

# 의료분쟁의 예방과 대처방법

金 善 中\*

- |                                                                                                     |                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| I. 의료분쟁의 예방과 대처방법<br>1. 의료사고의 증가추세<br>2. 의료분쟁의 예방<br>3. 의료분쟁 발생시의 대처방법<br>II. 의료과오의 판단기준<br>1. 의료수준 | 2. 입증책임의 완화 문제<br>III. 진료영역별 진료시 유의사항과 의료분쟁사례<br>1. 진료시 유의사항<br>2. 최근의 의료분쟁사례 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|

## I. 의료분쟁의 예방과 대처방법

### 1. 의료사고의 증가추세

예전부터 “의술은 인술”이라고 하여 의사와 환자 사이에는 깊은 신뢰 관계가 존재하여 왔다. 그러나 1989년 전국민의료보험의 실시와 더불어 의료수요의 증대, 국민개개인의 권리의식의 향상, 의사와 환자 사이의 관계에 대한 사회가치관의 변화 등으로 의사와 환자 사이의 신뢰관계는 무너져가고, 이에 따라 의료를 둘러싼 분쟁은 꾸준히 증가하고 있다. 뿐만 아니라 의료분쟁에 대한 해결방법에 있어서도 당사자 사이의 합의보다는 소송으로 해결하려는 경향이 늘어가고 있는 추세이다. 그러다 보니 의료는 방어적 태세를 취하게 되고, 그러한 역작용의 위험성으로 인해 이제 의료분쟁은 당사자인 의사와 환자의 개인적 차원을 넘어 사회적인 문제로 부각되고 있다.

\* 일신법무법인 구성원 변호사

## 2. 의료분쟁의 예방

최근 들어 의료분쟁이 날로 심화되고 있고 그 결과 손해배상 액수도 크게 늘어난 만큼, 각 병원과 의사들은 의료분쟁을 예방하기 위한 철저한 대책을 마련하여야 한다.

의료분쟁을 피하기 위한 최선의 방법은 의사와 환자 사이에 우호적인 관계를 가지는 것이다. 이것은 오늘날 의료분쟁이 증가하는 가장 큰 원인으로 의사와 환자간의 신뢰관계의 상실을 들 수 있다는 지적과 일치한다. 인간관계의 확립은 충분한 의사소통을 통하여 이루어지며, 평소 환자에 대하여 자상하게 배려하면서 성의 있고 진솔한 태도로 대하는 가운데 자연스럽게 형성되는 것이다. 그 다음으로 환자에게 애정을 가지고 최선의 진료를 행하는 것이다. 환자를 자기 자신처럼 사랑하는 마음이 없다면 최상의 진료는 나올 수 없다. 그리고 최선을 다하여 진료를 행하였다면 결과가 나쁘다는 사실만으로 책임을 물을 수 없다. 이하에서는 대한의사협회에서 소속 회원들에게 권장하는 사항을 중심으로 의료분쟁의 예방책을 살펴보기로 한다.

### (1) 환자와의 돈독한 관계유지

대한의사협회에서도 의료분쟁을 예방하는 첫 번째 대책으로 환자와의 돈독한 관계유지를 들고 있다. “환자를 내 몸같이, 국민을 가족같이”라는 대한의사협회 표어와 같은 의미로 환자를 자기 가족처럼 생각하여 성실하게 진료에 임하고, 친절하고 자상한 설명으로 평소 환자로부터 신뢰를 받을 수 있게끔 행동한다. 이는 불의의 사고후 문제해결에 많은 도움이 될 뿐만 아니라 분쟁발생을 미리 예방하는 효과도 있다. 환자측의 가장 큰 불만은 진료과정에 대한 충분한 설명의 부족 및 진료내용의 불명확과 불친절에서 기인되는 경우가 많다. 사소한 불신과 불만이 비화되어, 서로 이해할 수 있는 사안까지 분쟁으로 발전하는 경우가 비일비재하다.

### (2) 의학적 자질배양 철저

의학은 나날이 발전하므로, 최신의 의학지식 습득에 게을리해서는 안 된다. 과욕은 절대 금물이며, 자기 분야 이외의 치료중 사고가 발생하면 전문분야 여부가 분쟁의 소지가 된다.

### (3) 환자관리상의 주의

평소 습관적, 무의식적으로 행하여지는 의료행위를 새로운 마음으로 정리해 볼 필요가 있다. 사소한 부주의와 습관적 무관심이 화를 자초할 수 있다. 주사의 경우 주사 후 나타날 수있는 부작용에 어느 정도 대비하고 있는가? 정신과의원의 경우 입원한 환자가 자살할 수 있는 여건은 없는가? 물리치료시 화상의 가능성에 대비하고 있는가? 마취 후 회복단계에서 환자관리는 어떠한가? 그밖에 신생아 목욕중 화상, 전열기구에 의한 화상, 수술대에서의 낙상, 주사부위에 염증 등이 발생하지 않도록 환자가 입원에서 퇴원할 때까지 끊임없는 주의가 요망된다.

### (4) 정확하고 세심한 진료기록 작성

진료기록부는 의료분쟁 발생시 사건의 진상규명과 자신의 진료행위가 정당하였음을 증명할 가장 중요한 증거자료가 되므로, 세심하고 철저하게 기록하여야 한다. 특히 소홀하기 쉬운 문진, 시진, 촉진 등의 결과를 기록하고, 진단결과나 후유증에 대해 설명한 경우 설명상대자 및 시간 등에 대해 기록해 두는 것이 필요하다. 의료법 제21조에서도 의료행위에 관한 사항과 소견을 상세히 기록하고 서명하도록 규정하고 있고, 허위로 작성하거나 진료기록부 등을 기록, 서명하지 아니하면 300만원 이하의 벌금형과 면허 자격정지의 행정처분을 받게 된다.

진료기록부는 대개 외국어로 된 전문용어로 작성할 뿐 아니라, 병원마다 약품명 등을 독특한 약자로 쓰는 경우가 많고, 작성자의 독특한 필체로 작성하는 경우가 많아(소규모병원은 물론 대형병원의 경우에도 아직까지 진료기록의 전산화가 완전히 이루어지지 않고 있다) 의료분쟁 발생시 오해의 소지가 많다. 이러한 문제를 근본적으로 해결하고, 진료의 전 과정을 빠짐없이 기록하려면 진료기록부 등의 기재가 한글화, 전산화되어

야 한다. 한글화작업에는 속기사 고용 등 병원 측의 재정부담 증가가 장애요인이 되나, 진료과정의 투명성이 확보되어 분쟁의 소지가 줄어들어 이점과 의료사고 발생시 진료가 적절하였음을 입증하는데 소요되는 비용을 감안하면 큰 문제는 없을 것으로 생각된다. 의료법시행규칙 17조는 진료기록부 등은 원칙적으로 한글과 한자로 기재하도록 하고 있으나, 현실적으로 이행이 되지 않고 있다.

#### (5) 설명의무 철저

우리 판례는 설명의무의 범위 및 설명의무위반에 대한 손해배상책임을 확대하여 인정하는 추세에 있으므로, 환자 및 보호자에게 진단결과, 치료방법, 예후 및 부작용 등을 자세하게 설명하고 환자의 동의를 얻어내야 한다. 특히 수술환자에 있어서는 수술의 필요성, 수술의 내용, 예정한 마취약 및 마취방법, 수술의 대상장기 또는 부위, 수술에 소요되는 예정시간, 예상되는 합병증 또는 후유증의 빈도 및 정도 등에 중점을 두어 설명하여야 한다.

환자의 동의는 단순한 동의서 한 장을 받은 것만으로 해결되는 것은 아니다. 진정한 동의는 대화와 의사소통에 의해서만 이루어질 수 있다. 환자의 상태, 제안하는 치료방법과 대안, 시술하고자 하는 치료에 대한 위험부담과 부작용 등, 이러한 완전한 정보를 받은 환자들은 나쁜 결과가 발생하더라도 의사에 대하여 별다른 불만을 제기하지 않게 된다.

#### (6) 지속적인 사후관찰

진단이 애매하거나 예후를 정확히 예측할 수 없는 질환, 또는 단시간내에 증상의 호전을 기대할 수 없는 질환의 경우 반드시 재 내원 할 것을 권유하고, 진료시간 외에 증상의 변화를 보일 경우 즉각 2, 3차 의료기관을 방문할 것을 조언함이 필요하다.

#### (7) 의사부재와 무자격자의 진료에 대한 주의

진료과정 중 결정적 시점에 의사가 직접 입회하여 진찰하였는지 여부

는 사건의 결과에 많은 영향을 준다. 산모가 진통 중 상태의 변화를 느껴 간호사에게 의사의 진찰을 계속 원했으나 간호사가 묵살하거나, 의사가 연락을 받고도 즉시 달려오지 않고 간호사에게 분만의 진행을 맡긴 채 계속 관찰하도록 지시만 했을 경우, 의료사고가 나면 의사에게는 치명타가 될 수 있다. 그밖에 의사 부재시 통원환자에 대한 간호사의 시주, 투약 및 처치행위, 그리고 무자격 간호사의 진료행위 등은 위법행위임은 물론, 환자에게 문제제기의 기회를 줄 수 있다.

#### (8) 오진에 대한 주의

진단자체가 확정적일 경우를 제외하고는 여러 가지 가능성에 대비하여 환자를 세심하게 관찰하고, 새로운 증세나 변화에 대해 관심을 가져야 한다. 우리 판례는 오진에 대해 무조건적으로 의사의 과실을 인정하는 것이 아니다. 그 당시의 의료수준으로 보아 의사로서 최선을 다하였다면 비록 의사의 진단이 객관적인 질병의 실체와 일치하지 않는다고 하더라도 의사의 과실을 인정하지 아니한다. 그러나 의사가 얼마나 질환에 대해 세밀한 조사를 하였는가가 과실 판단의 기준이 되므로, 오진율이 높은 질환일수록 세심한 주의를 기울여야 할 것이다.

#### (9) 상해진단서 발급상의 주의

상해진단서는 수사기관이나 법원에서 상해의 부위 및 정도를 평가하는 자료가 되므로 진단서를 발급할 때는 분쟁의 소지가 발생하지 않도록 신중을 기해야 한다. 상해진단서를 작성할 때는 특히 상해일자와 진단일자 및 치료기간의 산정에 주의를 요한다. 상해일자가 불분명할 경우에는 손상을 관찰한 소견이나 X-ray 검사결과로 보아 의학적으로 규명이 가능한 방법으로 상해일자를 추정하고, 추정이 불가능할 경우에는 현재의 상해상태에서 몇 주간의 치료를 요하는 상해라든가 또는 환자의 진술에 의하여 상해일자를 기록한다는 취지를 부기하여 진단서를 발행해야 된다. 또한 상해진단서의 치료기간은 의학적으로 치료를 하는 기간이 아니라 상해의 경중을 판단하는 기준이 되는 기간임을 유의하고, 의협이 발행

(1996년)한 진단서 작성지침을 참고로 하여 진단서를 발행해야 한다.

(10) 응급환자등 처치상의 주의

응급환자나 상태가 좋지 않은 환자, 노약한 환자, 말기환자, 죽음이 임박한 환자 등을 처치할 때에는 세심한 주의를 기울여야 한다. 특히 위와 같은 환자에 대한 주사, 투약은 극히 제한적으로 행하여야 한다. 주사, 투약 후 사망하는 경우, 그 당시의 환자상태에 대하여는 생각하지 않고 사망의 원인이 의료과실에 기인하였다고 주장하며 분쟁을 일으키는 경우가 흔히 있다. 불치의 지병을 앓던 중 감기에 걸리거나 간단한 질병에 이환되어 이를 치료하다가 지병이 악화되거나 사망하더라도 환자 측에서 의료과실이라고 주장할 수 있으므로 주의하여야 한다.

(11) 주사 및 약물 부작용에 주의

문진 및 사전반응 검사를 반드시 실시하여, 주사 및 약물 투여에 신중을 기해야 한다.

(12) 진료과정의 투명화

최근 진료실에서 성희롱을 당하였다고 문제를 제기하는 경우가 의외로 많다. 진료과정에 불만이 있으나 직접 의료과실을 묻기에는 곤란할 경우 성희롱의 문제로 사건화 시키는 경우도 있다. 의료인의 의식전환도 필요하나, 불필요한 오해를 사지 않도록 몸가짐을 반듯이 하고 특히 여성환자를 진료할 때에는 진료과정을 투명하게 할 필요가 있다. 진료실을 외부에서 볼 수 있도록 투명하게 노출시키고, 환자와 단둘이 있는 상황을 피해야 한다. 진료실에서 진료할 때나 암실에 들어갈 때에도 반드시 간호사를 대동하여야 한다.

(13) 기본적 법률지식 습득

대체적으로 의사들은 의료법을 잘 알지 못할 뿐 아니라 알 필요가 없다고 생각하여 왔다. 이러한 경향은 의료분쟁이 발생하였을 때 의사들이

법적 권리나 의무를 소홀히 하는 계기로 작용하였다. 특히 의사의 설명의무 등 각종 의무와 의료과오 등의 책임법리에 대한 이해가 부족한 상태로 진료에 임하기 때문에, 기본 법률지식의 무지는 의료분쟁을 증가시키는 요인이 된다. 이제까지 의사들은 의료법을 몰라도 의료활동에 큰 지장이 없었으나, 최근 사회환경은 급격하게 변화하고 있다. 의료분쟁을 예방하고 소신진료를 행하기 위하여서도 기본적 법률지식의 습득은 필요하다.

### 3. 의료분쟁 발생시의 대처방법

#### (1) 진료기록부의 확보

의료사고가 발생하면, 의사는 처음에는 금전적 손해는 물론이고 사회적 이미지 손상 등의 타격을 입을 것을 걱정한 나머지, 대개 당황하기 마련이다. 그러나 최근 들어 사회 전반적으로 의료서비스가 확대됨에 따라 그만큼 의료사고가 발생할 가능성도 높아졌다는 생각을 갖고, 침착하게 환자의 진료기록부나 학술지 등 관련자료를 확보해 두는 것이 바람직하다. 의사의 진료행위는 모두 진료기록부에 기재되는 것이 원칙이므로, 나중에 법적 문제로 비화될 경우 의사가 작성한 진료기록부(간호기록부, 각종 검사결과지, 방사선촬영결과 등을 포함하는 광의의 진료기록부를 뜻한다)는 사건의 진상규명과 자신의 진료행위가 정당하였음을 입증할 중요한 자료가 되기 때문이다.

의료진들과의 긴밀한 협조도 필요하다. 지금까지 있었던 진단, 처치 및 수술의 전과정을 점검하고 확인하는 절차를 가져야 할 필요가 있다. 각자의 의료진이 행한 자료가 점검되어 있지 않다면 나중에 불리한 자료가 나타나 어려움에 처할 수도 있기 때문이다.

#### (2) 환자와의 신뢰관계 구축

또한 환자나 그 가족들이 더 이상의 상처를 입지 않도록, 진심으로 위로하고 그들의 마음을 풀어주는 것도 잊지 말아야 한다. 환자측은 의사측이 진심으로 위로하면, 선의의 의료행위를 하다가 일어난 사고라고 이해

하고 마음으로 용서하는 경향이 많다. 의료과오가 명백한데도 불구하고 이를 무시하거나, 환자에게 끝까지 해보자는 태도로 나간다면 오히려 더 큰 반발을 사게 될 것이다. 그리고 나서 더 이상의 피해가 확대되지 않도록 필요한 조치를 하고, 상급병원으로 이송하는 등 후속조치를 취한다.

의료사고가 발생한 직후 환자가 의사에게 가지고 있는 가장 큰 불만은 환자의 상태에 대하여 성실하게 설명을 해주지 않는다는 점이다. 치료결과가 기대했던 것과 다를 때 당황한 환자는 전문가인 의사의 조언과 설명 등을 필요로 할 수 밖에 없다. 그렇기 때문에 의료사고가 발생한 직후에 대면하는 의사들의 무관심하고 불성실한 태도는 신체 손상을 입은 환자에게는 당장 신뢰할 수 없다는 반응을 불러 일으켜, 의료분쟁을 극한상황으로 몰아가는 중요한 계기를 만들 수 있다. 따라서 의사는 환자의 고통을 이해하고 환자상태에 대하여 쉬운 용어로 자세하게 설명하여 그 궁금증을 해소시키는 등으로, 환자나 그 가족에게 최선을 다하면서 고생하고 있다는 것을 이해시켜야 한다. 이런 의사의 적극적인 자세만이 환자나 가족에게 더 이상의 충격을 주지 않으면서 일을 쉽게 수습할 수 있는 길인 것이다.

### (3) 사회제도적 분쟁해결장치의 활용과 그 문제점

환자측에서 의료분쟁을 제기하는 요인을 살펴보면 사고원인을 규명하기 위해서가 가장 많다. 그 다음이 경각심을 주어 또 다른 피해자 발생을 방지하기 위해서, 또는 진료를 제대로 하지 못하였기 때문에 책임을 추궁하기 위해서, 의사 측의 사고원인에 대한 불충분한 해명과 무성의, 태도 불손으로 인하여 등을 들 수 있다. 분쟁제기 이유로서 위자료나 치료비보상 등은 생각보다 많지 않다. 따라서 의료사고가 발생했을 때에는 사고의 원인을 찾아 진상을 규명하는 노력과 신속하고 공정하게 손해를 배상하는 사후적 구제노력이 병행되어야 한다. 그리고 이러한 노력은 개인적 차원을 떠나 사회적 제도로써 뒷받침되어야 한다.

그러나 우리 사회는 의료분쟁의 해결을 의사와 환자 개개인의 책임으로 방치하고 있다. 물론 의료법에는 의료분쟁으로 인한 피해보상을 위하



여 공제사업을 할 수 있도록 규정하고 있고, 이에 따라 대한의사협회가 1982년부터 자체적으로 공제사업을 실시하고 있으나, 배상한도액이 비현실적이고 회원 가입율도 저조하여 실질적인 피해보상기능을 수행하지 못하고 있다. 보험회사가 판매하는 의사배상책임보험에 가입하는 방법도 있다. 그러나 아직은 시장규모가 작고 보험료가 너무 높게 책정되어 가입실적도 미미함에 따라 그 효과를 기대하기 어렵다. 또한 의료법에는 의료분쟁이 법적 문제로 확대되기 이전에 분쟁당사자들이 자주적으로 해결할 수 있도록, 보건복지부장관 소속 하에 의료사고를 조사하여 분쟁을 조정하는 의료심사조정위원회를 두고 있으나, 과중한 업무와 당사자들의 불신 때문에 의료분쟁의 해결을 위한 효율적인 제도로서 정착되지 못하고 있다. 그리고 소비자보호법에 따라 의료분쟁을 처리하고 있는 소비자보호원도 경미한 사고의 처리에 한정되고 있는 실정이다.

#### (4) 법원의 조정제도 활용

1999. 10. 이후 서울지방법원 의료전담부에서는 의사와 환자 모두가 납득할 수 있는 의료분쟁의 해결방안으로 조정제도를 도입하여, 모든 의료사건에 대하여 조정에 의한 분쟁해결을 시도하고 있다.

조정은 당사자 사이에 대화와 타협을 통하여, 분쟁을 평화적, 종국적으로 해결하는 재판의 일종이다. 조정이 성립하려면 그 잔재로서 사건의 진상이 충분히 파악되어야 하는데, 이를 위해 의료전문가인 의사들이 조정위원으로 참여하고 있다. 조정위원으로서의 의사는 조정과정에 참여하여 자신의 의학지식과 경험을 재판에 반영하고, 진료행위의 잘잘못을 가려냄으로써 당해 사건의 실체규명에 도움을 주고, 환자진료라는 본연의 임무에 충실하는 대다수의 의료인들을 보호하며, 의료계의 실정과 임상현실을 의학에 문외한인 당사자와 법원에 알리는 대화창구로서의 중요한 역할을 담당하고 있다. 따라서 의료분쟁이 소송으로 발전할 경우 법원의 조정제도를 충분히 활용할 필요가 있다. 다만 이 제도도 소송이 제기된 이후에야 이용할 수 있다는 한계는 있다.

### (5) 법률전문가와 협의

위와 같이 의료분쟁의 효율적 해결방안이 아직까지 정착되지 못한 결과, 의료분쟁이 발생하였을 때 환자측은 제도권 내에서의 해결을 외면한 채, 피해보상을 받기 위해 심지어 폭력을 행사하거나 진료방해 등의 실력 행사를 앞세우고, 비효율적인 소송을 제기하고 있다. 환자들은 대부분 폭력은 바람직하지 않다는 견해를 가지고 있지만, 농성의 경우는 불가피하게 고려할 수밖에 없다는 견해를 보이고 있다.

한편 의사는 환자측과 대화를 통해 합의를 유도하여 법정소송까지 진전되지 않도록 하는 것이 좋으나, 막무가내로 물리력을 행사하려는 환자에게 끌려 다니면서 굴복하거나 타협하려고 하는 것은 바람직하지 않다. 이제는 환자의 농성이나 점거 등의 물리력에 대해 맹목적인 타협으로 이를 무마하거나 회피할 것이 아니라, 수사기관에 도움을 청해서라도 적극적으로 대응해야 한다. 맹목적인 저자세는 오히려 문제해결에 도움을 주지 못할 수도 있다.

따라서 법률전문가와 협의하여 그 조언을 듣고 의연하게 대처하는 것이 바람직하다. 의사에게 민사상, 형사상 어떠한 책임을 지우기 위해서는 의료상의 과실이 있어야 할 뿐만 아니라, 의사의 과실로 인하여 나쁜 결과가 발생하였다는 사실, 즉 인과관계가 있음이 증명되어야 한다. 이러한 점을 염두에 두고, 시술의사는 실제로 의료과오가 있었는지 여부와 이에 대해 면책될 사항은 없는지, 면책까지는 아니더라도 의료사고가 환자의 특이체질이나 기왕증 등이 결합되어 발생했는지를 검토해야 할 것이다.

## II. 의료과오의 판단기준

### 1. 의료수준

의료과오소송에서 문제되는 의료인의 과실은 통상 일반 불법행위에서와 같은 선량한 관리자로서의 주의의무위반, 즉 의료인이 진료행위를 함에 있어서 당시의 의료수준에 비추어 요구되어지는 진료상 주의의무의

위반이다. 인간의 생명과 건강을 담당하는 의사에게는 그 업무의 성질에 비추어 위험방지를 위하여 필요한 최선의 주의의무가 요구되고, 따라서 의사로서는 환자의 상태에 충분히 주의하고 진료당시의 의학적 지식에 입각하여 그 치료방법의 효과와 부작용 등 모든 사정을 고려하여 최선의 주의를 기울여 치료를 실시하여야 한다. 그리고 이러한 주의의무의 판단 기준은 '진료당시의 임상의학의 실천에 의한 의료수준'에 의하여 결정되어야 한다.

의료상의 주의의무에 있어서는 의학이 기준으로 된다. 여기서 말하는 의학이란 통상의 의사에게 그 당시에 일반적으로 널리 알려져 있고, 또 시인되고 있는 의학, 즉 이른바 의학상식이다. 그리고 의료과오는 의학이 환자에게 응용되는 과정에서 생기는 것이므로, 여기에서 말하는 의학은 이른바 임상 의학을 의미한다. 따라서 병리학적인 엄밀성은 요구되지 않는다. 그리고 임상 의학은 통상의 의사에게 그 당시에 일반적으로 알려져 있는 의학이어야 하기 때문에, 예컨대 일부의 대학, 연구소, 병원 등에서만 알려져 있는 의학에는 원칙적으로 의사가 따를 필요는 없다.

한편 의학은 계속하여 발전하는 것이므로, 의사에게는 날마다 발전하는 의학의 수준을 따라가야 할 의무가 있다. 따라서 과실판정의 기준이 되는 의학은 사고발생 당시의 수준에서 본 의학이다. 사고 당시 학문상의 의학 수준 내지 선진적인 치료수준과 실천적, 평균적인 의료수준과의 사이에 괴리가 있는 경우, 의료수준은 후자의 의미로서 작용한다. 또한, 의사의 주의의무의 기준을 판단함에 있어서는 그 의사가 놓여 있는 환경이나 전문과목, 진료당시의 사정도 아울러 고려되어야 한다. 통상의 의사라고 하더라도 일반의와 전문의 사이에는 주의의무의 정도에 차이가 있고, 대학 병원, 전문병원과 일반개업의 사이에는 주의의무의 판단기준이 동일할 수는 없다. 그러나 긴급한 경우가 아니라면 일반 개업의의 경우에도 사후 예상되는 사태에 대비하여 관계 의료기관과의 연계를 도모하고, 경우에 따라서는 전원을 시키는 등의 대응을 생각할 수 있으므로, 의료수준의 차이는 상대적인 것에 불과하다고 할 수 있을 것이다.

그리고 주의의무의 구체적 내용은 위험성에 대한 결과 예견가능성과

회피가능성에 있다.

한편 의사가 환자에게 부담하는 진료채무의 성질은 질병의 치유와 같은 결과를 반드시 달성하여야 할 「결과채무」가 아니라, 환자의 치유를 위하여 선량한 관리자의 주의의무를 가지고 현재의 의학수준에 비추어 필요하고도 적절한 진료조치를 다하여야 할 채무 이른바 「수단채무」라고 보아야 하므로, 진료의 결과가 나쁘다는 사실만을 가지고 바로 의료상의 과실이 있다고 추정할 수는 없다. 마찬가지로 진료의 결과가 불가항력적이라는 사실만으로 의료상의 과실이 없다고 추정하여서도 곤란할 것이다.

## 2. 입증책임의 완화 문제

의사에게 민사상 손해배상책임을 지우기 위해서는 의료상의 과실뿐만 아니라, 의사의 과실과 환자의 생명, 신체에 대한 침해(손해) 사이에 인과관계가 있음이 입증되어야 한다. 그러나 의료행위는 고도의 과학 및 기술에 의존하는 것이고, 의료행위에서의 거의 모든 정보는 의료종사자 측에 편재되어 있으므로 환자측이 과실 및 인과관계를 의학적으로 완벽하게 입증한다는 것은 극히 어려운 일이다. 그리하여 우리 대법원은 현실적으로 의료과오소송의 입증책임을 원고인 환자측이 부담한다는 전통적인 규범설 또는 범류요건분류설의 테두리는 유지하면서, 다만 일정한 요건을 갖춘 경우 현재의 나쁜 결과(손해)가 의사측의 의료과오로 인한 것으로 추정한다는 ‘과실 및 인과관계의 추정’을 통하여 환자측의 입증경감을 도모하고 있다. 즉 시간적 접촉성, 수술부위와 후유장애부위의 동일성 등을 함께 고려하면서, 원고인 환자측이 ‘일반인의 상식배’ 바탕을 둔 의료과오’와 ‘과실과 그 결과 사이에는 일련의 의료행위 외에 다른 원인이 개재될 수 없다’는 점(이를테면 환자에게 의료행위 이전에 그러한 결과의 원인이 될만한 건강상의 결함이 없었다는 사정)을 입증하면 기본적으로 그 과실과 나쁜 결과와의 인과관계가 추정된다는 태도를 취하고 있는 것으로 보인다.

의료과오소송의 특성상, 환자인 원고측의 입증책임을 완화하려는 판례

의 태도에는 원론적으로 수긍이 간다. 그러나 구체적인 사건에서 어느 정도까지 입증을 하면 입증책임을 다한 것이 되는가 하는 판단은 여전히 어려운 문제로 남는다. 특히 환자측에서 진료과정에 있어 의사측의 원인력 있는 과실에 대하여 아무런 입증을 하지 못하는 경우, 의사측에게 결과발생에 대한 책임을 묻는 데에는 신중을 기하지 않으면 안된다. 이는 의사에 대하여 사실상의 결과책임, 절대적책임을 과하는 것이 되고, 단지 환자측의 입증경감이라는 측면만 강조하는 셈이 되어, 결국 의사들로 하여금 책임을 두려워 한 방어적 진료, 위축진료나 불필요한 검사 등의 과잉진료로 나아가게 함으로써 의학과 의료기술의 발전을 기대할 수 없게 되고, 그 피해는 다시 국민 모두에게 되돌아가게 될 것이기 때문이다.

의사는 치료가 긴급을 요하는 때에는 위험이 많은 불만족한 상태에서 치료를 하지 않으면 안되는 경우도 있고, 현대의학의 수준으로도 원인을 규명하기 어려운 의료사고의 경우도 적지 않다. 또한 의사에게는 진료당시의 의료수준에 크게 어긋나지 않는 한, 치료방법의 선택이나 처치 등에 관하여 폭넓은 재량이 인정되어야 할 경우도 많다. 따라서 의료과오소송의 심리에 있어서는 환자측의 입증경감을 도모하면서, 아울러 임상현실을 심리에 적극적으로 반영함으로써, 환자와 의사 사이에 입증상의 공평과 균형이 유지되고, 피해자의 보호와 의학의 발전이 함께 조화를 이룰 수 있도록 하는 노력이 무엇보다도 중요하다고 할 것이다.

### Ⅲ. 진료영역별 진료시 유의사항과 의료분쟁사례

#### 1. 진료시 유의사항

##### (1) 내과영역 진료시 유의사항

##### (가) 내과환자의 특이성

심근경색, 부정맥, 뇌경색, 뇌출혈 그리고 위궤양에 의한 위출혈 등으로 환자의 상태가 갑자기 나빠질 수 있다. 질병상태의 파악과 진단이, 지체되어 분쟁으로 발전하는 경우가 많다. 질병상태의 자연경과와 치료효과가

불명확한 경우가 많다. 질병의 자연경과로서 호전 및 악화가 되풀이되는 변동이 큰 질환들이 있고, 이와 같은 경우 치료효과와 구분이 되지 않아 치료효과에 의문을 가지거나 심지어는 의료과오로 인정되는 경우도 있다. 중증의 뇌경색 및 뇌출혈, 만성 폐질환, 백혈병 등의 말기환자가 많고, 특히 말기 환자 중 고령자의 최종적 치료방침에 대해 의료분쟁이 발생할 가능성이 크다. 장기요양에 수반되는 합병증에 대한 이해부족 및 병원내 감염위험이 높다.

#### (나) 진료시 유의사항

환자의 주증상만 듣고 진단함은 금물이다. 환자의 증상호소에만 의존하여 진단하면 오진의 가능성이 많다. 심근경색으로 인한 복통, 흉부통, 견비통 등을 단순한 위장장애나 좌상 등으로 속단하는 경우도 있다. 알콜중독자의 경우에는 의식소실 중에 받은 외상성 뇌손상이나 흡입폐렴 등이 숨겨져 있을 가능성을 염두에 두어야 한다. 동일한 질환에 대하여 반복적으로 치료하였으나 증세가 호전되지 않으면, 일단 타질환을 의심하여 추가검사나 다른 의료기관으로 전원하는 것도 검토해야 하고, 진단이 애매할 때에도 검사가 가능한 의료기관으로 이송하는 것이 바람직하다. 환자의 가족력이나 병력 등에 대한 자세한 청취가 필요하며, 특히 약물부작용이나 과민성여부에 대해 문진을 철저히 하여야 한다. 의료기기의 정기적 검사, 관리와 기기사용방법에 대한 교육이 필요하다. 의료기기의 오작동이나 사용방법 미숙으로 인한 의료사고도 가끔 발생하고 있다. 일회용 주사기를 사용하며, 근육 주사시 주사위치에 대한 교육이 필요하다. 봉직의나 종업원에 대한 교육과 상호협력체계를 유지하고, 분쟁이 발생하면 공동책임을 져야 한다는 점을 주지시켜 책임의식을 갖도록 한다.

#### (2) 외과영역 진료시 주의사항

##### (가) 외과계 의료사고의 특이성

생명유지에 필수 불가결한 장기에 대하여 적극적으로 수술적 침습을 가하기 때문에 의료분쟁의 발생빈도가 높다. 수술은 대침습을 초래하기 때문에 조금이라도 주의를 기울리 하면 생명에 중대한 위험을 초래하고

의료분쟁으로 발전되나, 반면 수술 후 체내에 가제 및 수술용 칼 등을 잔류시킨 경우와 같이 조금만 주의를 기울이면 사고발생을 예방할 수 있는 경우도 많다. 수술은 대부분 팀진료를 하기 때문에 수술자와 보조자 사이에 호흡을 맞추고 협력함이 중요하다. 마취와 관련하여, 마취 전 처치와 마취 중 및 마취 회복단계에서의 과실은 중대한 결과를 초래하므로 진료 원칙에 따라야 한다.

#### (나) 외과계 진료시 주의사항

수술전 환자 및 보호자에게 수술의 필요성, 수술의 내용, 예정한 마취 약 및 마취방법, 수술의 대상장기 및 부위, 수술에 소요되는 시간, 예상되는 합병증 또는 후유증의 발생빈도 및 정도, 대강의 진료비 등에 관해 자세히 설명하여 불필요한 오해가 없도록 해야 한다. 수술 중에는 물론이고 수술후의 처치에 세심한 관심을 갖고 진료해야 한다. 대부분의 의료사고가 수술 후 처치의 과정에서 발생하는 경우가 많다. 수술의 결정은 환자의 전신상태의 평가에 따라 신중히 결정해야 한다. 수술자의 수술능력 및 숙련도에만 의존하여 전신상태의 평가를 소홀히 하고 수술결정을 하게 되면 의료사고가 발생할 위험성이 높다. 수술 중 가제 및 수술기구의 체내 잔류 가능성에 대해 주의를 기울인다. 수술시 주위장기가 손상되지 않도록 주의하고, 병소 부분에 대한 수술뿐만 아니라 주위장기의 질환여부에 대해서도 검사한다. 수술 후 감염가능성에 철저히 대비하고,

수술 중 신경이 손상되지 않도록 주의한다.

수혈은 가능하면 수술 전에 채혈한 자기혈로 하고, 부득이한 경우 혈액형의 확인 등 수혈시 주의사항에 따라 수혈한다. 의사는 환자 또는 보호자에게 직접 환자 본인의 성명, 연령 및 혈액형을 구두로 질문하여 수혈될 혈액과 환자의 인적사항 및 혈액형이 동일한지를 반드시 확인한 후 수혈혈액을 주입하여야 하며, 수혈시작 후 안전수혈이 확인될 때까지 수혈부작용 유무를 관찰하고 그 결과를 기록하여야 한다.

#### (3) 정형외과 영역진료시 주의사항

수지 절단창의 경우 반드시 접합가능성 여부를 확인해야 하며, 수술적

절단시 보호자의 사전 동의를 받고 기록에 남겨 놓는 것이 좋다. 대부분의 환자들은 어떤 경우에라도 미세수술에 의한 접합이 가능한 것으로 잘 못 알고 있기 때문이다. 수근골 골절시 모르고 지나칠 가능성이 높음을 염두에 두어야 한다. 외상환자 응급처치시 건손상이나 이물의 존재여부를 반드시 확인하고, 작은 유리조각 등은 X-선상에도 잘 나타나지 않을 수도 있다는 것을 설명해 주는 것이 좋다. 탈구의 경우 초기 정복시술이 중요하고 정복 시도 후 완전정복 여부의 확인이 필요하며, 고관절의 경우 대퇴골두의 무혈성 괴사 유무를 감별해 주어야 하고, 완전 정복후에도 다소의 기능장애가 뒤따를 가능성이 있음을 명시해 두어야 한다. X-선상으로 보이지 않는 골절도 흔히 있으므로 되도록 여러 방향으로 찍어야 하고, 종창이나 통증이 지속되면 1~2주후 재촬영하여 골막반응의 유무 확인이 필요하다. 소아의 주관절부 외상시 성장판손상(골단분리)의 예가 많고 후유장애를 남기는 경우가 많으므로 반드시 전문의의 자문을 받는 것이 바람직하다. 또한 수술 중 감염이 발생하지 않도록 주의해야 한다.

#### (4) 산부인과영역 진료시 주의사항

##### (가) 산부인과 영역의 특이성

임신과 분만을 취급하는 산과의 경우, 진료에 내재하고 있는 위험 때문에 사고 발생율이 높다. 분만에 관한 이상은 돌연히 발생되고 급속하게 발전하여 중대한 결과를 초래하는 경우가 대부분이므로, 때로는 분단위 처치의 적부가 결과의 명암을 가르게 된다. 그러나 임신부나 가족들은 분만이 정상적으로 진행되는 것을 당연한 것으로 생각하므로, 이와 같은 기대에 반하여 사고가 발생하면 원인이 의사측에 있는 것으로 보고 분쟁을 일으킨다.

신생아는 모체 내의 극히 안정된 환경에 있다가 급격하게 외계로 나오기 때문에, 전신기능의 급격한 변화와 적응이 필요하게 된다. 신생아는 극히 불안정하여 위험한 시기이고, 호흡기나 순환기계의 기능이상을 일으키기 쉽다. 산부인과는 여성의 생기능을 주된 대상으로 삼기 때문에, 간접적으로 이성이나 배우자와 관계되는 경우가 많다. 성감염증, 혼외 임신,



인공임신중절술, 불임증, 기형아출산, 강간 등의 경우 뜻밖에 분쟁당사자로 되거나 분쟁에 말려드는 경우가 많다. 자궁근종 및 자궁암 등으로 자궁적출을 할 경우, 여성이 갖는 자궁의 특수성 때문에 사전에 충분한 설명과 기록을 남기지 않으면 분쟁이 발생할 가능성이 높다.

#### (나) 산부인과 진료시 주의사항

산부인과 진료는 환자의 혈액과 접촉할 기회가 많아 감염의 위험성이 있으므로, 진료종사자는 감염에 대한 방어 의식과 병원체 보유자의 사전점검, 진료시 장갑착용, 손세척, 일회용세트를 사용하여야 한다. 분만진행 중에는 산모의 상태를 주의 깊게 관찰하지 않으면, 분만대 이외에서 분만하거나 탯줄이 자궁으로부터 탈출하여 태아의 생존을 위협받게 된다. 자궁의 임신을 다른 질환이라고 오진하거나 간과하면, 갑자기 복강내출혈이나 급성복통 등 긴박한 상태로 진행되어 오진의 책임을 질 수 있다. 임신 초기에 중절수술을 할 경우 자궁을 천공할 위험성이 높고, 내용물이 잔존하게 되어 염증 및 출혈을 유발하는 경우도 있으니 주의하여야 한다. 산도의 열상이나 자궁의 수축불량으로 대량의 출혈이 발생되고, 그에 따른 범발성혈액응고장애로 최악의 상태를 맞게 되는 경우가 있다. 사전검사를 철저히 하고, 대량출혈에 대한 준비강화 및 긴급시 타과의 지원요청 체제정비 등 미리 예방책을 마련해 두어야 한다. 정상분만이 무리라고 판단되거나 태아에게 위험이 급박한 경우에는 제왕절개를 신속히 시행해야 한다. 정상분만만을 고집하다가 제왕절개술의 시기를 놓쳐 의료과오책임을 지는 사례가 많다.

분만 중 여러 원인으로 신생아에게 저산소증이 일어나 태아가사가 일어나는 경우가 있다. 이때 산소공급 및 급속분만 등의 적절한 처치를 하지 않으면 사망하거나 휴유장애가 남게 된다. 신생아 개호 잘못으로 신생아 바뀔, 도난, 신생아 낙하, 목욕시 화상 또는 손상, 수유도중 질식 등의 사고가 발생할 수 있다. 개인식별은 발바닥에 성명기입, 발목, 손목에 밴드장착, 족(수)지문 등 병원의 사정에 따라 시행하고, 사고가 발생하지 않도록 세심한 관찰과 주의를 기울여야 한다. 신생아의 병적 황달에 대해 주의하고, 미숙아나 저체중아는 순환기나 호흡기의 기능부전, 저산소증

등 합병증이 발생하기 쉬우므로 이에 대비하여 적절한 치료를 행하여야 한다.

## 2. 최근의 의료분쟁사례

다음은 최근 2년간 필자가 관여한 서울지방법원의 재판사례를 진료과목별로 정리하여 그 일부를 발췌한 것이다.

### (1) 산부인과

98가합88722 (2000. 11. 22. 판결, 항소, 상고)

<과실유형> 자궁적출술 지연 <사안의 개요> 여고생이 임신중절수술 후 자궁이완으로 인한 출혈이 발생하여 피고병원으로 전원된 후 과다출혈로 인한 저혈량성 쇼크 및 급성 호흡곤란 증후군으로 사망 <쟁점> 전원 후 자궁수축제를 투여하거나, 자궁마사지를 통한 자궁수축만을 유도함으로써, 적기에 자궁적출술을 시행하지 아니한 잘못이 있는지 <조정위원 의견> 과실부인(자궁적출술을 결정하여 시행할 때까지 1시간이 경과하였으나 이는 3차 의료기관의 응급체계상 불가항력이다) <판단> 과실인정(과다출혈로 심정지 직전까지 가는 등 상태가 심각해진 후에도, 1시간 동안 자궁수축만을 유도하여 적기에 자궁적출술을 시행하지 아니한 것은 잘못이다) <책임제한(60%)> 내원 당시 이미 출혈이 과다하여 적절한 치료를 하였더라도 사망할 가능성이 높음. 사망확률이 높은 임신 25주에 임신중절수술을 희망함 <인용금액> 1억 6,000만원 중 8,000만원

### (2) 내 과

2000가합32043 (2001. 8. 8. 판결, 항소)

<과실유형> 심혈관 질환을 기관지 천식으로 오진 <사안의 개요> 기관지 천식에 대한 치료를 받던 중 동맥경화성 심혈관계 질환으로 급사함<sup>1)</sup>

1) 2000.15. 송○은 호흡곤란, 기침, 콧물, 가래 등의 증상을 호소하며 피고병원에 내원함. 피고병원 의사들은 기관지 천식으로 진단하고 천식치료제 처방

<쟁점> 동맥경화성 심혈관계질환의 증상을 간과하여 정밀검사를 시행하지 아니함으로써 이를 진단하지 못한 잘못이 있는지 <조정위원 의견> 과실 인정(호흡곤란 증세가 있었음에도 이를 기관지 천식으로만 진단하고, 치료한 잘못이 있다) <판단> 과실인정(호흡곤란증이 기관지 천식에 기인한 것인지, 심장질환에 기인한 것인지 여부를 구별하기 위한 정밀검사 등을 시행하지 아니한 과실이 있다) <책임제한(50%)> 진단의 어려움(동맥경화성 심혈관계 질환 외에 기관지 천식도 함께 앓고 있었던 점), 기본 검사인 흉부방사선검사, 심전도검사를 시행한 결과 특별한 이상이 없었던 점, 조기에 발견하였더라도 그 예후가 좋지 않았을 가능성이 많은 점 <인용 금액> 2억 7,000만원 중 9,800만원(조정결정금액 : 7,500만원, 피고 이의)

(3) 신경외과

98가합16369 (2001. 10. 10. 판결, 확정)

<과실유형> 종양제거수술 후 지혈잘못 <사안의 개요> 뇌종양(수막종) 환자가 종양제거수술 후 수술부위에 출혈과 뇌부종이 생겨 재수술을 받았으나 사망함<sup>2)</sup> <쟁점> ① 종양제거술 후 지혈조치를 잘못하여 수술부위

1.17. 송○은 내원하여 호흡곤란, 발열, 기침, 가래등을 호소하였고, 3.2. 내원하여 호흡곤란, 두통, 어지럼증 등 호소하였는데, 각 천식 치료제를 처방받음

3.4. 호흡곤란이 심하다고 호소하며 입원하여, 혈액세포검사, 소변검사, 전해질검사, 흉부방사선촬영, 말초혈액검사, 일반화학검사 등 시행함. 특이한 소견은 보이지 않아 천식치료를 위하여 스테로이드제 처방

3.5. 약간의 어지럼증, 두통 등 호소

3.6. B형 간염검사, 폐기능검사, 심전도검사, 간기능검사와 신기능검사를 포함한 혈청생화학검사 등을 시행함

3.7. 두통, 기침, 약간의 숨찬 증상을 호소함

3.8. 05:00 사망(피고병원의 최종진단명은 기관지 천식 및 폐렴이었고, 부검결과에 의하면 사인은 동맥경화성 심혈관계질환으로 판명됨)

2) 1995.11.19. 최○은 양쪽 눈의 시력저하 증세로 서울위생병원에 내원, 11.20. 뇌CT촬영 결과 우측뇌의 종양 및 인접 부위의 부종 소견, 11.23. 피고병원에 전원

11.24. 뇌MRI촬영결과 위 소견, 우측점형골수막종 진단

11.30. 뇌수막종에 대한 종양절제술 시행(출혈이 많아 종양의 일부를 절제하지 못함), 수술 후 지혈제, 뇌압강하제, 스테로이드제 등 투여

12.1. 심한 두통 호소, 의식명료, 의사소통, 대광반사 정상

12.2. 의식 혼돈상태, 우측 안구의 부종심함, 대광반사 약해짐, 좌측편마비

뇌MRI촬영결과 전두부출혈성뇌좌상, 심한 뇌부종 등 소견

에 출혈이 생겼는지 ② 수술 후 뇌MRI검사 결과 전두부출혈성뇌좌상 소견을 보였음에도 즉시 재수술을 하지 않은 잘못이 있는지 ③ 설명의무 위반 <조정위원 의견> 과실부인(수술부위의 출혈 및 뇌부종은 종양제거술 후 나타나는 합병증, 수술 전 위와 같은 합병증에 대하여 설명함) <판단> 과실부인(수술부위의 출혈 및 뇌부종은 수술 후 나타나는 합병증으로 지혈 잘못으로 인한 것이 아니다. 수술 후 먼저 약물치료를 한 다음 효과가 없자 재수술을 시행한 것은 환자상태 및 뇌압정도를 고려하여 결정한 것으로 즉시 재수술을 하지 않았다고 하여 잘못이라고 할 수 없다. 수술 후 출혈 및 뇌부종의 가능성에 대하여 설명함)

#### (4) 정형외과

99가합34135 (2001. 9. 5. 판결, 항소)

<과실유형> 불필요한 고관절 반치환술 시행 <사안의 개요> 우측 대퇴골 경부에 부분적인 감입골절의 소견을 보인 환자가, 우측 고관절 반치환술 후 운동제한 등의 후유장애 발생<sup>3)</sup> <쟁점> 환자의 골절 상태에 대한 평가를 잘못하여, 반드시 필요하지 않은 우측 고관절 반치환술을 시행한 잘못이 있는지 <조정위원 의견> 과실부인(환자의 상태와 검사소견 등을 종합하여 적절한 수술을 시행한 것) <판단> 과실인정(환자의 골절 상태에 대한 평가를 잘못하여 반드시 필요하지 않은 우측 고관절 반치환술을 시행한 잘못이 있다(환자에게 무혈성 괴사나 전위는 존재하지 않았고 당시

지혈제, 뇌압강하제, 스테로이드제 등 투여

12.3. 뇌CT촬영결과 출혈에 의한 우측 심한 혈종, 심한 뇌부종 등 소견

뇌압 감소 위해 뇌실외 배액술 및 뇌내 혈종제거술을 시행

12.12. 사망(선행 뇌수막종, 중간 뇌부종, 직접 뇌연수마비)

3) 1995.2.11. 보행 중 넘어져 좌측발목 부위 통증이 심하여 A의원 내원, X선 결과 골절이 없어 발목염좌로 판단하고 진통제 주사, 좌측발목을 탄력붕대로 고정

2.17. 좌측 비골골두 골절 확인, 좌하지 석고고정, 입원

4.14. 피고병원 입원, 고관절 부위 골절(전위)로 인공 고관절 대치 필요 설명

4.18. 인공고관절 반치환술(대퇴골두 대치술)

6.1. 퇴원

현재 우측고관절 운동제한, 우측하지 감각이상(영구장애) 14%, 상실

환자의 나이가 49세의 활동기 연령이었던 점 등에 비추어 볼 때, 본래의 골을 유지할 수 있도록 다발성 편이나 압박고 나사로 골절 부위를 내고 정하는 시술을 선택하였어야 함) <책임제한(20%)> 다발성 편 또는 압박고 나사로 골절 부위를 내고정하는 시술을 시행하였다고 하더라도 어느 정도의 노동능력상실은 불가피한 점 <인용금액> 5,000만원 중 2,500만원 (조정결정금액 : 2,200만원, 피고 이의)

(5) 소아과

98가합49048 (2000. 9. 28. 조정)

<과실유형> CT촬영 중 관찰소홀 <사안의 개요> 악성 림프종으로 인한 상대정맥 증후군 환자가 양와위 자세로 CT촬영 중 호흡곤란이 발생하여 사망함 <쟁점> CT촬영 중 호흡곤란의 발생에 대비한 근접관찰 및 응급조치를 소홀히 한 잘못으로 사망하게 되었는지 <조정위원 의견> 과실부인 (악성림프종으로 인하여 종격동의 종괴가 커져 상대정맥증후군이 합병되어 사망한 것임) <판단> 과실인정(악성림프종으로 인한 상대정맥 증후군 환자의 경우 호흡곤란이 발생하면 치명적인 상태에 빠질 수 있고, 양와위 자세를 취할 경우 호흡곤란에 빠지기 쉬우므로 CT촬영시 담당의사가 근접관찰하여 호흡곤란이 발생할 경우 즉시 촬영을 중단하고 적절한 조치를 취하였어야 한다) <책임제한(60%)> 악성 림프종 말기인 환자는 적절한 치료를 하여도 2년 생존율이 70%이하인 점, 종괴의 범위를 확인하기 위하여 CT촬영이 불가피한 점 <조정결정금액> 1억 4,000만원 중 6,500만원

(6) 일반외과

99가합66361 (2000. 8. 2. 판결, 항소)

<과실유형> 간종양절제술의 수술방법 선택 잘못 <사안의 개요> 간암 환자가 간종양 절제술 후 배액관 삽입술 등 치료를 받았음에도 담즙누공이 발생하여 그 치료를 위해 프랑스에 가서 재수술을 받음 <쟁점> ① 간종양 절제술을 시행함에 있어 우엽 전체를 절제하지 않고 일부를 남겨둔

잘못으로 담즙누공이 발생하였는지 ② 간종양 절제술 후 배액관을 제대로 부착하지 아니하여 담즙이 제대로 배출되지 않게 되었는지 <조정위원 의견> 과실부인(수술 및 수술 후 처치는 적절하였다) <판단> 과실부인(수술방법의 선택이나 수술과정에서의 과실은 없고, 수술 후 처치도 적절하였다(수술방법의 선택은 의사의 재량에 속하는데, 환자의 당뇨병, 간경화 등의 기왕증을 고려하여 가능한 한 간 조직을 많이 남기는 수술방법을 택한 것이고, 이로 인해 담즙누공이 발생하였다는 증거가 없다))

#### (7) 흉부외과

99가합96652 (2001. 11. 7. 판결, 항소)

<과실유형> 전원의무 위반 <사안의 개요> 급성심근경색 환자가 A의원(피고1)에 내원하여 나이트로글리세린을 투여받은 후에도 흉통이 지속되어 B병원(피고2)으로 전원, B병원에서 혈전용해제 및 보존적 치료를 받았으나 상태가 호전되지 않아 C병원으로 전원하였으나 심인성 속이 동반된 급성심근경색으로 사망함<sup>4)</sup> <쟁점> ① A의원 : 환자에게 급성심근경색의 위험성을 고지하지 않고, 구급차를 이용하여 신속히 전원시키지 않은 잘못이 있는지 ② B병원 : 혈전용해제 치료가 실패하였음에도 즉시 관상동맥성형술을 시행할 수 있는 병원으로 전원시키지 않은 잘못이 있는지 <판단> 과실인정(A의원 : 급성심근경색의 위험성 등을 충분히 설명하지 않아 퇴원 후 2 - 3 시간이 경과한 다음에야 B병원에 내원하도록 하였고,

4) 1999.7.1. 10:00 강○(1938.10.15.생)는 07:00경에 발생한 흉통 증세로 A의원에 내원함. 협심증 또는 심근경색으로 의심하고, 나이트로글리세린(혈관확장제)을 2회 투여하였으나, 흉통이 지속되자, 12:00 - 13:00 B병원으로 전원을 권유 후 퇴원시킴  
14:40 B병원에 내원(혈압 100/60)  
14:45 급성심근경색으로 진단하고, 아스피린, 헤파린, 나이트로글리세린을 투여함  
15:20 혈전용해제인 유로키나제를 투여한 후 15:45경 혈압이 60/40으로 저하됨  
16:00 흉통이 지속되자, 유로키나제를 재투여함  
7.2. 03:50 호흡곤란이 동반된 흉통을 호소, 그 후 흉통이 반복적으로 발생함  
11:20 혈전용해제인 tPA를 투여하였으나 12:00 흉통을 호소  
16:00 C병원 응급실에 내원(저혈압, 심인성 속, 폐부종 상태)  
8.2. 04:52경 사망함(직접 심실빈맥, 중간 심인성속, 선행 급성심근경색)

B병원으로 전원할 것을 권유하였을 뿐 구급차를 이용하는 등의 방법으로 신속히 전원시키지 않은 잘못이 있음. B병원 : 혈전용해제를 투여한 후에도 흉통 및 저혈압(심인성 속 상태)이 지속되는 등 상태가 호전되지 않았음에도 관상동맥성형술을 시행할 수 있는 병원으로 즉시 전원시키지 않고, 혈전용해제 투여만을 계속한 잘못이 있음) <책임제한(70%)> 환자가 A병원에서 퇴원 후 즉시 B병원에 내원하지 않음으로써 효과적으로 치료할 시기를 놓치게 된 점, B병원에서 신속히 관상동맥성형술을 시행할 수 있는 병원으로 전원하였더라도 사망할 가능성이 높은 점 <인용금액> 5,400만원 중 3,300만원(조정결정금액 3,000만원, 피고 이의)

(8) 성형외과

98가합49925 (2001. 7. 4. 판결, 확정)

<과실유형> 선택적 신경절제술 과정에서 신경손상 <사안의 개요> 지방흡입술(허벅지, 종아리, 팔), 선택적 신경절제술(종아리) 후 우측 대퇴부에 비후반흔 및 색소침착의 추상, 우측 족배부에 감각 이상 발생<sup>5)</sup> <쟁점> ① 지방흡입술 시행시 흡입관 온도를 잘못 조절하여 화상을 입게 되었는지 ② 선택적 신경절제술 시행시 신경을 잘못 건드렸는지 <조정위원 의견> 과실인정 <판단> 과실인정 <인용금액> 1억 3,000만원 중 7,600만원 (조정결정금액 : 7,500만원, 피고 이의)

(9) 신경과

99가합17253 (2000. 6. 21. 판결, 항소, 상고 : 기각, 확정)

<과실유형> 모야모야병 증상 간과 <사안의 개요> 환자(3세)가 기관지천식 치료 중 모야모야병으로 인한 좌측 편마비 발생 <쟁점> 좌측 편마비 등 모야모야병의 발생을 의심할 만한 증세가 있었음에도 불구하고 이

5) 1998.2.28. 척추마취하에 양쪽 대퇴부, 양쪽 종아리, 양쪽 팔 지방제거술(선택적 신경절제술은 검증되지 않아 임상현실에서 통상시행x, 안전성 입증x, 합병증으로 하지 신경마비의 위험성)

3.5. 치료 중 상태 악화로 피고는 피해보상 서약하면서 A병원으로 전원시킴

4.22.까지 A병원에 입원, 우측 하지 피부결손, 하지위축 장애 잔존

를 간과하여 이에 대한 검사 및 치료를 시행하지 아니한 잘못이 있는지  
<판단> 과실부인(불가항력 - 모야모야병은 희귀한 질병으로 그 확진이  
어렵고, 그 증세로서 마비가 발생된 후에는 근본적 치료법이 없다)

(10) 안 과

99가합98122 (2000. 10. 23. 조정)

<과실유형> 수술과정에서 각막천공의 발생 <사안의 개요> 라식수술 후  
각막천공으로 시력장애가 발생함 <쟁점> 각막천공의 발생은 사전검사(각  
막두께 등의 측정)나 시술(각막탈수 후 1분이내에 시술해야 함)을 소홀  
히 한 잘못에 기인한 것인지 <조정위원 의견> 과실인정 <판단> 과실인정  
<조정결정금액> 5,100만원 중 1,500만원

(11) 이비인후과

99가합97051 (2001. 6. 27. 판결, 항소)

<과실유형> 기관절개술 후 배관이 막힘 <사안의 개요> 후두연화증 환  
자가 기관절개술 후 분비물제거 위해 설치한 배관이 막혀 자가호흡을 하  
지 못하여 뇌성마비 발생<sup>6)</sup> <쟁점> 수술 후 경과관찰 소홀로 분비물에 의  
하여 배관이 막히게 되었는지 <조정위원 의견> 과실부인(뇌성마비는 이  
사건 수술과 무관, 기왕증에 기인) <판단> 과실인정 <책임제한(60%)> 기  
왕증(선천성 호흡기질환인 후두연화증) <인용금액> 5억 1,000만원 중 1억  
2,800만원(조정결정금액 : 1억 3,500만원, 피고 이의)

6) 1994. 6. 20. 원고(94년생)는 선천성 호흡기 기형인 후두연화증, 성문하부협착증 등에 의  
한 호흡곤란, 청색증, 흉부함몰 증상으로 개인 소아과 의원 경유하여 피고병원 입원  
6.24. 기관절개술 및 후두경검사를 시행받은 후, 16:30 수술실에서 돌아옴  
22:10 입술청색증 관찰되고, 흡인(suction)하려 하였으나, 배관이 막혀 흡인기가 들어가  
지 않음. 심폐소생술 및 인공호흡 시행. 전신 청색증이 나타나고, 자가 호흡을 하지 못  
함  
22:15 배관삽입 후 인공호흡하여 자가호흡 돌아오고 청색증 완화  
현재 뇌성마비, 혼합형 사지마비, 발달 및 정신지체



(12) 정신과

99가합68046 (2001. 8. 17. 조정)

<과실유형> 자살기도자에 대한 관찰소홀 <사안의 개요> 알콜성정신질환 환자가 폐쇄병동 화장실에 방치되어 있던 청소용 고무호스로 자살함<sup>7)</sup>  
 <쟁점> ① 문진 및 환자에 대한 관찰을 소홀히 하였는지 ② 청소용 고무호스를 방치한 잘못이 있는지 <판단> 과실인정(관찰소홀로 환자 자살) <책임제한(40%)> 정신이상으로 자살에 이른 점 <조정결정금액> 2억 4,000만원 중 3,500만원

(13) 마취과

99가합36520 (2001. 7. 11. 판결, 확정)

<과실유형> 마취제의 과량투여 <사안의 개요> 폐결핵 등의 치료를 위하여 개방창 형성술을 받은 환자가 수술창을 봉합하는 개방창 폐쇄술 후 저산소증에 의한 허혈성 뇌손상으로 식물인간 상태가 됨<sup>8)</sup> <쟁점> 전신마취를 시행하면서 흡입마취제인 엔플루레인이나 아산화질소를 과다사용한 잘못이 있는지 <조정위원 의견> 과실인정 <판단> 과실인정 <책임제한

7) 1999.6.18. 망인은 알콜성정신질환으로 피고정신병원의 알콜교육 개방병동에 입원한 후, 17:00 및 18:30 운동화 끈으로 목을 매는 행동을 하여 보호실에 격리함

6.19. 담당의사는 망인과 면담한 후, 폐쇄병동으로 옮김.

6.21. 14:50 망인이 창가에 서서 밖을 내다보고 있는 것이 관찰됨

15:05 망인이 화장실에서 청소용 고무호스로 목을 매고 있는 것을 발견

15:08 간호과장, 의료부장 등이 CPR 등 응급처치 시행. 혈압 50/30으로 측정됨

15:20 내과 의사가 도착하여 기관지 삽관, 산소공급, 약물처치 등 시행

(혈압50/30으로 측정됨)

15:35 혈압 170/70, 맥박 120회

15:40 A병원으로 전원

7.18. 저산소성 뇌손상으로 인한 뇌사상태로 중환자실에서 치료 중 사망

8) 1998.7.27. 수술창을 봉합하는 개방창 폐쇄수술 위하여 입원

7.27. 14:15 전신마취 시작(흡입마취제인 enf 와 N2O 사용)

14:50 수술 시작

15:45경부터 혈압 하강 시작

16:00경 수술 종료. 16:00 서맥과 함께 혈압은 80/40, 곧이어 혈압이 잡히지 않는 상태 →

심장마사지, 에피네프린(혈압상승제) 투여하여 혈압, 맥박 상승

현재 저산소증에 의한 허혈성 뇌손상을 입고 식물인간 상태임

(20%)> 기왕증(폐결핵 등으로 인한 호흡장애가 증상을 악화시켰다) <인  
용금액> 3억 7,500만원 중 1억 9,000만원(조정권고 → 평생 중환자실 치료  
를 보장하고, 위자료로 8,000만원 지급, 원고 불응)

(14) 재활의학과

98가합52259 (2000. 11. 6. 조정)

<과실유형> 척추수술과정에서 마미신경 손상 <사안의 개요> 척추관협  
착증 환자가 수술 후 신경마비에 의한 대소변장애 발생 <쟁점> 수술과정  
에서의 잘못으로 마미신경총증후군이 발생한 것인지, 아니면 수술과 무관  
한 척수원뿔증후군이 발생한 것인지 <조정위원 의견> 과실여부 불명(마  
미신경총증후군과 척수원뿔증후군은 임상적으로 공통점이 많아 구별이  
어렵다) <판단> 과실인정(척수원뿔증후군은 발생가능성이 적고 마미신경  
부위에 근접한 부위에서 수술이 시행된 점에 비추어, 수술과정에서의 잘  
못으로 마미신경총증후군이 발생하였다) <조정성립금액> 3억 9,800만원  
중 2억원

(15) 비뇨기과

2000가합39525 (2001. 10. 31. 판결, 항소)

<과실유형> 전이성 선암에 대한 검사소홀 <사안의 개요> 1998. 8.경 골  
반종양에 의한 양측 수신증이 의심된 환자가 1999. 4.경 방광경 조직검사  
를 통해 전이성 선암으로 진단받고 치료 중 사망함 <쟁점> 검사 소홀로  
조기에 암을 발견하지 못한 잘못이 있는지 <조정위원 의견> 과실부인(진  
료상의 과실은 없다) <판단> 과실부인(환자의 전신기능이 극히 불량하여  
골반종양 진단을 위한 방광경 조직검사나 요로 재형성술 등의 침습적인  
시술을 시행할 수 없는 상황에서, 신장내과, 비뇨기과, 방사선과 등 지속  
적인 협진을 거치면서 치료 및 관찰을 지속하다가, 전신상태가 호전된  
1999. 4.경에야 방광경 조직검사를 시행한 것에 진료상의 잘못이 없다)

(16) 치 과

99가합100186 (2000. 5. 23. 조정)

<과실유형> 발치시 당뇨병 환자에 대한 검사 및 시술 소홀 <사안의 개요> 당뇨병 환자가 사랑니 발치 후 농양이 발생하여 종합병원으로 전원, 농양배액수술을 받았으나 추상, 통증 등 후유증 발생 <쟁점> 당뇨병 환자에 대하여 발치를 하면서 사전검사나 시술을 소홀히 함으로써 농양 등이 발생하게 되었는지 <조정위원 의견> 과실부인(농양발생은 당뇨병의 합병증) <판단> 과실인정 <책임제한(55%)> 기왕증(당뇨병), 발치 전 환자 스스로 혈당이 정상(120)이라고 고지 <조정결정금액> 5,500만원 중 1,000만원

(17) 한방

99가합87610 (한방병원, 2000. 12. 8. 조정)

<과실유형> 대동맥박리증 환자를 급성식체로 오진 <사안의 개요> 복통, 요통, 심하통 등을 호소하면서 한방병원에 내원한 환자에 대하여 급성식체, 요통, 허혈성심장질환으로 진단, 침술을 시행한 후 5시간만에 대동맥박리로 사망함 <쟁점> 심하통 등 심장질환의 가능성을 간과하고 이에 대한 검사(심전도, MRI, CT 등)를 실시하거나 치료가 가능한 병원으로 전원하지 아니한 잘못으로 적절한 치료시기를 놓쳐 사망하게 되었는지 <조정위원 의견> 과실부인(환자가 주로 요통을 호소하였고 혈압이 정상이었으며, 심장질환 등 과거력이 없어 대동맥박리증을 의심하기 어려웠다) <판단> 과실인정(심하통 등 대동맥박리의 전형적인 증상을 간과하고 이에 대한 검사(최소한 심전도 검사)를 시행하지 아니한 잘못이 있다) <책임제한(65%)> 순환기전문의가 아니므로 진단이 쉽지 않은 점, 진행속도가 워낙 빨라서 적시에 치료를 하였더라도 사망할 가능성이 매우 높았던 점 <조정결정금액> 9,600만원 중 3,000만원

## ■ 지정토론문 — 李崇德\*

의료분쟁이란 의료과정 중에 발생한 환자와 의료인 사이의 갈등이라고 말할 수 있다. 의료 행위 도중에 아무런 문제가 없었음에도 불구하고 진료비 등과 관련하여 분쟁이 발생할 여지가 없지는 않지만 이는 일반적이라고 보여지지는 않고, 대부분의 의료분쟁은 의료사고를 - 이는 매우 가치중립적인 말로 원하지 않았던 결과라고 표현하여도 큰 무리는 없을 듯 한데 - 전제로 한다. 따라서 의료사고의 빈도가 많아지면 의료분쟁이 생길 가능성은 당연히 높아진다. 의료사고가 생겨도 분쟁으로 진행되지 않고 원만하게 해결될 수만 있으면 의료 당사자나 사회가 지불하여야 할 비용은 그리 많지 않을 수도 있다. 그러나 우리나라의 경우에는 그렇지 않은 것 같다. 그리고 의료분쟁이 발생하면 이를 공정하고 빠르게 해결하는 것은 중요하다. 만약 문제 해결이 늦어진다면 이를 위해 지불해야 할 비용은 당연히 늘어난다. 이렇게 의료분쟁과 이에 따른 사회적 비용을 줄이기 위해서는 여러 단계에 대한 대처방법들이 함께 고려되어야 할 것으로 본다.

의료사고를 미연에 방지할 수만 있다면 당연히 의료분쟁을 줄일 수 있다. 그런데 의료의 속성이나 현재 의료의 발전, 진행하는 방향을 고려한다면 의료사고를 모두 원천적으로 예방할 수는 없고, 어느 정도 감소시킬 수 있느냐의 문제일 것으로 본다. 이를 위해 특히 의사측의 노력이 필수적이다. 의료의 공급자로서 사고의 원인을 분석하고 의료 과정상의 문제점을 확인하고 개량하는 작업을 통해서 일정 부분의 사고는 미리 막거나 나아가 이로 인한 후유증을 감소시킬 수 있으리라 본다. 이런 점에서 볼 때 발표자가 각 전문분야에 따라 제시한 의료과정 중에 발생할 수 있는 여러 문제점들이나 이에 대한 방안들은 의사들이 실제 의료를 행할 때 많은 도움이 되리라고 본다.

의료사고가 발생하였을 때 많은 부분이 곧 의료분쟁으로 진행되는 것이

\* 서울대 의대 법의학교실 교수

현재 우리나라 의료의 현실이 아닌가 한다. 만약 의료분쟁으로 진행되는 비율을 감소시킬 수만 있다면 의료분쟁과 관련한 문제점이 그리 크지 않을 수도 있다. 의료에는 환자와 의사, 두 의료 당사자뿐만 아니라 당사자들을 둘러싼 병원에서의 치료 환경이나 의료와 관련한 여러 제도들이 영향을 미칠 수 있는데, 이들이 모두 의료사고가 의료분쟁으로 발전하는데 제각기의 역할을 하고 있다.

### 1. 의료인이 제공하는 요인

최근 들어 사회 여러 분야에서 민주화가 진행되면서 국민 - 환자 - 들의 주권의식은 많이 발전하였다. 이에 비해 의사들의 태도나 의료에 대한 인식은 이를 따라가지 못하는 듯 하다. 아직 고전적인 전근대적 의료관(醫療觀)을 가지고 환자를 대하는 경향이 없지 않고, 이런 태도는 단순한 치료 이상의 것을 요구하는 환자와 쉽게 마찰을 유발할 수 있다. 이런 과정에서 의료사고가 발생하면 곧 의료분쟁으로 이어질 여지는 당연히 높다. 이와 함께 직업적으로 체면을 차리는 경향이나 의료분쟁 해결을 원만하게 해결할 수 있는 법적 의식의 결여는 의료분쟁의 빠른 해결을 어렵게 하고 있다. 이를 극복하기 위해 의사들은 스스로 노력하는 자세를 갖는 것이 필요하다.

### 2. 환자측 요인

어떤 종류의 분쟁도 한쪽 당사자의 잘못으로만 발생하지는 않고 의료분쟁 또한 예외는 아니라고 본다. 의료분쟁에서 환자가 제공하는 요인은 적지 않고, 최근 들어 그 비율은 점점 커져 가는 양상이다. 환자들의 주권의식은 의료에서뿐만 아니라 사회 전반에 중요한 변화를 가져 왔고 순기능 또한 적지 않다. 다만 그릇된 근거에 의존하여 권리만을 주장한다면 이것을 올바르게 할 수는 없다. 그런데 의료 관련 정보나 환자의 상태에 대한 판단들 가운데에는 많은 경험과 지식을 요구하며 따라서 일반인들이 쉽게 이해할 수 없는 것들이 적지 않다. 최근 들어 매스미디어의 발달이나 컴퓨터 등을 통한 정보화 덕분에 일반인들도 의료정보를 쉽게 접할 수 있게 되었고 이에 따라 의료정보의 일방성 또한 많이 개선되었으나, 아직 의료정보 가운데 상당 부분은 전문가 영역에 있다고 보여진다. 이런 상황에서 잘못 알고

있는 의학지식만을 근거로 의료사고를 접하게 되면 분쟁으로 이어질 가능성이 높다. 실제 의료현장에서는 상황에 맞지 않는 의술을 요구하는 경우를 종종 경험한다고 한다. 의료에 대한 이해 부족이라고나 할까. 물론 이 모두를 환자의 잘못으로 돌릴 수는 없고, 갈수록 심해지는 의료의 탈인격화(脫人格化)나 사회적으로 만연한 각 계층간의 불신풍조 또한 이에 기여한 바 적지 않다. 어찌하던 의료인들에 대한 자세 변화 요구와 함께 환자측의 태도 변화도 필요하다는 것은 자명하다. 다만 이를 언급하는 글은 아직은 찾기 어려운 것이 현실이며 이에 비해 의사측의 문제만 부각되는 듯한 양상인데, 이 역시 분쟁의 공평한 판단을 위해서는 바람직한 상황은 아니라고 본다.

### 3. 사회제도적 측면

만약 분쟁을 효과적으로 해결할 수 있는 방법이나 제도가 체계적으로 마련되었다면 이와 관련한 사회적 문제는 크지 않을 수도 있다. 불행하게도 의료분쟁과 관련하여 우리나라는 그렇지 못하고, 오히려 사회 여러 문제점들은 의료분쟁을 방치하거나 그 강도를 증폭하는 듯한 인상이다.

분쟁 해결과 관련하여 가장 중요한 요소는 분쟁을 공정하게 판단하는 것과, 아울러 이에 필요한 비용을 어떻게 효과적으로 마련하느냐 하는 점이다. 그런데 우리 사회는 아직 이러한 체계를 갖추지 못하였고, 따라서 의료분쟁은 환자와 의사(혹은 병원) 양 의료 당사자간의 다툼이나 능력에 그 해결을 맡겨 놓는 형편이다. 경우에 따라 공정한 판단을 기대할 수 없거나 충분한 보상을 받을 수 없다고 느껴 불안한 환자측은 병원을 점거하는 등의 폭력적인 수단을 사용하는 경우도 없지 않고, 의사는 이에 대해 스스로를 지키기 위해 더욱 방어적으로 행동할 수밖에 없다. 어느 한편을 타하기는 쉽지 않다.

이를 해결하기 위해서는 의료분쟁을 객관적으로 판단할 수 있는 제도적 장치를 만들고, 이에 소모되는 비용을 마련하여 효율적으로 운영하여야 한다. 이와 관련하여 얼마 전부터 논란이 되고 있는 '의료분쟁조정법'은 한 번은 생각해 보고 넘어가야 할 문제라고 본다. 법 제정과 관련하여 많은 논란이 있었고, 이 글에서 이런 문제점들을 모두 다시 언급하고 싶지는 않다. 다

만 가장 중요한 것은 그 무엇보다도 이와 같은 법 제정은 의료사고나 의료 분쟁 감소에 큰 기여를 할 것이고 나아가 쾌적하고 안락한 의료, 진료 환경 조성에 적지 않은 기여를 할 것으로 기대된다는 점이다. 의사들의 현명한 판단과 빠른 합의가 필요하다고 본다. 이와 함께 현재 의료계에서 진행되고 있는 다양한 형태의 의료사고 관련 보험제도에 대해서도 관심을 기울여야 할 것으로 본다. 적절한 보상제도가 교통사고와 관련한 분쟁을 감소시키는 데 중요한 역할을 했다는 경험은 한 번쯤 돌이켜 볼 필요가 있다.

이와 관련하여 발표자의 글에서 분쟁조정제도에 대한 언급이 있다. 최근 서울지방법원 민사15부 의료전담부를 중심으로 운영되어 온 조정제도는 분쟁의 신속, 공정한 해결에 매우 중요한 기여를 하였다는 평가를 받고 있다. 그런데 의료분쟁과 관련하여 현재 우리나라의 상황을 고려한다면 단지 한 법원의 차원이 아닌 좀 더 큰 단계에서의 접근이 필요하지 않나 생각한다. 즉 법원이 운영하는 조정제도만을 통해서 의료분쟁과 관련한 모든 문제들을 해결하기는 쉽지 않을 듯 하고, 나아가 민사 15부가 운영하였던 조정제도를 모든 지역, 단계의 법원으로 일반화하여 확대 운영할 여력이 있는지도 의문이 없지 않다. 따라서 조정제도와 관련한 경험을 나누고 장점들을 발전시킬 수 있는 방안을 마련하는 것이 현 단계에서 필요할 것으로 본다. 관련 사례들을 공유하고 서로의 생각과 경험을 나누는 것은 매우 중요할 것으로 보며, 이를 위해 조정을 담당하였던 재판부나 관련 법조인들의 적극적인 노력이 필요하지 않을까 생각한다.