

심부전학회 윤리 사례집

심부전학회 윤리 사례집

심부전학회 윤리 사례집



대한심부전학회

THE KOREAN SOCIETY OF HEART FAILURE

심부전학회 윤리 사례집



대한심부전학회
THE KOREAN SOCIETY OF HEART FAILURE

서문

심부전은 단순한 임상 증후군을 넘어, 질병의 진행 전 과정에서 환자, 가족, 의료진 모두에게 복합적이고 지속적인 의사결정을 요구하는 대표적인 만성질환입니다. 최근 심부전 치료는 약물치료를 넘어 기계적 순환보조장치, 심장이식 등으로 빠르게 확장되고 있으며, 이에 따라 치료 선택의 윤리적 문제 또한 더욱 중요해지고 있습니다.

임상 현장에서 우리는 다음과 같은 질문에 반복적으로 직면합니다. 생명 연장을 위한 치료는 언제까지 지속되어야 하는가? 환자의 자율성과 의료진의 전문적 판단이 충돌할 때 어떤 기준으로 결정을 내려야 하는가? 제한된 의료자원과 불확실한 예후 속에서 ‘적절한 치료’란 무엇인가?

본 사례집은 대한심부전학회가 실제 임상에서 경험한 다양한 윤리적 딜레마를 바탕으로 구성되었으며, 각 사례는 생명윤리 원칙(자율성, 선행, 해악금지, 정의), 관련 법적 기준, 그리고 임상적 판단을 통합적으로 반영하고자 하였습니다.

이 사례집의 목적은 정답을 제시하는 데 있지 않습니다. 오히려 다양한 관점을 통해 사고를 확장하고, 다학제적 논의를 촉진하며, 궁극적으로 환자 중심의 윤리적 의사결정을 지원하는 데 있습니다. 본 자료가 임상의, 전공의, 연구자 및 정책 결정자 모두에게 의미 있는 교육적 자료로 활용되기를 기대합니다. 앞으로도 우리 학회가 심부전 진료의 전문성과 윤리성을 함께 선도하는 학술단체로 성장할 수 있도록 회원 여러분의 지속적인 관심과 참여를 부탁드립니다.

2026. 9.

대한심부전학회 이사장 유 병 수

집필진 | 윤리이사 정진옥 / 충남대학교 의과대학, 충남대학교병원 심장내과
윤리위원 김미주 / 충남대학교 의과대학, 충남대학교병원 심장내과
윤리위원 박상민 / 을지대학교 의과대학, 노원을지병원 심장내과
윤리위원 배대환 / 부천세종병원 심장내과
윤리위원 조재영 / 전남대학교 의과대학, 전남대학교병원 순환기내과

감 수 | 문재영 / 충남대학교 의과대학 인문사회이학교육위원장, 세종충남대학교병원 중환자의학과

우리나라가 고령화 사회로 접어들면서 증가하는 심부전 환자의 진료와 연구의 발전을 위해 우리 학회는 부단히 노력하여 왔습니다. 의료기술의 비약적 발전과 함께 환자 치료의 선택지는 넓어졌지만, 그만큼 임상 현장에서 마주하는 윤리적 고민 또한 더욱 복잡해지고 있습니다. 환자의 생명과 삶의 질을 다루는 심부전 분야에서는 특히, 의료진의 판단 하나하나가 환자와 가족에게 중대한 영향을 미치기에 윤리적 성찰은 선택이 아닌 필수입니다.

이번에 발간하는 심부전학회 윤리 사례집은 이러한 고민을 회원 여러분과 공유하고자 마련되었습니다. 실제 임상에서 자주 마주하는 윤리적 딜레마를 중심으로 구성하였으며, 각 사례마다 다양한 관점과 논의를 담아 의료진이 보다 균형 잡힌 판단을 내릴 수 있도록 문제를 제기하였습니다. 각 사례는 실제의 사례를 토대로 각색하여 우리가 현장에서 만나는 윤리적 고민을 함께하고자 하였습니다.

윤리는 정답을 강요하는 규범이 아니라, 더 나은 결정을 향해 함께 고민하는 과정이라고 생각합니다. 이 사례집이 바로 그 과정의 출발점이 되기를 바랍니다. 환자 중심의 진료, 공정하고 투명한 연구, 그리고 동료 의료진과의 협력적 관계를 지향하는 우리 학회의 가치가 이 책을 통해 더욱 단단해지기를 기대합니다.

끝으로, 바쁜 일정 속에서도 사례집 발간을 위해 모든 지원을 해주신 유병수 이사장님, 사례개발로 애써주신 대한 심부전학회 윤리위원이신 김미주, 박상민, 배대환, 조재영 교수님, 기꺼이 이 사례집을 감수해주신 세종충남대병원 문제영 교수님 외 여러 전문가 여러분께 깊은 감사의 말씀을 드립니다.

2026. 9

대한심부전학회 윤리사례집 편찬위원장 정 진 옥

1부 | 환자의 자율성과 의사결정의 갈등

사례1	심장 이식을 거부하는 환자	12
사례2	보호자 간 의견 불일치	14
사례3	좌심실 보조장치(LVAD)를 거부하는 환자	16
사례4	이식형 제세동기(ICD) 비활성화를 요구하는 환자	18

2부 | 생애 말기 치료 목표와 한계

사례5	무익한 치료를 요구하는 가족	22
사례6	초고령, 비가역적인 뇌손상 환자의 영구 심박동기 삽입	24
사례7	심장이식 수술 후 발생한 비가역적 뇌손상과 연명의료	26
사례8	고령의 난치성 심부전 환자에서 치료 목표 상담	29

3부 | 새로운 중재 치료와 돌봄의 맥락

사례9	초고령 안정형 협심증 환자에서 침습적 중재 시술	32
사례10	좌심실 보조장치 환자 가족의 돌봄 부담	34
사례11	자기 관리가 어려운 뇌질환 환자에서 좌심실 보조장치와 치료 옵션	36

4부 | 연구 윤리와 학술 활동의 규범

사례12	임상연구 참여와 치료적 오해	40
사례13	AI를 활용한 발표자료 제작	42
사례14	타인의 발표자료를 재이용할 때	44
사례15	연구 논문의 저자 자격 준칙과 갈등	46
사례16	연구 논문의 저작권 준칙과 갈등	48
사례17	연구 데이터 왜곡	50
사례18	직원의 연구 대상자 참여	53

부록 1. 대한의사협회 중앙윤리위원회 규정 (2023년도판)	58
2. 대한의사협회 의사윤리강령 (2017년도판)	72
3. 대한의사협회 의사윤리지침 (2017년도판)	73
4. 대한 심부전학회 연구윤리규정 (2023년도판)	83
5. 대한 심부전학회 윤리위원회 표준운영지침 (2023년도판)	91

THE KOREAN SOCIETY
OF HEART FAILURE

심부전학회
윤리 사례집

1부

환자의 자율성과 의사결정의 갈등

사례 1 심장 이식을 거부하는 환자

환자 정보

- 52세, 남성
- 폐부종을 동반한 심부전으로 입원

의학 정보

- 심장초음파 검사
LVDD/LVSD 55/45mm, LVEF = 25%
Akinesia of whole apex & septum & anteroseptal wall, mid to apical posterolateral wall with severe LV systolic dysfunction
- 관상동맥 조영술
pLAD total occlusion; s/p pLAD stent insertion

경과

환자는 약물 치료에도 불구하고 혈액학적으로 유지되지 않았고 폐부종이 지속되어 ECMO를 시행하였으나 심기능이 회복되지 않아 ECMO 의존 상태가 지속되었다. 환자는 90세 노모와 단둘이 살며 생계를 책임지고 있었고, 경제적 부담과 가족 상황을 이유로 심장이식을 명확히 거부하였다. 환자는 의식은 명료하고 인지기능도 정상이었으며, 치료 거부 의사를 일관되게 표현하였다. 보호자인 노모는 의학적 상황을 충분히 이해하지 못한 채 단순히 “살려달라”고 호소하였다.

쟁점

자율성 존중의 의무와 선행의 의무 사이에서 의료진의 의사 결정

생각해볼 문제

- 의사결정능력 있는 환자가 생명과 직결되는 치료를 일관되게 거부할 때, 환자의 자율적 의사를 존중하는 것으로 의료진의 역할과 윤리적 의무는 충분하다고 볼 수 있는가?
- 치료 비용, 경제적 부담은 환자, 가족이 치료 의사결정을 선택하는데 중요한 결정인자 중의 하나이다. 경제적 부담이 치료 거부의 이유가 될 때 의사는 환자의 최선의 이익을 위해 ‘어떻게’ 의사결정을 할 수 있을까?
- 담당의료인의 도덕적 부담을 지원하는 것이 의료기관의 역할이라면 이러한 갈등을 예방, 중재하기 위해 병원이 해야 할 노력은 무엇인가?

결과

의료진은 예후와 치료 옵션에 대해 반복적으로 설명하였으며, 이후 환자는 충분한 숙고를 거쳐 이식 치료를 수용하기로 결정하였다. 수술은 성공적으로 이루어졌다.

해석

본 사례는 의사결정능력이 있는 환자의 자율성을 존중하고 동시에 환자의 ‘최선의 이익’을 추구하는 치료의사결정을 하기 위한 의료인의 윤리적 긴장을 보여준다. 환자는 명료한 의식 상태에서 일관된 거부 의사를 밝혔으므로, 자율적 결정을 존중하는 것이 윤리적으로 옳았을 수 있다. 그러나 의료진은 환자가 불안정한 심리 상태나 정보 부족이 판단에 영향을 미칠 수 있다고 보아 환자의 ‘최선의 이익(best interest)’을 고려한 설득을 지속하였을 가능성이 있다.

의의 (bullet point)

- 의사결정 능력이 있는 환자의 치료 거부 원천적으로 존중되어야 하며, 환자의 자율적인 치료의사결정은 충분한 정보 제공과 숙고 기회 보장의 범위 내에서 이루어져야 한다.
- 생명 보호를 위한 의료진의 선택도 종종 환자의 자율성과 충돌할 수 있으며, 환자의 명확한 의사에 반하는 의사결정은 윤리적으로 정당화되지 못할 수 있다.
- 치료 결정 과정에서는 단기적 생존뿐 아니라 장기적 치료 지속 가능성과 경제적 부담 등 환자의 맥락적 배경에 대한 고려가 균형을 이루어야 한다.
- 이러한 균형을 위해서는 충분한 정보 제공과 의사소통, 환자, 환자 가족과 공유의사결정을 통한 치료 목표를 설정하는 과정이 중요하다.

Keyword : 이식, 자율성 존중, 최선의 이익, 설명과 동의

참고문헌

- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019.
- Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement. Crit Care Med 2008;36:953-63.
- Swetz KM, Burkle CM, Berge KH, et al. Ten common questions (and their answers) on medical futility. Mayo Clin Proc 2014;89:943-59.
- 「의료법」, 법률 제18468호. 2021.
- 「장기등 이식에 관한 법률」, 법률 제17231호. 2020.

사례 2 보호자 간 의견 불일치

환자 정보

- 58세, 여성
- 갑작스러운 구음장애와 좌측 편마비 증상으로 응급실 내원

의학 정보

- 환자는 뇌영상 검사에서 우측 중대뇌동맥 영역의 급성 뇌경색이 의심되어 신경과로 입원하였다. 입원 당시 심전도에서는 심방세동이 관찰되었고, 흉부 X선 검사에서 폐부종이 확인되었다.
- 심장초음파 검사
LVEF = 35% ↓
Akinesia of LV apex, anterior wall with moderate LV systolic dysfunction

경과

심초음파 검사 결과 국소 심실벽 운동장애를 동반한 중등도 좌심실 수축기 기능 저하가 관찰되었다. 의료진은 급성 심근경색 동반 가능성을 설명하며 관상동맥 조영술과 즉각적인 재관류 치료가 필요할 수 있음을 가족들에게 설명하였다. 성인인 아들은 검사와 치료에 동의하였으나 환자의 배우자가 개인적인 신념을 이유로 조영제를 사용하는 검사 및 시술에 대해 강하게 거부 의사를 표명하였고, 같은 이유로 뇌 MRI 검사에도 동의하지 않았다. 환자는 의식 수준이 저하되어 치료에 대한 의사를 직접 표현할 수 없는 상태였다.

중환자실로 환자를 입원시켰으나 곧바로 호흡곤란이 악화되어 기관삽관 및 기계환기 치료가 필요하였으며, 관상동맥하혈이 원인으로 의심되는 심정지가 발생하였다. 의료진은 긴급 관상동맥 조영술의 필요성을 다시 설명하였으나 배우자는 여전히 시술에 동의하지 않았다. 이에 의료진은 아들과 전화로 연락하여 환자의 상태와 치료 지연 시 예상되는 예후를 설명하였다. 아들은 응급 치료의 필요성에 동의하였고, 의료진은 관상동맥 조영술을 시행하였다. 검사에서 근위부 좌전하행지(pLAD)의 완전 폐색이 확인되어 스텐트 삽입술을 시행하였다.

쟁점

- 의사 표현을 할 수 없는 환자에게 검사와 치료가 필요한 응급 상황에서 보호자의 치료 거부와 의사의 전문직 의무의 충돌
- 대리의사결정(surrogate decision-making)이 필요한 상황에서 가족 간 치료 결정이 불일치할 때 의료진 의사결정의 법적, 윤리적 정당성

생각해볼 문제

- 즉각적 치료가 필요한 상황에서 의료진은 보호자의 거부 의사를 수용해야 하는가? 응급 상황에서 환자 보호와 생명보존 의무는 어떠한 범위까지 윤리적, 법적 정당성을 갖는지 생각해보자.

- 의사결정능력이 없는 환자에서 가족(예; 배우자와 성인 자녀)이 상충되는 결정을 제시할 때 누구의 판단을 어떻게 정당화할 수 있을지 생각해보자.

결과

환자의 배우자는 본인의 동의 없이 치료가 시행되었다며 민·형사 소송을 제기하였다. 형사 소송은 기각되었고 민사소송에서 1심 원고 패소하였다.

해석

환자가 의사결정능력을 상실한 경우 치료 결정은 보호자 또는 법정대리인의 대리 의사결정에 의존하게 되지만, 보호자 간 의견이 불일치하거나 환자의 의사를 명확히 확인하기 어려운 경우에는 환자의 과거 가치관, 사전 의사표현, 그리고 현재 임상 상태를 종합하여 '추정된 의사(presumed will)'와 '최선의 이익(best interest)'에 근거하여 판단해야 한다.

특히, 급성 심근경색과 같이 치료 지연이 예후에 중대한 영향을 미치는 응급상황에서는 적절한 동의를 즉시 얻기 어려운 경우에도 의료진은 환자의 생명 보호와 기능 보전을 위해 필요한 응급처치를 시행하여야 한다. 그 판단 과정과 시행 근거는 객관적으로 기록되어야 하며, 응급처치 이후 보호자에게 충분한 설명과 의사소통이 이루어져야 한다.

의의 (bullet point)

- 환자의 의사결정능력이 제한된 상황에서는 대리의사결정이 필요할 수 있으나 환자의 최선의 이익에 입각하여야 한다.
- 응급상황에서는 생명 보호를 위한 신속한 의학적 판단과 처치가 우선이며 법적, 윤리적 정당성을 갖는다.
- 응급처치가 정당화되더라도 그 결정을 뒷받침하는 전문적 판단에 대한 기록과 처치 후 책임 있는 의사소통과 설명이 반드시 필요하다.

Keyword : 응급치료, 대리의사결정, 최선의 이익, 생명 보호

참고문헌

- Swetz KM, Burkle CM, Berge KH, Lanier WL. Ten common questions (and their answers) on medical futility. Mayo Clin Proc. 2014;89:943-959.
- Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement. Crit Care Med 2008;36:953-63.
- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019.
- 응급의료에 관한 법률

사례 3 좌심실 보조장치(LVAD)를 거부하는 환자

환자 정보	• 57세 여성 • 휴식시에도 지속되는 호흡곤란 (NYHA functional class IV)과 전신 쇠약으로 입원
의학 정보	과거력 • 25세 이엽성 대동맥판막 역류증(기계판막 치환술) • 32세 감염성 심내막염, 재수술 • 49세 중증 대동맥판막 협착증, 재수술

경과

현재 환자는 약물 치료에 반응하지 않는 말기 심부전 상태로, 강심제 없이는 혈액학적으로 불안정한 상태이다. INTERMACS 3의 중증 심부전에 해당하여 좌심실 보조장치 삽입술 (LVAD)이 필요하며, 대동맥판막은 기존 기계 판막을 조직 판막으로 교체해야 하는 고위험, 고난도의 수술 (AVR)이 필요한 상황이다.

의료진은 수술 성공 시 기대할 수 있는 생존이득을 설명하였으나, 환자는 반복된 수술 후 겪었던 극심한 통증과 긴 회복 기간에 대한 트라우마로 인해 치료 거부 의사를 분명히 밝혔다. 환자는 의식 명료한 상태에서 “지난 30여년간 심장 수술로 오랫동안 고생하여 더 이상 기계적 치료나 반복적인 수술을 통해 생명을 연장하고 싶지 않다”고 명확히 표현하였다.

쟁점

고위험 치료를 환자가 거부할 권리, 자율성 존중의 의무 그리고 의사의 생명보존 의무의 충돌

생각해볼 문제

- 의료진은 생존 가능성을 높일 수 있는 LVAD 수술을 거부하는 환자의 결정을 존중해야 할까? 환자의 삶의 가치와 치료 부담에 대한 판단을 어디까지 존중해야 하는지 자율성 존중의 의미에 대해 생각해보자.

- 환자의 반복된 치료 경험과 고통의 기억이 치료 거부를 결정하는 정당한 근거라고 인정할 수 있을까? 환자의 거부 의사가 삶의 질과 남은 삶의 의미에 대한 숙고와 가치 판단으로 볼 수도 있다. 의료진은 “객관적 생존 이득”이라는 의학적 근거를 중심으로 판단하는데 익숙하다. 환자가 경험한 고통과 삶의 서사(narrative)를 고려해야 하는 윤리적 의미에 대해 생각해보자.

결과

환자, 환자 가족과 수차례 가족 면담을 거쳐 환자는 연명의료 계획서를 작성하였고 수일 후 병동에서 가족이 지켜보는 가운데 영면하였다.

해석

의료진은 환자에게 LVAD가 생존을 위한 유일하고 최선의 의학적 대안임을 강조하며 수술을 권유하였다. 그러나 환자는 지난 30년간 세 차례의 대수술을 거치며 쌓인 신체적 고통과 심리적 트라우마를 근거로 치료를 명확히 거부하였다. 환자의 의식상태가 명료하고 자신의 결정이 가져올 결과 (사망 가능성 포함)를 충분히 인지하고 있다는 점을 고려할 때, 환자의 거부 의사는 단순한 두려움을 넘어선 삶의 가치에 기반한 실존적 선택으로 존중받아야 할 근거를 가지게 된다.

말기 심부전 환자를 진료하는 의료인은 치료 결정 과정에서 기술적인 성공 가능성만을 따질 것이 아니라 환자의 전 생애에 걸친 병의 과정에 대한 이해와 이로 인한 심리적 상태를 깊이 있게 고려해야 한다. 환자의 고통에 공감하고 생애 말기 완화 의료 돌봄을 결정하기 위해서는 윤리적 판단을 훈련하고 공유의사결정에 숙달되어야 한다.

의의 (bullet point)

- **의학적 효용성과 환자의 자율성 충돌:** 의학적으로는 LVAD와 AVR이 생존을 위한 유일한 대안이나, 환자의 ‘삶의 질’과 ‘과거의 투병 경험’에 근거한 치료 거부권을 어디까지 존중할 것인지에 대한 논의가 필요하다.

- **치료 피로감에 대한 이해:** 단순한 치료 불순응이 아니라, 30년 이상 지속된 만성 질환과 반복된 고위험 수술로 인한 환자의 심리적, 신체적 소진 상태를 고려한 전인적 접근이 필요하다.

- **공동 의사 결정 및 완화 의료의 조기 개입:** 수술적 치료만을 강요하기보다, 환자의 가치관을 반영하여 완화 의료를 포함한 치료 목표를 재설정하고 충분한 시간을 둔 다학제적 소통이 필요하다.

Keyword: 판막 치환술, 중증 심부전, 좌심실 보조장치, 완화 돌봄

참고문헌

- Allen LA, Stevenson LW, Grady KL, et al. Decision making in advanced heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2012;125(15):1928-1952.
- Goldstein NE, May T. Ethics of Left Ventricular Assist Device Implantation. *Heart Fail Clin*. 2021;17(4):663-671.
- McIlvennan CK, Jones J, Allen LA. Palliative Care for Patients with Heart Failure. *BMJ*. 2019;367:l6219.
- Kini V, Kirkpatrick JN. Ethical challenges in advanced heart failure. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2013;7(1):21-8.
- Pak ES, Jones CA, Mather PJ. Ethical Challenges in Care of Patients on Mechanical Circulatory Support at End-of-Life. *Curr Heart Fail Rep*. 2020;17(4):153-160.

사례 4 이식형 제세동기(ICD) 비활성화를 요구하는 환자

환자 정보	• 72세, 남성 • 잦은 심실빈맥과 ICD shock 및 흉부 불편감
의학 정보	• 확장성심근병증 LVEF 20% • s/p CRT-D • LMNA 유전자 변이 • 뇌경색 - Posterior multifocal infarctions (both cerebellum & pons, Rt. occipital & thalamus) • 전립선비대

경과

환자는 확장성 심근병증 (LVEF 20%)으로 10년 전부터 추적관찰 중으로 지속적인 심부전 증상과 좌각차단 등 있어 7년 전 CRT-D를 삽입하였다. 가족력상 친형이 확장성 심근병증 환자였으며 서울지역 병원에서 LMNA 유전자 변이를 진단받았다. 내원 전날 밤부터 시작된 흉부불편감이 있었고 ICD shock을 느꼈다. 내원 후 분석한 결과 3주간 16회의 심실 빈맥(VT, ventricular tachycardia)가 발생하였다.

최근 6개월간 심부전 악화로 네 차례 입원하였으며, 현재 NYHA 기능분류 IV에 해당하는 말기 심부전 상태였다. 심장이식 및 좌심실보조장치(LVAD) 삽입을 검토하였으나, 고령과 우심실 부전, 다장기 기능 저하를 고려하여 시행하지 않기로 하였다. 최선의 약물 치료에도 불구하고 수주간 심실 빈맥이 반복적으로 발생하면서 ICD shock이 빈번해졌다. 환자는 충격이 발생할 때마다 극심한 흉부 통증과 죽음에 대한 공포를 호소하였으며, 이는 수면 장애와 심각한 심리적 고통으로 이어졌다.

담당 의료진은 현 시점에서 ICD shock이 생존 기간을 의미 있게 연장하지 못하고 오히려 고통만을 가중시키고 있다고 판단하였고, 환자도 “더 이상 전기충격은 받고 싶지 않다”고 명확하고 일관되게 의사를 표명하였다. 반면, 보호자(배우자 및 성인 자녀)는 “기계를 끄는 것은 아버지를 죽게 내버려 두는 것”이라며 강하게 반대하였다. 보호자는 ICD 비활성화를 적극적인 생명 단축 행위와 동일하게 인식하고 있었으며, 이로 인한 죄책감과 정서적 부담을 호소하였다.

의료진은 환자의 명확한 자율적 의사 표현과 가족의 강한 반대가 충돌하는 상황에서, ICD shock 기능 비활성화가 완화치료 (palliative care)의 일환인지 혹은 생명 단축 행위로 해석될 수 있는지에 대한 윤리적 판단과 가족과의 소통 방안을 마련해야 하는 상황에 직면하였다.

쟁점

의사결정능력이 있는 환자의 삽입형 제세동기 비활성화 요청과 가족의 생명 연장 요구의 충돌

생각해볼 문제

- 의사결정능력이 있는 말기 환자가 삽입형 제세동기 비활성화를 원할 때, 가족의 반대에도 이를 존중해야 하는가? 의료인은 환자의 자기결정권과 치료 선택권을 존중해야 하나 가족의 정서적 요구 또한 살펴야 한다. 두 치료방향이 서로 상충할 때 의료인의 역할은 무엇이고 어떠한 선택이 윤리적으로 정당화될 수 있는지 생각해보자.

- 삽입형 제세동기 비활성화는 완화의료의 일부인가, 아니면 생명 단축 행위인가? 생명유지장치가 삶의 질 유지와 증상 완화라는 목적을 달성하지 못하면서 오히려 환자의 신체적, 심리적 고통을 가중시킬 때 이러한 치료가 윤리적으로 정당화될 수 있는지 생각해보자. 치료를 중단하는 것이 ‘생명 단축 행위’와 윤리적으로 다른 이유를 생각해보자.

결과

담당의사, 정신건강의학과 전문의, 사회복지사 등이 참여한 가족미팅을 마련하였다. 평소 독실한 신앙인인 가족의 상황을 살펴 병원 사목실의 상담도 추가로 주선하였다. 한 달 뒤, 환자와 가족이 다 함께 참여하여 연명의료 유보·중단에 관한 논의가 이루어졌으며, 관련 서식을 작성하였다. 이 과정에서 환자와 가족은 제세동기 비활성화에 동의하였으나, 환자의 당시 임상 상태와 의사를 고려하여 비활성화를 즉시 시행하지는 않았다.

해석

- 삽입형 제세동기는 치명적인 심실 부정맥을 종료시켜 급사를 예방하기 위한 목적으로 삽입된다. 그러나 말기 심부전 환자에서 삽입 제세동기의 쇼크는 기저 심질환의 진행을 막지 못하며, 반복적인 충격이 오히려 고통과 심리적 외상을 유발할 수 있다. 이 경우 제세동기 비활성화는 더 이상 유익하지 않은 치료를 중단하는 행위(withdrawal of non-beneficial treatment)로서, 이는 적극적인 생명 단축이나 안락사와는 윤리적·법적으로 명확히 구별된다. 미국심장리듬학회(HRS) 전문가 합의문을 비롯한 국제 지침은 제세동기 비활성화를 완화치료의 정당한 구성 요소로 명시하고 있다.

- 반면 의학적으로 무익하거나 환자에게 과도한 부담을 주는 치료 행위는 윤리적으로 재검토가 필요하며 의사결정능력이 있는 환자의 합리적, 자율적 치료의사결정은 존중받아야 한다.

- 하지만 의사-환자 신뢰관계만큼 환자 가족의 정서적 부담을 치료 계획에 포함하여 사별돌봄을 비롯한 적절한 정신심리적 지원을 제공하는 것 또한 의료인의 전문직업성에 부합하는 핵심 역할이기도 하다.

의의 (bullet point)

- 말기 심부전 환자를 진료하는 의료인은 사전 돌봄 계획 과정에 환자 가족을 참여시켜 생애 말기 돌봄과정이 '함께하는 공유의사결정'이 되도록 임상적 위기 상황을 미리 준비해야 할 필요가 있다. 이는 삽입형 제세동기 삽입 이전부터 환자, 가족 모두와 함께 숙고되고 정기적으로 검토, 논의되어야 한다.
- 말기 심부전 환자에서 삽입형 제세동기 비활성화는 완화치료의 일부로서 논의되고 있다.
- 의사결정 능력이 있는 환자가 명확하고 일관된 의사를 표명한 경우, 자기결정권과 치료 선택권은 존중되어야 하지만 가족 중심 문화에서 의견이 상충할 때 담당의료인은 가족의 정서적 부담도 의사결정에 포괄할 필요가 있다.
- 말기 심부전 환자를 진료하는 의료인은 치료 목표를 완화 돌봄, 임종돌봄으로 전환해야만 할 때 가족의 적절한 정신심리적 부담을 이해하고 최선의 이익을 찾아가기 위한 다양한 노력을 기울여야 한다
- 말기 심부전 환자에서 삽입형 제세동기 관리에 대한 사전 논의(advance care planning)는 임상적 위기 발생 이전, 가능하면 기기 삽입 시점부터 정기적으로 이루어져야 한다.
- 환자-가족-의료진 간 갈등이 발생한 경우, 완화의료팀 및 임상윤리팀의 참여를 통한 다직종-다학제 접근이 최선의 결정을 도출하는 데 도움이 될 수 있다.

Keyword : 말기 심부전, 제세동기, 자율성 존중, 완화치료, 사전 돌봄 계획, 치료 중단, 가족

참고문헌

- Goldstein NE, Lampert R, Bradley E, Lynn J, Krumholz HM. Management of implantable cardioverter defibrillators in end-of-life care. Ann Intern Med. 2004;141(11):835-838.
- Lampert R, Hayes DL, Annas GJ, et al. HRS Expert Consensus Statement on the Management of Cardiovascular Implantable Electronic Devices (CIEDs) in patients nearing end of life or requesting withdrawal of therapy. Heart Rhythm. 2010;7(7):1008-1026.
- Allen LA, Stevenson LW, Grady KL, et al. Decision making in advanced heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2012;125(15):1928-1952.
- Kon AA, Davidson JE, Morrison W, Danis M, White DB. Shared decision making in ICUs: an American College of Critical Care Medicine and American Thoracic Society policy statement. Crit Care Med. 2016;44(1):188-201.
- Mueller PS, Hook CC, Hayes DL. Ethical analysis of withdrawal of pacemaker or implantable cardioverter-defibrillator support at the end of life. Mayo Clin Proc. 2003;78(8):959-963.
- Quill TE, Holloway R. Time-limited trials near the end of life. JAMA. 2011;306(13):1483-1484.

2부 생애 말기 치료 목표와 한계

사례 5 무익한 치료를 요구하는 가족

환자 정보

- 82세, 남성
- 반복적인 심실 빈맥으로 내원

의학 정보

- #. 허혈성심근병증(LVEF 20%)
h/o AMI
- #. s/p ICD d/t V.fib arrest
- #. 말초혈관질환(s/p Lt. CIA stent)
- #. 복부대동맥류(s/p EVAR)
- #. 만성신부전(CKD stage IV)
- #. 요도암으로 우측신장절제(s/p nephrectomy, Rt)

경과

환자는 반복적인 심실 빈맥으로 중환자실 치료가 필요하였으며, 항부정맥제를 포함한 약물 치료에도 불구하고 부정맥이 지속적으로 재발하였다.

동시에 환자의 심부전 증상은 점차 악화되어 담당의사는 임상적으로 진행된 말기 심부전 상태로 평가하였다. 고령과 다수의 중증 동반 질환을 고려할 때 심장이식 및 LVAD 치료는 기대 이득이 낮은 것으로 판단하였다.

그러나 보호자는 “어떤 방법이든 생명을 연장해야 한다”며 심장이식 또는 좌심실 보조장치 삽입을 강하게 요구하였다. 담당의사는 면회 때마다 현재 상태와 예후, 치료의 한계에 대해 설명하였으나 보호자는 적극적 치료를 포기할 수 없다는 입장을 지속하였다.

쟁점

생명 연장 중심의 가족 요구와 의학적 근거 등 전문직 판단 사이의 충돌

생각해볼 문제

- 의사는 의학적으로 적절하지 않다고 판단되는 치료를 보호자 요구만으로 시행해야 하는가? 보호자의 요구를 거부하는 것이 법적, 윤리적 정당성을 갖는 이유와 범위를 의학의 목표와 가치에 근거하여 생각해보자.
- 환자의 최선의 이익에 부합하지 않는 요구를 하는 환자, 환자 가족의 입장은 무엇일까? 의료진이 환자와 보호자의 감정과 가치를 존중하면서 의료 전문직의 판단과 양심에 어긋나지 않는 의사결정을 위한 효과적인 의사소통 방식을 생각해보자.

결과

의료진은 가족에게 환자를 위한 최선의 치료를 제공하겠다는 점을 거듭 밝히고 환자, 가족들의 감정과 생각을 듣는 가족 미팅을 두 차례 가졌다. 이를 통해 가족들이 치료 제한이 환자를 포기하는 행위로 이해하고 있음과 환자에게 가지고 있는 죄책감을 파악할 수 있었다.

해석

말기 심부전 환자에서는 질병의 진행에 따라 치료 목표가 단순한 생명 연장에서 증상 완화와 삶의 질 유지로 전환될 필요가 있다. 심장이식이나 좌심실 보조장치와 같은 고위험 치료는 명확한 적응증을 충족하는 환자에서만 시행되어야 하며, 고령과 다수의 중증 동반 질환은 치료 예후를 현저히 악화시키는 요인으로 알려져 있다.

의학적으로 치료 효과가 기대되기 어렵거나 환자에게 과도한 부담만을 초래할 가능성이 높은 치료는 무익치로 간주될 수 있다. 이러한 상황에서 의료진은 환자의 최선의 이익을 고려하여 치료의 한계를 설명하고 적절한 치료 목표를 설정할 책임이 있다. 반면 가족은 환자의 생명 연장 가능성에 대한 비합리적인 기대를 갖고 적극적 치료를 요구할 수 있으며, 이는 의료진의 전문적 판단과 갈등을 초래할 수 있다.

따라서 말기 심부전 환자의 치료 과정에서는 초기 단계부터 환자와 가족을 포함한 충분한 의사소통과 치료 목표 설정을 위해 노력해야 한다.

의의 (bullet point)

- 말기 심부전 환자에서는 질병 경과에 따라 치료 목표의 재설정 필요하다.
- 의학적으로 무익한 치료는 윤리적으로 정당화되지 않으며 제공해야 할 의무는 없다.
- 가족과 신뢰에 기반하여 충분히 의사소통 하고 함께 치료 목표를 설정하는 것이 갈등을 예방하고 해결하는 핵심이다.

Keyword : 말기 심부전, 무익성(futility), 치료 목표(goal of care)

참고문헌

- Swetz KM, Burkle CM, Berge KH, Lanier WL. Ten common questions (and their answers) on medical futility. Mayo Clin Proc. 2014;89:943-959.
- Allen LA, Stevenson LW, Grady KL, et al. Decision making in advanced heart failure: A scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2012;125:1928-1952.
- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019.

사례 6 초고령, 비가역적인 뇌손상 환자의 영구 심박동기 삽입

환자 정보	• 88세 남자 • 반복적인 심실 빈맥으로 내원
의학 정보	• 수년 전부터 다발성 뇌경색으로 침상 생활 중 • 인지 기능 저하, 의사 소통 불가 상태

경과

환자는 응급실 내원 당시 시행한 심전도에서 완전 방실 차단 및 분당 32회의 서맥이 확인되었다. 흉부 X-선에서 양측 폐부종이 관찰되었으며, 심초음파에서 좌심실 박출률은 보존되어 있었으나 서맥으로 인한 분당 심박출량 저하로 인한 심부전이 발생한 것으로 판단되었다. 임상적으로 영구 심박동기 삽입이 필요한 상황이나, 보호자들이 환자분이 이전 뇌경색이 발생하기 전에 적극적인 침습적 처치를 원치 않으셨으며 최근 반복적인 폐렴으로 인하여 수차례 중환자실 입원하였던 적이 있는 점, 초고령 및 기저질환으로 이번 심박동기 삽입을 하더라도 장기적인 생존을 기대하기 어려운 점 등을 고려하여 적극적 처치를 거부하였다. 의료진은 영구 심박동기 삽입이 침습적인 처치이지만 비교적 간단하고, 위험도가 낮음을 수차례 설명하였으나 영구 심박동기 삽입을 하지 못하였고 약물치료 (이노제) 만 사용 후 어느 정도 호전 후 퇴원하였다.

쟁점

초고령·중증 만성질환 환자에서 생명 연장 치료의 적절성과 삶의 질, 생애 말기 치료의 목표

생각해볼 문제

- 의사는 환자가 가진 현재 생리적 문제(완전 방실 차단)를 의학적 근거를 우선하여 적극 개입해야 하는가, 아니면 환자의 만성적 치료 경과를 종합적으로 판단하여 과거 가치관과 삶의 선호를 우선 고려해야 할까? 만성중증환자에서 치료가 단기적 생존 연장에 기여할 수 있지만 환자의 기능 회복과 삶의 질 개선은 제한적일 수 있다. 환자의 존엄성과 가치를 치료의사결정에 고려하는 이유를 생각해보자.
- 심박동기 삽입과 같은 생명 연장 치료를 시행하지 않는 결정은 어떠한 때 윤리적으로 정당화될 수 있는가? 생명 연장과 환자 중심 돌봄 사이의 균형, 의사의 역할에 대해 생각해보자.

결과

퇴원 후 3개월 뒤 환자는 호흡곤란으로 응급실에 방문하였고 산소포화도 67%로 저하되었으며, 호흡수 40회/분, 심박수 28회/분의 완전 방실 차단이 확인되었다. 이에 의료진은 보호자들에게 기관 삽관 및 인공호흡기 치료, 영구 심박동기 삽입에 대하여 다시 한번 설명하였으나 보호자들은 기관 삽관, 인공 호흡기 치료 및 영구 심박동기 삽입 또한 거절하였다. 의료진은 임종과정 판단서, 연명의료 유보·중단 서식을 작성하였고 환자는 사망하였다.

해석

의학적 관점에서 완전 방실 차단에 의한 서맥은 심박동기 삽입이라는 비교적 간단한 시술로 해결 가능한 가역적인 원인이다. 이를 치료하지 않는 것은 의료진 입장에서 방임으로 느껴질 수 있다. 그러나 환자가 이미 비가역적인 뇌손상으로 반혼수 상태에 있고 반복적인 폐렴으로 고통받는 상황을 고려할 때, 단순히 심장 박동만을 유지시키는 행위가 환자에게 이득이 되는지에 대해서는 윤리적 판단과 신중한 접근이 필요하다. 생명만을 기계적으로 연장하는 것이 환자의 존엄성을 해치고 고통을 연장하는 무의미한 연명치료가 될 위험이 크기 때문이다.

급성기 병원에서 초고령 및 중증 기저질환 환자의 치료 방향을 결정할 때, 단순히 병태생리적 가역성만을 고려하기 보다 환자의 평소 가치관과 삶의 마지막 단계를 어떻게 맞이할 것인가를 같이 평가해야 한다. 말기 심부전 환자를 진료하는 의사는 환자의 최선의 이익을 판단함에 있어 의학적 생존 기간 연장뿐 만 아니라 환자의 실존적 가치를 통합적으로 고려해야 한다.

의의 (bullet point)

초고령 및 비가역적 뇌손상 환자에서 심박동기 삽입이 단순한 증상 완화인지 치료 효과 없이 임종과정만을 연장하는 연명치료인지에 대한 포괄적인 접근이 필요하다.

Keyword: 심박동기, 완화의료, 만성중증질환

참고문헌

- Kusumoto FM, et al. 2018 ACC/AHA/HRS Guideline on the Evaluation and Management of Patients With Bradycardia and Cardiac Conduction Delay. J Am Coll Cardiol 2019;74:e51-156.
- Lantos JD. Ethical Problems in Decision Making in the ICU. N Engl J Med 2011;364:1850-2.
- White DB, et al. Shared Decision Making about Life-Sustaining Treatment in the ICU. N Engl J Med 2019;378:2363-5.
- Kon AA, et al. Shared Decision Making in ICUs: An American College of Critical Care Medicine and American Thoracic Society Policy Statement. Crit Care Med. 2016;44(1):188-201.

사례 7 심장이식 수술 후 발생한 비가역적 뇌손상과 연명의료

환자 정보	• 남성, 60세 • 심장이식 후 다발성 뇌경색과 ARDS, 다발성 장기부전
의학 정보	• 156cm, 51kg • 확장성심근병증 LVEF 26.4% • s/p ICD (1년 전) • 빈맥-서맥 증후군 (s/p PPM, 9년 전) • 심방세동 • 알코올성 간경변 (Child B)

경과

환자는 확장성 심근병증에 의한 말기 비허혈성 심부전으로 4주 전 심장이식을 시행 받았다. 수술 직후부터 광범위한 대뇌연축 (cerebral vasospasm)이 발생하였고, 다발성 뇌경색, 영상의학적으로는 출혈성 후방 가역성 뇌병증 증후군 (posterior reversible encephalopathy syndrome, PRES)가 확인되었다.

현재 자발적인 눈 깜빡임은 있으나, 의식은 회복되지 않았고 의미 있는 눈맞춤대화사지 움직임은 거의 없는 상태이다. 반면 심초음파에서는 이식 심장의 수축기 기능은 안정적으로 유지되고 있다.

그러나 폐렴이 악화되어 기계환기 치료가 필요해졌고, 항생제 감수성 검사에서 다제내성균이 발생하여 고가의 회귀 항생제 사용하고 있다. 담당 의료진은 급성호흡곤란증후군으로 환자의 호전 가능성이 매우 낮음을 설명하였으나 가족들은 VV-ECMO의 시행을 원하고 있다. 신기능 악화로 지속적 신대체 요법을 지속적으로 유지하고 있으며, 신경학 예후가 극히 불량하다고 신경과 전문의가 판단하였지만 가족들은 “어떤 모습이라도 살아있게만 해달라”며 모든 치료의 지속을 간절히 원하고 있다.

의료진은 연명의료의 적절성, 환자 가치의 불확실성, 경제·정서적 부담, 무의미한 치료 가능성 사이에서 복합적 윤리 딜레마에 직면하였다.

쟁점

의미 있는 회복 가능성이 극히 낮은 상태에서 지속하는 생명유지치료(VV-ECMO, 지속적 신대체요법 등)의 윤리적 정당성과 최선의 이익

생각해볼 문제

- 의학적으로 의미 있는 회복이 가능하지 않은 상황에서 VV-ECMO와 같은 생명유지치료를 계속 시행해야 하는가? 가족이 지속적인 생명유지를 요청할 경우 의료진은 생명유지를 최우선 목표로 삼아야 하는가, 아니면 회복 가능성과 환자의 고통-존엄성까지 함께 고려해야 하는지 생각해보자.

- 환자의 의사를 알 수 없는 상황에서 가족의 생명 연장 요구는 어디까지 존중되어야 하는가? 환자가 의사를 표현할 수 없는, 의사결정능력을 상실한 경우 의료인은 가족 등 대리인의 판단을 존중하되, 환자의 평소 의사와 이익이 최대한 존중되고 보장되도록 노력하여야 한다. 의학적으로 회복 가능하지 않은 환자의 최선의 이익을 어떻게 결정해야 하는지 생각해보자.

결과

담당의료진은 병원의 완화의료팀과 의료기관윤리위원회 협진을 통해 다직종 가족면담을 몇 차례 진행하였고, 가족들은 존엄한 삶의 마무리가 환자의 최선의 이익이라고 합의하였다. 연명의료 유보·중단 절차를 거쳐 생명유지치료를 중단하였다.

해석

- 의사는 환자에게 의학적으로 무익하거나 무용하다고 판단되는 치료 요구를 받아들이지 않을 수 있다. 의사는 회복 불가능하거나 죽음을 앞둔 환자에서는 육체적·정신적 고통을 줄이고 품위 있는 죽음을 맞이할 수 있도록 노력해야 한다. 무의미한 치료(futile treatment)의 한계와 연명의료의 윤리적 한계에 대해 고려할 수 있어야 한다.

- 가족은 환자의 생존(생명 연장)을 가장 중요한 가치로 여기고 있지만, 의료진은 환자의 신경학적 예후가 극히 불량하고 의미 있는 회복이 불가능할 때 환자에게 실질적 이익이 제한적이라고 판단한다. 가족 중심 결정과 환자의 최선의 이익에 대한 논의는 첨예한 긴장을 초래한다.

- 말기 심부전 환자를 진료하는 의사는 의사-환자, 가족 사이의 신뢰관계가 훼손되지 않는 범위에서 말기 치료 목표 설정(goals of care)을 위한 의사소통 역량을 훈련해야 한다.

- 특히 말기 상태 환자에서 시행하는 침습적이고 중대한 시술과 수술은 그 결과를 예단할 수 없는 불확실성이 크다. 담당 의사는 미리 연명의료 계획 등을 포함한 사전 돌봄 계획과 치료 목표에 대해 환자, 환자 가족과 논의하고 숙고하여 그 기록을 남긴다면 윤리적 딜레마와 갈등을 대비할 수 있다.

- 환자의 가치와 사전 연명의료 의향을 알 수 없는 상황에서 가족 중심 대리 의사결정도 중 종 윤리적 한계가 존재한다.
- 윤리적 갈등 상황에서 의료기관윤리위원회 심의를 통해 해결할 수 있으며, 담당의사는 의사-환자, 가족 사이의 신뢰관계가 훼손되지 않도록 말기 치료 목표 설정(goals of care)과 환자의 최선의 이익에 대해 소통의 노력을 지속해야 한다.
- 말기 심부전 환자, 심장 이식 환자에서 사전 돌봄 계획(ACP)은 환자의 가치와 선호를 미리 확인하고 치료 목표를 함께 설정하는 과정으로서 윤리적 갈등을 예방할 수 있다.

참고문헌

- Joffe S, et al. Nonbeneficial treatment in the ICU — balancing futility, autonomy, and compassion. N Engl J Med 2018;378:1757-9.
- Tiryaki E, et al. Neurological complications after heart transplantation. N Engl J Med 2016;375:260-9.
- Rabinstein AA. PRES and related syndromes. N Engl J Med 2019;380:2294-2302.
- Kon AA et al. Shared decision making in end-of-life care. N Engl J Med 2016;374:200-3.
- Swetz KM, et al. Palliative care in the transplant population. J Heart Lung Transplant 2014;33:1123-30.

사례 8 고령의 난치성 심부전 환자에서 치료 목표 상담

환자 정보

- 여자 93세
- 의식 소실, 전신부종과 호흡곤란

의학 정보

- 고혈압 (10년), 당뇨병 (인슐린 20년)
- 허혈성심근병증(LVEF 35%, 4년전)
old MI with CAD(3VD) stents at pLAD, mRCA, and pLCx
+ mLAD (ISR total occlusion)
- 말초동맥질환(PAD) s/p stent at right leg (7년 전) restenosis로 rePTA (2년 전)
- s/p DDD pacemaker(완전방실차단)
- 뇌졸중 (10년 전)
- 갑상선기능저하증

경과

환자는 대학병원 외래에서 상기 문제로 추적치료를 받고 있다. 수일전부터 숨차고 발열이 있어 119 신고하여 가까운 의료원으로 이송 중 의식 소실로 심폐소생술을 받고 자발순환 회복이 되어 전원되었다. 양측 늑막 흉수 과다로 양측 흉수 배액술을 시행하였으나 빈혈이 반복되어 RBC 수혈을 반복하였다. 담당의사는 환자가 고령이며 난치성 심부전을 앓고 있어 침습적 검사가 부담이 될 것으로 판단하였다. 가족도 침습적 검사를 거부하여 내시경 등 검사를 시행하지 않기로 하였다.

쟁점

초고령 말기 환자에서 치료 목표(goals of care) 설정

생각해볼 문제

- 약물로 증상 조절이 어려운 초고령 말기 심부전 환자에서 연명의료 계획을 포함한 치료 목표 설정, 사전 돌봄 계획은 언제 어떻게 시작해야 하는가? 환자와 가족, 의료진이 치료의 목적과 한계를 충분히 논의하지 못한 채 치료가 관성적으로 지속됨으로 발생하는 문제를 생각해보자. 반대로 사전 돌봄 계획에 대한 논의가 의사-환자 신뢰 관계를 악화시키거나 치료 포기나 생명 경시 문제를 초래한다는 우려에 대해서도 의료전문의의 윤리적 의무 측면에서 생각해보자.

- 침습적 원인 평가를 하지 않기로 결정한 상황에서 반복적 수혈을 지속하는 것은 윤리적 정당성이 있는가? 말기 심부전 등 말기 장기부전 환자에게 원인 평가 없이 수혈을 반복하는 행위는 환자의 삶의 질 향상과 증상 완화에 기여하는 치료인가, 아니면 의사와 가족의 불안 경감과 의사결정 책임을 덜기 위한 방어 진료인가 생각해보자.

결과

환자는 천천히 폐부종이 호전되어 장기 요양병원으로 전원하였으나 환자, 환자 가족과 치료 목표와 연명의료에 대한 계획을 세우지 못하여 수혈은 반복하기로 하였다.

해석

- 담당 의사와 가족 모두 환자의 연명의료 계획, 향후 치료 방향에 대한 명확한 계획 없이 반복적 치료를 지속하고 있다. 말기 심부전을 진료하는 의사는 환자와 보호자에게 질병의 상태와 치료의 효과 위험성, 예상되는 질병의 경과와 예후 등에 대해 충분히 설명하고 소통하여야 한다.

- 말기 환자 돌봄 계획에서는 환자의 존엄성과 삶의 질을 고려해야 하며, 치료의 지속보다 '치료의 목표와 의미'를 환자, 환자 가족과 함께 논의하고 결정해야 한다.

의의

(bullet point)

- 고령의 난치성 말기 심부전 환자의 치료 목표설정에 대한 논의를 미루지 않는다.
- 치료와 돌봄 계획에는 증상 관리, 삶의 질 유지 등 질병 경과에 따라 치료의 목표를 수립하고 반영하여야 한다.

Keywords: Refractory heart failure, Advanced age, Transfusion

참고문헌

- Kavalieratos D, et al. Palliative Care in Heart Failure: Rationale, Evidence, and Future Priorities. J Am Coll Cardiol. 2017;70(15):1919-1930.
- 전은석, 최진호. 약물 불응성 말기 심부전의 최신 치료. J Korean Med Assoc 2008; 51(4): 306 - 316
- 최진오. 말기심부전의 비약물치료. J Korean Med Assoc 2012;32(6)
- 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률. 보건복지부

3부

새로운 중재 치료와 돌봄의 맥락

사례 9 초고령 안정형 협심증 환자에서 침습적 중재 시술

환자 정보

- 85세, 여성
- 호흡곤란으로 응급실 내원

의학 정보

- 생체 징후 혈압 134/78mmHg, 맥박 62회/분
- 키/몸무게 157cm, 67.5kg,
- 과거력: 고혈압/당뇨

경과

환자는 내원 당시 보행시 호흡곤란을 호소하였다. 단순흉부촬영에서 심비대 소견이 있었고 심전도는 mild ST-분절 저하 소견이 관찰되었다. 과거 타병원에서 호흡곤란과 폐부종으로 응급관상동맥조영술을 시행 후 3혈관병을 진단받고 좌전하행지에서 스텐트시술을 받았다. 항협심증 약제를 추가하였으나 지속되는 호흡곤란감이 있으므로 추적 관상동맥조영술을 할 것을 권유하였다. 외래에서 환자와 두 딸은 고령의 환자에게 침습적 시술을 시행하는데 대해 다소의 불안감을 표현하였으나 삽입된 스텐트 재협착 및 추가병변 발생 정도를 파악하기 위해 입원하였고, 전공의 설명 하에 환자에게 직접 추적 조영술에 동의서를 받았다. 관상 동맥조영술에서 우측관상동맥의 병변은 거의 폐쇄에 이르러 보여 보호자에게 시술의 취지를 설명 후 스텐트 삽입술을 시행하기로 하였다. 스텐트 삽입 직후 혈류의 개통이 되지 않는 현상 (no-reflow)과 혈압의 저하가 발생하고 의식이 처져서 임시형 박동기를 삽입하고 기도삽관을 시도하는 과정에서 후두경에 의한 연부 조직 손상과 치아손상이 발생하였다.

쟁점

고령 환자에서 침습적 시술의 위험성과 기대 이득 사이의 균형 문제

생각해볼 문제

- 고령 환자에서 위험성이 높은 시술을 결정할 때 무엇을 기준으로 판단해야 하는가? 의학 적 이득과 검사치료의 적응증, 근거가 명확하다면 고령 환자의 중재 시술은 윤리적으로 정당하다고 할 수 있는지 생각해보자. 부족하다면 무엇을 더 고려해야 하는지 생각해보자.
- 의사와 환자가 동의서를 작성하는 의미는 무엇일까? 'Informed consent'에 담겨야 할 내용의 범위와 깊이에 대해 생각해보자. 특히 가족의 도움이 필요할 수밖에 없는 고령의 노인 환자에서 의학적 위험을 동반하는 치료 동의서를 작성하는 과정이 갖는 윤리적 의미를 생각해보자.

결과

수일 뒤 기계환기를 이탈하였으나 가족들은 시술의 위험성을 자세히 듣지 못했이라며 담당의 사에게 항의하고 병원에 치아손상 손해배상 등 치료비 보상을 제기하였다.

해석

- 고령의 환자에게 증상이 있고, 약물치료만으로는 향후 심부전의 악화가 예상되어 침습적 시술로 인한 의학적 이득이 기대되는 상황이라 하더라도, 시술의 안전성과 발생 가능한 합병증에 대한 충분한 검토를 거친 후에 시술을 고려하여야 한다.
- 환자가 고령이라 본인이 받을 처치에 대한 의학적 판단에 가족의 조력이 필요한 상황에서는 환자뿐 아니라 동반가족의 배석 하에 시술의 이득과 위험도를 충분히 설명 후 환자와 보호자가 가장 원하는 치료법을 "공유 의사결정 (shared decision making)"을 통해서 치료 계획을 수립하여야 한다.
- 침습적 검사나 치료에 대한 "동의서"는 "공유 의사결정"의 결과물로서 가치가 있어야 한다. 그러기 위해서는 무엇보다 환자의 검사나 치료에 대한 충분한 동기와 질병과 관련한 진단 및 치료법에 대한 충분한 이해가 동반되어야 한다. 특히 환자본인이 추구하는 삶의 가치에 해당되는 의학적 이득과 손실이 정의되고 당사자에 의한 서명 동의뿐 아니라 관련된 가족이나 조력자의 암시적 동의가 있음에 대한 의학적 기록이 필요하다.

의의 (bullet point)

- 초고령 환자에서 중재 시술은 시술 안정성에 대한 신중한 검토가 필요하다.
- 치료에 대한 의사결정과 목표 수립 과정에 환자와 가족 모두가 참여하는 공유의사결정 (shared decision-making)이 효과적인 방식이다.
- 동의서는 '공유 의사결정'의 결과물로서, 환자 본인이 추구하는 삶의 가치에 입각한 의학 적 이득과 손실 등 이해 당사자들의 치료 목표(goal of care), 그리고 이에 대한 동의와 기록을 포함하도록 한다.

Keywords: 초고령, 침습적 시술, 동의서

참고문헌

- Cappola AR, Cohen KS. Strategies to Improve Medical Communication. JAMA. 2024 Jan 2;331(1):70-71.
- Jaffa MN and Hwang DY. Shared Decision Making in Adult Critical Care. Cambridge University Press. 2021
- Chen-Scarabelli C, Saravolatz L, Hirsh B, Agrawal P, Scarabelli TM. Dilemmas in end-stage heart failure. J Geriatr Cardiol. 2015;12(1):57-65.

사례 10 좌심실 보조장치 환자 가족의 돌봄 부담

환자 정보

- 남성, 58세
- 입퇴원을 반복하는 말기심부전 환자

의학 정보

- 1년 전부터 심한 급성 폐부종 및 중증 호흡곤란으로 1년에 4회 가량 입퇴원 반복
- 심장초음파 검사
LVDD/LVSD 60/48mm, Visually estimated EF = 22%
Akinesia, thinning of basal to mid septum and whole apex,
Akinesia of basal to mid anterior, inferior walls
- 관상동맥 조영술
pLAD-previous stent implantation site: total occlusion in-stent restenosis
collateral Gr 2. LCX: dLCX: discrete 80% stenosis
- 심장 MRI
Myocardial thinning and aneurysmal dilatation of mid to apical-anterior & septal wall of LV with akinesia.

경과

환자는 1년 전 심근경색으로 LAD에 stent를 삽입하였으나 현재 total occlusion, dLCX 90% 협착이 확인되었다. 좌심실 기능은 EF 22%로 감소하여 있고, LAD territory wall thinning 이 있다. 이는 MRI에서도 thinning, aneurysmal dilatation이 있어서 비가역적 손상으로 판단되고, 담당의사는 추가적인 revascularization은 생존율이나 좌심실 기능 회복에 의미 있는 이득을 기대하기 어렵다고 판단하였다. 심기능 저하에 따른 점진적인 신기능 악화 소견(Cr 2.0-2.4)이 동반되고 있어서 보존적 치료로는 더 이상 안정적인 상태를 유지하기 어렵고 좌심실 보조장치(LVAD), 심장이식과 같은 치료가 필요하다. 다만, 혈액형 O 형으로 심장이식 대기 기간이 길 것으로 예상된다.

환자 및 부인은 치료에 대해 적극적인 의지를 보이고 있는데, 자녀가 중증장애자로 혼자 행동이 불편하여, 부인이 주로 자녀돌봄을 담당하며, 상당한 경제적인 부담이 있어서 재정지원이 필요하여 부인은 큰 책임감과 우울감을 느끼고 있었다.

환자는 말기 심부전으로 좌심실 보조장치(LVAD), 심장이식과 같은 치료가 필요함에는 동의하지만, 재정적인 문제로 장기적인 치료를 이어가는 것에 대한 부담을 느끼고 있다. 담당의사는 사회복지사를 통한 재정적인 문제를 일정부분 해결할 수 있지만 장기적인 가족 간병 부담을 느끼고 있어서 치료의 적절성, 환자 가치의 불확실성, 경제·정서적 부담 사이에서 복합적 윤리 딜레마에 직면하였다.

쟁점

환자의 생명 연장 가치와 가족의 돌봄·정서적 부담 사이의 충돌

생각해볼 문제

- LVAD와 심장이식 같은 고난도·고비용 치료를 결정할 때 경제적·사회적 부담을 고려하는 것은 정당한가? 환자 개인의 치료 희망과 가족 전체의 삶의 질, 지속가능성은 어떻게 균형 있게 고려되어야 하는지 생각해보자.
- 가족의 돌봄 부담과 정서적 고통은 연명치료 결정에서 어느 정도까지 고려되어야 하는가? “환자 개인의 자율성”과 “가족 중심 의사결정 및 돌봄 윤리(care ethics)”에 대해 생각해보자.

결과

환자는 숙고 끝에 기계환기, 좌심실 보조장치, 이식, 혈액투석은 하지 않는 대신 적극적인 약물치료만 유지하기로 하였고, 연명의료 계획서를 작성하였다. 일반 병동으로 옮기기로 하였으나 수면 중 심정지가 발생하였고 당직 의사는 심폐소생술 하지 않기로 하고 환자의 사망소식을 가족에게 전달하였다.

해석

- 말기 심부전 환자에게 생명 연장뿐 아니라 환자의 고통 감소와 삶의 질 역시 중요하게 고려해야 한다.
- LVAD나 심장이식은 단순한 의료행위가 아니라 장기간 가족 전체의 삶을 변화시키는 치료가 될 수 있으며 치료 부담은 환자와 가족 모두에게 정서적 고통과 삶의 질 악화를 초래할 수 있다.
- 따라서 환자와 가족이 치료 의지를 가지고 있더라도, 장기간의 경제적, 돌봄 부담을 미리 사전 돌봄 계획에 포함하여 고지하고 숙고하지 않으면 또 다른 윤리적 갈등으로 이어지게 된다.

의의 (bullet point)

- 말기 심부전 환자를 치료하는 입장에서 고가의 좌심실 보조장치치료를 결정할 때 치료가 장기적으로 환자에게 미치는 영향은 임상 결과뿐만 아니라 가족의 돌봄 부담과 경제적 영향, 가족 전체의 삶의 질을 포함하여 고려할 필요가 있다.
- 경제적 부담은 의료적 정당성과 가족의 정서적 요구 사이의 갈등을 심화시킨다.

참고문헌

- 전은석, 최진호. 약물불응성 말기심부전의 최신치료. J Korean Med Assoc 2008; 51(4): 306-316
- 최진호. 말기심부전의 비약물치료. J Korean Med Assoc 2012;32(6)
- 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률, 보건복지부

사례 11 자기 관리가 어려운 뇌질환 환자에서 좌심실 보조장치와 치료 옵션

환자 정보

- 남성, 45세
- 말기 확장성 심근병증 환자

의학 정보

- 15년 전 확장성 심근병증 진단. 꾸준히 약물 치료하였으나 최근 1년간 여섯 차례 급성 심부전으로 입원치료 반복
- # 확장성심근병증 (EF=21%)
- # s/p CRT-D(1년전)
- # 만성심방세동
- # 고혈압
- # 당뇨병(인슐린)
- # 뇌졸중 기왕력
- 심장초음파 검사
LVDD/LVSD 89/82mm
Visually estimated EF = 18%
global hypokinesia

경과

15년 전 확장성 심근병증으로 진단받고 꾸준히 약물치료하였으나, 최근 3년간 잦은 입퇴원을 반복하고 있어서 보존적 치료로는 더 이상 안정적인 상태를 유지하기 어렵고 좌심실 보조장치(LVAD), 심장이식이 필요하다.

환자는 뇌졸중 진단으로 뇌병변장애(경증)판정을 받았으며, 뇌질환, 심장질환으로 직장 업무를 할 수 없어 가족들의 경제적 도움으로 생활하고 있다. 하지만 뇌병변장애로 인지능력 저하가 있어 좌심실 보조장치(LVAD) 자가 관리가 용이하지 않다. 모친과, 동생은 직장에 다니고 있어서 환자를 상주하며 관리하기 어렵다.

의료진은 환자가 비교적 젊은 나이의 말기 심부전이므로 LVAD, 심장이식 치료가 필요하다고 생각하고 있지만, LVAD 자가 관리가 어렵고 주 돌봄자가 없어 장기적인 치료를 이어가는 것에 대한 부담을 느끼고 있다. 단기적인 가족 지원으로 이 문제를 일부는 해결할 수 있지만 장기적인 가족 간병 부담과 연명치료의 적절성, 환자 가치의 불확실성 사이에서 복합적 윤리 딜레마에 직면하였다.

쟁점

고난도 생명 연장치료(LVAD, 심장이식)의 적응증 판단에서 환자의 인지·자가관리 능력과 사회적 돌봄 조건

생각해볼 문제

- LVAD와 같은 고난도 및 고비용 치료에서 환자의 자가관리 능력과 가족 돌봄 가능성을 치료 결정의 기준으로 삼는 것은 정당한가? 의료진은 의학적 적응증만을 기준으로 치료를 제공해야 하는가, 아니면 치료 이후의 안전성과 지속 가능성까지 고려해야 하는지 생각해보자.
- 장애와 사회적 돌봄 취약성을 이유로 치료 접근이 제한될 때 이는 차별인가, 아니면 환자 안전을 위한 정당한 고려인가? 장치 관리 실패와 돌봄 부재가 심각한 위해를 초래할 수 있다면, 이를 고려하는 것은 전문직 책임에 해당하는가? “평등한 치료 접근권”과 “치료 성공 가능성 및 안전성 평가”에 대해 생각해보자.

결과

환자는 복지단체의 도움을 받아 LVAD를 하였고 재택방문진료 사업에 등록하여 정기적인 관리를 받았다. 1년 이상 관리를 받았으나 심장이식까지 이어지지 못하고 LVAD관련 감염으로 사망하였다.

해석

환자가 의학적 치료 필요성은 높더라도 생명유지장치 관리 실패 가능성과 지속적 돌봄 부재는 치료 결정에 영향을 줄 수 있다. 의사는 최선의 이익을 위해 전문적 판단을 해야 하고, 최선의 이익에는 환자의 안전을 위한 예방조치를 위한 노력도 포함된다는 견해가 다수이다. 말기 심부전을 진료하는 의사는 환자의 사회적 돌봄 취약성의 문제를 사전 돌봄 계획과 치료 목표 설정 과정에서 고려할 필요가 있다.

의의 (bullet point)

- 말기 환자 돌봄에서 “치료 가능성”과 “돌봄 가능성”은 상충할 수 있는 윤리적 딜레마이다. 말기 환자에서는 응급 대응, 가족 간병 등 지속적인 돌봄 체계가 치료 유지에 핵심적인 문제이며 말기 환자 돌봄은 단순히 “할 수 있는 치료”를 제공하는 문제가 아니라, 환자가 그 치료를 안전하고 지속가능하게 유지할 수 있는 사회적·가족적 조건까지 함께 고려할 필요가 있다.
- 말기 환자 돌봄은 환자 개인이 아니라 가족 전체의 삶과 부담을 포함하는 관계적 돌봄 (relational care)의 문제이다. 이는 말기 돌봄에서 자율성(autonomy)을 단지 “환자의 선택”으로만 국한하여 이해하기 보다 가족의 돌봄 역량과 지속 가능성을 함께 고려할 필요가 있다.

-말기 돌봄에서 장애와 사회적 취약성이 치료 접근성의 불평등으로 이어질 수 있다. 말기 환자 돌봄이 단순한 의학적 판단을 넘어, 장애·사회경제적 조건·가족 구조 같은 사회적 결정요인(social determinants)에 의해 크게 영향을 받는다. 의료진은 단순히 “적응증 여부”만이 아니라, 사회복지·돌봄 연계·장기 지원체계를 포함한 다학제적 접근을 고민해야 할 필요가 있다.

THE KOREAN SOCIETY
OF HEART FAILURE

심부전학회
윤리 사례집

참고문헌

- 전은석, 최진호. 약물불응성 말기심부전의 최신치료. J Korean Med Assoc 2008; 51(4): 306-316
- 최진호. 말기심부전의 비약물치료. J Korean Med Assoc 2012;32(6)
- 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률. 보건복지부

4부

연구 윤리와 학술 활동의 규범

사례 12 임상연구 참여와 치료적 오해

사례

대학병원 심장내과에서 근무하는 A 교수는 급성 심부전 환자를 대상으로 새로운 약물의 효과를 평가하는 임상연구를 진행하고 있었다.

68세 남성 환자가 급성 심부전 약화로 입원하였으며, 저혈압과 호흡곤란으로 임상적으로 불안정한 상태였다. 환자는 치료 방법과 예후에 대해 큰 불안을 보이며 의료진의 판단에 강하게 의존하는 모습을 보였다. A 교수는 환자가 연구 참여 기준에 부합한다고 판단하여 연구 참여를 권유하였다. 연구 목적과 절차에 대한 설명이 이루어졌으나, 연구 참여가 “최신 치료를 받을 수 있는 기회”라는 점이 강조되었고 표준 치료와의 차이 및 연구 참여에 따른 불확실성에 대해서는 충분히 설명되지 않았다.

퇴원 후 외래를 방문한 환자는 ‘연구 참여가 생존 가능성을 높이는 데 필요한 치료라고 이해하고 동의서에 서명하였는데 이전과 차이가 없고 증상 개선이 없다’며 담당 교수에게 불안한 얼굴로 문의하였다.

쟁점

- 치료와 연구의 경계 혼동
- 취약한 환자 (vulnerable patient)에 대한 연구 참여 권유의 적절성

생각해볼 문제

- 환자가 연구를 ‘치료의 일부’로 오해한 상태에서 이루어진 동의는 유효한 informed consent인가? 환자는 취약한 연구 대상자로서 연구 참여를 ‘최신 치료를 받을 기회’, ‘생존 가능성을 높이는 필수 치료’라고 오해할 수 있다. 환자에게 연구 참여를 권유할 수 있는 최선의 시점 또는 피해야 할 상황에 대해서 생각해보자.
- 중증 환자에게 주치의가 직접 연구 참여를 권유하는 것은 자율성에 어떤 영향을 미칠 수 있는가? 중증 환자는 치료 관계에서 의사의 권위에 연구 참여 판단의 영향을 받을 수 있다. 연구자이자 주치의로서 이중 역할과 취약한 환자의 자발성을 보장할 수 있는 과정과 시스템에 대해 생각해보자.

해석

- 임상연구에서는 연구대상자의 자율적 참여와 충분한 정보에 근거한 동의가 핵심 원칙이다. 그러나 급성 심부전과 같이 생명이 위협받는 상황에서는 환자가 신체적·정신적으로 취약한 상태에 놓일 수 있으며, 이로 인해 의료진의 연구 참여 권유가 ‘독립적이고 자발적인 치료 결정’에 영향을 줄 가능성이 높다. 또한 연구 참여가 표준 치료보다 우월하거나 생존 가능성을 높이는 선택처럼 설명될 경우 치료적 오해가 발생할 수 있다. 이는 환자가 연구의 목적과 치료의 목적을 혼동하여 연구 참여에 따른 위험성과 불확실성을 충분히 인식하지 못하게 만들며 나아가 의사-환자 신뢰관계를 위협하는 윤리적 문제이다.

- 심부전 환자를 진료하는 의사는 연구 참여가 유발할 수 있는 윤리적 갈등을 이해하고 환자 가 치료와 연구를 구분할 수 있는 충분한 숙고과정을 제공하여야 한다.

- 일반적으로 연구자는 연구 참여 여부가 환자의 표준 치료에 영향을 미치지 않는다는 점을 명확히 설명하고, 연구의 목적과 절차, 예상되는 이익과 위험을 균형 있게 전달해야 한다.

- 특히 임상적으로 취약한 환자를 연구 대상으로 포함하는 경우에는 연구윤리위원회(IRB)의 엄격한 심의와 적절한 보호 장치가 필요하며, 연구 참여 권유 과정에서도 환자의 자율성과 권익을 최우선으로 고려해야 한다.

의의 (bullet point)

- 환자는 취약한 상태에 놓일 수 있어 연구 참여 권유 시 신중한 윤리적 고려가 필요하다.
- 치료와 연구의 경계와 오해를 방지하기 위해 연구의 목적과 표준 치료와의 차이에 대해 환자와 보호자의 인식 수준을 정확하게 확인할 필요가 있다.
- 자율적 의사결정을 보호하기 위한 충분한 숙고 시간과 제도적 보호 장치가 필요하다.

Keywords: 임상연구, 설명과 동의, 연구윤리, 취약 환자, 치료적 오해

참고문헌

- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019.
- Appelbaum PS, Roth LH, Lidz CW. The therapeutic misconception: informed consent in research. Int J Law Psychiatry. 1982;5:319-329.
- Joffe S, Cook EF, Cleary PD, Clark JW, Weeks JC. Quality of informed consent in clinical trials. Lancet. 2001;358:1772-1777.
- World Medical Association. Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA. 2013.

사례 13 AI를 활용한 발표자료 제작

사례

대학병원에서 근무하는 박교수는 심장학회 산하 연구회 심포지움에서 발표를 위해 초록 원고 작성과 발표 슬라이드를 작성하려고 한다.

영어를 더 잘하고 엄청난 데이터를 섭렵하고 있는 AI (artificial intelligence, ChatGPT version GPT-4.1)를 이용하여 초록작성을 하기로 하였다. 전체적인 원고 구성에 대한 아이디어를 제시하긴 하였으나, 실질적인 원고 작성은 AI가 수행한 것이어서 저자표시를 어떻게 해야 할지 고민스러웠다. 고민하던 박교수는 ChatGPT 활용 사실을 별도로 밝히지 않은 채 본인 이름만을 저자로 표기하고, 참고문헌까지 첨부하여 초록과 발표 원고를 제출하였다.

쟁점

AI를 이용한 원고 작성에서 저자성(authorship)의 문제

생각해볼 문제

- AI가 실질적으로 원고 작성에 관련한 경우 이를 공시(disclosure)해야 하는가? 연구자는 자신의 학술 발표 내용의 과학성, 진실성 등에 책임이 있다. AI라는 도구 사용 자체보다, AI 사용 사실을 어디까지 공개해야 하는지에 대한 학문적 투명성(transparency)의 문제를 생각해보자.

해석

- 사회 전반에 걸쳐 광범위한 AI의 활용이 이루어지고 있다. 이에 따라 AI를 이용한 연구와 발표 및 원고 작성 원칙 등이 이슈가 되고 있다.

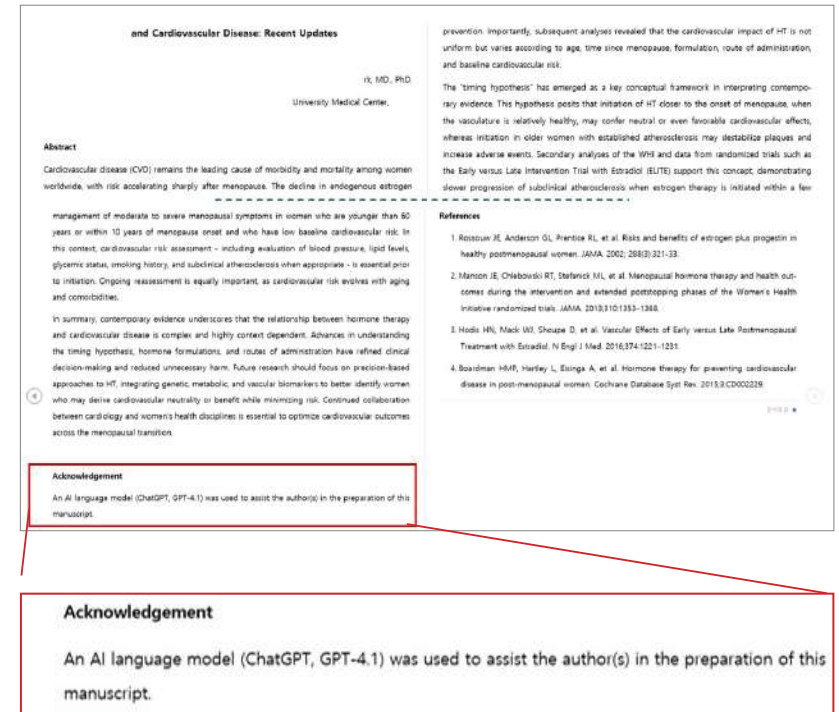
- 현재 대부분의 학술지에서는 AI는 프로그램으로 저자의 요건을 갖추지 못한 것으로 해석하고 저자 자격 표시를 제한하고 있다. 그러나, 저자가 어떤 형태로든 원고를 작성할 때 AI의 도움 (예, 자료탐색, 문장구성 및 언어교정등)을 받았다면 'Acknowledgement'에 그 사실을 기입해 줄 것이 추천된다[참고].

- 초록 원고 뿐만 아니라 AI를 이용하여 작성한 도표를 슬라이드 발표 자료 등에 이용할 때도 동일하게 슬라이드 하단에 AI에 의한 도움이 있었다는 것을 표시하는 것이 추후 윤리적인 연구자의 위상을 유지하는데 도움이 될 것이다.

예시: An AI language model (ChatGPT, GPT-4.1) was used to assist the author(s) in the preparation of this manuscript.

참고

Acknowledgement에 AI를 이용한 초록작성임을 표시한 사례



의의 (bullet point)

- AI는 웹소스에서 학습을 통해 자료를 추출하여 창조적인 자료를 제공하여 줄 수 있으나, 엄밀히 AI는 저자가 될 수 없고, 반대로 AI라는 도구를 이용하여 만든 자료는 저자 스스로의 완전한 창작물이 아니라고 볼 수도 있다.

- AI를 이용하여 학술자료를 작성할 때는 저자의 영역 외에 AI가 도구를 이용한 영역에 대한 부분을 최대한 자세히 disclosure하는 것이 추천되고 있다. 최소한 도움의 유무는 표시하는 것이 올바른 연구윤리이다.

Keywords: Abstract, AI, Acknowledgement

참고문헌

- 대한민국 과기부, 2020. 11. 27 (배포)
- VPR statement on the use of AI in research (University of Utah, OFFICE OF THE VICE PRESIDENT FOR RESEARCH), Jul 13 2023, COPE 2023, & ICMJE 2023
- 대한의학학술지편집인협의회. 의학논문 출판윤리 가이드라인, 4th ed. 거목문화사. 2025

사례 14 타인의 발표자료를 재이용할 때

사례

대학병원에서 근무하는 장교수는 심장학회 산하 연구회 심포지움에서 발표를 위해 초록 원고 작성과 발표 슬라이드를 작성하려고 한다.

수 주전 유사한 주제를 다루는 학회에서 외국에서 초빙된 T. 교수의 발표 중에 본인의 발표와 관련된 좋은 슬라이드 여러 장을 보았다. 장교수는 당시 학회에서 참석자에게 배포한 강의록 책자에서 흑백으로 된 T교수의 강의 내용을 찾았다. 장교수는 이번 발표에서 T. 교수의 슬라이드 두 장을 넣고 싶었다.

하지만 T 교수의 연락처가 없어 직접 허락을 구하기 어려운 상황이었다. 이에 장 교수는 인터넷 검색을 통해 해당 원본 슬라이드 이미지를 확보하여 본인의 발표 슬라이드에 인용하였고 슬라이드 하단에 자료의 출처를 표시하였다.

쟁점

- 타인의 학술자료(슬라이드·도표·이미지) 사용에서 저작권과 학문적 공정성 문제
- 학술 발표에서 '인용(citation)'과 '재사용(reuse permission)'의 경계 문제

생각해볼 문제

- 학술 발표 슬라이드를 출처 표시만 하고 사용하는 것은 연구윤리적으로 충분인가? 학문 활동은 정직성과 공정성을 기반으로 한다. 따라서 연구 및 학술활동에서 타인의 연구 결과와 지적 성과를 정당하게 인용하고 존중해야 한다. "출처 표기"만으로 윤리적 책임이 충분히 이행되었다고 볼 수 있는가, 아니면 원저자의 사용 허락(permission)이 추가로 필요한지에 대해서 생각해보자.
- 학술 발표 자료는 어디까지 '공유 가능한 공공 지식'으로 볼 수 있는가? 학회 강의록과 발표 슬라이드는 교육 목적의 학술 교류를 위해 공개되는 경우가 많다. 반면 발표 자료 자체는 발표자의 intellectual property(지적 산물)로 볼 수도 있다. 학술 공동체의 지식 공유 문화와 연구자의 저작권 보호 사이에서 어떤 균형이 필요한지 생각해보자.

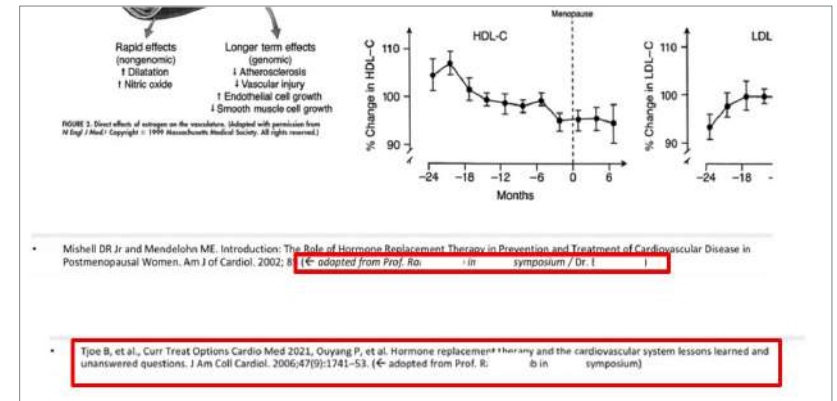
해석

- 타인의 슬라이드나 발표자료 인용할 경우에는 다음과 같은 내용에 대한 고려가 필요하다.
- 학술대회나 심포지움에서 발표하는 슬라이드는 논문집처럼 정식 출판물이 아니다. 흔히 다른 사람의 슬라이드, 인터넷 자료들을 인용하여 사용하면서 출처를 밝히지 않는 경우가 많다. 그러나 공적인 자리에서 인용되는 자료는 재구성되어 출판물이 될 경우에는 "표절(plagiarism)"의 여지가 있어, 원자료의 출처를 분명히 밝히고 발표를 하는 것이 좋다.

- 타인이 발표한 자료를 그대로 인용하는 것 보다 재구성하여 인용하고 가급적이면 원발표자에게 발표자료를 차용해도 되는지에 대한 의견을 묻는 것이 좋다. 아울러 자료의 인용에 도움을 준 원발표자의 노고를 존중하고 인용에 따른 표절 위험성을 방지하기 위해 원본의 출처를 기입한다.

- 사본생성(현장 슬라이드, 책자 사진 촬영 등)을 할 때에는 발표현장에서 발표자가 학회나 청중에게 자료 공개 동의에 표시했는지에 대한 가부를 확인하는 것이 추천된다.

예시: adapted from Prof. *** in ## symposium



의의 (bullet point)

- 학회 발표 슬라이드나 원고 작성시 기존의 발표자의 슬라이드를 차용하여 발표자료를 재구성할 때는 다음의 사항들에 유의한다.
- 원발표자의 발표자료를 인용하여 발표자료를 재구성할 때는 정도에 따라 원본자료의 출처를 표시하고 더불어 기 발표자의 동의 여부를 확인하는 것이 추천된다.
- 물리적으로 원발표자에게 동의를 구하기 어려운 경우는 최소한 발표자료 출처를 표시해 주는 것이 추천된다.
- 학회에서 발표자의 자료 공개에 대한 가부를 확인하여 거절인 경우에 임의로 사본을 생성하지 않도록 주의한다.

Keywords: Presentation, Citation, Acknowledgement

참고문헌

- VPR statement on the use of AI in research (University of Utah, OFFICE OF THE VICE PRESIDENT FOR RESEARCH), Jul 13 2023, COPE 2023, & ICMJE 2023
- 대한의학학술지편집인협의회. 의학논문 출판윤리 가이드라인, 4th ed. 거목문화사. 2025

사례 15 연구 논문의 저자 자격 준칙과 갈등

사례

대학병원 심장내과 전임의 K는 현재 근무중인 병원의 데이터를 이용하여 학위 논문을 작성하고 이를 소속대학 대학원에 학위 논문으로 제출하여 심사를 받고 있는 중이다.

데이터 수집과 논문 작성에 도움을 준 H교수는 대학원 지도교수가 아니다. H교수가 K가 작성한 학위 논문 1저자를 병원의 다른 의사에게 양보할 수 있는지 문의를 하였다.

K는 전임의 과정이 아직 남아 있고, 본인도 논문이 필요한 상황에서 자신이 작성한 논문의 저자변경을 요구하는 병원의 교수님에게 뭐라고 답을 할지 복잡한 윤리 딜레마에 직면하였다.

쟁점

저자 자격(authorship)의 공정성과 부당한 저자 변경의 문제

생각해볼 문제

- 학위 논문의 제1저자 자격은 누구에게 귀속되어야 하는가? H교수는 데이터 수집과 논문 작성 과정에 도움을 주었지만, 논문의 실질적 주저자 역할을 수행한 것은 아니다. 이 경우 제1저자 변경 요구는 학문적 공정성에 부합하는가, 아니면 gift authorship 또는 부당한 authorship manipulation에 해당하는가? “실질적 기여(contributorship)”와 “권위에 의한 저자 조정” 사이의 윤리 문제와 영향에 대해 생각해보자.

- 위계적 관계 속에서 이루어지는 저자 변경 요구는 얼마나 자발적인 동의로 볼 수 있는가? 연구실, 병원 조직 내 권력관계가 연구자의 자율성과 공정한 연구윤리를 어떻게 침해할 수 있는가? 단순한 저자 순서의 문제를 떠나 학술 공동체 내 권력 구조와 연구자의 취약성(vulnerability)을 중심으로 토론했다.

해석

- 연구자는 연구 수행에 대한 실제 기여도에 따라 공정하게 저자를 표시해야 하며, 저자 자격을 왜곡해서는 안 된다고 규정하고 있다. 학문 활동은 정직성과 공정성을 바탕으로 이루어져야 함을 강조한다.

- 연구자는 상호 존중과 공정성을 바탕으로 연구활동을 수행해야 하며, 연구윤리를 훼손하는 부당한 영향력 행사를 해서는 안 된다고 설명한다. 또한 의사는 전문직 사회 안에서 동료료를 존중하고 부당한 권한 남용을 피해야 함을 강조한다.

- 논문 출판 시 저자(author) 규정은 학술지마다 조금씩 다르지만, 국제적으로 널리 통용되는 기준이 있다. 특히 ICMJE(국제의학학술지편집인위원회) 기준이 가장 대표적이며, ICMJE가 제시하는 핵심 원칙은 “실질적으로 연구에 기여한 사람만 저자로 포함해야 한다”는 것이다.

- 저자로 인정받기 위한 4가지 조건(ICMJE 기준)은 다음과 같다.

다음 네 가지를 모두 충족해야 저자가 될 수 있다.

- ① 연구에 실질적 기여
; 연구 아이디어 제안, 연구 설계, 데이터 수집, 데이터 분석 또는 해석
- ② 논문 작성 또는 중요한 부분 수정
; 초안 작성, 핵심 내용에 대한 비판적 수정
- ③ 최종 원고 승인
; 제출 전 최종 버전에 동의해야 함
- ④ 연구 전체에 대한 책임 동의
; 연구의 정확성과 윤리성에 대해 공동 책임

- 연구윤리에서 특히 문제가 되는 저자관련 사례는 아래와 같다.

- ① Gift authorship(선물 저자): 기여하지 않은 사람을 넣는 것
 - ② Ghost authorship(유령 저자): 기여했는데도 이름을 빼는 것
 - ③ Honorary authorship(명예 저자): 직책, 지위 때문에 이름을 넣는 것
- : 이는 학술지에서 매우 엄격하게 금지하고 있다.

의의 (bullet point)

- 저자는 연구에 실질적으로 기여한 사람이어야 하므로 저자 양보는 연구윤리 위반으로 간주된다.

- 임용이나 승진 등의 문제로 저자 순서를 변경하는 것은 학문 활동의 정직성과 공정성을 훼손하는 행위이다.

- 연구자는 상호 존중과 공정성을 바탕으로 연구활동을 수행해야 하며, 연구윤리를 훼손하는 부당한 영향력 행사를 해서는 안 된다.

- 또한 연구 기관은 연구자들의 위계관계와 조직 문화가 연구윤리를 훼손하지 않도록 공동체 권력 구조를 점검하고 연구자의 취약성을 보호할 수 있는 시스템과 규정을 마련해야 한다.

Keyword : 저자, 공정성, 투명성, 연구 윤리

참고문헌

- Ali MJ. ICMJE criteria for authorship: why the criticisms are not justified? Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol. 2021;259(2):289-290.
- Bates T, et al. Authorship criteria and disclosure of contributions: comparison of 3 general medical journals with different author contribution forms. JAMA. 2004;292(1):86-8.
- Pickar JH. Conflicts of interest and the ICMJE disclosure form. Climacteric. 2019;22(3):215-216.
- 대한의학학술지편집인협의회. 의학논문 출판윤리 가이드라인, 4th ed. 거목문화사. 2025

사례 16 연구 논문의 저자권 준칙과 갈등

사례

대학병원 심장내과 전임의 Y는 같은 병원에서 근무하는 친한 후배 L에게 제1저자를, 본인은 교신저자를 하려고 구상 중이다. 친한 후배 L은 얼마전부터 승진 임용 시 논문이 필요하다고 고민해왔다. 후배의사는 논문 작성에 일정 기여는 하였지만 실질적인 주도과 작성은 모두 교신 저자인 자신이 수행하였다. 두 사람은 저자 양보에 대해 이견은 없지만 같은 진료과의 지도 교수들도 이 상황을 인지하고 있고 지도 교수 중 한 명은 연구윤리 저자의 공정성에 문제제기를 받을 수 있다는 우려를 넌지시 표현하기도 하였다.

쟁점

호의 관계 중심의 저자 배분과 선물저자(gift authorship) 문제

생각해볼 문제

- 제1저자는 '실질적 연구 기여'를 기준으로 결정되어야 하는가, 아니면 연구자 간 합의로 자유롭게 조정할 수 있는가? 연구자는 연구 수행에 대한 실제 기여도에 따라 공정하게 저자를 표시해야 하며, 연구 결과 발표에서 정직성과 공정성을 유지해야 한다. authorship을 "개인적 호의"로 조정할 수 있는지, 아니면 학문적 기여를 객관적으로 반영해야 하는지 생각해보자.
- 연구윤리에서 "좋은 의도"는 저자 기준을 수정할 정당한 이유가 될 수 있는가? 개인적 호의에 의해 저자 자격을 결정하는 방식이 갖는 영향과 윤리적 문제는 무엇인가? 연구 업적 평가 체계와 학문 공동체의 신뢰를 어떻게 유지할 것인지에 대해 생각해보자.

해석

- 저자 순서를 정하는 문제는 연구에서 가장 민감한 주제 중 하나이다. 공정한 결정을 위해 명확한 기준, 사전 합의, 기여도 기반 평가가 핵심이다.

1) 기여도(contribution)를 기준으로 정한다

- : 가장 널리 인정되는 방식으로 연구의 각 단계에서 누가 얼마나 기여했는지를 평가해 순서를 정하는 방식
- : 연구 아이디어 제안, 실험 설계, 데이터 수집, 데이터 분석, 논문 초안 작성, 논문 수정 및 보완, 연구 전체 관리 등을 정량화 하거나 점수화 하기도 한다.

2) 제1저자(First Author)는 가장 큰 기여자

- : 실험 분석의 대부분 수행, 논문 초안 작성 주도, 연구의 핵심 아이디어 구현
- : 연구 분야에 따라 공동 제1저자(equal contribution)도 가능하지만, 그 경우에도 기여도가 거의 동일해야 한다.

3) 교신저자(Corresponding Author)는 연구 책임자

: 대부분 지도교수나 프로젝트 책임자가 맡는다. 연구의 전체적인 방향과 책임을 지는 역할을 한다.

4) 공동저자(Co-author)는 기여도 순으로 배치

: 제1저자와 교신저자를 제외한 나머지 저자들은 다음 기준으로 순서를 정한다.
: 실험/분석 기여도, 논문 작성 기여도, 연구 기간 동안의 참여 정도

5) 사전에 저자 기준을 합의하는 것이 가장 중요

: 저자 자격 기준, 저자 순서 결정 방식, 공동 제1저자 가능 여부, 연구 중 기여도 변화 시 조정 방법

의의 (bullet point)

- 저자는 실질적으로 연구에 기여한 사람이어야 하므로 저자 양보나 선물 저자는 연구윤리 위반으로 간주된다.
- 연구자는 연구 수행에 대한 실제 기여도에 따라 공정하게 저자를 표시해야 하며, 저자 자격을 왜곡해서는 안 된다.
- 학문 활동은 정직성과 공정성을 바탕으로 이루어져야 하고 연구자는 상호 존중과 공정성을 바탕으로 연구활동을 수행해야 한다.

Keyword : 저자, 공정성, 투명성, 연구 윤리

참고문헌

- Ali MJ. ICMJE criteria for authorship: why the criticisms are not justified? Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol. 2021;259(2):289-290.
- Bates T, et al. Authorship criteria and disclosure of contributions: comparison of 3 general medical journals with different author contribution forms. JAMA. 2004;292(1):86-8.
- Pickar JH. Conflicts of interest and the ICMJE disclosure form. Climacteric. 2019;22(3):215-216.
- 대한의학학술지편집인협의회. 의학논문 출판윤리 가이드라인, 4th ed. 거목문화사. 2025

사례 17 연구 데이터 왜곡

사례

A대학교병원 심부전·임상연구센터는 국내 30개 기관이 참여하는 다기관 심부전 레지스트리를 구축하여, CA-999(가상의 마커)와 심부전 환자의 임상 예후(사망 및 재입원) 간의 연관성을 분석하는 전향적 관찰 연구를 진행하였다. 등록된 심부전 환자는 총 4,874명이었으며, 연구팀은 CA-999가 높은 환자군에서 사망 및 재입원 위험이 증가하는 경향을 확인하였다.

그러나 CA-999가 높음에도 불구하고 예후가 양호한 약 8%의 환자군($n \approx 390$)이 존재하였으며, 이들을 포함할 경우 주요 결과 지표의 통계적 유의성이 경계 수준으로 감소하였다($p=0.08$). 이들은 대부분 CA-999 상승의 심장 외 원인이 있는 환자로 구성되어 있었다.

이에 연구팀 내부에서는 해당 환자군을 '임상적으로 설명 가능한 outlier'로 간주하고 분석에서 제외하거나, 사전에 계획되지 않은 하위군 분석을 중심으로 결과를 보고하는 방안이 제안되었다. 그러나 초기 연구 프로토콜 및 IRB 승인 문서 어디에도 해당 환자군을 제외한다는 명시적 기준은 포함되어 있지 않았다. 일부 연구자는 임상적 근거를 들어 제외가 정당하다고 주장하였으나, 다른 연구자는 이것이 결과를 유리하게 조작하기 위한 선택적 보고(selective reporting)에 해당할 수 있다고 우려를 제기하였다.

쟁점

연구 결과의 선택적 보고(selective reporting)와 연구의 과학적 타당성

생각해볼 문제

- 사전에 계획되지 않은 환자군 제외는 정당한 과학적 판단인가, 아니면 결과 왜곡일까? 연구자는 연구 결과를 정직하고 정확하게 보고해야 하며, 연구 과정과 결과를 왜곡하거나 조작해서는 안 된다. 또한 연구자는 연구 설계와 수행 과정에서 학문적 진실성과 객관성을 유지해야 한다. “과학적 정제(scientific refinement)”와 “선택적 보고(selective reporting)”의 차이에 대해 생각해보자.
- 연구자는 통계적 유의성과 과학적 진실 사이에서 어떤 책임을 가져야 하는가? 연구자는 자신의 결과 발표가 의료현장과 학술공동체에 미칠 영향을 고려해야 한다. 연구자가 'Exploratory 분석'을 'Confirmatory 분석' 결과처럼 제시할 때 어떤 부정적 영향이 발생하는지 생각해보고, 윤리적으로 정당한 접근에 대해 토론해보자.

해석

- 임상연구에서 데이터의 선택적 제외 및 선택적 보고(selective reporting)는 연구 결과를 왜곡하고 과학적 신뢰성을 훼손하는 중대한 연구윤리 위반 행위이다. 사전에 정의되지 않은 기준에 따라 데이터를 제외하거나 통계적 유의성 확보를 위해 분석 계획을 사후적으로 변경하는 행위는, 설령 임상적 근거가 있더라도 HARKing(Hypothesizing After Results are Known)이나 p-hacking으로 분류될 수 있다.
- 본 사례에서 CA-999 상승의 심장 외 원인을 가진 환자군을 제외하는 것은 임상적으로 타당한 근거가 있을 수 있다. 그러나 이러한 제외 기준이 결과 확인 이전에 프로토콜에 명시되어 있지 않았다면, 이는 사후 분석 조정(post hoc modification)에 해당한다. 이 경우 연구팀은 해당 제외 기준을 사전 등록된 프로토콜 수정 절차를 통해 IRB에 보고하고, 제외 여부에 따른 민감도 분석(sensitivity analysis) 결과를 모두 투명하게 보고해야 한다.
- 연구자는 통계적으로 유의한 결과 뿐 아니라, 비일관된 결과나 가설에 반하는 결과도 포함하여 보고할 윤리적 의무가 있다. 분석 계획의 사전 등록(pre-registration)과 프로토콜 준수(protocol adherence)는 이러한 선택적 보고를 방지하기 위한 제도적 안전장치로, 현대 임상연구 윤리의 핵심 요소로 자리잡고 있다. 연구팀은 단기적 출판 성과보다 연구 결과의 재현성과 과학적 무결성을 우선시해야 하며, IRB 및 해당 학술지의 데이터 공유 및 보고 지침을 철저히 준수해야 한다.

의의 (bullet point)

- 사전에 정의되지 않은 기준에 따른 데이터 제외는 선택적 보고(selective reporting)에 해당하며, 연구 결과의 과학적 타당성과 재현성을 심각하게 훼손할 수 있다
- 통계적 유의성 확보를 목적으로 분석 계획을 사후적으로 변경하는 행위(p-hacking, HARKing)는 설령 임상적 설명이 가능하더라도 중대한 연구윤리 위반으로 간주된다.
- 연구자는 통계적으로 유의하지 않거나 가설에 반하는 결과를 포함하여 모든 데이터를 투명하게 보고할 의무가 있으며, 이는 부정적 결과(negative results)의 경우에도 동일하게 적용된다.
- 분석 계획의 사전 등록(pre-registration)과 프로토콜 준수(protocol adherence)는 선택적 보고를 방지하기 위한 제도적 핵심 안전장치이며, 모든 분석 변경 사항은 IRB에 보고되어야 한다.
- Outlier 또는 비일관된 결과군이 존재할 경우, 제외 여부와 무관하게 민감도 분석(sensitivity analysis)을 수행하고 그 결과를 함께 공개하는 것이 과학적 투명성의 요건이다.

참고문헌

- Ali MJ. ICMJE criteria for authorship: why the criticisms are not justified? Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol. 2021;259(2):289-290.
- Bates T, et al. Authorship criteria and disclosure of contributions: comparison of 3 general medical journals with different author contribution forms. JAMA. 2004;292(1):86-8.
- Pickar JH. Conflicts of interest and the ICMJE disclosure form. Climacteric. 2019;22(3):215-216.
- 대한의학학술지편집인협회. 의학논문 출판윤리 가이드라인, 4th ed. 거목문화사. 2025

사례 18 직원의 연구 대상자 참여

사례

B대학교병원 심장혈관센터 과장인 C교수는 심부전 환자와 건강한 성인 대조군을 비교하는 단일기관 전향적 관찰 연구를 진행하고 있었다. 연구 프로토콜상 건강한 성인 대조군 30명 모집이 요구되었으나, 일반인 모집이 지연되면서 연구 일정 준수에 차질이 발생하였다. 이에 C교수는 연구 목표 달성을 위해 심장내과 병동에서 근무하는 간호사들을 대상으로 수간호사를 통해 직접 연구 참여를 권유하였다.

권유를 받은 간호사(29세)는 특별한 기저질환이 없고 연구 선정 기준을 충족하였다. C교수는 “채혈과 심초음파로 이루어진 간단한 검사이며, 위험성은 거의 없다”고 구두로 설명한 뒤 동의서 서명을 요청하였다. 간호사는 명시적인 거절 의사를 표현하지 못한 채 서명하였으며, 이후 동료 간호사에게 “거절하면 인사 평가나 부서 분위기에 영향을 줄까 봐 어쩔 수 없이 참여했다”고 토로하였다.

쟁점

위계적 관계 속에서의 자발적 동의(voluntary informed consent)의 진실성과 취약한 연구대상자의 보호

생각해볼 문제

- 병원 내 위계적 관계에서 이루어진 연구 참여 동의는 얼마나 자발적이라고 볼 수 있는가? 연구자는 연구 대상자의 자발성과 자기결정권을 존중해야 하며, 충분한 설명과 함께 자유로운 동의를 보장해야 한다. 연구자가 “강요하지 않았다”고 생각하더라도, 실제로는 구조적 권력 관계 자체가 자율성을 제한할 수 있다. 연구 참여 동의의 “형식적 서명”과 “실질적 자발성” 사이의 차이에 대해 생각해보자.

- 병원 직원(employee)을 연구 대상으로 모집할 때 연구자는 어떤 추가적 윤리 책임을 가져야 하는가? 병원 직원은 일반인보다 의료 지식이 높을 수 있지만, 동시에 조직 내 위계와 평가 구조에 종속되어 있다. 연구자는 연구 대상자의 권리와 안전을 최우선으로 고려해야 하며 연구 목적 달성을 이유로 대상자의 자율성을 침해해서는 안 된다. 의료기관 내부 연구에서 “직원 대상 연구(employee research)”의 윤리 기준과 부당한 압력을 어떻게 최소화할 것인지 생각해보자.

해석

- 임상연구에서 자발적이고 충분한 정보에 근거한 동의(informed consent)는 연구윤리의 핵심 원칙이다. 그러나 본 사례처럼 구조적 위계관계에 있는 직원을 연구대상자로 참여하도록 유도하는 것은, 명시적 강압(coercion)이 없더라도 연구 참여의 자발성을 저해하고 사실상 참여를 강제하는 부당한 영향(undue influence)으로 작용할 수 있다.

- 취약한 연구대상자는 흔히 질병이나 인지 능력의 저하에 의해 규정되지만, 사회적·직업적 위계 구조에 의해서도 발생할 수 있다. 벨몬트 보고서(Belmont Report)의 자율성 존중 원칙과 CIOMS 국제 가이드라인은 모두 이러한 맥락에서의 취약성을 명시적으로 인정하고 있다.

- 동료, 직원을 연구 대상으로 모집하는 경우에는 구조적 보완 장치가 필수적이다. 구체적으로 ① 독립적인 제3자(연구 코디네이터)를 통한 모집 진행, ② 연구책임자의 동의 취득 과정 직접 참여 배제, ③ 익명 참여 의향 조사의 선행 실시, ④ 거절에 따른 불이익 부재를 문서로 명시하는 절차가 필요하다. 또한 IRB는 프로토콜 심의 단계에서 연구자와 모집 대상자 간의 위계 관계 존재 여부를 의무적으로 검토하여야 하며, 이를 통해 형식적 동의가 아닌 실질적 자발성이 보장되는 연구 환경을 구축해야 한다.

의의 (bullet point)

- 연구자와 고용 또는 직무 관계에 있는 직원을 연구 대상으로 모집하는 것은 그 자체로 부당한 영향(undue influence)의 구조적 위험을 내포하며, 명시적 강압이 없는 경우에도 자발적 동의를 훼손할 수 있다.

- 형식적 동의서 획득이 자발적 동의를 보장하지 않는다. 연구자와 IRB 모두 '실질적으로 거절이 가능한 환경'이 조성되었는지를 별도로 평가해야 한다.

- 취약한 연구대상자는 질병이나 인지 능력뿐 아니라 사회적·직업적 위계 구조에 의해서도 발생할 수 있음을 인식하고, 프로토콜 설계 단계부터 이에 대한 보호 방안을 마련해야 한다.

- 직원 모집이 불가피한 경우, 독립적 제3자를 통한 모집, 연구책임자의 동의 과정 배제, 불이익 부재의 문서화 등 제도적·절차적 보완이 반드시 병행되어야 한다.

- IRB는 연구자와 모집 대상자 간의 위계적 관계 여부를 심의 단계에서 의무적으로 검토하고, 이를 프로토콜 승인 기준에 반영해야 한다.

참고문헌

- National Commission for the Protection of Human Subjects. The Belmont Report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. Washington, DC: US Government Printing Office; 1979.
- CIOMS. International ethical guidelines for health-related research involving humans. Geneva: CIOMS; 2016.
- Emanuel EJ, Wendler D, Grady C. What makes clinical research ethical? JAMA. 2000;283:2701-2711.
- Appelbaum PS, Lidz CW, Klitzman R. Voluntariness of consent to research: a conceptual model. Hastings Cent Rep. 2009;39(1):30-39.
- Wertheimer A, Miller FG. Payment for research participation: a review of current regulations and outstanding questions. J Med Ethics. 2008;34(7):541-547.
- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019.

Keyword : 임상연구, 설명과 동의, 연구윤리, 직업적 취약성, 부당한 영향, 자발적 동의

THE KOREAN SOCIETY
OF HEART FAILURE

심부전학회
윤리 사례집

부 록

대한의사협회 중앙윤리위원회 규정

제 정 1978. 03. 14.
전면개정 2003. 07. 03.
개 정 2003. 11. 13.
개 정 2005. 04. 23.
개 정 2014. 04. 27.
개 정 2015. 04. 26.
개 정 2018. 04. 22.
개 정 2020. 10. 25.
개 정 2021. 04. 25.
개 정 2023. 04. 23.

제1장 총 칙

제1조(목적)

이 규정은 의료법과 대한의사협회(이하 '협회') 정관에 따라 설치된 중앙윤리위원회(이하 '위원회')의 구성과 운영 등에 관하여 필요한 사항을 정함을 목적으로 한다.

제2조(위원회의 목적)

위원회는 협회 회원과 산하단체 기타 하위단체(이하 '회원 등')로 하여금 의사의 윤리를 준수하게 함으로써 건전한 의도(醫道)를 드높이고 의권(醫權)을 정립하며, 올바른 의료 환경과 사회 윤리를 조성하고 의료계 발전에 기여함을 목적으로 한다. <개정 2023. 04. 23.>

제2장 위원회

제3조(위원회의 조직)

- ① 위원회는 대변인과 간사를 둘 수 있으며, 위원장이 위원 중에서 위촉한다.
- ② 위원회에 비의료계 인사를 포함한 자문위원을 둘 수 있고, 자문위원은 위원회의 의결에 의하여 위원장이 위촉한다. <개정 2023. 04. 23.>

제4조(위원장.위원 유고시의 조치)

- ① 위원장 유고시에는 정관 제57조의2 제3항에 따라 위원 중 호선된 사람을 협회 회장이 위촉하되, 그 임기는 잔여 임기로 하며, 잔여 임기가 6개월 이하인 경우에는 위촉하지 아니할 수 있다.
- ② 제1항의 경우 후임자를 위촉하는 경우에는 위촉시까지, 후임자를 위촉하지 아니하는 경우에는 그 잔여 임기 동안 협회 회원인 위원 중 연장자가 위원장의 직을 대행한다.
- ③ 위원이 유고된 경우에는 유고된 당해 위원이 선출된 방법에 따라 회장이 위촉하되 그 임기는 위촉된 때로부터 3년으로 하며, 잔여 임기가 6개월 이하인 경우에는 위촉하지 아니할 수 있다.

제5조(위원장 등의 임기 등)

- ① 위원장과 위원(이하 '위원장 등')의 임기는 위촉일로부터 3년으로 하며, 1회에 한하여 연임할 수 있다.
- ② 임기가 만료된 위원장 등은 후임자가 취임할 때까지 계속하여 그 직무를 수행할 수 있다.
- ③ 다음 각 호의 1에 해당하는 사람은 위원이 될 수 없다.
 - 1. 의료법 제8조 제1호 내지 제3호에 해당하는 사람
 - 2. 협회 또는 산하단체로부터 징계처분을 받고 그 집행이 종료되거나 면제된 날로부터 5년이 지나지 아니한 사람
 - 3. 금고 이상의 형을 선고받고 그 집행이 종료되거나 면제된 날로부터 5년이 지나지 아니한 사람
 - 4. 협회의 임원
 - 5. 회비의 납부 기타 정관상 회원의 의무를 다하지 아니한 사람
- ④ 위원이 위원으로 선출될 당시 협회 임원인 경우 해당 위원은 위원으로 선출된 날로부터 1월 이내에 협회 임원의 직을 사임하여야 한다.

제6조(위원장 등의 신분보장)

- ① 위원장 등은 제5조 제3항 각 호에 해당하는 경우를 제외하고는 해촉되지 아니한다. 제5조 제4항에서 정한 기간 내에 협회 임원의 직을 사임한 위원도 같다.
- ② 위원장 등은 위원회에서 직무상 행한 발언과 표결에 대하여 위원회 외에서 책임을 지지 아니한다.

제7조(위원장의 직무)

- ① 위원장은 위원회를 대표하고, 위원회의 사무를 총괄한다.
- ② 위원장은 정기대의원총회에서 위원회의 활동결과를 서면으로 보고하여야 한다.

제8조(위원회 소집)

- ① 위원회는 협회 회장, 위원장 또는 재적위원 3분의 1 이상의 위원이 요청하는 경우에 위원장이 소집한다.
- ② 재적위원 3분의 1 이상의 위원이 요청하는 경우 20일 이내에 소집하여야 한다.<신설>
- ③ 제1항의 경우 위원장은 회의 개최 7일 전까지 회의의 일시, 장소와 안건을 각 위원에게 서면, 전자우편, 모사전송 또는 유선으로 통보하여야 한다. 다만, 긴급하거나 부득이한 경우에는 그러하지 아니하다.

제9조(의사의결정족수 등)

- ① 위원회의 회의는 재적위원 과반수의 출석으로 개의하고, 출석위원 과반수의 찬성으로 의결한다. 다만, 징계결정은 재적위원 3분의 2 이상의 출석으로 개의하고 출석위원 3분의 2 이상의 찬성으로 의결한다.
- ② 위원장은 의결권이 있으며, 가부동수인 때에는 부결된 것으로 본다.
- ③ 전문위원은 회의에 참석하여 발언할 수 있으나 의결권이 없다.
- ④ 위원장은 필요한 경우 법제이사를 회의에 참석하여 발언하게 할 수 있다.

제10조(기피·회피 등)

- ① 피심의인은 기피신청을 할 수 있다.<신설>
- ② 피심의인은 동일 사건에 대해 한꺼번에 과반수의 위원을 기피할 수 없다.
- ③ 피심의인은 기피신청에 대해 신청한 날로부터 3일 이내에 서면으로 소명하여야 한다.
- ④ 기피신청에 대한 심의의결에 있어 정족수 계산은 당해 위원을 제외하고 산정한다.
- ⑤ 위원이 회피하고자 할 때에는 위원장의 허가를 얻어 할 수 있다. 위원장이 회피하고자 하는 경우에는 위원장을 제외한 위원들의 의결에 의해 회피할 수 있다.
- ⑥ 위원이 제척·기피·회피한 경우의 정족수 계산에 있어서는 당해 위원을 제외하고 산정한다.

제11조(심의의결 사항 등)

- ① 위원회는 정관 제57조의5 각 호에 정한 사항에 대해 심의의결하며, 이를 위해 다음 각 호의 사항을 심의의결하거나 시행할 수 있다.
 1. 회원의 윤리익식 제고와 연구에 관한 사항
 2. 회원 등에 대한 자격심사와 징계에 관한 사항
 3. 의사윤리강령, 의사윤리지침 연구와 제언
 4. 사·도지부 윤리위원회, 의학회와 각 협의회 윤리위원회(이하 '지부 윤리위원회 등')의 규정 인준에 관한 사항
 5. 지부 윤리위원회 등에 대한 지도와 감독에 관한 사항

6. 회원들과 협회 산하단체에 대한 윤리 교육
7. 회원들과 협회 산하단체의 의료 윤리 관련 자문 등에 관한 사항
8. 포상에 관한 사항
9. 상임이사회에서 부의하는 사항
10. 기타 위원회에서 결정하는 사항

② 제1항 제2호의 징계의결에는 의료법 제66조의2에 따른 자격정지 처분 요구에 관한 사항이 포함된다.

③ 제1항 제2호의 징계의결은 다음 각 호의 경우에 행한다.

1. 지부 윤리위원회 등에서 1차 징계처분을 받은 회원 등이 이의신청을 한 경우
2. 위원회의 1차 징계처분에 대하여 회원 등이 재심을 청구한 경우
3. 상임이사회에서 부의하는 경우
4. 기타 위원회에서 결정하는 경우

제12조(담당위원)

- ① 위원장은 심의의결사항에 대한 예비조사, 결정서 작성 기타 필요한 업무에 관하여 1인 또는 수인의 위원을 담당위원으로 지명할 수 있다.
- ② 담당위원은 당해 업무에 관하여 위원장의 허가를 얻어 위원장의 권한을 행사할 수 있다. 다만, 긴급하거나 부득이한 경우에는 그러하지 아니하다.
- ③ 제2항 단서의 경우 위원장은 담당위원의 권한 행사를 정지시킬 수 있다. 이 경우 위원장의 권한 행사 정지시까지 담당위원이 한 행위에 대하여는 영향을 미치지 아니한다.

제13조(회의의 비공개 등)

- ① 위원회 회의는 공개하지 아니한다. 다만, 필요한 경우 위원회의 결정으로 공개할 수 있다.
- ② 누구든지 정당한 이유 없이 위원회의 업무에 관하여 인지의 사실을 누설하여서는 아니 된다.

제14조(결정의 효력 발생시기)

위원회의 결정은 결정 즉시 효력이 발생한다. 다만, 회원 등에 대한 징계결정은 재심청구가 없는 경우에는 재심청구기간의 만료시에, 재심청구가 있는 경우에는 이에 대한 재심결정시에 각 그 효력이 발생한다.

제15조(심의사항의 처리)

- ① 위원장은 위원회 회의의 경과 및 결과에 관한 회의록을 작성하여 이를 보관하여야 한다.
- ② 위원장은 위원회에서 심의의결된 사항을 지체없이 회장에게 통보하여야 한다.

③ 회장은 제2항에 따라 통보된 의결사항을 집행하여야 한다.

제16조(문서의 송달)

- ① 위원회가 문서를 송달하는 경우에는 배달증명우편을 발송하는 방법으로 한다. <후단 삭제>
- ② 위원회 직원이 피심의인, 또는 그 사무원, 피고용인 또는 동거인으로서 사리를 분별할 능력이 있는 사람
에게 직접 송달할 문서 등을 교부하는 경우에도 송달의 효력이 있다.
- ③ 제1항 또는 제2항의 방법으로 2회 이상 송달이 되지 아니하는 경우에는 위원회는 협회에 신고된 전자
우편 주소로 전자우편 발송 또는 협회에 신고된 번호로 모사 전송(FAX)을 하는 방법에 의하여 송달할
수 있다. 이 경우 송달의 효력은 발송한 때에 발생한다.
- ④ 피송달자의 소재를 알 수 없거나 부득이한 사유로 송달할 수 없는 경우, 위원회는 공시송달의 방법에 의
하여 송달할 수 있다. 다만, 공시송달은 제1항 및 제3항에 따른 조치를 모두 취한 이후에 하여야 한다.
- ⑤ 공시송달은 '의협신문' 또는 협회 홈페이지에 공고하는 방법으로 하고, 이 경우 신문을 발송하거나 홈페이지에
공고한 날의 다음날부터 2주일이 경과한 때에 송달된 것으로 본다.

제17조(수당 등)

- ① 협회는 위원에게 예산의 범위 내에서 심의비, 업무 추진비, 교통비 기타 위원회 활동에 필요한 수당을 지
급할 수 있다.
- ② 전문위원에 대한 교통비 기타 필요한 수당은 협회의 예산 범위 내에서 이를 지급할 수 있다.

제3장 징계 심의

제18조(징계의 종류)

- ① 회원 등에 대한 징계의 종류는 다음 각 호와 같다. 다만, 제1호의 행정처분 의뢰에는 의료법에 따른 자격
정지처분 요구가 포함되고, 제2호의 징계는 회원에 한하여 적용한다.
 - 1. 고발 또는 행정처분 의뢰
 - 2. 3년 이하의 회원권리정지
 - 3. 5,000만원 이하의 위반금 부과
 - 4. 경고와 시정지시
- ② 제1항 제1호 중 의료법에 따라 자격정지 처분 요구를 하는 경우에는 위원회 회의 개최 일시와 장소, 자격
정지 처분 요구의 이유 기타 필요한 사항을 기재한 서면을 보건복지부장관에게 제출하는 방식으로 한다.

③ 제1항 제2호에 따라 정지되는 회원의 권리는 다음 각 호의 사항을 말한다.

- 1. 협회의 선거권과 피선거권
- 2. 제 증명서 교부 요청권
- 3. 관공서와의 사무 협조 요청권
- 4. 제 질의와 협조 요청권
- 5. 협회지와 신문수수권
- 6. 협회가 주관하는 연수교육 등 회원으로서 가지는 권리

④ 위원회는 동일 징계사유에 대하여 제3항 각 호에서 정한 권리의 일부를 특정하여 회원권리정지 처분을
할 수 있다. 다만, 결정 주문에 이를 명시하지 아니한 때에는 제3항 각 호에서 정한 권리의 전부에 관하
여 회원권리정지 처분을 한 것으로 본다.

⑤ 위원회는 피심의인에 대한 징계결정시 제1항 제1호 내지 제4호에서 규정한 징계를 병과할 수 있다.

제19조(징계사유)

위원회는 다음 각 호의 1에 해당하는 행위를 한 회원 등을 징계할 수 있다.

- 1. 법령, 정관 또는 산하단체 회칙 위배 행위
- 2. 협회 질서를 문란하게 하는 행위
- 3. 의사윤리 위배행위
 - 가. 학문적으로 인정되지 아니하는 진료행위
 - 나. 비윤리적 진료행위
 - 다. 거짓 또는 과대 광고행위
 - 라. 불필요한 검사와 투약, 수술 기타 지나친 진료행위를 하거나 부당하게 많은 진료비를 요구하는 행위
 - 마. 전공의 선발 등 기타 직무와 관련하여 부당하게 금품을 수수하는 행위
 - 바. 영리를 목적으로 환자를 특정약국에 유치하기 위하여 약국개설자나 약국에 종사하는 사람과 담
합하는 행위
- 4. 협회 또는 의사 전체의 명예를 훼손하는 행위
- 5. 회원의 친목을 저해하는 행위
 - 가. 타 회원의 명예를 훼손하는 행위
 - 나. 타 회원의 진료에 관하여 비방하는 행위
- 6. 기타 의사의 품위를 훼손하는 행위

제20조(징계 심의의 개시)

- ① 위원회는 협회 상임이사회가 부의하는 경우와 위원회에 직접 접수되어 위원회의 의결을 거친 경우 징계 심의를 개시한다.
- ② 위원회는 지부 윤리위원회 등의 징계결정에 대한 이의신청, 위원회가 제1항에 의해 한 징계결정에 대한 이의신청에 대해 재심으로서 징계 심의를 개시한다.
- ③ 징계심의를 접수한 날로부터 6월 이내에 개시하여야 한다.<신설>

제21조(변호인 등)

- ① 피심의인 또는 피심의인의 법정 대리인, 배우자, 직계 친족 또는 형제자매는 변호사를 선임하여 변론하게 할 수 있다.
- ② 피심의인이나 변호인은 위원회의 허가를 받아 제3자를 증인으로 신청하여 진술하게 할 수 있다.
- ③ 변호인은 피심의인을 위하여 독립하여 이 규정이 정한 행위를 할 수 있다.

제22조(심의사실의 통지)

위원회는 회의 소집 7일 전까지 피심의인에게 심의개시사실 및 심의내용의 요지, 청문일시 및 장소, 소명자료의 제출 기타 심의에 필요한 사항을 우편, 모사전송(FAX) 또는 전자우편 기타 위원회가 정하는 방법으로 통지하여야 한다.

제23조(소명서 제출 요구)

- ① 위원회는 징계에 관한 사항을 심의·의결하는 경우 피심의인에 대하여 징계 원인 사실에 대한 소명서를 20일 이내에 제출할 것을 요구하여야 한다.
- ② 피심의인은 위의 소명서 제출 기간을 1회에 한하여 20일간 연장할 것을 요청할 수 있다.
- ③ 피심의인은 변호인으로 하여금 소명서를 작성·제출하게 할 수 있다.
- ④ 피심의인은 소명서에 증거 서류의 제출 또는 기타 필요한 증거를 첨부하여 제출할 수 있다.
- ⑤ 위원회는 피심의인 기타 이해관계인에게 필요한 자료의 제출을 요구할 수 있다.

제24조(구술 청문 절차)

- ① 위원회는 사안이 중대하거나 사실 관계의 파악을 위하여 구술 청문 절차가 필요하다고 인정한 경우 또는 피심의인이 요청한 경우 청문 절차를 진행할 수 있다.
- ② 위원회가 구술 청문 절차를 진행하는 경우에는 청문 기일 7일 전까지 피심의인에 대해 청문 일시와 장소 기타 청문에 필요한 사항을 통지하여야 한다.

- ③ 제2항의 통지에는 본인 또는 변호인이 출석하여 진술할 수 있으며, 서면(전자 문서를 포함한다)으로 진술에 갈음할 수 있고, 정당한 사유 없이 이에 응하지 아니하는 경우에는 의견 진술과 변호의 기회를 포기하는 것으로 볼 수 있음을 기재하여야 한다.
- ④ 피심의인은 변호인을 대동하여 청문 기일에 출석하여 진술하거나 변호인으로 하여금 진술하게 할 수 있고, 변호인만 출석하여 진술하게 할 수 있다.
- ⑤ 위원회는 피심의인 기타 이해관계인에게 필요한 자료의 제출을 요구할 수 있다.
- ⑥ 피심의인 또는 변호인은 위원회에 참고인의 진술, 감정 등 증거 자료를 제출할 수 있다.

제25조(징계 양정에 관한 합의)

징계 양정에 관한 의견이 나뉘어 출석 위원 3분의 2 이상에 달하지 못한 경우에는 출석 위원 3분의 2에 달하기까지 피심의인에게 가장 불리한 의견의 수에 순차적으로 유리한 의견의 수를 더하여 그 중 가장 유리한 의견에 의한다. 이 경우 제18조 제1항 제1호부터 제4호까지의 순서에 따라 순차적으로 유리한 의견으로 본다.

제26조(위원회의 결정과 결정서)

- ① 위원회는 징계에 관한 심의를 종결한 경우 지체없이 결정을 하여야 하고, 이에 관한 결정서를 작성하여야 한다.
- ② 결정서에는 주문과 이유를 기재하고 위원장과 담당위원 기타 관여한 위원이 기명·날인 또는 서명하여야 한다. <개정 2021. 4. 25.>

제27조(시효)

- ① 징계사유가 발생한 날로부터 3년을 경과한 경우에는 회원 등에게 징계 처분을 하는 결정을 할 수 없다.
- ② 제1항의 시효기간은 제22조에 따라 피심의인이 심의사실을 통지받은 때에 중단되고, 중단 사유의 종료 가 확정된 때부터 새로이 진행한다.

제28조(이의 신청)

- ① 지부 윤리위원회 등의 징계결정에 대하여 이의가 있는 회원 등은 징계결정을 통지받은 날로부터 20일 이내에 위원회에 1회에 한하여 서면으로 이의신청을 할 수 있다.
- ② 제1항에 따른 이의신청은 지부 윤리위원회 등에 이의신청인과 피심의인의 성명(명칭) 등 인적사항, 심의·의결 내용, 이의신청사유 기타 필요한 사항을 기재한 이의신청서와 징계결정서 사본을 제출하는 방식으로 한다. 이 경우 이의신청인은 심의에 필요한 자료를 첨부할 수 있다.

- ③ 지부 윤리위원회 등은 이의신청서를 접수한 날로부터 14일 이내에 관련 자료와 기록을 위원회에 송부하여야 한다.
- ④ 위원회는 제3항의 기록 등을 송달받은 후 지체없이 이를 이의신청인에게 서면으로 통지하여야 하고, 이의신청인은 이 통지를 받은 날로부터 20일 이내에 위원회에 이의신청이유서를 제출하여야 한다.
- ⑤ 이의신청인이 제4항의 기간 내에 이의신청이유서를 제출하지 아니한 경우 위원회는 이의신청을 각하할 수 있다.
- ⑥ 이의신청에 따른 징계 심의의 경우에는 청문 절차를 생략할 수 있다.
- ⑦ 위원장은 제3항에 따라 이의신청서를 송달받은 날로부터 30일 이내에 위원회를 소집하여야 하며, 60일 이내에 그 결정을 하여야 한다. 다만, 부득이한 사유가 있는 경우에는 1회에 한하여 그 기간을 30일 동안 연장할 수 있다.

제29조(재심)

- ① 위원회의 징계결정에 대하여 불복하고자 하는 회원 등은 징계결정을 통지받은 날로부터 20일 이내에 위원회에 1회에 한하여 서면으로 재심을 청구할 수 있다.
- ② 위원회는 재심청구서를 접수한 경우 지체없이 이를 재심청구인 및 피심의인에게 서면으로 통지하여야 하고, 재심청구인 및 피심의인은 이 통지를 받은 날로부터 20일 이내에 위원회에 재심청구이유서를 제출하여야 한다.
- ③ 재심청구에 관하여는 제28조 제2항, 제5항 내지 제7항을 준용한다.

제30조(취하시의 조치) <삭 제>

제31조(위원회 결정의 효력)

확정된 위원회의 결정에 대하여는 동일한 사유로 다시 징계를 할 수 없고, 회원 등은 동일한 사유로 거듭 징계받지 아니한다.

제32조(공고의 방법과 범위)

- ① 위원회가 회원 등에 대하여 징계결정을 한 경우 회장은 그 사실을 해당 회원의 소속 지부 또는 해당 산하 단체에 서면으로 통보한다. 위원회의 징계결정이 확정된 경우 회장은 의협신문에 게재하고 협회 홈페이지에 30일 이상 공고하여야 한다.
- ② 제1항에 따른 공고사항은 다음 각 호와 같다.
 - 1. 피심의인의 성명(명칭), 면허번호, 생년월일

- 2. 징계 근거
- 3. 징계 처분의 내용
- 4. 제18조 제1항 제2호의 경우 그 기산일
- 5. 기타 위원회에서 세칙으로 정하는 사항

- ③ 누구든지 정당한 이유 없이 제1항에 따른 절차의 전부가 종료되기 전에 징계에 관한 심의·의결 사실과 내용을 공표하여서는 아니 된다.

제33조(징계의 집행)

- ① 징계결정이 확정된 경우 회장은 이를 집행하여야 한다.
- ② 회장이 제1항의 결정을 통보받은 날로부터 2개월이 경과하도록 위 결정을 집행하지 아니하는 경우에는 위원장이 이를 집행하여야 한다. <개정 2020. 10. 25.>
- ③ 제18조 제1항 제2호에 따른 회원권리정지의 기간은 징계결정을 함에 있어 위원회 또는 지부 윤리위원회 등이 정한 날부터 기산한다. 다만, 위원회 또는 지부 윤리위원회 등이 따로 정하지 아니한 때에는 위원회 또는 지부 윤리위원회 등의 결정이 확정된 날의 다음날부터 기산한다.
- ④ 제18조 제1항 제3호에 따른 위반금 부과에 대해 회원이 정당한 사유없이 1년이상 이를 납부하지 아니하는 경우에는 회장은 민사 소송, 또는 이에 준하는 방법으로 집행하여야 한다. <개정 2018. 4. 22.>
- ⑤ 징계처분의 집행에 관하여 필요한 사항은 상임이사회 의결을 거쳐 회장이 정한다.

제34조(비용 부담)

위원회는 징계처분을 받은 회원 등에게 심의에 소요된 비용의 전부 또는 일부를 부담하게 할 수 있다.

제4장 의료윤리에 관한 연구와 교육 및 포상

제35조(의료윤리에 관한 연구와 교육 등)

- ① 위원회는 의료윤리에 관한 연구와 교육에 관하여 심의·의결할 수 있다.
- ② 위원회는 의사윤리강령, 의사윤리지침에 관한 연구와 제안을 할 수 있다.
- ③ 위원회는 임상 윤리지침과 의학 연구 윤리지침, 기타 의사와 산하단체의 윤리에 관한 규범의 연구와 제안을 할 수 있다.

제36조(포상)

- ① 위원회는 협회 또는 사회에 공헌이 현저한 회원, 일반인 또는 단체에 대하여 포상할 것을 심의의결할 수 있다.
- ② 회원 등의 포상에 관한 사항은 다음 각 호와 같다.
 - 1. 표창
 - 2. 포상과 부상
- ③ 위원회는 관련 단체 등의 의견을 수렴하여 포상 여부를 의결하고, 심의의결 사항을 공적 사항에 표시하여 회장에게 통보하여야 한다.

제37조(포상의 집행)

- ① 포상결정이 확정된 경우 회장은 이를 집행할 수 있다.
- ② 포상결정의 집행에 관하여 필요한 사항은 상임이사회회의 의결을 거쳐 회장이 정한다.

제5장 분과위원회

제38조(분과위원회)

- ① 위원회는 그 산하에 연구분과위원회, 조사심리분과위원회, 기타 필요한 분과위원회를 둘 수 있고, 필요한 경우 위원회의 결정으로 분과위원회로 하여금 특정 사안에 대하여 계도·조사하도록 할 수 있다. 다만, 긴급한 경우 위원장은 직권으로 이를 조사할 수 있으며, 이 경우 위원회의 추인을 받아야 한다.
- ② 분과위원회는 필요에 따라 비의료계 인사를 포함하여 위원장이 임명하는 3인 이내의 전문위원을 둘 수 있으며, 전문위원은 분과위원회 회의에 참석하여 발언할 수 있으나 의결권은 없다.
- ③ 분과위원회의 위원장과 위원은 위원회 위원장이 위원회 위원 중 선임하며, 위원회 위원은 1개 이상의 분과위원회 위원이 될 수 있다.
- ④ 분과위원회의 업무가 끝나면 분과전문위원은 자동으로 해촉된다.

제39조(분과위원회의 업무)

분과위원회는 다음 각 호의 업무를 담당한다.

- 1. 연구 분과 위원회
 - 가. 회원의 윤리의식 제고와 연구에 관한 사항
 - 나. 의사윤리강령, 의사윤리지침 연구와 제안
 - 다. 포상에 관한 사항

- 라. 상임이사회에서 부의하는 사항
- 마. 기타 위원회에서 결정하는 사항

2. 조사 심리 분과 위원회

- 가. 회원 등에 대한 자격심사에 관한 사항 <개정 2023. 04. 23.>
- 나. 회원 등에 대한 징계심의 요청 건의 직접 조사 등 징계에 관한 사항 <개정 2023. 04. 23.>
- 다. 지부 윤리위원회 등의 규정 인준에 관한 사항
- 라. 지부 윤리위원회 등에 대한 지도와 감독에 관한 사항
- 마. 이 규정의 개정을 위해 이사회에 의견을 제시하는 사항
- 바. 상임이사회에서 부의하는 사항
- 사. 기타 위원회에서 결정하는 사항

제40조(보고 등)

- ① 분과위원회 위원장은 업무 처리 경과와 결과를 기재한 회의록을 작성하여 위원회에 보고하여야 한다.
- ② 위원회가 제1항에 따른 회의록을 추인하지 아니한 경우 그 즉시 회의록은 효력을 상실한다.

제41조(준용 규정)

분과위원회에 관하여는 위원회에 관한 규정을 준용한다.

제6장 지부 윤리위원회 등

제42조(지부 윤리위원회 등)

- ① 지부 윤리위원회 등은 정관, 이 규정과 회칙 등에 따라 윤리위원회 규정을 제·개정하여야 하며, 제·개정된 윤리위원회 규정은 위원회의 인준을 받아야 효력이 발생한다.
- ② 제1항에 따라 윤리위원회 규정을 제·개정한 경우 지부 윤리위원회 등은 제·개정일로부터 30일 이내에 위원회에 이를 보고하여야 하고, 위원회는 이를 보고받은 날로부터 30일 이내에 보고받은 제·개정안과 이에 대한 의견을 첨부하여 회장에게 서면으로 통보하여야 한다.
- ③ 제1항에 따라 윤리위원회 규정을 인준한 경우 위원회는 인준한 날로부터 30일 이내에 인준한 제·개정안과 이에 대한 의견을 첨부하여 회장에게 서면으로 통보하여야 한다.
- ④ 위원회는 지부 윤리위원회 등의 징계결정에 대한 이의신청이 있는 경우에 한하여 이를 심의한다. 다만, 위원회에서 1차로 심의하는 것이 타당하다고 인정하는 경우에는 그러하지 아니하다.

- ⑥ 제4항 본문의 경우 위원회에 징계청구서가 접수된 때에는 위원회는 이를 관할 지부 윤리위원회 등에 이송하여야 한다.
- ⑦ 위원회는 지부 윤리위원회 등에게 회원 등에 대한 징계심의를 요청할 수 있으며, 요청받은 지부 윤리위원회 등은 이를 이행하여야 한다.
- ⑧ 피심의인이 복수이면서 그 소속이 서로 다른 경우 기타 관련 지부 윤리위원회 등이 복수인 경우에는 위원회가 1차 징계를 담당할 지부 윤리위원회 등을 지정한다.

제43조(지도·감독 등)

- ① 위원회는 지부 윤리위원회 등의 윤리 관련 업무를 지도·감독할 수 있다.
- ② 지부 윤리위원회 등은 회원 등에 대한 징계결정을 한 경우 그 징계결정을 한 날로부터 20일 이내에 위원회에 피심의인의 성명(명칭) 등 인적사항, 심의경과, 심의의결 내용 기타 필요한 사항을 서면으로 보고하여야 하고, 위원회는 그 수령 사실을 해당 지부 윤리위원회 등에 서면으로 통보하여야 한다.
- ③ 제2항에 따른 지부 윤리위원회 등의 징계결정이 적절하지 아니한 경우 위원회는 직권으로 새로이 징계 심의를 개시할 수 있다. 이 경우 제28조 제4항과 제6항을 준용한다.
- ④ 제2항에 따른 지부 윤리위원회 등의 보고를 받은 경우 위원회는 그 보고를 받은 날로부터 30일 이내에 위원회의 의견을 첨부하여 회장에게 서면으로 통보하여야 한다.
- ⑤ 지부 윤리위원회 등이 징계청구서가 접수된 날로부터 6개월 이내에 징계에 관한 결정을 하지 아니한 경우 위원회는 징계를 청구한 사람이나 지부 윤리위원회 등의 장의 청구 또는 직권으로 해당 안건을 심의할 수 있다.

제44조(보칙)

- ① 이 규정에서 정하지 아니한 사항은 위원회에서 세칙으로 정한다.
- ② 위원회는 제1항에 따라 제·개정한 세칙에 대하여 제·개정한 즉시 대의원회 운영위원회에 서면으로 통보하여야 한다.

부 칙

- 1. (시행일) 이 규정은 상임이사회가 인준한 날로부터 시행한다.

부 칙(2005.04.23.)

- 1. (시행일) 이 규정은 대의원총회의 의결을 거친 날로부터 시행한다.

부 칙(2014.04.27.)

- 이 규정은 대의원총회에서 의결된 날부터 시행한다.

부 칙(2015.04.26.)

- 제1조(시행일) 이 규정은 대의원총회의 의결이 있는 날로부터 시행한다.

부 칙(2018.04.22.)

- 제1조(시행일) 이 규정은 대의원총회의 의결이 있는 날로부터 시행한다.

- 제2조(경과규정) 제42조 제1항에 따른 지부 윤리위원회 규정은 본 규정 시행일로부터 2년 이내에 제·개정하여야 한다.

부 칙(2020.10.25.)

- 제1조(시행일) 이 규정은 대의원총회에서 의결된 날로부터 시행한다.

부 칙(2021.04.25.)

- 제1조(시행일) 이 규정은 대의원총회에서 의결된 날로부터 시행한다.

의사윤리강령

제정 1997.04.12.
개정 2006.04.22.
개정 2017.04.23.

- 1. 의사는 인간의 존엄과 가치를 존중하며, 의료를 적정하고 공정하게 시행하여 인류의 건강을 보호증진 함에 헌신한다.
- 2. 의사는 의학적으로 인정된 지식과 기술을 기반으로 전문가적 양심에 따라 진료를 하며, 품위와 명예를 유지한다.
- 3. 의사는 새로운 의학지식·기술의 습득과 전문직업성 함양에 노력하며, 공중보건의 개선과 발전에 이바 지한다.
- 4. 의사는 환자와 서로 신뢰하고 존중하는 관계를 유지하며, 환자의 최선의 이익과 사생활을 보호하고, 환 자의 인격과 자기결정권을 존중한다.
- 5. 의사는 환자의 알 권리를 존중하며, 직무상 알게 된 환자의 비밀과 개인정보를 보호한다.
- 6. 의사는 환자에 대한 최선의 진료를 위해 모든 동료의료인을 존경과 신의로써 대하며, 환자의 안전과 의 료의 질 향상을 위해 함께 노력한다.
- 7. 의사는 국민 건강 증진과 삶의 질 향상을 위해 기여하며, 의료자원을 적절히 사용하고, 바람직한 의료환 경과 건강한 사회를 확립하기 위해 법과 제도를 개선하도록 노력한다.
- 8. 의사는 의료정보의 객관성과 신뢰성 확보를 위해 노력하며, 개인적 이익과 이해상충을 적절히 관리함 으으로써 환자와 사회의 신뢰를 유지한다.
- 9. 의사는 사람의 생명과 존엄성을 보호하고 존중하며, 죽음을 앞둔 환자의 고통을 줄이고, 환자가 인간답 게 자연스런 죽음을 맞을 수 있도록 최선을 다한다.
- 10. 의사는 사람 대상 연구에서 연구 참여자의 권리, 안전, 복지를 보호하며, 연구의 과학성과 윤리성을 유 지하여 의학 발전과 인류의 건강 증진에 기여한다.

우리 의사는 위의 의사윤리강령을 자유의사에 따라 성실히 이행할 것을 엄숙히 선언한다.

의사윤리지침

제 정 2001. 04. 19.
공 포 2001. 11. 15.
전문개정 2006. 04. 22.
전문개정 2017. 04. 23.

총 강

제1조(목적)

이 <의사윤리지침>은 대한의사협회가 제정, 공포한 <의사윤리강령>의 기본정신을 구체적으로 규정하 여 의사가 신뢰와 존경을 받으면서 학문에 기초하여 양심과 전문적 판단에 따라 환자를 진료하며 윤리적 인 의료를 펼칠 수 있도록 함으로써 인류의 생명과 건강을 보호하고 인권을 신장하는데 기여함을 목적으 로 한다.

제2조(지침에 대한 의무)

대한의사협회 및 회원은 의사윤리지침을 준수하여야 한다.

제1장 의사의 일반적 윤리

제3조(의사의 사명과 본분)

의사는 고귀한 사람의 생명과 건강을 보전하고 증진하는 숭고한 사명의 수행을 삶의 본분으로 삼아, 모 든 의학 지식과 기술을 인류의 복리 증진을 위하여 사용하여야 한다.

제4조(최선의 의료행위 및 교육이수)

- ① 의사는 주어진 상황에서 최선의 의료를 시행하도록 노력하여야 한다.
- ② 의사는 새로운 의학 지식과 기술을 끊임없이 습득하고 연마하며, 그에 따르는 사회적, 윤리적 문제 를 이해하고, 그 해결을 위하여 노력하여야 한다.

제5조(공정한 의료 제공)

- ① 의사는 의료가 모든 사람에게 공정하게 제공될 수 있도록 최선의 노력을 기울여야 한다.

② 의사는 환자의 인종과 민족, 나이와 성별, 직업과 직위, 경제상태, 사상과 종교, 사회적 평판 등을 이유로 의료에 차별을 두어서는 안 된다.

③ 의사는 진료 순위를 결정하거나 의료자원을 배분할 때 의학적 기준 이외에 정치적, 경제적, 사회적 조건 등을 고려하여서는 안 된다.

제6조(품위 유지)

① 의사는 의사윤리지침을 준수하고, 사회 상규를 지키며, 의료의 전문성을 지키는 등 의료인으로서 품위를 유지하여야 한다.

② 의사는 의료 행위 뿐 아니라, 인터넷, 소셜 미디어, 저서, 방송 활동 등을 통한 언행에 있어 품위를 유지하여야 한다.

제7조 (진료에 임하는 의사의 정신적, 육체적 상태)

① 의사는 마약, 음주, 약물 등으로 인하여 환자의 생명과 신체에 위해를 가저올 수 있는 상태에서 진료를 하여서는 안 된다.

② 의사는 자신의 정신적 또는 육체적 질병으로 인하여 환자의 생명과 신체에 위해를 가저올 수 있는 상태에서 진료를 하여서는 안 된다.

제8조 (의사의 사회적 책무)

의사는 인간의 생명, 건강, 삶의 질 향상을 위하여 노력하여야 하며, 법과 제도를 개선하여 바람직한 의료환경과 사회체계를 확립하는데 이바지 한다.

제9조 (의무기록 등의 정확한 기록)

① 의사는 의무기록과 진단서를 정확하고 성실하게 작성하여야 한다.

② 의사는 환자가 요청하는 경우, 환자의 진료를 위하여 불가피한 경우 이외에는 의무기록을 확인할 수 있게 하여야 한다.

③ 의사는 환자의 동의나 법률적 근거 없이 제3자에게 환자의 진료에 관한 사항을 알게 하여서는 안 된다.

④ 의사는 의무기록을 고의로 위조, 변조, 누락, 추가 등 사실과 다르게 기재하여서는 안 된다.

제10조(의료인 양성의 의무)

의사는 후학들의 교육 및 임상능력 증진과 전문적 덕성 함양을 위하여 노력하여야 한다.

제2장 환자에 대한 윤리

제11조(의사와 환자의 상호 신뢰)

① 의사는 환자와 서로 신뢰하고 존중하는 관계가 유지되도록 노력하여야 한다.

② 의사는 환자의 자율적인 의사를 최대한 존중하고, 환자의 권익이 보장될 수 있도록 최선의 노력을 다하여야 한다.

③ 의사는 환자가 본인의 의사를 표명하기 어려운 심각한 정신질환이나 의식불명의 상태인 경우, 가족 등 환자 대리인의 의사와 판단을 존중하되, 환자의 평소 의사와 이익이 최대한 존중되고 보장되도록 노력하여야 한다.

④ 의사는 환자가 미성년자인 경우 환자 본인 및 환자 대리인의 의사를 확인하여, 환자의 이익이 최대한 존중되고 보장되도록 노력하여야 한다.

⑤ 의사는 환자의 의사와 이익을 최대한 존중·보장하기 위하여 삶과 죽음에 대한 환자의 가치관과 태도를 미리 알고자 하는 노력을 하여야 한다.

제12조(환자의 인격과 사생활 존중)

① 의사는 환자를 단순히 치료의 대상으로 여기는 것이 아니라 인격을 가진 존재로 대우하여야 한다.

② 의사는 환자의 사생활을 존중하여야 하며, 치료목적 이외에 불필요하게 침해해서는 안 된다.

③ 의사는 성적으로 수치심을 느낄 수 있는 신체 부위를 진찰할 때 환자가 원하는 경우 제3자를 입회시켜야 한다.

④ 의사는 진료 관계가 종료되기 이전에는 환자의 자유의사에 의한 경우라 할지라도 환자와 성적 접촉을 비롯하여 애정 관계를 가저서는 안 된다.

제13조(환자의 선택권 존중 등)

① 의사는 자신의 환자를 기망하여 다른 의사에게 진료를 맡겨서는 안 된다.

② 의사는 진료의 일부를 다른 의사에게 맡길 경우에는 그 필요성과 해당 의사의 전문 분야, 경력 등에 관하여 환자에게 설명해주어야 한다.

제14조(진료의 거부금지 등)

① 의사는 진료의 요구를 받은 때에는 이를 거부해서는 안 된다. 다만, 진료에 지속적으로 협조하지 않거나 의학적 원칙에 위배되는 행위를 요구하는 등 정당한 사유가 있을 경우에는 그러하지 아니하다.

② 의사는 환자의 진료에 필수적인 인력, 시설 등을 갖추지 못한 경우 환자를 타 의료기관으로 전원해야 한다.

③ 의사는 환자를 진료하기 위하여 상당한 시간이 지체될 것으로 예상되는 경우에는 환자 또는 보호자에게 충분한 설명을 한 후 타 의료기관으로 전원을 권유할 수 있다.

제15조(환자의 알 권리와 의사의 설명 의무)

- ① 의사는 긴급한 경우나 환자에게 기타 특별한 상황이 없는 한, 진료를 시행함에 있어서 질병상태, 예후, 치료의 필요성, 의료행위의 내용, 효과, 위험성 및 후유증 등에 대하여 설명하여야 한다.
- ② 의사는 환자 진료 중에 예상하지 못한 문제나 결과가 발생하였을 경우 이에 대해 환자나 보호자에게 설명하여야 한다.
- ③ 의사는 환자가 결정하기 어려운 경우에는 제1항의 내용을 가족 등 환자의 대리인에게 설명하여야 한다.
- ④ 의사가 제1항의 설명을 환자에게 하는 것으로 인하여 환자의 불안감을 가중하는 등의 정서적 문제를 일으킬 수 있고, 이로 인하여 향후 치료 진행이나, 건강 회복에 나쁜 영향이 미칠 수 있다고 판단되는 경우에는 가족 등 대리인에게 설명할 수 있다.

제16조(회복 불능 환자의 진료 중단)

- ① 의사는 의학적으로 회생의 가능성이 없는 환자의 경우라도 생명유지치료를 비롯한 진료의 중단이나 퇴원을 결정하는 데 신중하여야 한다.
- ② 의학적으로 회생의 가능성이 없는 환자나, 가족 등 환자의 대리인이 생명유지치료를 비롯한 진료의 중단이나 퇴원을 명시적으로 요구하는 경우, 의사가 의학적으로 무익하거나 무용하다고 판단하는 생명유지치료에 대하여 그러한 요구를 받아들이는 것은 허용된다. 그러나 통증 완화를 위한 의료행위와 영양분 공급, 물 공급, 산소의 단순 공급은 시행하지 않거나 중단되어서는 안 된다.
- ③ 의사의 충분한 설명과 설득 이후에도 환자, 또는 가족 등 환자 대리인이 회생의 가능성이 없는 환자에 대하여 의학적으로 무익하거나 무용한 진료를 요구하는 경우, 의사는 그것을 받아들이지 않을 수 있다.

제17조(환자 비밀의 보호)

- ① 의사는 그 직무상 알게 된 환자의 비밀을 보호하여야 한다.
- ② 의사가 환부 촬영 등 의무기록상 필요한 사항 이외의 진료장면을 촬영하는 경우에는 사전에 환자의 동의를 받아야 한다.
- ③ 의사는 미성년 환자의 진료에 필요하다고 판단하는 경우 부모나 이에 준하는 보호자에게 진료에 관한 사항을 알릴 수 있다.
- ④ 의사는 환자가 자신이나 다른 사람에게 심각한 위해를 가할 명백한 의도를 가지고 있고, 그 계획이 구체적 인 경우 위해를 방지하기 위하여 불가피하다고 판단되는 경우에는 환자의 비밀을 제3자에게 알릴 수 있다.

⑤ 의사는 의학적 조사 및 연구 등을 수행함에 있어 환자의 개인정보를 보호하여야 한다.

제18조(응급의료 및 이송)

의사는 응급환자에 대하여 자신의 능력 범위 내에서 필요한 최선의 의료를 시행하여야 한다. 다만, 자신의 능력과 시설로는 그 환자에 대하여 적절한 응급의료를 행할 수 없다고 판단한 때에는 지체없이 그 환자를 치료가 가능한 다른 의료기관으로 이송하여야 한다.

제3장 동료 보건의료인에 대한 윤리

제19조(동료 의료인 등의 존중)

- ① 의사는 환자에 대한 최선의 진료를 위해 의료 현장에 함께 일하는 모든 사람을 존중하고 신뢰하여야 한다.
- ② 의사는 동료 의료인이 수행하는 직무의 가치와 내용을 이해하여야 하며, 상호간에 협력적인 직무관계를 이루도록 노력을 다하여야 한다.

제20조(정당한 지시·조언 존중)

의사는 의료행위와 관련하여 상급자와 동료의 정당한 지시나 조언을 존중하여야 한다.

제21조(근무환경 개선)

의사는 환자와 의료진의 안전을 위하여 의료현장의 근무환경과 근로조건을 적절히 유지하고 개선하는데 노력하여야 한다.

제22조(불공정 경쟁금지 등)

- ① 의사는 영리를 목적으로, 다른 의료기관을 이용하려는 환자를 자신의 의료기관으로 유인하거나 대가를 지급하고 제3자로부터 소개·알선을 받는 행위를 하여서는 안 된다.
- ② 의사 및 의료기관은 환자를 유치할 목적으로 차량 운행, 진료비 할인 등 진료와 직접적인 관계가 없는 편의 제공과 같은 불공정한 행위를 하여서는 안 된다.

제23조(동료 의사의 잘못에 대한 대응)

- ① 의사는 동료 의사가 의학적으로 인정되지 않는 의료행위를 시행하거나 이 지침에서 금지하고 있는 행위를 하는 경우 그것을 바로잡도록 노력하여야 한다.

- ② 전 항의 노력에는 의료기관, 의사회, 전문학회 등의 윤리위원회나 대한의사협회 윤리위원회에 알리는 것이 포함된다.
- ③ 대한의사협회 등은 제보자가 불이익을 받지 않도록 보호하여야 한다.

제4장 의사의 사회적 역할과 의무

제24조(의사의 사회적 책무)

- ① 의사는 지역사회, 국가, 인류사회와 그 구성원들의 생명 보전, 건강 증진, 삶의 질 향상을 위하여 최선의 노력을 다하여야 한다.
- ② 의사는 의료 자원의 편성과 배분에 능동적으로 참여하여 보건 의료체계를 유지·발전시키는데 기여하여야 하며, 사회의 안녕을 증진하고 미래 의료변화에 대응해야 한다.

제25조(보건 의료 위기 상황시 구호 활동)

- ① 의사는 대규모의 감염병이나 천재지변과 재난 등으로 다수의 환자가 발생하는 경우 개인적 또는 집단적으로 환자의 구호를 위해 가능한 자원을 동원하여 적극적인 활동을 벌여야 한다.
- ② 의사는 공중보건 위기 상황이 발생하였을 때 지역사회 구성원 및 이해관계자를 대상으로 적절하게 소통하고 상호 협력할 수 있어야 한다.

제26조(인권 보호 의무)

의사는 진료시 고문, 아동학대, 가정폭력, 성폭력 등 인간의 신체와 정신을 침해하는 행위를 알게 된 경우 피해자의 인권을 보호하기 위한 조치를 취하여야 한다.

제27조(의료 자원의 적절한 사용)

의사는 보건 의료분야에 적절한 자원이 투입되도록 하여야 하며, 투입된 의료 자원이 불필요하게 소모되지 않도록 노력하여야 한다.

제28조(부당 이득 추구 금지)

- ① 의사는 자신이나 자신이 소속한 의료기관의 부당한 영리 추구를 목적으로 의료행위를 하여서는 안 된다.
- ② 의사는 진료비 이외의 금품 등을 부당하게 요구하거나 받아서는 안 된다.
- ③ 의사는 어떤 이유에서든지 비의료인에게 고용되어 환자의 이익보다 사적인 이익을 추구하는 목적으로 하는 진료행위에 가담하여서는 안 된다.

제29조(이해 상충의 관리)

- ① 의사는 제약회사나 의료기기회사 등으로부터 진료약제와 의료기기 등의 채택 및 사용과 관련하여 금품과 향응 등 부당한 이득을 취해서는 안 된다.
- ② 의사는 제약회사나 의료기기회사 등으로부터 연구비나 국내외 학술대회와 관련된 후원을 받을 때 그 방법과 절차가 공정하고 공개적이어야 한다.
- ③ 의사는 자신이 직접 운영하거나, 운영에 관여하는 회사에서 생산하는 물품(의약품, 건강식품, 진료재료, 장비 등), 혹은 자신의 고안이나 특허를 이용하여 생산되는 물품을 자신의 진료에 사용하거나 광고할 경우, 자신이 이러한 행위를 통해서 이익을 얻고 있음을 공개해야 한다.

제30조(과잉 부담 진료 금지)

- ① 의사는 경제적 이득을 위하여 환자에게 의학적으로 불필요한 진료를 하여서는 안 된다.
- ② 의사는 환자나 진료비 지급기관에 허위 또는 과다한 진료비를 청구하여서는 안 된다.

제31조(허위·과대 광고 등 금지)

- ① 의사는 법령이 허용하는 한도에서 신문, 방송, 유인물, 통신, 인터넷 등과 같은 대중 매체를 이용하여 의료정보를 제공할 수 있다.
- ② 의사는 허위·과대 광고, 다른 의사를 비방·비하하는 광고, 의사와 의료의 품위를 훼손하는 저속한 광고를 하여서는 안 된다.
- ③ 의사는 의료정보를 제공하는 목적으로 의료광고를 하는 경우 의학계에서 인정하지 않는 시술 명칭이나 진단 명칭 등을 사용하여서는 안 된다.
- ④ 의사는 의사 또는 의사 아닌 사람이나 단체가 국민의 건강을 해치는 허위·과장 정보를 전파하거나 광고할 경우 이를 지적하고 바로 잡을 수 있도록 노력하여야 한다.

제32조(대중 매체의 부당한 이용 금지)

- ① 의사는 방송 등 대중매체 참여 과정에서 그 목적, 내용 등을 신중하게 고려하여 전문가의 품위를 유지할 수 있도록 해야 한다.
- ② 의사는 의학적 지식을 정확하고 객관적으로 전달해야 하며, 의학적으로 검증되지 않은 의료행위를 안내해서는 안 된다.
- ③ 의사는 방송 등 대중매체 참여를 영리 목적으로 이용하거나 광고 수단으로 이용해서는 안 된다.
- ④ 의사는 방송 등 대중매체 참여의 대가로 금품 등을 주어서는 안 된다.

제5장 개별 의료 분야 윤리: 출산과 임종, 장기이식, 의학연구 등

제33조(태아 관련 윤리)

- ① 의사는 태아의 생명 보전과 건강 증진에 최선을 다하여야 한다.
- ② 의사는 의학적으로 적절하고 합당한 경우라도 인공임신중절수술을 시행하는데 신중하여야 하며, 산모의 건강과 태아의 생명권에 특별한 주의를 기울여야 한다.

제34조(보조생식술 관련)

- ① 의사는 의학적으로 질병을 회피하기 위한 경우와 같은 특별한 사유가 있는 경우를 제외하고 적극적 유전 선택을 하면 안 된다.
- ② 의사는 정자와 난자의 매매행위에 관여하여서는 안 된다.
- ③ 의사는 정자 또는 난자를 제공하는 사람의 신원을 누설하거나 공개하여서는 안 된다.

제35조(연명의료)

- ① 의사는 죽음을 앞둔 환자의 신체적, 정신적 고통을 줄이고 삶의 질을 향상시키는데 최선의 노력을 다하여야 한다.
- ② 의사는 말기환자가 품위있는 죽음을 맞이할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 의사는 말기환자의 의사를 존중하여 치료가 이루어지도록 노력하여야 하며, 적절한 시기에 환자 및 가족과 함께 연명의료결정 및 호스피스·완화의료 등에 관한 논의를 하도록 노력하여야 한다.

제36조(안락사 등 금지)

- ① 의사는 감내할 수 없고 치료와 조절이 불가능한 고통을 겪는 환자에게 사망을 목적으로 물질을 투여하는 등 인위적, 적극적인 방법으로 자연적인 경과보다 앞서 환자가 사망에 이르게 하는 행위를 하여서는 안 된다.
- ② 의사는 환자가 자신의 생명을 끊는데 필요한 수단을 제공함으로써 환자의 자살을 도와주는 행위를 하여서는 안 된다.

제37조(뇌사의 판정)

의사는 뇌사를 판정하는 경우 그 환자의 보호자에게 충분한 설명을 하고, 적법한 절차를 거쳐 신중하게 하여야 한다.

제38조(장기이식술과 공여자의 권리 보호)

- ① 의사는 자발적인 장기 및 신체조직 기증을 권장하는 노력을 해야 한다.
- ② 의사는 잠재적 장기 기증자로부터 장기 및 조직을 적출하고자 하는 경우 동의 여부를 확인하고, 유가족 등 기증 결정자가 경제적, 사회적 유인으로부터 자유롭게 의사결정을 할 수 있도록 보호해야 한다.
- ③ 의사는 상당한 의료행위의 대가 외에는 장기기증 및 이식에 따른 경제적 이득을 취해서는 안 된다.
- ④ 의사는 기증장기의 수혜자를 선택함에 있어서 의학적인 적합성과 시급성에 기초해야 하며, 어떠한 사회, 경제, 종교, 인종적 배경이 개입해서는 안 된다.

제39조(장기 등 매매 금지)

- ① 의사는 장기 등 매매에 관여하거나 이를 교사·방조하여서는 안 된다.
- ② 의사는 진료시 장기 등의 매매 행위를 알게 된 경우 그러한 사실을 묵인하거나 은폐해서는 안 된다.

제40조(의학연구)

- ① 의사는 사람을 대상으로 연구를 함에 있어서, 연구 참여자의 권리, 안전, 복지를 최우선으로 고려하여야 한다.
- ② 의사는 사회경제적 약자들의 취약점을 이용하여 의학연구의 대상으로 삼아서는 안 된다.
- ③ 의사는 기관생명윤리위원회에서 연구계획을 승인을 받은 후에 연구를 수행해야 하고, 연구 과정에서 위원회와 지속적인 협조 관계를 유지하여야 한다.
- ④ 의사는 제약회사나 의료기기회사 등의 지원으로 연구하는 경우, 연구결과와 이의 발표에 대한 간섭을 허용해서는 아니 되며 정당한 보상 이외에 연구결과와 관련하여 보상을 받아서는 안 된다. 연구결과를 발표할 때에는 연구비 지원기관을 공개하여야 한다.

제41조(연구의 진실성)

의사는 연구할 때에 정확하고 검증된 연구자료에 의거하여 연구를 수행하고 진실에 부합하는 연구결과를 도출하여 발표하여야 하며, 위조, 변조, 표절, 부당한 중복게재 등의 행위를 해서는 안 된다.

제42조(연구결과의 발표)

의사는 관련 학계에서 충분히 검증되지 않은 연구결과를 학술발표 이외의 방법으로 대중에게 광고하거나 환자의 진료에 사용하여서는 안 된다.

제6장 윤리위원회

제43조(윤리위원회 설치)

- ① 의료기관, 의사회, 전문학회 등은 각각의 소임에 걸맞은 윤리위원회를 두도록 한다.
- ② 윤리위원회는 상호간에 유기적이고 협조적인 관계를 유지하여야 한다.
- ③ 윤리위원회의 구성 등에 관한 사항은 대한의사협회 정관에 규정한다.

제44조(윤리위원회 역할)

- ① 윤리위원회의 역할은 의사들에 대한 징계보다 의료윤리의 제고에 역점을 두며, 나아가 국민의 건강권과 의사들의 진료권 신장에 이바지하여야 한다.
- ② 윤리위원회는 변화하는 의료환경에 대응하기 위하여 의사윤리강령 및 지침 등을 지속적으로 연구하고, 적절한 제안을 하여야 한다.
- ③ 윤리위원회는 회원의 윤리의식 제고를 위해 의료윤리교육 계획을 수립하여 정기적으로 교육하여야 한다.
- ④ 윤리위원회는 회원에 대한 자격심사 및 징계에 관한 사항을 심의한다.

제45조(징계)

- ① 의사윤리 지침에서 금지하는 행위를 한 의사는 대한의사협회 정관 및 징계규정에 따라 징계할 수 있다.
- ② 본 지침에 기술되지 아니한 내용에 대하여는, 의료계 전반에 걸친 합의와 건전한 논의에 기초한 일반적 가치 판단 기준을 적용할 수 있다.
- ③ 윤리위원회에서 징계를 하는 경우 해당 의사에게 충분한 소명의 기회를 주어야 한다.
- ④ 윤리위원회는 징계 결정이 내려질 때까지 해당 의사의 신원을 비밀로 하여야 한다.
- ⑤ 윤리위원 등은 징계 심의과정에서 취득한 모든 정보에 대해 비밀유지의 의무를 진다.

대한심부전학회 연구윤리 규정

제1장 총칙

제1조 목적

본 규정은 대한심부전학회(이하 “학회”)의 회원이 연구 활동을 수행하는 전 과정에서 지켜야 할 연구윤리 원칙과 기준을 정하고, 연구부정행위의 처리 절차 및 기준을 규정함을 목적으로 한다.

제2조 대상

본 학회 회원과 학회가 수행하는 연구에 참여하는 자, 학회지 투고자, 편집위원 및 심사 위원은 본 연구윤리 규정을 준수하여야 한다.

제3조 정의

연구부정행위는 연구의 제안, 수행, 결과 보고 및 발표 등 전 범위에서 이루어진 다음 각 호를 말한다.

- 1. “위조”는 존재하지 않는 연구의 원자료 또는 연구자료, 연구결과 등을 허위로 만들거나 기록 또는 보고하는 행위를 말한다.
- 2. “변조”는 연구 재료·장비·과정 등을 인위적으로 조작하거나 연구 원자료 또는 연구자료를 임의로 변형·삭제함으로써 연구 내용 또는 결과를 왜곡하는 행위를 말한다.
- 3. “표절”은 다음 각 목과 같이 일반적 지식이 아닌 타인의 독창적인 아이디어 또는 창작물을 적절한 출처 표시 없이 활용함으로써, 제3자에게 자신의 창작물인 것처럼 인식하게 하는 행위를 말한다.
 - 가. 타인의 연구내용 전부 또는 일부를 출처를 표시하지 않고 그대로 활용하는 경우
 - 나. 타인의 저작물의 단어문장 구조를 일부 변형하여 사용하면서 출처를 표시하지 않는 경우
 - 다. 타인의 독창적인 생각 등을 활용하면서 출처를 표시하지 않은 경우
 - 라. 타인의 저작물을 번역하여 활용하면서 출처를 표시하지 않은 경우
- 4. “부당한 저자 표시”라 함은 다음의 각 목과 같이 연구내용 또는 결과에 대하여 공헌 또는 기여를 한 사람에게 정당한 이유 없이 저자 자격을 부여하지 않거나, 공헌 또는 기여를 하지 않은 자에게 감사 표시 또는 예우 등을 이유로 저자 자격을 부여하는 행위를 말한다.

가. 연구내용 또는 결과에 대한 공헌 또는 기여가 없음에도 저자 자격을 부여하는 경우
 나. 연구내용 또는 결과에 대한 공헌 또는 기여가 있음에도 저자 자격을 부여하지 않는 경우
 다. 지도학생의 학위논문은 학술지 등에 지도교수의 단독 명의로 게재·발표하는 경우

5. “부당한 중복게재”는 연구자가 자신의 이전 연구결과와 동일 또는 실질적으로 유사한 저작물을 출처 표시 없이 게재하여 연구비를 수령하거나 별도의 연구업적으로 인정받는 경우 등 부당한 이익을 얻는 행위를 말한다.
6. “연구부정행위에 대한 조사 방해 행위”는 본인 또는 타인의 부정행위에 대한 조사를 고의로 방해하거나 제보자에게 위해를 가하는 행위를 말한다.
7. 그 밖에 각 학문분야에서 통상적으로 용인되는 범위를 심각하게 벗어나는 행위를 말한다.

제 2 장 연구윤리

제 4 조 연구진실성 확보 노력 유지

연구진실성은 연구윤리의 핵심으로 연구의 제안, 수행, 결과 보고 및 발표, 심사 및 평가 등 연구의 전 과정에서 객관성, 정직성, 개방성, 책임성, 공정성 등 과학의 핵심 가치를 따르는 것을 의미한다.

1. 연구자는 모든 연구 행위(연구의 제안, 수행, 결과 보고 및 발표, 심사 및 평가 행위)를 정직하고 진실하게 수행하여야 한다.
2. 연구자는 연구 내용과 그 중요성에 대해 객관적이고 정확하게 기술해야 하고, 연구결과를 임의로 삭제하거나 추가하지 말아야 한다.
3. 연구자는 모든 연구 행위가 편견과 예단 없이 이루어지도록 하여야 한다.
4. 연구자는 연구결과가 발표된 이후에 본 연구윤리규정 위반 사항을 발견한 경우에는 지체 없이 연구결과 의 전부 또는 일부를 철회하여야 한다.

제 5 조 저자가 지켜야 할 사항

1. 저자는 연구수행에 있어 위조, 변조, 표절 등의 연구부정행위가 없어야 하며, 부당한 저자 표시행위가 없어야 한다.
2. 저자는 동일한 내용이 이미 발표되지 않았는가를 최선을 다하여 확인하여야 한다.
3. 저자는 학술적으로 충분한 가치가 있는 결론과 그것을 뒷받침할 수 있는 종합적인 논거가 포괄적으로 포함되어 있는 논문을 투고하여야 한다. 이미 발표한 논문과 동일한 결론을 주장하는 연구 논문을 투고하는 경우는 새로운 논거에 중대한 학술적인 가치가 있어야 한다.

4. 저자는 공개된 학술 자료를 인용하는 경우, 출처를 정확하게 기술하여야 하고, 상식에 속하는 자료가 아닌 한 반드시 그 출처를 명확히 밝혀야 한다. 개인적인 접촉을 통해 얻은 자료의 경우에는 그 정보를 제공한 연구자의 명백한 동의를 받은 후에만 인용할 수 있다.

5. 저자는 다른 학술지에 발표되었거나 투고하여 심사 중인 논문을 이중으로 투고하지 않아야 한다. 단, 본 학술지에 게재된 논문을 다른 언어로 투고하는 경우에는 본 학술지에 게재되었던 것임을 그 논문에 명백히 밝히는 경우에는 허용된다.
6. 저자는 논문의 심사 의견으로 제시된 편집위원과 심사위원의 의견을 논문에 반영되도록 최선의 노력을 하여야 하고, 이들의 의견에 동의하지 않을 경우에는 그 근거와 이유를 편집위원회에 알려야 한다.
7. 저자 자격과 관련된 지침은 다음과 같다.

- ① 연구에 학술적으로 중요한 기여를 하였고, 연구결과에 대한 책임과 공적을 함께 공유할 모든 연구자는 공저자가 되어야 한다.
- ② 학위 논문의 전부 또는 일부를 근거로 작성한 논문의 경우에는 종설(review)의 경우가 아니면 학위 논문을 제출하는 학생과 지도교수가 함께 저자가 되는 것이 바람직하다.
- ③ 연구 결과에 대해 학술적 기여를 하지 않은 사람은 공저자로 포함되지 않아야 하며, 연구에 대하여 행정적인 지원과 같이 학술 외적인 지원을 해주었던 사람은 각주나 감사의 글에 그 내용을 표시한다.
- ④ 책임저자는 논문의 자료, 연구결과 및 증명, 저자 표시와 관련된 총괄적인 책임을 지며, 공동 연구에 대하여도 관리감독 책임이 있다.
- ⑤ 책임저자는 모든 공저자에게 공저자로 참여하는 사실에 대하여 명확한 동의를 받아야 하며, 공저자의 나열 순서는 역할과 기여도에 따라 공저자들과 협의하여 결정하는 것이 바람직하다.
- ⑥ 저자의 소속은 연구를 수행할 당시의 소속 이어야 하고, 투고 당시 소속이 변경되었을 경우에는 각주에 그 사실을 적절하게 표시하여야 한다.

제 6 조 부당이익 추구 금지 및 이해충돌 방지 의무

본 학회 회원은 연구 수행과 관련하여 부당하거나 부적절한 개인적 이익을 추구해서는 안되며, 연구수행 중 발생할 수 있는 이해충돌을 방지하여 연구진실성 및 정직성에 대한 책무를 다해야 한다.

1. 이해충돌은 공적(公的) 업무를 수행하는 과정에서 사적(私的) 이해관계가 개입되어 공적 업무가 훼손되는 경우를 말하며, 다음의 사유로 인하여 연구수행 및 공정한 전문학적 판단에 부정적인 영향을 미칠 수 있는 경우를 의미한다.
 - ① 금전적 이해충돌: 연구와 관련되어 연구자의 금전적 이익이 발생하는 경우
 - ② 인적 이해충돌: 개인적인 친분이나 소속 기관의 영향, 또는 개인적인 갈등이나 연구 경쟁 등 사적인 인간관계로 인하여 유발되는 경우

③ 지적 이해충돌: 특정한 연구 종류나 분야에 관한 종교적 신념이나 세계관적 내지 도덕적 소신 또는 이론적 확신으로 인하여 유발되는 경우

④ 직무에 의한 이해충돌: 교육, 봉사, 외부활동 등 소속 기관의 구성원으로서의 역할 이 연구 활동과 충돌함으로써 유발되는 경우

⑤ 기타: 그 밖에 상기 ①에서 ④까지에 준하는 사유로 인하여 유발되는 경우

2. 연구자는 연구와 관련하여 이해충돌이 발생할 현실적인 또는 잠재적인 가능성이 있는 경우에는 이를 모두 공개하여 투명성과 책임성을 확보하고, 연구에 부정적인 영향을 미치지 아니하도록 최선의 노력을 하여야 한다.

제 7 조 편집위원이 지켜야 할 사항

1. 편집위원은 학술지에 게재할 목적으로 투고된 논문을 저자의 성별, 나이, 소속 기관 또는 저자와의 개인적인 친분에 관계없이 논문의 질적 수준에 근거하여 심사 규정에 따라 공정하게 취급하여야 한다.
2. 편집위원은 투고된 논문의 게재가 결정될 때까지 심사위원 이외의 사람에게 투고된 논문의 내용을 공개하지 않아야 한다.
3. 편집위원은 저자의 인격과 학자적 독립성을 존중해야 한다.
4. 편집위원회는 투고된 논문의 저자와 심사위원을 익명으로 처리하여 심사의 공정성을 확보하도록 한다.

제 8 조 심사위원이 지켜야 할 사항

1. 본 학회의 회원은 학술지의 편집위원회가 심사를 의뢰하는 논문을 심사규정에 따라 성실하게 평가하여 학술 발전에 기여할 의무가 있다.
2. 심사위원은 전문 지식인으로서의 저자의 인격과 독립성을 존중하여야 한다.
3. 심사위원은 높은 수준의 학술적 기준을 적절하게 유지하면서 논문에 포함된 내용을 객관적으로 공정하게 평가하여야 한다. 완벽하게 검증되지 않은 개인의 학술적 신념이나 가정에 근거한 평가는 옳지 않다.
4. 심사위원은 심사결과서 작성시 심사의견을 그 이유와 함께 상세하게 설명하여야 한다. 심사위원의 개인적인 목적을 위하여 저자에게 추가 자료나 해명을 요구하는 것은 바람직하지 않다.
5. 심사위원은 심사한 논문이 출판되기 전까지는 저자의 동의 없이 논문의 내용을 인용해서는 안 된다.
6. 심사위원은 심사하는 논문의 내용이 이미 학술지에 공개된 다른 논문과 매우 유사할 경우 편집위원회에 그 사실을 상세하게 알려주어야 한다.
7. 심사위원은 가능하면 빠른 시일 안에 평가를 마치고 심사결과서를 편집위원회에 보내야 한다. 만약 자신이 논문을 평가하기에 적임자가 아니라고 판단되는 경우에는 편집위원회에 지체 없이 그 사실을 통보하여야 한다.

제 3 장 연구부정행위 처리 절차 및 기준

제 9 조

1항 연구진실성 검증 책임 주체

1. 연구부정행위 여부에 대한 검증 책임은 해당 연구가 수행될 당시의 연구자 소속 연구기관에 있으며, 학회가 연구부정행위의 발생을 인지하거나 연구부정행위에 대한 제보를 접수한 경우에는 해당 연구기관의 조사가 신속히 진행되도록 관련 내용을 이관하여야 한다.
2. 연구자의 소속 연구기관이 자체조사를 수행하기 어려워 학회에 조사를 요청하는 경우에 한하여 학회는 조사위원회를 구성하고 진실성 검증의 책임을 진다.
3. 표절여부 확인은 편집위원회가 담당하고, 연구윤리규정 위반이 있을 경우에는 윤리위원회에서 사안을 심의하며, 조사위원회에서 진실성 검증 후 이사회에서 본 규정 위반 여부 및 징계에 관한 내용을 의결한다.

2항 제보자의 권리보호 및 피조사자의 권리 보호

1. “제보자”란 연구부정행위를 인지하여 인지한 사실 또는 관련 증거를 학회에 알린 자를 말한다.
2. 학회 회장은 제보자가 연구부정행위를 제보했다는 이유로 신분상 불이익이나 차별을 받지 않도록 보호하여야 한다.
3. 제보자는 연구부정행위 신고 이후에 진행되는 절차 및 일정 등에 대해 알려줄 것을 요구할 수 있으며 학회는 이에 성실히 응하여야 한다.
4. 제보내용이 허위인 줄 알았음에도 이를 제보한 제보자는 보호 대상에 포함하지 않는다.
5. “피조사자”란 연구부정행위의 조사대상이 된 자 또는 조사과정에서 연구부정행위에 가담한 것으로 추정되어 조사대상이 된 자를 말하며, 조사과정에서의 참고인이나 증인은 이에 포함되지 아니한다.
6. 학회와 조사위원회는 검증과정에서 피조사자의 명예나 권리를 침해하지 않도록 주의하여야 한다.
7. 연구부정행위에 대한 의혹은 판정 전까지 외부에 공개되어서는 아니 된다. 다만, 교육부 연구윤리 확보를 위한 지침 제 30 조 제 3 항 각 호의 사항이 발생하여 필요한 조치를 취하고자 할 경우에는 해당되지 아니한다.
8. 피조사자는 연구부정행위의 절차 및 일정 등에 대해 알려줄 것을 요구할 수 있으며, 학회는 이에 성실히 응하여야 한다.
9. 학회는 연구부정행위에 대한 의혹이 연구부정행위가 아닌 것으로 판정되고, 피조사자가 명예회복을 신청할 경우 명예회복을 위하여 노력하여야 한다.

3항 조사위원회 구성 원칙

1. 조사위원회는 비상설위원회로 운영하며, 학회 회장은 부정행위 제보 신고가 접수되는 날로부터 15 일 내에 조사위원회를 구성하여야 한다.
2. 조사위원회는 위원장 1인을 포함하여 5인 이상의 위원으로 구성하며, 상임이사회의 추천을 받 아 회장 이 임명한다.
3. 조사위원회는 외부인 비율이 30%이상이어야 하며, 해당분야의 전문적인 지식 및 경험이 풍부한 자를 50% 이상 포함하고, 공정성과 객관성 확보를 위해 본 학회 소속이 아닌 외부인사 를 1인 이상 포함한다.
4. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 당해 사건에 조사위원이 될 수 없다. 가. 제보자 또는 피조 사자와 민법 제 777 조에 따른 친인척 관계가 있거나 있었던 자 나. 제보자 또는 피조사와 사제관계에 있 거나 공동으로 연구를 수행하거나 하였던 자 다. 기타 조사의 공정성을 해할 우려가 있다고 판단되는 자
5. 조사위원회 위원장은 본 조사 착수 이전에 제보자에게 조사위원 명단을 알려야 하며, 제보자가 조사위 원이 불공정한 의결을 할 우려가 있다고 인정할 만한 타당한 사유가 있을 때에는 그 사실을 서면으로 밝히고 기피신청을 할 수 있고, 조사위원회는 기피신청이 타당하다고 인정되는 경우 기피결정을 하여야 한다.
6. 조사위원은 조사대상 과제와 이해관계가 있는 경우 스스로 회피신청을 하여야 한다.

4항 조사위원회의 권한

1. 조사위원회는 조사과정에서 제보자, 피조사자, 증인 및 참고인에 대하여 진술을 위한 출석을 요구할 수 있으며, 이 경우 피조사자는 이에 응하여야 한다.
2. 조사위원회는 피조사자에게 자료 제출을 요구할 수 있으며, 증거자료의 보전을 위하여 해당 연구기관장 의 승인을 얻어 부정행위 관련자에 대한 실험실 출입제한, 해당 연구 자료의 압수, 보관 등의 조치를 취 할 수 있다.
3. 조사위원회는 사실로 판정된 부정행위 관련자에 대하여 회장과 해당 연구기관장에게 적절한 제재조치 를 건의할 수 있다.

5항 진실성 검증 원칙

1. 부정행위의 사실 여부를 입증할 책임은 학회의 조사위원회에 있다. 단, 피조사자가 조사위원회에서 요구 하는 자료를 고의로 훼손하였거나 제출을 거부하는 경우에 그 책임은 피조사자에게 있다.
2. 조사위원회는 제보자와 피조사자에게 의견진술, 이의제기 및 변론의 권리와 기회를 동등하게 보장하여 야 하며 관련 절차를 사전에 반드시 알려주어야 한다.

3. 학회 회장은 조사위원회가 부당한 압력이나 간섭을 받지 않고 독립성과 공정성을 유지할 수 있도록 노 력하여야 한다.

6항 진실성 검증 절차

부정행위에 대한 검증 절차는 예비조사, 본조사, 판정의 단계를 거쳐야 하며, 예비조사, 본조사, 판정 등의 진 실성 검증의 구체적 절차와 방법은 교육부 훈령 “연구윤리 확보를 위한 지침”을 준용한다.

7항 조사결과와 보고

1. 조사위원회는 조사결과와 판정을 상임이사회에 보고하여야 한다.
2. 조사결과보고서에는 다음 각 호의 사항이 반드시 포함되어야 한다.
 - ① 제보 내용
 - ② 조사 결과
 - ③ 본조사 실시 여부 및 판단의 근거 (예비조사의 경우에 한한다)
 - ④ 제보자와 피조사자의 진술내용 (예비조사의 경우에 ①~④까지 포함되면 된다)
 - ⑤ 조사위원회의 위원 명단 (본조사의 경우에 한한다)
 - ⑥ 해당 연구에서의 피조사자의 역할과 연구부정행위의 사실 여부 (본조사의 경우에 한한다)
 - ⑦ 관련 증거 및 증인, 참고인, 기타 자문에 참여한 자의 명단 (본조사의 경우에 한한다)
 - ⑧ 제보자와 피조사자의 진술내용, 이의제기 또는 변론 내용 (본조사의 경우에 한한다)
 - ⑨ 검증결과에 대한 판정 결과 (본조사의 경우에 한한다)
 - ⑩ 연구부정행위에 따른 처리 계획 (본조사의 경우에 한한다)

8항. 판정결과 이의신청

1. 제보자 또는 피조사자는 예비조사 결과 또는 본조사 판정 결과에 이의가 있는 경우 그 결과를 통보 받은 날부터 30 일 이내에 조사를 실시한 학회 회장에게 서면으로 이의신청을 할 수 있다.
2. 학회 회장은 이의신청이 특별한 사유가 없으면 이의신청이 접수된 날로부터 60 일 이내에 처리하여야 한다.

9항 징계의 절차 및 내용

1. 조사위원회의 징계 건의가 있는 경우, 학회 회장은 상임이사회를 소집하여 징계 여부 및 징계 내용을 최 종적으로 결정한다.

2. 학회 회장은 통보받은 조사결과가 연구부정행위로 판단되는 경우에는 연구부정행위자에 대한 징계로 경고, 논문 목록 삭제, 해당 논문 책임저자와 제 1 저자의 본 학회지 투고 금지, 논문 게재 철회, 논문 게재 불가, 회원자격 정지 또는 박탈, 연구비 지급 중지 및 환수, 학술지원대상자 선정 제외 등 후속조치를 할 수 있으며, 이를 연구부정행위자와 그 소속기관에 통보하여야 하며, 필요시 한국연구재단에 통보하여야 한다.

제 10 조

본 학회의 학회지(IJHF)에 게재한 논문을 다른 학회지에 중복게재한 것으로 판정되는 경우는 해당 논문을 철회한다. 본 학회의 학회지에 게재된 논문을 다른 언어로 투고하는 경우에는 본 학회지에 게재되었던 것임을 그 논문에 명확히 밝히는 경우에는 허용되며, 진료지침 및 팩트시트 경우에는 다른 학회와 사전 협의를 통해 그 내용을 명확히 밝히는 경우에는 동시 게재 혹은 중복 게재가 허용된다.

본 학회는 회원의 연구윤리의식 함양을 위해 연구윤리를 교육하여야 하며, 연구윤리 인식 확산을 위한 교육, 홍보 및 정보 제공, 연구윤리 교육자료 개발과 보급 등을 위해 필요한 지원을 해야 한다. 자율적이고 책임있는 연구환경 조성을 위해 모든 연구자는 연구윤리규정 내용을 숙지하고 이를 준수하여야 하며, 학회에서 제공하는 연구윤리 교육에 적극적으로 참여해야 한다.

부칙

1. 본 규정은 2023년 8월 1일 제정되었고, 이사회의 의결을 통해 2023년 9월 1일부터 시행한다.
2. 진실성 검증 절차와 연구윤리진실성위원회를 포함한 구체적 방법은 교육부 훈령 '연구윤리 확보를 위한 지침'(제 18 조 제 1 항, 제 19 조, 제 20 조~제 27 조, 2022 년 개정)을 준용한다.
3. '특수관계인' 관련권고사항은 교육부 훈령 '연구윤리 확보를 위한 지침'(제 5 조 제 9 항, 2022 년 개정)과 한국연구재단 권고사항(2021 년 8 월 17 일 2 차 개정판)을 준용한다.
4. '이해충돌' 관련권고사항은 과학기술정보통신부 '국가연구개발 연구윤리길라잡이' (2022 년 5 월 개정)를 준용한다.

대한심부전학회 윤리위원회 표준운영지침

제1장. 총칙

제1조(목적)

본 지침은 대한심부전학회 윤리위원회(이하 '위원회')의 구성 및 운영 등에 관한 사항을 규정함 을 목적으로 한다.

제2조(정의)

본 지침에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. '전문직업성'이란 의사가 준수해야 하는 의학전문직업성(medical professionalism)을 의미한다.
2. '연구윤리'란 학술연구활동 전반에 걸쳐 연구자가 준수해야 하는 윤리원칙이나 행동양식을 의 미한다.
3. '연구진실성'이란 연구수행 과정에서 연구부정행위를 하지 않고 윤리원칙에 따라 신뢰를 유지하는 것을 의미한다.

제2장. 윤리위원회의 구성

제3조(윤리위원회 구성)

- ① 윤리위원회(이하 '위원회')는 위원장, 부위원장, 간사를 포함하여 5인 이상(위원장과 윤리위원을 합 하여 '윤리위원'으로 함)으로 구성된다.
- ② 윤리위원을 선임할 때, 의료윤리에 관한 지식과 경험을 갖춘 자로서 성별, 연령, 지역을 감안 하여 편 중되지 않게 구성한다.
- ③ 윤리위원은 위원장의 추천을 받아 학회 대표자(회장)가 임명한다.
- ④ 윤리위원회에는 의료윤리에 대한 경험과 지식을 갖춘 법조인이나 의료윤리전문가 1인 이상을 포 함한 다(권장).
- ⑤ 윤리위원의 임기는 2년으로 하며 업무의 연속성을 위해 위원 1/3 이상은 연임하도록 한다. 보선된 위원 1/3의 임기는 그 잔여임기로 한다.

⑥ 윤리위원의 자격을 유지하기 위해 윤리위원은 연 1회 이상 대한의학회가 주관하거나 인정하는 의료 윤리교육 프로그램에 참여하여야 한다.

가. 연구내용 또는 결과에 대한 공헌 또는 기여가 없음에도 저자 자격을 부여하는 경우

나. 연구내용 또는 결과에 대한 공헌 또는 기여가 있음에도 저자 자격을 부여하지 않는 경우

다. 지도학생의 학위논문을 학술지 등에 지도교수의 단독 명의로 게재·발표하는 경우

제4조(위원장)

① 위원회의 중립성과 독립성, 전문성을 보장할 수 있는 방법으로 위원장을 선출한다.

② 위원장은 위원회를 대표하고, 정기·비정기 회의를 소집하고 주재하며, 위원회의 제반 업무를 총괄한다.

제5조(부위원장)

① 학회 대표자(회장)는 위원장의 추천을 받아 부위원장을 임명한다.

② 부위원장은 위원장의 유고 시 그 임무를 대신하며, 또한 위원장이 위원회 활동에 있어 이해상충 등 제척사유가 있는 경우 그 임무를 대신한다.

제6조(간사)

① 위원장은 윤리위원 중에서 간사를 임명한다.

② 간사는 회의록을 작성하고

제3장. 윤리위원회의 운영

제7조(회의)

① 위원회의 회의는 정기회의와 임시회의로 구분하되, 정기회의는 연 1회 이상 소집하여야 하고, 임시회의는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 위원장이 소집한다.

1. 학회 대표자의 요구가 있는 경우

2. 재적위원 1/3 이상의 요구가 있는 경우

3. 그밖에 위원장이 필요하다고 인정하는 경우

② 회의는 재적위원 과반수의 출석으로 개의하고, 출석위원 과반수의 찬성으로 의결한다. 다만, 가부동수일 경우에는 위원장이 결정한다.

③ 윤리위원이 회의 안건과 관련된 경우, 해당 안건의 논의 및 의결에서 제척된다.

④ 회원 징계 사안의 경우 의결정족수는 '윤리위원회 징계심의 규칙'에 따른다

제8조(위원회의 운영 지원)

① 위원회는 운영에 필요한 행정적, 재정적 지원을 소속 학회에 요청할 수 있다.

② 위원회는 업무를 원활히 수행하기 위해 상근/비상근 행정직원(직원)을 둘 수 있다.

③ 위원회는 매년 예산안을 포함한 사업계획서를 작성하여 학회 이사회에 보고하고 승인을 받아야 한다

④ 위원회는 매년 결산을 포함한 사업 결과를 서면으로 학회 이사회에 보고해야 한다. 제9조(전문위원과 소위원회 등)

① 위원회는 전문적인 자문을 받을 수 있는 전문위원을 한시적으로 둘 수 있다.

② 전문위원의 자격 및 위촉에 관한 사항은 위원회가 별도로 정하며, 전문위원은 자문을 수행하 나 의결에 참여할 수 없다.

③ 위원회는 필요에 따라 산하에 소위원회, 임시위원회 등을 둘 수 있으며, 이들의 운영은 위원회 가 별도로 정한다.

제4장. 위원회의 역할과 기능

제10조(학회 윤리지침의 제정과 개정)

① 위원회는 학회 윤리지침을 제정 및 개정하며, 그 해석을 담당한다.

② 학회 윤리지침은 위원회의 검토와 의결을 거쳐 이사회의 승인을 통해 제·개정할 수 있다.

③ 위원회는 학회가 발간하는 임상가이드라인, 또는 임상진료지침 등에 관해 그 윤리적, 법적 타당성을 검토한다.

제11조(회원 교육)

① 위원회는 소속 학회 회원을 대상으로 윤리교육 프로그램을 수립하고 실행하며 그 결과를 평가해야 한다.

② 위원회는 윤리교육 프로그램을 수립할 때 학회 회원들의 직역, 교육 내용의 타당성, 강사진의 적절성 등을 검토해야 한다.

③ 위원회는 학회 출판위원회 등 유관 기구와 더불어 연구윤리에 대한 내부 정책을 수립하고 이를 회원들에게 교육해야 한다.

제12조(전문직업성 고취)

- ① 위원회는 회원의 전문직업성 고취를 위한 포상, 모범 사례 전파, 사회봉사와 홍보 등의 활동을 할 수 있다.
- ② 위원회는 학회가 기업 등으로부터 금전 등의 후원이나 지원을 받는 경우 이해상충(conflict of interest) 문제를 관리할 수 있다.

제13조(대외협력)

- ① 위원회는 그 목적을 달성하기 위해 대한의학회 의료윤리위원회와 대한의사협회 중앙윤리심의 위원회 등 유관 기구와 협력한다.
- ② 위원회는 공공이 관심을 가지고 있는 의료윤리 쟁점에 대해 소속 학회의 입장을 표명해야 할 경우 학회를 대표하여 이를 주관한다.

제14조(의료윤리 진흥 활동)

- ① 위원회는 자체 의료윤리 전문가 양성 프로그램 개발이나 연수 지원 등 의료윤리 진흥을 위해 필요한 활동을 할 수 있다.
- ② 위원회는 소속 학회와 관련된 의료윤리 출판물이나 홍보물의 발간 등 의료윤리 진흥을 위해 필요한 활동을 할 수 있다.

제15조(회원 징계)

- ① 위원회는 학회 회원이 다음 각목의 행위를 하였을 때 심의를 거쳐 학회 이사회에 자율징계를 상정할 수 있다.
 - 1. 학회의 명예를 훼손한 행위
 - 2. 통상적 회무 방해 행위
- ② 회원의 징계 심의 절차는 '윤리위원회 징계심의규칙'을 따른다.
- ③ 연구진실성을 위반한 행위의 경우는 학회의 '연구윤리규정'을 따른다.
- ④ 그 외의 징계가 요구되는 행동은 학회 이사회의 검토를 거쳐 대한의사협회(이하 '의협')에서 징계를 절차를 진행할 수 있도록 한다.

제5장. 기타

제16조(기타)

- ① 본 지침에서 따로 규정하지 않은 사안은 관련 법규 및 사회상규, 그리고 위원회의 결정에 따른다.
- ② 위원회가 제정한 윤리지침 등은 대한민국의 법규와 국제법, 그리고 헬싱키선언과 같은 일반적 인 국제 윤리지침 및 대한의사협회 의사윤리강령과 지침의 내용을 준수해야 한다.
- ③ 위원회는 본 운영지침 하에 운영상의 편의를 위해 세부지침을 둘 수 있다.
- ④ 세부지침은 위원회의 의결을 통해 제·개정할 수 있다. 제17조(운영지침의 개정)
- ① 본 지침은 위원회의 검토를 거쳐 학회 이사회의 의결을 통해 개정할 수 있다.
- ② 본 지침은 2023년 12월 1일부터 시행한다.



인 쇄 2026년 8월 10일
발 행 2026년 9월 10일
제 작 (주)봄인터랙티브미디어
발 행 인 유병수
편 집 인 정진옥
발 행 처 대한심부전학회
The Korean Society of Heart Failure
주 소 (04323)서울특별시 용산구 한강대로 372,
센트레빌아스테리움서울 A동 1106호(11층)
전 화 (+82)02-3275-5335
e-mail kshf@kshf.or.kr

* 본 책의 내용은 대한심부전학회 소유이므로 출판이나 무단복제를 할 수 없습니다.

심부전학회 윤리 사례집



대한심부전학회

THE KOREAN SOCIETY OF HEART FAILURE



9 791189 724467

ISBN 979-11-89724-46-7

비매품/무료

93060