# Ⅳ. 인증 심사 지표

# I. 인증 심사 지표

## 1. 분류별 문항 및 배점

| 대범주 | 중분류 | 세분류 | 문항수 | 배점 |
|---|---|---|---|---|
| 1.<br>신뢰받는 감염관리 기반 마련 | 1-1.<br>조직 리더십 및 역할체계 확립 | 1.1.1. 감염관리 리더십 | 1 | 3 |
| | | 1.1.2. 감염관리 담당자 지정 및 역할 | 2 | 5 |
| | 1-2.<br>지침 운영 및 보고체계 정비 | 1.2.1. 감염관리 위원회 구성 및 운영 | 2 | 5 |
| | | 1.2.2. 감염관리 지침 수립 및 운영체계 적용 | 2 | 5 |
| | | 1.2.3. 감염 의심자 발생시 대응체계 | 2 | 7 |
| 2.<br>대상자 중심 감염 예방 실천 | 2-1.<br>종사자 예방교육 및 실천관리 | 2.1.1. 종사자 교육 | 2 | 5 |
| | | 2.1.2. 손위생 실천환경 조성 및 이행 | 3 | 10 |
| | 2-2.<br>입소자 감염위험 모니터링 | 2.2.1. 신규·재입소자 감염질환 모니터링 | 3 | 8 |
| | | 2.2.2. 입소자 위생 실천 | 3 | 11 |
| | 2-3.<br>외부 유입 접점관리 강화 | 2.3.1. 방문객 출입 관리 | 3 | 7 |
| 3.<br>깨끗하고 안전한 환경관리 체계 구축 | 3-1.<br>감염 취약구역 청결관리 | 3.1.1. 공용구역 정기 소독 및 청소 | 2 | 4 |
| | | 3.1.2. 오염 세탁물 수거 및 관리 | 3 | 9 |
| | 3-2.<br>병상 및 환기 관리 | 3.2.1. 병상 간 물리적 분리 및 실내 환기 | 2 | 10 |
| | 3-3.<br>방역 물품의 체계적 관리 | 3.3.1. 감염관리 물품 보관 | 2 | 6 |
| 4.<br>신속 대응 기반 강화 | 4-1.<br>지역사회 협력 및 대응 연결망 구축 | 4.1.1. 의료기관 연계 및 연락체계 | 1 | 5 |
| **합계** | | | **33** | **100** |

## 2. 세부 문항별 배점 및 평가 방법

| 구분 | 조사 항목 | 배점 | 평가방법 |
|---|---|---|---|
| 1 | 시설장이 감염관리 운영 과정(회의 참석 또는 회의 결과 보고 포함)에 실질적으로 관여하고 있다. | 3 | 서류 |
| 2 | 감염관리 담당자를 내부 문서에 따라 공식적으로 지정하고 있다. | 2 | 서류 |
| 3 | 지정된 감염관리 담당자의 역할과 책임이 내부 문서에 구체적으로 명시되어 있다. | 3 | 서류 |
| 4 | 감염관리 목적의 위원회를 공식적으로 구성하고, 반기 1회 이상 정기적으로 개최하고 있다. | 3 | 서류 |
| 5 | 위원회 구성원에 감염관리 외 직무(간호, 요양, 조리, 환경 등) 담당자가 3개 직군 이상 포함되어 있다. | 2 | 서류 |
| 6 | 시설 특성을 반영한 자체 감염관리 지침(매뉴얼)을 마련하고 있다. | 2 | 현장 |
| 7 | 시설의 감염관리 운영계획을 수립하고 실무에 적용하고 있다. | 3 | 서류 |
| 8 | 감염 의심자 발생 시, 지자체에 대한 신고 절차가 마련되어 있다. | 2 | 서류 |
| 9 | 감염 의심자 또는 집단증상자 발생 시, 격리, 개인보호구 착용, 환경소독 등 초기 조치를 시행할 수 있는 내부 대응 체계가 정비되어 있다. | 5 | 서류 |
| 10 | 연 1회 이상 전 직원 대상 감염관리 교육을 실시한다. | 2 | 서류 |
| 11 | 입소자와 접촉하거나 위생・환경 관리 업무를 수행하는 신규 인력 대상 감염관리 교육을 실시하고 있다. | 3 | 서류 |
| 12 | 주요 공간(공용공간, 간호사실 등)에 손씻기시설(세면대, 비누, 손 건조용 물품 등) 또는 손소독제가 비치되어 있다. | 3 | 현장 |
| 13 | 지정된 장소(공용공간, 간호사실 등)에 손위생 홍보물이 게시되어 있다. | 2 | 현장 |
| 14 | 반기 1회 이상 손 위생 수행률에 대한 모니터링을 실시하고 있다. | 5 | 서류 |
| 15 | 신규 입소자에 대해 법정감염병 유무를 확인하고 해당 내용을 입소 관련 기록지에 명시하고 있다. | 2 | 서류 |
| 16 | 의료기관에서 전원된 입소자의 경우, 옴 감염 여부를 확인하고, 해당 내용을 입소 관련 기록지에 명시하고 있다. | 3 | 서류 |
| 17 | 재원 중인 입소자에 대해 옴 등 감염 의심 증상 여부를 주기적으로 확인하고 있다. | 3 | 서류 |
| 18 | 감염 위험이 높은 위생도구(면도기, 치약, 칫솔, 샤워타월, 손톱깎이 등)는 입소자별로 개별 사용하고, 위생적으로 관리하고 있다. | 5 | 현장 |

| 구분 | 조사 항목 | 배점 | 평가방법 |
|---|---|---|---|
| 19 | 공용 식기류 및 물컵 등은 적절한 소독 절차에 따라 위생 처리되고, 오염되지 않도록 보관하고 있다. | 3 | 현장 |
| 20 | 공용 식기류는 전용 세척 공간(세척실, 주방 등)에서 처리하고 있다. | 3 | 현장 |
| 21 | 방문객에게 감염 예방 수칙(마스크 착용, 손위생 등)을 고지하고 있으며 관련 물품을 제공하고 있다. | 2 | 현장 |
| 22 | 방문객의 출입 정보를 기록하고 있으며, 감염 관련 증상 확인 항목이 포함되어 있다. | 2 | 서류 |
| 23 | 방문객은 입소자 생활공간과 분리된 면회공간에서 면회를 진행하고 있다. | 3 | 현장 |
| 24 | 공용구역 및 접촉표면에 대해 정기적으로 청소와 소독을 수행하고 있다. | 2 | 서류 |
| 25 | 청소도구와 환경소독제를 위생적으로 보관하고 있다. | 2 | 현장 |
| 26 | 오염 세탁물과 일반 세탁물을 구분하여 수거하고 있다. | 3 | 현장 |
| 27 | 자체 세탁 시 감염 예방 기준을 준수하거나, 외부 위탁 시 세탁 기준 준수 여부를 확인할 수 있는 자료를 보유하고 있다. | 3 | 서류-현장 |
| 28 | 세탁이 완료된 세탁물을 청결한 공간에 위생적으로 보관하고 있다. | 3 | 현장 |
| 29 | 다인실 병상 간에 칸막이 또는 커튼 등 물리적 분리 수단이 설치되어 있다. | 3 | 현장 |
| 30 | 자연환기 또는 기계식 환기 설비를 활용하여 환기 기준에 따라 정기적으로 실내환기를 실시한다. | 7 | 서류-현장 |
| 31 | 감염관리 물품(멸균장갑, 멸균거즈, 인슐린 주사기 등)이 전용 공간에 보관되어 있으며, 위생적으로 정리되어 있다. | 3 | 현장 |
| 32 | 감염관리 물품의 상태, 유효기간, 보관 조건 등이 정기적으로 점검되고 있다. | 3 | 서류-현장 |
| 33 | 감염 의심자 발생 시 응급 이송 또는 진료 협의가 가능한 의료기관이 사전 지정되어 있으며, 관련 정보가 문서로 정리되어 있다. | 5 | 서류 |
| **합계** | | **100** | |

# 1. 신뢰받는 감염관리 기반 마련

## 1-1. 조직 리더십 및 역할체계 확립

### 1.1.1. 감염관리 리더십

**가. 개요**

- 감염관리 체계의 실질적 운영 여부는 조직의 최고 책임자인 시설장의 참여와 결정 권한 행사 여부에 크게 좌우됨.
- 시설장이 감염관리 관련 주요 회의에 참석하거나, 해당 회의 결과에 대한 보고를 받고 결정에 반영한 문서적 근거가 있을 경우, 실질적인 리더십이 작동하고 있다고 판단 가능함.
- 본 항목은 형식적인 책임자가 아닌, 실질적으로 감염관리 운영에 참여한 시설장의 역할을 문서를 통해 확인함.

**나. 조사항목**

| 구분 | 조사 항목 | 배점 | 평가 | | 평가 방식 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Y | N | |
| 1 | 시설장이 감염관리 운영 과정(회의 참석 또는 회의 결과 보고 포함)에 실질적으로 관여하고 있다. | 3 | □ | □ | 서류 |

**다. 항목 이해**

| 1번 항목 : 최고책임자의 감염관리 참여 | |
|---|---|
| 구 분 | 내 용 |
| 항목이해 | -아래 명시된 문서 또는 증빙자료를 확인하여 시설장의 실질적 참여 여부를 판단함 |
| 확인자료 | -아래 자료(회의록, 결과보고) 중 1개 이상의 자료를 확인함<br>-시설장 참석 서명과 발언 요지가 포함된 회의록 또는 결과보고(시설장 결재)<br>-회의 결과가 시설장에게 보고되었고, 이에 따른 결재 또는 지시사항이 문서에 남아 있는 경우 |
| 판단기준 및 유의사항 | -대리인이 아닌 시설장의 직접 서명 또는 발언 기록만 인정 |

## 1.1.2. 감염관리 담당자 지정 및 역할

### 가. 개요

- 감염관리의 체계적 운영을 위해, 시설 내 전담 감염관리 담당자를 공식적으로 지정하고, 그 역할과 책임, 내부 보고 체계를 문서로 구체화해야 함.
- 단순한 명칭 부여가 아닌, 실질적 업무 수행이 가능한 상시 근무 인력이어야 하며, 업무 분장표, 감염관리 지침서 등을 통해 실제 수행 업무가 명확히 드러나야 함.
- 본 항목은 담당자의 지정 적정성, 업무 명확성, 보고 체계의 실효성을 중심으로 점검함.

### 나. 조사항목

| 구분 | 조사 항목 | 배점 | 평가 | | 평가방식 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Y | N | |
| 2 | 감염관리 담당자를 내부 문서에 따라 공식적으로 지정하고 있다. | 2 | | | 서류 |
| | ① 감염관리 담당자를 내부 문서에 명확히 지정하고 있다. | 1 | □ | □ | |
| | ② 감염관리 담당자는 연 4시간 이상 감염관리 교육을 이수하고 있다. | 1 | □ | □ | |
| 3 | 지정된 감염관리 담당자의 역할과 책임이 내부 문서에 구체적으로 명시되어 있다. | 3 | | | 서류 |
| | ① 감염관리 담당자의 업무내용이 업무분장표 등에 기술되어 있다. | 1 | □ | □ | |
| | ② 감염관리 담당자는 업무분장에 기술된 감염관리 업무를 수행하고 있다. | 2 | □ | □ | |

### 다. 항목 이해

| 2번 항목 : 감염관리 담당자 공식 지정 여부 | |
|---|---|
| 정 의 | 내 용 |
| 항목이해 | -시설 내 감염관리의 담당자가 공식적으로 지정되어 있는지와 감염관리 교육을 이수했는지를 확인함 |
| 확인자료 | -아래 ①, ② 서류를 모두 확인함<br>① 임명 공문 또는 인사명령서(성명, 지정일자, 결재권자 서명 모두 기재)<br>② 연 4시간 이상 감염관리 교육 이수 증빙자료(수료증, 이수확인서 등)<br>※ 교육기관은 국가나 지방자치단체, 의사회나 간호사회, 학회, 한국보건복지인력개발원 인정 |
| 판단기준 및 유의사항 | -교육 이수 여부는 작년 12월 31일 기준으로 하며, 인정 기관 이외의 사설교육은 불인정함<br>-조직도 내 직무 명칭만 있거나 구두 지시는 인정하지 않음<br>-현재 근무 중인 상시 근무 인력이어야 하며, 외부 위탁자 또는 임시 대행자만으로는 불인정 |

| 3번 항목 : 역할과 책임의 명확성 | |
|---|---|
| 정 의 | 내 용 |
| 항목이해 | -감염관리 담당자가 수행해야 할 업무가 문서화되어 있는지와 실제로 해당 업무가 이행되고 있는지를 확인함 |
| 확인자료 | -다음 ①, ② 서류를 모두 확인한다.<br>① 감염관리 담당자의 업무내용이 기술된 업무분장표<br>② 감염관리 실무 활동 증빙문서(예: 감염관리 회의 주관, 월간/분기별 감염관리 점검표, 감염관리 교육 계획 수립 및 결과보고 등 1가지 이상 확인) |
| 판단기준 및 유의사항 | -업무 분장이 명확하지 않거나, 동일 업무에 대해 중복 책임 기술이 있을 경우는 인정하지 않음 ('관리', '총괄', '지원' 등 포괄 표현만 있는 경우는 불인정)<br>-비상시 신고 및 대응 역할은 8번 지표에서 통합 확인하므로 본 항목의 업무 분장 평가 시에는 고려하지 않음 |
| 참고 | -업무분장표, 역할 매뉴얼 등에 다음과 같은 세부 업무 내용이 명시되어 있어야 함.<br>· 손위생 및 개인위생 교육 계획 수립 및 실행<br>· 감염관리 물품(마스크, 손소독제, 개인보호구 등) 점검 및 재고 관리<br>· 환경 위생 점검표 작성 및 월간/분기별 자체 점검 실시<br>· 외부 의료기관, 보건소 등과의 연락체계 유지 및 대응 계획 운영 |

## 1-2. 지침 운영 및 보고체계 정비

### 1.2.1 감염관리 위원회 구성 및 운영

#### 가. 개요

- 감염관리는 특정 담당자만의 역할이 아닌, 다양한 직무 간 협력을 바탕으로 운영되어야 하며, 이를 위한 조직적 기반으로서 감염관리 위원회를 구성하고 정례적으로 운영하는 것이 필수적임.
- 위원회는 감염관리 목적에 맞게 정식으로 구성되어야 하며, 운영 목적, 구성원, 역할, 회의 주제 및 기본 포맷 등이 명확히 문서화되어야 함.
- 본 항목은 위원회 구성의 공식성, 정기 운영 여부, 그리고 구성원의 직무 다양성 및 회의의 실효성을 중점적으로 평가함.

#### 나. 조사항목

| 구분 | 조사 항목 | 배점 | 평가 | | 평가 방식 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Y | N | |
| 4 | 감염관리 목적의 위원회를 공식적으로 구성하고, 반기 1회 이상 정기적으로 개최하고 있다. | 3 | □ | □ | 서류 |
| 5 | 위원회 구성원에 감염관리 외 직무(간호, 요양, 조리, 환경 등) 담당자가 3개 직군 이상 포함되어 있다. | 2 | □ | □ | 서류 |

## 다. 항목 이해

<table>
<tr><th>구 분</th><th>4번 항목: 회의 정기 개최 여부</th></tr>
<tr><td>정 의</td><td>내 용</td></tr>
<tr><td>항목이해</td><td>-감염관리 전담 위원회가 정식으로 구성되어 있으며, 관련 문서로 이를 확인할 수 있어야 함<br>-위원회 운영 규정 또는 내규가 존재하며, 회의는 반기 1회 이상 정례적으로 개최되어야 함</td></tr>
<tr><td>확인자료</td><td>-다음 ①, ② 서류를 모두 확인한다.<br>① 감염관리 위원회 구성 문서<br>(위원회 목적, 직무별 구성원 명단 등이 명시된 운영 규정 또는 정관 등)<br>② 반기 1회이상 개최하고 회의록 또는 회의 결과보고 공문이 있는 경우 인정<br>(날짜, 회의 주제, 안건 내용, 참석자 명단 등이 포함되어야 하며, 감염관리와 관련된 주요 사안(손위생 점검 결과, 유증상자 대응, 교육 계획 등)이 실질적으로 다루어져야 함)</td></tr>
<tr><td>판단기준<br>및<br>유의사항</td><td>-회의 주제가 불명확하거나 ‘운영회의’ 명목으로 감염관리 관련 내용이 형식적으로만 언급된 경우는 불인정<br>-비공식 모임, 구두 보고, 참석자 직무가 명시되지 않은 경우는 불인정</td></tr>
<tr><td>참고</td><td>-감염관리 위원회 분기별 권장 주제<br>▸아래 내용은 감염관리위원회 운영 시 회의 안건 구성 및 연간 계획 수립에 참고할 수 있는 예시임. 공식 서식이나 인증제 필수 서식은 아니며, 시설의 상황에 따라 자율적으로 적용하거나 조정 가능함.
<table>
<tr><th>분기</th><th>권장 논의 안건</th><th>선택 논의 안건</th></tr>
<tr><td>1분기<br>(1~3월)</td><td>-전년도 감염관리 활동 결과 평가<br>-감염관리 연간 계획 수립 및 일정 확<br>-감염관리 담당자, 위원 구성 재확인 및 역할 분담</td><td>-감염 발생사례 사례분석(전년도 사례)<br>-감염관리 교육 운영 계획 및 대상자 설정<br>-감염관리 지침 개정사항 반영 여부 검토</td></tr>
<tr><td>2분기<br>(4~6월)</td><td>-환경·위생 점검 및 결과 논의<br>-감염관리 물품 재고·보관 현황 점검</td><td>-봄철 유행 감염병 대응계획<br>(노로바이러스 등)<br>-외부 위탁업체(청소, 세탁 등) 위생관리 실태 확인</td></tr>
<tr><td>3분기<br>(7~9월)</td><td>-감염 의심자 대응 프로토콜 재점검<br>-환기 및 냉방 환경 위생 관리 검토<br>-손위생 모니터링 결과 공유 및 개선 논의</td><td>-코로나, 독감 등 재유행 대비 사전 계획<br>-응급 이송체계 및 진료협력 의료기관 정보 업데이트</td></tr>
<tr><td>4분기<br>(10-12월)</td><td>-감염관리 연말 종합 실태 점검<br>-차년도 감염관리 위원 구성 및 운영 계획 논의<br>-감염관리 교육 이수율 및 기록 정리</td><td>-동절기 감염병(독감 등) 대비 환기·개인보호구 운영 점검<br>-외부 인증·점검 대비 문서 정비 계획<br>-감염관리 활동 내 자체평가 및 환류</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

-감염관리 위원회 회의록 서식(안)

▸ 본 서식은 감염관리위원회 회의 내용을 기록·보존하기 위한 예시 서식이며, 인증제의 공식 서식 또는 필수 서식은 아님. 각 기관은 필요에 따라 수정·활용 가능함.

**20○○년 ○○요양원 감염관리위원회 회의록**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 회의명 | | | |
| 일시 | | 장소 | |
| 회의 유형 | □ 정기회의 | □ 임시 회의 (사유: ) | |
| 회의 목적 | ① *전년도 감염관리 활동 결과 보고*<br>② *2025년 감염관리 운영 계획 확정*<br>③ *신규 위원 위촉 검토* | | |
| 참석자 명단 | 성명 / 소속 / 직책 / 서명<br>홍○○ / 간호과 / 감염관리담당자 /<br>김○○ / 요양지원팀 / /<br>/ / / | | |
| 논의 안건 | *1) 2024년 감염관리 활동 결과 보고*<br>*- 주요 내용 :*<br><br>*2) 신규 위원 위촉(건)*<br>*- 주요 내용* | | |
| 주요 결과 | | | |
| 향후 계획 | | | |

| 5번 항목 : 직무 다양성 확보 여부 | |
|---|---|
| 구 분 | 내 용 |
| 항목이해 | -감염관리는 특정 부서나 담당자의 업무에 국한되지 않고, 시설 전체가 유기적으로 협력해야 실효성이 있음. 따라서 감염관리 위원회는 간호, 요양, 조리, 환경 등 다양한 실무 부서가 함께 참여하는 형태로 운영되어야 함.<br>-본 항목은 위원회가 실제 운영되는 다직종 협업체계인지, 혹은 형식적으로만 구성된 단일 직무 중심 체계인지의 여부를 판단하는 핵심 지표임. |
| 확인자료 | -회의록 참석자 명단, 서명부, 직책·직무 기재 명단, 내부 직무분장표 등 |
| 판단기준 및 유의사항 | -시설장 및 감염관리 담당자 외 아래 실무 직무 중 3개 이상이 반드시 포함되어야 함<br>① 간호(간호사, 간호조무사 등)<br>② 요양(요양보호사, 생활지도원 등)<br>③ 조리(조리사, 급식 담당자 등)<br>④ 환경(세탁, 청소 등)<br>⑤ 행정(원무과, 행정지원, 인사총무 등)<br>⑥ 사회복지(사회복지사, 복지지원 담당자 등)<br>-참석자 명단에는 반드시 성명과 소속 직무 또는 직책이 명시되어야 하며, 겸직자의 경우 겸임 직무를 병기해야 해당 직무로 인정(직무 기재 없이 이름만 있는 경우 인정 불가)<br>-동일 직무 내 복수 인원만 참여한 경우, 다직종 구성으로 인정 불가 |

## 1.2.2. 감염관리 지침 수립 및 운영체계 적용

### 가. 개요

- 감염관리는 조직 구성원 간의 공통된 이해를 바탕으로, 시설 특성에 맞는 자체 지침과 계획을 수립하고 이를 지속적으로 운영하는 체계가 중요함.
- 이를 위해 시설 여건에 맞는 자체 감염관리 지침(운영 매뉴얼)과 연간 감염관리 계획을 마련하고, 종사자에게 공유하며, 교육·회의·점검 등을 통해 실제 업무에 적용·이행되어야 함.
- 본 항목은 감염관리 지침의 단순 보유 여부가 아닌, 지침 마련 → 계획 수립 → 실무 적용으로 이어지는 운영체계 구축 여부를 종합적으로 평가하는 것을 목적으로 함.

### 나. 조사항목

| 구분 | 조사 항목 | 배점 | 평가 | | 평가 방식 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Y | N | |
| 6 | 시설 특성을 반영한 자체 감염관리 지침(매뉴얼)을 마련하고 있다. | 2 | □ | □ | 서류 |
| 7 | 시설의 감염관리 운영계획을 수립하고 실무에 적용하고 있다. | 3 | | | 서류 |
| | ① 연 1회 이상 시설의 감염관리 운영계획을 수립하고 있다. | 2 | □ | □ | |
| | ② 수립된 감염관리 운영계획에 따라 실무에 적용하고 있다. | 1 | □ | □ | |

### 다. 항목 이해

| 구 분 | 6번 항목 : 시설 자체 감염관리 지침 마련 |
|---|---|
| 정 의 | 내 용 |
| 항목이해 | -시설의 운영 여건을 반영한 자체 감염관리 지침 또는 세부 운영 매뉴얼을 마련하고 있는지를 평가함 |
| 확인자료 | -자체 감염관리 지침 또는 운영 매뉴얼<br>※ 다음 항목 중 일부 이상 포함된 지침(매뉴얼)이 존재해야 함<br>• 손위생 관리<br>• 환경소독 또는 소모품 관리<br>• 종사자 감염 예방 수칙 |
| 판단기준 및 유의사항 | -정부 또는 지자체 지침서를 단순 요약한 문서는 불인정<br>-시설 특성이 반영되지 않은 일반적·추상적 내용은 불인정<br>-운영 절차 없이 원칙만 기술된 경우 불인정 |

| 구 분 | 7번 항목: 감염관리 운영계획 수립 및 실무 적용 |
|---|---|
| 정 의 | 내 용 |
| 항목이해 | -연 1회 이상 시설의 감염관리 운영계획(운영, 교육, 예산 등)을 수립하고, 실제 업무에 적용·이행되고 있는지를 평가함 |
| 확인자료 | ① 연간 감염관리 운영계획서(감염관리 운영계획, 교육계획, 예산편성 등 시설장 결재 완료 문서)<br>② 관련 회의록, 교육자료 등 계획이 실제 업무에 적용되고 있음을 확인할 수 있는 자료 |
| 판단기준 및 유의사항 | -연 1회 이상 수립되지 않은 경우 불인정<br>-시설장 결재 등 공식 문서가 아닌 경우 인정 어려움<br>-단순 문서 보유만 있고 적용 근거가 없는 경우 불인정<br>-계획과 실제 운영 간 연계성이 확인되지 않는 경우 불인정 |

## 1.2.3. 감염 의심자 발생 시 대응체계

### 가. 개요

- 감염 의심자 또는 증상자가 발생한 경우, 시설 내에서는 신속한 내부 보고, 외부 신고(보건소 등), 격리 및 개인보호구 착용 등 초기 대응이 체계적으로 작동해야 함.
- 특히 감염 의심 상황 발생 시부터 초기 조치까지의 흐름이 명확하게 정립되어 있어야 하며, 관련 내용은 내부 문서로 정비되어야 함.
- 본 항목은 감염 의심자 대응을 위한 보고 체계와 초기 조치 체계가 실질적으로 마련되어 있고, 현장에서 작동 가능한 수준인지를 종합적으로 평가함.

## 나. 조사항목

| 구분 | 조사 항목 | 배점 | 평가 | | 평가 방식 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Y | N | |
| 8 | 감염 의심자 발생 시, 지자체에 대한 신고 절차가 마련되어 있다. | 2 | □ | □ | 서류 |
| 9 | 감염 의심자 또는 집단증상자 발생 시, 격리, 개인보호구 착용, 환경소독 등 초기 조치를 시행할 수 있는 내부 대응 체계가 정비되어 있다. | 5 | □ | □ | 서류 |

## 다. 항목 이해

| 구 분 | 8번 항목: 감염 의심 사례에 대한 지자체 신고 절차 마련 여부 |
|---|---|
| 정 의 | 내 용 |
| 항목이해 | -감염 의심 사례가 발생했을 때, 보건소 등 관할 지자체에 신고하는 절차가 내부 문서로 마련되어 있어야 함.<br>-법정감염병(예: 결핵, B형 간염 등), 옴 또는 집단 감염이 의심되는 상황에 대해, 누가 언제 어떤 방식으로 신고해야 하는지를 명시하고 있어야 함. |
| 확인자료 | -신고 기준 및 신고절차 문서(신고기준, 보고수단, 담당자 성명 또는 직책, 비상연락처 등) |
| 판단기준 및 유의사항 | -신고 대상 질환 또는 상황이 구체적으로 명시되지 않은 경우 불인정<br>-연락처, 담당자 등이 빠져 있거나 실제 실행이 어려운 내용은 불인정<br>-'즉시 보고', '필요 시 보고' 등의 추상적 표현만 있을 경우는 불인정 |
| 참고 | ▸ 감염병 신고기준<br>-부산광역시 비의료기관용 감염취약시설 감염관리 매뉴얼 참고(p13, p75~86)<br><br>▸ 감염병 의심자 발생시 대응 체계(안)<br>-본 서식은 감염병 의심자 발생 시 지자체에 신고 절차가 마련되어 있는지 확인하기 위한 예시 서식이며, 인증제의 공식 서식 또는 필수 서식은 아님. 각 기관은 필요에 따라 수정·활용 가능함. |

| 단계 | 업무 | 업무 담당 | 보고처(연락처) |
|---|---|---|---|
| 1단계 | -감염 증상(피부 가려움, 발열, 기침, 설사 등)이 있는 입소자를 확인한다. | 전체 종사자 | - |
| 2단계 | -감염증상이 있는 입소자를 시설장 또는 간호사(간호조무사)에게 보고한다.<br>-간호사(간호조무사)는 입소자의 건강 상태를 사정하고 감염성 질환이 확진(또는 확인)될 때까지 표준주의(예. 손위생, 환경 청소 및 소독, 개인보호구 착용 등) 지침을 준수한다. | 전체 종사자 | 간호부<br>(내선 0000) |

| 단계 | 업무 | 업무 담당 | 보고처(연락처) |
|---|---|---|---|
| 3단계 | -감염병이 의심되는 입소자의 보호자에게 연락한다.<br>-촉탁의 또는 협약 병원에 내원하여 감염성 질환 여부를 확인한다.<br>-감염병이 진단되면 국민건강보험공단(노인장기요양보험 운영센터) 및 시군구에 보고한다.<br>-입소자 및 종사자의 감염병(결핵, A형간염, C형간염, 옴 등) 발병 현황과 밀접접촉자(돌봄입소자) 감염예방 조치실적(진료 포함)을 매 반기별(6월 말, 12월 말)로 보건복지부(요양보험운영과)에 보고한다. | 간호사,<br>간호조무사,<br>사무국장,<br>시설장 | 촉탁의 000<br>(010-000-0000)<br><br>000보건소<br>(051-000-0000)<br><br>국민건강보험공단<br>노인장기요양보험<br>운영센터<br>(000-000-0000) |
| 4단계 | -종사자와 입소자에게 감염성 질환에 대해 교육한다.<br>-전파경로별 주의 지침에 따라 격리주의를 시행한다.<br>-접촉성 감염질환의 경우 접촉한 종사자 및 다른 입소자의 감염 여부 감별을 위해 촉탁의에게 진료 의뢰한다.<br>-감염질환이 확진된 입소자 격리실에서 나온 폐기물과 세탁물은 분리하여 배출한다. | 간호사,<br>간호조무사,<br>요양보호사 | - |
| 5단계 | -감염병 의심 또는 확진 입소자를 의료기관 이송 등의 조치를 취한다.<br>-해당 생활실, 필요한 경우 장기요양기관 실내 전체 소독을 시행한다. | 간호사,<br>간호조무사 | - |

| 구 분 | 9번 항목: 감염 의심자에 대한 초기 조치 절차 정비 여부 |
|---|---|
| 정 의 | 내 용 |
| 항목이해 | -감염 의심자 또는 증상자 발생 시, 즉각적인 격리, 개인보호구 착용, 환경 정비 등의 조치가 내부 절차에 따라 시행될 수 있는지를 평가함. |
| 확인자료 | -기관 감염 의심자 대응 절차서, 매뉴얼, 문서 등<br>※ 대응 절차서에 포함되어야 할 내용<br>· 임시 격리 또는 공간 분리<br>· 간병인, 동료 입소자 보호를 위한 접촉 제한<br>· 사용 공간에 대한 소독 조치<br>· 개인보호구의 종류 및 사용 방법, 조치 시행 순서 등 구체적 기술 |
| 판단기준 및 유의사항 | -대응 항목이 단순 나열되어 있거나 조치 흐름이 명확하지 않은 경우는 불인정<br>-격리 공간이 없는 경우, 대체 방안(예: 활동 구역 제한 등)이 포함되어 있어야 함 |

# 2. 대상자 중심 감염 예방 실천

## 2.1 종사자 예방교육 및 실천 관리

### 2.1.1 종사자 교육

#### 가. 개요

- 감염취약시설의 특성상 모든 직원은 감염병 예방의 핵심 수칙을 이해하고 실천할 수 있어야 하며, 정기적인 교육을 통해 지식과 행동 수준을 유지·보완해야 함.
- 특히 신규 채용 인력은 입사 직후 감염위험 관리 역량을 갖출 수 있도록 담당자가 교육을 주도적으로 수행해야 하며, 교육 이행 여부는 문서로 확인 가능해야 함.
- 본 항목은 정기 교육과 신규자 교육을 명확히 구분하여 시설의 감염관리 교육 체계가 일관되게 운영되고 있는지를 평가함.

#### 나. 조사항목

| 구분 | 조사 항목 | 배점 | 평가 | | 평가 방식 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Y | N | |
| 10 | 연 1회 이상 전 직원 대상 감염관리 교육을 실시한다. | 2 | □ | □ | 서류 |
| 11 | 입소자와 접촉하거나 위생·환경 관리 업무를 수행하는 신규 인력 대상 감염관리 교육을 실시하고 있다. | 3 | □ | □ | 서류 |

#### 다. 항목 이해

| 구 분 | 10번 항목 : 전 직원 대상 정기 교육 실시 여부 |
|---|---|
| 정 의 | 내 용 |
| 항목이해 | -모든 종사자에게 연 1회 이상 정기 교육을 실시하고, 이를 교육자료 및 출석기록 등으로 증빙하는지를 평가함 |
| 확인자료 | -근무 인력 명단, 연간 교육 계획표, 교육자료, 참석자 명단(날짜, 서명 포함), 교육 사진(선택), 동영상 시청 시 이수증(기관 자체 제작인 경우 교육자료, 참석자 명단) 등<br>· 교육주기: 최소 연 1회 이상<br>· 교육대상: 요양보호사, 간병인, 조리원, 청소·세탁인력, 사무직, 경영진 등 모든 직군이 포함 (정규직, 계약직, 시간제, 위탁근로자 모두 포함)<br>· 교육내용: 표준주의, 손위생, 개인보호구 사용, 감염병 증상 인지 및 보고 절차 등 선택하여 교육<br>· 평가시점: 전년도 12월 31일 기준 재직 직원의 감염관리 교육 이수 여부 확인 |

<table>
<tr><td>판단기준<br>및<br>유의사항</td><td>-교육자료만 보유하고 실제 교육이 이루어지지 않았을 경우 불인정<br>-교육 대상자 중 90% 이상 이수 시 인정<br>-리플릿 또는 포스터 게시만으로는 교육 실시로 간주하지 않음</td></tr>
<tr><td>참고</td><td>▸ 교육 관리 일지(안)<br>-본 서식은 손위생 활동 관찰을 위한 예시 서식이며, 인증제의 공식 서식 또는 필수 서식은 아님. 각 기관은 필요에 따라 수정·활용 가능함.
<table>
<tr><td colspan="3" rowspan="2">교육 관리 일지</td><td>담당자</td><td>부서장</td><td>기관장</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>일 시</td><td colspan="5">년 월 일 요일 ( : ~ : )</td></tr>
<tr><td>강 사</td><td colspan="2"></td><td>참석자</td><td colspan="2">/ 명</td></tr>
<tr><td>교 육 명</td><td colspan="2"></td><td>교육방법</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>교육내용</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="6">붙임 1. 교육자료 1부.<br>2. 참석자 서명부 1부.<br>3. 0000. 끝.</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

| 구 분 | 11번 항목<br>: 입소자와 접촉하거나 위생·환경 관리 업무를 수행하는 신규 종사자 감염관리 교육 운영 여부<br>※ 본 항목은 2027년 인증제부터 일부 기준이 강화될 예정이므로 사전 준비 필요 |
|---|---|
| 정 의 | 내 용 |
| 항목이해 | -입소자 접촉 또는 감염 확산에 영향을 미치는 직무에 신규 채용된 인력이 근무 시작 전 또는 1개월 이내에 감염관리 교육을 이수하였는지 확인함<br>**※ 2027년 인증제부터는 '근무 시작 전 교육 이수'로 기준이 강화될 예정임** |
| 확인자료 | -신규 채용자 명단: 정규직, 계약직, 시간제, 위탁 근로자 포함<br>(단, 1일 미만 단기 방문자 제외)<br>**※ 2027년 인증제부터는 실습생도 '실습 시작 전 교육 이수' 기준 적용 예정**<br>-교육 증빙<br>· 내부교육: 서명부, 사진(선택), 교육내용 등<br>· 외부교육: 수료증, 온라인 수료 기록 등 |
| 판단기준<br>및<br>유의사항 | -담당자의 참여 또는 외부위탁 여부가 명확하지 않거나, 이수 확인 자료가 없으면 불인정<br>-단순 자료 배포·안내문 공지만 시행된 경우 불인정<br>-교육은 채용 후 1개월 이내 완료되어야 함(2027년 인증제부터는 근무 시작 전으로 변경)<br>-교육 대상자 기준이 명확하지 않거나 임의적용 시 불인정<br>-교육내용은 직무별 감염위험에 따라 구성되어야 하며, 이수 여부는 객관적 문서로 확인 가능해야 함 |
| 참고 | -대상 직무: 요양보호사, 간병인, 간호조무사, 조리원, 청소·세탁 종사자, 행정직 등 |

*온라인 교육 시 인정 기준: 동영상 자료 제공 후 확인서 제출 또는 온라인 이수확인서 필수, 실시간 원격 교육(Zoom, Webex 등) 진행 시, 화면 캡처 또는 이수자 명단 확보 필요. 자체 제작 영상 활용 시에는 콘텐츠 구성(슬라이드, 설명 등)이 포함되어야 함.

## 2.1.2. 손위생 실천 환경 조성 및 이행

### 가. 개요

- 감염 예방의 핵심은 손위생 실천이며, 이를 위해 직원과 방문자가 손위생을 쉽게 실천할 수 있는 환경을 조성하고, 홍보 및 점검 체계를 운영하는 것이 필수적임.
- 본 항목은 손위생 시설(세면대, 손소독제 등)의 비치 여부, 손위생 홍보물 게시 여부, 손위생 실천에 대한 모니터링 체계 운영 여부를 종합적으로 점검함.
- 평가 시 시설이 실질적인 손위생 환경을 조성하고, 정기적 점검과 개선 활동을 수행하고 있는지를 확인함.

## 나. 조사항목

| 구분 | 조사 항목 | 배점 | 평가 | | 평가 방식 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Y | N | |
| 12 | 주요 공간(공용공간, 간호사실 등)에 손씻기시설(세면대, 비누, 손 건조용 물품 등) 또는 손소독제가 비치되어 있다. | 3 | □ | □ | 현장 |
| 13 | 지정된 장소(공용공간, 간호사실 등)에 손위생 홍보물이 게시되어 있다. | 2 | □ | □ | 현장 |
| 14 | 반기 1회 이상 손위생 수행률에 대한 모니터링을 실시하고 있다. | 5 | □ | □ | 서류 |

## 다. 항목 이해

| 구 분 | 12번 항목 : 손위생 시설 및 손소독제 비치 여부 |
|---|---|
| 정 의 | 내 용 |
| 항목이해 | -주요 공간(공용공간, 간호사실)에 손씻기 시설(세면대, 비누, 건조물품_종이타월 등) 또는 손소독제가 비치되어 있어야 함 |
| 확인자료 | -공용공간, 간호사실(또는 직원업무공간) 각 1곳 이상 확인<br>※ 공용공간은 입소자가 다수 모여서 시간을 보내는 프로그램실, 식사공간 등을 말한다.<br>-세면대가 설치된 장소: 비누, 손 건조용 물품(예: 종이타월) 비치 여부<br>-세면대가 미설치된 장소: 손소독제 비치 여부 및 유효기간(개봉일자, 폐기일자 기재)확인 |
| 판단기준 및 유의사항 | -세면대가 설치된 장소<br>• 세면대, 비누, 손 건조용 물품이 모두 갖춰진 경우<br>• 비누는 액체, 고체 형태 모두 인정<br>• 손 건조용 물품으로는 종이타월, 일회용 티슈, 핸드드라이기 모두 인정<br>(단, 다회용 수건은 불인정)<br>-세면대가 미설치된 장소: 손소독제가 비치되어 있고, 유효기간 내 제품인 경우<br>-시설 전체가 아닌 주요 공간에 한정하여 평가<br>(단, 다른 목적으로 방문한 곳에 손위생 시설 및 손소독제가 비치되어 있지 않으면 불인정) |

| 구 분 | 13번 항목 : 손위생 홍보물 게시 여부 |
|---|---|
| 정 의 | 내 용 |
| 항목이해 | -손위생 실천 방법 또는 적응증(예: 손 씻기 6단계, 손소독제 사용법 등)을 안내하는 자료가 주요 공간에 게시되어 있는지를 조사일 당일 현장에서 직접 확인함. |
| 확인자료 | -손위생 안내자료 게시 여부(공용공간 1곳, 간호사실 1곳 이상) |
| 판단기준 및 유의사항 | -단순 홍보성 포스터는 인정하지 않으며, 손 씻기 방법, 시점 등 실천을 유도하는 내용이 포함되어야 함<br>-조사일 기준, 현장에 실물 게시물이 없는 경우 불인정<br>-지정된 주요 공간(공용공간 및 간호사실 각 1곳) 한 곳이라도 누락시 불인정<br>-낡거나 훼손된 자료는 인정하지 않음 |

<table>
<tr><th>구 분</th><th>14번 항목 : 손위생 수행률 모니터링 및 결과 분석 여부</th></tr>
<tr><td>정 의</td><td>내 용</td></tr>
<tr><td>항목이해</td><td>–감염 위험이 높은 환자 접점 공간(예: 생활실, 치료실, 목욕실 등)을 중심으로 손위생 수행률을 반기 1회 이상 주기적으로 직접 관찰·기록하고, 이를 수치화하여 문서화하는 체계의 운영 여부를 평가함.<br>–관찰 대상은 해당 공간에서 근무하는 다양한 직종의 직원을 포함해야 하며, 직접 관찰 방식으로 수행되어야 함.<br>–관찰 결과는 전체 직원 또는 관련 직종에 공유되고, 피드백·교육 등의 개선활동으로 환류되어야 하며, 단순한 통보만으로는 인정하지 않음</td></tr>
<tr><td>확인자료</td><td>–다음 ①, ② 서류를 모두 확인한다.<br>① 손위생 모니터링 계획서(연간 감염관리 운영계획서 내 포함하여 작성 가능), 수행률 통계 자료 및 문서화된 결과<br>② 개선활동 결과(피드백 자료, 교육 자료, 회의록 등)</td></tr>
<tr><td>판단기준<br>및<br>유의사항</td><td>–손위생 수행률 모니터링은 환자 체류 공간과 같이 감염 위험이 높은 구역을 중심으로 시행할 수 있음.<br>–해당 공간의 다양한 직종의 직원을 포함하여 직접 관찰 방식으로 실시되어야 하며, 결과는 수치화 및 문서화되어야 함.(단순한 체크리스트 작성은 불인정)<br>–결과는 구체적인 개선 활동(예: 피드백, 교육, 회의 등)으로 반드시 연계되어야 함.<br>–전체 직원의 10% 미만인 경우에는 ‘소수 인원’으로 간주되며, 대표성이 부족한 것으로 판단하여 인정하지 않음.<br>–조사 대상이 환자 접점이 없는 공간(예: 행정실, 사무공간 등)만 포함된 경우는 불인정함.</td></tr>
<tr><td>참고</td><td>▸ 손위생 관찰 기록지 양식(안)<br>–본 서식은 손위생 활동 관찰을 위한 예시 서식이며, 인증제의 공식 서식 또는 필수 서식은 아님. 각 기관은 필요에 따라 수정·활용 가능함.
<table>
<tr><td>관찰 장소:</td><td>관찰자: (부서명, 직급, 성명)</td></tr>
<tr><td>관찰일자: 년 월 일</td><td>관찰 시작 ~ 종료 시간: ~</td></tr>
</table>
<table>
<tr><th>번호</th><th>성명</th><th>직종</th><th>행위</th><th>수행여부</th></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td>☐ 입소자 접촉 전</td><td>☐ 수행<br>☐ 미수행</td></tr>
<tr><td>☐ 입소자 접촉 후</td><td>☐ 수행<br>☐ 미수행</td></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td>☐ 입소자 접촉 전</td><td>☐ 수행<br>☐ 미수행</td></tr>
<tr><td>☐ 입소자 접촉 후</td><td>☐ 수행<br>☐ 미수행</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

▸ 손위생 자료 분석 및 개선활동(예)

-본 예시는 손위생 모니터링 활동 수행 후 기관 내 공유 및 환류을 위한 예시이므로 각 기관에서는 필요에 따라 수정·활용 가능함.

| 직군별 손위생 수행률(%) | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 구분 | 간호부 | 요양보호사 | 사회복지사 | 기타 |
| 상반기(1월~6월) | 72% | 82% | 75% | 75% |
| 하반기(7월~12월) | 79% | 89% | 73% | 82% |

| 행위별 손위생 수행률(%) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 구분 | 근무시간 전 손씻기 수행 | 투약준비 전 | 기저귀 교환 전 | 욕창(상처) 소독 전 | 소변 비우고 장갑 벗은 후 |
| 상반기(1월~6월) | 78% | 71% | 75% | 75% | 77% |
| 하반기(7월~12월) | 75% | 86% | 88% | 75% | 77% |

## 2.2. 입소자 감염위험 모니터링

### 2.2.1. 신규 및 재 입소자 감염질환 모니터링

#### 가. 개요

- 신규 입소자는 외부에서 유입되는 감염원의 주요 경로로, 입소 전·후 감염병 확인과 초기 대응이 필수적임.
- 특히 의료기관(요양병원 등)에서 퇴원 후 입소자의 경우, 옴(scabies) 등 환경성 접촉 감염뿐 아니라 기타 주요 감염병에 대한 확인이 필요함.
- 격리공간이 제한된 시설의 특성을 고려하되, 최소한의 조치 체계와 예방 인식을 기반으로 실천 여부를 점검함.
- 본 항목은 ① 법정감염병 확인, ② 입소자의 옴 감염병 확인(옴 포함), ③ 재원자 옴 감염 여부 모니터링에 관한 사항을 평가함.

## 나. 조사항목

| 구분 | 조사 항목 | 배점 | 평가 | | 평가 방식 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Y | N | |
| 15 | 신규 입소자에 대해 법정감염병 유무를 확인하고 해당 내용을 입소 관련 기록지에 명시하고 있다. | 2 | □ | □ | 서류 |
| 16 | 의료기관에서 전원된 입소자의 경우, 옴 감염 여부를 확인하고, 해당 내용을 입소 관련 기록지에 명시하고 있다. | 3 | □ | □ | 서류 |
| 17 | 재원 중인 입소자에 대해 옴 등 감염 의심 증상 여부를 주기적으로 확인하고 있다. | 3 | □ | □ | 서류 |

## 다. 항목 이해

| 구 분 | 15번 항목 : 신규 입소자 감염병 확인 |
|---|---|
| 정 의 | 내 용 |
| 항목이해 | -신규 입소자의 법정감염병 유무(B형간염, 결핵, 매독 등)를 입소 전 확인하고, 그 결과를 입소자 관련 기록지에 명확히 기재하고 있는지를 평가함. |
| 확인자료 | -검사 결과 확인서(흉부 X-ray, 혈액검사 결과), 병의원 진단서, 보건소 검사 확인서<br>-감염병 이력 평가표, 건강기록지 등 입소 관련 공식 기록지에 기재되어 있어야 함 |
| 판단기준 및 유의사항 | -“건강 상태 양호” 등의 추상 표현만 있는 경우 불인정<br>-입소 후 감염병 유무를 확인하거나 검사 누락 상태는 불인정 |

| 구 분 | 16번 항목 : 요양병원 등 퇴원 후 입소자에 대한 옴 감염 확인 |
|---|---|
| 정 의 | 내 용 |
| 항목이해 | -의료기관(요양병원 등)에서 입소하는 대상자에 대해 옴 감염 여부를 사전에 확인하고, 해당 내용을 입소기록지에 명확히 기재하고 있는지를 평가함.<br>-옴은 집단생활 시설에서 전파 위험이 높은 피부 기생충 감염질환으로, 입소 전 확인 및 입소 초기 조치가 필수적임. |
| 확인자료 | -병원 퇴원요약지(옴 여부 명시) 또는 입소 초기평가서(옴 의심 증상* 및 접촉력에 대한 관찰 기록 자료) *소양감(가려움), 피부 병변, 발열 등<br>-간호일지 또는 감염병 예방조치 수행 기록지<br>-옴 또는 의심 증상 발견 시, 전용 침구 사용, 접촉자 제한, 치료 의뢰 등 예방 조치가 실제로 시행되고, 문서로 남아 있어야 함. |
| 판단기준 및 유의사항 | -단순히 ‘외부 기관 퇴원자’로만 표기되어 있는 경우 또는 의료 문서 없이 입소한 경우는 인정하지 않음<br>-과거 진료기록만 참고하거나, 실제 관찰·확인 없이 추정만 한 경우 불인정<br>-‘감염병 없음’이 명시되지 않은 경우에도, 시설 내 자체 평가 또는 관찰을 통해 확인한 내용이 기록되어 있어야 함. |

<table>
<tr><th>구 분</th><th>17번 항목: 재원자 대상 옴 감염 모니터링 및 조치 확인</th></tr>
<tr><td>정 의</td><td>내 용</td></tr>
<tr><td>항목이해</td><td>-재원 중인 입소자에 대해 옴 감염 의심 증상(소양감, 피부 병변 등)에 대한 정기적인 관찰·기록 체계를 운영하고 있는지를 평가함.</td></tr>
<tr><td>확인자료</td><td>-건강기록지, 신체사정표(피부점검표), 조치 관련 간호일지, 체크리스트 등<br>①월 1회 이상 건강 모니터링에 피부 상태 확인 포함<br>②피부 상태 확인 시 다음과 같은 옴 감염 증상에 대한 확인 내용이 포함되어야 함.<br>· 지속적이고 심한 가려움증(야간에 악화되는 양상 확인 필요)<br>· 손가락 사이, 손목, 팔꿈치, 배꼽 주변, 사타구니 등의 피부 병변(물집, 긁은 상처 등)<br>· 2차 감염 징후(긁은 부위의 딱지나 진물·고름, 피부 붓기 및 열감 등)<br>③의심 증상 발생 시 개인보호구 착용, 침구 분리 등 조치 이행 여부 문서화</td></tr>
<tr><td>판단기준<br>및<br>유의사항</td><td>-단순 관찰만 하거나, 구두 확인만 있는 경우 불인정<br>-증상 관찰 이후 후속 조치 기록이 없는 경우 불인정</td></tr>
<tr><td>참고</td><td>▸ 옴 감염 모니터링 체크리스트(안)<br>-본 서식은 입소자의 옴 감염 모니터링을 위한 예시 서식이며, 인증제의 공식 서식 또는 필수 서식은 아님. 각 기관은 필요에 따라 수정·활용 가능함.<br><br>00월 옴 감염 모니터링(서식1)<br>확인 일자: 년 월 일<br>확인자: (부서, 성명)<br><table><tr><th colspan="4">환자 정보</th><th colspan="4">옴 증상 모니터링</th><th>후속조치</th></tr><tr><th>이름</th><th>성별</th><th>연령</th><th>병동</th><th>① 심한 가려움</th><th>② 피부 병변</th><th>③ 2차감염 징후</th><th>④ 기타 증상</th><th>증상 발생자 후속 조치</th></tr><tr><td>000</td><td></td><td></td><td></td><td>O/X</td><td>O/X</td><td>O/X</td><td>증상 기재</td><td>조치사항 기재</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>① 지속적이고 심한 가려움증(야간에 악화되는 양상 확인 필요)<br>② 손가락 사이, 손목, 팔꿈치, 배꼽 주변, 사타구니 등의 피부 병변(물집, 긁은 상처 등)<br>③ 2차 감염 징후(긁은 부위의 딱지나 진물·고름, 피부 붓기 및 열감 등)</td></tr>
</table>

**옴 감염 모니터링(서식2)**

| 환자 이름 | 성별 | 연령 | 병동 |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 확인 인자 | 옴 증상 모니터링 | | | | 후속조치 | 확인자 성명 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ① 심한 가려움 | ② 피부 병변 | ③ 2차 감염 징후 | ④ 기타 증상 | 증상 발생자 후속 조치 | |
| 년 월 일 | O/X | O/X | O/X | 증상기재 | 조치사항 기재 | 000 |
| 년 월 일 | | | | | | |
| 년 월 일 | | | | | | |
| | | | | | | |

① 지속적이고 심한 가려움증(야간에 악화되는 양상 확인 필요)
② 손가락 사이, 손목, 팔꿈치, 배꼽 주변, 사타구니 등의 피부 병변(물집, 긁은 상처 등)
③ 2차 감염 징후(긁은 부위의 딱지나 진물·고름, 피부 붓기 및 열감 등)

## 2.2.2. 입소자 위생 실천

### 가. 개요

- 감염취약시설 내 입소자는 면역력이 낮아 개인위생 도구의 공동 사용으로 인한 교차 감염 위험이 매우 높음.
- 다만 시설 운영 특성상 모든 생활 물품의 개별 제공이 현실적으로 어려운 점을 고려하여, 개인위생 도구는 입소자별 개별 사용 여부, 공용 물품은 적정한 위생 처리 절차 이행 여부를 중심으로 평가함.
- 본 항목은 ① 감염 위험이 높은 개인 위생도구의 입소자별 개별 사용 여부, ② 공용 식기류, 물컵 등의 위생 처리 기준 이행 여부, ③ 적절한 처리 공간 확보 여부를 기준으로 평가함.

### 나. 조사항목

| 구분 | 조사 항목 | 배점 | 평가 | | 평가 방식 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Y | N | |
| 18 | 감염 위험이 높은 위생도구(면도기, 치약, 칫솔, 샤워타월, 손톱깎이 등)는 입소자별로 개별 사용하고, 위생적으로 관리하고 있다. | 5 | □ | □ | 현장 |
| 19 | 공용 식기류 및 물컵 등은 적절한 소독 절차에 따라 위생 처리되고, 오염되지 않도록 보관하고 있다. | 3 | □ | □ | 현장 |
| 20 | 공용 식기류는 전용 세척 공간(세척실, 주방 등)에서 처리하고 있다. | 3 | □ | □ | 현장 |

## 다. 항목 이해

| 구 분 | 18번 항목 : 고위험 위생도구 개별 제공 여부 |
|---|---|
| 정 의 | 내 용 |
| 항목이해 | -감염 위험이 높은 위생도구(면도기, 치약, 칫솔, 샤워타월, 손톱깎이 등)를 입소자별로 식별 가능하게 개별 보관하고, 위생적으로 관리하고 있는지를 현장에서 직접 확인함. |
| 확인자료 | -각 도구는 입소자 식별이 가능하도록 이름표 또는 번호로 표시<br>(보관함, 보관 상태, 도구, 구획 구분 여부 등) |
| 판단기준 및 유의사항 | -개별 사용과 위생적 보관 모두 충족해야 함<br>-명찰 없는 공동 보관, 혼합 사용 흔적이 있는 경우는 불인정<br>-'공용 사용 없음'이라는 구두 설명만 있고, 현장 확인이 불가능할 경우 불인정<br>-비위생적인 상태(녹슨 도구, 오염된 보관함 등)는 불인정 |
| 참고 | -물품에 입소자 이름이 명시되어 있거나, 입소자별 보관함에 별도로 보관<br>-2024년 비의료기관용 감염취약시설 감염관리 매뉴얼, 부산광역시 p.72 참고 |

| 구 분 | 19번 항목 : 공용식기류 및 물컵 등의 소독, 보관의 적정성 |
|---|---|
| 정 의 | 내 용 |
| 항목이해 | -감염 위험이 있는 공용 식기류와 물컵을 적절한 방법으로 소독한 후 사용하고, 재오염이 발생하지 않도록 위생적으로 보관하고 있는지를 확인함. |
| 확인자료 | -소독방법과 보관 방식을 모두 확인함<br>•소독 방법: 다음 중 한 가지 이상 방법으로 위생 처리함(장비 매뉴얼 등 확인)<br>(열탕 소독, 고온 세척기 사용, 자외선/전기 살균 소독기 등)<br>•보관 방식: 뚜껑이 있는 보관함, 밀폐형선반 등 외부 오염이 차단되는 공간에 보관 |
| 판단기준 및 유의사항 | -'소독함 있음' 또는 '세척 중'이라는 비공식 표현만으로는 인정하지 않음<br>-노출 보관은 불인정<br>-담당자의 육성 설명만으로 소독 절차 이행을 증명하는 경우는 불인정<br>-물컵 등 개별 식기는 입소자별로 구분 보관하는 것이 권장되며, 구분 없이 공용으로 사용하는 경우는 반드시 위생처리 절차가 명확해야 함 |

| 구 분 | | 20번 항목 : 공용 식기류 세척 장소의 적정성 |
|---|---|---|
| 정 의 | | 내 용 |
| 항목이해 | | -감염 예방을 위해 공용 식기류는 전용 공간(세척실, 주방 등)에서 처리되어야 하며, 위생적으로 부적절한 공간(화장실, 공용 세면대 등)에서 식기류를 세척하지 않는지를 현장에서 확인함. |
| 확인자료 | 현장 | -세척 전용 공간(씽크대, 세척기 등)의 구조와 실제 사용 여부 |
| | 서류 | -필요시 주방 평면도, 공간 구성표 등으로 세척 전용 공간 여부 확인 가능 |
| 판단기준 및 유의사항 | | -세척 전용 공간은 분리되어 있어야 하고, 관련 설비가 위생적으로 유지되어야 함<br>-손 씻기 공간 등 다른 목적과 병용되는 경우는 불인정<br>-화장실이나 입소자용 공용 세면대에서 식기류를 세척하는 흔적이 발견되거나 관행적으로 이루어지는 경우는 불인정 |

## 2.3. 외부 유입 접점 관리 강화

### 2.3.1. 방문객 출입 관리

#### 가. 개요

- 감염병 확산을 예방하기 위해 외부인의 출입을 통제하고, 방문 목적에 맞게 감염 예방 수칙을 안내하며, 입소자 생활공간과의 동선을 분리하는 것이 필수적임.
- 가족, 외부 업체 직원, 외부 강사 등 다양한 외부인의 출입 시 손위생, 호흡기 예절, 출입기록 유지, 면회공간 분리 등 예방 조치를 체계적으로 시행해야 함.
- 본 항목은 외부인의 출입에 대해 ① 감염예방 안내 체계, ② 예방 중심의 출입 정보 관리, ③ 생활공간과의 동선 분리 여부를 종합적으로 확인함

#### 나. 조사항목

| 구분 | 조사 항목 | 배점 | 평가 | | 평가방식 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Y | N | |
| 21 | 방문객에게 감염 예방 수칙(마스크 착용, 손위생 등)을 고지하고 있으며 관련 물품을 제공하고 있다. | 2 | □ | □ | 현장 |
| 22 | 방문객의 출입 정보를 기록하고 있으며, 감염 관련 증상 확인 항목이 포함되어 있다. | 2 | □ | □ | 서류 |
| 23 | 방문객은 입소자 생활공간과 분리된 면회공간에서 면회를 진행하고 있다. | 3 | □ | □ | 현장 |

#### 다. 항목 이해

| 구 분 | 21번 항목: 방문객 대상 손위생 및 호흡기 예절 안내 여부 |
|---|---|
| 정 의 | 내 용 |
| 항목이해 | -외부인이 출입 시 손위생, 마스크 착용, 기침 예절 등의 감염예방 수칙을 인지하고 이행할 수 있도록 시각적 안내 및 물품 제공 체계가 마련되어 있는지를 평가함. |
| 확인자료 | -출입구 또는 면회실 입구에 손위생, 마스크 착용, 기침 예절 안내문 부착<br>-손소독제, 체온계, 마스크 등 감염예방 관련 물품 비치 |
| 판단기준 및 유의사항 | -방문객이 출입 전에 위 수칙을 인지할 수 있도록 명확한 문구와 시각적 표식 제공<br>-안내문이 훼손·퇴색되어 식별이 어려운 경우는 불인정<br>-손소독제 등 물품이 비치되어 있지 않거나, 접근이 어려운 경우 불인정 |

<table>
<tr><th>구 분</th><th>22번 항목: 방문객 출입 기록 보관 여부</th></tr>
<tr><td>정 의</td><td>내 용</td></tr>
<tr><td>항목이해</td><td>-방문자의 출입 일시, 대상자, 건강 상태 등을 포함한 출입기록을 통해 사후 추적 및 감염 차단이 가능한 상태인지를 평가함.</td></tr>
<tr><td>확인자료</td><td>-수기 방문자 기록부 또는 전자 방문 신청서, 방문일자별 기록보관 문서 등<br>※ 출입기록에는 다음 항목이 포함되어야 함<br>① 성명<br>② 연락처<br>③ 방문 목적 또는 방문 대상자<br>④ 방문일시<br>⑤ 건강 상태 확인란(예: 발열, 기침, 인후통, 결막염, 소화기 증상 등 감염 의심 증상 항목)</td></tr>
<tr><td>판단기준<br>및<br>유의사항</td><td>-전자기록 또는 수기기록 모두 인정하며, 방문일로부터 최소 1개월간 기록을 보관하고 있어야 함<br>-출입 목적이나 건강 상태 확인란이 누락된 경우 불인정<br>-방문기록이 존재하더라도 전체적으로 기재가 불성실하거나 반복적으로 누락된 경우는 불인정<br>-단체 방문 시, 모든 개별 방문자의 정보를 기재해야 하며, 대표자 1인만 기록된 경우는 인정하지 않음</td></tr>
<tr><td>참고</td><td>▸ 방문객 출입정보 관리 대장(예)<br>- 본 서식은 방문객 출입 관리를 위한 예시 서식이며, 인증제의 공식 서식 또는 필수 서식은 아님. 각 기관은 필요에 따라 수정·활용 가능함.
<table>
<tr><td colspan="5">방문객 관리 대장<br>장소:</td></tr>
<tr><th>일시</th><th>성명</th><th>연락처</th><th>방문 대상자</th><th>감염 의심<br>증상 여부</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>□발열 □기침<br>□인후통<br>□결막염<br>□소화기증상</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>□발열 □기침<br>□인후통<br>□결막염<br>□소화기증상</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>□발열 □기침<br>□인후통<br>□결막염<br>□소화기증상</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

| 구 분 | 23번 항목: 방문객 면회공간의 분리 여부 |
|---|---|
| 정 의 | 내 용 |
| 항목이해 | -감염 예방을 위해 방문객이 입소자의 침상 또는 생활공간과는 분리된 공간에서 면회를 진행하도록 시설 내 환경이 조성되어 있는지를 평가함. |
| 확인자료 | -면회공간 현장 사진, 안내 표식, 면회구획 설정 문서 등 ① 또는 ②를 만족하는지 확인함<br>① 면회공간이 생활공간과 물리적으로 분리되어 있으며, 구획이 명확히 구분됨<br>(예: 면회실, 복도 내 파티션 설치 공간 등)<br>② 공용공간을 사용하는 경우, 면회 전용 공간임을 명확히 표시하고 입소자와의 직접 접촉이 제한되는 형태일 것 |
| 판단기준 및 유의사항 | -생활공간 내에서 면회가 이루어지는 관행이 지속되는 경우 불인정<br>-안내 표식이 없거나 면회공간이 불분명한 경우 불인정 |

# 3. 깨끗하고 안전한 환경관리 체계 구축

## 3.1. 감염 취약구역 청결 관리

### 3.1.1. 공용구역 청소 및 소독

#### 가. 개요

- 감염취약시설에서는 다수가 사용하는 화장실, 복도, 문 손잡이 등 공용구역 및 고접촉 표면에 대해 정기적인 청소 및 소독을 수행하여 병원체 확산을 예방해야 함.
- 본 항목은 시설이 실제로 청소·소독을 정해진 주기와 대상에 따라 수행하고 있는지, 또한 사용 도구와 약제가 위생적으로 관리되고 있는지 여부를 평가함.

#### 나. 조사항목

| 구분 | 조사 항목 | 배점 | 평가 | | 평가 방식 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Y | N | |
| 24 | 공용구역 및 접촉표면에 대해 정기적으로 청소와 소독을 수행하고 있다. | 2 | □ | □ | 서류 |
| 25 | 청소도구와 환경소독제를 위생적으로 보관하고 있다. | 2 | □ | □ | 현장 |

## 다. 항목 이해

<table>
<tr><th>구 분</th><th>24번 항목: 공용구역 및 접촉표면 청소·소독 절차 정기 시행 여부</th></tr>
<tr><td>정 의</td><td>내 용</td></tr>
<tr><td>항목이해</td><td>–공용 공간(화장실, 복도 등)과 손이 자주 닿는 표면(문 손잡이, 난간 등)에 대해 정해진 주기에 따라 청소 및 소독이 실제로 이루어지고 있는지를 확인함.</td></tr>
<tr><td>확인자료</td><td>–청소/소독 체크리스트, 실시 기록지, 담당자 지정표, 구역별 주기표 등</td></tr>
<tr><td>판단기준<br>및<br>유의사항</td><td>–청소·소독 수행 주기와 대상 구역이 명확히 구분되어 있고, 이를 근거로 수행 기록이 작성되어 있어야 함<br>–일지에 ‘진행 중’, ‘지시함’ 등의 불분명한 표현만 있는 경우 불인정<br>–담당자가 지정되어 있어야 하며, 일지 또는 체크리스트를 통해 청소·소독이 누락되지 않았음을 확인할 수 있어야 함<br>–담당자 지정이 없거나 누락 구역이 다수인 경우는 불인정</td></tr>
<tr><td>참고</td><td>▸ 소독 시 체크 리스트(안)<br>– 본 서식은 소독 시 확인 사항을 위한 예시 서식이며, 인증제의 공식 서식 또는 필수 서식은 아님. 각 기관은 필요에 따라 수정·활용 가능함.
<table>
<tr><th colspan="2">소독 시 체크리스트</th></tr>
<tr><td>□</td><td>소독 범위 설정 – 접촉이 잦은 표면, 청결 및 오염 공간 등</td></tr>
<tr><td>□</td><td>소독 전, 충분한 환기 실시</td></tr>
<tr><td>□</td><td>환경부 승인·신고된 소독 제품 사용</td></tr>
<tr><td>□</td><td>소독제 라벨에 표시된 제조사 사용법 준수(유효농도, 접촉시간 등)</td></tr>
<tr><td>□</td><td>적절한 개인보호구 및 청소용품 준비</td></tr>
<tr><td>□</td><td>소독 전, 눈에 보이는 오염된 표면을 물과 세제(또는 비누)로 청소 실시</td></tr>
<tr><td>□</td><td>소독제가 충분히 묻은 천으로 닦는 방법으로 표면소독 실시</td></tr>
<tr><td>□</td><td>깨끗한 물로 적신 천으로 표면 닦기</td></tr>
<tr><td>□</td><td>충분한 환기 실시</td></tr>
</table>
출처: 2023 장기요양기관 안전·감염관리 매뉴얼, 국민건강보험공단, p.49</td></tr>
</table>

▸ 청소·소독 점검표 서식(안)

– 본 서식은 청소 및 소독의 점검을 위한 예시 서식이며, 인증제의 공식 서식 또는 필수 서식은 아님. 각 기관은 필요에 따라 수정·활용 가능함.

| 청소·소독 점검 일지 | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 항목 | | 20 년 월 일 ~ 20 년 월 일 | | | | | | |
| 청소 방향 | ‘출구에서 먼 곳’에서 ‘출구 쪽’으로 청소 ‘일반 환자 구역’에서 ‘격리실 쪽’으로 청소<br>‘깨끗한 곳’에서 ‘오염된 곳’으로 청소 ‘높은 곳’에서 ‘낮은 곳’으로 청소 | | | | | | | |
| 구분 | 내용 | 월 / | 화 / | 수 / | 목 / | 금 / | 토 / | 일 / |
| 생활실 (병실) | 오염 물질 제거, 바닥청소 (쓰레기, 먼지 등) | | | | | | | |
| | 침대 난간, 다리, 문 손잡이 등 표면 | | | | | | | |
| | 기타 가구 표면 | | | | | | | |
| 거실/ 프로그램실 등 | 오염 물질 제거, 바닥청소 (쓰레기, 먼지 등) | | | | | | | |
| | 가구/테이블 등 표면 | | | | | | | |
| 화장실 | 오염 물질 제거 (휴지 및 쓰레기, 타일 곰팡이 등) | | | | | | | |
| | 변기 살균 소독 및 배수 확인 | | | | | | | |
| | 세면대 청소 및 배수 확인 | | | | | | | |
| | 바닥 청소 및 물기 제거 | | | | | | | |
| | 물품 비치 (휴지/타올/비누 또는 손 세정제) | | | | | | | |
| 청소도구 관리 | 용도별 지정된 걸레를 사용하였나요? | | | | | | | |
| | 사용한 양동이 및 용기를 세척한 후 거꾸로 보관하였나요? | | | | | | | |
| | 사용한 (마대)걸레를 소독하여 지정된 장소에 건조해 두었나요? | | | | | | | |
| | 사용한 (마대)걸레를 건조해 둘 때 겹치지 않도록 배치해 두었나요? | | | | | | | |
| | 세제/소독제/청소도구 보관 장소를 위생적으로 관리하고 있나요? | | | | | | | |
| 작성 시간 | | | | | | | | |
| 담당자 | | | | | | | | |

출처: 2024 비의료기관용 감염취약시설 감염관리 매뉴얼, 부산광역시, p.89

| 구 분 | 25번 항목: 청소도구 및 환경소독제 보관 위생 상태 |
|---|---|
| 정 의 | 내 용 |
| 항목이해 | -청소 및 소독에 사용되는 도구(걸레, 양동이 등)와 환경소독제가 오염되지 않은 상태로 위생적으로 보관되고 있는지를 현장에서 직접 확인함. |
| 확인자료 | -환경부 승인 환경소독제 사용 확인(초록누리 https://ecolife.mcee.go.kr)<br>-구역별 도구 색상코드 또는 표식 등(분리 관리 여부 확인용)<br>-청소도구 보관함, 환경소독제 보관 공간, 건조 상태 등 |
| 판단기준 및 유의사항 | -청소도구(걸레, 솔, 양동이 등)는 구역별로 색상이 구분되어 있거나 용도를 알 수 있는 명확한 표식(라벨링)이 있어야 함<br>-사용 후 세척·소독한 도구는 완전히 건조하여 청결한 전용장소에 보관함<br>(보관장소에 곰팡이, 악취가 있는 경우 불인정)<br>-환경 소독제는 환경부 승인, 신고 제품(초록누리 확인 가능 제품)을 사용하며, 유효기간이 경과하지 않아야 함<br>-소독제는 음용수, 식품, 의약품과 분리하여 보관함<br>-소독제 용기에는 제품명, 용도, 주의사항이 포함된 라벨이 훼손되지 않은 상태로 부착되어 있어야 함<br>-소독제 희석용기에는 별도의 라벨(제품명, 희석농도, 제조일자 또는 유효기간)이 부착되어 있어야 함<br>(생수병, 음료수병 등 식품용기를 재활용하여 소독제를 담아두는 경우, 라벨이 없거나 희석 관련 작성내용을 식별할 수 없는 경우는 불인정) |
| 참고 | • 사용한 걸레는 염소계 소독제(1,000ppm)로 10분간 담근 후 소독하여 건조<br>※ 2024 비의료기관 감염취약시설 감염관리 매뉴얼, 부산광역시, p.46~54 참고<br><br>• 청도도구 장소별 구분 사용, 건조 예시<br>※ 2024 비의료기관 감염취약시설 감염관리 매뉴얼, 부산광역시, p.52 참고 |

• 구역별 청소도구 분리 지침 예시

## 구역별 청소도구 분리 지침

| | 격리실 | 병실 | 복도 | 화장실 |
|---|---|---|---|---|
| 자루걸레 | 노란색테두리 | 은색테두리 | 파란색테두리 | 적색테두리 |
| | | | | |
| 고무장갑 | 일회용장갑 | 노란색장갑 | 분홍색장갑 | 적색장갑 |
| | | | | |
| 손걸레 | 노란색 수건 | 흰색수건 | 파란색수건 | 적색수건 |
| | | | | |
| 사용액 | * 환경청소 락스 50배 ( 락스 10cc + 물500ml ) | * 락스 회석방법(락스 100배 비율로 회석) 락스 10cc + 물 1000ml | | |
| 기본원칙 | 의료폐기물 수거 카트는 락스 회석액으로 매일 소독 | | | |
| | ♣자루걸레는 사용 후 소독제(락스 회석액)에 10분간 담근 후 세척하여 자루걸레 걸이에 건조하세요. | | | |
| | ♣일회용가운과 장갑은 폐기물 박스에 버리세요. | | | |
| | ♣격리실 청소시에는 일회용가운과 일회용장갑을 착용해주세요 | | | |

출처: 2024 비의료기관용 감염취약시설 감염관리 매뉴얼, 부산광역시, p.54

## 3.1.2. 오염 세탁물 수거 및 관리

### 가. 개요

- 감염 예방을 위해 오염 세탁물과 일반 세탁물을 명확히 구분하여 수거하고 처리하는 절차는 필수임.
- 교차 오염을 방지하기 위해 수거, 세탁, 보관 전 과정에서 위생적이고 일관된 절차를 적용해야 하며, 자체 세탁 또는 외부 위탁 여부에 따라 적정 기준 준수 여부를 점검함.
- 본 항목은 ① 오염 세탁물 구분 수거 및 운반 관리, ② 감염 예방 기준에 따른 세탁 수행 또는 위탁 기준 확인, ③ 청결 세탁물의 위생적 보관 상태를 종합적으로 평가함.

### 나. 조사항목

| 구분 | 조사 항목 | 배점 | 평가 | | 평가 방식 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Y | N | |
| 26 | 오염 세탁물과 일반 세탁물을 구분하여 수거하고 있다. | 3 | □ | □ | 현장 |
| 27 | 자체 세탁 시 감염 예방 기준을 준수하거나, 외부 위탁 시 세탁 기준 준수 여부를 확인할 수 있는 자료를 보유하고 있다. | 3 | □ | □ | 서류<br>현장 |
| 28 | 세탁이 완료된 세탁물을 청결한 공간에 위생적으로 보관하고 있다. | 3 | □ | □ | 현장 |

### 다. 항목 이해

| 구 분 | 26번 항목: 세탁물 구분 수거 체계 |
|---|---|
| 정 의 | 내 용 |
| 항목이해 | -감염 전파 예방을 위해 오염 세탁물을 일반 세탁물과 구분하여 수거하고, 외부 오염이 발생하지 않도록 밀봉 운반 여부를 확인함. |
| 확인자료<br>(현장) | -세탁물 수거 용기의 형태 및 밀폐상태<br>-오염/일반 세탁물 식별 표식(라벨, 색상 구분)<br>-수거 장소의 위생상태 |
| 판단기준<br>및<br>유의사항 | -오염 세탁물 전용 용기가 별도로 지정되어 있으며, 일반 세탁물과 섞이지 않도록 색상이나 명확한 라벨로 구분해야 함<br>-수거된 세탁물은 즉시 밀봉하거나, 운반 중 외부로 노출되지 않도록 완전하게 밀폐된 상태로 이동되어야 함<br>-수거 용기가 뚜껑이 없는 개방형이거나, 오염 세탁물 일부가 노출된 상태로 운반되는 경우는 불인정<br>-수거 담당자는 일회용 장갑 등 적절한 개인보호구를 착용한 상태에서 수거 및 운반 작업을 수행해야 함 |

참고

▸ 세탁물 구분 및 관리

| 구분 | 오염세탁물 | 일반세탁물 |
|---|---|---|
| 정의 | 감염성 물질에 오염되거나 오염의 우려가 있는 세탁물<br>① 법정감염병(의심) 입소자가 사용한 세탁물<br>② 피, 고름, 배설물 등에 오염된 세탁물<br>③ 그 밖의 감염성 병원균에 오염된 세탁물 | 오염세탁물 외의 세탁물 |
| 보관 예시 | | |
| 세탁물 구분 안내 예시 | **오염세탁물**<br>· 감염병 입소자가 사용한 세탁물<br>· 입소자의 혈액, 체액, 분비물, 배설물 등에 오염된 세탁물<br>· 감염성 병원균에 오염될 우려가 있거나 오염된 세탁물<br>→ 주황색 햄퍼에 넣어주세요.<br>→ 햄퍼 뚜껑 덮기 / 사용한 세탁물 만진 후 손위생 | **일반세탁물**<br>· 오염세탁물 외 세탁물<br>→ 회색 햄퍼에 넣어주세요.<br>→ 햄퍼 뚜껑 덮기 / 사용한 세탁물 만진 후 손위생 |

출처: 2024 비의료기관용 감염취약시설 감염관리 매뉴얼, 부산광역시, p. 59

출처: 2024 비의료기관용 감염취약시설 감염관리 매뉴얼, 부산광역시, p.61

<table>
<tr><td colspan="2">구 분</td><td>27번 항목: 감염 예방 기준 준수 또는 외부 위탁 확인 여부<br>※ 본 항목은 2027년 인증제부터 일부 기준이 강화될 예정이므로 사전 준비 필요</td></tr>
<tr><td colspan="2">정 의</td><td>내 용</td></tr>
<tr><td colspan="2">항목이해</td><td>-감염 예방을 위한 살균 세탁, 소독제 사용 등 세탁 기준을 준수하고 있는지, 또는 외부 위탁 시 위탁기관의 세탁 기준이 명확히 확인되는지를 평가함.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">확인자료</td><td>현장</td><td>-자체 세탁: 세탁실 내 염소계 소독제 비치 상태, 세탁기 온도 설정 상태</td></tr>
<tr><td>서류</td><td>-외부 위탁: 위탁 계약서, 세탁 기준 확인서, 업체 세탁 운영 지침 등</td></tr>
<tr><td colspan="2">판단기준<br>및<br>유의사항</td><td>① 자체 세탁 시<br>•세탁기를 일반용과 오염용으로 각각 지정하여 사용함<br>-현장에서 라벨링 등으로 지정 여부 확인<br>-예외 인정: 세탁기가 1대인 경우, 오염 세탁물을 세탁기에 넣기 전 별도 용기에서 1차 소독(50℃ 이상 온수 또는 염소계 소독 사용)을 완료한 후, 일반 세탁물과 합쳐서 본 세탁을 진행하는 경우에 한해 인정함<br>[2027년 인증제부터 기준 강화]<br>▸오염 세탁물 처리를 위한 전용 세탁기 별도 비치 필수(온도 설정 및 확인 가능)<br>▸기존 ‘1대 세탁기 병행 사용에 대한 예외 인정’ 기준 삭제<br>•오염 세탁물 세탁 시 다음 중 하나를 충족해야 함<br>-살균 세탁: 50℃ 이상의 온수에서 세탁<br>* 살균 세탁(다음 중 1개 이상을 만족하는 경우)<br>° 세탁기 사양서(매뉴얼)에 명시된 온도 사양 확인<br>° 세탁기 제어판 상 ‘온수’ 코스 또는 ‘50℃이상’의 수치가 명시된 코스를 선택하는 경우<br>° 세탁실에 온수를 공급하는 보일러의 설정 온도가 50℃ 이상으로 설정<br>-염소계 소독제 사용: 찬물 세탁 시 염소계 소독제를 적정 농도로 희석하여 세탁<br>-온수 미사용, 찬물 세탁, 단순 일반 세제만 사용한 물세탁은 불인정<br>•일반 세탁물은 일반 세제를 사용하여 살균 세탁(50℃ 이상의 온도)을 하거나, 일반 세탁 후에는 고온 건조(건조기 사용) 과정을 거치도록 함.<br>② 외부 위탁 시<br>- 위탁 계약서, 세탁 기준 확인서, 절차서 등을 통해 위탁업체가 감염 예방 기준에 따라 세탁하고 있는지 확인되어야 함</td></tr>
<tr><td colspan="2">참고</td><td>▸ 세탁 대장 서식(안)<br>- 본 서식은 세탁물 관리의 기록·보관을 위한 예시 서식이며, 인증제의 공식 서식 또는 필수 서식은 아님. 각 기관은 필요에 따라 수정·활용 가능함.
<table>
<tr><th colspan="6">세탁물 관리 일지</th></tr>
<tr><td>담당자</td><td>일자</td><td>세탁물 종류</td><td>세탁 시간</td><td>세탁 방법</td><td>비고</td></tr>
<tr><td>홍○○</td><td>25. 08. 23.</td><td>오염세탁물</td><td>13:40</td><td>살균세탁</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>25. 08. 25.</td><td>오염세탁물</td><td>11:00</td><td>소독제 사용</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
○ 세탁 시 유의 사항<br>- 오염세탁물 세탁 시 50℃이상의 온수 또는 염소계 소독제를 사용하여 세탁해야 한다.<br>- 세탁이 끝난 세탁물은 세탁물 수집 장소와 분리된 위생적인 장소에 종류별로 정리하여 보관해야 한다.<br>- 세탁물 보관 장소 외의 장소에서는 수집된 세탁물을 분류하거나 해치는 작업을 하지 아니하여야 한다.</td></tr>
</table>

| 구 분 | 28번 항목: 세탁물 보관 상태 |
|---|---|
| 정 의 | 내 용 |
| 항목이해 | -세탁이 완료된 청결 세탁물이 재오염되지 않도록 보관 공간과 방식이 위생적으로 유지되고 있는지를 확인함 |
| 확인자료 (현장) | -오염 세탁물 수거 구역과 청결 구역 세탁물 보관 구역의 구분(분리)<br>-수납장 내외부 청결도 및 바닥과의 이격 상태<br>-먼지 차단(문, 덮개 등) 여부 |
| 판단기준 및 유의사항 | -세탁물은 환기가 가능하고 청결한 전용 공간(예: 수납장, 전용 컨테이너, 선반 등)에 보관되어야 함.<br>-보관 장소에 곰팡이 흔적, 누수, 먼지 다량, 바닥 직접 접촉 흔적 등이 확인될 경우 불인정<br>-세탁물이 바닥에 직접 닿지 않도록 보관되어야 하며, 보관함 내·외부 위생 상태가 유지되어야 함.<br>-세탁물을 바닥에 방치하거나, 청소가 되지 않은 비위생적인 공간에 보관한 경우 불인정<br>-외부 오염을 막을 수 있는 덮개, 커튼, 밀폐 보관함 등 활용 여부 |

## 3.2. 병상 및 환기 관리

### 3.2.1. 병상 간 물리적 분리 및 실내 환기

#### 가. 개요

- 요양시설의 병상은 다인실 중심으로 구성되어 있으며, 감염 확산 위험을 줄이기 위해 물리적인 병상 분리 조치 및 환기 관리는 필수적임.
- 특히 고령자 및 면역저하자를 대상으로 한 집단 생활 공간에서는 호흡기 전파 감염 예방을 위한 공간 구획과 실내 공기 순환이 효과적인 예방 수단임.
- 본 항목은 병상 간 분리 조치(칸막이, 커튼 등)와 정기적인 환기 관리 여부를 중심으로, 시설 구조적 현실에 맞춘 감염 예방 조치를 평가함.

#### 나. 조사항목

| 구분 | 조사 항목 | 배점 | 평가 | | 평가 방식 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Y | N | |
| 29 | 다인실 병상 간에 칸막이 또는 커튼 등 물리적 분리 수단이 설치되어 있다. | 3 | □ | □ | 현장 |
| 30 | 자연환기 또는 기계식 환기 설비를 활용하여 환기 기준에 따라 정기적으로 실내 환기를 실시한다. | 7 | | | 서류 현장 |
| | ① 자연환기를 통한 실내환기를 하루 3회 이상 실시하고 있다. | 3 | □ | □ | |
| | ② 환자(입소자) 침실 1곳 이상 기계식 환기 설비가 설치되어 있으며, 관련 환기 기준을 충족하고 있다. | 2 | □ | □ | |
| | ③ 공용공간(예: 프로그램실, 물리치료실 등) 1곳 이상 기계식 환기 설비가 설치되어 있으며, 관련 환기 기준을 충족하고 있다. | 2 | □ | □ | |

## 다. 항목 이해

| 구 분 | 29번 항목: 병상 간 분리 조치 유무 확인 |
|---|---|
| 정 의 | 내 용 |
| 항목이해 | -병상 간 비말 전파를 차단하기 위한 커튼, 이동식 칸막이 등 물리적 차단 수단이 적절하게 설치되어 있는지를 확인함. |
| 확인자료 | -다인실 내 칸막이 및 커튼 설치 현황 |
| 판단기준 및 유의사항 | -다인실 병상 간에는 커튼 또는 칸막이 등이 양쪽 침상 사이에 설치되어야 하고, 환자의 머리 높이 이상이어야 함(한쪽 병상에만 설치된 경우는 불인정)<br>-2인실의 경우, 침대 사이 구획이 명확하면 한쪽 설치도 인정<br>-망사 형태(비말 차단 불가)이거나, 오염이 육안으로 확인되는 경우는 불인정 |

| 구 분 | | 30-①번 항목: 자연 환기 이행 여부 |
|---|---|---|
| 정 의 | | 내 용 |
| 항목이해 | | -기계식 환기 설비 유무와 상관없이 창문 개방이 가능한 모든 공간에 대해 자연환기 시행여부를 평가함.<br>-자연 환기는 창문이나 출입구를 통한 환기, 창문이나 외벽체에 팬을 설치하는 경우에 해당함.<br>-자연 환기가 가능한 공간(예: 병실, 복도 등)에서 창문 개방을 통해 하루 3회 이상 환기를 시행하고 있는지를 평가함.<br>-환기 시간, 횟수, 방법, 담당자 등이 문서로 명확히 관리되고 있어야 함. |
| 확인자료 | 현장 | -창문 개방 및 작동 상태, 공간 내 공기 흐름 여부 등 |
| | 서류 | -환기 관리 일지(시간, 횟수, 담당자 서명 포함), 시설 내 환기 운영지침 등 |
| 판단기준 및 유의사항 | | -창문 개방을 통한 환기가 매일 3회 이상, 회당 10분 이상 실시되고 있음<br>-환기 일정표 또는 체크리스트에 시간과 횟수, 담당자 내역이 기재되어 있음<br>-환기 계획 또는 지침 문서에 환기 주기, 담당자 역할이 명시되어 있음<br>(단순 구두 진술 여부만으로는 불인정)<br>-구조적으로 자연 환기가 불가능한 공간에서 대체 환기 수단 없이 운영 중인 경우는 불인정<br>-외부 기상 악화 시에는 환기 시간을 조정하되, 그 사유를 일지에 기록해야 함 |
| 참고 | | ▸ 환기 일지 서식(안)<br>- 본 서식은 환기 수행 관리를 위한 예시 서식이며, 인증제의 공식 서식 또는 필수 서식은 아님. 각 기관은 필요에 따라 수정·활용 가능함.<br><br>※ 출처: 2024 비의료기관용 감염취약시설 감염관리 매뉴얼, 부산광역시, p.91 |

| 구 분 | | 30-②, ③번 항목: 기계식 환기 기준 충족 여부 |
|---|---|---|
| 정 의 | | 내 용 |
| 항목이해 | | -본 항목은 실내 공기 질 유지를 위한 기계식 환기설비의 설치 및 실제 운영 여부를 평가함.<br>-기계식 환기란 건물의 공조장치 또는 환기 전용 설비를 통해 강제로 급기·배기를 수행하는 방식으로, 다음과 같은 형태가 이에 해당함: 천장형, 바닥 상치형, 스탠드형, 창가 부착형(벽부형) 등<br>-해당 항목은 단순 설치 여부가 아닌 설비의 실제 가동, 운영 목적 부합성, 유지관리 체계 등을 종합적으로 확인함.<br>-평가는 환자(입소자)가 상시 생활하는 공간(침실, 프로그램실, 물리치료실 등)에 기계식 환기설비가 설치되어 있는지를 기준으로 판단하며, 일부 공용공간(예: 복도, 로비)만 설치된 경우는 인정하지 않음 |
| 확인자료 | 현장 | -기계식 환기 설비의 설치 및 작동 상태, 설치 위치(침실, 프로그램실, 물리치료실 등) |
| | 서류 | -설비 설치 확인서(사양서, 성능서 등), 작동 일지, 점검표, 유지관리 기록(필터 교체 등), 환기 운영 내부 지침 등 |
| 판단기준 및 유의사항 | | -환자(입소자) 침실에 환기 설비가 설치되어 있고, 외기 도입 모드로 운영 중인 경우 인정함<br>※ 격리병실에 기계식 환기 설비가 설치되어 있어도 인정함<br>-기계식 환기 설비가 매일 가동 중이며, 운영 시간과 방식이 문서화되어 있음<br>(실제 가동되지 않거나, 사용 주기가 불명확한 경우는 불인정)<br>-설비의 설치 사양서 또는 성능 확인서에 환기 면적, 환기량 등이 명시되어 있음<br>-유지관리 점검 내역이 최소 월 1회 이상 작성·보관되어 있음<br>-공기청정기, 단순 환기팬은 기계식 환기설비로 인정하지 않음<br>-환자 침실, 프로그램실, 물리치료실 이외 공간에만 설치된 경우는 해당 항목 충족으로 인정하지 않음 |
| 참고 | | ▶ 기계식 환기 설비에 따른 실내 환기 지침(질병관리청)<br>○ 환기설비 외기 도입량을 가능한 높게 설정하여 최대한 외부 공기로 환기<br>▸ 외기 도입량과 배출량을 모두 100%로 설정 (내부 순환모드 운전 지양)<br>○ 고위험 시설에서는 고성능 필터(HEPA) 사용 권장, 주기적 교체<br>▸ 필터와 카트리지 사이에서 누설이 발생하지 않도록 설치에 유의할 것<br>○ 위생 배관을 통한 기류 이동이 없도록 조치<br>▶ 실내공기 100% 급·배기하기 위한 기계식 환기 장치 가동시간 구하기<br>❶ 면적과 천장의 높이를 실측한다.<br>- 활동실의 면적 : 60㎡(6m × 10m)<br>- 천장의 높이 : 3m<br>❷ 공간의 체적을 구한다.<br>- 활동실 전체 공간의 체적 : 180㎥(60㎡×3m)<br>❸ 제품사양서 확인하여 기계식 환기장치의 사용기준 급·배기율을 확인한다 : 360㎥/h<br>(예) 환기량 100% 기준 가동시간 = $\frac{\text{활동실 전체 공간의 체적}}{\text{기계식 환기장치 사용기준 급·배기율}} = \frac{180\,\text{m}^3}{360\,\text{m}^3/h} = 0.5h = 30\text{분}$ |

## 3.3. 방역 물품의 체계적 관리

### 3.3.1. 감염관리 물품 보관

#### 가. 개요

- 감염 예방 활동에 사용되는 개인보호구, 장갑, 체온계, 손소독제 등은 외부 오염 없이 청결하고 체계적으로 보관되어야 하며, 사용 가능 여부와 유효성 관리가 이루어져야 함.
- 본 항목은 감염관리 물품의 전용 보관 공간 확보 여부와 위생 상태, 정기적인 점검·정리 체계가 작동하는지를 종합적으로 평가함.

#### 나. 조사항목

| 구분 | 조사 항목 | 배점 | 평가 | | 평가 방식 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Y | N | |
| 31 | 감염관리 물품(멸균장갑, 멸균거즈, 인슐린 주사기 등)이 전용 공간에 보관되어 있으며, 위생적으로 정리되어 있다. | 3 | □ | □ | 현장 |
| 32 | 감염관리 물품의 상태, 유효기간, 보관 조건 등이 정기적으로 점검되고 있다. | 3 | □ | □ | 서류 현장 |

#### 다. 항목 이해

| 구 분 | 31번 항목: 감염관리 물품 보관 상태 |
|---|---|
| 정 의 | 내 용 |
| 항목이해 | -감염관리 물품이란 멸균물품(예: 멸균장갑, 멸균거즈, 인슐린 주사기 등)을 포함하여 감염 예방 및 관리를 목적으로 사용하는 물품을 의미함.<br>-이 중 '보관 상태' 평가는 아직 사용되지 않은 물품(예비 물품)에 한정하며, 상시 배치된 손소독제 등 사용 중인 물품은 평가 대상에서 제외함.<br>-감염관리 물품이 외부 오염 없이 전용 보관 공간에 종류별로 정리되어 있으며, 보관 공간이 위생적으로 유지되고 있는지를 확인함. |
| 확인자료 (현장) | -전용 수납장 또는 선반의 청결상태<br>-종류별로 구분하여 보관<br>-밀폐 보관상태 |
| 판단기준 및 유의사항 | -물품을 바닥에 놓지 않고, 바닥에서 떨어진 선반이나 수납장에 보관해야 함<br>-식품, 기저귀 등 일반 생활용품과 완전히 분리되어 전용 공간(박스, 서랍 등)에 보관되어야 함<br>-습기, 직사광선, 먼지로부터 차단된 밀폐형 구조(문이 있는 수납장 등)에 보관함<br>-물품 박스를 바닥에 직접 쌓아두거나 창고 구석에 방치한 경우는 불인정<br>-멸균 물품의 포장이 훼손, 변색되거나 젖어 잇는 경우는 불인정<br>-사용 중인 물품과 예비 물품이 구분 없이 뒤섞여 있는 경우는 불인정 |

<table>
<tr><th colspan="2">구 분</th><th>32번 항목: 감염관리 물품 점검 및 안전성 관리</th></tr>
<tr><td colspan="2">정 의</td><td>내 용</td></tr>
<tr><td colspan="2">항목이해</td><td>-감염관리 물품의 유효기간과 파손 여부를 정기적으로 확인하여, 실제 사용 시 안전성을 담보하는 운영체계가 작동하는지를 평가함</td></tr>
<tr><td rowspan="2">확인자료</td><td>현장</td><td>-점검표에 기록된 물품 중 무작위로 선정하여 현장 실물의 유효기간 및 파손여부를 확인함</td></tr>
<tr><td>서류</td><td>-감염관리 물품 점검표(또는 유효기간 관리대장): 품목별 유효기간, 점검일, 담당자 성명, 점검 내용, 조치결과 기재</td></tr>
<tr><td colspan="2">판단기준 및 유의사항</td><td>-점검표에는 점검일, 담당자 성명, 점검 내용, 조치 결과(폐기·교체 등)가 포함되어야 함<br>-감염관리 물품에 대한 유효기간 및 상태 점검은 최소 반기 1회 이상 문서로 실시되어야 함 (유효기간이 지난 물품이 사용 가능한 상태로 남아 있는 경우 불인정)<br>-파손되었거나 오염된 물품은 적시에 폐기 또는 교체되어야 하며, 관련 내역이 기록으로 남아 있어야 함<br>-점검은 반드시 문서 기반으로 이루어져야 하며, 비공식적 구두 점검은 불인정<br>-감염관리 목적이 아닌 일반 생활용품(예: 세면도구, 휴지 등)은 본 항목의 점검항목에 미포함</td></tr>
<tr><td colspan="2">참고</td><td>▸ 감염관리 물품 관리 서식(안)<br>- 본 서식은 감염관리 물품의 점검을 위한 예시 서식이며, 인증제의 공식 서식 또는 필수 서식은 아님. 각 기관은 필요에 따라 수정·활용 가능함.
<table>
<tr><th colspan="8">감염관리 물품 관리 대장</th></tr>
<tr><th>담당자</th><th>점검일</th><th>물품명</th><th>수량</th><th>입고일</th><th>유효기간</th><th>보관장소</th><th>상태</th><th>조치사항</th></tr>
<tr><td>홍○○</td><td>25. 08. 11.</td><td>알코올</td><td>4.</td><td>25. 01. 17.</td><td>25. 07. 10.</td><td>2층 병동</td><td>유효기간 경과</td><td>폐기</td></tr>
<tr><td>김○○</td><td>25. 08. 11.</td><td>멸균 장갑</td><td>3</td><td>25. 08. 10.</td><td>26. 02. 10.</td><td>1층 창고</td><td>양호</td><td>-</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table></td></tr>
</table>

# 4. 신속 대응 기반 강화
## 4.1. 지역사회 협력 및 대응 연결망 구축
### 4.1.1. 의료기관 연계 및 연락체계

#### 가. 개요

- 감염병 의심자가 발생하거나 집단 증상 발생 등 비상 상황이 감지될 경우 신속한 대응을 위해, 요양시설은 사전에 협력 가능한 의료기관과의 연계체계를 구축해두어야 함.
- 특히 응급 이송, 감염 의심 환자 진료 의뢰, 상황 공유 등이 가능한 병·의원과의 연락 체계를 문서화하고, 관련 내용을 담당자가 숙지하여 실제로 작동 가능한 상태로 유지하는 것이 중요함.
- 본 항목은 감염병 유증상자 발생 시 즉시 연락 가능한 의료기관의 정보가 확보되어 있는지, 관련 정보가 문서화되어 있고 실질적으로 활용 가능한 상태인지를 평가함.

#### 나. 조사항목

| 구분 | 조사 항목 | 배점 | 평가 | | 평가 방식 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Y | N | |
| 33 | 감염 의심자 발생 시 응급 이송 또는 진료 협의가 가능한 의료기관이 사전 지정되어 있으며, 관련 정보가 문서로 정리되어 있다. | 5 | □ | □ | 서류 |

#### 다. 항목 이해

| 구 분 | 33번 항목: 감염병 발생 시 의료기관 연계 여부 |
|---|---|
| 정 의 | 내 용 |
| 항목이해 | -감염 의심자가 발생했을 경우, 진료 협의 또는 이송 가능한 의료기관이 사전 지정되어 있고, 해당 정보가 문서화되어 실질적으로 활용 가능한지를 확인함. |
| 확인자료 | -다음 ①, ② 서류를 모두 확인한다.<br>① 의료기관 협력 정보: 기관명, 협약서 또는 협의 확인 공문, 전원 시 사용하는 의뢰·회신 양식 등<br>② 비상연락망: 의료기관별 담당자 직위 또는 소속, 직통 연락처 |
| 판단기준 및 유의사항 | -협력 의료기관이 1곳 이상 지정되어 있어야 하며, 다음 정보를 모두 포함해야 함<br>(병·의원명, 담당자 직위 또는 소속, 직통 연락처)<br>-내부 감염관리 계획서, 대응 지침, 또는 비상연락망 문서에 해당 정보가 포함되어 있어야 함<br>-의료기관명만 나열된 단순 목록, 지역 보건소 단독 기재는 불인정<br>-구두 인식만 있고 문서화되지 않은 경우는 불인정<br>-병원 대표번호(ARS)만 기재되어 비상 시 즉각적인 연결이 불가능한 경우 불인정 |
| 참고 | ▸ 협력 의료기관 비상연락망(안)<br>- 본 서식은 협력 의료기관 비상연락망 기록·보관을 위한 예시 서식이며, 인증제의 공식 서식 또는 필수 서식은 아님. 각 기관은 필요에 따라 수정·활용 가능함. |

**협력 의료기관 비상연락망**

| 기관명 | 소속/직위 | 연락처 | 비고 |
|---|---|---|---|
| *○○병원* | *응급실/간호사* | *051-000-0000* | *야간 연락 가능* |
| *□□의원* | *의사* | *010-0000-0000* | *주말 휴무* |
| | | | |