

연 구 보 고 서
2 0 2 2 - 1 2

진단서 작성 해설서

2023. 01.



이 보고서는 대한의사협회에서 주관하는 연구사업에 의해 수행된 것이며,
이 보고서에 수록된 내용은 연구자 개인적인 의견이며 대한의사협회의 공식
견해가 아님을 밝혀드립니다.

제 출 문

대한의사협회 의료정책연구소장 귀하

이 보고서를 “진단서 작성 해설서” 과제의 최종보고서로 제출합니다.

2022. 03.

연구책임자 : 유 성 호

공동연구원 : 김 형 석

박 성 환

나 주 영

노 상 재

박 종 필

김 문 영

요 약 문

진단서는 의사가 사람의 신체를 진찰한 결과에 관한 판단을 표시하여 생명이나 몸과 마음의 건강 상태에 관하여 의학적으로 판단한 증명서다. 이때 진단서는 사적 발행 문서이나 진단서의 증명은 법적인 증명임이 사회적으로 요구된다. 즉 어떤 사람의 좋거나 나쁜 건강상태가 법률 효과의 요건으로 사용되는 경우에는 그 요건의 충족 여부가 증명되어야 하는데, 진단서는 그러한 증명에 쓰일 의도로 의사에 의해 작성된 문서로 진실성을 근본으로 삼아 사회의 신뢰를 받는 문서이다. 의사는 진료하는 환자에게 공감하고 온정적인 태도를 가져야 한다. 그러나 진단서를 작성하고 교부하는 일은 진료 본연의 업무라기보다는 법률적인 행위라고 봐야 하며 의사 자신이 감정인으로서 역할을 가져야 한다.

의료 현장에서는 규정이나 서식에서 드러난 모호함이나 애매함, 의료인들이 자칫 저지르기 쉬운 착오 그리고 극히 일부의 허위진단서 사건에 드러난 불법행위 때문에 잘못 작성되고 교부된 진단서 등을 볼 수 있다.

이 해설서에서는 2016년 개정된 제10판 WHO 질병분류와 개정된 관련 법률과 서식을 참고하여 사망진단서 작성과 교부에 수반되는 일반적인 원칙과 적용되는 법률 등을 총론에서 설명하였고, 여전히 문제가 지속적으로 제기되는 허위진단서의 개념과 최신 판례에 대해서 상세하게 정리하였다.

각론에서는 가장 흔히 교부하는 (일반)진단서와 상해진단서에서 문제가 되는 치료기간도 실제로 예상되는 치료기간이 아닌 당해 상해에 전형적 내지 표준적인 치료기간임을 분명히 해야 할 이유를 고찰하고, 최종진단인지 임상적 추정인지도 명확히 할 것을 기존의 판례를 들어 제시하였다. 농민 사망 사건과 신생아 낙상 사건 등의 사회적 진통을 겪은 사망진단서 작성과 관련하여서는, 2018년 변경된 서식 사항을 중심으로 각 서식 항목이 지닌 의미와 해석을 최신 판례와 함께 예시를 달아 작성에 편리함을 추구하였다.

목 차

제1장 I 총론	1
제1절 서론	3
1. 진단서의 정의	3
2. 진단서의 종류	3
3. 진단서의 의미	4
제2절 진단서와 관련된 의사의 의무	6
1. 진단서 교부의 의무	6
2. 진단서 보관의 의무	12
3. 비밀·정보 유지의 의무	12
제3절 허위진단서	14
1. 구성 요건	14
2. 진단서의 규범적 판단	15
3. 허위진단서작성죄와 허위공문서작성죄	17
제2장 I 각론	19
제1절 (일반) 진단서	21
1. 환자의 주소, 성명 및 주민등록번호	21
2. 병명	21
3. 발병 연월일 및 진단 연월일	23
4. 치료 내용 및 향후 치료에 대한 소견	24
5. 입원·퇴원 연월일	24
6. 의료기관의 명칭·주소, 진찰한 의사의 성명, 면허자격, 면허번호	24
7. 기타	24

제2절 건강진단서	25
제3절 상해진단서	26
1. 상해와 손상의 구분	26
2. 추가 기재항목	28
3. 치료기간	31
4. 치료 내용 및 향후 치료에 대한 소견	35
제4절 사망진단서(시체검안서)	36
1. 서론	36
2. 사망진단서(시체검안서) 내용 및 작성방법	41
3. 사망원인 기재 방법	51
4. 사망의 종류 기재 방법	60
5. 사망진단서의 잘못된 작성 사례	62
제5절 출생증명서	64
제6절 사산(사태)증명서	66
제7절 소견서	67
제8절 감정서	68
제9절 기타 증명서	70
Ⅰ 참고문헌	71
Ⅰ 부록	75

표 목 차

표 1	진단서 종류	3
표 2	사망진단서의 신원 항목	41
표 3	WHO가 제안한 사망원인 표기형식	45
표 4	사망진단서의 사망원인 항목	46
표 5	사망원인의 작성 예	47
표 6	미국 사망진단서의 사망원인 서식	48
표 7	일본 사망진단서의 사망원인 서식	48
표 8	사망진단서의 사망의 종류와 외인사 항목	49
표 9	사망원인의 작성 예	56
표 10	흔히 사용되는 불확실한 진단명의 예	57
표 11	사망원인의 잘못된 작성 예	62
표 12	사망원인 수정 작성 예1	63
표 13	사망원인 수정 작성 예2	63

제1장 총론

제1절 서론

1. 진단서의 정의

의사가 사람을 진찰한 결과에 관한 판단을 표시함으로써 사람의 생명이나 건강과 관련된 상태를 증명하는 문서를 진단서(診斷書, medical certificate)라고 한다. 다시 말하면, 진단서는 의사가 전문적인 의학지식을 활용하여 환자를 진찰하고 몸과 마음의 의학적 상태를 객관적으로 기재한 문서이다. 진단서에 포함될 수 있는 내용은 매우 다양하며, 형식적으로도 의료인의 자율성이 충분히 반영될 수 있다. 그러나 의료법 시행규칙의 여러 서식에서 의료인의 자격을 기재하도록 요구하는 것과 같이 최소한의 형식은 갖추어야 한다.¹⁾

2. 진단서의 종류

우리나라에서는 <표 1>에 열거한 것과 같이 여러 종류의 의료문서가 사용되고 있는데, 넓은 의미의 '진단서'는 이들을 모두 포함한다.

표 1 진단서 종류

종류	작성 의료인	관련 서식
진단서	의사, 치과의사, 한의사	의료법 시행규칙 제5호의2서식
상해진단서	의사, 치과의사, 한의사	의료법 시행규칙 제5호의3서식
사망진단서, 시체검안서	의사, 치과의사, 한의사	의료법 시행규칙 제6호서식
출생증명서	의사, 한의사, 조산사	의료법 시행규칙 제7호서식
사산증명서, 사태증명서	의사, 한의사, 조산사	의료법 시행규칙 제8호서식
소견서	의사, 치과의사, 한의사	
감정서	의사, 치과의사, 한의사	각종 행정 법규

1) 문현호. 진단서, 처방전과 관련된 최근의 쟁점. 의료법학. 2013;14(2):49-80.

대부분의 진단서는 관련법에 규정된 서식이 있고, 상해진단서나 사망진단서와 같이 기재되어야 하는 항목도 정해져 있다. 그러나 환자나 외부 기관이 요청하는 소견서나 감정서의 경우에는 특별히 서식이 정해져 있지 않아도 진단서로 간주될 수 있다. 대법원도 “형법 제233조의 허위진단서작성죄에 있어서 진단서라 함은 의사가 진찰의 결과에 관한 판단을 표시하여 사람의 건강상태를 증명하기 위하여 작성하는 문서를 말하는 것이므로, 비록 그 문서의 명칭이 소견서로 되어 있더라도 그 내용이 의사가 진찰한 결과 알게 된 병명이나 상처의 부위, 정도 또는 치료기간 등의 건강상태를 증명하기 위하여 작성된 것이라면 역시 위의 진단서에 해당되는 것이다”라고 판시하였다.²⁾ 다만 입·퇴원 확인서 등과 같이 건강상태 등을 증명할 목적이 아니고 입원 여부나 입원기간의 증명이 주된 목적인 경우에는 진단서에 해당하지 않는다.³⁾

3. 진단서의 의미

진단서는 기본적으로 의사 개인이 발행하는 사문서(私文書)이다.⁴⁾ 진단서의 작성 목적은 사람의 건강 상태 등을 증명하기 위한 것인데, 이때 ‘증명’은 법적인 증명을 가리킨다. 즉 어떤 사람의 신체나 정신의 좋거나 나쁜 상태가 특정 법률효과의 요건이라면 그 요건의 충족 여부가 증명되어야 하는데, 진단서는 그러한 증명에 쓰일 의도로 의사에 의하여 작성된 문서라는 점에서 사회적·법적으로는 공문서(公文書)와 비슷한 역할을 하게 된다.

진단서는 사망원인 통계를 비롯한 여러 사업의 기초 자료로서 우리나라를 비롯한 전 세계에서 공식적인 보건 통계에 이용될 뿐만 아니라, 사회적으로 매우 다양한 맥락에서 활용되고 있다. 즉 보육·요양 등 기타 단체생활을 하는 시설의 입소, 학교나 직장에서의 결석·결근과 조퇴, 피의자나 피고인의 구속집행정지 및 재소자의 형집행정지,

2) 대법원 1990. 3. 27. 선고 89도2083 판결.

3) 대법원 2013. 12. 12. 선고 2012도3173 판결.

4) 공무원 신분인 의사나 공공기관인 의료기관에 소속된 의사가 진단서를 작성하였다면 공문서에 해당된다.

공판 불출석 사유에 대한 소명, 폭행 치상·상해·(업무상)과실치상 등의 형사처벌, 인신(人身)손해에 대한 민사상 손해배상청구, 질병·상해·인신손해의 보험금 청구에 이르기까지 의사의 진단서는 매우 중요한 역할을 하게 된다.⁵⁾ 그러므로 의사는 진단서의 중요성을 잘 알고 있어야 하며, 바르게 작성하고 적절하게 교부하여 불필요한 피해가 발생하지 않도록 노력해야 한다.

진단서는 원칙적으로 진찰 당시 환자의 건강 상태를 증명한다. 때로 과거의 진료 사실을 증명하려는 목적으로 진단서를 교부하기도 하는데, 엄격하게 구분한다면 이런 경우 ‘사실확인서’와 같은 형식으로 과거의 진료 사실에 한정하여 발부하는 것이 타당하다.

〈진단서 내용에서 주의해야 할 Q&A〉

Q1: 위암 때문에 3년 전 ‘위 부분절제술(subtotal gastrectomy)’을 받은 사람이 범죄를 저질러 교도소에 있는데 병(病) 보석(保釋)을 목적으로 진단서 교부를 요청하였다면 이를 진단서에 기재해야 하는가요?

A1: 진단서에 ‘위암 진단 후 위 부분절제술 후 상태’로 기재하고, 향후 치료에 대한 소견에 “위 부분절제술로 위의 상당 부분을 절제한 상태이므로 식사를 소량 자주 할 것으로 판단함”이라고 기재하는 것까지는 의학적 판단의 범주에 포함되지만, “수형 생활이 불가하다”는 판단은 규범적 판단이므로 의사가 작성하는 사실확인서나 진단서에 굳이 포함될 이유가 없습니다.

Q2: 복통 때문에 내원한 환자가 복통으로 인해 회사 업무가 당분간 불가하다는 내용을 진단서에 기재해달라고 요청하였다면 이를 기재해야 하는가요?

A2: 진단서에 “복통으로 인한 음식과 (며칠간의) 안정이 필요함”이라고 기재하는 것은 의학적 판단이나 “회사 업무가 불가하다”는 판단은 진단서에 기재할 필요가 없습니다.⁶⁾

5) 이동진. 진단서의 증명력: 상해진단서를 중심으로. 의료법학. 2017;18(2):47-73.

6) 만일 수형생활이 가능한지, 회사 근무가 가능한지를 구체적으로 질문하고 이에 대한 답변을 요청한다면, 주관적인 판단임을 명시하고 의사의 개인적 소견을 표명하는 것은 가능하고, 이것이 금지된다는 의미는 아닙니다.

제2절 진단서와 관련된 의사의 의무

진단서는 의사의 의학적 판단을 환자나 다른 의사를 비롯한 사회 구성원들에게 전달하기 위한 문서이므로, 정확하고 진실하여야 할 뿐만 아니라 명확하고 이해하기 쉽게 작성되어야 한다. 진단서의 교부 대상과 발급 경위가 정당한지도 중요한데, 이를 확인할 의무는 작성자인 의사에게 있다.

1. 진단서 교부의 의무

가. 의료법상 관련 조항

일상적인 사회생활에서 진단서나 증명서를 제출해야 하는 일을 자주 접하게 된다. 만약 의사가 진단서를 교부하지 않으면 국민들의 활동에는 제약이 따르고 정당한 권리를 행사할 수 없게 된다. 이를 방지하기 위하여 의료법 제17조 제3항에서는 의사가 “자신이 진찰하거나 검안한 자에 대한 진단서·검안서 또는 증명서 교부를 요구받은 때에는 정당한 사유 없이 거부하지 못한다.”고 하였고, 같은 조 제4항에서는 “자신이 조산(助産)한 것에 대한 출생·사망 또는 사산증명서 교부를 요구받은 때에는 정당한 사유 없이 거부하지 못한다.”고 하여 진단서 등의 교부를 거부하는 것을 금지하였다. 이 때 교부를 거부할 수 있는 ‘정당한 사유’로는 환자 본인이나 적법한 대리인이 아닌 사람이 진단서 교부를 요구하는 경우나 범죄에 이용될 의심이 있는 경우 등이 있다. 의사가 이를 위반한 경우에는 500만 원 이하의 벌금형으로 처벌 받을 수 있고(의료법 제90조), 보건복지부장관으로부터 자격정지 등의 제재적 행정처분을 받을 수 있다(의료법 제66조 제1항 제10호).

나. 진단서 교부의 자격 및 주체

진단서 등은 반드시 의료인이 교부하여야 하지만,⁷⁾ 모든 의료인이 모든 종류의 진단서를 교부할 수 있는 것은 아니다. 의사나 치과의사, 한의사는 시체검안서를 비롯한

거의 모든 종류의 진단서를 교부할 수 있는 반면, 출생증명서와 사산(사태)증명서는 의사·한의사를 비롯해 조산사도 교부할 수 있다(표 1). 반면 간호사가 작성할 수 있는 진단서는 없다.

치과의사에게 검안(檢案)을 요청하고 시체검안서를 발급받는 일은 거의 없겠지만, 암 환자를 수술해야 하는 구강외과에서는 치과의사가 사망진단서를 교부하는 일이 비교적 드물지 않다. 한의사의 경우에는 한국표준질병·사인분류에 따라 진단명을 기재해야 한다는 점이 특히 어려울 것으로 보인다(의료법 시행규칙 제9조 제2항). 한국표준질병·사인분류에서는 ‘특수목적 코드(U00-U99)’에 ‘한의병명(U22-U32)’과 ‘한의병증(U50-U79)’ 항목을 두어 한방 용어도 함께 분류해 놓았지만, 실제 적용과 활용에는 혼란이 있다. 특히 특수목적 코드를 적용한 진단서는 통계청 사망원인통계의 근거자료로 사용하기는 현실적으로 어렵다.

한편 진단서를 작성하고 교부할 수 있는 의료인의 자격은 단순히 면허만으로 충족되지는 않는다. ① 진단서를 작성하거나 교부할 당시 의료업에 종사하고 있어야 하고, ② 해당 환자를 직접 진료했어야 한다. 이때 ‘의료업에 종사한다.’는 것은 개설된 의료기관에 소속(등록)되어 지속적으로 의료행위를 수행하는 것을 의미한다.

〈진단서 교부 주체 Q&A〉

Q1: 의과대학 생화학교실 교수가 해당 대학병원 겸임교수로 임명되어 있는데, 의사 면허는 있지만 진료는 하지 않고 있다면 진단서를 발급할 수 있을까요?

A1: 의료기관에 소속되어 있더라도 환자를 직접 진료하지 않았다면 진단서를 교부할 수 없습니다. 즉 병원에 소속된 의사인 교수라도 진료를 하지 않고 연구나 교육 등의 다른 업무만 수행하고 있다면 진단서는 발급할 수 없습니다. 단 예외적인 경우도 있는데, 국립과학수사연구원에 소속되어 검시(檢屍) 업무를 담당하는 의사들은 의료업에 종사하는 것은 아니지만 의료법 제17조 1항에 의거하여 시체검안서를 작성하고 교부할 수 있습니다.

Q2: 정식으로 소속되지 않은 병원에서 지인을 대리하여 당직을 하던 중 진단서 교부를 요청받았습니다. 제 이름으로 진단서를 교부할 수 있을까요?

A2: 해당 병원에 소속되지 않고 관할 보건소에 당직 의사로 등록되어 있지 않다면, 당직 진료를 하고 있었더라도 진단서를 교부할 수 없는 것이 원칙입니다.

7) 의료인이 아닌 사람이 진단서를 작성하면 의료법 제17조 위반이다(서울고법 1971. 6. 24. 선고 71노297 판결).

진단서 교부에 있어 ‘직접 진료’는 당연한 일이지만, 직접 진료의 내용이나 범위가 법률에 정해져 있지는 않다. 다만 예외적인 상황으로는 ① 환자를 마지막으로 진료한 뒤 48시간 이내에 사망하여 사망에 대한 진단이 필요한 경우(제2장 4절 사망진단서(시체검안서) 참고)나 ② 그를 진료하던 의사가 불가피한 사정으로 부재하여 직접 진단서를 발급할 수 없는 경우(제1장 2절 1. 다. 진단서 교부의 대상 참고) 등이 있다. 이러한 사정이 없는 상태에서 환자를 직접 진찰하지 않은 의사가 진단서를 발급하였다면 1년 이하의 징역 또는 1천만 원 이하의 벌금에 처해질 수 있다(의료법 제17조 제1항 및 제89조). 이러한 절차적 규제는 진단서의 진실성과 정확성을 확보하기 위한 것이다.

원칙적으로는 진찰한 의사(진찰자)가 진단서를 작성(작성자)하고 자신의 이름으로 발급(명의자)해야 하지만(진찰자A, 작성자A, 명의자A),⁸⁾ 진단서를 작성하는 의료 실무에서는 한 사람이 이러한 과정을 모두 수행하지 못하는 상황이 발생하기도 한다. 이에 대한 법적 해석은 다음과 같다.

① 진찰하지 않은 의사가 자신의 명의로 진단서를 작성하고 교부하였다면(진찰자A, 작성자B, 명의자B), ‘직접 진료’하지 않고 진단서를 작성하여 교부하였으므로 작성자 및 명의자는 명백하게 의료법 제17조 위반이다. 다만 대법원 1993. 7. 13. 선고 92누16010 판결(의사면허자격정지처분취소)은 “직접 진료하지 아니하였지만 위 병원 소속 의사와 직원들에 의하여 검사와 진단이 행하여진 후 위 병원의 통례에 따라 원고가 대표자로서 그의 명의로 건강진단서를 작성 발급한 점 등을 고려하여 보면, 이 사건 처분은 위반행위의 정도에 비하여 원고에게 지나치게 가혹하여 재량권의 범위를 일탈한 위법한 처분”이라고 보았다.

② 진찰하지 않은 의사가 진찰한 의사의 명의로 진단서를 작성하여 교부하는 일도 있을 수 있다(진찰자A, 작성자B, 명의자A). 이에 대한 해석이나 처분은 다음 문답과 같이 구체적인 상황이나 진료 여건 등에 따라 달라질 수 있다.

8) 문현호. 진단서, 처방전과 관련된 최근의 쟁점. 의료법학. 2013;14(2):65-70.

〈대학병원 전공의 진단서 교부 Q&A〉

Q: 대학병원에 입원한 환자를 교수가 진찰한 뒤 전공의(레지던트)에게 진단서를 작성하게 하였고, 진단서는 교수 명의로 발급되었습니다. 이는 허위진단서로서 의료법 위반에 해당될까요?

A: 교수의 지시내용에 따라 전공의(레지던트)가 교수를 대신하여 진단서 작성 업무만 수행하고, 교수 이름으로 진단서를 발행하였다면 진단서 작성의 주체는 교수이므로 의료법을 위반하였다고 볼 수 없습니다. 그러나 만약 진찰한 교수의 지시나 허락 없이 전공의가 교수 명의의 진단서를 교부하였다면 의료법 위반에 해당합니다.

③ 진찰한 의사가 진단서를 직접 작성했지만 이를 다른 의사의 명의로 발급했다면 (진찰자A, 작성자A, 명의자B) 명의를 허위로 기재했으므로 ‘허위진단서’에 해당할 수 있다.

〈다른 의사 명의의 진단서 발급 Q&A〉

Q: 지인의 병원에 대리 당직을 서고 있는 상황에서 진단서 교부를 요청 받았습니다. 제가 진찰하였지만 해당 병원 소속이 아니어서 본인의 이름으로 진단서를 작성하기 싫은데, 병원 개설자인 지인의 이름으로 진단서를 교부하여도 될까요?

A: 진찰한 의사가 다른 의사의 이름으로 진단서를 작성한 경우 의료법 위반(허위진단서 작성)에 해당될 수 있습니다.

다. 진단서 교부의 대상

환자를 정당하게 진료하였고 그 근거가 의무기록으로 남았다면, 진료한 내용을 진단서로 작성함에 있어 그 대상이 누구인지에 따라 특별히 제한이 있지는 않다. 물론 진단서의 속성과 취지에 영향을 미칠 수 있는 상황에 대해서는 고려할 필요가 있겠다. 우리나라의 경우 의사 자신이나 가족에게 진단서를 교부할 수 없다는 법 규정은 아직 존재하지 않지만, 진단서는 객관적인 의학적 판단을 나타내는 문서이므로 의사 자신이나 가족처럼 객관적인 입장을 유지하기 어려운 대상에게는 교부하지 않는 것이 일반적이며 보험 등의 경제적 보상 또는 배상과 관련된 사항에 대한 진단서라면 의사 자신이 발행하는 것이 법률적으로 분쟁이 발생할 소지가 있다.

의료 현장에서는 환자가 직접 의료기관을 방문할 여건이 되지 못하여 가족이 대신 진단서를 요구하는 경우가 있다. 진단서를 요청하거나 발급할 당시에 환자가 오지 않았더라도, 의사가 환자를 직접 진료한 적이 있고 당시의 의무기록을 근거로 하여 진료 당시의 상태에 대해 기술한다면 ‘직접 진료’에 따른 진단서가 아니라고 볼 근거가 없다. 나아가 의료법 제17조 단서 조항은 환자를 직접 진료한 의사가 진단서를 직접 교부할 수 없는 사정이 있다면 같은 의료기관에 종사하는 의사가 진료기록부 등을 근거로 당해 환자에 대한 사실을 기록한 진단서를 교부할 수 있도록 허용하고 있다. 예를 들어 환자를 진료하였던 의료인이 소속 기관을 옮기거나 퇴직하거나 사망한 경우가 있겠다. 즉 사실을 증명할 근거자료가 있고 이에 따라 진단서를 작성할 수 있으며 작성된 진단서의 내용 역시 사실이라면 환자의 편의를 고려하여 굳이 ‘직접 진료’한 의사만 진단서를 교부하도록 강요하지는 않는다는 취지다. 다만, 진단서는 민감 정보를 담고 있으므로, 환자 본인이 직접 오지 않은 경우라면 환자 본인이 진단서 발급을 요청한 것인지, 또는 환자 본인의 의사에 반하는 것이 아닌지 등을 확인할 필요가 있다

라. 질병과 건강 상태

진단서에 기재된 진단명 또는 의학적 상태는 원칙적으로 진단서를 교부할 당시의 상태여야 한다. 환자가 예전에 앓았지만 이미 치유된 질환은 진단서의 교부 대상이 아니다. 만약 환자가 이전에 앓았던 질병에 대한 진단서를 요구한다면 서식은 진단서와 동일하더라도 앞서 언급하였듯이 ‘사실확인서’와 같은 증명서로 대신한다. 예를 들어 진단서의 서식에 과거의 의학적 상태에 대하여 기재하되 제목은 두 줄로 지우고 ‘사실확인서’라고 기재하는 것이다.

다만 암 같은 질환은 어려울 수 있다. 예를 들어 환자가 위암을 진단받은 지 수 년이 지나 해당 암에 대한 진단서를 요구할 수 있는데, 이때 진단서에 기재될 진단명은 의학적 판단에 따라 달라진다. 환자에게 잔여 암이 확인되는 상태이거나 여전히 암 치료를 받고 있다면 진단명이 ‘위암(C16)’인 진단서를 교부할 수 있겠지만, 수술 후 재발이나 전이가 없는 상태에서 5년이 경과하여 일반적인 기준의 완치 상태에 해당된다면

이는 ‘위암 수술 후 상태’라고 해야 한다. 즉 “수 년 전 위암으로 수술을 받은 사실” 등을 증명하면 충분하다.

〈과거 진단 내용에 대한 진단서 교부 Q&A〉

Q: 위암 때문에 3년 전 ‘위 부분절제술(subtotal gastrectomy)’을 받은 사람이 진단서 교부를 요청한다면?

A: 암 수술을 받은 지 3년 밖에 지나지 않았다면 아직 완치되었다고 보기는 어렵습니다. 그렇다고 해서 잔여 암이 확인되지 않는 환자에게 ‘위암이 있는 상태’라고 하는 것도 어색합니다. 사실확인서의 형식으로 ‘위암을 진단받은 뒤 위 부분절제술을 받은 상태’라고 기재하는 것이 적당합니다.

때로는 환자의 가족 등이 좀 더 구체적인 내용에 대한 소견을 요구하기도 하는데, 의학적 영역에 한하여 자신의 판단을 제시하면 됩니다. 예를 들어 향후 치료에 대한 소견으로서 식사와 관련된 내용을 요구한다면, “위 부분절제술로 위의 상당 부분을 절제한 상태이므로 소량의 식사를 자주하는 것이 도움이 될 것으로 보임”과 같은 내용을 기재할 수 있겠습니다. 그러나 여기에 “수형(受刑) 생활을 하기가 매우 어려울 것으로 생각됨”이라고 덧붙인다면 의학적 판단이 아닌 규범적 판단에 해당하고 공식적으로 이러한 규범적 판단을 해 줄 것을 요청받는 등의 특별한 사정이 없는 한 이러한 내용을 임의적으로 기재하는 것은 바람직하지 않습니다(제1장 3절 허위진단서 참고).

마. 진단서 청구 및 수령의 자격

진단서 교부를 청구하거나 수령할 수 있는 사람은 원칙적으로 진단의 대상인 환자 본인이다. 그러나 환자가 사망하거나 의식이 없는 상태라면 그의 배우자, 직계존비속 및 그 배우자의 직계존속 등의 친족이 청구 및 수령권자가 될 수 있고, 이러한 친족도 없다면 예외적으로 환자의 형제·자매에게 발급할 수 있다(의료법 제17조). 물론 이 경우에는 ① 발급요청자의 신분증 사본과 ② 환자와의 관계를 증명하는 서류를 첨부해야 하며, ③ 환자의 직계존속·비속, 배우자 및 배우자의 직계존속이 모두 없어 형제·자매에게 발급해야 한다면 이를 확인할 수 있는 서류를 함께 제출해야 한다. 의사능력이 있는 미성년자의 법정대리인이 진단서를 발급받고자 할 때도 ①과 ②의 서류가 필요하다. 반면 진단서의 범주에 해당하지 않는 입퇴원확인서나 진료확인서는 환자의 동의를 받은 제3자에게 발급할 수 있다.⁹⁾

9) 진단서라고 하더라도 만일 환자 본인이 거동 불편 등으로 대리인을 선임하여 환자 본인의 자필 동의서, 위임장 등 합당한 서류를 첨부한 경우라면 대리인(제3자)에게 진단서를 작성, 교부해 줄 수도 있다.

2. 진단서 보관의 의무

의료법 시행규칙 제15조(진료에 관한 기록의 보존)는 진단서 등의 부분을 종류에 따라 구분하여 최소 3년 동안 보존하도록 하였다. 이 조항에 따르면 기록의 보존 기간은 기록의 종류에 따라 2년부터 10년까지 다양하다.¹⁰⁾ 만약 의료기관 개설자가 의료법 제40조제1항에 의하여 의료업을 폐업하거나 1개월 이상 휴업할 경우 진단서도 진료기록부와 같이 제40조제2항¹¹⁾에 따라 관할 보건소장에게 이관하여야 한다.

3. 비밀·정보 유지의 의무

의료법 제17조(진단서 등)는 진단서를 환자에게 직접 교부하는 것을 원칙으로 하되, 만약 환자가 사망하였다면 배우자나 직계존비속, 또는 배우자의 직계존속에게 교부할 수 있고, 검안서에 한해 담당 검사에게 교부할 수 있다고 하였다.

의료법 제19조(정보 누설 금지)는 “의료인이나 의료기관 종사자는 이 법이나 다른 법령에 특별히 규정된 경우 외에는 의료·조산 또는 간호업무나 의료법 제17조에 따른 진단서·검안서·증명서 작성·교부 업무를 하면서 알게 된 다른 사람의 정보를 누설하거나 발표하지 못한다.”고 하였고, 형법 제317조(업무상비밀누설)는 “① 의사, 한의사, 치과 의사, (중략) 그 직무상 보조자 또는 차등의 직에 있던 자가 그 직무처리 중 지득한 타인의 비밀을 누설한 때에는 3년 이하의 징역이나 금고, 10년 이하의 자격정지 또는 7백만 원 이하의 벌금에 처한다.”고 하였다. 이들 조항은 모두 의사가 본연의 업무, 즉 진료 등의 과정에서 알게 된 비밀과 정보를 지킬 것을 요구하고 있다.

‘업무 중 알게 된 정보(비밀)’는 환자 본인이 직접 말한 것, 은연중에 알게 된 것,

10) 환자 명부 : 5년 / 진료기록부 : 10년 / 처방전 : 2년 / 수술기록 : 10년 / 검사내용 및 검사 소견기록 : 5년 / 방사선 사진(영상물을 포함한다) 및 그 소견서 : 5년 / 간호기록부 : 5년 / 조산기록부 : 5년 / 진단서 등의 부분(진단서·사망진단서 및 시체검안서 등을 따로 구분하여 보존할 것) : 3년.

11) 2023. 3. 5. 시행되는 개정 의료법에서는 진료기록부 이관이 제40조 제2항에서 제40조의2조로 변경된다.

진료 과정에서 알게 된 것 등을 모두 포함한다. 또한 일반에게 알려지지 않은 사항으로서 환자 본인이 비밀로 하기를 원하는 내용과 일반적으로 비밀로 여겨지는 내용을 모두 포함한다. 한편 누설(漏泄)은 특정 내용을 말 또는 문서로 전하는 행위, 그 내용이 담긴 기록을 노출하거나 열람을 허용하는 행위 등 그 방법에 관계없이 정보·비밀의 내용을 환자 본인이 아닌 사람에게 전달하는 것을 가리킨다.

〈가족 진단서 발급 Q&A〉

Q: 환자의 남편이 병원에 내원하여 환자가 앓고 있는 질병에 대한 진단서를 요청하였습니다. 이처럼 가까운 가족이라면 진단서를 교부해도 문제가 없을까요?

A: 원칙적으로 환자의 가족이라도 동의서나 전화 통화 등으로 환자의 허락을 구한 뒤에 진단서를 발급하여야 합니다. 환자가 원하지 않은 사람에게 진단서를 교부하면 정보 또는 비밀누설의 죄에 해당할 수 있습니다. 의료 현장에서는 배우자와 같이 환자와 가까운 가족인 경우 별다른 의심 없이 환자의 진단서를 교부하는 일이 흔한데, 반드시 상황을 잘 살펴야 합니다(물론 환자가 사망했다면 배우자에게 교부할 수 있습니다). 한 예로, 오랜 기간 정신건강의학과 치료를 받아 온 환자의 남편이 “직장에 부인의 치료비용을 청구하려 한다.”며 진단서를 교부받은 뒤 이를 이혼 소송에서 자신에게 유리한 증거로 제시하였던 사건이 있었습니다. 부인 측은 환자인 자신의 동의 없이 자신에게 불리한 진단서를 남편에게 교부한 의사를 의료법 위반으로 고발하였고, 의료법 제17조와 제19조(비밀 누설 금지)를 위반한 점이 지적되었습니다. 의사는 앞뒤 사정을 설명하여 다행히 처벌은 면했지만 조사를 받는 등의 고초를 겪어야 했습니다.

제3절 허위진단서

의사 등의 허위 진단서 등 작성과 관련된 법적 규제는 형법 제233조 허위 진단서 등의 작성죄에 관한 규정과 의료법 제17조의 원칙적으로 직접 진찰한 의사 등만이 발부하도록 하는 규정 등이 있다. 형법은 허위 진단서 등을 작성한 경우 3년 이하의 징역이나 금고, 7년 이하의 자격 정지 또는 3,000만 원 이하의 벌금에 처하도록 규정하고 있고, 의료법은 의료법 제17조 제1항을 위반한 경우에도 1년 이하의 징역이나 500만 원 이하의 벌금에 처하도록 규정하고 있다(의료법 제89조). 뿐만 아니라 의료법 제66조 제1항 제3호는 의료법 제17조 등을 위반하여 거짓으로 진단서 등을 작성하여 내준 경우 1년의 범위 안에서 면허 자격을 정지시킬 수 있으며, 나아가 형법 제233조 등에 의해 금고 이상의 형을 선고 받고 그 형의 집행이 종료되지 아니한 경우 등에는 반드시 면허를 취소하도록 규정하고 있다(의료법 제65조 제1항 제1호). 이 경우 취소된 면허의 재교부도 3년 이내에는 할 수 없도록 규정하고 있다(의료법 제65조 제2항).

1. 구성 요건

허위진단서작성죄가 성립하려면 우선 작성 권한이 있는 의사가 진료한 후 허위의 내용, 즉 진실이 아닌 내용을 진단서 등에 기재하여 교부되어야 한다. 만약 의사가 아니거나 의사 자격 정지 상태의 사람이 작성하였다면 이는 허위진단서작성죄라기보다는 사문서위조에 해당한다고 볼 여지가 있을 뿐 허위진단서작성죄에는 해당되지 않는다고 볼 수 있다.¹²⁾ 한편 허위의 내용은 사실과 판단에 관한 것을 모두 포함한다. 사실에 관한 것으로는 진료 내용뿐만 아니라 치료의 여부와 치료 기간, 입원 기간, 진료 일시, 사망 일시 등이 해당된다. 판단에 관한 것으로는 주로 병명(病名)과 사인(死因)이 해당되며, 향후 치료 소견 등도 포함된다. 이러한 허위의 내용 없이 직접 진찰하지 않은 환자에 대하여 진단서를 작성했다는 사실만 있다면 허위진단서작성죄가 아닌 의료법

12) 전주지방법원 2019. 6. 26. 선고 2018고단843 판결.

제17조 위반에 해당한다.

허위진단서작성죄는 허위임을 증명하지 못하게 할 취지로 진단서를 작성한 행위를 가리키는 것이므로, 작성자의 고의(故意)가 있어야 하고 기재된 내용이 실제로 진실에 반한 것이어야 한다. 즉 의사가 자기가 작성하는 것이 진단서라는 사실과 그 내용이 허위라는 사실을 인식한 상태에서 그 내용을 진단서에 인용하여야 한다. 그러나 진단서를 작성한 의사가 허위라고 생각하고 기재하였더라도 그 내용이 객관적 진실과 일치한다면 허위진단서라고 할 수 없다.

〈허위진단서 구성 요건 Q&A〉

Q1: 환자에게 영상 검사를 시행하였는데, 악성신생물을 염증성 병변으로 잘못 판독하였습니다. 이러한 오진(誤診)도 허위진단서 작성행위에 해당하는지요?

A1: 의사가 진찰을 소홀히 하거나 오진하여 결국 진단서에 잘못된 사실이나 판단이 기재되었더라도, 의사의 고의가 없었다면 허위진단서라고 볼 수 없습니다. 다시 말하면, 주관적인 진찰의 소홀이나 착오로 인한 오진에는 허위진단서를 작성한다는 인식이 있다고 볼 수 없기 때문에 ‘오진진단서’를 바로 ‘허위진단서’로 판단하지는 않습니다.¹³⁾

Q2: 문진에서 파악된 환자의 증상을 바탕으로 진단서를 작성하였습니다. 추후에 환자가 꾸며낸 거짓 증상으로 밝혀진다면 진단서도 허위로 간주되는지요?

A2: 만약 환자가 의사를 속일 의도가 있었고 의사가 환자에게 속아서 진단서를 작성하게 되었다면 의사에게는 허위진단서를 작성한다는 고의가 없었다고 볼 가능성이 큼니다. 이러한 상황을 구분하기 위해서는 환자가 호소하는 증상이나 질환에 대한 객관적인 근거를 확보하는 것이 좋지만, 모든 질환에서 가능한 것은 아닙니다. 예를 들어 염좌나 외상 후 스트레스 장애, 복합부위통증증후군과 같은 질환은 주관적인 증상이 있어도 이를 뒷받침하는 영상검사나 혈액검사 등의 이상이 없어 허위의 의심이 있더라도 환자의 증상을 부정하기가 어렵습니다. 즉 객관적 근거가 없더라도 의사는 환자가 호소하는 주관적 증상을 근거로 진단서를 교부할 수 있습니다. 그러나 이러한 진단서의 증명력은 추후 다시 법률적인 판단을 받아야 할 수도 있습니다.

2. 진단서의 규범적 판단

앞서 언급하였듯이, 허위진단서의 내용에는 사실은 물론이고 판단에 관한 것도 포함된다. 진단명이 대표적이다. 의료법 시행규칙 제9조 제1항(진단서)의 ‘치료 내용 및 항

13) 대법원 1976. 2. 10. 선고 75도1888 판결.

후 치료에 대한 소견'이나 제2항(상해진단서)의 '입원의 필요 여부, 외과적 수술 여부, 합병증의 발생 가능 여부, 통상 활동의 가능 여부, 식사 가능 여부, 상해에 대한 소견, 치료기간' 등도 판단에 관한 내용이다. 의학적 판단의 영역에 해당하는 한, 의사는 진단서나 상해진단서에 자신이 판단한 내용을 비교적 자유롭게 기재할 수 있고, 의사의 의학적 판단은 상당한 증명력이 인정된다.

그러나 규범적 판단은 그렇지 않다. 규범적 판단이란 어떠한 대상이 법률이나 조문, 각 단체의 규정 등이 정한 기준에 해당하는지에 대한 판단을 말한다. 예를 들어 자신이 진료한 환자의 상태를 “등교하여 수업을 받을 수 없다”거나 “수형 생활을 할 수 없다”거나 “영업용 택시 운전이 불가능하다” 등의 판단이 해당된다. 이러한 규범적 판단은 상당부분 주관적이므로 판단 주체가 가진 의도가 판단의 결과에 영향을 미칠 수 있고, 허위진단서 여부를 판단하는 쟁점이 되기도 한다. 실제로 대법원 판결(대법원 2017. 11. 9. 선고, 2014도15129 판결)에서는 “형사소송법 제471조 제1항 제1호에서 정하고 있는 형집행정지의 요건인 ‘형의 집행으로 인하여 현저히 건강을 해할 염려가 있는 때’에 해당하는지에 대한 판단은 검사가 직권으로 하는 것이고, 그러한 판단 과정에 의사가 진단서 등으로 어떠한 의견을 제시하였다고 하더라도 검사는 그 의견에 구애받지 아니하며, 검사의 책임 하에 규범적으로 그 형집행정지 여부의 판단이 이루어진다. 그렇지만 이 경우에 의사가 환자의 수형 또는 수감(收監)생활의 가능 여부에 관하여 기재한 의견이 환자의 건강상태에 기초한 향후 치료 소견의 일부로서 의료적 판단을 기재한 것으로 볼 수 있다면, 이는 환자의 건강상태를 나타내고 있다는 점에서 허위 진단서 작성의 대상이 될 수 있다.”고 판시하여 당연히 허위진단서의 판단 대상으로 보았다.

일부 규범적 판단은 부분적이거나 객관성을 가지기도 한다. 이러한 예로는 “신체장애 제3급에 해당한다.”거나 “노동능력상실률은 67%다.” 등이 있다. 여기서 신체장애등급이나 노동능력상실률 같은 지표는 환자를 진찰한 결과를 여러 전문가들 사이에 공유된 판단 기준에 적용하여 결정되는 것이므로, 규범적 판단임에도 불구하고 객관성과 의학적 전문성을 가지며 의사, 특히 해당 분야 전문의들의 판단을 필요로 한다. 그러나 대부분의 규범적 판단은 객관적 기준이 없으므로, 의사는 의학적 영역에 대한 객관적

판단만 제시하고 그 이상의 규범적 판단은 관련 전문가 집단이나 위원회 등에서 결정하도록 남겨두는 것이 타당하다.

3. 허위진단서작성죄와 허위공문서작성죄

일반적으로 진단서는 기본적으로 사문서이지만, 공무원 신분의 의사나 공공기관인 의료기관에 소속된 의사가 진단서를 작성하였다면 공문서에 해당된다. 따라서 의사가 허위진단서를 작성하면 허위진단서작성죄를 묻지만, 공무원인 의사가 공무소 명의의 허위진단서를 작성하면 허위공문서작성죄(형법 제227조)에 해당한다는 판례가 있다(대법원 2004. 4. 9. 선고 2003도7762 판결). 대법원은 “허위진단서작성죄의 대상은 공무원이 아닌 의사가 사문서로서 진단서를 작성한 경우에 한정되고 공무원인 의사가 공무소 명의로 허위진단서를 작성한 경우에는 허위공문서작성죄만이 성립하고 허위진단서작성죄는 별도로 성립하지 않는다.”고 하였다. 결국 허위진단서를 작성한 의사가 공무원이면 허위공문서작성죄에 해당하고, 공무원이 아니면 허위진단서작성죄가 성립한다는 취지인데, 이는 같은 범죄라면 공무원 신분에 따라 더 무거운 죄가 적용될 수 있는 것이다. 허위진단서작성죄의 벌칙이 허위공문서작성죄보다는 가볍기 때문이다.¹⁴⁾ 그러나 이에 대해서는 여러 반론이 있다.

14) 형법 제227조(허위공문서작성등) 공무원이 행사할 목적으로 그 직무에 관하여 문서 또는 도화를 허위로 작성하거나 변개한 때에는 7년 이하의 징역 또는 2천만 원 이하의 벌금에 처한다. 형법 제233조(허위진단서등의 작성) 의사, 한의사, 치과의사 또는 조산사가 진단서, 검안서 또는 생사에 관한 증명서를 허위로 작성한 때에는 3년 이하의 징역이나 금고, 7년 이하의 자격정지 또는 3천만 원 이하의 벌금에 처한다.

제2장 각론

제1절 (일반) 진단서

진단서는 의료법 제17조와 의료법 시행규칙 제9조 제1항과 제2항에 따라 다음과 같은 사항이 기재되어야 한다. 그 밖의 사항은 반드시 기재해야 하는 것은 아니다.¹⁵⁾

1. 환자의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 병명 및 한국표준질병·사인분류(통계법 제22조 제1항 근거)에 따른 질병분류기호
3. 발병 연월일 및 진단 연월일
4. 치료 내용 및 향후 치료에 대한 소견
5. 입원·퇴원 연월일
6. 의료기관의 명칭·주소, 진찰한 의사·치과의사 또는 한의사(부득이한 사유로 다른 의사 등이 발급하는 경우에는 발급한 의사 등을 말한다)의 성명·면허자격·면허번호 등

1. 환자의 주소, 성명 및 주민등록번호

환자의 신원을 대표하는 항목으로, 신원확인도 작성자의 책임이다. 환자의 주민등록증이나 운전면허증과 같은 신분증으로 본인 여부를 확인하는 것이 원칙이나, 일상적인 방법으로 신원이 확인된 상태라면 충분하다. 예를 들어 일관성 쌍둥이가 의도적으로 신원을 속이려 할 가능성까지 예상하고 대비할 것을 의사를 비롯한 의료진에게 요구하지는 않는다.

2. 병명

병명 또는 진단명은 한국표준질병·사인분류에 따라 부여되어야 한다(의료법 시행규칙 제9조 제3항). 이 분류는 세계보건기구(WHO, World Health Organization)에서 만든 국제질병사인분류(ICD, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)와 중앙한국제질병분류(ICD-O, International Classification

15) 대법원 2017. 11. 9., 선고, 2014도15129 판결.

of Diseases for Oncology)를 기반으로 하여 우리나라의 상황을 일부 반영한 것으로, 2021년 1월 1일 8차 개정판(KCD-8)¹⁶⁾이 시행되었다. 이는 국내외에서 유사한 형태의 질병 및 사망을 체계적으로 유형화함으로써 질병 및 기타 보건 문제의 분류 및 통계 작성이 명확해지고 의학 데이터의 국제적인 소통이 원활해진다는 장점이 있다.

모든 환자에게 부여된 병명에는 근거가 있어야 한다. 의사는 환자가 호소하는 주소(主訴, chief complaint)를 비롯한 주관적인 증상(症狀, symptoms)과 객관적인 징후(徵候, signs)를 바탕으로 여러 가지 검사 결과를 종합하여 환자의 의학적 상태를 추론(推論, reasoning)함으로써, 의심이 가는 병명이나 상태를 배제(排除, rule-out)하거나 확인(確認, confirm)하는 과정을 거쳐 진단을 결정한다.

진단서에 기재되는 병명은 ‘임상적 추정’과 ‘최종 진단’ 등 크게 두 가지로 나뉜다. 임상적 추정은 주로 환자의 주관적 증상을 바탕으로 일부 객관적 징후를 참고하여 추정된 진단을 말하며, 진단을 뒷받침하기 위한 검사결과가 충분하지 않을 때 사용된다. 최종 진단은 객관적이고 재현 가능한 검사결과가 충분히 얻어진 후에 증상과 징후를 종합하여 판단한 진단명이다. 증상과 징후, 검사 결과 등 모든 진단 근거는 의무기록에 있어야 한다.

〈진단서 병명에서 주의해야 할 사항 Q&A〉

Q: 피부과 전문의가 환자의 “등에 붉은 기운이 있다”는 말을 듣고 환자의 등에서 국소적 반점을 확인하였습니다. 그러나 통증 여부에 대해서는 의무기록에 기재하지 않은 상태에서 진단서에 ‘대상포진’을 최종 진단으로 기재하였습니다. 이 경우 법적으로 문제가 생길 수 있나요?

A: 진단의 수준에 따라 그에 합당한 근거가 반드시 있어야 합니다. 관련 판례(2018. 1. 26. 선고 수원지방법원 2015노5821 판결)에서는 ‘대상포진 진단은 국한된 부위의 피부증상(홍반 또는 수포)이 발생하고 그 부위 또는 연결된 부위(피부절)의 방사통이나 감각이상을 동반한다면 내릴 수 있는데, 해당 부위에 통증이나 방사통이 없이 붉은 기운이 있는 정도만 확인된 상태라면 대상포진의 임상적 추정 단계에 불과’하므로 이때 대상포진을 최종 진단으로 하여 진단서를 작성하였다면 이는 허위진단서에 해당한다고 판단하였습니다.

16) 국제질병사인분류는 현재 제11차(ICD-11)까지 발표되어 있으나, KCD-8에는 제10차 국제질병사인분류(ICD-10)의 2019년판과 제3차 중양학국제질병분류(ICD-O-3)의 2019년판이 반영되어 있다.

만약 증상이나 징후만 가지고 구체적인 진단명을 기재하고자 한다면 진단명 뒤에 “(추정)”이라고 덧붙일 수 있다. 추정 진단은 객관적인 검사결과 등을 통해 진단을 다시 확인할 필요가 있거나, 향후 다른 진단으로 밝혀진다면 자신의 판단을 양보하겠다는 의미다.

특정 진단을 제시하기에 근거가 충분하지 않다면 진단명에 증상이나 징후만 기재할 수도 있다. 예를 들어 환자가 어지럼증을 호소한다면 빈혈(D50)이나 메니에르병(H81.0), 전환장애(F44.9) 등 다양한 진단에 대한 감별이 필요한데, 진단서를 작성할 당시에는 전신 질환이나 속귀(內耳) 질환의 증거가 없고 정신적으로 보상성 기전이 개입한 것인지도 알 수 없다면 무리하게 위의 진단 중 하나를 선택할 필요가 없다. 대신 ‘달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상 소견(R00-R99)’, 이른바 R 코드 가운데에서 ‘현기 및 어지러움(R42)’을 기재하는 것으로 충분하다.

3. 발병 연월일 및 진단 연월일

발병 연월일은 질병이든 손상이든 상병(傷病)이 발생한 시점을 의미한다. 교통사고처럼 손상이 유발된 사건이 분명하거나 가슴통증으로 진단된 급성심근경색처럼 증상이 갑작스럽게 발생하는 질환은 발병 연월일을 기록하기가 수월하지만, 대부분의 만성질환은 생물학적 발생기전을 고려한다면 발생시점을 정확하게 아는 것이 거의 불가능하다. 예를 들면, 위암이 처음 발견되거나 조직학적으로 확진된 시점은 알 수 있어도 위암이 생기기 시작한 시점을 알 수는 없다.

따라서 발병 연월일은 해당 질환이 생물학적으로 발생한 시점을 의미하는 것이 아니라 임상적으로 확인된 시점을 말한다. 예를 들어 3개월 전부터 심한 피로감을 느끼던 중 결국 간경화증을 진단받았다면 발병일은 3개월 전이라고 볼 수 있고, 2개월 전부터 소화가 잘 되지 않아 내시경검사를 받고 위암을 진단받았다면 발병일은 2개월 전이라고 할 수 있다. 반면 아무런 증상이 없다가 건강검진에서 우연히 위암이 발견되었다면 건강검진을 한 날을 발병일로 본다.

한편 진단 연월일은 진단한 날짜를 기재하는데, 발병 연월일과 같은 날일 수도 있고 이보다 훨씬 후일 수도 있으며 실제 진단한 날짜를 기입하면 된다.

4. 치료 내용 및 향후 치료에 대한 소견

진단 후 현재까지 진행된 치료내용이나 진단서 발급 후 앞으로 진행될 치료계획을 의미한다. 예를 들어 입원 또는 외래 상태에서 진행된 수술이나 약물 투여 내역을 요약하여 기술할 수도 있고, 더욱 구체적으로 “골절 부위에 대한 내고정 수술이 필요하다”든지 “위암 때문에 부분위절제술을 받았으므로 식사를 적게 자주 해야 한다” 등을 기재할 수도 있다. 특별히 기재할 내용이 없다면 기재하지 않아도 좋다. 오히려 무리한 소견을 기재하면 법적으로 문제가 될 수 있다(제1장 3절 2. 진단서의 규범적 판단 참고).

5. 입원·퇴원 연월일

해당 진단명과 관련하여 입원치료를 받았다면 입원 및 퇴원한 날짜를 기재한다. 발병 또는 진단 연월일과 같은 날일 수도 있고 그렇지 않을 수도 있다.

6. 의료기관의 명칭·주소, 진찰한 의사의 성명, 면허자격, 면허번호

진단서는 원칙적으로 의사 개인이 교부하고 그 내용에 책임지는 의학적 문서이다. 따라서 진단한 의사의 이름과 면허번호는 반드시 기재하되, 의료기관의 대표, 예를 들어 병원장의 날인은 굳이 필요하지 않다. 진단서를 교부하는 의사가 현재 의료기관에 소속되어 의료업에 종사하고 있음을 증명하기 위해 의료기관의 정보는 반드시 기재하되, 병원장의 날인은 생략하여도 상관없다.

7. 기타

등록번호는 병록번호나 진료번호 등 해당 의료기관에 등록된 환자의 고유번호를 의미한다. 연번호는 당해 의료기관에서 발행되는 각 진단서에 부여되는 고유의 문서번호를 의미하며, 대개 발급 순서에 따라 부여된다.

제2절 건강진단서

입학이나 취업 등을 위하여 건강 상태를 확인하기 위한 진단서로, 의료법 등에 특별히 규정되어 있는 서식은 없다. 특정 기관이나 용도에 따라 법에 정해진 건강진단의 기준과 양식이 있는 경우도 있고, 대한의사협회에서 마련한 서식을 사용할 수도 있다. 기업이나 기관 등에서 자체적으로 서식을 만들어 사용하기도 한다. 예를 들어 산업안전보건법 제129조에 따라 근로자의 건강진단을 시행하였다면 ‘근로자 건강진단 실시기준’의 서식에 맞추어 그 결과를 보고한다. 의료인이 되고자 하는 사람의 건강진단서는 의료법 제8조의 결격사유¹⁷⁾가 없음을 증명할 수 있는 형식이어야 한다.

17) 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 제3조제1호에 따른 정신질환자, 마약·대마·향정신성의약품 중독자가 아님을 증명하는 진단서가 필요하다.

제3절 상해진단서

환자의 의학적 상태가 손상(損傷, injury)과 관련이 있을 때는 일반적인 진단서 대신 상해진단서를 발급할 수 있다. 의료법 시행규칙 제9조(진단서의 기재 사항) 제2항에서는 질병의 원인이 상해(傷害)로 인한 것인 경우에는 별지 제5호의3 서식(상해진단서)에 따라 추가 사항을 기재하도록 하고 있는데, 의료 실무에서 일반 진단서를 발급할지 상해진단서를 발급할지는 의사의 의학적 소견보다는 주로 환자의 의도나 발급용도에 따라 달라진다.

1. 상해와 손상의 구분

손상은 '외부(external)의 원인이 인체에 작용하여 생긴 형태적·기능적 변화'를 말하는 의학적 개념이다. 반면 상해는 법률적 목적에 따라 손상을 보다 구체화한 개념으로서 사전적 의미는 '다치게 하여 해를 입힘'이다. 즉 상해는 주로 다른 사람에 의해 발생한 손상을 의미하며, 때로는 자해(自害)나 사고에 의한 손상도 포함한다.

상해와 손상은 서로 일치하거나 어느 한 쪽이 다른 쪽에 완전히 포함되는 개념은 아니다. 상해는 주로 신체의 생리적 기능에 장애가 유발된 상태를 가리키지만, 사람 신체의 완전성(integrity) 자체를 보호하려는 법률 취지에 따라 일상 또는 사회생활에 장애를 주는 체구나 외모의 현저한 변화도 포함할 수 있기 때문이다. 예를 들어 머리카락을 자른다고 해서 염증이나 출혈 등 신체의 생리적 기능에 변화가 생기지는 않지만, 잘린 머리카락으로 인해 외모에 큰 변화가 생겨 피해자의 일상생활이나 사회생활이 현저히 저해되었다면 상해로 볼 수 있다는 시각도 있다. 반대로, 머리카락 몇 가닥을 뽑은 정도로는 생리적 기능의 변화가 동반된 상해라고 하기 어렵지만, 의학적으로는 경미하나마 출혈이나 염증을 유발할 수 있으므로 손상에 해당한다. 이러한 차이에도 불구하고 상해와 손상은 대개 같은 의미로 간주되고 있지만, 적어도 상해가 가해자의 존재를 가정하는 개념이라는 점은 반드시 고려해야 한다. 대법원은 "상해는 피해자의 신

체의 완전성을 훼손하거나 생리적 기능에 장애를 초래하는 것으로, 반드시 외부적인 상처가 있어야만 하는 것이 아니고, 여기서의 생리적 기능에는 육체적 기능뿐만 아니라 정신적 기능도 포함된다.”고 판시¹⁸⁾하여 생리적 기능에 장애를 초래하였는지 여부를 판단의 기준으로 제시하였다.

상해진단서는 단순히 의학적으로 손상을 증명하는 ‘손상진단서’가 아니다. 법률적으로는 해당 손상이 가해자에 의해 발생한 상해임을 전제하는 문서이다. 예를 들어 환자가 병원에서 실수로 넘어져 손목 위쪽에 골절이 생겼고 이를 결근의 이유로 증명하기 위한 목적이라면 일반적인 진단서를 발급받으면 충분하다. 반면 환자가 다른 사람과 다투다가 넘어져 골절이 발생하였고 이에 상대방을 고발하려 한다면 환자는 상해진단서를 요구할 것이다. 의사가 기록할 진단명은 두 사례 모두 ‘요골 하단의 골절(S52.5)’로 동일하고, 단지 환자의 요구에 따라 일반 진단서가 아닌 상해진단서를 발급하였을 뿐인데, 마치 의사가 ‘가해자가 있는 손상’임을 증명한 것처럼 보이는 것이다. 상해진단서의 기재항목 중 ‘치료 기간’이 손상의 경중(輕重)이나 피해의 정도를 판단한 것처럼 받아들여지는 것도 문제다.

따라서 의사는 상해진단서의 발급을 요구받았을 때 자신이 발급한 상해진단서가 향후 법적 분쟁이나 행정 처리 과정에서 중요한 증거로 쓰일 수 있다는 점을 고려하여 매우 신중하게 작성해야 한다. 상해진단서는 일반 진단서에 비해 발급수수료가 상당히 높은 편이고, 심지어 치료 기간이 길수록 수수료가 더욱 높아지기도 하는데, 이는 의사가 상해진단서를 발급한 뒤 감내해야 할 부담의 크기, 예를 들어 수사기관의 조사 요청이나 법원의 증인 출석 등의 가능성을 반영한 것이기도 하다. 다만 최근 판례¹⁹⁾에서는 상해진단서가 통증과 같은 환자의 주관적인 호소에 의존하여 발급되었다면 발급 시점과 진료 시점, 발급 경위, 손상 부위나 정도, 가능성 있는 다른 원인 등을 면밀히 살펴 진단서의 증명력을 판단해야 한다고 제시하였고 다른 판례²⁰⁾에서도 진단서 근거 이외에도 피해자가 상해 사건 이후 진료를 받은 시점, 진료를 받게 된 동기와 경위,

18) 대법원 1999. 1.26. 선고 98도3732 판결.

19) 대법원 2016. 11. 25. 선고 2016도15018 판결.

20) 대법원 2017. 4. 7. 선고 2017도1286 판결.

그 이후의 진료 경과 등을 면밀히 살펴 논리와 경험법칙에 따라 그 증명력을 판단할 것을 적시하였다. 따라서 앞으로는 상해진단서의 신뢰성을 높일 다양한 대안이 제시될 것으로 보인다.²¹⁾ 한편 상해의 병명을 기재함에 있어 최종진단이 아니라고 판단할 경우 임상적 추정에 표시하고 병명을 기재하는 것이 과학적으로 합리적이며 분쟁의 소지를 예방할 수 있다.

2. 추가 기재항목

가. 상해의 원인 또는 추정되는 상해의 원인

의사가 상해의 원인을 알 수 있다면 이를 기재하면 되지만, 대개 환자가 진술하는 대로 기록하게 된다. 이 경우 상해진단서나 의무기록에 환자의 진술에 따라 기록한 내용이라는 것을 함께 표기해야 한다. 상해의 원인을 알 수 없다면 굳이 기재하지 않고 빈 칸으로 두거나, ‘알 수 없음’ 또는 ‘불명’ 등으로 기재한다.

나. 상해의 부위와 정도

다친 부위와 상태, 다친 정도를 사실대로 기록한다. 기록이 자세하고 구체적일수록 손상과 사건을 재구성하는 데에 도움이 된다. 사진을 여러 각도로 찍어 의무기록에 첨부할 수 있다면 더욱 좋다.

다. 입원의 필요 여부

입원 여부를 결정하는 데에 있어서 절대적인 기준은 없다. 다만 다음과 같은 상황이라면 입원 상태에서 치료를 받는 것이 의학적으로 적절하다.

21) 궁극적으로는 일반 진단서와 상해진단서를 통합하여 의사는 (상해가 아닌) 손상과 그 치료기간만을 진단하고 그 판단근거를 제시하는 방향으로 바뀌어야 한다. 실제로 미국과 일본에는 상해진단서가 따로 마련되어 있지 않고, 손상과 질병을 같은 서식으로 증명한다. 이를 통해 상해진단서와 관련된 대중의 오해, 예를 들어 의사가 금전적 이득을 목적으로 상해진단서 폐지를 반대한다는 시선에서도 벗어날 수 있을 것이다.

1. 환자의 상병(傷病)이 중하여 거동하기 어려운 경우
2. 환자가 적극적이고 전문적인 진료(예: 수술)를 수시로 받아야 하는 경우
3. 환자를 지속적으로 관찰해야 하는 경우
4. 감염의 위험이나 자살의 가능성 등으로부터 환자를 보호해야 하는 경우
5. 환자로부터 전염병이 전파되거나 환자가 다른 사람을 해칠 위험이 있어서 격리가 필요한 경우
6. 환자에게 절대적으로 안정이 필요한 경우

의료 현장에서는 구체적인 사유가 무엇이든 환자가 입원을 원하고 입원실에 여유가 있으며 의료진에게도 입원을 거부할 특별한 사정이 없다면 입원을 허락하곤 하는데, 이를 의학적 필요성에 의한 입원이라고 보기는 어렵다. 한편 대법원 판례²²⁾에서는 “입원이라 함은 환자의 질병에 대한 저항력이 매우 낮거나 투여되는 약물이 가져오는 부작용 혹은 부수 효과와 관련하여 의료진의 지속적인 관찰이 필요한 경우, 영양 상태 및 섭취 음식물에 대한 관리가 필요한 경우, 약물 투여 처치 등이 계속적으로 이루어질 필요가 있어 환자의 통원이 오히려 치료에 불편함을 끼치는 경우 또는 환자의 상태가 통원을 감당할 수 없는 상태에 있는 경우나 감염의 위험이 있는 경우 등에 환자가 병원 내에 체류하면서 치료를 받는 것”이라고 하였고 이 대법원 판례는 입원 필요성 존부에 관한 규범적 판단기준을 제시한 것으로서, 입원 필요성에 관하여 법적 분쟁이 증가하고 있는 최근의 추세에 비추어 그 내용을 유념할 필요가 있다.

라. 외과적 수술 여부

수술은 ‘질병이나 손상 때문에 환자에게 생긴 병적 상태를 기구를 사용하여 조사하거나 치료하는 조치’를 말하며, 신체기능 개선, 모양 개선, 파열된 부분 회복 이외에도 종양 등 병소 제거 목적, 절제 생검과 같은 진단 목적 등으로 시행한다. 구체적으로는 ‘의사가 수술 기구를 사용하여 환자의 조직이나 장기를 적출(摘出), 절제(切除) 또는 절단(切斷)하는 행위’를 가리키며, 시험적 개복술(exploratory laparotomy)도 포함된다. 그러나 단순한 절개(切開)나 흡인(吸引), 천자(穿刺)는 수술에 포함될지 논쟁의 여지가 있다. 수술은 아니더라도 특별한 치료 방법이 적용되었다면 그 내용을 기재할 수도 있다.

22) 대법원 2009.5.28. 선고 2008도4665호 판결.

마. 합병증의 발생 가능 여부

합병증이란 어떠한 질병이나 손상에 이어서 또는 동시에 나타난 다른 질병을 말하지만, 일반적으로 상해진단서에서 말하는 합병증(合併症, complication)은 ‘손상’이 원인이 되어 속발(續發)한 질병을 의미한다. 합병증과 후유증(後遺症, sequela)을 함께 기재할 수도 있다. 후유증은 원래 상병에 대한 치료가 끝난 뒤에도 오랜 기간 남게 되는 신체의 변형이나 기능 장애를 말하며, 주로 증상이 고정된 상태를 의미한다. 그러나 이 항목은 상해진단서에 해당 상병 때문에 생길 가능성이 있는 합병증이나 후유증을 모두 기재하라는 취지는 아니다. 해당 상병에 대하여 의학적 지식에 근거할 때 발생할 가능성이 상당히 크다고 널리 인정되는 합병증이나 후유증을 기재하는 것으로 충분하다.

바. 통상 활동의 가능 여부

통상 활동이란 일상생활동작(ADLs, activities of daily living)과 사회생활을 의미한다. 일상생활동작에 대해서는 다양한 평가도구가 개발되어 이들을 참고할 수도 있는데, 가장 기본적인(basic) 것으로는 먹기(씹고 삼키기), 목욕하기, 옷 입기, 걷기, 배뇨-배변하기, 얼굴과 몸 가꾸기 등이 있다. 보조구를 사용하면 일상생활동작이 가능한지, 다른 사람의 도움이 얼마나 필요한지 기재하는 것도 좋다. 반면 사회생활의 가능성에 대한 판단은 간단하지 않고, 의학적 판단을 넘어서게 될 수도 있으므로 주의가 필요하다. 환자가 처한 상황에 따라 출근이나 등교, 수감 여부에 대한 판단이 필요한 경우도 있는데, 이때 “스트레스를 피해야 한다.”거나 “수형 생활을 영위하기 어렵다.”는 등의 규범적인 판단을 직접 기재하는 것은 특별한 사정이 없는 한 피하고, 대신 규범적 판단에 도움이 될 만한 의학적 사실을 기재하는 것이 좋다.

사. 식사의 가능 여부

식사와 관련된 의학적 판단, 예를 들어 “유동식을 권한다.”거나 “소량 자주 해야 한다.” 등의 내용을 기재할 수 있다.

아. 상해에 대한 소견

손상과 관련하여 특별히 기록할만한 것이 있다면 이를 기재할 수 있다. 예를 들어 손상의 원인을 확인하거나 추정할 수 있는 경우, 여러 손상이 있는데 발생 시기를 구분할 수 있을 정도로 차이가 있는 경우, 손상의 특징 중 환자의 진술과 일치하지 않는 부분이 있는 경우 등이 있다.

3. 치료기간

상해진단서를 요청하는 환자들은 대부분 치료기간에 대한 관심이 높다. 치료기간이 없으면 상해진단서로서의 효력이 없다는 말이 있을 지경이다. 특히 상해진단서를 활용하는 법관이나, 검사, 수사관, 보험회사 직원 등은 의학 지식이 부족하므로 손상의 경중을 치료 기간을 통해 판단하려는 경향이 있다. 즉 치료기간이 길면 중한 손상이고 짧으면 경한 손상이라고 간주하는 것인데, 일견 그럴 듯하지만 이는 잘못된 이해에서 비롯된 것이다.

가. 치료기간과 치유기간

치료기간은 의사가 의학적 지식과 기술, 의약품, 의료장비나 시설 등을 적극적으로 사용하여 환자를 손상 전 상태로 돌이키거나 적어도 더 이상 악화되지 않도록 고정시키는 데에 걸리는 시간이다. 반면 치유(治癒)기간은 의학적 개입과 무관하게 손상이 저절로 회복되는 데에 걸리는 시간이며, 일반적으로 치료 기간보다 길다. 예를 들어 주먹으로 맞아서 얼굴에 멍이 들었거나 갈비뼈가 골절되었다면 특별한 치료가 필요하지 않고 치유를 앞당길 방법도 뚜렷하지 않으므로 저절로 낫기를 기다릴 수밖에 없다. 따라서 치유기간은 2주 정도로 보더라도 치료기간은 엄밀히 말해 0주이다. 그러나 현실에서는 치료기간을 0주라고 하면 손상이 없는 것처럼 취급받을 수 있어서, 치유기간과 치료기간의 의미를 이해하는 의사들조차 손상이 있으면 치료기간을 무조건 1주 이상 기재해야 하는 어려움이 있다.

한편 치료기간과 치유기간은 손상의 경중보다는 손상 받은 장기나 조직에 따라 달라지는 경우가 많다. 같은 손상이라도 치료 방법이나 환자의 나이, 신체 상태 등에 따라 늘어나거나 줄어들기도 한다. 예를 들어 다리가 골절된 환자는 골절이 유합될 때까지 길게는 수개월까지 석고붕대를 착용해야 하므로 치료기간도 수개월에 이를 수 있지만, 다른 손상이 동반되지 않은 한 생명에 직접적인 위협을 주는 경우는 많지 않다. 반면 비장 파열로 비장제거술을 받았다면 수술 부위는 2주 정도면 충분히 치유될 수 있으므로 치료기간이나 치유기간은 2-3주에 불과하다. 그러나 비장이 파열된 상태에서 수술이 늦어지거나 다량의 출혈로 이어졌다면 매우 치명적일 수 있다.

그러나 현실에서 상해진단서의 치료기간은 의학적 지식이 없는 사회 구성원들이 손상 또는 상해의 경중을 판단하는 지표로서 널리 사용되어 왔다. 이에 대한 전문가들의 우려를 반영하여, 대한의사협회가 2003년 3월 출간한 「진단서 작성 지침」에서는 “상해진단서 작성을 위한 각 상병별 치료 기간”을 제안하기도 하였다. 여기서는 손상의 부위와 종류에 따라 각 전문과에서 제시한 치료기간을 일률적으로 적용하도록 하고 있다. 전문가 집단의 의견이 그리 복잡하지 않은 형태로 실무에 반영될 수 있는 통로가 되었다는 점에서 당시로서는 매우 큰 발전이었지만, 의학 발전에 따라 치료기간이 단축될 가능성이나 치료과정에 대한 의사의 재량성이 반영되어 있지 않고, 전문과마다 용어와 형식이 다소 다르다는 점, 손상의 분류체계가 각 전문과의 진료영역에 대한 오해를 유발할 가능성이 있다는 점 등의 문제가 있어 차후 개정이 필요하다.

나. 치료기간의 시작

치료기간의 시작은 손상이 발생한 일시를 기준으로 한다. 상해 연월일과 진단 연월일이 같으면 문제가 없지만, 손상이 발생하고 어느 정도 시간이 지난 뒤에 진단을 받고 치료를 시작하였다면 치료기간을 상해 연월일부터 계산해야 할지, 진단 연월일을 기준으로 해야 할지 어려울 수 있다. 그러나 치료기간이 치료를 시작한 뒤 완료될 때까지의 기간을 의미할 뿐만 아니라 현실적으로 상해진단서의 치료기간에 따라 손상의 경중을 판단하는 경향이 있다는 점을 고려하면, 상해 연월일부터 치료기간이 시작되었다고 보는 것이 바람직하다.

예를 들어 손허리뼈(metacarpal bone) 골절(S62.3) 환자가 다른 의원에서 이미 2주간 진료를 받은 상태에서 내원하여 상해진단서 발급을 요구하는 상황을 생각해 볼 수 있겠다. 「진단서 작성 지침」에서는 이러한 골절에 대하여 치료기간을 5주로 보고 있다. 이때 기존 의무기록의 내용과 영상검사에서 확인되는 치유 상태 역시 환자의 진술에 합당하다면, 치료기간은 “상해일부터 5주”라고 기재하거나 “진단일부터 3주”라고 기재할 수 있겠다. 아마도 현장에서는 “상해일부터 5주”를 선호하리라고 본다. 치료기간이 지난 후에야 상해진단서를 요구하는 경우도 있다. 만약 위 사례에서 골절 후 6주가 지난 뒤 내원하여 상해진단서를 요구했다면 진단명은 “손허리뼈 골절, 치유 상태”²³⁾라고 하고 치료기간은 “상해일부터 5주”라고 기재한다.

의료 현장에서는 환자가 손상을 입었을 당시 일단 치료를 시작한 의료기관이 이후 치료를 지속하게 될 의료기관과 서로 다른 경우가 매우 흔하고, 손상 초기 환자의 치료에 참여하지 않은 의사가 추후 진단서를 교부하게 되는 일도 드물지 않다. 따라서 의사가 환자의 손상을 직접 관찰하거나 치료했는지 보다는 환자의 치료 과정에 대한 의사의 판단이 적절한지가 더욱 중요하다. 대법원은 ‘비록 피고인(의사)이 진단서에 기재된 상해일에 환자를 진찰한 바가 없다하더라도, 이후 그를 직접 진찰하고 그 결과에 따라 상해 연월일과 치료기간을 기재한 진단서를 교부하였다면 이를 의사 자신이 진찰하지 않고 진단서를 교부한 행위(의료법 제18조 제1항)라고는 할 수 없다’고 하였다.²⁴⁾ 그러나 환자가 진술한 상해일과 의사가 진찰을 통해 판단한 상해일이 다르다고 뚜렷하게 인식하였으면서도 진단서에 환자가 진술한 대로 상해일을 기재하였다면 허위진단서작성죄가 성립할 수 있다.²⁵⁾

23) 원칙적으로 한국표준질병·사인분류에서는 이미 치유된 질병이나 손상, 과거 병력에 대해서는 질병분류코드를 부여하지 않도록 하고 있다. 이 경우 환자의 현재 상태에 따라 ‘달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상 소견(R00-R99)’이나 ‘가족 및 개인 기왕력과 건강상태에 영향을 주는 특정 병태에 관련된 잠재적 건강위험을 가진 사람(Z80-Z99)’ 등을 사용하여 적절히 표현할 필요가 있겠다. 자세한 표기원칙은 한국표준질병·사인분류 코딩지침서를 참고하기 바란다.

24) 대법원 1996.6.28. 선고 96도1013 판결.

25) 수원지방법원 2011. 3. 25. 선고 2011고단365 판결. 문현호, 진단서, 처방전과 관련된 최근의 쟁점. 의료법학 2013;14(2):49-80 중 64쪽.

다. 치료의 완료

일반적으로 치료가 완료된 것을 완치(完治) 또는 전치(全治)라고 표현한다. 이는 치료를 통해 완전한 회복, 즉 형태적·기능적으로 원래의 상태로 돌아갈 수 있다고 기대한다는 것을 의미한다. 하지만 엄격하게 말하면, 생물학적으로는 원래 상태로 돌아가는 것이 거의 불가능하다. 근육세포나 신경세포는 재생되지 않는 세포이고, 재생되는 세포일지라도 일종의 흉터가 남기 때문이다. 치료 과정에서 장기나 조직의 일부를 절제하는 일도 많다.

따라서 치료가 완료되었다는 것은 손상으로 변화된 인체의 형태나 기능이 최대한으로 회복되었거나 손상으로 발생한 증상이나 징후가 더 이상 변하지 않고 고정되었음을 의미한다. 즉 신체에 장애(physical impairment)가 남았더라도 손상에 대한 직접적인 치료로는 더 이상의 호전을 기대하기 어렵다면 치료기간이 종료된 것으로 본다. 장기 적출로 인한 기능장애, 팔다리 절단으로 인한 지체장애, 뇌 손상 후 발생한 뇌전증(腦電症)처럼 손상의 결과로 생긴 신체장애에 대해서는 고려하지 않는 것이다. 이러한 장애에 대하여 물리치료나 성형수술, 치아보철치료 등의 보조적인 처치를 받더라도 상해 진단서의 치료기간에는 산입하지 않는다.

라. 치료기간과 치료 방법

치료 초기에 예측한 치료기간은 실제로 치료가 종료될 때까지 걸린 기간과는 상당히 다를 수 있다. 같은 부위의 비슷한 손상이라도 환자의 나이나 신체 상태, 치료 방법, 합병증 유무 등에 따라 치료 경과가 크게 달라지기 때문이다. 그러나 상해진단서는 치료가 종료된 후가 아닌 치료 전이나 중에 활용되는 경우가 훨씬 많으므로, 치료기간은 사전에 예측하여 기재할 수밖에 없다. 이러한 모순을 조금이나마 이해할 수 있도록 진단서를 작성할 때 '이는 해당 손상에 대하여 표준적으로 예상되는 치료기간이며, 개별 환자에게 소요되는 실제 치료기간과는 다를 수 있음'을 함께 기록하는 것이 권장된다.

마. 추가 진단과 재진단

추가 진단과 재진단은 혼동하기 쉬운 개념이다. 추가 진단은 이전에 진단한 손상에

대하여 치료기간이 달라질 만한 추가적인 소견이 발견된 것을 말한다. 중대한 합병증이 발생하여 퇴원이 미뤄지는 경우를 예로 들 수 있겠다. 단순히 원래 손상의 치료가 늦어지는 경우는 해당되지 않는다. 재진단은 처음에 진단했을 때에는 발견하지 못한 다른 손상이 나중에 발견된 것을 말한다. 예를 들어 처음에는 단순히 가슴을 맞아 멍든 정도라고 판단하여 ‘가슴 좌상(S20)’으로 진단하고 치료기간을 2주라고 하였으나 이후 갈비뼈 골절이 발견되었다면 진단명은 ‘늑골 단순 골절(S22.3)’로, 치료기간은 ‘상해 일부터 4주’라고 재진단한다.

바. 중복 상해

손상이 여럿 있을 때에는 원칙적으로 치료기간이 가장 긴 손상을 기준으로 치료기간을 판단한다. 여러 개의 손상이 순차적으로 회복되는 것이 아니라 동시에 회복이 이루어지기 때문이다. 손상이 많을수록 중한 손상으로 보는 것이 당연하다는 점을 고려하면, 이 역시 상해진단서의 치료기간이 손상의 경중을 판단하는 기준으로 사용되는 것이 불합리하다는 것을 보여주는 부분이다.

한 명의 환자에 대하여 여러 전문 과목의 전문의들이 각자 담당하는 손상을 따로 진단하였다면 한 명의 전문의가 이들을 대표하여 모든 소견을 종합한 하나의 상해진단서를 작성해야 한다. 만약 모든 내용을 종합하기 어렵거나, 향후 다른 전문 과목에서 추가적인 진료가 필요하다면 그러한 상황도 설명해야 한다. 예를 들어 “치과적 문제는 포함되지 않았음”이나 “정형외과적 상해만을 진단하였음” 등으로 기재한다.

4. 치료 내용 및 향후 치료에 대한 소견

실제 치료한 내용을 기술하고 만약 치료한 바가 없이 진단만 하였다면 사실대로 기재하고, 향후 치료에 대한 소견은 의료계 표준의 치료 방법에 대한 내용을 적시하는 것을 권장한다.

제4절 사망진단서(시체검안서)

1. 서론

가. 사망의 증명

사망을 증명하는 서류에는 크게 두 가지의 역할이 있다. 첫째, 한 개인의 사망을 증명하는 일이다. 사망진단서로 주민 센터나 면사무소, 구청 등에서 사망신고를 하면 비로소 그 사람은 ‘법률적 사망’이 인정되어 개인의 법률적·사회적 의무와 권리가 소멸된다. 시신의 매장이나 화장, 상속과 보험 등의 처리에도 의사의 사망 진단이 필요하다. 둘째, 사망진단서는 사망원인 통계의 기초 자료가 된다. 사망원인 통계는 사망과 관련된 질병이나 손상의 발생빈도와 분포를 감시함으로써 질병과 손상 및 그로 인한 사망의 예방을 위한 보건 및 건강관리정책 수립에 중요한 기초 자료가 된다. 사망자의 신상정보, 즉 이름, 주민등록번호, 주소는 개인의 사망을 증명하는 자료이며, 사망원인은 통계의 기초자료, 사망의 종류는 수사의 기초정보가 된다. 그럼에도 세계보건기구의 질병부담연구(Global Burden of Disease)에 따르면 우리나라의 사망원인이 잘 진단된 비율은 80.9%로 경제협력개발기구 35개 회원국 중 29위로 국제적으로 의무기록이 저평가 되고 있는 실정이다.²⁶⁾

우리나라에서는 사망에 대한 증명서로서 사망진단서와 시체검안서를 사용하고 있다. 특히 검안서(檢案書)는 사람의 사망 여부에 관계없이 그 신체나 주검²⁷⁾에 대하여 의학적으로 확인한 바를 기재한 문서다. 따라서 진단서와 구분하여 생체(生體)검안서와 시체(屍體)검안서를 따로 둘 수 있다는 견해도 있다.²⁸⁾ 진단서는 환자가 가지고 있는 질

26) Shin HY, Lee S. How to write a death certificate: from a statistical point of view. J Korean Med Assoc. 2018 Apr;61(4):268-278.

27) 죽은 사람의 몸을 일컫는 말로는 주검, 송장, 시체(屍體), 시(尸), 시신(屍身), 사체(死體), 유해(遺骸), 유골(遺骨) 등이 있다. 주검과 송장은 순우리말인데, 이 중 송장은 주검의 낮은 말이다. 한자말로는 시체를 가장 많이 쓴다. 사체는 같은 발음이면 쉬운 한자를 쓰는 일본말 습관에 따라 생긴 말이다. 실제로 시체와 사체는 일본말로 모두 “したい”라고 발음하며, 일본에서는 屍體를 쓰지 않는다. 유해나 유골은 주로 뼈만 남은 시신을 가리킨다.

병이나 손상을 증명하는 문서인 반면, 검안서는 상처 등의 흔적이나 상황을 확인하고 기록하는 조사(調査)의 성격이 크기 때문이다. 그러나 실질적으로 살아있는 사람에 대한 검안서에 기록될 내용은 진단서나 소견서, 감정서의 내용과 크게 다르지 않을 것으로 보이고, 실제로도 진단서나 소견서, 신체감정서, 장애감정서 등이 이러한 성격의 의료문서로서 활용되고 있다. 의료법 시행규칙에서도 생체검안서 서식을 따로 정해놓지는 않았다. 따라서 특별한 언급이 없으면 검안서는 시체검안서를 가리킨다.

우리나라는 시체검안서를 작성할 수 있는 주체의 특별한 자격이 정해져 있지 않다. 의료법 제17조에 따르면 의료업에 종사하는 의사, 치과의사, 한의사는 모두 검안서를 작성할 수 있다. 의료업으로 분류되지는 않지만, 검시 업무를 담당하는 국가기관, 예를 들어 국립과학수사연구원에 종사하는 의사도 검안서를 교부할 수 있다. 그러나 우리나라의 범죄 양상이나 인권의 의식에 비추어 보면, 별도의 자격이 있거나 훈련을 받은 의사만 검안서를 작성하도록 법을 개정하는 것이 타당하다. 외국에서는 검시(檢屍, postmortem examination)를 담당하는 직책이나 기관을 따로 두기도 한다. 이러한 기관의 예로는 미국의 coroner's office나 medical examiner's office, 일본 주요 도시의 감찰의무원(監察医務院) 등이 있다.

나. 서식의 구분

사망진단서와 시체검안서는 제목 외에는 동일한 서식(의료법 시행규칙 별지 제6호)을 갖고 있지만, 서로 다른 경우에 사용된다. 사망진단서는 의사가 자신이 진료하던 환자의 사망을 증명할 때에 사용되는데, 전체 사망의 약 85%가 이에 해당한다. 반면 시체검안서는 사망진단서를 발급할 수 없는 모든 경우에 사용한다. 즉 의사가 ① 진료한 적이 없거나 ② 진료한 적은 있지만 일정 시간이 흘렀거나 ③ 진료하던 질환이 아닌 다른 원인으로 사망한 것으로 보이는 사람의 사망을 증명해야 할 때 사용된다. 사망진단서가 발급되는 경우에 비하여 사망원인이 불분명할 뿐만 아니라 사망의 종류가 외인 사²⁹⁾일 가능성이 상대적으로 높으므로, 반드시 시신을 직접 눈으로 관찰(검안, 檢案)한

28) 추호경. 허위진단서 작성죄에 관한 해석론적 고찰. 법조. 2003;226:5-20.

뒤 작성해야 한다.

자신이 진료하던 환자가 최종 진료 후 48시간 이내에 사망하였다면 의사는 시신을 검안하지 않더라도 사망진단서를 교부할 수 있다. 이는 마지막 진료 당시 해당 질병으로 사망할 가능성이 있다고 판단되었고 실제 사망 경과가 예측한 바와 다르지 않았다면, 진료 중 사망한 것과 크게 다르지 않다고 보기 때문이다. 그렇지 않으면 반드시 시신에 대한 검안을 거쳐 사망진단서 또는 시체검안서를 발급해야 한다.

한편 우리나라의 사망진단서 서식과 세계보건기구(WHO)의 사망진단서 서식은 유사하나 영아와 태아사망 및 임신부 사망은 우리나라 사망진단서 서식에 누락되어 있으며 향후 개정을 통한 추가가 예상된다.

〈사망진단서 교부 Q&A〉

Q: 중증의 고혈압성 뇌출혈로 입원하였던 환자가 집에서 임종을 맞으려 퇴원했는데, 24시간이 채 지나지 않아 침대에서 낙상한 뒤 사망했다는 전화를 받았습니다. 이 경우 고혈압성 뇌출혈을 사망원인으로 하여 사망진단서를 발급해도 될까요?

A: 사망원인을 고혈압성 뇌출혈로 판단하겠다는 것은 결국 사망의 종류를 내인사(병사)로 작성하겠다는 취지로 보입니다. 그러나 기존에 진단받은 질환으로 사망했을 가능성이 유력하더라도, 낙상이라는 사건이 추가된다면 단순히 고혈압성 뇌출혈로 사망한 내인사(병사)라고 단정할 수 없습니다. 검안을 통해 반드시 시신의 상태를 확인한 뒤 시체검안서를 발급해야 합니다.

사망경과는 예상과 다르지 않았지만 환자가 최종 진료 후 48시간이 지나서 사망했다면, 시신을 검안하여 최종 진료 당시의 상병으로 사망하였는지 확인한 뒤 사망진단서 또는 시체검안서를 교부해야 한다.³⁰⁾ 만약 환자를 진료했던 주치의가 사정상 직접 검안하기 어렵다면, 주치의는 소견서 등으로 진료 당시의 상태를 증명하고, 검안의는

29) 외인사(外因死, unnatural death)는 질병이 아닌 원인, 즉 외인에 의한 죽음을 모두 일컫는다. 외인사에는 자살(自殺), 타살(他殺), 사고사(事故死)가 있다.

30) 진단서 작성 지침(2003)에서는 이 경우 시체검안서만을 작성할 수 있다고 하였으나, 이는 법률을 좁게 해석한 것으로 본다. 의사가 환자 생전의 상태와 사망경과에 대해 충분히 파악하고 있어 사망원인을 어렵지 않게 확정할 수 있는 상황이라면 굳이 시체검안서를 교부할 필요는 없다. 즉 사망진단서와 시체검안서는 작성시점보다는 환자의 상태를 파악한 정도에 따라 선택하는 것이 바람직하다.

검안 소견과 함께 해당 소견서를 참고하여 시체검안서를 작성할 수 있다. 한편 ‘최종 진료’의 시점은 의사와 환자가 마지막으로 직접 마주한 시각보다는 환자가 의사의 관리·감독을 벗어난 시점, 즉 의료기관에서 퇴원하거나 외래진료가 종료된 시각이라고 본다.

■ 의료법 시행규칙 [별지 제6호서식] <개정 2021. 6. 30.>

사망진단서(시체검안서)

※ []에는 해당되는 곳에 "✓"표시를 합니다.

등록번호		연번호		원본 대조필인		
① 성 명				② 성 별	[]남 []여	
③ 주민등록번호	-	④ 실재생년월일	년 월 일	⑤ 직 업		
⑥ 주 소						
⑦ 발 병 일 시	년 월 일 시 분(24시간제에 따름)					
⑧ 사 망 일 시	년 월 일 시 분(24시간제에 따름)					
⑨ 사 망 장 소	주소					
	장소	<input type="checkbox"/> 주택 <input type="checkbox"/> 의료기관 <input type="checkbox"/> 사회복지시설(양로원, 보육원 등) <input type="checkbox"/> 공공시설(학교, 운동장 등) <input type="checkbox"/> 도로 <input type="checkbox"/> 상업·서비스시설(상점, 호텔 등) <input type="checkbox"/> 산업장 <input type="checkbox"/> 농장(논밭, 축사, 양식장 등) <input type="checkbox"/> 병원 이송 중 사망 <input type="checkbox"/> 기타()				
⑩ 사망의 원인 ※ (나)(다)(라) 에는 (가)와 직접 의학적 인과관계가 명확한 것 만을 적습니다.	(가)	직접 사인			발병부터 사망까지의 기간	
	(나)	(가)의 원인				
	(다)	(나)의 원인				
	(라)	(다)의 원인				
	(가)부터 (라)까지와 관계없는 그 밖의 신체상황					
	수술의사의 주요소견				수술 연월일	년 월 일
	해부의사의 주요소견					
⑪ 사망의 종류	<input type="checkbox"/> 병사 <input type="checkbox"/> 외인사 <input type="checkbox"/> 기타 및 불상					
⑫ 외인사 사항	사고 종류	<input type="checkbox"/> 운수(교통) <input type="checkbox"/> 중독 <input type="checkbox"/> 추락 <input type="checkbox"/> 익사 <input type="checkbox"/> 화재 <input type="checkbox"/> 기타()		의도성 여 부	<input type="checkbox"/> 비의도적 사고 <input type="checkbox"/> 자살 <input type="checkbox"/> 타살 <input type="checkbox"/> 미상	
	사고발생 일시	년 월 일 시 분(24시간제에 따름)				
	사고발생 장소	주소: 장소: <input type="checkbox"/> 주택 <input type="checkbox"/> 의료기관 <input type="checkbox"/> 사회복지시설(양로원, 보육원 등) <input type="checkbox"/> 공공시설(학교, 운동장 등) <input type="checkbox"/> 도로 <input type="checkbox"/> 상업·서비스시설(상점, 호텔 등) <input type="checkbox"/> 산업장 <input type="checkbox"/> 농장(논밭, 축사, 양식장 등) <input type="checkbox"/> 기타()				

「의료법」 제17조 및 같은 법 시행규칙 제10조에 따라 위와 같이 진단(검안)합니다.

년 월 일

의료기관 명칭 :

주소 :

의사, 치과의사, 한의사 면허번호 제

호

성 명:

(서명 또는 인)

유 의 사 항

사망신고는 1개월 이내에 관할 구청·시청 또는 읍·면·동사무소에 신고하여야 하며, 지연 신고 및 미신고 시 과태료가 부과됩니다.

210mm×297mm[백상지 80g/㎡(재활용품)]

2. 사망진단서(시체검안서) 내용 및 작성방법

사망진단서를 교부할 때는 제목줄의 “(시체검안서)”를 두 줄로 긋고 날인하며, 시체 검안서를 교부할 때는 “사망진단서”를 두 줄로 긋고 날인한다. 서식의 맨 아래에 있는 “위와 같이 진단(검안)함.”도 마찬가지로 수정한다.

가. 사망자의 신원

서식 초반의 ① 성명, ② 성별, ③ 주민등록번호, ④ 실제 생년월일, ⑤ 직업, ⑥ 주소 등은 사망한 사람의 신원을 확인하는 내용이다(표 2). 의사는 알고 있는 대로 기재하면 된다. 주로 주민등록증이나 의무기록을 바탕으로 파악한 내용을 그대로 기재한다.

표 2 사망진단서의 신원 항목

① 성명				② 성별	[]남 []여
③ 주민등록번호	-	④ 실제생년월일	년 월 일	⑤ 직업	
⑥ 주소					

응급실에 신원을 알 수 없는 시신이 왔다면 이름 등의 신원 관련 항목은 “알 수 없음”으로 기재하거나 무명남, ○○○아기 등으로 표현할 수 있다. “삼룡이(업소에서 부르는 이름)”와 같이 주변인들이 부르는 별칭만 파악되었다면 이를 그대로 쓸 수 있다. 이름이나 주민등록번호는 모르더라도 성별, 직업 등의 정보가 파악되었다면 이를 최대한 기재한다. 우리나라에서는 출생신고 내용을 바탕으로 부여된 주민등록번호 앞자리와 실제 생년월일이 다른 경우가 적지 않으므로, 이들이 서로 다르다면 ④항에 실제 생년월일을 별도로 기재한다. 주소는 주민등록상 주소를 써도 되고, 실제 거주지의 주소를 써도 된다.

나. 발병 일시

발병(發病) 일시는 원사인(原死因, (제2장 4절 2. 마. 사망원인 참고)이 발병한 연월

일이다. 발병 일시를 결정하는 기본적인 원칙은 일반적인 진단서와 동일하다(제2장 1절 3. 발병 연월일 및 진단 연월일 참고). 다만 손상의 경우에는 일시를 비교적 정확하게 알 수 있으므로 24시간제에 따라 최대한 구체적으로 기재한다. 예를 들어 2021년 5월 15일 오후 8시경 가슴통증을 호소하며 응급실에 내원하여 같은 날 오후 11시경 사망했다면 발병 일시는 “2021년 5월 15일 20시 00분 경”이라고 쓴다. 물론 만성질환이고 증상 또는 징후가 3개월 전에 발생했다면 “3개월 전”과 같이 쓸 수밖에 없으며 모를 경우 “미상” 또는 모른다고 기재하는 것을 권장한다.

다. 사망 일시

의사가 직접 사망을 선고하였다면 사망 일시를 24시간제에 따라 비교적 정확하게 기재할 수 있다. 그러나 이미 내원 당시 사망한 상태였거나 시신을 검안하는 상황이라면, 가족이나 발견자, 119구급대 등의 진술에 따라 사망 시각을 판단하여야 한다. 실무적으로는 발견 당시의 시각을 기재하고 ‘(이전)’을 기재할 수 있다. 다만 주민 센터에서 사망신고 시 입력하는 방식인 ‘언제부터 언제 사이’를 기재할 수 있는 형식이 도입되는 것이 바람직하다는 의견도 있다.

〈사망진단서에서 사망시각에 관해 흔하게 묻는 Q&A〉

Q1: 환자가 응급실에 이미 사망한 상태로 왔다면 사망진단서에 사망일시를 어떻게 적어야 하는지요? 119구급대 진술에 따라 기재해도 될까요?

A1: 사망시각 또는 사후경과시간에 대한 진술과 시신에서 관찰되는 사후변화의 정도가 부합한다면 해당 진술을 토대로 사망일시를 기재하여도 무방합니다. 예를 들어 119구급대가 확인한 사망시각을 반영한다면 “2020년 7월 29일 22시 00분경(119구급대 진술에 의함)”이라고 적고, 목격자가 시신을 발견한 시각을 반영한다면 “2020년 7월 29일 22시 00분경(목격자가 발견한 시각)”이라고 적으면 됩니다. 물론 해당 내용은 의무기록에 좀 더 자세히 설명하여 근거를 남겨두어야 합니다.

Q2: 응급실에서 심폐소생술을 시행하다가 회복되지 않아 사망을 선고했다면 사망시각을 어떻게 정해야 하는지요?

A2: 심폐소생술을 시행한 환자들은 사망 시각을 정하기 어려울 수 있지만, 의학적 필요성에 따라 심폐소생술을 시행하다가 사망했다면 심폐소생술 도중에는 소생 가능성이 있었으므로 심폐소생술을 마친 시각을 사망 시각으로 하는 것이 적절합니다. 의학적으로는 사망했다고 판단되지만 가족의 요청

에 따라 심폐소생술을 지속하거나 인공호흡기를 늦게 제거하는 경우도 있는데, 사망 시각은 이처럼 의학적 판단에 근거하지 않은 소생술과는 무관하게 결정되어야 합니다. 예를 들어 환자는 이미 교통사고로 사망했지만 보호자가 지방에 있는 아들이 올 때까지는 인공호흡기를 적용해달라고 부탁하는 경우, 이를 수용할 수는 있지만 환자는 이미 사망한 것으로 기록해야 합니다. 만약 심정지가 있었더라도 심폐소생술로 자발적인 심장박동이 돌아온다면(ROSC, return of spontaneous circulation) 환자는 여전히 생존하고 있다고 보고, 최종적으로 심정지가 되었을 때를 사망 시각으로 기재합니다. 또 다른 예로, 응급실 도착 당시 이미 사망 상태였으나 119구급대가 조금 전까지 살아있었다고 진술하여 심폐소생술을 시행하였고 회복되지 않았다면 사망시각은 응급실 도착 이전으로 기록하고, 의무기록에도 'DOA(dead-on-arrival)' 등을 기록합니다.

사망 일시는 유족의 장례나 제사뿐만 아니라 상속 및 보험 등과 관련해 문제가 될 수 있고, 드물게 형사 사건에서 주요 쟁점이 될 수도 있다. 따라서 다른 항목과 마찬가지로 원칙에 따라 결정할 필요가 있다. 다만 인체의 특성상 사망의 정의는 판단기준과 다소 차이가 있을 수 있다.

의학적으로 사망의 기준은 ① 심폐기능의 종지(心肺機能 終止) 또는 ② 뇌사(腦死)이다. 임상적으로는 주로 심장과 폐의 기능이 모두 완전히 멎으면 사망했다고 판단한다. 심장의 기능은 혈압이나 맥박, 심전도 검사 등으로 확인할 수 있는데, 의료현장에서는 주로 심전도 검사결과를 기준으로 한다. 다만 심장이 일시적으로 멎었다가 다시 뛰는 경우도 있고, 쇼크 상태에서는 맥박이나 혈압을 측정하기 어려우므로 심장이 멎었더라도 즉시 사망선고를 내리기는 어려울 수 있다. 폐의 기능은 주로 호흡으로 판단하는데, 이 역시 체인-스토크스 호흡(Cheyne-Stokes respiration)처럼 간헐적으로 정지할 수 있다. 어떤 지표를 기준으로 하더라도, 시간을 두고 관찰한 뒤 완전히 멎은 때를 사망 시각으로 정해야 한다. 대개는 5분 단위로 기재한다. 한편 뇌사를 판정하는 과정은 보다 복잡한데, 판정 기준은 장기등 이식에 관한 법률 시행령 별표 1을 따르며, 사망 시각은 뇌사판정위원회가 뇌사판정을 한 시각으로 한다. 장기 등의 적출 및 이식을 위한 판정에 쓰이며 전체 사망 중 뇌사 판정이 필요한 경우는 3% 미만으로 알려져 있다.

라. 사망 장소

사망 장소가 어디였는지에 따라 주택, 의료기관(요양병원), 사회복지시설(요양원, 양로원, 고아원 등), 공공시설(학교, 운동장 등), 도로, 상업·서비스 시설(상점, 호텔 등),

산업장, 농장(논밭, 축사, 양식장 등) 중에서 하나를 선택하거나, 선택할 수 있는 장소³¹⁾가 없으면 기타를 선택하고 그 장소의 주소를 기재한다. 만약 시신으로 발견되었는데 다른 곳에서 사망하였을 것으로 생각되면 사망 장소에 발견 장소의 주소를 기재하고 뒤에 “(발견 장소)”라고 덧붙인다. 병원 등으로 이송하던 도중 사망했다면 당시 이동경로 중 어느 한 지점을 선택하는 것보다는 도착 후 사망을 확인한 장소를 기재하는 것이 바람직하다.

마. 사망원인

사망원인(COD, cause of death)은 “왜 사망하였는가?”라는 의학적 질문에 대한 답이다. WHO에서는 사망원인을 ‘사망을 유발했거나 사망에 영향을 미친 모든 질병, 병태 및 손상과 이러한 손상을 일으킨 모든 사고 또는 폭력의 상황’이라고 정의했다.³²⁾ 일련의 사망원인 중 가장 먼저 발생한 것을 원사인(原死因, underlying COD)이라고 하는데 실제 사망원인 통계 작성에 기준이 되는 사망원인의 항목이다. WHO에서는 원사인을 다시 ‘(a) 직접 사망에 이르게 한 일련의 사건을 일으킨 질병이나 손상 또는 (b) 치명적 손상을 일으킨 사고나 폭력의 상황’이라고 정의했다.³³⁾ 즉 환자가 사망하게 된 궁극적인 원인, 또는 환자의 사망 과정을 대표하는 원인이라고 할 수 있다. 사망과 인접하여 가장 나중에 일어난 것은 직접사인(直接死因, immediate COD)이라고 하며, 직접사인을 초래한 앞선 원인을 선행사인(先行死因, antecedent COD)이라고 한다. 즉 원사인은 최초의 선행사인이 될 가능성이 높다.³⁴⁾

31) 예를 들어 비행기, 선박, 기차, 바다 등에서 사망하였을 때 기타에 표시하고 괄호 안에 구체적인 사망 장소를 기재한다.

32) All those diseases, morbid conditions or injuries which either resulted in or contributed to death and the circumstances of the accidents or violence which produced any such injuries.

33) (a) the disease or injury which initiated the train of events leading directly to death, or (b) the circumstances of the accident or violence which produced the fatal injury.

34) 일부 최초 선행사인을 근행선행사인으로 명하고 원사인을 구별하자는 논의도 있으나 이는 통계실무에서 적용할 일이며 사망진단서 작성에서는 최초의 선행사인을 WHO 원사인의 정의에

WHO는 전 세계가 공통으로 사용할 수 있는 사망원인 표기형식을 제안하였는데, 제 1부와 제2부로 나누어 시간 순서에 따라 사망원인을 역순으로 나열하고 각 원인마다 발병부터 사망까지 걸린 기간을 기록하도록 하였다(표 3).

표 3 WHO가 제안한 사망원인 표기형식

Cause of death		Time interval between onset and death
I Disease or condition directly leading to death* Antecedent causes Morbid conditions, if any, giving rise to the above cause, stating the underlying condition last	(a) due to (or as a consequence of)
	(b) due to (or as a consequence of)
	(c) due to (or as a consequence of)
	(d)
II Other significant conditions contributing to the death(time intervals can be included in baskets after the condition)

* This does not mean the mode of dying e.g. heart failure, respiratory failure. It means the disease, injury, or complication that caused death.		

우리나라의 사망진단서에서도 이와 크게 다르지 않은 서식을 사용하고 있다(표 4). 여기에 기재되는 진단명은 한국표준질병·사인분류를 따라야 한다(의료법 시행규칙 제9조 제3항).

따라 판단하가 기재하는 것이 적절하다고 판단한다.

표 4 사망진단서의 사망원인 항목

⑩ 사망의 원인 ※ (나)(다)(라) 에는 (가)와 직접 의학적 인과관계가 명확한 것만을 적습니다.	(가) 직접사인		발병부터 사망까지의 기간	
	(나) (가)의 원인			
	(다) (나)의 원인			
	(라) (다)의 원인			
	(가)부터 (라)까지와 관계없는 그 밖의 신체상황			
	수술의사의 주요소견		수술 연월일	년 월 일
	해부의사의 주요소견			

위의 4줄은 WHO 서식의 제1부에 해당하는데, 여기에는 사망에 이르게 된 경과를 순서대로 기록한다. 첫줄의 ‘(가) 직접사인(immediate COD)’에는 가장 직접적으로 사망을 초래한 상태, 즉 가장 나중에 발생한 질병이나 병태를 기재한다. 이 칸은 반드시 기록해야 하며, 이것만으로 사망을 설명할 수 있다면 다른 칸은 비워도 상관없다. 예를 들어 바다에서 수영하다가 익사하였다면 직접사인에 ‘익사’만 기록하면 충분하다. 그러나 대부분의 사망은 사망에 이르게 된 경과를 설명하기 위해 여러 진단명이 필요한데, 사망진단서에는 그 중에서도 의학적 인과관계가 직접적이고 명확한 것만을 기재한다. 각각의 발생시간에 대해 역순으로 한 칸에 하나씩 기록하면 되는데, 직접 사인의 원인을 ‘(나) (가)의 원인’에 기록하고, 다시 그 원인을 ‘(다) (나)의 원인’, 다시 그 원인을 ‘(라) (다)의 원인’에 기재하는 식이다. 발병부터 사망까지의 기간은 발병 시기를 고려해서 기간을 결정한다(제2장 1절 3. 발병 연월일 및 진단 연월일 참고).

아래 3줄은 WHO 서식의 제2부에 해당하며, “(가)부터 (라)까지와 관계없는 그 밖의 신체상황”에는 직접사인과 인과관계는 뚜렷하지 않지만 사망자의 신체 상태를 악화시키거나 사망경과를 앞당기는 등 사망에 영향을 미친 중요 병태를 기록한다. 예를 들어 유방암의 뇌전지로 인한 뇌출혈로 사망한 환자가 고혈압증과 제2형 당뇨병이 있었다면 제1부에 유방암과 뇌전이 및 뇌출혈에 대해 기재하고 인과관계에 포함되지는 않지만 사망에 영향을 미쳤다고 본다면 제2부에는 고혈압증과 제2형 당뇨병을 기술할 수 있다(표 5. 사망원인의 작성 예 참고).

WHO 기준에 따라 사망 전 4주 이내에 수술을 받은 환자라면 수술 소견과 날짜를 기록하고, 부검을 했다면 해부 소견을 기재한다. 우리나라에서는 대개 부검 결과가 나오기 전에 사망진단서(시체검안서)를 교부해야 하기 때문에 만약 부검을 했다는 사실을 안다면 이를 기재하고, 그 결과에 따라서 사인이 달라질 수 있다는 사실을 기록하는 것을 권장한다.

사망진단서의 사망원인을 기록하는 과정을 다시 정리하면 다음과 같다. 작성 예는 <표 5>를 참고하고, 보다 구체적인 내용은 제2장 4절 3. 사망원인 기재 방법에서 다시 설명한다.

1. 직접사인에는 사망에 이르게 한 마지막 병태에 해당하는 진단명을 기록한다.
2. 사망경과를 거슬러 올라가면서 인과관계가 확인된 직전 병태를 바로 아래 칸에 차례로 기록한다.
3. 마지막으로 사망의 과정이 시작된 병태, 즉 원사인을 가장 아래 칸에 기록한다.
4. 각 병태가 발병한 뒤 사망까지 걸린 기간을 기록한다. 정확한 기간을 알 수 없다면 분, 시간, 일, 주, 개월, 연 단위로 추정하여 최대한 타당하게 기록한다.

표 5 사망원인의 작성 예

⑩ 사망의 원인 ※ (나)(다)(라) 에는 (가)와 직접 의학적 인과관계가 명확한 것만을 적습니다.	(가) 직접사인	뇌출혈	발병부터 사망까지의 기간	4시간
	(나) (가)의 원인	뇌 전이암		4개월
	(다) (나)의 원인	유방암(왼쪽)		5년
	(라) (다)의 원인			
	(가)부터 (라)까지와 관계없는 그 밖의 신체상황		고혈압(3년), 당뇨(10년)	
	수술의사의 주요소견		수술 연월일	년 월 일
	해부의사의 주요소견			

참고로 우리나라와 마찬가지로 미국(표 6)과 일본(표 7)의 사망진단서에도 WHO의 권고안이 반영되어 있다.

표 6 미국 사망진단서의 사망원인 서식

27. PART I. Enter the diseases, injuries, or complications that caused the death. Do not enter the mode of dying, such as cardiac or respiratory arrest, shock, or heart failure. List only one cause on each line.		Approximate Interval Between Onset and Death
IMMEDIATE CAUSE (Final disease or condition resulting in death) → Sequentially list conditions, if any, leading to immediate cause. Enter UNDERLYING CAUSE (Disease or injury that initiated events resulting in death) LAST	a. _____ DUE TO (OR AS A CONSEQUENCE OF):	
	b. _____ DUE TO (OR AS A CONSEQUENCE OF):	
	c. _____ DUE TO (OR AS A CONSEQUENCE OF):	
	d. _____	
PART II. <u>Other significant conditions</u> contributing to death but not resulting in the underlying cause given in Part I. _____		28a. WAS AN AUTOPSY PERFORMED? (Yes or no) _____
		28b. WERE AUTOPSY FINDINGS AVAILABLE PRIOR TO COMPLETION OF CAUSE OF DEATH? (Yes or no) _____

표 7 일본 사망진단서의 사망원인 서식

死亡の原因 ◆Ⅰ欄, Ⅱ欄ともに疾患の終末期の状態としての心不全, 呼吸不全等は書かないでください ◆Ⅰ欄では, 最も死亡に影響を与えた傷病名を醫學的因果關係の順番で書いてください ◆Ⅰ欄の傷病名の記載は各欄一つにしてください ただし, 欄が不足する場合は(エ)欄に残りを醫學的因果關係の順番で書いてください	Ⅰ	(ア) 直接死因		發病(發症)又は傷病から死亡までの期間 ◆年, 月, 日等の單位で書いてください ただし, 1日未滿の場合は, 時, 分等の單位で書いてください (例: 1年3か月, 5時間20分)	
		(イ) (ア)の原因			
		(ウ) (イ)の原因			
		(エ) (ウ)の原因			
	Ⅱ	直接には死亡に關係しないがⅠ欄の傷病經過に影響を及ぼした傷病名等			
		手術	1 無 2 有	部位及び主要所見	手術年月日
	解剖	1 無 2 有	主要所見		

바. 사망의 종류

사망의 종류(MOD, manner of death)는 “어떻게 사망하였는가?”라는 질문의 답에 해당하며, 사망에 대한 법률적 해석이라고 할 수 있다. 경찰이나 검찰, 법원과 같은 사법체계의 입장에서는 사망 사건에 개입하여 수사해야 할 필요성과 더불어 그 수준과 방향을 가늠할 수 있는 지표이다. 사망의 종류는 일반적으로 내인사(병사, 자연사)와 외인사로 나뉘고, 외인사는 다시 자살, 타살, 사고사로 나뉜다. 이 중 내인사는 사망의 과정에서 중요한 역할을 한 외부적인 요인이 확인되지 않는 경우로서, 사법체계가 개입할 필요성은 외인사에 비하여 상대적으로 떨어진다. 의료기관에서 치료를 받던 사람이 생전에 진단받은 질환으로 사망하였고, 그 과정이 의학적으로 예측 가능하였던 경우를 대표적인 예로 들 수 있다. 그러나 외인사라면 사망에 관여한 외부적인 요인이 무엇인지 살피고, 책임을 물어야 할 대상이 있는지, 그렇다면 책임을 어느 정도로 물어야 할지 결정해야 한다. 자살은 사망자 자신의 의도와 행위로 인한 사망이므로 책임을 물어야 할 대상이 없지만, 실제로 자살이 맞는지, 다른 사람이 개입하였을 가능성은 전혀 없는지 확인해야 한다. 타살이라면 가해자를 찾아 책임을 물어야 하며, 사고사의 경우에도 다른 사람의 과실은 없는지 확인해야 한다.

표 8 | 사망진단서의 사망의 종류와 외인사 항목

⑪ 사망의 종류		[] 병사		[] 외인사		[] 기타 및 불상	
⑫ 외인사 사항	사고 종류	[] 운수(교통) [] 익사	[] 중독 [] 화재	[] 추락 [] 기타()	의도성 여부	[] 비의도적 사고 [] 자살 [] 미상	[] 타살
	사고 발생 일시	년 월 일 시 분(24시간제에 따름)					
	사고 발생 장소	주소					
		장소	[] 주택 [] 공공시설(학교, 운동장 등) [] 상업·서비스시설(상점, 호텔 등) [] 농장(논밭, 축사, 양식장 등)	[] 의료기관 [] 도로 [] 산업장 [] 기타()	[] 사회복지시설(양로원, 고아원 등) [] 산업장 [] 기타()		

사망의 종류는 원칙적으로 원사인, 즉 사망원인 칸 중 가장 아랫줄에 기재된 최초 선행사인에 따라 결정된다. 사망과정에서 특별히 고려할 외부적인 요인이 확인되지 않는다면 내인사이므로 위 <표 8>의 '⑪ 사망의 종류'에서 '병사'에 표시한다. 이때는 '⑫ 외인사 사항'에서 더 표시하거나 기재할 내용이 없다. 손상이 원사인이고 결국 손상이나 그로 인한 합병증으로 사망했다면 사망의 종류는 '외인사'에 표시하고, '⑫ 외인사 사항' 중 '의도성 여부'에서 손상이 생긴 상황에 따라 '비의도적 사고, 자살, 타살, 미상' 중 하나를 선택한다. '비의도적 사고'는 말 그대로 누군가의 의도가 작용하지 않은 사고사, 즉 자기 과실이나 천재지변, 살인이나 상해의 의도가 없는 다른 사람의 행위에 의한 사망일 때 선택한다. '자살'은 사망자 본인의 의도가 작용하였을 때, '타살'은 사망자 이외의 사람이 의도한 것일 때를 말한다. 한편 법의학에서는 외인사라고 판단되지만 자살, 타살, 사고사를 구분할 정도의 정보는 부족하다면 분류 불능(unclassified)³⁵⁾이라고 하는데, 이때는 '미상'을 선택하면 된다. 내인사와 외인사의 구분도 어려우면 불상(undetermined)³⁶⁾이라고 하는데, 이때는 '⑪ 사망의 종류'에서 '기타 및 불상'에 표시한다.

일단 외인사로 분류되었다면 '의도성 여부' 중 무엇이 선택되었는지에 관계없이 '⑫ 외인사 사항'의 나머지 항목들, 즉 '사고 종류', '사고발생 일시', '사고발생 장소'도 항상 작성해야 한다. '사고 종류'에 따라 '의도성 여부'의 항목이 결정되지는 않으며, 그 반대도 마찬가지이다. '사고 종류'를 알 수 없는 경우에도 '사고발생 일시', '사고발생 장소'는 파악된 만큼 또는 합리적으로 추정되는 만큼 최대한 기재한다. 이들은 위에서 설명한 사망 일시나 사망 장소와 같은 방법으로 기재한다.

사. 교부인의 자격

교부하는 의료인이 어떤 면허를 갖고 있는지에 따라 의사, 치과의사, 한의사 중 하나를 표시한다. 의사라면 '의사'에 펜으로 동그라미를 그려도 되고, '치과의사, 한의사'에 두 줄을 긋거나 서식 파일에서 이 부분을 지워도 된다. 의사 여부와 의료업 종사

35) 예를 들어 시신에 치명적인 상처가 있지만 그 손상의 경위를 알 수 없는 경우이다.

36) 예를 들어 시신이 심하게 부패하거나 훼손이 심하여 사망원인을 가늠할 수 없다면 사망의 종류도 당연히 구별하기 어렵다.

여부를 확인하기 위해 의사면허번호와 소속 의료기관을 기재하도록 되어 있지만, 전문의 자격과 관련된 정보는 요구하지 않는다.

아. 기타

등록번호는 해당 의료기관의 환자 고유번호를 의미하는데, 사망자의 신원확인뿐 아니라 사망진단서나 시체검안서의 근거가 되는 의무기록을 찾아보는 데에 도움이 된다. 사망진단서 서식은 비교적 간결하여 환자의 사망 과정을 충분히 옮기기에는 한계가 있고, 의사도 구체적인 내용을 모두 기억할 수 없을뿐더러, 오랜 시간이 지난 뒤 근거자료를 확인해야 하는 경우가 생기기도 한다. 따라서 사망진단서에 기재한 내용에 대한 근거나 자세한 설명을 의무기록에 남겨두는 것이 좋다. 의사가 직접 등록번호를 쓸 수도 있지만, 대개 의료기관의 직원이 등록번호, 연번호(문서의 고유번호), 원본대조필을 기재한다. 원본대조필은 교부한 사망진단서가 의료기관이 보관한 사망진단서와 같은 문서임을 증명한다.

3. 사망원인 기재 방법

가. 사망원인에 기재할 수 있는 대상

사망원인에는 한국표준질병·사인분류에 나열된 거의 대부분의 병태를 기록할 수 있지만, 심장마비나 심정지, 호흡정지, 무수축, 심폐정지, 심부전, 호흡부전과 같은 사망의 양식(mode of death) 내지 사망의 기전(mechanism of death)은 기록해서는 아니된다. 진단명은 한국표준질병·사인분류에 사용된 용어를 기준으로 하되, 한 칸에 하나씩 적고 한글로 쓰고 영어나 약어는 사용하지 않는다. 드물게 4칸을 모두 채우고도 적어야 할 사망원인이 남는 경우도 있을 텐데, 무작정 모두 기재하기 전에 우선은 불필요한 진단명이나 사망의 양식에 해당하는 진단명을 지워나가는 것이 바람직하다.

한편 2009년 4월 29일 WHO 권고안에 따라 개정되기 전 우리나라의 사망진단서 서식에는 사망원인이 직접사인, 중간선행사인, 선행(원)사인 등으로 표기되어 있었다.

이는 과거 일본의 사망진단서 서식을 반영한 결과로 추정된다.³⁷⁾ 일부 의사들은 이 서식을 오해하여, 직접사인과 중간선행사인, 선행(원)사인에 기재할 수 있는 진단명이 따로 구분되어 있다고 생각하기도 하여 중요도에 따라 적는 등 임의적으로 작성하는 경우가 많았다. 그러나 앞서 설명하였듯이, 선행사인은 직접사인을 비롯한 이후의 결과를 초래한 앞선 원인이며, 최초의 선행사인은 원사인을 기준으로 작성한다. 즉 직접사인과 선행사인, 원사인은 시간적 순서와 인과관계의 구성이 다를 뿐 질병이나 손상과 같은 의학적 병태를 가리킨다는 점에서 본질적으로 동일하다.

사망원인 칸을 중간에 비워놓거나, 직접사인에 굳이 사망의 양식이나 기전을 채워 넣는 등의 잘못된 작성 경향에도 이러한 오해가 어느 정도 역할을 한 것으로 보인다. 현재의 서식에서 알 수 있듯이, 사망원인은 시간 역순으로 나열하여 직접사인부터 한 칸씩 차례로 적어나가면 되며, 모든 칸을 다 채울 필요는 없다.

나. 사망원인의 나열

직접사인 하나로 사망의 과정을 모두 설명할 수 있으면, 즉 직접사인이 곧 원사인다면 사망원인은 한 칸으로 충분할 것이다. 예를 들어 목매 자살한 경우나 말기 암으로 사망한 환자들이 그러하다. 그러나 대부분의 경우 사망의 과정은 그리 단순하지 않다. 특히 의학의 발전으로 인해 환자가 악화되는 과정에서 의료가 개입할 수 있는 단계가 점차 늘어나면서, 사망에 관여하는 요인들을 더욱 자세히 파악할 수 있게 되었고, 사망의 과정은 복잡해지고 있다. 그러나 역설적으로, 가능성 있는 요인들은 파악했지만 각각의 구체적인 역할을 알지 못하여 사망 원인을 지목하기 어려운 경우도 있다. 따라서 사망의 과정을 구체적으로 설명함으로써 사망의 단계에 따른 의학적 상태를 파악하는 것은 죽음을 조사하는 공공의 목적뿐만 아니라 의료의 발전에도 중요하다.

예를 들어, 간암을 진단받았다면 이로 인해 사망할 가능성이 있다는 것을 충분히 이해하고 예상할 수 있다. 그러나 같은 간암 환자라도 사망에 이르는 구체적인 경과에 따라 의학적, 정책적으로 다른 의미를 가질 수 있다. 첫 번째 환자는 간암에 대한 치

37) 그러나 일본은 이미 1995년에 WHO의 권고안을 수용하여 사망진단서 서식을 개정하였다.

료를 받는 과정에서 간 조직의 과도한 손상으로 간 기능부전(hepatic failure) 상태가 되었고, 결국 간성 혼수(hepatic encephalopathy)와 악액질(cachexia)로 사망하였다. 이 경우에는 직접사인을 간성 혼수라 하고, 그 선행원인을 간 기능부전, 다시 그 선행원인, 즉 원사인을 간암이라고 기재하면 된다. 두 번째 환자는 이미 만성 B형 간염으로 간경화가 진행된 상태였고 결국 식도정맥류 파열로 사망하였는데, 사망 전 간암도 진단받은 상태였다. 이 경우에는 직접사인을 식도정맥류 파열이라 하고, 그 선행원인을 간경화라고 기재하면 된다. 이때 간암은 식도정맥류와 마찬가지로 간경화에 따른 결과이나, 식도정맥류에 의해 직접적으로 발생한 것은 아니다. 따라서 간암은 사망원인이 아닌 ‘(가)부터 (라)까지와 관계없는 그 밖의 신체 상황’에 기재하면 된다. 즉 첫 번째 환자는 원사인이 간암인 환자로서 사망원인 통계에 등록되며, 간암 환자에 대하여 간 기능부전이나 간성 혼수, 악액질 등을 대비하고 치료해야 한다는 의학적 사례가 된다. 반면 두 번째 환자는 원사인이 간경화인 환자로서 식도정맥류나 그로 인한 저혈량성 쇼크 등을 경고하는 의학적 사례가 된다.

이처럼 사망원인을 환자의 경과에 따라 적절히 기재하면 각 환자의 사망과정과 의학적 의미를 재구성할 수 있고, 연구와 정책 수립에 필요한 올바른 기초자료로 활용할 수 있다.

다. 원사인의 결정

원사인은 흔히 ‘일련의 사망원인 중 가장 먼저 발생한 것’을 말한다고 하였다. 일견 명확해 보이는 정의이지만, 실무에서는 원사인을 결정하기 어려운 경우가 있다. 사망원인은 의학적 개념이지만 사회적 의미가 내포되어 있으며, 단순히 질병의 인과관계만을 의학적으로 설명하는 것이 아니라 사망에 이르게 한 일련의 과정을 증명하기 위한 것이기 때문이다. 따라서 사망의 과정이라고 보기 어려운 일상적인 상태에서부터 존재하던 기저질환이 여러 단계를 거쳐 결국 사망원인이 된 병태를 초래하였다면, 해당 기저질환을 사망원인에 포함하여 원사인으로 보아야 하는지가 논란이 될 수 있다.

앞서 나. 사망원인의 나열에서 두 번째 간암 환자의 원사인을 만성 B형 간염이 아닌

간경화라고 한 것은 이러한 이유 때문이다. 만성 B형 간염은 대개 임상적인 증상이나 징후를 보이기 어려워서 일상적인 사회생활에 영향을 미치지 않고, 사망의 과정이라고 보기 어렵기 때문이다. 반면 간경화는 진행 정도에 따라 많은 환자들에게 증상과 징후가 나타날 뿐만 아니라 다양한 합병증을 동반한다. 다만 환자가 보행자 교통사고로 다쳐서 수혈하는 과정에서 오염된 혈액에 의해 만성 B형 간염을 갖게 되었다면 이는 일상적인 경과로 보기 어려우므로 보행자 교통사고를 원사인으로 고려할 수도 있겠다.

라. 직접사인의 결정

선행사인에 당연히 따라올 수밖에 없는 병태는 굳이 사망원인으로 나열하지 않는다. 예를 들어 식도정맥류 파열에 따른 저혈량성 쇼크나 급성 심근경색에 따른 저산소성 허혈성 뇌손상, 지주막하 출혈에 따른 호흡중추 마비 등이 있는데, 이들은 모두 앞의 병태만으로도 뒤의 병태를 충분히 예상하고 설명할 수 있다. 앞의 두 번째 간암 환자에서도 직접사인을 저혈량성 쇼크가 아닌 식도정맥류 파열로 기재한 바 있다.

이는 직접사인을 기재할 때 특히 문제가 된다. 이러한 병태를 나열하다보면 사망 과정에 나타날 수 있는 여러 가지 자연스러운 신체의 변화들, 즉 심정지나 심부전, 호흡부전과 같은 사망의 양상이나 기전이 직접사인에 잘못 기재될 수 있기 때문이다. 해당 병태가 환자의 사망경과를 설명함에 있어 반드시 필요한 내용인지, 환자의 사망경과를 다른 환자의 것과 구분해주는 역할을 하는지 다시 한 번 검토하는 과정이 필요하다.

마. 사망원인의 불상 판단

만약 사망원인을 알 수 없다면 '불상(不詳)' 또는 '알 수 없음(unknown)'이라고 기록하면 된다. 선부른 감별진단이나 자의적인 추측으로 객관적인 근거가 없는데도 사망원인을 임의로 결정하는 것은 옳지 않다. 이는 유족이나 경찰이 사망원인을 오해하도록 하여 부검과 같은 추가적인 조사가 이루어질 가능성을 차단할 수 있고, 결국 뒤늦게 사망원인을 확인하기 위해 추가적인 시간과 노력을 들여야 하거나 불명확한 사망원인으로 인해 불의의 피해가 발생할 수 있다. 심지어 의사가 범죄의 은폐를 도와주는

결과를 초래할 수도 있다.

물론 사망원인을 불상으로 기재하면 사망의 종류는 당연히 기타 및 불상이 되므로 경찰에서 변사 사건으로 다루게 된다는 점을 고려해야 한다. 유족은 사망신고와 시신의 매장(埋葬) 또는 화장(火葬) 전에 변사 사건에 대한 경찰의 조사에 협조해야 하므로 (의료법 제26조) 장례 절차에 불편을 겪을 수밖에 없다. 의사로서는 사망 진단에 대한 자신의 재량권을 어떻게 행사해야 하는지 고민이 될 수 있다.

따라서 범죄의 의심이 있거나 보험, 의료사고와 같은 민사적 분쟁의 가능성이 예상된다면 함부로 사망원인을 추정하지 않되, 그러한 경우가 아니라면 자신이 파악한 정보를 바탕으로 최대한 의학적으로 타당한 추정을 하고 그 정보의 출처와 내용, 사망원인의 판단 근거를 의무기록 등에 남겨 둔다. 이마저 어려운 상황이라면 불상 진단을 하고, 유족에게 설명하여 경찰 등의 도움을 얻는 것이 적절하다.

바. 사망원인과 관계없는 그 밖의 신체 상황

사망진단서의 ‘사망의 원인’ 중 5번째 줄에는 ‘(가)부터 (라)까지와 관계없는 그 밖의 신체상황’을 기재하도록 되어 있는데, 많은 의사들이 여기에는 사망원인과 관련이 없는 기저질환만 기재하는 것으로 알고 있다. 그러나 실제로는 사망과정에서 악화 요인으로 작용하였을 것으로 추정되지만 사망원인과의 인과관계를 확정하기 어려운 병태도 기재할 수 있다. 앞서 나. 사망원인의 나열에서 두 번째 간암 환자에서도 간암을 사망원인이 아닌 그 밖에 신체 상황으로 분류한 바 있다. <표 9>의 사례처럼, SARS-CoV-2 감염이 확인되었으나 그로 인한 호흡기나 신경계 증상은 심각하지 않은 상태에서 간경화에 의한 식도정맥류 파열에 의해 사망하였고, 의사가 판단하기에 코로나19 감염증이 사망에 악화 요인으로 작용했을 가능성이 있지만 임상적으로 사망원인으로 단정하기가 곤란하다면 ‘(가)부터 (라)까지와 관계없는 그 밖의 신체상황’에 코로나19 감염증을 기재할 수 있다.

한편 출산 직후의 신생아를 떨어뜨려 머리뼈 골절과 뇌출혈이 발생한 최근 사례에 대한 대법원 판단³⁸⁾을 살펴보면, 외적 원인이 있음에도 사망원인으로 기재하지 않은 것

을 ‘사망진단서 중 사망원인의 기재 부분이 허위내용이고 그로 인해 신생아에 대한 변사체 검사가 방해되었으며’라고 설시한바 만에 하나 사망과의 인과관계를 추정하지 못했다고 하더라도 외적 원인이 있다면 최소 ‘(가)부터 (라)까지와 관계없는 그 밖의 신체상황’에 중요 병태로서 기재하는 것을 권장한다.

표 9 사망원인의 작성 예

⑩ 사망의 원인 ※ (나)(다)(라) 에는 (가)와 직접 의학적 인과관계가 명확한 것만을 적습니다.	(가) 직접사인	식도정맥류 파열	발병부터 사망까지의 기간	4시간
	(나) (가)의 원인	간경화		6년
	(다) (나)의 원인			
	(라) (다)의 원인			
	(가)부터 (라)까지와 관계없는 그 밖의 신체상황		코로나바이러스감염증-19	
	수술의사의 주요소견		수술 연월일	년 월 일
	해부의사의 주요소견			

사. 사망원인 작성시 흔히 일어나는 오류

1) 불확실한 진단명

가장 흔한 사례는 급격한 신체적 변화 없이 어느 날 갑자기 사망한 노인에게 대해 사망진단서를 발급해야 할 때이다. 많은 경우 사망원인을 노쇠(老衰, senility), 즉 질병분류코드 R54로 기록하곤 하는데, 이는 적절하지 않다. 원칙적으로 한국표준질병·사인분류번호 중 ‘달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상 소견(R00-R99)’, 이른바 R 코드는 사망원인으로 사용되지 않아야 한다. 단, R 코드 중 영아급사증후군(R95)은 예외이다.³⁹⁾ 이런 사례에서도 병력을 살펴보면 진단의 실마리를 찾을 수 있다.

38) 대법원 2020. 11. 26. 선고 2020도11623 판결.

39) 한국표준질병사인분류 지침서 제4장에서는 ‘불명확한 병태는 사망원인 통계에서 무시한다.’고 명시하고 있다. 이러한 병태로는 I46.1(급성 심장사로 기술된 것), I46.9(상세불명의 심장정지), I95.9(상세불명의 저혈압), I99(순환계통의 기타 및 상세불명의 장애), J96.0(급성 호흡부전), J96.9(상세불명의 호흡부전), P28.5(신생아의 호흡부전), R00-R94 및 R96-R99(달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상 소견)이 열거되어 있다.

예를 들어 “보름 전부터 오른쪽 팔다리를 잘 못 쓰고 기운없어 했다”면 왼쪽 대뇌반구의 뇌경색을 의심할 수 있고, “어제 저녁까지 아무런 일이 없었는데, 아침에 일어나 보니 돌아가셨다. 음식물을 상당량 토한 흔적이 있다”면 급성 뇌출혈을 의심할 수 있다. 이때는 ‘(추정)’이라는 단서를 붙여서 가장 의심되는 질환을 사망원인으로 제시할 수 있다. 만약 “전혀 아무렇지도 않았는데 아침에 돌아가신 채로 발견되었다”면 심혈관이나 뇌혈관 계통의 질환을 포괄적으로 의심할 수 있지만, 급성 심근경색증과 같이 구체적인 근거가 필요한 질환은 주의해야 한다. 특히 노인들은 심한 폐렴이 있어도 발열과 같은 전형적인 증상 없이 경미한 식욕부진이나 기력저하만 보이다가 갑자기 사망하기도 하므로, 의학적 근거가 부족한 상황에서 지나치게 단정적인 진단을 내리는 것은 적절하지 않다.

노쇠와 같이 사망원인 통계에서 무시되는 진단은 아니지만, 사망경과가 충분히 파악되었는데도 진단명을 구체적으로 기재하지 않아 의학적, 임상적 의미를 파악하기 어려운 경우를 많이 볼 수 있다. 사망진단서에서 흔히 볼 수 있는 불확실한 진단명의 예와 이를 수정하는 방법을 <표 10>에 나열하였다.

표 10 | 흔히 사용되는 불확실한 진단명의 예

진단명 예	수정 방법
교통사고	보행자 교통사고, 탑승자 교통사고, 자전거 탑승자 손상 등 사고 상황을 구체적으로 밝힌다.
알코올(약물) 중독	급성 또는 만성 여부를 밝힌다.
수술 합병증	수술의 원인이나 대상에 해당하는 원래의 상병을 밝힌다.
치매	알츠하이머, 혈관성, 노인성 등을 구별한다.
경색증	부위(뇌, 심장 등)와 원인(동맥경화증, 혈전증, 색전증 등)을 밝힌다.
감염증	부위, 원인미생물(세균, 바이러스 등), 속성(원발성, 이차성 등)을 밝힌다.
백혈병	아형(급성-아급성-만성, 림프구성-골수성-단핵구성 등)을 밝힌다.
폐렴	속성(세균성, 바이러스성, 흡입성 등)을 구별한다.
폐색전증	원인이 파악되었다면 선행원인에 기재한다.
신부전증	속성(급성, 만성)이나 원인 등을 밝힌다.
혈전증	속성(동맥, 정맥)이나 혈관명을 밝힌다. 수술 후 침상 회복 과정에서 생겼다면 수술의 계기가 된 상병을 밝힌다.
종양	속성(악성-양성, 원발성-전이성, 조직학적 분류 등)이나 발생 부위 등을 밝힌다.
요로감염증	부위(콩팥, 요로, 방광, 요도 등)나 원인미생물, 원인 질환 등을 밝힌다.

2) 선행원인이 존재하는데도 직접사인만 기재하는 경우

‘위장관 출혈(K92.2)’이나 ‘흡인성 폐렴(J69.0)’, ‘폐혈증(A41)’, ‘파종성 혈관내응고(D65.0)’과 같이 의학적으로 선행원인이 반드시 존재하는 진단명을 직접사인으로 기재하면서 선행사인은 비워두는 경우가 있다. 이는 의사가 환자의 해당 병태를 진료하였음에도 불구하고 사망할 때까지 그 원인을 찾지 못한 것으로 해석될 수 있다. 따라서 원인을 알고 있다면 이를 반드시 선행사인으로 기재해야 한다. 예를 들어 간경화 환자에서 위장관 출혈이 발생한 경우, 식도정맥류를 직접 확인하지 못했더라도 갑자기 토혈 증상을 보이는 등 임상적으로도 납득할 수 있는 상황이라면 ‘식도정맥류 파열(I85.0)’을 선행사인으로 추정할 수 있다. 물론 어떠한 원인도 찾을 수 없었다면 ‘위장관 출혈’만 기록하면 된다. ‘흡인성 폐렴’은 애초에 흡인이 일어날 수 있는 상황이 전제되어 있는 진단명이므로 당연히 ‘뇌경색(I63.3)’이든 ‘대퇴골 경부의 골절(S72.0)’이든 ‘급성 알코올 중독(F10.0)’이든 의료진이 파악한 흡인의 원인을 선행사인에 기록해야 한다.

3) 잘못된 인과관계

WHO 권고안을 따르는 사망진단서 서식이라면 국가를 막론하고 직접사인을 가장 위 칸에 기재한 뒤 그와 인과관계를 갖는 선행사인을 아래 칸에 기재한다. 이때 인과관계를 가진다는 것은 원인과 결과 사이의 관계가 생물학적, 병리학적으로 이미 밝혀져 있어 이를 바탕으로 환자의 경과를 이해할 수 있을 뿐만 아니라 원인과 결과가 시간적 선후관계를 만족함을 의미한다. 간에 전이한 직장암이나 뇌경색증으로 의식이 저하된 환자에게 발생한 흡인성 폐렴은 모두 인과관계를 인정할 수 있는 경우에 해당한다.

그러나 사망진단서 서식을 잘못 이해하여 이러한 인과관계를 오해할 수 있게 작성하는 경우도 많다. 예를 들어 직접사인에 ‘뇌경색증’을 쓰고 그 아래에 ‘흡인성 폐렴’을 쓰면 마치 흡인성 폐렴이 뇌경색증을 유발한 것처럼 보이는데 이는 의학적으로 이해하기 어렵다. 또 다른 예로, 직접사인에 ‘췌장결핵(A19.0)’을 쓰고 그 아래에 ‘합병증을 동반한 당뇨병(E10.8)’을 쓴 경우를 예로 들 수 있다. 일견 당뇨 환자들은 면역 저하로 감염에 취약할 뿐만 아니라 실제로 당뇨는 결핵의 중요한 위험인자 중 하나라는 점에서 이해할 수는 있지만, 사망 통계에는 당뇨병으로 사망한 것처럼 잘못 반영될 수 있

다. 따라서 인과관계는 위험인자에 비해 좀 더 엄격하게 판단할 필요가 있다. 이 경우 당료는 ‘(가)부터 (라)까지와 관계없는 그 밖의 신체상황’로 옮기는 것이 적절하다.

4) 사망의 양식 및 사망의 기전

직접사인에 심정지, 호흡정지, 심폐정지, 심부전과 같은 죽음의 현상을 기재하지 않아야 한다는 것은 사망진단서의 가장 기본적인 원칙임에도 불구하고 가장 흔한 오류 중 하나이다. 대부분 사망원인의 개념이나 사망진단서의 취지를 잘못 이해하여 발생한다. 특히 다른 진단명 없이 위와 같은 진단명만 단독 혹은 반복하여 기록하는 것은 단순히 사망원인을 잘못 기재하는 데에 그치지 않고 무분별한 내인사 진단으로 이어져 진실한 사망원인을 확인하지 못하도록 방해하는 결과를 초래할 수 있으므로 반드시 근절되어야 한다.

5) 한 칸에 나열된 다수의 사망원인

사망원인의 각 칸마다 하나의 진단명만 기재한다. 여러 가지 합병증이 비슷한 시기에 발생하여 동시에 진행되었더라도, 사망과정에서 가장 중요한 역할을 한 합병증을 대표로 기록한다. 신체 여러 부위에 손상이 있다면 ‘여러 신체부위를 침범한 손상(T00-T07)’에서 손상의 범위와 중증도를 반영할 수 있는 가장 적절한 진단명을 선택하고, 괄호 속에 손상 받은 부위를 열거한다.

아. 사망원인 작성 요약

1. 사망원인은 인과관계 순으로 직접사인부터 위에서 아래로 한 칸에 하나씩 기재한다.
2. 불명확한 진단명이나 사망과정에서 발생할 수 있는 증상 및 징후는 기재하지 않는다.
3. 사망원인 칸에 포괄적 용어가 아닌 구체적인 용어를 기재한다.

4. 사망의 종류 기재 방법

의사가 결정한 사망의 종류는 사회에서 매우 중요한 판단기준으로 활용되고 있고, 그 결과는 돌이키기가 매우 어렵다. 내인사로 분류된 사망진단서나 시체검안서만 있으면 장례식장에서 시신을 매장하거나 화장하는 데에 아무런 제한이 없어 때로 범죄에 악용될 가능성도 배제할 수 없다. 반면 민간보험, 특히 재해보험의 사망보험료는 내인사에 비해 자살을 제외한 외인사에 더욱 높게 책정되어 있어서 재해사망을 주장하는 유족과 일반사망을 주장하는 보험사 사이에 분쟁이 일어나기도 한다. 그러나 의학의 전문가인 의사가 사망 또는 시신 발견 직후의 제한된 정보만을 바탕으로 법적 성격이 강한 사망의 종류를 올바르게 결정하기는 지극히 어렵다. 의사에 따라 사망의 종류에 대해 서로 다른 의견을 가지기도 하고, 이미 사망진단서가 발행되었더라도 사회적 맥락이나 사법기관의 수사 결과에 따라 최종적인 판단이 달라지는 경우도 많다.

따라서 의사가 사망의 종류를 잘못 선택하더라도 사회적으로 큰 비난을 받는 경우는 거의 없다. 지나친 부담을 가지지 말고 작성 당시 자신이 알고 있는 수준에서 합리적으로 판단하면 문제가 되지 않는다. 다만 적어도 기본적인 작성 원칙은 이해해야 하고, 자신이 책임질 수 있는 한계도 알고 있어야 한다. 자신의 판단에 대해서는 나중에라도 적절한 근거를 제시할 수 있어야 한다. 만약 충분한 근거가 없다고 생각되면 판단을 보류하고 경찰 수사나 부검과 같은 추가적인 절차들이 진행될 여지를 남겨두어야 한다. 흔히 환자를 장기간 치료하다 보면 사고로 인해 치료를 받다가 합병증으로 사망한 사람들에게 대해서도 병사로 판단하는 경우가 많은데, 이러한 판단이 사망진단서의 작성 원칙에 맞지 않는다는 것을 알고 있어야 하고, 자신의 주장에 대한 합리적인 근거를 준비해두어야 한다. 그리고 자신의 선택이 시신의 처리, 사망 또는 관련된 사건에 대한 조사 및 처분, 보험금 청구와 같은 여러 절차들에 막대한 영향을 미칠 수 있음을 고려해야 한다.

한편 외상과 질병이 병합된 경우에는 사망의 종류를 판단하기가 더욱 어려울 수 있는데, 이때는 다음과 같은 원칙을 적용한다.

첫째, 사고사에서 피해자가 가진 요인은 선행사인이나 원사인으로 볼 수 없다. 예컨

대 음주운전으로 인한 교통사고 사망 사건에서 원사인을 피해자가 가진 요인인 음주, 즉 급성 알코올 중독으로 보는 것은 곤란하다. 각 개인이 가진 요인을 인정하게 되면 인과관계에 있어 각각이 가진 요인(선천성)을 모두 총합해야 하므로 합리적이지 않다. 이는 민사나 형사재판에서 배상이나 보상, 양형의 고려요소는 될 수 있지만 인과관계 판단에는 영향을 미칠 수 없다고 본다.

둘째, 병사에 대한 일시적이고 일상적인 유발요인은 선행사인이나 원사인으로 보지 않는다. 이는 배변이나 성교, 운동 등을 가리키는데, 이들은 원사인의 정의에도 맞지 않는다.

셋째, 직접사인이 질병이라도 위법한 외인이 유발하였으면 외인사로 본다. 굳이 치명적 손상이 아니더라도 일련의 사건을 일으킨 질병이나 손상을 원사인으로 본다고 한 원사인의 정의에 비추어보아도, 위법한 외인에 의한 촉발된 질병 사망을 외인사로 판단하는 것은 합리성을 가진다. 폭행 과정에서 머리에는 직접적인 충격을 받지 않았는데도 뇌출혈이 발생해 사망한 노인의 경우를 예로 들 수 있겠다. 사망원인이 된 뇌출혈이 폭행 이전에는 없었음이 확인되고, 폭행의 상황이나 정도가 신체적 또는 정신적 충격을 유발하기에 충분했다면, 사망의 종류는 외인사, 심지어 폭행치사 또는 상해치사에 해당하는 타살로 판단될 수 있다.

넷째, 외상으로 합병증이 생겼고 합병증의 치료과정에서 뚜렷한 회복이나 안정을 보인 기간이 없었다면, 외상 후 사망까지 경과된 시간에 상관없이 외상을 선행사인이나 원사인으로 보는 것이 합리적이다. 물론 그 합병증이 실제로 사망에 기여한 정도에 대해서는 의학적 전문성과 의사의 전문분야에 따라 판단이 달라질 수 있다. 만약 외상이나 그 합병증이 사망과정에 관여하긴 했지만 사망과의 직접적인 인과관계를 인정하기 어렵다면 ‘(가)부터 (라)까지와 관계없는 그 밖의 신체 상황’에 기재할 수 있다. 그러나 일단 원사인에 외상을 기재했다면 사망의 종류는 반드시 외인사로 판단해야 한다. 만약 원사인의 내용과 사망의 종류 사이에 이러한 원칙이 지켜지지 않는다면 사망진단서의 신뢰성뿐만 아니라 의료인의 전문성과 재량성에도 의문이 제기될 수 있다.⁴⁰⁾

40) 한 예로, 다른 사람이 가한 외력으로 인해 머리뼈 골절과 급성 경막하출혈 등 머리 손상을 입었고, 뇌수술 등의 치료를 받고 수개월간 비교적 안정적으로 생존하였으나 결국 반복적인 감염

5. 사망진단서의 잘못된 작성 사례

〈표 11〉에서는 직접사인에 심부전을 기록하였다. 윽혈성 심부전과 같은 구체적인 진단명을 의미하는 것이 아닌 이상 이는 죽음의 현상에 불과하므로 피해야 한다. 윽방암과 뇌전이 사이의 순서도 바뀐 것으로 보일 뿐만 아니라, 최초 선행사인은 한글이 아닌 영어로 기재되었다. 이러한 오류를 고려하여 해석하면, 환자는 윽방암이 뇌로 전이 되었고 전이암으로 인해 약해진 부위에 뇌출혈이 발생하여 사망한 것으로 보이는데, 이는 〈표 12〉와 같이 수정할 수 있다. 윽방암과 같이 좌우를 구분할 수 있는 부위에 생긴 질환은 방향을 함께 명시해도 좋다.

표 11 사망원인의 잘못된 작성 예

⑩ 사망의 원인 ※ (나)(다)(라) 에는 (가)와 직접 의학적 인과관계가 명확한 것만을 적습니다.	(가)	직접사인	심부전	발병부터 사망까지의 기간	즉시
	(나)	(가)의 원인	뇌출혈		2시간
	(다)	(나)의 원인	유방암		5년
	(라)	(다)의 원인	Brain Metastasis		4개월
	(가)부터 (라)까지와 관계없는 그 밖의 신체상황			고혈압	
		수술의사의 주요소견		수술 연월일	년 월 일
		해부의사의 주요소견			
⑪ 사망의 종류	[✓] 병사 [] 외인사 [] 기타 및 불상				

에 의한 패혈증과 항생제 부작용에 의한 급성 신손상으로 사망한 사례를 생각해 볼 수 있겠다. 환자를 진료한 의사는 자신의 전문성과 재량성을 바탕으로 '머리 손상 자체는 수술로서 이미 치유되었고, 사망은 내과적 합병증에 의한 것'이라고 판단할 수도 있다. 이는 주치의 본인의 의학적인 소신에 의한 판단으로, 그 판단을 담은 사망진단서에 대해 다른 사람이 수정을 요구할 법적 권리는 없다. 다만 의사는 자신의 의학적인 소신을 적절한 형태와 논리로 표현해야 한다. 원사인부터 직접사인까지의 의학적인 인과관계가 합당해야 하며, 사망의 종류 역시 원칙에 맞게 결정되어야 한다. 만약 직접사인은 심폐정지, 선행사인은 급성 신손상, 원사인은 외상성 급성 경막하 출혈로 기재하면서 사망의 종류는 병사로 판단했다면, (1) 직접사인에 죽음의 현상을 기록하고 (2) 사망의 종류가 원사인에 부합하지 않는다는 2가지 오류를 지적할 수밖에 없다.

표 12 사망원인 수정 작성 예1

⑩ 사망의 원인 ※ (나)(다)(라)에는 (가)와 직접 의학적인 인과관계가 명확한 것만을 적습니다.	(가)	직접사인	뇌출혈	발병부터 사망까지의 기간	2시간
	(나)	(가)의 원인	유방암의 뇌전이		4개월
	(다)	(나)의 원인	유방암(원쪽)		5년
	(라)	(다)의 원인			
	(가)부터 (라)까지와 관계없는 그 밖의 신체상황			고혈압증	
		수술의사의 주요소견		수술 연월일	년 월 일
		해부의사의 주요소견			
⑪ 사망의 종류	[<input checked="" type="checkbox"/>] 병사 [<input type="checkbox"/>] 외인사 [<input type="checkbox"/>] 기타 및 불상				

한편 전이암과 무관한 부위에 고혈압성 뇌출혈이 발생하였는데 유방암과 뇌 전이의 임상적 중요성을 고려하여 사망원인에 함께 기재하였을 가능성도 있다. 이 경우에는 <표 13>과 같이 수정할 수 있다.

표 13 사망원인 수정 작성 예2

⑩ 사망의 원인 ※ (나)(다)(라) 에는 (가)와 직접 의학적 인과관계가 명확한 것만을 적습니다.	(가)	직접사인	뇌출혈		발병부터 사망까지의 기간	2시간	
	(나)	(가)의 원인	고혈압			10년	
	(다)	(나)의 원인					
	(라)	(다)의 원인					
	(가)부터 (라)까지와 관계없는 그 밖의 신체상황					유방암(왼쪽) 및 뇌 전이	
	수술의사의 주요소견				수술 연월일	년 월 일	
	해부의사의 주요소견						
⑪ 사망의 종류	[<input checked="" type="checkbox"/>] 병사 [<input type="checkbox"/>] 외인사 [<input type="checkbox"/>] 기타 및 불상						

결국 사망진단서는 작성자가 아닌 다른 사람이 사망원인을 보고 사망자의 임상경과를 하나의 완결된 과정으로 재구성할 수 있을 정도로 인과관계에 맞추어 작성하면 된다. 이 외에도 사망진단서를 작성할 때 참고할만한 다양한 사례는 대한의사협회 사망진단서 사례집(2018년 발행)을 참고하기 바란다.

제5절 출생증명서

사람은 출생 신고를 함으로써 비로소 법률적 권리와 의무를 가진 국민이 된다. 민법 제3조에서는 ‘사람은 생존한 동안 권리와 의무의 주체가 된다.’고 하였다. 사법(私法)에서 권리와 의무의 주체가 되는 지위, 즉 ‘권리능력’ 또는 ‘법적 인격’은 출생함으로써 취득한다고 정한 것이다. 민법의 규정은 사권(私權)의 향유를 의미하며, 단순히 사법에서의 권리 관계나 공법 관계뿐 아니라 모든 분야의 법률관계에 적용되는 타당하고 보편적인 원칙이다. 이러한 출생을 증명할 수 있는 자격은 의사와 한의사, 조산사가 갖고 있고(의료법 제17조 제2항), 출생증명서 서식은 의료법 시행규칙 별지 제7호에 규정되어 있다.

WHO에서는 출생(live birth)에 대하여 ‘임신 기간에 관계없이 수태에 의한 생성물이 그 모체로부터 완전히 만출(娩出) 또는 적출되는 것으로서 이러한 분리 후에 탯줄의 절단이나 태반의 부착 여부에 관계없이 태아가 호흡이나 심장·탯줄의 박동, 수의근의 명확한 운동과 같은 생명의 징표를 나타내는 경우를 출산이라고 하며, 그 생성물을 출생으로 본다.’고 정의하였다. 즉 출생은 태아가 모체로부터 완전히 배출되어 생명의 징후를 보이는 상태이며, ‘분만’이라는 일련의 생리적 과정에 의해 완성된다.⁴¹⁾

한편 법률에서는 출생의 시점도 확정할 필요가 있다. 출생함으로써 ‘태아(胎兒)’는 ‘사람(人)’이 될 뿐만 아니라, 출생신고 기간이 개시되고(호적법 제49조), 성년에 이르는 시점이 결정되며(민법 제4조), 이에 따라 피상속인의 요건 등 다양한 법률관계에 중대한 영향을 미치기 때문이다. 형법에서는 통상적으로 진통이 시작된 시기(진통설 또는 분만개시설)⁴²⁾를 출생으로 보지만, 민법에서는 모체로부터 완전히 분리된 시기(전부노

41) 분만은 3단계로 나누는데, 제1기는 진통의 시작부터 자궁목이 완전히 열릴 때까지, 제2기는 이후 태아가 분만될 때까지, 제3기는 태반이 만출될 때까지이다. 흔히 이 중 제2기가 종료되었을 때를 출생의 시점으로 간주한다.

42) 즉 자연분만에서는 진통의 시작을 기준으로 하며, 제왕절개수술에서는 칼을 몸에 대는 순간이 기준이 된다. 이때 진통(陣痛, labor pain)은 가진통(假陣痛, false labor pain)과 구별되어야 한다. 가진통은 진통이 있기 전에 불규칙한 자궁 수축에 동반되는 통증으로서 통증의 간격이 불규칙하고 길게 유지되며, 강도가 증가하지 않는다. 진통과 달리 저절로 증상이 사라지며, 안

출설)를 출생으로 보는 시각이 지배적이다. 즉 호흡이 시작되기 전이라도 명백히 살아서 모체로부터 완전히 분리되었다면⁴³⁾ 그 시점에 출생한 것으로 해석한다.

정이나 휴식, 진통제, 진정제 등으로 조절되기도 한다.

43) 이는 태아의 만출을 말하며, 태반까지 만출될 것을 요구하지는 않는다.

제6절 사산(사태)증명서

의학적으로는 사산(死産)과 사태(死胎)를 굳이 구별하지 않는다. WHO에서도 태아 사망(fetal death) 또는 사산 태아(deadborn fetus)에 대해 ‘태아의 사망은 임신기간에 관계없이 수태에 의한 생성물이 그 모체로부터 만출 또는 적출되기 전에 사망하는 경우를 말한다. 이러한 태아는 모체와 분리된 후 호흡이나 심장·탯줄의 박동, 수의근의 운동 등 어떠한 생명의 징표도 나타내지 않는다.’고 하였다.

반면 법에서는 사산과 사태, 그리고 태아와 적출물을 구분한다. 예를 들어 의사가 진료 중이던 임부가 임신한지 4개월 이상 지나서 사망한 태아를 만출하였을 때는 ‘사산증명서’를, 자신이 진료하지 않은 임부가 사산하였거나 이미 사망한 태아를 검안한 경우에는 ‘사태증명서’를 발급한다(의료법 시행규칙 별지 제8호). 임신 4개월 전에 만출된 태아는 적출물로 간주한다.

‘사산의 종별’에서 ‘임신인공중절’은 사산을 목적으로 기계나 약제 등의 인공적인 조치를 하여 사망한 태아를 만출하는 것을 말한다. 반면 ‘자연사산’은 사산 목적의 인공적인 조치를 하지 않았는데도 사산한 것을 말한다. 즉 다른 목적의 투약이나 수술에 의하여 사산한 경우, 출산 목적으로 분만 유도 중 사산한 경우, 태아 사망 후에야 인공적인 조치를 가한 경우 모두 자연사산에 포함된다.

제7절 소견서

소견서에는 특별한 서식이나 기준이 없어 다른 증명서에 비해 작성 과정이 비교적 자유로운 편이다. 그러나 소견서에 상병 또는 상해와 관련한 의사의 의학적 판단이 기재되어 있다면 법적으로는 진단서나 상해진단서와 같은 효력을 갖는다. 의사가 환자를 진료하여 내린 의학적 판단은 서식에 따라 달라지지 않는다고 보기 때문이다. 따라서 소견서를 작성할 때에도 적어도 내용적인 면에서는 다른 형태의 진단서에 못지않게 진실하고 정확하게 작성해야 한다.

제8절 감정서

감정서는 후유장애⁴⁴⁾를 평가하는 신체감정서를 비롯하여 연령감정서, 부검감정서, 친자감정서, 정신상태감정서, 성범죄에 관한 감정서, 의료과오에 관한 감정서, 성별감정서 등 매우 다양한 형태로 파생될 수 있다. 따라서 감정서에는 특별한 서식이 없고, 감정의 대상이나 목적에 따라 감정인이나 감정기관, 의뢰기관 등이 적절한 형식을 만들어 작성하면 된다. 여기서는 주로 신체감정서에 대하여 짧게 언급하기로 한다.

신체감정서에는 교통사고나 산업재해에 따른 후유장애를 평가하는 후유장애진단서, 장애보상청구서의 진단서, 공무원연금과 관련된 장애진단서 등이 있다. 이들은 대부분 해당 기관에서 만든 서식에 따라 작성하게 된다. 신체감정서에서 가장 중요한 내용은 장애의 종류와 정도(신체장애, impairment)인데, 환자는 이로 인해 사회적 요구도 충족하기 어려워진다(능력감퇴, disability). 신체장애가 비슷하여도 능력감퇴의 정도는 환자의 직업에 따라 달라지는데, 이를 수치로 표현한 것을 노동능력상실률이라고 한다. 이는 사회적 불이익(handicap)이나 소득의 감소와 관련이 깊다.

법률에서는 특히 소득 감소 수준을 평가하기 위하여 노동능력상실률에 대한 평가를 요구할 때가 많다. 우리나라에서는 노동능력상실률을 평가하는 자료로서 이른바 ‘맥브라이드법’을 주로 참고하는데, 이는 미국의 정형외과 의사인 맥브라이드(McBride)가 출간한 「능력감퇴 평가」(Disability Evaluation and Principles of Treatment of Compensable Injuries)를 가리킨다. 이 책은 1936년에 초판이 나왔고, 1963년에 제6판이 마지막으로 출간되었다. 즉 현재의 대한민국에 약 60년 전 미국의 자료를 적용하고 있는 셈이다. 이 자료는 ① 그간의 의학 발달과 사회 변화가 전혀 반영되어 있지 않고 ② 정형외과적 문제에 치우쳐 다른 분야는 소홀하게 다루고 있으며 ③ 한시적 장

44) 법률에서는 장애를 장애(障害)로 표현한 것을 자주 볼 수 있다. 일본에서는 장애(障礙 또는 障碍) 대신 발음이 같고 한자 표기가 쉬운 장애를 사용하는데, 우리나라 법률이 일본의 영향을 받는 과정에서 이러한 용어도 함께 들어왔기 때문이다. 한편 후유장애는 신체적·정신적 장애를 모두 일컫지만, 단순히 ‘장애’라고 하면 신체장애(physical impairment)인지 기능장애(functional disturbance)인지 구분되지 않는다. 따라서 혼동을 피하기 위해서는 신체장애라고 구체적으로 표현하는 것이 좋다.

애와 영구적 장애가 구분되어 있지 않다는 등 여러 단점이 있음에도 불구하고, 의학전문가가 아닌 일반인도 평가방법을 직관적으로 익힐 수 있다는 장점 덕분에 여전히 가장 널리 쓰이고 있다.

한편 미국의사협회(AMA, American Medical Association)에서는 이른바 ‘AMA법’으로 불리는 「신체장애의 평가 지침」(Guides to the Evaluation of Permanent Impairment)을 개발하여 지난 50년간 주기적으로 개정을 거듭해왔다. 가장 최신판은 2008년에 발표된 제6판인데, 여러 전문과목의 수많은 전문가들이 참여하여 의학전문성이 높은 대신 평가체계가 다소 복잡하고 노동능력상실율이 아닌 신체장애율에 대한 평가만 가능하여 우리나라 실무에서는 맥브라이드법에 비해 제한적으로 사용되고 있다. 이에 대한의학회에서는 지난 2011년 AMA법을 기준으로 우리나라 현실을 반영하여 신체장애율과 노동능력상실율을 함께 평가할 수 있는 「장애평가기준」을 발간하였고, 2016년 개정판을 발간하였다. 2020년 10월 4일 이를 반영한 첫 판결이 내려지기도 하였다.⁴⁵⁾

후유장애를 평가할 때에는 환자의 주관적인 증상 호소에 흔들리지 않고 객관적인 근거를 찾아 공평하고 공정한 판단을 내려야 한다. 장애평가는 환자-의사가 아닌 감정인-피감정인 사이에서 이루어지는 법적 행위이기 때문이다. 이러한 특성 때문에 장애평가는 환자를 오랜 기간 직접 진료해 온 주치의보다 신체장애의 평가에 능숙한 다른 전문의가 담당하는 것이 권장된다.

우리나라에서는 근로기준법, 산업재해보상보험법, 국가배상법, 자동차손해배상보장법, 장애인 복지법을 비롯한 19개의 관련법에서 제각각 신체평가등급표를 제시하고 있다. 장애인 복지법 등을 제외하면 대부분 장애의 정도를 14등급으로 평가하는 등 대체로 유사한 편이나 구체적인 항목은 다소 차이가 있어 혼란스러운 실정이다. 장기적으로는 국민의 편의를 위해 통합되는 것이 바람직할 것으로 본다.

45) 서울중앙지방법원 2018. 8. 21. 선고 2015가단5395319 판결.

제9절 기타 증명서

우리나라 법률에서 의사의 진단을 필요로 하는 서류는 적어도 200개는 되는데, 본 해설서에서 이들을 일일이 열거하지는 않기로 한다. 이들 중 일부는 법에 서식이 정해져 있지만, 서식은 없이 포함되어야 하는 항목이 열거된 것도 있고, 내용에 대한 언급이 없는 것도 있다. 그러나 대한의사협회에서는 상당수의 서식을 수집하거나 자체적으로 제작하여 필요할 때 찾아볼 수 있게 해 두었다.

어떤 종류의 증명서든 의사가 사람을 진찰하고 검사하여 의학적으로 판단한 내용이 담긴 서류라면 진단서라고 볼 수 있다. 어떤 형식이 되었든, 내용의 진실성이 가장 중요한 요소다.

참고문헌

단행본

- 김장한, 이운성. 의료와 법, 제2판. ePublic. 2006.
- 대한의사협회. 진단서 작성지침. 1996.
- 대한의사협회. 진단서 작성지침. 2003.
- 대한의사협회. 진단서 등 작성·교부 지침. 2015.
- 손명세, 이경석, 박동식, 원종욱, 정양국 외 (편). 대한의학회 장애평가기준 - 해설과 사례 연구 -. 박영사. 2011.
- 이운성. 사망진단서, 이렇게 쓴다. 퍼시픽출판. 2003.
- American Medical Association, Rondinelli R. Guides to the Evaluation of Permanent Impairment, 6th ed. AMA. 2007.
- Graham MA, Gantner GE. Chapter 4 Certification of Death. In: Froede RC (Ed). Handbook of Forensic Pathology. College of American Pathologists. 1990.
- McBride ED. Disability Evaluation and Principles of Treatment of Compensable Injuries. 6th ed. JB Lippincott Co. 1963.
- 高取健彦, 佐藤喜宣, 大島 徹. 死亡診断書・死体検案書記載のてびき. 医歯薬出版株式会社. 1997.
- 吉田謙一. 事例に學ぶ 法医学・医事法 (第3版). 有斐閣ブックス. 2010.

논문

- 김문영, 이승덕. 사망진단서 개선을 위한 제언. 대한의사협회지. 2018;61(4):259-267.
- 김영태. 허위진단서작성죄의 구성 요건 등에 대한 고찰. 의료법학. 2009;10(2):115-150.
- 김규석 등. 사망진단서(시체검안서) 작성의 문제점. 대한응급의학회지. 2000;11(4):443-449.
- 문현호. 진단서, 처방전과 관련된 최근의 쟁점. 의료법학. 2013;14(2):49-80.
- 박달현. 공무원인 의사가 공무소 명의의 허위진단서를 작성한 경우에 성립하는 죄책. 안암법학. 2012;37:201-235.
- 배현아. 의사의 진단서 작성과 관련된 사회적-법적 책임. Ewha Med J 2013;36(2): 101-111.
- 유성호. 사망원인과 사망의 종류 결정. 대한의사협회지. 2018;61(8):451-459.
- 이운성. 사망진단서와 상해진단서. 대한가정의학회지. 1996;17(8):602-615.

- 이윤성. 사망진단서의 사망원인 기재 원칙. 대한법의학회지 2005;29(2):218-227.
- 주호노. 진단서 등의 허위 작성. 한국의료법학회지. 2008;16(1):23-36.
- 추호경. 허위진단서작성죄에 관한 해석론적 고찰. 법조. 2003;52(1):5-20.
- 황만성. 허위진단서작성과 진료기록 허위기재의 법적 문제. 법학논총. 2011;28(1):5-33.
- World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems 10th revision (<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>.)

부록

■ 의료법 시행규칙 [별지 제5호의2서식] <개정 2019. 9. 27.>

진 단 서

등록번호			
연 번 호			
환자의 성명		환자의 주민등록번호	
환자의 주소	(전화번호:)		
병 명 [] 임상적 추정 [] 최 종 진 단	(주 질병·부상) (부 질병·부상)	질병분류기호	
발병 연월일	년 월 일	진단 연월일	년 월 일
치료 내용 및 향후 치료에 대한 소견			
입원·퇴원 연월일	입원일: 년 월 일부터	퇴원일: 년 월 일	
용 도			
비 고			

「의료법」 제17조 및 같은 법 시행규칙 제9조제1항에 따라 위와 같이 진단합니다.

년 월 일

의료기관 명칭:

주소:

[]의사 []치과의사 []한의사 면허번호 제 호

성 명: (서명 또는 인)

작성 방법

- 환자의 인적사항은 진찰한 의사, 치과의사 또는 한의사가 주민등록증, 기간 만료 전 여권, 운전면허증, 공무원증, 국립·공립대학 학생증, 군무원증, 건강보험증, 외국인등록증 등 국가공인 신분증(환자가 미성년자인 경우에는 주민등록 등본·초본, 학생증 등으로 대체 가능합니다)과 대조하여 확인하고 서명 또는 날인합니다.
- "병명"란에는 "임상적 추정"과 "최종진단" 중 택일하여 []에 ✓ 표시를 하고, 질병명은 한글로 적되 영어로 적을 경우에는 한글을 함께 적으며, 질병분류기호도 함께 적습니다.

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

■ 의료법 시행규칙 [별지 제5호의3서식] <개정 2019. 9. 27.>

상 해 진 단 서

등록번호
연 번 호

환자의 성명		환자의 주민등록번호	
환자의 주소	(전화번호 :)		
병 명 [] 임상적 추정 [] 최 종 진 단	(주 질병·부상) (부 질병·부상)	질병분류기호	
발병 또는 상해 연월일	년 월 일	진단 연월일	년 월 일
상해의 원인 또는 추정되는 상해의 원인			
상해 부위와 정도			
입원의 필요 여부			
외과적 수술 여부			
합병증의 발생 가능 여부			
통상활동의 가능 여부			
식사의 가능 여부			
상해에 대한 소견			
치 료 기 간	년 월 일부터	년 월 일까지	(진단일부터 일간)
치료 내용 및 향후 치료에 대한 소견			
입원·퇴원 연월일	입원일: 년 월 일부터	퇴원일: 년 월 일까지	
비 고			

「의료법」 제17조 및 같은 법 시행규칙 제9조제2항에 따라 위와 같이 진단합니다.

년 월 일

의료기관 명칭:

주소:

[]의사 []치과의사 []한의사 면허번호 제 호

성 명: (서명 또는 인)

작 성 방 법

- 환자의 인적사항은 진찰한 의사, 치과의사 또는 한의사가 주민등록증, 기간 만료 전 여권, 운전면허증, 공무원증, 국립·공립대학 학생증, 군무원증, 건강보험증, 외국인등록증 등 국가공인 신분증(환자가 미성년자인 경우에는 주민등록등본·초본, 학생증 등으로 대체 가능합니다)과 대조하여 확인하고 서명 또는 날인합니다.
- "병명"란에는 "임상적 추정"과 "최종진단" 중 택일하여 []에 ✓ 표시를 하고, 질병명은 한글로 적되, 영어로 적을 경우에는 한글을 함께 적으며, 질병분류기호도 함께 적습니다.

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

■ 의료법 시행규칙 [별지 제6호서식] <개정 2021. 6. 30.>

사망진단서(시체검안서)

※ []에는 해당되는 곳에 "✓"표시를 합니다.

등록번호		연번호		원본 대조필인	
① 성 명				② 성 별	[]남 []여
③ 주민등록번호	-	④ 실제생년월일	년 월 일	⑤ 직 업	
⑥ 주 소					
⑦ 발 병 일 시	년 월 일 시 분(24시간제에 따름)				
⑧ 사 망 일 시	년 월 일 시 분(24시간제에 따름)				
⑨ 사 망 장 소	주소				
	장소	<input type="checkbox"/> 주택 <input type="checkbox"/> 의료기관 <input type="checkbox"/> 사회복지시설(양로원, 보육원 등) <input type="checkbox"/> 공공시설(학교, 운동장 등) <input type="checkbox"/> 도로 <input type="checkbox"/> 상업·서비스시설(상점, 호텔 등) <input type="checkbox"/> 산업장 <input type="checkbox"/> 농장(논밭, 축사, 양식장 등) <input type="checkbox"/> 병원 이송 중 사망 <input type="checkbox"/> 기타()			
⑩ 사망의 원인 ※ (나)(다)(라)에는 (가)와 직접 의학적 인과관계가 명확한 것만을 적습니다.	(가)	직접 사인		발병부터 사망까지의 기간	
	(나)	(가)의 원인			
	(다)	(나)의 원인			
	(라)	(다)의 원인			
	(가)부터 (라)까지와 관계없는 그 밖의 신체상황				
	수술의사의 주요소견			수술 연월일	년 월 일
	해부의사의 주요소견				
⑪ 사망의 종류	<input type="checkbox"/> 병사 <input type="checkbox"/> 외인사 <input type="checkbox"/> 기타 및 불상				
⑫ 외인사 사항	사고 종류	<input type="checkbox"/> 운수(교통) <input type="checkbox"/> 익사	<input type="checkbox"/> 중독 <input type="checkbox"/> 화재	<input type="checkbox"/> 추락 <input type="checkbox"/> 기타()	의도성 <input type="checkbox"/> 비의도적 사고 <input type="checkbox"/> 여 부 <input type="checkbox"/> 타살 <input type="checkbox"/> 자살 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 미상
	사고발생 일시	년 월 일 시 분(24시간제에 따름)			
	사고발생 장소	주소			
	장소	<input type="checkbox"/> 주택 <input type="checkbox"/> 의료기관 <input type="checkbox"/> 사회복지시설(양로원, 보육원 등) <input type="checkbox"/> 공공시설(학교, 운동장 등) <input type="checkbox"/> 도로 <input type="checkbox"/> 상업·서비스시설(상점, 호텔 등) <input type="checkbox"/> 산업장 <input type="checkbox"/> 농장(논밭, 축사, 양식장 등) <input type="checkbox"/> 기타()			

「의료법」 제17조 및 같은 법 시행규칙 제10조에 따라 위와 같이 진단(검안)합니다.

년 월 일

의료기관 명칭 :

주소 :

의사, 치과의사, 한의사 면허번호 제

호

성 명:

(서명 또는 인)

유 의 사 항

사망신고는 1개월 이내에 관할 구청·시청 또는 읍·면·동사무소에 신고하여야 하며, 지연 신고 및 미신고 시 과태료가 부과됩니다.

210mm×297mm[백상지 80g/㎡(재활용품)]

■ 의료법 시행규칙 [별지 제7호서식] <개정 2018. 9. 27.>

출생증명서							
출생아의 부모	부	성명		연령	만 세 (년 월 일생) ※ 주민등록상 생년월일을 기재	직업	
	모	성명		연령	만 세 (년 월 일생) ※ 주민등록상 생년월일을 기재	직업	
산모의 주소							
출생 장소							
		① 자가 ② 병원 ③ 의원 ④ 모자보건센터 ⑤ 조산원 ⑥ 기타					
출생일시	년 월 일 시 분 (24시간제에 따름)			출생아	성별	남·여·불상	
임신기간	주				성명		
다태(多胎)	① 2태 ② 3태 ③ 태	다태아(多胎兒) 출산 중의 해당 출생아의 출산 순위			① 제1아 ② 제2아 ③ 제3아 ④ 제4아		
		다태아 출산 중의 태아의 상태			출생 명(남 명, 여 명) 사산 태(남태, 여태, 불상)		
산모의 산아 수		명 중 생존자 명, 사망자 명, 사산자 태					
출생아의 신체 상황					몸무게		□.□□kg
					신 장		□□.□□cm
출생아의 건강 상황							
<p>「의료법」 제17조 및 같은 법 시행규칙 제11조에 따라 위와 같이 증명합니다.</p> <p style="text-align: center;">년 월 일</p> <p>의료기관 주소: 명칭:</p> <p>면허번호 제 호 조산(의사, 한의사, 조산사) 성명 (서명 또는 인)</p> <p>면허번호 제 호 조산(의사, 한의사, 조산사) 성명 (서명 또는 인)</p> <p>※ 유의사항: 출생신고는 1개월 이내에 주소지의 구청·시청 또는 읍·면·동사무소에 하며, 지연 신고 및 미신고 시 과태료가 부과됩니다.</p>							

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

■ 의료법 시행규칙 [별지 제8호서식] <개정 2016. 10. 6.>

사산(사태)증명서							
연번호 :							
사산아의 부모	부	성명		연령	만 세 (년 월 일생) ※ 주민등록상 생년월일을 기재	직업	
	모	성명		연령	만 세 (년 월 일생) ※ 주민등록상 생년월일을 기재	직업	
사산아 산모의 주소							
사산 장소		① 자가 ② 병원 ③ 의원 ④ 모자보건센터 ⑤ 조산원 ⑥ 기타					
사산연월일	년 월 일 시 분 (24시간제에 따름)			성별	남·여·불상		
임신기간	주			혈액 검사	1. 수 2. 불수		
다태(多胎)	① 2태 ② 3태 ③ 태	다태아(多胎兒) 출산 중의 해당 출생아의 출산 순위		① 제1아 ② 제2아 ③ 제3아 ④ 제4아			
		다태아 출산 중의 태아의 상태		출생 명(남 명, 여 명) 사산 태(남태, 여태, 불상)			
사산의 종류	① 자연사산 ② 인공임신중절 ③ 기계적 ④ 약제적 ⑤ 기타						
자연사산의 원인							
인공임신중절을 위한 이유		① 의학적 이유에 따른 것(병명) ② 의학적 이유에 따르지 아니한 것					
「의료법」 제17조 및 같은 법 시행규칙 제11조에 따라 위와 같이 증명합니다. <div style="text-align: center;">년 월 일</div>							
의료기관 주소: 명칭: 면허번호 제 호 조산(의사, 한의사, 조산사) 성명 (서명 또는 인) 면허번호 제 호 조산(의사, 한의사, 조산사) 성명 (서명 또는 인)							

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

진단서 작성 해설서

저 자 / 유 성 호 외

발행일 / 2023년 1월 발행

발행인 / 이 필 수

발행처 / 대한의사협회 의료정책연구소

서울특별시 용산구 이촌로46길 37

(우:04427)

TEL : 02)6350-6663 / FAX : 02)795-2900

※ 내용 중 이상한 부분이나 잘못된 사항이 발견되면 연락주시기 바랍니다.
감사합니다.

