



급성 약물중독 환자에서 위세척의 의료법학적 고찰 -대법원 2005.1.28, 2003다14119 판결을 중심으로-

연세대학교 의과대학 의료법윤리학과

배 현 아

Medico-legal Consideration of Gastric Lavage in Acute Intoxicated Patients -In the Supreme Court 2005.1.28, 2003da14119-

Hyuna Bae

Department of Medical Law and Bioethic, Yonsei University, Seoul, Korea

Gastric lavage is now known to be ineffective, unnecessary or hazardous in some circumstances where it used to be performed as a routine. This article concerns the medico-legal aspect of forced gastric lavage. The Supreme Court 2005.1.28, 2003da14119 is the case where a patient, who ingested the organophosphate insecticide to attempt suicide and refused lavage. At first we discuss the effectiveness or hazards of lavage because a very high degree of proof -of negligence, not error of clinical judgment - would be required. Lavage, with or without the informed consent, performed negligently which result in harm could, of course, give rise to a claim in negligence. A doctor might also be held negligent in failing to perform an act which he/she had a duty to perform.

key Words: Gastric lavage, Patient refusal, Informed consent, Negligence, Legal case

서 론

대부분의 급성 약물중독은 구강을 통한 원인물질의 섭취로 인하여 발생하는데 중독물질을 위장관내에서 제거하고 흡수를 방지하는 것은 우선적으로 시행할 수 있는 치료방법중의 하나이다. 구토제의 투여, 위장세척, 활성탄의 투여, 하제의 사용, 전장세척 등과 같은 방법이 사용되는데 이들 방법의 적응증이나 효과는 아직 논란의 여지가 있어 임상에서 적용시 충분한 이해가 필요하다.

이들 방법의 효용성과 합병증에 대한 연구는 임상적 연구보다 동물 및 인체에서의 약리학적 연구에 의존해 왔으므로 위장관 정화방법(Gut Decontamination)의 유용성에 대한 평가는 제한적이라고 할 수 있다. 또한 치명적

인 약물 중독의 치료방법에 있어 기존의 위장관 정화방법보다는 대중적인 치료가 더 강조되기도 하는 상황에서^{1,2)} 치료적 접근방법으로 위장관 정화방법을 시행하는 경우에 다음과 같은 요소들을 고려하여야 한다. 즉, 중독약물 자체가 갖는 위험성이 있는지, 임상적으로 의미 있는 수준의 양을 제거할 수 있는지, 약물을 제거하는 것이 환자의 치료경과에 도움을 주는지, 치료에 따른 위험성은 없는지, 중독물질의 흡수를 제한하고 효과적으로 치료를 할 수 있는 다른 방법이 있는지를 고려하여야 한다³⁾. 그러나 이러한 의학적 판단에 의해서 위세척의 시행을 결정하였어도 의사는 환자에게 시술방법과 시술결과, 그리고 발생할 수 있는 합병증 등에 대해 미리 설명을 하는 것은 의료행위를 함에 있어서 당연히 해야 할 의사의 의무이며, 만약 충분한 설명에 근거한 환자의 동의 없이 시술된 의료행위의 경우는 법을 위반한 것으로 간주될 수 있다.

반대로 대법원 2005.1.28, 2003다14119 사건에서와 같이 의학적으로 위세척이 필요하다고 판단된 환자에게 환자의 거부 혹은 의료 환경의 제한 등의 이유로 위세척을

책임저자: 배 현 아

서울특별시 서대문구 신촌동 134
연세대학교 의과대학 의료법윤리학과
Tel: 02) 2228-2530, Fax: 02) 392-8133
E-mail: sincerebae@hanmail.net

시행하지 못하여 발생한 악결과에 대하여서 의사의 책임을 물을 수 있다.

이에 저자는 이미 종결된 재판 판결의 옳고 그름을 논하려는 것이 아니라, 대법원 2005.1.28, 2003다14119 사건에서 판시한 내용을 토대로 급성 약물중독 환자에 있어서 위세척을 시행하는 데 있어서 의료법학적으로 고려해야 할 점들을 검토해 봄으로써 급성 약물중독 환자의 치료 지침을 정하는데 도움을 주고자 함이다.

사건의 개요

1. 사건의 사실관계

대법원 2005.1.28, 2003다14119 사건은 원고의 남편인 망인이 1999년 11월 15일 10:30경 자신이 경작하고 있는 과수원에서 술에 취한 상태에서 원고와 다투다가 유기인제 살충제인 리바이지드¹⁾를 음독하였고, 이를 본 위 원고가 망인을 후송하여 같은 날 11:03경 위 피고병원 응급실에 도착하였다. 10년 경력의 내과전문의인 위 병원 내과과장은 원고로부터 망인이 농약을 마셨다는 이야기를 듣고 곧바로 간호사와 간호조무사 등의 도움을 받아 망인의 몸을 잡고 위세척을 실시하려 하였으나 망인은 “처와 다투고 나서 죽으려고 농약을 먹었으니 죽게 내버려 두라”고 고향을 지르면서 완강하게 거부하였고, 망인의 고향소리를 듣고 응급실에 와 있던 원무과 직원까지 가세하여 망인의 두 손을 결박한 후 결박이 안 된 부분은 손으로 잡고 위세척을 하기 위하여 수차례에 걸쳐 세척튜브를 식도까지 삽입하였으나 망인은 결박을 풀고 고개를 돌리거나 얼굴을 마구 흔들면서 세척튜브를 빼내어 위세척은 다시 실패하였다. 내과과장은 위 병원 내과 외래진료실에서 원고에게 망인의 치료거부로 인하여 위세척이 불가능하다는 사실을 알리고, 망인에게 농약의 독성이 나타날 때에는 위 병원의 시설로 치료가 불가능하니 근처 대학병원이나 규모가 더 큰 대형병원으로 전원 하는 것이 좋겠다고 권유하였는바, 원고가 근처 대형병원으로 가겠다고 하므로, 담당 의사는 1999년 11월 15일 11:50경 원무과에 망인에 대한 전원을 준비하라고 지시한 사실, 위 전원 지시 후인 같은 날 12:00경 담당의사는 망인에게 “위세척과 결박을 하지 않을 테니 제발 수액주사만이라도 맞으라”고 설득하였고, 망인이 이에 동의하자 하트만 포도당액 1000 cc에 비타민 B₁ 및 C₁ 을 혼합하여 투약하고 해독제인 아트로핀 0.5 mg짜리 앰플 하나와 팜-에이(PAM-A) 0.5 g짜리 앰플 2

개를 정맥 주사하였으나, 그 외에는 다른 병원으로의 전원 시까지 별다른 조치를 취하지는 않았다. 망인은 피고병원 응급실에 올 때까지는 과도한 분비물이 없고, 동공은 양쪽 모두 약 3 mm 정도로 대광 반사가 있었고, 흥분된 상태에서 의식은 명료하였으며, 맥박은 분당 90회, 호흡은 분당 18회, 혈압은 최고 130 mmHg, 최저 80 mmHg으로 농약 중독으로 인한 증상은 나타내지 않았으나, 망인이 마신 농약의 양이나 술에 취한 상태 등에 비추어 중등 이상의 중독 상태로 판단될 수 있었으며 전원을 위하여 대기할 무렵에는 바지에 변을 싸는 등 중증 중독의 증상이 현저하게 나타났다. 망인은 같은 날 12:40경 도착한 근처 대형병원의 응급차량으로 같은 날 13:20경 대형병원에 도착하였는데 전원 도중에도 구토 및 설사를 하고 도착 당시에는 의식이 저하되는 등 증상이 더 악화되었고, 이에 전원 된 병원의 의료진은 망인의 팔과 다리를 묶은 다음 여러 명이 그의 머리를 잡고 위세척을 하는 등 치료를 하였으나, 망인은 증상이 악화되어 1999년 11월 18일 19:25경 약물중독으로 인한 심폐 정지로 사망하였다.

2. 법률상의 쟁점과 법원의 판단

유기인제 농약에 중독 된 경우에는 무스카린 수용체의 자극으로 타액분비의 증가, 발한, 설사, 복통, 구토, 축소된 동공, 서맥, 저혈압 등이 발생할 수 있고, 니코틴 수용체의 자극으로 근육의 경련, 떨림, 긴장도의 저하 등이 발생할 수 있으며 심하면 근육의 마비가 진행되고 특히 호흡근 마비로 인해 급성호흡부전과 사망에 이를 수 있는데, 이에 대한 응급치료로는 ① 최우선적으로 즉각적인 지지요법 및 호흡보조로써 기도를 유지하여 충분한 산소공급을 확보하고, ② 음독 2시간 내인 경우에는 위에 남아 있는 농약이 추가로 혈중에 흡수되는 것을 방지하기 위하여 위세척과 함께 활성탄을 투여하고, ③ 해독제로서 경중독 증상을 보이는 경우에는 1~2 mg의 아트로핀, 중등 이상의 중독증상을 보이는 경우에는 2~4 mg의 아트로핀의 5~10분(15~20분) 간격으로 아트로핀화에 의한 증상이 나타날 때까지 투여하되, 어느 경우에도 팜에이(PAM-A) 1~2 g을 식염수에 섞어 환자의 임상적 증상이 좋아질 때까지 24~48시간 동안 6~8시간마다 30분에 걸쳐 투여하여야 하며, 이러한 일련의 치료를 적절히 받는다면 농약중독의 경우 사망률은 매우 낮다. 위세척을 필요로 하는 환자가 처치를 거부하는 경우 이를 실시하는 의사로서는 결박이나 진정제를 투여한 후 위 세척을 실시할 수 있는 사실 등

1. 유효성분 fenthion 으로 기타 유화제와 용제가 포함되어 있는 유기인계 살충제로 독성은 III급(보통독성)이다.

판사 사실들을 인정한 다음, 그에 기하여 망인의 치료를 담당한 의사는 원고를 통해 망인이 유기인제 살충제를 음독한 사실을 알았으므로 위 약물중독에 대한 일반적인 처치절차에 따라 망인에게 충분한 산소를 공급하는 한편 위 세척을 실시하여야 하고 망인의 거부로 위세척을 실시할 수 없었다면 망인을 결박하는 등으로 망인의 반항을 억압한 후 위 세척을 실시하고 활성탄을 투여하였어야 할 것인데 이러한 조치를 취하지 아니하였고, 뿐만 아니라 망인이 마신 농약의 양이나 술에 취한 정도로 보아 중등의 중독 증상으로 판단되고 실제로도 전원을 위하여 대기하던 중 바지에 대변을 싸는 등 그 중독 증상이 악화되었으므로 망인에게 해독제로서 아트로핀 2~4 mg을 5~10분(15~20분) 간격으로 아트로핀화에 의한 증상이 나타날 때까지 계속 투여하여야 함은 물론, 전원 도중에도 이와 같은 투여를 계속할 수 있도록 필요한 조치를 취하여야 함에도 아트로핀 0.5 mg을 1회 투여하는 데 그친 잘못이 있으며, 망인은 이로 인하여 사망에 이르게 되었다 할 것이므로, 피고들은 망인의 사망으로 인하여 망인 및 원고들이 입은 모든 손해를 배상할 의무가 있다고 판단하였다.

고 찰

1. 의학적 쟁점

1) 약물중독 환자에 있어서 위세척의 적응증 및 방법

(1) 적응증

위세척의 효과는 중독물질의 섭취와 세척사이의 시간 경과, 섭취한 양, 중독물질 본래의 특성, 그리고 흡수 속도에 달려 있다. 위세척은 중독물질에 노출된 후 즉시 시행되었을 때는 이페카(ipeccac) 시럽보다 더 효과적이거나 섭취한 시간 정도 후에 시행했을 경우에는 약물의 흡수를 감소시키기 위해 시행되는 구토 유발과 위세척 사이에 특별한 효과의 차이가 없고 오히려 활성탄의 투여가 더 효과적인 것으로 알려져 있다. 위세척이 환자의 예후를 좋게 한다는 증거는 없으며^{4,5)} 흡인성 폐렴과 같은 중요한 합병증을 초래할 수 있어 중독환자에게 관례적으로 사용해서는 안 된다. 생명을 위협할 정도로 과다용량을 섭취하였으나 의식이 명료하고 섭취한지 1~2시간이 지나지 않은 환자를 대상으로 하되 시술 도중에 유발될 수 있는 기관지 내로의 흡인을 충분히 예방할 수 있는 준비가 필요하다.

(2) 위세척의 방법과 절차⁹⁾

① 위세척이 적절한 치료라고 판단이 되면 환자가 의식이 있는 경우에 경험이 있는 숙련된 의료진에 의해 환자를

안심시키고, 합병증 등을 최소화 하도록 해야 한다.

② 환자가 의식이 있고 동의한다면 시술에 대해 설명해 주어야 한다. 그 시술을 사전에 경험해 보지 못한 환자들에게 관을 위에 넣는 이유와 방법, 그리고 시술이 힘들어도 빠른 치료를 위해 필요함을 설명해야 한다. 만약 환자가 어떤 이유에서든 시술에 대한 동의를 거부하면 더 큰 합병증을 유발할지도 모르므로 강제적으로 시행해서는 안 된다.

③ 시술을 행하기 전에 기관지에 존재하는 이물질에 대한 제거흡입술이 즉시 수행될 수 있도록 준비해야 한다.

④ 구역반사가 없는 혼수상태의 환자에서는 구강 내 또는 비강 내 기도삽관이 위세척 전에 시행되어야 한다.

⑤ 환자는 위세척이 용이하도록 머리 쪽을 20도 낮춘 좌측와위를 취한다.

⑥ 필요한 관의 길이는 삼입 전에 측정하고 표시한다.

⑦ 성인은 커다란 구멍을 가진 36-40 Fr(직경: 12~13.3 mm) 정도의 튜브를 사용하고 아이들에게는 16-28 Fr(직경: 5.3~9.3 mm) 정도를 사용하는데 끝이 둥글고 위에 잘 도달하기 위해 충분한 강도를 가지고 있어야 하며 비강을 통해 넣는 튜브는 구멍이 작아 약물이 잘 통과할 수 없고 비강 내 점막에 손상을 입힐 수 있어 가급적 사용을 하지 않는 것이 좋다.

⑧ 환자가 발버둥치면 강제로 관을 통과시키기 위해 힘을 주어서는 안 된다. 관이 통과되면 정확한 삼입을 확인하기 위해 공기를 주입하고 청진하거나 내용물의 pH를 측정해서 확인한다.

⑨ 위세척은 적은 양의 용액을 사용하는데 성인의 경우 38도 정도의 따뜻한 생리식염수나 물을 200~300 ml 정도 사용하고 어린아이일 경우 체중 kg당 10~20 ml를 사용하는데 저나트륨혈증이나 수분중독을 피하기 위해 물은 피한다. 한번에 많은 양을 사용하면 위세척 동안 위 내용물이 십이지장으로 들어갈 수 있어 적은 양의 물을 사용한다. 따뜻한 용액은 아주 어리거나 노인에게 다량의 위세척 수액으로 인해 발생하는 저체온증의 위험을 감소시킨다. 위세척은 더 이상 이물질이 보이지 않고 배출되는 세척액이 깨끗해질 때까지 계속 시행한다.

2) 약물중독 환자에 있어서 위세척의 효과와 합병증을 고려한 위세척 시행의 적절성

위세척은 위에서부터 물질들을 제거할 수는 있다. 그러나 독성작용을 막는 효과는 불분명하다⁶⁾.

위세척은 작은 크기의 알약이나 분해와 흡수가 서서히 일어나는 서방정은 약 조각들을 즉각적으로 대부분 음독

한지 한시간이내의 환자들-제거하거나 음독한 물질이 위장관 운동을 느리게 하여 시간이 지난 후 증상이 발현될 수 있는 경우, 계속해서 독작용을 유발시킬 수 있는 물질들을 줄이는 데는 도움이 되나⁷⁾, 연구 보고들에 따르면 이 방법으로 제거되는 약물은 35~56%에 불과한 것으로 보고 된 바 있다. 위세척의 임상적 유용성에 대해 평가한 3개의 대규모 연구결과에 따르면^{8,9)} 한 연구에서만 이 방법이 이득이 되는 것으로 나타났고, 그것도 섭취 후 1시간 이내에 시작된 경우로 나타났다. 이 방법은 일반적으로 인공호흡기 치료가 필요한 생명에 위협을 줄 수 있는 독물의 섭취나 의식의 저하나 경련이 동반될 수 있는 경우에는 제한적으로 이용되어야 한다고 보고하고 있다¹⁰⁾. 즉, 이 방법의 금기증은 관의 크기와 맞지 않는 크기의 알약인 경우, 무독성 섭취, 부식제 섭취, 기도 유지가 잘 되지 않는 경우 위장관 독성보다 호흡계 독성이 심한 경우 등이다. 이 시술의 합병증으로는 기도내 삽관, 흡인 시도나 위파열, 술기 동안의 산소공급 저하, 삽관된 관이 제거되지 않는 경우(때때의 형성) 등이다. 그리하여 위세척은 의식이 저하되어 기관지 내로 흡입될 가능성이 있거나 출혈이나 천공의 위험이 있는 환자에서 절대적으로 금기이다.

2. 의료행위에 대한 법적 평가

1) 의료행위의 침습적 특성과 위법성 조각사유

사람의 생명과 신체라는 법익은 우리의 법률체계를 통관하여 가장 중요하고 기본적인 법익으로 보호하고 있는데, 사람의 생명과 신체에 대한 악결과라 할 수 있는 사망이나 상해의 가벌성 여부와 가벌성의 조각이 문제되는 영역이 바로 의사의 치료행위이다. 간혹 상해의 결과가 야기된 경우, 피해자의 승낙에 의해 가벌성이 조각되는 것으로 구성할 수 있는 복싱, 레슬링과 같은 스포츠에서와는 달리 의사의 치료행위는 항상 침습행위를 동반하는 특성을 갖고 있다. 의사가 치료의 목적을 갖고 있지 않은 경우라면 당연히 상해죄의 구성요건에 해당하나, 주관적으로 치료의 목적을 갖고 객관적으로는 의술의 법칙에 맞추어 행하여진 경우에는 가벌성이 부정된다는 견해가 일치하고 있다. 그러나 가벌성 조각의 근거에 대해 종래의 일반적인 견해와 판례는 상해죄의 구성요건에는 해당하나 위법성 조각사유로서 업무로 인한 정당행위라고 보거나, 피해자의 승낙에 의한 행위라고 보고 있으나, 최근 의사의 치료행위는 상해죄의 구성요건에 해당하는 범죄행위로서의 상해와는 다르다고 보아 구성요건해당성 자체를 부인하

는 견해도 제기되고 있다¹⁰⁾.

전술한 대로 학설의 태도는 위법성 조각설과 구성요건 해당성배제설로 나누어지는데 위법성 조각설은 의사의 치료행위는 그 성공의 여부를 묻지 않고 객관적으로 상해죄의 구성요건을 충족한다는 전제에서, 그것이 주관적 치료목적과 객관적 의술법칙에 부합하는 한 치료의 성공여부에 관계없이 위법성이 조각된다는 견해이다. 다만 그 위법성 조각에 당사자의 승낙 필요여부에 따라 업무로 인한 정당행위설과 환자의 승낙을 위법성 조각사유로 보는 견해가 있다.

업무로 인한 정당행위설은 우리나라 다수설로 이 설은 의사의 치료행위는 객관적으로 상해죄나 업무상과실치사상죄의 구성요건을 충족하나, 환자의 건강을 유지하거나 개선하기 위하여 행해지므로 형법 제20조의 정당행위에 해당하여 위법성이 조각된다고 하면서 의료침습에 의료기술의 정당성과 의학적 적응성이 인정된다면 환자의 동의가 없더라도 그것이 주관적으로 치료의 목적을 가지고 객관적으로 의술에 맞추어 행하여지는 한 의료행위는 적법하다고 한다. 의사의 의료행위는 환자의 건강을 침해하는 것이 아니라 개선 및 회복시키는 행위이므로 환자의 승낙 유무에 관계없이 이미 상해의 의사가 없고 비록 치료행위가 결과에 있어 실패했을 때라도 객관적인 의술에 맞게 행해졌을 때에는 과실도 성립되지 않아 적법하다는 것이다²⁾.

또 다른 견해인 환자의 승낙을 위법성 조각사유로 보는 견해에서는 치료행위는 상해죄나 업무상과실치사상죄의 구성요건에 해당하지만 피해자의 승낙에 의하여 위법성이 조각된다고 보는 견해로 치료행위에 의한 신체적 침습이라 하더라도 환자의 승낙이 없는 경우에는 위법성이 조각되지 않고 의료행위는 위법하다는 것이다¹¹⁾. "피해자의 승낙"을 내세우는 견해는 환자의 자기결정권을 중심으로 의사의 치료행위를 형법적으로 파악하려는 것이기 때문에, 아무리 의술의 법칙에 합치하고 그 결과가 성공한 치료행위라도 환자의 자기결정권이 침해되면 그 위법성이 조각될 수 없다고 한다. 소위 "전단적인 의료행위(die eigenmachtige Heilbehandlung)"가 바로 이것을 말한다¹²⁾.

다음으로 위법성 조각설과 함께 제기되고 있는 견해인 구성요건해당성배제설은 의사의 치료행위는 의술의 법칙에 따라 행해지는 한 원칙적으로 상해의 구성요건에 해당하지 않는다고 보아야 한다는 견해이다¹²⁾. 즉 의학적 적응이 있고 치료의 목적으로 의술의 법칙에 따른 의사의 행위는 원칙적으로 환자의 승낙이 있었느냐에 상관없이 상해죄의 구성요건에 해당하지 않는다는 것이다.

2 유기천, 형법학(총론강의) 1980, p193; 정영석, 형법총론 1987, p45; 진계호, 신고 형법총론 1984, p205

우리나라 판례에 의하면 의사의 치료행위는 그 성공여부를 묻지 않고 상해죄의 구성요건에 해당한다고 본다. 다만, 치료행위가 의술의 법칙에 부합하여 이루어진 경우라면 본인의 의사에 반한 경우라도 정당행위 또는 긴급피난에 해당하여 위법성이 조각된다고 판시하고 있다³.

최근 환자의 자기결정권이 중시되기 시작하면서 종래의 위법성 조각요소로서 불필요하다고 생각되었던 환자의 승낙을 의사의 치료행위에 요한다는 판결을 하기 시작하였다⁴. 그러나 이 판례만으로 판례의 입장이 변경되었다고 볼 수는 없을 것 같다. 왜냐하면 만약 피해자 승낙의 범리에 의해 의료행위를 파악하여 하면 우선 진단적 의료행위의 해당 여부를 검토했어야 하며, 판례와 같이 애당초 과실범의 주의의무 위반 여부를 중심으로 문제를 해결하려고 들지 않았을 것이다. 또한 피해자의 승낙을 문제해결의 단서로 삼았다면 당연히 이에 전제되는 설명의무의 범위 및 한계에 대한 검토가 동반되어야 한다.

2) 충분한 설명에 근거한 환자의 동의 없이 시행된 의료행위; 강제 시행된 위세척의 법적 측면(Legal Aspect of Forced Gastric Lavage)

이 사건에서 문제가 될 수 있는 급성약물중독환자를 대상으로 시행되는 위세척은 경우에 따라 환자의 동의가 없는 상태에서 의료행위가 행해지기도 하는 시술이다.

전술한 바와 같이 의료행위가 적법하기 위해서는 환자의 동의 하에 의료행위가 행하여져야 한다. 치료목적으로 의술의 법칙에 합치된 치료행위를 하여 결과가 성공적인 경우라 하더라도 환자의 자기결정권을 침해한 행위는 위법하다고 평가된다. 물론 이러한 행위에 대해 어떤 책임을 물을 수 있는지의 여부는 의료행위의 법적성질 논의와도 연결되며, 현행법상 진단적 의료행위에 대한 형사처벌이 가능한가의 문제와도 연결된다.

강제적으로 시행된 위세척에 대한 법적인 검토를 한 외국의 문헌에 따르면¹³ 위세척의 대상이 되는 환자의 의식 상태에 따라 나누어진다. 의식이 명료한 환자의 경우 말 또는 행동, 심지어 수동적이더라도 위세척에 대한 동의에서 명할 수 있을 것이며 환자의 태도가 자발적이라면 이성적으로 앞으로의 치료에 대해 충분히 이해하고 동의한 것으로 간주된다.(만약 자살 시도를 한 환자가 다른 사람에게 자신의 약물과다복용사실을 알린다든지의 행동을 취한다면 그 자체가 치료에 대한 접근을 시도했다는 것을 의미한다.)

그러나 환자의 동의가 유효하기 위해서는 환자가 무엇

에 대하여 동의를 하였는지를 이해하고 있어야 한다. 위세척 등의 시술에 대한 기존의 경험이 없는 환자는 전술한 방법의 위세척에 대하여 튜브가 환자의 위 속으로 진입하여 독성물질들을 씻어낼 것이라는 등의 설명을 들어야 한다. 반대로 이미 위세척을 시행 받은 적이 있는 환자의 경우는 자세한 언급을 생략할 수도 있을 것이다. 그런 다음 환자가 반대하지 않을 경우에만 세척을 시행할 수 있다.

만약 의식이 명료하고 이성적인 환자가 위세척을 거부할 경우 그의 결정은 존중되어야 하지만 환자의 치료 거부로 인해 발생할 수 있는 결과에 대해 설명을 해줌으로써 환자의 결정을 바꿀 수 있도록 설득해볼 수 있다.

환자가 최종적으로 동의하는데 거부한다면, 의사는 그것이 명백한 거부인가 혹은 단순히 일시적인 반응인지를 고려해야 한다. 의사가 판단하여 환자가 동의를 거부하였지만 그 결정이 죽기를 결심한 아주 완고한 결정이 아니라고 생각이 된다면 의사가 환자의 동의 없이 시술을 행하는 것은 정당화될 수도 있다. 그러나 이러한 상황의 한계는 결국 의사가 주관적으로 환자의 의사를 판단해야 한다는 것이며, 의사들은 종종 자살을 시도한 환자들의 현재 의사를 무시하는 경향이 있으며 그러한 환자의 의사를 무시하는 것이 이후에 문제를 일으키지 않을 것이라고 생각한다. 논의의 요점은 경우에 따라 치료의 결과와는 별도로 환자나 변호사들은 이것에 동의하지 않을 수 있다는 것이고, 법원은 의사가 환자의 생명을 구한 사람으로 호의적인 태도를 취할 것이며 환자의 생명을 구한 것에 대해서 손해배상을 판결하지는 않을 것이라는 것이 일반적인 견해이다.

환자가 치사량의 독성물질을 복용하거나 항정신성 약물 등을 복용함으로써 인해 의사는 환자가 이성적으로 판단할 수 있는 능력이 의심스럽다고 생각할 수 있다. 만약 의사는 위세척을 포함한 시술이 환자에게 최선의 이익을 줄 수 있다고 판단이 되고 꼭 필요하다면 강제로라도 시행될 수 있다. 그러나 약물 과다 복용이 모든 환자를 이성적인 판단을 할 수 없는 불안정한 상태로 만드는 것은 아니다. 환자가 그의 거부로 인해 발생할 수 있는 결과에 대해 충분한 설명을 들은 뒤에도 계속 거부를 하여 위세척을 시행하는 것에 실패한 경우는 의무의 위반으로 간주하지 않는다. 그리고 무슨 이유에서든지 어찌되었던 간에 환자의 의무 기록에 자세하게 기술을 해야 한다.

환자에 대한 법적인 구제절차는 다음과 같다. 위세척을 시행한 뒤 살아나서 의식을 잃기 전에 위세척을 거부했던 것을 기억해내고 폭행을 주장할 수 있다. 만약 독단적이고 기술적으로 폭력적으로 시행된 위세척이 환자의 생명을

3. 대법 1976. 7. 13. 선고 75도 1205판결; 대법 1974. 4. 23. 선고 74도 714판결, 대법 1978. 11. 14. 선고 78도2388판결

4. 대법 1993. 7. 27. 선고 92도 2345 판결

살렸다면, 환자는 명목상의 손해만을 기대할 수 있을 것이다. 그러나 소송에 대한 환자의 권리를 인지하는 것은 징벌적 위세척의 개념을 지지할 수 없게 하는 근거가 되며 어떠한 경우에서도 징벌적 위세척을 시행해서는 안된다¹⁴⁾.

위세척은 동의가 있건 없건 간에 부주의하게 시행되면 악결과를 낳을 수 있고 당연히 다른 치료의 과실과 마찬가지로 과실 책임에 대한 소송을 제기할 수 있다. 하지만 의학적 판단에 대한 실수가 아닌 과실에 관해서는 고도의 증거를 필요로 할 것이다.

의사는 또한 시행했어야 하는 행위를 시행하지 않음으로 인해 과실 책임을 물을 수 있다. 그러므로 환자가 치료를 받지 않은 결과 혹은 효과적인 치료의 부족으로 인해 환자가 사망 또는 손해가 발생하면 환자나 보호자에 의해 의사는 과실책임에 대한 소송을 당할 수 있다.

결론적으로 강제적으로 시행된 위세척의 법적 측면에서 고려해야 할 점은 환자는 어떤 치료든지 거부할 수 있다는 것이고, 의사는 환자의 거부 의사를 존중해야 하지만 의심의 여지가 있을 때에는 생명을 구하기 위한 시도를 할 수 있다는 것이다.

3) 자살시도환자에 대한 고려

자살시도환자의 치료가 문제가 되는 것은 자살시도로 인하여 의식불명의 상태지만, 생명이나 건강의 중대한 손상을 피하려면 즉각적으로 치료가 행하여져야 한다는 것이다. 환자가 의식이 있는 경우에는 자신의 의사에 따라 의료행위가 결정될 것이고 또한 치료거부시에는 긴급의료나 필수의료이론으로 해결될 수 있을 것이다. 그러나 의식이 없는 경우에는 동의추정이론이 적용될 수 없다고 하겠다. 그의 의사는 생명의 포기이었으므로, 그가 생명을 구하거나 건강의 손상을 막는 의료행위를 수용할 것이라는 동의 추정은 불가능한 것이다. 이러한 자살시도환자에 대해 의사는 그의 추정적 거부에도 불구하고 의료행위를 실시한 경우에 독단치료로 인한 책임을 질 수 있다는 이론적 문제와 실정법상 긴급의료의무의 이행 사이에 방향하게 된다.

국내의 논의는 자살을 시도한 환자가 의식불명일 때에는 긴급의료의 법리를 적용하고, 의식이 있을 때에는 그의 의사에 따라서 결정하되, 자살은 현저한 반사회적 행위이고 자살 또는 수용거부의 의사결정은 정상적이고 건전한 정신상태에서 진지하게 이루어졌다고 인정할 수 없는 것이 대부분이므로 그 의사결정은 무효로 한다는 견해가 있다¹⁵⁾.

독일에서 의사는 자살시도환자를 그의 의사에 반하여 치료하여야 한다. 즉 의사는 자살시도환자의 치료의 권한 뿐만 아니라 독일연방법원의 형사판례에 따르면 책임도 있다. 자살은 독일 형법 제330조 c의 '사고'로 인정되어 구조의 부작위는 형사처벌을 받는다⁵⁾. 즉, 의사는 자살자의 구조에 필요한 모든 조치를 취하여야 할 책임뿐만 아니라 권한도 있는 것이다. 형법상 의사는 자살환자의 명시적인 의사에 반하여 치료할 의무가 있으므로 그 치료는 민법상으로도 위법성이 부인된다는 것이다. 따라서 설사 그 치료가 실패하여도 귀책사유가 없는 한 의사는 손해배상 책임을 지지 아니한다고 한다. 즉 설명동의원칙을 위반한 독단치료로서의 책임을 지지 않는다는 것이다.

독일에서 자살자의 의사에 반한 치료의 정당화사유로서 우선 사무관리의 법리⁶⁾가 적용된다. 그런데 사무관리규정에 따르면 본인의 의사에 반하여 본인의 사무를 집행할 수는 없다. 그런데, 자살환자의 경우에 그의 현실적 의사는 명백히 죽는 것이다. 여기서 자살환자의 동의 없는 치료의 정당성을 인정하는 어려움이 있다. 다만 독일 민법 제679조에 따르면, 공익에 관한 의무의 이행에 있어서 사무관리에 의하지 아니하면 적기에 그 의무를 이행할 수 없는 경우에는 사무관리에 반대하는 본인의 의사는 무시할 수 있다. 독일 법체계는 자살을 허용도 금지도 아니하므로 이 규정을 자살환자의 경우에 유추 적용할 수 있을 뿐이라고 한다. 도덕률은 그러나 자살을 극단적인 예외의 경우를 제외하면 엄격히 금지한다. 또 다른 견해로는 본인의 의사에 반하는 치료가 예외적으로 도덕적 견지에서 이루어진 것이라면 법질서는 그것을 비난할 수 없다는 일반론에서 찾아야 한다고 한다. 실제로 구조자가 인간적인 의무를 이행하였다는 데서 정당성의 궁극적인 근거를 찾아야 한다는 것이다¹⁶⁾.

사무관리에 있어서의 의식불명의 환자의 추정 의사에 대한 논의가 있다. 자살환자가 구조시 의식불명인 경우에는 현재 의사를 확인할 수 없으므로 환자의 추정적 의사에 기초하여야 하는데, 죽음을 직면하고 있는 지금도 자살시도시의 죽고자 했던 의사를 유지하는가에 대한 의문을 제기하는 견해도 있다. 추정 의사는 개념은 객관적으로 이해되는 것이며, 따라서 환자의 가정적 의사로 인정될 수 있는 것이 무엇인가의 판단은 객관적으로 사후적으로 모든 상황을 고려하여야 한다는 문제의식을 가지고, 자살자의 치료를 그의 보호의 차원에서 해결하려는 입장도 보인다. 이에 따르면, "모든 인간에게는 자신의 생명과 건강의 유

5. 독일형법 제330조 c의 개략적 내용: 사고에 있어서 구조가 필요하고 구조를 기대할 만한 정당한 이유가 있음에도 구조를 하지 아니한 자는 1년 이하의 자유형 또는 벌금형에 처한다. 여기서 사고는 사람이나 물건에 현저한 위험을 초래하는 돌발적인 사건을 포함하는 개념이다.
6. 민법 734조: 의무 없이 타인을 위하여 사무를 관리하는 자는 그 사무의 성질을 좇아 가장 본인에게 이익되는 방법으로 이를 관리하여야 한다.

지가 소중하다는 명제에 대입하는 명제를 뒷받침할만한 요소가 법질서에는 없다. 따라서 의식불명의 자살환자의 추정 의사의 판단은 의사가 구조치료를 할 수 있는 쪽으로 이루어질 수 있을 것이다. 인생에의 권태는 그의 비정상적인 정신상태에서 나오는 것이며, 이 정신상태는 그가 의식불명 중에는 조절할 수 없는 것으로서, 그 삶의 권태를 느끼는 자는 그 비정상적인 정신상태의 결과로부터 보호되어야 한다" 라는 것이다⁷. 즉, 추정 의사란 객관적으로 판단하는 것이며, 생명에 대한 객관적인 판단에 따라 자살 시도 환자의 동의를 추정하는 것이다. 또한 자살의 동기인 삶의 권태나 삶의 회의는 존중대상이 아니라 제거 및 치료의 대상이라는 것이다.

또한 정당한 긴급피난에 의하여 자살 시도 환자에 대한 치료의 정당성을 찾는 견해도 있다. 즉 독일 형법 제34조가 명문으로 규정하고 있는 초법적이며 정당한 긴급피난으로부터 민법에서도 자살환자 치료의 정당성을 도출할 수 있다라는 것이다. 형법상의 구조의무와 자기결정권과의 관계에 대하여, 독일 형법 제330조의 구조의무에 충실하려면 의사는 자살환자의 자기결정권을 침해하여야 하며, 이 의무는 도덕적으로 허용될 수 없는 자살환자의 자기결정권보다 우선한다는 것이다.

이상과 같이 독일에서는 자살 시도 환자를 그 의사에 반하여 치료한 의사에게 독단치료로서의 책임을 묻지 않는다. 오히려 그 치료를 외면한 의사에 대하여 구조의무 위반의 책임이 추궁된다. 다만, 그 치료의 정당성의 근거를 어디서 구하는가의 논의가 있을 뿐이다. 즉, 사무관리론, 인간적 의무의 이행론, 객관적 추정 의사론, 긴급피난이론 등으로 의사의 치료를 정당화한다.

우리 법에서는 자살환자의 치료를 회피한 의사는 의료법 제16조 및 응급의료에 관한법 제6조의 위반으로 책임이 추궁될 수 있다. 따라서 그 치료가 의학적으로나 실정법적으로 정당성이 인정되는 치료인지의 의문이 제기될 수 있다. 그러나 일반환자의 치료에도 동조는 치료 거부금지 의무를 부과하고 있고, 그렇다고 하여 설명동의원칙을 무시한 의사의 의료행위가 언제나 적법하다고 할 수는 없기 때문에, 역시 자살환자의 치료에도 마찬가지이다. 이러한 실정법의 규정과 설명동의원칙은 모순되지 않는가의 문제를 해결하는 것이 향후 자살환자치료의 정당성근거의 문제가 될 것이다.

4) 진료환경을 고려한 의사의 주의의무
의료과오에 있어서 과실인정기준으로 고려해야 할 것들

은 일반적·객관적 기준과 개별적·구체적 기준으로 구분될 수 있다. 이를 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

의사는 환자를 진료함에 있어서 최선의 주의를 다하여야 한다. 의사의 과실 여부를 평가하는 기준인 표준치료는 일반적으로 해당 분야의 전문인인 평균적 의사에게 요구하는 표준적 주의를 가지고, 표준적 지식으로 시행하되, 의사 자신의 최선의 판단력을 행사하는 진료행위로 정의될 수 있다¹⁶. 이와 관련하여 의사가 이러한 최선의 주의의무를 다하였는지 즉, 의료과실에서 의사의 주의의무위반 여부를 가리기 위해서는 먼저 그 판단기준이 제시되어야 한다. 주의의무의 위반여부는 특정인의 구체적인 의료행위상에서 판단되어야 하는데 주의나 능력은 사람과 주어 진 환경에 따라 다르기 때문이다.

주의의무위반을 어떤 기준에 의하여 판단할 것이냐에 관하여는 객관설과 주관설이 대립되고 있다. 주의의무위반을 객관적으로 표준에 의하여 판단해야 한다는 객관설에 의하면 행위자의 위치에 있는 통찰력 있는 사람, 즉 행위자가 소속한 집단 내에서의 신중하고 사려 깊은 사람의 판단이 기준이 된다. 이 견해는 사회일반인의 주의능력을 주의의무위반의 판단기준으로 하므로 일반인표준설이라고도 한다¹⁷.

이에 반하여 주관설은 주의의무위반을 행위자의 개별적 주의의무위반으로 파악해야 한다고 한다. 주의의무위반은 행위자가 결과발생가능성의 인식을 전제로 하므로 오로지 개인의 능력과 지식을 기준으로 판단해야 한다고 한다. 행위자가 평균인 이상의 능력과 지식을 가졌으면 그가 할 수 있는 모든 조치를 취할 의무가 있으며, 그렇게 한다고 해서 능력 있는 사람에게 부당하게 과중한 부담을 주는 것이 아니라고 한다. 이를 개별적 주의의무위반설이라고도 한다.

대법원도 의료사고에 있어서 과실 유무를 판단함에는 같은 업무와 직무에 종사하는 일반적 보통인의 주의정도를 표준으로 하며, 이에 는 사고 당시의 일반적 의학수준과 의료 환경 및 조건, 의료행위의 특수성 등이 고려되어야 한다고 판시하고 있다⁸. 따라서 주의의무의 기준이 되는 자는 행위자가 놓인 구체적 상황과 동일한 사회적 역할 하에 있는 통찰력 있고 신중한 평균인이다. 의료행위에서는 통상의 사려 깊은 의사라면 법익침해의 결과를 예견하고 회피할 수 있었느냐가 기준이 된다. 그런데 통상의 의사 또는 평균적인 의사로서의 의학지식과 기술수준은 의료행위의 특수성으로 인하여 그 구체적인 판단이 어렵고, 시술 당시의 의학수준, 지역차, 의료행위 당시의 주변상황

7. Kaufmann, Die eigenmachtige Heilbehandlung, ZStW 73(1961), 341(368). Linzbach, S. 92, Anm 325에서 재인용.
8. 대법원 1999. 12. 10. 선고 99도3711 판결

등의 진료환경이나 기타 조건에 따라 각각 다르게 판단될 수 있다¹⁸⁾.

이 중 본 사건에서는 의학·의료수준에 따른 과실인정기준 외에도 진료환경과 조건 등을 고려해야 한다고 하였다.

의학·의료 수준에 따른 과실인정기준을 살펴보면 의료 행위에 있어 주의의무위반의 판단은 통상의 의사에게 시술 당시에 일반적으로 널리 알려져 있고, 시인되고 있는 의학상식을 기준으로 한다. 의사에게는 의료법칙에 부합되는 객관적인 주의의무가 요구된다.

의료과실은 의학지식이 환자에게 시술되는 과정에서 생기는 것이기 때문에 여기서 말하는 의학은 통상 이른바 임상 의학을 의미한다. 이에 따라 의학·의료 수준에 따른 과실인정기준을 판단할 때는 본 사안에서는 앞에서 기술한 것과 같은 의학적 쟁점을 고려하여 판단하게 된다. 일본에서 의료수준을 판단할 때 일반적인 의사들이 진료시 지침으로 삼고 있는 의학문헌 등에 따라 인정받게 되며, 이에 반하는 의료행위는 의료현장에서 평균적인 의사가 실천하고 있는 것이라 하더라도 이는 단순히 의료관행에 불과하여 과실을 부정하는 근거가 될 수 없다고 하고 있다. 이와 반대로 의사가 처해있는 환경을 중시하는 미국에서는 판례가 관행의 공식을 대폭적으로 계속하여 지지하면서 의사가 일반적으로 인정된 관행에 따라 의술을 행한 경우에는 과실책임을 면하는 경우가 많았었다.

이처럼 의사나 주의의무의 기준을 판단함에 있어서는 의료수준 외에도 구체적 사안에서 진료의가 처한 환경이나 진료 당시의 사정이 수정요소로서 고려되어야 한다.

현실적으로 의료행위를 하는 의사들은 지역 여건별로 구분해보면, 벽지에서 진료하고 있거나, 도회지에서 개업하고 있거나 또는 도회지라 하더라도 일반개업의가 아닌 대학병원에서 최선의 의학을 연구하면서 진료하는 경우 등으로 나누어질 수 있다. 그런데 의사의 능력이 큰 차이가 없는 경우라 하더라도 연구의 기회나 설비 등의 차이로 인하여 의료수준에 차이가 나는 것은 불가피한 일이다. 벽지에서 진료하고 있는 의사가 최선의 설비가 없어서 적절한 진료를 하지 못한 경우라면 그것만으로 과실이 있다고 단정할 수는 없을 것이다. 결국 의사는 그가 놓여 있는 상황 하에서 의사로서 해야 할 의무를 다했는가 하는 점이 문제되므로 의료상의 주의의무의 기준을 결정함에 있어서는 이와 같은 상황적 여건을 고려하지 않으면 안 된다.

앞에서 언급한 바와 같이 지역차가 특히 강조되고 있는 곳은 미국이다. 미국에서는 우리나라의 감정인에 해당하는 전문가 증인(expert witness)도 피고 의사와 동일 지역에서 비슷한 정도의 임상 수준의 진료를 하고 있는 사람이 아니면 그 적격성을 가지지 못하기도 한다. 그러나 정보통

신기술의 진보에 따라 모든 지역의 의사들이 의료정보에 접근하는 것이 쉬워졌고 시골지역에서는 전문가 증인을 구하는 것이 어려워졌으며 또 같은 지역 의사들 간에 “침묵의 공동” 현상이 나타남에 따라 오늘날에는 단지 몇몇 주에서만 적용되고 있고 대부분의 주에서는 전문가 증인이 인접한 지역의 주의의무 수준에 관하여 증언하는 것을 배제하지 않고 있다¹⁹⁾.

다시 말해서, 이러한 지역성의 원칙(The Locality of Rule)이란 지방벽지에 근무하는 의사에게 대도시의 의사와 같은 수준의 의료를 요구할 수 없고, 양자간에 주의의무의 기준이 다르게 적용되어야 한다는 것이다. 그러나 20세기에 들어와 교통, 통신수단의 발달은 모든 의사로 하여금 우수한 의학상의 정보를 입수하여 이용하는 것을 가능하게 하고 또 환자를 설비가 충분한 다른 병원에 이송하는 것을 용이하게 하므로 이 원칙의 의미가 상당히 상실되었다. 의사들은 환자의 병상이 허용한다면 환자를 도시 등의 해당 전문의에게 이송할 의무를 부담하게 되므로, 적기에 이송이 현실적으로 불가능하여 전문의 진료를 적시에 기대할 수 없을 경우 전문 외의 진료에 대해서는 주의의무가 경감될 수밖에 없다고 한다.

우리나라의 많은 학자들이 주의의무의 판단기준으로 지역차를 인정하여야 한다고 하는 경우를 살펴보면, 대부분 벽지의 의사들이 환자의 상태가 위급하여 어쩔 수 없이 자신의 전문이 아닌 다른과의 진료를 하거나 자신의 전문과라도 시설이 부족하여 어쩔 수 없이 상급의료기관에서와 같은 수준의 치료를 못하였을 경우이다. 이러한 경우에 주의의무를 경감하여야 하는 것은 당연하나 이것은 의료행위의 지역차 뿐만 아니라 긴급성도 고려되어야 하므로 그에 대한 검토 역시 필요하겠²⁰⁾.

3. 대법원 2005.1.28, 2003다14119 사건에 대한 의료법학적 평가

대법원 2005.1.28, 2003다14119 사건에서의 의학적 쟁점은 앞에서 살펴본 바와 같이 본 사건이 위세척의 절대적 적용증인지의 여부와 위세척의 시행여부가 이후 환자의 예후에 얼마나 큰 영향을 미쳤을지이다.

이 경우 환자의 내원시간이 음독직후 약 30분 정도의 시간이 지난 후 병원에 내원하여 시간적으로는 위세척의 적용증이 된다. 병원의 진료환경이 허락하는 한 가능한 빨리 위세척을 시행하는 것이 맞지만 본 건에서처럼 환자가 음주상태이고 음독한 물질이 아주 빨리 흡수되는 액상의 유기인계 농약인 점, 환자가 내원당시에는 의식이 명료한 채로 명백한 거부 의사를 밝히고 있다는 점에서 환자의 동

의 없이 강제적으로 시행하는 위세척의 효과와 부작용 및 법적 근거를 살펴보아야 한다.

위세척은 앞에서 살펴본 바와 같이 의료진의 많은 노력을 들이면서 시행하여야 하며 적어도 환자의 억제나 위세척 실행을 도울 수 있는 의료진이 두 사람 이상 있을 때에만 시행할 것을 권고하고 있다²⁾.

무엇보다 직경이 12~13.3 mm 이상의 관이 입을 통해 위까지 들어가서 세척을 해야 하기 때문에 환자에게 구역질과 호흡곤란과 같은 심한 고통을 줄 수 있고, 상당 시간이 소요되며 그만큼 의료진의 노력이 드는 시술이다. 위세척의 부작용으로 관이 기도내로 삽관됨으로써 호흡곤란을 일으키거나 질식을 일으킬 수 있고, 흡인 시도나 위장관천공, 술기 동안의 산소 공급저하, 삽관된 관이 제거되지 않는 경우(매듭의 형성)등이 발생할 수 있고 연구들에 따르면 이와 같은 부작용은 환자의 협조 없이 강제적으로 시행되었을 경우 더욱 발생할 가능성이 높기 때문에 강제적 시행을 금지하고 있다³⁾. 오히려 수십 년 간의 이러한 위세척의 효과에 대한 논란으로 인해 시행된 연구들에 따르면 위세척을 시행한 집단과 보존적 치료만을 시행한 집단 사이에 치료효과에는 차이가 없다는 결과들이 발표되고 있기 때문에 의학적으로는 협조가 불가능하거나 의식이 저하된 경우 기도유지를 위한 보조술 없이 위세척 시행은 금지하고 있다. 실제로 강제적으로 시행된 위세척의 부작용으로 인해 환자에게 발생한 손해에 대해 의사의 책임을 묻는 소송이 진행되고 있기도 하다. 그러므로 이 사건의 경우 의학적으로 환자의 사망의 직접적 원인은 음독한 약물의 독성과 양에 따라 달라질 수 있지만 위세척의 시행여부가 환자의 직접적인 사망의 원인이 되지는 않을 것으로 보인다.

이 사건의 경우에는 내원 당시에는 환자의 의식이 저하되지는 않았지만, 환자의 명백한 거부 의사와 비협조적 태도로 인해 만약 위세척을 시행하려는 시도를 하기 위해서는 진정제를 투여한 후 위세척을 실시하였어야 한다고 법원은 판단하였다. 그러나 이 환자의 경우 위세척 실시를 위해 진정제를 투여하였다면 진정제 투여 및 음주의 효과로 인해 환자의 의식 상태가 저하될 것이고, 유기인계농약의 특성상 동반될 수 있는 기관지 분비물 증가 및 호흡저하 등의 발생가능성으로 인해 기관지 삽관이 선행된 후에 위세척을 시행하여야 했지만, 그 자체가 기도 흡인의 가능성을 높일 수 있는 위험이 많고 피고 병원과 같이 의사 한 사람이 응급실 내에 비치된 인공호흡기 등의 호흡 보조 장비 없이는 시행하기 거의 불가능하다.

응급의료에관한법률 11조에 의하면 응급의료의 특성상 적시에 적절한 처치가 이루어져야 하므로 의료인은 응급

환자에 대하여 당해 의료기관의 능력으로는 그 환자에 대하여 적절한 응급의료를 행할 수 없다고 판단한 때에는 지체 없이 그 환자를 적절한 응급의료가 가능한 다른 의료기관으로 이송하여야 한다고 규정되어 있다. 즉, 우리나라 응급의료체계에 있어서는 의료진달체계에 따라 보다 명확한 확립을 위해 응급의료기관을 보다 세분화·체계화하고자 중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 분야별 전문의료응급센터, 응급의료정보센터, 기타의 응급의료기관 등으로 구분하여 각각의 기능과 업무, 시설, 지원에 관한 사항들을 규정하고 있다. 이는 응급의료를 효율적으로 제공하고 응급의료자원의 균등한 분배를 통해 응급의 상황을 효율적으로 대처하기 위한 것이라 할 수 있다. 그러므로 피고병원의 경우 당해 의료기관의 시설 및 인력의 부족으로 인해 상급의료기관으로의 전원 의뢰는 적절하였다고 판단할 수 있겠다.

결 론

위세척은 실험적으로 나타나는 효과가 일관적이지 않고 독성물질의 제거 능력이 높지 않아 급성 약물중독환자에 있어서 절대적인 적응증이 되지 않는 한 일상적으로 시행되어서는 안 되는 술기이다. 특히, 환자의 동의와 협조 없이 강제적으로 시행될 경우 여러 가지 부작용이 발생할 수 있기 때문에 환자의 의식이 명료하고 명백한 거부 의사를 밝혔을 경우 당해 의료기관의 능력에 따라 다른 보조적 수단을 사용하거나 활성탄과 해독제 투여와 같은 보존적 치료를 시행하여야 한다. 환자의 동의 없이 시행된 위세척에 의한 부작용이 발생시 그 효과에 대한 의학적 근거가 불분명할 경우 의사에게 법적 책임이 발생할 수 있으며, 환자의 의식이 저하되어 있어 의사표시를 할 수 없거나, 급성 약물중독에 대한 위세척의 의학적 필요성이 확실하다면 이 때 자살시도환자의 의사표시능력을 고려하여 시행 여부를 결정하여야 부작용에 따른 법적 책임을 피할 수 있다. 물론 환자의 동의 없이 시행되는 의료행위의 경우 높은 수준의 의학적 근거가 필요함은 말할 것도 없다.

본 사례는 환자의 사망에 대한 손해배상과 위자료를 청구하는 민사소송이었지만, 본 저자는 형법적인 이론을 통해 본 사건을 평가하였다. 형사소송과 민사소송이 물론 그 목적하는 바가 다르고 그 판결이 반드시 일치한다고 보기는 어려우나 형법상의 정당행위나 위법성이 조각되는 사안에 관해서는 어느 정도 민사상 손해배상에 있어서도 감안하여야 함에 본 사례에서 법원이 일억원에 가까운 손해배상을 판결한 것은 너무 가혹한 것이 아닌가 하는 평가를 조심스럽게 해본다. 동시에 본 판결의 결과, 법적인 책임을

피하기 위해 급성 약물중독환자에게 불필요하게 위세척이 환자의 동의여부와 관계없이 시행될 수도 있기 때문에 위세척에 대한 의학적 검토를 통해 급성 약물중독환자에 있어서의 위세척 시행의 적절성을 다시 한번 살펴보았다.

참고문헌

1. Merigian KS, Blaho KE. Diagnosis and management of the drug overdose patient. *Am J Ther* 1997;4: 99-113.
2. Merigian KS, Blaho KE. Single dose oral activated charcoal in the treatment of the self-poisoned patient: a prospective, randomized, controlled trial. *Am J Ther* 2002;9:301-8.
3. ByunGeun Han, Seung Ok Choi, Gut Decontamination in the Treatment of Ingested Poisons, *Journal of The Korean Society of Clinical Toxicology* 2003;1(1):1~5.
4. Vale JA, Kuling K. Position paper: gastric lavage, *J Toxicol Clin Toxicol* 2004;42(7):933-43.
5. Van den Berg EJ, Russel FG, Bos RP, Smits P, Kramers C. Lavage almost never indicated after an autointoxication, *Ned Tijdschr Geneesk*. 2000 May 13;144(20):916-8.
6. Jeffrey R. Tucker, MD, Indication for, techniques of, complication of, and efficacy of gastric lavage in the treatment of the poisoned child, *Curr Opin Pediatr* 2000, 12:163-165.
7. G.Randall Bond, MD, The Role of Activated Charcoal and Gastric Emptying in Gastrointestinal Decontamination: A State-of-the-Art Review, *Annals of Emergency Medicine* 2002;39:3 p273-86.
8. Merigian KS, Woodward M, Hedges J Retali, Prospective evaluation of gastric emptying in the self-poisoned patients *Am J Emerg Med* 8:479, 1990.
9. Pond SM, Lewis-Driver DJ, Willkins Gay, Gastric emptying in acute overdose: A prospective randomized controlled trial. *Med J Aust* 163:345. 1995.
10. JaeCheon Choi, YoungHo Park, YoungGyun Hong, Criminal Law in Medical Relations, Yukbeobsa, 2003; p35-41.
11. Jaesang Lee, Criminal Law The Particular, *Parkyoungsa* 1996 p46.
12. Jaesang Lee, Criminal Law The General, *Parkyoungsa*. 1995. p254.
13. Andrew Herxheimer, Legal Aspect of Forced Gastric Lavage, *Drug and therapeutic bulletin*, 1881;19(2);7-8.
14. Judith E. Tintinalli. EMERGENCY MEDICINE. sixth edition. *American College of Emergency Medicine*;2004, p1018.
15. Heetae Seok, Informed Consent and Self Determination, *Yonsei University YonseiHangjungronjib* vol7(1980), p303.
16. Jongtae Lee, The Theory and Practice of Malpractice. *ChungAmMedia* 2001. p9.
17. Jaesang Lee, Criminal Law The General, *Parkyoungsa* 1995. p168.
18. Korean Association of Medical Law. Public Health Law. revision edition. *Donglimsa*, 2004;p126-8.
19. Barry R. Furrow, Health Law, WEST GROUP p272-273.
20. Sunseok Kim, The Causation and Negligence of Malpractice Trial Reference vol 27 p101.
21. Lester M.Haddad, MD, Clinical Mngement of Poisoning and Drug Overdose, 3rd edition, W.B. SAUNDERS COMPANY p21.