

원 저

서순원, 김광환\*, 황용화, 강선희<sup>1)</sup>, 강진경<sup>2)</sup>, 조우현<sup>3)</sup>, 홍준현<sup>4)</sup>, 부유경<sup>5)</sup>, 이현실<sup>6)</sup>  
단국대학교병원 의무기록과, 공주대학교 보건행정학과<sup>1)</sup>, 연세대학교 의과대학 내과<sup>2)</sup>,  
연세대학교 의과대학 예방의학교실<sup>3)</sup>, 연세대학교 보건행정학과<sup>4)</sup>,  
인하대학교병원 의료정보과<sup>5)</sup>, 고려대학교병설 보건대학 보건행정학과<sup>6)</sup>

## A Study on Medical Laws and External Evaluation Criteria with Reference to the Essential Forms consisting Medical Records and to the Items for Each Medical Record

Sun Won Seo, Kwang Hwan Kim\*, Sunny Kang<sup>1)</sup>, Jin Kyung Kang<sup>2)</sup>, Woo Hyun Cho<sup>3)</sup>,  
Joon Hyun Hong<sup>4)</sup>, Yoo Kyung Pu<sup>5)</sup>, Hyun Sill Rhee<sup>6)</sup>  
Dept. of Medical Record, Dankook University Hospital, Dept. of Health Administration, Kongju  
National University<sup>1)</sup>, Dept. of Internal Medicine, Yonsei University Hospital<sup>2)</sup>,  
Dept. of Preventive Medicine, Yonsei University Hospital<sup>3)</sup>, Dept. of Health Administration,  
Yonsei University<sup>4)</sup>, Dept. of Medical Information & Record services, Inha University Hospital<sup>5)</sup>,  
Dept. of Health Administration, College of Health Science, Korea University<sup>6)</sup>

### Abstract

**Background :** This study is to suggest the standardized format of the clinical

\* 이 논문은 2002년도 건강보험심사평가원 연구비에 의하여 지원하였음

\* 교신저자 : 김광환 단국대학교병원 의무기록과

Tel) 041-550-6871, E-mail) dkwang@isdmc.co.kr

sheets and the standardized items of every clinical sheet. The standardization of the medical records will increase the faithfulness of the contents in them and it will contribute to construct the good health information system.

**Method** : From Jan. 1st. 2001 to March 31st 2001, we gathered as many paper clinical sheets as possible by every class of institutions to review the faithfulness of the clinical contents in them. Clinical sheets of 9 tertiary care hospitals, 6 general hospitals and 56 clinics were gathered. Two experienced medical record administrators reviewed them. The review focus was to check whether the items recommend by the hospital standardization review criteria and hospital service evaluation organization were appeared in the clinical sheets and whether the contents of every item were written.

**Results** : Tertiary care hospitals; In case of administrative data, the contents were filled well if the items were fixed. The clinical data like C.C, history, physical examination were filled well, but if the items were not fixed, some items were omitted. The result is that more items are to be filled if they are fixed.

General hospitals Administrative data were filled more than 50%. Final diagnosis was filled about 66.7%. But other clinical data were not filled well and not many clinical related items were appeared in the sheets. In the legal point of view, the reason for visiting hospitals or the right diagnosis, patient condition at discharge could not be confirmed well. In surgery cases, surgical procedures could not be confirmed well as many surgical related information (surgery time, fluids and blood, number of sponges, biopsy, etc) were omitted.

### Clinics

More than 70% administrative data were filled and fixed as items. Among the clinical related data, laboratory result was the most credible data. But without the right diagnosis, drug orders were given and doctors' written signatures were not appeared over 96.4%. So the clinical sheets cannot be used as a legal document.

**Conclusion** : There was a tendency that the contents were filled well if the items were fixed in the documents, We also suggest a clinical check list to review the completeness and faithfulness of the clinical sheets. If many hospitals use the suggested clinical check list and if they make the necessary items fixed in the clinical sheets, the quality of the medical record will increase dramatically.

**Key Words** : Clinical sheets, Clinical sheets standardization, Medical record item standardization

국가의 경쟁력 강화와 국민의 삶의 질 향상에 정보화는 유용하고도 강력한 수단이다. 보건복지 분야도 예외없이 정보화의 필요성이 그 어느 때보다 강하게 대두되고 있다.

의무기록은 환자의 질병에 관계되는 모든 사항과 환자에게 시행한 검사, 치료 내용과 그 결과에 관한 사항을 기록한 문서로서 환자에게 내려진 진단을 정당화하고 치료사실과 그 결과를 입증할 수 있도록 정확하고 완전한 내용이 기록되어야 한다. 이러한 의무기록분야에도 거센 정보화물결이 일고 있으며 전자 의무기록이 21세기의 화두로 떠오름과 동시에 의료정보의 활용분야도 다양해 지고 그에 따른 정보요구도도 날로 증가하고 있다. 이에 따라 의료정보 표준화 및 표준화방법, 표준화 내용등에 대한 관심이 높아만 가고 있다. 미국은 90년대 초부터 몇 개의 기관에서 각자 독립적으로 의료정보교환을 위한 표준화 작업을 해오고 있으며, 그 영역을 점차 확대시켜 오고 있다.

우리 나라에서는 1996년 조한익 등(1)은 의료정보 표준화를 위한 연구를 수행하였는데 의무기록 서식별 정보를 분석하고 퇴원환자 요약정보에 등장하는 필수 항목에 대한 정의와 사용 범례등을 제시하여 의료정보표준화의 기초를 놓았다.

그러나 현재 의무기록은 의료기관별로 병원내규에 규정된 의무기록 작성지침에 따라 기록되고 있고 전 의료기관 중별 의무기록 작성 표준안은 없는 것이 현실이다(2).

의료법에서도 진료기록부를 작성하도록 규정하고는 있으나 의무기록 작성시기나 작성방법 등에 관한 구체적인 규정을 두고 있지 않으며 진료기록을 평가 내용에 포함시켜 의무기록의 질적 수준에 대한 관심을 불러일으킨 병원표준화심사(3)나 의료기관 서비스

평가(4) 등에서도 중요서식이나 서식별 기재 항목 등에 대한 명확한 제시가 없어 완전한 의무기록에 대한 정의를 내리기 어렵고 이에 따라 의무기록의 충실성과 완결성을 평가하기 위한 객관적 기준을 정하기도 어려운 실정이다(5). 이에 각 의료기관별로 서식별 작성실태를 파악하고 각 의료기관의 의무기록 완결도를 높이기 위한 완결점검표를 분석해 봄으로써 표준 항목을 제시할 수 있는지 그 타당성을 검토하고 의무기록 완결 점검표 표준안을 제시해 보고자 하였다.

1.

본 연구의 목적은 의료기관중별 의무기록 종류별 항목별 작성실태를 점검함으로써 의무기록서식 및 항목의 표준화 타당성을 점검하고 완결점검표를 분석하여 표준안을 제시함으로써 의무기록의 충실도를 높이고 양질의 의료 정보체계 구축 기반을 마련하고자 하였다. 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

첫째, 의료기관중별 의무기록 필수 서식별 기재항목의 명시여부 및 항목별 작성 충실도를 점검한다

둘째, 의무기록 필수 서식별 완결 점검표 항목을 분석한다.

셋째, 의무기록 완결점검표 표준안 제시로 의무기록 표준화 및 충실도 제고에 기여한다.

1.

2001년 1월 1일부터 3월 31일까지 3개월간 수기의무기록 서식종류 및 충실도를 파악하고자 전국 요양기관을 대상으로 수기의무기록에 내용이 기재되어 있는 서식을 수집하였다. 조사대상 의료기관을 보면, 종합전문요양기관 9개, 병원 6개 그리고 의원 56개

1.

단위 : N(%)

지역별/요양기관	수기의무기록 자료조사			완결점검표조사 (종합전문요양기관)
	종합전문요양기관	병원	의원	
지역별 분포				
서울	3(33.3)	2(40.0)	17(30.3)	13(48.1)
경기	3(33.3)	1(20.0)	12(21.4)	4(14.8)
기타	3(33.3)	3(60.0)	27(48.2)	10(37.0)
합 계	9(100.0)	6(100.0)	56(100.0)	27(100.0)

의료기관이었다. 또한 의무기록 완결도 기준을 파악하고자 종합전문요양기관 27개 완결점검표를 조사하였다(표 1).

빈도분석을 실시 하였다.

2.

수집된 의무기록서식은 숙력된 의무기록사 2인이 요양기관종별로 내용기재가 있는 의무기록을 대상으로 수련병원실태조사서 및 병원표준화심사요강(3)과 의료기관 서비스 평가지침서(4) 작성항목이 명시되어 있는지 여부와 그 항목에 해당하는 내용이 기재되어 있는지를 점검하였다.

대상의무기록은 종합전문요양기관, 병원급 요양기관은 퇴원요약지, 경과기록지 및 수술기록지의 3종 핵심의무기록 서식을, 의원급 요양기관은 진료기록부와 의사지시기록지 서식을 분석하여 모두 5종의 의무기록서식을 분석 하였다.

의무기록 완결점검표는 홍준현(6)의 점검표자체에 서식이 명시되어 있는지 여부와 명시된 서식에 나오는 구체적인 점검항목을 분석하였다.

3.

조사대상 의무기록서식의 항목별 기재실태에 대한

1.

1)

가.

종합전문요양기관중 퇴원요약지가 있는 9개 요양기관을 대상으로 퇴원요약지의 22개 서식항목을 조사하였다(표 2).

퇴원요약지 기재항목중 성별, 나이, 병동, 진료과, 퇴원과등의 행정사항은 퇴원요약지에 항목이 명시되어 있으면 기재하고(22.2%~10.0%) 명시되어 있지 않으면 기재하지 않는(44.4%~66.7%) 것으로 나타났다.

주진단명은 항목도 100% 명시되어 있었고 기재도 100% 된 것으로 나타났다.

주호소는 항목이 있으면 기재하지만(33.3%) 항목이 없으면 기재하지 않는 것(55.6%)으로 나타났다.

병력과 신체검진요약항목은 기재율이 비교적 높았으나 (77.8%, 66.6%) 항목이 명시되지 않으면 기재하지 않는 경우(22.2%)도 나타났다.

2 .

단위 : N(%)

항 목	항목명시 X 내용 X	항목명시 O 내용 X	항목명시 X 내용 O	항목명시 O 내용 O	합 계
등록번호	-	1( 11.1)	3( 33.3)	5( 55.6)	9(100.0)
이 름	-	-	3( 33.3)	6( 66.7)	9(100.0)
주민번호	5( 55.6)	3( 33.3)	1( 11.1)	-	9(100.0)
성 별	4( 44.4)	1( 11.1)	2( 22.2)	2( 22.2)	9(100.0)
나 이	4( 44.4)	1( 11.1)	2( 22.2)	2( 22.2)	9(100.0)
병 동	6( 66.7)	-	-	3( 33.3)	9(100.0)
진 료 과	6( 66.7)	-	-	3( 33.3)	9(100.0)
퇴 원 과	6( 66.7)	-	-	3( 33.3)	9(100.0)
입 원 일	-	-	-	9(100.0)	9(100.0)
퇴 원 일	-	1( 11.1)	-	8( 88.9)	9(100.0)
주진단명	-	-	-	9(100.0)	9(100.0)
기타진단명	2( 22.2)	3( 33.3)	1( 11.1)	3( 33.3)	9(100.0)
주 호 소	5( 55.6)	-	1( 11.1)	3( 33.3)	9(100.0)
병 력	2( 22.2)	-	2( 22.2)	5( 55.6)	9(100.0)
신체검진요약	2( 22.2)	1( 11.1)	2( 22.2)	4( 44.4)	9(100.0)
검사소견	2( 22.2)	1( 11.1)	2( 22.2)	4( 44.4)	9(100.0)
수술및처치	-	2( 22.2)	1( 11.1)	6( 66.7)	9(100.0)
치료및경과	3( 33.3)	1( 11.1)	1( 11.1)	4( 44.4)	9(100.0)
퇴 원 약	1( 11.1)	-	-	8( 88.9)	9(100.0)
추후치료계획	-	-	1( 11.1)	8( 88.9)	9(100.0)
전공의서명	2( 22.2)	1( 11.1)	-	6( 66.7)	9(100.0)
주치의서명	2( 22.2)	1( 11.1)	-	6( 66.7)	9(100.0)

추후치료계획은 내용이 100% 기재되었으나 치료 및 경과내용은 내용을 기재하지 않는 경우가 44.4%였으며 항목이 명시된 경우의 기재율도 44.4%로 나타났다.

종합전문요양기관 중 경과기록지가 있는 9개 요양기관 14개 서식항목을 조사한 결과는 다음과 같다(표 3).

등록번호와 이름은 기재율이 높은 편이었으나 (66.6%) 항목이 명시되어 있어도 기재하지 않는 경우도 많았다(33.3%). 진료과와 병실은 기재하지 않는 경우가 많은 것으로 나타났다(88.9%). 그러나 경과 변화와 전과, 수술 및 처치, 퇴원시 상태등은 기재율 100%를 보였다. 이들 항목들은 명시율도 높고 (66.7%) 기재율도 높은 것으로 나타났다. 서명은 모두 항목도 명시되어 있고 기재도 100% 되어 있는 것으로 나타났다.

3.

단위 : N(%)

항 목	항목명시 X 내용 X	항목명시 O 내용 X	항목명시 X 내용 O	항목명시 O 내용 O	합 계
등록번호	-	3( 33.3)	3( 33.3)	3( 33.3)	9(100.0)
이 름	-	3( 33.3)	3( 33.3)	3( 33.3)	9(100.0)
나 이	3( 33.3)	2( 22.2)	3( 33.3)	1( 11.1)	9(100.0)
성 별	-	4( 44.4)	4( 44.4)	1( 11.1)	9(100.0)
주민번호	-	5( 55.6)	3( 33.3)	1( 11.1)	9(100.0)
진 료 과	6( 66.7)	2( 22.2)	-	1( 11.1)	9(100.0)
병 실	6( 66.7)	2( 22.2)	-	1( 11.1)	9(100.0)
기 록 일	-	1( 11.1)	-	8( 88.9)	9(100.0)
경과의변화	-	-	3( 33.3)	6( 66.7)	9(100.0)
전 과	-	-	3( 33.3)	6( 66.7)	9(100.0)
수술및처치	-	-	3( 33.3)	6( 66.7)	9(100.0)
합 병 증	-	6( 66.7)	3( 33.3)	-	9(100.0)
퇴원시상태	-	-	3( 33.3)	6( 66.7)	9(100.0)
서 명	-	-	-	9(100.0)	9(100.0)

9개 종합전문요양기관 중 수술기록지가 있는 기관은 3개 요양기관이 있었으며 수술기록지에서는 21개 항목을 조사하였다(표 4).

수술기록지에 항목이 명시되지 않고 내용도 기재되지 않은 것으로는 마취의와 혈액손실로서 각각 66.7%의 분포를 보였다.

등록번호, 성명, 수술일, 집도의, 마취방법, 수술전진단명, 수술후진단명, 수술명, 수술기록, 조직검사항목은 항목명시 및 내용기재 모두 100%를 보였다.

2)

가.

병원급 요양기관 중 내용이 기재되어 있는 6개 요양기관의 퇴원약지중 48개 항목을 조사하였다(표 5).

총 48개 항목 중 4개가 자동차보험관련항목(자보사고일자, 가해차량번호, 가해운전자, 자보보험종류), 2개가 산업재해관련항목(산재관할노동청, 사업체명)으로 구성되었다.

등록번호, 성명, 연령, 주민번호, 진료과, 주소, 성별, 전화번호, 구분, 최초내원일, 피보험자, 증번호등과 같은 행정항목은 50%이상의 기재율을 보였으며 진료관련 내용으로는 최종진단명이 66.7%의 기재율을 보였다. 그러나 최종진단명 항목이 명시되어 있는데도 기재하지 않은 병원도 33.3%나 되는 것으로 나타났다.

퇴원형태는 100% 기재하지 않았으며 치료결과는 항목도 명시되지 않은 경우가 50%나 되는 것으로 나타났다. 서명도 하지 않은 경우도 66.7%로 나타났다. 진단코드는 100% 기재하지 않았으며 83.3%는 항목도 명시되어 있지 않았다. 주소도 100% 기재하지

4.

단위 : N(%)

항 목	항목명시 X 내용 X	항목명시 O 내용 X	항목명시 X 내용 O	항목명시 O 내용 O	합 계
등록번호	-	-	-	3(100.0)	3(100.0)
성 명	-	-	-	3(100.0)	3(100.0)
나 이	1( 33.3)	-	1( 33.3)	1( 33.3)	3(100.0)
성 별	-	-	-	3(100.0)	3(100.0)
주민번호	1( 33.3)	1( 33.3)	-	1( 33.3)	3(100.0)
수 술 과	1( 33.3)	-	-	2( 66.7)	3(100.0)
병 실	1( 33.3)	-	-	2( 66.7)	3(100.0)
수 술 일	-	-	-	3(100.0)	3(100.0)
집 도 의	-	-	-	3(100.0)	3(100.0)
보 조 의	1( 33.3)	-	-	2( 66.7)	3(100.0)
마취방법	-	-	-	3(100.0)	3(100.0)
마 취 의	2( 66.7)	-	-	1( 33.3)	3(100.0)
수술진진단명	-	-	-	3(100.0)	3(100.0)
수술후진단명	-	-	-	3(100.0)	3(100.0)
수 술 명	-	-	-	3(100.0)	3(100.0)
수술기록	-	-	-	3(100.0)	3(100.0)
조직검사	-	-	-	3(100.0)	3(100.0)
배 액 관	1( 33.3)	-	-	2( 66.7)	3(100.0)
혈액손실	2( 66.7)	-	-	1( 33.3)	3(100.0)
작 성 자	-	1( 33.3)	-	2( 66.7)	3(100.0)
서 명	-	1( 33.3)	-	2( 66.7)	3(100.0)

않았으며 항목도 명시하지 않은 경우도 83.3%나 되었다.

4개 병원급 요양기관의 경과기록지 기재항목을 조사한 결과는 다음과 같다(표 6).

날짜와 치료 및 경과기록은 4개 요양기관 모두 항목이 명시되고 내용도 기재된 것으로 나타났다.

5개 병원급 요양기관의 수술기록지 기재항목을 조사한 결과는 다음과 같다(표 7).

등록번호, 성명, 수술진진단 및 수술명은 모두(100%) 항목이 명시되어 있었고 내용도 기재되어 있었다. 수술후 진단이나 수술기록도 높은 명시율 및 기재율(80%)을 보였다.

그러나 수술시간, 수액 및 혈액, 스폰지사용수, 생검 여부는 100% 기재하지 않은 것으로 조사되었다.

5.

단위 : N(%)

항목	항목명시X 내용 X	항목명시 O 내용 X	항목명시 X 내용 O	항목명시 O 내용 O	합 계
등록번호	-	1( 16.7)	-	5( 83.3)	6(100.0)
성 명	-	1( 16.7)	-	5( 83.3)	6(100.0)
연 령	-	1( 16.7)	2( 33.3)	3( 50.0)	6(100.0)
주민번호	1( 16.7)	1( 16.7)	-	4( 66.7)	6(100.0)
주 소	-	2( 33.3)	-	4( 66.7)	6(100.0)
성 별	-	1( 16.7)	1( 16.7)	4( 66.7)	6(100.0)
전화번호	2( 33.3)	1( 16.7)	-	3( 50.0)	6(100.0)
진 료 과	1( 16.7)	1( 16.7)	-	4( 66.7)	6(100.0)
입 원 일	2( 33.3)	2( 33.3)	-	2( 33.3)	6(100.0)
퇴 원 일	2( 33.3)	3( 50.0)	-	1( 16.7)	6(100.0)
병 실	2( 33.3)	2( 33.3)	-	2( 33.3)	6(100.0)
재 원 일	3( 50.0)	3( 50.0)	-	-	6(100.0)
전 과	4( 66.7)	2( 33.3)	-	-	6(100.0)
서 명	3( 50.0)	1( 16.7)	-	2( 33.3)	6(100.0)
계속진료약속일	4( 66.7)	2( 33.3)	-	-	6(100.0)
의무기록완성일	4( 66.7)	2( 33.3)	-	-	6(100.0)
의무기록사서명	4( 66.7)	1( 16.7)	-	1( 16.7)	6(100.0)
구 분	3( 50.0)	-	-	3( 50.0)	6(100.0)
최초내원일	3( 50.0)	-	-	3( 50.0)	6(100.0)
피보험자	3( 50.0)	-	-	3( 50.0)	6(100.0)
피보험자주민번호	5( 83.3)	-	-	1( 16.7)	6(100.0)
관 계	5( 83.3)	-	-	1( 16.7)	6(100.0)
나 이	5( 83.3)	-	-	1( 16.7)	6(100.0)
조합기호	2( 33.3)	2( 33.3)	-	2( 33.3)	6(100.0)
조합명칭	2( 33.3)	2( 33.3)	-	2( 33.3)	6(100.0)
증번 호	2( 33.3)	1( 16.7)	-	3( 50.0)	6(100.0)
직장주소	5( 83.3)	1( 16.7)	-	-	6(100.0)
직장전화	5( 83.3)	1( 16.7)	-	-	6(100.0)
주호소	5( 83.3)	1( 16.7)	-	-	6(100.0)
최종진단명	-	2( 33.3)	-	4( 66.7)	6(100.0)
협의진단명	5( 83.3)	1( 16.7)	-	-	6(100.0)
주수술명	2( 33.3)	2( 33.3)	-	2( 33.3)	6(100.0)
감염,기타	5( 83.3)	1( 16.7)	-	-	6(100.0)
치료결과	3( 50.0)	2( 33.3)	-	1( 16.7)	6(100.0)
퇴원형태	3( 50.0)	3( 50.0)	-	-	6(100.0)
감염경로	4( 66.7)	2( 33.3)	-	-	6(100.0)
신체검사기록	4( 66.7)	-	-	2( 33.3)	6(100.0)
기타진단명	4( 66.7)	2( 33.3)	-	-	6(100.0)
진단코드	5( 83.3)	1( 16.7)	-	-	6(100.0)
원 사 인	5( 83.3)	1( 16.7)	-	-	6(100.0)
부 검	5( 83.3)	1( 16.7)	-	-	6(100.0)
자보사고일자	5( 83.3)	1( 16.7)	-	-	6(100.0)
가해차량번호	5( 83.3)	1( 16.7)	-	-	6(100.0)
가해운전자	5( 83.3)	1( 16.7)	-	-	6(100.0)
자보보험종류	5( 83.3)	1( 16.7)	-	-	6(100.0)
산재관할노동청	5( 83.3)	1( 16.7)	-	-	6(100.0)
사업체명	5( 83.3)	1( 16.7)	-	-	6(100.0)



6.

단위 : N(%)

항 목	항목명시 X 내용 X	항목명시 O 내용 X	항목명시 X 내용 O	항목명시 O 내용 O	합 계
날 짜	-	-	-	4(100.0)	4(100.0)
치료및경과기록	-	-	-	4(100.0)	4(100.0)
서 명	-	2( 50.0)	2( 50.0)	-	4(100.0)

7.

단위 : N(%)

항 목	항목명시 X 내용 X	항목명시 O 내용 X	항목명시 X 내용 O	항목명시 O 내용 O	합 계
등록번호	-	-	-	5(100.0)	5(100.0)
성 명	-	-	-	5(100.0)	5(100.0)
나 이	1( 20.0)	-	-	4( 80.0)	5(100.0)
성 별	-	1( 20.0)	-	4( 80.0)	5(100.0)
주 소	4( 80.0)	1( 20.0)	-	-	5(100.0)
수 술 일	1( 20.0)	-	-	4( 80.0)	5(100.0)
수 술 과	1( 20.0)	1( 20.0)	-	3( 60.0)	5(100.0)
수술시간	3( 60.0)	2( 40.0)	-	-	5(100.0)
마취방법	2( 40.0)	2( 40.0)	-	1( 20.0)	5(100.0)
마 취 의	3( 60.0)	1( 20.0)	-	1( 20.0)	5(100.0)
수술집도의	1( 20.0)	2( 40.0)	-	2( 40.0)	5(100.0)
전 공 의	1( 20.0)	3( 60.0)	-	1( 20.0)	5(100.0)
간 호 사	1( 20.0)	3( 60.0)	-	1( 20.0)	5(100.0)
수술전진단	-	-	-	5(100.0)	5(100.0)
수술후진단	-	1( 20.0)	-	4( 80.0)	5(100.0)
수술목표	4( 80.0)	-	-	1( 20.0)	5(100.0)
수 술 명	-	-	-	5(100.0)	5(100.0)
수술코드	3( 60.0)	-	-	2( 40.0)	5(100.0)
수술기록	-	1( 20.0)	-	4( 80.0)	5(100.0)
수액및혈액	4( 80.0)	1( 20.0)	-	-	5(100.0)
생 검	2( 40.0)	3( 60.0)	-	-	5(100.0)
배 액 관	2( 40.0)	2( 40.0)	-	1( 20.0)	5(100.0)
합 병 증	4( 80.0)	1( 20.0)	-	-	5(100.0)
스폰지사용수	2( 40.0)	3( 60.0)	-	-	5(100.0)
서 명	1( 20.0)	-	-	4( 80.0)	5(100.0)
병 실	1( 20.0)	2( 40.0)	-	2( 40.0)	5(100.0)
주민번호	4( 80.0)	1( 20.0)	-	-	5(100.0)

3)

가.

56개 의원급 요양기관의 진료기록부<sup>1)</sup> 기재항목을 조사한 결과는 다음과 같다(표 8).

의원급 요양기관에서는 전화번호, 증번호, 조합기호, 피보험자성명, 주민번호와 관련하여 70%이상이 항목도 명시하고 내용도 기재한 것으로 나타났다. 진료내용과 관계되어서는 병력/검사결과가 71.4%의 명시 및 기재율을 보였다.

그러나 진단명은 53.6%만이 항목명시 및 내용기재율을 보였으며 39.3%는 항목도 명시하지 않았고 내용기재도 없었다. 처방항목은 91.1%가 항목명시도 없었고 내용도 기재되어 있지 않았다. 진단코드, 가족력, 진료결과는 98.2%가 항목명시 및 내용기재가 없었다. 의사서명은 96.4%가 항목명시도 되지 않았고 서명도 되어 있지 않았다.

28개 의원급 요양기관의 의사지기록지 기재항목을 조사한 결과는 다음과 같다(표 9).

일시와 지시내용은 각각 82.1%와 85.7%의 항목명시 및 내용기재율을 보였다.

그러나 서명은 42.9%가 항목도 명시되지 않았고 서명도 하지 않았다.

20개 의원급요양기관의 경과기록지 기재항목을 조사한 결과는 다음과 같다(표 10).

날짜와 경과기록은 각각 90.0%, 95.0%의 항목명시 및 내용기재율을 보였다.

그러나 주호소나 현병력, 과거력, 증상등은 95.0%가

항목도 명시하지 않고 내용도 기재하지 않은 것으로 나타났다.

9개 의원급 요양기관의 수술기록지 기재항목을 조사한 결과는 다음과 같다(표 11).

수술일과 수술명, 수술기록은 100% 항목도 명시되고 내용도 기재되어 있었다.

수술전진단명은 77.8%, 수술후 진단명은 55.6%의 항목명시 및 내용기재율을 보였다.

마취의는 66.7%가 항목명시 및 내용기재가 없었다. 마취방법은 66.6%가 내용기재를 하지 않았다.

2.

국내 27개 종합전문요양기관에서 현재 사용하고 있는 의무기록 완결 점검표(미비 점검표)에서 점검하고 있는 서식별 항목을 조사하였다. 이는 의무기록의 완결여부에 관한 정 질량분석을 말하여, 정 질량분석이란 미 완결된 부분, 누락된 부분과 앞 뒤 내용이 일치하지 않는 모순된 사항을 확인해서 해당의사가 신속하게 완전한 기록으로 만들 수 있도록 하는 과정이다(6).

이렇게 의무기록을 점검하고 관리하는 가장 큰 목적은 의무기록의 질 향상이다. 의무기록의 완결도에 대한 판정기준에 따라 의무기록의 내용 충실성이 달라지게 되어 있으며 이는 바로 병원의 정책을 반영하게 되고 의료의 질 향상과 연계되는 것이다.

본 연구를 통하여 완결 기준에 포함시키는 의무기록 서식의 종류와 검토 항목면에서 의료기관간 차이가 있는 것이 드러났다. 이러한 차이로 인해 어느 병

1) 의원급 요양기관에서는 상위요양기관과 달리 기본서식이 없이 진료기록부란 서식만이 있어 퇴원요약지 및 입퇴원기록지의 개념으로 사용되고 있다.

8.

단위 : N(%)

항 목	항목명시 X 내용 X	항목명시 O 내용 X	항목명시 X 내용 O	항목명시 O 내용 O	합 계
등록번호	2( 3.6)	5( 8.9)	-	49( 87.5)	56(100.0)
성명	2( 3.6)	-	-	54( 96.4)	56(100.0)
나이	13( 23.2)	7( 12.5)	1( 1.8)	35( 62.5)	56(100.0)
성별	13( 23.2)	7( 12.5)	1( 1.8)	35( 62.5)	56(100.0)
직업	52( 92.9)	4( 7.1)	-	-	56(100.0)
결혼여부	55( 98.2)	1( 1.8)	-	-	56(100.0)
전화번호	10( 17.9)	-	1( 1.8)	45( 80.4)	56(100.0)
증번호	9( 16.1)	6( 10.7)	-	41( 73.2)	56(100.0)
조합기호	4( 7.1)	11( 19.6)	-	41( 73.2)	56(100.0)
조합명칭	7( 12.5)	15( 26.8)	-	34( 60.7)	56(100.0)
피보험자성명	7( 12.5)	-	1( 1.8)	48( 85.7)	56(100.0)
주민번호	6( 10.7)	-	-	50( 89.3)	56(100.0)
가족번호	55( 98.2)	-	-	1( 1.8)	56(100.0)
생년월일	51( 91.1)	1( 1.8)	-	4( 7.1)	56(100.0)
근무처	51( 91.1)	2( 3.6)	-	3( 5.4)	56(100.0)
취득일시	46( 82.1)	4( 7.1)	-	6( 10.7)	56(100.0)
신랑나이	55( 98.2)	-	-	1( 1.8)	56(100.0)
직장전화	54( 96.4)	2( 3.6)	-	-	56(100.0)
호출기	55( 98.2)	1( 1.8)	-	-	56(100.0)
핸드폰	51( 91.1)	4( 7.1)	-	1( 1.8)	56(100.0)
관계	37( 66.1)	4( 7.1)	-	15( 26.8)	56(100.0)
초진일자	41( 73.2)	1( 1.8)	-	14( 25.0)	56(100.0)
문제목록	53( 94.6)	1( 1.8)	-	2( 3.6)	56(100.0)
보험자	54( 96.4)	-	-	2( 3.6)	56(100.0)
자격취득일	55( 98.2)	-	-	1( 1.8)	56(100.0)
비고	53( 94.6)	2( 3.6)	-	1( 1.8)	56(100.0)
상해일시	54( 96.4)	2( 3.6)	-	-	56(100.0)
차량번호	52( 92.9)	4( 7.1)	-	-	56(100.0)
차주성명	53( 94.6)	3( 5.4)	-	-	56(100.0)
운전자성명	53( 94.6)	3( 5.4)	-	-	56(100.0)
면허번호	54( 96.4)	2( 3.6)	-	-	56(100.0)
보험회사	55( 98.2)	1( 1.8)	-	-	56(100.0)
소개인	55( 98.2)	1( 1.8)	-	-	56(100.0)
진료과	48( 85.8)	4( 7.1)	-	4( 7.1)	56(100.0)
진료일	21( 37.5)	-	-	35( 62.5)	56(100.0)
병원코드	55( 98.2)	1( 1.8)	-	-	56(100.0)
주호소	24( 42.9)	5( 8.9)	-	27( 48.2)	56(100.0)
진단명	22( 39.3)	4( 7.1)	-	30( 53.6)	56(100.0)
진단코드	55( 98.2)	-	-	1( 1.8)	56(100.0)
병력/검사결과	14( 25.0)	2( 3.6)	-	40( 71.4)	56(100.0)
가족력	55( 98.2)	-	-	1( 1.8)	56(100.0)
진료결과	55( 98.2)	1( 1.8)	-	-	56(100.0)
의사서명	54( 96.4)	1( 1.8)	-	1( 1.8)	56(100.0)
처방	51( 91.1)	-	1( 1.8)	4( 7.1)	56(100.0)
처방전번호	55( 98.2)	1( 1.8)	-	-	56(100.0)

9.

단위 :N(%)

항 목	항목명시X 내용 X	항목명시 O 내용 X	항목명시 X 내용 O	항목명시 O 내용 O	합 계
일 시	1( 3.6)	2( 7.1)	2( 7.1)	23( 82.1)	28(100.0)
지시내용	1( 3.6)	1( 3.6)	2( 7.1)	24( 85.7)	28(100.0)
서 명	12( 42.9)	3( 10.7)	2( 7.1)	11( 39.3)	28(100.0)

10 .

단위 : N(%)

항 목	항목명시 X 내용 X	항목명시 O 내용 X	항목명시 X 내용 O	항목명시 O 내용 O	합 계
성 명	15( 75.0)	-	-	5( 25.0)	20(100.0)
성 별	17( 85.0)	1( 5.0)	-	2( 10.0)	20(100.0)
나 이	16( 80.0)	2( 10.0)	-	2( 10.0)	20(100.0)
주 소	19( 95.0)	1( 5.0)	-	-	20(100.0)
전화번호	19( 95.0)	1( 5.0)	-	-	20(100.0)
주 호 소	19( 95.0)	-	-	1( 5.0)	20(100.0)
현 병 력	19( 95.0)	-	-	1( 5.0)	20(100.0)
과 거 력	19( 95.0)	1( 5.0)	-	-	20(100.0)
신체조사	18( 90.0)	1( 5.0)	-	1( 5.0)	20(100.0)
증 상	19( 95.0)	-	-	1( 5.0)	20(100.0)
경과기록	1( 5.0)	-	-	19( 95.0)	20(100.0)
진 료 과	18( 90.0)	-	-	2( 10.0)	20(100.0)
병 실	18( 90.0)	1( 5.0)	-	1( 5.0)	20(100.0)
날 짜	1( 5.0)	1( 5.0)	-	18( 90.0)	20(100.0)
서 명	6( 30.0)	2( 10.0)	4(20.0)	8( 40.0)	20(100.0)

원에서는 완결로 분류된 의무기록이 다른 병원에서는 미 완결 기록으로 분류 되고 있었다. 이로 인하여 미 완결 기록수에 대한 통계 기준이 병원마다 다르게 된 것이며 비교가 어려운 요인이 되고 있었다. 이러한 상황에서 병원표준화심사나 의료기관 서비스평가에서 의무기록완결도를 평가하는 것(3, 4)은 별 의미를 주지 못할 수가 있다. 따라서 의무기록의 작성에서 중요서식과 기재항목에 대한 객관적 기준이 필요

하다 하겠다.

1)

27개 종합전문요양기관에서 완결 점검표에 나오는 서식은 8개였다. 수술기록지와 경과기록지는 모두 있었다, 그러나 입퇴원기록지와 퇴원요약지는 없는 경우가 각각 1건씩 있었다(표 12).

11.

단위 :N(%)

항 목	항목명시 X 내용 X	항목명시 O 내용 X	항목명시 X 내용 O	항목명시 O 내용 O	합 계
등록번호	2( 22.2)	2( 22.2)	-	5( 55.6)	9(100.0)
성 명	2( 22.2)	-	-	7( 77.8)	9(100.0)
성 별	2( 22.2)	-	-	7( 77.8)	9(100.0)
나 이	4( 44.4)	-	-	5( 55.6)	9(100.0)
수 술 일	-	-	-	9(100.0)	9(100.0)
수 술 과	6( 66.7)	1( 11.1)	-	2( 22.2)	9(100.0)
병 실	5( 55.6)	2( 22.2)	-	2( 22.2)	9(100.0)
수술전진단	2( 22.2)	-	-	7( 77.8)	9(100.0)
수술후진단	3( 33.3)	1( 11.1)	-	5( 55.6)	9(100.0)
수 술 명	-	-	-	9(100.0)	9(100.0)
마취방법	4( 44.4)	2( 22.2)	-	3( 33.3)	9(100.0)
시 간	6( 66.7)	2( 22.2)	-	1( 11.1)	9(100.0)
수술기록	-	-	-	9(100.0)	9(100.0)
수 술 의	3( 33.3)	1( 11.1)	-	5( 55.6)	9(100.0)
수술코드	8( 88.9)	-	-	1( 11.1)	9(100.0)
마 취 의	6( 66.7)	1( 11.1)	-	2( 22.2)	9(100.0)
주민번호	8( 88.9)	-	-	1( 11.1)	9(100.0)
전 공 의	7( 77.8)	-	-	2( 22.2)	9(100.0)
마취시간	8( 88.9)	-	-	1( 11.1)	9(100.0)
생검유무	7( 77.8)	2( 22.2)	-	-	9(100.0)
배 액 관	7( 77.8)	2( 22.2)	-	-	9(100.0)

12.

단위 : N(%)

점검서식종류	있 다	없 다	합 계
입퇴원기록지	26( 96.3)	1( 3.7)	27(100.0)
퇴원요약지	26( 96.3)	1( 3.7)	27(100.0)
병력 및 신체검사기록지	27(100.0)	-	27(100.0)
경과기록지	27(100.0)	-	27(100.0)
수술기록지	27(100.0)	-	27(100.0)
의사지시기록지	27(100.0)	-	27(100.0)
협의진료기록지	27(100.0)	-	27(100.0)
응급실기록지	27(100.0)	-	27(100.0)

2)

가.

입 퇴원기록지를 완결 점검표에 포함시키고 있는 26개 종합전문요양기관의 총 점검항목은 15개 항목이었다(표 13).

주로 주진단명(92.3%), 수술 및 처치명(84.6%), 전공의 서명(92.3%), 전문의 서명(76.9%)를 점검하고 있었다. 기타 원사인(19.2%), 퇴원형태(19.2%) 및 기타진단명(11.5%)을 점검하는 병원도 소수 있었다.

퇴원요약지를 완결 점검표에 포함시키고 있는 26개 종합전문요양기관의 총 점검항목은 15개 항목이었다(표 14).

전공의 서명은 80.8%가 점검하고 있었고, 진단명과

주 호소도 각각 9개 기관(34.6%)이 점검하고 있었다. 인적사항, 입·퇴원일, 병력, 진찰소견, 치료내용 및 검사결과, 퇴원시 주처방, 감염등은 90%이상의 요양기관에서 점검하고 있지 않았다. 그밖에 치료계획, 수술기록, 치료결과들도 80%이상의 요양기관에서 점검하고 있지 않았다.

병력 및 신체조사기록지를 완결 점검표에 포함시키고 있는 27개 종합전문요양기관의 총 점검항목은 4개항목 이었다(표 15).

증상은 92.6%의 요양기관에서 점검하고 있지 않았고 병력은 66.7%에서 점검하고 있지 않았다.

경과기록지를 완결 점검표에 포함시키고 있는 27

13.

단위 : N(%)

입 퇴원기록지	있 다	없 다	합 계
인적사항	1( 3.8)	25( 96.2)	26(100.0)
주진단명	24( 92.3)	2( 7.7)	26(100.0)
기타진단명	3( 11.5)	23( 88.5)	26(100.0)
수술 및 처치명	22( 84.6)	4( 15.4)	26(100.0)
진단코드명	2( 7.7)	24( 92.3)	26(100.0)
주요검사명	1( 3.8)	25( 96.2)	26(100.0)
치료결과	1( 3.8)	25( 96.2)	26(100.0)
퇴원형태	5( 19.2)	21( 80.8)	26(100.0)
전공의서명	24( 92.3)	2( 7.7)	26(100.0)
전문의서명	20( 76.9)	6( 23.1)	26(100.0)
기 타	1( 3.8)	25( 96.2)	26(100.0)
입 퇴원일	1( 3.8)	25( 92.3)	26(100.0)
과별병동	1( 3.8)	25( 92.3)	26(100.0)
원 사 인	5( 19.2)	21( 80.8)	26(100.0)
추후진료계획	1( 3.8)	25( 96.2)	26(100.0)

14.

단위 : N(%)

퇴원요약지	있 다	없 다	합 계
인적사항	2( 7.7)	24( 92.3)	26(100.0)
입·퇴원일	2( 7.7)	24( 92.3)	26(100.0)
진 단 명	9( 34.6)	17( 65.4)	26(100.0)
주 호 소	9( 34.6)	17( 65.4)	26(100.0)
병 력	1( 3.8)	25( 96.2)	26(100.0)
진찰소견	1( 3.8)	25( 96.2)	26(100.0)
치료내용 및 검사결과	4( 15.4)	22( 96.2)	26(100.0)
치료계획	5( 19.2)	21( 80.8)	26(100.0)
퇴원시주처방	1( 3.8)	25( 96.2)	26(100.0)
수술기록	5( 19.2)	21( 80.8)	26(100.0)
전공의 서명	21( 80.8)	5( 19.2)	26(100.0)
교수서명	5( 19.2)	21( 80.8)	26(100.0)
치료결과	4( 15.4)	22( 84.6)	26(100.0)
감 염	1( 3.8)	25( 96.2)	26(100.0)
기 타	1( 3.8)	25( 96.2)	26(100.0)

15.

단위 : N(%)

병력 및 신체조사기록지	있 다	없 다	합 계
전공의서명	7( 25.9)	20( 74.1)	27(100.0)
병 력	9( 33.3)	18( 66.7)	27(100.0)
인턴서명	9( 33.3)	18( 66.7)	27(100.0)
증 상	2( 7.4)	25( 92.6)	27(100.0)

개 종합전문요양기관의 총 점검항목은 총 11개 항목이었다(표 16).

경과기록지에서 50%이상의 요양기관에서 주로 점검하는 항목은 수술요약(66.7%) 과 전과기록(59.3%), 교대기록(55.6%), 경과기록(59.3%)이었다. 일부요양기관에서는 수술후 상태(11.1%)나 사망기록(25.9%), 퇴원기록(44.4%)도 점검하고 있었다.

수술기록지를 완결 점검표에 포함시키고 있는 27개 종합전문요양기관의 총 점검항목은 5개 항목이었다(표 17).

수술기록은 96.3%가 점검하고 있었고, 전공의 서명 81.5%, 전문의 서명 63.0%가 점검하고 있었다. 그러나 수술전·후 진단명은 96.3%가 점검하고 있지 않았다.

16.

단위 : N(%)

경과기록지	있 다	없 다	합 계
수술요약	18( 66.7)	9( 33.3)	27(100.0)
수술후 상태	3( 11.1)	24( 88.9)	27(100.0)
전과기록	16( 59.3)	11( 40.7)	27(100.0)
교대기록	15( 55.6)	12( 44.4)	27(100.0)
경과기록	16( 59.3)	11( 40.7)	27(100.0)
퇴원기록	12( 44.4)	15( 55.6)	27(100.0)
전공의 서명	9( 33.3)	18( 66.7)	27(100.0)
신생아 기록	1( 3.7)	26( 96.3)	27(100.0)
사망기록	7( 25.9)	20( 74.1)	27(100.0)
날 짜	3( 11.1)	24( 88.9)	27(100.0)
기 타	6( 22.2)	21( 77.8)	27(100.0)

17.

단위 : N(%)

수술기록지	있 다	없 다	합 계
수술기록	26( 96.3)	1( 3.7)	27(100.0)
전공의 서명	22( 81.5)	5( 18.5)	27(100.0)
전문의 서명	17( 63.0)	10( 37.0)	27(100.0)
날짜	3( 11.1)	24( 88.9)	27(100.0)
수술전 후진단	1( 3.7)	26( 96.3)	27(100.0)

의사지시기록지를 완결 점검표에 포함시키고 있는 27개 종합전문요양기관의 총 점검항목은 5개항목이었다(표 18).

50%이상의 요양기관에서 점검하고 있는 항목은 전공의 서명(59.3%)과 퇴원지시(55.6%)였다. 기타 소수의 요양기관에서 입원지시(14.8%)도 점검하고 있었다.

18.

단위 : N(%)

의사지시기록지	있 다	없 다	합 계
퇴원지시	15( 55.6)	12( 44.4)	27(100.0)
전공의 서명	16( 59.3)	11( 40.7)	27(100.0)
날 짜	1( 3.7)	26( 96.3)	27(100.0)
입원지시	4( 14.8)	23( 85.2)	27(100.0)
기 타	1( 3.7)	26( 96.3)	27(100.0)



협의진료기록지를 완결 점검표에 포함시키고 있는 27개 종합전문요양기관의 총 점검항목은 3개항목이었다(표 19).

모든 요양기관에서 진단명을 100% 점검하고 있었다. 기타 서명을 점검하는 요양기관도 소수(11.1%)이었다.

응급실기록지를 완결 점검표에 포함시키고 있는 27개 종합전문요양기관의 총 점검항목은 6개항목이었다(표 20).

인턴서명과 전공의 서명을 점검하는 요양기관이 일부(14.8%, 18.5%) 있었다.

수집된 의무기록 서식중 내용이 기재되어 있는 의

무기록은 종합전문요양기관 9개, 병원 6개, 의원 56개 요양기관의 서식을 대상으로 서식별 작성실태조사를 하여 항목이 명시되어 있는 경우 기재의 충실도(7)를 살펴보았다.

종합전문요양기관 퇴원요약지 기재항목중 성별, 나이, 병동, 진료과, 퇴원과등의 행정사항은 퇴원요약지에 항목이 명시되어 있으면 기재하고 명시되어 있지 않으면 기재하지 않는것으로 나타났다. 진료내용 중에서는 주호소는 항목이 있으면 기재하지만 항목이 없으면 기재하지 않는 것으로 나타났고 병력과 신체검진요약항목 역시 기재율이 비교적 높았으나 항목이 명시되지 않으면 기재하지 않는 경우도 나타났다. 따라서 종합전문요양기관의 경우 항목을 명시한 경우가 명시하지 않는 경우보다 많은 정보가 기재된다는 것을 알 수 있었다.

병원급 요양기관의 경우 행정항목은 등록번호, 성명, 연령, 주민번호, 진료과, 주소, 성별, 전화번호, 구

19.

단위 : N(%)

협의진단기록지	있 다	없 다	합 계
서 명	3( 11.1)	24( 88.9)	27(100.0)
진 단 명	27(100.0)	-	27(100.0)
회 신 과	1( 3.7)	26( 96.3)	27(100.0)

20.

단위 : N(%)

응급실기록지	있 다	없 다	합 계
인턴 서명	4( 14.8)	23( 85.2)	27(100.0)
전공의 서명	5( 18.5)	22( 81.5)	27(100.0)
병력기록	1( 3.7)	26( 96.3)	27(100.0)
초진상태	1( 3.7)	26( 96.3)	27(100.0)
경과기록	1( 3.7)	26( 96.3)	27(100.0)
추정진단	1( 3.7)	26( 96.3)	27(100.0)

분, 최초내원일, 피보험자, 증번호등과 같은 행정항목은 50%이상의 기재율을 보였으며 진료관련 내용으로는 최종진단명이 66.7%의 기재율을 보였다. 그러나 퇴원형태, 주호소, 진단코드등은 전혀 기재하지 않은 것으로 나타났고 최종진단명도 항목이 명시되어 있는데도 기재하지 않은 병원도 33.3%나 되는 것으로 나타나 병원의 내원이유나 정확한 진단명, 퇴원시 상태를 입증할 근거자료로 활용하기에는 미흡한 것으로 나타났다(8).

수술기록지의 경우 등록번호, 성명, 수술진단 및 수술명, 수술후 진단이나 수술기록도 높은 명시율 및 기재율을 보였으나 수술시간, 수액 및 혈액, 스폰지사용수, 생검여부는 전혀기록되어 있지 않았기 때문에 수술환경을 설명할 자료로는 빈약한 내용을 보였다.

의원급 요양기관의 진료기록부에서는 전화번호, 증번호, 조합기호, 피보험자성명, 주민번호등과 같은 행정사항은 70%이상 이 항목도 명시하고 내용도 기재한 것으로 나타났고 진료내용과 관계되어서는 병력/검사결과가 71.4%의 명시 및 기재율을 보였다.

그러나 진단명은 항목도 명시하지 않고 내용기재도 없는 경우가 많았고(39.3%) 처방항목 및 진단코드, 가족력, 진료결과는 90%이상 이 항목명시 및 내용기재가 없었다. 따라서 의원급 요양기관은 검사결과가 가장 신빙성있는 자료가 되고 있고 의사의 진단이 확실하게 표시되지 않은 채 처방이 나가는 것이 문제점으로 파악되었다. 특히 의사서명은 96.4%가 항목명시도 되지 않았고 서명도 되어 있지 않아 문서로서의 증거력에 문제가 있었다.

경과기록지 기재항목에서도 날짜와 경과기록이외에 주호소나 현병력, 과거력, 증상등은 95.0%가 항목도 명시하지 않고 내용도 기재하지 않은 것으로 나타나 환자의 관리상의 문제점을 보여주었다.

수술기록지 역시 수술일과 수술명, 수술기록 이외에 수술진단명은 77.8%, 수술후 진단명은 55.6%의 항목명시 및 내용기재율을 보여 수술시 진단명을 분

명히 밝히지 않는 경우도 있어 문서작성에 대한 인식과 증거력등에 문제점을 드러냈다.

결론적으로 종합전문요양기관의 경우 항목이 명시된 경우 내용기재율이 높은 것으로 나타났기 때문에 서식 고안시 또는 전자의무기록의 항목설정시 필요한 내용을 모두 세밀히 명시하는 것이 효과적인 것으로 나타났다. 또한 요양기관 종별로는 병원 및 의원급으로 갈수록 항목이 명시되어 있어도 내용기재를 하지 않는 경우가 많고 행정관련 항목 기재율이 진료관련 내용기재율보다 높으며 진단명등이 분명히 나타나지 않는등 문서로서의 증거능력등의 문제점을 드러내고 있어 이에 대한 보완이 필요하다 하겠다.

이상과 같이 종합전문요양기관, 병원급 요양기관, 의원급 요양기관의 의무기록서식별 점검항목 및 항목명시여부에 따른 기재율을 조사한 결과 및 고찰 결과는 다음과 같았다.

첫째, 종합전문요양기관에서는 행정사항은 항목이 명시되어 있는 경우 기재율이 높게 나타났으며 주호소나 병력, 신체검진요약항목등과 같은 진료내역등은 기재율이 비교적 높았으나 항목이 명시되지 않으면 기재하지 않는 경우도 나타났다. 따라서 종합전문요양기관의 경우 항목을 명시한 경우가 명시하지 않는 경우보다 많은 정보가 기재된다는 것을 알 수 있었다.

둘째, 병원급 요양기관의 경우 행정항목은 50%이상의 기재율을 보였으며 진료관련 내용으로는 최종진단명이 66.7%의 기재율을 보였다. 그러나 기타 진료관련 내용은 항목명시나 내용기재율이 저조하였으며 병원의 내원이유나 정확한 진단명, 퇴원시 상태를 입증할 근거자료로 활용하기에는 미흡한 것으로 나타났다. 수술기록지의 경우도 많은 부분(수술시간, 수액 및 혈액, 스폰지사용수, 생검여부)이 기재되어 있

지 않아 수술환경을 설명할 자료로는 빈약한 것으로 나타났다.

셋째, 의원급 요양기관의 진료기록부에서는 행정사항은 70%이상이 항목도 명시하고 내용도 기재한 것으로 나타났고 진료내용과 관계되어서는 검사결과가 가장 신빙성있는 자료가 되고 있을 뿐 의사의 진단이 확실하지 않은 채 처방이 나가고 있었으며 의사 서명도 없는 경우가 대다수(96.4%)여서 문서로서의 증거력에 문제가 있었다.

결국 의무기록 서식에 항목이 명시된 경우 내용기재율이 높은 것으로 나타났기 때문에 서식 고안시 또는 전자의무기록의 항목설정시 필요한 내용을 모두 세밀히 명시해야 할 것이다. 또한 병원 및 의원급으로 갈수록 내용부실 및 문서로서의 증거능력등의 문제점을 드러내고 있어 이에 대한 보완이 필요하다고 하겠다.

위의 결론을 활용하여 본 연구에서는 의무기록 완결 점검표 안을 제시하였으며 이 자료를 표준안으로 활용하여 의무기록 완결여부를 점검한다면 의무기록 내용의 충실도는 한층 제고될 것이며 본 의무기록 완결 점검표 제시안은 의무기록의 완결도 및 충실도를 점검하기 위한 객관적 점검지표로 활용할 수 있을 것이다.

1. 조한익 등. 의료정보 표준화 기반기술 개발. 서울대학교, 1996.
2. 박석건, 김홍태, 김광환, 서순원 등. 일개 교육병원에서 의무기록의 충실도에 대한조사, 한국의료QA학회지 1997;4(2):174-183.
3. 수련병원실태조사서 및 병원표준화심사요강, 대한병원협회, 2000.
4. 의료기관 서비스 평가지침서, 보건복지부, 1999.
5. 김창엽, 이상일, 이건설, 신영수. 병원표준화심사의 질 향상 관련항목에 대한평가와 개선방안, 한국의료QA학회지 1995; 2(1):126-135.
6. 홍준현. 의무기록관리학, 고문사, 2001.
7. 박석건, 서순원, 김광환, 이춘백, 원혜윤, 박광서, 송문주, 조혜경. 미비기록 점검기준에 대한실태조사(충남 북 및 대전광역시 대학병원을 중심으로), 보건정보관리학회지 1998; 2: 37-50.
8. 김옥남. 적정 수준의 의무기록이란 어떤 요건들을 만족하여야 하나?. 한국의료QA학회지 1996;3(2): 20-24.

< >

( )

위의 자료 및 의무기록의 필수서식 및 서식별 중요항목(1)을 근거로 종합하여 종합전문요양기관에서 통일되게 사용할 수 있는 권고안을 제시하였다.

완결점검표에 새로인 포함된 서식은 마취기록, 신청서·승낙서·서약서 및 동의서, 간호기록, 검사결과지, 회복실 기록, 문제목록지의 6개 서식으로 총 14개 서식이 완결점검표에 포함되었다.

서식별 점검항목은 항목별로 기존의 서식별 점검항목에서 점검하고 있는 요양기관이 소수였더라도 완결점검표 항목과 서식별 중요항목권고안을 참고로 구성하였다.

1.

서식지	서식지 항목
1. 입퇴원 기록지	환자의 인적사항 입퇴원사항(입 퇴원일, 치료결과, 퇴원형태) 진료사항(주진단명, 기타진단명, 주수술명, 기타수술명, 수술일, 원사인) 진료과 전공의 및 주지의 서명
2. 퇴원요약	환자의 인적사항 입퇴원사항(입원일, 퇴원일) 진료사항(주진단명, 기타진단명, 주수술명, 기타수술명, 검사 및 처치명) 치료내용 및 결과 작성자 서명
3. 병력 및 신체조사 기록	환자의 인적사항 진료사항(주호소, 과거력, 현질병상태, 생활환경, 개인력, 사회력, 가족력, 알레르기) 계통문진 신체조사 내용 진단사항(입원시진단명, 추정진단명) 작성자 서명
4. 경과기록	환자인적사항 입원기록(입원시상태, 입원목적, 치료 및 진단계획) 경과기록(환자의상태변화, 치료내용 및 결과, 합병증 또는 부작용유무) 수술기록(수술요약, 수술후 관찰 및 처치, 수술부위의 상태변화) 전과기록 교대근무기록 특수검사 및 치료검사 최종경과기록(퇴원일, 퇴원시상태, 퇴원후주의사항, 추후진료계획) 사망기록 전문의 경과기록 작성자(작성일, 작성자명 및 서명)
5. 마취기록	환자의 인적사항 마취전 기록(환자상태, 마취방법, 과거복용약물, 마취경험, 검사결과요약) 마취기록 마취 후 신체조사기록 서명
6. 수술기록	환자의 인적사항 수술사항(수술일, 수술과, 집도의명 및 수술보조의명, 마취의명, 수술전진단명, 수술후진단명, 수술명, 마취방법 등) 환자상태(수술 후 상태) 의사서명(전공의, 집도의)

서식지	서식지 항목
8. 의사지시	환자의 인적사항 지시내용(지시일시, 검사, 처치, 투약) 담당의사명 및 서명
9. 협의진료기록	환자의 인적사항 의뢰사항(의뢰일, 의뢰과, 의뢰의사명, 서명, 의뢰내용 및 사유) 회신사항 및 회신의사 서명
10. 신청서, 승낙서, 서약서 및 동의서	환자의 인적사항 진료사항(진단명, 수술, 검사 및 마취명, 동의내용, 담당의사성명) 환자 또는 보호자, 보증인 서명
11. 응급실 기록	환자의 인적사항 내원정보 도착시간 및 동반자 사항 진료사항(신체소견, 진단명, 치료내용, 지시사항, 퇴원시상태, 치료결과, 퇴원실시, 간호기록, 서명 등) 환자처리(입원, 이송, 귀가, 예약, 사망 등)
12. 간호기록	환자의 인적사항 간호 및 관찰사항, 검사,투약사항, 의사방문시간 등 기록 작성자 서명
13. 검사결과지	환자의 인적사항 검사명 및 결과 검사실시일자 검사결과 보고일자 검사시행자의 서명
14. 문제목록	문제번호 문제발생일 문제내용 문제해결 및 해결일자