

주요개념 : 간호과오, 간호판례법, 관리지침, 경과관찰

## 간호사의 경과관찰업무에 대한 판례분석 및 관리지침 개발\*

김인숙\*\*, 김기경\*\*\*, 김대란\*\*\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

1995년부터 1999년 사이의 사법연감에 따르면 1심 의료사고 접수건수가 1996년 179건, 1998년 399건, 1999년 542건으로 해마다 가파른 증가를 보이고 있으며, 소송금액도 점점 고액화 되고(Son, Lee, & Kim, 1997) 있음을 알 수 있다. 의료분쟁을 야기하는 원인 중에는 국민의 권리의식 향상과 같은 의료수요 자적 측면도 있지만 보험제도의 변화, 소송제도, 언론, 소비자 운동 등과 같은 사회적 요인에 더 많은 관련이 있다. 최근 법원이 설명의무, 의료인에게로 입증책임의 전환 등을 통하여 환자측에 유리한 판결을 내리고 있어 앞으로 의료분쟁 소송은 더욱 증가할 것으로 예측된다. 지금까지 우리나라에서 보고된 의료과오분쟁 건수 중 간호과오와 직·간접적으로 관련된 판례에 대한 통계분석은 아직 이루어진 바가 없으나 의사에게 총괄적 책임을 부과하고 있는 현 법조계의 인식 하에서 그 숫자는 그리 큰 의미가 없다고 보며, 오히려 건강관리전달체계의 변화와 발맞추어 필연되는 간호사 역할 확장에 따른 전문적 책임을 준비하는 입장에서 간호과오에 대한 관심을 더욱 강화할 필요가 있는 것이다.

의료기관에서 발생한 의료사고에서 간호사들이 관련되었다 하더라도 직접 당사자로 나서지 않아도 되고 의사들에 의해 보호받는다는 생각은 매우 위험한 발상이다. 민사책임의 경우 사용자인 병원이 손해배상책임을 지게 되어 있으나, 병원이 나중에 간호사를 대상으로 구상권을 행사할 수 있으며, 분쟁의

다수가 형사소송사건으로 진전되는 경향이 있어 간호사가 직접 피고인으로 범정에 서야 하는 경우가 늘고 있기 때문이다. 또한 우리나라 소송구조가 인적책임을 기본으로 하고 있기 때문에 의료기관의 구조적, 체계적 문제를 대부분 간호사에게 책임지움으로써 간호사가 희생양으로서 속죄하여야 하는 일이 속속 발생하고 있음도 문제가 아닐 수 없다. 그러나 이것보다 더 큰 문제는 간호사가 업무상 과실이라는 법적 책임을 지게 됨에도 불구하고 그 업무 자체가 간호사의 법적인 업무로 인정을 받지 못하는 지금의 한계상황이다. 이런 문제는 전문직으로서의 간호직에 중요한 도전이라 할 수 있다.

또한, 간호업무관련 소송의 증가와 함께 우리가 관심을 가져야 할 부분은 바로 의사들과의 책임관계의 모호성이라 할 수 있다. 간호업무의 특성상 의사의 업무 상당부분을 위임받아 행하고 있지만 대부분 의사의 자의적, 임의적 위임으로 이에 대한 권한과 책임소재가 명확치 않아 간호사들은 불안과 혼란을 느끼고 있으며, 책임을 추궁받게 되면 대부분의 간호사들이 갈등과 억울함을 느끼게 되지만 이에 대하여 적극적으로 대처하지 않는 경향이 있다.

이와 같은 문제를 해결하기 위하여 각 병원에서는 의료과오에 대한 자료수집과 처리를 담당하는 부서와 인력을 두어 이를 관리하고 있으며, 간호부서에서도 간호사를 대상으로 사례조사, 예방교육, QI 활동, 위험관리(Risk Management)에 주력하고 있다. 그럼에도 불구하고 간호사 개개인들은 우선 법적인 이슈들에 익숙하지 못하고, 사후 대처방법에 대한 분명한 지침을 제공받지 못하며 병원의 관련 정책논의에 참여하지 못하고 있는 실정이다.

간호관련소송들에 대한 엄청난 정보와 지침을 공유하고 있는 미국과는 달리 우리나라 간호계에서는 Chun(1999)의 대법원 판례집과 몇 편의 논문(Min, 1985; Lee, 1995; Kim, 1998; Chun; 1993; 1996a, 1996b, 1998; So & Park, 1998; Yang, Whang, & Kim, 1998; Kim, 1999; Mun & Lee, 1999)을 제외

\*본 연구는 2000년도 연세대학교 교내 학술연구비 지원에 의해 수행된 것임

\*\*연세대학교 간호대학 교수

\*\*\*연세대학교 원주외과대학 간호학과 연구강사

하고는 관련 자료가 보고되어 있지 않으며, 발표된 내용도 대다수가 관련 판례 소개나 판례에 대한 간호사의 인식과 태도 조사, 혹은 임상에서의 간호과오 빈도와 원인을 분석하는데 그치고 있다. 이렇듯 소개된 관련 판례수가 절대적으로 부족하고 그에 대한 법적 분석 또한 일반적, 상식적인 수준에 머무르고 있어 간호과오를 예방하기 위한 구체적인 대안 및 지침을 제공하지는 못하고 있는 실정이다.

본 연구자들은 실질적인 필요에도 불구하고 지금까지 미비했던 간호과오사례에 대한 연구를 위하여 장기적인 계획을 세워 진행해 왔다. 그 중에서도 전문직 간호사에게 주어진 중요한 의무임과 동시에 간호사의 주요활동인 '경과관찰의무'는 미국 등에서 소송의 주요 원인이면서 간호사의 법적 의무로 강조되고 있기에 큰 의미가 있다. 따라서 '경과관찰' 관련 판례 및 사례들을 소개하고 이에 대한 법적인 분석 및 관련 간호사고 예방을 위한 관리지침을 개발하고자 한다.

## 2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 임상현장에서 발생하는 대상자의 '경과관찰의무'와 관련된 간호과오 판례를 수집하고 이에 대한 법적 분석과 이슈를 제시하며, 법적 분쟁을 사전에 예방 및 관리하기 위한 임상관리지침을 개발하는데 있다. 본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 경과관찰과 관련된 국내·외 간호과오판례 및 사례에 나타난 간호업무를 법적으로 분석한다.
- 2) 경과관찰 관련 간호과오를 예방하기 위한 관리지침을 개발한다.

## II. 문헌고찰

대한의사협회공제회에 접수된 의료소송 사건을 보면 1996년에 760건, 1997년 969건, 1998년 1310건, 1999년 1311건 순으로 증가 경향을 나타내고 있다(Shin, 2000). 이와 같이 증가하는 의료소송사건 중에 특히 주목할 것이 '환자의 기본관리'에 관하여 법원이 과실 인정한 경우가 상당수를 차지하고 있다는 점이다. Min(1996) 연구에서 의료인의 귀책사유 중 '기본적 환자관리의 소홀'로 인해 과실이 인정된 경우가 전체 36.2%를 차지하고 있으며, 그 내용을 보면 환자의 치료시기가 적절하였는가, 후유증에 대해 예방조치를 하였는가, 환자교육 및 추후관리가 적절하였는가 등에 관한 것으로 보고하였다.

위 민해영의 분류 기준을 적용하여 한 의료기관의 연도별

의료분쟁에 대해 조사한 연구(Lee, 1999)를 보면 의료사고의 원인행위 중 환자관리가 전체 12%를 차지하고 있음을 알 수 있다. 이상의 연구결과들을 종합해 볼 때 간호사의 '경과관찰의무'가 의료사고예방의 가장 기본적이고 중요하다는 것을 알 수 있다.

간호대상자에 대한 경과관찰은 전문직 간호사에게 주어진 독특한 임무이다. 간호사의 경과관찰의무가 중요한 이유는 우선 24시간 환자결에서 기본적인 간호서비스 제공은 물론 환자들의 호소에 대한 즉각적이고도 주의 깊은 관찰을 통해 대상자의 건강문제를 사전에 파악할 수 있으며 또한 시시각각으로 변하는 대상자들의 상태에 민첩하게 반응함으로써 대상자에게 발생할 수 있는 각종 문제를 신속히 해결할 수 있기 때문이다.

Chapman과 Mason(1994)에 의하면, 임상에서 흔히 간호사를 상대로 제기되는 소송의 원인들은 크게 투약과오, 정맥주입 환자의 관찰 소홀, 환자상태의 변화에 대한 알림 및 보고지연, 그리고 환자가 호소하는 불평에 대한 무시 등이다. 즉, 환자상태 변화에 대한 면밀한 관찰과 더불어 환자들이 호소하는 여러 가지 건강문제들을 적시에 파악하여 해결하고자 하는 노력이 부족할 때 자주 피소된다는 것이다. 미국간호협회에서는 1989년에 과소소송에서 간호과오관련 분쟁 중 가장 빈도가 높았던 경우를 환자의 안전을 보장하지 못함, 부적절하거나 부주의한 처치, 환자를 관찰 또는 의미 있는 발견을 보고하지 못함, 투약과오, 해당기관의 정책과 절차를 따르지 못함 등으로 분류하였다(ANA, 1989).

오랫동안 간호사들은 대상자에 대한 면밀한 간호사정에 근거를 둔 간호활동을 계획하여 왔으며, 이를 자신들의 책임으로 수용해 왔다. 간호사정과 간호계획의 목적은 환자들에게 적합한 간호를 제공하기 위해서이며 대상자와 관련된 자료들을 사정하여 간호계획을 세우기 위해서는 반드시 간호진단과정을 거치게 된다. 이러한 간호진단은 간호사의 교육과 경험에 바탕을 둔다는 점에서 의학적 진단과 구분되며 경과관찰로부터 나오는 주관적 및 객관적 자료들은 대상자에게 꼭 맞는 정확한 간호진단을 이끌어 내도록 안내한다. 실제로 미국의 경우, 많은 주(州)에서 의사들의 의학적 판단과 유사하게 간호사들이 임상적 판단의 근거로서 간호진단을 활용하는 것은 간호전문직의 고유한 의무로서 인식하고 있다.

뿐만 아니라 간호진단(nursing diagnosis)은 주(州)의 간호법(Nursing Practice Act)에 규정되어 있다(Fiesta, 1988). 워싱턴주의 간호법령(WAC 246-840-700과 WAC 246-840-710)에 '간호사는 대상자의 건강상태를 알려주는 객관적, 주관적 자료를 수집하여야 하며, 대상자가 건강상태를 유지하고 회복하도록

록 지지하는 간호를 계획하고 수행하며, 대상자 상태의 심각한 변화에 대해 건강관리팀의 구성원에게 알려주어야 하고, 의사 소통은 대상자가 돌봄을 필요로 하는 그 시기에 이루어져야 한다고 규정하고 있다. 그리고 간호사는 시행된 간호, 대상자의 반응, 필수적인 대상자의 기록을 문서화하여야 한다고 규정하고 있다.

### III. 연구방법

#### 1. 연구설계

본 연구는 광범위한 문헌고찰과 판례 검색을 통해 수집된 국·내외 경과관찰 관련 판례를 수집한 후 임상간호사를 대상으로 한 포커스 그룹방법을 통하여 ‘경과관찰’ 업무의 법적인 분석 및 간호사고예방을 위한 임상적 관리지침을 개발하고자 시도되었다.

#### 2. 연구절차

본 연구의 연구기간은 2000년 8월 1일부터 2001년 9월 30일까지(13개월)이며 연구의 구체적인 진행절차는 <Figure 1>과 같다.



(Figure 1) Research process

##### 1) 제1단계

경과관찰과 관련된 국내·외 간호판례 및 간호사고 사례수집을 위한 구체적인 방법으로는 핵심어를 이용한 광범위한 인터넷 문헌검색과 도서관 자료 탐색, 법원 판례 검색, 그리고 연구자들이 소장하고 있는 자료들에서 우리나라 간호판례 및 간

호사고 사례들을 일차적으로 수집하였다. 수집된 외국의 판례 중에서 현재 우리나라 상황에 적합하다고 판단되는 사례들을 연구자들이 1차 선별하였으며, 서울·경기지역에 소재하고 있는 4개의 3차 종합병원 간호부 교육 담당 수간호사와 임상실무간호사 8명으로 구성된 포커스 그룹을 소집하여 우리나라 간호실무에 적합하지 않다고 판단되는 판례들을 2차적으로 제거하였다. 또한 각 병원에서 실제 발생하였던 간호사고 판례들을 수집하였으나 그 사례들은 포커스 그룹 참여자들의 요청에 따라 최종적으로 본 연구사례로 포함시키지는 못하였다. 이러한 과정을 거쳐 최종적으로 수집된 경과관찰 관련 판례들이 총 17건이었으며 이 중에서 전형적인 간호사고 형태라고 생각되는 4건만을 본 연구에서 분석하였다.

##### 2) 제2단계

1단계의 선별과정을 거쳐 수집된 4건의 간호판례에서 나타난 간호업무에 대한 법적 분석을 하였다. 분석방법은 법학을 전공하고 현재 법학과 박사과정을 수료한 공동연구자를 중심으로 연구사건의 발생에서부터 판결에 이르기까지의 과정과 법적인 근거, 그리고 판결문에 내포된 간호사와 간호업무의 법적인 의무, 책임, 이슈 등을 살펴보고 간호의 전문성과 독자성, 상호관련성, 그리고 타 분야와의 관계 등이 소송사건에서 어떻게 해석되고 있는지를 분석해 보았다.

##### 3) 제3단계

2단계에서 분석된 경과관찰관련 간호업무의 법적인 측면에 대한 타당도를 검증하기 위하여 현재 의료분야 전문법조인인 변호사 1명과 의료법학 분야 법학자 1명에게 전문가 타당도를 의뢰하였다.

그 결과 간호사의 독자적 업무에 대한 대법원의 태도가 소극적인 점에 대해서는 지지하였다. 또한, 영미법계인 미국의 판례를 대륙법계의 법제를 따르고 있는 우리나라에 그대로 적용할 수 없는 한계점을 지적하여, 본 연구의 분석대상 판례인 국내 판례 2건과 국외 판례 2건(미국)을 환자상태의 경중도와 귀책사유 등이 유사한 사례로 통제하여 비교하는 방법을 사용함으로써 실제로 법계간 법리상의 차이가 존재하는지를 검증하였으며, 그 결과 우려했던 법리상의 큰 차이점은 발견되지 않았다.

##### 4) 제4단계

간호사고를 예방하기 위한 임상적 관리지침을 개발하기 위한 첫 단계는 광범위한 문헌고찰로 시작하였다. 대상자 관찰과

관련된 핵심어(observation, monitoring)로 인터넷 검색과 도서관 자료 탐색, 6개 종합병원 간호실무지침서, 그리고 현재 학생들에게 사용되고 있는 간호학 교재들을 중심으로 관련 내용들을 수집하였다. 일차적으로 문헌에서 수집된 자료를 선별하고 이차적으로는 최소 1년에서 최고 13년의 임상경력이 있는 간호사들로 구성된 포커스 그룹을 2회 소집하여 각 그룹당 약 90여분에 걸쳐 지침개발을 위한 집단면담 과정을 거쳤다. 포커스 그룹에서는 문헌고찰에서 나온 관리지침의 내용이 적합한지가 논의됨과 동시에 문헌에서 드러나지 않은 내용들도 다수 도출되었다. 약 3개월에 걸쳐 진행된 관리지침 개발과정을 통해 최종적으로 일반간호사를 위한 임상적 실무지침 11문항과 간호관리를 위한 관리지침 13문항이 개발되었다.

#### 5) 제5단계

마지막으로 4단계에서 개발된 '경과관찰 관련 간호사고 예방 관리지침'이 타당한지를 검증하기 위해 임상에서 5년 이상의 경력을 가지고 있으면서 간호학 박사과정에 재학 중인 간호사 3인을 구성원으로 한 포커스 그룹을 소집한 후 전문가 타당화 과정을 거쳤다.

타당화 과정에서 1차로 개발된 관리지침들이 우리나라 간호실정에 적합한지와 법적 측면에서의 위험성, 그리고 사용된 용어의 적절성에 대해 집중적으로 논의되었으며, 이 과정에서 일반간호사를 위한 임상적 실무지침(clinical practice guideline)에서 2개 문항과 관리지침(clinical managerial guideline)에서 1개 문항이 탈락되었다. 그 외에 개발된 지침의 내용과 용어를 정련화시켜 임상에서의 적용가능성과 간호과오 예방지침으로서의 유효성을 높였다.

## IV. 연구결과 및 논의

### 1. 판례소개 및 법적 분석

본 연구에서 분석대상으로 한 판례는 국내사례 2건과 국외사례 2건이며, 각각 판례 및 법적 분석 내용은 다음과 같다.

#### 1) 갑상선아전절제술 후 관찰소홀 <대법원 1994. 12. 22, 93도3030>

환자는 갑상선암으로 갑상선아전절제술을 받았다. 의사는 환자가 호흡곤란을 호소하므로 야간당번 간호사에게 2시간마다 활력체크를 할 것과 환자보호자로부터 환자의 상태가 나쁘다는 연락을 받으면 즉시 자신에게 연락하도록 지시하였다. 그

러나 야간당번 간호사는 활력체크를 새벽 3시경에 1회만 실시하였고 6시경에 보호자가 의사를 불러달라는 요청을 받고도 피해자의 상태를 확인하거나 의사에게 연락을 취하지 않고 퇴근하였다. 결국 환자가 고통을 이기지 못하여 산소흡입기를 빼고 복도로 뛰어나와 쓰러지고 나서야 의사에게 연락을 취하였고 9시경 도착한 의사는 기도삽관을 실시하였으나 이미 환자는 일시적인 호흡정지로 인해 뇌산소 결핍으로 식물인간상태가 되었다.

#### ○ 판례분석

수술 후 후유증이 예상되는 환자의 경과관찰의무에 대하여 법원은 의사가 직접 하거나 특별 감독을 하지 않은 점, 간호사는 활력징후 측정에 대한 의사지시를 이행하지 않은 점과 환자의 상태를 의사에게 알리지 않은 점을 이유로 업무상과실치상 공동정범으로서의 형사책임을 인정하였다. 그러나 이런 판례의 태도가 오늘날 의료영역의 논리와 현실에 맞지 않는다는 견해(Lee, 1998)가 있다. 그 이유는 임상현실에서 의사가 환자의 진료에 요구되는 모든 의료를 할 수 없고 다른 의료인과 함께 팀을 이루어 의료활동을 할 수밖에 없기 때문이며, 의사의 업무 중 간호사가 할 수 있는 것을 최대한 간호사의 업무로 이양을 시킬 필요가 있다는 것이다.

판례는 수술 후 후유증이 예상되는 환자의 경과관찰은 원칙적으로 의사가 직접 해야 한다고 밝히고 있고, 간호사는 의사의 지시에 의해 활력측정 및 보고해야 하며, 환자의 변화된 상태와 요청을 의사에게 알려할 의무를 인정하고 있다. 이 사례에서 주요 쟁점은 간호사의 과실이 아니라, 연락을 받지 못하고 늦게 사후조치를 한 의사의 과실책임 여부에 대한 것이다. 간호사의 연락을 기다린 채 별도의 감시, 관찰을 하지 않은 의사의 책임을 묻기 위해서는 첫째, 수술 후 합병증이 예상되는 환자에 대한 경과관찰의무가 원칙적으로 의사에게 있으며, 둘째, 간호사에게 경과관찰에 대한 지시를 하더라도 전면적 위임을 해서는 안 되고 자신의 책임하에 경과관찰의무를 수행해야 한다는 점을 강조하고 있다.

따라서 수술한 환자의 경과관찰은 의사와 간호사가 모두 수행하여야 하며, 의사는 간호사에게 지시를 하되 경과관찰에 따른 책임을 떠맡길 수 없음을 확인시키고 있다. 그러나 아쉬운 점은 간호사의 경과관찰의무에 대한 대법원의 태도이다. 간호사는 독자적인 판단하에 수술한 환자의 상태를 지속적으로 확인하고 보고할 의무를 그들의 전문적 의무로서 받아들이고 실천하고 있음에도 불구하고 마치 의사 지시를 수행하고 보호자 요구를 의사에 전달하는 역할로만 묘사하고 있기 때문이다. 현

실적인 측면에서, 환자의 경과관찰의무를 간호사의 법적 의무로 전면 인정하는 것은 곧 간호사의 주의의무가 강화됨을 의미하므로 그리 간단한 문제가 아닐 수 있다. 경과관찰의 범위와 내용, 이에 따른 지침의 개발 및 교육 등 사전준비를 철저히 하지 않는다면, 간호사는 많은 의료과오소송의 당사자가 될 수 있기 때문이다. 이와 같이 권한과 책임의 문제는 간호전문직에 있어 많은 도전이 된다.

## 2) 자살기도환자 사전방지 소홀 <서울민사지법 1995. 1. 25 선고 92가합77102>

환자는 수면장애, 식욕부진 등으로 병원에 내원하여 신경외과 과장으로부터 진찰을 받은 결과 우울증 소견이 있어 약물을 복용하게 되었으나 호전되지 않았으며, 죽고싶다는 생각이 강하게 들자 입원 치유를 권유받고 개방병동에 입원하였다. 입원중 환자는 샤워실에 들어가 샤워꼭지에 수건을 걸고 자신의 목을 감을 후 자살을 시도하였고 이를 간호사가 발견하여 담당의사들로 하여금 응급소생술을 시행하였으나 이미 저산소성 뇌손상을 입고 식물인간 상태에 이르렀다.

### ○ 판례분석

법원은 담당의사가 환자의 상태를 감안하여 담당간호사 등에게 특별한 주의관찰 내지 동태파악을 지시하는 등 충동적 자살시도행위를 사전에 방지하도록 하여야 할 주의의무를 게을리 한 사실을 인정하고 아울러 간호사 등은 담당의사로부터 구체적인 지시를 받은 적이 없다 하더라도 진료기록지에 원고의 자살의식이 고착되어 밀접한 관찰이 요구되는 것에 관한 기록이 있었음에도 이를 확인 후 그에 대한 주의관찰 내지 동태파악을 면밀히 하는 등으로 이와 같은 결과를 방지하여야 할 주의의무가 있다 할 것임에도 이를 게을리 하여 환자의 자살기도를 방지, 식물인간에 이르게 한 과실이 있다고 판시하고 있다.

결국 자살위험이 있는 정신과 환자의 감시 및 관찰의무를 게을리 한 점에 대해서 의사와 간호사의 공동과실을 인정한 사례이며, 특히 간호사와 관련되어 의사의 구체적인 지시가 없어도 환자의 상태에 대한 객관적인 기록이 있거나 관찰이 가능하다면 이를 통해 스스로 환자의 감시, 관리를 하여야 할 의무가 있음을 명시적으로 인정하고 있다. 이 판례는 비록 하급심 판례이나, 자살기도가 예상되는 환자의 감시 업무에 있어서 환자를 24시간 관찰할 수 있는 간호사의 독자적인 판단과 수행이 필요함을 확인하고 있고 더 나아가 이를 위반한 경우 과실책임을 인정하고 있음을 주시하여야 한다.

## 3) 조산아의 뇌척수액 측로(shunt) 배액과 폐쇄여부 관찰소홀 <McMillan v. Durant, 439 S. E. 2d (S. C. 1993)>

조산아에게 두개강 내 출혈로 인한 뇌압의 상승과 뇌손상을 방지하기 위해 3개의 뇌척수액 측로술(shunt)이 시행되었다. 측로술을 받고 퇴원한 아이는 상기도 감염으로 정맥수액공급을 받기 위해 병원에 재입원하였다. 오후 10시 55분에 간호사가 정맥주입 부위를 점검하러 왔을 때 아이의 어머니는 아이가 정상적으로 움직이지 않는다고 말하였다. 그러나 간호사는 아이가 편안해 보이고 피부색도 좋은 것을 관찰하고는 의사에게 알리거나 연락하는 등의 시도를 하지 않고 방을 떠났다. 그후 어머니는 아이가 숨을 쉬지 않는다고 다시 알려왔고 간호사는 아이에게 응급소생술을 시행하면서 의사를 호출하였다. 신경외과의사가 와서 측로(shunt)를 완전히 열어 많은 양의 뇌척수액을 배액하였다. 확인해 본 결과 복부로 연결된 측로(shunt)의 끝이 막힌 것이 발견되었으며 그 결과로 뇌압이 상승하게 되면서 호흡중추가 억제되어 저산소증에 빠지게 되었고 결국 아이는 영구적인 뇌손상을 입게 되었다.

### ○ 판례분석

판례는 측로(shunt)의 배액과 폐쇄여부를 확인하지 못하고 또한 의사에게 즉시 연락하여 적절한 처치를 받지 못한 점에 대하여 간호사의 과실책임을 인정하였다. 측로(shunt)의 배액 상태 및 폐쇄여부 확인 의무에 관하여 미국 법원은 간호사 스스로 해야 할 업무로 보고 이에 대해 간호사 책임을 인정하고 있는 반면, 우리나라의 간호사들은 의사의 지시하에 하는 업무로 보며 의사와 공동책임을 인정하여야 한다는 견해가 많았다 (Kim, 1999). 이와 같은 차이는 의학적 지식과 기술을 요하는 처치 관련 업무에 대해서 우리나라 간호사들의 의무와 책임인식이 다소 소극적인 경향이 있음을 반영하고 있다.

## 4) 대상자의 상태관찰 및 대응소홀 <Ard v. East jefferson Gen. Hosp., 636 So.2d 1042(La. Ct App. 1994)>

환자는 심근경색증과 뇌졸중 진단을 받고 입원하여 관상동맥 우회술(five-vessel coronary bypass)수술을 받고 중환자실에 있다가 일반병실로 이동되었다. 호흡기장애문제로 기관지경(bronchoscopy) 검사가 시행되었다. 검사 후 병실로 돌아온 후 환자가 오심증상을 호소하고 숨이 짧아지자 환자의 부인이 여러 번 간호사에게 벨을 울렸는데 아무도 응답하지 않았다. 그후 환자는 구토를 하고 극심한 통증을 호소하였으며 5시 30분부터 6시 45분까지 부인은 계속 벨을 울려 간호사에게 이 사실을 알렸으나 간호사는 오지 않았고, 결국 환자는 6시 45분에

호흡장애와 심정지로 사망하였다. 의무기록지(의사기록지와 간호기록지)에는 5시 30분에서 6시 45분 사이에 간호사나 의사가 환자를 관찰했다는 어떠한 기록도 없었다.

#### ○ 판례분석

간호사의 간호 표준(standard of care)의 위반 즉, 보호자와 환자의 불응에 응답하지 않고, 기록하지 않고, 사정하지 않고, 의사에게 보고하지 않은 점 등에 관하여 심리되었는데, 간호사 참고인인 크랩(Ms. Krebs)은 6가지의 위반을 하였다고 진술하였다. 간호사는 의사의 치료진행 기록지로부터 환자가 질식의 위험이 있음을 충분히 알 수 있었음에도 간호계획이나 기록지에 이를 기록하지 않았다. 또 다른 간호사인 플로르샤임(Florsheim)도 환자의 호흡이나 폐의 상태를 사정하지 않았고 환자의 구토 후에도 이에 대한 기록이 없었으며 전체 섭취량과 배설량도 측정되지 않았다고 주장하였다. 이에 대하여 의사도 환자가 중환자실로 이송이 되어 치료를 받았으면 생존할 가능성이 있었다고 주장하여 결국 법원은 간호사의 책임을 인정하여 병원에 손해배상책임을 물었다.

이 판례는 첫 번째 환자경과관찰 관련 판례(대법원, 93도 3030)와 유사함에도 불구하고 법원의 태도가 사뭇 다름을 보여주는 사례로서 의사의 지시와 상관없이 간호사가 독자적으로 환자의 상태를 사정하고, 계획하며, 수행할 법적 의무를 인정하고 있음이 흥미롭다.

## 2. 경과관찰 관련 간호사고를 예방하기 위한 관리지침

경과관찰과 관련되어 발생할 수 있는 간호사고를 예방하기 위하여 문헌고찰과 포커스 그룹 방법을 통하여 본 연구자들은 일반 간호사를 위한 임상적 실무지침과 관리자를 위한 관리지침을 구분하여 개발하였다. 그 내용은 <Table 1> 및 <Table 2>와 같다.

## V. 결론 및 제언

앞에 살펴본 경과관찰관련 4개의 판례에 대한 법적 검토를 한 결과 여러 가지 흥미로운 결과가 도출되었다. 국내 제1판례의 경우 ‘수술 후 후유증이 예상되는 환자의 경과관찰’은 원칙적으로 의사의 업무이고 간호사는 ‘의사 지시에 의한 업무’로 보는 반면, 이와 유사한 미국의 제4판례에서는 간호사가 의사의 진료기록지로부터 환자의 질식 위험을 알 수 있었다면, 당연히 간호사의 ‘독자적인 경과관찰의무’가 발생되고 이를 증명

할 간호기록이 없다면 과실이 인정된다고 하여 그 기본사각과 논리에 매우 큰 차이가 있음을 보여주고 있다.

국내 판례인 제2사례는 간호사가 담당의사로부터 구체적인 지시를 받은 적이 없다 하더라도 진료기록지의 기록으로 대상자의 자살기도위험을 확인할 수 있었다면, 간호사의 ‘결과방지 의무’가 발생된다고 봄으로서 간호사의 독자적 의무영역을 다소 넓힌 경우라 할 수 있다. 이의 제3사례는 대상자의 측로(shunt)의 배액과 폐쇄여부를 확인하고 이를 의사에게 알릴 의무를 인정함으로써 간호사의 경과관찰 범위를 폭넓게 인정하고 있음을 알 수 있다.

앞으로 우리나라에서 경과관찰관련 판례가 다수 쌓이고 이에 대한 상급법원의 법리가 형성되면서 간호사의 환자 경과관찰의무는 더욱 강조될 것이라는 것은 쉽게 예측되어 진다. 왜냐하면 의사는 환자의 곁에 계속 상주할 수 없으며 결국 전문적인 간호사의 예리한 관찰과 알림에 의존할 수밖에 없기 때문이다. 외국의 사례를 살펴보더라도 간호사가 간호과정이라는 과학적인 방법론을 통해 사정하고, 계획하여 수행하는 과정을 적용하지 않는다면 이는 간호실무표준을 위반한 것으로 다루고 있으며, 이는 의사의 지시와 상관없이 전문적 간호사의 독자적인 의무로 확립되어가고 있음을 보여준다. 비록 우리나라와 절대적으로 비교할 수 없는 제도적인 차이가 존재되어 있지만 간호사의 전문성 확립을 위해서, 또한 환자 보호를 위해 간호사의 경과관찰의무를 강화하고 이를 규범화 할 필요가 있다.

본 연구는 간호사고와 관련된 풍부한 사례들을 발굴하고 또한 임상간호사들이 질적인 간호서비스를 제공하는 과정에서 대상자를 옹호함과 동시에 예기치 않은 간호사고로부터 자신을 보호할 수 있는 능력을 고양시키고자 하는 목적으로 시도되었다. 간호판례는 임상현장에서 가장 빈번히 수행하고 있는 간호활동 중 하나인 ‘경과관찰’을 주제로 하여 광범위한 문헌고찰 및 포커스 그룹방법을 통해 총 17건을 수집하였으며, 이 중에서 현재의 간호상황에 적용가능하다고 판단되는 4건의 국내·외 판례를 분석하고 이를 통합하여 최종적으로 임상적 및 관리적 지침을 개발하였다.

일차적으로 도출한 판례분석 및 관리지침의 내용은 해당분야의 전문가에게 의뢰하여 타당성을 검토받았으며, 연구자들 간 수 차례의 브레인 스토밍 과정을 거쳐 정련화하는 과정을 거쳤다. 임상간호현장의 급변한 환경변화와 법적 이슈의 다양화, 그리고 대상자들의 권리의식 강화로 인해 본 연구에서 제시하고 있는 법적인 해석과 지침들도 끊임없이 시대적 흐름에 적절하게 수정·보완되어야 할 것이며 이를 위해 지속적인 연

〈Table 1〉 Development of clinical practice guideline for client observation

---

1. 환자 자신, 혹은 보호자가 얘기하는 환자상태에 대해서는 아무리 사소한 내용이라도 가볍게 넘기지 않는다.
2. 환자가 도움을 요청할 때는 일단 환자 곁에 가서 환자의 말에 귀 기울이고 필요한 도움을 준다.
3. 환자들의 호소는 간호사에게는 ‘일상적’인 것일지라도 환자에게는 ‘아주 특별한 문제’임을 기억한다.
4. 의사의 치료적 지시 사항들은 철저히 수행하되, 수행하는 것만으로 간호사의 본분을 다했다고 생각해서는 안 되며 경과 관찰에 관한 의사의 처방지시는 최소한의 수준으로 생각한다.
5. 환자 상태에 대한 경과 관찰은 교과서에서 배운대로 관찰하고 간호중재를 적용한다.
6. 병동의 특성에 따른 질병과 이에 대한 간호사항과 관련되어 예상되는 의료사고에 대비하여 프로토콜을 개발한다.
7. 환자상태에 대해 단순히 ‘보는 것’이 아니라 ‘사려깊게 간호관찰(reflective practice)’하고 관찰한 내용을 환자의 상태와 관련지어 해석한다.
8. 관찰한 내용은 반드시 6하원칙에 따라 상세히 기록하고 필요시 의사에게 알린 후 알린 시간과 내용, 반응 등을 기록한다.
9. 대상자 관찰기술을 충분히 배운 뒤에는 자신이 관찰한 내용에 대해 확신을 가진다.
10. 문제발생시 간호관리자에게 자문을 구하되, 이때 환자가 호소한 내용들을 상세하게 보고하고 필요시 보고서를 제출한다.
11. 과거의 공식적·비공식적 의료사고들을 파일로 만들고 이를 간호사들간 공유한다.

---

〈Table 2〉 Development of clinical managerial guideline for client observation

---

1. 경과 관찰을 주제로 한 병동 집담회를 통해 정기적으로 경과관찰의 중요성을 인식시키고, 세심한 경과관찰로 인해 환자 치료에 공헌한 사례나 경과관찰을 소홀히 하여 환자치료를 지연한 사례들을 서로 공유하고 논의한다.
2. 병동관리자는 환자나 보호자들이 도움을 받고자 할 때 신속하게, 그리고 충분히 도움을 받고있는지 수시로 파악하여 문제점이 발견되면 지속적으로 개선해 나간다.
3. 병동별로 많이 요구되는 경과관찰 경우와 내용을 모아 매뉴얼로 만들어 비치하고 교육시킨다.
4. 간호사 보수교육 내용에 대상자 상태관찰에 대한 지식과 기술과정을 포함시켜 전문적인 관찰능력을 함양한다.
5. 간호사가 수행한 업무의 적절성에 대한 기준을 제시할 수 있는 간호실무표준서를 개발하여 환자들에게 제공되어야 할 적절한 간호수준을 유지하고, 간호수행의 근거와 증거로 남긴다.
6. 환자에 대한 경과 관찰 소홀로 문제발생시 피해 당사자들에게 진심으로 사과하고, 같은 과실을 반복하지 않기 위한 추후의 조치들에 대해 확실히 설명해 준다.
7. 문제발생시 절대 법적인 책임을 인정하지 않도록 한다(예: 제가 법적으로 책임지겠습니다).
8. 경과 관찰 소홀로 인한 과실에 대해 동료로서, 혹은 관리자로서 환자에게 대신 사과할 때, 절대 동료를 비난하지 않는다.
9. 환자들이 법적인 투쟁에 들어가는 이유는 경제적인 보상을 위해서라기보다는 ‘자신들의 호소를 심각하게 들어주지 않은 데’ 대한 불만 때문인 경우가 많으므로 환자들이 호소하는 문제에 대해서는 항상 긍정적인 반응을 보이도록 교육한다.
10. 환자들에게 일어나고 있는 일들에 대해 간호사는 언제든지 몇 번이고 반복해서 설명해 준다.
11. 환자에게 계획된 간호가 예정대로 시행되지 않았을 경우에는 먼저 사과를 하고, 그 다음 왜 그렇게 되었는지에 대해 설명하도록 교육한다(예: 오늘 아침에 목욕하는 것을 도와드리지 못해서 죄송합니다. 갑자기 간호가 많이 필요한 응급환자가 입원하여서...).
12. 환자들이 호소하는 문제는 항상 법적인 문제발생시 소송제기의 사유가 될 수 있음을 인지하고 늘 설명하고 사과할 준비를 하도록 교육한다.
13. 문제발생시, 그 문제와 관련된 동료들과 사건발생의 배경과 과정을 찬찬히 고찰하며, 최선의 방법이 무엇인지에 대해 서로 의견을 교환하며 지지해 준다.

---

구가 필요할 것으로 보인다.

이상의 내용을 종합하여 볼 때 본 연구의 의의는 판례에 대한 피상적인 접근 방식에서 벗어나 법조인의 법리적 판단 기준을 적용하여 분석함으로써 법적 분쟁 발생시 법적 판단의

요건에 부합하는 효과적인 전략수립을 모색하고자 했다는 점이다. 뿐만 아니라 간호사고 예방교육을 담당하는 임상간호실무자들과 여러 차례 논의를 통해서 관리적인 노력이 요구되는 취약상황을 지적하고, 원론적 관리지침의 적용상 한계점을 확

인하였을 뿐만 아니라, 그들만의 경험상 노하우를 나눔으로서 현실상황을 고려한 관리지침을 도출할 수 있었다. 따라서 이를 교육자료로 활용하였을 때 간호사의 위험관리 능력향상을 더욱 도모할 수 있을 것으로 기대된다. 한편, 대외적으로는 간호사의 전문성과 독자적 능력에 대한 사법부의 몰이해를 지적하고, 이를 알리는 근거자료로서의 가치를 지니며 또한 의료전문직 내에서 간호업무의 법제화 정책에 일조할 것으로 사료된다.

본 연구를 바탕으로 연구 및 실무 측면에서 다음과 같이 제언하고자 한다.

1. 간호과오관련 판례들의 분류체계와 보고체계를 구축하는 것이 필요하다.
2. 각 병원의 간호과오 관련 사례들을 공식화하여 병원간 서로 공유하는 문화가 필요하다.
3. 간호과오를 예방하기 위한 관리지침을 함께 개발한다.
4. 간호실무표준화를 위한 연구와 이를 바탕으로 한 정책수립이 요구된다.

## 참 고 문 헌

- ANA (1989). *Liability prevention and you*, Washington DC, American Nurses Publishing, American Nurses Foundation/American Nurses Association.
- Ashmore, R., & Carver, N. (2000). Clinical supervision in mental health nursing courses, *British Journal of Nursing*, 9(3), 171-176.
- Brent, N. J. (1993). Delegation and Supervision. *Home Healthcare Nurse*, 11(4).
- Black, J. M., & Matassarin-Jacobs, J. (1997). *Medical-Surgical Nursing(5th eds.)*. W. B. Saunders com.: Philadelphia.
- Cherry, B., & Jacob, S. R. (1999). *Contemporary nursing: issues, trends and management*, Mosby pub.
- Chapman, E. J., & Mason, D. (1994). Putting the case for the nurse -Handling and avoiding clinical negligence claims-. *Professional Nurse*, Apr, 443-447.
- Chun, I. D. (1993). Occurrence Structure and Judicial Case Studies in Nursing Accidents. *Korean Nurs.*, 32(5), 31-49.
- Elnitsky, C., Nichols, B., & Palmer, K. (1997). Are hospital incidents being reported?. *JONA*, 27(11), 40-46.
- Elliott, C. J. (1997). Professional Negligence. *Professional Nurse*, 13(1), 50-51.
- Elliott, C. J. (1997). Liability in Negligence. *Professional Nurse*, 13(1), 52-53.
- Fernandez, E. (1997). Just 'doing the observations': reflective practice in nursing. *British Journal of Nursing*, 6(16), 939-943.
- Fiesta, J. (1988). *The Law and Liability-A Guide for Nurses-2nd eds*. A Wiley Medical Publication: New York.
- Flanagan, M. (1994). Assessment criteria. *Nursing Times*, 90(35), 76-88.
- Forkner, D. J. (1996). benefits and Liabilities. *Nursing Management*, 27(11).
- Gen, I. D. (1996b). Nurses duty care in observation patient. *J. Nursing in life*, 20(8), 118-123.
- Gen, I. D. (1999). *Medical malpractice cases*. Hean am pub : Seoul.
- Kim, K. K. (1998). *A Study of Nurses legal duty and their understanding of responsibility on nurse practices*, Unpublished master dissertation, The Yonsei University of Korea, Seoul.
- Kim, E. K., Whang, J. H., Kim, C. Y., & Oh, B. H. (1998). A Study on Nurses' Perception and Experience of Medication Error. *Applied Nursing Research*, 12(1), 133-150.
- Lee, S. K. (1999). *A study on the factors affecting the settlement amount of the medical malpractice claims in Y medical center*. Unpublished master's thesis, Yonsei University of Korea, Seoul.
- Mun, H. J., & Lee, M. A. (1999). A Study of Nurses' Knowledge, Attitude on the Nurses' Law and Nurses' Perception on the Causes, Coping Patterns with the Nursing Accidents. *J. Korean Heal Nurs.*, 13(1), 41-62.
- Min, H. J. (1996). *A Analysis on influencing factors of Malpractice allegation outcome*. Unpublished master dissertation, The Yonsei University of Korea, Seoul.
- Min, H. S. (1985). *A Study of Nurses civil liability on malpractices*, Unpublished master dissertation, Unpublished master's thesis, Yonsei University of



- Korea, Seoul.
- Nursing97 (1997). Legal Handbook-Ways to improve and safeguard your practice-. *Nursing*, 97(6), 45-47.
- Pozgar, G. D. (1996). *Case Law in Health Care Administration*. An Aspen pub: Maryland. 89-101.
- Pozgar G. D. (1996). *Legal aspect of Health Care Administration*. An Aspen pub: Maryland.
- Shin, E. J. (2000). The New approach for medical malpractice allegation. *Korean Journal of Medicine and Law*, 7(1), 91-92.
- Son, M. S., Lee, S. K., & Kim, K. K. (1997). A Study of Total malpractice allegation cost in Korea Hospital. Association of Korea Hospital Management.
- Soo, H. J., & Park, M. J. (1998). A Study of professional nurse self-regulation based on nurse practice law and malpractice cases. *J. The Choungnam University of Korea*, 1(1), 68-82.
- Yang, K. H., Whang, J. H., & Kim, Y. H. (1998). A Study of Nurse Legal Obligation and Responsibility Related to their work, *J. Korean Comm Nurs.*, 9(2), 303-312.

## - Abstract

Key concept : nursing malpractice, observation, nursing case law, managerial guideline

Legal Analysis and Development of managerial guideline to nursing activities related to observation

*Kim, In Sook\* · Kim, Ki Kyoung\*\* · Kim, Dae Ran\*\**

**Purpose.** The study was done to develop nursing guidelines to prevent nursing negligence in the clinical setting that would lead to malpractice.

**Method.** A comprehensive review of the literature and focus groups interviews were used to search for malpractice

cases related to “observation”, one of the most basic nursing activities. The cases were analyzed with respect to nursing practice and a legal expert was consulted on the content.

**Results.** 4 malpractice cases related to observation negligence were selected for this study; 1) a case of failing to observe dyspnea after a thyroidectomy, 2) a case of failing to observe a depressed patient for suicide attempts, 3) a case of failing to observe a VP shunt obstruction, 4) a case of failing to observe a cardiac ischemia after a bronchoscopy. 11 guidelines were developed for clinical nurses and 13 guidelines for nursing managers.

**Conclusion.** These guidelines are useful in preventing malpractice due to nursing negligence. Therefore nurses need to apply them to their practices and continue to make an effort to develop guidelines for other malpractice situations.

\*Associate professor, College of Nursing, Yonsei University

\*\*Research instructor, Department of Nursing, Wonju College of Medicine, Yonsei University