



서 울 고 등 법 원

인천제2민사부

판 결

사 건 (인천)2024나10394 손해배상(의)

원고, 항소인 겸 피항소인

망 A의 소송수계인

1. B

2. M

원고 소송수계인들 소송대리인 변호사 신현호

피고, 피항소인 겸 항소인

학교법인 C

소송대리인 법무법인 소명

담당변호사 김민정, 김형준

제 1 심 판 결 인천지방법원 2023. 12. 8. 선고 2020가합56871 판결

변 론 종 결 2026. 4. 23.

판 결 선 고 2026. 6. 11.

주 문

1. 이 법원에서 소송수계 및 변경된 청구를 포함하여 제1심판결을 다음과 같이 변경한



다.

가. 원고 소송수계인들의 이 사건 소 중 각 17,401,722원 및 이에 대하여 2019. 4. 28.부터 2026. 4. 23.까지는 연 5%의, 그다음 날부터 다 갚는 날까지는 연 12%의 각 비율로 계산한 돈의 지급을 구하는 부분을 모두 각하한다.

나. 원고 소송수계인들의 나머지 청구를 모두 기각한다.

2. 소송총비용은 원고 소송수계인들이 부담한다.

청구취지 및 항소취지

청구취지

피고는,

1. 원고 망 A의 소송수계인(이하 '원고'라 한다) B에게 634,803,259원¹⁾ 및 그중 286,758,773원에 대하여는 2019. 4. 28.부터 2023. 12. 8.까지 연 5%의, 그다음 날부터 다 갚는 날까지 연 12%의 각 비율로 계산한 돈을, 348,044,486원²⁾에 대하여는 2019. 4. 28.부터³⁾ 2026. 4. 23.⁴⁾까지 연 5%의, 그다음 날부터 다 갚는 날까지 연 12%의 각 비율로 계산한 돈을 지급하고,

2. 원고 M에게 622,246,259원⁵⁾ 및 그중 286,758,773원에 대하여는 2019. 4. 28.부터

1) 원고 B는 청구취지와 항소취지를 구별하지 않고 이 사건 2026. 3. 5.자 항소취지 및 항소이유 변경신청서의 '변경된 항소청구취지'란에 이 부분 금액을 '1심에서 인용된 금원에서 추가하여 원고 B에게 348,044,486원'으로 기재하였는바, 위 서면의 전체적인 주장 취지는 제1심 원고 망 A의 사망에 따른 손해배상금의 액수를 새로 산정하여 그 청구취지를 변경하겠다는 것이므로, 원고 B의 청구금액을 634,803,259원[= 286,758,773원(= 제1심판결 인용금액 573,517,546원 × 원고 B의 상속비율 1/2) + 348,044,486원]으로 선택한다.

2) 이 사건 2026. 3. 5.자 항소취지 및 항소이유 변경신청서의 '변경된 항소청구취지'란에는 이 부분 금액이 '나머지 금원'으로 기재되어 있으나, 이는 그 문언상 원고 B의 청구금액에서 위 286,758,773원을 공제한 나머지 금액을 의미하므로, 이를 348,044,486원(= 634,803,259원 - 286,758,773원)으로 선택한다.

3) 이 사건 2026. 3. 5.자 항소취지 및 항소이유 변경신청서의 '변경된 항소청구취지'란에는 '2023. 12. 9.'로 기재되어 있으나 이는 '2019. 4. 28.'의 오기로 보인다(위 변경신청서 17면 참조).

4) 이 법원 변론종결일에 해당한다.

5) 원고 M는 청구취지와 항소취지를 구별하지 않고 이 사건 2026. 3. 5.자 항소취지 및 항소이유 변경신청서의 '변경된 항소청구취지'란에 이 부분 금액을 '1심에서 인용된 금원에서 추가하여 원고 M에게 335,487,486원'으로 기재하였으나, 앞서 원고 B의



2023. 12. 8.까지 연 5%의, 그다음 날부터 다 갚는 날까지 연 12%의 각 비율로 계산한 돈을, 335,487,486원⁶⁾에 대하여는 2019. 4. 28.부터 2026. 4. 23.까지 연 5%의, 그다음 날부터 다 갚는 날까지 연 12%의 각 비율로 계산한 돈을, 각 지급하라.

[제1심 원고 망 A(이하 '망인'이라 한다)이 이 법원에 이르러 소송계속 중 사망함에 따라 원고들이 소송을 수계하였다. 한편 망인과 원고들은 이 법원에서 여러 차례 청구를 변경하였는바, 그 구체적인 내용은 아래 제2의 나.항에서 본다.]

항소취지

[원고] 제1심판결을 청구취지와 같이 변경한다(원고들의 항소취지를 위와 같이 선택한다).

[피고] 제1심판결 중 피고 패소 부분을 취소하고, 그 취소 부분에 해당하는 원고들의 청구를 모두 기각한다.

이 유

1. 전제된 사실관계

이 법원이 이 부분에 관하여 적을 이유는, 제1심판결 중 해당 부분을 아래와 같이 고쳐 쓰거나 추가하는 외에는 제1심판결의 이유 중 '1. 기초사실' 부분의 기재와 같으므로 민사소송법 제420조 본문에 의하여 이를 그대로 인용한다.

가. 제1심판결 2면 14행부터 같은 면 15행까지를 아래와 같이 수정

청구취지 부분에서 본 바와 같이 이를 622,246,259원[= 286,758,773원(= 제1심판결 인용금액 573,517,546원 × 원고 M의 상속비율 1/2) + 335,487,486원]으로 선택한다.

6) 이 사건 2026. 3. 5.자 항소취지 및 항소이유 변경신청서의 '변경된 항소청구취지'란에는 이 부분 금액이 '나머지 금원'으로 기재되어 있으나, 앞서 원고 B의 청구취지 부분에서 본 바와 같이 이를 335,487,486원(= 622,246,259원 - 286,758,773원)으로 선택한다.



『2) 망인은 2019. 4. 28. 아래와 같이 피고 병원에서 치료를 받다가 사망한 사람이고, 원고들은 망인의 부모이다.』

나. 제1심판결 2면 16행 이하의 “원고의”를 “망인의”로, 같은 면 17행 이하의 “원고는”을 “망인은”으로, 3면 10행 이하의 “원고에게”를 “망인에게”로 각 수정

다. 제1심판결 2면 18행의 “부 B”을 “부(父) 원고 B”으로 수정

라. 제1심판결 3면 17행의 “시행하였다” 다음에 “(이하 ‘이 사건 기관 삽관’이라 한다)”를 추가

마. 제1심판결 4면 15행부터 같은 면 18행까지를 아래와 같이 수정

『라. 이후의 경과 등

망인은 피고 병원에서 위와 같이 치료를 받은 이래 의식을 회복하지 못하였고, 피고 병원 의료진은 뇌 검사(brain evaluation)를 고려하던 중 2019. 5. 27. 망인을 L병원으로 전원하기로 결정하였다. 망인은 L병원에서 '달리 분류되지 않은 무산소성 뇌손상'으로 진단을 받았고⁷⁾, 제1심판결 선고 후인 2025. 8. 11. 저산소성 뇌손상에 따른 심폐기능부전으로 사망하였다.』

바. 제1심판결 5면 마지막 행 밑에 아래를 추가

『4) 전해질 불균형

가) 고칼륨혈증

고칼륨혈증은 혈청 칼륨(K^+)이 $5\text{mEq}/\ell$ 또는 $5.5\text{mEq}/\ell$ 이상인 경우로서 일반적으로 급성콩팥기능상실, 말초혈액 순환감소, 칼륨분비 감소 등 원인으로 세포 내에 존재하는 칼륨이 유출되거나 신장 기능에 문제가 생겨 발생한다.

7) 환자확인용 소견서(갑 제4호증)의 '향후 치료의견'란에는 보다 구체적으로 '2019. 4. 심정지(Cardiac arrest)로 인한 저산소성 뇌손상(Hypoxic brain damage) 및 식물인간 상태(vegetative state)'라고 기재되어 있다.



고칼륨 환자에게서 심장독성 또는 근육의 마비가 나타나거나, 혈청 칼륨 농도가 $7\text{mEq}/\ell$ 이상이면 심전도의 소견에 상관없이 칼슘(Calcium), 중탄산염(bicarbonate), 인슐린(insulin), 알부테롤 등을 처방하며, 칼륨의 체외배출을 위하여 고리이뇨제(loop diuretics), 양이온 교환수지(Sodium polystyrene sulfonate), 혈액투석, 복막투석 등의 치료를 시행할 수 있다. 특히, 칼슘글루코네이트(Calcium gluconate)는 정맥 주사 후 약 0~5분 후 약효가 시작되어 약 1시간 정도 지속되는 것으로 알려져 있다.

나) 저칼슘혈증

저칼슘혈증은 혈중 칼슘이온(Ca^{2+})의 농도가 $8.5\text{mg}/\text{dL}$ 이하로 감소된 상태를 가리킨다.

증상이 없는 저칼슘혈증은 칼슘 보충제를 복용하여 교정하며, 부갑상선기능저하증, 만성신부전 및 비타민 D 대사의 유전적 이상 등에 의한 만성저칼슘혈증의 치료는 주로 칼슘과 비타민 D를 투여하는 방법으로 이루어진다.

증상이 있는 저칼슘혈증은 응급으로 치료해야 하는데, 증상은 혈장 이온화 칼슘이 $2.8\text{mg}/\text{dL}$ 미만이면 발현되기 시작하고, 관찰되는 임상소견으로는 신경근육 과민성(감각이상, 강직, Chvostek's sign⁸⁾, Trousseau's sign⁹⁾)과 심장혈관 이상(저혈압, 서맥, 심근수축 장애, QT 간격 연장)이 있고, 심한 경우에는 심정지가 나타날 수도 있다. 급성 저칼슘혈증으로 인한 경련 시 즉시 치료해야 하며, 10%의 염화칼슘(CaCl) 또는 10%의 칼슘글루코네이트를 정맥 주입한다.

다) 저나트륨혈증

8) 입 주위의 안면 신경을 건드리면 안면 근육이 수축하는 증상을 말한다(갑 제17호증 1면).

9) 혈압계를 3분 이상 팽창시킬 때 손발 연축이 일어나 손목과 손허리 손가락관절의 구부림, 손가락의 파신전, 엄지 손가락을 손바닥 쪽으로 구부리는 등의 특징적인 증상을 말한다(갑 제17호증 1면).



저나트륨혈증은 혈청 나트륨(Na^+)의 농도가 $135\text{mEq}/\ell$ 미만인 상태로 정의되고, 혈청 나트륨 농도가 $120\text{mEq}/\ell$ 이상인 경우에는 대부분 증상이 없으나, 급성(즉, 2일 이내)으로 발병할 경우 이보다 높은 농도에서도 두통, 오심, 구토, 권태감, 기면, 발작, 혼수 등의 증상이 올 수 있으며, 영구적인 신경학적 손상이 발생할 수 있다. 만성(기간 3일 이상)의 경우 세포 내 용적을 방어하기 위한 적응기전이 일어나므로 증상이 심하지 않을 수 있다. 따라서 증상의 중증도는 혈청 나트륨의 감소폭과 감소 속도에 밀접하게 관련되어 있고, 증상이 있거나 혈청 나트륨 농도가 $110\text{mEq}/\ell$ 이하인 경우에는 응급치료가 필요하다.

5) 기관 삽관 과정에서 사용되는 약물

가) 에토미데이트

에토미데이트(etomidate)는 이미다졸 유도체(imidazole derivative)로서 다른 진정-마취약물들과 마찬가지로 중추신경계의 GABA 수용체에 작용하여 효과를 나타내는데, 종종 비교되는 프로포폴 개발 이전부터 전신마취 분야에서 널리 사용되었던 단기작용 정맥마취제이다. 근육 등의 말초조직으로 재분배되고, 간 및 혈장 에스터분해효소에 의해 대사되기 때문에 작용 기간이 프로포폴보다 약간 짧다. 프로포폴과 비교하여 심혈관계 부작용 발생과 중독성이 다소 작다는 장점이 있으나, 프로포폴에서는 발생하지 않는 근경련이 많게는 사용자의 약 10% 정도까지 발생하므로 낙상의 위험이 증가하고, 후두경련에 의한 호흡마비의 발생도 가능하므로 식품의약품안전처는 전신마취 유도제로서만 허가하였고, 진정에 대한 적응증은 인정되지 않고 있다.

나) 베카론

베카론(Vecaron)은 비탈분극 신경근차단제로 기관 삽관의 경우 성대와 턱의



근육을 이완시켜 기관 삽관을 용이하게 하는 데 쓰인다. 비만 환자에게 투여하는 경우에는 마른 사람에 비해 그 투여 용량을 감소시켜야 하고, 신부전 환자에게 투여하는 경우에는 혈장 청소율의 감소로 인하여 근이완 작용이 연장될 수 있으며, 에토미데이트와 병용하는 경우 근이완 작용이 증강될 수 있으므로 신중히 투여하여야 한다.』

사. 제1심판결 6면 1행의 "갑 제2호증"부터 같은 면 4행의 "사실조회 결과"까지를 아래와 같이 수정

『갑 제2호증, 갑 제3호증의 1 내지 8, 13, 15, 17, 갑 제4, 6, 19, 20, 21, 23, 30, 40호증의 각 기재, 제1심법원의 G병원장에 대한 진료기록감정촉탁 결과, 제1심법원의 H병원장에 대한 신체감정촉탁 결과, 이 법원의 I협회 의료감정원장에 대한 진료기록감정촉탁 결과, 제1심법원의 I협회 의료감정원장에 대한 사실조회 결과,』

2. 제1심판결 후 이 법원에서 청구금액이 감축된 부분에 대한 소의 적법 여부에 관한 판단

가. 관련 법리

항소심에서 수량적으로 가분인 동일 청구권에 기한 청구금액의 감축은 소의 일부 취하로 해석되는 것이고(대법원 2004. 7. 9. 선고 2003다46758 판결 등 참조), 민사소송법 제267조 제2항은 "본안에 대한 종국판결이 있는 뒤에 소를 취하한 사람은 같은 소를 제기하지 못한다."라고 규정하고 있는바, 이는 소취하로 인하여 그동안 판결에 들인 법원의 노력이 무용화되고 종국판결이 당사자에 의하여 농락당하는 것을 방지하기 위한 제재적 취지의 규정이므로, 본안에 대한 종국판결이 있는 뒤에 소를 취하한 자는 이러한 규정의 취지에 반하지 아니하고 소제기를 필요로 하는 정당한 사정이 없는 이상 다시 동일한 소를 제기할 수 없다(대법원 2009. 6. 25. 선고 2009다22037 판결 등



참조).

나. 인정사실

기록에 의하면, 아래와 같은 사실이 인정된다.

1) 망인은 2023. 6. 23. 제1심법원에서 이 사건 청구취지 및 청구원인 변경신청서를 통하여 피고를 상대로 아래 표¹⁰⁾ 기재와 같이 일실수입 및 적극적 손해 합계 1,248,925,781원¹¹⁾에 위자료 100,000,000원을 더한 1,348,925,781원 및 이에 대하여 2019. 4. 28.부터 2020. 6. 15.(이 사건 소장 부분 송달일)까지는 연 5%의, 그다음 날부터 다 갚는 날까지는 연 12%의 각 비율로 계산한 지연손해금의 지급을 구하였다.¹²⁾

(단위: 원, 이하 같다)

손해 항목	산정금액	책임제한 비율	청구금액
일실수입	562,999,246	70%	394,099,472
기왕치료비	154,779,090	70%	108,345,363
향후치료비	125,908,800	70%	88,136,160
기왕보조구비	28,869,124	70%	20,208,387
향후보조구비	24,998,971	70%	17,499,280
기왕개호비	51,528,200	70%	36,069,740
향후개호비	835,096,256	70%	584,567,379
합계			1,248,925,781

2) 망인은 제1심판결 선고 후인 2025. 6. 5. 이 법원에서 이 사건 2025. 6. 5.자 항소취지 및 항소이유 변경신청서를 제출하면서 피고를 상대로 아래 표¹³⁾ 기재와 같이

10) 일부 손해 항목(기왕보조구비, 향후보조구비)은 원 미만 버림이 아닌 반올림을 적용하여 산정한 것으로 보인다.

11) 위 변경신청서 8면의 '1,204,857,701원'은 계산상의 오류 또는 오기로 보인다.

12) 망인은 이 사건 청구취지 및 청구원인 변경신청서에서 '라. 일부청구'라는 표제 아래 '제1심법원의 H병원장에 대한 신체감정 촉탁 결과에 의하면 망인의 기대여명은 11.57년으로 인정되므로, 망인이 2029. 11. 19. 이후에도 생존하는 때에는 청구를 확장하겠다.'는 취지로 주장하였다(3면 참조). 그러나 전문적인 감정 등을 통해서 예측된 여명기간을 지나 피해자가 계속 생존하게 되면 종전에 배상이 이루어질 당시에는 예상할 수 없었던 새로운 손해가 발생한 것인바(대법원 2021. 7. 29. 선고 2016다11257 판결, 대법원 2021. 11. 25. 선고 2018다227032 판결 등 참조), 망인의 위 주장은 위와 같은 사정이 발생하는 경우 피고를 상대로 이에 따라 새로 발생한 손해를 추가로 청구할 것임을 예고하는 취지로 보일 뿐 소송법상 명시적 일부 청구의 취지로는 보이지 않는다.

13) 일부 손해 항목(일실수입, 기왕보조구비, 향후개호비)은 원 미만 버림이 아닌 반올림을 적용하여 산정한 것으로 보인다.



일실수입과 적극적 손해 합계 총 1,334,376,335원에 위자료 100,000,000원을 더한 1,434,376,335원¹⁴⁾ 및 이에 대하여 2019. 4. 28.부터 2020. 6. 15.까지는 연 5%의, 그다음 날부터 다 갚는 날까지는 연 12%의 각 비율로 계산한 지연손해금의 지급을 구하였다.

손해 항목	산정금액	책임제한 비율	청구금액
일실수입	541,851,467	70%	379,296,027
기왕치료비	231,584,620	70%	162,109,234
향후치료비	85,670,400	70%	59,969,280
기왕보조구비	81,420,854	70%	56,994,598
향후보조구비	15,993,576	70%	11,195,503
기왕개호비	356,990,692	70%	249,893,484
향후개호비	592,740,298	70%	414,918,209
합계			1,334,376,335

3) 망인이 사망한 후 이 사건 소송을 수계한 원고들은 2025. 10. 29. 이 법원에 이 사건 2025. 10. 29.자 항소취지감축 및 항소이유 변경신청서를 제출하면서, 아래 표 기재와 같이 망인의 일실수입과 적극적 손해 합계 1,134,351,404원에 망인의 위자료 80,000,000원을 더한 1,214,351,404원에 대하여 각 원고들의 상속비율 1/2로 계산한 607,175,702원과 원고들 고유의 위자료 각 20,000,000원¹⁵⁾의 합계액 각 627,175,702원 및 그중 각 286,758,773원(= 제1심판결 인용금액 573,517,546원 × 각 원고들의 상속비율 1/2)에 대하여는 2019. 4. 28.부터 2023. 12. 8.(제1심판결 선고일)까지 연 5%의, 그다음 날부터 다 갚는 날까지 연 12%의 각 비율로 계산한 지연손해금의 지급을, 각 340,416,929원(= 627,175,702원 - 286,758,773원)에 대하여는 2023. 12. 9.(제1심판결

14) 망인은 위 변경신청서의 '변경된 청구취지'란에 이 부분 금액을 '1심에서 판결한 금액에서 추가로 원고에게 860,858,788원'이라고 기재하였고, 위 860,858,788원에 제1심판결 인용금액인 573,517,546원을 더하면 1,434,376,334원으로 1원의 차이가 발생하나, 이는 단수의 처리 등에 따른 오류로 보이므로 위와 같이 선택한다.

15) 위 변경신청서 15, 16면의 '10,000,000원'은 '20,000,000원'의 오타로 보인다.



선고일 다음 날)부터 2026. 4. 23.(이 법원 변론종결일)까지 연 5%의, 그다음 날부터 다 갚는 날까지 연 12%의 각 비율로 계산한 지연손해금의 지급을 각 구하였다.

손해 항목	청구금액
일실수입	503,371,505
기왕치료비	240,080,508
기왕보조구비	81,420,854
기왕개호비	296,921,537
장례비	12,557,000
합계	1,134,351,404

4) 원고들은 2026. 3. 5. 이 법원에 이 사건 2026. 3. 5.자 항소취지 및 항소이유 변경신청서를 제출하면서, ① 원고 B은 아래 표 기재와 같은 망인의 일실수입 및 적극적 손해 합계 1,124,492,518원에 망인의 위자료 100,000,000원을 더한 1,224,492,518원에 대하여 원고 B의 상속비율(1/2)에 따라 산정한 612,246,259원에 원고 B 고유의 위자료 10,000,000원 및 앞서 상속비율에 따라 안분하여 청구하였던 장례비 12,557,000원 전액을 더한 634,803,259원 및 그중 위 286,758,773원에 대하여는 2019. 4. 28.부터 2023. 12. 8.까지 연 5%의, 그다음 날부터 다 갚는 날까지 연 12%의 각 비율로 계산한 지연손해금의 지급을, 348,044,486원(= 634,803,259원 - 286,758,773원)에 대하여는 2019. 4. 28.부터 2026. 4. 23.까지 연 5%의, 그다음 날부터 다 갚는 날까지 연 12%의 각 비율로 계산한 지연손해금의 지급을 각 구하였고, ② 원고 M는 위 612,246,259원에 원고 M 고유의 위자료 10,000,000원을 더한 622,246,259원 및 그중 위 286,758,773원에 대하여는 2019. 4. 28.부터 2023. 12. 8.까지 연 5%의, 그다음 날부터 다 갚는 날까지 연 12%의 각 비율로 계산한 지연손해금의 지급을, 335,487,486원(= 622,246,259원 - 286,758,773원)에 대하여는 2018. 4. 28.부터 2026. 4. 23.까지 연 5%의, 그다음 날부



터 다 갚는 날까지 연 12%의 각 비율로 계산한 지연손해금의 지급을 각 구하였다.

손해 항목	청구금액
일실수입	506,069,619
기왕치료비	240,080,508
기왕보조구비	81,420,854
기왕개호비	296,921,537
합계	1,124,492,518

다. 구체적 판단

1) 위와 같은 인정사실을 종합하면, 망인 및 원고들은 본안에 대한 중국판결인 제 1심판결이 선고된 이후 ① 적극적 손해에 관한 청구는 확장하였다가 망인이 사망하자 기왕치료비·기왕보조구비·기왕개호비 부분에 대해서만 유지하면서 감축하였고, ② 일실수입에 관한 청구는 아래 표 기재와 같이 이 사건 2025. 6. 5.자 항소취지 및 항소이유 변경신청서를 제출하면서 14,803,445원(= 394,099,472원 - 379,296,027원) 및 이에 대한 지연손해금의 범위 내에서 감축하였다가 다시 이 사건 2026. 3. 5.자 항소취지 및 항소이유 변경신청서를 통하여 확장 또는 감축(지연손해금 부분)하였으며, ③ 망인의 위자료에 관한 청구 역시 아래 표 기재와 같이 이 사건 2025. 10. 29.자 항소취지감축 및 항소이유 변경신청서를 제출하면서 20,000,000원(= 100,000,000원 - 80,000,000원) 및 이에 대한 지연손해금의 범위 내에서 감축하였다가 다시 이 사건 2026. 3. 5.자 항소취지 및 항소이유 변경신청서를 통하여 확장하였다(한편, 원고들 고유의 위자료 및 장례비에 관한 청구는 제1심판결이 선고된 이후 망인이 사망함에 따라 이 법원에서 추가된 것이다).

경과	청구원금	지연손해금	비고
1심	일실수입	2019. 4. 28.부터 2020. 6. 15.까지는 연	이 사건



청구금액	394,099,472원	5%의, 그다음 날부터 다 갚는 날까지는 연 12%의 각 비율로 계산한 돈	청구취지 및 청구원인 변경신청서
	위자료 100,000,000원	2019. 4. 28.부터 2020. 6. 15.까지는 연 5%의, 그다음 날부터 다 갚는 날까지는 연 12%의 각 비율로 계산한 돈	
항소심에서 감축된 청구금액	일실수입 379,296,027원	2019. 4. 28.부터 2020. 6. 15.까지는 연 5%의, 그다음 날부터 다 갚는 날까지는 연 12%의 각 비율로 계산한 돈	2025. 6. 5.자 항소취지 및 항소이유 변경신청서
	위자료 80,000,000원	그중 70,000,000원 ¹⁶⁾ 에 대한 2019. 4. 28.부터 2023. 12. 8.까지는 연 5%의, 그다음 날부터 다 갚는 날까지는 연 12%의 각 비율로 계산한 돈	2025. 10. 29.자 항소취지감축 및 항소이유 변경신청서
		나머지 10,000,000원에 대한 2023. 12. 9.부터 2026. 4. 23.까지는 연 5%의, 그다음 날부터 다 갚는 날까지는 연 12%의 각 비율로 계산한 돈	
항소심에서 확장 또는 감축된 청구금액	일실수입 506,069,619원	그중 236,510,963원 ¹⁷⁾ 에 대한 2019. 4. 28.부터 2023. 12. 8.까지는 연 5%의, 그다음 날부터 다 갚는 날까지는 연 12%의 각 비율로 계산한 돈	2026. 3. 5.자 항소취지 및 항소이유 변경신청서
		나머지 269,558,656원에 대한 2019. 4. 28.부터 2026. 4. 23.까지는 연 5%의, 그다음 날부터 다 갚는 날까지는 연 12%의 각 비율로 계산한 돈	
	위자료 100,000,000원	그중 70,000,000원 ¹⁸⁾ 에 대한 2019. 4. 28.부터 2023. 12. 8.까지는 연 5%의, 그다음 날부터 다 갚는 날까지는 연 12%의 각 비율로 계산한 돈	
		나머지 30,000,000원에 대한 2019. 4. 28.부터 2026. 4. 23.까지는 연 5%의, 그다음 날부터 다 갚는 날까지는 연 12%의 각 비율로 계산한 돈	



2) 망인과 원고들이 이 사건 2025. 6. 5.자 항소취지 및 항소이유 변경신청서와 이 사건 2025. 10. 29.자 항소취지감축 및 항소이유 변경신청서를 통하여 한 망인의 일실 수입 및 위자료에 관한 청구의 감축은 소의 일부 취하에 해당하는데, 피고가 위 각 변경신청서 부분을 송달받고 2주 이내에 각 이의를 제기하지 아니하였으므로, 위와 같은 소의 일부 취하는 민사소송법 제266조 제2항, 제6항에 따라 그 효력이 발생하였다.

3) 그렇다면, 이 사건에서 본안에 대한 종국판결이 있는 뒤에, ① 망인은 일실수입에 관한 청구금액을 14,803,445원의 범위 내에서 감축하고, ② 원고들은 망인의 위자료에 관한 청구금액을 각 10,000,000원(= 20,000,000원 × 각 원고들의 상속비율 1/2) 범위 내에서 감축함으로써 위 각 돈 및 이에 대한 지연손해금에 관한 소를 일부 취하하였다고 할 것임에도, 원고들은 이 법원에서 위 각 부분을 추가로 청구하는 취지로 청구를 확장함으로써 동일한 내용의 소를 제기하였는바, 달리 소제기를 필요로 하는 정당한 사정이 없으므로, 원고들의 이 사건 소 중 각 17,401,722원[= 7,401,722원(= 망인의 일실수입 14,803,445원 × 각 원고들의 상속비율 1/2, 원 미만 버림) + 10,000,000원(= 망인의 위자료 20,000,000원 × 각 원고들의 상속비율 1/2)] 및 이에 대하여 2019. 4. 28.부터 2026. 4. 23.까지는 연 5%의, 그다음 날부터 다 갚는 날까지는 연 12%의 각 비율로 계산한 돈¹⁹⁾의 지급을 구하는 부분은 모두 민사소송법 제267조 제2항에서 정한 재소금지의 원칙에 위배되어 부적법하다.

3. 원고들의 나머지 청구에 관한 판단

16) 제1심판결 중 위자료 인용금액에 해당한다.

17) 제1심판결 중 일실수입 인용금액(= 일실수입 394,184,939원 × 피고 책임비율 60%, 원 미만 버림)에 해당한다.

18) 제1심판결 중 위자료 인용금액에 해당한다.

19) 앞서 본 바와 같이 원고들은 최종적으로 제1심판결에서 인용된 부분을 제외한 나머지 청구금액에 대하여는 2019. 4. 28.부터 이 법원 변론종결일까지는 연 5%의, 그다음 날부터 다 갚는 날까지는 연 12%의 각 비율로 계산한 지연손해금의 지급을 구하고 있는바, 원고들이 이 사건 2026. 3. 5.자 항소취지 및 항소이유 변경신청서를 통하여 확장한 일실수입 및 위자료 청구는 모두 제1심판결에서 인용된 부분 외에 추가로 청구하는 것으로 봄이 상당하므로, 위 청구금액에 대해서도 위와 같이 지연손해금을 구하는 것으로 본다.



가. 원고들의 주장

피고 병원 의료진은 아래와 같이 진료계약상 주의의무를 위반하여 망인으로 하여금 심정지에 따른 저산소성 뇌손상으로 사망에 이르게 하였으므로, 피고는 진료계약의 당사자로서 채무불이행으로 인해 망인과 원고들이 입은 손해를 배상할 책임이 있다.

1) 기관 삽관 결정 및 마취 등 과정에서의 주의의무 위반

망인은 10:58경 보호자인 원고 B와 함께 도보로 피고 병원에 내원하였을 뿐만 아니라, 호흡곤란이나 설사 등의 증상이 있었을 뿐 의식은 명료하였고, 11:20경에는 산소포화도도 100%로 회복되는 등 망인에게 기관 삽관을 시행할 필요가 없었다.

그럼에도 불구하고 피고 병원 의료진은 빈호흡 및 의식 저하 등을 이유로 이 사건 기관 삽관을 결정하여 11:28경 및 11:30경 호흡곤란이 발생한 원고에게 투여 즉시 호흡부전 및 심장무수축의 위험이 있는 전신마취유도제인 에토미데이트와 근육이완제인 베카론을 투여한 뒤 11:31경 이 사건 기관 삽관을 시행하였다.

위와 같이 피고 병원 의료진은 기관 삽관의 결정 및 마취과정에서 진료방법의 선택에 관한 의료상의 주의의무를 위반하였고, 이로 인하여 망인은 기관 삽관이 시행된 11:31부터 불과 4분이 지난 11:35경 심정지 상태에서 발견되었다.

2) 경과관찰 과정에서의 주의의무 위반

피고 병원 의료진은 신부전 환자인 망인에게 위와 같이 중추신경계를 억제하여 빠른 의식 소실을 일으키는 전신마취유도제인 에토미데이트와 전신을 마비시켜 자발적 호흡을 불가능하게 하는 베카론을 투약하였고, 그 결과 망인은 의식을 소실하여 자발 호흡이 불가능한 상태에 이르렀으므로 망인에 대하여 전신마취 상태의 환자에 준하여 적어도 5분마다 산소포화도, 환기 적절성, 순환 기능, 체온 등의 활력징후를 감시할 의



료상의 주의의무가 있었음에도 불구하고 11:20경부터 11:41경까지 망인의 활력징후를 측정하지 아니하여 이러한 주의의무를 위반하였다. 피고 병원 의료진이 활력징후를 측정하고 그 측정 결과를 구체적으로 평가하였다거나 호기말 이산화탄소 분압을 측정하기 위한 카프노그래피(capnography)를 사용하였다고 볼 만한 사정이 없는 이상, 망인에게 당시 심전도 전극, 산소포화도 측정기, 혈압기 등의 장비들이 부착되어 있었다는 사정만으로는 이와 달리 볼 수 없다.

한편 피고 병원 의료진은 11:31경 망인에게 기관 삽관을 시행하였으므로, 흉부 X선 검사 및 양측 폐음 청진 등을 통해 기관 삽관이 정상적으로 이루어졌는지를 확인할 주의의무가 있었다. 그러나 피고 병원 의료진은 기관 삽관의 성공 여부를 확인하지 않는 등 위와 같은 주의의무를 위반하였고, 망인이 그로부터 불과 4분 후인 11:35경 심정지 상태로 발견된 것 등에 비추어 보면, 식도로 삽관하거나 기관튜브가 이물질로 막히는 등 기관 삽관이 실패한 상태를 방치한 것으로 추정된다.

위와 같이 전신 마취 및 기관 삽관에 따른 경과관찰상의 주의의무를 위반함에 따라 피고 병원 의료진은 망인의 심정지 상태를 초래하거나 그 발견을 지연하였다.

3) 심정지 후 응급처치 과정에서의 주의의무 위반

망인은 위와 같이 11:35경 심정지 상태에 이르렀으므로, 피고 병원 의료진으로서는 즉시 망인에게 기관튜브를 다시 삽관하여 충분한 산소를 공급하고, 즉시 심실제세동기를 사용하며, 슈가마텍스, 에피네프린, 탄산수소나트륨, 칼슘글루코네이트 등을 투여하고, 응급CPR 팀에 지원을 요청하는 등의 조치를 취할 의료상의 주의의무를 부담하였음에도 불구하고 응급구조사로 하여금 흉부압박술을 시행하도록 하는 것에 그쳤고, 이로 인하여 망인의 소생이 지연됨에 따라 저산소성 뇌손상이 초래되었다.



4) 전해질 교정 치료에 관한 주의의무 위반

망인이 피고 병원에 내원하였던 당시 피고 병원 의료진은 망인의 신부전으로 인한 저칼슘혈증, 저나트륨혈증의 전해질 불균형을 진단한 상황이었으므로 혈액투석, 칼슘글루코네이트 투여 등의 전해질 교정 치료를 즉시 시행하여 위 전해질 불균형이 심정지 등으로 진행되는 것을 방지할 주의의무가 있었다.

또한 피고 병원 의료진이 망인에 대한 응급처치를 지연함에 따라 망인에게서 고칼륨혈증, 저칼슘혈증, 대사성 산증 등의 전해질 불균형이 나타나거나 악화되었으므로, 피고 병원 의료진은 망인에게 즉시 전해질 교정 치료를 시행할 의료상의 주의의무를 부담하였음에도 불구하고, 망인의 칼륨이온 수치를 낮추기 위하여 칼슘글루코네이트를 투여하지 않거나, 망인의 대사성 산증을 치료하기 위한 탄산수소나트륨을 13:21경이 되어서야 투여하거나, 기계투석을 18:02경에야 개시하는 등 위와 같은 주의의무를 위반하였다.

위와 같이 피고 병원 의료진이 전해질 교정 치료에 관한 주의의무를 위반함에 따라 망인의 칼륨이온(K^+) 수치(정상: 3.5 ~ 4.5mmol/ℓ)는 16:10경 6.3mmol/ℓ에서 4.29, 01:04경 7.6mmol/ℓ로, 칼슘이온(Ca^{2+}) 수치(정상: 1.05 ~ 1.35mmol/ℓ)는 11:10경 0.73mmol/ℓ, 12:11경 0.77mmol/ℓ, 13:18경 0.75mmol/ℓ, 16:10경 0.73mmol/ℓ, 18:14경 0.77mmol/ℓ로, 혈액의 산도(pH)(정상: 7.350 ~ 7.450)는 11:10경 7.338에서 12:11경 6.993에 이르게 되었고, 이로 인해 부정맥이 발생하여 망인의 저산소성 뇌손상을 더욱 악화시켰다.

5) 설명의무 위반

피고는 망인에게 기관 삽관의 필요성이나 기관 삽관을 하지 않을 경우의 불이



익, 기관 삽관 전 투여한 에토미데이트와 베카론의 부작용, 호흡부전이나 심정지에 대비한 준비 상황, 쇼크 발생 3~4분 내 응급처치 가능성 등에 관하여 설명할 의무를 부담하였음에도 불구하고 위와 같은 의무를 이행하지 않았다. 위와 같은 피고의 설명의 무 위반은 구체적 치료과정에서 요구되는 의사의 주의의무 위반과 동일시 할 정도의 위법에 해당하므로, 망인의 심정지 등과의 사이에 상당인과관계가 인정된다.²⁰⁾

나. 판단

1) 관련 법리

가) 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 취하여야 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 것을 뜻하므로 진료환경 및 조건, 의료행위의 특수성 등을 고려하여 규범적인 수준으로 파악되어야 한다(대법원 1999. 3. 26 선고 98다45379, 45386 판결, 대법원 2012. 9. 13 선고 2010다76849 판결 등 참조).

특히 응급의료의 경우 일반적인 의료행위 시에 의사들이 베풀 수 있는 신중한 주의의무를 의사에게 요구하고, 그러한 주의의무를 다하지 못했을 경우 응급환자에게 생긴 결과에 대해 책임을 부담하게 한다는 것은 의사들로 하여금 소극적·방어적 의료행위만을 하도록 조장하여 결국에는 환자의 소생을 위한 적극적이고 과단성 있는 의

20) 원고들은, 피고 병원 의료진이 망인에게 신부전을 원인으로 한 전해질 불균형이 발생하였고 혈액투석 등 신부전 치료가 전해질 불균형 교정 치료라는 점을 알리지 않은 것도 설명의무를 위반한 것이라고 주장하나(이 사건 항소이유서 19면), 이는 적절한 전해질 불균형 교정 치료를 시행하지 아니한 과실을 주장하는 것과 다르지 아니하므로, 위 주장을 의료상 과실에 관한 주장으로 선해하여 의료상 과실에 관한 판단 중 해당 부분에서 판단한다.



료행위는 못하도록 만들어 환자를 죽음으로 몰고 갈 위험성을 야기한다. 따라서 응급 환자의 경우에는 의사가 이익교량(주의의무를 다함으로 인하여 발생하는 시간의 지체로 인한 위험과 다하지 못함으로 인하여 생기는 위험)을 거쳐 채용한 진단·치료의 방법·정도·시기 등이 의료수준에 미달하거나 혹은 의학상 일반적으로 요구되는 일정 과정이 결여되어 있더라도 그것이 바로 과실로 연결되지는 않으며, 응급상황을 기준으로 보아 합리적인 의료행위의 범위 내에 있다고 인정될 수 있는 이상 주의의무 위반으로 보아서는 아니 된다(대법원 2014. 12. 11. 선고 2014도8461 상고기각 판결로 확정된 창원지방법원 2014. 6. 20. 선고 2013노1558 판결 등 참조).

나) 의료과오로 인한 손해배상청구 사건에서 일반인의 상식에 비추어 의료행위 과정에서 저질러진 과실 있는 행위를 증명하고 그 행위와 결과 사이에 의료행위 외에 다른 원인이 개재될 수 없다는 점을 증명한 경우에는 의료상 과실과 결과 사이의 인과관계를 추정하여 손해배상책임을 지울 수 있도록 증명책임을 완화하는 것이 대법원의 확립된 판례이다(대법원 1995. 2. 10. 선고 93다52402 판결 등 참조). 그러나 이 경우에도 의료상 과실의 존재는 피해자가 증명하여야 하므로 의료과정에서 주의의무 위반이 있었다는 점이 부정된다면 그 청구는 배척될 수밖에 없다(대법원 1999. 9. 3. 선고 99다10479 판결, 대법원 2011. 7. 14. 선고 2009다101916 판결, 대법원 2019. 2. 14. 선고 2017다203763 판결 등 참조).

그리고 의료행위는 고도의 전문적 지식을 필요로 하는 분야로서 전문가가 아닌 일반인으로서의 의사의 의료행위 과정에 주의의무 위반이 있는지 여부나 그 주의의무 위반과 손해발생 사이에 인과관계가 있는지 여부를 밝혀내기가 매우 어려운 특수성이 있으므로 환자에게 발생한 나쁜 결과에 관하여 의료상의 과실 이외의 다른 원인



이 있다고 보기 어려운 간접사실들을 증명함으로써 그와 같은 손해가 의료상의 과실에 기한 것이라고 추정하는 것도 가능하지만, 그 경우에도 의사의 과실로 인한 결과발생을 추정할 수 있을 정도의 개연성이 담보되지 않는 사정들을 가지고 막연하게 중한 결과에서 의사의 과실과 인과관계를 추정함으로써 결과적으로 의사에게 무과실의 증명책임은 지우는 것까지 허용되지는 않는다(대법원 2020. 11. 26. 선고 2020다244511 판결 등 참조).

다) 한편 감정인의 감정결과는 감정방법 등이 경험칙에 반하거나 합리성이 없는 등의 현저한 잘못이 없는 한 이를 존중하여야 한다(대법원 2009. 7. 9. 선고 2006다67602, 67619 판결 등 참조).

2) 기관 삽관 결정 및 마취 등 과정에서 주의의무 위반이 있었다는 주장에 관하여

가) 관련 법리

의사가 행한 의료행위가 그 당시의 의료 수준에 비추어 최선을 다한 것으로 인정되는 경우에는 환자를 진찰·치료하는 등의 의료행위에 있어서 요구되는 주의의무를 위반한 과실이 있다고 할 수 없다. 특히 의사의 질병 진단 결과에 과실이 없다고 인정되는 이상 그 요법으로서 어떠한 조치를 취하여야 할 것인가는 의사 스스로 환자의 상황 기타 이에 터잡은 자기의 전문적 지식·경험에 따라 결정하여야 할 것이고, 생각할 수 있는 몇 가지의 조치가 의사로서 취할 조치로서 합리적인 것인 한 그 어떠한 것을 선택할 것이냐는 해당 의사의 재량의 범위 내에 속하며 반드시 그중 어느 하나만이 정당하고 이와 다른 조치를 취한 것은 모두 과실이 있는 것이라고 할 수 없다(대법원 1999. 3. 26. 선고 98다45379, 45386 판결, 대법원 2020. 11. 26. 선고 2020다244511 판결 등 참조).



나) 구체적 판단

(1) 갑 제9, 10, 24호증, 갑 제52호증의 1의 각 기재에 의하면, 원고들이 제출한 의학 문헌에 '신질환의 병태 생리는 신장을 통한 약물의 배설 과정에 영향을 주고 이에 따라 약물의 신장 제거율, 반감기 등이 변하게 된다. 따라서 신장의 기능이 좋지 않은 환자에서 약물의 주된 배설경로가 신장일 경우, 약물 투여용량을 줄이거나 투여 간격을 연장하여 평균혈장농도를 조절해야 한다.'라거나(갑 제10호증 39, 40면),²¹⁾ '어려움 없이 삽관이 이루어졌음에도 불구하고 ...(중략)... 혈액학적으로 불안정한 환자에서 진정제의 투여, 근이완제의 투여, 자발호흡의 상실, 기계환기 등에 의하여 심장의 전부하(preload)가 감소되는 경우 심정지가 유발될 수 있다.'거나(갑 제24호증 6, 7면), '심각한 산혈증 환자가 기관 삽관을 필요로 하는 경우, 이미 불충분한 호흡 보상(respiratory compensation)이 상실되면 짧은 기간의 무호흡(apnea)도 pH를 급격히 떨어뜨릴 수 있다.'거나(갑 제52호증의 1 중 7면), '중증 대사성 산증 환자에서 낮은 pH에도 불구하고 기계 환기(mechanical ventilator)로는 필요한 분당 환기량(minute ventilation)을 충족하기 어려울 것으로 예상되는 경우, 가능하면 기관 삽관을 피해야 한다. 기관 삽관이 필요한 경우, 기관 삽관 과정과 기계 환기 모두에서 자발호흡(spontaneous respiration)을 유지하는 것이 매우 중요하다. 이를 통해 환자는 높은 분당 환기량을 유지할 수 있으며, 환자의 호흡 중추를 저하시킬 가능성이 적은 진정제를 사용하여야 한다. 신속 기관 삽관(RSI, rapid sequence intubation)²²⁾은 가능한 한 피해야 하며, 불가피한 경우에는 석시닐콜린(succinylcholine)과 같은 속효성 신경근 차단제를 사용하여야 한다.'(갑 제52호증의 1 중 8면)라는 등의 내용이 기재되어 있는 사실은

21) 갑 제9호증도 비슷한 취지이다.

22) 응급 상황에서 기관 삽관을 빠르고 안전하게 시행하기 위한 표준 절차로, 의식이 있는 환자에게 신속하게 진정제와 근이완제를 순차적으로 투여한 뒤 최대한 빠른 시간 내 기도를 확보하는 방법을 말한다(2025. 4. 17.자 감정촉탁 회신 10면 6항).



인정된다.

(2) 그러나 앞서 든 증거, 갑 제57호증의 기재, 이 법원의 I협회 의료감정원장에 대한 진료기록감정촉탁 결과, 이 법원의 N학회에 대한 사실조회 결과 및 변론 전체의 취지를 종합하여 인정할 수 있는 다음과 같은 사실과 사정을 앞서 본 법리에 비추어 보면, 원고들이 주장하는 사정이나 제출한 증거만으로는 피고 병원 의료진이 이 사건 기관 삽관을 결정·시행하거나, 그 과정에서 에토미데이트, 베카론 등의 약물을 사용하였다는 사정만으로 망인에 대한 진료방법의 선택과 시행에 관한 의료상 주의의무를 위반하였다고 인정하기에 부족하고, 달리 이를 인정할 증거가 없다. 따라서 원고들의 위 주장은 이유 없다.

(가) 망인의 내원 당시 상태

우선 망인이 피고 병원에 내원하였던 당시의 상태에 관하여 본다. 이 사건 기관 삽관 전후에 작성된 임상관찰기록지(갑 제3호증의 5, 이하 '이 사건 임상관찰기록지'라 한다) 및 간호일지(갑 제3호증의 4)에 의하면, 망인이 호흡곤란 및 설사 등의 증상을 보이며 피고 병원에 내원한 10:58경 망인의 맥박은 분당 125회, 호흡수는 분당 38회, 산소포화도(SpO₂)는 82%, 체온은 40℃에 이르렀고, 이후 피고 병원 의료진이 이 사건 기관 삽관을 결정한 11:20경에도 맥박은 분당 115회, 호흡수는 분당 48회, 산소포화도는 100%, 체온은 40℃로 측정되었다. 11:10경 실시된 혈액검사 결과에 의하면, 망인의 pH 수치는 7.338, pCO₂ 수치는 20.2, HCO₃⁻ 수치는 10.8이었고(갑 제3호증의 17 중 191면), 응급기록지(갑 제3호증의 1)에는 '내원 직후 중증 빈호흡(severe tachypnea), 의식 저하(mental drowsy, 기면) 양상을 보여 망인과 원고 B에게 삽관(intubation)의 필요성을 설명한 후 동의를 받아 진행하였다.'라는 내용이 기재되어 있



다.

이에 대하여 I협회 의료감정원 소속 감정의는 '망인은 내원 시 산소포화도 82%, 호흡수 분당 38회, 체온 40℃, 맥박 분당 125회 등 중증의 생리학적 이상 소견을 보이고 있었고, 이는 KTAS²³⁾ 2단계(생명에 위협을 주는 상태, 즉각적인 처치 필요)에 해당한다. 응급의료기관에서는 초기 평가 이후 환자의 상태를 신속하게 재분류해야 하며, 응급실 도착 3분 내에 응급도를 3단계에서 2단계로 조정한 것은 현장 대응상 매우 적절한 조치이다. 또한 망인의 응급실 도착 당시 동맥혈가스분석검사(ABGA) 결과에 의하면, 망인은 패혈증 및 신부전이 원인이 되어 중증 대사성 산증을 극복하기 위해 과호흡을 하면서 보상하려는 양상이었다.'라는 소견을 밝혔다(2025. 4. 17.자 감정촉탁 회신 8면 1, 3항).

또한 11:58경 실시된 혈액검사 결과에 의하면, 망인의 혈중요소질소(BUN) 수치는 161.4mg/dℓ, 혈중 크레아티닌(Creatinine) 수치는 27.98mg/dℓ로 모두 정상 범위(각각 6.0 ~ 20.0mg/dℓ, 0.50 ~ 1.20mg/dℓ)를 크게 벗어나 있었고(갑 제3호증의 17 중 193면²⁴⁾), 이에 관하여 N학회 소속 감정의는 아래 기재와 같은 소견을 밝혔는바(2024. 8. 8.자 사실조회서 6, 7면), 이에 비추어 보면, 망인은 피고 병원에 내원할 당시 이미 장기간 적절한 치료나 관리가 이루어지지 않은 만성신부전 상태에 있었고, 그로 인한 중증의 요독 증상까지 나타나고 있었던 것으로 보인다.²⁵⁾

23) 한국형 응급환자 분류체계(Korean Triage and Acuity Scale)의 약자로, 응급실에 내원한 환자의 응급도(위급함의 정도)와 치료의 긴급성을 평가하여 치료의 우선순위를 정하는 데 사용되는 분류 도구이다(2025. 4. 17.자 감정촉탁 회신 8면 1항).

24) 이 부분 검사결과지의 기재에 의하면 위 각 수치는 패닉값(panic value, 환자의 생명에 중대한 위험을 시사하여 즉시 보고 및 조치가 필요한 검사수치를 의미한다)을 검증한 후 다시 검사한 결과라는 것인바, 특별히 그 신빙성을 의심할 만한 사정은 없어 보인다.

25) 원고들은 위 감정인이 요독 증상 중 일부로 제시하고 있는 헛구역질이나 메스꺼리고 토하는 증상과 관련하여, 망인이 피고 병원에 내원할 당시 작성된 응급기록지(갑 제3호증의 1)에 오심, 구토, 소화불량 증상이 없는 것으로 기재된 점에 비추어, 망인에게 요독 증상이 없었다는 취지로 주장하나(이 사건 2025. 6. 2.자 준비서면 49면), 위 감정인은 요독 증상에는 100가지도 넘는 다양한 증상이 포함된다는 소견을 밝히고 있을 뿐만 아니라 망인이 피고 병원에 내원할 당시 이미 설사와 호흡곤란 등을 호소하였음은 앞서 본 바와 같으므로, 원고들이 주장하는 위와 같은 사정만으로 위 감정결과를 뒤집기에 부족하고,



“응급실 내원 당시 신부전으로 혈액투석 예정”이었다는 말로 미루어 볼 때, 만성 신부전으로 생각됩니다. creatinine kinetics를 고려할 때, Creatinine 수치는 무한정 계속 올라가지 않습니다. ...(중략)... 그렇기 때문에 Cr이 27까지 상승하려면 굉장히 오랜 기간동안(적어도 수개월 이상) GFR²⁶⁾이 거의 없는 상태에서 유지되어야 합니다. 만약 환자가 원래 병원에 다니던 분이라면, 중간에 환자가 예정된 날에 오지 않았을 가능성이 매우 높습니다. 주로 follow-up loss라고 부르는 상황이고, 병원에 가면 투석하자고 할 테니, 이에 대한 저항감으로 환자들이 외래 내원 예정일에 내원하지 않고 응급실로 급성 상태로 내원하게 되는 경우가 꽤 많습니다. 이런 경우 합병증이 발생하지 않으면 다행인데, 꽤 많은 경우에서 치명적인 합병증이 동반됩니다. Creatinine 27이 의미하는 바는 이와 같습니다. 평소에도 굉장히 순응도(compliance)가 낮았을 것으로 생각합니다.

...(중략)... creatinine kinetics를 고려할 때, serum creatinine이 27까지 상승하기 위해서는 GFR이 거의 없는 상태에서 수개월 가량 지속되어 하는 조건이 필요하다고 말씀드렸습니다. 보통 serum creatinine이 27까지 증가하기 전에 굉장히 심각한 요독 증상이 동반됩니다. 이 환자는 아마 이전부터 요독 증상이 있었을 것입니다. 보통 환자들은 요독 증상을 참을 수 없어 응급실로 내원합니다. 보통 그때 serum creatinine은 10 ~ 15 정도 됩니다. 하지만 이 환자는 이 증상이 나타난 이후로도, 투석에 대한 거부감으로 굉장히 오랫동안 이러한 요독 증상을 참아왔을 겁니다. ...(중략)... 만성신부전으로 인해 환자가 다른 급성 질환이 발병될 가능성이 높아지게 되는데(감염, 심혈관 질환 등), 아마 그러한 증상으로 갑자기 컨디션이 더 악화되어 응급실로 내원하셨을 것으로 생각합니다.

(나) 이 사건 기관 삼판 결정 부분

이를 바탕으로 피고 병원 의료진이 이 사건 기관 삼판을 결정한 데에 의료상 과실이 있는지 여부에 관하여 살피건대, I협회 의료감정원 소속 감정의는 '중증 대사성 산증 환자는 자발호흡만으로는 대사성 산증을 충분히 보상하지 못하고, 지속적인 빈호흡은 호흡근의 허탈에 따른 호흡정지로 이어질 수 있으며, 기도유지능력의 저하로 인한 흡인성 폐렴 및 호흡능력 저하에 따른 기도 폐쇄의 위험이 있어 조기에 기도를 확보할 필요가 있다. 특히 망인은 고도비만(BMI 40 초과) 및 의식 저하 상태로

달리 원고들의 주장사실을 인정할 증거가 없다.

26) 'glomerular filtration rate'의 약자로 사구체여과율을 말한다.



흡인 위험(aspiration risk)이 높은 상황이었다. 따라서 피고 병원 의료진이 11:20경 망인의 정맥주사로를 확보하고, 비강 캐놀라(opti-flow)로 산소를 공급하며, 망인에게 기관 삽관이 필요하다고 판단한 것은 적절하였다. 만일 피고 병원 의료진이 망인에 대하여 기관 삽관을 하지 아니하였다면, 망인의 의식이 명료하지 않고 지속적인 빈호흡으로 인한 호흡근 마비에 의한 호흡 정지 및 이에 따른 저산소성 뇌손상, 심정지 등으로 이어질 수 있고, 설령 빈호흡이 지속되어 심장이 기능을 유지한다고 하더라도 의식 저하에 따른 기도반사 상실로 구강 내 이물 등의 흡인으로 흡인성 폐렴이 진행되면²⁷⁾ 패혈증의 원인이 될 수 있다.'라는 소견을 밝혔다(2025. 4. 17.자 감정촉탁 회신 9면 5항). H병원 소속 신체감정의도 '망인은 급성 폐렴, 패혈증, 급성신장질환 등으로 인한 호흡 부전이 있는 상태로 삽관은 불가피한 선택이었다고 판단된다.'라는 소견을 제시하였고(2022. 8. 24.자 감정서 3면),²⁸⁾ 원고들이 제출한 자료에도 '질환이나 손상으로 인하여 혈액학적으로 불안정한 환자, 여러 원인으로 인하여 의식이 저하된 환자, 호흡곤란이나 호흡부전 상태의 환자 ...(중략)... 등이 치료를 받기 위해 병원을 방문하거나 병원으로 후송되는 경우 거의 모든 환자가 응급실로 오게 된다. 이와 같이 상태가 중한 환자들은 기도의 확보 및 유지, 고농도 산소의 투여, 또는 인공환기의 시행을 위하여 즉각적이고 적절한 기도관리를 필요로 하는 경우가 많다.'는 내용이 기재되어 있다(갑제24호증 5면).²⁹⁾

27) 이와 관련하여 I협회 의료감정원 소속 감정의는 '위 내용물의 폐흡인 위험성이 있는 환자 등에서는 기도를 이물질로부터 보호하기 위해 기관 삽관을 시행한다.'는 소견을 밝히기도 하였다(2023. 5. 15.자 사실조회 회신 5면).

28) 한편 I협회 의료감정원 소속 감정의도 기관 삽관의 적응증으로 '심한 대사성 산증'을 언급하기도 하였다(2023. 5. 15.자 사실조회 회신 4면).

29) 한편 원고들은 G병원 소속 감정의가 '의식이 명료하고 산소포화도가 100%였다면 반드시 기관 삽관을 시행할 이유가 있었나 의문이 든다.'라는 소견을 제시하였다는 점(2022. 6. 15.자 감정촉탁 회신 1면 2항)을 지적하나, 위 감정의는 '망인이 피고 병원 내원 당시 빈호흡을 보였는데, 호흡과다가 계속될 경우 과호흡증후군이 발생하여 심망 불안증세가 심해지고 난동을 부리는 등의 위험성을 사전에 예방하고 저산소증을 교정하고자 기관 내 삽관을 고려했을 가능성이 가장 커 보인다.'는 소견도 함께 제시하였다(위 감정촉탁 회신 1, 2면 2항).



이와 같은 사정을 종합하면, 설령 망인과 같이 대사성 산증을 동반한 만성신부전 환자에게 기관 삽관을 시행하는 경우 그 과정에서 심정지나 pH의 급격한 저하 등의 상황이 발생할 우려가 있다고 하더라도, 그러한 사정만으로는 피고 병원 의료진이 당시 응급상황에서 호흡능력 저하로 인하여 기도 확보 및 호흡 유지가 필요한 상태였던 망인에 대하여 이 사건 기관 삽관을 결정한 것이 진료방법의 선택에 관한 의료상 주의의무를 위반한 것이라고 단정하기 어렵다.

(다) 신속 기관 삽관(RSI)에 의한 기관 삽관 선택 부분

더 나아가 피고 병원 의료진이 신속 기관 삽관(RSI)에 의한 기관 삽관을 선택한 부분에 관하여 보건대, 중증 대사성 산증 환자에 대하여는 가능한 한 위와 같은 방식의 기관 삽관이 지양되어야 한다는 의학적 견해가 존재하는 것은 앞서 본 바와 같다.

그러나 ① I협회 소속 감정의는 '망인과 같은 환자의 경우에는 합병증을 최소화하기 위하여 신속 기관 삽관(RSI)을 사용한다.'는 소견을 밝힌 점(2025. 4. 17.자 감정촉탁 회신 10면 6항), ② 원고들이 제출한 자료에도 '미국에서는 ...(중략)... 80년대 말부터 90년대 초 사이에 이르러서는 신속 기관 삽관(RSI)의 이용 빈도가 증가하였다고 한다. 그 이유는 신속 기관 삽관(RSI)을 이용하는 경우 삽관의 성공률은 더 높고 부작용은 더 적기 때문이며, 또한 전공의 수련과정을 통하여 이에 대한 훈련이 이루어지고 있기 때문이라고 한다.'라는 내용이 기재되어 있는 점(갑 제24호증 5면), ③ 앞서 본 바와 같이 망인은 대사성 산증뿐만 아니라 중증의 빈호흡, 의식 저하 및 흡인 위험 등의 소견을 보이고 있었고, 피고 병원 의료진으로서는 조속한 기도 확보가 요구되는 상황에 처해 있었던 것으로 보이는 점, ④ 이러한 사정에 더하여 앞서 본 바와 같이 신



속 기관 삽관(RSI)이 응급환자에 대한 기도 확보 과정에서 널리 활용되는 표준적인 술기인 점까지 고려하면, 위 인정사실과 원고들이 주장하는 사정들만으로는 피고 병원 의료진이 망인의 기도를 신속하게 확보하기 위하여 신속 기관 삽관(RSI)에 의한 기관 삽관을 선택한 것 역시 진료방법의 선택에 관한 의료상 주의의무를 위반한 것이라고 보기는 어렵다.

(라) 에토미데이트와 베카론 투여 부분

위와 같이 신속 기관 삽관(RSI)에 의한 기관 삽관을 선택한 이상 그 과정에서 환자에게 근이완제 등을 투여하는 것이 예정되는 것이므로, 피고 병원 의료진이 이 사건 기관 삽관 과정에서 망인에게 에토미데이트와 베카론을 투여한 데에 의료상 과실이 있는지 여부에 관하여 살펴본다.

신장기능이 저하된 환자의 경우 약물의 주된 배설경로가 신장이라면 약물의 투여용량을 줄이거나 투여 간격을 연장하여 평균혈장농도를 조절해야 하고, 중증 대사성 산증 환자에게 신속 기관 삽관(RSI)에 의한 기관 삽관을 시행하는 경우에는 석시닐콜린과 같이 단시간에 작용하는 신경근차단제를 사용하는 것이 바람직하다는 의학 적 견해가 존재하는 점은 앞서 본 바와 같다.

그러나 ① 망인(체중: 120kg)에게는 11:28경 및 11:29경 에토미데이트가 각 20mg 및 10mg, 11:30경 베카론이 4mg 투여되었는데(갑 제3호증의 13 중 1면, 갑 제3호증의 4 중 1면), G병원 소속 감정의는 '체중 120kg의 환자에서 에토미데이트는 36mg, 베카론은 12mg까지 일반적으로 사용한다. 따라서 최대용량 이하로 투여되었다.'라는 소견을 제시하였고[2022. 6. 15.자 감정촉탁 회신 2면 3의 가)항], 특히 베카론은 최대 용량과 비교하였을 때 상당히 감량된 상태로 투여된 것으로 보이는 점, ② I협회 의료



감정원 소속 감정의는 '에토미데이트는 심장혈관계통과 호흡계통에 대한 영향이 적은 마취 유도 약물로, 1분 이내에 빠른 의식 소실이 생기며, 작용시간이 짧아 비교적 빠른 회복을 보인다. 베카론은 비탈분극성 근이완제로 기관 삽관 시에 성대와 턱의 근육을 이완시켜 기관 삽관을 용이하게 하는 데 쓰이는데, 임상 용량에서 미주신경 억제에 대한 영향이 거의 없고, 또한 신경절 차단작용과 히스타민 분비가 없기 때문에 다른 근이완제에 비해서 심혈관계 부작용은 현저하게 적게 나타난다. 베카론은 신부전 환자에서 약물의 효과가 연장될 수는 있지만 근이완 감시를 적절히 시행한다면 안전하게 사용할 수 있다.'라는 소견을 밝힌 점(2023. 5. 15.자 사실조회 회신 6, 7, 8면),³⁰⁾ ③ G병원 소속 감정의는 '에토미데이트, 베카론의 작용시간, 용량, 부작용 및 작용 기전 등을 고려하였을 때, 이들 약제 투여로 심정지가 발생했을 가능성은 거의 없다고 보인다.'라는 소견을 밝힌 점(2022. 6. 15.자 감정촉탁 회신 2면 7항),³¹⁾ ④ 원고들이 제출한 자료에도 '전체 환자를 근이완제가 사용된 군, 마취유도제만 사용된 군, 약제가 사용되지 않은 군으로 나누어 1차 삽관의 성공률을 비교하였을 때 각각 97.4%, 72.0%, 85.6%로 나타나 통계적으로 유의한 1차 삽관 성공률의 차이를 보인다.'(갑 제24호증 4, 5면)거나 '근이완제는 삽관을 용이하게 하고 합병증의 발생을 줄이는 데 도움이 되는 것으로 알려져 있기 때문에 기관 내 삽관 시에 이를 자주 사용하려는 노력이 이루어져야 한다.'(갑 제24호증 7면)라는 등의 내용이 기재되어 있는 점 등을 종합하면, 위 인정사실과 원고들이 주장하는 사정만으로는 피고 병원 의료진이 위 약물들을 선택하거나 투여

30) 원고들이 제출한 자료에도 '저혈압이나 부정맥 등의 합병증이 다른 약제에 비하여 적기 때문에 에토미데이트가 가장 많이 사용되었다.'라는 내용이 기재되어 있다(갑 제24호증 6면).

31) 이에 대하여 원고들은 H병원 소속 신체감정의가 '약제 사용 후 심정지가 발생하여 약제의 사용과 인과성이 의심이 된다.'라는 소견을 밝혔다는 점을 지적하나(2022. 8. 24.자 감정서 3면), 위 감정의는 위와 같은 소견 바로 앞 부분에서 '기관 삽관을 위한 이러한 약물은 의식이 있는 환자에서 삽관을 위하여 일반적으로 사용되는 약제로 망인의 체중을 고려할 때 과도한 양은 아니었다.'라는 소견도 밝히고 있다.



하는 과정에서 의료상 요구되는 주의의무를 위반하였다고 단정하기 어렵다.

(마) 이 사건 기관 삽관 시행 과정 부분

이 사건 기관 삽관을 시행하는 과정에서 피고 병원 의료진의 의료상 과실이 있었는지 여부에 관하여 살피건대, 우선 원고들은 피고 병원 의료진이 베카론 투여와 동시에 17초 전후로 신속하게 기관 삽관을 하여야 함에도 이를 1~2분 이상 지체하였다고도 주장하나(이 사건 2026. 4. 8.자 준비서면 6면), I협회 의료감정원 소속 감정원은 '준비 상태나 환자 상태에 따라 다르지만 기관 삽관은 평균적으로 5~10분 정도가 소요되는바, 피고 병원의 의료진은 11:20경 기관 삽관을 결정하고, 산소공급, 진정제 및 근이완제 투여를 한 후 11:31경 기관 삽관을 시행하였는데 이는 표준적인 소요시간으로 보인다.'는 소견을 제시하였는바(2025. 4. 17.자 감정촉탁 회신 10면 6항), 이에 비추어 보면, 원고들의 제출한 증거들만으로는 원고들의 위 주장은 받아들이기 어렵다.

원고들은 12:11경 망인에게 확인된 대사성 산증(pH 6.993)에 관하여, 피고 병원 의료진이 11:30경 이미 망인에게 호흡부전이 발생하였음에도 적절한 응급처치를 시행하지 아니하여 장기간 저산소 상태가 지속되었고, 그 결과 위와 같은 대사성 산증이 나타나게 되었다는 취지로도 주장한다(이 사건 2025. 6. 2.자 준비서면 12, 13면).

그러나 망인의 산소포화도는 11:20경 100%로 측정되었고, 아래 3)항에서 보는 바와 같이 11:31경 시행된 이 사건 기관 삽관 역시 성공하였던 것으로 보인다. 또한 이와 달리 망인이 당시 의미 있는 수준의 저산소증 상태에 있었다고 볼 만한 뚜렷한 자료가 없다. 오히려 원고들이 주장하는 바와 같이 망인이 11:30경 이미 심각한 저산소증 상태에 이르러 있었다면 그에 상응하는 산소포화도 저하, 혈액학적 불안정, 기타 임상적 이상 소견 등이 확인되는 것이 통상적일 것임에도, 당시 진료기록 및 검



사결과상 이를 뒷받침할 만한 객관적인 자료는 발견되지 않는다. 나아가 뒤에서 보는 바와 같이 12:11경 관찰된 망인의 대사성 산증은 11:35경 발생한 심정지 및 그 직후 시행된 심폐소생술 과정에서 세포 손상이 진행됨에 따라 나타난 것으로 보이므로, 원고들이 주장하는 사정만으로 이를 망인의 심정지 이전부터 존재하였던 저산소 상태의 결과로 삼기는 어렵다. 오히려 원고들의 주장과 같이 망인이 11:30경 이미 임상적으로 의미 있는 수준의 저산소 상태에 있었다면, 뒤에서 보는 바와 같이 당시 산소포화도를 지속적으로 감시하면서 기관 삽관을 통해 망인의 기도 확보를 시행하던 피고 병원 의료진에 의하여 그와 같은 이상 소견이 즉시 확인되었을 것으로 보인다. 따라서 원고들의 위 주장은 받아들이기 어렵다.

한편 원고들이 제출한 자료에는 '비만 환자에서는 직접 후두경술의 시야를 향상시키기 위해 외이도와 흉골상부패임(suprasternal notch)이 수평으로 정렬되는 경사면(ramped) 자세를 취해야 한다. 이 자세는 기도의 개방(patency)을 유지시키고, 호흡역학을 개선시킬 뿐만 아니라 무호흡 동안 수동적 산소공급(apnoeic oxygenation)을 원활하게 한다.'거나(갑 제57호증 9면), '비만환자에서 머리를 20~25° 들어 올리는 자세로 지속적인 기도양압을 사용하여 마취 전 산소투여를 시행하면 저산소증의 발현 시각을 늦출 수 있다.'거나(갑 제57호증 9면), '고위험군 환자에서는 표준적인 마취 전 산소투여 및 안면마스크환기 외에 추가적으로 비강 캐놀라를 이용한 산소투여를 권장하고 있다.'(갑 제57호증 10면)라는 등의 내용이 기재되어 있는 사실은 인정된다.

그러나 위 자료는 '성인에서 예상치 못한 어려운 기관 삽관의 관리 가이드라인'으로서 성인 환자에 대한 기관 삽관이 예상과 달리 어려울 경우의 대처 방법을 제시하기 위한 자료인데(갑 제57호증 2면), 아래 3)항에서 보는 바와 같이 이 사건 기



관 삽관은 성공한 것으로 보이고, 또한 앞서 본 바와 같이 피고 병원 의료진은 이 사건 기관 삽관을 시행하기 약 10분 전인 11:20경부터 비강 캐놀라를 통하여 망인에게 산소를 공급하기도 하였는바, 원고들이 제출한 증거들만으로는 피고 병원 의료진이 위 자료에서 제시하는 주의사항을 위반하였다고 보기 어렵고, 달리 이를 인정할 증거가 없다. 따라서 원고들의 이 부분 주장 또한 받아들이기 어렵다.

3) 경과관찰 과정에서 주의의무 위반이 있었다는 주장에 관하여

가) 인정사실

앞서 든 증거에 의하면, ① I협회 의료감정원 소속 감정의는 'J학회에서는 일반적으로 수술 중 환자감시의 표준 방법으로 지속적으로 환자의 산소화, 환기, 순환, 체온을 평가해야 된다고 권고하고 있다. 환자의 혈압과 심박수는 적어도 5분 간격으로 측정되어야 한다고 제시하고 있다.'라는 소견을 밝힌 사실(2023. 5. 15.자 사실조회 회신 9, 10면), ② 이 사건 임상관찰기록지에는 망인의 수축기 혈압, 이완기 혈압, 맥박, 호흡, 체온, 산소포화도(SpO2) 등의 활력징후가 10:58경, 11:20경, 11:41경 각 기록되어 있어 이 사건 기관 삽관이 시행된 11:31경 전후 약 21분간의 기록이 남겨져 있지 않은 사실 등은 인정된다.

나) 구체적 판단

그러나 앞서 본 사실, 앞서 든 증거, 갑 제37, 38, 39호증, 갑 제43호증의 1, 갑 제57호증의 각 기재 및 변론 전체의 취지를 종합하여 인정할 수 있는 다음과 같은 사실과 사정에 비추어 보면, 위 인정사실과 원고들이 제출한 증거들만으로는 피고 병원 의료진에게 망인에 대한 기관 삽관 시행 후 그 활력징후를 충분히 감시하지 아니한 과실이 있다고 보기 어렵고, 설령 그렇지 않더라도 원고들이 주장하는 사정만으로는



피고 병원 의료진의 이 부분 과실과 망인의 심정지 및 이에 따른 저산소성 뇌손상 사이에 인과관계가 인정된다거나 이를 추정할 정도의 개연성이 담보된다고 보기에 부족하며, 달리 이를 인정할 증거가 없다. 따라서 원고들의 이 부분 주장도 이유 없다.

(1) 의료법 제22조 제1항에 따른 진료기록부 등 작성의무 위반 여부

우선 원고들은 이 사건 임상관찰기록지의 내용에 일부 공백이 존재하는 것이 의료법 제22조 제1항에 따른 진료기록부 등 작성의무를 위반한 것이라고 주장하는 것으로 보이므로(이 사건 2025. 7. 16.자 준비서면 3면) 이에 관하여 보건대, 이 사건 임상관찰기록지는 의료법 제22조 제1항, 같은 법 시행규칙 제14조 제1항 제3호 가, 나, 바목에 따라 간호를 받는 사람의 체온·맥박·호흡·혈압에 관한 사항과 간호 일시를 기록한 간호기록부에 해당하는 것으로 보인다.

그런데 G병원 소속 감정의는 '망인의 말초 산소포화도(SpO2)가 11:20경 100%, 11:41경 97%인 것으로 보아 11:20~11:30경 산소포화도는 이와 유사한 수준이었을 것으로 판단된다. 유의미한 수치(너무 낮거나 높은 경우)일 경우 임상관찰기록지에 추가로 기재되었을 것이기 때문이다.'라는 소견을 제시하였는바(2022. 6. 15.자 감정축탁 회신 2면 4항), 이는 일정 시간 간격마다 활력징후가 모두 기재되어 있지 않다고 하더라도, 전후 시점에 측정된 객관적 수치와 당시 시행된 처치 내용, 환자의 임상 경과 등을 종합하여 해당 시간대의 환자 상태를 의학적으로 상당한 정도까지 재구성하거나 추론하는 것이 가능하다는 전제에 있는 것으로 보인다. 위 감정의의 소견에 비추어 보면, 의료인에게 진료기록부 등을 작성하도록 한 취지는 진료를 담당하는 의료인 자신으로 하여금 환자의 상태와 치료의 경과에 관한 정보를 빠뜨리지 않고 정확하게 기록하여 이를 그 이후의 계속되는 환자치료에 이용하도록 함과 아울러 다른 관련 의료



종사자에게도 그 정보를 제공하여 환자로 하여금 적절한 의료를 제공받을 수 있도록 하고, 의료행위가 종료된 이후에는 그 의료행위의 적정성을 판단하는 자료로 사용할 수 있도록 하고자 하는 데 있고(진료기록부와 관련한 대법원 1997. 8. 29. 선고 97도 1234 판결 등 참조), 이를 넘어 모든 상황에서 확실적인 시간 간격에 따라 활력징후 등을 누락 없이 기재하여야 할 의무로까지 확장된다고 보기는 어렵다.

더욱이 의료법은 간호기록부의 작성 시기와 방법에 관하여 구체적인 규정을 두고 있지 아니하므로, 그 작성의 구체적인 시기와 방법은 당해 의료행위의 내용과 환자의 치료경과 등에 비추어 그 기록의 정확성을 담보할 수 있는 범위 내에서 당해 의료인의 합리적인 재량에 맡겨져 있다고 보아야 할 것인데(위 대법원 1997. 8. 29. 선고 97도1234 판결 등 참조), 특히 이 사건과 같은 응급의료 현장에서는 진료기록부 등 작성 자체보다는 환자의 상태 변화에 따라 신속한 판단과 처치가 더욱 요구될 수밖에 없으므로, 진료기록부 등 작성 시점이나 방식 역시 당시의 임상적 필요성과 의료행위의 우선순위에 영향을 받을 수밖에 없다고 봄이 상당한바, 오로지 이 사건 임상관찰 기록지에 일부 시간대의 활력징후가 연속적으로 기재되지 않았다는 사정만으로는, 해당 기록이 의료행위의 적정성을 사후적으로 평가하는 기능을 상실하였다고 보거나 진료기록부 등 작성에 관하여 의료인에게 허용되는 합리적인 재량 범위를 벗어났다고 단정할 수 없다.

(2) 망인에 대한 진료기록부 등 작성의 적정성 판단 기준

앞서 가)항에서 본 I협회 의료감정원 소속 감정의의 소견은 그 문언 자체에 의하더라도 활력징후를 어떠한 주기로 측정·평가하여야 하는지에 관한 의견일 뿐, 그 측정·평가 결과를 어떠한 방식과 간격으로 진료기록부 등에 기재하여야 하는지에



관한 의견으로 보기는 어렵다.

또한 환자의 상태를 측정·평가하기 위한 임상적 감시(monitoring)의 적절성과 진료기록부 등의 작성의 적절성은 개념적으로 구별되는 문제이므로, 전자에 관하여 제시된 일반적인 주의사항이 곧바로 후자에 관한 법적 의무의 내용이 되거나 그 구체적인 범위를 정하는 기준이 된다고 단정하기 어렵다. 더욱이 앞서 본 위 감정의의 소견은 '만성신부전으로 혈액투석치료가 예정되어 있는 환자에게 기관 삽관을 시행하면서 에토미데이트와 베카론을 병용 투여하는 경우의 주의사항에는 어떠한 것이 있는지'(라.항), '기관 삽관 시행 전·중·후에 환자의 활력징후 및 산소포화도는 몇 분 간격으로 측정되어야 하는지'(바.항)에 대한 답변으로서, 그 내용과 맥락에 비추어 보면 일정한 관리 아래 이루어지는 마취 또는 기관 삽관 과정에서 일반적으로 환자의 상태를 어떠한 간격으로 관찰·측정하여야 하는지에 관한 의학적 견해를 제시한 것으로 보일 뿐, 망인과 같이 상태 변화가 급격하여 즉각적인 응급처치가 우선적으로 요구되는 상황에까지 일률적으로 적용되어야 하는 기준을 제시한 것으로 단정하기 어렵다.

위 감정의의 소견의 근거가 된 것으로 보이는 J학회의 '기본 마취 모니터링 표준'(Standards for Basic Anesthetic Monitoring, 갑 제43호증)은 '전신 마취, 국소 마취 및 감시 하 전신 마취를 실시하는 동안에는 수술실 내에 자격을 갖춘 마취 인력이 상주하고 있어야 하고, 모든 마취 중에 환자의 산소 공급, 환기, 혈액 순환 및 체온은 지속적으로 평가되어야(evaluated) 하며, 혈압 및 심박수의 경우는 최소 5분 간격으로 측정되고(determined) 평가되어야(evaluated) 한다.'라고 규정하고 있는데, 위 각 표현의 사전적·통상적 의미상 '측정(determine)'은 수치나 상태를 확인·판정하는 것이고, '평가(evaluate)'는 그 결과를 분석·판단하는 것이므로, 위 내용은 그 자체로도 환자의



활력징후를 확인하거나 그 결과를 분석·판단하는 방법에 관한 것일 뿐, 이를 두고 어떠한 방식으로 '기록'하여야 하는지에 관한 표준절차로 보기는 어렵다. 더욱이 위 자료에는 위 내용 외에도 '이 기준은 모든 마취 치료에 적용되나, 응급상황에서는 적절한 생명 유지 조치가 우선한다.'거나 '드물거나 특이한 특정 상황에서는 이러한 감시 방법 중 일부가 임상적으로 비실용적일 수 있다.'라는 등의 내용도 기재되어 있어 위 자료를 응급상황을 포함한 모든 임상 상황에서 예외 없이 준수되어야 하는 최우선적·절대적 기준으로 받아들이기 어렵고, 오히려 위와 같이 특정한 임상 상황에서는 그 적용 방식이나 정도가 달라질 수 있음을 명시적으로 예정하고 있는 점에 비추어 보면, 위 자료를 망인과 같이 응급처치와 생명 유지 조치가 우선적으로 요구되는 환자에게까지 획일적·일률적으로 적용되는 기준으로 해석하기는 어려운바, 위 자료에 기재된 일부 내용을 근거로 어떠한 상황적 조건이나 의료현장의 특수성을 고려함이 없이 망인에 대하여 최소 5분 간격으로 산소포화도 등을 기록하는 방식의 활력징후 측정·평가를 지속하여야 하고, 이를 곧바로 응급현장 내 의료진에게 요구되는 경과관찰의무의 내용으로 보아야 한다는 견해는 받아들이기 어렵다.

나아가 I협회 의료감정원 소속 감정의 역시 이 법원에서 '일반적으로 응급실 환자의 활력징후의 기록은 의사의 지시 또는 병원의 내부규정에 따라 이루어지고, 기관 삽관을 하는 상황에서의 활력징후는 상황의 변화에 따라 기록된다. 환자의 활력징후를 5분 간격으로 기록할 의무는 전신마취 환자에게 수술을 하는 상황에 적용되는 것으로서 응급실 환자에게는 적용되지 않는다.'라는 소견을 추가로 제시하기도 하였다(2025. 4. 17.자 감정촉탁 회신 10, 11면 8, 9항). 위와 같은 사정들을 종합하면, 응급환자에 대한 활력징후 기록의 적정성은 전신마취 상태에서 이루어지는 수술 등 통상적인



환자 관리 과정에서 요구되는 일반적인 기준만을 토대로 판단할 수 없고, 당시 환자의 상태, 응급처치의 필요성, 의료진의 임상적 판단이 이루어진 구체적 맥락 등을 함께 고려하여 평가하여야 한다고 봄이 타당하다.

(3) 망인에 대한 진료기록부 등 작성의 적정성 여부

이를 바탕으로 이 사건 임상관찰기록지에 나타난 피고 병원 의료진의 기록이 응급환자에 대한 활력징후 기록으로서 적정한지에 관하여 살피건대, 이 사건 임상관찰기록지의 기재를 이 사건 기관 삽관 전후에 작성된 간호일지(갑 제3호증의 4)의 기재와 비교·대조하여 보면, 이 사건 임상관찰기록지에 망인의 활력징후가 최초로 기록된 10:58경은 망인이 피고 병원에 내원한 직후이고, 두 번째로 기록된 11:20경은 피고 병원 의료진이 이 사건 기관 삽관 시행을 결정하고 원고 B으로부터 이에 관한 동의를 받은 시점이며, 세 번째로 기록된 11:41경은 이 사건 기관 삽관 과정에서 망인에게 심정지가 발생하자 피고 병원 의료진이 심폐소생술 등의 응급처치를 시행한 후 망인의 자발순환회복(ROSC)을 확인하고 심폐소생술을 종료한 시점이다. 이를 앞서 본 '활력징후의 기록은 상황의 변화, 의사의 지시 또는 병원의 내부 규정에 따라 이루어진다.'라는 감정의의 소견 등과 종합하여 보면, 이 사건 임상관찰기록지의 기록은 피고 병원 의료진이 기관 삽관을 결정하고, 그 과정에서 심정지가 발생하자 심폐소생술 등의 처치를 시행하는 일련의 응급상황 전후에 의사의 지시 등에 따라 각각 이루어진 것으로 보인다. 위와 같은 망인의 당시 상태, 망인에 대한 응급처치의 필요성 및 피고 병원 의료진의 임상적 판단이 이루어진 구체적 맥락 등에 비추어 보면, 원고들이 주장하는 사정만으로는 피고 병원 의료진의 위와 같은 기록 방식이나 내용이 당시의 응급상황을 기준으로 보아 합리적인 범위를 벗어난다고 단정하기 어렵고, 이러한 구체적인 사정을



살펴봄이 없이 원고들이 제출한 다른 병원의 간호기록지 등(갑 제37, 38, 39호증)의 기재만으로 이와 달리 볼 수도 없다.

(4) 망인에 대한 활력징후 측정·평가의 적정성 여부

(가) 설령 이 사건 임상관찰기록지의 기재에 일부 미흡한 점이 있다고 하더라도, 진료기록의 기재가 부실하다는 사정만으로는 당시 환자의 상태가 비정상적이었거나 환자에 대한 진료가 적절하게 이루어지지 않았다는 등의 환자들이 주장하는 의료상 과실이 곧바로 추정된다고 보기는 어려우므로(대법원 2005. 7. 28. 선고 2004다 61259 판결의 취지 참조), 의료진이 환자의 상태를 적절히 관찰하고 필요한 처치를 시행하였는지 여부와 그러한 관찰 및 처치 과정이 진료기록부 등에 어떠한 방식과 정도로 기재되었는지 여부는 구별하여 판단할 필요가 있다.³²⁾

(나) 이에 따라 이 사건 기관 삽관이 시행된 11:31경 전후 이 사건 임상관찰기록지에 기록이 남겨져 있지 않은 11:20경부터 11:41경까지 약 21분간 망인의 활력징후를 실시간으로 측정·평가하지 아니하는 등으로 관련 의료상의 주의의무를 위반하였는지 여부에 관하여 살피건대, 피고 병원 의료진은 망인이 내원한 직후인 10:58경부터 심전도(EKG), 비침습적 혈압 측정(NIBP), 혈중 산소포화도(SpO₂) 등의 활력징후 감시를 시행하였던 것으로 보이고(갑 제3호증의 4 중 1면), 위와 같은 활력징후 감시는 다음 날 00:00경 및 16:40경 기준으로도 유지되고 있었던 것으로 보이며(갑 제3호증의 4 중 5, 8면), 달리 그 사이에 위와 같은 감시가 중단되었다고 볼 만한 사정은 나타나지 않는다.³³⁾ 또한 G병원 소속 감정의는 '산소포화도의 경우 연속적으로 측정되어 실

32) 원고들도 '환자의 상태를 5분마다 감시하는 것이 중요하지, 반드시 혈압·맥박·체온을 측정하고 기록하는 것이 중요한 것은 아니다.'라고 주장하기도 하였다(이 사건 2025. 7. 16.자 준비서면 5면).

33) 11:07경 촬영된 망인의 전후방 흉부 X선 촬영사진(Chest AP)의 영상에 의하더라도 망인에게는 당시 심전도 감시를 위한 전극이 부착되어 있었던 것으로 보인다(이 사건 2026. 4. 22.자 준비서면 8면).



시간으로 모니터에 표시되기 때문에, 한번 설치하면 계속적으로 감시하게 된다.'라는 소견을 밝히기도 하였다(2022. 6. 15.자 감정축탁 회신 2면 4항). 위와 같은 사정을 종합하면, 이 사건 기관 삽관 이후 망인에게 심정지가 발생하기 전까지 피고 병원 의료진이 망인을 계속 진찰하면서 위와 같은 감시 장비를 활용할 수 있었던 이상, 이 사건 임상관찰기록지에 일부 공백이 존재한다는 등의 사정만으로 곧바로 피고 병원 의료진이 망인의 활력징후를 측정하거나 평가하지 않았다고 단정할 수는 없다.

(다) 나아가 이 사건 기관 삽관 결정 시점인 11:20경부터 이 사건 기관 삽관을 시행한 11:31경까지의 상황에 대해 살피건대, 간호일지(갑 제3호증의 4 중 1면)에 의하면, 피고 병원 의료진은 11:20경 망인에게 비강 캐놀라로 산소를 공급하고 동공반사 등을 통해 망인의 의식상태를 확인하면서 기관 삽관을 시행하기로 결정하였고, 같은 시각 의사 O은 원고 B에게 기관 삽관의 필요성 등을 설명한 후 이에 관한 동의를 받았으며, 이어서 11:25경에는 망인의 심근 손상 여부를 확인하기 위한 트로포닌 검사를 시행한 것으로 확인된다. 또한 앞서 본 바와 같이 11:28경 및 11:29경에는 망인에게 에토미데이트가 각각 20mg 및 10mg 투여되고 11:30경에는 망인에게 베카론 4mg이 투여되었으며, 그 과정에서 의사 F는 앰부배강을 시행하여 망인의 호흡을 보조하며 산소 공급을 유지하였고, 의사 김줄리는 유치도뇨관을 삽입하여 망인의 배뇨 상태를 확인하였으며, 이후 11:31경 의사 F가 이 사건 기관 삽관을 시행하며 망인에게 인공호흡기(ventilator)를 연결한 것으로 확인된다. 이러한 사정에 비추어 보면, 피고 병원 의료진은 11:20경 이 사건 기관 삽관을 결정한 이후 실제 기관 삽관이 이루어진 11:31경까지 약 11분 동안 망인의 의식 상태 등을 지속적으로 관찰하면서 기관 삽관에 관한 설명 및 동의 절차를 진행하는 한편, 관련 검사, 약물 투여, 호흡 보조 및 배뇨 상태



확인 등 기관 삽관에 필요한 처치를 순차적으로 시행한 후 최종적으로 기관 삽관을 실시하였던 것으로 보이는바, 기관 삽관 결정 이후 이루어진 위와 같은 일련의 치료과정까지 고려하면, 피고 병원 의료진이 기관 삽관이 결정된 망인에 대하여 요구되는 관찰·감시의무를 소홀히 하였다거나 이를 위반하였다고 보기는 어렵다.

(라) 한편 피고 병원 의료진은 11:31경 망인에게 이 사건 기관 삽관을 시행한 후 인공호흡기를 연결하였으나 11:35경 망인의 심전도 리듬에서 무수축(asystole)을 발견한 것으로 보인다(갑 제3호증의 4 중 1면). 이에 관하여 I협회 의료감정원 소속 감정원은 '11:31경 이 사건 기관 삽관이 시작되어 인공호흡기의 연결이 마무리되었을 시점인 11:35경 망인에게 심정지가 발생한 것으로 되어 있는바, 일반적으로 중증 응급환자에게 기관 삽관을 시행한 이후 인공호흡기의 연결 및 환자 상태 관찰 등을 위해 환자 곁에서 지속적인 감시가 이루어지므로 망인에게 심정지가 발생한 시점은 이 사건 기관 삽관을 시행한 의료진이 아직 망인을 진찰하고 있을 시점이다. 기관 삽관을 하는 상황에서는 혈압, 맥박, 산소포화도 등을 의사, 간호사, 응급구조사 등이 팀을 이루어서 지속적으로 감시하는 것이 일반적이다.'라는 소견을 밝혔다(2025. 4. 17.자 감정촉탁 회신 10면 7, 8항). 위와 같은 사정을 종합하면, 피고 병원 의료진이 단순히 망인의 활력 징후를 측정하기 위한 기기들을 부착하여 두었을 뿐 이를 전혀 감시하거나 평가하지 않았다는 원고들의 주장은, 피고 병원 의료진이 11:31경 기관 삽관 및 인공호흡기 연결을 모두 완료한 후 약 4분 동안 망인을 전혀 관찰하지 않았다는 전제에 서 있는 것으로 보이나, 기관 삽관 과정은 기도 확보, 인공호흡기 연결, 환자 반응의 확인 및 상태 변화에 대한 평가가 연속적으로 이루어지는 응급처치의 과정으로서, 실제 임상 현장에서는 이러한 처치와 감시가 동시에 진행되는 경우가 일반적이라고 봄이 상당하고,



뒤에서 보는 바와 같이 위 4분 동안 피고 병원 의료진은 망인에 대한 기관 삽관을 시행하거나 인공호흡기를 연결하고 있었고, 그 직후에는 심정지에 대응하여 심폐소생술 등 응급처치를 곧바로 실시하였던 것으로 보이는 이상, 이 사건 임상관찰기록지에 일부 공백이 존재한다는 사정만으로 곧바로 피고 병원 의료진이 망인에 대한 활력징후 감시 또는 평가를 중단하였다고 추단하기 어려울 뿐만 아니라, 당시 요구되는 관찰·감시 의무를 위반하였다고 쉽사리 단정할 수도 없다.

(마) 또한 I협회 의료감정원 소속 감정의는 제1심에서 "성공적인 기관 삽관에도 불구하고 심정지가 발생한 증례를 '기관 삽관 후 심정지(post-intubation cardiac arrest)'라고 정의하는데, 국내에서 보고된 연구 결과에 의하면 2007년에서 2011년 사이에 응급 기관 삽관을 받은 환자 2,403명 중 41명에게서 발생하였고(총 발생률 1.7%), 기관 삽관 이후 심정지가 발생하기까지 걸리는 시간은 6분(사분위수 범위 2.5분에서 8.5분까지)이며, 그중 68.5%의 환자에게서 5분 이내에 심정지가 발생하였다."라는 소견을 밝혔다(2023. 5. 15.자 사실조회 회신 12면). 위와 같은 소견에 비추어 보면, 응급 기관 삽관 이후 비교적 짧은 시간 내 심정지가 발생하는 경우는 임상적으로 드문 현상이라고 보기 어렵고, 특히 상당수는 기관 삽관 직후 수분 내 발생하는 것으로 보인다. 나아가 앞서 본 바와 같이 망인의 심정지는 이 사건 기관 삽관이 개시된 후 피고 병원 의료진이 인공호흡기 연결 등을 마무리하였을 시점인 11:35경 망인에게 부착되어 있던 심전도 감시장치에 의하여 발견된 것이므로, 만일 그 이전에 발생하였다면 기관 삽관을 시행하거나 인공호흡기를 연결하는 도중이었던 피고 병원 의료진에 의하여 같은 방법으로 곧바로 발견되었을 것으로 보이는바, 피고 병원 의료진이 11:35경 망인에게 부착되어 있던 심전도 감시장치를 통해 확인한 심정지는 사실상 발생과



동시에 발견된 것으로 보는 것이 타당하다.³⁴⁾ 그 밖에 망인의 심정지가 발생한 시점과 피고 병원 의료진이 이를 발견한 시점 사이에 의미 있는 시간적 간격이 존재하였다거나 피고 병원 의료진이 망인의 심정지 상태를 인지하고도 그 발견 또는 이에 대한 대응을 지연하였다고 인정할 만한 사정이 확인되지 않고, 달리 이를 인정할 만한 뚜렷한 증거가 없다.

(바) 망인에게 심정지가 발생한 11:35경 이후부터 11:41경까지의 상황에 대해 살피건대, 아래 4)항에서 보는 바와 같이 피고 병원 의료진은 심정지가 발생한 11:35경, 그 직후인 11:38경 및 11:41경 세 차례에 걸쳐 에피네프린을 1mg씩 투여하였고, 11:35경 응급구조사가 흉부압박을 시작한 직후 자동 흉부압박기(Thumper)를 적용한 뒤 수액을 투여하였으며, 그 결과 망인에게 심정지가 발생한 때(11:35경)로부터 6분 후인 11:41경 망인의 자발순환이 회복되었다. 또한 간호기록지(갑 제3호증의 4 중 2면)에 의하면, 망인에게 심정지가 발생한 11:35경부터 심폐소생술이 시행되었고 11:37경까지 심전도상 심정지 상태가 지속되어 그때까지 흉부압박이 계속 이루어졌으며, 그 과정에서 투여된 에피네프린 역시 의사 F의 처방에 따른 것이었던 사실이 확인된다. 에피네프린의 처방 주체, 흉부압박이 지속된 시간 및 그와 같은 응급처치의 성격 등에 비추어 보면, 피고 병원 의료진은 11:35경부터 11:41경까지 망인의 곁에서 자발순환 회복을 위하여 지속적으로 응급처치를 시행한 사실을 인정할 수 있는바, 이 사건 임상 관찰기록지에 위 시간대의 상황에 관한 기재가 누락되어 있다는 사정만으로 피고 병원 의료진이 11:35경 심정지 상태에 이른 망인에 대하여 요구되는 관찰·감시의무를 소홀히 하였거나 이를 위반하였다고 보기도 어렵다.

34) 따라서 망인의 심정지가 11:29경 이전 또는 11:30경 즉시 발생한 것으로 보인다는 취지의 원고들의 주장(이 사건 2023. 6. 22.자 준비서면 26면, 이 사건 2025. 6. 2.자 준비서면 3면)은, 앞서 본 바와 같이 피고 병원 의료진이 망인이 내원한 직후에 이미 심전도 감시장치를 부착하였다는 점 등에 비추어 받아들이기 어렵다.



(사) 이에 대하여 원고들은, 앞서 본 J학회의 '기본 마취 모니터링 표준' 등을 근거로, 이 사건 기관 삽관 과정에서 마취과 전문의 감시 없이 마취를 강행하고 이후 에토미데이트, 베카론 등의 약물을 투여하여 망인이 사실상 전신마취에 준하는 상태에 이르렀음에도 전신마취와 동일한 마취 감시를 하지 않은 과실이 있다고 주장하나, ① 위 자료는 '전신 마취, 국소 마취 및 감시 하 전신 마취를 실시하는 동안에는 수술실 내에 자격을 갖춘 마취 인력이 상주하고 있어야 한다.'는 전제 하에 '응급상황에서는 적절한 생명 유지 조치가 우선한다.'거나 '드물거나 특이한 특정 상황에서는 이러한 감시 방법 중 일부가 임상적으로 비실용적일 수 있다.'라는 등의 기준을 제시하고 있는 자료로서, 그 문언에 의하더라도 응급실에서 응급 기도확보를 위하여 기관 삽관을 한 이 사건에 그대로 적용할 수는 없을 것으로 보이는 점, ② 망인에게 투여된 에토미데이트 및 베카론 등의 약물 역시 당시 임상상황에 비추어 그 종류와 용량이 적절하였던 것으로 보이며, 약물의 선택 또는 투여 과정에 의료상 과실이 있었다고 인정할 만한 사정도 없는 점, ③ 수술실이 아닌 응급실에서 응급 기도확보를 위하여 시행되는 이 사건 기관 삽관 과정에서 마취통증의학과에 협의진료를 요청하지 않은 사정만으로 이를 곧바로 의료상의 주의의무 위반이라고 보기는 어려운 점, ④ 앞서 본 바와 같이 피고 병원 의료진은 위 약물 투여 이후 망인에 대한 활력징후를 지속적으로 확인·평가하였던 것으로 보이는 점 등을 종합하면, 원고들의 이 부분 주장은 받아들이기 어렵다.

(5) 호기말 이산화탄소의 측정·평가 및 식도 삽관 배제의 적정성 여부

(가) 앞서 본 바와 같이 일반적으로 마취 상태에 있는 수술 중의 환자에 대하여는 그 환기(ventilation) 상태를 계속적으로 평가할 필요가 있고, 특히 환자에게 기관 삽관이 이루어진 때에는 카프노그래피 등의 장비를 이용하여 환자의 호기말 이산



화탄소(ETCO₂)를 계속적으로 감시함과 아울러 이를 다른 임상적 평가 결과와 종합하여 기관 삽관이 성공적으로 이루어졌는지를 확인하여야 하는데(갑 제43호증의 1 중 3면, 갑 제57호증 13면, I협회 의료감정원장의 2023. 5. 15.자 사실조회 회신 10, 11면), 피고 병원 의료진은 심폐소생술 등이 이루어진 후인 11:50경 비로소 망인의 호기말 이산화탄소를 측정하기 시작한 것으로 보인다(갑 제3호증의 4 중 2면).³⁵⁾

그러나 ① I협회 의료감정원 소속 감정의는 '기관 삽관과 관련하여 식도 내 삽관은 생각보다 흔한 합병증으로 대부분의 경우에 쉽게 알 수 있으나, 즉각적으로 판단하기 어려운 경우도 있어 심전도, 산소포화도, 호기말 이산화탄소 분압 등을 주의 깊게 관찰해야 한다.'라는 소견을 제시하고 있는 점(2023. 5. 15.자 사실조회 회신 11, 12면 아.항), ② 원고들이 제출한 자료에도 '일단 삽관이 되면 기관 내에 튜브가 정확하게 위치하고 있는지 확인해야 한다. 확인 과정에는 성대 사이에 튜브가 위치하는지 여부와 양측 흉부가 팽창하는지에 대한 시각적 확인 그리고 청진 및 이산화탄소 분압 측정 등이 포함되어야 한다.'라는 내용이 포함되어 있는 점(갑 제57호증 13면) 등을 앞서 본 당시의 구체적 상황과 종합하여 보면, 피고 병원 의료진은 이 사건 기관 삽관을 시행하였던 당시 적어도 육안에 의한 관찰 또는 시진(視診), 심전도 및 산소포화도의 측정 등의 다른 방법으로도 그 성공 여부를 가늠할 수 있었던 것으로 보이므로, 망인에게 기관 삽관을 결정하고 인공호흡기를 연결한 직후에 심폐소생술에 돌입하였던 당시의 급박한 상황에 비추어 폐음 청진, 흉부 X선 촬영, 카프노그래피 적용 등의 추가적인 확인 조치를 취하지 않았다는 사정만으로 곧바로 의료상 주의의무를 위반한 것이라고 단정하기는 어렵다.

35) 혈액검사결과지에 의하면 피고 병원 의료진은 11:10경 동맥혈가스분석검사에 의하여 망인의 이산화탄소 분압을 20.2mmHg로 측정한 것으로 보인다(갑 제3호증의 17 중 191면), 이는 위 지침에 의한 계속적인 검사와는 거리가 있는 것으로 보인다.



(나) 또한, I협회 의료감정원 소속 감정의는 '기관 삽관 후 심정지는 경과 관찰 소홀보다는 환자의 상태 및 기관 삽관과 관련하여 드물게 발생하는 일이다(응급실에서 기관 삽관 관련 심정지의 발생률은 1.7% ~ 23.3%). 저산소증, 저혈압, 쇼크인덱스(증가), BMI(>25kg/m²), 나이(고령) 등이 기관 삽관과 관련된 심정지 위험요인으로 알려져 있다. 즉 기도 확보가 필요하여 불가피하게 시행하는 기관 삽관 동안 우리 몸은 미주신경의 반사에 의해 혹은 경동맥에 있는 대동맥궁의 저산소증 반응에 의해 심장 박동을 느리게 만들 수 있다. 이러한 조작이 저산소증, 저혈압, 쇼크인덱스의 증가 등으로 연결되면 심박수의 갑작스러운 감소, 심장 및 뇌의 허혈, 결과적인 심정지로 이어질 수 있다. 망인과 같이 폐렴으로 인한 패혈증 쇼크, 대사성 산증이 진행된 환자가 언제 심정지가 발생할지는 모르지만, 패혈증, 고열, 대사성 산증, 저산소증 등이 복합적으로 작용하여 응급실에 와서 응급처치를 하더라도 심정지의 진행을 막을 수 없는 경우도 있다.'라는 소견을 밝혔고(2025. 4. 17.자 감정촉탁 회신 11면 10, 11항), 제1심에서 같은 소속 감정의는 '응급 기관 삽관은 저혈압을 유발할 수 있는데, 이는 기관 삽관으로 인한 교감신경의 억제, 양압기계환기로 인한 정맥환류량의 감소, 사용한 마취 유도 약물 등으로 인하여 기존의 저혈압이 더 악화되어 심정지가 발생할 수도 있다.'라는 소견을 밝히기도 하였다(2023. 5. 15.자 사실조회 회신 12면). 이에 비추어 보면, 이 사건 기관 삽관 후 심정지가 발생하였다는 등 원고들이 주장하는 사정만으로는 피고 병원 의료진이 기관튜브를 식도로 삽입하는 등 이 사건 기관 삽관을 실패하였다고 보기 어렵다.

오히려, ① 만일 원고들이 주장하는 바와 같이 망인의 식도로 기관튜브가 삽입되었다면, 식도를 통하여는 환기가 이루어지지 않으므로 망인의 호기말 이



산화탄소는 측정되지 않아야 하는데,³⁶⁾ 11:50경 망인에 대하여 호기말 이산화탄소가 30mmHg으로 측정된 점, ② 원고들은 기관 삽관 이후 환자의 산소포화도가 6%로 저하되었다면 식도로 삽관된 것으로 볼 수 있다고도 주장하나(이 사건 2026. 4. 23.자 준비서면 8면), 이 사건 임상관찰기록지에 의하면 망인의 산소포화도는 11:20경 100%, 11:41경 및 11:57경 각 97%이었으며, 그 후에도 비슷한 수준으로 유지되었던 점, ③ 위 기관튜브는 위 기간 전체에 걸쳐 망인에게 삽입되어 있는 상태였고, 특히 이 사건 기관 삽관 당시에는 23cm 깊이로 삽입되었으나(갑 제3호증의 4 중 1면) 그다음 날 08:00경 피고 병원 소속 의사에 의하여 26cm 깊이로 조정되었던 점(갑 제3호증의 4 중 6면) 등에 비추어 보면, 피고 병원 의료진은 망인의 기관에 기관튜브를 정상적으로 삽입하였던 것으로 보인다. 결국 설령 식도 삽관의 가능성을 배제하기 위하여 호기말 이산화탄소 분압을 측정하는 등의 추가적인 확인 조치를 즉시 취하지 아니한 과실이 피고 병원 의료진에게 있다고 하더라도, 그러한 사정과 망인에게 발생한 심정지 사이에 인과관계가 있다고 보기는 어렵다.

4) 심정지 후 응급처치 과정에서의 주의의무 위반이 있었다는 주장에 관하여

앞서 본 사실, 앞서 든 증거, 갑 제29, 50호증의 각 기재 및 변론 전체의 취지를 종합하여 인정할 수 있는 다음과 같은 사실과 사정에 비추어 보면, 원고들이 주장하는 사정이나 제출한 증거들만으로는 망인에게 심정지가 발생한 이후 피고 병원 의료진이 심폐소생술 등의 응급처치를 뒤늦게 시행하였다거나 잘못 시행하는 등의 의료상의 과실이 있다고 보기 어렵고, 설령 그렇지 않더라도 원고들이 주장하는 사정만으로는 피고 병원 의료진의 이 부분 과실과 망인의 심정지 및 이에 따른 저산소성 뇌손상 사이

36) 호기 시 이산화탄소가 측정되지 않을 경우 이는 폐 환기가 안 되는 것을 의미하며, 식도 삽관 혹은 완전 기도 폐색[드물게 완전 기관지경련(bronchospasm)] 때문일 수 있다(갑 제57호증 13면).



에 인과관계가 인정된다거나 이를 추정할 정도의 개연성이 담보된다고 보기에 부족하며, 달리 이를 인정할 증거가 없다. 따라서 원고들의 이 부분 주장도 이유 없다.

가) 심정지 발견 및 응급처치의 적시성 여부

앞서 본 사실과 사정을 종합하면, 피고 병원 의료진은 이 사건 기관 삽관을 시행하여 인공호흡기를 연결한 직후 망인에게 심정지가 발생하자 즉시 이를 발견하고 심폐소생술을 실시한 사실을 인정할 수 있다. 따라서 피고 병원 의료진이 망인의 심정지 상태 발견이나 이에 따른 응급처치를 지연하였음을 전제로 하는 원고들의 주장은 받아들일 수 없다.

나) 응급처치 시행 과정에서의 주의의무 위반 여부

다음으로 피고 병원 의료진이 심폐소생술 등의 응급처치를 시행함에 있어 의료상 과실이 있었는지 여부에 관하여 살피건대, 원고들은 피고 병원 의료진이 망인의 심정지에 대한 응급조치로 응급구조사에 의한 흉부압박술만을 시행하였다고 주장하나, 피고 병원 의료진은 11:35경, 11:38경 및 11:41경 세 차례에 걸쳐 에피네프린을 1mg씩 투여하였고, 11:35경 응급구조사가 흉부압박을 시작한 직후 자동 흉부압박기(Thumper)를 적용한 뒤 수액을 투여하였으며, 그 결과 망인에게 심정지가 발생한 때(11:35경)로부터 6분 후인 11:41경 망인의 자발순환이 회복되었다(갑 제3호증의 4 중 1, 2면).

이에 대하여 원고들은, 망인에 대한 심폐소생술이 응급구조사가 아닌 의사에 의하여 이루어졌어야 한다고도 주장하나, 응급구조사란 응급의료에 관한 법률(이하 '응급의료법'이라 한다) 제2조 제4호에 따른 응급의료종사자 중 하나로서 같은 법 제41조 제1항에 따라 응급환자가 발생한 현장에서 응급환자에 대하여 상담·구조 및 이송 업무를 수행하는 사람을 말하는데, 응급구조사가 되려는 사람은 같은 법 제36조 제1, 2, 3



항에 따라 보건복지부장관이 실시하는 시험에 합격한 후 보건복지부장관의 자격인정을 받아야 하고, 그 업무범위에는 2급 응급구조사의 경우 같은 법 제41조 제1항, 같은 법 시행규칙 제33조 [별표 14] 제2의 다.항에 따른 기본 심폐소생술, 1급 응급구조사의 경우 제1의 가.항에 따른 '심폐소생술의 시행을 위한 기도유지(기도기의 삽입, 기도삽관, 후두마스크 삽관 등을 포함한다)'가 포함된다.³⁷⁾ 위와 같이 관련 법령에 따라 인정되는 응급구조사의 전문성에 ① 응급구조사는 원칙적으로 의사로부터 구체적인 지시를 받지 아니하고는 응급처치를 하여서는 아니 되므로(응급의료법 제42조), 피고 병원 소속 응급구조사는 피고 병원 소속 의사의 구체적인 지시에 따라 망인에게 심폐소생술을 실시하였던 것으로 보이는 점, ② 망인에 대한 심폐소생술은 최초에는 응급구조사에 의하여 시행되다가 이후에는 자동 흉부압박기에 의하여 시행된 것으로 보이고, 특히 위 자동 흉부압박기는 피고 병원 소속 의사에 의하여 적용된 것인 점(갑 제3호증의 4 중 2면)까지 더하여 보면, 원고들이 주장하는 위와 같은 사정만으로 망인에게 시행된 심폐소생술에 의료상 과실이 있다고 보기 어렵다.

다) 심폐소생술 외 추가 조치의무 위반 여부

원고들은 피고 병원 의료진이 응급 CPR팀에 대한 지원 요청, 심실제세동기 적용, 기관튜브 제거 후 재삽관, 슈가마텍스, 탄산수소나트륨, 칼슘글루코네이트 투여 등의 추가적인 조치를 취하였어야 한다고 주장한다.

그러나 슈가마텍스는 근이완제의 작용을 상쇄시킬 수 있는 길항제로서 일반적으로 근이완제를 사용한 수술 후 잔류 근이완을 제거하기 위하여 사용되는 것인데(갑 제29호증), 이를 기관 삽관 후 발생한 심정지에 대한 응급 처치의 일환으로 사용하

37) 한편, 응급구조사 자격을 가진 사람으로서 구조·구급관련 분야에서 5년 이상 종사하고 있는 사람은 학교보건법 제9조의2 제2항, 같은 법 시행규칙 제10조 제1항 [별표 9] 제2항에 따라 교직원을 대상으로 한 심폐소생술 등 응급처치에 관한 교육의 강사가 될 수 있기도 하다.



여야 한다는 점에 관한 충분한 의학적 근거가 확인되지 않는다. 나아가 탄산수소나트륨 또는 칼슘글루코네이트 투여 등에 관한 원고들 주장의 취지는, 망인의 전해질 불균형 등을 고려할 때 피고 병원 의료진이 심폐소생술 등의 응급처치와 병행하여 위와 같은 교정 치료를 시행하였어야 한다는 것으로 보이는데, 아래 5)항에서 보는 바와 같이 이 사건 기관 삽관 이전에 망인에 대한 전해질 치료가 우선적으로 이루어졌어야 한다는 원고들의 주장은 그 근거가 충분하지 않을 뿐만 아니라, 원고들이 제출한 자료에 포함된 '중증 대사성 산증 환자에 대한 기관 삽관 시의 권고사항'(갑 제52호증의 1 중 7, 8면)에도 위와 같은 약물 투여가 동시에 이루어져야 한다는 취지의 기재는 확인되지 않으며, 원고들이 제출한 나머지 증거들만으로는 피고 병원 의료진이 위 약물들을 투여하지 아니한 것이 의료상 주의의무 위반에 해당한다고 인정하기에 부족하다.

또한 앞서 본 바와 같이 망인에게 심정지가 발생하자 피고 병원 의료진은 의사, 간호사, 응급구조사가 팀을 이루어 심폐소생술을 시행하였고, 그 결과 망인은 자발순환을 회복하였던 점 등에 비추어 보면, 망인에게 심정지가 발생한 상황에서 심실제세동기를 적용하지 않았거나³⁸⁾ 기관튜브를 제거하고 다시 삽입하지 않았다는 것 역시 구체적인 의료상의 과실을 구성한다고 보기도 어렵다.

그 밖에도 G병원 소속 감정의는 '심폐소생술 시 흉부압박술은 심장 스스로가 아닌 외부 흉부 압박에 의해 혈액 순환을 유도하는 것으로서, 숙련된 의료인에 의해 시행되어도 환자에게 필요로 하는 산소와 혈류를 충분히 공급하지 못해 뇌손상은 발생할 수 있다. L병원 진단서(갑 제4호증)에는 심정지 시 발생한 저산소성 뇌손상으로 현

38) 더욱이 원고들이 제출한 '2020년 한국심폐소생술 가이드라인'에 의하면, '심실제동'과 '무맥성 심실빈맥'은 제세동(충격)으로 치료할 수 있으나, '무수축'과 '무맥성 전기활동'은 제세동이 필요하지 않으므로 제세동 조치 없이 2분간 심폐소생술을 실시하는 것으로 되어 있는바(갑 제26호증의 1 중 162, 163면), 앞서 본 바와 같이 11:35경 망인의 심전도 리듬에서 무수축이 발생한 이상 피고 병원 의료진이 망인에게 심실제세동기를 적용하지 않은 데에 의료상 과실이 있다고 보기 어렵다.



제까지 회복이 되지 않았다(Hypoxic brain damage, Vegetative state d/t Cardiac arrest)고 기재되어 있다.'라는 소견을 밝혔고(2022. 6. 15.자 감정촉탁 회신 3면), 원고들이 제출한 자료(갑 제50호증 16면) 및 원고들 스스로의 주장(이 사건 2023. 6. 22.자 준비서면 27면, 이 사건 2025. 6. 2.자 준비서면 31면)에 의하더라도, 심정지 등으로 인해 뇌에 산소 공급이 중단되면 1분 정도 경과 후에 뇌파 생성이 중단되고, 3~5분 정도 경과 후부터 저산소증에 의한 뇌손상이 시작된다.³⁹⁾ 이러한 사정까지 종합하면, 비록 피고 병원 의료진이 망인에게 심정지가 발생한 직후에 심폐소생술 등의 응급처치에 돌입하였더라도 망인의 자발순환을 회복시키는 데에 6분이 소요되었다면 저산소성 뇌손상은 불가피하였던 것으로 보인다. 그렇다면 만일 원고들이 주장하는 바와 같은 조치를 피고 병원 의료진이 모두 취하였더라면 망인을 더욱 이른 시기에 소생시킬 수 있었다는 점 등이 적어도 일응의 개연성이 담보되는 정도로 인정되지 않는 이상, 설령 피고 병원 의료진이 위와 같은 조치를 취하지 아니한 데에 어떠한 의료상의 과실이 있었다고 하더라도 그 과실과 망인의 저산소성 뇌손상 사이에는 인과관계가 있다고 볼 수 없는데, 앞서 본 망인의 당시 상태 및 피고 병원 의료진이 실제로 취하였던 응급조치 등을 모두 종합하여 보면, 결국 망인에게 저산소성 뇌손상이 발생하였다는 사정만으로는 피고 병원 의료진이 망인에게 심폐소생술 등을 시행하는 과정에서 어떠한 의료상의 과실이 있었다거나, 이로 인하여 망인의 저산소성 뇌손상이 초래 또는 악화되었다고 추단할 수 없다.

한편 원고들은 망인의 자발순환이 회복된 후 고칼륨혈증, 대사성 산증 및 저칼슘혈증이 나타난 것은 망인에 대한 심폐소생술 등의 응급처치가 미흡하였기 때문이

39) 원고들은 '망인에게 불가역적 뇌손상이 발생하였다면 그 자체로 피고 병원 의료진이 망인의 심정지 상태를 5분 이상 늦게 발견하였다는 점이 일응 증명된 것이다'라고도 주장하나(이 사건 2025. 6. 2.자 준비서면 52면), 앞서 본 바와 같이 심폐소생술 등의 응급조치를 통해 자발순환을 회복하기까지 걸리는 시간 등을 고려하면 원고들의 위 주장은 받아들이기 어렵다.



라는 취지로도 주장하나(이 사건 2025. 6. 2.자 준비서면 25면), 아래 5)항에서 보는 바와 같이 망인의 칼슘이온 수치는 이 사건 기관 삽관 및 심폐소생술 전후를 통하여 큰 변화를 보이지 않았으므로, 적어도 저칼슘혈증이 심폐소생술 등의 과정에서 새롭게 발생하거나 현저히 악화되었다고 볼 수는 없다. 또한 I협회 의료감정원 소속 감정의는 '심폐소생술 이후 세포 손상으로 인해 세포 내 칼륨이 혈액으로 유리되면서 고칼륨혈증이 발생할 수 있고, 대사성 산증의 악화로 인해 고칼륨혈증이 유발될 수도 있다.'라는 소견을 밝혔고(2025. 4. 17.자 감정촉탁 회신 5면), N학회 소속 감정의 역시 '세포 내부는 pH가 7 미만인 상태로 존재한다. 세포가 깨지게 되면 대사성 산증이 급격히 진행될 수 있다.'라는 소견을 밝혔는바(2024. 8. 8.자 사실조회서 8면 4항), 이에 의하면 고칼륨혈증과 대사성 산증은 망인의 심정지에 따른 심폐소생술 과정에서 발생한 세포 손상으로 인하여 불가피하게 발생하였거나 악화된 것으로 보이고, 달리 피고 병원 의료진의 과실로 인한 것이라고 볼 만한 자료가 없다.

5) 전해질 교정 치료에 관한 주의의무 위반 여부

가) 인정사실

앞서 본 사실, 앞서 든 증거 및 변론 전체의 취지를 종합하면, ① 망인이 피고 병원에 내원하여 이 사건 기관 삽관이 이루어진 2019. 4. 28.부터 그다음 날인 4. 29.까지 동맥혈가스분석검사에 의한 망인의 혈액검사 결과는 아래 표 기재와 같고(갑 제3호증의 17 중 187 내지 191면), 이에 따르면 망인은 2019. 4. 28. 지속적인 대사성 산증, 저나트륨혈증, 고칼륨혈증, 저칼슘혈증의 양상을 보이고 있었던 사실, ② 이에 대하여 피고 병원 의료진은 대사성 산증의 교정 및 고칼륨혈증의 치료를 위해 13:21경 탄산수소나트륨(sodium bicarbonate) 200ml를 투여하였고, 14:00경 정맥 내 이중도관 삽



입 및 혈액투석을 결정하여 원고 B으로부터 이에 관한 동의를 받았으며, 14:30부터 14:40경 사이에 망인에게 인공신장 카테터(artificial kidney catheter)를 삽입하였고, 18:02경부터 지속적 신대체요법(CRRT)⁴⁰⁾을, 17:54경 K-down 관장을 각 실시한 사실은 인정된다(갑 제3호증의 4 중 3, 4면).

측정 항목	단위	정상 범위	시각							
			11:10	12:11	13:18	16:10	18:14	21:07	01:04	01:19
pH(ER)	-	7.350 ~ 7.450	7.338	6.993	7.103	7.135	7.143	7.242	7.563	7.590
pCO ₂	mmHg	35.0 ~ 48.0	20.2	43.7	40.8	34.2	33.9	39.1	18.3	18.4
pO ₂	mmHg	83.0 ~ 108.0	70.7	68.5	86.9	99.3	119.0	70.8	142.0	139.0
HCO ₃ ⁻	mmol/l	22.2 ~ 28.3	10.8	10.6	12.7	11.5	11.6	16.9	16.4	17.7
BE	mmol/l	-3.2. ~ 1.8	-13.7	-19.2	-15.5	-16.2	-15.9	-9.6	-5.2	-3.4
O ₂ saturation	%	94.0 ~ 98.0	94	82.3	93.1	96	97.8	92.9	100.0	100.2
Na ⁺	mmol/l	136 ~ 145	131	131	130	128	130	132	190	190
K ⁺	mmol/l	3.5 ~ 4.5	4.2	4.8	5.7	6.3	4.8	3.8	7.8	7.6
Cl	mmol/l	98 ~ 107	98	97	98	97	98	98	125	132
Ionized Ca	mmol/l	1.15 ~ 1.33	0.73	0.77	0.75	0.73	0.77	0.81	1.00	0.84
Lactic Acid	mmol/l	0.5 ~ 1.5	1.4	4.1	1.0	0.6	0.7	0.5	-	-

나) 판단

앞서 든 증거, 갑 제19호증의 각 기재 및 변론 전체의 취지를 종합하여 인정할 수 있는 다음과 같은 사실과 사정에 비추어 보면, 위 인정사실이나 원고들이 제출한 증거들만으로는 피고 병원 의료진이 망인에게 전해질 교정 치료를 시행하지 않거나 이를 지연하여 시행함으로써 어떠한 의료상의 주의의무를 위반하였다고 인정하기에 부족하고, 설령 그렇지 않더라도 원고들이 주장하는 사정만으로는 피고 병원 의료진의 이 부분 과실과 망인의 심정지 및 이에 따른 저산소성 뇌손상 사이에 인과관계가 인정

40) 원고들은 위 CRRT의 의미를 '기계투석'으로 주장하기도 하나(이 사건 2025. 6. 2.자 준비서면 42면), N학회 소속 감정원은 "CRRT는 기계투석이 아니라 'continuous renal replacement therapy'의 약자로, 통상 한 번에 4시간씩 주 3회 실시하는 통상적인 혈액투석과는 달리 거의 24시간 계속 투석을 실시한다는 의미이다."라는 소견을 밝혔다(2024. 8. 8.자 사실조회 9면 6항).



된다거나 이를 추정할 정도의 개연성이 담보된다고 보기에 부족하며, 달리 이를 인정할 증거가 없다. 따라서 원고들의 이 부분 주장도 이유 없다.

(1) 고칼륨혈증 관련 주의의무 위반 여부

(가) 앞서 본 동맥혈가스분석검사 결과 및 아래에서 보는 전해질 패널(electrolyte panel) 검사 결과에 의하면, 이 사건 기관 삽관이 이루어진 전후 망인의 칼륨이온 수치는 11:10경을 기준으로 4.2mmol/ℓ(동맥혈가스분석검사), 11:58경을 기준으로 4.30mEq/ℓ(전해질 패널 검사)로 측정되어 모두 정상 범위 이내였으므로, 피고 병원 의료진에게 망인의 고칼륨혈증 등에 관하여 특별한 조치를 취할 필요가 있었던 것으로 보이지 아니한다.

(나) 한편 앞서 본 동맥혈가스분석검사 결과에 의하면, 망인은 2019. 4. 29. 01:04경 및 01:19경을 기준으로 칼륨이온 수치 7.6 ~ 7.8mmol/ℓ의 고칼륨혈증 상태에 있었던 것으로 나타나고, 이에 관하여 N학회 소속 감정의는 칼륨 수치가 7.6이고 pH 6.993과 같은 심한 대사성 산증(metabolic acidosis)에 이르는 경우 그 자체로 심정지에 이를 수 있다는 소견을 밝히기는 하였다(2024. 8. 8.자 사실조회서 7면 3항).

그러나 I협회 의료감정원 소속 감정의의 소견에 의하면, 동맥혈가스분석검사 결과는 정확한 칼륨 농도를 반영하지 않을 수 있고(2025. 4. 17.자 감정촉탁 회신 4, 5면),⁴¹⁾ N학회 소속 감정의의 소견에 의하면, 만성신부전 환자인 망인에게 급성의 변화를 유발하는 원인 질환의 동반 없이 하룻밤 사이에 칼륨이온 수치가 5.7mmol/ℓ(13:18경)에서 7.6mmol/ℓ(01:19경)으로 상승하기는 어렵다는 것인데(2024. 8. 8.자 사실조회서 7, 8면), 망인이 자발순환을 회복한 이후인 위 기간 동안 위와 같은 급성

41) 원고들이 제출한 자료에도 '동맥혈가스분석검사는 혈청 전해질 검사와 반드시 같이 실시한다.'는 내용이 기재되어 있다(갑 제23호증 45면).



질환이 나타났다고 볼 만한 특별한 자료는 없는 것으로 보일 뿐만 아니라 앞서 본 바와 같이 위 동맥혈가스분석검사 결과에서 망인이 7.6 ~ 7.8mmol/ℓ의 고칼륨혈증 상태에 있었던 때는 이미 망인에게 지속적 신대체요법(CRRT)이 시행되고 있었다.

더욱이 위 동맥혈가스분석검사 결과에 의하면, 2019. 4. 29. 01:04경 및 01:19경 망인의 pH 수치는 각각 7.563, 7.590, 나트륨이온 수치는 모두 190mmol/ℓ, 염소 수치는 각각 125mmol/ℓ, 132mmol/ℓ로, 망인의 기저 질환 및 이전의 증상에 반하여 오히려 대사성 알칼리증, 극단적인 고나트륨혈증 및 고염소혈증을 보이고 있었던 것으로 나타나는데, 피고 병원 의료진은 위와 같은 검사 결과를 검증하기 위하여 2019. 4. 29. 01:19경 망인에게 전해질 패널 검사를 별도로 실시하였던 것으로 보인다(갑 제3호증의 4 중 5면). 이에 따른 검사 결과를 포함하여 망인이 피고 병원에 내원하였던 때부터 피고 병원 의료진이 시행하였던 전해질 패널 검사의 결과를 모아 보면 아래 표 기재와 같은바(갑 제3호증의 17 중 180 내지 195면), 이에 의하면 망인의 전해질 수치는 18:02경 지속적 신대체요법이 시행된 이래 오히려 정상화된 것으로 나타나므로, 위 01:04경 및 01:19경 각 동맥혈가스분석검사 결과만을 전제로 망인의 중증의 고칼륨혈증 상태에 있었고, 피고 병원 의료진이 이를 치료하지 않았다는 등의 원고들의 주장은 그대로 받아들이기 어렵다.

측정 항목	단위	정상 범위	시각							
			11:58	13:36	16:37	01:27	02:22	07:03	11:44	18:16
Na	mEq/ℓ	133 ~ 145	130	130	128	133	133	135	137	134
K	mEq/ℓ	3.50 ~ 5.50	4.30	5.88	6.54	3.53	3.56	3.59	3.78	4.07
Cl	mEq/ℓ	95 ~ 110	92	94	92	95	95	96	98	96
TCO ₂	mEq/ℓ	22.0 ~ 29.0	9.2	10.0	9.8	15.7	16.7	18.0	20.4	16.0

(다) 한편 위와 같은 검사결과 및 사실관계를 종합하면, 피고 병원 의료진이



11:35경부터 11:41경 망인에게 심폐소생술을 실시함에 따라 망인의 세포가 손상되어 세포 내의 칼륨이 혈액으로 유리되었고, 이로 인해 12:11경(동맥혈가스분석검사) 고칼륨혈증이 발생하여 16:37경까지(전해질 패널 검사) 점진적으로 악화된 것으로 보이기는 한다(2025. 4. 17.자 감정촉탁 회신 5면 II의 2. 가. 나.항).

그러나 ① N학회 소속 감정의는 '전해질 불균형이 확인된 신부전 환자에서 모든 환자가 바로 혈액 투석을 하게 되는 것은 아니다. 만성신부전 환자는 대부분 높은 칼륨 수치에 적응되어 있어 칼륨 수치가 약간 높아도 큰 문제가 되지 않는 경우가 매우 많다. 만성신부전 환자에서 칼륨 수치가 7이 넘더라도, 심전도에서 전혀 변화가 없는 경우도 매우 많다. 그렇게 때문에 우선 음식 조절 및 kalimate 투여 등의 처치를 하게 된다.'라는 소견을 밝힌 점(2024. 8. 8.자 사실조회서 9면 5항), ② 원고들이 제출한 'L병원 내과학 핸드북'(갑 제19호증)에는 '혈장 K^+ 농도가 7.0 mEq/l 를 초과하거나, 중증 근력저하(severe muscle weakness)가 있거나, 현저한 심전도 변화(marked ECG changes)가 나타나는 경우, 또는 심전도 변화상 고칼륨혈증(hyperkalemia)이 의심되는 경우에는 검사 결과를 기다리지 말고 즉시 치료를 시작한다.'는 내용이 기재되어 있는데, 앞서 본 바와 같이 동맥혈가스분석검사 결과와는 달리 피고 병원 의료진이 신뢰한 것으로 보이는 전해질 패널 검사 결과에 의하면 망인의 칼륨 수치는 위 7.0 mEq/l 를 초과하지 않았고, 달리 혈액 투석이 개시된 때까지 망인에게 현저한 근력저하 등의 즉시 치료를 요하는 징후가 나타났다고 볼 만한 자료가 없는 점 등에 비추어 보면, 피고 병원 의료진이 망인의 고칼륨혈증과 관련하여 18:02경 비로소 혈액투석을 개시한 것 등이 어떠한 의료상의 주의의무를 위반한 것이라고 단정하기도 어렵다.

(2) 저칼슘혈증 관련 주의의무 위반 여부



(가) 다음으로 저칼슘혈증에 관하여 살피건대, 망인의 칼슘이온 수치는 11:10경을 기준으로 $0.73\text{mmol}/\ell$ (동맥혈가스분석검사)이고, 그 이후에도 비슷한 수준으로 유지되었는바, 이는 정상 범위($1.15 \sim 1.33\text{mmol}/\ell$)를 벗어나는 것으로 보이고, 증상이 있는 저칼슘혈증은 칼슘글루코네이트를 주입하는 등 응급으로 치료하여야 하며, 저칼슘혈증이 심한 경우 심정지에 이를 수 있는 사실은 앞서 관련 의학지식에서 본 바와 같다.

그러나 ① 앞서 본 관련 의학지식에 의하면, 저칼슘혈증의 대표적인 증상으로는 감각이상, 강직 등이 있는데, 망인은 피고 병원에 내원하였을 당시 의식이 명료한 상태에서 호흡곤란 및 설사 등을 호소하였을 뿐이고, 심정지가 발생한 11:35경 및 그 이후에도 응급 치료를 요하는 저칼슘혈증의 증상이 나타났다고 볼 만한 자료가 없는 점, ② 또한 앞서 본 관련 의학지식에 의하면, 저칼슘혈증에 따른 증상은 혈장 이온화 칼슘이 $2.8\text{mg}/\text{dL}$ 미만인 경우 발현되기 시작한다는 것인데, 이 사건 기관 삽관 시행 이전인 11:10경 측정된 망인의 이온화 칼슘 수치는 $0.73\text{mmol}/\ell$ 이고 그 이후로도 위 수준을 상회하였던 것으로 보이는 점⁴²⁾ 등을 고려하면, 원고들이 주장하는 사정이나 제출한 증거들만으로는 피고 병원 의료진이 망인의 저칼슘혈증에 대하여 즉시 교정 치료를 시행하지 아니한 것이 의료상의 주의의무를 위반한 것이라고 단정하기는 어려워 보인다.

(나) 한편 원고들이 제출한 자료에 '저칼슘혈증 증상을 동반하는 심한 급성 고인산혈증의 경우 신기능이 저하되어 있으면 혈액투석이 필요할 수 있다.'라는 내용이 기재되어 있기는 하다(갑 제23호증 37면). 그러나 이는 '급성 고인산혈증'에 적용되는

42) $0.73\text{mmol}/\ell$ 을 ' mg/dL ' 단위로 환산하면, 약 $2.92\text{mg}/\text{dL}$ 가 된다.



내용으로서, 만성신부전 환자인 망인에게 고인산혈증이 급성으로 발병하였는지를 판단할 수 있는 별다른 자료는 제출되어 있지 않고, 더 나아가 위 자료에 의하더라도 혈액투석이 '필요할 수 있다'는 취지에 불과하여 그 시기나 방법 등의 기준을 제시하는 것은 아니다. P협회 의료감정원 소속 감정의도 '교과서적으로나 학술적으로 투석 치료 시작 시점에 대한 확고한 지침은 없고, 그 시작 여부는 담당 의사가 환자의 증상과 징후를 종합적으로 판단하여 결정한다. 따라서 망인에게 투석을 조기에 시행했는지, 늦게 시행했는지를 객관적으로 판단하기는 어렵다.'라는 소견을 밝히기도 하였다(2025. 4. 17.자 감정촉탁 회신 6면 7항).

(3) 대사성 산증 관련 주의의무 위반 여부

다음으로 대사성 산증에 관하여 살피건대, 망인의 pH 수치가 11:10경 7.338로 측정되어 정상 범위(7.350 ~ 7.450)를 소폭 하회하는 점에 관하여 원고들 스스로도 이는 대사성 산증에 이른 것이 아니라고 주장하고 있고(이 사건 2025. 6. 2.자 준비서면 54면), 같은 시각 망인의 중탄산염(HCO_3^-) 수치는 10.8mmol/ℓ로 측정되어 정상범위(22.2 ~ 28.3mmol/ℓ)를 하회하기는 하나, I협회 의료감정원 소속 감정의는 '대사성 산증 치료를 시작해야 하는 중탄산염 수치에 대한 확고하고 일관된 지침(예: 중탄산염 수치가 특정 값 이하일 때 치료를 시작해야 한다)은 없다. 치료 방법이나 시점은 담당 의사가 활력징후 등 환자의 상태를 종합적으로 판단하여 결정한다. 따라서 중탄산염 투여 시점이 객관적으로 이르거나 늦었다고 판단할 수 없다. 중탄산염 치료는 대사성 산증 치료의 일부일 뿐이며, 심폐소생술 이후 중탄산염 치료 및 투석 치료에도 불구하고 대사성 산증이 악화되는 경우가 매우 흔하다. 따라서 중탄산염 치료를 조기에 시행하지 않았다는 이유만으로 특정 합병증이 발생했다고 단정할 수 없다.'라는 소견을 밝



히기도 하였다(2025. 4. 17.자 감정촉탁 회신 6면 6항). 위와 같은 사정을 종합하면, 원고들이 주장하는 사정만으로는 당시 망인이 중탄산염 투여 등의 치료를 지체 없이 시행하여야 할 정도의 상태에 있었다거나 피고 병원 의료진이 이를 교정하기 위해 중산탄염 투여 등의 조치를 즉시 시행하지 아니한 것이 어떠한 의료상의 과실을 구성한다고 단정할 수 없다.

(4) 저나트륨혈증 관련 주의의무 위반 여부

마지막으로 저나트륨혈증에 관하여 살피건대, 앞서 본 망인에 대한 동맥혈 가스분석검사 결과에 의하면, 이 사건 기관 삽관 전후의 혈중 나트륨이온(Na^+) 수치가 11:10경 131mmol/ℓ, 12:11경 131mmol/ℓ, 13:18경 130mmol/ℓ, 16:10경 128mmol/ℓ로 정상 범위(136 ~ 145mmol/ℓ)보다 다소 낮게 측정되었고, 이는 앞서 본 망인에 대한 전해질 패널 검사 결과에 의하더라도 비슷하다.

그러나 ① 앞서 관련 의학지식에서 본 바와 같이 저나트륨혈증은 혈중 나트륨농도가 120mEq/ℓ⁴³⁾ 이상인 경우에는 대부분 증상이 없고, 증상이 있거나 혈중나트륨 농도가 110mEq/ℓ 이하인 경우에는 응급치료가 필요한데, 망인의 혈중나트륨 농도는 위 수준을 모두 초과하였던 것으로 보이는 점, ② 앞서 관련 의학지식에서 본 바와 같이 저나트륨혈증의 증상으로는 두통, 오심, 구토, 권태감, 기면, 발작, 혼수 등이 있는데, 망인에게 11:20경 기면 상태(mental drowsy)가 나타난 것은 앞서 본 바와 같으나 (갑 제3호증의 1 중 2면), 앞서 본 망인의 당시 혈중 나트륨농도 및 호흡곤란 등의 다른 증상 등에 비추어 이를 저나트륨혈증으로 인한 것으로 단정하기 어렵고, 달리 망인에게 저나트륨혈증의 증상이 나타났다고 볼 만한 사정이 없는 점 등을 고려하면, 피고

43) mmol/ℓ는 혈액 등 용액 1ℓ에 포함된 물질의 양을 나타내는 단위이고, mEq/ℓ는 그 물질이 가진 전하량까지 고려한 단위이다. 따라서 나트륨(Na^+)과 같이 전하가 1인 이온은 mmol/ℓ와 mEq/ℓ의 수치가 동일하다.



병원 의료진이 망인의 저나트륨혈증을 치료하기 위해 즉시 교정 치료를 시행하지 않은 것이 어떠한 의료상의 과실을 구성한다고 보기 어렵다.

(5) 망인의 심정지 후의 조치와 저산소성 뇌손상 사이의 인과관계 인정 여부

원고들은, 피고 병원 의료진이 심폐소생술 등을 시행한 이후에 관찰되었던 고칼륨혈증, 저칼슘혈증, 대사성 산증에 대한 치료를 게을리 하여 망인으로 하여금 회복불능의 영구적 저산소성 뇌손상을 입게 하였거나 이를 악화시켰다고도 주장한다(이 사건 2025. 6. 2.자 준비서면 2, 3, 4면).

그러나 ① 앞서 4)의 다)항에서 본 바와 같이 망인이 피고 병원 의료진의 심폐소생술 등에 의하여 11:41경 자발순환을 회복하였던 무렵에는 이미 저산소성 뇌손상이 발생하였던 것으로 보이고, 달리 망인이 L병원으로 전원하였던 2019. 5. 27.까지 재차 심정지 등이 발생하였다고 볼 만한 사정이 없는 점(갑 제3호증의 7), ② 원고들은 피고 병원 의료진이 전해질 교정 치료를 이행하지 않아 고칼륨혈증에 따른 부정맥이 발생하여 망인의 저산소성 뇌손상을 악화시켰다고도 주장하나(이 사건 2025. 6. 2.자 준비서면 26, 27면), 피고 병원이 작성한 퇴원요약지(갑 제3호증의 7)는 물론 L병원이 작성한 소견서(갑 제4호증)나 망인의 사망진단서(갑 제40호증의 1) 어디에도 부정맥 등에 관련한 기재는 찾아볼 수 없고, 달리 망인에게 위와 같은 증상이 발생하였다고 볼 만한 증거가 없는 점 등을 고려하면, 망인이 자발순환을 회복하여 정상적으로 산소가 공급되고 있었던 상황에서 전해질 불균형이 그 자체로 저산소성 뇌손상을 초래하거나 악화시킬 수 있다고 볼 만한 특별한 자료가 없는 이상, 피고 병원 의료진이 11:41경 이후 망인의 전해질 불균형과 관련하여 취한 조치와 망인의 심정지 및 이에 따른 저산소성 뇌손상과 사이에 인과관계가 있다고 보기도 어려우므로, 원고들의 위 주장은 이



유 없다.

6) 설명의무 위반 여부

가) 관련 법리 등

(1) 일반적으로 의사는 환자에게 수술 등 침습을 가하는 과정 및 그 후에 나쁜 결과 발생의 개연성이 있는 의료행위를 하는 경우 또는 사망 등의 중대한 결과 발생이 예측되는 의료행위를 하는 경우에 있어서 진료계약상의 의무 내지 침습 등에 대한 승낙을 얻기 위한 전제로서 당해 환자나 그 법정대리인에게 질병의 증상, 치료방법의 내용 및 필요성, 발생이 예상되는 위험 등에 관하여 당시의 의료수준에 비추어 상당하다고 생각되는 사항을 설명하여 당해 환자가 그 필요성이나 위험성을 충분히 비교해 보고 그 의료행위를 받을 것인가의 여부를 선택할 수 있도록 할 의무가 있는 것이지만, 의사에게 당해 의료행위로 인하여 예상되는 위험이 아니거나 당시의 의료수준에 비추어 예견할 수 없는 위험에 대한 설명의무까지 부담하게 할 수는 없다(대법원 1999. 9. 3. 선고 99다10479 판결 등 참조).

(2) 의사가 설명의무를 위반한 채 수술이나 투약을 하여 환자에게 사망 등의 중대한 결과가 발생한 경우에 환자측에서 선택의 기회를 잃고 자기결정권을 행사할 수 없게 된 데 대하여 위자료만을 청구하는 경우에는 설명결여 내지 부족으로 선택의 기회를 상실하였다는 사실만을 증명함으로써 족하나, 위자료만이 아닌 전 손해의 배상을 구하는 경우에는 그 설명의무의 위반이 구체적 치료과정에서 요구되는 의사의 주의의무의 위반과 동일시할 정도의 것이어야 하고, 그러한 위반행위와 환자의 사망과의 사이에 인과관계가 존재함이 증명되어야 한다(대법원 1994. 4. 15. 선고 93다60953 판결, 대법원 1996. 4. 12. 선고 95다56095 판결, 대법원 2002. 1. 11. 선고 2001다27499 판



결 등 참조).

(3) 한편 응급환자가 의사결정능력이 없거나 설명 및 동의절차로 인하여 응급 의료가 지체되어 환자의 생명이나 건강에 위험을 초래할 우려가 있는 등 특별한 사정이 있는 경우에는 설명의무가 일정한 범위 내에서 감경 또는 면제될 수 있다(응급의료법 제9조 제1항 제1호, 제2호, 대법원 2009. 7. 23. 선고 2006다64221 판결 참조).

나) 판단

앞서 든 증거, 을 제4호증의 기재 및 변론 전체의 취지를 종합하여 인정할 수 있는 다음과 같은 사실과 사정, 즉 ① 피고 병원 의료진이 이 사건 기관 삽관을 결정하였던 11:20경 망인은 중증 빈호흡 및 의식 저하를 보이고 있었고, 그 이후에도 의식을 회복하였다고 볼 만한 사정이 없는바,⁴⁴⁾ 당시 망인에 대하여 기도 확보와 호흡 유지 등의 응급조치가 필요한 상황이었던 것으로 보이는 점, ② 피고 병원 의료진은 즉시 망인과 동행한 원고 B에게 이 사건 기관 삽관의 필요성을 설명한 후 동의를 받아 이를 시행하였으며, 당시 작성된 '기관 내 삽관술(응급의학과) 동의서'(을 제4호증)에도 진단명(폐혈성 쇼크), 시술명(기관 내 삽관술), 시술의 필요성과 목적 및 기대되는 이점(기도 유지 및 보호하여 이물질, 위 내용물, 분비물의 흡인을 방지하며 환기와 산소 공급을 통하여 호흡부전과 환기 장애를 개선시킬 수 있습니다), 시술 중 발생할 수 있는 문제점 및 우발적 사고 발생 가능성(입술, 혀, 치아, 기관, 식도 손상이나 기도 내 흡인, 혈압 상승, 일시적 부정맥, 후두 연축, 통증 등이 발생할 수 있습니다), 시술 이외의 시행 가능한 다른 치료 방법(기도 삽관이 어렵거나 실패하는 경우 수술적 치료인

44) 뒤에서 보는 '기관 내 삽관술(응급의학과) 동의서'(을 제4호증) 하단 '동의서에 보호자 또는 대리인이 서명하는 경우'란에도 '환자의 신체, 정신적 장애로 인하여 약정 내용에 대하여 이해하지 못함' 부분에 선택표시가 되어 있고 그 상단에 원고 B의 서명이 있는바, 이에 의하면 피고 병원 의료진 및 원고 B 모두 당시 망인이 설명서에 서명하지 못할 정도의 의식 저하 또는 신체적 제약 상태에 있는 것으로 판단하였던 것으로 보인다.



윤상갑상절개술 혹은 기관절개술을 시행할 수도 있습니다), 시술을 하지 않을 경우의 예후(기도 확보가 되지 않으므로 위 내용물의 흡인이나 환기 장애에 의한 고탄산혈증⁴⁵⁾, 저산소증의 발생·악화 등으로 호흡부전 등이 심화되어 사망에 이를 수 있습니다) 등이 기재되어 있는 점, ③ 비록 위 동의서에 원고들이 주장하는 기관 삽관에 사용되는 약물과 관련한 내용이 기재되어 있지는 않으나, 기관 삽관은 그 자체로 기도 확보와 환기 유지를 위한 응급처치이고, 특히 이 사건과 같이 패혈성 쇼크가 의심되는 중증 빈호흡 및 의식저하 상태에서는 처치를 지연함에 따라 중대한 결과를 초래할 수 있으므로, 이 경우는 긴급한 경위 기타의 특별한 사정으로서 그 설명의무의 핵심은 기관 삽관의 필요성과 주요 합병증에 관한 것으로 집중될 수 있다고 봄이 상당한 점, ④ 이 사건 기관 삽관 과정에서 망인에게 투약한 에토미데이트와 베카론은 주된 의료행위인 기관 삽관의 시행을 가능하게 하거나 안전성을 확보하기 위한 보조적 조치의 성격도 갖는바, 응급 기관 삽관 상황에서 의료진에게 개별 약제의 약리작용, 부작용의 발생기전, 대체약제와의 비교위험성 및 세부 위험도까지 설명할 의무가 있다고 보기 어렵고, 오히려 그에 대한 설명의무가 있다고 보아 그 대상 범위를 폭넓게 인정할 경우 의료진으로 하여금 생명유지에 필요한 처치보다 사전 설명 및 동의 절차를 우선하도록 강제함으로써 응급의료의 본질인 신속성과 적시성을 훼손하여 환자의 생명·신체에 대한 위험을 증대시키는 결과를 초래할 우려가 있는 점, ⑤ 앞서 본 바와 같이 피고 병원 의료진이 이 사건 기관 삽관 과정에서 망인에게 에토미데이트와 베카론을 투약한 데에 의료상의 과실이 있다고 보기 어려운 이상, 망인에게 발생한 심정지 및 그로 인한 저산소성 뇌손상이 피고 병원 의료진의 투약 행위로 인하여 예상되는 위험이었다거

45) '고탄산혈증'의 오기로 보인다.



나 당시 의료 수준에 비추어 예견할 수 있었던 위험이라고 인정하기 어려운 점 등에 비추어 보면, 원고들이 제출한 증거들만으로는 피고 병원 의료진이 망인에게 이 사건 기관 삽관의 필요성 등에 대한 설명의무를 다하지 못한 잘못이 있다고 인정하기에 부족하고, 달리 이를 인정할 증거가 없다. 따라서 원고들의 위 주장은 이유 없다.

다. 소결론

따라서 피고 병원 의료진이 진료계약상 주의의무를 위반하여 망인으로 하여금 심정지에 따른 저산소성 뇌손상으로 사망에 이르게 하였음을 전제로 하는 원고들의 나머지 청구는 더 나아가 살펴볼 필요 없이 이유 없다.

4. 결론

그렇다면 원고들의 이 사건 소 중 각 17,401,722원 및 이에 대하여 2019. 4. 28.부터 2026. 4. 23.까지는 연 5%의, 그다음 날부터 다 갚는 날까지는 연 12%의 각 비율로 계산한 돈의 지급을 구하는 부분은 부적법하여 모두 각하하고, 위 각하 부분을 제외한 원고들의 나머지 청구는 이유 없어 모두 기각하여야 한다. 제1심판결은 이와 결론을 달리 하여 부당하므로, 이 법원에서 소송수계 및 변경된 청구를 포함하여 제1심판결을 위와 같이 변경하기로 하여, 주문과 같이 판결한다.

재판장 판사 정윤희

판사 강병하



본 판결문은 판결서 인터넷열람 사이트에서 열람·출력되었습니다. 본 판결문을 이용하여 사건관계인의 명예나 생활의 평온을 해하는 행위는 관련 법령에 따라 금지됩니다. 비실명처리일자 : 2026-07-02

판사 임동환