



한국의료분쟁조정중재원
Korea Medical Dispute Mediation and Arbitration Agency



함께 풀어요. 의료사고
함께 웃어요. 분쟁해결

MAP

Medical Accident Prevention

의료 사고 예방 소식지
VOL.10 | SUMMER 2019



시선집중 뇌혈관질환 조정·중재 접수 및 처리 현황
K-medi 칼럼 참을 수 있는 것이 진정한 용기다
사건분석 리포트 뇌혈관질환 관련 의료분쟁 조정·중재 현황
사례 돋보기 뇌혈관질환 관련 의료분쟁 조정·중재 사례 및 예방 시사점

전문가 논단 뇌혈관질환 관련 의료분쟁의 예방
신경과적 관점에서 의료분쟁의 특성과 예방
예방플러스 뇌혈관질환, 알아야 예방할 수 있다!
K-medi 뉴스

통권 제10호

SUMMER

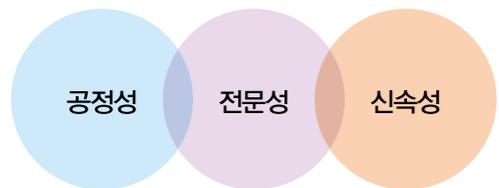
2019

정확하고 공정한 의료분쟁 해결의 바로미터(barometer)!!

한국의료분쟁조정중재원은 공정성, 전문성, 신속성을 바탕으로 환자와 의료인 모두 만족할 수 있는 객관적이고 공정한 의료분쟁 해결을 목표로 합니다.

법조계, 보건의료계, 학계, 소비자단체 등 전문인력으로 구성된 의료사고감정단과 의료분쟁조정위원회가 감정 및 조정·중재를 제공합니다.

한국의료분쟁조정중재원에서는 90일(최대 120일) 이내의 신속하고 공정한 조정·중재 뿐만 아니라, 손해배상금의 대불업무까지 해결 받을 수 있습니다.



의료사고예방 소식지



CONTENTS

시선집중 03

뇌혈관질환 조정·중재 접수 및 처리 현황

K-medi 칼럼 04

참을 수 있는 것이 진정한 용기다

사건분석 리포트 06

뇌혈관질환 관련 의료분쟁 조정·중재 현황

사례 돋보기 11

뇌혈관질환 관련 의료분쟁 조정·중재 사례 및 예방 시사점

전문가 논단 26

뇌혈관질환 관련 의료분쟁의 예방
신경과적 관점에서 의료분쟁의 특성과 예방

예방플러스 44

뇌혈관질환, 알아야 예방할 수 있다!

K-medi 뉴스 46

통권 제10호

발행일 2019년 6월

발행인 윤정석

기획·편집 한국의료분쟁조정중재원 예방연구팀

자문 인하대학교병원 신경외과 박현선 교수

감수 한국의료분쟁조정중재원 의료사고감정단 박형천 상임감정위원

주소 서울특별시 중구 후암로 110 서울시티타워 18층

대표전화 1670-2545

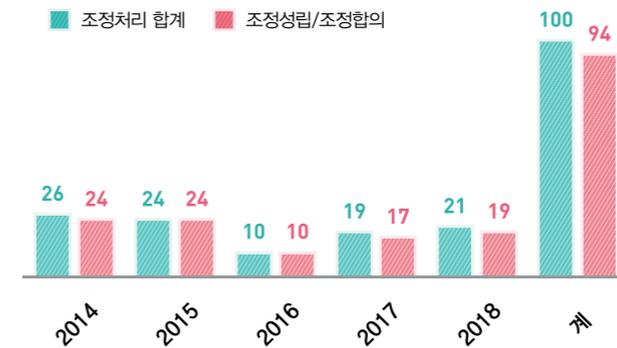
홈페이지 www.k-medi.or.kr

디자인·인쇄 승일미디어그룹 주식회사 1800-3673

최근 5년간 뇌혈관질환 조정성립률 94%



최근 5년간 한국의료분쟁조정중재원에 뇌혈관질환 관련 사건 중 조정·중재절차를 통해 처리된 사건은 총 100건이었으며, 그중 94건이 원만하게 조정 합의 및 조정 성립되어 뇌혈관질환 조정성립률은 94.0%로 집계되었다. 이는 최근 5년간 전체 조정성립률인 89.5%보다 4.5%p 높은 것으로 나타났다.



뇌혈관질환 관련 조정·중재 접수 및 처리현황

(*'14. 1. 1. ~ '18. 12. 31. 기준, 단위: 건, %)

구분	조정·중재 접수 현황 (사건접수일 기준)				조정 처리 현황 (사건종결일 기준)			
	접수 합계	조정참여	조정불참여 (각하)	조정 개시율	조정처리 합계	조정성립/조정합의	조정 불성립	조정 성립률
2014	105	45	60	42.9	26	24	2	92.3
2015	76	30	46	39.5	24	24	-	100
2016	104	23	81	22.1	10	10	-	100
2017	76	34	42	44.7	19	17	2	89.5
2018	80	35	45	43.8	21	19	2	90.5
계	441	167	274	37.9	100	94	6	94.0

* 조정개시율: {개시건수 ÷ (개시건수 + 개시 전 각하건수)} × 100

** 조정성립률: {(합의 + 조정성립) ÷ (합의 + 조정성립 + 조정불성립)} × 100

참을 수 있는 것이 진정한 용기다



한국의료분쟁조정중재원
윤정석 원장

어느새 신록의 계절이 지나고 있습니다. 이 좋은 계절에도 세상살이를 돌이켜 보면 한숨이 나올 정도로 '어지러운 난(亂)' 그 자체입니다. 인간의 역사에서 조용하고 평화로웠던 시기는 손에 꼽을 수 있을 만큼 드물고, 대부분 혼란과 변화와 전쟁의 시기로 점철되어 사람들이 고통을 당하였습니다. 우리 한국 사회도 지금 그 어느 때보다 더욱 많은 분파가 생겼으며 분파와 계층 간의 갈등과 대립이 심해졌고, 불신과 남의 탓이 횡행하며, 싸움이나 경쟁에 있어서도 최소한의 원칙 없이 자기의 주장만을 용감하게 밀어붙이는 것이 유행하고 있습니다. 정치인, 사회 지도자급 인사들조차 좋은 본을 보이지 못하여, 도(道) 혹은 인의예지(仁義禮智) 같은 인간수양의 기본 덕목이 땅바닥에 패대기쳐져 있는 심각한 상황입니다.

공자님은 군자의 도에는 세 가지 요소가 있는데 그것은 인, 지, 용(仁, 知, 勇)이라고 했습니다. (자왈, 군자도 자심<군자의 도에는 세 가지가 있다>, 아무능언<나는 할 수 없다>, 인자불우<인한 사람은 근심하지 않고>, 지자불혹<지혜 있는 사람은 미혹되지 않고>, 용자불구<용기 있는 사람은 두려워하지 않는다> /子曰, 君子道者三, 我無能焉, 仁者不憂, 知者不惑, 勇者不懼/ 論語 憲問篇) 그런데 요즘 너무 넘치는 용기 때문에 세상이 어지럽습니다. 공자님은 절제되지 않은 용은 세상을 어지럽히는 원인이 된다고 여러 번 강조하셨습니다.

논어에 나오는 핵심 문구만 일부 정리하여 보면, “용감 하면서 예가 없으면 세상을 어지럽힌다(용이무례즉난/ 勇而無禮則亂)”, “용감한 것을 좋아하면서 가난을 싫어하면 세상을 어지럽힌다(호용질빈, 난야/ 好勇疾貧, 亂也)”, “어진 자는 반드시 용기가 있지만, 용기 있는 자라고 해서 반드시 어진 것은 아니다(인자필유용, 용자불필유인/ 仁者必有勇, 勇者不必有仁)”, “용기를 좋아하고 배우기를 좋아하지 않으면 그 폐단은 세상을 어지럽히는 것이다(호용불호학, 기폐아란/ 好勇不好學, 其蔽也亂)”, “군자가 용기만 있고 의로움이 없으면 난을 일삼는다(군자유용이무의위란/ 君子有勇而無義爲亂)”, “용기만 있고 무례한 자를 미워한다(오용이무례자/ 惡勇而無禮者)”

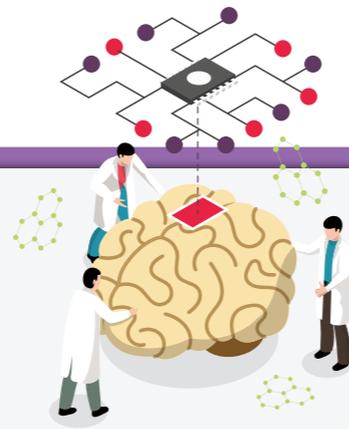
종합하면 용기(용감함)라는 것이 다른 근본적인 가치들, 즉 '인(仁)', '예(禮)', '학(學)', '의(義)'에 기초하지 않으면 그것은 진정한 용기가 아닌 만용(蠻勇)이나 오용(誤勇)으로 세상을 어지럽히는 큰 해악을 끼치는 것입니다. 그래서 “미친 호랑이처럼 무모하게 강을 건너뛰려다 죽어도 뉘우침이 없는 자라면, 나는 함께 하지 않겠다. 반드시 일을 앞에 두고는 실패할까 신중하며, 지혜로서 잘 도모하여 일을 성취하는 사람과 함께 하겠다(자왈: 폭호빙하, 사이무회자, 오불여야. 필야림사이구, 호모이성자야/子曰: 暴虎憑河, 死而無悔者, 吾不與也. 必也臨事而懼, 好謀而成者也)(논어 술이편)” 라고 하셨습니다.

우리 원의 주요 업무인 의료사고의 감정과 분쟁의 조정과 정에서 이해관계가 대립하는 당사자 간의 갈등이 상존합니다. 인간의 능력은 유한하고 남의 잘못만을 크게 보는 이기심의 한계 때문인지, 항상 지나치게 용감한 자기만의 주장이 마음을 아프게 합니다.

불교에서는 이 세계를 '사바세계(娑婆世界)'라고 하는 데 '사바'는 한자로 번역하면 '인(忍)'이고 그 뜻은 '수많은 고통을 견뎌야 하는 세계'라는 뜻입니다. 이 세계는 탐, 진, 치(貪, 瞋, 痴) 삼독(三毒)의 번뇌를 겪어내야 하고, 오온(五蘊 : 색수상행식/ 色受想行識)으로 비롯되는 고통을 참고 살아야 한다는 것입니다. 중국속담에 “약은 죽지 않을 병만 치료하고, 부처는 인연 있는 사람만 제도한다. (약의불사병, 불도유연인/ 藥醫不死病, 佛度有緣人)”라는 말이 있습니다. 세상에는 인간의 결함과 능력의 한계 때문에 숙명적으로 받아들여야 할 상황이 많습니다. 결함 많은 인간의 본성을 다스리는 것이 이성(理性)입니다. 이 좋은 계절에는 모든 사람이 이성으로 기본적인 도리를 지키고, 사는 것의 본질에는 결함을 참고 지내야 하는 숙명도 포함되어 있다는 것을 마음속으로 되새겨서, 모든 분쟁당사자의 서로 갈등하고 미워하는 마음이 눈 녹듯 사라지기를 빌어봅니다.

뇌혈관질환 관련 의료분쟁 조정·중재 현황

한국의료분쟁조정중재원에 2012년 4월부터 2019년 3월까지 종료된 사건 중 뇌혈관질환과 관련된 의료분쟁을 분석함.



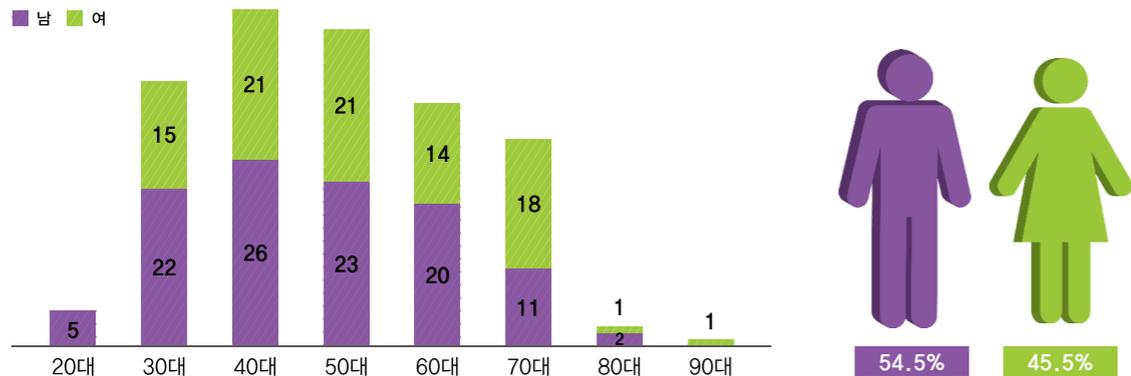
일반 현황

1. 환자의 연령, 성별 분석

뇌혈관질환 사건의 연령별로는 40~50대 환자가 전체 사건의 45.5%를 차지하였고, 성별로는 남자가 여자보다 높게 나타났다.

(2012년 4월~ 2019년 3월 종료 사건 기준, 단위: 건, %)

구분	20대	30대	40대	50대	60대	70대	80대	90대	합계
남	5	22	26	23	20	11	2	0	109(54.5)
여	0	15	21	21	14	18	1	1	91(45.5)
계	5(2.5)	37(18.5)	47(23.5)	44(22.0)	34(17.0)	29(14.5)	3(1.5)	1(0.5)	200(100.0)



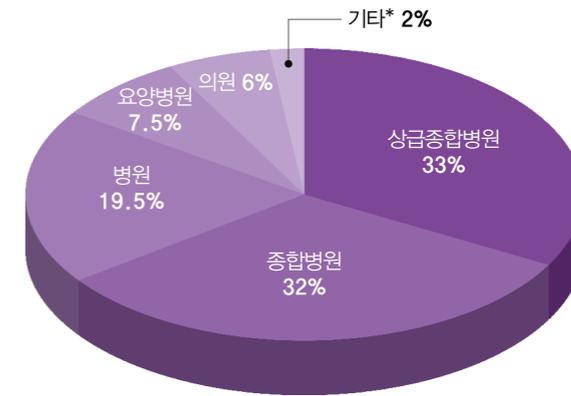
2. 보건의료기관 종별 분석

보건의료기관 종별로는 종합병원급 이상이 130건으로 전체의 65%를 차지하였다.

(2012년 4월~ 2019년 3월 종료 사건 기준, 단위: 건, %)

요양기관	상급종합병원	종합병원	병원	요양병원	의원	기타*	합계
건수	66(33.0)	64(32.0)	39(19.5)	15(7.5)	12(6.0)	4(2.0)	200(100.0)

*기타: 한의원, 치과의원, 보건지소, 약국 등

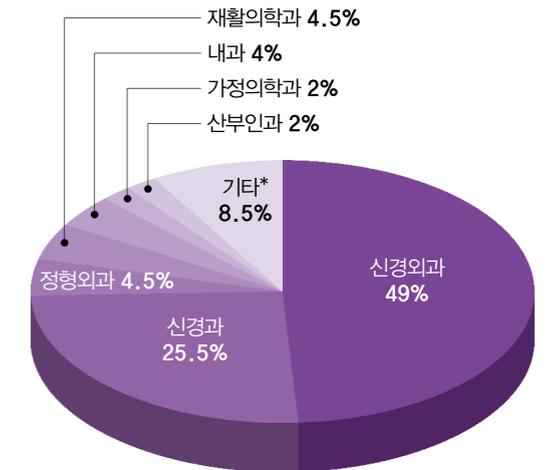


3. 진료과목별 분석

진료과목별로는 '신경외과' 98건(49%)으로 가장 많았고, '신경과' 51건(25.5%)으로 뒤를 이었다.

(2012년 4월~ 2019년 3월 종료 사건 기준, 단위: 건, %)

진료과목	건수
신경외과	98(49.0)
신경과	51(25.5)
정형외과	9(4.5)
재활의학과	9(4.5)
내과	8(4.0)
가정의학과	4(2.0)
산부인과	4(2.0)
기타*	17(8.5)
합계	200(100.0)



*기타: 마취통증의학과, 외과, 한방과, 정신건강의학과, 성형외과, 소아청소년과, 안과, 약제과, 응급의학과, 치과, 영상의학과 등

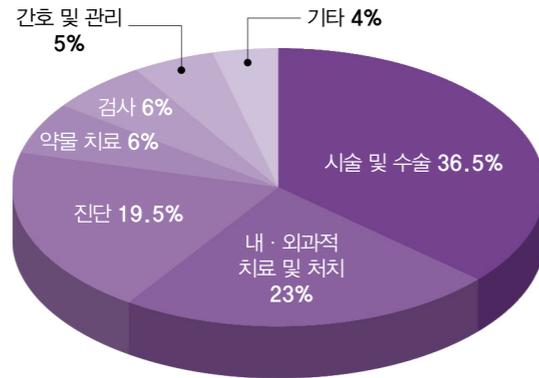
4. 의료유형별 분석

의료유형별로는 '시술 및 수술'이 73건으로 전체의 36.5%를 차지하였고, '내·외과적 치료 및 처치'가 46건(23.0%)으로 뒤를 이었다.

(2012년 4월~2019년 3월 종료 사건 기준, 단위: 건, %)

의료유형	진단	검사	약물 치료	시술 및 수술	내·외과적 치료 및 처치	간호 및 관리	기타*	합계
건수	39(19.5)	12(6.0)	12(6.0)	73(36.5)	46(23.0)	10(5.0)	8(4.0)	200(100)

*기타: 이학요법(물리·재활치료), 한방치료, 치과치료, 마취, 경과관찰



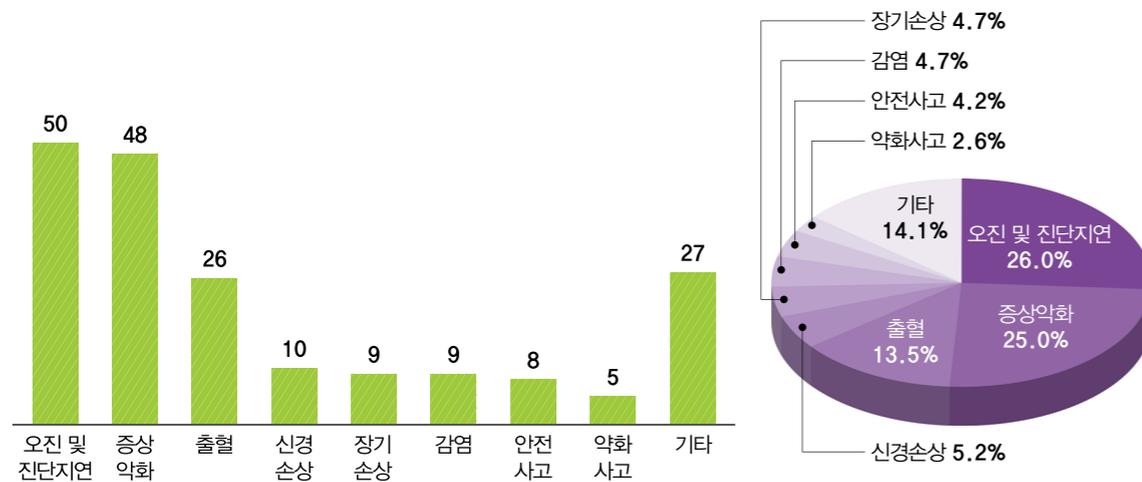
5. 주요 사고내용별 분석

주요 사고내용별 분석으로는 '오진 및 진단지연'이 50건(26.0%), '증상악화'가 48건(25.0%)으로 나타났다.

(2012년 4월~2019년 3월 종료 사건 기준, 단위: 건, %)

사고 내용	오진 및 진단지연	증상악화	출혈	신경손상	장기손상	감염	안전사고	약화사고	기타	합계*
건수	50 (26.0)	48 (25.0)	26 (13.5)	10 (5.2)	9 (4.7)	9 (4.7)	8 (4.2)	5 (2.6)	27 (14.1)	192 (100.0)

*감정 없이 조정 종료된 8건 제외



감정 현황

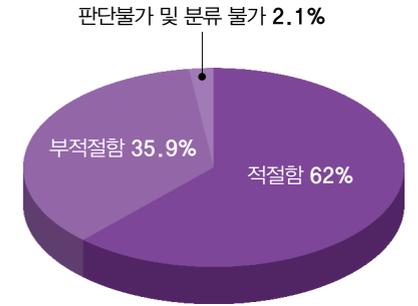
1. 의료행위의 적절성 여부 판단

의료행위의 적절성 여부 감정 결과, 적절하다고 판단한 건은 119건(62%), 부적절하다고 판단한 건은 69건(35.9%)으로 나타났다.

(2012년 4월~2019년 3월 종료 사건 기준, 단위: 건, %)

적절함	부적절함	판단불가 및 분류 불가	합계
119(62.0)	69(35.9)	4(2.1)	192(100.0)*

*감정 없이 조정 종료 8건 제외



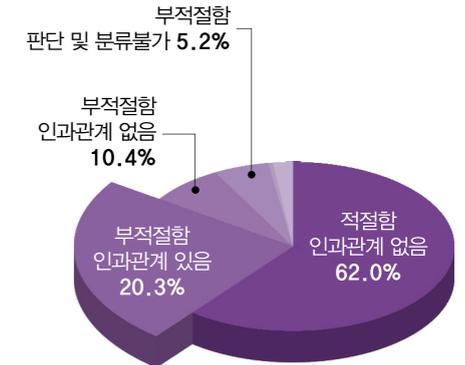
2. 의료행위의 적절성과 인과관계 판단

부적절한 의료행위와 환자의 상태가 인과관계가 있다고 판단한 사건은 39건(20.3%)으로 나타났다.

(2012년 4월~2019년 3월 종료 사건 기준, 단위: 건, %)

적절함	인과관계 없음	합계
119(62.0)	119(62.0)	119(62.0)
부적절함	인과관계 있음	39(20.3)
	인과관계 없음	20(10.4)
	판단 및 분류불가	10(5.2)
판단 및 분류불가	인과관계 없음	1(0.5)
	판단 및 분류 불가	3(1.6)
합계		192(100.0)*

*감정 없이 조정 종료 8건 제외

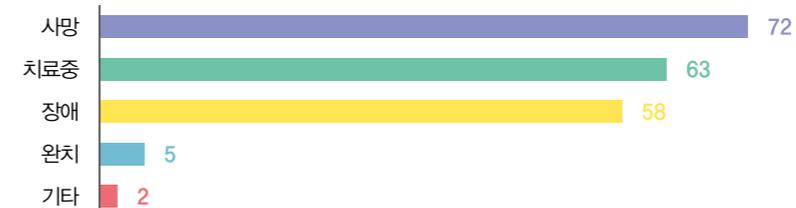


3. 조정·중재 종료시 환자 상태

'사망'한 환자가 72건(36%)으로 가장 많았고, '치료중'인 환자가 63건(31.5%) 순으로 나타났다.

(2012년 4월~2019년 3월 종료 사건 기준, 단위: 건, %)

치료결과	완치	치료중	장애	사망	기타 (추후 평가 필요)	합계
건수	5(2.5)	63(31.5)	58(29.0)	72(36.0)	2(1.0)	200(100.0)



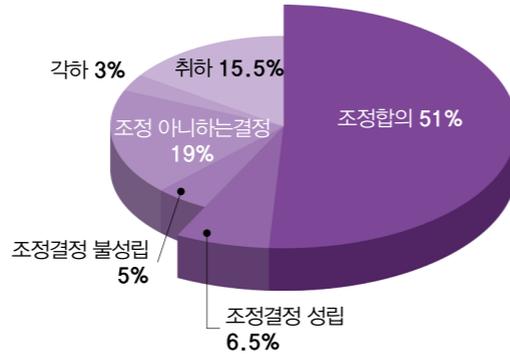
조정 현황

1. 조정중재 결과별 분석

조정중재 결과별로는 '조정합의' 102건(51%), '조정결정 성립'이 13건(6.5%)으로 나타났다.

(2012년 4월~2019년 3월 종료 사건 기준, 단위: 건, %)

조정합의 ¹⁾		102(51.0)
조정결정 ²⁾	성립	13(6.5)
	불성립	10(5.0)
조정 아니하는 결정 ³⁾		38(19.0)
각하 ⁴⁾		6(3.0)
취하		31(15.5)
합계*		200(100.0)

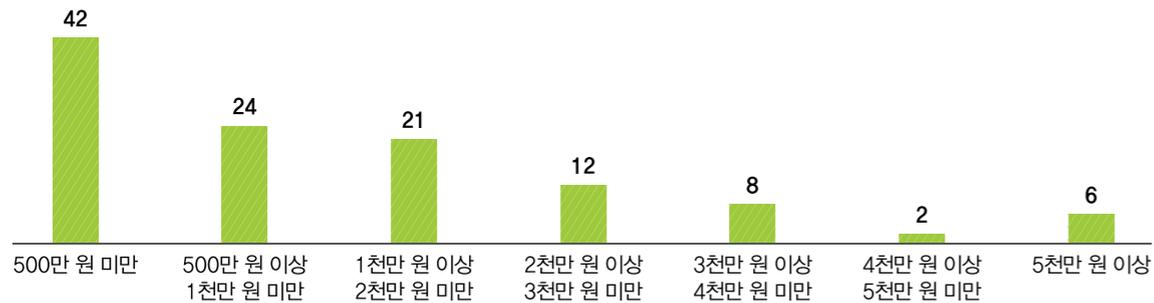


2. 조정 성립 액별 분석

최종 조정·중재 성립된 115건 중에 '500만 원 미만'사건이 42건(36.5%)으로 가장 많았고, '500만 원 이상~1천만 원 미만'사건이 24건(20.9%)으로 뒤를 이었다. 평균 조정 성립 액은 약 1,744만 원, 최고 조정 성립 액은 약 2억 3천만 원으로 나타났다.

(2012년 4월~2019년 3월 종료 사건 기준, 단위: 건, %)

500만 원 미만	500만 원 이상 1천만 원 미만	1천만 원 이상 2천만 원 미만	2천만 원 이상 3천만 원 미만	3천만 원 이상 4천만 원 미만	4천만 원 이상 5천만 원 미만	5천만 원 이상	합계
42(36.5%)	24(20.9%)	21(18.3%)	12(10.4%)	8(7.0%)	2(1.7%)	6(5.2%)	115(100.0)



- 조정합의: 조정절차 중에 당사자 간에 합의가 이루어져 조정조서가 작성된 경우로 재판상 화해와 동일한 효력을 가진.
- 조정결정: 조정결정서의 내용이 당사자에게 송달되어 양당사자 모두가 조정결정에 동의하거나 동의한 것으로 간주될때에는 재판상 화해와 동일한 효력을 가진.
- 조정 아니하는 결정: 조정부는 조정신청이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 조정을 하지 아니하는 결정으로 사건을 종결시킬 수 있다.
 - 신청인이 정당한 사유 없이 조정을 기피하는 등 그 조정신청이 이유 없다고 인정하는 경우
 - 신청인이 거짓된 사실로 조정신청을 하거나 부당한 목적으로 조정신청을 한 것으로 인정하는 경우
 - 사건의 성질상 조정을 하기에 적당하지 아니한 경우
- 각하: 조정신청 된 사건이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 신청을 각하한다.
 - 이미 해당 분쟁조정사항에 대하여 법원에 소(訴)가 제기된 경우
 - 이미 해당 분쟁조정사항에 대하여 「소비자기본법」 제60조에 따른 소비자분쟁조정위원회에 분쟁조정이 신청된 경우
 - 조정신청 자체로서 의료사고가 아닌 것이 명백한 경우

의료분쟁 조정·중재사례 및 예방시사점 사례 돋보기

I. 진단 및 처치

뇌종양 환자 뇌 MRI 검사 후 뇌출혈 발생

II. 치료 중 증상 악화

뇌동맥류 결찰술 후 안면마비 발생

III. 시술 후 출혈 발생

경동맥 스텐트시술 후 뇌출혈 발생

IV. 환자 간호 및 관리

식사 중 기도폐색 발생

2012년 4월부터 2019년 3월까지 한국의료분쟁조정중재원에서 감정처리가 완료된 '뇌혈관질환' 관련 의료분쟁 중 일부 사례를 발췌하여 소개합니다.

양 당사자 간 합의된 사건은 법적 잣대만을 이용한 결정보다는 당사자 사이에 형평을 맞추고 구체적인 의학적·법적 판단 기준을 제공하여 원만하고 신속한 분쟁 해결을 지향하는 조정의 취지에 따른 결과입니다.

본 소식지에 수록된 조정 신청금액, 합의 및 성립금액 등 금액과 관련하여서는 해당 분쟁의 개별적인 사정이 반영된 결과이므로, 당사자의 사정과 사건내용 등이 다른 의료분쟁에는 그대로 적용될 수 없음을 밝힙니다.

뇌종양 환자 뇌 MRI 검사 후 뇌출혈 발생



01 사건 개요

환자: 80대 여자
 병력: 고혈압, 당뇨, 만성 뇌경막하 출혈, 천식, 만성 폐쇄성 폐질환

A 의료기관(상급종합병원)	
입원 1일차	<ul style="list-style-type: none"> 1개월 전 낙상 후 지속적인 기억력 저하, 인지저하 소견으로 내원 - 뇌 CT 검사 후 좌측 전두엽 뇌종양 진단으로 추가검사 및 치료 위해 입원
입원 2일차	<ul style="list-style-type: none"> (00:30) 미다졸람 2.5mg투여 10분 후 동일 용량 재투여 후 뇌 MRI 검사 시행 (01:30) 검사 후 병실로 이동, 산소포화도 감시 시행 (06:00) 진정상태로 통증에 자극 없음 - 구강 흡인 시행, 의사에게 환자 상태 알림 (07:00) 산소 투여, 심전도 모니터링 시행 (08:55) 중환자실 전실 및 기관 내 삽관, 투약(이뇨제, 스테로이드제 등) (11:15) 뇌 CT 검사상 뇌출혈 소견 확인
입원 3일차	<ul style="list-style-type: none"> 의식 변화(semi-coma), 사지 근력 저하, 수축기 혈압 80mmHg, 산소포화도 85%로 저하 - 인공호흡기 및 약물 투여 시행, 심폐소생술 거부(DNR) 동의서 작성
입원 4일차	<ul style="list-style-type: none"> 산소포화도, 맥박 저하되어 사망



02 분쟁 쟁점

환자 측

MRI 검사 시 환자에게 미다졸람을 과량 투여했고 검사 후 환자 상태가 좋지 않았는데 경과 관찰 및 처치를 제대로 하지 않아 환자가 사망하게 되었음.

A 의료기관

뇌종양의 예후 판정을 위해 뇌 MRI 검사를 하였고 검사 후 환자의 상태를 관찰하다가 입원 2일차 환자 상태 변화로 응급처치 후 중환자실로 이송했으나, 출혈을 유발하는 뇌종양 소견으로 치료 중 사망했음.

03 의학적 판단

I 적절성 판단

뇌 MRI 검사의 적절성

- 내원 시 시행한 뇌 CT 검사상 좌측 전두부에 뇌종양을 의심할 만한 병변이 발견되었음. 종양에 대한 정확한 평가를 위해 우선적으로 MRI 검사를 시행하기로 결정한 것은 큰 무리 없는 결정으로 사료됨.
- 피신청인병원은 환자에게 00:30경 미다졸람(진정제)을 2.5mg 정맥주사 하였고, 10분 뒤 2.5mg을 추가 투여하였는데, 이는 고령 환자에게 총 3.5mg 이하를 투여하라는 약전의 투여 권고보다 많은 양이나 환자의 상태에 큰 영향을 주었다고 보기 어려움.

뇌 MRI 검사 후 처치 및 진단의 적절성

- 환자의 MRI 영상에서 출혈 및 뇌부종의 악화가 인지되므로 MRI 촬영 도중 출혈이 발생되었다고 판단됨. 따라서 MRI 검사 후 진정 및 수면 상태, 환자 이상 상태에 대해 좀 더 빨리 신경학적 검사 및 신속한 처치가 필요했으나 뇌 CT 검사가 11시경 진행되어 뇌출혈을 진단하였음. 뇌 MRI 검사 후 중환자실 전실 시까지 경과 관찰 및 처치는 적절하지 않았다고 사료됨.

II 인과관계

- 환자의 사망은 뇌출혈에 의한 중증 뇌부종 및 뇌허니아에 따른 뇌간 압박 및 연수마비가 직접적인 원인으로 사료되며 출혈 전 뇌 CT(입원 1일차 시행)에서 조영제 증강이 강한 것으로 보아 혈관 형성이 풍부한 종양으로 환자의 기저질환인 뇌종양이 출혈을 유발한 것으로 사료됨. 또한 뇌종양내 및 주변 부위의 출혈에 의한 뇌부종 발생은 미다졸람의 과량 투여와 인과관계가 없다고 판단됨. 따라서 진단 및 처치 지연의 과실은 있으나 이 과실이 환자의 사망과 인과관계가 있다고 보기는 힘들다고 판단됨.

04 결과

손해배상 신청액

- 환자는 80,000,000원을 손해배상 신청함

조정결과

- 환자는 이 사건과 관련하여 향후 민·형사상 이익을 제기하지 아니하며, A 의료기관의 평판에 영향을 주는 행위를 하지 않기로 하고, A 의료기관은 환자에게 16,182,760원을 배상함.

예방시사점

- 일반적으로 뇌종양은 두개강내압 상승, 간질발작 또는 국소 신경학적 결손 등의 증상을 나타내며, 드물게 뇌종양에서 출혈을 동반하여 그로 인한 증상이 나타날 수 있다. 뇌종양에 의한 두개강내 출혈의 증상은 혈종의 양과 위치에 따라 무증상이거나 서서히 진행되는 만성 증상부터 갑작스런 의식의 변화 및 혼수상태에 빠지는 다양한 임상양상을 보인다.
- 뇌출혈이나 뇌종양에 의해 상승된 뇌압의 조절은 단계적으로 고려한다. 환자의 머리를 30도 정도 위로 올리고, 삼투요법, 신경근육차단, 저체온요법 및 과호흡 요법 등의 내과적 치료를 시행하며 **뇌압상승의 원인이 되는 뇌출혈, 뇌종양의 병소를 제거하는 수술적 치료가 있다.** 이러한 방법에도 불구하고 뇌압상승이 지속되는 경우에는 경막성형술과 골편제거술을 고려할 수 있다. 적절한 시기에 중재를 시행하기 위하여 위 사례와 같은 출혈성 뇌종양의 경우 치료 전 과정에 걸쳐 집중적인 관찰을 하는 것이 바람직하다.
- MRI 촬영시점에 뇌출혈이 발생한 것을 고려할 때 이로 인한 두개강내압 상승에 대해 적절하게 대처하고 치료방법 결정에 관한 내용을 충실하게 의무기록에 기록하는 것이 중요하다.**

<참고문헌>

- 뇌졸중 진료지침: 뇌졸중 임상연구센터, 2013년 2월 개정
- 전효철 외. 두개강내 출혈을 일으킨 뇌종양의 임상 분석. 대한뇌종양학회 2002;1(2): 142 - 145.

뇌동맥류 결찰술 후 안면마비 발생



01 사건 개요

환자: 60대 여자
 병력: 고지혈증

A 의료기관(상급종합병원)	
입원 1개월 전 ~ 입원일	<ul style="list-style-type: none"> 어지러움 주소로 외래 내원 <ul style="list-style-type: none"> 뇌 CT상 우측 중대뇌동맥의 비파열성 뇌동맥류 진단으로 입원 및 뇌혈관조영술 계획 전신 위약 및 어지러움으로 응급실 2회 내원 <ul style="list-style-type: none"> 뇌 CT상 출혈 소견없고 증상 호전 전신 허약감, 경도의 어지럼증으로 입원 <ul style="list-style-type: none"> 뇌혈관조영술상 우측 중대뇌동맥 분지의 비파열성 뇌동맥류(9.43mm) 뇌동맥류 결찰술 위해 입원
입원 2일차	<ul style="list-style-type: none"> (10:05 ~ 12:45) 비파열성 뇌동맥류 결찰술 시행 <ul style="list-style-type: none"> (13:13) 뇌 CT상 수술 후 기두증 소견 (13:33) 눈뜨기 반응 저하(GCS점수 4) (14:00) 눈뜨기 반응 저하(GCS점수 3), 안면마비 호소(신청인 주장) (16:10) 오심 및 구토, 두통 호소 <ul style="list-style-type: none"> 진토제, 진통제 투여 (21:36) 기면 상태, 입 주변 좌측 부위 마비 증상 <ul style="list-style-type: none"> 뇌 CT 재촬영, 우측 기저 전두엽의 급성 뇌경색으로 이노제(만니톨) 투여 (22:51) 뇌혈관조영술상 우측 중대뇌동맥의 우측 상부 분열의 완전폐색
입원 3일차	<ul style="list-style-type: none"> (01:40 ~ 03:35) 중대뇌동맥 비파열성 동맥류 진단, 동맥류 재결찰술 시행 <ul style="list-style-type: none"> 뇌 CT상 우측 기저 전두엽과 기저핵의 자발성 경색, 새로운 출혈성 변화 및 뇌실내출혈 소견 기도내삽관 상태, 인공호흡기 적용
~ 약 2개월 경과 후 퇴원일	<ul style="list-style-type: none"> 좌측 안면 마비, 좌측 반부전 마비, 기면 상태 <ul style="list-style-type: none"> 수술 후 경색(중대뇌동맥 우측 상부 분열의 폐색), 출혈성 경색 발관 및 스테로이드제 투여 이후 명료한 의식 상태로 회복 좌측 반부전 마비 지속(좌상지 근력저하(Gr.4), 감각저하) 상태로 퇴원

02 분쟁 쟁점

환자 측

뇌동맥류 결찰술 후 뇌경색이 발생하였으나 뇌경색에 대한 진단이 지연되어 치료의 골든타임을 놓쳐 현재 뇌병변장애 4급 상태에 이르게 함.

A 의료기관

뇌동맥류에 대해 뇌동맥류 결찰술을 시행함. 수술 당시 초음파로 여러 차례 혈류량을 확인하고 수술을 종료하였음에도 뇌동맥류에 갇힌 혈종의 크기 증가로 삽입한 클립이 모동맥 쪽으로 이동하여 분지의 폐색으로 인한 뇌경색이 발생하였으며, 현재 환자의 부전마비는 거의 회복된 상태임.

03 의학적 판단

I 적절성 판단

수술의 적절성

- 제출된 진료기록 및 입원 2일차 시행한 동맥류결찰술 직후의 뇌 CT에서 이상 소견 없어 수술 술기에 특별한 문제는 없었으나 당일 추가 시행한 뇌 CT에서 우측 중대뇌동맥의 분지 영역의 뇌경색 소견이 발견되어, 결찰술 과정 혹은 결찰술 후 혈류장애를 발생시켰다고 사료되어 수술 과정은 부적절하였음.

수술 후 처치의 적절성(뇌경색 진단 시기 관련 포함)

- 환자는 13:33경 눈뜨기 반응 저하, 14:00경 안면마비(신청인 주장) 호소하였으나 신경학적 검사 및 추가적 검사를 시행하지 않고 경과관찰 하였으며 21:36경 의식수준이 저하되고 입 주변 마비증상이 보인 후에야 시행한 뇌 CT검사로 우측 기저 전두엽의 새로운 급성 뇌경색 소견을 진단함. 따라서 피신청인병원은 뇌경색 발생 가능성에 대해 예측 및 대비하지 못하여 뇌경색 진단 지연이 있었으며 이로 인해 뇌경색 치료의 적정시기를 놓치게 되었다고 사료됨.

II 인과관계

뇌경색 발생의 원인

- 뇌동맥류 수술에 사용된 클립에 의한 뇌경색은 드물게 발생 가능한 합병증임. 수술 후 혈관조영 검사를 참고한 바, 결찰부위 인접 동맥(우측 중대뇌동맥)이 폐쇄되어 우측 상부 분열의 완전 폐색(뇌경색)이 발생한 것으로 사료되어 수술 과정이 다소 부적절하였다고 판단됨. 또한 재수술 후 시행한 뇌 CT에서 뇌내 혈종 소견이 있는 것으로 보아 재결찰 과정 또한 순조롭게 진행되었다고 보기 어려움.

04 결과

손해배상 신청액

- 환자는 41,647,570원을 손해배상 신청함.

조정결과

- 환자는 이 사건과 관련하여 향후 민·형사상 이의를 제기하지 아니하며, A 의료기관의 평판에 영향을 주는 행위를 하지 않기로 하고, A 의료기관은 환자에게 15,000,000원을 배상함.

예방시사점

- 비파열뇌동맥류의 치료 방법으로는 수술적 결찰술과 혈관내치료법인 코일색전술이 있다. 위 사례와 같이 중대뇌동맥(middle cerebral artery) 분지부 동맥류는 경부가 넓으며 동맥류의 기저부가 모동맥을 침범하거나 혈관 분지가 동맥류의 경부에서 나오는 경우가 많아 결찰술이 훨씬 더 효율적이고 이환율도 적다. 비파열동맥류의 결찰술은 정상적인 신경조직 및 혈관을 보존하는 것이 원칙이며, 특히 심부정맥은 반드시 보존하는 것이 안전하다. 정맥이 뇌 견인에 방해가 될 때에는 정맥 주위를 박리하면 충분한 공간(Cave)을 확보할 수 있다. 동맥류가 큰 경우를 제외하고는 일시 결찰(temporary clipping)을 하지 않는 것이 좋으며 만약 필요하면 동맥류를 시험적 결찰(tentative clipping)하는 것이 안전하다. 또한 뇌허혈의 병력이 있는 환자에서는 수술 중과 수술 후에 혈압을 안정적으로 유지하는 것이 바람직하다.
- 뇌동맥류 결찰술 과정에서 결찰 후 주위 혈관의 폐색 유무를 확인하기 위한 다양한 절차를 시행해야 하고 이에 대한 결과를 수술기록에 잘 기록해 놓아야 할 것이고 재수술을 부적절한 시기에 시행한 의학적 이유가 있었다면 그 사유를 잘 기록해 놓아야 한다. 기록상 경과관찰 과정을 보면 임상의학분야에서 일반적으로 실천되고 있는 기준에 못 미쳤던 것으로 판단되는 바, 일반적 기준에 해당하는 의료행위를 시행하기 위한 노력이 필요하다.

<참고문헌>

1. 뇌혈관외과학: 대한뇌혈관외과학회, 2010.

경동맥 스텐트시술 후 뇌출혈 발생



01 사건 개요

환자: 70대 남자
 병력: 고혈압, 당뇨, 방광암, 뇌경색

A 의료기관(상급종합병원)	
입원 3개월 전 ~ 입원일	<ul style="list-style-type: none"> 1년 전부터 좌상하지 떨림, 좌측 팔다리 떨림, 근력 약화 발생 <ul style="list-style-type: none"> 1개월 전부터 증상 악화되어 응급실 내원 뇌 CT상 이전과 큰 변화소견 없음, 항혈소판제 등 처방 좌상하지 이상 증상에 대해 발작가능성으로 진단검사위해 입원
~ 입원 3일차	<ul style="list-style-type: none"> 입원 후 3일간 뇌파검사 결과 이상 소견 없고 일어설 때 증상 유발 <ul style="list-style-type: none"> 일과성 뇌허혈 발작(TIA)으로 판단, 뇌 MRI 및 경동맥 초음파상 우측 경동맥 협착 악화 소견 (74~76%)으로 스텐트 삽입술 계획
~ 입원 6일차	<ul style="list-style-type: none"> (13:50~) 뇌혈관조영술 및 우측 경동맥 스텐트 삽입술 시행 Dynamic CT상 좌측 기저핵 뇌내출혈, 뇌실내출혈, 지주막하 출혈 소견, 의식저하 상태 <ul style="list-style-type: none"> (15:45) 뇌졸중 준중환자실 이동, 혈압조절, 산소공급 (17:00) 신경외과 전과 후 수술실 이동 (17:57~22:45) 우측 뇌실외배액술(EVD) 시행, 수술 중 CT상 좌측 기저핵 부위 뇌내출혈량 증가로 개두술 & 두개내 혈종제거술 시행 <ul style="list-style-type: none"> 수술 후 의식 혼미 상태로 중환자실 전실 뇌 CT 추적검사상 좌측 기저핵부위 뇌내출혈 부분 배출 상태 소견
~ 입원 1개월	<ul style="list-style-type: none"> 의식수준 깊은 수면~혼미 상태 <ul style="list-style-type: none"> 기관절개술 시행, 신경과로 전과 후 보존적 치료 시행 자가호흡 가능, 일반병실로 전실
입원 9주차 ~	<ul style="list-style-type: none"> 의식수준 혼미 상태 <ul style="list-style-type: none"> 재활의학과 전과, 포괄적 재활치료 시행
입원 10주차 ~	<ul style="list-style-type: none"> 급성 담낭염으로 패혈성 쇼크 <ul style="list-style-type: none"> 중환자실 전실, 항생제 투여 및 인공호흡기 적용, 이후 T-piece 적용
~ 입원 후 약 6개월 경과	<ul style="list-style-type: none"> 의식수준: 부르며 눈뜨는 정도의 상태 <ul style="list-style-type: none"> 일반병실에서 경과관찰 가능하나 보호자 거절, 중환자실에서 치료중임

02 분쟁 쟁점

환자 측

좌측 팔다리 떨림과 근력저하 증상에 대해 신경과 검사에서 이상소견 없음. 3개월 후 우측 경동맥 75% 협착 진단으로 스텐트시술 후 뇌출혈이 발생하였으며, 이후 뇌출혈에 대한 수술을 지체하여 출혈량이 증가되어 수술 후 의식불명 상태로 현재까지 중환자실에서 치료중임.

A 의료기관

고혈압, 당뇨, 방광암 병력 및 중증 다발성 뇌혈관 협착 과거력으로 수년간 지속적인 경과관찰과 진료를 시행한 70대 고령의 환자임. 경동맥 협착으로 인한 일과성 허혈 소견으로 불가피하게 시술이 필요하였으며, 시술 후 불가항력적 합병증인 뇌출혈이 발생하여 특별한 지체 없이 혈종제거술을 적절히 시행하였으나, 뇌출혈 등의 합병증으로 심각한 장애가 남음.

03 의학적 판단

I 적절성 판단

입원 3개월 전 이상 증상에 대한 진단 및 처치의 적절성

● 입원 3개월 전 신경과 진료 후 우측 경동맥 협착으로 인한 반복적인 일과성 허혈발작에 대한 항혈소판제 처방이 있었음. 증상의 반복 및 3개월 후 초음파 추적 검사에서 경동맥 협착의 악화 소견으로 스텐트삽입술을 시행하여 진단 및 처치는 적절하였고 진단 지연이 있었다고 보기는 어려움.

입원 6일차 우측 경동맥 스텐트삽입술의 적절성

● 항혈소판제 투여에도 불구하고 반복되는 일과성 허혈발작 및 경동맥 협착의 악화에 대한 중재적 시술은 적절한 선택으로 사료됨.

스텐트시술 후 발생한 뇌출혈에 대한 수술 및 처치의 적절성

● 신청인은 시술 중 헤파린을 사용하였으므로 바로 수술하기는 어려우므로 수술이 지연되었다고 보기 어려움. 또한 수술 준비시간 등을 고려하면 수술 전 처치 및 수술 시작 시간 및 수술 과정상의 문제점을 발견하기 어렵고 수술 후 처치도 적절하였음.

II 인과관계

환자의 우측 경동맥 협착의 진행 및 악화의 원인

- 환자가 기존에 가지고 있던 양측 경동맥의 협착이 고혈압, 당뇨의 악화로 인해 진행된 것으로 질병의 진전에 의한 협착의 악화로 보는 것이 타당함. 피신청인병원의 진단 및 처치상 관련성은 인정하기 어려움.

뇌출혈의 발생 원인

- 환자에게 발생한 뇌출혈은 과관류증후군(cerebral hyperfusion syndrome)이 발생한 것으로 추정됨. 이는 시술과의 관련성은 있으나 예측 가능한 합병증은 아님. 스텐트시술 중 혈압조절이 영향을 주었을 수 있으나 수차례 약물 투여에도 혈압 조절이 효과적으로 이루어지지 않았으므로 시술 과정에서 부적절하다고 볼 근거가 없음. 따라서 이는 불가피한 합병증의 범주에 속함.

환자의 수술 후 의식불명의 원인

- 환자의 의식불명은 뇌출혈에 의한 뇌손상으로 인한. 스텐트시술 전의 항혈소판제 투여 및 시술 중 헤파린 투여는 필수적인 처치였으므로 출혈 발생 시 지혈 지연 및 출혈량이 늘어날 수 있으며 이로 인해 악화되었을 것으로 추정되나 이를 효과적으로 예방할 방법은 없었다고 판단됨.

04 결과

손해배상 신청액

- 신청인은 128,100,000원을 손해배상 신청함.

조정결과

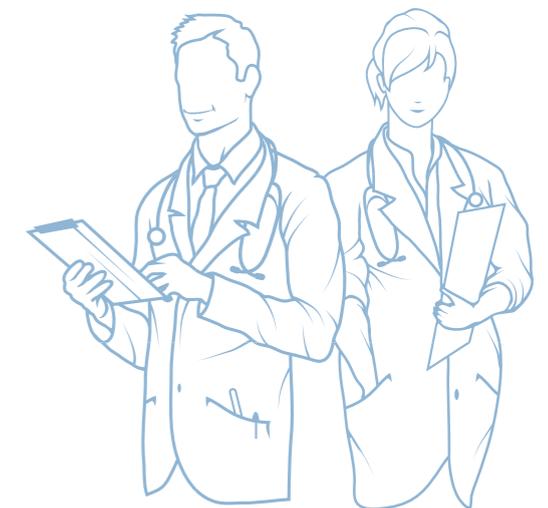
- 환자와 A 의료기관은 이 사건과 관련하여 향후 민·형사상 이익을 제기하지 않고, 환자는 A 의료기관의 명예나 평판을 훼손하는 행위를 하지 아니하기로 하며, A 의료기관은 34,000,000원을 배상함.

예방시사점

- 유증상의(최근 6개월 이내에 협착 영역에 일과성 허혈발작이나 뇌경색이 있었던 경동맥 협착) 경동맥협착(50% 이상)을 가진 환자에서 6% 미만의 뇌졸중 발생률 또는 사망률이 예측되는 경우 스텐트설치술이 내막절제술의 대체 치료로 사용될 수 있다. 또한 스텐트설치술 직전과 시술 후 최소 1개월 동안 클로피도그렐과 아스피린 병용 투여를 유지하고 치료 과정에서 항혈소판제 및 스타틴계 지질저하제를 사용, 위험인자의 적극적 조절이 병행되어야 한다.
- 뇌경색 발생 위험으로 인한 치료방법의 선택과 시술시 발생 가능한 합병증을 보호자에게 이해 가능하도록 자세하게 설명하는 것이 중요하다. **시술 및 수술 전 중재적 치료 선택 및 설명 과정에서 고려해야할 점은 다음과 같다.**
 - 중재적 치료가 정말로 필요한가?
 - 중재적 치료로 인해 어떠한 위험성(합병증)이 있는가?
 - 그보다 더 단순하고 안전한 대안이 있는가?
 - 중재적 치료를 하지 않을 경우 어떻게 되는가?
 - 중재적 치료에 대한 비용(보험적용 여부)은 어떻게 되는가?

<참고 문헌>

1. 뇌졸중 진료지침: 뇌졸중 임상연구센터, 2013년 2월 개정



식사 중 기도폐색 발생



01 사건 개요

환자: 80대 여자
 병력: 고혈압, 당뇨, 뇌경색, 뇌동맥류, 파킨슨병

A 의료기관(종합병원)	
입원 1일차	<ul style="list-style-type: none"> 10일 전 넘어짐, 내원 전일부터 발생한 어지럼증 및 구토 증상으로 내원 후 외상성 경막하 출혈 의증 진단으로 입원
~ 입원 4일차	<ul style="list-style-type: none"> 어지럼증 지속, 뇌 CT상 양 전두엽, 좌 두정엽의 경막하 출혈 소견 - 소염진통제 경구투여
~ 입원 6일차	<ul style="list-style-type: none"> 점심식사 시 오른쪽으로 음식물 흘림, 앉을 때 중심을 잃는 모습 보임 - 뇌 MRI 검사 촬영 어지럼증 지속, 기력 저하, 근력 약화 - 식사 적정량 드시도록 격려
~ 입원 9일차	<ul style="list-style-type: none"> 식사 시 급하게 먹는 모습 관찰 - 천천히 먹도록 재차 설명
입원 11일차	<ul style="list-style-type: none"> (17:40) 혼자 식사 도중 갑작스런 호흡곤란 발생, "켁"하며 뒤로 넘어감 - 직원이 등 두드리고 하임리히법 적용했으나 나오는 것 없음 산소포화도 수치 급격히 떨어지며 청색증 양상 - 당직의 연락, 흡인 시행 및 산소 10L/분 적용 - (17:50) 기도삽관 여러 차례 시도 의식 상태: 강한 자극에만 반응 (18:10) 혈압 측정 불가, 기도삽관 중 깎두기 한 알 빠져나옴 - (18:15) 응급실 이송, 심폐소생술 시작, 인공호흡기 적용 - (18:45) 심폐소생술 종료 (19:05) 심전도상 무수축, 자가호흡 및 맥박 없음, 동공 완전 확장되어 사망 선언

02 분쟁 쟁점

환자 측

식사 시 타인의 도움이 전적으로 필요하나 간병사, 의료진의 도움을 받지 못하고 혼자서 식사하던 중 음식물로 인한 기도폐색이 발생함. 기도폐색으로 인한 응급상황이 발생하였음에도 의료진이 적절한 대응 및 처치를 시행하지 못하여 사망에 이르게 함.

A 의료기관

의식이 또렷하고 스스로 식사가 가능한 환자가 식사 도중 갑작스런 호흡곤란이 발생하여 등을 두드리고 하임리히법을 시행, 흡인과 산소공급, 기도삽관 등의 응급조치를 시행하였으나 안타깝게 사망함.

03 의학적 판단

I 적절성 판단

환자 관리의 적절성

환자는 식사 시 음식을 급하게 먹는 습관이 있었고, 입원 5일차 점심식사 시 오른쪽으로 음식물을 흘리고, 앉을 때 중심을 잃는 증상이 발생하여 기도폐색의 위험이 있는 상황이었다고 추정됨. 이에 대해 피신청인병원 의료진이 음식 섭취에 대해 수차례 천천히 식사할 것을 권유하였음. 간병인이 식사를 도와주었다면 좀 더 천천히 식사할 수 있었겠지만, 기도폐색을 완전히 예방하기는 어려웠을 것으로 사료됨. 따라서 피신청인병원의 환자 관리가 부적절하였다고 보기에는 무리가 있음.

응급 처치의 적절성

음식물로 인한 기도폐색 발생 당시 즉시 발견하여 등 두드리, 하임리히법, 흡인 등의 기도 개방을 위한 적절한 처치를 시행하였으나 음식물이 나오지 않고, 산소포화도 저하 및 청색증 소견으로 산소포화도 유지를 위한 기도 내 삽관, 음식물 제거 및 소생술을 시행하였고, 이는 환자를 소생시키기 위한 최선의 처치였다고 사료됨.

II 인과관계

기도폐색 발생 및 사망의 원인

식사 중 음식물(깎두기)에 의한 돌발적인 기도폐색이 발생하였고, 응급조치 등 최선의 처치를 하였으나 음식물이 빨리 배출되지 않아 이로 인한 심폐 기능 소실 및 뇌손상이 진행되어, 의료진의 소생술에도 불구하고 사망하였다고 사료됨. 음식물로 인한 기도폐색 시 원인물질을 빨리 제거해 주고 즉시 기도확보를 시행하였다면 사망은 피할 수 있었을 것으로 보이나 피신청인병원의 처치가 부적절하였다고 보기에는 무리가 있음.

04 결과

손해배상 신청액

- 신청인은 50,000,000원을 손해배상 신청함.

조정결과

- 환자와 A 의료기관은 이 사건과 관련하여 향후 민·형사상 이익을 제기하지 않고, 환자는 A 의료기관의 명예나 평판을 훼손하는 행위를 하지 아니하기로 하며, A 의료기관은 12,000,000원을 배상함.

예방시사점

- 급성기 뇌졸중 환자는 삼킴장애로 인해 충분한 경구 영양공급이 이루어지지 못하는 경우가 많으며, 뇌졸중 증상이 심해 의식이 저하된 경우에는 흡인성폐렴의 위험성 때문에 더욱 식이 섭취가 제한적일 수밖에 없다. 따라서 급성 뇌졸중 환자의 연하곤란 여부에 대한 평가와 기본 영양 상태에 대한 평가가 입원 후 가능한 한 빠른 시기에 이루어져야 한다.
- 이 사례에서 지속적으로 식사를 급하게 먹는 양상이 발견되고 음식물을 오른쪽으로 흘리며 중심을 잃은 모습 등으로 인해 연하곤란의 위험성이 높아질 수 있으므로 연하곤란에 대한 치료를 지속하면서 일정한 간격으로 연하곤란에 대한 재평가를 통해 경구 섭취에 대해 주의관찰을 강화하여야 하며, 삼킴이 용이한 유동식으로 식이를 변경하거나 비위관 삽입 등을 고려하는 것이 필요하다.

<참고문헌>

1. 뇌졸중 진료지침: 뇌졸중 임상연구센터, 2013년 2월 개정



한국의료분쟁조정중재원에서는
의료분쟁 발생시 조정·중재를 통한
피해구제 방법과 의료사고 예방 등에
대해 교육을 진행하고 있습니다.

📖 일반교육 프로그램

교육내용

- '의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률'의 이해
- 한국의료분쟁조정중재원 역할 소개
- 조정·중재절차 및 사례 소개
- 의료사고 예방을 위한 방안 교육

교육운영 및 신청

교육시간: 약 1시간

운영기간: 연중 (주말, 공휴일제외)

운영시간: 오전 10시~11시30분,
오후 2시~4시30분

신청방법: 이메일 사전신청(shinsun@k-medi.or.kr)

교육방법

사전에 교육을 신청한(최소 1달전) 단체(10인 이상)가
의료중재원을 방문하여 교육을 받는 프로그램

🚗 찾아가는 교육 프로그램

교육내용

- '의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률'의 이해
- 한국의료분쟁조정중재원 역할 소개
- 조정·중재절차 및 사례 소개
- 의료사고 감정 및 사례 소개
- 합리적인 의료분쟁 해결방안(외국인환자 포함)
- 의료사고 예방을 위한 방안 교육
- 교육주제, 강연자, 일시, 교육시간은 사전협의 필수

교육운영 및 신청

교육시간: 약 1시간

교육운영: 연중

신청방법: 공문(교육신청서 포함)을 발송(전자발송),
또는 이메일을 통해 사전신청
(shinsun@k-medi.or.kr)

교육방법

기관(또는 단체)의 신청을 통해 기관이 원하는 장소에
방문하여 교육을 진행하는 프로그램(강의자 초청 교육 진행을
희망할 때에는 최소 1달전 사전 협의)

전문가 논단

뇌혈관질환 관련 의료분쟁의 예방

_인하대학교병원 신경외과 박현선 교수

신경과적 관점에서 의료분쟁의 특성과 예방

_한양대학교 의과대학 서울병원 신경과 김희진 부교수

뇌혈관질환 관련 의료분쟁의 예방



인하대학교병원
신경외과 박현선 교수



최근 들어 환자들이 의료진을 대상으로 의료과실에 대한 민사책임을 추궁하는 경로는 다양해졌다. 즉 당사자가 법원에 소송을 제기하여 판결을 통한 분쟁해결과 같이 복잡한 절차와 상당한 비용과 시간을 소요하는 방법 이외에도 민사조정법상의 조정, 중재법상의 중재, 소비자기본법에 따른 의료분쟁에 관한 조정, 의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률에 따른 의료분쟁 조정과 중재, 그리고 의료사고 보상사업제도 등과 같은 비교적 쉽고 간단한 절차로 접근할 수 있는 다양한 대체적 분쟁해결제(ADR: Alternative Dispute Resolution)를 이용할 수 있게 되었다. 또한 인권 의식 등의 발전으로 의사와 환자와의 관계가 시혜자와 수혜자의 수직적 관계에서 벗어나 의료서비스 제공자와 소비자의 수평적 관계로 변화하였고, 인터넷의 발달과 미디어를 통한 의료소비자인 환자들의 의료정보에의 접근이 쉬워지고 환자의 알 권리가 강화되면서 의료분쟁의 발생은 점차 증가하고 있다.

한국의료분쟁조정중재원 역시 이렇게 증가하고 있는 의료분쟁의 빠른 해결을 위한 쉬운 절차를 일반 의료 소비자들에게 제공함으로써 의료사고로 인한 피해를 신속 공정하게 구제하기 위하여 보건복지부 산하 공공기관으로서 2012. 4. 9. 설립되었다. 이 제도는 보건의료인에게도 안정적인 진료환경을 조성하기도 하므로 점차 의료분쟁의 해결에서의 그 역할이 확대되고 있다. 의료분쟁을 해결하는 경로는 다양하더라도 조정과정에서는 법원을 통하여 발전하여 온 의료 민사책임과 관련된 판례의 법리가 주요한 역할을 하게 되므로 이에 대한 이해가 중요하다.

뇌혈관질환은 사고가 일어나면 그 중대함이 심각하여 사고를 당한 환자의 입장에서는 멀쩡했던 사람이 사망하거나 노동 능력을 잃게 되는 심각한 장애에 이르는 경우가 많고 의료진의 입장에서는 최선을 다했음에도 치료 결과가 심각하고 치명적이므로 도의적 책임 논란과 함께 의료분쟁 조정절차 자동개시에 이르게 되는 어려운 상황에 놓이게 된다.

뇌혈관질환에서의 의료 분쟁은 발생 후 신속 공정하게 해결하는 것도 중요하나 불필요한 사회적 비용의 낭비를 막기 위해서는 조정과정에 이르기 전에 분쟁이 일어나지 않도록 환자 측에서나 의료진 측에서나 진료의 시작부터 많은 주의를 기울여야 함을 아무리 강조해도 부족하지 않다. 뇌혈관질환에서 의료분쟁을 예방하기 위한 방안에 대해 분쟁 해결의 근간이 되는 법리를 바탕으로 논의해 보기로 한다.

I 뇌혈관질환과 관련된 의료분쟁 현황

2012년 4월부터 2019년 3월까지 의료분쟁조정중재원에 접수되어 종료된 사건을 분석해 보면 뇌혈관질환 관련 의료분쟁 전체 200건 중 130건(65%)이 종합병원급 이상에서 발생하였고, 진료전문과목별로 보면 신경외과(98건, 49%), 신경과(51건, 25.5%), 정형외과(9건, 4.5%), 재활의학과(9건, 4.5%), 기타과(33건, 16.5%) 순이었다.

의료유형별로 보면 시술 및 수술이 73건(36.5%), 내, 외과적 치료 및 처치가 46건(23.0%), 진단이 39건(19.5%)이었고, 사고내용별로 보면 오진 및 진단지연 50건(26%), 증상악화 48건(25%), 출혈, 신경손상, 장기손상, 감염 등이 54건(28.1%)을 차지하였다. 감정 완료 시 환자상태는 사망이 72건(36%), 장애

58건(29%), 치료 중인 경우가 63건(31.5%)이었고 완치는 5건(2.5%)에 불과하였다. 이 통계를 기준으로 보면 많은 분쟁사건이 어느 정도 규모가 있는 의료기관에서 시행한 수술이나 처치와 관련하여 발생하였고, 분쟁을 유발한 의료행위의 결과는 환자에게 심각하고 치명적인 상태를 초래하고 있었으며 상당 부분은 진단이나 처치의 지연 등과 같은 시간적 요소와 연관되어 일어나고 있음을 알 수 있다. 이는 뇌혈관질환의 다음과 같은 치료와 연관된 특성과 연관이 있으므로 우선 의료소비자 입장에서의 이에 대한 이해가 중요하다.

II 의료소비자가 치료에 임하기 전 알아야 할 뇌혈관질환의 특성과 고려할 사항

의료소비자의 입장에서 뇌혈관치료를 임하기 전 우선 신중하게 고려할 사항을 요약하면 아래와 같다.

첫 번째는 시술이나 수술 중의 아주 작은 문제도 환자에게는 심각한 장애를 남길 수 있다. 뇌혈관은 뇌의 각 부위에 혈액을 공급하므로 아무리 가는 혈관이라도 혈액 공급에 문제가 생긴다면 뇌조직의 괴사를 유발하는데 뇌조직은 아주 미세하더라도 그 부위가 지배하는 신체부위는 광범위할 수 있기 때문이다. 특히 관통동맥은 굵기가 500μm에 불과하여 다른 조직인 피부나 근육에서는 수술 중 손상되어도 대부분 큰 문제가 없지만, 뇌에서는 관통동맥의 손상에 의해 아주 작은 영역에 괴사가 생기더라도 치명적인 신체장애를 남길 수 있다. 수술 방법 등에 대한 자세한 설명을 요구하고 이해한 다음 치료에 임해야 하는 이유이다.

두 번째는 뇌출혈이나 뇌경색의 발생을 예방하기 위해 원인 혈관질환을 교정하기 위한 치료 시 대부분은 환자가 신경학적 장애가 없는 상태에서 임하게 된다. 하지만 이를 치료하는 행위들은 대부분 어느 정도의 신경 손상의 위험성을 내포하고 있어 의료 행위 과정에서 문제가 발생하면 심각하거나 치명적인 결과가 발생하게 된다. 따라서 치료의 대상이 되는 원인질환의 자연 경과에 따른 위험률과 치료시 그에 따른 위험률을 잘 비교해서 근거에 기반한 결정을 해야 한다. 즉 원인 질환을 그냥 두었을 때 여성 동안 환자에게 치명적 결과를 유발할 확률과 치료과정에서 치명적 합병증이나 부작용이 발생할 확률을 비교하고 이해하여야 한다. 파열 시 치명적인 뇌출혈을 일으킬 수 있는 뇌동맥류를 예로 들면, 뇌동맥류 파열의 확률은 동맥류의 크기와 연관이 있는 것으로 알려져 있다. 아주 작은 크기의 뇌동맥류를 가지고 있는 환자에게 출혈의 위험이 있으니

치료를 권하는 것은 잘못된 제안이 아니라고 할 수 있다. 하지만 이것은 의료행위를 행하는 의료진의 치료성공률(부작용이나 합병증 없이 동맥류를 폐색시킬 확률)이 100%라면 맞는 제안이겠지만, 1%라도 합병증 및 부작용의 위험이 있다면 아주 작은 뇌동맥류를 그냥 두었을 경우 치명적 파열을 일으킬 확률에 관한 정보를 얻은 뒤 치료 여부를 결정해야 할 것이다. 질병의 자연 경과에서 발생할 위험률이 의료행위 자체의 위험률을 상회할 때 치료에 임하는 것이 근거에 기반한 선택인 것이다.

세 번째로 뇌혈관질환의 수술적 치료는 기존의 현미경을 이용한 미세수술이 워낙 고난이도여서 습득하는데 많은 시간을 요하고 위험도 높아 여러 가지 다른 대안적 치료방법이 개발되어왔다. 혈관 내 중재적 시술과 방사선수술 등이 그 대표적인 예이다. 뇌혈관질환의 치료방법은 많은 경우에 있어 같은 원인질환에 대하여 하나 이상의 대안적인 치료법이 존재하고 있다. 물론 질환의 상태에 따라서는 단 한 가지 방법만을 선택할 수밖에 없는 경우도 있지만 많은 경우 그 대안이 존재하는 바, 치료방법을 선택할 때 다른 대안이 없는지 반드시 질문해야 하고 다른 대안들의 위험률과 성공률 그리고 장단점 등에 대한 정확한 정보를 얻어 비교한 후 결정해야 한다.

네 번째는 혈관이 파열되어 일어나는 뇌출혈이나 혈관이 막혀서 일어나는 뇌경색이 발생한 경우 심각한 뇌 손상을 최소화하기 위해서는 이를 치료하기 위한 행위와 연관된 골든 타임이라는 것이 존재한다. 이러한 시간적 요소가 치료의 결과에 영향을 미치는 중요한 요소이기 때문이다. 이를 위해 국가에서는 골든 타임을 놓치지 않도록 인적 물적 자원이 준비되어있는 권역심뇌혈관질환센터 등을 지정하여 안내하고 있으므로, 평소 본인 주위 센터 위치를 확인해 두는 것도 환자 이송 시 골든 타임을 놓치게 되는 아쉬움을 피할 수 있을 것이다.

- 환자에게 반드시 필요한 것인가?
- 위험과 부작용은 무엇인가?
- 더 안전하고 간단한 대안은 없는가?
- 시행하지 않을 경우 어떤 임상 경과가 예상되는가?
- 비용과 건강보험에서 보장해 주는 정도는 어떠한가?

다음은 의료제공자의 입장에서 분쟁예방을 위해서 염두에 두어야 할 것에 대하여 알아보도록 하겠다.

III 의료제공자가 치료에 임하기 전 고려할 사항

뇌혈관질환뿐만 아니라 의료행위와 관련된 많은 의료분쟁을 다루는데 쟁점이 되는 것은 의료과실 부분과 설명의무 부분으로 나누어 생각할 수 있다.

1. 의료과실 부분

의료과실은 의사가 의료행위를 함에 있어서 당시의 의료수준에 비추어 일반적인 의사에게 요구되는 주의의무를 위반한 것으로 이는 통상 선량한 관리자로서의 주의의무를 일컫는다. 주의의무의 내용은 의사가 결과 발생을 예견할 수 있었음에도 불구하고 그를 예견하지 못한 결과예견의무위반과 결과 발생을 회피할 수 있었음에도 불구하고 그 결과 발생을 회피하지 못한 결과회피의무위반으로 구성된다.

환자 측의 손해배상청구권이 성립되기 위해서는 ① 주의의무 위반(과실), ② 위법성, ③ 손해의 발생이 입증되어야 하고 ④ 주의의무 위반(과실) 또는 위법성과 손해 발생 사이의 인과관계가 존재한다는 것이 입증되어야 한다. 법 이론적으로는 대부분 소비자 측(환자 측)이 입증하게 되어있으나 의료과정은 환자 본인은 그 일부만을 알 수 있으며 대부분의 의료과정은 의사만이 알 수 있는 경우가 많으므로(밀실성) 점차 소비자의 입증책임의 완화가 적용되는 경향이고, 또한 소비자 측이 인과관계를 추론하여 제시하면 결국 이에 대하여 인과관계가 없음을 증명하는 것은 의료진이나 의료기관의 의무가 된다. 이와 같은 법리적 기반을 가지고 치료과정에서 주의해야 할 점들을 알아보면 아래와 같다.

분쟁에서는 의료행위를 시행하는 과정에서 신경학적 증상이나 결손의 발생을 예측할 수 있는 조치를 다 하였는지가 쟁점이 되는 경우가 많다. 이를 위해서는 수술 중 이러한 조치(예, 수술 중 신경생리 검사)를 시행하고 그 결과를 수술 기록지 또는 수술 전후 평가 기록 등에 정확하게 기록해 놓도록 해야 한다. 또한 뇌혈관질환의 특성상 치료나 처치의 시간적 적절성이 쟁점이 되는 경우가 많은데 간호기록이나 의사기록에 나타난 임상기록을 근거로 하게 된다. 이를 예방하기 위해서는 단순히 환자 상태 변화만을 기록해 놓는 것이 아니라 환자 상태의 변화를 어떻게 해석하였고, 그 결과 어떤 조치를 취했는지를 같이 기록하는 것을 권장한다. 환자의 상태(A: 의식의 저하)를 여러 다른 임상 상황(B: 고열로 인한 일시적 현상 또는 C: 두개강내압 상승으로 인한 증상)으로 해석할 수 있는 상황을 예를 들어 보자. 환자 상태(A)가 결과적으로는 (C)를 시사하는 상태였는데 이를 (B)로 판단하여 단순 해열제만을 투여하여 (C)에 대한 적시적 치료가 되지 않아 환자가 악화되어 환자에게 손해가 발생 되었다고 하자. 이 경우 의무기록에

단순히 환자 상태만 기록되어 있다면 이는 결과회피의무위반을 주장할 가능성이 매우 높지만, 높지만, 이를 (B)로 판단한 근거가 잘 기록되어 있다면 이는 재량성(치료의 결과를 달성하기 위한 의료기법은 의사의 재량에 달려 있음), 전문성(의료행위가 고도의 전문적 지식을 필요로 하는 분야임), 불완전성(의학 자체에 아직도 명확히 해명되지 않았거나 극복되지 않은 분야가 많음) 등의 논리로 의료과실이 성립되지 않을 가능성이 높기 때문이다. 물론 이를 판단하는 기준은 ① 임상의학 분야에서 일반적으로 실천되고 있는 의료수준을 기준으로 하되, ② 그러한 의료수준은 규범적으로 요구되는 수준으로 파악되어야 하고 해당 의사나 의료기관의 구체적 상황을 고려해서는 아니 되나, ③ 진료환경 및 조건이나 의료행위의 특수성 등은 고려한다는 원칙하에 이루어지게 된다. 의무기록의 하나하나를 의료분쟁에 임한다는 마음으로 환자의 임상 증상과 검사 기록을 신중하게 검토하면서 기록한다면 의료사고를 예방할 수 있고 분쟁 발생 시에도 유리한 입지를 가질 수 있을 뿐 아니라 더러 실제 임상에서도 좋은 치료 결과를 얻을 수 있을 것이다.

의료 과실을 판단하는 기준 중에 임상의학 분야에서 일반적으로 실천되고 있는 의료수준을 기준으로 한다는 부분은 쉽게 이해할 수 있겠으나, 그 의료수준은 규범적으로 요구되는 수준으로 파악되어야 하고 해당 의사나 의료기관의 구체적 상황을 고려해서는 아니 되나 진료환경 및 조건이나 의료행위의 특수성 등은 고려한다는 원칙은 일반 의료인의 입장에서는 이해하기 어려운 부분이 있다. 이의 이해를 돕기 위해 가상의 예를 들어 설명해 보기로 한다.

최근 중재적 방사선 시술이 뇌혈관치료의 많은 부분을 담당하게 되었고 뇌혈관 중재적 방사선 시술을 하는 인력과 시설을 갖춘 의료기관이 늘어나고 있다. 하지만 이런 의료기관의 일부는 뇌혈관 중재 시술 중 발생할 수 있는 응급상황(예, 시술 중 혈관 파열로 인한 뇌출혈)에 대처할 수 있는 인력과 시설이 없다. 이런 의료기관(A)에서 파열되지 않은 동맥류에 대하여 중재적 시술(응급이 아닌 정규 의료행위) 중에 뇌혈관이 파열되어 뇌출혈이 일어났으나 대처할 능력이 없어 타 의료기관(B)으로 이송되었다고 하자. 이 과정에서 치료지연으로 인한 환자 상태가 악화되었다는 이유로 분쟁이 발생하였는데 최초의 의료기관 (A)이 뇌출혈을 치료할 인력과 시설이 없어 환자를 이송한 것이 적절한 조치였다고 주장할 수 있다. 하지만 이 사례에서 의료수준은 규범적으로 요구되는 수준으로 파악되어야 하고 해당 의사나 의료기관의 구체적 상황을 고려해서는 아니 된다는 기준을 고려할 때, 뇌동맥류에 대한 중재적시술 중 뇌혈관파열은 예측할 수 있는 합병증이므로 이에 대한 대처가 미비한 의료기관에서

뇌동맥류의 중재적 시술을 시행한 것은 주의의무 위반에 해당하여 의료과실의 판단 과정에서 의료기관에 아주 불리하게 작용할 수 있다.

이와 반대되는 경우로, 뇌동맥류 파열로 뇌출혈과 수두증이 발생하여 뇌탈출의 증상을 보이는 환자가 뇌동맥류 자체를 치료할 능력이 없는 의료기관(A)의 응급실을 방문한 가상의 경우를 생각해 보자. 수두증을 즉시 처리하지 않으면 환자를 구하기 어려운 상태라 판단되었다고 하자. 뇌동맥류를 같이 치료할 수 있는 의료기관(B)이 상당한 시간의 거리에 위치하여 그 의료기관(B)으로 이송하는 경우 뇌 탈출이 진행되어 뇌 기능 손상이 심해질 것으로 판단되어 의료기관(A)에서 뇌동맥류에 대한 근본 치료는 하지 못하고 뇌탈출을 유발한 수두증에 대하여서만 응급조치를 하였다. 응급조치 후 뇌동맥류 치료를 위해 의료기관(B)으로 이송 도중 뇌동맥류가 다시 파열되어 환자가 사망에 이르게 되었다. 이 경우 (A)의료기관이 처음부터 (B)의료기관으로 전원하지 않아 뇌동맥류에 대한 치료를 지연시켜 사망하게 되었다고 하여 분쟁이 발생하였더라도 진료환경 및 조건이나 의료행위의 특수성 등은 고려한다는 기준으로 분쟁이나 조정에서 유리한 위치를 가질 수 있을 것이다.

결론적으로 의료수준은 규범적으로 요구되는 수준으로 파악되어야 하고 해당 의사나 의료기관의 구체적 상황을 고려해서는 아니 되나, 진료환경 및 조건이나 의료행위의 특수성 등은 고려한다는 이 원칙은 의사에게도 적용되는데 뇌혈관 중재시술 전문이나 뇌혈관 미세수술 전문의에 대한 세부 전문의 자격 부여가 논의되는 것은 이와 무관하지 않다고 생각되나 현재로서는 학회 차원 논의에 머무르고 있고 다른 많은 의견들이 있는 것으로 안다.



2. 설명의무 부분

늘 의사와 환자의 사이에는 정보의 비대칭이 존재한다. 과거에 비하여 최근 검색엔진의 발전과 여러 웹사이트의 관련 정보 제공, SNS 등의 발달로 많이 개선되기는 하였으나 아직 환자와 의료진 사이에는 많은 정보의 비대칭이 존재한다. 특히 고령이나 교육배경에 따라 정보를 수집하는데 한계가 있음을 고려해야 한다. 이를 극복하기 위해 환자에게 설명과 동의서라는 형태로 정보를 제공하지만 대부분 시간에 쫓기며 설명하고 작성하여 보호자나 환자의 이해가 부족한 상태에서 작성하는 경우가 많다. 환자나 보호자가 그 치료에 대하여 이해가 부족했던 경우 치료과정 등에 의학적으로 문제가 없었음에도 불구하고 의학적 이해의 부족으로 분쟁이 유발되어 의사의 입장에서는 많은 시간과 자원을 불필요하게 낭비하게 된다.

이를 예방하기 위해서는 그 치료나 검사 여부를 결정하는 데 있어 고려해야 할 사항을 아래와 같은 표준질문형식을 통해 의사와 환자가 서로 소통하고 공유한다면 많은 의료분쟁을 사전에 예방할 수 있다고 생각한다.



☑ 환자에게 반드시 필요한 것인가?

환자에게 질병의 자연 경과를 잘 설명하고 기대 여명을 고려한 위험률에 대하여 이해시키고 의료행위를 하는 목적에 대해 근거를 가지고 설명하는 것이 좋다. 뇌혈관질환에 대한 치료여부는 대부분 확률적으로 근거하여 이루어지는 것이 많으므로 단정적으로 결론을 설명하기보다는 유리하다, 불리하다, 적절하다 등의 언어를 사용하여 환자 자신이 치료과정에 참여하고 의사결정에 참여할 수 있도록 유도하는 것이 좋다.

☑ 위험과 부작용은 무엇인가?

발생할 수 있는 위험에 대해 가능하면 예를 들어 자세히 설명하도록 한다. 위험과 부작용의 발생확률을 질병의 자연 경과 시 위험률과 비교하여 설명하는 것이 좋다.

☑ 더 안전하고 간단한 대안은 없는가?

반드시 다른 치료적 대안에 대하여 장단점, 위험률, 비용 등을 비교하여 설명하여 치료방법 선택과정에서 환자와 보호자의 참여를 유도해야 한다. 의료진이 소속하는 기관에서 시행하지 않는 행위라 하여 대안으로서 제시하지 않는 경우가 있는데 이는 분쟁 발생시 아주 불리하게 작용할 수 있어 본인 소속기관에서 하지 않는 의료 행위라도 근거가 있다면 반드시 대안으로 제안해야 한다.

☑ 시행하지 않을 경우 어떤 임상 경과가 예상되는가?

질병의 자연 경과에 대한 설명을 소홀히 하는 경우가 많은데 이 부분은 환자가 선택권을 행사할 때 중요한 자료가 되므로 반드시 설명해야 한다. 의료행위 시급성에 관해서도 근거를 가지고 자세히 설명하는 것이 좋다.

☑ 비용과 건강보험에서 보장해 주는 정도는 어떠한가?

정확한 비용 예측은 어렵더라도 대략이라도 설명하고 원무팀을 통해서라도 자료를 제공해주는 것이 좋다.

IV 결론

현재 의료계는 보험계로부터 의료행위의 적정성이라는 명제 하에 과다한 의료행위를 행한 것에 대한 시정요구를 받고 있지만, 의료분쟁에 임하게 되면 결과예견의무위반이나 결과회피의무위반이라는 논리로 충분하지 않은 의료행위를 행한 것에 대한 책임을 추궁받게 된다. 이는 진찰이나 수술, 간호행위와 같이 인력이 투입되는 행위는 원가에 못 미치게 보상되는 현실과 무관하지 않다. 즉 이익률이 높은 장비를 이용한 검사 등은 많이 시행하여 과다한 의료행위를 시행한다는 인식을 유발하는데 반해, 의료의 핵심 행위인 진찰, 수술, 간호 등은 원가에 못 미치는 보상이 되고 있어 이에 투입되거나 배치되는 인력은 늘 모자라고 이는 분쟁발생 시 충분하지 않은 의료행위를 제공하였다는 인식을 갖게 하는 원인이라 생각된다.

의료의 핵심가치인 안전과 의료질의 담보를 위해 아무쪼록 의료분쟁조정중재원에서의 사례분석이나 통계가 급여기준과 심사기준, 평가기준 등의 정책 수립 시에도 반영되어 보건의료인에게 좀 더 안전한 의료환경이 제공되기를 바란다. 한 걸음 더 나아가 의료행위의 양보다는 질에 대하여 충분하게 보상하는 정책의 전환이 있다면 의료사고의 예방에 더욱 기여할 수 있을 것으로 생각된다.

의료분쟁은 예방이 그 무엇보다 중요하다. 예방을 위해서는 의료소비자(환자)와 의료제공자(의료진) 그리고 분쟁조정자 등이 공유할 수 있는 의무기록이 중요한 역할을 한다. 서로가 이해할 수 있는 언어로 충실하게 의무기록을 작성한다면 오해에서 시작되는 불필요한 분쟁발생과 소송을 줄일 수 있을 것이다.



신경과적 관점에서 의료분쟁의 특성과 예방



한양대학교 의과대학 서울병원
신경과 김희진 부교수



I 뇌혈관질환의 특성

뇌졸중은 우리나라뿐 아니라 전 세계적으로 가장 중요한 사망원인이며, 성인에서 장애의 가장 중요한 원인 질환이다. 2005년 통계에 의하면 전 세계적으로 뇌졸중으로 인한 사망자가 약 5백8십만명으로 추정된다. 우리나라의 경우 뇌졸중 급성기 치료 및 뇌졸중 위험인자의 조절로 뇌졸중으로 인한 연간 사망이 21세기 첫 10년 동안 약 28.3%나 감소하였다. 그러나 아직도 뇌졸중은 주요 사망 원인 중 하나이며, 2010년 통계청 사망원인 통계에 의하면 약 26,500명이 뇌졸중으로 사망하여(인구 10만명당 53.2명) 20분마다 1명이 뇌졸중으로 사망하고 있다. 뇌졸중으로 인한 사망은 전체 사망의 약 10%를 차지하며 암에 이어 사망 원인 2위를 차지하고 있지만, 단일 장기 질환으로는 사망 원인 1위를 차지하고 있다. 우리나라의 뇌졸중으로 인한 사망은 다른 OECD 국가들과 비교하였을 때 아직 높은 수준이다.

다행히 뇌졸중 사망률은 줄고 있지만, 우리나라의 인구 고령화로 인한 전체 뇌졸중 발생은 증가하고 있다. 2004년 심사평가원 청구자료와 사망원인 통계를 이용하여 추정한 2004년 뇌졸중 발생은 연간 약 105,000명으로 5분마다 뇌졸중이 발생하고 있다. 뇌졸중 발생률은 연간 인구 10만 명당 216건(남자 213건, 여자 220건)이며, 나이가 증가할수록 급격하게 증가하여, 44세 이하에서는 연간 10만명당 20명으로 낮지만, 85세 이상에서는 연간 10만명당 3,297건이었다. 현재 인구 노령화 추세를 고려하면 2030년에는 현재보다 뇌졸중 발생이 약 3배 증가할 것으로 예상된다. 뇌졸중의 유형별로는 심사평가원 청구자료의 뇌졸중 입원통계를 분석한 결과 2009년에는 전체 뇌졸중 중 허혈성 뇌졸중이 76.1%, 출혈성 뇌졸중이 23.9%를 차지하여, 2000년의 허혈성 뇌졸중 64.7%, 출혈성 뇌졸중 35.3%에 비하여 허혈성 뇌졸중의 비율이 점차 증가하고 있다. 허혈성 뇌졸중의 유형에 대해 분석한 결과, 대혈관동맥경화에 의한 뇌졸중의 분포가 36.1%로 가장 높으며, 소혈관폐색(25.4%), 그리고 심장 탕 뇌졸중(17.1%) 순이다. 현재 국내 뇌졸중 유병률은 약 795,000명으로 추정되고 있으며, 식습관 및 생활환경이 점차 서구화 및 현대화가 되어 질병 역시 서구 주요 국가와 비슷한 양상으로 변화하고 있다.

II 뇌혈관질환에서의 의료분쟁

1. 특징

한국의료분쟁조정중재원의 최근 통계에 의하면 2012년 4월부터 2019년 3월까지 조정완료된 뇌혈관질환 사건의 200례의 연령과 성별 분석을 보면, 40~50대 환자가 전체 사건의 45.5%를 차지하고 성별로는 남자가 여자보다 높게 나타났다. 보건 의료기관 종별 분석을 보면, 종합병원급 이상이 130건으로 65%를 차지하였다. 진료과목별 분석은 신경외과가 98건(49%)으로 가장 많았고, '신경과' 51건(25.5%)으로 뒤를 이었다. 의료유형별 분석을 보면, '시술 및 수술'이 73건으로 36.5%를 차지하였고, '내·외과적 치료 및 처치'가 46건(23%)으로 뒤를 이었다. 주요 사고내용별 분석을 보면 '오진 및 진단지연'이 50건으로 26%, '증상 악화'가 48건(25%) 차지하여, 뇌혈관 질환의 의료분쟁 사건은 대부분이 대상자가 보이는 증상에 대한 정확한 진단, 그리고 이에 대한 적절한 치료에 관한 행위와 관련이 있었으며, 이러한 경향은 몇 가지 이유로 설명될 수 있는데 그 이유는 다음과 같다.

1. 뇌혈관질환은 전문가라고 하더라도 최종증상으로 정확히 뇌혈관사고로 확정 및 분류할 수 없다는 점.
2. 내과적으로 카테터삽입술, 내경동맥확장술, 스텐트삽입술, 정맥·동맥혈전술 등의 소위 골든타임 안에 이루어질 수 있는 침습적 치료법이 매우 빠르게 확장되고 있는 점.
3. 고령화되고 이미 많은 질병을 가지고 있는 환자뿐만 아니라 뇌혈관질환을 예측할 수 없는 젊은 나이에 환자들도 뇌졸중이 발생할 수 있다는 점.
4. 뇌혈관 질환에 대한 지침대로 치료법을 행하더라도 질환의 특성에 따라 확실한 결과를 예측하기 어렵다는 점.
5. 2016년에 개정된 의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등의 관한 법률 중 '자동조정개시'조항의 시행으로 의료분쟁의 발생이 확장일로에 놓여 있는 점 등이 주요 원인으로 보인다.

2. 의료행위의 적절성 여부 판단에 관하여

뇌혈관질환이 발생하는 경우, 표준화된 뇌졸중 진료지침에 준해서 진단 및 처치를 하고 있다. 뇌졸중 임상진료지침은 과학적 근거를 체계적으로 정리하여 임상들이 현장 진료에서 환자의 치료를 결정하는 데 도움을 주기 위한 것으로, 뇌졸중 임상연구센터에서 2009년 처음으로 뇌졸중 진료지침 1판을 발간하였다. 이후 뇌졸중 임상연구 센터는 새로운 연구 결과들의 과학적 근거들을 반영하여 뇌졸중 진료지침을 개정하는 작업을 해오고 있다. 그러나 여러 근거 수준으로 제시된 진단 및 치료방침대로 환자에게 적용하여도 환자에게 발생한 모든 악결과와 합병증은 처치와 연관이 있는 것처럼 쉽게 인식되는 경향이 있다. 이와 관련하여, 한국의료분쟁조정중재원에서 뇌혈관질환 사건에 대해 의료행위의 적절성 여부를 감정한 결과, '의료행위 적절함'이 119건으로 전체의 62%를 차지하였다. 또한 '판단불가' 항목도 2.1%로 나타났다. 즉 뇌신경 질환의 특성에서 환자에 대한 의료행위는 환자에게 나타난 나쁜 결과와 직접적인 연관이 있는 것처럼 느껴지고, 빠른 치료적 개입을 요구하는 질병의 특성상 치료 및 예후에 대한 전반적인 이해 없이 진단 및 치료가 이루어지기 때문이기도 하다. 또한 최근 3시간 이내의 '골든타임'이라는 인식의 확산이 진단 및 치료가 빨리 이루어지면, 모든 신경학적 이상증세가 회복될 거라는 환상을 심어주는 데 일조를 하고 있다. 따라서 의료행위의 적절성 여부를 판단하기에 앞서서 다음과 같은 관점에서 확인이 필요하다.

1. 진단 과정에서 악결과가 발생하였을 경우, 그 진단 과정이 뇌졸중 진료지침에 준하여 진행되었는지,
2. 악결과의 발생 원인으로 어떤 것이 있는지,
3. 악결과를 예방하기 위하여 진단 및 치료에 있어서 의사에게 요구되는 설명과 주의의 의무가 구체적으로 어떤 내용인지,
4. 의사가 그러한 설명과 주의의무를 준수하였는지,
5. 의사가 설명과 주의의무를 준수하였다면 합병증을 예방할 수 있었는지 등이다.

의료분쟁의 쟁점 중 뇌혈관질환에 대한 의료행위의 적절성은 높은 근거 수준을 가진 진료지침 및 치료 가이드라인을 주요하게 참조하되, 보편적인 전문의의 관점에서 이해해야 하며 국내 최고의 의술, 일부 특수병원의 관점에서 적절성을 따지는 것은 아니다. 급성기 뇌혈관질환 환자가 발생하였을 때 기본 원칙은 '골든타임' 안에 도착하여 진료지침에 따라 진단 및 선택적 치료를 하였는지 여부이며, 병원의 규모나 시설과 장비, 인력의 구비 여부에 따라서 적절성의 판단은 차이가 있을 수 있다. 뇌혈관 질환에 있어서 의료행위는 고도의 전문적 지식을 필요로 하는 분야로서 전문가가 아닌 일반인으로서의 의사의 의료행위의 과정에 주의의무 위반이 있는지의 여부나 그 주의의무 위반과 손해 발생 사이에 인과관계가 있는지를 밝혀내기가 극히 어려운 특수성이 있어, 의료행위가 원인이 된 증상이 발생한 경우 의사의 과실로 인한 결과 발생을 추정할 수 있을 정도의 개연성이 담보되지 않는 사실을 가지고 막연하게 의료행위에 대한 과실과 인과관계를 추정함으로써 결과적으로 의사에게 무과실의 입증책임을 지우는 것까지 허용되는 것은 아니다.

3. 의료행위의 적절성과 인과관계의 판단

뇌혈관질환에서의 의료행위에 의한 결과의 인과관계에 대한 판단에서는 인과관계가 없음이 전체의 72%를 차지하여 절대적으로 많았다. 즉 의료행위의 적절성 여부와 결과와의 인과관계의 관련성은 뇌혈관질환에서는 그 비율이 낮음을 알 수 있다. 의료행위의 단계별 과정과 결과에 대한 인과관계의 판단에 대해 고찰해본다.

가. 진단상의 과실과 악결과와의 인과관계의 판단

뇌혈관질환의 진단과정에서 가장 중요한 것은 다양한 질환과의 감별이다. 뇌혈관질환의 일차 검사는 뇌 CT를 통해 뇌경색인지 뇌출혈인지를 확인하게 된다. 첫 번째 중점을 두어야 할 부분은 정확한 진단을 위한 신경학적 검사 및 영상 검사 실시 여부의 결정이다. 정확한 진단을 위해서 필요 시 사용할 수 있는 진정제 투여는 뇌혈관질환이 발생했을 때 오히려 진단 지연이 발생할 수 있고, 또한 요양병원이나 요양원에서 이미 치매나 파킨슨 질환을 가진 환자들의 행동 변화나 수면장애의 치료제로 쓰는 약물 사용 후에 의식 저하가 발생해도 실제 뇌혈관질환의 발견이 늦어질 수 있다. 진단의 가장 기본은 신경학적 진찰을 전문적으로 할 수 있는 전문의가 해당 의료기관에 있는지 여부이다. 영상학적 진단 시행 여부는 신경과나 신경외과 전문의의 진찰 소견에 따라 검사하는 것이 가장 정확하고 빠른 치료 결정에 도움이 되는데 의료기관에 따라서 해당과 의사가 없을 경우 진단의 오류가 발생할 수 있지만, 이것이 악결과의 직접적인 인과관계가 있느냐 여부에 대해서는 이견이 많이 존재할 수 있다. 두 번째로 뇌혈관질환 발생은 나이와 관련 없이 발생할 수 있다는 것이다. 서두에서 밝힌 바와 같이 뇌혈관질환은 고령 환자에게 발생하지만 젊은 연령대의 환자에게도 발생하기 때문에 진단이 지연되는 경우도 있다. 예를 들어, 29세 여성 환자가 의식 저하 상태로 발견되었지만 음주 상태여서 뇌경색의 진단이 늦어졌던 경우도 있다. 세 번째 경우는 정확한 진단을 위해 침습적 시술을 하는 도중 환자에게 악결과가 발생한 경우다. 소공성 뇌간 뇌경색으로 일차 진단이 내려졌던 환자는 뇌혈관 조영술을 하기 위하여 우측 서혜부 대퇴동맥에 카테터(導管)를 삽입한 다음 주사기를 사용하여 조영제를 투여하면서 우측 추골동맥을 촬영하던 중 뇌경색이 발생하여 사망한 예도 있었다. 이 경우 원인으로 추정할 수 있는 것은 동맥 내에 형성된 혈전이나 동맥경화 덩어리가 떨어져 나가 뇌동맥을 막는 경우로 추단할 수 있고, 발병 원인의 정확한 규명과 향후 치료 방법을 위하여 뇌혈관 조영술을 받던 중 혈전이 떨어져 기저동맥을 막음으로써 사망에 이르게 되었지만, 뇌혈관 조영술 시술시 주의의무를 다하였는지의 여부가 과실판단의 기준이 된다. 또한 설명의무 이행여부도 뇌혈관질환의 진단 과정에서 적절성 판단의 중요한 근거가 된다.

나. 치료 및 시술 상의 과실과 악결과와의 인과관계의 판단

의사가 진찰·치료 등의 의료행위를 함에 있어서는 사람의 생명·신체·건강을 관리하는 업무의 성질에 비추어 환자의 구체적인 증상이나 상황에 따라 위험을 방지하기 위하여 요구되는 최선의 조치를 하여야 할 주의의무가 있고, 의사의 이와 같은 주의의무는 의료행위를 할 당시 의료기관 등 임상의학 분야에서 실천되고 있는 의료행위의 수준을

기준으로 삼되 그 의료수준은 통상의 의사에게 의료행위 당시 일반적으로 알려져 있고 또 시인되고 있는 이른바 의학상식을 뜻하므로 진료환경 및 조건, 의료행위의 특수성 등을 고려하여 규범적인 수준으로 파악되어야 한다. 타과와 관련된 건은 수술 전 항혈전제, 항응고제 투여 중단 후 뇌혈관질환이 발생하는 경우이다. 출혈을 동반하는 시술이나 수술을 하는 경우는 가이드라인에 따라 진행되어야 하고 그런데도 질환의 재발을 완벽하게 예방할 수는 없다. 또한 약제의 변경에도 뇌혈관질환이 발생할 수 있다. 출혈의 부작용이 있는 약제의 경우 여러 근거 수준이 높은 임상 연구 결과에 따라 약제를 조절하지만 이런 경우도 재발이라는 악결과를 발생시킬 수 있다. 가장 흔한 경우는 뇌졸중 '골든타임' 안에 접근한 환자에게 침습적 의료행위를 하였으나 그 결과가 영구 장애나 사망이라는 악결과를 가지고 온 경우도 있다. 대표 증례와 같이, 당뇨, 고혈압 등 내과적 기저질환이 있는 70대 환자가 일과성 대뇌허혈발작이 발생하였고, 원인이 되는 우측 경동맥 75% 협착 진단으로 스텐트시술 이후 과관류증후군(cerebral hyperfusion syndrome)에 의해 뇌출혈이 발생하였으며, 이후 뇌출혈에 대한 수술을 지체하여 출혈량이 증가하여 수술 후 의식불명 상태로 현재까지 중환자실에서 치료 중인 경우가 발생한 건에 대해서는 진단, 치료, 중재에 대해서는 의료진의 책임이 없고, 악결과가 발생하였어도 예측이 불가능하다고 판단하였다. 위의 증례를 미루어 볼 때 기준이 되는 것은 '의료진이 치료과정에 있어서 정확한 뇌출혈 진로지침을 따라서 치료를 진행하였는지', '의료진이 치료과정에서 충분한 합병증 및 악결과를 예측하고 치료를 진행하였는지', '이미 예측될 수 있는 의료적 결과에 대해 즉각적으로 정확하게 대처를 했는지'를 중요 쟁점으로 보고 있으며 그에 따른 피할 수 없는 결과에 대해서는 인과관계를 특정하지 않았다.

다. 설명의무 위반에 관하여

의사의 설명의무는 그 의료행위에 따르는 후유증이나 부작용 등의 위험 발생 가능성이 희소하다는 사정만으로 면제될 수 없으며, 그 후유증이나 부작용이 치료행위에 전형적으로 발생하는 위험이거나 회복할 수 없는 중대한 경우에는 발생이 희소함에도 불구하고 설명의 대상이 된다. 의료분쟁에 있어 의료진은 치료의 결과에 책임을 지는 것이 아니며, 불가항력적인 합병증의 발생이나 환자 자신의 요인이나 특이 체질 등으로 발생하는 합병증 등에게까지 책임을 지는 것은 아니다. 따라서 어떤 설명을 누구에게 어떤 식으로 하였다는 비교적 자세한 기록이 여러 번 존재함은 매우 유용하다.

여러 증례에서 의사가 설명의무를 위반한 채 진단 및 치료를 포함한 의료행위를 시행하여 환자에게 중대한 악결과가 발생하였다는 것을 이유로 악결과로 인한 모든 손해를 청구하는 경우, 중대한 악결과와 의사의 설명의무 위반 또는 승낙취득

과정에서의 과실간의 상당인과관계가 존재하여야 한다. 이때 의사의 설명의무 위반은 환자의 자기결정권 내지 치료행위에 대한 선택의 기회를 보호하기 위한 점에 비추어 환자의 생명, 신체에 대한 구체적 치료과정에서 요구되는 의사의 주의의무 위반과 동일시할 정도의 것이어야 하기 때문에 시급을 다투는 뇌혈관질환에 있어서 설명의무의 위반 또는 의무기록의 누락에 대해서는 다시 한번 정립될 필요가 있다.

4. 조정·중재 완료 시 환자의 상태 및 조정·중재의 결과별 분석

뇌혈관질환의 조정·중재완료 시 환자의 상태는 '사망'이 36%로 가장 많고, 치료 중 31.5%, 영구 장애가 29%로 전체의 96.5%이 결과가 치명적인 것을 알 수 있었다. 또한 조정·중재 결과로 조정 합의(51%), 조정 결정에 동의(6.5%)로 결정이 그대로 진행되는 경우가 많았고, ① 신청인이 정당한 사유 없이 조정을 기피하는 등 그 조정신청이 이유 없다고 인정하는 경우 ② 신청인이 거짓된 사실로 조정신청을 하거나 부당한 목적으로 조정신청을 한 것으로 인정하는 경우 ③ 사건의 성질상 조정을 하기에 적당하지 아니한 경우 등 조정 아니 하는 결정(19%)이나, 각하(3%), 취하(15.5%) 등의 비율 또한 높게 나타났다. 그리고 2016년부터 자동조정개시 조항의 신설로 인한 뇌혈관질환 관련 사건의 조정, 중재건수 또한 증가함을 추정할 수 있었다.

III 맺는말

우리나라 인구의 고령화, 질병의 만성화, 조기 발생화, 식습관 생활습관의 서구화 등으로 뇌혈관질환의 발생은 그 빈발 연령대를 예측하기 어려워졌고, 치료기법의 선진화, 정밀화, 그리고 침습적 치료의 보편화로 환자들의 질병 치료에 대한 기대 수준은 높아져 있다. 그래서 뇌혈관질환을 진단하고 치료하는 의료진들의 전문화와 시간을 다투는 상황에서의 설명, 주의 의무가 강하게 요구되고 있다. 또한 질환의 특성상 원하지 않는 결과가 일어난다는 것은 사망 또는 영구적 장애, 지속적 치료를 필요로 하게 되는 경우가 많아서 의료분쟁조정 및 중재를 필요로 하는 사건은 증가할 것이다. 그러나 뇌혈관질환 전문의들이 전국에 모두 균등하게 근무하면서 적절한 의료행위를 한다는 것은 불가능하기 때문에 뇌혈관질환 진료 및 치료에 있어서 타과 의료진들의 일차 대처에 대한 꾸준한 교육이 이루어져야 할 것으로 생각하고, 타 질환으로 치료 중인 환자에게 발생한 뇌혈관질환 관련 이상증상에 대해서도 뇌혈관질환에 대한 시각을 가지도록 노력해야 할 것으로 생각하며 글을 마친다.

뇌혈관질환, 알아야 예방할 수 있다!



뇌, 넌 누구니?

신생아의 뇌 무게 약 400g

성인의 뇌 무게 약 1.4kg

뇌의 무게 성인 몸무게의 약 2~2.5%

뇌에 필요한 산소량 몸 전체 사용량의 약 20%

뇌에서 물이 차지하는 비중 약 80%

신생아의 뇌 무게는 400g 정도이지만 태어나서 3살까지, 4~7살까지, 그리고 10살 이후까지의 3단계를 거쳐 발달하며 20살 정도에서 완성된다. 뇌의 무게는 키와 거의 비례하며 지능이나 성격에는 직접적인 관계가 없는 것으로 알려졌다. 뇌의 신경세포는 산소와 포도당을 사용하면서 활동한다.

뇌혈관질환은 우리나라뿐 아니라 전세계적으로 가장 중요한 사망원인이며, 성인에서 장애의 가장 중요한 원인 질환이다. 2017년 통계청의 자료에 의하면 우리나라의 뇌졸중으로 인한 사망자가 약 2만3천명에 이른다. 뇌혈관질환은 일단 발생하면 사망 또는 심각한 장애를 유발할 수 있다. 따라서 적극적인 일차 예방이 다른 질환보다 강조되며, 이미 질환이 발생한 경우 적절한 치료를 통해 뇌졸중으로 인한 장애를 최소화해야한다.

▶ 뇌혈관질환이란?

인체에서 가장 중요한 장기인 뇌에 혈액을 공급하는 뇌혈관이 터지거나 막혀서 생기는 이상 상태를 말한다. 일반적으로 사회가 발달할수록 혈관이 막혀서 생기는 뇌경색이 혈관이 터져서 생기는 뇌출혈보다 더 많이 발생하는 경향을 보인다. 이러한 뇌혈관질환은 세계적으로 주요한 사망 원인 중 하나다. 뇌혈관질환은 갑자기 발병하는 경향이 있으므로 이상 증상이 보일 때에는 가능한 한 빨리 뇌혈관센터가 있는 병원으로 방문하는 것이 진단 및 치료에 가장 중요하다. 한쪽 팔 다리 마비, 언어장애, 시각장애, 어지러움, 심한 두통 등의 전조 증상이 나타나면 제일 먼저 뇌혈관질환을 의심해야 한다.

▶ 20대부터 관리하는 것이 답

최근에는 40대 이하 뇌혈관질환 환자의 비중이 20여 년 전보다 약 4배가량 증가하는 양상을 보여, 뇌혈관질환이 이제 노인만의 질환이 아님을 시사했다. 고혈압은 뇌졸중의 가장 중요한 원인이므로, 혈압을 조절하면 뇌졸중 발생 가능성이 크게 감소시킬 수 있다. 그 외에도 사전에 뇌혈관질환을 예방하기 위해서는 규칙적인 운동, 짜게 먹거나 지나치게 기름기가 많은 음식을 피하는 등 건강한 식습관을 유지해야 한다. 또한 흡연, 비만, 스트레스 등을 관리하는 것도 필요한데 만약 운동과 식이요법, 생활습관의 변화만으로도 당뇨, 고지혈증, 고혈압 등이 관리되지 않으면 약물치료를 병행해야 한다.

▶ 예방은 이렇게!

세계보건기구(WHO)의 연구에 따르면 심뇌혈관질환의 약 80%는 예방이 가능한 것으로 나타났다. 따라서 뇌졸중을 일으킬 수 있는 원인에 대한 예방과 적절한 관리가 필요하다.

▶ 도움이 되는 음식

양파와 마늘: 지방이 흡수되는 것을 막으면서 뇌의 혈관을 깨끗하게 해준다.

토마토: 토마토에 함유된 비타민과 많은 영양소가 다양한 질병을 예방하는 데 도움이 된다.

견과류: 견과류에는 폴리놀레스산 성분이 풍부해 우리 몸 안의 혈관을 건강하게 돕는다.

등푸른생선: DHA, EPA 성분이 혈관 응고 및 혈관 건강의 악화를 막아준다.

느타리버섯: 혈관근육을 강화하고 혈류를 증가시키는 에르고스테롤이라는 성분은 말려서 섭취하면 성분이 2배 이상 증가한다.



• 가벼운 운동을 꾸준히



• 가벼운 스트레칭을 10~15분 가량



• 유산소 운동을 주 3~4회, 매회 30~40분 꾸준히



• 겨울철에는 이른 아침이나 저녁 시간보다 점심시간에

▶ 골든타임을 기억하라

뇌혈관질환의 골든타임이 환자의 생사를 결정한다. 뇌혈관질환이 발생 후 3~4시간 이내에 병원에 내원하여 치료하여야 한다.

• 119를 불러 최대한 빨리 뇌혈관센터가 있는 전문병원으로 이동한다.

• 손을 따거나 청심환 등을 먹는 민간 처치는 No!

▶ 뇌혈관질환 초기 증상

- 갑자기 한쪽 얼굴, 팔, 다리 등에 힘이 빠지거나 저린 느낌이 온다
- 갑자기 말을 못하거나 못 알아듣거나 발음이 어둔해진다
- 갑자기 한쪽 눈의 시력이 나빠지고 침침해진다
- 갑자기 걷기 어렵고, 어지러우며, 균형을 잡지 못해 한쪽으로 쓰러진다
- 갑자기 원인을 알 수 없는 심한 두통이 있다.



의료중재원 소식

의료중재원은 의료현장 속에서 다양한 의료사고 예방활동을 펼쳐나가고 있습니다.



01 한국의료분쟁조정중재원 창립 7주년 기념식 개최

한국의료분쟁조정중재원은 4월 9일 창립 7주년 기념식을 개최하였다. 의료중재원의 개원 시부터 현재까지의 변천 과정을 돌아보고, 의료중재원장의 기념사와 보건복지부 장관의 축사에 이어, 임직원 및 유관기관 관계자 간의 소통의 시간을 가졌다. 윤정석 원장은 의료분쟁조정제도 발전에 기여한 보훈복지공단 중앙보훈병원, 대법원 민규남 재판연구관, 서울대학교 치과병원 이종호 교수 등 기관 및 유공자를 대상으로 표창 및 감사패를 전달하였다.

03 한국의료분쟁조정중재원 부산지원 개원식 개최

한국의료분쟁조정중재원은 5월 2일 윤정석 원장을 비롯한 임직원, 보건복지부, 유관기관 및 직능단체장 등 내외 인사 100여명이 참석한 가운데 '부산지원 개원식(지원장 이동진)'을 개최했다. 의료중재원 부산지원은 이미 지난해 5월부터 방문상담 및 조정신청·접수, 출장 조정을 시범 운영하여 영남권역 의료분쟁 해소에 긍정적 효과를 보이고 있다. 부산지원 개원을 통해 영남권역의 접근성이 크게 향상됨으로써 조정개시율이 향상되어 제도 실효성이 높아질 것으로 기대된다.



02 2019년 의료사고 예방업무 활성화 워크숍 개최

의료중재원은 「의료사고 예방업무 활성화 워크숍」을 전국 종합병원급 이상 의료기관의 의료사고 예방업무 담당자를 대상으로 참석자들의 접근성을 고려하고자 전국 3개 권역(서울, 광주, 부산지역)에서 개최하였다. 프로그램의 주요 내용은 '의료분쟁 동향 및 예방방안(의료중재원)', '의료사고 예방 시스템과 예방사례(강남세브란스병원, 인제대부산백병원)', '감성과 설득 커뮤니케이션 방안' 등에 대한 정보를 포함하여 실제 의료기관 현장에서 도움이 되는 예방 정보 및 대외 교육을 제공하고자 노력하였다.



한국의료분쟁조정중재원 부산지원

방문상담: 부산광역시 연제구 중앙대로 1000 국민연금공단 부산회관 13층

상담 예약: (051) 910-7300~7301

찾아오는길: (부산지하철)1호선 시청역 2번출구 전방 100M

04 한국의료분쟁조정중재원·한국소비자원 업무협약(MOU) 체결

한국의료분쟁조정중재원은 한국소비자원(원장 이희숙)과 양 기관 간 업무협약(MOU)을 5월 22일 체결하였다. 협약의 주요 내용은 '양 기관 의료분쟁 사례 공유', '의료분쟁 해결과 관련된 조사 연구 등 학술활동 지원', '의료사고 예방활동(교육, 캠페인 등) 공동 추진', '기타 의료소비자 권익 향상 및 안정적 의료환경 조성을 위한 상호 협업, 협력 사항' 등으로 양 기관은 본 협약의 목적을 달성하기 위해 긴밀하게 상호 협력할 예정이다.



05 공공기관 부패방지시책 평가, 2년 연속 '우수기관' 선정

한국의료분쟁조정중재원이 보건복지부 '2018년도 유관 공공기관 부패방지시책 평가' 결과 우수기관으로 선정되어 '숨은 보석' 장관 표창을 받았다. 이는 보건복지부가 유관 공공기관의 부패예방 및 청렴성 향상을 위해 실시하고 있는 「2018년도 부패방지시책 추진계획」에 따른 것으로 의료중재원은 2017년에 이어 연속 2년간 우수기관의 영예를 안았다. 의료중재원은 기관의 청렴문화 확산을 위하여 지속해서 노력하고, 평가 결과 나타난 취약분야 개선을 위해 더욱 힘을 예정이다.

06 2019년도 재정사업 자율평가 보건복지부 91개 사업 중 1위

보건복지부의 2019년도 재정사업 자율평가 결과, 의료중재원의 '의료분쟁 조정 및 중재' 사업이 보건복지부 내 평가대상 총 91개 사업 중 최종점수 100점 만점에 103.3점으로 평가되어 1위를 달성하였다. 이는 중앙부처의 자율성과 책임성을 높이기 위해 사업부처 자체평가 중심으로 자율평가제도를 운영하고 있으며, 의료중재원은 효과적인 재정사업의 관리를 위해 적극적으로 노력하고 있다.

07 찾아가는 대국민 의료분쟁 일일상담실

한국의료분쟁조정중재원은 본원에 방문하기 어려운 지역주민을 직접 찾아가 의료분쟁 상담과 조정신청을 접수하는 '찾아가는 대국민 의료분쟁 일일상담실'을 운영하고 있다.

※문의 및 상담 신청: 1670-2545



찾아가는 의료분쟁 일일상담실 개최일정

상담일	지역	장소
7월	5일	강원(춘천) 보건소
	22일	광주 시청
8월	30일	충북(충주) 보건소
	5일	전북(전주) 보건소
9월	20일	대구 시청
	23일	광주 시청

※ 운영일정은 예약 현황 등에 따라 변동 가능



바로 여러분 곁에 한국의료분쟁조정중재원이 있습니다.

한국의료분쟁조정중재원은 의료분쟁을 함께 품고 함께 해결할 수 있는 세계 최초이자 최고의 전문기관으로

신속하고 공정한 의료분쟁의 해결을 통하여 환자와 의료인 모두에게 신뢰를 얻고 있습니다.

상담과 조정신청이 꾸준히 늘고 있고 의료인의 조정신청이 증가하는 것도 분명한 이유가 있습니다.

의료사고가 발생하면 가장 먼저 한국의료분쟁조정중재원에 문의하세요.

