

원 저

일개 교육병원에서 의무기록의 충실도에 대한 조사

박 석 건*, 김 흥 태, 김 광 환**, 서 순 원
단국대학교병원 의무기록위원회*, 의무기록과**

Survey of completeness of medical records in
one educational hospital using new checklist

Seok Gun Park, M.D., Heung Tae Kim, M.D., Kwang Hwan Kim, and Sun Won Seo
Medical record committee and medical record department,
Dan Kook university hospital, Cheon An, Korea

Astract

Background : Medical records thought to be reflecting the quality of medicine. By this ground, examination of medical records can be served to evaluate, and to improve the quality of medical care. To examine the medical records, we need some standards or checklists which can be used to sort out the problems.

Methods : We developed checklists for medical records evaluation. We studied 1,677 medical records about its completeness using this checklists in one educational hospital. Survey was completed by 5 well trained staffs of medical record department. Results are analyzed. SPSS/PC+ program was used for statistics.

Results : 13.8% of discharge summary was incomplete. Recording of the demographic information was also poor in incomplete medical records compared to complete ones. Progress note was recorded average 4.16 times during 11.9 hospital days. After 4th hospital day, recording rate of progress note dropped sharply. Rate of professor's signature on operation records was poor(27%). He or she who described the discharge summary well also wrote progress note well.

Conclusions : Fill-up of demographic data should be stressed during medical record education program. Strategy to create the environment emphasizing the responsibility of professor on quality medical record should be made. We suggest new index (number of records/hospital stay) for the evaluation of completeness of progress note.

Key Words : medical records, QA, progress note, completeness of medical recording

I. 서론

의무기록은 환자 치료에 대한 기록이라는 면에서 여러 가지 중요성을 가지고 있다. 의무기록은 그 특성상 대부분을 의료인이 기록할 수밖에 없으며, 의무기록 중에서 문제가 되는 부분도 이 부분이다. 그러나 의무기록을 직접 작성할 책임을 지고 있는 주치의들은 환자를 진료하고 있을 그 당시에는 기록을 하지 않아도 환자에 대한 사항을 소상히 파악하고 있으므로 아무런 불편을 느끼지 않고, 의무기록작성을 또 하나의 일거리로 간주해서, 흔히 필요한 사항을 문서로 기록하지 않고 넘어가는 일이 많다.

의무기록의 중요성을 강조하고, 의무기록의 작성을 잘 하도록 (선의의 뜻으로) 강제하는 분위기가 형성이 되어야만 의무기록을 충실하게 작성하게 될 것이다. 병원 내에서 의무기록을 강제하는 압력들은 내부적으로는 경영자나 상급자의 의지, 외부적으로는 보험협회나 감독기관의 작용들이 있다.

의료보험이 시행되고, 진료행위에 대한 근거를 제시해야 진료비를 모두 받을 수 있는 상황이 되자, 병원의 경영자들은 의무기록의 중요성에 대해 강조를 하기 시작하였다. 그러나 경영자의 입장에서 주로 관심을 두는 분야는 진료비의 삭감과 관련이 된 부분, 즉 병명의 기재, 병명기호의 기재, 고가의 검사 혹은 투약과 관련이 있는 상병명과 사유의 기재 등(1)이었다. 이에 따라 퇴원 시에 상병명이 기재되지 않은 의무기록들은 의무기록 「미비」로 분류되고, 미비 기록을 「완결」하도록 독려하고 있다.

경영자가 관심을 두는 또 하나 문제는 법적인 분쟁이 생겼을 때, 의무 기록이 얼마나 소상하게 환자의 상태와 상태의 변화, 그리고 이에 따른 치료를 증언해 주고 있는가이다(2). 의료 분쟁이 발생했다고 하면 일단 의무기록을 살펴보는 것이 제일 먼저 하는 일이며, 이 경우에는 경과기록이 중요하게 된다. 대개는 불충분한 기록을 만나게 된다. 종종 중요한 엑스레이 필름을 찾지 못해서 곤욕을 치르는 경우도 있다. 이에 따라 의료분쟁이 있을 때마다 의

무기록의 중요성을 강조하지만, 그렇다고 해서 의무기록이 충실해지지는 않는 것이 현실이다. 이 때는 차트뿐만이 아니라 각종 검사 사진이나, 엑스레이 필름까지를 포함해서, 의무기록의 작성과 보관에 대해 강조를 하는 것이 보통이다.

병원협회에서는 병원표준화심사에서 의무기록을 심사하고, 의무기록을 평가하기 위한 지표들을 제시함으로써, 병원에 대해 의무기록을 제대로 갖출것을 요구하고 있다. 이것이 또한 병원들이 의무기록에 많은 관심을 가지도록 하는 하나의 요인이다. 병원서비스평가제도의 의무기록 평가는 의무기록 자체의 충실도 보다는 의무기록의 안전한 보관과 관리, 대출, 신속한 검색 등에 중점을 두고 있다(3).

위와 같이 여러 가지 요인들이 작용하고 있고, 각각 목적에 따라서 평가하고자 하는 항목도 다르다. 각 병원에서는 나름대로 의무기록을 평가하기 위한 평가표를 만들어서 의무기록의 완결 여부를 점검하고, 미완결된 기록을 완결하도록 독려하는 방법들을 쓰고 있다(4). 그리고 이런 「미비」 기록의 숫자가 병원심사를 할 때 점검하는 항목에 들어 있기도 하다.

대략 어느 병원이나 비슷하지만 미비 기록을 가려내는 데는 의무기록 표지의 상병명 기록여부, 문제 목록지, 퇴원요약지, 입원 기록지 등의 존재여부와 서명 여부, 그리고 각종 검사지와 타과 의뢰서, 전과 기록지 등이 제대로 들어있는가를 점검하게 된다. 미비기록을 가려내는 일은 의무기록사가 맡게 되며, 점검표를 가지고, 항목마다 있다 없음을 기록해서 모든 항목이 다 갖추어져 있으면 완결된 의무기록으로 판정한다.

의무기록은 매우 전문적인 문서인 만큼, 이것을 보고 진료의 질을 제대로 평가하기 위해서는 환자를 직접 진료해본 경험이 있는 의사를 동원하는 것이 가장 이상적일 것이다. 그러나 의사를 동원하여 의무기록을 평가하려면 막대한 비용을 각오하여야 하며, 현실적으로 불가능하다(5). 의료의 「질」적인 면을 「양」적으로 계량할 수 있는 지표를 만들고, 의무기록을 읽을 수 있고 평가할 수 있는 훈련을 받은 의무기록사들이 이 지표들에 따라서

의무기록의 「미비」 여부를 판정하는 것이 현실적인 방법이며, 실상 이것이 대부분의 병원에서 시행하고 있는 방법이다. 의료인을 동원하여 의무기록을 평가한다고 해도 또한 평가를 위한 지표들을 만들어야 한다.

어떤 지표를 가지고 미비여부를 판정하느냐에 따라서 미비 판정 여부의 결정이 달라질 수 있다. 그리고 그 결과에 따라서 미비된 의무기록을 완결하도록 독려하게 된다. 자연히 「미비된 항목」에 관심을 집중하게 될 것이다. 말하자면 어떤 항목들을 점검하느냐가 병원의 정책과 의료의 질에 어느 정도 영향을 미치게 되는 것이다(6). 의무기록을 점검하고 관리하는 목적 중에서 가장 큰 것이 의료의 질 향상일 것이다(7). 저자들은 의무기록 서비스 평가 항목들을 중심으로 점검 항목들을 만들어서 의무기록을 한 번 검토해서 다음과 같은 결과들을 얻었다.

II. 연구대상 및 연구 방법

1. 연구대상

1997년 5월 1일부터 1997년 5월 31일 까지 1개월 사이에 하나의 3차 교육병원에서 퇴원한 환자의 의무기록을 검토하였다. 분석대상은 총 1,677명의 의무기록을 검토하였으며, 내과계가 904(53.9%)명, 외과계가 773명(46.1%)였다. 과별 분포는 내과계에서는 내과가 26.3%로 가장 많았고, 외과계에서는 산부인과가 12%였다(표1).

2. 조사방법

의무기록 서비스 평가 항목을 참고하여 전부 23개의 항목을 가진 점검표를 만들었다. 숙련된 의무기록사 5명에게 본 연구의 목적과 점검표의 내용을 충분히 설명하여 이해시킨 후, 환자의 의무기록에 작성된 내용을 보고 점검표에 따라서 각 항목을 체크하도록 하였다.

퇴원요약지에 관련된 변수로는 퇴원요약지의 상태, 진단명기록 상태, 처치명 기록상태, 검사결과 상태, 치료계

표 1. 점검 대상이 된 의무기록의 과별 분포
(내외과계의 구분은 수술기록지 유무여부로 구분함)

과 별	인 원 수	(%)
내 과 계		
내과	441	26.3
소아과	157	9.4
정상 신생아	116	6.9
신경과	54	3.2
응급 진료부	38	2.3
재활 의학과	34	2.0
정신과	30	1.8
피부과	18	1.1
가정 의학과	14	0.8
마취과	2	0.1
소 계	904	53.9
외 과 계		
산부인과	201	12.0
일반외과	169	10.1
정형외과	135	8.1
신경외과	67	4.0
이비인후과	57	3.4
성형외과	45	2.7
비뇨기과	32	1.9
구강외과	31	1.8
흉부외과	22	1.3
안 과	14	0.8
소 계	773	46.1
합 계	1677	100.0

획 상태를 선정하였다. 퇴원요약지는 표 2에서 보는 것과 같은 내용으로 구성이 되어있으며, 모두 2쪽으로 각 쪽마다 상단에 환자의 인적사항을 적도록 되어있다.

경과기록지 정리 상태에 관련된 변수로는 인턴기록지 정리 상태, 퇴원지시기록 정리 상태, 퇴원시 의사서명 여부, 퇴원시 퇴원일자 기록 상태를 선정하였다.

환자 정보에 관련된 변수로는 환자정보 기록 횟수, 평균재원일수, 경과기록 정리 횟수를 선정하였다.

퇴원요약지에 관한 사항 5항목, 경과기록 정리 상태에 관한 사항 4항목, 수술기록에 관한 사항 3항목, 총 12항목으로 구성하였고, 각 항목에 대한 정도를 「정리 안됨 0점」, 「정리됨 1점」 점수로 산정, 비교하였다.

표 2. 퇴원요약지의 구성

입원일		퇴원일
진단명		
병력, 검진, 검사소견		
수술 및 처치		
치료 및 경과		
퇴원처방		
퇴원후 진료계획		
서명	전공의	담당교수

환자등록정보에 대한 내용은 성별, 연령, 입원일, 퇴원일, 등록번호로 구성되어 기록이 되었으면 각 1점씩을

표 3. 의무기록 평가를 위해 만든 점검표

의무기록 충실성과 정확성에 대한 조사

1. 진료과별 ()과
2. 레지던트 (R)
3. 담당교수 ()
4. 퇴원요약지 미비상태? ① 미비 ② 완결
5. 퇴원요약지의 구성상태? ① 단기 ② 장기
6. 환자정보에 관한 사항 (성명, 성별, 나이, 입퇴원 날짜, 진찰권번호)중 기재 횟수는? (개)
7. 진단명 기록상태? ① 있다 ② 없다 ③ 미해당
8. 수술명 기록상태? ① 있다 ② 없다 ③ 미해당
9. 합병증 상태? ① 있다 ② 없다 ③ 미해당
10. 처치명 기록상태? ① 있다 ② 없다 ③ 미해당
11. 검사결과 상태? ① 있다 ② 없다 ③ 미해당
12. 치료계획? ① 있다 ② 없다 ③ 미해당
13. 인턴기록지는 정리되었는가? ① 있다 ② 없다 ③ 미해당
14. 총 재원일수? (일)
15. 경과기록 정리 횟수? (횟수)
16. 경과기록지에 퇴원일시는 기록되었는가? ① 기록됨 ② 기록 안됨 ③ 미해당
17. 경과기록지에 퇴원지시는 기록되었는가? ① 기록됨 ② 기록 안됨 ③ 미해당
18. 경과기록지에 퇴원시 의사 서명은 기록되었는가? ① 기록됨 ② 기록 안됨 ③ 미해당
19. 경과기록지에 퇴원시 날짜는 기록 되었는가? ① 기록됨 ② 기록 안됨 ③ 미해당
20. 수술기록지는 정리되었는가? ① 기록됨 ② 기록 안됨 ③ 미해당
21. 수술기록지는 담당 교수의 서명은 되었는가? ① 기록됨 ② 기록 안됨 ③ 미해당
22. 퇴원일을 기재하시오
① 월 ② 화 ③ 수 ④ 목 ⑤ 금 ⑥ 토 ⑦ 일
23. 전과 유무 ① 있다 ② 없다

부여하였고, 경과기록 정리횟수는 환자의 재원기간 중 경과기록을 작성한 횟수를 모두 더한 것으로 하였다.

이렇게 해서 만들어진 점검표는 표 3과 같았다.

3. 분석방법

각 항목을 점수화하여 합계한 다음 통계처리를 하였다. 조사대상의 퇴원의무기록 상태, 경과기록지 정리 상태에 대한 유의성 검증은 χ^2 -test 및 T-test를 실시하였고, 의무기록의 정리상태에 영향을 미친 각 변수들의 상호관계를 알아보기 위해서는 상관분석을 하였다. 연구에 사용된 모든 자료의 통계분석은 SPSS/PC+ 프로그램을 이용하였다.

Ⅲ. 결 과

1. 퇴원 요일별 의무기록 정리 상태

퇴원 요일별 환자 현황을 보면, 토요일이 퇴원환자가 가장 많았고, 금요일, 화요일 순위였으며, 일요일이 가장 적은 퇴원환자가 발생했다.

퇴원요일별 의무기록 정리 상태를 보면, 목요일, 화요일, 월요일, 금요일순으로 정리가 높은 반면, 토요일은 평균보다 낮은 정리를 보여 미비율이 높은 경향을 보였고, 통계적으로 유의한 차이는 없었다(표 4).

표 4. 퇴원 요일별로 본 의무기록 정리상태

	미비(%)	완결(%)	합계(%)
월요일	28(15.3)	155(84.7)	183(100.0)
화요일	41(14.5)	242(85.5)	283(100.0)
수요일	40(17.0)	195(83.0)	235(100.0)
목요일	32(13.0)	215(87.0)	247(100.0)
금요일	47(15.6)	255(84.4)	302(100.0)
토요일	81(20.1)	322(79.9)	403(100.0)
일요일	4(16.7)	20(83.3)	24(100.0)
합 계	273(16.3)	1404(83.7)	1677(100.0)

2. 퇴원요약지 기록 상태

퇴원요약지는 조사대상이 된 1,677건 중에서 232건(13.8%)이 미비 상태였다. 이것을 내·외과계로 나누고, 또 각 항목별로 나누어서 기록 상태에 대한 점수를 보면, 진단명기록 상태에서 각각 0.84점으로 높은 점수를 보인 반면, 처치명 기록 상태, 검사결과 기록 상태가 각각 0.79점으로 낮은 점수를 보였다. 계산 방법은 기록이 된 건수를 전체 건수로 나누어서 점수로 표시를 하였다. 기록이 되었으면 1, 기록이 안되었으면 0이 되며, 점수가 높을수록 충실히 기록을 한 것이 된다.

내과계에서는 외과계보다 모든 항목에 높은 점수를 보

였고, 내·외과계 모두 진단명 기록 상태에서 가장 높은 점수를 보였으며, 모든 항목에서 내·외과계에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다($P<0.001$)(표 5).

표 5. 내·외과계 퇴원요약지 기록상태

	내과계	외과계	합계
미비 상태***	0.86	0.81	0.84
진단명기록 상태***	0.91	0.81	0.84
처치명기록 상태***	0.84	0.74	0.79
검사결과기록 상태***	0.86	0.71	0.79
치료계획기록 상태***	0.87	0.75	0.81

*** $P<0.001$

미비로 판정된 퇴원요약지와 완결로 판정된 퇴원요약지에서 환자에 대한 정보의 기재, 즉 성명, 성별, 나이, 입퇴원일자, 진찰권번호의 기재에 차이가 있는지를 보았다. 모두 기록이 되었으면 5, 하나도 기록이 안 되었으면 0점이 된다. 미비기록에서는 환자정보기록 횟수가 외과계 0.28, 내과계 1.15회였으며, 완결된 기록에서는 외과계 3.43, 내과계 3.20이었다. 퇴원요약지를 잘 기록하지 않는 사람은 환자의 기초적인 정보도 기록을 하지 않는 것을 알 수 있었다.

표 6. 내·외과계 경과기록지 정리상태

	내과계	외과계	합계
인턴기록지 정리 상태*	0.44	0.50	0.46
퇴원지시기록 정리 상태**	0.49	0.56	0.52
퇴원시 의사서명 기록 상태***	0.44	0.53	0.49
퇴원시 퇴원일자 기록 상태**	0.46	0.55	0.50

* $P<0.05$ ** $P<0.01$ *** $P<0.001$

3. 경과기록지 정리 상태

경과기록지에서는 인턴기록지의 정리 유무, 주치의 기록지에서는 퇴원시 경과일지에 퇴원 지시를 내린 것을

기록으로 남겼는지, 이 때 의사 서명을 하고, 퇴원 일자도 기록을 했는지 여부를 점검하였다. 역시 내과계와 외과계로 나누어서 그 차이를 보았다. 경과기록지의 정리 상태는 전반적으로 불량하여 0.5(50%)를 넘지 못하였고, 인턴기록지 정리상태가 0.46점으로 불량하였다.

내과계에서는 외과계보다 모든 항목에서 낮은 점수를 보였다. 인턴기록지 정리 상태, 퇴원시 의사서명 상태, 퇴원시 퇴원일자 기록 상태 모두 외과계가 내과계보다 기록의 충실도가 높았다.

퇴원요약지가 완결된 의무기록과 미비인 의무기록을 나누어서 경과기록지 정리 상태를 비교해 보았다. 표 7에서 보는 것처럼 외과계, 내과계 모두 퇴원요약지가 완결된 그룹에서는 경과기록지의 정리가 퇴원요약지 미결 그룹보다 현저하게 차이가 났다. 경과기록지를 잘 정리하지 않는 사람이 역시 퇴원기록도 불충실하게 정리한다는 것을 확인할 수 있었다.

표 7. 경과기록지 정리 상태

	퇴원요약지 미비		퇴원요약지 완결	
	내과계	외과계	내과계	외과계
인턴기록지 정리 상태*	0.43	0.37	0.44	0.54
퇴원지시기록 정리 상태**	0.2	0.23	0.53	0.65
퇴원시 의사서명 기록 상태***	0.19	0.23	0.48	0.62
퇴원시 퇴원일자 기록 상태**	0.19	0.23	0.63	0.49

* P<0.05 ** P<0.01 *** P<0.001

4. 경과일지의 기록

조사대상이 된 환자들의 평균 재원일수가 11.9일이었는데, 이 기간동안 경과기록 정리 횟수는 평균 4.16회였다(표8).

재원일수에 따라 경과기록을 몇 회나 정리를 했는지를 살펴보았다. 재원일수 하루 당 한 번의 경과일지를 기록하면 이것을 100%로 계산하는 방식으로 경과기록 기재율을 계산해 보면 표 9와 같다. 재원 초기 4일 이내에는

표 8. 내 외과계 환자 정보의 기록

	내과계	외과계	합 계
평균재원일수***	10.38	13.59	11.91
경과기록 정리횟수	3.95	4.41	4.16

*** P<0.001

표 9. 내·외과계 재원일수에 따른 경과기록 정리율

	내과계	외과계
재원일수 4일 이하	73.8%	0.5%
재원일수 4일 이상	22.8%	29.5%
재원일수 6일 이상	12.2%	16.6%
재원일수 8일 이상	7.1%	9.0%
재원일수 10일 이상	4.7%	6.2%

경과일지를 잘 기록을 하지만, 그 이상이 지나면 경과일지를 기록하는 횟수가 현저하게 떨어진다는 것을 알 수 있었다. 그러나 경과일지의 기록 여부만으로 판정을 할 때는 이 항목은 대부분이 「완결」이 된다.

5. 수술기록지 정리 상태(외과계)

외과계에서 수술기록지 정리상태를 보면, 수술명기록, 수술기록지 정리 상태는 각각 0.71, 0.62정도의 점수를 보였으나, 수술기록지에 주치의가 확인서명을 하는 비율은 0.27점으로 매우 낮은 점수를 보였다.

6. 내과계 미비기록 점수와 각 변수간의 상관분석

퇴원요약지에 대한 관련변수는 퇴원요약지와 환자등록정보($r=0.5004$, $P<0.001$)가 유의한 양(+)의 상관관계를 보였다(표10).

7. 외과계 미비기록 점수와 각 변수간의 상관분석

퇴원요약지에 대한 관련 변수는 경과기록지($r=$

표 10. 내과계 미비기록 점수와 각 변수간의 상관분석

	퇴원요약지	경과기록지	환자등록정보	재원일수
경과기록지	.2326**			
환자등록정보	.5004***	.2643**		
재원일수	.0817	.1106*	.0786	
경과기록정리횟수	.0879	.1781*	.0488	.4495**

* P<0.05 ** P<0.01 *** P<0.001

0.5123, P<0.001)와 유의한 양(+의 상관관계를 보였다. 재원일수가 길수록 경과기록정리 횟수($r=0.6857$, $p<0.001$)가 많아지는 것은 당연하다(표 11). 그러나 앞에서 보인 것처럼 재원일수가 4일을 넘으면 경과일지의 기록횟수는 급격하게 떨어졌다.

표11. 외과계 미비기록 점수와 각 변수간의 상관분석

	퇴원요약지	경과기록지	수술기록지	환자정보기록	재원일수
경과기록지	.5123***				
수술기록지	.4704**	.6649***			
환자정보기록	.7337***	.3757**	.3492**		
재원일수	-.0400	-.0723	.0179	.0715	
경과기록정리횟수	.0973	.1374*	.1394*	.1900*	.6857***

* P<0.05 ** P<0.01 *** P<0.001

IV. 고 찰

의무기록은 전통적으로 전공의와 간호사에 의해서 기록이 완성된다(8). 간호사는 매 근무마다 최소한 한 번 이상은 간호일지를 적도록 되어있기 때문에 (적어도 양적인 면에서) 간호 기록이 문제가 되는 일은 드문 것 같다. 그러나 전공의에 있어서는 의무기록이 중요하다는 사실은 수도 없이 강조를 하지만, 막상 매일매일 점검을 하는 절차는 없기 때문에 기록의 질 이전에 기록의 양부터 우선 문제가 된다.

우선 퇴원요약지에서 간단한 정보, 즉 환자의 성명과 성별, 입퇴원 일자 같은 정보를 기록했는지를 살펴보면, 완결이라고 판정을 할 수 있는 정도의 퇴원요약지에서

5항목 중 평균 3.2~3.43 항목을 기록하고 있으며, 미비인 경우에는 0.28~1.15 항목에 불과하다. 극히 초보적인 정보조차도 잘 기록을 하지 않고 있는 것을 알 수 있다. 이것은 "의무기록이 중요하다"고 생각은 하고 있지만, 막상 의무기록의 한 부분 부분에 들어가서는 이것이 얼마나 중요한지를 실감하고 있지 않기 때문일 것이다. 또는 의무기록은 표지에 환자의 인적사항이 모두 기록되어있으므로, 여기에 한 묶음으로 섞여 들어가는 종이에 일일이 환자의 인적사항을 기록할 필요는 없다는 일종의 실용적인 게으름 일 수도 있다. 그러나 앞에서 보인 바와 같이 기록을 제대로 완결하지 않는 사람이 환자의 기본적인 정보조차 잘 적지 않는다는 것을 알 수 있었다. 장차 전자의무기록으로 넘어가게 되면 이런 기본적인 정보를 중복해서 기록하는 일은 없어질 것이다(9). 그러나 데이터베이스로부터 환자의 기본적인 정보를 불러냈을 때 다른 환자의 정보가 잘못 올라왔는지는 여전히 확인해야 할 일이며, 환자의 기본적인 정보의 중요성은 없어지지 않을 것이다.

위의 결과로부터 의무기록작성에 대한 교육을 할 때는 의무기록의 의의와 형식, 논리를 풀어나가는 방법을 가르치는 외에, 성명이나 성별 같은 기초적인 정보에 대해서도 강조를 해야할 것으로 생각한다.

의료인의 양성은 도제 제도와 비슷한 부분이 많다. 의과대학을 졸업한 이후에도 상당한 수련과정을 거치면서 전문의의 지도하에 지식과 솜씨를 다듬어 나가는 것이다. 지도를 맡은 의사의 영향력이 클 수밖에 없다. 외과계의 수술기록지를 분석한 데이터를 보면 주치의 서명을 하는 경우는 0.27로, 10개 중 3개정도의 수술기록지에만 주치의의 확인 서명을 하고 있다. 일반적으로 수술기록지는 집도의와 함께 수술을 한 수석 혹은 차석의 전공의가 작성을 하는 것이 관례이며, 집도이는 나중에 수술기록지에 서명을 한다. 물론, 수술기록지에 서명을 하느냐의 여부가 수술을 잘했느냐와는 무관하겠지만, 이렇게 서명율이 낮은 것은 수술기록지를 보고 꼼꼼하게 챙기면서 "기록을 통해서 교육"을 하는 방식을 선호하지 않거나, 의무기록에 대한 관심이 적기 때문일 것이다. 또는

의무기록의 완결에 대한 책임이 전공의들에게만 맡겨져 있기 때문일 수도 있다. 어느 병원이나 주치의 경과일지를 요구하는 병원은 없다. 내과계는 수술기록지처럼 눈에 띄는 문서가 없어서 주치의 서명 여부를 분석을 하지는 않았지만, 큰 차이가 없을 것으로 짐작한다.

재원일수에 따라 경과일지의 기록여부를 분석해 보면, 입원후 4일째까지는 열심히 경과일지를 기록을 하지만, 그 이후에는 경과일지의 기록율이 급격하게 떨어지는 것을 볼 수 있다. 입원 후 날짜가 지나갈수록 환자의 병세에 차도있고, 상태가 안정이 되기 때문이라는 해석을 할 수도 있지만, 대개 입원 하루나 이틀 이내에 입원기록을 쓰고, 환자의 치료계획을 세우며, 첫 번째 검사 결과들을 찾아서 보게된다는 것을 생각하면, 이 자료로부터 사실은 경과일지를 잘 쓰지 않는다는 것을 알 수 있다.

따라서 경과일지에 대해서는 의무기록 미비 여부를 경과일지를 기록했느냐 아니냐를 가지고 판정 할 것이 아니라 가능하면 매일 한 번 이상, 또는 재원일수에 비례해서 며칠 이상 기록 한 것만을 완결로 판정하는 새로운 지표를 개발할 것을 제안한다.

의무기록을 구성하는 각 부분들, 즉 퇴원요약지와 경과기록지, 수술기록지, 환자정보기록 등을 보면, 어느 한 기록지를 잘 정리하는 사람이 다른 기록지도 충실하게 정리를 하고있는 것을 알 수 있다. 이러한 맥락에서, 전체를 다 살필 수가 없다면, 차선책으로 최소한 퇴원요약지 만이라도 철저하게 점검을 하면 의무기록의 충실도를 높일 수가 있을 것으로 생각한다.

의무기록과에서 점검을 할 수 있는 각종 지표들은 양적인 것이며, 기록의 질적인 면은 사실상 점검을 하기가 어렵다. 그리고 기록실에서 할 수 있는 것은 후향적인 점검으로서, 일단 의무기록을 반납하고 나면, 미결이든 완결이든 주치의들은 다음 할 일 때문에 차트에 대해서는 잊어버리게 된다. 행정적으로 미결 의무기록을 완성하도록 강제를 하고 있지만, 미결 의무기록을 되돌려 받은 전공의들은 형식을 갖추는 선에서 마무리를 짓는 것이 상례이다. 주치의 서명도 일단 미비기록으로 분류가 된 다음에야 한꺼번에 서명을 해서 형식을 갖추는 일이 왕왕

있다. 따라서 의무기록을 반납하기 전에 주치의 혹은 상급 전공의들이 의무기록을 점검하도록 해야하며, 각 기록지의 충실도가 서로 상관성이 있다는 사실로부터 최소한 퇴원요약지 만이라도 점검을 한 다음에 기록을 반납하도록 해야 할 것이다. 이렇게 하면 양적인 각종 지표들을 가지고는 평가하기가 어려운 의무기록의 질적인 면을 평가하고 향상시키는 기회도 될 것이다.

그러나 이것은 의무기록의 중요성을 말로만 강조를 한다고 해서 될 일이 아니며, 주치의 서명란을 만들어 놓는다고 해서 될 일도 아니다. 퇴원요약지를 점검해야 하도록 규정을 만들어 놓는 것과(어느 병원이나 이런 규정을 가지고 있을 것이다), 실제로 퇴원 요약지를 점검하는 것은 다르다. 주치의와 상급전공의들이 의무기록에 대해 관심을 가지고 책임을 가지도록 할 수 있는 실천적인 전략을 개발해야 할 것이다. QA를 위해서는 규정을 만들어 놓는 것으로 끝날 것이 아니라, 실제로 투자를 해야한다(10).

V. 결 론

한 교육 병원에서 병원 서비스평가 항목을 참고로 하여 만든 점검표를 가지고 의무기록을 평가해 보았다. 의무기록을 충실하게 기록하지 않는 사람은 기본적인 환자의 정보도 잘 기록을 하지 않는다는 것을 확인하였으며, 의무기록에 대한 교육을 할 때 「기본적인 정보는 당연히 기록을 할 것」으로 간주하고 지나치지 말고, 하나 하나 강조를 해야 할 것으로 생각하였다. 수술기록지에 대한 주치의의 서명률을 조사한 결과 매우 낮은 것을 알 수 있었다. 이것은 의무기록 완성에 대한 주치의의 관심이 매우 낮은 상태에 있다는 것을 반영하는 자료라고 하겠다. 따라서 의무기록 충실도를 높이기 위해서는 주치의와 전공의들이 의무기록의 완성에 대해 책임을 느낄 수 있는 분위기를 조성하는 것이 중요할 것이다. 퇴원요약지를 잘 기록하지 않는 사람은 경과기록지도 잘 기록을 하지 않는 것을 알 수 있었다. 이 결과로부터 최소한 퇴원요약지 만이라도 꼼꼼하게 점검을 하도록 하면 전체 의무기

록의 충실도를 높일 수도 있을 것으로 생각하였다. 경과 기록지에 대해서는 재원일수가 길어질수록 경과기록의 기록횟수가 급격하게 떨어지는 것을 확인할 수 있었다. 따라서 의무기록의 미비여부를 판정할 때는 단순히 경과 일지의 기록여부를 볼 것이 아니라, 재원일수에 비례해서 일정 횟수 이상을 기록해야만 완결로 간주할 것을 제안한다.

참고문헌

1. 이건세. 의무기록과 의료보험 청구명세서의 진단 코드 일치에 대한 연구. 석사학위논문. 서울대학교 대학원. 1995:1-4.
2. 황적준. 의료분쟁시 의무기록의 기능. 대한의학협회지 1994; 37(12) 1438-1442.
3. 김옥남. 적정 수준의 의무기록이란 어떤 요건들을 만족하여야 하나? 한국의료QA학회지. 1996; 3(2) 20-24.
4. 김세철, 김인순. 의무기록 정리의 문제점과 개선책. 한국의료QA학회지. 1994;1(1).110-118.
5. 임상의료인을 위한 QA. Recharad P. Wensel 편. 단국대병원QA팀 편역. 단국대학교 출판부. 1997: 206-207.
6. 강진경. QA와 의무기록. 한국의료QA학회지. 1994; 1(1) 6-12.
7. 박운제, 박일환, 박우성, 서순원, 김광환. 의무기록 완성도의 입원환자 진료적정성에 대한 예측도 평가. 한국의료QA 학회지. 1996 : 3(2) 60-68.
8. 황상익. 의무기록의 발전과정. 대한의학협회지. 1994; 37(12) 1427-1431.
9. Marion J. Ball, Judith V. Douglas, Robert I. O' Desky, James W. Albright. Healthcare Information Management Systems. 1991: 306-315. Springer-Verlag.
10. 박훈기. 의료 질 향상 무엇이 문제인가? 한국의료QA 학회 '96 가을 정기 학술대회 및 연수교육 1996: 11-20.