

의무 기록 관리의 실제

전진상의원

정미경

머리말

의무 기록은 환자에게 일관성 있는 치료를 제공하기 위하여 필요한 기본적인 도구이다. 또한 의무 기록은 환자의 치료를 담당하는 여러 전문가들에게 효과적인 의사 소통 도구로서의 역할을 가지며 환자에게 제공된 의료의 질을 평가하는 기본 자료로 사용되기도 한다. 따라서 효율적이고 포괄적이며 잘 정리된 의무 기록은 좋은 의료를 제공하는데 필수적인 요소라고 할 수 있다. 호스피스·완화의료에서는 환자의 신체적인 측면만이 아니라 정서적인 면, 사회 심리적인 면, 영적인 면을 모두 고려한 돌봄을 제공하고자 하며 이를 위해서 다학제 간 팀 접근이 중요함은 알려져 있다. 한편 호스피스·완화의료의 대상이 되는 환자들은 대부분 극심한 통증을 비롯하여 여러 가지 복합적인 증상을 나타내는 특징을 가지고 있다. 그러므로 호스피스·완화의료에서 의무 기록은 여러 전문가들이 한 팀으로서 의사 소통을 하고 유기적으로 협력할 수 있는 도구의 역할을 할 수 있어야 한다. 또한 환자들의 특징적인 증상들을 평가하고 치료하는 과정을 잘 정리해서 나타내 보여 줌으로써 환자의 일관성 있는 치료에 도움이 되어야 한다.

이 글에서는 전진상 의원 가정 호스피스에서 사용되는 의무 기록을 예시하고 부족한 부분을 찾아 보완하는 작업을 시작함으로써 호스피스·완화의료에서 표준으로 사용될 수 있는 의무 기록을 개발하는데 보탬이 되고자 한다.

전진상 의원 가정 호스피스의 의무 기록

1. Basic Record

본 의원에서는 환자가 처음 등록할 때 사회 복지사가 면담을 통하여 기초 기록을 작성하도록 하고 있다. 여기에는 환자의 인적 사항 외에도 가족 구성원 기록, 가계도, 가족 생활사 등이 포함되며 상담자가 중요한 문제에 관해서 정리하여 기록한다. 이 기록은 환자를 한 개인으로만 보는 것이 아니라 가족 안에 통합된 존재로 볼 수 있게 해 준다는 점에서 의미가 있다.

2) Doctor's note

의사가 기록하는 note의 첫 페이지는 문제 목록을 날짜 별로 볼 수 있는 Problem List로 구성되어 있다. 다음에 초기 면담시 청취한 병력과 진찰 소견을 의사가 기록한다. 경과 기록은 SOAP, 즉 주관적 증상과 객관적 관찰 및 검사 결과, 평가, 계획의 순서로 기록한다.

3) Flow Sheet

날짜 별로 환자의 활력 증후, ADL, input and output, 오심, 구토, 수면, 통증, 치료에 관해 기록한다. 시간 경과에 따른 환자의 상태와 투여되는 약물, 방문 횟수 등에 대하여 한 눈에 볼 수 있도록 구성되어 있다(Table 2).

Table 1. Basic Record

등록번호:	상담자:
세대주 이름:	
전화번호:	
주소:	
등록가족수:	
세대(generation):	
보험관계:	
등록일:	재상담일:

가족 구성원 기록(Family census)

번호	이름	출생년도 및 성별	세대주와의 관계	직업	학력	결혼 유무	월수입	종교
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								

Family Tree Record	
1. Pedigree	
가족 생활사	
1. 결혼	
2. 자녀 출생	
3. 직장	
4. 주택	
5. 주위 환경	
Main Problem-Problem Solvin	
Problem List in The Family	

4) 기타

그 외에 가족이 집에서 관찰한 기록, 자원 봉사자의 기록 등이 있다.

보완할 점

Basic Record에 주요 간호를 담당할 가족에 관하여 기록할 필요가 있다. 가정 호스피스에 가족과 함께 팀을 이루어 일하므로 가족 중 간호를 담당하고 의료진과 의사 소통을 맡을 사람이 있는지, 다른 친지나 친구가 있어 필요할 때 도와 줄 수 있는지 알아보고 기록해 두는 것이 필요하다. 초기 평가 기록에는 통증을 포함한 중요한 증상들에 관한 기록을 할 공간이 있어야 한다. 그림과 숫자 통증 등급(Numeric rating scale)을 이용하여 정확한 평가를 할 수 있도록 한다. 사회 심리적 평가 및 면담 내용을 기록하기 위한 부분을 마련하여 환자를 방문하거나 만난 전문가들(의사, 간호사, 사회복지사, 약사, 성직자 등)이 각자 면담 내용을 기록하도록 한다. 또한 경과 기록지에 각 전문가들이 함께 기록함으로써 의사 소통의 장이 될 수 있도록 한다. 환자가 사망한 후 최종적인 요약 및 평가를

Table 2. Flow Sheet

INCIDES		DATE										
		OPD(□)										
HV(△)												
TEL(↑ ↓)												
T°C												
P / MIN												
R / MIN												
BP mmHg												
Wt												
ETS												
Other events												
ADL												
I	Oral											
	Urine											
O	Stool											
	N/V											
SLEEP												
PAIN	Subj											
	Site											
	Scale (1~10)											
TX&NUR SING												
SIGN												

기록한다. 가족의 기능을 평가하여 사별 후 병적인 슬픔 반응을 나타낼 가능성에 관하여 기록함으로써 사별 후 가족 돌봄 계획에 이용할 수 있도록 한다.

마치는 글

가정 호스피스에서 의무 기록은 그 본래의 기능을 수행하기에는 부족할 만큼 소홀히 다루어진 측면이 있다. 이상적인 호스피스·완화의료 제공을 위해서는 잘 조직되고 포괄적이며 유기적인 기능을 가진 의무 기록의 형태를 개발하는 것도 필요한 일이라고 생각된다. 현재 임상에서 사용되고 있는 의무 기록의 장점을 살리고 부족한 부분을 보완하는 작업이 함께 이루어져야 할 것이다.

참 고 문 헌

1. McEvoy M, Development of a new approach to palliative care documentation, Int J Palliat Nurs, 2000;6:288-97.
2. Emberlyn-Tocci S, Rowe JM, Maintaining medical record, Med Group Manage 1983;30:54-6.
3. Ian Maddocks, Palliative care: A study text, Adelaide. The International Institute of Hospice Studies, 1997