

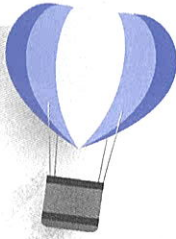


Part
5

의무기록

의무기록관리학





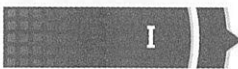
**CERTIFICATE of
HOSPITAL ADMINISTRATOR**





의무기록관리학

· 단원별 요약정리



I 의무기록 정보관리

1. 의무기록

환자의 질병에 관련되는 모든 사항과 병원이 환자에게 제공해 준 검사, 치료 및 결과에 관한 사항을 기록한 문서나 정보이다. 그러므로 자료의 완전하고 정확한 내용이 기록되어야 한다.

- ※ 의무기록사는 규정에 맞추어 의무기록을 정질 분석 및 정량 분석(Qualitative and quantitative analysis)하여 누락된 내용이나 모순점을 찾아내어 해당 의사들로 하여금 신속하게 완성시키도록 한다. 의무기록사의 의무기록 정질분석은 의사에 의한 의료의 정질분석과 혼동해서는 안 된다.
- ※ 의무기록은 환자의 임상진료와 관리에 관련된 모든 정보의 집합체이다. 의무기록은 임상의사의 기억을 보조하는 정보 저장소이며, 의학적 의사결정 과정의 직접적인 도구이고, 임상 경험과 의학 지식 축적의 보고이며, 의학 및 임상의학 연구 수행의 핵심적 기반이다.
 - ▷ 환자에게 주는 가치: 양질의 의료제공, 재원기간 단축, 검사비용절약, 법적문제 참고자료
 - ▷ 의사에게 주는 가치: 양질의 의료제공 참고자료, 진단과 치료방향 설정 도움, 법적문제 발생시 진료행위 입증 자료
 - ▷ 병원에게 주는 가치: 진료활동 및 능력평가, 법적 문제시 증거자료로 제시, 수련병원의 전공의 교육자료, 진료비 산정 근거, 병원경영 참고자료

2. 의무기록부서의 주요 기능

환자 진료에 관한 정보를 효율적으로 수집·분석·보관하며 필요시에 쉽게 검색해 낼 수 있는 정보체계를 계획·유지해야 한다.

3. 효율적인 의무기록 대출·관리 업무

배열 안내판, 기록소재 안내판이 필요

- ※ 의무기록실을 설계하는 데 가장 기본적으로 고려할 요소는 업무의 흐름이다.

4. 의무기록 작성

- 의무기록에 사용하는 용어는 영어와 한글을 혼용할 수 있다.
- 작성된 기록은 그 원본을 의무기록에 첨부해야 한다.

- 모든 서식의 '기록란'은 공백없이 촘촘하게 연속하여 기록한다.
 - 전출기록(transfer out note)은 환자가 치료받던 과에서 다른 과로 전과될 때 환자를 보내는 과에서 작성
 - 전입기록(transfer in note)은 환자를 새로 받은 과에서 작성
- ※ 구두지시(verbal order)의 처리방법
 모든 의사지시는 날짜와 서명이 필요하며 경우에 따라서는 전화로 구두로 지시를 내리는데 이러한 것을 "telephone order" 또는 "verbal order"라고 하며 구두지시는 간호사가 기록하고 지시를 내린 의사는 24시간 이내, 첫 방문 시에 확인부서 서명(countersign)해야 한다.

5. 진료기록 보존(의료법 시행규칙 제18조)

구분	2년	3년	5년	10년
기록보존	처방전	진단서 등 부분 (진단서·사망진단서 및 시체검안서 등을 따로 구분)	환자명부, 검사소견기록, 방사선사진, 및 소견서, 간호기록부, 조산기록부	진료기록, 수술기록

- ※ 진료에 관한 기록은 마이크로필름이나 광디스크 등에 원본대로 수록하여 보존할 수 있다. 방법으로 진료에 관한 기록을 보존하는 경우에는 필름촬영책임자가 필름의 표지에 촬영일시와 본인의 성명을 적고, 서명 또는 날인하여야 한다.

6. 진료기록 사본발급 시 환자의 동의

변호사의 소송자료 조사용, 생명보험회사의 보험 지급비 심사용

- ※ 법원의 증거 보존 신청용과 건강보험심사평가원의 진료비 심사용은 환자의 동의를 필요로 하지 않는다.

7. 의무기록의 원본이 필요한 경우

법원에서 증거물로 의무기록을 요구할 때 이외에는 의무기록 원본을 밖으로 가져갈 수 없다. 이때 의무기록 사본을 이용하도록 노력해 보고 안 될 경우 원본을 맡기고 올 때는 법정의 직원에게서 보관증을 받아 와서 그 기록이 돌아올 때까지 그의 사본과 함께 제자리에 배열하여 둔다.

8. 진료기록 사본을 발급 받을 때의 구비서류

대리인(가족포함)의 경우 구비서류

- 주민등록증(대리인 혹은 가족), 위임장(환자 본인이 직접 작성, 날인), 동의서
- 다만 환자가 사망, 의식불명, 미성년자일 경우에만 환자의 보호자를 대신함(주민등록등본 등 관계를 확인하는 서류 지참. 단, 사망시에는 가족관계증명서)

9. 부검 동의서

부검을 시행한 환자의 의무기록에는 환자 또는 그의 직계가족이 서명한 부검승낙서가 반드시 포함되어 있어야 하며 부검시행 후 임시보고서는 3일 이내에, 최종보고서는 3개월 이내에 의무기록에 첩해져야 한다.

10. 단기간 입원기록지(short stay medical record)

이 서식은 편도 & 아테노이드 절제술, 방광경 검사, 포경수술 등 입원기간이 48시간 이내인 단기간 입원환자에게 사용한다.

11. 의무기록관리

- 1) 분산화 관리: 입원기록은 별도로 외래 각과 기록은 각각 해당과에서 따로따로 보관하는 방법
- 2) 중앙화 관리: 입원기록과 외래 모든 진료과의 기록을 모두 하나로 합철하여 배열 관리하는 방법
- 3) 절충식 중앙화 관리: 입원기록은 따로 보관하되 한 환자의 외래 각과 기록은 모두 함께 철하여 한곳에서 관리하는 방법
 - 끝숫자 배열방법은 한 번호를 세부분으로 나누어 끝의 두 자리를 위주로 하여 배열하는 방법으로 1단위 2단위 3단위로 순서대로 나누어 읽고 하나의 간격을 00부터 99까지로 한다.
 - 지금의 경우를 읽을 때는 86-99-34라고 읽고, 3단위가 99안에 포함되므로 한자리만 올려서 35-99-86이 된다. 35(제3단위)-99(제2단위)-86(제 1단위)

※ 장점 - 새로 발행된 번호의 차트들이 배열될 때 전체 배열구역에 골고루 분산되어 배열되므로 한 구역에 업무량이 밀집되는 일이 없다는 것
 - 전체 배열구역에 업무량이 골고루 분산되어 있으므로 일의 능률도 오를뿐 아니라 정확성을 유도할 수 있고 업무의 정확성 평가도 가능하게 됨
 - 신속한 색출과 배열을 돕고 배열 착오를 방지하기 위하여 색상 코드 홀더 (또는 색 스티커)를 사용할 경우 그 효율성이 극대화 됨

▷ 단일번호제도: 한 환자에 한 번호를 부여하는 제도

12. 의무기록 번호 부여제도

- 1) 일련번호제도: 환자가 내원할 때마다 새 번호를 부여하여 한 환자의 의무기록을 각각의 번호에 따라 배열하는 제도
- 2) 일련 - 단일 혼합번호제도: 환자가 내원할 때마다 번호를 부여하되 이전의 기록(old chart)을 새 번호로 옮겨주어 그 환자의 모든 기록을 한 곳에 보관하는 제도
- 3) 단일번호제도: 환자가 병원에 처음 와서 진찰등록증을 교부받을 때 정해진 등록번호를 외래나 입원 또는 재입원 등에 관계 없이 그 병원 내의 모든 과에서 평생 사용하는 제도이다.

※ **일련-단일 혼합번호제도**

- **장점** -연계성 있는 진료를 제공할 수 있다는 점
 - 기록 배열장을 100% 완전히 채워가며 배열하여 나가는 동시에 재입원하지 않는 환자들의 기록은 계속 원래의 자리에 남게 되어 사용빈도가 낮은 기록의 관리가 용이하다는 점
 - 환자 색인카드에 새 번호를 계속 기록해 주어야 한다는 점
 - 먼저 입원한 기록이 계속 새 번호의 자리로 옮겨지므로 먼저 기록의 배열장에 공간이 계속 생기게 된다는 점
- **단점** -그 환자의 이전 번호가 반드시 확인되어야만 기록을 한 곳에 모을 수 있다는 점

13. 문제지향식 의무기록 체계(POMR system)

1) 구성요소

(1) 기초자료(data base)

- 진단을 내리기 전, 환자에 관한 정보를 되도록 자세하고 광범위하게 수집하여 환자의 문제점을 파악하고, 치료방침을 결정하는데 필요
- 주소, 현재 및 과거병력, 가족력, 사회적, 의학적 소견, 생리적 자료, 검사소견 등

(2) 문제목록(problem list): 가장 핵심적인 요소, 진단명(질환) 등을 기재

(3) 초기계획(initial plan): 진단계획, 치료계획, 교육계획, 추적계획

(4) 경과기록(progress note): 장기 지속된 문제 시 그 문제와 관련된 항목(증상, 검사소견, 약투여 등)등을 SOAP 형식으로 작성

※ Subject(S: 주관적 정보), Object(O: 객관적 정보), Assessment(A: 분석평가), Plan(P: 계획)

- 주관적 정보(S): 환자 또는 그 가족이 제공 하는 증상, 병력 등을 기재
- 객관적 정보(O): 신체조사 결과, 임상검사 소견 등에서 얻어지는 것
- 분석평가(A): 주관적 정보와 객관적 정보를 토대로 한 의사의 판단, 진단 및 예후에 대한 전망
- 계획(P): 앞으로의 진단과 치료에 대한 계획, 환자나 가족에 대한 교육계획 및 추적계획

14. 현재병력, 확진, 추정진단 및 퇴원요약지

1) 현재 병력(Present illness)

주된 증상(chief complaint)이 발생하여 현재까지의 질병 경과 양상을 상세히 기술하는 항목이다.

2) 확진

- ① pathological diagnosis(병리학적 진단명): final diagnosis(최종 진단명 일치)
- ② post-operative diagnosis(수술 후 진단): 수술 후 확인된 진단으로 병리학적 진단과 일치하지 않을 수도 있음

3) 추정진단: diagnostic impression, rule out.

4) 퇴원 요약(discharge summary)

입원기간 동안 환자 질병의 경과, 검사, 치료, 결과에 대한 것을 한 눈에 볼 수 있게 요약해 놓은 기록으로서 작성 목적은 의무기록의 내용을 짧은 시간에 효과적으로 검토하여 환자 진료에 참고하는 것이다.

[작성요령]

- 환자의 인적사항은 환자에게서 직접 정보를 수집하는 것이 가장 좋고 불가능한 경우에는 입원 시에 환자를 동반한 직계가족에게서 정보를 수집한다.
- DOA 환자는 입원환자로 간주하지 않으므로 입퇴원기록은 작성되지 않으나, 별도의 대장에 기록한다.
- 사망환자의 경우 부검 시행여부를 기록하며, 탈원한 환자도 입원환자에 해당되므로 입퇴원기록을 작성해야 한다.

15. 진단

- 종진단: 환자의 입원 기간 중의 모든 자료가 다 모여진 후 또는 어느 일련의 진료에 관련된 모든 검사가 완료된 후 기록된 진단
- 기타진단: 입원시 가지고 있었거나 입원 후 발생한 상태 또는 치료나 재원기간에 영향을 줄 수 있는 상태
- 협의진단: 주치의사가 자기 전문영역 밖의 문제가 환자에게 발생되었거나 의심이 갈 때 보다 정확한 진단과 치료를 위하여 다른 과 전문의사에게 협의진단을 의뢰하는 것

※ 협의진료기록은 주치의가 자기 전문영역 밖의 문제가 환자에게 발생되었거나 의심이 갈 때, 보다 정확한 진단과 치료를 위하여 다른과 전문의사에게 협의진단을 의뢰할 때 작성하게 됨

16. 의무기록의 용도

- 환자에게 일관성 있는 지속적인 치료를 제공할 수 있는 근거자료
- 환자 치료를 담당한 여러 치료자(의사, 간호사 등)들 사이의 의사전달의 도구
- 의학연구 및 교육에 필요한 임상자료
- 법적 문제가 발생했을 경우 병원, 의사 및 환자보호
- 환자에게 제공된 의료의 질을 검토하고 평가
- 병원 통계 제공
- 진료비 산정의 근거자료

17. 외래기록을 보관하기에 적당한 방법

- mobile rack: 여러 개 배열장에 하나의 통로에 공간 배정하여 배열장을 이리저리 움직이며 사용
- open shelf: 가격이 가장 저렴하고 차트의 배열과 색출 신속, 외래예약제도를 시행하지 않는 경우, 이용량이 많은 외래기록 보관시 적당
- file cabinet: 가격 고가로 큰 병원의 차트 보관용으로 부적합

18. 서식

- 입퇴원기록: 최종진단명, 수술·처치·검사명, 치료결과와 퇴원형태, 부검 시행여부, 추후 진료계획, 퇴원과명, 주치의사 및 담당 전공의사 서명, 환자 인적사항, 연고자 인적사항
- 퇴원요약(discharge summary, clinical resume): 입원기간 동안 환자 질병의 경과, 검사, 치료, 결과에 대한 것을 한 눈에 볼 수 있게 요약해 놓은 기록으로서 작성 목적은 의무기록의 내용을 짧은 시간에 효과적으로 검토하여 환자 진료에 참고하는 것이다.

※ 퇴원 요약지: 입원기간 동안 환자 질병의 경과, 검사, 치료 및 결과에 대한 것을 한눈에 볼 수 있게 요약한 기록지

- 경과기록(progress note): 입원기록으로부터 시작하여 입원기간 중에 연속적으로 기록하여 퇴원 또는 사망 시에 최종 경과 기록으로 끝나게 된다. 그리고 환자치료에 참여한 치료자 누구 나가 기록하게 된다.

※ 환자의 질병 상태의 변화, 척추천자, 생검, 간단한 절개 및 배농 등 진단이나 치료를 위한 검사나 처치 기록, 수술환자의 경우 수술기록, 수술부위의 상태변화, 감염여부, 봉합사제거 등을 기록한다.

- 전출기록(transfer out note)은 환자가 치료받던 진료과에서 다른 진료과로 전과될 때 환자를 보내는 진료과에서 작성한다.
- 전입기록(transfer in note)은 환자를 새로 받은 진료과에서 작성한다.
- 단기간 입원기록: 병원에서 단기간 입원기록을 사용하면 단기 입원환자의 의무기록을 효율적으로 작성할 수 있으며 편도선 절제술, 방광경 검사, 포경 수술 등 48시간 이내인 단기간 입원환자에게 사용한다.
- Graphic record: 병동의 간호사가 입원 후 일정한 간격으로 T.P.R, 식이, 대변, I/O(섭취량/배설량), 혈압 등을 기록한다.
- 수술기록의 Operative finding: 수술 부위의 장기 및 기관들의 정상 또는 비정상 상태는 수술 기록의 수술소견(operative finding)에 기재한다.

19. 기록의 보관방법 결정 시 고려해야 할 사항

- 의료법상의 보관 연한
- 재입원 또는 재진술

- 의학연구용 기록 열람 수
- 관리 경비

20. 의무기록의 사고(안전)관리(risk management)

- 장비하자(Equipment failures)
- 동의서를 받지 않은 경우(deficiencies in informed consents)
- 환자 사고(patient incidents)

21. 의무기록에 대한 책임

- 이사회: 의료에 따른 법적·도덕적 최종 책임을 지며, 병원운영과 관리에 최종적인 책임
- 병원장: 진료에 관한 정보가 부당하게 노출되거나 분실, 변조되는 일이 없도록 관리할 책임이 있으며, 이를 의무기록부서장에게 위임하고, 안전한 의무기록관리를 위해 필요한 인원과 장비 및 공간 지원
- 의무기록과장: 의무기록위원회의 간사 또는 서기로서 안전을 제안하고 회의록을 정리하며 기타 회무를 처리
- 주치의사: 정확하고 완전한 의무기록을 작성하는 최종 책임
- 의무기록사 업무: 의료기사 등에 관한법률 시행령 제2조(업무범위)
의료기관에서 질병 및 수술 분류, 진료기록의 분석·진료통계, 암 등록, 전사(轉寫)등 각종 의무(醫務)에 관한 기록 및 정보를 유지·관리하고 이를 확인하는 업무

22. 의무기록위원회

- 의무기록 서식의 제정 또는 개정심의
- 의무기록 관리규정 제정, 개정, 또는 폐지에 관한 심의
- 의무기록의 기록 항목 심의와 내용의 평가
- 의무기록의 보존, 관리와 연구개발에 관한 사항 심의

23. 산전기록

가족력, 월경력(최종월경일, 분만예정일), 병력, 현재임신, 이전 임신력, 신체조사, 골반검사, 임상병리검사, 연속적 산전관리기록

24. 산과기록의 ‘GPLDA’

G(gravida)임신, P(para)출산, L(live)생존아, D(Dead)사망수, A(abortion)유산
산전기록(Prenatal record)은 임신초기에 산과 외래를 방문할 때 시작되어 분만 전까지 정기적

으로 와서 기본적인 산전관리를 받을 때마다 기록되는 것이다.

25. 신생아기록에서 'birth history'를 기록

분만 시 신생아 기록(Birth history)은 아기를 받은 산과 의사가 기록하고, 아기를 인계받은 소아과 의사는 신생아 검진기록을 작성한다.

- ※ Apgar Score(아프가 점수): 신생아의 상태를 5가지 징후점으로 평가하며, 출생 1분과 5분에 측정함. A(appearance; 피부색[외모]), P(pulse; 심박수), G(grimace, 표정, 반사), A(activity; 근긴장), R(respiration; 호흡)
- ※ 출생 1분과 5분에 측정함. 피부색, 심박수, 근긴장, 호흡, 자극에 대한 반응을 0, 1, 2로 측정하여 총 10점 만점으로 점수가 높을수록 건강한 신생아임을 의미한다.

26. 의무기록이 개인적 문서이용

개인적 문서로 이용된다는 것은, 의무기록의 내용과 그 환자의 인적 사항이 함께 이용되는 경우를 말한다.

- 재입원이나 재진료 시에 과거 병력 파악
- 법원의 제시 명령
- 법적 문제에 관련하여 참고자료로 환자, 가족, 변호사가 이용하려는 경우
- 진단서 발급
- 환자 본인이 자기 의무기록 열람을 원하는 경우
- 기타 환자의 이름이 함께 사용되는 경우

※ 비개인적인 용도로 이용된다는 것은 환자의 이름과는 상관없이 의무기록의 내용만 이용되는 경우이며, 환자의 동의와 의사의 승낙 없이 이용할 수 있다. 개인적 문서로 이용은 의무기록 내용과 환자의 인적 사항과 함께 이용되는 경우이며 원칙상 환자의 동의와 주치의사의 승낙이 필요하다.

- 의무기록과에서 업무 처리를 하기 위하여 사용하는 경우, 즉 통계나 질병분류 등 기본 업무들을 처리할 때
- 의학 연구를 하기위하여 의무기록을 검토하는 경우
- 임상과에서 집담회 용으로 증례 보고자료를 만들기 위하여 이용하는 경우
- 의료의 질 평가를 하기 위하여 병원 내에 조직되어 있는 위원회에서 이용하는 경우

27. 의무기록 열람

의무기록 열람 등에 대한 사항을 규정하고 있는 의료법에서 환자의 치료 목적상 불가피한 경우를 제외하고 의무기록 정보 제공에 응해야하는 대상의 범위

- 배우자, 직계 존비속, 배우자의 직계 존속

28. 진료기록부 등의 기재사항

진료기록부 등의 기재사항(의료법 법 제22조, 시행규칙 제14조)의 규정에 의한 진료기록부, 조산기록부와 간호기록에는 다음의 구분에 따라 의료인은 진료기록부 등을 한글로 기록하도록 노력하여야 한다. <신설: 2013.10.4>

1) 진료기록부

- 가. 진료를 받은 사람의 주소·성명·연락처·주민등록번호 등 인적사항
- 나. 주된 증상: 이 경우 의사가 필요하다고 인정하면 주된 증상과 관련한 병력(病歷)·가족력(家族歷)을 추가로 기록할 수 있다.
- 다. 진단결과 또는 진단명
- 라. 진료경과(외래환자는 재진환자로서 증상·상태, 치료내용이 변동되어 의사가 그 변동을 기록할 필요가 있다고 인정하는 환자만 해당한다)
- 마. 치료 내용(주사·투약·처치 등)
 - ① Chief complaint(주호소): 환자가 호소하는 문제점이나 증상이 무엇이며 얼마 동안 느껴왔는지를 기록하는 것
 - ② Past Hx(과거병력): 과거에 앓았던 질병과 치료 내용을 요약한 것
 - ③ Present illness(현재 질병 상태): 처음 증상이 나타나서 현재까지의 질병 양상·경과를 자세히 순서대로 기록. 발병일, 환부, 경과, 기간, 악화나 호전상태 등을 기록
 - ④ Family Hx(가족력): 환자를 중심으로 가족들과 질병의 연관성을 기록
- 바. 진료일시(日時)

2) 간호기록부

- 가. 간호를 받을 사람의 성명
- 나. 체온, 맥박, 호흡, 혈압에 관한 사항
- 다. 투약에 관한 사항
- 라. 섭취 및 배설물에 관한 사항
- 마. 처치와 간호에 관한 사항
- 바. 간호일시(一時)

29. 퇴원환자 분석시 치료결과

완쾌, 경쾌, 호전안됨, 진단뿐, 가망없는 퇴원, 48시간 이내 사망, 48시간 이후 사망으로 구분할 수 있다.

30. 주진단

입원에서 퇴원까지의 모든 검사결과 확진된 것으로서 그 환자의 치료나 검사를 가장 필요로 했던 상태를 뜻하며, 여러 개일 경우 의료자원의 소모가 가장 컸던 진단명을 주진단으로 선정한다. 그 이외의 입원 시 가지고 있거나 입원 후 발생한 상태로서 치료나 재원기간에 영향을 주는 상태 또는 협의진단 등을 통해 나타난 진단을 기타 진단에 기재한다.

II

질병분류

1. 입원기록에 기재되는 진단명

입원당시 환자의 상태, 입원의 이유 등을 간단히 요약한다. 그러므로 추정진단명이 옳다.

2. 색인(index)

- 환자색인: 입원, 외래 또는 응급실 진료를 받기 위하여 그 병원에 처음 와서 등록한 환자들에 관한 사항을 환자의 이름별로 색인하는 작업을 말한다.
- 번호색인은 번호로 환자의 이름을 검색할 때나 번호의 착오가 생겼을 때 좋은 참고 자료가 된다.
- 의사색인: 각 의사별로 그가 치료한 환자에 관한 사항을 색인하는 것으로 의사색인은 비밀 자료로서 이사회, 병원장, 의사의 업무실적을 검토하는 위원회에서만 이용할 수 있다.
- 질병·수술색인: 각 질병명 또는 수술명별로 해당되는 환자들의 명단을 작성하는 것을 말한다.

3. 국제질병분류에서 사용하는 '상세불명'의 의미

- NEC(Not Elsewhere Classified): 다른 어느 곳에 분류되어 있지 않은, 달리 분류되지 않은, 기타 명시된
- NOS(Not Otherwise Specified): 달리 명시되지 않은, 상세불명의, 성격미상
- Exclude: 제외 Include: 포함

※ 질병분류 찾기: ① 질병이나 상해 KCD7-3권(Index) 찾고
 ② 번호별 열람표 KCD7-1권(TEXT) 확인
 +(검표)-질병의 원인별 분류(질병)
 *(별표)-해부학적부위(장기)
 검표 우선원칙, 별표 단독사용금지

4. 2018년 현재 우리나라에서 사용하는 질병분류 기준: KCD - 7

2018년 현재 우리나라에서 의료행위 분류체계: ICD-9 CM Vol. III(번역사용)

- ※ -질병·사인분류: ICD-10, KCD-7
- 의료행위분류: ICD-9CM
- 암등록: ICD-O-3
- 국제질병분류 제10차 개정판(ICD-10th) 2014 version을 우리나라에 맞게 수정하여 한국표준질병사인분류 제7차 개정판(KCD-7th)을 발행하여, 2016년부터 사용하고 있음
- 질병분류 코드
 - U코드: 특수 목적 코드
 - S/T코드: 손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과 분류코드
 - M코드: 근골격계통 및 결합조직의 질환 분류코드
 - Z코드: 건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인 분류코드

5. 한국 표준 질병사인분류 역사

- 1938년: 제4차 국제 사인표 채택
- 1952년: 한국 상해 및 질병분류 개정(최초 KCD)
- 1973년: 한국 질병사인 분류 1차 개정 1973년 1월 1일부터 사용
- 1978년: KCD 2차 개정판 사용
- 1995년: 한국 표준 질병사인 분류 3차 개정판 사용(KCD-3)
- 2003년: 한국 표준 질병사인 분류 4차 개정판 사용(KCD-4)
 - ※ KCD-3는 ICD-10차 개정판을 골격으로 만들었다.
- 2008년: 한국 표준 질병사인 분류 5차 개정판 사용(KCD-5)
- 2011년: 한국 표준 질병사인 분류 6차 개정판 사용(KCD-6)
- 2016년: 한국 표준 질병사인 분류 7차 개정판 사용(KCD-7)

6. KCD - 7의 사용 방법

- KCD-7 제3권을 사용하여 번호를 찾은 다음 제 1권과 반드시 대조 확인을 하고, 몇몇 질병에만 검표와 별표를 이용한 이원화 분류를 할 수 있다. “rule out(의증)”이란 용어가 진단명 뒤에 붙어 있는 경우는 검사 결과 그 상태가 전혀 없는 것으로 판명된 경우로서 Z code로 분류한다.
- 진단명에 “acute”과 “chronic”이 같이 붙어 있는 경우 “acute”가 주된 병태이다.
- 신생물은 Neoplasm(신생물) 일람표에서 분류번호를 찾으며, 신생물의 형태학적 분류(M code)는 제3권에서 일반 질병 용어와 똑 같은 방법으로 찾는다.
- 사람이름에서 따온 용어(eponym)들은 그 이름이나 “Disease(질환)” 또는 “Syndrome(증후군)”에서 찾는다.

7. 질병분류체계의 발전과정

- 1) Hippocrates: 혈액, 흑담즙, 황담즙, 점액질의 4가지 체액
- 2) Captain John Graunt: 런던의 사망 일람표 발표
- 3) Dr. Jacques Bertillon: 시카고의 국제 통계연구소에 통일된 사망원인 분류안을 발표
- 4) Claudius Galenus: 질병을 혈액, 흑담즙, 황담즙, 침의 4가지 체액에 관련시켜 분류

8. KCD - 7의 신생물의 형태학적 분류번호

/0은 양성, /1은 양성 또는 악성 여부가 불확실한, /2는 정상소재 암, /3은 악성 원발부위, /6은 악성 전이부위, /9는 악성 원발부위 또는 속발부위 불확실함을 의미한다.

9. KCD - 7을 이용하여 질병분류번호를 찾을 때 먼저 찾아야 하는 것

색인표의 용어 나열 구성은 맨 왼쪽에 선도어(lead term)가 있고, 선도어 아래에 줄을 달리하여 하이픈(hyphen)을 굵고 그 선도어들이 위치하여 있다. 선도어는 주로 질병명 또는 병리학적 상태이고, 아래 줄에 한 칸 들어가 나열된 수식어 들은 해부학적 부위, 질병의 유형, 원인균, 어떤 타 질병이나 합병증 동반여부 등을 나타내는 용어 등이다.

10. 한국표준질병 사인분류(KCD - 7)에 대한 설명

- 2016년 1월 1일부터 제7차 개정판(KCD - 7)을 사용하도록 고시하였다.
- 태극마크(☉)는 ICD - 10에 없는 기호로서 KCD - 7에서 세분된 번호 앞에 사용하며, 한국 고유코드임을 나타내준다.
- ICD - 10(KCD - 7) 몇몇 질병에 검표(† dagger)는 질병의 원인별 분류이고, 별표(* asterisk)는 질병이 발생한 부위별 분류이다.
- NOS: Not otherwise specified, Unspecified와 같은 뜻으로, 분류에 필요한 더 이상의 설명이 없다는 뜻이다.
 - 검표(†), 별표(*) : 어떤 질병들은 원인별 분류와 해부학적 부위별 분류로 이원분류 되는 데, 원인별 분류번호에는 검표, 해부학적 부위별 분류에는 별표를 사용
 - 콜론(:) : 보충 설명어가 필요한 불완전한 용어에 사용되며, 해당기호 이하의 용어가 분류 번호를 결정하는 중요 요소가 됨
 - 중괄호 { } : 중괄호 앞에 나온 단어나 중괄호 뒤에 단어가 완전히 용어가 아님을 나타낼 때 사용, 중괄호 앞에 있는 용어를 중괄호 다음에 나열된 용어로 명확히 한정할 때 사용
- Z 코드의 분류는 현재 질병의 유무와 관계없이 특별한 목적으로 보건서비스를 접한 경우 단독번호로 사용될 수 있음

11. 마취 전, 후 신체조사기록

마취하기 전에 신체 각계의 상태와 증상을 점검하는 것으로 수술 전 48시간 이내 기록해야 한다. 또 마취를 시행한 의사가 마취로 인한 합병증 여부 등을 점검하여 그 상태를 수술 후 24시간 이내에 기록해야 한다.

12. 질병분류

- 세자리 분류코드가 같은 부위에서 부분적으로 화상 및 부식의 정도가 다르면 가장 높은 정도로 분류하고, 화상이나 부식을 입은 신체 부위가 다르면 각각 분류
- 골절을 분류할 때 개방성 또는 폐쇄성으로 명시되지 않은 골절은 폐쇄성으로 분류
- 위의 기능적 장애는 K30-K31로 분류되나, 그 장애가 심인성(psychogenic)일 때는 F45.3으로 분류, 장관의 흡수장애는 K90으로 분류되나, 수술 후 나타난 합병증으로서의 흡수장애는 K91.2(예, 수술 후 맹점 증후군)로 분류
- 신체내에 삽입 또는 이식한 물질이나 조직의 기능장애나 기계적 기능장애는 T82-T87로 분류. 기능장애라 함은 분해(breakdown), 전위(displacement), 누출(leakage), 위치이상(malposition), 기계적 폐쇄(mechanical obstruction), 천공(perforation), 돌출(protrusion) 등의 상태를 말함
- 자발성 뇌출혈은 순환계통의 질환(I code)에 해당하지만, 자동차 사고 등과 같이 외인에 의한 뇌출혈은 손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 질환으로 분류(S code)
- 골절된 뼈 조각이 잘못된 위치에서 유합된 것을 골절의 부정유합(Malunion of fracture)이라고 하고, 불유합(Nonunion)은 유합되지 않으면서 관절같은 형태를 유지하고 있는 것을 의미. 이 환자의 경우에는 골절의 부정유합(M84.05)을 주된 병태로 분류하고, 대퇴골 골절의 후유증(T93.1)은 기타 병태로 분류
- 조산과 관련된 신생아 황달(P59.0)에는 미숙아의 고빌리루빈혈증이 포함됨
- 적절히 투여된 약제로 위한 것은 '약물 및 화학 물질표의 '치료상 부작용(adverse effect in therapeutic use)'란의 분류번호를 부여하고, 약을 오용 또는 과용으로 발생하였을 경우에는 '약물 및 화학 물질표의 '사고(accident)'로 분류
- 당뇨병은 췌장에서 인슐린의 분비가 부족하여 발생하는 질환으로, 갈증, 탈수현상, 다뇨증, 체중감소와 같은 증상 등이 나타나며, 소아기에 발병하는 제1형 당뇨병(연소-발병당뇨병)과 성인기에 발병하는 제2형 당뇨병이 가장 대표적이며, 신경병증, 망막병증, 신장병증과 같은 각종 합병증을 동반하게 된다.
- 자동차 사고 등과 같이 외인에 의한 뇌출혈은 손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 질환으로 분류(S code)하고, 손상을 유발한 원인이 자동차 사고라면 외인코드 V code를 추가로 분류한다.
- 임신, 출산 및 산후기(O code) 코드: 산후기 패혈증
- 의사가 처방해 준 대로 복용 후 발생하는 피부염을 분류할 때, 주진단은 피부염(L code)으로 선정하고, 히스타민 제제 약물사용에 대해서는 치료 상 부작용 코드(Y code)를 부가적으로

부여하게 된다.

- U code: 특수 목적 코드
- V, W, X, Y code: 질병이환 및 사망의 외인 분류코드
- Z code: 건강상태 및 보건의서비스 접촉에 영향을 주는 요인 분류코드

III

암등록

1. 우리나라 암등록제도

- 2003년도부터 ICD-O-3을 이용하여 암등록을 하고 있다.
- 조직학적 진단명의 형태코드가 /2, /3인 종양은 반드시 등록한다.
- 다중 원발암은 원발부위 개수와 동일하게 암등록 한다.
- 뇌종양 등록은 2005년 생성된 암등록자료부터 시행하고 있다.
- 한국중앙 암등록사업: 국립암센터(2000년 9월 이관)

2. 신생물의 전이와 관련 용어

invasion: 암세포의 전이, extended: 펼친(예-extended care: 연장치료)

secondary: 이차성, 전이성 종양

- secondary, metastatic, spread to, extended to, infiltrated, disseminated, scattered, spread 등으로 표시된 것은 속발성이다.

※ carcinoma in-situ: 정상소재 암증

3. 암의 병기분류 TNM

- 1) 종양(Tumor): 침범(invasion)깊이, 원발의 종양크기(size), 표면전파(surface spread)
- 2) 결절(Node): 이차성 또는 구역성 림프절(regional node)침범 범위
- 3) 전이(Metastasis): 장기에 전이된 유무정도

4. 선암종의 형태학적 분류번호는 M8140/3인 경우 '3'은 악성 원발의 의미

※ 형태코드: 종양의 행동양상, 악성 정도

/0	양성
/1	양성인지 악성인지 불명확, 경계선 악성, 낮은 악성 잠재력, 불확실한 악성 잠재성
/2	정상소재, 상피 내, 비 침윤성, 비 침습성
/3	악성, 원발 부위
/6	악성, 전이 부위. 악성, 이차성 부위
/9	악성, 원발인지 전이인지 불명확

5. 중앙 암등록 사업

중앙 암등록 본부에서는 행태 코드가 /2 정상소재 암종(carcinoma in situ)을 등록하도록 하고 있다. PAP Smear 분류 시스템에 자궁경부암, 정상소재 암종(carcinoma in situ)과 동일한 의미로 간주할 수 용어는 CIS, CIN III, High-grade SIL이므로 이러한 소견을 가진 환자는 등록해야 한다.

6. 악성 신생물 분류 번호(KCD - 7)

신생물은 부위별 분류와 조직학적 형태분류(Morphology code)의 두가지 code no.를 사용하며 다음과 같이 분류되어 있다.

- 1) 악성 C00-C97
- 2) 상피내 D00-D09,
- 3) 양성 D10-D36
- 4) 행동양식 불명 또는 미상 D37-D48

7. Biopsy 유형

Close biopsy ⇒ endoscopic, needle, aspiration bx 등

Open biopsy ⇒ surgical, frozen, incisional, excisional bx 등

8. 중복병소 분류지침

한 장기내 인접한 세부 부위에 걸쳐 있고 어느 부위가 원발인지 모를 때는 그 부위 번호의 .8 번호를 부여

IV

병원통계

1. WHO규정에 의한 유산의 정의

유산이란 태아의 생존이 가능한 발육시기 이전에 임신이 종결됨을 말하는데, 최종월경 개시일로부터 계산하여 22주 이전에 임신이 종결됨을 유산으로 정의하고 500g 이하인 경우이다.

2. 수술 후 사망률(post operative death rate)

기간 중 총 수술환자 수에 대한 수술 후 사망 수의 비율로 수술 후 10일 이내에 사망한 것을 의미

3. 병상이용률

- 1) 이용 가능한 총 병상 중 얼마만큼이 실제로 이용되었나 하는 비율을 말한다.
- 2) 이용 가능한 병상은 한 환자가 점유하도록 배정된 병상이며, 검사나 처치를 목적으로 자기 병상 이외에 이용하는 병상은 제외한다.

※ 이용 가능한 총 병상이란 일반병실이나 중환자실의 병상 등 한 환자가 점유하도록 배정된 병상을 말한다.

- 3) 수술실 병상과 검사실 병상, 분만실 병상은 환자가 입원하여 있는 병상이 아니므로 병상 이용률을 구할 때에는 중환자실 병상, 일반병동 병상 등 입원병상을 이용한다.
- 4) 병상이용률 = 기간 중 재원환자 연인원수 / 이용가능한 병상총수 × 기간 중 날수 × 100
- 5) 기간 중 재원환자 연인원수와 총병상수의 비율

4. 병상회전율

- 1) 일정기간 중 병원에서 실제 입원 또는 퇴원환자수를 병상수로 나눈 지표다. 퇴원실 인원수 / 사용가능한 평균병상수
- 2) 일정기간 동안 1개의 병상에 몇 명의 환자를 입원시켰는가를 나타내는 지표
- 3) 병상회전율은 병원의 병상운영의 효율성을 나타내는 지표
- 4) 병상회전율이 낮다는 의미는 평균재원일수가 길다는 것을 의미

5. 재원일수

- 1) 입원일부터 퇴원일까지의 날수를 말한다. 재원일수 산정에는 입원일과 퇴원일을 모두 포함시키는 양입법과 둘 중 하나만 포함시키는 단입법이 있다. 12월 1일 입원하고 12월 10일 퇴원한 경우 재원일수는 9일이다(단입법).
- 2) 기간 중 퇴원한 환자들이 평균 며칠씩 재원하였거나 하는 것을 나타내는 수

※ 사망 포함, 신생아 제외

3) 기간 중 퇴원환자의 총 재원일수/기간 중 퇴원환자 수

6. 순 사망률

기간 중 입원 후 48 시간 이내 사망자를 제외한 총 퇴원수에 대한 사망자의 비율이다.

- {기간 중 사망자 총수(신생아 포함) - 48시간 이전 사망자 수} × 100
- 기간 중 총 퇴원 환자 수 (사망 및 신생아 포함) - 48시간 이전 사망자 수

7. 통계

- 1) 일일평균재원환자수 = 기간 중 재원환자 연인원수 / 기간 중의 날수
- 2) 병상이용률 = 기간 중 재원환자 연인원수 × 100 / 이용 가능한 병상 총수 × 기간 중의 날수

V

기타

1. DRG 제도의 대상질환군 <4개 진료과 7개 질환>

- 1) 안과: 안과계 질환을 주진단으로 수정체 수술을 받은 자
- 2) 이비인후과: 이비인후과계 질환을 주진단으로 편도와 아데노이드 수술을 받은 자
- 3) 외과: 소화기계 질환을 주진단으로 항문과 또는 항문주위 수술을 받은 자
- 4) 외과, 비뇨기과: 소화기계 질환을 주진단으로 서혜 및 대퇴부 탈장수술을 받은 자
- 5) 외과: 소화기계 질환을 주진단으로 충수절제술을 받은 자
- 6) 산부인과: 여성생식기계 질환을 주진단으로 자궁과 또는 자궁부속기 수술을 받은 자
- 7) 산부인과: 분만을 주진단으로 제왕절개 분만을 한다.

2. DRG 제도

1) DRG: 진단과 치료가 의학과 관련이 있고 재원기간이 유사하여 병원 자원의 소모가 유사한 환자간에 무리를 짓는 방법으로 포괄적으로 진료비를 산정하는 일종의 포괄 수가제 형식이다. 진단명별로 미리 책정된 진료비를 지급하는 전향적 산정방법이다.

- (1) 2012년 7월 1일부터 병원, 의원 DRG 강제적용
- (2) 2013년 7월 1일부터 종합병원, 상급종합병원 DRG 강제적용
- (3) 2017년 현재 모든 요양기관에서 DRG 강제적용

2) DRG 제도의 번호: 앞 4자리는 질병군을, 5번째 자리는 연령그룹을, 마지막 6번째 자리는 중증도 분류를 나타낸다.

- (1) G08201(중수절제술)
- (2) G082 -(4자리): 질병군 범주<중수절제술>
- (3) 0 -(5자리): 연령구분<18세 미만-1, 18세 이상-2>
- (4) 1 -(6자리): 합병증 분류 <0-경증(mild), 1-중등증(moderate), 2-중증(severe)>

3) DRG 도입 기대효과: 의료비절감, 적정진료유도, 진료비청구 간소화

4) DRG(질병군) 설명

DRG 환자는 입원환자의 입원일수와 진료비에 따라 입원기간과 행위별 총 진료비가 정상인 환자를 정상군, 입원일수가 정상군의 하한 입원일수보다 짧은 자로서 입원기간이 상대적으로 짧은 환자를 하단열외군, 반대로 입원기간이 상대적으로 긴 환자를 상단열외군이라고 한다.

- ① 상단열외군 환자 - High outlier
- ② 하단열외군 환자 - low outlier
- ③ 주진단 - Principal Diagnosis
- ④ 주된 진료를 받은 진단 - Primary Diagnosis

3. 의료기관평가에 사용되는 진단명

의료기관평가에서 의무기록 서비스분야는 입원 의무기록지의 주진단명 기재 적절성을 조사하고 확인하게 되므로 의료기관 평가에 사용되는 것은 최종진단명이다. 보통 입원 환자의 경우는 주진단명과 기타 진단명으로 구분된다.

4. 의무기록 용어

1) Computer output microfilm(COM)

- 컴퓨터에 입력된 자료를 마이크로필름으로 직접 뽑아 냄
- 정보의 보관, 검색시 computer를 이용하여 마이크로필름화(microfilm)

2) Computer assisted retrieval(CAR) System

- 컴퓨터에 연결되어 신속하게 자동 검색할 수 있음
- 의무기록업무 중 마이크로필름 연구(microfilm research)에 가장 유용

5. 보건정보관리자의 역할: 미국 보건정보관리협회(AHIMA)의 vision 2006

- 1) Health Information Manager(보건정보관리자)

- 자료의 질, 접근성, 비밀유지, 보안유지
- 2) Clinical Data Specialist(임상자료전문가)
 - 질병·수술분류, 각종 통계, 특수 등록자료, 의학연구를 위한 DB 관리자
 - 3) Patient Information Coordinator(환자정보조정자)
 - 환자 개인의 건강정보관리를 도와줌
 - 개인의 건강이력, 정보노출, 정보자료원 등 관리
 - 4) Data Quality Manager(자료의 질 관리자)
 - 데이터사전과 정보관련 정책결정, 정보의 질 모니터링(monitoring)과 감시역할
 - 5) Document and Repository Manager(문서 및 저장관리자)
 - CPR, CDR 등의 매체를 이용하여 자료 관리
 - 진료정보를 데이터베이스(DB) 기법을 이용하여 사용자들이 원할 때 신속히 제공
 - 6) Research and decision support analyst(연구 및 의사 결정 지원 분석자)
 - 분석도구와 DB를 이용하여 의사결정 및 전략 계획을 수립을 지원
 - 임상시험 및 그 결과의 연구와 같은 고도의 분석기법을 요하는 업무를 담당
 - 7) Security Officer(보안관리자)
 - 보안규정, 정책, 권한지정, 운영체계 및 감시 등 전자시스템으로 관리되는 모든 정보의 보안관리자



단원별 문제정리



1. 의무기록 정보관리

1. 의무기록이 정보로서 환자에게 주는 가치는?

가. 양질의 의료제공
다. 검사비용절약

나. 재원기간 단축
라. 전공의 교육

- ① 가, 나, 다 ② 가, 다 ③ 나, 라 ④ 가, 나, 다, 라

해설 의무기록은 환자의 임상진료와 관리에 관련된 모든 정보의 집합체이다. 의무기록은 임상여사의 기억을 보조하는 정보 저장소이며, 의학적 의사결정 과정의 직접적인 도구이고, 임상 경험과 의학 지식 축적의 보고이며, 역학 및 임상의학 연구 수행의 핵심적 기반이다.

- 환자에게 주는 가치: 양질의 의료제공, 재원기간 단축, 검사비용절약, 법적문제 참고자료
- 의사에게 주는 가치: 양질의 의료제공 참고자료, 진단과 치료방향 설정 도움, 법적문제 발생시 진료행위 입증 자료
- 병원에게 주는 가치: 진료활동 및 능력평가, 법적 문제시 증거자료로 제시, 수련병원의 전공의 교육자료, 진료비 산정 근거, 병원경영 참고자료

2. 의무기록 부서의 역할로 옳은 것은?

- ① 병원의 의료정보센터로서 병원에서 기록된 모든 종류의 정보를 관리한다.
② 병원의 의료정보센터로서 전산화된 정보만 관리할 수 있어야 한다.
③ 병원의 의료정보센터를 설립 유지하고 의료정보를 창출해낸다.
④ 병원의 의료정보이며 의무기록정보의 안전을 관리한다.

해설 의무기록부서의 주요 기능
환자 진료에 관한 정보를 효율적으로 수집·분석·보관하며 필요시에 쉽게 검색해 낼 수 있는 정보체계를 계획·유지해야 한다.

3. 의무기록의 용도로 옳지 않은 것은?

- ① 환자에게 일관성 있는 치료 제공 ② 의무기록사들 사이의 의사전달의 도구
③ 법적문제 발생 시 병원 의사 및 환자보호 ④ 의학연구에 필요한 임상자료

해설 의무기록의 용도

- 환자에게 일관성 있는 지속적인 치료를 제공할 수 있는 근거자료
- 환자 치료를 담당한 여러 치료자(의사)들 사이의 의사전달의 도구
- 의학연구 및 교육에 필요한 임상자료
- 법적 문제가 발생했을 경우 병원, 의사 및 환자보호
- 환자에게 제공된 의료의 질을 검토하고 평가
- 병원 통계 제공
- 진료비 산정의 근거자료

4. 각 시대별 인물과 업적으로 옳지 않은 것은?

- ① 이집트시대 - Imhotep - 최초의 실제 의인
- ② 모하메드시대 - Avicenna - 순회 의사
- ③ 그리스 시대 - Thoth - 문자발명 지혜의 신
- ④ 그리스 시대 - Galen - 동맥의 기능 인지

해설 Thoth-이집트 시대의 문자 발명 및 지혜의 신, 42권의 책 중 6권은 의학서적, 이집트 의사들의 수호신으로 숭배되고 있다.

5. 환자의 비밀을 보호해야 한다는 개념의 효시는?

- ① 로마 법전
- ② 임호텝
- ③ 히포크라테스 선서
- ④ 함무라비법전

해설 히포크라테스 선서는 의사가 환자에게 알게 된 의료정보를 비밀로 지켜야 한다는 윤리개념의 효시를 이루었다.

6. 의료법상 진료기록부 의무기재 사항이 아닌 것은?

- ① 주 증상
- ② 진료비
- ③ 투약내용
- ④ 환자의 병력

해설 의료법 시행규칙 제14조(진료기록부 등의 기재사항) 법 제22조의 규정에 의한 진료기록부, 조산기록부와 간호기록에는 다음의 구분에 따라 의료인은 진료기록부 등을 한글로 기록하도록 노력해야 한다.

- 1) 진료기록부
 - 가. 진료를 받은 사람의 주소, 성명, 연락처, 주민등록 번호 등 인적사항
 - 나. 주원증상, 진단결과 또는 진단명
 - 다. 치료내용(주사, 투약, 처치 등)
- 2) 간호기록부
 - 가. 체온, 맥박, 호흡, 혈압에 관한 사항
 - 나. 투약에 관한 사항
 - 다. 섭취 및 배설물에 관한 사항
 - 라. 처치와 간호에 관한 사항

7. 효율적인 의무기록 대출 관리 업무를 하기 위해 것은?

- | | | | |
|-----------|-------------|----------|----------|
| 가. 배열 안내판 | 나. 기록소재 안내판 | 다. 반환독촉장 | 라. 사고보고서 |
|-----------|-------------|----------|----------|
- ① 가, 나
 - ② 나, 다
 - ③ 다, 라
 - ④ 가, 나, 다

해설 효율적인 의무기록 대출·관리 업무를 위해서는 배열안내판, 기록소재 안내판이 필요하다.

8. 의료기관별 시설기준에 의해 의무기록실을 설치하지 않아도 되는 곳은?

- ① 종합병원
- ② 한방병원
- ③ 조산원
- ④ 치과병원

9. 의무기록실을 설계하는 데 가장 기본적으로 고려할 요소는?

- ① 조명장치
- ② 일의 분량
- ③ 일의 흐름
- ④ 미관적인 요소

10. 의무기록이 자료로서 갖는 가치와 정비례하는 것은?

- ① 자료의 이용도
- ② 자료의 정확성과 완전성
- ③ 주치의사의 명성
- ④ 병원의 사회적 신뢰도

해설 의무기록이란 환자의 질병에 관련되는 모든 사항과 병원이 환자에게 제공해 준 검사, 치료 및 결과에 관한 사항을 기록한 문서이다. 그러므로 자료의 완전하고 정확한 내용이 기록되어야 한다.

정답 4. ③ 5. ③ 6. ② 7. ① 8. ③ 9. ③ 10. ②

11. 의무기록 작성과 관련된 내용으로 옳지 않은 것은?

- ① 의무기록에 사용하는 용어는 영어와 한글을 혼용할 수 있다.
- ② 작성된 기록지는 그 원본을 의무기록에 첨부해야 한다.
- ③ 잘못 기재하여 정정해야 할 경우 수정액으로 깨끗이 지운 후 재작성한다.
- ④ 모든 서식의 '기록란'은 공백없이 촘촘하게 연속하여 기록한다.

12. 의무기록 작성과 관련한 설명 중 옳은 것은?

- ① 경과기록을 일주일마다 작성한다.
- ② 의료법상 작성기한이 경과된 것은 작성할 수 없다.
- ③ 입원환자의 기록은 신뢰성 확보를 위해 가능한 퇴원 전에 완성되어야 한다.
- ④ 퇴원 후 외래 첫 진료 기록은 퇴원 전에 작성해 둔다.

해설

의료기관별로 의무기록의 작성시한을 정해놓고 의무기록의 적시성 및 미완결 의무기록 관리 등 의무기록의 질을 관리하고 있다.
 <작성 시한>
 • 경과기록: 횟수는 상태에 따라 다르나 최소 1일 1회 이상 해당일에 작성
 • 퇴원요약: 퇴원시점(퇴원이전)

13. 진료기록 중 특히 비밀을 유지할 내용이 아닌 것은?

- ① 예방접종 내용
- ② 정신건강의학과 진료 내용
- ③ 약물중독 내용
- ④ 성에 관계된 내용

해설

예방접종등록 제도를 운영하여 소아들의 예방접종 현황을 파악하고 부모가 기억하지 못하더라도 언제 어디서나 아이들의 예방 접종여부를 확인 할 수 있게 한다.

14. 의료법상 의무기록의 보존기간이 옳지 않은 것은?

- ① 환자의 명부 5년
- ② 진료기록부 10년
- ③ 처방전 3년
- ④ 수술기록 10년

해설

진료기록보존(의료법 시행규칙 제18조)

구 분	2년	3년	5년	10년
기록보존	처방전	진단서 등 부분	환자명부, 검사소견기록, 방사선사진, 및 소견서, 간호기록부, 조산기록부	진료기록, 수술기록

* 진단서·사망진단서 및 시체감안서 등을 따로 구분하여 보존

- 진료에 관한 기록은 마이크로필름이나 광디스크 등에 원본대로 수록하여 보존, 진료기록 방법으로 진료에 관한 기록을 보존하는 경우에는 필름촬영책임자가 필름의 표지에 촬영 일시와 본인의 성명을 적고, 서명 또는 날인하여야 한다.

15. 의무기록의 원본이 필요한 경우는?

- ① 진료비 청구 시
- ② 법정 증거자료 요청 시
- ③ 연구자료 요청 시
- ④ 다른 병원으로 전원 시

해설

법원에서 증거물로 의무기록을 요구할 때 이외에는 의무기록 원본을 밖으로 가져갈 수 없다. 이 때 의무기록 사본을 이용하도록 노력해 보고 안 될 경우 원본을 맡기고 올 때는 법정의 직원에게서 보관증을 받아 와서 그 기록이 돌아올 때까지 그의 사본과 함께 제자리에 배열하여 둔다.

정답

11. ③ 12. ③ 13. ① 14. ③ 15. ②

16. 진료기록 보존기간 연결이 옳은 것은?

- ① 환자의 명부 - 5년, 수술기록 - 10년
- ② 처방전 - 5년, 진료기록부 - 10년
- ③ 검사소견기록 - 5년, 간호기록부 - 10년
- ④ 방사선소견기록 - 5년, 진단서 - 10년

17. 법적 보존기간이 종료된 의무기록이란?

- ① 최초 진료일로부터 5년이 경과한 의무기록이다.
- ② 보관 공간이 부족한 의무기록이 폐기 대상 의무기록이다.
- ③ 최종 진료일로부터 10년이 경과한 의무기록이다.
- ④ 기간에 관계없이 본원에 내원하지 않은 비활동 의무기록이다.

해설 의료법 시행규칙 제15조(진료에 관한 기록의 보존)에서는 진료에 관한 기록의 최소 보존기간을 규정하고 있으며 보존의무는 진료시점부터 기산(起算)하는 것이 원칙으로 진료시점으로부터 최소보존기간이 경과한 기록의 경우 파기(삭제)가 가능할 것이다. 다만, 환자별로 작성·보존된 진료기록의 경우 그 연속성으로 인하여 기간의 도과에 따라 특정시점별로 파기하는 것이 어려움을 고려해 볼 때, 환자가 최종 내원하여 진료기록을 작성한 시점부터 기산하여 의료법에 따른 보존기간이 도과한 후에 파기하거나 진료목적상 필요하다면 추가 보존하는 것이 가능할 것입니다. 한편, 환자가 개별적으로 진료기록 파기를 요청하는 경우에는 진료시점으로부터 최소 보존기간이 경과한 부분은 파기하여야 할 것이다.

18. 진료기록 사본발급 시 환자의 동의가 필요한 경우는?

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| 가. 법원의 증거 보존 신청용 | 나. 변호사의 소송자료 조사용 |
| 다. 생명보험회사의 보험 지급비 심사용 | 라. 건강보험심사평가원의 진료비 심사용 |

- ① 가, 나
- ② 나, 다
- ③ 다, 라
- ④ 가, 나, 다

해설 법원의 증거 보존 신청용과 건강보험심사평가원의 진료비 심사용은 환자의 동의를 필요로 하지 않는다.

19. 업무상 지방에 출장 간 환자의 배우자가 진료기록 사본을 발급 받을 때의 구비서류는?

- | | |
|-----------------|--------------|
| 가. 환자 본인의 주민등록증 | 나. 가족관계 증명서류 |
| 다. 위임장 | 라. 인감증명서 |

- ① 가, 나
- ② 나, 다
- ③ 다, 라
- ④ 가, 나, 다

해설 대리인(가족포함)의 경우 구비서류
 • 주민등록증(대리인 혹은 가족), 위임장(환자 본인이 직접 작성, 날인), 인감증명서(위임장에 날인된 인감증명서)
 • 다만 환자가 사망, 의식불명, 미성년자일 경우에만 환자의 보호자 또는 대리인이 환자를 대신함(주민등록등본 등 관계를 확인하는 서류 지참. 단, 사망시에는 가족관계증명서)

20. 한 환자의 입원기록과 외래기록이 한데 합쳐져서 배열관리되는 방법은?

- ① 분산화 관리방법
- ② 중앙화 관리방법
- ③ 절충식 중앙화방법
- ④ 끝숫자 배열방법

해설
 • 분산화 관리: 입원기록은 별도로 외래 각과 기록은 각각 해당과에서 따로따로 보관하는 방법
 • 중앙화 관리: 입원기록과 외래 모든 진료과의 기록을 모두 하나로 합쳐하여 배열 관리하는 방법
 • 절충식 중앙화 관리: 입원기록은 따로 보관되던 한 환자의 외래 각과 기록은 모두 함께 철하여 한곳에서 관리하는 방법
 • 끝숫자 배열방법: 한 번호를 세 부분으로 나누어 끝의 두 자리를 위주로 배열하는 방법
 • 단일번호제도: 한 환자에 한 번호를 부여하는 제도

21. 부검 동의서의 원본을 보관하는 곳은?

- ① 해부병리과 ② 원목과 ③ 의무기록 ④ 원무과

해설 부검을 시행한 환자의 의무기록에는 환자 또는 그의 직계가족이 서명한 부검승낙서가 반드시 포함되어 있어야 하며 부검 시행 후 임시보고서는 3일 이내에, 최종보고서는 3개월 이내에 의무기록에 첨부하여야 한다.

22. 외래, 입원, 응급환자에 관계없이 한 환자가 한 개의 번호를 부여받아 평생 사용하는 번호부여제도는?

- ① 단일번호제도 ② 일련번호제도 ③ 끝자리번호제도 ④ 일련, 단일 혼합번호제도

해설 · 일련번호제도: 환자가 입원할 때마다 새 번호를 부여하여 한 환자의 의무기록을 각각의 번호에 따라 배열하는 제도
· 일련, 단일 혼합번호제도: 환자가 입원할 때마다 번호를 부여되 이전의 기록을 새 번호로 옮겨주어 그 환자의 모든 기록을 한 곳에 보관하는 제도

23. 일반 차트(chart)에서 병력 및 신체검진에 해당되는 내용이 문제지향식 의무기록 체계(POMR system)에서는 어디에 기록되는가?

- ① problem list ② data base ③ SOAP note ④ initial plan

해설 · 기초자료(Data base): 문제지향식 의무기록의 첫 단계, 환자에 관한 정보를 수집하여 문제점을 파악하고 치료방침을 결정하는데 필요, 주소(C/O)
· 병력: 개인/과거력(PH), 가족력, 사회력

24. 신규 내원 환자의 기록지가 배열구역 전체에 골고루 분산되어 가는 배열방식은?

- ① 중앙화 관리 ② 분산화 관리
③ 끝숫자 배열 ④ 일련 - 단일 번호 제도

해설 배열 방식
· 중앙화 관리: 입원기록과 외래 모든 진료과의 기록을 모두 하나로 합쳐하여 배열 관리하는 방법이다.
· 분산화 관리: 입원기록은 별도로 외래 각과 기록은 각각 해당과에서 따로따로 보관하는 방법이다.
· 절충식 중앙화 관리: 외래환자수가 많고 진료예약제도가 없거나 예약률이 낮은 병원에서는 절충식 관리 방법이 상당히 편리하며 입원 차트 대신 퇴원 요약지 사본을 외래 차트에 첨부하면 효율적이다.
· 끝숫자 배열: 한 번호를 세 부분으로 나누어 끝의 두 자리를 위주로 하여 배열하는 방법
※ 장점 - 새로 발행된 번호의 차트들이 배열될 때 전체 배열구역에 골고루 분산되어 배열되므로 한 구역에 업무량이 밀집되는 일이 없다는 것
- 전체 배열구역에 업무량이 골고루 분산되어 있으므로 일의 능률도 오를뿐 아니라 정확성을 유도할 수 있고 업무의 정확성 평가도 가능하게 됨
- 신속한 색출과 배열을 돕고 배열 착오를 방지하기 위하여 색상 코드 홀더 (또는 색 스티커)를 사용할 경우 그 효율성이 극대화됨
· 일련-단일 번호 제도: 환자가 입원할 때마다 번호를 부여되 이전의 기록(old chart)을 새 번호로 옮겨주어 그 환자의 모든 기록을 한 곳에 보관하는 제도
※ 장점 -연계성 있는 진료를 제공할 수 있다는 점
-기록 배열장을 100% 완전히 채워가며 배열하여 나가는 동시에 재입원하지 않는 환자들의 기록은 계속 원래의 자리에 남겨 되어 사용빈도가 낮은 기록의 관리가 용이하다는 점
-환자 색인카드에 새 번호를 계속 기록해 주어야 한다는 점
-먼저 입원한 기록이 계속 새 번호의 자리로 옮겨지므로 먼저 기록의 배열장에 공간이 계속 생기게 된다는 점
※ 단점 -그 환자의 이전 번호가 반드시 확인되어야만 기록을 한 곳에 모을 수 있다는 점

25. 외래 예약제도를 시행하지 않는 경우에 이용량이 많은 외래기록을 보관하기에 적당한 방법은?

- ① mobile rack ② microfilm ③ open shelf ④ file cabinet

해설

- mobile rack: 여러 개 배열장에 하나의 통로에 공간 배정하여 배열장을 이리저리 움직이며 사용
- microfilm: 최소의 공간에 다량의 기록 보관: 공간절약
- open shelf: 가격이 가장 저렴하고 차트의 배열과 색출 신속, 외래예약제도를 시행하지 않는 경우, 이용량이 많은 외래 기록 보관시 적당
- file cabinet: 가격 고가로 큰 병원의 차트 보관용으로 부적합하다.

26. 단일 번호제도를 사용하는 병원에서 2017년에 254367이란 번호로 입원했던 환자가 2018년에 재입원하면 그 환자가 사용해야 하는 번호는?

- ① 00-254367 ② 02-254367
③ 254367 ④ 세 가지 모두 아닌 새 번호

해설

단일번호제도란 환자가 병원에 처음 와서 진찰등록증을 교부받을 때 정해진 등록번호를 외래나 입원, 또는 재입원 등에 관계 없이 그 병원 내의 모든 과에서 평생 사용하는 제도이다.

27. 입원기록과 외래기록을 별개의 묶음으로 묶어 보관하되, 외래 각 과의 기록을 모두 한 묶음으로 묶어 관리하는 방식은?

- ① 중앙화 관리 ② 분산화 관리 ③ 절충식 중앙화 관리 ④ Satellite관리

해설

- 중앙화 관리: 입원기록과 외래 모든 진료과의 기록을 모두 하나로 합쳐서 배열 관리하는 방법
- 분산화 관리: 입원기록은 별도로 외래 각과 기록은 각각 해당과에서 따로따로 보관하는 방법
- 절충식 중앙화 관리: 입원기록은 따로 보관하되 한 환자의 외래 각과 기록은 모두 함께 철하여 한 곳에서 관리하는 방법

28. 끝 숫자 배열방법(terminal digit filing system)에서 34-99-86 뒤에 배열되는 번호는?

- ① 34-00-87 ② 35-00-86 ③ 34-99-87 ④ 35-99-86

해설

- 끝숫자 배열방법은 한 번호를 세부분으로 나누어 끝의 두 자리를 위주로 하여 배열하는 방법으로 1단위 2단위 3단위로 순서대로 나누어 읽고 하나의 간격을 00부터 99까지로 한다.
- 지금의 경우를 읽을 때는 86-99-34라고 읽고, 3단위가 99안에 포함되므로 한자리만 올려서 35-99-86이 된다. 35(제3단위)-99(제2단위)-86(제 1단위)

29. 의학연구 시 특정 주제에 해당되는 의무기록을 찾기 위해 작성하는 색인은?

- ① 환자색인 ② 질병색인 ③ 의사색인 ④ 번호색인

해설

- 색인(index)
- 환자색인: 입원, 외래 또는 응급실 진료를 받기 위하여 그 병원에 처음 와서 등록한 환자들에 관한 사항을 환자의 이름 별로 색인하는 작업을 말한다.
 - 번호색인은 번호로 환자의 이름을 검색할 때나 번호의 착오가 생겼을 때 좋은 참고 자료가 된다.
 - 의사색인: 각 의사별로 그가 치료한 환자에 관한 사항을 색인하는 것으로 의사색인은 비밀 자료로서 이사회, 병원장, 의사의 업무실적을 검토하는 위원회에서만 이용할 수 있다.
 - 질병·수술색인: 각 질병명 또는 수술명별로 해당되는 환자들의 명단을 작성하는 것을 말한다.

30. 의무기록을 짧은 시간에 효과적으로 검토하여 환자진료에 참고하기 위해 작성한 서식은?

- ① 입퇴원기록 ② 퇴원요약 ③ 경과기록 ④ 단기간 입원기록

|해설

서식

- 퇴원요약(Discharge summary): 입원기간 동안 환자 질병의 경과, 검사, 치료, 결과에 대한 것을 한 눈에 볼 수 있게 요약해 놓은 기록으로서 작성 목적은 의무기록의 내용을 짧은 시간에 효과적으로 검토하여 환자 진료에 참고하는 것이다.
 - 의무기록의 내용을 짧은 시간에 효과적으로 검토하여 환자진료에 참고하기 위해 사용
 - 전공의사들이 전문의 시험에 응시할 때 구비서류로서 필요
 - 보험회사에서 진료비 지불액을 산정할 경우와 같이 진료목적 이외에 진료내용을 필요로 하는 경우 사용
- 경과기록: 경과기록지는 입원기록으로부터 시작하여 입원기간 중에 연속적으로 기록하여 퇴원 또는 사망 시에 최종 경과 기록으로 끝나게 된다. 그리고 경과기록지는 환자치료에 참여한 치료자 누구나가 기록하게 된다.
- 단기간 입원기록: 병원에서 단기간 입원기록지를 사용하면 단기 입원환자의 의무기록을 효율적으로 작성할 수 있으며 편도선 절제술, 방광경 검사, 포경 수술 등 48시간 이내인 단기간 입원환자에게 사용한다.

31. 의사가 간호사에게 내린 구두지시(verbal order)의 처리방법은?

- ① 구두지시는 법적으로 불가하다.
 ② 구두지시를 내린 의사를 찾아서 서면지시로 받는다.
 ③ 지시받은 간호사가 대신 의사지시기록을 작성하고 수행한다.
 ④ 지시받은 간호사가 의사지시기록을 작성하고 의사의 첫 방문 시 서명을 받는다.

|해설

모든 의사지시는 날짜와 서명이 필요하며 경우에 따라서는 전화로 구두로 지시를 내리는데 이러한 것을 "telephone order" 또는 "verbal order"라고 하며 구두지시는 간호사가 기록하고 지시를 내린 의사는 24시간 이내, 첫 방문 시에 확인 부서 서명(countersign)해야 한다.

32. 사용빈도가 낮은 오래된 기록의 보관방법 결정 시 고려해야 할 사항으로 옳지 않은 것은?

- ① 의학연구 경향 ② 법정 보관연한
 ③ 재진료 또는 재입원율 ④ 일 평균 외래환자수

|해설

기록의 보관방법 결정 시 고려해야 할 사항

- 의료법상의 보관 연한 · 재입원 또는 재진율
- 의학연구용 기록 열람 수 · 관리 경비

33. 의무기록의 내용에 대한 정량, 정질분석 담당은?

- ① 주치의 ② 의무기록사 ③ 간호사 ④ 전공의

|해설

의무기록사는 규정에 맞추어 의무기록을 정량 분석 및 정질 분석하여 누락된 내용이나 모순점을 찾아내어 해당 의사들로 하여금 신속하게 완성시키도록 한다. 의무기록사의 의무기록의 정질분석은 의사에 의한 의료의 정질분석과 혼동해서는 안 된다.

34. 의무기록의 정량·정질분석을 하는 가장 중요한 목적은?

- ① 병원평가제도에 대비하기 위하여
 ② 법적문제 발생에 대비하기 위하여
 ③ 청구한 진료비의 타당성을 입증하기 위하여
 ④ 완전하고 정확한 의무기록을 보장하기 위하여

|해설

의무기록의 정질분석 및 정량분석을 통하여 의무기록이 완전하고 정확한 기록이 유지되도록 하며, 이를 통해 다양한 용도로 의무기록이 활용되기 위함

40. 문제지향식 의무기록(POMR)에서 의사 등이 발견한 검사결과와 같은 객관적인 사실은?

- ① asymptomatic data ② objective data ③ assessment ④ plan

해설

- asymptomatic data: 증상이 없는 자료
- objective data: 객관적 정보(신체조사결과, 임상검사소견 등에서 얻어진 정보)

41. 환자의 질병에 관한 초기 증상에서부터 현재까지의 진행과정을 상세히 기술한 의무기록 항목은?

- ① Chief complaint ② Present illness ③ Past Hx ④ Personal Hx

해설

현병력(Present illness)은 주된 증상(chief complaint)이 발생하여 현재까지의 질병 경과 양상을 상세히 기술하는 항목이다.

42. 문제지향식 의무기록(POMR)의 기본구성으로 옳지 않은 것은?

- ① 기초자료 ② 문제목록 ③ 초기계획 ④ 환자목록

해설

- 문제지향식 의무기록의 기본구성요소
- 기초자료: 문제파악, 치료방침 결정
 - 문제목록: 가장 핵심적인 요소
 - 초기계획: 진단계획, 치료계획, 교육계획, 추적계획
 - 경과기록: SOAP

43. 문제지향식 의무기록의 구성요소에 대한 설명은?

- ① 기초자료 : 환자 퇴원 후 추후 진료계획에 대하여 작성한다.
 ② 문제목록 : 환자의 문제점에 대한 색인 역할을 한다.
 ③ 초기계획 : SOAP 형식으로 작성한다.
 ④ 경과기록 : 환자 가족이 제공한 정보는 작성하지 않는다.

해설

- 1) 기초자료
- 문제지향식 의무기록 첫단계
 - 환자 문제점 파악, 치료방침 결정하는데 필요
 - 주소(C.C), 현재(P) 및 과거병력(P.Hx), 가족력(F.Hx), 사회적, 이학적 소견(시진, 촉진, 청진, 문진) 등
- 2) 문제목록
- 가장 핵심적인 요소
 - 색인역할
 - 질환명
- 3) 초기계획
- 진단계획(diagnostic plan)
 - 치료계획(therapeutic plan)
 - 교육계획(education plan)
 - 추적계획(follow-up plan)
- 4) 경과기록
- 주관적정보(subjective information, S) - 주소(C.C) - 환자 이름 호소 - 병력(Hx)
 - 객관적정보(objective information, O)
 - 신체조사결과, 임상검사 소견 등 - 검사(CT, MRI, 혈압(BP) 등)
 - 분석평가(assessment, A)
 - 의사의 판단, 진단 및 예후에 대한 전망
 - 계획(plan, P)
 - 진단 - 치료에 대한 계획 - 교육 및 추적계획

정답

40. ② 41. ② 42. ④ 43. ②

44. 문제지향식 의무기록의 경과기록에서 '환자 또는 그 가족이 제공 하는 증상, 병력 등'이 기록되는 항목은?

- ① 계획(P) ② 분석평가(A) ③ 객관적 정보(O) ④ 주관적 정보(S)

해설

- 주관적 정보(S): 환자 또는 그 가족이 제공 하는 증상, 병력 등을 기재
- 객관적 정보(O): 신체조사 결과, 임상검사 소견 등에서 얻어지는 것
- 분석평가(A): 주관적 정보와 객관적 정보를 토대로 한 의사의 판단, 진단 및 예후에 대한 전망
- 계획(P): 앞으로의 진단과 치료에 대한 계획, 환자나 가족에 대한 교육계획 및 추적계획

45. 문제지향식으로 경과기록을 작성할 때 "환자의 복부에서 비장이 만져진다"는 내용이 기재되는 항목은?

- ① A ② O ③ P ④ S

46. SOAP 작성방식 중 신체조사 결과, 임상검사 소견을 기록하는 것은?

- ① 주관적 정보(subjective information) ② 객관적 정보(objective information)
 ③ 분석평가(assessment) ④ 계획(plan)

47. 의무기록을 정확하게 완성시켜야 할 최종 책임은?

- ① 주치의사 ② 담당전공의 ③ 병원장 ④ 의무기록사

해설

- 의무기록에 대한 책임
- 이사화: 의료에 따른 법적 도덕적 최종 책임을 지며, 병원운영과 관리에 최종적인 책임
 - 병원장: 진료에 관한 정보가 부당하게 노출되거나 분실, 변조되는 일이 없도록 관리할 책임이 있으며, 필요한 인원과 장비 및 공간 지원
 - 의무기록과장: 의무기록위원회의 간사 또는 서기로서 안건을 제안하고 회의록을 정리하며 기타 회무를 처리
 - 주치의사: 정확하고 완전한 의무기록을 작성하는 최종 책임
 - ※ 의무기록은 환자에게 직접 진료를 행한 자가 기록해야 한다. 그러나 정확하고 완전한 의무기록을 작성하는 최종 책임은 주치의사에게 있음

48. 응급실을 경유하여 소화기내과로 입원 후, 수술을 받기 위해 외과로 전과되었다. 경과 기록의 전출기록 작성자는?

- ① 외과 의사 ② 병리과 의사 ③ 응급실 의사 ④ 소화기 내과 의사

해설

- 전출기록(transfer out note)은 환자가 치료받던 과에서 다른 과로 전과될 때 환자를 보내는 과에서 작성
- 전입기록(transfer in note)은 환자를 새로 받은 과에서 작성

49. 의무기록 서식의 심의는 누가 하는가?

- ① 병원장 ② 진료부장 ③ 의무기록위원회 ④ 의무기록부서장

해설

- 의무기록위원회
- 의무기록 서식의 제정 또는 개정심의
 - 의무기록 관리규정 제정, 개정, 또는 폐지에 관한 심의
 - 의무기록의 기록 항목 심의와 내용의 평가
 - 의무기록의 보존, 관리와 연구개발에 관한 사항 심의

50. 환자 진료에 따른 법적·도의적 책임은 궁극적으로 누구에게 있는가?

- ① 이사회 ② 병원장 ③ 해당 과장 ④ 주치의

해설

의무기록에 대한 책임

- 이사회: 의료에 따른 법적 도덕적 최종 책임을 지며, 병원운영과 관리에 최종적인 책임
- 병원장: 진료에 관한 정보가 부당하게 노출되거나 분실, 변조되는 일이 없도록 관리할 책임이 있으며, 필요한 인원과 장비 및 공간 지원
- 의무기록과장: 의무기록위원회의 간사 또는 서기로서 안전을 제안하고 회의록을 정리하며 기타 회무를 처리
- 주치의사: 정확하고 완전한 의무기록을 작성하는 최종 책임

51. 의무기록은 누구의 소유인가?

- ① 환자 ② 병원 ③ 주치의 ④ 보건소장

해설

의무기록은 병원의 재산이다. 그러나 의무기록에 담긴 정보는 환자의 것이고 그 내용은 비밀로 보장되어야 함

52. 의무기록이 비개인적 문서로 사용되는 경우는?

- ① 법적 증거물 ② 통계자료 ③ 출생증명서 ④ 진단서발급

해설

의무기록이 개인적인 자료로 이용된다는 것은 의무기록 내용과 환자의 인적 사항이 함께 이용되는 경우로 재입원, 재진료, 법적 문제에 관여되어 참고자료, 진단서 발급 등이 해당되며, 비개인적인 자료로 이용된다는 것은 환자식별 개인정보는 제외하고 의무기록정보의 내용만 이용되는 경우로 통계, 질병분류 등이 해당됨

53. 의무기록이 개인적 문서로 사용되는 경우는?

- ① 의학 연구용 ② 중례 보고용 ③ 진단서 발급용 ④ 의료의 질 평가용

해설

개인적 문서로 이용된다는 것은, 의무기록의 내용과 그 환자의 인적 사항이 함께 이용되는 경우를 말한다.

- 재입원이나 재진료 시에 과거 병력 파악
- 법원의 제시 명령
- 법적 문제에 관련하여 참고 자료로 환자, 가족, 변호사가 이용하려는 경우
- 진단서 발급
- 환자 본인이 자기 의무기록 열람을 원하는 경우
- 기타 환자의 이름이 함께 사용되는 경우

54. 환자의 허락하에 의무기록을 활용할 수 있는 경우는?

- ① 법정에서 요구할 때 ② 연구자료로 사용할 때
③ 통계목적으로 사용할 때 ④ 의료의 질을 평가할 때

해설

법적 문제에 관련하여 참고 자료로 환자, 가족, 또는 변호사가 이용하려고 하는 경우이며 이때는 환자의 동의와 주치의사의 승낙이 반드시 필요하다.

55. 의무기록 열람 시 환자의 동의와 주치의사의 승낙이 필요하지 않는 경우는?

- ① 환자 본인 열람용 ② 법적 참고자료용 ③ 중례 보고용 ④ 진단서 발급용

해설

이밖에도 통계나 질병분류 등 기본업무 처리할 때, 연구를 위하여 전공의, 간호사 등이 검토할 때, 의료의 질 평가 시 병원 내 조직되어있는 위원회에서 이용할 때 환자와 주치의사의 승낙이 필요하지 않는다.

정답

50. ① 51. ② 52. ② 53. ③ 54. ① 55. ③

56. 환자의 동의 없이 의무기록을 열람할 수 있는 사람은?

- ① 변호사 ② 주치의사 ③ 경찰관 ④ 환자의 가족

해설 ①, ③, ④는 환자의 동의가 필요한 경우이며 비록 환자본인이 자기의 의무기록을 보고자 할 경우에도 주치의사의 승낙이 필요하다.

57. 의무기록이 어떠한 목적으로 사용될 때 환자의 허락이 필요한가?

- ① 비개인적 문서로 사용될 때 ② 질병통계 목적으로 사용될 때
③ 개인적 문서로 사용될 때 ④ 연구자료로 사용될 때

58. 의무기록 활용의 1차적인 목적은?

- ① 진료의 연속성을 보장하는 치료 ② 진료비 청구의 근거
③ 의학연구 자료 ④ 법적 근거 자료

해설 의무기록의 용도
 • 일관성 있는 치료를 제공할 수 있는 근거자료
 • 치료자들/의사들간의 의사전달의 도구
 • 의학연구 및 교육의 임상자료
 • 환자, 의사 및 병원의 법적 증거 자료
 • 의료의 질 평가 자료
 • 국가 보건 정책 및 병원 운영의 필요한 통계 자료 제공
 • 진료비 산정의 근거자료

59. 의무기록 열람 등에 대한 사항을 규정하고 있는 의료법에서 환자의 치료 목적상 불가피한 경우를 제외하고 의무기록 정보 제공에 응해야하는 대상의 범위로 옳지 않은 것은?

- ① 배우자 ② 직계 존비속 ③ 배우자의 직계 존속 ④ 배우자의 직계 비속

해설 배우자의 직계 비속은 해당하지 않는다. (의료법 시행규칙 제13조의 2)

60. 입퇴원기록(Admission and discharge record)에 기록되는 내용이 아닌 것은?

- ① 부검 시행여부 ② 추후 진료계획
③ 현재 질병상태 ④ 치료 결과와 퇴원 형태

해설 현재 질병상태 → 병력기록에 기록
 입퇴원기록에 기록되는 사항: 최종진단명, 수술·처치·검사명, 치료결과와 퇴원형태, 부검 시행여부, 추후 진료계획, 퇴원과정, 주치의사 및 담당 전공의사 서명, 환자 인적사항, 연고자 인적사항

61. 환자의 질병과 검사, 치료에 관한 필수적인 정보를 한눈에 볼 수 있도록 간략하게 작성된 기록은?

- ① consultation report ② physicians' order
③ discharge summary ④ vital sign record

해설 퇴원 요약(discharge summary): 입원기간 동안 환자 질병의 경과, 검사, 치료, 결과에 대한 것을 한 눈에 볼 수 있게 요약해 놓은 기록으로서 작성 목적은 의무기록의 내용을 짧은 시간에 효과적으로 검토하여 환자 진료에 참고하는 것이다.

62. 퇴원기록 작성요령에 대한 설명으로 옳은 것은?

- ① 환자의 인적사항은 환자 및 환자의 직계가족 또는 환자의 지인에게 얻어야 한다.
- ② DOA환자는 입퇴원기록을 작성하지 않는다.
- ③ 사망환자의 경우 부검 시행여부는 반드시 기록할 필요가 없다.
- ④ 탈원한 환자의 경우 입퇴원기록을 작성하지 않아도 된다.

|해설

- 환자의 인적사항은 환자에게서 직접 정보를 수집하는 것이 가장 좋고 불가능한 경우에는 입원 시에 환자를 동반한 직계가족에게서 정보를 수집한다.
- DOA 환자는 입원환자로 간주하지 않으므로 입퇴원기록은 작성되지 않으나, 별도의 대장에 기록한다.
- 사망환자의 경우 부검 시행여부를 기록하며, 탈원한 환자도 입원환자에 해당되므로 입퇴원기록을 작성해야 한다.

63. 환자를 다른 병원에 이송하면서 진료관련 기록을 보내고자 한다. 가장 쉽게 진료내용 전반을 파악할 있는 자료는?

- ① 의사의 지시 ② 간호기록 ③ 경과기록 ④ 퇴원요약

|해설

환자를 다른 병원으로 이송 시, 진료의 연계성과 짧은 시간내 진료 전반적인 사항을 파악할 수 있게끔 퇴원요약 사본을 같이 보낸다.

64. A 환자가 1월 1일 내과에 입원 후 1월 10일 외과로 전과되었다. 이때 외과 의사가 작성해야 하는 경과기록은?

- ① Transfer in note ② Transfer out note ③ Duty on note ④ Duty off note

|해설

- 전출기록(transfer out note)은 환자가 치료받던 진료과에서 다른 진료과로 전과될 때 환자를 보내는 진료과에서 작성
- 전입기록(transfer in note)은 환자를 새로 받은 진료과에서 작성

65. 의무기록 중 수술 후 감염 여부, 배액관, 배농관(drain) 제거 등을 기록하는 서식은?

- ① 간호기록 ② 경과기록 ③ 마취기록 ④ 수술기록

|해설

수술환자의 경우, 수술 후 상처부위의 감염 여부, 분비물 배출여부, 배농관(drain) 제거, 봉합사 제거 등은 경과기록에 기재한다.

66. 사망 환자의 경우 사망기록(expire note)이 기록되는 서식은?

- ① 경과기록 ② 입퇴원기록 ③ 의사지시기록 ④ 협의진료기록

|해설

환자가 사망 퇴원하는 경우에는 경과기록의 맨 마지막에 작성되는 퇴원기록(discharge note) 대신에 사망기록(expire note)에 임종당시 상태, 사망시간, 사망선언 의사명 등을 기재한다.

67. 수술기록 항목 중 수술 부위의 장기 및 기관들의 상태 등을 기재하는 곳은?

- ① Name of operation ② Operative finding
- ③ Pathology report ④ Post-operative diagnosis

|해설

수술 부위의 장기 및 기관들의 정상 또는 비정상 상태는 수술기록의 수술소견(operative finding)에 기재한다.

정답

62. ② 63. ④ 64. ① 65. ② 66. ① 67. ②

68. 문제지향식 의무기록(Problem Oriented Medical Record, POMR)에 대한 설명으로 옳은 것은?

- ① 문제지향식 의무기록의 첫 단계로서, 환자에 관한 정보를 되도록 자세하고 광범위하게 수집하는 부분은 문제목록임
- ② 환자의 의학적, 사회적, 정신적 문제점 등을 밝혀내어 1, 2, 3...식의 번호를 붙여 목록을 작성하는 것을 초기계획이라 함
- ③ 기초자료는 문제점에 대하여 계획을 시행한 결과 어떤 현상이 전개되고 변화해 갔는가를 기록하는 것으로 SOAP 형식이라고도 함
- ④ 경과기록에 있어서 의사의 판단, 진단 및 예후에 대한 전망을 기록하는 것을 A(assessment, 분석평가)라 함

해설 ① 기초자료 ② 문제목록 ③ SOAP 형식은 경과기록에서 사용한다.

69. 위암 수술이 예정되어 있는 B형 간염 환자의 간기능 검사가 비정상적으로 나타났다. 수술이 가능한지의 여부를 해당 전문의에게 문의하고자 할 때 작성할 수 있는 기록은?

- ① 병력기록 ② 퇴원요약 ③ 간호기록 ④ 협의진료기록

해설 협의진료기록은 주치의가 자기 전문영역 밖의 문제가 환자에게 발생되었거나 의심이 갈 때, 보다 정확한 진단과 치료를 위하여 다른 과 전문의사에게 협의진단을 의뢰할 때 작성하게 됨

70. 입원기록에 기재되는 진단명은?

- ① 병리학적 진단명 ② 주진단명 ③ 최종진단명 ④ 추정진단명

71. 진단명 중 가장 확진된 진단명은?

- ① diagnostic impression ② rule out
- ③ pre-operative diagnosis ④ pathological diagnosis

해설 입원당시 환자의 상태, 입원의 이유 등을 간단히 요약한다. 그러므로 추정진단명이 옳다.

72. 조직검사 결과가 포함되는 검사는?

- ① Urine analysis with microscopy ② WBC differential count
- ③ Holter monitoring test ④ Fine needle aspiration biopsy

해설 수술시에 적출된 조직, 진단을 위하여 시행한 생검, 체외로 배출된 조직은 모두 조직검사를 시행하기 위하여 정확한 인적 사항과 임상적 진단명과 함께 조직병리실로 보내서 조직병리검사보고서를 작성해야 한다. ①, ②는 임상병리검사보고서 ③은 24시간 심전도검사결과보고서에 작성한다.

73. 협의진단율이 줄어든다는 의미는?

- ① 의료진의 전문적 의사소통이 부족하다. ② 진료비가 절감된다.
- ③ 최신 의학정보가 부족하다. ④ 경영상태가 호전된다.

해설 협의진단은 주치의사가 자기 전문영역 밖의 문제가 환자에게 발생되었거나 의심이 갈 때 보다 정확한 진단과 치료를 위하여 다른 과 전문의사에게 협의진단을 의뢰하는 것이다.

74. 단기간 입원기록(Short Stay Medical Record)을 사용하는 환자의 입원기간은?

- ① 12시간 ② 24시간 ③ 48시간 ④ 72시간

해설 단기간 입원기록은 편도&아데노이드 절제술, 방광경 검사, 포경수술 등 입원기간이 48시간이내인 단기 환자에게 사용된다.

75. 수술 후 사망률(post operative death rate)은 수술 며칠 이내에 사망한 환자 수인가?

- ① 3일 이내 ② 7일 이내 ③ 10일 이내 ④ 5일 이내

해설 수술 후 사망률(post operative death rate)은 수술 후 10일 이내(수술일 + 9일)에 수술과 관련된 사망을 말한다.

$$POD = \frac{\text{기간 중 수술 후 10일 이내의 사망 수}}{\text{기간 중 수술환자의 총 수}} \times 100$$

기간 중 총 수술환자 수에 대한 수술 후 사망 수의 비율

76. 수술 후 감염 여부를 확인하기 위해 검토할 기록은?

- ① 병력 및 신체검진기록 ② 경과기록 ③ 수술기록 ④ 조직검사 결과

해설 경과기록(progress note)에는 환자의 질병 상태의 변화, 척추천자, 생검, 간단한 절개 및 배농 등 진단이나 치료를 위한 검사나 처치기록, 수술환자의 경우 수술기록, 수술부위의 상태변화, 감염여부, 봉합사제거 등을 기록한다.

77. graphic record에 기재하지 않는 내용은?

- ① blood pressure ② tempetature ③ history ④ respiratory

해설 Graphic record는 병동의 간호사가 입원 후 일정한 간격으로 T,P,R, 식이, 대변, I/O(섭취량/배설량), 혈압 등을 기록한다.

78. 세계보건기구(WHO)에서 규정한 유산(abortion)의 정의는?

- ① 임신 20주 미만, 태아의 체중이 500g 이하 ② 임신 20주 이하, 태아의 체중이 600g 이하
③ 임신 22주 미만, 태아의 체중이 500g 이하 ④ 임신 22주 이하, 태아의 체중이 600g 이하

해설 유산이란 태아의 생존이 가능한 발육시기 이전에 임신이 종결됨을 말하는데, 최종월경 개시일로부터 계산하여 22주 이전에 임신이 종결됨을 유산으로 정의하고 500g 이하인 경우이다.

79. GPLDA 약어의 의미가 옳은 것은?

- ① A - 사망 ② D - 유산 ③ G - 임신 ④ P - 생존아

해설 G 임신, P 출산, L 생존아, D 사망, A 유산

80. 산과기록지의 'GPLDA'에서 'G'는 무엇을 의미하는가?

- ① 사산 ② 유산 ③ 출산 ④ 임신

해설 G(gravida)임신, P(para)출산, L(live)생존아, D(Dead)사망수, A(abortion)유산

81. 산모기록에서 Prenatal Record의 시작은?

- ① 병원에 입원하면서부터 ② 분만의 징조가 보이면서 부터
③ 임신으로 인하여 의사를 방문하면서 부터 ④ 임신이 관계없이 부인과에 내원하면서부터

해설 산전기록(Prenatal record)은 임신초기에 산과 외래를 방문할 때 시작되어 분만 전까지 정기적으로 와서 기본적인 산전관리를 받을 때마다 기록되는 것

82. 산전기록에 작성되는 것은?

- ① Apgar 점수 ② 분만 예정일 ③ 분만 시 출혈량 ④ 분만 시 소요시간

해설 산전기록은 가족력, 월경력(최종 월경일, 분만 예정일), 병력, 현재임신, 이전 임신력, 신체조사, 골반검사, 임상병리검사, 연속적 산전관리기록

83. 분만시 신생아 기록은 ()의사가 기록하고, 신생아 검진기록은 ()의사가 기록한다. 팔호안 순서가 옳은 것은?

- ① 소아과, 소아과 ② 산과, 산과 ③ 소아과, 산과 ④ 산과, 소아과

해설 분만 시 신생아 기록(Birth history)은 아기를 받은 산과 의사가 기록하고, 아기를 인계받은 소아과 의사는 신생아 검진기록을 작성한다.

84. 신생아기록에 기록되는 내용이 아닌 것은?

- ① 분만방법 ② 진통기록
③ Apgar Score(아프가 점수) ④ 아기 발바닥 도장

해설

- 분만 시 신생아 기록(아기를 받은 산과 의사 기록)
산모의 병력(출산력, 연령, 혈액형, 질병 유무, 임신합병증, 임상검사 및 X-ray 결과)
현 분만상태(임신 기간, 산전관리 여부, 진통기간, 양수막 파열상황, 태아의 위치, 분만방법, 분만 합병증, 마취방법)
신생아 기록(출생일, 체중, Apgar Score, 호흡개시)
신체조사 기록(분만실에서 산과 의사가 신생아의 신체 상태를 조사하여 기록)
- 신생아 확인 기록
출생에 관한 내용(출생 일시, 성별, 부모 성명)
아기 손바닥 또는 발바닥 도장
엄마의 엄지손가락 지문
아기를 확인한 의사와 간호사 서명
- * Apgar Score(아프가 점수): 신생아의 상태를 5가지 징후점으로 평가하며, 출생 1분과 5분에 측정함.
- A(appearance: 피부색[외모]), P(pulse: 심박수), G(grimace, 표정, 반사), A(activity: 근긴장), R(respiration: 호흡)

85. 아프가 점수는 분만 후 ()분과 ()분에 심박동, 호흡, (), 근육의 긴장상태, ()에 대한 반응을 0, 1, 2로 측정하여 ()점 만점이며, 점수가 높을수록 건강한 아기가 다. 팔호안 순서가 옳은 것은?

- ① 1, 3, 맥박, 체온, 15점 ② 1, 5, 피부색, 자극, 10점
③ 1, 3, 맥박, 체온, 10점 ④ 1, 5, 피부색, 체온, 15점

해설 Apgar score(아프가 점수)는 신생아의 상태를 5가지 징후점으로 평가하며, 출생 1분과 5분에 측정함. 피부색, 심박수, 근긴장, 호흡, 자극에 대한 반응을 0, 1, 2로 측정하여 총 10점 만점으로 점수가 높을수록 건강한 신생아임을 의미한다.

86. 신생아기록에서 'birth history'를 기록하는 사람은?

- ① 분만실 수간호사 ② 신생아실 수간호사
③ 신생아를 받는 산과 의사 ④ 신생아 소아과 의사

해설 분만 시 신생아 기록(아기를 받은 산과 의사 기록)

87. “환자는 소화불량 및 복통이 있고, 내원 3일 전 부터는 almagel bid 섭취하고 있었음”이라는 기록을 볼 수 있는 곳은?

- ① Chief complaint ② Past Hx ③ Present illness ④ Family Hx

해설

- ① Chief complaint(주호소): 환자가 호소하는 문제점이나 증상이 무엇이며 얼마 동안 느껴왔는지를 기록하는 것
 ② Past Hx(과거병력): 과거에 앓았던 질병과 치료 내용을 요약한 것
 ③ Present illness(현재질병상태): 처음 증상이 나타나서 현재까지의 질병 양상·경과를 자세히 순서대로 기록. 발병일, 환부, 경과, 기간, 악화나 호전상태 등을 기록
 ④ Family Hx(가족력): 환자를 중심으로 가족들과 질병의 연관성을 기록

88. 전신마취하의 수술이 예정된 환자의 심전도 등의 수술 전 검사결과가 비정상적으로 나타날 때, 마취 가능 여부를 자문하기 위한 기록은?

- ① 마취 기록 ② 수술 기록 ③ 협진 기록 ④ 의사지시 기록

해설

주치의는 자기영역 밖의 문제가 환자에게 발생되었거나 의심이 갈 때 보다 정확한 진단과 치료를 위하여 다른과 전문의에게 협의진단을 의뢰하게 된다. 이때 협의진단기록이라는 서식을 이용하여 의뢰내용과 의뢰에 대한 화답을 기록하게 된다.

89. 마취가 필요한 수술환자의 신체조사기록은 언제 해야 하는가?

- ① 마취 전 1시간 이내 ② 마취 전 12시간 이내
 ③ 수술 전 12시간 이내 ④ 수술 전 48시간 이내

해설

신체조사기록은 마취하기 전에 신체 각계의 상태와 증상을 점검하는 것으로 수술 전 48시간 이내 기록해야 한다. 또 마취를 시행한 의사가 마취로 인한 합병증 여부 등을 점검하여 그 상태를 수술 후 24시간 이내에 기록해야 한다.

90. 외래 진료 시 발생하는 처방은?

- ① On call 협의진료 처방 ② 검사 예약 처방
 ③ 병동 전실 처방 ④ 식사 변경 처방

해설

협의진료, 병동 전실 및 전과, 식사변경처방은 입원 시 발생하는 처방임



2. 질병분류 <http://kostat.go.kr>(통계청) - 통계분류포털 - KCD 한국표준질병·사인분류 참조

91. 현재 우리나라에서 발간하여 사용하는 질병분류체계는 무엇인가?

- ① KCD-7th ② KCD-5th ③ ICD-10th ④ ICD-9th

해설

국제질병분류 제10차 개정판(ICD-10th) 2014 version을 우리나라에 맞게 수정하여 한국표준질병·사인분류 제6차 개정판(KCD-7th)을 발행하여, 2016년부터 사용하고 있음

정답

87. ③ 88. ③ 89. ④ 90. ② 91. ①

92. 국제질병분류에서 사용하는 '상세불명'의 의미로 사용되는 용어는?

- ① NEC ② NOS ③ Exclude ④ Include

해설

- NEC(Not Else where Classified): 다른 어느 곳에 분류되어 있지 않은, 달리 분류되지 않은, 기타 명시된
- NOS(Not Otherwise Specified): 달리 명시되지 않은, 상세불명의, 성격미상
- Exclude: 제외 Include: 포함
- ※질병분류 찾기: ① 질병이나 상해 KCD7-3권(Index) 찾고
 ② 번호별 열람표 KCD7-1권(TEXT) 확인
 +(검표)-질병의 원인별 분류(질병)
 *(별표)-해부학적부위(장기)
 검표우선원칙, 별표 단독사용금지

93. 2018년 현재 우리나라에서 사용하는 질병분류 기준은?

- ① ICD-9 ② ICD-10 ③ KCD-6 ④ KCD-7

해설

- 한국 표준 질병사인분류 역사
- 1938년: 제4차 국제 사인표 채택
 - 1952년: 한국 상해 및 질병분류 개정(최초 KCD)
 - 1973년: 한국 질병사인 분류 1차 개정 1973년 1월 1일부터 사용
 - 1978년: KCD 2차 개정판 사용
 - 1995년: 한국 표준 질병사인 분류 3차 개정판 사용(KCD-3)
 - 2003년: 한국 표준 질병사인 분류 4차 개정판 사용(KCD-4)
 - ※ KCD-3는 ICD-10차 개정판을 골격으로 KCD-3를 만들었다.
 - 2008년: 한국표준질병사인분류 5차 개정판사용(KCD-5)
 - 2011년: 한국표준질병사인분류 6차 개정판사용(KCD-6)
 - 2016년: 한국표준질병사인분류 7차 개정판사용(KCD-7)

94. 2018년 현재 우리나라에서 의료행위 분류를 위해 가장 많이 사용하는 분류체계는?

- ① ICD-O-2 ② ICPM ③ ICD-9 CM ④ KCD-6

해설

현재 우리나라 의료행위 분류에서 현재 미국에서 사용하고 있는 ICD-9 CM Vol. III를 번역하고 사용하고 있다.

95. 2018년 현재 우리나라에서 실시되는 환자진료정보 분석 및 등록업무와 그에 사용되는 분류 체계로 옳지 않은 것은?

- ① 질병분류: KCD-5 ② 사인분류: KCD-7
 ③ 암등록: ICD-0-3 ④ 의료행위분류: ICD-9 CM

해설

질병분류: ICD-10, KCD-7

96. KCD-7에서 사용되는 "⊙"기호가 의미하는 것은?

- ① 질병의 원인에 대한 코드 ② 발현 증세에 대한 코드
 ③ 한의 진단명 코드 ④ 한국 고유 코드

해설

⊙는 (KCD-6부터) 세분된 한국 고유의 코드

102. 질병분류체계의 발전과정에서 내용으로 옳은 것은?

- ① Hippocrate - 질병을 혈액, 흑담즙, 황담즙, 침의 4가지 체액에 관련시켜 분류하였다.
- ② Captain John Graunt - 시카고의 국제 통계연구소에서 통일된 사망원인 분류안을 발표하였다.
- ③ William Farr - 해부학적 부위별로 질병의 분류체계를 발표하였다.
- ④ Dr. Jacques Bertillon - 런던의 사망 일람표를 발표하였다.

해설

- Hippocrate: 혈액, 흑담즙, 황담즙, 점액질의 4가지 체액
- Captain John Graunt: 런던의 사망 일람표 발표
- Dr. Jacques Bertillon: 시카고의 국제 통계연구소에 통일된 사망원인 분류안을 발표

103. KCD-7을 이용하여 질병분류번호를 찾을 때 먼저 찾아야 하는 것은?

- ① 질병명이나 병리학적상태
- ② 해부학적 부위
- ③ 타질병이나 합병증 동반 여부
- ④ 질병의 유형

해설

색인표(제3권)의 용어 나열 구성은 맨 왼쪽에 선도어(lead term)가 있고, 선도어 아래에 줄을 달리하여 하이픈(hyphen)을 긋고 그 선도어들이 위치하여 있다. 선도어는 주로 질병명 또는 병리학적 상태이고, 아래 줄에 한 칸 들어가 나열된 수식어들은 해부학적 부위, 질병의 유형, 원인군, 어떤 타질병이나 합병증 동반여부 등을 나타내는 용어 등이다.

104. 보충 설명어가 필요한 불안정한 용어에 사용되며, 해당기호 이하의 용어가 분류 번호를 결정하는 중요 요소가 되는 것은?

- ① 검표(+)
- ② 별표(*)
- ③ 콜론(:)
- ④ 중괄호 { }

해설

- 검표(+), 별표(*) : 어떤 질병들은 원인별 분류와 해부학적 부위별 분류로 이원분류 되는데, 원인별 분류번호에는 검표, 해부학적 부위별 분류에는 별표를 사용
- 콜론(:) : 보충 설명어가 필요한 불안정한 용어에 사용되며, 해당기호 이하의 용어가 분류 번호를 결정하는 중요 요소됨
- 중괄호 { } : 중괄호 앞에 나온 단어나 중괄호 뒤에 단어가 완전히 용어가 아님을 나타낼 때 사용, 중괄호 앞에 있는 용어를 중괄호 다음에 나열된 용어로 명확히 한정할 때 사용

105. 질병분류 시 'sequela'와 같은 뜻으로 KCD-7th, 제3권 색인에서 찾을 수 있는 단어는?

- ① complication
- ② condition
- ③ late effect
- ④ symptom

해설

late effect, sequela는 후유증이란 의미로, 질병이나 상해의 급성적 상황은 종결되었으나 현재 건강상태에 영향을 미치는 잔여 상태를 의미함

106. 화상분류에서 세자리 분류코드가 같고 같은 부위에서 부분적으로 화상 및 부식의 정도가 다르면 어떻게 분류하는가?

- ① 낮은 번호 분류
- ② 높은 번호 분류
- ③ 둘 다 분류
- ④ 9로 분류

해설

세자리 분류코드가 같은 부위에서 부분적으로 화상 및 부식의 정도가 다르면 가장 높은 정도로 분류하고, 화상이나 부식을 입은 신체 부위가 다르면 각각 분류

107. 골절을 분류할 때 개방성, 폐쇄성이 명시되지 않은 경우의 분류는?

- ① 폐쇄성
- ② 개방성
- ③ 상세불명
- ④ 개방성과 폐쇄성 모두

해설

개방성 또는 폐쇄성으로 명시되지 않은 골절은 폐쇄성으로 분류

108. 위의 기능장애가 F코드로 분류되는 경우는?

- ① 장의 흡수 장애 ② 심인성 소화불량 ③ 위궤양 ④ 수술 후 맹점 증후군

해설 위의 기능적 장애는 K30-K31로 분류되나, 그 장애가 심인성(psychogenic)일 때는 F45.3으로 분류, 장관의 흡수장애는 K90으로 분류되나, 수술 후 나타난 합병증으로서의 흡수장애는 K91.2(예: 수술 후 맹점 증후군)로 분류

109. 당뇨병의 내용으로 옳은 것은?

- ① 제2형 당뇨병은 대부분 사춘기 전에 발생한다.
 ② 당뇨병은 췌장의 질환으로 합병증이 없는 질환이다.
 ③ NIDDM(non-independent diabetes mellitus)은 제1형 당뇨병이다.
 ④ 지속적인 단백뇨를 보이는 당뇨병환자는 당뇨병성 신장병증으로 간주한다.

해설 당뇨병은 췌장에서 인슐린의 분비가 부족하여 발생하는 질환으로, 갈증, 탈수현상, 다뇨증, 체중감소와 같은 증상 등이 나타나며, 소아기에 발병하는 제1형 당뇨병(연소-발병 당뇨병)과 성인기에 발병하는 제2형 당뇨병이 가장 대표적이며, 신경병증, 망막병증, 신장병증과 같은 각종 합병증을 동반하게 된다.

110. 신체 내에 삽입하거나 이식한 물질의 기능장애(T82~T87)로 옳지 않은 것은?

- ① 천공(Perforation) ② 누공(Leakage) ③ 전위(Displacement) ④ 고정(Fixation)

해설 신체내에 삽입 또는 이식한 물질이나 조직의 기능장애나 기계적 기능장애는 T82-T87로 분류, 기능장애라 함은 분해(breakdown), 전위(displacement), 누출(leakage), 위치이상(malposition), 기계적 폐쇄(mechanical obstruction), 천공(perforation), 돌출(protrusion) 등의 상태를 말함

111. 한국표준질병·사인분류에서 현재 질병상태는 아니면서 건강상태에 영향을 주는 요인을 분류할 때 사용하는 코드는?

- ① U코드 ② T코드 ③ M코드 ④ Z코드

해설
 • U코드: 특수 목적 코드
 • T코드: 손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과 분류코드
 • M코드: 근골격계통 및 결합조직의 질환 분류코드
 • Z코드: 건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인 분류코드

112. 질병은 아니면서 현재 건강상태에 영향을 주는 요인에 부여하는 분류코드는?

- ① U code ② V code ③ Y code ④ Z code

해설
 • U코드: 특수 목적 코드
 • V, Y코드: 질병이환 및 사망의 외인 분류코드
 • Z코드: 건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인 분류코드

113. 아래와 같은 진단명일 때 주된 병태 분류 코드로 옳은 것은?

Dx : Acute and chronic cholecystitis

- ① K81.0 (급성 담낭염) ② K81.1 (만성 담낭염)
 ③ K81.8 (기타 담낭염) ④ K81.9 (상세불명의 담낭염)

해설 급성 및 만성으로 함께 분류하지만, 주된 병태는 급성이다.

114. 자동차 사고로 발생한 뇌출혈 진단을 분류할 수 있는 대분류로 옳은 것은?

- ① 신경계통의 질환
- ② 순환계통의 질환
- ③ 손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과
- ④ 건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인

해설 자발성 뇌출혈은 순환계통의 질환(I code)에 해당하지만, 자동차 사고 등과 같이 외인에 의한 뇌출혈은 손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 질환으로 분류(S code)

115. 자동차 사고로 인한 뇌출혈로 응급실에 입원한 환자의 외인코드는?

- ① S code ② V code ③ W code ④ Z code

해설 자동차 사고 등과 같이 외인에 의한 뇌출혈은 손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 질환으로 분류(S code)하고, 손상을 유발한 원인이 자동차 사고라면 외인코드 V code를 추가로 분류한다.

116. 임신, 출산 및 산후기(O code) 코드로 분류되는 것은?

- ① 산과적 파상풍 ② 산후기 패혈증 ③ 산후 우울병 ④ HIV 질환, 임신상태

해설 · 산과적 파상풍은 A-B code(특정 감염성 및 기생충성 질환)
· 산후 우울병은 F code(정신 및 행동장애)
· HIV 질환, 임신상태는 Z code(건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인)

117. 의사가 처방해 준 히스타민 제제를 복용한 후 알레르기 반응으로 피부염(dermatitis)이 발생했을 경우에 약물사용 대한 외인분류는?

- ① 중독 ② 의도 불명확 ③ 의도적 자해 ④ 치료 상 부작용

해설 의사가 처방해 준 대로 복용 후 발생하는 피부염을 분류할 때, 주진단은 피부염(L code)으로 선정하고, 히스타민 제제 약물사용에 대해서는 치료 상 부작용 코드(Y code)를 부가적으로 부여하게된다.

118. 6개월 전 교통사고로 대퇴골간 골절상을 당해 관혈적 정복술과 내고정술을 시행한 환자가 다. 이번 입원 기간 동안 골절된 골판이 서로 어긋나게 붙어 재수술 후 퇴원하였다. 이환자의 주된 병태 분류코드는?

- ① M84.05 (골절의 부정유합, 대퇴골) ② M84.15 (골절의 불유합, 대퇴골)
- ③ S72.30 (대퇴골간의 골절, 폐쇄성) ④ T93.1 (대퇴골 골절의 후유증)

해설 골절된 뼈 조각이 잘못된 위치에서 유합된 것을 골절의 부정유합(Malunion of fracture)이라고 하고, 불유합(Nonunion)은 유합되지 않으면서 관절같은 형태를 유지하고 있는 것을 의미
이 환자의 경우에는 골절의 부정유합(M84.05)을 주된 병태로 분류하고, 대퇴골 골절의 후유증(T93.1)은 기타 병태로 분류

119. 미숙아의 고빌리루빈혈증(hyperbilirubinemia)에 대한 분류 코드는?

- ① P59.0 (조산과 관련된 신생아 황달) ② P59.3 (모유 억제인자로 인한 신생아 황달)
- ③ P59.8 (기타 명시된 원인으로 인한 신생아 황달) ④ P59.9 (상세불명의 신생아 황달)

해설 조산과 관련된 신생아 황달(P59.0)에는 미숙아의 고빌리루빈혈증이 포함됨

정답 114. ③ 115. ① 116. ② 117. ④ 118. ① 119. ①

120. 처방받은 항생제 주사로 전신 피부 발진이 생긴 환자에게 외인 코드를 부여하고자 한다. 이 때 KCD-7th 제3권의 '약품 및 화학 물질표'에서 찾아보아야 할 항목은?

- ① 사고 ② 의도적 피해 ③ 의도 불명확 ④ 치료상 부작용

해설 적절히 투여된 약제로 인한 것은 '약품 및 화학 물질표'의 '치료상 부작용(adverse effect in therapeutic use)'란의 분류번호를 부여하고, 약을 오용 또는 과용으로 발생하였을 경우에는 '약품 및 화학 물질표'의 '사고(incident)'로 분류

121. 손상외인 코드가 아닌 것은?

- ① U code ② V code ③ W code ④ X code

해설 · U code: 특수 목적 코드
· V, W, X, Y code: 질병이환 및 사망의 외인 분류코드



3. 암등록

122. 우리나라 암등록제도에 관한 내용으로 옳지 않은 것은?

- ① 2003년도부터 ICD-O-3을 이용하여 암등록을 하고 있다.
② 조직학적 진단명의 형태코드가 /2, /3인 종양은 반드시 등록한다.
③ 다중 원발암은 원발부위 개수와 동일하게 암등록 한다.
④ 뇌종양 등록은 2006년 생성된 암등록자료부터 시행하고 있다.

해설 뇌종양 등록은 2005년 생성된 암등록 자료부터 시행하고 있다.

123. 임상적 암의 병기분류 중 TNM에 해당하지 않는 것은?

- ① 종양 ② 형태 ③ 전이 ④ 림프절

해설 · 종양(tumor): 침범(invasion)깊이, 원발의 종양크기(size), 표면전파(surface spread)
· 결절(node): 이차성 또는 구역성 림프절(regional node)침범 범위
· 전이(metastasis): 장기에 전이된 유무정도

124. 암의 퍼진 정도를 나타내주는 척도는?

- ① 분화도 (differentiation) ② 행동양식 (behavior)
③ 형태학 (morphology) ④ 진전도 (stage)

125. 2018년 현재 암등록 시 사용하는 분류체계는?

- ① KCD-6 ② ICD-10 ③ ICD-O-2 ④ ICD-O-3

해설 1973년 KCD-1 이후 WHO가 권고한 ICD-10의 업데이트 사항을 반영하고 국제종양학분류(ICD-O-3)를 반영하여 2016년 1월 1일부터 KCD-7을 적용하고 있다.

126. KCD-7의 분류구조에서 악성 신생물을 나타내는 분류번호는?

- ① A00-A99 ② B00-B99 ③ C00-C97 ④ D00-D48

해설 신생물은 부위별 분류와 조직학적 형태분류(Morphology code)의 두가지 code no.를 사용하며 다음과 같이 분류되어 있다. 악성 C00-C97, 상피내 D00-D09, 양성 D10-D36, 행동양식 불명 또는 미상 D37-D48

127. 신생물의 전이와 관련이 없는 용어는?

- ① invasion ② secondary ③ extended ④ carcinoma in-situ

해설 • extended: 펼친(예-extended care: 연장치료)
• invasion: 암세포의 전이 secondary: 이차성, 전이성 종양 carcinoma in-situ:암종

128. A병원에서 5년 전 자궁암으로 복식 전자궁절제술을 받은 환자가 이번에는 방광, 직장에 암이 전이되어 B병원에 입원하였을 경우 B병원에서 해야 할 암등록 건수는?

- ① 0건 ② 1건 ③ 2건 ④ 3건

해설 B병원에는 초진이므로 등록 해야하며 전이된 부위가 아닌 원발부위 자궁으로 암등록 한다.

129. 우리나라에서 중앙암등록 사업을 할 때 등록 대상이 아닌 것은?

- ① /2 ② /3 ③ CIN III ④ Low-grade SIL

해설 중앙 암등록 본부에서는 행태 코드가 /2 정상소재 암종(carcinoma in situ)을 등록하도록 하고 있다. 정상소재 암종(carcinoma in situ)과 동일한 의미로 간주할 수 용어는 CIS, CIN III, High-grade SIL이므로 이러한 소견을 가진 환자는 등록해야 한다.

130. KCD-7의 신생물의 형태학적 분류번호에서 행동양식을 나타내는 /2 의미는?

- ① 양성 ② 원발부위 암 ③ 전이부위 암 ④ 정상소재 암

해설 /0은 양성, /1은 양성 또는 악성 여부가 불확실한, /2는 정상소재 암, /3은 악성 원발부위, /6은 악성 전이부위, /9는 악성 원발부위 또는 속발부위가 불확실한 것을 의미한다.

131. 신생물의 조직학적 진단 분류에서 "/0"이 의미하는 것은?

- ① benign ② carcinoma in situ
③ malignant, primary site ④ malignant, secondary site

132. 선암종의 형태학적 분류번호는 M8140/3일 경우 '/3'의 의미는?

- ① 악성, 원발부위 ② 악성, 전이부위 ③ 정상소재암 ④ 양성

해설 행태코드: 종양의 행동양상, 악성 정도

/0	양성
/1	양성인지 악성인지 불명확, 경계선 악성, 낮은 악성 잠재력, 불확실한 악성 잠재성
/2	정상소재, 상피 내, 비 침윤성, 비 침습성
/3	악성, 원발 부위
/6	악성,전이 부위, 악성, 이차성 부위
/9	악성, 원발인지 전이인지 불명확

133. 암과 관련된 치료방법이 올바르게 연결된 것은?

- ① Surgery-Thyroidectomy ② Chemotherapy-Cobalt
 ③ Immunotherapy-Mastectomy ④ Radiotherapy-TURP

|해설

- ① Surgery-Thyroidectomy: 수술-갑상선절제술 (O)
 ② Chemotherapy-Cobalt: 화학요법-코발트 (X)
 코발트 → 방사선 요법(Radiotherapy)
 ③ Immunotherapy-Mastectomy: 면역요법-유방절제술 (X)
 유방절제술 → 수술(Surgery)
 ④ Radiotherapy-TURP: 방사선 요법-경요도전립선절제술 (X)
 경요도전립선절제술 → 수술(Surgery)

134. Open biopsy로 분류되는 것은?

- ① endoscopy biopsy ② aspiration biopsy ③ needle biopsy ④ incisional biopsy

|해설

- Biopsy 유형으로는
 Close biopsy ⇒ endoscopic, needle, aspiration bx 등
 Open biopsy ⇒ surgical, frozen, incisional, excisional bx 등

135. 한 기관에서 중복부위에 암이 발생한 환자의 암 등록시 원발부위의 세부 분류코드는?

- ① .0 ② .7 ③ .8 ④ .9

|해설

- 중복병소 분류지침은 한 장기내 인접한 세부 부위에 걸쳐 있고 어느 부위가 원발인지 모를 때는 그 부위 번호의 .8 번호를 부여



4. 병원통계, 기타

136. 병상회전을 계산에서 필요한 내용은?

- ① 재입원환자수 ② 총수술건수 ③ 총퇴원환자수 ④ 평균재원일수

|해설

- 병상회전율: 일정기간 중 병원에서 실제 입원 또는 퇴원환자수를 병상수로 나눈 지표다. 퇴원실 인원수/ 사용가능한 평균 병상수

137. 병상회전율에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 일정기간 동안 1개의 병상에 몇 명의 환자를 입원시켰는가를 나타내는 지표
 ② 병상회전율은 병원의 병상운영의 효율성을 나타내는 지표
 ③ 병상회전율이 높다는 의미는 일평균 입원수익이 낮다는 것을 의미
 ④ 병상회전율이 낮다는 의미는 평균재원일수가 길다는 것을 의미

138. 12월 1일 입원하고 12월 10일 퇴원한 경우 양입법에 의한 재원일수는?

- ① 8일 ② 9일 ③ 10일 ④ 11일

해설 재원일수란 입원일부터 퇴원일까지의 날수를 말한다. 재원일수 산정에는 입원일과 퇴원일을 모두 포함시키는 양입법과 둘 중 하나만 포함시키는 단입법이 있다. 그러므로 10일이다.

139. 평균 재원일수를 산출하는 공식은?

- ① 기간 중 외래환자의 총 진료일수 / 기간 중 외래환자 수
 ② 기간 중 입원환자의 총 재원일수 / 기간 중 입원환자 수
 ③ 기간 중 재원환자의 총 재원일수 / 기간 중 재원환자 수
 ④ 기간 중 퇴원환자의 총 재원일수 / 기간 중 퇴원환자 수

해설 기간 중 퇴원한 환자들이 평균 며칠씩 재원하였는지를 나타내는 수
 ※ 사망 포함, 신생아 제외

140. 병상 이용률을 구할 때 이용 가능한 병상은?

- ① 중환자실 병상 ② 수술실 병상 ③ 검사실 병상 ④ 분만실 병상

해설 수술실 병상과 검사실 병상, 분만실 병상은 환자가 입원하여 있는 병상이 아니므로 병상 이용률을 구할 때에는 중환자실 병상인 입원병상을 이용한다.

141. 병상이용률 공식으로 옳은 것은?

- ① 입원환자수 / (이용가능한 총 병상수) × (기간중 날수)
 ② 재원환자 연인원수 × 100 / (이용가능한 총 병상수) × (기간중 날수)
 ③ 퇴원환자 재원연일수 / 이용가능한 총병상수
 ④ 퇴원환자수 / 해당월 이용 가능했던 평균 병상 수

해설 ④ 퇴원환자 수 / 해당월 이용 가능했던 평균 병상 수 = 병상회전율 직접산정 공식

142. 병상이용률(inpatient bed occupancy rate)이란?

- ① 기간 중 재원환자 연인원수와 기간 중 가동될 수 있는 총허기병상수와의 비율
 ② 기간 중 일일평균 재원환자수와 총병상수와의 비율
 ③ 기간의 말일 현재 재원수와 총병상수의 비율
 ④ 기간 중 재원환자 연인원수와 총병상수의 비율

해설 병상이용률: 이용 가능한 총 병상 중 얼마만큼이 실제로 이용되었나 하는 비율을 말한다.
 ※ 이용 가능한 총 병상이란 일반병실이나 중환자실의 병상 등 한 환자가 점유하도록 배정된 병상을 말한다.
 ※ 병상이용률 = 기간 중 재원환자 연인원 수 / 이용가능한 병상총수 기간 중 날수 × 100

143. 순사망률은 기간 중 입원 후 몇 시간 이내 사망자를 제외한 총 퇴원수에 대한 사망자의 비율인가?

- ① 12시간 이내 ② 24시간 이내 ③ 36시간 이내 ④ 48시간 이내

해설 기간 중 48시간 이전 사망자를 제외한 총 퇴원수에 대한(48시간 사망환자수 제외) 48시간 이후 사망자의 비율이다.
 ※ {기간 중 사망자 총수(신생아 포함) - 48시간 이전 사망자 수} × 100
 {기간 중 총 퇴원 환자 수 (사망 및 신생아 포함) - 48시간 이전 사망자 수}

정답 138. ③ 139. ④ 140. ① 141. ② 142. ④ 143. ④

144. 병상이용률 계산에 필요한 것은?

- | | |
|---------------|--------------------|
| 가. 기간 중 퇴원환자수 | 나. 기간 중 퇴원환자 총재원일수 |
| 다. 기간 중 날수 | 라. 기간 중 재원환자 연인원수 |
| 마. 이용가능한 병상수 | |
- ① 가, 나, 마 ② 가, 라, 마 ③ 나, 다, 마 ④ 다, 라, 마

해설 병상이용률: 이용 가능한 총 병상 중 얼마만큼이 실제로 이용되었나 하는 비율을 말한다.
 • 이용 가능한 총 병상이란 일반병실이나 중환자실의 병상 등 한 환자가 점유하도록 배정된 병상을 말한다.
 • 병상이용률 = 기간 중 재원환자 연인원수 / 이용가능한 병상총수 기간 중 날수 × 100

145. 통계에서 재원환자 연인원수를 이용하여 구할 수 있는 통계끼리 올바르게 연결된 것은?

- | | |
|---------------|-----------|
| 가. 일일평균 재원환자수 | 나. 병상가동률 |
| 다. 병상회전율 | 라. 평균재원일수 |
- ① 가, 나 ② 나, 다 ③ 다, 라 ④ 가, 나, 다

해설 • 일일평균재원환자수 = 기간 중 재원환자 연인원수 / 기간 중의 날수
 • 병상가동률 = 기간 중 재원환자 연인원수 × 100 / 이용 가능한 병상 총수 × 기간 중의 날수

146. 병원에 오는 도중 구급차 안에서 아기를 분만하였을 경우, 환자실적 통계를 위해 구분되는 아기의 진료과는?

- ① 산과 ② 신생아과 ③ 응급실 ④ 소아과

해설 태어날 당시 산 영아로서 그 병원에서 출생한 아기만을 신생아과로 분류. 병원외부에서 출생한 후 입원한 아기와 내원도 중 출생하여 입원한 아기들은 소아과환자로 분류된다.

147. 현재 우리나라에서 실시 중인 DRG 제도의 대상질병군은?

- | | | | |
|----------|-----------|----------|------------|
| 가. 항문 수술 | 나. 충수 절제술 | 다. 질식 분만 | 라. 서혜탈장 수술 |
|----------|-----------|----------|------------|
- ① 가, 나, 다 ② 가, 다 ③ 나, 라 ④ 가, 나, 라

해설 <4개 진료과 7개 질환>
 • 안과: 안과계 질환을 주진단으로 수정체 수술을 받은 자
 • 이비인후과: 이비인후과계 질환을 주진단으로 편도와 아제노이드 수술을 받은 자
 • 외과: 소화기계 질환을 주진단으로 항문과 또는 항문주위 수술을 받은 자
 • 외과, 비뇨기과: 소화기계 질환을 주진단으로 서혜 및 대퇴부 탈장수술을 받은 자
 • 외과: 소화기계 질환을 주진단으로 충수절제술을 받은 자
 • 산부인과: 여성생식기계 질환을 주진단으로 자궁과 또는 자궁부속기 수술을 받은 자
 • 산부인과: 분만을 주진단으로 제왕절개 분만을 한다.

148. 현재 우리나라에서 실시 중인 DRG 제도의 번호는 총 6자리인데 첫 4자리는 질병군을 5번째 자리는 연령그룹을 나타낸다. 마지막 6번째 자리는?

- ① 수술여부 ② 진료결과 ③ 질병의 중증도 ④ 입원경로

해설 첫 4자리는 질병군을, 5번째 자리는 연령그룹을, 마지막 6번째 자리는 중증도 분류를 나타낸다.

149. 우리나라에서 시행 중인 포괄수가제도(DRG)에 대한 설명이 아닌 것은?

- ① 보건복지부장관이 고시하는 질병군의 입원진료 요양급여 비용을 포괄하여 하나의 상대가치점수로 인정하고 있다.
- ② 전체의료기관이 대상이다.
- ③ 4개과 진료과 7개 질병군으로 구성되어 있다.
- ④ 총 83개의 DRG로 구성되어 있다.

해설 7월부터 전체 의료기관을 대상으로 7개 질병군 포괄수가제를 시행하고 있다.

150. DRG 설명으로 옳은 것은?

- ① 입원환자들을 일정기준에 의하여 환자군으로 분류하는 방법이다.
- ② 진료행위별수가제도.
- ③ 인두제이다.
- ④ 원가계산 방법이다.

해설 DRG: 진단과 치료가 의학과 관련이 있고 재원기간이 유사하여 병원 자원의 소모가 유사한 환자간에 무리를 짓는 방법으로 포괄적으로 진료비를 산정하는 일종의 포괄 수가제 형식이다. 진단명별로 미리 책정된 진료비를 지급하는 전향적 산정 방법이다.

151. DRG도입에 따른 기대효과로 옳지 않은 것은?

- ① 과도한 행정비용 발생 억제
- ② 과잉진료방지
- ③ 진료비 상승률 둔화
- ④ 신기술에 대한 투자 확대

해설 DRG 도입 기대효과: 의료비절감, 적정진료유도, 진료비청구 간소화

152. 질병군별 포괄수가제도 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 현재 4개 진료과의 7개 질병군으로 시행되고 있다.
- ② K-DRG 분류체계를 이용하여 입원환자의 진료비를 보상하는 제도이다.
- ③ 전국 모든 의료기관 중 참여를 희망하는 곳을 대상으로 실시하고 있다.
- ④ 질병군이란 진단명, 시술명, 중증도, 나이를 기준으로 분류한 환자집단을 말한다.

해설 1) 2012년 7월 1일부터 병원, 의원 DRG 강제적용
2) 2013년 7월 1일부터 종합병원, 상급종합병원 DRG 강제적용
3) 2017년 현재 모든 요양기관에서 DRG 강제적용

153. DRG 대상질병군 중 현재 실시하지 않는 질병군은?

- ① 편도 및 아데노이드 수술
- ② 수정체 수술
- ③ 충수 절제술
- ④ 질식 분만

해설 · 적용대상 질병군
포괄수가제 적용 질병군은 아래의 4개 진료과 7개 질병군으로 병원에 입원(외래는 제외됨)하여 수술을 받거나 출산한 경우에 적용된다.
1) 안과: ① 수정체수술(백내장수술)
2) 이비인후과: ② 편도 및 아데노이드수술
3) 외과: ③ 항문 및 항문주위수술(치질수술) ④ 서혜 및 대퇴부 탈장수술 ⑤ 충수절제술(맹장염수술)
4) 산부인과: ⑥ 자궁 및 자궁부속기수술(악성종양 제외) ⑦ 제왕절개분만

