건강의 사회적 결정요인을 적용한

암환자 퇴원계획

의료사회복지 가이드북

이 가이드북은 암환자를 위한 퇴원계획 수립 시 건강의 사회적 결정요인을 적용한 의료사회복지사의 역할과 그 배경의 이해를 돕기 위한 것으로, 전문가가 환자와 함께 퇴원계획을 수립함에 있어 나아가야 할 방향과 가이드라인을 제시하고자 제작되었습니다. 본 가이드북은 '퇴원계획과 의료사회복지', '건강의 사회적 결정요인과 사회적 위험, 사회적 욕구', '도구', '데이터 수집과 반응', '지역사회', '환자 중심', '근거 기반' 등의 키워드를 중심으로 작성되었습니다.

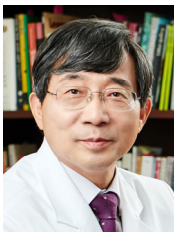
집필진
가나다순

박 아 경 국립암센터 의료사회복지팀
이 채 민 국립암센터 의료사회복지팀
정 소 연 국립암센터 유방암센터

자문진
대한의료사회복지사협회
가나다순

김 린 아 강동경희대학교병원 사회사업팀
김 민 영 세브란스병원 사회사업팀
남 주 현 서울아산병원 사회복지팀 의료복지유닛
손 지 현 분당서울대학교병원 공공의료사업팀 의료사회사업파트
이 준 선 가톨릭대학교서울성모병원 사회사업팀
임 성 철 경희의료원 사회사업팀
임 정 원 강남대학교 사회복지학부
정 대 희 서울대학교병원 의료사회복지팀
한 대 흠 삼성서울병원 사회복지공헌파트

발간사



안녕하십니까?
국립암센터 원장 서홍관입니다.

올해 개원 20주년을 맞이한 국립암센터는 우리나라 사망원인 1위인 암으로부터 국민을 보호하기 위해 전문적으로 연구 및 진료하고, 암환자의 삶의 질 향상을 위한 국가적 관리책임을 맡음으로써 보건복지 향상에 이바지해 왔습니다.

지난 20년 사이, 암 5년 생존율이 40%에서 70%로 증가하고 암생존자가 200만 명에 이르는 놀라운 발전을 이루었지만, 암 치료 후의 삶에 대한 관심은 아직 부족한 것이 현실입니다. 암환자가 치료 후 지역사회에 잘 적응할 수 있도록 돕기 위해서는 치료 과정에서부터 퇴원 이후 삶의 여러 측면에 대한 지원과 관심이 필요합니다.

국립암센터는 암관리의 국가중앙기관으로서 환자의 건강한 사회 복귀를 안정적으로 지원하기 위해 기관고유 사업으로 암환자 퇴원계획 수립 적정 연구를 수행하여, 암환자를 위한 퇴원계획 수립과 지역사회로의 체계화된 연계 모델을 제안함으로 실질적인 삶에 도움이 되고자 하는 노력을 해왔습니다.

암환자의 사회복귀를 돕고 건강 증진에 기여하기 위해서는 암환자의 건강에 영향을 미치는 사회적 결정 요인에 대한 관심을 바탕으로 병원 밖에서의 환자들의 삶을 이해하는 것이 필요합니다. 본 가이드북은 암환자의 심리사회적 지원과 지역사회 적응을 위해 노력하는 각 의료기관의 의료사회복지사들과 의료진들의 이해를 증진하고 참여를 독려하기 위해 제작되었습니다.

본 가이드북을 통해 암환자의 삶의 질 향상에 기여하고 더 나아가 이 분야에서의 건강 불평등을 완화하는데 활용되기를 기대합니다. 바쁜 중에도 가이드북 제작을 위해 최선을 다해주신 집필진과 암환자토탈헬스케어연구단, 의료사회복지팀 그리고 대한의료사회복지사협회의 자문위원분들에게 감사드립니다. 국립암센터는 앞으로도 국민을 암으로부터 보호하고 환자의 삶의 질 향상을 위해 최선의 노력을 다하겠습니다.

국립암센터 원장 서홍관

추천사

안녕하십니까?
대한의료사회복지사협회 회장 김린아입니다.

국민을 암으로부터 보호하고 암환자의 삶의 질 향상을 위해 2001년에 설립되어 현재, 우리나라의 명실상부한 국가 암관리 중앙기관이자 세계적 암 전문기관으로 우뚝 선 국립암센터의 설립 20주년을 진심으로 축하드립니다.

2018년 정부가 '지역사회 통합돌봄 기본계획(커뮤니티 케어)'을 발표하면서 돌봄이 필요한 사람의 지역사회 정착 지원을 위한 의료사회복지팀의 지역연계실로서의 역할이 중요해졌고, 특히 장기적이고 다복합적인 개입이 필요한 암환자를 위한 퇴원계획의 중요성은 더욱 부각되고 있습니다.

전통적으로 의료사회복지사는 환자가 병원에서 지역사회로 복귀하는 과정에서 심리사회적 환경에 대한 사정을 기반으로 양질의 자원을 제공하기 위한 퇴원계획 업무를 수행해 왔으며, 병원 내에서의 문제를 넘어 지역사회 내 돌봄의 연속성 상에서의 보건과 복지의 연계를 강화하는데 기여하고자 노력하고 있습니다.

이러한 시점에서 국립암센터에서 발간한 '건강의 사회적 결정 요인을 적용한 암환자 퇴원계획 의료사회복지 가이드북'은 더욱 특별한 의미가 있습니다. 본 가이드북을 통해 건강의 사회적 결정 요인을 적용한 암환자 퇴원계획에서 의료사회복지사의 역할에 대한 이해를 높이고, 이를 바탕으로 환자의 지역사회 복귀와 적응을 돕고 건강 격차를 완화하는데 널리 활용될 수 있을 것으로 기대합니다.

바쁘신 중에도 열정과 노력을 아끼지 않은 국립암센터 집필진분들과 암환자토탈헬스케어연구단, 대한의료사회복지사협회 자문위원님들께 깊은 감사와 존경의 말씀을 드립니다. 질병으로 인해 고통받고 있는 이웃을 위로하고 건강한 사회를 함께 만들어 가는 일에 본 가이드북이 한걸음 더하기 바라며, 대한의료사회복지사협회와 의료사회복지사들은 이 일을 위해 계속 함께하겠습니다. 감사합니다.

대한의료사회복지사협회 회장 김린아

목차

CONTENTS

Ⅰ 개요

1. 암환자 지역사회통합돌봄과 퇴원계획 10
2. 건강의 사회적 결정요인을 적용한 암환자 퇴원계획의 필요성 11

Ⅱ 이론적 배경

1. 퇴원계획 16
2. 건강의 사회적 결정요인(Social Determinants of Health) 19
3. 한국 암환자 맥락에서의 건강의 사회적 결정요인 22
4. 사회적 위험요인과 사회적 욕구 27
5. 건강불평등과 지역사회 맥락에서의 노력 29

Ⅲ 암환자 퇴원계획 도구의 이해

1. 도구(Tool)의 정의와 사용 목적 32
2. 환자 중심(Patient-centered) 도구 32
3. 해외의 사회적 욕구 스크리닝 도구 34
4. 도구 선택 시의 고려사항 37

Ⅳ 암환자 퇴원계획 도구의 실제 : 의료사회복지 도구를 중심으로

1. 암환자 퇴원계획 수립 연구에서의 도구 40
2. 데이터의 수집 45
3. 데이터의 기록 및 문서화 50
4. 데이터의 분석 및 활용 55

건강의 사회적 결정요인을 적용한
암환자 퇴원계획
의료사회복지 가이드북

V 암환자 퇴원계획 수립 연구 수행 매뉴얼

1. 퇴원계획 수립 연구 목표 및 내용 64
2. 퇴원계획 수립 연구 업무 흐름도 66
3. 전문가 역할 67
4. 서식지 수행 프로세스 68
5. 의료사회복지 서식지 수행 매뉴얼 69

VI 사례 소개

1. 사례 1 82
2. 사례 2 84

붙임

1. 공감적 질문을 위한 체크리스트 88
2. 2021년 가구규모별 중위소득 기준표 91
3. 사회적 욕구와 KCD Z코드(Z55-Z65) 매칭 92
4. 암환자 퇴원계획 수립 서식지(2021 Ver.) 95

참고문헌

113

I

개요

1. 암환자 지역사회통합돌봄과 퇴원계획
2. 건강의 사회적 결정요인을 적용한 암환자 퇴원계획의 필요성

I
개요

1. 암환자 지역사회통합돌봄과 퇴원계획

2016년 보건사회연구원에 따르면 의료급여 장기입원자(360일 이상)의 약 48%는 의료적 필요가 아닌 간병인 부재·주거 열악 등의 이유로 입원하는 것으로 나타났다. 즉, 장기입원을 하는 많은 환자는 퇴원(탈시설)하고 집으로 돌아가고 싶어도 재가서비스 부족 등으로 인해 가족에게 부담이 되어 결국은 병원(시설)을 이용할 수밖에 없고 사회로 복귀하는 데 어려움을 겪고 있다.

암생존자 수는 증가하고 있지만, 암 치료를 마치고 집으로 돌아가는 암환자 중 대다수가 퇴원 후 가정과 지역에서 충분한 관리를 받지 못한 채 합병증, 재발 및 전이, 이차암 발생 등에 따른 위험에 직면하고, 정서적 불안과 우울, 디스트레스 등의 심리사회적 문제를 경험한다. 이러한 이유로 암 치료 이후 의료적 필요가 아닌 '사회적 입원', 즉 다른 병원과 시설 중심으로 재가서비스를 대체하고 있는 것이 현실이다.

암환자는 물론 다양한 질환의 사회적 입원을 예방하고 체계적인 재가서비스 전달을 위하여 정부는 2018년 11월 '지역사회 통합돌봄 기본계획(커뮤니티 케어)'을 발표하였고, 이에 따라 환자를 위한 퇴원계획의 중요성이 부각되고 있다. 정부가 정의한 지역사회 통합돌봄은 돌봄이 필요한 주민 즉 노인이나 장애인 등이 자기가 살고 있는 집에서 그들의 욕구에 맞는 서비스를 누리고 지역사회와 함께 어울려 살도록 하는 사회서비스 정책이다(보건복지부 2018; 임정원 외 2019 재인용). 2019년 3월 '살던 곳에서 건강한 노후 보장을 위한 지역사회 통합돌봄 도입'이 국정과제로 반영되었고, 전국 16개 지자체에서 통합돌봄 모형 개발을 위한 선도사업을 추진하고 있다. 정부는 "돌봄이 필요한 사람의 지역사회 정착 지원"을 위해 병원에서 지역사회로 복귀 시 체계적인 퇴원 지원이 필요함을 강조하고

(임정원 외 2019), 이를 위해 병원에 '지역연계실(사회복지팀)'을 설치·운영해 퇴원환자의 지역사회 통합돌봄을 위한 퇴원계획 수립과 자원을 연결함으로써 환자의 지역 복귀를 지원한다는 내용을 발표하였다.

이러한 퇴원계획은 장기적인 개입이 필요한 암환자에게 더욱 중요하게 작용한다. 환자의 건강을 위한 필수적인 사회적 요건을 의미하는 사회적 욕구가 충족되지 않거나 건강에 부정적 영향을 미칠 수 있는 사회적 위험요인이 해결되지 않으면 의료적 입원이 아닌 '사회적 입원'의 빈도가 커진다. 특히 미충족 사회적 욕구와 사회적 위험요인이 많을수록 환자가 병원 내에서 치료가 잘 되었다 하더라도, 퇴원 후 지역사회에서 경험할 수 있는 신체적, 정신적, 사회적 어려움이 심화될 가능성이 크고, 이는 건강을 회복하는 데 부정적 영향을 미친다. 이에 2018년에 발표된 '지역사회 통합돌봄 기본계획'에서도 암환자에 대한 퇴원 및 사후관리계획 수립 및 퇴원 후 건강관리, 사회생활 복귀 상담과 교육, 서비스 연계가 지속적이고 통합적으로 제공될 필요가 있다는 내용이 명시되었다.

2. 건강의 사회적 결정요인을 적용한 암환자 퇴원계획의 필요성

2008년 세계보건기구(World Health Organization)는 우리가 태어나서(출생), 자라고(성장), 살아가고(생활), 일하고(노동), 나이 들어가는 환경(노화), 즉 건강의 사회적 결정요인(Social Determinants of Health, SDOH)이 우리 모두의 건강에 영향을 미친다는 새로운 관점을 제시하였다. 또한 사회적 결정요인이 각 사회의 돈, 권력, 자원의 불평등한 분배의 영향을 받아 건강의 불평등에도 영향을 미친다고 말한다(World Health Organization 2008). 건강상태에 영향을 미치는 다양한 사회적 요인들로 말미암아 건강 격차가 발생할 수 있고 격차가 심화될 경우 건강불평등이 발생한다는 것이다.

외국의 병원 및 의료시스템의 경우, 환자의 건강에 영향을 미치는 많은 비의료적인 요인들을 다루는 것의 중요성을 인식하고, 환자의 사회적 욕구와 그들이 속한 커뮤니티에서의 더 넓은 건강의 사회적 결정요인을 다루는 다양한 가치 기반의 전략들을 수행하고 있다. 건강을 유지하기 위해서는 고품질 의료서비스에 대한 접근성 이외의 많은 사회적 요인을 고려해야 하는데 여기에는 재정, 음식, 주거, 교통, 사회적 고립, 교육, 사회적 지지,

건강 관련 행동, 고용과 같은 사회 및 환경 조건 등이 포함된다. 외국의 경우 병원 및 의료시스템에서 환자의 의료적 욕구와 함께 사회적 욕구를 다룸으로써 환자의 경험과 결과는 향상시키고 의료비용을 줄이는 데 기여한 결과들이 실제로 제시되기도 한다. 예를 들면, 미국병원협회(American Hospital Association) 소속의 4개의 병원에서는 영양실조 상태의 성인 환자에게 영양 스크리닝 및 교육 프로그램을 제공한 결과, 병원 재입원 비율을 감소시키고, 평균 입원 기간을 2일 낮추는 효과를 가져왔다. 또한 University of Illinois Hospital's Better Health Through Housing 프로그램은 응급실을 자주 내원하는, 집이 없는 환자들을 위해 지역사회 파트너와 함께 주거 지원에 투자한 결과, 응급 환자를 57%로 줄였으며 환자들의 의료비용은 약 21% 감소한 결과를 가져왔다. 이처럼 건강의 사회적 결정요인을 다루는 의료기관의 가치 기반의 전략들은 결과적으로는 의료비용을 줄이고 환자의 경험과 결과를 향상시키는 데 기여한다(American Hospital Association 2019).

건강의 사회적 결정요인에 대한 국제적 동향은 국내의 정책과 제도에도 영향을 미치고 있다. 2021년 1월 27일 보건복지부에서 발표한 '제5차 국민건강증진종합계획'에는 건강의 사회적 결정요인을 확인하고 개입함으로써, 건강 격차를 완화하고 건강형평성을 제고하겠다는 비전과 목표가 제시되었다. 제4차 암관리 종합계획(안)에서도 지역, 계층 등으로 인한 암 관련 격차를 완화해야 할 필요성을 언급하며 암 관리에 취약한 계층(저소득층, 장애인 등)도 암에 효과적으로 대응할 수 있도록 맞춤형 지원 방안을 강구해야 함을 명시하고 있다. 또한 '지역사회 통합돌봄 기본계획(커뮤니티 케어)'이 발표되면서 퇴원 후 지역사회에서의 환자의 적응과 건강 유지의 중요성이 강조되며, 커뮤니티의 초석으로써 병원 및 의료시스템의 역할에 대한 관심이 높아지고 있다.

국립암센터는 암 관리의 국가중앙기관으로서 암환자의 건강한 사회복귀를 안정적으로 지원하기 위해서는, 퇴원 직전이 아닌 치료 초기 시점부터 환자의 신체적, 정서적, 사회적 상태 및 욕구를 평가하고 상담하는 퇴원계획을 수립할 필요가 있다는 것을 인식하였다. 이에 치료 후 퇴원하는 암환자를 위한 퇴원계획 수립 및 가정과 지역사회로의 체계화된 연계 모델 제안을 위한 「암환자 퇴원계획 수립과 적정관리 방안 연구」를 2019년도부터 3개년의 기관 고유 사업으로 진행하였다. 본 연구에서는 암 수술 후 퇴원한 환자들의 미충족 욕구를 확인하기 위한 설문 조사를 실시하고, 전문가별(의사, 간호사, 의료사회

복지사) 평가 서식을 개발하였으며 이를 바탕으로 퇴원계획 수립 및 사후관리 모델을 제시하기 위해 노력하였다.

본 연구의 일환으로 국립암센터는 의사, 간호사, 의료사회복지사의 협업을 바탕으로 한 퇴원계획팀을 시범적으로 구성하여 운영하였다. 이 중 의료사회복지사가 수행하는 평가 서식은 환자의 미충족 사회적 욕구와 위험요인을 확인하기 위한 서식으로 구성되어 있다. 앞서 얘기한 건강의 사회적 결정요인을 다룸에 있어서 중요한 것은 병원 밖에서의 환자들의 삶을 이해하고 그들의 사회적 욕구를 다루는 것에서 시작된다. 환자들의 사회적 욕구를 충족시키기 위해 우선 스크리닝 과정을 통해 사회적 욕구를 확인하고, 심층평가를 통해 사회적 위험요인을 평가해야 한다. 이를 바탕으로 지역사회 자원을 탐색, 연계, 조정 및 개발하는 데 참여함으로 실질적으로 환자의 삶의 질을 향상시키고 더 나아가 의료기관 맥락에서 건강불평등을 완화하는데 기여하려는 노력이 필요하다.

이를 위해 퇴원계획 수립에 참여하는 의료사회복지사는 암환자 퇴원계획 수립의 기반이 되는 개념을 이해하고, 수행매뉴얼을 익힘으로써 전문성을 유지하고 향상하는 노력을 기울여야 한다. 특히 건강의 사회적 결정요인을 다루는 것은 방대하고 복합적인 과정이다. 건강의 사회적 결정요인을 다루는 의료사회복지 측면에서의 퇴원계획은 기존의 보건의료 체계에서 다루었던 내용과 함께 추가적인 전문적 지식과 역량이 필요하므로 서비스 제공 인력을 교육하는 것이 매우 중요한 과제이다. 또한 병원에서 근무하는 의료사회복지사는 보건의료 정책과 제도의 변화에 따른 의료사회복지 영역에서의 책임과 역할에 대해 파악하고 실천할 필요가 있다. 본 가이드북을 통해 건강의 사회적 결정요인을 적용한 암환자 지역사회통합돌봄을 위한 퇴원계획에서의 의료사회복지사의 역할에 대해 이해하고 이를 바탕으로 환자의 퇴원계획을 수립하여 지역사회복귀와 적응을 돕는 데 활용할 수 있을 것으로 기대한다.

Ⅱ

이론적 배경

1. 퇴원계획
2. 건강의 사회적 결정요인
   (Social Determinants of Health)
3. 한국 암환자 맥락에서의 건강의 사회적
   결정요인
4. 사회적 위험요인과 사회적 욕구
5. 건강불평등과 지역사회 맥락에서의 노력

Ⅱ
이론적 배경

1. 퇴원계획

1) 정의

퇴원계획(discharge planning)이란 한 환경에서 다른 환경으로 환자의 이전(transition)을 용이하게 하는 모든 활동으로써, 환자와 가족을 도와 퇴원 후 보호계획을 개발하도록 하는 병원 차원의 팀 접근 과정이다(American Hospital Association 1984). 즉, 환자가 병원에서 지역사회로 돌아간 뒤에도 권고된 치료가 잘 이루어지도록 함으로써 환자의 의료적 욕구를 충족시키고, 불필요한 의료비를 경감시키며, 퇴원 이후 환자의 안정된 사회복귀를 돕는 활동이라 할 수 있다. 이 과정에서 의료사회복지사는 장기적이고 복합적인 욕구를 갖는 환자에게 퇴원계획 전문가로서 집 혹은 타 의료기관으로의 이전을 촉진하고, 지역사회 내의 다른 사회복지서비스가 필요한 경우 통합사례관리가 되도록 환자와 가족을 의뢰한다(최현정 2019, 230-241).

퇴원계획은 단순히 재원기간의 관리, 사회적 입원의 방지를 넘어 환자의 퇴원 후 삶의 질을 보장하고 보건과 복지를 연계하여 촘촘한 서비스망을 구축하는 중요한 활동이다. 종합병원 내 환자 과밀 현상으로 인해 퇴원계획을 재원기간 관리라는 측면에서 다루는 경향도 있으나, 이는 퇴원계획이 지닌 본질적인 의미를 퇴색시키는 제한적인 의미를 내포하는 것이라 할 수 있다. 따라서 퇴원계획의 의미를 재정립하고, 확장함으로써 지역사회 통합돌봄이라는 측면에서 포괄적으로 접근할 필요가 있다. 퇴원계획은 단순히 자원을 연계하는 것이 아니라 환자를 관리하는 모든 전문가가 동일한 관점과 관심을 공유하며 환자 상태 및 그들을 둘러싼 환경에 대한 전인적 평가를 바탕으로 이루어지는 협업의 과정이다. 따라서 퇴원계획에 대한 본질적인 의미를 되새기면서 환자의 퇴원계획이 보다 전문적이고 체계적으로 이루어질 수 있는 기반을 마련하는 것이 중요하다(임정원 외 2019, 31-65).

2) 필요성

입원환자의 신체적·심리적 문제는 환자의 역할을 변화시키고 가족들의 돌봄부담을 증가시킨다. 따라서 환자와 가족이 치료과정에 적응하기 힘든 상황이 발생하기도 하고 환자의 예후가 좋지 않거나 후유증이 남을 경우에는 사회생활 및 재활에 대한 두려움으로 병원에 대한 의존도가 높아져서 소모적인 장기 입원을 원하기도 한다. 그러므로 환자의 입원 및 퇴원과정에 의료사회복지사가 개입하여 환자나 가족의 심리사회적 요소들을 사정하고 퇴원계획을 수립함으로써 퇴원과 관련된 문제를 사전에 예방 조치하는 한편, 퇴원 이후에도 적절한 케어가 유지될 수 있도록 퇴원계획을 시행할 필요가 있다(최현정 2019, 230-241).

미국과 영국의 경우, 수십 년에 걸쳐 효과적인 퇴원계획을 제공하기 위해 노력했고, 그 결과 다학제 팀 접근과 철저한 퇴원 후 환자 관리 등을 통해 효과적인 퇴원계획의 절차, 모델, 정책을 구조화하였다(Birmingham 2004). 특히 Mckeehan과 Coulton(1985)이 제안한 공식적 퇴원계획 모델에서는 ① 환자와 가족이 퇴원계획 과정에 참여하고, ② 구조화된 퇴원계획 절차와 가이드라인이 있으며, ③ 병원과 지역사회 간 의사소통이 충분히 이루어지고, ④ 퇴원계획과 관련된 구체적인 기록이 존재해야 한다고 강조한다. Preen 외(2005)는 다학제 팀 접근에 의한 퇴원계획이 환자의 삶의 질을 향상시키고 퇴원 후 건강관리에 대한 만족도를 높인 것으로 보고하였다. 이와 같은 체계적이고 구조화된 퇴원계획의 효과성을 고려할 때, 퇴원계획 절차와 가이드라인을 제시할 수 있는 한국형 퇴원계획 모델 개발이 필요함을 알 수 있다(임정원 외 2019, 31-65).

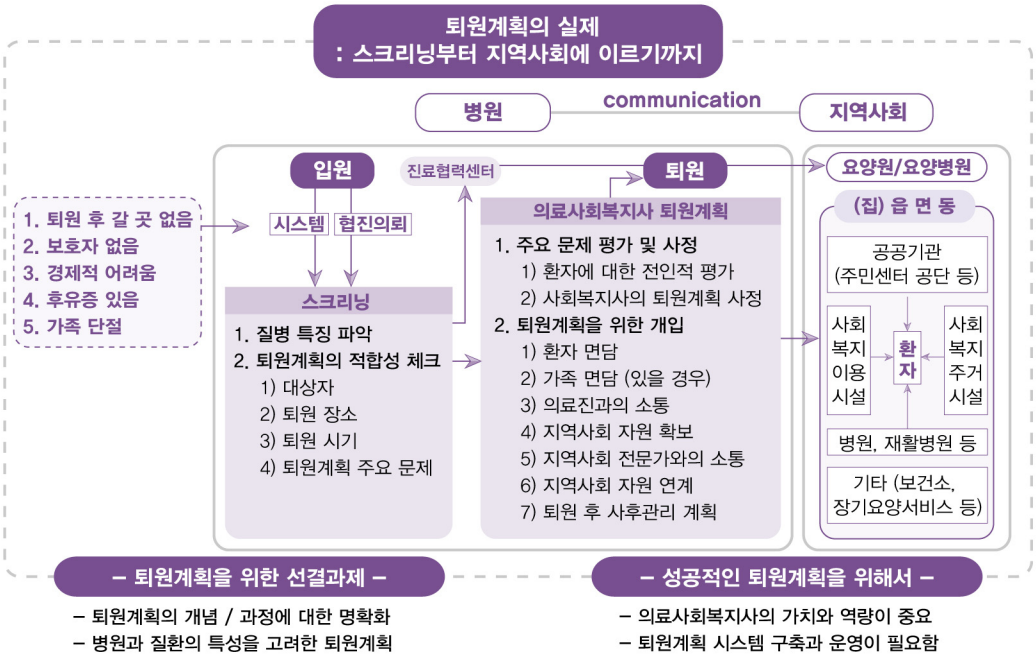
3) 의료사회복지와 퇴원계획

의료사회복지사는 심리사회적 문제와 경제적 문제 해결, 퇴원계획 등 다양한 업무를 수행하는데, 특히 퇴원계획에 있어 환자를 사정하고 퇴원계획 과정 자체를 수행하는 데 중요한 역할을 한다(Mizrahi & Beige 2001; Globerman et al. 2002; 임정원 외 2019 재인용). 의료사회복지사의 퇴원계획은 주로 취약계층을 대상으로 이루어지는데, 크게 의료적 상황에 따른 취약계층(중증 암환자, 희귀난치성 질환자 등 4대 중증 질환자, 미숙아,

만성질환자, 응급 환자 등), 사회적 상황에 따른 취약계층(독거노인, 노숙자, 학대 및 폭력 피해자, 외국인 근로자, 다문화 가정, 미혼모, 자살 시도자 등), 경제적 상황에 따른 취약계층(의료급여수급자, 차상위계층 등)에 대한 퇴원계획 접근이 주가 되고 있다(대한의료사회복지사협회 2017; 임정원 & 김민영 2017 재인용).

임정원 외(2019)의 의료사회복지사의 퇴원계획 모델 개발 연구에서는 퇴원계획을 위한 선결 과제와 성공적인 퇴원계획을 실제 퇴원계획이 이루어지기 위한 조건으로 제시하고, 퇴원계획의 실제를 질적 및 양적 연구 결과에 근거해서 아래 그림과 같이 구체화하였다.

그림 1. 의료사회복지사의 퇴원계획 모델



*출처: 임정원 외 2019. 31-65

의료사회복지사는 환자의 퇴원계획을 함께 수립하기 위해 환자 및 가족과의 면담을 통해 퇴원계획에 대한 욕구를 파악하고 정보를 제공하는 역할을 수행할 수 있다. 또한 의료진과의 회의를 통해 환자의 신체적, 심리적, 재활적 측면 등에 대해 소통한다. 뿐만 아니라 환자에게 필요한 자원연계를 위해서는 병원과 지역사회 기관 간의 협력을 이루어 낸다. 이처럼 퇴원계획을 수립함에 있어 의료사회복지사는 의사, 진료협력센터, 간호사 등 의료진과의 소통 및 협력관계의 중요성을 깨닫고 다학제적 팀 접근에 기반한 퇴원계획을 수립할 수 있다(임정원 외 2019, 31-65).

이처럼 퇴원계획에서의 의료사회복지사는 환자를 사정하고 퇴원계획 과정을 수행하는 데 중요한 역할을 한다. 병원 내 환자의 문제 해결뿐 아니라 퇴원 이후 지역사회복귀 문제와 서비스 연계와 같은 돌봄의 연속성을 고려한다는 점에서 보건과 복지의 연계를 강화하는 데 기여하고 있는 것으로 나타났다(Pecukonis et al. 2003; 최권호 2015 재인용).

2. 건강의 사회적 결정요인(Social Determinants of Health)

세계보건기구(World Health Organization)에서는 '건강(health)'을 '질병과 허약함이 없는 상태일 뿐만 아니라 신체적, 정신적, 사회적으로 안녕(well-being)한 상태'로 정의했다. 단순히 질병이 없는 '건강한 상태'를 뜻하는 것뿐만 아니라 폭넓은 의미로 개인의 신체적, 정신적 건강수준과 사회 속의 한 개인이 건강하고 번영하는 삶을 살 수 있는 정도를 의미하는 것이다.

'건강'의 상태는 여러 가지 요인들에 의해 영향을 받는다. 건강은 나이, 성별, 유전적 요인부터 개인의 생활양식, 사회 및 지역사회의 네트워크, 생활 및 근로조건, 사회경제적·문화적·환경적 조건으로 인해 결정된다(Dahlgren & Whitehead 1991). 일반적으로 건강에 영향을 미치는 다양한 요인들 중 사회적 요인을 '건강의 사회적 결정요인'이라고 칭하는데 본 가이드북에서도 '건강의 사회적 결정요인'을 이와 같이 정의하고자 한다.

건강의 사회적 결정요인과 관련한 다양한 정책과 연구가 진행되고 있지만, 표준이 되는 사회적 결정요인은 없다. 건강의 사회적 결정요인 관점을 적용하는 환경과 사회경제적, 문화적, 환경적 조건이 지역사회마다 다르기 때문이다. 다음은 주요 기관 및 연구자가 제시하는 건강의 사회적 결정요인의 모형이다.

1) 세계보건기구(World Health Organization)

2008년 세계보건기구 산하의 건강의 사회적 결정요인위원회(WHO Commission on Social Determinants of Health, 이하 CSDH)는 『한 세대 안에 격차를 없애기(Closing the Gap in a Generation)』라는 보고서를 발간하였다. 세계보건기구의 정의에 의하면 건강의 사회적 결정요인(Social Determinants of Health, SDOH)이란 사람의 출생, 성장, 생활, 노동, 노화의 조건을 말한다(World Health Organization). 건강을 결정하는 요인으로 전제된 이러한 요소들은 지역, 국가, 전 지구적 차원에서 돈, 권력, 자원의 분포에 따라 결정된다. CSDH는 이 보고서에서 사회적 결정요인을 총체적 시각(holistic view)에서 정의했다고 밝히면서, "빈곤층의 낮은 건강수준, 국가 내에서 나타나는 건강의 사회적 격차, 현저한 국가 간의 건강불평등은 국가적, 국제적으로 존재하는 권력, 소득, 물자, 서비스의 불평등한 분포 때문에 생긴다"라고 설명하였다(김창엽 외 2015). 권력과 소득, 물자 등의 불평등 분포는 사람이 살아가는 직접적이고 가시적인 환경, 즉 의료, 학교, 교육 등에 대한 접근과 노동, 여가, 가정, 거주지역의 조건에 불공정성(unfairness)을 초래하기 때문이다. 세계보건기구의 정의는 이처럼 그 조직의 특성상 건강에 영향을 미치는 국가적, 국제적 요인, 즉 주로 거시 요인에 관심을 두고 있다고 할 수 있다(김창엽 외 2015).

다음은 세계보건기구에서 제시하는 10가지 건강의 사회적 결정요인이다.

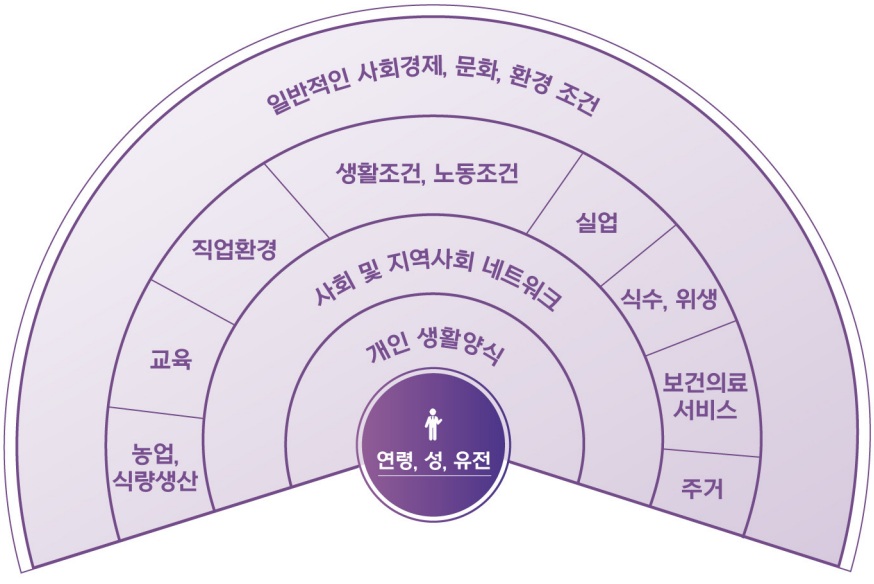
건강의 사회적 결정요인

① 소득 및 사회적 보호 (Income and social protection)
② 교육 (Education)
③ 실업과 직업 불안정 (Unemployment and job insecurity)
④ 노동 생활 조건 (Working life conditions)
⑤ 식품 불안정 (Food insecurity)
⑥ 주거, 기본 편의시설 및 환경 (Housing, basic amenities and the environment)
⑦ 유아 발달 (Early childhood development)
⑧ 사회적 포용과 차별 금지 (Social inclusion and non-discrimination)
⑨ 구조적 갈등 (Structural conflict)
⑩ 양질의 저렴한 의료서비스 이용
(Access to affordable health services of decent quality)

2) Dahlgren과 Whitehead 모형(김창엽 외 2015 재인용)

건강에 영향을 미치는 여러 요인의 범주와 상호관련성에 대한 개념 틀은 다양하며, 대표적인 것 중 하나가 Dahlgren과 Whitehead 모형이다. 이러한 틀은 여러 요인이 건강에 영향을 미친다고 설명하면서도 개인적 요인을 둘러싼 경제적, 사회적, 환경적 요인들 역시 영향을 미치고 특히 사회적 정책을 통해 이런 요인들을 변화시킬 수 있다는 시각을 가지고 있다(Dahlgren & Whitehead 2006, 20-21). 개인의 행동 요인은 어느 정도 변화할 수 있고, 개인은 주위 지역사회와 영향을 주고받으며, 생활환경과 노동환경, 음식, 필수적인 재화나 서비스의 접근성 등에 영향을 받는다는 것이다. 이런 시각에서 개인적 요인이나 행태는 더 넓은 환경, 즉 사회문화적 규범이나 연결망, 생활과 노동환경, 나아가 전반적인 사회경제적, 문화적 환경 속에 '묻어 들어있는(embedded)' 것이나 다름없다.

그림 2. 건강에 영향을 미치는 요인의 종류와 상호관계



*출처: Dahlgren, Whitehead 1991.

3. 한국 암환자 맥락에서의 건강의 사회적 결정요인

세계에서 공통적으로 주목하고 있는 건강의 사회적 결정요인 중, 국내 암환자 맥락에서 중요한 요인들을 설명하고자 한다. 이 개념들은 국립암센터 퇴원계획에서 사용하는 사회적 욕구 및 사회적 위험요인 서식에 포함된 개념이기도 하다.

1) 재정 상태(Financial condition)

재정 상태는 소득, 채무, 의료비, 음식, 주거, 공과금, 교통, 돌봄 책임 등과 영향을 주고받는다. 이 중 가장 큰 영향을 미치는 소득의 경우 생애에 걸쳐 누적 효과를 가지는 한편, 단기적으로도 변화할 수 있는 역동적인 지표이다. 소득은 그 자체가 건강에 직접적으로 영향을 미치기보다는 지출을 통해서, 건강을 향상시키는 물품과 서비스를 이용함으로써 건강에 이로운 효과를 발생시킨다(건강증진재단 2014). 암과 같은 중증 질환을 가진 환자의 경우 그 환자 또는 가족의 소득이 의료비 및 주거 상태, 음식 불안정성, 교통에의 접근성 등에 큰 영향을 미치기에 중요한 사회적 결정요인 중 하나이다.

2) 음식 불안정성(Food insecurity)

음식 불안정성이란 영양분이 충분한 식사를 꾸준히 하지 못하는 어려운(배고픈) 상태를 의미한다. 음식 불안정성은 사회경제적인 요인으로 인한 건강한 음식에의 접근 제한, 영양소가 부족하거나 고열량 음식 섭취, 불규칙한 식사 등으로 발생할 수 있다(American Hospital Association 2017). 특히 암환자에게 있어 좋은 영양 상태를 유지하는 것은 치료 효과 및 삶의 질에 직접적인 영향을 미치기 때문에 매우 중요하다. 암환자는 치료에 적극적으로 참여하고 치료에 의한 부작용을 더 잘 극복하기 위해 충분한 열량과 단백질, 비타민 및 무기질을 공급할 수 있는 영양가 있는 음식을 충분히 그리고 골고루 섭취해야 한다. 하지만 경제적 상황과 주거환경 등에 따라 건강한 음식에 대한 접근성이 제한될 수 있다. 이러한 이유로 저소득 가구는 고소득 가구보다 균형 잡힌 식사를 할 수 있는 가능성이 적으며 부적절한 영양은 암, 심혈관 질환, 제2형 당뇨와 같은 질병을 발생시키거나 악화시킬 위험이 있다(American Hospital Association 2017).

3) 교통(Transportation)

교통은 사람들의 일상생활을 형성하는 사회경제적 요인이며 건강에 영향을 미치는 사회적 결정요인이다. 암 치료에 있어서 교통에 대한 문제는 의료서비스 접근에 영향을 미쳐 환자의 병원 방문 및 약 처방을 놓치거나 지연시키고, 의료 지출이 증가하며, 전반적인 건강이 악화되는 결과를 초래할 수 있다. C-CARE(The Cancer Care Assessment & Responsive Evaluation Studies)의 조사에 의하면 교통문제는 주로 노인, 농촌에 거주하는 사람, 인종 및 소수 민족, 연간 소득이 낮은 환자, 사회적 지지 정도가 낮은 환자들에게 두드러지게 나타난다고 한다. 특히 저소득층 암환자들은 경제적 여건의 한계, 장거리 이동의 접근성 제한 등으로 고소득층 대비 적절한 치료를 지속하지 못할 확률이 높다. 따라서 소득이 낮을수록 교통에의 접근성 제한으로 암 진단 및 치료과정에서 소외될 가능성이 높다(Zullig et al. 2012, 60-65; American Hospital Association 2017).

4) 주거(Housing)

주거 불안정은 무주택 상황과 안정적이고 안전한 상황 사이의 연속성을 총칭하는 용어이며, 주거 불안은 열악한 위생, 난방 및 냉방과 같은 물리적 조건, 알레르기 유발 물질 또는 해충에 대한 노출, 심각한 임대료 부담, 노숙 등 여러 가지 형태로 나타난다. 연구 결과에 따르면 주거 불안을 겪는 사람들은 주거가 안정적인 사람들에 비해 예방적 의료에 대한 접근이 제한적이며 처방약의 조제가 지연될 가능성이 있고 치료를 계획에 따라 이행하지 못할 가능성이 크다. 주거와 건강과의 연관성은 분명하다. 안전하지 않거나 불안정한 주거로 어려움을 겪는 사람들은 그렇지 않은 사람들에 비해 더 많은 의료비를 부담하거나 좋지 않은 건강 결과를 마주한다. 주거 안정성 확보를 위한 개입의 효과 또한 분명한데, 보다 안정적인 주거상황에서 많은 시간을 보내고 주거와 관련된 스트레스 요인을 제거하면 건강이 개선되거나 입원 기간이 단축되는 결과가 나타난다(American Hospital Association 2017).

5) 사회적 고립(Social isolation)

사회적 고립은 '개인의 선택이 아닌 비자발적인 요인에 의해 개인, 지역사회 및 사회와의 상호작용이 지속해서 감소하여 사회적 관계망이 줄어들고, 종국에는 외부와 고립된 상태에 이르러 고독감, 외로움 등의 부정적인 심리상태를 경험하고 사회의 일원으로서 누려야 할 권리로부터 배제되는 것'으로 정의할 수 있다(경기복지재단 2014). 특히 사회적 고립은 일반적으로 살아가면서 직면하는 큰 사건을 계기로 하며 이것이 다른 요인들과 복합적으로 작용하여 사회적 고립에 이르게 한다(경기복지재단 2014). 암환자의 경우 치료과정에서 오는 부담으로 인해 신체적, 정서적, 경제적인 문제와 함께 사회적 고립을 겪게 되는데, 사회적 고립감이 심해질수록 자신의 삶을 돌보는 것이 어려워져 건강이 더욱 악화될 수 있다.

6) 사회적 지지(Social support)

사회적 지지는 개인이 필요할 때마다 사회적, 경제적, 정서적 도움을 제공하는 모든 대인관계를 말하며, 지각된 사회적 지지는 개인이 타인과의 상호작용을 통해 얻는 긍정적인 감정과 느낌을 말한다(박상언 2019 재인용). 삼성서울병원 암치유센터 신동욱 교수와 충북대병원 충북지역암센터 박종혁 교수는 국립암센터 연구팀과 함께 암환자 1,818명과 일반인 2,000명을 설문조사한 결과, 암환자가 느끼는 사회적 지지 정도가 적으면 우울하고 삶의 질이 떨어진다는 것을 밝혔다. 암환자가 맺고 있는 '관계(Relationship)'는 신체적, 정신적 그리고 사회적 건강에 매우 중요한 요소이며, 특히나 사회적 지지는 노인의 신체적 건강과 밀접한 연관이 있다. 암환자는 입원 시뿐만 아니라 퇴원 후에도 가족과 의료인의 신체적, 정서적, 정보적인 지지가 필요하며, 이는 환자의 자신감을 높여 자가관리능력을 향상시키므로 암환자에게 있어 사회적 지지는 중요한 요인이다(Rooeintan et al. 2019, 110-118; 김경옥, 정소연 & 장윤정 2021, 110-119).

7) 정신건강(Mental health status)

암환자의 삶의 질은 정신건강에 의해 영향을 받는다. 일반적으로 암 환자들은 불안, 우울, 삶의 질 저하 등 여러 가지 정신사회적 어려움을 겪는다(강지인 & 남궁기 2007). 암환자

에서의 정신과 질환 유병률에 대한 연구에 의하면, 대부분의 암환자가 특정한 정신과 질환의 진단 기준을 만족하지는 않지만, 많은 경우 다양한 감정적 어려움을 경험하는 것으로 알려져 있다(국립암센터 2020). 환자들은 암의 경과와 단계에 따라 많은 도전적 사건들을 경험하고, 변화된 스트레스 상황에 적응해 나가는 과정을 거친다. 이 과정에서 환자의 적응 양상과 대처 방식은 심리적 상태와 매우 밀접한 관련성을 가지며 삶의 질 및 신체적, 정신적 건강에 영향을 준다(강지인 & 남궁기 2007). 이에 미국 국립종합암네트워크(National Comprehensive Cancer Network, NCCN)의 가이드라인에서는 반드시 암의 모든 단계에서 환자의 정서적 고통을 인지하고 치료해야 함을 강조하고 있다(NCCN 2018).

8) 건강정보 이해력(Health literacy)

세계보건기구(WHO: World Health Organization)는 상하이 선언(2016 WHO Shanghai Declaration)을 통해 건강정보 이해력(Health literacy)을 건강증진을 위한 세 가지 주요 전략 중 하나로 규정하였다(한국보건사회연구원 2020). 건강정보 이해력(Health literacy)이란 '건강증진과 건강 유지를 위하여 정보에 접근하고, 이해하고, 활용하는 개인의 동기와 능력을 규정하는 인지적·사회적 기술'(Nutbeam 1998)로, 건강 행동, 질병의 이환, 만성질환 관리, 사망률 등 다양한 건강의 영역에 영향을 미친다(최슬기 외 2020). 적절한 건강정보 이해력을 통해 건강 유지에 필수적인 정보를 읽고 이해할 수 있기에 암환자에게 있어 이는 매우 중요한 요인이다. 낮은 건강정보 이해력은 의료서비스 이용 행태에도 영향을 미쳐 공공의료서비스와 응급실 이용을 더욱 많게 하며, 소득이 낮거나 건강수준이 낮은 사람들에게 특히 낮은 건강정보 이해력은 건강수준을 악화시키는 요인이다(이영태, 윤태영 & 김상현 2012). 이에 의료기관은 환자의 건강정보 이해력의 수준과 관계없이 모두가 적절한 의료서비스를 받고 본인의 건강 관련 결정에 참여할 수 있는 환경을 조성하는 것이 필요하다(최슬기 외 2020).

9) 폭력(Exposure to Violence)

암환자가 겪는 폭력은 환자의 치료적 상황과 건강에 영향을 미칠 수 있어 더욱 관심을 기울여야 하는 요소다. 피해자는 여성일 수도 남성일 수도 있으며 부모, 배우자, 전 배우자, 자녀, 이웃 등이 가해자가 될 수 있다. 이 중에서 친밀한 사이의 보호자, 파트너로부터 신체적, 정서적, 성적 폭력을 경험하는 경우가 흔히 발생하는데, 특히 환자에게 폭력을 행하는 자가 보호자일 경우 암환자는 재정적인 이유 혹은 보호자가 교통편을 제공하거나 진료 일정 혹은 약을 관리하는 등 일상생활을 유지하는 데 도움을 주기 때문에 폭력에 대해 저항하기 어려우므로 더욱 관심을 기울여야 한다. 가해자 또한 경제적 지원이나 돌봄 제공을 이유로 자신의 학대 행위에 대한 죄책감을 상쇄한다(MD Anderson Cancer Center OCT 20, 2011). 뿐만 아니라 보호자가 부재하지 않을 경우, 환자의 주거환경에 따라 이웃이나 외부인으로부터 폭력에 노출될 가능성이 클 수 있기에 이에 대한 사회적 관심이 필요하다.

10) 고용(Employment)

고용은 사회경제적 불평등을 바로잡고 개인 및 가정이 처한 여건을 개선할 수 있는 주요 통로이다(마이클 마멋 2017). 국내 암 진단과 치료 기술의 발달로 5년 상대 생존율이 70%를 넘어섰고, 암 유병자도 200만 명(1999년부터 2018년까지)에 이르지만, 암 진단을 받고 치료하는 과정에서 여러 가지 어려움으로 인해 일을 포기하거나 유지하지 못하는 경우가 많다. 우리나라 암환자 중 절반은 직업을 갖고 일할 수 있는 '근로 가능 인구집단'이지만, 직장 복귀율은 해외 평균인 60%대의 절반인 30%대에 불과할 정도로 낮다. 높은 실업률은 열악한 환경, 만성질환의 경험, 위험한 건강 행동 발생률의 증가 그리고 사망률의 증가와 관계가 있다. 이러한 부정적 결과는 실업을 경험하는 사람에게 영향을 미칠 뿐만 아니라 그들의 가족에게도 영향을 주고, 장기적인 실업은 건강에 부정적인 영향을 미칠 가능성이 더 크다(김승섭 2018, 132-153).

4. 사회적 위험요인과 사회적 욕구

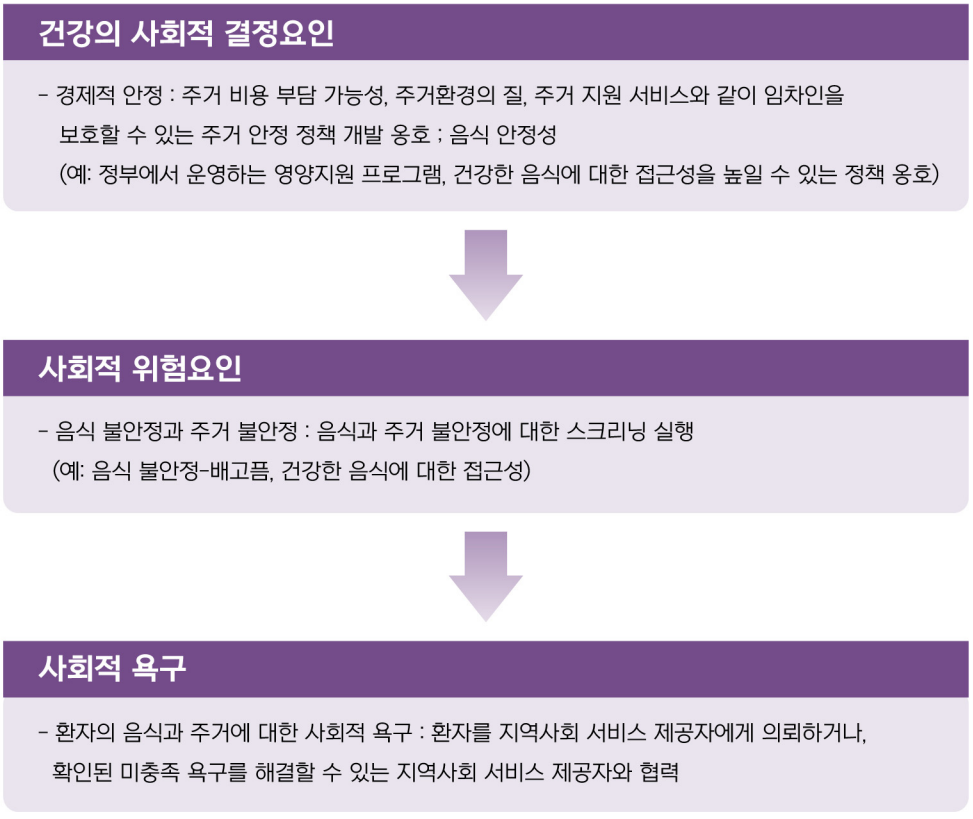
사회적 위험요인과 사회적 욕구는 건강의 사회적 결정요인의 개념과 연관되어 있지만 이와는 다른 개념이라고 할 수 있다. 사회적 결정요인이 건강 격차를 줄이고 건강형평성을 높이기 위한 큰 틀의 관점을 제공하는 개념이라면, 사회적 위험요인은 식품 불안정 및 주택 불안정과 같이 건강하지 않은 상태의 원인이 되는 부정적인 사회적 조건을 의미한다. 예를 들면 한 연구에서는 일반가구와 암환자 가구 모두 소득수준이 낮을수록 과부담 의료비 발생률이 높다는 것을 밝혀냈다(양동욱 2017, 53-70). 뿐만 아니라 재정적 어려움을 가진 암환자의 경우 충분한 식사와 영양을 섭취하지 못해 건강이 더 나빠질 수도 있으며, 치료비를 마련하기 위해 채무를 지거나 주거 불안정, 공과금 미납 등 일상생활이 위협받을 수 있으며 이러한 부담감으로 인해 심리적 고통을 겪기도 한다. 이런 경우에 '불안정한 재정 상태'는 사회적 위험요인으로 작용한다.

사회적 욕구는 건강을 위한 필수적인 사회적 결정요인이 결핍되어 사회적 위험요인이 되었을 때 발생한다. 사회적 결정요인이 근본적이고 체계적인 사회적, 경제적 조건에 집중하여 문제를 해결한다면, 사회적 욕구는 개인적 수준에서 사회경제적 문제를 완화함으로써 문제의 해결이 이루어진다(American Hospital Association 2019). '욕구(Needs)'의 개념은 미국의 심리학자 매슬로우(Abraham Harold Maslow)가 주장한 동기 이론인 '욕구 이론'을 참고할 수 있다. 매슬로우는 "인간의 욕구는 다섯 계층으로 이루어지며 하위 욕구로부터 상위 욕구로 전개된다."고 말한다. 또한 낮은 단계의 욕구가 충족되지 않으면 높은 단계의 욕구는 행동으로 연결되지 않는다고 보았으며, 이미 충족된 욕구는 인간의 행동을 유발시키는 동기 부여의 기능을 갖지 못한다고 주장한다(Abraham H Maslow 1943).

환자는 다양한 사회적 위험요인을 동시에 가질 수 있지만, 그중 즉시 해결되어야 하는 사회적 욕구는 적을 수 있다. 그러므로 사회적 욕구를 스크리닝할 때는 매 순간 환자의 미충족 사회적 욕구 중 가장 긴급한 욕구를 식별하는 것이 중요하다. 병원 수준에서는 수집할 수 있는 환자의 '건강 관련 사회적 욕구' 데이터를 이용하여 환자의 건강에 대한 전체적인 그림을 그릴 수 있어야 하며, 사회적 위험 요소가 확인된 환자에게 적절한 지역사회 서비스를 연계함으로써 환자의 건강증진에 방해되는 사회·경제적 요소들을 해결할

수 있다. 더 나아가, 욕구는 높으나 지역사회 자원이 없는 경우는 환자의 욕구에 근거한 자원을 신규로 개발하기 위한 노력을 수행할 수 있다. 또한 이 과정에서 관련 부서 및 유관 기관과의 협력 체계를 형성하거나 강화할 수 있다. 이처럼 명확하고 일관된 용어를 사용하는 것은 건강 서비스 제공자가 인구집단 건강에 영향을 미치는 근본적인 원인을 해결할 때 어떤 역할을 수행해야 하는지를 결정할 수 있게 한다(Health Affiars Blog JUL 7, 2021).

그림 3. 건강의 사회적 결정요인, 사회적 위험요인, 사회적 욕구의 위계(Hierarchy)와 각각에 대한 개입의 예



*출처: Health Affiars Blog JUL 7, 2021.

5. 건강불평등과 지역사회 맥락에서의 노력

지역사회 주민들은 같은 지역에 거주하여 동일한 물리적 환경에 노출되며, 같은 문화와 관심을 지니고 있기에 동일한 사회적 환경에 노출된다. 따라서 한 지역사회 내에서 비슷한 요인들이 위험요인으로 작용하고 주민들은 비슷한 건강 문제를 지닌다. 이러한 사실은 저소득층, 소외계층이 밀집한 지역과 다른 지역을 비교할 때 건강 격차, 더 나아가 건강불평등의 문제로 나타난다.

건강불평등이란 '사회적, 경제적, 혹은 지리적으로 구분되는 인구집단들 사이에서 체계적이고 잠재적으로 개선 가능한 한 가지 이상의 건강 측면에서 차이가 존재하는 상태(김명희 2013 재인용, 206-212)'를 뜻한다. 건강불평등은 개인적인 요인보다 사회적 요인이 더 큰 원인이 된다. 주로 건강의 사회적 결정요인이 작용한 결과로 건강불평등이 초래되기 때문이다. 선행연구에 따르면 사회계층, 건강 행동, 심리사회적 자원, 교육 및 소득수준, 직업, 의료전달체계에서 공공의료 부분의 약화와 민간의료 부분의 발전, 지역 간의 불균등한 의료자원 분포, 사회적 네트워크 부족, 사회적 지원과 사회단체 참여 결여가 건강불평등을 초래한다는 것을 알 수 있다(권정옥, 이은남 & 배선형 2015, 20-31). 사회적 결정요인을 중심으로 건강불평등을 이해하면 이를 해결하기 위한 전략이나 방법도 사회적 차원에 초점을 맞추어야 한다. 소득, 학력, 직업, 인종, 주거 등이 대표적인 사회적 결정요인이자 개입이 필요한 영역이며 이 때문에 건강불평등 완화는 경제, 교육, 고용과 노동, 지역개발, 정치 등을 포괄하고 그 양상 또한 지역사회별로 다르게 나타난다(김창엽 2013, 213-219).

건강불평등 완화, 즉 건강형평성 달성은 두 가지 측면에서 정당성을 가지고 있다. 첫째는 건강형평성이 공평성과 정의의 가치에 부합한다는 것이고, 둘째는 전체 인구집단의 평균적인 건강수준을 향상시키기 위해서는 건강형평성이 개선되어야 한다는 것이다. 세계보건기구에서도 사회정의는 "삶과 죽음의 문제이며, 사람들이 살아가는 방식에 영향을 미치고, 질병에 걸릴 가능성과 조기 사망의 위험을 야기한다."고 지적함으로써 사회정의의 실현과 건강과는 밀접한 관련성이 있음을 지적한 바 있다. 이를 종합해 볼 때, 건강 형평 정책은 건강에서의 사회정의와 공평성의 실현이라는 본 가치를 지향하면서, 단지 빈곤층이나 취약계층에 대한 보건의료서비스의 지원에 국한되는 것이 아니라, 전체 입구집단에 걸쳐

분포되어 있는 불평등 내지는 격차를 줄이면서 평균적인 건강수준을 향상시키는 정책적 노력이라 할 수 있다(윤태호 2013, 195-205).

이처럼 건강불평등을 완화하기 위해 다차원적으로 노력해야 한다는 사실은 명백하다. 하지만 한국의 의료·복지체계는 주로 병원과 시설을 중심으로 이루어지고, 건강 격차를 해소하기 위한 서비스는 취약계층 중심으로 제공되어 한계점이 드러난다. 고령사회로의 진전, 욕구의 다양화 등으로 환자들은 살던 곳을 중심으로 본인의 욕구에 맞는 다양한 서비스 제공을 원하지만 현재 지원하는 서비스로는 보편적 케어의 욕구 충족이 어렵다. 이에 환자가 퇴원(탈 시설)하고 집으로 돌아가고 싶어도 결국은 다시 병원(시설)을 이용해야 하는 회전문 현상이 발생하고 있다. 또한 환자의 돌봄을 책임지는 가족은 사회적 안전망이 제대로 갖춰지지 않은 상황에서 장기간의 돌봄부담으로 인해 육체적, 정신적 한계에 부딪히는 경험을 하게 된다. 이처럼 의료적 필요가 아닌 돌봄제공자의 부재, 열악한 주거환경 등의 이유로 입원하는 '사회적 입원'의 비중도 높아져 심각한 사회적 문제로 대두되고 있다.

병원을 포함한 지역사회는 문제 해결을 위한 능력과 자원을 가지고, 환자를 포함한 지역사회 주민들의 건강증진에 기여해야 한다. 세계보건기구(WHO)의 정의에 의하면 건강증진이란 사람들로 하여금 자신의 건강에 영향을 미치는 요인을 통제할 수 있는 능력을 보유하도록 하는 과정이다(WHO 1998). 건강증진은 사람들이 '개인의 행동에 초점을 맞추는 것을 넘어 광범위한 사회적, 환경적 개입을 통해' 건강을 개선하고 통제하는 것을 말한다(Texas Children's Hospital, Baylor College of Medicine & Department of pediatrics). 병원을 포함한 지역사회는 건강불평등 완화를 위한 정책을 계획하거나 사업을 수행함에 있어 지역사회의 역할과 중요성을 논의하고, 지역주민의 건강 필요에 따라 분배된 자원을 효과적으로 활용하기 위해 지역적 상황에 가장 적합한 방안을 찾아야 한다. 지역사회는 지역 내 케어안내창구를 신설하는 등 다양한 주민들의 참여를 통한 민주적 의사 결정을 수반하여 건강의 차이를 극복하고 궁극적으로 지역사회 주민들의 건강증진에 기여하려는 노력이 필요하다. 또한 의료기관은 지역사회의 건강을 책임지는 주요 기관으로서 전인적 관점을 바탕으로 환자와 지역사회 주민들의 건강을 증진하고 건강불평등을 완화하기 위한 전문적 노력을 기울이는 것이 필요하다.

Ⅲ

암환자 퇴원계획 도구의 이해

1. 도구(Tool)의 정의와 사용 목적
2. 환자 중심(Patient-centered) 도구
3. 해외의 사회적 욕구 스크리닝 도구
4. 도구 선택 시의 고려사항

Ⅲ
암환자 퇴원계획 도구의 이해

1. 도구(Tool)의 정의와 사용 목적

도구(道具)란 '일을 할 때 사용하는 연장을 통틀어 이르는 말'로 '어떤 목적을 이루기 위한 수단이나 방법'을 뜻한다. 국립암센터는 암환자 퇴원계획 수립을 위한 의료사회복지 평가도구의 필요성을 인지하여, 환자 및 근거 중심의 실천을 위한 도구를 개발하고자 하였다. 특히 표준화된 스크리닝 도구의 사용은 환자의 사회적 욕구와 사회적 위험요인을 평가하고 이를 바탕으로 자원연계를 함으로써 환자의 퇴원계획을 수립하는 데 있어 주요한 가이드 역할을 할 수 있게 한다. 또한 도구를 사용함으로써 환자의 미충족 욕구를 확인하고, 이를 통해 이전에 사용하지 않았던 다양한 자원을 사용하거나 서비스를 이용할 방법을 찾는 데 영향을 줄 수 있기에 실질적으로 환자의 삶의 질을 높이는 데 중요한 역할을 할 수 있다 (Carlson, Waller & Mitchell 2012, 1160-1177). 특히 중요한 것은 도구 수행 이후의 실제 개입으로서, 도구를 통해 확인된 환자의 사회적 욕구가 완화되고 해결될 수 있도록 옹호하는 노력이 필요하다.

2. 환자 중심(Patient-centered) 도구

최근의 국내 보건의료서비스는 '환자 중심'이라는 키워드를 중심으로 흐르고 있다. 건강보험심사평가원에서 실사하는 환자경험평가, 한국생산성본부에서 시행하는 고객만족도 조사, 의료기관평가인증원에서 시행하는 의료기관 인증 등, 모두 보건의료에서 환자 중심성이 강조되고 있음을 의미하는 평가들이라 할 수 있다.

환자 중심(patient-centered)이란 환자의 필요와 가치를 중요시하는 개념을 의미하며, 환자 중심성(patient-centeredness)은 안전성, 효과성, 적시성, 효율성과 함께 이상적인 보건의료가 갖추어야 할 요건 중 하나로 꼽힌다(International Organization for Migraion 2001). 이 개념이 전 세계적으로 부각된 것은 2001년 미국의학연구소(Institute of Medicine)가 「의료의 질적 차이를 극복하기(Crossing the Quality Chasm)」라는 보고서에서 환자 중심성을 국가보건 의료체계의 필수적 요소의 하나로 언급한 것이 계기가 되었다(김창엽 외 2015). 특히 2000년대에 들어 IOM(Institute of Medicine)과 WHO(World Health Organization), OECD(Organisation for Economic Co-operation and Development)가 환자 중심성을 의료의 핵심 요소로 규정함에 따라 많은 국가에서 환자 관점이 의료의 질 평가 및 보건의료 체계 성과 평가의 필수 부분으로 간주되기 시작했다.

환자 중심 의료는 단순히 환자의 만족도만 높이는 것이 아니라 의사소통 개선, 긍정적 분위기 조성, 환자의 적극적 참여 독려를 통해 환자의 건강상태를 개선시키는 데 기여한다(Oates et al. 2000, 796-804; Anderson 2002, 80-82). 또한 이는 환자의 증상을 완화하고, 환자의 치료 순응에 기여할 뿐만 아니라(Beck et al. 2002, 25-38), 의사와 환자의 의사소통 실패에 따른 오진 위험을 감소시킨다(DiMatteo 1998). 환자 중심 의료를 통해 불필요한 검사를 줄임으로서 진료의뢰의 감소를 가져올 수 있고 의료비 절감을 유도하며 과소이용과 불필요한 의료 이용을 줄이는 것으로 나타났다(Berry et al. 2003, 568-574). 즉, 환자 중심의 의료가 의료의 과정 및 결과에 긍정적인 영향을 미친다는 것이다.

국립암센터 암환자 퇴원계획에서 수행하는 사회적 욕구 스크리닝이 실제적으로 의미가 있기 위해서는 환자 중심의 도구 수행이 필수적이다. 이는 도구의 내용뿐만 아니라 도구를 수행하는 방식에서의 환자 중심적 접근의 중요성을 의미한다. 환자 중심 도구를 수행하기 위한 구체적인 방법은 '데이터 수집 방법'에서 자세히 다루고자 한다.

3. 해외의 사회적 욕구 스크리닝 도구

해외에는 환자 및 대상자의 사회적 욕구를 파악하기 위한 다양한 도구들이 존재하는데 아래에서 그중 몇 가지를 소개한다. 전문가는 서식지별 특징을 파악하여 기관의 상황과 스크리닝 목적에 맞는 도구를 선택할 수 있다.

1) Health Leads

Health Leads는 구체적으로 표준화된 도구를 발표하지는 않았지만, 툴키트를 통해 맞춤형 또는 개발형의 다양한 설정으로 툴을 개발할 수 있도록 몇 가지의 권장사항을 제공한다. 또한 Health Leads에서 제안하는 스크리닝 도구는 환자의 사회적 욕구를 파악 및 해결하기에 용이한 스크리닝 도구로, 암환자뿐만 아니라 모든 질환 및 대상에게 적용 가능하다. Health Leads에서 제안한 질문지는 일반적으로 매우 간단한 질문을 바탕으로 하며 환자의 건강(신체, 사회, 정신, 영적)에 영향을 미치는 삶의 측면에 대해 질문한다. 또한 응답자의 쉬운 이해를 돕기 위해 주요 질문에 대해 작은 그래픽(이미지)을 첨부하고 있다. 질문은 '예/아니요'로 답할 수 있으며, 응답자들이 느끼는 도움에 대한 욕구에 기초하여 답할 수 있는 방식으로 구성되었다.

2) PRAPARE

환자의 자산 및 위험, 경험에 대응하고 평가하기 위한 방법인 'PRAPARE'는 주거, 공과금, 소득, 고용 상황, 보험, 교통, 정신건강 등과 관련한 간결한 질문을 포함하며, 경우에 따라 수감 상태, 이민, 폭력 등과 관련된 질문을 추가할 수 있다. 이 도구는 연구와 기존의 사회적 위험 평가도구에 대한 경험, 그리고 이해관계자들의 참여를 바탕으로 만들어졌다. 이 도구는 사회적 결정요인을 중요시하는 국가의 정책들(예: Healthy People 2020), ICD-10에 따른 임상 코딩, 헬스 센터 Uniform Data System(UDS) 등과 맥락을 같이 한다. 또한 PRAPARE는 실행 가능한 측정을 강조한다. 이에 PRAPARE 전자 건강 기록 양식(Electronic Health Record, EHR)은 여러 형식으로 일반 대중에게 무료로 제공되고 있다.

3) Accountable Health Communities

Accountable Helath Communities의 도구는 건강의 사회적 결정요인을 다루기 위한 목적으로 CMS에 의해 관리되며, 50개의 도구에서 200개 이상의 질문을 차용하여 개발되었다. CMS는 미국 내 전문가 패널의 의견과 기존 스크리닝 도구를 검토하여 10가지 항목으로 이뤄진 스크리닝 도구를 개발하였다. 이 도구에는 지역사회 서비스를 통해 접근할 수 있는 5가지 영역(주거 불안정, 음식 부족, 교통 문제, 공과금 지원 욕구, 대인관계 안전) 내에서 환자의 욕구를 확인한다. 매우 간결하고 사용하기 쉬워 일반적으로 사용할 수 있는 도구이다.

4) We Care

We Care(Well Child Care, Evaluation, Community, Resources, Advocacy, Referral, Education)는 소아과 세팅을 위해 개발된 스크리닝 및 의뢰 시스템이다. 본 도구는 미국의 웰차일드 케어(Well-Child Care)에서 건강의 사회적 결정요인 평가가 저소득 아동에게 미치는 영향을 평가하기 위해 보스턴 의과대학 소아과 부교수인 Arvin Garg에 의해 개발되었다. 이 도구에는 10개의 사회적 영역(부모 교육, 부모 실업, 부모 흡연 상태, 부모 약물 남용, 부모 알코올 남용, 부모 우울증, 친밀한 동반자의 폭력, 육아의 필요, 노숙, 음식 불안정성)이 포함되어 있으며, 설문이 짧고 간결하게 구성되어 있다.

5) MASQ

의료-법률적인 옹호정도를 스크리닝할 수 있는 이 설문지는 보스턴의 한 법률사무소에 환자를 의뢰하기 위해 개발되었다. 10문항으로 구성된 설문지는 리커트 응답 항목으로 짧게 제시되며 7학년(중학교 1학년) 수준에서 이해할 수 있도록 했다. 주거, 재정 안정성, 안전, 사회복지서비스로의 접근 등이 포함되어 있다.

6) The Online Advocate/Help Steps

이 방법은 온라인으로 진행할 수 있는 포괄적인 스크리닝 검사이다. 90~166개의 질문이 25개의 사회적 영역을 포함하며 설문지를 수행하는 데 최대 20분이 소요된다. 설문지에 응답을 완료하는 즉시, 알고리즘을 통해 환자의 거주지 근처의 자원을 소개한다. 따라서 환자는 자신의 우선순위에 따라 문제를 해결하며 스크리닝 검사를 하지 않더라도 자원 소개 및 연계로 이어질 수 있다.

표 1. 스크리닝 도구 비교표

도구	포괄성 (○개의 사회적 영역)	질문 수	검사 시간	필요 언어 수준	응답 방식	금액
Health Leads	12	구성에 따라 다름	10분	5학년	예/아니오	없음
PRAPARE	11개 (4가지의 선택사항)	21개 (4개의 선택사항)	5분	해당 없음	상이	없음
Accountable Health Communities	5개	10개	2분	해당 없음	리커트 척도	허가 필요
WE CARE	10개	10개	〈 5분	3학년	예/아니요	허가 필요
MASQ	4개	10개	2분	7학년	리커트 척도	허가 필요
The Online Advocate/Help Steps	25개	90~166개	20분	해당 없음	온라인	-

4. 도구 선택 시의 고려사항

위에서 제시한 여러 가지 스크리닝 도구 중 각 기관의 상황과 스크리닝 목적에 맞는 도구를 선택하기 위해서는 범위, 길이, 접근성, 환자 참여 정도, 신뢰성, 비용과 같은 사항들을 고려해야 한다. 도구의 길이(간결성)는 사용 가능한 시간과 원하는 결과의 정확성에 따라 다르게 설정하며 상담가는 스크리닝 도구를 통해 욕구의 심각성을 인식하는 데 도움이 되는 것만 질문해야 한다. 번역이 필요한 언어인 경우에는 도구 원본과의 정확성을 유지할 수 있도록 주의를 기울여야 한다. 질문은 짧고 간단해야 하며, 객관식이나 '예/아니요' 및 리커트 척도는 응답을 이해하고 해석하는 데 도움이 된다. 상담가는 환자가 심각하게 결핍된 상태에 놓여 있다고 하여 환자의 동의 없이 무조건 의뢰하기보다는 환자 혹은 가족과 함께 의사를 결정해야 한다. 특히, 타당성이 확보된 도구를 사용하는 것은 존재하는 욕구를 발견하고 정확히 평가할 수 있게 한다는 점에서 중요하다. 마지막으로, 도구 사용 비용과 시행 비용에 대한 고려도 필요하다(Texas Children's Hospital, Baylor College of Medicine & Department of pediatrics).

Ⅳ

암환자 퇴원계획 도구의 실제
: 의료사회복지 도구를 중심으로

1. 암환자 퇴원계획 수립 연구에서의 도구
2. 데이터의 수집
3. 데이터의 기록 및 문서화
4. 데이터의 분석 및 활용

Ⅳ
암환자 퇴원계획 도구의 실제
: 의료사회복지 도구를 중심으로

1. 암환자 퇴원계획 수립 연구에서의 도구

앞서 소개한 도구들과 같이 국립암센터에서는 포괄성, 질문 수, 검사 시간, 필요 언어 수준, 응답 방식, 비용을 고려하여 다음의 스크리닝 도구를 선정하였다.

1) 사회적 욕구 스크리닝 도구 [퇴원계획 서식지 1-1]

(Health Leads Inc., Social Needs Screening Toolkit, 2018, [CC BY-SA 4.0])

「Health Leads」는 20년간의 경험과 연구를 바탕으로 2016년 '사회적 욕구 스크리닝 툴키트(Social Needs Screening Toolkit)'를 발간했다. 이 스크리닝 툴키트는 Health Leads, Centers for Medicare & Medicaid Services의 오랜 프로그램 운영 경험을 바탕으로 필수 사회적 욕구 영역을 음식 불안정, 주거 불안정, 공과금 욕구, 재정적 압박, 교통 문제, 폭력에의 노출, 사회 인구학적 정보 영역으로 구분하였다. Health Leads는 건강의 사회적 결정요인의 스크리닝 도구에 위와 같은 영역을 반드시 포함시키기를 추천하며 보육, 교육, 고용, 건강 행동, 사회적 고립과 사회적 지지, 신체 및 정신건강 영역을 추가로 제시한다(Health Leads Inc. 2018).

국립암센터 의료사회복지팀에서는 Health Leads Inc.가 2018년에 제작한 Social Needs Screening Toolkit의 번역본을 바탕으로 사회적 욕구 스크리닝 도구를 2019년 2월 개발하여 사용하고 있다. 스크리닝 도구는 툴키트의 제안에 따라 '재정적 압박', '공과금 욕구', '음식 불안정', '교통문제', '주거 불안정', '사회적 고립과 사회적 지지', '정신건강', '건강정보 이해력', '고용', '폭력', '돌봄부담'의 12개의 항목을 인용하였다. 국립암센터

퇴원계획 연구 초기에는 12가지 항목 중 일반 암환자에게서 잘 발견되지 않는 것으로 여겨지는 '폭력'의 문항을 제외하여 총 11개 문항의 '서식지 1-1'을 개발하였으나, 향후 문헌고찰 등을 통해 암환자도 폭력에 노출될 가능성이 있음을 확인하였고, 이에 '서식지 1-1'에 폭력의 문항을 추가하였다. 이 외에도 환자 자가평가 특성에 맞게 환자의 이해를 돕기 위한 항목별 아이콘을 추가하였다. 이처럼 Health Leds의 사회적 욕구 스크리닝 툴키트를 활용하여 국립암센터의 맥락에 맞게 수정·보완하여 적용하였다.

2) 사회적 위험요인 평가도구 [퇴원계획 서식지 2-1] (Your Current Life Situation (YCLS) v 2.0)

Kaiser Permanente의 미국 통합 관리 의료 컨소시엄인 Care Management Institute는 주로 의료 이용률이 높은 인구의 사회적 위험요인을 확인하기 위해 2016년 YCLS(Your Current Life Situation)를 개발했다. YCLS는 비교적 간략히 수행할 수 있는 짧은 형식과 추가적인 항목을 확인할 수 있는 서식지를 별도로 제시한다. 모든 연령에 적용 가능하며 서면, 대면, 온라인 방법을 활용하여 수행할 수 있다. 특히 각 항목의 출처와 질문의 목적, 부가적인 설명을 기입한 자료를 첨부함으로써 표준화된 평가를 할 수 있게 한다.

퇴원계획 연구의 '서식지 2-1'은 Kaiser Permanente가 제작한 Your Current Life Situation를 바탕으로 개발되었다. 국립암센터는 Kaiser Permanente에 저작권을 서면으로 확인받았고, 이를 바탕으로 국립암센터 맥락에 맞는 내용으로 재구성하였다. 예를 들면, '재정'에 '공과금'의 항목을 포함하거나 '건강정보 이해력'에 '디지털 숙련도'를 추가하는 등으로 서식지를 수정·보완하여 사용하고 있다.

표 2. Kaiser Permanente와 국립암센터 서식지 비교

Kaiser Permanente Your Current Life Situation	국립암센터 퇴원계획팀 사회적 위험요인 평가도구
간략한 서식	사회적 위험요인 평가
1. 주거상황 2. 주거환경 및 불안정성 3. 재정	① 재정 ①-1: 월평균 가구 소득 ①-2: YCLS 3

Kaiser Permanente Your Current Life Situation	국립암센터 퇴원계획팀 사회적 위험요인 평가도구
4. 음식 불안정성 5. 교통 6. 일상생활 도움 7. 문제 해결 의지 8. 현재 보유한 욕구 9. 설문지의 응답자	② 음식 ②-1: 음식 불안정성 (거리, 비용의 문제) ③ 교통 ③-1: 교통문제 경험 이유 ③-2: 퇴원 시 교통 이용 방안 ④ 주거 ④-1: YCLS 1 ④-2: YCLS 2 ④-3: 퇴원 후 거주지 ⑤ 사회적 고립 ⑤-1: 고립감 경험 빈도 ⑤-2: YCLS 20 ⑥ 사회적 지지 ⑥-1: YCLS 15 ⑥-2: 보호자 및 간병인 유무 ⑦ 정신건강 ⑦-1: PHQ-4 Korean Version (단축형 우울 불안 척도) ⑧ 고용 ⑧-1: 가족 중 근로 활동자 ⑧-2: 환자 고용 현황 ⑨ 건강정보 이해력 ⑨-1: YCLS 16 ⑨-2: 디지털 숙련도 ⑩ 돌봄부담 ⑩-1: YCLS 13 ⑪ 폭력 ⑪-1: YCLS 18 ⑪-2: YCLS 18 ⑫ 의료사회복지사 종합 평가

Kaiser Permanente Your Current Life Situation	국립암센터 퇴원계획팀 사회적 위험요인 평가도구
선택적인(추가적인) 질문	사회력 조사
10. 결혼 상태 11. 최종학력 12. 음식 불안정 13. 돌봄 책임 14. 약 또는 의료용품 구입의 어려움 경험 15. 도구적 사회적지지 16. 건강정보 이해 17. 스트레스 18. 폭력(IPV) 19. 외로움/사회적 고립 20. 사회적 연결(사회적 지지) 21. 예방적인 치과 치료 22. 자기돌봄 23. 주 수입원의 경제적 폭력 24. 건강상태 25. 알코올 혹은 약물 사용	⑫ 거주지 ⑬ 결혼 상태: YCLS 10 ⑭ 가구 형태: YCLS 1 ⑮ 종교 ⑯ 주거(생활) 형태: YCLS 1 ⑰ 장애 여부 ⑱ 의료보장 유형 ⑲ 암 진료비 지불재원

3) 퇴원계획 체크리스트 [퇴원계획 서식지 5]

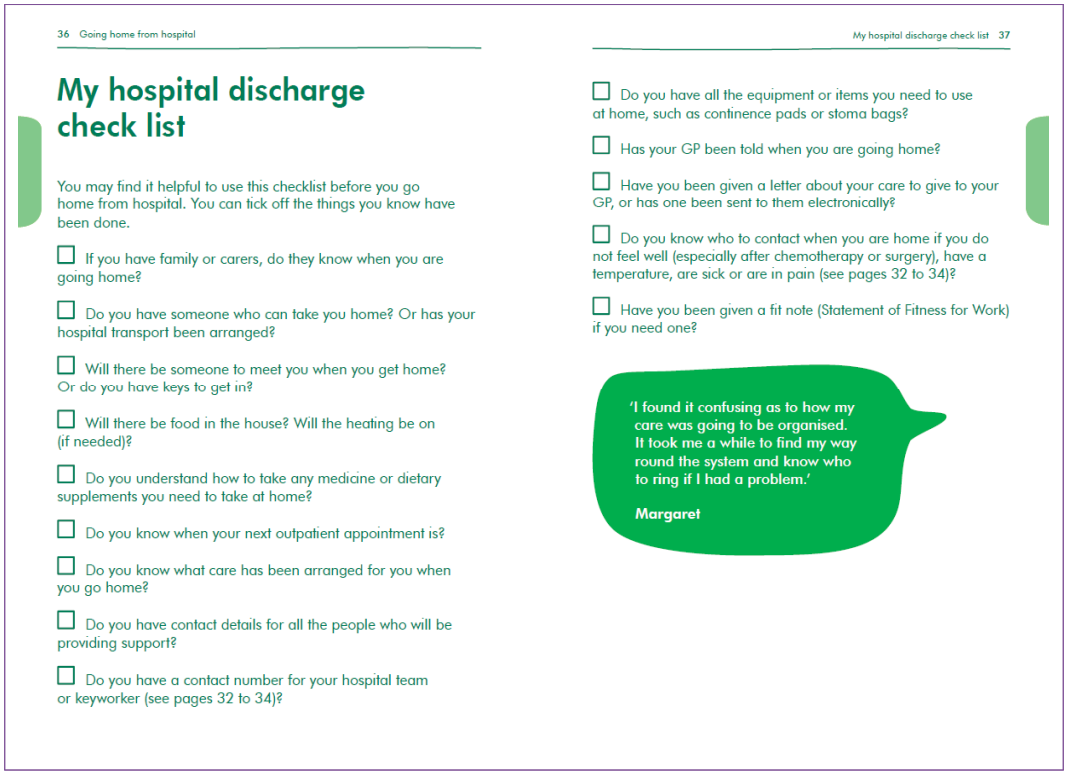
(Macmillan Cancer Support, My hospital discharge check list, Going home from hospital, 2019)

Macmillan Cancer Support는 영국에서 가장 큰 자선 단체 중 하나이자 국립암연구소의 파트너로서 암환자에게 전문적인 건강관리, 정보 및 경제적 지원을 제공한다. 또한 암환자에게 영향을 끼치는 사회적, 정서적, 실질적 요인들을 알아보고, 더 나은 암관리를 위해 캠페인을 펼친다. 암환자들의 삶의 질을 향상시키기 위한 목표를 가지고 여러 자료들을 개발하는데, 그중 하나가 'Going home from hospital(2019)'이다.

이 자료는 병원에서 집으로 복귀하는 암환자들이 받을 수 있는 지원과 암환자 가족과 친구들에게 도움이 되는 정보들을 담고 있다. 'My hospital discharge check list'가

이 자료에 수록되어 있으며, 이는 병원에서 집으로 복귀할 준비가 되었는지 확인하는 데에 유용한 체크리스트이다. 총 14개의 문항으로 구성되어 있지만, 국립암센터는 퇴원계획 연구의 맥락에 맞게 의료사회복지와 간호의 영역으로 분류하여 10개의 문항을 차용 및 수정하였다. 의료사회복지사는 그중 다섯 개의 항목과 관련이 있으며, 퇴원 전 환자가 자가로 확인할 수 있는 체크리스트로 '퇴원계획 연구 서식지 5'를 개발하였다.

그림 4. My hospital discharge check list



36 Going home from hospital

My hospital discharge check list

You may find it helpful to use this checklist before you go home from hospital. You can tick off the things you know have been done.

- ☐ If you have family or carers, do they know when you are going home?
- ☐ Do you have someone who can take you home? Or has your hospital transport been arranged?
- ☐ Will there be someone to meet you when you get home? Or do you have keys to get in?
- ☐ Will there be food in the house? Will the heating be on (if needed)?
- ☐ Do you understand how to take any medicine or dietary supplements you need to take at home?
- ☐ Do you know when your next outpatient appointment is?
- ☐ Do you know what care has been arranged for you when you go home?
- ☐ Do you have contact details for all the people who will be providing support?
- ☐ Do you have a contact number for your hospital team or keyworker (see pages 32 to 34)?

My hospital discharge check list 37

- ☐ Do you have all the equipment or items you need to use at home, such as continence pads or stoma bags?
- ☐ Has your GP been told when you are going home?
- ☐ Have you been given a letter about your care to give to your GP, or has one been sent to them electronically?
- ☐ Do you know who to contact when you are home if you do not feel well (especially after chemotherapy or surgery), have a temperature, are sick or are in pain (see pages 32 to 34)?
- ☐ Have you been given a fit note (Statement of Fitness for Work) if you need one?

'I found it confusing as to how my care was going to be organised. It took me a while to find my way round the system and know who to ring if I had a problem.'

Margaret

*출처: Macmillan Cancer Support 2019.

2. 데이터의 수집

1) 데이터 수집 방법

퇴원은 환자 삶의 연속선상에서 볼 때 사회로 복귀하여 새롭게 적응해야 하는 또 다른 시작이다. 따라서 퇴원은 입원치료를 종결하는 하나의 분리된 사건이라기보다 보호의 연속성이라는 의료의 연계 선상에서 통합적으로 보아야 하며, 다양한 측면에서의 체계적인 퇴원 준비가 필요하다. 의료기관에서 근무하는 의료사회복지사의 주요 역할 중 하나는 환자에 대한 전인적인 관점을 바탕으로 치료 초기부터 종료 시까지 연속성 있는 개입을 통해 환자에게 실질적인 도움을 제공하는 것이다. 이러한 측면에서 데이터 수집부터 개입하는 과정, 그 이후의 사후관리에 이르기까지 퇴원계획을 수행하는 의료사회복지사가 환자의 치료과정을 지속적으로 확인하며 개입의 연속성을 유지하고 환자와의 신뢰를 쌓는 것은 매우 중요하다(Oregon Primary Care Association 2018). 이런 일련의 일관성이 있는 과정들은 환자를 위한 분절적이지 않은 통합적인 퇴원계획을 수립하고 자원연계를 가능하게 하는 중요한 요인이다.

특히 암환자의 경우, 퇴원 이후에도 지속적인 치료가 필요하기에 개입의 연속성을 유지하는 것은 매우 중요하다. 또한 의료기관에서 수행하는 사회적 욕구 스크리닝은 민감한 질문들을 포함할 수 있기에, 이를 수행하는 담당자(의료사회복지사)는 환자와의 상호 신뢰와 존중을 쌓는 방법과 사회적 욕구를 파악하는 중요한 역할에 있어서의 정기 교육 및 수퍼비전 등의 지원을 받는 것이 필수적이다(American Hospital Association 2019). 이에 국립암센터 암환자 퇴원계획 수립 연구에서는 퇴원계획을 수행하는 사회복지사가 의료사회복지팀 내에서 활동함에 따라 개입의 연속성을 유지하고자 하였고, 팀 내의 수퍼바이저를 통해 지속적인 교육 및 수퍼비전을 제공받았다. 또한 퇴원계획 사회복지사는 환자 및 보호자와의 상담에서 다음에 제시된 데이터 수집 기술을 교육 및 훈련받고 사용함으로 올바른 때에 올바른 정보를 수집하고자 하였고, 의료사회복지팀의 자원을 충분히 활용함으로 환자의 욕구에 근거한 정보를 제공하고 지역사회 자원을 연계하는 사례관리를 성공적으로 수행하는 것이 가능했다.

사회적 욕구 스크리닝을 의료 현장 내에서 수행하고 있는 미국의 경우, 스크리닝 수행자가 건강관리전문가(의사, 의료사회복지사, 케어 매니저 등)로 다양하게 구성되어 있다. 일부 의료진들은 사회적 욕구와 같은 민감한 주제에 관한 대화를 시작하는 것을 어려워하고, 사회적 욕구 정보를 수집할 시간의 부족, 사회적 욕구의 데이터를 문서화하는 시스템의 부족 등의 장벽들로 인해 스크리닝이 제한적으로 이루어질 수 있다고 한다. 이에 미국병원협회에서는 사회적 욕구 스크리닝의 기본 지침으로 공감(empathy), 존중(respect), 자율성(autonomy), 신뢰(trust), 지지(support), 민감성(sensitivity), 지역사회 참여 및 협력(community engaged & collaboration) 등의 내용을 제시하며, 이 지침을 기관 내 스크리닝 수행자에게 공유하고 훈련하는 것이 필요함을 안내하고 있다. 또한 이와 관련된 민감한 질문을 하는 방법에 대한 가이드라인을 간략하게 다음과 같이 제시하고 있다(American Hospital Association 2019). 의료사회복지사는 이와 같은 가치와 기술 등에 대해 정기적인 교육과 훈련을 받고 있으며, 이를 기반으로 환자의 상담과 개입을 수행하고 있기에 사회적 욕구 스크리닝을 수행할 전문가로 적합하다고 할 수 있다.

표 3. 민감한 대화에의 참여를 유도하는 방법

방법	내용
적극적인 경청 (Active Listening) : 내담자가 말할 때 상담자가 대화에 집중하고 이해하고 반응하고 이를 기억하는 기술	적극적인 경청은 전문가가 어떠한 적절한 방식으로 환자의 이야기를 들어야 하는지 알려준다. 환자가 말하는 것을 주저하는지 파악하고 이에 대한 주요 질문, 개방형 혹은 폐쇄형 질문법, 반사적 질문법 등을 알려준다.
공감적 질문 (Empathic Inquiry) : 동기부여 인터뷰와 트라우마 치료법을 통합하여 협동 및 감정적인 지원을 향상시키는 방법	공감적 질문은 케어팀 멤버들이 환자의 건강을 증진시키기 위해 환자와 유대감을 쌓고 신뢰관계를 형성하며 일방적인 판단을 하지 않는 접근 방법을 제시한다.
동기강화 인터뷰 (Motivational Interviewing) : 사람들이 어려움을 해결하고 그들의 행동을 변화시키는 내적 동기를 찾도록 도와주는 상담 기술	동기강화 인터뷰는 그들의 소망 혹은 현재 상황에 기반하여 목표를 설정하고 이로써 환자가 자신의 건강을 위해 적절한 행동을 취하도록 도와준다.

방법	내용
역량 기반 (Asset-based) : 개인의 역량 및 가능성에 초점을 두는 방법	환자와 지역사회는 그들 자신이 사회적 욕구를 해결하기 위한 역량을 가지고 있다는 것을 인지해야 한다. 역량 기반의 상담은 전문가와 환자 간의 대화가 문제 중심이 아닌 환자의 강점, 흥미, 가치 등을 다루는 것으로 재구성하도록 한다. 또한 지역사회 맥락에서의 역량 기반 방법은 학교, 지역사회 조직, 종교 기관, 정부, 지역 기업 등과 같은 지역사회가 협력하여 새로운 커뮤니티를 형성하는 데 도움을 준다.
문화 역량 (Cultural Competency) : 다른 문화를 가진 사람들과 효과적으로 교류하는 능력	문화 역량 훈련은 케어팀 멤버들이 개인의 정체성을 형성하는 데 영향을 미치는 삶의 경험을 위해 문화적 다양성에 대해 민감성을 기르고, 언어 장벽을 낮추는 것을 도와주는 것이다.

*출처: American Hospital Association, 2019.

2) 데이터 수집 기술: 공감적 질문(Empathic Inquiry)

사회적 욕구 스크리닝을 수행함으로 데이터를 수집할 때 의료사회복지사는 다양한 장벽에 부딪힐 수 있다. 스크리닝을 통해 확인한 욕구에 대해 연결할 수 있는 자원이 없을 때 데이터 수집을 주저할 수도 있다. 지역사회 기반의 사회적 자원을 연결하는 역할의 전문가(예, 병원의 의료사회복지사, 주민센터의 사회복지 공무원, 사회복지관의 사회복지사 등)의 경우 정서적 고통을 느낄 수 있다. 환자 입장에서는 사회적 욕구에 대한 질문이 민감하게 받아들여질 수 있으며, 사실 그대로의 정보를 제공할 경우 치료과정에서의 낙인 또는 차별을 경험할지도 모른다는 생각에 어떤 사실을 숨기거나 사회적으로 더 바람직하다고 생각되는 답변을 할 수도 있다.

사회적 욕구에 대한 질문이 민감할 수 있기에 환자와 그 가족들이 적극적으로 참여하여 그들의 이야기를 하도록 하기 위해서는 올바른 방법으로 올바른 질문을 해야 한다. 상담자는 독립적이고 안정적인 환경을 제공하고, 공감적 질문을 통한 존중하는 분위기를 조성하는 것이 중요하다. 이를 통해 환자는 상담자와의 신뢰를 쌓고 상담자는 환자의 욕구를 더 잘 이해하여 환자 중심의 개입을 제공할 수 있다.

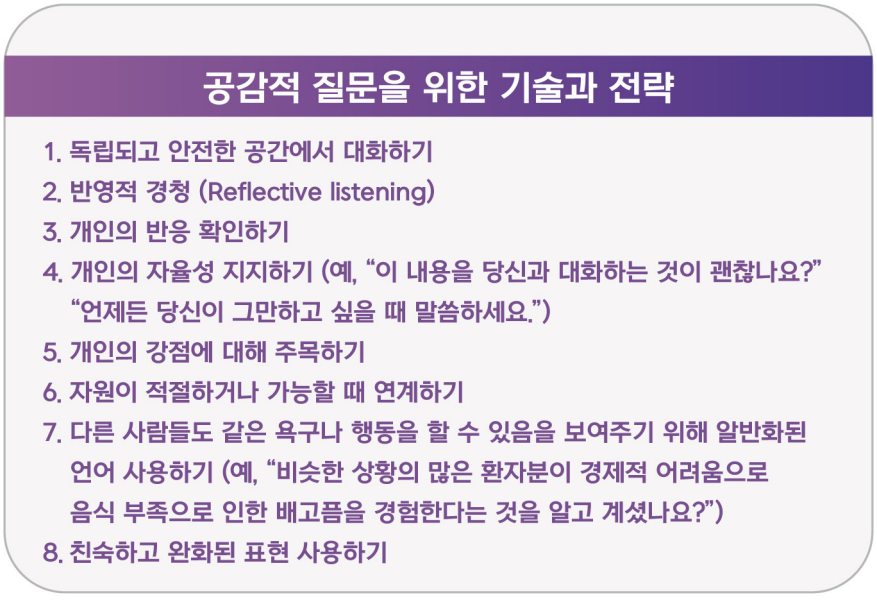
Oregon Primary Care Association(OPCA)는 이러한 내용을 반영하여 Kaiser Permanente Northwest Community Benefit의 기금 지원하에 '사회적 욕구 스크리닝을 위한 공감적 질문'에 대한 원칙을 개발했다. '공감적 질문'이란, '공감을 바탕으로 환자를 이해할 수 있는 능력을 결합함으로써 환자와 전문가 사이의 신뢰 관계를 형성하고, 이를 바탕으로 환자의 경험, 관심사, 관점을 더 잘 이해하려는 의도로 정보를 얻는 행위'를 의미한다. 공감적 질문은 전문가의 관점을 '데이터 수집'으로부터 '환자의 삶에 대한 이야기를 들을 수 있는 기회'로 바꿈으로써 전문가와 환자 모두의 웰빙을 증진시킬 수 있는 환자 중심, 강점 관점의 대화 기법이다.

OPCA는 시범 사업을 통해 2018년에 Oregon 지역 의료센터 10곳의 사회복지사, 간호사, 의료보조사, 커뮤니티 종사자에게 개인적인 훈련을 제공하고 지원하였다. 참여자들은 설문조사에서 그들이 환자와의 연대, 자율성에 대한 인지, 스크리닝 수행에 있어서의 자신감과 편안함이 향상되었다고 답하였다. 이와 비슷하게 132명의 환자 대상의 설문조사에서는 공감적 질문법의 대화가 케어팀과의 관계를 향상시킨다는 것에 91%가 동의하였고, 97%의 환자들은 건강의 사회적 결정요인에 대한 케어팀과의 대화가 좋은 시간이었다고 답했다. 또한 80% 이상의 환자들은 그들의 사회적 욕구에 대해 물어보는 것이 매우 적절했다는 것에 동의하였다(National Association of Community Health Centers, Inc., Association of Asian Pacific Community Health Organizations & Oregon Primary Care Association 2018).

공감적 질문법의 목적은 환자와 의료팀 사이의 신뢰를 구축함으로써 환자의 욕구와 우선순위를 이해하기 위해 환자와 진심으로 소통하는 것이다. 이를 통해 모든 개인이 존중과 배려를 받고 열린 마음으로 받아들여진다면, 특히 취약한 주제에 대해 이야기하도록 요청받을 때조차 솔직하게 말할 수 있을 것이다. 또한 환자와 제공자 사이에 신뢰를 구축하고 더욱 적절한 치료와 돌봄을 제공할 수 있다.

National Association of Community Health Centers(NACHC 2018)에서는 공감적 질문을 위한 기술과 전략을 다음과 같이 제시하고 있으며, 이는 의료사회복지사들이 환자에게 개입할 때 기본으로 활용되는 사회복지 실천 기술과 일맥상통한다.

그림 5. 공감적 질문을 위한 기술과 전략



*출처: NACHC et al. 2018.

국립암센터 퇴원계획팀은 이러한 '공감적 질문'의 중요성을 인식하고 이를 사용하여 서식지를 수행하고자 하였다. 또한 퇴원계획을 수행하는 의료사회복지사뿐만 아니라 모든 전문가가 환자의 사회적 욕구 스크리닝을 위한 상담 시에 참고할 수 있도록 OPCA에서 제시한 '환자 중심적인 건강의 사회적 결정요인 스크리닝을 위한 원칙'을 바탕으로 '공감적 질문을 위한 체크리스트**[붙임1]**'를 제작했다.

3. 데이터의 기록 및 문서화

1) 데이터 기록 및 문서화의 필요성

환자의 사회적 욕구 데이터를 수집하고 이를 전자의무기록에 입력하는 데이터의 문서화 과정은 의료기관이 환자와 지역사회의 건강의 질을 향상시키는 데 있어 매우 중요하다. 스크리닝의 결과는 기관의 전자의무기록 시스템 내에서 지속적으로 기록 및 업데이트되어 환자의 치료계획에 포함되어야 한다. 미국의 경우, 케어팀을 통해 평가과정 동안 확인된 사회적 욕구의 데이터를 ICD-10-CM 코드들을 활용하여 기관 내 전산 시스템에 저장함으로써 모든 케어팀의 구성원들이 공유할 수 있다(American Hospital Association 2019).

또한 사회적 욕구를 스크리닝하고 문서화 및 코딩함에 있어 표준화된 방법을 사용하는 것은 다음의 측면에서 중요하다(American Hospital Association 2019).

- 환자에게 영향을 주는 사회적 욕구를 확인하고 환자의 의료적, 사회적 욕구를 고려한 맞춤 치료를 제공할 수 있다.
- 환자들의 데이터를 종합하여 사회적 결정조건 전략에 집중하는 방법을 결정하도록 한다.
- 건강 트렌드를 확인하고 커뮤니티와의 협동을 가이드한다.

2) 데이터 문서화의 과정

병원이 환자의 사회적 욕구 데이터를 수집하고 문서화하는 가장 유용한 방법은 ICD-10-CM(제10차 개정 국제질병분류)의 코드 중 카테고리 Z55-Z65(Z코드)를 활용하는 것이다(American Hospital Association 2019). 우리나라는 ICD-10의 기준과 체계를 따르는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD-8)를 사용하고 있다. Z00-Z99 코드는 A00-Y89의 진단명 이외의 문제에 대해 병행기재하기 위한 것으로, 현재 질병상태에 관련 없이 의료기관을 방문 혹은 보건서비스를 접한 경우 처방할 수 있다. 이중 Z55-Z65 코드는 '사회경제적 및 정신사회적 상황에 관련된 잠재적 건강위험이 있는 사람'으로 정의되며, 환자의 건강상태에 영향을 미치는 비의료적인 요인들을 알려준다(대한의료사회복지사협회 Z코드 의료사회복지사 연구회 2018). Z코드는 교육, 문맹, 고용, 주거, 적절한

음식이나 물의 부족, 위험 요소에 대한 직업적 노출, 양육, 가정 및 사회적 환경과 같은 환자의 사회경제적인 상황과 관련된 문제들을 다룬다.

미국에서도 ICD-10-CM 코드 중 Z55-Z65를 의사, 의료사회복지사, 캐어매니저 등 환자의 사회적 욕구를 다루는 전문가는 누구나 사용할 수 있고 유용성도 있지만 많은 병원이 Z코드를 사용하고 있지는 않다. 이는 누가 환자의 사회적 욕구를 문서화할지 명확하지 않고, 사회적 욕구 처리 과정이 없으며 Z코드에 익숙하지 않기 때문이다. 이에 미국병원협회(American Hospital Association)에서는 Z코드의 활용도를 높이기 위한 문서화 방법과 Z코드 사용법 등을 교육하고 있다.

다음은 미국병원협회에서 발간한 건강의 사회적 결정요인 관련 ICD-10-CM 코딩 자료이다(American Hospital Association 2019). 코드는 다음과 같은 카테고리로 분류되어 있다.

표 4. ICD-10-CM 코드 카테고리 및 위험요소

ICD-10-CM 코드 카테고리	문제/위험요소
Z55 (교육 및 문해에 관련된 문제)	읽고 쓰는 능력, 학교에 가지 못하는 경우, 낮은 학업성취도, 교육에 적응하지 못함, 선생님 및 친구들과의 불화
Z56 (취업 및 실업에 관련된 문제)	실업, 이직, 실직의 위험, 근무일정의 스트레스, 상사 및 동료와의 불화, 마음에 들지 않는 업무환경, 직장 내 성희롱, 군복무
Z57 (위험요인에 직업적 노출)	소음, 방사능, 먼지, 환경적인 매연, 농업에서 유독성 물질, 다른 산업에서의 유독성 물질, 극한 온도, 진동에 직업적인 노출
Z59 (주택 및 경제적 상황에 관련된 문제)	집 없음, 부적절한 주거환경, 이웃과의 불화, 하숙인과 집주인, 주거시설 문제, 적절한 음식 및 안전한 식수의 부족, 극심한 가난, 낮은 수입, 불충분한 사회 보험 및 복지 지원
Z60 (사회적 환경에 관련된 문제)	생활 주기 변화에 대한 적응, 독거, 사회화의 어려움, 사회적 배척 및 거부, 차별 및 괴롭힘
Z62 (양육에 관련된 기타 문제)	부모의 부적절한 통제, 과잉보호, 부모와 떨어져 사는 것, 양육권, 기관보호, 어린이 혐오 및 공격성향, 과도한 부모의 압박, 어린 시절의 학대 경험, 어린 시절의 따돌림 경험, (Z62.819) 어린 시절 특정화하기 어려운 학대, 부모-자식 간 충돌, 형제간 경쟁
Z63 (가족상황을 포함하여 일차지원집단에 관련된 기타 문제)	가족 구성원의 부재, 가족 구성원의 죽음, 별거 혹은 이혼, 치료가 필요한 의존적인 가족 구성원, 가족에게 스트레스를 주는 사건들, 군 복무 후 돌아온 가족 구성원으로 인한 스트레스, 알코올 혹은 약물 중독자인 가족 구성원

ICD-10-CM 코드 카테고리	문제/위험요소
Z64 (특정 정신사회적 상황에 관련된 문제)	원치 않는 임신, 여러 번의 출산, 상담가와의 불화
Z65 (기타 정신사회적 상황에 관련된 문제)	투옥 없이 불법 행위, 투옥 및 다른 구금, 석방, 다른 법적인 상황, 범죄나 테러의 피해자, 자연재해, 전쟁

*출처: American Hospital Association, 2019.

국내에서 Z55-Z65 코드에 해당되는 환자 대부분은 병원 내 의료사회복지사와 만날 가능성이 크다. 이에 대한의료사회복지사협회에서는 2018년부터 Z코드 의료사회복지사 연구회를 신설하여 의료사회복지사들의 Z코드에 대한 이해와 활용을 높이기 위한 활동을 하고 있다. Z55-Z65 코드에는 사회적 결정요인과 관련된 코드들이 있으며, Z55-Z65 코드의 사용을 통해 환자의 치료과정에서 의료사회복지사의 상담 및 지원에 관한 근거를 마련할 수 있다. 뿐만 아니라, Z코드를 전자의무기록(Electronic Medical Record, EMR)에 추가하여 데이터를 통합적으로 활용함으로 의료진이 적극적으로 환자 관리를 할 수 있게 돕고, 취약계층의 사회경제적 및 정신사회적 상황에 따른 의료이용 현황 등을 파악함으로써 공공의료 정책 수립에 활용할 수 있다.

영국 또한 사회적 결정요인이 사람의 건강과 삶의 질에 영향을 미친다는 인식에 기초하여 수집된 데이터를 문서화하여 사회적 처방을 내리는 데 활용하기도 한다. 사회적 처방이란 의료사회복지사와 같은 자원연계 실무자를 비롯한 의사, 간호사 등 일차의료 종사자들이 환자와 지역사회가 보유한 비의료서비스인 '자산(asset)'을 연결해 주는 서비스를 말한다. 이는 질병에 대한 치료를 넘어 개인 건강 문제의 사회적 원인을 해결하여 건강과 삶의 질을 향상시키는 것을 목표로 한다. 사회적 처방은 개인이 직면한 사회적 어려움을 해결하여 건강수준을 높이고 불필요한 의료이용을 줄일 수 있을 것이라는 믿음을 뒷받침한다(시민건강연구소 2020).

다음은 Centers for Medicare & Medicaid Services(CMS)에서 제시한 '더 나은 결과를 위한 건강의 사회적 결정요인 데이터 처리(Using Z Codes: The Social Determinants of Health Data Journey to Better Outcomes)' 단계이다.

그림 6. 더 나은 결과를 위한 건강의 사회적 결정요인 데이터 처리 단계

1 1단계: 건강의 사회적 결정요인 **데이터 수집**

케어팀 구성원은 환자와의 모든 상담에서 건강의 사회적 결정요인 데이터를 수집할 수 있다. 환자와 제공자 간의 상호작용, 스크리닝 도구, 건강 위험 평가, 개인의 표현을 통해 의료사회복지사, 지역사회 의료진, 사례관리자, 서비스 제공자 등이 데이터를 수집한다.

2 2단계: 건강의 사회적 결정요인 **데이터의 문서화**

데이터는 종이 혹은 EHR에 반드시 기록해야 한다. 건강의 사회적 결정요인 데이터는 문제 또는 진단 목록, 환자 혹은 클라이언트의 특징, 상담자의 메모 등을 포함할 수 있다. 케어팀은 단순히 Z코드의 처방을 내리는 것보다 건강의 사회적 결정요인 데이터를 수집함으로써 더 자세한 정보를 얻을 수 있으며, 이를 위해 건강의 사회적 결정요인 데이터를 표준화하고 유지하기 위해 노력해야 한다.

3 3단계: 건강의 사회적 결정요인 **데이터와 Z코드의 연결**

코딩 및 보고는 ICD-10-CM 공식 가이드라인을 참조할 수 있다. 코딩, 청구, EHR 시스템은 코더(Coder)가 표준화된 코드를 부여할 수 있게 한다. 코더 (Coder) 자가 보고 데이터 및 케어팀원들이 환자의 의료 기록에 문서화한 정보를 바탕으로 건강의 사회적 결정요인 Z코드를 부여할 수 있다.

4 4단계: 건강의 사회적 결정요인 **Z코드 데이터의 사용**

데이터의 분석은 치료 경험 및 품질을 향상하는 데 도움이 된다. 상담자는 환자의 사회적 위험요소와 미충족 욕구를 파악하고 개입 계획, 퇴원계획 등을 안내할 수 있다. 또한 미충족 욕구에 따른 서비스를 안내하거나 직접 연계하고 이후 개입이 어떻게 이루어지고 있는지를 확인해야 한다.

5 5단계: 건강의 사회적 결정요인 **Z코드 데이터의 결과 보고**

건강의 사회적 결정요인 데이터를 주요 보고서에 추가함으로써 경영진 및 이사회에 가치 기반의 치료 기회를 알릴 수 있다. 또한 미충족 욕구를 확인하기 위해 지역사회 기관이나 서비스 제공자, 소비자 등과 결과를 공유하고 이를 통해 건강형평성을 향상시키는 발판을 마련할 수 있다.

*출처: Centers for Medicare & Medicaid Services. 2021.

3) 국립암센터 퇴원계획 연구에서의 적용

우리나라는 전자의무기록인 EMR(Electronic Medical Record)을 통해 컴퓨터 중앙 시스템상에 환자 차트를 디지털 버전으로 저장한다. 흔히 환자의 인적 사항, 병력, 진찰 결과, 치료 결과, 수술 기록, 입퇴원 기록, 외래 진료 사항, 건강검진 기록 등이 기재되어 있으며 이 데이터는 기관 또는 공급자가 유지 및 관리하는 디지털 환자 차트이기 때문에 내부에서만 공유된다.

외국은 전자의무기록 시스템을 기존의 EMR(Electronic Medical Record)에서 EHR (Electronic Health Record)로 변경하고 있으며 우리나라도 이러한 흐름에 영향을 받고 있다. EHR(Electronic Health Record)은 개인의 디지털 건강정보로 활력 징후, 과거 병력, 진단, 진행 상황, 약물, 알레르기, 실험실 데이터, 예방 접종 날짜 및 영상 보고서 등 EMR보다 다양한 종류의 많은 정보를 담고 있는 것이 특징이다. 특히 EHR(Electronic Health Record) 시스템은 환자의 건강 관련 사회적 욕구 및 위험요인 등의 사회경제적 상황을 데이터로 입력하고 문서화하는 데 유용하게 활용될 수 있다. EMR은 특정 조직이 사용하도록 특별히 설계되어 데이터가 인트라넷에 저장된다는 점과 달리, EHR 시스템은 환자 케어에 관련된 모든 제공자와 공유할 수 있도록 설계되어 있으며 해당 개인의 모든 건강 기록이 포함되어 있다. 이 기록에 쉽게 접근할 수 있게 함으로써 치료 및 돌봄과정에 대한 결정을 내릴 수 있다.

국립암센터 퇴원계획 연구에서는 시범사업의 단계로 환자의 사회적 욕구와 위험요인을 EMR에 입력하고 있지는 않으나, 연구팀에서 환자의 데이터를 기록 및 문서화하여 활용하고 있다. 이를 바탕으로 수술 후 퇴원하는 암환자들의 미충족 수요를 확인하고 이에 따른 연계 가능한 재원을 조사 및 연계하고 있다. 또한 데이터를 문서화하여 임상에 적용하거나 다음 개입을 계획함으로 수가 사업의 기반을 만들고자 한다.

추후 암환자 퇴원계획이 정규 사업이 되어 전자의무기록 시스템을 통해 환자의 사회적 욕구 데이터가 관리되고, 향후 EHR과 같은 형식으로 발전된다면, 퇴원계획을 수립하는 의사, 간호사, 의료사회복지사는 환자의 건강을 전체적인 관점에서 바라보고 개입하는 데 중요한 역할을 할 수 있을 것이다. 또한 이는 의료사회복지사의 효율적인 업무 수행을

돕고, 환자에게는 불필요하고 중복되는 상담시간이나 자원연계를 줄이고 통합적인 서비스를 제공하여 환자의 건강증진에 기여할 수 있을 것이다. 또한 영국과 같이 정부 산하의 국가보건서비스(NHS)가 사회적 처방제도를 통해 지역사회에서 1차 진료 네트워크를 형성하는 것과 같이 1차 의료 기관을 포함한 의료사회복지사 및 의료진이 함께 EHR을 통해 환자의 건강과 관련한 상황들을 공유하고 사회적 욕구에 따른 Z코드를 처방한다면 환자 중심, 근거 기반의 의료서비스를 제공할 수 있을 것으로 기대된다.

4. 데이터의 분석 및 활용

1) 데이터 분석

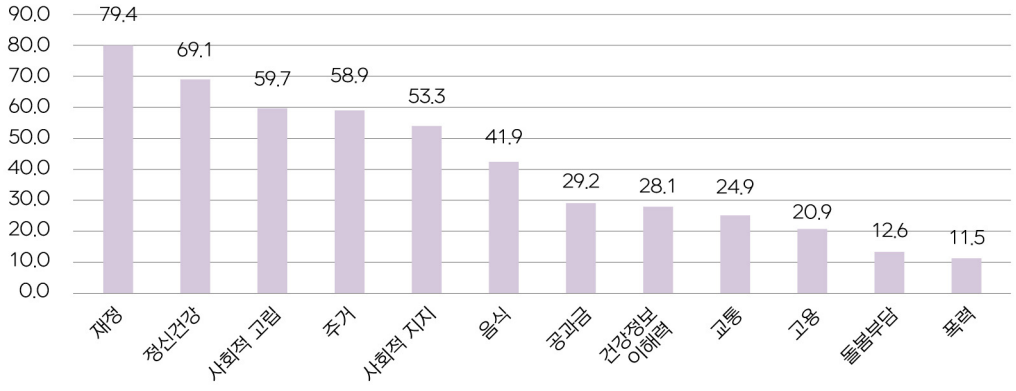
데이터를 분석하는 과정은 데이터 활용의 시작이라 할 수 있다. 일차적으로 환자가 표현한 사회적 욕구와 의료사회복지사가 평가한 사회적 위험요인에 따라 근거 기반으로 환자에게 필요한 자원을 탐색 및 연계할 수 있다. 또한 분석된 데이터를 기반으로 욕구의 수요에 따라 가장 높은 욕구에 연계시킬 수 있는 자원을 탐색하거나 개발하는 등의 여러 방식으로 활용될 수 있다. 여기서 더 나아가 건강의 사회적 결정요인이 담긴 데이터를 주요 보고서에 추가함으로써 의료기관이 가치 기반의 실천을 할 수 있음을 알릴 수 있다. 또한 미충족 욕구를 확인하기 위해 지역사회 기관이나 서비스 제공자, 소비자 등과 결과를 공유하고 이를 통해 건강형평성을 향상시키는 데에도 기여할 수 있을 것이다.

국립암센터 암환자 퇴원계획 수립 연구는 암환자의 퇴원계획 모델을 개발하고 있으며, 이를 위해 2020년 하반기부터 암수술 후 퇴원을 하는 환자를 대상으로 스크리닝 및 데이터를 수집하고 있다. 하지만 연구가 아직 진행중인 바, 데이터 수집, 분석 및 활용과 관련해서는 국립암센터 의료사회복지팀의 사회적 욕구 데이터를 예시로 들어 설명하고자 한다.

국립암센터 의료사회복지팀에서는 퇴원계획 연구와 별도로, 2019년 4월부터 국립암센터 의료사회복지팀을 방문하는 환자를 대상으로 사회적 욕구 스크리닝 도구를 활용하고 있으며, 데이터를 수집하고 분석한 주요 결과는 다음과 같다.

- 데이터 수집 및 분석 기간: 2019년 4월 ~ 2021년 9월
- 분석 대상: 국립암센터 의료사회복지팀 개입 암환자 253명의 사회적 욕구 데이터
- 1인 평균 욕구의 수: 3.8개
- 욕구 순위 및 불충분 정도(%)

  : 재정(79.4%) 〉 정신건강(69.1%) 〉 사회적 고립(59.7%) 〉 주거(58.9%) 〉 사회적지지(53.3%) 〉 음식(41.9%) 〉 공과금(29.2%) 〉 건강정보 이해력(28.1%) 〉 교통(24.9%) 〉 고용(20.9%) 〉 돌봄부담(12.6%) 〉 폭력(11.5%)



2019년 4월부터 2021년 9월까지 국립암센터 의료사회복지팀을 방문한 취약계층 암환자 중 사회적 욕구 스크리닝을 수행한 253명의 데이터를 분석한 결과, 재정의 어려움이 1순위, 정신건강이 2순위, 그 다음으로 사회적 고립, 주거의 불안정, 사회적 지지의 부족, 음식 불안정, 공과금(생활비) 부족, 낮은 정보이해, 교통 장벽, 고용의 어려움, 돌봄부담, 폭력에의 노출의 순서로 사회적 욕구를 경험하고 있는 것으로 나타났다. 또한 1인당 평균 3.8개의 복합적이고 다중적인 사회적 욕구를 가지고 있음을 알 수 있었다. 국립암센터 의료사회복지팀에서 개입 중인 암환자의 경우 재정의 어려움이 가장 높기에 이를 바탕으로 재정 지원을 수행했다. 그 다음으로 높은 욕구인 정신건강, 사회적 고립과 같은 심리정서적 문제에 대해서도 의료사회복지 개입이 필요함을 데이터로 확인할 수 있었고, 이에 대한 개입으로 암환자를 위한 다양한 심리사회적 정보를 담은 안내 책자를 개발하여 활용함으로써 암환자에게 심리사회적 지지를 제공했다.

사회적 욕구 데이터 분석 결과는 이를 수행하는 기관과 환자군의 특성을 반영하여 다양하게 도출될 수 있으며, 사회적 상황 또한 영향을 미치기 때문에 데이터를 수집하는 시기에 따라 결과가 달라지기도 한다. 그렇기에 각 의료기관 별로 목적에 맞는 사회적 욕구 데이터를 수집하는 것이 중요하다. 이를 통해 기관 내 인구집단의 사회적 욕구 우선순위를 확인하여 지역사회 자원 탐색과 연계, 개발에 대한 근거자료로 활용하는 등 적절한 의료사회복지 개입을 진행하여 환자 중심과 근거 기반의 실천을 수행할 수 있다.

2) 사회적 욕구와 지역사회 자원연계

암환자는 암을 진단받은 후 치료과정에서 갑작스러운 신체적, 정신적, 사회적 변화를 경험하게 된다. 그 과정에 따라 기존의 사회적 욕구와 더불어 새로운 욕구가 발생하기도 하는데 이때 환자의 욕구를 정확히 파악하여 정보를 제공하고 적절한 자원을 연계하는 것이 의료사회복지사의 주요 역할 중 하나이다.

연계(linkage)란 환자와 지역사회 자원을 연결시켜 줌으로서 환자의 욕구를 충족시키기 위한 과정이다. 연계(linkage)가 의뢰(referral)와 다른 점은 전문적 서비스 기관에 환자를 연결할 뿐 아니라, 서비스가 제대로 제공되고 있는지, 환자가 원하는 도움을 실제로 받고 있는지를 확인하고 점검 하는 데 있다. 연계를 잘하기 위해서는 우선 의료사회복지사가 지역사회 내에 있는 다양한 사회복지 자원에 대한 정보를 가지고 있어야 한다. 어떤 서비스가 있는지, 그 서비스에 적합한 대상자의 선정 기준과 신청 절차는 무엇인지, 기관 담당자의 이름과 연락처는 무엇인지 등에 관한 상세 정보를 가지고 있어야 한다.

효과적인 서비스를 연계하기 위해서는 지역사회에 있는 자원을 개발하고 조직화할 필요가 있다. 자원의 조직화 방식은 지역사회 내에 있는 주요한 공식·비공식적 자원을 데이터화하는 것, 사용하기 용이한 형태로 정보를 관리하는 것 등이 포함된다. 이런 정보들은 정기적으로 확인해서 정확한 최근 정보를 가지고 있어야 한다. 또한 협력적 관계를 가져야 하는 다른 지역사회 기관의 직원들과 전문적이고 친밀한 관계를 유지하는 것은 효과적인 서비스 연계에 있어 중요한 부분이다(조영아 2011).

병원 및 기관은 수집된 환자의 사회적 욕구 데이터를 기반으로 환자에게 연계가 필요한 지역사회 자원 목록을 다음의 '사회적 욕구 기반의 자원 목록표'와 같이 구성할 수 있다.

국립암센터 의료사회복지팀에서는 수집된 사회적 욕구 데이터의 분석 결과에 따라 환자의 욕구 중 가장 높은 순위 및 다중 욕구에 대한 지역사회 자원 데이터를 목록화 하였으며, 지속해서 수정 및 업데이트하여 활용함으로 실제 환자에게 도움이 되는 자원을 연계하고 있다. 환자의 욕구 빈도는 높으나 상대적으로 지역사회 자원이 부족한 항목에 대한 파악을 한눈에 할 수 있어, 이를 활용하여 지역사회의 공공 및 민간 기관과 협조체계를 구축하고 부족한 자원에 대한 개발 노력을 수행하는 근거 자료로 활용할 수 있다.

표 5. 사회적 욕구 기반의 자원 목록표 예시

번호	사회적 욕구		세부 내용	자원 명칭	주요 대상	기관명	주소	담당자	연락처	연계 기준	비고
1	고립		복지관								
2	재정	의료비	공공								
			민간								
		생계비	공공								
			민간								
		부채관리	공공								
3	교통		공공								
			민간								
4	정보이해		언어(통역)								
5	주거		비용지원								
			환경개선								
			공공 주거복지								
6	음식		급식								
			도시락								
			식사								
7	공과금		도시가스								
			상하수도								
			전기요금								

번호	사회적 욕구		세부 내용	자원 명칭	주요 대상	기관명	주소	담당자	연락처	연계 기준	비고
8	돌봄	자기돌봄									
		자녀돌봄									
		부모돌봄									
9	고용										
10	폭력	가정폭력									
		노인학대									
		아동학대									
11	건강 행동	흡 연									
		알 코 올 및 약물									
12	정신건강										
13	사회인구학적 정보										

3) 미충족 사회적 욕구와 자원 개발

사회적 욕구 데이터에 기반하여 지역사회 자원을 목록화하고 연계함을 통해 암환자의 원활한 퇴원계획 및 지역사회 적응을 도울 수 있다. 하지만 사회적 욕구에 기반한 지역사회 자원이 존재하지 않을 수 있으며, 자원이 있다 하더라도 환자의 자격 조건이 충족되지 못하는 등의 틈새가 발생함으로 환자의 사회적 욕구가 미충족되는 경우도 발생한다. 특히 우리나라의 사회적 자원들은 많은 부분 취약계층을 대상으로 한정되어 있기에 일반 암환자의 퇴원계획에서 활용할 수 있는 자원이 한정적이다. 이에 환자의 욕구는 확인하였으나 이를 충족할 지역사회 자원이 부재하여 연계하기 어려운 상황을 종종 경험하며, 이러한 개입의 한계는 환자의 미충족 욕구를 확인하고자 하는 시도 자체를 중단하게 하는 요인이 될 수 있다. 하지만 확인된 욕구를 충족할 수 있는 지역사회 자원 또는 정보가 없다 하더라도, 환자의 사회적 욕구 데이터를 축적하고 분석함으로 향후 지역사회와의 자원 개발 논의 시 활용하는 근거 데이터로 활용 가능하며, 이는 환자의 욕구에 대해 옹호하는 의료사회복지사의 역할로서도 매우 중요한 의미가 있다.

경우에 따라서는 욕구의 불충분 정도와 자원의 수요도, 기관의 상황과 재원에 따라 자원을 개발할 수도 있다. 다음은 국립암센터 의료사회복지팀에서 개발한 암환자를 위한 '교통'과 '음식(영양)' 지원 프로그램의 사례이다. 환자의 욕구와 수요에 맞게 자원이 개발되고 효율적, 효과적으로 운영되기 위해서는 기관에서의 인력 및 예산 지원이 수반되어야 한다.

그림 7. 미충족 사회적 욕구에 따라 개발한 국립암센터 프로그램 예시

암환자 교통지원 프로그램

암환자 영양지원 프로그램

또한 암환자의 경우 불안도를 낮추고 치료의 순응도를 높인다는 측면에서 정보적 지지가 중요하다. 실제 퇴원계획 연구를 수행하며 많은 환자의 경우 사회적 자원을 연계할 정도의 미충족 욕구는 없으나, 퇴원 후 일상생활 적응에서의 정보적 욕구가 높은 경우를 종종 확인할 수 있었다. 이에 환자의 욕구에 기반한 심리사회적 측면의 안내지(리플릿)를 개발하고 올바른 정보를 제공하는 정보적 지지를 통해 환자 스스로 문제를 해결하도록 지원하고자 하였다. 이에 국립암센터 의료사회복지팀과 퇴원계획팀은 암환자의 정보적 지지 제공을 위한 8종의 브로슈어를 개발하여 활용하고 있으며, 브로슈어는 국가암정보센터(cancer.go.kr) 홈페이지에 게재하여 공유하고 있다.

그림 8. 암환자의 정보적 지지를 위한 리플릿(총8종)

V

암환자 퇴원계획 수립 연구 수행 매뉴얼

1. 퇴원계획 수립 연구 목표 및 내용
2. 퇴원계획 수립 연구 업무 흐름도
3. 전문가 역할
4. 서식지 수행 프로세스
5. 의료사회복지 서식지 수행 매뉴얼

V
암환자 퇴원계획 수립 연구 수행 매뉴얼

앞서 개요에서 언급했듯 국립암센터에서는 2019년부터 3개년의 기관 고유사업으로 치료 후 퇴원하는 암환자를 위한 퇴원계획 수립과 가정과 지역으로의 체계화된 연계 모델을 제안하기 위해 「암환자 퇴원계획 수립과 적정관리 방안 연구」를 진행했다.

1. 퇴원계획 수립 연구 목표 및 내용

2019년	• 1차연도 연구 목표: 1차 암 치료 이후 퇴원하는 환자(위, 대장, 유방, 폐, 부인암 환자)와 가족들의 신체적, 정신적 사회경제적 요구도(퇴원 및 치료 이후 거주지, 가장 우려되었던 사항, 필요했던 내용 등) 확인 • 연구 내용 ① 퇴원 후 처음 외래를 방문하는 환자 및 보호자를 대상으로 심층 분석(In-Depth Interview) 를 통한 요구도 조사(Cohort 1) ② 첫 치료 후 1년이 지나 추적검사를 위해 외래를 방문하는 환자 및 보호자를 대상으로 심층 분석(In-Depth Interview)을 통한 요구도 조사 (Cohort 2) ③ 암으로 첫 치료 후 퇴원예정인 환자와 퇴원 후 처음 외래를 방문하는 환자 및 보호자를 대상으로 설문을 통한 요구도 조사 (Cohort 3)
2020년	• 2차연도 연구 목표: 1차 암 치료 이후 퇴원하는 환자(위, 대장, 유방, 폐, 부인암 환자)와 가족을 위한 퇴원계획 수립 임상 연구(Pilot study) • 연구 대상: 1차 암 수술 이후 퇴원하는 위암, 대장암, 유방암, 폐암, 부인암 환자 중 퇴원계획팀으로 의뢰된 환자 • 연구 내용 - 퇴원계획수립팀에 의한 퇴원계획 표준서식 적용 및 보완 ※ 의료사회복지사 서식 작성 업무 흐름: 서식지 1-1에서 하나 이상의 사회적 욕구가 확인된 환자를 포함한 연구 대상 전수에게 서식지 2-1 수행

	- 원내의 의료사회복지팀을 통한 지역사회(원내/지역 내) 기관 연계 - 퇴원계획 수립 및 연계 프로세스 정리 - 일차의료진을 위한 매뉴얼 개발
2021년	• 3차연도 연구 목표: 1차 암 치료 후 퇴원하는 환자(위, 대장, 유방, 폐, 부인암 환자)와 가족을 위한 퇴원계획 수립 확대 임상연구 • 연구 대상: 1차 암 수술 이후 퇴원하는 위암, 대장암, 유방암, 폐암, 부인암 환자 중 퇴원계획팀으로 의뢰된 환자 • 연구 내용 - 암 수술 후 퇴원하는 환자를 위한 퇴원계획 수립 예비 연구 완료 및 개선사항 도출 - 퇴원계획수립팀에 의한 퇴원계획 및 수정·보완된 서식 작성 ※ 의료사회복지사 서식 작성 업무 흐름: 서식지 1-1에서 하나 이상의 사회적 욕구가 확인된 환자를 포함한 연구 대상 전수에게 서식지 2-1 수행 - 원내의 의료사회복지팀을 통한 지역사회(원내/지역 내) 기관 연계 - 문제점 도출, 퇴원계획 수립 및 연계 프로세스 보완 정리 - 건강의 사회적 결정요인을 적용한 암환자 퇴원계획 의료사회복지 가이드북 개발 • 암전문병원의 퇴원계획 수립 모델 제안 - 인적 구성, 서식 및 프로세스 정리, 보고 및 배포 - 서식의 전산화 또는 디지털 플랫폼 개발

2. 퇴원계획 수립 연구 업무 흐름도

국립암센터 퇴원계획 시범사업에서는 다음의 업무 흐름을 통해 퇴원계획을 수립하였다.

3. 전문가 역할

암환자 퇴원계획은 퇴원계획 담당 의사, 간호사와 의료사회복지사가 협력하여 수립하며, 환자의 주치의와 연계(협력)의사도 함께 참여할 수 있다. 각 전문가의 역할은 다음과 같다.

1 퇴원계획 의사

: 환자에 대한 평가 및 퇴원계획 수립 총괄, 치료 및 관리 계획 수립, 지역 내 타 의료기관 및 보건의료서비스 연계, 가정간호 의뢰, 다학제적 접근 시 관련회의 소집

2 퇴원계획 간호사

: 환자의 건강상태 및 의료요구도 파악, 치료 이후 상처 관리/식이/영양/운동관리 등의 간호관리 정보제공 및 교육

3 퇴원계획 의료사회복지사

: 환자 및 가족의 사회적 욕구, 사회적 위험요인 및 사회·경제적 상황 평가, 이용 가능한 사회복지서비스 정보제공 및 연계, 심리·정서적 지지 상담

4 환자 주치의

: 치료 요약지(Treatment summary) 및 퇴원계획 의사와 함께 향후 치료계획 수립, 퇴원(치료) 이후 암재발, 이차암, 예방접종, 만성질환 등의 치료 관리 일정 수립

5 연계(협력) 의사

: 필요시 정신건강의사, 재활의사, 1차 의료기관 의사 등이 퇴원계획에 참여

6 연계(협력) 전문가 의료진

: 필요시 병동전담간호사, 심리·영양·재활 상담사, 치료사, 진료협력팀, 가정간호팀, 지역사회 사회복지사 등이 퇴원계획에 참여

4. 서식지 수행 프로세스

항목 / 서식	수행자	수행시점	수행장소
1-1	• 의료사회복지사	입원일~수술 전	외래 및 병동
1-2	• 간호사	입원일~수술 전	외래 및 병동
2-1	• 의료사회복지사	수술 후 면담 가능 시점	병동
2-2	• 간호사	퇴원 예고 시점	병동
3	• 의사 • 대상자 주치의 • 간호사	퇴원 예고 시점	회의실
4	• 의사 • 대상자 주치의 • 간호사 • 의료사회복지사	퇴원 예고 시점 ~퇴원일	회의실
퇴원 교육	• 병동 간호사	퇴원 당일	병동
5	• 간호사 • 의료사회복지사	퇴원 당일 (퇴원 교육 후)	병동
6	• 간호사 • 의료사회복지사	퇴원 1일 후	전화
6	• 간호사 • 의료사회복지사	퇴원 후 첫 외래	전화 또는 외래에서 대면
6	• 간호사 • 의료사회복지사	퇴원 한 달 후	전화 또는 외래에서 대면

※ 서식지 1-1(사회적 욕구 스크리닝)은 환자가 스스로 수행하는 서식이나, 퇴원계획 연구에서는 서식 확인 및 수정·보완을 위해 담당 사회복지사가 환자와 대면하여 수행함.

※ 서식지 1-1(사회적 욕구 스크리닝), 서식지 2-1(사회력 조사 및 사회적 위험요인)의 경우, 사회적 욕구 스크리닝 수행 지침에 따라 독립된 안정된 공간에서 시행하는 것이 필요하나, 연구의 특성상 외래 진료센터 또는 병동에서 수행이 진행되었음.

※ 서식지 5(퇴원 체크리스트)는 퇴원 직전, 환자가 자가로 체크하여 퇴원 준비에 대해 인지할 수 있도록 제작된 서식이나, 퇴원계획 연구에서는 서식 확인 및 수정·보완을 위해 담당 사회복지사가 대면으로 수행함.

5. 의료사회복지 서식지 수행 매뉴얼

1) 서식지 1-1. 사회적 욕구 스크리닝

수행목적	환자가 스스로 표현하는 사회적 욕구를 스크리닝하여, 환자의 건강에 영향을 미치는 사회적 위험요인에 대한 심층 평가의 근거를 마련하고자 한다.
수행방법	환자는 서식지의 질문을 보고(듣고) 자신의 경험 혹은 욕구에 대해 답한다. 본 서식지는 환자 자가 보고 설문지로 환자가 직접 읽고 답하는 것을 원칙으로 하되, 환자가 응답하는 것이 불가능한 경우 보호자(가족, 친구, 간병인 등)가 대신 할 수 있다. 보호자가 대신할 경우, 환자의 입장에서 사회적 욕구 스크리닝을 수행하도록 안내한다. 수행방법은 병원과 환자의 상황에 적합하게 비대면 스크리닝(예: 종이로 작성 후 제출, 전화, 메시지로 스크리닝 링크 전송, 키오스크 등) 혹은 대면 스크리닝(예: 종이, 태블릿 PC 등)의 방법을 택할 수 있다. 스크리닝은 환자가 자신에 대해서 솔직하게 이야기할 수 있도록 독립적이고 안전한 환경(예: 상담실)에서 진행되어야 한다.
의료 사회복지사 역할	① 의료사회복지사는 입원 결정 처방을 받은 환자를 만나 스크리닝에 대한 동의를 구한다. ② 환자에게 서식지의 수행목적을 설명한다. (예: "본 서식은 환자분의 건강에 영향을 미칠 수 있는 다양한 사회적 요인을 확인하기 위한 서식입니다.") ③ 다양한 이유로 환자가 글을 읽지 못하는 경우나 응답을 서식지에 기록하지 못하는 경우, 의료사회복지사가 환자에게 질문을 읽어주고 환자의 응답을 기록한다. ④ 환자가 질문을 이해하는 데 어려움을 느끼는 경우, 의료사회복지사가 질문을 이해하기 쉽게 풀어 설명한다. ⑤ 환자가 12개 항목에 응답을 완료한 후, '예'로 응답한 욕구가 있을 시 그 이유가 무엇인지 추가로 질문하여 환자의 욕구를 구체적으로 사정하고 의료사회복지사의 개입에 대한 동의를 구한다. ⑥ 환자가 2개 이상의 질문에 "예"라고 응답한 경우, 도움이 시급하다고 생각하는 욕구의 우선순위를 확인한다. ⑦ 환자의 수술 후 면담 가능 시점에 서식지 2-1의 의료사회복지사 심층평가가 이루어질 예정임을 안내한다.

서식지 작성 세부기준	이름, 등록번호, 응답자, 작성 날짜, 수행자	의료사회복지사가 해당란을 작성한다. 환자가 주로 응답하되 보호자가 도와주는 경우에는 응답자 항목을 중복 선택할 수 있다. 수행자란에는 의료사회복지사의 이름을 기입한다.
	구분 (그림)	환자의 교육 수준과 문해력에 따른 영향을 최소화하고 질문의 이해도를 높이기 위하여 각 문항에 대한 설명 그림을 다음과 같이 삽입하였다. (예: 재정, 공과금, 음식, 교통, 주거, 사회적 고립, 사회적지지, 정신건강, 고용, 건강정보 이해력, 돌봄부담, 폭력)
	1~12번 항목	환자가 체크한 항목에 따라 '1. 재정', '2. 공과금', '3. 음식', '4. 교통', '5. 주거', '6. 사회적 고립', '7. 사회적지지', '8. 정신건강', '9. 고용', '10. 건강정보 이해력', '11. 돌봄부담', '12. 폭력'의 욕구가 있음을 확인할 수 있다.
	욕구 순위 작성	스크리닝에서 하나 이상의 욕구 확인 시, 환자가 병원 또는 지역사회기관으로부터 우선적으로 도움 받길 원하는 욕구의 순위를 작성하도록 한다. 이는 환자의 다중 욕구 중 가장 우선적으로 필요한 욕구의 순위를 확인하여 환자 중심의 개입이 되도록 하기 위함이다.

2) 서식지 2-1. 사회력 조사 및 사회적 위험요인

수행목적	환자가 가진 사회적 위험요인의 종류와 수준, 강점 등을 심층적으로 사정하고, 이를 바탕으로 정보 제공 및 자원을 연계함으로 근거 중심의 개입을 진행하고자 한다.
수행방법	본 서식지는 환자의 사회적 위험요인 및 사회적 욕구를 평가하기 위한 서식지로 '서식지 1-1. 사회적 욕구 스크리닝'에서 한 가지 이상의 사회적 욕구가 확인된 환자와 대면하여 수행하는 것을 추천한다. 질문의 민감성으로 인해, 본 서식은 평가자(의료사회복지사)가 직접 질문하고 기입하는 방식으로 진행해야 하며, 개인적이고 민감한 질문을 다수 포함하고 있기 때문에 독립된 안정적인 공간에서 서식지의 수행이 이루어질 수 있도록 해야 한다. 퇴원 전 환자의 욕구를 파악하고 그에 따른 적절한 개입을 진행하기 위해, 환자가 수술을 시행한 후(환자가 수술을 위해 입원한 기간 중) 면담이 가능한 가장 빠른 시점에 서식지를 수행하도록 한다.
의료 사회복지사 역할	① 환자와 상담 전, EMR을 통해 사전 확인 가능한 거주지, 장애 여부, 의료보장 유형 등의 항목들을 미리 확인하고, 서식에 해당 내용을 작성한다. EMR을 통해 파악하기 어려운 문항의 경우 환자에게 직접 확인한 뒤 작성할 수 있다. ② 환자에게 심층 평가를 위한 상담의 목적을 설명한다. (예: "지금 진행되는 상담은 환자분의 건강에 영향을 미칠 수 있는 다양한 사회적 요인을 조금 더 자세히 확인하고, 향후 치료 과정에서 필요한 정보를 제공하거나 자원을 연계하기 위한 목적으로 진행됩니다.") ③ 상담 시작 시, 환자의 소득수준, 가족관계 등 다소 민감한 개인정보에 대해 질문할 수 있으며, 환자의 사회적 상황 및 의료사회복지사의 개입 내용은 의사, 간호사와 공유됨을 알린 뒤 면담 진행에 대한 동의를 구한다. ④ 서식지 상의 다소 딱딱하고 직접적인 질문을 그대로 사용하기보다는, 자연스럽고 부드러운 질문을 사용함으로써 환자가 편안한 분위기에서 답변할 수 있도록 해야 한다.**([붙임1] 공감적 질문 가이드라인 참조)** ⑤ 환자와 대화를 통해 논의되었거나 확인된 사항을 요약해서 이를 환자와 공유하고 누락된 정보가 있는지 확인한다. ⑥ 의료사회복지사는 서식지에 노란색으로 색칠된 사회적 위험요인 기준을 참고하여 환자의 사회적 위험요인 및 사회적 욕구를 확인하고 평가한다. ⑦ 필요 시 환자 또는 보호자와 함께 퇴원계획을 논의하고 수립한다.

<table>
<tr><td></td><td>⑧ 시급하게 연계가 필요한 욕구(예: 환자의 재정적 여건이 열악하여 퇴원 시 수납이 불가할 것으로 예측되는 상황)가 하나 이상 있을 경우, 수립한 퇴원계획을 바탕으로 가능한 한 빨리 지역사회 의뢰, 자원연계 및 정보제공(예: 사업안내, 안내책자 제공)을 통해 지원한다. 적절한 자원을 빠르게 연계하기 위해 사전에 개발한 지역사회 자원 목록을 참고하고 새로운 자원을 발견할 시, 목록에 업데이트한다.
⑨ 확인된 환자의 미충족 욕구를 충족할 수 있는 지역사회 자원 또는 정보가 없다 하더라도, 환자의 사회적 욕구 데이터를 축적하고 분석함으로 향후 지역사회와의 자원 개발 논의 시 활용하는 근거 데이터로 활용할 수 있다.</td></tr>
<tr><td>서식지
작성
세부기준</td><td>
<table>
<tr><td>1. 재정</td><td>1-1. ‘재정’ 수준의 확인을 위해서는 등본 상 가구원 수에 따른 월평균 가구 소득 정보를 수집할 필요가 있으며, 이를 통해 중위소득 기준 해당 구간을 선택할 수 있다.([붙임2] 2021년 가구규모별 중위소득 기준표 참조) 환자 가구의 중위소득을 파악하여 환자가 국가 의료비 지원사업의 기준에 충족하는지를 쉽게 파악할 수 있다. 필요시 사회력 조사에서 파악할 수 있었던 암 진료비 지불 재원과 재정 상태를 종합하여 입원치료비 마련 계획에 대해 추가로 질문할 수 있다.</td></tr>
<tr><td></td><td>1-2. 재정 문제로 인해 빚어질 수 있는 문제들의 최근 경험 여부를 질문한다.
※ 서식지 1-1(사회적 욕구 스크리닝)의 ‘공과금’ 항목을 본 항목에 포함함.</td></tr>
<tr><td>2. 음식</td><td>암환자는 특히 영양섭취가 중요하므로 지난 3개월 동안 음식 불안정성이 있었는지를 파악한다. 또한 퇴원 후 음식에 대한 접근성이나 식사 준비 계획을 확인해야 한다. 여기서 음식 불안정성은, 신체적 상태로 인해 음식 섭취에 어려움이 발생하는 것이 아니라, 사회경제적 상황으로 인해 음식 접근에 제한이나 불안정성(사회적 욕구 범주에서의 음식 불안정성)이 발생하는 것을 의미한다.</td></tr>
<tr><td>3. 교통</td><td>교통 장벽은 환자의 진료일정이나 처방 시기에 영향을 끼치기 때문에 퇴원 전 환자의 교통에 대한 욕구를 파악하는 것이 필수적이다. 교통 문제의 최근 경험 여부와 이유를 파악하여 그에 맞는 개입을 진행하고, 퇴원 시 이용할 교통수단을 환자가 사전에 계획할 수 있도록 한다.</td></tr>
<tr><td>4. 주거</td><td>현재의 주거지와 주거상황, 주거환경에 대한 걱정을 확인한다. 특히 입원 전 주거지와 퇴원 후 주거지가 달라질 수 있으므로 퇴원 후 주거지를 확인하는 것이 필요하며, 주거지가 달라질 경우 퇴원 후 주거지에 대한 환자의 걱정 또한 파악해야 한다.</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

5. 사회적 고립	5-1. (주관적 고립감) 고립감의 정도는 '0~4점' 척도로 고립감을 전혀 느끼지 않는 경우 0점, 조금 느끼는 경우 1점, 때때로 느끼는 경우 2점, 대체로 느끼는 경우 3점, 항상 느끼는 경우는 4점으로 체크한다.
	5-2. (객관적 고립 정도) 가족, 친구, 동호회 등 친하게 지내는 가까운 사람들과 일주일 동안 교류하는 정도를 확인한다.
6. 사회적 지지	도움을 요청할 수 있는 사람(가족, 친구, 보호자 등)이 있는지를 확인하고 통원 시 동행 혹은 간병해 줄 사회적 지원망을 연결한다.(동행서비스, 재가서비스 등)
7. 정신 건강	Patient Health Questionnaire-4(PHQ-4)는 심리적 디스트레스를 선별하는 매우 간단한 도구이며, 2개의 우울 문항과 2개의 불안 문항으로 구성되어 있다. 7-1과 7-2 불안 항목에 대한 점수와 7-3, 7-4 우울 항목에 대한 점수의 총합이 3-5점일 경우 경도(Mild), 6-8점일 경우 중증도(Moderate), 9-12점일 경우 심각한 디스트레스가 있는 것(Severe)으로 채점할 수 있다(0점: 전혀 없음, 1점: 일주일 미만, 2: 일주일 이상, 3: 거의 매일). 국립암센터는 PHQ-4 한글판을 연구 및 공중보건의 목적으로 사용하는 것에 대해 저자로부터 승인을 받아 활용 중이다. 이 선별 도구를 사용함으로써 조사자는 환자의 우울과 불안의 발생 여부를 측정할 수 있으며 발생 이유를 추가적으로 질문할 수 있다. 필요시에는 우울과 불안 정도에 따라 이와 같은 감정을 다룰 수 있는 안내책자(정보적 지지)을 제공하거나 정신건강의학과를 방문하도록 독려할 수 있다.
8. 고용	8-1. 자원연계를 위해 가정 내 주 소득원과 근로상태에 대해 파악한다.
	8-2. 환자의 고용상태(자영업, 직장인 등)에 따라 복귀에 대한 정보적 지지를 제공하고 환자나 보호자의 근로 욕구와 신체 상태에 따라 고용복지플러스센터와 같은 고용 관련 자원을 안내한다.
9. 건강 정보 이해력	9-1. 병원에서 제공하는 자료에 대한 도움 필요의 정도를 0~4점 척도를 활용하여 건강정보 이해력을 파악한다. 0점은 '도움이 전혀 필요하지 않음', 1점은 '도움이 조금 필요함', 2점은 '도움이 때때로 필요함', 3점은 '도움이 대체로 필요함', 4점은 '도움이 항상 필요함'을 뜻한다.

		9-2. '디지털 문해력'이란 통신 기술을 사용하여 정보를 찾고 평가하고 생성하고 전달하는 능력으로써의 인지 능력과 기술 능력을 의미한다. 이에 본 문항에서는 환자가 PC, 스마트폰 등의 디지털 기기를 이용하여 건강에 대한 정보를 수집하거나 교육을 받는 것이 가능한지를 확인한다.
	10. 돌봄 부담	돌봄부담 문항 중 '예'에 해당한다면 평소 돌봄대상에게 어느 정도의 지원이 필요한지, 퇴원 후 돌봄대상에게 어떻게 돌봄을 제공할 것인지를 확인한다. 준비가 되어 있지 않다면 연계 가능한 자원이 있는지를 탐색하고 정보제공 또는 자원연계를 통해 퇴원 후 돌봄부담의 어려움을 완화할 수 있도록 한다.
	11. 폭력	지난 3개월 동안 가족, 친구를 포함하여 누구에게라도 신체적, 언어적 폭력이나 위협을 경험한 적이 있는지를 질문한다. 폭력의 경험이 있다면, 폭력의 유형이나 가해자와 환자와의 관계, 폭력으로 인해 환자가 경험하고 있는 어려움 등을 파악한다. 각 병원의 폭력 피해 환자 개입 절차에 따라 적합한 기관(노인보호전문기관, 여성의전화, 가정폭력상담소 등)으로 연계한다.
	12. 사회적 욕구 평가	의료사회복지사는 위에서 확인한 항목에 따라 환자의 종합적인 욕구를 평가하고 이 외에 심층 면담 중 발견된 욕구가 있을 시 '기타' 항목으로 기입한다. 의료사회복지사는 평가한 욕구를 바탕으로 정보를 제공하거나, 적절한 자원을 연계·개발하여 근거 중심의 실천을 할 수 있다.

3) 서식지 4. 요약 및 의뢰 서식

<table>
<tr><td>수행목적</td><td>퇴원계획에 관여하고 있는 의사, 간호사, 의료사회복지사 등(필요시 주치의 참석)이 환자의 신체·정서·사회적 상태를 공유하고, 의료적·사회적 자원을 탐색 및 연계함으로써 환자 맞춤형의 통합돌봄 계획을 수립한다.</td></tr>
<tr><td>수행방법</td><td>회의를 통해 의사, 간호사, 의료사회복지사가 환자와 보호자로부터 수집한 환자의 신체·정서·사회적 상태 전반에 대한 내용을 공유 및 논의하여 환자의 욕구를 통합적으로 파악한다. 또한 서비스가 중복되지 않도록 개입 내용을 점검하고 환자의 통합돌봄 계획을 수립한다.</td></tr>
<tr><td>의료
사회복지사
역할</td><td>① 서식 1-1과 2-1의 내용을 바탕으로 환자의 사회적 욕구 및 강점을 평가하고 평가내용을 구체적으로 기술한다.
② 사회적 욕구가 평가된 환자의 경우 이에 대해 어떤 개입이 이루어졌는지, 어떤 기관과 연계했는지를 기록하고 ‘실패’, ‘대기’, ‘성공’으로 분류하여 개입 결과를 작성한다.
③ 욕구에 대한 KCD Z코드를 처방하여 개입의 근거를 마련한다.
([붙임3] 사회적 욕구와 KCD-10 Z코드(Z55-Z65) 매칭 참조)
④ 환자의 신체적·정서적·사회적 상태 전반에 대한 내용 및 개입내용을 공유하고 이를 바탕으로 환자에게 적절한 통합돌봄 계획을 수립한다. 또한 수립된 계획에 따라 환자에 대한 개입을 종결할지, 적극적인 개입을 지속할지, 어떤 모니터링이 필요한지를 결정할 수 있다.</td></tr>
<tr><td>서식지
작성
세부기준</td><td>
<table>
<tr><td>환자의
사회적 욕구</td><td>1-1 서식에서 확인할 수 있었던 환자의 사회적 욕구를 기입한다.</td></tr>
<tr><td>욕구
평가</td><td>2-1 서식에서 의료사회복지사가 심층평가한 환자의 욕구와 그에 대한 평가 내용을 기술한다. 이후 ‘[붙임3] 사회적 욕구와 KCD-10 Z코드(Z55-Z65) 매칭’을 참고하여 상황에 맞는 KCD Z코드를 입력한다.
예)
<table>
<tr><th>욕구</th><th>평가 내용</th><th>KCD Z코드</th></tr>
<tr><td>재정</td><td>기초생활수급자, 경제적 지지체계 전무</td><td>Z59.5</td></tr>
<tr><td>음식</td><td>경제적 어려움으로 건강한 음식에의 접근 어려움</td><td>Z59.4
Z59.5</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td>
<table>
<tr><th>욕구</th><th>평가 내용</th><th>KCD Z코드</th></tr>
<tr><td>교통</td><td>RTx 28회 예정(주5회X4주). 본원까지 대중교통 이용 시 2시간 소요.
체력 저하 시 택시 이용 원하나 편도 택시비 3만 원 소요 예상됨</td><td>Z59.5
Z59.7
Z59.8</td></tr>
<tr><td>사회적 고립</td><td>독거, 미혼. 가족관계 소원, 희귀질환 투병 중 암 진단.
입원 시 간병 및 돌봄 지지체계 전무</td><td>Z60.2
Z63.8</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>강점 평가</td><td>강점 관점을 통해 환자가 가지고 있는 강점을 평가한다. ‘공감적 질문법’을 활용하여 사회적 욕구 및 위험요인 확인 시, 문제 이외의 강점이 되는 사회적 요인들도 확인할 수 있다. 환자가 가진 강점은 퇴원 후 환자의 적응에 중요한 영향을 미칠 수 있기에 이에 대한 확인 및 강점 강화의 개입도 필요하다.
예)
<table>
<tr><th>강점</th><th>평가 내용</th></tr>
<tr><td>주거</td><td>임대주택에 거주하고 있어 안정적 거주지 보유</td></tr>
<tr><td>건강정보 이해력</td><td>디지털 활용 및 자원 탐색 능력 높음</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>개입 및 결과</td><td>의료사회복지사는 환자의 사회적 욕구와 의료사회복지사의 욕구 평가를 종합하여 적절한 개입을 진행하고 그 내용과 연계 기관, 결과를 기입한다. 개입 결과는 담당자(의료사회복지사)의 역량이나 노력을 평가하는 항목이 아니며, 환자의 미충족 사회적 욕구가 적절한 개입 및 자원연계를 통해 충족되었는지의 여부를 평가하는 것이다. 이는 개입을 진행한 의료사회복지사가 직접 평가하며 개입 결과는 환자의 사회적 욕구 충족 여부에 따라 ‘실패’, ‘대기’, ‘준비’, ‘성공’으로 분류할 수 있다(Perla et al. 2017). 퇴원계획 연구에서는 평가자의 혼선을 방지하고 국립암센터와 한국의 맥락에 맞게 조작적으로 정의하여 ‘실패’, ‘대기’, ‘성공’으로 분류하였으며 평가 기준은 다음과 같다.</td></tr>
</table>

결과	평가 기준
실패	① 환자가 의료사회복지사의 개입이나 자원연계를 거부하고, 스스로 욕구를 해결할 수 없는 경우 ② 환자가 자격요건을 충족하지 못한 경우 (예: 소득수준이 높음) ③ 환자의 욕구를 충족할 수 있는 자원이 없는 경우 ※ '실패'의 의미는 담당자(의료사회복지사)의 역량 또는 노력 여부와 연관된 평가 항목이 아니며, 환자의 사회적 욕구에 따른 개입 결과에 대한 객관적인 지표로만 활용되는 평가 항목이다. 실패율이 높은 데이터를 축적함으로 해당 항목에 대한 지역사회 자원 개발의 필요성을 인식할 수 있으며, 자원 개발을 위한 민관 협력의 근거 자료로 활용할 수 있다.
대기	① 연계 가능한 사업이 존재하나, 서비스가 현재 개시되지 않아 한 달 내 연계 예정인 경우 ② 연계 가능한 사업이 존재하나, 환자가 대기자 명단에 올라 한 달 내 연계 예정인 경우 ③ 신청한 지원이 심사 중인 경우
성공	① 환자의 욕구는 당장 충족되지 않았지만 자원에 대한 정보를 제공했으며, 더 이상의 지원 없이 환자가 스스로 적극적으로 욕구를 해결하려고 노력하는 경우 ② 적절한 개입으로 환자의 욕구를 충족한 경우(예: 의료비 지원 연계, 교통비 지원, 지역사회 자원연계, 정보적 지지 제공 등)

예)

욕구	개입 내용	연계 기관	결과
재정	보건소 암환자 의료비 지원사업 정보제공	일산동구보건소 /담당자/☎	대기
음식	자원 탐색 (주민센터, 지역사회복지관 등)	자원 없음	실패
교통	HOPE 캠페인 연계 (교통비 30만 원)	서울시사회복지 협의회/담당자/☎	성공
고립	무료 간병인 연계	고양자활지역센터 /담당자/☎	대기

계획	대게 암환자의 경우 장기적인 개입이 필요하고 치료계획이 변동되어 욕구가 변하거나 새로운 욕구가 발생하는 경우도 있기에 개입이 장기간 지속되는 것이 일반적이다. 하지만 국립암센터 퇴원계획연구의 경우 최종 모니터링이 환자의 퇴원 1개월 후까지 이루어지기 때문에, 퇴원계획 서식지에서의 개입 계획은 다음의 기준을 제시한다(각 병원의 상황에 따라 수정·보완 가능). 개입 계획은 개입 결과와 의료사회복지사의 판단에 따라 수립될 수 있다. 개입 계획은 크게 '개입 지속'과 '종결'로 분류할 수 있다. '개입 지속'은 두 분류로 나뉘는데, 계획 2주 내 적극적으로 개입이 필요한 경우에는 '적극적 개입', 적극적인 개입은 필요하지 않으며 2주 후 모니터링으로 환자의 욕구 충족 여부를 확인하는 것으로 충분한 경우에는 '모니터링'으로 평가하도록 한다. 즉, 개입 결과가 모두 '실패'이거나 모두 '성공'인 경우 개입 계획은 '종결'로 평가하지만, 의료사회복지사의 판단에 따라 2주 후, 한 달 이내의 모니터링이 필요하다고 판단되는 경우에는 '개입 지속'의 '모니터링'을 계획으로 수립할 수 있다. '대기'의 경우는 '개입 지속'의 '적극적 개입'으로 개입 계획을 수립할 수 있다.

4) 서식지 5. 퇴원 체크리스트

수행목적	퇴원 당일 환자가 집으로 돌아갈 준비가 되었는지를 최종적으로 점검하고 미충족 사항이 발견될 경우 간호사 및 의료사회복지사가 개입할 수 있도록 한다.
수행방법	본 서식지는 환자 자가 보고 설문지로 환자가 직접 읽고 답하는 것을 원칙으로 하되, 환자가 응답하는 것이 불가능한 경우 보호자(가족, 친구, 간병인 등)가 대신한다. 수행 방법은 병원과 환자의 상황에 적합하게 비대면(예: 종이, 전화, 메시지로 체크리스트 전송, 키오스크 등) 혹은 대면 스크리닝(예: 종이, 태블릿 PC 등) 방법을 택할 수 있다.
의료 사회복지사 역할	① 환자 퇴원 당일 병동에 방문하여 본 서식을 작성하도록 안내한다. ② 환자 퇴원일이 주말일 경우, 환자의 상태에 따라 미리 서식을 수행하거나 병동 스테이션에 서식을 전달하여 환자가 이를 퇴원 당일에 작성할 수 있도록 요청한다. (작성된 서식은 월요일에 수령) ③ 체크리스트 항목 중 미충족 항목이 발견될 시, 적절한 자원을 연계하여 환자가 안전하게 퇴원할 수 있도록 한다(예: 집에 갈 교통수단 혹은 보호자가 없는 환자에게 교통 및 이동 지원 프로그램 연계). ④ 환자가 퇴원한 후 연계한 자원이나 제공한 정보에 대한 결과 및 만족도를 확인하고 추가로 불편한 사항이 없는지 전화로 모니터링을 진행하며, 외래 방문 시 대면 상담을 진행할 수 있음을 안내한다.

5) 서식지 6-1/6-2/6-3. 모니터링 서식지

<table>
<tr><td>수행목적</td><td>서식지 4에서 수립된 통합돌봄 계획의 진행 상황을 점검한다. 더불어 퇴원 이후 새롭게 발생한 의료적, 심리·사회적 문제를 스크리닝하고, 필요 시 추가 자원을 탐색 및 연계한다.</td></tr>
<tr><td>수행방법</td><td>환자의 퇴원 후 1일, 퇴원 후 첫 외래 방문일(혹은 일주일), 1개월에 걸쳐 모니터링을 진행한다. 모니터링은 환자 외래 방문 시 대면하거나, 환자가 내원하지 않을 시에는 전화 모니터링을 하는 등 유연하게 진행한다. 또한 평가자(간호사, 의료사회복지사) 질문 및 평가자 기입을 원칙으로 한다.</td></tr>
<tr><td>의료
사회복지사
역할</td><td>① 상담을 통해 환자의 퇴원 후 환자의 거주지, 돌봄제공자, 치료계획을 확인하고, 퇴원 전 수립한 계획과 그에 따른 개입이 적절히 이루어지고 있는지 퇴원 시 문제를 재점검한다. 필요시 환자와 관련된 지역사회 기관에 연락하여 연계한 자원이나 정보를 잘 이용하고 있는지 확인한다.(예: 재정 욕구가 있어 보건소 암환자 의료비 지원사업 신청 예정이었던 환자의 경우, 보건소에 협조를 요청하여 신청 진행 상황을 점검한다.)
② 퇴원환자의 경우 가정이나 지역사회로 복귀 후 새로운 욕구들이 발견되는 경우가 있으므로 퇴원 이후 새롭게 발생한 사회적 욕구가 있는지 파악한다. 특히 환자의 향후 치료계획(방사선치료, 항암치료 등)을 확인하여 이와 관련된 연계 가능한 자원이 있을 경우 연계될 수 있도록 한다.
③ 복잡하고 다양한 욕구를 가진 환자는 상황에 맞게 돌봄계획을 검토하도록 한다.</td></tr>
<tr><td>서식지
작성
세부기준</td><td>
<table>
<tr><td rowspan="4">사회적 욕구
개입 결과
모니터링</td><td>욕구</td><td>퇴원
계획 시점</td><td>모니터링
시점</td><td>비고</td></tr>
<tr><td>재정</td><td>대기</td><td>성공</td><td>• 보건소 암환자 의료비 지원사업 신청 예정</td></tr>
<tr><td>고용</td><td>성공</td><td>성공</td><td>• 당분간 치료 및 회복에 집중하겠다고 함.
〉 추후 자력 해결 예정</td></tr>
<tr><td>돌봄
부담</td><td>대기</td><td>성공</td><td>• 친언니들이 자녀 돌봄 분담하여 도움 제공 중
• 의료사회복지팀에서 진행하는 ‘내 마음을 그려요(아동 대상 그림그리기 및 텀블러 제작)’ 프로그램 연계</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

VI

사례 소개

Ⅵ
사례 소개

1. 사례 1

이름(가명)	이OO(가명)	성별/나이	F/65
입원일/퇴원일	2021. O. O. ~ 2021. O. O.	수술일	2021. O. O.
진단명	Lung cancer RUL	수술명	VATS RULobectomy with MLND

환자는 서식지 1-1의 자가 스크리닝에서 고립감, 정보 이해에 대한 욕구를 표현했다. 이후 의료사회복지사의 심층평가를 통해 환자가 5급 경증의 지체장애를 가지고 있다는 것과 30만 원 가량의 기초연금을 수령하며 치료비를 자부담하고 있다는 것을 알게 되었다. 또한 코로나 이후 교회 출석이 불가하여 심각한 고립감을 느끼고 있으며 재정적 이유로 음식 마련이 어렵고, 내원 시 교통에 불편함을 겪고 있음을 알 수 있었다. 따라서 재정, 고립, 음식, 교통에 대한 욕구를 중복으로 평가하고, 적극적 개입이 필요한 대상으로 판단하여 개입이 시작되었다.

본 연구에서는 퇴원계획 연구 사회복지사가 의료사회복지팀에 소속되어 업무를 수행하였기에, 의료사회복지팀의 의료사회복지사와 퇴원계획 연구 담당 사회복지사가 협의하여 보건소 암환자 의료비 지원사업 지급보증제도 연계, 상담을 통한 심리·정서적 지지 제공, 의료사회복지팀 영양지원 프로그램 '채움' 연계, 사회보장정보시스템을 통한 지역사회 의뢰를 진행했으며, 기관 내의 자원인 교통지원 프로그램(동행)을 연계하고자 계획하였다.

이처럼 퇴원계획 연구 2차 파일럿 테스트에서는 서식지 1-1(사회적 욕구 스크리닝) 수행 중 '사회복지 상담'의 욕구가 있는 환자의 경우, 원내 의료사회복지팀의 의료사회복지사에게 환자를 의뢰하는 것으로 디자인되었다. 이 사례의 경우 환자가 차상위계층임에 따라 기존에 지역사회에서 사례관리를 해 오던 사회복지사가 존재했고, 국립암센터에서 퇴원계획 연구에 참여하며 퇴원계획 사회복지사를 만나게 되었다. 퇴원계획 개입 중 다중의 사회적 욕구가 확인되어 의료사회복지팀으로 의뢰되었고, 퇴원계획 사회복지사와 의료사회복지팀의 의료사회복지사가 함께 모니터링을 진행하였다.[1)]

또한 지역사회 서비스 연계를 위해 '사회보장정보시스템'을 통해 환자를 의뢰하였고, 해당 시군구청 내 새로운 사회복지사가 개입함에 따라 환자는 치료과정에서 총 4명의 사회복지사를 만나게 되었다. 이 과정에서 퇴원계획 사회복지사가 환자와 전화 상담을 진행하였으나, 환자는 같은 의료기관 내 2명의 (의료)사회복지사가 동시 개입하는 것에 대해 개입과정 및 담당자에 대한 혼란을 표현하였다. 또한 지역사회와의 의사소통에 있어 동일 의료기관 내 2명의 (의료)사회복지사가 동시 개입함에 있어 지역사회 담당자와의 의사소통의 어려움이 존재하였다.[2)] 이 사례를 통해 한 명의 담당자(의료사회복지사)가 연속성을 가지고 환자와 라포를 형성하며 개입을 진행하는 것이 환자 중심의 개입 실천에 있어서 중요함을 확인할 수 있었다.

그럼에도 환자는 퇴원계획 수립 연구 참여의 만족도 조사에서 "암환자 의료비 지원사업과 영양지원 연계가 만족스럽다.(퇴원계획 수립 연구처럼) 환경적으로나 경제적으로 어려움이 있는 암환자에게 적극적 치료가 끝난 후에도 지속적인 관리 및 혜택이 있었으면 좋겠다."고 응답하며 연구 참여에 대한 만족을 표현했다.

1) 퇴원계획 수립 연구 2차 파일럿 테스트에서는 퇴원계획 사회복지사가 서식지 1-1 수행 후 다중의 사회적 욕구가 확인되어 적극적 개입이 필요한 경우, 의료사회복지팀의 암종별 담당 의료사회복지사에게 의뢰하는 방식으로 진행함.

2) 이러한 진행과정의 어려움을 보완하기 위해 3차 파일럿 테스트에서는 의료사회복지팀에 소속된 퇴원계획 사회복지사가 개입부터 종결까지 적극적 개입을 수행하는 것으로 업무 흐름을 수정하여 적용함.

2. 사례 2

이름(가명)	박OO(가명)	성별/나이	F/40
입원일/퇴원일	2021. O. O. ~ 2021. O. O.	수술일	2021. O. O.
진단명	Cervical cancer	수술명	수술명: Peritonectomy, Appendectomy

본 환자는 사회적 욕구 자가 스크리닝에서는 파악된 욕구가 없었으나 서식지 2-1의 심층평가를 통해 사회적 고립과 청소년 아들에 대해 돌봄부담 욕구를 가지고 있다는 것을 파악할 수 있었다[3]. 환자는 암 진단 후 지인들과 멀어져 고립감을 느낀다고 말했는데, 특히 환자가 여성 암을 진단받아 느끼는 상실감이 더욱 큰 것으로 사정되어 이에 대한 공감적 지지를 제공했다. 또한 '암과 함께 나를 바라보기' 리플릿을 제공하여 심리정서적, 정보적 지지를 제공했다. 환자는 미성년의 자녀와의 관계를 개선하고자 하는 욕구를 가지고 있어 '암환자와 자녀 간 의사소통' 브로슈어를 제공하여 암 진단 및 치료과정에서 자녀의 감정과 행동 변화, 신체증상 등에 대해 관심을 기울이며 적절히 대처하고, 안정적인 심리·정서적 지지를 제공하도록 독려했다.

이 사례의 경우 환자의 재정상태가 안정적이었기에 의료비 지원은 이루어지지 않았지만 심층평가를 진행하며 스크리닝에서는 발견되지 않았던 환자의 욕구를 파악하고 그에 따른 적절한 개입을 진행할 수 있었다. 또한 환자는 원내 자료나 교육의 이해능력이 높고 디지털 활용 및 자원 탐색 능력이 높아 정보 이해 능력을 강점으로 평가하였다.

3) 본래 퇴원계획 수립 연구에서는, 서식지 1-1(사회적 욕구 스크리닝)에서 양성 반응을 보인 환자에 대해 의료사회복지사가 서식지 2-1(사회적 위험요인 평가서식)을 수행하는 것으로 디자인 되었음. 하지만 서식지 수정·보완을 위해, 퇴원계획 연구 2차 파일럿 테스트에서는 의료사회복지사가 서식지 1-1(사회적 욕구 스크리닝)에서 양성 반응을 보이지 않은 환자에 대해서도 서식지 2-1을 수행하는 방식으로 진행함.

이후 지속적인 모니터링을 진행하며 지속적인 고립감 및 우울을 표현하였다. 또한 가족 상담 및 정신과 진료 정보를 문의하여, 정신과 외래를 안내하고 공감적 경청으로 심리·정서적 지지를 제공했다.

만족도 평가 시행 시 환자는 “항암교육 시에는 영양사가 직접 책자를 이용하여 설명해 주어서 도움이 많이 되었다. 퇴원 전에도 이런 교육을 하면 좋겠다.”는 피드백을 제공했다.

붙 임

1. 공감적 질문을 위한 체크리스트
2. 2021년 가구규모별 중위소득 기준표
3. 사회적 욕구와 KCD Z코드(Z55-Z65) 매칭
4. 암환자 퇴원계획 수립 서식지

붙임1 공감적 질문을 위한 체크리스트

공감적 질문을 위한 체크리스트

(Oregon Primary Care Association, 2018)

- 사회적 욕구 스크리닝 시에 참고할 수 있는 대화법 -

사회적 욕구 스크리닝 시에 참고할 수 있는 대화법인 '공감적 질문'을 위한 체크리스트는 Oregon Primary Care Association(2018)에서 제시한 '환자 중심적인 건강의 사회적 결정요인을 위한 원칙'을 바탕으로 제작되었습니다.

1. 환자의 자율성을 보장하고 사생활을 존중해야 합니다.

1	스크리닝을 수행하기 전에 허락을 구하세요.	✓
2	환자의 의지로 자유롭게 참여할 수 있음을 명시하세요.	✓
3	언제든지 질문에 대한 답변을 거부하거나 스크리닝 과정을 중단할 수 있다는 점을 알려주세요.	✓

2. 스크리닝을 수행하는 것에 대해 정확한 설명을 제공하고, 환자의 정보가 어떻게 이용될 것인지, 어떤 개입이 이루어질 수 있는지를 안내해야 합니다.

4	사회적 욕구 스크리닝을 수행하는 이유(목적)에 대해 명확하게 설명을 제공하세요. 예시는 다음과 같습니다. - 본 서식은 환자분의 건강에 영향을 미치는 여러 사회적 요인이 무엇인지를 확인할 수 있는 내용입니다. - 환자분의 건강에는 질병 이외에도 여러 사회적 요인들이 영향을 미칠 수 있습니다. - 이것은 이러한 요인이 무엇인지 확인하는 서식입니다.	✓
5	혼란을 방지하기 위해 스크리닝 과정에 자원연계 신청이 포함된 것이 아니며 항상 자원연계 신청이 가능한 것이 아님을 설명하세요.	✓

3. 환자에게 욕구의 우선순위를 확인함으로써 환자가 자신의 삶에 대한 '전문가'임을 존중하고 서로 힘을 나눌 수 있습니다.

6	환자에게 욕구의 우선순위를 묻고 그들의 관점을 물어보세요.	✓
7	환자의 욕구에 기반한 지역사회 자원 및 기관에 의뢰하기 전, 환자의 우선순위와 관심사를 물어보세요.	✓

4. 사회적 욕구와 관련하여 환자가 경험할 수 있는 낙인감에 대한 고려와 환자 중심의 의사소통으로 배려하는 것이 필요합니다.

8	건강의 사회적 결정요인에 대한 대화에 참여할 때 가난과 관련된 낙인감을 고려하세요.	✓
9	환자의 역량에 대한 일방적이고 개인적인 추정은 하지 않도록 주의하세요.	✓
10	적극적인 공감과 존중을 표현하세요.	✓

5. 전문가들은 환자의 강점과 관심사, 자원에 대해 질문함으로써 존중심을 전달하고, 자기 효능감을 증진시키며, 환자의 역량을 강화할 수 있습니다.

11	환자에게 의미 있는 것과 그들의 삶을 풍요롭게 하는 것에 대해 질문하세요.	✓
12	환자의 취미와 열정을 가지고 있는 것에 대해 질문하세요.	✓

6. 표준화된 접근을 하기 전 환자와 함께 스크리닝을 진행합니다. 일부 환자는 신뢰하는 전문가와의 대화 속에서 개인에 대한 정보를 쉽게 노출하기도 하지만, 다른 일부의 환자의 경우 적당한 거리를 유지하고, 민감한 개인 정보를 서면으로 공유하기를 원합니다.

13	합의가 부족할 때 기관은 환자의 피드백을 반영해야 합니다.	✓

7. 사회적 결정요인에 대한 건강 스크리닝을 통해 환자가 공개한 정보를 의료팀의 모든 구성원과 공유하도록 합니다.

14	구성원 중 한 명이 정보를 요청한 경우, 해당 정보는 다음과 같아야 합니다. - 정보는 의료기록으로 뒷받침되어야 하며 팀 구성원들과 공유할 수 있어야 함	✓

8. 스크리닝을 수행하는 전문가로, 환자와 사회적 결정요인을 연결할 수 있는 충분한 시간과 공감 능력을 가진 훈련된 전문가를 선택하세요.

15	사회적 욕구에 대해 논의하는 것이 잠재적으로 심리적 고통을 가져올 수도 있다는 특성을 감안하여, 진행과정에서 다음의 내용이 고려되어야 합니다. - 건강의 사회적 결정요인 스크리닝 및 후속조치(follow-up) 시에 서두르지 않을 것 - 동일한 전문가가 후속조치(follow-up)를 진행하여 연속성을 유지하고 신뢰를 쌓아 올리는 것을 우선순위로 둘 것	✓

9. 사회적 욕구 스크리닝은 민감한 질문을 포함하고 있기에 스크리닝 수행과정에서 환자와 직원의 심리적 디스트레스를 최소화하고자 하는 노력이 필요합니다.

16	민감한 질문으로 인해 환자와 직원 모두가 심리적 디스트레스를 경험할 수도 있다는 것을 고려하세요.	✓
17	스크리닝 수행 기관 및 담당 부서는 환자와 직원을 위한 사회적 욕구 스크리닝 지침(공감, 존중, 자율성, 신뢰, 지지, 협력, 민감성 등)의 내용을 공유하세요.	✓
18	직원에게 스크리닝 수행 관련 교육(반영적 경청, 공감적 질문, 동기강화 인터뷰, 역량기반 상담 등)을 정기적으로 제공함으로 자기 관리 및 2차적인 심리적 디스트레스를 예방하세요.	✓

2021년 가구규모별 중위소득 기준표

- 퇴원계획 연구 서식지 2-1 中 1-1(재정) 문항 참고용 -

(단위:원)

중위소득/ 가구규모	1인	2인	3인	4인	5인	6인	7인
40%	731.132	1.235.232	1,593,580	1,950,516	2,302,949	2,651,441	2,998,879
50%	913,916	1,544,040	1,991,975	2,438,145	2,878,687	3,314,302	3,748,599
75%	1,370,873	2,316,059	2,987,963	3,657,218	4,318,030	4,971,452	5,622,899
100%	1,827,831	3,088,079	3,983,950	4,876,290	5,757,373	6,628,603	7,497,198
200%	3.655.662	6,176,158	7,967,900	9,752,580	11.514.746	13,257,206	14,994,396

* 국가 의료비 지원사업에 바탕하여 기준중위소득 40%, 50%, 75%, 100%, 200%로 구분하였으며, 매년 변경되는 기준중위소득 및 국가 의료비 지원사업 소득기준 반영 필요함.

- 중위소득 40% 이하인 자는 의료급여 수급 선정기준 충족함.
- 중위소득 50% 이하인 자(수급자 제외)는 확정본인부담액 200만 원 초과 발생 시 국민건강보험공단 재난적 의료비 지원사업 신청 가능함.
- 중위소득 75% 이하인 자는 국가 긴급의료비 지원 자격기준 충족함.
- 중위소득 100%는 기준중위소득을 가리킴.
- 중위소득 200% 초과하는 자는 국민건강보험공단 재난적 의료비 지원사업 소득기준 충족하지 못함.

붙임3 사회적 욕구와 KCD Z코드(Z55-Z65) 매칭

No.	사회적 욕구	KCD/ICD-10 코드 범주	KCD/ICD-10 코드(Z55-Z65)
1	재정, 공과금	Z59 주택 및 경제적 상황에 관련된 문제	[Z59.5] 극도의 빈곤 [Z59.6] 저소득 [Z59.7] 불충분한 사회보험 및 복지혜택 [Z59.8] 주택 및 경제적 상황에 관련된 기타 문제 [Z59.9] 주택 및 경제적 상황에 관련된 상세불명의 문제
2	음식	Z59 주택 및 경제적 상황에 관련된 문제	[Z59.4] 적절한 음식의 부족 [Z59.5] 극도의 빈곤 [Z59.6] 저소득 [Z59.7] 불충분한 사회보험 및 복지혜택
3	교통	Z59 주택 및 경제적 상황에 관련된 문제	[Z59.5] 극도의 빈곤 [Z59.6] 저소득 [Z59.7] 불충분한 사회보험 및 복지혜택 [Z59.8] 주택 및 경제적 상황에 관련된 기타 문제
4	주거	Z59 주택 및 경제적 상황에 관련된 문제	[Z59.0] 무주택 [Z59.1] 부적절한 주택 [Z59.2] 이웃, 세입자 및 집주인과 불화 [Z59.3] 거주시설에서의 생활에 관련된 문제 [Z59.7] 불충분한 사회보험 및 복지혜택 [Z59.8] 주택 및 경제적 상황에 관련된 기타 문제
5	사회적 고립	Z60 사회적 환경에 관련된 문제	[Z60.0] 생활주기변화에 대한 적응문제 [Z60.1] 비전형적 양육상황 [Z60.2] 독거생활 [Z60.3] 문화적 적응의 어려움 [Z60.4] 사회적 배제 및 거부 [Z60.5] 유해한 차별 및 박해를 받는 표적 [Z60.8] 사회적 환경에 관련된 기타 문제 [Z60.9] 사회적 환경에 관련된 상세불명의 문제
		Z63 가족상황을 포함하여 일차지원집단에 관련된 기타 문제	[Z63.8] 일차지원집단에 관련된 기타 명시된 문제 [Z63.9] 일차지원집단에 관련된 상세불명의 문제

No.	사회적 욕구	KCD/ICD-10 코드 범주	KCD/ICD-10 코드(Z55-Z65)
6	사회적 지지	Z59 주택 및 경제적 상황에 관련된 문제	[Z59.7] 불충분한 사회보험 및 복지혜택
		Z63 가족상황을 포함하여 일차지원집단에 관련된 기타 문제	[Z63.0] 배우자 또는 동반자와 관련된 문제 [Z63.1] 부모 및 양부모와 관련된 문제 [Z63.2] 부적절한 가족지원 [Z63.3] 가족구성원의 부재 [Z63.4] 가족구성원의 실종 및 사망 [Z63.5] 별거 및 이혼에 의한 가족의 와해 [Z63.8] 일차지원집단에 관련된 기타 명시된 문제
7	정신건강	F00-99 정신 및 행동장애	본 항목은 사회적 위험요인 평가 서식에서 7번의 네 가지 항목 총합이 3-5점일 경우 경도(Mild), 6-8점일 경우 중증도(Moderate), 9-12점일 경우 심각한 디스트레스가 있는 것(Severe)으로 채점할 수 있다.(0점: 전혀 없음, 1점: 일주일 미만, 2: 일주일 이상, 3: 거의 매일) 따라서 의료사회복지사는 정신건강 관련 환자의 위험요인 확인 시 Z코드를 처방하는 것이 아니라 필요 시 정신건강의학과를 방문하도록 독려하거나 정보적 지지를 제공할 수 있다.
8	고용	Z56 취업 및 실업에 관련된 문제	[Z56.0] 상세불명의 실업 [Z56.1] 직업의 변화 [Z56.2] 직업상실의 위협 [Z56.3] 스트레스가 많은 작업계획 [Z56.4] 직장 상사 및 동료와의 불화 [Z56.5] 맞지 않는 일 [Z56.6] 작업과 관련한 기타 육체적 및 정신적 긴장 [Z56.7] 취업에 관련된 기타 및 상세불명의 문제
9	건강정보 이해력	Z55 교육 및 문해에 관련된 문제	[Z55.0] 문맹 및 낮은 수준의 문해 [Z55.1] 이용할 수 없거나 받기 어려운 학교교육 [Z55.8] 교육 및 문해에 관련된 기타 문제
		Z60 사회적 환경에 관련된 문제	[Z60.3] 문화적 적응의 어려움

No.	사회적 욕구	KCD/ICD-10 코드 범주	KCD/ICD-10 코드(Z55-Z65)
10	돌봄부담	Z60 사회적 환경에 관련된 문제	[Z60.1] 비전형적 양육상황
		Z63 가족상황을 포함하여 일차지원집단에 관련된 기타 문제	[Z63.6] 가정에서 보호가 필요한 부양친척 [Z63.7] 가족 및 가정에 영향을 주는 기타 스트레스성 일상사건 [Z63.8] 일차지원집단에 관련된 기타 명시된 문제 [Z63.9] 일차지원집단에 관련된 상세불명의 문제
11	폭력	Z63 가족상황을 포함하여 일차지원집단에 관련된 기타 문제	[Z63.0] 배우자 또는 동반자와 관련된 문제 [Z63.8] 일차지원집단에 관련된 기타 명시된 문제
		Z60 사회적 환경에 관련된 문제	[Z60.8] 사회적 환경에 관련된 기타 문제 [Z60.9] 사회적 환경에 관련된 상세불명의 문제

* 본 표는 서식지 2-1에서 의료사회복지사 평가한 환자의 사회적 욕구에 따라 Z코드(Z55-Z65)를 매칭한 내용입니다. 제시된 내용은 각 병원의 상황에 맞게 수정하여 사용할 수 있으며, Z코드 활용에 대한 더 자세한 내용은 대한의료사회복지사협회의 'Z코드의 임상적 활용(Z55-Z99)'의 자료를 참고하시기 바랍니다.

붙임4 암환자 퇴원계획 수립 서식지(2021 Ver.)

서식지 1-1. 사회적 욕구 스크리닝(환자 또는 의료사회복지사)

이 름		등록번호	
응답자	☐ 환자 ☐ 가족(관계:)	☐ 기타(관계:)	
작성 날짜	20 년 월 일	작성자	

No.	구분	질문	답변
1		**비용 때문에** 의사의 진료를 받기 어려우신가요?	☐ 예 ☐ 아니오
2		지난 3개월 동안, 청구된 비용을 지급하지 않아서 **전기, 가스, 수도, 전화 등을 이용하기 어려운 적**이 있었나요?	☐ 예 ☐ 아니오
3		지난 3개월 동안, **음식을 살 돈이 부족해 먹어야 하는 양보다 적게 먹은 적**이 있나요?	☐ 예 ☐ 아니오
4		지난 3개월 동안, **병원에 갈 방법이 없어서** 진료를 받지 못한 적이 있나요?	☐ 예 ☐ 아니오
5		앞으로 **안정적으로 살 곳(주거지)이 없을까** 걱정하고 있나요?	☐ 예 ☐ 아니오
6		종종 **가까이 지내는 사람**이 없다고 느끼나요?	☐ 예 ☐ 아니오
7		**질병 치료와 관리를 도와줄 가족이나 주변 사람**이 없나요?	☐ 예 ☐ 아니오
8		병으로 인한 **심리적 문제(스트레스, 우울, 불안 등)**로 일상생활에 어려움이 있나요?	☐ 예 ☐ 아니오
9		**일자리**를 찾거나 일을 유지하는데 도움이 필요한가요?	☐ 예 ☐ 아니오
10		**병원 자료(소책자, 의사 또는 약사가 제공하는 자료 등)를 읽고 이해하는데 어려움**이 있나요?	☐ 예 ☐ 아니오
11		가족 중 **나(환자)의 돌봄이 필요한 아동청소년, 노인, 환자, 신체적이나 정신적으로 장애를 가진 사람**이 있나요?	☐ 예 ☐ 아니오
12		지난 3개월 동안, 가족이나 이웃으로부터 **신체적, 언어적 폭력**을 경험한 적이 있나요?	☐ 예 ☐ 아니오
총 점 (예: 1점, 아니오: 0점)			

위 질문에 **"예"**라고 체크한 항목 중, **병원 또는 지역사회기관으로부터 가장 우선적으로 도움을 받길 원하는 욕구의 순위**를 문항의 번호로 작성해 주세요.

1순위		2순위		3순위	

(1: 재정, 2: 공과금, 3: 음식, 4: 교통, 5: 주거, 6: 사회적 고립, 7: 사회적 지지, 8: 정신건강, 9: 고용, 10: 건강정보 이해력, 11: 돌봄부담, 12: 폭력)

서식지 1-2. 초기 퇴원계획 스크리닝(간호사)

<table>
<tr><td>이 름</td><td colspan="2"></td><td>등록번호</td><td></td></tr>
<tr><td>진단명</td><td colspan="2"></td><td>입원 시
치료계획</td><td>☐ 수술:
☐ 항암:
☐ 방사선:
☐ 기타:</td></tr>
<tr><td>작성 날짜</td><td colspan="2">20 년 월 일</td><td>작성자</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="5">퇴원계획
초기 평가
(Early Screen for
Discharge
Planning)</td><td colspan="2">보행의 제한(자가 보고)</td><td colspan="2">☐ 유(3점)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">나이</td><td colspan="2">만 ( )세</td></tr>
<tr><td colspan="2">☐ 18~44세(0점) ☐ 45~64세(4점)
☐ 65~79세(6점) ☐ 80세 이상(8점)</td></tr>
<tr><td colspan="2">입원 전 생활 상태</td><td colspan="2">☐ 독거 (3점)</td></tr>
<tr><td>활동 장애 정도</td><td colspan="2">☐ 활동에 장애 없음(0점)
: 모든 일상 업무 수행 가능
☐ 경미한 활동 장애(3점)
: 도움이 필요한 경우가 있지만 일부의 가사 활동은 할 수 있음
☐ 중간 정도 또는 중간 이상의 심각한 장애(9점)
- 중간 정도: 위생 활동 등에 매일 도움이 필요하지만 도움 없이 걸을 수 있음
- 중간 이상의 심각함: 도움 없이 걷거나 이동할 수 없음</td></tr>
<tr><td colspan="2">총점 ( )점: 10점 이상 시 세부 평가 필요</td></tr>
</table>

서식지 2-1. 사회력 조사 및 사회적 위험요인(의료사회복지사)

본 서식은 서식지 1-1(사회적 욕구 스크리닝)에서 양성 반응을 보인 환자를 대상으로 공감적 질문을 바탕으로 실행하는 서식입니다. 노란색으로 표시된 부분은 '(잠재적) 사회적 위험 요인'에 해당되며, 환자는 의뢰 및 정보제공을 통해 지원이 필요할 수 있습니다.

평가 날짜	20 년 월 일	**평가자**	
환자명		**암 종**	
등록번호		**수술명**	
응답자(내담자)	☐ 환자 ☐ 가족(관계:) ☐ 기타(관계:)		
사회력 조사 (EMR)	거주지(우편번호)	주민등록지: 실제 거주지:	
	결혼 상태	☐ 미혼 ☐ 기혼(사실혼 포함) ☐ 동거(파트너 또는 애인) ☐ 사별 ☐ 별거 ☐ 이혼	
	가구 형태 (실거주)	총 ( )인 가구 ☐ 혼자 ☐ 배우자(파트너)만 ☐ 배우자(파트너)와 다른 가족들 ☐ 자녀만 ☐ 부모 또는 법적 보호자 ☐ 형제/자매 혹은 친척 ☐ 기타:	
	종교	☐ 무교 ☐ 개신교 ☐ 천주교 ☐ 불교 ☐ 기타:	
	주거(생활) 형태	☐ 아파트 ☐ 빌라/다세대 주택 ☐ 단독주택 ☐ 시설(사회복지/장기요양시설) ☐ 기타:	
	장애 여부	☐ 없음 ☐ 있음:	
	의료보장 유형	☐ 건강보험 ☐ 건강보험 차상위 1종 ☐ 건강보험 차상위 2종 ☐ 의료급여 1종 ☐ 의료급여 2종 ☐ 기타:	
	암 진료비 지불 재원 (중복 선택)	☐ 자부담 또는 가족 부담 ☐ 민간보험(☐ 실손보험 ☐ 보장성보험) ☐ 국가 및 민간 지원금 ☐ 기타:	
사회적 위험요인 평가	1. 재정 (공과금 포함)	1. 월 평균 가구 소득은 무엇인가요? ( )인 가구 기준 ( )만원 중위소득 기준 ☐ 40% 미만 ☐ 50% 미만 ☐ 75% 미만 ☐ 100% 미만 ☐ 200% 미만 ☐ 200% 이상 2. 지난 3개월 내, 다음을 지불하는데 어려움이 있었나요?(모두 선택) ☐ 의료비 ☐ 공과금 ☐ 음식 ☐ 교통 ☐ 주거 ☐ 돌봄부담 ☐ 채무 ☐ 기타: ☐ 해당 없음	

	2. 음식	1. 지난 3개월 동안, 신선하고 건강한 식품을 쉽게 얻을 수 있었나요? ☐ 예 ☐ 아니요 ☐ 신선하고 건강한 먹거리를 구입할 비용의 부족 ☐ 신선하고 건강한 식재료를 파는 곳이 집에서 먼 곳에 위치 ☐ 기타:
	3. 교통	1. 지난 3개월 동안, 교통문제를 경험했다면 그 이유는 무엇인가요? (모두 선택) ☐ 개인적으로 소유한 차량이 없음 ☐ 누군가 운전을 해서 데려다 줄 사람(가족, 친구, 이웃 등)이 없음 ☐ 교통비가 부담스러움 ☐ 대중교통 환승의 어려움이 있음 ☐ 교통 약자 서비스 이용을 위한 자격 요건이 되지 않음 ☐ 혼자 걷는 데 어려움이 있음 ☐ 기타: ☐ 해당 없음 2. (이동 지원) 퇴원 시 거주지로 어떻게 이동할 예정인가요? ☐ 자가용(☐ 자가 운전 ☐ 타인 운전) ☐ 대중교통(☐ 자립 이용 ☐ 도움 필요) ☐ 구급차 ☐ 교통 약자 이동 지원 ☐ 도보 ☐ 기타: ☐ 준비되어 있지 않음
	4. 주거	1. 현재의 주거상황을 가장 잘 설명하는 것은 무엇인가요? ☐ 집에서 단독 거주(예: 주택, 아파트, 오피스텔, 빌라, 원룸 등) ☐ 다른 사람들(예: 가족, 친구, 룸메이트)과 함께 거주 ☐ 식사와 집안일을 도와주는 유급 직원이 상주하는 요양시설에서 생활 ☐ 식사와 24시간 간호가 제공되는 요양병원에서 생활 ☐ 친척 또는 친구 집에서 일시적으로 생활 ☐ 쉼터, 노숙자 보호 시설, 고시원 등에서 일시적으로 생활 ☐ 기타: 2. 주거환경, 안전, 비용 등 현재 거주하는 곳에 대해 걱정하나요? ☐ 예(모두 선택) ☐ 건강에 위험한 주거환경(열약한 난방, 누수, 위생 상태 등) ☐ 장기적으로 안심하고 살 수 있는 곳의 부족(빈번한 이사 등) ☐ 대출금/월세/공과금 지불의 어려움 ☐ 안전하지 않다는 느낌 (누군가 집에 침입할 수 있는 위험, 폭력의 두려움 등) ☐ 기타: ☐ 아니요

		3. 퇴원 후 주거지가 준비되어 있나요? ☐ 예 ☐ 아니요
	5. 사회적 고립	1. 얼마나 종종 외롭다거나 주변으로부터 고립되어 있다고 느끼나요? (0: 전혀 느끼지 않음, 1: 조금 느낌, 2: 때때로 느낌, 3: 대체로 느낌, 4: 항상 느낌) ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 2. 친하게 지내는 가까운 사람들(가족, 친구, 동호회 등)과 얼마나 자주 만나거나 이야기하나요? ☐ 주 1회 미만 ☐ 주 1-2일 ☐ 주 3-4일 ☐ 주 5일 이상
	6. 사회적 지지	1. 도움이 필요할 때, 연락할 수 있는 사람이 있나요? ☐ 예 ☐ 아니요 2. 필요한 경우, 통원 시 동행 혹은 퇴원 후 간병(식사 준비 등)을 해줄 사람이 있나요? ☐ 예 ☐ 아니요
	7. 정신건강	1. 지난 2주간 아래 증상을 얼마나 자주 경험하셨나요? 1-1. 불안 초조하다 ☐ 전혀 없음 ☐ 일주일 미만 ☐ 일주일 이상 ☐ 거의 매일 1-2. 걱정을 떨칠 수 없다. ☐ 전혀 없음 ☐ 일주일 미만 ☐ 일주일 이상 ☐ 거의 매일 1-3. 매사에 재미가 없다. ☐ 전혀 없음 ☐ 일주일 미만 ☐ 일주일 이상 ☐ 거의 매일 1-4. 기분이 가라앉고 우울하다. 희망이 없다. ☐ 전혀 없음 ☐ 일주일 미만 ☐ 일주일 이상 ☐ 거의 매일
	8. 고용	1. 주민등록상 동거 가족 중 근로 활동을 하는 사람은 누구인가요? (모두 선택) ☐ 환자 ☐ 배우자 ☐ 자녀 ☐ 기타: 2. 환자의 고용 현황은 무엇인가요? ☐ 일을 하고 있다 ☐ 암 진단 후 근로 계속 ☐ 암 진단 후 휴직 또는 휴업 상태 ☐ 암 진단 후 이직 또는 업종 변경 ☐ 암 진단 후 퇴사 예정 ☐ 기타: ☐ 일을 하고 있지 않다 ☐ 암 진단 전에도 일을 하지 않았음 ☐ 암 진단 후 퇴사 또는 자영업을 그만둠 ☐ 기타:

	9. 건강정보 이해력	1. 의사 또는 전문가가 제공하는 자료, 소책자 등을 읽을 때 누군가의 도움이 얼마나 필요하나요?(0: 전혀 필요하지 않음, 1: 조금 필요함, 2: 때때로 필요함, 3: 대체로 필요함, 4: 항상 필요함) ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 2. 디지털 기기(예: 스마트폰, PC 등)로 건강에 대한 정보를 얻거나 이해할 수 있나요? ☐ 예 ☐ 아니요(제한적)
	10. 돌봄부담	1. 가족 중 누군가를 보살피는 가족 돌봄제공자인가요? ☐ 예 ☐ 18세 미만의 아동 ☐ 만 65세 이상의 노인 ☐ 장애가 있는 사람 ☐ 기타: ☐ 아니요
	11. 폭력	1. 지난 3개월 동안, 가족, 친구를 포함해 누구에게라도 신체적, 언어적(욕설 포함) 폭력이나 위협을 당한 적이 있나요? ☐ 예 ☐ 아니요 2. 있다면, 폭력이나 위협을 행사한 사람은 누구인가요? ☐ 해당 없음 ☐ 배우자 ☐ 자녀 ☐ 이웃 ☐ 기타:
사회적 욕구 평가 (의료사회복지사 종합 평가)	☐ 재정 ☐ 음식 ☐ 교통 ☐ 주거 ☐ 사회적 고립 ☐ 사회적 지지 ☐ 정신건강 ☐ 고용 ☐ 건강정보 이해력 ☐ 돌봄부담 ☐ 폭력 ☐ 해당 없음 ☐ 기타:	

서식지 2-2. 영역별 세부 평가(간호사)

평가 날짜	20 년 월 일	평가자			
영역별 세부 평가	영역	항목	도움 불필요	부분적 도움 필요	완전 도움 필요
	신체적 증상	통증			
		기운이 없고 피곤함			
		호흡의 불편감			
		배변의 문제(설사, 변비 등)			
		배뇨의 문제(요실금, 빈뇨, 잔뇨감 등)			
		식욕부진 및 소화불량			
		손, 발 저림 및 쑤심			
		오심, 구토			
		외모의 변화			
	자가관리	목발, 보행기, 휠체어 등의 기구 사용			
		의료장비 사용			
		장루, 요루, 도뇨관 혹은 비위관 관리			
		배액관 관리			
		상처 관리			
		약물 복용 지시			
		운동 및 재활 지시			
		식이 관리			
		동반 질환 관리(고혈압, 당뇨, 관절염 등)			
	일상생활 활동	옷 입고 벗기			
		샤워 또는 목욕			
		음식 섭취			
		식사 준비			
		침상에 눕거나 일어나기			
		화장실 이동 및 이용			
		혼자서 외출			
	정보적	가능한 신체 활동의 정도에 대한 정보			
		통증을 조절할 수 있는 방법			
		질병상태 및 치료계획			
		약물의 복용 방법이나 작용, 부작용			
		먹을 수 있는 음식과 피해야 할 음식			
	정신적	불면증			
		우울감			
		불안감			
		기억력 및 사고력 저하			

서식지 3. 의학적 건강 상황 및 건강상태 평가(의사·간호사)

<table>
<tr><td>평가날짜</td><td colspan="2">20 년 월 일</td><td>평가자</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="8">환자
기본 정보</td><td>환자명</td><td></td><td>등록번호</td><td></td></tr>
<tr><td>생년월일</td><td></td><td>성별/나이</td><td>/ 만 세</td></tr>
<tr><td>진료과</td><td></td><td>담당의</td><td></td></tr>
<tr><td>입원 중
돌봄제공자</td><td>☐ 가족(관계:) ☐ 간병인
☐ 기타: ☐ 없음</td><td>의사결정자</td><td>☐ 본인 ☐ 가족(관계:)
☐ 기타:</td></tr>
<tr><td>입원일</td><td>20 년 월 일</td><td>퇴원예정일</td><td>20 년 월 일</td></tr>
<tr><td>주소</td><td></td><td>전화번호</td><td></td></tr>
<tr><td>퇴원 후
거주 예정지</td><td>☐ 집 ☐ 타병원 ☐ 요양시설
☐ 기타:</td><td>퇴원 후
돌봄제공
예정자</td><td>☐ 가족(관계:)
☐ 간병인 ☐ 요양보호사
☐ 기타: ☐ 없음</td></tr>
<tr><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="12">의학적
건강 상황</td><td>진단명</td><td>☐ 원발암 ☐ 이차암
☐ 전이: ☐ 재발:</td><td>진단코드</td><td></td></tr>
<tr><td>입원 중 암 치료</td><td colspan="3">☐ 수술 ☐ 항암화학요법 ☐ 방사선 ☐ 호르몬치료 ☐ 기타:</td></tr>
<tr><td>수술일</td><td>20 년 월 일</td><td>수술명</td><td></td></tr>
<tr><td>동반 질환
(입원 시)</td><td colspan="3">☐ 있음
☐ 고혈압 ☐ 당뇨 ☐ 고지혈증 ☐ 심장질환 ☐ 심장세동 ☐ 골다공증
☐ 호흡기질환 ☐ 간질환 ☐ 뇌혈관질환 ☐ 갑상선질환 ☐ 치매
☐ 기타:
☐ 없음</td></tr>
<tr><td>동반 질환
(입원 후)</td><td colspan="3">☐ 있음
☐ 고혈압 ☐ 당뇨 ☐ 고지혈증 ☐ 심장질환 ☐ 심장세동 ☐ 골다공증
☐ 호흡기질환 ☐ 간질환 ☐ 뇌혈관질환 ☐ 갑상선질환 ☐ 치매
☐ 기타:
☐ 없음</td></tr>
<tr><td rowspan="2">입원 전/현재
복용 약물</td><td>약명·용법·용량</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>Drug allergy</td><td colspan="2">☐ 있음: ☐ 없음</td></tr>
<tr><td rowspan="2">과거 암 진단명
및 치료력</td><td>진단명</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3">☐ 수술 ☐ 항암화학요법 ☐ 방사선 ☐ 호르몬치료 ☐ 해당 없음
☐ 기타:</td></tr>
<tr><td rowspan="2">전신 상태
(ECOG)</td><td colspan="3">입원시:</td></tr>
<tr><td colspan="3">퇴원시(평가시):</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="9"></td><td rowspan="6">영양 상태</td><td>신체계측</td><td>키: cm</td><td>입원시 체중: kg(BMI:)</td><td>퇴원시(평가시)체중: kg(BMI:)</td></tr>
<tr><td>체중변화</td><td colspan="3">☐ 변화없음 ☐ 감소 ☐ 증가 (최근 1개월 동안 kg)</td></tr>
<tr><td>식사처방</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>섭취상태</td><td colspan="3">☐ 금식 ☐ 0~50% ☐ 50~75% ☐ 75~100%</td></tr>
<tr><td>정맥영양</td><td colspan="3">☐ 유: ☐ 무</td></tr>
<tr><td>영양교육</td><td colspan="3">☐ 유: ☐ 무</td></tr>
<tr><td>현재 거치중인 카테터/ 배액관 (위치, 시행일자)</td><td colspan="2">☐ Foley catheter:
☐ L-tube:
☐ PCD:
☐ Chest tube:
☐ PICC:
☐ 기타(종류: 시행일자:)
☐ 해당 없음</td><td colspan="2">☐ JP:
☐ Hemovac:
☐ PTBD:
☐ PCN:
☐ Chemoport:</td></tr>
<tr><td rowspan="3">생활 습관</td><td>흡연</td><td colspan="3">☐ 무
☐ 유(기간: 년, 흡연량: /일)
☐ 현재 흡연 ☐ 1~3개월 내 중단 ☐ 3~6개월 내 중단
☐ 6개월~1년 내 중단 ☐ 1년 이상: ( )년 전까지
입원 중 금연 교육(흡연력 있는 경우)
☐ 유:
☐ 무 (☐ 금연 교육 원함 ☐ 금연 교육 원하지 않음)</td></tr>
<tr><td>음주</td><td colspan="3">☐ 무
☐ 유(기간: 년, 음주량: /주)
☐ 현재 음주 ☐ 1~3개월 내 중단 ☐ 3~6개월 내 중단
☐ 6개월~1년 내 중단 ☐ 1년 이상: ( )년 전까지
☐ 금주 상담 원함 ☐ 금주 상담 원하지 않거나 필요하지 않음</td></tr>
<tr><td>운동</td><td colspan="3">☐ 운동함(평균 운동시간: 하루 시간/일, 평균 운동 일수: 일/주)
☐ 운동 안 함
* 운동: 걷기, 달리기, 자전거, 등산, 헬스 등</td></tr>
<tr><td rowspan="4">건강 상태 평가</td><td>상처 관리</td><td colspan="3">☐ 필요
☐ 해당 없음</td></tr>
<tr><td>통증 관리</td><td colspan="3">☐ 필요(입원 중 통증 조절 약물(종류: 용량: 용법:)
☐ 해당 없음</td></tr>
<tr><td>동반 질환 관리</td><td colspan="3">☐ 필요
☐ 해당 없음</td></tr>
<tr><td>장루 관리</td><td colspan="3">☐ 필요
☐ 해당 없음</td></tr>
</table>

	배액관 관리	☐ 필요 ☐ 해당 없음
	수면 장애	☐ 있음 ☐ 약물 복용함(종류: 용량:) ☐ 약물 복용하지 않음 ☐ 없음
	의식 및 인지 상태	☐ 명료 ☐ 치매 ☐ 섬망(증상: , 이유:)
	낙상 위험	☐ 있음(이유:) ☐ 없음

서식지 4. 요약 및 의뢰 서식(의사•간호사•의료사회복지사 총괄)

평가날짜	20 년 월 일		평가자	
환자 기본 정보	환자명		등록번호	
	생년월일		성별/나이	/ 만 세
	진료과		담당의	
	돌봄제공자	☐ 가족(관계:) ☐ 간병인 ☐ 기타: ☐ 없음	의사결정자	☐ 본인 ☐ 가족(관계:) ☐ 기타:
	입원일	20 년 월 일	퇴원예정일	20 년 월 일
	주소		전화번호	
	퇴원 후 거주 예정지	☐ 집 ☐ 타병원 ☐ 요양시설 ☐ 기타:	퇴원 후 돌봄제공 예정자	☐ 가족(관계:) ☐ 간병인 ☐ 요양보호사 ☐ 기타: ☐ 없음

퇴원계획 요약 및 지역사회 의뢰
(해당하는 항목에 √ 하세요)

의사	치료계획	퇴원 후 암 치료	수술 병리 결과 확인 후 추가 치료 결정	
		상처	☐ 해당 없음 ☐ 자가 ☐ 원내 자원연계 ☐ 지역병원 및 보건의료 서비스 연계 ☐ 기타	
		통증	☐ 해당 없음 ☐ 자가 ☐ 원내 자원연계 ☐ 지역병원 및 보건의료 서비스 연계 ☐ 기타	
		동반 질환	☐ 해당 없음 ☐ 자가 ☐ 원내 자원연계 ☐ 지역병원 및 보건의료 서비스 연계 ☐ 기타	
		배액관	☐ 해당 없음 ☐ 자가 ☐ 원내 자원연계 ☐ 지역병원 및 보건의료 서비스 연계 ☐ 기타	
		수면장애	☐ 해당 없음 ☐ 자가 ☐ 원내 자원연계 ☐ 지역병원 및 보건의료 서비스 연계 ☐ 기타	
		의식	☐ 해당 없음 ☐ 자가 ☐ 원내 자원연계 ☐ 지역병원 및 보건의료 서비스 연계 ☐ 기타	
		생활 습관 관리	흡연	☐ 해당 없음 ☐ 자가 ☐ 원내 자원연계 ☐ 지역병원 및 보건의료 서비스 연계 ☐ 기타
			음주	☐ 해당 없음 ☐ 자가 ☐ 원내 자원연계 ☐ 지역병원 및 보건의료 서비스 연계 ☐ 기타
			운동/비만	☐ 해당 없음 ☐ 자가 ☐ 원내 자원연계 ☐ 지역병원 및 보건의료 서비스 연계 ☐ 기타

<table>
<tr><td rowspan="7">간호사</td><td>문제 목록</td><td colspan="3">☐ 신체적 증상 ☐ 자가관리 ☐ 일상생활 ☐ 정보적 ☐ 정신적 ☐ 해당 없음</td></tr>
<tr><td rowspan="6">교육 및
중재 계획</td><td>영역</td><td>항목</td><td>교육 및 중재 계획</td></tr>
<tr><td>신체적
증상</td><td></td><td>☐ 정보제공 및 교육을 통한 자가/보호자 관리
☐ 지역병원 및 보건의료 서비스 연계
☐ 기타:</td></tr>
<tr><td>자가관리</td><td></td><td>☐ 정보제공 및 교육을 통한 자가/보호자 관리
☐ 지역병원 및 보건의료 서비스 연계
☐ 기타:</td></tr>
<tr><td>일상생활</td><td></td><td>☐ 정보제공 및 교육을 통한 자가/보호자 관리
☐ 지역병원 및 보건의료 서비스 연계
☐ 기타:</td></tr>
<tr><td>정보적</td><td></td><td>☐ 퇴원계획 간호사 및 병동 담당 간호사의 정보제공 및 교육
☐ 원내 전문팀 및 보건의료서비스 연계
☐ 기타:</td></tr>
<tr><td>정신적</td><td></td><td>☐ 정보제공 및 교육을 통한 자가/보호자 관리
☐ 지역병원 및 보건의료 서비스 연계
☐ 기타:</td></tr>
<tr><td rowspan="13">의료
사회
복지사</td><td>환자의
사회적 욕구</td><td colspan="3">☐ 재정 ☐ 음식 ☐ 교통 ☐ 주거 ☐ 사회적 고립 ☐ 사회적 지지 ☐ 정신건강
☐ 고용 ☐ 건강정보 이해력 ☐ 돌봄부담 ☐ 폭력 ☐ 해당 없음 ☐ 기타:</td></tr>
<tr><td rowspan="6">욕구 평가</td><td colspan="3">☐ 재정 ☐ 음식 ☐ 교통 ☐ 주거 ☐ 사회적 고립 ☐ 사회적 지지 ☐ 정신건강
☐ 고용 ☐ 건강정보 이해력 ☐ 돌봄부담 ☐ 폭력 ☐ 해당 없음 ☐ 기타:</td></tr>
<tr><td>욕구</td><td>평가 내용</td><td>KCD Z-Code</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="6">강점 평가</td><td colspan="3">☐ 재정 ☐ 음식 ☐ 교통 ☐ 주거 ☐ 사회적 고립 ☐ 사회적 지지 ☐ 정신건강
☐ 고용 ☐ 건강정보 이해력 ☐ 돌봄부담 ☐ 폭력 ☐ 해당 없음 ☐ 기타:</td></tr>
<tr><td>욕구</td><td colspan="2">평가 내용</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">개입 및
결과</td><td>욕구</td><td>개입 내용</td><td>연계 기관</td><td>결과</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>계획</td><td colspan="3">☐ 개입 지속(☐ 적극적 개입 ☐ 모니터링) ☐ 종결</td></tr>
</table>

서식지 5. 퇴원 체크리스트(환자용)

집으로 돌아가기 전에, 다음 사항들을 확인하시기 바랍니다. 이미 준비가 된 사항에 ✓ 하세요.

작성 날짜	20 년 월 일	작성자	
퇴원 체크리스트	☐	1. 집으로 가는 것을 가족 또는 보호자가 알고 있나요?	
	☐	2. 집에 갈 교통수단(자차, 택시, 대중교통 등)이 준비되어 있나요?	
	☐	3. 집에 도착했을 때 맞이해 줄 사람이 있나요? 혹은 집 열쇠를 가지고 있나요? (현관 비밀번호를 알고 있나요?)	
	☐	4. 집에 먹을 음식이 있나요? 냉·난방이 되어 있나요?(필요한 경우)	
	☐	5. 집에 돌아갔을 때 누군가의 돌봄이 필요한 경우, 도움을 요청할 사람과 연락할 방법을 알고 있나요?	
	☐	6. 집에 가져가서 먹어야 할 약을 어떻게 복용해야 하는지 아시나요?	
	☐	7. 다음 외래 예약과 검사가 언제인지 알고 있나요?	
	☐	8. 병원 방문이 필요한 증상이 무엇인지 알고 있나요?	
	☐	9. 집으로 돌아가 생활하는 중 병원에 문의 가능한 연락처를 알고 있나요?	
	☐	10. 집에서 필요한 기구 또는 장비를 어떻게 준비하는지 아나요? (예: 요실금 패드, 장루 주머니, 소독약/거즈/반창고와 같은 상처 소독 용품 등)	

* 1~5번과 관련하여 상담을 원하는 경우, 퇴원계획 의료사회복지사에게 문의할 수 있습니다.
* 6~10번과 관련하여 상담을 원하는 경우, 퇴원계획 간호사에게 문의할 수 있습니다.

서식지 6. 모니터링 서식지(의사·간호사·의료사회복지사 총괄)

환자명		등록번호	
생년월일	년 월 일	성별/나이	/ 만 세
입원일	20 년 월 일	퇴원일	20 년 월 일
수술일	20 년 월 일	수술명	
주소		전화번호	
퇴원 후 거주지	☐ 집 ☐ 타병원 ☐ 요양시설 ☐ 기타:	돌봄제공자	☐ 본인 ☐ 가족(관계:) ☐ 간병인 ☐ 요양보호사 ☐ 기타:
평가일	20 년 월 일		
모니터링 주기	☐ 퇴원 후 1일 ☐ 퇴원 후 첫 외래 방문일 ☐ 1개월		
대상자	☐ 본인 ☐ 가족(관계:) ☐ 간병인 ☐ 요양보호사 ☐ 기타:		
모니터링 방법	☐ 외래 진료 시 대면 ☐ 전화 ☐ 자택 방문 ☐ 병원 및 시설 방문 ☐ 기타:		
수술 후 치료	☐ 미정 ☐ 해당 없음 ☐ 항암화학요법 ☐ 방사선치료 ☐ 호르몬치료 ☐ 기타:		

구분	모니터링 문항	비고
1. 건강상태	잘 지내고 계신가요? ☐ 예 ☐ 아니요(이유:)	타 기관 입원 및 사망의 경우 시기 확인
2. 상처 관리	수술 상처에 특별한 불편함이 있나요? ☐ 예 ☐ 아니요(이유:)	
3. 통증 관리	통증은 잘 조절되고 있나요? ☐ 약 복용으로 잘 조절됨 ☐ 약 복용하나 잘 조절되지 않음 ☐ 통증 없음	통증이 잘 조절되지 않는 경우 NRS 점수 약을 복용하는 경우 종류 및 횟수
4. 식사	식사는 잘 하고 있으신가요? ☐ 일반 식사를 1인분 먹는다. ☐ 일반 식사를 절반 이하로 먹는다. ☐ 죽이나 미음을 먹는다. ☐ 물과 같은 액체만 먹는다. ☐ 전혀 먹지 못한다. ☐ 장관 영양	횟수와 양 확인

5. 동반 질환 관리	동반 질환은 잘 조절되고 있나요? ☐ 잘 조절되고 있다. ☐ 약을 먹어도 잘 조절되지 않는다. ☐ 해당 없음	복용중인 약의 종류와 횟수 확인
6. 배변/배뇨	배변이나 배뇨에는 문제가 없나요? ☐ 변비 또는 변실금, 설사가 있다. ☐ 배뇨 곤란 또는 요실금이 있다. ☐ 간헐적 자가도뇨 또는 유치도뇨관을 가지고 있다. ☐ 전혀 문제가 없다.	문제가 있을 경우 횟수와 양 확인
7. 장루/배액관/욕창관리	장루/배액관/욕창은 잘 관리하고 있나요? ☐ 잘 관리하고 있다. ☐ 관리에 어려움이 있다.(이유:) ☐ 해당 없음	횟수와 양 확인
8. 수면 장애	수면에 문제가 있나요? ☐ 수면에 문제가 있지만 약으로 조절된다. ☐ 수면에 문제가 있어 약을 먹어도 잠을 이루지 못한다. ☐ 수면에 문제가 있지만 약을 복용하지 않는다. ☐ 전혀 문제가 없다.	약의 종류와 횟수 기재
9. 우울감	최근 일주일 이내에 우울감을 느낀 적이 있나요? ☐ 예 ☐ 아니요	
10. 섬망	섬망이 있나요? ☐ 예 ☐ 아니요	
11. 낙상	퇴원 후 낙상의 위험이나 경험이 있나요? ☐ 예(이유:) ☐ 아니요	
12. 일상생활 수행 능력	(퇴원 전 평가한 일상생활 활동 정도를 참고로) 일상생활 동작이 가능한가요? (예: 개인위생, 목욕하기, 화장실 이용, 식사 준비, 외출하기 등) ☐ 전혀 할 수 없음 ☐ 많은 도움이 필요함 ☐ 중간 정도의 도움이 필요함 ☐ 경미한 도움이 필요함 ☐ 완전히 독립적으로 수행 가능함	일상생활 수행 능력 질문을 통해 환자의 ADL 호전 여부 파악

퇴원 시 문제 재점검 / 모니터링 시 발생한 문제 목록			
문제 목록	**개입 내용/중재 방안**	**재점검 현황/향후 계획**	**비고**
2. 상처	☐ 정보제공 및 교육 ☐ 지역병원 및 보건의료 서비스 연계 ☐ 기타:	☐ 개입 지속 필요 ☐ F/U 필요 ☐ 종결	
3. 통증	☐ 정보제공 및 교육 ☐ 지역병원 및 보건의료 서비스 연계 ☐ 기타:	☐ 개입 지속 필요 ☐ F/U 필요 ☐ 종결	
4. 식사	☐ 정보제공 및 교육 ☐ 지역병원 및 보건의료 서비스 연계 ☐ 기타:	☐ 개입 지속 필요 ☐ F/U 필요 ☐ 종결	
5. 동반 질환	☐ 정보제공 및 교육 ☐ 지역병원 및 보건의료 서비스 연계 ☐ 기타:	☐ 개입 지속 필요 ☐ F/U 필요 ☐ 종결	
6. 배변/배뇨	☐ 정보제공 및 교육 ☐ 지역병원 및 보건의료 서비스 연계 ☐ 기타:	☐ 개입 지속 필요 ☐ F/U 필요 ☐ 종결	

사회적 욕구 모니터링(의료사회복지사)

1. 퇴원계획 시 평가된 사회적 욕구가 있나요?
☐ 예
☐ 아니요

2. 퇴원 후 새롭게 평가된 사회적 욕구가 있나요?
☐ 예
☐ 아니요

	욕구	퇴원계획 시점	모니터링 시점	비고
사회적 욕구 개입 결과 모니터링				

환자등록번호		조사 일자	
성명		생년월일	

암환자 '퇴원계획 수립 및 관리'이용 만족도(전화 조사용)

1. 참여하신 '퇴원계획 수립 및 관리'에 **전반적으로 얼마나 만족**하십니까?

매우 불만족	불만족	보통	만족	매우 만족
①	②	③	④	⑤

2. (연계 대상자 한정)

1안) 원내 연계 받으신 서비스에 대해 **전반적으로 얼마나 만족**하십니까?

매우 불만족	불만족	보통	만족	매우 만족
①	②	③	④	⑤

2안) 지역사회에서 연계 받으신 서비스에 대해 **전반적으로 얼마나 만족**하십니까?

매우 불만족	불만족	보통	만족	매우 만족
①	②	③	④	⑤

3. '퇴원계획 수립 및 관리'를 통해 퇴원 후 가정에서 **건강을 관리하는 데 도움**이 되었다고 생각하십니까?

전혀 도움이 되지 않음	거의 도움이 되지 않음	보통	약간 도움이 됨	매우 도움이 됨
①	②	③	④	⑤

4. '퇴원계획 수립 및 관리'를 통해 퇴원 후 **일상생활 등에 복귀하는 데 도움**이 되었다고 생각하십니까?

전혀 도움이 되지 않음	거의 도움이 되지 않음	보통	약간 도움이 됨	매우 도움이 됨
①	②	③	④	⑤

5. '퇴원계획 수립 및 관리'를 **주위의 환자에게 추천**하고 싶습니까?

전혀 추천하고 싶지 않음	거의 추천하고 싶지 않음	보통	약간 추천하고 싶음	매우 추천하고 싶음
①	②	③	④	⑤

6-1. '퇴원계획 수립 및 관리'에서 가장 **만족스러운(좋은) 점**을 말씀해 주십시오.

만족스러운 점:

6-2. '퇴원계획 수립 및 관리'에서 **불만족스러운(나쁜) 점**을 말씀해 주십시오.

불만족스러운 점:

7. '퇴원계획 수립 및 관리' 관련하여 **어떤 점을 개선**하였으면 좋겠다고 생각하는지를 말씀해 주십시오.

| 참고문헌 |

- 강지인, 남궁기. “암 환자의 정신사회적 특성과 정신 건강”. **J Korean Neuropsychiatr Assoc** 46, no. 5 (2007):421-429.
- 강흥구. **의료사회복지실천론**. 학현사, 2013.
- 경기복지재단. 2018. **사회적 고립의 유형분석 및 지원방안**. 경기복지재단. 2018-16
- 곽윤경. “사회적 자본 실태 진단과 사회통합”. **한국보건사회연구원 보건복지포럼** 280 (2020): 18-33.
- 국립암센터. **퇴원 후 암환자 케어를 위한 일차의료 진료 매뉴얼**. 국립암센터 암환자 토탈헬스케어연구단, 2020.
- 국민건강보험공단. **요양병원 퇴원환자 지역사회 연계 업무 안내서**. 2019.
- 권정옥, 이은남, 배선형. “건강불평등에 대한 개념분석”. **J Korean Acad Nurs Adm** 21, no. 1 (2015):20-31.
- 김경옥, 정소연, 장윤정. 암 환자의 퇴원 계획 요구에 대한 질적연구. *Asian Oncology Nursing* 21, no. 2 (2021):110-119.
- 김계숙, 김진욱. “암환자 가족의 돌봄 경험, 돌봄 시간, 만성질환 여부가 삶의 질에 미치는 영향: 사회적 자본의 조절효과를 중심으로”. **보건사회연구** 38, no. 4 (2018):57-97.
- 김동진, 채수미, 최지희, 김창엽, 김명희, 박유경, 손수인, 김새롬, 박여리. **국민의 건강수준 제고를 위한 건강형평성 모니터링 및 사업 개발**. 한국보건사회연구원, 2016.
- 김명희. “한국의 건강형평정책의 현황과 과제”. **J Korean Med Assoc** 56, no. 3 (2013):206-212.
- 김승섭. **우리 몸이 세계라면**: 분투하고 경합하며 전복되는 우리 몸을 둘러싼 지식의 사회사. 동아시아. 2018, 132-153.
- 김은나, 옥민수, 신유경, 조민우, 이진용, 도영경. “환자중심성의 개념적 구성 요소: 환자와 가족구성원의 관점”. **한국의료질향상학회지: Korean Society for Quality in Health Care** 25, no. 2 (2019): 26-43.
- 김창엽, 김명희, 이태진, 손정인. **한국의 건강 불평등**. 서울대학교출판문화원. 2015.
- 김창엽. “건강불평등 완화를 위한 의사의 역할”. **Journal of the Korean Medical Association** 56, no. 3 (2013):213-219.
- 대한의료사회복지사협회, Z코드 의료사회복지사 연구회. **Z코드의 임상적 활용(Z55-Z99)**. 대한의료사회복지사협회, 아산사회복지재단, 2018.
- 대한의료사회복지사협회. “보건의료영역의 복지향상을 위한 의료사회복지사의 역할”. 보도자료. 2017년 6월 27일 수정.
- 마이클 마멋. **건강격차: 회복력 강한 지역공동체.** 2017, 297-330.
- 박상언, 김희진, 김점남, 박혜정, 길초롱, 이지연, 장희경. “암환자 가족원의 건강 정보 이해력과 사회적 지지가 돌봄부담에 미치는 영향”. **ournal of digital convergence** 17, no. 3 (2019): 291-304.

- 변혜선, 김경덕, 정복례, 김경혜. “입원 암환자의 피로와 삶의 질”. **Korean Journal of hospice and palliative care** 13, no.2 (2010):98-108.
- 부은희, 오인옥, 김선애, 손재이, 윤미선, 박현희, 오의금, 김경란, 강민진. **간호·간병통합서비스 병원 퇴원 환자의 추후 간호관리방안 연구**. 국민건강보험 일산병원 연구소, 2016.
- 양동욱, 김혜림, 강은실, 김다은, 배은영, 김진현. “암환자 가구에서 과부담의료비 발생의 양상과 결정요인. 한국보건경제정책학회”. **보건경제와 정책연구** 23, no. 1 (2017):53-70.
- 원자력병원 암환자정신건강센터. “질병정보: 정신건강”, 2021년 7월 30일 확인. http://kcch.re.kr/dept/main/index.do?DP_CODE=S009&MENU_ID=002011
- 윤태호. “건강형평 정책의 국제 동향: 영국, 네덜란드, 스웨덴, 세계보건기구의 경험으로부터의 교훈”. **Journal of Korean Medical Association** 56, no. 3 (2013):195-205.
- 이상진. “장기재원 환자를 위한 퇴원 계획”. **대한의료사회복지사협회 월례집담회**, 1998.
- 이상철, 조준영. “다차원적 사회적 고립이 신체적·정신적 건강에 미치는 효과: 연령집단의 상호작용효과 분석”. **한국사회정책학회 한국사회정책** 24, no. 2 (2017):61-86.
- 이영태, 윤태영, 김상현. “환자의 특성에 따른 기능적 건강정보이해능력(functional health leteracy)과 의료인의 설명이해도”. **보건과 사회과학** 32 (2012):145-171.
- 이인정. “암생존자 가족의 건강 관련 삶의 질에 대한 영향 요인: 투병 중인 암환자 가족과의 비교를 중심으로”. **Journal of the Korea Convergence Society** 9, no. 11 (2018):443-454.
- 임정원, 김민영. “의료사회복지사의 직무 실태와 활동 수가 현황”. **한국사회복지조사연구** 54 (2017), 167-194.
- 임정원, 장수미, 유조안, 김민영. “종합병원 의료사회복지사의 퇴원 계획 모델 개발과 수가 적용방안”. **한국사회복지학회 한국사회복지학** 71, no. 4 (2019):31-65.
- 조상근. “사회적 처방’으로 삶의 질을 높일 수 있을까?”. **시민건강연구소**. 2020년 7월 23일 수정. 2021년 7월 30일 확인. http://health.re.kr/?p=6768.
- 조영아, 김현아, 김연희, 김유진. **북한이탈주민을 위한 심리사회적 상담 매뉴얼**. 국제이주기구 한국대표부, 2011.
- 조희숙, 김봉기, 이혜진, 이보영. “사회적지지가 암 환자의 삶의 질에 미치는 영향”. **Korean journal of health education and promotion** 27, no. 4 (2010):51-59.
- 최권호. “보건사회복지 개념과 역할 재구성: 병원을 넘어. 비판과 대안을 위한 사회복지학회”. **비판사회정책** 49 (2015), 368-403.
- 최슬기, 김혜윤, 황종남, 채수미, 한겨레, 유지수, 천희란. **건강정보문해력(헬스리터러시) 제고 방안 연구**. 한국보건사회연구원, 2020.
- 최윤숙, 배주희, 김남희, 태영숙. “노인 암환자 가족원의 돌봄 부담감 영향요인”. **Asian Oncology Nursing** 16, no. 1 (2016):20-29.
- 최현정. **멘토링 프로그램을 활용한 질환별 의료사회복지 실무 가이드북: 퇴원 계획 상담 및 지역사회 통합 돌봄**. 대한의료사회복지사협회. 2019, 230-241.

- 통계청. **한국표준질병·사인분류**. 대한보건의료정보관리사협회. 2020.
- 한국건강증진개발원. **건강불평등 제고를 위한 정책방향**. 2018.
- 한국건강증진재단. **건강불평등과 지역사회 건강증진** 21 (2014).
- 한림대학교의료원 사회사업팀 월례회의 자료.
- 한인영, 최현미, 장수미, 임정원, 이인정, 이영성, **의료현장과 사회복지실천**. 서울: 학지사, 2013.
- Abraham H. Maslow. "A theory of human motivation". *Psychological Review* 50, no. 4 (1943):370-396.
- American Hospital Association. *Discharge planning Update*. 5 (1984).
- American Hospital Association. *ICD-10-CM Coding for Social Determinants of Health*, 2019.
- American Hospital Association. *Screening for Social needs: Guiding Care Teams to Engage Patients*. 2019.
- American Hospital Association. *Social determinants of health series: Food Insecurity and the role of hospitals*. 2017.
- American Hospital Association. *Social determinants of health series: Housing and the role of hospitals*. 2017.
- American Hospital Association. *Social determinants of health series: Transportation and the role of hospitals*. 2017.
- Ariel Singer. Carly Hood-Ronick. *Oregon Primary Care Association. Empathic Inquiry: Implementation Guidance for a Patient-Centered Approach to Social Needs Screening*. 2018.
- Centers for Medicare & Medicaid Services. *Using Z Codes: The Social Determinants of Health Data Journey to Better Outcomes*. 2021.
- Changsu Han, Seung Hoon Lee, Cheolmin Shin, Hyounwook Kim. "Standardization of the Korean version of the patient health Questionnaire-4 (PHQ-4)". *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience* 19, no. 1 (2021):104-111.
- Charles Auerbach, Susan Mason, Heidi H Laporte. "Evidence that supports the value of social work in hospitals". *Social Work in Health Care* 44, no. 4 (2007):17-32.
- David B Preen, Belinda E S Balley, Alan Wright, Peter Kendall. "Effects of a multidisciplinary, post-discharge continuance of care intervention on quality of life, discharge satisfaction, and hospital length of stay: A randomized controlled trial". *International Journal of Quality in Health Care* 17, no. 1 (2005):43-51.
- Edwin A Lomotan, Ginny Meadows, Maria Michaels, Jeremy J Michel, Kristen Miller. "To share is human! Advancing evidence into practice through a national repository of interoperable clinical decision support". *Applied Clinical Informatics* 11, no. 1 (2020):112-121.

- Elizabeth B Anderson. "Patient-centeredness: a new approach". *Nephrology News & Issues* 16, no. 12 (2002):80-82.
- EV Pecukonis, Liewellyn J Cornelius, Margarete Parrish. "The Future of Health Social Work. Social Work in Health Care" *Social Work in Health Care* 37, no. 3 (2003):1-15.
- G Dahlgren, M Whitehead. "Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health". *Stockholm Institue for Futures Studies*. 1991.
- Health Leads Inc.. *Social Needs Screening Toolkit*. 2018.
- J Globerman, J White, G McDonal, "Social work in restructuring hospitals: Program management five years later". *Health and Social Work* 27, no. 4 (2002):274-284.
- Jackie Birmingham. "Collaboration between provider and payer case managers using Medicare's Condition of Participation". *Lippincotts Case Manag*. 9, no. 3 (2004):147-151.
- James Macinko, Barbara Starfield. "Annotated bibliography on equity in health, 1980-2001". *International Journal for Equity in Health* 1, no. 1 (2002).
- K McKeehan, C Coulton. "A sytem approach to program development for continuity of care in hospital". In: Eleanor McClelland, Katheleen Kelly, Kathleen C. Buckwalte. *Continuity of Care: Advancing the Concept of Discharge Planning*. 1985, 79-92.
- Katie Green, Megan Zook. "When Talking About Social Determinants, Precision Matters". *Health Affairs Blog*. last modified October 29, 2019. accessed July 30, 2021, healthaffiars.org/do/10.1377/hblog20191025.776011/full/.
- L Berry, K Seiders, S Wilder. *Innovations in access to care: A patient-centered apprach* 139, no. 7 (2003):568-574.
- Leah L Zullig, George L Jackson, Dawn Provenzale, Joan M Griffin, Sean Phelan, Michelle van Ryn. "Transportation–A Vehicle or Roadblock to Cancer Care for VA Colorectal Cancer Patients?". *Clinical Colorectal Cancer* 11, no. 1 (2012):60-65.
- Linda E Carlson, Amy Waller, Alex J Mitchell. "Screening for Distress and Unmet Needs in Patients With Cancer: Review and Recommendations". *Journal of Clinical Oncology*. 30, no. 11 (2012):1160-1177.
- Linda E Carslon, M Angen, J Cullum, E Goodey, J Koopmans, L Lamont, J H MacRae, M Martin, G Pellertier, J Robinson, J S A Simpson, M Speca, L Tillotson, B D Bultz. "High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients". *British Journal of Cancer* 90, no. 12 (2004):2297-2304.
- M Dimatteo. "The role of the physician in the emerging health car environment". *Western Journal of Medicine* 168, no. 5 (1998):328-333.

- M Stewart, J B Brown, I R McWhinney, J Oates, W W Weston, J Jordan. "The impact of patient-centered care on outcomes". *Journal of Family Practice* 49 (2000), 796-804.
- Macmillan Cancer Support. *Going home from hospital: My hospital discharge check list*, 2019.
- Mansooreh Rooeintan, Mogjan Khademi, Tahereh Toulabi, Fatemeh Nabavi, Mojtaba Gorji. "Explaining post discharge care needs of cancer patients: A qualitative study". *Indian Journal of Palliative Care* 25 no. 1 (2019):110-118.
- National Association of Community Health Centers, Inc., Association of Asian Pacific Community Health Organizations, Oregon Primary Care Association. "Chapter 5: Workflow Implementation." In: *Data Collection Techniques: Empathic Inquiry*. 2018, 50-52.
- Rainer S Beck, Rebecca Daughtridge, Phillip D Sloane. "Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review". *The Journal of the American Board of Family Practice* 15, no. 1 (2002):25-38.
- Rocco Perla, Matthew Stiefel, Damon Francis, Nirah R Shah. "Defining Success In Resolving Health-Related Social Needs". *Health Affairs Blog*. last modified January 26, 2017. accessed August 2, 2021.
- Samantha Artiga, Elizabeth Hinton. *Beyond Health Care: The Role of Social Determinants in Promoting Health and Healthy Equity*. The Kaiser Family Foundation. 2018.
- T Mizrahi, C S Berger. "Effect of a changing health care environment on social work leaders: Obstacles and opportunities in hospital social work". *Social Work* 46 no. 2 (2001):170-182.
- Texas Children's Hospital, Baylor College of Medicine, Department of pediatrics. *Social Determinants of Health: Screening in The Clinical Setting*.
- U.S. Department of Health and Human Services. "Social Determinants of Health". Healthy People 2030. Office of Disease Prevention and Health Promotion. assessed July 30, 2021. https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/social-determinants-health
- World Health Organization. "Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health". 2008.

건강의 사회적 결정요인을 적용한 암환자 퇴원계획 의료사회복지 가이드북

초판 1쇄 인쇄	2021년 10월 12일
초판 1쇄 발행	2021년 10월 12일
지은이	국립암센터 암환자토탈헬스케어연구단·의료사회복지팀
펴낸이	서홍관
펴낸곳	국립암센터 NATIONAL CANCER CENTER
등록일자	2000년 7월 15일
등록번호	일산 제116호
주소	경기도 고양시 일산동구 일산로 323
출판	031) 920-1957
관리	031) 920-1139
팩스	031) 920-1209
대표전화	1588-8110
홈페이지	www.ncc.re.kr
ISBN	978-89-92864-54-1 (13510)

본 자료는 공익적암 연구사업 암환자 퇴원계획 수립과 적정관리 방안연구(1911272-3)의 지원에 의해 제작되었습니다.