

응급 대장암 수술과 공유의사결정: 시간 압박 환경에서 관계적 자율성에 기반한 실천 모델

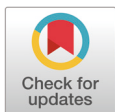
최상지*

강원대학교 의과대학 강원대학교병원 외과학교실, 조교수

Shared Decision-Making in Emergency Colorectal Cancer Surgery: A Time-Adapted Model Grounded in Relational Autonomy

Sang-ji Choi*

Assistant Professor, Department of Surgery, Kangwon National University Hospital, Kangwon National University School of Medicine, Chuncheon, Korea



Received: Jun 11, 2026
Revised: Jul 10, 2026
Accepted: Jul 27, 2026

*Corresponding author

Sang-ji Choi
Assistant Professor, Department of
Surgery, Kangwon National University
Hospital, Kangwon National University
School of Medicine, Chuncheon, Korea
Tel: +82-33-258-9233
E-mail: goodpaper@kangwon.ac.kr

Copyright © 2026 Korean Society
for Medical Ethics. This is an Open
Access article distributed under the
terms of the Creative Commons
Attribution Non-Commercial License
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted
non-commercial use, distribution, and
reproduction in any medium, provided
the original work is properly cited.

Conflict of interests

No potential conflict of interest relevant
to this article was reported.

Acknowledgements

The author received assistance from
Claude (Anthropic), a generative AI tool,
during the conceptualization, argument
structuring, literature search, and
drafting of this manuscript. The author
expresses gratitude for its diligent
assistance. The author personally
verified all content generated by the
AI and cited literature by checking the
original texts, and the author bears

Abstract

Shared decision-making (SDM) is widely recognized for integrating clinical evidence with patient values, yet standard SDM models presuppose elective conditions: ample time, intact capacity, and repeated consultations. Emergency surgery for colorectal cancer, which typically arises from obstruction, perforation, or hemorrhage, undermines these prerequisites. Irreversible, value-laden choices concerning stoma formation, the extent of resection, or non-operative care in frail older patients must be made within hours, often under impaired capacity due to pain, sepsis, and opioids. Drawing on the perspective of a colorectal surgeon at a regional university hospital in South Korea, this article analyzes why standard SDM fails in this setting and argues that this shortfall mandates reconstructing the SDM framework. Reinterpreting autonomy relationally, the study defends structured family participation as a legitimate expression of patient self-determination in the Korean context. It proposes a time-adapted SDM model that stratifies decisions by physiological urgency, incorporates the best-case/worst-case communication framework, utilizes bridging strategies such as colonic stenting to render emergency choices semi-elective, and specifies the institutional and documentation supports required by regional medical centers.

Keywords: decision making, shared; colorectal neoplasms; emergencies; personal autonomy; enterostomy; professional-family relations

I. 서론

공유의사결정(shared decision-making)은 의학적 근거와 환자의 가치 및 선호를 통합하여

full responsibility for the final content of the manuscript.

Funding information

Not applicable.

Data availability

Upon reasonable request, the datasets of this study can be available from the corresponding author.

ORCID

Sang-ji Choi
https://orcid.org/0000-0002-0757-4061

Author contributions

The article is prepared by a single author.

Ethics approval

Not applicable.

의료적 결정에 도달하는 과정으로, 오늘날 환자중심의료의 규범적 이상으로 폭넓게 받아들여지고 있다. Charles et al.[1]이 의사와 환자가 정보를 양방향으로 교환하고 치료 결정의 숙고와 선택에 함께 참여하는 과정으로 공유의사결정을 정식화한 이래, 이 모델은 가부장적 의사-환자 관계를 대체하는 표준적 대안으로 자리 잡았다[2,3]. 국내에서도 공유의사결정의 제도화와 법적 정합성에 관한 논의가 본격화되고 있으며[4], 공유의사결정이 환자 만족도를 높인다는 국내의 경험적 근거[5]와 함께 의료인의 인식과 수용성에 관한 연구도 이루어지고 있다[6].

그러나 공유의사결정 모델이 전제하는 임상적 조건을 들여다보면, 이 이상이 모든 진료 현장에 동일하게 적용되기 어렵다는 사실이 드러난다. 표준적 공유의사결정 모델은 충분한 상담 시간, 반복 가능한 외래 면담, 의사결정능력이 온전한 환자, 그리고 선택지를 비교 숙고할 수 있는 시간적 여유를 암묵적으로 가정한다[3,7]. 문제는 이러한 조건이 가장 절실하게 요구되는 결정, 즉 비가역적이고 생명에 직결되며 삶의 방식 전체를 바꾸어 놓는 결정일수록, 역설적으로 이러한 조건이 충족되지 않는 상황에서 내려지는 경우가 많다는 점이다.

응급 대장암 수술은 이 역설이 가장 첨예하게 드러나는 영역이다. 대장암은 2022년 한 해에만 3만 명 이상이 새로 진단받은 국내 발생 빈도 최상위권의 암이며[8], 그중 적지 않은 환자가 악성 대장폐색이나 천공, 출혈 등 응급 상태로 처음 진단된다. 악성 폐색으로 발현하는 환자만 해도 전체 대장암 환자의 약 8%-13%에 이르고[9], 응급 발현 전체로는 약 3분의 1에 이른다는 보고도 있다[10]. 응급 발현 대장암 환자는 계획 수술 환자에 비해 생존율이 유의하게 낮고[10], 장루 조성률이 높으며, 수술 전 상담은 대개 단 한 차례, 수 시간 이내에, 통증과 패혈증과 마약성 진통제로 인지가 흐려진 환자와 불안에 압도된 가족을 상대로 이루어진다. 요컨대 환자의 가치가 가장 깊이 개입되어야 할 결정이, 공유의사결정이 가장 작동하기 어려운 조건에서 내려진다.

이 문제는 지방 대학병원이라는 진료 맥락에서 한층 증폭된다. 수도권 대형병원으로의 환자 쏠림 속에서 지방 대학병원은 해당 권역의 응급 암 수술을 사실상 최종적으로 감당하는 기관이며, 야간과 휴일의 응급 결정은 흔히 당직 외과의사 한 사람의 판단과 의사소통 역량에 의존한다. 의사결정지원도구, 다학제 상담, 전문 코디네이터와 같은 공유의사결정의 제도적 기반은 수도권 대형병원에 비해 취약하다. 공유의사결정의 제도화 논의가 외래 중심, 대형병원 중심으로 진행된다면, 정작 가장 취약한 환자들이 가장 중대한 결정을 내리는 현장은 논의에서 누락될 위험이 있다.

본 논문은 응급 대장암 수술이라는 구체적 임상 맥락을 통해 다음 세 가지 질문을 다룬다. 첫째, 응급 수술 상황은 표준적 공유의사결정 모델의 어떤 전제를 무너뜨리는가(II장). 둘째, 그럼에도 공유의사결정의 규범적 핵심을 응급 상황에서 보존하려면 자율성 개념을 어떻게 재구성해야 하며, 특히 한국적 맥락에서 가족의 참여를 어떻게 정당화하고 또 제한해야 하는가(III장). 셋째, 시간 압박 아래에서도 실행 가능한 공유의사결정의 실천 모델과 이를 뒷받침할 제도적 과제는 무엇인가(IV장). 논의는 의료윤리학의 규범적 분석과 함께 지방 대학병원 대장항문외과 진료 현장에서 저자가 축적한 성찰적 임상 경험에 기초한다. 미리 밝혀 두자면, 본 논문은 체계적인 경험 연구나 질적 자료의 분석에 근거한 논문이 아니라 이러한 성찰적 경험을 바탕으로 응급 상황의 공유의사결정을 개념적으로 재구성하는 규범적 논문이며, 식별 가능한 개별 환자의 사례나 정보는 포함하지 않는다. 또한 본 논문에서 응급 대장암 수술이란 악성 폐색을 중심으로 천공, 출혈 등 응급 발현 대장암에 대하여 수

시간에서 수일 이내의 수술적 결정이 요구되는 상황을 가리키며, 이하의 논의는 결정 시간의 증위가 가장 다양하게 나타나는 악성 폐색을 주된 사례로 삼되 천공과 출혈처럼 더 급박한 발현 양상을 포괄한다.

II. 응급 대장암 수술이라는 의사결정 환경의 특수성

1. 시간 압박과 의사결정능력의 손상

응급 대장암 수술의 의사결정 환경을 규정하는 첫 번째 조건은 시간이다. 폐색으로 인한 장 팽창이 진행되어 천공이 임박하거나 이미 복막염이 발생한 환자에서 수술 지연은 곧 사망 위험의 증가를 의미한다. 물론 공유의사결정이 반드시 여러 차례의 면담을 요구하는 것은 아니며, 조건이 갖추어진다면 선택지가 있음을 알리고(choice talk), 선택지를 비교하며(option talk), 환자의 선호를 끌어내 결정에 이르는(decision talk) 과정[7]은 한 번의 면담 안에서도 완결될 수 있다. 문제는 단계의 수가 아니라 속고의 조건이다. 계획 수술에서 환자는 면담 후 생각할 시간을 갖고, 추가 질문을 위해 다시 방문하며, 필요하면 결정을 미룰 수 있다. 응급 수술에서는 이러한 재고와 재방문의 가능성 자체가 구조적으로 배제된다. 결정은 한 번의 면담에서, 때로는 응급실 침상 곁에서, 철회와 재숙고의 기회 없이 내려져야 한다.

두 번째 조건은 환자 의사결정능력의 손상이다. 폐색 환자는 수일간의 구토와 탈수, 전해질 불균형 상태에 있으며, 천공 환자는 패혈증으로 의식이 흐려져 있는 경우가 많다. 통증 조절을 위해 투여된 마약성 진통제는 인지기능을 추가로 저하시킨다. 응급의학 영역의 공유의사결정 논의가 지적하듯, 응급 상황에서 공유의사결정의 적용 가능성은 환자의 의사결정능력과 시간적 여유라는 두 축에 따라 연속선상에서 평가되어야 하며[11], 응급 대장암 수술은 이 두 축 모두에서 가장 불리한 위치에 놓이는 경우가 드물지 않다.

세 번째 조건은 정보의 불확실성이다. 응급 상황에서는 병기 결정을 위한 정밀 검사가 생략된 채 수술이 진행되는 경우가 많다. 외과의사는 종양의 근처 절제 가능성, 원격 전이 여부, 환자의 생리적 예비능에 대한 불완전한 정보 위에서 결정을 내려야 하고, 환자에게 제시할 수 있는 예후 정보 역시 불확실성을 안고 있다. 충분한 정보에 근거한 동의(informed consent)의 전제인 충분한 정보 자체가 구조적으로 결핍되어 있는 것이다.

2. 비가역적이고 가치 적재적인 선택지들

이러한 악조건에도 불구하고 응급 대장암 수술의 선택지들은 공유의사결정을 강하게 요청한다. 선택지들이 의학적 우열만으로 결정될 수 없는, 전형적인 선호 민감(preference-sensitive) 결정이기 때문이다.

대표적인 것이 장루 결정이다. 폐색성 좌측 대장암에서 외과의사는 종양을 절제하고 장루를 만드는 하르트만(Hartmann) 술식, 절제와 일차 문합에 일시적 장루를 더하는 방법, 문합 없이 장루만 조성하고 이차 수술을 기약하는 방법 등을 선택할 수 있다. 각 선택지는 문합부 누출 위험, 재수술 가능성, 장루의 영구화 가능성에서 서로 다른 이익과 위험의 조합을 가지며, 하르트만 술식 후 장루 복원이 끝내 이루어지지 않아 일시적이라던 장루가

사실상 영구 장루가 되는 경우도 임상에서 드물지 않게 경험된다. 장루를 안고 사는 삶의 가치 평가는 환자마다 근본적으로 다르다. 주목할 것은, 장루 보유가 곧 더 낮은 삶의 질을 의미한다는 통념이 체계적 고찰에서 일관되게 지지되지 않는다는 점이다[12]. 어떤 환자에게 장루는 받아들일 만한 대가이지만 다른 환자에게는 수술 자체를 재고하게 만드는 결정적 요인이며, 이 평가는 오직 환자 자신의 가치 체계 안에서만 내려질 수 있다.

악성 폐색에서 자가확장형 금속 스텐트(self-expandable metal stent) 삽입과 응급 수술 사이의 선택도 마찬가지다. 스텐트는 응급 수술을 회피하고 장루 조성률을 낮출 수 있으나 천공 시 종양학적 결과가 악화될 우려가 제기되어 왔으며, 국제 가이드라인은 잠재적 근치 가능 환자에서 스텐트 가교치료를 응급 절제의 대안으로 논의하되 그 선택을 환자와의 충분한 정보 공유에 기반하여 내릴 것을 권고한다[9]. 즉 가이드라인 자체가 이 결정을 공유의사결정의 대상으로 지목하고 있다.

가장 무거운 선택지는 수술 여부 그 자체다. 고령화와 함께 80세 이상, 노쇠하거나 진행성 동반질환을 가진 환자의 응급 대장암 발현이 늘고 있다. 이들에게 응급 수술은 생존하더라도 기능적 자립의 영구적 상실, 장기 요양시설 입소, 중환자실에서의 연명으로 이어질 수 있다. Cooper et al.[13]은 중증 질환을 가진 고령 환자에서 의사소통의 실패, 즉 수술이 기본값으로 제시되고 비수술적 완화 경로가 진지한 선택지로 논의되지 않는 관행이 비유익한(nonbeneficial) 응급 수술을 낳는다고 지적하였다. 수술하지 않을 권리가 선택지로서 명시적으로 제시되지 않는다면, 아무리 정중한 설명이 이루어져도 그것은 공유의사결정이 아니다.

3. 외과적 동의의 비대칭과 책임의 구조

외과적 의사결정에는 다른 진료 영역과 구별되는 고유한 관계 구조가 있다. Schwarze et al.[14]이 외과적 동의(surgical buy-in)라고 명명한 현상, 즉 외과의사가 수술에 동의한 환자는 수술 후 합병증 치료와 생명유지치료까지 암묵적으로 약속한 것으로 기대하는 현상은 응급 수술에서 더욱 강화된다. 외과의사는 자신이 집도한 수술의 결과에 대한 강한 책임감 속에서 수술 후 중환자실 치료의 중단을 환자 가족이 요청할 때 갈등을 경험하며, 환자 측은 수술 동의가 그러한 포괄적 약속을 포함하는지조차 인지하지 못한 채 서명하는 경우가 많다[15]. 응급 상황의 단 한 번의 면담에서 이 암묵적 계약의 내용이 명시화되지 않으면, 수술 후 집중치료의 범위를 둘러싼 갈등, 나아가 연명의료결정을 둘러싼 갈등의 씨앗이 수술 전에 이미 뿌려지는 셈이다.

이 지점에서 응급 수술의 의사결정은 생애말기 의료 결정과 연속선상에 놓인다. 연명의료결정법 시행 이후에도 환자 본인의 의사가 직접 반영되는 결정은 제한적이며, 다수의 결정이 임종기에 가족에 의해 대리되고 있다는 국내 현실[16]을 고려하면, 수술 전 면담은 사실상 환자가 의식이 명료한 상태에서 자신의 치료 목표를 표명할 수 있는 마지막 기회가 될 수 있다. 물론 응급 수술 전의 단 한 번의 면담이 충분한 시간과 반복적 숙고를 전제로 하는 본래 의미의 사전돌봄계획(advance care planning)과 동일할 수는 없다. 그러나 치료 목표와 수술 후 집중치료의 범위를 미리 논의하고 기록한다는 점에서, 이 면담은 사전돌봄계획의 핵심 기능 일부를 불가피하게 떠맡게 되며, 또 그렇게 수행되어야 한다.

4. 지방 대학병원이라는 조건

이상의 어려움은 어느 병원에서나 발생하지만, 지방 대학병원에서는 구조적 제약이 더해진다. 첫째, 인적 자원의 제약이다. 응급 대장암 수술의 상당수는 야간과 휴일에 당직 외과의사 단독의 판단으로 진행되며, 완화의료팀, 의료사회복지사, 임상윤리 자문의 즉각적 지원을 기대하기 어렵다. 둘째, 환자 구성의 특성이다. 지방 권역의 환자는 고령 비율이 높고 독거 또는 노인 부부 가구가 많아, 의사결정을 지원할 가족이 원거리에 거주하여 수술 등의 시점에 물리적으로 부재한 경우가 흔하다. 셋째, 전원의 비현실성이다. 폐색이나 천공 환자를 수도권으로 전원하는 것은 시간적으로 환자에게 해가 되는 경우가 많아, 환자와 가족이 수도권 대형병원 선호를 표명하더라도 현실적 선택지는 해당 지역 병원의 응급 수술로 수렴한다. 선택의 여지가 없다는 사실이 선택에 관한 대화 자체를 생략하는 구실이 되기 쉽다는 점, 이것이 지방 응급 외과 현장의 윤리적 위험이다.

이러한 격차의 배경에는 자료로 확인되는 진료의 수도권 집중이 있다. 국민건강보험 자료를 이용한 최근의 전국 단위 연구에 따르면 신규 진단 간세포암 환자의 절반 이상이 서울 소재 의료기관에서, 인접 수도권까지 포함하면 약 3분의 2가 수도권에서 첫 치료를 받았으며, 젊고 경제적 여력이 있는 환자일수록 원거리 치료를 택하고 동반질환 부담이 큰 환자일수록 거주 지역에 남는 경향이 관찰되었다[17]. 지방 병원이 감당하는 환자군이 상대적으로 더 고령이고 취약하다는 앞의 서술은 이러한 자료와 부합한다. 응급 대장암 수술 자체를 수도권과 지방으로 나누어 직접 비교한 국내 자료는 아직 제한적이지만, 대장암의 응급 발현이 거주 지역과 사회경제적 취약성에 따라 달라진다는 사실은 국외의 인구기반 자료로 뒷받침된다. 잉글랜드의 전국 자료에서는 사회경제적으로 더 취약한 환자일수록 응급 경로로 진단될 위험이 높았고[18], 오스트레일리아 빅토리아주의 인구기반 연구에서는 대도시에 비해 지방·원격지에 거주하는 환자에서 대장암의 응급 발현 위험이 유의하게 높았으며(외과 지방·원격지의 보정 교차비 1.52) 사회경제적으로 취약한 계층에서도 응급 발현이 더 흔하였다[19].

물론 시간 압박과 의사결정능력의 손상이라는 응급 수술 고유의 어려움은 병원의 소재지를 가리지 않으며, 수도권 대형병원이라고 해서 응급 대장암 수술의 공유의사결정이 저절로 이루어지는 것은 아니다. 차이는 그 어려움을 완충할 제도적 기반, 즉 완화의료팀과 임상윤리 자문의 야간·휴일 가용성, 다학제 협의체, 의사결정을 지원할 인력의 두께에 있고, 여기에 환자 구성의 차이가 겹쳐진다. 본 논문이 지방 대학병원을 논의의 초점에 두는 이유는 응급 공유의사결정의 어려움이 그곳에만 있기 때문이 아니라, 같은 어려움이 가장 얇은 완충 위에서 가장 취약한 환자들에게 닥치기 때문이다.

그러나 이 조건을 공유의사결정이 불가능한 이유로 읽을 것인가, 아니면 공유의사결정이 더욱 절실한 이유로 읽을 것인가는 관점의 문제다. 전원이 비현실적이라는 사실은 환자가 선택할 수 있는 것이 병원이 아니라 치료의 목표와 방식임을 의미하며, 바로 그 목표와 방식의 선택이야말로 공유의사결정의 본령이다. 외과 영역의 공유의사결정 수준이 전반적으로 낮다는 체계적 고찰의 결론[20]은 응급이라는 조건이 아니라 외과 문화 일반의 문제가 더 근본적임을 시사한다.

III. 응급 상황에서 공유의사결정의 윤리적 재구성

1. 전부 아니면 전무라는 오류를 넘어

응급 상황에서 공유의사결정이 불가능하다는 통념은 공유의사결정을 전부 아니면 전무의 절차로 이해하는 데서 비롯된다. 그러나 공유의사결정의 규범적 핵심은 특정한 절차적 형식이 아니라, 의학적으로 합당한 복수의 선택지가 존재할 때 환자의 가치와 선호가 결정에 실질적으로 반영되어야 한다는 원칙이다[1,3]. 절차는 상황에 따라 압축될 수 있어도 이 원칙 자체는 포기될 수 없다.

이렇게 이해하면 공유의사결정은 정도(degree)의 개념이 된다. 응급의학 영역에서는 환자의 의사결정능력과 시간적 여유에 따라 공유의사결정의 적용 가능성을 단계적으로 판단하는 실용적 틀이 제안된 바 있다[11]. 이 틀을 의사결정능력과 시간이라는 두 축이 이루는 평면으로 재해석하면 응급 대장암 수술의 결정들은 그 평면 위의 서로 다른 위치에 놓이며, 공유의 깊이는 위치에 따라 달라질 수 있다. 다만 어떤 위치에서도 공유가 영(zero)이 되어야 하는 것은 아니라는 판단은, 원저의 직접적 주장이라기보다 본 논문이 그 틀에서 끌어내는 규범적 확장임을 밝혀 둔다. 의식이 명료한 폐색 환자와는 압축된 형태로나마 치료 목표에 관한 대화가 가능하고, 의식이 흐려진 천공 환자에서도 가족을 통해 환자의 가치를 재구성하는 작업이 가능하다. 시간이 수 시간 단위로 주어지는 상황과 수일 단위로 주어지는 상황은 구별되어야 하며, 후자를 전자처럼 취급하여 대화를 생략하는 것은 시간 압박이 아니라 관행의 문제다.

여기서 응급의료에 관한 법제가 설명·동의 절차의 면제를 허용하는 것[4]과 공유의사결정의 포기를 혼동해서는 안 된다. 법적 면제는 동의 절차로 인한 치료 지연이 생명을 위협하는 예외적 상황에 대한 최소 기준이지, 시간이 허락하는 한도 내의 가치 탐색까지 면제하는 것이 아니다. 법이 허용하는 최소한과 윤리가 요구하는 최선 사이의 간격을 메우는 것이 임상 현장의 과제다.

2. 가족 참여와 환자 자율성: 관계적 자율성의 적용과 한계

응급 대장암 수술의 의사결정에서 가족은 한국 임상 현실의 상수다. 환자의 의사결정능력이 손상된 경우는 물론, 능력이 보존된 경우에도 가족은 면담에 동석하고 의견을 표명하며 때로 환자보다 먼저 정보를 요구한다. 표준적 자율성 모델, 즉 독립적이고 자기충족적인 개인의 자기결정이라는 모델에서 보면 이러한 가족 개입은 자율성에 대한 위협으로 간주되기 쉽다. 그러나 이 모델 자체가 인간 조건에 대한 빈약한 기술이라는 비판이 오래전부터 제기되어 왔다. 관계적 자율성(relational autonomy) 개념은 인간의 자기결정이 사회적 관계망 안에서 형성되고 행사된다는 사실을 출발점으로 삼아, 관계를 자율성의 장애물이 아니라 그 가능 조건으로 재해석한다[21,22].

이 관점은 한국의 임상 현실과 공명한다. 국내 연구들은 암 환자 다수가 치료 결정에 가족의 참여를 원하고 가족과 함께 내린 결정을 자신의 결정으로 경험한다는 점을 일관되게 보여주며[23,24], 생애말기 의사결정에서 환자의 단독 자기결정이 삶의 질의 결정적 요인이 아닐 수 있다는 국내 자료도 있다[25]. 환자가 가족과 함께 결정하기를 원할 때 그 가족 참여는 자율성의 침해가 아니라 자율성의 행사 방식이다. 응급 상황에서 가족은 환자의 가치

체계에 대한 가장 풍부한 정보원이기도 하다. 의식이 흐려진 환자가 평소 어떤 삶을 살았고 무엇을 중요하게 여겼는지, 장루나 요양시설 입소를 어떻게 받아들일 사람인지에 대한 증언은 가족만이 제공할 수 있다.

물론 이 논증에는 예상되는 반론이 있다. 환자가 가족과 함께 결정하기를 원한다는 사실 자체가 가족의 압력이나 기대의 산물일 수 있다면, 그 원함을 근거로 가족 참여를 정당화하는 것은 순환 논증이 아닌가 하는 것이다. 이 반론을 다루는 데에는 관계적 자율성 문헌에서 논의되어 온 절차적(procedural) 접근과 실질적(substantive) 접근의 구별이 유용하다[22]. 절차적 접근은 선호의 내용이 무엇이든 강압과 기만 없이 환자 자신의 성찰을 거쳐 형성되었다면 자율적인 것으로 인정하고, 실질적 접근은 선호가 형성되는 관계 조건 자체의 억압성을 문제 삼는다. 본 논문의 입장은 이 둘의 임상적 절충이다. 가족과 함께 결정하겠다는 환자의 의사는 우선 존중되어야 할 자율성의 표현으로 추정하되, 그 추정은 반박 가능한 것으로 다룬다. 가족이 동석했을 때와 단독 면담에서 환자의 표명이 달라지는 경우, 특정 구성원의 개입 직후 환자의 의사가 급변하는 경우, 환자가 자신의 이해가 아니라 가족의 부담만을 결정의 근거로 반복하는 경우는 이 추정을 재검토해야 할 임상적 신호다. IV장에서 제안하는 단독 확인 질문과 기록 절차는 이 반박 가능성을 면담의 구조 안에 제도화하는 장치다.

이 지점에서 본 논문의 관계적 자율성 접근이 동아시아 의료윤리에서 논의되어 온 가족주의와 어떻게 구별되는지도 밝혀 둘 필요가 있다. Fan[26]은 서구의 자기결정 원칙과 대비되는 동아시아의 가족결정(family-determination) 원칙을 정식화하면서, 유교적 전통에서 의료 결정의 정당한 단위는 독립된 개인이 아니라 조화로운 상호의존 속의 가족 전체라고 논증한 바 있다. 본 논문의 입장은 이러한 가족결정주의와 다르다. 여기서 가족 참여를 정당화하는 근거는 가족이 결정의 주체라는 문화적 규범이 아니라, 환자 자신이 가족과 함께 결정하기를 원하며 가족이 환자 가치의 증언자가 될 수 있다는 사실, 곧 환자를 중심에 둔 자율성의 관계적 행사다. 따라서 환자가 가족의 배제를 원한다면 그 의사가 우선하고, 가족의 견해가 환자의 가치와 충돌할 때 규범적 우위는 언제나 환자 쪽에 있다. 요컨대 본 논문의 접근은 한국적 맥락의 가족 참여를 문화상대주의적으로 승인하는 것이 아니라 자율성 존중이라는 원칙 안에서 참여의 조건과 한계를 규율하려는 시도이며, 이 점에서 가족 중심 문화를 배경으로 하되 그것에 규범적 지위를 그대로 부여하지는 않는다.

그러나 관계적 자율성 개념은 가족 참여의 정당화인 동시에 그 한계 설정의 근거이기도 하다. Ho[22]가 지적하듯 관계는 지지의 원천일 수도, 부당한 압력의 통로일 수도 있다. 임상에서 경계해야 할 전형적 상황은 다음과 같다. 첫째, 가족이 환자의 가치가 아니라 가족 자신의 이해, 즉 간병 부담, 경제적 부담, 죄책감의 회피를 결정에 투사하는 경우다. 둘째, 환자에게 진단명과 예후를 숨겨 달라는 가족의 요청이 의사결정능력 있는 환자의 정보 접근 자체를 차단하는 경우다. 셋째, 가족 내 위계로 인해 정작 환자를 가장 잘 아는 사람이 아니라 가장 발언권이 센 사람의 의견이 결정을 지배하는 경우다. 이러한 왜곡을 걸러내는 기준은 명확하다. 의사결정능력이 있는 환자에서 최종 결정 권한은 환자에게 있으며, 가족의 역할은 환자의 이해를 돕고 환자의 의사를 구체화하며 지지하는 데 그쳐야 한다는 것이다[4]. 능력이 손상된 환자에서 가족 진술의 규범적 지위는 가족 자신의 선호 표명이 아니라 환자의 가치에 대한 증언이며, 면담을 이끄는 의료진은 질문의 형식을 통해 이 구별을 유지해야 한다. 어떻게 하기를 원하십니까가 아니라, 환자분이라면 무엇을 원하셨겠습니까라고 묻는 것이다.

이 구별을 실제 면담에 적용할 판단 기준도 제시할 수 있다. 가족의 진술이 환자의 과거

언행, 일관된 생활 태도, 평소 표명해 온 가치 등 구체적 근거에 기초한다면 증언으로서의 무게를 부여하고, 그러한 근거 없이 가족 자신의 사정이나 바람으로 수렴한다면 선호 표명으로 분류하여 참고 수준에 머무르게 하는 것이다. 누가 결정에 참여하는가에 대한 규율도 필요하다. 의사결정능력이 보존된 환자에서는 환자가 지목한 사람이 참여하고, 능력이 손상된 환자에서는 연명의료결정법이 정한 환자가족의 범위가 출발점이 되되, 법적 서열보다 환자를 가장 잘 아는 사람의 증언에 실질적 무게를 두어야 한다. 가족 구성원 사이에 의견이 불일치할 때 의료진이 취할 원칙은 다수결이 아니라 논증의 우선순위다. 환자의 가치에 대한 근거 있는 증언이 가족 자신의 선호에 우선하며, 불일치가 해소되지 않은 채 결정을 미룰 수 없는 상황이라면 의학적 최선의 이익 기준과 가능한 범위의 기관 윤리 자문을 결합하여 결정하고 그 경위를 기록으로 남긴다.

3. 외과의사의 책임 구조 재편: 동의에서 약속으로

외과적 동의의 비대칭 문제는 정보 제공의 양을 늘리는 것만으로 해소되지 않는다. 필요한 것은 수술 전 면담의 성격을 재정의하는 것이다. 수술 동의를 시술에 대한 일회적 허락이 아니라 치료 목표에 대한 상호 약속이라면, 면담에서 명시화되어야 할 것은 수술의 기술적 위험 목록만이 아니라 다음과 같은 질문들이다. 이 수술로 우리가 달성하려는 것은 무엇인가. 수술이 잘되었을 때 기대할 수 있는 최선의 경과와 무엇이고, 잘못되었을 때 각오해야 할 최악의 경과와 무엇인가. 최악의 경과가 현실화될 때, 어디까지의 집중치료를 원하는가.

이러한 대화는 외과의사에게 단지 윤리적 부담이 아니라 실질적 이익이기도 하다. 수술 전에 치료 목표와 집중치료의 한계에 대한 합의가 형성되어 있으면, 수술 후 합병증 국면에서 외과의사가 홀로 짊어지던 결정의 무게, 즉 내가 집도한 환자의 치료를 어디까지 끌고 갈 것인가라는 고뇌가 환자·가족과의 사전 합의라는 공유된 기반 위로 옮겨진다. 공유의사결정은 결정의 권한만이 아니라 결과의 책임 또한 공유하는 구조이며, 이는 소진과 방어 진료에 시달리는 응급 외과 인력을 보호하는 장치이기도 하다.

IV. 실천 모델: 시간 조정형 공유의사결정

이상의 논의를 토대로, 응급 대장암 수술 현장에서 실행 가능한 시간 조정형 공유의사결정 모델을 제안한다. 모델의 핵심은 생리적 위급도에 따라 결정을 세 층위로 나누고, 각 층위에 상응하는 공유의 깊이와 방법을 지정하는 것이다. 모델의 층위별 임상 기준과 공유의 방법, 기록 항목은 Table 1에 요약하였다.

1. 위급도에 따른 결정의 층화

첫째 층위는 분 단위의 결정이다. 수액 소생과 승압제에 반응하지 않는 혈역학적 불안정, 범발성 복막염을 동반한 유리 천공, 조절되지 않는 패혈성 쇼크처럼[27] 즉각적 수술 외의 대안이 의학적으로 존재하지 않는 상황에서는, 응급의료 법제가 예정하는 대로 설명·동의의 압축 내지 면제가 정당화된다[4]. 다만 이 층위는 남용의 위험이 가장 큰 영역이기도 하다. 압축과 면제가 정당한 것은 대화로 인한 지연이 곧 생명의 손실을 의미하는 예외적

Table 1. Structure of the time-adapted shared decision-making model by decision tier

Tier	Approximate clinical criteria	Nature of the decision and mode of sharing	Documentation and safeguards
Minutes	Hemodynamic instability unresponsive to fluid resuscitation and vasopressors, free perforation with generalized peritonitis, uncontrolled septic shock	No alternative to immediate surgery. Disclosure and consent abbreviated or waived. Goals of care established through deferred shared decision-making, with the conversation resumed at the first point of postoperative stability	Documentation in the medical record of the grounds for tier assignment (vital signs, imaging, laboratory findings) with subsequent review. Explicit statement of when the conversation will be resumed
Hours	Hemodynamically stable; progressive obstruction without perforation, or localized perforation with controlled sepsis	Compressed structured conversation (best case/worst case scenarios). The patient is asked privately whether family should be present and what information may be shared. Consent to surgery is explicitly separated from agreement on the extent of postoperative intensive care (including a time-limited trial)	Confirmation of the four elements of decision-making capacity. Documentation of the options presented, the values expressed, the agreed goals of care and limits of intensive care, and the participants and their roles
Days (convertible)	Left-sided malignant obstruction without perforation in which stenting as a bridge to surgery is technically feasible and oncologically acceptable	Relief of the obstruction by stenting converts the emergency decision into a semi-elective one. Near-standard shared decision-making is conducted after cognitive recovery, staging, arrival of the family, and multidisciplinary discussion	Documentation of the information shared on the benefits and risks of stenting (including procedure-related perforation). Explicit scheduling of the follow-up conversation after conversion

상황뿐이며, 층위 판정은 활력징후, 영상 소견, 검사 결과 등 그 근거와 함께 의무기록에 남겨 사후에 검토할 수 있도록 해야 한다. 분 단위 판정이 대화 생략의 상례적 구실이 되는 순간, 이 모델은 자신이 비판한 관행으로 되돌아간다. 이 층위에서 공유의사결정의 과제는 수술 여부가 아니라, 수술 후 첫 안정 시점에 환자·가족과의 대화를 재개하여 이후의 치료 목표를 함께 설정하는 것, 즉 지연된 공유의사결정이다.

둘째 층위는 시간 단위의 결정이다. 폐색이 진행되었으나 천공은 없는 환자, 패혈증이 조절되는 국소 천공 환자에서는 대개 수 시간에서 하루 정도의 결정 시간이 존재한다. 혈액학적으로 안정되어 있고, 복막염 소견이 없거나 국한되어 있으며, 패혈증이 초기 치료에 반응하는 경우가 대체로 이 층위에 해당한다[27]. 이 층위가 시간 조정형 공유의사결정의 본령이며, 압축된 형식의 구조화된 면담이 요구된다. 여기에 적합한 도구가 최선·최악 시나리오(best case/worst case) 기법이다[28]. 외과의사는 선택지 각각에 대해 통계 수치의 나열 대신, 가장 좋은 경과와 가장 나쁜 경과, 그리고 가장 개연성 높은 경과를 환자의 일상 언어로 서술한다. 예컨대 폐색성 직장구불결장암의 고령 환자에게 하르트만 술식의 최선은 한 달 후 장루를 가진 채 집으로 돌아가 자립 생활을 회복하는 것, 최악은 중환자실에서 인공호흡기 이탈에 실패하는 것, 가장 개연성 높은 경과는 그 사이 어디쯤이라고 말하는 식이다. 이 기법은 짧은 시간 안에 결정의 실존적 의미를 전달하면서, 환자가 자신의 가치에 비추어 시나리오들을 평가하도록 돕는다는 점에서 시간 압박 환경에 최적화되어 있다.

셋째 층위는 일 단위로 전환 가능한 결정이다. 좌측 대장의 악성 폐색에서 스텐트 가교치료가 기술적으로 가능하고 종양학적으로 수용 가능한 환자라면[9], 스텐트는 단지 수술 술기의 대안이 아니라 의사결정 시간을 벌어주는 윤리적 도구로 재평가되어야 한다. 폐색이 해소된 환자는 인지가 회복되고, 병기 결정 검사가 완료되며, 원거리의 가족이 도착하고, 다학제 논의가 가능해진다. 응급 결정이 준계획 결정으로 전환되는 것이다. 스텐트 삽입 여부 자체는 천공 위험과 종양학적 불확실성에 대한 정보 공유 위에서 결정되어야

하지만, 그 선택지를 환자에게 제시하지 않는 것은 시간을 벌 권리를 박탈하는 것과 같다. 가교치료의 적용 범위와 근거는 구체적으로 밝혀 둘 필요가 있다. 스텐트는 모든 층위에 적용할 수 있는 대안이 아니다. 천공이나 범발성 복막염, 혈액학적 불안정을 동반한 분 단위 층위의 환자에서는 시술 자체가 적응이 되지 않으며 즉각적 수술이 옳다. 가교치료의 대상은 천공 없는 좌측 악성 폐색으로 혈액학적으로 안정된 환자, 곧 둘째 층위의 일부이며, 성공적인 시술은 이들을 셋째 층위로 옮겨 놓는다[9,27]. 근거의 현황은 다음과 같다. 잠재적 근치 가능 환자를 대상으로 한 다기관 무작위 대조시험에서 스텐트 가교치료는 응급 수술과 비교하여 30일 사망률의 유의한 차이 없이(3.6% 대 5.6%) 장루 조성률을 유의하게 낮추었고(47.5% 대 67.9%), 3년 재발률에도 유의한 차이가 없었다[29]. 무작위 시험과 성향점수 연구들을 종합한 최근의 네트워크 메타분석들도 가교치료가 영구 장루와 전반적 합병증의 위험을 낮추고 일차 문합과 최소침습 수술의 가능성을 높이며, 무병생존율과 전체생존율에는 유의한 차이가 없음을 보고하였다[30,31]. 다만 시술 관련 천공이 약 7%에서 발생하며[31], 천공 시 종양학적 결과가 악화될 수 있다는 우려는 여전히 남아 있으므로, 이 이익과 위험의 교환은 그 자체로 환자와 공유되어야 할 정보다. 요컨대 스텐트라는 선택지를 제시하지 않는 것도, 위험을 공유하지 않은 채 스텐트로 유도하는 것도 모두 공유의사결정의 실패다.

층위의 판정이 결국 당직 외과의사의 임상 판단에 의존한다는 사실은 이 모델의 불가피한 조건이자 잠재적 약점이다. 판단의 재량을 없앨 수는 없지만 규율할 수는 있다. 첫째, 위에 제시한 임상 지표, 즉 혈액학적 불안정성, 복막염의 범위, 천공 여부, 패혈증의 조절 가능성은 층위 판정의 출발점이 되는 대략적 기준으로 기능하며, 판정 결과와 그 근거는 의무기록에 남겨 사후 검토와 동료 평가가 가능하도록 한다. 둘째, 환자의 의사결정능력은 인상이 아니라 구조화된 기준으로 평가한다. 정신과 자문을 기대하기 어려운 응급 현장에서도, 제공된 정보를 이해하는가(understanding), 그 정보가 자신의 상황에 적용됨을 인식하는가(appreciation), 선택지를 자신의 가치에 비추어 비교하고 추론하는가(reasoning), 선택을 표명할 수 있는가(expressing a choice)라는 네 요소는 면담 중의 몇 가지 질문으로 확인할 수 있으며[32], 능력의 요구 수준은 결정의 중대성에 비례하여 달라지므로 능력이 저하된 환자라도 가능한 범위에서 결정에 참여시켜야 한다[32]. 셋째, 기록 항목을 표준화한다. 위급도 층위와 판정 근거, 의사결정능력 평가 결과, 제시된 선택지, 환자와 가족이 표명한 가치와 우선순위, 합의된 치료 목표와 집중치료의 한계, 면담 참여자와 각자의 역할이 최소 항목이다.

2. 가족 참여의 구조화와 기록

가족 참여는 허용이 아니라 설계의 대상이다. 첫째, 면담 시작 시 의사결정능력이 보존된 환자에게 누구와 함께 듣고 결정하기를 원하는지, 어떤 정보를 누구와 공유해도 되는지를 먼저 묻는다. 이 한 가지 질문이 가족 동석을 환자 자율성의 행사로 전환시킨다. 둘째, 능력이 손상된 환자의 가족 면담에서는 환자 가치의 증언과 가족 선호의 표명을 구별하는 질문 형식을 사용한다. 셋째, 면담의 내용, 즉 제시된 선택지, 환자·가족이 표명한 가치와 우선순위, 합의된 치료 목표와 집중치료의 한계를 의무기록에 구조화된 형식으로 남긴다. 기록은 법적 방어 수단이기 이전에 앞서, 수술 후 국면에서 치료팀이 교대되어도 합의가 승계되도록 하는 연속성 장치이며, 향후 연명의료결정 국면에서 환자 의사 추정 근거

자료가 된다[16]. 이 점에서 응급 수술 전 면담 기록은 연명의료결정제도와 공유의사결정을 잇는 가교로 기능할 수 있다.

넷째, 수술에 대한 동의와 수술 후 집중치료 범위에 대한 합의를 명시적으로 구분한다. 최선·최악 시나리오 면담의 마지막 질문, 즉 최악의 경과가 현실화될 때 어디까지의 집중치료를 원하는가에 대한 답은 수술 동의와 별도의 항목으로 기록하며, 필요하면 기간을 정해 집중치료를 시도한 뒤 재평가하는 기간 한정 치료 시도(time-limited trial)의 형태로 재평가 시점을 미리 합의해 둔다. 이는 수술 동의가 무제한 집중치료에 대한 포괄적 약속으로 해석되는 외과적 동의의 비대칭[14]에 대응하는 명시적 절차이며, 수술 후 첫 안정 시점의 지연된 공유의사결정과 결합하여 치료 목표의 재평가를 모델 안에 상례화한다. 덧붙여 첫째 항목의 질문은 가능한 한 가족이 동석하지 않은 상태에서 확인하는 것이 바람직하다. 동석 여부에 대한 선호 자체가 동석자 앞에서 왜곡될 수 있기 때문이다. 가족 참여의 상황별 역할과 한계, 면담 질문의 예시는 Table 2에 정리하였다.

마지막으로, 이 모델은 가족의 참여 가능성을 전제로 설계되었으나 지방 권역의 현실은 그 전제가 성립하지 않는 경우를 빈번히 포함하므로, 가족이 부재한 환자에서 모델이 어떻게 작동하는지를 밝혀 둘 필요가 있다. 먼저 의사결정능력이 보존된 독거 환자의 경우, 관계적 자율성은 가족의 존재를 자율성의 필요조건으로 만드는 개념이 아니다. 이때의 공유의사결정은 환자와 의료진 사이의 관계로 수행되며, 환자가 원한다면 친구, 이웃, 시설 관계자 등 환자가 지목하는 신뢰 관계가 가족의 자리를 대신할 수 있다. 다음으로 가족이 있으나 결정 시점에 연락이 닿지 않는 경우, 가족에게 도달하려는 노력 자체가 시간 조정의 대상이 된다. 시간 단위 이상의 여유가 있다면 연락을 시도할 시간을 확보하는 것이 우선이고, 스텐트 가교치료가 가능한 환자에서 시간을 버는 선택은 가족 참여의 가능성까지 함께 벌여 준다. 가장 어려운 경우는 의사결정능력이 손상된 무연고 환자다. 환자의 가치에

Table 2. Roles and limits of family participation by situation, with examples of questions for the conversation

Situation	Normative role of the family (or surrogate relationship)	Examples of questions for the conversation	Warning signs and responses
Decision-making capacity preserved	Supports the patient's understanding and helps to articulate and affirm the patient's wishes. Final decisional authority remains with the patient	"Whom would you like to have with you when you hear this information and make decisions?", "What information may we share, and with whom?" (asked privately, without family present, whenever possible)	The patient's statements differ with family present versus in private, or the patient's wishes change abruptly immediately after a particular family member intervenes → re-confirm with the patient alone and document the circumstances
Decision-making capacity impaired	Testimony about the patient's values, as distinct from expression of the family's own preferences	"What would the patient have wanted?" (rather than "What would you like us to do?"), "Was there anything the patient said or did in everyday life that makes you think so?"	The discussion converges on the family's own burdens or circumstances without any account of the patient's values, or one member monopolizes the conversation by virtue of family hierarchy → ask questions that separate testimony from preference, identify the person who knows the patient best, and, where disagreement persists, give priority to testimony and seek ethics consultation
Family absent, unreachable, or none (unbefriended patient)	(Capacity preserved) A trusted person named by the patient may participate in place of family. (Capacity impaired) The relational mechanism cannot operate because no witness to the patient's values is available	"Is there anyone we should contact after you recover, or anyone with whom you would like to share this decision?" (capacity preserved). Confirmation of the efforts made to reach the family and of the time this would take	Impaired capacity in an unbefriended patient → best-interest standard, confirmation by a second physician, involvement of the institutional ethics committee or clinical ethics consultation, and documentation of the grounds for the decision

대한 증언자가 부재하므로 본 모델의 관계적 기제는 작동하지 않으며, 이것이 이 모델의 명시적 한계다. 이때 결정은 의학적 최선의 이익 기준으로 회귀할 수밖에 없는데, 대리인 없는 환자는 의료에서 가장 취약하고 목소리 없는 집단으로 지목되어 왔음에도 이들에 대한 결정 절차의 지침과 법제는 국제적으로도 일관되어 있지 않다[33]. 국내에서도 연명의료결정제도의 보완 논의가 이어지고 있으나[16], 응급 수술 결정에서 대리인 없는 환자를 위한 절차는 사실상 공백에 가깝다. 따라서 최소한의 절차적 보호장치로서 제2의 의사의 확인, 가능한 범위에서 기관윤리위원회 또는 임상윤리 자문의 관여, 판단 근거의 기록이 요구되며, 이 공백을 메우는 일은 다음 절에서 논할 제도적 과제와 맞닿아 있다.

3. 제도적 과제

개인의 의사소통 역량에 의존하는 모델은 지속 가능하지 않다. 첫째, 응급 외과 맥락에 맞는 한국형 의사결정지원도구의 개발이 필요하다. 의사결정지원도구가 환자의 지식과 위험 인식을 개선하고 결정 갈등을 줄인다는 근거는 견고하지만[34], 기존 도구 대부분은 외래의 선별검사나 만성질환 결정을 위해 설계되었다. 장루 결정, 스텐트 대 응급 수술, 고령 환자의 수술 여부와 같은 응급 외과 결정에 대해, 한 장 분량의 시각 자료와 최선·최악 시나리오 서식을 결합한 도구를 개발하고 권역 응급의료기관에 보급하는 것은 현실적인 출발점이다. 도구에 답을 내용도 구체화할 수 있다. 환자용 자료에는 질환과 선택지에 대한 한 장 분량의 시각적 설명, 선택지별 최선·최악·최빈 경과의 서술 서식, 장루를 갖고 사는 삶에 대한 사실적 정보, 스텐트의 이익과 시술 관련 천공 위험의 수치 제시, 그리고 나에게 가장 중요한 것이 무엇인지를 묻는 가치 명료화 질문이 포함되어야 한다. 가족용 안내에는 환자 가치의 증언과 가족 자신의 선호 표명이 어떻게 다른지에 대한 설명을 담아, 가족이 면담 전에 자신의 역할을 이해하도록 돕는다. 의사용 자료는 최선·최악 시나리오 면담의 표준 스크립트, 의사결정능력 네 요소의 확인 요령, 그리고 표준화된 기록 서식으로 구성된다.

둘째, 외과 전공의와 전문의 대상 의사소통 교육의 제도화다. 시간 부족은 공유의사결정의 가장 흔한 장애 요인으로 보고되지만[35], 구조화된 면담 기법은 훈련을 통해 짧은 시간 안에도 수행 가능하며[28], 교육의 부재야말로 시간보다 더 근본적인 장애일 수 있다.

셋째, 보상 구조의 정비다. 응급 수술 전 구조화된 의사결정 면담과 그 기록에 대한 적절한 수가 산정은, 공유의사결정을 개인의 선의에서 시스템의 표준으로 옮기는 가장 직접적인 수단이다[4,36]. 물론 현실적 제약을 직시할 필요가 있다. 공유의사결정은 진료 면담의 기본 요소라는 인식 때문에 별도 수가의 신설 자체가 쉽지 않고, 상급종합병원 중심의 심층진찰 시범사업 역시 외래의 중증·희귀질환에 초점을 두고 있어 응급 수술 결정 면담에는 적용되기 어렵다. 그러나 본 논문이 제안하는 면담은 통상 진찰에 부수하는 설명이 아니라 구조화된 도구의 사용, 표준화된 기록, 일정한 시간 요건을 갖춘 식별 가능한 행위라는 점에서, 별도 보상의 대상으로 정의될 수 있는 요건을 갖추고 있다. 현실적 경로로는 세 가지를 생각할 수 있다. 첫째, 연명의료결정제도가 관련 상담과 계획서 작성을 시범사업 수가의 형태로 보상해 온 전례를 따라, 응급 고위험 수술 전 구조화 면담을 대상 행위로 특정한 시범사업에서 출발하는 것이다. 둘째, 수가 신설이 어렵다면 기존 응급 진료 보상 체계 안에서 구조화 면담과 기록의 충족 여부를 가산 요건으로 편입하는 방식이다. 셋째, 수가가 아닌 평가 기전, 즉 의료기관 인증이나 적정성 평가의 지표에 응급 수술 전 의사결정 기록을 포함시켜 간접적 유인을 만드는 것이다. 어느 경로를 택하든 핵심은 면담의 질을 확인 가능하게 만드는

표준화된 기록이며, 앞 절에서 제안한 기록 항목은 보상 구조의 기술적 전제이기도 하다.

넷째, 공유의사결정 기반의 형평성 있는 확충이다. 임상윤리 자문 접근성, 다학제 협의, 의사결정 코디네이터와 같은 기반은 응급 암 수술을 수행하는 모든 기관에 요구되는 기본 조건이다. 다만 그 확충은 자원의 취약성, 야간·휴일 단독 대응의 빈도, 권역 내 최종 수술 기관으로서의 부담을 고려한 비례적 지원의 형태를 취해야 하며, 원격 다학제 협의처럼 지방 병원의 조건에 맞는 수단이 함께 개발되어야 한다. 이는 특정 유형의 병원에 대한 특혜가 아니라, 의료 격차가 의사결정의 격차로 이어지는 것을 차단하는 형평성의 요청이다.

V. 결론

응급 대장암 수술은 공유의사결정의 이상이 가장 실현되기 어려운 동시에 가장 절실하게 요구되는 영역이다. 본 논문은 표준적 공유의사결정 모델이 전제하는 시간, 의사결정능력, 정보의 조건이 응급 수술 현장에서 체계적으로 결핍되어 있음을 보이고, 그럼에도 이것이 공유의사결정의 포기가 아니라 재구성의 이유임을 논증하였다. 재구성의 이론적 축은 관계적 자율성 개념이다. 한국의 임상 현실에서 가족 참여는 환자 자율성의 위협이 아니라 그 행사 방식일 수 있으며, 다만 환자의 가치에 대한 증언과 가족 자신의 선호를 구별하는 규율이 동반되어야 한다. 실천적 축은 시간 조정형 모델이다. 생리적 위급도에 따라 결정을 총화하고, 최선·최악 시나리오 기법으로 면담을 압축하며, 스텐트 가교치료와 같은 시간을 버는 선택지를 윤리적 도구로 활용하고, 합의된 치료 목표를 기록으로 승계하는 것이다. 아울러 본 논문은 모델의 한계도 명시하였다. 층위의 판정은 당직 외과의사의 임상 판단에 의존하므로 판정 근거의 기록과 사후 검토로 규율되어야 하고, 가치의 증언자가 부재한 무연고 환자에서는 관계적 기제가 작동하지 않으므로 절차적 보호장치가 이를 보완해야 한다.

공유의사결정의 제도화 논의가 본격화되는 지금, 응급 외과 현장과 지방 병원이라는 두 취약 지대를 논의의 중심에 두어야 한다는 것이 본 논문의 결론이다. 가장 아픈 환자가 가장 큰 결정을 가장 짧은 시간에 내려야 하는 곳에서 작동하지 않는 공유의사결정 모델은, 아직 완성된 모델이 아니다. 시간이 없다는 사실은 가치에 관한 대화를 생략할 이유가 아니라, 그 대화를 더 잘 설계해야 할 이유다. 

REFERENCES

1. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med* 1997;44(5):681-692.
[https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(96\)00221-3](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(96)00221-3)
2. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992;267(16):2221-2226.
<https://doi.org/10.1001/jama.1992.03480160079038>
3. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med* 2012;27(10):1361-1367.
<https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>
4. Yoon Y, Bae H. Shared decision-making and informed consent legislation in clinical decision making. *Korean J Med Ethics* 2024;27(2):71-87.

- https://doi.org/10.35301/ksme.2024.27.2.71
5. Suh WS, Lee CK. Impact of shared-decision making on patient satisfaction. *J Prev Med Public Health* 2010;43(1):26-34.
https://doi.org/10.3961/jpmph.2010.43.1.26
6. Kim D, Lee HJ, Yu SY, et al. Awareness of doctors' shared decision-making in life-sustaining care decisions. *Korean J Hosp Palliat Care* 2021;24(4):204-213.
https://doi.org/10.14475/jhpc.2021.24.4.204
7. Elwyn G, Durand MA, Song J, et al. A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ* 2017;359:j4891.
https://doi.org/10.1136/bmj.j4891
8. Park EH, Jung KW, Park NJ, et al. Cancer statistics in Korea: incidence, mortality, survival, and prevalence in 2022. *Cancer Res Treat* 2025;57(2):312-330.
https://doi.org/10.4143/crt.2025.264
9. van Hooft JE, Veld JV, Arnold D, et al. Self-expandable metal stents for obstructing colonic and extracolonic cancer: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline – update 2020. *Endoscopy* 2020;52(5):389-407.
https://doi.org/10.1055/a-1140-3017
10. McArdle CS, Hole DJ. Emergency presentation of colorectal cancer is associated with poor 5-year survival. *Br J Surg* 2004;91(5):605-609.
https://doi.org/10.1002/bjs.4456
11. Probst MA, Kanzaria HK, Schoenfeld EM, et al. Shared decisionmaking in the emergency department: a guiding framework for clinicians. *Ann Emerg Med* 2017;70(5):688-695.
https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2017.03.063
12. Pachler J, Wille-Jørgensen P. Quality of life after rectal resection for cancer, with or without permanent colostomy. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;12(12):CD004323.
https://doi.org/10.1002/14651858.CD004323.pub4
13. Cooper Z, Courtwright A, Karlage A, et al. Pitfalls in communication that lead to nonbeneficial emergency surgery in elderly patients with serious illness: description of the problem and elements of a solution. *Ann Surg* 2014;260(6):949-957.
https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000000721
14. Schwarze ML, Redmann AJ, Alexander GC, et al. Surgeons expect patients to buy-in to postoperative life support preoperatively: results of a national survey. *Crit Care Med* 2013;41(1):1-8.
https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31826a4650
15. Nabozny MJ, Kruser JM, Steffens NM, et al. Patient-reported limitations to surgical buy-in: a qualitative study of patients facing high-risk surgery. *Ann Surg* 2017;265(1):97-102.
https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000001645
16. Lee I, Park HW, Koh YS, et al. Amendment proposals for the act on decisions on life-sustaining treatment to improve end-of-life care. *Korean J Med Ethics* 2024;27(2):51-70.
https://doi.org/10.35301/ksme.2024.27.2.51
17. Kim S, Kim N, Lee HS, et al. Medical travel patterns for hepatocellular carcinoma treatment in South Korea: National Health Insurance data from 2013 to 2021. *World J Gastrointest Oncol* 2025;17(9):109060.
https://doi.org/10.4251/wjgo.v17.i9.109060
18. Exarchakou A, Rachet B, Lyratzopoulos G, et al. What can hospital emergency admissions prior to cancer diagnosis tell us about socio-economic inequalities in cancer diagnosis? Evidence from population-based data in England. *Br J Cancer* 2024;130(12):1960-1968.
https://doi.org/10.1038/s41416-024-02688-6
19. Merga BT, McCaffrey N, Robinson S, et al. Geographic and socioeconomic disparities in emergency presentations among colorectal cancer patients in Victoria, Australia. *Cancer Med*

- 2025;14(9):e70909.
<https://doi.org/10.1002/cam4.70909>
20. de Mik SML, Stubenrouch FE, Balm R, et al. Systematic review of shared decision-making in surgery. *Br J Surg* 2018;105(13):1721-1730.
<https://doi.org/10.1002/bjs.11009>
 21. Mackenzie C, Stoljar N. Relational autonomy: feminist perspectives on autonomy, agency, and the social self. Oxford University Press; 2000.
 22. Ho A. Relational autonomy or undue pressure? Family's role in medical decision-making. *Scand J Caring Sci* 2008;22(1):128-135.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00561.x>
 23. Shin DW, Cho J, Roter DL, et al. Attitudes toward family involvement in cancer treatment decision making: the perspectives of patients, family caregivers, and their oncologists. *Psycho-oncology* 2017;26(6):770-778.
<https://doi.org/10.1002/pon.4226>
 24. Shin DW, Cho J, Roter DL, et al. Preferences for and experiences of family involvement in cancer treatment decision-making: patient-caregiver dyads study. *Psychooncology* 2013;22(11):2624-2631.
<https://doi.org/10.1002/pon.3339>
 25. Mo HN, Shin DW, Woo JH, et al. Is patient autonomy a critical determinant of quality of life in Korea? End-of-life decision making from the perspective of the patient. *Palliat Med* 2012;26(3):222-231.
<https://doi.org/10.1177/0269216311405089>
 26. Fan R. Self-determination vs. family-determination: two incommensurable principles of autonomy. *Bioethics* 1997;11(3-4):309-322.
<https://doi.org/10.1111/1467-8519.00070>
 27. Pisano M, Zorcolo L, Merli C, et al. 2017 WSES guidelines on colon and rectal cancer emergencies: obstruction and perforation. *World J Emerg Surg* 2018;13:36.
<https://doi.org/10.1186/s13017-018-0192-3>
 28. Taylor LJ, Nabozny MJ, Steffens NM, et al. A framework to improve surgeon communication in high-stakes surgical decisions: best case/worst case. *JAMA Surg* 2017;152(6):531-538.
<https://doi.org/10.1001/jamasurg.2016.5674>
 29. CReST Collaborative Group. ColoRectal Endoscopic Stenting Trial (CReST) for obstructing left-sided colorectal cancer: randomized clinical trial. *Br J Surg* 2022;109(11):1073-1080.
<https://doi.org/10.1093/bjs/znac141>
 30. McHugh FT, Ryan EJ, Ryan OK, et al. Management strategies for malignant left-sided colonic obstruction: a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials and propensity score matching studies. *Dis Colon Rectum* 2024;67(7):878-894.
<https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000003256>
 31. Kitaguchi D, Forgione A, Innocenzi C, et al. Decompression stent, stoma, transanal tube or immediate surgery: systematic review and Bayesian network meta-analysis for left-sided malignant colonic obstruction. *Colorectal Dis* 2026;28(6):e70498.
<https://doi.org/10.1111/codi.70498>
 32. Appelbaum PS. Assessment of patients' competence to consent to treatment. *N Engl J Med* 2007;357(18):1834-1840.
<https://doi.org/10.1056/NEJMcp074045>
 33. Kim H, Song MK. Medical decision-making for adults who lack decision-making capacity and a surrogate: state of the science. *Am J Hosp Palliat Care* 2018;35(9):1227-1234.
<https://doi.org/10.1177/1049909118755647>
 34. Stacey D, Légaré F, Lewis K, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;4(4):CD001431.

- <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001431.pub5>
35. Légaré F, Ratté S, Gravel K, et al. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Educ Couns* 2008;73(3):526-535.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.07.018>
36. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 8th ed. Oxford University Press; 2019.