 파악하고, 이송차량을 준비한다.
- 3) 입원환자를 위한 병실을 확보한다.

사) 전산관리팀

외부에서 응급의료센터로 걸려오는 모든 전화는 병원 콜센터로 연결한다.

아) 시설관리팀

- 1) 의료장비 사용 및 진료를 위한 전력 확보
- 2) 임시 시설 및 안내판 설치
- 3) 기타 각종 시설물 점검 및 조치

자) 영양관리팀

- 1) 재난상황 시 식료품을 조달하고 관리한다.
- 2) 급식인력을 확보하고 업무를 분담한다.
- 3) 조리장소와 조리기구를 확보한다.
- 4) 재난대비 예비 식재료로 조리 및 배식을 진행한다.

4. 현장지휘부 구성

가. 여유공간확보

- 1) 재난상황이 발생하면 응급의료센터 전담전문의는 응급의료센터 환자들을 입원, 퇴원 및 전원 시켜 응급의료센터 진료공간을 확보한다.

가) 입원: 입원하여 치료가 요구되는 환자는 중환자실 및 각 병동에 입원 조치

나) 퇴원: 해당 진료과와 상의 후 진단적 목적이나 관찰을 위한 환자들은 퇴원시킨다.

다) 전원: 인근병원으로 전원할 수 있는 환자들을 응급의료센터 전담전문의가 결정하여 전원한다.
응급의료센터 원무부 선임자는 전원 보낼 병원을 파악하고, 이송차량을 응급의료센터 입구에

준비시킨다.

나. 중증도별 구역 설정 : 응급의료센터의 여유 공간이 확보되면 환자처리를 효과적으로 시행하기 위해 응급의료센터 구역을 중증도별로 재설정한다.

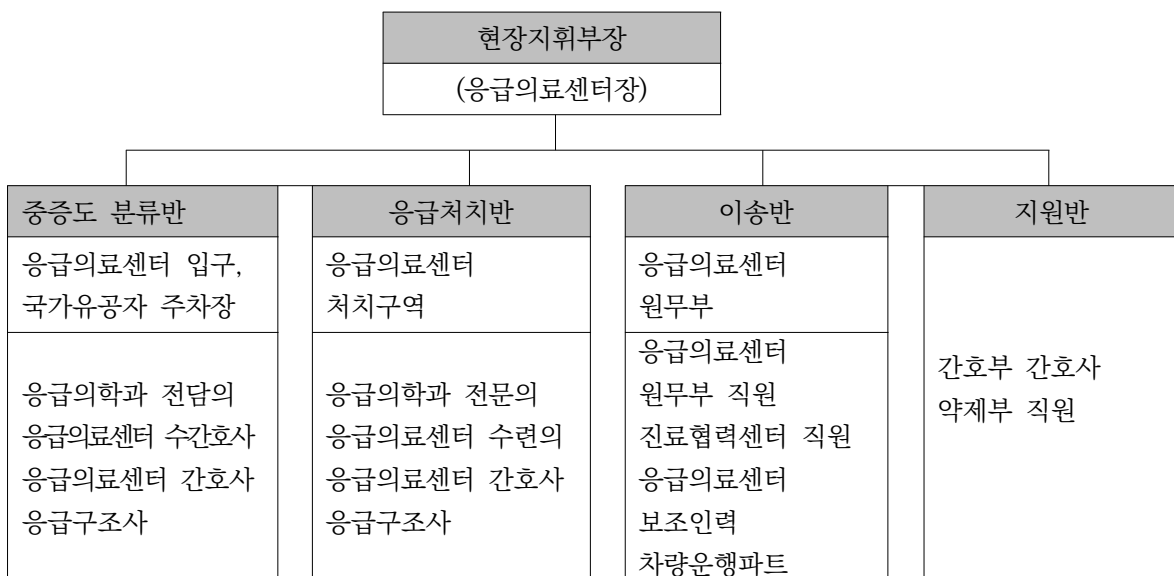
분류	수용 가능 인원		재난 발생 시 진료 구역 변경
	변경 전(前)	변경 후(後)	
긴급	2	4	1구역/2구역 ->긴급환자 구역
응급	2	6	3구역/4구역 -> 응급환자 구역
준응급	4	4	5구역 ->준응급 구역
비응급	4	10	응급의료센터복도 바닥에 매트를 깔아서 도보 가능한 환자 수용
사망자		2	소생실(2개)

다. 격리환자가 대량발생 시 별도의 진료구역을 응급의료센터 외부에 마련하도록 한다.

분류	수용 가능 인원		재난 발생 시 진료 구역 변경
	변경 전	변경 후	
음압	1	1	긴급 격리환자 구역
격리	4	4	응급 격리환자 구역
이동식격리실	4	4	경증 격리환자 위주의 진료구역
야외 음압텐트	별도 설치	2	비응급 격리환자 위주의 진료구역
야외 선별진료소	별도 설치		격리환자 선별 진료소/지휘소 역할

라. 응급의료센터 공간만으로 재난 환자를 수용하지 못할 경우 응급의료센터 앞 국가유공자 주차장을 임시진료소로 활용한다.

마. 구성



바. 중증도 분류

- 1) 재난, 재해로 인해 응급의료센터에 내원하는 모든 환자의 증상과 상태를 기반으로 중증도를 판단하여 환자를 분류하고 해당 진료 구역으로 배치한다.
- 2) 중증도 분류소: 응급의료센터 입구
- 3) 임시진료소: 국가유공자 주차장
- 4) 격리환자는 격리지침에 따라 치료한다.
- 5) 중증도 분류체계 및 해당 색

〈중증도 분류〉

분류	분류색	환자의 중증도
긴급환자	적색(R)	수분 혹은 수 시간 이내의 응급처치를 요하는 환자 예) 기도폐쇄, 개방성 흉부 열상, 기도 화상을 동반한 중증의 화상환자
격리환자	청색(B)	호흡기 전파가 가능한 전염병 예) 폐탄저 등의 생물테러, 신종플루, 조류독감등 신종 감염병 환자
응급환자	황색(Y)	수 시간 이내에 응급처치 요하는 중증환자 예) 중증의 출혈, 다발성 골절 환자
비응급환자	녹색(G)	수 시간 혹은 수일 후에 치료하여도 생명에 지장이 없는 환자 예) 소량의 출혈, 경증의 열상 환자 등
지연환자	흑색(A)	사망하였거나 생존 가능성이 없는 환자

6) 중증도 분류표

- 가) 중증도 분류표는 환자명 대신 각각의 분류색별로 환자가 내원한 순서대로 숫자로 표시되며 중증도 분류 작업이 끝나면 중증도 분류표를 환자, 환자의 차트 환자명단에 각각 1장씩 부착한다. 현장에서 부착한 중증도 분류표는 떼지 않고 그대로 둔다.
- 나) 중증도를 분류 후 환자에게 분류표를 부착하여 식별이 용이하도록 한다.

사. 재난처치 기록지 및 환자명단

- 1) 재난처치 기록지(이하 기록지)는 대량의 환자 유입 시 신속한 환자 진료를 위하여 필수적인 내용만을 기록하기 위한 양식이며, 재난 시 의무기록을 대신한다.
- 2) 기록지에는 다음 사항을 부착, 기록한다.
 - 가) 중증도 분류표
 - 나) 파악한 환자의 신원
 - 다) 환자의 손상
 - 라) 환자의 기존 질환과 약물 복용력
 - 마) 처치내용

- 바) 환자의 이송병원 규모와 이송시간, 동행 의료인 유무
- 3) 환자 이송시에는 이송반에 기록지를 전달해 이송병원, 이송차량, 동행 의료인 여부를 파악하여 기록지 사본과 함께 이송하도록 한다.
- 4) 대량의 환자를 관리하기 위해서 환자명단을 작성한다. 현장에서 응급의료센터 원무부 직원이 작성하고, 이를 파일로 저장해 본부에 보고한다. 현장과 대책본부에서 동시에 유입되는 환자를 관리하도록 한다(부록4. 재난처치 기록지).

아. 인력확보

1) 필요 인력(재난 2등급 이상)

구분		부서	직종	인원(명)	연락처	비고	
중증도 분류반		응급의료센터	간호사	3	6118, 6119		
응급 처치반	긴급	응급의료센터	전문의	1			
			수련의	1			
			간호사	4			
			응급구조사	2			
	응급		전문의	1			
			간호사	4			
			응급구조사	2			
			비응급	전문의			1
				간호사			2
응급구조사	2						
접수 및 보고		원무부	행정직	2			6120
구급차		원무부	행정직	3	6887		
통제요원		원무부	행정직	2	6897		
		보안요원	보안직	2	6401		
전원병원확인		진료협력센터	진료협력센터장	1	6125		
환자운반원		원무부	행정직	5	6116		
종합상황실 (주차타워입구)		경영지원부	행정직	1	6114		
임시진료소 설치		시설관리팀	기술직	4	6900		
통신시설설치		전산관리팀	기술직	2	6204		

5. 모의훈련 수행 및 관리

가. 모의훈련 계획 수립

지역사회에서 발생 가능성이 높은 재난 유형 중 병원운영회의에서 선정한 재난을 주제로 총무팀에서 모의훈련 계획을 수립한다.

나. 연 1회 이상 모의훈련을 실시하며, 시행하지 못할 경우 도상훈련으로 대체한다.

※ 도상훈련이란 한공간에서 도구나 부호를 이용하여 실제상황처럼 구상해보는 방법이다. 훈련내용에는 재난 시 의사소통 및 자원관리 등을 포함한다.

라. 모의훈련 수행결과를 평가한다.

마. 평가결과에 따라 취약부분에 대한 개선방안 수립 및 적용한다.

바. 재난모의훈련 결과를 병원운영회의와 이사장에게 보고한다.

부록

1. 재난 시 물품관리
2. 응급신고 접수 기록지
3. 재난처치 기록지
4. 환자명단서식
5. 재난모의훈련 평가표
6. 비상연락망

관련 근거

1. 충청북도소방본부 긴급구조 대응계획
2. 재난 및 안전관리 기본법
3. 응급의료에 관한 법률
4. 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률
5. 국가재난정보센터(www.safekorea.go.kr)

부칙

1. 이 규정은 2010년 01월 01일부터 제정 시행한다.
2. 이 규정은 2014년 05월 01일부터 개정 시행한다.
3. 이 규정은 2014년 10월 01일부터 개정 시행한다.
4. 이 규정은 2018년 05월 23일 개정, 06월 01일부터 시행한다.
5. 이 규정은 2020년 05월 23일 개정, 06월 01일부터 시행한다.
6. 이 규정은 2021년 12월 28일 개정, 2022년 01월 17일부터 시행한다.

부록1. 재난 시 물품관리

1. 의료물품 및 장비 관리

가. 수액 및 응급약제

구분	명칭	규격	수량	보유부서
수액	생리식염수	1L	30	약제부 창고
	5% 포도당주사액1000ml	1L	10	
	10% 포도당주사액1000ml	1L	10	
	하트만액	1L	30	
	볼루라이트주	500ML	20	
	관류용생리식염수	1L	50	
약제	테타볼린주	250IU	20	약제부 약제보관함 (냉장고-필요시)
	도파민주200mg	200MG/5ML	20	
	에피네프린 주사액	1MG/ML	50	
	노르에피네프린주	4MG/4ML	20	
	아트로핀주	0.5MG/ML	50	
	세프트리아kson주	2G/V	10	
	메트리날주	500MG/100ML	10	
	디크놀주	90MG/A	50	
	탄산수소소나트륨주 20ml/via	20ML/V	50	
	글루콘산칼슘주	20ML/V	10	
	에스로반연고	10G/EA	10	
	네오텍스안연고	5G/EA	10	
	2%리도카인주	400MG/20ML/V	10	

나. 의료장비

구분	명칭	응급의료센터 가능	수량	조달부서
의료장비	제세동기	1대	2	응급의료센터, 중환자실, 병동 협력업체
	인공호흡기	1대	2	
	Emergency cart	1대	2	
	드레싱카트	1대	1	
	Infusion Pump	2대	5	
비품	Long Car	3	5	간호부에서 조달
	휠체어	3	5	

다. 기타 의료물품

구분	물품명	규격	수량	우선조달부서	비고
물품	Suture set	EA	5	응급의료센터	정기적으로 중앙 공급실에서 조달
	one-step-splint	3×12	1	구매파트	소모 시 청구하여 수량유지
	one-step-splint	3×35	1		
	one-step-splint	4×15	1		
	one-step-splint	4×30	1		
	one-step-splint	5×30	1		
	one-step-splint	5×45	1		
	neck 보호대 (필라텔피아성인용)	EA	2		
	나일론	3~6	10	중앙공급실 및 구매파트	응급의료센터에서 재난물품 package 보관 및 관리
	블랙실크	5~6	10		
	Skin stapler	EA	1		
	EB6인치	EA	10		
	EB4인치	EA	10		
	OS 바지	EA	5		
	반창고	EA	5		
	18G Angiocath	EA	20		
	5mm메디폼	10×10	2		
	5mm메디폼	20×10	2		
소독용 포비돈스틱	EA	20			
라텍스장갑 (중)	BOX	1			
텐탈마스크	BOX	1			
일회용가운	장	5			
비품	Long Car		3	응급의료센터 우선공급	추가 필요분 간호부
	휠체어		3		

라. 임시 진료소 설치 시 필요장비

연번	품목	규격	수량	비고
1	천막텐트	3X5	3조	
2	전화		3대	
3	전산제품 (컴퓨터 등)		3대	
4	냉,난방시설		3대	
5	의료용품 및 집기 비품		필요수량	
6	급수시설		1대	냉·온수기사용
7	테이블, 의자 등		필요수량	

2. 재난상황 시 약제자원 조달 및 관리

가. 비상약품

필요약제 준비 (목록에 따른 준비) : 일반약, 수액, 소독제

해당약제의 일정수량(2일분)을 상시 보유하도록 의약품관리실 재고량 조정

나. 비치장소

- 1) 일반약: 약국 내
- 2) 수액: 약제부 창고
- 3) 소독제 창고, 병동

다. 조달방안

1) 일반약

- 가) 병원 보유 재고 우선 사용
- 나) 도매상에 비상연락-해당 목록의 약제 2일분 긴급 추가 발주
- 다) 인근병원 혹은 권역센터에 부족약품 긴급조달
- 라) 부족약품 중 대체가능 약품 검토-대체 공급

2) 수액

- 가) 약제부 창고비치 약제
 당일 수액 배송 불출서를 확인하여 재고량이 많은 부서에 연락 후 수액을 확보하여 임시공급
- 나) 공급업체와 핫라인 형성
 비상 연락 시 미리 공유된 목록의 지정수량을 응급 공급

3. 재난상황 시 식료품 조달 및 관리

가. 환자식

1) 환자식수 증가

재난으로 추가 발생한 환자에게 영양팀은 재난대비 예비식재로 조리하여 배식한다.

* 수량; 재난 시 유입환자 40인분기준

품명	수량	보관장소
쌀	20kg	식자재 창고
김	20p(전장)	
미역	1kg	
참치통조림	2캔	
김치	15kg	냉장고

가) 첫 배식 완료 후 다음 끼니의 환자식은 보유 식자재로 추가 조리하며, 다음 식재료 발주 시 고려하여 입고시킨다. (환자식은 상시 1끼, 약 300인분 이상의 식재료를 보유하고 있음)

나) 보유 자원 부족 시 식재료 조달 방안

보유 식재료 및 예비 식재료로 환자식 공급이 어려운 경우 다음과 같은 조달 경로를 따른다.

Process	
1	재난발생
2	영양관리팀 영양사가 경영지원부장에게 보고
3	각 거래 업체에게 긴급발주
4	식재료입고

나. 직원식

1) 기준

가) 재난의 발생으로 효성병원의 비상 근무 시 근무용원 100명에 대하여 48시간을 유지할 수 있는 급식을 제공한다.

나) 필요한 식재료는 병원 경영진과 긴밀한 협조로써 비상사태에 능동적으로 대처할 수 있도록 한다.

2) 기본대책

가) 급식은 재해 상황 및 현장의 여건에 따라 탄력적으로 적용한다.

나) 식재료 공급이 가능한 경우 구매파트와 긴밀한 연락을 통해서 차질 없이 준비 되도록 비상 연락체계를 구축한다.

3) 비축식재료 목록(직원용 100인분 2일)

품목	규격	비축량	비고
식빵	14쪽/1봉	10봉	재난선포 시점에서 구매처 연락으로 신청
1회용젓	12g*500ea	1box	
우유 or 음료수	24개/1box	4box	구내매점 또는 구매처 연락
컵라면	30개입/box	7box	재난선포 시점에서 구매처 연락으로 신청
쌀	20kg	3봉	
김치	15kg	1봉	
건미역	2kg	1봉	
참치	1.88kg	2캔	

4) 비상연락망: 평상 시 비상연락망을 확인하여 대비한다.

직책	연락처	비고
영양관리팀 영양사	010-4501-4824	영양관리팀
각 거래업체	043-275-9060	세종유통
경영지원부 부서장	010-9588-3180	경영지원부 부서장
이외엔 효성병원 영양팀 비상연락망을 기본으로 한다.		

부록2. 응급신고 접수 기록지

응급신고 접수 기록지			
접수일자	년 월 일	접수자	(서명)
신고자 이름		신고자전화번호	
사고현장			
사고발생시간			
재난의 종류			
자연재난	<input type="checkbox"/> 태풍 <input type="checkbox"/> 홍수 <input type="checkbox"/> 지진 <input type="checkbox"/> 기타		
교통사고	사고 차량수	승용차: 대 / 트럭: 대 / 버스: 대	
	사고 환자수	명	
	적재된 위험물질		
산업재난	<input type="checkbox"/> 산업사고 <input type="checkbox"/> 폭발사고 <input type="checkbox"/> 화재		
생화학적 재난	<input type="checkbox"/> 생물학적 노출 <input type="checkbox"/> 화학적 노출		
방사선 사고	<input type="checkbox"/> 방사선 노출		
기타	<input type="checkbox"/> 전염병 <input type="checkbox"/> 테러 <input type="checkbox"/> 폭동 <input type="checkbox"/> 전쟁 <input type="checkbox"/> 기타		
현장 평가			
대략적인 환자의 수	명		
중증 환자의 수	명		
현장의 교통상황			
위험요소의 존재	<input type="checkbox"/> 전기줄 노출 <input type="checkbox"/> 차량화재 <input type="checkbox"/> 위험물 유출 <input type="checkbox"/> 파편산재 <input type="checkbox"/> 차량 불안정 <input type="checkbox"/> 수중추락 <input type="checkbox"/> 기타 :		
전원이 예상되는 환자 수	명		


부록4. 환자명단서식

환자명단						
NO	등록번호	이름	도착시간	결과	종료시간	변동사항
				① 일반병동 ② 중환자실 ③ 퇴원 ④ 전원 ⑤ 사망		
				① 일반병동 ② 중환자실 ③ 퇴원 ④ 전원 ⑤ 사망		
				① 일반병동 ② 중환자실 ③ 퇴원 ④ 전원 ⑤ 사망		
				① 일반병동 ② 중환자실 ③ 퇴원 ④ 전원 ⑤ 사망		
				① 일반병동 ② 중환자실 ③ 퇴원 ④ 전원 ⑤ 사망		
				① 일반병동 ② 중환자실 ③ 퇴원 ④ 전원 ⑤ 사망		

부록6. 비상연락망

효성병원 비상연락 체계



	유행성 감염병 대응체계			
	규 정 번 호	HS 제110-10호	제 정 일	2018.05.23
	관 련 인 증 기 준	11.8 유행성 감염병 대응체계	최 근 개 정 일	2022.12.27
	담 당 부 서	감염관리실	시 행 일	2023.01.16
	검 토 책 임 자	병원운영회의	검 토 주 기	2년
	승 인 책 임 자	이사장	검 토 예 정 일	2024.12.01
	관 련 근 거	보건복지부 질병관리청, 감염병 재난 위기관리 표준매뉴얼, 2021.		

제 1조 목적(Purpose)

유행성 감염병 발생 시 손상과 피해를 최소화하기 위해 관리 계획을 수립하여 훈련 및 대비책을 평가하기 위함이다.

▣ 용어의 정의(Definition)

- 유행성 감염:** 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률에 따른 감염병으로 인한 국민의 건강과 보건에 심각한 위해가 가해지는 대규모 사태에 대하여 보건복지부, 질병관리청에서 감염병 위기 경보 수준을 주의 이상 예보 또는 경보로 발령한 경우를 말한다.
- 표준매뉴얼:** 유행성 감염병에 대한 위기관리(예방-대비-대응-복구) 체계를 구축하고, 활동방향을 규정한 것을 말한다.

제 2조 정책(Policy)

- 유행성 감염병 발생 시 대응을 위한 표준매뉴얼이 있다.
- 유행성 감염병 발생을 인식하기 위한 경보체계가 있다.
- 유행성 감염병 대응팀이 있다.
- 유행성 감염병 진료지원 체계가 있다.
- 대응체계 점검 및 재난훈련을 시행한다.

제 3조 지침 및 절차(Guidelines & Process)

1. 유행성 감염병 발생 시 대응을 위한 표준매뉴얼

(부록 1. 유행성 감염병 발생 시 표준매뉴얼)

가. 표준매뉴얼 적용 요건

- 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률에 따른 감염병의 확산 등으로 인한 위기상황에 적용한다.
(부록 2. 위기경보 수준에 따른 대응방향), (부록 3. 대응방향에 따른 조치사항)
- 위기경보수준은 관심(Blue)-주의(Yellow)-경계(Orange)-심각(Red)으로 나누어지며, 표준 매뉴얼은 ‘주의’단계부터 작동한다.

가) 신종 감염병이 국내로 유입되어 대규모로 환자가 발생하고 있는 경우

- 중증급성기호흡기증후군(SARS)
- 동물인플루엔자 인체감염증
- 중동호흡기증후군(MERS)

- (4) 코로나바이러스감염증-19(COVID-19) 등
 - 나) 국내에서 재출현 감염병으로 인해 대규모로 환자가 발생하는 경우
 - (1) 신종인플루엔자 등

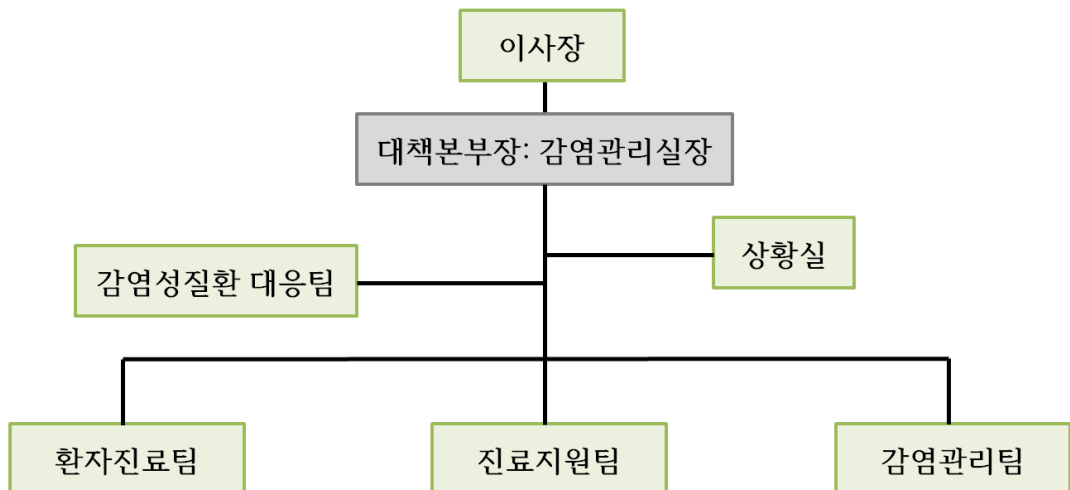
2. 유행성 감염병 발생을 인식하기 위한 경보체계

- 가. 국가기관 공지 정보 모니터링
 - 1) 질병관리청의 ‘주간 감염병 발생 동향’, ‘병원체 및 매개체 감시정보’ 및 감염병 포털 사이트를 매 주 확인한다.
 - 2) 보건복지부, 질병관리청 홈페이지의 보도자료 및 공지사항을 매주 확인한다.
 - 3) 관할 보건소 등에서 발송하는 유행성 감염병 관련 공문서를 수신한다.
- 나. 원내 공유 절차
 - 1) 유행성 감염병 질환에 따라 의심되는 증상 및 증후에 대해 직원 게시판, 인트라넷, 밴드, 해당 진료과의 회람 등을 통해 직원과 공유한다.
 - 2) 유행성 감염병 질환에 대한 정보 및 진료절차, 주의사항에 대한 안내문을 병원 홈페이지, 병원 출입구, 고객지원센터, 원무부, 진료과 접수대 등에 게시한다. 고객지원센터에서는 최신 유행성 감염병 질환에 대한 내용을 숙지하여 고객대응 시 참조한다.

3. 유행성 감염병 대비를 위한 대응팀

- 가. 대응팀 구성
 - 1) 유행성 감염병 관련 신속한 의사결정과 진행을 위한 신속대응팀을 구성한다.
 - 2) 구성
 - 가) 총괄: 이사장
 - 나) 대책본부장: 감염관리실장
 - 다) 대책본부: 감염성질환 대응팀, 상황실
 - 라) 환자진료팀: 진료부, 간호부, 약제부, 진단검사실, 영상의학실
 - 마) 진료지원팀: 원무부, 시설관리팀, 구매팀, 중앙공급실, 영양관리팀, 의무기록팀
 - 바) 감염관리팀: 감염관리실, QPS실

〈표 1. 신속대응팀 구성〉



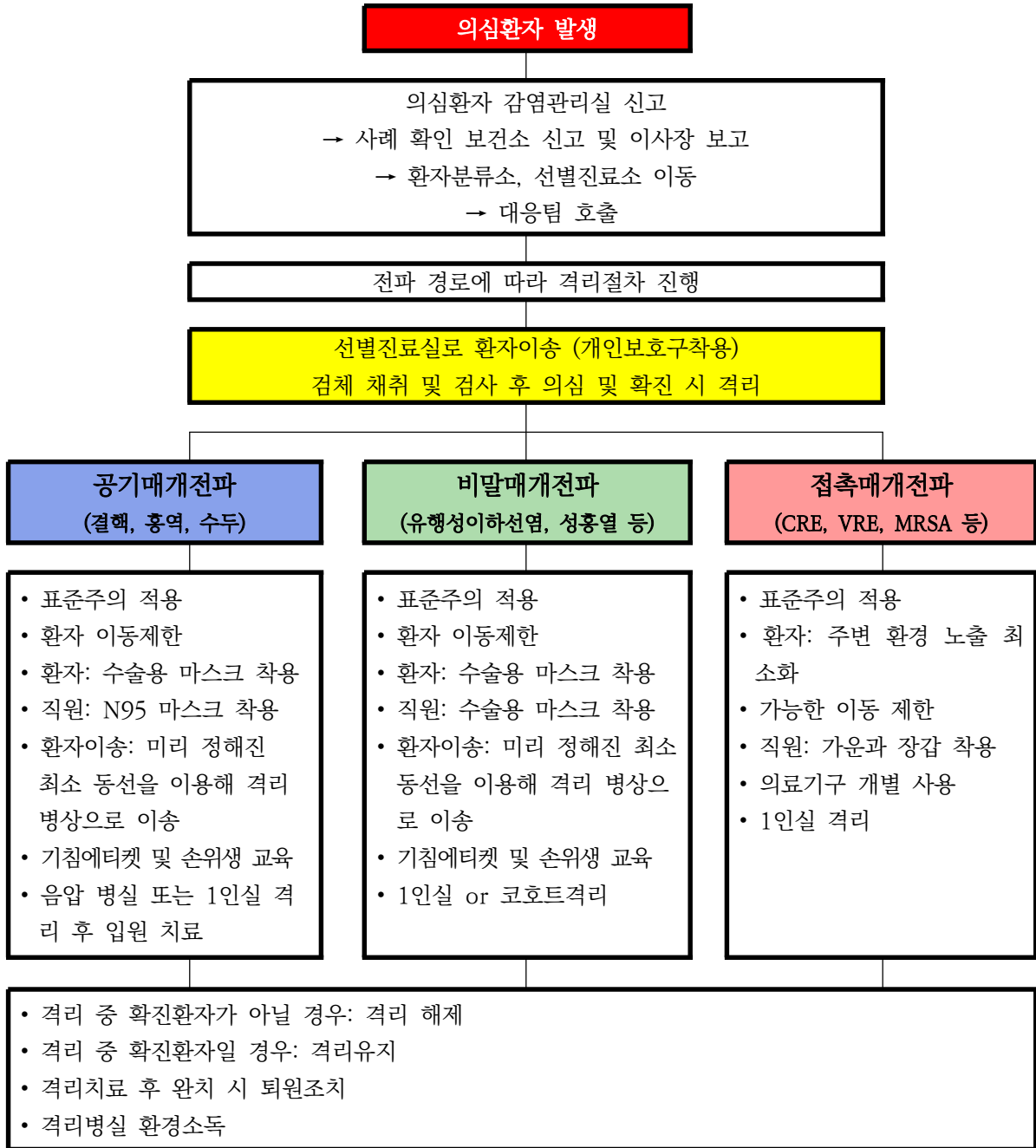
나. 대응팀 구성원의 역할

1) 의료기관 내부에서 발생할 수 있는 유행성 감염병 발생 시 구성과 역할은 국내 및 지역사회 의 위기관리를 요하는 유행성 감염병 발생 시 구성과 역할에 따른다.

〈표 2. 신속대응팀 구성원의 역할〉

구분	담당	업무
총괄	• 이사장	대응 관리 총괄
대책본부	• 감염관리실장 (대책본부장)	입원치료(격리)병상 운영 · 지원업무 총괄
	• 경영지원부 (총무, 시설, 전산관리팀) • 원무부	1. 격리병동 운영지원 가. 환자규모에 따라 환자진료팀, 진료지원팀, 감염관리팀 근무편성 나. 입원치료병상 확대운영 대비 근무인력 확보 다. 환자규모에 따라 의약품, 의료장비, 물품 등 수급관리 라. 항바이러스제제, 개인보호구, 검사키트 등 수급관리 2. 유관기관과의 협조, 연락체계 구축 3. 의심(감염)환자-병원상황 등 조정 및 보고 4. 보도자료 작성 및 언론동향 모니터링 5. 입원치료(격리)병상 운영현황 등 홍보, 홍보물 제작 6. 의심(감염)환자 입원치료(격리)병상 지정·해제 가. 타 의료기관에서 이송된 의심(감염)환자 수 및 입원 상황에 따라 신속히 추가 지정 및 결과 통보 나. 기존 입원환자 인근병원으로 전원계획 수립 및 협의
환자진료팀	• 내과 • 소아청소년과 • 가정의학과 • 응급의학과 • 간호부 • 약제부 • 진단검사실 • 영상의학실	1. 환자분류, 환자 격리치료 가. 격리병실의 구분(의심환자, 확진환자), 입·퇴원 기준 수립, 신종감염병 환자 진료 나. 원내 의심(감염)환자 발생 시 진단 및 보고 2. 병원 내 감시체계운영 및 교육 가. 환자진료팀, 진료지원팀, 감염관리팀 환자의 안전수칙점검 나. 신종감염병환자 관련 사항에 대한 환자 및 보호자 교육 3. 격리치료 시 사용할 의약품 신청 및 관리 가. 입원치료(격리)병동비축 약제 사용량 보고
진료지원팀	• 원무부 • 시설관리팀 • 구매팀 • 중앙공급실 • 영양관리팀 • 의무기록팀	1. 병원 출입제한구역 지정, 해제 및 관리 가. 출입제한구역 표시줄, 안내판 설치 2. 진료 시 필요한 물품과약품, 개인보호구 등 구매 및 공급 3. 신종 감염병 의심(감염)환자를 격리병동으로 이송 4. 환자나 사체 등 타기관(질병관리청, 보건소 등)으로 이송하거나 영안실로 이송 5. 입원치료(격리)병상 지원 물품 관리 및 지원 6. 입원치료(격리)병상의 음압시설 유지·점검·보수 7. 병원오염방지를 위한 소독 실시 (병실, 이송로, 진료장비, 개인보호구) 8. 청소, 세탁, 린넨 및 식사 공급 9. 의무기록 작성
감염관리팀	• 감염관리실 • QPS실	1. 감염관리계획 수립과 개정 및 적용의 적절성 관리 2. 병원 내 감시체계운영. 모든 부서의 감염관리 지도 및 감독 3. 환자와 접촉자, 병상 출입하는 직원 등 감염관리 4. 감염관리 교육 및 직원예방 교육, 감염교육 자료개발 5. 환자의 입·퇴원을 관리하며 보건소 신고 6. 입원치료(격리)병상 환자의(입원 및 퇴원 후) 지속적인 모니터링

다. 대응팀 활성화 절차 및 유행 시 운영



4. 유행성 감염병 진료지원 체계

가. 별도의 시설 확보

1) 선별진료소 설치·운영

가) 유행성 감염병의 국가 위기경보 수준이 '경계'단계로 격상될 경우, 선별진료소를 운영한다.

나) 유행성 감염병 의심 환자의 경우, 원내 진입 전 선별진료소에서 선별진료를 시행한다.

다) 선별진료소는 음압(-2.5Pa 이상 차이)을 유지하고, 시설관리팀은 선별진료소의 음압이 적절하게 유지되는지 매일 1회 음압상태를 점검하고 기록한다.

라) 선별진료소는 응급실 앞에 설치하고, 대기공간은 야외에 두며, 환기가 잘 되는 독립된 공간에 설치한다.

마) 확보시설: 진료접수 및 수납창구, 진료 대기실, 진료실, 검사실(검체 채취실, 영상촬영실 등) 등

2) 별도의 선별진료소가 없는 경우, 이동식 음압텐트를 이용하여 임시 공간을 확보한다.

나. 인력 확보

1) 담당 의료진 및 적정 인력 확보

가) 유행성 감염병에 대응할 수 있는 훈련된 담당 의료진을 확보한다.

나) 인력 구성

(1) 의사: 내과, 소아청소년과, 가정의학과, 응급의학과 전문의 등

(2) 간호사: 응급의료센터, 외래, 중환자실 등

(3) 검사 및 지원부서: 영상의학실, 진단검사실, 원무부 등

다) 국가 위기경보 수준 및 선별진료 환자 수에 따라 신속대응팀에서 진료부 및 간호부, 검사부서, 지원부서 직원의 추가 배치를 결정한다.

라) 유행성 감염병 진료 후 격리가 필요한 경우, 의료진 격리병동을 구축한다.

2) 유행성 감염병 대응 교육

가) 담당 의료진에게 개인보호장비(PPE, Personal Protective Equipment) 착용의 방법, 호흡기계 보호구 사용법을 훈련한다.

나) 유행성 감염병 대응팀 의료진은 매년 개인보호구 착용의 훈련을 시행하고, 유행성 감염병 업무와 관련된 모든 직원들에게 감염병 위기 경보 수준이 '경계' 단계 이상으로 발령되면 개인보호구 착용의 훈련을 시행한다.

다) 매년 신입 의료진을 대상으로 개인보호구 착용의 교육을 시행한다.

5. 대응체계 점검

가. 매년 재난훈련을 바탕으로 표준매뉴얼을 점검하고, 필요시 개정한다.

6. 재난훈련 시행 및 관리

가. 모의훈련

(부록 4. 감염병 대응 모의 훈련 지침), (부록 5. 간호부 감염병 위기 관리팀 활성화 절차)

1) 연 1회 이상 유행성 감염병 관련 모의훈련을 시행한다.

2) 모의훈련을 시행하지 못한 경우, 도상훈련(Table Exercise)을 시행한다.

3) 훈련 결과를 평가하고, 개선사항을 점검한다.

나. 평가 결과에 따른 개선활동을 수행한다.

1) 환자 진료 절차

2) 직원의 개인보호구 착용의

3) 환자의 이동경로

4) 환자 격리 및 국가지정병원 이송 절차 등

다. 모의훈련 결과는 보고서를 작성하여 경영진에게 보고하고, 관련 직원과 공유한다.

1) 모의훈련 후 평가 결과 및 개선이 필요한 사항

2) 개선활동 수행결과 등

부록

1. 유행성 감염병 발생 시 표준매뉴얼
2. 위기경보 수준에 따른 대응방향
3. 대응방향에 따른 조치사항
4. 감염병 대응 모의 훈련 지침
5. 간호부 감염병 위기 관리팀 활성화 절차

관련근거

1. 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률.
2. 보건복지부, 질병관리청, 감염병 재난 위기관리 표준매뉴얼, 2021.
3. 국립중앙의료원, 해외신종감염병 전담대응교육 교재, 2016.
4. 질병관리청, 의료관련감염 표준예방지침, 2017.
5. 질병관리청, 메르스 대응지침 제5-2판, 2019.
6. 질병관리청, 조류인플루엔자 인체감염증 대비·대응지침, 2018.
7. 질병관리청, 바이러스성출혈열 대응지침 제1판, 2019.
8. 질병관리청, 코로나바이러스감염증-19 대응 지침(지자체용) 제13-1판, 2022.

부칙

1. 이 규정은 2018년 05월 23일 제정, 06월 01부터 시행한다.
2. 이 규정은 2022년 09월 27일에 개정, 2022년 10월 15일부터 시행한다.
3. 이 규정은 2022년 12월 27일에 개정, 2023년 01월 16일부터 시행한다.

부록1. 유행성 감염병 발생 시 표준매뉴얼

유행성 감염병 발생 시 표준매뉴얼

1. 직원 기본 지침

- 가. 직원은 감염병 환자가 내원 또는 발생하는 즉시 감염관리실에 알리고, 감염병 관리지침을 준수하여 감염병의 병원 내 발생 및 전파 차단
- 나. 감염자 및 보균자, 유증상자 조기발견 격리치료 및 확산 방지
- 다. 병원 내 시설 및 환자 분비물과 오염된 물건에 대한 소독 실시, 음용수, 급식위생 강화 및 제공 중단 등 단계별 대응
- 라. 해외여행 자제를 유도하고, 직원 단체 야외활동 금지 및 예방수칙 제공, 손씻기 등 감염병 예방교육 강화
- 마. 감염병 환자(의사환자 포함) 수시파악 및 정보제공을 통한 신고 유도, 방역당국과 협의하여 환자격리, 출근금지 등 필요조치 강구
- 바. 유관기관의 협조 하에 감염병 발생 무렵 해외 귀국 직원에 대한 격리조치(잠복기간 고려) 후 전염력이 상실된 안전한 경우만 병원에 합류

2. 유행성 감염병 의심환자 발생 시 해당 부서별 조치사항

- 가. 외래
 - 1) 진료 시 DUR-14일 이내 감염병 유행국가 방문경력이 있을 시 팝업창 알림
 - 2) 증상유무 확인 → 증상 유(의심환자)
 - 가) 감염관리실 연락(☎6888)
 - 나) 접촉직원(1m 이내)은 보호구 착용(전파경로별 보호구)
 - (1) 직원: N95 마스크, 1회용 가운, 장갑
 - (2) 환자: 수술용 마스크
 - 다) 응급실 선별진료소 음압격리병실로 이동(최소한의 이동 동선 유지, 다른 사람과 접촉을 최소화), 감염관리실 담당자의 안내(보호구 착용, 주위 환경소독)로 응급실로 출발, 직원은 만약의 사태에 대비하여 감염관리실의 지시가 있을 때까지 이동하지 않는다.
 - 라) 응급실로 환자 인계 시 응급실의 지시에 따른다.
 - 마) 해당 외래는 의심환자가 있었던 환경을 소독한다.
- 나. 감염관리실의 역할
 - 1) 유행성 감염병 의심환자 신고가 들어오면 보건소에 연락한다.
 - 2) 질병관리청 해당 감염병 관련지침에 따라 행동한다.
 - 3) 원내에 의심환자가 있음을 인트라넷, 밴드를 통해 직원들과 공유한다.
 - 4) 응급실과 밀접히 연락하고, 응급실의 감염병 환자 진료 프로세스에 따른다.
 - 5) 보건소 담당자와 연락하여 담당자의 지시에 따르고, 역학조사에 대비한다.
 - 6) 환자의 이동 경로를 소독제로 소독한다.
 - 7) 의심환자가 접촉했던 직원의 명단을 확보하여 역학조사에 대비한다.
 - 8) 상황종료 후 보고서를 작성하여 감염관리실장과 경영진에게 보고한다.

다. 응급실 절차

- 1) 외래, 감염관리실의 신고에 따라 환자 진료에 대비한다.
- 2) 환자의 상황에 따라 격리음압병실로 이송하고 보건소의 지시에 따른다.
- 3) 응급실 전파 경로에 따른 격리절차에 따른다.
- 4) 응급실 감염관리규정에 따른다.

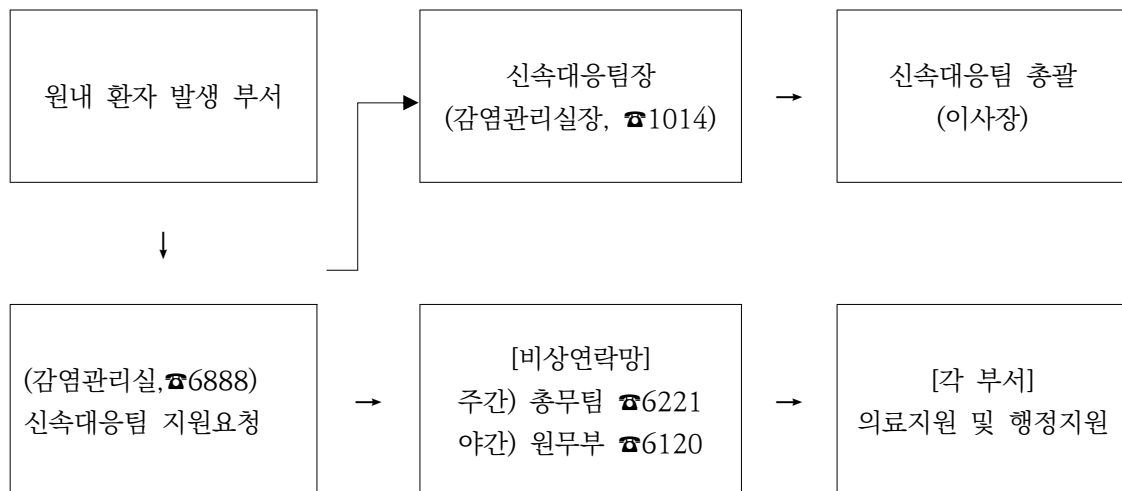
라. 선별진료소 절차

- 1) 원내 입구에 안내 게시물을 비치하여 신종감염병 관련 증상이 있는 환자는 선별진료소로 안내하며, 증상별 개인보호구를 착용하고 진료를 받도록 한다.
- 2) 가능한 입구에서 의료기구(예: 열감지기, 고막체온계 등)를 사용하여 증상을 확인한다.
- 3) 선별진료소의 시설
 - 가) 선별진료소는 음압시설을 갖추고, 별도의 선별진료소가 없는 경우 음압텐트를 이용하여 임시 공간을 확보한다.
 - 나) 진료실과 대기실(처치 준비 구역) 구역을 구분하고 개인보호구, 의료폐기물용기, 손 소독제, 환경소독제, 검체통, 검체운반물품 및 교육홍보자료 등을 비치한다.
 - 다) 환자의 진료는 자택치료, 지역거점병원 이송, 본원 입원 중 질병관리청 지침에 따라 결정한다.

마. 환자의 거점병원 이송

- 1) 질병관리청 지침에 따라 환자의 입원이 필요한 경우, 국가지정 음압격리병상이 있는 거점 병원으로 이송한다.
- 2) 환자는 이송 시 수술용 마스크 또는 필요시 N95 마스크를 착용한다.
- 3) 이동경로는 가장 짧은 경로를 이용, 다른 사람(또는 환자)들이 이용하지 않는 경로를 지정 하여 사용한다.

3. 원내 비상연락 체계



가. 관련기관의 협력

- 1) 본원에 환자나 의심환자 발생 시 국가지정 입원병실이 있는 충북대학교병원, 지역거점병원으로 환자를 전원한다.

2) 본원에 환자나 의심환자 발생 시 상당구 보건소와 연계하여 환자를 전원한다.

연번	기관명	담당부서	담당자	연락처
1	상당보건소	감염병대응과		☎043-201-4395

4. 선별진료소 운영

- 가. 기능: 유증상자, 의심환자의 1차 진료(발열체크, 문진 등)
- 나. 설치장소: 대기공간은 야외에 두고, 환기가 잘되는 독립된 공간에 설치한다.
- 다. 이동형 음압기를 이용한다(독립된 공조시스템으로 환기).
- 라. 구조
 - 1) 환자 대기실, 진료실, 검사실
- 마. 격리원칙이나 질병관리청 지침에 따라 진료한다.
- 바. 준비사항
 - 1) 진료용품: 혈압계, 청진기, 체온계 등
 - 2) 진료용 컴퓨터, 프린터 등
 - 3) 환자 수칙 안내문 부착
 - 4) 보호구 준비: 환자 및 보호자 사용가능한 것
 - 5) 손 소독제, 격리의료 폐기물박스
 - 6) 진료절차 안내문 부착
 - 7) 환경청소 용품
- 사. 감염병 전담의료진은 감염병 환자 발생 시 의료인 본인의 감염여부를 감시한다.
- 아. 감염관리 지침에 따른 환자 이송 제한 및 보호구를 착용한다.
- 자. 환자 이동 동선 관리에 따른 환경소독을 실시한다.
- 차. 주의사항
 - 1) 의료진, 일반 환자, 보호자, 직원 노출 최소화
 - 2) 진료 시 전담의료진 노출을 최소화
 - 3) 보호구 착·탈의 방법 준수

5. 외래 환자 접수 및 안내

- 가. 감염병 의심환자가 외래진료 대기실 또는 진료실에 들어오는 경우를 최소화하여 다른 환자, 직원으로의 전파를 차단하기 위해 선별진료실로 안내한다.
- 나. 병원 입구, 외래 진료실, 진료실 내부에 안내문을 부착한다.
- 다. 감염병 의심환자 발생 시 직원은 보호구 착용, 격리 지침을 적용한다.
- 라. 환자가 감염병 신고기준에 합당한 경우 감염관리실로 연락, 보건소에 신고한다.
- 마. 진료실은 감염관리 지침에 따라 소독 후 사용한다.
- 바. 환자 및 접촉자 관리를 시행한다.

6. 시설관리

- 가. 시설현황 및 용도(정상시/비상시)

1) 응급실

평상시	• 응급실 내 음압격리병실
신종감염병 유행 시	• 타 구역과의 연결통로를 폐쇄하여 격리음압병실로 전환 • 응급실 전체를 독립 공간으로 운영(행정, 진료, 간호인력) • 음압격리실 병상을 초과하는 경우 지역 내 다른 감염병 전담병원인 충북대학병원으로 전원

2) 중환자실 음압실

평상시	• 중환자실 내 음압격리병실
신종감염병 유행 시	• 원내 환자 중 신종 감염병 발생 중환자 입원 • 일반 중환자실과 인력 및 공간 독립 운영 • 음압격리실 2병상을 초과하는 경우 지역 내 다른 감염병 전담병원인 충북대학병원으로 전원

3) 일반병실 음압실

평상시	• 3병동 내 음압격리병실
신종감염병 유행 시	• 지역 내 다른 감염병 전담병원인 충북대학병원으로 전원

나. 격리병상 가동 점검

구분	평상시 시설유지 관리(미가동 시)	비상 시 시설유지 관리(가동 시)
해파필터	• 정상작동 여부 체크 • 연 1회 필터 교체	• 정상작동 여부 체크 • 비상 시 사용 후 해파필터 교체
공조 설비	• 주 1회 음압 모니터(미사용 시) • 격리환자 사용 시 매일 음압 점검	• 해당 설비 비상점검 • 비상 시 사용 후 필터교체 • 매일 음압 점검 • 공기 배출구 근처 출입통제

다. 환자 이동 동선 및 안내판 설치

1) 일반, 격리 차단 경로 설정

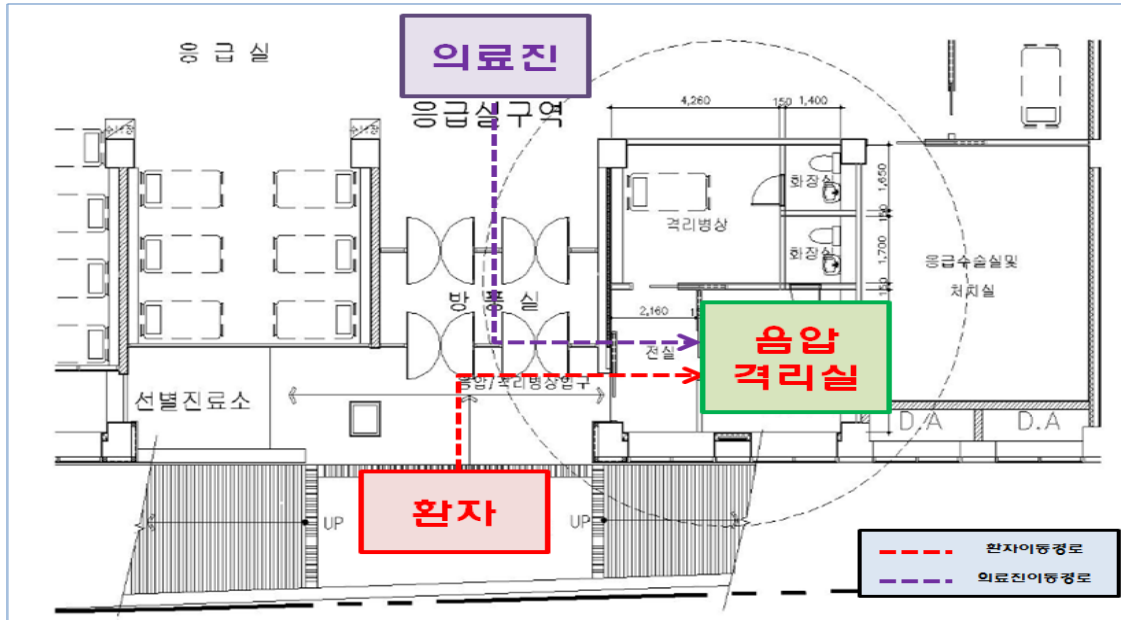
가) 격리외래

- (1) 응급실 출입구에서 격리외래까지 안내라인 설치
- (2) 격리환자진료소 방향 폴리스라인 설치
- (3) 격리환자 이용 계단 출입금지, 폴리스라인 설치
- (4) 엘리베이터 이용 시 안내라인 설치

나) 응급실

- (1) 응급실 출입구에서 선별진료소 주변 의심환자 출입구까지 폴리스라인 설치
- (2) 응급실 주변 출입구에 폴리스라인 설치

2) 응급실 격리음압병실 입실 경로(선별진료소 → 환자분류소, 음압격리실 → 선별진료소)

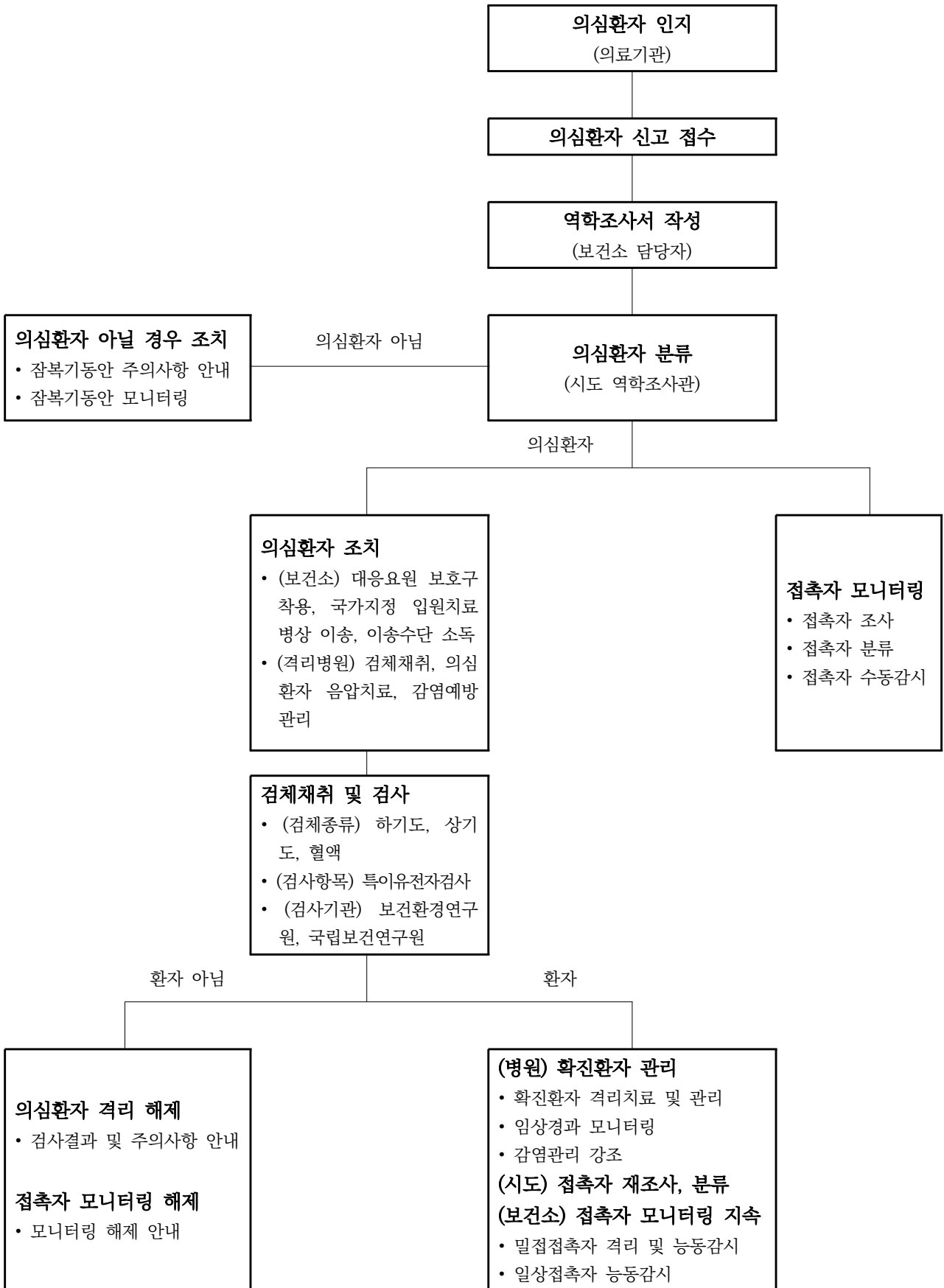


3) 안내판 설치 및 장소

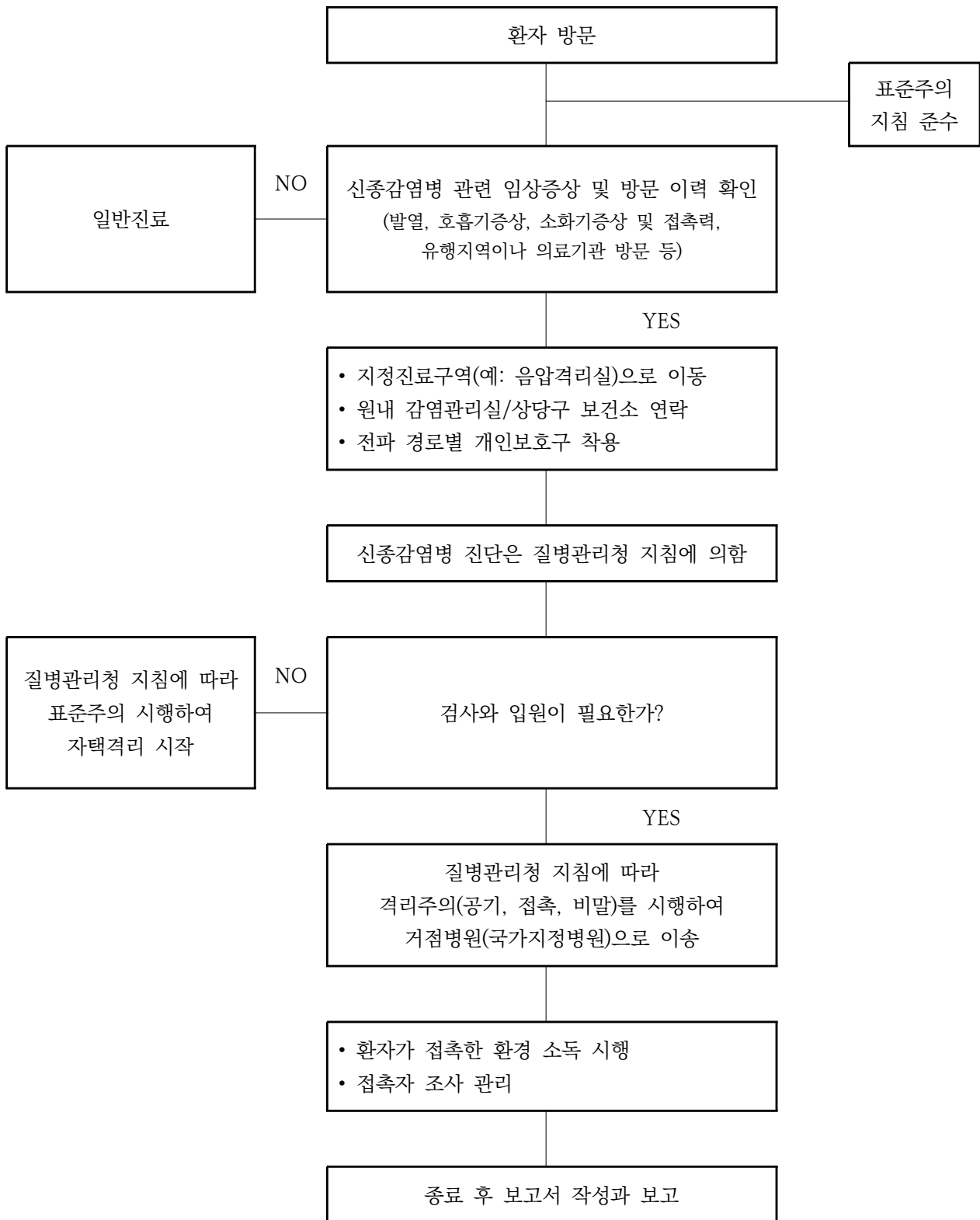
설치장소	Type	내용
1층 정문 출입구	부착형	<ul style="list-style-type: none"> • 신종감염병 관련 안내문 • 신종감염병 의심환자 출입금지 안내표지 • 내원환자 분류 경로 안내표지
1층 로비	Stand형	<ul style="list-style-type: none"> • 신종감염병 관련 안내문, 거점약국 현황 안내문 • 내원환자 분류 경로 안내표지, 감염교육 안내문 • 주요부서 이동 경로 안내표지
1층 원무 접수, 수납	부착형	<ul style="list-style-type: none"> • 내원환자 분류 경로 안내 표지, 감염교육 안내문
각 외래 대기실	부착형	<ul style="list-style-type: none"> • 신종감염병 유사 증상 관련 주의사항 • 감염교육 안내문
각 병동 (게시판)	부착형	<ul style="list-style-type: none"> • 입원환자 감염교육 안내문 • 신종감염병 관련 안내문, 내원 이동 경로 안내문
영상의학과 및 검사실	부착형	<ul style="list-style-type: none"> • 신종감염병 관련 안내문, 검사 전 주의사항 안내
엘리베이터	부착형	<ul style="list-style-type: none"> • 신종감염병 관련 안내문, 감염교육 안내문
응급실 출입구	Stand형/부착형	<ul style="list-style-type: none"> • 신종감염병 관련 안내문, 내원환자 분류 안내 • 신종감염병 의심환자 출입금지 안내표지
응급실 대기실	부착형	<ul style="list-style-type: none"> • 내원환자 분류 안내, 감염교육 안내문 • 신종감염병 관련 안내문, 주요부서 이동 경로 안내
선별진료소 (입구)	Stand형/부착형	<ul style="list-style-type: none"> • 신종감염병 관련 안내문, 내원환자 분류 경로 안내
선별진료소 (대기)	부착형	<ul style="list-style-type: none"> • 신종감염병 관련 안내문, 진료절차 안내 • 감염교육 안내문

7. 진료계획

가. 의심환자 내원 시 진료 흐름도



나. 상황처리 흐름도



다. 질병관리청 신종감염병 관리지침

영역	관리지침
신종감염병 환자 발생	<ul style="list-style-type: none"> ■ 외래, 응급실 경유환자 국가지정 격리병원으로 이송 ■ 원내 발생 환자는 음압격리병실로 이실 후 국가지정격리병원으로 이송
환자 발생 연락 체계와 조치	<ul style="list-style-type: none"> ■ 감염관리실 연락 <ul style="list-style-type: none"> ① 감염관리실장, 전담의, 외래, 응급실 간호부서에서 감염관리실로 연락 ② 감염관리실에서 보건소로 신고 ■ 외래, 입원계 <ul style="list-style-type: none"> ① 원무부 격리병실 담당자 연락 ② 격리병실 입원수속 ③ 격리병실 입원수속 후 환자 이송 - 주변 환자 통제, 전용 엘리베이터 이용 ■ 담당의사 혹은 담당 간호사, 이송요원: 개인보호구 착용 ■ 감염관리자는 환자이송에 원무부, 시설관리팀에 협조를 구한다. (청소, 통제, 이동 동선)
검체 관리	<ul style="list-style-type: none"> ■ 채혈 및 검체 채취 시 N95마스크, Glove 착용 ■ 채혈 및 검체 채취 후 용기의 겉면을 알코올 스펀지로 닦은 후 바코드를 출력한다. ■ 채혈 및 검체 채취 용기는 이중 포장을 하고 겉면을 알코올 스펀지로 닦는다. ■ 검체 이송용기에 담아 운반한다.
환자급식	<ul style="list-style-type: none"> ■ 배식 담당이 보호구 착용 후 환자에게 식사 운반한다.
영상의학검사	<ul style="list-style-type: none"> ■ 가능한 한 Portable X-ray 촬영한다. ■ 이송 시 환자에게 마스크를 착용시킨다. ■ 신종감염병 환자가 영상의학과 방문함을 유선으로 알린다. ■ 환자이송팀(이송팀 마스크 착용) ■ 보호구를 착용하고 검사 실시 ■ 촬영 후 사용했던 방사선 기기 및 환경에 대한 소독 실시
보호장구 착용 범위	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aerosol 발생 시술 시 (긴소매 보호복, N95 마스크, 고글, 장갑) ■ 일반진료 및 간호 시 수술용 마스크 착용
환경청소	<ul style="list-style-type: none"> ■ 환자 이동 동선에 따라 차아염소산나트륨 희석액으로 바닥, 병실을 청소한다.
퇴원 시	<ul style="list-style-type: none"> ■ 감염관리실 연락 - 보건소 연락 ■ 퇴원 시 주의사항 교육 후 퇴원

8. 감염관리 ※ 질병관리청의 신종 감염병 관리지침에 따라 변경 가능

가. 환자 관리

1) 기본 원칙

- 가) 증상과 증후의 유무에 관계없이 모든 환자에게 의료서비스를 제공할 때는 표준주의지침을 철저히 준수한다.
- 나) 환자의 진료 및 검사를 위해 환자의 혈액 및 체액을 다루거나 오염된 물품 등을 처리할 때는 정해진 구역에서 개인보호구를 착용한다.
* 개인보호구는 원칙적으로 일회용이며, 방수처리가 된 제품을 사용

2) 입원환자 관리

가) 입원실

- (1) 음압격리실(1인실, 또는 코호트)로 입원 조치한다.
- (2) 비누와 일회용 타월, 알코올 손소독제, 개인보호구 등을 갖추고 문은 닫아두며, 통행을 제한한다.
- (3) 병실 출입자 목록 작성, 관리한다.
- (4) 병실 앞 개인보호구 착용 안내물을 게시한다.

나) 직원 배치

- (1) 별도 인력 배치하여 개인보호구 착용 여부 확인 점검한다.
- (2) 입원 구역에는 전담 임상 및 비임상 직원을 별도로 배치하며, 전담 직원들은 격리구역과 다른 임상 구역을 자유롭게 드나들지 않도록 이동을 제한한다.
- (3) 환자구역에는 필수인력이 아닌 직원은 제한한다.

다) 환자 이송

- (1) 격리외래 또는 선별진료소 응급실에서 진료 후 신종전염병(의심)환자로 진단된 경우 응급실(또는 격리병동) 격리동선으로 이송한다.
- (2) 환자의 검사나 병실 밖 이동은 최소한으로 제한한다.

라) 환자 및 보호자 교육을 실시한다.

- (1) 감염전파 예방 교육(기침예절 등)
- (2) 손위생
- (3) 이동 시 보호구 착용
- (4) 주변 물품 관리에 대한 교육

3) 사망환자관리

가) 감염관리실 연락(보건소 신고)

나) 사체이동

- (1) 관련된 사람들 모두 개인보호구 착용 및 이동 후 개인 소독한다.
- (2) 사체 이동 시 환자시트 등을 통한 완전 밀봉 후 이동한다.

- 이송 시 가능한 최소한의 인원으로 구성
- 검사 등 환자를 이송 받을 부서에 사전고지
- 환자 도착 전 , 환자 이송장소에 사전 연락을 취하여 환자를 대비
- 미리 정해진 이동경로 (전용통로) 따라 최단시간 이송
- 다른 환자, 보호자와 접촉피해(통행이 많지 않은 경로이용)
- 이송요원은 개인보호구를 착용하고, 환자와 접촉 전후 반드시 손위생 수행
- 환자는 수술용 마스크착용, 필요시 긴 가운, 장갑 착용(환의를 교환하거나 덧 가운을 착용)
- 삼관이 있는 경우 삼관기구를 고정하고, 깨끗이 정돈해서 분비물로 오염되지 않도록 함
- 개방창상은 드레싱으로 덮어 분비물이 새지 않도록 함
- 이송용구(휠체어, 이동카트, 보행기 등)는 사용 후 바로 소독
- 환자를 이송용구로 옮길 경우 이송용구에 환자를 옮긴 다음, 이동 전 이송 용구 손잡이를 소독하고, 손위생을 실시

다) 사체와 가족의 접촉

- (1) 사체의 직접 접촉은 삼가하고, 불가피할 시 개인보호구 착용 후 접촉, 접촉 후 비누와 물로 세척하도록 유도한다.

나. 물품 및 환경관리

1) 물품관리

- 가) 환자가 사용하는 물품(청진기, 체온계, 혈압계, 토니켓, 응급소생술 기구 등)은 개별로 비치한다.
- 나) 가능하면 일회용품을 사용한다(산소마스크 등).
- 다) 재사용이 필요한 물품은 사용 후 소독을 위해 주변을 오염시키지 않도록 뚜껑이 있는 플라스틱 용기에 담아 중앙공급실로 보낸다.
- 라) 격리의료폐기물 용기를 병실에 비치하고 환자에게 나오는 모든 의료폐기물을 별도 수거한다.
- 마) 사용한 린넨류는 오염세탁물통에 넣는다.
- 바) 감염병의 종류에 따라 사용한 세탁물을 폐기할 수도 있다.

2) 환경관리

- 가) 환자가 기침 시 사용할 수 있도록 휴지(티슈)를 비치한다.
- 나) 소독제(질병관리청에서 제시하는 수준의 소독제)를 이용하여 매일 병실 청소를 시행한다.
- 다) 청소 입실 시 보호구를 착용한다.
- 라) 청소나 소독을 담당하는 직원은 감염예방 교육을 이수한다.
- 마) 환경표면에 유기물이 있으면 적절하게 소독이 되지 않으므로 환경소독 전 표면을 닦아낸다.
- 바) 병원균의 분무 발생 가능성을 막기 위해 빗자루나 진공청소기 등을 이용한 청소방법보다는 청소용액이나 소독제를 적신 걸레를 이용하여 청소를 시행한다.
- 사) 청소도구는 일회용을 사용하거나 전용으로 사용, 재사용할 경우 청소도구는 적절한 소독제를 이용하여 소독한 후 건조시켜 보관한다.

- 아) 혈액, 체액, 분비물, 배설물로 오염된 환경표면은 즉시 청소를 시행한다.
- 자) 환자가 재실하고 있는 격리실 주변 환경은 적어도 매일 청소를 시행하고 손의 접촉이 빈번한 표면(의료기구 손잡이, 의료기구 표면, 문손잡이, 전등 스위치 등)은 자주 시행한다.
- 차) 환자 퇴실 후 종결소독을 실시한다.
- 카) 소독청소가 끝나면 오염의 정도를 고려해 최소 1시간 이상 환기를 한 후 새로운 환자를 받을 수 있다.

다. 린넨(세탁물)

- 1) 청결한 세탁물은 별도의 공간에 보관한다.
- 2) 오염된 세탁물을 취급하는 직원은 개인보호구를 착용하고 개인보호구 제거 후 손위생을 한다.
- 3) 격리실(혹은 격리영역)내 오염세탁물 햄퍼를 비치하고 환자에게 사용한 세탁물은 발생장에서 주변 환경과 사람이 오염되지 않도록 주의하여 수거한다.
- 4) 환자에게 사용한 세탁물은 일반적인 의료기관 오염세탁물 처리 과정에 따라 세탁할 수 있다.
- 5) 수집, 수거, 운반 그리고 세탁 처리하는 과정에서 세탁물을 취급하는 직원이나 주변 환경에 병원체가 노출되지 않도록 철저히 보호할 수 있어야 한다.
- 6) 세탁이 불가능한 경우 의료폐기물 처리 절차에 따라 폐기한다.
- 7) 확진 및 의심환자 격리실 담당 의료진은 전용 근무복을 착용하고 매 근무 후 근무복은 오염세탁물로 간주하여 세탁한다.

라. 폐기물 관리

- 1) 폐기물처리는 의료폐기물 처리 규정에 따른다.
- 2) 폐기물은 적절하고 안전한 취급을 위해 발생장소에서 분리하여 처리한다.
- 3) 바늘이나 칼날과 같은 날카로운 도구는 찌르지 않는 폐기물 전용용기에 수집하며, 용기는 물품을 사용하는 장소에 비치한다.
- 4) 고형의 날카롭지 않는 감염성 폐기물은 새지 않는 폐기물 용기에 수집하여 뚜껑을 닫아둔다.
- 5) 환자의 체액이나 배설물은 하수구 배출규정에 따라 하수설비에 폐기한다.
단, 체액이나 배설물을 폐기하는 과정에서 주변 환경이나 사람에게 오염시키지 않도록 주의해야 한다.
- 6) 전용용기는 사용 전에 반드시 표기사항을 기재한다.
- 7) 폐기물 발생 시 즉시 전용용기에 넣어야 한다.
- 8) 의료폐기물의 투입이 끝난 전용용기는 폐기물량에 상관없이 소독 후 포장하며 최대포장량은 용기 부피의 75% 미만으로 한다.
- 9) 폐기물 처리 시 폐기물 투입, 용기 밀폐포장 등 외부표면을 차아염소산나트륨으로 소독한다.

				
전용 용기 사용	내부 소독	내피 밀봉	내부소독	용기밀폐
				
용기 표면소독	내피에 다시 담는다.	내피 표면 소독	지정된 장소에 임시보관	폐기물 위탁 처리업체로 인계

마. 소독

- 1) 환자가 기침 시 사용할 수 있도록 휴지(티슈)를 비치한다.
- 2) 진료 시 일회용 물품을 사용하고 재활용 시에 철저히 소독 및 멸균을 시행한다.
- 3) 산소마스크, Nasal prong, Suction tube나 line 등은 재사용하지 않는다.

바. 직원관리

- 1) 직원들에게 감염관리 규칙 준수 및 감염관리 교육을 이수시킨다.
 - 가) 근무 중인 직원은 진료부서와 접촉력에 따라 출퇴근 시 일일 2회 발열 및 호흡기증상을 감시한다.
 - 나) 모든 직원은 감염병 관련 업무에 자의의지로 참여하며 병원은 직원의 의사에 반하여 감염병 관련 업무를 맡기지 않는다.
 - 다) 환자 진료에는 고위험 기저질환을 가진 직원과 임산부는 제외한다.
- 2) 접촉 의료인 관리 대장을 작성한다.

사. 상황별 개인보호구 범위

- 1) 접촉하는 환자의 상태(의심/확진환자여부, 환자의 폐렴 유무), 상황, 행위(직접 접촉여부, 에어로졸 생성 처치 여부 등)를 고려하여 선택한다.
- 2) 의심 또는 확진 환자와 직접 접촉하거나 가검물 취급 시 Level D(N95 동급의 마스크, 장갑, 보안경 또는 안면 보호구, 전신보호구, 신발덮개)의 보호구를 사용한다.




〈표 1. 상황별 개인보호구 사용범위 예시: 코로나19〉

상황설명	N95 마스크	PAPR	보안경, 안면보호구	가운	전신 보호복	신발덮개	장갑
의심환자접촉	착용		착용		착용	착용	착용
검역	착용						착용
의심환자이송 (구급차운전자)	착용						착용
의심환자이송 (보건소직원)	착용		착용		착용		착용
의료행위(일상적인 진료 간호, 검체채취 등)	착용		착용		착용	착용	착용
의료행위(에어로졸형성)	착용	착용	착용		착용	착용	착용
검사(영상의학과직원)	착용		착용		착용	착용	착용
검체취급(검사실 등)	착용	착용	착용		착용	착용	착용
청소(의심/확진환자구역)	착용		착용		착용	착용	착용
의료폐기물 포장, 취급	착용		착용		착용	착용	착용
사체 이송, 안치	착용		착용		착용	착용	착용

아. 감염병환자의 검사

- 1) 방사선검사는 가능한 이동식 촬영기기를 이용한다.
- 2) 환자와 접촉한 부위를 중심으로 소독, 청소를 시행한다.
- 3) 감염병환자의 검체 채취는 보건소와 협의하고 안전이 허락된 검사만 채취한다.
- 4) 환자 채혈이 필요한 경우 최소인력으로 채혈하고 적절한 보호구를 착용한다.
- 5) 사용한 바늘에 손상을 입지 않도록 주의: Recapping 금지, 사용한 바늘은 즉시 분리수거한다.
- 6) 객담 채취 시 검체포장: 검체는 오염되지 않도록 주의하고 채취하고 수송과정에 새지 않도록 완전히 밀봉한다.

〈표 2. 3중 포장용기 예시〉










구분	1차 용기	2차 용기	3차 용기
포장용기			

9. 유행성 감염병 발생 시 보호구 착용
가. 개인보호구 4종 착용법

개인보호구 4종 착용법

중앙방역대책본부



	<p>① 개인보호구를 준비한다. * 장갑은 상황에 따라 안경 또는 두경 착용 중 선택</p>		<p>② 손 위생을 시행한다.</p>		<p>③ 가운을 입는다. * 이중 장갑을 착용할 경우 속장갑을 먼저 착용 하여 속장갑 위로 가운소매가 덮이도록 입는다.</p>
	<p>④ 마스크를 착용한다.</p>		<p>⑤ 손가락으로 마스크의 코 접착 부위를 눌러 밀착시킨다.</p>		<p>⑥ 양손으로 마스크를 움켜쥐고 '한' 불고 '음' 들이머시면서 세는 곳이 없는지 확인한다.</p>
	<p>⑦ 고글이나 안면보호구를 착용한다.</p>		<p>⑧ 장갑은 옷소매 위를 덮어 소매가 노출되지 않도록 착용한다.</p>		<p>⑨ 안면보호구 착용 시</p>

개인보호구 4종 탈의법

중앙방역대책본부



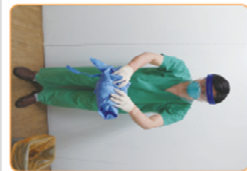
① 장갑을 벗는다. 한 손으로 반대편 장갑의 걸면을 잡고 벗겨 손에 쥐고, 장갑이 벗겨진 손으로 남은 장갑의 안쪽 면을 잡고 벗겨 말아서 버린다.
* 기운과 장갑을 동시에 탈의하는 경우는 장갑소독을 먼저 한 후 기운 끈을 풀어 기운을 벗으며 장갑을 함께 제거한다.



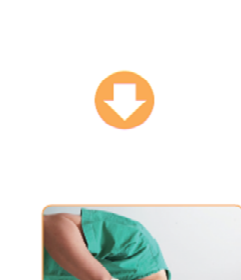
② 손 소독을 한다. (이중 장갑을 착용한 경우 속장갑을 소독한다.)



③ 기운의 끈을 풀고 기운 걸면이 신체에 닿지 않도록 주의하여 바깥으로 말아주면서 탈의한다.



④ 장갑소독 또는 손소독을 한다.



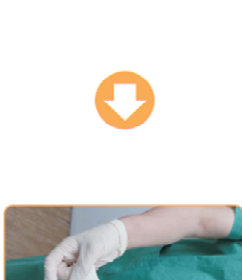
⑤ 안면보호구 혹은 고글 앞면을 민지지 않고 제거한다.



⑥ 장갑소독 또는 손소독을 한다.



⑦ 마스크를 제거한다. (그림의 두 가지 방법 중 선택)



⑧ 속장갑(착용한 경우)을 제거한다.



⑨ 손 소독을 한다.

1) 장갑 2점 착용시 탈의 순서는 걸면잡-기운-안면보호구(고글)-마스크-속장갑-손이며, 면걸 착용시 탈의는 장갑-기운-안면보호구(고글)-마스크-손으로 한다. 장갑소독 또는 손소독.

나. 개인보호구 4종 탈의법

부록2. 위기경보 수준에 따른 대응방향

위기경보 수준	위기유형	비고
<p style="text-align: center;">관심 (Blue)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 해외의 신종감염병 발생 및 유행 ● 국내 원인불명·재출현 감염병의 발생 	<ul style="list-style-type: none"> · 징후활동 감시
<p style="text-align: center;">주의 (Yellow)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 해외에서의 신종감염병의 국내 유입 ● 국내 원인불명·재출현 감염병의 제한적 전파 	<ul style="list-style-type: none"> · 대비계획 점검 · 협조체제 가동
<p style="text-align: center;">경계 (Orange)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 국내 유입된 해외 신종감염병의 제한적 전파 ● 국내 원인불명·재출현 감염병의 지역사회 전파 	<ul style="list-style-type: none"> · 대응체제가동 · 협조체제 활성화
<p style="text-align: center;">심각 (Red)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 국내 유입된 해외 신종감염병의 지역사회 전파 또는 전국적 확산 ● 국내 원인불명·재출현 감염병의 전국적 확산 	<ul style="list-style-type: none"> · 대응역량 총동원

부록3. 대응방향에 따른 조치사항

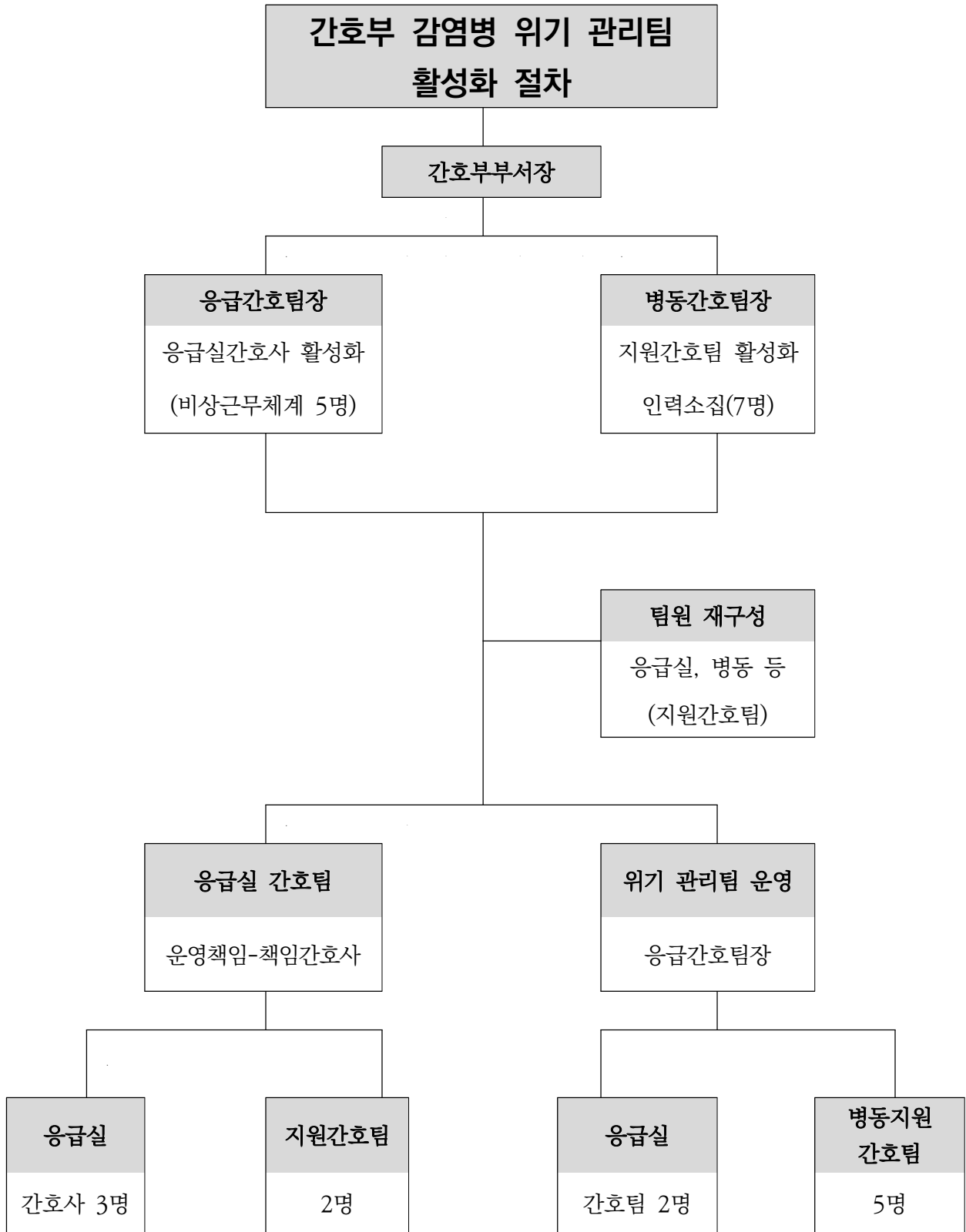
위기경보수준	대응 방향에 따른 조치사항
<p style="text-align: center;">관심 (Blue)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 유행성 감염병 징후 활동을 감시 및 대비 계획 점검 • 신속대응팀 구성 점검(24시간 긴급상황실 운영) • 감염병 발생상황 및 최신 관련정보 수집·분석 • 의심환자 조기발견을 위한 감시체계 가동 • 대비계획(격리실, 개인보호구 등)점검 • 감염병 환자 진료체계 준비 및 이송체계 점검 • 감염병 관련정보 교육 및 홍보 실시(감염예방주의 안내, 자료 배포 등) • 보건소 및 관련기관 협조체계 점검 • 비상연락망 점검
<p style="text-align: center;">주의 (Yellow)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 유행성 감염병 징후 활동에 따른 대응 가동 • 신속대응팀 설치 운영 가동(24시간 긴급상황실 운영) • 환자분류소 및 선별진료실 운영 가동 • 일일 상황점검 및 일일 동향보고 • 발열감시 또는 개별 체온측정, 건강상태 질문서 및 방명록 보고 • 격리병동 가동 및 손위생 및 개인보호구 착용 철저 • 보건소 및 관련기관 긴밀한 협조체계 가동 • 의심환자 발생 시 보건소 신고 및 이사장 보고 • 질병관리청의 공지 정보 지속적인 모니터링 • 감염병 관련정보 교육 및 홍보 강화
<p style="text-align: center;">경계 (Orange)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 유행성 감염병 징후 활동에 따른 대응 강화 • 신속대응팀 운영 및 환자분류소 및 선별진료실 운영 강화 • 보건소 및 관련 기관 긴밀한 협조체계 강화 • (필요시 업무 및 물품 지원 요청) • 병원내 환경관리(소독)강화/개인보호구 등 착용강화 • 질병관리청의 공지 정보 지속적인 모니터링 • 지속적인 감염병 관련정보 교육 및 홍보 강화
<p style="text-align: center;">심각 (Red)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 유행성 감염병 징후 활동에 따른 대응 강화 • 신속대응팀 운영 및 환자분류소 및 선별진료실 운영 강화 지속 • 병원내 환경관리(소독) 및 보호구 착용 강화 • 보건소 및 관련 기관 긴밀한 협조체계 강화 • 질병관리청의 공지 정보 지속적인 모니터링 • 지속적인 감염병 관련정보 교육 및 홍보 강화

부록4. 감염병 대응 모의 훈련 지침


감염병 대응 모의 훈련 지침

1. 감염병 유행 발생 가능성이 감지되면 즉시 응급실 앞에 환자분류소를 설치함과 동시에 진료가 가능하도록 선별진료소를 운영한다.
2. 의사 1인과 간호사 1인을 담당 의료진으로 지정한다.
3. 지정된 의료진은 PPE/N95마스크 착용의 방법을 훈련한다.
4. 지정된 의료진은 level D 혹은 level C 등급의 방호복, 보호안경, 장갑 등의 개인 보호구를 착용한 후 진료한다.
5. 병원 출입구는 모두 통제하고 지정된 출입구만 사용하도록 한다.
6. 환자분류소에 체온이나 간단한 병력 청취가 가능하도록 자리를 마련하여 감염병이 의심되는 환자가 발생 시에는 환자에게 수술용 마스크를 착용하게 한 후 선별진료소로 안내한다.
7. 선별진료소에서 진료 후 검사가 필요한 경우에는 지정 의료진이 직접 검체를 채취하고, 채취한 검체에 《8.8 감염성 질환 및 면역저하 환자관리》규정에 따른 주의표식을 표기하여 검체 전용용기에 담아 검체실시기관에 검사를 의뢰한다.
8. 선별진료소에서 진료 후 입원 치료가 필요한 경우에는 전원절차에 따라 이송한다.
9. 전 직원의 팀 구성으로 병원에 내원하는 환자 및 내원객들의 출입을 통제하며 방명록을 작성한다.
10. 병원을 출입하는 직원 및 환자, 내원객들이 손위생을 할 수 있도록 곳곳에 손소독제를 준비한다.
11. 감염병의 역학적 특성 등에 따라 요구되는 세부 사항들은 임시 감염관리위원회를 개최하여 논의한 후 결정한다.
12. 감염관리실은 감염관리위원회에서 결정된 사항을 중심으로 감염병 대응지침을 작성한다.
13. 병원 직원들을 대상으로 감염병의 역학적 특성 및 대응 조치 등에 대한 교육을 실시하여 전 직원의 협조가 이루어지도록 하며, 감염관리실에서는 전 직원이 대응 지침을 준수하도록 지도·감독하여 대응지침 준수여부를 지속적으로 모니터링 한다.

부록5. 간호부 감염병 위기 관리팀 활성화 절차



12. 의료정보/의무기록관리

	의료정보/의무기록 관리			
	규 정 번 호	HS 제120-01호	제 정 일	2010.01.01
	관 련 인 증 기 준	12.1 의료정보/의무기록 관리	최 근 개 정 일	2022.12.27
	담 당 부 서	의무기록팀/전산관리팀	시 행 일	2023.01.16
	검 토 책 임 자	병원운영회의	검 토 주 기	2년
	승 인 책 임 자	이사장	검 토 예 정 일	2024.12.01
	관 련 근 거	의료법 제21조(기록 열람 등), 제22조(진료기록부 등)		

제 1조 목적(Purpose)

의료진 간 정확하고 효율적인 의사소통을 위해 의료정보/의무기록을 관리하기 위함이다.

▣ 용어의 정의(Definition)

- 1. 의무기록** : 의료법 제22조에 의한 진료기록부, 조산기록부, 간호기록부 및 그밖의 진료에 관한 기록으로서 종이 의무기록, 영상의무기록 및 동법 제23조 제1항의 규정에 의한 전자 의무기록을 모두 포함한다.
- 2. 영상의무기록** : 종이형태의 의무기록을 안전하게 보관, 관리하는데 필요한 시설과 장비를 통하여 스캔한 영상(이미지)으로 저장된 의무기록이다.
- 3. 전자의무기록** : 의료법 제23조(전자의무기록)에 의한 진료기록부 등을 전자서명법에 따른 전자서명이 기재된 전자문서를 말하며, 진료에 관련된 모든 내용이 디지털화되어 저장, 관리되는 기록을 의미한다.
- 4. 개인정보** : 개인에 관한 정보로서 당해 정보에 의하여 개인을 식별 할 수 있는 것, 당해 정보로서는 개인을 식별할 수 없다 하더라도 다른 정보와 용이하게 결합하여 식별할 수 있는 것을 말한다.
- 5. 접근권한** : 병원에 구축된 정보자산을 이용함에 있어 목적별, 직종별, 부서별, 업무별, 서식별로 해당업무를 수행하기 위하여 열람, 작성(입력, 추가입력), 수정, 삭제, 출력 등의 행위를 할 수 있는 권한을 말한다.

제 2조 정책(Policy)

1. 의료정보/의무기록 관리 위원회를 운영한다.
2. 의료정보/의무기록을 관리하는 직원은 적격한 자격이 있다.
3. 의무기록 정정관리를 수행한다.
4. 의료정보/의무기록의 접근을 제한하고 관리한다.
5. 의무기록 사본 발급을 관리한다.
6. 의무기록 대출, 열람 및 반납을 관리한다.
7. 금기약어 및 금기기호를 관리한다.
8. 의무기록을 보관하고 관리한다.
9. 표준화된 기록의 형식과 내용 및 작성(의무기록 작성기준)을 관리한다.
10. 주진단명 표기 방법 및 표준화된 진단(수술 및 처치) 코드를 사용한다.
11. 의무기록의 완결도를 관리한다.

제 3조 지침 및 절차(Guidelines & Process)

1. 의료정보/의무기록 관리 위원회(부록1. 의료정보/의무기록 관리 위원회 규정)

가. 구성

- 1) 본 위원회는 위원장 1명을 포함하여 8명 이상 12명 이내의 위원으로 구성된다.
- 2) 본 위원회의 위원장은 이사장이 된다.
- 3) 본 위원회의 당연직 위원은 내과계과장, 외과계과장, 산부인과과장, 소아청소년과과장, 간호부부서장, 전산관리팀장, 의무기록팀장으로 한다. 단, 동일과에 2명 이상의 진료과장이 있는 경우 이사장이 임명하는 1명이 당연직이 된다.
- 4) 본 위원회의 위촉직 위원은 재직 직원 중 위원회 운영에 필요하다고 인정하는 사람을 이사장이 위촉한다.
- 5) 본 위원회의 간사는 보건의료정보관리사로 한다.
- 6) 당연직 위원의 임기는 보직기간으로 하며, 위촉위원의 임기는 2년으로 하되 연임할 수 있다.
- 7) 위원장은 위원회의 회무를 통일하고 회의를 소집하며, 그 의장이 된다.
- 8) 간사는 위원회의 회의에 필요한 자료를 제출하고 위원장의 명을 받아 위원회의 회무에 관한 사항을 처리하고, 회의록의 작성과 보관 등 본 위원회의 회무를 처리한다.

나. 역할

본 위원회는 다음 각 호의 사항을 심의한다.

- 1) 의료정보/의무기록 관리 규정 및 의무기록 서식의 제정 및 폐기에 관한 사항
- 2) 의료정보/의무기록의 보존 및 관리, 이용기준 및 관련범위 설정에 관한 사항
- 3) 의료정보/의무기록의 기록 항목과 내용의 평가에 관한 사항
- 4) 의료정보/의무기록의 정보 수집 및 활용에 관한 사항
- 5) 양질의 의무기록 유지 및 평가에 관한 사항
- 6) 진단코드 정확성 관리에 관한 사항
- 7) 개인정보 보호에 관한 사항
- 8) 기타 의료정보/의무기록의 관리에 관한 중요한 사항

다. 회의 및 정기적 운영

- 1) 정기회의는 반기별(2회/년) 개최하고, 비정기회의는 위원장이 필요하다고 인정하는 때 또는 위원 과반수의 소집 요구가 있는 때 개최할 수 있다.
- 2) 위원회 회의는 재적위원 과반수의 출석으로 개의(開議)하고, 출석위원 과반수의 찬성으로 의결한다. 단, 가부동수일 경우에는 위원장이 결정권을 가진다.
- 3) 위원회 위원은 의결권을 가지며, 위원장과 간사는 의결권을 가지지 않는다.
- 4) 위원장은 필요한 경우 관계인을 회의에 출석시켜 의견을 청취할 수 있다.

라. 위원회 운영 결과 경영진 보고 및 관련 직원 공유

- 1) 간사는 위원회의 심의결과를 회의록으로 작성하여 성과 및 결과를 위원장에게 보고하고 이사장의 결재를 받는다.
- 2) 심의결과는 해당 부서에 협조 공문, SMS문자 등을 통해 공지하며, 필요시 해당부서 직원과의 업무협의를 통해 관련 직원과 공유한다.

2. 의료정보/의무기록 관리 인력

가. 직원 자격 및 면허

- 1) 「의료기사 등에 관한 법률」 제4조제1항에 의거하여 보건의료정보관리사 면허를 취득한 자가

의료정보/의무기록 관리를 수행한다.

- 2) 본 규정 시행 당시 종전의 규정에 따라 보건의료정보관리사 면허를 취득한 사람은 제4조의 개정 규정에 따른 보건의료정보관리사 면허를 취득한 사람으로 본다.

나. 교육

- 1) 보건의료정보관리사는 자격 유지를 위해 연간 8평점 이상 대한보건의료정보관리사 협회에서 개최하는 대면교육 또는 정보통신망을 활용한 온라인 교육을 받아야 한다.
- 2) 국가사업 수행에 필요한 국가기관에서 실시하는 교육을 받는다.

3. 의무기록 정정관리.

가. 내용

1) 관리부서

- 가) 의무기록 정정이 필요한 경우, 해당 양식을 작성하여 의무기록팀에 전달한다.
- 나) 의무기록팀장은 내용 확인 및 해당 양식과 근거 서류 확인하고 이사장 승인 후 정정절차를 진행한다.

2) 대상

- 가) 의무기록은 최종 책임자인 담당의의 서명이 완료된 후에는 어떠한 기록도 임의로 정정할 수 없다.
- 나) 가)항의 예외는 의무기록에 수록된 내용이 정확하지 않거나 실제와 다른 경우에 정해진 기준과 절차에 따라 정정할 수 있으며, 정정 시는 별도의 '의무기록 정정/추가신청서(환자용)' 또는 '의무기록 정정/추가요청서(작성사용)'를 작성하여 정정절차에 따라 정정한다.
(부록2. 의무기록 정정/추가신청서(환자용), 부록3. 의무기록 정정/추가요청서(작성사용))
- 다) 조직검사결과 등 검사결과의 판독 완료 후 정정은 별도의 해당양식을 작성하지 않고 미완결 의무 기록 관리를 통해 수정한다.

3) 의무기록 정정 신청 및 요청

- 가) 환자본인
- 나) 환자의 친족
- 다) 환자로부터 위임을 받은 대리인
- 라) 의무기록을 작성한 사람

※ 친족의 범위 : 환자의 배우자, 부모, 조부모, 외조부모, 자녀, 손자녀, 외손자녀, 시부모, 장인, 장모

4) 적용범위

환자 진료를 위해 의료진이 작성한 기록과 검사 및 판독결과 등을 포함한다.(동의서 제외)

5) 의무기록 정정방법

- 가) 종이의무기록 : 정정부분에 두 줄을 긋고 추가기록 후 서명하며 필요시 사유를 기록한다.
- 나) 전자의무기록 : 그 정정내용을 확인할 수 있어야 하며, 정정 전·후의 내용을 수정이력으로 남긴다.

6) 의무기록 정정 관련 구비서류

- 가) 환자본인이 요청하는 경우
 - (1) 의무기록 정정/추가신청서(환자용)
 - (2) 신분증(주민등록증, 운전면허증, 여권 등)
- 나) 환자의 친족이 신청하는 경우

- (1) 의무기록 정정/추가신청서(환자용)
- (2) 가족관계증명서, 주민등록표등본 등 친족관계임을 확인할 수 있는 서류
- (3) 신청자 신분증(주민등록증, 운전면허증, 여권 등)
- (4) 환자 신분증(주민등록증, 운전면허증, 여권 등)
- (5) 환자가 자필서명한 동의서-미성년자이거나 의식불명 상태가 아닌 경우
- ※ 친족의 범위 : 환자의 배우자, 부모, 조부모, 외조부모, 자녀, 손자녀, 외손자녀, 시부모, 장인, 장모

다) 환자로부터 위임을 받은 대리인이 신청하는 경우

- (1) 의무기록 정정/추가 신청서(환자용)
- (2) 환자의 신분증(주민등록증, 운전면허증, 여권 등)
- (3) 대리인 신분증(주민등록증, 운전면허증, 여권 등)
- (4) 환자가 자필서명한 동의서 및 위임장

나. 정정관리 절차

1) 환자 또는 대리인의 정정 신청

가) 의무기록 정정 신청자는 본인 확인에 필요한 서류를 제출한다.

나) 정정 신청자는 '의무기록 정정/추가신청서(환자용)'를 작성하여 담당의에게 제출한다.

(부록2. 의무기록 정정/추가신청서(환자용))

다) 환자가 제공한 질환의 정보 또는 식별 정보를 정정할 경우 가급적 증빙 가능한 근거서류를 함께 제출한다.

라) 담당의는 신청인과 상담 후 충분한 사유가 있다고 판단할 경우 '의무기록 정정/추가신청서(환자용)'작성 후 서명한다. 다만, 응급실 기록에 한하여 담당의가 응급환자 진료 등으로 바로 상담할 수 없을 경우에는 의무기록팀에서 전달, 안내한다.

(부록2. 의무기록 정정/추가신청서(환자용))

마) 의무기록팀 정정관리 담당자는 내용 확인 및 해당 양식과 근거서류 확인하고 이사장 승인 후 정정절차를 진행한다.

바) 복수의 의무기록 작성자에 의해 작성된 의무기록의 정정 시에는 정정신청을 의뢰하는 과에서 의무기록 정정/추가신청서를 작성하고, 해당 의료인 각각의 서명을 받는다.

사) 의무기록 작성자의 퇴사 혹은 사망 등으로 인한 부재 시 이사장의 결정여부에 따라 처리한다.

2) 의무기록 작성자의 정정 요청

가) 의무기록 작성자의 요청에 의해 의무기록을 정정할 경우 '의무기록 정정/추가요청서(작성사용)'를 작성하여 의무기록팀에 제출한다.(부록3. 의무기록 정정/추가요청서(작성사용))

나) 의무기록팀 정정관리 담당자는 내용 확인 및 해당 양식과 근거서류 확인하고 이사장 승인 후 정정절차를 진행한다.

다) 필요시 증빙자료를 같이 제출하도록 한다.

다. 정정이력 관리

1) 의무기록 정정이 승인된 '의무기록 정정/추가신청서' 및 정정 전·후 의무기록은 이사장의 결재를 득한 후 의무기록팀에서 관리, 보관한다.

2) 의료인 요청의 정정인 경우, 의무기록 사본 발급 여부를 반드시 확인한다. 이에 따라 의무기록 사본 발급 이력을 자세하고 정확히 관리한다.

3) 정정 시 반드시 정정 날짜와 정정한 자 서명, 정정 이전 기록 내용을 확인할 수 있도록 정정 전 기록

밑에 정정내용을 기재하며 정정 후 기록을 출력하여 보관하고 정정이력을 확인 할 수 있다.

- 4) 정정된 기록에 영향을 받는 모든 의무기록을 확인하여 정정될 수 있도록 하여 의무기록의 일관성을 유지하여야 한다.
- 5) 전자의무기록에 추가기재·수정을 한 경우 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 접속기록을 별도로 보관한다.

라. 정정 신청 거부 결정

- 1) 담당의는 상담 후 사유가 불충분할 경우 정정신청을 거부할 수 있다.
(의료인이 환자의 편의를 봐주기 위해 환자의 번복 진술을 그대로 정하는 것은 향후 이해 관계자 및 기관이 문제를 제기할 수 있으므로 가급적 확인된 사실이 아닌 경우에 대한 정정은 응하지 않도록 한다.)
- 2) 의무기록 정정요청 신청자와 의무기록 작성자간의 정정관리에 대한 의견이 일치하지 않을 경우에는 정정관리 담당자가 의료정보/의무기록 관리 위원회 간사에게 심의신청서를 제출하여 의료정보/의무기록 관리 위원회의 안건으로 상정하여 심의를 받는다. 최종결정과 책임은 의료정보/의무기록 관리 위원회에 있다(부록4. 심의신청서).

4. 의료정보/의무기록 접근 권한 관리.

가. 내용

- 1) 관리부서 : 의무기록팀, 전산관리팀
- 2) 대상 : 본원의 의무기록을 이용하는 전 직원
- 3) 범위 : 사용하고 있는 전자의무기록 화면
- 4) 관리원칙
 - 가) 의무기록과 정보시스템(OCS, PACS 등)은 목적별, 직종별, 부서별, 업무별, 서식별로 분류하여 접근 권한의 범위를 열람, 작성(입력, 추가입력), 수정, 삭제, 출력으로 구분하여 권한을 관리한다.
 - 나) 서식이 신설될 시에는 서식 종류에 따라 목적별, 직종별, 부서별, 업무별, 서식별로 분류하고 권한의 범위를 열람, 작성(입력, 추가입력), 수정, 삭제, 출력으로 구분하여 권한을 부여한다.
 - 다) 병원 내 모든 직종은 전자화된 환자정보(OCS, PACS, EMR)로 접근하고자할 때에는 사용 권한에 의한 접근이 가능하며, 병원 정보시스템에 로그인(log-in) 절차를 거쳐 승인을 받아야 한다.

나. 접근권한의 차등부여

- 1) 목적별 접근권한
 - 가) 국가정책조사사업 목적
조사사업을 위해 정부기관 관련자가 관련 공문을 제출 한 후, 이사장의 결재를 득하여 관련 부서장의 입회하에 열람할 수 있다.
 - 나) 교육 목적
전자 정보는 본인의 ID와 Password로 이용목적 등록 후 접근할 수 있다. 출력이 필요할 때에는 이사장의 승인을 받는다.
 - 다) 외부기관의 교육실습 학생
실습 목적으로 의무기록에 접근을 원할 경우 '정보보호 보안 서약서(실습생용)'를 작성한 이후 각 부서장 감독 하에 열람할 수 있다(부록5. 정보보호 보안 서약서(실습생용)).
 - 라) 병원정보시스템 개발 목적

전산 프로그램 개발을 목적으로 의무기록에 접근을 원할 경우 ‘정보보호 보안 서약서(외주 업체용)’를 작성하고 전산관리팀 직원의 감독하에 열람이 가능하다.

(부록6. 정보보호 보안 서약서(외주업체용))

마) 그 밖의 진료에 관련 없는 경우

의료정보/의무기록 관리 위원회 또는 이사장의 승인 후 접근이 가능하다.

2) 직종별 접근권한

가) 의사의 권한

진료용 의무기록에 대하여 작성(입력, 추가입력), 열람, 수정, 삭제할 수 있다.

나) 간호사(또는 간호조무사)의 권한

외래 및 해당병동(전동포함) 입원환자의 의무기록을 열람 할 수 있으며, 환자간호에 관련된 기록을 작성(입력, 추가입력), 수정, 삭제할 수 있다.

다) 약사, 영양사, 사회복지사, 임상심리사의 권한

환자평가 및 의뢰받은 환자에 대하여 재원기간 또는 치료기간 동안 해당 의무기록의 열람 및 해당 서식을 작성할 수 있다.

라) 보건의료정보관리사(구, 의무기록사)의 권한

의무기록 충실성관리, 국가보건지표 보고, 통계작성, 진료지원, 사본발급 등을 위하여 모든 기록을 열람, 출력, 복사를 할 수 있다.

마) 의료기사의 권한

환자에게 실시한 해당 검사 및 처치에 관련된 사항만 입력이 가능하며, 검사나 처치지시가 등록되어 있는 환자에 대하여 진료기록을 열람 할 수 있다.

3) 부서별, 업무별 접근권한

가) 의무기록팀의 권한

의사의 지시 또는 환자의 요청이 있을 때에 한하여 사본발급 등을 위하여 모든 기록을 열람, 출력, 복사할 수 있다.

나) 심사팀의 권한

진료비 심사 청구, 이의신청 등 업무를 위하여 열람 할 수 있으며, 진료비 청구를 위해 의무 기록을 출력, 복사할 수 있다.

다) QPS실, 보건안전실, 사회사업실의 권한

업무에 필요한 환자의 의무기록을 열람할 수 있으며, 업무에 관련하여 출력, 복사할 수 있다.

라) 감염관리실의 권한

감염관리를 위해 의무기록을 열람할 수 있으며, 법정감염병의 업무에 관련하여 출력할 수 있다.

마) 원무부의 권한

진료비 청구, 제증명 발급, 이의신청, 진료비 민원관리 직원 업무에 필요한 정보에 한하여 열람 및 출력, 복사할 수 있다.

바) 전산관리팀의 권한

전산 프로그램 개발 및 관리에 관련된 모든 환자의 의무기록을 열람할 수 있다.

사) 검사, 특수검사부서(검사결과 보고서 작성자)의 권한

업무에 필요한 범위 내에서 열람 및 입력할 수 있다.

아) 진료협력센터의 권한

진료의뢰·회신서 관리 및 업무에 필요한 환자의 의무기록에 대해 열람이 가능하다.

4) 서식별 접근권한

- 가) 의사는 본인이 소속한 진료과의 의사가 작성한 서식에 한하여 작성(입력, 추가입력), 수정, 삭제가 가능하다.
- 나) 간호사는 본인이 작성한 서식에 한하여 추가입력, 수정, 삭제 할 수 있다.
- 다) 약사, 영양사, 사회복지사의 권한
환자평가 및 의뢰받은 환자에 대해 본인이 작성한 서식에 한하여 추가입력, 수정, 삭제할 수 있다.
- 라) 보건의료정보관리사(구,의무기록사)는 의무기록 충실성 관리, 국가보건지표보고, 통계작성, 진료지원, 사본발급 등을 위하여 모든 서식을 열람, 출력, 복사를 할 수 있다.
- 마) 정신건강의학과 환자의 서식은 소속과 의료진 및 기타 업무상 필요한 부서로 접근 권한을 제한한다.

다. 의무기록 접근권한의 적절성 주기적 모니터링 및 관리

- 1) 정기적으로 접근 권한을 재검토, 적절성 여부의 주기적 모니터링 및 관리하는 절차는 「12.4 개인정보 보호 및 보안규정」, 제3조.13.라. 의료정보시스템 접근권한에 따르며, 의무기록팀에서는 출력일시, 출력용도(사유), 출력자 및 소속부서 등 출력 이력정보를 의무기록팀장이 월별 모니터링하고 분기별(4회/년) 접근권한 재검토 결과를 이사장에게 보고한다.
- 2) 사용자 개정관리는 「12.4 개인정보 보호 및 보안규정」 제3조.9. 접근통제 관리지침에 따른다.
- 3) 입사, 전보, 퇴직 등으로 인하여 자격이 변경되면 「12.4 개인정보 보호 및 보안규정」제3조. 13.라. 의료정보시스템 접근권한에 따라 변경, 종결된다.

라. 직원채용 및 외부 계약 시 정보보호 및 보안

- 1) 의료정보/의무기록 관련 직원 채용시
 - 가) 신원검증을 실시한다.(총무팀)
 - 나) ‘정보보호 보안 서약서’, ‘개인정보 수집·이용·제공 동의서 및 보안 서약서’를 작성하여 총무팀에 제출한다.
(부록7. 정보보호 보안 서약서(입사시)·개인정보 수집이용제공동의서 및 보안서약서)
 - 다) 개인정보보호 교육을 실시한다.
- 2) 외부 계약 시
 - 가) 신분증, 기관 직원증을 확인한다.
 - 나) 외주업체 계약시 개인정보보호를 위해 ‘개인정보처리 위탁계약서’ 및 ‘정보보호 보안 서약서(외주업체용)’를 받아 보관 한다(총무팀) (부록6. 정보보호 보안 서약서(외주업체용)).
 - 다) 「12.4 개인정보 보호 및 보안규정」 제3조.5. 개인정보 외부 위탁관리 지침을 설명한다.
 - 라) 협력업체 직원 등의 외주 인력은 병원 업무 수행 시 내부 직원과 동일한 수준으로 정보 보호 정책을 준수하여야 한다.

5. 사본 발급 절차.

- 가. 범위 : 의료법에 따른 진료기록부, 조산기록부, 간호기록부, 그 밖의 진료에 관한 기록*
 - * 환자의 치료·진단 과정에서 보유하게 된 모든 기록, ‘환자에 관한 기록’으로부터 확인할 수 있는 내용의 제증명서, 환자가 제출한 각종 동의서, 위임장 등도 의료기관이 보유하고 있는 동안 포함됨.
- 나. 대상자별(환자, 공공기관 등) 절차
 - 1) 신청(요청) 확인

가) 환자 및 환자의 대리인이 요청하는 경우

(1) 신청자는 '진료(의무)기록 열람 및 사본발급 신청서' 작성 후 해당 진료과 담당의 확인 후 의무기록 사본발급 담당자에게 사본발급을 요청한다.

(부록8. 진료(의무)기록 열람 및 사본 발급 신청서)

(2) 「의료법 시행규칙 제13조의3(기록 열람 등의 요건)」에 근거하여 의무기록사본 발급 신청인의 자격을 확인하고 신청자에 따라 '의무기록 사본발급 시 구비서류'를 확인한다.

(부록9. 진료기록 열람·사본 발급 시 구비서류)

(가) 환자 본인이 진료기록 사본을 요청할 경우

'진료(의무)기록 열람 및 사본발급 신청서'에 환자 본인이 작성하고 신분증을 제시한다.

(나) 환자의 가족이 사본발급 요청할 경우

환자가 자필 서명한 동의서와 친족관계임을 확인 할 수 있는 서류(가족관계증명서, 주민등록표등본)등을 첨부하며, 환자의 신분증사본, 사본발급 요청자의 신분증, 진료(의무)기록 열람 및 사본발급 신청서를 제출한다. 환자가 14세 미만의 미성년자인 경우에 '동의서'는 제외한다. 단, 「주민등록법 제24조제①항」에 따른 주민등록증이 발급되지 않은 만 17세 미만의 환자는 '환자의 신분증사본'은 제외한다.

(다) 환자가 지정한 대리인이 사본발급 요청할 경우

환자가 자필서명한 동의서와 위임장을 첨부하며, 환자의 신분증사본, 사본발급 요청자의 신분증, 진료(의무)기록 열람 및 사본발급 신청서를 제출한다. 단, 환자가 만 14세 미만의 미성년자인 경우에 동의서 및 위임장은 환자의 법정 대리인이 작성, 가족관계증명서 등 법정대리인임을 확인할 수 있는 서류를 첨부한다. 「주민등록법 제24조제①항」에 따른 주민등록증이 발급되지 않은 만 17세 미만의 환자는 '환자의 신분증사본'을 제외한다.

(3) 환자가 사망하거나 의식이 없는 등 환자의 동의를 받을 수 없는 경우, 친족에 한하여 사본발급이 가능하나 환자의 친족이 없을 시에는 형제·자매가 진료기록 열람 및 사본발급 신청이 가능하다. 단, 형제·자매 신청 시 친족이 없음을 증명하는 서류 '진료기록 열람 및 사본 발급을 위한 확인서'를 법정 구비서류와 함께 추가 제출해야 한다.

(부록10. 진료기록 열람 및 사본발급을 위한 확인서)

나) 타 기관(공공기관)에서 의무기록의 사본발급을 요청하는 경우

(1) 다른 의료기관이 동일 환자의 진료를 위해 요청하는 경우

(가) 「의료법 제21조의2(진료기록의 송부 등)」에 따라 의료인은 다른 의료인으로부터 「의료법 제22조 및 제23조」에 따른 진료기록의 내용 확인이나 환자의 진료경과에 대한 소견 등을 송부할 것을 요청받은 경우에는 해당 환자나 환자 보호자의 동의를 받아 송부 또는 전송 하여야 한다(부록11. 의무기록사본신청서(타 의료기관용)).

(나) 해당 환자의 의식이 없거나 응급환자인 경우 또는 환자의 보호자가 없어 동의를 받을 수 없는 경우에는 환자나 환자 보호자의 동의없이 송부 또는 전송할 수 있다.

(2) 관계 법률에 따라 의무기록 사본 제공이 의무사항인 경우

(가) 법령에 의하여 권한이 부여된 관계공무원이 업무 수행 상 의무기록의 열람 또는 사본발급을 요청할 때에는 열람을 허용하거나 사본을 발급할 수 있다.

(나) 신청자는 권한을 증명하는 증표(소속기관장의 공문과 직원증)를 제시하고 진료(의무)기록 열람 및 사본발급신청서를 작성하며, 담당의 확인 후 처리한다.

(부록8. 진료(의무)기록 열람 및 사본발급신청서)

2) 사본발급 방법 및 구비서류 확인

가) 환자 본인, 환자의 가족 또는 대리인이 진료기록 사본발급 및 열람을 요청할 때에는 입원중인 환자, 정신건강의학과 환자를 제외하고는 해당과 진료예약 및 의사 상담 절차 없이 사본을 사본발급 창구에서 직접 발급 받을 수 있다.

- (1) 사본발급창구 - 신분증 및 구비서류제출/사본발급 신청서 작성
- (2) 원무부 - 사본발급 비용 수납
- (3) 사본발급창구 - 의무기록사본 수령

나) 다음의 경우에는 진료기록 사본 발급요청 시 의사 상담을 받는다.

- (1) 사본발급 요청 시 입원중인 환자
 - (가) 병동 - 주치의 및 병동 간호사에게 신청(상담 및 구비서류 확인 후 사본발급신청서 작성)
 - (나) 사본발급창구 - 신분증 및 구비서류 확인 후 의무기록사본 수령
- (2) 정신건강의학과 진료기록 사본발급 요청 시
 - (가) 원무부 - 무료접수
 - (나) 진료과 - 신분증 및 구비서류 확인 후 주치의 상담
 - (다) 원무부 - 사본발급 비용 수납
 - (라) 사본발급창구 - 의무기록사본 수령

3) 사본발급 구비서류 보관관리

사본발급 구비서류는 사본발급 담당자가 「의료법 시행규칙 제13조의3(기록 열람 등의 요건)」에 근거하여 확인 후 '진료(의무)기록 열람 및 사본발급 신청서' 전산등록 화면 '구비서류'에 확인 체크 및 환자신분증의 발급처/발급일을 기재한 후 제출서류는 신청인에게 반환한다. 다만, 환자의 동의를 받을 수 없고, 친족도 없어 형제·자매가 진료기록 열람 및 사본발급 신청할 경우 제출하는 증명 서류 '진료기록 열람 및 사본발급을 위한 확인서'는 스캔 저장하여 전산보관하며, 원본은 신청인에게 반환한다.

(부록8. 진료(의무)기록 열람 및 사본발급 신청서), (부록9. 진료기록 열람·사본 발급 시 구비서류), (부록10. 진료기록 열람 및 사본발급을 위한 확인서)

4) 사본발급에 따른 수수료

「보건복지부고시(제2017-166호) 의료기관 제증명 수수료 항목 및 금액에 관한 기준(제4조 2항관련)」에 따른다.

다. 사본발급 이력 관리

사본발급 이력을 사본발급이력 관리프로그램에서 관리하고 월 1회 모니터링 한다.

라. 사본의 위·변조 관리

사본의 위·변조방지를 위해 원본대조필 날인을 사본에 적용하여 발급한다.

마. 사본발급의 보안관리

- 1) 「의료법」 제21조(기록열람 등) 및 「의료법 시행규칙」 제13조의3(기록 열람 등의 요건)에 의거 사본발급 시 환자의 민감한 정보가 유출되지 않도록 의무기록 사본발급을 시행한다.
- 2) 「의료법」 제21조(기록열람 등)에 의거하여 환자가 아닌 다른 사람에게 환자에 관한 기록을 열람하거나 그 사본을 내주는 등 내용을 확인하게 할 수 없다.
- 3) 법률에서 특별히 규정된 경우를 제외하고는 의무기록 사본 발급 요청권은 환자본인에게 있으므로 본인 이외 요청 시 환자의 동의 여부를 확인할 수 있는 입증서류를 확인한다.
- 4) 「의료법」 및 기타 법률 등에서 특별히 규정하여 의무기록사본 제출이 의무사항인 경우, 목적에

해당되는 내용만 의무기록 사본으로 제출되도록 한다.

5) 환자가 본인 이외의 사람에게 의무기록 사본 발급을 금지하도록 요청하는 경우, 진료정보 비밀보호 신청서를 작성하여 본인 이외의 사람에게 진료정보가 제공되지 않도록 한다.

가) 진료정보 비밀보호를 요청하는 경우 '진료정보 비밀보호 신청서'를 작성하여 의무기록팀으로 제출하며, '진료정보 비밀보호 신청서'를 접수한 담당직원은 의료정보보호 등록 프로그램에 해당 환자를 등록하여 관련 직원 모두와 공유한다.

(부록12. 진료정보 비밀보호 신청서)

나) 진료정보 비밀보호 신청이 등록된 환자의 정보보호는 진료정보 비밀보호 해지신청 등록시까지 유효하다(부록13. 진료정보 비밀보호 해지 신청서).

다) 의료법 및 기타 법률에 특별히 규정한 경우는 제외되며, 이러한 내용을 환자에게 설명한다.

6. 의무기록 대출, 열람 및 반납관리.

가. 본원은 전자의무기록으로 관리되므로 열람에는 대출을 포함한다.

나. 영상/전자의무기록의 열람관리

1) 진료용의 경우 진료접수 후 자동으로 대출되고 열람할 수 있다.

2) 진료용 이외의 경우 접근권한을 가진 자가 차트대출신청 프로그램을 이용하여 대출용도를 입력하고 대출신청이 완료되면 열람할 수 있다. 반납은 열람 종료일이며 열람 시작일로부터 종료일이 설정된다.

3) 외부(공공기관) 열람은 임상연구, 정부기관 조사사업 등을 포함하며 공문에 의하여 처리한다.

4) 의무기록팀에서는 열람일시, 종료일시, 열람용도, 열람자 및 소속부서 등 열람 이력정보를 의무기록팀장이 월별 모니터링하고 분기별(4회/년) 분석결과를 이사장에게 보고한다.

※ 의무기록 열람(대출)용도 및 열람 기한

구 분	열람(대출) 용도	열람 기한
진료용	외래진료용	진료일
	입원진료용	입원일에서 퇴원시까지
진료용 외	집담회 및 연구용	7일
	미비기록 정리용	7일
	의무기록 정정	1일
	진단서 작성	1일
	검사결과조회	1일
	종합검진조회	1일
	진료비 청구/심사	1일
	민원상담	1일
	기타	1일

7. 금기약어 및 금기기호 관리

- 가. 환자 치료에 참여하는 의료진간의 정확한 의사소통을 위하여 병원에서 인정된 약어 기호 사용을 권장하며, 금기약어 및 금기기호를 선정하여 사용하지 않도록 관리하여 안전한 의료를 제공하고 의료과오를 방지하도록 한다.
- 나. 의무기록팀은 의무기록에 사용하지 말아야 할 금기약어 및 금기기호를 EMR공지에 등록 및 OCS 약어 조회 화면에 공지하여 의료진이 언제든지 정보를 공유할 수 있도록 한다.
- 다. 의무기록팀은 표준약어·기호, 금기약어·기호 등의 이용에 문제가 있을 경우 담당의에게 그 내용을 전달 하거나 의료정보/의무기록관리 위원회에 보고한다.
- 라. 금기약어 및 금기기호의 사용에 대해 반기별(상반기/하반기) 모니터링을 실시한다.
- 마. 승인되지 않은 약어와 기호 사용을 발견할 시에는 약어 사용이 불가함을 알린다.
- 바. 금기약어 및 금기기호의 목록은 정기 의료정보/의무기록관리 위원회를 통해 연 1회 이상 관리함을 원칙으로 하되, 필요시 비정기 위원회를 통해 목록을 관리한다.
- 사. 금기약어 선정절차
 - 1) 보건의료정보관리사가 퇴원환자 완결도 관리 시 모니터링하여 약어로 부적절할 경우 금기약어 목록을 만들고 의료정보/의무기록관리 위원회에 금기약어로 상정한다.
(부록4. 심의 신청서)
 - 2) 의료정보/의무기록관리 위원회의 심의를 통해 금기약어로 선정한다.
- 아. 약어, 기호 추가와 삭제
 - 1) 의무기록에 사용되는 약어를 추가 또는 수정하고자 할 경우에는 표준약어 및 기호 등록·수정 및 종료 신청서를 작성하여 의무기록팀에 제출한다.
(부록14. 표준약어 및 기호 등록·수정 및 종료 신청서)
 - 2) 의무기록팀은 신청서 내용을 취합하여 의료정보/의무기록관리 위원회의 심의를 거쳐 등록 또는 삭제한다.
- 자. 금기약어 및 금기기호 목록

금기약어 및 기호	추천약어	금기이유	권장용어·내용
per os	orally (경구로)	소문자 os는 왼쪽 눈을 나타내는 os와 혼동될 수 있음	“PO”, “by mouth”, “orally”로 사용할 것
X.0mg (소수점 이하에 0을 쓰는 것)	Xmg	소수점 표기 누락시 혼동 예)x.0mg → x0mg로 오인가능	소수점 뒤의 0을 나타낼 필요는 없을 것
.Xmg (0이 없이 소수점 이하만 기재하는 것)	0.Xmg	Xmg으로 혼동	소수점 앞의 0은 반드시 표기할 것

8. 의무기록의 보관 및 관리

- 가. 의무기록 손상, 분실, 변조 등의 예방 절차
 - 1) 의무기록정보의 안전한 관리를 위하여 병원 정보시스템의 설치 장소는 별도의 구역으로 구분하여 충분한 보안(잠금)장치와 화재방지 시설을 갖추고 출입을 통제한다.
 - 2) 전자의무기록과 의료정보시스템에 저장된 중요한 정보는 본원의 「12.4 개인정보보호 및 보안 규정」 제3조7 물리적 보안지침에 따른다.

나. 의무기록의 보관, 유지 및 파기방법

1) 의무기록의 보관, 유지

가) 의무기록의 내용은 환자의 건강에 관계되는 개인의 비밀기록이므로 「의료법 시행규칙 제15조 (진료에 관한 기록의 보존)」 의거하여 안정하게 보관되고 관리되어야 한다.

※ 의무기록의 보존기간

- (1) 환자명부 5년
- (2) 진료기록부 10년
- (3) 처방전 2년
- (4) 수술기록 10년
- (5) 검사내용 및 검사소견기록 5년
- (6) 방사선사진(영상물을 포함한다) 및 그 소견서 5년
- (7) 간호기록부 5년
- (8) 조산기록부 5년
- (9) 진단서 등의 부분(진단서·사망진단서 및 시체검안서 등을 따로 구분하여 보존할 것) 3년

나) 의무기록의 보존은 원본으로 보관 하거나 전산기기억장치(광디스크)에 원본대로 수록, 보존하며 전자서명법에 의한 전자서명이 기재된 전자문서로 작성, 보관한다.

다) 의무기록이 분실, 훼손, 도난 되지 않도록 안전한 관리를 위해 보관 장소에 화재방지 장치 및 잠금 장치를 구비하고 상시 유지, 관리하여야 한다.

라) 의료정보시스템의 저장된 중요한 정보는 매일 실시간으로 백업하고, 안정성을 점검한다.

마) 의료정보시스템의 컴퓨터서버 및 변조 불가능한 별도의 백업서버 장치에 저장 보관하여야 하며 의무기록 원본의 훼손상황이 발생하였을 때 즉시 복구 가능하여야 한다.

2) 의무기록의 파기방법

가) 법적 보관 연한이 지난 의무기록 원본은 폐기 할 수 있다.

다만, 규정에 의한 보존기한이 경과한 의무기록은 「의료법 제22조 및 시행규칙 제15조」에 따라 진료기록부 등 계속적인 진료를 위하여 보존 기간 연장이 필요한 경우 의료정보/의무기록 관리 위원회의 심의를 거쳐 1회 연장할 수 있다.

나) 법적 외 연한이 정해져있지 않는 종이 의무기록은 영상의무기록으로 저장하고 원본은 최소 3년 보관 후 폐기할 수 있다.

다) 의무기록 정보의 수집 목적에 따른 이용이 완결된 경우에는 즉시 폐기한다.

라) 복사 및 출력된 의무기록 정보는 개인 식별이 불가능하도록, 발생하는 해당부서에서 즉시 파쇄기를 이용하여 폐기한다.

마) 정보처리 장비에 저장된 정보를 파기하기 위해서는 「개인정보보호법 제21조(개인정보의 파기)」에 근거하여 물리적 파괴의 방법을 사용하며 정보의 복구가 불가능하도록 한다.

- (1) 전자적 파일 형태 : 복원이 불가능한 방법으로 영구 삭제하여야 한다.
- (2) 전자적 파일 이외 기록물, 인쇄물, 서면 그 밖의 기록매체는 파쇄 또는 소각하여야 한다.

바) 영상화 작업(스캔)후 파기할 원본 종이기록은 개인정보보호 위원회에서 지정한 상·하반기 파쇄일에 병원에서 선정한 업체에 의해 안전하게 파기하며, 개인정보 문서 폐기 절차 확인 및 보안을 위하여 파쇄 현장을 확인하며 처리 업체의 위탁계약서 및 보안서약서를 받는다.

(부록6. 정보보호 보안 서약서(외주업체용))

3) 잠금장치 및 화재 예방 장치

가) 의무기록팀의 잠금장치

- (1) 의무기록 보관장소에는 분실, 위조, 훼손, 도난 등의 불법적인 접근방지를 위하여 의무기록팀 및 별도의 보관 장소에는 반드시 잠금장치를 설치한다.
- (2) 의무기록팀 및 의무기록 보관 장소는 ‘통제구역’으로 표시하고 통제한다.

나) 의무기록팀의 화재장치는 의무기록이 손상 없이 진압할 수 있도록 면적 규격 당 청정소화기를 설치한다.

다. 개인정보에 관한 중요한 사항

- 1) 환자 개인정보 누설을 금지한다.(개인정보 보호)
열람 및 대출자를 포함하여 의무기록에 관여한 모든 사람은 그 기록된 내용을 타인에게 누설하여서는 안 된다. 단, 이사장이 허가하는 경우만 예외로 한다.
- 2) 정당한 사유 없이 환자진료정보를 열람하거나 누출·변조 또는 훼손하지 않는다. 규정에서 정한 업무 권한 외는 환자정보에 접근하여서는 안 되며, 업무권한 범위 내라도 업무 이외의 용도로 환자 정보에 접근하여 그 내용을 탐지하면 안 된다.
- 3) 의무기록의 폐기는 환자의 정보가 유출되지 않고 파기 될 수 있도록 필요 조치를 취하여 폐기한다.
- 4) 환자개인정보가 있는 자료의 접근은 의무기록 접근권한 있는 자만 접근 가능하고 접근권한이 없는 자는 접근할 수 없다.(정보보안)
- 5) 개인정보의 출력 시 잘못된 프린트물이나 기타 폐기하여야 할 문서에 대해서는 내용이 유출되지 않도록 즉시 파기하며 이면지 등으로 재활용하여서는 안 된다.
- 6) 의무기록 열람 및 조회의 세부사항은 「12.1 의료정보 및 의무기록 관리규정」의 6. 대출, 열람 및 반납관리, 영상/전자 의무기록의 열람관리 및 「12.4 개인정보 보호 및 보안규정」에 따른다.

라. 책임

- 1) 본인에게 부여한 권한을 위배하거나 접근이 허락되지 않은 환자의 의무기록을 열람 및 변조, 훼손시킨 자에 대해 의료정보/의무기록 관리위원회의 심의를 거쳐 이사장에게 징계를 요청할 수 있다.
- 2) 위반 시 처벌에 관한사항은 본원의 「12.4 개인정보 보호 및 보안규정」 제3조.4(나) 자체검사 결과반영 등에 따른다.

마. 개인정보보호 및 보안인식 제고를 위한 교육·훈련

- 1) 임직원의 정보보호에 대한 인식을 고취하기 위하여 연1회 이상 필수교육으로 정보보호교육을 실시한다.
- 2) 교육방법은 집체 교육뿐만 아니라 온라인 교육, 인트라넷 등 다양한 방법을 활용하여 실시하고, 필요한 경우 외부 전문기관이나 전문요원에 위탁하여 교육을 실시한다.
- 3) 신규직원 채용 시 ‘정보보호 보안 서약서’를 받는다(부록7. 정보보호 보안 서약서(입사 시)).

9. 표준화된 기록의 형식과 내용 및 작성(의무기록 작성기준)

가. 의무기록 작성기준

- 1) 의무기록은 환자에게 내려진 진단을 정당화하고 치료 사실과 그 결과를 입증할 수 있도록 내용이 기록되어야 한다.
- 2) 의무기록은 해당 환자의 진료에 참여한 의료진이 작성하여야 한다.
- 3) 의무기록 작성자는 의무기록 서식별 작성시한을 준수하여 누락 없이 정확히 기록하고, 작성일시를 기록

한 후 서명한다.

- 4) 의무기록 작성은 병원에 등록된 서식(종이 및 전산의무기록)에 작성하는 것을 원칙으로 한다.
- 5) 의무기록은 환자의 인적 사항(등록번호, 성명, 나이 등), 병력, 진단, 질병의 상태, 치료, 결과 등에 관한 환자의 모든 정보를 정확하게 기록하여 진료의 과정이 의학적으로 타당하게 수행되었음을 증명할 수 있고, 환자의 경과 및 치료결과를 확인할 수 있어야 한다.
- 6) 의무기록에 사용하는 용어는 의학용어와 한글을 혼용하여 사용 가능하며 정확한 의학용어, 표준 약어를 사용하되 금기약어 및 기호를 사용하지 않는다.
- 7) 의무기록의 질병분류는 한국표준질병사인분류(KCD)에 따르며, 수술·처치 분류는 EDI-code에 따른다.

나. 의무기록의 형식, 내용 및 작성시한

- 1) 본원의 「12.2 퇴원환자 의무기록 완결도 관리」규정에 따른다.

다. 의무기록 서식 제·개정 및 폐기에 관한 사항

- 1) 의무기록 서식 제정 및 개정 절차

가) 의무기록 서식을 등록하고자 할 경우 의무기록 서식 제정·개정 신청서를 작성하고 해당 서식을 첨부하여 해당 부서장의 결재를 득한 후 의무기록팀에 제출한다.

(부록15. 의무기록 서식 제정·개정 신청서)

나) 의무기록팀에서는 검토 후 의료정보/의무기록관리 위원회에 안건을 상정하여 사용여부를 결정할 수 있도록 한다.

다) 의무기록팀은 서식의 승인여부를 요청한 부서에 공지한다.

- 2) 의무기록 서식 종료

종료하고자 하는 서식에 대해 의료정보/의무기록관리 위원회의 심의를 거쳐 중지여부를 결정한다.

10. 주진단명 표기 방법 및 표준화된 진단(수술 및 처치) 코드 사용

가. 주진단명 표기 방법

- 1) 주진단은 별도의 주진단 기재란에 기재한다.
- 2) 최종진단 중 주로 치료를 한 병태 또는 최종적으로 확인된 병태를 선정하여 퇴원요약지의 주진단명 기재란에 기재한다.
- 3) 추정진단 즉 R/O진단은 입원기간 중에 생성된 진단정보가 전혀 없거나 확신할 수 없을 경우 주진단으로 사용 가능하다.
- 4) 수술전·후 진단명이 상이할 경우 수술 후 진단명을 최종진단으로 기재한다.
- 5) 주진단명의 오류확인 및 수정
퇴원환자 의무기록을 의무기록팀에서 분석하여 진단명이 정확하지 않다고 판단된 경우 담당의에게 알리고 협의하여 주진단명 및 진단코드를 정정한다.

나. 표준화된 진단(수술 및 처치)코드 사용

- 1) 진단명은 표준화된 질병코드인 한국표준질병·사인분류(KCD-8)를 이용하여 주진단, 부진단에 분류하고 수술/시술은 EDI 표준코드를 이용하여 분류한다.
- 2) 질병분류의 일반적 원칙은 질병분류 지침에 의하며, 개정 시는 최신 개정판을 인용한다.

다. POA 코딩 원칙(POA: Present on Admission(입원 시 상병))

- 1) DRG(diagnosis related group, 포괄수가제)환자의 주진단, 기타진단에 POA 코드를 부여한다.
- 2) 해당 진단이 입원 당시에 존재하였으면 "Y", 해당 진단이 입원 당시에 존재하지 않았으면 "N", 해

당 상태가 입원 당시에 존재하였는지를 결정할 수 있는 기록이 충분하지 못하면 "U", 임상적으로 결정할 수 없으며 해당 상태가 입원 당시에 존재 하였는지 여부를 의료제공자가 임상적으로 결정할 수 없으면 "W" 코드를 부여한다.

3) 다음의 예외코드에 해당하는 진단은 POA코드를 부여하지 않는다.

가) 질환의 후유증 : B90-B94, E64, E68, G09, G14, I252, O94, O97, T90-T98

나) 정상출산 : O30, O665, O80

다) 선천성기형 : G901, P00-P08, P25-P29, Q00-Q99

라) 외인코드 : V01-Y98

마) 보조코드 : Z00-Z99

4) POA 지표 부여 방법 및 순서

가) 예외코드에 해당되는지 확인한다.

나) 의료진이 입원 당시 존재했다고 또는 입원 당시 존재하지 않았다고 명시하고 있는 상태에 대해서는 Y 또는 N 코드를 부여한다.

다) 입원 이전에 진단을 받은 상태에 대해서는 Y 코드를 부여한다.(고혈압, 당뇨병, 천식 등 만성질환이 이에 해당)

라) 입원 중에 진단을 받았지만, 입원 당시 존재하였다는 것이 명확한 상태에 대해서는 Y 코드부여, 입원 당시 의심된다거나, 가능하다거나, 감별진단이 필요하다거나, 증상의 기저질환이 의심된다는 등의 기록이 있는 상태에 대하여 입원 중 진단이 내려졌다면 Y 코드에 해당한다.

마) 입원 이전 외래방문에서 발견된 상태에 대해서는 Y 코드 부여한다.

바) 환자 상태가 입원 당시 존재하였는지에 대한 기록이 없거나 분명하지 않을 때에는 U 코드를 부여, 의무기록이 분명하지 않다면 U 코드를 부여하기 전에 의료진에게 확인한다.

사) 환자 상태가 입원 당시 존재하였는지를 임상적으로 결정할 수 없다고 기재되어 있는 경우에는 W 코드를 부여한다.

아) 퇴원시의 최종진단이 가능하다거나, 의심된다거나, 감별진단이 필요하다라는 내용의 진단명이고 이 진단이 입원 당시에도 의심된 것이라면 Y 코드를 부여, 하지만 이 진단을 의심할 만한 증상이나 임상상태가 입원 당시 존재하지 않았다면 N 코드를 부여한다.

자) 입원 당시 존재한 급성 상태는 Y 코드, 입원 당시 존재하지 않은 급성 상태는 N 코드 부여, 만성 상태는 입원 이후까지도 진단을 받지 않았다고 하더라도 Y 코드를 부여한다.

차) 복합코드의 경우 입원 당시에 존재하지 않은 내용이 있다면 N 코드 부여, 가령 J441(급성악화를 동반한 상세불명의 만성 폐색성 폐질환)일 경우 급성 악화기 입원 당시부터 존재하지 않았다면 N 코드를 부여, 복합코드의 모든 내용이 입원 당시부터 존재하였다면 Y 코드 부여, 감염원을 포함하는 감염코드의 경우, 감염원이 입원 이후에 밝혀졌다고 하더라도 그 증상이 입원 당시에 존재하였다면 Y 코드를 부여한다.

카) 산과 관련 상태의 경우에도 동일한 원칙이 적용된다. 환자가 조기진통으로 입원하였다면, 이에 해당하는 진단명(O600)은 Y 코드를 부여한다. 만약 입원 중에 분만 후 출혈이 발생하였다면 해당하는 진단명(O72)은 N 코드를 부여한다.

타) 신생아는 출생 이전까지는 입원으로 간주되지 않는다. 출생 시 상태 또는 자궁내에서 발생한 상태는 모두 입원 당시 존재한 것으로 간주되어 Y 코드를 부여한다. 이는 출산 당시 발생한 '신생아 태변흡입(P240)'과 같은 상태를 모두 포함한다. 예외코드 목록에 해당하지 않는 선천성 상태는 모두 Y 코드를 기재한다.

11. 의무기록의 완결도 관리

가. 퇴원환자와 재원환자의 의무기록은 서식별로 모든 필수항목의 내용이 작성되어야 한다.

나. 의무기록 작성방법은 본원의 「12.2 퇴원환자 의무기록 완결도 관리」규정에 따른다.

다. 재원 중 의무기록 완결도 관리

1) 재원 중 의무기록 완결도 관리를 실시하며, EMR프로그램으로 확인한다.

2) 재원환자기록 완성도에 대한 모니터링 시행 및 개선활동을 한다.

가) 재원환자 미비 발생 의무기록은 해당 보건의료정보관리사가 검토하여 미비항목을 체크하여 서면으로 출력하고 해당 담당의에게 직접 전달하여 빠른 시일 내에 작성될 수 있도록 독려한다.

나) 매월 초 의무기록 모니터링 결과를 이사장에게 보고하고, 결재를 득한 후 담당의에게 그 결과를 공지한다.

라. 퇴원환자 의무기록 완결도 관리

1) 퇴원환자의 의무기록 완결도 관리는 퇴원 후 실시한다.

2) 본원의 「12.2 퇴원환자 의무기록 완결도 관리」규정을 준수하여 작성하도록 한다.

3) 의사서명

가) 수기서명의 경우 의사서명 등록대장에 등록된 의사서명

나) 전자의무기록의 경우 전자서명법에 의한 공인된 전자서명을 원칙으로 한다.

마. 퇴원환자 미완결 의무기록 관리 및 개선활동

1) 미완결 의무기록 보고주기 및 보고방법

가) 퇴원환자의 미완결 의무기록은 해당 보건의료정보관리사가 검토하여 미비관리 프로그램에 퇴원 회차별로 미완결 의무기록 항목을 입력 한다.

나) 전산으로 미비항목으로 등록되면 담당의가 미비목록을 전산프로그램 로그인 시 팝업 (전산알림서비스)으로 확인할 수 있다.

다) 전산통보-팝업(전산알림서비스) 이후에도 미완결 기록이 남아있으면 미완결 기록을 서면으로 출력하여 해당 담당의에게 직접 전달하고 빠른 시일 내에 작성될 수 있도록 독려한다.

라) 의무기록 관련해서 포상금지급은 의무기록 정리를 우수하게 한 전공의 중 1명에게 상품권 또는 커피쿠폰)을 년 1회 지급한다.

마) 퇴원환자의 의무기록 완결시점은 「12.2 퇴원환자 의무기록 완결도 관리」규정에 따라 입원 기간 중에 작성하여야 하나 기한 내에 작성하지 못한 기록은 퇴원 후 30일 이내에 완결하여야 한다.

바) 매월 초 의무기록 모니터링 결과를 이사장에게 보고하고, 결재를 득한 후 담당의에게 그 결과를 공지한다.

바. 퇴직예정자의 의무기록관리

퇴직 의사는 퇴사 전에 미 완결 의무기록을 완결하여야 한다.

(부록16. 미완결 의무기록 작성 위임장)

부록

1. 의료정보/의무기록 관리 위원회 규정
2. 의무기록 정정/추가신청서(환자용)
3. 의무기록 정정/추가요청서(작성자용)
4. 심의신청서
5. 정보보호 보안 서약서(실습생용)
6. 정보보호 보안 서약서(외주업체용)
7. 정보보호 보안 서약서(입사시) · 개인정보 수집이용제공동의서 및 보안서약서
8. 진료(의무)기록 열람 및 사본발급 신청서
9. 진료기록 열람·사본 발급 시 구비서류
10. 진료기록 열람 및 사본발급을 위한 확인서
11. 의무기록사본신청서(타 의료기관용)
12. 진료정보 비밀보호 신청서
13. 진료정보 비밀보호 해지 신청서
14. 표준약어 및 기호 등록·수정 및 종료 신청서
15. 의무기록 서식 제정·개정 신청서
16. 미완결 의무기록 작성 위임장

관련 근거

1. 인증기준 12.1
2. 「의료법」 제19조(비밀누설의 금지), 제21조(기록열람 등), 제22조(진료기록부 등), 제23조(전자의무기록)
3. 「의료법 시행규칙」 제13조3(기록 열람 등의 요건), 제14조(진료기록부 등의 기재사항), 제15조(진료기록부 등의 보존), 제16조(전자의무기록의 관리·보존에 필요한 시설과 장비 등)
4. 「의료기사 등에 관한 법률」 제4조(면허), 제10조(비밀누설의 금지)
5. 「의료기사 등에 관한 법률 시행령」 제2조(의료기사, 보건의료정보관리사 및 안경사의 업무 범위 등)
6. 「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 제28조의제2항(개인정보의 누설금지)
7. 「개인정보보호법」 제21조(개인정보의 파기), 제60조(비밀유지 등)
8. 통계청, 한국표준질병·사인분류(KCD-8차) 지침서
9. 진료기록 열람 및 사본발급 업무 지침(보건복지부, 2019.10.16.)
10. 의료기관 개인정보 가이드라인(보건복지부, 안전행정부 2020.12.)

부칙

1. 이 규정은 2010년 01월 01일부터 제정·시행한다.
2. 이 규정은 2014년 05월 01일부터 개정·시행한다.
3. 이 규정은 2014년 10월 01일부터 개정·시행한다.
4. 이 규정은 2018년 05월 23일에 개정, 06월 01일부터 시행한다.
5. 이 규정은 2020년 05월 19일에 개정, 06월 01일부터 시행한다.
6. 이 규정은 2021년 12월 28일에 개정, 2022년 01월 17일부터 시행한다.
7. 이 규정은 2022년 09월 27일에 개정, 2022년 10월 15일부터 시행한다.
8. 이 규정은 2022년 12월 27일에 개정, 2023년 01월 16일부터 시행한다.

부록1. 의료정보/의무기록 관리 위원회 규정.

의료정보/의무기록 관리 위원회 운영 규정

규 정 번 호 : 제 HS-012호	제 정 일 : 2010. 1. 1.
승 인 책 임 자 : 이사장	최 종 개 정 일 : 2022. 04. 19.
검 토 위 원 회 : 병원운영회의	검 토 주 기 : 2년
관 련 부 서 : 의료정보/의무기록관리위원회	

제 1조 (위원회의 명칭)

본 위원회는 의료법인 정산의료재단 효성병원(이하 '효성병원'이라 한다.) 의료정보/의무기록 관리 위원회(이하 '위원회')라고 칭한다.

제 2조 (위원회 목적)

본 위원회는 의무기록에 관한 내용과 서식 및 의무기록과 관련된 모든 사항을 관리하여 의료진 과 직원들이 의료서비스에 대하여 정확하고 효율적이며, 통합적인 의사소통 및 의무기록의 질적 향상을 도모함을 목적으로 한다.

제 3조 (위원회의 구성)

1. 본 위원회는 위원장 1명을 포함하여 8명 이상 12명 이내의 위원으로 구성된다.
2. 본 위원회의 위원장은 이사장이 된다.
3. 본 위원회의 당연직 위원은
 - 가. 내과계과장
 - 나. 외과계과장
 - 다. 산부인과과장
 - 라. 소아청소년과과장
 - 마. 간호부부서장
 - 바. 전산관리팀장
 - 사. 의무기록팀장으로 한다.

단, 동일과에 2명 이상의 진료과장이 있는 경우 이사장이 임명하는 1명이 당연직이 된다.
4. 본 위원회의 위촉직 위원은 재직 직원 중 위원회 운영에 필요하다고 인정하는 사람을 이사장이 위촉한다.
5. 본 위원회의 간사는 보건의료정보관리사로 한다.

제 4조 (위원회의 위촉 및 임기)

1. 위원은 이사장이 위촉한다.
2. 당연직 위원의 임기는 보직기간으로 하며, 위촉위원의 임기는 2년으로 하되 연임할 수 있다.
3. 결원으로 보선된 위원의 임기는 전임자의 잔여임기로 한다.

제 5조 (위원회의 기능)

위원회는 다음의 각 호의 사항을 심의한다.

1. 의료정보/의무기록 관리 규정 및 의무기록 서식의 제정 및 폐기에 관한 사항
2. 의료정보/의무기록의 보존 및 관리, 이용기준 및 관련범위 설정에 관한 사항
3. 의료정보/의무기록의 기록 항목과 내용의 평가에 관한 사항
4. 의료정보/의무기록의 정보 수집 및 활용에 관한 사항
5. 양질의 의무기록 유지 및 평가에 관한 사항
6. 진단코드 정확성 관리에 관한 사항
7. 개인정보 보호에 관한 사항
8. 기타 의료정보/의무기록의 관리에 관한 중요한 사항

제 6조 (위원회의 회의)

1. 정기회의는 반기별(2회/년) 개최하고, 비정기회의는 위원장이 필요하다고 인정하거나 재적위원 과반수이상의 요구가 있을 때 개최할 수 있다.
2. 위원회 회의는 재적위원 과반수의 출석으로 개의(開議)하고, 출석위원 과반수의 찬성으로 의결한다. 단, 가부동수일 경우에는 위원장이 결정권을 가진다.
3. 위원회 위원은 의결권을 가지며, 위원장과 간사는 의결권을 가지지 않는다.
4. 위원장은 필요한 경우 관계인을 회의에 출석시켜 의견을 청취할 수 있다.

제 7조 (위원회의 위원장)

1. 위원장은 위원회의 회무를 통할하고 회의를 소집하며, 그 의장이 된다.
2. 위원장이 사고 등 부득이한 사유로 직무를 수행할 수 없을 때에는 당연직위원 중 1번 위원이 위원장의 직무를 대행한다.
3. 위원장의 세부임무는 다음과 같다.
 - 가. 위원회의 소집 및 운영
 - 나. 위원회의 의제결정
 - 다. 위원회의 의사결정 및 조정

제 8조 (위원회의 간사)

1. 간사는 위원회의 회의에 필요한 자료를 제출하고 위원장의 명을 받아 위원회의 사무에 관한 사항을 처리한다.
2. 간사는 회의록의 작성과 보관 등 본 위원회의 사무를 처리한다.

제 9조 (위원회의 결과보고)

1. 간사는 위원회의 회의 결과를 회의록으로 작성하고, 위원장의 결재를 득하여 이사장에게 보고하고 이를 보존한다.
2. 직원들에게 공유할 내용은 따로 발췌하여 해당 부서에 회람한다.

제 10조 (위원회의 운영세칙)

본 위원회의 내규를 개정할 경우 재적위원의 과반수 참석, 출석위원의 과반수의 찬성을 거쳐 병

원운영회의 승인 후 시행한다.

제 11조 (회의의 공개 및 비밀누설 금지)

1. 위원회의 회의는 공개하지 아니하는 것을 원칙으로 하되, 위원회의 결정에 따라 공개할 수도 있다.
2. 위원회의 직접, 간접적으로 참여한 자는 직무상 습득한 비밀을 누설하여서는 아니 된다.

부칙

1. 이 규정은 2010년 01월 01일부터 제정 시행한다.
2. 이 규정은 2014년 05월 01일부터 개정 시행한다.
3. 이 규정은 2018년 04월 27일 개정, 2018년 05월 01일부터 시행한다.
4. 이 규정은 2020년 03월 31일 개정, 2020년 05월 01일부터 시행한다.
5. 이 규정은 2022년 04월 19일 개정, 2022년 05월 01일부터 시행한다.

부록2. 의무기록 정정/추가 신청서(환자용)

의무기록 정정/추가 신청서(환자용)

담당	팀장	이사장

정정/추가 대상 건강정보	등록번호		성명	
	진료과		전화번호	
	수진정보	<input type="checkbox"/> 외래 <input type="checkbox"/> 입원 <input type="checkbox"/> 검진 <input type="checkbox"/> 응급		
신청자	환자와의관계	<input type="checkbox"/> 환자본인 <input type="checkbox"/> 대리인 (환자의_____)		
	대리인 성명		주민등록상의 생년월일	
	대리인 전화번호	(집)	(휴대폰)	
	대리인 주소			
	대리인이 신청한 사유			

정정/추가 신청서는 환자 본인이 신청하여야 합니다(예외: 환자사망, 미성년자, 금치산자)

본인은 다음과 같이 의무기록의 내용 정정/추가를 신청합니다.

※ 정정/추가 이유를 입증할 문서 첨부 여부 첨부 첨부하지 않음

[정정/추가 내용]

사유 : _____

정정/추가 서식명	
정정/추가 날짜	년 월 일
정정/추가 필요한 부분	
필요한 부분의 현재내용	
필요한 부분의 정정/추가내용	

본인은 귀 병원이 정정/추가 신청을 승낙할 수도 있고 거부할 수도 있다는 것을 알고 있으며, 귀 병원이 정정/추가 신청을 승낙하여도 의무기록에 기재된 원래의 내용은 삭제되지 않고, 해당 의무기록에 본인이 신청한 정정/추가 되는 내용이 첨부 기록되어 남는다는 것을 설명을 통하여 알고 있으며, 상기 사유로 진료정보 변경을 요청하며 이로 인한 문제 발생 시 본인에게 책임이 있음을 수락합니다. 승낙하여 주시기 바랍니다.

신청날짜 _____년 _____월 _____일

신청자 이름 _____(서명)

상기 환자의 의무기록 정정 신청에 대하여 확인 후 (승낙 거절)에 동의합니다.

(※거절사유 : _____)

확인일자: _____년 _____월 _____일

진료과: _____ 의사 : _____(서명)

부록3. 의무기록 정정/추가 요청서(작성자용)

의무기록 정정/추가 요청서(작성자용)

담당	팀장	이사장

등록번호 :	환자이름 :	진료과 :
요청과 :	직위 :	성명 : (서명)
<p>수진정보 : <input type="checkbox"/> 외래 <input type="checkbox"/> 입원 <input type="checkbox"/> 검진 <input type="checkbox"/> 응급</p> <p>정정/추가 기록지명 : _____</p> <p>진료기록 일자 : _____ 년 _____ 월 _____ 일</p> <p>정정/추가요청사유(반드시 기재) : ※ 오류 기록이 작성되게 된 경위와 요청 사유를 구체적으로 기술</p> <p>정정/추가 내용 : ※ 현재 내용과 정정/추가하고자 하는 내용을 모두 기술 현재 내용 :</p> <p>정정/추가 내용 :</p> <p>본인은 상기 사유로 진료정보 변경을 요청하며 이로 인한 문제 발생 시 본인에게 책임이 있음을 수락합니다.</p> <p style="text-align: right;">요청일자 _____ 년 _____ 월 _____ 일</p> <p style="text-align: right;">요청인 부서장 성명 _____(서명)</p>		

부록6. 정보보호 보안 서약서(외주업체용)

정보보호 보안 서약서(외주업체용)

본인은 년 월 일부로 효성병원에서 용역(도급)과 관련한 업무를 수행함에 있어 다음 사항을 준수할 것을 엄숙히 서약합니다.

1. 나는 병원용 보안시스템과 관련된 소관업무가 병원기밀 사항임을 인정하고 제반 보안관계 규정 및 지침을 성실히 수행한다.
2. 나는 이 기밀을 누설함이 병원이익을 침해할 수도 있음을 인식하고 재직 중은 물론 퇴직 후에도 알게 된 모든 기밀사항을 일체 타인에게 누설하지 아니한다.
3. 나는 업무상 취득한 병원의 영업 비밀을 누설하여 부정한 이득을 취하거나, 귀 병원에서 손해를 입히는 경우에는 부정경쟁방지법 등 관련법규에 따라 엄중한 처벌을 받더라도 이의를 제기하지 아니한다.

부정경쟁방지 및 영업비밀보호에 관한 법률 제18조 2항: 부정한 이익을 얻거나 기업에 손해를 입힐 목적으로 그 기업에 유용한 영업 비밀을 취득, 사용하거나 제3자에게 누설한 자는 5년 이하의 징역 또는 그 재산상 이득액의 2배 이상 10배 이하에 상당하는 벌금에 처한다.

서약자	소속		직급		주민등록상 생년월일	
			직위		성 명	
확인자	소속		직급		주민등록상 생년월일	
			직위		성 명	

작성일자: 년 월 일

정보보호 보안 서약서(입사 시)

본인은 효성병원의 정보를 이용하기 위하여 다음의 사항을 특별히 준수하고, 이를 위반하였을 때에는 관련법령 및 병원의 제규정에 따라 민·형사상의 책임뿐만 아니라 제반 손해 배상의 책임 등을 감수할 것이며, 병원에 끼친 손해에 대해 지체 없이 변상·복구할 것을 서약합니다.

1. 병원내의 모든 정보, 시스템 계정, 전산망 등의 자원은 업무 이외의 다른 목적으로 이용될 수 없다.
2. **의료법 제23조의 3항(전자의무기록)**: 누구든지 정당한 사유 없이 수기의무기록 및 전자의 무기록에 저장된 개인 정보를 탐지하거나, 누출, 변조 또는 훼손하여서는 아니 된다.
전자의무기록이라함은 환자의 진료와 관련되어 전자적 형태로 저장된 모든 기록과 영상을 말한다.
3. **의료법 제19조(비밀누설의 금지)**: 의료인은 이 법 또는 다른 법령에서 특히 규정된 경우를 제외하고는 그 의료, 조산 또는 간호에 있어서 지득한 타인의 비밀을 누설하거나 발표하지 못한다.
4. **형법 제317조 1항(업무상 비밀누설의 금지)**: 의사, 한의사, 치과의사, 약제사, 약종상, 조산사, 변호사, 변리사, 공인회계사, 공증인, 대서업자나 그 직무상 보조자 또는 차등의 직에 있던 자가 그 직무 처리 중 지득한 타인의 비밀을 누설하거나 발표하지 못한다.
5. 병원내 컴퓨터, 시스템 계정, 전산망, 기타 정보자원 등은 병원이 본인에게 부여한 사용권한 내에서만 접근 및 사용하여야 하며, 허가 받은 목적과 용도로만 사용하여야 한다.
6. 병원내 컴퓨터, 정보, 전산망, 기타 정보 자원의 사용권을 소유하고 있는 자는 책임 있고 윤리적인 자세로 사용권을 행사하여야 한다.
7. 본인에게 할당된 사용자 계정 및 암호는 비인가자의 불법적 사용을 막기 위해 개인 암호 관리 등에 주의를 기울이며 자신의 계정에서의 모든 사용에 대한 책임을 져야 한다.
8. 저작권에 의해 보호 받는 소프트웨어는 병원내 컴퓨터에(로부터)복사할 수 없으며, 본 병원과 별도의 사용권 계약이 체결되어 있지 않는 한 병원 컴퓨터상에서 이용할 수 없다.
9. 병원에서 승인받지 않은 프로그램, 정보저장 및 처리장치(Zip-Drive, USB메모리, 모뎀 등)를 병원내에서 사용하지 아니한다.
10. 병원내에서 지급받은 전산장비를 소중히 다루고 분실, 훼손 시 모든 책임을 져야 한다.

개인정보 수집·이용·제공 동의서 및 보안 서약서(근로 계약시)

성 명		생년월일	년 월 일
<p>「개인정보 보호법」 제15조, 제17조에 따라 개인정보를 수집·이용하거나 제3자에게 제공하고자 하는 경우 반드시 본인의 동의를 얻어야 합니다. 이에 본인은 아래의 내용과 같이 본인의 개인정보를 귀사가 수집, 이용 또는 제공하는 것에 동의합니다.</p>			
1. 수집·이용에 관한 사항			동의여부
수집·이용 목적	<ul style="list-style-type: none"> ■ 직원 채용(근로 계약) 및 사무소 운영에 필요한 필수 정보 		<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의안함
수집·이용할 항목	<ul style="list-style-type: none"> ■ 이력서에 기재된 개인식별정보(성명, 주민번호, 주소, 연락처, 전자메일 등) ■ 채용 시 제출한 자기소개서의 개인정보와 관련된 기술 내역 ■ 채용 전·후 발생된 의료정보 		
보유·이용 기간	<ul style="list-style-type: none"> ■ 퇴사 등 근로계약의 종료 또는 해지일까지(단, 근로기준법 및 4대보험과 관련한 필수 정보는 해당 법령에서 규정한 보존기간까지는 보관·이용됨) 		
동의를 거부할 권리 및 거부시 불이익	<ul style="list-style-type: none"> ■ 위 개인정보의 수집·이용에 관한 동의는 근로계약 체결을 위하여 필수이므로, 위 사항에 동의하지 않으면 채용이 가능하며, 거부시 채용에 제한이 있을 수 있습니다. 		
2. 제공에 관한 사항			동의여부
제공받는 자	<ul style="list-style-type: none"> ■ 세무사법(제18조)에 의해 설립된 한국세무사회 ■ 수탁업체 및 제휴 업체 등에 대한 제공 <ul style="list-style-type: none"> · 현재 사용중인 세무회계프로그램의 유지보수 회사 【 ■더존 아이플러스, □뉴젠 리버스알파, □키컴 세무명인, □기타() 】 ※ 수탁업체 및 제휴업체 등에게 개인정보를 제공할 경우 업무수행에 필요한 최소한의 필요 정보만을 제공합니다. 		<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의안함
제공받는 자의 이용 목적	<ul style="list-style-type: none"> ■ 세무사법 제18조에 의해 설립된 한국세무사회 회원사무소 직원 등록 및 관리 ■ 사용중인 세무회계프로그램의 인사급여 등의 관리 및 백업 		
제공할 개인정보	<ul style="list-style-type: none"> ■ 개인식별정보 : 성명, 주민번호, 주소, 전화번호 등의 연락처, 전자우편주소 등 ■ 개인부가정보 : 경력·학력·자격관련사항 등 		
보유·이용 기간	<ul style="list-style-type: none"> ■ 개인정보는 제공된 날로부터 동의 철회시 또는 제공된 목적을 달성할 때까지 보유·이용 됩니다. 동의 철회 또는 제공된 목적 달성 후에는 위에 기재된 이용목적과 관련된 필요한 범위 내에서만 보유·이용됩니다. 		
동의를 거부할 권리 및 거부시 불이익	<ul style="list-style-type: none"> ■ 위 개인정보의 수집·이용에 관한 동의는 근로계약 체결을 위하여 필수이므로, 위 사항에 동의하지 않으면 채용이 가능하며, 거부시 채용에 제한이 있을 수 있습니다. 		
3. 보안서약서			동의여부
<ul style="list-style-type: none"> ■ 본인은 귀사에서 업무 수행 중 취득한 고객의 개인정보를 보호하고 회사 영업비밀 보호 의무를 준수하겠습니다. 만약 이를 위반하거나 고의 또는 과실로 피해가 발생하였을 경우, 이에 대한 손해배상은 물론 모든 법적 책임이 본인에게 있음을 서약합니다. 			<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의안함
<ul style="list-style-type: none"> ■ 본인은 개인정보 수집·이용·제공에 관한 설명을 자세히 들었으며, 본 동의서 및 보안서약서의 내용을 정확히 이해하였습니다. 			
<p>년 월 일</p> <p>동의인 성명 : _____ (서명 또는 인)</p> <p style="text-align: right;">효성병원 귀중</p>			

부록8. 진료(의무)기록 열람 및 사본발급 신청서

진료(의무)기록 열람 및 사본발급 신청서			
신청자 성명 :		환자와의관계 :	
		연 락 처 :	
등록번호 :	환자성명 :	진료과 :	병실호수 :
관 계 <input type="checkbox"/> 본인	<input type="checkbox"/> 배우자/자녀(직계)	<input type="checkbox"/> 대리인(형제, 자매, 보험회사, 공단, 기관, 기타)	
신청용도 <input type="checkbox"/> 보험회사	<input type="checkbox"/> 타병원	<input type="checkbox"/> 기타 ()	
제증명 (신청기간 :)			
<input type="checkbox"/> 진단서 <input type="checkbox"/> 소견서 <input type="checkbox"/> 재발행 (부)		<input type="checkbox"/> 입퇴원확인서 <input type="checkbox"/> 입원중확인서 <input type="checkbox"/> 통원확인서 (부)	
<input type="checkbox"/> 수술확인서 <input type="checkbox"/> 재발행 (부)		<input type="checkbox"/> 영수증 <input type="checkbox"/> 재발행 (부)	<input type="checkbox"/> 진료비세부내역서 <input type="checkbox"/> 재발행 (부)
<input type="checkbox"/> 장애진단서 <input type="checkbox"/> 재발행 (부)		<input type="checkbox"/> 병무용진단서 <input type="checkbox"/> 재발행 (부)	<input type="checkbox"/> 사망진단서(사체검안서) <input type="checkbox"/> 재발행 (부)
<input type="checkbox"/> 진료의뢰서 (부)		<input type="checkbox"/> 의료급여의뢰서 (부)	<input type="checkbox"/> 기타 () (부)
외래차트 (신청기간 :) (부)		입원차트 (신청기간 :) (부)	
<input type="checkbox"/> 초진기록지(응급실기록지)		<input type="checkbox"/> 초진기록지	<input type="checkbox"/> 재진기록지
<input type="checkbox"/> 경과기록지		<input type="checkbox"/> 경과기록지	<input type="checkbox"/> 주사 및 약처방전 내역지
<input type="checkbox"/> 주사 및 약처방전 내역지		<input type="checkbox"/> 간호기록지	<input type="checkbox"/> 간호정보조사지
<input type="checkbox"/> 방사선결과지(AII)		<input type="checkbox"/> 방사선결과지(AII)	
(<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 초음파 <input type="checkbox"/> 내시경 <input type="checkbox"/> 기타 ())		(<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 초음파 <input type="checkbox"/> 내시경 <input type="checkbox"/> 기타 ())	
<input type="checkbox"/> 수술기록지		<input type="checkbox"/> 수술기록지	<input type="checkbox"/> 시술기록지
<input type="checkbox"/> 시술기록지		<input type="checkbox"/> 임상병리검사결과지 (조직검사, 기타 ())	
<input type="checkbox"/> 임상병리검사결과지 (조직검사, 기타 ())		<input type="checkbox"/> 입퇴원기록지(퇴원요약지)	
<input type="checkbox"/> CD영상자료(AII)		<input type="checkbox"/> CD영상자료(AII)	
(<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 초음파 <input type="checkbox"/> 내시경 <input type="checkbox"/> 기타 ())		(<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 초음파 <input type="checkbox"/> 내시경 <input type="checkbox"/> 기타 ())	
<input type="checkbox"/> 기타 ()		<input type="checkbox"/> 기타 ()	
구비서류 (확인자 :			
<input type="checkbox"/> 환자 신분증 <input type="checkbox"/> 신청인 신분증 <input type="checkbox"/> 가족관계서류 <input type="checkbox"/> 동의서 <input type="checkbox"/> 위임장 <input type="checkbox"/> 기타 ()			
<input type="checkbox"/> 발급처/발급일		<input type="checkbox"/> 미제출서류 있음	
열람/사본발급 신청/발급일 :			
주치의 : (서명)			
구 비 서 류			
※ 관계법령 : 의료법 제 21조(기록 열람 등)항 위반 시 3년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처함.			
· 환자본인 : 환자신분증 · 환자친족(직계존손, 직계 비존속) : 신청자신분증, 환자 자필서명 동의서, 친족관계증명서 · 환자대리인(형제, 자매, 보험회사) : 환자신분증, 신청자신분증, 환자 자필서명 동의서 및 위임장			

*사본발급 신청일로부터 1개월 이내 미 수령 시 신청하신 사본은 폐기됩니다.

■ 의료법 시행규칙 [별지 제9호의3서식] <개정 2017. 6. 21.>

진료기록 열람 및 사본발급 위임장

수임인	성 명	전 화 번 호
	주민등록상 생년월일(외국인등록번호)	위임인과의 관계
	주 소	
위임인	성 명	전 화 번 호
	주민등록상 생년월일(외국인등록번호)	
	주 소	

위임인은 「의료법」 제21조제3항 및 같은 법 시행규칙 제13조의3에 따라 「진료기록 등 열람 및 사본발급 동의서」에 기재된 사항에 대하여 일체 권한을 상기 수임인에게 위임합니다.

년 월 일

위임인

(자필서명)

부록9. 진료기록 열람·사본 발급 시 구비서류

진료기록 열람 · 사본 발급시 구비서류

1) 환자의 동의가 가능한 경우

※ 의료법 제 21조, 시행규칙 제 13조의 3에 근거, 다음과 같은 서류를 준비하셔야 합니다. **(미지참시 사본발급불가)**

신청자		구비서류	비고
환자	본인	만14세 이상 본인신분증(제시) (사진이 있는 신분증)	*만 14세~17세 미만 주민등록 미발급자는 신분증(여권, 학생증) 또는 가족관계증명서 및 주민등록 초본
		만14세 미만 의사능력이 있으면 단독 발급 가능	신분증(여권) 또는 가족관계증명서 및 주민등록 초본
친족	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 배우자 ▪ 직계존속 (부모, 조부모, 외조부모) ▪ 직계비속(자녀, 손자) ▪ 배우자의 직계존속 (시부모, 장인, 장모) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 신청자 신분증 ▪ 가족관계증명서 (건강보험증 제외) ▪ 환자가 자필 서명한 동의서 (도장, 지장 인정 안됨) 	*만 14세 미만의 경우 부모/조부모/법정대리인 신청 시 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 신청자 신분증(사본가능) ▪ 가족관계증명서 또는 친족관계 확인 서류(법정대리인 확인서류)
대리인	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 친족 외 환자 지정인 ▪ 형제, 자매 ▪ 사위, 며느리 ▪ 삼촌, 이모, 고모 ▪ 친구, 지인 ▪ 보험회사 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 신청자 신분증 ▪ 환자 신분증 사본 ▪ 환자가 자필 서명한 동의서 (도장, 지장 인정 안됨) ▪ 환자가 자필 서명한 위임장 (도장, 지장 인정 안됨) 	*만 14세 미만의 경우 부모/법정대리인이 지정하는 대리인 신청 시 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 신청자 신분증(사본가능) ▪ 부모/법정대리인 신분증 사본 ▪ 가족관계증명서 또는 친족관계 확인 서류(법정대리인 확인서류) ▪ 부모/법정대리인이 자필 서명한 동의서 ▪ 부모/법정대리인이 자필 서명한 위임장

※ 신분증: 주민등록증, 운전면허증, 여권 및 국가기관에서 발행한 사진이 부착된 신분증

※ 공공기관 발급서류(원본)의 유효기간: 발급일로부터 3개월 이내

- 환자-신청자간의 관계가 변동될 수 있으므로 의무기록 사본발급일 기준으로 3개월 이내에 발급 받은 것만 인정합니다.

※ 만 14세 미만의 본인 서류 요청 시 본인 의사능력이 있을 경우에는 단독 발급 가능(의료기관 판단)

- 통상 만 10세 이상이며 합리적으로 판단할 수 있는 의사능력이 있는 경우

※ **의무기록은 개인정보에 해당하므로 사본 발급 시 반드시 구비서류를 지참하셔야 합니다.**

※ **사회적 파장이나 부정한 목적으로 사용될 우려가 있을 시 사본발급을 거부할 수 있습니다.**

진료기록 열람 · 사본 발급시 구비서류

2) 환자의 동의를 받을 수 없는 경우

환자	신청자	구비서류
친족 또는 친족 등의 법정대리인 또는 임의 대리인 신청 가능 1. 환자가 사망한 경우 2. 환자가 자필서명을 할 수 없는 경우(의식불명, 중증질환, 부상) 3. 환자가 행방불명인 경우 4. 환자가 의사무능력자인 경우	* 환자의 배우자 * 직계존속 (부모, 조부모, 외조부모) * 직계비속 (자녀, 손자) * 배우자의 직계존속 (시부모, 장인, 장모) * 임의 대리인	- 신청자(친족) 신분증 - 가족관계증명서 또는 친족관계확인서류 - 사례별 해당 서류 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 사망사실 확인 서류 ▪ 의식불명 확인 서류 ▪ 환자상태를 알 수 있는 진단서 또는 소견서 ▪ 행방불명 확인 서류 ▪ 의사무능력자 확인 진단서 - 임의 대리인의 경우 추가 구비서류 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 환자의 친족이 자필 서명한 위임장 ▪ 신청자(대리인) 신분증
	*형제, 자매 (환자의 배우자 및 직계 존·비속, 배우자의 직계 존속이 모두 없을 경우만 해당)	- 신청자(친족) 신분증 - 가족관계증명서(부모기준) 또는 친족관계확인서류 (신청인이 환자와 형제·자매임을 확인하기 위한 서류) - 환자기준 가족관계증명서(상세) (환자의 친족이 없음을 증명) - 환자의 배우자 및 직계 존·비속, 배우자의 직계 존속이 없다고 신청자가 직접 작성한 확인서 - 사례별 해당 서류 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 사망사실 확인 서류 ▪ 의식불명 확인 서류 ▪ 환자상태를 알 수 있는 진단서 또는 소견서 ▪ 행방불명 확인 서류 ▪ 의사무능력자 확인 진단서

※ 의무기록은 환자의 민감한 개인정보로 엄격히 보호되어야 합니다.

대리인이 **동의서 및 위임장 서식을 환자의 동의 없이 임의로 작성할 경우**

형법 제231조 사문서위조죄 및 형법 제234조 동행사죄에 해당하여 형사 처벌될 수 있습니다.

부록10. 진료기록 열람 및 사본발급을 위한 확인서

진료기록 열람 및 사본발급을 위한 확인서

확인자 (신청자)	성 명	주민등록상 생년월일 (외국인등록번호)
	환자와의 관계	
환자	성 명	주민등록상 생년월일 (외국인등록번호)
확인사항	상기 환자의 직계 존속·비속 및 환자의 배우자, 배우자의 직계존속의 부존재	

본인(확인자)은 「의료법」 제21조 제3항 및 「의료법 시행규칙」 제13조의3의 제1항 및 제3항에 따라

상기 환자()의 배우자 및 직계 존속·비속, 배우자의 직계존속이 모두 없음을 확인합니다.

년 월 일

본인(확인자)

(자필서명)

유의사항

상기 확인서는 아래의 경우에 환자의 진료기록 열람 및 사본발급 신청자인 환자의 형제·자매가 작성합니다.

1. 「의료법 시행규칙」 제13조의3 제1항에 따라 환자의 배우자 및 직계 존속·비속, 배우자의 직계존속이 모두 없는 경우
2. 「의료법 시행규칙」 제13조의3 제3항 [별표 2의2]에 따라 환자의 배우자 및 직계 존속·비속, 배우자의 직계존속이 모두 없는 경우

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

부록12. 진료정보 비밀보호 신청서

진료정보 비밀보호 신청서

본인 _____ 는 _____ 사유로 의료법 및 관계법령에서 정하지 않는 한 본인의 의무기록을 어떤 사람(배우자 및 직계가족을 포함)에게도 공개하지 말 것을 효성병원에 요청합니다.

요청일자 : 20 년 월 일

신 청 인 : _____ (서명)

접 수 일 자: 20 년 월 일

담 당 의 사: _____ (서명)

의무기록팀 확인 담당자: _____ (서명)

팀 장: _____ (서명)

진료정보 비밀유지 요청서

이 기록은 환자의 요청에 따라 인적사항을 포함한 의무기록 전체에 대하여 비밀 보호를 요청한 상태입니다.

따라서 의료법 및 관계법령에서 특별히 정해진 경우가 아닌 한, 환자 본인을 제외한 어느 누구에게도 환자의 인적사항 및 의무기록 내용에 대한 열람 및 사본발행이 되어서는 안 됩니다.

계시일자: 20 년 월 일

효성병원 의무기록팀

부록13. 진료정보 비밀보호 해지신청서

진료정보 비밀보호 해지신청서

본인 _____ 는 _____ 사유로 신청하였던 진료정보 비밀보호에
대하여 해지할 것을 효성병원에 요청합니다.

요청일자: 20 년 월 일

신 청 인: _____ (서명)

의무기록팀 확인 담당자: _____ (서명)


팀 장: _____ (서명)

부록15. 의무기록 서식 제정·개정 신청서

의무기록 서식 제정·개정 신청서						
	담당	의료정보/의무기록 관리위원회 위원장				
	팀장					
수 신 : 의무기록팀						
서 식 명 :						
서 식 구 분 : <input type="checkbox"/> 제정 <input type="checkbox"/> 개정						
제정 및 개정사유 :						
<p>위의 서식을 제정·개정 하고자 하오니 승인하여 주시기 바랍니다.</p> <p>신청일: 20 년 월 일</p>						
<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 40%;"> <tr> <td style="padding: 5px;">신청부서 :</td> <td style="padding: 5px;">(내선 :)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">신청인 :</td> <td style="padding: 5px;">(서명)</td> </tr> </table>			신청부서 :	(내선 :)	신청인 :	(서명)
신청부서 :	(내선 :)					
신청인 :	(서명)					
<p>위 서식의 제정·개정을 승인합니다.</p> <p>결정일: 20 년 월 일</p>						

부록16. 미완결 의무기록 작성 위임장

미완결 의무기록 작성 위임장				
위임하는 사람	성 명	(서명)	연락처	
	소 속 (부서)			
위임받는 사람	성 명	(서명)	연락처	
	소 속 (부서)		관 계	
위임사유				
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> 20 년 월 일 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 담당의사 (인) </div>				

	퇴원환자 의무기록 완결도 관리			
	규 정 번 호	HS 제120-02호	제 정 일	2010.01.01
	관 련 인 증 기 준	12.2 퇴원환자 의무기록 완결도 관리	최 근 개 정 일	2022.12.27
	담 당 부 서	의무기록팀, 진료부, 간호부	시 행 일	2023.01.16
	검 토 책 임 자	병원운영회의	검 토 주 기	2년
	승 인 책 임 자	이사장	검 토 예 정 일	2024.12.01
	관 련 근 거	4주기 급성기병원 인증기준 12.2 퇴원환자 의무기록 완결도 관리		

제 1조 목적(Purpose)

환자의 진단과 치료과정의 기록 및 진료의 연속성을 증진시키기 위해 퇴원환자의 의무기록을 충실하게 완결하기 위함이다.

▣ 용어의 정의(Definition)

1. **의무기록 완결도 관리** : 보건의료정보관리사(구, 의무기록사)가 병원규정, 의료법, 의료기관 인증평가항목 등을 근거로 의무기록을 검토하여 불충분한 내용을 점검하고 담당의로 하여금 의무기록을 적시에 충실히 기록하여 일관성 있고 완전한 의무기록이 되도록 관리함을 말한다.

제 2조 정책(Policy)

1. 의학적 초기평가 기록을 작성한다.
2. 간호 초기평가 기록을 작성한다.
3. 경과기록을 작성한다.
4. 간호기록을 작성한다.
5. 수술기록을 작성한다.
6. 시술기록을 작성한다.
7. 마취기록을 작성한다.
8. 동의서를 작성한다.
9. 전과기록을 작성한다.
10. 퇴원요약을 작성한다.
11. 표준화된 진단, 수술 및 처치코드를 사용한다.

제 3조 지침 및 절차(Guidelines & Process)

1. 의무기록 완결도 관리
 - 가. 완결도 관리기록은 다음과 같다.(부록1. 의무기록 서식명, 내용 및 작성시한)
 - 1) 의학적 초기평가 기록
 - 가) 입원초기평가기록 : 입원 후 24시간 이내 작성
 - 나) 외래초기평가기록 : 신환, 과초진 환자를 대상으로 진료 후 24시간 이내 작성
 - 다) 응급실 초기평가기록 : 응급실 퇴실 전까지 작성
 - 2) 간호 초기평가 기록(간호정보조사지) : 입원 후 24시간 이내 작성

- 3) 경과기록 : 환자상태 변화에 따라 유동적이거나 매일 작성을 원칙으로 하되, 최소한 주 2회 이상 작성(단, 환자 상태의 변화가 없을 경우 예외), 재평가 경과기록지는 동일 진료과, 동일 질환의 재원환자인 경우 30일이 경과할 때마다 환자의 상태를 종합적으로 재평가하여 기록한다.
- 4) 간호기록 : 환자상태 변화에 따라 근무조별 매일 작성.
- 5) 수술기록 : 수술실(회복실) 퇴실 전 작성
- 6) 시술기록 : 시술실 퇴실 전 작성
- 7) 마취기록
 - 가) 마취 전 환자평가 : 수술/시술 전날, 단, 응급수술이나 당일수술인 환자인 경우는 수술/시술실 출입 전 작성.
 - 나) 마취 기록 : 회복실 입실 전 작성
 - 다) 회복실 기록 : 회복실 퇴실 전 작성
- 8) 동의서 : 해당 수술, 시술, 검사 시행 전 작성
- 9) 전과기록
 - 가) 전출기록 : 전과하기 전
 - 나) 전입기록 : 전과 후 24시간 이내
 - 다) 인계노트 : 인계시점(동일 진료과 담당의 변경 시)
- 10) 퇴원요약(입퇴원기록지) : 주진단명 및 진단코드를 포함하여 퇴원 전 작성을 원칙으로 하되, 부득이한 경우(수술/시술 등)에는 퇴원당일까지 작성

나. 작성

- 1) 주진단명과 진단코드는 한국표준질병사인 분류(KCD-8차)에 따른다.
- 2) 수술/시술 및 처치 코드는 EDI-Code를 이용하여 분류한다.

다. 개선활동

- 1) 수련성적 및 인사고과 반영
 - 가) 매월 초 초금평가지 퇴원시점완결률 순위 공개
 - 나) 의무기록 완결율을 담당의의 인사고과와 전공의 평가에 반영한다.
- 2) 미완결 의무기록 보고
 - 가) 미비로 등록된 의무기록은 항상 조회가 가능하도록 전산으로 통보한다. 다만, 전산통보(전산알림서비스) 이후에도 미완결 기록이 남아있으면 미완결 기록을 서면으로 출력하여 해당 담당의에게 직접 전달하고 빠른 시일 내에 작성될 수 있도록 독려한다.
 - 나) 미완결 의무기록 현황은 월 1회 담당의에게 서면으로 전달한다.
 - 다) 매월 초 월말마감 통계자료는 이사장에게 보고한다.
 - 라) 초금평가/마감통계 자료는 지표자료로 활용한다.

부록

1. 의무기록 서식명, 내용 및 작성시한

관련 근거

1. 4주기 급성기병원 인증기준 12.2 퇴원환자 의무기록 완결도 관리

부칙

1. 이 규정은 2010년 01월 01일부터 제정·시행한다.
2. 이 규정은 2014년 05월 01일부터 개정·시행한다.
3. 이 규정은 2014년 10월 01일부터 개정·시행한다.
4. 이 규정은 2018년 05월 23일에 개정, 06월 01일부터 시행한다.
5. 이 규정은 2020년 05월 19일에 개정, 06월 01일부터 시행한다.
6. 이 규정은 2021년 12월 28일에 개정, 2022년 01월 17일부터 시행한다.
7. 이 규정은 2022년 09월 27일에 개정, 2022년 10월 15일부터 시행한다.
8. 이 규정은 2022년 12월 27일에 개정, 2023년 01월 16일부터 시행한다.

부록1. 의무기록 서식명, 내용 및 작성시한


서식명	서식 내용	작성시한
외래초기평가 (외래초진기록)	1.환자신상(등록번호, 성명, 성별, 나이) 2.통증평가 3.주호소(C.C) 4.현병력(P.I) 5.과거력(PHx) 6.가족력(FHx) 7.신체각계조사(ROS) 8.신체검진(PE) 9.추정진단명(A, assessment) 10.치료계획(P, plan) 11.환자 및 보호자교육 12.작성자 서명 13.작성일시	진료 후 24시간 이내 (진료과 초진 환자대상)
응급환자초기평가 (응급실기록)	1.환자신상(등록번호, 성명, 성별, 나이) 2.중등도분류 3.내원경로 4.내원수단 5.통증평가 6.주호소(C.C) 7.현병력(P.I) 8.과거력(PHx) 9.가족력(FHx) 10.신체각계조사(ROS) 11.신체검진(PE) 12.추정진단명(A, assessment) 13.치료계획(P, plan) 14.응급진료결과 15.환자 및 보호자 교육 16.작성자 서명 17.작성일시	응급실 퇴실 전까지
입원초기평가 (입원초진기록)	1.환자신상(등록번호, 성명, 성별, 나이) 2.주호소(C.C) 3.현병력(P.I) 4.과거력(PHx) 5.가족력(FHx) 6.신체각계조사(ROS) 7.신체검진(PE) 8.추정진단명(A, assessment) 9.치료계획(P, plan) 10.퇴원계획(P, plan) 11.환자 및 보호자교육 12.작성자 서명 13.작성일시	입원 후 24시간 이내

서식명	서식 내용	작성시한
간호초기평가 (간호정보조사지)	1.환자신상(등록번호, 성명, 생년월일) 2.일반정보 (입원일시, 연락처, 흡연/음주 여부, 식이신청) 3.사회·경제적/문화·종교적 상태 4.입원과 관련된 정보 (입원경로 및 입원방법, 입원동기, 환자 과거력(입원 및 수술경험 포함) 및 가족력, 최근투약, 자가약물지침 유무, 알러지 여부) 5.신체검진 (전반적상태, 통증, 영양상태, 수면상태 및 수면장애 여부, 배변&배뇨습관, 계통문진, 의식상태, 정서상태) 6.입원생활 안내 및 교육내용 7.간호사 서명 8.작성일시	입원 후 24시간 이내
경과기록	SOAP 형식으로 기록 권장 1.환자신상(등록번호, 성명, 성별, 나이) 2.환자 주요 상태변화에 따른 경과 및 치료계획 3.특수검사 처치기록 4.수술/시술 후 치료계획 5.작성자서명 6.작성일시	환자의 상태에 따라 유동적이나 매일 작성을 원칙으로 하되, 최소한주 2회 이상 작성단 환자 상태의 변화가 없을 경우 예외 수술/시술 후 24시간이내 치료계획 작성
재평가기록	1.환자신상(등록번호, 성명, 성별, 나이) 2.문제목록 3.신체각계조사(ROS) 4.신체검진(PE) 5.환자상태 및 경과 6.작성자서명 7.작성일시	동일 진료과, 동일 질환에 재원환자의 경우 30일이 경과할 때마다 환자의 상태를 종합적으로 재평가하여 기록한다.
간호기록	DAR(Data Action Response)형식으로 기록 권장 1.환자신상(등록번호, 성명, 성별, 나이) 2.주요상태 변화에 따른 간호과정 3.수술/시술 후 간호기록 4.작성자 서명 5.작성일시	환자상태 변화에 따라 근무조별 매일 작성
수술기록	1.환자신상(등록번호, 성명, 성별, 나이) 2.수술 전·후 진단명 3.수술명 4.수술집도의/보조자 이름 5.수술소견 및 절차 6.수술 중 특이사항 7.검사를 위해 채취한 조직표본검체 8.출혈정도 9.Drain유무 10.수술시작·종료시각(연월일시) 11.작성자 서명 12.작성일시	수술실(회복실)퇴실 전

서식명	서식 내용	작성시한
<p>시술기록</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.환자신상(등록번호, 성명, 성별, 나이) 2.시술 전·후 진단명 3.시술명 4.시술집도의/보조의 이름 5.시술소견 및 절차 6.시술 중 특이사항 7.검사를 위해 채취한 조직표본검체 8.출혈정도 9.Drain유무 10.시술시작·종료시각(연월일시) 11.작성자 서명 12.작성일시 	<p>시술실 퇴실 전</p>
<p>마취 전 환자평가</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.환자신상(등록번호, 성명, 성별, 나이) 2.신체검진 및 검사결과 요약 3.마취관련 과거력 4.환자 신체상태 분류(ASA Physical class) 5.마취계획(마취방법) 6.평가시행자 서명 7.작성일시 	<p>마취 전</p>
<p>마취기록</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.환자신상(등록번호, 성명, 성별, 나이) 2.수술 전·후 진단명 3.마취제의 종류 양 및 방법 4.마취시간 5.활력증후의 환자상태 6.마취 전/중/후 모니터링 7.마취일 8.마취의 서명 9.작성일시 <p>*마취유도 직전 환자상태 평가 : 활력증후, O2 Saturation, 환자상태 평가 등 (응급 마취 제공 시, 마취 전 평가와 마취유도직전 평가가 동시에 수행될 수 있음)</p>	<p>마취기록: 회복실 입실 전</p> <p>마취유도직전 평가: 마취유도 전</p>
<p>회복실기록</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.환자신상(등록번호, 성명, 성별, 나이) 2.회복실 도착상태의 환자상태 3.회복실 내에서의 환자상태 및 치료내용 (회복중 환자의 생리적 반응, 투여약물, 활력징후 및 기타 중요한 사항들을 일정 간격으로 모니터링하여 기록) 4.작성자 서명 5.작성일시 	<p>회복실 퇴실 전</p>

서식명	서식 내용	작성시한
동의서	<ol style="list-style-type: none"> 1.환자신상(등록번호, 성명, 성별, 나이) 2.진단명 3.수술(시술, 검사)명 4.시행예정일 5.환자의 현재 상태 및 특이사항 6.수술(시술, 검사)의 목적 및 효과 7.수술 과정 및 방법, 수술(시술, 검사)부위 및 추정 소요시간 8.발현 가능한 합병증(후유증)의 내용, 정도 및 대처방법 9.수술(시술, 검사)관련 주의사항 10.수술(시술, 검사)방법 변경 및 수술범위 추가 가능성 11.수술(시술, 검사)이외의 시행 가능한 다른 치료방법 12.수술(시술, 검사)을 시행하지 않을 경우의 예후 13.주치의(집도의)의 변경 가능성 14.설명 의사 서명 15.동의권자 서명 16.동의서 작성일시 	해당 수술/시술/검사 시행 전
전과기록(전출)	<ol style="list-style-type: none"> 1.환자신상(등록번호, 성명, 성별, 나이) 2.진단명 3.주호소 및 입원사유 4.전과 전 주요 처치 및 검사내역 5.치료경과 및 특이소견 6.전과목적 7.필요시 제공되어야 하는 장비 및 기구 8.작성자 서명 9.작성일시 	전과하기 전
전과기록(전입)	<ol style="list-style-type: none"> 1.환자신상(등록번호, 성명, 성별, 나이) 2.진단명 3.인계시점의 환자상태 4.치료 및 검사계획 5.작성자 서명 6.작성일시 	전과 후 24시간 이내
인계노트 (동일 진료과 담당의 변경)	<ol style="list-style-type: none"> 1.환자신상(등록번호, 성명, 성별, 나이) 2.전과상황(전출진료과장, 전입진료과장) 3.환자상태 및 치료경과 4.치료계획 5.인계사유 6.기타사항 7.작성자 서명 8.작성일시 	인계시점

서식명	서식 내용	작성시한
입·퇴원기록지 (퇴원요약지)	1.환자신상(등록번호, 성명, 성별, 나이) 2.입·퇴원일, 진료과 3.퇴원시 최종진단명(주진단명, 부진단명) 4.Progress during admission(수술/치치/주요검사명) 5.Discharge order(퇴원 및 퇴원약 처방) 6.Chief complaint(주 호소, 발현시점) 7.Brief medical history(입원사유 및 경과요약) 8.Problems on discharge(추후관리 계획) 9.퇴원 시 환자상태 10.추후방문계획 11.담당의 서명 12.작성일시	퇴실 전, 부득이한 경우(수술/시술 등) 퇴원당일 까지

	의료정보수집 및 활용			
	규 정 번 호	HS 제120-03호	제 정 일	2010.01.01
	관 련 인 증 기 준	12.3 의료정보수집 및 활용	최 근 개 정 일	2022.12.27
	담 당 부 서	의무기록팀	시 행 일	2023.01.16
	검 토 책 임 자	병원운영회의	검 토 주 기	2년
	승 인 책 임 자	이사장	검 토 예 정 일	2024.12.01
	관 련 근 거	의료법 제19조(비밀누설금지), 제22조(기록열람 등)		

제 1조 목적(Purpose)

의료기관 내·외직원의 요구를 확인하고 자료와 정보를 정기적으로 수집 및 생성하여 환자진료, 교육, 연구, 질 관리 및 경영관리를 지원하고, 외부기관에 정보를 제공하기 위함이다.

▣ 용어의 정의(Definition)

- 1. 의료정보** : 개인 식별이 가능한 개인정보와 환자의 진료과정에서 얻어진 개인건강정보, 환자의 각종 진료관련 정보 또는 진료실적 등을 포함한 정보를 말한다.
- 2. 정보제공자** : 원내외 의료진과 직원의 요구를 확인하여 정보를 수집 및 분석하여 제공하는 자를 말한다.

제 2조 정책(Policy)

1. 환자진료를 지원한다.
2. 교육, 연구 및 질 관리를 지원한다.
3. 경영관리를 지원한다.
4. 보건정책기관에 정보를 제공한다.

제 3조 지침 및 절차(Guidelines & Process)

1. 정보요청절차

- 가. 원내직원이 요청 시에는 이용목적(용도)의 정당성을 확인하는 해당 부서장 또는 진료과장의 결재를 득한 후 본원양식 '정보 제공 신청서'를 작성하여 신청한다(부록1. 정보 제공 신청서).
 - 1) 정보 제공 신청서에는 신청목적 및 사용용도, 검색기간(산출주기), 지표정의, 신청자 정보 등을 정확하게 명시한다.
 - 2) 지표정의 및 산출주기는 '진료통계 지표정의'에 따른다(부록2. 진료통계 지표정의).
- 나. 국가기관, 보건정책기관에서의 요청(암환자등록, 모성 및 영유아(미숙아) 사망보고, 감염병보고, 중증외상환자조사, 급성심장정지환자조사 등)은 관련 공문을 첨부하여 이사장의 결재를 득한 후 보건 정책기관으로 제공한다.

2. 환자진료, 교육, 연구, 경영 및 질 관리에 필요한 자료와 정보 지원

- 가. 정보제공자는 다음 각 호의 내용에 따라 정보를 제공한다.
 - 1) 의무기록팀 담당자는 신청인 정보(소속부서, 원내전화번호 등), 요청내용(지표정의), 신청 목적, 사용용도, 자료조회기간, 신청부서장 승인, 관계기관 공문서 등을 확인한다.

- 2) 의무기록팀 담당자는 신청서의 내용을 확인한 후 1차 결재를 하며, 의무기록팀장의 승인을 얻어 최종 책임자의 2차 결재를 받는다.
 - 3) 의무기록팀 담당자는 신청내용에 따라 의무기록팀, 전산관리팀, 총무팀, 재경팀(으)로 자료를 수집을 의뢰한다.
 - 4) 의무기록팀 담당자는 다음과 같이 신청부서나 직원에게 정보를 제공한다.
 - 가) 제공되는 정보에는 개인식별정보(주민등록번호, 주소, 전화번호)를 제외하는 것을 원칙으로 한다.
 - 나) 조건에 의해 추출된 데이터의 유효성 및 정확성을 검증하여 제공한다.
 - 5) 정보제공자는 요청내용에 따라 정보제공이 불가능한 경우(예: 부정사용 및 개인 신청하는 경우 등)에는 정보제공을 하지 않을 수 있으며, 불가 사유를 사용자에게 통보한다.
- 나. 정보제공 종류
- 자료와 관련된 지표정의 및 산출주기는 '진료통계 지표정의'에 따른다(부록2. 진료통계 지표정의).
- 1) 진료관련 정보(환자진료지원)
사망통계, 외래/입원/수술 및 응급실 통계 등을 산출, 필요 시 적절한 자료와 정보를 제공한다.
 - 2) 교육, 연구 및 질 관리 관련 정보
관련 부서의 요청에 따라 분석하고 제공한다.
 - 3) 경영관리 정보
병원기획 및 활동보고, 홍보자료, 진료실적 등 관련부서의 요청에 따라 적절한 형태로 수집하여 제공한다.
 - 4) 기타(병원평가용 제출 자료)
병원평가 관련 자료 요청 시 제공한다.

3. 보건정책기관 정보제공

- 가. 암환자등록은 암관리법 제14조(암등록통계사업)에 의해 본원에서 진단, 치료한 환자의 정보제공을 지원한다.
- 나. 법정감염병은 담당의가 신고 주기에 따라 전산 '법정감염병발생신고확인서'에 입력하며, 감염관리실 담당자는 확인서의 내용에 따라 질병관리청에 접속하여 보고한다.
- 다. 모성·영유아(미숙아)사망조사, 표본병원조사 자료(퇴원손상심층조사, 심·뇌혈관질환 퇴원환자조사, 중증외상환자조사, 급성심장정지환자조사 등)를 해당 관계기관에 제공한다.
- 라. 보건정책기관이 아닌 외부인의 연구목적 등으로 정보제공을 요청할 경우에는 정보제공을 하지 않으며, 불가 사유를 신청인에게 통보한다.

4. 정보이용

- 가. 신청자는 제공받은 정보를 사용목적에 한하여 이용해야 하며, 다른 목적으로 이용해서는 안 된다.
- 나. 신청자는 개인정보가 유출, 누출되지 않도록 보관, 관리해야 하며, 해당목적 달성한 경우 장매체, 인쇄물 등 어떠한 형태의 자료라도 모두 지체 없이 파기 하여야 한다.
- 다. 정보제공 내역관리 : 정보 제공자는 제공목록(신청인 정보, 요청내용(지표정의), 처리일, 제공부서, 신청용도, 처리자 등)을 관리한다.

부록

1. 정보 제공 신청서
2. 진료통계 지표정의

관련 근거

1. 의료법 제19조(비밀누설금지)
2. 의료법 제21조(기록열람 등)
3. 의료법 제22조(진료기록부 등)
4. 의료법 제23조(전자의무기록)

부칙

1. 이 규정은 2010년 01월 01일부터 제정·시행한다.
2. 이 규정은 2014년 05월 01일부터 개정·시행한다.
3. 이 규정은 2014년 10월 01일부터 개정·시행한다.
4. 이 규정은 2018년 05월 23일에 개정, 06월 01일부터 시행한다.
5. 이 규정은 2020년 05월 19일에 개정, 06월 01일부터 시행한다.
6. 이 규정은 2021년 12월 28일에 개정, 2022년 01월 17일부터 시행한다.
7. 이 규정은 2022년 09월 27일에 개정, 2022년 10월 15일부터 시행한다.
8. 이 규정은 2022년 12월 27일에 개정, 2023년 01월 16일부터 시행한다.

부록1. 정보 제공 신청서

정보제공 신청서

신청일:	년	월	일	완료희망일:	년	월	일	
신청인	부	서		부	서	장	(서명)	
	원내번호			이		름	(서명)	
	연		락	처	이		메	일
<p>※ 아래 내용을 확인한 후 각 항목별 체크(√)표시 바랍니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 환자의 개인정보를 유출하지 않으며 제3자에게 제공 할 수 없습니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 환자의 정보가 기재된 파일은 반드시 암호화하여 보관하고 비밀번호는 공유하지 않습니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 제공된 정보에 대한 권한과 이용은 신청자와 부서장만이 가질 수 있습니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 명시된 용도 이외에는 사용할 수 없으며, 용도가 완료된 정보는 반드시 안전하게 파기하여야 합니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 본인은 위의 내용을 충분히 숙지하고 이를 위반하였을 때는 관련법령, 병원 규정에 따라 배상의 책임 등을 감수할 것이며, 병원에 끼친 손해에 대해 지체 없이 변상 복구할 것을 서약합니다.</p>								
요청내용 (지표정의)								
신청목적	<input type="checkbox"/> 원내 컨퍼런스 및 회의		<input type="checkbox"/> 경영지원(진료실적 등)					
	<input type="checkbox"/> 외부기관 요청(기관명:)		<input type="checkbox"/> 평가용					
	<input type="checkbox"/> 기타()							
사용용도	<input type="checkbox"/> 환자진료 <input type="checkbox"/> 교육 <input type="checkbox"/> 연구 <input type="checkbox"/> 경영 <input type="checkbox"/> 질관리 <input type="checkbox"/> 평가 <input type="checkbox"/> 기타()							
검색조건								
기간	년		월	일	~	년	월	일
진료구분	<input type="checkbox"/> 외래		<input type="checkbox"/> 입원		산출근거	<input type="checkbox"/> OCS 기타()		

◎ 처리결과


자료 제공일		자료 제공방법	<input type="checkbox"/> 파일전송 <input type="checkbox"/> 출력물
처리 담당자		비 고	

처리 부서	담당자	의무기록팀장

부록2. 진료통계 지표정의

구분	지 표	정 의	산출 주기
외래 환자	외래환자수	본 병원에 내원한 환자로 진료를 받은 환자수	월
	신환환자수	본 병원에 최초 방문한 환자수	월
	구환환자수	내원한 경험이 있는 환자가 재차 진료를 받기 위하여 본 병원에 내원한 환자수	월
	초진환자수	해당 상병으로 본 병원의 동일 진료과목 의사에게 진료 받은 경험이 없는 환자수	필요시
	재진환자수	해당 상병으로 본 병원의 동일 진료과목 의사에게 계속해서 진료 받고 있는 환자수 재진에 해당하는 기간은 건강보험법에 규정된 기간	필요시
	진료과별	외래환자수를 진료과별로 산출한 것	필요시
	주치의별	외래환자수를 주치의별로 산출한 것	필요시
	진단명별	진단명별로 외래환자수를 산출한 것	필요시
입원 환자	입원환자수	병원에서 진단, 치료를 받기 위하여 입원수속을 끝낸 환자수	필요시
	입원환자 실인원수	입원수속이 끝나 입원이 허락된 환자의 수	월
	입원환자 연인원수	특정기간동안 병실을 차지하고 있는 환자수(재원환자수)를 뜻하는 것으로 환자 일수를 표시하는 것	필요시
	일평균 재원환자수	일정기간 동안에 하루 평균 재원하고 있는 환자수	월
	퇴원환자 실인원수	퇴원수속이 끝난 환자수	필요시
	퇴원환자 연인원수	퇴원수속이 끝난 환자 재원일수	필요시
	전입, 전출 환자수	전입과 전출이 이루어진 환자 수	필요시
	재입원율	총 퇴원 환자수 중에 30일 이내에 계획이 없거나 예측 없이 동일상병으로 입원한 환자 수	필요시
	사망자수(48시간 전·후)	병원 입원을 사망으로 종결짓는 퇴원환자수를 의미하며 입원 후 48시간 전·후로 구분하여 산출	필요시
	조사망률	기간 중 총 퇴원 환자 수에 대한 총 사망수의 비율	필요시

구분	지표	정의	산출 주기
입원 환자	순사망률	48시간 이전 사망자를 제외한 총 퇴원 환자수에 48시간 이후 사망자의 비율	필요시
	수술 후 사망률 (10일 이내)	특정기간 동안 수술한 환자 중 수술 10일 이내에 사망한 환자의 수	필요시
	진료과별 수술건수	진료과별, 수술의사별, 마취유형별에 따른 정규 및 응급수술 건수	필요시
	질환(상병코드)별 환자수	주진단, 부진단을 포함한 전체 질환별 환자수	필요시
	주진단명별 환자수	주진단으로 선정된 질환별 환자수	필요시
	수술건수	수술 받은 환자수	필요시
	마취종류별 수술건수	수술한 환자의 전신, 부분, 국소마취별로 구분하여 산출한 환자수	필요시
	전신마취 건수	전신마취를 통해 수술한 환자수	필요시
	재수술율	동일 입원기간동안 계획에 없던 재수술 건수	필요시
	원내 협진건수	병원 내 진료과간 협진의뢰건수	월
	평균 재원일수	특정기간동안 퇴원한 환자들이 평균 몇일씩 입원하였는지를 나타내는 수	월
	병상가동률	일정기간동안 환자를 입원 시킬 수 있는 상태로 가동한 병상이 실제로 환자에 의해 점유된 비율	월
	중환자실 재입실율	동일 입원기간동안 계획에 없이 48시간이내에 중환자실에 재입실한 건수	필요시
	병원감염발생율	입원당시 증상이 없고 잠복상태도 아닌 감염증이 입원 후에 발생했거나 퇴원후에 발생한 경우	필요시
	병원감염률	기간 중 병원감염 발생환자수/기간 중 총 퇴원환자수 (사망포함)*100	필요시
수술후 감염율	기간중 수술후 감염수/기간중 총 수술건수*100	필요시	
응급실	응급실 환자수	응급실 내원 환자수	필요시
	응급실환자 평균체류시간	응급실 도착시간부터 응급실 퇴실시간까지	
	응급실 경우 환자	응급실 진료 중 입원실로 입원한 실제 환자수	
경영 정보	기본자산비율	총 자본 중 기본재산이 차지하는 비율	필요시
	유동비율	유동자산/유동부채 * 100	
	의료이익율	의료이익/의료수익 * 100	
	당기순이익율	당기순이익/의료수익 * 100	
	의료수익증가율	당기의료수익/전기의료수익 * 100	

	개인정보보호 및 보안			
	규 정 번 호	HS 제120-04호	제 정 일	2010.01.01
	관 련 인 증 기 준	12.4 개인정보보호 및 보안	최 근 개 정 일	2022.12.27
	담 당 부 서	전산관리팀	시 행 일	2023.01.16
	검 토 책 임 자	병원운영회의	검 토 주 기	2년
	승 인 책 임 자	이사장	검 토 예 정 일	2024.12.01
	관 련 근 거	개인정보보호법 제31조, 동법 시행령 제32조		

제 1조 목적(Purpose)

진료과정에서 얻어진 다양한 개인정보를 안전하게 보호하기 위한 체계를 수립하고, 안정적으로 운영하기 위함이다.

▣ 용어의 정의(Definition)

- 개인정보** : 생존하는 개인에 관한 정보로서 성명/주민등록번호 등에 의하여 특정한 개인을 알아볼 수 있는 부호/문자/음성/음향/생체정보 및 영상 등의 정보(해당 정보만으로 특정 개인을 알아볼 수 없어도 다른 정보와 쉽게 결합하여 알아볼 수 있는 경우에는 그 정보를 포함한다)를 말한다.
- 개인정보 파일** : 개인정보를 쉽게 검색할 수 있도록 일정한 규칙에 따라 체계적으로 배열하거나 구성한 개인정보의 집합물을 말한다.
- 개인정보 처리** : 개인정보의 수집, 생성, 기록, 저장, 보유, 가공, 편집, 검색, 출력, 정정, 복구, 이용, 제공, 공개, 파기, 그 밖에 이와 유사한 행위를 말한다.
- 개인정보처리자** : 업무 목적으로 개인정보 파일을 이용하기 위해 개인정보를 처리하는 공공기관, 법인, 단체 및 개인 등을 말한다.
- 개인정보 보호책임자** : 병원의 개인정보보호 업무관리 및 조직을 총괄하여 지휘하는 자를 말한다.
- 개인정보 보호 실무담당자** : 개인정보보호 책임자를 보좌하여 개인정보보호·보안업무에 대한 실무를 총괄하고 관리하는 자를 말한다.
- 보안 실무 담당자** : 외부로부터의 침입, 접근 및 해킹 등으로부터 개인정보 시스템을 보호하여 개인정보가 유출되지 않도록 관리하는 자를 말한다.
- 개인정보 취급자** : 사업장 내에서 고객의 개인정보를 수집, 보관, 처리, 이용, 제공, 관리 또는 파기 등의 업무를 하는 자를 말한다.

제 2조 정책(Policy)

1. 개인정보 보호 및 정보시스템 보안을 관리하는 적격한 자가 있다.
2. 개인정보 보안체계가 있다.
3. 접근통제구역의 출입을 관리한다.
4. 정보시스템 접근통제 및 접근권한을 관리한다.
5. 정보시스템 접속기록을 보관하고 관리한다.

제 3조 지침 및 절차(Guidelines & Process)

1. 개인정보 취급 관리 및 책임

가. 개인정보 보호책임자

개인정보 보호법, 정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률에 관한 사항 준수

나. 개인정보 보호 실무담당자

개인정보 보호를 위한 각종 활동계획의 수립, 개인정보 보호 관련 정책 및 규정 수립의 지원, 개인정보 보호 관련 교육 및 훈련, 관련법령 및 규범 등에 대한 문서화 및 유지관리, 환자(이용자)의 개인정보 보호 관련 불만 및 고충처리 관련 업무 등

다. 보안 실무담당자

외부로부터의 침입, 접근 및 해킹 등으로부터 개인정보시스템을 보호하여 개인정보가 유출되지 않도록 하는 업무, 기관의 개인정보시스템을 관련 법률과 기관의 개인정보 보호 규정에 적합하도록 관리하는 업무 등

2. 개인정보보호 정책 및 관련 법률과의 부합성

가. 개인정보보호 정책은 개인정보 보호법, 개인정보 보호법 시행령에 의거 “정산의료재단 효성병원 개인정보보호 내부 관리 계획”으로 관리되어야 한다.

- 1) 개인정보보호 내부 관리 계획은 개인정보보호위원회 위원장과 이사장의 승인 후 원내 공표한다.
- 2) 개인정보보호 내부 관리 계획은 임직원이 언제든지 열람가능한 방법으로 비치하여야 한다.

나. 개인정보보호 내부 관리 계획의 수립 및 승인

- 1) 개인정보 보호 실무담당자는 회사의 개인정보보호를 위한 전반적인 사항을 포함하여 내부 관리 계획을 수립하여야 한다.
- 2) 개인정보 보호 실무담당자는 개인정보보호를 위한 내부 관리 계획의 수립 시 개인정보보호와 관련한 법령 및 관련 규정을 준수하도록 내부 관리 계획을 수립하여야 한다.
- 3) 개인정보 보호책임자는 개인정보 실무담당자가 수립한 내부 관리 계획의 타당성을 검토하여 개인정보보호를 위한 내부 관리 계획을 승인하여야 한다.
- 4) 개인정보 보호 실무담당자는 개인정보보호 관련 법령의 제·개정 사항 등을 반영하기 위하여 내부 관리 계획의 타당성과 개정 필요성을 검토하여야 한다.
- 5) 개인정보 보호 실무담당자는 모든 항목의 타당성을 검토한 후 개정할 필요가 있다고 판단되는 경우 내부 관리 계획의 개정안을 작성하여 개인정보 보호책임자의 승인을 받아야 한다.

다. 개인정보보호 내부 관리 계획의 공표

- 1) 개인정보 보호책임자는 변경·승인된 내부 관리 계획을 회사 전 임직원에게 공표한다.
- 2) 개인정보보호 내부 관리 계획은 임직원이 언제든지 열람할 수 있게 병원 홈페이지 인트라넷 등에 공지하여야 하며, 변경사항이 있는 경우에도 이를 공지하여야 한다.

3. 교육훈련 지침

가. 개인정보보호 교육계획의 수립

- 1) 개인정보 보호 실무담당자는 다음 각호의 사항을 포함하는 연간 개인정보보호 교육계획을 수립한다.
 - 가) 교육목적 및 대상
 - 나) 교육내용
 - 다) 교육 일정 및 방법
- 2) 개인정보 보호 실무담당자는 수립한 개인정보 보호 교육계획에 따라 수행하고, 그 결과를 차기년도 교육계획에 반영한다.

나. 개인정보보호 교육의 실시

- 1) 개인정보 보호 실무담당자는 고객정보 보호에 대한 직원들의 인식 제고를 위해 노력해야 하며, 개인정보의 오남용 또는 유출 등을 예방하기 위해 임직원을 대상으로 정기적으로 연 1회 이상 개인정보보호 교육을 실시한다.
- 2) 교육 방법은 집체 교육뿐만 아니라, 인터넷 교육 등 다양한 방법을 활용하여 실시하고, 필요한 경우 외부 전문기관이나 전문 요원에 위탁하여 교육을 실시한다.
- 3) 개인정보보호에 대한 중요한 전파 사례가 있거나 개인정보보호 업무와 관련하여 변경된 사항이 있는 경우, 개인정보 보호 실무담당자는 필요시 부서 회의 등을 통해 수시 교육을 실시한다.

4. 개인정보 보호 및 보안 감사

가. 자체 감사 주기 및 절차

- 1) 개인정보 보호 실무담당자는 개인정보보호를 위한 내부 관리 계획 및 관련 법령에서 정하는 개인정보 보호 규정을 성실히 이행하는지를 주기적으로 감사 또는 점검하여야 한다.
- 2) 개인정보 보호 실무담당자는 개인정보 자체 감사를 위한 감사 대상, 감사 절차 및 방법 등 감사의 실시에 관하여 필요한 별도의 계획을 수립할 수 있다.
- 3) 개인정보보호 자체 감사를 연 1회 이상 자체 감사를 개인정보 보호책임자, 개인정보 보호 실무담당자, 보안 실무담당자가 실시한다.

나. 자체감사 결과 반영

- 1) 개인정보 보호책임자는 개인정보 보호를 위한 자체 감사 실시 결과, 개인정보의 관라운영상의 문제점을 발견하거나 관련 직원이 본 계획의 내용을 위반하는 경우 시정·개선 또는 인사발령 등 필요한 조치를 취하여야 한다.
- 2) 개인정보 보호책임자는 개인정보 위반 사실에 대한 시정·개선 조치가 이행되지 않거나, 개인정보보호에 심각한 영향이 발생할 수 있는 우려가 되는 경우 개인정보 취급자 등에 대한 필요한 추가 조치를 취할 수 있다.

5. 개인정보 외부 위탁관리 지침

가. 수탁기관 전산실 등의 관리

- 1) 개인정보 보호 실무담당자는 개인정보 파일의 처리를 위탁하는 경우에는 다음 각항에 의하여 전산실 등을 관리하도록 수탁기관에게 요구하고 그 실태를 점검하여야 한다.
- 2) 전산실과 개인정보가 기록된 매체 등을 보관하는 자료실 등은 통제구역으로 설정하고 출입자를 통제하여야 한다.
- 3) 전산실 등에 감시 장비를 설치하는 등 방법을 위한 조치를 강구하여야 한다.

- 나. 개인정보 처리의 재위탁 금지 : 수탁기관은 위탁받은 개인정보 파일의 처리를 다른 기관 등에 재위탁할 수 없다.
- 다. 개인정보 관리상황에 대한 검사 : 개인정보 보호 실무담당자가 개인정보관리에 대한 검사요구를 하는 경우 수탁기관은 이에 응해야 한다.
- 라. 책임 사항 : 취급위탁관리에 대한 계약을 맺은 위탁업체의 임직원이 병원의 정보시스템에 접근하기 위해서는 정보보호 서약서에 서명하여야 한다. 수탁기관 및 당해 종업원의 고의 또는 과실로 인하여 고객의 손해가 발생한 경우 이에 따른 민·형사상의 책임은 수탁기관에서 진다.
(부록1. 정보보호 보안서약서(외주업체용))

6. 정보자산관리 지침

가. 정보자산의 조사

- 1) 병원의 모든 중요 정보자산에 대한 현황을 파악한다.
- 2) 해당 정보자산은 정기적으로 연 1회 재검토한다.

나. 정보자산의 분류

- 1) 전자정보 : 전자적인 형태로 저장되는 자산으로 데이터베이스나 데이터 파일 내의 업무 관련 정보, 관련 정보, 인사 정보, 통계자료, 전자형태의 각종 문서, 매뉴얼 등 의료 장비, 서버 및 데이터 베이스 내의 각종 자료 등
 - 2) 시스템 자산 : 하드웨어, 소프트웨어, 네트워크시스템, 보안시스템, 응용시스템 등
 - 3) 문서정보 : 수기의무기록, 개인정보가 포함된 문서 등 종이 형태의 정보자산
 - 4) 시설자산 : 자산을 보관하기 위한 시설적 자산
 - 5) 인적자산 : 직원, 자원봉사자, 실습생, 위탁업체 직원 등을 포함
- 다. 정보의 취급에 따른 역할과 책임 : 정보자산의 조사 및 분류에 따라 정보자산의 관리자, 소유자, 사용자는 다음의 역할과 책임을 준수하여야 한다.
- 1) 개인정보 보호 실무담당자는 정보의 권한 제한을 결정하여야 하며 필요시 정보보호를 위한 관리 요구사항을 명시하여 공지하고, 사용자의 접근권한을 승인하고 반기별로 재검토한다.
 - 2) 개인정보처리자는 해당 정보자산의 소유자 또는 정보보호 관리자로부터 해당 자산으로의 접근을 승인받아야 하며, 정보보호 요구사항에 따라 사용하여야 한다.

7. 물리적 보안 지침

가. 물리적 보안 대책

- 1) 통제구역 : 전산실, 전산실 내 서버실
- 2) 병원의 모든 정보자산 및 관련 시설은 가능한 한 보호구역으로 분류하여 보호하여야 한다.
- 3) 전산실은 잠금장치로 통제하고, 서버실은 물리적 접근 방지를 위한 안전조치를 취하여야 한다.
- 4) 전산실 내 서버실 출입은 신분이 확인된 자(직원증 등)에 한하여 허가하며, 전산 관리자의 통제에 따라 외부인 전산실 출입 관리대장에 출입 서명을 하고 전산관리팀 직원과 동행하여 작업을 실시한다(부록2. 외부인 전산실 출입 관리대장).
- 5) 통제구역은 사전에 허가된 인원만이 출입할 수 있도록 출입을 통제한다.
- 6) 데이터는 가능한 한 전산실 내에 서버 및 스토리지에 위변조가 불가하도록 랜섬웨어 방어솔루션(앱체크, 리자드백업)과 DB 암호화 솔루션으로 보관하고 원내 PC는 서버에서 데이터를 조회하여 사용자에게 제공한다.

나. 물리적 장비보호

- 1) 주요 시스템이 위치한 서버실 또는 통신실에는 방화시설(청정소화기 등)을 설치한다.
- 2) 서버실 또는 통신실에는 온습도를 일정하게 유지하기 위하여 온도, 습도, 전력 실시간 감시 솔루션을 통하여 24시간 관리하여야 한다.
- 3) 주요 시스템이 위치한 서버실 또는 통신실 등에는 전력의 안정적 공급을 위해 건물, 전산 시스템 등의 사용량에 충분한 전원설비를 설치하여야 한다.
- 4) 전원의 이상 시 시스템의 안정성 확보를 위한 조치를 한다.
- 5) 중요시설의 출입 구역에는 출입자 및 건물 내 중요시설의 이상 유무를 감시하여 사고를 미연에 방지하기 위해 이중시건장치를 설치하여 관리하여야 한다.
- 6) 자연재해 및 환경적인 위협과 비인가자의 불법 접근에 대하여 주요 시스템에 대한 위협을 감소시키기 위해 별도의 장소(ANGIO실)에 Backup 장비를 추가 배치하여 관리한다.

8. 시스템 개발 보안지침

가. 보안 요구사항

- 1) 새로운 프로그램을 개발하거나 기존의 프로그램을 업그레이드 할 경우 해당 프로그램의 기능을 판단하여 해당 사용자에게만 권한을 부여한다.
- 2) 프로그램의 설계 시에는 반드시 사용자 인증에 대한 보안 요구사항을 검토하여야 하고, 중요한 메시지에 대해서는 무결성과 비밀성 보장을 위한 암호화의 여부를 결정하여야 한다.

나. 보안 요구사항의 구현 : 개인정보 보호 실무담당자는 프로그램의 개발 단계별로 보안 사항에 대해 만족 되어 개발되었는지 확인하여야 한다.

다. 프로그램 변경관리

- 1) 운영 중인 프로그램에 대한 수정은 지정된 담당자(전산관리팀 직원)가 수행한다.
- 2) 운영 중인 프로그램 및 소스에 대한 모든 수정 및 변경을 관리한다.
- 3) 테스트 중이거나 개발 중인 프로그램의 관리는 운영 중인 프로그램과 구분하여 관리한다.

9. 접근통제 관리지침

개인정보 보호 실무담당자는 의료정보시스템의 침해사고를 방지하기 위하여 의료정보시스템별 적절한 접근통제 정책을 수립하고 시행한다.

가. 접근통제 정책

- 1) 의료정보시스템에 대한 모든 접근통제는 업무상 필요한 권한만을 해당 업무 담당자에게만 허용하는 '알 필요의 원칙(Need to know)'을 적용한다.
- 2) 시스템 별(네트워크, 시스템, 프로그램)로 명시적으로 허용되지 않은 전산 자원에 대한 접근은 허용하지 않는다.
- 3) 의료정보시스템에 대한 사용자별 메뉴 권한은 팀별 또는 개인별 업무에 따라 사용 권한이 부여되며 해당 권한 이외의 메뉴에 대한 사용이 필요할 시 개인정보 보호 실무담당자와 협의하여 권한을 부여할 수 있다.
- 4) 시스템 별(네트워크, 시스템, 프로그램) 관련 특별권한은 유형별로 분류하며, 일반사용자에게 허용되지 않으며, 권한이 있는 시스템 관리자에게만 접근이 허용된다.
- 5) 의료정보시스템에 대한 사용자의 권한은 주기적으로 확인하여 비인가 된 권한이나 불필요한 권한을 제거해야 한다.

- 6) 직원 및 관련 시스템 사용자의 퇴사나 업무 변경 시 패스워드와 인증 관련 데이터들을 삭제하여 모든 접근권한을 제한한다.
- 7) 개인의 정보 변경 시 시스템에 정보 변경자와 변경 내용의 히스토리를 저장한다.
- 8) 사용자는 개인의 아이디와 패스워드 관리에 관하여 책임을 지고 유출에 유의하여야 하며 본인 외 사용자와 공유하지 않는다.
- 9) 부적절한 방법을 통하여 타인의 아이디와 패스워드를 사용한 병원 시스템의 접근을 시도하여서는 안 된다.

나. 접속 기록의 위변조 방지

- 1) 개인정보처리자는 접속 기록의 위변조 방지를 위해 개인정보 취급자가 개인정보 처리시스템에 접속하여 개인정보를 처리(입/출력, 수정, 등)하는 경우에는 처리일시, 처리내역 등 접속 기록을 저장한다.
- 2) DB 암호화 솔루션을 통해 백업자료의 위변조를 방지하고 백업자료의 보관기간은 최대 6개월 이내 보관하고 완전삭제 한다.
- 3) 개인정보 보호 실무담당자는 접속 기록에 대해 정기적으로 월 1회 OCS/EMR Program으로 모니터링하고, 분기별로 부서장 및 개인정보보호 책임자에게 보고하며, 그 결과를 개인정보보호위원회와 이사장에게 보고한다
- 4) 개인정보 보호 실무담당자는 접속 이력 관리 위반사례를 분기별로 모니터링하고 부서장 및 개인정보 보호책임자에게 보고하며 그 결과를 개인정보보호위원회와 이사장에게 보고한다.

다. 사용자 접근관리

- 1) 사용자 ID 등록 및 삭제는 원내 지침에 따라 시행한다.
- 2) 사용자 ID는 사용자를 식별할 수 있도록 유일한 사용자 ID를 가져야 하며, 만일 공용 ID를 사용해야 하는 경우는 관리자의 승인을 받고, 공용 ID에 대한 추가적인 통제 대책을 마련한 후 사용해야 한다.
- 3) 사용자에 업무에 따른 엄격한 접근권한을 정하여 관리한다.
- 4) 주기적으로 사용되지 않는 사용자 ID를 확인하여 삭제한다.
- 5) ID의 생성이 초기에 부여된 패스워드 또는 재 부여된 사용자의 패스워드는 변경한다.
- 6) 모든 의료정보시스템의 패스워드는 아래의 규칙을 적용한다.
 - 가) 패스워드는 주기적(6개월마다)으로 변경하여 사용한다.
 - 나) 추측하기 어려운 패스워드(영문 + 숫자 조합하여 10자리 이상)를 사용한다.
 - 다) 패스워드 파일에 대한 접근을 제한한다.
 - 라) 모든 패스워드는 암호화된 형태로 저장한다.
- 7) 병원 의료정보시스템 사용자의 부주의로 인한 정보 유출을 막기 위하여 일정 시간(10분 이내) 키보드나 마우스의 입력이 없을 시 자동적으로 Log-Out 된다.

10. PC 및 개인용 휴대 단말기 관리 지침

가. 개인 PC 보안

- 1) 병원의 모든 직원이 사용하는 개인 PC는 병원의 정보자산이며, 업무의 목적으로만 사용한다.
- 2) 병원의 모든 직원이 사용하는 개인 PC는 병원에서 구매하지 않는 불법 프로그램을 임의로 설치를 금지한다.
- 3) PC의 최신 패치 관리는 의료정보시스템에서 테스트 후 배포하며 사용자 임의로 패치를 진행하지 않는다.

나. 바이러스 관리

- 1) 개인 PC 사용자는 사용 PC에 바이러스 백신을 설치하고 최신의 바이러스 패턴 파일과 프로그램 모듈로 업데이트한다.
- 2) 바이러스 감염 시 정보보호 담당 부서(전산관리팀)로 신고한다.
- 3) 주요 적용업무에서 사용하는 PC는 업무에 필요한 프로그램 외에는 설치하지 않는다.
- 4) 주요 적용업무에서 사용하는 PC는 인터넷 접속 시 어떠한 파일도 다운받지 않는다.
- 5) 장비 등에 사용되는 PC 및 서버에 대하여는 장비 제공자나 유지보수 제공자가 백신을 설치 후 주기적으로 업데이트한다.

다. PC 데이터 보안

- 1) 장시간(예, 10분 이상) 자리를 비우는 경우 패스워드가 설정된 화면 보호기나 PC 보안 접근제어 솔루션(에스원 PS)에서 제공하는 PC 잠금 관리 기능을 이용하여 중요데이터를 보호할 수 있도록 설정 및 관리한다.
- 2) PC 보안 접근제어 솔루션(에스원 PS)을 운용하여 민감정보가 포함되어 있는 문서, 또는 업무상 중요문서들을 관리 및 암호화하여 사용한다.
- 3) OCS/EMR Program은 10분 이내 자동 로그아웃되도록 관리한다.

라. 이동 컴퓨터의 사용

- 1) 병원의 이동 컴퓨터를 사용하는 사용자는 이동 컴퓨터의 분실 시 업무 정보의 유출을 방지하기 위하여 암호를 설정한다.
- 2) 이동 컴퓨터에 프로그램의 설치, 바이러스 관리, 데이터 보안 등의 이동 컴퓨터 보안은 개인 PC 보안 정책을 동일하게 적용한다.

11. 전산 운영관리 지침

가. 정보시스템 운영

- 1) 정보시스템의 운영은 '개인정보 실무담당자'가 운영 및 관리한다.
- 2) 각 정보시스템에 대한 변경이 발생할 경우 통제 대책을 수립한다.
 - 가) 변경이 정보보호에 미치는 영향에 대한 분석
 - 나) 변경에 대한 승인 절차
 - 다) 변경이 성공적으로 수행되지 않았을 경우 복구하는 절차
 - 라) 변경에 대한 상위 관리자의 확인 등

나. 서버 운영

- 1) 병원의 모든 서버는 시스템 관리담당자를 선정하여 운영한다.
- 2) 병원의 개인정보 보안관리자는 시스템의 안정화를 위해 시스템 점검을 수행하고, 주기적으로 보안점검 및 분석을 실시하여 문제점 발견 시 이를 전산관리팀장(개인정보 보호 실무담당자)에게 보고하며, 개인정보 보호책임자와 협의하여 적절한 통제 대책을 강구한다.

다. 네트워크 운영

- 1) 병원의 모든 네트워크 장비는 전산관리팀에서 운영한다.
- 2) 병원의 네트워크의 안정화를 위해 점검 및 예방 활동을 수행하고, 매일 보안점검을 실시하여 문제점 발견 시 이를 전산관리팀장(개인정보 보호 실무담당자)에게 보고하며 적절한 통제 대책을 강구한다.

라. 프로그램의 관리

- 1) 프로그램관리는 전산관리팀에서 한다.
- 2) 프로그램관리는 프로그램 개발자와 협의하여 프로그램의 특성에 따라 사용자 인증, 접근통제, 기밀성, 무결성, 가용성 보장을 위한 정보보호 사항을 반영할 수 있도록 점검한다.
- 3) 프로그램을 사용하는 직원은 자신의 ID/패스워드를 안전하게 관리할 책임을 가진다.

마. 데이터베이스의 관리

- 1) 병원의 모든 데이터베이스는 전산관리팀에서 관리한다.
- 2) 의료정보시스템에서 사용하는 데이터베이스(오라클, MS-SQL 등 모든 의료정보 및 개인정보가 들어있는 DB)에 직접적으로 액세스하여 데이터 작업이 가능한 담당 프로그램 개발자에 한하며 이 외의 자가 직접적으로 액세스를 요청할 경우 전산관리팀의 허가가 있어야 하며 전산관리팀에서 지정한 장소에서만 접근이 가능하다.
- 3) 병원의 데이터베이스 운영관리자 및 개인정보 보안관리자는 데이터베이스의 안정화를 위해 점검 및 예방 활동을 수행하고, 주기적으로 보안점검 및 분석을 실시하여 문제점 발견 시 이를 전산관리팀장에게 보고한다.
- 4) 저장매체의 관리 : 저장매체에 저장된 정보를 보호하기 위하여 전산관리팀장은 디스크에 보관 및 폐기 등에 대하여 관리한다.
- 5) 장애 복구계획 및 관리
 - 가) 데이터베이스 운영관리자는 장애의 요인을 신속히 파악하여 장애의 유형과 복구 시간을 예상하여 각 부서별 담당자에게 장애에 따른 조치지침을 전달한다.
 - 나) 데이터베이스 운영관리자는 해당 부서의 업무 담당자에게 전산장애 사실을 알리고 장애 유형에 따른 조치 방법을 알린다.
 - 다) 각 부서 업무 담당자는 부서별 시스템 장애 처리 방법에 의거 처리하도록 조치한다.
 - 라) 전산장애 시 대응체계를 위한 코드 방송
 - 전산장애 발생 시 전산관리팀(주간 ☎ 6204, 야간 : 비상연락망)에 보고한다.
 - 전산장애의 상황에 따라 전산관리팀에서는 방송을 원무팀(☎1050)에 의뢰한다.
 - 전산장애 발생 시 코드 방송 : “코드 화이트 level”

발령 단계	전산장애 규모	행동 요령
코드 화이트 1	1시간 이내의 장애로 단시간 복구 가능한 단계	환자에게 안내 및 설명
코드 화이트 2	단시간 내 복구가 불가능한 단계	수기 처방 단계

- 방송 후 지원 인력은 최대한 빨리 현장에 도착하도록 한다.
- 장애 상황을 파악하고 부문별 시스템 유지보수 업체에 통보하여 복구계획을 수립, 신속 복구가 가능하도록 한다(전산장애 시 대응체계 지침 참조).

12. 침해사고관리 지침

- 가. 개인정보에 관한 권리 또는 이익의 침해를 받은 자는 홈페이지, 개인정보를 이용 처리하는 실무부서를 통해 침해 사실을 신고할 수 있다.
- 나. 침해 신고를 접수 받은 담당자는 해당 사실을 확인하고 개인정보 보호 실무담당자에게 그 사실을

- 통보하고, 개인정보 보호 실무담당자는 개인정보 보호책임자와 이사장에게 그 사실을 통보한다.
- 다. 개인정보 보호 실무담당자는 신고 된 침해 사실을 확인하고 조치한 후 그 처리결과를 신고인에게 통지하여야 한다.
 - 라. 개인정보 보호 실무담당자는 개인정보 침해 신고접수, 확인, 조치 결과 등의 일련의 과정에 대해서 개인정보 보호책임자에 발생 즉시 보고하여야 한다.
 - 마. 개인정보 보호책임자는 개인정보 침해 신고로부터 처리 완료까지의 제반 사항에 대해서 총괄적으로 관리 감독하여야 한다.
 - 바. 침해 신고를 접수 받은 개인정보 보호책임자는 개인정보보호위원회와 합동으로 자체조사 처리할 수 있다.
 - 사. 개인정보유출 및 침해사고가 발생한 경우 정당한 사유가 없는 한 해당 정보주체에게 다음 각 호의 사항을 통지하여야 한다.
 - 유출된 개인정보의 항목
 - 유출된 시점과 그 경위
 - 유출로 인하여 발생할 수 있는 피해를 최소화하기 위하여 정보주체가 할 수 있는방법 등에 관한 정보
 - 개인정보처리자의 대응 조치 및 피해구제절차
 - 정보주체에게 피해가 발생한 경우 신고 등을 접수할 수 있는 담당부서 및 연락처
 - 아. 정보주체에게 각 호의 사항을 통지할 때에는 서면, 전자우편, 전화, 휴대전화 문자전송 또는 이와 유사한 방법을 통하여 정보주체에게 알려야 한다.

13. 개인정보보호 및 정보시스템 보안을 관리하는 적격한 자

가. 직원자격 및 면허

1) 개인정보 보호책임자

개인정보 보호책임자는 환자 및 개인정보를 보호하고 개인정보와 관련한 고충을 처리하기 위하여 개인정보보호 책임자를 인사명령 등을 통해 공식적으로 지정하여야 한다.

- > 책임 있는 의사결정을 할 수 있는 임원, 개인정보 처리에 대한 실질적 권한을 가지는 부서장 등
- > 법률에서 정하는 자격요건을 충족한 자를 개인정보 보호책임자로 지정하여야 하며, 이에 관한 사항을 내부 관리 계획에 포함하여야 함

2) 개인정보 보호 실무담당자

가) 의료정보 실무경력 3년 이상이거나, 개인정보 관리사 교육을 이수한 자로 한다.

나) 개인정보 보호 실무담당자는 개인정보관리 교육을 받는다.

다) 보안 실무담당자 : 전산관리팀 직무 경험 3년 이상 직원

나. 접근통제구역의 지정 및 출입 통제 절차는 다음과 같다.

물리적 보안지침(물리적 보안대책)에 따라 지정된 접근 통제구역은 인가된 사람만이 출입할 수 있도록 외부인 전산실 출입 관리 대장을 작성하여 출입 기록을 관리한다.

다. 의료정보시스템 접근통제

1) 방화벽 및 침입방지시스템(Intrusion Prevention System : IPS)를 설치하여 운영한다.

가) 인터넷망과 접속 시 방화벽 및 침입방지시스템을 통해 접근통제를 수행하여야 하며, 필요시 침입방지시스템 등을 활용하여 접근을 모니터링한다.

나) 개인정보 보호 실무담당자 및 보안 실무담당자는 인가된 사용자만이 네트워크에 접근할

수 있도록 접근 통제를 실시하고 업무상 불필요한 인터넷 사이트를 차단한다.

2) 보안 프로그램을 설치 및 운영한다.

가) 개인정보 보호 실무담당자 및 보안 실무담당자는 바이러스 등 악성 소프트웨어로부터 의료정보시스템을 보호하기 위해 악성 소프트웨어를 관리한다.

나) 정보시스템에는 허가된 정품 소프트웨어를 설치하여야 하고 허가되지 않은 소프트웨어 설치 유무를 주기적으로 점검한다.

다) 단말기의 악성 소프트웨어 침투 여부 점검 및 치료를 위하여 백신 소프트웨어를 설치하고 업데이트가 자동으로 실행되도록 설정한다.

3) 개인정보 보호 실무담당자 및 보안 실무담당자는 의료정보시스템의 사용자에게 대해서는 업무 수행에 필요한 권한만을 부여한다.

4) 개인정보 보호 실무담당자 및 보안 실무담당자는 의료정보시스템 사용자의 부주의로 인한 정보 유출을 막기 위하여 일정 시간(10분 이내) 키보드나 마우스의 입력이 없을 시 자동으로 Log-Out 되도록 조치한다.

라. 의료정보시스템 접근권한

1) 개인정보 보호 실무담당자 및 보안 실무담당자는 서버의 보안관리를 위하여 직무 분리 및 접근권한 통제 등을 위한 담당자 지정, 책임 및 절차 등을 관리한다.

2) 개인정보 보호 실무담당자 및 보안 실무담당자는 서버에 대한 접근기록을 매월 주기적으로 관리한다.

3) 직원의 직종 및 업무에 따른 개별적 정보시스템 접근권한은 입사 시 차등 부여한다.

4) 모든 사용자에게 별도 계정을 부여하며, 사용자 인증을 위해 아이디/비밀번호, 공인인증서(전자인증) 등 적절한 인증 기술을 선택하여 적용한다.

5) 의료정보시스템에 대한 접근권한은 퇴직, 부서 이동 등의 사유 발생 시 제거 또는 재 할당 하고 이에 대한 내역을 기록하며 관리한다.

6) 사용자 ID는 사용자를 식별할 수 있도록 유일한 사용자 ID를 가져야 하며, 만일 공용 ID를 사용해야 하는 경우는 개인정보보호 책임자의 승인을 받고, 공용 ID에 대한 추가적인 통제 대책을 마련한 후 사용해야 한다.

마. 의료정보시스템 접속 기록 보관 및 위변조 방지를 위한 절차

1) 접속 기록의 위변조 방지를 위해 개인정보 취급자가 의료정보시스템에 접속하여 개인 정보를 처리(입/출력, 수정, 등)하는 경우 처리일시, 처리내역 등 접속 기록을 저장 및 보관한다.

2) 개인정보 보호 실무담당자 및 보안 실무담당자는 개인정보의 열람, 쓰기, 수정, 삭제, 출력에 대한 접근기록에 대해 정기적으로 관리한다.

3) 개인정보 보호 실무담당자 및 보안 실무담당자는 접속현황에 대한 일일 모니터링으로 비인가자(비정상적인 접근기록)에 의한 정보시스템 접속을 방지한다.

※ 접근기록(접속 기록)

- 기본요소: 사용자 ID, 날짜 및 시간, 접근권한

- 비정상적인 접근기록: 허용된 권한 외의 접근, 비정상적으로 많은 데이터 다운로드 등

바. 계정 관리를 위한 절차는 다음과 같다.

1) 개인정보 보호 실무담당자 및 보안 실무담당자는 의료정보시스템에 대한 접근을 통제하기 위하여 개인정보 보호책임자와 사용자의 계정을 관리한다.

- 2) 의료정보시스템의 계정은 1인 1계정 사용을 원칙으로 한다.
 - 3) 전자인증에 사용되는 공인인증서는 직종 및 직무에 따라 발급되는 사용자 범위를 정한다.
 - 4) 개인정보 보호 실무담당자 및 보안 실무담당자는 의료정보시스템의 인증에 사용되는 공인인증서, ID, 비밀번호 등 갱신 및 관리한다.
 - 5) 의료정보시스템에 사용되는 비밀번호는 암호화하여 저장하고, 일정 횟수(5회) 이상 비밀번호 입력 오류 시 계정 잠금을 통하여 무작위 대입 공격 등에 의한 비인가자 로그인 시도를 차단한다.
 - 6) 개인정보 보호 실무담당자 및 보안 실무담당자는 의료정보시스템의 사용자 계정과 비밀번호의 미승인 사용을 막고 미승인된 사용 시도를 발견하는 경우 즉시 개인정보보호 책임자에게 보고한다.
- 사. 개인정보보호 및 보안 규정 위반사례 관리는 다음과 같은 절차는 다음과 같다.
- 1) 개인정보 보호 실무담당자는 《12.1 의료정보/의무기록 관리》규정에 따라 개인정보보호 및 보안 규정 위반사례를 점검 및 관리하며 이에 관한 사항을 개인정보 보호책임자에게 보고한다.
 - 2) 위반사례 적발 시 개인정보 보호책임자는 이사장에게 보고하고, 관련법에 의해 조치한다.

부록

1. 정보보호 보안서약서(외주업체용)
2. 외부인 전산관리팀 출입관리대장

관련 근거

1. 개인정보보호법 제31조(개인정보보호 책임자의 지정), 동법 시행령 제32조(개인정보보호 책임자의 업무 및 지정요건 등)
2. 의료기관을 위한 정보보호 안내서(병원편)(보건복지부·한국보건산업진흥원, 2016.)
3. 개인정보 보호 가이드라인(의료기관편)(개인정보보호위원회·보건복지부, 2020.12)

부칙

1. 이 규정은 2010년 01월 01일부터 제정·시행한다.
2. 이 규정은 2014년 05월 01일부터 개정·시행한다.
3. 이 규정은 2014년 10월 01일부터 개정·시행한다.
4. 이 규정은 2018년 05월 23일에 개정, 06월 01일부터 시행한다.
5. 이 규정은 2020년 05월 19일에 개정, 06월 01일부터 시행한다.
6. 이 규정은 2021년 12월 28일에 개정, 2022년 01월 17일부터 시행한다.
7. 이 규정은 2022년 09월 27일에 개정, 2022년 10월 15일부터 시행한다.
8. 이 규정은 2022년 12월 27일에 개정, 2023년 01월 16일부터 시행한다.

부록1. 정보보호 보안 서약서(외주업체용)

정보보호 보안 서약서(외주업체용)

본인은 년 월 일부로 효성병원에서 용역(도급)과 관련한 업무를 수행함에 있어 다음 사항을 준수할 것을 엄숙히 서약합니다.


1. 나는 병원용 보안시스템과 관련된 소관업무가 병원기밀 사항임을 인정하고 제반 보안관계 규정 및 지침을 성실히 수행한다.
2. 나는 이 기밀을 누설함이 병원이익을 침해할 수도 있음을 인식하고 재직 중은 물론 퇴직 후에도 알게 된 모든 기밀사항을 일체 타인에게 누설하지 아니한다.
3. 나는 업무상 취득한 병원의 영업 비밀을 누설하여 부정한 이득을 취하거나, 귀 병원에서 손해를 입히는 경우에는 부정경쟁방지법 등 관련법규에 따라 엄중한 처벌을 받더라도 이익을 제기하지 아니한다.

부정경쟁방지 및 영업비밀보호에 관한 법률 제18조 2항: 부정한 이익을 얻거나 기업에 손해를 입힐 목적으로 그 기업에 유용한 영업 비밀을 취득, 사용하거나 제3자에게 누설한 자는 5년 이하의 징역 또는 그 재산상 이득액의 2배 이상 10배 이하에 상당하는 벌금에 처한다.

서약자	소속		직급		주민등록상 생년월일	
			직위		성 명	(서명)
확인자	소속		직급		주민등록상 생년월일	
			직위		성 명	(서명)

작성일자: 년 월 일

13. 성과관리

	지표관리			
	규 정 번 호	HS 제130-01호	제 정 일	2010.01.01
	관 련 인 증 기 준	13.1 지표 관리	최 근 개 정 일	2022.09.27
	담 당 부 서	QPS실	시 행 일	2022.10.15
	검 토 책 임 자	병원운영회의	검 토 주 기	2년
	승 인 책 임 자	이사장	검 토 예 정 일	2024.12.01
	관 련 근 거	표준진료지침과 지표관리의 실제(대한환자안전질향상간호사회, 2016)		

제 1조 목적(Purpose)

환자안전과 질 향상을 위해 환자안전 지표, 진료영역 지표, 진료 이외의 기관 운영을 위한 지표를 선정하여 모니터링하고, 이 자료를 분석하여 개선활동에 활용하기 위함이다

▣ 용어의 정의(Definition)

- 지표(Indicator)** : 병원이나 부서의 달성하고자 하는 목표에 비추어 현재 수행되고 있는 기능 과정의 수준을 정확하고, 신뢰성 있게, 정량적으로 나타낸 것을 말한다.
- 임상 질 지표(Clinical Indicator)** : 환자 진료의 결과나 과정을 계량적인 방법으로 측정하여 객관적으로 나타낸 것으로 환자안전 부문, 진료영역 부문, 관리영역 부문 등의 지표를 포함한다.

제 2조 정책(Policy)

- 의료기관 차원의 지표관리 계획이 있다.
- 의료기관 차원의 환자안전지표를 관리한다.
- 지표담당자에게 지표관리를 위한 방법을 교육하고, 담당직원은 이를 이해한다.
- 지표관리 성과를 경영진에게 보고한다.
- 지표관리 성과를 관련 직원과 공유한다.

제 3조 지침 및 절차(Guidelines & Process)

- 의료기관 차원의 지표관리 체계(부록1. 지표관리 흐름도)**
 - 병원의 질 향상과 환자안전을 위해 QPS실은 지표항목을 선정하여 공지한다.
 - 지표와 관련된 해당 부서는 지표 주제를 QPS실에 신청한다.
 - 제출된 지표는 QPS위원회에서 검토 및 승인과정을 거쳐 이사장 보고 후 관리지표로 선정한다.
 - 외부평가에서 요구하는 지표는 지표 우선순위 선정과정을 생략한다.
 - 승인된 지표는 지표관리계획서를 작성하여 QPS실로 제출하고, 모니터링주기와 보고주기에 따라 관리하며, 분기별로 QPS실에 제출한다.
 - QPS실은 지표결과를 분기별로 QPS위원회와 이사장에게 보고하고 관련 직원과 공유한다.

[지표항목]

영역	지표항목	담당부서	비고
환자안전지표	1 환자확인 관련 지표	QPS실	
	2 의사소통 관련 지표	QPS실	
	3 수술, 시술 관련 지표	수술실/혈관조영실	
	4 낙상관련 지표	QPS실	
	5 손위생수행 관련 지표	감염관리실	
	6 욕창관련 지표	QPS실	
진료영역지표	7 구두처방관련지표	QPS실	
	8 감염관련지표	감염관리실	
	9 환자평가 관련 지표	간호부/영양관리팀/의무기록팀	
	10 협의진료 관련 지표	의무기록팀	
	11 심폐소생술 관련지표	심폐소생술위원회	
	12 진단검사 관련 지표	진단검사실	
	13 영상검사 관련 지표	영상의학실	
	14 병리검사 관련지표	진단검사실	
	15 마취 및 진정 관련 지표	내시경실	
	16 혈액제제 관련 지표	진단검사실	
	17 응급실 관련 지표	응급실	
	18 모성 및 신생아 관련 지표	외래	분기당 10건 이하 시 제외
	19 사망률 관련 지표	의무기록팀	
	20 의약품 사용 관련 지표	약제부	
	21 의무기록 관련 지표	의무기록팀	
관리영역지표	22 이용도 관련 지표	원무부	
	23 재무관리 관련 지표	재경팀	
	24 인사관리 관련 지표	총무팀	
	25 직원교육 관련 지표	총무팀	
	26 직원안전 관련 지표	총무팀	
	27 환자만족도 관련 지표	원무부	

2. 지표 관리

가. 지표의 신청 및 측정방법

- 1) 선정된 지표는 지표관리계획서를 작성하여 QPS실로 제출한다.
- 2) 지표관리계획서에는 지표명, 부서 및 담당자, 지표선정근거, 지표정의, 목표치 설정, 자료 분석 방법, 보고대상 및 공유(피드백) 등을 포함하여 작성한다.
- 3) 목표값 설정은 학회나 국가기관에서 제공하는 표준값이 있는 경우 표준값을 제시하고, 전년도 지표값을 토대로 목표값을 선정한다. 목표값 설정이 어려운 지표의 경우 초기 6개월 지표 모니터링 후 목표값을 설정할 수 있다.
- 4) 진료영역 지표 중 모성 및 신생아 관련 지표는 분기당 10건 미만일 경우 지표관리에서 제외한다.

나. 지표모니터링 주기

- 1) 지표의 모니터링 주기는 지표의 특성에 따라 월별, 분기별, 반기별, 연별로 설정한다.
- 2) 지표는 월별 모니터링을 원칙으로 하고 지표값의 유지정도에 따라 모니터링 주기는 변경될 수 있다.

다. 지표모니터링 결과 분석

- 1) 지표의 분석은 모니터링 자료를 활용하여 분기별로 문제점 파악, 개선방안 도출 및 개선효과 평가 등은 통계적 기법을 사용하여 자료를 분석한다.
- 2) 타 병원, 선진 병원 사례 또는 문헌고찰 등과 비교를 권장한다.
- 3) 지표분석 결과는 지표관리보고서를 작성하여 부서장 결재를 득하고 QPS실로 제출한다.

라. 결과분석에 따른 개선활동

목표치 비교 20% 이상 미충족한 경우, 분기결과 지표 목표값의 미충족한 경우, 부서에서 개선 활동이 필요하다고 판단한 경우 다학제 팀을 구성하여 개선활동을 시행한다.

마. 개선활동 성과의 지속적인 관리

- 1) 개선활동 성과는 지표결과를 모니터링하여 효과를 평가한다.
- 2) 개선활동 이후에도 지표값이 개선되지 않으면 개선활동을 재수립하여 지속적으로 관리한다.

3. 지표관리 담당직원 교육

가. QPS실은 매년 지표관리 교육을 계획하고 부서 지표담당자에게 계획에 따라 지표관리 방법을 교육한다.

나. 지표담당자는 연 1회 이상 지표담당교육에 참석하여 교육을 이수한다.

다. 교육내용은 지표선정, 자료수집방법, 지표값 산출방법, 분석방법 등으로 한다.

라. 부서 지표담당자의 요청이 있는 경우 부서 방문교육을 시행할 수 있다.

마. 지표관리를 위해 업무협조가 필요한 부서는 협조하도록 한다.

4. 경영진 보고 및 관련 직원 공유

가. 지표관리 결과 보고

- 1) 지표관리보고서는 보고주기에 따라 부서장 결재를 득하여 QPS실로 제출한다.
- 2) QPS실은 통합보고서를 작성하여 분기별로 QPS위원회와 이사장에게 보고한다.

나. 지표관리 결과 공유

인트라넷, 직원 게시판, 병원밴드 등을 이용하여 관련 직원들과 공유한다.

부록

1. 지표관리 업무흐름도
2. 지표관리계획서
3. 지표관리보고서
4. 환자안전지표

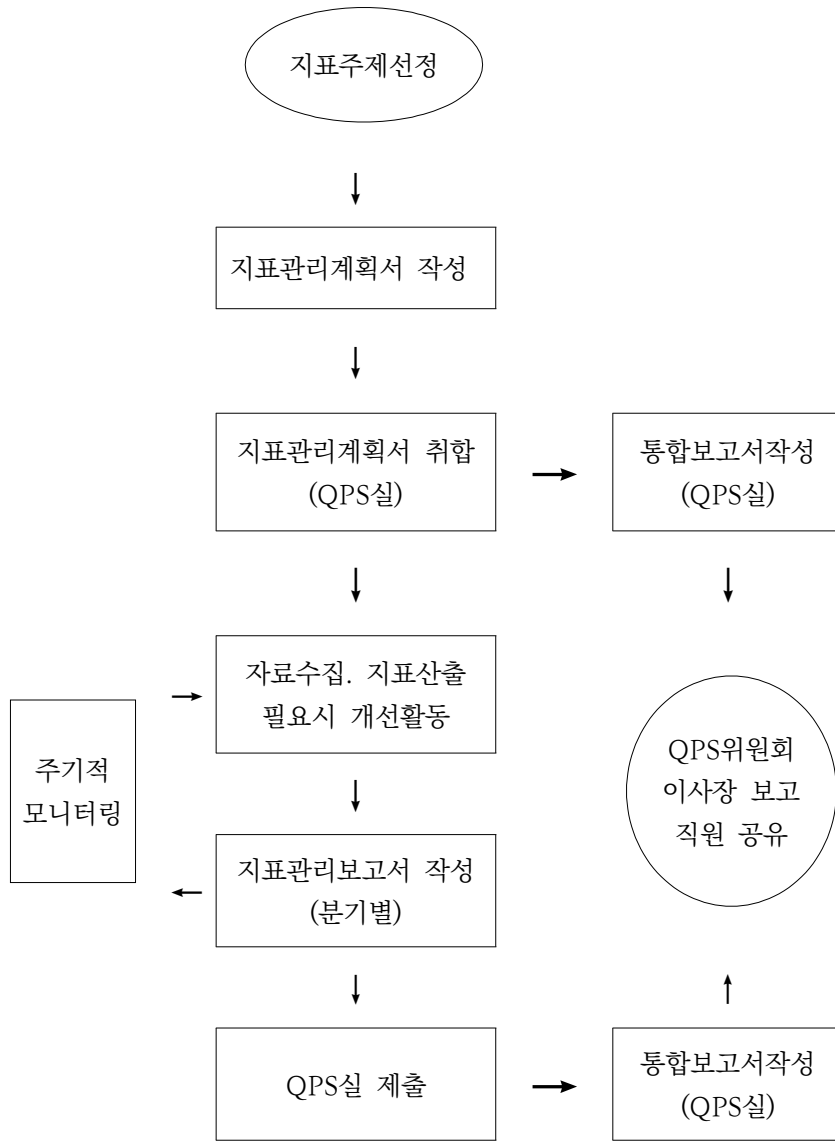
관련 근거

1. 표준진료지침과 지표관리의 실제, 대한환자안전질향상간호사회, 2016. 5.
2. QPS실무자에게 배우는 질 향상 활동 지침서, 대한환자안전질향상간호사회, 2010.
3. 지표관리의 실무, 대한환자안전질향상간호사회, 2016. 7.

부칙

1. 이 규정은 2010년 01월 01일부터 제정·시행한다.
2. 이 규정은 2014년 05월 01일부터 개정·시행한다.
3. 이 규정은 2014년 10월 01일부터 개정·시행한다.
4. 이 규정은 2018년 05월 23일에 개정, 06월 01일부터 시행한다.
5. 이 규정은 2020년 05월 19일에 개정, 06월 01일부터 시행한다.
6. 이 규정은 2021년 12월 28일에 개정, 2022년 01월 17일부터 시행한다.
7. 이 규정은 2022년 09월 27일에 개정, 2022년 10월 15일부터 시행한다.
8. 이 규정은 2022년 12월 27일에 개정, 2023년 01월 16일부터 시행한다.

부록1. 지표관리 흐름도



부록2. 지표관리계획서

지표관리계획서

제출일 : 20 년 월 일

지표명	지표영역	<input type="checkbox"/> 환자안전 <input type="checkbox"/> 진료영역 <input type="checkbox"/> 질환영역 <input type="checkbox"/> 관리영역 <input type="checkbox"/> 기타()				
	지표유형	<input type="checkbox"/> 구조 <input type="checkbox"/> 과정 <input type="checkbox"/> 결과				
	지표정의					
	주제선정 배경					
	분 자					
	분 모					
	제외대상					
	조사 방법					
자료수집 방법	출처	<input type="checkbox"/> 전산 <input type="checkbox"/> 수기(기록) <input type="checkbox"/> 설문조사 <input type="checkbox"/> 관찰조사 <input type="checkbox"/> 기타()				
목표설정	목표	(단위 기재)				
	목표설정 근거					
분석방법	대상기간					
	산출방법	<input type="checkbox"/> 관찰 <input type="checkbox"/> 의무기록 <input type="checkbox"/> 전산 <input type="checkbox"/> 면담 <input type="checkbox"/> 체크리스트 <input type="checkbox"/> 기타:				
	표본크기	<input type="checkbox"/> 전수 <input type="checkbox"/> 표본추출				
	분석도구	<input type="checkbox"/> 막대그래프 <input type="checkbox"/> 런차트 <input type="checkbox"/> 히스토그램 <input type="checkbox"/> 산포도 <input type="checkbox"/> 기타:				
	모니터링 주기	<input type="checkbox"/> 월별 <input type="checkbox"/> 분기별 <input type="checkbox"/> 반기별 <input type="checkbox"/> 매년				
	분석주기	<input type="checkbox"/> 월별 <input type="checkbox"/> 분기별 <input type="checkbox"/> 반기별 <input type="checkbox"/> 매년				
	보고주기	<input type="checkbox"/> 월별 <input type="checkbox"/> 분기별 <input type="checkbox"/> 반기별 <input type="checkbox"/> 매년				
최종 보고대상	<input type="checkbox"/> 부서장 <input type="checkbox"/> 의료기관의 장					
관련 위원회	<input type="checkbox"/> 병원운영회의 <input type="checkbox"/> 감염관리위원회 <input checked="" type="checkbox"/> QPS위원회 <input type="checkbox"/> 기타()					
관련직원 공유	방법: 인터넷, 병원밴드 등 공유대상 부서:					
담당부서		지표관리담당자		부서장		

부록3. 지표관리보고서

20 년 분기 지표관리 보고서

보 고	담 당	부 서 장

부서						제출일	202 년 월 일			
담당자						내선번호				
지표명										
지표정의	분자									
	분모									
목표										
모니터링주기	<input type="checkbox"/> 월별	<input type="checkbox"/> 분기별	<input type="checkbox"/> 반기별	<input type="checkbox"/> 기타 ()						
분석주기	<input type="checkbox"/> 월별	<input type="checkbox"/> 분기별	<input type="checkbox"/> 반기별	<input type="checkbox"/> 기타 ()						
보고주기	<input type="checkbox"/> 분기별	<input type="checkbox"/> 반기별	<input type="checkbox"/> 연1회							
대상기간										
개선활동 내용										
지표결과	20 년	전년도 (년 4분기)	1분기	2분기	3분기	4분기				
	분자									
	분모									
	지표결과									
	목표달성 여부	■Yes □No	■Yes □No	□Yes ■No	□Yes ■No	□Yes ■No	■Yes □No			
그래프										
결과분석	목표 달성여부에 대한 기술 목표 미달인 경우 추정원인에 대해 기술									
지속적인 개선활동	-. 목표달성 시 유지 계획을 기술 -. 분기목표 미달성 시 개선활동보고서 작성하여 제출									

부록4. 환자안전지표

번호	지표명	설 명	
1	환자 확인율	정의	- 환자확인 시행 시점의 환자 확인을 관찰한 건수 중에서 두 가지 이상의 환자정보(지표)를 이용하여 환자 확인을 시행한 건수의 비율
		분자	- 두 가지 이상의 환자정보(지표)를 이용하여 환자확인을 시행한 건수
		분모	- 환자 확인 시행 시점의 환자 확인 총 관찰 건수
		조사 방법	- 분기별 평일 1일 이상, 5개 장소에서 표본 조사 * 응급실, 병동, 외래, 중환자실, 검사실 별 각각 10건 이상 - 표본수 : 전년도 일평균 재원 환자의 10% 이상(단, 최소 50건)
2	구두처방 후 24시간 이내 의사처방 완수율	정의	- 구두처방이 허용되는 상황에서 구두처방 후 24시간 이내에 의사 처방을 완수한 건수의 비율
		분자	- 구두처방 후 24시간 이내에 의사 처방을 완수한 건수
		분모	- 구두처방이 허용되는 상황에서 총 구두처방 건수
		조사 방법	- 분기별 평일 중 1일 선택, 구두처방 건 전수 조사
3	수술, 시술전 time out 시행률	정의	- 수술실/시술실에서 수술 절개 직전(또는 마취유도전)/시술 직전에 Time out을 시행한 건수의 비율
		분자	- 수술 절개 직전(또는 마취유도 전)/시술 직전에 Time out을 시행한 건수
		분모	- 수술 절개 직전(또는 마취유도 전)/시술 직전에 Time out을 시행해야 하는 총 수술/시술 건수 ※ 국소마취 제외
		조사 방법	- 모니터링 방법 : 직접 관찰 - 표본 수 : 전년도 일평균 수술/시술 건수의 50% 이상(단, 최소 30건)
4	낙상발생 보고율 (1,000 재원일당)	정의	- 1,000 재원일당 낙상 발생 보고 건수의 비율
		분자	- 낙상발생 보고 건수 ※ 동일 환자에게 발생한 낙상은 발생 시마다 포함
		분모	- 총 재원일수
		조사 방법	- 분기별 낙상 발생 보고 전체 건수
5	손위생 수행률	정의	- 손위생 수행 시점에 손위생을 관찰한 건수 중에서 손위생을 수행한 건수의 비율 ① 환자 접촉 전 ② 청결/무균 처치 전 ③ 체액/분비물에 노출된 위험이 있는 행위를 하고 난 후 ④ 환자 접촉 후 ⑤ 환자 주변 접촉 후
		분자	- 손위생 수행 건수
		분모	- 손위생 수행 시점의 손위생 총 관찰 건수
		조사 방법	- 분기별 평일 1일 이상, 5개 장소에서 표본조사 * 응급실, 병동, 외래, 중환자실, 검사실 별 각각 10건 이상 - 표본수 : 전년도 일평균 재원 환자의 10% 이상(단, 최소 50건)

번호	지표명	설 명	
6	욕창발생 보고율 (1,000 재원일당)	정의	- 1,000 재원일당 욕창 발생 보고건수의 비율
		분자	- 욕창발생 보고건수 ※ 입원 시점의 욕창은 제외 ※ 동일 환자에게 발생한 욕창은 발생부위 및 발생 시마다 포함
		분모	- 총 재원일수(분기별 일일 재원 환자 수를 모두 합한 수)
		조사 방법	- 분기별 욕창 발생 보고 전체 건수