

재가 노인을 위한 사례관리 서비스의 효과성 연구

- 팀접근 모델을 중심으로 -

정 순 들

(서울신학대학교 조교수)

고 미 영

(서울신학대학교 조교수)

[요 약]

본 연구의 목적은 복합하고 다양한 문제를 가지고 있는 재가노인의 욕구충족을 위해 사례관리 서비스를 제공하고 그 효과성을 검증하는데 있다. 본 연구에서 사용한 사례관리모델은 팀접근 모델이며, 이는 사례관리팀을 이루어 그 안에서 슈퍼비전을 제공하고, 인력활용이 이루어지는 형태이다. 슈퍼비전은 지역 사회 내에서 활동하는 전문가들로 조직된 팀에서 제공하고, 서비스는 주요사례관리자와 준전문가로 구성된 활동기팀에서 담당하였다. 준전문가는 1주일에 한 번 노인클라이언트의 가정에 방문하여 노인의 상황을 모니터링하였으며, 주요사례관리자는 상담 제공과 지역사회 지원을 연결하였다. 비동일 통제집단설계를 사용해 6개월간 제공된 팀접근 사례관리 서비스의 효과성을 검증하였는데, 사용된 도구는 삶의 질과 삶의 만족도였다. 실험집단 노인 30명에게 사례관리 서비스를 실시한 결과 삶의 질과 삶의 만족도는 부분적으로 사전사후 점수간에 유의미한 차이를 보여 팀접근 사례관리 서비스의 효과성이 입증되었다. 비교집단의 노인 28명은 일상적인 재가복지서비스를 받게 하였으며, 사전사후 점수간에 유의미한 차이가 나타나지 않아 팀접근 사례관리 서비스는 효과적인 것으로 나타났다.

주제어: 팀접근 사례관리, 재가노인, 서비스 효과성

* 이 논문은 2001년도 한국학술진흥재단의 지원에 의하여 연구되었음(KRF-2001-042-C00153).

1. 서론

이제까지 노인을 대상으로 제공되고 있는 재가복지 서비스는 전통적인 사회복지 서비스 모델을 사용하여 복합적인 욕구를 지닌 노인 클라이언트에게 효과적인 서비스를 제공하지 못하고 있다. 이러한 문제점을 개선하고 서비스의 질적인 향상과 비용 효과를 고려한 사례관리 모델이 새로운 사회복지 실천방법론으로 부상하고 있다. 여기서 사례관리란 한 사람의 사례관리사가 클라이언트의 복합적인 서비스 자원을 연결시켜 클라이언트가 사회생활상의 어려움을 극복할 수 있는 직질한 서비스를 받을 수 있도록 책임을 지는 것을 말한다(Johnson and Rubin, 1983: 49). 사례관리의 중요개념은 보호와 서비스의 조성을 통해 클라이언트에게 적합한 서비스를 제공하여 클라이언트의 삶의 질을 높이는 것이라 할 수 있다. 사례관리는 지역사회 자원 개발과 네트워크 연결, 사례관리자의 실천 방법에 대한 인식의 변화와 적용이 함께 어우러져야만 성공할 수 있는 방법론이다. 전통적 사회복지 서비스와 사례관리 접근법의 가장 큰 차이점은 전자가 기존의 서비스에 클라이언트를 맞추는 것이라면 후자는 클라이언트의 욕구에 서비스를 맞추는 것이라 할 수 있다(Pilling, 1992). 즉 사례관리 접근법은 클라이언트의 욕구에 맞춘 서비스를 제공하기 위해 필요한 자원을 개발하는 범위까지를 포함하게 된다.

사례관리 접근법이 등장하게 된 배경을 보면 1960년대 서비스의 단편성 극복을 위한 노력, 1970년대 내의 탈시설화의 영향, 그리고 1980년대 이후 복합적 욕구를 지닌 서비스 인구의 증가 등을 지적할 수 있다. 1960년대 케네디 행정부 시대 개별적으로 실시된 각종 사회복지 프로그램으로 인해 서비스의 단편성이 문제시되었다. 이를 개선하기 위한 전략으로 서비스에 대한 통합을 시도하게 하였고, 이것이 사례관리의 시초가 되었다. 1970년대 지역사회 보호 개념이 강조되면서 서비스 조정을 향상시키기 위한 사례관리의 필요성이 다시 대두되었으며, 70년대 말과 80년대 초 각 주들은 사례관리에 관한 규정을 두게 되었다. 1980년대 초에는 노인들, 특히 만성질환으로 장기보호를 필요로 하는 이들(노인의 80%에 해당)에 대한 지역사회보호 프로그램을 발전시켰는데 이 프로그램의 중요한 요소 중 하나로 사례관리가 포함되었다. 1980년대 이후 사례관리는 급속도로 팽창하게 되었는데 이는 다양한 서비스 섹터로부터 자원에 대한 종합적인 욕구를 가지고 있는 클라이언트를 인식하려는 노력에서 비롯되었다.

사례관리 방법은 이미 서구에서는 여러 영역에서 그 체계를 잡아가고 있으나, 우리 나라의 경우 사례관리에 대한 관심은 1990년대 이후부터 시작되었다. 사례관리의 개념 및 방법에 대한 소개(이근홍, 1998; 장인협·유국희, 2001)에서 시작하여 사례관리를 한국적 도양에 맞게 어떻게 적용할 것인가(황성철, 1995), 사회복지 실천으로서의 사례관리 기법(황성동, 1993; 김동원·김용득, 1998), 사례관리를 위한 네트워크의 분석(정순돌, 2001), 여러 종류의 클라이언트에 대한 사례관리의 적용모델(엄명용, 1999; 허남순, 1998; 류상열, 1999; 박미은·박귀서, 1999) 등 여러 가지로 시험적인 연구가 이루어지고 있다. 최근에는 여러 곳의 복지관에서 사례관리 서비스를 제공하려는 시도들이 이루어지고 있으나, 어떻게 사례를 관리하고, 다른 기관과 연계하며, 필요한 자원을 끌어들이는 것인지에 대한 전문적

이고 실천적인 모델은 거의 부재한 상태이다. 또한 적절한 지역사회 자원이 부족하고 복지관의 업무 환경이 사례관리자로 하여금 충분히 사례를 관리하도록 하는데 지지적이지 못한 실정에 있다.

이러한 상황에서 본 연구는 지역사회의 자원을 수퍼비전과 사례관리 활동에 적절히 동원하고 조직하는 새가노인을 위한 지역사회 복지관 사례관리 모형을 탐색하여 그 결과를 평가해 보고자 하는데 그 목적이 있다. 이를 구체적으로 살펴보면 다음과 같다. 첫째, 사례관리를 실천하기에 역부족인 우리의 현실을 보완하는 모델로서 팀접근 사례관리 모델을 적용해 보고, 팀접근 모델의 사용가능성에 대해 검증해 보고자 한다. 여기서 팀접근 모델은 먼저 지역사회 자원을 끌어들이고 사례진행의 방향을 정하는 수퍼비전 체계를 지역 사회 전문가들로 보완하며, 다음으로 실제로 클라이언트를 만나고 사례를 진행하는데 주요사례관리자를 도울 수 있는 준전문가를 포함하도록 하는 것이다. 즉 한 사례관리자가 담당해야할 총 업무를 세 가지 체제, 즉 수퍼비전, 주요사례관리자, 준전문가로 나누어 분산하고, 사례가 보다 충실한 내용으로 진행될 수 있도록 하는 것이다. 둘째, 사례관리실천의 효과성을 평가하고 있는 연구들이 부족한 현 실정에서 실제적인 사례관리를 실천해 보고 그 효과성을 검증해 보고자 하는 것이다.

2. 이론적 배경

1) 사례관리 모형

사례관리에 대한 여러 가지의 모델들이 있지만, 사례관리에 대한 일반적인 합의는 기본적인 서비스의 과정에서 찾을 수 있다. 즉 사정, 서비스 계획, 서비스 제공 및 자원연결, 점검, 평가 및 재사정과 같은 과정을 공통적으로 가지고 있다는 점이다. 이러한 과정 속에서 사례관리 모델은 여러 학자들에 의해 정의되고 있다. 여기서는 Friesen과 Poertner(1995)가 제시하는 4가지 모델로서 치료자 모델, 중개자 모델, 팀접근 모델, 강점모델 등을 중심으로 살펴보려고 한다. 4가지 모델에 대한 요약은 <표 1>에서 이루어지고 있다. 치료자 모델은 기존의 사회복지 서비스에 자원연결기능을 강화한 모델이고, 중개자 모델은 치료자 모델에서 한 걸음 더 나아가 능동적으로 기관간 자원교환이 이루어지는 모델이며, 팀접근 모델은 서비스 조정에 합의된 기관이나 각각의 전문가들이 적극적으로 협력하여 서비스를 제공하는 모델이다. 강점 모델은 기관간의 협력에 더해 클라이언트와 그의 체계가 가지는 강점에 초점을 두고 그들이 더 이상 사례관리자에게 의존하지 않아도 스스로 자원을 연결할 수 있는 능력을 배양해 주는 모델이다. 여기서 팀접근 모델은 여러 종류의 전문가들이 함께 만나 종합적인 의견을 교환할 수 있고, 사정과정과 서비스 계획 등 모든 과정에 대한 조정 기능을 가지고 여러 가지 차원에서 협력할 수 있어 클라이언트에 대한 가장 적절한 서비스를 제공하는 것이 가능하다. 특히 우리나라의 지역사회복지관에서 일하는 사회복지사들의 경우 많은 사례를 관리해야 하는 부담감으로 인해 사례관리를 실천하지 못하고 있는 실정인데 팀접근 모델에 의하면 준전문가와 전문가들의 협력하여 사례관

리의 진행이 가능하기 때문에 사회복지현장에서 실행가능성이 매우 높은 것으로 사려된다. 또한 정기적으로 평가하는 기능도 가지고 있어 본 연구의 목적에 적합하다고 본다. 따라서 팀접근 모델이 우리나라의 지역사회 복지관에서 가장 활용가능성이 크다고 판단되어 본 연구에서는 팀접근 모델이 의거해 연구를 진행하고자 한다.

〈표 1〉 사례관리 과정에 따른 4가지 사례관리 모델

기능	치료자모델	중개자모델	팀접근 모델	강점모델
특징	기존의 치료에 사례관리자를 첨가	서비스체계가 잘 조정되어 있지 않으므로 클라이언트가 서비스를 잘 받도록 한다.	다분야 전문가팀 클라이언트가 다양한 서비스 체계와 관련되어 있을 경우 조성하는 기능을 갖는다.	클라이언트의 개별적 강점보다 사례관리자가 기능을 수행하기 위한 방법이다.
사정	DSM-III-R에 의거	기능적 사정에 의거해 서비스 욕구를 결정 (DSM에서 확장해 재정 지원은 목적으로, 프로그램 자격조건을 사정	각각의 전문가에 의한 사정을 하고 후에 팀이 합쳐 만나 종합적이고 임상적 사정을 실시	클라이언트와 가족의 능력과 지원, 즉 '강점'을 사정
계획	사회복지기관의 치료계획	사례관리자가 클라이언트의 욕구에 부합되는 서비스를 찾고 이를 추천	서비스에 대한 팀계획과 추천	클라이언트와 가족이 필요한 자원과 기술을 획득하도록. (더 이상 사례관리자에 의존하지 않도록)
옹호	클라이언트와 가족을 위해 필요할 것으로 보이는 다른 서비스를 얻을 수 있도록 초점 두고 옹호	서비스자격조건을 유동성을 얻기 위해 다른 서비스 제공자에게 초점	모든 기관의 서비스제공자가 서비스 제공에 동의하고 있으므로 옹호노력 필요 없음	클라이언트와 가족이 자원획득하는 법 배우도록/ 기관의 변화를 위한 노력도 기울임
모니터	클라이언트의 피드백을 통해 계획이 평가됨	위기상황이 다가오면 계획은 수정됨. 주기적 평가. 타기관 위커가 평가하기도 한다	정기적으로 팀이 평가	클라이언트와 가족의 지속적 평가
연계	부가적 서비스를 위해 지역사회내의 다른 기관에 수동적으로 연계함 (ex. 근무시간내 전화접촉)	특정한 서비스에 대한 가족의 인지부터 재정적 보증을 포함한 능동적 의뢰	한 리더사례관리자가 연계에 대한 책임을 지기도 하고, 팀원으로 구성된 사례관리자가 각각의 기관서비스와 연계해 준다. 가족이 초기사례관리자의 역할하기도 한다.	클라이언트와 가족이 효과적 자원의 소비자가 되도록, 연계에 대한 책임은 사례관리사, 클라이언트, 가족 중 있으며 공식적 자원이 없을 때 비공식적 자원을 창출해 내는 것이 중요

자료: Friesen and Poertner (1995), From Case Management to Service Coordination:44-45.

2) 선행연구 고찰: 사례관리의 효과성 평가

사례관리에 대한 많은 모델이 정의되어왔고, 필요성이 언급되고 있지만 대부분의 연구들이 사례관리의 결과에 대해 경험적으로 엄격하게 증명하고 있는 경우는 거의 없다(Rubin, 1992). 충분한 사례수를 가지고 사례관리의 효과성을 검증하는 것이 어려워 몇 사례만 뽑아서 기술적으로 클라이언트의 진전상태만을 나타내는 경우(엄명용, 1999; 김숙경, 2001)도 있으며, 실험조사설계를 사용하여 효과성을 평가하고 있는 경우도 있다(Franklin, Solovitz, Mason, Clemens, and Miller, 1987). 일반적으로 사례관리의 효과성에 대한 평가는 과정(process)에 따른 평가와 결과(outcome)에 따른 평가로 이루어진다(정순돌, 2002). 대부분의 사례관리에 대한 연구는 결과보다는 과정(Berkowitz 등, 1992)에 초점이 두어져 왔다. 과정에 따른 평가는 주로 점검(monitoring)과 관계가 있는데, 여기서 점검이란 개입계획이 의도된 대로 수행되고 있는지를 확인하는 과정이라고 볼 수 있다. 따라서 점검의 가장 큰 목적은 서비스가 잘못 전달되어 클라이언트의 삶에 부정적인 요소가 개입되지 않도록 살펴보는 것이라 할 것이다. 그렇기 때문에 점검의 중요한 부분이 클라이언트의 진전상태와 클라이언트의 서비스 프로그램에 대한 반응을 살펴보는 것이라 하겠다. 사례관리 실천에서 점검의 과정은 전통적인 사회복지실천에서는 중요시되지 않았던 영역이라 할 수 있다(Rothman and Sager, 1998). 우리 나라에서는 류상열(1997)이 재가복지봉사센터에서의 사례관리 과정에 관한 연구를 시행하기는 하였지만 평가에 대한 언급은 없다. 다음으로 결과에 대한 평가는 목표달성여부에 따라 평가하는 방법과 과제달성여부에 따라 평가하는 방법이 있다. 목표에 따른 평가는 목표달성여부에 따라 평가하는 방법으로 전통적인 사회복지 사업에서도 활용이 되기도 하는 방법이다. 과제에 따른 평가는 Epstein과 Reid에 의해 만들어진 과제 달성모델을 가지고 사례관리의 목표달성정도를 평가하는 방법(Naleppa and Reid, 1998)이다. 우리나라에서도 허남순(1998)이 노인에 대한 과제중심모델의 적용에 대한 평가를 시행하였다.

사례관리의 효과성 평가 중 가장 자주 사용되는 지표는 삶의 질이다. 삶의 질이 효과성 평가의 척도로 사용되는 이유는 사례관리의 특성 및 목적과 관련하여 생각해 볼 수 있다. 사례관리는 여러 가지 복합적인 문제를 가지고 있는 노인들의 욕구를 충족시켜 주며, 복지서비스를 받는데 장애가 되는 관료주의와 싸우며, 지속적 서비스를 받을 수 있도록 도움을 제공하여 클라이언트들의 삶의 질을 향상시키려는 목적을 가지고 있다(Jinnett, Alexander, and Ullman, 2001:64-65). 삶의 질은 집의 소유, 여기활동의 유무 등과 같은 객관적인 요소들을 포함할 뿐만 아니라 삶의 만족도와 행복감 같은 주관적인 요소들이 포함되기도 한다. 예를 들어 세계보건기구(World Health Organization)에 의해 개발된 삶의 질 도구에는 신체적 건강, 심리적 건강, 사회적 관계, 환경관련 문제 등을 포함한 것들로 이루어져 있다. Lancashire Quality of Life Profile(Oliver 등, 1996), Lehman Quality of Life Interview(Lehman, 1988) 같은 도구들도 역시 객관적인 면과 주관적인 면을 모두 포함하는 삶의 질 측정 도구이다. 사례관리자에 의해 신체기능의 쇠퇴가 약화되고, 기능이 증가되며, 기회를 얻게 되는 것은 결국 사회적 관계가 개선되고, 고용의 기회를 얻게 되며, 건강상태가 개선되는 것을 포함한 다양한 영역의 삶의 질을 개선하는 것이다. 따라서 사례관리 서비스의 중요한 목적 중 하나는 클라이언트의 삶

의 질을 개선하는 것이다. 실제로 사례관리가 클라이언트의 삶의 질을 향상시키는 데 공헌했다는 몇몇 연구들이 있다 (Challis and Davis, 1986; Huxley and Warner, 1992; Fisher 등, 1988 재인용: Franklin, Solovitz, Mason, Clemons, and Miller, 1987).

사례관리의 효과성을 평가하고 있는 연구의 결과들은 효과적이다라는 평가와 효과적이지 못하다는 평가가 공존하고 있다. 그러나, 많은 연구들이 동일한 모델을 가지고 연구한 것이 아니라 여러 가지 상이한 모델들을 가지고 결론을 맺고 있다(Rubin, 1992). 사례관리의 효과에 대해 긍정적인 연구들로는 Bond 등(1988), Borland 등(1989), Goering 등(1988), Bush 등(1990), Rife 등(1991), Jinnett 등(2001) 등이 있다. 그러나, 이들의 연구들은 여러 가지 효과성을 나타내는 지표 중 몇 가지가 효과적인 것으로 나타났을 뿐 효과적이지 못하다고 나타난 지표들도 여러 개가 있었음을 공통적으로 보고하고 있다. 예를 들어 재입원을 낮추는데 사례관리가 효과적이었지만 삶의 질 등은 다른 비교집단과 비교했을 때 차이가 없는 것으로 나타났다. 사례관리의 효과에 대해 부정적인 연구들로는 Franklin 등(1987)에 의해 이루어진 연구를 들 수 있는데 그의 연구는 사례관리의 "일반주의 모델(generalist model)"의 효과성을 실험조사에 의해 평가한 것이다. 이 연구에서는 30케이스를 조사하였는데 사례관리 실천모델은 클라이언트의 입원율을 낮추지 못했으며, 또한 삶의 질도 개선하지 못하였다. Fisher 등(1988)도 비슷한 견해를 나타내고 있는데 이 연구자들은 일정 모델을 선택하지 않고, 서베이 조사 방법을 택하여 사례관리의 결과에 영향을 주는 여러 요소들을 조사였다. 하지만 거의 모든 요소들이 클라이언트의 변화에 영향을 주지 않는 것으로 나타났다. Cutler 등(1987)이 집중적 사례관리 모델을 약간 부여한 환자와 사회화를 강조하고 있는 프로그램의 환자와 비교하였는데 결과는 역시 사례관리가 효과적이지 못한 것으로 보고되었다.

3. 연구방법

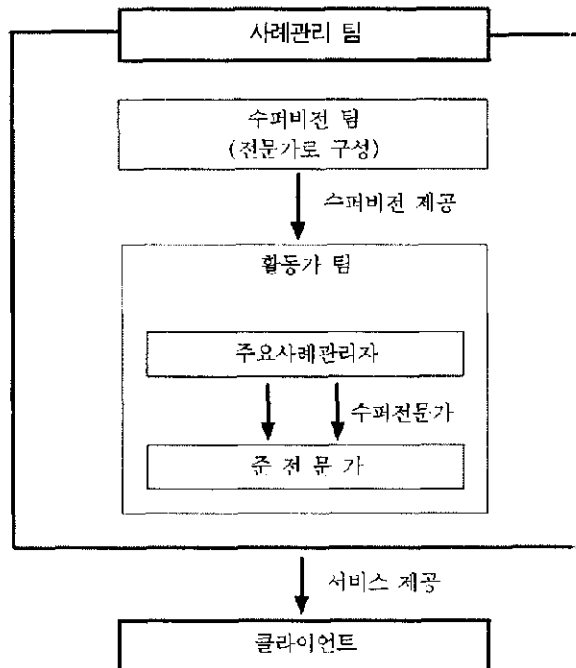
1) 본 연구에서 사용한 팀접근 사례관리 모델

(1) 구조 및 내용

본 연구에서 활용한 팀접근 사례관리 모델은 <그림 1>과 같이 한 개인 사례관리사가 사례를 담당하여 진행시키지 않고 지역사회 내에서 활동하는 전문가와 준전문가가 적절히 혼합된 사례관리팀을 형성하여 집중적으로 선별된 사례를 공략하는 것이다. 여기서 팀은 두 개의 세부구조로 나뉘는데 하나는 슈퍼비전 팀과 다른 하나는 활동가 팀이다. 슈퍼비전 팀은 사례관리 전문담당교수 2명, 자문교수 1명, 정신과 의사 1명으로 구성되었고, 활동가 팀은 주요사례관리자와 그를 돕는 준전문가 자원봉사자로 구성하였다. 첫째, 슈퍼비전 팀은 사회복지사를 전공한 교수 3명과 정신과 의사 1명 등 4명으로 구성되었다. 2명의 사회복지학과 교수는 사례관리의 실무경험을 가지고 5년 이상 지역사회기관에서 일한

경력을 가지고 있으며, 또 한 명은 사례관리 실행팀을 실제로 구성하여 2년간 시행해 평가한 경력을 가지고 있다. 슈퍼비전 팀에 참여한 정신과 의사는 정신의료사회사업에 관심을 가지고 있으며, 지역사회에서 정신건강실천을 위해 10년 이상 개업하고 있으며, 박사학위를 소지하고 있다. 둘째, 주요사례관리자는 사회복지관에서 사회복지사로 3년 이상 일한 실무 경험을 가지고 있으며, 재가복지를 담당하고 있는 사회복지사들이다. 셋째, 준전문가는 사회복지를 전공하고 있는 학부 3학년 이상의 학생과 대학원에서 사회복지를 전공하고 있는 학생들로 구성하였다. 주요사례관리자와 준전문가들은 사전에 사례관리에 대한 교육을 본 연구자들로부터 받았다. 준전문가들은 주요사례관리자가 속한 기관에 배정을 받았으며, 1인당 2명의 재가노인을 관리하도록 하였다.

전체 사례관리팀은 한 달에 한 번 정기적인 모임을 통해 사례를 검토하고, 그 진행을 점검하였다. 슈퍼비전 체계는 일차적으로는 주요사례관리자가 그를 돕는 보조 인력인 준전문가 학생자원봉사자에게 주고, 이차적으로는 슈퍼비전 팀의 전문가들이 주요사례관리자 혹은 준전문가들에게 직접 슈퍼비전을 주었다. 사례관리팀의 슈퍼비전에서 다루어진 문제는 사례 선정기준의 설정, 클라이언트 사정양식 작성, 주요사례관리자와 준전문가에 대한 교육, 개인 사례별 계획의 검토, 지역사회 자원 발굴 및 추천, 클라이언트 상담과 옹호에 관련된 자문, 클라이언트 자원과 지지망의 개발과 확장에 대한 자문, 사례의 재사정 및 평가 등이었다.



〈그림 1〉 팀접근 사례관리 모형

사례관리팀 내에서 각 체계의 역할은 다음과 같다. 슈퍼비전 팀은 주요사례관리자와 준전문가에게 슈퍼비전을 제공하고 사례의 진행에 대한 검토를 하였다. 주요사례관리자는 한 사례에 대한 총 책임을 맡아 사례를 진행시켰다. 즉 노인욕구의 사정, 서비스 계획, 자원의 연결 및 서비스의 조정 등에 대한 업무를 담당하였다. 준전문가 학생자원봉사자는 주요사례관리자의 지도를 받아 노인의 가정에 방문하여 인테이크, 서비스에 대한 지속적인 모니터링, 그리고 정서적 지지 제공 등의 업무를 담당하였다. 준전문가 학생자원봉사자들은 반드시 1주일에 한 번은 직접 대상자의 집에 방문하도록 하였으며, 만약 직접 방문이 어려울 때는 전화방문을 하도록 독려했다. 또한 방문시마다 상담일지를 기록하도록 하였으며, 사례관리팀의 슈퍼비전 모임과 각 복지관별 사례관리 회의에 그들의 활동을 정기적으로 보고하도록 하였다. 준전문가 학생자원봉사자들은 주요사례관리자로부터 2주에 한 번 간격으로 노인 가정방문에 대한 지도를 받았으며, 한 달에 한 번 사례관리팀의 슈퍼비전 모임에 참여해 슈퍼비전을 받았다.

한편 클라이언트의 욕구와 자원의 연결은 다음과 같은 경로로 이루어졌다. 먼저 부천시외의 경우 지역복지협의체가 구성되어 있어 각 복지관 및 보건소, 사회복지 관련 서비스 기관간의 연계가 매우 잘 이루어져 있다. 각 복지관간에는 연계에 관한 합의가 되어 있어 서비스 제공에 대한 요청시 협력관계가 잘 이루어지고 있다. 다만 문제시되는 경우는 협력관계 속에 속해 있지 않은 의료기관이나 보정기, 사전제품 등을 제공하는 기관에는 협력을 별도로 요청하거나 주요사례관리자가 알고 있는 정보에 의존하여야 했다. 서비스 제공경로는 우선 대상자 노인이 3개의 복지관에서 주요사례관리자에 의해 추천되어 슈퍼비전팀에 올라왔다. 슈퍼비전팀은 전문가와 주요사례관리자, 준전문가가 모인 사례회의를 통해 활동가팀에서 담당할 클라이언트를 결정하였으며, 활동가팀은 사례사정을 실시하고, 주요사례관리자의 슈퍼비전하에 기초적인 서비스 계획을 세웠다. 서비스 계획은 슈퍼비전팀의 사례회의에서 검토하여 확정하였으며, 필요한 자원에 대한 정보제공과 교환도 이루어졌다. 예를 들어 치과진료서비스와 우울증에 대한 치료의 욕구를 가지고 있는 노인클라이언트의 경우 사정을 통해 이러한 욕구와 서비스의 연결에 대한 계획이 진행되었다. 치과서비스의 경우 협력관계가 체결되어 있지는 않았지만 P 복지관의 주요사례관리자가 클라이언트를 주로 의뢰하는 곳으로 연결하여 주었다. 우울증의 경우 슈퍼비전 팀의 전문가가 우울증에 대한 서비스를 제공할 수 있는 정신과를 연결하여 주었다. 또한 준전문가 학생 자원봉사자의 방문 외에도 이 노인을 지속적으로 방문하여 맡보이 되어줄 자원봉사자를 연결하여 주었다. 서비스 제공상황에 대한 모니터링이 체크리스트에 의해 기록되었으며, 슈퍼비전팀에서 행하는 사례회의에서 점검되었다. 이러한 과정을 거쳐 팀접근 사례관리기 진행되었다. 대상노인들에 대한 사전평가가 이루어졌으며, 6개월 후 사후평가도 이루어졌다. 사후평가에서는 재사정이 이루어졌으며, 서비스의 지속여부가 슈퍼비전팀에서 행하는 사례회의에서 결정되었다.

(2) 서비스의 목표

팀접근 사례관리가 지향하는 바는 클라이언트의 기본적인 생활 욕구에 집중하여 기본적인 서비스를 제공하는데 그치는 현 사례 관리체제를 활용 가능한 전문 혹은 비전문 인력을 동원하여 보다 적극적이고 지지적인 사례 관리를 실시할 기반을 조성해 보고자 하는데 있다. 여기에는 첫 번째 클라이

노인들의 삶의 질을 향상시킬 수 있는 사례 관리 기본 철학이 포함된다. 클라이언트의 삶의 질의 향상은 기본적인 생활 욕구를 충족시키는 데서 더 나아가 전반적으로 삶에 대한 만족도와 행복감을 향진시키는 데 초점을 두는 것이다. 즉, 클라이언트의 신체기능적인 면과 정신심리적인 면, 사회환경적인 면의 모든 상황에 대한 전체적으로 균형있는 향상을 도모하는 것이다. 따라서 생태체계적인 관점에서의 이해 및 사정을 실시하고 이를 자원연결과 지지망 확보로 발전시켜 나아가는데 주안점을 두는 것이다.

두 번째는 클라이언트의 자원과 지지망 확보에 있어서 자원적인 친분관계, 가족 등과 같은 자연 지지망을 돈독히 하는데 주력하였다. 가족 관계의 강화를 위해 그간에 연락이 끊겼던 가족들과의 재연결 시도, 가족 갈등의 해결을 위한 상담 등 지속적으로 클라이언트의 지지망이 될 수 있는 친분, 이웃, 교회 등의 자연적 지지망의 확보에 초점을 맞추도록 노력하였다. 이는 공식적인 사례 관리가 종결된 이후에도 꾸준히 클라이언트를 지지하는 역할을 맡아줄 수 있는 지지망을 확보하는 차원에서 중요한 과제이기도 하다.

2) 연구가설

이 연구의 주요 가설은 지역사회중복지원에서 이미 서비스를 제공하고 있거나 새로이 서비스를 제공받기 위해 발굴된 노인들 중 제시된 문제가 3개 이상으로 복합적인 노인들을 대상으로, 팀접근 사례관리 서비스를 실시하고, 이 서비스가 노인들의 문제를 완화시키는데 도움을 주었는지를 검증하는데 있다. 이 연구의 구체적인 가설은 다음과 같다.

〈가설 1〉 노인 팀접근 사례관리 서비스에 참여한 노인들, 즉 실험집단 노인들의 삶의 질은 팀접근 사례관리 서비스에 참가하지 않은 노인들로 구성된 비교집단의 삶의 질과 유의미한 차이가 있을 것이다.

〈가설 1-1〉 노인 팀접근 사례관리 서비스에 참여한 노인들, 즉 실험집단 노인들의 객관적 삶의 질은 팀접근 사례관리 서비스에 참가하지 않은 노인들로 구성된 비교집단의 객관적 삶의 질과 유의미한 차이가 있을 것이다.

〈가설 1-2〉 노인 팀접근 사례관리 서비스에 참여한 노인들, 즉 실험집단 노인들의 주관적 삶의 질은 팀접근 사례관리 서비스에 참가하지 않은 노인들로 구성된 비교집단의 주관적 삶의 질과 유의미한 차이가 있을 것이다.

〈가설 2〉 노인 팀접근 사례관리 서비스에 참여한 노인들, 즉 실험집단 노인들의 삶의 만족도는 팀접근 사례관리 서비스에 참가하지 않은 노인들로 구성된 비교집단의 삶의 만족도와 유의미한 차이가 있을 것이다.

〈가설 2-1〉 노인 팀접근 사례관리 서비스에 참여한 노인들, 즉 실험집단 노인들의 정서적 삶의 만족도는 팀접근 사례관리 서비스에 참가하지 않은 노인들로 구성된 비교집단의 정서적 삶의 만족도와 유의미한 차이가 있을 것이다.

〈가설 2-2〉 노인 팀접근 사례관리 서비스에 참여한 노인들, 즉 실험집단 노인들의 경험적 삶의 만족도는 팀접근 사례관리 서비스에 참가하지 않은 노인들로 구성된 비교집단의 경험적 삶의 만족도와 유의미한 차이가 있을 것이다.

3) 연구대상 및 자료수집

지역사회 거주 재가 노인들을 위한 팀접근 사례관리 서비스의 효과성을 검증하기 위해 비동일 통제집단 디자인(Non-equivalent control group design)을 사용해 연구하였다. 연구대상은 재가복지서비스 대상 노인으로 아래의 조건중 세 개 이상 해당되는 자로 하였다.

- (1) 나이: 65세 이상 노인
- (2) 경제적 조건: 수급권자, 조산부 수급권자, 일반 저소득층으로 판단되는 노인
- (3) 신체적 조건: ADL 척도에 근거하여 거동이 불편하다고 판단되는 노인
- (4) 거주형태: 독거가구 노인 또는 노인 부부가구의 노인

위의 3가지 조건에 해당하면서 지역사회복지관에서 재가복지 서비스를 받고 있는 노인과 전혀 받지 않는 노인 중에서 팀접근 사례관리 서비스의 대상자로 선정하였다. 기존의 서비스를 받고 있는 노인의 경우 재사정에 의해 사례관리 서비스가 필요하다고 사례회의에서 결정되면 대상자로 선정하였으며, 신규의 경우 사례관리 서비스가 필요하다고 사례회의에서 판단되는 노인으로 하였다. 사례관리 서비스 대상노인으로 결정된 노인의 경우 자발적으로 참여하겠다고 동의한 노인에게서 '참여동의서(informed consent)'를 받은 후 실험에 참여하도록 하였다. 팀접근 사례관리 프로그램 시작 1주일 전 참여 노인들을 대상으로 주요사례관리자들이 대상자의 집으로 직접 방문하여 사전 조사를 실시하였다. 이때 주요사례관리자들과 각 복지관에 속한 준전문가 학생자원봉사자들이 대상노인들의 집으로 함께 방문하여 사례관리 서비스에 대한 안내를 하였으며, 준전문가 학생자원봉사자의 역할에 대해 설명하였다. 팀접근 사례관리 프로그램이 끝난 후 다시 주요사례관리자들이 대상 노인의 집에 방문하여 사후조사를 실시하였다. 본 연구에서 시행한 팀접근 사례관리 서비스는 2002년 3월부터 인테이크와 사전검사를 시작으로 서비스가 실시되었고, 2002년 8월에 재사정과 사후검사를 끝으로 종료하였다. 준전문가 학생사례관리자들은 총 20-24회 정도 노인의 가정에 방문하였다.

비교집단은 부천시지역의 노인종합복지회관에서 서비스를 제공받고 있는 재가노인을 대상으로 역시 실험집단의 선택을 위해 제시한 기준에서 문제가 3개 이상인 노인들을 추천해 주도록 의뢰하여 선정하였다. 해당되는 노인으로부터 동의서(informed consent)를 받은 후 통제집단에 참여하도록 하였다. 이들에게는 별도의 팀접근 사례관리 프로그램은 실시하지 않았으며, 복지관에서 제공하는 일상적인 재가복지서비스는 지속적으로 제공되었다. 통제집단에도 프로그램 시작전과 프로그램이 끝난 후에 실험집단에서 실시했던 것처럼 사전, 사후 검사를 실시하였다.

4) 측정도구

(1) 사회인구학적 변인들

성별, 나이, 교육, 결혼상태, 경제상태, 종교 등으로 구성되었다. 성별은 남자가 1, 여자가 2로 점수화되었으며, 나이는 65-69, 70-74, 75-79, 80세 이상 등 4단계로 구분하였다. 교육수준은 무학에서 고졸이상 등 4단계로 구분되었다. 결혼상태는 현재 배우자가 있는 경우를 유배우자로, 이혼, 별거, 사별, 독신 등의 경우는 무배우자로 이분하였다. 종교에 관한 질문은 기독교, 천주교, 불교, 무교 및 기타 등으로 응답하게 하였다.

(2) 경제

경제상태의 경우, 객관적인 기구수입이나 개인수입의 액수보다는 자신이 인지하는 경제상태를 다른 노인들과 비교할 때 경제상태는 어떠한지를 물었다. '나쁘다', '나쁜 편이다', '좋은 편이다', '좋다'라는 응답에 각각 1점에서 4점을 주었다. 다음으로 수급권자인지를 판단하기 위해 수급권자 여부를 물었으며, 주택소유여부에 대해서도 자가, 전세, 월세인지에 대해 응답하도록 하였다.

(3) 건강(Health)

노인 스스로 평가한 건강상태(self-rated health)와 현재 가지고 있는 만성질환의 유무, 장애유무, 그리고 일상생활활동의 제한 등에 대해서 알아보았다. 만성질환과 장애의 경우 유무만 확인하였다.

① 자기 평가 건강상태

자신의 건강에 대해 스스로 어떻게 생각하는지에 대한 질문이다. (1) 나쁘다; (2) 비교적 나쁘다; (3) 비교적 좋다; (4) 좋다 등 4점 척도를 이용하였다. 점수가 높을수록 스스로 자신의 건강상태가 좋다고 응답한 경우이다.

② 일상생활활동 능력(Activities of Daily Living: ADL)

일상생활을 하는데 신체적인 불편을 측정하기 위해 기존의 척도를 사용하였다.¹⁾ 목욕하기, 옷갈아입기, 식사하기, 의자에서 앉았다 서기, 자리에서 일어났다 눕기, 걷기, 화장실 사용하기, 쇼핑, 전화걸기, 대중교통수단 이용하기, 가벼운 집안일 하기 등 총 11가지의 하위질문으로 구성되어 있으며, 각 질문에 대해 '전혀 불편이 없다'는 4점으로 주고, '너무 불편해서 혼자 할 수 없다'는 1점으로 환산하는

1) Katz의 ADL Index에 따르면, 다음과 같이 7가지의 일상생활활동으로 구성되어 있다: 목욕하기, 옷갈아입기, 식사하기, 걷기, 산책하기, 의자에서 일어나기/앉기, 화장실 이용하기(Katz et al., 1963). 신체적 기능의 다른 척도로 자주 인용되는 것으로 수단적 일상생활 활동(Instrumental Activities of Daily Living: IADL)이 있는데, 식사준비하기, 쇼핑하기, 가계부 운영하기(handling money), 전화 사용하기, 가벼운 집안일 하기, 그리고 힘든 집안일 하기 등이다(Lawton, 1971).

4점 척도를 사용하였다. 일상생활능력에서 낮은 점수일수록 신체적으로 불편하다는 의미이다. 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .9370$ 으로 매우 높은 내적 일관성을 보였다.

(4) 삶의 질(Quality of Life) 척도

삶의 질(Quality of Life)을 측정하기 위해서 Lehman(1988)이 사용한 삶의 질 측정도구(Quality of Life Interview Scales)를 수정하여 사용하였다. 이 도구는 객관적 삶의 질 도구(Objective QOL Scales)와 주관적 삶의 질 도구(Subjective QOL Scales)의 두 부분으로 구성되어 있으며, 삶의 상황, 가족관계, 사회적 관계, 여가생활, 일, 종교행위, 재정, 안정, 건강 등의 9영역에 대한 삶의 만족도를 묻고 있다. 객관적 삶의 질을 나타내는 항목은 89개, 주관적 삶의 질을 나타내는 항목 54개로 되어 있다. 정신건강에 문제가 있는 사람을 대상으로 개발된 도구여서 노인에게 적용하기에 적당할 것으로 간주되어 이 도구를 본 연구에 사용하였다. 본 연구는 노인대상이므로 삶의 만족도를 가족, 사회적 관계, 종교생활, 주거, 여가, 재정 등 6개 영역으로 나누고 문항수를 단축하여 객관적 삶의 질 항목을 27개로 하였다. 주관적 삶의 질 항목도 23개로 단축하였다. 응답은 예와 아니오로 하도록 하였다. 해석은 척도의 점수가 높을수록 삶의 질이 높으며, 반대로 점수가 낮을수록 삶의 질이 낮은 것이다. 수정하여 개발한 삶의 질 척도는 윤진의 삶의 만족도 척도(3번 문항을 제외한 19개 항목의 척도)와 상관관계는 $r = .441$ ($p < .01$)로 나타났으며, 전반적 삶의 만족도를 묻는 한 문항과의 상관관계는 $r = .511$ ($p < .001$)로 나타나 타당도가 있는 것으로 입증되었다. 본 연구에서의 삶의 질 척도에 대한 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .8470$ 으로 나타났다. 객관적 삶의 질의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .6462$ 였으며, 주관적 삶의 질의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .8387$ 로 나타났다.

(5) 삶의 만족도

삶의 만족도(Life satisfaction)를 측정하기 위해서 윤진(1995)이 개발한 척도를 사용하였다. 1982년 처음 생활만족도 척도의 개발을 시도하여 노인들의 심리적 적응, 정신건강의 수준, 그리고 심리적 행복과 복지상태 등의 연구를 위한 하나의 측정도구로 노인생활만족도 검사를 제작하였다(윤진, 1995:92). 만 60세 이상 노인 121명을 대상으로 자료를 수집하였으며, 척도구성을 위한 질문지는 현재 어느 정도 행복을 느끼십니까?라는 7점 평정척도문항 1개와 47개의 검사문항으로 구성되었다. 검사문항은 Life Satisfaction Index(Nygarten, Havighurst, and Tobin, 1961), Philadelphia Geriatric Center Morale Scale(Lawton, 1975), 그리고 MUNSH(윤진, 1995, 재인용) 등에서 적절한 문항을 번역하고, 윤진이 만든 것을 합하여 윤진이 구성한 것이다. 문항분석결과 최종 선정된 20개의 항목으로 이루어진 노인생활만족도의 기우반분법에 의한 신뢰도는 $r = .935$ 였다. 본 연구에서는 의미가 없는 3번 문항을 제외한 19개의 문항으로 구성하였으며, 신뢰도 알파는 .6256이었다. 채점방법은 긍정적 반응에 2점, 중립적 반응에 1점, 부정적 반응에 0점을 부여하였다.

5) 분석방법

본 연구의 분석은 주로 양적분석의 방법에 의해 이루어졌으며, SPSS 프로그램을 이용해 분석하였다. 프로그램 시작 전 종속변수인 삶의 질, 삶의 만족도 등이 실험집단과 비교집단간에 동질적인지를 분석하기 위해 카이제곱 검증을 실시하였다. 프로그램 실시후 프로그램의 효과성을 검증하기 위해 역시 t-test를 사용해 실험집단과 비교집단 각각에 대한 삶의 질, 삶의 만족도, 각 척도에 대한 하위척도 등에 대한 사전사후 점수를 비교하였다.

4. 연구결과

1) 실험집단과 비교집단의 일반적인 특성

(1) 일반적 특성의 동질성 비교

본 연구의 실험집단과 비교집단의 일반적인 특성은 <표 2>와 같다. 성별을 비교해 보면 실험집단의 성별분포는 여성노인이 22명으로 전체 응답자중 73.3%를 차지했으며, 비교집단의 경우는 여성노인이 21명으로 응답자의 75%를 차지하여 두 집단은 비슷한 분포를 나타내었다. 연령분포를 살펴보면, 실험집단과 비교집단 모두 75세 이상의 노인이 약 50% 이상을 차지하고 있는 것으로 나타나 두 집단의 분포가 비슷하였다. 특히 80세 이상의 노인이 연구대상에서 차지하는 비율이 30-40%를 나타내고 있는데, 이는 일반적인 사례관리대상의 연령분포와 매우 비슷한 것이다. 배우자 유무에 관해서는 실험집단의 유배우율이 비교집단의 유배우율에 비해 낮은 것으로 나타났지만 통계적으로 유의미하지는 않았다($p>.05$). 교육수준에서는 실험집단과 비교집단의 학력분포가 무학부터 고졸이상까지 비슷하게 나타나고 있음을 알 수 있다. 즉 무학이 실험집단에서는 50%, 비교집단에서는 52.2%를 나타냈고, 국졸은 약 43%와 30%, 중졸은 약 3%와 8%, 고졸 이상은 약 3%와 8%로 나타났다. 종교의 경우 실험집단에서는 73.3%인 22명의 노인이 어떤 형태로든지 종교를 가지고 있었으며, 비교집단에서도 75%의 노인이 종교를 가지고 있는 것으로 나타나 두 집단이 비슷한 분포를 보여주었다.

경제상태는 실험집단의 경우 비교적 좋다는 응답이 6.7%에 불과하였으며, 비교집단의 경우도 15.4%에 그쳤다. 나머지는 모두 경제사정이 좋지 못한 것으로 응답하여 두 집단 모두 주관적으로 느끼는 경제상태가 열악한 것으로 나타났다. 경제와 관련하여 국민기초생활 수급권자인지의 여부와 주거상태를 함께 살펴보았는데 두 집단 모두 비슷한 분포를 보이고 있는 것으로 나타나 주관적 경제상태에서 나타난 바와 같이 두 집단의 경제적 여건에도 큰 차이가 없는 것으로 나타났다. 건강상태 역시 실험집단의 10%, 비교집단의 약 4%만이 비교적 좋다고 응답하여 두 집단이 비슷한 분포를 나타내 주고 있다. 건강상태와 관련해 장애유무, 만성질환의 유무, 신체적 활동 제한정도 등을 살펴보았는데

데, 두 집단에서 비슷한 분포를 보이는 것으로 나타났다. 장애유무의 경우 장애가 없는 비율은 두 집단 모두 70%가 넘었으며, 만성질환의 경우 만성질환이 1개 이상 있다고 응답한 노인의 비율은 두 집단 모두 86%를 상회하는 것으로 나타났다. 또한 신체활동능력 제한정도를 나타내는 ADL 제한 숫자 역시 11개중 9개 이상에 제한이 있다고 응답한 비율이 두 집단 모두 40%를 넘어서는 것으로 나타났다.

이상을 통해 실험집단과 비교집단의 일반적 특성을 비교한 결과 두 집단간 차이를 비교하기 위한 모든 항목에서 통계적으로 유의미한 차이가 없는 것으로 나타났다. 이는 비교집단을 같은 지역사회에 있는 복지관으로부터 서비스를 받고 있는 재가 노인으로 추출해 줄 것을 의뢰하였기 때문인 것으로 풀이된다. 따라서 실험집단과 통제집단의 성원간에는 실험전 매우 동질적인 특성을 가지고 있는 것으로 해석할 수 있으며, 사례관리 서비스를 제공하는 집단과 일반적인 재가복지서비스를 제공하는 집단간의 차이를 살펴보는 것이 가능하다고 본다.

〈표 2〉 실험집단과 비교집단 노인의 일반적 특성 비교 (단위: 빈도(%))

변 수		실험집단	비교집단	변 수		실험집단	비교집단
성별	남자	8(26.7)	7(25.0)	수급 권자	수급자임	22(75.9)	22(84.6)
	여자	22(73.3)	21(75.0)		수급자 아님	7(24.1)	4(15.4)
나이	65-69	4(13.3)	8(28.6)	주거 상태	자가	3(10.0)	3(11.5)
	70-74	7(23.3)	2(7.1)		전세	15(50.0)	11(42.3)
	75-79	7(23.3)	9(32.1)		월세	12(40.0)	12(46.2)
	80세 이상	12(40.1)	9(32.2)				
배우자 여부	유배우자	7(23.4)	11(46.4)	건강 상태	아주 나쁨	15(50.0)	14(50.0)
	무배우자	23(76.6)	17(53.6)		비교적 나쁨	12(40.0)	13(46.4)
					비교적 좋음	3(10.0)	-(-)
			아주 좋음	-(-)	1(3.6)		
교육수준	무학	15(50.0)	12(52.2)	장애 유무	없음	23(76.7)	20(71.4)
	국졸	13(43.3)	7(30.4)		지체	5(16.7)	5(17.9)
	중졸	1(3.3)	2(8.7)		시각	1(3.3)	1(3.5)
	고졸이상	1(3.3)	2(8.6)		기타	1(3.3)	2(7.1)
종교여부	종교 있음	22(73.3)	21(75.0)	만성 질환	있음	26(86.7)	24(88.9)
	종교 없음	8(26.7)	7(25.0)		없음	4(13.3)	3(11.1)
경제상태	아주 나쁨	17(56.7)	15(57.7)	ADL 제한 정도	2개 이하	4(13.3)	3(10.7)
	비교적 나쁨	11(36.7)	7(26.9)		3-5개	4(13.3)	8(28.6)
	비교적 좋음	2(6.7)	4(15.4)		6-8개	10(33.3)	3(10.7)
	매우 좋음	-(-)	-(-)		9개 이상	12(40.0)	14(50.0)

*p<.05, **p<.01

(2) 삶의 질, 삶의 만족도 점수의 동질성 비교

실험집단과 비교집단의 삶의 질, 삶의 만족도 등의 사전 점수를 비교하기 위해 t-test 검증을 실시한 결과 <표 3>과 같이 나타났다. 삶의 질, 삶의 만족도 점수에서 두 집단의 사전 점수는 유의미한 차이를 보이지 않아(p>.05), 검사 대상 항목간 두 집단 간의 이질성이 거의 없는 것으로 나타났다. 삶의 질을 구성하고 있는 하위 척도 중 객관적 삶의 질과 주관적 삶의 질 역시 실험집단과 비교집단간 차이가 없는 것으로 나타나(p>.05). 두 집단이 유사하다는 것을 확인할 수 있었다. 다음으로 삶의 만족도를 나타내는 하위 척도 중 경험을 통한 만족도와 감정적 만족도에 대한 두 집단간 차이를 비교하였는데, 이 역시 실험집단과 비교집단간 차이가 없는 것으로 나타났다(p>.05). 따라서 팀접근 사례관리 서비스를 실시한 집단과 일상적인 재가복지 서비스를 실시한 두 집단간 비교가 용이한 것으로 나타났다.

<표 3> 실험집단과 비교집단의 사전 삶의 질, 삶의 만족도 점수 비교

구 분	집 단	사 례 수	평 균	t
삶의 질	실험집단	26	21.62	1.797
	비교집단	19	17.63	
객관적 삶의 질	실험집단	26	10.42	1.487
	비교집단	23	8.96	
주관적 삶의 질	실험집단	27	11.44	1.601
	비교집단	22	9.14	
삶의 만족도	실험집단	29	-6.41	1.707
	비교집단	26	-10.31	
정서점수	실험집단	29	-3.41	1.874
	비교집단	26	-5.27	
경험점수	실험집단	29	-3.17	1.098
	비교집단	26	4.75	

*p<.05, **p<.01

2) 팀접근 사례관리 서비스 실시 결과분석

본 연구팀에서 실시한 팀접근 사례관리 서비스 실시의 효과성을 검증해 보기 위해 실험집단과 비교집단 각각을 대상으로 삶의 질, 삶의 만족도 점수 등에 있어 서비스 실시 전과 후에 변화가 있었는지 t-test를 통해 분석을 실시하였다. 먼저 <표 4>에 제시된 실험집단의 삶의 질 점수를 비교해 보면

사전점수와 사후점수간에 통계적으로 유의미한 차이가 없는 것으로 나타나며($p>.05$), 삶의 만족도 조사 결과 역시 누 실험전과 후 조사간 유의미한 차이가 없는 것으로 나타났다($p>.05$). 그러나, 삶의 만족도의 경우 하위 척도인 경험을 나타내는 점수에서는 유의미한 차이가 발견되었다. 즉 경험을 통한 삶의 만족도에서 사전점수와 사후점수간에 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다($p<.05$). 따라서 팀 접근 사례관리 서비스가 전반적인 삶의 만족도를 변화시키지는 못하지만, 경험이라는 객관적인 자료를 바탕으로 한 만족도에는 변화는 가지고 오는 것으로 해석된다. 따라서 가설 2-2가 지지되었다. 한편, 비교집단의 경우 삶의 질과 삶의 만족도, 그리고, 그들의 하위척도에서도 유의미한 차이는 발견되지 않는다($p>.05$).

가설 2-2가 지지되었는데, 이는 앞서 고찰한 선행연구의 결과와 일치하는 것이다. 즉 사례관리의 효과성을 평가한 연구들의 경우 사용된 척도들이 부분적으로 지지되는 경우가 많았는데, 본 연구의 결과 역시 선행 연구들의 결과와 유사하였다. 결론적으로 볼 때 6개월 간의 팀접근 사례관리 서비스가 노인클라이언트의 삶의 질과 삶의 만족도라는 포괄적인 영역에 변화를 가져오기는 어렵지만, 객관적인 면에서는 개선을 가지고 오는 것으로 해석된다. 만약 사례관리 서비스가 1년 너저 좀더 장기간 동안 실시되었다면, 주관적인 면을 포함한 전반적인 면에서의 변화도 가능할 것으로 보인다.

〈표 4〉 각 변수별 실험집단과 비교집단의 차이 비교

변수	사례수	실험집단				비교집단																																																																									
		사례수	평균	평균차이	t	사례수	평균	평균차이	t																																																																						
삶의 질	사전	25	22.12	-1.72	-1.150	18	17.72	-61	-.379																																																																						
	사후	25	23.84			18	18.33			객관적	사전	25	10.68	-1.08	-1.818+	21	8.86	-1.38	-1.913+	사후	25	11.76	21	10.24	주관적	사전	26	11.69	-.65	.615	20	8.6	.20	.182	사후	26	12.34	20	8.4	삶의 만족도	사전	28	-6.07	2.32	-1.48	21	-10.33	-.58	.27	사후	28	-3.75	21	-10.91	정서점수	사전	28	-3.25	-.324	.399	22	-3.23	.409	.469	사후	28	-2.93	22	-4.00	경험점수	사전	29	-3.00	-2.38	2.39*	23	-4.96	.61	.557
객관적	사전	25	10.68	-1.08	-1.818+	21	8.86	-1.38	-1.913+																																																																						
	사후	25	11.76			21	10.24			주관적	사전	26	11.69	-.65	.615	20	8.6	.20	.182	사후	26	12.34	20	8.4	삶의 만족도	사전	28	-6.07	2.32	-1.48	21	-10.33	-.58	.27	사후	28	-3.75	21	-10.91	정서점수	사전	28	-3.25	-.324	.399	22	-3.23	.409	.469	사후	28	-2.93	22	-4.00	경험점수	사전	29	-3.00	-2.38	2.39*	23	-4.96	.61	.557	사후	29	.62	23	-5.57										
주관적	사전	26	11.69	-.65	.615	20	8.6	.20	.182																																																																						
	사후	26	12.34			20	8.4			삶의 만족도	사전	28	-6.07	2.32	-1.48	21	-10.33	-.58	.27	사후	28	-3.75	21	-10.91	정서점수	사전	28	-3.25	-.324	.399	22	-3.23	.409	.469	사후	28	-2.93	22	-4.00	경험점수	사전	29	-3.00	-2.38	2.39*	23	-4.96	.61	.557	사후	29	.62	23	-5.57																									
삶의 만족도	사전	28	-6.07	2.32	-1.48	21	-10.33	-.58	.27																																																																						
	사후	28	-3.75			21	-10.91			정서점수	사전	28	-3.25	-.324	.399	22	-3.23	.409	.469	사후	28	-2.93	22	-4.00	경험점수	사전	29	-3.00	-2.38	2.39*	23	-4.96	.61	.557	사후	29	.62	23	-5.57																																								
정서점수	사전	28	-3.25	-.324	.399	22	-3.23	.409	.469																																																																						
	사후	28	-2.93			22	-4.00			경험점수	사전	29	-3.00	-2.38	2.39*	23	-4.96	.61	.557	사후	29	.62	23	-5.57																																																							
경험점수	사전	29	-3.00	-2.38	2.39*	23	-4.96	.61	.557																																																																						
	사후	29	.62			23	-5.57																																																																								

† $p<.10$, * $p<.05$, ** $p<.01$

3) 각 사례별 결과의 비교 요약

본 연구의 결과를 개별사례집단별로 구체적으로 살펴보면 다음과 같다. 먼저 삶의 질의 경우 전체적으로나 객관적 또는 주관적인 면에서 모두 유의미한 변화는 없었지만 개별사례의 점수 향상은 다음

과 같이 나타났다. 실험집단의 경우 전체 25명중 60%인 15명의 점수가 1점 이상 향상된 것으로 나타났으며, 3명은 변화가 없는 것으로 나타났다. 반면에 비교집단의 경우 18명 중 9명의 점수가 향상된 것으로 나타나 실험집단의 삶의 질 점수 향상이 비교집단에 비해 많은 것으로 나타났다. 객관적인 삶의 질이나 주관적인 삶의 질 점수 향상자 수를 비교해 보면 실험집단은 25명 중 14명과 13명을 기록한 반면 통제집단에서는 21명중 9명과 20명중 8명을 각각 나타내고 있어 실험집단에 비해 점수 향상자 수가 작았다. 다음으로 삶의 만족도의 경우 전체적인 점수와 감정점수에서 유의미한 변화는 없었지만 개별사례의 점수 향상은 다음과 같이 나타났다. 실험집단의 경우 전체 28명 중 10명에게서 1점 이상 향상된 것으로 나타났으며, 14명은 변화가 없는 것으로 나타났다. 반면에 비교집단의 경우 21명 중 4명에게서 향상된 것으로 나타났다. 또한 감정점수에서도 실험집단의 경우 28명 중 12명이 향상을 보였으나 비교집단에서는 22명중 5명만이 향상된 것으로 나타나 실험집단의 향상자 수가 많았다. 경험점수는 실험집단과 비교집단간에 유의미한 차이가 나타난 분야인데 향상자 수에 있어서도 실험집단이 29명중 17인 반면, 비교집단에서는 23명중 1명만이 향상된 것으로 나타나 또 집단간 차이가 큰 것으로 나타났다.

이러한 차이를 보다 명확하게 살펴보기 위해 뚜렷한 증가를 나타낸 사례와 감소를 나타낸 사례를 선택하여 그 특성을 비교해 보았다. 개입 전과 개입 후에 뚜렷한 개선을 보이고 있는 케이스의 특성은 다음과 같았다. 첫째, 클라이언트의 가정에 방문하는 준전문가 학생자원봉사자의 방문이 지속적으로 이루어지고 있으며, 주요사례관리자로부터 지속적인 수퍼비전이 잘 이루어지고 있는 복지관에서 진행된 사례관리 서비스가 더 효과적인 것으로 나타났다. 즉 대면 면담의 횟수와 주요사례관리자의 수퍼비전 질이 클라이언트를 변화시키는데 중요한 관련이 있음을 알 수 있다. 준전문가 학생자원봉사자와 주요사례관리자가 전문교수로 구성된 수퍼비전 팀 회의에 잘 참석하여 사례에 관해 논의하면서 보호계획을 수정 또는 점검해 나간 경우 노인대상자에게서 객관적 삶의 질과 객관적 만족도 점수가 증가하고 있는 것으로 나타났다. 또한 정기적 방문 (1주일 1회)으로 노인클라이언트와 직접 만나는 회수가 많았던 사례에서는 클라이언트의 삶의 질과 삶의 만족도 개선정도가 높아지는 것으로 나타났다. 둘째, 사례관리 서비스 전과 후를 비교했을 때 노인 클라이언트에게 후원이 연결된 숫자가 늘었을 때 역시 점수가 높아지는 경향을 보여주었다. 주로 객관적인 측면에서 삶의 질 점수와 삶의 만족도 점수가 높아지는 것으로 나타났는데, 이는 실질적으로 무엇인가 즉 서비스수가 늘어난 사실에서 기인하는 것으로 풀이된다. 셋째, 노인 클라이언트의 일반적 특성의 차이에서 볼 때 건강상 불편함이 많았던 노인의 경우 점수가 증가하는 것으로 나타났다. 즉 사례관리 서비스가 실시되기 전 비교적 거동이 불편한 노인들의 경우 사례관리가 종결된 뒤에 신체활동정도 면에서는 개선된 것이 없지만, 이들이 생각하는 객관적인 측면에서의 삶의 만족도나 삶의 질은 향상되고 있음을 알 수 있다.

반면에 객관적인 삶의 질이나 삶의 만족도 점수가 감소한 클라이언트의 경우 준전문가 학생자원봉사자가 중간시험 등을 이유로 몇 번의 방문을 결여한 경우가 있으며, 특히 이들 예비 사회복지사들이 클라이언트와 접촉하는 과정에서 관계형성이 어려웠던 케이스가 많았던 것으로 나타났다. 또한 클라이언트가 원하는 서비스가 잘 연결되지 않은 사례도 만족도가 감소하는 것으로 나타났다. 예를 들어 안과진료가 필요한 클라이언트였는데 주요사례관리자가 자신의 복지관과 연결되어 있는 안과기관을

찾기 위해 다른 복지관에 문의하여 의뢰할만한 안과를 찾을 수 있었고, 이 안과에 클라이언트를 의뢰하였다. 그러나, 안과에서는 클라이언트에게 서비스를 제공해도 개선될 것이 없다고 하였다. 이러한 사실로 볼 때 서비스나 자원의 연결이 클라이언트의 삶의 질에 막대한 영향을 미치는 중요한 요소임을 알 수 있지만 노인의 경우 노화라는 한계가 있음도 인식해야 할 것이다.

결과적으로 볼 때 준전문가 학생자원봉사자의 노인 클라이언트에 대한 성실한 방문과 지속적인 관심, 주요사례관리자의 모니터링과 자원연결, 상담제공, 전문가 집단의 수퍼비전, 그리고 기관간의 서비스 협력이 노인클라이언트의 삶의 질을 개선하는데 중요한 영향을 미치는 요인임을 파악할 수 있었다. 특히 객관적 삶의 질과 삶의 만족도에 영향을 주는 것은 건강상태가 좋지 못하여 거동이 불편하여 도와줄 사람이 필요할 때 준전문가의 연결과 지속적인 방문으로 도움을 얻고, 자원까지 연결된 경우 만족도가 높은 것으로 나타났다. 그러나, 이 결과는 제한된 인원이 보여준 것으로 일반화시킬 수 없다는 한계를 가지고 있다. 따라서 앞으로의 후속적인 연구가 기대된다.

5. 결론 및 제언

본 연구는 재가노인의 다양한 욕구를 충족시키고, 삶의 질을 개선시키기 위해 복지관에서 실시가능한 사회복지적 실치의 방법으로 팀접근 사례관리 서비스를 실시하고 그 효과성을 검증하기 위한 목적으로 이루어졌다. 특히 본 연구에서 사용한 팀접근 사례관리의 모델은 지역 내에서 활동하는 전문가와 준전문가인 학생자원봉사자를 활용하는 방법으로 구성되었다. 지역사회복지관의 재가담당 사회복지사들은 많은 수의 케이스를 담당해야 하는 어려움을 가지고 있기 때문에 이들을 보조하는 수퍼비전 체계와 활동 요원들을 활용하는 방안이 구성되었다. 연구결과를 요약해 보면 팀접근 사례관리 서비스가 노인클라이언트의 전반적인 삶의 질과 삶의 만족도에 변화를 가져올 것이라는 가설은 지지되지 않았으나 객관적인 삶의 만족도에 대한 가설 2-2가 지지되어 본 연구에서 시행한 팀접근 사례관리 서비스는 부분적으로 효과가 있는 것으로 나타났다. 6개월간 실시된 팀접근 사례관리 서비스가 노인클라이언트의 삶의 질과 삶의 만족도라는 포괄적인 영역에 변화를 가져오기는 어렵지만, 객관적인 면에서는 어느 정도 개선을 보이는 것으로 나타나 사례관리 서비스가 좀더 장기간 동안 실시되었다면 전반적인 면에서의 변화도 가능할 것으로 보인다.

이 연구를 통해 얻어진 결과를 토대로 재가 노인들을 위한 사례관리의 사회복지적 실천을 위한 제언을 하고자 한다. 첫째, 노인클라이언트를 대상으로 한 사례관리의 경우 팀접근 사례관리 서비스 모델이 효과적이었음이 본 연구 결과 나타났다. 따라서, 복지관에서 팀접근 사례관리 유형을 도입하기를 권장한다. 복지관 사회복지사 한 명이 사례관리를 이끌이가는 현 상황이 여러 면에서 무리가 있기 때문에 지역사회의 인적 자원들을 우선적으로 동원하여 활용하면서 그 밖의 자원들을 효율적으로 개발, 활용하는 방안을 시도하도록 제안한다. 사례 관리팀은 두 구조를 갖추는데 하나는 수퍼비전 팀이고 다른 하나는 활동가 팀이다. 수퍼비전 팀에는 지역 내에서 활동하는 병원시설장, 정신과의사, 보건소 담당자, 관련 공무원, 정신보건센터 사회복지사, 자문 교수 등 전문 인력들을 유지하여 한 달에 한 번

성도 보이는 사례관리 팀 회의에 참석하도록 유도한다. 실제 본 연구의 경우 다양한 전문가의 참여가 부족하였다는 한계가 있었다. 이 수퍼비전 팀은 앞서 지적한 바대로 아웃리치, 사례선정 기준설정 및 판단, 사정과 계획 검토, 서비스제공자와 지역자원 발굴 및 제안, 클라이언트 상담과 옹호를 위한 자문, 지지망의 개발과 연결에 관한 자문, 재사정 및 평가 등을 제공할 수 있다. 또 번째 집단은 실제 활동가인 주요사례관리자와 준전문가 봉사자들을 포함한다. 이들은 실제로 클라이언트를 방문하고, 사정과 계획 수립, 자원 연결, 상담과 옹호 활동을 실시하고 이를 기록하여 보고하는 역할을 담당하도록 한다. 주요사례관리자 밑에 학생이나 전문자원봉사자를 활용하면 효과적으로 케이스를 관리할 수 있고, 지역내의 전문가 집단으로부터 자원에 대한 개발과 후원을 보다 효율적으로 끌어낼 수 있는 장점이 있다. 주요사례관리자를 중심으로 하는 상·하의 지지 인력을 활용하는 팀접근 사례관리 모형을 실제로 현 지역사회복지관들이 당면한 과다한 사례 업무를 수행하는데 도움이 될 것으로 예상된다.

둘째, 사례관리 팀의 효율성을 높이기 위해 주요사례관리자는 자격을 갖춘 준전문가의 활용 및 관리에 힘써야 할 것이다. 사례에 대한 개별분석요약에서도 나타난 바와 같이 준전문가의 지속적인 모니터링과 이들에 대한 수퍼비전의 질이 클라이언트의 삶을 개선하는데 중요한 역할을 하였다. 따라서 준전문가를 발굴해 내고, 이들을 주요사례관리자에 대한 조력자로서 관리하는 일은 사례관리의 성공을 위해 무엇보다 중요하다. 예컨대 예비사회복지사로서 사회복지학과에 3학년이상 재학중인 학생이나 대학원생 등을 지속적으로 활용하는 방안도 적극 검토해야 할 것이다.

끝으로 사회복지실천에서 팀접근 사례관리를 적극 활용하기 위해서는 후속 연구를 통해 이 모델의 효과성을 지속적으로 입증해야 할 것이다. 본 연구는 사례관리 실천에 대한 효과를 클라이언트를 중심으로 실증적으로 검증하였다는 점에서 매우 큰 의의를 가지며, 특히 팀접근 사례관리에 대한 검증의 첫 걸음으로서 의미를 지닐 수 있을 것이다. 이론적 배경에서 살펴본 바와 같이 우리 나라의 경우 사례관리의 모형이나 과정에 대한 연구는 있지만 실제적인 평가가 이루어진 경우는 매우 드문데, 이 연구를 통해 특히 팀접근 사례관리의 효과성을 검증할 수 있었다. 따라서 이 연구를 시작으로 사례관리의 효과성을 검증하여 실제적인 실천현장에서 사용할 수 있는 계기가 되어야 할 것이다.

참고문헌

- 김숙경, 2001. "장기요양보호시설에서의 사례관리실천 적용에 관한 연구", 『한국복지연구』, 13: 29-54.
 김통원·김용득, 1998. 사회복지실천 사례관리. 지샘.
 류상일, 1997. "재가복지봉사센터에서의 사례관리 과정에 관한 연구", 『한국사회복지학』, 22: 120-143.
 박미은·박귀서, 1999. "정신질환자를 위한 사례관리에서 자원활용에 관한 연구", 『정신보건과 사회복지』, 120-143.
 엄명용, 1999. "탈북자의 사회적응 지원을 위한 종합형 사례관리 모형의 제시와 그 실천", 『한국사회복지학』, 27: 271-306.
 윤진, 1995. 『고령화 사회의 위기와 도전』. 나남.

- 이근홍. 1998. 『케이스 매니지먼트』. 대학출판사.
- 장인협·우국희. 2001. 『케어·케이스 매니지먼트』. 서울대학교 출판부.
- 성순돌. 2001. "재가노인을 위한 사례관리 네트워크 분석-부천시를 중심으로-". 『한국사회복지학』, 46: 404-426.
- . 2002. "사례관리실천과 평가". 『기독교 사회복지』, 11: 119-137. 서울신학대학교 기독교 사회복지연구소.
- 최명민. 1999. "정신과 환자의 사례관리를 활용한 퇴원계획에 대한 분석". 한국정신정보전사회사업학회 춘계학술대회 및 수련교육 자료집.
- 허남순. 1998. "과제중심모델의 적용에 관한 연구: 재가노인을 위한 사례관리". 『한국사회복지학』, 25: 399-426.
- 황성농. 1993. "사회사업 실천방법으로서의 사례관리기법". 한국사회복지학회 추계학술대회자료집.
- 황성철. 1995. "사례관리실천을 위한 모형개발과 한국적 적용에 관한 연구". 『한국사회복지학』, 27: 120-143.
- Berkowitz, G., N. Halfon, and J. Klee. 1992. "Improving Access to Health Care: Case Management for Vulnerable Children." *Social Work in Health Care* 17(1): 101-123.
- Bond, G., L. Miller, R. Krumwied, and R. Ward. 1988. "Assertive case management in three CMHCs: A controlled study." *Hospital and Community Psychiatry* 39: 411-418.
- Boriand, A., J. McRae, and C. Lycan. 1989. "Outcomes of five years of continuous intensive case management." *Hospital and Community Psychiatry* 40: 369-376.
- Bush, C. T., M. W. Langford, P. Rosen, and W. Gott. 1990. "Peration outreach: Intensive case management for severely psychiatrically disabled adults." *Hospital and Community Psychiatry* 41: 647-649.
- Challis, D., and B. Davis. 1986. *Case Management in Community Care*. Gower, Aldershot.
- Cutler, D., E. Tatum, and J. Shore. 1987. "A comparison of schizophrenic patients in different community support treatment approaches." *Community Mental Health Journal* 23: 103-113.
- Fisher, G., D. Landis, and K. Clark. 1988. "Case management service provision and client change." *Community Mental Health Journal* 24: 134-142.
- Franklin, J. L., B. Solovitz, M. Mason, J. R. Clemons, and G. E. Miller. 1987. "An evaluation of case management." *American Journal of Public Health* 77: 674-678.
- Friesen and Poertner. 1995. "From Case Management to Service." *Coordination* 44-45.
- Goering, P. N., D. A. Wasylenki, M. Farkas, W. J. Lancee, and R. Ballantyne. 1988. "What difference does case management make?" *Hospital and Community Psychiatry* 39: 271-276.
- Huxley, P., and R. Warner. 1992. "Case Management for Long-term Psychiatric Patients: a Study of Quality of Life." *Hospital and Community Psychiatry* 43: 799-802.
- Jinnett, K., J. A. Alexander, E. Ullmar. 2001. "Case Management and Quality of Life: Assessing Treatment and Outcomes for Clients with Chronic and Persistent Mental Illness." *Health Service Research* 36(1): 61-90.
- Johnson, P., and A. Rubin. 1983. "Case Management in Mental Health: A Social Work Domain?" *Social Work* 28(1): 1-12.
- Lawton. 1975. Philadelphia Geriatric Center Morale Scale.

- Lehman, A. F. 1988. "A Quality of Life Interview for the Chronically Mentally Ill," *Evaluation and Program Planning* 11: 51-62.
- Mirowsky, J., and C. E. Ross. 1989. *Social Causes of Psychological Distress*. New York: Aldine De Gruyter.
- Naleppa, M. J., and W. J. Reid. 1998. "Task-Centered Case Management for the Elderly: Developing a Practice Model." *Research on Social Work Practice* 8(1): 63-85.
- Nyegarten, Havighurst, and Tobinm. 1961. Life Satisfaction Index
- Oliver, J., P. Huxley, W. Priebe, and W. Kaiser. 1997. *Quality of Life and Mental Health Services*. London: Routledge.
- Pilling, D. 1992. *Approaches to Case Management for People with Disabilities*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Rife, J. C., R. J. First, R. W. Greelee, L. D. Miller, and M. A. Feichter. 1991. "Case Management with homeless mentally ill people," *Health and social Work* 16: 58-67.
- Rothman, J., and J. S. Sager. 1998. *Case Management: Integrating Individual and Community Practice*. Allyn and Bacon: Boston.
- Rubin, A. 1992. "Is Case Management Effective for People with Serious Mental Illness? A Research Review." *Health and Social Work* 17(2): 138-150.

A Study on the Effectiveness of Team Approach In Case Management Service for the Elderly in Puchon : A Pretest-Posttest Study

Chung, Soondool

(Assistant Professor, Seoul Theological University)

Ko, MeYoung

(Assistant Professor, Seoul Theological University)

The outcome of study has shown that team approach in case management in the community welfare center has shown a fair amount of effectiveness in increasing the quality of life for the elderly. 30 elderly people who had complex difficulties in life were selected and given case management for a 6 month period. The student volunteers supervised by a case manager visited the clients once a week and arranged a series of community resources following assessment of the clients' needs. A group of professionals active in the community was invited for supervision. Compared to the clients in the comparison group, those clients who case management showed the increase in the quality of life and life satisfaction scale. The results of the study suggest that face-to-face service for the elderly is one important factor for successful case management intervention. Also, a team approach in case management utilizing professionals and volunteers can be useful for the case manager in the community welfare center who is overwhelmed with too many case loads.

Key Words: team approach in case management, elderly, effectiveness of service

[접수일 2003.6.12 게재확정일 2003.7.12.]