

암생존자를 위한 지역사회 통합돌봄



CONTENTS

| | |
|----------|---|
| I. 사업 개요 | 5 |
|----------|---|

| | |
|-----------|---|
| II. 사업 수행 | 9 |
|-----------|---|

| | |
|-----------------------------------|----|
| III. 업무 서식 | 17 |
| 1. 사업 참여, 개인정보 수집 및 이용 동의서(국립암센터) | 19 |
| 2. 서비스 참여 및 개인정보 처리 동의서(고양시) | 21 |
| 3. 통합돌봄 요구도 조사표(국립암센터) | 22 |
| 4. 통합돌봄 요구도 조사표(고양시) | 28 |
| 5. 연계 의뢰 요청서(고양시 → 국립암센터) | 29 |
| 6. 연계 의뢰 요청서(국립암센터 → 고양시) | 30 |
| 7. 연계 조치 결과서(고양시 ↔ 국립암센터) | 31 |
| 8. 지역사회 암생존자 통합돌봄사업 참여 만족도(국립암센터) | 32 |

| | |
|-------------------------|----|
| IV. 부록 | 33 |
| 1. 암환자 및 재가암환자 지원 사업 안내 | 34 |
| 2. 암생존자통합지지사업 안내 | 36 |
| 3. 담당자 연락처 | 42 |

I 사업 개요

I 사업 개요

지역사회 암생존자 통합돌봄사업이란?

- 돌봄이 필요한 암생존자*를 대상으로 의료-보건-복지 등 개개인의 다양한 욕구에 맞는 서비스를 연계·제공하여 암생존자가 건강하게 사회에 복귀할 수 있도록 암생존자 통합지지센터와 지역사회가 협력 및 연계하는 사업

* 암생존자통합지지사업의 암생존자 정의: 암 진단 후 완치 목적의 주요 치료(수술, 항암화학요법, 방사선치료 등)를 마친 자

참고

- ☞ (관련법령) 「암관리법」 제12조의2(암생존자통합지지사업), 「암관리법 시행규칙」 제5조 (재가암환자 관리사업의 내용), 제11조(지역암센터의 사업)

「암관리법」

제12조의2(암생존자통합지지사업) ① 보건복지부장관은 암생존자(암환자 중 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조제3호에 해당하지 않는 사람을 말한다. 이하 같다)의 건강증진과 사회복귀를 지원하기 위하여 다음 각 호의 암생존자통합지지(支持)사업을 시행하여야 한다.

1. 암생존자의 건강관리와 학교복귀 및 직업복귀에 대한 상담·교육
2. 암생존자 관리 프로그램 개발 및 보급
3. 그 밖에 암생존자의 건강증진 및 사회복귀와 관련하여 보건복지부령으로 정하는 사업

「암관리법 시행규칙」

제5조(재가암환자 관리사업의 내용) 법 제12조제3호에서 “보건복지부령으로 정하는 사업”이란 다음 각 호의 사업을 말한다.

1. 암생존자에 대한 자기(自家) 관리 교육 및 2차 암검진 등 안내
2. 영양관리, 운동 지도 등 건강 증진
3. 불안·우울 상담 및 정서적 지지(支持)

제11조(지역암센터의 사업) ① 법 제19조제2항제5호에서 “보건복지부령으로 정하는 사업”이란 다음 각 호의 사업을 말한다.

1. 법 제5조제3항에 따른 세부집행계획의 수립 지원
2. 암 진료의 질 향상
3. **지역사회의 암생존자 관리**
4. 지역사회의 암환자에 대한 진료자원 및 관리자원의 연계
5. 그 밖에 보건복지부장관이 암관리를 위하여 필요하다고 인정하는 사업

■ 추진배경

- 암생존자의 건강증진과 사회복귀를 위하여 그들이 경험하는 신체적, 정신적, 사회적 문제에 대한 통합적 암생존자 관리의 필요성 대두
- 고양시 내 다양한 의료-보건-복지 프로그램들이 분절적으로 운영되고 있어 암생존자 특성에 기반을 둔 통합적 접근성 제고 필요
- 의료-보건-복지 연계형 지역생태계 구축을 통한 선도적인 역할 필요
- 국가·지역사회 단위의 암생존자통합지지사업 질적 내실화 및 접근성 강화

■ 사업 목적

- 의료-보건-복지 관련 자원망을 활용하여 고양시 거주 암생존자의 통합적 관리와 사회 복귀를 위한 협력 및 연계 체계 마련
- 고양시 암생존자의 특성과 통합돌봄 요구도를 반영하여 적절한 지역사회의 자원을 연계하고 맞춤 서비스를 제공

■ 대상자

- 암 진단 후 완치 목적의 주요 치료(수술, 항암 치료, 방사선치료 등)를 마친 고양시 거주 암환자와 가족

※ 제외대상

- 수술, 항암화학요법, 방사선치료 등의 암 치료 중인 암환자
- 호스피스 및 완화의료 서비스 대상 암환자
- 조혈모세포이식을 시행하여 급성 합병증의 문제가 있는 암환자

추진 개념



기대효과

- 고양시 내 서비스 대상자 및 자원 발굴·연계를 위한 다기관 협력체계 구축
- 중앙정부 및 지자체 간 긴밀한 연계와 소통의 장을 통한 한국의 대표적인 임생존자 건강행복도시의 선도적 모델 제시
- 지역사회 임생존자 및 가족의 건강 증진과 지역사회구성원으로서의 행복한 삶 추구

II

사업 수행

II 사업 수행

■ 기관별 역할

○ 정책 및 운영지원

- 국립암센터 중앙암생존자통합지지센터
 - 암생존자 통합돌봄을 위한 관련 정책 및 제도, 지역사회자원 현황 분석 등 연계 협력체계 구축(안)* 마련
 - * 사업연계 계획 수립, 연계 방법, 지침 마련 등 서식개발
 - 만족도 평가 및 모니터링 지원
 - 업무협약 체결 추진 등
- 국립암센터 공공보건의료사업단 및 의료사회복지팀
 - 지역사회의 사회적 자원 연계 관련 사례 공유 및 개선 사항 제안
 - 사업연계 계획 수립, 연계 방법, 지침 마련 등 서식개발 참여
- 고양시청
 - 암생존자 관련부서와 협력체계 구축 지원
 - 사업연계 계획 수립, 연계 방법, 지침 마련 등 서식개발 참여
 - 업무협약 체결 추진 등

○ 연계 서비스 제공

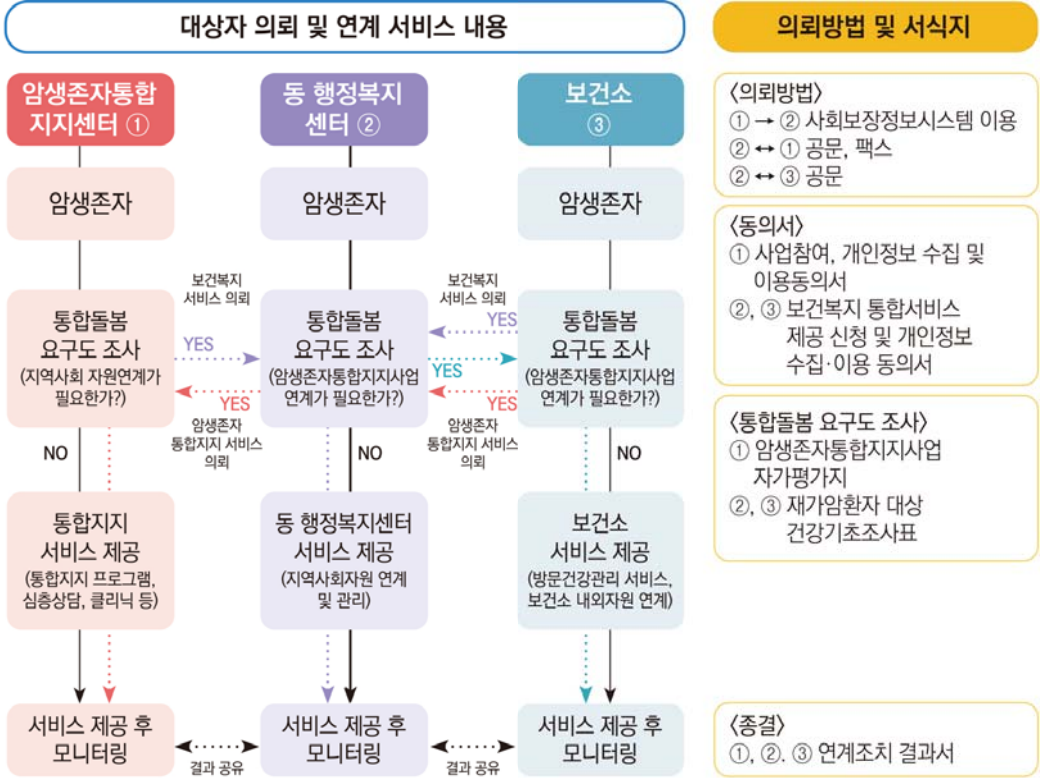
- 국립암센터 암생존자통합지지실
 - 의뢰받은 암생존자에게 통합지지 서비스 제공(표준화 프로그램, 상담 등)
 - 지역사회로 대상자 의뢰 요청 및 연계조치 결과서 발송
- 동 행정복지센터
 - 의뢰받은 암생존자에게 지역사회 자원 연계
 - 암생존자 통합지지 서비스가 필요한 대상자 의뢰 요청 및 연계조치 결과서 회신
- 고양시 보건소 방문보건팀(덕양구, 일산동구, 일산서구)
 - 의뢰받은 암생존자에게 보건소 서비스 제공(만성질환 관리, 저소득 암환자 지원, 저소득층 방문건강관리 등)
 - 암생존자 통합지지 서비스가 필요한 대상자 의뢰 요청 및 연계조치 결과서 발송

○ (공통) 질 관리

- 필요시 각 기관 담당자 간의 사례회의 개최

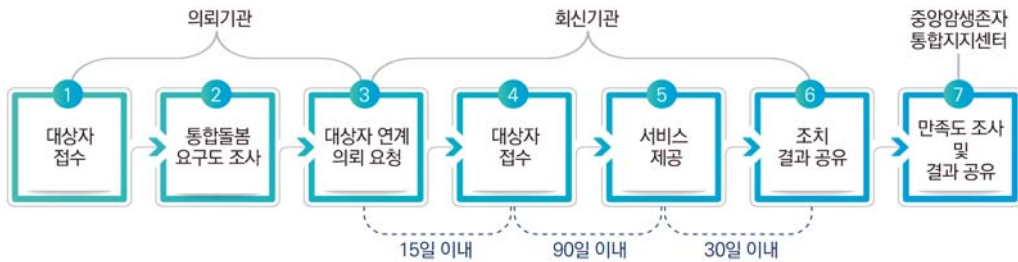
■ 사업 수행 내용

○ 연계 개념도



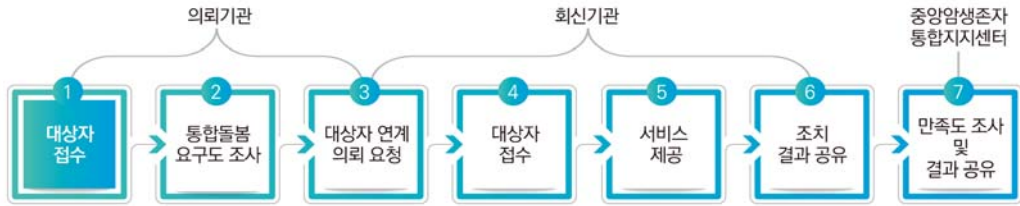
* 만족도 조사는 중앙암생존자통합지지센터(암지식정보센터)에서 분기별 시행 후 결과 공유

○ 연계 절차



○ 단계별 세부 내용

1. 대상자 접수



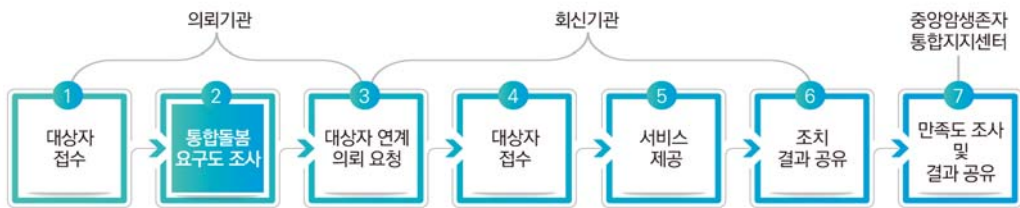
- 개념

- 지역사회 암생존자 통합돌봄사업을 연계하기 위해 대상자에게 사업 참여 설명과 ‘개인정보 제3자 제공에 관한 동의’를 받음

- 이용서식

- (국립암센터) 사업 참여, 개인정보 수집 및 이용 동의서(p.20)
- (고양시) 서비스 참여 및 개인정보 처리 동의서(p.22)
- * 대상자는 양 기관의 개인정보 수집 및 이용 동의서를 작성해야 함

2. 통합돌봄 요구도 조사



- 개념

- 통합돌봄 요구도 조사 결과를 바탕으로 연계 여부를 결정

- 이용서식

- (국립암센터) 암생존자통합지지사업 자가평가(p.23)

- (고양시) 재가암환자 대상 건강기초조사표(p.29)

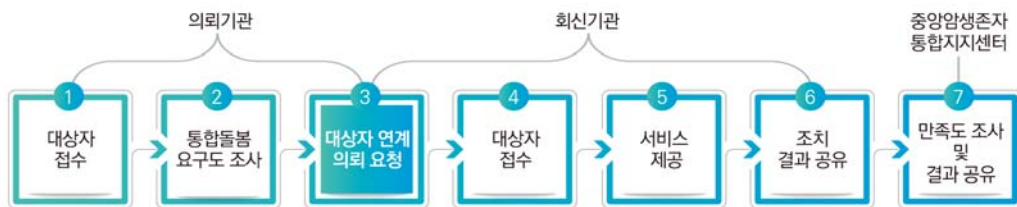
- 연계 의뢰 기준

- (국립암센터) 연계 담당자 의견(평가) + 자가평가 2번 문항에서 사회적 걱정과 실생활 걱정에 체크한 경우 의뢰(p.23)
- (고양시) 연계 담당자 의견(평가) + 재가암환자 대상 건강기초조사표 5번(완치*), 6번(4점 이상)인 경우 의뢰(p.29)

* 암 진단 후 완치 목적의 주요 치료(수술, 항암화학요법, 방사선치료 등)를 마친 암환자

※ 연계 의뢰 기준에 미충족할 경우에는 대상자에게 연계 서비스를 간단히 소개하고 종결함(추후 대상자가 필요하면 서비스를 이용할 수 있게 연계정보 제공)

3. 대상자 연계 의뢰 요청



- 개념

- 통합돌봄 요구도 조사 결과를 바탕으로 의뢰 기준에 적합한 대상자를 해당 기관에 의뢰

- 이용서식

- (국립암센터) 사회보장정보시스템 서식(p.31)
- (고양시) 연계 의뢰 요청서(p.30)

- 연계방법

- 암생존자통합지지실 → 동 행정복지센터: 사회보장정보시스템 이용
- 동 행정복지센터 → 암생존자통합지지실: 공문, 팩스
- 동 행정복지센터 ↔ 보건소: 공문

Tip

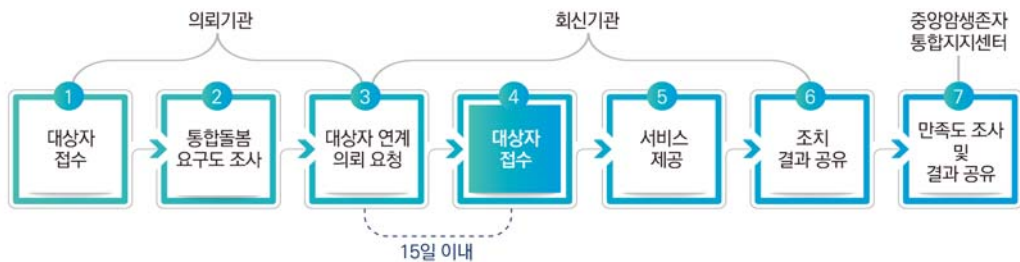
연계 의뢰 요청서 작성

(공통) 양 기관 간 중복서비스 제공 예방을 위하여 '연계 의뢰 요청서' 상담내용 부분에 대상자가 의뢰기관에서 받은 서비스 내용을 포함하여 작성해주세요.

(국립암센터) 서비스의뢰 정보(원하는 지원) 항목 이외에 구체적으로 필요한 지원이 있는 경우, 기타에 체크 후 내용을 작성해주세요.

예시) 대상자가 만성질환이 있는 경우, 기타(고혈압·당뇨병 등록관리사업) 입력

4. 대상자 접수



- 개념

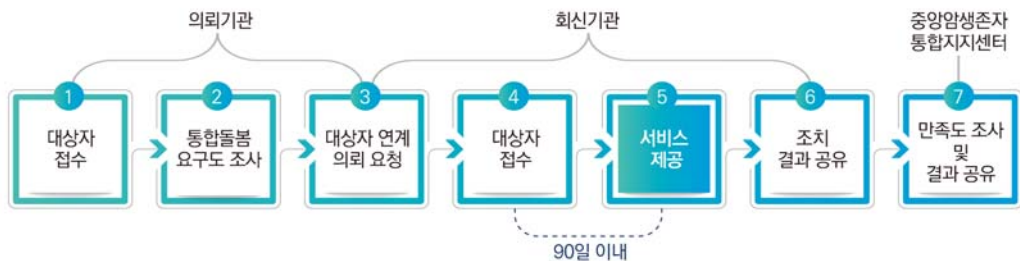
- 필요한 서비스를 제공하기 위해 대상자에게 '서비스 참여 및 개인정보 동의서'를 받음

※ 의뢰기관에서 연계 의뢰 요청 후, 회신기관에서는 15일 이내에 의뢰 접수해야 함

- 이용서식

- (국립암센터) 사업 참여, 개인정보 수집 및 이용 동의서(p.20)
- (고양시) 서비스 참여 및 개인정보 처리 동의서(p.22)

5. 서비스 제공



- 개념

- 대상자에게 필요한 통합돌봄 서비스를 제공

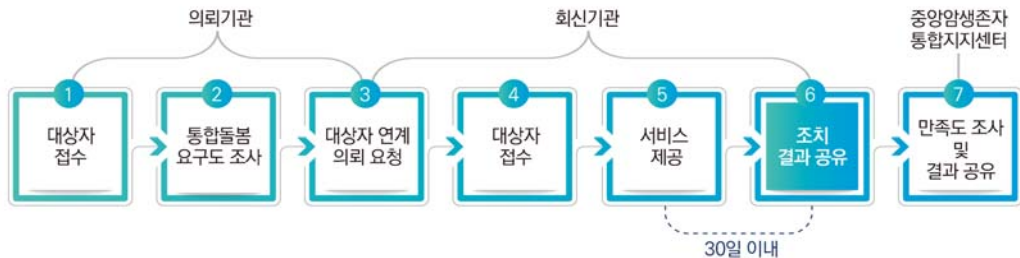
※ 대상자 접수 단계에서 서비스 제공까지 90일을 초과할 수 없음. 단, 기한 내에 서비스 제공이 어려운 경우 조치 결과서에 서비스 제공 계획 등을 작성하고 지속적으로 모니터링 해야 함

* 90일 이후 서비스 제공시, 필요에 따라 요구도 조사를 재 실시 할 수 있음
(건강상태 변화 등)

- 서비스 제공

- (국립암센터) 암생존자 통합지지 서비스 제공
: 통합지지 표준화 프로그램, 심층상담 등
- (고양시) 동 행정복지센터 및 보건소 서비스 제공
: 암환자의료비지원, 방문건강관리 서비스, 지역사회 기관연계 등

6. 조치결과 공유



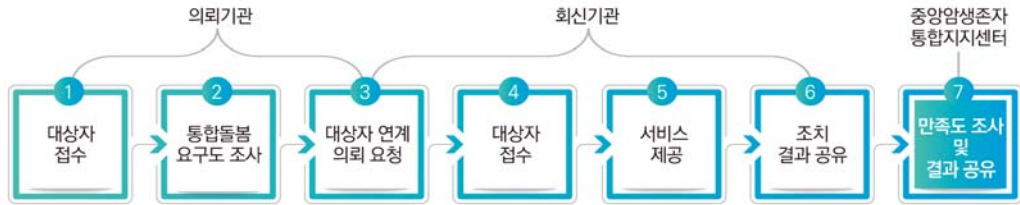
- 개념

- 통합돌봄 서비스 제공 후 조치 결과서를 작성하고 연계기관에 발송
※ 서비스 제공 시, 마지막 제공일로부터 30일 이내에 결과를 공유해야 함

- 이용서식

- (공통) 연계 조치 결과서(p.32)

7. 만족도 조사 및 결과 공유



- 개념

- 중앙암생존자통합지지센터에서 분기별로 사업 참여 만족도를 조사하고 결과를 고양시청에 공유

- 이용서식

- (국립암센터) 참여 만족도(p.33)

- 공유방법

- 중앙암생존자통합지지센터 → 고양시청: 메일

Ⅲ

업무 서식

지역사회 암생존자 통합돌봄사업 업무 서식

| | |
|---|----|
| 1. 사업 참여, 개인정보 수집 및 이용 동의서(국립암센터) | 19 |
| 2. 서비스 참여 및 개인정보 처리 동의서(고양시) | 21 |
| 3. 통합돌봄 요구도 조사표(국립암센터) | 22 |
| 4. 통합돌봄 요구도 조사표(고양시) | 28 |
| 5. 연계 의뢰 요청서(고양시 → 국립암센터) | 29 |
| 6. 연계 의뢰 요청서(국립암센터 → 고양시) | 30 |
| 7. 연계 조치 결과서(고양시 ↔ 국립암센터) | 31 |
| 8. 지역사회 암생존자 통합돌봄사업 참여 만족도(국립암센터) | 32 |

1

사업 참여, 개인정보 수집 및 이용 동의서 (국립암센터)

보건복지부, 중앙암생존자통합지지센터(국립암센터) 및 ○○ 암생존자통합지지센터에서는 「암생존자통합지지사업」에 자발적으로 참여하신 분들에게 암생존자 통합지지 서비스를 제공하기 위해 참여 및 개인정보 수집·제공에 대한 동의를 얻고자 합니다.

(* 필수입력)

| | | |
|----------|---|----------|
| *이름 (성별) | (<input type="checkbox"/> 남· <input type="checkbox"/> 여) | 병록(등록)번호 |
| *주소지 | (군/구 단위까지만 작성) | |
| *휴대폰번호 | | |
| 이메일 | | |

암생존자통합지지사업에 자발적으로 참여할 것을 동의하십니까?

동의함 동의하지 않음

개인정보 수집 및 이용 목적

귀하의 개인정보를 아래와 같은 목적으로 수집 및 이용합니다.

- 암생존자통합지지사업(이하 암생존자사업)의 운영 및 관리
- 암생존자통합지지센터(이하 센터)에서 서비스 및 정보 안내를 위한 문자 등 발송
- 센터 및 암생존자사업의 서비스 평가 및 만족도 조사

개인정보 보호 방안

본 암생존자사업 참여를 통하여 수집된 귀하의 개인정보는 서비스 제공 및 평가, 관리로만 사용되며 다른 목적으로는 절대 사용되지 않을 것입니다. 귀하의 수집된 개인정보는 국립암센터에서 처리되며 개인정보보호법, 암관리법 등 관계 법령에 의한 보호를 받습니다. 또한 삭제를 요구한 경우에 센터는 즉시 개인정보를 파기하겠습니다.

○ 개인정보 수집 · 이용 내역

| 항목 | 수집목적 | 보유기간 |
|--|-------------|-----------------------|
| <u>이름, 성별, 주소지, 휴대폰번호, 선택(이메일), 선택(병록(등록)번호)</u> | 서비스 제공 및 관리 | 암생존자사업 종료 후 5년 |

※ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다.

그러나 동의를 거부할 경우 원활한 서비스 제공에 일부 제한을 받을 수 있습니다.

위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? 동의함 동의하지 않음

○ 민감정보 처리 내역

| 항목 | 수집목적 | 보유기간 |
|---|-------------|-----------------------|
| 암진단·치료정보, 설문조사 및 상담내용 | 서비스 제공 및 관리 | 암생존자사업 종료 후 5년 |
| <p>※ 위의 민감정보 처리에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 원활한 서비스 제공에 일부 제한을 받을 수 있습니다.</p> <p>위와 같이 민감정보를 처리하는데 동의하십니까? <input checked="" type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음</p> | | |

□ 개인정보 제3자 제공 내역

○ 만족도 조사

| 제공받는 자 | 제공목적 | 제공항목 | 보유기간 |
|---|--------|--|-----------------------|
| 국가암정보센터 | 만족도 조사 | 이름, 휴대폰번호, 센터이용내역, 선택(이메일), 선택(병록(등록)번호) | 암생존자사업 종료 후 5년 |
| <p>※ 위의 개인정보 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 원활한 서비스 제공에 일부 제한을 받을 수 있습니다.</p> <p>개인정보보호법 제17조의1 규정에 의거하여 본인의 개인정보를 제3자에게 제공하는 것에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음</p> | | | |

○ 지역사회 통합돌봄사업 연계 [고양시 주민*만 해당] * 주민등록상 거주지 기준

| 제공받는 자 | 제공목적 | 제공항목 | 보유기간 |
|---|--------------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| 고양시 동 행정복지센터 | 지역사회 암생존자 통합돌봄사업 관련 기관에 보건·복지 서비스 연계 | 이름, 성별, 휴대폰 번호, 센터이용내역, 생년월일, 주소 | 암생존자사업 종료 후 5년 |
| <p>※ 위의 개인정보 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 원활한 서비스 제공에 일부 제한을 받을 수 있습니다.</p> <p>개인정보보호법 제17조의1 규정에 의거하여 본인의 개인정보를 제3자에게 제공하는 것에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음</p> | | | |

20 년 월 일

신청인: (서명 또는 인)

()암생존자통합지지센터장 귀중

【보건복지 통합서비스 제공 신청 및 개인정보 수집·이용 동의서】

| | | | | |
|-----|----|--------|---------|------|
| 신청인 | 성명 | 주민등록번호 | 세대주와의관계 | 전화번호 |
| | 주소 | | | 휴대전화 |
| | | | | 전자우편 |

〈 개인정보 수집, 이용 고지 〉

개인정보처리자는 만14세 미만 아동의 개인정보를 처리하기 위하여 동의를 받아야 할 때에는 그 법정대리인의 동의를 받아야 합니다.

1. 개인정보의 수집·이용에 대한 동의

| | |
|---------------|---|
| 1. 수집·이용 개인정보 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 신청인 정보(성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 전자우편) ○ 수급권자 가족관계 확인에 관한 사항 ○ 서비스 제공에 필요한 정보 : 건강정보·우울여부·자원연계상황·각종 욕구 등에 관한 사항 ○ 수급자격 확인에 관한 사항(필요한 경우) <ul style="list-style-type: none"> - 소득·재산·근로능력 및 취업상태에 관한 사항 - 사회보장급여 수급이력에 관한 사항 - 그 밖에 수급권자를 선정하기 위하여 필요한 사항 |
| 2. 법적근거 | 사회복지사업법, 사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률, 국민건강증진법, 지역보건법 |
| 3. 이용목적 및 범위 | 사회복지사업법에 따른 사회복지서비스제공기관의 사회복지서비스 제공, 수급대상자 확인 조사, 기타 부대사업(민족도 조사, 사업효과 평가 및 정책방향 연구자료 및 통계자료 등) |
| 4. 이용방법 | 전산시스템 이용권한 부여 받은 자가 시스템 내 자료 이용 |
| 5. 이용기간 | 해당서비스가 제공되는 기간 |
| 6. 보유기간 | <p>가. 수집·이용 동의일로부터 개인정보의 수집·이용목적을 달성할 때까지</p> <p>※ 제공되는 서비스의 종류에 따라 서비스 제공일에 차이가 있어, 보유기간을 별도로 명시하지 않음</p> <p>나. 다만, 수집 및 이용 목적이 달성된 경우에도 다른 법령 등에 의하여 보관의 필요성이 있는 경우에는 개인정보를 보유할 수 있음</p> |
| 7. 서비스정보 수신방법 | 휴대폰, 이메일, 문서, 구두, 방문 등 |
| 8. 정보이용기관 | 시군구(보건소), 읍면동, 건강보험공단 지사, 공공부문 사례관리 사업(통합사례관리, 노인맞춤돌봄서비스, 드림스타트, 의료급여 사례관리, 자활사례관리, 중독 및 정신건강사례관리), 암생존자통합지시사업 수행기관 및 시설 등 서비스 연계 해당 기관, 한국건강증진개발원, 질병관리청, 국립재활원, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 국립암센터, 한국사회보장정보원 등 |

상기 본인은 사회복지사업법, 국민건강증진법, 지역보건법 등 관련 규정에 의거 실시하는 건강 및 복지상담 등의 보건복지 통합서비스 제공을 신청합니다. 또한, 본인은 보건복지 통합서비스 수급권자 확인을 위해 필요한 경우 보건복지부 사회보장정보 시스템(행복e음) 및 PHIS 등 시스템을 통해 소득·재산·근로능력, 취업상태, 사회보장급여 수급이력에 관한 사항과 건강상태 정보를 수집·이용함에 동의합니다.

년 월 일

동의자 성명

(인 또는 서명)

○○○ 시군구청장(보건소장) 귀하

○○○ 읍면동장 귀하

| | | | | | | | | | |
|--------|--|----|--|----|-----|------|-----|-----|-----|
| 센터등록번호 | | 이름 | | 성별 | 남/여 | 생년월일 | . . | 작성일 | . . |
|--------|--|----|--|----|-----|------|-----|-----|-----|

디스트레스 측정 질문지

1. **지난 일주일동안**의 스트레스 정도를 가장 잘 표현하는 숫자에 표시해주십시오.



2. **지난 일주일 동안** 아래 항목에 대한 걱정을 한 적이 있습니까? 해당하는 모든 곳에 **표시(☑)**해 주시기 바랍니다.

| 신체적 걱정 | 사회적 걱정 | 영적 또는 종교적 걱정 |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 통증 | <input type="checkbox"/> 배우자 또는 동반자와의 관계 | <input type="checkbox"/> 의미 또는 목적 의식 |
| <input type="checkbox"/> 수면 | <input type="checkbox"/> 자녀들과의 관계 | <input type="checkbox"/> 신념 또는 믿음의 변화 |
| <input type="checkbox"/> 피로 | <input type="checkbox"/> 가족 구성원과의 관계 | <input type="checkbox"/> 죽음, 임종 또는 사후 세계 |
| <input type="checkbox"/> 흡연 | <input type="checkbox"/> 친구 또는 동료와의 관계 | <input type="checkbox"/> 믿음 및 암 치료 사이에서의 갈등 |
| <input type="checkbox"/> 물질(약물, 알코올 등) 사용 | <input type="checkbox"/> 의료팀과 의사소통 | <input type="checkbox"/> 종교적 절대자와의 관계 |
| <input type="checkbox"/> 기억력 또는 집중력 | <input type="checkbox"/> 아이를 가질 수 있는 능력 | <input type="checkbox"/> 종교적 의식 또는 식이 요구 |
| <input type="checkbox"/> 성 건강 | | |
| <input type="checkbox"/> 식사의 변화 | | |
| <input type="checkbox"/> 신체 능력의 상실 또는 변화 | | |
| 정서적 걱정 | 실생활 걱정 | |
| <input type="checkbox"/> 걱정 또는 불안 | <input type="checkbox"/> 자신을 돌보기 | <input type="checkbox"/> 보험 |
| <input type="checkbox"/> 슬픔 또는 우울 | <input type="checkbox"/> 타인을 돌보기 | <input type="checkbox"/> 교통 |
| <input type="checkbox"/> 흥미 또는 즐거움의 상실 | <input type="checkbox"/> 직장 | <input type="checkbox"/> 육아 |
| <input type="checkbox"/> 비통 또는 상실 | <input type="checkbox"/> 학교 | <input type="checkbox"/> 충분한 음식 섭취 |
| <input type="checkbox"/> 두려움 | <input type="checkbox"/> 주거 | <input type="checkbox"/> 의약품에 대한 접근성 |
| <input type="checkbox"/> 외로움 | <input type="checkbox"/> 재정상태 | <input type="checkbox"/> 치료 결정 |

- 분노
- 외모의 변화
- 무가치하거나 짐이 되는 기분

기타

기타 ()

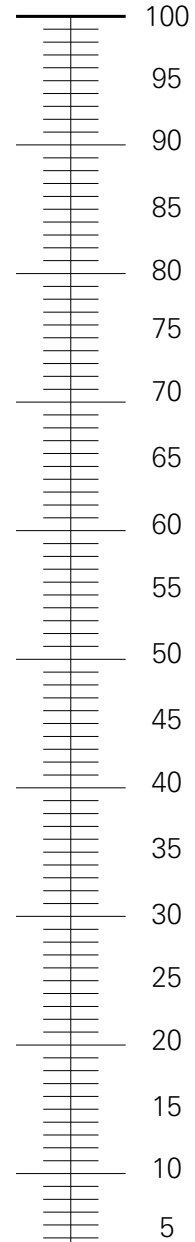
Y 옆에 그려진 눈금자에는 0에서 100까지의 숫자가 표시되어 있습니다.

100은 상상할 수 있는 최고의 건강 상태를 의미하고, 0은 상상할 수 있는 최저의 건강 상태를 의미합니다.

눈금자 상에 오늘 귀하의 건강상태를 X로 표시해 주십시오.

이제, 눈금자 상에 표시하신 숫자를 아래 박스에 기입해 주십시오.

오늘의 건강상태=



상상할 수 있는 최저의
건강상태

Y 아래의 각 문항에서 오늘 귀하의 건강상태를 가장 잘 설명해주는 하나의 항목에 표시해 주십시오

운동능력

- 나는 걷는데 지장이 없다
- 나는 걷는데 다소 지장이 있다
- 나는 종일 누워 있어야 한다

자기관리

- 나는 목욕을 하거나 옷을 입는데 지장이 없다
- 나는 혼자 목욕을 하거나 옷을 입는데 다소 지장이 있다
- 나는 혼자 목욕을 하거나 옷을 입을 수가 없다

일상활동 (예. 일, 공부, 가사일, 가족 또는 여가활동)

- 나는 일상 활동을 하는데 지장이 없다
- 나는 일상 활동을 하는데 다소 지장이 있다
- 나는 일상 활동을 할 수가 없다

통증/불편

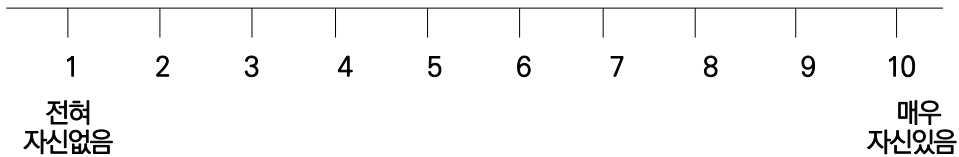
- 나는 통증이나 불편감이 없다
- 나는 다소 통증이나 불편감이 있다
- 나는 매우 심한 통증이나 불편감이 있다

불안/우울

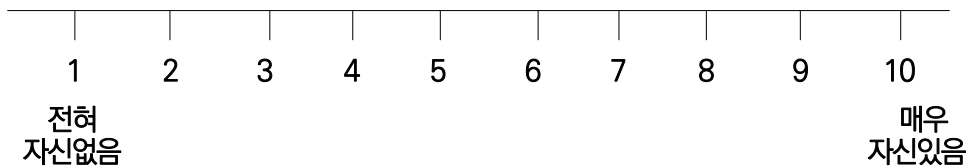
- 나는 불안하거나 우울하지 않다
- 나는 다소 불안하거나 우울하다
- 나는 매우 심하게 불안하거나 우울하다

Y 다음은 질병 관리에 대한 귀하의 자신감 정도를 묻는 질문입니다. 응답할 수 있는 점수는 1에서 10까지이며, 전혀 자신이 없을 때 '1점', 매우 자신이 있을 때 '10점'을 의미합니다. 현재를 기준으로 귀하의 자신감 정도에 해당하는 숫자에 동그라미 표시를 해주시기 바랍니다.

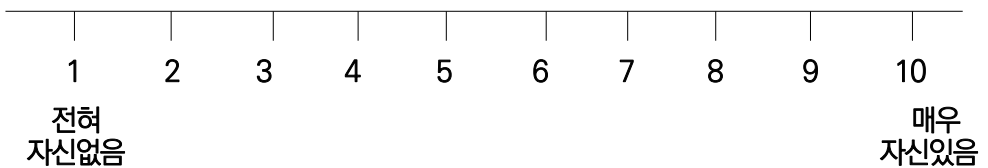
1. 암과 그 치료로 인해 생긴 피로감이 내가 하고 싶은 일을 방해하지 않도록 할 수 있다.



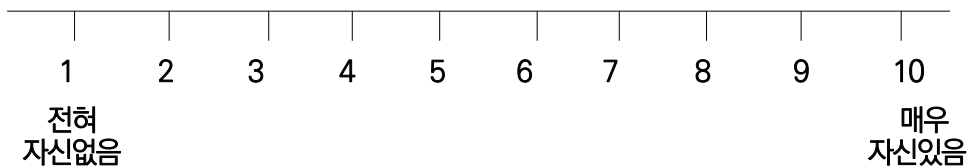
2. 암과 그 치료로 인해 생긴 신체적 불편감이나 통증이 내가 하고 싶은 일을 방해하지 않도록 할 수 있다.



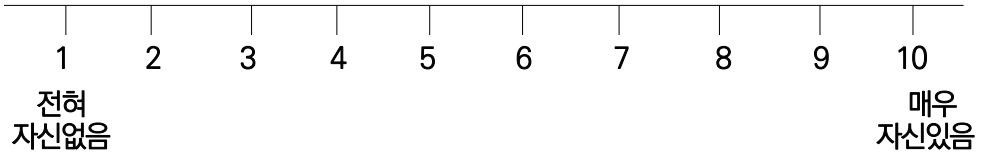
3. 암과 그 치료로 인해 생긴 정서적인 괴로움이 내가 하고 싶은 일을 방해하지 않도록 할 수 있다.



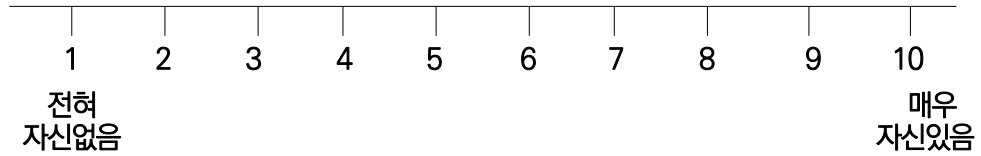
4. 암과 그 치료로 인해 생긴 다른 증상이나 건강문제가 내가 하고 싶은 일을 방해하지 않도록 할 수 있다.



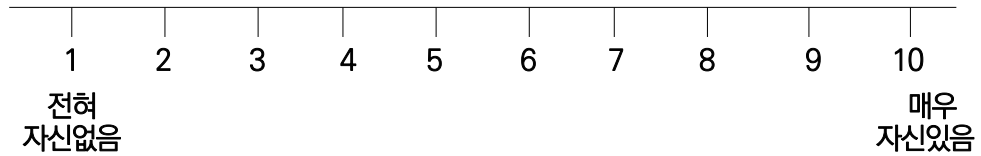
5. 병원에 갈 일을 줄이기 위해서, 암관리에 요구되는 **다양한 과업**들을 할 수 있다.



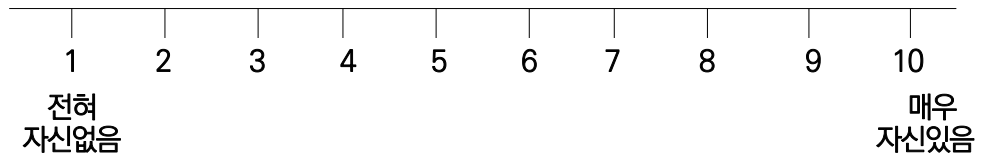
6. 암 진단 및 치료의 영향에 대한 **정보**를 구할 수 있다.



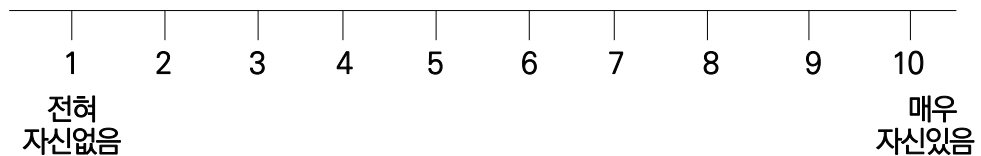
7. 암과 관련된 문제가 생겼을 때, **나를 돕고 지지해줄 사람**을 찾을 수 있다.



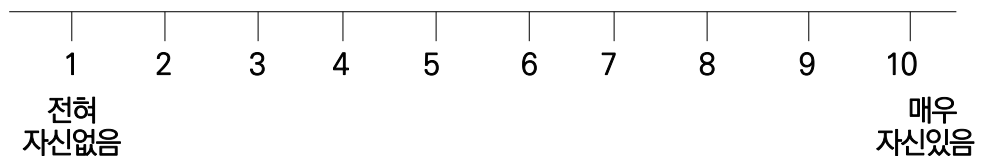
8. 암과 그 암 치료로 인해 생긴 문제들을 **내 스스로** 처리할 수 있다.



9. 나는 암과 그 치료로 인해 생긴 문제에 대해 **의료진에게 연락**을 취할 수 있다.



10. 나는 암과 그치료로 인해 생긴 문제에 대해 **건강 전문가로부터 지지**를 받을 수 있다.



Y 치료력

※ 2, 3번은 중복암일 경우

작성

1. 1) 진단명: _____ (병기: _____ 기/모름)
 2) 진단년도: (_____)년도
 암치료(중복가능) :
 3) 수술 항암치료 방사선치료 기타(_____)
2. 1) 진단명: _____ (병기: _____ 기/모름)
 2) 진단년도: (_____)년도
 암치료(중복가능) :
 3) 수술 항암치료 방사선치료 기타(_____)
3. 1) 진단명: _____ (병기: _____ 기/모름)
 2) 진단년도: (_____)년도
 암치료(중복가능) :
 3) 수술 항암치료 방사선치료 기타(_____)

Y 예방접종

1. 폐렴구균 예방접종을 받은 적이 있습니까? 예 아니오 모른다
2. 지난 1년간 인플루엔자(독감) 예방접종을 받은 적이 있습니까? 예 아니오 모른다

Y 기본정보

1. 최종학력 초등학교 이하 중학교 졸업 고등학교 졸업
 대학교 졸업 (전문대포함) 대학원 이상
2. 직장유무 귀하는 현재 직장을 다니십니까? 예 아니오
3. 동거가족 유무 있음 없음
4. 보험종류 건강보험 의료급여 기타 (_____)

Y 귀하는 암생존자통합지지센터(실)에 어떻게 참여하셨나요?

- ① 암 진료 주치의 추천
- ② 병원 직원(의사, 간호사, 물리치료사 등)의 추천
- ③ 환우 추천
- ④ 가족 및 주위에서 추천
- ⑤ 원내 광고(포스터, 리플릿, 현수막 등)
- ⑥ 광고매체(신문, 방송, 라디오, 텔레비전 등)
- ⑦ 기타 (_____)

○ 재가암환자 대상 건강기초조사표

| 번호 | 질문 | 응답 | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|--|---|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|----|-----------|---|----|-----------|
| 1 | 귀하가 진단받은 암(원발암)의 종류는 무엇입니까? | <input type="checkbox"/> ① 위암 <input type="checkbox"/> ② 폐암 <input type="checkbox"/> ③ 간암 <input type="checkbox"/> ④ 유방암 <input type="checkbox"/> ⑤ 대장암 <input type="checkbox"/> ⑥ 췌장암 <input type="checkbox"/> ⑦ 갑상선암 <input type="checkbox"/> ⑧ 방광암 <input type="checkbox"/> ⑨ 전립선암 <input type="checkbox"/> ⑩ 자궁암 <input type="checkbox"/> ⑪ 기타 | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 처음 암을 진단받은 것은 언제입니까? | _____년 | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 진단 시 암의 진행정도는 어떠하였습니까? | <input type="checkbox"/> ① 0기 <input type="checkbox"/> ② 1기 <input type="checkbox"/> ③ 2기 <input type="checkbox"/> ④ 3기 <input type="checkbox"/> ⑤ 4기 <input type="checkbox"/> ⑥ 말기 <input type="checkbox"/> ⑦ 모름 | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 귀하가 현재까지 받은 암 치료 방법을 모두 체크해주시시오. | <input type="checkbox"/> ① 수술 <input type="checkbox"/> ② 방사선치료 <input type="checkbox"/> ③ 항암치료 <input type="checkbox"/> ④ 표적치료 <input type="checkbox"/> ⑤ 항호르몬 <input type="checkbox"/> ⑥ 기타 <input type="checkbox"/> ⑦ 모름 | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | 현재 귀하의 암에 대한 치료 상태는 어떠합니까? | <input type="checkbox"/> ① 치료중 <input type="checkbox"/> ② 완치 <input type="checkbox"/> ③ 치료종단 | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | 지난 일주일동안의 스트레스 정도를 가장 잘 표현하는 숫자에 표시해주세요. | <table border="1"> <tr> <td>전혀 괴롭지 않음</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> <td>매우 괴로움</td> </tr> </table> | 전혀 괴롭지 않음 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 매우 괴로움 |
| 전혀 괴롭지 않음 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 매우 괴로움 | | | |

Tip

- 6번 문항 디스트레스(distress) 평가 결과 해석
 - (0점~3점) '이 정도의 마음은 괜찮아요'
 - (4점~6점) '마음이 힘드시네요. 적극적인 스트레스 관리가 필요합니다. 마음을 관리하는 방법을 알아봐요.'
 - (7점~10점) '마음이 많이 힘드시군요. 정신건강전문가의 도움을 받아보세요.'
- * 7점~10점인 경우, 정신건강복지센터 또는 자살예방센터에 의뢰

| | | | | |
|--|----------|-------------------|---------------|------------|
| 의뢰일자 | | 20 년 월 일 | | |
| 의뢰 기관 정보 | 기관명(부서) | | | |
| | 담당자(직위) | | | |
| | 담당자 연락처 | | | |
| 의뢰 대상자 정보 | 성명(성별) | | 생년월일 | yyyy.mm.dd |
| | 암종 | | 연락처 (휴대전화) | |
| | 주소 | | | |
| 서비스 의뢰 정보 | ○ 상담내용 | | | |
| | ○ 담당자 의견 | | | |
| <p>귀 기관에 위와 같이 대상자를 의뢰합니다.</p> <p style="text-align: right;">20 년 월 일</p> | | | | |

6

연계 의뢰 요청서 (국립암센터 → 고양시)

※ 사회보장정보시스템 서식입니다.

○ 의뢰담당자 정보

| | | | | | |
|------|--|------|--|------------|--|
| 의뢰번호 | | 의뢰일자 | | 담당자 연락처 | |
| 담당자 | | 의뢰기관 | | 의뢰부서 | |

○ 의뢰대상자 정보

| | | | |
|---------|---|-----------|---|
| 대상자 성명 | | 주민등록번호 | - |
| 대상자 성별 | <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여 | 연락처(휴대전화) | |
| 연락처(전화) | | | |
| 대상자 주소 | | | |
| 관리행정동 | | | |

○ 서비스의뢰 정보

| | | |
|--------|---|---|
| 원하는 지원 | <input type="checkbox"/> 생계비 <input type="checkbox"/> 교육비 <input type="checkbox"/> 의료비 <input type="checkbox"/> 양육비 <input type="checkbox"/> 재무상담 <input type="checkbox"/> 급식지원 <input type="checkbox"/> 후원금지급 <input type="checkbox"/> 임대주택 <input type="checkbox"/> 집수리 | <input type="checkbox"/> 쉼터/시설입소 <input type="checkbox"/> 진로지도 <input type="checkbox"/> 상담치료 <input type="checkbox"/> 법률지원 <input type="checkbox"/> 학습지원 <input type="checkbox"/> 돌봄서비스 <input type="checkbox"/> 직업훈련 및 취업지원 <input type="checkbox"/> 건강 및 보건 상담 <input type="checkbox"/> 기타() |
| 상담내용 | | |
| 담당자의견 | | |

7

연계 조치 결과서 (고양시 ↔ 국립암센터)

※ 회신기관에서 작성하는 서식입니다.

| 의뢰일자 | | 20 년 월 일 | 회신일자 | 20 년 월 일 |
|--|--|----------|---------------|------------|
| 의뢰 기관 | 기관명(부서) | | | |
| | 담당자(직위) | | | |
| | 담당자 연락처 | | | |
| 회신 기관 | 기관명(부서) | | | |
| | 담당자(직위) | | | |
| | 담당자 연락처 | | | |
| 의뢰 대상자 | 성명(성별) | | 생년월일 | yyyy.mm.dd |
| | 암종 | | 연락처 (휴대전화) | |
| 제공 서비스 | [암생존자통합지지센터] | | | |
| | <input type="checkbox"/> 초기상담(스크리닝) | | | |
| | <input type="checkbox"/> 완료 <input type="checkbox"/> 진행중() <input type="checkbox"/> 거부() | | | |
| | <input type="checkbox"/> 암생존자 통합지지 서비스 제공 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 완료 <input type="checkbox"/> 진행중() <input type="checkbox"/> 거부() | | | |
| | <input type="checkbox"/> 기타() | | | |
| 제공 서비스 | [지자체 및 관련 기관(동 행정복지센터 등)] | | | |
| | <input type="checkbox"/> 초기상담(스크리닝) | | | |
| | <input type="checkbox"/> 완료 <input type="checkbox"/> 진행중() <input type="checkbox"/> 거부() | | | |
| | <input type="checkbox"/> 지역사회 기관 및 서비스 연계 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 완료 <input type="checkbox"/> 진행중() <input type="checkbox"/> 거부() | | | |
| <input type="checkbox"/> 기타() | | | | |
| 조치 내용 | | | | |
| 귀 기관에서 의뢰하신 대상자에 대해 위와 같이 결과를 통보해드립니다. | | | | |
| 20 년 월 일 | | | | |

1. 이용하신 지역사회 기관(동 행정복지센터 등)연계 서비스에 대해 얼마나 만족하십니까?

| 구분 | 매우 불만족 | 불만족 | 보통 | 만족 | 매우 만족 |
|---------|--------|-----|----|----|-------|
| 연계절차 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 서비스 질 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 전반적 만족도 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

2. 이용하신 암생존자통합복지센터 연계 서비스에 얼마나 만족하십니까?

| 구분 | 매우 불만족 | 불만족 | 보통 | 만족 | 매우 만족 |
|---------|--------|-----|----|----|-------|
| 연계절차 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 서비스 질 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 전반적 만족도 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

3. 지역사회 암생존자 통합돌봄사업이 스스로 건강을 관리하거나 일상생활, 직장 생활 등에 복귀하는데 도움이 되었다고 생각하십니까?

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

4. 지역사회 암생존자 통합돌봄사업과 관련하여 가장 좋았던 점은 무엇인가요?

5. 지역사회 암생존자 통합돌봄사업과 관련하여 가장 힘들었던 점은 무엇인가요?

설문에 참여해 주셔서 감사합니다.

IV

부록

IV 부록

1 암환자 및 재가암환자 지원 사업 안내

저소득층 암환자 의료비 지원 사업

- 사업대상: 고양시에 거주 중인 저소득 암환자
 - 성인 암환자(만18세 이상)
 - 의료급여수급권자 및 차상위본인부담금경감대상자
 - 건강보험가입자
 - ※ 2023년 1월 건강보험료 부과기준 (직장)117,000원 이하, (지역)62,500원 이하
 - 소아 암환자(만18세 미만)
 - 의료급여수급권자 및 차상위본인부담금경감대상자
 - 건강보험가입자 중 소득재산 기준 충족자

(단위:원/2023년 기준)

| 구분 | 1인 | 2인 | 3인 | 4인 | 5인 | 6인 | 7인 |
|------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 소득기준 | 2,493,470 | 4,147,386 | 5,321,779 | 6,481,157 | 7,596,826 | 8,673,577 | 9,729,018 |
| 재산기준 | 221,795,453 | 261,457,698 | 289,620,604 | 317,423,425 | 344,178,072 | 369,999,453 | 395,309,784 |

- 사업기간: 연중
- 사업내용
 - 지원내용: 대상자별 암 의료비 지원

| 구분 | 소아 암환자 | 건강보험가입자 | 의료급여수급자 |
|----------|--|---|--|
| 지원 암종 | -악성신생물(C00~C97) -제자리암종(D00~D09) -원발성 악성신생물 (D45, D46, D47.1, D47.3, D47.4, D47.5) | -5대암:위암(C16), 간암(C22), 대장암(C18~C20), 유방암(C50), 자궁경부암(C53) -폐암(C33~C34) | -악성신생물(C00~C97) -제자리암종(D00~D09) -원발성 악성신생물 (D45, D46, D47.1, D47.3, D47.4, D47.5) |
| 지원 | -건강보험: 소득재산조사 | -21. 6월까지 국가암검진 후 만 | 당연 선정 |

| | | | |
|----------|--|-----------------------------------|----------------------|
| 기준 | 총족 -의료급여: 당연 선정 | 2년 이내 5대암 진단자 -21. 6월까지 폐암 진단자 | |
| 지원 금액 | -백혈병: 3,000만원 -백혈병 이외: 2,000만원 (이식시 3,000만원) | 급여 200만원 | 급여 및 비급여 300만원 |
| 지원 항목 | 본인일부부담금 비급여 본인부담금 | 본인일부부담금 | 본인일부부담금 비급여 본인부담금 |
| 지원 기간 | 만18세까지 연속 지원 | 연속 최대 3년 | 연속 최대 3년 |

■ 저소득층 재가암환자 등록관리 및 방문간호서비스

- 사업대상: 암 치료 목적의 초기 적극적인 치료(수술, 항암 치료, 방사선 치료 등)를 완료하였으나 지속적인 건강상태 개선 및 관리가 필요한 재가암환자(암생존자)
 - ※ 저소득층의 기준 : 기초생활보장수급자 및 차상위계층 등
- 사업기간: 연중
- 사업내용
 - 재가암환자의 적절한 통증관리·건강생활습관 교육 및 방문간호서비스
 - 영양식이, 파스 등 필요한 물품 지원 등

■ 일산동구 보건소: 재가암환자 신체·심리 건강증진 프로그램 「이겨냈다! 별별암」

- 사업대상: 고양시 거주 중인 재가암 환자(암생존자) 10~15명
- 사업기간: 2023.4.~7/ 2023. 9.~11. (상·하반기 진행, 주1회)
- 사업장소 및 일정 : 미정 (추후 공지)
- 사업방법 : 10-15인 이하 소규모 그룹을 구성하여 대면 방식으로 사업 운영
- 사업내용
 - 기초건강체크(혈압, 혈당), 원예 활동, 운동 및 건강교육 제공
 - 세부일정 : 원예 활동, 운동 및 건강교육

■ 일산서구 보건소: 재가암환자 관리사업 “행복한 동행”

- 사업대상 : 고양시 일산서구에 거주 중인 재가암 환자(암생존자) 10-15명
- 사업기간 : 2023.5. ~ 2023.10. (주 1회)
- 사업장소 및 일정 : 미정 (추후 공지)
- 사업방법 : 15인 이하 소규모 그룹을 구성하여 대면 방식으로 사업 운영
- 사업내용
 - 암환자 및 가족의 자조모임 활성화를 통한 정보교환, 정서 지지활동
 - 운동 및 영양교육, 웃음체조 등 심신건강 프로그램 진행

■ 암생존자통합지지사업

○ 사업대상

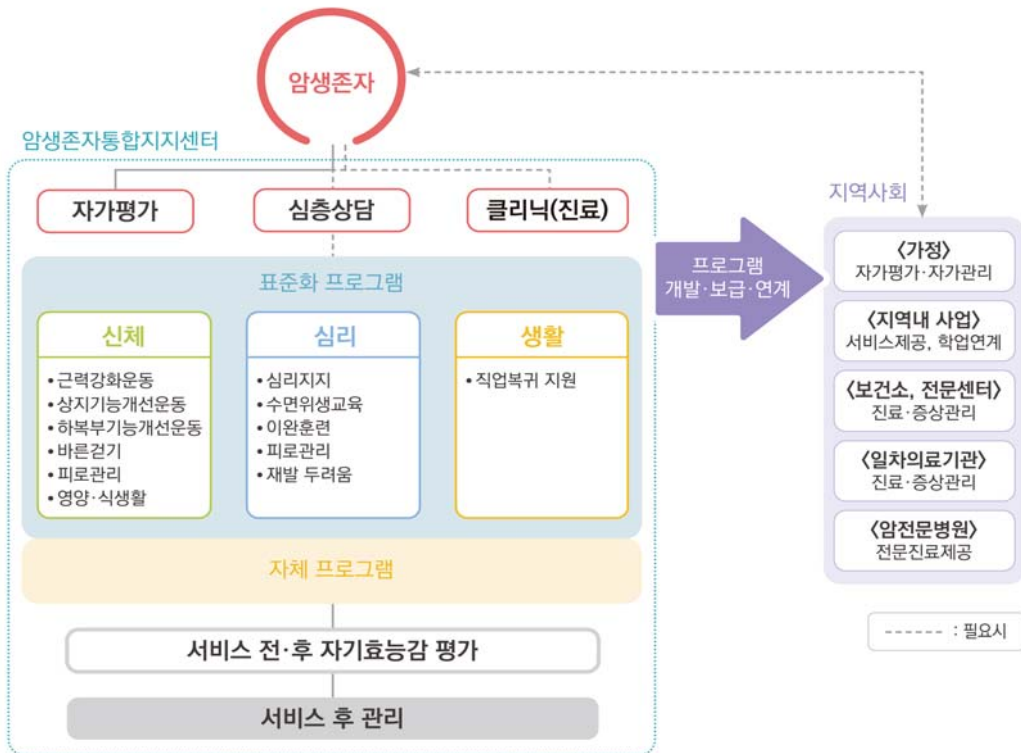
- 암 진단 후 완치 목적의 주요 치료(수술, 항암화학요법, 방사선 치료 등)를 마친 암환자와 그 가족

※ 제외대상:

- 수술, 항암화학요법, 방사선치료 등의 암 치료 중인 암환자
- 호스피스 및 완화의료 서비스 대상 암환자

○ 사업기간 : 2017.7~계속

○ 서비스 제공 절차



○ 서비스 내용

- 자가평가

- 암생존자는 온라인 또는 오프라인에서 신체·정신 건강상태, 삶의 질, 자기효능감 등의 자기기입식 평가 시행

- 심층상담
 - 암생존자의 신체·심리적 건강 문제, 사회복지 문제, 건강관리에 대해 개인별 심층 평가 및 상담
- 표준화 프로그램
 - (신체)근력강화운동, 상지기능개선운동, 하복부기능개선운동, 바른 걷기, 피로관리, 영양·식생활, (심리) 심리지지, 수면위생교육, 이완훈련, 피로관리, 재발 두려움, (생활) 직업복귀 지원 프로그램

| | | |
|----|-----------|---|
| 신체 | 근력강화운동 | 암생존자를 위한 스트레칭, 전신근력운동 등의 운동지침 제공, 운동을 통한 신체활동량·체력 증진 도모 |
| | 상지기능개선운동 | 암생존자를 위한 스트레칭, 상지기능개선운동, 심폐운동 등의 운동지침 제공, 운동을 통한 상지기능개선·근력·심폐체력 증진 도모 |
| | 하복부기능개선운동 | 암생존자를 위한 스트레칭, 하복부기능개선운동, 심폐운동 등의 운동지침 제공, 운동을 통한 하복부기능개선·근력·심폐체력 증진 도모 |
| | 바른 걷기 | 암생존자를 위한 바른 걷기 정보를 제공, 바른 걷기 자세 훈련을 통해 신체활동량·체력 증진 도모 |
| | 피로 관리 | 암 관련 피로에 대한 정보 제공, 피로 완화 방법 훈련을 통해 스스로 피로를 관리할 수 있는 능력 향상 |
| | 영양·식생활 | 암생존자에게 건강한 식생활 방법 제공, 식생활 점검 능력 훈련을 통한 암, 대사증후군, 당뇨병 등 만성질환 예방 |
| 심리 | 심리지지 | 암생존자에게 디스트레스에 대한 정보와 정서적 지지 제공, 대처기법 훈련을 통한 심신 안정, 자신감 회복 및 사회적 기능복귀 도모 |
| | 수면위생교육 | 암생존자에게 올바른 수면 정보 제공 및 수면위생 실천능력 강화 |
| | 이완훈련 | 암생존자가 이완훈련 방법(복식호흡, 점진적 근육 이완법)을 훈련 방법 제공, 우울·불안·불면 등 스스로 관리 |
| | 피로관리 | 암 관련 피로에 대한 정보 제공, 피로 완화 방법 훈련을 통해 스스로 피로를 관리할 수 있는 능력 향상 |
| 생활 | 재발 두려움 | 암 재발에 대한 두려움을 인식하고, 두려움에 대한 이해를 높여 스스로 재발에 대한 두려움을 대처할 수 있는 능력 향상 |
| | 직업복귀 지원 | 암생존자를 위한 심리·정서적 지지 및 직업복귀 정보 제공, 직업복귀의 중요성 인식을 통한 직업복귀 준비 도모 |

- 자체 프로그램
 - 권역암생존자통합지지센터마다 다양한 자체 프로그램 운영하고 있음. 가까운 권역암생존자통합지지센터로 문의

- 지역사회 자원연계
 - 암생존자가 지역사회 내에서 지속적인 관리를 받을 수 있도록 행정복지센터, 보건소, 다양한 기관(고용복지플러스센터, 정신건강센터 등) 등의 사업 및 프로그램 연계
- 암생존자 클리닉 및 전문 진료과 연계
 - 암생존자의 문제에 대한 의료적 관리가 필요한 경우 암생존자 클리닉(건강증진)이나 다양한 전문 진료과로 연계

■ 소아청소년 암생존자통합지지사업

○ 사업대상

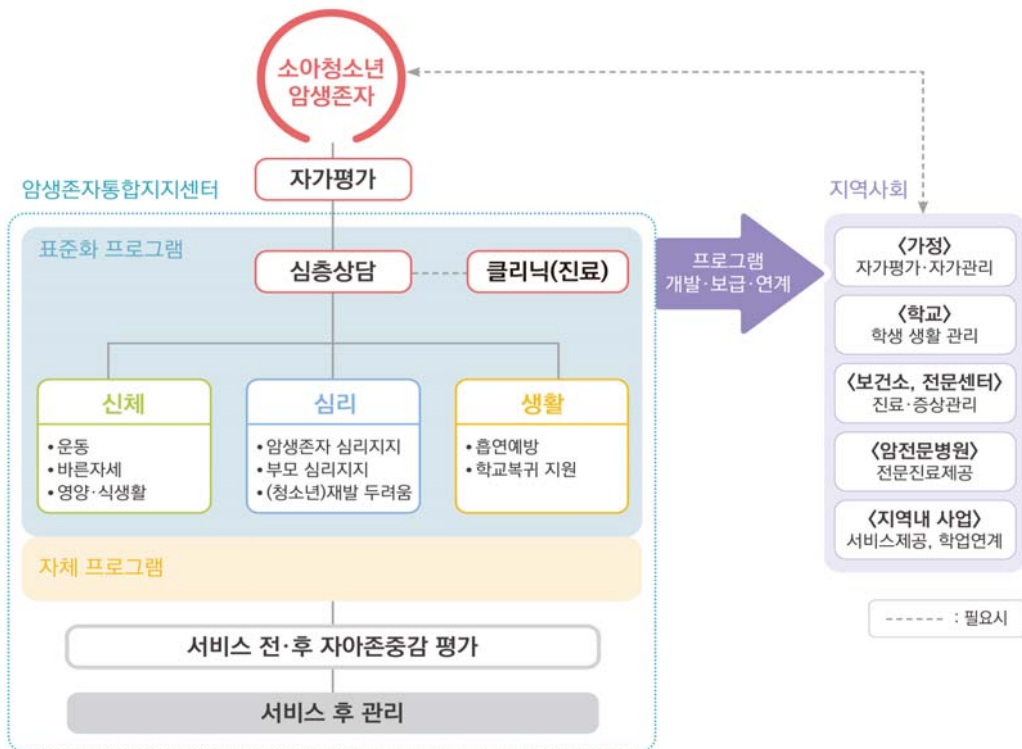
- 소아청소년기 암 진단을 받은 자와 그 가족

※ 제외대상:

- 수술, 항암화학요법, 방사선치료 등의 암 치료 중인 암환자
- 호스피스 및 완화의료 서비스 대상 암환자
- 조혈모세포이식을 시행하여 급성 합병증의 문제가 있는 암환자

○ 사업기간 : 2019.~계속

○ 서비스 제공 절차



○ 서비스 내용

- 소아청소년 암생존자 자가평가
 - 암생존자(또는 보호자)는 온라인 또는 오프라인에서 신체·정신 건강상태, 삶의 질, 자아존중감 등의 자기기입식 평가
- 암생존자 심층상담
 - 암생존자의 건강관리, 신체·심리적 건강 문제, 사회복지 문제에 대한 개인별 심층평가 및 상담
- 암생존자 통합지지 표준화 프로그램
 - (신체) 운동, 바른 자세, 영양·식생활, (심리) 부모 심리지지, 암생존자 심리지지, 청소년 재발 두려움, (생활) 흡연예방, 학교복귀 지원 프로그램

| | | |
|----|------------|---|
| 신체 | 운동 | 소아청소년 암생존자를 위한 스트레칭, 전신근력운동 등의 운동지침 제공, 신체역량에 대한 이해 및 자기 주도적으로 지속적인 체력 증진 도모 |
| | 바른 자세 | 일상생활에서 바른 자세를 유지할 수 있도록 하며 나아가 신체 기능 향상 및 건강증진, 긍정적인 자기 신체인식 변화 |
| | 영양·식생활 | 바른 성장과 발달을 위해 건강한 식생활을 이해하고 실천함으로써 적정 체중 유지 및 바른 성장 발달 도모 |
| 심리 | 부모 심리지지 | 암생존자 가족에게 디스트레스 등에 대한 정보와 정서적 지지 제공, 대처기법 훈련을 통한 심신 안정과 자신감 회복 |
| | 암생존자 심리지지 | 암생존자에게 자존감 저하, 디스트레스 등에 대한 정보와 정서적 지지 제공, 대처기법을 훈련을 통한 자아존중감 향상, 사회적 기능 복귀 도모 |
| | 청소년 재발 두려움 | 암생존자가 자신의 암 재발에 대한 두려움을 인식하고, 두려움에 대한 이해를 높여 스스로 대처할 수 있는 능력 향상 |
| 생활 | 흡연예방 | 소아청소년 암생존자에게 흡연의 유해성에 대한 정보 제공 및 대처기법 훈련 |
| | 학교복귀 지원 | 소아청소년 암생존자의 안정적인 학교복귀를 위한 지원 및 소아청소년 암생존자 주위 사람들 대상으로 소아청소년 암생존자의 이해 증진 |

- 암생존자 통합지지 자체 프로그램
 - 권역암생존자통합지지센터에서 지역사회 암생존자 및 그 가족의 건강관리와 사회적 기능복귀를 위한 근거 기반의 다양한 통합지지 프로그램을 자체적으로 개발하여 제공
- 지역사회 연계
 - 암생존자가 지역사회 내에서 지속적인 관리를 받을 수 있도록 행정복지센터, 보건소, 다양한 기관(고용복지플러스센터, 정신건강센터 등) 등의 사업 및 프로그램 연계
- 암생존자 클리닉 및 전문 진료과 연계
 - 암생존자의 문제에 대한 의료적 관리를 위해 암생존자 클리닉(건강증진)이나 다양한 전문 진료과로 연계

○ 문의

- 권역암생존자통합지지센터 방문 혹은 대표전화로 문의(☎ 1577-9740)
- * 자세한 내용 및 콘텐츠는 암생존자통합지지센터 유튜브 및 국가암정보센터 이용



<https://www.youtube.com/암생존자통합지지센터>



<http://www.cancer.go.kr>

○ 암생존자통합지지센터 현황

암생존자통합지지센터



| 구역 | 주소 |
|--------|--------------------------------|
| 강원 | 강원도 춘천시 백령로 156 강원대학교병원 |
| 경기 | 경기도 수원시 영통구 월드컵로 164 아주대학교병원 |
| 경남* | 경상남도 진주시 강남로 79 경상국립대학교병원 |
| 광주전남 | 전라남도 화순군 화순읍 서양로 322 화순전남대학교병원 |
| 대구경북 | 대구광역시 북구 호국로 807 칠곡경북대학교병원 |
| 대전 | 대전광역시 중구 문화로 282 충남대학교병원 |
| 부산 | 부산광역시 서구 구덕로 179 부산대학교병원 |
| 울산 | 울산광역시 동구 대학병원로 30 울산대학교병원 |
| 인천 | 인천 남동구 남동대로 783 가천대학교길병원 |
| 전북 | 전라북도 전주시 덕진구 건지로 20 전북대학교병원 |
| 제주* | 제주특별자치도 제주시 아란13길 15 제주대학교병원 |
| 충남 | 충청남도 천안시 동남구 망향로 201 단국대학교병원 |
| 충북* | 충청북도 청주시 서원구 1 순환로 776 충북대학교병원 |
| 국립암센터* | 경기도 고양시 일산동구 일산로 323 국립암센터 |

* 소아청소년 암생존자통합지지사업 운영

3

담당자 연락처

(2023.2.기준)

○ 국립암센터

| 부서명 | 담당자 | 팩스번호 |
|-----------|--------------|--------------|
| 암생존자통합지지실 | 031-920-2617 | 031-920-2719 |

○ 고양시 동 행정복지센터

| 동 명 | 담당자 | 간호직 담당자 |
|------|---------------|---------------|
| 주교동 | 031-8075-5656 | 031-8075-5662 |
| 원신동 | 031-8075-5539 | |
| 흥도동 | 031-8075-5571 | 031-8075-5626 |
| 성사1동 | 031-8075-5719 | 031-8075-5717 |
| 성사2동 | 031-8075-5732 | |
| 효자동 | 031-8075-5578 | 031-8075-8370 |
| 삼송1동 | 031-8075-5532 | |
| 삼송2동 | 031-8075-8460 | 031-8075-8462 |
| 창릉동 | 031-8075-5776 | |
| 고양동 | 031-8075-5794 | 031-8075-5613 |
| 관산동 | 031-8075-5605 | 031-8075-5536 |
| 능곡동 | 031-8075-5844 | |
| 화정1동 | 031-8075-5854 | |
| 화정2동 | 031-8075-5879 | |
| 행주동 | 031-8075-5899 | 031-8075-5551 |
| 행신1동 | 031-8075-5914 | |
| 행신2동 | 031-8075-5941 | |
| 행신3동 | 031-8075-5956 | |
| 행신4동 | 031-8075-8485 | 031-8075-8490 |
| 화전동 | 031-8075-5975 | 031-8075-5984 |
| 대덕동 | 031-8075-5989 | |
| 식사동 | 031-8075-6717 | |
| 중산1동 | 031-8075-6581 | |
| 중산2동 | 031-8075-6542 | 031-8075-6544 |

| | | |
|------|---------------|---------------|
| 정발산동 | 031-8075-6979 | 031-8075-6981 |
| 풍산동 | 031-8075-6795 | 031-8075-6803 |
| 백석1동 | 031-8075-6827 | . |
| 백석2동 | 031-8075-6859 | 031-8075-6861 |
| 마두1동 | 031-8075-6885 | . |
| 마두2동 | 031-8075-6896 | . |
| 장항1동 | 031-8075-6914 | . |
| 장항2동 | 031-8075-6972 | . |
| 고봉동 | 031-8075-6955 | 031-8075-6989 |
| 일산1동 | 031-8075-7706 | . |
| 일산2동 | 031-8075-7753 | . |
| 일산3동 | 031-8075-7781 | . |
| 탄현1동 | 031-8075-7810 | 031-8075-7816 |
| 탄현2동 | 031-8075-7552 | . |
| 주엽1동 | 031-8075-7828 | . |
| 주엽2동 | 031-8075-7853 | . |
| 대화동 | 031-8075-7890 | 031-8075-7896 |
| 송포동 | 031-8075-7924 | . |
| 덕이동 | 031-8075-7971 | 031-8075-7958 |
| 가좌동 | 031-8075-7572 | . |

○ 고양시 보건소

| 부서명 | 담당자 |
|----------------|---------------|
| 덕양구 보건소 방문보건팀 | 031-8075-4074 |
| 일산동구 보건소 방문보건팀 | 031-8075-4144 |
| 일산서구 보건소 방문보건팀 | 031-8075-4220 |