의무기록 관리규정

제정 1996.04.12
개정 2012.08.22(2차 개정)

제1조 (목적)

이 규정은 의무기록의 작성 및 보관, 대출, 열람, 출력, 정정, 정보접근권한 및 이용 등의 관리와 의료정보의 수집과 보안 관리, 병원의료 정보체계 확립과 정보자료 활용에 도움을 줄 수 있는 제반 절차를 규정함을 목적으로 한다.(개정 2012.08.22)

제2조 (정의)

의무기록이라 함은 의료직 종사자가 환자의 진료와 건강 진단에 관한 각종 정보를 소정의 양식에 기록한 문서로서 종이형태의 문서와 전자적 형태의 문서로 보존, 관리, 운영되는 의무기록 정보를 총칭한다. 또한 의무기록을 안전하게 보관, 관리하는데 필요한 시설과 장비를 통하여 전자적으로 저장된 문자 및 영상기록을 지칭한다.(개정 2012.08.22)

제3조 (작성대상)

(한)의사, 간호사, 의료기사, (한)약사, 영양사 등 기타 의료직 종사자로 한다.(개정 2012.08.22)

제4조 (적용범위)

의무기록의 관리에 관하여 국가에서 정한 관련법령과 병원에서 특별히 정하는 것을 제외하고는 이 규정이 정하는 바에 의한다.(개정 2012.08.22)

제5조 (의무기록위원회)

1. 구성

가. 위원회는 위원장을 포함한 6인이내의 위촉위원과 당연직위원으로 구성한다.(개정 2012.08.22)

나. 위촉위원은 병원장이 임명하며 당연직위원은 간호과장과 의무기록사로 한다.

다. 당연직위원을 제외한 위원의 임기는 1년으로 하되 중임할 수 있다.

라. 위원장은 회의를 소집하고 관장하며 결의사항을 병원장에게 보고한다.

마. 위원회의 간사는 의무기록사가 담당하며, 회의에 필요한 자료를 제출

하고 제반회무를 처리한다.

2. 기능

위원회는 다음 각 호의 사항을 심의한다.

가. 의무기록 관리규정 개, 폐에 관한 사항

나. 의무기록 서식의 제정 또는 개정에 관한 사항

다. 의무기록의 보존관리와 연구개발 등에 관한 사항

라. 기타 의무기록에 관한 중요한 사항(항 신설 2012.08.22)

3. 회의

위원회의 회의는 최소 연1회 개최함을 원칙으로 한다. 단, 병원장이 요구할 때 또는 위원장이 필요하다고 인정할 때는 수시로 위원장이 소집한다.(항 신설 2012.08.22)

제6조 (보고)

1. 매월 퇴원환자 통계를 정기적으로 보고한다.
2. 매월 미비기록 현황을 보고한다.
3. 기타 업무에 따라 필요시 보고한다.(조 개정 2012.08.22)

제7조 (지침)

의무기록관리를 위해 다음과 같은 지침을 둔다.

1. 의무기록 작성
2. 주진단 선정
3. 표준화된 진단 및 기호·약어
4. 의무기록 정정
5. 의무기록 완결도 관리
6. 개인정보보호 및 보안
7. 의무기록 파기 관리
8. 의무기록 접근권한
9. 의무기록 대출 및 열람
10. 의무기록 사본발급
11. 의료정보 수집 및 활용 (조 개정 2012.08.22)

제8조 (서식)

1. 의무기록의 서식은 퇴원요약지, 입원기록지, 경과기록지, 타과의뢰서(협

진기록), 의사지시기록지, 투약기록지, 퇴원간호요약지, 간호정보조사지, 간호기록지, 응급실기록지, 외래기록지 외에 필요한 서식을 추가할 수 있다.

2. 서식에 포함될 구체적인 의무기록 내용 및 형태는 “의무기록 작성지침”에 별도 명시한다. (조 개정 2012.08.22)

제9조 (작성)

1. 의무기록은 그 기록하는 사항에 관하여 책임 있는 자가 작성 및 평가하여야 한다. 책임 있는 자라 함은 해당 환자의 진료에 참여한 자를 말한다. 다만 환자나 보호자를 통하여 의학적 평가를 요구하지 않는 사항에 대해서는 진료 관련 담당자가 작성할 수 있다.

2. 의무기록의 표준화된 서식과 평가내용을 ‘의무기록 작성 지침’에 따라 평가 하고 문서화 한다.

3. 평가에는 입원초기평가, 외래초기평가, 응급초기평가, 영양초기평가 등이 있으며 의무기록에 문서화 한다.

4. 최종진단명은 ‘주진단 선정지침’에 따라 주진단명을 적절하게 선정하여 퇴원요약지의 주진단명 란에 표기하고, 부진단명을 구별하여 기재한다.

5. 진단명은 표준화된 질병코드인 한국표준질병사인분류에 따라 분류한다.

6. 의무기록 작성 시에는 ‘표준화된 진단 및 기호·약어 지침’에 따라 원내 표준약어 및 기호를 사용한다. (조 개정 2012.08.22)

제10조 (서명)

1. 퇴원요약지에는 진료에 대해 최종책임을 지는 전문의의 서명이 있어야 한다. 입원기록지 및 경과기록지는 전산서명이 있어야 한다.

2. 본원에 근무하는 (한)의사는 서명을 등록하고 의무기록사는 서명등록대장을 비치한다.

3. 전자의무기록을 작성하여야 하므로 ID는 사번으로 지정되고 패스워드는 본인이 주기적으로 비밀번호를 변경하여 사용하며, 작성에 대한 책임을 가진다. (조 개정 2012.08.22)

제11조 (작성시한)

1. 환자초기평가에 해당하는 입원기록지(admission note), 간호학적 초기평가에 해당하는 간호정보조사지는 입원 후 24시간 이내에 작성해야 한다.

2. 경과기록은 (한)의사의 임상적 판단에 의해 급성기 환자인 경우 상태변화, 검사 및 치료내용 등을 매일 작성하는 것을 원칙으로 한다.

3. 퇴원요약지는 퇴원 전에 작성해야 한다.

4. 재원 중 완성하지 못한 의무기록은 퇴원 후 1주일 이내에는 완결해야 한다. (조 개정 2012.08.22)

제12조 (정정)

1. 최종 책임자인 전문의의 전산서명이 완료된 후에는 어떤 기록도 임의로 정정 할 수 없다. 단, 의무기록에 수록된 내용이 정확하지 않거나 실제와 다른 경우에 정하여진 기준과 절차에 따라 올바른 정보로 정정할 시는 별도의 "의무기록 정정 요청서"를 작성하여 정정한다.

2. 의무기록 정정 신청절차 및 관리는 별도의 "의무기록 정정 지침"에 따른다. (조 개정 2012.08.22)

제13조 (완결도 관리)

1. 완결 의무기록이라 함은 퇴원환자 의무기록을 "의무기록작성 지침"에 준하여 완결된 기록을 말한다.

2. 미완결기록에 대한 세부내용은 "의무기록 완결도 관리지침"에 별도 명시한다. (조 개정 2012.08.22)

제14조 (개인정보보호 및 보안)

1. 의료법 제19조에 근거하여 환자정보는 비밀사항이며 병원의 모든 교직원은 업무상 알게 된 환자정보를 비합법적인 방법으로 누설하여서는 아니된다.

2. 세부내용은 "개인정보보호 및 보안지침"에 별도 명시한다. (조 신설 2012.08.22)

제15조 (안전관리)

1. 의무기록은 병원의 소유로 환자의 지속적인 건강관리 및 (한)의학연구자료 등을 위하여 보관, 유지한다.

2. 의무기록은 환자, (한)의사 및 병원의 이익을 위하여 안전하게 보관, 유지한다.

3. 의무기록 대출 시에는 언제나 그 소재가 확인되어야 한다.

4. 대출시 관리방법에 대한 세부내용은 "의무기록대출 및 열람지침"에 명시한다.

5. 환자의 등록번호는 단일번호를 사용하며, 종이의무기록은 외래기록과

입원기록을 통합 관리하여 한곳에 보관한다.

6. 전자의무기록은 전산 서버에 보관한다. (조 신설 2012.08.22)

제16조 (보존 및 폐기)

1. 의무기록에 관한 보존 연한은 “의무기록 파기 관리 지침”에 명시한다.

2. 의무기록 보존, 파기 및 폐기에 관한 절차는 별도의 “의무기록 파기 관리 지침” 따른다. (조 신설 2012.08.22)

제17조 (접근권한)

1. 접근권한은 의무기록의 조회, 작성, 출력 권한을 의미하며 직종별, 목적별 구분에 따라 별도 규정된 “의무기록 접근권한 지침”에 명시한다.

2. 외부자 접근권한은 “의무기록대출 및 열람지침”에 명시한다.

3. 환자는 본인 의무기록에 대한 접근권한이 있으며 “의무기록대출 및 열람, 의무기록 사본발급 지침”에 따라 본인의 기록에 접근할 수 있다. (조 신설 2012.08.22)

제18조 (대출 및 열람)

1. 의무기록은 법원의 지시 및 본 규정이 정하는 바 이외에는 원외대출을 할 수 없다.

2. 세부내용은 “의무기록대출 및 열람지침” 과 “의무기록 접근권한 지침”에 별도 명시한다. (조 신설 2012.08.22)

제19조 (의무기록사본 발급)

1. 의료법 제21조 및 시행규칙에 근거하여 의무기록사본을 발급한다.

2. 환자의 개인정보보호를 위하여 세부내용은 “의무기록 사본 발급지침”에 별도명시한다. (조 신설 2012.08.22)

제20조 (의료정보수집 및 활용)

1. 사용자 요구를 확인하여 자료와 정보를 수집, 생성하여 적시에 환자진료, 교육연구, 경영 및 질 관리를 지원한다.

2. 퇴원환자 분석통계는 매월 산출하고, 기타 의료정보는 요청시 생성하여 요청부서 또는 기관에 제공한다.

3. 세부내용은 “의료정보수집 및 활용지침”에 별도 명시한다. (조 신설 2012.08.22)

.부 칙

이 규정은 1994년04월12일부터 시행한다.

부 칙

이 규정은 2008년12월12일부터 시행한다.

부 칙

이 규정은 2012년08월22일부터 시행한다.