

서울케어-서남병원 지역사회 통합 돌봄 모델 구축: 퇴원연계서비스를 중심으로

장영수¹ | 곽은영^{1*} | 김민지¹ | 박정화¹

¹ 서울특별시 서남병원

* 교신저자: 곽은영
(40017@seoulnh.or.kr)

초 록

범국가적 차원에서 지역사회 Community Care 실현을 위하여 다양한 추진방향을 제시하고 있다. 서울특별시는 건강고위험군 대상자의 퇴원 후 연속적·집중적인 건강관리를 위해 「서울케어-시립병원 건강돌봄네트워크」 사업을 시작하여 입원환자 대상(시립병원→지역) 서비스 제공체계를 제시하였고, 본 연구는 이러한 서울시 제공체계를 바탕으로 시행한 사업으로서 ‘서울케어-서남병원 지역사회 통합 돌봄 모델: 퇴원연계서비스’를 분석하였다.

2021년 4월 12일부터 2022년 3월 31일까지의 서울특별시 서남병원 입원환자 4,618명의 전자무기록(Electronic Medical Record, 이하 ‘EMR’) 자료를 활용하였으며, 그중 의료적·사회적 욕구를 지닌 ‘복합욕구군’의 일반적 특성 및 사업 동의자의 퇴원 요구도 평가 결과를 분석하였다. 서울특별시 서남병원 건강돌봄네트워크팀은 사업 참여에 동의한 ‘복합 욕구군’ 41명을 대상으로 지역사회 기관 연계 및 사회복지 정보 제공, 본원 프로그램 연계 등 대상자의 퇴원 요구도 평가를 근거로 서비스를 제공하였다.

본 연구는 공공병원에서 ‘입원환자 대상(시립병원→지역) 서비스 제공체계를 적용 시 발생할 수 있는 문제점을 파악하고, 성공적인 사업 정착을 위해 고려해야 할 방안을 제시하고자 한다.

주요 용어: 지역사회 Community Care, 통합 돌봄, 퇴원연계서비스, 복합욕구군

알기 쉬운 요약

이 연구는 왜 했을까? 「서울케어-시립병원 건강돌봄네트워크」 퇴원연계서비스 사업 운영지침을 기반으로 실제 시립병원에서 적용 및 운영한 결과를 분석하였다. 이 과정에서 발생할 수 있는 문제점을 파악하고, 성공적인 퇴원연계서비스 사업 정착을 위해 고려해야 할 요소가 무엇인지 알아보았다.

새롭게 밝혀진 내용은? 성공적인 공공병원 퇴원연계서비스 정착을 위해 고려해야 할 요소는 병원 차원의 사업 운영, 사업 운영의 유연성 필요, 적극적인 지역사회의 자원 모색임을 확인하였다. 퇴원연계서비스 운영을 위한 임시조직을 마련하여 부서 간 협력을 도모하고, 원내 직원 및 환자의 적극적 참여 및 사업에 대한 이해도를 높여야 한다. 또한, 사업 운영 과정에서 기존에 정해진 절차에서 해결할 수 없는 경우들이 발생하게 되는데, 이를 해결하기 위해서는 원내 및 지역사회 유관기관과의 협의를 통해 효율적인 사업 운영 절차를 논의하여 업무의 유연성을 높이는 것이 중요하다는 것을 확인하였다. 마지막으로 환자에게 적절한 지역사회 자원을 발굴하여 연계하고 연계된 자원으로 환자들의 건강이나 욕구가 잘 해결되었는지를 파악하는 것이 핵심 요소임을 확인하였다.

앞으로 무엇을 해야 하나? 환자는 퇴원 후 지역사회 복귀 시 의료·보건·생활의 영역에서 복합적인 형태로 서비스 요구도가 나타났으며 치료 과정에 따라 요구도는 변화하기 때문에 의사·간호사·사회복지사가 팀을 이룬 다학제적 접근 노력이 필요하다. 또한, 범국가적인 차원에서 보편적인 지역사회 통합돌봄이 제공될 수 있도록 여러 공공병원을 포함한 종합병원 등의 의료기관 전반에서 활용될 수 있는 퇴원연계서비스 모델에 대한 연구를 제안한다.

본 논문은 서울특별시공공보건의료재단의 ‘2021 서울케어-시립병원 건강돌봄 네트워크 운영(안)’에 기반한 사업 결과를 토대로 작성하였음.

IRB No. SEOUL 2022-04-004

- 투 고 일: 2022. 07. 06.
- 수 정 일: 2022. 11. 08.
- 게재확정일: 2022. 11. 21.

I. 연구의 필요성

우리나라는 의료발달로 인한 기대수명 증가와 저출산 현상으로 빠르게 고령사회로 진입하였고, 2060년에는 전체 인구의 43.9%가 고령인구가 될 것으로 예상된다(통계청, 2021, p.16). 현재 우리나라 기대수명은 남성 80.5년, 여성 86.5년으로 OECD 평균(남성 77.9년, 여성 83.2년)보다 높게 나타났으며(통계청, 2021, p.14), 1970년부터 매년 상승하고 있다. 이러한 급속한 고령화는 노인 인구의 의료서비스 이용과도 밀접한 관련이 있다. 2020년 독거노인의 병·의원 입원율은 7.5%로, 노인부부가구 6.0%보다 높게 집계되었다(이윤경 외, 2020, p.278).

급속한 고령화와 기대수명의 증가로 돌봄제도에 대한 인식이 개인, 가족 단위의 문제에서 사회적 문제로 바라보는 관점이 나타나면서 2018년 보건복지부는 지역사회 통합 돌봄 기본계획을 발표하며 범국가적 지역사회 Community Care를 지향하고 있다.

그러나 이러한 노인 인구의 증가에도 불구하고, 노인 돌봄의 연속성 측면에서 의료·보건·복지의 서비스는 노인의 욕구별로 적절한 서비스가 제공되지 않아 노인의 욕구 충족에 큰 한계가 있는 것으로 분석됐다. 의료·보건·복지서비스의 '각 영역 내와' 각 영역 간 서비스의 연계가 이뤄지지 않아 노인의 욕구 변화에 따른 대상자나 서비스의 의뢰 및 연계가 매우 미흡한 것으로 나타났다(전용호, 2018, p.27).

공공병원에서는 2013년 서울특별시 북부병원이 보건, 의료, 복지 각각의 세 가지 서비스가 하나로 통합되어 제공되는 서비스를 지칭하는 '301네트워크 사업'을 운영하였다. 그러나 해당 서비스는 주로 지역사회로부터 의뢰된 환자를 대상으로 서비스를 제공하는 301 네트워크의 고유 취지로 인해 병원 내 의뢰가 이루어지지 않아 301네트워크의 서비스를 받지 못하는 대상자가 있었다(소예경, 2019, p.24).

이후 301네트워크는 2019년 「서울케어-시립병원 건강돌봄네트워크」사업으로 변화되어 '입원환자 대상(시립병원→지역) 서비스 제공체계가 추가되었고, 이는 퇴원 시 건강·생활·사회적 측면의 복합적인 요인으로 인하여 자택으로 퇴원하지 못하는 환자에게 지역사회 네트워크를 통한 적절한 자원을 연계하여 집에서 안정적으로 생활할 수 있도록 지원하는 데 목적이 있다(서울특별시 공공보건의료재단, 2021, p.4).

II. 연구 목적

본 연구의 목적은 '서울케어-서남병원 지역사회 통합 돌봄 모델: 퇴원연계서비스' 구축 및 운영과정을 살펴보고, '입원환자 대상(시립병원→지역) 서비스 제공체계' 결과를 분석하는데 있다. 본 모델이 적용된 연구 대상자의 EMR 자료를 활용하여 모델 적용 결과를 제시하고 지역사회 통합돌봄을 위한 퇴원연계서비스 사업을 시작하는 타 공공병원에 확대·적용될 수 있도록 실천적 제언을 하고자 한다.

III. 연구 방법

1. 연구 설계

2020년 2월 13일부터 「서울케어-시립병원 건강돌봄네트워크」 '입원환자 대상(시립병원→지역) 서비스 제공체계를 서남병원에 적용한 '서울케어-서남병원 지역사회 통합돌봄 모델: 퇴원연계서비스' 구축 및 운영 과정을 제시하였다. EMR자료를 활용하여 입원환자 중 '복합욕구군' 일반적 특성 및 사업참여자의 퇴원요구도에 기반한 퇴원계획 수립 및 서비스 연계 결과를 도출하였다.

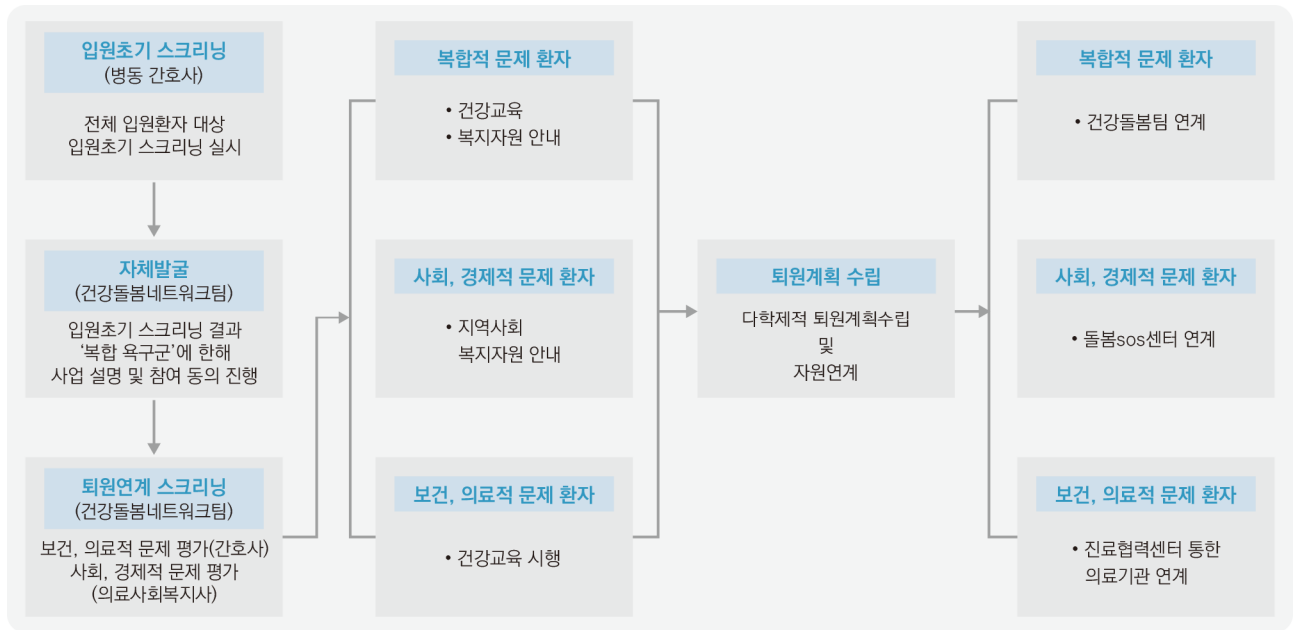
2. 연구 대상

연구 대상은 2021년 4월 12일부터 2022년 3월 31일까지의 서남병원 입원환자 4,618명이며, 퇴원 후 지역사회로 복귀하지 않는 노숙인 시설로 퇴원환자, 의료기관으로 퇴원환자, 외상·무의식 환자는 제외하였다.

3. 연구 모델

'서울케어-서남병원 지역사회 통합돌봄 모델'은 입원환자의 퇴원 후 안정적인 지역사회 복귀를 주된 목적으로 하며, 전체 입원환자를 대상으로 간호사는 입원초기 스크리닝을 시행하고, 의료진 판단하에 퇴원연계 선정 및 협진의뢰가 필요한 대상자들을 주치의가 협진의뢰를 시행한다. 그러나 연구가 진행된 기간은 코로나19 감염병 전담병원은 운영해 원내 협진이

그림 1. 서울케어-서남병원 지역사회 통합 돌봄 모델: 퇴원연계서비스 모델



이루어지지 못하였다. 이에 건강돌봄네트워크팀이 자체발굴을 실시하였다. 건강돌봄네트워크팀은 환자 면담을 통해 퇴원연계 스크리닝을 실시하였으며, 간호사는 보건·의료적 문제, 의료사회복지사는 사회·경제적 문제를 사정 및 평가한다.

크게 보건·의료적 문제를 지닌 환자는 간호사가 건강교육을 실시하였으며, 퇴원 후 사회·경제적 문제가 예상되는 환자는 지역사회 복지자원 정보제공과 필요시 연계를 계획한다.

이러한 간호사와 의료사회복지사의 퇴원연계스크리닝 결과를 토대로 의사, 간호사, 의료사회복지사는 다학제적 퇴원계획을 수립하고, 보건소 건강돌봄팀, 구청 돌봄SOS센터 등 필요한 지역사회 자원을 연계하는 체계적인 개입을 실시하여 지역사회 통합 돌봄을 증진하고자 하였다.

4. 연구 도구

가. 입원초기스크리닝지

입원초기스크리닝지는 2021 서울케어-시립병원 건강돌봄네트워크 운영(안)(2021)의 [서식 1] 입원초기 간호사정 시 병동간호사 수행 서식을 참고하여 본원에서 수정·보완하여 적용하였다. <표 1>의 4번, 5번, 6번 문항은 퇴원 후 의료적

개입이 필요한 '의료적 욕구'로 분류하였으며, 2번, 3번, 7번, 8번, 9번 문항은 사회적 및 일상생활 시 개입이 필요한 '사회적 욕구'로 분류하였다. 그 외 1번 문항은 '의료적 욕구' 분석 시 참고자료로 활용하였다. '의료적 욕구'와 '사회적 욕구' 모두 해당되는 경우 '복합욕구군'으로, '의료적 욕구' 또는 '사회적 욕구' 둘 중 하나에 해당되는 경우를 '단일욕구군', 모두 해당되지 않는 경우를 '미 해당'으로 분류하였다.

나. 퇴원연계스크리닝지

퇴원연계스크리닝지는 2021 서울케어-시립병원 건강돌봄네트워크 운영(안)(2021)의 [서식 3] 건강돌봄네트워크팀 평가서식을 참고하여 본원에서 수정·보완하여 적용하였다. 입원초기스크리닝지로 분류된 '복합욕구군' 중 '서울케어-서남병원 건강돌봄네트워크' 퇴원연계서비스 참여동의서를 작성한 사업동의자를 대상으로 서남병원 공공의료사업실 간호사 및 의료사회복지사가 면접조사를 실시하였다.

<표 2>의 '퇴원 요구도 확인 사항'을 바탕으로 '퇴원 요구도 문제 목록'을 분류하였으며, 문제목록에 따라 서남병원 공공의료사업실 의사, 간호사, 의료사회복지사가 다학제 회의를 실시하여 '퇴원 요구도 평가 결과'를 도출하였다.

표 1. 입원초기스크리닝지 서식

입원초기스크리닝지	
<input type="checkbox"/> 사업대상자 <input type="checkbox"/> 해당 무(노숙인 시설로 퇴원환자, 의료기관으로 퇴원환자, 외상·무의식 환자)	
1) 65세 이상입니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
2) 가족/간병자의 적절한 도움을 받는 데 어려움이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
3) 보행 또는 이동에 어려움이 있거나 최근 3개월 내에 낙상한 경험이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
4) 입원 또는 응급실 방문이 잦은 편입니까? (최근 6개월 이내 2회 이상 수준)	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
5) 만성질환 보유자입니까? (고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증, 뇌졸중, 심장질환, 관절염, 만성호흡기질환, 암, 간질환, 신장질환, 결핵 등)	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
6) 정신건강 관련 진단 또는 이상징후가 있습니까? (우울, 불안, 자살, 치매 등 진단 또는 징후가 있는 경우)	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
7) 일상생활 수행능력에 2가지 이상 어려움이 있습니까? (식사, 보행, 용변 옷 입기, 목욕 중 2가지 이상)	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
8) 의학적 요인 외에 기타 우려사항(거주지, 복지, 사회경제적, 안전 등)이 있습니까? (기초생활수급자, 차상위 계층, 경제활동 없는 경우(동거가족 포함), 학대 의심 등)	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
9) 퇴원 후 거주지가 정해져 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

자료: 서울특별시 공공보건의료재단(2021). 2021 서울케어-시립병원 건강돌봄 네트워크 운영(안)의 [서식 1] 참고하여 수정·보완함.

5. 연구 모델 구축 및 적용 과정

가. 서울케어-서남병원 지역사회 통합돌봄 모델 구축을 위한 퇴원연계서비스 TF팀 구성

본 연구는 서남병원 사업 주관부서에서 사업 대상자를 개입하여 공공병원 네트워크, 지역사회 간 연계를 통하여 통합돌봄 제공을 실현하기 위한 퇴원연계서비스 TF(Task Force; 사업 계획 달성을 위해 별도로 설치하는 임시조직)팀을 조직하였다. 퇴원연계서비스 TF팀은 진료부, 간호부(병동간호팀), 의무기록실, 의료정보팀, 진료협력팀, 원무팀, 홍보팀, 공공의료사업실로 구성하였으며 각 부서마다 2021 서울케어-시립병원 건강돌봄 네트워크 운영(안)(2021)에 따른 역할을 확인하고, 제공 단계의 세부절차를 기획하여 역할 및 업무를 <표 3>과 같이 구체화하였다.

나. 「서울케어-시립병원 건강돌봄네트워크」 ‘입원환자 대상(시립병원→지역) 서비스 제공체계’ 전산화

서남병원 공공의료사업실은 「서울케어-시립병원 건강돌봄네트워크」 ‘입원환자 대상(시립병원→지역) 서비스 제공체계’의 각 단계별 서식 및 전산 개발 필요 항목을 확인하고, 의료

정보팀과 의무기록실의 실무자와 총 22회의 실무자 회의를 거쳐 서식 및 전산 개발을 시행하여 5단계로 전산을 구축하였다.

1단계, 간호부(병동간호팀)의 협조를 통해 ‘입원초기스크리닝지’를 환자 입원 시 간호사가 작성하는 간호정보조사지 내 추가 하였다. 간호정보조사지와 원무데이터를 활용하여 <표 4>와 같이 일부 문항에 대해 입력값을 자동연동하고, 신규 입력항목을 간소화하여 병동간호사의 업무 부담을 최소화하였다.

2단계, 병동 주치의의 입원환자리스트에 ‘복합욕구군’은 ‘복합’, ‘단일욕구군’은 ‘단일’, ‘미 해당’은 ‘-’로 표시 되도록 칼럼을 삽입하여 ‘입원초기스크리닝지’ 결과값을 확인할 수 있도록 팝업창을 생성하였으며, 팝업창을 통해 협의 진료(이하 ‘협진’) 의뢰 여부를 선택할 수 있도록 하였다. 또한, 협진 의뢰서에 ‘퇴원 계획 문제’라는 새로운 작성 영역을 생성하여 타 협진 의뢰서와 차별을 두었다.

3단계, ‘건강돌봄네트워크’ 진료과를 생성하여 병동 주치의 협진의뢰 시 공공의료사업실에서 협진 환자를 조회할 수 있도록 하였다.

4단계, 협진이 접수 되면 공인전자문서(공전소)를 통하여 사업동의서를 받은 후 EMR의 ‘퇴원연계스크리닝지’를 통해 대상자를 사정하여 퇴원계획을 수립하였다.

표 2. 퇴원연계스크리닝지 서식

퇴원연계스크리닝지		
환자명() 등록번호() 성별/연령(/) 내원일시() 입원일시() 입원경로() 예상재원일수() 진료과() 병실() 진단명() 수술명()		
퇴원 요구도 확인 사항		
입원 및 응급실 재방문	<input type="checkbox"/> 0회 <input type="checkbox"/> 1회 <input type="checkbox"/> 2회 <input type="checkbox"/> 3회 이상	
현재 질환/의학적 문제	<input type="checkbox"/> 2개 이하 <input type="checkbox"/> 3~5개 이상 <input type="checkbox"/> 6개 이상	
만성질환 보유여부	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 (<input type="checkbox"/> 당뇨 <input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 기타 만성질환())	
복용약의 수	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 2개 이하 <input type="checkbox"/> 3~5개 <input type="checkbox"/> 6~9개 <input type="checkbox"/> 10개 이상	
사람, 장소, 자아, 시간 인지 기능	<input type="checkbox"/> 의식이 선명함 <input type="checkbox"/> 일부에 대해 가끔 불분명함	
	<input type="checkbox"/> 일부에 대해 지속적으로 불분명함	
	<input type="checkbox"/> 모두에 대해 가끔 불분명함	
	<input type="checkbox"/> 모두에 대해 지속적으로 불분명함	
의식 및 정서적 상태	<input type="checkbox"/> 이상 없음 <input type="checkbox"/> 쉽게 산만해짐 <input type="checkbox"/> 불안해함	
	<input type="checkbox"/> 혼란스러운 대화 <input type="checkbox"/> 기타 이상 있음	
정신건강(치매포함) 상태	<input type="checkbox"/> 위와 관계 없음	
	<input type="checkbox"/> 정신 질환 병력 있으며 비치료 중	
	<input type="checkbox"/> 정신 질환 병력 있으며 치료 중	
	<input type="checkbox"/> 병력 유무 관계없이 전문가 도움 원함 혹은 필요함	
자살 경향성	<input type="checkbox"/> 위와 관계 없음	
	<input type="checkbox"/> 자살시도 경험 없으나 최근 자살 생각을 해본적 있음	
거주환경(돌봄 상태)	<input type="checkbox"/> 자살시도 경험 있고 최근 자살 생각을 해본적 있음	
	<input type="checkbox"/> 가족과 동거하며 돌봄 가능 <input type="checkbox"/> 동거가족은 있으나 돌봄 불가능	
	<input type="checkbox"/> 혼자 살지만 가족의 도움 받음 <input type="checkbox"/> 혼자 살며 주변 도움 받음	
	<input type="checkbox"/> 혼자 살며 주변 도움 없음 <input type="checkbox"/> 요양병원 또는 요양원 거주	
일상생활 수행능력	<input type="checkbox"/> 장기요양 등급을 받아 입원 전 관련 서비스를 제공 받음	
	<input type="checkbox"/> 스스로 일상생활 수행 가능	
	(<input type="checkbox"/> 식사 <input type="checkbox"/> 식사 준비 <input type="checkbox"/> 식료품 구입 <input type="checkbox"/> 투약관리 <input type="checkbox"/> 재정관리 <input type="checkbox"/> 대변기능 자제력 <input type="checkbox"/> 소변기능 자제력 <input type="checkbox"/> 목욕/단장(옷 입기, 머리 빗기 등) <input type="checkbox"/> 교통수단 이용)	
이동성	<input type="checkbox"/> 보행 가능 <input type="checkbox"/> 사람의 도움으로 보행 가능 <input type="checkbox"/> 기계의 도움으로 보행 가능	
시각각 기능장애	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 둘 중 하나의 장애 <input type="checkbox"/> 모두 장애	
	<input type="checkbox"/> 의료비 지불 어려움	
	<input type="checkbox"/> 의료비 지불은 가능하나 주거·생계비 지불 어려움	
경제적 상황	<input type="checkbox"/> 의료비 및 주거비/생계비 모두 지불 어려움	
	<input type="checkbox"/> 건강돌봄연계서비스 원함 <input type="checkbox"/> 건강돌봄연계서비스 원하지 않음	
퇴원자 연계 선호도	<input type="checkbox"/> 건강돌봄연계서비스 원함 <input type="checkbox"/> 건강돌봄연계서비스 원하지 않음	
퇴원 요구도 문제 목록		
□ A.건강	<input type="checkbox"/> A1 고혈압	혈압 수치조절, 복약 순응도, 건강행태 개선, 정보 제공 등 필요한 경우
	<input type="checkbox"/> A2 당뇨병	혈당 수치 조절, 복약 순응도, 건강행태 개선, 정보 제공 등 필요한 경우
	<input type="checkbox"/> A3 통증	통증 완화, 건강행태 개선, 재활 치료 제공, 정보 제공 등 필요한 경우
	<input type="checkbox"/> A4 정신건강	우울, 치매, 인지저하 등으로 상담, 교육 및 치료가 필요한 경우
	<input type="checkbox"/> A5 흡연/음주	금연 및 금주(절주) 치료, 상담 및 교육이 필요한 경우
	<input type="checkbox"/> A6 기타 건강문제	시력, 청력, 구강, 근골격계, 호흡기계 문제, 연하곤란, 욕창 등으로 치료, 상담 등이 필요한 경우
□ B.생활 기능	<input type="checkbox"/> B1 영양/식사	영양결핍, 빈혈, 저체중, 과체중, 식습관 등으로 상담, 교육 및 지원이 필요한 경우
	<input type="checkbox"/> B2 배설	요실금 등 대소변 문제로 교육 및 지원이 필요한 경우
	<input type="checkbox"/> B3 허약/낙상	근력 강화, 건강행태 개선, 낙상 예방 등의 재활치료 및 상담, 교육이 필요한 경우
	<input type="checkbox"/> B4 보행/이동	보행문제, 이동지원(차량지원 등), 병원동행, 산책동행 등의 지원이 필요한 경우
	<input type="checkbox"/> B5 개인위생	목욕, 구강 청결 등 교육 및 지원이 필요한 경우
	<input type="checkbox"/> B6 가사활동	식사 준비, 청소, 세탁 등 지원이 필요한 경우
□ C. 사회적 욕구	<input type="checkbox"/> C1 교육(문해력)	교육 프로그램 연계가 필요한 경우
	<input type="checkbox"/> C2 주거편의	주거환경 개선 및 보수 지원 필요한 경우
	<input type="checkbox"/> C3 재정	재정적 문제, 고용 문제로 상담 및 지원이 필요한 경우
	<input type="checkbox"/> C4 고립	고립 완화, 사회적 관계망 형성, 안부 확인 등 지원 필요한 경우
	<input type="checkbox"/> C5 기타 사회적욕구	자립 지원, 자존감 완화, 직업훈련, 보호자 지원 등 교육 및 상담이 필요한 경우
퇴원 요구도 평가 결과		
<input type="checkbox"/> 1. 건강돌봄서비스 연계 필요 <input type="checkbox"/> 2. 가정간호서비스 연계 필요 <input type="checkbox"/> 3. 장기요양서비스 필요		
<input type="checkbox"/> 4. 돌봄자원 연계 필요 <input type="checkbox"/> 5. 의료비지원 필요 <input type="checkbox"/> 6. 주거지원 필요 <input type="checkbox"/> 7. 거주지 방문서비스		
<input type="checkbox"/> 8. 기타 지원 <input type="checkbox"/> 9. 지원 불필요		
기타 지원 내용(기타 지원, 지원 불필요의 경우 사유 기재)		
text		

자료: 서울특별시 공공보건의료재단(2021). 2021 서울케어-시립병원 건강돌봄 네트워크 운영(안)의 [서식 3] 참고하여 수정·보완함.

표 3. 퇴원연계서비스 TF팀 구성과 역할

부서	역할	구체적 업무
공공의료사업실	퇴원연계서비스 총괄	퇴원연계스크리닝 및 협의 진료 의뢰 회신, 건강상담 및 지역사회 자원 연계
진료부	퇴원연계서비스 대상자 평가 및 협의 진료 의뢰 절차 자문	퇴원연계서비스 대상자 평가 및 협의 진료 의뢰
간호부(병동간호팀)	입원초기스크리닝 자문	환자 입원 시 간호정보조사지 내 입원초기스크리닝지 작성
의무기록실	서식 개발 자문	서식지 개발 자문 및 요청된 서식 개발
의료정보팀	전산 개발 자문	전산 개발 자문 및 요청된 전산 개발
진료협력팀	타 의료기관 연계 협조	퇴원연계서비스 대상자 의료기관 연계 논의
원무팀	접수 및 수납 관련 사항 자문	의료비 지원 환자 공유 및 수납 처리, 건강돌봄네트워크 대상자 지원액 확인
홍보팀	퇴원연계서비스 홍보	지역사회 대상 홍보물 제작, 온·오프라인 행사활동 진행

표 4. 입원초기스크리닝 연동값

평가항목	연동 데이터
65세 이상입니까?	EMR - [환자정보]
보험유형	EMR - [환자정보]
가족/간병자의 적절한 도움을 받는 데 어려움이 있습니까?	EMR 간호정보조사지 - [10. 퇴원관련 정보 및 퇴원계획]
보행 또는 이동에 어려움이 있거나 최근 3개월 내에 낙상한 경험이 있습니까?	
입원 또는 응급실 방문이 잦은 편입니까? (참고치: 최근 6개월 내 2회 이상 수준)	
만성질환 보유자입니까? (고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증, 뇌졸중, 심장질환, 관절염, 만성호흡기질환, 암, 간질환, 신장질환, 결핵 등)	구두확인
정신건강 관련 진단 또는 이상 징후가 있습니까? (우울, 불안, 자살, 치매 등)	
일상생활 수행능력에 2가지 이상 어려움이 있습니까? (식사, 보행, 용변, 옷 입기, 목욕 중 2가지 이상)	
의학적 요인 외에 기타 우려 사항(거주지, 복지, 사회경제적, 안전 등)이 있습니까? 기초생활 수급자, 차상위 계층, 경제 활동 없는 경우(동거가족 포함), 학대 의심 등	EMR 간호정보조사지 - [10. 퇴원관련 정보 및 퇴원계획]
퇴원 후 거주지가 정해져 있습니까?	

마지막으로 ‘퇴원연계스크리닝지’의 ‘퇴원 요구도 문제 목록과 ‘퇴원 요구도 평가 결과’가 ‘협진 회신서’에 연동되도록 하였으며, 결과를 바탕으로 회신내용을 작성하도록 하였다.

다. ‘서울케어-서남병원 퇴원연계서비스’ 적용: 비대면 퇴원 연계 서비스

‘나단계에서 구축된 전산을 토대로 병동 간호사는 원내 모든 입원환자를 대상으로 입원초기스크리닝을 실시하고, 병동 주치의는 협진 절차를 통해 환자를 의뢰하여 건강돌봄네트워크팀이 개입을 진행하는 퇴원연계서비스 제공 체계를 구축하

였다. 그러나 본원은 2020년 2월 코로나19 감염병 전담병원으로 지정됨에 따라 환자 협진프로세스를 적용하는 데 어려움이 있었다. 이에 건강돌봄네트워크팀은 <표 5>와 같이 협진 의뢰부터 퇴원계획 수립까지의 과정을 비대면으로 전환하여 2021년 3월부터 코로나19 감염병 환자 중 ‘복합욕구군’을 건강돌봄네트워크팀이 자체 발굴하는 방식으로 퇴원연계서비스를 시범 운영하였으며, 2021년 4월부터 전체 입원환자를 대상(코로나19 감염병 환자 및 일반환자)으로 확대하여 퇴원연계서비스를 제공하였다.

<표 5>의 사업 설명 및 참여 동의 단계에서 병동간호사가 사업 참여 희망 대상자의 동의서를 수기 작성 후 의무기록실

표 5. 비대면 퇴원연계서비스 제공체계 확립

단계	기존	변경
입원초기스크리닝	병동간호사가 입원환자 전체를 대상으로 시행	
협진 의뢰	원내 의료진 협진 의뢰	건강돌봄네트워크팀 자체 발굴
사업 설명 및 참여 동의	대면(병동 방문)	비대면(메디링크스 및 유선)
퇴원연계스크리닝	간호사, 의료사회복지사 실시	
간호 및 사회사업 상담	대면 상담(병동 방문)	비대면 상담(유선)
협진 의뢰 회신	있음	없음
퇴원계획 수립	건강돌봄네트워크팀 다학제 평가, 퇴원계획 수립 및 자원연계	

용 휴대전화로 동의서를 전송하여 EMR에 등록하는 비대면 방식으로 진행되면서 병동, 의무기록실, 건강돌봄네트워크팀 모두 행정 업무가 증가하는 문제가 발생하였다. 이에 의무기록실과 협업하여 생활치료센터 격리 환자의 자기기록 작성을 위한 ‘비대면 서식 작성 프로그램(MEDILINKS, 이하 메디링크스)’을 본원 입원환자에게 적용하여 비대면 동의 절차를 구축하였다.

사업 참여 희망 환자는 본인 휴대전화를 통해 서울케어-서남병원 건강돌봄 네트워크 사업 참여 동의서를 전달받고, 환자 와 의사소통이 불가능한 경우 보호자에게 동의서를 전달하였다. 고령으로 메디링크스를 이용할 수 없는 경우, 유선으로 사업 안내 후 공전소 프로그램을 활용하여 동의서 작성 어려움으로 대상자들이 이탈되는 것을 방지하였다.

메디링크스를 통해 사업 동의를 진행한 환자는 건강돌봄네트워크팀이 사전 검토한 EMR 내 간호정보조사지와 간호기록을 바탕으로 환자 및 보호자 상담을 진행한 후 퇴원연계스크리닝을 작성하였다. 추가적인 환자 사정을 위해 <표 6> 및 [그림 2]와 같이 퇴원연계서비스 전·후의 건강 상태 변화 확인을 위한 ‘사전·사후 건강설문지’와 환자 및 보호자의 퇴원 요구도 파악을 위해 ‘퇴원환자 요구도 조사지’ 서식을 개발하여 설문을 진행하였다.

퇴원연계스크리닝과 상담을 통해 퇴원 요구도가 사정된 환자를 대상으로 의사, 간호사, 의료사회복지사로 구성된 다학

제 간 팀회의를 통해 의료·사회·경제적 욕구를 논의하고, 해당 욕구들을 토대로 건강교육 실시, 지역사회 자원 연계 등 환자의 원활한 지역사회 복귀를 위한 퇴원계획을 수립하였다. 다학제 팀회의는 신규 대상자 발생 시 의무적으로 1회를 실시, 이후 자원연계, 치료계획 논의 등이 필요한 환자에 대해 추가 회의를 진행하였으며, 연구기간 동안 다학제 간 팀회의 건수는 43건으로 집계되었다.

구청 돌봄SOS센터를 통한 일시재가서비스와 식자지원서비스 등을 연계하여 퇴원 후 돌봄 공백을 방지하고, 복약지도 등 건강관리가 필요한 환자는 보건소 건강돌봄팀에 의뢰, 퇴원 후에도 지속적인 건강관리를 받을 수 있도록 개입을 진행하였다.

또한, 퇴원 후 코로나19 감염병 환자의 ‘코로나 블루’ 예방을 위해 ‘코로나19 퇴원환자 정서지원 서비스’를 개발, 유선 상담 과정에서 우울증 자가진단을 실시하였다. 우울증 고위험군 발생 시 본원 정신건강의학과 진료 또는 거주지 관할 정신건강복지센터 연계 등 후속 치료를 받을 수 있도록 지원하였다. 더불어 퇴원 후 정서지지의 일환으로 ‘정기문자 서비스’를 함께 시행하여 확진 환자에 대한 부정적 인식 등으로 일상생활 복귀에 어려움을 겪는 환자에게 지속적인 심리지원 서비스를 제공하였다.

정기문자 서비스는 추후 일반병동 퇴원환자까지 대상이 확대되어, 퇴원 후 건강관리에 대한 정보를 추가하여 운영하였다.

표 6. 건강돌봄네트워크팀 내 직종별 수행업무

직종	역할
공동	다학제 평가, 퇴원계획 수립
의사	의학적 평가 및 치료 계획 수립
간호사	의료적 위기사항 스크리닝 및 간호사정, 사전·사후 건강설문, 건강교육
의료사회복지사	심리사회·경제적 문제사항 사정 및 초기상담 실시, 환자 요구도 조사, 자원연계

그림 2. 건강돌봄네트워크팀 환자 퇴원요구도 파악을 위한 서식지 개발 및 적용

서울케어-서남병원 건강돌봄 네트워크 건강 설문조사(사전)

등록번호: _____ 이름: _____ 성별/연령: _____

1. 현재 나의 건강 상태는 몇 점인가요?
(매우 좋지 않음) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (매우 좋음)

2. 다음 항목에 따라 해당하는 칸에 체크해주세요.

번호	항 목	전혀 그렇지 않다		그렇지 않다		보통이다		그렇다		매우 그렇다	
		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	나는 흡연을 하고 있다.	○									
2	나는 음주를 하고 있다.	○									
3	나는 신체활동*을 충분히 한다. *운동시간기준 :30분 이상(예: 걷기, 달리기, 등산등)	○									
4	나는 세 끼 식사를 규칙적이고 골고루* 알맞게 먹는다. *곡류, 채소, 고기, 계란, 생선, 유제품 등	○									
5	나는 아플 때 도움을 받을 수 있다.	○									
6	나는 내가 이용할 수 있는 복지서비스(시설)를 알고 있다.	◆	전혀 모름	모름	보통	조금 알고 있음	알고 있음				
7	나는 질환으로 인한 합병증을 알고 있다.	◆	전혀모름	합병증 인지	증상 설명 가능	증상 예방수칙 설명가능	예방수칙 알고 실천				
8	나는 질환의 진행이 나 자신에게 달려있다고 생각한다.	○									
9	나는 건강관리를 위해 생활습관개선 행위를 성공적으로 할 자신이 있다. *금연, 금주, 식이조절, 규칙적인 운동 등	○									

서울케어-서남병원 건강돌봄 네트워크 퇴원환자 요구도 조사 (환자용)

서울케어-서남병원 건강돌봄 네트워크 설문조사에 참여해주셔서 감사드립니다. 이 설문지는 입원환자를 위한 퇴원 후 서비스 마련 자료로 활용하게 됩니다. 본 요구도 조사는 무기명으로 실시하오니, 각 문항에 대한 여러분의 생각과 느낌을 성실하게 응답하여 주시기 바랍니다.

■ 문항을 읽고 해당하는 내용에 따라 "V" 체크를 해주시기 바랍니다.

문 항	예	아니오
1) 퇴원 후, 거주지는 어디입니까? ①자택 ②가족/지인 등의 집 ③타병원 ④사회복지시설 ⑤기타()		
2) 퇴원 후 홀로 일상생활 수행 이 가능하십니까? (취사, 청소, 세탁, 보행 등)		
3) 퇴원 후 도움을 받을 수 있는 지지체계 가 있습니까? (가족, 지인, 복지관, 주민센터 등)		
4) 일상생활 수행이 어려운 주민을 위해 주민센터 등에서 일상생활 지원 서비스 를 제공하고 있습니까. 귀하는 해당 서비스를 신청하시겠습니까? (식사지원, 가사활동, 동행지원, 안부확인, 건강관리 등)		
5) 거주지에서 일상생활 지원 서비스 를 희망하시는 경우, 원하시는 항목을 선택해 주시기 바랍니다. (중복 선택 가능) ①건강관리(제온, 혈압, 혈당측정, 투약 관리, 건강상담 등) ②취사 ③식사지원(도시락 배달 등) ④거주지 청결 ⑤외출동행 ⑥안부 확인 ⑦주거 개선(주거지 내 시설 개·보수) ⑧기타()		

자료: 서남병원 내부자료(2022)

환자 퇴원 후 2주 이내 모니터링을 시행하여 건강행태 및 연계 자원 이용 현황을 확인하고, 사후 건강설문을 진행하여 사후 결과의 변화 정도를 측정하였다. 점수가 동일하거나 감소한 환자의 경우 모니터링 심화 대상으로 선정하여, 한 달 이내 재모니터링을 실시하였고, 필요시 진료 및 사회복지 자원을 연계하여 퇴원 후에도 연속적인 지원을 받도록 관리하였다.

라. '서울케어-서남병원 퇴원연계서비스' 적용 : 서울시 양천구형 퇴원연계서비스

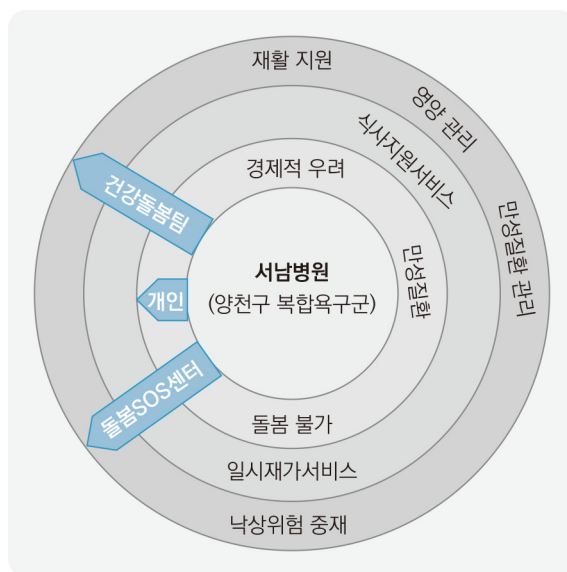
본원은 퇴원연계서비스 적용과정에서 양천구형 퇴원연계 서비스를 구축 및 운영하여, 유관기관과의 일방향적 연계의 한계를 보완한 대상자 사례공유를 실시하였다. 서울시 양천구는 구청 돌봄SOS센터, 보건소 건강돌봄팀을 운영하며 지역사회 통합돌봄 전달체계를 구축하고 있으며, 본원과 유기적 관계를 유지하며 업무를 수행하고 있다. 이에 지역사회-공공병원 간 통합돌봄을 제공하기 위한 요건이 충족되어 있다는 의견이 제시되었고, 양천구형 퇴원연계서비스 구축 논의를 위한

화상회의를 계획하여 양천구보건소 건강돌봄팀, 양천구청 돌봄SOS센터가 참석하였다. 이후 각 기관은 대상자 발생 시 마다 실무자 간 통합사례회의를 진행하여 지역사회-공공병원 구분 없이 연속적 지원 프로세스 구축과 SNS를 통해 대상자의 의료적·사회적 환경 공유하여 기관별 제공 가능한 서비스 계획을 수립하기로 합의하였다.

2021년 4월 본원은 일부 진료과의 입원 진료가 재개되면서 전체 입원환자를 대상으로 퇴원연계서비스를 운영하였고, 본원 소재지인 양천구 입원 환자가 증가하였다. 이에 복합욕구군 중 퇴원 후에서도 연속적인 건강관리가 필요한 대상자 3명을 양천구형 퇴원연계서비스를 통해 의뢰하였다. 그 결과 양천구 소방서 등 지역사회 내 서비스를 추가로 연계하여 가정에서도 지속적인 건강관리를 받을 수 있는 지지체계를 구축하였다.

양천구형 퇴원연계서비스는 양천구 통합돌봄 관련 기관 실무자 간 협업프로세스를 정착시킴으로써 기존에 의뢰 과정에서 진행되었던 유선 사례회의의 건수를 감소시켰으며, 대상자 자원 연계 과정에서 발생하는 소요시간을 감축시켜 퇴원 후

그림 3. 양천구형 퇴원연계서비스 개발 및 적용



대상자의 신속한 개입이 가능하였다.

6. 자료 수집

2021년 4월 12일부터 2022년 3월 31일까지 서남병원 입원환자 EMR 중 연구 대상자에 해당하는 환자 목록을 의무 기록실에 요청하여 자료를 수집하였다. EMR 자료의 입원초 기스크리닝 내 의료적·사회적 욕구를 파악하였으며, ‘복합육구군’에 대해 공공의료사업실 간호사 및 의료사회복지사 상담 내용의 EMR 자료를 수집하였다.

7. 자료 분석

수집된 자료는 IBM SPSS/WIN 28.0 프로그램을 이용하여 연구 대상자의 일반적 특성, 임상적 특성, 사회·경제적 특성에 대해 실수와 백분율로 분석하고, 그 외 필요한 자료 분석은 원내 EMR 자료를 분석하였다.

8. 윤리적 고려

본 연구는 서울의료원 기관생명윤리위원회의 승인(IRB No. SEOUL 2022-04-004)을 받은 후 수행하였다. 서울케어-서남병원 지역사회 통합돌봄 제공 모델 구축에 활용한 연구 도구는 서울시와 공공보건의료재단이 공공병원 건강돌봄네트워크

팀에 적용하도록 제시한 도구이다. 또한, 2021년 4월 12일부터 2022년 3월 31일까지의 입원환자에게 새로운 정보를 수집하지 않고 개인식별정보가 포함되지 않은 EMR 자료와 문서만을 이용하였다. 자료보관은 연구책임자 개인PC 내 암호화된 컴퓨터에 보관하였으며, 외장하드에 저장하여 연구책임자의 연구실 잠금장치가 있는 개인 캐비닛에 보관하였다. 모든 연구 결과는 개인식별이 불가능한 방식으로 제시되고, 자료 분석 및 논문발표 후 수집, 분석된 자료는 연구 종료 3년 이내에 모두 삭제 및 파쇄·폐기할 예정이다.

IV. 연구 결과

1. ‘서울케어-서남병원 지역사회 통합돌봄 모델: 퇴원연계서비스’ 적용 결과

2021년 4월 12일부터 2022년 3월 31일까지 서남병원 전체 입원환자를 대상으로 ‘서울케어-서남병원 지역사회 통합돌봄 모델: 퇴원연계서비스’를 적용한 결과를 [그림 3]으로 제시하였다. 전체 입원환자 4,618명 중 생활치료센터로 즉시 전원된 환자 1명 제외한 입원초기스크리닝 대상자는 4,617명이었다. 입원초기스크리닝 결과 ‘사업 대상자(4,060명)’로 구분된 환자 중 전체 입원환자 대비 입원초기스크리닝을 실시한 비율은 99.9%였다. 그 결과 ‘복합육구군(209명)’은 5.2%, ‘단일육

표 7. 입원초기스크리닝 문항 비교

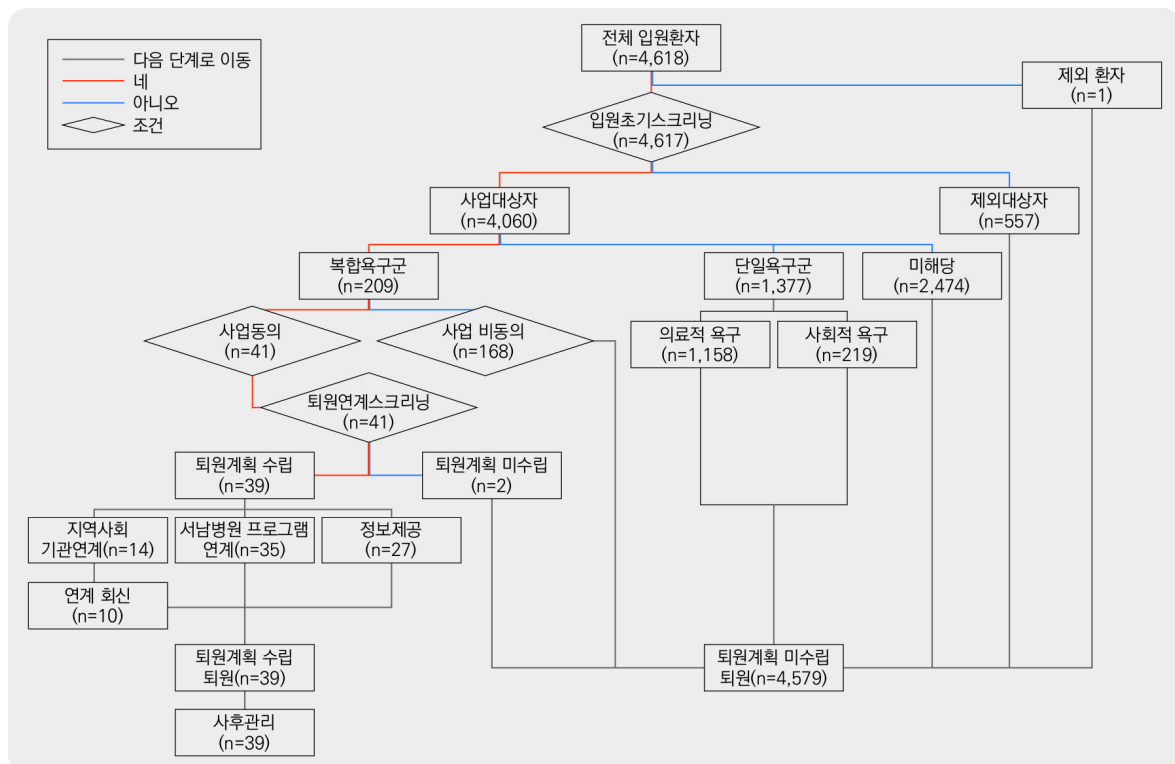
2021 서울케어-시립병원 건강돌봄 네트워크 운영(안) 서식	서남병원 입원초기스크리닝 서식
잘 조절되지 않는 당뇨, 고혈압 또는 뇌졸중의 과거력이 있는 환자입니까?	만성질환 보유자입니까?
우울, 자살시도, 치매 등 주요 정신질환으로 치료를 받은 과거력이 있습니까?	정신건강 관련 진단 또는 이상 징후가 있습니까?

구군(1,377명)은 33.9%, ‘미 해당(2,474명)’은 60.9%로 ‘단일욕구군’과 ‘미 해당’이 대부분의 비율을 차지하였다. 공공의료사업실에서는 ‘의료적 욕구’와 ‘사회적 욕구’가 모두 해당되는 ‘복합욕구군’을 대상으로 사업 동의 유무를 확인하여, ‘퇴원연계스크리닝’을 실시하였다. 사업동의 비율은 19.6%로 저조하게 나타났다. 분석 결과 2021년 4월 12일부터 2022년 3월 31일까지 입원환자 대부분은 코로나19 감염병 환자였으며, 2021년 9월 27일부터 코로나19 감염병 환자의 입원기간이 7일로 권고되어 환자들의 사업 참여 의지가 저조하였다. 또한 2021 서울케어-시립병원 건강돌봄 네트워크 운영(안)(2021)의 ‘[서식 1] 입원초기 간호사정 시 병동간호사 수행 서식’은 ‘예, 아니오’ 형식의 폐쇄형 질문으로 환자를 사정하는 데 제한이 있었다. 의료적 욕구와 사회적 욕구 및 일상생활에 대한 문항에 조건을 두어 대상자를 한정하였는데, 서남병원 공공의

료사업실은 더 많은 대상자들이 서비스를 제공받을 수 있도록 <표 7>과 같이 이를 수정·보완하여 대상자 범위가 확대되었다. 본 사업 대상자 ‘복합욕구군’ 중 사업 비동의자는 168명으로, 비동의 사유를 세부적으로 분석한 결과, 퇴원 후 일상생활로 복귀했을 시 어려움이 없어 불필요하다(119명)는 사유가 대부분이었다. 또한 퇴원연계서비스 필요성을 느끼지만 참여 의지가 없어(8명) 비동의했던 사례와, 그 외 입원초기스크리닝 오류로 분류된 외국인(7명), 연락 비희망(34명)으로 인한 확인불가 사례가 있었다.

사업동의 ‘복합욕구군(41명)’은 퇴원연계스크리닝 과정에서 도출된 퇴원요구도를 기반으로 지역사회 기관연계(14명), 서남병원 프로그램 연계(35명), 정보 제공(27명) 등 ‘퇴원계획 수립(39명)’을 실시하였으며, 사업동의 복합욕구군 대비 퇴원계획 수립 비율은 95.1%였다.

그림 4. ‘서울케어-서남병원 지역사회 통합돌봄 모델: 퇴원연계서비스’ 적용 흐름도



‘지역사회 기관연계(14명)’는 지역사회 기관으로 연계를 시도한 건수로 정의하며, ‘연계 회신(10명)’은 실제로 연계되어 회신을 받은 건수를 말한다. 따라서 실제 지역사회 기관연계 비율은 71.4%였으며 나머지는 예산 소진, 사업 종결 등의 사유로 연계 시도는 하였지만 실제 연계로 이어지지 않았다. ‘퇴원계획 수립 퇴원(39명)’ 후에는 유선 또는 영상통화를 통해 비대면 ‘사후관리(39명)’를 시행하였으며 ‘퇴원계획 수립 퇴원 후 ‘사후관리’를 실시한 비율은 100%였다.

‘단일욕구군(1,377명)’은 서남병원 공공의료사업실에서 공식적으로 개입하지 않았으나, ‘의료적 욕구(1,158명)’는 84.0%, ‘사회적 욕구(219명)’는 16.0%로 대부분 ‘의료적 욕구’에 해당되었다. 결과적으로 전체 입원환자(4,618명) 대비 ‘퇴원계획 수립 퇴원(39명)’의 비율은 0.8%, ‘퇴원계획 미수립 퇴원’이 99.2%였으며, 퇴원계획을 수립하고 지역사회로 복귀한 환자의 비율은 매우 저조하였다.

2. 전체 ‘복합욕구군’의 일반적 특성

‘복합욕구군’의 일반적 특성은 성별, 연령, 보험유형, 거주지로 분석하였다. 거주지의 경우 지역사회로 복귀하지 않는 노

숙인 시설로 퇴원환자, 의료기관으로 퇴원환자, 외상·무의식 환자를 연구 대상에서 제외하여, 모두 기존 거주지로 퇴원하는 것으로 확인되었다. 성별은 ‘남성’ 42.1%, ‘여성’ 57.9%로 ‘여성’이 높은 비율로 나타났다. 연령은 평균 65.42±14.09세였으며 최소연령 12세, 최고연령 92세였다. ‘만 71~80세’가 35.9%로 가장 높은 비율이었으며 다음으로는 ‘만 61~70세’ 26.8%, ‘만 51~60세’ 15.3% 순으로 나타났다. 보험유형은 ‘국민건강보험’이 71.3%로 대상자 대부분이었으며, 다음으로는 ‘의료급여 1종, 2종’이 23.4%로 나타났다. 거주지는 2021 서울케어-시립병원 건강돌봄 네트워크 운영(안)(2021)에 따라 서울시의 자치구를 동북, 동남, 서남, 서북, 북부, 동부 6개 진료권으로 구분하였고, 경기도 및 인천광역시 등 서울 외는 기타로 구분하였다. 서남병원 ‘복합욕구군’은 ‘서남 진료권 5개구’가 45.5%로 가장 높았으며 그 외는 비슷한 수준으로 나타났다.

3. 사업동의자 ‘복합욕구군’의 퇴원연계서비스 제공 현황

전체 복합욕구군 209명 중 퇴원연계서비스 동의자는 41명

표 8. 전체 ‘복합욕구군’의 일반적 특성

		(N=209)	
구분		n	%
성별	남성	88	42.1
	여성	121	57.9
연령	만 50세 이하	29	13.9
	만 51~60세	32	15.3
	만 61~70세	56	26.8
	만 71~80세	75	35.9
	만 81세 이상	17	8.1
보험유형	국민건강보험	149	71.3
	의료급여 1종, 2종	49	23.4
	차상위 1종, 2종	9	4.3
	일반	2	1.0
거주지	동북 진료권 4개구(광진구, 송파구, 도봉구, 강북구)	13	6.2
	동남 진료권 4개구(동작구, 관악구, 서초구, 강남구)	27	12.9
	서남 진료권 5개구(양천구, 강서구, 구로구, 금천구, 영등포구)	95	45.5
	서북 진료권 4개구(은평구, 마포구, 서대문구, 종로구)	22	10.5
	북부 진료권 3개구(중랑구, 노원구, 강동구)	10	4.8
	동부 진료권 5개구(동대문구, 용산구, 성동구, 성북구, 중구)	25	12.0
	기타(서울 외)	17	8.1

으로 전체 대상자의 19.6%를 차지하였다. 이들 중 건강 상태 악화로 인한 퇴원계획 미 수립자 2명을 제외한 39명의 대상자들에 대한 퇴원연계서비스 제공 현황을 분석한 결과 다음과 같다.

가. 퇴원 요구도 문제목록 및 퇴원 요구도 평가 결과 분석

사업동의자 복합욕구군 대상 퇴원 요구도 문제목록과 그에 따른 퇴원 요구도 평가 결과 분석은 <표 8>과 같다. '고혈압과 재정'문제가 각각 16명으로 가장 많았으며, 정신건강, 보행/이동 문제가 각각 12명 순으로 응답이 많았다.

건강 관련 퇴원 요구도 문제목록은 '고혈압'(16명)과 '정신건강'(12명), 외에 '통증'(11명)으로 자가관리에 대한 어려움을 가진 환자가 많은 것으로 분석되었다. '고혈압과 관련된 문제 목록으로는 혈압 수치 조절, 복약 순응도, 건강행태 불량 등의 요인이 있으며, '정신건강'은 우울, 치매 등의 문제 요인이 해당되었다. 생활기능과 관련해서 '보행/이동'(12명)에 가장 많은 어려움을 나타냈으며, 가사활동(11명)이 뒤를 이었다. 환자의 문제목록을 토대로 작성된 건강돌봄네트워크팀 퇴원 요구도 평가 결과는 다음과 같다. '돌봄자원 필요'가 8명으로 가장 많았으며, '건강돌봄서비스 연계 필요'(7명), '의료비 지원 필요'(3명) 순이었다. 이는 복합욕구군 대상자의 문제목록 중

건강 관련 요구(고혈압, 정신건강)와 생활기능(보행/이동) 관련 요구가 높은 것으로 분석되었다. 그 외 '기타 지원은 복합욕구군 환자를 대상으로 제공되는 원내서비스(정기문자 서비스 등) 제공으로, 지원 불필요(2명)를 제외한 37명에게 제공 계획을 수립하였다.

나. 자원연계 및 기타 서비스 제공 결과 분석

퇴원연계스크리닝 결과를 기반으로 실시한 원내·외 자원연계 및 기타 제공 서비스에 대한 분석 결과는 <표 9>와 같다. 지역사회 기관 연계된 복합욕구군은 10명으로, 당초 구청 및 보건소 등에 의뢰한 대상자 14명이었으나 사업 종료, 대상 부적격 판정 등으로 4명은 연계 미 진행 되었다. 서남병원 프로그램에 연계한 대상자는 35명으로 퇴원 후 정서지지 및 건강관리 정보를 제공하는 '정기문자 서비스'(32명), 코로나19 확진환자의 스트레스 및 불안감 완화를 위한 원내 프로그램인 '서남 따수미'(4명)로 분석되었다. 정보 제공의 경우, 코로나19 감염병 확진환자를 대상으로 '코로나19 생활지원비' 안내(17명), 노인장기요양보험 관련(4명), 기타 정보(6명) 등을 제공 하였다.

기타 서비스는 사후 모니터링과 물품 지원으로, 사업동의자 복합욕구군 39명을 대상으로 퇴원 후 2주 이내 사후 모니터링

표 9. 사업동의 '복합욕구군'의 퇴원 요구도 문제목록, 퇴원 요구도 평가 결과 분석

(N=39)

문제목록 및 결과 분석	39	
퇴원 요구도 문제목록 순위	A1 고혈압	16
	C3 재정	16
	A4 정신건강	12
	B4 보행/이동	12
	A3 통증	11
	B6 가사활동	11
퇴원 요구도 평가 결과	건강돌봄서비스 연계 필요	7
	가정간호서비스 연계 필요	1
	장기요양서비스 연계 필요	2
	돌봄자원 연계 필요	8
	의료비 지원 필요	3
	주거지원 필요	1
	거주지 방문서비스	0
	기타 지원	37
지원 불필요	2	

주: 본 응답은 중복값을 포함함.

표 10. 사업동이자 ‘복합육구군’ 자원연계 및 기타 서비스 제공 분석

(단위: 건)

연계구분		건수
자원연계	지역사회기관연계	결과 회신 10 결과 미회신 4
	서남병원 프로그램 연계	35
	정보 제공	27
	사후 모니터링	39
기타 서비스	물품 지원	39

주: 본 응답은 중복값을 포함함.

을 실시하여 퇴원 후에도 연속적인 서비스를 제공하였다. 물품 지원의 경우 퇴원연계서비스의 참여 독려를 위해 제공되었으며, 손 소독 키트, 드로잉 세트 등 퇴원 후 신체·심리 건강을 지원해주는 물품으로 구성하여 제공하였다.

V. 논의

본 연구는 공공병원에서 ‘입원환자 대상(시립병원→지역) 서비스 제공체계 적용 결과를 확인하여 지역사회 통합돌봄을 위한 퇴원연계서비스 사업을 시작하는 타 공공병원에 확대·적용될 수 있도록 하고자 하였다. 퇴원연계서비스 활성화를 위해서는 병원 차원의 사업 운영, 사업 운영의 유연성 필요, 적극적인 지역사회의 자원 모색이 성공적인 공공병원 퇴원연계서비스 정착에 중요한 요인임을 확인하였다.

또한, 본 연구는 시립병원을 중심으로 한 커뮤니티 케어 활성화 방안(노진원 외, 2019, p.45) 연구 결과 중 성공적인 사례관리를 위한 전제 조건으로 지역사회와 연계 및 공공성을 기반으로 다양한 이해관계자들의 조율을 통한 구체적인 방안 제시의 필요성과 유사한 결과를 얻었으며, 지역사회 연계가 공공병원의 역할 중 중요한 요소로 나타났다.

가. 병원 차원의 사업 운영 필요

2021 서울케어-시립병원 건강돌봄 네트워크 운영(안)(2021)의 ‘[표 8] 시립병원→지역 실적(안)’에서는 ‘협의회의 건수’를 원내 협의회의 건수 및 내용이라 정의하고 실적 중 하나로 제시하고 있다. 서울케어-서남병원 건강돌봄네트워크

팀은 더 나아가 원내 TF팀을 구성, 병원 임직원을 대상으로 건강돌봄네트워크 사업이 병원 차원의 사업이라는 인식을 높이고, 원내외 사업 홍보를 실시하여 의료진과 환자, 그리고 지역주민의 적극적인 참여를 독려하였다. 이에 퇴원연계서비스의 성공적 정착을 위해서는 병원 내 임직원의 사업에 대한 높은 이해도가 수반되어야 한다. 본 사업의 경우 진료부, 간호부, 의무기록실, 의료정보팀, 원무팀 등 원내 다양한 유관부서와의 협업이 우선시 되어야 한다. 이를 위해 TF팀을 구성하여 사업의 필요성을 공론화하여 합의점을 도출하고, 본 사업이 병원 전체 사업이라는 것에 대한 인식을 제고시켜야 한다.

또한, 협력 부서 간 사업 필요성 및 시스템 마련에 대한 공감대 형성이 매우 중요하며 세부계획과 진행과정을 공유하여 사업 참여를 독려하여야 한다. 그 과정에서 원내 마련되어 있는 기존 전산시스템을 최대한 활용해야 하며 이는 의료진의 빠른 시스템 적응을 이끌어 낼 수 있었다.

나. 사업 운영 유연성 필요

서울시는 서울형 긴급복지와 돌봄SOS센터 등 일부 복지사업에 대해 감염병 위기경보 ‘심각’ 단계 유지 시까지 한시적으로 선정기준을 완화하여 운영함으로써 지원 대상자를 확대하여 운영하였다. 이에 서울케어-서남병원 건강돌봄네트워크팀은 2021 서울케어-시립병원 건강돌봄 네트워크 운영(안)에 따라 초기 사업 대상자를 서울시 거주자로 한정하였으나 코로나19 감염병 확산으로 전국에서 환자가 입원하게 되었고, 일반 진료과 입원환자들 중에서도 일부 타 지역의 환자들이 발생하면서 퇴원연계서비스의 사각지대가 대두되었다. 이러한 문제점을 해결하기 위해 ‘퇴원연계서비스의 대상자를 전국으

로 확대하여 운영함으로써, 사각지대 최소화를 위해 노력하였다.

이처럼 퇴원연계서비스를 운영하는 과정에서 기존에 정해진 절차에서 해결할 수 없는 경우들이 발생하게 된다. 이러한 예외 상황에서 유연한 조정이 수반될 필요가 있다. 원내·외 관련 유관기관과 협의를 통해 효율적인 사업 운영 절차를 논의하여 업무의 유연성을 제고시켜야 한다. 이러한 노력은 사각지대에 있던 대상자를 지원 안정망으로 포용하는 긍정적 효과를 가져올 수 있으며, 의료적·사회·복지 불평등을 완화시키는 데 기여할 수 있다.

다. 적극적인 지역사회 자원 모색 필요

본원은 퇴원연계서비스 TF팀 구성에서 나아가 원외 유관기관(보건소, 구청)과 함께 양천구형 퇴원연계서비스 체계를 구축하는 등 성공적인 사업 정착에도 불구하고, 사업동일자 '복합욕구군'의 비율(19.6%)과 전체 입원환자 '퇴원계획 수립 퇴원' 비율(0.9%)은 매우 저조하였다.

퇴원연계서비스와 유사한 사업인 요양병원 퇴원환자지원 제도의 2019년 11월-2021년 5월까지의 운영현황을 살펴보면, 퇴원지원 표준계획을 수립 실적은 누적하여 총 420건, 자원연계 실적은 총 111건 집계되었다(강하림, 이연주, 최재우, 이주향, 노미소, 정현진, 2021, p.9). 요양병원 환자지원팀이 지역 자원연계 시 겪는 어려움은 지역 내 연계 서비스 제한, 퇴원환자의 담당 공무원 특정 어려움으로 요약할 수 있다(강하림, 이연주, 최재우, 이주향, 노미소, 정현진, 2021, pp.108-109).

퇴원연계서비스가 정착되기 위한 핵심 요소는 환자에게 적절한 지역사회 자원을 연계하는 것이라고 할 수 있으며, 더 나아가 연계된 자원으로 환자들의 건강이나 욕구가 잘 해결되었는지를 파악하는 것이 중요하다. 서울케어-서남병원 건강돌봄네트워크팀은 지역사회 자원 연계 후 사후관리를 실시하고 사전·사후 건강 설문조사의 점수 편차를 비교하여 환자의 생활습관 개선 정도와 질환에 대한 인식 개선 변화 정도를 파악하였다. 환자의 치료가 종결되는 경우, 의뢰기관을 대상으로 만족도 조사를 실시하여 피드백을 받았으며, 자원 연계 기관의 경우 공문을 통해 개입 정도를 확인하고 있다. 그러나 본 서식지의 경우 환자의 주관적 판단에 의해 작성된 결과이며, 자원 연계를 통해 환자의 건강 상태가 실제로 얼마나 개선되

었는지 확인하는 데 어려움이 있어 객관성을 확보하는 데 한계가 있었다.

현재 우리나라는 공공·민간기관에서 다양한 의료·복지 서비스를 운영하고 있으나, 유사한 의료·복지 서비스가 혼재되어 있어 지원 기준 및 서비스 지급 방식 등에 대해 각 기관마다 달라 자원을 연계하는 과정에서 실무자들의 혼란이 야기되는 경우가 많다. 이 외 대상자에게 적절한 서비스를 탐색하여 연계하는 과정에서도 문제가 발생하는데, 현재 시행되고 있는 다수의 의료·복지 서비스는 소득·재산 등의 경제적 기준을 근거로 대상을 선정하고 있어 서비스를 온전히 제공받지 못하는 취약계층이 존재하게 된다. 이러한 현실적 상황은 통합서비스를 제공받는 '복합욕구군' 대상자가 실질적으로 적을 수 밖에 없다는 것을 의미한다.

이에, 범국가적인 차원에서 보편적 지역사회 Community Care 제공을 위하여 의료·복지 서비스를 체계적으로 관리·운영할 필요가 있으며, 경제적 기준이 아닌 새로운 접근으로 의료·보건·복지 패러다임을 구축할 필요가 있다고 사료된다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 「서울케어-시립병원 건강돌봄네트워크」 '입원환자 대상(시립병원→지역) 서비스 제공체계'를 서남병원에 적용한 '서울케어-서남병원 지역 사회 통합돌봄 모델: 퇴원연계 서비스' 분석하여 모델 적용 결과를 제시하는 조사연구이다. 코로나19 감염병에도 불구하고 서울케어-서남병원 건강돌봄네트워크 운영(안)에 기반을 두고 연구모델 구축 및 운영에 의의를 두고자 하였다.

연구 결과 사업동의 복합욕구군은 고혈압, 재정적 문제, 정신건강, 보행/이동 순의 퇴원 요구도 문제목록으로 확인되었다. 이에 서남병원 건강돌봄네트워크팀은 대상자의 퇴원요구 맞춤형 회의를 실시하였으며, 퇴원연계서비스로 지역사회 기관 연계, 본원 프로그램 연계, 정보 제공, 사후 모니터링, 물품지원을 제공하였다.

연구 결과 대상자의 퇴원 요구도는 의료·보건·생활의 영역에서 복합적인 형태로 나타나며, 치료 과정에 따라 요구도가 변화하기 때문에 의사·간호사·사회복지사가 팀을 이뤄 다학제적으로 접근하는 노력이 필요하다.

본 연구는 서울시 소재 9개 시립병원에서 운영되는 「서울

케어-시립병원 건강돌봄네트워크」를 본원에 적용하여 분석하였기 때문에 연구 결과를 전체 병원에 적용하기에는 제한이 있다. 또한, 사업 대상자인 복합육구군 209명 중 사업동의자는 39명으로, 코로나19 감염병 환자의 입원으로 사업 참여가 원활하게 이루어지지 않았기 때문에 연구 결과를 일반화하기에는 한계가 있어 신중을 기해야 한다. 본 시립병원을 포함한 의료기관 전반에서 활용될 수 있는 퇴원연계서비스 모델을 살펴보는 연구를 제안한다.

장영수는 경상대학교 의과대학을 졸업하고 한일병원 전공의를 수료했으며, 서울특별시 서남병원 공공의료본부장으로 재직 중이다. 주요 관심 분야는 전기화상, 척추질환 수술적 치료이다.

(E-mail: 00057@seoulnh.or.kr)

곽은영은 한양대학교 일반대학원 노인전문간호 석사학위를 받았으며, 서울특별시 서남병원 공공의료사업실에서 재직 중이다. 주요 관심 분야는 노인, 지역사회통합돌봄, 돌봄기기 등이다.

(E-mail: 40017@seoulnh.or.kr)

김민지는 한세대학교 간호학 학사학위를 받았으며, 서울특별시 서남병원 공공의료사업실에서 재직 중이다. 주요 관심 분야는 지역사회통합돌봄, 지역사회간호 분야다.

(E-mail: 40646@seoulnh.or.kr)

박정화는 한신대학교 사회복지 학사학위를 받았으며, 서울특별시 서남병원 공공의료사업실에서 재직 중이다. 주요 관심 분야는 지역사회통합돌봄, 의료사회복지, 다문화복지 분야다.

(E-mail: 30122@seoulnh.or.kr)

참고문헌

- 강하림, 이연주, 최재우, 이주향, 노미소, 정현진. (2021). 요양병원 퇴원환자 지원제도 활성화 방안. 원주: 국민건강보험공단 건강보험연구원.
- 노진원, 이예진, 김재현, 소예경, 홍현석, 이윤환. (2019). 시립병원을 중심으로 한 커뮤니티 케어 활성화 방안. *병원경영학회지*, 24(3), pp.38-47.
- 서울특별시 공공보건의료재단. (2021). 2021 서울케어-시립병원 건강돌봄 네트워크 운영(안). 서울: 서울특별시공공보건의료재단.
- 소예경, (2019), 서울시 301네트워크의 새로운 도약. *HIRA 정책동향*, 13(5), pp.21-31.
- 이윤경, 김세진, 황남희, 임정미, 주보혜, 남궁은하 등. (2020). 2020년도 노인실태조사. 세종: 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 전용호. (2018). 노인돌봄의 연속성 측면에서 바라본 의료·보건·복지 서비스의 이용과 연계. *보건사회연구*, 38(4), pp.10-39.
- 통계청. (2021. 12. 1.). 2020년 생명표 작성 결과. <https://www.korea.kr/news/pressReleaseView.do?newsId=156483810>에서 2022. 7. 6. 인출.
- 통계청. (2021. 9. 29.). 2021 고령자 통계. http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/1/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=403253&pageNo=1&rowNum=10&navCount=10&currPg=&searchInfo=srch&sTarget=title&sTxt=%EA%B3%A0%EB%A0%B9%EC%9E%90+%ED%86%B5%EA%B3%84에서 2022. 7. 6. 인출.

Establishment of an Integrated Community Care Model for Seoul Care and Seonam Hospital: Care Transition Service

Jang, Young Soo¹ | Kwag, Eun Young¹ | Kim, Min Ji¹ | Pak, Jeong Hwa¹

¹ Seoul Metropolitan Seonam Hospital

Abstract

At the national level, various directions have been proposed for realizing 'Community Care (Public Hospitals → Community)'. The Seoul Metropolitan Government launched the Seoul Care-City Hospital Health Care Network project to provide continuous and intensive post-discharge health management services for high-risk health groups. This study analyzed the 'Seoul Care and Seonam Hospital Community Care Model', using electronic medical records (EMR) of a total of 4,618 patients hospitalized at Seonam Hospital from April 12, 2021 to March 31, 2022. Specifically, the general characteristics of the 'complex needs group' with medical and social needs and the results of the evaluation of the discharge requirement of project consent were analyzed. As a result of the analysis, 41 patients of the 'complex needs group' who agreed to participate in the project were provided integrated care based on the evaluation of the discharge needs of subjects such as community institution linkage, main program linkage, and community social welfare information.

Keywords: Community Care, Integrated Care, Care Transition Service, Complex Needs Group