

3주차 2차시

의료사회사업의 제도

학습 목표

- 의료사회사업과 관련된 보장제도를 이해하고 설명할 수 있다.
- 의료사회사업을 실천하는데 근거가 되는 법을 이해하고 설명할 수 있다.

학습 내용

1. 의료보장제도
2. 의료사회사업실천의 근거법

1) 의료보장제도란

- 질병으로 인해 발생한 의학적 · 경제적 어려움으로부터 국민을 보호하기 위한 목적으로 국가가 주체가 되어 실시하는 제도적 및 정책적 시책
- 의료보장은 질병으로 인한 수입의 중단이나 치료비 지출로 인한 재정적 위협을 사회적으로 대처하는 데 그 목적을 두고 있음
- 그러나 최근에는 의료보장이 질병의 치료라는 좁은 의미의 개념에서 벗어나 질병을 사전에 예방하고 건강을 증진시키는 일련의 활동을 포괄하는 ‘건강보장’의 개념으로 확대되고 있음



- 이와 같은 의료보장제도는 기본적으로 사회보험인 ‘국민건강보험법’과 공적부조 형태인 ‘의료급여법’에 근거하고 있음
- 이외에도 부분적으로 긴급복지지원법, 장애인복지법, 노인복지법, 노인장기요양보험법 등에 따라 요양 · 의료 보장제도가 운영되고 있음

2) 국민건강보험법

- 1999년 2월 8일 제정되었고(법률 제5854호), 수 차례의 일부 개정을 거쳐 2011년 12월 31일 전면 개정되었음
- 국민건강보험법에 근거를 둔 국민건강보험제도는 질병이나 부상으로 인해 발생한 고액의 진료비로 가계에 과도한 부담이 되는 것을 방지하기 위하여, 국민들이 평소에 보험료를 내고 보험자인 국민건강보험공단이 이를 관리 · 운영하다가 필요 시 보험급여를 제공함으로써 국민 상호 간 위험을 분담하고 필요한 의료서비스를 받을 수 있도록 하는 사회보장제도임
- 목적
 - 국민의 질병 · 부상에 대한 예방, 진단, 치료, 재활과 출산, 사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건향상과 사회보장 증진에 이바지함
- 대상
 - 의료급여 수급자 등 적용대상이 아닌 국내에 거주하는 국민
 - 가입자는 임금소득자인 직장근로자와 공무원 및 교직원을 직장가입자로, 그리고 비임금소득자인 농어촌 주민 및 도시자영업자를 지역가입자로 하고 그의 배우자 및 직계 존속과 비속, 형제자매 등 가족을 피부양자로 규정

- 관리 주체
 - 국민건강보험공단
 - 가입자 및 피부양자의 자격관리, 보험료의 부과 및 징수, 보험급여의 관리, 가입자 및 피부양자의 건강증진을 위한 예방사업, 의료시설의 운영, 건강보험에 관한 교육훈련 및 홍보, 건강보험에 관한 조사연구 및 국제협력 등의 업무를 수행
- 주요 내용
 - 가입자 및 피부양자의 질병·부상·출산 등에 대하여 진찰·검사, 약제·치료 재료의 지급, 처치·수술 기타의 치료, 예방·재활, 입원, 간호, 이송 등의 요양급여를 제공
 - 이 외에 요양비(분만비 포함), 장제비, 상병수당, 장애인보장구, 건강검진 등을 급여
- 보험료 산정
 - 직장가입자의 경우 표준보수월액을 기준으로 하며, 지역가입자의 경우에는 소득·재산·생활수준·직업·경제활동 참가율 등을 바탕으로 구성된 부과표준소득을 기준으로 세대단위로 징수함
- 국민건강보험법의 주요 내용
 - 국가법령정보센터 (<http://www.law.go.kr>)
- 국민건강보험제도의 주요 내용
 - 국민건강보험 (<http://www.nhis.or.kr>)
- 의료사회복지사는 이런 환자와 가족을 대상으로 건강보험의 혜택을 재개할 수 있는 방법을 강구하거나 또는 의료급여제도, 긴급복지지원제도 등을 적용하여 필요한 의료서비스를 제공할 수 있도록 지원해주는 역할을 수행해야 하므로 의료보장과 관련한 다양한 법적 체계에 대한 지식을 갖추고 있어야 함

3) 의료급여법

- 1977년 12월 31일 의료보호법(법률 제3076호)으로 제정된 후, 2001년 5월 24일에 의료급여법(법률 제6474호)으로 법제명 변경 및 전문개정
- 질병이 발생하여 치료를 필요로 하지만 이를 위한 경제적 능력이 일시적 또는 영구적으로 손상되어 개인의 능력으로 치료를 받을 수 없는 사람들을 대상
- 비용의 전액 또는 일정 부분을 지원
- 목적
 - 생활이 어려운 자에게 의료급여를 실시함으로써 국민보건의 향상과 사회복지의 증진에 이바지
- 대상
 - 수급권자, 이재민, 의상자 및 의사자 유족 등, 국가유공자와 가족, 북한이탈주민 등이며, 2011년 법의 일부 개정을 통해 국내에 입양된 18세 미만의 아동이 포함
- 관리주체
 - 수급권자의 거주지를 관할하는 시장·군수·구청장
 - 심사평가원에 급여비용의 심사 및 조정, 의료급여의 적정성 평가, 심사 및 평가기준 설정 등의 업무를 위탁
 - 민건강보험공단에 급여비용의 지급, 개인별 진료내역의 관리 등의 업무를 위탁

- 의료급여사업의 실시에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지가족부와 특별시·광역시·도와 시·군·구에 각각 의료급여심의위원회
- 의료기관, 보건소 및 보건지소, 약국 및 희귀의약품센터 등이 포함
- 의료급여 선정 기준(2016년 기준)

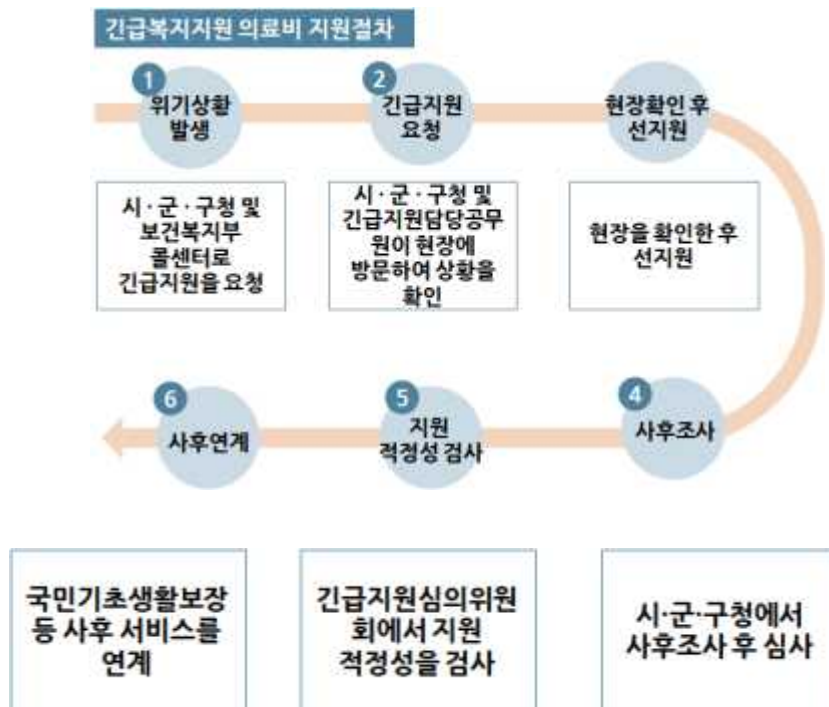
구분		내용	
의료급여 1종	지원 대상	국민기초생활수급권자	
		선정기준	<ul style="list-style-type: none"> • 근로능력이 없거나, 보건복지부 장관이 근로가 곤란하다고 인정한 자로 구성된 세대의구성원 • 국민기초생활보장법에서 정한 보장시설에서 급여를 받고 있는자(국민기초생활보장 시설수급자) • 보건복지부 장관이 인정한 자(국민기초생활 특례수급자) • 보건복지부장관이 정하여 고시하는 희귀난치성질환 및 중증 질환자(암환자, 중증화상환자)로 등록된 자

구분		내용	
의료급여 1종	지원 대상	의료급여법에 의한 수급권자(행려환자)	
		선정기준	<ul style="list-style-type: none"> • 일정한 거주지가 없는 자 • 행정관서(경찰서, 소방서)에 의하여 병원에 이송된 자 • 의사의 진단서상에 응급의료(응급처치 및 응급진료)를 받은 응급환자라는 사실 확인이 가능한 자 • 신분증 또는 신분조화를 통해 부양의무자가 없거나 부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나 부양을 기피하는 것으로 파악된 자

구분		내용	
의료급여 1종	지원 대상	타 법에 의한 수급권자	
		선정기준	<ul style="list-style-type: none"> • 이재민 의사자 및 의사자의 유족, 입양아동(18세미만), 국가 유공자, 중요무형문화재의 보유자, 북한이탈주민, 5.18민주화운동 관련자, 노숙인
의료급여 2종	지원 대상	국민기초생활보장수급자 중에서 의료급여 1종 수급권자 기준에 해당되지 않는 자	

4) 긴급복지지원법

- 2005년 12월 23일에 한시적인 법으로 제정 (법률 제7739호)된 후에 여러 차례의 일부 개정을 거쳤음
- 긴급복지지원법에 근거를 둔 긴급복지지원제도는 갑작스러운 위기 상황으로 생계유지가 곤란한 저소득층에게 생계 · 의료 · 주거지원 등 필요한 복지서비스를 신속하게 지원하여 위기 상황에서 벗어날 수 있도록 돕는 사회보장제도
- 목적
 - 개인이나 가족이 급작스러운 재해, 사고, 질병 등으로 말미암아 위기상황에 처하여 도움이 필요할 경우 국가와 지방자치단체가 중심이 되어 필요한 생계비, 의료비 등을 일정기간 지급함으로써 위기에서 벗어나 인간다운 생활을 할 수 있도록 지원
- 대상
 - 특정 사유로 인하여 가구의 소득이 최저생계비 이하로 떨어진 경우, 중한 질병이 발생하거나 부상을 당한 경우, 가정폭력이나 성폭력, 화재 등으로 인하여 가구 구성원과 함께 생활하기 힘든 경우, 이혼으로 인한 소득 상실 등의 다양한 상황
 - 단, 국민기초생활보장법, 재해구호법, 의료급여법, 사회복지사업법, 가정폭력방지 및 피해자보호 등에 관한 법률, 성폭력방지 및 피해자보호에 관한 법률 등의 지원을 받을 경우에는 이 법의 급여대상에서 제외



- 관리주체
 - 대상자의 거주지를 관할하는 시장·군수·구청장
 - 대상자의 거주지가 분명하지 아니한 경우에는 지원요청 또는 신고를 받은 시장·군수·구청장

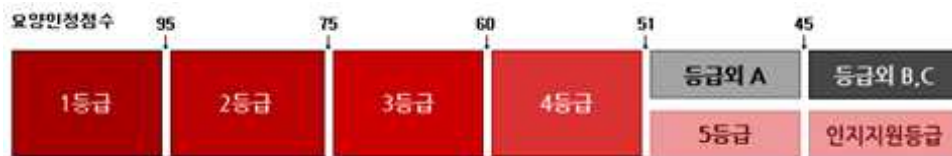
긴급복지지원제도 개요(보건복지부, 2016)

구분	주요 내용	
지원 대상	갑작스러운 위기사유 발생으로 생계유지 등이 곤란한 가구 = 위기상황에 처한 가구	
위기 사유	1. 주소득자 사망, 가출, 행방불명, 구금시설에 수용되는 등의 사유로 소득을 상실한 경우 2. 중한 질병 또는 부상을 당한 경우 3. 가구구성원으로부터 방임 또는 유기되거나 학대 등을 당한 경우 4. 가정폭력 또는 가구구성원으로부터 성폭력을 당한 경우 5. 화재 등으로 인하여 거주하는 주택 또는 건물에서 생활하기 곤란한 경우 6. 보건복지부령으로 정하는 기준에 따라 지방자치단체의 조례로 정한 사유가 발생한 경우 7. 그 밖에 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 경우로서 8. 주소득자와 이혼한 때, ② 단전되어 1개월이 경과된 때, ③ 주소득자의 휴·폐업으로 생계가 곤란한 경우, ④ 주소득자의 실직으로 생계가 곤란한 경우, ⑤ 교정시설에서 출소한 자가 생계가 곤란한 경우, ⑥ 가족으로부터 방임·유기 또는 생계곤란 등으로 노숙을 하는 경우	
소득·재산 참고 기준	소득 기준	소득: 기준 중위소득 75%(1인기준 1,218천원, 4인기준 3,293천원)이하
	재산 기준	대도시 13,500만원 이하, 중소도시 8,500만원 이하, 농어촌 7,250만원 이하 ※(재산의 의미)일반재산+금융재산+보험, 청약저축, 주택청약종합저축부채
	금융 재산	500만원 이하(단, 주거지원은 700만원 이하)
의료 지원	각종 검사, 치료 등 의료서비스 지원 300만원 이내(본인부담금 및 비급여 항목) 최대 횟수 2회	

5) 노인장기요양보험법

- 2007년 4월 법률 제8403호로 제정되고 2008년부터 시행
- 갑작스러운 위기 상황으로 생계유지가 곤란한 저소득층에게 생계, 의료, 주거지원 등 필요한 복지서비스를 신속하게 지원하여 위기상황에서 벗어날 수 있도록 돕는 사회보장제도
- 목적
 - 고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등에게 제공하는 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 장기요양급여에 관한 사항을 규정하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 국민의 삶의 질을 향상

- 대상
 - 65세 이상 노인 및 65세 미만의 특정 노인성 질환 (치매, 뇌혈관성 질환 등)을 앓고 있는 자로서 급여 대상은 “노인장기요양 등급판정위원회”에서 등급판정을 받은 자로 제한한다. 장기요양 등급은 대상자의 기능상태, 서비스 필요도 등을 감안하여 산출된 요양점수를 기준으로 1-5등급으로 구분
 - 65세 미만인 경우에는 기능장애의 원인이 정부가 지정한 치매, 뇌혈관질환, 파킨슨병 등의 노인성질환에 기인해야 하는 것으로 제한



- 관리주체
 - 건강보험공단으로서 공단은 장기요양사업에 사용되는 비용을 충당하기 위하여 장기요양보험료를 징수함

6) 암관리법 및 암관리법 시행령

- 암으로 인한 개인적 고통과 피해 및 사회적 부담을 줄이고 국민건강증진에 이바지함을 목적으로 2003년 5월 제정(법률 제6908호) 2004년 3월부터 암관리법 시행령 (대통령령 제18304호)이 제정된 후에 여러 차례의 일부 개정
- 목적
 - 국가가 암의 예방과 진료 및 연구 등에 관한 정책을 종합적으로 수립, 시행함으로써 암으로 인한 개인적 고통과 피해 및 사회적 부담을 줄이고 국민건강증진에 이바지함
- 대상
 - 국민건강보험법 제5조에 따른 건강보험가입자 및 피부양자와 의료급여법에 따른 의료급여수급자
 - 아동복지법에 따른 아동 중 암환자, 국민건강보험법 제5조에 따른 건강보험가입자 및 피부양자 중 암검진사업에 따라 암으로 진단받은 사람, 의료급여법에 따른 의료급여수급자 중 암환자, 폐암 환자
- 관리주체
 - 관리주체는 보건복지부이며, 암관리에 관한 중요사항을 심의하기 위하여 보건복지부장관 소속으로 국가암관리위원회가 설치

암환자 의료비 지원사업의 세부 내용(국가암정보센터, 2019)

구분	소아암환자	성인암환자		
		의료급여 수급자	건강보험 가입자	폐암환자
지원암종	악성신생물, 상피내의 신생물, 행동양식 불명 및 미상의 신생물 중 일부	악성신생물, 상피내의 신생물, 행동양식 불명 및 미상의 신생물 중 일부	위암, 대장암, 간암, 유방암, 자궁경부암	기관지 및 폐의 악성신생물
선정기준 종	<ul style="list-style-type: none"> 건보: 소득대상 조사 의급: 당연선정 	당연선정	<ul style="list-style-type: none"> 국가암검진 수급자 2018년 국가암검진을 받고 2019년에 진단을 받은 대상자 중 2019년 1월 건강보험료 고자액이 지원기준에 적합한 자 	<ul style="list-style-type: none"> 건보: 평균보험료 의급: 당연선정
지원금액	<ul style="list-style-type: none"> 백혈병: 3,000만 원 기타암종 백혈병 이외: 2,000만원(조혈모 세포 이식 시 3,000만원) 급여, 비급여 구분 없음 	<ul style="list-style-type: none"> 본인 일부부담금: 연간 120만원까지 비급여본인부담금: 연간 100만원까지 	본인 일부부담금	<ul style="list-style-type: none"> 건강보험가입자: 본인일부부담금 연간 최대 200만원 의료급여수급자: 본인일부부담금 120만원, 비급여 본인 부담금 100만원
지원항목	<ul style="list-style-type: none"> 본인 일부부담금 비급여 본인부담금 	<ul style="list-style-type: none"> 본인 일부부담금 비급여 본인부담금 	본인 일부 부담금	본인 일부 부담금, 본인 일부 부담금, 비급여 본인부담금
지원기간	만18세까지 연속지원연속 최대3년	연속 최대 3년	본인 일부 부담금 연간 최대 200만원까지 지원 연속 최대 3년	연속 최대 3년

7) 희귀질환관리법

- 조기진단이 어렵고 적절한 치료방법과 치료의약품이 개발되지 아니한 질환으로서 환자와 그 가족들에게 경제적·정신적 부담을 가중시키는 질환
- 조로증, 휘플병 등 상당수의 희귀난치성 질환은 10만 명당 1명 내지 9명 정도로 드물게 발생하나, 개별 질환별 환자 수가 매우 적음에도 불구하고, 희귀질환의 종류 자체가 5,000-6,000여 종으로 알려져 있음
- 목적
 - 희귀질환의 예방, 진료 및 연구 등에 관한 정책을 종합적으로 수립·시행하여 희귀질환으로 인한 개인적·사회적 부담을 감소시키고, 국민의 건강 증진 및 복지 향상에 이바지함
- 대상

- 희귀질환을 앓고 있는 사람들인데, 희귀질환이란 유병인구가 2만명 이하이거나 진단이 어려워 유병인구를 알 수 없는 질환으로 보건복지부령으로 정한 절차와 기준에 따라 정한 질환
- 관리주체
 - 국가와 지방자치단체
 - 보건복지부장관은 희귀질환관리를 위하여 희귀질환관리에 관한 종합계획을 5년마다 수립하여야 하며(법 제6조), 종합계획 수립을 위해서는 희귀질환관리위원회를 두어야 함
- 주요 내용
 - 희귀질환관리체계의 수립, 희귀질환관리사업 수행, 희귀질환 전문기관지정, 의약품 지원개발 등
 - 희귀난치성질환자 의료비 지원사업 대상 질환은 전신성홍반성루프스, 크론병 등을 포함하여 총 134종

2 | 의료사회사업실천의 근거법

1) 사회복지사업법

- 사회복지사업이라 함은 다음의 법률에 의한 보호·선도 또는 복지에 관한 사업과 사회복지상담, 직업지원, 무료숙박, 지역사회복지, 의료복지, 재가복지, 사회복지관 운영, 정신질환자 및 한센병력자의 사회복지에 관한 사업 등 각종 복지사업과 이와 관련된 자원봉사활동 및 복지시설의 운영 또는 지원을 목적으로 하는 사업을 말한다.

2) 의료법 시행규칙

- 병원을 기반으로 한 의료사회복지사의 활동이 법적인 근거를 갖게 된 것은 1973년 개정된 의료법 시행규칙
- 종합병원에는 사회복지사업법의 규정에 의한 사회복지종사자 자격증을 가진 자 중에서 환자의 생생, 재활과 사회복지를 위한 상담 및 지도 업무를 담당하는 요원을 1인 이상 둔다.
- 병상당 정원과 무관한 개념으로서 의무규정이 아니기 때문에 이를 지키지 않는 병원에 대한 제재가 없어 의료사회복지사의 고용과 역할 확대에 큰 걸림돌이 되어 왔음
- 특히 이 시행령이 제정된 후로 40년이 더 지나 의료 욕구 및 환경이 매우 크게 달라진 상황에서 의료사회복지계의 여러 노력에도 불구하고 여전히 이 규칙이 그대로 적용되고 있다는 점은 상당한 문제로서, 법 개정을 위해 지속적인 노력이 필요

3) 장기 등 이식에 관한 법률

- 1999년 2월에 제정
- 2016년 현재 법률 제11976호를 적용
- 장기이식 의료기관으로 지정을 받고자 하는 의료기관이 갖추어야 하는 시설·장비 및 인력의 기준으로서 장기 등의 적출·이식을 위한 상담·연락업무 등을 담당하는 간호사와 사회복지사 각 1인 이상을 두어야 한다.

4) 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법

- 1995년 12월 30일에 제정
- 2016년 5월 전부개정안(법률 제14224호)이 국회를 통과
- 정신보건법에는 제정될 때부터 정신보건사회복지사의 전문적 역할이 명시(개정된 법의 제17조)
- 정신건강전문요원은 그 전문분야에 따라 정신건강임상심리사, 정신건강간호사 및 정신건강사회복지사로 구분한다.

■ 학습정리

1. 의료보장제도

1) 국민건강보험법

(1) 목적

- 국민의 질병·부상에 대한 예방, 진단, 치료, 재활과 출산, 사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건향상과 사회보장 증진에 이바지함

(2) 대상 : 국내에 거주하는 국민

(3) 관리 주체 : 국민건강보험공단

(4) 주요 내용

- 가입자 및 피부양자의 질병·부상·출산 등에 대하여 진찰·검사, 약제·치료 재료의 지급, 처치·수술 기타의 치료, 예방·재활, 입원, 간호, 이송 등의 요양급여를 제공
- 요양비(분만비 포함), 장제비, 상병수당, 장애인보장구, 건강검진 등

(5) 보험료 산정

- 직장가입자 건강보험료 = 보수월액 * 건강보험료율(6.46%)
- 지역가입자 건강보험료 = 보험료 부과점수 * 점수당 금액(189.7원)

2) 의료급여법

(1) 목적

- 생활이 어려운 자에게 의료급여를 실시함으로써 국민보건의 향상과 사회복지의 증진에 이바지

(2) 대상

- 국민기초생활보장법에 의한 수급권자, 이주민, 의사자 및 의사자 유족 등
- 국가유공자와 가족, 북한이탈주민 등
- 국내에 입양된 18세 미만의 아동이 포함

(3) 관리주체

- 거주지를 관할하는 시장·군수·구청장

(4) 주요 내용

- 수급권자의 질병·부상·출산 등에 대하여 진찰·검사, 약제·치료재료의 지급, 처치·수술과 그 밖의 치료, 예방·재활, 입원, 간호, 이송과 그 밖의 의료목적의 달성을 위한 조치 등

3) 긴급복지지원법

(1) 목적

- 개인이나 가족이 급작스러운 재해, 사고, 질병 등으로 말미암아 위기상황에 처하여 도움이 필요할 경우
- 국가와 지방자치단체가 중심이 되어 필요한 생계비, 의료비 등을 일정기간 지급

(2) 대상

- 위기 대상에 처한 사람들(가구의 소득이 최저생계비 이하로 떨어진 경우, 중한 질병이 발생하거나 부상을 당한 경우, 가정폭력이나 성폭력, 화재 등으로 인하여 가구 구성원과 함께 생활하기 힘든 경우, 이혼으로 인한 소득 상실 등)

(3) 관리주체 : 거주지를 관할하는 시장 · 군수 · 구청장

(4) 주요 내용 : 생계지원, 의료지원, 주거지원, 사회복지시설이용지원, 교육지원 등

4) 노인장기요양보험법

(1) 목적

- 고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등에게 제공하는 신체활동 또는 가사활동 지원 등

(2) 대상

- 65세 이상 노인 및 65세 미만의 특정 노인성 질환(치매, 뇌혈관성 질환 등)을 앓고 있는 자

(3) 관리주체 : 건강보험공단

(4) 주요 내용

- 재가급여와 시설급여, 그리고 특별현금급여로 구성

5) 암관리법 및 암관리법 시행령

(1) 목적

- 암으로 인한 개인적 고통과 피해 및 사회적 부담을 줄이고 국민건강증진에 이바지

(2) 대상

- 건강보험가입자 및 피부양자와 의료급여법에 따른 의료급여수급자

(3) 관리주체

- 보건복지부

(4) 주요 내용

- 소아암과 일반 암으로 구분하여 지원하고 있음

6) 희귀질환관리법

(1) 목적

- 희귀질환의 예방, 진료 및 연구 등에 관한 정책을 종합적으로 수립 · 시행
- 희귀질환으로 인한 개인적 · 사회적 부담을 감소

(2) 대상 : 희귀질환을 앓고 있는 사람

(3) 관리주체 : 보건복지부

(4) 주요 내용

- 희귀질환관리체계의 수립, 희귀질환관리사업 수행, 희귀질환 전문기관지정, 의약품 지원개발 등

2. 의료사회복지실천의 근거법

(1) 사회복지사업법

(2) 의료법 시행규칙

(3) 장기 등 이식에 관한 법률

(4) 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법

4주차 1차시

의료사회사업의 전달체계

학습 목표

- 의료전달체계를 이해하고, 필요성을 설명할 수 있다.
- 의료전달체계의 기본 요건을 이해하고 설명할 수 있다.
- 의료전달체계의 모형을 이해하고 설명할 수 있다.
- 포괄수가제에 대하여 이해하고 설명할 수 있다.

학습 내용

1. 의료전달체계의 필요성
2. 의료전달체계의 기본요건
3. 의료전달체계의 모형
4. 포괄수가제

1

의료전달체계의 필요성

1) 의료계획 및 의료정책적 차원

- 정부의 보건계획과 의료정책의 가장 기본적인 목표는 국민 모두가 필요할 때 최소한의 의료를 지불능력 범위 내에서 용이하게 제공받을 수 있게 의료를 조직해야 함
- 의료인과 의료시설을 효율적으로 개발하고 활용한다는 것은 곧 의료자원의 기능을 적정하게 분담시키고 의료자원의 배치를 조직적이고 체계적이며 계획적으로 한다는 것을 뜻함
- 이러한 개념은 정부가 의도하는 의료전달체계의 의미
- 정부의 의료정책에서 의료전달체계는 진료권의 편성, 무의면무(無醫面無) 해소, 전문의 수의 제한, 가정의 제도의 도입, 수련기간의 지정, 보험의 실시 및 수가규제, 병원의 환자집중 현상에 대한 대안 형태 등으로 나타나게 된 것

2) 의료적인 자원

- 종적인 분화로 1차 진료, 2차 진료 또는 3차 진료를 담당하는 의사 또는 초전문의, 전문의, 가정의(일반의) 등으로 분화되어 분업하게 된 것
- 자연히 의료시설도 분화하게 되어 의원, 병원, 종합병원, 또는 대학 병원 등으로 그 기능이 다르고, 그 역할이 다른 분업의 형태로 받아들여야 하고, 일반의와 전문의도 상하의 관계가 아닌 분업관계로 발전되었음
- 우리나라의 의료전달체계는 의료인력 간의 기능분담이 거의 이루어지지 않고 있어 의료비의 차등, 고급인력의 낭비, 의료 이용상의 혼란 등이 문제로 되고 있음
- 개업의에 대한 이용자의 불신풍조 등과 함께 종합병원에 대한 선호경향
- 종합병원으로의 환자집중 현상
- 의료이용 질서의 혼란은 물론 국민의 의료비 부담을 가중
- 종합병원의 고유의 기능인 연구 및 교육활동을 제한
- 국민보건증진의 선도적 역할을 저해하고 있는 등의
- 문제점이 야기되고 있음

2

의료전달체계의 기본요건

1) 의료이용의 예측 및 의료시설의 배치계획 수립

- 각 지역의 의료수요를 충족시켜 줄 수 있는 의료인력 및 시설을 확보하는 것이 가장 중요한 과제가 됨

- 진료권 단위로 정확한 의료수요를 예측하고 그 결과 예상되는 의료시설 부족량을 각 진료권에 적절히 배분할 수 있는 모델의 개발이 이루어져야 함

2) 의료시설 기본형의 개발 및 기능분담

- 각 의료기관은 수준에 적합한 서비스를 할 수 있도록 규모와 종류에 따라 그 기능을 충분히 발휘할 수 있도록 교육훈련의 내용과 기간에 따라 적합한 의료기관에 배치하여 종사하도록 해야 함
- 이를 위하여 각 의료기관의 기능에 합당한 병상규모, 인력, 시설, 및 장비의 기본형을 개발함으로써 의료전달체계의 확립과 장기적 의료시설 공급의 기본계획수립을 응용하게 할 수 있음

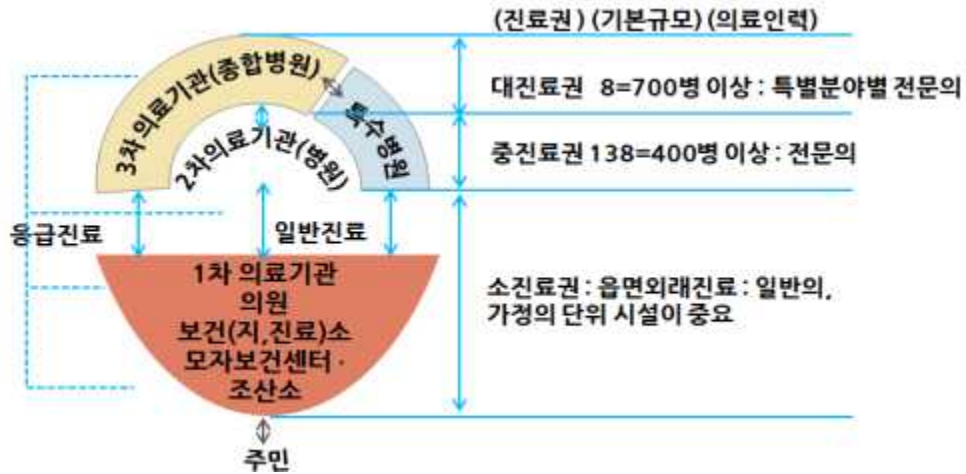
3) 합리적 후송 의뢰체계의 확립

- 의료기관 및 의료인력간의 기능분담의 전제로 합리적인 후송 의료체계가 확립되어야 함
- 환자의 의료기관 이용이 후송 의료체계에 따라 단계적으로 이루어질 수 있도록 유도하고 제도적으로 이를 뒷받침할 수 있는 장치를 개발해야 할 것

3 | 의료전달체계의 모형

1) 의료전달체계의 모형 특징

- 첫째, 그 동안 한국인구보건연구원을 중심으로 하여 수행해 온 전국보건의료망 편성작업의 결과에 따라 확정된 전국의 8개 대진료권과 138개 중진료권별로 의료시설의 배치를 적정화하기 위한 지원책으로서 의료전달체계 모형을 활용하도록 하고 있음
 - 이를 위하여 단계별로 의료시설을 확충하고 의료인력의 수급을 조절하겠다는 의지
- 둘째, 인력과 시설간의 기능조정을 위하여 보건의료전달체계의 원칙을 도입하되 이를 강제로 실시하지 않고 의료계의 자율성에 맡겨서 점진적으로 추진해 나가며, 종합병원의 환자 집중을 억제하겠다는 의도



2) 1차 진료단계

- 일단 질병이 발생하여 진료를 받을 때 처음 이것을 담당
- 일반의, 개업의, 전과의, 초진의 GP(general practitioner)등 여러 가지로 부르고 있음
- 주민들이 건강서비스에 처음 접촉하는 의료기관으로서 예방과 진료가 통합된 서비스를 제고하는 기능을 함
- 1차 의료기관은 외래만을 담당하는 것을 원칙으로 하되 도서, 벽지 등과 같은 2차 의료기관까지 접근도가 낮은 지역은 응급입원을 위한 시설로 인정됨
- 외래과 전문의를 제외한 전문의를 의원에 근무하지 않는 것을 원칙으로 하며 만약 의원에 근무하거나 단독 개업할 때는 일반의의 역할을 담당
- 특수과 전문의들이 개업할 경우 군 소재지나 도시지역에서 가급적 공동개업(group practice)의 형태를 취하도록 유도

3) 2차 진료단계

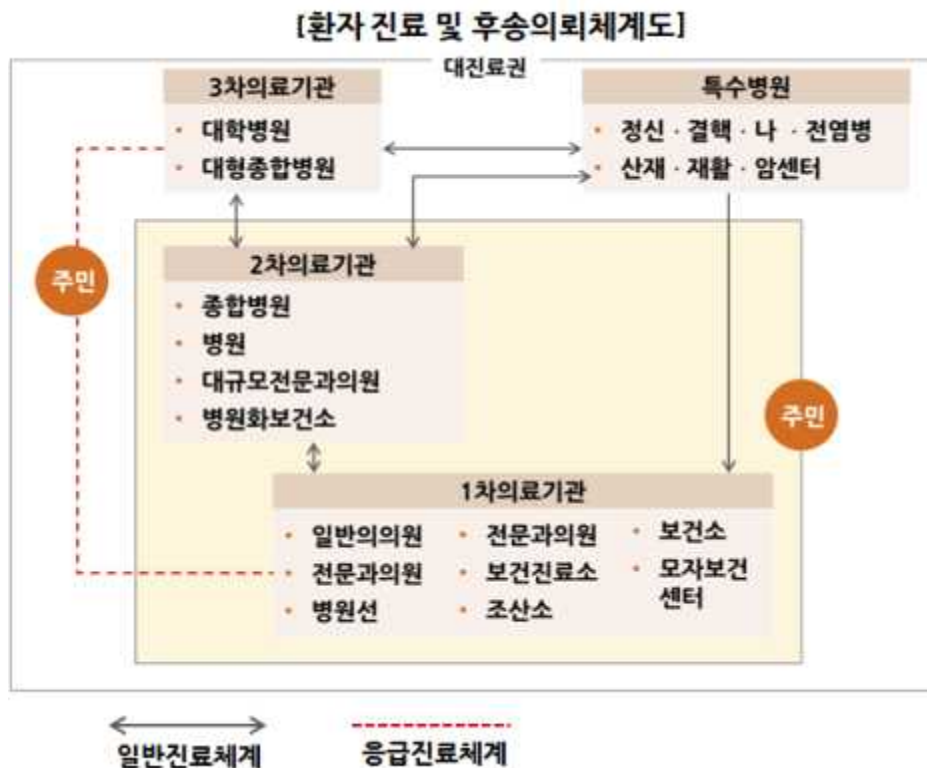
- 해당과 전문의가 진료하는 것
- 2차 진료기관은 병원급
- 군이나 소도시에는 내과, 외과, 소아과, 산부인과 등 기본 4개과 정도로 진료할 수 있는 100병상 규모의 병원으로 하고, 중소도시 이상의 대도시에는 200-300병상 규모의 종합병원급 의료기관이 2차 진료를 담당함
- 2차 진료기관은 각 과목마다 해당 전문의를 두고 전문의 수준의 진료를 할 수 있는 시설·장비와 보조인력을 갖추도록 함
- 그리고 기술적으로 2차의 의료기관에서 다룰 수 없거나 보건경제적 측면에서 중앙화의 필요성이 있을 때는 3차 진료기관에 이송함

4) 3차 진료단계

- 의과대학 부속병원이나 그 기능에 준하는 병원에서 하는 분야별 전문진료
- 대 진료권 중심도시에 설치하여 1차 의료기관 또는 2차 의료기관에서 후송 의뢰된 환자의 외래 및 입원진료를 특수분야 전문의가 담당하도록 하되, 소속 중 진료권에 대하여는 2차 의료기관에서의 기능도 수행하도록 함
- 이것은 3차 진료기관의 병상 50% 정도는 소속 대 진료권에 대하여 2차 기능을 수행하는 것으로 함
- 500병상 이상의 의과대학 부속병원 또는 그에 준하는 시설과 인력을 갖춘 병원으로 하고 그 기본형은 700병상으로 함
- 환자의 진료와 더불어 본래의 역할인 의학연구와 의료인의 교육훈련 및 개업의사의 보수(補修)교육 등의 기능을 수행하여 대진료권내의 의료기관의 구심점적 역할을 담당

5) 특수진료

- 일반병원에서 진료가 어렵거나 격리 또는 장기요양 및 치료가 필요하여 환자에 대한 특수방사선치료나 동위원소치료, 정신병 등 특수치료와 같은 전문적인 시설이나 인력을 갖출 필요가 있는 특수병원을 설치하여 관리하는 것
- 특수병원의 유형에는 정신병원, 결핵병원, 나병원, 재활원, 산업재해병원, 암 센터 및 전염병 병원 등 14개 병원이 있음



1) 포괄수가제의 정의 및 배경

- 질병단위별로 진료비를 결정하는 방식으로 진료를 시작한 날부터 종료시까지를 진료기간으로 하는 것을 말함
- 실제 입원기간 동안 사용된 의료서비스의 양과 관계없이 해당 진단명 기준별로 지불하기로 결정된 액수만큼 진료비가 지불되는 제도
- 장점
 - 진단명 기준별로 진료비를 지급하는 신속성으로 청구, 심사 및 지급에 모두 유리한 점을 가지고 있음
- 단점
 - 의료서비스량과 관계없이 따른 진료의 저질화와 의료기관의 진료원가를 고려하여 중증환자나 장기환자의 기피현상 우려를 내포하고 있음
- 포괄수가제는 현행 진료행위별 수가방식은 진료비 청구와 심사에 따른 행정비용이 과다 소요되기 때문에 이러한 여러 가지 문제점을 해소하기 위하여 포괄수가제(DRG)를 단계적으로 도입
- 1996년 하반기 부터 시범사업을 실시한다는 목표 아래 ‘DRG제도 도입 검토위원회’를 구성하여 DRG제도의 기본 골격을 마련
- 1997년 2월 1일부터 1차년도에 1년의 계획으로 정상분만, 제왕절개분만, 수정체 수술, 편도·아데노이드 수술, 충수절제 등 5개 질병군과 중증도, 연령에 따라 구분한 26개 DRG에 대하여 희망의료기관을 대상으로 시범사업을 실시
- 2000년부터 본격적으로 도입
- 의료보험조합의 운영 효율과 의료보험 서비스의 향상을 기하기 위하여 보험자단체와 보험자간 그리고 각 요양기관을 연결하는 의료보험 종합전산망을 1999년 구축을 목표로 추진하였음
- 이러한 종합전산망 구축사업의 일환으로 1995년 말부터 서울대학병원 등 100개 병·의원을 대상으로 전자문서 교환(EDI)방식에 의한 진료비 청구·심사 시범사업을 실시하고 있고, 1996년에는 그 참여범위를 경인지역 소재 병·의원으로 확대

2) 진료비 심사제도의 발전과정과 의의

- 의료보험연합회가 각 보험조합으로부터 일괄적으로 보험진료비의 심사·지급업무를 위탁 받은 연후에 의료보험관리공단의 심사·지급과 공동보조를 취하기 위하여 이른바 진료비 공동심사위원회를 설치한 바 있었음
- 이 진료비 공동심사위원회는 의료보험연합회와 의료보험관리공단의 진료비 심사·지급의 일관성을 유지하면서 공정성을 갖도록 상근심사위원 외에 많은 수의 비상근심사위원들을 두고 진료과목별로 심사기준을 설정케 한 바 있음
- 그럼에도 불구하고 의료계에서는 의료보험연합회와 의료보험관리공단이 동일한 상병, 동일한 신체적 조건의 환자에게 동일한 진료를 했음에도 각기 다른 삭감행태를 보인다는 주장이 많았음

- 이 진료비 공동심사위원회는 진료재료의 실구매가 보상제 원칙 등을 마련하여 진료재료대 청구 시 진료재료구입 소명자료 등을 제출하게 하고, 동 자료를 첨부하지 않고 진료비 청구를 하였을 때는 이른바 ‘보조기준가제’라 하여 동 위원회에서 산정해 놓은 비교적 저렴한 가격으로 재료대를 추정 지급한 바 있음
- 진료비 심사의 효율성을 제고시키기 위하여 소액진료비 청구 시범요양기관제도, 자체심사제도 등을 도입하여 진료비심사지급을 신속, 간편화하려는 시도를 한 바 있음
- 현재는 심사물량 증가로 인하여 경향심사를 통한 심사의 전산화에 박차를 가하고 있음
- 진료비 심사의 전산화는 진료행위별 필수항목과 진료내역의 세부항목을 모두 컴퓨터에 입력시켜 표준진료비를 산출해 놓고 이를 기준으로 전산을 통해 신속하고 정확한 심사를 함
- 피보험자 및 수진자별 데이터 베이스를 구축해 놓으면 과잉수진도 미리 방지할 수 있을 것
- 그러나 의료의 전문성 및 개별성을 생각해 볼 때 획일적인 전산심사는 적지 않은 문제를 야기할 수밖에 없기 때문에 일차적인 전산검사 후에 드러나는 점은 전문심사요원의 정밀심사가 되어져야 할 것
- 진료비 심사제도의 의의
 - 의료보험에서 진료비 심사란 의료인이 피보험자 또는 피부양자에게 제공하는 현물 즉 보건·의료서비스에 대하여 의료인에게 지불되는 보수의 적정성을 평가하는 것
 - 의료보험제도 아래서 진료비 심사제도는 과잉진료, 부당청구, 산정착오 등의 명목으로 청구된 진료비를 삭감하고 있음
 - 보험자 또는 보험자 단체는 보험료를 지불하는 피보험자와 의료를 제공한 후 진료비를 받는 의료인 사이에 위치하고 있음
 - 따라서 보험자 및 보험자 단체는 적정진료의 범주를 책정하고 이를 기준으로 진료비를 심사함으로써 의료가 사회적 정당성과 경제성에 부합되도록 유도하여야 함
 - 그러나 현행 의료보험제도하의 진료비 심사제도는 보험재정의 안정 또는 보호에 치중하는 경향 때문에 무성의한 진료 또는 과소진료 등에서 올 수 있는 폐해에 대해서는 아무런 제도적 장치나 대책도 갖고 있지 못한 실정임
 - 적정진료를 유도한다는 것은 과잉진료를 억제하는 것만을 의미하지는 않는다. 그러나 우리나라에는 불행하게도 환자에게 반드시 제공했어야 할 필수적 진료행위를 제대로 시행하였는가를 심사하는 제도는 없었음
 - 2000년 7월부터 건강보험심사평가원이 설립되어 진료에 대한 질적 평가가 제대로 이루어진다면 우리나라의 의료보험 역사상 획기적인 조치가 될 것임
 - 그러나 이 경우에도 제공되어진 각종 진료행위가 부당했는지의 여부를 판단하는 데에는 상당한 수준의 전문적 지식을 기초로 한 세심한 주의가 요망됨

3) DRG 지불제도의 개발

- 1960년대 말부터 미국 예일대학에서 10년간에 걸쳐 개발한 입원환자 분류체계로서 입원환자들이 주진단명 및 기타진단명, 수술명, 연령, 성별, 진료결과 등에 따라 진료내용이 유사한 질병군으로 분류되는데, 이때의 하나의 질병군을 의미
- 기대효과는 우선 의료자원이 최적배분과 의료비의 절감이 가능
- 불필요한 의료서비스를 최소화하여 과잉진료나 의약품의 오·남용을 방지하고, 재원기간을 단축시키며, 불필요한 검사 등을 줄일 수 있음

- 질병단위별로 청구·심사하기 때문에 심사업무량이 줄어들어 인력과 시간의 낭비를 줄일 수 있음
- 의료기관들은 산출물(질병치료)에 대한 가격이 이미 결정되어 있기 때문에 그 산출물에 투입되는 비용을 최소화하여 이윤을 극대화하려는 적극적인 노력을 유인할 것이고, 가격과 원가간의 마진을 극대화시키고자 의료기관의 특화 및 전문화를 촉진케 되어 영업합리화를 기할 수도 있음
- 진단명에 따라 진료비가 지급되기 때문에 의료공급자가 이윤을 극대화시키기 위하여 의도적으로 진단명을 부풀리거나 분리 청구할 가능성이 있으며, 입원 또는 퇴원 후 재입원을 조장할 개연성이 높음
- 또 최소의 비용으로 최대의 효과를 볼 수 있는 경증도의 질환은 진료하고, 비용 효과적이지 못한 중증 등의 질환은 기피하거나 타 기관으로 이송할 가능성도 배제하지 못함
- 또한 포괄수가제가 적용되지 않는 부분의 진료비로 대체될 가능성이 높음
- 결국 입원진료비가 줄어드는 대신 외래진료비가 증가할 우려가 높고, 진료 서비스의 규격화로 신기술 이전에 대한 보상대응책이 적절치 못할 때 신기술 개발이나 임상연구분야의 장애가 예상되며, 환자의 건강보호라는 양질의 의료서비스와 의료기관의 수입간 균형을 보장할 장치기 내재되어 있지 않으므로 의료의 질을 유지하려 할 때 의료기관 경영이 악화될 우려가 있음

4) 의료보험 진료비 산정방식의 향후 전망 및 개선방안

- 우리나라의 의료보험 진료비 산정방식은 주지하는 바와 같이 진행행위별 수가제를 택하고 있음
- 사회보험 도입 이후 진료행위별 수가제의 부정적 영향이 심각하게 나타나고 있음
- 특히 진료건당 수진일수의 증가, 진료거당 치료비의 고액화 추세, 이로 인한 보험재정의 악화, 의료기관에 대한 진료비 지급의 지연 등의 심각한 문제가 연쇄적으로 발생하고 있음
- 진료행위별 수가제는 진료행위마다 진료비를 산정하는 제도이기 때문에 새로운 기술, 고가의료장비 특히 컴퓨터를 이용한 첨단의료 개발이 더욱 진료원가상승을 부추기게 됨
- 현실적으로 진료원가와 의료의 질 사이의 관계를 보면 질을 약간 높이기 위하여는 점증적으로 훨씬 더 많은 비용이 발생하게 됨
- 그 결과 국민 총의료비는 매우 빠른 속도로 증가할 수밖에 없음
- 평균수명의 증가에 따른 인구노령화 현상과 첨단 의료기술의 발전속도, 건당 진료비의 고액화 추세 등을 감안하면 국민 총의료비는 지금보다 더욱 빠른 속도로 증대될 것으로 전망
- 구체적 개선방안으로 1차 보건의료에서 인두제(capitation system)를 도입하는 것을 골자로 하는 시범사업을 해볼 가치가 있음
- 의료보험의 진료비 산정 및 보수지불제도 중 건강유지제도와 진료비 선불제도(prepayment system)가 불필요한 의료서비스를 의료인 스스로 철저히 배제하게 되기 때문에 국민 총 의료비를 감소시키는데 큰 기여를 할 수 있기 때문
- 이에는 물론 보건의료전달체계를 체계적으로 갖추어야 할 것임
- 확립된 의료전달체계 위에서 1, 2차 진료에서는 인두제나 진료과목별 또는 질병별 포괄수가제를 활용하고, 3차 진료는 고급의료를 필요로 하기 때문에 의료기술발전에 대한 동기부여를 해주기 위해서라도 현행 진료행위별 수가제를 보완, 유지토록 하는 것임

- 의료이용 편의도와 질을 높이고 의료자원 활용의 효율성을 제고하기 위하여 주치의 등록제를 조속히 시행하여야 한다고 봄
- 국민들이 특정의사를 선택하여 등록하고 진료 등 의료에 관한 문제는 우선적으로 등록의사를 접촉도록 하고 매년 일정액의 등록료를 지불케 하면, 영국식의 인두제는 아닐지라도 전화상담 및 전화예약은 물론 환자의 내원이 어려운 상태의 질환을 가진 환자에게는 방문진료까지 가능한 추가 서비스를 제공토록 할 수 있을 것임

■ 학습정리

1. 의료전달체계의 필요성

- (1) 의료계획 및 의료정책적 차원
- (2) 의료적인 자원

2. 의료전달체계의 기본요건

- (1) 의료이용의 예측 및 의료시설의 배치계획 수립
- (2) 의료시설 기본형의 개발 및 기능분담
- (3) 합리적 후송 의뢰체계의 확립

3. 의료전달체계의 모형

- (1) 1차 진료단계
 - 일단 질병이 발생하여 진료를 받을 때 처음 이것을 담당하는 것
- (2) 2차 진료단계
 - 해당과 전문의가 진료하는 것
 - 병원급
- (3) 3차 진료단계
 - 의과대학 부속병원이나 그 기능에 준하는 병원에서 하는 분야별 전문진료
- (4) 특수진료
 - 특수방사선치료나 동위원소치료, 정신병 등 특수치료와 같은 전문적인 시설이나 인력을 갖춘 필요가 있는 특수병원

4. 포괄수가제

(1) 포괄수가제의 정의 및 배경

- 포괄수가제는 질병단위별로 진료비를 결정하는 방식으로 진료를 시작한 날부터 종료시까지를 진료기간으로 하는 것을 말하며, 실제 입원기간 동안 사용된 의료서비스의 양과 관계없이 해당 진단명 기준별로 지불하기로 결정된 액수만큼 진료비가 지불되는 제도
- 1996년 하반기 부터 시범사업을 실시한다는 목표 아래 ‘DRG제도 도입 검토위원회’를 구성하여 DRG제도의 기본 골격을 마련
- 1997년 2월 1일부터 1차년도에 1년의 계획으로 정상분만, 제왕절개분만, 수정제 수술, 편도·아데노이드 수술, 충수절제 등 5개 질병군과 중증도, 연령에 따라 구분한 26개 DRG에 대하여 희망의료기관을 대상으로 시범사업을 실시함
- DRG제도를 2000년부터 본격적으로 도입함

(2) 진료비 심사제도의 발전과정과 의의

- 의료보험에서 진료비 심사란 의료인이 피보험자 또는 피부양자에게 제공하는 현물 즉 보건·의료서비스에 대하여 의료인에게 지불되는 보수의 적정성을 평가하는 것
2000년 7월부터 건강보험심사평가원이 설립되어 진료에 대한 질적 평가 실시

(3) DRG 지불제도의 개발

- 질병군(또는 환자군)별로 의료서비스의 양과 질에 관계없이 미리 책정된 정액지료비를 의료기관에 지불하는 제도

(4) 의료보험 진료비 상정방식의 향후 전망 및 개선방안

- 진료행위별 수가제의 부정적 영향이 심각: 진료건당 수진일수의 증가, 진료건당 진료비의 고액화 추세, 이로 인한 보험재정의 악화, 의료기관에 대한 진료비 지급의 지연 등
- 구체적 개선방안: 1차 보건의료에서 인두제(capitation system)를 도입하는 것을 골자로 하는 시범사업을 해볼 가치가 있음, 주치의 등록제 실시

4주차 2차시

의료사회사업의 실천모델 [1]

학습 목표

- 생태체계모델에 대한 개념 및 의료사회사업에서 활용되는 내용을 이해하고 설명할 수 있다.
- 심리사회모델에 대한 개념 및 의료사회사업에서 활용되는 내용을 이해하고 설명할 수 있다.

학습 내용

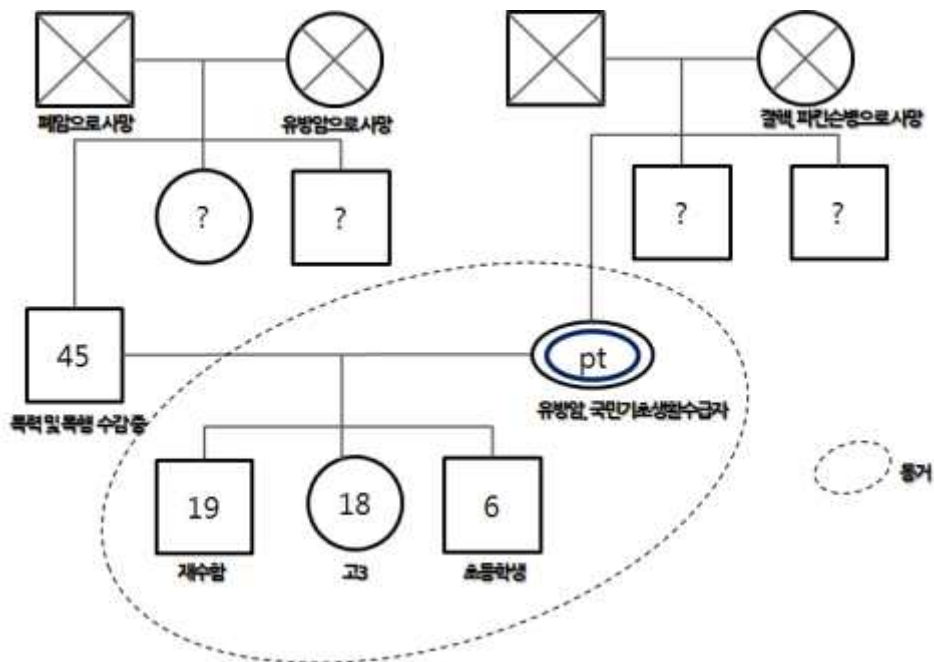
1. 생태체계모델
2. 심리사회모델

1) 기본 개념

- ‘환경 속의 인간’이라는 사회복지의 관점으로 이해됨
- 생태체계접근이란 체계이론과 생태적 관점이 합성된 것
- 체계 간의 공유영역과 적응 및 상호교류의 개념을 강조
- 질병을 가진 개인과 그 개인을 둘러싼 환경체계들 간의 상호교류형태와 공유영역에 대한 분석
- 질병을 가진 개인의 적응을 바라볼 때 환자 개인뿐만 아니라 그 사람이 상호작용하는 가족, 학교, 직장, 지역사회, 그 사회의 문화나 법률과 같은 외적 체계들과 그 체계들과의 상호작용을 필수적으로 고려

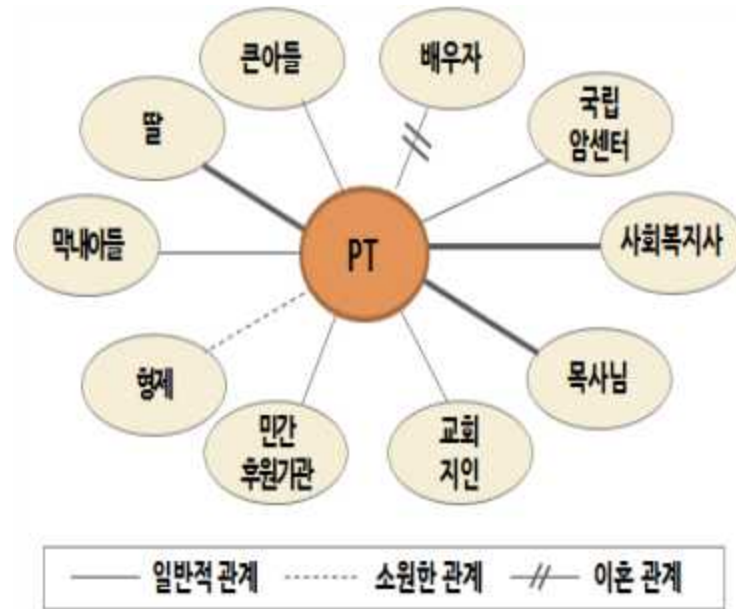
2) 생태체계모델의 적용

- 생태체계적 관점은 보건의료현장에서도 유용하게 사용되어 왔음
- 특히 생태도는 생태체계적 관점에 근거한 사정도구로서 환자의 상호작용 특징과 여러 가지 자원에 대한 파악뿐 아니라 만성질환자의 관리와 연계 등의 사례관리 측면에서도 중요하게 활용됨
- 사례



- 환자는 남편과 이혼 후 기초생활수급권자로서 세 자녀를 키우면서 살아오던 중 유방암 진단을 받고 입원하게 되었음
- 이때 이 환자와 가족을 적절하게 돕기 위해서는 이 가족의 상황과 자원에 대한 정확한 평가가 우선시되어야 할 것

- 이러한 상황에서 생태체계적 접근은 유용한 도움을 줄 수 있음



- 의료사회복지사는 환자에 대한 생태도 작성을 토대로 환자의 공식적 및 비공식적 지지체계, 현재 도움을 줄 수 있는 사람과 기관에 대해 파악할 수 있게 될 것
- 이 경우 환자를 위해 교회 자원을 활용하고 사회복지사와 딸과의 소통과 관계를 강화시켜 나가는 계획을 세워볼 수 있을 것

2 | 심리사회모델

1) 기본 개념

- 인간의 심리 사회적인 면을 둘 다 고려하는 ‘상황 속의 인간’을 강조하는 관점
- 고든 해밀턴(Gorden Hamilton)
 - 1930년대 후반 에 의해 처음 심리사회적 이론으로 명명
- 플로렌스 홀리스(Florence Hollis)
 - 1960년대에 에 의해 사회복지실천이론과 접근방법으로 구체화
- 인간의 성격은 생활상의 다양한 요인에 의해 형성된다고 생각하는 다원성의 개념을 중시
- 홀리스(Hollis) 정신분석치료와 구분되는 사회복지실천의 개입과정을 6가지로 명시
 - 클라이언트의 감정과 행위를 지지하는 과정
 - 클라이언트의 문제해결에 직접적인 영향을 주는 과정
 - 클라이언트의 문제와 관련하여 탐색, 기술, 감정을 환기하는 과정
 - 클라이언트를 ‘상황 속의 인간’이라는 관점에서 고려하는 과정
 - 클라이언트의 성격과 행동, 그리고 이 사이의 역동성을 살피는 과정
 - 클라이언트의 사회적 기능에 영향을 미치는 과거와 현재의 경험을 고려하는 과정

2) 심리사회모델의 적용

- 어떤 환자가 당뇨병진단을 받은 후에 이로 인한 혼란과 걱정이 많은 상황을 겪고 있어, 의료사회복지사의 심리사회적 평가 및 개입이 진행된다면, 이러한 일련의 과정 또한 홀리스의 심리사회모델의 실천과정으로 설명될 수 있을 것

[심리사회모델에 근거한 심리사회적 개입과정]

개입 과정	개입 내용
탐색-기술-환기	당뇨 진단을 받게 된 상황과 자신의 어려움에 대한 탐색, 변화와 적응이 필요한 상황과 어려움 및 강점에 대한 기술, 이러한 상황에 대한 자신의 감정 표현
인간-상황에 대한 고찰	현재 혹은 최근 사건(예: 당뇨 진단과 입원치료, 그로 인해 휴직 중인 상황 등)에 대한 고찰 자기 성격과 생각, 감정 주변의 자원들, 상호관계 주변과의 상호작용에서 나타난 반응행동 입원 및 외래 치료과정에 대한 반응에 대한 이해
유형-역동에 고찰	환자의 성격과 행동에 대한 고찰 주로 사용하는 방어기제(퇴행, 합리화, 부인 등), 분리와 개별화 정도에 대한 고찰
발달적 고찰	이전의 생애경험이(예: 어린 시절에 아파서 병원에 입원했던 경험이 있거나, 부모님 중 한분이 당뇨합병증으로 고생하시다가 돌아가신 것) 현재 기능에 미치는 영향을 고찰
지지	사회복지사가 환자에게 언어적, 비언어적인 표현을 통해 환자의 상황을 있는 그대로 수용하고 문제해결능력에 대한 확신을 표현하여, 환자의 불안을 줄이고 대처능력을 강화해 나가도록 돕는 과정 (“책임감이 강한 분이므로 관리를 엄격하게 잘 하실 것 같다.”, “당뇨는 관리만 잘하면 평균 수명 이상으로 사는 데 전혀 문제가 없는 질환이다.”)
직접적 영향	사회복지사는 환자의 문제해결을 돕기 위해 직접적으로 의견을 제시하거나, 클라이언트가 이미 하고 있는 생각을 강조하는 것(“아무리 바쁘셔도 환자 본인이 교육을 철저히 받는 것이 무엇보다 중요합니다. 또한 당뇨관리에는 전 가족들의 도움이 필요하므로, 기본교육은 본인과 환자들끼리 반드시 함께 받아야 합니다.”) 단, 직접적 영향이 효과적이기 위해서는 환자의 입장을 충분히 고려해야 하고, 조연 이전에 지지를 통한 신뢰관계가 충분히 형성되어 있는 것이 중요함

■ 학습정리

1. 생태체계모델

(1) 기본 개념

- ‘환경 속의 인간’이라는 사회복지의 관점으로 이해
- 체계 간의 공유영역과 적응 및 상호교류의 개념을 강조

(2) 생태체계모델의 적용

- 환자에 대한 생태도 작성을 토대로 환자의 공식적 및 비공식적 지지체계, 현재 도움을 줄 수 있는 사람과 기관에 대해 파악

2. 심리사회모델

(1) 기본 개념

- 인간의 심리사회적인 면을 둘 다 고려하는 ‘상황 속의 인간’을 강조하는 관점
- 심리사회모델에서는 인간의 성격은 생활상의 다양한 요인에 의해 형성된다고 생각하는 다원성의 개념을 중시함

(2) 심리사회모델의 적용

- 환자를 만나 심리사회적인 평가를 진행하고 개인 계획을 수립하며, 지지와 조언을 제공하는 일련의 과정들은 모두 심리사회모델에 기초한 것임
- 탐색-기술-환기
- 인간-상황에 대한 고찰
- 유형-역동에 대한 고찰
- 발달적 고찰
- 지지
- 직접적 영향

5주차 1차시

의료사회사업의 실천모델 [2]

학습 목표

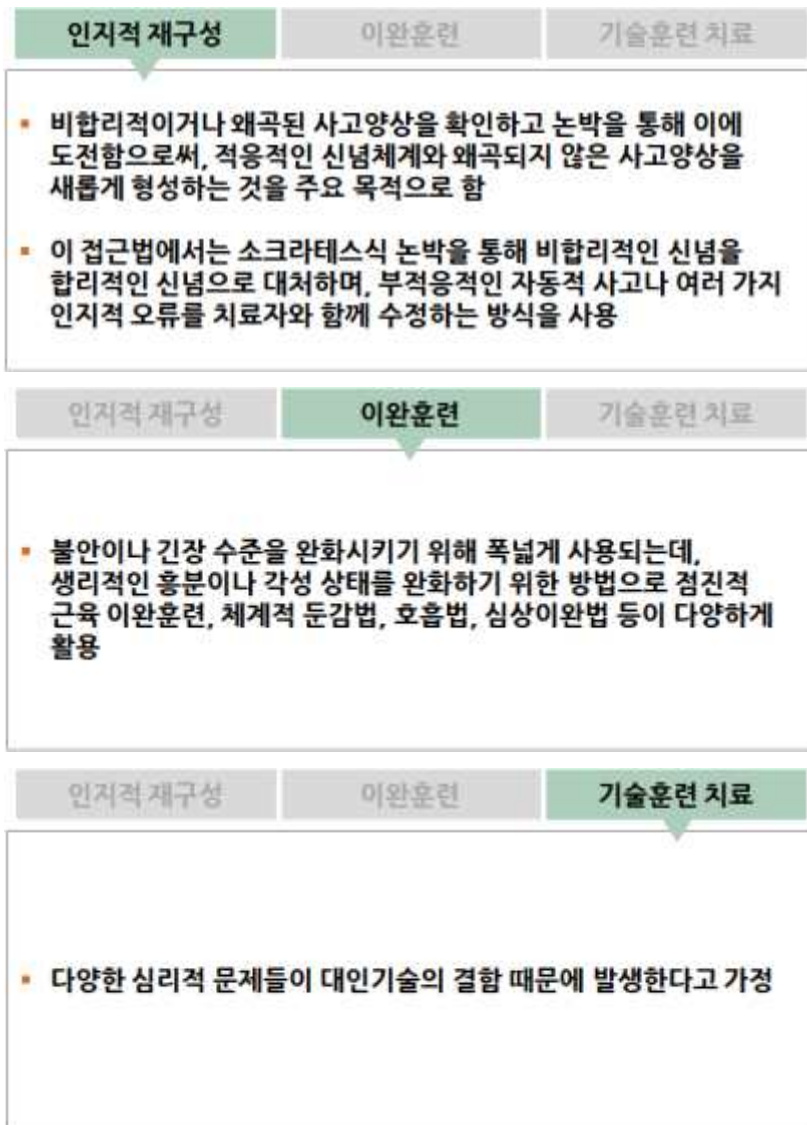
- 인지행동모델에 대한 개념 및 의료사회사업에서 활용되는 내용을 이해하고 설명할 수 있다.
- 레질리언스모델에 대한 개념 및 의료사회사업에서 활용되는 내용을 이해하고 설명할 수 있다.
- 임파워먼트모델에 대한 개념 및 의료사회사업에서 활용되는 내용을 이해하고 설명할 수 있다.

학습 내용

1. 인지행동모델
2. 레질리언스모델
3. 임파워먼트모델

1) 기본 개념

- 인간의 행동을 환경적인 사건에 영향을 받지만, 동시에 인지도식의 측면에서 그 사건에 대한 신념, 인지적 평가들이 그 사건에 미치는 영향을 중재한다고 가정
 - 첫째, 인지활동은 행동에 영향을 미치고,
 - 둘째, 인지활동은 모니터링되고 변경될 수 있으며,
 - 셋째, 바람직한 행동변화는 인지변화를 통한 영향을 받는다고 보는 것
- 인지행동모델을 통해 인간관계에서 부딪치는 문제나 어려움을 다룰 때에는 대개 인지적 재구성, 이완훈련, 기술훈련 치료라는 세가지 접근법을 사용



2) 인지행동모델의 적용

- 암, 당뇨 등의 만성질환을 가진 환자들을 대상으로 다양한 인지행동프로그램을 적용해오고 있음
- 병원에서 인지행동치료는 사회복지사, 정신과 의사, 임상심리사, 간호사 등 다양한 직군에 의해 실시될 수 있는데, 대개의 경우 사회복지사는 정신건강의학과에서 인지행동모델을 기초로 한 자기주장훈련, 사회기술훈련, 분노조절 훈련을 담당하는 경우가 많음
- 그 밖에도 내과, 소아과 등에서 암이나 당뇨와 같이 만성 질환을 가진 환자와 가족을 대상으로 인지적 재구성, 이완훈련, 문제해결기술훈련 등의 프로그램이 진행되고 있음

[인지행동모델에 근거한 암환자 스트레스 관리 프로그램 개요]

참여대상	적극적인 암 치료 중인 암환자
치료 목표	인지적 전략 및 행동적 전략을 훈련함으로써 암환자들이 일상생활의 스트레스를 효율적으로 관리하도록 지원
이론적 배경	인지행동적 접근 및 문제해결적 접근
프로그램 형태	4-8명이 참여하는 집단 심리상담 프로그램 형태로, 교육을 통한 정보제공 및 정서적지지, 심리 상담, 대처기술 훈련 등이 함께 이루어지는 통합적인 형태
프로그램 회기 구성	총 10회기: 환자의 상태에 따라 주 1회 10주 혹은 주 2회 5주로 운영 가능
회기별 소요시간	90-120분
프로그램 진행자	인지행동치료의 경험이 있는 정신보건전문가 1인과 보조치료자 1인

- 인지행동모델을 적용한 암환자 대상 스트레스 관리 프로그램
 - 유방암 환자가 치료과정에서 겪는 다양한 이슈들을 회기별 주제(agenda)로 포함시킨 유방암 환자 맞춤형 프로그램으로서 항암 치료나 방사선 치료 등 적극적인 암 치료 중인 환자들이 치료과정 중에 겪는 다양한 스트레스에 슬기롭게 대처할 수 있도록 고안되었음
 - 즉 이들이 항암치료 과정 중인 겪는 불안과 우울을 야기하는 부정적이고 비합리적인 사고 패턴을 확인하여, 이를 현실적인 것으로 바꾸고, 일상생활에서 적용하게 함으로써 긍정적인 강화를 받도록 돕는 것

[암환자 스트레스 관리 프로그램의 회기별 내용]

회기	내용	주된 치료 기회
1	프로그램 오리엔테이션 <ul style="list-style-type: none"> • 목표 설정 • 효과적인 의사소통 원격 익히기: 나 말하기 	“나 말하기”로 표현하기, 역할연기
2	암에 대해 이야기하기 <ul style="list-style-type: none"> • 표현적 글쓰기를 통한 감정의 정화 • 암을 수용하는 것의 진정한 의미 이해 : 적극적 대처 • 긍정적 기분 고양시키기 	사랑하는 사람의 답장과 즐거운 활동을 통한 긍정적 강화
3	신체 증상에 대처하기 <ul style="list-style-type: none"> • 스트레스 교육: 스트레스와 신체증상의 관계 이해 • 감정, 생각, 행동 및 신체반응 구분하기 • 감정, 생각, 행동 및 신체반응의 상호작용 이해하기 • 복식호흡 	복식호흡, 감정 자각 연습
4	스트레스를 일으키는 생각 찾기 <ul style="list-style-type: none"> • 자동적 사고 찾기 • 생각의 오류 이해하기 • 자동적 사고에서 인지적 오류 찾기 	인지재구조화: 인지적 오류 찾기, 복식호흡
5	스트레스를 만드는 생각 바꾸기 <ul style="list-style-type: none"> • 논박을 위한 질문 익히기 • 논박을 통해 타당한 생각으로 바꾸기 	인지재구조화: 타당한 생각으로 바꾸기, 복식호흡
6	대처기술 익히기 및 분노 조절하기 <ul style="list-style-type: none"> • 적절한 대처법 사용하기: 문제 중심적 대처, 정서 중심적 대처 • 분노 조절하는 방법 익히기 	분노조절 훈련, 역할연기 복식호흡, 인지재구조화
7	외모와 신체 변화에 대처하기 <ul style="list-style-type: none"> • 신체변화에 대한 생각의 오류 확인 • 점진적 노출의 원리 및 단계 이해 • 노출순위 정하기, 상상이완훈련 	인지재구조화, 점진적 노출, 상상이완, 복식호흡, 역할연기
8	가족 및 대인관계 변화에 대처하기 <ul style="list-style-type: none"> • 대인관계 변화에 대한 대처: 문제중심적, 정서중심적 • 경제적, 실제적, 정성적 지지자원 확인하기 • 대인관계 갈등 상황에 대한 역할시연 	인지재구조화, 복식호흡, 역할연기나 말하기 훈련
9	잠재적인 두려움에 대처하기 <ul style="list-style-type: none"> • 재발·전이에 대한 대처: 문제 중심적, 정서 중심적 • 재발·전이의 증상 및 관리법에 대한 교육 • 자기충족적 예언 	인지재구조화, 복식호흡
10	변화 유지하기 프로그램 전체를 되돌아보기 생활 스케줄 관리 : 삶의 우선순위 정하기	

- 인지행동모델을 적용한 암환자 대상 스트레스 관리 프로그램
 - 전반부 : 스트레스에 대한 이해를 도모하고, 일반적인 대처기술, 예를 들면 효과적인 대화 기술, 복식호흡을 통해 스트레스에 대한 신체적 반응 다스리기, 자신의 생각의 오류를 확인하고 합리적인 생각으로 바꾸기 등을 훈련
 - 후반부 : 전반부에 다룬 내용을 바탕으로 보다 개인적이고, 특징적인 문제들을 다룸
- 이 중 인지행동치료를 적용한 상담자의 역할에 대한 이해를 돕기 실시된 프로그램 안에서 재발과 전이에 대한 두려움을 표현하는 환자에 대해 인지재구조화를 위해 어떻게 접근했는지에 대한 예를 김종훈 외(2011)의 내용에서 발췌하여 아래의 사례를 통해 제시하고자 함

2 레질리언스모델

1) 기본 개념

- 발달심리와 생태체계모델이 발전되는 과정에서 출현하여 스트레스 대처 이론에 영향을 받은 이론으로 ‘다시 제자리로 되돌아오려는 경향’, ‘탄력성’, ‘회복력’을 의미
- 레질리언스에 대한 초기 탐구는 정신장애를 가진 부모 혹은 역기능적인 가족 내에서 성장한 아동들 중 이러한 혼란과 역기능에도 불구하고 생존해나가는 과정을 드러냄으로써 고위험에 직면한 아동들에 대한 사회적 조기개입과 예방의 실마리를 찾고자 했던 것으로부터 시작
- 그 결과 이러한 혼란과 불안정을 극복하고 생존을 가능케 한 힘, 즉 생존을 위해 회피하려는 힘, 위기나 역경으로부터 다시 튀어 오르는 힘을 발견하고 이를 ‘레질리언스’라고 명명함
- 레질리언스를 역경으로부터 일어나 강해지고 자원을 더 풍부하게 할 수 있는 능력, 즉 역경을 통해 생성되는 것으로 개인의 경험을 폭넓게 조명하고, 역경에 대해 긍정적으로 적응하고 대처하는 힘이지 한 단계 나아가 스트레스와 역경의 경험으로부터 성장을 포함하는 포괄적인 개념으로 정의
- 가족체계의 건강한 기능을 중심으로 가족레질리언스의 개념을 신념체계(belief system), 조직유형(organizational pattern), 의사소통과정(commiflicatioll process)의 세 가지 구성요인으로 제시

(1) 신념체계(belief system)란?

- 가족의 가치, 확신, 태도, 편견 등을 뜻하는 것으로 가족원들이 위기 상황과 역경을 해석하고 행동을 결정하는 데 영향을 미치는 것으로 역경에 대한 의미부여, 긍정적 시각, 초월과 영성 등이 포함됨
 - ‘역경에 대한 의미부여’란 가족의 위기상황에 대한 이해와 해석을 의미하며,
 - ‘긍정적 시각’이란 역경이나 어려움이 있는 상황에서 가족이 인내심을 가지고, 상호 간에 용기와 격려를 주고, 희망을 유지하며, 삶에 대해 낙관적인 태도를 취하는 능력

(2) 조직유형(organizational pattern)이란?

- 가족이 하나의 단위체계로서 통합되어 있는 정도를 뜻하며, 자원을 동원하고, 스트레스를 중재하며, 변화하는 가족의 상황에 적합하도록 가족의 구조를 재조직하는 능력
- 여기에는 융통성, 연결성, 그리고 사회 및 경제적 자원이 포함
 - ‘융통성’이란 가족이 삶의 변화와 도전에 적합하도록 가족의 조직을 변경하고 적응하는 능력으로서 가족 내의 규칙과 역할 변화와 연결되는 개념
 - ‘연결성’이란 가족원 상호 간의 연합, 지지, 협력하는 능력
 - ‘사회 및 경제적 자원’이란 가족이 외부의 자원을 동원하고 활용하는 것으로 확대가족과 친지의 지지 및 지역사회 내에서 지지망을 확립하는 것

(3) 의사소통과정(commiflicatioll process)이란?

- 가족구성원들 상호 간의 건강하고 기능적인 의사소통 능력으로서 명료성, 개방적인 정서표현, 그리고 상호협력적 문제해결과정으로 구성되어 있음
 - ‘명료성’이란 명확하고 일관성 있는 말과 행동들을 하는 것
 - ‘개방적인 정서표현’이란 가족원들이 기쁨과 고통뿐만 아니라 희망과 두려움의 감정까지도 함께 공유하며, 상호 간에 사랑, 감사, 존중 등의 긍정적인 감정의 개방적 표현이 활발히 이루어지는 것
 - ‘상호협력적 문제해결’이란 당면한 문제에 대해 가족이 브레인스토밍을 함께 하며, 의사결정 과정을 공유함으로써 함께 문제와 갈등을 해결해나가는 것

[가족레질리언스의 주요 구성요소]

핵심 요소구분	내용
신념체계	<ul style="list-style-type: none"> • 역정에 대한 의미부여 • 긍정적 시각 • 초월성과 영성
조직유형	<ul style="list-style-type: none"> • 융통성 • 연결성 • 사회 및 경제적 자원들
의사소통 과정	<ul style="list-style-type: none"> • 명확화 • 개방적 정서표현 • 상호협력적 문제해결

- 월시(2012)는 이러한 가족 레질리언스의 실천틀을
 - 첫째, 가족의 결함과 한계에 초점을 두기보다는 강점, 자원, 잠재력에 초점을 두는 실천을 하는 것,
 - 둘째, 발달적, 체계적 모델에 기반한 실천을 하는 것,
 - 셋째, 인간의 회복력에 대한 상대적인 모델을 갖는 것으로 보았음

2) 레질리언스모델의 적용

- 질병은 신체적 고통, 장애, 심리적 위축, 경제적 어려움과 가족과 사회관계 등 개인의 삶에서 쉽게 극복하기 어려운 역경들을 초래
- 환자와 가족이 치료와 재활, 더 나아가 일상으로 복귀하기 위한 힘을 키우고 활용할 수 있는 기회를 갖도록 하기보다는 질병 자체와 질병으로 인해 초래되는 심리사회적 부담에 더 압도되도록 하는 부정적 결과를 초래할 수도 있는 것

[환자와 가족의 레질리언스(탄력성) 여부의 차이]

<ul style="list-style-type: none"> • 스트레스 대처전략을 갖고 있음 • 치료에 대한 목표의식, 희망이 있음 • 긍정적인 심리상태를 유지할 수 있음 • 자신의 질환, 상황을 긍정적으로 의미화할 수 있음 • 사회적인 도움이나 지지를 이용하는 것에 개방적임 	<ul style="list-style-type: none"> • 스트레스, 걱정, 두려움에 압도됨 • 치료, 건강에 대한 희망, 기대감이 없음 • 항상 자신의 상황에 부정적이고 의미가 없다고 생각함 • 분노, 우울, 수치감과 같은 부정적인 정서상태를 유지함 • 외부 도움에 대한 거부, 저항, 수치감을 느낌
Resilience	Non-Resilience

- 의료사회복지사는 환자와 가족 개개인이 자신에게 필요한 치료를 유지하고, 질병으로 인해 파생될 수 있는 신체, 심리, 사회적 문제들에 능동적으로 대처하면서 이를 극복할 수 있도록 지지하고 격려해야 함

(1) 가족레질리언스의 개념을 활용한 실천은

- 첫째, 신념체계에 대한 개입
 - 환자와 그 가족이 자신들이 경험하고 있는 위기를 단순히 고통스럽고 해결해야 할 과업으로 인식하기보다는 자신들에게 어떠한 인생의 의미가 있는 것
 - 이 역경에 압도되지 않고 도전하는 것이 자신들에게 어떤 경험이 될 수 있는 가를 스스로 의미화하도록 도와야 함
 - 질병에 대한 가족체계 내의 이러한 신념의 변화는 이들로 하여금 미래에 대한 긍정적인 조망을 가능케 함으로써 희망을 갖게 하는 요인으로 작용할 수 있음
- 둘째, 조직유형에 대한 개입
 - 환자와 가족이 질병으로 인해 초래된 새로운 상태에 적응하기 위하여 가족 내 필요한 역할과 규칙들을 융통성 있게 변화시키며, 서로간의 유대감을 더욱 강화하여 서로에게 힘이 될 수 있도록 지지하는 것
 - 환자와 가족이 혈연, 지역사회, 그리고 그 밖의 경제적 자원이 될 수 있는 체계들로부터 필요한 자원을 확보하고 이들과 연계되며, 이러한 자원과 개방적이고 안정적인 관계를 맺고 상호작용을 가능케 할 수 있도록 도와야 함

- 셋째, 의사소통 과정에 대한 개입
 - 환자와 가족이 경험하는 감정을 서로 공유하도록 돕고, 가족 내에서 문제해결을 위해 상호 협력하는 힘을 갖도록 돕는 것
 - 즉 환자와 가족이 자신들에게 경험되는 다양한 감정들, 예를 들면 불안, 우울, 두려움, 기쁨, 좌절, 희망, 후회 등을 서로 개방적으로 이야기하고 공유하도록 함으로써 서로 느끼는 감정에 대해 이해하고 지지를 받으며, 질병으로 인해 야기 위해 가족원들이 상호협력하도록 도와야 함

[암환자와 그 가족의 가족레질리언스 강화 프로그램]

레질리언스 실천요소	회기	단계별목표
신념체계	1회기 가족 신뢰하기	<ul style="list-style-type: none"> • 역경을 가족 모두의 공유된 도전으로 인식하기 • 역경의 극복에 대해 긍정적 시각 유지하기 • 역경을 통해 가족이 더욱 성장하도록 촉진하기
조직유형	2회기 우리 가족 업그레이드하기	<ul style="list-style-type: none"> • 자율성은 존중하면서 가족응집력 향상하기 • 도전에 대처하도록 가족적응성 향상하기 • 사회적 지지체계 넓혀가기
의사소통 과정	3회기 우리 가족은 잘 통해요	<ul style="list-style-type: none"> • 역경에 대해 명료하고 개방적인 정서나누기 • 의사결정과정을 공유하여 문제해결능력 강화하기
초월과 영성 (신념체계)	4회기 나의 울타리, 우리가족	<ul style="list-style-type: none"> • 죽음을 직면해보고 well-dying을 인식하기 • 단절되었던 관계와 상처 회복하기

3 | 임파워먼트모델

1) 기본 개념

- 임파워먼트모델은 권한부여, 역량강화, 세력화 등으로 번역되는 사회복지의 주요 실천모델
- 1970년대 이후 사회복지현장에서 강점관점과 문제해결중심 접근으로 인해 그 중요성이 대두
- 개인, 가족이나 집단, 대인적 차원, 그리고 조직, 지역사회 등 구조적 체계, 즉 각 체계 수준에 따라 개별적인 역량뿐 아니라 이러한 체계가 긍정적인 유기적 상호작용을 할 수 있도록 각 체계의 역량과 힘을 개발, 강화할 수 있도록 하는 과정
- 진단보다 강점을 강조하며, 취약성보다는 임파워먼트를 기반으로 한 탄력성을 높이며, 문제 제거보다는 해결방안을 찾는 데 역점을 둠
- 의료환경에서 임파워먼트모델은 사회복지사가 어떤 관점과 실행 전략을 가지고 환자와 가족을 존중하며 이들의 성장을 통해 문제를 해결해나가야 할 것인가를 모색하도록 함

[임파워먼트모델과 의료모델의 차이]

구분	임파워먼트모델	의료모델
문제와 개입측면	문제의 근원: 사회, 경제, 문화적 구조 인간의 문제, 병리 결핍은 사회, 경제, 문화적 구조의 압박으로 인해 초래된 것 따라서 취약한 집단에 속하는 것은 자원한계가 많으므로 집단차원의 임파워먼트를 이루는 것이 중요함(Gutierrez, 1998)	문제의 근원: 개인이나 병리, 취약성 개인병리, 역기능, 질환, 장애 등 문제와 결핍에 초점 클라이언트를 문제에 대한 최선의 해결책과 문제관리 능력으로 부족한 존재로 인식하게 함(Weick, Rapp, Sullivan, Klsthardt, 1989).
서비스와 변화 주체측면	변화주체: 클라이언트 클라이언트는 성장과 환경 적응을 통해 압박과 스트레스에 대응하고 자신의 삶을 구현할 수 있는 잠재력과 강점이 있는 존재로 인식 전문가(사회복지사)는 클라이언트와 소통하고, 문제해결 대안과 자원의 기회를 만들어감 이 과정에서 클라이언트는 주도적이고 전문가와 대등한 관계 유지(Freire, 1970; 2002)	변화주체: 전문가 전문가가 적절한 치료법, 옳게 변화하는 방법에 대해 가장 잘 알고 있다는 전제 전문가의 처방을 통해 문제해결이나 바람직한 변화를 이끌어 내고자 함 클라이언트의 역할은 전문가 개입을 수용하고 순응하는 것 클라이언트에게 필요한 외적 개입은 간과됨
사회복지사와 클라이언트 관계측면	전문가와 클라이언트 관계: 평등한 동반자 관계	전문가와 클라이언트 관계: 가부장적 전문가와 무지한 클라이언트 관계

- 개인적 임파워먼트는 클라이언트가 어떤 변화에 영향을 미칠 수 있는 자신의 능력을 인식하고, 더불어 자신감, 그리고 예전엔 인식하지 못했던 강점을 인지하고 수용하게 되는 것
- 상호간 임파워먼트는 다른 사람에게 영향을 미치는 개인의 능력을 의미하는데 사실 개인적 임파워먼트의 특성인 자신감이나 강점은 누구도 혼자 고립되어서는 획득될 수 없는 것
- 사람은 다른 사람과의 상호작용, 즉 누군가에게 영향을 받고, 동시에 영향을 미치면서 이러한 느낌을 발전시켜갈 수 있는데, 바로 그러한 기반이 되는 것이 상호간 임파워먼트라고 볼 수 있음
- 마지막으로 임파워먼트의 구조적 특성을 반영하고 있는데, 우리가 맺고 있는 많은 관계들은 사회구조와 관련되어 있기 때문임
- 구조적 변화는 기존에 자원 접근성이 취약했던 클라이언트에게 자원접근에 대한 가능성과 형평성을 높이며, 자원망을 확대할 수 있는 새로운 기회를 가져다 줌
- 따라서 임파워먼트에 기반하여 실천하는 의료사회복지사는 환자로 하여금 개인적, 혹은 환자와 주변 관계의 상호 간, 그리고 사회 구조적으로 자원への 접근성을 높임

- 첫 번째, ‘대화(Dialog) 단계’의 목적은 사회복지사가 클라이언트와 대화를 통해 클라이언트의 현재 상황, 주요 욕구, 강점을 파악하는 것
 - 이 단계에서 사회복지사는 클라이언트와 협력적인 파트너십 관계를 형성해야 하고, 관계의 목적을 명확화하게 해야 함
- 두 번째 ‘발견(Discovery) 단계’에서는 클라이언트가 보유하고 있는 자원에 대한 정확한 사정을 통하여 바람직한 결과를 위한 계획을 작성해야 하며, 강점과 해결방안이 구체화되어야 함
- 이렇게 대화단계와 발견단계가 충분히 달성되어야 세 번째, ‘발달(development)단계’에서의 구체적인 개입활동이 나타날 수 있음

[임파워먼트과정 단계]

단계	활동	전략	과업들
대화	공유하기 (sharing)	클라이언트가 기존에 가지고 있는 역량 및 자원 구체화	상호협력적인 관계 확립, 기존 지식 명확화, 클라이언트가 이미 가지고 있는 것, 초기방향 설정, 관계를 위한 계약하기와 사정에 동의하기
발견	찾기 (searching)	클라이언트가 모르고 있는 자원탐색	쉽게 드러나지 않지만 클라이언트가 가지고 있는 것 확인하기, 추가적인 정보와 사실에 대한 경험과 사고 연결하기, 감정을 사정·확인·표현하기, 대인 상호적인 정보 연결하기, 자원체계 탐색하기, 클라이언트 체계의 욕구 결정하기, 해결로 이끌어주는 계획 개발하기, 변화를 위한 계약하기
발달	강화하기 (strengthening)	클라이언트 체계가 아직 활용하지 않은 추가적인 자원이나 역량을 사정, 혹은 확립	클라이언트 욕구 구체화하기, 클라이언트가 사용하지 않으나 존재하는 자원 사정하기, 새로운 자원과 기회 만들기, 결론을 한 계약으로 이끌어가기

[산재장애인 임파워먼트 프로그램의 핵심과업 및 주요 기능]

단계	세션	핵심과업	주요 기능
대화	1	마음열기	집단 지도자와 다른 성원들간의 라포 형성 집단 활동의 목적과 내용이해 집단 성원이 각자 프로그램에 참여하는 개별목표 설정
	2	인생 책 만들기	자신의 인생을 되돌아보고, 퇴원 후 인생에 대해 생각해볼 수 있는 기회 제공 산재 사고로 인한 부정적인 경험에 대한 공감과 이해의 장을 만들어 집단의 친밀성을 높이기

발견	3	감정 제대로 표현하기	인간의 다양한 감정에 대해 이해 현재 나의 감정을 명확하게 이해하고, '나 전달법'을 분명하게 표하기
		감정표현과 문제해결 기술배우기*	나 전달법을 통해 나의 감정을 이해하고 이를 잘 전달할 수 있는 방법을 알기 문제해결과정을 이해하고 적용하기
	4	문제해결기술 배우기	산재에 대한 감정적 대처보다 문제해결을 할 수 있도록 문제해결기술 학습하기 다른 사람의 문제를 해결해가는 과정을 통해 스스로의 문제에도 적용할 수 있는 응용력 확보하기
		나의 강점과 자원찾기*	나의 자원도를 그려보고, 이를 통해 주변 환경과 자원체계 이해하기 내 인생의 성공담을 통해 자신의 강점과 다양한 자원을 발견하기
	5	나의 강점과 자원찾기	나의 자원도를 그려보고, 이를 통해 주변 환경과 자원체계 이해하기 내 인생의 성공담을 통해 자신의 강점과 다양한 자원을 발견하기
		장애 다시 바라보기*	장애에 대한 자신 및 사회의 편견을 살펴보고, 이를 버리는 의식을 통해 정서적 카타르시스를 경험하기 자신이 가지고 있는 장애의 의미를 살펴보고, 이를 통해 장애의 사회적 의미를 재구성할 수 있도록 돕기
	6	산재 다시 생각해보기	성공적으로 직장재 복귀한 산재근로자를 통하여 기 극복과정을 듣고, 스스로에게 적용해보기 산재를 극복한 역할모델(role model)을 통해 현실 인정과 직장 복귀에의 희망을 가지기
		구직자원과 네트워크 탐색하기*	구직경험을 나눔으로써 현재 자신의 구직방법 문제 인식하기 구직을 위한 자신의 자원과 네트워크 모색하기 면접연습을 통해 구직자로서의 취업기술을 습득해보기
발달	7	10년후의 내모습 꿈꾸기	5년 후, 10년 후의 계획을 세워봄으로써 자신의 미래 모습 설계해보기 미래계획을 토대로 요양 종료 후 해야 할 일들을 구체적으로 계획해보기
		구직 계획 세워보기*	현실적인 구직(9창업)요소를 파악하여 구직계획 세워보기 역할모델을 만남으로 실제적인 정보연기, 활용하기
	8	나 믿어주기	스스로 개별목표 달성 점검해보기 집단성원들끼리 장점을 찾고 서로 지지하기 자신에게 선물을 줌으로써 스스로 격려해주기

■ 학습정리

1. 인지행동모델

(1) 기본 개념

- 인간의 행동을 환경적인 사건에 영향을 받지만, 동시에 인지도식의 측면에서 그 사건에 대한 신념, 인지적 평가들이 그 사건에 미치는 영향을 중재한다고 가정함

(2) 인지행동모델의 적용

- 암, 당뇨 등의 만성질환을 가진 환자들을 대상으로 다양한 인지행동프로그램을 적용해오고 있음
- 인지행동치료는 사회복지사, 정신과 의사, 임상 심리사, 간호사 등 다양한 직군에 의해 실시될 수 있는데, 대개의 경우 사회복지사는 정신건강의학과에서 인지행동모델을 기초로 한 자기주장훈련, 사회기술훈련, 분노조절 훈련을 담당하는 경우가 많음
- 그밖에도 내과, 소아과 등에서 암이나 당뇨와 같이 만성 질환을 가진 환자와 가족을 대상으로 인지적 재구성, 이완훈련, 문제해결기술훈련 등의 프로그램이 진행되고 있음

2. 레질리언스모델

(1) 기본 개념

- ‘다시 제자리로 되돌아오려는 경향’, ‘탄력성’, ‘회복력’을 의미함

(2) 레질리언스모델의 적용

- 환자와 가족을 질병과 장애를 극복하기 위해 자신들의 잠재력이나 가능성을 인식하고 활용하는 주체로 성장시키는 것보다는 치료 대상에 머무르게 하는 한계가 있음
- 신념체계에 대한 개입으로는 환자와 그 가족이 자신들이 경험하고 있는 위기를 단순히 고통스럽고 해결해야 할 과업으로 인식하기보다는 자신들에게 어떠한 인생의 의미가 있는 것이며, 이 역경에 압도되지 않고 도전하는 것이 자신들에게 어떤 경험이 될 수 있는가를 스스로 의미화 하도록 도와야 함
- 조직유형에 대한 개입은 환자와 가족이 질병으로 인해 초래된 새로운 상태에 적응하기 위하여 가족 내 필요한 역할과 규칙들을 융통성 있게 변화시키며, 서로간의 유대감을 더욱 강화하여 서로에게 힘이 될 수 있도록 지지하는 것임
- 의사소통 과정에 대한 개입은 환자와 가족이 경험하는 감정을 서로 공유하도록 돕고, 가족 내에서 문제해결을 위해 상호협력하는 힘을 갖도록 돕는 것임

3. 임파워먼트모델

(1) 기본 개념

- 권한부여, 역량강화, 세력화 등으로 번역되는 사회복지의 주요 실천모델로서 1970년대 이후 사회복지현장에서 강점관점과 문제해결 중심접근으로 인해 그 중요성이 대두되었음

(2) 임파워먼트모델의 적용

- 의료사회복지의 주요 기능은 질병과 질병으로 인해 취약해진 환자의 생심리사회적인 문제에 대해 환자가 자신의 잠재력, 가능성 등을 극대화함으로써 이러한 문제들을 극복하고 환경체계를 활용할 수 있는 능력을 함양하는 것임
- 환자를 중심으로 환자를 둘러싼 여러 환경체계, 즉 가족, 직장 등 여러 사회적 관계가 질병이나 장애로 인해 손상되지 않고, 상호 간에 잘 적응하고 대처해나갈 수 있도록 효율적인 개입을 수행해야 함

5주차 2차시

의료사회사업 가치와 윤리 (1)

학습 목표

- 의료사회사업의 가치와 윤리의 개념을 이해할 수 있다.
- 의료사회사업의 주요 윤리적 이슈들에 대하여 이해하고 설명할 수 있다.

학습 내용

1. 의료사회사업의 가치와 윤리의 특성
2. 의료사회사업의 주요 윤리적 이슈들

1) 사회복지사에게 있어서 윤리가 중요한 이유

- 첫째, 지식 · 기술 · 가치라는 사회복지실천의 3대 구성요소 중, 특히 가치가 윤리적 측면을 포함하는 요소이기 때문임
 - 사회복지실천을 구성하는 중요한 한 축이 가치와 윤리라고 할 정도로 윤리는 사회복지사에게 있어서 필수적인 요인
- 둘째, 사회복지사를 전문직이라고 한다면, 일반적으로 전문직을 규정하는 주요 특면 중 하나가 그 종사자들이 윤리성을 갖추고 있느냐 하는 부분임
 - 실제로 이타주의와 같은 가치나 윤리강령은 어느 전문직에서나 중요한 구성요소로 간주되고 있음
- 셋째, 여러 휴먼서비스 종사자들 중에서도 사회복지사는 거의 유일하게 사회적 약자나 소수자를 주 대상으로 하는 직종이라는 차원에서 윤리성이 더 요구됨
 - 사회복지실천의 대상자들, 즉 대부분의 클라이언트들은 사회적으로 권력과 경제력을 갖고 있지 못하는 경우가 많기 때문에 설혹 잘못된 처우를 받거나 부당한 대우를 받더라도 이에 항의하고 자기옹호를 하기 힘들
 - 따라서 사회복지사 스스로 윤리적 차원에서 높은 자정 능력이 요구되는 것
- 넷째, 사회복지 현장에 수많은 윤리적 이슈가 관계된 사례들이 존재한다는 것
 - 사회복지실천현장은 다양한 사람들이 여러 가지 문제로 복잡하게 얽혀있기 때문에 매일매일 가치 판을 요구하는 윤리적 이슈들을 만나게 됨
 - 따라서 이를 적절히 이해하고 유능하게 대응할 것을 요구 받고 있음

(1) 의료사회복지현장의 특성

- 첫째, 보건의료 현장은 인간의 질병과 생명을 다루는 과정이 요구되는 곳
 - 의료세팅은 가치와 윤리의 문제가 그 어느 분야보다도 더 빈번히 제기되고 또 첨예하게 나타나는 곳이라는 점을 인식해야 함
 - 여기에서 활동하는 사회복지사들의 윤리적 결정은 한 사람의 생명이나 그 가족의 삶 전반에 영향을 미치는 파급력을 가져올 수 있음
 - 예를 들어 낙태 결정이 연명치료 지속의 여부, 또는 진료비 지원 결정 등
- 둘째, 의료사회복지현장은 여러 전문직들이 공존하는 사회복지의 2차 세팅
 - 이들 사이에서 의료사회복지가 어떤 정체성을 갖고 무엇을 지향하는가 하는 것은 사회복지사의 존재 이유를 설명하는 부분
 - 실제로 윤리와 영성의 요인은 정신 보건사회복지사들의 셀프-임파워먼트의 중요한 구성요소로도 입증된 바 있음
 - 또한 의료사회복지사들은 여러 전문직들 사이에서 자기 존재의 정당성과 전문직 정체성, 그리고 휴머니즘 실현의 사명감을 확고히 하는 것이 소진을 예방하거나 극복할 수 있는 요인으로 나타나고 있음
 - 여기에서 언급되는 존재의 정당성, 전문직 정체성, 사명감 등은 모두 전문직 가치나 윤리와 밀접한 관련이 있음

- 셋째, 의료사회복지사는 보건의료와 사회복지가 만나는 지점에 존재
 - 여기서 이뤄지는 결정에는 우리 사회, 의료조직, 타 전문직, 클라이언트, 사회복지전문직, 그리고 자기 자신의 가치와 윤리가 복합적으로 영향을 미치게 됨
 - 이 중에서도 특히 의료 윤리와 사회복지 윤리는 서로 일치하는 부분도 있겠지만 강조하는 바가 조금 다를 수도 있음
 - 그리고 바로 이러한 각 영역의 윤리가 모두 공존하는 것이 보건 · 의료사회복지 실천현장이라고 할 수 있음
 - 생명존중, 비밀보장, 서비스 대상자와 신뢰관계 형성 등과 같은 윤리는 의료와 사회복지를 불문하고 두 영역에서 모두 중요시하는 부분임
 - 이에 비해 보건전문직 중에서도 의사의 윤리강령에는 생명, 죽음, 치료에 대한 보다 구체적인 내용이 제시되고 있고 2006년 제정된 의사윤리지침에서는 뇌사, 장기이식, 인공수정 등 민감한 이슈들을 다루고 있는 반면, 사회복지사 윤리강령에서는 클라이언트의 자기결정권, 권익옹호, 사회정의 실현 등과 같은 측면이 상대적으로 더 강조

[사회복지사와 의사의 윤리강령 비교]

사회복지사 윤리강령의 개요 한국사회복지사협회 1988년 제정, 2001년 2차 개정		의사 윤리강령의 개요 대한의사협회 1997년 제정, 2006년 개정	
기 본 윤 리	전문가로서의 자세 <ul style="list-style-type: none"> • 전문가로서 품위와 자질, 책임성 • 차별 대우 금지 • 성실하고 공정한 일처리, 부당압력 거부 • 사회정의 실현 및 복지증진에 헌신 • 전문적 가치와 판단에 따른 일처리 • 개인 이익보다 전문직 가치와 권위 우선 • 전문가단체 활동 및 사회정의 실현 참여 	일 반 적 의 무 와 관 리	<ul style="list-style-type: none"> • 생명존중 및 건강보존의 사명 • 인류와 국민의 복리증진 • 공정하고 공평한 자세 • 검증된 기술 시행 • 양심과 전문적 판단에 따른 진료와 이에 대한 법률의 보호 • 최선의 의료환경 조성 노력과 이에 대한 정당한 대우
	전문성 개발을 위한 노력 <ul style="list-style-type: none"> • 지식과 기술개발에 최선 • Ct 대상 연구시 자발적 고지된 동의확보 • 비밀보장 • 전문성 개발과 함께 최상의 서비스 노력 • 전문가 교육 참여 		
	경제적 이익에 대한 태도 <ul style="list-style-type: none"> • Ct 경제 능력에 대한 차별금지 • 공정하고 합리적인 이용료 책정 • 부당한 경제적 이득 금지 		

C't에 대한 윤리 기준	클라이언트와의 관계 <ul style="list-style-type: none"> Ct 권익옹호를 최우선 가치로 실현 Ct의 존엄성 존중 및 전문능력 최대발휘 자기결정권 존중 사생활보호 및 비밀보장 Ct의 알권리 보장 Ct정보공개 시 동의 획득 사적 이익 위해 전문적 관계 이용금지 Ct와 부적절한 성관계 금지 Ct를 동반자로 인식하고 협력 동료의 클라이언트와의 관계 <ul style="list-style-type: none"> 적법 절차없이 동료 및 타기관 Ct와 전문적 관계 형성 금지 동료 Ct 말을 시, 자기 Ct와 동일 대우 	환자와 의사의 관계	<ul style="list-style-type: none"> 인격을 가진 존엄한 존재로서 대우 동반자로서 인식 환자의 생명과 건강에 대한 최선 다하기 상호 신뢰와 사랑에 기반을 둔 관계 환자의 자유선택과 알권리 존중 고지의 의무 준수 환자의 비밀보장 응급환자에 대한 적극적 처치 및 사회적 책임
동료에 대한 윤리기 준	동료 <ul style="list-style-type: none"> 동료에 대한 존중과 신뢰 전문직 권익 증진 위해 동료와 협력 동료의 윤리적, 전문적 행위 촉진 전문적 판단 및 실천 문제시, C't 이익보호 동료의 비윤리 행위에 대한 법적, 윤리적 조치 동료 및 타전문직 인정 및 존중 수퍼바이저 <ul style="list-style-type: none"> 사적 이익 위해 지위 이용금지 공정한 책임 수행 및 평가내용 공유 수퍼바이저와 시회복지사가 협력과 존중 수퍼비전 대상에 대한 인격적, 성적 수치심 주는 행위 금지 	동료 보건 의료인 과 관계	<ul style="list-style-type: none"> 동료 보건의료인에 대한 존중 동료 보건인 직무의 가치와 내용 인정하고 민주적 직무관계 형성 노력 동료의료인과 협조하며, 필요시 의뢰 동료에 대한 비난 금지 동료의 의학적, 윤리적 오류 정정 책임
사회에 대한 윤리기 준	<ul style="list-style-type: none"> 인간존중, 평등, 약자옹호에 헌신 사회서비스 개발위한 사회정책 수립 및 집행에 참여 사회환경 개선 및 사회정의 실현위한 사회정책 수립 및 집행 요구 지역사회 문제 이해 및 해결에 적극 참여 	사회적 역할과 임무	<ul style="list-style-type: none"> 생명, 건강, 삶의 질 향상을 위해 인권, 환경, 노동조건의 개선 노력 적절한 의료비용 보장위한 노력 부당한 경제적 이득 금지 과장, 비방, 저속 광고 금지

기관에 대한 윤리기 준	<ul style="list-style-type: none"> 기관 정책 및 사업 목표 달성에 헌신함으로써 Ct 이익 도모 기관의 부당한 정책 및 요구에 전문적 가치와 지식으로 대응하며 사회복지윤리위원회에 보고 의무 소속기관 활동에 적극 참여로 기관의 성장 발전을 위해 노력 	시술과 의학 연구 등	<ul style="list-style-type: none"> 수태 시부터 온전한 생명으로 인정하고 의술로 개선 불가능한 치명적 결함을 가진 경우를 제외하고 임신중절 금지 및 성별감별과 정보누설 금지 임종을 앞둔 자의 고통감소 노력과 품위 있는 죽음을 위한 도움 제공 의학연구의 목적은 생명과 건강보전이어야 하며 호기심과 사리 추구는 금지 장기 및 조직 연구 시 피검자와 보호자에게 충분한 정보제공 및 승인받아야 하며, 부당한 연구대상 및 보상 금지 의학연구가 피험자나 생태계에 위협적인 경우 중단 의무
윤리위 원회 구성과 운영	<ul style="list-style-type: none"> 한국사회복지사협회 산하 사회복지윤리위원회 구성 윤리위원회의 기능(비윤리 행위 접수 및 대처) 협회의 윤리적 권고와 결정 존중 	윤리위 원회 구성	<ul style="list-style-type: none"> 각 의료단체에 윤리위원회 설치 위원회는 의료윤리의 제고를 목적으로 하며 징계나 제재 시에는 충분한 소명 기회 제공 윤리적 지침을 소속 의사에게 교육

2 | 의료사회사업의 주요 윤리적 이슈들

1) 개요

- 과학의 발전 질병의 다양화 인권의식의 향상, 서비스 질관리에 대한 요구증대 등은 보건영역에서 윤리적 이슈의 증가를 가져 왔음
- 그런데 이러한 윤리적 이슈에 따른 윤리적 의무가 항상 명확한 것은 아님
- 한가지 상황에 포함된 다양한 윤리적 이슈들은 다양한 윤리적 의무를 내포하는데, 이들간에는 서로 충돌하거나 한쪽을 선택하게 되면 한쪽을 버릴 수밖에 없는 상황이 발생하곤 함
- 부모의 종교적 신념에 따라 자녀의 치료를 거부하는 가족을 면담할 때



이러한 상황을 ‘윤리적 갈등(ethical conflict)’이나 윤리적 교착상태 또는 ‘윤리적 딜레마(ethical dilemma)’

2) 비밀보장과 고지된 동의

- 비밀보장에 대해 사회복지사는 클라이언트의 사생활을 보호하며, 직무수행과정에서 얻은 정보에 대해 철저하게 비밀을 유지해야 한다고 기술하고 있으며, 이는 당연히 보건현장에서 일하는 사회복지사에게도 적용
- 또한 사회복지기본법, 사회복지사업법, 아동복지법, 가정폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법 등 사회복지 관련된 법률에서도 비밀보장을 규정
- 보건현장에서는 팀으로 일하는 경우가 많은 만큼 환자 정보의 공유와 비밀보장에 대해 그만큼 민감해야 하며, 기록 과정 및 보관에 있어서도 주의를 기울여야 함
- 그러나 한 사람을 위한 비밀보장이 타인이나 공공의 복지에 영향을 미칠 경우에 보장되는 범위에 제한을 받을 수 있음
- 사례
 - 의료사회복지사 A는 심각한 유전성 있는 질환을 갖고 있는 환자 B의 스트레스 관리 상담을 진행하고 있음
 - 상담 도중 B씨는 현재 결혼을 앞두고 있으며 자신의 질병을 숨기고 결혼을 진행하려고 한다는 사실을 털어놓았음
 - B씨는 이 사실을 상대에게 알릴 준비가 되어 있지 않으며, 만약 상대가 이 사실을 알고 자신을 떠난다면 삶을 지속할 의욕을 잃게 될 것이라고 함
 - 따라서 자신의 약혼자를 만나서 면담을 하더라도 이 사실은 비밀로 해달라고 부탁함
 - A씨에 대한 비밀보장과 그 상대 배우자의 알 권리 및 제3자 보호의 원칙 사이에서 가치 갈등을 경험할 수 있음
 - 일반적으로 이러한 경우 A씨의 비밀이 상대의 삶에 중대한 피해를 미칠 수 있으므로 상대 배우자의 알 권리와 제3자 보호의 원칙에 더 비중을 두는 경향이 있음
 - 그러나 이러한 경우에도 A씨가 모르게 정보를 공개해서는 안 되며, 반드시 ‘고지된 동의’의 원칙을 따라야 함
 - 고지된 동의란 클라이언트의 정보를 공개할 경우에는 반드시 그의 동의가 있어야 한다는 것

3) 존엄사

- 존엄사는 최근 우리 사회에서 뜨거운 논쟁을 불러일으킨 문제
- 존엄사는 단지 그 자체로서의 이슈로서 중요할 뿐 아니라, 여기에 인간, 생명, 죽음 등 중요하고도 다양한 가치들이 복합적으로 작용한다는 점에서 이에 대한 정확한 이해와 입장 정리가 요구됨
- 최선의 의학적 치료를 다하였음에도 회복 불가능한 사망의 단계에 이르렀을 때, 질병의 호전이 목적이 아니라 오로지 현 상태를 유지하기 위하여 이루어지는 무의미한 연명치료를 중단하고 질병에 의한 자연적 죽음을 받아들임으로써 인간으로서 지녀야 할 최소한의 품위를 지키면서 죽을 수 있도록 하는 것이다.
 - 무의미한 연명치료 : 의학적으로 불필요하다고 판단되는 기계호흡이나 심폐소생술 등을 뜻함
- 안락사는 질병에 의해 자연적으로 죽음에 이르는 것이 아니라 인위적인 행위에 의해 죽음에 이름

적극적 안락사	소극적 안락사
환자의 요청에 따라 고통을 받고 있는 환자에게 약제 등을 투입하여 인위적으로 죽음을 앞당기는 것	환자나 가족의 요청에 따라 생명 유지에 필수적인 영양공급이나 약물 투여 등을 중단함으로써 환자를 죽음에 이르게 하는 행위

- 소극적 안락사를 존엄사와 동일시하는 견해도 있음
- 여기에 생명존중 및 인간의 존엄성에 대한 입장과 자신의 생명에 대한 자기결정권이라는 윤리적 이슈들이 작용

(1) 대부분의 나라에서 적극적 안락사를 허용하지 않고 있지만 진보적 입장을 취하고 있는 나라들도 있음

네덜란드	2000년 독극물 투여 등 적극적 안락사를 합법화
벨기에, 룩셈부르크	존엄사와 안락사를 모두 합법화
미국	1996년 환자가 심폐소생술을 거부하여 사망해도 의사에게 책임을 묻지 않는 판결이 내려진 이후 존엄사를 허용하고 있지만 안락사에 대한 입장은 주마다 다름

대만	2000년부터 무의미한 연명치료의 중단을 허용
프랑스	2005년부터 소생불능 판정 후 환자와 가족의 동의 후에 진료를 중지할 수 있음
일본	2006년 회복가능성이 없는 말기 환자에 대하여 사실상 소극적 안락사를 허용하는 가이드라인을 제정
한국	2009년 5월 21일 대법원이 무의미한 연명치료 장치 제거 등을 인정하는 판결을 내려 그 동안 논란이 되어 온 존엄사에 대한 입장을 정리



이 판결에서는 '질병이 호전될 가능성이 없는 상태에서 현 상태를 유지하기 위한 연명치료는 무의미한 신체침해 행위로서 오히려 인간의 존엄과 가치를 저해하는 것으로 간주하고, '회복 불가능한 사망의 단계에 이른 환자가 인간으로서의 존엄과 가치 및 행복추구권에 기초하여 자기결정권을 행사할 경우에는 연명치료 중단'을 허용

(2) 당시 법원이 제시한 치료중단 허용기준

- 첫째, 환자의 희생 불가능성
- 둘째, 진지하고 합리적인 환자의 치료중단의사 표시
- 셋째, 범위는 연명을 위한 치료 중단으로 제한
- 넷째, 전문성과 자격을 갖춘 의사에게만 치료중단 자격 부여 등



특히 치료중단 결정에 있어서 경제적 부담이나 자살의도에 의한 결정이나 고통완화를 위한 목적 등은 허용하지 않았다는 측면에서 우리나라는 안락사를 허용하지 않고 있음을 분명히 하고 있음

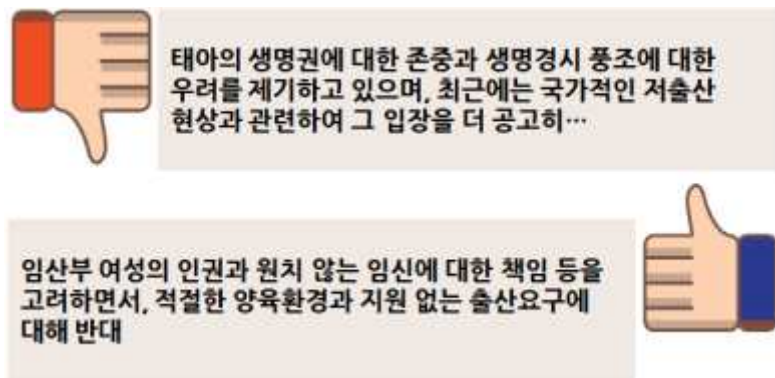
(3) 콩그레스(Congress, 1999: 121-123)는 생명종결 결정에 관여하는 사회복지사는 다음과 같은 지침을 사용할 수 있음

- 첫째
 - 사망선택유언은 치료 선택을 구체화하고 클라이언트가 자신의 건강에 대해 결정할 수 없을 때 지명된 건강관리 대리인이 대신하여 결정을 내리는 것이므로 생명 종결에 개입하는 사회복지사는 사망선택유언과 건강관리 대리인 같은 의료행위에 관한 사전지시에 대해 알고 있어야 하며 이를 클라이언트와 논할 수 있어야 함

- 둘째
 - 사망선택유언은 치료클라이언트의 자발성에 기초해야 하며 어떤 의견도 강요하지 않아야 함
 - 사회복지사는 클라이언트가 가능한 행동절차와 그에 따른 결과를 알도록 하고 그러한 상태에서 결정을 내리도록 격려해야 함
 - 단 가족들과 갈등이나 차이가 있는 경우가 있을 수 있으므로 이때 사회복지사는 중재의 역할을 수행함
- 셋째
 - 사회복지사는 호스피스, 홈 케어, 방문간호서비스 등 다양한 의료적, 사회적 지원 체계를 파악하고 이들의 연계자로서 도움을 제공해야 함
- 넷째
 - 사회복지사는 생명종결결정에 대한 자신의 인식과 자세가 그 클라이언트와 가족에게 얼마나 중요한 영향을 미치는지를 잘 이해하고 있어야 함

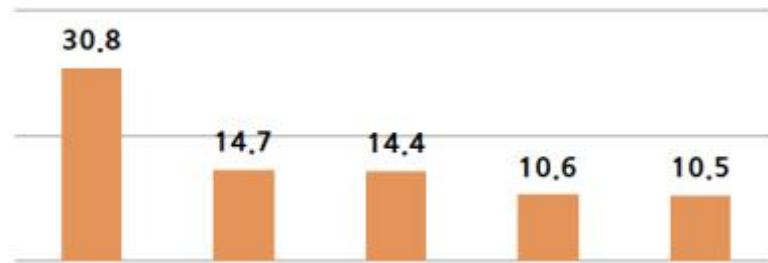
4) 낙태

- 인간의 자기결정권, 태아를 인간으로 인정하게 되는 시기, 장애나 질병에 대한 태도 등이 복합적으로 작용



- 모자보건법에 따르면, 우리나라에서 법적으로 낙태를 허용하는 시한은 임신한 날로부터 24주 이내이다. 또한 그 허용한계 및 보호자 동의 등에 대해서는 다음과 같이 규정하고 있음
- 인공임신중절수술은
 - 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 우생학적(優生學的) 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우,
 - 본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 전염성 질환이 있는 경우,
 - 강간 또는 준강간(準強姦)에 의하여 임신된 경우,
 - 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척간에 임신된 경우,
 - 임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 건강을 심각하게 해치고 있거나 해칠 우려가 있는 경우에 한하여, 의사가 본인과 배우자(사실상의 혼인관계 포함)의 동의를 받아서 시행할 수 있다.
 - 제시한 기준을 벗어난 인공임신중절은 모두 불법

- 최근까지도 이러한 법적 규제에도 불구하고 우리나라에서 인공임신중절은 빈번히 시행되어 왔던 것이 사실
- 보건복지부 ‘2009년 전국 결혼 및 출산 동향조사’에 따르면, 인공임신중절 1회 이상의 경험률은 13.2%로 나타나 기혼여성 10명중 1명 이상이 낙태시술을 받은 것으로 조사



- 사례
 - A씨는 심한 우울증으로 정신과에 입원하여 집중적인 치료와 보호를 받게 되었음
 - 그런데 검사 도중에 A씨가 임신 4개월이라는 사실이 밝혀졌음
 - A씨를 위한 치료계획에 약물치료는 반드시 필요한 요소지만, 처방된 치료약을 복용할 경우 태아의 정상적 발달에 상당한 위험을 가져올 것이 예상됨
 - 이에 대해 의사는 환자상태가 심각하고 치료가 시급한 만큼 치료가 우선이라는 견해를 갖고 있고, A씨 역시 낙태를 원하지만, A씨의 남편은 낙태에 강하게 반대하며 어렵게 생긴 첫 아이를 잃고 싶어하지 않음
 - 이에 담당의사는 사회복지사에게 남편을 만나봐 달라는 요청을 해왔음
 - 이 경우 사회복지사가 낙태에 대해 찬성할 경우에는 남편과, 반대할 경우에는 담당의사와 A씨와 다른 입장에 놓일 수밖에 없음
 - 이때 사회복지사는 가치의 상충이라는 상황에 놓이게 되는 것
 - 우선 클라이언트와 가치상충의 상황에서 취할 수 있는 방법으로 다음과 같은 선택을 참고할 수 있음
 - ① 자신의 개인적 신념을 공개하고 개입을 지속할지 여부를 묻는 방법
 - ② 상대를 설득하는 방법
 - ③ 개인적 견해를 공개하지 않고 다른 대안을 찾도록 간접적으로 최선을 다하는 방법
 - ④ 상담을 중단하고 다른 전문가에게 의뢰하는 방법
- 사회복지사는 낙태와 관련된 이슈들에 관한 자신의 입장을 돌아볼 필요가 있으며, 낙태나 아 니냐의 이분법적인 논리에 매달리기보다는 클라이언트의 선택의 폭을 넓힐 수 있는 방안을 모색해보려는 노력도 기울여야 함
- 2019년 4월 11일, 헌법재판소는 형법 조항 (제269조 1항, 270조 1항)의 위헌 여부를 판단 해달라며 산부인과 의사가 낸 헌법소원·위헌법률심판제청 사건에서, 재판관 4명(헌법불합치), 3명(단순위헌), 2명(합헌) 의견으로 헌법불합치 결정을 선고했음
- 현재는 2020년 12월 31일까지 국회에서 법을 개정하도록 주문했고 현재의 법은 개정 이전 까지만 한시적으로 적용

5) 치료거부

- 항암치료가 필수적이지만 가능성 낮은 치료를 받기보다는 남은 생애를 조용히 정리하겠다고 치료거부를 거부하는 경우
- 휴식과 인정이 절대적으로 요구되지만 생계를 위해 퇴원을 결정하고 다시 생활전선으로 뛰어드는 경우
- 정신질환으로 자해나 타해의 위험이 있어서 입원치료가 요구되지만 본인은 이를 거부하는 경우 등
- 상황에서 대두되는 이슈는 클라이언트의 ‘자기결정권’
- 클라이언트의 자율성 및 자기결정권을 존중해야 할 것인가?
- 자신이 생각하는 클라이언트의 복지를 위해 보다 적극적인 개입을 해야 할 것인가?
- 클라이언트의 자기결정권과 온정주의가 상충함으로써 제기되는 이슈
- 리이머(Reamer)
 - ‘개인의 자기결정권은 자신의 안녕에 대한 권리에 우선한다’
- 한국사회복지사 윤리강령
 - ‘사회복지사는 클라이언트가 자기결정권을 최대한 행사할 수 있도록 도와야 하며, 저들의 이익을 최대한 대변해야 한다’
- 자기결정권보다 생명존중을 상위 가치로 간주하는 경우가 많으며, 따라서 생명이나 안전의 위험이 있는 상황에서 자기결정권의 제한은 정당화되기 때문
- 김상균 등은 사회복지사의 개입방법 중 자기결정권에 영향을 줄 수 있는 정도에 따라서 가장 낮은 단계에서 높은 단계까지 다음과 같은 개입방법을 제시하고 있음
- 성찰적 방법
 - 클라이언트에게 직접 해결방향을 제시하지 않으면서 스스로 문제를 탐색하도록 하는 개입방법
- 제안적 방법
 - 클라이언트에게 해결을 위한 방향을 언급하며 제안하는 태도를 취하는 개입방법
- 규정적 방법
 - 사회복지사가 클라이언트에게 구체적 행동을 명확히 제시하는 방법
- 결정적 방법
 - 클라이언트 모르게 사회복지사가 그를 위해 독립적인 행동을 취하는 방법
- 실제로 선택하여 결정할 수 있는 다양한 선택권이 보장되지 못하였다는가, 충분한 정보 없이 편중된 정보만으로 어떤 선택을 하게 되는 경우 모두 사실상 자기결정권이 침해되는 상황
- 따라서 사회복지사는 필요한 정보를 충분히 확보하여 클라이언트에게 정확하게 제시하고, 가능한 대안들을 다양하게 마련하여 선택권을 넓히려는 적극적 노력이 필요
- ‘클라이언트 결정능력의 문제’
- 질병이나 치료로 인한 의식의 혼란, 삶과 건강의 위기상황에서 판단의 정확성 문제 등은 결정능력에 한계로 작용

6) 자원 및 기회 배분

- 병원조직이나 난치병 후원기관의 사회복지사가 자원배분의 역할을 수행할 경우 누구에게 얼마를 지원할 것인가?
- 의뢰를 희망하는 환자가 여럿일 경우 누구를 우선적으로 연결할 것인가?
- 생존율이 2-30%로 예상되는 중증의 소아질환을 앓고 있는 유아에게 들어가는 치료비용이 안면기형을 가진 아동 30명을 도와줄 수 있다면?
 - 생명존중과 삶의 질이라는 두 가지 가치 사이에서 그리고 결과가 불확실한 1인과 확실한 결과가 예상되는 다수 사이에서 딜레마를 경험할 수 있음
- 사회복지사가 고려해야 할 사항
 - 자원 발굴 및 확대
 - ① 적은 몫을 갖고 나누다 보면 배분의 이슈에 더 많이 당면할 수밖에 없음
 - ② 수사의 입장에서 자원을 개발하고 옹호를 통해 기회를 확보해가는 과정은 배분의 어려움을 간접적으로라도 감소시킬 수 있음
 - 가치관 돌아보기
 - ① 사회복지사로서 또 한 인간으로서 자신이 더 중요하게 생각하는 가치가 무엇이고 대상이 누구인지, 그리고 이것이 업무의 결정과정에서 어떠한 영향을 미칠 수 있는지를 미리 점검
 - ② 또한 결정을 내린 후에는 그 과정의 적절성과 결과의 효과성을 정리해 둠
 - 수퍼비전 및 지문받기
 - ① 혼자 어떤 결정을 내리기보다는 다양한 의견을 고르게 들어보고 참고하는 것이 도움이 됨
 - ② 특히 자신과 같은 입장보다는 다른 입장에서 생각해 볼 수 있는 기회를 갖는 것이 필요

■ 학습정리

1. 의료사회복지실천 가치와 윤리의 특성

- 보건현장에서는 다음과 같은 의료사회복지현장의 특성 때문에 윤리가 더 고려되어야 함
- 인간의 질병과 생명을 다루는 과정이 요구되는 곳
- 여러 전문직들이 공존하는 사회복지의 2차 세팅임
- 보건의료와 사회복지가 만나는 지점에 존재하여 우리 사회, 의료조직, 타 전문직, 클라이언트, 사회복지전문직, 그리고 자기 자신의 가치와 윤리가 복합적으로 영향을 미치게 됨

2. 의료사회복지실천의 주요 윤리적 이슈들

- 비밀보장과 고지된 동의
- 존엄사
- 낙태
- 치료거부
- 자원 및 기회 배분

6주차 1차시

의료사회사업 가치와 윤리 [2]

학습 목표

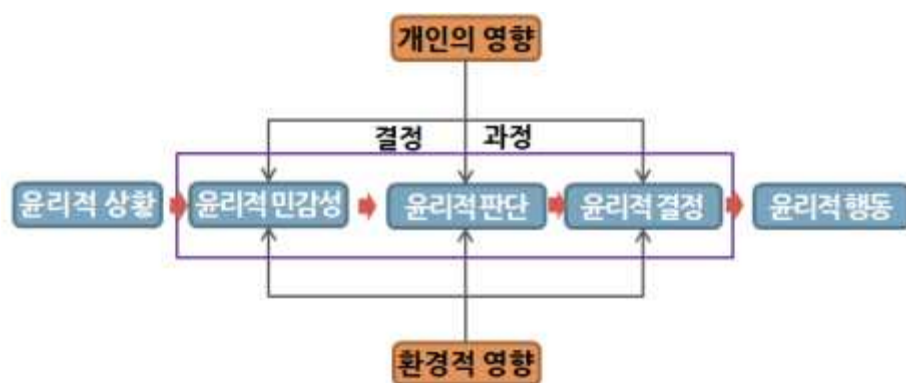
- 의료사회사업의 윤리적 민감성을 이해하고 설명할 수 있다.
- 의료사회사업의 윤리적 의사결정 과정을 이해하고 서술할 수 있다.

학습 내용

1. 의료사회사업의 윤리적 민감성
2. 의료사회사업의 윤리적 의사결정

1) 의료사회복지실천에서 윤리적 민감성

- 레스트(Rest, 1983)
 - ‘특정 상황에 있는 윤리적 이슈를 규명하고 다양한 행위의 과정을 인식하는 능력’이라고 하였음
- 라부이(Rabouin, 1996)
 - 윤리적 민감성을 윤리적 문제의 존재를 인식하고 그 상황을 해석하며 어떤 대안이 가능한지를 결정하는 과정
- 맥자너(Mcsahne, 2001)
 - ‘윤리적 이슈의 존재를 인식하고 그 상대적 중요성을 결정할 수 있는 능력’ 등으로 정의
- 따라서 이를 종합해 보면 윤리적 민감성은 ‘전체 윤리적 결정과 결정과정의 단계부터 요구되는 요소로서 개인이 당면한 상황에 윤리적 이슈가 존재하는지를 파악해내고 그 상대적 중요성을 결정할 수 있는 능력’
- 담당의사로부터 환자를 의뢰 받은 의료사회복지사는 클라이언트가 이 치료를 반드시 받아야 한다고 생각하기 때문에 왜 클라이언트가 이를 거부하는지 그 이유를 파악하고 클라이언트가 치료를 받을 수 있도록 설득하는 방식으로 상담을 시행
- 클라이언트의 자기결정과 사회복지사의 온정주의적인 입장이 충돌하고 있다는 점을 인식하지 못한 채 계속 클라이언트가 치료를 받을 수 있도록 돕는 쪽으로만 몰두하여 클라이언트를 설득하고 치료에 도움을 줄 수 있는 경제적 지원방안을 알아보는 방식으로 사례를 진행한다면 이 사례의 윤리적 측면은 간과되고 있음
- 부스와 마샬(Booth & Marshall, 1991)은 이러한 윤리적 민감성이 두 가지 능력으로 구성된다고 보았음
 - 능력은 무엇이 옳은지에 대한 원칙에 따라 자신의 행위를 규정하고 이를 해석하는 것이고,
 - 능력은 자신의 머리 속에서 뿐 아니라 타인과의 대화 속에서 윤리적 이슈를 심사 숙고할 수 있는 것이라고 하였음



- 어떤 상황에 직면하여 윤리적 결정을 시작하기 위해서는 우선 윤리적 이슈를 인지할 수 있는 윤리적 민감성이 필요하며, 이에 따라 윤리적 판단과 결정을 내리고 이를 행동으로 옮기게 되는 것
- 그러나 만약 윤리적 민감성이 부족하여 그런 이슈를 인지하고 분석하지 못한다면 윤리적 의사결정 과정으로 들어갈 수도, 또는 문제를 해결할 수도 없다는 것을 알 수 있음

2) 정신보건사회복지사의 윤리적 민감성 증진을 위한 프로그램

회기 및 제목	목표	내용	방법
1회 정신보건 관련 윤리적 이슈	정신보건분야에서 당면할 수 있는 윤리적 이슈들과 그 내용을 이해한다.	비밀보장, 자기결정, 전문적 관계, 전문적 가치와 개인적 가치, 충실성의 상충 등 직접 서비스 관련 윤리적 이슈	강의 토론
2회 윤리강령 및 대처 방안	지난 시간에 다룬 윤리적 이슈들에 대한 원칙 및 대처방법을 이해한다.	· 윤리강령 · 윤리적 이슈를 다루는 원칙과 과정에 대한 다양한 모델	강의 토론
3회 자기 인식	자신의 가치, 윤리관, 영성 등을 점검함으로써 자기 이해를 높인다.	· 자기인식의 필요성 · 나의 가치(우선순위) 및 신념 · 내 삶의 경험과 나의 편견 · 나의 윤리적 측면	강의 토론 worksheet
4회 전문가로서의 자기 인식	전문가로서 자신의 다양한 측면을 이해한다.	· 일을 통해 추구하는 가치 · 유능한 사회복지사 이미지 · 전문가 윤리의 생태도	강의 토론 worksheet
5회 실제 윤리 사례분석Ⅰ	실제 사례연습을 통해 윤리적 이슈를 발견하고 다루며 자기인식을 높이는 능력을 습득한다.	· 사례를 통해 명시적인 윤리적 이슈 탐색 및 자기인식	수퍼비전 토론
6회 실제 윤리 사례분석Ⅱ		· 사례를 통해 내재된 윤리적 이슈 탐색 및 자기인식 · 사례를 통해 탐색한 윤리와 가치 이슈에 대한 대안 모색	수퍼비전 토론
과제: 매 회기 후 다음 시간까지 그 회기 과정과 자신의 느낌과 의문점 등을 정리			

3) 윤리적 민감성을 증진시키는 방법

- ‘교육’을 통해 윤리적 이슈, 윤리강령 및 이를 현실에 적용하는 대처방법을 이해하고,
- ‘자기 탐색’을 통해 윤리적 측면에서의 자기인식을 증진시키며,
- 앞에서 습득한 내용들을 실제 ‘사례연습’ 과정에서 토론과 수퍼비전을 통해 적용하는 능력을 향상시키는 것

(1) 사례1

- 가정형편이 어려운 60대 여성인 H씨는 입원치료를 해야 할 만큼 당뇨병 증세가 악화되었으나, 입원비를 감당할만한 사정이 되지 않음
- H씨는 남편과 서류상 이혼하여 기초생활보장 수급권자가 되면 의료보호로 입원치료를 할 수 있다는 이야기를 들었다면서 의료사회복지사 B에게 이에 대한 정보를 요구하며 이혼을 위한 조언을 구하였음
- 자신의 건강을 위한 복지혜택과 결혼관계 중 전자를 선택하고자 하는 클라이언트의 자기결정 존중의 문제, 서류상 이혼으로 위장하는 것을 알게 된 상태에서 클라이언트에 대한 비밀 보장 준수의 문제, 클라이언트가 알고자 하는 정보에 대한 알 권리 보장의 문제 등이 포함되어 있음
- 이러한 이슈들을 발견하고 숙고할 수 있는 것이 윤리적 민감성이라고 할 수 있음

(2) 사례2

- 고1 여학생 J는 부모가 모두 돌아가신 상태로 동생과 함께 고모 집에서 살고 있음
- 그러던 어느 날 고모 부부가 야간작업을 하러 간 사이, 알고 지내던 동네 오빠에게 성폭행을 당하여 임신하게 되었음
- 그러나 J는 임신 6개월에 이른 최근까지도 자신이 임신한 사실을 모르다가, 담임선생님의 눈에 띄어 진료를 받고 자신이 임신했다는 사실을 알게 되었음
- J는 고모에게 이 사실을 알리지 않은 채 낙태하기를 원하였고, 담임교사도 그것이 좋겠다고 생각하여, 평소 알고 지내던 종합병원에 근무하는 의료사회복지사 S를 찾아왔음
- 담임선생님은 사정이 딱한 J의 사정을 감안하여 의료사회복지사가 J가 낙태시술을 받을 수 있도록 조치해 주기를 희망하고 있음
- 성폭행, 낙태와 관련된 여러 가지 법적인 문제로 포함되어 있지만 클라이언트의 자기결정과 클라이언트의 보호자의 알 권리와 클라이언트의 허가 없는 제3자 정보제공에 대한 제한, 생명존중, 취약인구집단에 대한 배려 등 다양한 윤리적 이슈들도 포함되어 있음
- 따라서 이러한 점들을 종합적으로 고려할 때 보다 윤리적으로 적절한 개입이 가능할 수 있음

2 | 의료사회사업의 윤리적 의사결정

1) 윤리적 의사결정 모델

(1) 매티슨(Mattison, 2000)의 윤리적 의사결정 모델

- 1단계: 해당 사례와 관련된 상세한 정보를 수집함
- 2단계: 윤리적 요소와 실무적(객관적, 경험적 지식) 요소를 분리함
- 3단계: 긴장관계에 놓인 가치들의 발견함
- 4단계: 해당 사례와 관련이 있는 윤리강령의 원칙을 확인함
- 5단계: 가능한 모든 대안 찾고, 행위의 결과 및 예상되는 손익을 분석함
- 6단계: 우선순위에 대한 사정평가를 실시하고 선택한 대안의 논리적 근거를 제시함
- 7단계: 최종 결정함

(2) 리이머(Reamer, 1999)의 윤리적 의사결정 과정

- 1단계: 상충되는 사회복지 가치와 의무를 포함한 윤리적 쟁점을 확인함
- 2단계: 윤리적 결정에 영향을 받는 개인, 집단, 조직체를 규명함
- 3단계: 가능한 대안과 관련된 당사자의 손익에 대한 잠정적 가설을 세움
- 4단계: 각 행동방안에 대한 찬반 이유를 첫째, 윤리이론, 윤리원칙 및 윤리지침(의무론적 / 결과론적 관점 및 지침), 둘째, 윤리강령 및 법률, 셋째, 사회복지실천이론 및 원칙, 넷째, 개인의 가치 등에 기반을 두고 검토함
- 5단계: 동료 및 전문가와 상의함
- 6단계: 결정 및 의사결정과정을 기록함
- 7단계: 결정내용을 모니터하고 평가하며 기록함

(3) 콩그레스(Congress, 1999)의 윤리적 의사결정 모델

- E(Examine): 개인, 사회, 기관, 클라이언트, 전문가 가치를 고찰하고 가치 간 모순을 살핌
- T(Think): 윤리강령 등 전문직의 의무론적 기준이 사례결정 및 상황에 맞는지 생각함
- H(Hipothize): 목적론적 추론에 의해 각 시나리오의 장단점을 분석함
- I(Identify): 취약자에 대한 헌신의 관점에서 이익을 받는 자와 해를 받는 자를 규명함
- C(Consult): 자신의 분석에 대해 다른 전문가와 상의함

2) 윤리적 결정을 위한 원칙

(1) 로웬버그와 돌고프 (Lowenberg & Digofoff, 1996)의 윤리심사 원칙

- 원칙 1: 생명보호의 원칙
- 원칙 2: 평등 및 불평등의 원칙
- 원칙 3: 자율과 자유의 원칙
- 원칙 4: 최소한 해악의 원칙
- 원칙 5: 삶의 질 원칙
- 원칙 6: 사생활보호와 비밀보장의 원칙
- 원칙 7: 성실의 원칙
- 그러나 이런 원칙의 순위가 정해졌다고 해서 모든 갈등이 정리되는 것은 아님
- 예를 들어 낙태의 문제가 있다고 했을 때, 임신부의 자기결정권, 즉 원칙 3인 자율과 자유의 원칙은 태아의 생명보호라는 원칙 1과 부딪힘
- 따라서 이 원칙만 보면 자기결정권보다는 태아의 생명을 존중해야 하므로 낙태는 무조건 허용되어서는 안 되며 태아의 생명은 보호되어야 함
- 그러나 이러한 임신이 강제적 성행위에 의한 원치 않는 임신이었다거나 선천적 질환이나 장애를 갖고 태어날 가능성이 있다거나 하는 조건이 결부되어 있을 수도 있고, 과연 언제부터 태아를 고유의 생명체로 볼 것이냐의 문제도 고려사항에 포함해야 함

(2) 리어머(1999)의 윤리적 갈등해결의 지침

- 인간활동의 필수조건과 관련된 규범은 부차적 위협과 관련된 조항에 우선
- 개인의 기본적 안녕은 타인의 자기결정권에 우선
- 개인의 자기결정권은 자신의 안녕에 대한 권리에 우선
- 자유로운 상태에서 스스로 동의한 규정을 준수하는 것은 개인의 자유권리에 우선
- 개인의 안녕에 대한 권리가 자발적 참여단체의 규정과 충돌할 때에는 행복권이 우선
- 해약(예: 기아)예방의 의무와 공공재(N1: 주택, 교육)를 제공해야 하는 의무는 자신의 재산처분권에 우선

(3) 윤리심사 시 고려할 질문들(Lowenberg & Dolgoff, 1996)

- ① 직면한 윤리적 갈등 상황과 관련된 나의 개인적 가치는 무엇인가?
- ② 윤리적 결정과 관련된 사회적 가치는 무엇인가?
- ③ 문제와 관련된 전문가로서의 가치와 윤리는 무엇인가?
- ④ 내가 취할 수 있는 윤리적 선택의 수단은 무엇인가?
- ⑤ 어떤 윤리적 행위가 클라이언트와 타인의 권리와 행복을 최대한 보장하는가?
- ⑥ 어떤 윤리적 행위가 사회의 권익과 이해를 최대한 보호하는가?
- ⑦ ①, ②, ③ 사이의 갈등과 ⑤, ⑥ 사이의 갈등을 최소화하기 위해 무엇을 할 수 있는가?
- ⑧ 어떤 행위가 최소한 해약의 원칙을 지킬 수 있는가?
- ⑨ 각각의 대안은 얼마나 효율적, 효과적, 윤리적인가? 혹은 장기적 윤리 측면을 비교하고 고려했는가?
- ⑩ 각각의 대안이 갖고 있는 단기 혹은 장기적 윤리 측면을 비교하고 고려했는가?

■ 학습정리

1. 의료사회복지실천에서 윤리적 민감성

- ‘특정 상황에 있는 윤리적 이슈를 규명하고 다양한 행위의 과정을 인식하는 능력’
- 윤리적 민감성은 처음부터 타고 태어나는 것이라기보다는 습득하고 개선될 수 있음
- 사회복지사의 합리적이고 적절한 윤리적 의사결정을 위한 과정모델들에서는 초반부에 윤리적 민감성을 갖고 각 사례에 내포된 가치 갈등이나 윤리적 쟁점을 발견하고 인식하는 과정을 중시함

2. 의료사회복지실천에서 윤리적 의사결정

1) 윤리적 의사결정 모델

(1) 매티슨(Mattison, 2000)의 윤리적 의사결정 모델

- ① 1단계: 해당 사례와 관련된 상세한 정보를 수집한다.
- ② 2단계: 윤리적 요소와 실무적(객관적, 경험적 지식) 요소를 분리한다.
- ③ 3단계: 긴장관계에 놓인 가치들의 발견한다.

- ④ 4단계: 해당 사례와 관련이 있는 윤리강령의 원칙을 확인한다.
- ⑤ 5단계: 가능한 모든 대안 찾고, 행위의 결과 및 예상되는 손익을 분석한다.
- ⑥ 6단계: 우선순위에 대한 사정평가를 실시하고 선택한 대안의 논리적 근거를 제시한다.
- ⑦ 7단계: 최종 결정한다.

(2) 리이머(Reamer, 1999)의 윤리적 의사결정 과정

- ① 1단계: 상충되는 사회복지 가치와 의무를 포함한 윤리적 쟁점을 확인한다.
- ② 2단계: 윤리적 결정에 영향을 받는 개인, 집단, 조직체를 규명한다.
- ③ 3단계: 가능한 대안과 관련된 당사자의 손익에 대한 감정적 가설을 세운다.
- ④ 4단계: 각 행동방안에 대한 찬반 이유를 첫째, 윤리이론, 윤리원칙 및 윤리지침(의무론적 / 결과론적 관점 및 지침), 둘째, 윤리강령 및 법률, 셋째, 사회복지 실천이론 및 원칙, 넷째, 개인의 가치 등에 기반을 두고 검토한다.
- ⑤ 5단계: 동료 및 전문가와 상의한다.
- ⑥ 6단계: 결정 및 의사결정과정을 기록한다.
- ⑦ 7단계: 결정내용을 모니터하고 평가하며 기록한다.

(3) 콩그레스(Congress, 1999)의 윤리적 의사결정 모델

- ① E(Examine): 개인, 사회, 기관, 클라이언트, 전문가 가치를 고찰하고 가치 간 모순을 살핀다.
- ② T(Think): 윤리강령 등 전문직의 의무론적 기준이 사례결정 및 상황에 맞는지 생각한다.
- ③ H(Hypothesize): 목적론적 추론에 의해 각 시나리오의 장단점을 분석한다.
- ④ I(Identify): 취약자에 대한 헌신의 관점에서 이익을 받는 자와 해를 받는 자를 규명한다.
- ⑤ C(Consult): 자신의 분석에 대해 다른 전문가와 상의한다.

2) 윤리적 결정을 위한 원칙

(1) 로웬버그와 돌고프 (Lowenberg & Diefgoff, 1996)의 윤리심사 원칙

- ① 원칙 1: 생명보호의 원칙
- ② 원칙 2: 평등 및 불평등의 원칙
- ③ 원칙 3: 자율과 자유의 원칙
- ④ 원칙 4: 최소한 해악의 원칙
- ⑤ 원칙 5: 삶의 질 원칙
- ⑥ 원칙 6: 사생활보호와 비밀보장의 원칙
- ⑦ 원칙 7: 성실의 원칙

(2) 리이머(1999)의 윤리적 갈등해결의 지침

- ① 인간활동의 필수조건과 관련된 규범은 부차적 위협과 관련된 조항에 우선한다.
- ② 개인의 기본적 안녕은 타인의 자기결정권에 우선한다.
- ③ 개인의 자기결정권은 자신의 안녕에 대한 권리에 우선한다.
- ④ 자유로운 상태에서 스스로 동의한 규정을 준수하는 것은 개인의 자유권리에 우선한다.

- ⑤ 개인의 안녕에 대한 권리가 자발적 참여단체의 규정과 충돌할 때에는 행복권이 우선한다.
- ⑥ 해약(예: 기아)예방의 의무와 공공재(N1: 주택, 교육)를 제공해야 하는 의무는 자신의 재산처분권에 우선한다.

(3) 윤리심사 시 고려할 질문들(Lowenberg & Dolgoff, 1996)

- ① 직면한 윤리적 갈등 상황과 관련된 나의 개인적 가치는 무엇인가?
- ② 윤리적 결정과 관련된 사회적 가치는 무엇인가?
- ③ 문제와 관련된 전문가로서의 가치와 윤리는 무엇인가?
- ④ 내가 취할 수 있는 윤리적 선택의 수단은 무엇인가?
- ⑤ 어떤 윤리적 행위가 클라이언트와 타인의 권리와 행복을 최대한 보장하는가?
- ⑥ 어떤 윤리적 행위가 사회의 권익과 이해를 최대한 보호하는가?
- ⑦ ①, ②, ③ 사이의 갈등과 ⑤,⑥ 사이의 갈등을 최소화하기 위해 무엇을 할 수 있는가?
- ⑧ 어떤 행위가 최소한 해악의 원칙을 지킬 수 있는가?
- ⑨ 각각의 대안은 얼마나 효율적, 효과적, 윤리적인가? 혹은 장기적 윤리 측면을 비교하고 고려했는가?
- ⑩ 각각의 대안이 갖고 있는 단기 혹은 장기적 윤리 측면을 비교하고 고려했는가?

6주차 2차시

의료현장에서 사회사업 업무

학습 목표

- 의료현장에서 서비스 질관리 내용을 이해하고 설명할 수 있다.
- 의료현장에서 의료비 지원의 내용을 이해하고 설명할 수 있다.
- 의료현장에서 자원봉사자 관리의 전반적 내용을 이해하고 설명할 수 있다.
- 의료현장에서 실습 및 수련지도의 내용을 이해하고 설명할 수 있다.
- 의료현장에서 조사 및 연구업무의 내용을 이해하고 서술할 수 있다.
- 의료현장에서 기타 조직구성원으로서의 역할을 이해하고 설명할 수 있다.

학습 내용

1. 서비스 질관리
2. 의료비 지원
3. 자원봉사자 관리
4. 실습 및 수련지도
5. 조사 및 연구업무
6. 기타 조직구성원으로서의 역할

1) QA의 개념과 특성

(1) 개념 및 대두 배경

- QA(Quality Assurance)는 서비스 질 관리를 의미하는 용어로서 주로 기업에서 적용되던 용어였으나 1990년대 중반 이후 의료 조직에서도 급격하게 적용, 확산되어 왔음
- 그 이유는 의료계에서도 서비스의 질적 향상이 중요한 현안이 되었기 때문
- QA와 QI(Quality Improvement)를 같은 의미로 사용할 정도로 이 개념은 서비스의 질적 개선을 위한 노력까지 포함하는 적극적이며 능동적 개념으로 사용
- 즉 질보장(QA:Quality Assurance)이란 질평가(QA: Quality Assessment)와 질향상(QI: Quality Improvement)을 양측으로 하는 활동
- QA와 관련한 의료사회복지사들의 역할은 크게 두 가지로 구분하여 생각할 수 있음
 - 병원의 적정진료심사위원회에 참여하거나 환자고충상담소 운영 등과 같은 병원의 전반적인 QA활동에 참여하는 것, 또는 QA제고를 위한 서비스를 실시하는 것 등
 - 의료사회복지활동자체의 QA를 위한 활동으로 즉 의료사회복지 서비스의 질적 향상과 그 개선을 위한 다양한 활동들이 후자에 해당

(2) 특성

- 구조부문에서는 의료사회복지부서의 구조가 효과적으로 의료사회복지활동을 수행할 수 있도록 되어 있는가, 의료사회복지서비스를 제공하기에 충분한 사회복지사가 있는가, 기관내 직무교육프로그램이 있는가, 병원 내외의 사람들간에 의사소통의 통로와 장치가 마련되어 있는가에 관해 알아보는 것
- 과정부문으로 클라이언트에게 제공된 서비스의 과정과 실천내용이 전문적인 기준과 지식에 부합되었는지에 초점이 주어짐 의료사회복지사가 고위험 환자를 발견하여 적절히 개입하였는가, 클라이언트에 대한 사정을 충분히 수행하였는가, 클라이언트의 문제에 적절하게 다양한 개입방법을 동원하였는가 등이 과정을 평가하는 질문이 될 것
- 결과에 대한 질관리는 의료사회복지서비스의 결과가 사회복지서비스에 대한 병원의 필요성을 효과적으로 충족시켰는지에 대해 답을 찾는 활동 물론 가장 중요한 것은 환자 관점에서의 만족도겠지만 그럼에도 여전히 논란들이 있는데 누가 결과를 평가할 것인가, 즉 평가 주체의 우선순위, 평가의 객관성 확보, 평가기준의 적절성 등에 대한 논쟁

2) 병원 QA 프로그램

(1) 병원신입평가제도

- 우리나라에서 1981년부터 실시하고 있는 병원신입평가제도가 후자에 해당되는 대표적인 제도
- 병원신입평가는 1977년 의료보험제도 실시로 인해 급격히 늘어난 의료수요에 맞추어 병원들이 증설되면서 의료서비스의 질 관리와 전공의에 대한 정원 배정 등을 목적으로 1980년 대한병원협회를 중심으로 실시되기 시작
- 2000년 이후 몇 차례 개정
- 의료사회 관련 평가항목의 내용과 결과에 따라 병원에서의 위상과 투자가 달라질 수 있기 때문

- 병원신입평가 의료사회사업부문 평가항목 개요 및 작성지침
 - 직원현황(사회복지사 자격증 사본, 대한의료복지사협회 정회원증 사본 등)
 - 의료사회사업부문과 관련된 병원의 기구 조직표
 - 사회사업부서/상담실 위치도 평면도
 - 의료사회사업부문의 전체 예산서
 - 의료사회사업관련 업무규정(항목별)
 - 의료사회사업 협진의료체계 구조와 임상활동근거
 - 사회복지사의 전문교육과 신입 직원 오리엔테이션 참여도
 - 사회사업기록 사본 3부, 접수대장
 - 의료사회사업 상담실적, 진료비 지원실적
 - 의료사회사업부문의 지속적 질 향상을 위한 평가활동

(2) 의료기관인증제

- 2002년 의료법 제47조 제2항의 신설에 따라 실시되었으며, 1995년부터 2003년까지의 시범 평가를 거쳐 2003년부터 본격 도입
- 상급종합병원, 종합병원 전체를 대상으로, 병원은 300병상 이상 규모에 대해서 강제평가방식으로 진행
- 그 결과 의료서비스에 대한 의료기관의 관심 제고, 서비스 수준 향상, 임상질지표 도입 등 일부 긍정적인 성과를 달성
- 언론, 소비자단체, 의료기관 등을 통해 평가서열화에 따른 병원간 과잉경쟁 유발, 전담조직이나 전담전문 인력부재에 따른 평가의 전문성 및 객관성 미흡, 구조적인 측면의 평가로 인한 의료기관의 비용부담 발생, 강제평가로 인한 의료로 인한 의료기관의 자발적 질 향상 노력을 위한 동기 부재 등의 문제점이 제기
- 2009년 7월에 의료법 개정을 통하여 의료기관 인증제의 법적 근거를 마련
- 2010년 10월 26일에 의료기관평가인증원을 개원
- 의료기관의 자율적인 참여를 바탕으로 하는 인증제로 전환
- 모든 의료기관을 대상으로 하고 있으며, 병원급 이상 의료기관은 자율적으로 인증을 신청
- 요양병원과 정신병원 : 2013년부터 의무적으로 인증신청을 하도록 의료법에 명시

[의료기관평가와 의료기관인증의 틀]

구분	의료기관평가(과거)	의료기관인증(현재)
조사관점	의료공급자(적능위주, 부서별 평가)	의료소비자(환자 위주, 부서총괄조사)
조사절차	부서별 평가 및 단계적인 준비 가능	어떤 부서라도 모든 기준 조사 가능, 지속적인 준비가 필요
조사대상	대표적인 의료인으로 국한	전 직원 대상
조사준비	주로 QI부서	전 직원
조사방법	부서별 단면적 평가	추적조사도입: 병원 내 규정에 근거한 전부서의 실제 수행 조사
평가방법	상대평가	절대평가

(3) 국제의료평가위원회인증

- 2009년 5월 의료법 개정으로 외국인 의료환자를 유치할 수 있게 되면서 외국인 환자를 유치하기 위한 다양한 노력을 기울이고 있음
- 의료기관의 국제적 인지도를 향상하고, 의료 질의 우수성을 입증하는데 유용한 국제적 인증을 획득하는데 많은 관심을 기울이고 있음
- 국제인증은 2007년을 시작으로 2013년 5월 기준으로 14곳의 의료기관에서 JCI 병원인증을 위한 심사를 통과하여 인증상태를 획득하고 있음
- 인증을 의료기관이 진료의 안전과 질을 향상하고자 수립된 기준을 충족하는지의 여부를 판단하기 위해 별도의 객관적인 독립기관, 일반적으로 비정부기관이 의료기관을 평가하는 절차
- 인증 목표는 합의된 국제표준, 국제적 환자안전목표 및 지표측정지원의 지원을 통해 의료기관의 지속가능한 개선을 활성화시키는 것
- 모든 환자진료 환경을 평가하며, 평가 시 각 의료기관별 조직 문화 및 해당국가의 법적 요인을 고려함
- 평가 후 각 기준별 평점을 획득한 의료기관은 인증서를 받게 되며 이는 3년간 효력을 지니게 됨

3) 의료사회복지팀의 병원 내 QA활동

(1) 환자의 서비스 만족도 평가

- 고객인 환자의 욕구를 파악하고, 병원의 문제점을 발견하여 이를 개선
- QA 전담부서나 전담부서가 없는 경우 총무과 등에서 수행하기도 하나 사회복지부서가 있는 병원은 대부분 사회복지부서에서 주관

(2) 환자 고충처리 상담실

- 의료이용 중에 발생하는 의문점이나 불리한 서비스로 인한 환자와 고객의 고충에 대해 상담하고 해결

(3) 환자편의 향상위원회

- 경기도의 한 대학교병원에서는 사회복지과가 주관하여 매월 한번씩 환자대표 3인, 보호자대표 2인, 지역사회지도자 3인, 자원봉사자 3인으로 구성된 환자편의 향상위원회가 개최
- 이 위원회를 통해 병원 이용자의 입장에서 불편한 사항이나 개선할 점에 대해 검토하며, 여기서 제기된 문제들을 병원책임자에게 보고하여 조치함으로써 병원의 서비스 질을 관리

2 | 의료비 지원

1) 지원을 위한 기금 확보

- 우선 재정적 지원이 확보
- 대규모 병원의 경우에는 사회 환원 차원에서 병원 자체적으로 일정액의 기금을 마련

- 의료사회복지사에게는 보다 적극적인 자원 확보 활동이 요구
- 자원 확보는 환자의 치료기회 제공뿐 아니라 병원조직의 운영에 기여한다는 의미를 가질 수도 있음

(1) 기금의 출처

- 정부
 - 보건복지부를 비롯한 정부는 대표적인 기금 출처 기관으로서, 긴급의료비 지원제도를 통해 일정 기준에 부합하는 대상(최저생계비의 100분의 185이하인 경우)에게 치료비 중 본인부담금과 비급여항목 진료비 중 일부를 지원
 - 다양한 연구 조사활동을 지원
- 병원 내부
 - 병원 내부에서 기금을 조성
 - 자체적으로 일정 규모의 사회복지기금을 편성하는 경우
 - 병원직원들의 자발적 참여나 바자회, 음악회 등 다양한 프로그램을 통해 후원금을 모금 및 운영하는 경우
 - 그 사용을 위한 기준과 처리과정이 마련되어야 함
- 외부기관
 - 사회복지공동모금회나 복지관련 재단과 같은 외부 원조기관에 신청하여 진료비를 후원 받는 방식
 - 사회복지사는 지원금 지원기관 및 해당사업에 대한 정확한 정보를 확보하여, 우선 신청하고자 하는 사업이나 사례와의 적합성을 잘 살펴야 함
- 특별행사
 - 기금 마련을 위한 이벤트, 즉 행사를 기획하고 진행하는 것
 - 걷기대회, 음악회, 전시회와 같은 행사들이 포함
 - 구체적인 기금의 성격을 특화하여 접근하는 것이 바람직
- 개인후원자
 - 개별 후원자를 모집하고 관리하는 활동
 - 특별행사를 이용할 수도 있고 후원자 모집 팸플렛 등을 통해 이뤄질 수도 있음
 - 잠재적 후원자를 실질적 후원자로 변화시킬 수도 있음
 - 우선 상대를 동기화할 수 있는 부분이 무엇인지를 잘 파악할 수 있어야 함
 - 후원한 금액에 어디에 어떻게 사용되었는지 소통
 - 감사의 뜻을 전하기 위한 메시지 전달이나 후원자의 밤과 같은 행사를 마련

2) 의료비 지원을 위한 기획사업

- 특정 목적 구현을 위한 사업을 기획하여 보다 체계적으로 예산을 활용하고자 하는 조직의 의도에 따라 창의적인 기획사업을 추진할 수 있어야 함
- 기획사업의 예로는 도서지역 부인암 검진사업, 가정폭력피해자 무료진료사업, 화상환자 재활 지원사업, 지진피해자 돕기 해외의료봉사단파견사업 등

(1) 사업들을 제안하는 단계에서 검토해 보아야 할 사항

- 기금의 성격이나 소속된 의료조직의 성격에 맞는 사업이어야 함
 - 병원의 특화된 분야가 무엇인지를 살펴야 함
 - 예를 들어서 화상환자를 전문으로 하는 병원이라면 그와 관련된 기획을, 또는 여성 전문 병원이라면 그와 연관된 기획을 필요로 할 것
- 의료사각지대에 처한 대상이 누구인지를 파악
 - 안면기형환자 수술비 지원
 - 외국인 근로자를 위한 무료진료팀 운영
- 실현가능성과 성과를 예측
 - 사업 구상 단계에서도 육하원칙(누가, 왜, 언제, 어디서, 무엇을, 어떻게)에 따라 제안서를 작성해보고 목표에 따른 산출(output)과 성과(outcome)를 예측해 보아야 함
- 홍보효과에도 관심을 가짐
 - 일회적인 사업의 경우 시의적절성이 중요하며, 지속적인 사업의 경우에는 장기적으로 어떤 측면에서 병원의 이미지나 위상을 제고할 수 있는지를 검토
- 아이디어 검토를 마치면 제안서를 작성하여 병원 본부의 재가를 받도록 함
- 만약 제안서가 통과되면 보다 구체적인 기획서를 작성하고 해당 사업을 위한 운영조직을 구성하며 예산을 배정하는 등 실행에 옮기게 됨

3) 개별 의료비 지원사업

- 의료보험과 의료보호로 충당할 수 없는 비급여 항목의 진료비가 감당할 수 없는 정도인 경우나 차상위 계층으로서 일정 부분의 본인부담금조차도 버거운 경우에 개별적으로 의료사회사업부서에 지원을 신청할 수 있음
- 실제로 의료사회복지사의 직무 중 소득원 상실이나 결여로 인한 치료비 부담 문제 등의 경제적 문제는 중요한 개입 대상으로 규정되고 있음
- 이와 관련하여 의료사회복지사는 경제력 평가, 진료비 지원과 이를 위한 의원기관 연결, 무의탁 또는 행려환자 개입 등의 역할을 수행하게 됨

(1) 개별 의료비 지원사업에 요구되는 전문성과 윤리성

- 객관적이고 합리적인 판단 기준
 - 판단의 기준이 되는 관련 규정과 지침, 매뉴얼 등을 마련되어 있어야 하며 관련 심의기구 등을 두어 공정하고 투명한 절차를 갖추도록 해야 함
- 생명윤리와 사회복지적 윤리에 대한 이해
 - 예를 들어 생명과 직결되지는 않지만 치료효과가 확실한 소액의 치료비를 여러 명에게 지급할 것인지, 생명과 직결되지만 치료효과가 불확실한 고가의 수술비를 소수의 어린이에게 지급할 것 인지와 같은 문제를 결정해야 하기 때문에 질병과 치료에 대한 지식, 윤리적 규범에 대한 지식, 윤리적 민감성, 윤리적 결정에 대한 이해와 숙달이 요구
- 재정관리 능력
 - 지원이 공적 기금에 의해 이뤄진다는 의식이 투철해야 하며, 이러한 기금을 관리한다고 해서 이를 자신의 개인적 권한으로 오인하는 일이 없도록 각별히 유의해야 함

- 임상적 역량
 - 진료비를 요청하고 타인의 도움을 받을 수밖에 없는 클라이언트의 입장을 헤아리고 이들의 고충을 이해하며 용기를 잃지 않고 투병할 수 있도록 도와야 함
 - 특히 의료사회복지사는 재정적 지원을 결정하고 통보하는 과정에서 시혜적인 태도를 보이지 않도록 주의해야 함

3 | 자원봉사자 관리

1) 의료기관에서 자원봉사의 의미

- 서비스 이용을 돕는 역할을 수행하는 인력도 필요함
- 그러나 이런 인력들을 모두 유급으로 고용하기보다는 자원봉사자를 활용하기도 함
- 첫째, 지역주민을 자원봉사자로 활용함으로써 의료기관의 이미지 개선과 홍보효과를 가질 수 있다는 점
 - 지역주민으로서 병원조직에 참여하는 자원봉사자들은 병원에 소속감을 가지고 병원을 홍보하는 기능을 수행할 수 있음
- 둘째, 자원봉사자는 병원과 환자의 중간자 역할을 수행함
 - 접근성이 높아서 의료기관 이용에 대한 불편을 해소하고 만족도를 높이는 데에 기여할 수 있음
- 셋째, 자원봉사자는 유급인력 대체로 인건비 절감이라는 경제적 효과도 거둘 수 있음
 - 실제로 주 1회 3-4시간의 자원봉사 인력 20명은 정규인력 1명을 대체하는 효과가 있는 것으로 보고되고 있음
- 자원봉사자 스스로를 위해서도 도움이 됨
- 다른 어떤 영역보다도 전문적인 봉사가 가능하며 질병으로 고통받는 환자와 가족을 돕는다는 보람을 느낄 수 있는 영역이기 때문
- 또한 질병과 죽음을 직면하는 현장에서 자원봉사자들은 삶의 지혜와 배움을 터득하기도 함

2) 자원봉사자의 관리 체계 및 절차

(1) 자원봉사자관리운영 지침

- 자원봉사자 운영의 목적과 목표
- 자원봉사자 선발과 운영 기준
- 자원봉사자 담당 업무에 따른 교육 매뉴얼
- 자원봉사자의 안전과 권리 확보를 위한 방침: 상해보험에 가입, 개인정보 노출로 부터의 보호, 신체적, 성적, 언어적 폭력으로부터의 보호 등에 대한 규정 등
- 자원봉사 활동에 의한 보상 기준 및 청탁 금지 규정
- 자원봉사자 활동 및 운영 기록양식

(2) 자원봉사운영체계 수립

- 의료기관 차원에서 자원봉사자 운영 여부에 대한 결정
- 업무를 담당하게 된 의료사회사업부서에서는 자원봉사자 운영의 목표를 명확히 하고 앞에서 살펴본 자원봉사자 운영체계를 구축함
- 부서별로 요구하는 자원봉사자 인력의 종류와 규모를 파악
- 누가 어떤 방식으로 이 역할을 담당할 것인지를 결정

(3) 홍보와 모집

- 우선 어떤 자격을 갖춘 자원봉사자를 어느 규모로 모집할 것인지를 정해야 하며, 어느 정도 선까지 정보를 구체화하여 홍보할 것인지도 결정
 - 자원봉사자모집 기관소개 : 의료기관명과 기관의 사명, 위치 등을 간단히 소개
 - 자원봉사자 운영의 취지 : 어떤 목적 하에 자원봉사자를 모집하는 지를 밝힘
 - 지원 자격 : 특별한 제한 규정을 두지 않는 것이 일반적이나, 예를 들어 병원이 소속된 지역의 거주민이나 중학생 이상의 연령층을 조건으로 명시하는 경우도 있으며 요구되는 봉사 영역에 따라서 전문적인 자격이나 학문적 배경을 우대사항으로 제시
 - 활동분야 : 모든 영역을 상세히 제시하고 각 분야별로 요구하는 인원까지 상세히 제시할 수도 있지만 일반적으로 대표적인 활동 영역들을 소개
 - 접수 및 문의처 : 관심 있는 사람들이 문의하거나 자원봉사자로 접수하기 위하여 접촉할 수 있는 장소와 연락처를 제시
 - 혜택 : 자원봉사자를 위한 혜택이나 보상이 있다면 명시

(4) 접수

- 접수는 정해진 양식작성과 면담을 통하여 신청자가 활동하고자 하는 의도, 희망 부서나 역할, 활동 가능한 시간, 자원봉사자의 조건 등을 파악하는 과정
- 접수단계에서는 자원봉사활동에 필요한 기본적인 인적사항을 파악하는 것과 더불어 자원봉사 활동을 하려는 의도 등을 파악하는 것도 필요
- 서로의 기대가 다를 경우에는 충분한 소통을 통하여 기본 방침을 설명하고 이를 수용하는 경우에 자원봉사활동이 가능하도록 하는 것이 좋음

(5) 교육훈련

- 가장 기본이 되는 교육으로는 자원봉사 활동 시작을 위한 준비 교육이 있으며 여기서는 주로 의료기관, 자원봉사, 자원봉사 활동지침, 각 부서에서 자원봉사자의 역할 등이 소개
- 수행중인 자원봉사 활동을 위한 심화교육도 있을 수 있고, 일반 상식이나 의료적 지시 등에 대한 교육이 제공
- 부서 내에서 제공되는 교육

(6) 배치

- 정보제공 및 안내
 - 접수대나 안내데스크에서 접수, 수납, 진료나 면회 시간, 주차 등 병원 이용과 관련한 정보를 제공하고 그 절차를 돕는 일

- 복잡한 건물구조에서 이용자가 가고자 하는 장소를 안내하거나 에스코트하는 일, 진료과 선택을 돕는 일
- 병실봉사
 - 병실에 입원한 환자를 대상으로 하는 봉사로서 여기에는 식사나 운동 등을 보조하는 간병인의 역할수행
 - 수술을 위해 머리카락을 잘라야 하거나 오랜 입원으로 이미용 서비스가 필요한 경우에 제공되는 미용봉사
 - 입원한 환자들에게 책을 빌려주고 읽어주는 도서봉사
 - 소아과에 입원하거나 면회 시 병실에 들어갈 수 없는 유아와 아동들을 돌보는 탁아봉사
 - 입원아동의 학습을 돕는 학습지도 봉사
 - 환자의 말벗이 되어주거나 합창, 악기연주 등 공연을 하는 위문봉사
 - 환자의 종교에 따른 종교봉사
 - 임종을 앞둔 환자와 가족을 지지하는 호스피스봉사
 - 정신과 입원병동 등에서 활동요법을 진행하는 프로그램 봉사
- 행정업무 보조
 - 의무기록실이나 원무과 등에서 관련 서류들을 정리하고 전달하거나 자료를 입력하는 등
- 의료서비스 지원
 - 중앙 공급실과 수술실 등에서 거즈나 솜을 정리하는 일
 - 약제과에서 약봉투를 순서에 맞게 정리하는 일
 - 응급실에서 정리와 질서유지를 돕는 일 등

(7) 점검과 평가

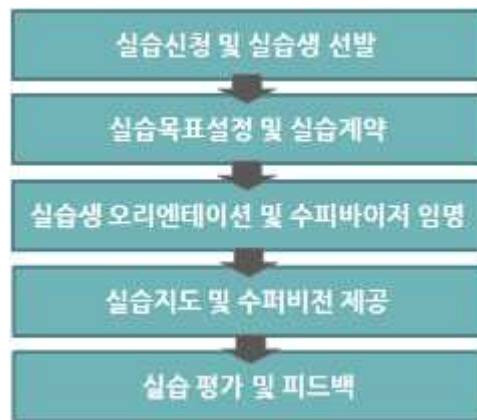
- 자원봉사자가 어떻게 활동하고 있는지를 다면적으로 ‘점검’
- 자원봉사자의 입장에서는 자원봉사활동에 대한 기대와 실제 수행 간에 불일치는 없는지, 있다면 어떻게 조율해야 하는지 등을 파악해야 하며 전체적으로 자원봉사활동에 대해 어떻게 느끼고 어느 정도 만족하고 있는지 등
- 자원봉사 활동을 받은 부서 입장에서 자원봉사자 활동을 어떻게 평가하고 있는지를 파악
- ‘평가’는 자원봉사활동 기획단계에서 수립한 목표가 제대로 달성되고 있는지를 파악하는 것으로서 자원봉사 활동이 자원봉사자들에게 미친 영향이나 해당의료조직에 기여한 내용과 정도 등

(8) 피드백

- 자원봉사자의 지속적인 활동 유지를 위해서는 적절한 인정과 보상을 통한 피드백이 필요
- 교통비, 식사비와 같은 물질적 보상도 중요하지만 그보다는 자원봉사 시간 인정, 자원봉사자의 잠재력 개발과 강점 격려, 감사의 표현 등과 같은 정신적 보상이 더 높은 관련성을 갖는다고 함

1) 실습 지도

- 사회복지사 양성을 위한 교육과정에 포함된 필수 교과목 (사회복지현장실습)으로 시행
- 실습생은 1일 8시간씩 총 15일 이상의 실습을 수행
- 실습 수퍼바이저는 사회복지사 1급 자격증 소지에 3년 이상의 실무경험이나 사회복지사 2급 자격증 소지에 5년 이상의 실무경험을 갖추도록 규정
- 의료사회복지 실습수퍼바이저는 학사 졸업과 임상 경험 3년 이상의 자격을 충족하고 한국사회복지사회협회에서 주관하는 일정 교육을 수강해야 하며 매년 수퍼바이저 교육에 참석하여 평점을 이수하도록 하고 있음
- 운영과정



(2) 적절한 수퍼비전 제공을 위한 고려사항

- 실습이 충실히 수행될 수 있도록 시간별 프로그램을 충실히 구성해야 함
 - 실습의 목표, 실습생의 역량과 기대, 그리고 기관의 상황을 고려하여 실습프로그램을 충실히 구성
- 의료사회복지 현장의 특성상 실습생이 직접 클라이언트를 면담할수 있는 기회를 갖도록 하기 위해서는 충분한 준비가 필요하다는 점을 염두에 두어야 함
 - 초반부 실습은 관찰과 참여로 구성
- 관찰 위주의 실습이 진행된 이후에는 이를 통해 실습생이 관찰하고 느낀 것이나 의문점에 대해 소통하고 필요하다면, 다시 과정을 짚어가며 개입에 대한 해석을 제공하는 것이 좋음
- 이러한 과정에서 실습내용이 어떻게 학교에서 배운 이론과 연결되는지를 설명하는 것이 중요
- 의료사회복지 세팅은 사회복지 입장에서는 2차 세팅으로서 사회복지사가 어떤 정체성을 갖고 어떤 역할을 수행하는지를 다른 전문직군들과의 관계 속에서 보여 주고 설명하는 것이 필요

- 처음 실습을 나온 학생들 중에는 가끔 ‘하얀 가운’, ‘전문용어 사용’과 같은 비 본질적인 부분에 대한 매력을 느껴서 의료사회복지사를 꿈꾸기도 하고 다른 전문직군에 대한 전망이나 환상을 갖는 경우도 있음
- 실습생으로부터 클라이언트를 보호하는 장치를 마련해야 함
 - 실습생이 클라이언트를 만날 때 그 최종의 책임이 슈퍼바이저에게 있음을 정확히 인지하고 이를 실습생과 클라이언트에게 고지해야 하며, 실습생을 클라이언트에게 소개할 때는 실습생 신분을 명확히 밝히고 동의를 받아야 함
- 실습일지를 매일 점검하고 충실하게 슈퍼비전을 주도록 노력해야 함
- 실습의 모든 과정 에서 슈퍼바이저에게 요구되는 윤리성을 정확히 인지하고 준수하여야 함

2) 수련 지도

- 법률에 근거한 것은 아니지만 대한의료사회복지사협회에서는 의료사회복지사 수련제도를 시행하고 있음
- 수련 슈퍼바이저는 석사이상 졸업과 임상경험 5년 이상의 자격을 요구
- 협회에서 지정한 수련기관에서는 시험을 거쳐서 선발하고 있으며 수련생은 준전문가로서 실제 업무를 수행하며 지도와 훈련을 받음
- 수련생은 실습생보다 더 직접적으로 클라이언트를 만나고 실제 의료사회복지사의 업무를 수행하는 비중이 높음
- 그러므로 수련과정에서는 수련생의 직무수행과 관련된 직접적인 슈퍼비전이 제공되어야 하며 의료사회복지사로서 성장할 수 있도록 적극 지원해야 함

5

조사 및 연구업무

1) 조사 및 연구업무

- 최근 질병과 치료에 대한 접근은 생물학적 요인뿐만 아니라 다양한 심리사회적 요인들을 통합한 방향으로 진행되고 있는데 사회복지사의 연구참여는 통합적 시각을 제시하는데 기여할 수 있음
 - 예) 의료사회복지사는 지역사회를 대상으로 한 역학조사나 지역주민의 의료욕구와 관련된 조사를 실시하는 팀에서 함께 활동할 수 있음
- 의료사회복지사는 2차 세팅이라는 특수성 때문에 그 존재 이유와 개입의 정당성을 입증하기 위한 연구가 더욱 필요
 - 의료사회복지사가 수행하는 다양한 활동들을 통해 클라이언트에게 어떤 변화를 가져 왔는지
 - 병원 이용자의 만족도 향상에 어떤 기여를 하였는지
 - 다른 전문직군과 어떻게 협력하였는지
 - 또는 비용절감 효과에 어떤 영향을 주었는지 등
- 의료사회복지사는 다양한 프로그램 개발하는 연구조사 활동을 수행함으로써 클라이언트의 욕구에 부응하며 서비스 기회를 확대할 수 있음

- 예를 들어, 미국 보건영역에서 사회복지사는 아동건강, 모성건강, 가족계획, 결핵치료, 학교건강, 어린이 재활 서비스, AIDS 예방, 가정건강보호서비스 등의 프로그램을 기획하고 관장하는 역할을 수행하고 있음
- 그 프로그램이 어떤 종류든 간에 이들은 시행 후 효과성 검증을 통해 다시 증거기반(evidence-based)의 자료로 활용되도록 해야 함

6 | 기타 조직 구성원으로서의 역할

1) 기타 조직 구성원으로서의 역할

- 의료세팅에서 사회복지사는 자신의 업무를 관리하고, 기록하며, 부서회의 또는 병원 전체 회의에 참여하는 등 행정가로서의 역할을 수행하게 됨
- 행정가로서의 역할은 의료사회복지사의 직급이나 부서의 규모에 따라 조금씩 달라질 수 있음
- 일반적으로 선임사회복지사 또는 부서장의 역할을 하게 되는 경우 신규직원이나 일선의 사회복지사에게 수퍼비전 및 업무와 관련된 교육을 제공하고, 부서회의를 운영하며, 부서 내에서 사회복지업무와 관련된 업무분담이 효율적으로 이루어질 수 있도록 조정하는 역할을 담당하게 됨
- 그러나 일반적으로 의료사회사업부서의 규모가 크지 않기 때문에 사회사업부서의 구성원들은 각 진료부서나 담당업무를 수평적으로 분담하는 경우가 많음
- 따라서 작은 조직 내에서 지나치게 서열을 강조하기보다는 상호 존중하고 협력하는 민주적인 조직문화를 만들어가도록 노력할 필요가 있음
- 의료사회복지사를 법적 규정에 따라 1인만 채용하는 조직도 상당수 있음
- 조직의 형태를 갖추지 못하거나 타 부서에 소속된 사회복지사의 경우에는 그에 따른 여러 가지 행정업무를 스스로 수행해야 하는 어려움이 따를 수 있음
- 이 경우 다른 기관의 의료사회복지사들과 연계를 갖고 지속적으로 교류하며 상호지지 할 수 있는 구조를 마련하는 것이 필요

■ 학습정리

1. 서비스 질 관리

1) QA의 개념과 특성

(1) 개념 및 대두 배경

- 서비스 질 관리를 의미하는 용어로서 주로 기업에서 적용되던 용어였으나 1990년대 중반 이후 의료 조직에서도 급격하게 적용, 확산됨
- 급격한 의료비 상승, 전 국민의료보험에 따른 의료수요의 증가, 의료서비스에 대한 기대변화, 소비자 보호운동의 확산과 같은 사회변화는 의료소비자들의 알 권리와 의료비의 효율성에 대한 관심을 증가시키면서 의료의 질을 중요한 과제로 부상함

(2) 특성

- 구조부문: 의료사회복지부서의 구조가 효과적으로 의료사회복지활동을 수행할수 있도록 되어 있는가, 의료사회복지서비스를 제공하기에 충분한 사회복지사가 있는가, 기관내 직무교육프로그램이 있는가, 병원 내외의 사람들간에 의사소통의 통로와 장치 마련 등
- 과정부문: 클라이언트에게 제공된 서비스의 과정과 실천내용이 전문적인 기준과 지식에 부합되었는지에 초점
- 결과에 대한 질관리: 의료사회복지서비스의 결과가 사회복지서비스에 대한 병원의 필요성을 효과적으로 충족시켰는지에 대해 답을 찾는 활동

2) 병원 QA 프로그램

(1) 병원신임평가제도

- 1981년부터 실시하고 있는 병원신임평가제도가 후자에 해당되는 대표적인 제도
- 병원신임평가는 1977년 의료보험제도 실시로 인해 급격히 늘어난 의료수요에 맞추어 병원들이 증설되면서 의료서비스의 질 관리와 전공의에 대한 정원배정 등을 목적으로 1980년 대한병원협회를 중심으로 실시되기 시작함

(2) 의료기관인증제

- 의료기관평가제도는 2002년 의료법 제47조 제2항의 신설에 따라 실시됨
- 2009년 7월에 의료법 개정을 통하여 의료기관 인증제의 법적 근거를 마련함
- 2010년 10월 26일에 의료기관평가인증원을 개원하였음
- 보건복지부장관이 인증을 위하여 필요하다고 정한 업무를 위탁받아 수행함

(3) 국제의료평가위원회인증(JCI)

- JCI는 인증을 의료기관이 진료의 안전과 질을 향상하자 수립된 기준을 충족하는지의 여부를 판단하기 위해 별도의 객관적인 독립기관, 일반적으로 비정부기관이 의료기관을 평가하는 절차임

3) 의료사회복지팀의 병원 내 QA활동

- 환자의 서비스 만족도 평가
- 환자 고충처리 상담실
- 환자편의향상위원회

2. 의료비지원

- 지원을 위한 기금 확보
- 의료비 지원을 위한 기획사업
- 개별 의료비 지원사업

3. 자원봉사자 관리

1) 의료기관에서 자원봉사의 의미

- 각 분야별 전문 인력도 포함되지만 이들을 지원하고 환자와 가족 등 이용자의 입장에서 서비스 이용을 돕는 역할을 수행하는 인력도 필요한데, 이런 인력들을 모두 유급으로 고용하기 보다는 자원봉사자를 활용하기도 함

2) 자원봉사자의 관리 체계 및 절차

- 자원봉사운영체계 수립
- 홍보와 모집
- 접수
- 교육훈련
- 배치
- 점검과 평가
- 피드백

4. 실습 및 수련 지도

1) 실습 지도

- 사회복지사 양성을 위한 교육과정에 포함된 필수교과목(사회복지현장실습)으로 시행되며, 실습생은 1일 8시간씩 총 15일 이상의 실습을 수행함
- 의료사회복지 실습수퍼바이저는 학사 졸업과 임상 경험 3년 이상의 자격을 충족하고 한국사회복지사협회에서 주관하는 일정 교육을 수강해야 하며 매년 수퍼바이저 교육에 참석하여 평점을 이수하도록 하고 있음

2) 수련 지도

- 수련 수퍼바이저는 석사이상 졸업과 임상경험 5년 이상의 자격을 요구함

5. 조사 및 연구업무

- 최근 질병과 치료에 대한 접근은 생물학적 요인뿐아니라 다양한 심리사회적 요인들을 통합한 방향으로 진행되고 있는데 사회복지사의 연구참여는 통합적 시각을 제시하는데 기여할 수 있음
- 의료사회복지사는 2차 세팅이라는 특수성 때문에 그 존재 이유와 개입의 정당성을 입증하기 위한 연구가 더욱 필요함
- 의료사회복지사는 다양한 프로그램 개발하는 연구조사 활동을 수행함으로써 클라이언트의 욕구에 부응하며 서비스 기회를 확대할 수 있음

6. 기타 조직 구성원으로서의 역할

- 행정가로서의 역할: 선임사회복지사 또는 부서장의 역할을 하게 되는 경우 신규직원이나 일선의 사회복지사에게 수퍼비전 및 업무와 관련된 교육을 제공하고, 부서회의를 운영하며, 부서 내에서 사회복지업무와 관련된 업무분담이 효율적으로 이루어질수 있도록 조정하는 역할을 담당함

7주차 1차시

의료사회사업의 임상업무 [1]

학습 목표

- 상담 및 치료의 개념을 이해하고 설명할 수 있다.
- 의료사회사업에서 교육 내용을 이해하고 설명할 수 있다.
- 의료사회사업에서 집단지도의 내용을 이해하고 설명할 수 있다.
- 의료사회사업에서 자원연계 및 정보제공에 대한 내용을 이해하고 서술할 수 있다.
- 퇴원계획에 대한 전반적인 내용을 이해하고 설명할 수 있다.
- 의료현장에서 다양한 전문가들과의 팀워크 내용을 이해하고 서술할 수 있다.

학습 내용

1. 상담 및 치료
2. 교육
3. 집단지도
4. 자원연계 및 정보제공
5. 퇴원계획
6. 의료현장에서 다양한 전문가들과의 팀워크

1) 상담 및 치료

- 의료현장에서 사회복지사의 핵심적 역할은 환자와 그 가족을 대상으로 심리사회적 및 경제적 상태에 대한 심리사회적 사정을 실시하고, 정서적 지지를 제공하며, 문제해결을 위한 상담을 제공하는 상담자 및 치료자의 역할을 수행하는 것
- 갑작스런 질병의 문제에 직면하게 된 경우 의료사회복지사는 환자와 가족이 질병의 문제를 수용하고, 치료와 회복을 위해 노력할 수 있도록 정서적 지지를 제공하는 역할을 수행해야 함
- 영구적 장애를 수반하거나 또는 상태가 심각하여 임종을 앞두고 있는 경우
- 학대나 폭력, 사고나 재난 등으로 인해 신체적 손상을 입고 내원한 환자에 대해서 의료사회복지사는 위기개입을 실시하여 환자가 이로 인한 정서적 트라우마를 극복하고 필요한 의학적, 정서적, 사회적, 법적 지원을 받을 수 있도록 지원하는 상담자 및 치료자의 역할을 수행하게 됨
- 상담 및 치료의 주요 내용
 - 질병 및 장애에 대한 수용과 이해
 - 질병과정에서 경험하는 정서적 고통에 대한 이해와 지지
 - 치료에 대한 동기 증진
 - 환자의 사회적 기능 증진을 위한 다양한 개입과 치료
 - 가족원의 보호제공자로서의 역할 수행 지원
 - 치료와 관련된 가족 내 갈등이나 문제해결
 - 환자의 증상에 대한 가족의 대처방안 모색
 - 퇴원 후 직업 및 생활계획 수립
 - 장애에 대한 수용과 이후 삶의 계획 수립
 - 죽음에 대한 수용과 상실에 대한 슬픔 나누기

- 의료사회복지사는 환자와 가족이 질병의 증상과 대처방법에 대해 잘 이해하지 못하거나 질병으로 인해 야기되는 심리사회적 문제에 대한 이해도가 떨어질 때 이들을 교육시키는 역할을 담당하게 됨
- 특히 질병이 만성적이어서 생활상의 관리가 필요한 경우 의료사회복지사의 교육자로서의 역할은 더욱 중요해짐
- 예를 들면 당뇨병 환자와 가족을 대상으로 ‘당뇨교실’이나 ‘당뇨캠프’ 등의 프로그램을 통해 교육
- 정신과 영역에서 의료사회복지사들은 정신질환으로 인해 사회적 기능이 저하된 환자들을 대상으로 일상생활기술 및 사회기술을 가르치는 교육자로서의 역할을 수행하며, 조현병이나 치매 등을 앓고 있는 환자의 가족이 보호제공자의 역할을 지속적으로 잘 수행해나갈 수 있도록 질환에 대한 이해 및 증상에 대한 대처법, 증상과 관련하여 야기되는 환자와 가족간의 갈등 및 문제해결 방법, 관계증진 방법에 관해 환자를 돌보는 가족을 대상으로 교육을 제공하는 역할을 수행

- 교육의 주요 내용
 - 질병과 관련된 주요 증상에 대한 이해와 대처
 - 스트레스관리
 - 일상생활관리
 - 사회기술훈련
 - 가족의 역할 및 환자 증상에 대한 대처
 - 장애등록 및 지역사회자원에 대한 정보제공

3 | 집단지도

- 집단은 참여한 구성원들의 문제를 혼자만의 문제가 아니라 누구에게나 일어날 수 있는 문제로 일반화하고, 상호지지와 공감을 제공하며, 마음속의 갈등과 문제들을 함께 나눔으로써 정서적 고통을 경감시키고, 서로에게 도움이 되는 정보를 제공하고 공유하는 등의 강점을 지니고 있어(Malekoff, 1997), 의료현장에서 유용하게 활용될 수 있음
- 의료현장에서 일하는 사회복지사는 동일한 질병이나 문제를 가진 환자와 가족원을 집단구성원으로 모집하고, 집단의 목적을 설정하며, 집단의 내용을 구성하고, 이를 실시하는 등 집단지도자로서의 역할을 수행
- 의료사회복지사는 집단에 참여하는 환자와 가족들의 욕구를 파악하고, 공동의 목적을 설정하며, 이에 부합하는 내용으로 집단을 구성하는 능력이 있어야 함
- 또한 집단의 진행단계에서 집단성원들이 보이는 역동성을 이해하고, 활용하며, 집단의 응집력과 구성원 간의 친밀감을 증진시킬 수 있는 개입기술을 구비하고 있어야 함
- 집단의 종류
 - 지지 집단 : 동일한 질병과 문제를 지닌 환자와 가족을 대상으로 질병으로 야기된 정서적 고통을 경감하고 치료 및 재활에 대한 동기증진을 목적으로 실시됨
 - 치료 집단 : 주로 정신과 영역에서 환자의 증상 경감 및 사회기술증진을 목적으로 실시됨
 - 교육 집단 : 질병에 대한 이해 및 증상에 대한 대처방안을 교육하기 위한 목적으로 환자와 가족을 대상으로 실시됨
 - 활동 및 상호작용집단 : 정신과 영역의 주간보호 또는 입원병동 프로그램의 일환으로 음악, 미술, 레크리에이션 등과 같은 활동을 집단의 형태로 실시함

4 | 자원연계 및 정보제공

1) 자원연계 및 정보제공

- 의료사회복지사는 환자와 그 가족이 지원이나 정보의 부족으로 적절한 치료를 받을 수 없을 때 병원 내·외 또는 지역사회의 정보와 자원을 연계하거나 제공하는 역할을 수행
- 특히 퇴원 후에 환자와 가족에게 지속적인 의료 및 사회복지서비스가 필요한 경우 이를 제공해줄 수 있는 지역사회내의 자원체계에 환자와 가족을 연계해주는 역할을 담당

- 지역사회는 경제적 및 물질적 지원을 해줄 수 있는 종교단체, 민간단체, 기업, 국가 및 지방 자치단체 등에서 운영하는 다양한 시설과 기관들이 존재하는 자원의 보고이므로 의료사회복지사는 지역사회에 이미 존재하고 있는 자원체계를 지속적으로 잘 활용해야 하고, 아직 개발되지 않은 인적·물질 자원을 개발하여 동원할 수 있는 능력을 구비해야 함
- 자원들간의 네트워킹 시스템을 구축하여 환자와 가족을 지원하는데 지역사회 자원들이 최대한 개발되고 활용될 수 있도록 하는 역할을 담당
- 자원연계 및 정보제공의 주요 내용
 - 사정 : 치료 및 재활과 관련된 환자와 가족의 결핍과 필요사항 파악
 - 정보제공 : 경제적 지원, 자조모임, 지역사회 지원 등 환자와 가족에게 필요한 정보수집과 제공
 - 의료기관연계 : 재활병원, 요양병원, 호스피스기관 등
 - 복지기관연계 : 사회복지관, 주간보호시설, 생활시설, 기타 환자와 가족의 욕구에 부합하는 다양한 지역 자원 연계

5 | 퇴원계획

1) 퇴원계획의 개념과 등장배경

- 환자를 병원으로부터 지역사회로 복귀시키는 과정에서 양질의 서비스를 제공하고자 하는 전문직 간, 조직 상호 간의 활동이며 환자가 참여하는 활동
- 환경 속의 인간이라는 체계론적 관점에서 볼 때 여러 집단과 체계들 내에서 서비스의 연결 및 조정을 통해 환자가 지역사회로 무사히 이전할 수 있도록 돕는 복합적인 심리사회적 활동으로 이해될 수 있음
- 우리나라에서는 1990년대 이후 대기업이 운영하는 3차 진료기관의 증가, 의료시장 개방의 압력, 의료서비스 이용자의 증가 및 종합병원의 선호로 인한 장기입원 현상 등의 영향으로 퇴원계획에 대한 관심이 고조되어 왔음
- 특히 최근 정신보건법의 제정으로 입원과 수용 위주의 단순 관리나 사회보호의 측면을 탈피하여 지역사회 내의 다양한 시설과 프로그램을 제공하고 의료기관과 사회복지기관과의 관계를 구축해야 한다는 의견이 대두되고 있음
- 퇴원계획의 중요성이 커지게 된 배경
 - 첫째, 노령화, 만성질환의 증가, 가족구조의 변화로 인한 포괄적이고 지속적인 보호와 지지가 필요해진 사회적 변화
 - 둘째, 의료보험 시행에 따른 의료서비스 효율화와 불필요한 의료비 감소에 대한 요구
 - 셋째, 부적절한 입원이나 퇴원 방지와 퇴원 후 보호의 적절성 제고를 위한 역할 강조

2) 퇴원계획의 과정

(1) 퇴원계획 대상자 선별과 확인

- 퇴원과 관련된 문제가 있을 것이라 예상되는 환자를 조기에 발견하는 사례발굴에서 시작됨
- 특히 원활한 입퇴원을 중시하는 대형병원에서는 사전에 점검 리스트를 통해 고위험군을 선별하기도 함
 - 고령의 노인
 - 만성질환자
 - 여러 가지 질병을 동시에 갖고 있는 환자
 - 인지기능이나 자기관리기능이 저하된 환자
 - 사회적 지지나 돌봄 자원이 결여된 환자
 - 진료비 납부능력이 없는 환자
 - 정서적 문제를 가진 환자
 - 영속적 장애를 갖게 된 환자 등

(2) 퇴원계획에 대한 동의와 정보수집

- 상에게 퇴원계획 서비스에 대해 동의를 받고 퇴원계획에 필요한 정보를 수집하는 단계
- 정보는 환자와 가족, 그리고 관련된 치료진으로부터 수집하며 병력과 예후, 치료진과의 관계, 환자의 심리상태, 가족 지지체계, 활용 가능한 사회적 자원 등에 대하여 알아봄

(3) 사정을 통한 퇴원계획 수립과 실행

- 퇴원 후 거주지 부재, 진료비 문제, 환자나 가족의 퇴원 거부, 보호제공자 부재, 치료와 관련된 법률 소송, 병식 부족 등을 파악하고 이에 근거하여 퇴원계획을 세움
- 이때는 누가 퇴원을 결정할지, 퇴원 후에는 누가 돌봄을 제공하고 환자의 건강관리는 어떻게 할 것인지, 의료비 지출 부담을 어떻게 감당할 것인지, 환자와 가족들의 역할 변화에 어떻게 적응하도록 할 것인지, 의료 보장구의 확보나 주거환경의 변화가 필요한지 등을 살펴보고 필요한 도움을 연결하거나 제공하는 방식으로 개입함
- 퇴원 후에는 집으로 귀가할 수도 있지만 다른 병원이나 요양원, 복지시설, 호스피스 기관 등으로 이동할 수도 있고 다양한 이용시설의 서비스로 연계될 수도 있을 것

(4) 점검과 평가, 그리고 수정보완

- 퇴원 후 사후관리는 퇴원계획의 적절성을 평가하는 기회가 될 뿐 아니라 재발이나 재입원을 방지하는 효과를 가질 수 있음

3) 퇴원계획에 영향을 미치는 요인들

- 특히 성공적인 퇴원을 위해서는 의료진들이 가족과의 소통에 보다 많은 시간과 관심을 투자해야 한다는 것을 강조
- 치매환자의 퇴원계획이 적절히 이루어지기 위한 조건으로는 ‘가족의 지원’과 ‘자원의 활용 가능 정도’가 가장 중요한 요인

- 소아과 환자의 퇴원계획에서는 ‘의료보험’, ‘가족의 협조’, 그리고 ‘적절한 의뢰 시기’가 중요
- 성공적인 퇴원계획을 가로막는 장애요인
 - 정신과에서 퇴원이 지체되는 요인으로는 투약 조절이나 행동 안정이 이루어지지 않는 것과 같은 ‘증상’의 문제와 지속적인 서비스가 가능한 ‘지역사회 기반의 부재’가 보고

4) 성공적인 퇴원계획을 위한 지침

(1) 환자의 자기결정권 존중

- 환자 스스로 퇴원시점이나 퇴원 후 계획을 알고 이해할 경우에 치료나 재활의지가 높고 퇴원 후 적응도나 만족도가 높음
- 반대로 퇴원계획에서 재원일수의 단축만을 중요한 기준으로 삼을 경우에는 무리한 진행으로 인하여 부작용이 따를 수 있음
- 그러므로 병원의 재원일수 압박이 있다 하더라도 최대한 환자 자신의 결정권을 존중하고 동의를 받을 수 있도록 끝까지 최선을 다해야 함

(2) 가족에 대한 지원 강화

- 의료사회복지사와 치료진은 가족과 충분한 면담을 통해 환자의 치료 및 재활에 지지적인 환경을 조성하고 교육을 통해 환자에 대해 필요한 정보들을 정확히 알도록 접근함으로써 궁극적으로 퇴원계획의 목표를 달성할 수 있을 것

(3) 지역사회 자원개발과 정보공유

- 환자들에게 맞는 지역사회자원을 개발하고 정확한 정보를 보유하며 이를 퇴원계획에서 환자나 가족들과 충분히 공유하는 노력을 기울여야 할 것

(4) 사례관리의 활용

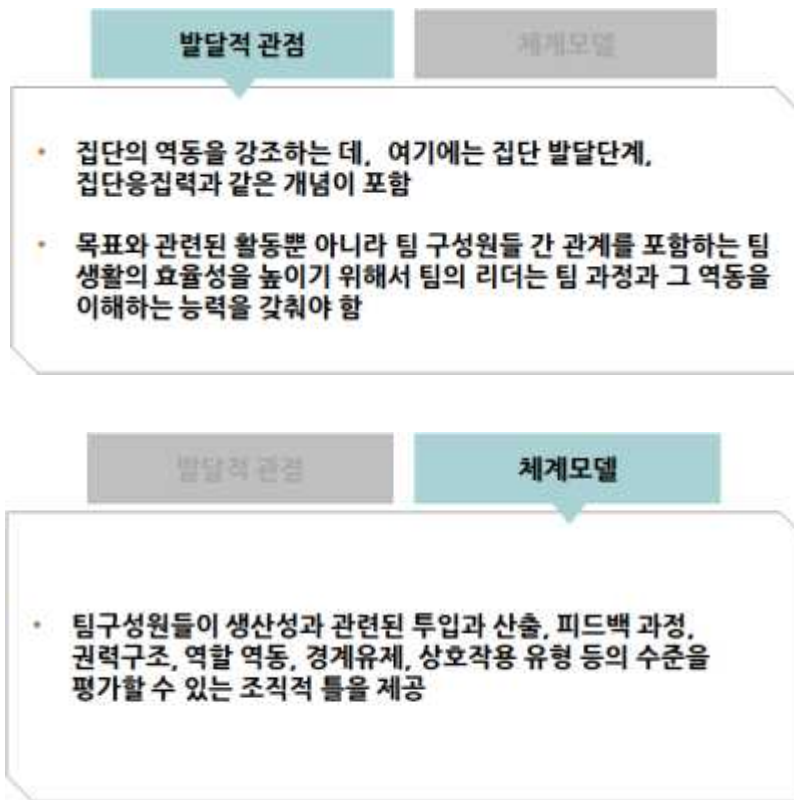
- 퇴원계획이 환자, 가족, 기관과 함께 작업하며 지속적으로 사후관리를 해가는 역동적인 작업인 만큼, 환자를 다차원적 욕구를 지닌 개인으로 보고 공식적, 비공식적 자원과 활동을 조직, 조정함으로써 적응력을 높이는 데에 목적을 둔 사례관리의 맥락에서 이루어지는 것이 효과적 일 수 있음

(5) 한계에 대한 인식

- 의료사회복지사는 소속된 조직의 이해와 클라이언트의 이해라는 경계선상에서 신중하게 행동해야 함
- 특히 약자의 입장에 있는 클라이언트의 상황을 잘 살펴서 비록 제한적인 현실적 조건들이 존재하지만 그 속에서도 충분히 배려 받고 최선의 서비스를 받는다는 느낌을 가질 수 있도록 전문성을 발휘해야 할 것

1) 팀워크에 대한 이해

- 팀을 이해하기 위해서는 기본적으로 집단이론에 기반을 두고 접근하는 것이 필요



- 칼튼(Carlton, 1984: 129)
 - ‘둘이나 그 이상의 학문영역 실천가들에 의한 다학문적 실천으로서, 서로 구분되는 역할을 통해 전문화된 과업 수행이 이루어지며, 공동의 목표 하에 상호의존적 관계 속에서 이뤄지는 활동’
- 안크 등(1994)
 - ‘계획적이고 지향점이 있는 팀 활동으로, 그 활동은 클라이언트에게 질 높은 서비스를 제공하려는 치료적, 행정적 목표를 성취하기 위한 것’
- 팀이 긍정적으로 기능할 때 팀은 구성원의 만족과 학습에 도움을 주고 개인적 부담이나 소진을 예방하는 것으로 조사되었음
- 또한 전문직 간의 경계를 허무는 기능을 수행하는 것으로 지목되기도 하였음
- 클라이언트 측면에서 서비스 제공자들 간의 협력은 다양한 서비스의 통합, 기관들 간의 연계, 그리고 사례관리의 효과를 가져올 수 있다고 함

- 반면 팀 전문가들 간 가치나 이론적 방향, 또는 패러다임이 불일치하고 경계가 모호하여 상호 교류과정에서 경계의 이슈가 생길 경우에는 다학문적 팀 성원 사이에서 갈등이 일어나기 쉽다고 함

2) 의료현장에서 팀워크의 필요성과 현실적 한계

- 질병은 생리, 심리, 사회적 요소가 복합적으로 작용하는 것으로 알려져 있음
- 따라서 이에 대한 치료가 효과적이 되기 위해서는 다학문적 팀 접근이 요구
- 의료사회복지사가 갖추어야 할 주요 능력 중 하나 가 타전문가와 협력할 수 있는 능력
- 일반적으로 의료영역에서 팀의 리더는 의사이므로, 팀워크뿐 아니라 그 안에서 사회복지사가 어떤 역할을 할 수 있느냐 하는 것은 리더의 의지에 달린 경우가 많음
- 결정권은 의사에게 집중되어 있고 사회복지사의 역할을 다른 전문직으로부터 충분히 이해되지 못할 때 사회복지사의 역할을 위협을 받게 되는 것

3) 성공적인 팀워크를 위한 사회복지사의 전략

(1) 사회복지사의 역할에 대한 팀 구성원의 인식 증진하기

- 인식 증진의 방법은 한 가지에 국한하지 않고 활용 가능한 다양한 기제들, 즉 교육, 기록, 공식적인 회의 및 비공식적 의사소통을 모두 동원하여 사회복지사로서 자신의 역할을 팀 성원들에게 끊임없이 인식시키는 것이 중요함
- 특히 교육은 새로운 팀 구성원들에게 자신의 역할과 업무를 소개하는 오리엔테이션과 자기 영역의 전문지식을 강의하는 기회를 통해 이뤄질 수 있음

4) 사회복지사로서의 능력을 보여줄 기회를 놓치지 않기

- 사회복지사 고유의 업무를 개발하고, 전문성을 개발함으로써 자신의 능력을 보여줄 수 있는 기회를 잡는 것이 중요하다고 보았음
- 사회복지사이기에 더 잘 할 수 있는 서비스나 프로그램 등을 개발하는 것 역시 팀 내에서 능력을 인정받는 기회를 제공

5) 성공적인 팀워크를 위한 사회복지사의 전략

(1) 사회복지사로서 자신의 역할과 정체성을 명확히 하기

- 사회복지전문직에 대한 가치를 신뢰하고 사회복지사로서 해야 할 일과 하지 말아야 할 일을 구분하는 것
- 사회복지사로서의 정체성과 역할에 대한 확고한 인식이 필요

(2) 팀구성원들과 인간적인 관계를 형성하기

- 서로에게 적절한 기대치를 가질 때, 공식적인 관계뿐 아니라 비공식적인 관계가 형성될 때, 팀원이 필요로 하는 도움을 제공할 때, 그리고 가사, 칭찬, 사과와 같은 인사가 필요한 상황에서 적절한 감정표현을 할 때 인간적 관계는 더 잘 형성될 수 있다고 함

(3) 갈등상황이나 자극에 대해 성숙하게 대처하기

- 성공적인 팀워크를 하고 있는 사회복지사들은 피할 수 없는 갈등상황에 직면할 때, 참거나 무시하는 방식으로, 또는 분명하면서도 도를 넘지 않는 의사표시를 하는 등의 이성적 대응으로 팀 내 갈등요소를 해결해간다고 보고하고 있음
- 견해 차이가 있을 때, 'I-message'와 같은 비위협적인 방식으로 의사를 전달하도록 조언하고 있음

■ 학습정리

1. 상담 및 치료

- 환자와 그 가족을 대상으로 심리사회적 및 경제적 상태에 대한 심리사회적 사정을 실시하고, 정서적 지지를 제공하며, 문제해결을 위한 상담을 제공하는 상담자 및 치료자의 역할을 수행하는 것
- 의료현장에서 사회복지사가 환자와 가족을 대상으로 제공하는 상담 및 치료의 주요 내용
- 질병 및 장애에 대한 수용과 이해
- 질병과정에서 경험하는 정서적 고통에 대한 이해와 지지
- 치료에 대한 동기 증진
- 환자의 사회적 기능 증진을 위한 다양한 개입과 치료
- 가족원의 보호제공자로서의 역할 수행 지원
- 치료와 관련된 가족 내 갈등이나 문제해결
- 환자의 증상에 대한 가족의 대처방안 모색
- 퇴원 후 직업 및 생활계획 수립
- 장애에 대한 수용과 이후 삶의 계획 수립
- 죽음에 대한 수용과 상실에 대한 슬픔 나누기

2. 교육

- 의료사회복지사는 환자와 가족이 질병의 증상과 대처방법에 대해 잘 이해하지 못하거나 질병으로 인해 야기되는 심리사회적 문제에 대한 이해도가 떨어질 때 이들을 교육시키는 역할을 담당함
- 정신질환으로 인해 사회적 기능이 저하된 환자들을 대상으로 일상생활기술 및 사회기술을 가르치는 교육자로서의 역할을 수행
- 조현병이나 치매 등을 앓고 있는 환자의 가족이 보호제공자의 역할을 지속적으로 잘 수행해 나갈 수 있도록 질환에 대한 이해 및 증상에 대한 대처법, 증상과 관련하여 야기되는 환자와 가족간의 갈등 및 문제해결 방법, 관계증진 방법에 관해 환자를 돌보는 가족을 대상으로 교육을 제공하는 역할을 수행
- 교육으로 제공되는 내용은
 - 질병과 관련된 주요 증상에 대한 이해와 대처
 - 스트레스관리
 - 일상생활관리
 - 사회기술훈련
 - 가족의 역할 및 환자 증상에 대한 대처
 - 장애등록 및 지역사회자원에 대한 정보제공

3. 집단지도

- 의료사회복지사는 환자와 가족에게 정서적 지지를 제공하거나 환자의 사회적 기능 증진, 그리고 직면한 문제해결을 위한 도움을 제공하기 위한 방법으로 집단을 활용
- 의료현장에서 사회복지사가 환자와 가족을 대상으로 실시하는 집단의 종류
- 지지집단: 동일한 질병과 문제를 지닌 환자와 가족을 대상으로 질병으로 야기된 정서적 고통을 경감하고 치료 및 재활에 대한 동기증진을 목적으로 실시됨
- 치료집단: 주로 정신과 영역에서 환자의 증상 경감 및 사회기술증진을 목적으로 실시됨
- 교육집단: 질병에 대한 이해 및 증상에 대한 대처방안을 교육하기 위한 목적으로 환자와 가족을 대상으로 실시됨
- 활동 및 상호작용 집단: 정신과 영역의 주간보호 또는 입원병동 프로그램의 일환으로 음악, 미술, 레크리에이션 등과 같은 활동을 집단의 형태로 실시함

4. 자원연계 및 정보제공

- 사정: 치료 및 재활과 관련된 환자와 가족의 결핍과 필요사항 파악
- 정보제공: 경제적 지원, 자조모임, 지역사회 지원 등 환자와 가족에게 필요한 정보수집과 제공
- 의료기관 연계: 재활병원, 요양병원, 호스피스기관 등
- 복지기관 연계: 사회복지관, 주간보호시설, 생활시설, 기타 환자와 가족의 욕구에 부합하는 다양한 지역 자원 연계

5. 퇴원계획

(1) 퇴원계획의 개념과 등장배경

- 환자를 병원으로부터 지역사회로 복귀시키는 과정에서 양질의 서비스를 제공하고자 하는 전문직 간, 조직 상호 간의 활동이며 환자가 참여하는 활동
- 1905년 미국 메사추세츠 종합병원에서 시작됨
- 우리나라에서는 1990년대 이후 대기업이 운영하는 3차 진료기관의 증가, 의료시장 개방의 압력, 의료서비스 이용자의 증가 및 종합병원의 선호로 인한 장기입원 현상 등의 영향으로 퇴원계획에 대한 관심이 고조되었음

(2) 퇴원계획의 과정

- 퇴원계획 대상자 선별과 확인
- 퇴원계획에 대한 동의와 정보수집
- 사정을 통한 퇴원계획 수립과 실행
- 점검과 평가, 그리고 수정보완

(3) 퇴원계획에 영향을 미치는 요인들

- ‘퇴원과정에 대한 환자와 가족의 참여’, ‘사회적 지지망’, ‘진체 상태’와 관련 있음
- 성공적인 퇴원을 위해서는 의료진들이 가족과의 소통에 보다 많은 시간과 관심을 투자해야 한다는 것을 강조함
- 성공적인 퇴원계획을 가로막는 장애요인들: ‘지역사회 기반의 부재’

(4) 성공적인 퇴원계획을 위한 지침

- 환자의 자기결정권 존중
- 가족에 대한 지원 강화
- 지역사회 자원개발과 정보공유
- 사례관리의 활용
- 한계에 대한 인식

6. 의료현장에서 다양한 전문가들과의 팀워크

(1) 팀워크에 대한 이해

- 팀을 이해하기 위해서는 기본적으로 집단이론에 기반을 두어야 함
- 칼튼(Carlton, 1984: 129)은 협력적 실천의 한 형태로 팀워크를 규정하면서 ‘둘이나 그 이상의 학문영역 실천가들에 의한 다학문적 실천으로서, 서로 구분되는 역할을 통해 전문화된 작업 수행이 이루어지며, 공동의 목표하에 상호의존적 관계 속에서 이뤄지는 활동(칼튼)’
- 안크 등(1994)은 팀접근이 ‘계획적이고 지향점이 있는 팀 활동으로, 그 활동은 클라이언트에게 질 높은 서비스를 제공하려는 치료적, 행정적 목표를 성취하기 위한 것(안크 등)’

(2) 의료현장에서 팀워크의 필요성과 현실적 한계

- 한국의 의료현장에서 사회복지사들이 다른 전문직과 좋은 팀워크를 형성하는 것은 하나의 도전이 되고 있음
- 일반적으로 의료영역에서 팀의 리더는 의사이므로, 팀워크뿐 아니라 그 안에서 사회복지사가 어떤 역할을 할 수 있느냐 하는 것은 리더의 의지에 달린 경우가 많음
- 결정권은 의사에게 집중되어 있고 사회복지사의 역할을 다른 전문직으로부터 충분히 이해되지 못할 때 사회복지사의 역할을 위협을 받게 됨

(3) 성공적인 팀워크를 위한 사회복지사의 전략

- 사회복지사의 역할에 대한 팀 구성원의 인식 증진하기
- 사회복지사로서의 능력을 보여줄 기회를 놓치지 않기
- 사회복지사로서 자신의 역할과 정체성을 명확히 하기
- 팀구성원들과 인간적인 관계를 형성하기
- 갈등상황이나 자극에 대해 성숙하게 대처하기
- 팀워크를 해야 할 구성원들을 인정하고 이해하기

7주차 2차시

의료사회사업의 임상업무 [2] : 사례관리

학습 목표

- 사례관리의 개념을 이해하고 설명할 수 있다.
- 의료사회사업에서 사례관리의 필요성을 이해하고 서술할 수 있다.
- 지역사회 자원연계와 사례관리의 관계를 이해하고 설명할 수 있다.

학습 내용

1. 사례관리
2. 의료사회사업과 사례관리
3. 지역사회 자원연계와 사례관리

1) 개념

- 사례관리는 복합적 욕구를 가진 사람들의 기능과 복지를 최적화하기 위해 고안된 공식적이고 비공식적인 지지망과 활동을 조직화하고 조정하며 유지하는 서비스 전달체계가 사실천방안의 하나로 정의될 수 있음

2) 역사적 배경

- 탈시설화
 - 1960년을 전후한 시기에 미국과 영국에서 대규모 정신병원의 열악한 환경과 비인간적인 처우에 반기를 든 인도주의 운동가들에 의해 정신장애인들은 비인간적 수용시설에서 지역 사회로 돌려보내는 탈시설화 운동이 전개되었음
 - 그러나 탈시설화로 기존의 서비스와 전달체계가 광범위하게 분산되어 있고, 단편화되어 있어 클라이언트가 효과적으로 서비스를 받을 수 없었음
 - 퇴소한 환자들은 이러한 전달체계에서 도움을 구할 동기나 능력이 부족하였고, 결과적으로 상태가 악화되거나 재발하여 재입원하는 정신장애인들이 대거 발생하는 상황이 초래되었음
 - 이러한 문제를 해결하기 위하여 지역사회에 분산된 서비스를 통합적으로 연결, 조정하는 체계로서 사례관리와 이러한 역할자로서 사례관리자의 필요성이 제기됨
- 사회인구 학적 변화 : 욕구의 복잡성과 요보호 인구의 증가
 - 평균수명이 증가하게 되면서 요보호 노인이 급증하였고, 다양한 욕구를 가진 요보호 대상 역시 급격히 증가
- 서비스의 단편화
 - 다중적인 문제를 지닌 요보호 인구들이 하나가 아닌 여러 프로그램을 통해 지원받고 심지어 프로그램간 상반된 목적을 지니거나 혹은 서비스가 중복되는 데 반해 어떠한 욕구들은 다루어지지 못하는 일이 발생

(1) 비공식적 사회적 지지체계에 대한 인식의 증대

- 가족이나 친척, 친구 등의 비공식적 사회 지지체계가 공식적 서비스를 보완하여 사회적 비용을 절감시키고, 또 효과면에서도 비공식적 지지체계가 더 긍정적이라는 사실이 밝혀졌음
 - ① 1970년대 초 보건교육복지국이 연방서비스 프로그램 연계와 조정을 위한 다양한 시범사업을 실시되었는데, 지역사회에 기반한 다양한 서비스와 사례관리가 이들 시범사업의 공통 요소로 포함되었고, 사례관리자의 기능 또한 언급되었음
 - ② 1978년 노인법에서 지역노인기관에서 사례관리 서비스를 제공하도록 하였으며,
 - ③ 1981년 총괄예산법에서 노인을 비롯한 요보호 대상에 대한 사례관리를 강조하였고, 사회보장법 하에서 각 주는 메디케이드 예외 조항을 통해 메디케이드 수급자격이 있는 노인들이 사례관리를 받게 하였음
- 사회복지관과 사회복지시설 평가에서의 사례관리를 포함, 정신보건법에 의한 정신장애인 사례관리 규정, 노인장기요양 보험제도에 의한 장기요양관리요원에 의한 사례관리 등이 있음

3) 원칙과 목표

(1) 서비스 통합

- 통합적 견해
- 인간의 다양한 차원들인 심리적, 사회적, 의료적, 교육적, 재정적, 직업적 차원들을 모두 고려

(2) 케어의 지속성으로 횡단적 차원과 종단적 차원을 포함

- 횡단적 차원 : 어느 시점에서도 다양한 필요를 충족할 수 있도록 광범위하고 조정된 서비스를 제공받는 것
- 종단적 차원 : 클라이언트가 처음 진화했을 때부터 종결 시까지, 지속적으로 원조를 제공

(3) 서비스에 대한 동등한 접근성

- 인종, 종교, 사회경제적 지위 등으로 인한 차별없이 동등한 기회를 가짐

(4) 서비스의 질적 보상

- 서비스 전문가의 책임성과 클라이언트 권리 존중을 기반

(5) 클라이언트 암파워먼트

- 실천과정에서 클라이언트에게 기본적인 서비스 조정기술을 교육하고, 더 나아가 클라이언트 스스로 서비스 전달체계에 의존하지 않고 자신의 삶을 관리할 수 있도록 하는 것이 목표

(6) 평가

- 클라이언트에 대한 관련성, 클라이언트의 진전과 만족, 서비스 질과 결과, 서비스 통합 등에 초점을 맞추어 평가

4) 사례관리자의 역할

(1) 옹호자

- 클라이언트를 대변하는 것
- 조직이나 입법적 수준

(2) 중개자

- 필요한 서비스를 연결

(3) 조정자

- 다른 전문직이나 기관의 직원들과 함께 서비스가 잘 통합되어 신속히 처리될 수 있도록 함

(4) 상담가

- 클라이언트 및 가족과 일차적 관계를 유지하며 상담가 혹은 치료자의 역할을 담당해야 함

(5) 기획가

- 클라이언트가 받게 될 서비스나 치료를 기획

(6) 문제해결자

- 자신의 강점을 발견하고, 현재 상황에 대한 대안을 찾고, 문제를 해결하는 방법을 학습하도록 돕는 것

(7) 기록자

- 모든 과정에 대한 기록
- 특히 장기보호 제공이나 타전문가 및 기관과의 의사소통이나 점검, 서비스 비용을 청구할 때 중요하게 작용

1) 과정

(1) 기관에 접근/아웃리치

- 가정방문, 관찰, 외부정보 등

(2) 접수/스크리닝

- 클라이언트의 문제, 욕구 및 강점 등을 탐색하며, 기관서비스에 관한 정보를 제공하고 필요한 양식을 작성하도록 함
- 스크리닝은 클라이언트가 사례관리 서비스의 수혜자격 여부와 서비스 이용에 필요한 적절한 특성을 갖추었는지, 그리고 서비스에 적극적으로 참여할 의지가 있는지 여부를 파악하는 것

(3) 사정

- 클라이언트 욕구 확인, 클라이언트의 자기보호 능력, 비공식적 지지체계(상호보호), 공식적 지지체계(전문적 보호) 등에 관한 내용
- 이 과정에 클라이언트를 가능한 참여시키는 것이 중요하며, 클라이언트의 강점을 탐색하도록 해야 함

(4) 목표설정/사례계획

- 목표는 긍정적 용어로, 측정가능하고 구체적 용어로 서술

(5) 개입

- 직접적 서비스 : 위기개입, 어려운 결정을 잘 내리도록 클라이언트를 지지하는 일, 클라이언트의 환경을 수정하도록 원조하는 것, 클라이언트가 위기상황에 대한 정서적 반응을 극복하도록 원조하는 것 등
- 간접적 서비스 : 클라이언트를 필요한 자원체계로 연결시키는 것과 클라이언트를 위해 다양한 체계에 대한 옹호역할

(6) 점검과 재사정

- 점검은 서비스 급여가 적절한지, 개별 클라이언트의 욕구가 잘 충족되고 있는지를 보장하기 위해 사례관리자가 클라이언트, 클라이언트의 가족 및 서비스 제공자와 규칙적으로 만나는 과정
- 장기적으로 지속적인 보호가 필요한 경우, 계속적인 재사정은 필수적
- 클라이언트의 상태나 기능, 진전, 장애 및 결과에 대하여 정기적으로 검토

(7) 결과평가/종결

- 표준화된 척도를 사용하거나 다양한 평가방법이 사용될 수 있음
- 종결은 계획대로 서비스를 점진적으로 철회하는 것을 의미

2

의료사회사업과 사례관리

- Williams(1993)
 - 의료현장에서의 사례관리에 대하여, 의료비용과 이용편의성을 제한하려는 수문장 기제일 수 있으며, 이용편의성을 높이고 혼재된 서비스에 대해 안내해주는 옹호기능일수도 있고, 아니면 진단적, 처방적 기능을 수행할 수도 있다”
- 미국 의료현장에서 사례관리 개념이 본격적으로 등장한 시기는 1980년대
- 이 시기 미국은 노인인구 증가, 과학기술 발전, 베이비붐세대 후손들로 인한 인구증가, 의료 서비스 비용 인상 등 다양한 요인이 있었음
- 이러한 위기 상황을 타개하기 위해 새롭게 도입한 의료비 지불방식인 DRG-PPS(Diagnostic-Related Group-Prospective Payment System : 진단군별 정책지불 방식)와 이와 맞물려 확산되기 시작한 managed care(관리 의료)가 의료현장에서의 사례관리를 확대시켰음

3

지역사회 자원연계와 사례관리

1) 사례관리자로서의 사회복지사

(1) 지역사회 서비스 연계를 위해 사례관리자로서 사회복지사가 지켜야 할 지침

- 지역사회 모든 공식, 비공식 자원에 대한 최신자료를 가지고 있어야 함
- 공식적인 지원기관의 서비스 수급자격에 관해 알고 있어야 함
- 지역사회의 주요 기관, 프로그램의 정책과 집행절차 등에 영향을 주는 법이나 규정에 관해서는 항상 관심을 두고 알고 있어야 함
- 클라이언트 문제를 대하는 기관들의 유연성에 대해 파악하고 있어야 한다. 기관마다 공식적이고 규정에 따라 움직이는 반면, 상황을 참작하여 운영하는 기관도 있음
- 지역사회의 중요한 자원이 되는 기관들의 경우, 필요 시 언제나 접촉할 수 있는 기관 내 사람들을 알고 있어야 함

- 지역사회에 깊게 개입하는 것이 바람직하다. 다양한 회합이나 주요 행사에 참여하는 것이 필요함
- Rose & Moore(1995)의 는 사례관리서비스의 초점을 기준으로 제공자 중심의 사례관리와 수혜자 중심의 사례관리의 특성을 분류함

	수혜자 중심	제공자 중심
클라이언트에 대한 관점	주체	객체
사정의 초점	강점	문제, 병리적 측면
클라이언트 역할	적극적 참여	순응
목표	발전과 자기신뢰감 향상	서비스 소비와 환자역할수행
욕구사정의 근거	클라이언트의 계획과 목표	제공자의 규정
연결자원	지역사회의 총체적인 공식, 비공식 자원	공식적 서비스에 국한
모니터링	서비스 방향과 계획에 관한클라이언트와 제공자의 상호적 평가	치료계획의 이행도
평가	자율성과 자기신뢰 향상도, 비공식네트워크 포함정도	소비된 서비스 개체수, 병원체류감소율, 환자의 수용도 등

2) 사례관리의 기능

- 서비스 수습자격 결정 -경제적, 의료적, 기타
- 보호수준 결정
- 의료적, 신체적, 기능적, 심리사회적 욕구 사정
- 보호장소의 결정
- 보호계획 수립
- 서비스 선정
- 다양한 공급자로부터의 다양한 서비스의 조정
- 서비스 개체, 기간 등에 관한 재정 계획
- 욕구 재사정
- 서비스 전달과 서비스 질에 관한 모니터링
- 가족에 대한 지원 등으로 정리하였다.
 - 모든 사례관리 프로그램에서 이 기능들이 전부 수행되는 것은 아니며, 프로그램 특성에 따라 선택적으로 수행(Williams(1993))

■ 학습정리

1. 사례관리

1) 개념(정의, 용어정리)

- 복합적 욕구를 가진 사람들의 기능과 복지를 최적화하기 위해 고안된 공식적이고 비공식적인 지지망과 활동을 조직화하고 조정하며 유지하는 서비스 전달체계이자 실천방안의 하나임

2) 역사적 배경

- 탈시설화
- 사회인구학적 변화 : 욕구의 복합성과 요보호 인구의 증가
- 서비스의 단편화
- 비공식적 사회적 지지체계에 대한 인식의 증대

3) 원칙과 목표

- 서비스 통합
- 케어의 지속성으로 횡단적 차원과 종단적 차원을 포함
- 서비스에 대한 동등한 접근성
- 서비스의 질적 보상
- 클라이언트 압과위먼트
- 평가

4) 사례관리자의 역할

- 옹호자
- 중개자
- 조정자
- 상담가
- 기획자
- 문제해결자
- 기록자

5) 과정

- 기관에 접근/아웃리치
- 접수/스크리닝
- 사정
- 목표설정/사례계획
- 개입
- 점검과 재사정
- 결과평가/종결

2. 의료사회복지와 사례관리

- “의료비용과 이용편의성을 제한하려는 수문장 기제일 수 있으며, 이용편의성을 높이고 혼재된 서비스에 대해 안내해주는 옹호기능일수도 있고, 아니면 진단적, 처방적 기능을 수행할 수도 있다”

3. 지역사회 자원연계와 사례관리

1) 사례관리자로서의 사회복지사

- 지역사회 모든 공식, 비공식 자원에 대한 최신자료를 가지고 있어야 한다.
- 공식적인 지원기관의 서비스 수급자격에 관해 알고 있어야 한다.
- 지역사회의 주요 기관, 프로그램의 정책과 집행절차 등에 영향을 주는 법이나 규정에 관해서는 항상 관심을 두고 알고 있어야 한다.
- 클라이언트 문제를 대하는 기관들의 유연성에 대해 파악하고 있어야 한다. 기관마다 공식적이고 규정에 따라 움직이는 반면, 상황을 참작하여 운영하는 기관도 있다.
- 지역사회의 중요한 자원이 되는 기관들의 경우, 필요시 언제나 접촉할 수 있는 기관 내 사람들을 알고 있어야 한다.
- 지역사회에 깊게 개입하는 것이 바람직하다. 다양한 회합이나 주요 행사에 참여하는 것이 필요하다.

2) 사례관리의 기능

- 서비스 수급자격 결정 -경제적, 의료적, 기타
- 보호수준 결정
- 의료적, 신체적, 기능적, 심리사회적 욕구 사정
- 보호장소의 결정
- 보호계획 수립
- 서비스 선정
- 다양한 공급자로부터의 다양한 서비스의 조정
- 서비스 개체, 기간 등에 관한 재정 계획
- 욕구 재사정
- 서비스 전달과 서비스 질에 관한 모니터링
- 가족에 대한 지원 등임

9주차 1차시

의료사회사업의 임상업무 [3]

학습 목표

- 클라이언트의 현재 병과 개인력 내용을 이해하고 사정할 수 있다.
- 클라이언트의 가족역동성과 가족기능을 이해하고 사정할 수 있다.
- 클라이언트의 사회지지망 사정을 이해하고 응용할 수 있다.

학습 내용

1. 현재의 병과 개인력 사정
2. 가족역동성과 가족기능 사정
3. 사회지지망 사정

1) 환자 치료의 조직적 기술

- (1) 환자의 신상조사
- (2) 중요 증상과 현재의 병력
- (3) 개인의 경력
- (4) 가족관계
- (5) 정신상태조사
- (6) 신체조사
- (7) 정신역학의 소견
- (8) 진단, 예후 및 소견 등으로 구분

2) 환자의 신상조사

- 이름, 나이, 성, 인종적, 문화적 배경, 배우자의 상태 직업과 입원비 조달 방법, 또 환자의 가족상황에 관한 것도 포함될 수 있음
- 최초의 입원인지 혹은 다른 병에 의한 두 번째 입원인지를 지적해야 함

3) 주요 증상과 현재의 병력

(1) 주요 증상

- 언제나 환자 자신의 말로 진술되어야 함
- 중요한 불만의 말 그대로의 기록은 면접자로 하여금 사건이 어떻게 감정적으로 혼란된 환자에게 나타나는가를 알리는 의도에서 그것을 주기적으로 재조사할 수 있도록 함
- 정신질환자의 개선은 환자의 상황에 대한 전의 지각을 다시 생각해 내는 능력에 의해 부분적으로 측정될 수 있음
- 면접자는 환자의 생활을 관찰해봄으로써 왜곡된 개념이 어떻게 생겼던가를 알 수 있음

(2) 현재의 병

- 환자와의 면접
 - 보통 환자는 자신을 가장 괴롭히는 점을 강조하면서 그의 병에 대해 어느 정도 반복할 것
 - 환자는 보통 본문에서 이탈함으로써 그의 이야기를 산만하게 함
 - 환자의 행동, 자세의 변화, 억양, 얼굴 표정, 그리고 이야기되는 여러 주제에 대한 감정적 영향을 주의해서 관찰함
 - 환자가 자발적이면 그에게 무엇이 일어났는지를 자유롭게 설명하도록 하고 될 수 있는 대로 질문을 제한하는 것이 좋음
 - 의료사회복지사는 그의 가족이나 친구들과는 반대로 비판적으로 듣지 않고 논쟁이나 꾸짖지도 아니하며, 그의 생각을 부인하려 하지도 않고 그의 이상한 생각을 조롱하지도 않는다는 것을 환자는 알아야 함

- 보고서 작성
 - 의료사회복지사는 면접에서 얻은 자료로부터 현재의 병의 발달에 대해 명료하고 연속적으로 나타내주는 항목들을 추출해서 구성해야 함
 - 전에 질병치료나 재활치료를 하였다면 여기 기록하고 그 병원이나 입원 및 퇴원날까지도 기록됨
 - 치료방법과 입원의 성과도 기록되어야 함
 - 환자는 현재의 문제를 설명하기가 어렵고 심지어 어떤 것의 존재를 부정하기까지 함
 - 이럴 땐 정보제공자를 분명히 밝혀야 하고 문제를 그 자신의 말로 재생산해야 함

4) 개인력 사정 내용

- 환자 생애의 각 기간(유아기, 소년기, 청년기, 성년기)이 분리되어 기록되어야 함
- 성숙함에 따른 행동양식이 뚜렷이 나타날 것임
- 또한 이들을 형성하는 데 도움을 주는 환경적 영향력도 분명해질 것임
- 의료사회복지사는 지나치거나 부적당한 두려움이나 죄의식에 의한 억압과 환자가 기쁨을 얻는 근원과 함께 환자의 사회적, 성적, 직업적 기능에 대해 그가 면접한 것을 기록해야 함

(1) 유아기

- 계획된 아기였는가? 임신 중 산모의 건강상태는 어떠했는가?
- 그 당시 산모의 남편과의 관계는 어떠했는가?
- 진통과 분만에 관한 사항, 신생아 시기의 환자의 건강상태, 그가 처음으로 걷고, 이야기한 나이, 대소변 가리는 훈련방법과 팔약근을 조절할 수 있게 된 나이 등에 관해 알려고 함
- 신체적 운동력
 - 부모들은 그들의 아기가 어떠한 행동을 해야 한다는 생각에 따라 자존심이 상하는 태도로 대하면 어린 아기의 행동은 그에 따라 응함
 - 아기의 행동이 부모의 기대와 일치되지 못하면 일련의 악순환이 형성됨
 - 부모가 걱정함으로써 유래된 부모로부터의 인정받지 못함이 아기에게 걱정이 생기게 되고, 이것은 다시 부모에게 걱정을 일으키게 함
- 수면양식
 - 잠자는 자세가 유아기 때 어떠했으며, 후에 어떻게 바뀌었는지를 아는 것이 바람직

(2) 소년기

- 소년기에 환자의 성격이 어떠했으며 지배적인 성격에 현저한 변화가 있었는지 또 있었다면 무엇 때문에 생겼는지를 알려고 함
- 의료사회복지사는 보통 소년기에 일어나는 병의 이야기와 그것이 환자와 그의 부모에 의해 어떻게 견디어졌는지를 끄집어내려 함
- 다른 병이나 부상, 입원의 이야기를 환자, 부모나 환자에게 중요한 사람에 의한 감정적 작용에 중점을 두어 듣고, 다른 가족의 중병이나 죽음과 또 이것이 환자에게 어떻게 영향을 끼쳤는가 하는 것을 들음
- 의료사회복지사는 환자가 학교에 처음 들어갈 때와 그 후의 학교생활에 대한 반응을 알려고 함
- 동생의 출생에 대한 환자의 반응
- 형제관계의 성격

(3) 청년기

- 자존심을 세우고 걱정을 이기며, 화를 표현하는데 대한 적응기술을 알아내는 것이 목적
- 의료사회복지사는 사춘기에 나타나는 신체적 변화에 대한 환자의 반응을 알려고 함
- 여자인 경우에 유방의 발달에 대한 정서적 반응, 초경을 위한 반응, 포경에 대한 환경 및 반응, 계속해서 일어나는 월경의 주기에 대한 반응 형태 등을 알려 하고 남자인 경우에 몽정에 대한 준비 및 그에 대한 반응과 자연적인 발기에 대한 반응을 알려고 함
- 가족의 태도가 사회의 태도와 일치하는가, 어긋나는가?
- 부모는 환자의 필연적인 성적 호기심에 대한 반응에서 죄의식을 서서히 느끼도록 했는가?
- 청년기 동안의 성적인 생각에 대응해 죄의식을 서서히 느끼도록 했는가?
- 청년기 동안의 성적인 생각에 대한 망각은 성을 도덕적 입장에서 저주하는 부모의 태도에 의해 조장된 억압을 나타냄
- 수정에 의해 얼마나 많은 죄의식이 생겼는가?
- 환자는 성적인 정보를 어떤 환경에서 얻었는가?
- 어떤 상황에서 성적인 행동이 최초로 일어났으며 그 청년의 후의 감정적 반응을 무엇이었는가?
- 또한 청년이 그의 동료와 고립되어 있는가? 혹은 동료 사이에 잘 받아들여지는가?
- 그리고 어떤 집단에서 멤버십을 찾아서 자존심을 키웠는가? 타인에 대한 행동에서 영똥한 변화가 있었는가?

(4) 성인기

- 대학생활은 흔히 가정으로부터의 해방을 수반하며 많은 사람들에게 있어서 성인기의 출발이 되고 있음
- 환자가 고등학교로부터 직접 대학으로 진학하거나 직장을 갖게 되거나 군에 입대하거나 간에 그 개인의 역사는 자신의 욕구와 계획의 결과로써 행동했느냐 안 했느냐, 이에 대한 그의 반응은 어떠했느냐에 좌우
- 환자가 스스로 불안과 적대감을 느끼게 되었을까? 또는 이러한 감정을 거부하였을까?
- 이러한 감정이 과도한 또는 부당한 죄의식을 수반했는가?
- 그리고 이것이 과거와는 전혀 다른 변화를 나타내주는 것인가 하는 것들을 찾아내야 함
- 환자의 인간교육, 성적 경험, 연애 그리고 결혼 이런 모든 것들이 여기서 서술되어야만 함
- 면접자는 사회관계에 나타난 반복적인 양식 등에 주의를 해야 함
- 직업변경이 많았었다면 왜 그랬을까? 환자는 항상 그 가속요인을 자신 밖의 요인에 귀소시키고 있을까? 아니면 자신의 책임정도를 인정하고 있는가?
- 환자는 밀접한 대인관계를 발전시킬 수 있는가? 아니면 그의 대인관계는 항상 우발적인 것인가?
- 그는 교우관계를 유지하고 있는가? 아니면 그의 교우관계는 항상 단기적이며 변화하기 쉬운 것인가?
- 그가 다른 사람들을 사랑할 수 있는 능력의 증거가 있는가?
- 그는 여자친구, 아내, 혹은 자녀들에 대해 이기적인가?
- 그는 받기도 하고 주기도 하는가?
- 환자에 대한 기록에는 그가 성인으로 성장하면서 정서적 위기라든지 어려움이 기록되어야만 함

(5) 생활력

- 처음으로 배우자에게 끌리게 되었는가?
- 구애 중 어느 사람이 리드를 했는가?
- 어떠한 곤경에 부딪혔었는가?
- 양가 중 어느 쪽이 그들의 관계를 반대했는가?
- 반대했었다면 그 이유는?
- 이 부부는 어느 정도로 상대방의 결혼목표를 이해하고 있었는가?
- 그들은 교회관계와 같은 차이점이 가능한 그러한 부분을 논의할 수 있었는가? 자녀를 원하고 있었는가?
- 일상적인 부부생활의 패턴은 어떤 것인가?
- 배우자 두 사람이 다 성적 흥분을 느끼는가?
- 발기불능이나 불감증의 경험은 있는가?
- 유산한 적이 있는가?
- 환자는 임신할 때마다 또 출산 때마다 어떤 반응을 보였는가?
- 어떤 것이 계획했던 것이고 어떤 것은 그렇지 않았는가?
- 의도의 경험은 있는가?
- 남편이나 부인이 불임이라는 사실이 판명되었을 때 환자의 감정적 반응을 어떤 것이었는가?
- 그 부부는 어린이를 입양시켰는가?
- 그렇다면 어떻게 해서 그렇게 하게 되었는가?

5) 가족관계

- 이름, 연령, 직업, 경제적 및 사회적 지위, 결혼기록, 신체적 정서적 허약에 관한 이야기가 모두 기록되어야 함
- 환자의 어린 시절 중 그들 사이의 관계는 어떤 성질의 것이었는가?
- 또 현재 어떤가 등이 지적되어야 함
- 이혼이나 격리생활이 있었다면, 이에 대한 환자의 정신적 반응은 어떠했는가?
- 부모의 반응과 달랐는가?

2 | 가족역동성과 가족기능 사정

1) 가족의 공통적 기능

- 가족을 ‘2인 이상의 사람들이 출생, 결혼이나 입양을 토대로 함께 동거하는 사람들’로 규정할 수 있음
- 그리고 동거가족은 “서로 관련이 있든 없든, 한 주거단위에 거주하는 모든 사람들”로 규정했음
 - ① 아동의 양육과 사회화를 제공한다.
 - ② 가족성원에게 친밀성과 소속감을 제공한다.
 - ③ 합의한 성인들의 성적인 표현을 할 수 있도록 정서적으로 안정감을 느끼는 환경을 제공한다.

- ④ 가족성원이 휴식을 할 수 있는 사적인 공간을 갖도록 한다.
- ⑤ 가족성원에게 법적·사회적 정체성을 제공한다.
- ⑥ 경제단위로써 기여한다.
- ⑦ 상처 입기 쉽거나 스스로를 돌볼 수 없는 가족성원을 보호하고 돕는다.
- ⑧ 지역사회 자원이 필요한 가족성원에게 옹호자로서 돕는다.
- 가족형태는 편부모가족(즉, 아동과 1인의 친부모 혹은 입양부모, 위탁부모), 혼혈가족이나 의붓 부모가 있는 가족(즉, 2인의 결혼한 성인이 각자 이전의 결혼에서 출생한 자녀들을 데리고 합친 경우와 새로 부부가 된 그들에게서 새롭게 출생한 자녀들), 그리고 기능적 가족(즉, 2 또는 그 이상의 미혼과 관련 없는 성인들이 입양한 아동) 등이 있음
- 우리는 또한 조부모가 손주들의 양육에 대해 우선적인 책임을 지는 이차적 부모가족이 증가하고 있음을 봄

2) 가족기능 수행에 관한 정보

(1) 가족생태적 특징

- 가족 성원의식을 규정
 - 생물학적 가족의 성원들은 누구인가(예를 들면 친부모, 친자식)?
 - 누가 법적 가족의 성원이 되나(즉 결혼, 이혼, 법적 입양과 아동보호에 영향을 미치는 법원명령 등에 의해 구성되는 가족은 누구인가)?
 - 기능적 가족을 구성하는 것은 무엇인가(즉, 누가 동거가족의 일부이고, 누가 아동보호와 다른 일상생활 과제에 대한 책임을 지나)?
 - 누가 인식된 가족(즉, 생물학적 · 법적 유대에도 불구하고 가족에 소속된 사람으로 고려되는 가족성원들)에 속하는가?
 - 그리고 마지막으로 장기적인 헌신성을 나타내는 가족에 속하는 사람은 누구인가?
 - 즉 동거가족 구성이나 법적 규정의 변화에 관계없이 “나를 위해 그곳에 있는 사람”과 생애 전반에 걸친 충성과 의무에 대한 기대를 다하는 사람으로 규정되는 사람은 누구인가?
- 가족의 사실과 실제
 - 가족성원의 이름, 성과 연령은 무엇인가?
 - 가족성원의 다양한 발달단계, 즉 어린 아동, 십대, 그리고 노인이 출현하는 것에 따라 가족기능이 어떻게 영향을 받는가?
 - 가족기능은 가족생활주기와 어떻게 관련되는가?
 - 가족은 독특한 종교적, 윤리적 혹은 문화적 정체성을 갖추었는가?
 - 소득의 출처는 어디인가?
 - 이 직업의 요구사항이 가족 역할과 기능수행에 어떻게 영향을 미치는가?
 - 결혼이나 가족형성, 그리고 아동출산을 둘러싼 개인적 · 사회적 상황은 무엇인가?
 - 이혼, 휴가, 혹은 폭력의 역사가 있는가?
 - 가족성원의 신체적 혹은 정신적 질병, 장애나 중독으로 가족의 기능수행이 영향을 받는가?
- 가족의 지역사회기반
 - 가족이 생활하는 이웃과 지역사회에는 무엇이 있는가?
 - 생활함으로써 어떻게 영향을 받는가?

- 그곳은 살기에 안전한 곳인가?
- 적당하고 편리한 주택을 활용할 수 있는가?
- 직업을 얻기가 가능한가?
- 기본적인 공공시설과 이용 가능한 서비스, 예를 들면 경찰보호, 공중위생 서비스, 교통, 도서관이 있는가?
- 지역사회, 학교는 아동에게 필요한 교육 프로그램을 제공하는가?

(2) 가족구조의 특징

- 가족의 역할구조
 - 역할은 우리가 누구인가, 가족 내에서 다른 사람에게 어떻게 행동할 것인가를 규정짓는 사고와 행동패턴을 말함
 - 어떤 역할은 공통적인 일상생활 과제를 나타냄
 - 사회복지사는 그런 과제들이 가족성원 중 특정인에게 부여되는 이유를 결정하는 것이 중요
 - 가족 역할에 대한 귀여운 표현으로는 ‘말썽꾼’, ‘평화를 만드는 사람’, ‘물주’, ‘인기인’, ‘규율가’, ‘애물단지’, ‘고립가’, 그리고 ‘아버지의 작은 소녀’, 등이 포함됨
 - 전문가 문헌에서 흔히 희생양, 환자, 유아처럼 다루어지는 아동, 부모 역할하는 아동, 영웅, 마스코트, 미아, 구원자, 메시지를 전달하는 소년 등 가족역할에 대해 자주 언급되는 것을 볼 수 있음
- 가족기능
 - 경제단위(즉, 안전한 소득, 세금지불 등)로써 가족기능은 어떤가?
 - 일상생활 (예를 들면 요리, 청소, 세탁 등) 과제는 성공적으로 관리되고 있는가?
 - 가정은 휴식, 건강, 회복과 성원을 위한 사적인 공간을 제공하기에 충분한가?
 - 가족은 성원에게 정체성과 소속감을 제공하는가?
 - 가족은 양육, 사랑, 동반자 의식과 친밀성을 제공하는가?
 - 아동은 학교와 직업역할 성공에 필요한 준비를 갖추기 위해 격려와 지도를 받는가?
 - 가족은 아동에게 적절한 사회화의 경험을 제공해서, 그들이 성인기에 필요하게 될 대인관계 그리고 사회적 기술을 학습하도록 돕고 있는가?
- 가족의 내적 경계
 - 네 가지 하위체계로 구성됨
 - 즉 부부 하위체계, 부모 하위체, 부모, 자녀 하위체, 형제 하위체계
 - 건강한 가족에서는 이런 경계가 꽤 명확하고 사회규범과 조화됨
 - 경계가 불명확하고 약할 때 성원들은 가족성원들의 생활에 침입하고 과도하게 관여하게 됨
 - 그런 가족관계를 밀착 융합된 가족이라 함
- 가족의 분위기
 - 가족은 따뜻하고 서로 돌보는가?
 - 낙천적인가?
 - 염세적인가?
 - 외향적 분위기인가?
 - 우울한가?

- 즐거운 애정적 분위기인가?
- 화가 난 분위기인가?
- 통제적인가?
- 자발적인가?
- 가족성원들과 정서적 친밀성
 - 가족 내에서조차 다른 사람들과 계속 거리를 둠
 - 기능적인 가족에서 성원들을 그들이 내적인 사고와 감정의 많은 부분을 드러낼 수 있지만, 또한 편안한 사생활 보호를 유지할 수 있음
- 가족 성원의 개별성
 - 대인관계에 있어서 어려움의 공통적인 이유는 자신과 다른 존재로서 다른 사람을 받아들이는 능력이 결핍되었거나 다른 사람과 다른 존재로서 자신을 받아들일 수 없는 경우
 - 가족을 사정할 때, 가족 성원들이 차별성을 어떻게 다루는지 고려해야 함
 - 다른 사람을 무시한다.
 - ① 다른 사람의 개성을 무시하거나 억압함으로써 차별성을 다루려고 하는 것
 - ② 예를 들면 다른 사람의 결점을 찾아내기, 비난하기, 공격하기 등
 - 자신을 무시한다.
 - ① 자신의 개성을 억압함으로써 차별성을 다루는 것
 - ② 예를 들면 항상 동의하고 다른 사람에게 양보하고 자신을 조정시키며, 자신의 진실된 감정을 숨기는 것 등임
 - 이슈(issues)를 피한다.
 - ① 차이점을 드러내는 이슈를 부정하거나 억압함으로써 차별성을 다루려는 것
 - ② 예를 들면, ‘안전한’ 주제만 다루는 가족의사소통을 유지하는 것 등
 - 개방적이고 정직한 의사소통을 한다.
 - ① 차이점이 존재한다는 것을 인정하고 상호존중의 태도로 그것들을 논의하고 어떤 갈등이 발생하든지 해결하려는 노력을 통해 차별성을 다루는 것
- 가족체계의 적응성
 - 사회복지사는 각 성원이 자신의 사고와 감정, 희망과 기대, 의무, 재능, 정체감, 영적 특성, 대처전략과 자아방어, 독특한 정서적 욕구, 신체적 혹은 정신적 한계 등을 갖고 있음을 인식할 필요가 있음
 - 가족성원과 그 가족체계의 규범, 가치, 규칙이 좋은 적합성을 갖추었는지 아니면 잘못 부합되었는지를 고려하는 것이 유용함

(3) 가족의 과정

- 가족 내적인 변화
 - 변화에 대한 지지와 반대를 사정하기 위해서 사회복지사는 가족성원이 가상적으로 변화의 효과에 대해 생각하도록 요청할 필요가 있음
- 가족체계의 항상성
 - 가족은 가족 그 자체를 유지하고 가족 내 한 성원을 희생양으로 만듦으로써 체계를 보호하려고 함

- 가족의 의사소통
 - 가족성원들이 각자의 욕구에 적절히 반응하기 위해서 상대방의 욕구에 관심을 둔 의사소통이 되어야 함
 - 가족성원들은 다른 사람이 자기의 마음을 능숙하게 읽어주길 기대할 때, 문제가 발생함
- 가족의 의사소통 패턴
 - 가족 기능의 다양한 측면뿐만 아니라 문화와 윤리적인 측면도 가족 의사소통과 가족활동에 강한 영향을 미침
 - 누가 누구에게 말을 하는가?
 - 누가 처음에 말하는가?
 - 누가 이에 대해 반응하는가?
 - 누가 누구의 말을 주로 듣는가?
 - 누가 가장 말을 말하는가?
 - 누가 가장 적게 말하는가?
 - 누가 마지막에 말하는가?
 - 누가 누구 다음에 말하는가?
 - 한 사람에게 항상 메시지가 실제로 다른 사람을 향하는 경우가 있는가?
 - 메시지가 명확한가?
 - 말한 내용과 실제 의미하는 내용이 다른가?
 - 가족 의사소통은 존중, 개방성, 그리고 정직이나 회피, 부정, 이중적 메시지, 비난, 위협, 상처를 주는 농담, 방해, 혹은 저항적인 특징을 갖는가?
- 가족내 적응의 어려움
 - 어려움을 겪는 가족을 이해하기 위해서 사회복지사는 문제행동 이면의 것을 보고, 상당한 디스트레스와 비참함을 초래하는 상호작용에 성원들이 반복적으로 참여하는 이유를 파악하여 개입활동에 대한 가족 상호작용에 관한 두 가지 상호 관련된 주제는 많은 문제행동과 비문제 행동을 설명해 줌
 - 이런 행동이 어떻게 가족성원을 정서적으로 더 친밀하게 하는지 혹은 소속감을 느끼게 하는지?
 - 어떻게 이런 행동이 고립감과 독립심을 증진시키는가?
- 가족내 의사결정
 - 모든 가족은 의사결정의 패턴이나 스타일을 개발함
 - 어떤 가족은 모든 정원이 의사결정 과정에서 의견을 표명하고 참여할 수 있음
 - 또 다른 극단적인 가족의 경우는 한 성원이 모든 주요한 결정을 함
 - 어떤 실천가들은 모든 가족성원들을 만나고, 그들에게 과제(예를 들면 휴가나 가족야유회를 계획하기)를 수행하도록 요청하고 그들이 어떻게 결정을 내리는지를 관찰함으로써 가족의 의사결정 방식에 관해 학습함
 - 개인의 도덕기준, 종교적 신념, 선과 악에 대한 개념, 영적인 특성과 직접적으로 관련되는 의무, 충성, 공정성, 희생, 책임성 자격과 같은 이슈를 말함
 - 가족성원간의 많은 갈등은 도덕적, 윤리적 이슈를 둘러싸고 발생함
 - 경계, 규칙, 그리고 가족내 작용하는 역할은 주의 깊은 관찰을 한 후에만 추론될 수 있음
 - 어떤 가족성원들은 가족규칙을 정교화할 수 있지만, 대부분 이런 패턴은 아주 뿌리 깊게 박혔기 때문에 자연스럽게 정상적인 것처럼 보이며 문제가 제기되지 않음

1) 분석 연구에서의 사회적 지지망

- 사회적 지지이론은 개인에게 제공된 지지적 행동에 초점을 두고 있어 다차원적 지지기능이 개인의 안녕에 미치는 효과를 이해하는데 적합하며 특히 완충효과와 주효과에 관한 많은 연구결과가 축적되어 있음
- 사회적 지지망의 장점
 - ① 사회적 지지망은 사회적 지지의 배분에 관련된 유대를 사정하는데 편리함
 - ② 사회적 유대의 구조적 및 상호작용적 특성을 분석하는데 유용함
 - ③ 개인적 · 환경적 요인이 어떻게 사회적 지지망 또는 사회적 망에 영향을 미치는지를 밝혀줌
 - ④ 개인에게 이용가능한 잠재적 망자원을 규명하는데 유용
 - ⑤ 사회적 지지를 개인과 망구성원과의 교류적 맥락에서 이해할 수 있도록 함
- 사회적 지지와 비교해볼 때 사회적 지지망은 ① 지지적 유대 및 상호작용의 분석, ② 지지망에 대한 개인적 · 환경적 요인의 영향, ③ 개인이 이용가능하다고 인지하지 못한 잠재적 지지차원의 규명, ④ 개인과 망구성원간의 교류적 맥락에서의 사회적 지지에 대한 이해 등 망 접근법에 따른 여러 장점을 가짐
- 또한 사회적 지지망은 클라이언트가 사회적 지지망을 유지 · 발달시키는데 개인적 · 환경적 요인이 어떻게 작용하고 있는지, 클라이언트가 구성하고 있는 지지적 유대의 구조적 · 상호작용적 특성이 어떠한지, 클라이언트가 망 구성원과 어떻게 사회적 지지를 교류하고 있는지를 체계적으로 설명한다는 점에서 개입을 위한 이론적 기반으로서의 유용성이 매우 큼

2) 실천분야에서의 사회적 지지망

- 사회적 지지가 1차적 집단에 의해 제공된다고 보았던 카셀 (Cassel)과는 달리 카플란 (Caplan)은 사회적 지지체계에 가족과 친척과 같은 1차적 집단뿐 아니라 친구, 이웃, 상호부조집단, 지역사회 보호제공자까지 포함시켰음
- 그는 삶의 스트레스적 경험과 전환기에 있어 일가 친척을 포함하는 지지체계의 역할을 강조
- 그에 의하면 개인의 위기경험은 스트레스의 본질과 자아기능에 의해 영향을 받지만, 보다 중요한 것은 지지체계에 의해 제공되는 정서적 지지와 과업지향적 보조임
- 나아가서 그는 사회적 지지체계의 육성을 위한 전문가의 역할을 다음과 같이 제시
 - 전문가는 ① 유사한 삶의 경험하는 사람들을 위한 상호부조집단을 조직하도록 돕고, 기존의 집단에게 전문적 자문을 주는 역할, ② 지역사회 비공식적 지지망에서 핵심적 역할을 수행하는 보호제공자에게 자문을 주는 역할을 수행하게 됨
- 휘태커(Whittaker)는 사회적 지지망을 인간 서비스 분야, 특히 사회복지 서비스와 관련하여 전문적 서비스에 통합시키는 다음의 세 가지 전략을 제안하였음
 - 첫째, 전문적 도움전략은 부부상담, 정신분석적 치료, 놀이 치료와 같이 전통적인 접근법에 의해 서비스를 제공하며, 이에 따라 사회적 지지망 개입은 고려되지 않음

- 둘째, 혼합전략에는 세 가지 유형이 있으며, ① 전문적인 치료적 목적에서의 사회적 지지망 개입(예, 가족을 대상으로 한 망 치료), ② 전문적 도움을 보충 · 보완 · 향상시키는 수준에서의 사회적 지지망 개입(예, 지지집단 조직), ③ 사회적 지지망을 1차적 도움방법으로 활용하고 전문적 도움을 보조적 · 지지적 수단으로 하는 사회적 지지망 개입방법이 있음
- 셋째, 비공식적 도움전략은 전문적 개입없이 사회적 지지망을 유일한 도움방법으로 활용하는 방법
- 이상에 의하면 사회적 지지망은 실천분야에서 ① 비공식적 지지망, ② 비공식적 지지망과 전문적 개입에 의해 형성된 비공식적 지지망의 통합적 개념, 그리고 ③ 비공식적 지지망과 공식적 지지망의 통합적 개념으로 사용되어 왔음

3) 분석적 연구와 실천분야에서의 사회적 지지망의 연계

- 실천분야에서의 사회적 지지망은 개인적 차원뿐 아니라 집단, 지역사회, 전체사회를 대상으로 적용되었음
- 망 개념이 원래 개인뿐 아니라 집단간의 연계를 설명하기 위한 분석적 개념으로 출발하였음을 감안할 때, 실천분야에서 사회적 지지망 개념이 집단 및 지역사회에 적용되어 온 것은 당연함
- 이상 살펴본 바에 의하면, 사회적 지지망은 분석적 연구뿐 아니라 실천분야에서도 비공식적 지지망과 공식적 지지망을 모두 포괄하는 개념으로 사용되고 있음

4) 사회적 지지망

- 트레이시와 휘태커(Tracy & Whittaker)는 클라이언트의 사회적 지지자원을 사정하는 도구로서 사회적 지지망 지도(social network map)를 개발
- 이는 사회적 지지망에 초점을 두고 다차원적 지지기능을 보완



Tracy & Whittaker의 사회적 지지망 지도

- 첫째, 지지망 지도는 ① 가구(동거가족), ② 가족 및 친척, ③ 친구, ④ 직장 또는 학교 등에서 형성된 유대, ⑤ 클럽 · 조직체 · 종교집단을 통해 관계를 맺은 유대, ⑥ 이웃, 그리고 ⑦ 기관 또는 공식적 서비스 제공자의 7개 영역에서 지지망 구성원을 규명함
- 둘째, 지지망 구성원이 규명된 후 개인과 지지망 구성원들간의 관계에 관한 일련의 질문이 주어짐
- 여기에는 지지망 구성원이 개인에게 제공하는 사회적 지지(구체적 지지, 정서적 지지, 정보적 조언), 관계의 친밀정도, 접촉빈도, 관계 지속기간 등이 포함됨
- 사회적 지지망 지도는 ① 지지망 규모: 전체 망 구성원의 숫자, ② 영역규모: 7개 영역 각각의 구성원의 숫자 및 비율, ③ 정서적 · 구체적 · 정보적 지지의 이용가능성에 대한 인지: 각 지지유형을 ‘항상’ 제공한다고 규명된 지지망 구성원의 비율, ④ 비판성: 개인에게 ‘항상’ 비판적인 것으로 인지되는 지지망 구성원의 비율, ⑤ 친밀도: 매우 가깝게 인지되는 지지망의 비율, ⑥ 상호성: ‘쌍방향적 도움’ 관계에 있는 지지망의 비율, ⑦ 방향성: 클라이언트로부터 지지망 구성원에게로의 도움방향을 가진 지지망 구성원의 비율, 그리고 지지망 구성원으로부터 클라이언트에게 도움방향을 가진 구성원의 비율, ⑧ 안정성: 관계 지속기간, 그리고 ⑨ 접촉빈도; 서로 만나는 빈도에 관한 정보를 제공해 줌
- 사회적 지지망의 사정기법은 클라이언트 개인에게 적용될 수 있을 뿐 아니라 기관의 인테이크(intake) 과정에 도입될 수 있고 지역사회의 취약인구집단 이 가지는 욕구를 사정하는데 적용될 수도 있음

■ 학습정리

1. 현재의 병과 개인력 사정

- (1) 환자의 신상조사
 - 이름, 나이, 성, 인종적, 문화적 배경, 배우자의 상태 직업과 입원비 조달 방법, 또 환자의 가족상황
- (2) 중요 증상과 현재의 병력
 - 환자와의 면접, 보고서 작성
- (3) 개인의 경력
 - 유아기, 소년기, 청년기, 성년기 등으로 분리되어 기록, 생활력
- (4) 가족관계
 - 이름, 연령, 직업, 경제적 및 사회적 지위, 결혼기록, 신체적 정서적 허약 등
- (5) 정신상태조사
- (6) 신체조사
- (7) 정신역학의 소견
- (8) 진단, 예후 및 소견 등으로 구분할 수 있음

2. 가족역동성과 가족기능 사정

1) 가족의 공통적 기능

- 아동의 양육과 사회화를 제공함
- 가족성원에게 친밀성과 소속감을 제공함
- 합의한 성인들의 성적인 표현을 할 수 있도록 정서적으로 안정감을 느끼는 환경을 제공함
- 가족성원이 휴식을 할 수 있는 사적인 공간을 갖도록 함
- 가족성원에게 법적·사회적 정체성을 제공함
- 경제단위로써 기여함
- 상처 입기 쉽거나 스스로를 돌볼 수 없는 가족성원을 보호하고 도움
- 지역사회 자원이 필요한 가족성원에게 옹호자로서 도움

2) 가족기능 수행에 관한 정보

(1) 가족생태적 특징

- 가족 성원의식을 규정
- 가족의 사실과 실제
- 가족의 지역사회기반

(2) 가족구조의 특징

- 가족의 역할구조
- 가족기능
- 가족의 내적 경계
- 가족의 분위기
- 가족성원들과 정서적 친밀성
- 가족 성원의 개별성
- 가족체계의 적응성

(3) 가족의 과정

- 가족 내적인 변화
- 가족체계의 항상성
- 가족의 의사소통
- 가족의 의사소통 패턴
- 가족내 적응의 어려움
- 가족내 의사결정
- 가족의 의사결정

3. 사회지지망 사정

1) 분석 연구에서의 사회적 지지망

- 사회적 지지와 비교해볼 때 사회적 지지망은
 - 지지적 유대 및 상호작용의 분석
 - 지지망에 대한 개인적 · 환경적 요인의 영향
 - 개인이 이용가능하다고 인지하지 못한 잠재적 지지차원의 규명
 - 개인과 망구성원간의 교류적 맥락에서의 사회적 지지에 대한 이해 등 망 접근법에 따른 여러 장점을 가짐

2) 실천분야에서의 사회적 지지망

- 휘태커(Whittaker)는 사회적 지지망을 인간 서비스 분야, 특히 사회복지 서비스와 관련하여 전문적 서비스에 통합시키는 다음의 세 가지 전략을 제안하였음
- 첫째, 전문적 도움전략은 부부상담, 정신분석적 치료, 놀이 치료와 같이 전통적인 접근법에 의해 서비스를 제공하며, 이에 따라 사회적 지지망 개입은 고려되지 않음
- 둘째, 혼합전략에는 세 가지 유형이 있으며, ① 전문적인 치료적 목적에서의 사회적 지지망 개입(예, 가족을 대상으로 한 망 치료), ② 전문적 도움을 보충 · 보완 · 향상시키는 수준에서의 사회적 지지망 개입(예, 지지집단 조직), ③ 사회적 지지망을 1차적 도움방법으로 활용하고 전문적 도움을 보조적 · 지지적 수단으로 하는 사회적 지지망 개입방법이 있음
- 셋째, 비공식적 도움전략은 전문적 개입없이 사회적 지지망을 유일한 도움방법으로 활용함

9주차 2차시

의료사회사업의 과정

학습 목표

- 의뢰 및 접수 내용을 이해하고 설명할 수 있다.
- 초기 면접 및 사정 내용을 이해하고 설명할 수 있다.
- 계획수립 과정을 이해하고 응용할 수 있다.
- 실행 과정을 이해하고 작성할 수 있다.
- 평가 및 종결 과정을 이해하고 설명할 수 있다.

학습 내용

1. 의뢰 및 접수
2. 초기 면접 및 사정
3. 계획 수립
4. 실행
5. 평가 및 종결

1) 의료사회복지실천의 과정



2) 의뢰

- 의료사회복지사가 클라이언트를 의뢰받는 경로는 크게 세 가지로 구분할 수 있음

(1) 타 진료과로부터 협진의뢰(consultation request)

- 의료진이 치료를 수행하는 과정에서 요구되는 사회복지서비스를 의뢰하는 경우
- 치료 진행 중에 가족갈등이나 비협조 문제가 발생하거나 경제적 부담 등으로 인해 치료유지가 어려운 상황이 초래되었을 때, 이러한 문제를 해결하기 위해 치료가 수행되는 과정 중에 의뢰할 수도 있음 (예: 가족상담, 경제적 지원)
- 클라이언트가 치료과정을 잘 마쳤으나 질병의 결과 장애를 갖게 된 경우, 퇴원 이후 시설입소가 필요한 경우, 치료종결 이후 지속적인 지역사회 보호가 필요한 경우 등 퇴원준비나 퇴원 이후의 문제를 해결해야 하는 상황에서는 클라이언트의 퇴원을 앞둔 시점에서 의뢰할 수도 있음(예: 퇴원계획)
- 의료진에 의한 의뢰는 클라이언트의 심리사회적인 상황이나 상태에 따라 그 의뢰시점과 내용이 다양하기 때문에 의료사회복지사는 의료진들이 의료사회복지의 역할과 기능을 정확하게 이해하고, 협의 진료를 수행할 수 있도록 충분한 정보를 제공하고, 협력할 수 있는 시스템을 구축해야 함
- 최근 의료사회복지에 대한 의료인들의 인식이 향상되면서 협업을 요구하는 진료과가 점차 다양해지고 있는데, 협업이 요구되는 주요 진료과와 그 주요 의뢰 내용은 <표>와 같음

진료과	진료과별 주요 질병	질병으로 인한 의료사회복지 이슈	의료과의 주요 의뢰 내용
내과	당뇨, 고혈압, 심장병, 만성신부전 등 만성질환 및 성인병	부적절한 식이, 생활습관, 치료의 균형 대인관계, 직장유지 등 사회적 유지 치료과정의 의료비용, 치료동기 유지	입퇴원계획 입원시 치료 절차 및 의료비 등 입원 준비 설계 퇴원 후 외래 등 치료유지 지원 필요 시 퇴원 후 시설입소 등 기관 연계 심리사회적 사정 심리지원상담 경제지원 가족지원 위기상담 환자/가족교육 증상 및 치료방법 등에 대한 정보제공/교육 클라이언트나 가족이 활용할 수 있는 자원 정보 제공 집단프로그램 등
산부인과	불임, 난임, 인공수정 조기출산, 미숙아 지원 성폭력/성학대, 성매매 등	치료과정의 스트레스 법적 보호 및 대처 클라이언트 가족의 협조와 지지 등	
정형외과	교통사고 및 각종 사고로 인한 정형외과 수술 정형외과 질환으로 인해 장애를 갖게 된 경우	치료이후 후유증, 장애 여부, 흉터 등에 대한 수용과 적응 장기/피부이식의 경우 신청 및 집행절차 이해와 스트레스 해소 클라이언트의 치료, 재활 동기와 가족의 지지기능 유지 수술 재활 등 장기간 치료에 따른 심리적, 경제적 부담	
재활의학과	척추질환 교통사고 등 각종 사고, 수술 이후 재활 중인 환자들의 문제 등		
성형외과	성형수술, 화상		
일반외과	장기이식 등 각 수술		
신경외과	치매, 뇌졸중 등 뇌혈관 질환		
정신과	조현병, 우울증 등 주요 정신질환 알코올, 약물, 인터넷, 게임중독 등 중독질환 주의결핍력과잉행동장애, 자폐 등 발달장애 등	클라이언트와 가족의 질병이해, 수용, 치료동기 유지 증상 및 약물관리 사회복귀 및 재활 일상생활 등	
암센터	소아암, 말기암 등	질병수용 및 치료동기 유지 장기간 치료, 재활 의료비 및 심리적 어려움 대처 죽음 준비 및 유가족의 죽음 수용 및 애도	
응급의학과	교통사고, 자살 등 응급적인 질병이나 사고	클라이언트와 가족의 즉각적인 협조 및 위기대처 장애, 사망 등에 대한 수용, 애도 등 일상생활복귀 및 적응	

(2) 클라이언트 혹은 가족이 직접 의료사회복지사를 찾아 도움을 요청하는 경우

- 의료사회복지사는 이들이 도움을 요청한 욕구를 정확하게 파악한 후 이들의 욕구가 의료사회복지부서의 지원으로 해결 가능 여부를 판단하고 해당 진료과 혹은 기관과 협업하여 지원 활동을 수행

(3) 지역사회 기관에서 의뢰하는 경우

- 대부분 의료기관 이용 정보, 의료비 지원, 입원계획 등에 관한 것
- 의료사회복지사는 지역사회 기관에서 의뢰하는 내용에 대해 정확한 정보와 자문을 제공할 수 있으며, 자신이 속한 병원 및 부서에서 해결할 수 있는 문제인지 그 여부를 파악하여 지원 내용과 방법을 결정하도록 함

1) 준비 및 접수

(1) 의료사회복지사가 고려하여 준비해야 할 내용

- 의뢰서에 제시된 지원요청 목록을 확인함
- 혹은 클라이언트나 가족이 의뢰한 경우, 이들이 요구하는 주요 욕구가 무엇인지 확인함
- 클라이언트에 대한 의료기록 및 의뢰 시 제공된 각종 기록들을 점검함으로써 의뢰된 내용들에 대한 맥락을 파악함
- 의뢰된 클라이언트 욕구의 심각성, 위급성 등을 파악하도록 함
- 이때 클라이언트의 상태·욕구가 심각하고 위급한 경우 의료사회복지사는 관련 진료과 혹은 담당의료진에게 위기개입 혹은 위기지원에 대한 논의와 개입을 요청하고 협력함
- 클라이언트의 이슈가 의료사회복지사 자신에게 심리적 부담이 되는지, 혹은 충분히 감정이입하는데 용이한지 등 클라이언트와의 관계형성을 위한 사회복지사 자신의 상태를 점검하도록 함

2 | 초기 면접 및 사정

1) 초기면접

(1) 주요기능 1: 클라이언트의 주요 욕구 파악

- 초기면접과정에서 파악해야 하는 클라이언트의 주요 욕구
 - 주요 인적사항
 - 클라이언트의 주거, 경제 등 주요 생활환경
 - 성장배경 / 개인력
 - 가족력
 - 주요 병력 / 치료력
 - 정서적 상태
 - 클라이언트가 인지하고 있는 주요 욕구나 문제

(2) 주요기능 2: 클라이언트와 신뢰관계 및 협력관계 형성

- 의료사회복지사는 클라이언트와 그 가족들에게 의료사회복지사의 역할과 그들의 욕구에 어떤 도움을 제공하는 전문가인지를 설명함으로써 클라이언트가 의료사회복지서비스에 대한 신뢰감을 갖고 의료사회복지사와 협력할 수 있도록 도와야 함
- 이를 위해 의료사회복지사는 전문가로서의 기본자세, 적절한 인터뷰기술과 신뢰관계 형성을 위한 관계기술을 활용할 수 있어야 함
- 의료사회복지사의 기본 자세
 - 첫째, 질병으로 인해 생긴 클라이언트의 두려움, 걱정, 불안, 희망들을 명확하게 하고 공감적으로 반응함
 - 둘째, 클라이언트 욕구에 적절한 서비스를 제공함
 - 셋째, 클라이언트와 의료사회복지사 사이의 연령, 성별, 사회계층상 차이와 이러한 차이들이 초기면접에 미칠 수 있는 잠재적인 영향력에 주의하고 민감해야 함
 - 넷째, 환자의 상황, 외모, 예후 등에 의해 영향 받는 의료사회복지사 스스로의 주관적인 상대를 잘 조절할 수 있도록 해야 함
- 인터뷰 기술
 - 초기 인터뷰의 목적은 클라이언트를 지원하기 위해 의료사회복지사가 알아야 할 정보를 충분히 수집하는 데 있음
 - 인터뷰는 의료사회복지사와 클라이언트가 서로 정보를 교환하고, 관계를 형성하게 되는 상호작용과정이므로 의료사회복지사는 클라이언트의 신체적, 심리적 상태를 잘 고려하여 주의 깊은 경청과 공감을 해야 함
 - 다양하고 복잡한 심리상태에 대해서도 이를 충분히 표현하고 호소하도록 지지함으로써 클라이언트가 충분히 자신에 대한 정보를 제공할 수 있도록 함
- 신뢰관계 형성 기술
 - 첫째, 클라이언트를 보호하는 기술로서 반성적 경청, 거울기법 등이 이에 포함됨
 - 둘째, 의료사회복지사는 클라이언트가 생각하는 치료의 목표나 기대하는 치료결과가 어떤 것인지를 표현하도록 조직적인 소통을 이끌어내야 함
 - 셋째, 의료사회복지사는 클라이언트가 이해하고 공감할 수 있는 실질적이고 즉각적인 원조를 제시할 수 있어야 함

(3) 주요기능 3: 클라이언트의 치료 동기 향상

- 클라이언트의 치료동기 향상을 위해서는 먼저 클라이언트가 느끼고 있는 저항감, 양가감정, 불안 등을 충분히 표현함으로써 해소할 수 있도록 돕고, 치료 이후 현실적으로 기대할 수 있는 긍정적인 변화와 클라이언트 자신의 강점, 그리고 지역사회에서 클라이언트가 이용할 수 있는 지원체계에 대한 이해를 가짐으로써 자신이 직면한 건강상 문제와 이로 인해 파생할 수 있는 여러 경제적 및 관계적 어려움을 극복할 수 있다는 희망을 갖도록 함

2) 정보수집 및 사정

(1) 자료수집 방법

정보원	자료수집 방법
클라이언트	인터뷰, 상담 등을 통한 언어적, 비언어적 정보 병동 혹은 치료과정에서의 태도, 반응, 협조 정도 등에 관한 관찰 등 가정방문
가족원	인터뷰, 상담 등을 통한 언어적, 비언어적 정보 클라이언트를 지원하는 태도, 반응, 협조정도 치료자에게 협조하는 태도 등에 관한 관찰 가정방문
기록	타 진료부서의 의뢰서 타 기관 의뢰서 접수서류 기록 병원진료 및 병동에서의 의무기록 각종 신체, 심리 검사 기록 등
협력 전문가	클라이언트를 맡고 있는 주치의, 담당의, 담당간호사 등 치료자들과의 회진, 사례회의 등 지역사회 기관의 사례회의나 의료사회복지 관련 자료 등

(2) 사정 내용

- 의료사회복지실천을 위한 사정 내용으로 전미사회복지사협회(NASW, 2016)가 제시한 포괄적인 사정을 위한 항목
 - 행동 및 정신건강상태: 최근 생활기능 및 문제대처방법, 위기관리기술, 약물남용 등
 - 신체적, 인지적 기능
 - 사회적 역할 수행능력을 포함한 심리사회적-영적 안녕상태
 - 문화적 가치, 신념과 수행방식
 - 클라이언트 강점, 보호요인 그리고 탄력성
 - 고용, 교육, 직업력
 - 주거환경 관련하여 주기 안전성, 유지가능성 등
 - 가족상태, 가족구조 및 가족 구성원들의 역할
 - 언어사용능력
 - 건강, 재정, 행동건강 능력 수준
 - 클라이언트에 대한 학대, 방임, 물질적 착취의 위기수준과 이러한 학대의 숨은 원인들
 - 질병관리 계획이나 간병 책임 등에 대한 계획과 능력
 - 클라이언트의 자신 상황에 대한 더 나아져야 한다고 인식하는 부분
 - 질병관리에 방해가 되는 장애물 등

항목구분		사정 내용
환자 개인정보		<ul style="list-style-type: none"> 개인정보: 연령, 성별, 학력, 종교, 주거상황, 경제적 상태, 사회활동 정도, 의뢰사유 등 개인력: 발달단계별 과업 수행능력 및 성취수준 <ul style="list-style-type: none"> 환자의 질병, 사고 혹은 장애력 환자의 의료적 상태 기동능력 및 일상생활수행능력 신체적 상태 및 특징 <ul style="list-style-type: none"> 병 전후의 성격 질병 및 치료에 대한 수용정도, 반응, 태도, 동기 등 신체 이미지 변화에 따른 적응수준 회복이나 예후에 대한 환자의 기대수준 심리적 상태 및 특징 대인관계 유형
가족정보		<ul style="list-style-type: none"> 가족구성 및 환자의 가족 내 위치 가족 구성원 간 의사소통 방식과 관계 가족의 치료 협조 가능성 및 심리경제적인 지원수준
질병정보		<ul style="list-style-type: none"> 진단, 예후, 예상되는 후유증 질병으로 인한 장애, 사망 등 치명적인 결과 예측성 입원 및 치료 기간, 치료방법 의료진이 기대하는 치료 수준과 예후
강점 및 장애물	개인 차원	<ul style="list-style-type: none"> 질병, 증상, 치료에 대한 이해 및 수용력 치료진에 대한 협조수준과 치료의지 문제해결방식, 스트레스/위기대처능력 등 환자의 질병에 영향을 미칠 수 있는 가족, 주변 사람
	가족 차원	<ul style="list-style-type: none"> 환자의 질병에 대한 이해와 수용정도 환자 치료를 지원할 수 있는 경제적, 심리적 수준과 동기 환자 치료에 대한 협력과 기대 수준
	사회 문화 적 차원	<ul style="list-style-type: none"> 환자, 가족의 치료에 영향을 미치는 규범, 가치, 특정 질병에 대한 편견이나 잘못된 정보, 종교, 직업으로부터 영향 종교, 문화, 인종 등 사회문화적인 특징 지역사회 내 환자를 지원할 수 있는 정책, 서비스, 자원수준
전문가의 의견		<ul style="list-style-type: none"> 위 사정내용과 의료진의 진단, 치료계획을 반영한 전반적인 종합의견

1) 목표수립

- 목표수립은 의료사회복지사와 클라이언트가 함께 협력해야 하는 이유와 목적을 합의해가는 과정
 - 첫째, 사정된 내용을 근거로 하여 클라이언트가 변화하거나 치료 이후 희망하는 내용과 관련이 있어야 하고,
 - 둘째, 클라이언트가 충분히 목표의 내용을 이해하고 목표달성을 위해 협력할 수 있도록 명확하고 구체적이어야 함
 - 셋째, 목표는 현실적으로 달성 가능하게 수립해야 하며,
 - 넷째, 목표는 사정단계에서 사정된 욕구의 우선순위와 동일한 우선순위에 따라 설정하도록 함

[클라이언트와 함께 계획 수립하기]

1	클라이언트 및 가족과 함께 협력하기	<ul style="list-style-type: none"> • 모든 계획수립 및 개입과정에 클라이언트와 가족을 참여하여 함께 의논하고 함께 계획을 세우는 것이 중요함 • 클라이언트의 협력은 클라이언트가 치료과정에 자발적인 동기와 참여를 하는데 도움이 됨
2	욕구 우선순위 정하기	<ul style="list-style-type: none"> • 질병, 장애, 그리고 치료과정에서 초래되는 다양한 심리사회경제적 문제들 중에 어떤 문제를 우선적으로 다룰 것인가를 결정하는 것 • 우선순위를 정할 때 고려해야 할 사항 <ul style="list-style-type: none"> - 클라이언트와 함께 정하기 - 클라이언트가 그 문제를 인지하고 해결해야 한다고 동의한 사안이어야 함 - 문제는 누구나 이해할 수 있는 쉽고 명료한 용어로 분명하게 정의되어야 함 - 의료사회복지사와 클라이언트가 함께 무엇을 할 수 있고, 현실적으로 해결가능한 내용을 선정해야 함
3	문제를 욕구로 전환하기	<ul style="list-style-type: none"> • 이 과정은 무엇이 잘못되어 있는가에 대한 문제를 어떻게 수정하고 변화시켜나가야 할 것인가에 초점을 맞추어 욕구로 전환하는 단계
4	목표 수립하기	<ul style="list-style-type: none"> • 목표는 개입의 방향을 결정하는 만큼, 구체적이고, 분명하게 설정함 • 목표는 육하원칙에 맞게 '누가, 언제, 어디서, 무엇을, 어떻게, 할 것인가'를 명확하게 제시하도록 함
5	계획수립과 개입수준 평가하기	<ul style="list-style-type: none"> • 사회복지사는 클라이언트의 문제 상황에 대해 미시적, 중범위적, 거시적 수준에서 목표달성을 위해 어떤 전략들이 가능한지 평가하고 확인하도록 함 • 각 계획내용은 각각의 목표와 논리적으로 연결되어 있어야 하며, 수행 가능한 수준에서 결정해야 함 • 계획수립 시 클라이언트의 문제에 초점을 두기보다는 강점을 강조하고 반영하도록 함

- 수립된 목표는 반드시 클라이언트와 합의된 내용이어야 하며, 문서로 기록하여 의료사회복지사와 클라이언트가 함께 공유함으로써 상호 간 협력과 동일한 목표를 위해 노력을 지속할 수 있도록 해야 함

2) 계획수립

- 첫째, 클라이언트의 주요 욕구와 의료진의 의뢰 내용을 반영한 내용으로 계획을 구체화함
- 둘째, 클라이언트와 함께 설정한 목표를 우선순위에 따라 목표 개별적인 내용마다 각각 성취할 수 있는 명확한 수행전략을 세움
- 셋째, 의료사회복지부서를 통해 제공되거나 연계될 서비스와 사회적 지원의 역할 및 책임성을 명확하게 제시함
- 넷째, 개입계획 시에는 반드시 서비스 연계 및 제공해야 할 시간계획을 설정하여 각각 의료복지 지원이 언제부터 언제까지 이루어져야 하는지 구체적으로 계획함
- 다섯째, 의료사회복지사 혹은 관리 팀이 계획을 점검, 평가할 수 있도록 성과목표 지표들을 명확하게 함

4

실행

1) 실행 원칙

- 첫째, 클라이언트의 대처 노력에 대한 인센티브와 보상 제공을 통해 이들의 양가감정과 저항감을 다루도록 함
 - 클라이언트 가족 등 환경체계가 클라이언트 대처노력에 보상을 제공할 수 있도록 영향을 끼치도록 함
- 둘째, 클라이언트가 질병이나 장애, 다른 스트레스 요인으로 인해 발생된 욕구를 다루는 문제해결활동을 해야 하는 경우 사회복지사는 클라이언트가 적절하게 대처할 수 있도록 대처기술에 대한 교육과 지도를 제공해야 함
 - 클라이언트의 노력이 지속될 수 있도록 주변 환경에도 클라이언트가 실행해야 할 대처에 대해 동일하게 이해하고 격려할 수 있는 방법을 지도하고 격려함
- 셋째, 클라이언트가 질병, 치료과정에서 고통스러운 감정을 관리하고 자존감을 유지할 수 있도록 사회복지사는 정서적 지지를 제공하고, 회복, 장애관리 방법 등을 알려주는 동시에 클라이언트가 의존적인 태도를 갖지 않도록 건강한 지지체계를 제공하도록 함
- 넷째, 클라이언트의 자율성 유지를 위해 사회복지사는 촉진자로서 클라이언트에게 필요한 정보와 공간, 시간 등을 제공함으로써 클라이언트가 스스로 결정하고 행동할 수 있는 기회를 제공하도록 함

2) 주요 실행 내용

[실행단계에서 의료사회복지사의 주요 과업]

구분	저매인(1984)	한인영 외(2000)	이광재(2005)
과업	<ul style="list-style-type: none"> • 치료 결과 및 자기 미래에 대한 희망적 태도 유지 • 환경적 장애물 극복을 위한 대처노력 유지 • 질병이나 질병으로 인한 생활환경 변화로 인해 초래되는 문제에서 파생되는 욕구에 집중하기 • 클라이언트의 욕구, 목표, 해결해야 할 과업에 대한 대처방식을 적절하게 변화 시키기 등 	<ul style="list-style-type: none"> • 클라이언트에게 동기부여 • 상담, 교육 • 사례관리 • 자원연결 • 중재, 조력, 촉진 • 위기개입 	<ul style="list-style-type: none"> • 동기부여와 자원연결 • 교육과 중재 • 조력 • 촉진과 옹호

- 존슨(Johnson, 1992)은 의료사회복지사의 활동으로 다음과 같은 주요 과업을 제시
 - 첫째, 클라이언트가 치료자 및 가족과의 관계 등 사회적 관계가 발전하도록 도움
 - 둘째, 의료사회복지사는 '상황 속의 인간에 대한 이해'라는 사회복지 고유의 모델을 발전시키도록 해야 함
 - 셋째, 모든 개입계획과정 중에 클라이언트가 참여하도록 독려하고 지원해야 함
 - 넷째, 자원의 유용성을 환자가 알도록 하고, 자신의 필요에 따라 이 자원을 적절하게 이용할 수 있도록 함
 - 다섯째, 클라이언트를 역량 강화하도록 함
 - 여섯째, 클라이언트의 위기상황에서 클라이언트 스스로가 이에 관여함으로써 극복하도록 함
 - 일곱째, 문제해결 과정에 있어서 클라이언트와 함께 하는 전략을 세움
 - 여덟째, 클라이언트와 환경체계 사이에 중재적 역할을 수행함
- 이러한 과업을 수행하기 위해 의료사회복지사는 클라이언트의 상황과 상태에 따라 상담자, 교육자, 촉진자, 옹호자, 중재자 및 사례관리자 등과 같은 다양한 역할을 수행할 수 있어야 한다.

5 | 평가 및 종결

- 종결단계에서 의료사회복지사의 역할은 종결을 위한 평가를 실시하고, 그 평가 결과에 따라 완전종결을 하거나 혹은 퇴원 이후 사후관리 여부를 결정하여 클라이언트와 이에 대한 논의를 해야 함

- 종결을 위한 평가의 주요 내용에는 클라이언트와 함께 서비스제공 과정을 통해 수립한 목표가 달성되었는지, 클라이언트와 그 가족에게 어떤 변화가 있었는지를 평가하는 것이 포함됨
- 또한 종결 이후 클라이언트가 독립적인 자기관리 및 일상생활기능 수행이 가능한지와 가족으로부터 필요한 보호와 지원을 제공받을 수 있는지에 대한 평가도 아울러 수행해야 하는데, 이는 종결 이후 타 기관으로의 전원이나 의뢰, 그리고 사후관리 서비스를 제공하는 것과 직결되는 과정
- 타 기관으로의 전원을 위해 사례를 종결해야 하는 경우 의료사회복지사는 클라이언트에게 타 기관에 대한 정보를 제공하고 전원 사유, 그리고 전원과정에서 클라이언트가 느끼고 있는 두려움이나 불편감, 염려 등을 다뤄줌으로써 클라이언트의 전원이 원활하게 이루어질 수 있도록 지원해야 함
- 한편 클라이언트의 사망으로 인해 종결이 이루어질 경우에는 유가족의 상실감을 다룸으로써 유가족이 건강한 애도를 할 수 있도록 지원하고, 클라이언트 사망 이후 유가족이 대처해야 할 장례절차나 유가족의 상황(예: 배우자 사망에 의한 한부모가족 생활)에 따라 필요한 정보를 제공해야 함

■ 학습정리

1. 의뢰 및 접수

1) 의뢰

- 타 진료과로부터 협진요청
- 클라이언트 혹은 가족이 직접 의료사회복지사를 찾아 도움을 요청하는 경우
- 지역사회 기관에서 의뢰하는 경우

2) 준비 및 접수

- 의료사회복지사가 고려하여 준비해야 할 내용
- 의뢰서에 제시된 지원요청 목록을 확인한다.
- 클라이언트에 대한 의료기록 및 의뢰 시 제공된 각종 기록들을 점검함으로써 의뢰된 내용들에 대한 맥락을 파악한다.
- 의뢰된 클라이언트 욕구의 심각성, 위급성 등을 파악하도록 한다.
- 이때 클라이언트의 상태·욕구가 심각하고 위급한 경우 의료사회복지사는 관련 진료과 혹은 담당의료진에게 위기개입 혹은 위기지원에 위한 논의와 개입을 요청하고 협력한다.
- 클라이언트의 이슈가 의료사회복지사 자신에게 심리적 부담이 되는지, 혹은 충분히 감정이입하는 데 용이한지 등 클라이언트와의 관계형성을 위한 사회복지사 자신의 상태를 점검하도록 한다.

2. 초기면접 및 사정

1) 초기면접

(1) 주요기능 1: 클라이언트의 주요 욕구 파악

- 주요 인적사항
- 클라이언트의 주거, 경제 등 주요 생활환경
- 성장배경 / 개인력
- 가족력
- 주요 병력 / 치료력
- 정서적 상태
- 클라이언트가 인지하고 있는 주요 욕구나 문제

(2) 주요기능 2: 클라이언트와 신뢰관계 및 협력관계 형성

- ① 의료사회복지사의 기본 자세
- ② 인터뷰 기술
- ③ 신뢰관계 형성 기술

(3) 주요기능 3: 클라이언트의 치료 동기 향상

2) 정보수집 및 사정

(1) 자료수집 방법

- ① 정보원 1: 클라이언트
- ② 정보원 2: 가족원
- ③ 정보원 3: 기록
- ④ 정보원 4: 협력전문가

(2) 사정 내용

- 행동 및 정신건강상태: 최근 생활기능 및 문제대처방법, 위기관리기술, 약물남용 등
- 신체적, 인지적 기능
- 사회적 역할 수행능력을 포함한 심리사회적-영적 안녕상태
- 문화적 가치, 신념과 수행방식
- 클라이언트 강점, 보호요인 그리고 탄력성
- 고용, 교육, 직업력
- 주거환경 관련하여 주기 안전성, 유지가능성 등
- 가족상태, 가족구조 및 가족 구성원들의 역할
- 언어사용능력
- 건강, 재정, 행동건강 능력 수준
- 클라이언트에 대한 학대, 방임, 물질적 착취의 위기수준과 이러한 학대의 숨은 원인들
- 질병관리 계획이나 간병 책임 등에 대한 계획과 능력
- 클라이언트의 자신 상황에 대한 더 나아져야 한다고 인식하는 부분
- 질병관리에 방해가 되는 장애물 등

3. 계획 수립(planning)

1) 목표수립

- 사정된 내용을 근거로 하여 클라이언트가 변화하거나 치료 이후 희망하는 내용과 관련이 있어야 함
- 클라이언트가 충분히 목표의 내용을 이해하고 목표달성을 위해 협력할 수 있도록 명확하고 구체적이어야 함
- 목표는 현실적으로 달성 가능하게 수립해야 함
- 목표는 사정단계에서 사정된 욕구의 우선순위와 동일한 우선순위에 따라 설정하도록 함

2) 계획수립

- 클라이언트의 주요 욕구와 의료진의 의뢰 내용을 반영한 내용으로 계획을 구체화함
- 클라이언트와 함께 설정한 목표를 우선순위에 따라 목표 개별적인 내용마다 각각 성취할 수 있는 명확한 수행전략을 세움
- 의료사회복지부서를 통해 제공되거나 연계될 서비스와 사회적 지원의 역할 및 책임성을 명확하게 제시함
- 개입계획 시에는 반드시 서비스 연계 및 제공해야 할 시간계획을 설정하여 각각 의료복지 지원이 언제부터 언제까지 이루어져야 하는지 구체적으로 계획함
- 의료사회복지사 혹은 관리 팀이 계획을 점검, 평가할 수 있도록 성과목표 지표들을 명확하게 함

4. 실행

1) 실행 원칙

- 클라이언트의 대처 노력에 대한 인센티브와 보상 제공을 통해 이들의 양가감정과 저항감을 다루도록 함
- 클라이언트가 질병이나 장애, 다른 스트레스 요인으로 인해 발생된 욕구를 다루는 문제해결 활동을 해야 하는 경우 사회복지사는 클라이언트가 적절하게 대처할 수 있도록 대처기술에 대한 교육과 지도를 제공해야 함
- 클라이언트가 질병, 치료과정에서 고통스러운 감정을 관리하고 자존감을 유지할 수 있도록 사회복지사는 정서적 지지를 제공하고, 회복, 장애관리 방법 등을 알려주는 동시에 클라이언트가 의존적인 태도를 갖지 않도록 건강한 지지체계를 제공하도록 함
- 클라이언트의 자율성 유지를 위해 사회복지사는 촉진자로서 클라이언트에게 필요한 정보와 공간, 시간 등을 제공함으로써 클라이언트가 스스로 결정하고 행동할 수 있는 기회를 제공하도록 함

2) 주요 실행 내용

- 저매인(1984)
- 치료 결과 및 자기 미래에 대한 희망적 태도 유지
- 환경적 장애물 극복을 위한 대처노력 유지
- 질병이나 질병으로 인한 생활환경 변화로 인해 초래되는 문제에서 파생되는 욕구에 집중하기
- 클라이언트의 욕구, 목표, 해결해야 할 과업에 대한 대처방식을 적절하게 변화시키기 등

5. 평가 및 종결

- 클라이언트와 함께 서비스제공 과정을 통해 수립한 목표가 달성되었는지, 클라이언트와 그 가족에게 어떤 변화가 있었는지를 평가하는 것이 포함됨
- 타 기관으로의 전원을 위해 사례를 종결해야 하는 경우 의료사회복지사는 클라이언트에게 타 기관에 대한 정보를 제공하고 전원 사유, 그리고 전원과정에서 클라이언트가 느끼고 있는 두려움이나 불편감, 염려 등을 다뤄줌으로써 클라이언트의 전원이 원활하게 이루어질 수 있도록 지원해야 함
- 클라이언트의 사망으로 인해 종결이 이루어질 경우에는 유가족의 상실감을 다룸으로써 유가족이 건강한 애도를 할 수 있도록 지원하고, 클라이언트 사망 이후 유가족이 대처해야 할 장례절차나 유가족의 상황(예: 배우자 사망에 의한 한부모가족 생활)에 따라 필요한 정보를 제공해야 함

10주차 1차시

의료사회사업의 기록

학습 목표

- 의료현장에서 의무기록에 대한 내용을 이해할 수 있다.
- 의료사회사업 기록을 이해하고 설명할 수 있다.
- 의료사회사업 기록의 종류 및 그에 따른 작성방법을 이해하고 작성할 수 있다.
- 의료현장에서 최근 기록의 경향을 이해하고 설명할 수 있다.

학습 내용

1. 기록의 목적과 중요성
2. 기록의 구성
3. 기록의 유형
4. 의무기록의 이해

1) 사회복지 기록의 목적

- 기록은 다양한 용도로 활용되고 있으나 1차적인 목적은 책임성에 있음
- 즉 사회복지사는 기관, 클라이언트, 지역사회에 대해 윤리적·법적 책임성을 가지고 자신이 전달하는 서비스를 기록하고 설명하고 평가해야 함
 - ① 클라이언트의 욕구 확인과 개입의 기초 자료 습득
 - ② 해당기관의 서비스 수급 자격을 입증할 문서로 활용
 - ③ 서비스 내용의 보고
 - ④ 전문가 사이의 공조 체제 유지(전문가 간의 의사소통 및 정보 공유)
 - ⑤ 사례의 지속성 보장(사회복지사의 교체에 대비)
 - ⑥ 전문가 간 의사소통의 도구, 의사소통 촉진
 - ⑦ 지도·감독, 자문, 동료 검토의 원활화
 - ⑧ 서비스 과정과 효과의 점검(서비스의 효율성, 효과성, 질 평가에 사용)
 - ⑨ 학생과 다른 전문가들에 대한 교육(교육훈련의 자료로 사용)
 - ⑩ 행정적 과업을 위한 자료 제공(서비스의 유형, 직무관리, 직업의 직무수행, 자원의 분배를 위한 정보제공)
 - ⑪ 연구조사 및 통계를 위한 자료 제공
 - ⑫ 전달된 서비스에 대한 비용 청구와 프로그램 실시를 위한 재원 확보에 사용
 - ⑬ 사회복지사의 책무성 확인(사회사업실천에 대한 전문성 평가 및 법적 근거 마련)
 - ⑭ 클라이언트와 기록 공유

2) 의료사회복지실천 현장에서의 기록의 중요성

(1) 의료사회복지실천 활동의 내용과 방향 이해

- 의료사회복지사가 활동한 내용을 개입 초기부터 종결시까지 빠짐없이 기록함으로써, 사회복지사가 제공한 서비스의 종류와 개입 내용과 방향을 이해할 수 있으며, 이를 통해 의료사회복지실천의 실체를 확인할 수 있음
- 또한 이 과정을 통하여 의료사회복지실천의 개입 정당성을 확보하고, 외부의 재원 획득에 근거로 사용하며, 법적 분쟁에 발생할 경우 이에 대처할 수 있는 근거가 됨

(2) 효과적인 서비스 제공과 질적인 서비스 제공의 근거

- 사회복지사들은 자신이 제공한 서비스의 내용과 그 근거를 체계적으로 기술함으로써, 자신이 사용하고 있는 이론적 지식과 기술, 기법 등에 대하여 반성적으로 고찰하게 됨
- 체계적인 기록 과정을 통하여 자신이 제공하는 서비스의 내용을 구조화, 초점화하게 되며, 자신이 제공한 서비스가 기록에 남게 되는 것을 인지하게 되면, 질적인 서비스 제공의 기회가 됨

(3) 사례의 지속성 유지

- 사례에 개입하기 전 기록을 살핍으로써 지금까지의 진행사항을 확인할 수 있고, 개입 결과를 기록하는 과정에서 사례의 연속성과 지속성을 확보하게 함
- 일정 시간이 지나 클라이언트가 다시 찾아오더라도 사례의 기록 확인을 통하여 개입 수준을 유지하고 연장선상에서 추가적인 서비스나 개입 목표에 따른 서비스 제공을 가능케 함으로써 제공되는 서비스의 동질성을 확보하도록 하는 데 있음

(4) 의사소통의 근거

- 기록을 통하여 다양한 전문직 간의 의사소통이 가능함
- 병원의 정책에 따라 공유되는 기록의 정도가 다를 수 있지만 사회복지사의 과정 기록 자체도 의무기록에 삽입되는 경우 사회복지사의 개입 기록은 클라이언트를 전인적으로 이해하고자 하는 다른 전문직들에게 심리·사회적 정보를 제공하는 근거가 되며, 직접 만나지 않고도 효과적인 의사소통의 통로가 될 수 있음

(5) 교육훈련의 자료로 사용

- 기록은 학생이나 슈퍼바이저들에게 슈퍼비전의 근거로 활용됨
- 의료사회복지실천현장의 특성상 모든 업무와 상황의 관찰이 불가능한 상황이므로 기록을 통하여, 학생이나 슈퍼바이저의 부족한 부분을 지적하고 개선하는데 중요하게 활용됨
- 이러한 기능을 수행하기 위해서는 기록의 내용이 충실해야 하며, 특히 과정 기록을 잘 활용해야 함

(6) 조사와 평가의 근거자료

- 개별 사례의 목표 달성 여부를 평가할 수 있는 근거가 될 뿐 아니라 내용 분석의 원 재료가 되며, 모집단과 표본 추출의 근거로 활용될 수 있음
- 또한 행정적인 목적으로도 활용될 수 있음
- 사회복지사들은 체계적인 기록을 통하여 자신들이 제공하는 서비스의 질을 담보하고 평가의 근거가 될 수 있도록 해야 함

2 기록의 구성

1) 기록에 포함되어야 할 내용

(1) 일반적으로 포함되어야 할 내용(Kagle, 1997)

- 클라이언트의 인구사회학적 특성
- 서비스 제공 사유
- 클라이언트의 현재 및 과거의 문제나 욕구
- 사회복지사의 소견과 사정
- 서비스의 목적

- 서비스의 계획
- 제공된 서비스의 특성
- 서비스 종결 방법과 사유
- 서비스 활동과 결과에 대한 요약
- 사후지도

(2) 사회력

- 클라이언트의 문제나 욕구를 역사적 · 생태학적인 맥락에서 이해하기 위해 클라이언트와 상황에 관한 현재 및 과거에 대한 정보를 포함함
- 사회력에 공통으로 포함되는 정보
 - 가족력 : 클라이언트의 가족 배경과 현재 가족의 구성
 - 신체적 기능, 건강상태, 장애, 영양, 의료 상태
 - 심리적 · 정서적 기능
 - 종교와 영성
 - 대인 사회적 관계, 중요한 타자와의 관계
 - 고용, 소득, 작업 환경, 기술
 - 강점, 대처방식, 문제해결 능력
 - 주택, 지역사회, 이웃, 교통수단
 - 현재와 최근의 지역사회와 전문적 서비스 이용

2) 의료사회복지실천 기록의 구성 요소

(1) 의뢰경위 및 의뢰자

- 의뢰자, 의뢰한 기관, 의뢰 사유, 면담 목적, 상담 등록일 등

(2) 일반적 정보

- 의료적 상태 및 정보
- 환자의 개인력 : 이름, 나이, 직업, 결혼관계, 종교, 학력, 취미
- 가족력 : 가족의 구성, 가계도, 가족의 역동성
- 환자의 사회력
- 환자의 심리 상태 : 스트레스 대응 능력, 현재 주요 스트레스, 발병(입원) 전후의 심리상태의 변화
- 환자의 경제력 : 가계 내 주요 수입원, 진료비 발생 정도

(3) 문제

- 의료 문제 : 진단명, 예후, 치료 과정
- 심리 · 사회적 문제 : 의료진이 제시하는 문제, 환자와 그 가족이 인식한 문제, 사회복지사의 전문적 사정에 따른 환자 및 가족의 심리 · 사회적 문제

(4) 사회사업 사정 및 개입 목표, 개입 계획

(5) 사회복지사의 상담 과정 및 개입 활동

- 환자와 가족과의 상담 내용
- 의료진 및 지역사회 기관과의 팀워크 내용
- 의무 기록을 검토한 내용

(6) 사후지도 내용

- 외래 진료 과정에서의 사후지도
- 서신, 전화, 가정방문을 통한 사후지도

(7) 의뢰 기록 또는 퇴원 기록

(8) 종결 기록

3 기록의 유형

1) 문제중심 기록

- 문제 지향식 기록법이라고도 하는 기록방식으로, 의료나 정신보건 분야와 같은 다학문적 접근을 하는 세팅에서 사용하는 기록 방식
- 1950년대 말 미국의 의사인 Weed가 고안한 방법으로 병원에서 의무 기록을 표준화하고 수행 정도를 검토하기 위해 개발되었음
- 문제중심 기록은 현재 제시되고 있는 문제를 중심으로 구성되며, 문제 영역을 규명하고, 사정하고, 각 문제에 대하여 무엇을 할 것인지에 대한 계획을 기록하는 것
- 이 기록의 주요 목표는 문서화뿐 아니라 정보 교환임

♣ 문제중심 기록의 4가지 요소

(1) 기본적인 자료 : 접수 과정 또는 개입 기간 동안 수집된 정보로 구성되며, 클라이언트의 문제 목록을 작성하기 위한 기본 자료

- 클라이언트가 제시하는 문제
- 클라이언트의 임상에 대한 서술
- 심리·사회적 정보
- 현재 질병 및 과거력
- 주변 환경에 대한 검토
- 신체검사 및 각종 검사 결과 보고 등

(2) 문제 목록

- 개입해야 할 문제들을 기록하는 것: 문제 목록에는 번호가 부여되고, 새로운 문제가 규명되면, 문제 목록에 추가됨
- 사례 계획과 개입의 초점을 제공하고 책무성을 위한 문서가 됨

(3) 초기 개입 계획

(4) 계획의 수행에 따른 활동 과정의 기록: SOAP방식으로 기록

S	subjective information (주관적 정보)	환자 또는 보호자들이 제공하는 주관적 정보로서, 현재의 불편과 증상, 가족력, 사회력, 과거력 등이 포함
O	objective information (객관적 정보)	의료진이 새로 얻은 객관적 소견 또는 검사 소견으로서 육체적 기능상태, 심리적 자료, 검사자료 등이 포함
A	assessment (사정)	의료진의 판단, 진단 혹은 예후에 대한 전망으로서 진단, 현재의 문제 상황이 여기에 포함
P	plan (계획)	앞으로의 진단을 위한 계획, 치료지침, 환자에 대한 교육 및 추후 관리 계획 등이 포함

♣ 문제중심 기록의 장·단점

(1) 장점

- 여러 전문직 간의 의사소통을 촉진하여 서로의 공조를 원활하게 함
- 목록화된 문제에 초점을 맞추어 상황을 진행함으로써 책무성을 향상시킴
- 간결한 기록과 통일된 형식으로 인해 질 높은 기록 검토를 할 수 있음

(2) 단점

- 클라이언트의 욕구, 자원, 강점보다는 문제를 강조함으로써 사회복지실천의 관심의 폭을 제한시킴
- 개인과 환경의 상호작용보다는 개인을 강조함으로써, 관련현상의 복잡성을 단순화시킬 우려가 있음
- 부분화를 강조함으로써 통합적인 서비스 전달의 복잡성을 간과하게 됨

2) 이야기체 요약 기록

♣ 내용

- 이야기체 기록은 사회복지사가 클라이언트 및 그 상황이나 서비스에 대하여 이야기를 풀어 가듯이 서술체로 기록하는 방법
- 사회복지사의 말이나 느낌보다는 클라이언트 및 상황, 그리고 서비스 교류에 초점이 맞추어짐
- 면담의 대화 내용을 있는 그대로 기술하는 것이 아니라 면담의 내용이 요약되어 서술됨
- 간결하며, 초점이 분명한 이야기체 기록은 특히 사회력이나 사정과 같은 특정 내용 요소를 문서화하는데 효과적
- 모든 사항을 다 기록하는 것이 아니라 관련되지 않은 세부적 사항은 제외되며, 관련되는 사항을 다 기록하지 않고 중요한 정보만을 기록함

♣ 요약기록의 장·단점

(1) 장점

- 짧고 쉽게 이용할 수 있음
- 중요한 정보를 일목요연하게 요약하므로, 장기간 클라이언트를 접촉하거나 사회복지사가 바뀔 경우에도 사례의 일관성, 지속성 유지가 가능함
- 중요하다고 간주되는 모든 것을 기록할 수 있는 융통성과 포괄성이 있음

(2) 단점

- 사회복지사와 클라이언트와의 상호작용의 질을 파악하기 어려움
- 사회복지사의 능력에 따라 중요한 정보가 누락될 수 있음
- 실제 제공된 서비스 질보다는 사회복지사의 문장력이나 기록에 투자하는 등 사회복지사의 재량에 많이 의존하게 됨
- 이야기체 기록을 꼼꼼히 하려면, 시간이 많이 걸리고 구조화되지 못해 지나치게 길며, 초점이 모호해지기도 함

3) 과정 기록

♣ 내용

- 원조과정이나 클라이언트나 사회복지사의 상호작용 과정을 있는 그대로 세밀하게 기록하는 방법
- 구체적이고 아주 상세한 기록 양식으로 면접에서 일어나는 사회복지사와 클라이언트가 말하는 형태를 사용하여 모든 것을 기록하게 됨
- 때로는 면접을 녹화된 비디오테이프를 보면서 듣고 관찰한 모든 것을 기록하며, 기록시에는 직접적인 인용을 사용함
- 클라이언트와의 면담에서 일어난 것, 사회복지사가 관찰한 것들이 연극대본과 같이 직접 인용으로 기록됨

- 사회복지실천 초창기에 사회조사를 위해서 가능한 자세히 기록하는 것을 목적으로 하였지만, 점차 실천 전문성의 지향점이 클라이언트 상황 자체보다는 서비스 교류로 확대되었고, 효율성을 중시하여 정보를 간결화하고 있기 때문에 최근에는 실천현장보다는 사회복지교육을 위하여 광범위하게 사용되고 있음

♣ 과정 기록의 장·단점

(1) 장점

- 사회복지사와 클라이언트 체계 사이에서 일어나는 활동을 개념화하고 조직화할 수 있음
- 슈퍼바이저가 학생의 전반적 기능수행 능력을 파악하고 효과적 기법을 사용하고 있는 영역과 지도가 필요한 영역을 알게 함
- 초보 사회복지사나 학생의 자기 인식 및 자아 활용을 향상시킴
- 면접이나 개입의 목적을 명료화하고 개입 기술능력을 향상시킴
- 시간이 너무 많이 걸림, 비효율적
- 사회복지사 능력에 따라 기록의 질이 영향을 받게 되며, 면접 세션에서 일어난 일을 완벽하게 재현하기 어려워 왜곡된 정보를 제공할 수 있음
- 시간이 많이 소모되기 때문에 사용하기에는 비효율적인 면이 있음
- 비밀보장이 철저히 이루어지지 않으면 클라이언트의 사적 권리를 침해할 수 있음

4 | 의무기록의 이해

1) 의무 기록의 이해

- 의무기록 차트(medical chart)를 살펴보는 이유는 환자의 의료적 상태에 대한 정확한 이해와 정보 획득으로 환자 및 가족과의 상담 과정을 원활히 하고 환자 및 가족의 심리·사회적 문제에 대한 보다 정확한 사정 및 평가를 할 수 있도록 하며, 팀워크 접근에 있어 팀 내에서 여타 전문직과의 원활한 의사소통을 하여 보다 전문화된 사회사업서비스를 제공할 수 있게 하기 위함

(1) 의무 기록의 종류

- 입·퇴원 기록지 : 입원일, 입원사유, 주요 호소내용, 입원 경로, 현재 신체 상태 및 의료적 상태, 적용 의료보험, 가족관계 등
- 퇴원 요약지
- 병력 기록지
- 경과 기록지 : 과거력, 치료계획, 예후, 수술 여부
- 수술 기록지
- 의사 처방 기록지
- 협의 진단 기록지
- 임상 병리 보고서
- 그래프 기록지

- 간호 기록지 : 병실 생활 정도, 기타 재원 중 문제점 등
- 방사전 기록지
- 마취 기록지
- 진료 지원 부서 기록지

■ 학습정리

기록의 목적과 중요성

1) 사회복지 기록의 목적

- 클라이언트의 욕구 확인과 개입의 기초 자료 습득
- 해당기관의 서비스 수급 자격을 입증할 문서로 활용
- 서비스 내용의 보고
- 전문가 사이의 공조 체제 유지(전문가 간의 의사소통 및 정보 공유)
- 사례의 지속성 보장(사회복지사의 교체에 대비)
- 전문가 간 의사소통의 도구, 의사소통 촉진
- 지도·감독, 자문, 동료 검토의 원활화
- 서비스 과정과 효과의 점검(서비스의 효율성, 효과성, 질 평가에 사용)
- 학생과 다른 전문가들에 대한 교육(교육훈련의 자료로 사용)
- 행정적 과업을 위한 자료 제공(서비스의 유형, 직무관리, 직업의 직무수행, 자원의 분배를 위한 정보제공)
- 연구조사 및 통계를 위한 자료 제공
- 전달된 서비스에 대한 비용 청구와 프로그램 실시를 위한 재원 확보에 사용
- 사회복지사의 책무성 확인(사회사업실천에 대한 전문성 평가 및 법적 근거 마련)
- 클라이언트와 기록 공유

2) 의료사회복지실천 현장에서의 기록의 중요성

- 의료사회복지실천 활동의 내용과 방향 이해
- 효과적인 서비스 제공과 질적인 서비스 제공의 근거
- 사례의 지속성 유지
- 의사소통의 근거
- 교육훈련의 자료로 사용
- 조사와 평가의 근거자료

2. 기록의 구성

1) 기록에 포함되어야할 내용

(1) 일반적으로 포함되어야할 내용(Kagle, 1997)

- 클라이언트의 인구사회학적 특성
- 서비스 제공 사유
- 클라이언트의 현재 및 과거의 문제나 욕구
- 사회복지사의 소견과 사정
- 서비스의 목적
- 서비스의 계획
- 제공된 서비스의 특성
- 서비스 종결 방법과 사유
- 서비스 활동과 결과에 대한 요약
- 사후지도

(2) 사회력

- 가족력 : 클라이언트의 가족 배경과 현재 가족의 구성
- 신체적 기능, 건강상태, 장애, 영양, 의료 상태
- 심리적 · 정서적 기능
- 종교와 영성
- 대인 사회적 관계, 중요한 타자와의 관계
- 고용, 소득, 작업 환경, 기술
- 강점, 대처방식, 문제해결 능력
- 주택, 지역사회, 이웃, 교통수단
- 현재와 최근의 지역사회와 전문적 서비스 이용

2) 의료사회복지실천 기록의 구성 요소

(1) 의뢰경위 및 의뢰자: 의뢰자, 의뢰한 기관, 의뢰 사유, 면담 목적, 상담 등록일 등

(2) 일반적 정보

- 의료적 상태 및 정보
- 환자의 개인력 : 이름, 나이, 직업, 결혼관계, 종교, 학력, 취미
- 가족력 : 가족의 구성, 가계도, 가족의 역동성
- 환자의 사회력
- 환자의 심리 상태 : 스트레스 대응 능력, 현재 주요 스트레스, 발병(입원) 전후의 심리상태의 변화
- 환자의 경제력 : 가계 내 주요 수입원, 진료비 발생 정도

(3) 문제

- 의료 문제 : 진단명, 예후, 치료 과정
- 심리·사회적 문제 : 의료진이 제시하는 문제, 환자와 그 가족이 인식한 문제, 사회복지사의 전문적 사정에 따른 환자 및 가족의 심리·사회적 문제

(4) 사회사업 사정 및 개입 목표, 개입 계획

(5) 사회복지사의 상담 과정 및 개입 활동

- 환자와 가족과의 상담 내용
- 의료진 및 지역사회 기관과의 팀워크 내용
- 의무 기록을 검토한 내용

(6) 사후지도 내용

- 외래 진료 과정에서 사후지도
- 서신, 전화, 가정방문을 통한 사후지도

(7) 의뢰 기록 또는 퇴원 기록

(8) 종결 기록

3. 기록의 유형

1) 문제중심 기록

- 문제중심 기록은 현재 제시되고 있는 문제를 중심으로 구성되며, 문제 영역을 규명하고, 사정하고, 각 문제에 대하여 무엇을 할 것인지에 대한 계획을 기록하는 것이다. 이 기록의 주요 목표는 문서화뿐 아니라 정보 교환이다.

2) 이야기체 요약 기록

- 이야기체 기록은 사회복지사가 클라이언트 및 그 상황이나 서비스에 대하여 이야기를 풀어 가듯이 서술체로 기록하는 방법이다.

3) 과정 기록

- 원조과정이나 클라이언트나 사회복지사의 상호작용 과정을 있는 그대로 세밀하게 기록하는 방법이다.

4. 의무 기록의 이해

- 환자의 의료적 상태에 대한 정확한 이해와 정보 획득으로 환자 및 가족과의 상담 과정을 원활히 하고 환자 및 가족의 심리·사회적 문제에 대한 보다 정확한 사정 및 평가를 할 수 있도록 하며, 팀워크 접근에 있어 팀 내에서 여타 전문직과의 원활한 의사소통을 하여 보다 전문화된 사회사업서비스를 제공할 수 있게 하기 위함

10주차 2차시

의료사회사업 실천 [1] : 내과

학습 목표

- 당뇨병에 대한 내용과 관련된 문제를 이해하고, 사회복지사의 역할을 설명할 수 있다.
- 만성신부전에 대한 내용과 관련된 문제를 이해하고, 사회복지사의 역할을 설명할 수 있다.

학습 내용

1. 당뇨병
2. 만성신부전

1) 질병에 대한 이해

(1) 개념과 증상

- 당뇨병(diabetes mellitus)은 췌장의 인슐린 분비량이 부족하거나 정상적인 기능이 이루어지지 않는 대사질환의 인슐린 분비량이 부족하거나 정상적인 기능이 이루어지지 않는 대사질환의 일종
- 혈중 포도당의 농도가 높아지는 고혈당을 특징으로 하며, 고혈당으로 인하여 여러 증상을 일으키는 질병
- 당뇨병에 걸리게 되면 체내의 인슐린이 제대로 분비되지 못하거나 분비되더라도 제 역할을 못하기 때문에 음식섭취 후 생긴 혈액 속의 포도당에 그대로 남아 혈당 농도가 정상 범위를 벗어나 높게 올라가게 되는 것
- 당뇨병은 제1형(인슐린 의존형 당뇨병)과 제2형(인슐린 비의존형 당뇨병)으로 구분되는데, 제1형 당뇨병은 ‘소아당뇨’라고 불리며, 인슐린을 전혀 생산하지 못하는 것이 원인이 되어 발생하는 질환
- 인슐린이 상대적으로 부족한 제2형 당뇨병은 인슐린 저항성(insulin resistance, 혈당을 낮추는 인슐린 기능이 떨어져 세포가 포도당을 효과적으로 연소하지 못하는 것)을 특징으로 함
- 제2형 당뇨병은 일반적으로 식생활의 서구화에 따른 고 열량, 고지방, 고단백의 식단, 운동 부족, 스트레스 등 환경적인 요인이 크게 작용하는 것으로 보지만, 이 외에 특정 유전자의 결합에 의해서도 당뇨병이 생길 수 있으며, 췌장 수술, 감염, 약제 등에 의해서도 생길 수 있음
- 당뇨병의 전형적인 증상은 다음, 다식, 다뇨 증상임

다음

다식

다뇨

많은 물이 소변으로 빠져나가므로 몸 안에는 수분이 모자라게 되고
갈증이 심해지며 물을 많이 마시게 되는 것

다음

다식

다뇨

한 당이 에너지원으로 이용되지 못하고 소변으로 빠져나가기 때문에
쉽게 공복감을 느끼며 음식물을 많이 먹게 되는 증상이 나타남

다음	마지막	다뇨
<p>우리 체내에 혈당이 비정상적으로 높아지게 되면 소변으로 당이 빠져나가게 되는데 이때 당이 다량의 물을 끌고 나가기 때문에 소변의 양이 많아지게 됨</p>		

- 당뇨병 환자는 쉽게 피로해지며 전신무력감을 느끼게 되고, 오랜 기간 고혈당 상태가 유지되면 신체에서 여러 합병증이 발생할 수 있음
- 당뇨병 진단기준
 - 공복 시 혈당이 2회 이상 126mg/dL 이상이거나
 - 75g 포도당 섭취 후 2시간 혈당이 200mg/dL 이상이거나
 - 전형적인 증상으로 다음, 다뇨, 체중감소 등이 있으면서 혈당이 200mg/dL 이상일 때
- 대표적인 급성 합병증은 당뇨병성 케톤산혈증과 고삼투압성 비케톤성 혼수로 즉각적인 치료가 필요하며, 적절히 치료하지 않을 경우 의식을 잃을 수 있고 사망에 이를 수도 있음
- 만성 합병증으로는 당뇨병성 망막증, 당뇨병성 신기능장애, 당뇨병성 신경합병증, 당뇨병성 성기능장애, 그리고 발의 손상 등이 있음
- 이와 같은 합병증들은 심할 경우 발을 절단하게 되거나 실명을 초래할 수 있으며, 신장이식이 필요한 상태가 되는 등 생명에 위협을 초래할 수 있는 것이므로 당뇨병 관리에서는 특히 합병증이 생기지 않도록 지속적 인 관리가 필요함

(2) 치료와 관리

- 당뇨병은 관리가 필요한 질환으로 완치되는 병이 아니라 한번 발병하면 지속적인 자기관리를 평생 동안 해야 하는 질병
- 관리가 잘 안될 경우 당뇨병은 환자의 수명을 단축시키고, 실명과 신경병증을 포함한 생의학적 합병증을 일으킬 수 있기 때문에 환자들은 남은 여생동안 매일 약물복용이나 인슐린 주사를 맞고, 혈당을 주의 깊게 측정해야 함
- 당뇨병 관리의 방법으로는 식사(식이)요법, 약물요법, 운동요법이 기본이 되며, 식사조절과 운동을 통해 혈당을 조절하고, 약물요법을 병행해야 함
- 당뇨병 치료에서 중 하나는 당뇨병으로 인해 야기되는 합병증을 예방하는 것
- 당뇨병 치료의 중요한 부분 치료의 목표
 - 혈당의 정상화
 - 표준 체중의 유지
 - 당뇨 합병증 예방의 한 방법으로 정상 혈중 지질의 유지
 - 정상 혈압의 유지로 제시
- 제1형 당뇨병의 경우는 인슐린 치료가 필요하며, 인슐린 주사의 형태로 환자에게 투여
- 제2형 당뇨병의 경우는 식이요법과 운동요법 등을 통해 생활 습관을 바꾸어야 하며, 이와 함께 약물 투여가 필요할 수 있음
- 이때는 주로 먹는 약인 경구투여제의 형태로 혈당강하제를 증상과 상태에 따라 하루 1~3회 복용하게 됨

2) 심리사회적 문제

♣ 당뇨병 환자의 문제

(1) 진단 시 질병 수용의 문제

- 초기에는 질병을 부정하기도 하며, 발병에 대한 분노를 느끼거나 합병증 발병에 대한 과도한 두려움을 느끼기도 하는 등 정서적 고통을 경험하게 됨

(2) 질병관리의 문제

- 당뇨병은 지속적인 관리가 매우 중요한 질병으로 적절한 식 Mayo법, 운동요법 및 약물요법이 병행되어야 함
- 당뇨 환자의 경우 식사 시간을 지켜 정해진 열량만큼의 음식을 섭취해야 하며, 과식이나 과음을 피해야 함
- 또한 혈당 조절을 위해 일상생활 가운데 적절한 운동을 해야 하며, 의사의 처방에 따라 약물을 복용하거나 인슐린 주사를 맞아야 함

(3) 적응장애 및 우울 등의 심리사회적 문제

- 당뇨병은 지속적인 관리가 요청되는 병이므로 혈당관리를 위한 환자 본인의 노력과 가족의 지지가 필수적이지만 만성질환의 특성상 환자와 가족은 모두 자포자기, 분노, 비탄 등의 심리사회적 문제를 경험하게 되며 이러한 문제가 지속될 경우 적응상의 문제와 우울 등의 정신과적 문제까지 수반될 수도 있음
- 소아당뇨병으로도 불리는 제1형 당뇨병을 진단받은 아동의 경우에는 학령기나 청소년기를 지날 때 또래집단과 어울려 식사를 하거나 운동할 때 등에 여러 가지 활동상의 제한점이 따르므로 친구들과 건강한 대인관계를 형성하는 데 어려움을 경험할 수 있으며, 다른 친구들과 달리 자신에게 병이 있다는 생각 때문에 정서적으로 위축되거나 낮은 자존감이 형성될 수 있는 등 심리사회적 문제가 유발될 수 있음
- 2형 당뇨병을 진단받은 성인의 경우에도 직장에서의 회식시간이나 친구 및 동료들과 어울릴 때 과식과 과음을 피해야 하기 때문에 이로 인한 스트레스가 유발될 수 있으며, 성인 남성의 경우에는 당뇨로 인한 발기부전의 문제가 야기될 수도 있어 부부간의 성문제가 유발될 가능성이 있음

♣ 가족이 경험하는 문제

(1) 당뇨병 관리 지원 부담감으로 인한 정서적 문제

- 가족은 당뇨환자의 식 Mayo법에 맞춘 식단을 항상 준비해야 하며, 가족이 외출하여 식사를 하는 경우에도 외식 장소를 선택하거나 음식을 선택하는데 당뇨환자를 늘 고려해야 하므로 가족원들은 이로 인한 스트레스를 경험할 수 있음
- 또한 소아 당뇨병의 경우 아동이 스스로 당뇨관리를 할 수 있을 때까지 부모는 혈당관리, 식사관리 등을 책임지고 도와야 하는 역할을 수행하게 되는데, 이로 인한 부모의 부담감이 가중될 때 우울 등의 정서적 문제가 야기될 수도 있음

(2) 부부의 성문제

- 성인 남성의 경우 당뇨병으로 인한 발기부전의 문제가 생길 수 있음

3) 의료사회복지사의 역할

(1) 가족상담

- 의료사회복지사는 가족 상담을 통해 가족원과 당뇨 환자가 서로에 대해 더 이해하도록 돕고, 가족원이 서로 지지하는 역할을 수행할 수 있도록 가족문제 또는 가족의 역기능에 대해 개입하는 역할을 담당하
- 또한 당뇨로 인한 부부간의 성문제가 유발된 경우 의료사회복지사는 부부가 이에 대해 이해하고 함께 대처방안을 찾을 수 있도록 도와주는 역할을 수행함

(2) 경제적 지원

- 지속적 당뇨관리 및 합병증에 대한 치료를 받을 수 있을 만큼의 충분한 경제력이 환자와 가족에게 있는지 평가해야 하며, 상황에 따라서 병원 내적 자원 및 지역사회의 자원을 동원하여 환자가 적절한 치료를 받을 수 있도록 경제적 지원을 해주어야 함

(3) 당뇨병 교실 : 당뇨교육 프로그램 운영

- 대학병원이나 종합병원의 의료시설에서는 의사, 간호사, 영양사, 사회복지사 등이 팀을 이루어 당뇨병 교실을 운영함
- 당뇨병 교실은 당뇨 환자와 그 가족을 대상으로 당뇨병에 대한 이해와 당뇨 관리를 돕기 위한 목적으로 실시되며, 질병의 증상 및 원인에 관한 교육, 합병증, 혈당관리 및 투약관리에 대한 교육, 식사요법과 운동요법에 대한 교육, 그리고 일상생활에서의 스트레스 관리 및 가족의 대처에 대한 교육 등을 주 내용으로 정기적인 교육을 실시하는 프로그램
- 당뇨병 교실의 운영에서 각 전문직 간의 역할 분담으로 의사는 당뇨병과 합병증에 대한 교육, 간호사는 인슐린 주사법과 혈당 검사법, 영양사는 식사요법, 운동처방사는 운동요법, 그리고 사회복지사는 일상생활에서의 스트레스 관리 및 가족의 역할에 관한 교육을 담당하게 됨
- 당뇨병 교육의 일환으로 일어지는 Survival skills에서 제공하는 교육의 내용 및 주제들
 - 당뇨병은 무엇인가? (당뇨병 합병증의 예방과 치료)
 - 개별적인 목표혈당
 - 고혈당과 저혈당의 예방과 치료
 - 임상영양요법
 - 약물복용
 - 자가혈당 측정
 - 인슐린 주사방법
 - 아픈 날의 관리
 - 이용 가능한 지역사회 자원
 - 보호자 교육

(4) 당뇨캠프 운영

- 1925년 미시간에서 처음으로 시작되었으며, 이후 미국뿐만 아니라 전 세계에서 당뇨병을 앓는 어린이들을 대상으로 널리 보급되었는데, 캠프를 통해 아이들이 서로의 경험을 공유하면서 질병관리에 대한 책임감을 스스로 배울 수 있게 하는 것이 주요 목적이었음
- 당뇨캠프는 주로 2박3일이나 3박 4일 등 일정기간 동안 당뇨병 환자를 대상으로 당뇨병에 대한 이해 및 당뇨관리에 대한 교육을 제공하고 심리사회적인 지지를 통해 당뇨 환자의 자존감을 향상시키고, 그들이 직면한 심리사회적 문제의 해결을 돕고, 나아가 지속적인 당뇨관리에 대한 동기를 부여하기 위한 목적으로 실시되는 특별 프로그램
- 당뇨캠프의 주요 내용은 당뇨병에 대한 교육과 당뇨관리에 대한 교육, 당뇨병으로 인해 야기되는 심리사회적 문제 진단 및 이에 개입하는 집단치료 프로그램의 실시 등이 대표적이며, 캠프를 운영하는 치료진은 의사, 간호사, 영양사, 사회복지사 및 운동처방사 등으로 구성됨
- 자원봉사자들이 함께 동행하여 캠프의 각 프로그램들에 대한 운영을 지원하여, 다학제적 팀 접근을 원칙으로 프로그램이 진행되는 특징을 지님
- 당뇨캠프에서 사회복지사는 당뇨 환자 또는 가족들을 대상으로 이들이 당뇨병으로 인한 심리사회적 어려움을 해소하고 일상생활상의 스트레스를 잘 관리할 수 있도록 지지하는 개별상담, 집단상담 및 가족상담 프로그램을 진행하는 역할을 담당하게 됨

2 | 만성신부전

1) 질병에 대한 이해

(1) 개념과 증상

- 신부전(renal failure)은 신장 기능의 상실로 급성(ARF: acute renal failure)과 만성(CRF: chronic renal failure)으로 구분됨
- 급성은 고칼륨혈증 및 폐수종을 동반하는 요독증과 소변감소 혹은 무뇨를 보임
- 만성신부전은 오래된 당뇨병, 고혈압, 만성토리콩팥염 등의 원인으로 신장기능이 만성적으로 현저히 감소되는 상태를 말함

[우리 몸에서 신장(콩팥)이 담당하는 기능]

- 첫째, 혈류로부터 요소를 제거함
- 둘째, 단백질 이화작용으로 나오는 요소(urea), 요산(uric acid), 크레아티닌(creatinine), 빌리루빈(bilirubin) 등을 배설함
- 셋째, 전해질인 나트륨(Na⁺), 칼륨(K⁺), 수분, 산 등을 적절히 조절하여 근육과 신경세포의 기능을 원활히 할 수 있도록 도움 (콩팥은 어떤 물질은 소변으로 분비하게 하고 신체에서 필요한 물질은 다시 흡수하여 사용하도록 함으로써 물과 전해질 양을 조절함)
- 넷째, 레닌(renin)을 분비하여 동맥혈압과 순환혈액량을 유지

(2) 치료

- 인공투석 또는 신장이식을 하는 것
- 대표적 치료법인 투석요법에는 혈액투석과 복막투석이 있음
- 혈액투석
 - 만성신부전증 환자의 혈액을 특수한 관을 통해 체외로 빼내어 특수한 필터(투석기)를 통해 노폐물과 수분을 걸러낸 후 체내로 다시 주입하는 치료 방법
 - 치료시간은 1회 4시간, 주 3회로 일주일에 12시간 투석하는 것이 일반적이며, 환자의 상태에 따라 시간을 조절할 수 있음
- 복막투석
 - 환자 자신의 복막을 이용해 투석하는 방법으로 환자의 복부에 특수 제작된 관을 삽입하며, 이 관을 통해 투석액을 주입하고 배액함으로써 체내 노폐물과 수분 등을 제거하는 방법
 - 보통 밤의 수면시간을 제외하고 하루에 4회씩 5시간 간격으로 투석액을 교환함
- 신장이식은 건강한 다른 사람의 신장을 만성신부전증 환자에게 이식하는 것
- 신장이식에는 생체이식과 사체이식이 있으며, 환자의 신체 조직에 맞는 신장을 이식해야 하는데 신체조직에 맞는 장기를 보유한 기증자를 찾기 어려우며, 수술에 따른 비용이 든다는 단점이 있음
- 흔히 고열, 신장 기능 감소, 소변량 감소, 이식부위통증, 고혈압, 전신부종 등의 증상이 합병증으로 나타날 수 있음
- 이러한 거부반응을 억제하기 위해서는 면역억제제 등 약물투여를 해야 하며, 이식환자는 이를 평생 동안 복용해야 하는 어려움과 함께 면역억제제를 장기 복용함으로써 인해 나타나는 여러 가지 부작용 등을 경험하게 됨

2) 심리사회적 문제

♣ 만성신부전 환자의 문제

(1) 심리적 문제

- 혈액투석을 해야 생명을 유지할 수 있는 신장장애인이 경험하는 스트레스
 - ① 신체기능의 손실, 가족 및 집단 내에서의 소속감 상실, 현재 및 미래 삶의 좌절
 - ② 생활양식의 변화 및 장기적 치료로 인한 재정적 손실, 직업 및 역할의 상실 등과 같은 상실감
 - ③ 식욕이나 성욕 등을 포기해야 하는 본능적 좌절감이며, 이 가운데서도 죽음에 대한 불안감이 가장 큰 스트레스로 알려져 있음

(2) 직업 등 사회활동의 제한

- 일반인들과 같이 직장생활을 유지하거나 사회활동을 하는 데 제한을 받는다는 것
- 혈액투석에는 1회 4시간씩, 주 3회 등 상당한 시간이 소요되므로 정상적인 사회활동을 하는데 어려움이 따르게 됨

(3) 지속적 치료 유지 또는 이식에 따른 문제

- 신장이식을 받지 않는 한 남은 평생 동안 투석치료를 지속적으로 받아야 함
- 일주일에도 수회 이상 받아야 하는 투석치료를 오랜 기간 지속적으로 받아야 하는 과정은 환자에게 매우 힘든 과정이며, 경제적인 문제까지 겹쳐 있을 때는 치료를 유지하는 것에 따른 복잡한 문제들이 발생하게 됨
- 신장이식이 필요한 경우 환자의 신체적 조건에 맞는 신장 기증자를 찾는 것과 이식에 소요되는 수술비용을 마련하는 것, 그리고 수술에 대한 불안과 수술 후 회복과정에서 빈번하게 야기되는 부작용의 문제도 환자가 극복해야 할 도전이 됨

♣ 가족이 경험하는 문제

(1) 경제적 어려움

- 혈액투석 환자는 주 3회, 매회 4시간 정도 인공신장기에 의존한 치료를 받아야 하기 때문에 혈액투석에 따른 비용이 과다하게 지출되며, 직업생활을 유지해오던 환자가 직업을 중단하게 될 경우 가족 수입이 감소하게 됨
- 또한 환자가 가장의 역할을 수행하고 있다면 가족원 전체가 경험하는 경제적 어려움은 더욱 커지게 됨

(2) 지속적인 보호제공(caregiving)의 문제

- 장기간에 걸친 보호제공은 가족원을 신체적 및 정서적으로 고갈시키기도 하며, 보호제공을 위해 가족원이 자신의 사회생활을 포기하거나 조정해야 하는 경우 이러한 역할을 담당하는 가족원은 심리적, 사회적으로 보호제공에 따른 부담감을 강도 높게 경험하게 되므로 보호 제공의 문제는 지속적인 가족 내의 심각한 문제가 될 수 있음

(3) 가족관계상의 갈등

- 가족들은 신장 장애인을 돌보는 역할뿐만 아니라 그를 대신하여 경제적 역할까지도 수행해야 하는 이중고를 경험하게 됨
- 특히 한 집안의 가장이 신장장애로 말미암아 실직하게 될 경우 거의 모든 가족원들이 경제 활동에 나서야 하는 위기적 상황에 직면하게 되며, 이러한 심각한 경제적 위기 앞에 가족원들 상호간의 신뢰와 유대관계가 위협받게 되고, 서서히 지쳐가며 서로에게 등을 돌리게 되는 상황에까지 이를 수 있게 됨

3) 의료사회복지사의 역할

(1) 개별상담

- 의료사회복지사는 만성신부전 환자에 대한 심리사회적 사정을 실시하며, 환자가 장기간에 걸친 투석치료를 지치지 않고 치료를 지속적으로 받을 수 있도록 지지해주는 역할을 수행해야 함
- 또한 환자가 발병 전 종사했던 직업과 사회적 능력이 발병 후에도 유지될 수 있는지를 사정하며, 직업생활과 사회생활을 부분적으로라도 유지하기 위해서 어떤 조정이 필요한지에 관해 환자와 상의하여 환자가 변화된 자신의 상황을 현실적으로 수용할 수 있도록 도움을 주어야 함

- 뿐만 아니라 만성신부전 환자가 경험하는 정서적 어려움이나 문제에도 관심을 갖고 면담시 환자가 질병으로 말미암아 경험하게 되는 정서적 고통에 관해 공감해주고, 깊이 있는 내면의 이야기를 나누는 것이 의료사회복지사의 중요한 역할

(2) 가족상담 및 지지

- 가족은 환자를 보호하고 돌보는 환경체계로서 중요함
- 의료사회복지사는 가족 상담을 통해 가족이 환자의 오랜 치료기간 동안 지치거나 치료를 포기하려는 생각을 갖지 않도록 가족을 지지하고, 가족 내의 갈등이나 관계상의 문제 등을 해결할 수 있도록 도움을 제공하는 역할을 담당함

(3) 경제적 지원

- 의료사회복지사는 환자가 필요한 의료적 처치를 받을 수 있도록 공식적 및 비공식적 자원체계를 동원하여 경제적 지원을 담당하는 역할을 수행함

(4) 장애등록 절차에 대한 정보제공

- 신장장애로 장애판정을 받을 수 있음
- 이때 의료사회복지사는 장애등록 신청 및 판정과 관련한 상세한 정보를 환자와 그 가족에게 제공하는 역할을 담당함
- 장애판정은 1개월 이상 지속적으로 혈액투석 또는 복막투석을 받으며 회복의 가능성이 희박한 사람의 경우 2급을 받을 수 있으며, 신장을 이식받은 사람의 경우 5급 신장 장애인으로 판정받을 수 있음

■ 학습정리

1. 당뇨병

1) 질병에 대한 이해

(1) 개념과 증상

- 췌장의 인슐린 분비량이 부족하거나 정상적인 기능이 이루어지지 않는 대사질환의 인슐린 분비량이 부족하거나 정상적인 기능이 이루어지지 않는 대사질환의 일종
- 당뇨병에 걸리게 되면 체내의 인슐린이 제대로 분비되지 못하거나 분비되더라도 제 역할을 못하기 때문에 음식섭취 후 생긴 혈액 속의 포도당에 그대로 남아 혈당 농도가 정상 범위를 벗어나 높게 올라가게 되는 것이다(서울삼성병원 당뇨교육실, 2002:18)
- 제1형(인슐린 의존형 당뇨병)과 제2형(인슐린 비의존형 당뇨병)으로 구분됨
- 전형적인 증상: 다음, 다식, 다뇨 증
- 대표적인 급성 합병증: 당뇨병성 케톤산혈증, 고삼투압성 비케톤성혼수

- 만성 합병증: 당뇨병성 망막증, 당뇨병성 신기능장애, 당뇨병성 신경합병증, 당뇨병성 성기능장애, 그리고 발의 손상 등이 있다. 이와 같은 합병증들은 심할 경우 발을 절단하게 되거나 실명을 초래할 수 있으며, 신장이식이 필요한 상태가 되는 등 생명에 위협을 초래할 수 있음

(2) 치료와 관리

- 관리가 필요한 질환으로 완치되는 병이 아니라 한번 발병하면 지속적인 자기관리를 평생동안 해야하는 질병임
- 관리가 잘 안될 경우 당뇨병은 환자의 수명을 단축시키고, 실명과 신경병증을 포함한 생의학적 합병증을 일으킬 수 있음
- 관리방법: 식사(식이)요법, 약물요법, 운동요법이 기본이 되며, 식사조절과 운동을 통해 혈당을 조절하고, 약물요법을 병행해야 함
- 당뇨병 치료의 중요한 부분 치료의 목표는
 - 첫째, 혈당의 정상화
 - 둘째, 표준 체중의 유지
 - 셋째, 당뇨 합병증 예방의 한 방법으로 정상 혈중 지질의 유지
 - 넷째, 정상 혈압의 유지
- 제1형 당뇨병: 인슐린 치료, 인슐린 주사의 형태로 환자에게 투여
- 제2형 당뇨병: 식이요법과 운동요법 등을 통해 생활 습관을 바꾸어야 하며, 이와 함께 약물투여가 필요할 수 있음

2) 심리사회적 문제

(1) 당뇨병 환자의 문제

- 진단 시 질병 수용의 문제
- 질병관리의 문제
- 적응장애 및 우울 등의 심리사회적 문제

(2) 가족이 경험하는 문제

- 당뇨병 관리 지원 부담감으로 인한 정서적 문제
- 경제적 문제
- 부부의 성문제

3) 의료사회복지사의 역할

- (1) 개별상담
- (2) 가족상담

- (3) 경제적 지원
- (4) 당뇨병 교실 : 당뇨교육 프로그램 운영
- (5) 당뇨캠프 운영

2. 만성신부전

1) 질병에 대한 이해

- (1) 개념과 증상
 - 신장 기능의 상실로 급성(ARF: acute renal failure)과 만성(CRF: chronic renal failure)으로 구분됨
 - 급성은 고칼륨혈증 및 폐수종을 동반하는 요독증과 소변감소 혹은 무뇨를 보임
 - 만성신부전은 오래된 당뇨병, 고혈압, 만성토리콩팥염 등의 원인으로 신장기능이 만성적으로 현저히 감소되는 상태를 말함
- (2) 치료 : 인공투석, 신장이식

2) 심리사회적 문제

- (1) 만성신부전 환자의 문제
 - 심리적 문제
 - 직업 등 사회활동의 제한
 - 지속적 치료 유지 또는 이식에 따른 문제
- (2) 가족이 경험하는 문제
 - 경제적 어려움
 - 지속적인 보호제공(caregiving)의 문제
 - 가족관계상의 갈등

3) 의료사회복지사의 역할

- (1) 개별상담
- (2) 가족상담 및 지지
- (3) 경제적 지원
- (4) 장애등록 절차에 대한 정보제공

11주차 1차시

의료사회사업 실천 [2] : 종양내과, 외과

학습 목표

- 암에 대한 내용과 관련된 문제를 이해하고, 사회복지사의 역할을 설명할 수 있다.
- 소아암에 대한 내용과 관련된 문제를 이해하고, 사회복지사의 역할을 설명할 수 있다.
- 화상에 대한 내용과 관련된 문제를 이해하고, 사회복지사의 역할을 설명할 수 있다.
- 장기이식에 대한 내용과 관련된 문제를 이해하고, 사회복지사의 역할을 설명할 수 있다.

학습 내용

1. 암
2. 소아암
3. 화상
4. 장기이식

1) 질병에 대한 이해

(1) 개념과 증상

- 암(癌) 또는 암종(癌腫)은 영어 cancer를 번역한 용어
- 의학적으로는 악성종양(惡性腫瘍, malignant tumour)이라는 병변(病變)을 일컫는 말
- 암은 기본적으로 세포가 조절되지 않고 무한정 증식, 성장하는 비정상 세포의 덩어리
- 암세포는 분열과 증식이 불규칙하고 조절되지 않는 통제 불능 상태에 빠지는 것을 특징으로 하고 있음
- 우리 몸의 정상 세포의 하나가 어떤 이유로 하여 세포 내의 유전자(DNA 서열)에 변화가 일어나 암세포로 변형된 것이라고 믿어지고 있음
- 즉 신체 속 어느 부위에 있던 정상 체세포가 외부에서 들어온 물질에 의하여 유전자에 돌연변이 등을 일으키면 그 성질이 확연하게 달라지는 경우가 있는데, 그 세포가 죽거나 제거되지 않고 살아남게 되면 그것이 암세포가 됨
- 암세포의 특징은 방치하면 계속해서 자라고, 자라면서 점점 독해지며, 암세포가 주변 조직을 파괴하고, 전이한다는 점이 반드시 치료가 필요함
- 대개 유전적 요인 5-10%, 후천적인 요인이 90-95%를 차지한다고 생각하는 학자들이 많음
- 암 발생에 영향을 주는 이러한 요인을 위험 인자(risk factor)라고 표현하는데, 우리나라에서 가장 많이 발생하는 6대 암의 주요 위험 인자들은 다음과 같음

암의 종류	위험인자
위암	식생활(짠 음식, 탄음식, 질산염 등), 헬리코박터 파일로리균
폐암	흡연, 직업력(비소, 석면 등), 대기오염
간암	간염바이러스(B형, C형), 간경화
대장암	유전적 요인, 고지방 식이, 저섬유 식이
유방암	유전적 요인, 고지방식, 여성호르몬, 비만
자궁경부암	인유두종 바이러스

(2) 치료

- 암 치료의 목적은 첫 번째가 완치이며, 두 번째가 생명 연장 및 삶의 질 향상
- 암의 치료는 궁극적으로 암세포를 전멸시키는 것이지만 완전 제거는 거의 불가능하기 때문에 가능한 많은 수의 암세포를 제거한 뒤 그 상태를 오랫동안 유지하여 임상 증상을 개선하고 생명을 연장시켜 삶의 질을 향상하는 데 있음
- 암 치료 방침은 조직검사를 통한 조직학적 유형, 병의 진행 정도인 병기(stage), 전신 상태의 건강성을 의미하는 운동수행 능력에 대한 평가를 통해 대개 세 가지, 즉 수술치료, 항암 화학치료, 방사선 치료를 결정하여 진행하게 됨

① 수술치료

- 잘라낼 수 있는 암일 경우 암 발생 부위를 수술로 제거해주는 것인데 암은 특성상 조금이라도 암세포가 남아 있으면 재발하기 때문에 암수술에서는 암덩어리 자체뿐 아니라 암 주위의 정상조직과 임파절까지 완전히 제거하는 광범위한 수술을 해야 함

② 항암화학치료

- 수술요법이나 방사선 요법을 실시한 후에도 암세포가 주위에 남아 있거나 다른 부위로 퍼지게 되면 암이 재발할 수 있으므로 미세한 암세포를 제거하기 위해 사용되며 외과적 수술치료가 여의치 못할 경우 처음부터 항암화학요법을 실시할 수도 있음

③ 방사선치료

- 단독 혹은 수술치료 및 항암화학치료와 함께 사용할 수 있는 수술로 암을 제거한 뒤 방사선 치료를 병행하여 치료 효과를 기대하거나 암이 악화되어 심한 두통을 호소할 때 증상 완화를 위해 사용되기도 함
- 그러나 수술치료는 신체 일부분의 상실이나 장애를 동반하고 항암화학치료와 방사선치료는 탈모, 식욕부진, 피로감, 구토와 오심 등의 부작용을 가져오기 때문에 환자와 가족들은 치료로 인한 부작용과 신체 및 심리사회적 어려움을 겪게 됨

2) 심리사회적 문제

(1) 환자의 심리사회적 어려움

- 갑작스러운 암 진단의 선고 이후 대부분의 환자들은 암 진단에서부터 치료, 재발과 전이, 치료 종료에 이르는 전 과정에 걸쳐서 당혹과 무감각, 불안과 공포, 부정과 분노, 슬픔과 우울, 실망과 좌절 등의 부정적인 감정을 경험하게 됨
- 진단 시기에 처음 나타나는 반응

① 부정(denial)

- 환자는 의사의 진단이 잘못되었을 것이라는 생각에 이 병원 저 병원을 찾아 다니거나 큰 충격을 받고 매우 불안한 상태이지만 아무 일도 없는 것처럼 정상시의 생활을 지속하는 것

② 분노

- 분노로서, “왜 하필이면 내가”라는 생각에 분노와 절망감을 갖게 됨

③ 불안과 두려움

- 환자는 치료하면 나올 수 있는 지, 치료 과정에서 통증이나 부작용이 심하지 않을지, 사회적 역할의 변화와 경제적인 부담감 등에 대해 많은 불안과 두려움을 갖게 됨
- 예후가 3개월이라는 소리를 들었을 땐 덤덤했어요. 그건 판사람 얘기라고 생각했지...(당혹과 무게감)
- 잘못된 것도 하나 없고 전 저 나름대로 그래도 정기검진 받으면서 관리했는데... 내가 왜 걸렸으며 내가 왜 죽어야 하나... (부정과 분노)

- 암이라니까 죽는 것부터 생각이 들잖아요. 죽음의 공포하고 이런 거요. 암이니까 나는 이제 죽는다는 게 연관이 되잖아요.(불안과 공포)
- 3개월이라는 소리를 들었을 땐 덩덤했어요. 그건 판사람 얘기라고 생각했지 그러다가 자꾸 새겨들고 하니까 아~ 그게 나한테 하는 소리였구나 라고 귀에 들어올 때는 감정이 달라진 거예요. 그때서야 우울증이 자꾸만 몰려오는 거야 ...
- 재발했을 때 완전히 실망스러웠어요. 아무 것도 하기 싫고 죽고 싶다! 처음엔 괜찮았는데 재발하니까 죽고 싶은 생각이 ... (실망과 좌절)

(2) 가족의 심리사회적 어려움

- 한 가족 안에서 암진단을 받은 환자가 발생할 때, 이것은 개인의 문제가 아니라 가족이 대처해야 하는 문제가 됨
- 입원이나 외래 통원 치료로 인한 가족원들의 역할 변화, 소득감소 및 치료비 부담 등으로 지금까지 유지해왔던 가족의 균형이 깨어지면서 새로운 스트레스가 발생하고 제적응을 필요로 하기 때문
- 또한 대부분의 암환자의 가족들은 우울과 불안, 분노와 같은 정서적인 어려움을 겪게 되며, 죄책감을 갖는 경우도 흔함
- 또한 암 진단 사실을 다른 가족원이나 환자 자신에게 알리는 것은 환자에게도 또 다른 가족원들에게도 어려움 과제임
- 환자들이 암 진단을 혼자 통보 받는 경우, 대개 이 사실을 가족에게 알리는 것을 망설여하는데, 특히 가장은 자신에게 의존하는 배우자와 자녀들에게 이 사실을 알리는 것을 어려워하여 말을 꺼내지 못하고 차일피일 치료를 미루는 모습을 보이기도 함
- 이와는 반대로 암 진단이 환자를 제외한 가족에게 먼저 통보되는 경우, 가족들은 환자에게 암 진단을 어떻게 알려야 할지 혼란스러워하며 의료진에게 환자를 위해 이 사실을 숨겨달라고 요구하기도 함
- 따라서 환자와 가족이 암 진단에 대해 어떤 감정을 갖고, 어떻게 받아들이고 있는지, 가족원 중 누가 그 사실을 알고 함께 하고 있는지를 아는 것은 이후 치료 계획에 중요한 과제

(3) 치료과정에 대한 적응의 문제

- “3시간 대기 3분 진료”라는 말과 같이 심각한 질환일수록 진료 시간과 과정에서 환자의 만족도는 그리 높지 않은 것 같음
- 의료진과의 의사소통 시간이 부족하고 궁금한 점에 대한 대답을 충분하게 듣지 못했음
- 환자의 불만족은 의료진에 대한 불신과 분노로 이어지기 쉬우며, 환자와 가족들이 의료에 관한 정보를 전문 의료인이 아닌 주변 사람들이나 다른 환자, 간병인 인터넷 사이트 등 다른 곳으로부터 가져올 가능성을 높여서 때때로 부적절한 정보나 대처 방안을 취할 수 있다는 점에서 주의가 필요
- 이들이 필요로 하는 정보는 치료 단계에 따라 차이가 있는데, 대개 진단 초기에는 자신이 왜 암에 걸리게 되었는지, 치료 종류와 치료방법에 대해 개괄적으로 궁금해 함
- 또한 치료가 지속되면서 항암치료 과정과 부작용 및 대처법, 치료에 도움이 되는 음식들, 민간요법이나 대체의학, 통증 조절 등에 대해서 궁금해 하며, 말기로 진행될 경우 호스피스 완화 의료, 임종에 대한 준비 등에 대한 관심도 높아지게 됨

(4) 경제적 어려움

- 한국 암치료 보장성확대 협력단(Korea Cancer Care Alliance, 이하 암보험)이 2016년 11월 발표한 고형암·혈액암 환자 185명을 대상으로 한 조사 결과에 따르면,
 - ‘암 환자를 가장 힘들게 하는 요인을 묻는 질문에 응답자의 37.3%가 ‘경제적 요인’
 - 이어 정신적(31.9%), 육체적(27.6%), 사회적(2.7%) 어려움 순
 - 특히 암을 진단받은 과거와 치료받는 현재의 어려움을 비교한 결과에서 다른 요인들은 시간이 지나면서 감소하는 반면, 유일하게 경제적 요인만이 3.96점(5점 만점)에서 4.14점으로 증가

(5) 치료과정에 대한 적응의 문제

- 비급여 치료를 받은 암 환자들의 암치료 비용은 평균 2,877만원이었으며, 이 중 71.6%인 2,061만 원이 비급여 항암제 비용으로 지출돼 경제적 부담 상승에 비급여 항암제가 큰 부분을 차지
- 이와 같은 경제적 부담감은 저소득층에게 치료 기회를 상실하게 하므로 암질환에 대한 보장성 강화를 위한 노력이 매우 중요

3) 의료사회복지사의 역할

(1) 심리적 지원

- 치료과정 중 의료사회복지사가 부딪치게 되는 몇 가지 쟁점

① 쟁점 1: 알릴 것인가 말 것인가?

- 우리나라에서 아직까지 많은 가족들은 의사에게 환자의 상태를 환자에게 알리지 말아달라고 부탁함
- 가족들의 논리는 “우리 부모님은, 또는 우리 아이는 내가 제일 잘 안다”는 것으로, “본인이 암인 것을 알면 실망해서 치료를 다 포기해버릴 것이다”라고 주장함
- 그리고 환자에게 “위에 염증이 좀 있는데 정기적인 약과 주사 치료를 받으면 낫는 병”으로 말해달라는 식
- 지금 당장은 힘들더라도 환자에게 솔직하게 이야기하도록 돕는 것이 중요하다는 점을 알리는 것
- 그 이유는 환자는 투병 기간 동안 믿고 의지할 사람이 있어야 하는데, 이러한 선의의 거짓말이 환자와 가족, 치료진과의 신뢰 관계를 깨뜨리고 환자를 소외시켜 더욱 외롭고 힘들게 만들기 때문
- 치료를 잘 받기 위해서는 무엇보다 환자가 자신의 증상과 치료 방법에 대해 잘 아는 것이 중요
- 환자가 정신적인 충격을 받지 않도록 암이라는 사실을 숨기는 것보다는 어떻게 알림으로써 충격을 최소화시킬 것인지, 그것을 극복하도록 어떻게 함께 도울 것인지를 의논하는 것이 더 중요
- 이를 위해 의료사회복지사를 포함한 의료진과 환자 가족과의 협조 관계는 매우 중요

② 쟁점 2: 환자와 가족에게 치료 정보를 어떻게 제공할 것인가?

- 심리적인 지지와 정보 제공의 병행이 중요
- 이때 집단 교육 제공과 자료집 제공은 매우 유용
- 먼저, 환자와 가족을 위한 집단 교육은 서울대병원과 같은 여러 병원들에서 이루어지는 방법
- 이러한 집단 교육은 환자와 가족들의 질병에 대한 기초 지식을 확립하고 의료진과 의사소통의 토대를 마련하기 위한 시간들로서 대개 매주 또는 매월 주기로 의사, 간호사, 의료사회복지사, 약사, 영양사 등의 강의와 간담회 형식으로 이루어짐
- 국립암센터의 경우 “뇌종양 100문 100답”, “갑상선암 100문 100답”과 같이 암 종류별로 다양한 책들이 출간
- 병원별로 약 복용과 관리, 영양관리, 의료비 지원 단체 등 이용 가능한 지원제도에 대한 정보를 망라한 소책자들이 구비되어 있음
- 의료사회복지사들은 의료진과 팀을 이루어 이러한 자료집의 구성과 발간, 제공 시기와 방법에 대한 논의, 집단 교육 구성과 진행 등을 총괄하면서 환자와 가족이 질병에 대해 잘 이해하여 자신이 처한 상황에 대한 통제력을 유지할 수 있도록 도와야 함

(2) 경제적 지원

- 의료비 지원사업
 - 저소득층에 대한 경제적 부담 완화를 위하여 저소득층 암환자 및 소아아동암 환자에 대하여 의료비를 지원하는 제도
 - 지원을 받기 위해서는 암환자의 주민등록지 관할 보건소로 연중 지원 신청을 할 수 있음
 - 필수 구비 서류는 등록신청서, 진단서, 개인정보제공동의서이며, 가족관계증명서, 소득 및 재산신고서, 전문의 소견서가 추가될 수 있음

(3) 가족지원

- ‘말기 암환자 가족을 위한 집단상담프로그램’(서울대학교병원)
 - 이 프로그램은 의사, 사회복지사, 영양사 등의 다학제 간 팀에 의해 운영되어 왔으며, 의료사회복지사는 가족의 스트레스 대처 및 사회적 지지에 대한 강의와 함께 프로그램의 기획과 운영, 조정의 역할을 수행하여 왔음
 - 교육내용은 크게 환자의 증상관리를 잘 돕는 방법에 대한 것과 가족들의 스트레스 대처 및 사회적지지 연결로 구분될 수 있음
 - 즉 환자의 질환관리를 돕기 위한 교육 과정으로서 ‘통증과 약, 식사, 가정간호’ 등의 내용을 다루는 한편, ‘말기암을 갖고 살아가기’를 통해 가족들의 어려움, 임종통고, 호스피스 정보 등 가족들이 직면하는 어려움을 다루고 대처능력을 높이는 데 초점
- 재가 암 환자 관리사업
 - 지역사회에서 재가 암 환자를 대상으로 통합적, 지속적으로 보건서비스를 제공하는 것
 - 모든 재가 암 환자(치료 중인 암 환자, 말기 암 환자, 암 생존자 등)를 대상으로 하지만, 동일 조건일 경우 취약계층 암 환자와 말기 암 환자를 우선적으로 지원함

- 거주지 시·군·구 보건소를 통해 서비스를 신청할 수 있음
- 환자 상태에 따라 환자 평가, 증상 및 통증 조절, 심리사회적 지지 등의 서비스를 제공하고 있음

2 소아암

1) 소아암에 대한 이해

(1) 개념과 증상

- 대부분 환경적인 요인과 유전적인 요인이 함께 관련되어 발생하는 것으로 알려져 왔음
- 하지만 성인과 달리 소아암의 경우에는 환경에 직접적인 영향을 받지 않는 조직(조혈, 신경, 결합 조직)에서 발생하는 경향이 있다고 알려져 있다. 소아암의 발생빈도는 인구 10만 명당 차지하며, 해마다 약 1,500명의 어린이·청소년이 소아암 진단을 받고 있다고 알려져 있음
- 소아암은 주로 육종(비상피세포성)이며, 성인암은 주로 암종(상피세포성)의 특징을 갖는데, 소아암의 경우는 집단 선별 검사로 발견할 수 있는 경우가 많지 않음
- 또한 소아암은 성인암과 달리 발암물질에 노출된 병력이 거의 없으므로 예방이 어렵고, 성장이 빠르고, 침윤성이며, 조직이나 장기의 심부에서 발생하기 때문에 암이 상당히 진행될 때까지 증상이 나타나지 않아 발견이 어려움
- 대부분의 소아암은 진단 당시에 이미 80% 정도가 원격 전이가 일어난 상태로 발견됨
- 그럼에도 불구하고 소아암은 성인암보다 화학요법에 대한 반응이 좋아 치료 성적이 훨씬 좋은 편으로서, 소아암은 전체적으로 5년 생존율이 2000년에 들어 80%에 이르고 있음
- 소아암으로 의심해볼 수 있는 증상
 - 아이가 창백하고 검사에 의해 빈혈이 지속된다든지, 피가 잘 멎지 않거나, 온몸에 멍(점상출혈, 반상출혈)이 있는 경우에는 손으로 눌러도 없어지지 않음
 - 원인을 설명할 수 없는 발열이 3주 이상 지속될 경우
 - 통증이 3주 이상 지속될 경우: 뼈의 통증은 백혈병, 신경모세포종, 골육종 등에서 흔히 보는 증상으로 아프다면서 호소하는 부위를 못 만지게 하면 신속히 진찰을 받아야 함
 - 계속 자라는 종괴(혹)가 있을 경우, 특히 체중 감소와 연관되어 있을 때
 - 지속적으로 두통을 호소하며, 구토를 동반하고 특히 새벽에 심함

(2) 소아암의 치료

- 전체적으로 약 70%이상 완치
- 소아암은 성인암에 비해 자라는 속도가 훨씬 빠르지만 이 점이 오히려 암의 효과적인 치료를 도움
- 항암제는 빨리 자라는 세포를 집중적으로 공격하기 때문
- 같은 줄기세포단계에서 발생한 급성림프구 백혈병의 경우 성인은 완치율이 50% 정도인 반면, 소아는 85% 정도로 알려져 있음

- 하지만 소아암 치료기간은 성인에 비하여 더 길며 치료과정도 복잡하기 때문에 환자와 가족이 겪는 고통이 더욱 크게 느껴 질 수 있음
- 소아암의 치료방법으로는 기본적으로 항암제를 투여하는 항암화학요법, 수술, 방사선 치료를 병합하여 사용함
- 소아암은 진단 시 이미 전이된 경우가 많으므로 대체로 이 세 종류의 치료가 모두 필요함
- 경우에 따라서는 골수와 말초혈을 이용한 조혈모 세포 이식과 같은 치료방법을 쓰게 됨

2) 심리사회적 문제

(1) 아동 환자의 심리사회적 문제

- 소아암은 진단을 받고 투병하는 아동들은 죽음에 대한 두려움, 항암치료를 받는 동안 머리카락이 빠지는 등의 외모 변화, 심한 오심과 구토, 고통스런 검사와 치료 과정 속에서 많은 심리사회적 어려움을 겪게 됨
- 또한 집중 치료를 받아야 하고 면역 체계가 떨어진 상태로서 치료받는 동안에는 학교를 가지 못하기 때문에 학업 적응 및 또래 관계의 단절이라는 어려움을 겪을 수밖에 없음
- ‘오방떡소녀’라는 필명으로 인터넷에서 만화가로 활동 중인 작가의 실제 이야기를 담은 자전적 카툰집인 “암은 암, 청춘은 청춘, 오방떡 소녀의 행복한 날들”을 추천할 수 있음
- 이 작가는 “어느 날 심한 기침이 시작되었고, 약을 먹어도 낫질 않고, 무릎 관절이 아파오고 병원에서 각종 검사를 다 거친 결과 내린 진단은 임파선암 이후로 항암 치료, 방사선 치료, 요양원, 골수 이식에 이르기까지 그 힘든 과정을 지금까지도 깨끗하게 견뎌내고 있다”는 자신의 투병 일지를 만화로...

(2) 부모의 심리사회적 문제

- 자녀가 소아암으로 진단받았을 때 부모의 충격과 상심은 말로 다 표현하기 어려움
- 부모들은 슬픔과 분노, 죄책감에 압도되는 상황에서도 아픈 자녀에 대한 간병과 치료비 부담, 다른 가족원들의 돌봄과 일상생활 유지라는 여러 가지 과제를 장기간 수행해나가야 하므로 신체적, 심리적, 물질적 부담감이 클 수밖에 없음
- 이러한 가족들의 심리사회적 어려움과 성숙을 이해하는 데는 세 살짜리 딸 한나의 소아암 진단과 투병생활, 마지막 모습과 그 과정에서 부모들의 고통과 성숙을 세밀하게 그려낸 『한나의 선물』이란 책이 도움을 줄 수 있음

(3) 환자 형제의 심리사회적 문제

- 형제의 소아암 발병 후, 건강한 형제들은 아픈 형제의 입원과 부모의 간병인 역할 때문에 자주 가족으로부터 분리되고 부모의 관심과 보호가 아픈 형제에게 집중되기 때문에 방임되기 쉬우며 버려졌다는 느낌을 받게 됨
- 특히 아동의 경우 아직 암의 원인 또는 발생과 관련된 상황을 정확하게 인식하지 못하고 있기 때문에 ‘지난번 동생과 싸우면서 몸쓸 병에나 걸리도록 바란 마음 때문에’와 같이 형제가 암에 걸린 이유를 자기로부터 찾고 자책하는 경우도 많음
- 이에 따라 아픈 형제에게 질투심과 분노를 느끼는 동시에 자신만 건강한 것에 대한 죄책감, 자신도 병에 걸릴지 모른다는 걱정, 불안, 두려움 등 다양하고 복잡한 심리사회적 어려움을 경험함

(4) 경제적 어려움

- 항암치료의 방법에는 외과적 수술, 항암 약물치료, 방사선 치료 등이 있는데, 약물이나 방사선 치료인 경우에도 보험급여가 되지 않아 전액을 본인이 부담해야 하는 경우들이 있음
- 또한 치료비용은 병원과 치료방법, 환자의 상태와 합병증 여부 등에 따라 차이가 큰데, 의료보험 승인이 되더라도 보통 동종조혈모세포이식, 자가조혈모세포이식의 경우 약 1000만원 이하, 비혈연조혈모세포이식, 제대혈 이식의 경우 약 2~3천만원 정도가 소요되므로 치료비 부담이 매우 큰 상황임
- 또한 지방에 거주하는 사람들은 서울의 대학병원에서 치료를 받기 위해 인근에 집을 따로 구하는 경우

3) 의료사회복지사의 역할

(1) 개별 및 가족 상담

- 소아암의 치료는 집중적으로 장기간 지속되는 만큼 시간적 경과에 따라 소아암 환자의 신체적 고통 및 가족의 경제적 부담, 소아암 환자의 정서적 문제, 퇴행행동이나 공격적 행동과 같은 행동 문제, 장기간 결석으로 인한 사회적 관계의 단절 및 학교 재적응의 어려움 등의 다양한 문제가 나타나게 됨

(2) 집단프로그램 운영

- 소아암 환자 부모를 위한 교육과 지지집단, 자조집단 등이 병원별로 운영되고 있으며, 몇몇 대학병원에서는 병원 학교를 운영하여 컴퓨터 교실, 미술, 음악 활동 등 학교 수업을 대체할 수 있는 커리큘럼을 구성하여 운영 중임
- 이 과정에서 의료사회복지사는 집단 참여가 필요한 가족 선별 및 집단 프로그램에 대한 정보 제공, 참여 독려, 집단 운영 및 조정 등의 역할을 맡게 되며, 다양한 특기와 자격을 가진 외부 자원봉사자 연결을 통해 장기간 학교에 가지 못한 채 투병 생활을 하고 있는 아동들에게 내실 있는 학습 및 사회문화적 프로그램을 제공하는 역할을 담당함
- 또한 의료사회복지사는 소아 암 어린이와 가족을 대상으로 캠프를 기획하여 운영하기도 하는데 한국백혈병어린이재단에서는 그 동안 소아암 어린이의 형제를 대상으로 연 1회 형제캠프를 개최해 왔음

(3) 경제적 지원

- 사회복지사가 치료 지속을 위해 다양한 자원을 연결하는 것도 매우 중요한 과제임
- 다행스럽게도 소아암은 다른 질환에 비해 상대적으로 다양한 경제적 자원들을 갖추고 있는데, 예를 들어, “보건소 소아암 환자 의료비지원사업” 신청을 통해 국가로부터 지원받을 수 있고 (백혈병은 연간 최대 3000만원, 기타 암종은 연간 최대 2000만원, 조혈모세포이식을 받은 경우 최대 3000만원), 한국백혈병어린이재단, 한국백혈병소아암협회, 다양한 TV 및 라디오 방송 등의 민간지원단체 등 다양한 치료비 지원단체로부터 적절한 절차를 통해 치료비 지원 및 신청이 가능함

1) 화상에 대한 이해

(1) 개념과 원인

- 화상이란 열에 의해 피부세포가 파괴되거나 괴사되는 현상으로서 열상이라고도 하며, 이는 끓는 물, 화염, 온습포(hot pack), 질산이나 황산 등의 화학약품, 일광 및 전기나 방사선 등이 원인이 되어 발생함
- 화상은 그 원인에 따라 화재사고나 프로판 가스 폭발 등으로 인해 화장을 입는 화염화상, 뜨거운 물이나 수증기 등에 의해 화상을 입는 열탕 화상, 전기 감전으로 인해 입게 되는 전기 화상, 산이나 알칼리 등 일반유기 용매제의 접촉에 의해 일어나는 화학화상, 그리고 뜨거운 철판이나 다리미 등에 의한 접촉화상으로 나눌 수 있음

(2) 화상의 정도에 따른 구분

- 1도 화상
 - 상처부위 피부가 빨갛게 되고 따끔따끔 아픔
- 2도 화상
 - 수포가 형성되고 붉은색을 띠며 피하조직의 부종을 동반하고 심한 통증을 느끼게 됨
- 3도 화상
 - 피부의 표피 및 진피층은 물론 피하 지방층까지 손상이 파급된 전층 화상
- 4도 화상
 - 가장 깊은 화상 상처로 피부의 전층과 근육, 뼈 등의 심부조직까지 손상이 파급된 상태로 절단술이나 피부이식술 등을 필요로 하고 심각한 장애를 초래함
- 화상의 범위에 따라 성인의 경우 체표면적의 약 20% 이상, 그리고 소아의 경우 약 10% 이상인 경우 중화상이라 할 수 있음

(3) 치료

- 화상 환자의 치료에는 여러 전문직들이 팀을 이루어 팀 접근을 하는 것이 요청되며, 병원이나 의료기관에 따라 화상전문병원 또는 화상전문치료센터 등을 두어 화상환자에 대한 전문적인 치료적 접근을 시행하고 있음
- 화상의 치료는 초기에는 화상의 피해를 최소로 줄이는 것이 중요하며, 상처 회복을 촉진시키고 통증을 줄이며 감염을 예방하는 것에 초점을 둠
- 반면 후기에는 화상으로 인한 흉터, 기능장애, 관절구축 등과 같은 화상의 후유증을 줄이는 데 중점을 둔 치료가 이루어지게 됨
- 필요에 따라 괴사조직 절제술을 시행한 후 피부이식술을 시행하는데 3도 이상의 화상일 경우 대부분 이와 같은 수술치료를 요하며, 4도 화상의 경우에는 수술 이외에 절단, 조직이식술 등의 더 전문적인 처치를 요하고, 심각한 후유증을 남길 수 있음

- 화상은 많은 합병증과 후유증을 동반할 수 있는데 화상으로 인한 상처가 치료된 이후에도 피부소양증(가려움), 피부의 비후(뚱살), 피부의 반흔 구축과 관절구축 등이 올 수 있으며, 경례 따라 관절 굳음과 운동장애, 근력약화, 근위축, 팔다리 말초신경 마비, 보행 장애 등의 신체적 장애를 유발할 수도 있음
- 따라서 화상 환자는 필요에 따라 물리치료, 재활요법, 피부과적 약물요법 등의 도움을 받아야 하며, 필요 시 성형수술을 하기도 함

2) 심리사회적 문제

(1) 화상 환자의 문제

① 극심한 신체적 고통

- 치료과정에서 동통은 계속되며, 몸을 제대로 움직일 수 없어 불편하고, 팔과 다리에는 정맥 주사가 꽂히고, 아래에는 요도관이 꽂히며, 감염방지를 위해서 아픈 주사를 계속 맞게 됨
- 특히 괴사된 조직 제거술과 창상처치를 받을 때 환자는 극심한 통증을 겪게 되는 데, 드레싱 교환으로 나타나는 이러한 통증은 상처가 완치될 때까지 매일 반복되고 지속되는 것으로, 환자가 경험하는 고통은 말로 형용할 수 없음
- 피부이식수술을 받을 때마다 연속되는 통증도 환자를 힘들게 하는 요인

② 신체적 기능장애

- 화상으로 인해 신체 일부를 절단하는 경우와 화상 후 오랫동안 병상에 누워 움직이지 않고 생활하는 경우 발생하는 관절굳음과 운동장애, 보행장애 등이 신체적 기능장애가 발생하는 대표적인 예
- 또한 지속적인 치료에도 불구하고 손상이 완전히 치료되지 않거나 절단을 하게 된 경우 화상 환자는 영구적인 외모변화와 기능상실을 남은 삶 동안 경험하게 됨

③ 외상 후 스트레스 장애

- 화상은 환자들은 사고직후부터 많은 정신적 스트레스를 받게 되는데, 큰 사고 이후 중환자실에 입원한 환자들은 입원 후 수일 내에 주위 상황과 사람들을 알아보지 못하고 마치 병원이 아니라 다른 곳에 있는 것처럼 엉뚱한 얘기를 하는 섬망 증상을 보이기도 함
- 대부분의 화상 환자들은 사고의 충격으로 인해 악몽, 불안, 불면증 등을 경험하게 되는 것이 일반적임
- 이러한 증상들은 대개 1개월 정도가 지나면 사라지는데, 1개월 이상 증상이 지속될 경우 외상 후 스트레스 환자의 경우 15-20%의 환자들이 이러한 장애를 진단할 수 있으며, 심한 화상을 입은 증상을 보이게 됨

④ 신체 및 외모 변화로 인한 우울감과 사회적 고립

- 화상으로 인해 신체의 일부를 상실했거나, 신체기능상의 변화가 초래된 경우, 그리고 외모상에 큰 변화가 생긴 경우 클라이언트는 우울감을 느낄 수 있으며, 자신의 모습이 타인에게 보여지는 것이 두려워 외출을 꺼려할 수도 있고, 대인관계에서 위축되어 사회적 고립의 문제가 발생하기도 함
- 특히 불안, 우울, 사회적 고립 등의 심리적 문제가 심할 경우 죽음이나 자살에 대해 생각하는 경우도 빈번해지므로 이에 대한 관심과 함께 정신과적 치료가 요구됨

⑤ 직업 및 경제적 능력의 상실

- 심한 화상으로 오랫동안 치료를 받게 되는 경우, 신체기능상의 장애가 발생하거나 외모상에 변화가 생긴 경우 환자는 화상을 입기 전에 유지해오던 직업이나 경제적 능력을 유지하는데 어려움을 겪게 됨
- 대부분의 경우 화상 환자는 예전과 같이 직장에 다니지 못하게 되며, 장기간 실업상태에 놓이게 되는 경우가 많으며, 이로 인한 경제적 능력의 상실로 말미암아 생활고를 경험하게 됨

(2) 가족이 경험하는 문제

① 경제적 어려움

- 치료과정에서 수행하는 피부이식수술이나 성형수술 등에 대해서는 의료보험의 혜택이 주어지지 않거나 제한적으로만 적용되는 경우가 많기 때문에 가족이 감당해야 하는 경제적 어려움은 더 커지게 됨
- 이때 화상 환자가 가족의 생계유지를 위한 소득을 창출하는 역할을 해왔다면 소득의 중단과 함께 가족이 겪는 경제적 어려움은 더욱 가중됨

② 환자를 지켜보는 정서적 고통 및 보호제공 부담감(caregiving burden)

- 화상 환자의 가족은 대개 치료과정을 통해 불안, 우울, 죄책감, 미래에 대한 걱정 등의 정서적 반응을 환자와 함께 경험하게 됨
- 또한 환자가 화상으로 인해 장애를 입거나 외관상 눈에 띄는 흉터가 신체의 일부에 남게 될 경우 환자의 달라진 외관에 가족이 적응해야 하는 것도 가족원에게는 큰 정서적 고통을 유발하는 과정이 됨
- 뿐만 아니라 화상 환자가 일상생활로 복귀하기까지 치료의 전 과정에서 가족은 일차적 보호제공자로서의 역할을 수행하게 되며, 퇴원 후에도 지속적인 보호제공이 필요할 경우 가족이 경험하게 되는 보호제공 부담감 수준은 매우 높아지게 됨

3) 의료사회복지사의 역할

(1) 개별상담

- 화상 환자에 대한 심리사회적 사정을 하며, 환자가 자신에게 일어난 상황을 이해하고 수용하며, 힘든 화상치료의 전 과정을 견뎌낼 수 있도록 적극적으로 지지해주는 역할을 수행함
- 특히 환자가 신체적 및 정서적 고통을 호소할 때 경청해주며, 치료에 대한 의지와 동기, 그리고 미래에 대한 희망을 잃지 않도록 정서적으로 지지해주어야 함

(2) 가족상담

- 가족은 정신적 충격을 받게 되며, 화상 환자의 고통스러운 치료과정과 변화된 외모를 지켜보며 죄책감, 불안, 분노, 좌절감, 우울감, 염려 등 정서적 고통을 경험하게 됨
- 의료사회복지사는 가족상담을 통해 가족들이 경험하는 이러한 정서적 고통에 귀 기울여주며, 가족들이 환자의 치료를 포기하지 않고 보호제공자로서 필요한 역할을 수행하도록 정서적 지지를 제공하는 역할을 담당함

(3) 경제적 지원 및 지역사회자원 연결

- 의료사회복지사는 병원 내외의 자원을 동원하여 환자와 가족에게 경제적 지원을 해주어야 함
- 산재보험 등의 적용을 받을 수 있는 경우 의료사회복지사는 이에 대한 정보를 제공해주며, 그렇지 못할 경우에는 지역사회 내의 활용 가능한 자원을 찾고, 개발하며, 이를 연계해주는 자원동원자 및 중개자의 역할을 담당함

(4) 집단치료 프로그램 및 자조집단 운영

- 의료사회복지사는 회복기에 접어든 화상 환자들이 퇴원에 대한 준비, 화상 이후 달라진 신체적 기능 및 외모에 대한 수용과 적응, 그리고 미래에 대한 계획 등에 관해 함께 논의하고 지지하며 격려하는 장으로서 집단치료 프로그램이나 자조집단 모임을 운영할 수 있음

4 장기이식

1) 장기이식에 대한 이해

- 신체의 장기가 질병이나 사고 등으로 손상이 생겨 그 기능이 떨어지거나 소실되어 기존의 치료법으로 회복하기 힘든 경우 뇌사자 및 생체에서 기증된 타인의 건강한 장기로 이를 대체하여 신체에 옮겨 심는 것을 말함
- 장기기증자가 다른 사람에게 기증할 수 있는 장기는 신장, 간장, 췌장, 췌도, 소장, 심장, 폐장, 조혈모세포 및 각막 등 9가지 종류
- 장기기증의 종류는 뇌사기증, 사후기증, 생체기증으로 나눌 수 있음

(1) 뇌사기증

- 뇌질환이나 교통사고 등으로 뇌사판정을 받은 자의 가족이나 유족이 의료진과의 상담을 거친 후 뇌사자의 장기를 기증하는 것으로 신장, 간장, 심장, 폐장, 췌장, 췌도, 소장, 각막의 8가지 장기를 기증할 수 있으며, 장기 등 이식에 관한 법률에 의하여 구가에서 소정의 진료비, 위로금, 장제비를 지원할 수 있음

(2) 사후기증

- 심장사 이후에 안구와 인체조직 등을 기증하는 것이며, 생체기증은 살아 있는 사람으로서 20세 이상인 장기기증자가 부부, 직계존비속, 형제자매, 4촌 이내 친족 간, 그리고 타인 간에 이식대상자로 선정하여 장기기증을 하는 것으로 국립장기이식관리센터(Korean Network for Organ Sharing: KONOS)로부터 이식대상자 선정승인을 받은 경우에 한하여 실시할 수 있음

(3) 생체기증

- 생체기증을 할 수 있는 장기는 신장(정상적인 것 2개 중 1개), 간장(의학적으로 인정되는 범위 안에서 그 일부), 췌장, 췌도, 소장, 골수임

2) 심리사회적 문제

(1) 장기이식 환자의 문제

① 장기이식수술에 대한 불안감

- 장기이식의 경우 기증자를 찾는 데도 상당한 시간이 걸릴 수 있으며, 이 기간 동안 환자는 자신의 예후와 미래에 대한 걱정과 두려움이 증폭될 수 있음
- 또한 이식이라는 큰 수술을 앞두고 환자는 수술의 성공 여부, 수술 후의 경과 등에 대한 불안감을 경험하게 됨

② 장기이식수술 후의 부작용 및 신체적 문제

- 장기이식수술 후 환자는 타인의 장기가 자신의 체내에 이식된 것에 대한 신체적 거부반응이 나타날 수 있음
- 이러한 거부반응을 최대한 막기 위해서 환자는 면역억제제를 지속적으로 복용해야 하는데, 면역억제제 장기복용에 따른 부작용으로 신기능장애, 고혈압, 당뇨병, 위장장애, 감염, 다모증 등이 생길 수 있으며, 이로 인해 환자는 신체적 및 심리적 스트레스를 경험하게 됨

③ 사회생활상의 문제

- 장기 이식수술 이후에도 상당 기간 동안 병원 치료를 지속해야 하기 때문에 직장으로 돌아가거나 자신이 원하는 사회적 활동에 참여하는 데 어려움을 겪게 됨
- 장기이식 환자는 수술과 치료로 인해 건강하게 노동할 수 있는 신체적 능력을 상당기간 동안 상실할 수 있으며, 이에 따라 다른 사람과 관계를 맺고 유지하는 능력에도 손상이 와 대인관계상의 문제가 초래될 수도 있음

(2) 가족이 경험하는 문제

① 경제적 부담감

- 특히 이식수술 후 면역억제제류의 약물복용을 거의 평생 동안 해야 하기 때문에 가족이 부담해야 하는 경제적 부담이 큼
- 또한 장기이식수술을 받은 자가 가족의 생계를 책임지고 있으며, 수술 후 부작용 등으로 일을 할 수 없게 되는 경우 가정의 주 수입원이 끊어지게 되므로 가족의 경제적 어려움은 더욱 커지게 됨

② 보호제공(caregiving)에 따른 부담감 및 갈등

- 가족이 환자를 돌보아야 하는 기간이 길어지고, 환자의 예후가 불안정할 경우 가족은 보호제공에 따른 심리적 및 정신적 부담감을 더 크게 경험하게 됨
- 또한 이 과정에서 가족원 간의 관계가 역기능적 가족 간의 갈등이 있을 때 환자의 간호 및 병수발과 관련된 가족 간의 갈등이 더 심화되어 가족문제가 초래될 수 있음

3) 의료사회복지사의 역할

(1) 개별상담

- 의료사회복지사는 장기이식 이전 단계에서 이식대상자가 이식에 대한 결정을 내리는 것을 도와주고, 이식과 관련된 정보를 제공하기 위한 목적으로 심리사회적 평가 및 개별상담을 실시하게 됨
- 또한 개별상담을 통해 이식을 앞둔 클라이언트의 불안감을 이해해주고, 클라이언트가 수술과정을 잘 극복해낼 수 있도록 정서적으로 지지해주는 역할을 수행함

(2) 가족상담

- 의료사회복지사는 가족상담을 통해 가족이 환자에게 안정된 심리사회적 환경을 조성해줄 수 있는 지지체계로서 기능할 수 있도록 돕는 역할을 담당함
- 이를 위해 의료사회복지사는 가족 안에 존재하는 갈등과 스트레스가 무엇인지 파악해야 하며, 환자와 가족원 간의 관계를 사정하고 필요 시 가족관계 개선이나 문제해결을 위한 개입을 담당하는 역할을 수행함
- 즉 의료사회복지사는 가족들을 대상으로 환자와의 관계 유지, 의사소통, 스트레스 관리, 이식과 관련된 사회복지 정보제공 등을 목적으로 한 상담을 실시함

(3) 집단프로그램

- 치료집단이나 자조모임의 형태, 또는 멘토링프로그램 등으로 진행될 수 있으며, 이식환자들이 자신의 신체 상태에 대한 이해도를 높이고, 사회복지기를 준비하는 단계에서 부딪치게 되는 심리사회적 문제를 다루는 것을 목적으로 운영됨
- 의료사회복지사는 집단에 참여할 대상자들을 모집하고, 프로그램에서 다룰 내용들을 구체화하는 등 집단프로그램을 운영하는 데 주도적인 역할을 담당함

(4) 경제적 지원

- 의료사회복지사는 병원 내외와 지역사회 내의 동원 가능한 자원체계 및 후원단체 등에 관한 정보를 알아보고 환자와 가족이 경제적 지원을 받을 수 있도록 연결해주는 역할을 수행함

(5) 장기제공 순수성 평가 및 장기기증 절차와 장애인등록 안내

- 신장이식의 경우 의료사회복지사는 신장기증자와 신장수혜자의 관계를 살펴보고, 장기 매매 등의 경제적 이해관계가 관여되지 않았는지 등에 관한 순수성 평가를 실시함
- 이러한 과정을 통해 기증의 의도가 어떤 사적인 목적달성이 아닌 순수한 의미의 기증인지를 평가해야 하는 것
- 또한 의료사회복지사는 장기기증 희망자에게 장기기증 절차에 관해 설명하고 이에 필요한 서류를 작성하고 접수할 수 있도록 안내하는 역할을 수행하기도 하며, 장기이식 이후 장애인 등록에 관한 절차와 이에 관한 정보를 제공하는 역할을 수행

■ 학습정리

1. 암

1) 질병에 대한 이해

(1) 개념과 원인

- 암(癌) 또는 암종(癌腫)은 영어 cancer를 번역한 용어임
- 의학적으로는 악성종양(惡性腫瘍, malignant tumour)이라는 병변(病變)을 일컫는 말임
- 기본적으로 세포가 조절되지 않고 무한정 증식, 성장하는 비정상 세포의 덩어리임
- 대개 유전적 요인 5-10%, 후천적인 요인이 90-95%를 차지함

(2) 치료

- 암 치료의 목적: 첫 번째가 완치이며, 두 번째가 생명 연장 및 삶의 질 향상임
- 암 치료 방침: 조직검사를 통한 조직학적 유형, 병의 진행 정도인 병기(stage), 전신 상태의 건강성을 의미하는 운동수행 능력에 대한 평가를 통해 대개 세 가지, 즉 수술치료, 항암화학치료, 방사선 치료를 결정하여 진행하게 됨
 - 첫째, 수술치료는 잘라낼 수 있는 암일 경우 암 발생 부위를 수술로 제거함
 - 둘째, 항암화학치료는 수술요법이나 방사선 요법을 실시한 후에도 암세포가 주위에 남아 있거나 다른 부위로 퍼지게 되면 암이 재발할 수 있으므로 미세한 암세포를 제거하기 위해 사용되며 외과적 수술치료가 여의치 못할 경우 처음부터 항암화학요법을 실시할 수도 있음
 - 셋째, 방사선치료는 단독 혹은 수술치료 및 항암화학치료와 함께 사용할 수 있는 수술로 암을 제거한 뒤 방사선 치료를 병행하여 치료 효과를 기대하거나 암이 악화되어 심한 두통을 호소할 때 증상 완화를 위해 사용되기도 함

2) 심리사회적 문제

(1) 환자의 심리사회적 어려움

- 진단 시기에 처음 나타나는 반응: 부정(denial), 분노, 불안과 두려움

(2) 가족의 심리사회적 어려움

(3) 치료과정에 대한 적응의 문제

(4) 경제적 어려움

3) 의료사회복지사의 역할

(1) 심리적 지원

- 쟁점 1: 알릴 것인가 말 것인가?
- 쟁점 2: 환자와 가족에게 치료 정보를 어떻게 제공할 것인가?

(2) 경제적 지원

- 의료비 지원사업

(3) 가족지원

- 재가 암 환자 관리사업

2. 소아암

1) 소아암에 대한 이해(안효섭 · 김순기, 2005)

(1) 개념과 증상

- 소아암은 주로 육종(비상피세포성)이며, 성인암은 주로 암종(상피세포성)의 특징을 갖는데, 소아암의 경우는 집단 선별 검사로 발견할 수 있는 경우가 많지 않음
- 성인암과 달리 발암물질에 노출된 병력이 거의 없으므로 예방이 어렵고, 성장이 빠르고, 침윤성이며, 조직이나 장기의 심부에서 발생하기 때문에 암이 상당히 진행될 때까지 증상이 나타나지 않아 발견이 어려움
- 진단 당시에 이미 80% 정도가 원격 전이가 일어난 상태로 발견됨
- 그럼에도 불구하고 소아암은 성인암보다 화학요법에 대한 반응이 좋아 치료 성적이 훨씬 좋은 편으로서, 소아암은 전체적으로 5년 생존율이 2000년에 들어 80%에 이르고 있음

(2) 소아암의 치료

- 전체적으로 약 70%이상 완치됨
- 소아암은 성인암에 비해 자라는 속도가 훨씬 빠르지만 이 점이 오히려 암의 효과적인 치료를 돕는다

2) 심리사회적 문제

- (1) 아동 환자의 심리사회적 문제
- (2) 부모의 심리사회적 문제
- (3) 환자 형제의 심리사회적 문제
- (4) 경제적 어려움

3) 의료사회복지사의 역할

- (1) 개별 및 가족 상담
- (2) 집단프로그램 운영
- (3) 경제적 지원

3. 화상

1) 화상에 대한 이해

(1) 개념과 원인

- 화상이란 열에 의해 피부세포가 파괴되거나 괴사되는 현상으로서 열상이라고도 하며, 이는 끓는 물, 화염, 온습포(hot pack), 질산이나 황산 등의 화학약품, 일광 및 전기나 방사선 등이 원인이 되어 발생함
- 화상의 범위에 따라 성인의 경우 체표면적의 약 20% 이상, 그리고 소아의 경우 약 10% 이상인 경우 중화상이라 할 수 있다.

(2) 치료

- 화상의 치료: 초기에는 화상의 피해를 최소로 줄이는 것이 중요하며, 상처 회복을 촉진시키고 통증을 줄이며 감염을 예방하는 것에 초점을 두는 반면, 후기에는 화상으로 인한 흉터, 기능장애, 관절구축 등과 같은 화상의 후유증을 줄이는 데 중점을 둔 치료가 이루어짐
- 필요에 따라 괴사조직 절제술을 시행한 후 피부이식술을 시행하는데 3도 이상의 화상일 경우 대부분 이와 같은 수술치료를 요하며, 4도 화상의 경우에는 수술 이외에 절단, 조직이식술 등의 더 전문적인 처치를 요하고, 심각한 후유증을 남길 수 있음

2) 심리사회적 문제

(1) 화상 환자의 문제

- 극심한 신체적 고통
- 신체적 기능장애
- 외상 후 스트레스 장애
- 신체 및 외모 변화로 인한 우울감과 사회적 고립
- 직업 및 경제적 능력의 상실

(2) 가족이 경험하는 문제

- 경제적 어려움
- 환자를 지켜보는 정서적 고통 및 보호제공 부담감(caregiving burden)

3) 의료사회복지사의 역할

(1) 개별상담

(2) 가족상담

(3) 경제적 지원 및 지역사회자원 연결

(4) 집단치료 프로그램 및 자조집단 운영

4. 장기이식

1) 장기이식에 대한 이해

- 장기이식이란 신체의 장기가 질병이나 사고 등으로 손상이 생겨 그 기능이 떨어지거나 소실되어 기존의 치료법으로 회복하기 힘든 경우 뇌사자 및 생체에서 기증된 타인의 건강한 장기로 이를 대체하여 신체에 옮겨 심는 것을 말함
- 기증할 수 있는 장기: 신장, 간장, 췌장, 췌도, 소장, 심장, 폐장, 조혈모세포 및 각막 등 9가지 중임
- 장기기증의 종류: 뇌사기증, 사후기증, 생체기증으로 나눌 수 있음

2) 심리사회적 문제

(1) 장기이식 환자의 문제

- 장기이식수술에 대한 불안감
- 장기이식수술 후의 부작용 및 신체적 문제
- 사회생활상의 문제

(2) 가족이 경험하는 문제

- 경제적 부담감
- 보호제공(caregiving)에 따른 부담감 및 갈등

3) 의료사회복지사의 역할

- (1) 개별상담
- (2) 가족상담
- (3) 집단프로그램 운영
- (4) 경제적 지원
- (5) 장기제공 순수성 평가 및 장기기증 절차와 장애인등록 안내

11주차 2차시

의료사회사업 실천 [3]: 신경과 및 재활의학과, 응급개입

학습 목표

- 뇌졸중에 대한 내용과 관련된 문제를 이해하고, 사회복지사의 역할을 설명할 수 있다.
- 척추손상에 대한 내용과 관련된 문제를 이해하고, 사회복지사의 역할을 설명할 수 있다.
- 자살에 대한 내용과 관련된 문제를 이해하고, 사회복지사의 역할을 설명할 수 있다.
- 학대와 폭력에 대한 내용과 관련된 문제를 이해하고, 사회복지사의 역할을 설명할 수 있다.

학습 내용

1. 뇌졸중
2. 척추손상
3. 자살
4. 학대와 폭력

1) 질병에 대한 이해

(1) 개념과 증상

- 뇌졸중은 뇌의 일부분에 혈액을 공급하고 있는 혈관이 막히거나(뇌경색) 터짐(뇌출혈)으로써 그 부분의 뇌가 손상되어 나타나는 신경학적 증상으로서, 뇌혈관 질환과 같은 말이며, 흔히 ‘중풍’이라고 부름
- 뇌졸중은 뇌혈관에 순환장애를 일으켜 갑작스런 의식장애와 신체의 마비현상을 가져오는데 뇌졸중 환자의 약 75%는 뇌기능 손상으로 인한 기능저하 및 인지장애를 보이며 우울감, 분노 등의 감정적인 어려움을 겪는 것으로 나타났음
- 뇌졸중은 크게 뇌경색과 뇌출혈로 구분됨
 - 뇌경색 : 혈관이 막혀 혈관으로부터 혈액을 공급받던 뇌의 일부가 손상을 받는 것으로 허혈성 뇌졸중이라고도 부름
 - 뇌출혈 : 뇌혈관이 터지는 것으로 뇌 안에 피가 고여 그 부분의 뇌가 손상되는 것으로 출혈성 뇌졸중이라고도 부름
- 고혈압, 당뇨병, 심장질환과 함께 우리나라의 주요 사망원인으로 꼽히고 있는 뇌졸중은 단일 질환으로 사망률 1위(11.3%)로 보고되고 있음
- 우리나라의 뇌혈관질환 사망률은 10만 명당 사망률이 77.0%로 OECD 평균 49.4명보다 높으며 연간 심뇌혈관질환으로 인한 사회경제적 부담은 4조 2천억 원으로 암(5조 5천억 원)과 비견될 정도로 높음
- 우리나라의 뇌졸중 유병률은 인구 1,000명 당 15.9명(남자 16.44명, 여자 15.37명)이며, 연령별로는 40대 6.5명, 50대 24.26명, 60대 57.96명이고, 70세 이상에서는 67.45명으로 50대 이후 유병률이 급격하게 증가하는 모습을 보임
- 하지만 2005년 이후로는 공식 자료가 없어 현재 유병률을 정확하게 파악하기는 어려움

(2) 주요 증상

- 뇌졸중의 5대 증상
 - 한쪽 팔다리가 힘이 빠져 움직이기가 어렵거나, 저리고 감각이 없어짐
 - 한쪽 눈이나 또는 양쪽 눈 모두 흐리게 보이거나 잘 보이지 않음
 - 발음이 어둔해지거나, 말이 제대로 나오지 않거나 남의 말을 무슨 뜻인지 알아듣지 못함
 - 머리가 갑자기 번개나 망치로 맞은 듯이 아주 심하게 아픔
 - 어지럽거나 중심을 못 잡고 휘청거림
- 5대 증상이 수분에서 수십 분가량 있다가 저절로 사라진 경우는 일과성 뇌허혈

(3) 치료와 예후

- 대부분 재활치료
- 재활치료의 목적은 뇌졸중 증상의 치료, 신체장애에 대한 기능재활, 합병증 예방과 직장으로 복귀 등 삶의 질을 높이는 데 있음

- 뇌졸중 환자에게 재활치료는 매우 중요한 데 뇌졸중 환자가 조기에 재활치료를 받을 경우, 예후는 90%가 침상에서 일어나고, 80%는 보행이 가능하며, 70%는 일상생활동작 가능, 자급자족생활도 가능
- 30%는 직장으로 복귀하는 것이 못하고, 3~18%는 재활과정이 끝날 때까지 독립적으로 움직이는 데 어려움이 있어 계속해서 다른 사람의 도움을 받아야 함
- 뇌졸중의 회복은 크게 신경학적 회복과 기능적 회복으로 나뉘는데, 신경학적 회복이란 뇌졸중의 원인이나 손상 위치에 따라 다르나 첫 1~3개월 내에 대부분(약 90%) 신경학적으로 회복되는 것을 일컫음
- 기능적 회복이란 신경학적 회복 후에도 보행이나 일상생활의 기능향상이 대개 6개월까지 호전되는데 이를 기능적 회복이라고 함
- 환자의 동기, 학습능력, 가족의 지지, 그리고 재활치료의 질과 강도(intensity) 등에 영향을 받음
- 뇌졸중 후의 회복은 죽은 뇌세포가 다시 살아나는 것이 아니라 죽은 뇌세포 주위의 세포들이 기능을 대신하면서 마비 등의 증상이 좋아지는 것

2) 심리사회적 문제

- 뇌졸중은 반신마비 등의 심각한 후유증을 낳고, 환자들의 생활 기능에 상당한 변화를 초래하기 때문에 뇌졸중 환자의 심리적 충격과 어려움은 그 어떤 질병보다도 클 것임
- 특히 뇌졸중 치료는 가능한 조기 수술 및 재활치료를 통해 장애를 최소화하는 수준에서 이루어지므로, 환자 입장에서는 심리적 충격이 심한 상태에서도 재활에 대한 의지와 집중적인 노력을 요구 받게 되므로 심리적 부담이 더 커질 수 밖에 없을 것
- 뇌졸중 환자는 분노, 우울, 불안, 수치심, 죄책감 등을 갖게 될 것
- 기본적인 자기관리의 행위인 식사, 배변, 이동, 세면, 목욕, 옷차림 등의 일상생활 동작에 대한 장애가 이들의 심리사회적인 적응에 영향력을 주게 됨
- 때로는 갑작스러운 파산이나 실직, 사회 활동 단절과 같은 사회적 변화에 적응해야만 함
- 가수 방실이의 인터뷰 내용을 간략하게 소개
 - “나는 굉장히 아프고 괴로운 상황이었지만 ... (중략) ... 그러면서 우울증이 오기 시작했어요. 굉장히 정말 굉장히 힘들었죠. 살면서 그때만큼 힘이 들었던 때가 있었나 싶어요.”
 - “모든 게 다 끝났다는 생각. 정말 이루 말로 다 할 수가 없어요. 운동을 하는 게 정말 힘들었고 몸이 내 마음대로 움직이지도 않고 말을 조금만 해도 숨이 가빴어요. 전신 마비였기 때문에 보통 환자들의 3, 4배의 노력과 시간이 필요해요 ... (중략) ... 정말 많이 울었어요. ‘방실이’라고 하면 건강, 명량, 쾌활 이런 단어들을 떠올리는데 갑자기 이렇게 되니까 처음에는 정말 너무 괴로웠죠. 전신마비가 온 데다가 먹는 것, 대소변 보는 것 어떤 것도 혼자 할 수 없었으니까요. 정말 한동안은 시간이 갈수록 절망 만들었어요. 그리고 내가 나아봤자 움직일 수도 없는데 그냥 죽는 게 나을 것 같다는 생각이 들었죠”

3) 의료사회복지사의 역할

(1) 정보 수집

- 의료사회복지사는 면담을 통해 환자를 보다 잘 이해하는 데 도움이 되는 개인력, 현재의 심리상태, 치료에 대해 갖는 기대와 치료에 대한 동기, 경제적인 상황, 질병으로 가족이 겪는 역할의 변화 등 다양한 정보가 필요하며, 가족과 관련해서 가족의 지지(support) 정도, 가족의 변화에 대해 가족원의 대처방법, 퇴원 후 계획 등을 요구

(2) 가족의 문제 조정

- 환자를 보호하는 역할에 대해 가족 간의 갈등이 종종 나타남
- 그런데 이러한 갈등 때문에 환자를 병원에 입원시켜놓고 그냥 방치하는 경우도 있고, 퇴원이 야기가 나올 무렵이면 보호자가 아예 치료진을 만나는 것을 꺼린 나머지 밤에만 나타나는 경우도 흔함
- 따라서 의료사회복지사는 환자의 치료와 향후 계획과 관련하여 가족이 갖고 있는 문제와 보호 부담에 보다 적극적으로 개입을 시도할 필요가 있음

(3) 경제적 지원

- 환자의 경제력을 평가하고 이를 원조하는 일임
- 특히 뇌졸중으로 입원한 환자가 가족의 가장이었다면, 가장의 수입 이외에는 다른 수입원이 거의 없는 경우에는 치료비 마련과 퇴원 후의 적응에 관한 어려움이 많은 상황으로 보아야 함
- 사실 대부분의 경제적 지원은 수술비 지원에 국한되므로, 뇌졸중 환자에 대해 외부 자원을 이용하여 경제적으로 지원하는 것은 쉬운 일은 아니지만 가족의 어려움에 대해 공감하고 필요한 재활 자원에 대해 적극적으로 연계하는 것이 환자와 가족의 재활과 복귀에 많은 도움이 될 수 있음

(4) 자조집단과 교육프로그램 운영

- 의료사회복지사는 환자와 보호자의 욕구를 사전에 파악하여 각 치료진이 이에 맞춘 프로그램을 구성 할 수 있도록 기획하고 조정하는 역할을 적극적으로 수행하게 됨
- 의료사회복지사는 치료진이 정해진 시간에 강의할 수 있도록 연락하고 조정하는 역할을 맡게 되며, 때로는 프로그램 혹은 집단에 참여한 환자와 가족과 치료자 간의 중개자 역할을 수행함
- 또한 교육프로그램에서 환자와 가족의 심리사회적 어려움과 적응, 연계 가능한 지역사회 자원에 관한 정보 제공 등을 주제로 강의의 한 부분을 맡아 진행하는 경우도 많음

(5) 퇴원 준비

- 집으로 퇴원하고자 하는 경우에는 주거 환경에 대한 점검을 통하여 환자의 출입과 집안 생활에 장애물이 없는지 평가해야 함
- 환자가 재활을 위해 좀 더 병원에서 치료받기를 원한다면, 2차 병원이나 노인전문병원을 소개하고 전원 할 수 있도록 절차를 밟도록 함
- 그 외에도 주간보호센터, 단기보호센터 등에 대해서도 가족들이 효율적으로 활용할 수 있도록 정보를 제공함

(6) 지역사회 자원 연결

- 대개 관할 주소 내의 동사무소나 지역복지관과의 연계를 통해 가정간호와 자원봉사자 등의 지지체계를 구축할 수 있도록 자원을 연계하는 과정을 의미
- 특히 뇌졸중 환자는 추후관리가 필요한 만성질환자(뇌혈관질환, 당뇨, 척수손상, 심폐질환, 암환자 및 노인환자)로서 가정간호 대상이기 때문에 미리 안내하여 관련 제도를 이용할 수 있도록 도움
- 또한 환자의 연령, 장애 정도, 지역사회 자원을 고려하여 환자가 지역 내 복지관 등을 통하여 이동목욕 봉사, 간병인 자원봉사, 말벗 서비스, 무료이동서비스 등을 제공받을 수 있도록 도움 수 있음

2 | 척수손상

1) 질병에 대한 이해

(1) 개념과 유형

- 척수뼈 안으로 지나가는 척수신경이 산업재해, 교통사고, 척수염 등으로 손상을 받아 기능이 상실한 것을 의미함
- 가끔 척수손상과 척추손상을 같은 것으로 오인하는 경우도 있으므로 여기에서 척추손상과 척수손상을 구분하여 살펴보기로 함
- 척추손상은 척추뼈를 구성하고 있는 척추체, 척추경, 척추후궁, 횡돌기, 극돌기 등의 골절과 척추뼈를 지지하고 있는 연부조직의 손상을 말함
- 이와 달리 척수 손상은 척추관 내에 있는 척추신경과 척추신경근의 신경손상을 말함
- 척추손상은 크게 척수손상을 동반한 척추손상과 척수손상을 동반하지 않은 척추손상으로 분류할 수 있음



(2) 경과와 장애

- 척추는 경추, 흉추, 요추의 세 가지로 구성되는데 경추부분의 척추가 손상되면 사지마비(quadriplegia)가 되고, 사지가 부분적으로 마비되거나 감각 상실을 경험함
- 흉추부분이 손상되면 하반신마비(paraplegia) 상태가 됨
- 척추의 장애에서는 운동의 장애뿐 아니라 내장이나 피부의 감각에도 장애가 일어남
- 따라서 소변이나 대변을 컨트롤할 수 없는 경우도 있으며 그 결과 방광염이나 신장염 등을 불러일으키기 쉽고 또 진통을 일으키기도 쉬우므로 의료 관리에 유의해야 함
- 척추손상으로 인한 대표적인 합병증으로 욕창과 배뇨곤란을 들 수 있음
- 먼저 욕창은 신체의 한 부위에 혈액순환이 안 되어 피부조직이 괴사하는 것으로 피부에 압력이 오랫동안 주어지지 않도록 하는 것이 가장 중요
- 휠체어에서 최소한 30분마다 압력을 제거, 최소한 2시간에 한 번 돌아눕고, 침대에서 엎드려 있는 자세에 익숙해져야 하며, 수시로 피부를 관찰하도록 하고 다음으로 배뇨곤란은 척추손상 후에 뇌와 방광 사이의 의사를 전달하는 통로인 척수의 기능이 차단되므로 소변을 볼 수가 없기 때문에 발생
- 소변 조절을 위한 방광훈련을 통하여 소변을 보아야 함
- 손을 사용할 수 있는 사람은 간헐적 도뇨법을 이용하고, 손을 사용하지 못하는 경우 손상 환자는 간병인이 간헐적 도뇨법으로 배뇨하든지 방광 두드리기 자극법 등 반사를 이용하여 소변을 볼 수 있게 됨
- 척추 손상후에 발생하는 소변 조절 장애(신경인성 방광)에서 방광훈련을 하는 목적은 상부 비뇨기계의 기능을 보존하고, 요실금이 생활에 지장을 주지 않도록 조절하는 것

2) 심리사회적 문제

- 상지 및 하지의 마비로 인하여 기립 및 보행이 불가능하기 때문에 휠체어를 이용하여 생활함
- 또한 감각신경의 마비로 욕창이 발생하고, 자율신경 마비로 배설 조절기능에 장애가 생기며, 성기능 장애로 인한 어려움 등 다양한 합병증으로 고통을 겪게 됨
- 휠체어, 하지 관절 운동기구 등 고가의 재활장비 구입 부담, 척수장애로 인한 합병증 치료에 따른 비용 및 각 검사비용의 발생으로 경제적 어려움이 증가
- 신체의 일부 혹은 전신마비로 독립성을 누릴 수 없으며 자기조절 기능을 상실하게 되어 예전의 신체 구조, 기능 외모에 대한 신체상(body image)이 바뀌었기 때문에 현재의 신체상을 수용하기 거부함
- 또한 누군가에게 도움을 받아야 한다는 것에 당황하며 죄의식을 느낌
- 그리고 가족이나 친구들에게 ‘짐이 되는 존재’라고 생각하기 때문에 사회접촉을 거부함
- 장기입원 등으로 사회접촉이 줄어들어 동료와 직업사회의 경쟁에서도 뒤떨어지게 되는 등 대인관계에서 고립감과 좌절감, 수치심, 우울, 무력감을 느끼게 되고 이러한 변화가 사회적 관계를 축소하여 자존감을 상실하게 됨

- ‘슈퍼맨’으로 유명한 영화 배우 크리스토퍼 리브는 말을 타다가 떨어지는 사고를 겪으면서 척수손상으로 인해 전신마비가 되었지만 각고의 노력과 재활의지를 통해 수년 후에는 인공 호흡기 없이도 혼자 힘으로 숨을 쉬고, 스스로 전동 휠체어를 몰고 다녔으며, 휠체어에 몸을 묶은 채 모니터와 마이크를 통해 영화감독을 하는 등의 모습을 보여주면서 진정한 슈퍼맨으로 거듭났음
- 장애인으로서의 그의 삶은 한계에 대한 도전과 극복의 연속으로서 전세계인들에게 많은 희망과 감동을 전해준 바 있음

3) 의료사회복지사의 역할

- 환자와 가족의 적응과 재활을 돕기 위한 지지적 상담이 주로 제공되며, 환자의 치료비 부담을 경감하기 위하여 소득보장제도 및 후원단체에 대한 정보를 제공하고, 치료비 지원을 위한 병원 내외의 자원을 발굴하여 연결하는 등의 경제적인 지원을 실시함
- 또한 퇴원 후 주거의 준비가 중요한데 장애인에게 집 구조와 동선은 일상생활 수행 유지를 위해 매우 중요하므로 이를 면밀하게 점검하고 개선 계획을 수립해야 함
- 의료사회복지사가 참고할 만한 홈페이지로는 한국척수장애인협회 홈페이지(<http://www.kscia.org>)와 장애인활동지원 홈페이지(<http://www.ableservice.or.kr>)가 있음
- 한국척수장애인협회에서는 장애인과 그 가족을 대상으로 종합상담실과 인터넷종합정보센터를 운영하면서 퇴원 준비, 가족 지원 프로그램, 동료척수장애인의 모임, 재활정보제공 등을 통해 환자의 심리사회적 재활을 돕고 있음
- 장애인활동지원 홈페이지를 통해서도 장애인활동지원사업, 즉 활동지원 급여, 바우처 지급, 활동지원기관 등 관련 정책과 서비스 내용에 대해 파악할 수 있음

3 | 자살

1) 자살

- 자살로 사망하는 사람들은 세계적으로 매년 약 80만 명, 우리나라의 경우는 최근 10년 동안 연평균 약 14,000명 정도로 추산되고 있음
- 국가적 차원에서도 자살은 매우 중요한 사회문제이기 때문에 최근에는 자살위험군이 가장 먼저 접하게 되는 의료서비스 경로를 관리함으로써 자살예방 및 대처방안의 일환을 모색하고자 ‘응급실기반 자살 위기대응’ 전략을 시도하고 있음

2) 자살 관련 개념

- 자살사고 (suicidal thinking) : 자살과 연관되어 행동으로 보이기 쉬운 생각들로 스스로 죽음을 초래하고자 하는 생각을 지속하고 반복하는 것
- 자살시도 (suicide attempt) : 스스로를 죽음에 이르게 하도록 할 의도를 가지고 있으나 자살시도의 결과로 인해 죽음에 이를 만큼 치명적이지 않은 시도

- 자살 (complete suicide) : 자기 파괴적인 의도를 가지고 자살을 시도하였을 때 그 시도로 인해 사망에 이르게 된 경우

3) 자살위험요인

- 자살위험요인은 자살을 촉발하는 요인으로 이에 자주 반복적으로 노출되는 동시에 보호요인이 취약한 환경에 처한 사람은 자살위험군의 가능성이 커짐
- 따라서 의료사회복지사는 자살위험군을 파악하기 위해 먼저 자살의 위험요인을 이해하고 있어야 하며, 이 자살위험요인과 관련된 클라이언트의 경험을 초기면접 혹은 정보수집 및 사정 단계에서 파악하고 모니터링함

자살위험요인	내용
정신병리 요인	<ul style="list-style-type: none"> • 우울증, 양극성장애, 조현병, 공황장애 등의 정신질환 • 알코올/약물중독 • 도박, 게임 등 행위중독
자살시도력 요인	<ul style="list-style-type: none"> • 클라이언트의 자살시도력 • 클라이언트의 가족 혹은 배우자, 자녀, 애인, 친구 등 의미있는 사람의 자살로 인한 사망이나 자살시도력이 있는 경우
개인내적 요인	<ul style="list-style-type: none"> • 실패, 자책, 자기처벌적 사고 • 고통, 스트레스에 대한 취약하거나 부적절한 대처 습관 • 충동적, 불안정한 정서 등
생애 사건 혹은 스트레스	<ul style="list-style-type: none"> • 부당한 대우, 차별 등으로 인한 고립, 소외된 경우 • 실직, 퇴직, 부모 등 갑작스런 경제적 위기에 노출된 경우 • 과도한 경제적, 심리적 부담을 갖게 되는 경우 • 질병: 말기 환자, 정신질환자, 만성질환 혹은 난치성 질환, 신체적 고통이 심한 질환을 앓고 있는 환자 혹은 가족 등 • 가족, 사회적 관계에서의 갈등·의존, 신뢰했던 관계의 붕괴 혹은 이혼, 별거, 사별 등 의미있는 관계의 단절 • 학대, 폭력의 피해자 혹은 가해자 • 법적 문제에 노출된 경우
자살직접요인	<ul style="list-style-type: none"> • 자살사고의 반복, 지속 • 자살준비의 반복, 지속

4) 자살위험사정 및 평가 면담

- 자살생각의 지속 여부를 확인하고 동기를 파악함
- 구체적인 자살시도 방법을 사정함
- 과거의 자살시도력 및 가족력을 조사함
- 자살예방을 위해 협조할 수 있는 지지 체계를 사정, 평가함
- 이때 어느 하나라도 해당사항이 있는 경우라면 의료사회복지사는 정신과 전문의나 자살예방 전문가에게 자문을 구하거나 사례를 의뢰함으로써 클라이언트의 안전을 확보해야 함

- 의료사회복지사의 고려 사항
 - 정신건강의학과에 자문하였는가?
 - 현재의 자살위험에 대해 평가하였는가?
 - 환자와 보호자는 퇴원후의 자살예방을 위해 합의된 약속을 이해하였는가?
 - 처방된 약물과 퇴원계획이 적힌 안내문을 제공하였는가?
 - 자살위기 시 도움을 받을 수 있는 주요 기관의 연락처를 제공하였는가?
 - 다시 병원을 방문해야 할 상황을 클라이언트가 인식할 수 있도록 주요징후, 증상, 상황들을 교육하였는가?

5) 의료사회복지사의 역할

(1) 의료사회복지사의 자살위험군 발굴 경로

① 의료진으로부터의 의뢰

- 의료사회복지사는 클라이언트의 자살원인, 수단 등을 확인하고, 추후에도 자살을 준비하고 있는지 여부 등을 점검함으로써 자살시도로 인한 신체, 심리적 손상을 치료하고, 다른 한편으로는 자살위기를 극복할 수 있도록 지원해야 함

② 자살위험군 혹은 그 가족으로부터의 의뢰

- 이들이 용기를 내어 도움을 요청한 행동을 충분히 격려하고, 어떤 도움을 필요로 하는지 이야기할 수 있도록 지지함
- 또한 자살위험군인 클라이언트와 가족의 문제가 지역사회기관과 긴밀한 협력을 통해 관여되어야 할 경우, 의료사회복지사는 클라이언트와 가족에게 지역사회기관 의뢰동의서를 받고 지역사회기관에 의뢰 또는 협력하도록 함

③ 지역사회기관으로부터의 의뢰

- 119, 경찰이나 파출소
- 의뢰하는 기관으로부터 클라이언트의 상황과 상태에 대해 정확한 정보를 수집하고, 클라이언트를 맞이할 준비를 해야 함
- 지역사회로부터 의료기관에 의뢰된 자살위험군의 경우 수치감을 느끼거나 비자발적 의뢰로 인해 치료를 거부할 가능성이 높으므로 의료사회복지사는 클라이언트의 저항이나 거부감에 대해 세심한 사정을 하고, 들이 전문가의 도움에 동의하고 이를 수용할 수 있도록 지지해야 함

(2) 의료사회복지사의 역할

- 2013년부터 각 응급의료센터의 자원과 여건에 맞는 프로토콜의 운영을 통해 각 지역에서 운용할 수 있는 정신건강서비스 제공자를 파악하고 연계하도록 하는 응급실기반 자살위기대응 시스템이 운영되고 있음
- 이는 필요 시 응급실에 내원한 자살위험군 혹은 시도자에 대해 일정 수준 이상의 정신과적 평가와 자살위험을 판단하고 연계함으로써 자살예방 기능을 강화하기 위한 전략



[응급의료체계 프로토콜 알고리즘]

• 자살예방을 위한 의료사회복지사의 중요한 세 가지 역할

① 상담가

- 자살에 영향을 미치는 클라이언트의 심리사회적 상태와 개인적 특성, 그리고 이 문제를 극복할 수 있는 강점과 자원 등을 고려하여 수행
- 클라이언트에 대해 ‘전체로서의 인간(whole person)’관점, 통합적 관점, 강점 관점에 기반한 상담을 제공해야 하며 클라이언트가 필요로 하는 심리사회적 접근과 더불어 문화적이고 영적인(spiritual) 접근을 할 수 있어야 함

② 지지자

- 지지자로서의 역할은 클라이언트 입장에서의 경청, 공감, 감정이입뿐 아니라 경우에 따라 이들의 차별과 불합리한 고립에 대해 옹호자, 대변자의 역할을 포함하는 포괄적인 기능을 수행하는 것을 의미함

③ 교육자 · 정보제공자

- 이들이 마음 편하게 도움을 요청할 수 있는 지역사회 자원 (예: 자살예방센터, 정신건강위기상담 1577-0199)에 대한 정보를 제공하고, 자신의 문제가 사회적 도움 통해 극복될 수 있다는 인식으로 변화될 수 있도록 필요한 교육과 정보를 제공하여야 함

1) 학대와 폭력 개념

- 학대와 폭력은 보호를 제공하거나 힘을 가진 사람이 보호를 받아야 하거나 상대적으로 힘이 약한 사람에 대해 행하는 일방적이고 공격적인 행동이며, 이러한 행위는 피해를 받은 사람의 인간으로서의 기본적인 권리를 침해하는 것
- 학대와 폭력에 노출된 사람은 심각한 신체적, 정서적, 영적 손상을 입을 수 있고, 적절한 지지와 도움이 제공되지 않을 경우 그 손상과 트라우마가 장기간 지속되어 신체적 및 정신적 건강에 부정적인 영향을 미칠 수 있음

[학대와 폭력에 대한 제도적 차원의 정의]

구분	내용
아동학대	<p>보호자를 포함한 성인이 아동의 건강 또는 복지를 해치거나 정상적 발달을 저해할 수 있는 신체적, 정신적, 성적 폭력이나 가혹행위를 하는 것과 아동의 보호자가 아동을 유기하거나 방임하는 것(아동복지법 제3조 제7조)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 아동을 매매하는 행위 2. 아동에게 음란한 행위를 시키거나 이를 매개하는 행위 또는 아동에게 성적 수치심을 주는 성희롱 등의 성적 학대행위 3. 아동의 신체에 손상을 주거나 신체의 건강 및 발달을 해치는 신체적 학대행위 4. 삭제<2014. 1. 28.> 5. 아동의 정신건강 및 발달에 해를 끼치는 정서적 학대행위 6. 자신의 보호·감독을 받는 아동을 유기하거나 의식주를 포함한 기본적 보호·양육·치료 및 교육을 소홀히 하는 방임행위 7. 장애를 가진 아동을 공중에 관람시키는 행위 8. 아동에게 구걸을 시키거나 아동을 이용하여 구걸하는 행위 9. 공중의 오락 또는 흥행을 목적으로 아동의 건강 또는 안전에 유해한 곡예를 시키는 행위 또는 이를 위하여 아동을 제3자에게 인도하는 행위 10. 정당한 권한을 가진 알선기관 외의 자가 아동의 양육을 알선하고 금품을 취득하거나 금품을 요구 또는 약속하는 행위 11. 아동을 위하여 증여 또는 급여된 금품을 그 목적 외의 용도로 사용하는 행위(아동복지법 제17조)
노인학대	<ol style="list-style-type: none"> 1. 노인의 신체에 폭행을 가하거나 상해를 입히는 행위 2. 노인에게 성적 수치심을 주는 성폭행·성희롱 등의 행위 3. 자신의 보호·감독을 받는 노인을 유기하거나 의식주를 포함한 기본적 보호 및 치료를 소홀히 하는 방임행위 4. 노인에게 구걸을 하게 하거나 노인을 이용하여 구걸하는 행위 5. 노인을 위하여 증여 또는 급여된 금품을 그 목적 외 용도에 사용하는 행위 6. 폭언, 협박, 위협 등으로 노인의 정신건강에 해를 끼치는 정서적 학대행위(노인복지법 제39조 제9조)
가정폭력	<p>가정구성원 사이의 신체적, 정신적 또는 재산상의 피해를 수반하는 행위 (가정폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법 제2조 제1호)</p>
성폭력	<p>추행, 간음 또는 성매매와 성적 착취를 목적으로 약취, 유인, 매매된 사람을 상해하거나 상해에 이르게 하는 경우 (성폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법 제2조 제2호의 일부)</p>

2) 학대와 폭력 피해자의 주요 증상

[학대나 폭력 피해자의 주요 증상]

구분	내용
신체적 증상	<ul style="list-style-type: none"> 영양부족, 혹은 영양실조 타박상, 골절 폭력 유형에 따른 신체적 손상과 질병, 후유증
심리행동적 증상	<ul style="list-style-type: none"> 우울, 불안, 분노, PTSD 악몽, 반복적인 회상 무기력감, 낮은 자존감, 자기비난, 죄책감, 두려움 신체화 증상, 수면장애 자해, 자살시도, 비행 등
사회적 증상	<ul style="list-style-type: none"> 대인관계 능력 쇠퇴 과업수행력 및 성취도 감소 취미 등 즐기던 행동 사회적 소외 가족갈등

3) 학대와 폭력 개념

- 가족들이 주로 경험하는 증상
 - 무기력감, 불안, 우울
 - 고립, 충격, 악몽, 회상
 - 가족 내 갈등과 책임 회피, 상호 비난 혹은 과도한 죄책감, 자기비난, 가족의 폐쇄적인 관계 강화로 인한 외부와의 단절 등
 - 사회적 분노와 불신
 - 외부 도움에 대한 불신, 거부, 저항 등

4) 학대와 폭력피해 클라이언트에 대한 사정

- 의료사회복지사가 우선적으로 다루어야 하는 주요 사정 내용
 - 피해자의 손상된 상태에 대한 진단, 치료, 관련 기록
 - 학대, 폭력 피해유형 또는 학대, 폭력을 초래한 행위 파악
 - 학대, 폭력 관련 전문기관 혹은 수사기관에 신고
 - 당사자 혹은 보호자 동의 하에 클라이언트가 인지하고 있는 어려움
- 이때 무엇보다도 클라이언트 당사자 혹은 보호자의 동의를 받는 것이 중요
- 유의사항
 - 의료사회복지사에게 진술한 내용 혹은 의료적 정보는 비밀보장이 된다는 것을 알리도록 함
 - 단 경우에 따라 클라이언트의 보호를 위해 이러한 정보를 전문기관에 제공하는 것은 비밀보장 원칙과 상관없이 의료사회복지사의 의무임을 고지하도록 함

- 만약 클라이언트에게 필요한 도움이나 의료적 절차를 지원하는 과정에서 보호자와 클라이언트의 의견이 상충할 경우 의료사회복지사는 클라이언트의 관심과 욕구를 우선하여 보호하도록 함
- 이 모든 과정을 반드시 기록으로 남기고, 필요하다면 소속 기관이나 부서를 통해 공식적으로 관련 전문기관의 자문을 요청하여, 클라이언트에게 가장 적합하고 필요한 도움을 제공하도록 함

5) 의료사회복지사의 역할

(1) 신고자

- 「의료법」 제3조 제1항에 따른 의료기관의 장과 그 의료기관에 종사하는 의료인 및 의료사는 아동학대, 노인학대, 가정폭력, 성폭력을 알게 된 때에는 즉시 그 관련 기관이나 수사기관에 신고하여야 한다는 법률 근거에 따라 의료사회복지사 역시 이러한 상황에서 학대 및 폭력 피해자 보호를 위해 이러한 신고의무를 가짐

(2) 임상가

- 사실들이 알려졌을 때, 수치감, 창피함 등을 느낄 수 있기 때문에 의료사회복지사는 클라이언트의 이러한 심리적 특성을 잘 이해하고 적절한 치료가 진행될 수 있도록 입원계획을 세우고, 입원 및 외래 치료과정을 잘 모니터링함으로써 클라이언트가 치료를 거부하거나 중단하지 않도록 하는 것이 중요
- 또한 퇴원을 앞둔 상태에서는 치료효과가 퇴원 후 일상생활에서 잘 유지되고, 일상기능을 잘 수행할 수 있도록 클라이언트의 동의 하에 지역사회에 클라이언트를 지원할 수 있는 전문기관을 연계하거나 필요 시 지속적인 사후지원계획을 세우도록 함

(3) 상담자 / 지지자

- 의료사회복지사는 클라이언트가 느끼고 있는 불안, 두려움, 분노와 같은 고통스러운 감정을 충분히 표현하고 해소하도록 돕는 동시에 다른 한편으로는 긍정적인 미래와 이러한 문제를 극복해 나갈 수 있는 클라이언트 스스로의 역량을 클라이언트 자신이 신뢰할 수 있도록 격려를 제공해야 함

(4) 연계자 / 중개자

- 의료사회복지사는 자신이 속한 의료기관의 해당지역의 아동/노인보호전문기관, 쉼터, 해바라기센터, 성폭력 및 가정폭력상담소와 같은 전문 기관의 명단과 연락처를 확보하고, 필요시 즉각적인 연계가 이루어질 수 있도록 위기대응 네트워크가 필요

■ 학습정리

1. 뇌졸중

1) 질병에 대한 이해

(1) 개념과 현황

- 뇌의 일부분에 혈액을 공급하고 있는 혈관이 막히거나(뇌경색) 터짐(뇌출혈)으로써 그 부분의 뇌가 손상되어 나타나는 신경학적 증상으로서, 뇌혈관 질환과 같은 말이며, 흔히 ‘중풍’이라고 부름
- 뇌혈관에 순환장애를 일으켜 갑작스런 의식장애와 신체의 마비현상을 가져오는데 뇌졸중 환자의 약 75%는 뇌기능 손상으로 인한 기능저하 및 인지장애를 보이며 우울감, 분노 등의 감정적인 어려움을 겪는 것으로 나타남
- 뇌졸중은 크게 뇌경색과 뇌출혈로 구분됨
- 주요 증상 : 뇌졸중의 5대 증상
 - 한쪽 팔다리가 힘이 빠져 움직이기가 어렵거나, 저리고 감각이 없어진다.
 - 한쪽 눈이나 또는 양쪽 눈 모두 흐리게 보이거나 잘 보이지 않는다.
 - 발음이 어둔해지거나, 말이 제대로 나오지 않거나 남의 말을 무슨 뜻인지 알아듣지 못한다.
 - 머리가 갑자기 번개나 망치로 맞은 듯이 아주 심하게 아프다.
 - 어지럽거나 중심을 못 잡고 휘청거린다.
- 치료와 예후: 대부분 재활치료

(2) 심리사회적 문제

- 뇌졸중 환자는 분노, 우울, 불안, 수치심, 죄책감 등을 앓음
- 기본적인 자기관리의 행위인 식사, 배변, 이동, 세면, 목욕, 옷차림 등의 일상생활 동작에 대한 장애가 이들의 심리사회적인 적응에 영향력을 주게 됨
- 갑작스러운 파산이나 실직, 사회 활동 단절과 같은 사회적 변화에 적응해야만 함

(3) 의료사회복지사의 역할

- 정보 수집
- 가족의 문제 조정
- 경제적 지원
- 자조집단과 교육프로그램 운영
- 퇴원 준비
- 지역사회 자원 연결

2. 척추손상

1) 질병에 대한 이해

(1) 개념과 유형

- 척수뼈 안으로 지나가는 척수신경이 산업재해, 교통사고, 척수염 등으로 손상을 받아 기능이 상실한 것을 의미함
- 가끔 척수손상과 척추손상을 같은 것으로 오인하는 경우도 있음

(2) 경과와 장애

- 척추는 경추, 흉추, 요추의 세 가지로 구성되는데 경추부분의 척수가 손상되면 사지마비(quadruplegia)가 되고, 사지가 부분적으로 마비되거나 감각 상실을 경험한다. 흉추부분이 손상되면 하반신마비(paraplegia) 상태가 됨
- 척수의 장애에서는 운동의 장애뿐 아니라 내장이나 피부의 감각에도 장애가 일어남
- 척수손상으로 인한 대표적인 합병증으로 욕창과 배뇨곤란을 들 수 있음

2) 심리사회적 문제

- 예전의 신체 구조, 기능 외모에 대한 신체상(body image)이 바뀌었기 때문에 현재의 신체상을 수용하기 거부함
- 누군가에게 도움을 받아야 한다는 것에 당황하며 죄의식을 느낌
- 가족이나 친구들에게 ‘짐이 되는 존재’라고 생각하기 때문에 사회접촉을 거부함
- 장기입원 등으로 사회접촉이 줄어들어 동료와 직업사회의 경쟁에서도 뒤떨어지게 되는 등 대인관계에서 고립감과 좌절감, 수치심, 우울, 무력감을 느끼게 되고 이러한 변화가 사회적 관계를 축소하여 자존감을 상실하게 됨

3) 의료사회복지사의 역할

- 지지적 상담,
- 경제적인 지원
- 퇴원 후 주거 구조와 동선

3. 자살

1) 자살 관련 개념

- 자살사고(suicidal thinking): 자살과 연관되어 행동으로 보이기 쉬운 생각들로 스스로 죽음을 초래하고자 하는 생각을 지속하고 반복하는 것
- 자살시도(suicide attempt): 스스로를 죽음에 이르도록 할 의도를 가지고 있으나 자살시도의 결과로 인해 죽음에 이를 만큼 치명적이지 않은 시도
- 자살(complete suicide): 자기 파괴적인 의도를 가지고 자살을 시도하였을 때 그 시도로 인해 사망에 이르게 된 경우

2) 자살위험요인

자살위험요인	내용
정신병리 요인	<ul style="list-style-type: none"> 우울증, 양극성장애, 조현병, 공황장애 등의 정신질환 알코올/약물중독 도박, 게임 등 행위중독
자살시도력 요인	<ul style="list-style-type: none"> 클라이언트의 자살시도력 클라이언트의 가족 혹은 배우자, 자녀, 애인, 친구 등 의미있는 사람의 자살로 인한 사망이나 자살시도력이 있는 경우
개인내적 요인	<ul style="list-style-type: none"> 실패, 자책, 자기처벌적 사고 고통, 스트레스에 대한 취약하거나 부적절한 대처 습관 충동적, 불안정한 정서 등
생애 사건 혹은 스트레스	<ul style="list-style-type: none"> 부당한 대우, 차별 등으로 인한 고립, 소외된 경우 실직, 퇴직, 부모 등 갑작스런 경제적 위기에 노출된 경우 과도한 경제적, 심리적 부담을 갖게 되는 경우 질병: 말기 환자, 정신질환자, 만성질환 혹은 난치성 질환, 신체적 고통이 심한 질환을 앓고 있는 환자 혹은 가족 등 가족, 사회적 관계에서의 갈등·의존, 신뢰했던 관계의 붕괴 혹은 이혼, 별거, 사별 등 의미있는 관계의 단절 학대, 폭력의 피해자 혹은 가해자 법적 문제에 노출된 경우
자살직접요인	<ul style="list-style-type: none"> 자살사고의 반복, 지속 자살준비의 반복, 지속

3) 자살위험사정 및 평가 면담

- 자살생각의 지속 여부를 확인하고 동기를 파악한다.
- 구체적인 자살시도 방법을 사정한다.
- 과거의 자살시도력 및 기죽력을 조사한다.
- 자살예방을 위해 협조할 수 있는 지지 체계를 사정, 평가한다.

4) 의료사회복지사의 역할

(1) 의료사회복지사의 자살위험군 발굴 경로

- 의료진으로부터의 의뢰
- 자살위험군 혹은 그 가족으로부터의 의뢰
- 지역사회기관으로부터의 의뢰

(2) 의료사회복지사의 역할

- 상담가
- 지지자
- 교육자·정보제공자

4. 학대와 폭력

1) 학대와 폭력 개념

- 학대와 폭력은 보호를 제공하거나 힘을 가진 사람이 보호를 받아야 하거나 상대적으로 힘이 약한 사람에 대해 행하는 일방적이고 공격적인 행동이며, 이러한 행위는 피해를 받은 사람의 인간으로서의 기본적인 권리를 침해하는 것임

2) 학대와 폭력 피해자의 주요 증상

- 주요 증상에는 우울, 불안, 신체화 증상, 무기력감, 낮은 자존감, PTSD 등을 비롯하여 자살 충동에 이르기까지 극단적인 문제들이 포함됨
- 사회적으로는 학업이나 직업에서의 과업성취도가 낮아지고 평소 가까이 지냈던 친구, 이웃 등과의 사회적 관계에도 소극적이 되거나 만남을 기피하는 등 스스로를 사회적 관계로부터 고립시키는 경우가 많음

3) 학대와 폭력피해 클라이언트에 대한 사정

- 피해자의 손상된 상태에 대한 진단, 치료, 관련 기록
- 학대, 폭력 피해유형 또는 학대, 폭력을 초래한 행위 파악
- 학대, 폭력 관련 전문기관 혹은 수사기관에 신고
- 당사자 혹은 보호자 동의하에 클라이언트가 인지하고 있는 어려움

4) 의료사회복지사의 역할

- (1) 신고자
- (2) 임상가
- (3) 상담자 / 지지자
- (4) 연계자 / 중개자

12주차 1차시

의료사회사업 실천 [4] : 정신과 [1]

학습 목표

- 조현병에 대한 내용과 관련된 문제를 이해하고, 사회복지사의 역할을 설명할 수 있다.

학습 내용

1. 조현병

1) 질병에 대한 이해

(1) 개념과 증상

- 조현병(Schizophrenia)은 뇌의 인격의 다양한 측면에서 기질적 이상이 없는 상태에서 사고, 감정, 지각, 행동 등이 생겨 망상이나 환각, 혼란스러운 사고와 행동을 포함하는 여러 가지 부적응적 증상
- 청년기나 성인기에 발병
- 잦은 재발과 만성적으로 진행
- 조현병의 특징적 증상은 정상적 기능의 과다 또는 왜곡을 반영하는 양성증상과 정상적 기능의 감소나 상실을 반영하는 음성증상
- 양성증상에는 추리적 사고(망상), 지각(환각), 언어 및 의사소통(와해된 언어), 행동조절(전반적으로 와해된 행동 및 긴장된 행동)의 과장 또는 왜곡이 포함
- 망상과 환각, 와해차원으로 구분되는 와해된 언어와 행동으로 구분
- 음성증상으로는 외부 자극에 대한 정서적 반응이 둔화되어 정서적 표현이 거의 없어지거나 부적절하게 표현되는 정서적 둔마, 사고 및 언어의 유창함과 생산성이 감소되어 말이 없어지거나 짧고 간단하고 공허한 대답만하는 등과 같은 무논리증, 목적지향적 행동을 하지 않고 사회활동에도 무관심하게 오랜 시간을 보내는 무욕증이 대표적
- 음성증상은 약물로 치료가 잘되지 않는 경향이 있어 감퇴된 사회적 기능 증진을 위한 사회 복지재활서비스가 필요
- 조현병의 원인으로는 유전적 요인, 신경전달물질의 과다분비와 관련된 생화학적 요인, 뇌의 구조 및 기능적 이상, 심리적 요인, 사회적 스트레스 요인 등 여러 가지 요인들이 복합적으로 관여
- 조현병의 평생 유병률은 0.5-1% 정도
- 10대 후반~30대 중반 사이에 발병
- 남성의 경우 10대 후반이나 20대 초반에, 여성의 경우 20-30대에 발병
- 최근 개정된 정신장애의 진단 및 통계편람 제5판(DSM.5, American Psychiatric Association, 2013: 99)에서 제시한 조현병의 진단기준

조현병 진단기준

A. 다음 증상 가운데 2개(또는 그 이상)가 있어야 하며, 1개월 중 상당기간 동안 증상이 존재해야 한다. 또한 적어도 ①②③중 하나의 증상이 반드시 포함되어 있어야 한다.

- ① 망상
- ② 환각
- ③ 와해된 언어(예: 빈번한 주제 이탈 또는 일관성 없는 말들)
- ④ 심하게 와해된 행동이나 긴장증적 행동
- ⑤ 음성증상(예: 감소된 정서적 표현 또는 무욕증)

B. 이러한 장애들이 시작된 이후 상당 기간 동안 직업, 대인관계 및 자기관리 등과 같은 하나 또는 그 이상의 주요 생활영역에서 기능 수준이 발병 이전과 비교하여 현저히 감소되어 있어야 한다(소아기 나 청소년기에 발병될 경우에는 대인관계, 학업 또는 직업분야에서 기대수준의 성취를 이루지 못한다).

C. 기간

지속적인 장애의 징후가 최소한 6개월 이상 지속되어야 한다. 6개월의 기간은 진단기준 A를 충족시키는 증상(활성기 증상)이 존재하는 적어도 1개월의 기간을 포함하고 있어야 하며, 이 기간은 전구 기와 잔류기를 포함할 수 있다. 전구기나 잔류기에는 음성증상만 있거나 진단기준 A에 있는 증상 가운데 2개 이상의 증상이 약화된 형태(예: 기괴한 믿음, 이상한 지각 경험)로 나타날 수 있다.

D. 분열정동장애와 정신증적 양상이 있는 우울 또는 양극성 장애의 기분장애는 다음 중 하나의 이유로 배제되어야 한다.

- ① 주요 우울 삽화나 조증 삽화가 활성기 증상과 동시에 나타난 적이 없어야 한다.
- ② 만약 이 병의 활성기 증상이 있는 기간 중에 기분 삽화가 함께 나타났다면, 기분 삽화의 총 기간은 이 병의 활성기와 잔류기의 전체 기간에 비해 짧게 나타나야 한다.

E. 이러한 장애는 물질(예: 물질 남용, 투약 약물)이나 일반적인 의학적 상태의 생리적 효과로 인한 것이 아니어야 한다.

F. 만약 아동기에 시작된 자폐 스펙트럼 장애나 의사소통 장애의 과거력이 있다면, 조현병의 진단에 필요한 다른 증상들에 더하여 현저한 망상이나 환각이 적어도 한 달 이상 지속될 경우에만 추가로 조현병 진단을 붙일 수 있다.

2) 치료

- 약물치료가 기본적으로 시행
- 지지적인 개별상담, 집단치료, 일상생활기술훈련 및 사회기술훈련 등의 사회재활치료, 가족상담 및 가족교육, 그리고 지속적인 사례관리가 중요
- 조현병의 예후는 개인마다 차이가 있는데 약물치료 및 관리가 잘 되어 증상이 완화된 경우 부분적으로 사회생활을 할 수 있을 정도로 사회기능이 회복되는 사례가 있는 반면, 잦은 개발과 악화로 인해 사회적인 복귀가 어렵고 지속적인 보호제공을 필요로 하는 사례도 있어 사회복지사의 개입 및 전문적인 사례관리가 요청
- 낮병원, 정신건강증진센터, 사회복귀시설, 그룹홈과 같은 시설
- 정신건강관리 서비스, 사회기술훈련, 직업재활서비스, 주거서비스 등

3) 심리사회적 문제

(1) 조현병 환자의 문제

① 환청이나 망상 등 질병으로 인한 증상경험

- 조현병 환자는 환청이나 망상의 내용을 실제적인 것으로 믿기 때문에 증상과 질병에 대한 인식(insight)이 생기기까지는 시간이 걸리며, 반드시 의사의 처방 하에 적절한 약물치료를

② 일상생활관리 능력 저하

- 예를 들면 세수, 양치질, 목욕 등을 잘 하지 않거나 옷을 갈아입지 않아 개인위생 상태가 불결한 경우가 많음
- 장시간 동안 수면을 취하거나 낮 시간 동안에도 활동을 하지 않고 방 안에만 있는 등

③ 사회적 고립 및 사회적 기능 저하

- 대인관계 접촉을 피하며, 학교나 직장 등을 다니는 등과 같은 사회활동에 참여하지 못하고 사회적으로 위축되거나 고립되는 문제를 가짐
- 또한 대인관계를 맺거나 사회활동에 참여하려고 하는 욕구도 없어지며, 점차로 대인관계를 형성하는 능력이나 특정한 사회적 상황에서 적절한 행동을 수행할 수 있는 사회적 능력이 감퇴되어 전반적으로 사회적 기능 수행능력의 저하를 경험하게 됨

④ 학업 및 직업 중단

- 환청이나 망상 등의 증상과 함께 사회적 기능 저하로 말미암아 학업이나 직업생활과 관련된 사회적 역할을 제대로 수행할 수 없는 문제에 직면

⑤ 가족과의 갈등

- 초기 단계에 가족들은 환자의 증상을 이해하지 못하고 달라진 환자의 모습에 충격을 받거나 서로 충돌하며 갈등이 생기기도 함
- 때로는 환자가 공격성을 보일 경우 이로 인해 가족 내에 폭력이나 대립의 문제가 야기되기도 함

(2) 가족이 경험하는 문제

① 보호제공 부담감(Caregiving burden)

- 개인위생관리, 일과관리, 금전관리, 투약관리 등
- 조현병 환자가 신체적 건강상태, 기능장애, 정신적 건강상태 등으로 인하여 스스로를 돌볼 수 있는 기능이 제한된 상황에서 이들을 돌보는 가족원이 경험하게 되는 고통으로(Bull, 1990), 보호제공 활동의 결과로 야기된 불안, 자유의 상실, 또는 기타 다른 심리적 고통 등
- 이는 객관적 부담감과 주관적 부담감으로 구분되어 정의
- 객관적 부담감이란 보호제공에서 야기되는 실질적인 어려움을 지칭하는 것으로 조현병 환자가 가족생활에 미치는 재정적 부담, 역할 긴장, 가족의 정상적인 생활방해, 사회활동의 단축, 외부세계와의 손상된 관계 또는 이웃과의 문제들을 포함하는 개념

- 주관적 부담감이란 보호제공으로 인해 느끼게 되는 정서적 고통으로 낙인감, 두려움, 걱정, 정서적 긴장, 분노, 슬픔, 그리고 죄책감과 수치심 등과 같은 부정적 인 정서적 반응을 의미
- 조현병 환자를 돌보아야 하는 가족원은 보호제공 과정에서 정서적 고통을 경험하게 되지만 장기간에 걸친 보호제공 경험을 통해 자기성장을 이루는 긍정적 측면이 존재할 수도 있다는 것
- 그러므로 조현병 환자의 가족과 함께 일하는 사회복지사는 가족원들이 경험하는 이러한 정서적 측면을 잘 이해하고 이들이 보호제공 과정에 수반되는 부정적 감정들을 잘 극복하고 긍정적 자기성장을 이룰 수 있도록 지원하는 것이 중요

② 경제적 어려움

- 조현병이 만성화됨에 따라 가족원은 환자에 대한 치료비를 장기간 동안 지속적으로 지출하게 되며, 경우에 따라서는 환자를 돌보기 위해 개인적인 사회생활이나 직업생활을 중단하게 되는 상황이 발생

4) 의료사회복지사의 역할

(1) 환자의 사회적 기능 및 가족환경 평가

- 조현병 환자에 대한 심리사회적 평가를 실시
- 특히 초기단계의 개입에서 조현병 환자의 사회적 기능 상태에 대해 평가하며, 가족과의 관계 및 보호제공 환경으로서 가족의 기능에 대해 전반적인 사정
- 의료사회복지사는 일상생활 관리 능력, 기본적인 대인관계 능력, 학업이나 직업생활을 시작하거나 유지할 수 있는 능력 등에 관해 사정하며, 가족에 대한 평가에서는 가족의 경제적 상태, 질병에 대한 이해정도 및 보호제공 능력, 가족이 느끼는 객관적 및 주관적 부담감의 정도, 그리고 보호제공에 부여하는 의미 등에 관해 사정

(2) 개별상담

- 질병의 초기 단계에서는 질병에 대해 이해하고, 투약관리를 하며, 사회적 고립에서 벗어나기 위한 기본적인 활동에 참여하는 것에 상담의 주요 초점이 주어지며, 회복단계에서는 학업이나 직장으로의 복귀를 위한 준비 및 직업훈련 등에 참여하는 것과 같은 사회복귀에 초점을 두고 개별상담을 실시하게 됨

(3) 집단프로그램 운영기획 및 진행

- 정신과의 입원병동이나 부분입원 체계를 갖추고 낮동안 조현병 환자의 사회복귀를 위한 재활프로그램을 실시하는 낮 병원(day hospital), 그리고 지역사회 내 정신건강증진센터 등에서는 사회기술훈련, 집단치료, 자치회의, 약물교육, 정신건강교육, 스트레스 관리, 대인관계 증진 프로그램, 지역사회적응훈련, 음악치료, 미술치료, 레크리에이션 치료 등과 같은 다양한 집단프로그램들을 실시

[조현병 환자 가족교육 프로그램]

회기	제목	목표	내용
1	오리엔테이션	1. 관계를 형성한다. 2. 희망과 동기화를 유발한다.	강사 및 참석자 소개 앞으로 배울 내용 소개
2	정신재활과 재기의 철학	1. 관점의 변화를 설명한다. 2. 희망과 자부심을 증진시킨다.	정신재활모형 재기철학
3	가족의 입장과 역할	1. 집단응집력을 강화한다. 2. 관점의 변화를 이해시킨다. 가족 자신의 중요성 인식 3. 가족교육의 목표에 대한 명확한 이해를 돕는다.	가족의 고통 전문가와의 관계 가족자신의 욕구 돌보기
4	대화법	1. 좋은 대화법에 대한 욕구를 증진시킨다. 2. 좋은 대화법의 핵심원리를 이해한다.	가족이 조심해야 할 대화방식 환자가 말할 때 공감하는 기술 환자에 대한 나의 생각과 감정을 표현하는 기술
5	병의 특징	1. 환자가 조현병으로 진단받게 된 이유를 납득한다. 2. 조현병의 증상에 대해 이해하고 공감한다.	조현병의 진단 기준 양성증상과 음성증상
6	병의 원인	1. 환자가 조현병으로 진단받게 된 이유를 납득한다. 2. 조현병의 증상에 대해 이해하고 공감한다.	취약성-스트레스-대응능력 모형 뇌의 자체적 균형회복 능력
7	약물치료	1. 약물치료의 중요성을 인식하도록 한다. 2. 약물 부작용에 대한 환자의 고통을 이해한다.	약물치료의 필요성 약물 부작용과 대처방법
8	증상관리	1. 증상대처 기술을 배우고 익힐 수 있다는 사실을 깨닫게 한다. 2. 환자와의 생활에 대한 가족의 자신감과 통제감이 증진되도록 한다.	증상관리의 기본지침 양성증상과 음성증상 대처법
9	스트레스 관리	1. 스트레스 대처기술을 배우고 익힐 수 있다는 사실을 깨닫게 한다. 2. 환자와의 생활에 대한 가족의 자신감과 통제감이 증진되도록 한다.	환자에게 해로운 스트레스 자극 스트레스 낮추는 집안 분위기
10	위기관리	1. 위기관리 대처기술을 배우고 익힐 수 있다는 사실을 깨닫게 한다. 2. 환자와의 생활에 대한 가족의 자신감과 통제감이 증진되도록 한다.	재발경고 신호 위기개입의 절차
11	환자와 가족의 생활	1. 재기 지향적 생활이 어떤 것인지를 이해하도록 한다. 2. 변화하고자 하는 욕구를 불러일으킨다.	가족의 생활방식 환자의 형제, 자매
12	마무리	1. 가족교육이 각자에게 어떤 도움이 되었는지 발표하게 한다. 2. 가족교육으로부터 배운 것을 토대로 자신, 환자, 다른 가족을 위하여 어떤 변화를 계획하는 지에 대해 발표하도록 한다.	향후 계획 짜기 소감나누기

- 가족상담 및 교육
 - 사회복지사는 조현병 환자의 가족이 경험하는 경제적 어려움, 심리적 부담감, 보호 제공 과정에서 발생하는 다양한 문제들에 관해 가족상담을 실시
 - 구체적 정보를 제공하기 위한 목적으로 가족교육프로그램을 기획하고 진행
 - 조현병의 원인, 경과, 치료방법 등 조현병에 대한 이해를 증진시키기 위한 주제와 가족의 대처방법, 가족의 역할, 활용할 수 있는 사회복지프로그램 및 스트레스 관리 등 조현병 환자를 돌보는 가족이 이 질병에 대해 어떻게 대처해야 하는지에 대한 교육이 주요 내용으로 포함
 - 의사, 간호사 및 사회복지사가 함께 팀 접근의 형식을 취하여 진행

(4) 사례관리

- 병원, 낮 병원, 정신건강증진센터 등에서 조현병 환자와 함께 일하는 사회복지사는 조현병 환자가 입·퇴원 후 지역사회 생활에 잘 적응할 수 있도록 일상생활 관리, 사회기능증진을 위한 재활프로그램 참여, 직업재활을 위한 서비스를 제공하는 등 각 개인의 특성에 맞는 개별화된 사례관리를 실시하며, 지역사회 적응에 도움이 되는 다양한 자원체계에 환자와 그 가족을 연결시켜주는 역할을 담당하게 됨
- 사례관리에 대한 간략한 예시

클라이언트는 25세, 미혼 남성으로 1남 2녀 중 장남이며, 고등학교 진학 당시부터 학교 생활에 잘 적응하지 못하고, 친구들과 어울리지 못했으며, 자신의 말투나 행동이 이상하여 사람들이 자꾸 쳐다보고 자신에 관한 욕설과 좋지 않은 말을 한다는 생각에 사로잡혀 학교를 자퇴하게 되었다. 그 후 클라이언트는 검정고시로 대학에 진학하였으나 심한 관계사고와 망상으로 대학생활에 적응하지 못하고 휴학하였으며, 정신과에 내원하여 조현병 진단을 받았다. 클라이언트는 3개월간의 입원치료 후 증상이 많이 완화되어 외래로 통원치료를 받으면서 정신과의 부분입원 프로그램인 낮병원에 참여하게 되었다. 클라이언트의 부모님과 여동생들은 모두 클라이언트의 치료에 지지적이었으며, 가족 간의 관계가 화목하고 특별한 갈등이 없었고, 가족은 경제적으로 안정되어 있는 강점을 지니고 있었다. 클라이언트는 2년 동안 꾸준히 낮병원에 다니면서, 정신건강교육, 집단치료, 사회기술훈련, 지역사회적응훈련 등 모든 프로그램에 꾸준히 참여하였고, 약물치료도 잘 병행하였다. 클라이언트를 담당하는 사회복지사는 클라이언트의 상태가 호전됨에 따라 학교에 복귀하는 계획을 세우고, 복학을 위한 준비를 도왔다. 클라이언트는 학교에 복학한 이후에도 주 1회 낮병원에 다니면서 지속적인 개별상담을 받았고 집단치료 및 사회기술훈련 프로그램과 같은 집단프로그램에 참여하면서 복학 후 학교생활을 유지하면서 생기는 어려운 문제들을 해결해나가는 데 도움을 받았다. 복학 후에도 클라이언트는 ‘자신이 걸어가면 학생들이 뒤에서 자기 이야기를 하는 것 같다’고 느끼는 등의 잔여증상을 보였으나 사회복지사의 개별상담과 집단상담을 통해 이것이 실재하는 현실이 아니고 자신의 질병과 관련된 증상이라는 것에 대해 인식하기 시작하였으며, 학업에 집중하고, 학교에서 친구를 사귄 수 있도록 자신의 사회 기술을 증진하기 위한 노력을 지속하였다. 그 결과 클라이언트는 대학생활을 무사히 마치고 졸업을 할 수 있게 되었으며, 현재 자신이 할 수 있는 일을 찾고 있다.

■ 학습정리

1. 조현병

1) 질병에 대한 이해

(1) 개념과 증상

- 뇌의 인격의 다양한 측면에서 기질적 이상이 없는 상태에서 사고, 감정, 지각, 행동 등 이 생겨 망상이나 환각, 혼란스러운 사고와 행동을 포함하는 여러 가지 부적응적 증상을 보이는 주요 정신질환
- 정상적 기능의 과다 또는 왜곡을 반영하는 양성증상과 정상적 기능의 감소나 상실을 반영하는 음성증상으로 구분함

(2) 치료

- 약물치료가 기본적으로 시행됨
- 지지적인 개별상담, 집단치료, 일상생활기술훈련 및 사회기술훈련 등의 사회재활치료, 가족상담 및 가족교육, 그리고 지속적인 사례관리가 중요함

2) 심리사회적 문제

(1) 조현병 환자의 문제

- 환청이나 망상 등 질병으로 인한 증상경험
- 일상생활관리 능력 저하
- 사회적 고립 및 사회적 기능 저하
- 학업 및 직업 중단
- 가족과의 갈등

(2) 가족이 경험하는 문제

- 보호제공 부담감(Caregiving burden)
- 경제적 어려움

3) 의료사회복지사의 역할

- (1) 환자의 사회적 기능 및 가족환경 평가
- (2) 개별상담
- (3) 집단프로그램 운영기획 및 진행
- (4) 가족상담 및 교육
- (5) 사례관리

12주차 2차시

의료사회사업 실천 [5]: 정신과 [2]

학습 목표

- 알코올 중독에 대한 내용과 관련된 문제를 이해하고, 사회복지사의 역할을 설명할 수 있다.
- 치매에 대한 내용과 관련된 문제를 이해하고, 사회복지사의 역할을 설명할 수 있다.

학습 내용

1. 알코올 중독
2. 치매

1) 질병에 대한 이해

(1) 개념과 증상

- 알코올중독은 술에 대한 통제력을 상실하고 장기간에 걸쳐 지속적인 음주를 함으로써 정상적인 사회생활을 유지해나가는 능력에 상당한 손상이 유발되는 질환
- 알코올중독은 일반사회에서 허용되는 용도 이상의 주류를 과량으로 계속해서 마시므로써 신체적, 심리적 및 사회적 기능을 해치는 만성적 행동장애
- 알코올중독의 대표적 증상은 알코올 사용에 대해 내성(tolerance)과 금단(withdrawal)증상이 생기는 것
- 내성이란 알코올을 지속적으로 사용함에 따라 신체적인 의존이 강해지고, 알코올의 효과가 점점 감소하여 동일한 효과를 얻기 위해 알코올의 사용량을 점점 증가시켜나가는 것
- 금단증상이란 알코올의 사용을 중단하거나 사용량을 줄였을 때 나타나는 신체적, 심리적 증상으로 불안, 초조, 불면증, 손떨림, 식은땀
- 정신장애 진단통계편람 제5판(DSM-5, American Psychiatric Association, 2013:490-491, 497)의 알코올 사용 장애 및 알코올 중독의 진단 기준

알코올 사용 장애 : Alcohol Use Disorder

- A. 임상적으로 심각한 장애나 고통을 일으키는 알코올 사용의 문제적 양상이 다음에 열거한 진단항목 가운데 최소한 2개 항목으로 지난 12개월 사이에 어느 때라도 나타난다.
- ① 원래 의도했던 것보다 훨씬 많은 양이나 훨씬 오랫동안 알코올을 사용한다.
 - ② 알코올 사용량을 줄이려 하거나 또는 조절하려는 노력을 계속 노력하지만 실패한다.
 - ③ 알코올을 구하거나 사용하거나, 또는 알코올의 효과에서 벗어나기 위해 많은 시간을 보낸다.
 - ④ 알코올 사용에 대한 갈망 또는 강한 욕구 또는 충동이 있다.
 - ⑤ 알코올 사용으로 인해 직장, 학교, 또는 집에서의 중요한 역할 의무를 수행하는 것에 실패한다.
 - ⑥ 알코올의 효과로 인해 또는 그로 인해 악화된 사회적 또는 대인관계적 문제가 지속적 또는 반복적으로 나타남에도 불구하고 계속 알코올을 사용한다.
 - ⑦ 알코올 사용으로 인해 중요한 사회적, 직업적, 또는 여가적 활동이 포기되거나 축소된다.
 - ⑧ 신체적으로 해로운 상황에서도 반복적으로 알코올을 사용한다.
 - ⑨ 알코올 사용으로 인해 또는 악화된 신체적 또는 심리적 문제가 지속적 또는 반복적으로 나타난다는 것을 알면서도 알코올 사용을 계속한다.
 - ⑩ 다음과 같이 정의되는 내성이 나타난다.
 - a. 중독이나 원하는 효과를 얻기 위해 매우 많은 양의 알코올이 요구된다.
 - b. 동일 용량의 알코올을 계속 사용할 경우 그 효과가 현저히 감소한다.
 - ⑩ 다음과 같이 나타나는 금단 증상이 생긴다.
 - a. 알코올에 특징적인 금단증후군
 - b. 금단증상을 완화하거나 피하기 위해 알코올을 사용한다.

알코올중독: Alcohol Intoxication

A. 최근의 알코올 섭취

B. 알코올 섭취 동안 또는 직후에 나타나는 임상적으로 심각한 문제 행동 또는 심리적 변화
(예: 부적절한 성적 또는 공격적 행동, 정서 불안정, 손상된 판단력)

C. 알코올 사용 동안 또는 직후에 나타나는 다음의 증상이나 징후들 중 하나 (또는 그 이상)

- ① 불분명한 말
- ② 불균형
- ③ 불안정한 걸음걸이
- ④ 안구진탕증
- ⑤ 주의력 또는 기억 손상
- ⑥ 인사불성 또는 혼수상태

D. 이러한 증상이나 징후들은 다른 의학적 상태에 기인한 것이 아니라야 하며, 다른 물질중독을 포함하여 다른 정신질환에 의해 더 잘 설명되지 않아야 한다.

2) 치료

- 치료의 첫 단계인 중재치료는 직면(confrontation)을 통해 알코올중독자가 자신의 질병과 문제를 회피하려는 마음을 해결하고, 질병을 치료하지 않을 시 발생하는 부정적인 결과에 대해 인지하게 하는 과정
- 해독치료
 - 신체 검진을 포함한 내과적 상태를 파악하고, 술을 끊었을 때 나타나는 금단증상에 대한 약물치료와 필요한 영양공급을 동반하는 치료과정으로 주로 입원치료를 통해 약물치료를 병행하며 이루어짐
 - 해독치료 기간에는 휴식과 적절한 음식 및 비타민 섭취가 함께 이루어져야 함
- 재활치료
 - 금주에 대한 동기를 강화시키고 금주를 유지하며, 알코올이 없는 생활에 적응할 수 있도록 돕고 알코올중독의 재발을 방지하는 데 그 목적을 두는 치료로서 인지행동치료, 동기강화치료, 개인 및 집단상담치료 등을 수행할 수 있음

3) 심리사회적 문제

(1) 알코올 중독 환자의 문제

- 신체적 문제
 - 알코올 중독자의 대다수는 위장, 췌장, 간 질환, 악성종양, 심혈관 질환, 내분비 및 생식기능 장애, 면역기능 저하, 알코올성 근육질환, 중추신경계 변성, 말초신경병 등의 장애를 가지며, 알코올성 간질환 및 간경화, 알코올성 지방간, 알코올성 심근증, 알코올성 위염 등과 같은 사망할 확률이 큰 신체적 문제

- 정서적 문제: 음주문제에 대한 부정, 우울 및 자살사고 등
 - 알코올중독 환자는 자신의 의사가 아니라 가족에 의해 병원을 찾아오게 되는 경우가 많은데 자신의 음주문제를 부정하기 때문에 치료에 대한 동기화가 잘 되지 않는 경향이 있음
 - 알코올 중독자의 특성은 치료시기를 늦추기도 하며, 치료를 받기 위해 왔을 때조차도 자신의 문제를 인정하지 않는 특성을 보이기도 하는데, 이는 치료에 장애가 되는 요인으로 작용함
 - 알코올중독자는 우울 및 자살사고를 지니고 있는 경우도 많아 자살의 위험성에 노출되어 있으며, 이러한 증상들에 대한 정신과적 치료가 필요
- 직업생활 등 사회생활 유지의 어려움
 - 음주 후 다음 날은 직장에 가지 못하고 결근하는 일이 잦아지게 되며, 직장에 가서도 술을 마시고자 하는 생각 때문에 일에 집중하지 못하는 경우
 - 직장을 그만두어야 하는 상황에까지 이르게 되며, 이후 다시 새로운 일자리를 찾거나 직업을 갖는 데도 상당한 어려움을 경험하게 됨
- 가족과의 갈등
 - 배우자나 자녀와 함께 의미있는 시간을 보내기 어려워지며, 술을 마신 뒤 언어적 및 신체적 포격을 배우자나 자녀에게 행사하는 일도 잦아 가족과의 갈등이나 마찰이 생겨나게 됨
 - 자신의 음주문제에 가족이 개입하려고 할 때 가족과의 갈등이 더 커질 수도 있으며, 술로 인해 야기되는 경제적 어려움, 직업 중단 등

(2) 가족이 경험하는 문제

- 경제적 문제
 - 가족 내에서 생계유지에 중요한 역할을 담당하는 가족원이 알코올중독의 문제를 갖게 될 경우 술을 마시기 위해 계속 가산을 탕진할 뿐만 아니라 술 문제로 인해 직장이나 주 수입원이 되는 직업 등
- 정서적 손상, 공동의존 등 심리사회적 문제
 - 알코올중독자의 배우자와 자녀들은 알코올중독자인 배우자 또는 부모와의 관계에서 심한 정서적 손상이나 박탈감을 경험하게 됨
 - 알코올중독자가 음주 후 폭언이나 폭력 등을 가족에게 행사할 때 가족은 신체적, 정서적 손상을 입게 되며 가정폭력의 피해자가 되기도 함
 - 대개 알코올중독자의 배우자는 알코올중독자의 음주문제에 대해 책임감을 가지려 하거나 술을 끊도록 강요하는 노력을 지속적으로 하는 과정에서 심리적 고통을 경험하게 되며, 자녀의 경우 가족체계의 불안정으로 인해 정서적으로 불안하며, 감정표현을 억제하거나 의존적 성향을 갖게 될 수 있음
 - 이러한 심리사회적 문제 등으로 인해 알코올중독자의 가족은 소외감, 수치감 등을 경험하게 되며, 사람들과 만나는 것을 회피하고 사회적으로 고립된 생활을 하기도 함

4) 의료사회복지사의 역할

(1) 개별상담

- 의료사회복지사는 알코올중독 환자의 심리적, 사회적 및 경제적 상태를 사정하고 욕구를 파악하여 치료계획을 세우기 위한 면담을 실시

- 알코올중독 환자가 자신의 질병에 관한 병식을 갖고, 치료에 대한 동기화가 이루어질 수 있도록 하기 위해 개별상담을 실시
- 지역사회 내의 알코올상담센터와 연결해주시기도 하며, 경제적 어려움이 있는 자를 위해서는 도움을 받을 수 있는 지역사회 내의 자원체계와 연결해주는 업무를 담당하게 됨

(2) 단주친목모임 연계

- 알코올중독 환자가 참여하는 대표적인 자조집단모임으로 단주친목(AA: Alcoholic Anon-ymous)이 있음
- 익명의 알코올 중독자들의 모임이라는 뜻으로 12단계를 기초로 하여 술 없이 만족한 삶을 영위하는 방법을 서로 토의하는 모임
- 소집단
- 알코올 문제를 공동으로 해결하고, 다른 사람들이 알코올중독으로부터 회복될 수 있도록 돕기 위해 서로 간의 경험과 희망을, 그리고 용기와 지지를 함께 나누는 사람들의 공동체로서 남녀노소나 빈부귀천이나 인종차별을 초월하여 자발적으로 결성된 모임
- 현재 세계 각국에 모임이 조직되어 있고 수백만의 알코올 중독자들이 참여하는 대표적인 자조집단 모임
- 의료사회복지사는 알코올중독자가 자신의 음주문제를 인지하고 단주에 대한 동기를 보이면 단주친목모임에 참가할 것을 권해야 하며, 실제로 참여할 수 있는 단주 친목모임에 연계해주는 역할을 수행함
- 알코올중독자의 배우자나 자녀들을 대상으로 한 가족 자조집단모임도 있으며, 필요 시 사회 복지사는 이러한 자조집단모임에 환자와 그 가족이 지속적으로 참여할 수 있도록 도움을 주는 역할을 수행함

(3) 알코올중독 예방을 위한 교육 및 홍보활동

- 의료사회복지사는 지역사회의 주민들을 대상으로 알코올중독 예방교육 및 홍보활동은 주로 병원세팅에서 일하는 의료사회복지사보다는 지역사회의 알코올상담센터, 중독관리통합지원센터 등에서 일하는 정신보건사회복지사들이 수행하는 경우가 더욱 빈번하며, 이는 정신보건관련 지역사회 현장에서 일하는 사회복지사의 주요 업무 중의 하나가 되고 있음

2 | 치매

1) 질병에 대한 이해

(1) 개념과 증상

- 치매(dementia)란 정상적인 지적 수준을 유지하던 성인이 후천적으로 인지기능의 손상 및 인격의 변화를 경험하게 되는 질환
- 다양한 원인에 의해 뇌신경이 파괴됨으로써 기억력장애, 언어능력 장애, 변요실금, 편집증적 사고, 실어증과 같은 정신기능의 전반적인 장애가 나타나 일상생활을 제대로 수행하지 못하는 것이 특징

- 우울증이나 인격장애, 공격성 등의 정신의학적 증세가 동반되기도 하며, 노화와 유전에 의한 원인성에 주목하고 있지만, 아직 정확한 발병원인과 치료법은 규명되지 않은 상태임
- 치매의 필수 증상은 기억장애와 인지장애인데, 인지장애는 실어증, 실행증, 실인증 또는 실행 기능의 손상 중 최소한 1개 이상을 포함하는 복합적인 인지결손이 발생한 상태를 지칭
- 치매 환자가 보이는 인지장애로는 언어 기능의 장애를 보이는 실어증, 어떤 운동 행동을 실행하는 능력의 장애인 실행증, 사물을 인지하거나 구별하지 못하는 실인증 등이 대표적
- 실어증이란 사람과 사물의 이름을 말하는 데 어려움이 있는 것으로 말을 이해하고 글로 쓰여진 문장을 이해하는 능력이 손상되고, 말을 따라 반복하는 능력도 손상되는 것
- 치매가 더 진행되면 개인은 침묵하게 되기도 하며, 반향 언어증(들은 대로 반복하기) 또는 동어반복증(소리나 단어를 계속적으로 반복하기) 등이 특징적인 언어장애로 나타남
- 실행증이란 운동기능 및 감각기능, 그리고 지시를 이해하는 기능이 정상인데도 어떠한 운동 행동을 실행하는 능력에 장애가 발생하는 것으로 요리를 하거나, 옷을 입고, 그림을 그리는 등의 행동에 장애가 초래됨
- 실인증란 감각기능이 정상인데도 사물을 인지하거나 구별하지 못하는 증상을 보이는 것으로 시력이 정상인데도 사물을 구별하지 못하거나 심지어 가족이나 거울에 비친 자신의 모습도 인식하지 못하게 되기도함
- 대표적 치매의 유형은 알츠하이머형 치매와 혈관성 치매로 전체 치매의 80-90%를 차지하며, 이외의 다른 질병(파킨슨병, 파킨슨병, 뇌종양, 인간 면역결핍 바이러스 등) 등에 의해 야기되거나 복합적인 원인에 기반한 치매도 있음
- 발병연령에 따라 65세 이전에 발병하면 조발성 치매로, 65세 이후에 발병하면 만발성으로 구분하며, 대개 인생의 후반기에 발병하게 되며 85세 이상에서 유병률이 가장 높음
- 정신장애의 진단 및 통계편람(DSM-IV: 195-196)에서 규정하는 알츠하이머형 치매의 진단기준

알츠하이머형 치매(Dementia of the Alzheimer's Type)의 진단기준

A. 복합적인 인지결손이 다음의 두가지 양상으로 나타난다.

- ① 기억장애(새로운 정보에 대한 학습 장애 또는 병전에 학습한 정보의 회상 능력의 장애)
 - a. 실어증(언어장애)
 - b. 실행증(운동기능은 정상이지만 운동 활동의 수행에 장애)
 - c. 실인증(감각기능은 정상이지만 물체를 인지하거나 감별하지 못함)
 - d. 실행기능의 장애(즉 계획, 조정, 유지, 추상적 사고 능력)

B. 진단기준 A1과 A2의 인지장애가 사회적 또는 직업적 기능에 있어서 심각한 장애를 일으켜야 하고, 병전의 기능 수준보다 상당히 감퇴되어 있음을 나타낸다.

C. 경고는 서서히 발병하고 지속적인 인지 감퇴를 보이는 특징이 있다.

D. 진단기준 A1과 A2의 인지장애가 다음 가운데 어떤 경우로 인한 것도 아니어야 한다.

- ① 점진적인 기억과 인지장애를 일으키는 다른 중추신경계 상태(예: 뇌혈관 질환, 파킨슨병, 헌팅턴병, 경막하혈종, 정상압 수두증, 뇌종양)
- ② 치매를 일으키는 전신적 상태(예: 갑상선 기능 저하증, 비타민 B12 또는 엽산 결핍, 나리아신 결핍, 과칼륨혈증, 신경매독, 인간 면역결핍 바이러스 병)
- ③ 물질로 유발된 상태

E. 장애가 섬망의 경과 중에만 나타나지 않는다.

F. 장애가 다른 축 1장애(예 : 주요 우울장애, 정신분열증)에 의해 잘 설명되지 않는다.

- 인간면역결핍 바이러스병(HIV Disease)으로 인한 치매, 두부 외상 (Head Trauma)으로 인한 치매, 파킨슨병(Parkinson's Disease)으로 인한 치매 등

(2) 치료

- 행성 질환이며, 한 번 발병하면 현재까지 개발된 치료법으로는 병을 완치하거나 발병 이전의 상태로 되돌릴 수 없기 때문에 조기발견과 조기치료가 중요
- 치매의 치료는 질병의 진행을 늦추며, 치매로 인해 나타나는 증상이 인지장애, 정신장애, 이상 행동증을 줄이거나 없애는 것을 목적
- 치매 환자를 위한 주간보호시설이나 요양병원 등

2) 심리사회적 문제

(1) 치매 환자의 문제

① 기억력 및 인지기능의 손실

- 단기 또는 장기 기억장애가 발생하고 사물을 분별하거나 특정 상황에 요구되는 행동을 수행하는 능력이 현저히 떨어져 예전과 같이 정상적인 사고나 판단 및 행동이 불가능

② 독립적인 일상생활 유지 능력 손실

- 인지기능이 점차적으로 더욱 손상되어 독립적으로 일상생활을 유지하는 기능이 손실됨
- 상태가 심한 경우는 24시간 누군가로부터 지속적인 보호를 받아야 하는 상황에 직면

③ 사회적 및 직업적 기능 수행능력 손상

- 만약 치매가 65세 이전에 발병하였다면 증상으로 인한 사회적 및 직업적 기능 수행능력의 손상은 환자에게 더욱 치명적인 영향을 줄 수 있음

(2) 가족이 경험하는 문제

① 보호제공 부담감(caregiving burden)

- 치매 환자 가족의 보호제공 부담감이란 치매 환자를 돌보면서 경험하게 되는 심리적, 신체적, 사회경제적인 부담을 통틀어서 일컫는 개념
- 치매 환자를 돌보는 일차적 보호제공자의 역할을 담당하는 가족원의 경우 24시간 치매 환자를 돌봐야 하기 때문에 신체적 에너지의 고갈과 피로감을 느끼게 되며, 개인적 생활이나 사회활동을 하는 데 많은 제약을 받게 됨
- 지속적인 보호제공에도 불구하고 치매 환자의 증상이 호전되지 않고 더욱 나빠지게 되면 가족원은 심리적으로도 소진상태에 이르게 되고, 우울감, 무력감 등의 정서적 고갈상태에 빠져 우울증으로 이어질 수 있는 위험성이 존재함

② 경제적 문제

- 주간보호센터, 요양병원 및 요양시설 등의 보호서비스를 이용하게 되는 경우 가족들은 이에 대한 비용을 지속적으로 지불해야 하는 상황에 직면

③ 치매 환자와 가족 간의 갈등

- 치매 환자에 대해 낙담하거나 분노할 수 있으며, 가족관계에 문제가 생길 수도 있음
- 치매 환자가 편집증적인 증상이나 망상을 보일 때 환자를 돌보는 가족원과의 갈등이 심화될 수 있으며, 가족원들은 치매 환자의 증상에 적절히 대처하지 못해 고통을 받을 수 있음

3) 의료사회복지사의 역할

(1) 일상생활기능 평가 및 개별상담

- 환자의 인지적 손상 정도에 따라 면담에서 다룰 수 있는 내용이 달라지겠지만 면담 시 환자의 심리사회적 욕구를 사정하는 것은 중요하며, 제시된 욕구에 따라 필요 시 개별상담을 진행해야 함

(2) 가족상담 및 가족교육

- 치매에 대한 이해도를 높이고 가족의 대처를 돕기 위한 가족교육을 실시
- 가족원의 보호제공 부담감을 경감시키기 위한 가족상담을 제공

(3) 집단프로그램 운영 및 진행

- 치료시설, 주간보호시설, 요양시설 등에서 의료사회복지사는 활동요법, 음악치료, 미술치료, 원예치료, 동물 매개치료 등 다양한 집단프로그램을 계획하고 운영하는 역할을 담당
- 의료사회복지사는 치매 환자의 기능수준에 맞는 프로그램을 준비해야 하며, 거동이 불편한 환자를 프로그램 진행 시 항상 배려해야 함
- 집단프로그램은 치매 환자의 인지기능이 손상되는 것을 지연시키며, 남아있는 정서적 기능과 사회적 기능을 유지시키는 데 일정 부분 기여

(4) 지역사회 내 보호시설이나 요양원 연계

- 치매 환자 주간보호시설이나 단기보호시설, 요양원 등의 시설을 안내해 주고 연계해주는 역할을 담당

(5) 노인장기요양보험제도 안내

- 장기요양보험을 신청하는 방법과 절차에 관해서 구체적으로 알려주고 가족들이 이 제도의 혜택을 받아 경제적 부담감과 보호제공 부담감을 줄이고 치매 환자를 돌볼 수 있도록 도와주는 역할을 담당

■ 학습정리

1. 알코올 중독

1) 질병에 대한 이해

(1) 개념과 증상

- 술에 대한 통제력을 상실하고 장기간에 걸쳐 지속적인 음주를 함으로써 정상적인 사회생활을 유지해나가는 능력에 상당한 손상이 유발되는 질환
- 습관성 음주로 조절능력을 상실하고 대인, 직업능력의 손상과 기능장애가 동반되는 만성질환으로서 내성과 금단증상이 대표적

(2) 치료

- 중재(intervention), 해독(detoxification), 그리고 재활(rehabilitation)의 세 단계로 이루어짐
- 입원 치료 등을 통해 금주 유지
- 수반되는 금단증상을 조절하기 위한 약물치료를 병행

2) 심리사회적 문제

(1) 알코올 중독 환자의 문제

- 신체적 문제: 알코올 중독자의 대다수는 위장, 체장, 간 질환, 악성종양, 심혈관 질환, 내분비 및 생식기능 장애, 면역기능 저하, 알코올성 근육질환, 중추신경계 변성, 말초신경병 등의 장애를 가지며, 알코올성 간질환 및 간경화, 알코올성 지방간, 알코올성 심근증, 알코올성 위염 등
- 정서적 문제: 음주문제에 대한 부정, 우울 및 자살사고 등
- 직업생활 등 사회생활 유지의 어려움
- 가족과의 갈등

(2) 가족이 경험하는 문제

- 경제적 문제
- 정서적 손상, 공동의존 등 심리사회적 문제

3) 의료사회복지사의 역할

- (1) 개별상담
- (2) 가족상담 및 가족치료
- (3) 치료집단프로그램 운영
- (4) 단주친목모임 연계
- (5) 알코올 중독 예방을 위한 교육 및 홍보활동

2. 치매

1) 질병에 대한 이해

(1) 개념과 증상

- 정상적인 지적 수준을 유지하던 성인이 후천적으로 인지기능의 손상 및 인격의 변화를 경험하게 되는 질환
- 다양한 원인에 의해 뇌신경이 파괴됨으로써 기억력장애, 언어능력 장애, 변요실금, 편집증적 사고, 실어증과 같은 정신기능의 전반적인 장애가 나타나 일상생활을 제대로 수행하지 못하는 것

(2) 치료

- 진행성 질환
- 한 번 발병하면 현재까지 개발된 치료법으로는 병을 완치하거나 발병 이전의 상태로 되돌릴 수 없기 때문에 조기발견과 조기치료가 중요함
- 질병의 진행을 늦추며, 치매로 인해 나타나는 증상이 인지장애, 정신장애, 이상 행동증을 줄이거나 없애는 것을 목적으로 함
- 주간보호시설이나 요양병원 등에서는 치매 환자들의 인지능력 소실을 지연하고 남아 있는 인지기능을 최대한 유지하기 위한 프로그램 제공함

2) 심리사회적 문제

(1) 치매 환자의 문제

- 기억력 및 인지기능의 손실
- 독립적인 일상생활 유지 능력 손실
- 사회적 및 직업적 기능 수행 능력 손상

(2) 가족이 경험하는 문제

- 보호제공 부담감(caregiving burden)
- 경제적 문제
- 치매 환자와 가족 간의 갈등

3) 의료사회복지사의 역할

- (1) 일상생활기능평가 및 개별상담
- (2) 가족상담 및 가족교육
- (3) 집단프로그램 운영 및 진행
- (4) 지역사회 내 보호시설이나 요양원 연계
- (5) 노인장기요양보험제도 안내

13주차 1차시

의료사회사업과 지역사회 연계

학습 목표

- 의료사회사업 진행 시 지역사회의 자원동원 필요성과 연계를 이해하고 설명할 수 있다.
- 의료사회사업 진행 시 지역사회서비스의 내용을 이해하고 설명할 수 있다.

학습 내용

1. 지역사회 자원동원
2. 지역사회서비스

1) 자원봉사자

- 의료기관이 지역사회로부터 개발·동원할 수 있는 인적자원으로서 대표적인 것이 자원봉사자
- 특히 의료시장 개방과 의료기관 서비스평가시행, 공급자 중심에서 소비자 중심으로 의료개념의 이동 등과 같은 의료환경의 변화가 불러오는 병원서비스에 대한 QA운동의 확산은 자원봉사자의 중요성을 더욱 부각시키고 있는 추세
- 병원에 따라서는 자원봉사자개발과 활용을 QA를 위한 프로그램의 하나로 포함시켜 중요하게 관리하는 경우도 있음
- 대부분의 의료기관에서 자원봉사자 관리는 의료사회복지과 소관업무
- 따라서 의료환경의 변화로 인해 자원봉사자의 역할과 의미가 커진다는 것은 이와 비례하여 의료사회복지과의 활동영역이 확대됨을 의미함
- 자원봉사자의 활동은 의료기관의 이미지 개선과 홍보라는 간접적 효과 외에 실질적으로 기관의 유급인력 대체효과를 가져오기 때문에 의료사회복지과의 효과적인 자원봉사자 관리는 의료기관의 경영이윤 확대에 간접적으로 기여하게 됨

(1) 의료기관에서의 자원봉사활동

① 의료기관 측면

- WTO 체제 출범이 야기한 의료시장의 해외시장개방, 의료기관 서비스에 대한 평가, 의료서비스에서의 소비자 권리의 강화, 전반적인 의료욕구의 상승 등으로 인해 의료기관들은 이전에 경험한 바 없는 경쟁체제에 직면하게 되었고 이로 인해 병원의 경쟁력 향상이 지상의 과제가 되었음
- 경쟁력 향상은 바로 의료서비스의 질적 향상을 의미하는 것으로 이를 위해 병원들은 병상의 증설, 고가 의료장비의 도입, 특수클리닉 개설 등 다양한 형태의 발전방안을 모색하게 되었음
- 이러한 하드웨어 측면 외에 친절도 향상, 병원이미지개선 등 소프트웨어 부분에서도 많은 변화들이 시도되었음
- 의료환경의 변화는 의료기관의 자원봉사활동을 새롭게 바라보는 계기를 제공하였음
- 즉 의료서비스의 질적 향상과 의료기관의 경쟁력 제고에 자원봉사활동이 긍정적으로 기여할 것임을 인식하기 시작한 것임
- 실제로 자원봉사활동은 의료서비스의 보완적 기능을 통해 병원이미지 제고와 재정적 측면의 실질적인 이득을 불러오는 것으로 알려져 있음
- 의료서비스의 양적 확대
- 의료서비스의 질적 보완
- 인력대체 효과

② 병원이용자

- 다양한 자원봉사활동이 병원이용자에게 보다 편리하고 편안하게 양질의 의료서비스를 보장할 수 있어야 함
- 이를 위해서 자원봉사자 개인의 노력도 물론 필요하지만 적절한 교육과 훈련, 사후관리 등 자원봉사자 관리에 대한 병원측의 관심과 노력이 지속적으로 경주되어야 함
- 자원봉사자의 서비스가 지속적이지 않거나 규칙적으로 제공되지 않는다면 오히려 부정적인 효과를 가져옴
- 특히 자원봉사자들의 중도탈락이 자원봉사활성화 논의에서 중요한 장애물로 번번히 거론되는 우리나라는 더욱 각별하게 고려되어야 함

③ 자원봉사자

- 자원봉사를 하는 동기에 대해 명확하게 단정하는 것은 불가능한 일
- 그것은 자원봉사활동의 이유가 자원봉사자 개인적 조건에 따라 매우 다양할 뿐 아니라 봉사자 자신조차도 미처 의식하지 못할 수도 있기 때문
- 많은 연구들은 자원봉사활동에 이타적 동기와 이기적 동기가 동시에 작용하고 있음을 입증하였음
- 자원봉사자의 동기에서 자신을 위한 동기가 충족되지 않는다면, 자원봉사자들의 만족도는 떨어지고 중도탈락의 현상을 빚게 되는 것임
- 따라서 자원봉사자들의 이러한 욕구들을 파악하여 충족시키는 것이 성공적인 자원봉사자 관리가 되는 것
- Gidron(1978)은 자신을 위한 자원봉사자들의 동기에 대해서,
 - a. 자원봉사자들의 동기가 자아실현 혹은 자아충족을 위한 개인적 동기,
 - b. 대인관계 경험을 위한 사회적 동기,
 - c. 사업을 위한 인간관계 형성이나 일의 경험을 쌓기 위한 간접적인 경제적 동기 임
- 따라서 병원의 자원봉사관리 업무를 관장하는 사회복지사는 봉사자들의 이러한 욕구를 충족시킬 수 있도록 적합한 교육과 훈련, 업무배치, 적절한 피드백과 보상 등의 방법을 통해 봉사자들이 자원봉사활동을 통해 자아를 발견하고 의미있는 경험이 될 수 있도록 지속적으로 관리해야 함

(2) 의료기관 자원봉사자의 역할과 활동영역

① 역할

- 정보제공
- 환자 케어 및 심리상담
- 업무보조
- 알선
- 대변
- 후원
- 조사

② 활동영역

- 병실봉사
- 외래봉사
- 응급실봉사
- 의료서비스 지원
- 기타

(3) 자원봉사활동 관리

① 계획수립

- 자원봉사활동관리에서 가장 기본적인 것으로, 다음단계의 활동들은 계획의 이행을 돕는 단순한 기능
- 계획수립이란 의료세팅에서 자원봉사활동의 욕구가 발생하면, 그것을 해결하는 구체적인 실천방안을 모색하는 것
- 이를 위해 무엇보다도 자원봉사활동의 존재의의나 목표가 명백하게 규명되고 진술되어야 하며, 이것은 또한 의료기관의 조직목적에 부합되어야 함
- 의의와 목표가 설정된 다음에는 이것을 달성하기 위한 직무설계와 자원봉사자의 역할을 구체적으로 규정하는 것임
- 여기에는 구체적인 활동내용과 이에 필요한 자원봉사자의 기술과 지식, 역할에 부여되는 권한과 책임 등이 포함됨

② 모집

- 필요한 역할에 맞는 능력을 갖춘 자원봉사자를 확보하는 일
- 성공적인 자원봉사자 확보는 명확한 목표설정과 직무규정을 전제로 함
- 이에 따라 요구되는 자원봉사자 요건이 분명해지면 그러한 자원봉사자를 찾을 수 있는 가장 적절한 곳에서 모집해야 함
- 예를 들어, 정신과 세팅에서 입원한 환자들에 대한 집단활동 프로그램을 자원봉사자에 의해 운영하기로 계획했다면, 정신장애와 집단활동에 대한 지식과 이론이 자원봉사자의 기본적 요건이 될 것임
- 이러한 능력을 갖춘 잠재적 자원봉사자들을 구하기 위한 적절한 곳은 대학의 사회복지학과가 될 것

③ 교육 및 훈련

- 자원봉사활동에 필요한 기본적 기술을 습득하는데 도움을 주어야 하며, 동시에 자원봉사자 개인의 성장을 위한 기회가 되어야 함
- 최근 자원봉사자들이 교육과 훈련을 통해 자신의 흥미, 기술, 잠재력을 보다 유용하게 확대시키기를 기대하기 때문에 자원봉사자들의 욕구와 동기를 명확히 파악하는 것이 이 단계에서 필요
- 파악 방법으로는 직적 면담이나 대화, 글쓰기 등
- 교육훈련모형은 워크숍, 자원봉사활동의 가상연습, 역할극 등

④ 배치

- 자원봉사활동 관리자는 직무의 성격과 필요로 하는 능력뿐만 아니라 자원봉사자의 개인적 기대와 목표, 동기 등도 고려해야 함
- 자원봉사자의 특수한 재능이나 기술에 적합한 직무가 없을 때는 기존의 직무에 일방적으로 배치하여 자원봉사자의 잠재력을 위축시키거나 사장시키기보다는 새로운 직무를 개발하여 잠재력을 발휘하도록 하는 것이 능력있는 관리자의 역할

⑤ 평가

- 평가의 대상은 각 자원봉사자 개인에 대한 평가, 자원봉사서비스에 대한 이용자 평가, 정규 직원에 의한 자원봉사활동에 대한 평가, 자원봉사활동의 재정적 기여도 등이 포함됨
- 효과적인 평가를 위해서는 관계직원과 자원봉사자의 협조와 이해가 전제되어야 한다. 따라서 자원봉사 프로그램 계획단계와 모집시기부터 직원과 자원봉사자에게 평가에 대해 고지하여 자발적인 참여를 이끌어내야 함
- 평가는 지속적으로 형식을 갖추어 이루어져야 하며, 유형으로는 1:1 평가와 집단평가가 있으며, 평가도구는 대화방식에 의한 평가와 정형화된 평가지를 사용하기도 함

⑥ 인정과 보상

- 인정과 보상에는 교통비 지급과 같은 경제적 보상, 자원봉사친목회결성과 같은 정신적 보상 등이 있는데, 자원봉사의 지속성은 경제적 보상보다는 정신적 보상과 더 관련이 있는 것으로 알려졌다
- 정신적 보상의 구체적인 방법으로는 자원봉사 경력 인정, 자원봉사자의 장점개발과 격려, 자원봉사자의 봉사영역 확대, 자원봉사자의 피드백, 활동사례집 발간이나 인쇄물에 자원봉사 활동수로고가 자원봉사자 소개, 감사의 표현, 취미나 교양강좌 등 자기개발의 기회제공, 기 고나의 참가비부담으로 봉사활동 관련 회의나 연수 등에 파견 등이 있음

2) 기금모금

(1) 의료사회복지서비스 기금모금의 필요성

- 경제성장에 따른 국민생활수준의 향상은 절대적 빈곤의 문제를 상당부분 해결하였으나, 의료비가 커다란 부담이 되는 집단이 엄존하며, 병원의 의료사회복지사에게 의뢰하는 환자의 많은 수가 경제적 문제와 관련이 있음
- 교통사고 환자, 산재환자 등 자기치료를 요하는 사례가 지속적으로 증가하고 있으며, 이런 환자들의 경우 제도나 법의 보호밖에 방치된 경우가 있어 이들에 대한 경제적 지원을 위한 자금이 필요함
- 이 외에 학대받는 아동이나 가정에서 배우자로부터 구타당하는 여성들이 점차 늘어나고 있고, 이러한 사회문제에 대한 의료적 개입이 활발해지는 추세
- 그러나 구속이나 기타 여러 가지 이유로 인해 가해자의 진료비 부담이 불가능하고, 의료보험의 혜택도 받을 수 없거나 부족하여 적절하게 의료 서비스를 받을 수 없는 사례가 많음

(2) 기금 출처와 유형

① 기금의 출처

- 정부
- 지역사회회 공동모금회
- 복지관련 재단
- 원내
- 특별사업형

② 기금모금 기술

- Grant proposal를 작성하는 방법
- 사회복지사의 기술

2

지역사회서비스

1) 예방 및 건강증진서비스

- 예방이란 질병이 발생하지 않도록 신체상태를 유지시키는 1차적 예방과 질병이 발생했을 때 그 영향을 최소화하고 조기에 개입하여 치료하는 2차적 예방, 질병발생의 영향을 최소화하고 재발을 방지하는 3차적 예방으로 나뉨
- 건강증진이란 단순한 질병예방을 의미하는 것이 아니라, 개인의 안녕, 자기성장, 사회적 안위 등을 포함하는 보다 광의적 개념
- 질병 예방과 건강증진이란 ① 신체적, 심리적, 사회문화적 문제 예방, ② 현재의 건강상태와 능력의 보전, ③ 개인의 잠재능력의 향상과 목표달성 등을 목적으로 실시되는 행동과 실천으로 정의됨
- 예방 및 건강증진의 다양한 활동 중 하나인 교육은 초기부터 의료사회복지의 중추적 활동으로서, 우리나라의 경우 병원의 지역사회서비스 중 비교적 활발하게 수행되는 프로그램임
- 지역사회에 접근하여 새로운 정보를 제공하고 새로운 행동과 기술을 획득·실천하도록 돕는 교육가로서의 역할은 사회복지 초기부터 사회복지사들이 수행해 온 매우 익숙한 활동
- 지역사회 대상으로 건강교육프로그램을 계획하고 실행할 때 도움이 되는 지침은 다음과 같음

① 사회복지지식과 기술을 건강교육과 사회마케팅으로부터 도출한 아이디어 및 전략과 연결시킴

- 사회마케팅이란 어떠한 아이디어나 활동을 사람들이 쉽게 받아들이고 이를 통해 이들의 태도와 행동을 변화시킬 목적으로 비영리 분야에 이윤추구의 영업전략을 적용하는 것을 의미함

② 지역사회 내의 기존 자원을 활용함

- 홍보물과 같은 유인물이나 교육자료, 교육프로그램 등 다양한 자원들을 보유·활용하고 있는 특정 질병관련 조직들이나 단체들과 접촉하여 연계하거나 협력함

③ 가능한 특정집단을 대상으로 강도 높은 교육을 실시하고 청중 수준에 맞는 교육방법을 활용

④ 표적집단에 대한 특성과 욕구, 병원의 지원, 지역사회의 활용 가능한 자원, 의료사회복지사의 상상력을 동원하여 가장 적절한 교육 방법을 모색함

⑤ 언론매체를 특별 자원으로 활용함

2) 조사연구활동

(1) 역학조사

- Rehr, Rosenberg, & Blumenfield(1998)는 의료사회복지의 창조적 역할을 제안하면서 의료사회복지사는 질병예방과 건강증진 활동을 위해 단독으로, 혹은 병원 내의 다른 전문직, 지역사회 내의 관련 단체나 조직, 지역주민 등과 협동하여 지역사회의 역학조사에 적극적으로 지역사회의 환경, 근로상태, 가정생활 등에 주목했던 의료사회복지는 이미 그 발생초기부터 바로 사회적 역학에 기초해 있다고 할 수 있음
- 그럼에도 불구하고 최근까지는 역학에 대한 의료사회복지사들의 활동은 그다지 크지 않은 상태

(2) 지역사회의 의료욕구조사

- 의료욕구란 한 사람 혹은 집단이 필요로 하는 의료서비스의 양을 의미하지만 여기서는 이보다 좀더 포괄적인 개념으로 사용하였음
- 지역사회의 의료욕구란 필요로 하는 의료서비스의 양뿐만 아니라 서비스가 요구되는 지역사회 특유의 질병과 환자, 특정 의료서비스에 대한 욕구, 이들의 사회경제적 여건, 의료욕구와 제공되는 의료서비스에 대한 요구, 이들의 사회경제적 여건, 의료욕구와 제공되는 의료서비스 간의 간격 등을 포함

3) 지역사회기관 프로그램 자문

(1) 자문의 정의와 지침

- 자문이란 자문을 요청한 사람에게 전문적 지식, 기술, 경험, 전문적 태도와 가치 등을 제공하여 실천의 전문성을 향상시키기 위한 목적으로 수행되는 활동을 의미함
- 효과적인 자문을 위한 지침
 - 자문가와 피자문가는 자문의 과정, 목적 등에 관해 상호간에 이해를 명확히 하여야 함
 - 자문가는 필요로 하는 자문내용에 대해 자신의 능력이 있는지를 확실히 하여야 함
 - 피자문자가 자문의 형태를 빌려서 자신이 활동에 대해 슈퍼비전을 받고자 하거나 자신 개인의 문제를 치료하려고 하거나, 혹은 실천과정에서 직면한 문제 상황을 자문가에게 전하고자 하는 경우가 있는데, 이런 상황들은 자문에 적합하지 않음

- 자문가는 자문을 요청한 문제와 관련된 자료, 이 문제에 대해 기존에 취했던 조치, 평소 다루던 문제들간의 유사점과 차이점 등에 관하여 피자문가에게 문의하여야 함
- 자문가는 자문을 요청한 문제를 해결하기 위해 성급해서는 안 된다. 자문은 피자문가에게 문제에 대한 이해도를 높이고 다른 각도에서 바라볼 수 있도록 도와주는 것으로도 충분함
- 자문가의 역할은 올바른 문제해결 방법을 제시하는 것이 아니라 여러 가능성에 관한 자신의 의견을 제시하는 것

■ 학습정리

1. 지역사회자원동원

1) 자원봉사자

(1) 의료기관에서의 자원봉사활동

- 의료기관 측면
 - 의료환경의 변화는 의료기관의 자원봉사활동을 새롭게 바라보는 계기를 제공하였다. 즉 의료서비스의 질적 향상과 의료기관의 경쟁력 제고에 자원봉사활동이 긍정적으로 기여할 것임을 인식하기 시작한 것이다.
- 병원이용자
- 자원봉사자

(2) 의료기관 자원봉사자의 역할과 활동영역

- 역할
 - 의료기관에서의 자원봉사자의 역할은 자원봉사활동의 전문성 정도, 자원봉사자 개인적 조건, 개별 의료기관의 고유 특성 등에 따라 매우 다양함
- 활동영역
 - 의료기관에서의 자원봉사활동영역은 크게 병실봉사, 외래봉사, 응급실봉사, 의료서비스지원, 기타 등의 영역으로 분류되며, 영역별 구체적인 자원봉사활동 내용은 다음과 같다.

(3) 자원봉사활동 관리

- 계획수립
- 모집
- 교육 및 훈련
- 배치
- 평가
- 인정과 보상

2) 기금모금

(1) 의료사회복지서비스 기금모금의 필요성

- 절대적 빈곤의 문제
- 제도나 법의 보호밖에 방치된 경우
- 구속이나 기타 여러 가지 이유로 인해 가해자의 진료비 부담이 불가능하고, 의료보험의 혜택도 받을 수 없거나 부족하여 적절하게 의료 서비스를 받을 수 없는 사례가 많아짐

(2) 기금 출처와 유형 : 정부, 지역사회의 공동모금회, 복지관련 재단, 원내 등

2. 지역사회 서비스

1) 예방 및 건강증진서비스

- 신체적, 심리적, 사회문화적 문제 예방
- 현재의 건강상태와 능력의 보전
- 개인의 잠재능력의 향상과 목표달성 등을 목적으로 진행됨

2) 조사연구활동

- (1) 역학조사
- (2) 지역사회의 의료욕구조사

3) 지역사회기관 프로그램 자문

- (1) 자문의 정의와 지침
 - 자문이란 자문을 요청한 사람에게 전문적 지식, 기술, 경험, 전문적 태도와 가치 등을 제공하여 실천의 전문성을 향상시키기 위한 목적으로 수행되는 활동을 의미함
- (2) 지역사회기관 프로그램 자문

13주차 2차시

환자권리보호운동

학습 목표

- 환자권리에 대한 개념을 이해하고 설명할 수 있다.
- 국민의 건강권과 환자의 권리를 이해하고 서술할 수 있다.
- 환자권리 보호운동의 역사를 이해하고 설명할 수 있다.
- 미국의 환자권리보호운동과 환자권리장전 내용을 이해하고 서술할 수 있다.
- 우리나라의 환자권리보호운동과 환자권리장전 내용을 이해하고 미국의 내용과 비교할 수 있다.
- 환자권리의 보호에 대한 의료사회사업적 접근을 이해하고 설명할 수 있다.

학습 내용

1. 환자의 권리에 대한 개념
2. 국민의 건강권과 환자의 권리
3. 환자권리 보호운동의 역사
4. 미국의 환자권리보호운동과 환자권리장전 내용
5. 우리나라의 환자권리보호운동과 환자권리장전 내용
6. 환자권리의 보호에 대한 의료사회사업적 접근

1

환자의 권리에 대한 개념

- 국제보건기구(WHO)에 따르면 환자란 ‘육체나 정신이나 사회적 처지가 병고나 기타 장애로 자유롭지 못한 상태에 놓여 있는 사람’으로 규정
- 권리라 함은 자기의 의지로 자유로이 행사할 수 있는 능력 또는 법에 의하여 보호된 이익에 관하여 인정되는 힘의 범위
- 환자의 권리란 육체나 정신이나 사회적 처지가 병고나 기타 장애로 자유롭지 못한 상태에 놓여 있는 사람이 건강한 상태를 희망하며 법적으로 보장되고 있는 개인의 이익을 주장하는 힘

2

국민의 건강권과 환자의 권리

- 우리나라는 헌법 제34조에는 ‘인간다운 생활을 할 권리’를 규정하고 있으며 제35조에서는 ‘국민의 건강하게 생활할 권리’를 명문화시켜 국민의 기본권으로 규정하고 있음
- 이처럼 헌법에서 국민의 건강권을 보장하는 것은 환자의 권리를 소극적인 권리가 아니라 적극적인 권리로 인식하게 하는 근거가 됨
- 모든 사람들은 환자가 될 수 있는 잠재적 요인을 가지고 있다는 입장에서 보면 이는 전 국민에 대한 건강권이자 중요한 인간의 권리인 것
- 미국의 경우를 보면 환자의 권리가 환자의 참여를 전제로 국법에 반영되어 있는 것을 볼 수 있음
- 이와 같이 환자의 권리는 산업화되고 전문화되어 가는 현대에 있어서 반드시 규정되고 보호 받아야 하는 권리인 것
- 환자의 권리문제는 의료서비스의 형평성과 질 그리고 그 서비스의 활용 가능성 여부와 밀접히 관련되어 있음
- 환자 권리에 대한 관심은 수술, 치료, 부검, 학술연구 대상에의 참여 여부 그리고 장기 기증 등을 결정할 때 전문직 의사와 환자 사이에 권력과 지위, 지식과 이해도의 불평등에서 기인함
- 환자들은 자신에게 취해지는 많은 의료서비스의 내용을 알고 싶어 하며 자신에게 제공될 서비스를 스스로 선택하려는 욕구까지 생겨나고 있음
- 환자의 욕구는 다음과 같은 인간의 기본권에 바탕을 두고 있는 것

① 개인의 자유권

- 환자는 자기의 운명을 자기 자신이 결정할 권리와 의무를 갖고 있음
- 사회도 의사도 환자에 대하여 환자 자신이 가지는 권리 이상을 가질 수 없음

② 평등의 권리

- 이는 인권선언에서도 명시하고 있듯이 인간의 상황이나 조건이 한 인간을 평가하는 데 조금도 손해나 불이익을 주어서는 안 됨

③ 수혜의 권리

- 인간은 누구나 건강하게 성장하고 생활할 권리를 가짐
- 병자를 돕고 건강을 회복시켜 주는 이웃은 공존의 임무를 다하는 것이며 성숙한 사람으로 인정받게 되는 것

④ 인간의 존엄성을 지킬 권리

3 환자권리 보호운동의 역사

- 의료가 가진 자의 특권이나 전유물이 아니고 전제 시민이 향유해야 할 권리라는 개념으로 변하게 된 것은 비교적 최근의 일
- ‘환자권리법’을 명문화한 나라는 없음
- 그러나 각국마다 헌법을 통해 인간의 존엄을 보장하며, 의료법에 따라 환자의 권리를 인정하고 있음
- 현재 세계 각국의 일반적인 경향은 ‘환자권리선언’의 형식으로 의료소비자의 권리를 보장하고 있는 추세
- 환자의 권리를 선언한 것은 미국이 처음
- 미국에서는 1972년 8월 베스이스라엘병원(Beth Israel Hospital)이 자발적으로 환자의 권리를 문서화하여 환자들에게 배포하였고, 그 해 11월에는 미국의 병원협회에서 환자의 권리장전을 발표했다
- 제34차 세계의사 총회에서 환자의 권리에 관한 리스본 선언
 - 의사를 자유로이 선택할 권리
 - 외부 간섭없이 임상적, 논리적 판단을 내릴 수 있는 의사에 의해 보살핌을 받을 권리
 - 적절한 정보를 얻은 후 치료를 수락 또는 거부할 권리
 - 진료상, 개인상 여러 비밀을 존중해 줄 것을 기대할 권리
 - 품위있게 죽을 권리
 - 종교성직자의 도움을 비롯한 정신적, 도덕적 위로를 받아들이거나 거절할 권리

4 미국의 환자권리보호운동과 환자권리장전 내용

- 1967년 미국의학협회장 Milord O. Rocee가 그의 취임사에서 ‘특권이 아닌 기본권으로서의 의료(Health care as a right rather than a privilege)’를 제창
- 1969년 7월 미국의학협회 대의원 총회에서 “적절한 의료를 충분히 향유하는 것은 모든 시민의 기본권(It is the basic right of every citizen to have available to him adequate health care)”임을 공식적으로 밝히기에 이르렀음
- 1972년 8월 보스턴의 베스이스라엘병원이 자발적으로 환자의 권리 “당신은 환자로서 이러한 권리를 가졌습니다”의 형식으로 문서화해서 환자들에게 나누어 주었음

- 미국병원협회는 ‘환자의 권리’를 발표하였다. 이것은 병원환경에서 실제로 행하여 온 부권주의(paternalism)에 영향을 주었을 뿐 아니라 병원이 지금까지 무시하여 왔던 환자의 권리를 되돌려주는 결과를 낳게 되었음
- 미국병원협회가 발표한 환자 권리장전의 내용
 - 환자는 사려 깊고 존경스러운 치료를 받을 권리가 있다.
 - 환자는 질병의 진단, 치료 그리고 예후에 대해서 잘 이해할 수 있는 용어로 자세히 설명을 들을 수 있는 권리가 있다.
 - 환자는 어떠한 시술 혹은 치료가 시작되기 전에 그의 의사로부터 치료를 허락하는 데 필요한 충분한 정보를 알 권리가 있다.
 - 환자는 법이 허용하는 한도 내에서 치료를 거부할 권리, 그리고 치료 거부로 발생할지도 모르는 의학적 결과를 알 권리를 갖는다.
 - 환자는 자기 자신의 치료 내용에 대해서 비밀이 지켜지기 위한 모든 조치를 요구할 권리가 있다.
 - 환자는 그의 치료에 관련된 기록들이 은밀히 다루어지기를 요구할 권리가 있다.
 - 환자는 병원이 할 수 있는 범위 내에서 환자의 요구에 대해 적절한 배치를 해 주어야 한다고 기대할 권리가 있다.
 - 환자는 자기의 질병 치료와 관계되는 한 그의 병원과 다른 의료기관과 교육 기관들 사이에 어떠한 관계가 있는지를 알 권리가 있다.
 - 환자는 만약에 병원이 그의 치료에 영향을 주는 인체 실험을 행하기를 제안할 때 조언을 받을 권리가 있고 또한 거부할 권리가 있다.
 - 환자는 적절하고 지속적인 간호를 받을 수 있는 권리가 있다.
 - 환자는 치료비가 지불되는 출처에 관계없이 그의 치료비 명세서를 검토해 보고 이에 대한 설명을 요구할 권리가 있다.
 - 환자는 그가 지켜야 하는 병원의 어떠한 규칙이나 준칙에 대해서 알 권리가 있다.
- 존스홉킨스병원의 환자 권리 및 책임(Patient Bill of Rights and Responsibilities-Johns Hopkins Hospital) 환자의 권리
 - 귀하는 귀하의 연령, 성별, 인종, 출신국가, 지역, 성적 취향이나 장애에 관계없이 사려깊고 정중한 의료를 받을 권리가 있습니다.
 - 귀하는 모든 형태의 학대, 방치, 회롱으로부터 안전한 환경에서 치료를 받을 권리가 있습니다.
 - 귀하는 귀하의 올바른 이름으로 불려질 권리가 있고 의사, 간호사 그리고 귀하의 치료에 참여하는 다른 치료 팀 구성원의 이름을 들을 권리가 있습니다.
 - 귀하는 귀하의 선택과 의사를 병원에 적절하게 알릴 대리인 혹은 가족구성원을 가질 권리가 있습니다.
 - 귀하는 주치의에게 귀하의 진단, 예상되는 예후, 치료의 이점과 위험, 예기하지 않는 결과를 포함한 치료의 예상되는 결과에 대해 들을 권리가 있습니다.
 - 귀하는 어떤 비응급 조치가 취해지기 전에 서면의 정보 동의를 줄 권리가 있습니다.
 - 귀하는 귀하의 통증을 평가하고 다루는 것에 대한 결정에 참여할 권리가 있습니다.
 - 귀하는 의학적으로 필요하지 않은 어떤 형태의 제한과 격리로부터 자유로울 권리가 있습니다.

- 귀하는 치료논의, 검사와 치료에서 귀하의 사생활과 비밀성을 위한 모든 배려를 기대할 수 있습니다. 귀하는 모든 종류의 검사 도중에 보호자를 요구할 수도 있습니다.
- 귀하는 학대나 방치의 경우 보호 및 옹호서비스를 이용할 권리가 있습니다. 병원은 보호 및 옹호원조의 목록을 제공할 것입니다.
- 귀하와 귀하의 허락하에 있는 가족 및 친구들은 법에 의해 허용되는 범위 내에서 치료를 거부할 권리가 있고, 귀하의 치료와 대우 및 서비스에 대한 결정에 참여할 권리가 있습니다. 만약 귀하가 귀하 주치의의 조언에 반하여 병원을 나갈 경우 병원과 주치의는 발생할 수 있는 어떤 종류의 의료 결과에 대해 책임을 지지 않을 것입니다.
- 귀하는 의료연구에 참여할 것을 거부하거나 동의할 권리가 있습니다. 기존 치료에 대한 귀하의 권리에 영향을 주지 않고 언제든지 연구에서 물러날 수 있습니다.
- 귀하는 수화나 외국어 통역서비스를 이용할 권리가 있습니다. 우리는 귀하의 필요에 따라 통역원을 제공할 것입니다.
- 귀하는 귀하를 위해 치료 결정을 할 누군가를 정해 사전에 지시할 권리가 있습니다. 만약 귀하가 사전 지시를 하지 않는다면 우리는 그것을 마무리 지을 수 있도록 정보와 도움을 제공할 것입니다.
- 귀하는 귀하의 퇴원계획에 참여할 권리가 있습니다. 귀하는 다른 수준의 치료나 다른 시설로 전원을 할 때에 그리고 퇴원계획을 할 때에 그것에 대해 적시에 듣기를 기대할 수 있습니다. 귀하의 퇴원 전에 귀하에게 필요한 추후 치료에 대한 정보를 기대할 수 있습니다.
- 귀하는 병원과 의료비에 대해 자세한 정보를 받을 권리가 있습니다.
- 귀하는 법에 의해 공개를 해야 하는 경우가 아닌 이상 귀하의 치료에 대한 모든 통신 기록들이 비밀로 지켜질 것을 기대할 수 있습니다. 귀하는 귀하의 의료기록 사본을 보거나 얻을 수 있고 필요 시에는 설명이 된 정보를 가질 수 있습니다. 귀하는 의료기록부서에 연락하여 귀하 의료기록에 정보를 추가할 수 있습니다. 요청에 따라 귀하는 귀하의 개인 건강 정보가 공개된 사람들의 명단을 받을 권리가 있습니다.
- 만약 기자나 다른 언론인이 귀하와 이야기하기를 원한다면 귀하는 기록이나 사진의 이용에 대한 동의를 줄 권리가 있습니다. 기록이나 사진이 이용되기 전에 동의를 철회할 권리가 있습니다.
- 만약 귀하나 가족이 귀하 치료에 관련된 윤리적 문제를 논의하고 싶을 때에는 윤리서비스를 항상 이용할 수 있습니다.
- 귀하는 교회나 다른 종교 서비스를 받을 권리가 있습니다.
- 귀하는 귀하가 받는 치료에 대한 우려를 말할 권리가 있습니다.
- 귀하는 성명, 주소, 집 전화번호, 출생일, 사회보장번호, 보험업자와 보험고용인에 대한 완전하고 정확한 정보를 제공해야 합니다.
- 귀하는 귀하가 가지고 있는 사전 지시에 대한 사본을 병원이나 주치의에게 제공해야 합니다.
- 귀하는 현재 상태, 과거 질환, 입원, 의약품, 비타민, 허브제품, 알고 있는 안전 위험성 및 귀하의 건강과 관련된 모든 종류의 문제에 대해 완전하고 정확한 정보를 제공해야 합니다.

- 귀하는 귀하의 건강 및 의료기록, 정보나 지침을 이해하지 못했을 때 질문을 해야 합니다. 만약 귀하가 귀하의 치료 계획을 수행하지 못할 것이라 생각된다면 이에 대해 주치의에게 말해야 할 책임이 있습니다. 치료 및 서비스 계획을 따르지 않을 경우 귀하는 결과에 대해 책임이 있습니다.
- 귀하는 귀하의 통증 관리 계획에 적극적으로 참여하고 치료 효과에 대한 정보를 주치의와 간호사에게 항상 제공해야 합니다.
- 귀중품은 집에 두고 입원에 필요한 물품만 가지고 오십시오.
- 귀하는 귀하 건강보험 적용범위에 대해 완전하고 정확한 정보를 제공하고 귀하의 진료비를 빠른 시일 내에 지불해야 합니다.
- 귀하는 예약을 지키고, 예약을 위해 제 시간에 도착해야 합니다. 만약 귀하가 예약을 지킬 수 없을 시에는 귀하의 의료인에게 전화해야 합니다.

5 | 우리나라의 환자권리보호운동과 환자권리장전 내용

1) 우리나라의 환자 권리보호운동과 환자 권리선언 내용

- 1984년 4월 대한병원협회가 창립 21주년을 맞게 되면서 ‘의료의 양심선언’이란 표어를 내세우고 자발적으로 병원 표준화 사업을 실시했음
- 병원 표준화 사업이란 병원의 진료 윤리, 건물의 기능과 안전도, 의사 업무의 조직화, 진료 수준, 시설 장비, 경영관리면에서 규범과 기준으로 설정하여 모든 병원이 여기에 도달하도록 동기를 두고 권장하여 병원이 수준을 발전, 향상시켜 환자에게 최상의 진료를 제공함을 목적으로 하는 사업
- 소비자 단체에서는 1985년부터 의료서비스에 대한 실태조사를 하여 의료에 관심을 나타내었음
- ‘소비자 문제를 연구하는 시민의 모임’에서는 우리나라에서 처음으로 1985년 7월 1일부로 10개 조항의 ‘환자의 권리선언(안)’을 발표
- 당시 의료계의 반발로 공식적으로 채택되지 못하였음
- 연세의료원에서는 1993년 3월 의료진 자체로 10개 조항의 환자권리선언을 발표
- ‘의료사고가족협의회(약칭 의가협)’와 안성의료생활협동조합인 ‘농민의원’, 평화의료생활협동조합의 ‘평화의원’ 등에서도 각각 환자권리선언을 발표
- 특히 서울 YMCA는 1978년 4월 10일 시민 중계실을 개설해 의료분쟁 관련 사례를 처리해왔음

2) 소비자 문제를 연구하는 시민의 모임이 선언한 환자권리

- 인간으로서의 존엄과 가치를 바탕으로 하여 생명, 신체, 인격을 존중받을 권리가 있다.
- 경제적 사회적 지위, 연령 성별, 질환의 종류, 국적 기타 어떠한 이유로도 차별을 받지 아니하며, 평등한 의료를 받을 권리가 있다.
- 최선의 의료를 받을 권리 및 언제든지 의료인 및 의료기관을 선택할 권리가 있다.
- 적법한 자격을 갖춘 의료 종사자로부터 의료행위를 제공받을 권리가 있다.

- 필요에 따라 의료인 및 의료기관을 변경함에 있어 자신의 진료에 관한 정보 및 기록을 요구할 권리가 있다.
- 자기 생명과 건강의 주인으로서 모든 의료행위의 목적, 방법, 내용 및 그 결과를 충분하게 알 권리가 있다.
- 권리 의무에 관계되는 모든 문서에 서명하기 전에 그 내용을 충분히 설명 받을 권리가 있다.
- 모든 의료행위에 소요된 소비명세를 알고 그에 대한 질문을 할 권리가 있다.
- 자유로운 의사에 따라 조사, 치료, 기타 의료행위를 선택, 수락, 거부할 권리가 있다.
- 질병과 치료 및 사생활에 관한 모든 비밀을 침해받지 않을 권리가 있다.

3) 연세의료원의 환자권리선언

- 모든 환자는 관심과 존경을 받을 권리가 있다.
- 모든 환자는 의료진의 성실한 진료를 받을 권리가 있다.
- 모든 환자는 담당 의료진의 전문 분야에 대하여 알 권리가 있다.
- 모든 환자는 담당 의료진으로부터 자신의 질병, 현재의 상태, 치료 계획 및 예후에 대한 설명을 들을 권리가 있다.
- 모든 환자는 자신의 질병 치료를 위한 새로운 의학적 시도나 교육이 참여 여부를 선택할 권리가 있다.
- 모든 환자는 치료, 검사, 수술, 입원 등의 의료행위에 대한 설명을 듣고 시행 여부를 선택할 권리가 있다.
- 모든 환자는 담당 의료진이나 법적으로 허용된 사람을 제외하고는 개인의 의무기록 열람을 금함으로써 진료상의 비밀을 보장받을 권리가 있다.
- 모든 환자는 진료와 관련하여 알려진 사생활의 비밀을 보장받을 권리가 있다.
- 모든 환자는 진료목적으로 탈의하더라도 신체의 비밀을 보장받을 권리가 있다.
- 모든 환자는 진료비 내역에 대하여 알 권리가 있다.

4) 고대의료원의 환자 권리와 의무

(1) 환자의 권리

- 환자는 정성을 다해 최선의 진료를 동등하게 받을 권리가 있다.
- 환자는 자신의 질병에 대하여 설명을 충분히 듣고 치료를 선택할 권리가 있다.
- 환자는 특정 치료행위를 거부할 권리가 있다. 그러나 의료진의 지시사항을 따르지 않아 발생한 결과의 책임은 환자에게 있다.
- 환자는 방원에서 발생할 수 있는 위험으로부터 보호받고, 심신의 안정을 취할 권리가 있다.
- 환자는 병원이 개선해야 할 사항에 대하여 의견을 제시할 권리가 있다.
- 환자는 가치관이나 신념 종교적인 요구를 존중받을 권리가 있다.
- 환자는 진료 전 과정 동안 사생활을 보호받을 권리가 있다.
- 환자는 진료과정에서 밝혀진 비밀을 보호받을 권리가 있으며, 담당 의료진이나 법적으로 허용된 사람을 제외하고는 개인의 의무기록을 열람할 수 없다.
- 환자는 진료비 내역에 대하여 알 권리가 있다.

(2) 환자의 책임과 의무

- 환자는 자신의 건강과 관련된 모든 정보를 의료진에게 정확히 알려야 한다.
- 환자는 의료진이 제세하는 검사와 치료계획을 신뢰하고 존중하여야 하며, 이에 불응 시 발생한 결과에 대해서는 책임이 따를 수 있다.
- 환자는 병원의 정책과 공공질서를 준수하여야 한다.
- 환자는 진료비 납입 등 병원과 체결된 재정적 의무를 성실히 이행하여야 한다.

5) 의료사고가족협의회의 환자권리선언

- 환자는 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며, 그 생명, 그 신체, 인격을 존중받을 권리가 있다.
- 환자는 질병, 연령, 성별, 또는 경제적, 사회적 지위, 기타 이유로 차별을 받지 아니하고, 평등한 의료를 받을 권리가 있다.
- 환자는 적절한 자격을 갖춘 의료 종사자로부터 최선의 의료를 받을 권리가 있다.
- 환자는 의료인 및 의료기관을 자유로이 선택할 권리가 있다.
- 환자는 자기의 생명과 건강의 주인으로서 의료행위의 목적, 방법, 내용 및 그 결과를 알 권리가 있다.
- 환자나 그 가족은 진료기록 열람이나 기타 진료에 관한 정보제공 요구권리가 있다.
- 환자는 자유의사에 따라 검사, 치료 등 의료행위를 선택, 수락, 거부할 권리가 있다.
- 환자는 자기 의사에 의하지 아니하고는 연구나 진료 외 목적으로 이용되지 않을 권리가 있다.
- 환자는 정당한 이유 없이 질병과 치료 및 사생활에 관한 비밀을 침해받지 않을 권리가 있다.
- 환자는 의료사고로 인한 진료상의 악결과에 대해 그 원인규명과 피해보상을 요구할 권리가 있다.

6) 환자권리선언 내용 비교

구분	시민의 모임	의가협	연세 의료원	고려대 의료원	미국	비고
인격적 존중권	①	①	①	①, ⑥	①	
차별배제, 평등권	②	②		①		
선택권	양질의료(유자격자)선택권	④	②	②, ④	⑩	
	의료기관 선택권	④		③		
알권리	진료내용, 결과 알 권리	⑥	⑤	③, ⑥	②	③, ⑧
	정보, 기록요구권	⑤	⑥			
	설명받을권리	⑦		④	⑤	②, ⑫
	진료비 명세 알권리	⑧		⑩	⑨	⑪
거부권	피험자 거부권	⑨	⑦, ⑧	⑤		⑨
	수진거부권				③	④
비밀보장권	⑩	⑨	⑦, ⑧, ⑨	⑦, ⑧	⑤, ⑥	
피해보상권		⑩				
적절한배치기대권					⑦	환자의 요구에 따라

1) 환자 권리선언에 대한 논의

- 환자 권리선언은 의사들 측에서 볼 때 의료분쟁이 터지면 자승자박의 위험이 있다고 우려하고, 환자 측에서는 의료사고가 발생해도 약자의 입장에서 작성한 입원약정서나 수술동의서가 환자에게 불리하게 작용하게 되기에 환자의 권리를 명문화해야 한다는 주장을 하고 있음
- 그러므로 의료서비스 제공자나 의료서비스 소비자 모두 자신에게 유리한 환자 권리 선언문을 만들려는 입장에 있으나 정작 문제는 이 양측이 가지고 있는 불신의 관계에 있는 것임
- 환자 권리선언은 의료인의 서비스 정신을 담고 있을 뿐만 아니라 환자권리 침해를 예방할 수 있고, 신뢰의 관계를 회복할 수 있는 하나의 장치
- 그러나 환자권리선언이 선의의 피해자를 만들 수도 있음
- 최선을 다해 환자를 치료하다가 의료사고를 당했을 경우 의사들이 피해환자 측으로부터 피해소송은 물론 인신공격 등 막대한 정신적 피해까지 입는 경우가 있음
- 따라서 공정한 의료분쟁조정제도가 없다면 치료에 위험이 따르는 경우 환자를 치료하려 하지 않게 되어 오히려 환자에게 불리하게 작용할 수도 있는 것

2) 환자의 권리보호에 대한 의료사회사업적 접근

- Pincus와 Minahan은 사회사업의 목적을 다음의 4가지로 들고 있음
- 이러한 사회사업의 목적에 환자권리보호운동이 부합된다면 이 영역도 의료사회복지사들이 개입할 수 있는 전문영역인 것

사회사업의 목적	환자의 권리보호를 위한 의료사회복지사의 과제
사람들의 문제해결 능력을 강화시켜 준다.	환자의 정상적인 질병치료에 악영향을 주는 의료분쟁의 요소를 사전에 파악하여 예방, 제거하여 환자의 권리를 보호하고 의사를 돕는다.
사람들을 지원과 서비스 및 기회를 제공하는 체계와 연결시켜 준다.	의료의 형평성과 관련하여 클라이언트가 정당한 권리에 따라 적합한 의료서비스를 받을 수 있도록 해당 기관에 의뢰, 전원(transfer service), 정보제공 등의 원조를 한다.
이러한 체계를 효과적이고도 인도적으로 운영토록 노력한다.	기존의 의료 전달체계가 가지고 있는 문제점을 보완하고 환자의 권리를 보호할 수 있는 새로운 서비스와 행정 프로그램을 개발한다.
사회정책을 개발하고 증진시키는 데 기여한다.	환자의 권리를 보호할 수 있는 정책과 제도를 개발하고 의료인과 환자 모두의 합의로 환자권리선언을 제정하는 데 영향력을 행사한다.

- 의료분쟁이 발생하였을 경우 환자가 의사의 과실을 입증하기는 대단히 어려운 문제
- 이로 인해 의료분쟁에 대한 합리적인 해결방법이 부재함은 주지의 사실
- 때로는 의료사고를 둘러싸고 비합리적인 해결방법들에 의해 의사와 환자 양 당사자들의 신뢰관계를 손상시키는 경우가 있음
- 이러한 제반 문제들을 해결하기 위하여 의료사회복지사는 다음과 같은 역할을 수행할 수 있을 것
 - 의사의 입장을 환자에게 충분히 설명하고 의사에게는 환자의 대변자가 되어 의료불만을 시정하도록 역할을 수행함으로써 의료과오를 줄여나갈 수 있음
 - 의료인과 환자 사이에 발생하는 의료분쟁을 제도적으로 해결하기 위한 조정절차 등을 마련하고 의료사고 피해자를 신속 공정하게 구제하며 동시에 의료인의 안정적인 진료환경을 조성할 수 있음
 - 의료기관서비스 평가제도를 만들어 의료기관과 응급실, 중환자실 등 환자들의 불편을 많이 느끼는 부서에 정기적으로 서비스 실태를 평가한 후 행정에 반영토록 할 수 있음

■ 학습정리

1. 환자의 권리에 관한 개념

- 육체나 정신이나 사회적 처지가 병고나 기타 장애로 자유롭지 못한 상태에 놓여 있는 사람이 건강한 상태를 희망하며 법적으로 보장되고 있는 개인의 이익을 주장하는 힘

2. 국민의 건강권과 환자의 권리

- 헌법 제34조에는 ‘인간다운 생활을 할 권리’를 규정하고 있으며 제35조에서는 ‘국민의 건강하게 생활할 권리’를 명문화시켜 국민의 기본권으로 규정함
- 환자의 권리문제는 의료서비스의 형평성과 질 그리고 그 서비스의 활용 가능성 여부와 밀접히 관련되어 있음
- 환자 권리에 대한 관심은 수술, 치료, 부검, 학술연구 대상에의 참여 여부 그리고 장기 기증 등을 결정할 때 전문직 의사와 환자 사이에 권력과 지위, 지식과 이해도의 불평등에서 기인함

3. 환자권리보호운동의 역사

- 고대 사회나 중세기: 의료시혜는 통치자나 가진자의 자선이었고 더러는 노동력의 착취를 위한 방편으로 사용
- 프랑스 혁명 이후: 시민의식의 신장과 개개인의 강제적 상황과 사회적 입지가 향상되고 생명의 존엄성에 대한 인식이 높아진 이후의 일임

- 환자의 권리를 선언한 것은 미국이 처음
- 1981년 9월 포르투갈에서 개최된 제34차 세계의사 총회에서 환자의 권리에 관한 리스본 선언 발표

4. 미국의 환자권리보호운동과 환자권리장전 내용

- 1967년 미국의학협회장 Milord O. Rocee가 그의 취임사에서 ‘특권이 아닌 기본권으로서의 의료(Health care as a right rather than a privilege)’를 제창함
- 1969년 7월 미국의학협회 대의원 총회에서 “적절한 의료를 충분히 향유하는 것은 모든 시민의 기본권”임을 공식적으로 밝힘
- 1972년 8월 보스턴의 베스이스라엘병원이 자발적으로 환자의 권리 “당신은 환자로서 이러한 권리를 가졌습니다”의 형식으로 문서화해서 환자들에게 나누어 줌

5. 우리나라의 환자 권리보호운동과 환자 권리선언 내용

- 소비자 문제를 연구하는 시민의 모임이 선언한 환자권리
- 연세의료원의 환자권리선언
- 고대의료원의 환자 권리와 의무
- 의료사וג가족협회의 환자권리선언

6. 환자 권리선언에 대한 논의

- 의료소비자 측이나 병원 또는 의사 측이 합의를 이루지 못한 채 일방적인 선언을 하면 그 선언으로 환자의 권리를 담보할 수는 없음

7. 환자의 권리보호에 대한 의료사회사업적 접근

- 인격존중권, 차별배제와 평등권, 선택과 거부권, 알 권리, 비밀보장권, 양질의 의료서비스 기대권 등은 모두 사회사업의 가치와 목적에 일치됨

14주차 1차시

의료협동조합운동

학습 목표

- 의료전달체계의 문제점을 이해하고 개선방안을 제시할 수 있다.
- 의료협동조합의 가치와 필요성을 이해하고 설명할 수 있다.
- 의료협동조합의 목적과 태동을 이해하고 서술할 수 있다.
- 의료협동조합과 의료사회사업의 관계를 이해하고 설명할 수 있다.

학습 내용

1. 의료전달체계의 문제
2. 의료협동조합의 가치와 필요성
3. 의료협동조합의 목적과 태동
4. 의료협동조합과 의료사회사업

- 지난 10년간 우리나라의 의료환경에는 많은 변화가 있어 왔음
- 개원의의 경영에 대한 압박감이 가중되고, 의료 소비자로서의 시민의식이 성장하였으며, 지역 단위의 건강문제, 환경문제, 쓰레기 분리수거문제 등 의료를 포함한 지역사회 복지에 대한 주민의 요구가 구체화되기 시작
- 의료서비스와 관련되어 지적되어 온 문제점

① 건강보험서비스의 단편성이나 부적절성의 문제

- 보험 적용이 된 상태에서도 보험 급여에서 제외되는 항목이 많아 병원 이용 시에 의료소비자들이 부담해야 하는 본인부담금은 40-50%에 육박하여 건강보험 적용의 본래 취지를 무색하게 하고 있다는 것
- 뿐만 아니라 서민들은 결핵과 간염과 같은 쉽게 예방될 수 있는 질병의 후유증으로 시달리고 있고, 지역 주민들의 건강을 책임지게 되는 1차 의료는 낙후되어 지역주민들이 사소한 질병을 가지고도 종합병원을 가야 하는 불편을 겪고 있음

② 의료체계의 구조적 취약성과 이에 따른 일차 의료의 낙후성의 문제

- 1차 의료체계의 구조적 취약성 때문에 모든 의료요구의 약 80%는 1차 의료로 해결할 수 있음에도 불구하고, 2, 3차 의료기관으로 환자들이 집중되는 왜곡된 의료이용행태가 양산되고 있다고 주장하였음

③ 이중적인 의료비 부담의 문제가 있음

- 정부는 해당 이익단체의 이해관계에 얽매어 의료제공체계를 정비하지 못한 채, 의약 오남용과 이중적인 의료비 부담의 피해를 소비자들에게 전가시키고 있음

④ 현행의 의료전달체계로는 질병예방체계가 미흡하게 구축되어 있다는 점

- 국민들은 산업화 과정에서 파생된 여러 유해 물질에 노출될 가능성이 높아졌고, 노령 인구의 증가에 따라 질병 예방과 예방체계의 구축이 우리 사회의 중요한 현안으로 대두되고 있음

⑤ 이윤추구적인 민간중심의 의료공급 체계의 부작용이 있음

- 의료의 공공성이 강화되기보다는 시장 경제의 논리에서 비롯하는 의료의 상품화로 의료의 평등성이 훼손되고 있음

⑥ 정부의 미온적인 태도와 정책혼선 등의 문제가 의료의 공공성을 떨어뜨리고 있음

- 정부 재정의 투입을 최소화하고 수익자 부담의 원칙에 입각하여 의료복지정책을 수행하므로 건강보험 재정의 고갈에 따른 국민들의 의료비 부담이 늘어날 수밖에 없게 되었음

⑦ 1차 의료기관이 상대적으로 줄어들고 있다는 점을 지적할 수 있음

- 지난 18년 동안, 전체 병상 수에서 의원과 병원이 차지하고 있는 병상의 비율은 97%에서 26.6%로 감소했는데 비해, 종합병원의 수가 급격하게 증가함에 따라 종합병원의 병상 수가 전체의 거의 절반(48.8%)을 차지하고 있음

구분	기관수			병상수		
	1980(A)	1980(B)	B/A(%)	1980(A)	1980(B)	B/A(%)
의원	11,025(97.0)	17,041(95.7)	154.6	21,141(36.4)	55,663(26.6)	263.3
병원	258(2.3)	517(2.9)	200.4	15,884(27.4)	52,355(25.0)	329.6
종합병원	84(0.7)	255(1.4)	303.6	21,018(36.2)	101,137(48.4)	481.2
계	11,367(100.0)	17,813(100)	156.7	58,043(100)	209,155(100)	360.3

- 현행의 의료보장체계 하에서는 ① 건강보험서비스의 단편성이나 부적절성, ② 일차 의료의 낙후성, ③ 이중적인 의료비 부담 피해, ④ 질병예방체계의 미구축, ⑤ 이윤추구적인 민간중심의 의료공급 체제, 그리고 ⑥ 정부의 미온적인 태도와 정책혼선, ⑦ 일차의료기관의 위축 등의 문제로 인해 양질의 서비스를 적기에 적절하게 받을 수 없는 사각지대가 있음을 알 수 있음
- 따라서 사각지대에 속하는 인구집단에게는 제3의 의료안전망이 필요한 것

2 | 의료협동조합의 가치와 필요성

(1) 의료생활협동조합은 건강의 관리와 예방을 강조하고 만성질환자와 장애인의 관리와 재활을 지향하고 있기 때문

- 의료생활협동조합에서는 지역주민의 자발적인 참여를 통해 보건예방위원을 두어 건강의 관리를 위한 프로그램을 지속적으로 실시하며, 예방활동과 만성질환자나 거동이 불편한 장애인들의 가정에까지 방문하여 그들의 의료적 욕구에 부응하고 있음

(2) 의료생활협동조합은 끊임없는 영리와 이권을 추구하는 다른 의료기관과는 달리 조합원을 중심으로 주인의식을 가지고 투명한 경영을 하고 있기 때문

- 의료생활협동조합은 인도적인 서비스 정신과 지역의 고통을 함께 나누고자 하는 헌신적인 지도자를 확보하고 있기 때문에 이곳을 찾는 환자들에게 이방인과 같은 느낌을 주지 않고 있다는 점을 간과할 수 없음

(3) 의료생활협동조합은 조합원의 능력을 강화하고 있기 때문

- 의료생활협동조합은 지역주민의 자발성과 참여의 바탕 위에 조직되었으며, 건강관리와 예방 활동, 그리고 가정방문을 통한 왕진 등의 서비스가 가능한 조직

3 | 의료협동조합의 목적과 태동

- 의료생활협동조합은 조합원에 의해 민주적으로 운영되며, 환자권리장전을 실천하는 의료기관을 만들고 치료뿐 아니라 다양한 보건예방활동, 건강증진활동, 지역복지사업, 자원봉사활동, 소모임 활동을 조직하여 건강한 마음을 만들고 올바른 공동체성을 회복하고자 하는데 목적을 두고 있는 조직
- 의료생활협동조합운동은 현행의 의료보장제도가 가지고 있는 약점들을 보완하고 의료사각지대의 문제에 대한 대안으로 모색되어지기 시작하였음
- 이 의료생활협동조합운동은 주민의 자발성과 연대성을 바탕으로 그들이 주체가 되어 공공의료의 비효율성과 민간의료의 상품화에서 오는 문제점들을 극복하고 치료보다는 보건예방에 중심을 두어 주민의 건강한 생활을 지향해 나가는데 목적을 둔 자발적 참여운동
- 우리나라에 의료생활협동조합과 비슷한 성격의 조직은 이미 1970년대 중반에도 있었음
- 최초의 민간의료보험조합운동으로 잘 알려진 청십자운동은 1975년 부산지역 교회와 지역주민, 장기려박사를 위시로 한 의료인에 의해 시작되었음
- 이들은 의료보험실시전 지역주민들의 과중한 의료비부담을 덜기 위하여 우리나라에서 최초로 민간의료보험조합을 결성하였으며, 조합 직영병원으로 청십자병원을 두었음
- 청십자병원은 영세 지역주민들을 위한 후생복지를 비롯한 건강관리 진료 및 무료도서실, 탁아, 장학사업 등의 사업을 펼쳐 왔음
- 청십자병원이 민간의료보험조합 직영병원이라는 의료보험실시 전의 과도기적 형태를 가지고 있었지만 그것은 의료보험조합의 성격이 더 강했음
- 의료생활협동조합은 사실상 1980년대 중반부터 발아되기 시작하여 1990년대 중반에 가서야 가시적으로 나타나기 시작했음
- 이 운동은 외로운 출발이었으나 10년을 꾸준히 이어오는 동안 전국에 9개의 의료생활협동조합이 탄생하게 되었고, 이제 전국연대를 출범시키시기까지 발전하게 되었음

4 | 의료협동조합과 의료사회사업

1) 우리나라 의료생활협동조합의 현황

- 지난 2009년 12월 현재 우리나라의 의료생활협동조합은 안성, 인천, 안산을 시작으로 원주, 대전, 서울(서울의료생활협과 함께걸음의료생활협), 전주, 청주, 용인해바라기, 성남, 수원 등 12개 지역에 설립되어 있다. 이외에 시흥희망의료생활협(2009년 9월), 서울 은평구의 살림의료생활협(2009년), 그리고 서울지역의 마포의료생활협(2012년 6월)이 조직되어 활동하고 있으나 아직은 초기 단계에 있음

• 의료생활협동조합 특성 비교

비교 기준	안성	인천평화	안산	원주
지역 특성	도농복합도시	대도시	신도시	중소도시
설립 동기	농촌지역 의료봉사	산재 및 직업병 해결	지역환경보호운동	생협간의 협동
최초의 주체	농민회와 기독교학생회	기독교청년의료인회	시민의 모임 동의학민방연구회	소비자생협/신협
주체의 성격	지역주민과 의료인	의료인⇒지역주민	지역주민⇒의료인	지역주민⇒의료인
설립 년도	1994년 4월	1996년 11월	2000년 4월	2002년 5월
운영 의료 기관	의원 2개소, 한의원, 가정간호사업소, 치과, 검진센터	의원, 한의원, 가정간호사업소, 검진센터	의원, 한의원, 검진센터, 치과	의원, 한의원, 요양보호사 교육원
조합원수	3426세대	1749세대	2414세대	1570세대

비교 기준	대전	서울	전주	함께걸음
지역 특성	대도시	대도시	중소도시	대도시
설립 동기	지역화폐운동	신협운동의 확장	보건의료운동과 공동체운동	장애우 평등세상
최초의 주체	한발레츠 대전 인의협	영등포산업선교회	청년한의사회	장애우권익문제연구 소
주체의 성격	의료인과 지역주민	지역주민⇒의료인	의료인⇒지역주민	의료인⇒지역주민
설립 년도	2002년 8월	2002년 6월	2004년 4월	2005년 6월
운영 의료 기관	의원, 한의원, 치과	의원, 한의원	한의원	한의원
조합원수	1361세대	1650세대	408세대	526세대

비교 기준	용인	청주	성남	수원
지역 특성	중소도시	중소도시	도시	중소도시
설립 동기	복지네트워크	장애아동부모모임	장애인무료치과진료	복지네트워크
최초의 주체	지역주민	장애아동미래연구회	지역시민사회단체(생협)	지역시민사회 네트워크
주체의 성격	지역주민⇒의료인	지역주민과 의료인	지역주민과 의료인	지역주민과 의료인
설립 년도	2007년 5월	2007년 3월	2008년 2월	2009년 3월
운영 의료 기관	의원	재가장기요양기관	한의원	
조합원수	365세대	480세대	671세대	340세대

2) 안성의료생활협동조합의 설립

- 우리나라 최초의 의료생활협동조합은 1994년에 설립된 안성의료생활협동조합
- 안성의료생활협동조합의 모체는 1987년부터 안성군 고삼면 가유리에서 활동한 주말진료소
- 연세대학교 의과대학 기독교학생회의 농촌의료봉사활동이 계기가 되어 주말진료 활동이 시작
- 의료활동이 밀거름이 되어 의료인과 농민이 함께 협력하여 안성의료생활협동조합을 1994년 4월에 조직하고 5월에는 조합부속 안성농민의원을 개원
- 이 조합은 2001년 2월 24일에 법인창립 조합원총회를 가져 법인격을 갖게 되었음
- 이 조합은 설립 이후 양한방 진료, 조합원 건강 검진, 방문 진료, 만성 질환자 관리, 건강마을 만들기, 낮 병동운영, 조합원 교육(의료생활협동조합 이념, 이용방법, 각종 의료제도, 컴퓨터 등), 소식지 발간, 협동조합 연구 모임, 조합원 소모임 활동(자원봉사, 문화유산 답사회, 축구모임, 사진반 등), 보건 학교(건강도우미 배출), 지역단체와 연대 활동(환경, 의정감시, 어린이날 행사) 등의 프로그램을 운영하여 왔음

3) 인천평화의료생활협동조합의 설립

- 1996년 11월 설립된 인천평화의료생활협동조합은 도시에서 성장하고 있는 대표적인 도시형 의료생활협동조합
- 1989년 4월에 기독교청년의료인회 회원이 공동 출자하여 산업재해와 직업병 문제를 주요 사업으로 하는 민중의원(평화의원)으로 지역 의료활동을 시작
- 약 7년 동안 인천시 부평지역에서 각종 산업재해 및 직업병 상담을 하면서 환자를 진료하였음

- 1995년 평화의원 실무자가 일본의료생활협동조합을 방문하고 돌아온 후, 평화의원을 의료생활협동조합으로 전환하자는 제안을 하였음
- 1996년 11월에 인천평화의료생활협동조합이 창립되었음
- 그 후 1999년에 소비자 생활협동조합법이 제정되면서 2000년 2월 26일에 법인창립 조합원 총회를 실시하여 법인격을 갖게 되었음
- 이 조합은 창립 이후 기존의 평화의원을 출자 전환하여 조합소유로 바꾸고 지역 주민의 출자와 함께 양방진료는 물론 만성병의 관리나 예방 생활습관의 변화, 건강한 마을 만들기 등의 사업을 전개하여 나갔고, 1999년 말에 한방의원까지 개설하여 주민의 의료욕구의 충족에 힘써 왔음
- 주요 프로그램을 보면 양한방 진료, 조합원 검진, 어린이집 검진, 노인 진료비 경감 사업, 체조 교실, 자원봉사자 교육 및 배치(매화열반), 소식지 발간, 의료생활협동조합 연구회, 가두검진, 방문 진료, 보건예방학교운영, 지도자 일본의료생활협동조합 연수, 어버이날 행사, 희망엄마모임, 아나바다 장터운영, 여름캠프 등이었음

4) 안산의료생활협동조합의 설립

- 안산의료생활협동조합은 안산 천 상류에 대규모 도축장 건설을 하려는 사업을 주민의 자발적인 노력으로 무산시킨 후 생긴, ‘생명과 환경을 지키는 안산 시민의 모임’과 동의학민방연구회에서 배출된 수료생이 중심이 되어 1996년 9월에 창립되었음
- 안산의료생활협동조합의 특징은 창립 당시 의료인의 도움 없이 지역 주민이 자발적으로 발의하고 창립한 의료생활협동조합임
- 지역의 환경운동단체와 주부들을 중심으로 설립한 의료생활협동조합으로서 말 그대로 주민의 자발성에 기초한 의료생활협동조합임
- 창립 당시에는 “생명과 환경 한의원”을 설립하여 운영하였으나 지역 사정으로 1997년 3월 22일 문을 닫았음
- 그 이후 의료기관을 운영하고 있지는 않지만 안산 의료생활협동조합은 지속적으로 조합원들을 확대하고 교육하며, 각종 교육 활동, 생활재 공급사업, 지역순회 진료사업 등을 하였고, 생활협동조합법 통과와 함께 제2의 창립을 준비하여 2000년 4월 22일에 법인창립 조합원총회를 가졌고, 2000년 7월 1일에 의료소비자생활협동조합으로 인가를 받아 7월 15일에 새안산의원 및 한의원을 개원하여 현재에 이르고 있음
- 이렇게 시작된 의료생활협동조합은 2002년 이후 전국으로 확산되기 시작하여, 원주(2002.5), 서울의료생협(2002.6), 대전(2002. 8), 전주(2004. 3), 함께걸음의료생협(2005.6), 용인해바라기(2007.3), 청주(2007. 5), 성남(2008. 2), 수원(2009. 3) 등 12개 지역에 설립되어 활동하고 있음
- 그리고 서울 은평구에 자리잡은 살림의료생협(2009), 시흥희망의료생협(2009), 그리고 마포 의료생명(2012. 6) 등 세 곳이 비교적 최근에 조합이 설립되었음
- 이밖에도 부산, 대구, 광주, 부천, 구리남양주, 안양 등 여러 지역에도 의료생협을 조직하였거나 조직작업을 하고 있음
- 특히 2003년 6월에는 한국의료생활협동조합전국연대가 창립되어 전국적인 협동체제를 구축하여 오늘에 이르고 있음

5) 의료생활협동조합과 의료사회사업

- 의료생활협동조합은 건강을 지켜주는 주민 자발적 참여조직으로서 넓은 의미에서 예방적 차원의 의료사회사업인 것
- 의료생활협동조합은 주민들과의 협의에 의해 공공부문의 손이 미치지 못하는 보건 예방적 서비스를 제공할 수 있으므로 사회복지의 보완적 기능을 수행하게 되는 것
- 의료생활협동조합은 정부의 실패(공공의료)와 시장의 실패(영리추구형 민간의료)의 현실에서 새로운 대안이 될 수 있음
- 의료생활협동조합은 서비스의 수혜자에게 낙인을 주지 않으며, 이에 참여하는 그 누구도 주체가 될 수 있는 조직이므로 주민의 자조정신을 최대한으로 존중함
- 그러므로 개인의 존엄성과 자기결정권을 최대한으로 인정하고 기회의 균등과 사회연대성을 강조하는 사회복지의 가치체계와 이념을 그대로 살리고 있는 것

■ 학습정리

1. 의료전달체계의 문제

- 건강보험서비스의 단편성이나 부적절성의 문제
- 의료체계의 구조적 취약성과 이에 따른 일차 의료의 낙후성의 문제
- 이중적인 의료비 부담의 문제가 있다. 정부는 해당 이익단체의 이해관계에 얽매어 의료제공 체계를 정비하지 못한 채, 의약 오남용과 이중적인 의료비 부담의 피해를 소비자들에게 전가
- 현행의 의료전달체계로는 질병예방체계가 미흡하게 구축
- 이윤추구적인 민간중심의 의료공급 체계의 부작용
- 정부의 미온적인 태도와 정책혼선 등의 문제가 의료의 공공성을 떨어뜨림
- 일차의료기관이 상대적으로 줄어들고 있음

2. 의료생활협동조합의 가치와 필요성

- 의료생활협동조합은 건강의 관리와 예방을 강조하고 만성질환자와 장애인의 관리와 재활을 지향하고 있음
- 의료생활협동조합은 끊임없는 영리와 이권을 추구하는 다른 의료기관과는 달리 조합원을 중심으로 주인의식을 가지고 투명한 경영을 하고 있음
- 의료생활협동조합은 조합원의 능력을 강화하고 있음

3. 의료생활협동조합의 목적과 태동

- 의료생활협동조합운동은 현행의 의료보장제도가 가지고 있는 약점들을 보완하고 의료사각지대의 문제에 대한 대안임
- 최초의 민간의료보협조합운동으로 잘 알려진 청십자운동은 1975년 부산지역 교회와 지역주민, 장기려박사를 위시로 한 의료인에 의해 시작되었음

4. 우리나라 의료생활협동조합의 현황

- 지난 2009년 12월 현재 우리나라의 의료생활협동조합은 안성, 인천, 안산을 시작으로 원주, 대전, 서울(서울의료생협과 함께걸음의료생협), 전주, 청주, 용인해바라기, 성남, 수원 등 12개 지역에 설립되어 있다. 이외에 시흥희망의료생협(2009년 9월), 서울 은평구의 살림의료생협(2009년), 그리고 서울지역의 마포의료생협(2012년 6월)이 조직되어 활동하고 있으나 아직은 초기 단계에 있음

5. 의료생활협동조합과 의료사회사업

- 의료생활협동조합은 정부의 실패(공공의료)와 시장의 실패(영리추구형 민간의료)의 현실에서 새로운 대안이 될 수 있음
- 의료생활협동조합은 서비스의 수혜자에게 낙인을 주지 않으며, 이에 참여하는 그 누구도 주체가 될 수 있는 조직이므로 주민의 자조정신을 최대한으로 존중함
- 개인의 존엄성과 자기결정권을 최대한으로 인정하고 기회의 균등과 사회연대성을 강조하는 사회복지의 가치체계와 이념을 그대로 살리고 있음
- 의료생활협동조합이 추구하는 최종적인 목표가 ‘건강한 시민생활’로 까지 확대하여 나가고자 함

14주차 2차시

의료사회복지사의 역량강화

학습 목표

- 의료사회사업가가 되기 위한 과정을 이해할 수 있다.
- 의료사회사업이 전문직으로서 자기계발의 내용을 이해하고 실천할 수 있다.
- 의료사회사업가로서 일할 때 소진예방과 스트레스 관리의 내용을 이해하고 실천할 수 있다.
- 의료사회사업의 전망과 과제를 이해하고 설명할 수 있다.

학습 내용

1. 의료사회사업가의 길찾기
2. 의료사회사업가의 자기계발
3. 의료사회사업가의 소진예방과 스트레스 관리
4. 의료사회사업의 전망과 과제

1) 의료사회복지사의 길 찾기

- 사회복지학도로서 의료사회복지론을 배워야 하는 이유는 크게 두 가지
 - 의료사회복지가 무엇이며 의료사회복지사가 어떤 역할을 수행하는지에 대한 정보를 얻음으로써, 의료사회복지분야가 자신의 적성에 맞는 지를 탐색해보기 위한 것
 - 의료사회복지사로서의 길을 가지 않더라도 사회복지사라면 어느 분야에서든지 클라이언트의 건강과 관련된 욕구나 질병과 관련된 문제들을 다뤄야 하는 경우가 많기 때문에 이 교과목을 배우는 의미가 있을 것

(1) 의료사회복지사로서의 진로를 모색하는 경우라면, 점검해야 할 사항

- 보건 현장은 질병이나 수술, 때로는 죽음과 같이 삶과 직결된 무거운 문제들을 가까이에서 접하고 이를 다루는 곳이므로 이러한 문제를 접하고 다루는 것이 자신의 적성과 가치에 맞는지 생각해봐야 함
- 보건 및 의료세팅은 사회복지사의 입장에서는 2차 세팅(secondary setting)이므로 오히려 사회복지사가 주가 되는 1차 세팅에 비해, 사회복지사로서의 정체성이 더욱 요구된다는 사실을 명심해야 함
 - 만약 사회복지사로서의 정체성을 갖지 못한 채, 타 전문직의 속성에 매료되어 이를 따라하고자 하는 경우라면, 사회복지사에게 요구되는 독특한 기능을 수행하기 어려울 뿐 아니라, 궁극적으로는 존재의 이유를 상실하게 된
 - 우선 자신이 의료세팅에 대한 어떤 환상에 의해 호감을 갖는 것은 아닌지도 점검해보는 것이 좋음
 - 자신이 다양한 차이를 인정하고 다른 관점과 지식을 갖춘 사람들과 조화를 이룰 수 있는 사람인지를 점검해야 함
- 사회복지사가 의료 조직에서 어떤 역할을 하고 또 얼마나 적절히 해내는가 하는 부분은 사회복지사의 개인적 역량에 달린 경우가 많음
- 그런 점에서 의료사회복지사는 보건현장에서 요구되는 행정 및 임상 부분의 실천 능력을 갖추어야 하며, 자신의 역할을 만들고 발전시켜나가는 진취적인 태도를 필요함

2) 자원봉사활동으로 경험 쌓기

- 병원의 각 영역에서 일반적으로 이뤄지는 자원봉사도 의료조직의 다양한 특성들을 이해하기에 좋겠지만, 사회사업실이나 의료사회복지실과 같은 의료사회복지조직에서 하는 자원봉사는 사회복지사의 역할이나 업무 등을 직간접적으로 체험해 볼 수 있다는 점에서 더 도움이 될 것
- 물론 병원 외에도 다양한 보건 영역이 있을 수 있으므로 보건소, 지역사회정신건강센터, 질병과 관련된 후원기관, 호스피스기관 등에도 관심을 가져볼 만함

- 한 학기에서 1년은 유지하는 것이 바람직하기 때문
- 사회복지전공자로서 자원봉사활동을 경험하는 것은 크게 두 가지로 구분해 볼 수 있음
 - 일반 자원봉사자의 역할과 유사한 역할을 수행하면서 보건 및 의료환경을 이해하고 의료 사회복지사의 역할도 간접적으로 경험하는 것
 - 두 번째는 사회복지 전공을 좀 더 살려서 자원봉사활동을 하는 경우
- 여기에는 의료행정 보조나 서류 작업에서부터 사회복지사의 임상업무를 보조하거나 프로그램 공동 진행자로 참석하는 일까지 포함될 수 있음
- 특히 집단 프로그램이나 교육, 캠프 활동들은 보다 구체적인 사회복지사의 활동을 경험할 수 있는 좋은 기회가 될 수 있음
- 일반적으로 클라이언트를 직접 만날 수 있는 기회가 주어지는 것은 대부분 그 이전의 자원봉사를 통해 신뢰를 쌓아온 경우에 가능

3) 의료사회복지실습 제대로 하기

- 실습을 위해서는 우선 〈인간행동과 사회환경〉, 〈사회복지실천론〉, 〈사회복지실천기술론〉 등 실천에 관련된 기초 과목들을 수강해 두는 것이 도움이 되며, 특히 〈의료사회복지론〉을 수강할 것이 권장됨
- 또한 정신의료 영역을 다루게 될 수도 있으므로 〈정신건강론〉과 〈정신보건사회복지론〉 역시 수강하는 것이 좋음
- 대한의료사회복지사협회 홈페이지(<http://www.karnsw.or.kr/>)와 같은 사이트의 인터넷 공고를 참조하는 것도 유용한 방법
- 대한의료사회복지사협회 홈페이지 실습 및 수련병원 찾기 화면

대한의료사회복지사협회

회원공간 대외협력사업 채용정보 예비의료사회복지사 자격시험관리 자료실 협회소개

예비의료사회복지사

의료사회복지사자격
실습교육제도
수련교육제도
실습/수련 병원 찾기

실습/수련병원 찾기 Medical Social Workers

* 기관명 검색 ☐ 수련 ☐ 실습

보편적 지도에서 각 지역을 마우스로 클릭하시면 각 지역별 의료사회복지사 협회기관을 확인하실 수 있습니다.

지역	병원/기관명	연락처	통역전화	실습/수련
부산	부산대학교병원	전화 : ~	[051-251-]	실습/수련
대구	경북대학교병원	전화 : 042-227-3677	[042-251-]	수련/실습
대전	대전대학교병원	전화 : 042-600-6450	[042-251-]	수련/실습
대구	대구광역시 서구 천막동로 118	전화 : 042-600-6058	[042-251-]	수련/실습

- 의료사회복지 실습을 하기에 적합한 기관으로서 갖춰야 할 조건
 - 의료사회복지사나 의료사회복지조직이 독립적으로 구성되어 있는 곳
 - 의료사회복지사가 본연의 임상업무와 행정업무를 모두 담당하고 있는 곳
 - 슈퍼바이저의 임상경험이 풍부하고 타 전문직으로부터 인정을 받아 팀워크가 잘 이뤄지고 있는 곳
 - 실습생이 직접 기록이나 서비스 진행과정 등을 관찰 또는 참여할 수 있는 곳
 - 실습체계가 잘 갖춰져 있고 실습경험이 많은 곳

4) 수련과정 통한 자격증 취득하기

- 한국사회복지사협회와 대한의료사회복지사협회에서 주관하는 것으로써, 협회에서 지정한 보건 및 의료관련기관에서 1년간의 수련을 받고 자격증 시험을 통과한 사람에게 부여됨
- 대부분의 의료 및 보건 조직에서 근무하는 사회복지사들은 대한의료사회복지사협회에 소속되어 있기 때문에, 이 자격을 갖고 있는 것이 취업에 유리한 것이 사실
- 사회복지사 1급 자격이 요구됨
- 수련병원은 대한의료사회복지사협회에 지역별로 공지되어 있으며, 수련생 모집공고도 게시되므로 이를 참조하는 것이 도움이 될 것임
- 지원은 해당 병원 및 조직에 개별적으로 하며, 보통 서류전형, 시험, 면접 등을 통해 선발하되, 각 병원마다 차이가 있으므로 이를 잘 알아 두는 것이 필요
- 수련기간 동안에는 준직원으로써 활동하며, 급여를 일부 받기도 함
- 수련을 마친 뒤에는 대한의료사회복지사협회 주관으로 자격시험을 치름
- 응시자격(2016년도 자격시험요강 기준)
 - 사회복지사 1급 자격증 소지자
 - 의료기관에서 의료사회복지 실무경력 1년 이상인 자
 - 응시원서 마감일까지 최근 3년간 연회비 납부 의무를 이행한 자
 - 응시원서 마감일까지 최근 년도 협회 인증 연수평점 20점 이상 취득한 자
- 시험과목
 - <의료사회사업실무론>, <의료사회복지윤리>, <의료사회복지제도 및 법제>, <의료사회사업 사례분석>으로 구성됨
 - 앞의 세 과목의 합이 50점이며 의료사회사업 사례분석에 50점이 배정됨
 - 합격은 총 100점 만점에 60점 이상의 기준을 두고 있음

5) 의료사회복지사로 취업하기

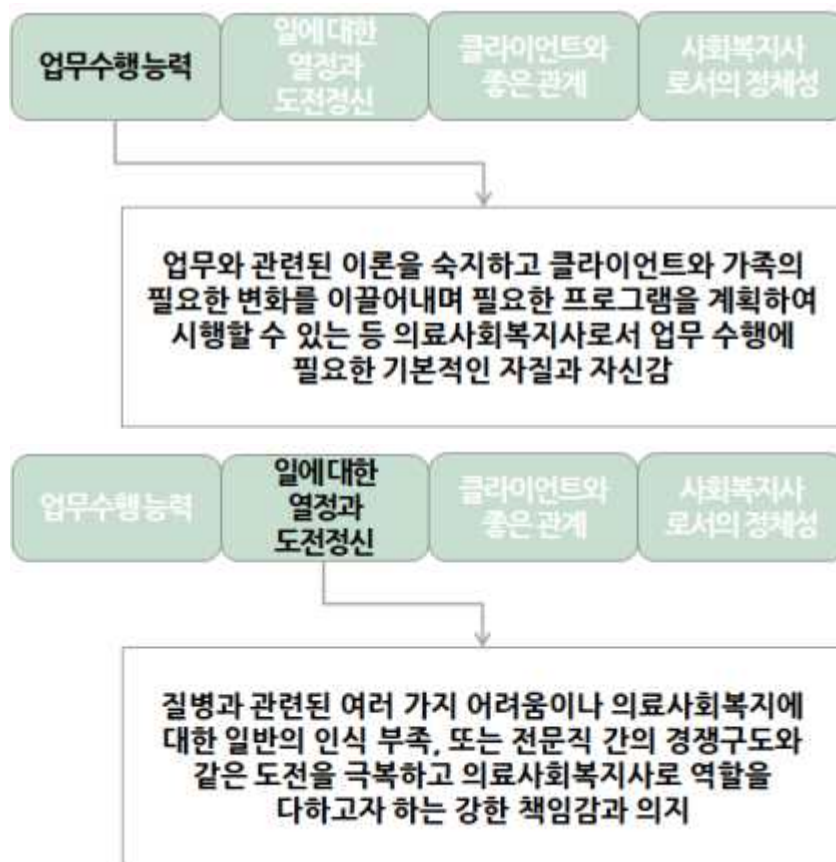
- 대한의료사회복지사협회 홈페이지에 공시된 자료를 통해 얻는 것이 가장 폭이 넓으면서도 정확하다고 할 수 있음
- 의료사회복지사로 활동할 수 있는 기관들로 제일 많이 생각하는 곳은 종합병원이나 대학병원이지만 이 외에도 진료과별 개인병의원, 요양병원, 호스피스기관, 보건소, 각 종 상담소 등을 비롯하여 의료비를 지원하는 NGO나 재단, 보건사업을 수행하는 복지 기관까지 다양
- 장기적으로 의료현장에 근무할 것을 생각한다면, 타 전문직과의 관계나 전문성 향상을 위해 궁극적으로 대학원 진학을 고려하는 것이 도움이 될 수 있음

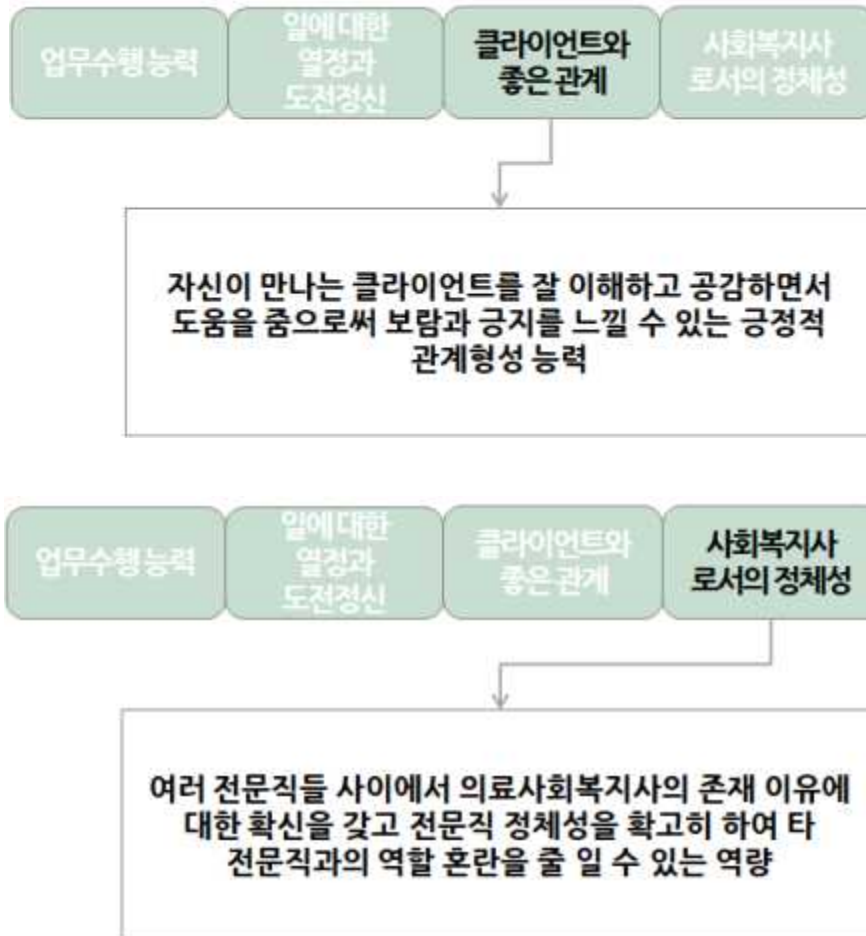
1) 전문직의 전문성을 요구하는 이유

- 사람을 대상으로 한 직접적인 대인 서비스를 제공함
- 생과 사를 비롯한 삶의 중요한 결정을 다룸
- 가치와 윤리가 포함된 여러 가지 이슈를 다룸
- 조직에서 요구하는 각각의 역할에 따라 세분화되어 있음
- 다양한 타 분야 전문직들과 함께 협력하여 일함

2) 의료사회복지사의 전문적 역량

- 코르노이이(Cournoyer, 2000)는 전문 사회복지사의 핵심 자질로 감정이입, 존중, 진실성을 제시하였고, 특히 사회복지사의 전문적 통합성(professional integrity)에는 정직성, 전문적 지식, 윤리적 의사결정, 평생학습, 비판적 사고, 자기 이해 및 자기 통제 특성 등이 포함된다고 보았음
- 최명민 등(2005)은 의료사회복지사들 스스로 자신의 전문적 역량을 무엇이라고 인식하는지에 관한 조사를 하였는데, 다음과 같은 4가지 요소로 도출되었음





- 처음부터 병원과 같은 소속조직에서 의료사회복지에 대한 기능을 명확히 제시해주는 곳도 있고 역사가 오래되어 그 역할이 안정적인 곳도 있지만, 대부분의 경우에는 사회복지사 스스로가 자신의 역할을 창출하고 계발해가는 노력이 요구되는 것

3) 조직 내에서 의료사회복지사로서 역할 정립하기

- 병원조직의 특성으로 분업화와 전문화 양상, 진료부문과 행정부문의 구분, 일부 의료전문직에게 집중된 권력, 영리추구에 대한 일반 통념과 현실 여건의 괴리, 독점적 기술, 환경에 대한 민감성 등을 들고 있음
- 그러나 이런 일반적인 병원조직의 특성 외에도 각 병원마다 추구하는 이념이나 집중적으로 추진하는 사업, 특별히 관심을 갖는 환자군 등이 다름
- 따라서 의료사회복지사는 이러한 병원조직의 특성과 이에 영향을 미치는 환경으로서 지역사회에 대한 이해가 있어야 함
- 그리고 일반적으로 알려져 있는 의료사회복지사의 역할을 무작정 따라가는 것보다는 각 병원이나 현장에서 요구되는 역할을 찾아서 발전시켜가는 것이 필요함(예 : 아동전문병원, 화상전문병원)

- 병원의 이념이나 상황에 따라서 의료사회복지사에 대한 채용과 배치가 달라질 수 있음
- 의료사회복지에 대해 이해하고 그 필요성에 공감하는 병원조직에서는 의료사회사업 부서를 별도로 배치하고 여러 명의 사회복지사를 채용하여 다양한 진료과 및 업무를 서로 분담하여 고루 수행할 수 있도록 하는 경우가 많음
- 그러나 또 어떤 경우에는 법규에서 정한 한 명의 사회복지사만을 의무적으로 채용하여 특정 진료과나 원무부서, 또는 종교실 등 다른 부서 소속으로 배치하기도 함
- 사회복지사는 스스로 의료사회복지사로서 자신의 역할을 모색하고 정립해 나갈 때 염두 해야 할 사항들
 - 우선 소속 기관에서 사회복지사에 대해 어떤 기대를 갖고 있는지를 파악한다. 그리고 이러한 기대와 의료사회복지사로서 정체성이 일치하는 부분을 찾아서 자신이 수행할 역할을 정립함
 - 소속기관의 구성원들이 의료사회복지사에 대한 이해가 부족하여 사전에 어떤 기대를 갖고 있지 않다 하더라도, 사회복지사 스스로 소속기관에서 중점을 두고 있거나 비중을 두고 있는 사업이 무엇인지를 파악하여 이와 관련된 사회복지사의 역할을 모색함
 - 우리 기관을 이용하는 클라이언트와 그 가족이 갖고 있는 욕구를 파악하여 기관에서 아직 관심을 갖고 있지 않지만 사회복지서비스나 프로그램을 통해 조직과 클라이언트에게 혜택이 갈 수 있는 부분이 무엇인지 탐색하고 그 안에서 자기 역할을 찾음
 - 소속 기관이 위치하는 지역사회의 사회복지기관 및 자원들을 파악하고 동료 사회복지사들과 연대하여 지역사회에 기여할 수 있는 영역을 탐색함
 - 다른 병원 등에 소속된 동료 의료사회복지사들과 정보를 교환하면서 자신이 소속된 기관 상황에 적용 또는 응용하여 발전시킬 수 있는 서비스나 프로그램이 있는 지 살펴봄

4) 의료사회복지사의 전문적 역량 개발하기

- 학교교육만으로는 충분하지 않으며 지속적인 수퍼비전과 더불어 실무에 필요한 교육과 훈련을 받아야 함
- 특히 의료사회복지사는 보건 영역에서 활동한다는 특수성이 있기 때문에 그 전문적 기반으로서 '지식과 기술적 체계', '교육과 훈련체계', 그리고 '사회적 승인' 등이 중요
- 지식과 기술적 체계는 '전문적 역량의 구성요소'에, 교육과 훈련체계는 '전문적 역량의 개발 및 관리 측면'에, 그리고 사회적 승인은 '전문적 역량의 인정요소'에 해당된다고 할 수 있음
- 우리나라에서 의료사회복지 교육과 훈련체계로는 교육, 훈련, 실무 재교육, 관련협회 활동 등을 활용할 수 있음

① 교육체계

- 의료사회복지 별도의 교육체계라기보다는 사회복지교육체계를 일컫는 것으로서, 그 안에 포함된 의료사회사업론 및 정신보건사회복지론 등을 통해 의료사회복지와 관련된 교육 및 지식체계를 습득할 수 있음

② 훈련체계

- 정신보건전문요원 수련제도가 법적으로 시행됨으로써 정신의료사회복지사의 정체성에 많은 영향을 미쳤고, 의료사회복지에서도 대학이나 대학원 교육만으로는 의료사회복지현장에 즉시 투입되어 활동하기 어려운 현실을 감안하여 전문적 의료사회복지사를 교육, 양성하기 위한 의료사회사업수련제도를 대한 의료사회사업복지사협회 주관으로 시행하고 있음

③ 실무 재교육

- 사회복지전반에서는 2009년부터 보수교육이 법제화되어 시행되고 있지만, 그 동안은 주로 사회복지 각 영역별, 분야별 학회 및 세미나를 통해 이뤄져 왔음
- 의료사회복지 분야에서는 1980년대부터 각 병원 자체적으로 직무훈련을 실시해 왔으며, 1981년부터는 연례적으로 워크숍을 개최하며, 슈퍼바이저 교육을 실시함으로써 의료사회사업의 전문화를 위해 노력해왔음

④ 관련 협회활동

- 여기에는 한국사회복지사협회, 대한사회복지사협회, 한국정신보건사회사업학회, 한국정신보건사회복지사협회 등이 포함됨
- 이들은 교육훈련, 권익옹호, 자격관리, 조사홍보, 대외협력 등의 활동을 통해 전문직으로서의 자질과 지위 확보에 주력하고 있음
- 의료사회복지사의 전문적 역량개발 방법 및 내용

주요 요인	하위 요인	해당 개념
수퍼비전	교육적 수퍼비전을 받음	사례 수퍼비전을 받음, 전문적 지식을 제공받음, 궁금한 질문에 대한 답변을 얻음
	행정적 수퍼비전을 받음	수퍼바이저가 통제적 요인으로 작용함
	지지적 수퍼비전을 받음	지지를 통해 소진이 위기 시 도움을 받음 인정과 격려를 받음
	동료 수퍼비전을 받음	같은 분야의 사회복지사들과 교류함 동료들끼리 서로 자문을 구함 함께 문제해결방법을 의논함
스스로 공부하기	일을 하기 위해 공부함	업무수행에 부족한 능력(상담능력, 통계), 보충 위에 공부함 새로운 문제나 욕구(새로운 전달체계, 새로운 질명)에 부응하기 위해 공부함
	개인적 투자를 아끼지 않고 공부함	업무 외 개인시간을 투자하여 공부함 개인적인 사비를 들여서 공부함
	다양한 형태를 동원하여 공부함	혼자서 공부함 동료나 학교와 연계하여 스터디 조직을 만들어 공부함

외부교육 및 연수	학회 및 세미나를 참석함	학회나 학회에서 주관하는 월례회에 참석함
	워크숍 및 기타 프로그램에 참석함	현실치료, 해결중심단기가족치료 등 특정 이론이나 모델 중심의 워크숍에 참석함 자아발견 등 자기성장 프로그램에 참석함
	연수기회를 경험함	해외연수를 다녀옴 외부 트레이닝 프로그램에 참석함
진학	학위과정을 경험함	학위과정을 통해 힘, 긴장, 새로운 지식을 배울 기회, 새로운 돌파구 등을 얻음
	학위를 취득함	학위취득으로 자신감을 얻음 학위취득에 대한 목표의식을 갖고 일함
모델링	역할모델을 발견하고 의미를 부여함	존재 자체가 주는 의미를 느낌 역할모델이 긍정적 영향을 미침
	본을 받아 따라함	따라하게 됨, 본을 받음
다학문 체제 활용	타 전문가들이 자원이 됨	같이 일하는 전문영역이 다양함 타 전문가들과 정보를 교류함
	발전적인 경쟁자가 됨	타 전문가들이 긍정적인 자극을 줌
자격증 취득	자격증 취득을 위해 노력함	과정을 견뎌, 오랜 시간이 걸림
	자격증을 취득함	자격증 취득으로 자신감, 자긍심, 성취감을 얻음

(1) 슈퍼비전

- 수퍼바이저를 통해 자신이 다루고 있는 사례를 지도받고 전문적 지식을 얻을 수 있는 교육적 슈퍼비전, 규범과 틀을 제시해주는 행정적 슈퍼비전, 지지와 격려를 받는 지지적 슈퍼비전을 받은 것이 자신의 전문적 역량을 개발하는 데에 큰 도움이 됨

(2) 스스로 하는 공부

- 자신이 담당한 영역에서 요구하는 지식과 능력을 갖추기 위해, 개인적 시간과 돈을 아끼지 않고 투자하고, 개인적으로나 집단적으로나 활용 할 수 있는 방법을 모두 동원하여 공부하며 노력하는 것

(3) 외부교육 및 연수

- 학회나 전문가협회에서 주관하는 여러 가지 학술행사 및 모임, 특정 이론이나 모델들을 익힐 수 있는 워크숍 및 다양한 프로그램, 그리고 국내외 연수기회를 통해 전문적 역량을 개발하는 것

- 이들은 지식의 제공뿐 아니라 단합과 연대, 그리고 정보교환의 장을 제공한다는 측면임
- 의료사회복지사협회를 비롯한 관련 학회 등에 적극 참여함으로써 관련 지식을 배우고, 경험을 나누며, 의료사회복지계의 발전에 기여할 수 있음
- 또한 자신이 어떤 질병에 개입하는 사회복지사라면, 그 질병에 관한 학회(N1: 당뇨병학회)나 그 질병에 개입하는 사회복지사들의 모임(예: 당사연 - 당뇨병에 개입하는 사회복지사들의 연구회)에 참여하여 그 분야에서 의 사회복지사 활동을 모색하고 알려가는 일에 참여할 수 있음
- 이것은 기존의 조직에 참여하는 방식으로도 가능하지만, 자신이 주축이 되어 이런 모임이나 조직을 만들어서 활동할 수도 있음

(4) 진학

- 사회복지교육이 대학원 중심의 교육체계를 기반으로 하고 있으며 학교교육 이외에도 다양화 계속 교육의 기회가 제공되는 서구의 현실과 대학교육체계를 기반으로 하고 있으며 계속교육 및 훈련의 기회가 제한적인 우리 현실의 차이 때문으로 보임
- 특히 학벌을 중시하는 우리 사회적 분위기와 고학력 조직인 의료조직의 특성상, 진학은 사회복지사의 전문성 확보를 위한 중요한 전략이 되고 있음

(5) 모델링

- 역할모델의 존재가 전문적 역량을 개발하는 데에 도움이 됨
- 즉 존재 자체만으로도 긍정적 영향을 줄 뿐 아니라 이들을 따라 하고 본받을 수 있다는 것이 의미가 있음

(6) 다학문체제 활용

- 병원이라는 조직의 특성상 다양한 전문가들이 존재하고 이 때문에 서로 교류할 수 있는 것이 전문적 역량을 키우는 데에 도움이 됨
- 대부분의 사회복지기관이 자원이 빈약하여 지속적인 교육이나 기관내 직원훈련의 기회가 제한적이라고 지적되고 있는 것과 대조적으로(Shea for et al., 1997), 이렇게 다학문 체제와 다양한 교육기회를 활용할 수 있는 의료직은 그만큼 자원이 풍부한 환경이라고 할 수 있음

(7) 자격증 취득

- 특히 의료사회복지사 자격증이나 정신건강전문요원의 자격증 등은 자격증을 획득하기 위해 일정 기간의 실무경험이 요구된다는 측면에서 경력을 전문적 역량의 주요 요소로 제시한 기존 연구들(Evans, 2002; Wilson et al., 2005)과 맥락을 같이 하는 것으로 볼 수 있음

1) 의료사회복지사의 소진예방과 스트레스 관리

- 사회복지사의 소진은 사회복지사가 일과 관련된 스트레스에 대해 반응하는 부정적인 심리적 경험으로 규정됨
- 소진은 신체적, 심리적, 대인적 차원으로 구분되기도 하며, 그 구체적 구성요소로서 정서적 탈진, 개인적 성취감의 감소, 클라이언트에 대한 비인간화 등이 제시되고 있음
- 소진이 지속되면, 신체적 증상, 에너지의 고갈, 자존감 저하, 대인관계의 어려움, 집중력 장애, 융통성 부족, 클라이언트에 대한 비난 경향증가뿐 아니라 알코올 및 약물남용 등의 부작용을 가져올 수 있다는 점에서(Pines & Maslach, 1978; Cherniss, 1980) 전문직 차원의 관심을 기울여야 하는 부분

2) 소진 유발요인과 보호요인

- 소진은 대부분 점진적으로 진행되는 과정으로 이해되어 왔음
- 처니스(Cherniss, 1980)는 소진을 헌신적이었던 전문가가 직무상의 스트레스와 고통에 대한 반응으로 직무로부터 거리를 두게 되는 과정으로 보고, 이를 구체적으로 ‘오랫동안 축적된 과도한 직무스트레스-긴장, 초조, 피로로 인한 우리-업무에 대한 심리적 거리감, 클라이언트에 대한 무관심, 또는 냉소적이고 경직된 방어적 대처’의 단계로 설명하였음
- 에델위치와 브로드스키(Edelwich & Brodsky, 1983: 27-30)는 ‘열성-침체-좌절-무관심’의 단계로 구분하였음
- 그러나 소진은 조금씩 축적되기도 하지만 몇 가지 주요 사건에 의해 급성적으로 촉발되기도 한다는 보고도 있음
- 의료사회복지사를 소진으로부터 보호하는 요인
 - 업무에서 요구되는 ‘전문적 역량’
 - 일을 통해 얻는 ‘성취와 보람’
 - 자신이 수행하는 ‘일에 대한 확고한 가치와 신념’
 - 타 전문가들과의 ‘좋은 팀워크’
 - 병원조직의 ‘구조적 뒷받침’
 - 성격이나 기질 등 ‘개인적 자질’
 - 업무 수행에 대한 ‘가족의 인정과 지원’

3) 스트레스 관리

- 소진은 스트레스 구성개념에 그 이론적 기초를 두고 있기 때문에 소진과 스트레스 간 경계는 명확하지 못함
- 그러나 엄밀히 비교해보면 이 둘 사이에는 원인과 결과와 같은 관계가 존재함
- 즉 스트레스는 개인의 지각에 따라 긍정적이거나 부정적으로 해석될 수 있는 중립적 용어임

- 이에 비해 소진은 스트레스와는 달리 완충 및 지원체제의 부재로 인해 중재되지 못한 부정적 스트레스가 지속된 결과이며, 따라서 적절한 기회가 주어진다면 역전시킬 수도 있다는 것
- 또한 스트레스가 좀 더 개인적인 차원에 초점이 맞춰져 있다면, 소진은 상대적으로 조직과의 관련성이 더 부각되는 차이도 있음
- 스트레스 관리 전략 및 내용

주요 요인	하위 요인	해당 개념
자기주장	원하는 것을 표현함	할 말은 함, 직접적으로 대응하여 표현함, 주장적이거나 공격적이지는 않음, 원하는 것을 외부에 알림
	잘못된 것에 이의를 제기함	문제에 대해 이의를 제기함, 따질 것은 따짐, 잘못된 것을 참지 않음, 세게 나감
취미생활	취미생활로 스트레스를 풀음	서클활동으로 스트레스를 잊음, 주말에는 하고 싶은 것을 해서 스트레스를 발산함, 스포츠활동으로 응어리를 터뜨림
	좋아하는 취미를 일과 조화시킴	취미생활로 배운 것을 업무 프로그램에 도입함, 취미가 별도의 부담이 되지 않게 병행 내동아리 모임으로 만들
적절한 자기기대	잘할 수 있는 일을 함	큰 욕심을 부리지 않음, 자신이 해서 즐거운 일을 함, 기관의 여건과 자신의 역할을 맞춤
	스스로의 구속으로부터 벗어남	강박적인 것과 나를 움아매는 걸 벗어나버림, 자신과 타인을 피곤하게 하는 것을 버리려고 노력함
불가피한 상황 수용	때를 기다림	마음에 안 맞아도 때를 보며 기다림, 참고 기다림
	안되는 것은 포기함	노력해도 소용없는 일은 포기함, 다 풀 수 없다고 생각하고 속으로 삼킴
자기동기 부여	새로운 다짐을 함	새로이 되새겨 봄, 지난 시간을 돌아보고 새로운 계획을 세움
	힘을 내려고 노력함	힘을 내보자고 함, 스스로 동기를 부여함, 자신에게 자극을 줌, 자기 컨디션을 객관적으로 관찰하며 에너지를 조절함
동료들과의 공유		동료들끼리 AA처럼 서로 경험을 나누며 치유받음, 이해해 줄 사람이 있다는 것이 도움이 됨
업무량 조절		일과 직접 관련된 것에 집중함, 업무가 자신의 생활과 조화될 수 있도록 함
무시와 망각		근본적으로 해결되지 않아도 오래 간직하지 않음, 쌓아두지 않음
비교 삼가		남과 비교하지 않음, 경쟁해서 이기려는 생각을 하지 않음, 질투를 하지 않음

- 중요한 사실은 스트레스 자체가 불가피한 것이지만, 스트레스에 따른 반응은 환경적 요구에 부합하는 전략적 학습을 통해 그 과정이 변화될 수 있다는 것
- 스트레스 관리전략(최명민, 2006)
 - 꼭 할 말은 한다.: 하고 싶은 말은 다할 수 없는 것이 사회생활이지만 참는 것만이 능사도 아니다.
 - 취미생활로 삶의 여백을 갖는다.: 직장 외에 즐거움을 느낄수 있는 임상의 취미를 갖는 것이 도움이 된다.
 - 스스로 굴레를 만들어 자신을 얽매지 않는다.: 자기 스스로를 다그치지 말자.
 - 당장 어쩔 수 없는 건 받아들이거나 기다린다.: 어쩔 수 없는 상황에 매달리거나 집착하지 말자.
 - 자신의 에너지를 보가며 스스로 동기를 부여한다.: 능력을 넘어서는 과도한 욕심은 자신과 주변인을 힘들게 한다.
 - 상호이해받을 수 있는 동료관계를 맺는다.: 힘든 일, 좋은 일을 나눌 수 있는 동료는 직장 생활의 큰 힘이다.
 - 선택과 집중을 통해 업무량을 조절한다.: 모든 것을 잘할 수는 없으므로 우선순위를 정해 보자.
 - 안 좋은 일을 오래 기억하거나 쌓아두지 않는다.: 안 좋은 경험이나 감정에서 벗어나기 힘든 경우에는 외부의 도움을 받아보자.
 - 비교하거나 경쟁하기보다 내 갈 길을 간다.: 타인을 의식하기보다는 본질적인 것, 의미있는 것에 가치를 두자.

4 | 의료사회사업의 전망과 과제

1) 의료사회복지의 전망

- 의료사회복지의 전망은 최근 건강에 대한 사회적 기대와 의미 변화와 연결시켜 생각해볼 수 있음
- 다른 한편으로는 인구학적으로 저출산 및 노인인구의 증가, 고용불안정 등 사회적으로 개인에게 미치는 스트레스 영향 요인의 증가 등으로 인해 노인성질환, 만성 질환이 꾸준히 증가하고 있으며 자살률 또한 OECD국가에서 10년 넘게 가장 높은 수위를 차지하고 있어, 이제는 건강에 대한 이슈는 병원 안에서의 의료적 문제가 아닌 지역사회 기반의 의료, 보건, 복지의 통합적 관점과 협력이 요구되고 있음
- 따라서 의료사회복지에 요구되는 역할과 기능은 기존의 의료서비스를 지원하기 위한 이차적 역할에 머무는 것이 아니라 이제는 건강과 관련된 지역사회의 다양한 욕구를 모니터링하고, 그 욕구들이 충족되어나갈 수 있도록 적극적인 대안을 마련하는 방향으로의 리더십과 확대가 필요한 시점
- 이러한 대안으로 첫째, 기능적 측면에서 지역사회와 의료, 보건, 복지를 포괄하여 건강에 영향을 미치는 다양한 사회, 경제, 문화적 요인들에 대해 적극적으로 검토하고, 이러한 요인들 간의 상호작용이 인간의 건강에 긍정적으로 작용할 수 있는 방법을 모색함으로써 거시적 측면에서 한국 상황에 적합한 의료사회복지정책, 의료사회복지시스템을 제시하는 것

- 또한 점차 다양해지는 건강 관련 이슈들과 이러한 건강상 문제나 관리가 필요한 여러 계층의 대상자들을 지원할 수 있는 의료사회복지 지식과 기술의 임상적 기반과 역량을 향상시켜 나가야 함
- 둘째, 활동범위 측면에서 의료사회복지는 지금까지 의료기관을 중심으로 그 역할을 수행해 왔으나 향후에는 사회가 요구하는 의료사회복지의 역할과 기능 확장에 적합한 다양한 현장으로의 진출이 필요함
- 즉 보건소, 복지관 등 지역사회를 기반으로 하여 건강 이슈를 갖고 있는 대상들의 빈곤문제, 사회적 역할과 적응의 어려움, 장애, 건강에 대한 다문화적 과제 등을 해결해나가기 위해 지역사회를 기반으로 한 의료사회복지사의 역할과 활동범위를 확대해 나가야 함
- 또한 의료사회복지의 지역사회로의 활동공간의 확장은 지역사회 내 저소득, 노인 등 취약계층이 직면한 건강과 질병의 문제에 대해 보다 전문성을 지니고 개입할 수 있도록 하며, 이를 위해 보건, 의료 등 다양한 건강관련 자원들을 적극적으로 활용함으로써 보건과 복지를 긴밀하게 연결한 통합적 지원과 지역사회 내 체계적인 관리를 수행해나가야 할 것임

2) 지역사회 보건으로 의료사회복지사의 역할 확대

- 지역사회 중심 보건영역에서의 사회복지사의 활동은 아직 국내에서는 활성화되지 못하고 있으나 미국을 중심으로 한 서구사회에서는 보건영역에서 사회복지사가 지역주민의 건강증진과 질병예방을 위한 활동을 활발히 수행하고 있음
- 이에 관해 살펴보면 보건영역에서 활동하는 사회복지사는 지역사회를 대상으로 특정 질병에 대한 낙인과 치료서비스에 대한 장벽을 없애고, 진단과 치료에 있어서의 불평등을 감소시키는데 관심을 두며, 인구집단 수준에서 건강문제에 개입하는 방법이나 프로그램 등을 개발하고 실행하는 역할을 담당함
- 구체적으로 지역사회의 다양한 인구집단을 대상으로 건강증진과 질병예방을 목적으로 한 교육, 정책개발, 조사 등 여러 활동을 전개하는데 그 주요 활동 내용은 다음과 같음
- 첫째, 보건영역의 사회복지사는 일차적 예방에 강조를 두고 모든 인구집단의 건강 상태와 사회적 기능에 영향을 미치는 병의 원인과 관련된 사회적 문제를 규명하기 위한 활동을 수행함
- 사회복지사는 개인, 가족, 그리고 집단의 생활양식에서 긍정적인 건강 행동을 증진하고 위험요인들을 파악하여 이를 예방하는 데 초점을 둔 개입을 함
- 또한 대상 인구집단의 건강 욕구를 사정하고, 건강문제와 사회적 요인 간의 관계를 파악하며, 건강문제와 관련된 사회적 스트레스를 감소시키고, 안녕감을 증진하며 건강을 보호하는 사회적 지지를 제공하는 것에 중점을 둔 활동을 수행함
- 둘째, 보건영역에서 활동하는 사회복지사는 포괄적이고 질적이며, 비용 적절성이 있는 의료 및 보건서비스가 모든 사람들에게 전달될 수 있도록 적극적인 노력을 기울이는 역할을 수행함
- 이는 심리사회적 건강사정과 개입뿐만 아니라 일차적 및 이차적 예방을 포함한 서비스를 제공하는 것을 의미하며, 빈곤퇴치 프로그램, 환경적 건강 프로그램, 그리고 교육 등을 통해 국가의 건강을 향상시키는 데 기여하는 공공정책을 펴기 위한 활동들을 수행하는 것을 포함하는 것임

- 셋째, 보건영역의 사회복지사는 인구집단수준에서 여러 정책을 형성하고 프로그램을 결정하는 일을 수행하는데, 이들은 전 연령층의 인구집단을 대상으로 건강관련 프로그램을 개발하고, 수행하며, 평가하기 위하여 보건간호사, 의사, 역학자들과 함께 팀으로 일함
- 예를 들면, 취약한 환경의 출산 고위험집단에 속한 임산부들을 대상으로 가정방문 프로그램을 실시하기도 하며, 특정 인구집단을 대상으로 사례관리, 가정방문, 이민자 건강관리서비스, HIV/AIDS 상담 및 검사, 고령자 혈압검사, 가족계획 등과 같은 직접적 서비스를 제공하기도 하고 이러한 서비스를 내공하는 프로그램을 개발하기도 함
- 넷째, 보건영역의 사회복지사는 가족과 파트너십을 갖고 옹호활동을 하기도 하며, 아동과 가족을 위한 건강서비스 향상, 지역사회생활 증진을 위한 가족중심, 지역사회 기반, 문화적 유능성에 기반을 둔 실천 활동을 수행함
- 또한 이들은 건강과 정신건강 서비스 간, 교육과 사회적 서비스의 제공, 공적 및 사적 서비스 영역 연결, 그리고 지역사회를 기반으로 한 서비스의 개발을 위해 다양한 연계활동을 촉진하는 데 핵심적 역할을 수행하기도 함
- 보건영역의 사회복지사의 이러한 활동들을 미시적, 중간적, 그리고 거시적 차원으로 단계를 나누어 살펴보면, 미시적 수준 또는 직접적 실천 수준에서 보건사회복지사는 임상 사회복지 기술을 사용하여 공중보건 개입을 수행하거나 공중보건 프로그램의 일부로서 사회복지서비스를 제공하기도 함
- 중간적 수준 또는 간접적 실천 수준에서 보건사회복지사는 지역사회 내 보건 프로그램을 개발하고, 수행하고 감독하는 역할을 수행함
- 거시적 수준에서 보건사회복지사는 심리사회적, 문화적 이슈들에 대한 지식이 지역사회 내 보건 개입을 향상시키는 데 기여하도록 하는 역할을 함
- 또한 경제력이 낮고 취약한 인구집단을 위한 프로그램을 감독하고 평가하는 데 관여하며, 타 보건전문 가들과 함께 정책개발에도 관여함
- 이와 같은 활동을 수행하기 위해 보건영역의 사회복지사는 개입전략의 일환으로 타 보건 전문가들과 함께 지역사회에 기반을 둔 사정을 실시함
- 지역사회사정(community assessment)이란 지역의 강점과 약점을 확인하는 방법임
- 포괄적인 지역사회 사정을 위해서는 다양한 방법을 사용하여 분석을 위한 자료를 확보할 수 있어야 하는데, 이를 위해 보건사회복지사는 사회조사와 관련된 전문적 지식과 기술을 갖추고 있어야 함
- 또한 보건영역의 사회복지사는 건강을 결정하는 사회적, 행동적, 환경적 요인들을 검증하는 조사연구에 관여하게 되며, 이러한 결정인자들을 사정하는 것은 지역사회 내 보건 문제를 해결하는 근거를 제시하는 것이 되므로 중요성이 큼
- 이와 같이 보건영역에서 활동하는 사회복지사의 주요 활동은 사회과학적 방법을 활용하여 지역사회 사정 및 사회조사를 실시하고, 심리사회적 요인과 환경적 요인이 지역사회 내 특정 인구집단에게 미치는 영향력을 파악하며, 질병을 예방하기 위한 보건정책과 프로그램을 개발하는 역할을 담당하는 것으로 요약할 수 있음

■ 학습정리

1. 의료사회복지사의 길 찾기

- 1) 자원봉사활동으로 경험 쌓기
- 2) 의료사회복지실습 제대로 하기
- 3) 수련과정 통한 자격증 취득하기
- 4) 의료사회복지사로 취업하기

2. 의료사회복지사로서의 자기계발

1) 의료사회복지사의 전문적 역량

- 업무수행 능력
- 일에 대한 열정과 도전정신
- 클라이언트와 좋은 관계
- 사회복지사로서의 정체성

2) 조직 내에서 의료사회복지사로서 역할 정립하기

- 우선 소속 기관에서 사회복지사에 대해 어떤 기대를 갖고 있는지를 파악한다.
- 소속기관의 구성원들이 의료사회복지사에 대한 이해가 부족하여 사전에 어떤 기대를 갖고 있지 않다하더라도, 사회복지사 스스로 소속 기관에서 중점을 두고 있거나 비중을 두고 있는 사업이 무엇인지를 파악하여 이와 관련된 사회복지사의 역할을 모색한다.
- 우리 기관을 이용하는 클라이언트와 그 가족이 갖고 있는 욕구를 파악하여 기관에서 아직 관심을 갖고 있지 않지만 사회복지서비스나 프로그램을 통해 조직과 클라이언트에게 혜택이 갈 수 있는 부분이 무엇인지 탐색하고 그 안에서 자기 역할을 찾는다.
- 소속 기관이 위치하는 지역사회의 사회복지기관 및 자원들을 파악하고 동료 사회복지사들과 연대하여 지역사회에 기여할 수 있는 영역을 탐색한다.
- 다른 병원 등에 소속된 동료 의료사회복지사들과 정보를 교환하면서 자신이 소속된 기관 상황에 적용 또는 응용하여 발전시킬 수 있는 서비스나 프로그램이 있는 지 살펴본다.

3) 의료사회복지사의 전문적 역량 계발하기

- (1) 슈퍼비전
- (2) 스스로 하는 공부
- (3) 외부교육 및 연수
- (4) 진학
- (5) 모델링

(6) 다학문체제 활용

(7) 자격증 취득

3. 의료사회복지사의 소진예방과 스트레스 관리

1) 소진 유발요인과 보호요인

- 사회복지사들을 대상으로 한 질적 연구 결과, 의료사회복지사를 소진으로부터 보호하는 요인
 - 업무에서 요구되는 '전문적 역량'
 - 일을 통해 얻는 '성취와 보람'
 - 자신이 수행하는 '일에 대한 확고한 가치와 신념'
 - 타 전문가들과의 '좋은 팀워크'
 - 병원조직의 '구조적 뒷받침'
 - 성격이나 기질 등 '개인적 자질'
 - 업무 수행에 대한 '가족의 인정과 지원'

2) 스트레스 관리

- 스트레스 수준은 높은 편이며, 그 결과 직무수행과 정신건강수준이 저하되고, 여기에 음주로 대처하는 경우 문제가 증가하는 것으로 나타남
- 소진을 예방하거나 대처하는 기제로서 사회복지사 개인적 차원의 스트레스 대응방안을 알아 보는 것이 필요함

4. 의료사회복지의 전망과 과제

1) 의료사회복지의 전망

- 기능적 측면에서 지역사회와 의료, 보건, 복지를 포괄하여 건강에 영향을 미치는 다양한 사회, 경제, 문화적 요인들에 대해 적극적으로 검토하고, 이러한 요인들 간의 상호작용이 인간의 건강에 긍정적으로 작용할 수 있는 방법을 모색함으로써 거시적 측면에서 한국 상황에 적합한 의료사회복지정책, 의료사회복지시스템을 제시함
- 활동범위 측면에서 의료사회복지는 지금까지 의료기관을 중심으로 그 역할을 수행해 왔으나 향후에는 사회가 요구하는 의료사회복지의 역할과 기능 확장에 적합한 다양한 현장으로의 진출이 필요함

2) 지역사회 보건의료로 의료사회복지사의 역할 확대

- 사회과학적 방법을 활용하여 지역사회 사정 및 사회조사를 실시하고, 심리사회적 요인과 환경적 요인이 지역사회 내 특정인구집단에게 미치는 영향력을 파악하며, 질병을 예방하기 위한 보건정책과 프로그램을 개발하는 역할을 담당함

1주차 1차시

의료사회사업의 개념

학습 목표

- 의료영역에 사회복지적 개입이 이루어지게 된 배경 요인에 대해 이해하고 설명할 수 있다.
- 의료사회복지의 정의와 기능을 이해하고 의료사회복지사의 직무와 주요활동에 대해 서술할 수 있다.

학습 내용

1. 의료사회복지의 배경
2. 의료사회복지의 개념

1) 개요

- 건강한 삶을 영위하는 것은 동서고금을 막론하고 모든 인간에게 매우 중요
- 그러나 인간의 삶은 생로병사(生畚病死)의 과정 속에서 예기치 않은 질병에 직면하기도 하며, 노화의 과정을 거치면서 건강을 유지하려고 노력하는 것이 매우 중요한 삶의 과제가 되고 있음
- 질병과 건강의 문제를 다루는 의료영역은?
 - 초기에는 의사나 의료인이 활동하는 전문영역으로서 발달해왔으나 이에 영향을 미치는 심리적 및 환경적 요인에 대한 사회적 관심이 커지면서 의료영역에 점차 사회복지적 개입의 필요성이 대두되기 시작
- 의료영역에 사회복지적 개입이 이루어지게 된 중요한 학문적 및 사회적 변화
 - 서양의학의 기본을 이루는 생의학적 모델이 환자의 신체적 측면만을 강조한다는 비판이 제기되면서 환자의 심리적 측면과 사회적 측면을 함께 고려하는 생심리사회적 모델로 변화하게 된 것
 - 병원 위주의 질병 치료를 강조하던 의료의 패러다임이 지역사회를 중심으로 질병의 예방 및 관리에 이르기까지 보다 폭넓은 새로운 패러다임으로 등장하게 되었음
 - 건강에 대한 개념이 단순히 질병이 없는 상태에서 신체적, 정신적, 사회적 측면을 고려하는 것으로까지 확대되면서 개인적 요인뿐만 아니라 사회환경적 요인에 이르기까지 건강에 영향을 미치는 다양한 요인들에 대한 사회적 관심이 증가하게 되었음

2) 생의학모델에서 생심리사회모델로의 변화

(1) 생의학모델의 가정

- 마음과 몸은 별도로 취급될 수 있음
 - 의학의 심신이원론(mind-body dualism)이라 함
- 몸도 기계처럼 수리 가능한 것으로 간주
 - 의학은 기술자가 고장수리를 하듯 의사가 치료를 행한다는 식의 기계적 비유법(mechanical metaphor)을 택함
- 기술적 개입의 장점이 과대평가되기 쉬우며 의학이 기술만능주의에 빠지는 결과를 낳음
- 생의학은 질환을 설명할 때 사회적, 심리적 요인을 상대적으로 무시하고 생물학적 변화에만 초점을 맞추으로써 환원주의가 됨
- 환원주의는 19세기의 질환해석인 ‘병원균 이론(germ theory)의 발전으로 더욱 심화되었음
 - 이 이론에 따르면 모든 질환은 검출 가능한 특정 ‘질환체(disease entity), 즉 기생충, 바이러스 또는 박테리아로 인해 발생하기 때문에 특정 병인론의 원칙(doctrine of specific etiology)이라 불릴 수 있음
- 생의학모델은 질환을 신체적 증상을 통해 나타나는 분명한 실체가 있으며, 신체적으로 이상이 발생한 상태에서 이해함

- 그러나 이와 같은 생의학모델은 질병 발생에 영향을 미치는 심리적, 사회적 및 환경적 요인을 간과한 것으로 질병을 단순히 몸 속의 신체적 상태 변화로만 이해하며 치료에 있어서도 신체적 측면만을 다루는 것으로 한정된 개입을 하는 오류를 범하였음
- 특히 현대사회의 질병의 양태가 만성적 질환으로 변화함에 따라 특정 병원균의 침입 이외에 질병에 영향을 미치는 행동적인 요인들의 상대적 중요성이 더욱 강조!
- 건강과 질병에 대한 올바른 이해를 위해서는?
 - 위계적으로 연계되어 있는 신체의 생물학적이고 병리적인 과정, 이에 대한 개인의 심리적인 반응과 대응, 그리고 사회적 차원의 다양한 변수들이 어떻게 상호 영향을 미치는가를 폭넓게 고려해야 한다는 주장이 점차 설득력을 얻고 있음
- 에트킨슨(Atkinson)
 - 생의학모델은 사회, 문화 및 인생과정에 관한 설명을 배제하고 생물학적 구조와 과정에 발생하는 장애만을 강조하고 있다고 비판
- 조지 앵겔(George Engel)
 - 이러한 생의학모델에 대응하여 조지 앵겔(George Engel)은 신체적 차원뿐만 아니라 인간을 구성하는 다른 모든 차원들을 포함할 수 있는 생심리사회모델(Biopsychosocial Model)을 발전시켰음
 - 이 모델이 나오게 된 실제적인 계기는 생의학 자체의 비판에서 나왔으며, 이는 효과적인 의학적 치료를 제공하기 위해서는 심리사회적인 요인들이 반드시 고려되어야 한다는 인식에서 출발한 것
 - 앵겔의 모델은 원래 모든 생의학적 교육에 ‘심리적’인 시각을 통합하고자 하는 궁극적인 목적이 있었으며, 체계이론에 입각하여 생심리사회모델을 구성하였음
 - 이는 생의학모델에서 서로 분리된 것으로 간주되었던 생물학적, 심리적, 사회적 차원의 건강에 대해 이들의 관계를 찾아내 통합적이고 위계적인 틀을 제공하고자 한 것
 - 사회적 요인들이 질병의 존재와 인식에 영향을 미칠 수 있음을 인식하였으며, 질병의 심리사회적 영역을 ‘아주 과학적인 원칙에 기초하여’ 고려할 것을 강조
- 생심리사회모델의 등장은 질병에 영향을 미치는 요인
 - 신체적, 심리적 및 사회적 요인들의 관련성을 인식하며,
 - 치료에 있어서도 신체적 요인뿐만 아니라 환자의 심리상태, 가족적 환경 등에 함께 개입해야 한다는 사실에 힘을 부여해주는 것
 - 질병의 문제를 가진 환자와 가족에 대한 사회복지적 개입과 실천의 필요성을 사회적으로 인식시키는 기제로서 의의를 가짐

3) 지역사회 중심 보건의료 패러다임

- 현대사회의 의료정책은 환자의 질병으로 치료하는 것에 초점을 둔 병원 중심의 의료에서 지역사회를 중심으로 한 질병의 예방과 건강증진, 지역사회 내 보호로 특징 지워 질 수 있는 보건의료의 새로운 패러다임을 구축하는 것으로 이동하였음
- 이는 20세기 후반에 이르러 현대 의학의 중요한 변화 중 하나인 만성질환이 증가하였다는 사실과 밀접한 관련성이 있는데, 주로 급성·전염성 질환이 주요 의학적 관심이 되었던 데서 이제는 암이나 순환계 질환, 심장문제, 당뇨병과 같은 만성질환이 더욱 증가하게 되었다는 것

- 일반적으로 급성질환은 시작과 끝이 되는 지점이 있으며 치료가 가능하기도 함
- 그러나 만성질환은 종종 시작이 잠행성이며, 거의 치료가 되지 않고, 수년 동안 또는 전 생애에 걸쳐 지속되는 특성을 가짐
- 만성질환에 대한 의학의 기능은 단지 증상을 완화시키는 것에 한정되는 경우가 많음
- 따라서 급성질환의 관리는 질환의 원인을 찾고 치료를 제공하는 것에 초점을 두지만, 만성질환은 치료보다는 질환의 진전을 늦추거나 현재 상태를 유지할 수 있도록 관리하며, 질환에 따른 손상과 장애를 최소화하고, 환자의 잠재적인 삶의 질을 극대화하는 것에 초점을 두게 됨
- 이러한 만성질환에 대한 관리는 지역사회 내 보호를 원칙으로 하며, 특별히 집중적 치료가 요구되는 시기에는 병원에 입원하여 치료를 받지만 대개 환자는 지역사회 내에서 생활하고, 정기적인 외래치료를 받으며, 질병으로 인하여 발생한 기능상의 장애나 일상생활기능 저하 문제를 극복하기 위해 필요한 재가보호서비스를 받기도 함
- 또한 의학기술의 발달과 함께 일반인들의 평균수명이 증가하면서 만성질환이 고령인구에 더욱 많이 발생하고 있어, 치료보다는 질병에 대한 관리가, 병원을 중심으로 한 집중적 치료보다는 지역사회를 중심으로 한 보호의 필요성이 더욱 높아지고 있음
- 학자에 따라서는 이런 변화가 전체적으로 생의학모형을 대체할 보건의료의 새로운 패러다임을 나타낸다고 보기도 함

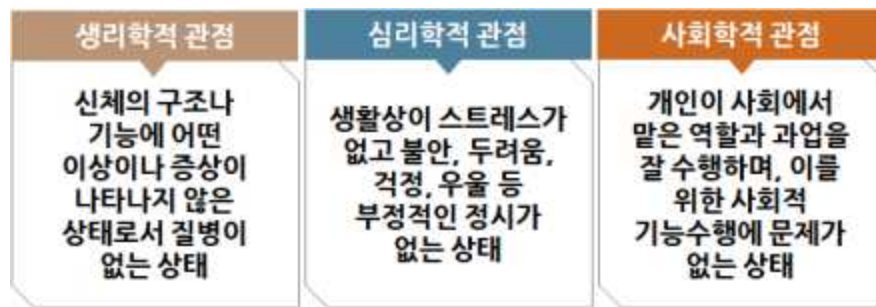


4) 건강의 개념과 관련 요인

(1) 건강의 개념

- 일반적으로 건강의 의미는 살아 있는 유기체의 대사기능 혹은 기능수준을 뜻하는 것으로 건강이라는 개념이 인간에게 적용될 때는 일반적으로 한 개인이 정신적, 신체적으로 질병, 부상, 고통으로부터 자유로운 상태를 의미함
- 현대사회에서 건강이란 단순히 신체적으로 질병이 없는 상태만을 의미하는 것이 아니라 심리적, 정신적, 사회적으로도 안녕한 상태를 포괄하는 개념으로 정상적인 사회적 역할을 수행할 수 있는 능력을 포함하는 것으로 확대되었음

- 건강에 대한 가장 대표적인 정의는 세계보건기구(WHO)의 정의를 들 수 있음
- WHO(1948)는 건강의 개념을 ‘질병이나 질환이 없는 신체, 사회, 정신적으로 안녕한 상태’로 정의
 - 건강증진 측면에서 건강이란 : 인간이 개인적, 사회적, 그리고 경제적으로 생산적인 활동을 가능하게 하는 기능적인 용어로 사용, 신체적인 능력으로서 뿐 아니라 개인적이고 사회적인 자원으로 강조되는 매우 긍정적인 개념
- 생심리사회적 관점에 기반을 두고 건강의 개념을 정의



- 콜리어와 동료들(Collier et al.)은 건강의 정의
 - 건강은 질병이 없는 상태
 - 건강은 신체적, 정신적, 사회적으로 안녕한 상태
 - 건강은 변화하는 환경, 성장과 노화, 상처와 회복, 그리고 죽음에 대한 준비 등에 적응하는 과정을 지칭하는 것으로서, 고통과 그에 대응하는 내적 자원을 포함
- 건강이란
 - 신체적으로 질병이 없는 상태에서, 정신적, 사회적으로 안녕한 상태, 그리고 인생의 전 과정에서 환경에 적응하고 고통과 상처로부터 회복하며, 궁극적으로는 노화와 죽음에 이르기까지 건강한 대처를 할 수 있는 내적 및 외적 자질을 포함하는 것으로 개념이 확대되었음
- 이는 개인의 건강증진과 유지에 신체적 측면뿐만 아니라 심리사회적 측면이 반드시 고려되어야 함을 강조하는 사회적 추세를 반영하는 것
- 의료영역에서 인간의 환경과 심리사회적 측면에 개입하는 의료사회복지실천의 필요성을 더욱 확고히 하는 기제가 됨
- 근본적인 인간의 권리라는 측면에서 건강 개념에 반드시 포함되어야 할 요소
 - 평화, 충분한 경제적 자원들, 음식, 안식처, 그리고 안정된 생태체계와 지속적으로 사용 가능한 필요 자원들
- 이러한 요소들은 사회와 경제적 상태, 물리적 환경, 개인의 라이프스타일, 그리고 건강과 매우 중요하게 서로 연결되어 있으며, 이러한 상호관련성을 이해하는 것이 결과적으로 건강증진이라는 개념에서 강조하는 건강의 개념을 전체적으로 이해할 수 있도록 함
- 또한 건강 개념을 논할 때 오늘날 새롭게 인식되고 있는 영역이 ‘영적인 영역(spiritual dimension)임

- WHO는 건강을 인간의 기본권으로 정의 모든 인간은 건강을 위한 기본적인 자원에 접근할 수 있어야 한다!
 - 이는 건강을 포괄적으로 이해할 때, 사회경제적 시스템이나 구조, 그리고 안전, 위생 등은 보장하는 물리적인 환경 등이 개인의 건강과 복지에 영향을 미치는 중요한 요소로 작용하게 되며, 국가나 지역사회는 이러한 개인의 건강에 영향을 미치는 요소에 책임을 지니고 있음을 강조하는 것
- 반면, 질병(disease)은 이러한 건강을 보장하는 요소들이 상실되거나 침해되어 결과적으로 한 개인의 최적의 신체 및 심리 상태를 저해하고, 기능상의 문제를 초래하는 전반적인 상태를 의미함
- 그러나 의료사회복지에서 질병과 관련하여 다루는 개념과 영역은 좀 더 포괄적
- 단순히 생의학적(biomedical)으로 진단되어진 신체적 손상은 물론 이로 인해 파생될 수 있는 신체적, 정신적 장애나 트라우마, 경제적인 어려움, 가족 및 사회관계의 변화, 클라이언트가 의미 있게 수행해 온 역할 상실 등이 의료사회복지에서는 중요한 개입의 대상이 됨
- 이는 의료사회복지가 단순히 신체적 건강만을 지향하는 것이 아니라 WHO의 정의와 같이 질병, 고통 등으로부터 신체, 정신, 사회, 영적인 모든 면에서의 안녕을 추구하기 때문
- 이와 같이 현대사회에서 건강의 개념은 신체, 심리, 사회, 영적인 다양한 측면을 포함하는 것으로 폭넓게 정의되어 이해되고 있음

(2) 건강 관련 요인들

- 건강에 영향을 미치는 다양한 요인
 - 개인의 심리적 요인과 사회적 성(gender), 사회 경제적 상태, 인종, 생활양식을 포함하는 사회적 요인, 경제적 및 정치적 요인, 그리고 생물학적, 물리적, 화학적 요인들을 포함하는 환경적 요인 등 다차원적인 요인들이 모두 포함
 - 뿐만 아니라 개인의 연령이나 가족관계 및 사회적 관계 등도 개인의 건강상태에 영향을 미치는 중요한 요인이 될 수 있음
 - 일반적으로는 영유아기, 아동기, 청소년기, 성인기 및 노년기 등 연령으로 구분될 수 있는 생애주기에 따라 발생할 수 있는 질병의 가능성과 위험도가 달라지며, 빈곤한 사람, 비위생적인 환경이나 열악한 조건에서 생활하는 사람일수록 질병의 문제가 발생할 가능성이 더 높은 것으로 알려져 있음
 - 우리나라에서 서울시 인구를 대상으로 한 만성질환 유병에 대한 조사연구에서 교육수준과 소득수준이 낮아질수록 만성질환 유병에 대한 위험성이 높아지는 것으로 나타난 연구결과는 이러한 사실을 뒷받침해주는 근거가 됨
 - 특히 현대사회에서는 심리사회학적 요인에 기인하여 발생하는 질병이 더욱 많아지고 있는 추세이며, 질병의 특성에 따라 개인에게 만성적인 영향을 주거나 장애를 유발하여 개인과 가족에게 심리적 충격이나 부적응, 사회적 기능 저하 등의 문제를 초래하는 일들이 더욱 빈번해지고 있음
 - 이러한 요인들은 건강의 영향요인으로 이미 사회적인 주목을 받고 있으며, 넓게는 한국 사회의 의료와 관련된 정책, 그리고 질병을 해석하고 의미를 부여하는 사회문화적 태도 등도 건강에 영향을 미치는 요인으로 작용하게 됨

- 즉 건강과 질병에 영향을 미치는 다양한 요인에는 신체이상을 초래하는 원인균이나 다른 이상 병원균과 같은 생물학적 요인뿐 아니라 심리적 요인, 그리고 사회, 경제, 문화 등 다체계적인 환경요인들이 모두 포함된다고 할 수 있음
- 또한 건강에 영향을 미치는 다양한 요인들을 이해하는 데에는 이를 단순한 인과관계로 이해하기보다는 생심리사회적 요인들이 개인과 가족, 지역사회, 그리고 이를 포괄하는 더 큰 사회체계와 생태체계적으로 어떻게 상호작용하는지를 이해하는 관점이 필요함

성별, 면역결핍이나 체질 등 유전적 요인, 영양상태, 만성질환이나 장애, 과거 질병력 등	사회체계 <ul style="list-style-type: none"> • 불충분한 건강관련 의료, 보건 정책, • 사회, 경제적 구조의 취약성 • 환경 오염, 위생 등 환경정책 부재 • 재난, 국가사고에 대한 대처능력 미흡 		
	지역사회체계 <ul style="list-style-type: none"> • 의료 및 보건자원 미흡 • 특정 질병이나 건강 이슈에 대한 편견, 낙인 • 오염, 공해 등 지역환경 여건 • 건강관리를 하는 지역 여건(공원, 운동장 확보 등) 		
	가족체계 <ul style="list-style-type: none"> • 가족빈곤, 식습관, 생활습관, 가족내 적절한 보호와 양육, 학대/방임/폭력, 건강에 대한 부적절한 인식 및 관리방법 		
생리 (bio)	사회 (Social)		
개인 체계	심리 (psycho)	<ul style="list-style-type: none"> • 우울, 불안, 수면장애 등 정신건강상태 • 과도한 음주, 흡연, 자기건강관리에 대한 인식 수준 등 • 질병에 대한 개인적인 편견이나 잘못된 정보 등 	

- 생리적 요인
 - 건강에 영향을 미치는 생리적 요인에는 개인의 체질, 노화, 면역체계, 그리고 위생이나 영양 상태의 변화 등이 포함됨
 - 이러한 생리적 요인으로 인한 신체적 변화는 인간의 발달단계, 혹은 성별 등 생물학적 특성에 따라 각각 다른 건강문제를 초래할 수 있음
 - 예를 들어 아동 청소년기를 지나, 성인기, 중년기, 노년기를 경험하는 과정에서 우리 몸은 세포노화와 함께 면역기능이 쇠퇴하게 되고, 면역기능의 저하는 질병이나 외부 스트레스에 대한 저항력을 감소시켜 만성 성인병 질환의 발생 가능성을 증가시킴
 - 또한 건강과 관련하여 성별 차이를 고려해야 하는 이유는 여성의 경우 임신, 출산과 관련하여 여러 생리적 변화를 경험하게 되고, 이러한 과정에서 남성의 건강문제와는 차별화된 건강상 문제나 질병을 경험하게 될 수 있기 때문
- 심리적 요인
 - 현대인들은 일상생활과 업무 등에서 만성 피로감과 지속적인 스트레스를 흔하게 경험하며, 삶에 대한 불만족과 직면한 문제, 미래에 대한 불안감 등으로 인해 우울감, 불안감, 두려움, 무기력감 등과 같은 부정적인 정서를 경험하게 될 가능성이 매우 높음

- 개인이 경험하는 이러한 부정적 정서는 일상생활에 대한 흥미와 동기를 상실케 하고, 불규칙한 수면이나 식사, 과도한 음주, 흡연 등 일상생활에 부정적인 습관을 갖게 함으로써 결과적으로 소화기관, 호흡기관, 신경장애 등 다양한 질병을 초래하는 등 건강과 관련된 삶의 많은 영역에 부정적 영향을 미치게 됨
- 이와 같이 개인이 경험하는 여러 신체적 증상은 우울과 불안 등과 같은 정신·심리적 요인에 의해 많은 영향을 받을 수 있음

- 사회적 요인

- 가족체계

- ① 가족은 건강 및 질병과 관련하여 의료적 접근을 할 때 매우 중요한 환경체계가 됨
- ② 이는 가족체계 내의 심리사회적 및 경제적 상태가 가족구성원 개개인과 가족 전체 건강을 좌우하기 때문
- ③ 가족체계가 가족구성원의 건강에 영향을 미치는 요인에는 빈곤, 식습관, 생활습관과 같이 생물학적 건강에 영향을 미치는 요인과 적절한 보호와 양육기능, 학대, 방임, 폭력 등과 같이 신체적 건강뿐 아니라 심리사회적 건강에 영향을 미치는 요인, 그리고 건강에 대한 부적절한 인식이나 관리방법과 같이 건강행위 관련 요인 등이 모두 포함됨
- ④ 또한 가족은 환자의 질병 회복을 돕고 필요한 보호와 간호를 제공하는 중요한 일차적 사회체계로서의 기능을 수행함
- ⑤ 가족 내 질병의 문제가 발생하면 문제는 환자 개인의 문제가 아니라 그가 속한 가족 전체의 문제가 되어 가족구성원 모두에게 영향을 미치게 됨
- ⑥ 따라서 건강과 질병의 문제에 개입할 때는 환자에게 필요한 치료를 제공하는 것뿐만 아니라 가족이 환자의 회복을 돕고 보호를 제공하는 지지적인 체계로 기능할 수 있도록 도움을 주는 개입이 언제나 필요한 것
- ⑦ 대개 생의학에서는 가족과 환자 사이의 관계가 최소화되고, 치료는 개인의 신체에 국한되는 것으로 여기지만 일부 생의학 전문가들도 이제는 가족 내에서 어떤 일이 일어나고 있는지가 개인의 질환에 영향을 주고받는다라는 사실을 인정하고 있음

- 지역사회체계

- ① 지역사회는 개인 및 가족체계와 일상생활에서 밀접하게 상호작용하는 체계
- ② 개인과 가족체계가 비록 건강한 상태를 유지하고 있다 하더라도 한 지역의 주요 산업이 변하거나 폭우, 냉해, 지진 등 자연재해가 발생할 경우 해당 지역에 거주하는 개인이나 가족은 이러한 환경변화와 관련된 영향을 받을 수밖에 없으며, 건강과 질병의 문제는 이와 매우 직접적으로 관련되어 나타나게 됨
- ③ 지역사회체계가 갖는 건강에 영향을 미치는 요인에는 지역의 주요 산업, 자연환경, 건강을 지원할 수 있는 의료 및 보건자원체계, 오염, 공해, 자연재해 발생 여부, 그리고 지역주민들이 건강관리를 할 수 있는 운동장, 공원 등과 같은 건강증진 관련 물리적 여건 조성 여부 등이 포함됨

- ④ 또한 지역사회가 지니고 있는 어떤 특정 질병에 대한 편견이나 낙인 등도 건강에 영향을 미치는 요인으로 작용하게 되는데 특정질환에 대한 편견과 낙인 등은 이러한 질환을 앓고 있는 개인과 가족이 적극적인 치료를 받기보다 오히려 질병을 은폐하거나 치료를 거부하는 결과를 초래하여 개인과 가족의 건강을 악화시키는 요인이 될 수 있음
- ⑤ 또한 지역사회 내 만성질환자가 발생한 경우 이들을 돌보는 데는 가족뿐만 아니라 지역사회 내의 이웃, 친구, 친척, 그리고 사회적 서비스 기관 등이 모두 함께 관여되는데, 이는 건강과 질병관리의 문제가 지역사회 차원과도 밀접한 관련성을 갖는다는 것을 보여주는 것
- ⑥ 일반적으로 만성질환자가 지역사회에서 생활하며 다양한 서비스를 받을 수 있도록 잘 조직화된 지역사회는 환자가 건강을 유지하는 데 필요한 일상생활지원 서비스, 교통편의 제공 등과 같은 일에 적극적인 도움을 제공함
- ⑦ 그러나 상대적으로 이러한 활동에 지지적이지 못한 지역사회는 만성질환이 있는 개인을 고립시키고 건강과 안녕을 악화시키기도 하므로 건강과 질병 문제와 관련하여 지역사회가 미치는 영향력이 크다는 것을 알 수 있음

- 사회체계

- ① 건강과 질병에 영향을 미치는 사회적 요인에는 우선적으로 국가와 사회가 제공하고 있는 의료 및 보건정책이 포함될 수 있음
- ② 의료와 보건정책에는 국민이 필요로 하는 의료와 보건서비스를 이용할 수 있도록 하는 전달체계의 구축 여부, 건강과 질병으로 인한 위기 시 지원받을 수 있는 의료서비스나 자원의 확보 수준, 건강보험 및 의료비 지원 정책 수준 등이 포함될 수 있음
- ③ 건강지원은 사회적 차원에서 그 사회가 유지되고 발전하기 위해 구성원을 보호하는 가장 기본적인 책임 중 하나라 할 수 있으므로 국가는 사회적 수준에서 건강관련 정책과 전달체계를 마련하고 활성화하며, 이를 제공할 수 있는 자원을 확보하고 지원할 수 있어야 함
- ④ 또한 사회적 차원에서 국민의 건강을 보호할 수 있는 정책에는 환경정책과 환경보호 전략이 포함될 수 있음
- ⑤ 예를 들면, 최근 우리나라에서는 환절기에 황사와 미세먼지가 국민들의 호흡기 질환에 유해한 영향을 미칠 수 있는 요인이 되고 있음
- ⑥ 이러한 문제는 의료적인 문제인 동시에 사회적인 차원에서 대책마련을 필요로 하는 과제가 됨
- ⑦ 즉 국민의 건강보호를 위해 깨끗한 공기와 수질을 유지할 수 있는 정책, 빈민가나 경제 구조가 취약한 지역에 대한 공중보건 방안, 재난이나 국가적 차원의 사고 등에 대한 신속하고 정확한 대응과 이를 위한 정책 마련 등이 사회적 차원에서 요구되는 건강관련 요인이라 할 수 있음

1) 의료사회복지 정의

(1) 의료사회복지는 전문적 사회복지실천의 한 분야

- 질병과 건강의 문제를 다루는 병원이나 의료기관 등을 비롯하여 지역사회 내의 보건과 건강 관련 서비스를 제공하는 다양한 현장에서 수행되는 사회복지 활동
- 질병에 관한 다각적 접근을 바탕으로 질병을 가진 개인과 환경과의 상호관계에 초점을 두고 의료팀의 일원으로 환자 및 가족의 사회기능 향상을 위해 전문적 실천방법을 활용하여 질병의 예방, 치료 및 재활에 이르는 다양한 활동을 수행하는 사회복지의 한 전문분야



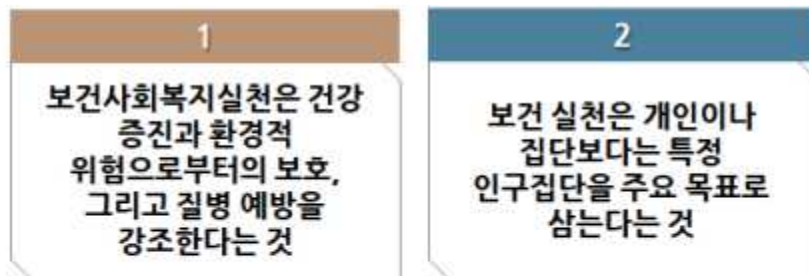
- 질병을 가진 환자와 그 가족, 지역사회를 대상으로 의료진과 함께 협의하여 클라이언트의 심리, 사회적, 정서적, 환경적 문제를 해결하도록 돕고, 입원 시뿐만 아니라 입원 전과 퇴원 후에도 사회적 기능을 원활히 수행할 수 있도록 질병의 예방과 회복, 사후관리에 이르는 연속적 과정에서 개인에 대한 접근뿐 아니라 의료제도와 정책 차원의 접근을 통하여 의료사회복지실천의 목적을 달성하도록 돕는 보건의료 영역의 전문사회복지사로 규정
- 캐봇 박사(Dr. Cabot)
 - 첫째, 환자의 가정상태와 사회생활에 관한 정보를 의사와 간호사들에게 제공하고,
 - 둘째, 환자의 퇴원과 퇴원 후의 적응을 돕고,
 - 셋째, 환자와 가족들을 지역사회의 자원과 연결시키는 것을 사회복지사의 주요 역할로 규정
 - 사회복지사는 환자와 가족에게 의료적인 정보를 이해시키는 통역자!
 - 환자에게 질병과 관련하여 진행되고 있는 상황과 앞으로의 상황에 대해 이해시키고, 설명을 제공하는 것이 병원에서 사회복지사가 담당해야 하는 일차적인 중요한 역할
 - 환자와 그 가족에 관한 정보를 의사에게 제공하는 전달자로서 사회복지사의 역할을 규정
- 의료사회복지사
 - 환자의 심리적, 사회적, 경제적 문제에 대한 정보를 수집하고 이를 의료진에게 전달하며, 해결하도록 도와주고, 질병으로 인해 손상된 사회적 기능을 증진하여 사회에 복귀할 수 있도록 도움을 제공하는 전문적 활동
 - 지역사회를 대상으로 건강증진과 질병 예방사업, 그리고 이를 위한 사회정책 및 프로그램을 입안하고 실행하는 활동에 참여하는 측면까지 포함하는 보다 거시적인 차원의 개념을 포괄하는 것으로도 정의할 수 있음
 - ‘질병’보다는 ‘건강’에, ‘병원’보다는 ‘지역사회’에 초점을 맞춘 것으로 보건의 개념으로까지 확장된 ‘보건사회복지(public health social work)’의 개념으로 의료사회복지를 이해할 수 있게 함

(2) 일반적으로 보건(public health)이란

- 환경위생, 지역사회 내 감염통제, 개인교육을 위해 지역사회의 조직화된 노력을 통해 질병을 예방하고, 삶을 연장시키며, 신체적 건강과 효율성을 증진시키는 과학으로서 조기 진단과 개인위생, 의료와 간호서비스의 조직화, 질병의 예방적 치료, 그리고 지역사회 내의 모든 개인들이 건강 유지를 위한 적절한 생활의 기준을 지킬 수 있도록 하는 사회적 기제를 개발하는 것을 원칙

(3) 보건사회복지사란?

- 보건의 순기능에 부합하여 보건사회복지사는 공적 또는 사적 기관에서 보건의 기능을 일차적으로 수행하는 전문성을 갖춘 사회복지사에 의해 수행되는 활동
- 실천업무는 개인, 가족, 지역사회를 대상으로 건강과 안녕, 그리고 기능을 증진하고 장애와 시설화를 최소화하기 위해 이들을 강화시키는 개입에 초점을 두는 것으로 정의됨



➡ 보건사회복지사는 지역사회의 모든 인구를 대상으로 하지만 일차적으로는 취약한 계층이나 위기에 직면한 인구집단을 대상으로 건강증진 및 질병 예방을 위한 전문적이고 체계적인 활동을 전개한다는 것



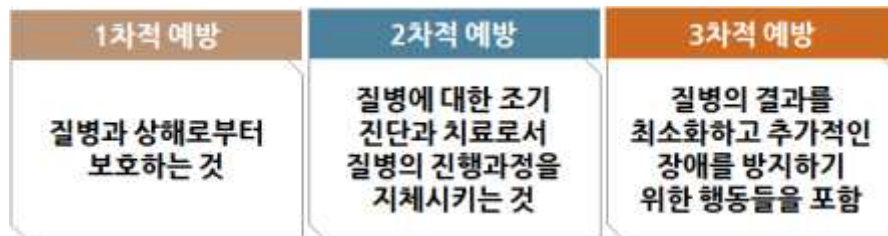
- 전통적으로 병원이나 의료세팅을 중심으로 질병의 문제가 있는 클라이언트와 그 가족을 대상으로 직접적 서비스를 제공하는 활동을 의료사회복지사의 대표적 활동으로 정의하는 경향이 지배적임
- 보건사회복지로 정의되는 이와 같은 의료사회복지의 확장된 개념은 새롭게 등장한 신개념이라기보다는 기존의 의료사회복지에 대한 정의의 틀 속에서 주로 거시적 차원 또는 정책적 차원의 개념
 - 강홍구
 - ① 거시적 차원에서의 의료사회복지란 건강 차원의 접근으로 단지 질병으로부터의 치유와 회복뿐 아니라, 예방과 추후관리를 포함한 일련의 과정을 의미하며, 접근 단위도 병원 내의 활동에 국한하는 것이 아니라 지역사회를 망라하는 접근으로 제도와 정책적 차원을 포함하는 개념
 - 김규수
 - ① 이러한 측면의 의료사회복지를 정책적 차원에서 질병의 예방과 건강증진 및 향상을 목적으로 사회복지조사, 사회복지정책, 행정 등의 방법을 통하여 보건의료에 대한 욕구를 측정하고, 의료서비스 전달체계를 평가하며, 의료의 질 향상과 의료보호의 확대 및 질적 향상을 도모하는 데 참여하는 사회복지실천의 한 과정으로 정의

구분	전통적 의료사회복지	보건사회복지
목표	질병치료 및 사회적 기능 회복	지역사회의 건강증진과 질병 예방
용어	medical social work	public health social work
서비스 대상	환자, 가족, 의료진	지역사회 주민, 지역사회 내 건강 취약집단, 의료환경(의료제도 및 정책)
사회복지사의 소속 기관	병원이나 진료소, 요양병원 등 의료세팅	지역사회 내의 건강관리 업무를 수행하는 기관이나 단체, 중앙 및 지방 행정부서
주요 활동 내용	환자의 심리사회적 특성 사정 및 의료진과 정보공유 환자와 가족을 대상으로 질병으로 인한 심리, 사회적 및 경제적 문제의 사정과 해결지원 환자의 사회적 기능회복 및 재활 지원 지역사회자원 연결	질병 예방과 건강증진을 위한 활동 환경개선 지역주민 대상 보건교육 지역사회 내 건강 불평등 및 취약집단 발견과 건강지원서비스 제공 보건정책과 프로그램 개발, 수행 및 평가
주로 사용하는 실천방법	개별상담, 집단상담, 가족상담 및 교육, 퇴원계획, 사례관리 등	지역사회사정(community assessment), 사회조사, 프로그램 개발 및 행정

- 의료사회복지
 - 사회복지의 전문적 실천방법을 활용하여 질병을 가진 개인과 환경과의 상호관계에 초점을 두고 환자 및 가족의 사회기능 향상을 위해 질병의 치료 및 재활은 물론 지역사회 주민과 취약집단의 건강증진과 질병예방에 기여하는 다양한 활동을 수행하는 사회복지의 한 전문 분야

2) 의료사회복지의 기능

- 의료사회복지의 기능은 환자와 가족, 그리고 지역사회를 대상으로 질병에 대한 예방과 치료 및 재활기능을 수행하는 것
- 의료사회복지는 전통적으로 병원이나 의료기관에서 치료팀의 일원으로 환자에 대한 치료와 사회복지 및 재활을 돕는 중요한 기능을 담당해 왔음
- 그러나 최근 의료사회복지의 개념이 점차 병원이나 의료기관에서의 활동에 국한되는 것에서 벗어나 지역사회를 대상으로 한 다양한 건강증진 활동에 참여하는 것을 포함하는 보건사회복지의 개념으로 확대되면서 예방과 관련된 기능이 의료사회복지의 중요한 기능으로 새롭게 부각되고 있음
- 의료사회복지가 예방, 치료 및 재활의 기능을 담당하기 위해 수행하는 구체적인 기능들을 살펴보면, 일차적으로 환자와 가족을 대상으로 심리사회적 사정을 실시하고 질병의 치료와 재활 및 사회복귀를 위한 심리사회적 개입, 상담 및 교육, 자원연결 등의 기능을 수행함
- 또한 의료사회복지사가 소속된 병원이나 의료기관에 대해서 병원서비스 이용 만족도 조사를 실시하여 병원서비스의 질을 향상시키는데 기여하기도 하며, 인근 지역주민이나 병원이용 고객을 대상으로 실시하는 병원 프로그램을 기획하는 활동에 참여하는 기능을 수행하기도 함
- 지역사회와 관련해서는 지역주민 및 취약인구집단을 대상으로 질병 예방과 건강증진 프로그램에 참여하거나 지역 내 자원을 동원하고 개발하는 등의 기능을 수행함



- 지역사회를 대상으로 질병 예방 활동에 참여하는 사회복지사는 1차, 2차 및 3차적 수준에서의 예방을 모두 관리할 수 있어야 함
- 즉 의료사회복지사는 환자와 가족을 대상으로 임상적 개입을 실시할 뿐만 아니라 병원과 지역사회를 대상으로 프로그램을 기획하고 자원을 동원하며, 건강증진과 질병 예방을 위한 사업을 실시하는 등 다양한 기능을 수행하여 궁극적으로 지역사회 내의 질병 예방, 치료 및 재활의 목적을 달성하는 데 중요한 기여를 하고 있음

3) 의료사회복지사 직무와 주요 활동

(1) 의료사회복지사의 임무

임상영역	행정영역	교육 및 조사영역
<p>임상과 관련된 직무로서 사회복지의 전문적인 지식과 기술을 활용하여 환자와 그 가족들을 대상으로 직접적인 서비스를 제공하는 업무들이 대표적</p>		
임상영역	행정영역	교육 및 조사영역
<p>의료사회복지사는 행정적 차원의 직무를 수행하는데 보고서나 업무일지를 기록하고, 부서의 회의나 병원의 회의 등에 참여하는 일들을 함</p>		
임상영역	행정영역	교육 및 조사영역
<p>의료사회복지사가 수행하는 교육 및 연구조사 차원에 속하는 직무들에는 학부 및 대학원의 사회복지 전공생들에 대한 실습지도, 직원 교육, 그리고 의료사회복지와 관련된 조사 및 연구 활동 등이 포함됨</p>		

• 의료사회복지사 직무차원

직무차원	직무하위차원	직무내용	
사회사업 임상	심리, 사회적, 정 신적문제해결 직무차원	1	심리, 사회적 문제의 원인조사 및 사정
		2	치료계획에 의한 환자의 개별치료
		3	내원객의 욕구에 의한 환자의 개별상담
		4	치료계획에 의한 환자의 가족치료
		5	내원객의 요구에 의한 환자의 가족상담
		6	집단치료
		7	집단활동지도
		8	환자와 환자가족의 교육
		9	환자와 환자가족에게 질병에 관한 정보제공
	경제적 문제해결 직무차원	10	사회보장 및 법적 제도에 대한 정보제공과 지원
		11	병원의 자원을 이용한 진료비 지원
		12	후원자, 후원단체 연결을 통한 병원 외적자원과의 연결
	지역사회자원 연결 직무차원	13	지역사회의 새로운 자원 개발 및 정보망 조성
		14	수집된 기존 지역사회 자원체계에 대한 정보제공
		15	지역사회자원과 연결
	사회복귀 및 재활 문제해결 직무차원	16	퇴원계획 상담
		17	추가치료 및 자기치료 지원(가정방문, 외래상담 등)
		18	직업재활 상담지도
		19	회복상태 및 사회적응도 평가
		20	사회생활 훈련지도
	팀접근 직무차원	21	회진 참여
		22	타 부서와의 사례회의
		23	병원경영에 어려움을 줄 수 있는 고위험 환자의 조기발견
		24	질병에 의한 고위험 환자의 조기 발견
		25	사례분석 평가
행정	사회사업 부서의 순수행정 직무차원	26	보고서 및 업무일지의 기록
		27	사회사업 부서의 운영에 관한 회의
		28	부서 직원의 지휘 및 감독
		29	병원(기관)의 행정 및 경영에 관계된 회의
교육 및 연구조사	교육 및 연구조사 직무차원	30	실습생 지도
		31	신규직원 교육
		32	전문성 제고를 위한 교육참여(임상연구 회의, 저널클럽)
		33	의료사회사업 연구 및 조사활동

- 이 연구에서 의료사회복지사들이 수행하는 직무로 가장 빈번하게 나타난 직무들은 ①심리·사회·정신적 문제해결 직무, ② 사회사업부서의 순수행정 직무, ③ 사회복지 및 재활 문제해결 직무, ④ 탐접근 직무, ⑤ 지역사회자원과 연결직무, ⑥ 경제적 문제 해결 직무, ⑦ 교육 및 연구간 직무였으며, 이는 핵심직무로 선정되었음
- 핵심직무는 다시 11개의 세부항목으로 구체화되었는데, 이는 대학부속병원이나 종합병원·의원 등에서 공통적으로 수행하는 직무로 정의되었다. 여기에는 심리·사회적 문제의 원인 조사 및 사정, 치료계획에 의한 환자의 개별치료, 환자와 환자가족의 교육, 환자와 환자 질병에 대한 정보제공, 후원자(단체) 연결 등을 통한 병원 외적 자원과 연결, 가족에게 질병에 대한 정보제공, 지역사회자원과 연결, 퇴원계획 상담, 사례분석 평가, 보고서 및 업무일지의 기록, 사회복지부서의 운영에 관한 회의, 전문성 제고를 위한 교육 참여가 포함

■ 학습정리

1. 의료사회사업의 배경

- 의료영역에 사회복지적 개입이 이루어지게 된 중요한 학문적 및 사회적 변화는
- 서양의학의 기본을 이루는 생의학적 모델이 환자의 신체적 측면만을 강조한다는 비판이 제기되면서 환자의 심리적 측면과 사회적 측면을 함께 고려하는 생심리사회적 모델로 변화
- 병원 위주의 질병 치료를 강조하던 의료의 패러다임이 지역사회를 중심으로 질병의 예방 및 관리에 이르기까지 보다 폭넓은 새로운 패러다임으로 등장
- 건강에 대한 개념이 단순히 질병이 없는 상태에서 신체적, 정신적, 사회적 측면을 고려하는 것으로까지 확대되면서 개인적 요인뿐만 아니라 사회환경적 요인에 이르기까지 건강에 영향을 미치는 다양한 요인들에 대한 사회적 관심이 증가
 - 생리적 요인 : 개인의 체질, 노화, 면역체계, 그리고 위생이나 영양 상태의 변화 등
 - 심리적 요인 : 만성 피로감과 지속적인 스트레스 경험, 우울감, 불안감, 두려움, 무기력감 등과 같은 부정적인 정서
 - 사회적 요인 : 가족, 지역사회, 사회

2. 의료사회복지의 개념

1) 의료사회복지 정의

- 전문적 사회복지실천의 한 분야로서 질병과 건강의 문제를 다루는 병원이나 의료기관 등을 비롯하여 지역사회 내의 보건과 건강 관련 서비스를 제공하는 다양한 현장에서 수행되는 사회복지 활동

2) 의료사회복지의 기능

- 환자와 가족, 그리고 지역사회를 대상으로 질병에 대한 예방과 치료 및 재활기능을 수행

3) 의료사회복지사 직무와 주요 활동

- 임상 영역 : 사회복지의 전문적인 지식과 기술을 활용하여 환자와 그 가족들을 대상으로 직접적인 서비스를 제공
- 행정 영역 : 보고서나 업무일지를 기록하고, 부서의 회의나 병원의 회의 등에 참여
- 교육 및 조사영역 : 학부 및 대학원의 사회복지 전공생들에 대한 실습지도, 직원 교육, 그리고 의료사회복지와 관련된 조사 및 연구 활동 등이 포함

1주차 2차시

의료사회사업의 대상

학습 목표

- 환자의 상황과 욕구를 이해하고 설명할 수 있다.
- 환자를 케어하는 가족이 가진 욕구를 이해하고 설명할 수 있다.
- 지역사회 문제를 이해하고 설명할 수 있다.
- 의료현장의 소수자들의 유형과 욕구를 이해하고 설명할 수 있다.

학습 내용

1. 환자
2. 가족
3. 지역사회
4. 의료현장의 소수자들

1) 개요

- 환자는 아프거나 몸을 다친 상태의 사람을 지칭
- 만약 우리가 갑자기 병에 걸려 진단과 치료를 앞에 둔 상태라면 어떤 기분이 들까?

2) 환자의 심리

(1) 부정

- 감당하기 힘든 일을 겪게 되면 우리는 이를 부인
- ‘별거 아니다’는 식으로 가볍게 받아넘기거나, 오히려 “멀쩡한데 왜들 이러시오!”라는 진지한 태도
- 하지만 의료사회복지사로서 환자가 왜 이 상황을 부정하는지 그 마음속을 헤아려보는 것이 중요
- 부정은 단순한 심리적인 반응일 수도 있지만, 병에 대해 그 동안 가져왔던 가족의 태도, 현실적인 어려움을 반영하는 경우도 있기 때문

(2) 퇴행(regression)

- 질병에 걸리게 되면 적응기제가 무너지면서 그 동안 억압해 오던 본능과 정서 욕구가 더 강하게 나타나게 됨
- 이 때문에 환자의 감정, 사고, 행동이 미숙했던 과거로 뒷걸음질 치는 현상이 발생
- 의료사회복지사들은 환자가 보일 수 있는 퇴행 행동을 이해하고 이를 미성숙한 행위로 바라보기보다는 자연스런 하나의 심리현상으로 이해할 수 있어야 함

(3) 불안(anxiety)

- 첫째 신체손상으로 인한 두려움
- 둘째, 외부인에 대한 두려움
- 셋째, 사랑하는 사람과 떨어지는 것에 대한 두려움
- 넷째, 가족 간의 사랑과 인정의 상실에 대한 두려움
- 다섯째, 신체적 손상에 대한 두려움
- 여섯째, 현재의 병이 과거의 잘못에 대한 벌로 생각되어 죄책감 · 수치심과 함께 두려움

(4) 우울(depression)

- 병에 걸린 사람은 “왜 나에게 이런 일이 일어났을까?”부터 시작하여, 자신의 신체상태와 주변의 상황을 생각하면서 점차 우울함에 빠지기 쉬움
- 특히 신체의 일부가 손상되어 외모와 기능의 변화가 생긴 경우에 우울을 경험할 확률이 더 높으며, 당뇨와 만성신부전 등 일상생활에서 엄격한 관리가 필요한 질환인 경우에도 부담감과 절망감으로 인하여 우울을 경험하게 됨
- 또한 외모나 자존감의 상실뿐 아니라 앞으로의 상실에 대한 걱정과 두려움으로부터도 나오게 됨

(5) 분노(anger)

- 환자들의 병으로 인한 두려움과 불안은 분노의 방식으로 표현됨
- 병을 두려워할수록 더 화를 자주 내는 모습
- 이들은 아무렇지도 않다고 하면서 자신의 실제 감정을 감추려 화를 표출하는 것
- 또한 아픈 상황에 대한 실망감도 분노로 전환됨
- 의료사회복지사는 환자들의 분노 안에 숨겨진 다양한 감정들을 함께 읽어내려가는 노력이 필요

(6) 지성화(intellectualization)

- 환자들은 자기 병에 관한 정보를 가능한 한 많이 수집하고자 함
- 이를 통해 자신이 질병을 다룰 수 있다는 통제감을 획득하여 자기 불안을 다루기 위해서임
- 환자들 이 정보를 얻는 통로와 내용이 더욱 다양해졌는데, 여러 가지 장점도 있는 반면, 무분별한 내용으로 인해 오히려 혼란을 겪는 경우도 많음
- 따라서 의료사회복지사는 환자의 정보수집이 올바른 방향으로 가고 있는지에 대해서도 관심을 둘 필요가 있음

(7) 개인의 성격적 특성

- 구강인격(oral personality)
 - 환자들은 끊임없이 치료진을 찾고 조언을 구하려는 경향이 강하며, 이러한 욕구가 충족되지 않았을 때 치료진을 원망하는 경향을 보임
 - 이런 성향의 사람들은 의존심이 강하고 요구가 많은 사람들로서, 평상시에도 먹고 마시는 것을 즐겨 했던 경우를 말함
 - 신체질환 때문에 이들에게는 그 동안 잠재해 있던 다른 사람으로부터의 관심과 간호를 바라는 욕망이 수면위로 나타나고, 버림받지 않을까 하는 두려움과 외로움이 커지게 됨
 - 따라서 이런 특성을 보이는 환자를 만날 경우, 의료사회복지사로서 가능한 많은 관심을 보이고 격려와 지지를 제공하는 것이 필요
- 강박인격(compulsive personality)
 - 환자들 중에는 완벽하고 깔끔한 성향을 보이며, 자기 질병과 관련된 책을 많이 읽어 지식이 많고, 병원규칙을 잘 지키는 반면, 고집이 센 경향성의 사람들이 있음
 - 신체질환으로 인해 자기 내면의 공격적이고 충동적인 성향이 제어되지 않을 것을 우려하여, 더욱 자기방어를 철저하게 하면서 고집불통의 경향성
 - 따라서 이런 특성을 보이는 환자를 만날 경우보다 합리적인 태도로 대화를 이어나가는 것이 도움이 될 수 있음
 - 예를 들어, 의사라면 문진(問診), 신체검사, 임상검사, 진단, 치료와 같은 순서로 차례차례 설명해 나가는 것이 좋으며, 의료사회복지사 또한 개입의 과정과 절차에 대해 차근차근 설명해주는 것이 좋음
- 히스테리인격
 - 환자들 중에는 다소 강렬하고 연극적인 면을 보이는 사람들이 있는데, 이들은 신체질환을 자기의 결함으로 받아들이며 매력이 상실되는 패배상황으로 인식하는 경향성을 보임

- 이런 특성을 가진 환자들은 불안 극복을 위해 더욱 더 다른 사람의 관심을 끌기 위해 노력하며, 이 과정에서 자기의 병에는 무관심한 것처럼 보이기도 함
- 예를 들어 병원에서든 옷차림이나 화장, 소셜네트워크활동(SNS)에 신경을 많이 쓰는 경우를 볼 수 있음
- 이런 특성을 보이는 환자들에게는 이들의 매력과 용기를 칭찬하되, 의료사회복지사가 너무 감정적으로 들뜨지 않도록 차분한 태도를 유지하고, 보다 진지한 대화가 가능한 경우에는 이들의 걱정이나 두려움을 말로 표현할 수 있도록 돕는 것이 필요
- 피학성 인격(masochistic personality)
 - 환자들 중에는 살아오는 동안 숙명처럼 자기희생을 해온 사람들임
 - 다른 사람의 관심이나 인정을 원하면서도 내심 자신은 그런 것을 받을 자격이 없으니 고통을 겪어야 한다고 여겨, 질병 때문에 병원에 있을수록 자기가 바깥일을 못하고 여기서 누워 있다는 것에 대한 죄책감을 크게 가지면서 여러 가지 어려움을 호소하는 경우가 많음
 - 이런 특성을 가진 환자에게는 그가 겪는 고통에 대해 공감해주고 참을성에 대해 높게 평가하면서, 치료 외의 다른 부파적인 과업을 제공해 주는 것이 도움이 될 수 있음
 - 예를 들어, 수술을 받아야 하는 중년 환자에게 “당신이 수술을 받아야 하는 것은 가장으로서 가족들을 더 잘 돌보기 위한 것”이라고 설명할 수 있음
- 편집성 인격(paranoid personality)
 - 다른 사람에게 자기 마음을 잘 보여주지 않으면서 근거가 없거나 미약함에도 사사건건 트집을 잡고 상황을 과장하여 문제를 일으키는 사람들
 - 이러한 환자들은 흔히 치료진이 자기를 실험 대상으로 악용하거나 해치지 않을까에 대한 의심과 피해 의식을 갖고 있어 자주 싸움을 걸고 자기 질병을 남의 탓으로 돌리는 경우가 많음
 - 이런 특성을 가진 환자에게는 그들의 예민한 감수성을 존중해 주면서도, 적당한 거리를 유지하여 불필요한 논쟁이나 감정싸움에 휘말리지 않도록 주의하는 것이 필요

(8) 개인의 질병경험

- 환자의 질병에 대한 심리적 반응은 환자 자신이 그 동안 보아왔던 다른 사람들의 투병경험과 밀접하게 관련됨
- 즉 가족이나 친구가 병들었을 때 그 사람과 가정이 어떤 경험을 했었는지, 그 친구는 어떻게 반응했고 자신은 그 친구에게 어떤 이야기를 해주었으며, 결국 질병치로나 관리가 긍정적인 결과로 이어졌는지 혹은 부정적인 결과로 이어졌는지에 대한 경험이 자신의 심리반응에 큰 영향을 주게 됨
- 또한 환자가 평상시에 아픈 것에 대해 어떤 생각과 경험을 했는지에 대해서 알아보는 것도 환자의 심리반응을 이해하는 데 도움을 줄 수 있음

(9) 심리사회적 측면

- 환자의 질병에 대한 심리적 반응은 환자의 개인적 특성뿐 아니라 환자의 가족 및 사회적인 상황과 밀접하게 관련됨

- 예를 들어, 한 환자가 당뇨로 진단 받았는데 그 환자의 어머니가 오랜 동안 당뇨를 앓아온 병력이 있다면 환자가 자신의 질병에 대해 받아들이는 과정과 결과는 어머니가 당뇨를 어떻게 인식하고 관리했으며 현재 어떠한 상태 인지의 영향을 많이 받을 수밖에 없을 것
- 또한 환자가 현재 심리적, 경제적 측면에서 갈등과 어려움이 많을 때 질병 발생으로 인한 좌절과 불안은 더욱 커질 수밖에 없을 것

3) 어린이 환자

(1) 첫째, 퇴행 행동

- 미취학 아동에게서 더욱 두드러지게 나타남
- 손가락을 빨고, 떼쓰고 심술부리며, 말을 듣지 않고 공격적인 행동을 보이는 것이 그 예
- 우유병을 다시 찾거나, 근래에 배운 말이나 걷기를 잃어버리거나 대소변을 다시 못 가리는 행동이 나타날 수도 있음
- 또한 학령기 어린이들이라면 미숙한 행동이 많이 나옴
- 예컨대 어머니에게 의존이 심해지고, 떼쓰고, 공격적이 되며, 동기간 시샘이 늘고, 정신집중을 못해 공부를 하지 못함

(2) 둘째, 우울증

- 아동들이 우울해지는 이유는 병으로 인해 기존의 가족환경과 다른 병원 생활을 해야 하거나, 어른들로부터 ‘조심해라’, ‘하지 마라’라는 제한을 많이 받고, 신체 변화나 행동 제한이 따르기 때문으로 볼 수 있음
- 아동의 경우에는 우울한 감정이 행동을 통해 표현되는데, 예를 들어 식사량이 줄어들고, 잠을 잘 자지 못하며, 대인접촉을 회피하는 양상을 보일 수 있음
- 여러 가지 생리현상의 변화, 즉 빈맥, 과호흡, 설사 등을 보일 수 있음

(3) 셋째, 병의 발생 원인에 대한 오해를 가짐

- 특히 유아나 초등학교 저학년 아동의 경우에는 자기가 나쁜 일을 저질렀거나 나쁜 생각을 했던 것 때문에 벌을 받는다고 생각할 수 있음
- 하지만 이를 외부로 잘 표현하지 못하기 때문에 죄책감과 우울감을 심화시키는 원인으로 작용할 수 있음

2 | 가족

- 가족은 환자의 만성질환 관리에 영향을 주는 중요한 사회적 체계
- 가족들은 환자 발병에 영향을 주는 원인이 될 수 있는 동시에 환자의 발병으로 인하여 많은 심리사회적 부담을 짊어지게 되는 클라이언트 체계인 동시에 회복과 치료에 도움을 제공하는 사회적 지지체계로서의 기능을 갖는 중요한 자원으로서 기능

- 가족들은 질병으로 인한 가족 균형과 기능의 변화 때문에 치료기간 동안 많은 어려움과 고통을 경험함
- 하지만 이러한 가족의 반응은 가족 성원 중 환자의 위치, 질병 유형, 장애 정도, 질병 치료 기간, 질병의 발생 사유, 경제적 부담 정도 등에 따라 다르게 나타날 수 있음
- 환자가 누구인가, 즉 가장인가 아니면 자녀인가에 따라서도 가족의 심리는 달라지며 기존의 가족관계가 발병 후 가족관계에도 여러 가지 영향을 주게 됨
- 또한 이 질병이 일시적인 것인지, 장기적인 요양이 필요한지, 아니면 위험 정도가 높은 질환인지에 따라 가족이 보이는 반응은 다양
- 이에 따라 지금까지 환자의 가족들이 어떤 심리사회적인 어려움을 갖는가에 대한 연구와 더불어, 가족들이 환자의 질병관리에 어떠한 영향을 미치는가에 대한 많은 연구들이 수행되어 왔음
- 휴스와 뎀(Homles & Deb, 2003)
 - 가족구성원 중에 암, 당뇨, 뇌졸중 장애, 관절염, 천식, 치매, 정신장애와 같은 만성질환을 가진 식구들이 있을 경우에는 질병이 없는 다른 가족들의 심리적 안녕과 가족기능에 영향을 준다!
- 기화와 정남운(2004)
 - 만성질환아동의 가족들이 스트레스를 높게 인식하는 경우에는 가족 간에 문제해결을 위한 의사소통이 적어지는 경향을 보인다!

3 | 지역사회

- 만성질환을 가진 사람들이 늘어나고 점점 치료보다는 관리의 개념이 대두되면서 지역사회 이해에 대한 필요성이 더 높아지고 있음
- 특히 환자가 어느 지역사회에 속해 있느냐에 따라 제공되느냐에 따라 제공되는 사회복지서비스에 차이를 보일 수 있음
- 지역사회 사정에 따라 특정 프로그램이 제공될 수도 있고 특정 질병을 가진 환자를 옹호할 수도 있는 반면, 반대로 지역사회가 환자의 독립성을 방해하고 사회로의 재진입 기능성을 방해하거나 제한할 수도 있음
- 이러한 상황에서 의료사회복지사는 지역사회에 대한 이해와 체계적인 연계 역량을 갖는 것이 중요
- 입원 치료 후 장애와 후유증을 갖고 퇴원하는 사람들이 지역사회에서 독립적으로 잘 생활하고 적응하기 위해서는 자원 발굴을 통한 사례관리의 실천이 필요
- 예를 들어 척수손상으로 하반신 마비가 와서 휠체어 생활을 해야 하는 장애인으로 퇴원하는 환자에게는 주거, 상담, 재활치료를 돕는 장애인복지관이나 지역사회 복지관, 구청의 장애인복지과와의 연계가 필요
- 최근에는 지역 보건소 및 지역 병원에서도 질병에 대한 공개강좌, 질병교실, 캠프 운영 등의 만성질환지원 프로그램들을 다양하게 시도하고 있음
- 이러한 질환들은 암, 당뇨, 고혈압, 신부전, 알레르기 질환 등을 다양하게 포함하고 있음

1) 다문화인

(1) 의료현장에서 다문화인이 경험하는 도전들

- 불안정한 지위와 제한적 자원
 - 만약 불법적인 입국자라면 불법적 지위 발각과 건강보험의 부재, 경제적 제약 등이 보건 서비스를 이용하는데 우선적인 문제가 됨
 - 설혹 합법적인 입국이라고 해도 아직 사회에서 안정적으로 자리를 잡지 못한 경우라면 의료체계에 대한 이해 부족이나 정보의 제한 등으로 어려움을 겪을 가능성이 높음
 - 우리나라에서도 다문화여성들이 건강보험 및 의료비 지원에 대해 갖고 있는 욕구는 자녀 양육 및 교육 지원서비스에 대한 욕구보다도 높은 것으로 조사된 바 있음
- 인종적, 문화적 차이
 - 인종이나 문화적 요소는 건강문제에 대해 도움을 구하는 방식과 치료에 대한 반응으로서, 환자 역할, 질병에 대한 의사소통, 환자에 대한 가족의 간호와 결정, 그리고 질병과 관련된 의례 등에 차이를 가져오는 것으로 알려져 있음
 - 그러나 의료서비스 제공자가 이러한 차이를 충분히 이해하지 못하고 주류 문화의 기준으로만 판단할 경우 타 문화의 질병에 대한 이해나 치료 방식을 선불리 비정상적인 것으로 판단함으로써 상호 불신을 야기할 수도 있음
- 언어적 장벽
 - 언어는 그 사람이 무엇을 어떻게 체험하고 있고, 무엇을 수행하고 있는지, 그리고 그에 대해 어느 정도 공감하고 있는지를 정확히 이해하기 위해 반드시 필요한 요소
 - 언어는 개인이 알고 느끼고 있는 실체를 이해할 수 있는 가장 용이한 도구이기 때문
 - 따라서 언어적 장벽이 있는 경우 자신의 불편한 증상을 정확히 전달하거나 진단이나 처방과 같은 의료정보와 지시사항 등을 제대로 이해하는 데 어려움이 따를 수밖에 없다는 점에서 다문화인에게 있어서 보건서비스 이용은 하나의 도전이 됨
- 스트레스와 불신
 - 앞에서 살펴본 요인들이 복합적으로 작용할 때 심리적으로 자존감 저하, 문제해결능력 제한, 통제감 부족 등을 유발함으로써 부적응적인 영향을 미칠 수 있음
 - 또한 이러한 문제들로 인한 스트레스가 지속되어 정신적 자원이 고갈될 경우 기능 저하나 치료의 저해요인으로 작용할 수 있으며, 이것이 극단적일 경우에는 기본적인 적응 체계에 어려움이 야기될 수 있음
 - 이런 상황에서는 클라이언트가 주류 문화에 속한 치료자를 가해자로 투사하기 쉽기 때문에 환자와 치료자의 관계는 복잡해지고 궁극적으로 치료에 부정적인 영향을 미치게 됨
 - 단 다문화인의 심리적, 물리적 장벽이나 그로 인한 스트레스를 이해하는 것을 필요하지만, 그렇다고 해서 외부적 환경조건을 고려하지 않은 채 선불리 이들이 정신건강에 취약하거나 정신건강에 문제가 있을 것이라는 편견을 갖지 않도록 유의해야 할 것

(2) 의료현장에서 다문화인에 대한 접근방법

- 인종적 정체성에 대한 이해

인종적 정체성

어떤 인종 집단의 구성원으로서 자신의 이미지에 관한 개인 정체성의 일부분이라고 할 수 있는데, 이는 다양한 인종적 경험을 통합함으로써 형성됨

- 자신의 인종 및 문화적 배경을 수용하고 관련된 경험을 통합하며 인종 집단과의 관계 및 독특한 방식을 유지할 수 있을 때 긍정적인 인종적 정체성을 형성할 수 있음
- 반면, 자신의 인종과 관련된 경험이 자신이 속한 인종에 대해 적대적이거나 차별적인 것 일 때 내면의 갈등과 혼란이 야기되고 이는 부정적 또는 양가적인 정체성으로 이어져 정신건강에 부정적인 영향을 미침
- 따라서 다문화 사회복지실천가는 인종 및 문화에 대한 자신의 태도를 점검하고 이들이 긍정적인 인종적 정체성을 형성해가도록 도와야 함
- 이중 차별에 대한 민감성
 - 다문화인이 질병으로 보건서비스를 이용할 경우 질병이나 장애로 인하여 받게 되는 차별에 더하여 인종적 차별이 가중될 수 있다는 점을 기억해야 함
 - 아마드
 - ① 장애인의 인권을 주장하는 사람들이 인종에 대해서는 차별적 태도를 보이는 경우가 있다!
 - 그 만큼 보건 현장에서 다문화 이슈는 인권에 기반을 두고 보다 세심하게 다루어져야 함
 - 인종이나 문화적 기치와 그 맥락을 이해할 때 효과적인 의사소통을 통해 보건서비스의 만족도를 높일 수 있음
 - 오슬랜더(Auslander)
 - ① 환자와 그 가족에게 문화와 관련된 정보를 명확하고 구체적으로 제시할 것
 - ② 환자뿐 아니라 그 가족에 대한 관심을 표명할 것
 - ③ 환자의 가족과 문화적 맥락을 사정하고 이해할 것
 - ④ 환자와 가족이 치료적 결정에 보다 적극적으로 참여하도록 격려할 것
- 문화적 요인과 상호작용하는 다른 요인들에 대한 고려
 - 의료와 문화적 요인이 만날 때, 연령이나 성별과 같은 요인들에 따라 그 양상이 달라지기도 함
 - 예를 들어, 연령대가 높을수록 언어습득이나 새로운 문화에 적응이 어렵기 때문에 질병에 대하여 더 소극적으로 대처하는 경향이 있으며, 자신이 살아온 문화적 영향으로 여성들은 자신의 질환을 적극적으로 치료하지 못하는 경우도 있음
 - 따라서 다문화 복지영역에서는 보건과 관련된 문제나 욕구에 민감해야 하며 이때 문화적 특성을 잘 고려해야 함

- 문화적 역량(cultural competency)
 - 효과적인 다문화적 실천을 위해 요구되는 기타 여러 요소들을 포괄하는 개념으로 ‘문화적 역량’이 있음
 - 문화적 역량이 있는 실천가란 자신의 개념과 신념, 방법론에 대해서 중립적인 균형을 유지하면서 클라이언트가 주장하는 신념체계를 존중하고 이를 통해 개입하는 전문가라고 하겠음
 - 이는 처음부터 클라이언트의 문화에 대한 지식을 완벽히 갖추어야 함을 의미하는 것이 아니라, 열린 마음으로 상대를 알아가려고 하는 ‘배움’의 자세와 자신이 상대를 통제할 수 없음을 인정하는 ‘겸손’의 덕목을 갖추어야 함을 뜻함
 - 일반적으로 문화적 역량을 미시적 실천에서 요구되는 것으로만 인식하는 경향이 있지만 여기에는 문화적 유사성과 차이점을 인지할 수 있는 ‘지식적 역량’, 그리고 적절한 감정이입과 의사소통을 할 수 있는 ‘정서적 역량’뿐 아니라 차별이나 편견에 대한 도전, 제도적 차원의 접근을 포괄하는 ‘기술적 역량’도 포함
 - 예를 들어, 정신질환에 대한 개입 이라고 해서 정신질환에만 초점을 두는 것이 아니라 합법적 지위와 더불어 의식주, 직장, 의료, 교통수단 등의 조건들이 뒷받침되도록 해야 한다는 것
 - 따라서 다문화 영역의 의료사회복지실천에서는 보건서비스 이용의 장애 요인들을 해결하기 위한 옹호와 자원연결과 같은 활동을 수행해야 할 것이 요구

2) 감염성 질환자

(1) 의료현장에서 감염성 질환자가 경험하는 도전들

- 급성 전염성 질환 : 메르스
 - 2015년 5월 한국사회를 강타! 치사율이 높은 전염성 질환의 영향력은 파괴적
 - 보건현장에서 일하는 사회복지사들은 전염성 질환의 발생시, 강제 격리로 인하여 환자와 가족들이 경험하게 되는 심한 불안과 공포, 그리고 이후 삶의 과정에서 경험하는 편견이나 낙인에 관심을 기울여야 함
 - 특히 이렇게 격리된 상태에서 환자가 사망할 경우 임종이나 장례의식까지 영향을 미쳐서 일반적인 상실 경험이 박탈되는 고통을 받을 수 있다는 점에도 유의
 - 전염성 질환에 대한 경계와 거리유지는 전염병의 확산을 막는 필요 불가결한 기제지만 이로 인하여 환자와 그 가족이 경험하는 사회적 배제와 거부, 낙인(stigma)은 트라우마로 남을 수 있기 때문 <출처 : 네이버>
- 만성 감염성 질환 : HIV/AIDS 환자
 - 현대의 흑사병
 - 대규모 유행병으로 전 세계적으로도 그 수가 급증, 우리나라에서도 점차 증가되어 2013년에 이미 감염자가 8,662명에 이르는 것으로 파악
 - 감염인들은 신체적 고통, 치료적 불확실성과 죽음에 대한 공포, 우울과 불안, 경제적 위협 등으로 어려움을 경험하게 되며 사회에 뿌리 깊이 자리잡은 편견과 낙인이 이들의 삶에 가장 큰 영향을 주고 있음

(2) 의료현장에서 감염성 질환자에 대한 접근방법

- 정확한 정보제공
 - 감염성 질환에 관련된 과도한 불안이나 공포, 그리고 사회적 낙인은 정확한 정보제공을 통해 접근하는 것이 가장 바람직
 - 따라서 의료사회복지사는 무엇보다도 질병에 대한 정확한 정보를 숙지하는 것이 필요하며, 환자나 가족뿐 아니라 일반 대중을 상대로 한 의사소통과 교육에 있어서 이를 제대로 전달해야 함
- 사회적 지지체계 조성
 - 감염성 환자의 경우에는 질병으로 인한 편견이나 낙인에 의해 고립되거나 단절을 경험하기 쉽기 때문에 그럴수록 사회적 지지가 삶의 질을 좌우하는 중요한 변수로 작용하게 됨
 - 실제로 HIV/AIDS 감염인에 대한 여러 연구들에서 가족이나 친구들의 변함없는지지, 즉 사회적 지지가 투병의 의지나 삶의 질에 긍정적인 영향을 주는 것으로 보고되어 왔음
 - 따라서 의료사회복지사는 클라이언트에게 이러한 사회적 지지 체계가 있는지, 있다면 어느 정도나 기능하고 있는지를 파악해야 하며, 이것이 실제적으로 기능을 할 수 있도록 지원해야 함
- 경제적 지원
 - HIV/AIDS와 같은 만성 감염성 질환의 경우에는 장기적인 치료비 발생으로 인한 경제적 어려움이 발생할 수 있음
 - 치료에 필요한 희귀약품의 사용, 수술 중 비급여항목 부분의 부담이 크기 때문
 - 그러므로 의료사회복지사는 의료비 등 경제적 지원과 관련된 자원을 잘 파악하고 연계하여 과업을 수행해야 함

3) 장애를 가진 사람

(1) 의료현장에서 장애를 가진 사람이 경험하는 도전들

- 청각 장애
 - 청각 장애는 혀 소리를 들을 수 없는 경우에서부터 난청에 이르기까지 그 정도는 다양하며, 청각상실을 언제 경험했느냐에 따라 다른 양상을 보이기도 함
 - 또한 이에 따라 상대의 입술을 읽는 구화(脣舌)가 가능한 경우도 있고 수화만을 사용하는 경우도 있음
 - 이들은 듣지 못하는 어려움으로 인하여 언어 사용자체가 도전이 되기 때문에 청각 장애인 고유의 유대감이 강한 자체문화를 형성하고 있어서 이를 충분히 이해하거나 신뢰관계가 형성되지 못한 경우에는 오해나 실수를 할 수 있다는 점에 유의
- 시각 장애
 - 일반적으로 시각 장애인은 기본적인 의사소통에는 문제가 없음
 - 때로는 몸짓이나 손짓과 같은 작은 동작까지도 인식할 수 있음
 - 그러나 비언어적인 메시지를 완벽하게 읽는 것에는 제약이 따르기 때문에 그에 따른 배려와 존중이 요구됨
 - 또한 시각 장애인의 경우에는 안내견과 동행하는 경우가 많으며 이들은 항상 함께 있어야 하기 때문에 일반 개의 출입이 금지된 곳에서도 출입이 가능한데 종종 이를 이해하지 못하는 사람들로 인하여 갈등을 겪기도 함

- 언어 장애
 - 언어장애는 청각 장애와 동반되기도 하고 뇌졸중으로 인한 신체마비, 또는 정신과적 질환 등 다양한 원인에 의해 나타날 수 있음
 - 언어기능이 자유롭지 않은 경우, 자신의 의사가 왜곡되거나 혼합되어 전달되기 때문에 상대는 이를 이해하는 데 어려움을 겪을 수 있음
 - 따라서 언어 장애를 가진 클라이언트와 의사소통을 해야 하는 사회복지사는 복잡한 감정을 경험하며 소통을 위한 다른 방안들을 찾게 되는 경우가 종종 있음
- 발달 장애
 - 발달 장애를 가진 경우에도 의사소통에 큰 어려움이 없는 경우도 있음
 - 그러나 발달장애인의 경우 혀의 구조가 일반인과 달라서 발음이 부정확한 경우도 종종 있어서 무슨 이야기를 하려는 것인지 이해하기 어려울 수 있음
 - 또한 제한으로 인하여 매우 제한된 최소한의 단어만 사용하여 자신의 생각을 표현하기 때문에 자신의 의사를 정확히 전달하는데 어려움을 겪을 수 있음

(2) 의료현장에서 장애를 가진 사람에 대한 접근방법

- 청각 장애가 있는 사람에 대한 접근방법
 - 먼저 기능의 정도를 파악하여 어느 방향의 귀 쪽에서 대화를 할지, 그리고 대화 내용이 어느 정도 들리는지에 따라 어느 정도의 소리 크기로 대화를 할지 등을 정한 후 대화를 시작하는 것이 좋다. 그리고 대화 시에는 설명은 되도록 간단히 하고 표정이나 몸짓을 통해 비언어적 메시지가 주는 의미를 이해하도록 노력해야 함
 - 만약 전혀 소리를 들을 수 없는 청각 장애가 있는 경우에는 구화나 수화 사용을 고려해 보아야 함
 - 수화를 사용하는 청각 장애인들 간에는 결속력이 강한 독특한 하위문화를 형성하고 있는 경우가 많기 때문에 이들과 신뢰를 쌓는 데 충분한 시간과 인내가 필요하다고 함
 - 따라서 이를 염두에 두고 이들 문화의 정체성을 이해하고 소통하려는 각별한 노력이 요구됨
 - 전반적으로 시각 장애인의 경우에는 의사소통에 큰 문제는 없지만 비언어적 의사소통에 제약이 따를 수 있기 때문에 비언어적 소통에 의존하는 정도를 줄이고 보다 더 많은 언어적 의사소통을 통하여 클라이언트가 대화 내용을 잘 이해하고 있는지를 계속 확인하려는 자세가 요구됨
- 언어 장애가 있는 사람에 대한 접근방법
 - 우선 클라이언트가 최근까지 언어를 구사했고 입을 움직일 수 있다면 클라이언트가 잘 보이는 밝은 장소에서 입술의 움직임을 읽고 이렇게 이해한 내용이 맞는지를 다시 클라이언트에게 확인 받는 방식으로 대화를 할 수도 있음
 - 그러나 구화가 가능하지 않다면 필담이나 비언어적 동작 등을 통해 대화를 시도해볼 수 있고 가능하다면 수화통역사의 도움을 받는 방법도 고려해 볼 수 있음
- 발달 장애가 있는 사람에 대한 접근방법
 - 클라이언트의 지적 능력과 표현력, 이해력 등을 고려하여 의사소통은 가능한 간단 명료하게 하는 것이 좋음
 - 복잡하고 어려운 단어를 피하고 기본적인 단어를 사용하며 전달하고자 하는 바를 명확하게 소개함

- 특히 추상적이거나 상징적인 개념들을 사용하지 않도록 유의하며 비언어적인 표현의 의미를 놓치지 않도록 해야 함
- 발달 장애가 있는 클라이언트의 메시지를 들을 때는 인내심을 갖고 중간에 포기하지 말고 이야기를 경청하며 그 의미를 이해하기 위해 집중함
- 또한 발달 장애인은 대부분의 질문에 “예”라고 하는 경우가 많으므로 한 번의 질문과 답변으로는 진의를 충분히 파악하기 어렵기 때문에 중요한 사안인 경우에는 상황을 달리하거나 다른 표현방식으로 여러 번 확인하는 것도 필요

■ 학습정리

1. 환자

1) 환자의 심리

(1) 부정

- 감당하기 힘든 일을 겪게 되면 우리는 이를 부인
- 의료사회복지사로서 환자가 왜 이 상황을 부정하는지 그 마음속을 헤아려보는 것이 중요

(2) 퇴행(regression)

- 환자의 감정, 사고, 행동이 미숙했던 과거로 뒷걸음질 치는 현상이 발생
- 의료사회복지사들은 환자가 보일 수 있는 퇴행 행동을 이해하고 이를 미성숙한 행위로 바라보기보다는 자연스런 하나의 심리현상으로 이해해야 함

(3) 불안(anxiety)

- 질병은 개인에게 위협으로 받아 들여지고 변화를 초래하기 때문에 사람들은 병을 앓게 될 때 불안을 별로 생각되어 죄책감·수치심과 함께 두려움을 갖음
- 병으로 인해 발생하는 온갖 문제들, 즉 휴직이나 실직, 치료비 부담, 가족 부양 등의 현실적인 문제들은 환자의 불안을 가중시키는 요인이 됨

(4) 우울(depression)

- 자신의 신체상태와 주변의 상황을 생각하면서 점차 우울함에 빠지기 쉬움

(5) 분노(anger)

- 병으로 인한 두려움과 불안은 분노의 방식으로도 표현됨
- 의료사회복지사는 환자들의 분노안에 숨겨진 다양한 감정들을 함께 읽어나가려는 노력이 필요

(6) 지성화(intellectualization)

- 환자들은 자기 병에 관한 정보를 가능한 한 많이 수집함
- 의료사회복지사는 환자의 정보수집이 올바른 방향으로 가고 있는지에 대해서도 관심을 둘 필요가 있음

2) 질병 반응에 영향을 주는 요인

(1) 개인의 성격적 특성

① 구강인격

- 환자들은 끊임없이 치료진을 찾고 조언을 구하려는 경향이 강하며, 이러한 욕구가 충족되지 않았을 때 치료진을 원망하는 경향을 보임
- 의존심이 강하고 요구가 많은 사람들로서, 평상시에도 먹고 마시는 것을 즐겨함
- 의료사회복지사로서 가능한 많은 관심을 보이고 격려와 지지를 제공하는 것이 필요함

② 강박인격

- 신체질환으로 인해 자기 내면의 공격적이고 충동적인 성향이 제어되지 않을 것을 우려하여, 더욱 자기방어를 철저하게 하면서 고집불통의 경향성을 보일 수 있음
- 의료사회복지사 또한 개입의 과정과 절차에 대해 차근차근 설명해주는 것이 좋음

③ 히스테리인격

- 신체질환을 자기의 결함으로 받아들이며 매력이 상실되는 패배상황으로 인식하는 경향성을 보임
- 불안 극복을 위해 더욱 더 다른 사람의 관심을 끌기 위해 노력하며, 이 과정에서 자기의 병에는 무관심한 것처럼 보이기도 함
- 의료사회복지사가 너무 감정적으로 들뜨지 않도록 차분한 태도를 유지하고, 보다 진지한 대화가 가능한 경우에는 이들의 걱정이나 두려움을 말로 표현할 수 있도록 돕는 것이 필요함

④ 피학인격

- 환자들 중에는 살아오는 동안 숙명처럼 자기희생을 해온 사람들임
- 의료사회복지사는 특성을 가진 환자에게는 그가 겪는 고통에 대해 공감해주고 참을성에 대해 높게 평가하면서, 치료 외의 다른 부파적인 과업을 제공해 주는 것이 도움이 될 수 있음

⑤ 편집성 인격

- 다른 사람에게 자기 마음을 잘 보여주지 않으면서 근기가 없거나 미약함에도 사사건건 트집을 잡고 상황을 과장하여 문제를 일으킴
- 의료사회복지사는 그들의 예민한 감수성을 존중해 주면서도, 적당한 거리를 유지하여 불필요한 논쟁이나 감정싸움에 휘말리지 않도록 주의하는 것이 필요함

(2) 개인의 질병경험

- 환자의 질병에 대한 심리적 반응은 환자 자신이 그동안 보아왔던 다른 사람들의 투병경험과 밀접하게 관련됨
- 의료사회복지사는 혹시 가족 중에 유사한 질병을 앓았던 사람이 있는지, 그 사람의 경험은 어떠했는지에 대해 알아볼 필요가 있음

(3) 심리사회적 측면

- 환자의 질병에 대한 심리적 반응은 환자의 개인적 특성뿐 아니라 환자의 가족 및 사회적인 상황과 밀접하게 관련됨
- 또한 환자가 현재 심리적, 경제적 측면에서 갈등과 어려움이 많을 때 질병 발생으로 인한 좌절과 불안은 더욱 커짐

3) 어린이 환자

- 어린이 환자의 대표적인 심리적인 특성
 - 첫째, 퇴행 행동을 보임
 - 둘째, 우울증이 옴
 - 셋째, 병의 발생 원인에 대한 오해를 갖음

2. 가족

- 가족들은 환자 발병에 영향을 주는 원인이 될 수 있는 동시에 환자의 발병으로 인하여 많은 심리사회적 부담을 짊어지게 되는 클라이언트 체계인 동시에 회복과 치료에 도움을 제공하는 사회적 지지체계로서의 기능을 갖는 중요한 자원임
- 가족들은 직접적으로 질병을 앓는 당사자가 아님에도 불구하고 환자의 질병으로 인한 불안과 스트레스를 경험하며 제한된 자원 안에서 가족체계의 균열과 붕괴를 종종 경험함
- 의료사회복지사들은 일차적으로 환자에 초점을 두지만 항상 사정과 개인의 단위로서 가족을 중요하게 바라보고 이해해야 함

3. 지역사회

- 지역사회 사정에 따라 특정 프로그램이 제공될 수도 있고 특정 질병을 가진 환자를 옹호할 수도 있는 반면, 반대로 지역사회가 환자의 독립성을 방해하고 사회로의 재진입 기능성을 방해하거나 제한할 수도 있음
- 의료사회복지사는 지역사회에 대한 이해와 체계적인 연계 역량을 갖는 것이 중요함
- 최근에는 지역 보건소 및 지역 병원에서도 질병에 대한 공개강좌, 질병교실, 캠프 운영 등의 만성질환지원 프로그램들을 다양하게 시도하고 있음

4. 의료현장의 소수자들

1) 다문화인

(1) 의료현장에서 다문화인이 경험하는 도전들

- 불안정한 지위와 제한적 자원
- 인종적, 문화적 차이
- 언어적 장벽
- 스트레스와 불신

(2) 의료현장에서 다문화인에 대한 접근방법

- 인종적 정체성에 대한 이해
- 이중 차별에 대한 민감성
- 문화적 요인과 상호작용하는 다른 요인들에 대한 고려
- 문화적 역량(cultural competency)

2) 감염성 질환자

(1) 의료현장에서 감염성 질환자가 경험하는 도전들

- 급성 전염성 질환 : 메르스
- 만성 감염성 질환 : HIV/AIDS 환자

(2) 의료현장에서 감염성 질환자에 대한 접근방법

- 정확한 정보제공
- 사회적 지지체계 조성
- 경제적 지원

3) 장애를 가진 사람

(1) 의료현장에서 장애를 가진 사람이 경험하는 도전들

- 청각 장애
- 시각 장애
- 언어 장애
- 발달 장애

(2) 의료현장에서 장애를 가진 사람에 대한 접근방법

① 청각 장애가 있는 사람에 대한 접근방법

- 사회복지사는 먼저 기능의 정도를 파악하여 어느 방향의 귀 쪽에서 대화를 할지, 그리고 대화 내용이 어느 정도 들리는지에 따라 어느 정도의 소리 크기로 대화를 할지 등을 정한 후 대화를 시작하는 것이 좋음
- 대화 시에는 설명은 되도록 간단히 하고 표정이나 몸짓을 통해 비언어적 메시지가 주는 의미를 이해하도록 노력해야 함
- 전혀 소리를 들을 수 없는 청각 장애가 있는 경우에는 구화나 수화 사용을 고려해 보아야 함

② 시각 장애가 있는 사람에 대한 접근방법

- 시각 손상이 어느 정도이며 어떤 종류의 시각손상이 있는지 파악
- 시각 손상의 여부나 종류에 따라 조명의 밝기, 앉는 위치, 소리가 전달될 수 있는 여건 등을 고려하여 면담 공간을 배치함

③ 언어 장애가 있는 사람에 대한 접근방법

- 클라이언트가 최근까지 언어를 구사했고 입을 움직일 수 있다면 클라이언트가 잘 보이는 밝은 장소에서 입술의 움직임을 읽고 이렇게 이해한 내용이 맞는지를 다시 클라이언트에게 확인받는 방식으로 대화를 할 수도 있음
- 구화가 가능하지 않다면 필담이나 비언어적 동작 등을 통해 대화를 시도함
- 가능하다면 수화통역사의 도움을 받는 방법도 고려해 볼 수 있음

④ 발달 장애가 있는 사람에 대한 접근방법

- 클라이언트의 지적 능력과 표현력, 이해력 등을 고려하여 의사소통은 가능한 간단 명료하게 하는 것이 좋음
- 복잡하고 어려운 단어를 피하고 기본적인 단어를 사용하며 전달하고자 하는 바를 명확하게 소개함
- 추상적이거나 상징적인 개념들을 사용하지 않도록 유의하며 비언어적인 표현의 의미를 놓치지 않도록 해야 함

2주차 1차시

의료사회사업과 사회환경적 특성

학습 목표

- 의료의 특성과 의료의 사회화를 이해할 수 있다.
- 질병의 개념과 사회성 그리고 질병에 대한 접근방법을 이해하고 설명할 수 있다.
- 의료의 사회적 정의와 의료기회의 사회적 책임을 이해하고 설명할 수 있다.

학습 내용

1. 의료의 특성과 사회학
2. 질병의 사회화
3. 의료복지와 의료기회

1) 의료와 의료제도

(1) 일반적으로 의료란 자연과학을 토대로 한 건강유지와 질병치료를 위한 학문적 체계인 의료의 실천

- 자연과학에 의하여 개인과 사회 그리고 인류의 생명과 질병의 원인을 탐구하고,
- 진단, 치료, 위생, 예방의 방법을 추구하며,
- 실제적 경험과 수련에 의하여 그 기술을 습득하고,
- 심신의 질병을 제거하고, 건강을 증진시켜 복지향상을 도모하며,
- 그 실행에 의도로서 완벽을 기하는 특수과학

(2) 의료(medical care)라 하면 사고나 질병을 전제로 하여 의료인에게 진료를 받는 의료서비스

- 협의의 의료로 질병의 진단과 치료, 즉 진료를 의미함
- 이와 같은 좁은 의미의 의료는 병원이나 기타 의료시설을 갖춘 의료기관에서 의사를 비롯한 의료요원들의 의료서비스를 국민에게 제공하는 행위 및 이를 위한 조직적인 진료체계의 마련이라 할 수 있음
- 여기서 의료서비스는 의료 인력, 의료시설 및 장비 그리고 중간재 등에 의해서 질병의 진단과 치료는 물론 조기진단과 조기치료, 예방, 재활까지 포함함

의료는?

자연과학인
동시에
사회과학

이론과학인
동시에
실천과학

따라서 의료가 문제되는 경우,
그것은 질병치료문제인 동시에 건강질병에 관련한
심리·사회적 문제이고 실제로
우리 생활전반에 관한 문제와 연관됨

(3) 협의의 의료란?

- 생리적으로 문제를 가진 국민들에 대한 의료행위 그 자체를 의미하지만 이러한 진료행위가 이루어지기까지에 적용하는 제반 사회적 요인을 동시에 고려해야 하므로 의료의 영역은 광범위해질 수밖에 없음

- 즉 국민에게 필요한 의료서비스를 제공하는 데는 의료의 수요와 공급을 고려한 재정 문제, 의료서비스를 요구하는 국민, 의료서비스를 제공하는 의료인력의 원활한 공급을 위한 제도적 기능적 환경이 마련되어야 하기 때문
- 그러므로 의료란 의료공급자와 의료소비자가 사회적 환경의 상호관계를 통해서 파악되어야 할 구조적, 기능적 복합체임
- 이와 같은 의료의 개념과 범위의 확대된 의미는 진료뿐만 아니라 의료비 부담과 의료의 기회 그리고 효과적이고 효율적인 의료서비스 등을 위한 의료 전달체제로 논의됨
- 현대적 의미의 의료는 의료기관에서 행해지는 서비스, 즉 조기진단과 조기치료 뿐만 아니라 예방과 재활은 물론, 정기적인 건강진단이나 집단진단검사 등 건강의 유지, 증진을 위한 모든 영역을 말함

(4) 광의의 의료란?

- 보건서비스(health service)에 의한 산물이며 육체적 · 정신적 및 사회적 안녕(well-being)을 회복, 유지 증진할 목적으로 하는 개인 또는 공공의 모든 활동이 포함
- 이와 같은 의료, 즉 진료, 재활, 예방을 포함한 총괄적인 보건서비스를 의료인과 의료기관의 편의가 아니라 국민이 필요한 서비스를 그 접근성이 용이하고 보다 효과적인 서비스를 되도록 제도적 접근이 확립되어야 함
- 국가는 의료문제를 해결할 수 있는 사회적 접근수단을 제도화하여야 하는데 이를 의료제도로 할 수 있음

2) 의료의 특성

(1) 의료이용의 특성

- 의료소비자는 개개인의 취향이나 만족을 위하여 상품과 서비스에 대하여 충분한 정보를 가지고 합리적인 결정을 내릴 수 있어야 하고, 즉시 서비스를 받지 못하면 좋지 않은 결과가 생겨 의료서비스에 즐거움을 가지지 못함
- 일반국민은 자기에게 필요한 의료수요가 무엇이고, 어디에 누구로부터 알맞은 의료서비스를 받을 수 있으며, 자기가 받은 의료서비스의 질이 어느 수준 인지를 잘 알 수 없음
- 또한 의료서비스를 받는 과정에서 불안, 공포 또는 고통과 부자유스런 생활이 따르기 때문에 이러한 어려움을 무릅쓰고 서비스를 받겠다는 결심이 요구됨

(2) 선택과 통제의 어려움

- 질병은 자기도 모르게 생기는 것이며 언제 무슨 병이 생길지 예측이 불가능함
- 그리고 연기하게 되면 불리한 경우가 대부분이고, 형편에 따라 분할하여 살 수 없음
- 또한 병이 났을 때 어떤 종류의 의료서비스가 필요한지를 환자가 결정하는 것이 아니라 의사가 판단 결정하며 환자는 의사나 의료기관을 선택할 뿐 그 이후의 진료에 대하여는 의사에게 맡기기 마련임

(3) 의료서비스의 제약

- 의료서비스는 고도의 과학적인 지식과 고도의 숙련된 임상기술이 요구되므로 의료인 양성기간이 장기간 요구되고 의료인력의 대량 생산이 어려움
- 또한 의료수요가 적은 지역까지 공급은 국가적 계획과 조직이 요구되고 관여되어야 함
- 의료는 이해득실이 개인에게 그치지 않고 많은 사람들에게 과급됨
- 예컨대 전염병의 경우는 대중보호를 위한 국가의 관여가 요구됨

-

(4) 외부효과의 공공이익

- 또한 개개인의 건강 회복과 보전은 국력의 자원이고 국가 생산력 보전이 됨
- 공공재 또는 사회재는 사유재와 달리 비경쟁적, 비현실적인 특성을 가지고 있음
- 공공재는 개개인이 이를 위하여 투자하여 들지 않고 국가나 사회가 투자할 때까지 기다리는 경향이 있음

3) 의료의 사회화

- 의료는 근대의학에 근거하는 의사의 전문성에 의존하므로 대체성은 더욱 없음
- 그러나 이른바 자가요법, 민간요법, 매약치료 내지 의료유사행위에 의존하는 경우에는 이차적 대체성은 고려될 수도 없음
- 따라서 자본주의 사회에서는 의료의 본질에 수정을 가하지 않으면 안 된다는 사고가 필연적으로 높아지게 되며, 여기에 의료의 사회화 문제가 제기됨
- 우리나라의 이와 같은 의료의 속성 때문에 의료서비스의 공급자인 의사와 수요자인 환자 간에는 종적 단순지배관계가 형성되어 의료수가와 서비스의 내용과 질이 의사의 일방적 결정으로 이루어져 왔음
- 그러던 것이 1977년 의료보장제도와 의료보험제도 등의 의료보장제도가 사회보장제도의 일환으로 도입 실시되면서 의료제도도 사회화 내지 공공재화의 궤도에 진입하게 되었음
- 이와 같은 공급 독점적 의료시장은 의료보장이란 제도적 메커니즘에 의하여 서비스 전달체계가 1, 2, 3차 등의 다단계로 분화되어 환자의 의료기관 선택에 제약을 가져왔고, 의료수가가 관에 의하여 결정 관리되고 있어 고가 약(高價藥)의 처방제한 등 진료내용까지 제약이 가해지는 통제 시장화되었음
- 그리하여 종전의 의사와 환자와의 관계에 다원적인 개입, 즉 정부 보험자와 수가 심사기관 등이 관여하게 되었음
- 또한 국민의 의료서비스에 대한 욕구는 의·식·주 다음가는 생존의 기본수요로 인식되어 의료서비스의 만인균등의 원리가 법제화되고 그 폭이 넓어져 권리화되고 있음
- 의료제도란 인간의 생활에 수반되는 생체의 생리적 과정에 대한 모든 장애와 기능부전을 의료문제로 보고 이를 해소하기 위한 국가적, 사회적 노력을 말함
- 이러한 생체의 생리적 기능장애와 부전이라는 위험은 비록 개체간의 정도의 차이는 있지만 사회구성원 모두에게 부과되는 현상
- 의료제도를 논함에 있어서는 생물학적·경제적·문화적 특성이 상이한 의료수요자의 생체상황과 이들의 의료욕구를 충족시키려는 의료공급자의 전문인으로서의 입장, 의료 제공되는 문화적 환경, 그리고 그 당시의 사회가치관 및 정치적 여건이 동시에 고려되어야 함

- 국민의료의 기본요소?
 - 인적 수요로서 의료를 필요로 하는 국민과 이들에게 서비스를 제공하는 의료인으로 구성되어 있음
 - 물적 요소로서 의료시설과 장비 그리고 재정
 - 인적 · 물적 요소가 원활하게 움직일 수 있도록 하는 사회의 조직적 마련
 - 이상의 요소들은 서로 밀접한 관계를 갖고 있으며 이 요소들이 적당하게 균형을 이루고 있을 때 바람직한 의료가 성립되는 것
- 이와 같이 의료제도에 대한 결정요인이 복잡하기 때문에 의료제도는 각 나라마다 다르기 마련
- 예컨대 우리나라 의료보장의 주요체계인 의료보험을 보면,



- 세계 각국의 의료제도



- 근래의 보건건강 서비스는 의 · 식 · 주 다음가는 제4의 생활필수품 (fourth human necessity)으로 불림
- 이는 국민건강은 국력 부강의 근원이며 국민각자에 있어서는 생활발전의 원동력이기 때문
- 왜냐하면 인류사회에서 건강한 자의 역할이 증대되고 산업사회에서 노동생산성의 중요성을 고려할 때 건강으로 인한 사회적 기능이 중요시되기 때문
- 따라서 건강의 사회화, 의료의 공공재화, 의료비부담의 사회화, 의료업무의 사회조직화, 의료 시설의 민주화의 필요성이 강조되고 의료복지의 요망이 더욱 가중되고 있음

(1) 의료의 전달체계 확립

- 의료의 사회화란 국민 모두에게 필요한 의료를 국가적으로나 사회적으로 제공토록 강구하는 것
- 그러나 자본주의 사회에서는 의료의 수요와 공급의 결함은 수요측면에 있어서는 개인 경제에 의존하지만 공급 측은 의사로서의 유자격자만이 공급자가 되므로 공급독점에 의한 공급 가격이 형성됨

- 한편 수요측면에서 보면 개인의 경제력 여하에 따라 수요자와 수요계층이 한정되어 의료보호, 의료보험, 나아가 특진환자 등 의료의 사회적 편재화 현상이 또 다른 의료서비스의 계급성·차별성의 문제 등을 갖게 되었음
- 또한 개인의 경제력은 있어도 공급측의 결함, 즉 의료의 생산성, 구매력이 적은 지역에서의 경영곤란, 농촌의 유효수요가 낮은 점 등으로 의사와 환자의 접촉이 가능한 진료권 확대에 한계를 가지고 있어 의료인력 및 기관의 지역적 편재라는 문제를 낳고 있음
- 즉 의사와 집중편재(약 95%)는 국민의료 복지적인 측면에서 많은 문제를 내포하고 있음
-

(2) 의료의 질적 변화

- 의료의 사회화로 인해 환자와 의사의 만남이 계약화되고 의사가 환자와 접하는 시간이 제약됨으로 인해 그 관계가 비인간화(depersionalization)
- 의학의 주류를 차지하는 치료의학에서는 자연과학적인 경향의 중시로 방사선과 동위원소 기술, 자동화 분석, 컴퓨터 가동, M.R.I 등 진단과 치료상의 의학의 진보가 의사와 환자의 만남의 인간관계가 덜 인간적 관계임
- 의료의 전문화·세분화에 따른 문제
 - 첫째, 의사의 환자에 대한 전인적인 서비스의 제약이 우려
 - ① 의료의 발전은 전문화를 초래하여 의료진이 각기 전문분야에 집중하게 되어 환자를 단일, 장기별로 국한하여 진료하는 방향으로 환자나 그 가족의 생활면이나 가족관계 및 정서적인 면까지 볼 수 없는 상황에 접하게 되었음
 - ② 이로 인하여 의료기관에 내원한 환자나 가족은 신체적 고통 외에 질환 자체나 예후 등에 따른 사회·경제적 인간관계적인 문제로 더욱 큰 불안을 포함한 정서적 문제가 질병의 치료나 회복에 부정적 요소로서의 작용이 우려 되고 있음
 - 둘째, 의료수요의 확대에 따른 환자와 의사관계의 변화가 우려
 - ① 환자수가 많아지고 치료양식이 복잡하여짐에 따라 의사 1인에 의존하는 치료보다는 의료팀으로 구성된 종합병원에서 치료받는 것이 수요자측으로 볼 때 유리한 점이 많음
 - ② 그러나 한편 의사나 환자의 입장에서 볼 때 불리하거나 부담스러운 점이 없지 않음
 - ③ 이것은 의료에서의 의도(醫道)문제보다는 근대화, 합리화의 물결로 종합병원의 합리적인 운영으로 하여금 환자를 전인적으로 보지 못하고 환부에 집중케 하는 경향을 갖게 하며, 효과적인 의료서비스를 받지 못하는 자를 발생케 하는 문제가 대두되고 있음

2 | 질병의 사회화

1) 질병의 개념과 그 사회성

- 생명의 기능이 외부로부터의 자극에 대하여 반응의 강도와 지속이 일정 정도의 조화를 유지하는 상태

- 건강은 사람의 생활, 즉 의·식·주·노동·인간관계·사회활동 모두에 의해서 좌우된다고 보는 까닭에 의학적 대처만으로 건강을 유지할 수는 없는 것



“건강이란 단순히 질병이나 허약의 부재상태를 말하는 것이 아니고, 육체적·정신적·사회적·영적 안녕이 완전한 상태”

- 더욱이 인간의 건강은 정태적인 것이 아니라 동태적인 것이기에 노동하면 피로하고 적당한 휴식을 취하면 다시 회복되는 자체기능을 갖고 있으며, 동시에 신체를 계속 사용하지 않으면 그 기능이 쇠퇴하여 불건강을 가져오기도 함
- 따라서 건강을 관리한다는 것은 질병으로부터의 회복의 뜻만을 의미하는 것이 아니라 질병 이전의 뜻도 있음
- 로마노(Romano)
 - 건강이란 균형을 유지할 수 있는 유기체의 능력으로 부당한 고통과 불편, 무능력, 행동의 제약으로부터 자유로운 상태
- 질병이란
 - 생체에서 생기는 기질적 내지 기능적 이상상태
 - 신체의 온갖 기능의 장애
 - 육체적 또는 정신적으로 건강을 상실한 상태
 - 신체적 기능과 과정의 부조화

미국국립보건연구소의 이환(罹患)의 정의

- ① 육체적·정신적인 건강의 이탈현상
- ② 자신의 질병으로 인식하거나 일상생활에 제한을 가져오는 경우
- ③ 타인이 인정하는 경우

- 여기서 생체를 인체에 한정해서 생각하더라도 인간은 생물적 존재임과 동시에 사회적 존재임을 알 수 있고 한편 한 개인의 생체내의 이상현상으로 파악된 질병이 일종의 사회적 현상으로서 존재하고 있다는 것도 이해할 수 있음

(1) 질병은 시대와 사회에 따라 변화하는 사회성을 갖고 있음

- 중세사회 : 페스트나 나병, 매독
- 중세사회 : 천연두, 발진티푸스

- 근대사회 : 콜레라, 결핵
- 현재 : 암, 심장병 등의 성인병과 정신병
- 질병이 가진 역사적인 특성을 볼 수 있고 이것은 그 시대를 지배한 사회구조에 의해 만들어진 질병의 공간성이 존재하고 있다는 것을 알 수 있음
- 이는 그 시대의 생산구조에 의해서 인간생활이나 노동조건, 생활환경의 변화와 의료발전이 관련되어 그 사회의 여러 가지 의미를 가진 질병으로도 규정될 수 있음
- 따라서 질병은 그 발생과정에 있어서 이중의 의미로 사회와의 연관성을 가지고 있음
- 곧 질병의 결과가 초래한 문제로 사회성이라는 면에서 질병과 사회관계를 이해할 필요가 있음

2) 질병에 대한 접근방법

(1) 건강과 질병에 대한 인식방법은 여러 형태로 분류될 수 있음

- 우선 의학적 접근과 사회문화적 접근 모두 의료의 사회적 기능을 전적으로 혹은 부분적으로 인정하고 있음



예 심리사회적모델(psychosocial model)
낙인론(labeling theory)
신생의학적 모형(new medical model)

구분	의학적 접근	사회문화적 접근
의료의 사회적 기능	기능적	기능적
건강판단의 척도	절대적	상대적
건강판단의 기준	특정한 신체적·심리적 증세	사회규범
건강판단의 도구	진단	사회적 기능·역할
건강판단의 주체	의사 등 전문의료인	사회적 검증
관련이론 및 모형	세균이론 생의학적 모형	사회집단 또는 준거집단 심리사회 모형 신생의학적 모형

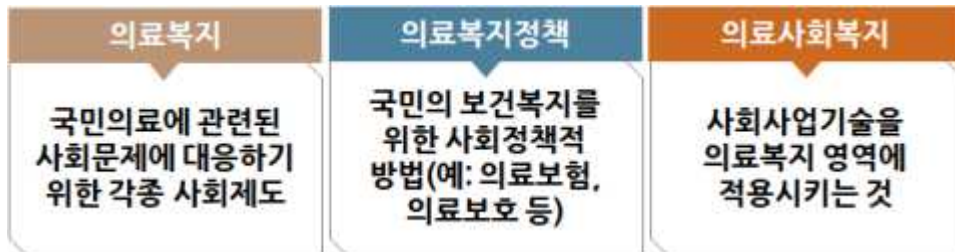
(3) 전통적 생의학적 모형에 대한 반성과 아울러 사회심리적 접근과 의학적 접근을 조화시키고자 하는 움직임이 태동되면서 통합모형이 등장

- 통합모형의 하나인 생리-심리사회적 모델(bio-psycho-social model)의 기본 입장은 질병 또는 질병의 증세와 관련된 변수를 폭넓게 수용하는데 있음
- 생리-심리사회적(生理心理社會的) 모형에 의하면 환자는 자신의 문제를 스스로 해결하지 못하는 상태에서 무엇이 잘못되었는지도 모르고 의사를 방문하는 것
- 이에 대하여 의사는 환자의 요구가 무엇이든지 간에 적절한 조치를 취하여야 함
- 이에 대하여 의사는 환자의 요구가 무엇이든지 간에 적절한 조치를 취하여야 함
- 즉 사회치료를 필요로 하는 경우도 있을 것
- 이때 의사는 단순한 의학적인 것뿐 아니라 사회적 · 사회심리적인 것까지도 포괄하여야 함
- 의료에의 접근이 개인의 경제적 능력에 달려있는 자본주의 시장구조 하에서 빈곤층의 보건 의료문제는 사회경제적 조건과 밀접한 관계를 맺을 수밖에 없는데, 빈곤층의 보건의료문제와 그들의 사회경제적 조건과의 관계를 단순화하여 도식으로 표현하면 다음과 같음



1) 의료의 사회적 정의

- 사회복지라는 용어는 일반적으로 제도의 의미로 사용되고, 사회정책이나 사회사업은 이러한 사회복지제도를 운용하는 사회공학이나 사회기술을 지칭하는 개념으로 이해되고 있음



- 의료기회의 확대와 평등화는 사회복지의 중요한 측면
 - 인간의 삶의 질을 구성하는 여러 구성요소들, 즉 물질적 자원, 건강, 환경, 주택, 공안, 교육 등의 요소들 가운데에서도 건강은 가장 기본적인 요소
 - 신체적, 정신적 건강은 삶의 기본조건이며, 질병은 인간의 생존 그 자체를 위협하기 때문
 - 따라서 질병으로부터의 보호(보건)와 질병의 진료를 포함하는 의료기회가 모든 사회성원들에게 골고루 분배되도록 하는 문제는 의료복지와 중심과제

(1) 의료는 이처럼 개인에게 있어 삶 그 자체와 삶의 기본조건을 충족시키는 의의를 가질 뿐 아니라 사회적인 관점에서도 매우 중요한 의의를 지님

- 첫째로, 질병은 사회의 인적 자원을 유희(遊休)시키거나 낭비하는 결과를 가져오기 때문에 질병의 예방과 진료는 효과적인 인적 자원의 공급을 위해서도 불가결한 사회적 기능을 수행함
- 둘째로, 질병으로 인한 유희인력은 사회적 부담을 가중시키는 결과를 가져옴
- 의료란 남녀노소나 직업의 귀천에 관계없이 누구나에게 평등하게 제공되어야 하는 인간의 생존권 영역이라 할 수 있음
- 인간은 누구나 자신의 건강을 유지하고 질병으로부터 해방되기 위해서는 질병의 예방이나 치료의 모든 활동에 참여할 수 있는 능력과 기회가 있어야 함
- 그러나 이러한 활동의 참여에는 여러 가지 면에서 평등한 상황에 있지 못함
- 보건 및 의료기회의 불평등에 영향을 주는 가장 중요한 요인
 - ① 개인소득의 불평등
 - ② 개인의 의식구조와 의료관행
 - ③ 의료공급체계의 문제점 등임

(2) 의료기회 불평등의 요인으로서 경제적 불평등

- 첫째, 절대빈곤층에 속하는 개인들은 자신의 건강을 유지하는데 필요한 최소한도의 영양을 섭취하는 데에도 어려움을 느끼는 경우가 있음
- 둘째, 경제적 빈곤은 개인으로 하여금 청결하고 위생적인 환경을 유지하기 어렵게 하며 그 결과 빈곤층 인구의 질병 이환율을 높이는 효과를 가져옴
- 셋째, 경제적 빈곤은 개인의 교육정도에 영향을 미침으로써 그들의 낮은 교육수준은 보건위생 및 의학에 관한 그들의 관념과 형태에 간접적인 영향을 미치게 됨

(3) 의료기회의 불평등은 개인의 의식구조와 의료관행에 의해서도 영향을 받음

- 의료형태도 하나의 사회적 선택행위이기 때문에 개인의 보건과 의료의 수단을 선택하는 행동은 그 개인의 가치관과 관행에 의해 영향을 받는 것
- 미신이나 종교적인 신념에 의지하여 과학적이나 의학적 치유를 거부하는 개인도 있으며 정기적인 건강진단이나 예방접종 그리고 기생충의 구충 등의 보건·의료행위도 개인의 의식구조와 관행에 의해 영향을 받고 있는 것
- 물론 이와 같은 의료형태나 의식구조는 교육 정도에 따라 크게 다르고 교육정도는 다시 경제적 위치에 영향을 받는 것도 사실

(4) 의료기관의 평등은 의료공급체계와 사회보장제도에 의해서 크게 결정되어짐

- 첫째, 의료자원의 절대 부족은 의료기회 불평등의 원인이 됨
- 둘째, 의료자원의 지역적 분포에 있어서의 편중은 의료기회 불평등의 중요한 원인이 됨
- 셋째, 의료인원의 지나친 전문화로 의료기회 불평등의 원인이 되고 있음
- 넷째, 사회보장제도의 미비도 의료기회 불평등의 중요한 원인이 되고 있음

■ 학습정리

1. 의료의 특성과 사회화

1) 의료와 의료제도

- 협의의 의료 : 질병의 진단과 치료, 즉 진료를 의미
- 광의의 의료(health care) : 보건서비스(health service)에 의한 산물이며 육체적·정신적 및 사회적 안녕(well-being)을 회복, 유지 증진할 목적으로 하는 개인 또는 공공의 모든 활동이 포함
- 의료제도 : 의료, 즉 진료, 재활, 예방을 포함한 총괄적인 보건서비스를 의료인과 의료기관의 편의가 아니라 국민이 필요한 서비스를 그 접근성이 용이하고 보다 효과적인 서비스를 되도록 제도적 접근이 확립

2) 의료의 특성

(1) 의료이용의 특성

- 일반국민은 자기에게 필요한 의료수요가 무엇이고, 어디에 누구로부터 알맞은 의료서비스를 받을 수 있으며, 자기가 받은 의료서비스의 질이 어느 수준인지를 잘 알 수 없음

(2) 선택과 통제의 어려움

- 질병은 자기도 모르게 생기는 것이며 언제 무슨 병이 생길지 예측이 불가능함
- 어떤 종류의 의료서비스가 필요한지를 환자가 결정하는 것이 아니라 의사가 판단 결정함

(3) 의료서비스의 제약

- 의료서비스는 고도의 과학적인 지식과 고도의 숙련된 임상기술이 요구되므로 의료인 양성기간이 장기간 요구되고 의료인력의 대량 생산이 어려움

(4) 외부효과의 공공이익

- 개개인의 건강 회복과 보전은 국력의 자원이고 국가 생산력 보전됨

(5) 공공재화로서의 보건서비스

- 사유재와 달리 비경쟁적, 비현실적인 특성을 가지고 있음

3) 의료의 사회화

(1) 의료의 전달체계 확립

- 수요측면에 있어서는 개인 경제에 의존하지만 공급측은 의사로서의 유자격자만이 공급자가 되므로 공급독점에 의한 공급가격이 형성됨

(2) 의료의 질적 변화

- 현대의료기술의 발전과 전문화로 보다 다학문적인 의료진을 구성하여 환자의 신체적인 면뿐 아니라 정신적 사회적 요소를 포함한 전인적인 인간(환자)으로서 볼 수 있도록 적극적인 참여와 협력을 의미함

2. 질병의 사회화

1) 질병의 개념과 그 사회성

- 질병이란 의학에서는 “생체에서 생기는 기질적 내지 기능적 이상상태”라고 규정짓고 있고, “신체의 온갖 기능의 장애”, “육체적 또는 정신적으로 건강을 상실한 상태“, 그리고 “신체적 기능과 과정의 부조화”라고 말할 수 있음
- 질병은 시대와 사회에 따라 변화하는 사회성을 갖음
- 질병의 결과가 초래한 문제로 사회성이라는 면에서 질병과 사회관계를 이해할 필요가 있음

2) 질병에 대한 접근방법

- 의학적 접근 : 생리학적 또는 심리적 증세 등의 절대적 기능, 판단을 위하여 생의학적 검사와 진단을 기초, 판단의 주체가 사회의 주도적 집단 또는 준거집단이 됨
- 사회문화적 접근 : 사회적 기능, 역할수행 상태 또는 규범으로부터의 이탈정도에 의존, 사회적 검증을 기초함
- 궁극적으로는 상호배타적 관계에서 상호보완적 관계로 전환될 수 있음

3. 의료복지와 의료기회

1) 의료의 사회적 정의

- 의료복지 : 국민의료에 관련된 사회문제에 대응하기 위한 각종 사회제도
- 의료복지정책 : 국민의 보건복지를 위한 사회정책적 방법
- 의료사회복지 : 사회사업기술을 의료복지 영역에 적용시키는 것을 말함

2) 의료기회의 사회적 책임

- (1) 의료기회 불평등의 요인으로서 경제적 불평등을 볼 수 있다.
- (2) 의료기회의 불평등은 개인의 의식구조와 의료관행에 의해서도 영향을 받는다.
- (3) 의료기관의 평등은 의료공급체계와 사회보장제도에 의해서 크게 결정되어 진다.

2주차 2차시

의료사회사업의 발달과정 [1]

학습 목표

- 병원의 기원을 이해할 수 있다.
- 의료사회사업의 기원이 되는 활동을 이해할 수 있다.
- 의료분야에서 사회복지의 개입을 이해하고 설명할 수 있다.
- 영국 의료사회사업 발달과정을 이해하고 특징을 설명할 수 있다.

학습 내용

1. 병원의 기원
2. 의료사회사업의 기원적인 활동
3. 의료에서 사회복지의 개입
4. 영국 의료사회사업 발달과정

1

병원의 기원

- 의료의 역사는 빈민의 역사와 함께 옛날부터 근대에 이르기까지 미분화된 형태로 전개
- ‘Hospital’이란
 - 공주에 의한 순례자 또는 나그네의 접대
 - 빈곤자, 노령자, 허약자 혹은 연소자를 위한 자선시설
 - 병자, 상해자가 진료를 받는 시설 혹은 장소
- 퀸(Stant A. Queen)
 - 중세말엽의 주요한 구제기관은 수도원, 구빈원 제도, 사원 숙박소에서 발달한 구빈원, 종교단체, 개인의 시혜를 주던 곳 등이라고 하면서 Hospital의 기원을 십자군과 관련하여 창설된 구빈원 제도에서 찾아보고 있음
- 퓨이(Raymond de Puy)
 - 이런 제도를 세 부분으로 구분하여
 - ① 이교도에 대한 영원한 싸움을 서약한 기사,
 - 필요한 종교적 양식을 집행하면서 빈자에게 시여물을 분배하는 목사,
 - ② 빈자 및 병자를 보호하는 봉사자라고 말하고 있음
 - 봉사자는 빈자와 병자를 보호하는 사업이 되었으며 시설형태로서 구빈원은 사원 숙박소를 그 기원으로 하는데, 이 사원 숙박소는 처음엔 순례자 환대장소였으나 나중에는 노쇠자, 병자, 과부, 유아 등 구호를 필요로 하는 자에게 주거지로 사용되어 Hospital의 원형이라고도 함
- 중세의 사원 숙박소나 구빈제도에서 나그네, 가난한 자와 병자를 수용하여 침식을 베풀고 치료하여 주었던 곳이 Hospital의 기원
- 오늘날 병원(Hospital)에서 가난한 자를 위한 무료시설을 한다는 점은 Hospital의 원형적인 기능이기도 하며, 또한 의료와 사회복지는 깊고도 오랜 연유가 있음

2

의료사회사업의 기원적인 활동

1) 비조직적인 봉사(Unorganized Service)

- 서양교회를 보면 종교적 지도자들이 육체적 고통으로 말미암아 어떤 위기에 직면해 있는 개인이나 가정을 보호해 주며 정신적 도움을 베풀어주었음
- 14세기초 영국의 일부교회에서는 병원형태의 수도원과 구빈원들이 설립되기 시작하여 빈곤자, 노동 불가능자, 맹인, 불구자, 노인, 질병자 등을 수용 보호하여 주었음
- 특히 웨슬리(John Wesley, 1713-1791)는 런던시에 최초로 자선진료소를 개설하였고, 또 자선조직협회(Charity Organization Society)는 빈곤 환자의 가정방문을 통해서 치료와 생활 원조를 실시하였음

2) 간호사들의 봉사활동(Nursing Care)

- 간호사의 기본적인 임무가 환자를 위한 의료적 봉사활동(medical care)이기 때문에 과거에 간호원이 제공한 사회적 · 정서적 문제에 대한 봉사활동은 비조직적인 의료사회복지의 기원이라 할 수 있음
- 그 당시의 간호사들은 환자를 위하여 단순한 치료보조자의 역할을 할 뿐만 아니라 환자와 은밀한 대담 속에서 환자의 질병 이외에 환자의 개인 및 가정 문제에 깊이 관여하여 도와주고 있었음
- 이러한 간호사들의 활동은 1869년 뉴욕(New York)에서는 간호사가 빈곤환자의 가정을 방문하여 가족을 위로하며 환자로 인하여 생긴 문제에 깊이 관여하는 한편 퇴원 후에도 환자와 그 가족을 돌봐주는 봉사활동이 있어왔고, 1887년에는 보스턴(Boston), 시카고(Chicago)에서 조직적인 봉사활동이 시작되어 점차적으로 의료사회복지의 형태적 서비스가 전개되었음
- 1893년에는 뉴욕 헨리가 인보관(Henry Street Settlement House)에서 너무 가난해서 의료비를 지불할 수 없는 인근에 사는 환자들의 가정을 방문하였고, 그들의 병때문에 야기되는 사회적·개인적인 문제를 연구하고 돕는 활동을 하였음
- 이와 같은 간호사들의 봉사활동은 점차 의료사회복지의 필요성을 일반인에게 인식시키는 한편 오늘날 의료사회복지형성에 크게 공헌을 하였을 뿐 아니라, 오늘날에도 간호사들은 사회복지과정에 상호협동적인 역할을 수행하고 있음

3) 부녀봉사원들의 활동(Activity of Lady Almoner)

- 이들의 활동은 1875년 런던 자선조직협회의 로크(Charles S. Lock)경의 선도적인 역할로 인해 조직된 것으로서, 1895년 런던 왕립시료병원(Royal Free Hospital)에서 처음 채택하여 시행되었음
- 이들의 활동은 환자들이 자선을 받을 수 있는지의 적격 여부를 사정하고, 결정하기 위하여 사회조사를 하고, 빈곤한 환자에 대해서는 사회복지기관이나 의료기관에 의뢰하는 일이었음
- 이러한 부녀봉사원들의 의료서비스는 빈곤한 환자의 경제적인 원조를 종합적으로 다루는 방법으로 시작되었고, 병원과 자선조직협회간에 긴밀한 업무협조의 활동이 있었는데, 그 내용은 즉 병원 측에서는 빈곤한 환자에게 의료비를 면제해주는 데 비해서 협회 측에서는 환자의 가족에 대한 생활원조를 해줌으로 빈곤한 환자 및 그 가족을 돕는 데 상호보완적인 사회경제적 봉사활동을 하게 되었음
- 요컨대 그 당시 알모너(Almoner)의 주 업무는 ① 환자의 병원비 지불능력, ② 구빈법으로서 구제대상의 적격여부 사정 및 통보, ③ 입원이 필요한 환자에 대해서는 무료진료소에 의뢰하는 일을 맡아서 하였음
- 여기서 알모너(Almoner)의 뜻은 19세기 영국의 자선사업가 또는 봉사로원으로서 의료사회복지사의 원형이라 할 수 있음

4) 정신병 환자의 사후지도(After Care of Insane)

- 1880년 초 영국의 사회복지단체가 주동이 되어 정신병원에서 퇴원한 환자를 대상으로 갈 곳이 없는 불우한 환자에게는 위탁가정이나 사회복지시설 그리고 요양원 등에 의뢰하고 퇴원한 환자들이 지역사회에 적응할 수 있도록 직장을 알선해 주며 방문하여 필요한 보호와 가족들을 지도하였음
- 이와 같은 독특한 서비스는 의료사회복지의 일부로서 발달하여 오늘날 정신보건사회복지의 원초적인 활동이 되었다고 할 수 있음

5) 의과대학생들의 봉사활동

- 1902년 볼티모어(Baltimore)에 존 홉킨스(Johns Hopkins)대학의 에머슨(Charles P. Emerson)박사는 의학교육에서 의과대학생들에게 환자와 질병에 대한 사회 및 정서적인 문제에 관한 이해와 환자의 질병에 대한 사회경제적 및 생활의 제조건의 영향을 이해시키기 위하여 자선기관에서 봉사활동을 하게 하였음
- 이것은 의료에 있어서 환자의 전인적 이해, 즉 질환에 따른 환자의 심리적, 사회적 · 경제적인 모든 조건의 이해와 영향력을 이해시키려는 큰 의무가 있는 것으로 사회과학의 참여가 필요함을 시사한 활동이라 볼 수 있음

3 | 의료에서 사회복지의 개입

- 빈곤한 환자에 대한 무료 또는 의료비의 부담을 적게 갖도록 하는 형태로 나타났고, 빈곤한 환자와 그 가족에 대한 경제적 원조를 중심으로 한 활동이 전개되었음
 - 빈곤한 환자와 가족은 가장 먼저 의료비 지출에 따른 경제적 고민이 클 수 밖에 없음
- 예방의학의 대두로서 환자의 생활개선에 필요성을 강조한 것
 - 가족의 생활환경이나 관심사의 실천에서 경제적 원조의 제공은 환자나 생활태도의 개선이 따르지 않으면 충분한 효과를 나타낼 수 없다는 사실을 입증시켰음
 - 질환에 따르는 경제적 문제, 빈곤과 질환의 악순환 못지않게 불건전한 주거환경, 유해한 만성질환이나 전염병 예방활동의 필요성과 의료에 있어서 질병과 사회환경과의 관련성을 중요시하게 되었음
- 진료과정에서 질병의 생물학적 · 심리학적·사회적 측면은 상호불가분의 관련성을 가지고 있으므로 진단이나 치료를 효과적으로 하기 위해서는 여러 측면의 통합으로 이해하고 처치하지 않으면 안됨 (캐버트(Richard C. Cabot)의 견해)
 - 질병과 사회환경과의 관계에서 환경개선의 필요성이 인식되긴 했으나 의학의 주류를 이루는 치료의학에서는 자연과학적 경향이 중시되어 물리 · 화학적 검사에 의존하는 의료의 기계화와 의학 및 전문화로 환자를 국부적으로 세분화해서 취급하려는 경향이 강화되었음
 - 즉 의사(의료종사자)는 질병에 관해서는 많은 것을 알지만 질병을 갖게 된 인간에 대해서는 거의 알 수 없었음
 - 이런 현상에 대해 캐버트(Cabot)는 의사의 입장을 경고하고 의료에 있어서 심리사회적 배경을 사정하는 사회복지활동의 필요성을 지적함

4 | 의료사회사업론

1) 전문직으로 발돋움

- 영국에서는 19세기부터 정신병원에서 퇴원한 환자들을 대상으로 사후보호의 일환으로 가정방문이 행해졌으며, 1880년에는 정신질환자 사후지도협회가 설립되기도 하였음
- 그러나 의료사회복지가 전문적인 직업의 형태를 갖추고 자리잡기 시작한 것은 1895년 메리 스튜어트(Mary Stewart)가 영국 왕실시료병원(Royal Free Hospital)의 사회복지사로 최초로 채용되면서 부터 라고 할 수 있음
- 이 당시는 사회복지사라는 공식 명칭이 없었으며, 메리 스튜어트는 병원의 의료사회복지사(hospital almoner)로 환자들의 가정환경 및 경제적 상태를 조사하고 무료로 의료서비스를 받을 자격이 있는지에 관한 적격성 여부를 판단하는 일을 담당하였음
- 메리 스튜어트가 왕실시료병원에서 환자의 사회경제적 상태를 평가하는 일을 담당하게 된 데는 찰스 로크(Charles S. Loch, 1849-1923)의 활약이 있었음
- 1875년 찰스 로크는 런던 자선조직협회의 사무총장으로 임명되었으며, 건강의 사회적 측면에 상당한 관심을 보였음
- 자선조직협회의 의료위원회에서 그는 환자들이 무료진료를 받기 위해 자신의 상황을 거짓으로 전하는 현상에 대한 우려를 강력하게 표명하였음
- 1874년에 왕실시료병원은 자선조직협회에 얼마나 많은 환자들이 실제로 빈곤한 상태에 있는지 선별해 줄 것을 요청하였으며, 조사결과 단지 36%의 환자만이 실제로 서비스를 받을 자격이 있는 것으로 판명되었음
- 찰스 로크 (Charles S. Loch, 1849-1923)
 - 병원에 오는 환자를 어떻게 사정하고, 누가 치료비를 지불하고 누가 치료를 받을 적격자인가를 판정하는 데 개혁이 필요함을 거듭 주장하였으며, 무료 의료서비스를 받기 원하는 자는 환자의 상황과 환경을 평가하는 교육과 훈련을 받은 유능한 사람에 의해 선별되어야 해...
- 그는 병원에 이러한 직무를 전적으로 담당하는 의료사회복지사를 두기 위해 수년 동안 노력하였으며, 그 결과 1895년에 메리 스튜어트가 왕실시료병원의 첫 번째 의료사회복지사로 채용되었음
- 병원에서 담당했던 역할은?
 - 첫째, 병원 진료소에 입원하기 위한 신청서를 검토하는 것이었는데 이는 무료 의료서비스를 받기에 적절한 자를 선별하기 위한 과정
 - 둘째, 그녀는 환자를 서비스에 연계하고 누가 진료소에서 서비스를 받을 것인지를 결정하는 일
 - 의료비를 부담할 수 있는 자에게는 무료진료가 아니라 진료비를 일부 부담하도록 하고, 구제가 필요한 자는 구빈법의 적용을 받도록 하였으며, 실비진료를 받을 수 있는 사람을 소개해주는 일 등을 진행
- 메리 스튜어트가 병원에서 일한 첫 3개월 동안은 런던 자선조직협회에서 인건비를 지불하였음
- 이후 왕실시료병원의 2명의 내과 의사 메리 스튜어트의 급여의 절반을 병원에서 부담하는 것에 동의하였으며, 나머지 절반은 자선조직협회에서 부담하기로 하였음

- 이때부터 의료사회복지사는 영국에서 병원의 정식 직원이 되었음
- 메리 스튜어트의 병원에서의 활동이 점차 의료관계자와 병원으로부터 인정을 받게 되면서 1897년 병동에서도 의료사회복지 서비스 확장의 필요성이 대두되어 프린델과 다빗손이 채용되었으며, 많은 봉사자들이 함께 의료사회복지활동에 참여해 팀을 이루게 되었으며 이들은 또한 환자에 대한 체계적인 기록을 하는데도 선구적인 역할을 하였음

2) 의료사회복지사 활동영역 확대 및 조직화

- 1905년에는 왕실시료병원 외에 7개의 타 병원에서도 의료사회복지사가 채용되어 일하였으며, 새로운 의료사회복지사들은 왕실시료병원에서 실습을 하였음
- 이 당시 성 조지(St. George)병원의 의료사회복지사로 일하였던 머드(Mudd)의 제안으로 의료사회복지사들은 월 1회씩 왕실시료병원에 모여 집담회를 가졌으며, 자선조직협회의 의료회의에도 대표자로 참석하였음
- 이들은 이러한 모임을 통해 의료사회복지사로 활동하는 데 많은 힘과 용기를 얻었으며, 의료사회복지사의 능력에 따라 서서히 상담업무를 실시하기도 하여 영국의 의료사회사업은 성장과 발전을 이루게 되었음
- 1906년에는 병원의료사회복지사협회(the Hospital Almoner's Council, 후에 the Institute of Hospital Almoners로 명칭 변경)가 창설되어 의료사회복지사들을 훈련시키는 역할을 전적으로 담당하기 시작하였음
- 의료사회복지의 이 같은 발전과정에 더하여 앤 커민스(Aune Cummins)는 의료사회복지 활동에서 교육의 중요성과 더불어 지역사회 사람들과 연대하여 일하는 것의 중요성을 인식시키는 데 공헌하였음
- 그녀가 성 토마스(St. Thomas)병원에서 일할 당시 많은 사람들은 무지와 빈곤, 그리고 불결한 환경 가운데서 생활하고 있었으며, 질병이 계속 유행하고 결핵이 만연해 있었음
- 이에 그녀는 불결한 환경을 개선할 수 있는 위생교육의 중요성을 강조하였으며, 지역사회의 교회봉사자, 인보관 및 자선조직협회의 사람들과 관계를 맺고 일하였고, 1909년에는 5,000파운드의 기부금을 가지고 병원의 모든 결핵환자를 위한 사회복지서비스를 전개하기도 하였음

■ 학습정리

1. 사회복지의 기원

(1) 병원(Hospital)의 어원

- ‘Hospital’의 기원: ① 공주에 의한 순례자 또는 나그네의 접대, ② 빈곤자, 노령자, 허약자 혹은 연소자를 위한 자선시설, ③ 병자, 장애자가 진료를 받는 시설 혹은 장소로 설명됨

2. 의료사회복지의 기원적인 활동

- 비조직적인 봉사(Unorganized Service)
- 간호사들의 봉사활동(Nursing Care)

- 부녀봉사원들의 활동(Activity of Lady Almoner)
- 정신병 환자의 사후지도(After Care of Insane)
- 의과대학생들의 봉사활동

3. 의료에서 사회복지의 개입

- 빈곤한 환자에 대한 무료 또는 의료비의 부담을 적게 갖도록 하는 형태로 나타났고, 빈곤한 환자와 그 가족에 대한 경제적 원조를 중심으로 한 활동이 전개되었음
- 예방의학의 대두로서 환자의 생활개선에 필요성을 강조함
- 진료과정에서 질병의 생물학적·심리학적·사회적 측면은 상호불가분의 관련성을 가지고 있으므로 진단이나 치료를 효과적으로 하기 위해서는 여러 측면의 통합으로 이해하고 처치하지 않으면 안됨

4. 영국 의료사회복지 발달과정

(1) 전문직으로 발돋움

- 19세기부터 정신병원에서 퇴원한 환자들을 대상으로 사후보호의 일환으로 가정방문이 행해졌음
- 1880년에는 정신질환자 사후지도협회가 설립됨
- 메리 스튜어트가 왕실시료병원에서 환자의 사회경제적 상태를 평가하는 일을 담당함
- 메리 스튜어트의 병원에서의 활동이 점차 의료관계자와 병원으로부터 인정을 받게 되면서 1897년 병동에서도 의료사회복지 서비스 확장의 필요성이 대두되어 프린멜과 다빗손이 채용되었으며, 많은 봉사자들이 함께 의료사회복지활동에 참여해 팀을 이루게 되었음

(2) 의료사회복지사 활동영역 확대 및 조직화

- 1905년에는 왕실시료병원 외에 7개의 타 병원에서도 의료사회복지사가 채용되어 일하였으며(Gehlert, 2006: 7), 새로운 의료사회복지사들은 왕실시료병원에서 실습함
- 1906년에는 병원의료사회복지사협회 창설되었음

3주차 1차시

의료사회사업의 발달과정 [2]

학습 목표

- 미국 의료사회사업 발달과정을 이해하고 설명할 수 있다.
- 한국 의료사회사업 발달과정을 이해하고 설명할 수 있다.

학습 내용

1. 미국 의료사회사업 발달과정
2. 한국 의료사회사업 발달과정

1) 전문직으로 발돋움

- 미국에서 의료사회복지의 등장과 발달은 정치 및 경제적 요인에 근거를 둔 19세기와 20세 유럽 각국으로부터의 거대한 인구유입으로 특징지워질 수 있는
 - 미국의 인구학적 특성,
 - 병자를 어떻게 처우할 것인가에 대한 사회적 태도,
 - 그리고 건강에 영향을 미치는 사회적 및 심리적인 요인들에 관한 고려, 이 세가지가 서로 밀접하게 관련된 현상
- 병원이 미국사회에 등장하게 된 배경
 - 1600년대 후반과 1700년대 초반에는 병이 있는 자들은 집에서 보호를 받았음
 - 그러나 인구가 많아짐에 따라 미국의 지역사회는 신체적 또는 정신적으로 병이 있는 자, 늙고 병든 자, 고아, 그리고 유랑자들을 수용하고 보호하기 위한 목적으로 빈민구호소(alms-houses)를 발전시켰음
 - 1700년대 중반까지 빈민구호소에서 환자들은 다른 거주자들로부터 분리되어 다른 층이나 건물 등에 수용되었고, 이러한 수가 증가함에 따라 빈민구호소와는 독립적으로 공중병원(public hospital)이 탄생하게 되었음
 - 이후 1751년부터 1840년 사이에 공적기금과 개인기금의 다양한 조합아래 많은 병원들이 미국의 지역사회 내에 자발적으로 설립되었음
- 1700년대 후반에는 의료시설의 한 형태로 진료소(dispensary)가 등장
- 19세기 후반에는 병원(hospital)과 진료소(dispensary)를 개혁하려는 움직임이 일어나 진료소에서 환자에 대한 가정방문을 실시하기도 하였음
- 환자에 대한 가정방문을 실시하기 위해 위생 방문자(sanitary visitor)로 불리는 의사가 채용되기도 하였는데, 이들은 환자의 가정을 방문하여 위생 상태와 음식선택 및 조리방법 등에 관해 논의하였고, 교육을 제공하였음
- 또한 가족의 크기, 수입, 생활비 등 사회복지사와 같은 양식의 기록을 남겼음
- 이후 환자의 가정을 방문하여 위생 상태나 먹는 음식 등 처한 상황을 알아보고 교육을 제공하는 것은 수년 동안 간호사와 의사들의 교육훈련의 한 과정으로 자리잡게 되었음
- 1890년에 의사인 헨리 드와트(Dr. Henry Dwight Chapin)는 자원봉사자들이 어린이 환자들의 가정을 방문하여 상태를 보고하고 의료적 처방을 이해하고 따르도록 돕는 역할을 담당하는 프로그램을 마련
- 1894년에는 내과의를 지명하여 그 일을 행하도록 하였으나 곧 이 일은 간호사에 의해 대체되었음
- 의료사회사업이 미국에서 전문직으로 처음 인정받기 시작한 것은 1905년 보스톤에 있는 메사추세츠 종합병원(Massachusetts General Hospital)의 의사인 리처드 캐봇(Dr. Richard C. Cabot)이 병원진료소에 의료사회복지사 가넷 펠튼(Garnet J. Pelton)을 채용한 것이 시초라 할 수 있음
- 가넷 펠튼은 미국 병원에서 사회복지사로 일한 최초의 여성

- 후임으로 온 이다 캐논(Ida Cannon)은 그 후 40년 동안 일하면서 병원 내 사회복지팀의 부서장을 역임하고, 의료사회사업에 관한 2권의 저서와 여러 보고서들을 출판하기도 하는 등 환자를 대상으로 심리사회적 서비스를 제공하는 의료사회복지 영역의 전문성을 확립하는 데 크게 공헌하였음
- 가넷 펠튼, 이다 캐논, 그리고 의사인 리차드 캐봇은 메사추세츠 종합병원에 사회사업과를 설립하는 데 중추적인 역할을 한 자들임
 - 캐논은 1907년 대학을 졸업하고 나서 캐논은 전임 사회복지사로 일하였으며, 1914년에는 사회사업과(social service department)의 첫 번째 부서장이 되었고, 1945년에 메사추세츠 병원을 은퇴하기까지 그녀는 의료사회사업의 초석을 확립하는 데 큰 공헌을 하였음
 - 한편 하버드(Harvard)에서 수학한 의사인 캐봇은(Dr. Cabot)은 발병의 원인과 환자의 기능회복은 사회 환경적 요인에 의해 많은 영향을 받는다고 생각하였으며, 질병의 배후에 있는 사회 환경적 요소에 많은 관심을 가졌음
 - 캐봇은 사회적이거나 정신적인 문제가 신체적 문제 아래에 깔려 있다고 생각하였으며, 단순히 신체적 원인에 기인한 고통은 드물다고 생각하였음
 - 1907년 대학을 졸업하고 나서 캐논은 전임 사회복지사로 일하였음
 - 1914년에는 사회사업과(social service department)의 첫 번째 부서장이 되었음
 - 1945년에 메사추세츠 병원을 은퇴하기까지 그녀는 의료사회사업의 초석을 확립하는 데 큰 공헌을 하였음
 - 한편 하버드(Harvard)에서 수학한 의사인 캐봇은 발병의 원인과 환자의 기능회복은 사회 환경적 요인에 의해 많은 영향을 받는다고 생각하였으며, 질병의 배후에 있는 사회 환경적 요소에 많은 관심을 가졌음
 - 사회적이거나 정신적인 문제가 신체적 문제 아래에 깔려 있다고 생각하였으며, 단순히 신체적 원인에 기인한 고통은 드물다고 생각하였음
 - 이다 캐논(Ida Cannon)은 최초의 사회사업과 부서장이 되었으며, 메사추세츠 병원에 사회복지사 교육프로그램을 발전시켰음
 - 1919년 캐봇이 하버드대학교 사회윤리학과(Harvards Department of Social Ethics)로 자리를 옮길 때까지 그는 13명에 이르는 사회복지사의 비용을 그의 개인 기금에서 부담하였으며, 이후 병원에서는 부서장 회의를 열어 사회사업과를 병원의 부족기관으로 영속화시킬지와 그 비용을 전액 부담할 것인지에 대한 투표를 실시하였음
 - 이 안건이 통과되어 1919년 이다 캐논은 새롭게 탄생한 사회사업과의 부서장으로 취임하였음

2) 의료사회복지사 활동영역 확대 및 조직화

- 메사추세츠병원에서의 성공은 미국병원협회와 미국의료협회의 관심을 불러일으켰고, 존스홉킨스병원(Jones Hopkins Hospital)을 비롯하여 미국 내 대표적인 여러 병원들에서 사회복지사를 채용하게 되었음
- 이후 1913년까지 미국 내 약 200여 개의 병원에서 사회복지사를 채용하게 되었음
- 이러한 의료사회복지의 확대에 힘입어 대학에서도 사회복지학과가 창설되었는데, 1918년에 메사추세츠 병원에서 일하였던 루스 에머슨(Ruth Emerson)은 병원을 떠나 시카고 대학에 사회복지학과(Social Service Department)를 창설하였고, 1923년에 베이커(Edith M. Baker)는 세인트 루이스(St. Louis)의 워싱턴대학에 사회복지학과를 설립하였음

- 의료사회복지사에 대한 교육 및 훈련프로그램은 1912년부터 시작
- 1918년에 병원 사회복지사협회(American Association of Hospital Social Workers: AAHSW)가 창설되면서 의료사회복지사에 대한 교육 및 훈련과정은 더욱 체계화되었음
- 1915년 미국에서 의료사회사업 부서가 생긴지 10년째 되는 해, 10주년 행사에서 사회복지사협회의 필요성에 관해 의료사회복지사들이 논의한 결과물로서 미국에서 만들어진 최초의 전문 사회복지사협회임
- 미국 병원사회복지사협회(American Association of Hospital Social Workers)의 2가지 주요 목적
 - 첫째, 병원에 있는 사회복지사의 훈련을 강화하고 조정하는 것
 - 둘째, 대학의 사회복지학과와 실천가들 사이의 의사소통을 향상시키는 것
- 이 협회는 1928년에 60개 병원의 사회복지부서로부터 1,000개의 사례연구를 출간하였음
- 1929년에 발간된 조사자료에 의하면 시카고, 워싱턴, 뉴욕 등 10개의 주요 대학에서 의료사회복지를 정규과정으로 교육하고 있었으며, 18개의 대학은 의료사회복지를 교육과정에 포함시키는 것을 계획하고 있었음
- 1934년에 병원사회복지사협회는 명칭을 의료사회복지사협회 (American Association of Medical Social Workers)로 변경하였음
- 한편 정신의료사들은 1926년 의료사회복지사협회에서 분리되어 미국정신의료사회사업가협회(The American Association of Psychiatric Social Work: AAPSW)를 결성함
- 의료사회복지사협회는 전문적 임상개입 영역에 따라보다 세분화되어 발전하였는데, 전국 단위의 사회복지사협회로는
 - 재가건강보호사회복지사협회 (the American Network of Home Health care Social Workers)
 - 암사회복지사협회(the Association of Oncology Social Work)
 - 신장사회복지사협회 (the Council of Nephrology Social Workers)
 - 출산전후사회복지사협회 (the National Association of Perinatal Social Workers)
 - 이식사회복지사협회 (the Society for TranspLant Social Workers) 등이 대표적

3) 의료사회복지서비스의 발전

- 2차 세계 대전 이후에는 전쟁에 참여했던 군인들을 대상으로 재활(rehabilitation)의 중요성이 강조되기 시작하면서 국가 및 주 단위에서 재활정책이 마련되었고, 사회복지시설에 처음으로 사회복지사가 채용되기도 하였음
- 특히 중도장애인이 된 절단환자, 척수손상환자 등을 대상으로 이들의 회복과 사회복지권을 돕는 재활서비스 영역이 사회복지의 한 분야로 대두되기 시작하였음
- 1940년에는 의료사회복지 학술지가 발간
- 정신보건사회복지사협회에서도 전문학술지를 출간
- 1966년 미국에서는 65세 이상의 노인들에게 의료보험의 일종인 메디케어(medicare)를 제공하고, 의료적 혜택을 받지 못하는 빈곤자나 장애인들을 위한 의료보호인 메디케이드(medicaid)를 제공하도록 사회보장법을 확대
- 병원의 사회복지사는 메디케어를 받는 노인 환자와 메디케이드의 적용을 받는 환자들을 대상으로 심리사회적 평가 및 지지서비스를 제공하는 데 중추적인 역할을 담당하게 되었음

4 | 의료사회사업론

- 1970년대와 1980년대에는 병원에서 사회사업이 다양한 이론과 치료적 기술들을 활용하여 다각적인 접근을 함으로써 전문성이 더욱 확립

2

한국 의료사회사업 발달과정

(1) 근대 이전의 의료시혜 활동

- 고려시대 제11대 문종(1047-1082)은 빈곤한 병자를 구호하고 요양하기 위한 의료 구제사업 기관으로 동·서대비원을 개경과 서경에 창설
 - 제16대 예종(1106- 1122)은 혜민국을 창설하여 일반서민에 대한 의료혜택을 주면서 빈곤한 환자에게는 의약품과 의복 등을 내주고 무료로 치료해주는 등 구호를 베풀었음
- 1883년 세브란스병원에서 여전도회 회원으로 구성된 자원봉사자들이 의료사회복지사의 역할을 한 것으로 전해지고 있음
- 개화기(1876-1910)에 이루어진 의료사회복지 활동은 조선 후기 정부, 대한제국 등 공공이 주체가 된 활동과 선교사 단체나 한의사 단체가 주체가 된 민간영역에서의 활동을 찾아볼 수 있음
- 주로 빈곤한 환자나 전염병환자를 대상으로 사회적 소외계층이었던 여성과 고아를 포함한 어린이, 한센병 환자, 행려병자, 무의무탁한 자, 그리고 농촌지역 주민을 대상으로 한 복지활동이 이루어졌음
- 활동의 형태는 무료진료, 무료 치료, 약제비 무료, 혹은 저가 치료와 순회 진료가 제공된 것으로 보고되고 있음

(2) 의료사회복지실천의 시작과 확대

- 1883년 세브란스병원에서 여전도회 회원으로 구성된 자원봉사자들이 의료사회복지사의 역할을 한 것으로 전해지고 있음
- 개화기(1876-1910)에 이루어진 의료사회복지 활동은 조선 후기 정부, 대한제국 등 공공이 주체가 된 활동과 선교사 단체나 한의사 단체가 주체가 된 민간영역에서의 활동을 찾아볼 수 있음
- 주로 빈곤한 환자나 전염병환자를 대상으로 사회적 소외계층이었던 여성과 고아를 포함한 어린이, 한센병 환자, 행려병자, 무의무탁한 자, 그리고 농촌지역 주민을 대상으로 한 복지활동이 이루어졌음
- 활동의 형태는 무료진료, 무료 치료, 약제비 무료, 혹은 저가 치료와 순회 진료가 제공된 것으로 보고되고 있음
- 의료시설에서 처음으로 일하기 시작한 것은 1958년 한노병원에서 부터임
- 이곳에서 사회복지사 레케보(Diakon Gotfred Rekkebo)의 지도하에 캐나다 유니테리안 봉사회가 결핵환자와 그 가정을 돕기 위해 인적, 물적 자원을 제공
- 같은 해 12월에는 세브란스병원 흉곽내과에서 전문의료사회복지사가 결핵환자를 돕기 위해 일하기 시작했으며, 1959년에는 국립중앙의료원, 원주기독병원, 1962년에는 국립정신병원에서 각각 의료사회사업이 시작

- 원주기독병원
 - 1959년 극빈환자의 입원치료를 경제적으로 원조하기 시작하여 나환자촌 진료, 간질환자 순회 진료 등 지역사회주민을 위한 의료복지사업을 전개
- 가톨릭대학교 부속성모병원
 - 1962년 신경정신과 과장의 요청으로 사회복지사가 정신질환자의 진단과 치료 및 사후지도를 위해 팀의 일원으로 일하기 시작하였으며, 그 후 지속적인 노력으로 1966년 사회복지사를 병원의 정식 직원으로 채용하게 되었는데, 초기에는 주로 신경정신과 소속으로 일하였으나 1968년에는 의료사회복지가 하나의 독립된 부서로 자리잡게 되었음
- 이후 병원 내에서 사회사업과나 사회사업실 또는 사회복지과가 정식 부서로 편성
 - 1964년 연세의대 부속 세브란스병원
 - 1966년 계명의대 부속 동산의료원
 - 1968년 전주예수병원, 고려병원, 중앙대부속 성심병원 등에서 의료사회복지업무가 시작
 - 1971년 한강성심병원, 안양정신병원, 혜동의원 정신과 등에서도 사회복지활동이 전개
 - 1974년 이화여대의료원 부속병원, 서울기독병원, 안양정신병원, 고려대의대 부속병원
 - 1975년 성분도병원
 - 1976년 가톨릭의대 부속 산업재해병원, 서울백제병원
 - 1977년 대구 파티마병원, 국립보훈병원 등에서도 사회사업과가 편성되어 운영

(3) 의료사회복지실천의 법적 근거 마련

- 종합병원에 사회복지사업법 규정에 의한 사회복지사업 종사자 자격을 가진 자 중에서 환자의 갱생·재활과 사회복지를 위한 상담 및 지도업무를 담당하는 요원을 1인 이상 둔다.
- 1973년 의료사회복지사들이 모여 ‘대한의료사회복지사협회’를 창설함
- 1977년에는 의료보험제도의 확대 실시로 정신의학적 사회사업 부문에서 사회복지사의 개입 및 치료활동에 대한 보험수가를 청구할 수 있는 법적 근거가 마련되었는데, 이러한 영향으로 병원 내 의료사회복지 부서가 더욱 확대
 - 1979년 부산 메리놀병원,
 - 1980년 부산 아동병원,
 - 1982년 인제대부속 부산백병원, 1983년 서울적십자병원, 연세대의대부속 영동세브란스병원(현 강남세브란스병원) 등에서 의료사회복지 활동이 시작되어 현재까지 이어지고 있음

(4) 의료사회복지실천 분야의 확장과 전문성 확립

- 정신과 영역에서 정신질환을 앓고 있는 환자와 가족들을 대상으로 교육 및 상담제공, 사회복지를 위한 훈련 및 지원연결 등의 업무를 담당하고 있는데, 특히 정신과 영역에서의 사회복지사의 활동은 정신의료사회사업의 영역으로 보다 세분화되고 전문화된 형태로 발전해나가고 있음
- 정신의료사회복지는 1977년 정신 의료사회사업활동이 공식적으로 수가를 책정할 수 있는 영역으로 지정되면서 급속히 확산되기 시작
- 1993년에는 정신의료사회복지사들이 대한의료사회사업가협회에서 분리되어 한국정신의료사회사업협회를 창설하였으며, 1995년 정신보건법 제정 이후에는 병원 등 의료세팅 뿐만 아니라 지역사회를 중심으로 한 정신건강증진센터와 사회복지시설 등에서 사회복지사의 활동이 더욱 활발해지고 있음

- 정신과 영역뿐만 아니라 임상 각과에서 다양한 질환과 문제를 가진 환자와 가족들을 대상으로 심리사회적 평가 및 상담제공, 자원연계, 그리고 여러 전문직들과의 팀접근 등을 체계적으로 실시하고 있음
- 질병모델 중심의 병리학적 관점에서 탈피하여 강점관점에 기반한 사회복지실천이 점차 중요해지고 있는데, 임파워먼트 모델, 레질리언스 모델 등 비교적 최근에 등장한 강점관점의 임상모델들을 의료사회복지실천에 접목시키고 있음
- 뿐만 아니라 사회복지실천의 기본관점인 생태체계관점을 비롯하여 행동주의 이로, 인지치료 이론, 다양한 모델들을 활용한 가족치료 접근, 증거기반실천 등이 의료사회복지실천 현장에 서 꾸준히 활용되고 있어 전문성이 더욱 증진된 실천활동이 확대되고 있음

■ 학습정리

1. 미국 의료사회복지 발달과정

(1) 전문직으로 발돋움

- 1700년대 중반까지 빈민구호소에서 환자들이 증가함에 따라 빈민구호소와는 독립적으로 공중병원(public hospital)이 탄생함
- 1700년대 후반에는 의료시설의 한 형태로 진료소가 등장하였음
- 19세기 후반에는 병원(hospital)과 진료소(dispensary)를 개혁하려는 움직임이 일어나 진료소에서 환자에 대한 가정방문을 실시하기도 함
- 의료사회사업이 미국에서 전문직으로 처음 인정받기 시작한 것은 1905년 보스턴에 있는 메사추세츠 종합병원의 의사인 리차드 캐봇이 병원진료소에 의료사회복지사 가넷 펠튼을 채용한 것이 시초임
- 이다 캐논(Ida Cannon)은 최초의 사회사업과 부서장이 되었으며, 메사추세츠 병원에 사회복지사 교육프로그램을 발전시켰음

(2) 의료사회복지사 활동영역 확대 및 조직화

- 메사추세츠병원에서의 성공은 미국병원협회와 미국의료협회의 관심을 불러일으켰고, 존스홉킨스병원(Jones Hopkins Hospital)을 비롯하여 미국 내 대표적인 여러 병원들에서 사회복지사를 채용하게 되었음
- 1913년까지 미국 내 약 200여 개의 병원에서 사회복지사를 채용하게 되었음
- 대학에서도 사회복지학과가 창설되었음(1918년에 메사추세츠 병원에서 일하였던 루스 에머슨은 병원을 떠나 시카고 대학에 사회복지학과를 창설하였고, 1923년에 베이커는 세인트 루이스의 워싱턴대학에 사회복지학과를 설립함)
- 병원에서 활동하는 의료사회복지사에 대한 교육 및 훈련프로그램은 1912년부터 시작되었음
- 1918년에 병원 사회복지사협회 창설됨

(3) 의료사회복지서비스의 발전

- 2차 세계 대전 이후에는 전쟁에 참여했던 군인들을 대상으로 재활(rehabilitation)의 중요성이 강조되기 시작하면서 국가 및 주 단위에서 재활정책이 마련되었고, 사회복지시설에 처음으로 사회복지사가 채용되기도 하였음

- 1940년에는 의료사회복지 학술지가 발간되었음
- 1966년 미국에서는 65세 이상의 노인들에게 의료보험의 일종인 메디케어(medicare)를 제공하고, 의료적 혜택을 받지 못하는 빈곤자나 장애인들을 위한 의료보호인 메디케이드(medicaid)를 제공하도록 사회보장법을 확대하였음
- 1970년과 1980년대에는 병원에서 사회사업이 다양한 이론과 치료적 기술들을 활용하여 다각적인 접근을 함으로써 전문성이 더욱 확립되었음
- 1984년 미국에서는 새로운 의료비 지불체계인 포괄수가제가 도입되었음

2. 한국 의료사회복지 발달과정

(1) 근대 이전의 의료시혜 활동

- 고려시대 제11대 문종(1047-1082)은 빈곤한 병자를 구호하고 요양하기 위한 의료 구제사업 기관으로 동·서대비원을 개경과 서경에 창설하였고, 제16대 예종(1106- 1122)은 해민국을 창설하여 일반서민에 대한 의료혜택을 주면서 빈곤한 환자에게는 의약품과 의복 등을 내주고 무료로 치료해주는 등 구호를 베풀었음

(2) 의료사회복지실천의 시작과 확대

- 근대적 의미의 의료사회사업 이 시작된 것은 1883년 세브란스병원에서 여전도회 회원으로 구성된 자원봉사자들이 의료사회복지사의 역할을 한 것으로 전해짐
- 사회복지사가 의료시설에서 처음으로 일하기 시작한 것은 1958년 한노병원에서 부터임
- 1964년 연세의대 부속 세브란스병원, 1966년 계명의대 부속 동산의료원, 1968년 전주예수병원, 고려병원, 중앙대부속 성심병원 등에서 의료사회복지업무가 시작되었음

(3) 의료사회복지실천의 법적 근거 마련

- 1973년 의료시행령이 공포됨
- 1977년에는 의료보험제도의 확대 실시로 정신의학적 사회사업 부문에서 사회복지사의 개입 및 치료활동에 대한 보험수가를 청구할수 있는 법적 근거가 마련되었음

(4) 의료사회복지실천 분야의 확장과 전문성 확립

- 의료사회복지사의 활동은 이와 같은 정신과 영역뿐만 아니라 임상 각과에서 다양한 질환과 문제를 가진 환자와 가족들을 대상으로 심리사회적 평가 및 상담제공, 자원연계, 그리고 여러 전문직들과의 팀접근 등을 체계적으로 실시하고 있음
- 최근에는 질병모델 중심의 병리학적 관점에서 탈피하여 강점관점에 기반한 사회복지실천이 점차 중요해지고 있음