

환자안전 관련 간호과오판례의 체계적 내용분석

허혜경¹ · 김기경¹ · 정지수²

연세대학교 원주간호대학 교수¹, 연세대학교 대학원 간호학과 대학원생²

A Systematic Content Analysis of the Closed Nursing Malpractice Claims Related to Patients' Safety

Hur, Hea Kung¹ · Kim, Ki Kyong¹ · Jung, Ji Soo²
¹Professor, Wonju College of Nursing, Yonsei University

²Graduate Student, Department of Nursing, Yonsei University

Purpose: The study aimed to classify patient safety accident and nursing malpractice types through a content analysis of litigation cases in which nurses were found guilty. **Methods:** Data on malpractice cases were collected from the official website of the Korean judiciary. This analysis was conducted in stages according to the systematic content analysis method. A total of 46 cases consisting of 14 criminal cases and 32 civil cases were selected for analysis, and classified based on the types of safety accident and nursing malpractice. **Results:** Eleven categories and 14 subcategories of accidents were extracted from 71 significant statements. The 11 categories of accidents consisted of falls, medication, burns, treatment, diet, medical equipment, delivery, exams, surgery, infection, and suicide. Five categories and 14 subcategories of nursing malpractice were extracted from 71 significant statements. The five categories of malpractice were as follows: failure to take affirmative action to prevent accidents, monitor, follow guidelines, use equipment properly, and reports. **Conclusion:** These findings highlight the importance of nurses' independent roles as patients' safety managers. It can be used as primary data to develop organizational and educational support for nurses seeking to perform their professional roles in ensuring patient safety.

Key Words: Patient safety; Malpractice; Accidents; Nurses; Professional autonomy

서론

1. 연구의 필요성

민사본안사건 중 의료과오소송 건수는 2019년 1,318건, 2020년 1,361건으로 매해 많은 의료과오소송이 제기되고 있음을 알 수 있으며[1], 이 중 간호과오소송에 대한 공식 통계자료는 찾아

보기 어려운 실정이나 최근 판례분석 연구를 통해서 간호사의 업무상과실치사상죄 유죄인정 건수가 지속적으로 증가했음을 알 수 있다[2]. 의료법학회지에 발표된 간호과오 판례분석 연구에서 간호사에게 법적책임을 묻는 업무영역이 계속 확장되고 있음이 보고되었으며[3,4], 이는 협력적 업무분담관계를 강조하는 의료현장의 변화, 간호사의 전문적 지식과 경험에 따른 독자적 업무영역의 확대 때문인 것으로 해석되었다[5].

주요어: 환자안전, 과오, 사고, 간호사, 전문직 자율성

Corresponding author: Kim, Ki Kyong

Wonju College of Nursing, Yonsei University, 20 Ilsan-ro, Wonju 26426, Korea.

Tel: +82-33-741-0380, E-mail: kyongkk@yonsei.ac.kr

- 이 논문은 정부(과학기술정보통신부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임 (No. 2021R1A2C1009734).

- This work was supported by the National Research Foundation of Korea (NRF) grant funded by the Korea government (MSIT) (No. 2021R1A2C1009734)

Received: Sep 6, 2022 | Revised: Oct 15, 2022 | Accepted: Oct 30, 2022

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

이와 같은 변화에 부응하여 2015년 의료법 개정을 통해 간호업무 규정이 재정비되었는데, 기존 ‘요양상의 간호’ 대신 ‘환자의 간호요구에 대한 관찰, 자료수집, 간호판단’으로 고유 간호행위를 구체화한 반면, 기존 ‘진료보조행위’는 유지되었다. 미국 간호실무법은 의학과 의사에 의존하지 않는 광범위하고 독립적인 용어로 간호를 정의하고 있으며, 우리나라의 ‘진료보조행위’에 해당하는 업무를 ‘의사의 처방에 따른 의학적 요법의 수행’으로 기술된 부분과 차이를 보인다[6]. 이러한 의료법의 입법방식의 영향하에 대부분의 판례분석 연구는 간호행위를 간호사의 독자적인 판단에 따라 수행하는 ‘독립적 간호행위’와 의사 지도하에 수행되는 진료보조행위인 ‘비독립적 간호행위’로 분류하고 있다[2,3,5]. 그러나 실제 소송과정에서 쟁점이 된 간호과오행위가 두 가지 중 어느 간호행위에 해당하는지 명확하지 않으며[5] 오늘날 비독립적 행위영역에서도 간호사의 전문적 판단이 요구되는 것으로 보아 독립적 책임을 묻기 시작하였다[7].

어떠한 행위가 독립적 간호행위 내지 진료보조행위에 속하는가의 구별은 사실인정의 문제가 아니고 규범적 평가의 문제 즉, 구체적 상황에서 간호행위로 인해 누구에게 책임을 귀속하는 것이 타당한가에 관한 문제이다[8]. 실제 간호현장은 업무가 분업화되어 있고 의사처방 자체를 제외한 업무 대부분에서 간호사가 자율적 판단에 따라 평가·개입하고 있으며[9] 이러한 자율적 업무는 곧 법적 책임소재와 밀접히 관련된다[3]. 따라서 의사의 지도 또는 처방의 필요 여부에 따라 간호행위의 ‘독립성’을 구분하는 방식은 간호사의 책임여부를 판단하는데 분명한 기준이 되지 않으며[3,5,8], 대법원 또한 진료보조행위인지 여부는 보조행위 유형에 따라 일률적으로 결정할 수 없고 객관적으로 환자에게 따를 위험성, 환자의 상태, 간호사의 자질과 숙련도 등을 종합하여 개별적으로 결정하여야 한다고 판시[3]함으로써 책임의 확장 여지를 남겨놓고 있다. 따라서 오늘날 여러 판결문에 나타난 구체적이고 개별적인 상황에서 간호사의 주의의무에 관한 재판부의 논거를 바탕으로 간호과오를 유형화하고 이를 바탕으로 간호행위의 독립성에 대한 법원의 규범적 평가를 검토할 필요가 있다.

판례란 법원이 특정 소송사건에 대하여 법을 해석 및 적용하여 내린 판단·판결례(判決例)이며 판결문은 이러한 내용이 담긴 문서로서 내용은 주문, 청구취지와 이유로 구성된다. 간호과오판례란 간호사에게 요구되는 주의의무 위반으로 인해 발생한 환자의 위해에 대하여 민·형사상 책임이 인정된 판례이며, 이러한 판결문에는 특정 상황에서 신중한 간호사에게 합리적으로 기대할 수 있는 주의기준(standard of care)이 제시되

어 있는데, 이는 다른 유사사건에서 법적 판단기준이 되므로 간호사는 본 주의기준을 숙지할 필요가 있다[6]. 과오판례는 환자안전에 대한 의료인 교육과 훈련에 유용하게 활용되었으며, 판례를 통한 교육이 간호사의 안전지각, 안전통제감, 자율성과 책임수용성 향상에 효과가 있다[10]. 또한 환자안전사고에 대한 풍부한 자료를 제공하므로 판례분석을 통해 환자안전사고의 구체적 유형과 발생 원인을 파악할 수 있다. 그러나 환자안전사고 중 일부가 소송으로 진행되기 때문에 과오사례가 전체 환자안전사고를 대표하지 못하는 제한이 있고[11] 환자안전법상의 사건보고시스템은 근접오류까지 보고하는 반면[12] 과오소송은 법적책임을 묻기 위한 인적오류 사고에 국한되며[13], 판결문의 특성상 세부정보가 익명화되므로 사고의 근본원인을 분석하기에는 정보의 제한이 따른다[14]. 그럼에도 불구하고 과오사례는 의료시스템에서 측정되지 못하는 사고원인행위를 밝히는 등 환자안전에 대한 다양하고 중요한 견해를 제시하여 왔다[15].

간호과오 판례분석에 대한 선행연구를 살펴보면, 중환자실 간호사 대상 소송의 주요 요인이 환자모니터링 소홀이며[16], 환자모니터링 실패의 원인이 간호사의 부적절한 의사소통과 기록 누락임이 보고되었다[17]. 국내 환자안전에 관련된 간호과오판례 분석 연구 수는 매우 제한되는데, 국내의 간호과오 민사판례 113건을 분석하여 간호사 교육·훈련과 같은 인적 요인이 환자위해 발생의 주요 요인임을 규명한 연구[18], 업무상과실치사상죄 형사판례 67건을 분석하여 간호과오 유형을 분류한 연구[2]가 있으나 모두 소송 진행중인 판결을 분석대상에 포함하였고, 확정된 민·형사판례 전수를 분석한 연구는 시도되지 않았다. 따라서 본 연구는 사건이 종결된 민·형사상의 간호과오판례를 수집 및 체계적 분석을 통하여 간호사의 책임이 인정된 환자안전사고의 유형과 간호과오 유형을 파악함으로써 환자안전사고 예방을 위한 전략을 모색하는데 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구는 간호과오판례의 체계적 내용분석을 통하여 환자안전사고 유형과 간호과오 유형을 파악하기 위함이며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 간호과오판례의 일반적 특성을 파악한다.
- 간호과오로 인한 환자안전사고의 유형을 파악한다.
- 간호과오 유형을 파악한다.

연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 간호과오판례를 바탕으로 환자안전사고 유형과 간호과오 유형을 귀납적으로 분석하기 위한 체계적 내용분석(Systematic Content Analysis) 연구이다.

2. 연구대상

본 연구는 2010년 1월 1일부터 2021년 8월 31일까지 확정 선고되어 종결된 국내 하급심과 대법원 판례 중에서 간호사의 업무상과실치사상죄가 인정된 형사판례와 주의의무위반으로 손해배상책임이 인정된 민사판례 전수를 분석대상으로 선정하였으며, 소송이 진행중이거나 간호사가 사고발생에 관여되지 않은 판례는 분석에서 제외하였다.

3. 자료수집

판례는 2021년 10월에서 11월까지 대한민국 법원 웹사이트에서 제공하는 판례검색시스템(<https://www.scourt.go.kr/portal/main.jsp>)을 이용하여 수집하였으며, 구체적인 판례수집 및 선정절차는 Figure 1과 같다. 판례수집은 상고심 판결문을 주로 제공하는 대법원 판례검색과 종결된 하급심 판례를 제공하는 판결서 인터넷열람을 이용하였으며 검색대상은 2010년 1월 1일부터 2021년 8월 31일 사이에 선고된 간호과오판례이다. 검색식은 형사사건의 경우 ‘간호사’와 ‘업무상과실’, 민사사건의 경우 ‘간호사’와 ‘손해배상’을 주요어로 입력하였으며, 이를 통해 형사 212건과 민사 1,730건을 포함한 총 1,942건이 검색되었다. 연구팀은 검색된 사건별 판례요지를 검색창을 통해 검토하여 연구대상 선정기준에 부합하는 형사 14건, 민사 49건을 선정하였다. 이후 선정된 판결문을 웹사이트에서 다운받거나 열람·복사신청을 통해 전자메일로 제공받아 판결문 전문을 확보하였다. 연구팀은 확보된 판결문을 통하여 연구대상 선정기준의 부합여부를 최종 검토한 결과 간호사 과실 불명확 8건, 의사 과실 2건, 간호조무사 또는 간병인 과실 5건, 인과관계 불인정 2건에 해당하는 민사사건 17건을 제외하여 형사 14

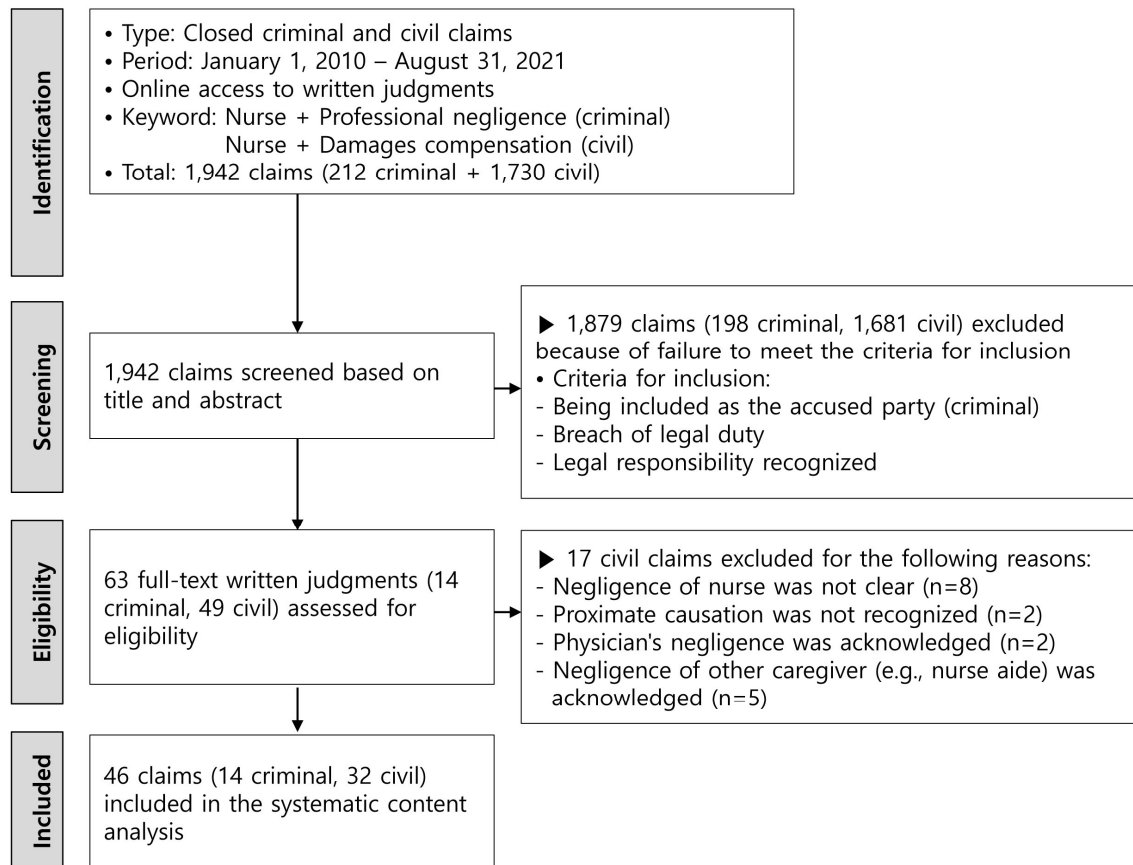


Figure 1. Procedure for searching and screening precedents.

건과 민사 32건으로 구성된 최종 46건을 분석대상으로 선정하였다. 판례수집 및 선정 과정에서 판례분석 연구 경험이 있는 의료법학자에게 자료수집 절차와 검색식 등에 대한 자문을 구하였으며, 판결문 검토과정에서 연구자 간의 선정기준 부합에 대한 의견이 불일치한 경우 논의를 거쳐 100%의 합의를 이룸으로써 분석의 신뢰성을 확보하였다. 연구팀은 내용분석 연구 경험이 있는 간호학자, 간호과오 판례분석 연구경험이 있는 간호법학자, 내용분석 연구경험이 있는 10년 이상 임상간호사 근무경력자로 구성되었다.

4. 자료분석

판례분석에 체계적 내용분석방법을 적용한 Salehijam [19]의 분석 절차에 따라 자료를 분석하였다. 내용분석은 특별한 현상을 정량화하고 기술하기 위하여 언어, 기록물 등으로부터 신뢰성 있는 추론을 위한 체계적이고 객관적인 수단을 제공한다 [20]. 본 연구에서 판결의 결론에 해당하는 「주문」과 당사자의 주장과 증거에 대한 판단근거가 기술된 「이유」의 진술문을 분석대상으로 정하였다. 연구팀은 해당 판결문 전체를 반복해서 읽으면서 ‘간호과오’에 관한 진술문의 구문과 문장을 밑줄로 표시하되, 각 판례에서 중복하여 기술된 간호과오 진술문은 하나로 취합하여 최종 71개의 분석대상을 선정하였다. 환자안전사고 유형분류를 위하여 환자안전법상의 ‘환자안전사고 보고서’ 분류서식을 근거로 환자안전사고 분류 1차 범주도식을 도출하고 범주를 정의하였다. 또한 간호과오 유형을 파악하기 위하여 선행 문헌[21,22]를 근거로 간호과오 분류를 위한 1차 범주도식을 도출하고 범주를 정의하였다. 연구자는 분석대상에 환자안전사고와 간호과오 유형 1차 범주도식을 적용하여 예비 분석을 실시하고 범주와 하위범주, 그리고 하위범주와 문장간의 연계성을 검토하였으며, 그 결과 간호과오유형 범주 1개를 수정 및 재정의하고 코딩방법과 규칙을 정하였다. 수정을 거친 범주도식에 대해 의료법학자 1인에게 전문가 자문을 구하여 타당성을 확인하였으며, 자료분석의 신뢰성 보장을 위하여 간호법학자와 임상간호사로 구성된 2명의 코딩 담당자가 모의적용 훈련 후 범주도식과 코딩지침에 따라 자료를 분류한 결과 코딩 일치률이 100%였다.

5. 윤리적 고려

연구대상인 판결문은 대법원 판례검색시스템과 판결서 인터넷열람시스템을 통해 일반인 누구나 열람할 수 있는 이미 수

집된 공개자료에 해당하며, 법원에서 해당 개인정보를 모두 비실명처리하여 제공함으로써 판결문을 통해 개인의 신원을 직접 또는 간접확인이 불가능하다. 또한 본 연구의 목적상 개인식별정보를 수집 및 기록하지 않음에 따라 연구자 소속기관의 생명윤리위원회(IRB No: CR321355)의 심의면제 승인을 받아 자료수집을 진행하였다.

연구 결과

1. 간호과오판례의 일반적 특성

분석대상 판례의 소송 관할 법원이 1심 35건(76.1%), 항소심 9건(19.6%), 상고심 2건(4.3%)이며, 민사판례 32건(69.6%), 형사판례 14건(30.4%)로 나타났다. 피고가 간호사 단독 20건(43.5%), 간호사와 의사 17건(37.0%), 간호사, 의사와 타직종 6건(13.0%) 순이며, 사건 환경은 입원 환자가 36건(78.3%)으로 가장 많았고 환자의 위해정도는 중등증 18건(39.1%), 사망 16건(34.8%), 중증 12건(26.1%) 순이다. 환자안전사고 종류는 투약 10건(21.7%), 낙상 9건(19.6%), 화상 7건(15.2%), 처치 6건(13.0%), 식사 5건(10.9%), 검사, 의료기기, 분만 각 2건(4.3%), 수술, 감염, 자살 각 1건(2.2%)으로 나타났다(Table 1).

2. 간호과오로 인한 환자안전사고의 유형

간호과오에 관한 총 71개의 진술문은 환자안전사고 유형 11개 범주와 14개의 하위범주로 분류되었으며 범주에 따른 진술문의 빈도는 Table 2와 같다. 환자안전사고 유형별 간호과오 진술문 수는 낙상사고 19개(26.8%), 약물 11개(15.5%), 화상 11개(15.5%), 처치 11개(15.5%), 식사 5개(7.1%), 의료기기 4개(5.6%), 분만 4개(5.6%), 검사 3개(4.2%), 수술, 감염, 자살이 각 1개(1.4%)로 나타났다(Table 2). 환자안전사고 유형의 하위범주를 살펴보면, 낙상사고는 환자낙상, 약물사고는 잘못된 약, 잘못된 주사 부위, 화상사고는 열원노출, 처치사고는 신체보호대 부작용에 해당하는 진술문 수가 가장 많았으며, 하위범주 중 ‘치료기회의 상실’에 해당하는 7개의 진술문이 낙상·분만·검사 사고에서 나타났다. 주요 환자안전사고별 간호과오 진술문 내용을 살펴보면, 낙상사고의 경우 낙상고위험 환자 모니터링 소홀, 비효과적인 낙상예방조치, 간병인의 낙상예방 교육·감독 소홀 순으로 나타났으며, 약물사고의 경우 의사 처방약물의 효능·부작용 미확인, 좌골신경손상 위험 부위 주사, 화상사고의 경우 열요법시 감각소실 환자의 모니터링 소홀, 열기구와

Table 1. General Characteristics of Malpractice Claims (N=46)

Characteristics	Categories	n (%)
Courts	District court	35 (76.1)
	Court of appeal	9 (19.6)
	Supreme court	2 (4.3)
Craims	Civil	32 (69.6)
	Criminal	14 (30.4)
Defendants	Nurse	20 (43.5)
	Nurse + doctor	17 (37.0)
	Nurse + doctor + others	6 (13.0)
	Nurse + others	3 (6.5)
Setting	Inpatient	36 (78.3)
	Outpatient	4 (8.7)
	Others	6 (13.0)
Injury severity level	Mild	0 (0.0)
	Moderate	18 (39.1)
	Severe	12 (26.1)
	Death	16 (34.8)
Incident type	Medication (civil=4, criminal=6)	10 (21.7)
	Fall (civil=7, criminal=2)	9 (19.6)
	Burn (civil=5, criminal=2)	7 (15.2)
	Treatment (civil=5, criminal=1)	6 (13.0)
	Diet (civil=5)	5 (10.9)
	Exam (civil=1, criminal=1)	2 (4.3)
	Medical equipment (civil=1, criminal=1)	2 (4.3)
	Delivery (civil=2)	2 (4.3)
	Surgery (criminal=1)	1 (2.2)
	Infection (civil=1)	1 (2.2)
	Suicide (civil=1)	1 (2.2)

안전거리 미확보, 처치사고의 경우 신체보호대 적용 환자의 경과관찰 소홀, 신체보호대 적용 지침 미준수 순으로 나타났다.

3. 간호과오의 유형

판례에서 도출된 간호과오에 관한 71개의 진술문은 간호과오 유형 5개 범주와 14개의 하위범주로 분류되었으며 범주에 따른 진술문의 빈도는 Table 3과 같다. 간호과오 유형별 간호과오 진술문 수는 사고방지조치 23개(32.4%), 환자감시·관찰 22개(31.0%), 지침준수 11개(15.5%), 적절한 의료기기 사용 11개(15.5%), 보고 4개(5.6%) 순으로 나타났으며, 하위범주별 진술문 수는 고위험 환자 감시 17개, 위험방지조치 16개, 규칙·절차 준수 11개 순으로 나타났다. 주요 간호과오 유형별 과오 진술문 내용을 살펴보면, 사고방지조치의 경우 환자상태에 따른 예상위험 인지 및 사고방지조치 실패, 의사 처방약물의 효능·부작용 미확인, 간병인등 보조인력의 감독 소홀 순으로 나타났

으며, 환자감시·관찰의 경우 낙상 등 고위험 환자 모니터링 소홀, 환자 징후 사정 실패, 지침준수의 경우 표준화된 프로토콜이나 절차 미준수, 의료기기 사용의 경우 열기구 등 부적절한 사용, 보고의 경우 환자의 이상징후를 적시에 의사에게 보고하지 못함 순으로 나타났다.

논 의

본 연구는 판결이 확정된 민·형사 간호과오소송 판결문의 체계적 내용분석을 통하여 환자안전사고 유형과 간호과오 유형을 파악하고자 하였다. 분석대상 판례의 76.1%가 1심에서 종결되었는데 2016년부터 2020년까지 제기된 의료과오 민사소송의 1심 종결률 69.6%[1] 보다 다소 높은 수치여서 간호과오소송의 경우 1심 재판결과를 받아들여 항소하지 않는 경우가 많음을 확인하였다. 본 연구대상 판례 중 간호사가 단독피고인 경우가 43.5%으로 민·형사 사건을 불문하고 단독책임을 인정한 사례가 상당함을 알 수 있는데, 과거 의사처방을 수행하는 과정에서 간호사의 과실이 발생한 경우 간호사와 의사책임을 함께 묻는 것이 보편적이었으나 오늘날, 의사의 지도감독 책임을 묻지 않는 판례가 등장함에 따라[3,5] 간호사의 단독책임 범위는 더욱 확장될 것이 예상되며 이와 같은 이유로 간호사를 위한 법률지원서비스, 간호과오배상보험 등의 보호방안 마련이 필요하다.

본 연구에서 환자안전사고의 78.3%가 입원환경에서 발생하는 것으로 나타났는데 사고의 60.0%가 입원병실에서 발생하는 보고[21] 보다 높은 수치를 보여 입원환경에서의 환자안전사고 관리의 중요함을 시사하였다. 또한 사고에 따른 환자의 영구적 손상·사망이 전체 60.9%로서 최근 5년간(2016~2020년) 보고된 환자안전사고의 영구적 손상·사망 비율인 1.2%[23]와 비교할 때 큰 차이를 보였는데 이는 과소소송제기 사건의 특성상 환자 위해정도가 상대적으로 높은 것으로 해석된다.

본 연구에서 보고된 환자안전사고는 환자안전법상 17개 안전사고유형 중 11개 유형에 해당한 것으로서 특히 투약, 낙상, 화상, 처치, 식사, 검사, 의료기기 순으로 발생 빈도가 높았는데, 이는 간호과오로 인한 낙상, 투약, 화상, 처치, 질식 순의 사고 발생을 보고한 국내연구[2]와 낙상, 투약, 신체보호대, 화상, 의료기기 사고를 보고한 국외연구[22]와 유사한 결과이다. 최근 5년간(2016~2020년) 보고된 환자안전사고 10건 중 8건은 낙상과 투약사고[23]인 것을 비추어 볼 때 낙상과 투약사고는 발생률이 높음과 동시에 과소소송으로 이어지는 사고유형임을 알 수 있다. 특히 본 연구에서 낙상사고의 경우 고위험 환자

Table 2. Categories of Patient Safety Incidents Caused by Nursing Malpractices

Incident*		Significant statements of malpractice (frequency)	Frequency of statements	
Categories	Subcategories		n	n (%)
Fall (cases=9)	Patient fall	· Failure to monitor the high-risk falls patients (6) · Leave high-risk falls patients alone in the room (2) · Ineffective fall preventive measures for high-risk falls patients (5) · Failure to guide & supervise the caregiver to prevent fall (4)	17	19 (26.8)
	Loss of chance to be cured	· No response to abnormal symptoms after a fall (1) · Failure to report a fall incident for treatment (1)	2	
Medication (cases=10)	Wrong drug	· Failure to identify the basic efficacy and side effects of the drug prescribed by the physician (3) · Failure to check patient's drug allergy history (1) · Failure to evaluate the correct drug prescribed by the physician (1)	5	11 (15.5)
	Wrong injection site	· Damage to the sciatic nerve by a misplaced intramuscular injection (3) · Failure to assess an intravenous injection site despite patient's complaints of pain (1)	4	
	Wrong dose	· Injecting excessive dosage of drug by speeding up the process (1)	1	
	Misuse	· Leaving dangerous drugs near dementia patient despite the possibility that patient will drink them (1)	1	
Burn (cases=7)	Exposure to heat	· Failure to monitor patients with sensory loss who are undergoing heat therapy (4) · Failure to place equipment properly during treatment (3) · Improper covering of hot pack (2) · Careless use of electrocautery (2)	11	11 (15.5)
Treatment (cases=6)	Side effects of physical restraint	· Failure to observe the ongoing progress of the patient's applied physical restraint (3) · Failure to follow guideline for the application of physical restraint (3) · No action to prevent the expected thrombosis resulting from the patient's applied physical restraint (2) · Failure to inform caregiver of the risk of self-extubation before implementing a treatment to replace the physical restraint (1)	9	11 (15.5)
	Injury	· Improper suction (1) · Improper urine catheter insertion (1)	2	
Diet (cases=5)	Asphyxiation	· Invasive treatment to the infant immediately after feeding (2) · Failure to guide mother in breastfeeding to prevent infant asphyxia (1) · Letting the infant self-feed; not burping (1) · Failure to monitor and supervise eating behavior of a patient with an eating disorder (1)	5	5 (7.1)
Medical equipment (cases=2)	Malfunction of ventilator	· Failure to reasonably detect malfunction (1) · Failure to learn how equipment functions (1) · Failure to respond to alarms (1) · Failure to guide nurses to familiarize themselves with manual (1)	4	4 (5.6)
Delivery (cases=2)	Loss of chance to be cured	· Failure to assess a dangerous signs and symptoms of the fetus (2) · Failure to report patient's abnormal signs and symptoms (2)	4	4 (5.6)
Exam (cases=2)	Loss of chance to be cured	· Failure to assess patient's conditions in response to complains (1) · Failure to report patient's abnormal signs and symptoms (1) · Failure to assess patient's vital signs according to the physician's order (1)	3	3 (4.2)
Surgery (case=1)	Wrong surgical site	· Failure to identify a patient's surgical site (1)	1	1 (1.4)
Infection (case=1)	Exposure to infection	· No isolation from vancomycin-resistant enterococci (VRE) patients in order to prevent infection (1)	1	1 (1.4)
Suicide (case=1)	Suicide attempt	· Failure to intensively observe a patient who had previously attempted suicides (1)	1	1 (1.4)
Total: 11	14			71 (100)

*Categories of incidents were measured in duplicate per claim case based on significant statements of malpractice.

Table 3. Categories and Subcategories of Nursing Malpractices

Malpractice*	Subcategories (failure to)/ (frequency)	Frequency of statements	
Categories (failure to)		n	n (%)
Take affirmative action to prevent accidents	· Recognize the expected risk according to the patient's specific symptoms or conditions and take preventive measures against accidents (fall=7, feeding=4, physical restraint=3, medication=1, infection=1)	16	23 (32.4)
	· Identify the basic efficacy and side effects of prescribed drugs and reconfirm the orders with the physician (medication=3)	3	
	· Supervise the delegated activity of unlicensed assistive personnel (fall=3)	3	
	· Verify a patient's identity	1	
Monitor patient	· Monitor a high-risk patient's condition or behavior (fall=8, heat therapy=4, physical restraint=3, eating disorder=1, suicides=1)	17	22 (31.0)
	· Assess and interpret a patient's signs and symptoms	4	
	· Assess a patient's history	1	
Follow guidelines	· Follow standardized protocols or procedures (medication=5, physical restraint=3, nursing skills=2)	10	11 (15.5)
	· Follow a physician's orders (vital sign check=1)	1	
Use equipment properly	· Properly use (heater=5, electrocautery=2)	7	11 (15.5)
	· Properly detect malfunction (ventilator=2)	2	
	· Learn how equipment functions (ventilator=2)	2	
Report	· Notify a physician in a timely manner about patient's unusual signs and symptoms	3	4 (5.6)
	· Seek medical authorization for a treatment	1	
Total: 5	14		71 (100)

*Categories of malpractice were measured in duplicate per claim case based on significant statements of malpractice.

모니터링, 낙상예방조치, 간병인 교육·감독 소홀 등 다양한 과오유형이 병합되어 나타났는데, 환자낙상 발생의 관련요인이 42개에 달하며 발생한 낙상으로 인해 손상 발생률이 40.5%에 이르는 점을 고려할 때[24] 다양한 낙상위험요인을 파악·관리하는데 최적의 안전관리자인 간호인력의 확보가 무엇보다 중요하다 하겠다.

우리나라 환자안전법은 사고 종류를 ‘행위, 결과, 관리’ 측면에서 분류·기술하기 때문에 종별 명칭만으로 해당 오류 또는 과오내용을 식별하기 어려운 실정이다. 예를 들어 ‘투약사고’ 명칭만으로는 구체적인 사고내용을 유추하기 어려운데, 본 연구와 같이 투약사고를 ‘잘못된 약, 잘못된 주사 부위, 잘못된 용량, 오용’과 같이 특정 문제형식으로 기술할 경우 문제 확인과 개선방안 검토, 지속적 모니터링에 도움이 되므로[25] 문제 중심으로 사고유형을 분류하는 방안을 모색할 필요가 있다. 또한 동 법에서 환자안전사고 대부분을 ‘행위중 발생한 사고’로 규정

하기 때문에 본 판례에서 나타난 ‘활력징후 측정하지 않음’, ‘환자 사정하지 않음’, ‘이상징후 보고하지 않음’ 등의 불이행으로 인한 ‘치료받을 기회 상실’을 사고유형으로 고려하지 않음을 확인하였다. 이에 반해 미국은 기회상실이론(loss of chance theory)을 통하여 치료기회 상실에 따른 피해에 대해 손해배상 책임을 인정하고 있으며[6] 우리나라도 의료진 과실로 환자가 치료기회를 상실한 경우 정신적 고통에 대한 위자료배상책임을 인정하고 있다[26]. 이처럼 법원에서 치료기회의 상실에 따른 법적 책임을 인정함에도 불구하고 환자안전사고 유형으로 보지 않는 불일치를 개선하기 위하여[13] 의료인 과실에 따른 ‘치료기회의 상실’을 환자안전법상의 환자안전사고 유형에 포함시킬 필요가 있다.

본 연구에서 도출된 간호과오 유형은 사고방지조치, 환자감시·관찰, 지침준수, 적절한 의료기기 사용, 보고에서의 실패로 나타났는데, 이는 선행연구[2,22]에서 보고된 간호과오유형과

유사한 결과이며, Croke [21]이 253건의 간호과오판례 분석을 통해 도출한 과오유형인 환자사정 및 모니터링 실패, 간호표준 미준수, 환자옹호역할 실패, 의료기기 부적절한 사용, 의사소통 실패, 환자기록 실패와 비교할 때 환자기록을 제외한 모든 영역이 일치하였다.

본 연구에서 가장 많은 간호과오 진술문이 포함된 과오유형인 ‘사고방지조치’는 환자에게 예상되는 위험을 방지하기 위해 간호사가 적극적인 조치를 취할 의무를 말한다. 우리나라 법원은 낙상, 자살 시도 등 환자상태의 위험성으로 인해 환자안전이 문제되는 경우 의사의 지시·감독 없이 간호사의 독자적인 판단에 의해 환자관리감독을 수행할 의무를 인정하였으며[5], 다수 연구에서 이러한 환자관리감독을 간호사의 독립적 업무로 보았다[2,3,8]. 다만, ‘환자관리감독’이라는 용어가 갖는 모호성 때문에 본 연구에서는 판결의 취지에 따라 ‘사고방지조치’로 기술하였으며, 이는 예견되는 위험요인을 관리하고 있거나 타인의 행위를 관리·감독할 지위에 있는 자가 그 위험요인이거나 타인의 행위로 인해 피해가 생기지 않도록 조치할 법적 의무[27]를 의미한다.

오늘날 대법원은 이러한 사고방지조치 의무를 일반적 환자관리업무뿐만 아니라 의사처방을 확인해야 할 의무로 확장하였다(대판 2009.12.24. 선고 2005도8980). 즉, 간호사는 투약 전에 처방약의 기본적 효능·부작용 등을 확인·숙지하고 처방의 착오 등이 의심될 때 처방 경위와 내용을 의사에게 재확인함으로써 위험을 방지할 주의의무를 인정하였다. 미국은 오래전부터 일상 간호업무에서 합리적으로 예상되는 위험방지 의무뿐만 아니라 다른 의료인이나 보조인력으로 인해 환자안전이 위협받는 상황에서 독자적 판단에 따라 조치를 취할 적극적 의무(affirmative duty)를 인정하였다[6]. 관련사례로 달링과 찰스턴 지역병원사건(Darling v. Charleston Community Hospital, 1965)에서 의사의 잘못된 지시를 독자적 판단 없이 따른 간호사의 과실을 인정하였다[17]. 이후 미국은 간호사윤리강령에 환자안전의 옹호의무를 명시하고, 주 간호실무법에 광범위한 위험예방·관리업무를 독립적인 간호업무로 규정[9]함으로써 환자안전을 위한 적극적 개입의무를 명실공히 간호사의 법·윤리적 의무로 공식화하였다. Croke [21]은 이러한 ‘환자옹호의 실패’를 주요 간호과오 유형으로 보고하였으며, 국내외 문헌에서 공통적으로 간호사의 사고방지조치 의무를 독립적 간호업무[2,3,5,21,22]로 보고함을 알 수 있다. 오늘날 대법원에서 의사의 처방내용에 대한 간호사의 확인을 요구한 것은 간호사의 법적 부담을 확장한 것이며[7] 이는 의료인의 지위를 떠나 국민의 건강과 안전을 보호·증진하려는 재판부의 취지가 반영된

것이다[8]. 다만, 의료법상 진료보조자라는 입법상의 지위와 환자안전 옹호자로서의 책임영역을 확장하는 사법부의 입장 간에 모순점을 해결해야 할 과제가 남아 있다.

본 연구에서 두 번째로 많은 진술문이 속한 과오유형인 ‘환자감시·관찰(monitoring)’은 위험이 예상되는 환자의 동태 감시와 환자의 경과관찰을 그 내용으로 한다. 우리나라 선행연구는 이를 환자관리감독, 환자경과관찰로 분류하면서 간호사의 독립적 업무로 보고 있으며[2-5,8], 외국문헌 또한 환자모니터링 실패를 주요 간호과오유형으로 보고하였다[21,22]. 환자모니터링은 환자상태 변화를 감지하고 잠재적 위해발생에 대한 예방조치를 위하여 지속적이고 체계적인 자료수집과 분석을 말하는데, 이를 위하여 환자 건강력, 신체검진과 활력징후사정, 신체적 문제 등에 대한 간호평가인 환자사정 능력이 전제되어야 한다[28]. Gleason 등[17]은 간호사의 환자사정이 의학적 진단과정의 필수요소로서 간호사의 환자사정 실패와 적절한 보고 누락이 의사 진단실패의 기여요인임을 보고하였다. 우리나라는 과거 환자경과관찰을 의사 고유업무로 보았으나 오늘날 환자곁에 24시간 상주하는 간호사의 환자관찰을 핵심 간호업무이자 독립적 업무[2,3,5], 의사의 치료계획에 영향을 미치는 중요업무[7,8]로 인식하고 있으므로 환자감시·관찰업무에 대한 간호사의 책임의식 함양과 역량강화를 위한 교육적 지원이 요구된다.

본 연구대상 판례에서 투약, 신체보호대 적용, 간호술 수행 등의 업무에서 관련지침의 미준수로 인한 과오유형이 도출되었는데, 외국 문헌에서도 투약, 간호술과 같은 일상업무에서 간호표준 위반이 간호과오의 주요유형임을 보고하였다[21,22]. 표준화된 지침은 환자 위해 발생을 방지하기 위해 일반적이고 합리적인 치료의 수준을 정의하는 것 이외에도 주의의무위반 여부를 판단하는 법적 기준이 되며[6], 우리나라 법원은 의료집단의 임상진료지침과 내규 등을 고려하여 주의의무를 정하고 있으므로[3,8] 간호과오 예방을 위하여 간호사가 관련 전문학회 또는 의료기관 지침과 절차를 숙지 및 준수하는 것이 중요함을 확인하였다. 그 밖에 본 연구에서 보고된 열기구, 인공호흡기 등 의료기기 사용 관련 과오[2,8,21,22] 및 환자의 이상징후 보고 지체 또는 누락과 같은 보고 실패[21,22]에 대하여 국내의 공통적으로 간호사의 독립적 업무영역이자 주요 간호과오 유형으로 보고되었음을 확인하였다.

이와 같이 판례분석을 통해 도출된 5개의 과오유형은 공통적으로 간호사가 자기책임하에 수행하는 독립적 업무영역에서의 과오를 나타낸다. 비록 현행 의료법에서 의사처방에 따른 업무를 진료보조행위로 규정하고 있으나 법원은 이러한 입법

적 입장에도 불구하고 구체적인 사안에서 해당 간호행위에 대한 책임을 온전히 ‘간호사’에게 귀속함으로써 역설적으로 해당 간호행위의 ‘독립성’에 대한 규범적 평가를 하고 있음을 알 수 있다. 의사처방의 수행업무를 ‘진료보조행위’로 규정하고 있는 현 의료법에 대하여 법학계에서 여러 비판이 제기되었는데, 간호사의 독립적 판단이 요구되는 사회변화에 의료법이 보조를 맞추지 못한다는 점[8], 간호사의 주사업무상 과실에 대해 의사에게 현장에 입회하여 지도·감독할 책임을 묻지 않고 간호사에게 단독 책임을 인정한 대법원 판례로 인하여 의료법에서 규정하는 진료보조행위와 독립적 간호행위간의 구분이 모호해지고 있다는 점[5], 간호사의 권한과 책임소재를 모호하게 하고 과오여부와 책임소재 판단에 있어서 혼선을 야기한다는 점[3], 간호사들이 법적 권한을 인정받지 못한 상태에서 간호업무에 대해 책임을 져야 하는 위험을 수반한다는 점[8] 등이 제기되었다. 이와 같은 문제들을 해결하기 위해서는 입법개선을 통해 간호사의 독립적 업무에 대한 명확한 법적 근거 마련이 선결되어야 한다[3,8].

본 판례분석을 통해 간호사의 가장 중요한 법적 의무는 환자를 안전하게 보호하는 것임을 알 수 있다. 환자의 이익을 위하여 환자를 대신하여 결정할 권한을 부여받았음을 스스로 인식하고 자율적 결정에 따라 환자를 옹호하는 능력을 발휘할 때 비로소 간호사의 독립성은 발현된다[9]. 간호사의 자율성을 촉진하는 병원에서 치료를 받는 환자는 30일 이내에 사망으로 이어지는 합병증과 위험이 더 낮아진다는 보고가 있다[29]. 자율성은 독립적으로 일하는 것뿐만 아니라 팀 구성원으로서 전문적 지식과 기술을 공유하면서 상호 의존적으로 일하는 것을 포함한다[30]. 국내외적으로 환자안전에 중심으로 학제간 협업을 강조하는 가운데 간호사의 자율적 업무영역 확장은 명백한 추세이며, 본 판례분석을 통해 간호사의 확대된 자율성의 범위가 법적 책임과 연결되어 있음을 확인할 수 있었다. 임상현장의 추세에 부응할 수 밖에 없었던 법원 판결의 변화는 이제 입법에 반영되어야 할 단계에 와 있다. 입법개선을 통해 간호사의 권한과 책임간의 균형을 이루기 위한 노력은 비단 간호전문직의 입법적 위상을 높이는 것뿐만 아니라 간호사의 역할과 책임의 경계를 명확히 함으로써 환자안전 보호의 근간이 되는 규범 체계를 견고하게 하는 의미가 있다.

결 론

본 연구는 종결된 민·형사 간호과오소송 판례의 체계적 내용분석을 통하여 간호사의 책임이 인정된 환자안전사고의 유

형과 발생빈도를 파악하였으며, 환자안전사고 방지를 위한 간호사 역할의 중요성을 확인하였다. 또한 본 연구에서 도출된 5개의 과오유형을 통하여 간호사 자신의 책임하에 수행하는 자율적이면서 독립적인 간호업무 영역을 조명하였다. 즉, 간호사는 환자의 사고방지조치를 수행하며, 환자상태를 감시 및 관찰하고, 지침을 준수하며, 의료기기를 적절히 다루고 환자의 이상 상태를 적시에 의사에게 보고할 독립적인 법적의무가 확인되었다. 이러한 의무는 고유 간호업무뿐만 아니라 의사 처방에 따른 간호업무영역에서도 확장되고 있으며, 이러한 간호사의 의무와 책임의 확장은 국내외 공통적으로 환자안전을 보호하기 위해 필요불가결한 사법적 추세를 확인하였다. 따라서 향후 간호과오책임 영역은 지속적으로 확대될 것이 예상되며 환자안전 옹호자로서 간호사의 역할 수행을 지원하기 위한 조직적, 교육적 전략 마련이 필요하다.

본 연구에는 결과를 해석할 때 고려해야 할 몇 가지 제한점이 있다. 본 분석대상은 일정기간 동안 확정된 소송사례로 제한하였으므로 발생한 전체 간호과오사건을 대표하기에는 본질적으로 편향되어 있다. 따라서 장기간에 걸친 판례수집을 통해 표본의 편향성을 최소화하는 후속 연구를 제안한다. 또한 대부분의 과오판결문이 인적오류에 초점을 두어 기술되므로 시스템상의 오류, 사고의 근본원인을 분석하는데 제한이 따른다. 그러나 이와 같은 제한점에도 불구하고 판례는 치료받을 기회 상실과 같은 안전사고 보고시스템에 의해 측정되지 않는 환자안전사고 유형과 간호과오 유형에 대한 실질적인 통찰력을 제공하였으며, 간호업무에 대한 입법방식과 사법부의 과오책임에 대한 규범적 평가 간의 차이를 드러냄으로써 간호 관련 입법개선의 필요성을 제시하였다는 점에서 의미를 갖는다.

REFERENCES

1. Court of Korea. Annual report on the judicial statistics [Internet]. Seoul: Supreme Court of Korea. [cited 2021 October 1]. Available from: <https://www.scourt.go.kr/portal/justicesta/JusticestaListAction.work?gubun=10>
2. Song SS, Kim EJ. Analysis of the leading cases of nurses charged with involuntary manslaughter. *Journal of Muscle and Joint Health*. 2021;28(1):30-40. <https://doi.org/10.5953/JMJH.2021.28.1.30>
3. Kim YS, Kim TE. Analysis of legal liability in medical accident due to nursing practice through precedents. *Journal of Korean Legal Medicine*. 2019;43(4):119-128. <https://doi.org/10.7580/kjlm.2019.43.4.119>
4. Jang MH. A study on the nurse's medical malpractice liability.

- The Korean Society of Law and Medicine. 2014;15(2):195-223.
5. Shin GM. The comparative analysis on the nurse's medical accident and nurse's liability. *Hanyang Law Review*. 2010;21(4): 235-262.
6. Kim KK, Cheon HS, Kim NH. Nursing case law and standard of care. Seoul: Hyunmoonsa; 2021.
7. Beom KC. A study on the legal responsibility of nurse. The Korean Society of Law and Medicine. 2014;15(2):285-316.
8. Sim BH. Limitations of legal responsibility of nurses and improvement of legislation [master's thesis]. Seoul: Korea University; 2018.
9. Carey L, Jones M. Autonomy in practice: is it a reality? In: Carey L, editor. *Practice nursing*. Edinburgh: Baillière Tindall; 2000. p. 286-307.
10. Kim KK, Song MS, Lee JS, Kim YS, Yoon SY, Back JE, et al. Effects of an education program on prevention of malpractice using precedent cases related to patient safety in safety perception, safety control, autonomy and accountability in clinical nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*. 2012;18(1):67-75.
<https://doi.org/10.1111/jkana.2012.18.1.67>
11. Vincent C, Davy C, Esmail A, Neale G, Elstein M, Cozens JF, et al. Learning from litigation. The role of claims analysis in patient safety. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2006;12(6):665-674. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2006.00634.x>
12. Koo MJ. Analysis of medication errors of nurses by patient safety accident reports. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*. 2021;27(1):109-119.
<https://doi.org/10.22650/JKCNr.2021.27.1.109>
13. Baek KH. A study on the scope of patient safety accident in the patient safety act. *Human Rights and Justice*. 2017;465:24-39.
<https://doi.org/10.22999/hrhj.465.201705.002>
14. Lee W, Kim S, Lee M. Application of malpractice cause analysis tools for preventing repeat medical accident. *Korean Journal of Medicine and Law*. 2014;22(1):22-42.
15. Wachter RM, Gupta K. *Understanding patient safety*. 3rd ed. Kim EG, Lee SG, Jung YI, Choi YK, Hwang JH, Hwang JI, translators. Seoul: Hyunmoonsa; 2021.
16. Myers LC, Heard L, Mort E. Lessons learned from medical malpractice claims involving critical care nurses. *American Journal of Critical Care*. 2020;29(3):174-181.
<https://doi.org/10.4037/ajcc2020341>
17. Gleason KT, Jones R, Rhodes C, Greenberg P, Harkless G, Goeschel C, et al. Evidence that nurses need to participate in diagnosis: Lessons from malpractice claims. *Journal of Patient Safety*. 2021;17(8):959-963.
<https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000621>
18. Kim MJ, Jang SG, Kim IS, Lee W. A study on the status and contributory factors of adverse events due to negligence in nursing care. *Journal of Patient Safety*. 2021;17(8):904-910.
<https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000791>
19. Salehijam M. The value of systematic content analysis in legal research. *Tilburg Law Review*. 2018;23(1):34-42.
<https://doi.org/10.5334/tlrl.5>
20. Downe-Wamboldt B, Ellerton M-L. A study of the role of hospice volunteers. *Hospice Journal*. 1985;1(4):17-31.
<https://doi.org/10.1080/0742-969X.1985.11882541>
21. Croke EM. Nurses, negligence, and malpractice: An analysis based on more than 250 cases against nurses. *AJN The American Journal of Nursing*. 2003;103(9):54-63.
22. Cooper K, Gosnell K. *Foundations of nursing*. 7th ed. Missouri: Mosby; 2015.
23. Korea Institute for Healthcare Accreditation. Annual report on the patient safety statistics [Internet]. Seoul: Korea Institute for Healthcare Accreditation. 2021 [cited 2021 November 12]. Available from:
<https://www.kops.or.kr/portal/board/statAnlrpt/boardList.do>
24. Choi EH, Ko MS, Yoo CS, Kim MK. Characteristics of fall events and fall risk factors among inpatients in general hospitals in Korea. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*. 2017;23(3):350-360.
<https://doi.org/10.22650/JKCNr.2017.23.3.350>
25. Mitchell I, Schuster A, Smith K, Pronovost P, Wu A. Patient safety incident reporting: a qualitative study of thoughts and perceptions of experts 15 years after 'To Err is Human'. *BMJ Quality & Safety*. 2016;25(2):92-99.
<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004405>
26. Eom B. Legal Interest in damages regarding loss of treatment chance. The Korean Society of Law and Medicine. 2019;20(3): 83-139. <https://doi.org/10.29291/kslm.2019.20.3.083>
27. Jin DW. Negligence liability for omission in the U.K. - Focusing on the test for affirmative duty of care. *Hongik Law Review*. 2019;20(4):329-355.
<https://doi.org/10.16960/jhlr.20.4.201912.329>
28. Davies MA, Tales H. Enhancing patient safety through a standardized model of physiologic monitoring. *Healthcare Quarterly*. 2005;8(SP):49-52.
29. van Oostveen C, Vermeulen H. Greater nurse autonomy associated with lower mortality and failure to rescue rates. *Evidence-Based Nursing*. 2017;20(2):56-56.
<https://doi.org/10.1136/eb-2016-102591>
30. Oshodi TO, Bruneau B, Crockett R, Kinchington F, Nayar S, West E. Registered nurses' perceptions and experiences of autonomy: A descriptive phenomenological study. *BMC Nursing*. 2019;18(1):51.
<https://doi.org/10.1186/s12912-019-0378-3>