

사례관리수행요소가 정신질환자의 삶의 질에 미치는 영향 -정신건강 토탈케어 바우처 기관을 중심으로-

The influence of Case Management Implementation Factors on Quality of Life for the mentally ill.

-Based on Mental Health Total Care voucher agencies-

민은희

한라대학교 사회복지학과

Eun-Hee Min(meh1011@naver.com)

요약

정신건강 토탈케어 바우처 기관의 사례관리자와 이용자를 대상으로 사례관리 수행요소가 정신질환자의 삶의 질에 미치는 영향을 분석하였다. 클라이언트 요인, 사례관리자 요인, 서비스 전달 요인과 기관요인을 위계적 선형모형(HLM: Hierarchical Linear Model)을 적용하여 검증하였다. 본 연구는 국내최초로 사례관리자의 사회복지경력과 사례관리 개입범위가 정신질환자의 삶의 질에 유의미한 영향력이 있다는 것을 검증하였고, 담당 사례수가 1인당 20케이스 이하일 경우 삶의 질에 영향을 미치지 않는 것을 확인하였다. 연구를 통해 사례관리자의 사회복지경력, 담당 사례수, 지역사회환경체계 개입범위의 유용성에 대한 실천적 함의를 제안하였다.

■ 중심어 : | 사례관리 | 정신질환자 | 삶의 질 | 정신건강 토탈케어 | 위계적 선형모형 |

Abstract

This study examined the influence of case management implementation factors on mentally ill person's quality of life based on case managers and clients who are from Mental Health Total Care voucher agencies. Hierarchical Linear Model was used to verify client factors, case manager factors, agency factors and service providing factors. For the first time in our nation, major findings were found that case manager's career and intervention range have influence on mentally ill persons's quality of life, and that there is no influence for the caseload below 20 cases per one person. The practical implication was suggested about usefulness of case manager's career, caseload and intervention range within local social community system.

■ keyword : | Case Management | Mental Illness | Quality of Life | Mental Health Total Care | Hierarchical Linear Modeling |

I. 서론

사례관리는 탈시설화 이후 정신질환자의 지역사회적

응을 돕기 위해 대두된 실천방법이며, 최대 목적은 삶의 질 향상에 있다[1][2]. 특히 정신보건서비스의 성과를 평가하는 항목으로 삶의 질은 중요한 항목이다[3-5].

접수일자 : 2013년 11월 13일

수정일자 : 2013년 12월 18일

심사완료일 : 2013년 12월 20일

교신저자 : 민은희, e-mail : meh1011@naver.com

사례관리 성과목표를 삶의 질 향상에 둘 때, 실천적 차원에서 환자로 보는 문제중심의 의료적 접근이 아니라 지역사회내 구성원으로서 지역사회적응을 돕는 생태체계학적 접근을 지향하게 된다. 때문에 사례관리 성과를 정신질환자의 증상이나 기능이 아니라 삶의 질로 평가하려는 노력은 더욱 중요하게 다루어져야 한다.

1995년 정신보건법에서 사례관리가 필수업무로 지정되어 공식적으로 도입되었다[6]. 현재는 고용, 자활, 의료, 교육, 복지 등 다양한 분야에서 공공기관과 민간기관을 막론하고 사례관리실천이 붐을 이루고 있다. 또한 사례관리가 기관의 평가지표로 도입되고 반드시 수행해야하는 의무로 규정되면서 제도적으로 빠르게 요구되어 가고 있다[7]. 사례관리가 보편적인 전달체제로 자리매김 하려는 과정에서 사례관리실천을 평가하는 타당한 항목의 부재는 사례관리실천을 더욱 혼란스럽게 한다. 실천현장에서 효과적, 효율적인 사례관리실천에 대한 관심도와 요구도가 높아지면서, 사례관리를 구체적으로 수행하기 위한 기준이나 지침이 미흡하다는 지적이 끊임없이 제기되어 오고 있다[8]. 사례관리업무에 대한 정확한 규정의 부재속에 사례관리실천은 사례관리자 개인적 역량에 의존해서 시행되는 경우가 많으며 [9][10], 사례관리라는 동일한 이름으로 각기 다른 사례관리가 이루어지고 있는 실정이다.

이러한 혼란은 이론과 실천의 간극에서 비롯되며, 이론을 구체화할 수 있는 실천방법론이 실증되지 못하고 있기 때문이다. 사례관리자는 생태체계학적 관점, 강점관점 실천을 요구받고 있으나. 현장에서는 사례관리에 대한 개념의 불일치, 사례관리 목적의 추상성, 실천 목표의 부재, 지침의 모호성 등으로 인해 표준화된 구체적 실천방법론을 접하기 어려운 상황이다.

국내에 사례관리가 도입된 지 20년가량 되었다. 실천 현장에 평가지표가 도입되고 사례관리 실천에 대한 관심이 증대되었으나, 효과적인 실천을 담보하는 사례관리 수행요소에 대한 연구도 최근에 비로소 이루어지고 있다[5][7][10-16]. 그러나 수행요소 자체에 대한 분석 수준에 머물러 있으며, 연구의 범위가 매우 제한적이다. 중요한 것은 생태체계학적 관점, 강점관점에서 삶의 질을 사례관리 성과로 측정하는 연구는 매우 제한적이다.

이는 정신질환자를 바라보는 병리적 관점, 사례관리 제공자 중심의 관점, 연구의 용이성 등에 기인한 것으로 보인다. 사례관리 수행요소에 관한 연구는 전문가적 관점에서 조사가 비교적 용이한 사례관리자를 대상으로 사례관리자 역량[10][11][14][15]에 관한 간접적 연구가 진행되었다. 따라서 본 연구에서는 생태체계학적 실천을 확인하는 사례관리 수행요소를 측정하고자 한다.

정신질환자의 삶의 질에 영향을 미치는 사례관리 수행요소를 측정한 국내연구는 한편에 불과하다[5]. 외국의 경우 사례관리 성과로서 정신질환자의 삶의 질에 관한 연구가 다수이며, 사례관리 수행요소에 대한 연구도 다각적으로 이루어지고 있다. 삶의 질에 영향을 미치는 사례관리 수행요소에 관한 연구도 진행되고 있다.

국내는 사례관리 수행요소에 관한 연구가 아직 초기 수준이며, 정신질환자의 삶의 질에 영향을 미치는 사례관리 수행요소에 대한 연구가 매우 일천하다.

이에 사례관리 정책부서나 수행기관, 실천현장에서 어떠한 실천적 기준에 따라야 하는지에 대한 정보가 매우 부족하다. 생태체계학적 관점에서 사례관리 실천을 견인할 수 있는 평가지표 개발 및 표준화된 사례관리 실천의 가이드라인을 제공하기 위해, 사례관리 성과로서 삶의 질에 영향을 미치는 사례관리 수행요소에 대한 연구가 매우 시급하다.

따라서 사례관리 이론적 배경인 생태체계학적 관점의 실천을 확인하는 개입범위와 외부접근이 정신질환자의 삶의 질에 미치는 영향을 실증하였다. 사례관리 수행요소에 관한 선행연구에서 가장 중요하게 다루고 있는 담당사례수를 연구설계에 포함하였으며, 사례관리자의 전문성은 사례관리 수행시 중점적 활동을 내용을 가장 잘 보여주는 사회복지경력으로 측정하였다. 수행요소에 관한 국내 기존연구에서 개입범위와 사회복지경력에 관한 연구는 시도된 적이 없다.

본 연구는 정신건강 토털케어 기관을 이용하는 정신질환자와 사례관리자를 대상으로 이용자의 삶의 질에 영향을 미치는 사례관리 수행요소를 실증하고자 한다. 사례관리 수행요소를 클라이언트 요인, 사례관리자 요인, 서비스 전달요인, 기관요인으로 구분하여 위계적 선형 모형을 이용하여 검증하였다. 연구결과 정신질환자

의 삶의 질 향상에 기여할 수 있는 효과적이고 효율적인 사례관리 수행구조를 어떻게 구축하고 정비할 것인지에 대한 실천적 함의를 제공하였다.

II. 이론적 배경

1. 사례관리 성과로서 정신질환자의 삶의 질

사례관리 성과에 관한 연구는 정신질환자의 임상적 특성인 증상이나 기능, 병력 등에 관한 연구가 우선적으로 이루어졌다. 정신질환자의 삶의 질은 임상적 변인에 압도되어 있는 것이 사실이다. 그러나 사례관리실천이 삶의 질 향상을 가져올 수 있다고 가정한다면, 임상적 변인을 종속측정치로 하기보다는, 삶의 질을 종속변수로 측정하는 연구가 진행되어야 할 것이다. 정신질환자 임상적 특성 외에 어떠한 사례관리 수행요소가 삶의 질 영향을 미치는 지에 관한 연구가 다양한 세팅에서 더욱 활발하게 이루어져야 한다.

사례관리는 1950년대 서구에서 시작된 탈시설화 운동 이후 정신질환자가 지역사회에 분산되어 있는 과편화된 지역사회서비스를 적절하게 이용하지 못하는 어려움을 지원하기 위해 도입되었다. 따라서 정신보건서비스가 지역사회에 거주하는 정신질환자의 삶의 질이 실제로 담보되는지가 중요한 연구의 초점이 되었다[17]. 지역사회 정신보건서비스의 효과성을 평가할 때 “삶의 질”은 가장 적합한 성과이며[18], 세계보건기구(WHO)에서도 지역사회중심의 정신보건서비스 전략을 권고하면서 만성 정신장애인들의 치료, 재활뿐만 아니라 인권보호와 삶의 질을 매우 강조하였다[19]. 특히 정신질환자에 대한 개입 방향이 단순한 증상 조절에서 벗어나 사회복귀로의 전환이 주장되면서[20], 시설로부터 퇴소 이후 성공적으로 사회에 적응하는지 전반적으로 만족스러운 삶을 살고 있는지 등 삶의 질이 정신보건서비스의 주요 목적이 된 것이다[5]. 1989년 미국 의회에서는 임상시험을 할 때 삶의 질을 치료효과의 측정치로 포함시켜야 한다는 법안인 환자치료효과연구법령((Patient Outcome Research Act)을 통과시키게 되었다[21].

따라서 사례관리 성과로서 삶의 질에 대한 연구도 활발하게 이루어졌다. 사례관리가 지역사회 거주 정신장애인의 삶의 질에 긍정적 영향을 미쳤다는 다수의 연구 결과가 다양하게 보고되었다.

Chamberlain and Rapp(1991)은 사례관리가 삶의 질에 미치는 영향을 검증한 총 6개의 연구물을 검토한 결과 적극적인 사례관리모델(PACT), 재활모델, 강점모델, 그리고 일반 모델에서 모두 삶의 질에 대해 긍정적 영향을 발견하였다[22].

한 연구[23]는 정신질환의 심각성 때문에 개입하기가 어렵다고 판단된 정신질환자를 대상으로 9개월 동안 프로그램을 진행한 결과, 적극적 사례관리서비스를 받은 정신장애인이 기본적 보호서비스 집단보다 삶의 질이 향상된 것으로 보고하였다.

Stanard(1999)는 강점모델의 교육을 받은 사례관리자가 진행하는 사례관리 성과를 분석한 결과 증상의 완화는 차이가 없는 것으로 나타났으나, 삶의 질, 여가생활, 교육의 변화는 다른 모델에 비하여 유의미한 영향력이 있는 것을 발견하였다[24].

또 다른 연구[25]는 지역사회 정신질환자를 대상으로 삶의 질을 결정하는 요인에 관한 연구결과, 인구학적 특성보다는 증상, 우울, 과거 입원력 등의 임상적 변인이 삶의 질에 대한 설명력이 높다고 보고하였다.

일본에서도 小高 眞美(2006)가 지역사회에서 생활하는 정신장애인 320명을 대상으로 사례관리 성과로서 삶의 질에 미치는 영향을 연구하였다. 임상적 특성이 욕구사정을 매개로 삶의 질과 건강만족도에 미치는 영향에 대하여 연구한 결과 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 보고하였다[1].

반면 국내에서는 의료모형과 재활모형을 배경으로 하는 증상, 기능, 사회적응 등을 사례관리 성과로 측정 한 연구가 대다수이며, 최근에도 많은 비중을 차지하고 있다[16][26][27]. 사례관리 성과로 생태체계학적 관점에서 삶의 질을 측정 한 연구는 매우 제한적이다[5][28].

민소영(2009)은 정신보건기관의 사례관리 수행요소가 지역거주 정신장애인의 소비자 만족도 및 삶의 질 사이의 경로를 탐색한 연구에서 담당 사례수가 삶의 질에 영향이 있는 것으로 보고하였다. 전태기(2011)는 대

전광역시 정신건강 토달케어 이용자를 대상으로 만족도 및 삶의 질의 변화를 측정하였는데, 서비스 이용 후 78.2%가 삶의 질이 향상되었다고 보고하였다. 따라서 사례관리 성과로 삶의 질에 대한 연구는 다양한 분야에서 활발하게 연구되어야 한다[28].

2. 사례관리 수행요소에 대한 선행연구

사례관리 수행요소에 관한 초기 연구[29-31]는 사례관리 실천을 위한 가이드라인을 주기위해 주로 사례관리의 개념과 과정에 대한 연구로 시작되었다. Intagliata and Baker(1983)는 사례관리 수행에 영향을 미치는 주요 요인으로 클라이언트 특성, 사례관리자 특성, 직무환경, 그리고 서비스 네트워크를 제시하였다. 클라이언트 특성에는 연령, 일상생활 및 사회생활기능 수준, 주거형태, 담당 사례수를 포함하였다. 사례관리자 특성으로는 연령, 학력, 전공영역, 직업경력, 직업을 통한 자기성장에 대한 기대감을 포함하였다, 직무환경은 역할의 명확성 및 범위, 팀접근 활동, 직무자율성과 권위, 슈퍼비전 수준을 포함하였다. 서비스 네트워크는 지역내 서비스의 접근가능성도, 기관간 상호협력 정도, 서비스 행정체계의 지지를 제시하였다.

Thronicroft(1991)는 광범위한 사례관리 수행요소를 제시하였는데 팀 유무, 직접서비스 제공정도, 사례관리 접촉 정도, 예산통제의 자율권, 의료 및 사회적 서비스 담당 실무자 포함 여부, 사례관리자의 전문성(자격증보다 경력으로 판단해야 하지 않나) 및 전공분야, 클라이언트와 사례관리자의 비율, 클라이언트의 참여정도, 접촉 장소, 개입지점의 범위, 그리고 클라이언트의 특성을 포함되었다.

정신보건분야에서 사례관리 수행요소에 관한 연구는 사례관리의 효과성을 측정하기 위해 특정모델을 평가하는 방식으로 진행되었다. 특히 만성질환자의 병원입원 횟수, 삶의 질, 그리고 주거 상태 등에 긍정적 효과가 입증된 ACT(Assertive Community Treatment)모델을 모니터링하기 위해 수행요소들이 개발되고 세분화되었다[32][33]. Teague(1996)는 ACT모델 수행요소를 인적구성 측면, 조직적 측면, 서비스 측면으로 구분하였다. 인적 구성 범위에는 담당 사례수, 팀접근 이용, 팀내

다학제간 전문가 포함 여부, 조직 범위에는 24시간 접근, 입퇴원 과정 개입, 서비스의 지속성을 포함하였다. 서비스 측면 범위에는 서비스 강도, 지역사회내에서 제공되는 서비스 비율, 가족 및 친구들의 지원체계 활용 정도, 서비스의 포괄성이 고려되었다.

Mueser, Bond, Drake, and Resnick 연구(1998)에서는 담당 사례수, 지역사회접근도, 팀접근, 24시간 접근성, 클라이언트 참여도, 일상생활 및 기능훈련의 강조성, 접촉 빈도 및 장소, 치료의 통합성, 직접서비스 제공정도, 대상자 규모가 주요 수행요소로 제시되었다[34].

국내 사례관리 수행요소에 대한 초기연구는 사례관리 구조와 모형에 대한 탐색적 연구[11][12], 사례관리 수행과정에 대한 연구[13-15]가 진행되었다. 최근에 사례관리 성과에 영향을 미치는 사례관리 수행요소에 관한 연구가 이루어지고 있다[5][7][10][15][16].

민소영은(2005) 사례관리 수행요소에 대한 탐색적 연구에서 수행요소를 클라이언트 특성, 사례관리자 특성, 조직적 특성, 서비스 전달특성으로 분류하였다. 이후 네트워크 활동에 가장 영향을 미치는 수행요소를 연구한 결과[12], 직원의 규모, 담당 사례수, 클라이언트와의 접촉 빈도로 나타났다. 사례관리 수행요소가 소비자 만족도와 삶의 질 사이의 경로를 분석한 연구에서[5] 사례관리 수행요소에 사례관리자 전문분야, 팀접근 유무, 클라이언트 참여도, 담당 사례수를 고려하였다.

손지현(2013)은 사례관리 수행요소가 사회적응에 미치는 영향을 분석한 연구에서 담당 사례수, 클라이언트의 접근성, 클라이언트 참여도, 사례관리자의 전공분야, 정신보건분야의 경험여부를 수행요소로 고려하였다.

본 연구에서 사례관리 수행요소의 변수로는 선행연구[7][12][35-37]에서 제시한 클라이언트 요인, 사례관리자 요인, 서비스 전달 요인, 조직요인을 기준으로 재분류하였다. 클라이언트 요인은 인구사회학적, 임상적 변인, 클라이언트 참여정도, 사례관리자 요인은 사례관리자 개인에게 귀속된 요인으로서 전문성과 정신보건분야 경험을 고려하였다. 서비스 전달 요인은 서비스 전달과정에서 사례관리자의 재량에 의해 변경가능한 요인으로 팀접근 여부, 서비스 개입범위, 개입의 형태를 포함하며, 기관 요인은 조직의 목적과 특성이 반영된

요인으로 전체 클라이언트 규모, 직원 규모, 운영 방식, 담당 사례수 등을 포함하였다.

이러한 선행연구의 사례관리 수행요소를 가장 많이 반영하고 있는 기관이 정신건강 토탈케어 바우처 제공 기관이다. 최근 정신건강 토탈케어 사례관리 사업의 효과를 입증하는 연구결과가 다양하게 이루어지고 있다 [16][27][28][38][39].

3. 정신건강 토탈케어 바우처(사회서비스)

1-1. 정신건강 토탈케어 바우처 도입 배경

‘바우처’라는 이름으로 2007년에 처음 도입된 ‘사회서비스’는 경제위기 극복의 대안으로 일자리 창출이라는 고용정책의 차원에서 정책적 관심이 집중되어 더욱 활성화되는 계기가 되었다[38]. 2012년 8월 ‘사회서비스이용 및 이용권 관리에 관한 법률’이 제정되면서 보편적 서비스로서 자리매김하게 되었다. 이러한 사회서비스의 일환으로 시행된 ‘정신건강 토탈케어’는 2007년 8월에 대전에서 최초로 시행되었으며, 그 효과성이 입증되어 보건복지부 ‘10대 유망사회서비스’에 선정되어 전국으로 확대된 바우처(voucher)방식의 정신질환자 사례관리 서비스이다.

‘정신건강 토탈케어’가 10대 유망사회서비스로 선정된 있었던 배경은 의료비절감이라는 정부의 재정적 목적달성의 효과성, 바우처라는 정책수단의 유효성[38], 정신보건전달체계의 사각지대 발생에 따른 수요자의 욕구 충족[27][40]이라는 세 가지 목적이 동시에 달성되었기 때문이다.

1-2 정신건강 토탈케어 특성

‘정신건강 토탈케어’는 정신질환자²⁾의 지역사회내 생활이 가능하도록 지원하며 이용자의 입원감소와 삶의 질 향상을 목적으로 설계되었다. ‘의료비 절감을 위한 입원 감소’와 ‘삶의 질 향상’을 구체적 실천으로 실제화하기 위해, 시행초기에 중개모형, 임상모형, 재활모

1) 사업 시행초기 사업명은 ‘의료비 절감 정신질환자 토탈케어’이었다. 클라이언트에 대한 낙인감을 줄이고 기득권자의 저항감을 줄이기 위해 ‘정신건강 토탈케어’로 사업명을 변경하였다.

2) 이후 일반적인 정신질환자와 정신건강 토탈케어 이용자의 개념을 분리하여 사용하고자 한다.

형, ACT모형, ICM모형, 강점모형의 장점을 취하여 지역사회에서 가장 효과적으로 작동될 수 있는 새로운 모형을 설정하였다[41]. 사업의 효과성을 높이기 위해 제안된 기준과 보건복지부 시행 지침(표준안)은 ①담당 사례수(1:20-25) 제한, ②팀접근 및 정신보건전문가 슈퍼비전 제공, ③서비스 제공 장소는 자택과 지역사회로 찾아가는 서비스, ④직접서비스 제공 필수, ⑤주1회 1시간 방문, ⑥가족상담 및 가족개입을 포함하고 있다 [38][42].

정신건강 토탈케어 서비스를 앞에서 제시한 사례관리 수행요소 분류기준에 따라 정리하면 다음과 같다. 첫째 클라이언트 특성은 임상적으로 서비스 이용자격 기준이 정신과전문의가 정신과 치료가 필요하다고 인정한 자이다. 이용자는 선택권을 가진 계약자로서 서비스과정에 참여한다. 둘째 사례관리자 특성은 제공인력(사례관리자)의 자격기준은 사회복지사, 임상심리사, 정신보건전문요원, 간호사로 규정하고 있다. 셋째 서비스 전달 특성은 담당 사례수는 최대 제공인력 1인당 25명(농어촌 15명 내외)을 기준으로 설계되어 있고, 팀접근을 권장하며, 재가방문서비스를 원칙으로 한다. 서비스 제공시 개입의 범위는 가족을 포함하는 것을 기본으로 하며 필요시에 지역사회와 환경체계에 개입한다. 넷째 조직 차원의 특성은 전담 부서와 전담 인력이 있고 슈퍼비전 체계가 있다.

4. 사례관리 수행요소와 삶의 질의 관계

사례관리의 최대 목적은 삶의 질 향상이므로 궁극적으로 삶의 질에 영향을 미치는 사례관리 수행요소에 대한 연구가 다각적으로 이루어져야 한다. 즉, 사례관리 수행의 구체적 가이드라인을 제시하기 위해서는 다양한 사례관리 구성요소를 고려하여 클라이언트의 삶에 미치는 효과를 평가하는 것이 필요하다[43][44]. 그러나 사례관리 수행요소가 서비스에 대한 소비자 만족도나 삶의 질에 미치는 영향을 살펴본 연구는 미미하게 수행되어왔다[45].

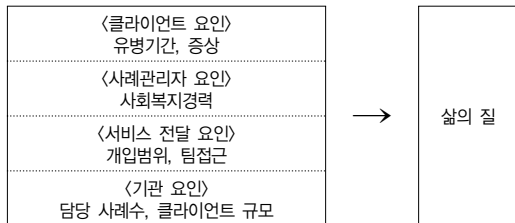
선행연구를 종합해보면 사례관리 구성요소로 가장 많이 언급되는 것이 담당 사례수이다. 사례관리 성과에 영향을 미친다는 연구결과도 다수이다[11][35][36].

Intagliata(1982)는 정신장애인을 위한 사례관리 수행시 고려되어야 할 중요한 요소로 담당 사례량을 언급하였다.

욕구가 다양하고 복합적인 클라이언트일수록 다학제간 팀접근이 반드시 필요하며, 클라이언트의 효과적인 변화를 가져오고 사례관리자의 소진을 예방할 수 있다. 따라서 정신질환자 사례관리의 팀접근은 당연시되고 있다.

정신질환자 사례관리 개입활동 중 지역사회내에서의 복지적 개입활동을 가장 많이 필요로 하며, 정신보건분야의 경험은 정신질환자의 사회적응에 부정적인 영향을 준다[16]. 이에 삶의 질에 영향을 미치는 사례관리자 요인은 사회복지경력으로 추정할 수 있다.

실천현장 수준에서의 사례관리 개입범위는 클라이언트 개인이나, 가구원의 욕구를 모두 포함하느냐, 가족체계내에 개입하느냐, 지역사회환경체계내에 개입하느냐에 대하여 모호한 상황이다. 선행연구에서 개입범위에 대한 연구는 미미하나 지역사회에서 생활하는 정신질환자의 삶의 질 향상을 위한 사례관리 수행요소로서 반드시 검증되어야 할 필요가 있다.



통제 변인	성별, 연령, 교육수준, 공공부조, 진단명
-------	-------------------------

그림 1. 연구모형

따라서 연구에 포함된 수행요소는 클라이언트 요인은 임상적 특성에 해당하는 증상과 유병기간, 사례관리자 요인으로 전문성과 전공분야를 포괄할 수 있는 사회복지 경력, 서비스 전달 요인으로는 팀접근과 개입범위, 조직요인으로 담당 사례수, 클라이언트 규모를 연구모형에 포함하였다³⁾.

3) 사례관리 수행요소 중 클라이언트 참여정도, 클라이언트 접근성, 접촉 장소, 직접서비스 제공정도는 정신건강 토탈케어의 특성으로 판

III. 연구방법

1. 조사대상 및 자료수집

본 연구의 대상은 정신건강 토탈케어 서비스를 이용하고 있는 정신질환자와 사례관리자(제공인력)를 대상으로 하였다. 연구대상 기관을 선정하기 위하여 먼저 전국의 정신건강 토탈케어 제공기관의 목록을 확보하였다(보건복지부 2013년 6월 기준). 정신건강 토탈케어 제공기관은 65개소이며 제공지역은 서울, 경기, 인천, 대전, 충남, 충북, 경남, 대구, 전남, 전북 10개 지역이다. 그 중에 정신건강 토탈케어 이용자 규모⁴⁾가 40명 이상 되는 제공기관을 선정하였으며, 조사를 수락한 서울(H), 경기(구리G, 부천H), 충남(천안C, 논산N), 경남(창원K) 6개 지역의 제공기관이 최종적으로 조사대상에 포함되었다. 자료수집은 우편이나 직접 방문을 통하여 구조화된 설문지로 조사하였으며, 전화조사를 통하여 보완하였다. 정신질환자 조사의 경우, 담당 사례관리자가 직접 방문하여 조사하였다. 조사는 2013년 6월에서 7월까지 진행되었다. 조사에 응답한 설문지는 334부이며 최종적으로 분석 대상에는 사례관리자 40명과 정신질환자 290명이 포함되었다.

2. 분석변수의 정의와 측정

1-1. 삶의 질

삶의 질은 양옥경(1994)이 개발한 도구를 사용하였다. 하위영역은 가족 및 친척관계, 자아감 및 일반적 삶, 친구 및 대인관계, 주거환경, 신체 및 정신건강, 의식경제정도, 여가활동, 직업 및 하루일과 8개 영역으로 구성되어 있다. 총 33문항으로 5점 척도로 구성되어 있으며 최고점 132점 최저점은 0이다. 점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미한다. 개발당시 내적 신뢰도는 .93으로 매우 높았으며, 김현숙(2003)의 연구에서는 .95이, 이선영(2004)연구에서는 .949이[46] 본 연구에서는 .945로 신뢰도가 높게 나타났다.

단되어 본 연구에서는 제외하였다.

4) 클라이언트 규모와 직원 규모가 사례관리 성과에 영향을미치기 때문에 클라이언트 40명 이상 되는 기관으로 제한하였다.

1-2. 사례관리 수행요소

삶의 질에 영향을 미치는 사례관리 수행요소로 고려된 변인은 클라이언트 증상과 유병기간, 사례관리자 요인은 사회복지경력을 측정하였다. 서비스전달요인은 팀접근 유무, 개입범위를 측정하였으며, 기관요인에 담당 사례수를 측정하였다. 기관요인의 클라이언트 규모는 샘플링할 때 40명이상 되는 기관으로 제한하였기 때문에 분석에서 제외하였다.

클라이언트 증상은 BPRS(Brief Psychiatric Rating Scale;정신건강간이척도)로 측정하였다. BPRS는 Overall and Gorham(1962)이 16문항으로 개발하였으며, Overall(1983)가 18문항으로 확장하였으며, Lukof, Nuechterlein and Ventura(1986)가 지역사회에서 생활하는 정신질환자를 대상으로 개발한 측정도구이다[47]. 7점 척도로 24문항으로 구성되어 있으며, 진단과 치료를 평가하기 위한 표준평가도구로서 활용되고 있다. 유병기간은 현재 연령에서 초발 연령을 뺀 값으로 측정하였다.

사례관리자 전문분야는 정신보건분야의 경험이 없을 수록 사회응에 긍정적인 영향을 미친다는 손지현(2013)의 연구에 근거하여 사회복지경력을 양적변수로 측정하였다. 개입범위는 클라이언트와 가족개입은 1, 이웃과 사회관계 및 환경체계 개입은 0으로 측정하였다. 담당 사례수는 사례관리자가 1인당 담당하는 클라이언트 수로 측정하였다. 팀접근은 지역사회내 타기관과 협력하는 외부팀접근은 0, 개별접근과 내부팀접근을 1로 측정하였다.

1-3. 통제변수

통제변수는 정신질환자의 성별, 연령, 교육수준, 공공부조, 진단명을 포함하였다. 교육수준은 고졸이상은 0, 고졸미만은 1로 측정하였으며, 공공부조는 의료급여 0, 건강보험 1로 측정하였다. 진단명⁵⁾은 조현병 0, 기타 진단은 1로, 유병기간은 현재 연령에서 최초 정신병원을 이용한 연령을 뺀 값으로 측정하였다.

5) 조현병(정신분열)과 기타 정신질환은 증상과 회복과정이 뚜렷하게 구별되기 때문에 선행연구(민소영, 2009)에서도 조현병(정신분열)과 기타 정신질환으로 구분하였다.

표 1. 분석 변수 요약

변수		변수값 또는 측정도구	
종속 변수	삶의 질	양옥경(1994)의 주관적 삶의 질 척도	
독립 변수	클라이언트 요인	유병기간	현재연령- 초발연령= 값
		증상	BPRS(정신건강간이척도) 24문항
	사례관리자 요인	사회복지경력	사회복지경력 개월수
	서비스 전달 요인	개입 범위	지역사회환경체계 개입=0, 클라이언트와 가족개입=1
		팀접근 유무	지역사회 외부팀접근=0, 개별접근 & 내부팀접근=1
담당 사례수		사례관리자 1인당 담당 사례수	
통제변수	성별	남 =0, 여 =1	
	연령	조사당시 연령	
	교육수준	고졸이상=0, 고졸미 =1	
	공공부조	의료급여=0, 건강보험=1	
	진단명	조현병=0, 기타진단=1	

3. 분석방법

연구의 분석대상에 포함된 정신질환자의 특성과 사례관리 수행요소의 현황에 대하여 기술통계분석을 실시하였다. 사례관리 수행요소가 삶의 질에 미치는 영향 분석은 위계적 선행모형(HLM)을 이용하였다. 선행연구에 의하면 클라이언트의 유병기간과 증상이 삶의 질에 미치는 영향 요인이 크기 때문에 클라이언트의 유병기간과 증상이 삶의 질에 미치는 영향을 1차적으로 분석하였다. 다음으로 사례관리자 요인 사회복지경력을 포함하여 분석하였다. 마지막으로 서비스 전달요인을 분석하였는데, 기관요인의 담당 사례수는 서비스 전달요인의 특성도 혼재되어 있기 때문에 기관요인으로 분리하지 않고 서비스 전달요인과 함께 분석하였다. 분석은 SPSS 12.0을 활용하였다.

IV. 분석 결과

1. 조사대상자의 일반적 특성

1-1. 정신질환자의 인구사회 및 임상적 현황

조사대상자의 인구사회 및 임상적 특성을 보면 여성이 52.46%로 남성과 비슷한 분포를 보였다. 연령은 40

대가 43.8%로 가장 많았으며, 평균 연령도 47.1세로 나타났다. 교육수준을 보면 고졸이상이 55.2%이며 절반 가량 되었다.

표 2. 정신질환자 인구사회 및 임상적 특성과 삶의 질 (N=290명)

변수	빈도	백분율(%)	
성별	남자	138	47.6
	여자	152	52.4
연령	20대	36	12.4
	30대	58	20.0
	40대	127	43.8
	50대이상	69	23.8
	평균47.1세(표준편차 14.1)		
교육수준	중졸이하	98	33.8
	고졸퇴	26	9.0
	고졸	113	39.0
	대학중퇴	21	7.2
	대졸이상	26	9.0
공공부조	의료급여	158	54.5
	건강보험	132	45.5
진단병	조현병	159	54.8
	기분장애	111	38.3
	기타	17	5.9
유병기간	10년 미만	79	27.3
	20년 미만	170	58.5
	30년 미만	245	84.4
	30년 이상	45	15.6
	평균 19.2년(표준편차 12.4)		
증상(BPRS)	평균 59.3(표준편차 18.7)		
삶의 질	평균 2.6(표준편차 0.8)		

* 무응답 유병기간 8명, 성별 1명, BPRS 23명

공공부조를 보면 의료급여대상자가 54.5%로 건강보험보다 많다. 임상적 특성을 보면 조현병 진단이 54.8%로 가장 많고, 기분장애도 38.3%로 나타났다. 유병기간의 평균은 19.2년이며, 유병기간 10년 미만은 27.3%, 20년 미만은 58.5%로 나타났다. BPRS는 평균 59.3점, 삶의 질은 평균 2.6점으로 나타났다. 삶의 질은 민소영(2009)의 연구의 3.04보다 낮게 나타났는데, 조사대상자가 기존정신보건체계의 미이용자로 사각지대에 놓여 있는 중증이라는 특성으로 인해 나타나는 현상으로 추정된다.

1-2. 사례관리자 특성과 사례관리 수행 현황

사례관리자 특성과 사례관리 수행현황은 [표 3]과 같다. 사례관리자의 사회복지경력

담당 사례수는 평균 11.4명으로 나타났다. 정신보건센터를 중심으로 한 기존연구에서는[11] 실무자 1인당 평균적으로 44.6명의 클라이언트를 담당하고 있었다.

표 3. 사례관리자의 특성 및 사례관리 수행 현황 (N=40)

변수	구분	빈도	백분율
사회복지 경력	평균 32.9개월(표준편차 27.8개월)		
	클라이언트	2	5.0
개입범위	클라이언트 가족	14	35.0
	이웃, 사회적 관계	23	57.5
	지역사회환경체계	1	2.5
팀접근	외부팀접근	5	12.5
	내부팀접근	33	82.5
	개별접근	2	5.0
담당 사례수	평균 11.4명(6.4명)		

본 연구에서는 최대 20명, 평균 11.4명으로 25%에 불과한 낮은 비율을 보였다. 개입범위는 클라이언트 개입이 5%이며, 클라이언트 가족까지 개입하는 경우가 35%, 이웃이나 사회관계망 개입이 57.5%로 많은 비중을 차지하였다. 조사대상자 대부분(82.5%)은 개별접근이나 내부팀접근 형태를 취하고 있으며, 외부팀 접근은 12.5%에 불과하였다.

2. 사례관리 수행요소가 정신질환자의 삶의 질에 미치는 영향

1-1. 사례관리 수행요소와 삶의 질

정신질환자의 삶의 질에 미치는 사례관리 수행요소를 위계적 선형모형으로 분석한 결과 VIF값은 1에서 2사이로 나타났으며, Durbin-Watson값도 1.438로 다중공선성의 문제는 없는 것으로 나타났다. 모형의 적합도도 0.01 수준에서 유의미하며, 모형의 설명력은 모델2에서 2.8%(10.8%→13.1%) 증가하였으며, 모델3은 3.6%(13.1%→16.7) 증가하였다.

클라이언트 요인을 투입하여 분석한 결과(모델1) 교육수준(p=.042)과 증상(BPRS;p=.000)이 삶의 질에 통계적으로 유의미한 영향을 보여주었다. 교육수준이 낮을수록, 증상이 심할수록 삶의 질이 낮은 것으로 나타났다. 클라이언트 요인이 정신질환자의 삶의 질에 미치는 영향에 대한 설명력은 10.8%로 높게 나타났다. 이는

증상이 삶의 질을 압도할 만큼 영향력이 크다는 것으로 해석할 수 있다.

표 4. 사례관리 수행요소와 정신질환자 삶의 질 분석결과

변수	모델1	모델2	모델3
	B(표준오차)	B(표준오차)	B(표준오차)
(상수)	3.682(.285)	3.422(.298)	2.571(.420)
성별 ¹⁾	.114(.094)	.150(.094)	.140(.093)
연령	-.006(.004)	-.006(.004)	-.007(.004)
교육수준	-.197(.096)**	-.184(.095)*	-.178(.094)*
공공부조 ²⁾	-.035(.094)	-.045(.093)	-.123(.096)
진단명 ³⁾	-.139(.199)	-.081(.198)	-.099(.195)
유병기간	.006(.004)	.006(.004)	.007(.004)*
증상(BPRS)	-.012(.002)***	-.012(.002)***	-.012(.003)***
사회복지 경력		.005(.002)***	.005(.002)***
개입범위			.220(.073)***
외부팀 접근 ⁴⁾			.314(.243)
담당 사례수			.003(.007)
	R ² =.108 F=4.891***	R ² =.131 F=7.242 ΔR ² =.022***	R ² =.167 F=4.022 ΔR ² =.036***

- 1) 기준변수=남성
- 2) 기준변수=의료급여
- 3) 기준변수=조현병
- 4) 기준변수=외부팀접근
- 5) *(<.10, **(<.05, ***(<.01

모델1에서 사례관리자 요인을 투입한 모형(모델2)의 설명력은 13.1%로 증가하였으며, 사회복지경력(p=.008) 삶의 질에 유의미한 영향을 보이는 것으로 나타났다. 증상은 삶의 질에 지속적으로 통계적으로 유의미한 영향을 미쳤으며, 교육수준은 사례관리자 요인을 투입함으로써 영향력이 감소하였으나 .10 수준에서 지속적으로 영향을 미쳤다.

모델2에 서비스 전달 요인과 기관요인을 투입한 결과(모델3) 모형 설명력은 16.7%로 증가하였으며, 개입범위(p=.004)가 삶의 질에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 담당 사례수는 통계적으로 유의미한 수준의 영향을 미치지 않는 것으로 나타났으며, 외부팀접근(p=.198)은 통계적으로 유의미하지는 않지만 영향력이 나타났다.

사례관리 수행요소가 투입되면서 교육수준의 영향력이 모델1 p=.042에서, 모델2 p=.055, 모델3 p=.060으로 감소되었다.

유병기간은 모델1에서 삶의 질에 영향을 미치지 않았으며, 사회복지경력이 투입되어도 영향력의 변화가 없으나, 개입범위, 외부팀접근, 담당 사례수 변수가 투입되면서 .10수준에서 영향을 미치는 것으로 나타났다.

이러한 결과는 사회복지경력자가 지역사회환경체계에 개입할 경우 사례관리 개입으로 정신질환자의 교육수준과 유병기간이 삶의 질에 미치는 부정적 영향력을 감소시킬 수 있는 가능성을 보여준다.

정신질환자의 삶의 질에 가장 많은 영향력을 미치는 사례관리 수행요소는 개입범위(p=.003), 사회복지경력(p=.004)순으로 나타났다. 통계적으로 유의미한 수준은 아니지만 외부팀접근(p=.198)도 삶의 질에 영향이 있는 것으로 나타났다. 반면 담당 사례수는 기존연구[5]와 달리 삶의 질에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 정신건강 토탈케어 바우처 기관의 사례관리자 40명과 이용자 290명을 대상으로 사례관리 수행요소가 정신질환자의 삶의 질에 미치는 영향을 분석하였다.

분석결과 사례관리 수행요소 중 사례관리자의 사회복지경력과 사례관리 개입범위는 이용자의 삶의 질에 통계적으로 유의미한(p<.01) 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉, 사회복지경력이 많을수록, 사례관리 개입범위를 지역사회환경체계로 확대할수록 이용자의 삶의 질이 향상된다. 담당 사례수와 외부팀접근은 삶의 질에 유의미한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 담당 사례수가 최대 20명을 초과하지 않는 경우 선행연구[5]와 달리 담당 사례수는 삶의 질에 영향을 미치지 않는다는 것을 알 수 있다. 외부팀접근은 다학제간 전문가 팀접근이 활발하게 이루어질수록 삶의 질에 유의미한 수준의 영향을 미치는 것으로 판단된다.

이러한 연구의 분석결과를 바탕으로 실천적 함의와 후속연구에 대한 제언을 하고자 한다.

먼저 클라이언트 유병기간은 사례관리자 요인과 서비스 전달 요인, 기관 요인이 개입되면 삶의 질에 .10수

준에서 유의미하게 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 사례관리 개입이 이루어지면, 유병기간과 상관없이 병식이 생길 확률이 높아지며, 병식이 생기면 사례관리 개입이 용이해지면서 삶의 질이 향상될 수 있기 때문에 나타나는 결과로 보인다. 정신질환자의 사례관리 개입이 가장 어려운 경우는 병식이 없을 때이다. 따라서 정신질환자가 병식이 없을 때 사례관리서비스로 접근성을 높일 수 있는 적극적인 아웃리치 활동, 발굴 경로마련, 전문성 향상 등의 시스템 마련이 필요하며, 이러한 아웃리치활동이 평가지표 개발시 포함되어야 하며, 적극적인 인센티브제도 도입이 필요하다.

둘째 클라이언트 증상은 사례관리 개입전후에 지속적으로 이용자의 삶의 질에 유의미하게($p=.000$) 영향을 미친다. 이는 증상이 삶의 질에 지배적인 영향을 미치지 않지만 증상은 삶의 질에 정비례하게 영향을 미치는 것이 아니며, 증상이 있어도 사례관리 개입으로 삶의 질은 향상될 수 있다는 것을 보여준다.

이러한 결과를 토대로 사회복지 경력자가 지역사회환경체계에 개입하는 사례관리를 수행할 때 삶의 질 변화를 가져오는 역동과 상호작용 요인에 관한 후속연구를 제안한다.

셋째 사례관리자 요인인 사회복지경력력은 이용자 삶의 질에 유의미하게 영향($p=.004$)을 미치는 것으로 나타났다. 이는 정신보건분야의 경험이 사회적응에 부정적인 영향을 미친다는 손지현(2013)의 연구결과와 같은 맥락이다. 사례관리자의 전문성은 정신보건에 관한 의학 지식이나 기술보다 사회복지경력여부가 중요함을 알 수 있다. 사례관리자의 전문성에 따라 사례관리 수행시 중점적 활동 내용이 다르기 때문에 사례관리자의 전문성은 사회복지경력으로 판단하는 것이 적절하다. 그럼에도 불구하고 사례관리자의 전문성을 자격증이나 교육정도, 효능감 등으로 측정된 연구한 결과는 있지만 사회복지경력으로 측정된 연구는 처음으로 시도되었다.

사례관리성과에 영향을 미치는 사회복지경력력의 요인 분석을 토대로 사례관리자의 전문성을 개념화하고 실증하는 후속연구가 필요하다.

넷째 서비스 전달요인 중 사례관리 개입범위가 삶의 질에 유의미하게($p=.003$) 영향을 미치는 것으로 나타났

다. 사례관리 개입범위가 삶의 질에 영향을 미친다는 연구결과는 국내에서 최초로 실증되었다. 사례관리 개입범위에 대한 연구는 실천적 함의가 매우 크다. 이론적 차원에서 논의되는 생태체계학적인 관점이 실천적 차원에서 지역사회환경체계 개입으로 구체화되기 때문이다. 즉, 생태체계학적 사례관리 실행은 지역사회환경체계의 개입을 통해서 정신질환자의 삶의 질을 향상시킬 수 있다는 것이다. 이러한 결과는 ‘어디까지 개입을 해야하는지’ 실천현장에서 무수히 던지는 질문에 대한 하나의 답이 될 수 있다. 따라서 개입범위를 확대하기 위해 현장에서 활용 가능한 구체적 활동지침 마련과 이를 평가하는 평가지표 마련이 절실하다.

다섯째 서비스 전달요인 중 외부팀접근은 이용자의 삶의 질에 영향력이 미미한 것으로 나타났다. 이러한 결과는 바우처 기관이 수익기관이라는 인식과 기존 정신보건체계의 저항으로 인해 외부전문기관과 원활한 협력관계가 구축되지 못한 결과로 보인다. 이러한 연구 결과는 현장에서 다학제간 전문가로 구성된 외부팀접근이 활발하게 진행되지 못하고 있는 실태가 반영된 것으로 추정된다. 추후 다학제간 전문가로 구성된 외부팀접근의 영향력에 관한 후속연구가 활발하게 이루어져야 한다. 또한 내·외부팀접근이 사례관리 성과에 미치는 영향에 관한 연구 및 외부팀접근 작동 요인에 관한 후속연구를 제안한다.

여섯째 선행연구에서 사례관리 수행요소 중 가장 많은 영향을 미치는 것으로 알려진 담당 사례수가 이용자의 삶의 질에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 조사대상 기관이 최대 20명의(평균 11.4명) 사례를 담당하기 때문에 나타난 결과로 보인다. 실무자가 담당하는 클라이언트 규모가 20명을 초과하지 않는 외국[34][37의 경우나, 손지현(2013)의 연구는 담당 사례수가 사례관리 성과에 영향을 미치지 않았다. 즉, 담당 사례수가 20명 이내의 경우 삶의 질에 유의미한 영향력이 없으며 30명을 초과할 경우 삶의 질에 영향력이 있다[5]는 것을 알 수 있다. 이에 사례관리 성과에 영향을 미치는 적정 사례수에 대한 후속연구를 제안한다. 또한 외국에 비하여(King, Meadows, and Bas, 2004) 사례관리량의 결정요인에 대한 연구가 미흡한 우리나라

라에서는 사례관리량에 영향을 미칠 수 있는 기관 요인, 클라이언트 요인을 개발하여 사례관리량의 지표를 개발하는 후속연구가 필요하다[5]. 뿐 만 아니라 정신질환자의 사례관리 적정 사례수에 대한 실천현장의 기준 마련 및 담당 사례수를 제한하고 담보하는 재정적 부담과 제도적 장치가 마련되어야 한다. 아울러 사례관리 평가지표 개발시에 담당 사례수에 대한 항목이 중요항목으로 검토되어야 할 것이다.

본 연구의 제한점은 첫째 정신건강 토달케어 제공기관을 연구대상으로 하였기 때문에 다른 정신보건기관에서 일반화하는데 한계가 있다. 둘째 지역별 차이로 인한 클라이언트 접근성, 자원량 등의 특성을 통제하지 못한 한계가 있다. 셋째 다양한 수행요소를 포괄하지 못하였다는 한계가 있다.

그럼에도 불구하고 본 연구의 의의는 클라이언트 관점에서 생태체계학적 관점에서 효과적인 사례관리 수행요소를 확인하였다는 것이다. 아직 연구가 미미한 수준에 머물러 있는 정신질환자의 삶의 질에 영향을 미치는 사례관리 수행요소를 실증하였으며, 특히 수행요소 중에 기존연구에서 시도되지 않았던 사회복지경력, 개입범위가 삶의 질에 미치는 영향력을 검증하였다. 이러한 연구결과로 사례관리 이론과 실천의 간격을 줄이고 생태체계학적 관점의 구체적 실천방법론을 실증하고 제시할 수 있게 되었다. 사례관리의 목적과 명확한 방향성을 제시할 뿐만 아니라, 실천 가능한 목표설정 및 구체적 실천방법과 가이드라인을 제시할 수 있게 되었다. 이러한 연구결과에 근거한 평가지표를 마련함으로써 클라이언트 중심의 표준화된 사례관리 실천을 담보하는 제도적 장치를 정비할 수 있을 것이다. 연구자는 클라이언트 관점의 효과적인 사례관리 수행요소에 관한 다각적 후속연구를 제안하며, 다양한 세팅에서 정신질환자의 삶의 질에 영향을 미치는 변인을 실증하는 후속연구를 제안한다.

참 고 문 헌

[1] 小高 眞美, “地域で生活する精神障害者のニーズ

と生活の質に関する研究”, ルーテル學院大學大學院總合人間學研究科 社會福祉學專攻博士後期課程, 博士論文, 2006.

- [2] J. J Parks, T. Swinford, and P. Stuve, “Mental Health Community Case Management and Its Effect on Healthcare Expenditures,” *Psychiatric Annals*, Vol.40, No.8, pp.415-423, 2010.
- [3] R. P. Stanard, “The Effect of Training in a Strengths Model of Case Management on Client Outcomes in a Community Mental Health Center,” *Community Mental Health Journal*, Vol.35, No.2, pp.169-179, 1999.
- [4] A. F. Lehman, “Measuring Quality of life in reformed health system,” *Health Affairs* Vol.14, pp.90-101, 1995.
- [5] 민소영, “사례관리 수행요소와 지역거주 정신장애인의 소비자 만족도 및 삶의 질 사이의 경로 탐색”, *한국사회복지학*, 제8권, pp.103-127, 2009.
- [6] 권진숙, *사례관리론*, 학지사, 2012.
- [7] 민소영, “강점관점 반영 사례관리 훈련프로그램의 개발 및 효과성 연구”, *한국사회복지행정학*, 제10권, 제1호, pp.39-65, 2008.
- [8] 정순돌, *사례관리실천의 이해*, 한국적 경험, 학지사, 2005.
- [9] 우국희, “지역사회복지관에서의 사례관리에 대한 사회복지사들의 주관적 경험과 인식”, *사회복지정책*, 제30권, 제9호, pp.287-310, 2007.
- [10] 서혜미, *장애인복지관 사례관리 수행요소가 사례관리자 자기효능감에 미치는 영향에 대한 연구: 네트워크 매개효과를 중심으로*, 경기대 박사학위논문, 2012.
- [11] 민소영, “지역사회 정신보건센터의 사례관리 구조에 대한 탐색적 고찰”, *사회과학연구*, 제21집, 제2권, pp.139-163, 2005.
- [12] 민소영, “만성 정신장애인을 위한 사례관리 모형과 수행구조에 대한 탐색적 연구”, *사회복지연구*, 제30권, 봄호, pp.215-242, 2006.
- [13] 차민호, 유미예, 서인혜, “사례관리 집행에 영향

- 을 미치는 요인에 관한 연구”, 한국사회복지학회, 추계공동학술대회 자료집, pp.389-390, 2006.
- [14] 도광조, *지역사회복지관 사례관리수행의 영향요인에 대한 연구*, 숭실대 박사논문, 2009.
- [15] 함철호, 윤원일, “공공전달체계내 사회복지직 공무원의 사례관리수행과 영향요인”, 한국지역사회복지학, 제35권, pp.231-262, 2010.
- [16] 손지현, *정신장애인의 사례관리 수행요소가 사회 적응에 미치는 영향에 대한 경로 탐색*, 가톨릭대 석사학위논문, 2013.
- [17] S. Simmons, “Quality of Life in community mental health care-a review,” *International Journal of Nursing Studies*, Vol.31, No.2, pp.183-193, 1994.
- [18] F. Baker and J. Intagliata, “Quality of life in the evaluation of community support systems,” *Evaluation and Program Planning*, Vol.5, pp.69-79, 1982.
- [19] WHO, “Mental health; New understanding new hope”, *The World Health Report*, 2001.
- [20] C. T. Mowbray, D. P. Moxley, C. Jasper, and L. Howell(Eds), “Consumers as providers in psychiatric rehabilitation,” Columbia, Md: International Association of Psychosocial Rehabilitation Services, 1997.
- [21] J. Bobes and M. P. González, “Quality of life in schizophrenia,” In H. Katsching, H. Freeman and N. Sartorius (Eds), *Quality of life in mental disorders*, New York: John Wiley & Sons, pp.165-178, 1997.
- [22] R. Chamberlain and C. A. Rapp, “A decade of case management: A methodological review of outcome research,” *Community Mental Health Journal*, Vol.27, No.3, pp.171-188, 1991.
- [23] F. Holloway and J. Carson, “Intensive case management for the severely mentally ill. Controlled trial,” *The British Journal of Psychiatry*, Vol.172, pp.19-22, 1998.
- [24] R. P. Stanard, “The Effect of Training in a Strengths Model of Case Management on Client Outcomes in a Community Mental Health Center Community,” *Mental Health Journal*, Vol.35, No.2, pp.169-179, 1999.
- [25] P. N. Prince and C. R. Prince, “Subjective quality of life in the evaluation of programs for people with serious persistence mental illness,” *Clinical Psychology Review*, Vol.21, No.7, pp.1005-1036, 2001.
- [26] 권자영, *정신장애인이 지각한 실친관계가 재활 성과에 미치는 영향*, 이화여대 박사학위논문, 2009.
- [27] 김병수, *지역사회 거주 정신장애인의 사례관리 서비스가 재활성과에 미치는 영향*, 서울대 석사학위논문, 2013.
- [28] 전태기, *정신질환자토탈케어 서비스 이용자의 만족도 및 욕구정도에 관한 연구*, 우송대 석사학위논문, 2011.
- [29] J. Intagliata, “Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: The role of case management,” *Schizophrenia Bulletin*, Vol.8, No.4, pp.655-674, 1982.
- [30] J. Intagliata and F. Baker, “Factors Affecting Case Management Services for the Chronically Mentally Ill,” *Administration in Mental Health*, Vol.11, No.2, pp.75-91, 1983.
- [31] G. Thornicroft, “The Concept of Case Management for Long-term Mental Illness,” *International Review of Psychiatry*, Vol.3, pp.125-132, 1991.
- [32] G. Teague, “Case Management Comparability Study,” Presentation at the Semiannual ACCESS Grantee Meeting, Bethesda, MD. 1996.
- [33] J. H. McGrew and G. R. Bond, “The Association Between Program characteristics and Service Delivery in Assertive Community Treatment,”

Administration and Policy in Mental Health, Vol.25, pp.175-189, 1997.

[34] K. T., Mueser, G. R. Bond, R. E. Drake and S. G. Resnick, "Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management," Schizophrenia Bulletin, Vol.24, No.1, pp.37-74, 1998.

[35] 홍선미, "자활지원 사례관리 모형과 운영방안 연구", 사회복지연구, 제29권, pp.133-165, 2006.

[36] R. King, J. Bas, and D. Spooner, "The impact of caseload on the personal efficacy of mental health case managers," Psychiatric Services, Vol.51, No.3, pp.364-368, 2000.

[37] L. P. Solomon, "Case management for adults with severe mental illness: Implications for elder care," 경성대학교 사회복지학과 20주년 초청강연 발표문, 2004.

[38] 민은희, "정신보건영역에 사회복지서비스의 도입과 적용", 한국정신보건사회복지학회 춘계학술대회 및 보수교육 자료집, pp.13-26, 2009.

[39] 이용표, "정신보건센터 사례관리와 사회복지서비스 정신질환자 토달케어서비스의 파터너십 현성을 위한 정책과제", 한국정신보건전문요원협회 워크숍 및 춘계학술대회 자료집, 2011.

[40] 강상경, "사회복지서비스의 정신보건서비스적 이해: 현황과 전망", 한국정신보건사회복지학회 춘계학술대회 및 보수교육 자료집, pp.27-53, 2009.

[41] 민은희, "이용자 중심의 정신장애인 케어매니지먼트 시행 방안에 관한 연구", 지역사회정신보건, 제11호, 2007.

[42] 보건복지부, 사회복지서비스 지침, 2013.

[43] M. Summers, "Facilitating comparisons between evaluations of case management programs," Care management Journals, Vol.2, No.2, pp.86-92, 2000.

[44] C. D. Austin, "Case management: Who needs it? Does it work?," Case Management Journal, Vol.3, No.4, pp.178-184, 2002.

[45] I. Oshima, N. Cho, and K. Takahashi, "Effective components of a nationwide case management program in Japan for individuals with severe mental illness," Community Mental Health Journal, Vol.40, No.6, pp.525-537, 2004.

[46] 이선영, 생태체계관점에서 본 정신장애인 삶의 질 영향요인 연구, 서울여대 박사학위논문, 2004.

[47] F. D. Lukof, K. H. Nuechterlein, and J. Ventura, "Manual for Expanded Brief Psychiatric Rating Scale(BPRS)," Schizophrenia Bulletin, Vol.12, pp.594-602, 1986.

저자 소개

민은희(Eun-Hee Mim)

정희원



- 2007년 2월 : 가톨릭대학교 대학원 사회복지학과 사회복지실천방법론 박사수료
- 2010년 9월 ~ 현재 : 한라대학교 사회복지학과 겸임교수

<관심분야> : 사례관리, 정신건강, 사회복지서비스