

간호사고의 발생구조와 판례유형

전 인 덕

(서울특별시 은평구보건소 보건지도과)

목 차

I. 서론

II. 간호사고의 발생구조

1. 간호사고의 개념
2. 의료분쟁실태 및 간호사고경험도
3. 의료분쟁의 배경
4. 간호사고의 원인

III. 간호사고 예방책

1. 간호인력관리측면
2. 환자관리 측면
3. 병원환경관리 측면
4. 병원제도 측면
5. 의료팀상호간의 협동

IV. 간호사고의 판례유형

1. 추사
2. 투약
3. 마취간호
4. 수술
5. 수혈
6. 일반적인 간호시술
7. 환자관찰 및 관리
8. 화상
9. 요양방법의 지도
10. 병원감염
11. 의사에 대한 통지 파오
12. 의료기기 사용상의 문제
13. 예방접종

V. 결론

참고문헌

I. 서 론

현대의료에 있어서 간호학이 발달되고 간호사의 역할이 다양하게 증대되므로 인하여 간호는 중요한 기능을 수행하게 되었다. 이와같이 간호서비스의 질적 수준이 높아지고 그 영역이 확대되었음에도 불구하고 최근 의료기관과 의료소비자 사이에 야기되고 있는 의료분쟁은 간호현장에 새롭게 등장한 문제로서, 간호업무의 전문성과 독자성 증대로 인하여 간호사고가

발생하면 타 의료인과 동등한 지위에서 그 법적 책임을 부담하게 되었다. 또한 과거 의료사고가 발생하면 거의 모든 책임을 의사가 부담하였으나 병원의 대형화 추세 및 의료법리형성으로 의료에 참여하는 각각의 종사자들은 의료사고발생시 그 책임소재와 한계를 명확히 하게 되었다. 한편 의료사고가 발생하면 당해 의료인은 각종 의료분쟁을 경험하고 이로 인한 방어적 의료 등 의료분쟁이 사회적 주요 관심사임에도 불구하고 이를 해결할 수 있는 법적, 제도적 장치의 미비로 효과적으로 대처하지 못하고 있는 현실이다. 따

* 원고분량이 너무 많은 관계로 "각주"는 생략하였습니다.

라서 간호사는 의료법리를 잘 이해하므로서 사전에 간호사고를 예방하여 양질의 간호서비스를 제공하고 더 나아가서 자신을 보호할 필요성이 요구된다.

본 고에서는 이러한 측면에서 간호사고의 구조적 분석과 간호사고 유형별 판례를 살펴보기로 한다.

Ⅱ. 간호사고의 발생 구조

1. 간호사고의 개념

간호가 하나의 의료행위라는 측면에서 우선 의료사고란 「환자가 의료인으로부터 의료서비스를 제공받음에 있어서 발생한 예상외의 의학적인 악결과」를 의미한다. 즉 의료사고는 제반 의료행위불수행함에 있어서 의료인이나 보조자의 고의나 과실은 물론 불가항력적인 요인에 의하여 예기치 않게 환자의 병증이 악화되거나 사상에 이르는 경우를 포괄적으로 의미한다. 그리고 의료사고의 경우에는 의료인이 의료행위를 환자에게 제공하는 과정 또는 그 행위의 결과로 발생하는 사고라는 점에서 병원내에서 발생하는 각종 안전사고와는 구별할 수 있다.

한편 간호사고란 「환자가 간호사로부터 간호서비스를 제공받음에 있어서 발생한 예상하지 못하고 원하지 않았던 불상사」로 정의할 수 있으며, 간호학 측면에서 환자감독 및 관찰업무가 간호업무로서 주어졌기 때문에 간호사가 근무 중 자신의 관리책임영역 내에서 환자에게 발생하는 안전사고와 자신의 간호행위로 인하여 발생하는 모든 사고를 간호사고라고 할 수 있다. 따라서 간호사고란 누구의 잘못이라는 평가가 전혀 내포되지 않고 단지 예기하지 못했던 원치 않은 결과라는 뜻으로 사용되는 가치중립적인 용어이다. 그리고 간호사고로 인하여 의료분쟁이 발생할 수 있으며 의료분쟁을 의료법은 「의료행위로 인하여 생기는 분쟁」(동법 제54조의2 제1항)이라고 규정하고 있다. 즉 의료분쟁은 의료서비스를 제공받음에 있어서 그 나타난 결과가 환자측이 바라는 효과에 반함으로 말미암아 다툼이 있는 것인데, 그것은 의료인에게 의료과오가 있거나 또는 있다고 주장함으로써 생기는 것이다. 따라서 의학상 또는 법률상으로 의료에 아무런 과실이 없어도 의료분쟁은 일어날 수 있는 것이다.

2. 의료분쟁실태 및 간호사고경험도

의료사고의 한 유형으로서 간호사고를 이해하기 위해서는 의료분쟁의 실태를 정확히 이해 할 필요가 있으므로 의료분쟁 및 간호사고경험실태를 살펴보기로 한다.

(1) 의료분쟁의 실태

의료분쟁에 대한 전체적인 통계가 나온 것은 아직 없으나 대한의학협회와 보건사회부, 그리고 검찰에서 나온 자료를 토대로 살펴보기로 한다. 우선 대한의학협회공제회가 전체 의료기관이 모두 가입한 단체는 아니지만 1982년 이후 회원들로부터 접수한 사건수를 살펴보면 총 3,212건으로 점보율은 6.4%였다. 그리고 '87년과 '82년이 사건절보율 7.9%로서 가장 높았으며 '88년 이후 사건절보율은 감소하였으나 공제회가입수는 계속 증가하였다(표 1 참조).

(표 1) 대한의학협회공제회 사건절보현황

(단위:건,%)

년 도 별	가 입 수	사건절보수	절 보 율
1982	2,418	191	7.9
1983	2,346	130	5.5
1984	3,913	285	7.3
1985	5,164	323	6.3
1986	4,874	295	6.1
1987	4,805	381	7.9
1988	5,069	342	6.8
1989	5,294	366	6.9
1990	5,477	290	5.3
1991	5,796	308	5.3
1992	5,696	301	5.3
계	50,852	3,212	6.4

자료: 대한의학협회공제회

한편 검찰에서 업무상과실치사상 사건의 피의자 직역이 의사인 경우를 대상으로 '87년~'89년 3년간의 사

건수를 분석한 것을 보면 '87년 253명, '88년 264명, '89년 305명으로 '87년이후 계속 증가하였음을 알 수 있다(표2 참조). 그리고 최근 의료분쟁의 특징은 거의 모든 분쟁이 형사사건화경향을 나타내고 있다.

(표 2) 의료과오사범의 발생추이

년 도	업 무 상		합 계
	과실지상	과실치사	
1987	132	121	253
1988	133	131	264
1989	148	157	305
합계	413	409	822

자료 : 윤석경, "의료과오사범의 실태와 대책", 15년.

(표 3) 접보사건 유형별 현황 ('81-'91)

유	형	접 수 건 수 (%)
세		2,911(100.0)
분	반	614(21.1)
주	사	586(20.1)
수	술	505(17.3)
치	료	500(17.2)
중	질	380(13.1)
오	진	86(3.0)
환	자	73(2.5)
마	취	64(2.2)
투	약	53(1.8)
기	타	50(1.7)

자료 : 대한의학협회공제회

한편 의료분쟁사건을 유형별로 살펴보면 분만사고가 21.1%로 가장 높았으며, 주사사고 20.1%, 수술사고 17.3%, 치료처치관련사고 17.2% 등으로 나타났다(표3 참조). 이 가운데 주사사고는 의사의 처방에 따라서 간호사가 직접 환자에게 시주하는 현실을 감안할 때 간호사에게 있어서 중요한 의의를 가진다고 할 수 있다. 그리고 '87년~'89년까지 3개년간 보건사회부에 접수된 의료분쟁관련 민원접수건수 1,588건을 진료과별로 살펴보면 정형외과가 22.6%로서 가장 많았다. 그외 일반외과 14.5%, 산부인과 12.5%, 신경외과 10.6%, 내과 9.1%로서 거의 모든 의료분쟁이 외과계에서 발생하고 있다는 사실을 알 수 있다.(표4 참조).

(표 4) 진료과별 의료사고접수 건수 ('87-'89')

진 료 과 별	접 수 건 수 (%)
계	1,588(100.0)
정 형 외 과	359(22.6)
일 반 외 과	231(14.5)
산 부 인 과	199(12.5)
신 경 외 과	169(10.6)
내 과	145(9.1)
안과·이비인후과	74(4.7)
소 아 과	35(2.2)
치 과	35(2.2)
한 방	27(1.7)
기 타	314(19.8)

자료 : 보사부 내부자료(정부민원 처리자료)

(2) 간호사고경험도

실제 병원 간호현장에서 간호사고가 얼마나 발생하고 있는지 정확한 통계가 나온 것은 없지만 간호사를 대상으로 간호사고 경험도를 측정할 결과를 분석하여 간호사고의 발생정도를 살펴보고자 한다. (표 5)에서 보는 바와 같이 주요 간호사고의 경험도를 살펴보면

(표 5) 주요간호행위의 간호사고경험도

4점척도(많다=4, 가끔있다=3, 거의없다=2, 없다=1)

순위	간 호 사 고 항 목	평 균 ± 표 준 편 차
1.	의료기기의 고장 또는 기능불량으로 환자간호에 차질이 있었다.	2.787 ± 0.790
2.	환자에게 욕창이 발생했다.	2.581 ± 0.824
3.	수혈부작용을 경험했다.	2.450 ± 0.814
4.	정맥주사과정에서 약물부작용을 경험했다.	2.440 ± 0.747
5.	환자가 입원중 병원감염이 되었다.	2.361 ± 0.853
6.	근육주사과정에서 약물부작용을 경험했다.	2.151 ± 0.795
7.	환자가 침상에서 떨어졌다.	2.062 ± 0.836
8.	투약과정에서 환자상호간에 약을 바꿔서 준 경험이 있다.	1.863 ± 0.655
9.	환자가 병신복도에서 넘어졌다.	1.838 ± 0.812
10.	환자가 더운 물주머니에 화상을 입었다	1.619 ± 0.776
11.	환자가 세면장에서 쓰러졌다.	1.595 ± 0.761
12.	투약과정에서 다른 약을 바꿔서 준 경험이 있다.	1.584 ± 0.612
13.	산소취급과정에서 문제가 발생했다.	1.560 ± 0.733

자료 : 진인덕, "간호사고의 경험과 인식에 관한 연구", 54년~60년.

의료기기 사용상의 문제가 평균 2.787로 가장 높다. 그리고 욕창발생 평균 2.581, 수혈부작용 2.450, 정맥 주사부작용 2.440, 환자의 병원감염 2.361, 근육주사 부작용 2.151, 환자가 침상에서 떨어졌던 경험도는 평균 2.062로 나타났다. 그리고 욕창발생이 다른 간호사고보다 상대적으로 많으며, 수혈부작용은 의료사고 전반에 있어서 문제가 되고 있는 현실이다. 또한 정맥 주사부작용이 근육주사부작용보다 많았으며, 환자의 병원감염문제가 제기되고 있다. 그리고 환자의 낙상은 침상에서 떨어지는 경우가 가장 많았다.

한편 하루 중 간호사고가 가장 많이 발생하는 시간대는 밤 10시~새벽까지로서 35.1%가 밤근무때 간호사고를 경험하였으며, 이와같은 결과를 밤과 낮으로 나누어 살펴보면 밤(저녁식사이후~새벽)이 50.2%, 낮(아침-오후)이 37.8%로서 12.4%의 차이를 나타내므로써 밤에 간호사고는 많이 발생하고 있다. 또한 간호사

고 많이 발생하는 업무상황은 중환자가 많을 때 34.0%, 처치가 많을 때 25.1%, 신환이 많을 때 16.5%, 각종 검사가 많을 때 14.4% 등으로 나타나므로써 간호사고는 바쁠 때 많이 발생하고 있다.

이상과 같이 의료사고의 실태 및 간호사고경험도를 분석해 본 결과 의사와 관련된 주요 의료사고의 형태는 수술, 오진, 주사사고 등이 많으며, 간호사고에서는 의료기기 사용상의 문제, 욕창발생, 수혈부작용, 주사 부작용 등이 많았다. 그리고 간호사고는 하루중 밤에 많이 발생하며 업무가 바쁠 때 많이 발생한다.

3. 의료분쟁의 배경

최근 간호사고가 간호현장의 주요한 문제로 등장한 배경에는 의료분쟁의 증가가 가장 큰 요인이라고 할 수 있다. 그러한 의료분쟁의 증가요인에 대해서 의료 수요자측의 요인, 의료공급자측의 요인, 사회적·제도

적 여건으로 나누어 살펴보기로 한다.

(1) 의료수요자측의 요인

① 수진기회의 확대

의료분쟁의 증가현상은 근본적으로 의료사고자체가 증가하기때문에 나타난다. 즉 의료사고의 수는 실제 의료처치를 실시한 회수와 거의 비례적으로 증가한다고 할 수 있으며, 경제수준의 향상과 의료보험 및 의료보호사업 등 의료보장의 확대로 인하여 의료수요가 급격히 증가하게 됨에 따라 결과적으로 의료사고와 의료분쟁이 발생할 기회도 증가하게 된 것이다.

② 국민의 권리의식 향상

전통적으로 의사와 환자의 관계는 의료부권주의에 입각한 수직적, 시혜적인 성격을 띠어 왔으나, 의료에 대한 사회적 가치관이 경제적 관심으로 전이되고 사회전반적인 국민권리의식이 향상됨에 따라 이러한 의사와 환자의 관계도 점차 수평적, 계약적, 쌍무적인 관점에서 인식되기 시작하였는바, 의료에 있어서 인간성 회복, 환자의 자기결정권 및 정보요구권, 의사의 설명 및 동의의무 등이 강조되게 되었다.

③ 의료의 본질 등에 대한 이해부족

의료행위는 신체에 대한 침습을 수반하므로 본질적으로 위험성을 띠게 되고, 증상의 비경형성, 의료효과와 다양성 등으로 인하여 의료행위는 실험적 요소를 지닌다. 따라서 의료사고는 불가피하게 일어날 수 있으며 이와같은 의료의 본질적 특성을 환자측에서는 이해하지 못하고 자신들이 기대한 결과에 이르지 못하면 의료분쟁이 발생한다.

(2) 의료공급자측의 요인

① 의료기관의 상업화·대형화

현대의료의 특징적 모습인 의료기관의 전문화와 대형화는 의료기관간의 상업적 경쟁을 유발시키고, 상대적으로 의료인의 사회적 지위를 격하시키게 되었다. 그리고 의료기관의 영리성 추구현상은 의료기관의 대형화, 분업화와 더불어 봉사정신의 희박화 및 의료인-환자관계의 비인격화를 야기함으로써 의료사고에 대한 도덕적, 윤리적 해결을 불가능하게 하는 구조적 원인이 되고 있다.

② 의료인의 전근대적인 의료관

사회가 민주화되고 국민의 권리의식이 향상되었음

에도 불구하고 의료인들은 아직도 전근대적인 의료관을 가지고 환자 및 보호자에 대한 불친절한 언행, 환자의 질문에 대해서 충분히 답변을 해주지 않는 태도, 시술방법에 대해서 환자측의 동의를 구하지 않는 등 고압적이고 권위주의적인 의료인측의 태도는 환자측의 불만을 가중시켜 분쟁으로 나가는 요인이 되고 있다.

③ 의사의 직업적 체면의식

전통적으로 직업적 명예를 중시하는 의사들은 의료사고가 발생하면 사고에 대한 책임유무를 불구하고 사고자체를 무마·은폐하려는 경향을 보이고 있으며, 이는 환자측으로 하여금 의료사고를 의식적으로 분쟁화 하도록 조장하는 악순환적 원인이 되고 있다.

④ 의료인의 법규 및 법의학에 대한 무지

현대의료에 있어서 의료법리형성으로 인하여 의료인-환자관계가 계약관계화됨으로써 의료인의 법적 의무는 다양화되고 고도화되었다. 이와같은 의료환경의 변화에도 불구하고 의료인들은 이를 민감하게 받아들이지 못하고 법이 요구하는 의료인의 의무에 대하여 잘 알지 못한 상태에서 환자를 취급함으로써 의료사고가 발생하면 법적 문제로 발전하게 된다.

(3) 사회적·제도적 여건

① 의료지식의 보급확대

현대는 정보화사회로 과거 의사들이 독점하였던 의학지식은 각종 보도매체 및 서적 등을 통하여 널리 공개되므로써 일반인들이 쉽게 의료지식을 접할 수 있으며, 이러한 의료지식의 보급은 의료사고에 대한 인지수준을 높여주어 의료분쟁증가의 한 요인이 되고 있다.

② 사회적 불신풍조의 만연

현대는 경제적 가치를 중심으로한 물질문명이 고도화됨에 따라 사회전반에 팽배하게 된 금전만능주의는 재산적·신체적 피해는 물론 정신적 문제에서까지 금전적인 보상을 요구하는 풍조를 수반하게 되었으며, 나아가 사회적 불신풍조나 법해결만능주의가 만연됨에 따라 제반 분야의 분쟁에서 민·형사적 소송을 통한 해결이 일반화 되었다. 따라서 의료사고가 발생하면 환자측은 의료인측의 잘못이 있어서 사고가 발생했다는 막연한 추측과, 사고는 금전적으로 보상을 받아야 하겠다는 심리가 작용하여 의료분쟁이 발생한다.

③ 사회적 보상제도의 결여

의료행위는 환자의 신체에 대한 침습을 수반하게 되므로 본질적으로 위험을 내포하고 있고, 또한 현대 의학이 개발한 치료법과 의약품 사용에는 많은 위험부담이 있어 의료행위의 과정에서 발생하는 분상사 중에는 의료인의 잘못이 전혀 없이도 초래되는 경우가 많다. 따라서 의료사고가 발생하면 사고의 진상을 객관적, 전문적으로 심사하여 신속히 보상해 주는 법적·제도적장치가 필요함에도 이러한 보상제도가 없는 한 의료분쟁은 계속 늘어 갈 것이다.

4. 간호사고의 원인

병원은 대부분 정신적, 신체적, 사회적으로 부적응 상태인 환자들이 집합된 장소이다. 따라서 이와같은 환자의 특성뿐만아니라 복잡한 시설과 각종 의료장비, 24시간 긴박한 업무구조, 의료의 특수성 등으로 인하여 그 상황은 긴장의 연속이라고 할 수 있다. 그러면 이와같은 전제하에서 간호사고의 원인을 간호사측의 요인, 환자측의 요인, 병원환경 및 제도상의 요인, 의료팀 상호간의 문제, 불가항력적 요인으로 나누어 살펴보기로 한다.

(1) 간호사측의 요인

- ① 간호사의 주의의무태만으로 인한 간호과실
- ② 간호학에 대한 지식 부족과 낙후된 지식
- ③ 간호사 자신의 간호기술부족
- ④ 간호사의 의료법학에 대한 무지
- ⑤ 전체 병동의 간호요구도에 비해서 간호인력이 부족한 경우
- ⑥ 간호사의 정신적, 육체적 피로
- ⑦ 간호사의 환자(보호자)에 대한 불친절과 부적절한 의사소통
- ⑧ 각종 의료기기의 관리불량과 간호사의 조작 미숙
- ⑨ 간호사의 정지하지 못한 행동

(2) 환자측의 요인

- ① 의료인의 지시, 교육 등에 따르지 않고 환자측이 자의적인 행동을 하는 경우
- ② 환자 및 보호자가 의료인에게 잘못된 정보를 제공하는 경우

(3) 병원환경 및 제도상의 요인

- ① 병원건물 또는 병동구조상의 결함
- ② 병실, 병동, 병원환경의 무질서
- ③ 잘못된 간호부서조직(병원조직)체계로 인한 명령체계의 혼선
- ④ 안전관리시설의 결핍 또는 부재

(4) 의료팀상호간의 문제

- ① 잘못된 인간관계형성에서 오는 개인, 집단, 조직 상호간의 갈등
- ② 일시적 또는 장기적인 병원내 부서간의 의사소통실패
- ③ 의사 처방지(처방전) 글씨체가 불명확한 경우
- ④ 약사의 조제잘못

(5) 불가항력적 요인

- ① 의약품의 불가항력적인 부작용
- ② 환자의 특이체질
- ③ 현대의학상 불치의 병에 대한 환자측의 오해

Ⅲ. 간호사고예방책

이상과 같은 논의를 바탕으로 간호사고 예방책을 간호인력관리측면, 환자관리측면, 병원환경관리측면, 병원제도측면, 의료팀 상호간의 협동으로 나누어 제시해 보고자 한다.

1. 간호인력관리 측면

(1) 간호사는 자신의 병동에 있는 의료기기를 능숙하게 사용할 수 있도록 그 사용법을 습득하고, 제반 의료기기는 항상 사용이 가능한 상태로 관리한다.

(2) 간호사인사관리에 있어서 병원 간호인력의 대부분이 여성임을 고려하여 노동법상의 근로기준법에 따른 여자보호규정과 남녀고용평등법에 규정된 모성보호규정을 준수하여 최적의 근무조건을 추구한다.

(3) 간호사 인사상담제도를 운영하여 간호사의 정서적 불안과 혼란의 원인을 찾아내고 그렇게 함으로써 간호사 개인이나 병원조직에 중대한 영향을 미칠지도 모르는 간호사고의 발생을 예방한다.

(4) 간호업무의 위임은 피위임자의 능력과 자신의 감독능력을 고려하여 적절한 위임을 한다. 그리고 피임자에게 법적으로 허용된 간호행위의 범위를 넘지 않도록 한다.

(5) 적정간호인력을 병동에 배치하고 응급상황의 발생 또는 갑자기 업무량이 증가하는 경우에 간호 감독자는 즉시 인력, 물자, 장비 등을 효율적으로 지원한다.

(6) 병원방침을 잘 숙지하고 변경된 방침은 전직원 이 모두 알 수 있도록 조치한다.

(7) 각종 교육시 환자안전관리교육을 병행하여 실시한다.

(8) 간호사는 최신의 간호학 지식을 습득하고, 자신의 건강을 항상 최적의 상태로 유지한다.

(9) 환자의 권리를 존중하고 자신의 의무를 충실히 이행한다.

(10) 간호기록은 추후 환자의 진료기록부 열람 또는 소송법상 재판과정에서 증거자료로 제출 될 수 있다는 점을 유의하고 환자간호전반에 대한 사항을 상세히 기록한다.

2. 환자관리측면

(1) 환자 및 보호자교육은 환자의 개별적 특성을 고려하여 적절한 교육을 실시한다.

(2) 간호사는 환자와의 의사소통을 진실되고, 개방적이며, 능숙하게 하므로써 상호 신뢰감을 유지하도록 한다.

(3) 환자 및 보호자의 요구사항을 파악하여 필요에 따라 적절한 조치를 취한다.

(4) 환자간호에 있어서 모든 결정과 판단은 환자의 입장을 충분히 고려하여 결정한다.

3. 병원환경관리측면

(1) 병동 및 병원구조가 구조적으로 잘못된 경우 관계부서와 협조하여 즉시 개선하도록 한다.

(2) 병원감염관리를 위하여 병원감염관리위원회를 효율적으로 운영한다. 미국에서 1977년 이래 있었던 병원감염에 관한 소송사건 100여예를 그 종류별로 살펴 보면 외과수술후의 창상감염이 가장 많고 B형간염의 감염, 진료행위(관절내주사, 근육주사 등)뒤의 감염, 병원감염된 폐염, 균혈증 또 가장 흔히 보는 병원감염의 하나인 요도감염도 몇 사례 있는데 대부분의

피고는 병원이다.

(3) 병동내의 무질서한 기구배치, 잘못된 시설, 불필요한 물건의 방치 등이 없는지 수시로 점검하고 어떠한 위험요소라도 간호사에게 즉시 보고되어 신속히 제거한다.

(4) 화재예방시설, 긴급대피시설 등 안전관리시설을 항상 사용 가능한 상태로 유지하고 평소 긴급상황에 대비한 지침과 훈련을 실시한다.

(5) 병원내에 안전담당관리부서를 설치하여 환자안전관리업무를 총괄하도록 한다.

4. 병원제도 측면

(1) 그동안 병원내에서 발생한 간호사고보고서를 분석한다. 사고보고서의 분석은 그동안 보관된 자료를 최대한 많이 분석하며 그 건수가 많고 조사항목이 많은 경우 전산처리하여 여러가지 자료를 작성한다. 이와같은 분석은 전체 간호부서단위별, 병동단위별 분석을 병행하며 미래에도 지속적으로 분석을 계속한다. 분석된 자료를 통하여 월별, 병동별(진료과별) 사고발생 현황, 연령별, 성별 사고관련 손상자 현황, 병동별 재원환자수 대비 사고발생 현황, 재원환자 1인당 사고 발생수, 사고 종류별 발생현황, 손상종류별 현황, 관련 직종별 사고 발생현황, 발생시간대별 또는 간호부서 3교대 근무 시간대별 사고 발생현황 등을 파악할 수 있다. 주된 사고원인이 분석되었으면 즉시 시정조치하고 사고후 사고처리비용,처리기간, 분쟁의 형태, 당해 간호사의 인사처리결과 등도 아울러 분석한다.

(2) 간호부서내에 수간호사급이상으로 1명을 지정하여 간호사고업무(법적 문제 포함)를 전문적으로 처리하도록 한다.

5. 의료팀상호간의 협동

(1) 의사처방지는 병원차원에서 누가 보아도 글씨를 알아볼 수 있도록 명확히 기록한다.

(2) 약국에서 잘못 조제된 약을 발견시 약제부서와 논의하여 그 원인을 분석하고 분제요소를 제거한다.

(3) 간호사와 의사, 간호사와 약사, 간호사와 타 부서직원, 그리고 간호사 상호간에 좋은 인간관계를 형성함으로써 상호협동체제를 유지한다.

(4) 구두처방, 전화처방은 응급상황외에는 활용하지 말고 의분나는 처방은 다시 한 번 확인한다.

Ⅳ. 간호사고의 판례유형

간호사고는 그 기준이 되는 관점에 따라서 여러가지 분류할 수 있다. 먼저 간호사고로 인하여 초래된 약결과의 내용을 기준으로 첫째, 환자의 사망, 들제, 상흔의 잔존을 포함한 후유장애, 셋째, 완치가 가능했던 질병의 재발이나 재수술, 넷째, 병원감염 등에 의한 새로운질병의 발생, 다섯째, 조기완치가 가능했던 질병의 완치 지연 등으로 구분할 수 있다. 다음으로 간호사고가 일어난 당해 간호행위의 내용을 기준으로 주사사고, 투약사고, 마취사고, 수술사고, 수혈사고, 일반적인 간호시술과정에서의 간호사고, 환자 관찰 및 감독, 관리상의 간호사고, 화상, 요양방법의 지도, 병원감염, 의사에 대한 통지과오, 의료기기 사용상의 문제, 예방접종사고 등으로 분류할 수 있다.

본 고에서는 간호행위의 내용에 따라서 분류하고 국내의 판례를 중심으로 법적책임문제를 함께 살펴보기로 한다. 판례는 당해 사건에 있어서의 책임유무에 관한 판단의 결론입과 동시에 유사한 간호사고의 처리에 모델로서 영향이 매우 크다.

1. 주사

주사는 간호업무에 있어서 가장 잠재적인 위험성을 가진 치료적 행위이다. 주사행위는 법적으로 의사의 업무범위에 속하는 것이지만 진료보조업무의 일환으로 의사의 지시에 의하여 그 지도·감독하에서 간호사의 시주행위(근육 및 피하주사, 정맥주사)는 적법하다(보건사회부 질의회신:의제 1420-8753, 1977.6.25, 의제 1421-75306, 1980.11.13.). 간호사는 의사의 처방에 따라서 정확한 방법으로 시주하였다면 환자에게 발생한 손해에 대해서 어떠한 책임도 부담하지 않는다. 그러나 의사의 처방과 다른 약을 주사 한 경우, 주사방법상 현저한 과실이 있는 경우에는 시주행위를 한 간호사가 법적 책임을 부담하는 것이 판례의 입장이다.

(1) 간호사가 염화카리를 혈관주사함에 있어서 업무상 주의의무를 위배한 사례

의사로부터 단지 포도당 10cc에 염화카리(KCl) 0.5mEq를 혼합하여 5분이상 천천히 혈관주사하라는

처방지시서를 받은 간호사는 위 주사액을 환자의 혈관에 직접 주입형식으로 주사하였을 뿐만 아니라 약 2cc를 주사할 때 돌연 환자에게 청색증반응이 나타난 것을 발견하고도 계속하여 약 1분간에 걸쳐 위 주사액 전량을 주입함으로써 환자로 하여금 그 주사부작용으로 인한 심장마비로 사망에 이르게 하였다.

본 사건에서 법원은 의사의 주의의무태만과 더불어 간호사로서 이와같은 위험한 혈관주사를 함에있어서는 의사의 지시대로 주사액 주입시간을 엄수하고 또한 주사중 환자에게 이상반응이 나타날때에는 즉시 주사를 중단하고 의사의 지시를 받도록 함으로써 주사로 인해 환자에게 미칠지도 모를 생명의 위험을 사전에 방지하여야 함에도 위와 같이 환자에게 청색증반응이 나타났음에도 계속하여 위 주사액 전량을 주입함으로써 그로 하여금 그 주사부작용으로 사망케 하였음은 업무상 주의의무를 게을리한 과실이 있다고 판시하였다(대법원 1981.6.23선고, 81다 413판결).

(2) 응급실에서 아미노피린주사를 간호사에게 지시하여 적절한 방법에 따라 주사하였다면 의사에게 의료과오상 책임을 물을 수 없다고 한 사례

60세된 남자 환자가 극심한 호흡곤란을 호소하며 한밤중에 병원응급실에 도착하였다. 환자의 혈압은 160/110이었으며 환자를 진찰한 수련의는 간호사에게 아미노피린 10cc를 포도당 20cc에 희석하여 혈관에 주사하게 하고 주사과정을 살펴보지도 아니한 채 그 자리를 떠난 과실로 간호사에 의하여 절반가량의 주사액이 주입될 무렵 환자는 주사액의 부작용으로 심장에 혈류장애를 일으켜 사망하였다. 이 사건에서 대법원은 호흡곤란을 완화시키기 위하여 대중요법에 일반적으로 쓰이는 주사약제를 선택한 다음 간호사에게 지시하여 적절한 방법에 따라 주사하였다면 그 진료방법이나 약제의 선택 및 사후의 처치과정에서 명백한 합리성을 결한 것이 아닌 한 그것은 의사의 재량에 속한다 할것이므로 그 치료중에 환자가 사망하였다 하여 의사에게 막바로 의료과오상의 책임을 물을 수는 없다고 판시하였다(대법원 1986.10.28선고, 84다카 1881판결).

(3) 변질된 약제를 투여한 것에 간호사의 과실을 인정한 사례

수술환자에게 변질된 모르핀을 주사하여 주사부위가 화농하게 되었고 마침내는 한 쪽 팔을 절단하게 되었다. 조사한 결과 사용된 모르핀은 이미 6개월전에 변질된 것이 판명되어 수간호사가 버릴것을 지시하였으나 지시받은 간호사가 이를 시행하지 않고 그대로 두었기 때문에 야기된 사고였다. 법원은 이와같은 간호사의 과실을 인정하고 그 손해에 대한 배상을 병원에 명하였다(Volk v. City of New York, 30NE 2d 596. NY 1940).

(4) 페니실린 등 항생제를 시주함에 있어서 의사에게 요구되는 주의의무의 정도

1970.1.30 J도립병원에서 의사의 처방에 따라 간호 견습생 임 ○○○로 하여금 환자 이 ○○○에게 호스타마 이신 40만단위를 주사하면서 첫 날 반응 검사를 하였다고 하여 다시 사전반응검사를 실시 하지않고 시주한 결과 환자는 그 부작용으로 사망하였다.

본건에서 대법원은 의사가 피해자로부터 전날 페니실린주사를 맞고 부작용을 일으킨 것 같다고 하는 말을 들은 경우에 의사로서는 피해자가 전날 페니실린 시주후의 그 증세가 어떠하였는가에 대하여 더 엄밀히 문진 기타 가능한 방법에 의하여 조사를 하고 동 증상이 페니실린의 부작용이 아니었다는 확실한 진단이 있기전에는 함부로 위 약제를 시주하는 행위를 삼가야 할 것이고 그와같은 증상이 페니실린주사의 부작용에 의한 증상이 아니라고 진단을 하게 되어 환자에게 동 주사를 시주할 시에 있어서도 시주후 부작용이 있을 것을 상정하고 의학적으로 기대되는 사전조치를 준비하고 시주한 후에 의당 하여야 할 사후관찰을 하고 부작용이 있다고 진단되는 경우에는 즉시 의학적으로 기대되는 적절한 사후치료조치를 다하여야 할 업무상 주의의무가 있다고 할 것이다(대법원 1976. 12.28선고, 74도 816판결).

페니실린 제제 등의 사용에 있어서는 그 사용전의 주의점으로서 1)환자의 기왕력 특히 그 과민소인에 관한 문진, 2)혈죽자에 대한 같은 문진, 3)예비테스트를 행하고, 사용상의 주의점으로서 4)쇼크발생시의 응급 조치의 준비 및 실시, 5)주사후 15분내지 30분의 안정 유지, 용대관찰 등을 들 수 있다(日 東京高裁 昭和 49. 6.24. 宣告 昭和44(7)1499判決).

(5) 간호사에게 업무상과실치사죄를 인정한 사례
간호사가 주치의의 처방전에 의하여 환자에게 포도당주사를 시행함에 있어서 주사기에 잘못하여 루베르 카인액을 넣어 주사를 하여 환자를 사망시킨 사안에 대하여 간호사, 약사, 약제과 사무원에게 업무상과실치사죄를 인정하였다(日 名古屋地裁 金澤支部 昭和 27.6.13 宣告 同27年(ウ)29判決).

(6) 간호사에게 업무상과실치상죄를 인정한 사례
간호사가 의사로부터 처방을 받고 환자에게 정맥주사를 놓아야 할 것을 잘못하여 동맥에 주사하였기 때문에 환자에게 상해를 준 사안에 대하여 의사의 과실과 함께 간호사에게 업무상과실치상죄를 인정한 사례(日 仙台高裁 昭和 37.4.10 宣告 同 36年 (ウ)329判決).

2. 투약

주사행위와는 달리 먹는 약의 투약에 있어서는 간호사에게 보다 높은 수준의 주의의무를 요구한다. 그러나 현재 대부분의 병원에서 약사가 조제후환자가 복용하기 편리하도록 포장되어 간호사에게 넘겨지고 있다. 따라서 법적으로 의약품의 조제권은 약사에게만 부여(약사법 제21조)되어 있으며, 약사는 처방전에 의거 정확히 조제하여야 하며 처방전에 의심이 있을 때에는 처방전을 발행한 의사에게 확인한 후에 조제하여야 할 의무(동법 제23조 제2항)가 있으므로 투약사고시 그 원인행위에 따라서 의사, 약사, 간호사의 책임범위를 명확히 할 필요가 있다.

(1) 의사 공식시 전화처방에 의한 간호사의 주사 및 투약행위가 적법한지 여부(의제 1420-33668, 1979.2.19)

의사가 공식시 간호사가 전화로 의사에게 보고하고 처방을 전화로 말한후 간호사가 주사 및 투약을 시행하였을 때 의료법에 저촉되는지의 여부에 대한 질의에서, 보건사회부는 간호사가 내원한 환자에 대하여 의사의 직접 진찰에 의하지 않고 전화상의 구두처방만으로 주사 및 투약은 할 수 없다고 회신하였다. 따라서 환자의 상태변화에 따른 투약의 필요성이 생기면 반드시 의사의 진찰을 마친후에 처방에 따른 투약을 실시하여야 하며 이에 위배시는 간호사의 업무범위를 벗어나는 행위로서 불법의료행위에 해당된다.

(2) 울고 있는 유아에게 간호사가 정제를 투약한 바 그것이 유아의 기관지에 들어가 질식사한 경우에 간호사와 의사의 과실을 인정한 사례

애기가 울고 있었는데 울음을 그치는 것을 기다리지 않고 정제 한 알을 입안에 넣어 삼키게 한결과 기관지로 들어가서 애기가 사망하였다.법원은 유아가 울고 있을때 정제를 복용시키면 그것이 기관지로 들어가 유아를 질식사시킬 연려가 있음이 명백한데 간호사와 의사는 애기의 울음이 그친 후에 복용시키는 등의 사고방지에 필요한 주의의무를 태만히 한 과실이 있다고 판시하였다(日 東京地裁 昭和 40.7.14宣告 同 39年(7)8801判決).

3. 마취간호

마취과정에서 발생하는 간호사고는 마취제를 주사하는 과정에서 다른 약을 두여하는 경우, 또는 마취제 주사과정에서 주사기술상의 잘못, 마취기계를 잘못 조작하여 환자에게 사상의 결과를 야기한 경우 등으로 구분할 수 있다. 그리고 마취사고는 전적으로 의사의 책임이지만 간호사의 과실이 명백하고 그 과실행위로 인하여 환자에게 손해가 발생한 경우에는 의사의 감독책임과 동시에 간호사의 과실책임을 인정하고 있음이 판례의 경향이다.

(1) 간호사가 마취제를 정맥주사할 경우 의사가 취하여야 할 주의의무

산부인과 의사가 환자에 대한 임신중절수술을 시행하기 위하여 마취주사를 시주함에 있어 의사가 직접 주사하지 아니하고, 반면히 간호조무사로 하여금 직접방법에 의하여 에프톤 500mg이 함유된 마취주사를 환자의 우측팔에 놓게 하여 환자의 팔에 상해를 입혔으므로 이에 는 의사로서의 주의의무를 다하지 아니한 과실이 있다. 즉 주사약인 에프톤은 3, 4분 정도의 단시간형 마취에 흔히 이용되는 마취제로서 점액성이 강한 유액성분이어서 반드시 정맥에 주사하여야 하며, 정맥에 투여하다가 근육에 새면 유액성분으로 인하여 조직괴사, 일시적인 혈관수축 등의 부작용을 일으킬 수 있으므로 위와 같은 마취제를 정맥주사할 경우 의사로서는 스스로 주사를 놓든가 부득이 간호사나 간호조무사에게 주사케 하는 경우에도 주사할 위치와 방법 등에 관한 적절하고 상세한 지시를 함과 함

께 스스로 그 장소에 입회하여 주사시행과정에서의 환자의 징후 등을 계속 주시하면서 주사가 잘못없이 끝나도록 조치하여야 할 주의의무가 있다(대법원 1990.5.22선고, 90도 579판결).

(2) 흡입마취에 있어 간호사가 도관을 잘못 연결하여 야기된 사고에 대하여 간호사의 과실과 마취의사의 감독불충분·점검태만의 과실이 있다고 한 사례

십이지장궤양 환자(남, 51세)의 수술을 위하여 마취의사는 흡입마취(아산화질소와 산소 혼합)를 실시하였고, 수술개시 약 16분이 경과되어 환자의 혈액이 검은 빛을 보이는데 의아스럽게 생각한 집도의는 곧 수술을 중단하고 점검한 결과 수술실내 순환마취기에 접속된 산소와 아산화질소통의 고부관이 서로 바뀌어 연결되어 있는 것을 발견하였다. 그것은 수술실의 간호사가 잘못 연결시킨 것이었다. 결국 16분간에 걸쳐 매분 5 l의 아산화질소가 환자에게 투입되어 무산소상태로 되었으며 환자는 이로 인하여 의식을 잃게 되었고 겨우 생명은 건졌으나 수술후 11개월이라는 장기간동안 식물인간으로 남게 되었다.

법원은 직접 과실행위를 한 간호사뿐만 아니라 마취의사에 대하여서도 감독불충분과 기구점검을 태만히 한 과실이 있다고 판시하였다(日 神戸地裁 尼崎支部 昭和 49.6.21.判決<判時 第753號 111面>).

(3) 수습간호사가 약제를 잘못 혼용한 것을 그대로 시주한 의실이 인정된다고 한 사례

수습간호사에게 안과에서 사용하는 마취약의 조제를 맡겼는 바 수습간호사가 염산프로카인 분말 0.05그램에 증류수 50cc를 혼합하고 의사가 이것을 모르고 정상인 것으로 경솔히 믿고 투여하여 환자에게 상해를 입힌 본건에 있어서 마취약 등의 조제에 관해서는 스스로 조제하는가 또는 자기의 직접적인 지시 아래 수습간호사에게 조제하게끔하여 수습간호사가 임의로 마취약 등을 조제하는 일이 없도록 충분히 감독함과 동시에, 위와같은 수습간호사로 하여금 조제케하였을 경우에는 즉시 그 조제가 규정대로 되어있는가의 여부를 확인하는 등으로 사고의 발생을 미연에 방지할 업무상의 주의의무가 있음에도 불구하고 이를 태만히 한 것이므로 의사에게 업무상과실치상죄가 인정된다(日 東京地裁 昭和40.7.7.判決).

4. 수술

수술은 간호사, 의사, 마취의사 등이 참여하여 각각 자신의 업무분담하에 공동작업을 하고 있다. 종래 수술사고에 있어서 수술의사가 그 책임을 많이 부담하였으나 의료법리형성과 80년대 들어서 의료분쟁의 급증으로 마취의사와 수술의사의 책임범위를 명확히 하게 되었다. 그리고 이와같은 추세는 병원의 대형화에 따른 간호부서의 독립으로 수술실 간호사의 감독책임이 간호부서에 있다는 점과 간호업무의 전문성 증대로 인하여 수술에 참여하는 간호사에게 「신뢰의 원칙」을 적용하여 간호과실책임을 요구하려는 움직임이 대두되고 있다.

수술실 간호사고에서 가장 많은 부분을 차지하고 있는 것은 수술시 체내에 스폰지 및 기타 수술도구 등을 남기고 수술을 종료하는 경우이다. 그외 각종 수술시 사용하는 의로기기의 조작책임을 맡은 간호사의 과실로 인한 사고가 발생한다.

(1) 전기메스기 오접사건에 있어서 조작담당간호사의 업무상과실치상죄를 인정한 사례

○○대 부속병원에서 동맥관개존증 환자(당시2세 반)가 개존동맥을 대동맥과의 분기점에서 절단하는 수술을 받게 되었다. 위 부속병원에서는 수술부가 각 진료과에서 독립되어 있어 수술실의 관리, 수술기계·기구의 정비, 개조간호사의 교육 등을 집중적으로 행하고 있었는데, 본 건 수술에 있어서는 피고인 X가 집도의, 의사 A·B·C가 조수로서 지명되었고, 한편 수술부 간호부장으로부터 간호사 D가 직접개조, 피고인 Y와 간호사 E가 간접개조로 결정되었고 마취의사 2명도 결정되었다.

본 건 수술의 개시에 있어 Y는 전기수술기 본체의 전원케이블을 소켓트에 삽입하고 E는 어린이용 대극판부케이블을 기재실에서 가져와 환자의 우측관절 위에 대극판을 장치하고 마취의사가 환자에게 전신마취를 걸어 심전계의 접시전극을 환자의 신체에 장치하는 등으로 전기메스기의 조정만을 남기고 수술의 준비가 완료되었다. 이와같이 수술에 착수하게 되어 Y는 전기메스기의 다이얼을 맞추고 X가 환자의 덧옷 위로부터 연결된 메스측 케이블의 플러그와 덧옷의 아래로부터 상면에 늘어뜨린 대극판부 케이블의 플러

그와플 전기수술기 본체의 두 개의 단자속구에 삽입하였다. 이어서 X는 집도를 개시 수술자체는 성공적으로 완료되었으나 대극판을 장치한 부근의 환자의 우측관절직상부에 매우 심한 열상이 생긴 것이 수술 직후에 관망되어 우하퇴절단술.

법원은 「신뢰의 원칙」을 적용하여 수술을 집도한 의사에게는 책임이 없고 케이블과 각 단자를 상호 잘못 접속하여 업무상주의의무를 태만히 한 간호사 Y의 과실을 인정하였다(日 札幌地裁 昭和 49.6.29宣告 昭 48(わ) 215 判決).

(2) 스폰지잔류에 대해서 간호사의 과실을 인정한 사례

담낭절제수술을 하는 동안 스폰지계수를 잘못하여 총 12,500\$를 배상하라는 판결에서 그 중 65%는 수술집도의사가, 35%는 간호사의 고용주인 병원이 부담하라고 판시하였다(Hestbeck v. Hennepin Country, 212 N.W.2d 361<Minn.,1973>).

이상의 두 판례는 종래 간호사의 잘못에 의하여 사고가 발생하였을 때에는 직접 행위자인 간호사 뿐만 아니라 지도감독직 위치에 있는 의사에게도 과실책임을 지워온 것이 일반적이었으나, 신뢰의 원칙을 적용하여 직접행위자인 간호사의 과실책임만 인정하거나 과실행위의 일정부분을 인정하였다는 점에서 그 의의가 있다. 따라서 현대의 간호에 있어서 간호업무의 독자성과 전문성의 증대, 그리고 간호부서 조직의 독립성이 강조되고 있는 현실을 고려하면 이와같은 신뢰의 원칙을 적용할 단계에 이르렀다고 생각되며 특히 수술실 간호업무에서 많이 적용되고 있다.

(3) 신뢰의 원칙

현대문명사회에 있어서 사람은 사회구성원의 일원으로서 사회생활에서 발생하는 온갖 위험을 방지하기 위하여 각자가 그 부여된 조건아래서 규칙을 지킴으로써 위험을 예방할 사회적 의무가 있는 것이다. 따라서 각자는 다른 사람도 이러한 의무를 충실히 지키 위험을 예방할 것으로 상호 신뢰하고 있으며 타인이 규칙위반의 태도로 나오리라는 것을 염두에 두고 있을 필요가 없다는 것이 신뢰의 원칙이다. 이 원칙은 의료에 있어서 팀의료 등에 의한 위험한 업무를 수행함에 있어서 그 업무관계자가 공동작업을 분담하여 서로 각자의 적절한 결과 방지조치를 신뢰하는 것이 상당

한 경우에도 적용된다. 특히 수술에 있어서는 간호사, 집도의사, 마취의사 등의 직무분담이 불가피하고 또 이들의 긴밀한 협력없이 는 증대한 수술 같은 것이 불가능한 것이다. 따라서 의료관계자 상호간에는 서로 협동자의 사려있는 적절한 태도를 신뢰하는 것이 타당하다. Welzel은 「외과의사는 수술시에 간호사의 바른 전달을 신뢰하지 않으면 안된다」고 하고 있고, 독일의 RG도 1932.6.6에 「의사가 수술 등의 준비에 있어서의 일상의 보조와 처리에 있어서, 그의 간호사와 보조원이 거기에 맞게끔 양성·채용되었고 또 알맞은 범위안에서 일반적으로 감독되었으면 그들을 신뢰하여도 좋을 것이다」라고 판결한바 있다.

5. 수혈

수혈업무는 주사와 함께 의사의 업무로서 수혈사고가 발생하면 의사 또는 마취의사가 그 책임을 부담하게 된다. 그러나 수혈하는 과정에서 환자가 바뀔 경우, 이형수혈을 한 경우, 수혈과정에서 환자에게 손상을 준 경우 등 간호사의 간호행위로 인하여 환자에게 중대한 사상의 결과가 발생한 경우에는 간호사의 과실 책임을 인정하고 있다.

(1) 간호사의 착오로 이형수혈을 하여 그 부작용으로 환자가 사망한 경우에 의사의 과실책임을 인정한 사례

1965.7.4 환자는 J도립병원에서 동병원 비뇨기과 과장인 K의사로부터 우측요관결석을 제거하는 복부 수술을 받았는데 위 결석제거부의 요관에 협착이 생겨 요관협착부위의 확장수술이 불가피하게 되자 P대학교 의과대학부속병원 Y의사에게 수술지원요청을 하였다. Y의사는 1965.7.9 J도립병원에 도착하여 환자의 상태를 파악한 후 그 책임집도로서 K의사 및 그 외 보조의사 협조하에 환자 P의 앞서 절개한 부위를 다시 절개하고 요관협착상부를 절단하여 방광측부에 이식하는 제2차수술을 하고 난 다음 Y의사는 밖으로 나오고 K의사가 나머지 봉합을 시행하였던바, 이 당시 환자의 혈압이 강하하여 수혈을 함에 있어서 환자의 혈형이 B형임에도 불구하고 담당간호사의 착오로 A형을 환자에게 수혈한 결과 이형수혈의 부작용으로 인하여 결국 P환자는 사망하였다.

이 사건에 대하여 법원은 2 수술을 집도한 Y의사는 책임이 없고 이형수혈을 할 당시에 수혈을 지시한 K

의사의 과실책임이라고 판시하였다(대법원 1970.1.27선고,67다 2829판결).

(2) 과다수혈로 뉴수혈로 환자가 사망한 것에 수혈을 시행한 간호사는 책임이 없고 의사에게 책임이 있다고 한 사례

임신 7개월된 임부가 그녀의 가정의로부터 빈혈이라는 진단을 받고 종합병원에 가서 가정의가 처방한 대로 전혈 100ml를 수혈받았는데 그뒤 폐수종으로 사망하고 말았다. 병정에서 부검되는 수혈의 양이 과다하였음을 증명하였다. 법원은 수혈을 시행한 간호사에게 책임이 있는 것이 아니라 이를 지시한 의사에게 책임이 있다고 판시하였다(Powell v. Fidelity Causalty Company, 185 So 2d 324, La 1966).

(3) 수혈을 실시함에 있어 혈액의 완전성 여부를 조사하지 않고 의사의 지시에 따라 부패된 혈액을 간호사가 수혈한 것은 의사의 과실이라고 한 사례

의사가 환자에게 일반적으로 널리 사용되는 두약 또는 치료방법을 사용할 때와는 달라서 흔히 부작용을 일으키는 수가 있는 수혈을 함에 있어서는 혈액형의 일치여부는 물론 수혈용 혈액의 완전성 여부를 확인하고, 수혈도중에 있어서도 처음에는 의사가 직접 입회하여 극소량으로부터 서서히 사용하는 등 세심한 주의를 하고, 환자의 반응을 감시하여 부작용이 있는가의 여부를 확인하는 등 조치를 하고 불의의 위험에 대한 임기응변의 조치를 할 준비를 갖추는 등 업무상의 주의의무가 있다고 할 것이다.

그런데 본건 의사는 환자에게 수혈을 함에 있어서 수혈할 혈액의 완전성 여부를 자신은 물론 조수·간호사 등으로 하여금 조사시키지도 않고 세균이 혼합되어 부패된 혈액을 완전품으로 믿고 수혈하게 하고, 또 수혈함에 있어 자기는 현장에 입회하지도 않고 조수와 간호사에게 일임하고 수혈을 시작한 직후 환자가 고통을 호소함에도 불구하고 계속 수혈하다가 환자가 고통에 못이겨 고향을 지르자 약 20-30cc가 주입되었을 때에 미로소 의사가 달려와서 수혈을 중지한 사실이 인정된다.

과연 그렇다면 본건 의사에 대하여 의료행위를 하는 자로서 요청되는 상당한 주의를 다하지 못한 과실이 있다고 인정할 수 있다 할 것이다(대법원 1964.6.

2선고, 63다804판결).

(4) 환자를 확인하지 않고 수혈한 것은 간호사의 과실이라고 한 사례

담낭수술을 마치고 거의 완치단계에 있는 환자 X는 임원실이 모자라니 임시로 회복실에 가 있다가 내일 퇴원하라는 주치의의 말에 따라 회복실로 옮겨졌다. 때마침 그 회복실에는 다른 담낭절제수술환자가 수술 후 그곳으로 옮겨질 계획으로 되어 있었다. 그러나 수술의 지연으로 회복실에는 X만이 있었다.

현재 수술을 받고 있는 환자의 딸은 그 아버지를 위해 헌혈할 것을 제의하였고 혈액검사결과 그너로부터 채혈하여 그 아버지에게 수혈하여도 좋다는 허락을 얻었다. 주치의는 인턴에게 수술이 끝나면 딸의 혈액을 수혈하라고 지시하고 수술실로 들어갔다.

X가 회복실에 있는데 간호사와 인턴이 혈액을 들고 들어와 수혈할 것을 권하였다. 그러나 X는 자기 주치의로부터 수혈받으라는 지시가 없었다고 수혈을 거절하였다. 그럼에도 불구하고 간호사와 인턴은 “당신 딸이 헌혈한 것이니 수혈하자”고 계속 권하였다. 하는 수 없이 X는 수혈받았다. 수혈이 거의 끝날무렵 다른 담낭수술환자가 들어왔다. 인턴과 간호사는 당황하여 X의 수혈을 중단하였으나 그때는 이미 시기가 늦어 결국 X는 사망하였다.

이 사건에 대하여 법원은 간호사와 인턴이 환자를 확인하지 않은 데서 야기된 부적합수혈이 사인이며 그 과실의 책임은 의사와 간호사에게 있다고 판시하였다(Necolayff v. genesee Hospital, 73NE 2d 117, NY 1947).

(5) 수혈하는 혈액이 주위조직으로 새어나가 환자에게 기능장애가 초래된 것에 간호사의 과실이 있다고 한 사례

수술을 끝마친 환자가 자기 병실로 돌아가 수혈을 받기 시작하였다. 처음에는 마취의사가 입회하여 혈액이 잘 들어가는 것을 확인하였으나 다른 수술때문에 간호사에게 계속 감시, 치료할 것을 맡기고 수술실로 갔다. 또 간호사는 간호조무사에게 맡기고 나가 버렸다. 얼마 후에 수혈침이 들어가 있는 부위가 아프다고 호소하여 간호조무사가 본측 혈액이 다른 곳으로 새고 있는 것을 알게 되어 곧 간호사에게 연락하였

다. 간호사가 도착하였을 때는 상당량의 혈액이 주위 조직으로 새어나가 있었다. 결국 환자의 팔에 영구적인 기능장애가 남게 되었다.

이 사건에 대하여 법원은 마취의사에게는 과오가 있다 할 수 없으며 간호사의 주의의무태만에서 빚어진 과실이라고 판시하였다(Sherman v. hartman, 290 P. 2d 894, cal 1955).

6. 일반적인 간호시술

일반적으로 간호사가 독자적으로 행하는 간호업무에 있어서 간호사의 과실로 인하여 환자에게 손해를 준 때에는 사용자 책임(민법 제756조)에 의거하여 병원이 손해배상책임을 부담한다. 그리고 병원은 당해 간호사에게 구상권을 청구할 수 있다. 그동안 간호학의 발달로 간호사에게 요구되는 주의의무의 수준은 높아지고, 간호사의 역할이 확대됨으로 인하여 법은 간호사에게 더 많은 책임을 요구하게 되었다. 사실상 많은 과실들이 통상 빈번히 행하여지고 있는 간호업무에서 발생한다.

(1) Arm board를 잘못 사용해서 환자에게 상해를 일으킨 사고에서 간호사의 과실을 인정한 사례

6세 여자 어린이가 눈수술을 위해서 병원에 입원했다. 간호사는 어린이가 눈의 드레싱을 만지는 것을 방지하기 위해서 어린이의 양쪽 팔을 테이프로 억제했다. 그후 어린이의 한 쪽 팔이 억제제로 인하여 상해가 발생하였다. 법원은 어린이 팔의 상해는 간호사가 너무 Arm board를 강하게 해서 그 결과로 인하여 발생했다고 판시하였다(Moore v. Halifax Hospital, Dist.,202 So. 2d 568<Fla.1967>).

(2) 욕창발생에 대해서 간호사의 과실을 부정한 사례
환자는 하반신마비와 광범위한 수술을 받은 결과 비뇨기계 문제가 발생하였다. 수술후에 환자는 욕창이 발생하였고 그 결과 환자의 다리를 절단하였다. 간호사는 법정에서 욕창예방을 위해서 패드와 Doughnut rolls을 사용했다고 증언했다. 법원에서 환자는 과실입증에 실패했고, 증거에 따르면 적절한 간호제공에서 이탈된 결과로서 발생한 사고는 아니라고 판시하였다(Glenn v. Kerlin, 305 So. 2d 611,<La.1975>).

(3) 처방보다 고농도의 산소를 투여하여 실명케 한

것은 간호사의 과실이라고 한 사례

병원에서 쌍생아가 태어났는데 미숙아이기 때문에 보육기에서 키우기로 하였다. 의사는 처음 12시간 동안은 분당 6l의 산소를 주고 그후에는 분당 4l의 산소를 주라고 간호사에게 지시했다. 그러나 간호사는 분당 6l의 산소를 5주간 계속 두어하였으며, 이로인하여 한 어린이는 두 눈이 완전히 실명되었고 다른 어린이는 한 쪽이 실명되었다.

이 사건에서 법원은 어린이들의 실명과 간호사의 과실간에는 인과관계가 있다고 판시하고, 환자의 손해에 대하여 병원에 배상책임이 있다고 판시하였다 (Toth v. Community Hospital at Glen Cove, 239 N.E. 2d 368, 292 N.Y.S. 2d 635, 1968).

7. 환자관찰 및 관리

일반적으로 병원에서 환자관찰 및 관리의 간호사가 주로 하고 있으며, 이와같은 현실로 인하여 환자에게 각종 사고 발생시 간호사에게 그 책임을 많이 요구하고 있는 추세이다. 즉 정신과병동에서 환자의 자살, 수술후 환자상태의 악화, 낙상 등 간호작사의 업무영역 내에서 발생하는 각종 사고들이 폭넓게 간호사책임으로 인정되고 있다. 이와같은 문제는 24시간 환자결에서 의료서비스를 제공하는 유일한 사람이 간호사라는 점에서 비롯된다. 그러나 판례의 경향은 환자의 질병상태에 따라서 관찰 및 관리책임을 적절히 경감하고 있다.

(1) 낙상

① 환자가 링겔주사를 꽂은채 주사병을 들고 밖으로 나오다 넘어져 결국 사망하게 된 경우 간호사의 과실을 부정한 사례

환자 K는 의사로부터 진찰은 받은 결과 간경화증, 소화성 위궤양등의 가벼운 증세로 나타났으나 보호자가 원해서 S병원 217호실에 입원했다. 담당의사는 50% 포도당 20cc를 혼합한 1,000cc들이 링겔주사를 맞게하고 담당간호사로 하여금 약 15분간격으로 입원실에 들러 환자의 용태와 주사의 진행상황을 늘보게 하였다. 환자의 처는 입원에 따른 준비물을 위해서 집에 돌아가고, 간호사도 다른 병실에서 가서 위 병실 아무도 없는 사이에 환자가 혼자 마음대로 그의 오른팔에 주사침을 꽂고 위 주사약병을 오른손에 들고 위

병실에서 몇미터쯤 떨어져 있는 간호사실 옆까지 왔다가 위 병실로 돌아가던 중 넘어지는 바람에 복도바닥에 머리가 부딪쳐 우측전두부에 약 9cm의 선상골절상을 입고 그 후 상태가 악화되어 결국 사망하였다.

법원은 환자가 간경화증 소화성위궤양 등 증세로 병원에 입원하여 링겔주사를 맞는 경우 담당간호사로서 환자의 호소나 요구에 따라 적절한 처치를 하면서 환자의 용태 및 주사의 상황을 수시로 파악해야 할 의무는 있다고 하겠으나 환자가 주사를 꽂은채 주사병을 들고 밖으로 나오다가 넘어질 경우까지를 예상하여 환자옆에 꼭 붙어 지켜서서 환자의 일거일동을 관찰, 감호해야 할 의무까지는 있다고 할 수 없다고 판시하였다(서울고등법원 1978.8.31선고, 78나 916판결).

② 간호사가 환자를 부축하여 걸다가 넘어져서 다친 것은 간호사의 과실이라고 한 사례

41세된 환자가 자궁절제수술을 실시하고 2일후 주치의로부터 다른 사람의 도움을 받아서 운동을 하라는 지시를 받았다. 두 명의 간호사가 환자를 부축하여 걸기 시작하였을 때 환자는 심한 통증으로 곧 침대로 되돌아 왔다. 다음날 다시 두 명의 간호사가 부축하여 운동을 시작하려고 했을 때 환자는 통증때문에 걸을 수 없다고 항의하였으나 간호사들이 계속 운동을 시켜서 결국 환자는 넘어졌다. 그 결과 환자는 디스크가 파열되었고 법원은 간호사의 의무이행상 과실이라고 판시하였다(Arnold v. James B. Haggin Hospital, 415 S.W.2d 844<Kentucky 1967>).

③ 침대에서 아기가 떨어진 사고에서 간호사의 과실을 인정한 사례

두 살 된 애기가 입원중 침대 옆면 위로 기어올라가서 밖으로 떨어졌다. 애기의 부모는 입원시 자신의 애기는 매우 거칠게 행동하므로 추가적으로 낙상방지를 위한 예방조치를 해 달라고 요구 했었음에도 불구하고 간호사는 그 요구를 이행하지 않았다. 법원은 추가적인 예방조치를 태만히 한 간호사의 과실을 인정하여 간호사의 고용주인 병원이 그 책임을 부담하라고 판시하였다(Pierson v. Charles Wilson Memorial Hospital, 273 App. Div. 348,78 N.Y.S.2d 146<1946>).

④ 판장후 화장실에 가다가 낙상한 사고에서 간호사의 과실을 인정한 사례

원고인 74세된 노인 환자는 전립선 문제가 의심되어 병원에 입원하였다. 그의 주치의는 경정맥성신우관영술에 앞서서 청결관장을 처방했다. 간호사는 관장을 시행한후 환자가 화장실에 혼자 가도록 조치하였다. 환자는 스티퍼를 신은채 화장실에 가다가 복도에서 관장용액이 흘러내렸고 그 결과 넘어져서 손상을 입었다. 법원은 관장후에는 변기를 제공하거나 화장실에 갈 때에 부축해야 한다고 교과서에 기재되어 있음에도 불구하고 그 의무를 태만히 한 간호사의 과실을 인정하였다(Tills v. Elmbrook Memorial Hospital, Inc., 180 N.W 2d 699<Wisc. 1970>).

(2) 환자자살

① 입원중인 전환장애환자의 자살기도 사고에 대하여 간호사, 의사 등의 관찰·감독상의 과실을 인정한 사례

1987.7.1 환자는 J대학교 의과대학부속병원 신경정신과에 입원하여 진찰을 받은 결과 그 질환이 전환장애로 진단되어 치료를 받던 중 같은 달 31일 보호병동에서 병원직원의 감시가 소홀한 틈을 타서 자해행위로 부상을 당한 왼쪽 손목부위의 봉합부위를 감싸기 위하여 병원직원이 감아 둔 탄력붕대를 창문철망에 묶고 목을 매달아 자살을 하려다가 병원직원에 발견되어 그 생명은 구조되었으나 이로 인하여 저산소성 뇌손상을 입었다.

이 사건에 있어서 법원은 환자가 이틀전인 같은 달 29일 평소와는 달리 매우 공격적인 행동을 하였고, 자해행위를 함과 아울러 자살을 감행할 것을 암시하는 말을 하고 위 사고 하루전인 같은 달 30일에는 보호병동에서 개방병동으로 옮겨달라는 자신의 요구를 들어 주지 않는다는 이유로 대화와 식사를 거부하였을 뿐만 아니라 위 사고 당시까지도 위와 같은 자해적 태도를 포기하지 아니한 상태에 있었는데도 사고당시 담당간호사 등이 다른 환자들을 데리고 단체산책을 나가버림으로써 원고로 하여금 자살도구로 손쉽게 사용될 수 있는 탄력붕대를 감은채 병실에 혼자 남아 있게 하였다. 또한 J병원의 신경정신과 보호병동은 근접관찰이 필요한 중환자를 수용하여 이들에 대하여는 외부인의 감호가 배제된채 병원의 의사나 간호사 및 간호보조사 등의 직원에 의하여 그들의 책임하에 환자의 관찰, 보호 및 감독이 이루어지는 사실, 전환장애

환자가 드물게 실제로 자살을 하는 경우도 있는 사실 등을 인정한 다음 환자에 대한 치료 및 감호를 담당하는 병원의 의사, 간호사 등으로서는 위와 같은 정황으로 미루어 자살을 감행할 수도 있을 것으로 예상되는 위험한 상태에 있는 환자의 동태를 계속 주의깊게 관찰, 감독하는 등의 조치를 취함으로써 전환장애환자인 환자의 자살기도를 미리 방지하여야할 주의의무가 있음에도 이를 게을리한 과실이 있다고 판시하였다(대법원 1991.5.10선고, 91다 5396판결).

② 정신병환자가 자살을 기도한 사건에 대하여 간호사의 감시·보호의무태만을 인정한 사례

최 ○○ 는 1975년 10월 16일 9시40분경 자살을 목적으로 「달마돈」이란 수면제 100알을 먹었으나 가족에 의하여 발견되어 같은 날 10시 40분경 S병원 응급실에 운반되어 응급치료를 받고 정신과 병동인 9층 118호실에 입원하였다. 환자가 입원한 정신과병동은 특별한 설비를 한 것이 없고 입원실을 개방하고 있었으며, 증상이 심하여 발작 등으로 위해를 일으킬 우려가 큰 환자의 경우에는 약물 투여로 안정시키거나 수면을 취하게 했다. 이러한 S병원의 방침과 최 ○○ 는 감금하거나 특별한 감호를 할 필요까지는 없다는 담당의사의 판단아래 환자는 아무런 제약없이 입원실에 입원하였다. 이러한 사이에 최 ○○ 가 같은달 19일 낮에 병원을 무단히 나가려 하는 것을 간호사가 발견 제지한 바있어 간호사들은 최 ○○ 환자를 「도주의 우려가 높은 환자」로 취급하였는데, 그날 21시 30분경 환자는 일시적인 정신장애를 일으켜 병원 밖으로 나갈 장소를 찾다가 복도를 지나 건너편에 있는 배선실에 들어가 그 배선실 안에 있는 환자 식사용반용 엘리베이터가 통하는 문을 열고 내려가다가 추락하여 두부손상, 치아손상 등의 상해를 입어 그 후유증으로 「기질성 뇌중후」란 정신장애를 일으켰다.

법원은 환자를 감시, 보호하는 간호사 및 의사로서는 환자가 정신장애를 일으켜 위험한 방법으로 병원을 나가려고 기도하거나 사고를 일으킬 가능성을 예견하였거나 예견할 수 있었다고 보아야 할 것이며, 따라서 이를 감시·보호하는 병원직원으로서의 마땅히 위와 같은 사고에 대비하여야 할 주의의무가 있다고 보아야 할 것이다. 그런데 이와같은 사고를 예방하여야 할에도 불구하고 입원실을 나와 복도 한편에 있는

간호사석 앞을 지나 배선실에 들어가는 환자를 발견·제지하지 못한 것은(만일 발견하다면 발견하고도 그대로 방치한 것은)환자의 간시보호의무를 태만히 하였다고 할 수 있다(서울민사지법 1976.11.24선고, 75가합 4715판결).

8. 화상

화상은 간호과실의 한 유형으로서 매우 단순한 사고이지만 뜨거운 음식의 섭취, 온열요법, 관장, 목욕 등 환자의 일상적인 병원생활에서 발생할 수 있다. 특히 주의를 요하는 환자는 노인, 영·유아, 감각장애환자, 무의식환자, 각종 운동장애환자등 자신의 의사를 제대로 표현하지 못하는 환자에게 특히 주의를 요한다.

(1) 환자가 담배를 피우다가 화재가 발생한 것에 간호사의 과실을 인정한 사례

65세된 남자환자가 만성뇌증후군과 당뇨병으로 입원했다. 그의 가족들은 환자가 담배를 피우다가 가끔 화상을 입기도 했으니, 혼자 담배를 피우지 않도록 해달라고 간호사에게 말했다. 그후 환자는 의자에 억제되어 혼자 병실에 남겨지고 화재가 발생하였다. 간호사는 화재의 위험을 예견할 수 있었으며 이와같은 간호사의 과실로 인한 환자의 사망에 대하여 병원이 그 책임을 부담하였다(Kent v. County of Hudson, 245 A.2d 747<N.J.1968>)

(2)인큐베이트 전구에 화상을 입은 사고에서 간호사의 과실을 인정한 사례

병원에 입원한 여자 애기가 인큐베이트내의 전구에 발이 닿아서 심한 화상을 입었다. 간호사는 전구를 제거하거나 전등을 끄거나 하는 등의 적절한 조치를 취하지 않은 잘못을 하였다. 인큐베이트 위에는 뚜껑이 덮여있어서 전등을 관찰하는 것이 배제되어 있었다. 3~4개월후 애기의 다리는 절단되었다.

법원은 의사에게는 과실이 없고 간호사의 과실로 인하여 발생하였으므로 병원이 책임을 지도록 판시하였다(Emory University v. Porter, 129 S.E.2d 70<Ga.1962>).

9. 영양방법의 지도

영양방법의 지도는 의료법(제22조)에 명시된 의료인의 의무로서 이를 태만히 하여 환자에게 손해가 발

생한 경우에는 법적 책임을 부담하게 된다. 간호사에게 법적 책임이 고려될 수 있는 상황은 간호과정에서 영양방법의 지도를 하지 않았거나 잘못해서 환자에게 손해가 발생한 경우 또는 환자가 퇴원할 때 실시하는 퇴원교육상의 과실이다.

(1) 연탄가스중독환자의 퇴원시 영양방법의 지도의무를 태만히 한 의사에게 업무상 과실치상죄를 인정한 사례

환자 신○○과 신○○은 1987.1.27. 10:00경 D 병원 응급실에 후송되어 일산화탄소(연탄가스)중독으로 진단을 받고 치료후환 회복되었다. 이튿날 11:50경 위 병원에서 퇴원시 환자들은 자신을 진단, 치료한 의사 K에게 병명을 문의하였는데도 의사는 환자들에게 아무런 영양방법을 지도해 주지 아니하였다. 따라서 환자는 자신이 일산화탄소에 중독되었던 사실을 모르고 퇴원 즉시 사고난 자기 집 안방에서 다시 취침하다가 전신피부과열 등 일산화탄소 중독을 입었다. 법원은 의사에게는 그 원인 사실을 모르고 병명을 문의하는 환자에게 그 병명을 알려주고 이에 대한 주의사항인 피해장소인 방의 수선이나 환자에 대한 영양방법 기타 건강관리에 필요한 사항을 지도해줄 영양방법의 지도의무가 있는 것이므로 이를 태만히 한 것으로서 의사의 업무상 과실이 있고, 이 과실과 재차의 일산화탄소 중독과의 사이에 인과관계가 있다고 판시하였다(대법원 1991.2.12선고, 90도 2547판결).

10. 병원감염

병원감염은 간호사와는 직접적으로 관련이 없는 병원단위의 문제처럼 보이지만 환자의 손해와 간호사의 과실행위 사이에 인과관계가 입증되면 당해 간호사는 그 책임을 면할 수 없다.

(1) 입증책임의 전환원칙이 간호요원에게도 적용된 사례

1952.9.12 작은 병원에서 애기가 분만되었다. 애기는 분만직후에는 건강했으나 생후 첫 날에 가법게 급한 상처를 입었고, 조산사의 지시에 따라 이 상처는 페나탄크림으로 치료되었다. 그 해 9.21애기는 감염으로 인한 고열현상이 생기고 이어 먼저 번의 급한 상처에 화농이 생겼다. 포도상구균에 의한 것으로 밝혀진

이 감염은 페니실린으로는 치료되지 아니하여 결국 급성골수염을 수반한 중대한 패혈증으로 변하였다. 이로 인하여 애기는 좌측다리가 볼구로 되고 우측 팔에 운동장애를 받게 되었으므로 병원을 상대로 손해배상을 청구하였다.

원고는 세균감염이 피고병원에서 생겼고 이것은 병원의 협소, 시설부족, 다른 패혈증환자들과 신생아간의 분리시설 불비등의 잘못과 신생아에 대한 손질 및 보호의 부적절로 인한 것이라고 주장하였다. 제 1, 2심에서는 각 청구기각, 상고심에서는 원심판결을 파기환송하였다.

법원은 감염증이 병원에서 생겼다는 사실에서 곧 그 원인이 간호상 과실에 있었다고 단정할 수 없지만, 불법행위 또는 계약위반에 기한 의료과오책임에서 인과관계에 관하여 관례에 의하여 일정한 경우에 인정되어 온 입증책임전환의 원칙이 병원 간호요원의 과오로 인한 손해배상의 경우에도 역시 적용된다고 하였다(獨逸 BGH 1970.11.10 判決 VI ZR 83/69(VersR 71.227)).

11. 의사에 대한 통지 과오

간호사는 환자를 관찰한후 의사에게 통지하는 실패를 하게 되면 그 결과에 대해서 법적 책임을 부담한다. 간호사는 환자의 상태변화나 환자측의 호소를 주의깊게 관찰하지 않으면 악결과가 발생할수 있으며, 이와같은 문제는 응급실과 병동의 밤시간대에 많이 발생한다.

(1) 응급실에서 의사를 빨리 부르지 않아서 환자가 사망한 것은 간호사의 과실이라고 한 사례

남자 환자가 응급실에 의사가 있는지 확인한후 도착하였다. 환자가 도착하였을 때 간호사는 시내에 외출기간 환자의 의사를 부르려고 시도하였다. 환자는 통증과 구토 등의 증상이 있었고 마침내 사망하였다. 환자의 아내는 간호사에게 아무 의사나 불러서 진료해 달라고 요구했으나 간호사가 거절했다고 주장하였다. 간호사는 법정에서 환자의 아내가 환자상태에도 불구하고 환자의 주치의가 돌아올때까지 기다리겠다는 제의를 했다고 증언했다. 법원은 환자 아내의 증언을 더 믿었고 환자의 사망은 간호사가 의학적 조치를 태만한 한 것이 원인이라고 판시하였다(Carr V. St.

Paul Fire and Marine Insurance Co., 384 F.Supp. 821<1974>).

(2) 산후출혈이 심한 환자를 의사에게 연락하지 않아 사망한 것은 간호사의 과실이라고 한 사례

분만하기 위하여 입원한 임부가 부사히 분만을 마치고 의사는 퇴근하였다. 얼마 후에 출혈이 심한 것을 발견한 환자는 의사에게 연락하여 쓸 것을 요청하였으나, 잠시후에 지혈될 것이라는 이유로 간호사는 의사에게 연락하지 않았으며 결국 산모는 실혈로 사망하였다.

이 사건에 대하여 법원은 산모가 사망한 것은 실혈 때문이며 이 실혈은 적당한 치료가 결여된 것에 기인되며 또 산모가 적당한 치료를 받지 못한 것은 간호사의 근무태만으로 인한 과실이라고 판시하였다(Goff v. Doctors General Hospital, 166 Cal, App. 2d 314, 333 P.2d 29, 1958).

12. 의료기기 사용상의 문제

의료기기의 결함 또는 사용상의 문제로 인하여 환자에게 손해를 줄 수 있다. 간호사는 의료기기를 안전하게 사용할 책임은 있으나, 의료기기 자체의 숨겨진 결함으로 인하여 사고가 발생하면 간호사에게는 법적 책임이 없다. 이와같이 의료기기의 잠재적 결함으로 인한 간호사고가 발생하면 이를 생산, 판매한 자(제조사 책임)와 의료기기를 정비, 점검 등 관리하여야할 사람, 또는 병원당국이할 그책임을 부담한다.

(1) 일회용주사기 사용으로 화농한 것은 간호사의 과실이 아니라고 한 사례

감염증을 치료하기 위해 의사는 Penicillin의 주사를 처방하고, 간호사는 일회용주사기를 사용하여 의사의 임회하에 환자의 둔부근육에 주사하였다. 그런데 얼마후에 그 주사부위가 화농되어 절개수술을 받게 되었고 환자는 간호사와 의사의 과실이 있다하여 고소하였다.

법원은 이 사건에 대하여 주사후에 그 부위가 화농한 것은 분명하며 이것은 간호사의 주사행위에 기인된 것은 사실이나 사용된 주사기 및 주사침이 미리 소독하여 제품으로 나오는 일회용주사기이기때문에 그 소독에 대하여 간호사나 의사가 확인할 방법이 없으

므로 간호사 및 의사의 과실이라 할 수 없다하여 환자의 고소를 기각하였다(Cohran v. Harper, 115 Ga. App. 277,154,S.E. 2d 461 1964).

(2) 비골신경마비는 순회간호사의 책임이라고 한 사례
환자는 부인과 수술후에 발을 포함한 하지마비가 초래되었다. 의무기록에 따르면 하지의 마비는 수술하는 동안 비골신경의 압박이 원인이었다. 얼마후 환자는 수술전에 자신을 안전하게 고정해야할 책임을 들어서 의사를 상대로 소송을 제기하였다. 의사와 수술실 간호사 모두 환자를 안전하게 고정하는 것은 순회간호사(Circulating Nurse)의 책임이라고 증언하였다(Boza v. Schiebel, 308 S.E. 2d 510<N.C. Ct. of App.,1983>;Citation,49:43, June 1,1984).

13. 예방접종

예방접종은 전염병예방법에 그 시행이 강제되어 있으며 질병예방에 많은 기여를 하고있지만 그 부작용으로 인하여 분쟁이 야기되는 경우도 많다. 예방접종을 시행하기전에 반드시 피접종자의 건강상태에 대한 예진과 병력, 가족력에 대한 문진, 그리고 접종후 주의사항을 교육하여야 한다. 예방접종에 있어서 간호사는 다른 주사행위처럼 적절한 방법과 절차를 준수하여야 할 주의의무가 있다.

(1) 예방접종과 사망간에 인과관계를 인정한 사례
1975.3.26 학생 유 ○ ○ 은 감기를 앓은 후 쾌차지 못한 상태에서 학교에서 콜레라 집단예방접종을 받았으며, 그 다음날 혼수상태에 빠져 깨어나지 못한채 4.6사망하였다.제1,2심에서는 위 예방접종과 사망과의 사이에 인과관계를 부정하였다. 그러나 상고심에서 일반적으로 콜레라 예방접종으로 인하여 0.004%의 치명율이 있다는 의학상 보고가 있고, 피해자 부검에 특이성인 뇌의 울혈부종 및 출혈반점이 있었던 점으로 보아 본건의 출혈이 예방접종으로 인한 가능성이 있으며, 달리 피해자에게 사인인 뇌출혈상을 일으킬 만한 특별한 사정이 있음을 인정할 자료가 있다고 인정될 수 없는 본건에 있어서, 본건 예방접종과 피접종자의 사망과의 사이에 인과관계를 인정하였다. 즉 민사분쟁에 있어서 인과관계는 과학적 인과관계가 아니라 법적 견지에서 본 인과관계를 말함이라고 판시하

였다(대법원 1977.8.23선고, 77다 686판결).

(2) 예방접종요원의 준수사항

보건사회부에서 각 보건소에 시달한 예방접종상 주의사항을 살펴보면 다음과 같다.

① 접종실시전 예진을 실시하여 접종제외자는 접종치 않는다.

② 백신의 종류를 재확인하고 제조회사와 제조번호를 기록해 두며 약품설명서의 주의사항을 읽고 참고한다.

③ 접종시에는 손을 깨끗이 하고 일회용 주사기를 사용한다.

④ 특히 집접대상자의 가족이 현재 앓고 있는 질병 및 과거 예방접종의 부작용이 있었는지의 여부를 확인한다.

⑤ 기타 피접종자의 준수사항을 교육한다.

- a. 접종한 후 일정기간 과격한 운동 또는 과로를 금하고 안정이 필요함
- b. 목욕 또는 수영 등의 금지
- c. 접종부위를 긁거나 만지지 말것
- d. 종전후 고열, 두통이 있거나 몸이 불편한 경우에는 의사 진찰을 권유

⑥ 접종제외자

- a. 열이 있는 자(감기환자 포함)
- b. 현재 각종 질환을 앓고 있거나 최근 앓은 일이 있는 자
- c. 특이체질자(알러지 및 경련성 체질자)
- d. 임신부
- e. 설사를 하거나 습진 등 피부병이 있는 자
- f. 면역억제치료(스테로이드 및 방사선치료 포함)를 받은 자
- g. 최근 3개월이내에 감마글로불린 또는 혈청주사를 맞았거나 수혈을 받은 자
- h. 과거 예방주사를 받고 상태가 나빴던 일이 있는 자
- i. 기타 접종자가 부적당하다고 인정하는 자

V. 결 론

이상과 같이 간호사고의 발생 구조 및 관례유형에 대해서 살펴보았다. 우선 간호사고는 간호업무의 특수성으로 인하여 그 원인이 광범위하고 포괄적인 성

격을 띠고 있음을 알 수 있다. 즉 간호는 환자가 입원 하면 퇴원시까지 24시간 끊임없이 제공된다는 특성과 간호사는 환자와 가장 밀접한 위치에서 환자에 관한 모든 정보를 수합, 통제하며 환자를 관리한다는 점에서 중요한 역할을 한다. 그리고 관례를 분석하여 본 결과 간호에 있어서 주사, 수혈, 마취, 수술간호 등의 사고로 인한 법적 분쟁이 많았으며 이와같은 사고는 일반적으로 병원에서 의료인들이 많이 경험하는 의료 사고로서 항상 중대한 사상의 결과가 발생한다. 특히 최근 의료과오에 대한 법리는 의료분쟁의 증가와 함께 급속히 형성되었으며, 간호에 있어서 전문성, 간호부서 조직의 독립성 증대, 간호사-의사관계에서 「신뢰의 원칙」 적용 등으로 인하여 간호사의 법적 책임범위는 점차 확대되고 있는 경향에 특히 유의할 필요성이 있다. 따라서 그동안 간호사고가 발생하면 간호사의 지도, 감독자의 위치에 있는 의사가 많은 책임을 부담하였으나 과실책임주의에 입각하여 과실행위를 한 당해 간호사가 독자적으로 법적 책임을 부담하는 사례가 점차 증가하고 있다.

이상과 같은 모든 간호사고분제는 예방이 무엇보다도 중요하며 예방책으로서 가장 중요한 사실은 환자-간호사 관계에 있어서 신뢰관계를 유지하는 것이다. 이와같이 간호사와 환자가 상호 신뢰할 때 간호과정에서 발생하는 작은 문제는 환자측에서 이해하고 원만히 해결될 수 있다. 더 나아가 간호환경을 적극적으로 개선·발전시키고, 간호사 자신의 능력을 향상시키며, 간호조직을 효율적으로 관리하는 노력이 요구된다고 하겠다.

참고문헌

1. 김정순. 양질의 의료관리. 서울:수문사, 1988, 26면~27면.
2. 문국진. 의료의 법이론. 서울:고려대학교 출판부, 1982, 641면, 643면~644면.
3. 문정두. 관례중심 의료소송. 서울:법조문화사, 1982, 239면, 242면, 152면~153면, 223면~224면.
4. 이상웅·이준상. 의료인을 위한 법규. 서울:고려의학,

- 1991, 414면, 476면, 475면.
5. 유승홍. 양질의 의료관리. 서울:수문사, 1993, 128면.
6. 추호경. 의료사고의 법률지식. 서울 : 법정사, 1990, 301면~305면, 220면~223면.
7. 강대수. "의료사고의 발생원인 및 분쟁처리의 적정화 방안." 「대한병원협회지」, 제160호, 1988, 5면, 7면.
8. 대한의학협회 공제회. "공제회10년". 대한의학협회 공제회, 1992, 23면, 28면
9. 문국진. "간호와 관계된 판례와 그 문제점의 법의학 적 고찰." 「대한간호」, 제20권 제2호, 1981, 19면.
10. 문옥륜·이규식·이재형·조형원·이기효·이석구. "의료사고 피해구제 제도개발에 관한 연구". 대한의학협회·대한병원협회, 1992, 26면, 14면.
11. 분회사. "간호사고에 관한 일 연구." 「경희간호연구지」, 제13권, 1990, 70면.
12. 윤석정. "의료과오사범의 실태와 대책." 「제6회 형사정책세미나 자료」, 법무연수원, 1990, 15면.
13. 전인덕. "간호사고의 경험과 인식에 관한 연구". 석사학위논문. 경희대학교 행정대학원, 1992, 48면~62면, 65면, 54면~60면.
14. 추호경. "의료과오에 관한 연구". 박사학위논문. 서울대학교 대학원, 1992, 12면~13면, 39면, 20~31면, 15면, 178면, 189면, 213면~214면, 177면, 91면, 194면, 198면~200면, 202면.
15. 보건사회부. "93가족보건사업계획." 56면~58면, "급성전염병관리사업지침.", 1993, 28면~29면.
16. Creighton, Helen. Law Every Nurse should know, 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co., 1986, p.144, p.158.
17. Fiesta, Janine. The Law and Liability, 2nd ed. New York: John Wiley & Sons, 1988, pp. 74~75, pp.53~55, p.61, p.62, p.78.
18. Guido, Wacker Ginny. Legal Issues In Nursing. Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange, 1988, p.47.