

看護와 關係된 判例와 그 問題點의 法醫學的 考察

文 國 鎮

(고려의대 법의학 교실)

目 次

序 言

I. 看護員의 注射行爲와 關係된 事例(1-7)

II. 看護員의 注射行爲와 關係된 事例의 法醫學的 考察

1. 醫療行爲와 看護業務

- 1) 醫療에 있어서의 對人關係의 變化
- 2) 看護業務의 法醫學的 分析
 - (1) 法律上의 看護業務
 - (2) 看護學上의 看護業務
 - (3) 看護業務의 綜合的 考察

2. 醫師와 看護員의 業務關係와 그 責任限界

3. 看護業務와 投藥 特히 注射行爲

- 1) 看護員의 注射業務量과 그 實態

4. 注射事故實態

- 1) 部位別 分類 및 比較
- 2) 注射藥劑別 分類 및 比較
- 3) 注射關係判例의 判決結果別 比較

5. 注射行爲와 看護員의 責任

- 1) 靜脈注射와 看護員의 業務限界
- 2) 注射藥의 誤認 및 誤用의 責任

3) 注射技術上의 過誤와 그 責任

- (1) 注射로 因한 末梢神經 및 筋肉損傷
- (2) 注射로 因한 末梢神經麻痺 및 筋短縮의 發生機轉
- (3) 注射部位에 對한 檢討
- (4) 注射技術의 過誤와 看護員의 責任
- (5) 注射部位의 化膿과 一回用注射器 使用時의 責任

6. 注射事故時의 法的 判斷事項

III. 看護員의 不注意와 關係된 事例(8-12)

IV. 看護員의 不注意와 關係된 事例의 法醫學的 考察

1. 使用者 責任

2. 看護員의 補助行爲와 醫師의 確認義務 및 信賴의 原則

V. 看護員의 業務不覆行과 關係된 事例(13-15)

VI. 看護員의 業務不覆行과 關係된 事例의 法醫學的 考察

1. 看護倫理

I. 看護員의 注射行爲와 關係된 事例

事例 第 1: 注射液을 注射器에 충전할때 이를 確認

<편집자註> 간호원이 소홀히 하기 쉬운 法醫學에 대한 이해가 필요시 되어 지난해의 안내와 같이 문국진교수의 글을 연재할 예정이었으나 본호의 특집에 따라 전부를 게재하기로 하였습니다. 독자 여러분의 이해를 바라며 다음호부터는 法醫學은 제의 상담란을 마련하고자 하니 많은 문의 주시기 바랍니다.

하지 않은 것은 看護員의 注意義務違反이다.

K病院의 樂師 A는 局所麻醉劑 "누페르카인"의 3% 注射液을 만들었다. "누페르카인"은 그

使用을 잘못하면 生命 및 身體에 危險을 야기시킬 수 있는 劇藥이기 때문에 그 取扱에 있어서 外見上 劇藥이라는 것을 식별할 수 있게 붉은 글씨로 「劇」을 기재하여야 하는데 靑色글씨로 3% “누페르카인” 100cc라고만 기재하였다. 이때 포도당 注射液도 만들었는데 이것도 “누페르카인”과 같은 모양의 용기에다 20%포도당 100cc라고 역시 靑色인크로 기재하였으며 포도당주사액은 이러한 容器로 6個를 만들었다. 그리고는 이들 주사액을 멸균시키기 위하여 같은 멸균기에 넣고 멸균한 후에 그대로 방치하고 집으로 돌아갔다. 다음날 同藥劑科에서 藥師의 業務를 보조하여 간호원들에게 주사액 또는 藥品 등을 내주는 일을 맡고 있는 事務員 P가 멸균기에서 前日 藥師가 만들었던 포도당과 “누페르카인” 주사액을 멸균기에서 꺼내어 全部가 포도당주사액으로만 알고 같은 藥劑函에 넣다가 포도당주사액의 處方을 들고온 간호원 C에게 “누페르카인” 주사액을 내주었다. 간호원 C는 이것을 病室로 가지고 가서 處置台위에다 놓았다. 卽 언제나 포도당주사액은 약국에서 나오면 처치대위에다 놓고 사용하였기 때문에 平常時대로 한 것이다.

간호원 D는 “누페르카인” 주사액을 포도당주사액으로 輕信하고 이를 확인하지 않고 20cc 주사기에 충전하여 醫師의 처방대로 3명의 환자에게 주사하기로 하였다. 이때 간호원 E에게 환자 O의 포도당주사를 부탁한다고 하여 이미 주사기에 충전된 “누페르카인”을 주었다. 간호원 E도 이것을 전혀 모르고 환자에게 주사하였다. 간호원 D는 환자 M에게 이 주사를 놓았다.

얼마후 환자 O와 M가 갑자기 死亡하는 소동이 벌어져 확인한 결과 그 주사액병이 포도당이 아니라 마취제라는 것을 알게 되었다.

第1審에서는 藥師 A가 만든 劇藥인 “누페르카인” 주사액병에 붉은 글씨의 藥品名과 「劇」字를 쓰지 않은 것은 同藥劑科長 T의 지시 감독하에 종전대로부터 하여오던 바이기 때문에 그 책임은 부하직원인 A藥師에 있다 할수 없으며 事務員 P가 적절한 注意를 하지 않은데서 마취

제를 포도당으로 잘못 알고 간호원 C에게 이를 넘겨준 過失行爲는 C의 확인행위로서 능히 是正될 수 있는 기회가 있었으며 또 간호원 D는 이를 포도당주사액으로 잘못 판단하고 주사기에 충전하여 간호원 E에게 주고 또 자기도 이를 환자에 주사하여 환자 O와 M가 死亡케 한 것이다. 그런데 O와 M의 死亡과 P의 過失行爲間에는 因果關係가 直接 成立되지 않는다 하여 A와 P는 無罪라 하였고 D 간호원에게는 業務上 過失致死罪가 成立된다 하였다. 卽 醫師의 處方에 의한 포도당을 주사하는 경우 注射器에 주사액을 충전할때 그 주사액이 의사가 처방한 주사액이 틀림이 없는가 또 약품의 잘못으로 身體에 어떤 危險發生이 없겠는가를 확인하여야 하는 業務上의 주의의무가 있음에도 불구하고 이를 대만하였기 때문에 그 業務上 過失致死罪가 成立된다고 하였다. 抗訴審 및 上告審에서도 역시 같은 判斷으로 原審을 지지하였다. (日本 最高裁, 1953. 12. 22 第3小法廷判決)

事例 第2 : 醫師가 있는 가운데 간호원이 注射藥을 잘못 선택하여 다른 것을 주사하여 患者가 死亡하였을 때는 그 責任은 共同으로 져야 한다.

左肩胛關節脫臼 患者를 整復하기 위하여 主治 醫 B가 努力하였다. 이때 醫師 A가 같이 助力하였는데 患者가 疼痛을 호소하기 때문에 整復操作을 할 수 없게 되자 A는 B에게 全身麻醉를 하고 操作하는 것이 좋겠다고 제의하고 醫師 A는 看護員 C에게 全身麻醉劑인 “오로반소다”를 주사할 것을 지시하였다. 이때 看護員이 잘못 선택하여 吸入麻醉劑인 “크로로포름”을 정맥에 주사하여 患者가 死亡하는 事故가 發生되었다.

原審에서는 醫師 B, A 및 간호원 C가 業務上 過失致死罪의 共同正犯임을 認定하였다.

이에 對하여 醫師 A는 自己는 主治醫가 아니며 B의 補助者에 不過하였으며 또 患者의 死因이 된 靜脈注射에 관여한 바도 없기 때문에 過失行爲를 한 것이 없으며 단지 마취를 하고 整復하는 것이 좋겠다는 提言을 하였을 뿐이며 그 提

말에 잘못이 있는 것은 아니며 過失이 있다면 이를 잘못 선택하여 注射한 간호원 C에게 있다고 抗訴하였다.

抗訴審에서는 다음과 같은 理由로 抗訴를 기각하였다.

1) 醫師 A가 主治醫가 아니고 단지 보조자에 不過하였다고 主張하나 A의 地位面이 어떠한 間에 그 當時의 狀況으로서는 醫師 A와 B는 그 患者의 診療에 있어서는 그 責任의 輕重을 區別하기 곤란한 공동담당이었다고 인정된다.

2) 醫師 A의 注射指示는 正當하였으며 A가 注射의 實施行爲에는 關與치 않았으므로 業務上의 責任이 없다는 主張에 對하여 A가 간호원 C에게 그 藥名을 “오로반소다”라고 지시한 것은 正當하였다. 그러나 간호원에게 주사지시를 하고 특히 그 장소에 있으면서도 간호원이 주사를 할때는 그 準備에서 주사에 이르기까지 그 藥名, 分量, 方法 등을 확인하고 특히 全身麻醉와 같이 危險이 야기될 可能性이 있는 경우에는 비록 간호원이 지시된 業務를 수행할수 있다 할지라도 立會하여 이를 확인하여야 할 業務上 責任이 있음에도 不拘하고 이를 施行치 않았다. 특히 어떤 患者에 2名 以上の 醫師가 共同으로 診療하여 그 責任의 輕重을 가리기가 困難하며 過失이 있는 경우 共同診療에 임한 醫師全員에게 過失의 責任이 있다할 것이다. 따라서 A가 마취주사에 直接 參與치 않았다해서 그 責任을 免할 수는 없다 하여 過失行爲의 競合으로 보고 A의 항소를 기각하였다. (日本廣島高裁 1957. 7. 20判決)

事例 第3 : 危險을 同伴하는 注射를 看護員에게만 委任하여 事故가 發生된 데에는 醫師도 責任이 있다.

醫師 N는 患者의 妊娠中絶, 卵管結紮, 蟲垂切除 等の 手術을 위하여 看護員 S에게 靜脈注射用 全身麻醉劑인 “오이날” 5cc를 주사할 것을 지시하였다.

S는 이를 주사하기 위하여 患者의 右上膊을

고무줄로 묶고 靜脈을 찾으려 하였으나 환자가 워낙 미란한 관계로 靜脈을 찾을 수가 없어서 손, 발의 靜脈도 찾아보았으나 靜脈을 확인할 길이 없어 醫師에게 自信이 없다한즉. 한번 더 해보라기에 다시 右上膊을 결박하여 靜脈이라고 생각되는 부위에 注射針을 刺入하고 주사기통으로 吸引하자 血液이 逆流하기에 환자에게 敷를 하나; 둘 헤아리게 하면서 5cc를 全部 주사하였으나 환자는 마취되지 않았다. 이를 N醫師에게 보고하자 “라보날” 20cc를 다시 주사하라기에 지시대로 주사하여 수술을 無事히 끝마쳤다.

그런데 “라보날”을 주사하기前 그러니까 “오이날” 주사後 얼마 안되어 患者는 右手에 疼痛을 호소한 바 있고 손끝이 變色되기 시작하였다. N醫師는 마취약이 靜脈 外로 새겼 때문에 일어나는 症狀으로 보고 이에 對한 治療를 하였으나 效果가 없었다. 患者의 右手部 및 前膊部는 점점 壞死되기 시작하여 約 2個月後에는 右肘關節以下의 切斷手術을 받게 되었다. 환자는 간호원을 告訴하게 되었다.

第一審에서는 壞死는 血行障礙에 기인되는 것이며 이것은 단순한 局所的인 것이 아니라 팔꿈치에서 손끝에까지 이르는 광범위한 것으로 보아 간호원이 환자에게 “오이날” 주사당시 動脈을 靜脈으로 誤認한데서 비롯된 것으로 認定됨에 증거가 充分하므로 看護員에 過失이 있다하여 罰金(15,000圓)刑에 處하였다.

看護員의 변호인은 醫學上 血行障礙는 여러가지 原因에 依하여 야기될 수 있으므로 간호원이 주사한 것이 原因이 되었다고 斷定할 수 없으며 간호원의 주사가 原因이되어 患者가 피해를 받았다면 그것은 當然히 감독자인 醫師가 져야 할 것이라고 主張하고 抗訴하였다.

抗訴審에서는 이 事件을 Y教授에게 鑑定을 依頼하였다. 그 結果 「血行障礙의 原因은 간호원의 過失에 기인됨이 確實하며 “오이날” 사용 注意함에 特別히 血管外에 새는 경우에는 그 局所에 격렬한 자극작용이 일어난다고 기록되어 있는바 이러한 注射를 간호원에게 맡겨놓은 無責任한 醫師의 態度에도 그 事故發生原因의 하나

가 된다]라고 하였다. 따라서 二審에서도 一審과 같은 罰金刑과 執行猶豫 2年을 言渡하였다. 上告하였으나 上告審에서도 1審과 2審을 지지하고 기각 判決하였다. (日本最高裁 1963. 6. 20. 判決)

事例 第4 : 간호원의 주사로 신경마비가 후유증으로 생긴 경우 환자의 손해배상은 사용자에게 그 책임이 있다.

患者M는 狹心症을 治療받기 위하여 F病院에 入院하였다. 醫師回診때 不眠과 頭痛을 呼訴하자 醫師는 간호원에게 “구레란” 注射을 指示하였다.

간호원 N가 同주사약을 환자의 右上膊部에 주사하자 환자는 疼痛을 호소하고 右側拇指와 示指의 麻痺感이 생겼다. 後 各種 物理治療를 위시한 약물치료를 하였으나 別效果가 없었다. 狹心症은 많이 好轉되었으나 注射後遺症은 더욱 惡化되었다.

患者는 醫師의 紹介로 N大學病院으로 移送되어 진단결과 長拇指伸展筋과 總指伸展筋에 輕한 筋收縮과 橈骨神經單獨支配部位에 知覺麻痺가 있음이 밝혀졌다. 따라서 계속 치료받았으나 別效果가 없자 이러한 後遺症은 注射의 過失로 야기 되었다 하여 F病院 開設者를 對象으로 손해배상청구소송을 제기하였다.

이 사건에 대하여 법원은 환자에게 “구레란” 注射을 處方한 醫師의 지시는 正當한 것이었으며 또 筋肉注射는 注射行爲中에서도 比較的 간단한 주사이기 때문에 반드시 醫師에 의하여야 한다는 理由도 없다. 단지 간호원의 不注意로 橈骨神經에 障礙를 일으켜 이러한 후유증을 남기게 된 것이다. 따라서 N간호원의 使用者인 病院開設者는 이 손해를 배상하여야 한다”고 判示하고 一金 501萬餘圓의 支拂을 命하였다.

(日本福島地裁 1972. 7. 21. 民事第一部 判決)

事例 第5 비록 간호원이 注射한 것이 注射後 神經麻痺 또는 筋萎縮 등과 같은 後遺症이 야기되었어도 病院은 이에 對한 배상責任이 있다.

左側大腿部에 疼痛을 呼訴하는 患者 S가 B 醫師의 診察을 받았다. 診察後 醫師는 看護員C

에게 “이루카피린” 注射을 處方하였다.

간호원 C는 同주사를 환자의 左臀部에 주사하였다. 注射直後 S는 左下肢에 격렬한 아픔을 호소하며 歩行이 困難한 상태로 되었다.

그後 入院과 通院加療를 하였으나 左下肢의 總腓骨神經麻痺, 左足關節의 기능장애, 좌하퇴의 지각마비, 左足關節背屈筋群의 마비 및 萎縮 등을 남기게 되어 患者는 醫師 및 간호원을 상대로 손해배상 청구소송을 제기하였다.

이에 對하여 法院은 “이루카피린” 注射藥의 副作用을 防止하는 가장 有效한 方法은 주의깊게 주사부위를 선정하여 심중히 약제를 주입하는 것으로 구체적으로는 臀部 上外 4分の1 區域內에 주사침을 자입하여 針의 끝이 皮下脂肪層을 지나 筋肉內에 精確하게 도달하게 하며 針의 方向은 腹臥位에서 垂直으로 하여야 하며 內側으로 向하거나 血管內에 들어가서는 절대 안된다. 또 보통주사 보다 더 서서히 하여야 하며 萬一 電擊痛을 호소할 때는 直時 바늘을 뽑아서 注射部位를 새로 결정하여야 하는 등 坐骨神經纖維束 또는 그 주위에 약물이 주입되지 않도록 하여야 하는 注意義務가 있는데 이를 怠慢하였기 때문에 이 러한 後遺症을 남겼고 그 過失은 간호원에 있으며 이로 因한 손해의 배상책임은 병원 개설자에 있다고 判示하였다. (日本廣島地裁 吳支部 1961. 4. 8. 判決)

事例 第6 : 비록 간호원의 注射過失로 환자에게 後遺症이 생겼더라도 그 배상책임은 병원 개설자에게 있다.

蟲垂炎手術을 받은 7才된 어린이 患者가 入院加療中에 있었다. 主治醫 W는 患者에게 12時間마다 tetracycline을 주사하라고 처방하였다. 이 指示를 받은 간호원 R가 어린이 患者의 右臀部에 tetracycline을 주사하였다. 그後부터 患者는 右側다리를 잘 쓰지 못하게 되었다. 환자는 간호원을 고소하고 손해배상청구소송을 제기하였다.

法院은 간호원의 過失을 인정하고 respondent supervisor의 原則에 따라 손해배상은 病院開設者에 있다고 判示하였다.

(Bernardi V., Community Hospital Association, 166 Col. 280, 443 p., 2d 708, 1968)

事例 第7 : 一回용으로 製造된 주사기 및 주사침을 사용하여 化膿한 것까지를 의사 또는 간호원의 과실이라 할 수 없다.

感染症을 治療하기 위해 醫師는 penicillin의 注射를 處方하였다. 간호원은 醫師 立會下에 환자에게 penicillin을 臀部肌肉에 주사하였다. 이때 주사기 및 주사침은 미리 소독하여 나온 一回使用하고 버리는 주사기 이었다. 그런데 얼마 후 그 주사부위가 화농되어 切開手術을 받게 되었다. 환자는 의사와 간호원을 過失이 있다하여 고소하였다.

法院은 이 事件에 대하여 注射後에 그 부위가 화농한 것은 分明하며 이것은 간호원의 주사 행위에 기인된 것은 事實이나 사용된 주사기 및 주사침이 미리 소독하여 製品으로 나오는 一回用 주사기이기 때문에 그 소독에 對하여 醫師나 간호원이 확인할 筈이 없기 때문에 醫師 및 간호원의 과실이라 할 수 없다하여 환자의 고소를 기각하였다.

(Cohran V. Harper, 115 Ga. App. 277, 154, S.E. 2d 461, 1964)

II. 看護員의 注射行爲와 關係된 事例의 法醫學의 分析

看護員의 注射行爲와 關係된 判例들을 檢討하면서 眞實히 느낀 것은 우리나라에는 看護業務, 看護行爲 및 看護員을 위한 單獨인 法律이 마련되지 못하고 있다는 點이다. 外國의 경우는 Nurse licensing law, Nurse practice act(美國),¹⁾ 保健婦 助産婦 看護婦法(日本)²⁾ 등과 같이 看護業務에 對한 法이 마련되어 있기 때문에 法 테두리內에서의 患者를 위한 療醫人들의 協力이라는 醫療體制를 갖추고 있다는 點이 우선 우리나라의 現實과는 差가 있다할 것이다. 勿論 이러한 法을 갖춘 나라에서는 看護業務 特히 患者를 위한 醫療속의 看護라는 點에서 문제점이 없다

는 것은 아니다. 그러나 우리나라와 같이 醫療法하나로서 醫師와 看護員의 業務를 같이 다루고 있는 前近代인 法을 가지고 있는 實情에서는 여러가지 문제들이 法未備 때문에 實情과는 다르게 法的으로 처리될 가능성이 있는 것이다.

따라서 우선 整理되어야 할 것이 醫療行爲와 看護業務 特히 醫師와 看護員의 業務循環과 對人關係의 變化 및 이들이 內包하고 있는 문제들로부터 다루어지는 것이 順序인 것 같다.

1. 醫療行爲와 看護業務

醫學의 눈부신 發展은 自然히 醫療의 分業化를 초래케 하였고 또 專門分業化된 醫療 各分野의 協力이 患者에게 良質의 醫療를 供給하고 國民의 健康增進에 기여할 수 있게 되는 것이다. 即 科學은 發達되면 分業化되고 또 이것이 單一化되는 過程속에서 發展이 거듭되어 왔다. 따라서 分業化, 單一化의 문제는 醫學뿐만이 아니라 現代科學이 안고 있는 고민의 하나이고 研究課題의 하나라고 하였다.

이러한 現象이 醫療行爲라 해서 例外일 수는 없는 것이다. 即 現代醫療는 醫師 單獨으로는 遂行될 수 없고 많은 協助者(專門醫 간의 協助, 醫師와 看護員, 醫療技士와의 補助 등)들의 도움으로서 完遂될 수 있는 것이다. 따라서 近來에 와서는 醫療 team이라는 새로운 用語가 등장하게 되었다. 이러한 醫學發展에 수반되는 醫療體制의 變化와 더불어 社會體制의 變化는 醫療에 있어서의 對人關係에도 많은 變化를 가져오게 되었다.

1) 醫療에 있어서의 對人關係의 變化

封建社會에 있어서의 醫療는 醫師單獨의 專斷의 醫療로서도 別異議 없이 잘 이루어져 왔다. 그러나 社會가 民主化됨에 따라 國民의 權利意識의 向上은 醫療의 民主化를 부르짖게 되었고 醫療의 民主化란 醫師와 患者의 平等化를 의미하는 것이며 이의 平等化란 患者가 醫療에 참여하고 싶다는 것이다. 醫療에의 참여란 醫療內容을 알고 싶다는 것이며 이러한 國民의 感情은 法으

로 集約되어 醫療에 앞서 說明의 義務, 同意의 義務等 여러가지 醫師의 患者에 對한 義務로 規定되게 되었다.

어떤 醫療事故에 對하여서 과거에는 倫理的, 道德 乃至는 道義의 面에서 解決되던 것이 法解決 萬能, 被害의 金錢補償萬能主義로 흘러 社會問題로 등장하게 되었다.

醫療內部에서 特別히 醫師와 看護員의 關係는 어떠한가? 封建社會下에서의 이들의 關係는 盲從의 關係였고 看護員은 醫師를 돕기 위한 天職으로 여겨져 왔다. 그러나 社會가 民主化되고 看護員의 教育水準이 向上됨에 따라 盲從의 關係에서 民主的 關係로 業務의 面에서 한 職業人으로서의 權利를 主張하기에 이르렀다.

이러한 對人關係의 變化를 醫師中心으로 생각한다면 患者와 醫師의 對人關係의 民主化를 부르짖는 患者에 對한 醫師의 각종 의무의 多樣性 그리고 醫師와 看護員의 對人關係의 民主化로 波生되는 盲從關係에서 協助關係로서 轉換要求等은 醫師를 너무나 당황하게 하고 허탈로 몰아넣고 있다.

社會民主化의 물결과 對人關係의 民主化 要求는 그 누구도 이를 막을 수가 없는 것이며 막아서도 안될 것이다. 그러나 한가지 分明히 하여야 할것은 우리나라의 지금 바로 이러한 거센 民主化로 醫療가 民主體制化되는 轉換期에 놓여 있다는 事實이며 이러한 것들이 오늘의 陣痛을 거쳐 장차는 自然히 土着되리라하는 것이다.

따라서 이러한 轉換을 人工적으로 앞당기기 위한 努力은 더욱甚한 陣痛을 수반하게 된다는 事實이다. 우리 社會에서 醫師 對 患者와의 對人關係의 變化에는 醫療紛爭이라는 새로운 課題가 社會問題로까지 등장되었다.

그러나 醫師와 看護員의 對人關係의 變化는 아직 커다란 雜音이 없는 것은 過去에 天職으로 여기고 看護員을 擇한 即 盲從의 關係에서도 이를 自己의 天職으로 알고 奉仕하여온 선배 看護員들의 후배들에 對한 說得과 制動的 教育이 큰 역할을 하고 있기 때문인 것으로 해석된다. 그러나 이분들이 代를 물려주면, 即 現代看護學

을 배운 學士出身의 看護員들이 看護界의 指導의 立場에 설 때는 對人關係의 많은 變化가 초래될 것이 예상된다.

看護業務에 對하여서는 그 業務의 限界가 明示된 것이 없기에 우선 看護業務를 法醫學의 面에서 分析하기로 한다.

1) 看護業務의 法醫學의 分析

(1) 法律上的의 看護業務²⁾

우리나라에는 看護業務의 單獨法이 없기 때문에³⁾ 그 業務의 範圍를 正確히 論議하기가 곤란하다. 그러나 醫療法에 明示된 任務, 義務, 醫療法施行規則等을 근거한 看護員의 業務는 다음과 같이 案出할 수 있다.

① 患者의 療養上의 看護 및 診療의 補助(醫療法 第2條 第2項 第5號): 患者의 病傷을 다스리는데 必要한 調攝과 看護 그리고 醫師의 患者에 對한 診療 및 治療를 補助하는 任務가 있다.

② 患者 또는 保護者에 對한 療養方法의 指導(醫療法 第22條): 醫療法 第22條에는 “醫療人은 환자 또는 그 보호자에 대하여 요양의 방법 其他 건강관리에 필요한 사항을 지도하여야 한다”라고 規定되어 있다. 따라서 醫療人이라면 醫師(齒科 및 漢醫師)와 看護員, 助産員을 말하는 것이기 때문에 간호원은 의당 환자 또는 그 가족에 對하여 病傷의 요양의 方法과 其他 건강관리에 必要한 事項을 지도할 義務가 있는 것이다.

③ 看護記錄의 作成 및 保管(醫療法 第21條 醫療法 施行規則 第17條 3項 및 第18條 7號):

醫療法施行規則 第17條의 「진료기록부 등의 기재 사항」第3項 “看護記錄簿”의 規定을 보면

가) 體溫, 脈搏, 血壓에 關한 事項

나) 投藥에 關한 事項

다) 攝取 및 排泄物에 關한 事項

라) 處置와 看護에 關한 事項

等等을 간호기록부에 기재하기로 되어 있다.

이 過程으로 보아 간호업무의 범위가 정제됨을 알 수 있다.

即 가)號는 醫師의 患者診察의 기초적인 診斷行爲로서 體溫, 脈搏 및 血壓에 關한 事項으로

그 範圍가 限定되어 있다. 또 다)號의 攝取 및 排泄物에 關한 것도 理解가 쉽게 간다. 그러나 나)號의 投藥과 라)號의 處置에 關한 事項은 相當히 막연히 表示되어 解釋에 따라서는 많은 差와 混同을 가져올 우려가 있다. 即 投藥이라 하면 患者에게 病傷의 治療를 위한 藥物의 投與를 말하는 것으로 相當히 광범위하다. 即, 藥物의 種類 및 投與方法이 相當히 많기 때문에 또 處置도 그 種類 및 方法이 多樣하기에 어느 것에서 어느 것까지를 看護業務에 屬한다 할 수 없는 것이다. 即, 投藥과 處置에 關한 限 醫師의 指示 및 監督下에 行하는 것으로 그 補助의 任務를 돌이하는 것이 一般法律的인 解釋이다.

(2) 看護學上의 看護業務⁹⁾

- ① 간호는 과학적인 일정한 원칙이 적용되는 과학인 동시에 기술로서 봉사(奉仕)의 이념을 행동화하는 것이다.
- ② 환자를 돌봄에 있어서 의사 또는 책임있는 다른 분야의 사람들과의 관련성을 가지고 일하며 질병의 치료 뿐만 아니라 예방과 건강의 증진에 노력한다.
- ③ 능숙한 간호란 환자의 身體와 精神뿐만 아니라 정서면까지를 돌보는 것을 말하며 진단

과 치료 행위는 간호에 속하지 않으나 의사의 처방에 의하여 투약과 치료를 한다.

(3) 看護業務의 綜合的 考察

以上 看護의 法律的 및 看護學的인 業務內容과 範圍를 法醫學的으로 綜合할때 看護業務는 크게 두가지로 나눌수 있다.

그 하나는 患者의 療養 및 看護와 그 指導이며 다른 하나는 醫師의 診療의 보조행위이다.

即 前者는 看護員의 現代 看護專門知識을 기초한 範圍內에서의 獨自的 判斷으로서의 療養과 方法에 對한 指導가 可能한 것으로 해석되며 後者는 患者에 對한 診療補助는 醫師의 指示와 監督下에 이루어지는 것으로 獨自的인 判斷과 診療行爲가 許容되지 않는 것으로 해석된다.

따라서 看護員의 業務는 獨自的으로 行할 수 있는 業務(療養 및 看護와 그 指導)와 獨自的으로 行할수 없는 業務(診療의 補助)로 構成되 였다고 풀이된다.

2. 醫師와 看護員의 業務關係와 그 責任限界

醫師와 看護員의 業務關係 및 그 責任限界를 圖 1에 表示하였다.

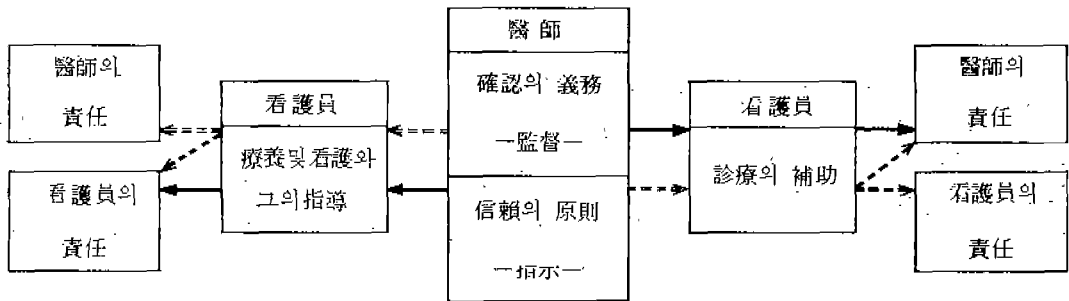


圖 1. 醫師와 看護員의 業務關係와 그 責任限界

即 前述한 看護員의 業務中 獨自性이 認定되 는 療養과 看護 및 그 指導에는 個人患者나 그 家族에 對한 것 까지가 포함되는 물론이고 大衆의 健康管理, 保健教育 및 社會奉仕(이것까지 包含 시키는 것이 最近의 傾向인 것 같다)⁴⁾⁵⁾ 등의 業務는 獨自性이 있기 때문에 그 範圍內의 事故에 對하여서는 事故의 原因의 行爲者 스스로가 責

任을 져야할 것이다.

그러나 看護員의 非獨自的인 行爲 即 診療의 補助行爲의 範圍內의 事故에 對하여서는 醫師의 指示와 監督下에 이루어진 診療行爲中에 야기된 事故이기 때문에 그 責任은 指示한 醫師 또는 開設者에게 歸結되어야 할 것이다.

이것은 醫師의 業務와 關連시켜서 생각한다면

醫師는 醫療行爲에 있어서는 主體性을 지녔으며 患者의 診療에 있어서 補助者(다른 醫師, 看護員, 醫療技士等)들을 指示, 監督하여 醫師의 判斷과 責任下에 醫療가 이루어진다. 따라서 醫師는 補助者들을 信賴하고 自己의 業務中의 一部를 맡기고 이에 對한 指示를 한다. 즉 비록 醫사의 指示에 의하여 行한 行爲이지만 그 業務自體가 看護員의 獨自的 判斷과 行爲로 許容되는 範圍의 것이라면 이를 行한 結果, 惡結果가 초래되었다면 그것은 看護員의 責任이라 하겠고 비록 非獨自的인 業務에 屬하는 것이지만 看護員의 診療의 補助行爲에 屬하는 일을 醫師가 看護員을 信賴하고 그 정도의 業務는 能히 看護員으로서도 行할 수 있을 것으로 判斷되어 指示한 結果로 惡結果가 招來되었다면 그 業務의 質에 따라 看護員에게 또는 醫師에게 또는 共同으로 責任지는 것으로 귀착될 것이며 醫師가 確認의 義務를 지니고 監督下에 이루어진 看護員의 診療補助行爲로 빚어진 惡結果라면 그 責任은 醫사의에게 있다 할 것이다. 비록 確認의 義務를 지닌 醫師의 監督下에 이루어진 業務이지만 看護員의 獨自的 業務에 속할 수 있는 일이라면 그 質에 따라 惡結果의 責任은 醫師 또는 看護員 또는 兩者共同으로 지게 되는 것이다.

3. 看護業務와 投藥 特히 注射行爲

患者의 病傷治療에 있어서 가장 많은 比重을 차지하는 것은 藥物治療라 하겠다. 또 患者에 對한 投藥에 있어서 가장 中樞的 역할을 하는 것이 간호원이라 할 수 있다. 醫사의 처방에 의하여 약사가 劑劑하면 이를 患者에게 직접 투여하는 것은 간호원에 의하여 이루어지게 된다. 特히 入院환자의 경우는 더욱 그러하다.

약사는 醫사의 처방대로 定하여진 醫무순환에 의하여 劑劑하면 되지만 간호원의 경우는 患者에게 직접 藥을 投여하기 때문에 비록 醫사의 처방에 의하여 약사가 劑劑하였다 하지만 이를 患者에게 投여하기 직전에 이를 확인하게 된다. 따라서 어떤 面에서는 간호원이 누구보다도 投藥에 대한 知識이 풍부하여야 했고 精確하여야 할

것이다. 가령 劑劑의 劑劑가 잘못되었거나 또는 약사의 劑劑가 잘못 되었다 할지라도 投藥直前に 이것이 發見되어 시정된다면 患者의 病傷治療에는 影響이 없을 것이다. 그러나 간호원 마저 이를 發見하지 못하였거나 또는 現症狀와는 다소 차이나는 劑劑 또는 劑劑일때 이를 醫사나 약사에게 연락하여 그 患者의 狀態에 적합한 投藥이 이루어지도록 하는 일 등은 投藥醫무순환에서 간호원의 역할이 매우 중요함을 알 수 있다.

특히 주사로 藥물을 投여할 때는 그 大部分이 간호원에 의하여 이루어지는 實情이나 護士의 報告에 依하면 우리나라의 敎育病院級의 入院患者 588名을 對象으로 調査한 一日 經口投藥數는 1,323이며 注射回數는 2,104라는 數로 보아 投藥에 있어서 注射가 차지하는 比重은 참으로 크다 할 것이다. 따라서 看護員의 業務中 注射는 莫重한 비중을 차지하는데 注射라는 것이 그리 安全한 投藥方法이 못되어 여러가지 顯저 많은 副作用과 合併症 및 後遺症을 남겨 法的인 評價로 그 行爲의 正當性與否가 평가되는 경우가 적지 않다.

따라서 이를 正當하게 判斷하기 위하여는 前述한 判例들이 參考가 된은 不本이고 우리나라 에서의 患者에 對한 注射實態, 注射事故實態를 먼저 파악하여야 할것으로 생각된다.

1) 看護員의 注射業務量과 그 實態

서울市內의 敎育病院級 綜合病院에 入院한 患者 588名을 對象으로 1日 注射回數를 調査한 日 2,104回였는데 그중 가장 많은 것이 靜脈注射 (1,032回, 49.04%)이며 다음이 筋肉注射(1,030回, 48.95%)였고 皮下注射(27回, 1.28%), 皮內注射(15回, 0.71%)였다고 한다. 즉, 注射의 大部分(約 98%)이 靜脈과 筋肉에 이루어지는 것을 알 수 있다. 또 患者가 一日에 平均的으로 맞는 注射回數는 3.58로서 患者라고 入院하면 누구를 各론하고 一日 3~4回의 주사를 맞고 있다 는 報告이다.

또 어떤 種類의 注射劑가 어느 정도로 쓰이는 가에 對하여서는 抗生劑 및 抗菌劑가 966回로 가장 많이 쓰이며 그다음에 水分 및 電解質劑가

344回, 營養劑 298回, 凝固劑 및 抗凝固劑와 中樞神經 抑壓劑가 各各 98回, hormon劑가 84回, 祛痰劑가 43回, 自律神經安定劑가 41回, 抗 histamine劑 34回, 利尿劑 19回, 檢査를 위한 주사 15回, 中樞神經 자극제 및 強心劑가 各各 5回 그리고 其他注射劑가 24回라고 한다.

4. 注射事故實態

注射事故로 死亡한 剖檢例을 통한 우리나라⁷⁾ 및 日本⁸⁾의 注射事故의 實態는 다음과 같다.

1) 注射部位別 分類

우리나라 및 日本의 注射事故例을 注射部位別로 分類 比較한 것이 表1이다.

表 1. 注射事故死의 注射部位別分類

注射部位	韓國(1968~1977)	日本(1966~1975) (%)
靜脈	57(30.32)	69(43.40)
筋肉	118(62.77)	54(33.96)
皮下	13(6.91)	11(6.92)
皮內	0	3(1.89)
動脈	0	2(1.26)
背 腔	0	1(0.63)
不 明	0	19(11.94)
計	188(100.00)	159(100.00)

즉, 우리나라의 경우는 筋肉注射로 인한 事故가 압도적으로 많은데 비해 日本의 경우는 靜脈注射로 인한 事故가 가장 많다.

2) 注射藥劑別分類

우리나라 및 日本의 注射事故死例들의 그 使用한 注射藥劑別로 分類比較한 것이 表 2이다.

即, 우리나라의 경우는 抗生劑, 營養劑, 強心劑 및 解熱劑의 順으로 事故가 많았는데 비하여 日本의 경우는 抗生劑, 解熱劑, 鎮痛劑 및 營養劑의 順이었다. 우리나라의 경우 영양제가 많은 點에 注目하여야겠다.

3) 注射關係判例의 判決結果比較

우리나라⁹⁾ 및 日本¹⁰⁾의 注射關係判例를 그 判

표 2. 注射事故死의 注射藥劑의 種類別 分類

注射藥劑의 種類	韓國(1968~1977)	日本(1966~1975) (%)
抗生劑 및 Sulfur劑	65(34.57)	63(39.62)
營 養 劑	34(18.09)	7(4.40)
強 心 劑	22(11.70)	5(3.14)
解 熱 劑	21(11.17)	39(24.52)
豫 防 注 射	8(4.26)	2(1.25)
鎮 痛 劑	6(3.19)	12(7.54)
麻 醉 劑	6(3.19)	2(1.25)
子宮收縮劑	4(2.13)	3(1.88)
利 尿 劑	3(1.60)	0(0)
造 影 劑	3(1.60)	7(4.40)
降 壓 劑	2(1.06)	35(1.88)
其 他	14(7.44)	16(10.06)
計	188(100.00)	159(100.00)

表 3. 注射關係判例의 判決結果別 比較

判 決 結 果	韓 國(著者)	日本(松倉)(%)
刑事		
有 罪	15(88.24)	14(29.17)
無 罪	1(5.88)	3(6.25)
民事		
有 責	1(5.88)	16(32.33)
無 責	0	15(31.25)
有罪 및 有責	16(94.12)	30(62.50)
無罪 및 無責	1(5.88)	18(37.50)
計	17(100.00)	48(100.00)

決한 結果別로 分類比較한 것이 表3이다.

即 우리나라의 경우 注射事故가 문제되어 刑事裁判을 한 것이 16件이었는데 그中 15件(94%)이 有罪判決을 받았으며 日本의 경우는 17件이었는데 그中 14件(82%)이 有罪判決을 받았다. 民事裁判을 받은 것이 우리나라의 경우는 1件이며 이것은 有責인 判決結果인데 비하여 日本의 경우는 31件中 16件(52%)가 有責인 判決結果였다.

即 注射를 놓고 刑事전 民事전 間에 문제가 제기되는 경우 그 行爲에 잘못이 있다고 判決된 경우가 우리나라의 경우는 約 94%이며 日本의 경우는 約 62%인 結果이었다.

우리나라는 民事로 문제화하는 것이 적은데 비하여 일본의 경우는 많다는 점에 주목하여야 했다.

5. 注射行爲와 看護員의 責任

1) 靜脈注射과 看護員의 業務限界

靜脈注射가 간호원의 業務인가 아닌가의 문제에 對하여서는 많은 論議가 있다. 事例 第1은 아마도 이 문제의 論爭이 가장 頂點에 達하였던 日本의 例로서 靜脈注射의 看護員의 業務與否를 論議하는 가장 좋은 參考事例로 생각된다. 多幸히 이 事件과 관계되는 資料를 이를 다루었던 아카시교수¹³⁾가 보내 주어진 事件, 特히 看護員의 靜注問題의 爭點에 對하여 자세한 전달을 알수 있어서 이에 이것을 소개한다.

事例 第1의 事件에 對하여 第1審에서는 注射藥을 잘못 내준 藥局事務員 P나 붉은 글씨로 「劇」字를 記入하지 않은 약사는 無罪이고 이를 환자에게 직접 주사한 간호원 D에게 有罪(간호원 E는 無罪) 판결을 내리며 다음과 같이 判示하였다. 「간호원이 醫師의 指示에 따라 정맥주사를 하는 경우 容器的 標示紙를 확인치 않고 藥品을 잘못 오인하여 환자를 사망케 한 경우는 刑法의 業務上過失致死傷의 책임은 져야한다」

이에 對하여 指導級의 看護員들이 이 事件에 있어서 간호원만이 處罰되는 것은 不當하다고 主張하며 看護員의 業務限界와 靜注문제를 들고 나왔다.

이를 다루고 있던 檢察은 간호원의 靜注 可能與否의 疑의를 厚生省(우리나라 保社部)에 썼다. 同 醫務局長의 回答은 다음과 같았다.

「看護員의 業務內容은 保健婦助産婦看護婦法 第5條에 規定한 바와 같이 病傷者 또는 褥婦에 對한 療養上의 看護와 醫師 또는 치과의사가 行하는 診療의 補助로 되어있다.

法 第37條의 規定은 法 第5條가 規定한 간호원의 기능범위 내에서 特定의 業務에 對하여서는 의사 또는 치과의사의 지시가 없으면 이를 行할 수 없다고 規定되어 있다.

照會한 靜脈注射가 藥劑의 血管注入에 의한

신체에 미치는 영향이 크며 기술적으로 곤란한 등의 理由로 醫師-또는 치과의사가 直接 이를 行 하여야 하며 法 第5條의 規定에 의한 간호원의 業務의 범위는 넓은 것으로 해석 된다. 따라서 靜脈注射는 法 第37條의 適用範圍外의 사항이다.

그러나 從來 이러한 法の 해석은 一般에게는 철저히 못하여 또 의사수의 부족등의 이유로 대부분의 病院에 있어서는 醫師 또는 치과의사의 지시에 의하여 간호원이 정맥주사를 行하고 있는 실정이다. 지금 公法의 해석대로 이를 실천하기는 곤란한 事정에 있기 때문에 當局으로서는 앞으로 점차 개선하도록 지도할 방침이다. 따라서 貴廳에서도 이 事案에 對하여는 이러한 事柄을 充分히 참작하여 주면 한다」라고 回信하였다. 이런 回信內容이 傳하여지자 一部病院의 간호원들은 靜注拒否狀態로 發展되었다고 한다.

그러나 간호원의 靜注에 對하여 法院側의 見解는 다르다.

即 事例 第1의 第2審에서는 「厚生省 醫務局長 作成의 調査報告書 및 看護教育過程의 教材에 의하면 정맥주사는 의사 자신이 行하는 것이며 간호원은 이를 보조하는 것에 불과하다고 생각되어 그 技術上의 實習지도를 하지 않고 있음이 인정된다. 即 이러한 教育方針은 정맥주사는 醫師의 醫學的인 지식과 기술에 의하지 않으면 환자의 신체에 위험의 가능성이 있는 행위로 생각하였기 때문에 취한 조치로 인정된다.

그러나 간호원은 법이 규정하는 바에 따라 醫師가 지시하는 범위내에서는 그 진료의 보조자로서 病상자에 대하여 진료기계를 사용하고 의약품을 투여하거나 또는 의약품에 대하여 지시하는 등의 醫療가 行할수 있는 行爲가 허용된 것으로 해석되기 때문에 간호원은 의사의 지시에 따라 정맥주사를 하는 것은 당연한 業務라 할 것이다」라고 判示하였다.

이에 대하여 피고측 변호인은 前述 醫務局長의 回信을 근거로 「정맥주사는 신체에 미치는 영향이 심히 크며 기술적으로 곤란하기 때문에 의사 스스로가 行하여야 할 것이며 간호원의 업무범위를 넘는 것이다」라고 항변하였지만 最高

裁判所(우리의 大法院)의 判決은 다음과 같이 하였다는 것이다.

「간호원은 주치의의 처방전에 의하여 환자에 정맥주사를 하는데 있어서 주사액의 용기에 첨부된 표시지를 확인하지 않고 약품을 오인하여 주사한 과실로 환자를 사망케 하였기에 업무상과실치사죄가 성립된다」라고 判示하였다고 한다.

即 行政責任者의 立場에서나 또는 看護學의 學問的인 立場에서로 간호원의 정맥주사는 業務外의 것으로 보나 法的인 해석으로는 간호원의 업무에 속하는 것으로 해석하고 있다.

또 우리나라 보사부의 간호원의 주사행위의 가능 여부에 대한 회신(의제 1420-8753, 1977년 6월 25일부)¹²⁾을 보면 「간호원은 진료보조업무의 일환으로 의사지시에 의하여 주사행위를 할수 있다고 사료됨」이라고 회신하고 있다. 즉, 정맥주사라고 특별히 표시된 것은 아니지만 의사의 지시라면 모든(어떤 종류이든 간에) 주사행위는 가능하다는 풀이이다.

비록 외국의 법적 해석이기는 하나 법이론적으로 간호원의 정맥주사는 업무상의 것으로 인정하고 있으며 또 우리나라 보사부의 유권해석으로도 간호원은 주사(정맥주사 포함)행위가 가능한 것으로 해석하고 있다.

또 우리의 醫療實情으로 보아 간호원의 정맥주사는 要求되는 바이다. 따라서 이 문제를 空中에 띄워놓고 바라볼 것만 아니라 看護教育過程에서 적극적으로 교육실습시키는 것이 주사사고를 방지하는 현명한 길로 생각된다.

2) 注射藥의 誤認 및 誤用의 責任

看護員이 醫師의 處方에 의하여 주사를 할때는 다음과 같은 點에 注意하여 確認하여야 하는 義務¹³⁾가 있다.

- 1) 注射藥의 確認 : 處方대로의 注射藥인지의 與否
- 2) 注射分量의 確認 : 處方대로의 分量을 준비하였는가의 與否
- 3) 注射部位 및 方法의 確認 : 處方指示된 方法(靜脈, 筋肉, 皮下, 皮內等)에 注射하려는 部位가 적합한지의 與否

4) 細菌感染의 危險性의 有無 : 주사기는 물론이고 施注者의 수지, 주사 部位 및 주사藥等이 細菌감염의 우려가 없을 정도로 消毒(주사 部位 및 시주자, 滅菌(주사기) 또는 확인(주사藥의 혼탁, 粘稠度의 變化, 着色, 臭氣의 異常等)하여야 한다.

이러한 點에 異常이 없는 것을 확인한 後에 注射하였는때도 불구하고 어떤 원치 않는 불상사가 야기되었다면 간호원으로서의 不可抗力이라 하겠다.

注射에 對한 醫師의 注意義務는 이러한 注射時에 必要한 간호원의 注意義務를 시주하는 간호원이 充實히 지키고 있는가(그 現場에 있는 때) 또는 지킬 것인가(處方 지시할 때)를 확인하여야 하며, 醫師에게는 부가적으로 注射의 必要性과 時期 및 副作用發生時의 對備策 등을 고려하여야 하는 義務가 있다.

注射藥을 誤認 또는 誤用하였을 때의 醫師와 看護員의 責任關係를 論한다면 前述한 事例 1과 2는 注射藥을 誤認한 例이며 事例 3은 誤用한 例라 하겠다. 즉 같은 간호원의 注射藥의 誤認事件에 있어서 事例 1의 경우는 醫師의 責任은 묻지 않고 있으나 事例 2의 경우는 醫師도 共同으로 責任이 있다 判示하고 있다.

即 事例 1의 경우는 醫師는 處方으로 指示하였을 뿐이고 그 施注現場에 醫師가 없었다. 따라서 看護員의 施注行爲는 現場에서 확인하지 못하고 단지 간호원에게 委任된 狀態이다. 即 그 施注現場에 의사가 없으면 看護員의 注射行爲를 확인할 길이 없다. 단지 간호원은 면허를 소지하였기에 自己가 지시한 注射處方은 能히 行할 수 있음을 믿고 委任된 狀態에서의 看護員의 주사할때 發生된 주사약의 오인은 전적으로 간호원의 단독책임으로 돌릴 수 밖에 別도리가 없을 것이다.

그러나 事例 第 2와 같이 處方지시한 醫師가 施注現場에 있었다면 前述한 간호원의 注射行爲를 確認할 義務가 있기 때문에 萬一 이러한 狀態에서 注射藥을 誤認하였다면 그것은 醫師와 看護員의 共同責任이 되는 것이다. 이른바 過失

의 靨合이 되는 것이다.

3) 注射技術上的 過誤와 그 責任

患者에 對한 藥物注射와 關聯된 副作用 中 가장 많은 比率을 차지하는 것은 藥物에 對한 過敏性으로 因한 속크(shock), 末梢神經 損傷(特히 麻痺) 및 感染을 들수 있을 것이다.

藥物로 因한 過敏性속크는 致命的인 경우가 많기 때문에 注意를 달리 하여 仔細히 論하기로 하고 臨床적으로 문제되는 일이 많은 것은 주사 후에 오는 말초신경의 마비 및 感染이기 때문에 우선 이에 對하여 論하기로 한다.

(1) 注射로 因한 末梢神經 및 筋肉의 損傷

注射로 因한 副作用 및 障礙에 對한 우리나라의 統計가 없기 때문에 正確한 것을 論하기는 곤란하나 外國의 統計¹⁴⁾로 보면 表4와 같이 626例의 注射로 因한 身體의 障礙中 末梢神經麻痺는 481例로 約 77%이며 其他障礙가 145例로서 約 23%인 것으로 보아 末梢神經損傷이 차지하

는 比重은 자못 큰 것을 짐작할 수 있는 것이다. 그런데 우리나라는 日本에 比하여 表1에 表示된 바와 같이 筋肉注射가 더 많은 事故의 原因이 되고 있는 것으로 보아 末梢神經의 損傷은 日本보다 많을 것이 能히 豫측된다.

注射로 因한 末梢神經麻痺 中 가장 많았던 것은 橈骨神經麻痺(58.31%)이며 그 다음이 大腿四頭筋短縮症(17.25%), 坐骨神經麻痺(8.47%) 등의 順이다.

(2) 注射에 依한 神經麻痺 및 筋短縮의 發生 機轉

注射에 依한 橈骨神經麻痺는 주사시에 針刺痛 또는 방산통을 호소한 것이 約 42%, 주사적 후 마비감을 느꼈다는 것이 63%였다고 한다. 또 坐骨, 腓骨神經麻痺는 그 때반이 주사할 때 격렬한 동통을 호소하였다고 하며 곧 마비된 것을 느꼈다는 것이다.¹⁵⁾

이런 현상은 주사침이 신경을 찔렀거나 또는 주사액이 神經梢등에 注入되어 일어나는 것으로 해석된다.

주사후 일정한 시간이 지난 다음에 마비된 것을 느낀 것은 橈骨神經麻痺의 경우는 約 24%이며 어떤 것은 數日後 마비된 것을 알게된 例도 있었다고 한다.

이러한 것은 신경주변에 주입된 주사액에 의하여 이차적으로 야기된 약액의 침윤, 열증, 반흔형성에 의한 유착, 압박 등과 근육주사로 야기된 출혈 또는 이에 따르는 무균적 열증 및 근육의 섬유화 등에 의하여 마비가 야기된 것으로 해석된다. 물론 신경에 대한 직접적인 기계적 손상의 경우에도 이차적으로 조직의 반흔형성으로 그 마비가 지속되거나 또는 시간과 더불어 더욱 심하여 질 가능성이 있음은 당연히 생각할 수 있을 것이다.

또하나 傷害因子로 藥劑 및 그 용매도 고려되어야 할 것이다. 即 흡수되기 곤란한 것이 타면 腫瘍 또는 硬結이 形成되기 때문에 이것이 신경을 자극하여서 마비를 초래할 수도 있는 것이다. 前述한 橈骨神經麻痺(365例)의 경우 치료경과를 알수있었던 292例에 있어서 치료경과가 양호

表 4. 注射로 因한 末梢神經 및 筋肉의 障礙

障礙의 種類	例 數(%)
末梢神經麻痺	
481(100.00) 橈骨神經 (76.84)	365(75.89) (58.31)
坐骨神經	53(11.02) (8.47)
腓骨神經	28(5.82) (4.47)
正中神經	19(3.95) (3.00)
尺骨神經	8(1.66) (1.29)
其他神經	8(1.66) (1.29)
其他障礙	
145(100.00) 大腿四頭筋短縮症 (23.16)	108(74.48) (17.25)
其他軟部組織障礙	8(5.52) (1.29)
化膿性關節炎	26(17.93) (4.15)
動脈注射로 因한 上肢 切斷	1(0.69) (0.16)
其他	(21.38) (0.31)
計 (100.00)	626

한 것은 198例(68%), 不治, 不變은 29例(10%), 不明 65例(22%)였다고하며 주사시에 전격통 또는 방사통을 호소한 例들은 그 예후 및 경과가 좋지 않았다고 한다.¹⁴⁾

前述한 坐骨神經麻痺(53例)와 腓骨神經麻痺(28例)의 경우 치료결과를 알수 있었던 51例에 있어서 치료경과가 양호하였던 것은 23例(45%) 不治, 不變이 24例(47%), 不明이 4例(8%)였다고 한다.¹⁴⁾

臂部注射에 의한 신경마비의 경우 처음에는 백골신경마비가 나타나고 그것이 나중에까지 지속되는 경우가 많은 것은 坐骨神經 中後側의 신경섬유가 總腓骨神經에 해당되기 때문인 것으로 해석된다.

正中神經麻痺(19例)는 大部分이 정중정맥에 주사시 주사액이 새어 나온 것에 기인된 것이며 또 橈骨神經麻痺의 합병증으로서 오기도 한다.

筋肉短縮症의 機轉은 筋肉注射는 그 程度의 差는 있으나 筋肉組織의 손상, 출혈, 괴사, 섬유화 및 부균성 염증을 동반하게 된다.

만일 근육주사가 반복되는 경우에는 이러한 변화가 반복되어 특히 어린이들에 있어서는 심한 경우 후유증으로서 筋肉의 短縮症(contraction), 또는 拘縮症(contracture)을 남기게 된다.

筋短縮症이라 함은 근육섬유가 섬유화되기 때문에 탄력을 남기게 되어 그 신전도가 감소되어 근육의 거리가 전체적으로 짧아진 상태를 말하는 것이며 拘縮症이란 筋肉의 伸縮性이 소실된 결과로 그 근육에 의하여 움직여지는 관절의 가동성이 소실된 기능장애를 말하는 것이다¹⁵⁾. 따라서 근육주사의 경우 兩者가 다 올수 있으며 이를 區別하여 使用하는 것이 좋겠다. 即 筋拘縮症은 筋短縮症을 前提로 하며 筋短縮이 있다해서 반드시 筋拘縮이 오는 것은 아니다. 따라서 그 痛症으로서 그 傷害의 정도를 알수 있는 것이다.

以上の注射로 인한 末梢神經麻痺, 또는 筋短縮症은 그注射의 部位 및 方法과도 關係되기 때문에 注射部位 및 方法에 對하여 檢討하기로 한다.

(3) 注射部位에 對한 檢討

注射가 患者治療에는 막중한 比重을 차지하는 것은 事實이며 또 前述한 바와 같이 注射로 인한 事故도 많은데 比하여 注射에 對한 敎育은 比較的 소한 것 같다.

即 醫科大學의 醫科敎科過程에는 이를 特別히 講義하는 것은 없고 卒業後 臨床에 나와서 비로소 注射의 部位 및 方法을 배우는데 特別히 마련된 敎材나 過程은 없고 俗되게 表現하여 어깨 넘어로 배우는 式이다.

看護學科의 敎科過程에서는 기본간호학^{15,16)}에서 이를 다루고 있으며 臨床實習도 하는데 靜脈注射는 除外되고 있다는 것이다.

a) 上臂部의 皮下 및 筋肉注射

皮下注射의 部位로는 上臂, 大腿, 하복부 등을 들고 있는데 가장 많이 사용되는 부위로 上臂部 外側으로 팔꿈치에서 2/3上方部位라는 것이다.

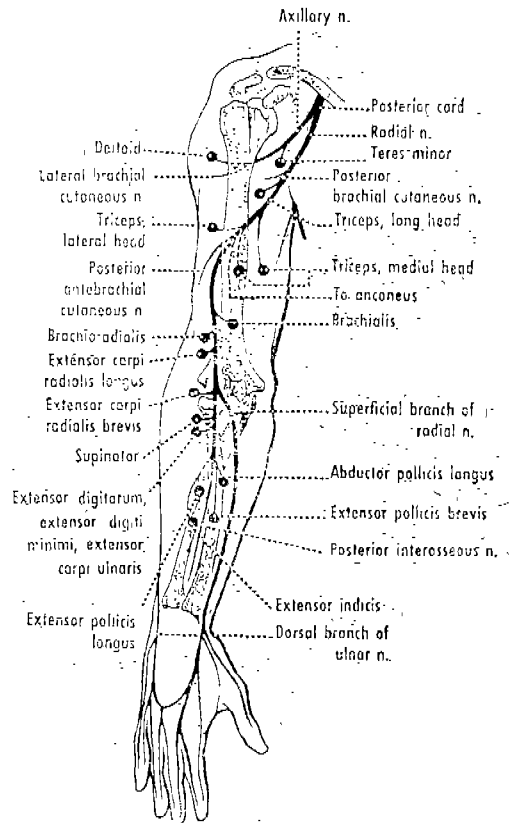


圖 1. 上肢의 神經分布

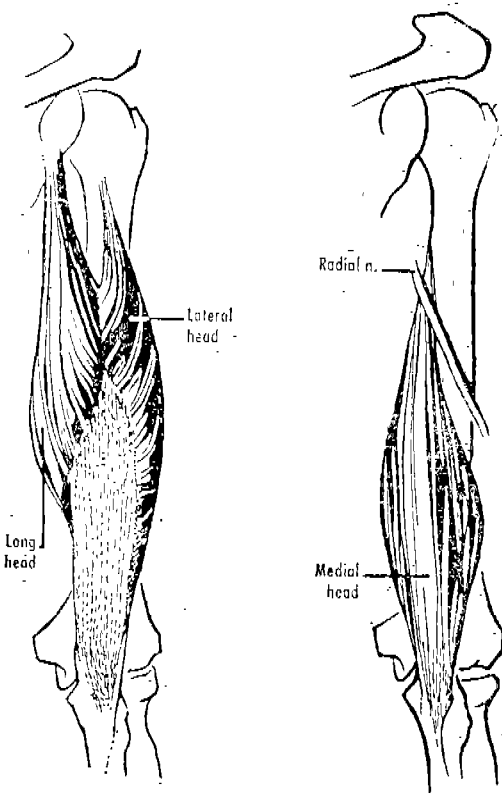


圖 2. 橈骨神經의 分布關係

그런데 實際에 있어서 上膊外側正中線에 切開를 加하며는 圖1 및 2에서 보는 바와 같이 橈骨神經은 後腋窩部에서 나와 上膊의 後上部에서 前斜下方을 向하여 내려오다가 上膊의 中央部에서는 正中外側에 位置하였다가 다시 前斜下方으로 달려 肘窩部에서는 橈骨側部에 達한다. 따라서 上膊外側(특히 中央部)는 橈骨神經의 走行部에 해당되는 것이다. 특히 요골신경은 상박골 후면에서 외측면을 지날때는 상박골에 접하여 있기 때문에 事故例의 大部分에서는 피하주사와 근육내주사가 아니라 근육하에 주사되어, 즉 요골신경에 주사하기 때문에 사고가 야기된 것이다.

이와 같은 것은 상박부에 피하주사를 한다고 연부조직을 위로 들어올려 쥐고 주사하는 경우 알게 주사침을 넣어야 하는 것을 깊게 하는 경우야는 橈骨神經에 達하게 된다.

上膊部外側에서 그 中央部는 圖 3 및 4에 表示된 바와 같이 軟部組織이 가장 적은 부위이기 때문에 이 部位에 주사하기 위하여 연부조직을 쥐어 올리고 주사침을 刺入하며는 橈骨神經에 닿거나 또는 藥劑가 그 주변에 닿게될 가능성이 많다. 특히 옷을 벗지 않고 옷소매를 말아 올리고 주사하는 경우에는 上膊外側 中央部의 筋肉下에 들어갈 可能性이 많아진다.

따라서 上膊部에 있어서 注射(皮下나 筋肉을 막론)의 最適部는 上膊外側의 경우는 三角筋(deltoid muscle)部位가 가장 合理的이라 할 수 있다.

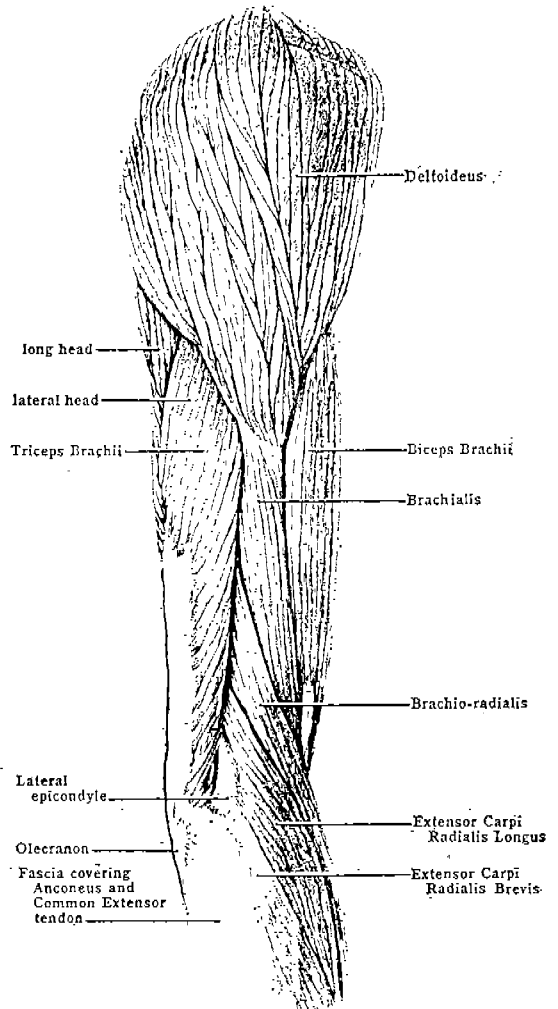


圖 3. 上膊外側 中央部의 筋肉分布

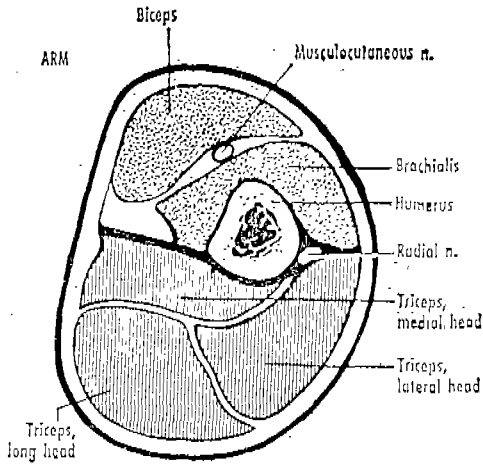


圖 4. 上膊中央部에서의 橫斷面 : 外側中央部の 軟組織量과 橈骨神經의 分布

b) 臂部의 筋肉注射

근육주사는 피하조직에 자극을 주는 약물을 근육에 투여하는 것으로 피하조직. 보다 다량의 약물을 투여할 수 있다는 것과 근육에는 많은 혈관이 분포되어 흡수가 빠르며 부위를 잘 선택하면 혈관 및 신경의 손상을 피할수 있어 안전한 약물투여의 방법이 될 수 있다.

따라서 근육주사는 그 부위선택에 대하여 많은 논의가 있다. 이제 그 중요한 것들을 연대순으로 나열하여 부위선택에 대한 先人들의 試行錯誤의 자극을 검토하여 현재 醫療에서 사용되고 있는 술식이 어떠한 과정을 통하여 개선되어 왔는가를 이해하는 것은 주사사고를 방지하는데 매우 중요한 역할을 할 것으로 생각되어 여기에 先人들의 근육주사의 방법과 그 변천되어 온 과정을 소개하기로 한다.

i) 臂部의 筋肉注射^{17,18)}

근육주사 부위로서 근육양이 많은 둔부를 택하게 된 것은 當然한 일이라 하겠다. 文獻¹⁷⁾에 依하면 근육주사를 창시한 것은 Luton(1881)이라 하며 Smirnoff(1883)에 의하여 대전자 후와가 주사부위로 제창되었고 Galliot(1887)은 대전자의 위 두손가락 넓이의 부위를 지나는 수평선과 둔부 橫徑의 내3분의1과 중3분의1사이를 지나는 수직선과의 사귀는 점을 주사 부위로 제창하였

나. 그후에도 많은 部位에 대한 검토와 제창이 있었으나 기록이 확실하고 중요한 것 몇개를 들어본다.

가) Barthélemy법

Barthélemy(1903)는 臂裂상단과 상전장골의 을 연결하는 선의 中央點을 주사부위로 제창하였고 많은 추시와 더불어 이 부위는 근육주사부위로 많이 사용되어 왔다. 지금에 와서 결론은 체격 및 영양이 중등도의 사람에 있어서는 坐骨神經에서 불과 수 cm 떨어진 부위이기 때문에 경우에 따라서는 上臂神經의 가치를 손상시킬 가능성이 있다는 것이다.

나) Grosz법

Siegfried Grosz(1904)는 근육주사에 대한 연구 방법으로 시체에다 圖5와 같은 點을 설정하고 주사부위로 택하여 그 부위에 각각 靑색으로 염색한 gelatin 1cm³씩을 주사하고 근육의 위치, 혈관 및 신경과의 관계를 검토하여 VI, IX 및 X點을 연결하는 三角部位가 근육주사에 가장 적합한 부위임을 주장하고 주사방법은 주사 바늘을 수직으로 자입하는 것이 아니라 外下에서 內上으로 刺入할 것을 권장하였다. 그러나 이 三角部位의 中央部는 인체의 말초신경 중에서 가장 굵은 坐骨神經이 梨狀筋의 바로 밑에서 나오는 部位에 해당되는 것이다. 即 보통 체격의 남자인 경우는 피부에서 坐骨神經까지의 거리가 5~6cm 정도이다. 따라서 이 部位의

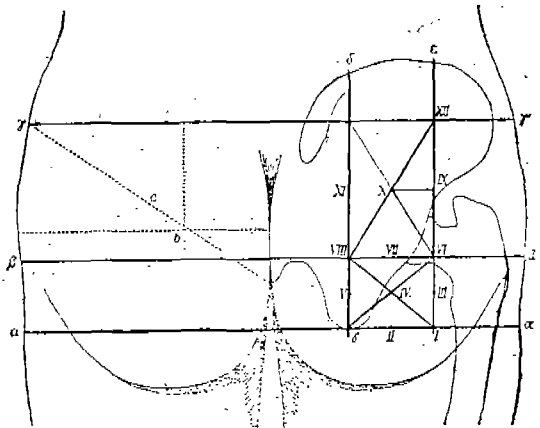


圖 5. Grosz 注射分割線 (挿田에서 引用)

근육주사로서 坐骨神經이 損傷될 可能性을 배제할 수 없는 것이다.

다) 臀部外上 1/4部

이 部位는 Jadasson(1908)에 의하여 처음 제창된 것으로 臀部外上方 1/4部位란 大轉子와 臀裂사이의 外1/3와 內1/3사이를 말한다 하였다. (圖 6의 A線과 B線사이)

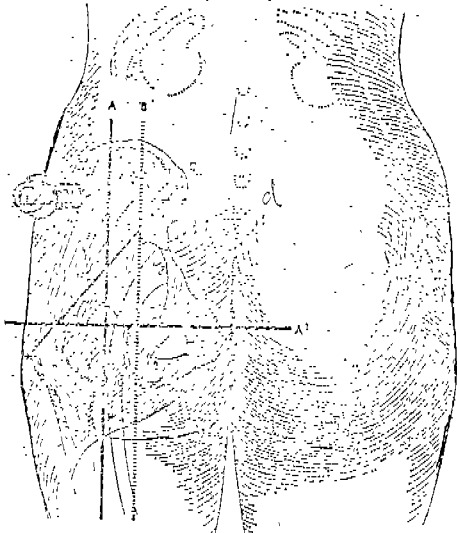


圖 6. Jadasson의 分割線(A,B)

Hanson의 分割線(C)

Clark의 分割線(D)(挿田에서 引用)

그러나 이 部位의 주사로서도 神經의 손상이 야기되었다는 報告와 더불어 Stokes(1921)과 Snaffer(1929) 등은 이 부위에 검토를 가하여 臀部外上1/4의 內角部位를 수직으로 刺入하는 것이 좋다고 주장하였다. 이 방법이 第2次世界大戰前까지는 근육주사의 마차 표준법같이 世界各國에서 널리 사용되었다고 한다.

그後 組織障癖性이 많은 藥劑의 開發. 또는 Penicillin 등의 抗生劑의 開發은 筋肉注射의 必要性을 증가시키게 되었고 이들 주사로 因한 神經周圍炎 等의 신경장애가 많아짐에 따라 臀部外上方 1/4部位에 對한 검토는 많이 加하여 지게 되었다.

우선 使用되는 用語에 있어서 gluteus region (臀筋部)과 buttocks(엉덩이)라는 말을 우리는 같은 뜻으로 解釋하기 쉬우나 注射部位를 論하

는데 있어서 兩者는 區別되어야 하며 이를 혼동하는 경우는 그 部位로 因하여 주사에 시행착오가 생기기 쉬운 것이다.

Gluteus region이란 세개의 둔부근육을 포함한 兩側의 上前腸骨棘을 연결하는 線部位까지를 의미하는 것이다. 따라서 上部 및 前部の 境界는 뚜렷하나 下部의 境界는 明白치 않다.

또 buttocks라던 臀筋의 下方의 大腿後部の 지방까지도 포함된다는 것이다. 따라서 그 用語에 따라 臀部는 四等分하는 垂線의 位置가 臀部中心에서 上下로 差를 가져오는 해석을 할 可能性을 내포하고 있는 것이다.

따라서 Hanson(1963)은 垂線이 中心에 가까이 그어지면 坐骨神經損傷의 위험성이 높다는 것을 강조하고 大轉子와 上後腸骨棘을 연결하는 線의 外側部 圖6의 C線의 上外部가 安全한 部位라고 제창하였다. 그後에 많은 학자들에 의해 推시되어 이 部位가 근육주사에 適當한 부위임이 증명되어 현재는 이 部位에 찬성하는 이가 많다.

라) Clark법

Lanz와 Wachsmuth(1938)는 臀部筋肉注射部位로서 上前腸骨棘과 上後腸骨棘을 연결하는 線의 上方이 좋다고 주장하였고 그後에 Clark(1949) 등이 前述한 上前 및 後腸骨棘의 연결선의 外前1/3部位가 가장 適當한 근육주사 부위라고 修正 提唱하여 오늘에는 이 法이 Clark法으로 전래되고 있다. 그後 많은 學者들에 의하여 검토되었으며 역시 適當部位로 인정되고 있으며 미국의 많은 看護學教科書(Fundamentals of Patient Care(1967), Nursing Techniques(1967), Modern Bedside Nursing(1969)等)에 근육주사 방법으로 소개하고 있다. 圖6의 d線보다 外前 1/3點이 주사부위가 된다.

다) 前方臀部

Von Hochstetter(1954)은 “前方臀部注射法”을 제창하였다. 注射部位는 例를 들어 右臀部의 경우라면 시주자의 左手掌部를 患者의 大轉子에 대고 示指를 患者의 上前腸骨棘과 一致되게 대고 中指끝을 腸骨稜에 대고 示指와 中指가 이루는 三角形의 中心部(圖 7의 X표部位)가 注射部

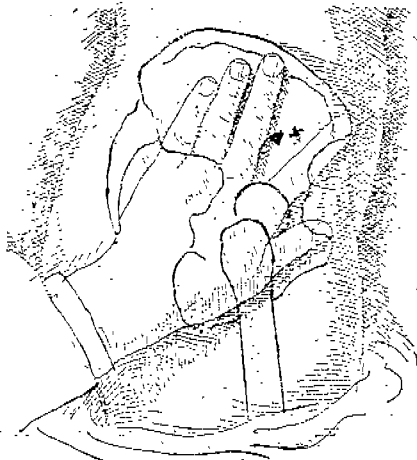


圖 7. 前方臂部 注射部位 決定法
×표보다 ▲표를권장(von Hochstetter, 1954, 1956)

位라 하였다. 그後 1956년에 前述한 三角形에 있어서 中指의 近位關節에 가까운 部位가 더 좋은 部位임을 추카로 報告하였다(圖7의 ▲표부위)

그後에 많은 학자들에 의하여 이 部位가 지지 되어 미국의 많은 간호학교과서(前述한)에 소개 되고 있다.

c) 大腿部の 筋肉注射

Turner(1920)에 의하여 제창된 것으로 大腿 外側中央部가 筋注射部位로서는 좋다고 하였다. 그후 小兒科醫인 Combes等(1960)은 어린이에게 筋注射後에 온 12例 坐骨神經損傷을 보고하고 이의 反省으로 臂部筋注射을 中止하고 大腿前側 中央部를 어린이 筋注射部位로 추천하였다. 그後 Curtiss 및 Tucker(1960)에 의하여서는 外側廣筋部, Gilles 및 French(1961)에 의하여서는 大腿外側 下方1/3部位, Talber等(1967)은 大腿外側의 上 1/4部, von Hochstetter(1968)은 大腿外側의 中央部가 最適한 部位라고 報告하는 등 外側과 前側의 意見이 교차되는 가운데, 각기 自己의 便利한 部位를 擇하고 있는 實情이다.

d) 肘部 正中靜脈의 注射

肘部正中靜脈部에는 圖8과 같이 側前上腸神經(lateral antebrachial cutaneous n.)과 交叉 되기 때문에 特히 血管外로서 藥물의 유출은 이

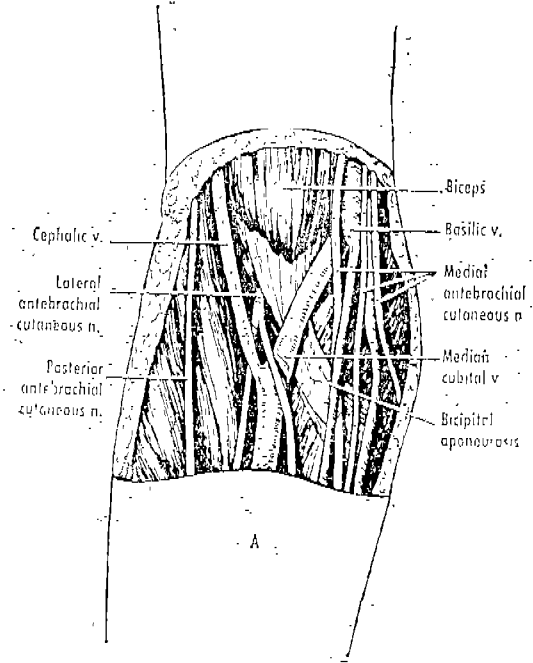


圖 8. 肘部正中靜脈周圍의 神經分布

신경지의 손상을 야기시킬 가능성이 있다.

(4) 注射技術의 過誤와 看護員의 責任

事例 第4, 5 및 6은 한결같이 간호원에 의하여 근육주사된 것이 신경마비로 후유증을 남긴 예로서, 비록 간호원의 주사기술상의 과실을 인정하고 있다. 따라서 간호원의 과실이 성립되면 간호원은 형사상의 책임을 져야하는 것이다. 그러나 民事責任은 한결같이 病院開設者에게 지우고 있다. 그 이유는 使用者 責任에 의한 것이다. 使用者 責任에 對하여서는 後述하기로 한다.

(5) 注射部位의 化膿과 一回用 注射器使用時의 責任

注射部位가 化膿되는 경우 大部分의 判例는 그 過程 및 與件을 무시하고 시주자의 과실임을 判定하였다. 그러나 事例 7과 같이 一回用 注射器를 사용한 경우 그 주사기의 소독상태를 의사나 간호원이 확인할 수 없기 때문에 單只 그 주사기는 멸균된 것으로 신뢰하고 使用하는 도리 밖에 없기 때문에 그것을 시주자의 잘못이라 할 수 없다는 것이다.

물론 化膿되는 때는 주사기만의 원인이 될 수는 없으나 주사기의 소독불충분을 주사후 화농의

책임 추궁의 焦點으로 하던 것이 一回用 주사기를 사용함으로써 그 초점이 벗어난 것 같은 樣相인 것에 注目하여야겠다.

6. 注射事故時의 法律的 判斷事項

注射事故時 그 法的責任을 추구하는데 그 正當性 및 適正性 等を 判斷하는데 있어서 第6回 法醫學세미나 (1978)에서 檢事가 論란 判斷事項은 日常의 注射行爲에 매우 좋은 參考가 되겠다 생각되어 紹介한다. 注射事故時의 法律的 判斷事項¹⁹⁾은 다음과 같다.

1) 注射의 必要性

- (1) 注射아닌 治療行爲는 없었는가?
- (2) 다른 治療方法도 있었으나 신속한 치료만을 위하여서인가?
- (3) 응급을 要하기 때문에 주사는 부득이 하였는가?
- (4) 주사행위를 하였어도 구제를 할 수는 없었으나 1%정도의 기대를 가지고 주사 행위를 한 것인가?

2) 適正한 藥을 사용하는가?

- (1) 주사약 가운데서 가장 적정하다고 생각되는 것을 택하였는가?
- (2) 부작용이 비교적 적은 약을 사용할 수는 없었는가?
- (3) 적정한 주사약은 준비되어 있지 않아 부득이 사용한 것은 아닌가?
- (4) 발리 주사약을 구할 길은 없었는가?
- (5) 약의 용량은 적정하였는가?
- (6) 주사약에 이물질이 함유되어 있는지를 의심하였는가? 또는 이에 대한 주의를 하였는가? 그 분별은 가능하였는가?

3) 주사기는 적정하였는가?

- (1) 소독을 하였는가?
- (2) 사용한 소독기에는 이상이 없었는가?
- (3) 주사시 시주자의 손을 소독하였는가?
- 4) 주사행위는 적정하였는가?**
- (1) 주사행위시 환자의 상태를 파악하는데 게을리한 바는 없는가?
- (2) 주사시간은 적정하였는가?
- (3) 주사방법은 적정하였는가?
- (4) 주사 부위는 적정하였는가?
- 5) 환자에 대한 既往歴은 충분히 알고 있었는가?**
- (1) 환자의 現症狀을 충분히 알고 있었는가?

(2) 환자가 주사행위에 의하여 일어날지도 모르는 여러가지의 부작용을 예상하였는가?

(3) 시주하려는 주사약에 대한 환자의 既往歴, 家族歴을 확인하였는가?

(4) 이러한 상태를 확인하기 위하여 충분한 조치를 취하였는가?

(5) 그러한 것을 일일이 확인하기에는 환자의 상태가 긴박한 것은 아니었는가?

(6) 주사시의 환자의 상태를 계속적으로 주시하였는가?

(7) 위 조치를 하지 못한데 대한 충분한 이유가 있는가?

6) 부작용이 일어났을 경우에 이에 대한 충분한 조치를 취하였는가?

- (1) 부작용이 예상되었을 때를 대비하여 충분한 사전준비를 하였는가?
- (2) 부작용이 일어났을 때 이에 대한 충분한 조치를 취하였는가?
- (3) 자력으로 이 해결이 불가능할 때 차선책의 방법을 강구하였는가?

III. 看護員의 不注意와 關係된 事例

事例 第8 : 어린이 患者에게 丸劑를 투여하여 窒息케 한 것은 醫師 및 간호원에게 過失이 있다. 2年 2個月된 어린이의 急性腸炎 및 蛔蟲症을 治療하기 위하여 醫師 C는 "택시페졸지놀"丸을 處方하여 이를 먹이려 하였다. 그러나 어린이가 이를 거부하고 울기 때문에 醫師는 간호원에게 대함실로 어린이를 데리고 가서 거기서 먹이도록 지시하였다.

간호원이 어린이를 데리고 대함실로 가서 약을 먹이려 하였으나 어린이는 계속 이를 거부하고 울기 때문에 간호원은 舌壓子를 사용하여 입을 벌리고 혀를 누르고 丸劑를 입에 넣고 들을 것이 氣管으로 들어가 어린이는 氣道閉鎖로 窒息을 일으켜 死亡하게 되었다.

이 事件에 對하여 第一審에서는 業務上過失死罪가 成立된다 하여 醫師와 간호원에게 罰金 8,000圓에 處한다는 判決을 내렸다. 醫師는 이

에 不服 抗訴하였다.

抗訴審에서도 역시 醫師와 간호원의 過失을 認定하고 一審을 지지하여 各각판결을 내렸다.

(日本 和歌山地裁 1951. 3. 13. 判決)

事例 9: 教育을 받지 않은 見習看護員으로 하여금 單獨으로 어린이에게 錠劑를 먹이게 한 것은 醫師의 過失이며 醫師도 이에 대한 위자료를 지불하여야 한다.

生後5個月된 어린이 患者를 診察한 醫師Y는 氣管支炎이라고 診斷하고 “케미세친”錠 50mg를 處方하고 간호원으로 하여금 이를 곧 먹이게 하였다.

그리고 午後 5시에 다시 어린이 患者를 데리고 와서 약을 먹이라고 指示하였다. 指示대로 환자를 데리고 왔으나 醫師는 往診中이라 간호원이 약을 먹였다. 이때 그 정제가 기관에 들어가 어린이는 窒息으로 死亡하게 되었다.

이 事件에 對하여 法院은 어린이가 울고 있을 때 錠劑를 복용시키면 氣管으로 들어가 窒息이 일어날 수 있다는 事實은 明白한바, 견습간호원이 울고 있는 어린이를 기다리지 않고 錠劑를 입에 넣고 물을 넣은 것은 危險이 同伴할 것이 白明한데도 불구하고 이를 行한 것이다. 또 견습간호원은 간호원으로서의 충분한 教育을 받지 못하였기 때문에 의사의 감독하에 醫療行爲를 할 수 있으며 單獨으로는 行할 수 없다. 또 울고 있는 어린이에게 약을 먹일 때의 注意等과 같은 事故防止에 必要한 方法等을 가르쳐야 할 것인데 이러한 것을 하지 않은데서 비롯된 어린이의 죽음이기 때문에 그 過失은 醫師에 있다 할 것이다.

따라서 어린이가 生存하였다면 高校를 졸업하고 20才에서 55才까지는 일할수 있었을 것이며 적어도 年平均 35 萬圓의 收入은 올릴수 있으며 생활비로서 年平均 13萬圓은 支出될 것으로 推算되어 每年 22萬圓의 純利益을 “호푸만”式 計算法에 의한 年5分이내 해당되는 中間利子를 공제한 上記기간중의 合計額(4, 381, 839圓)에서 19年 7個月8日(事故發生日)에서 어린이가 20才가 될 때까지 기간의 中間利子를 공제하면 200萬圓以上이 되는 것은 計算上 明白하다. 또 어린이의 父

母는 各各 그 2分1을 상속할 것으로 생각되어 어린이 父母의 위자료는 各 50萬圓에 해당한다고 判示하고 위자료의 지불을 醫師에게 命하였다. (日本 東京地裁 1965. 7. 14. 判決)

事例 10: 醫師의 指示보다 高濃度인 石炭酸水를 噴霧消毒하여 사람이 死亡케 한 것은 看護員의 過失이다.

痢疾患者를 治療하기 위해 入院시켰다. 病의 症狀이 많이 好轉되자 患者를 간호하기 위하여 入院室에 들어와 있는 保護者가 집에 다녀 오겠다고 하였다. 醫師는 保護者가 消毒을 한 다음에 집에 다녀 오는 것이 좋겠다고 생각되어 保護者 몸에 石炭酸水를 噴霧시켜 消毒할 것을 간호원에게 指示하였다. 간호원은 醫師의 指示대로의 濃度가 아니라 5%라는 高濃度의 石炭酸水를 만들어 保護者 몸에 뿌렸다. 그 結果 保護者는 石炭酸에 中毒되어 死亡하기에 이르렀다.

이 事件에 對하여 法院은 看護員의 過失이 明白하다 하여 그 責任은 간호원에 있다고 判示하였다. (日本 大阪地裁 1936. 12. 22. 判決)

事例 11: 未熟兒에게 處方보다 高濃度인 酸素를 투여하여 失明케 한 것은 간호원의 過失이다.

病院에서 雙生兒가 태어 났는데 未熟兒이기 때문에 保育器에서 키우기로 하였다. 醫師는 처음 12時間 동안은 分當 6L의 酸素를 주고 그 후에는 分當 4L로 주라고 간호원에게 지시하였다.

그러나 간호원은 分當 6L의 酸素를 5週間 계속 투여하였기 때문에 한 어린이는 두눈이 完全히 失明되었고 다른 한 어린이는 한쪽만 失明되었다.

이 事件에 對하여 法院은 어린이들의 失明과 간호원의 過失間에는 因果關係가 成立된다고 判示하고 환자의 損害에 對하여는 病院에 賠償責任이 있다고 判示하였다. (Toth v. Community Hospital at Glen Cove, 239 N.E. 2d 368, 292 N.Y.S. 2d 655, 1968)

事例 12: heating pad의 過熱로 환자가 火傷을 입은 것은 간호원의 不注意 때문이다.

老人患者가 病院에 入院하게 되었다. 醫師는 간호원에게 萬一 患者가 瘡다고 이야기하던 heating pad를 써서 保溫하라고 지시하였다.

그런데 老人患者가 heating pad의 과열로 火傷을 입게 되어 法的인 문제가 야기되었다.

이 事件에 對하여 法院은 過失은 간호원에게 있으며 醫師는 無罪라고 判決하였다.

即 heating pad의 使用과 같은 간단한 操作까지는 醫師가 확인할 必要가 없으며 그것은 訓練된 간호원이면 能히 할 수 있는 일인데 간호원의 不注意 때문이라고 判定하였다.

(Burns v. Owens, 459 S.W. 2d 303, Mo 1970)

IV. 看護員의 不注意와 關係된 事例의 法醫學的 考察

1. 使用者責任

민법 제756조에 「타인을 사용하여 어느 사무에 종사하게 한 자는 피용자가 그 사무집행에 관하여 제3자에게 가한 손해를 배상할 책임이 있다」²⁰⁾라고 규정되어 있다.

즉, 피사용인의 행위와 기여로 그 이익은 사용자에게 귀속되는 것이기 때문에 피사용인에 의한 타인의 손해는 그 배상 책임이 사용자에게 있다는 것이다.

따라서 醫療에 있어서도 간호원의 과실로 제3자가 받은 손해는 사용자, 즉 병원개설자에게 배상의 책임이 생기는 것이다.

따라서 使用者責任은 過失責任은 아닌 것이다.

事例 第8 및 9는 醫師가 丸劑 및 錠劑를 處方한 過失에 對한 責任과 비록 行爲는 간호원이 하였지만 이를 감독할 책임을 소홀히 한 過失 그리고 民事上의 使用者責任 等이 競合한 事例라 할 수 있다.

2. 看護員의 補助行爲와 醫師의 確認義務 및 信賴의 原則²¹⁾

醫師와 看護員의 業務關係와 그 責任限界에 對하여는 이미 II의 2欄에서 기술하였으므로 理 解되리라 본다.

간호원의 獨自의 可能한 療養과 看護 및 그 지도에 對하여서는 여기에 해당되지 않고 醫療의 補助行爲의 경우는 醫師의 指示 및 감독하에 이루어지는 것이 原則으로 된다.

따라서 醫師의 指示自體에 위험성이 내포된 것이라면 의당 의사에게도 그 責任이 있음은 의심할 여지가 없다.

그러나 이 정도의 業務라면 能히 간호원으로서 處理 가능하리라고 간호원을 신뢰하고 委任하였던 것이 간호원의 不注意 또는 태만으로 인한 경우에는 그 責任을 의사에게 물을 수가 없는 것이다. 그 좋은 예가 事例 第10, 11, 12라 하겠다.

即, 事例 第10의 경우는 의사가 지시한 것보다 高濃度의 石炭酸水를 事例 第11의 경우는 高濃度의 산소를, 事例 第12의 경우는 heating pad의 처리를 잘못하여, 즉 의사의 확인없이도 能히 간호원의 능력으로 注意만 하였다면 피할 수 있었던 惡結果에 對하여서는 간호원 스스로가 책임지게 되는 것이다.

이때 醫師에게는 確認의 義務와 信賴의 原則이 競合하여 信賴의 原則의 理論이 우세하였다 할 수 있다.

V. 看護員의 業務不覆行과 關係된 事例

事例 第13: 産後出血이 甚한 患者를 醫師에게 連絡자 않아 死亡케한 것은 간호원의 과실이며 이를 採用한 病院에도 責任이 있다.

分娩하기 위하여 入院한 妊婦가 無事히 分娩을 마쳤다. 醫師는 産後縫合을 마치고 退勤하였다.

얼다후에 出血이 甚한 것을 發見한 患者는 醫師에게 연락하여 줄것을 要請하였으나 잠시후에는 止血될 것이라는 理由로 醫師에게 연락하지 않아 결국 産母는 失血로 死亡하게 되었다.

이 事件에 對하여 産母가 死亡한 것은 失血 때문이며 이 失血은 적당한 治療가 결여된 것이 기 인되며 또 産母가 적당한 治療를 받지 못한것은 看護員의 근두래단 때문이었다. 即 過失은 간호

원에 있으며 이러한 不誠實한 간호원을 採用한 病院에도 그 責任이 있는 것이라고 判示하였다.

(Goff v. Doctors General Hospital, 166 Cal. App. 2d 314, 333 P. 2d 29, 1958)

事例 第14: 醫師의 指示대로 降壓劑를 환자에게 투여하지 않아 患者가 腦出血로 死亡하게 된 것은 간호원의 過失과 因果關係가 있다.

腦出血로 의심되는 환자가 病院에 왔다. 醫師 A가 진찰한 後에 血壓이 높은 것이 확인되어 간호원에게 降壓劑를 投與할 것을 지시하였다. 即 現在로서는 血壓이 높기 때문에 手術을 할 수 없으며 降壓劑를 투여하여 血壓이 내린후에 手術하려고 하였다. 그러나 說明할 수 없는 理由 때문에 患者에게 降壓劑가 투여되지 않았다. 그 結果 患者의 血壓은 계속 오르게 되어 마침내 腦出血로 死亡하게 되었다.

이 事件에 對하여 法院은 患者의 死因과 看護員의 醫師指示不履行 間에는 因果關係가 成立되기 때문에 간호원의 過失이 認定된다고 判示하였다. (Källenberg v. Beth Israel Hospital, 45 A.D. 2d 1977, 357 N.Y.S. 2d 508, 1974)

事例 第15: 患者家族의 醫師의 診察要請을 一方的으로 默殺한 것은 看護員의 義務違反이다.

分娩을 위하여 入院한 妊婦가 갑자기 産氣가 고이자 男便은 당황하여 간호원에게 醫師의 診察을 要請하였다. 그러나 간호원은 앉아서 잡지만 보고 이 要請을 들어줄리 하지 않았다. 할 수 없이 그 男便이 醫師에게 電話를 걸었다.

妊婦는 醫師가 도착하기 前에 分娩하였다. 이 에 격분한 그 男便은 간호원을 걸어 간호원의 태만 때문에 自己婦人은 醫師立會없이 分娩하였으며 그것때문에 많은 損傷을 받았다고 하였다.

이 事件에 對하여 看護員의 환자족의 要請을 一方的으로 묵살하여 의사에게 連絡하지 않은 것은 自己의 任務를 忠實히 履行치 않은 태만이라고 判示하였다. (Hiatt v. Groce, 523 P. 2d 320. Kans. 1974)

VI. 看護員의 業務不履行과 關係된 事例의 法醫學的 考察

I. 看護倫理

간호의 기본이념은 인류애를 근원으로 한 인도주의에 있다. 즉, 인간의 생명과 권리를 무엇보다도 존중하는 박애정신 발로의 가장 전형적인 일이 병든 사람의 간호라 하겠다.

따라서 간호원이라는 직업은 그 어느 직종의 사람보다 직업적인 윤리관이 투철하여야 할 것이다. 특히 대한간호협회가 제39회 총회에서 채택한 “한국간호원의 윤리 강령” 제5조를 보면,

“간호원은 환자의 인종, 성별, 사상, 종교, 빈부 또는 사회적 지위를 초월하여 간호한다”

또 제6조 “간호원은 환자와 그 가족의 인격을 존중하여 성실하게 대하며 직업상 알게 된 그들의 비밀을 굳게 지킨다.”

의 두 조항을 철저히 지키는 것은 임상에서 야기되기 쉬운 환자와의 분쟁을 예방하는데 결정적인 역할을 할 것이다.

여기에 예거된 事例 第13, 14, 15는 우리나라의 判例가 아니라 外國의 것이며 우리나라에서는 아직 간호원의 업무불이행 즉, 간호윤리와 관계된 사례가 보고되고 있지 않아 딱이나 다름스럽게 생각한다.

然이나 앞으로 야기될 가능성을 노파심에새로 看護問題를 다루다 보니 外國에서는 이런 문제가 단례로 상당수 보고되고 있기에 언급하여 둔다.

參 考 文 獻

- 1) Pozgar, G.D.: Legal Aspects of Health Care Administration, Aspen Systems Co., 1st ed. London, 69, 1979
- 2) 高橋正春: 醫療行爲と法律, 醫齒藥出版, 初版, 東京 1980
- 3) 弘文社: 醫療 및 醫療保險法全集, 1980
- 4) 이영자: 한국간호관계법령에 대한 조사연구.

- 연세대학교유대학원 석사학위논문, 1979
- 5) 이귀향, 이영복 : 간호사학박, 수문사, 초판, 서울, 18, 1978
 - 6) 姜潤姬, 李恩玉 : 看護業務上에서의 注射 實態, 大韓法醫誌, 2:1, 119, 1978.
 - 7) 禹相應 : 注射醫療事故死 剖檢例의 統計的觀察, 大韓法醫誌, 2:1, 111, 1978
 - 8) 文國鎮 : 注射事故의 外國現況, 大韓法醫誌, 2:1 135, 1978
 - 9) 文國鎮 : 醫療事故判例로 본 醫療過失의 法醫學的分析, 大韓法醫誌, 4:1, 5, 1980
 - 10) 松倉豊治 : 醫事紛爭, 永井書店, 初版, 東京 9, 1976
 - 11) 아카이시 스구루 : 사진
 - 12) 保社行政先例 : 의사 및 간호원에 대한 질의(의제 1420-8753 1977년 6월 25일), 醫協新報 1981 2. 23
 - 13) 文國鎮 : 藥物の 經口投與 및 注射에 關한 法醫學的考察, 第3回 法醫學月例集談會要旨, 高麗醫大法醫學敎室同門會, 1979. 5. 29
 - 14) 赤石英, 押田茂實 : 注射による末梢神經損傷の實態と豫防對策, 日本醫事新報, 第2512號, 25, 1972
 - 15) 김순자, 김배자, 이선우 : 기본간호학, 수문사, 초판, 서울, 1980
 - 16) 홍옥순 : 기본간호학, 대한간호협회 출판부, 초판, 서울, 1980
 - 17) 押田茂實 : 筋肉注射法の 歴史的考察, 日本醫事新報, 第2557號, 13, 1973
 - 18) 赤石英 : 筋肉注射 全廢論, 診斷と治療, 63:1, 122, 1975.
 - 19) 최중현 : 집사가 본 주사행위, 大韓法醫誌, 2:1, 127, 1978
 - 20) 玄岩社 : 小法典, 서울, 1980
 - 21) 文國鎮 : 醫療事故判例의 醫療效果에 對한 法醫學的分析, 第5回 法醫學月例集談會要旨, 高麗醫大法醫學敎室同門會, 1979. 10. 29

〈47페이지에서 계속〉

②제 1항 각호의 규정에 의한 보건간호과정, 마취간호과정 및 정신간호과정에 관하여 필요한 사항은 보건사회부장관이 정한다.

마취간호과정에 관한 규칙

제 1 조 (목적) 이 규칙은 의로법 제56조 및 동법시행규칙 제54조 제 1항 제 2호의 규정에 의하여 마취간호분야의 간호원 자격증 인정과 관련되는 마취간호과정에 관하여 필요한 사항을 규정함을 목적으로 한다.

제 2 조 (수습기간 및 수습시간) 마취간호과정은 학과 및 실습으로 하고 그 수습기간은 1년으로 하되, 학과 200시간 이상, 실습 1,480시간 이상으로 한다.

제 3 조 (학과) 마취간호과정의 학과의 과목 및 과목당 수습기간은 다음 각호와 같다.

- | | |
|--------------|---------|
| 1. 마취학개론 | 16시간 이상 |
| 2. 해부학 및 생리학 | 80시간 이상 |

- | | |
|----------------------|---------|
| 3. 마취와 관련있는 물리학 및 화학 | 48시간 이상 |
| 4. 마취와 관련있는 약리학 | 24시간 이상 |
| 5. 마취의 절차와 방법 | 32시간 이상 |

제 4 조 (실습) ①마취간호과정의 실습은 전신마취(흡입법, 정맥주입법, 호흡관 삽입법)와 국소마취에 대하여 행한다.

②마취간호과정의 수습생은 제 1항의 규정에 의한 실습을 100건이상 하여야 하되 그중 70건 이상은 전신마취의 실습을 하여야 한다.

부 칙

①(시행일) 이 규칙은 공포한 날로부터 시행한다.

②(경과조치) 이 규칙시행 당시 보건사회부장관이 정하는 바에 따라 마취과 전문의의 수련병원으로 지정된 종합병원과 병원이 정하는 마취간호과정을 이수한 자 및 수습중에 있는 자는 이 규칙에 의한 마취간호과정을 이수한 자 및 수습중에 있는 자로 본다.