creative commons

COMMONS DEED

저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:

저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.

비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.

변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 이용허락규약(Legal Code)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

Disclaimer

dCollection

간호학박사 학위논문

취약계층 재가노인의 사례관리 성과와 영향요인에 관한 구조모형 구축

2013년 2월

서울대학교 대학원
간호학과 간호학 전공
문 현 정

취약계층 재가노인의 사례관리 성과와 영향요인에 관한 구조모형 구축

지도교수 이 인 숙

이 논문을 간호학박사 학위논문으로 제출함

2012년 10월

서울대학교 대학원

간호학과 간호학 전공

문 현 정

문현정의 간호학박사 학위논문을 인준함

2012년 12월

위 원 장 윤 순 녕 (인)

부위원장 김 기 현 (인)

위 원 신 순 애 (인)

위 원 김 희 걸 (인)

위 원 이 인 숙 (인)

Structural Equation Modeling on Case Management Outcomes and Influencing Factors in the Community-dwelling Vulnerable Elderly

by
Moon, Hyunjung

A thesis submitted in partial fulfillment
of the requirements for the degree of
Doctor of Philosophy in Nursing

Seoul National University, Seoul, Korea
December, 2012

Doctorial Thesis Committee:

Professor Yun, Soon Nyoung Chairperson
Professor Kim, Jin Hyun Vice Chairperson
Professor Shin, Soon Ae
Professor Kim, Hee Gerl
Professor Lee, In Sook

국문 초록

우리나라는 2018년에 노령사회에 진입할 것으로 예측되며, 전국 65세 이상 노인이 겪는 가장 큰 어려움은 경제적 문제와 건강 문제인 것으로 나타났다. 특히 지역사회에 거주하는 취약계층 노인의 만성질환이나 사회적 지지체계의 붕괴는 취약계층 노인의 안녕을 저하시키고 시설 입소와 보건의료비용의 과잉 지출을 유발하게 된다. 이에 따라 사례관리적 접근은 노인들의 기능 상태를 향상시키고 서비스의 포괄성과 연속성을 높이는데 중요한 전략이며, 특히 노인들의 서비스에의 접근, 분열, 불필요한 시설 입소, 과도한 장기 요양비용 등의 해결책이라고 여겨질 만큼 노인들에게는 절대적으로 필요한 서비스로 인식되고 있다. 그러나 사례관리의 지식체는 발전하고 있으나 사례관리 수행체계의 어떤 요소들이 사례관리 성과에 가장 효과적인지는 명확하지 않으며, 사례관리의 어떤 과정이 어떤 성과를 이끌어내는지 많은 부분들이 밝혀지지 않았다.

본 연구는 사례관리 구조 및 과정 요인이 어떤 경로와 구조 속에서 성과에 영향을 미치는지를 실증적으로 검증하는데 그 목적이 있으며, Donabedian의 구조・과정・성과 모형을 기반으로 취약계층 재가노인의 사례관리 성과와 영향요인에 대한 구조모형을 구축한 후 그 타당을 검증하였다.

2012년 8월 16일부터 8월 31일까지 보건소 사례관리 담당 간호사와 대상자인 취약계층 재가노인을 대상으로 자료수집이 이루어진 후 분석하였으며 각각 309명이 최종분석에 포함되었다. 수집한 자료는 SPSS window 18.0 version과 AMOS 16.0을 이용하여 분석하였다.

연구 결과는 다음과 같다.

가설적 모형의 적합도 지수는 일반적으로 널리 추천되는 전반적 적합도 지수를 고려할 때 대부분 만족하는 것으로 나타났다(GFI=.970, CFI=.947, RMSEA=.020, SRMR=.051). 본 구조모형에서 사례관리 성과에 가장 큰

영향을 주는 요인은 사례관리자의 특이성이었으며, 사례관리 수행도 성과에 영향을 주는 요인인 것으로 나타났다. 반면 대상자의 특성은 사례관리 성과에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 사례관리자의 특이성은 사례관리 성과에 대해 직·간접적인 영향을 모두 주고 있는 것으로 나타났으며 사례관리 수행은 사례관리자의 특이성이 성과에 영향을 주는데 있어 매개요인의 작용을 하는 것으로 나타났다.

이러한 결과를 토대로 사례관리 성과와 영향요인 간의 인과적 관계를 명확히 분석하기 위하여 대상자의 특성을 포괄적으로 포함하는 종단적 연구를 제언한다. 아울러 사례관리자의 역량 강화 프로그램 등 인력의 질 향상을 위한 프로그램의 효과와 함께 사례관리 성과와의 관계를 분석할 필요가 있으며, 대상자의 관점에서 사례관리자와의 협력적인 관계형성 정도가 성과에 미치는 영향을 분석할 필요가 있다.

주요어 : 사례관리 성과, 취약계층 재가노인, 사례관리자, 사례관리 수행
학　번 : 2006-30796

목 차

국문초록 ····· i

Ⅰ. 서론 ····· 1
1. 연구의 필요성 ····· 1
2. 연구목적 ····· 6
3. 용어정의 ····· 6

Ⅱ. 문헌고찰 ····· 12
1. 사례관리 ····· 12
1) 사례관리와 구성요소 ····· 12
2) 사례관리 모형 ····· 18
3) 취약계층 재가노인과 사례관리 ····· 23
4) 국내 · 외 재가노인 사례관리: 맞춤형 방문건강관리사업 ····· 27
2. 재가노인의 사례관리 성과 ····· 34
3. 사례관리 성과에 영향을 미치는 요인 ····· 45

Ⅲ. 연구의 개념 틀과 가설적 모형 ····· 56
1. 이론적 개념 틀 ····· 56
2. 가설적 모형 ····· 57
3. 연구가설 ····· 60

Ⅳ. 연구방법 ····· 61
1. 연구 설계 ····· 61

2. 연구대상 ····· 61
3. 연구의 윤리적 고려 ····· 62
4. 연구도구 ····· 62
5. 자료수집 절차 ····· 66
6. 자료 분석방법 ····· 67

V. 연구결과 ····· 68
1. 대상자의 특성 ····· 68
2. 가설적 모형 검정 ····· 71
3. 연구가설의 검정 ····· 80

VI. 논의 ····· 81
1. 취약계층 재가노인의 사례관리 성과와 영향요인에 관한 구조모형 ····· 81
2. 취약계층 재가노인의 사례관리 성과에 영향을 미치는 요인 ····· 83
3. 연구의 간호학적 의의 ····· 88

VII. 결론 및 제언 ····· 90
1. 결론 ····· 90
2. 제언 ····· 91

참고문헌 ····· 92

부록 ····· 109

Abstract ····· 147

List of Tables

Table 1. Components of Structure and Process for Case Management System ····· 16
Table 2. Constructs, Concepts, and Empirical Indexes of the Study ····· 57
Table 3. Cronbach's Alpha Coefficient of the Scales ····· 65
Table 4. General Characteristics of the Subjects ····· 69
Table 5. Health related Characteristics of the Subjects ····· 70
Table 6. Descriptive Statistics of the Observed Variables ····· 72
Table 7. Correlations among Observed Variables ····· 74
Table 8. Standardized Factor Loading of Confirmatory Factor Analysis ····· 75
Table 9. Fitness Statistics of the Hypothetical Model ····· 76
Table 10. Standardized Estimation for the Hypothetical Model ····· 78
Table 11. Effects of Predictive Variables on Endogenous Variables in the Model ····· 79

List of Figures

Figure 1. A Cyclical Model of Case Management ····· 14
Figure 2. The Service Delivery Matrix ····· 20
Figure 3. Improving Outcomes in Chronic Illness ····· 25
Figure 4. Process of the Case Management Work ····· 30
Figure 5. Case Management Model Outcomes ····· 34
Figure 6. Conceptual Framework of the Study ····· 56
Figure 7. The Hypothetical Model ····· 59
Figure 8. Path Diagram of the Model ····· 77

List of Appendices

Appendix 1. 연구대상자보호심의 결과 통보서 ····· 109
Appendix 2. 연구 참여 동의서 ····· 110
Appendix 3. 설문지(측정도구) ····· 114
Appendix 4. 보충자료 ····· 129

Ⅰ. 서론

1. 연구의 필요성

우리나라 65세 이상 노인인구는 2010년 현재 11.0%이며 2018년에는 14.3%로 증가하여 노령사회(aged society)에 진입할 것으로 예측된다(통계청, 2011). 우리나라 노인인구의 81.3%는 적어도 1개 이상의 의사가 진단한 만성질환을 보유하고 있으며, 전체 노인의 약 50%에서 영양관리에 문제가 있고, 15.5% 만이 일상생활에 어려움이 없는 것으로 나타났다(보건복지가족부, 2008a). 우리나라 2010년 고령자 통계에 따르면, 65세 이상 노인의 26.8%가 경제적 취약계층인 기초생활보장수급자이며, 전국 65세 이상 노인이 겪는 가장 큰 어려움은 주로 경제적 문제(41.4%)와 건강문제(40.3%)인 것으로 나타났다(통계청, 2011).

인구의 노령화는 가장 중요한 사회현상 중의 하나이며 노인 인구의 증가는 우리사회에 심각한 도전과제들을 야기할 수밖에 없는데 이는 기대수명이 증가하면서 만성질환이나 손상 위험에 놓일 가능성이 함께 증가하기 때문이다(Kaplan, Newsom, McFarland, & Lu, 2001). 특히 지역사회에 거주하는 취약계층 노인의 자율성은 지속적인 관심의 대상이며, 기능 저하와 관련된 만성질환이나 사회적 지지체계의 붕괴는 취약계층 노인의 안녕을 저하시키고 시설 입소와 보건의료비용의 과잉 지출을 유발하게 된다(Melis et al., 2008).

지역사회 재가노인을 대상으로 하는 여러 다양한 서비스 주체와 기관이 상존하는 현 상황에서, 효과적인 서비스 전달체계가 확립되기 위해서는 대상자의 요구를 중심으로 다양한 보건·의료·복지 서비스를 효과적으로 제공할 수 있는 방안을 모색함이 필요하다. 이를 위해 인구 노령화를 먼저 경험한 선진국이나 재가 서비스가 정착된 영국과 일본의 지난 20여 년간의 주요 흐름을 고찰해 볼 때 발견할 수 있었던 전략 중 하나는 사례관리 기법을

도입했다는 것이며, 이들 국가에서는 노인들의 건강문제에 접근함에 있어, 노인들의 기능 상태를 향상시킬 수 있도록 서비스의 포괄성과 연속성을 높이는데 중점을 두며 사례관리를 적용하고 있는 특징을 보였다. 사례관리를 통해 대상자의 기능 상태를 주기적으로 평가하고 요구 중심의 서비스를 제공함으로써 재가서비스와 시설 서비스 간의 연속성을 유지하고 보건·의료·복지 서비스를 포괄적으로 제공하고 있다(이인숙 등, 2010; Hallberg & Kristensson, 2004).

초기 지역사회 가정간호 사업의 일환인 보건소 중심의 방문보건사업은 1995년 지역보건법 개정으로 법적 근거를 마련한 후 2003~2004년도에는 대도시 방문보건 시범사업을 통하여 그 효과가 입증되었다. 그러나 대상인구의 10% 정도의 낮은 등록 관리율과 수요 대비 인력의 절대 부족 등으로 지역사회 주민의 이용 접근성이 매우 낮은 것으로 나타났다. 이러한 문제점에 대한 개선책으로 방문보건사업은 2007년도에 생애주기별 건강관리 영역을 통한 맞춤형 방문건강관리사업으로 전환되었고, 경제적 취약계층을 중심으로 노인과 만성질환 성인에게 사례관리를 실시하고 있다(보건복지가족부, 2008; 양순옥 등, 2008).

사례관리는 오랫동안 대상자의 삶의 질 향상을 촉진하고 재원일수를 줄이며, 자가간호(self-care)를 최적화하고, 사례관리 전문가와 대상자의 만족도를 높이는 혁신적인 전략으로 제안되어 왔다(Oeseburg, Wynia, Middel, & Reijneveld, 2009). 미국 사례관리협회의 정의를 보면, 사례관리란 질과 비용-효과를 증진시키기 위하여 의사소통과 사용가능한 자원을 동원, 개인의 건강요구를 충족시키는 서비스를 위해 사정, 계획, 촉진, 옹호하는 협력적인 과정이라고 기술하고 있다(Case Management Society of America, 2012). 또한 사례관리는 대상자의 위험요인을 파악하기 위한 포괄적인 대상자 평가와 개별 서비스의 계획과 수행, 모니터링과 평가로 이루어지는 체계적인 과정으로 간호사뿐 아니라 의사, 물리치료사, 영양사 등 다양한 전문가가 참여하고 협력하는 과정이며, 지역사회 가용자원에 대한 정보제공과 연계는 필수요소로 알려져 있다(이인숙 등, 2010; 전경자, 이지

윤과 윤종률, 2009). 특히 사례관리는 노인들의 서비스에의 접근, 분열, 불필요한 시설 입소, 과도한 장기 요양비용 등과 관련된 문제에 대한 해결책이라고 여겨질 만큼 노인들에게는 절대적으로 필요한 서비스로 인식되고 있다(김수영, 1995).

그러나 국내외적으로 사례관리 지식체는 발전하고 있으나 사례관리 수행체계의 어떤 요소, 어떤 서비스, 어떤 서비스 환경이 사례관리 성과에 가장 효과적인지는 여전히 명확하지 않다(Austin, 2002; Drennam & Goodman, 2004; Lee et al., 1998; Newcomer et al., 2004). 또한 사례관리의 어떤 과정이 어떤 성과를 이끌어내는지 많은 부분들이 밝혀지지 않았다(Lee, Mackenzie, Dudley-Brown, & Chin, 1998). 사례관리의 효과성의 차이는 사례관리 모형, 정의된 업무, 케어가 전달되는 환경, 측정하는 성과 변수의 선택 사이에서 오는 변동으로 인한 것이므로 다면적인 접근을 통해 효과적인 사례관리 체계를 분석하는 것이 필요하다(Offredy et al., 2009).

사례관리 체계를 이루는 구성요소는 재정적, 인적, 물적 자원 및 성과지표(Baugh & Freeman, 2003)와 사례발견, 사정, 계획수립, 중재, 모니터링, 평가로 구성되는 사례관리의 각 수행과정(Evans, Drennan, & Roberts, 2005; Nakatani & Shimanouchi, 2004)이 포함될 수 있다. 사례관리 프로그램을 실제로 실행하는데 필요한 요소들을 구조적 요인과 과정적 요인으로 분류할 수 있고(Summers, 2000), 사례관리의 구조는 과정에 영향을 주고 과정은 성과에 영향을 줄 수 있다(Powell & Tahan, 2008). 사례관리 성과는 서비스를 제공하는 사례관리자의 성별(Shin, 2009), 연령(Graham, 1980; Shin, 2009), 교육수준(Graham, 1980), 자격(Graham, 1980; McGrew et al., 1994; Shin, 2009), 역량(전경자 등, 2009; King, Meadows, & Le Bas, 2004), 직무만족도(김선봉, 2001; Jacobson Vann, 2006; Rosati, Marren, Davin, & Morgan, 2009), 대상자와의 관계형성 정도(이정숙과 김수진, 2002; Bjorkman & Hansson, 2001; Cryns, Nichols, Katz, & Calkins, 1989; Klinkenberg et al., 2002), 교육 및 훈련 정도(Austin, 2002; Jacobson Vann, 2006) 등을 포함하는 사례관리자의

특성이 가장 큰 영향을 미칠 수 있다고 하였다(이화정, 2009; King, Meadows, & Le Bas, 2004). 대상자 특성 또한 성과에 영향을 미칠 수 있는데, 연령(Green & Davis, 2005), 성별(Mangelsdorff & Finsteun, 2003), 교육수준(Shin, 2009), 사회경제적 상태(Braunsberger & Gates, 2002), 건강상태(Nguyen-Thi et al., 2002; Tompson, 1990), 유병기간(Chamberlain & Rapp, 1991; Shin, 2009), 사회적 지지체계(Bjorkman & Hansson, 2001; Shin, 2009) 등을 관련 요인으로 제시하고 있다. 방문 횟수(Elkan et al., 2001; Holm Frunch, 2003; Shin, 2009; Stuck et al., 2002), 담당 사례량(민소영, 2009; Shin, 2009; Summers, 2000), 방문주기(Holm Frunch, 2003), 방문 소요시간(Bjorkman & Hansson, 2001; Holm Frunch, 2003) 등 사례관리 과정 속에서 산출되는 관련 요인들 역시 사례관리의 성과에 영향을 미칠 수 있음이 선행연구를 통해 밝혀졌다. 사례관리 대상자 등록, 요구사정, 계획수립, 중재, 모니터링, 그리고 평가로 구성되는 사례관리 수행은 업무 가이드라인과 실제 수행이 얼마나 일치되는지 그리고 어떠한 과정 요인이 성과에 영향을 미치는지에 대한 연구가 이루어졌으며, 대상자를 모니터링하고 평가하는 업무가 사례관리의 성과와 관련이 있다고 하였다(Bader, 1988; Nakatani & Shimno, 2004; Oshima et al., 2004).

사업의 구조적 요소인 인력의 특성과 이들이 사용하는 인적·물적·재정적 지원, 조직 및 근무여건 등은 사업의 투입요소로서 서비스 내용 및 질에 직·간접적으로 영향을 미칠 수 있으며(김성실, 2001), Austin(2002)은 사례관리를 구성하는 다양한 수행요소 중 사례관리자의 중요성을 언급하면서 노인의 사례관리 효과를 평가한 Bernabei 등(1998) 연구의 긍정적 결과는 사례관리자의 특성과 밀접한 관계가 있다고 주장하였다. 또한 기존 사례관리 효과 연구들이 일관된 방향을 보여주지 않고 있다는 점에서 중재 대상자 선정과 중재 내용 및 중재기간 등의 차이와 함께 개별 간호사의 역량에 따라 서비스 질에 대한 차이가 나타날 가능성을 제시하기도 하였다(전경자 등, 2009).

지금까지 방문건강관리사업의 사례관리 효과 연구는 고혈압(박정숙과 오윤정, 2010; 양순옥 등, 2008; 정정순, 2009), 당뇨(김순영, 2008; 박정숙과 오윤정, 2010; 소은선, 2011; 양순옥 등, 2008), 관절염(양순옥 등, 2011), 재가와상노인(김희걸, 2001), 허약노인(연정운, 2009), 재가노인(전경자 등, 2009)을 대상으로 이루어졌으나, 사례관리 성과에 영향을 미치는 복합적이고 다양한 변수들의 인과적인 경로를 실증적으로 분석한 통합적 연구는 전무한 실정이다. 따라서 본 연구는 사례관리의 구조 및 과정 요인이 어떤 경로와 구조 속에서 성과에 영향을 미치는지를 실증적으로 검증하는데 그 목적이 있다. 이는 사례관리 실천 전략을 개발하고 효율성을 높일 수 있는 방안을 마련하는데 있어 기초 자료가 될 것으로 사료된다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 사례관리 체계 안에서 취약계층 재가노인 대상 사례관리의 성과 변수에 직·간접적으로 영향을 미치는 요인을 규명하고 가설적 모형을 구축하여 재가노인 사례관리 전략을 위한 기초자료를 마련하는 데 있다. 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

첫째, 취약계층 재가노인의 사례관리 성과와 영향요인에 관한 모형을 구축한다.

둘째, 취약계층 재가노인의 사례관리 성과와 영향요인 모형의 적합도를 검증한다.

셋째, 취약계층 재가노인의 사례관리 성과에 영향을 미치는 요인들의 직·간접 영향력 계수를 산출한다.

3. 용어정의

1) 사례관리

사례관리란 질과 비용-효과를 증진시키기 위하여 의사소통과 사용가능한 자원을 동원하여 개인의 건강요구를 충족시키는 서비스를 위해 사정, 계획, 촉진, 옹호하는 협력적인 과정이다(Case Management Society of America, 2012).

본 연구에서의 사례관리는 보건소 맞춤형 방문건강관리사업에서 실시하고 있는 집중건강관리를 의미하며, 초기 3회의 신규방문 후 집중관리군으로 분류된 대상자에게 사정, 계획수립, 중재, 모니터링 및 평가로 구성되는 총 8~10회의 직접 방문과 전화 중재를 의미한다(보건복지부, 2010a).

2) 취약계층 재가노인

취약성은 다차원적인 구성체로써 위험의 발생, 노출, 그리고 속성이 일치되는 것을 반영하며, 취약계층은 소수 인종, 노인, 어린이, 빈곤 등의 위험요소들을 하나가 아닌 중복적으로 겪게 되거나 이러한 위험요소들에 민감한 인구 집단을 말한다(Shi, 2001).

본 연구에서의 취약계층 재가노인은 보건소 맞춤형 방문건강관리사업의 사례관리 프로그램을 받은 국민기초생활보장수급자이거나 건강보험료 부과 하위 20%에 해당하는 65세 이상의 노인을 말한다(보건복지부, 2010a).

3) 사례관리자의 특이성

사례관리자의 특이성은 사례관리자만이 갖고 있는 독특하고 전인적인 요소를 말하며(Cox, 1986), 본 연구에서는 사례관리자의 역량, 협력관계, 직무 만족도로 정의한다.

(1) 역량

역량이란 특정 상황이나 직무에서 준거에 따른 효과적이고 우수한 수행의 원인이 되는 개인의 내적인 특성을 의미하며(Spencer & Spencer, 1993), 그것은 단순히 지식이나 기술만이 아니라 가치관, 비판적 사고력, 신뢰감, 마음가짐 등이 통합되어 나타난다(Swendsen Boss, 1985).

본 연구에서는 간호학적 돌봄의 지식 즉, 과학적, 윤리적, 인격적 지식 및 심미적 지식을 통합적으로 실천하는 능력을 의미하며(김순자 등, 2010; 장금성, 2000), 장금성(2000)이 개발하고 김순자 등(2010)이 수정한 간호사의 간호역량 측정도구로 측정한 값을 말한다.

(2) 협력관계

심리학에서 상담협력관계로 일컬어지며, 이는 상담자와 피상담자 두 사

람의 상호작용을 통해 이루어질 수 있는 상호 신뢰감, 편안함, 호감 등을 포함하는 감정적 유대와 무엇을 향해 상담해 나아갈 것인가 하는 상담 목표에 대한 합의, 그리고 상담회기 내에서 무엇을 해야 할 것인가 하는 과제에 대한 동의로 구성된다(Bordin, 1979). 상담자는 치료 관계에서 확립된 목표들이 외현적 또는 암묵적으로 피상담자에 의해서 공유되고 수용되었다는 직접 및 간접적 증거를 어느 정도 갖게 된다고 간주한다(Horvath & Greenberg, 1989).

본 연구에서의 협력관계는 사례관리자의 관점에서 본 대상자와의 목표와 과제의 일치감 및 유대관계 경험 정도를 말하며(Horvath & Greenberg, 1989), Horvath와 Greenberg(1989)가 제작한 작업동맹 측정도구를 강혜영(1995)이 번안한 도구로 측정한 값을 말한다.

(3) 직무 만족도

직무만족이란 근로자가 자신의 업무에 대해 만족하는 정도를 말한다(행정학사전, 2009).

본 연구에서는 의사와 간호사의 관계 항목을 제외한 보수, 자율성, 업무요구, 행정, 상호작용, 전문적 위치의 6가지 영역으로 측정한 값을 의미한다(Stamps et al., 1978).

4) 사례관리 성과

선행된 보건의료서비스에서 기인될 수 있는 환자의 현재 및 미래의 상태 변화를 의미하며(Donabedian, 1988), 본 연구에서는 사례관리 서비스에 대한 대상자 만족도와 자가건강관리 실천으로 정의한다.

(1) 대상자 만족도

대상자 만족도란 환자가 경험한 보건의료서비스의 인지적 평가가 대상자의 주관적 기준을 충족하거나 초과할 때 발생하는 사고방식의 반응이다(Greenslade & Jimmieson, 2011).

본 연구에서는 접근가능성(accessibility), 효율성(efficiency), 사정/조정 기술(assessment/coordination skill)의 하부영역을 포함하는 사례관리 질 설문지(Case management quality questionnaire)로 측정한 값을 말한다.

(2) 자가건강관리 실천

개인이나 집단의 최적의 안녕, 자아실현, 개인적인 성취를 유지하거나 증진시키려는 방안으로 취해지는 행위를 말한다(Pender, 1987).

본 연구에서는 맞춤형 방문건강관리사업의 사례관리 신규 대상자에게 조사하는 건강행태 설문조사 중 성과지표로 활용되는 금연, 운동, 절주, 아침식사 항목에 대하여 각각 실천한 경우 '1', 실천하지 못한 경우 '0'으로 측정한 값을 의미한다.

5) 사례관리 수행

사례관리 수행이란 대상자와 제공자 사이 혹은 그 안에서 이루어지는 행위들의 집합으로 정의된다(Donabedian, 1988). 본 연구에서는 사례관리 방문 건수, 직접중재 소요시간, 간접중재 소요시간, 그리고 사례관리 활동을 사례관리 시스템 및 수행과정으로 정의한다.

(1) 방문건수

사례관리 담당 간호사가 대상자의 가정에 직접 방문한 횟수를 의미한다.

(2) 직접중재 소요시간

사례관리 담당 간호사가 대상자의 가정에서 수행한 교육, 상담, 간호 등 직접 행위에 소요된 시간을 말한다.

(3) 간접중재 소요시간

간접 사례관리 시간은 사례관리 담당 간호사가 대상자에게 적합한 서비스 제공 및 연계를 위해 대상자 가정 이외에서 수행한 업무에 소요된 시간을 말한다.

(4) 사례관리 활동

본 연구에서는 대상자 발견, 요구사정, 계획수립, 중재, 모니터링 및 평가로 구성되는 사례관리의 각 행위들의 총합을 의미한다.

6) 대상자 특성

대상자 특성은 가족구성원 수, 유병기간, 신체적 기능 상태로 정의한다.

(1) 가족구성원 수

본 연구에서는 대상자가 함께 거주하는 가족구성원 수로 정의한다.

(2) 유병기간

사례관리 서비스의 개입 시기를 측정하기 위하여 사례관리 서비스를 받은 연도와 대상자의 주요 만성질환 진단 연도의 차이 값을 의미한다.

(3) 신체적 기능상태

신체적 기능 상태는 신체적 독립 상태를 유지하고 일상생활을 기능적으로 영위해 나가는 상태를 말하며(Katz, Downs, Cash, & Grotz, 1970), 본 연구에서는 사례관리 이전의 수단적 일상생활수행능력(Instrumental Activities of Daily Living; IADL)으로 정의한다.

Ⅱ. 문헌고찰

본 장에는 재가노인 사례관리의 성과에 관한 모형을 구축하는데 기반이 되는 개념 틀을 구성하기 위한 문헌고찰의 내용이 포함되어 있다. 우선 사례관리와 사례관리의 주요 구성요소들과 사례관리 모형을 살펴보고 취약계층 노인의 특성과 사례관리 필요성 및 국내외 재가노인의 사례관리 체계를 고찰하고자 한다. 그리고 재가노인 사례관리의 성과변수들을 고찰하고 영향 요인들을 확인하여 이들 요인들과 사례관리 성과와의 관계를 파악하고자 한다.

1. 사례관리

1) 사례관리와 구성요소

사례관리의 정의와 사례관리 시스템을 구현하는데 필요한 다양한 구성요소를 고찰하고자 한다. 사례관리는 많은 연구자들에 의해 유사하면서도 다양하게 정의되었다. 사례관리 정의를 명확히 하는 것은 제공자와 대상자 간 의사소통을 향상하고 프로그램 목적에 대한 혼돈을 불식시키기 위해 필요하다(Lyon, 1993). 사례관리는 개인의 요구 충족을 위해 연계, 관리 또는 조정 서비스의 모든 방법을 의미한다고 하였고(Bergen, 1992), 보건의료 전달방법인 동시에 개인 대상의 전인적 건강관리 방법이며(Girade, 1994), 일 개인을 대상으로 서비스를 계획하고 조정하며 관리하고 검토하는 과정(Offredy, Bunn, & Morgan, 2009)이라고 정의되고 있다. 또한 사례관리는 대상자의 여러 가지 요구를 충족시키기 위하여 요구를 사정하고, 계획하며, 간호 및 치료 프로그램을 조정하고, 타 기관으로 연계하면서 전체적인 과정을 감독하는 체계적인 과정이라고 기술한다(김소야자, 1996). 미국 사례관리협회에서 정의하는 사례관리란 질과 비용-효과를 증진시키기 위하여 의

사소통과 사용가능한 자원을 동원함으로써 개인의 건강요구를 충족시키는 서비스를 위해 사정, 계획, 촉진, 옹호하는 협력적인 과정을 말한다(Case Management Society of America, 2012). 종합하면, 사례관리는 다양하고 복잡한 요구를 가진 개인에게 초점을 맞추어 요구를 충족시키기 위한 체계적이고 협력적인 접근 방식이라고 볼 수 있다.

사례관리는 오래전부터 정신질환자, 노인, 지역사회 환경 등에서 다양하게 활용되어왔으며 1900년대 초부터 간호 문헌에서 사례관리가 등장하였다. 제2차 세계대전 이후 케어의 연속성(continuum of care)이라는 개념으로 정신질환자에게 적용되었으며 1970년대 초 사회복지 분야에서 서비스 조정이 사례관리로 진화하였다(Lyon, 1993). 사례관리라는 용어는 1950년대 북아메리카의 지역사회 정신질환 환자에게 케어를 제공하면서 처음 사용되었다. 1980년대까지 미국의 HMO(Health Maintenance Organization)의 관리의료(managed care)와 함께 사례관리는 노인 인구의 건강관리와 치솟는 의료비 억제를 위한 전략이었다. 1990년대 중반 메디케이드는 재가 서비스의 상환(reimbursement)을 위해 사례관리를 요구하게 되었고 1990년대 말 사례관리 시스템의 사용이 가속화 되었다(Drennan & Goodman, 2004).

지역사회 실천 현장에서 사례관리 수행을 위하여 구체적인 지침을 제시하기 위해서는 사례관리 수행을 위한 구성요소의 다양성을 고려해야 한다(Austin, 2002; Summers, 2000). 일반적으로 사례관리 시스템을 이루는 구성요소(component)는 요소(element), 카테고리, 과정(process), 특성(feature) 및 기능(function) 등 다양한 용어로 표현되며 그 내용이나 분류체계 역시 다양하다. 또한 사례관리 시스템은 기관 유형, 기관의 요구와 철학, 직원들의 지식과 경험, 대상 인구에 따라 다르다(Girade, 1994). 우선 사례관리 구성요소는 사례관리 수행 과정의 각 단계들로 규정하는 경우가 있는데, Evans, Drennan과 Roberts(2005)는 사정, 계획수립, 계획 실행, 실행에 대한 모니터링과 검토, 그리고 평가 등 다섯 가지를 사례관리의 순환하는 주기적 구성요소(cyclical elements)라고 하였다(Figure 1). 이와 유사하게 Nakatani와 Shimanouchi(2004)는 투입(intake), 사정(assessment), 케어

계획수립, 수행, 모니터링, 평가 등을 케어메니지먼트의 카테고리로 분류하였다. Bergen(1992)은 사례관리 틀을 분류하는데 어려움이 있다고 기술하면서 사례 확인, 사정과 요구 확인, 서비스 설계 및 수행, 모니터링, 평가 또는 재사정, 사례 종료 또는 과정 반복으로 그 틀을 규정하였다.

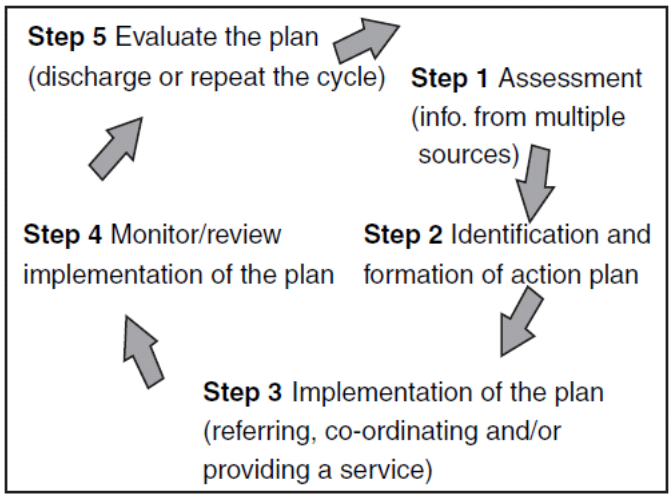


Figure 1. A Cyclical Model of Case Management

Source: Evans, C., Drennan, V., & Roberts, J. (2005). Practice nurses and older people: A case management approach to care, *Journal of Advanced Nursing, 51*(4), 343-352.

Baugh와 Freeman(2003)은 성공적인 사례관리 프로그램이 갖춰야 할 9개의 구성요소를 다음과 같이 제시하였다. 재정·정보·전달체계의 접근성, '사례관리'의 명확한 정의, 노인 인구 관리에 대한 지원, 고위험군 초점 관리, 사례관리 모형과 대상자 요구의 일치, 조직의 재충전, 적합한 사례관리자의 채용, 적절한 성과 측정지표 개발, 모형의 고수 등이 그것이다. 또한 Offredy, Bunn과 Morgan(2009)은 적합한 대상자 규명, 개인 대상의 사정과 진단, 케어 계획수립, 서비스 연계 및 조정, 수행, 성과(대상자 만족도,

서비스 이용, 건강, 삶의 질, 경제성) 모니터링, 평가를 사례관리의 본질적 특성으로 제시하였다.

Summers(2000)는 Thornicroft(1991)의 사례관리 12축을 제시하면서 사례관리 프로그램을 설명할 수 있는 기술어(descriptor)를 정리하였다. 구조적 요소에는 프로그램의 목적, 철학적 접근방식, 개인 또는 팀 사례관리, 예산 조정정도, 사례관리자의 위치, 사례관리의 전문성, 사례관리자와 대상자 비율, 표적 집단, 재정지원을 포함하였으며, 과정적 요소에는 직접 서비스 제공 및 중재, 중재 강도, 보건과 사회복지 초점 정도, 대상자 참여 정도, 접촉 장소, 중재 수준, 문화적 역량을 포함하였다. Norris 외(2002)는 사례관리의 과정을 평가하는 항목으로 사례관리자가 대상자를 만난 횟수, 즉 방문건수를 포함하였다. 이석민(2010)의 경우, 사회서비스사업의 이론 적용 연구에서 방문횟수와 대상자와의 접촉 시간을 서비스 수행에서 산출되는 과정의 영역으로 제시하고 있다.

Summers(2000)와 Baugh와 Freeman(2003)이 분류한 사례관리의 구조와 과정 요소는 Donabedian(1988)의 보건의료서비스 성과의 질 모형에서 제시하고 있는 구조 및 과정 측면과 그 구성요소들이 많은 부분 일치함을 알 수 있다(Table 1).

Table 1. Components of Structure and Process for Case Management System

	Donabedian(1988)	Summers(2000)	Baugh & Freeman(2003)
Structural elements	• Human resources • Physical equipment • Finances	• Purpose of the program • Philosophical approach • Individual or team case manager • Degree of budgetary control • Status of the case manager • Specialization of case manager • Staff/client ratio • Target population • Funding sources	• Assess organizational needs and capacity • Clearly define "case management" • Secure senior management support • Focus on high risk • Hire the right staff
Process elements	• Normative behavior • Activities of nurses in demonstrating their knowledge to patients and the degree to which nurses conform to their expectations and those of patients	• Degree of direct care or brokerage • Intensity of intervention • Extent of focus on health and/or social needs • Degree of client participation • Place of contact • Level(individual, network or system) of intervention • Cultural competency	• Match case management model with population needs • Manage the redesign : involve, educate and implement • Develop appropriate outcome measure • Stick to the model

Powell & Tahan(2008)은 사례관리 실무 영역이 달라지더라도 반드시 갖춰야하는 사례관리 특성을 다음의 10가지로 기술하였다. 환자의 안전 및 케어의 질과 연속성에 대한 모니터링과 측정에 초점을 맞춘 성과 중심의 의료전달체계이며 환자 상태에 따른 적절한 자원할당과 이용이 가능하고, 종합적인 치료 계획을 수립하는 것이 사례관리의 특성이라고 하였다. 또한 통합적으로 보건의료 전달체계를 조정하고 케어제공자와 환경적 측면을 넘어서로 협력하며 기대하고 있는 성과가 충족될 수 있도록 옹호하는 역할을 포

함한다. 그리고 면허가 있는 전문가가 담당하는 것과 규제기관의 기준에 따라야 하는 것, 의사소통의 포괄적인 면과 함께 사례관리 대상자와 직원의 만족을 사례관리의 중요한 특성으로 설명하였다.

지역사회 간호사 사례관리 프로그램과 가정간호의 차이점을 비교한 결과(부록 4) 사례관리의 특징은 의학모형이 아닌 간호학에서 도출된 모형이며 취약계층, 허약노인, 과다의료이용자가 주 대상임을 알 수 있다. 질병 특이적이기 보다는 대상자에게 초점이 맞추어져 있으며 상호관계가 중요하며 일반적으로 장기간 실시되고 있음을 알 수 있다(Zerull, 1999).

사례관리는 전형적으로 스크리닝, 사정과 함께 건강교육, 지역사회 서비스의 연계 및 촉진 등의 활동으로 이루어지는 권고사항의 수행, 그리고 치료이행의 모니터링의 조합으로 이루어진다(Newcomer, Maravilla, Faculjak, & Graves, 2004). 자가관리(self management) 전략이나 질병관리(disease management)와 같은 중재는 지역사회 중심 사례관리 시스템 안에서 통합될 수 있다(Hallberg & Kristensson, 2004).

한편, 사례관리 체계의 가장 중요한 구성요소인 사례관리자는 다양한 요구가 있는 대상자를 복잡한 서비스 전달체계에 연결시켜 서비스를 제공받을 수 있도록 의무를 이행하며, 다학제간 팀 접근을 통하여 목표를 달성할 수 있도록 전체 과정을 관리하는 사람이다. 따라서 사례관리자는 특정 질환이나 집단의 건강 문제에 대한 임상전문가이면서 지역사회 자원에 대한 정보력이 있어야하고, 의사소통기술과 대인관계능력이 요구된다. 아울러 중재능력과 적응성, 융통성과 창의성, 조직능력, 관리능력, 책임감과 자기주장 및 분석능력을 겸비하여야 한다(김희걸, 2001).

2) 사례관리 모형

사례관리는 보건의료체계에서 일반적으로 다음의 세 가지 모형으로 분류할 수 있다(Lyon, 1993). 병원 중심 사례관리(hospital-based case management), 병원과 지역사회 연속성 모형(case management models across the health care continuum), 그리고 지역사회 중심 사례관리(community-based case management)가 그것이다.

병원 중심 사례관리의 대표적인 모형은 뉴잉글랜드 모형(New England model), 퇴원 설계자 및 중재자 모형(discharge planner and arbitrator model), 노인전문간호사 모형(geriatric clinical nurse specialist model)이 있다. 뉴잉글랜드 모형은 대상자 중심 모형(client-centered model)으로 병원 안에서 간호사는 사례관리자로써 임상경로(critical path)를 통해 임상간호와 재정적 성과에 대한 역할을 수행한다. 대상자의 진행과정을 결정하고 소비한 자원을 모니터하기 위해 임상경로를 사용하며 이는 의료이용을 검토하거나 관리의료적인 기능을 의미한다. 퇴원 이후 전화와 직접 방문이 제한적으로 이루어질 수 있다. 퇴원 설계자 및 중재자 모형은 간호사가 대상자의 퇴원 계획자와 의료이용 매니저의 역할을 동시에 수행하는 것으로 다학제간 의료이용 검토 팀이 개입할 수 있으며 프로그램 구성요소에 대한 질 관리는 대상자 성과의 과정 평가를 포함한다. 과정 평가는 지역사회 서비스로의 연계 결과를 포함한다. 노인전문간호사 모형은 석사과정을 이수한 노인전문간호사가 사례관리자의 역할을 수행하는 모형이다. 입원 노인을 대상으로 퇴원계획 프로토콜을 적용하며 이 프로토콜에는 포괄적인 대상자 사정(건강상태, 지남력 수준, 건강상태에 대한 지식 및 지각 정도, 동기 수준 및 인구사회학적 자료)이 포함된다. 일반적으로 퇴원 후 최소 2주 동안 전화와 직접방문을 수행한다.

병원과 지역사회 연속형 모형은 퇴원 후 지역사회 셋팅에서 지속적으로 장기적 사례관리가 이루어지는 모형이며 대표적으로 아리조나 모형(Arizona model)이 있다. 이 모형은 간호사 행정가, 교육자, 연구자, 임상전문가 등이

사례관리자로써 역할을 수행하며 대상자의 요구사정 결과에 따라 대상자가 입원해 있는 동안과 퇴원 이후 적절한 지역사회 서비스로의 연계 이후까지 책임을 맡는다. 간호사 사례관리자는 몇 개월에서 몇 년까지 만성질환 대상자를 관리할 수 있으며 초기 3년간 대상자의 재원일수의 감소를 보여 비용적인 성과를 나타냈다.

지역사회 중심 사례관리 모형은 대상자가 퇴원한 이후 독립적으로 지역사회에서 사례관리가 이루어지며 덴버 모형(Denver model)의 경우, 75세 이상 노인에게 퇴원 후 8주 동안 사례관리가 이루어졌고 결과적으로 시설입소 보다 집에 머무는 노인이 더 많았으며 고위험 및 고비용 대상자에게 사례관리 서비스와 재가서비스를 제공하는 트렌드를 지지하게 되었다.

Moore(1992)는 지역사회의 자원 보유 정도와 지역사회 내 서비스 통합 정도에 따라 사례관리 기능이 달라짐을 주장하였다(Figure 2). 복합적인 요구를 지역사회 내에 분산되어 있는 다양한 자원에 연결시키는 것이 사례관리의 핵심적인 특징이며, 자원이 풍부할 때와 그렇지 않을 때, 그리고 서비스 전달 체계가 통합되어 있을 때와 통합되어 있지 않을 때 사례관리의 기능은 달라질 수밖에 없다고 하였다. 먼저 자원도 많고 서비스 통합 정도도 높은 경우, 사례관리는 대상자의 요구에 어떤 자원이 가장 적절한지 찾는 역할이 중심이 되며 여기서 연구자가 표현한 마케팅(marketing) 개념은 시장 경제적 의미에서 서비스를 판매한다는 뜻이 아니라 요구에 맞는 서비스를 선택해서 연결시킨다는 의미를 함축하고 있다. 다음으로 배분(rationing)의 경우, 자원은 희소하지만 서비스 통합 정도가 높은 경우에 자원을 가장 효율적으로 할당하는 역할이 중요시되며 현재 영국에서 진행되고 있는 사례관리의 전형적인 형태로 볼 수 있다. 자원은 풍부한데 서비스의 통합정도가 낮은 경우(중개, brokering)에는 다양한 서비스 제공자로부터의 서비스를 대상자에게 중개하는 역할이 필요하다. 자원과 서비스 통합 수준이 모두 낮은 경우(개발, developing)에는 자원을 개발하여 조정하는 기능이 중시된다. 이러한 경우에는 현실적으로 어려움이 뒤따르지만 빈곤계층을 표적으로 하는 대부분의 실천 영역에서 직면하고 있는 문제이다.

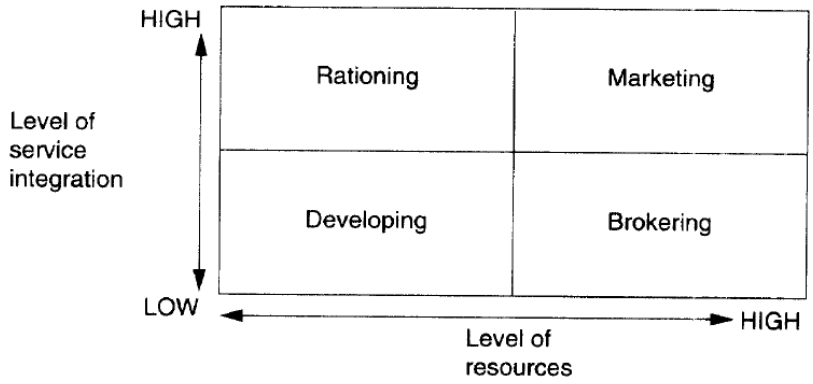


Figure 2. The Service Delivery Matrix
Source : Moore (1992)

국내 연구의 경우, 이근홍(1996)은 재가노인을 위한 사례관리 모형을 사례관리 제공자에 따라 가족보호 모형(Family care model), 지역사회지원 모형(Community support model), 포괄모형(Comprehensive model)으로 나누었다(부록 4). 가족보호 모형은 보호가 필요한 가족원을 일차집단인 가족이 적절히 돌볼 수 있도록 가족구성원에게 교육과 훈련을 시켜 지속적으로 보호하도록 하며 가족들이 제공하지 못하는 서비스는 보충적으로 사례관리자가 직·간접적인 방법으로 제공하는 것이다. 발달장애, 신체적 무능력, 만성정신장애 등을 가진 대상자에게는 전문가보다는 오히려 가족들이 대상자가 필요로 하는 서비스를 가장 빠르고 적절하게 효과적으로 제공할 수 있으며 보호의 연속성을 실행할 수 있다는 전제에 기초하고 있다. 지역사회지원 모형은 가족의 보호를 받지 못하는 발달장애 아동이나 기능적 장애를 가진 노인, 만성 정신장애인 등의 대상자에게 사회적인 지지와 필요한 서비스를 제공할 수 있도록 하기 위해서 지역주민 중에서 그들을 보호할 수 있는 사람을 선정하여 교육과 훈련을 통해 대상자에게 적절한 서비스를 제공하도록 하는 것이다. 이 모형은 독거노인이나 노인부부가족, 스스로 돌볼 능력이 없는 노인을 대상으로 친구나 친척, 이웃, 자원봉사자, 지역사회 내

의 공식 지원망 등을 통해 서비스를 제공하는 것이다. 포괄모형은 가족과 지역사회 지지망에 의해 해결될 수 없는 복합적인 요구를 가진 대상자에게 사례관리 기관이 포괄적인 서비스를 제공하는 것이다. 가족보호 모형이나 지역사회지원 모형을 통해서는 해결 불가능한 문제와 요구를 지닌 노인을 대상으로 보건소, 지역사회복지관 등 다양한 기관을 통해 포괄적인 서비스를 제공하는 것이다.

이윤로와 성규탁(1993)은 서비스 전달방법에 따라 중개모형(Broker care management system), 판매모형(Vender care management system), 통합된 중개판매모형(Integrated broker-vender model), 자원개발 모형(Resource development model), 조직변화 모형(Organizational change model)으로 분류한다. 중개모형은 사례관리자가 대상자에게 필요한 서비스를 통합 및 조정하는 역할을 하지만 직접 서비스는 제공하지 않으며, 여러 차례에 걸쳐 대상자의 상황이 평가되고 모든 평가가 대상자 또는 보호자와 계약에 의해서 진행된다. 판매모형은 사례관리 기관이 대상자에게 직접 서비스를 제공한다. 자체적으로 서비스를 제공하거나 다른 기관의 서비스를 구입하여 제공할 수 있다. 통합된 중개판매모형의 경우, 사례관리 기관은 제한된 수의 서비스를 제공하고 나머지는 외부기관과 협력해서 조정한다. 주로 급성치료에 중점을 둔다. 자원개발 모형은 장기보호서비스가 마련되어 있지 않아 개발되어야만 하는 경우에 적용되며 사례관리자는 서비스 전달을 위해 필요한 자원을 파악하고 그 자원을 확보하는데 있어 촉진요소와 장애요소를 가려내어 재원을 확보하기 위한 계획을 수립한다. 유용한 비공식적 서비스 전달체계에 관심을 가지며 이에 대한 세밀한 분석이 필요하다. 조직의 변화 모형은 자원개발 모형과 일부 중복되며 사례관리자는 장기적 케어 서비스를 제공하는데 필요한 서비스들이 무엇이지 조사하고 이를 기반으로 현 기관을 어떻게 변화시킬지 목표를 정한다. 그리고 현기관의 강점과 약점을 파악한 다음 서비스 전달 조직이 변화되어야 하는 이유와 목적을 설정하고 기관을 변화시킴으로써 얻게 될 이점에 대한 자료를 확보하며 의도된 변화를 수행하기 위한 전략적 계획을 수립한다.

황성철(1995)은 사례관리의 다양한 기능과 실행 및 조직구조적인 변수를 종합적으로 고려하여 단순형, 기본형, 종합형, 그리고 전문관리형의 4가지 실천모형을 제시하였다. 먼저, 단순형은 사례관리의 근본적인 목적을 대상자와 지역사회의 자원 및 서비스와 연계시키는데 초점을 두며 사례관리자는 주로 중재자의 역할을 수행한다. 사례관리자는 대상자의 요구 인식 및 사정, 사례관리 계획 및 서비스 연계와 서비스의 효과성을 점검하는 세 가지 기능을 수행한다. 준전문가나 비전문가에 의해서 수행이 가능하기 때문에 전문가의 슈퍼비전이 반드시 필요하다. 기본형의 경우, 사례관리자는 공식적 또는 비공식적인 지역사회 기관과의 원조관계 형성으로 대상자와 서비스의 연계 기능을 수행하고 아울러 개별화된 직접 서비스를 제공한다. 종합형은 사례관리자가 대상자의 서비스 연계를 도모하지만 대상자의 문제상황과 행동을 치료하는데 중점을 둔다. 연구자는 단순형과 기본형보다 포괄적인 서비스를 제공하는 종합형에서는 많은 양의 서비스와 자원이 투입되는데 비해 상대적으로 효과가 크지 않을 수 있다는 사실을 명심해야 한다고 하였다. 전문관리형은 사례관리 활동과 함께 관리자로써의 과업과 책무를 수행하는데 있어 사례관리자가 대상자에 대한 직접적인 서비스 제공과 간접적인 가족 및 지역사회를 대상으로 하는 활동에서 이러한 역할을 수행하는 것이다. 부록 4의 Table 3은 사례관리의 네 가지 이론적 모형의 특성을 요약한 것이다.

3) 취약계층 재가노인과 사례관리

취약성(vulnerability)의 사전적 의미는 신체적으로, 정서적으로, 정신적으로 쉽게 다치고, 영향을 받거나 공격당하는 상태이다(Cambridge Advanced Learner's Dictionary, 2005). 취약성은 다차원적인 구성체로써 위험의 발생, 노출, 그리고 속성이 일치되는 것을 반영하며, 취약계층은 소수 인종, 노인, 어린이, 빈곤 등의 위험요소들을 하나가 아닌 중복적으로 겪게 되거나 이러한 위험요소들에 민감한 인구 집단을 말한다(Shi, 2001). 인간은 사회 안에서 어느 연령에서나 취약한 상태에 놓일 수 있으나 노인인구의 취약함은 전형적으로 부정적인 관점을 보인다. 노인에게 있어서 취약성은 비단 신체적, 정서적, 정신적 피해에 대한 영향만으로 설명할 수 없다. 사회적인 구조와 역사적인 배경의 결과로 인식해야하고 특히 노인을 케어하는 간호사는 사회적 구조 속에서 발생하는 취약성과 대상자가 갖고 있는 실제 취약성을 구별해야 한다(Brocklehurst & Laurenson, 2008).

국내 정책연구에서 제시하고 있는 사회취약계층은 신체적, 경제적, 정보적 취약계층으로 분류하여 설명하고 있다. 신체적 취약계층은 다시 보건취약계층과 정신취약계층으로 구분하였으며 여기에는 저소득층, 고령자, 장애인, 저소득 임산부 및 여아, 우울증 환자, 빈곤 가족, 한부모 가족, 장애인 가족이 포함되었다. 경제적 취약계층에는 비정규직 종사자, 장애인, 실업자, 비진학 청소년, 외국인 이주 노동자, 농어민, 장애인과 저소득 등이 속해 있으며 정보적 취약계층에는 농어촌 주민과 저학력자, 고령자, 아동 등이 포함되었다(유현정, 2008). 국가에서 선정한 방문건강관리사업의 대상자 우선순위와 비교해 볼 때 기초생활보장 수급자와 건강보험료 부과 하위 20%에 해당하는 취약계층 노인은 신체적, 경제적, 정보적 취약계층의 모든 필요충분조건을 갖고 있음을 알 수 있다.

인구의 고령화는 가장 중요한 사회현상 중의 하나이며 노인 인구의 증가는 우리사회에 심각한 도전과제들을 야기할 수밖에 없는데 이는 기대수명이 증가하면서 만성질환이나 손상 위험에 놓일 가능성이 함께 증가하기 때

문이다(Kaplan, Newsom, McFarland, & Lu, 2001). 특히 지역사회에 거주하는 취약계층 노인의 자율성은 지속적인 관심의 대상이며, 기능 저하와 관련된 만성질환이나 사회적 지지체계의 붕괴는 취약계층 노인의 안녕을 저하시키고 시설 입소와 보건의료비용의 과잉 지출을 유발하게 된다(Melis et al., 2008).

한편 만성질환 대상자들은 질병 관리를 위해서 자신과 가족들이 질병과 치료에 대하여 적절하게 대처하는 동안 질병의 효과적인 관리를 위해 적절한 의료서비스를 요구하게 된다(Wagner, Austin, & Korff, 1996). 대상자에게 있어 자가관리(self-management) 과업은 운동이나 적절한 영양, 사회활동, 수면 등의 건강증진 활동을 하는 것이고, 보건의료제공자나 시스템과 상호작용하며 치료 프로토콜을 이행하는 것이다. 그리고 자신의 신체적 정서적 상태를 모니터하고 증상에 기초하여 적절한 관리를 결정하는 것이며, 기능적인 수행능력이나 정서 상태 및 자존감, 타인과의 관계에 있어 질병이 미치는 영향력을 관리하는 것으로 설명할 수 있다(Clark et al., 1991). 이러한 과업을 달성하는데 있어 대상자의 자가관리 요구가 실제로 충족되는데 제한이 있을 뿐만 아니라 치료 중심, 응급 상황 중심인 의료서비스는 고혈압, 당뇨, 천식, 허약노인 등 만성질환 상태에 있는 대상자와 가족의 요구에 적합하게 대응하기 어렵다. 즉, 만성질환 대상자의 부적절한 관리는 불규칙하거나 불완전한 혹은 부적절한 추후관리로 인하여 건강상태가 악화되거나 합병증 발견이 지연될 수 있고, 부적절하거나 일관적이지 않은 환자 사정, 교육, 동기부여, 피드백으로 인하여 대상자가 자기관리나 위험요인 관리를 이행하지 않게 된다. 또한 효과적인 중재가 누락되면서 케어의 질이 감소되거나 심리사회적인 위험요인에 대해 부적절하게 관리하게 된다(Wagner et al., 1996).

효과적인 만성질환 관리를 위해서 중요하고 일관되게 포함되는 다섯 가지 공통요소는 ① 명확한 계획과 프로토콜을 사용할 것, ② 시간, 자원, 추후관리를 필요로 하는 대상자의 요구를 충족하기 위해 수행활동을 재편성할 것, ③ 정보제공과 행동변화에 대한 체계적인 집중, ④ 필요한 전문지식

에 대하여 즉시 접근가능할 것, ⑤ 지지적인 정보 시스템을 구비할 것이며 (Wagner et al., 1996), 요약 도표는 아래와 같다(Figure 3).

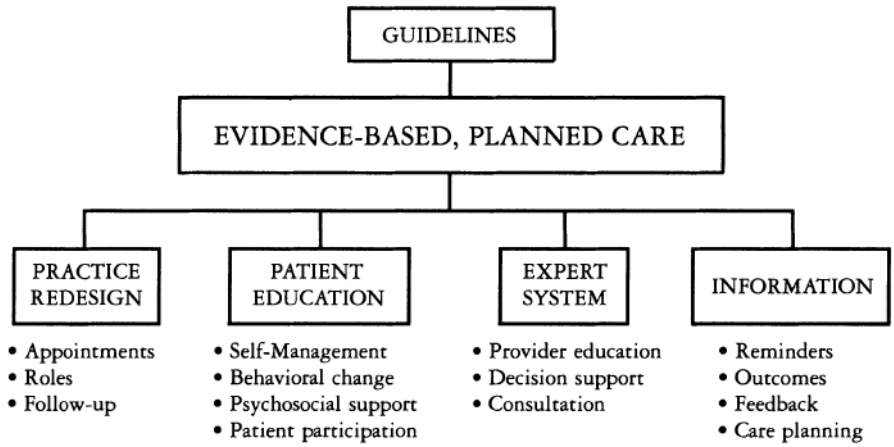


Figure 3. Improving Outcomes in Chronic Illness

Source: Wagner, Austin, & Von Korff (1996). Organizing care for patients with chronic illness, The Milbank Quarterly, 74(4), 511-544.

대부분의 만성질환의 증상관리 및 합병증 발생의 감소는 환자 자신과 가족의 생활방식의 변화와 자가관리 역량 개발이 필요하다(Wagner et al., 1996). 특히 노인인구의 기능적 독립성을 강화하기 위해서는 예방적 프로그램이 요구되며, 특정질환에 대한 의학적 스크리닝 보다는 보건간호사의 정기적인 방문이 노인인구의 건강적인 측면과 시설입소 가능성을 감소시키는데 긍정적인 것으로 나타났다(van Rossum et al., 1993).

장기요양이나 만성퇴행성질환 상태에 있는 노인인구의 요구에 대응하는 보건복지 서비스의 향상은 국가의 우선순위 정책 중 하나이며 이러한 정책은 질병 중심적이거나 다학제간 팀으로의 접근을 지향한다. 서로 다른 표적 인구집단의 요구에 맞춰 다양한 접근방식이 존재하며 가장 위험에 직면하

고 있는 대상자를 규명하기 위하여 위험요인에 따라 인구집단을 분류할 수 있는 정보와 지식체를 갖고 있는 것이 중요하다. 각 단계별 대상자 관리에 대한 접근 방식의 차이는 부록 3과 같이 구분할 수 있다(Drennan & Goodman, 2004).

우리나라 65세 이상 노인인구는 2010년 현재 11.0%이며 2018년에는 14.3%로 증가하여 노령사회(aged society)에 진입할 것으로 예측된다(통계청, 2006). 노인인구의 81.3%는 적어도 1개 이상의 의사가 진단한 만성질환을 보유하고 있으며, 노인실태조사에 따르면 전체 노인의 약 50%에서 영양관리에 문제가 있고, 15.5% 만이 일상생활에 어려움이 없는 것으로 나타났다(보건복지가족부, 2008a). 우리나라 2010년 고령자 통계에 따르면, 65세 이상 노인의 26.8%가 경제적 취약계층인 기초생활보장수급자인 것으로 나타났다(통계청, 2011). 기초생활보장 수급자와 건강보험료 하위 20% 노인을 우선 등록·관리하는 맞춤형 방문건강관리사업의 경우 등록·관리 대상자 중 노인인구는 2008년 현재 807,495명으로 전체 1,665,781명의 약 48%를 차지하고 있다(보건복지가족부, 2008b). 또한 맞춤형 방문건강관리사업의 허약노인 사례관리 대상자의 만성질환 유병율 현황을 보면, 관절염(67.2%), 고혈압(61.0%), 당뇨(19.0%) 순이었으며, 고혈압 사례관리 대상자의 65세 이상 노인인구 비율은 83.4%였고 당뇨 사례관리 대상자의 60세 이상 노인인구 비율은 77.0%였다(양승주 등, 2009a, 2009b, 2009c). 따라서 실제 방문건강관리사업의 만성질환 사례관리 주요 대상자는 취약계층 재가노인으로 간주할 수 있다.

4) 국내·외 재가노인 사례관리 : 맞춤형 방문건강관리사업

사례관리적 접근방식은 이미 미국, 영국, 일본 등 일부 선진국에서는 다양한 영역에서 그 체계를 잡아가고 있으나 우리나라의 경우 사례관리에 대한 관심은 1990년대 이후부터 시작되었다(정순둘과 고미영, 2003; 이주헌, 2004). 주로 사회복지 영역에서 지역사회복지관을 통하여 재가노인 사례관리가 수행되고 있으며, 한 개인 사례관리자가 사례를 담당하여 진행하지 않고 지역사회 내에서 활동하는 전문가와 준전문가가 적절히 혼합된 사례관리팀을 형성하여 집중적으로 선별된 사례를 공략하는 팀 접근 모형(정순둘과 고미영, 2003)이나 대상자의 문제에 대한 파악에 주력하는 병리학을 전제로 하는 기존의 사회복지실천에 대한 비판에서 출발하여 개인을 강점과 재능, 자원을 가진 독특한 존재로 인정하고 인간의 변화 가능성과 과정을 강조하는 강점관점 사례관리가 적용되고 있다(한혜경, 2009).

노인을 대상으로 하는 사례관리는 노인 인구를 위한 프로그램이 적절하게 제공되지 못한다는 인식과 함께 많은 노인들이 특수하면서도 복합적인 보건의료 요구가 있음이 규명되면서 사례관리 서비스의 주요 표적 집단이 되었고, 특히 시설 입소 위험요소를 갖고 있는 칩거 노인이나 복합질환 노인이 우선순위가 되었다(Lyon, 1993). 따라서 사례관리는 노인들의 서비스에의 접근, 분열, 불필요한 시설 입소, 과도한 장기 요양비용 등과 관련된 문제에 대한 해결책이라고 여겨질 만큼 노인들에게는 절대적으로 필요한 서비스로 인식되고 있다(김수영, 1995). 따라서 재가서비스 영역에서 사례관리는 대상노인과 그 가족의 복합적인 요구를 보다 효율적으로 해결하기 위해 수행된다(김희걸, 2001).

보건소에서 추진하고 있는 맞춤형 방문건강관리사업의 사례관리는 고혈압, 당뇨, 뇌졸중, 관절염, 재가 암, 허약노인을 대상으로 직접방문과 전화를 통하여 집중건강관리를 수행한다(보건복지부, 2010a). 각 질환별로 분류하여 사례관리를 추진하고는 있으나, 2008년 현재 맞춤형 방문건강관리사업의 등록 대상자를 보면 노인이 807,495명으로 전체 1,665,781명의 약

48%를 차지하고 있어(보건복지가족부, 2008), 노인인구가 주요 표적집단이 되고 있음을 알 수 있다. 사업 대상은 기초생활보장 수급자 중 노인을 비롯한 장애인, 임산부, 영유아, 다문화가족 등 건강 위험군이 1순위이고, 2순위는 차상위 계층(실제소득이 최저생계비 120% 이하인 자 또는 건강보험부과 하위 20% 이하인 자) 중 노인, 장애인, 임산부, 영유아, 다문화가족 등 건강 위험군이며, 65세 이상 장애인, 독거노인, 노인부부세대를 우선으로 등록하고 있다. 보건소 맞춤형 방문건강관리사업은 대상자의 방문요구에 따라 집중관리군, 정기관리군, 자기역량지원군으로 분류하며 사례관리기법을 적용하고 있는 집중관리군의 경우 2~3개월 동안 8~10회 방문과 전화를 통하여 대상자를 관리한다(보건복지부, 2010a).

사례관리 인력은 간호사, 물리치료사, 영양사, 치과위생사, 사회복지사, 운동사로 구성되며, 간호사는 지역사회, 가족의 건강문제 확인자로 대상 집단을 선정하고 대상 집단에 대한 건강문제를 파악하고 서비스 계획을 수립하여 등록 관리하는 역할을 담당한다. 또한 확인된 문제에 대하여 사례관리자(case manager)로써 직접간호 서비스, 건강교육과 정보제공, 상담, 지지적 서비스, 연계 및 의뢰, 그리고 안전한 환경조성의 역할을 수행한다(보건복지부, 2010a).

사례관리 과정은 대상자 발견, 초기 방문 및 등록, 대상자 서비스 제공 계획 및 중재, 대상자 평가로 구성된다(Figure 4). 대상자 발견은 구청 사회복지과, 동사무소에서 기초생활보장수급권자와 차상위 계층 명단을 확보하거나 주민자치센터와 통장, 부녀회, 지역별 대표 및 자원봉사자를 이용하여 대상자를 발굴할 수도 있으며 보건소 또는 보건지소 타부서 및 지역사회 기관으로부터 의뢰를 받기도 한다. 등록할 가구의 인적사항을 확보한 후 안내문을 발송하고 일주일 후 전화로 안내문 수령여부를 확인하며 대상자가 등록관리 및 조사자료 이용에 대한 동의서 내용에 동의할 때 사업 대상자로 등록할 수 있다. 신규 방문의 경우 방문간호사는 1주 간격으로 1~3회 방문을 통하여 대상자의 건강문제와 건강위험요인을 파악한다. 집중관리군으로 분류될 때 사례관리기법을 적용하며 신규 1차 방문에서는 대상자를 확인하

고 가구조사표와 가구원 질병조사지를 작성한다. 신규 2차 방문에서는 19세 이상 건강면접조사표와 해당되는 경우 65세 이상 건강면접조사표를 작성하며 1차 방문 내용을 근거로 일차 방문서비스를 제공한다. 신규 3차 방문에서는 필요시 요구도 조사표를 작성한다. 대상자와 함께 건강문제에 따른 관리 계획을 마련한다. 신규 등록이 완료가 되면 가구별 중재 계획을 수립하고 8회에서 10회의 사례관리를 실시한다. 사례관리는 전화 중재가 반드시 1회 이상 포함되어야 하며 연계 방문시에는 보건소의 상황에 따라 방문간호사 외에 의사, 물리치료사, 사회복지사, 영양사, 운동사, 치과위생사, 작업치료사 등이 방문하여 서비스를 제공할 수 있다. 최종 방문에서는 요구도 재조사를 통해 목표달성도를 평가하고 추후관리 여부를 결정하게 된다. 행동체크리스트를 통하여 행동실천율을 평가하며 대상자 만족도 조사를 실시한다(보건복지부, 2010a).

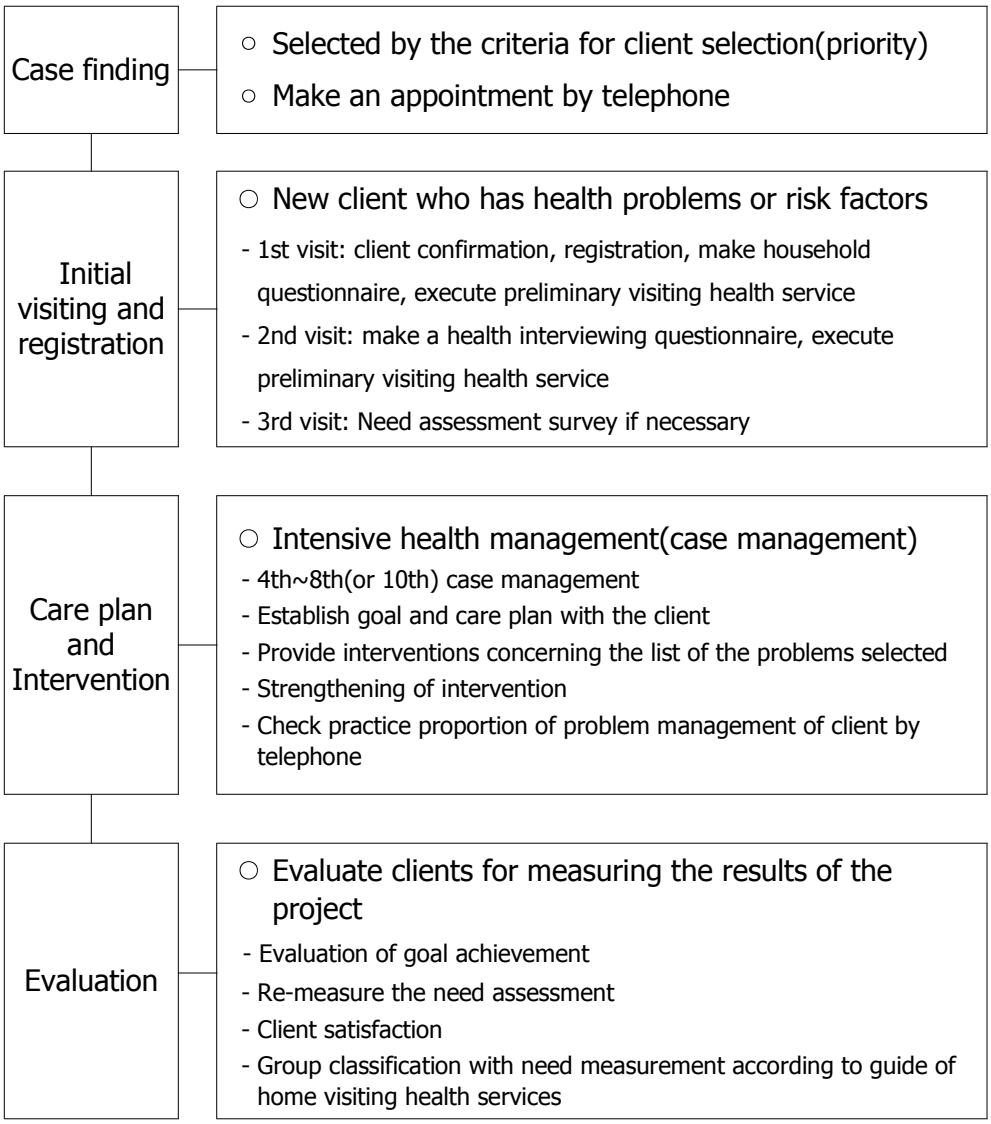


Figure 4. Process of the Case Management Work

국외 재가노인 대상 사례관리를 살펴보면, 영국의 경우 보건과 복지의 기존 조직이 분리되어 있는 상태에서 사례관리라는 방식을 도입하여 보건 및 복지 서비스의 통합을 시도하였다. 사례관리를 통한 보건서비스와 사회서

비스의 결합은 신체적, 발달적 혹은 인지적 장애를 가지거나 만성적 질병 및 와상상태에 있는 노인에게 혜택을 줄 수 있는 방식이었으며, Kent와 Gateshead 지역에서의 허약노인 사례관리를 시작으로, 이후 본격적인 재가노인 대상의 Darlington 프로젝트가 실시되었다. 불필요한 시설 입소를 예방하는 사회적 보호제도이며 한 명의 사례관리자가 사례관리의 핵심과업을 모두 통합하여 수행하도록 하였다. 사례관리자의 핵심과업은 요구를 사정하고 서비스를 조정하며 필요한 자원을 연계하는 것이었으며 한 명의 사례관리자는 15-20명 정도의 노인 대상자를 관리하였다. 사례관리 방식을 통하여 노인의 안녕 상태 증진과 간병인의 스트레스 완화, 그리고 비용 절감의 효과를 보였다고 보고하고 있다(Challis, D., 1992; 석재은, 2000).

현재 영국의 사례관리 서비스는 크게 사례관리사(Case manager)와 지역사회 전문 간호사(Community matron)에 의해 이루어지고 있다. 대개 간호사, 사회복지사 혹은 건강 관련 분야 전문가가 사례관리사의 역할을 수행한다. 사례관리사는 주요한 질환을 가지고 있거나 집중적 요구를 지닌 사람 중 서비스의 조정이 필요한 사람, 그 가족, 다른 건강 전문가와 함께 일하며 그 대상자의 요구 및 상황에 적합한 맞춤식 건강관리 계획을 수립한다. 이뿐만 아니라 서비스를 모니터하고 대상자의 요구 변화를 사정하며, 보건 의료 체계 내 모든 부분의 서비스와 상호 조정 과정을 진행한다. 지역사회 전문 간호사 역시 사례관리사에게 주어진 직무를 동일하게 수행하되, 부가적으로 각 대상자의 가정에서 보다 집중적인 임상 간호 서비스를 제공한다. 건강관리요구도가 보다 복합적이고 높은 대상자는 지역사회 전문 간호사에 의해 사례관리 서비스를 제공 받을 수 있다(Department of Health, 2005). 또한 병원 과다이용자를 사례관리 표적집단으로 선정하는 정책과 함께 사례관리 역할을 하는 지역사회 전문 간호사가 가장 복합적인 요구를 가진 대상자 50~80명을 사례관리 하도록 제안하였다. 이 담당 사례량은 기존 집중사례관리의 사례량인 20~30명 보다 상당히 증가한 것으로, 이는 기존 국가보건체계에서 제공하고 있는 지역사회 간호 서비스와 특정 질환과 관계없이 취약계층에게 지방 정부가 제공하고 있는 사례관리의 보완적인 새로운

서비스이다(Abell, Hughes, Reilly, Berzins, & Challis, 2010).

미국의 경우에는 지역사회보호가 지역사회에 거주하는 일반노인들에게 확대 실시되면서 노인복지정책을 이전의 주로 요양원에 입원 중인 허약한 노인들에게만 적용되던 저렴한 보호 중심에서부터 재가 상태의 장기보호를 필요로 하는 다수의 노인들에 대한 보호로 전환시켜 지역사회보호를 통해 기존의 가족 중심의 케어를 보완해 주고자 하는 정책의 전환으로 이해할 수 있다(김수영, 1995). 대상자는 알츠하이머 또는 치매를 앓고 있는 노인을 대상으로 하거나 고위험 노인 또는 장애 노인, 만성질환 노인, 허약노인, 그리고 낙상 위험이 있는 노인 등을 대상으로 사례관리를 실시하였다(Fordyce et al., 1997; Long & Marshall, 2000; Newcomer et al., 1999, 2004; Shore et al., 1999). 미국에서 재가노인과 장애인들을 지역사회에서 케어하기 위해 실시되고 있는 대표적인 사례관리모형은 지역사회 환경에서 장기적으로 보호가 필요한 대상자에게 적용되는 SHMO(The Social Health Maintenance Organization) 모형과 장기적으로 건강관리가 필요한 노인의 건강문제 해결에 초점을 두고 있는 CCP(Coordinated Care Partnership) 모형, 그리고 급여 혜택을 받고 있는 노인과 만성질환 장애인을 위한 통합모형인 HMO(Health Maintenance Organization) 등이 있다(이준상, 2003).

일본은 1982년 노인보건법이 제정되면서 1983년부터 '방문지도'가 사업화 되었으며, 1992년에 방문간호 스테이션에서 노인을 대상으로 서비스를 제공하기 시작하였다. 1963년 제정된 노인복지법을 토대로 한 노인복지제도와 1982년 제정된 노인보건법을 토대로 한 노인복지의료제도가 별도로 운영되고 있던 일본은 복잡한 절차와 이원화된 서비스로 이용자가 요구에 따른 서비스와 제공기간을 선택할 수 없다는 점 때문에 장기 입원하는 경우가 늘어나 의료비가 급속히 증대된 문제에 직면하였다. 특히 노인이 지역사회에서 지속적인 생활을 할 수 있도록 개인의 상황이나 변화에 적합한 다양한 서비스가 지속적이고 포괄적으로 제공되는 시스템을 구축해야 할 필요성을 부각하였다. 이에 노인의 다양한 요구를 종합적으로 파악하여 필요한

자원과 연계를 제공하고, 지역의 복지·보건·의료 서비스나 자원봉사 및 사회자원을 유기적으로 연결시킴으로써 포괄적인 서비스를 지속적으로 제공하는 것을 목적으로 한 지역포괄지원센터를 2006년부터 설치하였고, 이 안에서 사례관리 서비스를 제공하고 있다. 지역포괄지원센터는 고도의 전문성이 요구되는 3종류의 전문 직종을 각각 1명씩 배치하여 한 팀을 이루고 종합적인 매니지먼트를 제공한다. 종합상담 및 지원 사업은 사회복지사가, 개호예방 매니지먼트는 보건사 또는 경험이 있는 간호사가, 포괄적·지속적 매니지먼트 사업은 주임 케어매니저를 배치하여 3명의 연계에 의한 팀 케어 활동을 수행하고 있다(이인숙 등, 2009).

2. 재가노인의 사례관리 성과

Mateo와 Newton(2002)은 성과를 평가하는 것은 사례관리의 목표를 결정하는 출발점이라고 하였고, 문헌고찰을 통해 비용(cost)과 질(quality)을 사례관리에서 규명해야 할 성과로 분류하였다. 전자에는 재원일 감소, 재입원율 감소, 자원의 이용 감소, 응급실 방문 감소 등 의료이용 관련 변수가, 후자에는 삶의 질, 기능상태, 환자 만족도, 증상관리, 치료적 식이요법 관리가 포함되었다.

Girade(1994)는 병원 중심 사례관리 모형 안에 성과지표를 환자, 시스템, 제공자 측면에서 구분하여 제시하고 있다(Figure 5). 환자의 성과지표에는 서비스에 대한 환자 만족도, 제공된 보건의료 서비스와 관련된 성과의 향상(achieved care outcomes), 비용이 포함되어 있으며 시스템에는 비용, 생산성, 이직율, 병원 수입이, 제공자 측면에는 직무 충실도(job enrichment), 직무 만족도, 의사 만족도(physicians' satisfaction), 직무 스트레스가 포함되어 있다.

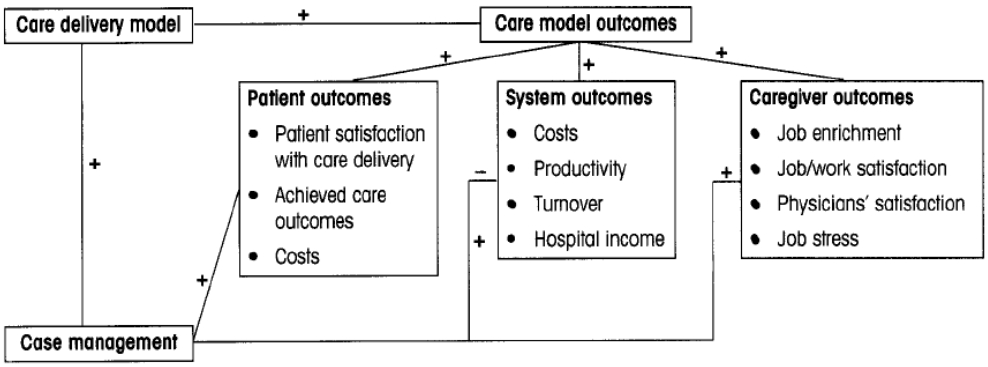


Figure 5. Case Management Model Outcomes

Source: Girade, N. (1994). The case management model of patient care delivery, *Association of periOperative Registered Nurses Journal, 60*(3), 403-415.

미국을 비롯한 유럽에서 이루어진 노인 대상의 사례관리 효과 평가에서 제시하고 있는 성과지표는 서비스의 질(Quality of care), 보건의료 이용(Healthcare consumption), 그리고 대상자의 건강(Client Health)으로 분류할 수 있다(Bernabei et al. 1998; Boyd et al. 1996; Elkan et al. 2001; Fick et al., 2000; Gagnon et al. 1999; van Haastregt et al. 2000; Landi et al. 1999; Lim et al. 2003; Marshall et al. 1999; Pathy et al. 1992; van Rossum et al. 1993; Stuck et al. 1995; Stuck et al. 2002; Tappen et al. 2001)(부록 4). 서비스의 질에는 환자 만족도와 돌봄제공자의 부담이 포함되어 있으며, 보건의료 이용과 관련해서는 입원, 재원기간, 응급실 방문, 요양시설 입소, 외래 방문, 재입원 등이 성과지표로 활용되었다. 대상자의 건강과 관련된 지표는 일상생활수행능력(Activities of Daily Living; ADL)과 수단적 일상생활수행능력(Instrumental Activities of Daily Living; IADL)을 포함하는 기능상태, 주관적 건강상태, 인지 상태, 낙상, 삶의 질, 사망률, 혈압, 신체활동, 우울, 증상, 그리고 투약이행도 등이었다.

Donabedian(1980)은 보건의료의 질은 전문적 또는 과학기술적인(technical) 부분과 대인관계적인(interpersonal) 부분으로 구분할 수 있고, 전자는 건강문제를 관리하기 위한 의학의 적용으로 설명하고 있으며 후자는 보건의료 서비스 대상자와 제공자 간의 사회적이고 정신적인 상호작용으로 설명하고 있다. 아울러 간호 서비스의 질을 평가하는데 유용한 수단으로 구조(structure), 과정(process), 성과(outcome)의 체계를 제시하였다. 구조는 서비스 제공자의 특성, 사용할 수 있는 도구와 자원, 근무하는 물리적·조직적 환경으로 정의하고 있으며, 인적 자원, 물리적 장비, 재원 등을 포함한다. 과정은 제공자와 대상자 사이 혹은 그 안에서 이루어지는 행위들의 집합으로 정의하였으며, 의학에서 파생되거나 윤리적이고 사회 가치적인 규정행위라고 설명하였다. 아울러 대상자에게 지식을 보여주는 간호사의 행위와 대상자의 기대와 간호사의 기대에 대한 일치 정도로 볼 수 있다. 성과는 환자의 현재와 미래 건강상태의 변화와 사회적이고 정신적인 기능의 향상으로 간주될 수 있으며 서비스 질을 평가하기 위하여 성과를 분석하

는 접근방식은 통합적이고 포괄적인 기준을 제공할 수 있다고 제안하였다. 또한 성과는 과정에 대한 간접적인 척도를 제공하고 과정과 결과의 연관성을 제시하며 추후관리가 요구되는 대상자를 심사할 수 있는 기능을 갖는다고 언급하였다. 윤순녕 등(1995)은 보건소 방문간호사업의 질 평가를 위해 사업의 과정과 결과 측면에서 파악하였으며, 그 결과를 바탕으로 사업 평가 지표를 마련하였다. 구조적 측면에는 인적 자원, 예산, 비품 확보 및 활용도, 자원 활용의 적절성을 포함하였고, 사업 과정 측면에는 사업선정방법의 합리성, 사업 목적이 제시된 계획서 작성, 대상자 포함 범위를 비롯하여 기록양식의 적합성, 과내 의사소통 및 교육, 외부기관과의 협조, 주민참여에 대한 제도적 기전, 사업 평가, 보수/직무 교육을 포함하였다. 결과 측면에는 단기목표 성취율(자기간호 능력 향상, 고위험군 확진율, 환자 관리율, 건강검진 참여율, 이상자 발견율, 상담율, 추구관리율, 이동진료건수, 환자 진료 연계율)과 주민 만족도를 포함하였다.

Marek과 Baker(2006)는 노인 대상의 방문보건 프로그램 효과에 영향을 미치는 다양한 요인들을 분석하면서 구조, 과정, 성과 요소를 사용하는 Donabedian의 질 평가 모형(quality assessment model)을 분석 틀로 정하였다. 방문보건 프로그램에 영향을 미치는 구조적 요소에는 서비스 환경적인 속성뿐만 아니라 대상자와 제공자의 특성이 포함되었다. 대상자의 특성에서는 연령, 보유 만성질환 수, 일상수행능력 등과 함께 진단 받은 만성질환이 고려되었으며, 제공자의 특성에는 팀 접근 유무와 간호사의 자격을 제시하였다. 서비스 환경에는 보건의료체계와 제공되는 서비스의 유형, 양, 장소 등이 포함되었다. 과정적인 요소는 케어의 내용이나 배치를 나타내며, 특정 질환에 대한 프로토콜은 투약관리, 상담, 텔레케어, 재활, 운동, 식이, 자가간호, 예방적 모니터링의 영역을 포함한다. 성과에 포함되는 네 가지 영역은 임상적 성과(삶의 질, 기능적 상태, 운동 저항성, 정서상태, 인지, 생리적 지표), 의료이용(병원, 응급실 방문, 너싱홈 입소) 비용효과, 그리고 대상자 만족도이다.

국가에서 제시하고 있는 맞춤형 방문건강관리사업의 성과지표는 부록 4

의 Table 6과 같이 고혈압과 당뇨 조절율, 만족도, 주관적 건강감, 자가건강관리 능력 향상율, 그리고 노인 기능수준 향상율이다. 이 지표들은 매년 1월 1일부터 12월 31일까지의 사업 수행 결과를 통하여 사업의 효율성과 대상자의 건강수준을 평가하는 것이 목적이다. 고혈압과 당뇨 조절율은 각각 고혈압과 당뇨 등록자 중 혈압과 혈당을 측정한 대상자 중에서 혈압 및 혈당 조절자수로 산출한다. 만족도는 외부기관에 의뢰하여 무작위 표본추출로 전화조사를 실시하며, 주관적 건강감은 성인 대상자 중 자신의 건강을 매우 좋거나 좋다고 인지하고 있는 대상자 비율로 측정한다. 자가건강관리 능력 향상율은 금연, 운동, 절주, 아침식사 증가율로 평가하는데 이것은 2년 주기로 조사하는 건강면접조사를 통해 산출된다. 마지막으로 노인기능수준 향상율은 65세 이상 노인 대상자 중 허약노인으로 판정된 대상자의 수로 산출하며 허약 점수에 대한 재검토 필요성으로 현재 논의가 진행 중에 있다(한국건강증진재단, 2011). 혈압과 혈당 수치는 비교적 객관적으로 측정되는 사업의 결과지표이나 노인 대상 사례관리의 선행 연구에서 실제 혈압과 혈당을 성과지표로 측정한 경우는 매우 드물었다(Garcia-Pena et al. 2001). 주관적 건강감의 경우 성과변수로 제시한 논문은 있었으나(van Haastregt et al. 2000; Marshall et al. 1999; Pathy et al., 1992; van Rossum et al. 1993) 사례관리 영향 요인과의 관련성을 보고한 논문은 찾아볼 수 없었다.

국내 연구의 경우, 재가노인을 대상으로 사례관리의 효과 평가는 보건소 맞춤형 방문건강관리사업과 국민건강보험공단에서 간호사 사례관리자가 실시한 사례관리 시범사업에서 이루어졌다. 분석된 지표 중에서 유의하게 도출된 성과지표는 질병과 관련된 생리적 지표인 혈압(김윤미 등, 2006; 소애영 등, 2008; 박정숙과 오윤정, 2010; 양순옥 등, 2008)과 혈당(양순옥 등, 2008), 질병 관련 증상(김윤미 등, 2006; 양순옥 등, 2011), 지식과 인지 수준(김윤미 등, 2006; 박정숙과 오윤정, 2010), ADL(김희걸, 20010), IADL(김희걸, 2001; 전경자 등, 2009), 건강생활 실천(김윤미 등, 2006; 소애영 등, 2008; 박정숙과 오윤정, 2010; 정정순, 2009), 투약이행(소애영

등, 2008), 우울(양순옥 등, 2011; 연정운, 2009; 전경자 등, 2009), 불안(양순옥 등, 2011), 관절가동범위(양순옥 등, 2011), 악력·정적균형도·복합적 이동능력(연정운, 2009), 문제목록 개수(김희걸, 2001; 전경자 등, 2009), 자기효능감(양순옥 등, 2011), 삶의 질(한혜경 등, 2002), 그리고 대상자 만족도(김희걸, 2001; 한혜경 등, 2002)로 나타났다. 보건의료 이용 측면에서는 건강보험공단에서 실시한 사례관리의 경우에만 측정하였으며 중재 6개월 후 고혈압 노인이 고혈압이 아닌 다른 질환으로 병원 외래를 방문하는 횟수와 총진료비가 유의하게 감소하였다(김윤미 등, 2006).

국외 재가노인의 사례관리 성과변수와 국내 성과변수를 살펴보면, 많은 부분에서 차이점을 발견할 수 있다. 비용감소를 중요한 사례관리의 목표 중에 하나로 정하고 있는 미국이나 유럽의 경우 성과지표 역시 의료비와 직접 관련된 보건의료서비스 이용정도가 많은 부분을 차지하고 있으며(Evans, Drennan, & Roberts, 2005), 우리나라의 경우에는 재가노인을 대상으로 실시하고 있는 맞춤형 방문건강관리사업의 사례관리는 취약계층의 건강형평성에 그 목표를 두고 있기 때문에(보건복지부, 2010) 비용절감 보다는 대상자의 건강행위와 건강상태에 더 많은 비중을 두고 있다. 특히 국내 연구에서는 만성질환 사례관리에서 혈압과 함께 건강증진행위 실천정도를 성과변수로 측정한 경우가 가장 많았다(김윤미 등, 2006; 소애영 등, 2008; 박정숙과 오윤정, 2010; 정정순, 2009).

간호사 중심 사례관리 서비스 효과에 대한 체계적인 문헌고찰 결과를 살펴보면, 사례관리의 효과성과 관련된 결과는 서로 상충되어 있었고 환자 만족도는 상대적으로 확실한 성과변수로 나타났다. 응급실 방문에 대해서는 효과가 없었으며, 재입원, 기능상태, 삶의 질 변수 역시 효과적이었다고 결론 내리기에 불충분하다고 보고하였다(Latour et al., 2007). 국내 연구에서도 방문보건사업 고혈압 대상자의 혈압 감소 효과와 사례관리 당뇨 대상자의 혈당 감소 효과에 있어서 일치된 결과를 보이지 않았다(고일선 등, 2007; 박정숙과 오윤정, 2010; 양순옥 등, 2008; 이주영, 김현리와 김영희, 2006). 이렇듯 국내외 재가노인에게 제공된 사례관리 서비스 효과의 차이

는 서비스 제공자, 대상자, 중재기간, 서비스 내용 등에서 오는 차이로 볼 수 있다(전경자 등, 2009). 외국 문헌에서 나타난 사례관리 중재기간은 6개월(Bierlein, 2006; Morales-Asencio, 2008)에서 길게는 3년까지였고(Pathy et al., 1992; van Rossum et al., 1993; Stuck et al., 1995), 중재에 참여하고 있는 다학제간 전문가들의 자격 역시 일반 지역사회 간호사(Pathy et al., 1992; van Rossum et al., 1993), 노인 전문 간호사(Stuck et al., 1995), 노인전문의(Stuck et al., 1995) 등 다양하였다.

국외 노인 대상 사례관리의 효과는 많은 연구에서 대상자의 기능 감퇴를 예방하거나 지연시켰는지에 대한 성과변수를 ADL과 IADL로 측정하고 있으나 그 효과에 일관성이 없었다(Stuck et al., 2002). 국내에서도 유일하게 김희걸(2001)의 연구에서 사례관리 중재가 ADL과 IADL에 효과적이었다고 나타났으나 대상자는 재가와상노인이었으며 재평가 시점이 6개월 이후였고, 전경자 등(2009)의 경우에는 IADL에서만 효과가 있었고, 재평가 시점은 3개월 이후였다. 두 연구 모두 재가노인기능평가도구(RAI MDS-HC)를 사용하여 중재내용이 기능상태 향상에 집중되어 있었고 이 평가도구로 중재효과를 측정할 수 있는 척도를 이용하였다.

만성질환을 앓고 있는 노인인 경우 간호사 주도의 사례관리 서비스에 대한 효과가 나타나는데 장시간이 소요될 수 있다(Marek & Baker, 2006)는 점, 실제 국내외 사례관리 효과에서 관련성이 입증된 변수를 고려해야 한다는 점, 그리고 실제 맞춤형 방문건강관리사업에서 제시하고 있는 성과지표를 반영해야 한다는 점을 모두 고려하여 본 연구에서는 케어의 질을 반영할 수 있는 대상자의 만족도와 대상자의 건강을 반영할 수 있는 자가건강관리 실천정도를 사례관리 성과로 정의하고자 한다.

1) 대상자 만족도

사례관리는 대상자 중심의(client-centered) 전달방식이며 따라서 간호서비스의 질에 대한 환자의 인식은 평가에 기여할 수 있고 간호 서비스에

대한 환자의 인식은 질에 대한 중요한 지표이자 간호 서비스의 중요한 성과 척도인 환자 만족도와 관련된다(Lin, 1996; McDaniel & Nash, 1990). 만족은 개인이 가지고 있는 욕구의 충족, 기대의 달성, 즐거운 기분의 보강의 정도를 반영하는 개인의 내적 상태로 설명할 수 있다(이중섭, 2009). 프로그램 평가의 중요한 형태인 대상자 만족도는 보건복지 서비스에서 오랫동안 주목을 받아왔다(Rossi, Freeman, & Lipsey, 1999). 환자 만족도는 환자가 경험한 보건의료 서비스의 인지적 평가가 환자의 주관적 기준을 충족하거나 초과할 때 발생하는 사고방식의 반응이다(Greenslade & Jimmieson, 2011). 환자 만족도가 담고 있는 개념적 차원들에 대해서 살펴보면, Risser(1975)는 세 가지 차원을 제시하였는데 첫 번째는 간호 업무를 완벽하게 수행하는데 필요한 행위와 지식을 일컫는 기술적-전문적 행위, 두 번째는 간호사와 환자의 편안한 상호작용과 의사소통을 포함하는 신뢰적 관계, 그리고 마지막 차원은 대상자에게 정보를 제공하는 간호사의 능력을 일컫는 교육적 관계이다. 또한 환자 만족도 조사 도구에 포함된 또 다른 세 가지 차원은 첫째, 간호사의 타고난 인격적 특성, 간호의 특성, 간호 능력이며 둘째는 대상자의 기대, 그리고 마지막은 조직의 환경이었다(Greeneich, Long, & Miller, 1992).

환자 혹은 대상자 만족도 연구는 1957년 Abdellah와 Levine을 시작으로 Risser(1975)가 환자 만족도를 “이상적인 간호에 대한 환자의 기대(expectation)와 환자가 받은 실제 간호에 대한 인식(perception) 간의 일치”라고 서술하면서 정의되기 시작하였다. 또한 “보건의료 서비스의 경험에 대한 인지적이고 정서적인 반응”로 정의되기도 하였다(Cleary & McNeil, 1988). Petersen(1988)은 환자의 치료의 적절성이나 건강상태에 대한 성과가 아닌 환자 자신이 받고 있는 간호가 어떻게 제공되고 있는지 인식하는 것이라고 다소 일반적인 정의를 제시하기도 하였으며, “환자가 자신의 요구가 충족되었는지 인식하는 정도”로 정의되기도 하였다(Hill, 1997).

서구 역사에서 서비스 만족도는 1960년대 소비자 운동과 휴먼 서비스의

책임성에 대한 염려에서 관심을 모았고 1980-1990년대에 서비스 품질보증(quality assurance)이라는 차원에서 그 중요성이 재확인되었다. 서비스 만족은 심리·사회·경제·정치적으로 취약한 상황에 처한 대상자의 목소리를 반영하고 기관 및 조직의 성공을 가늠할 수 있게 하는 중요한 지표로 간주되며(박선영과 김윤주, 2007), 아울러 보건의료 서비스의 평가와 서비스의 교정에 대한 과학적인 자료를 제공해줄 수 있다(Laferriere, 1993).

환자 만족도에 대하여 Donabedian(1988)은 제공된 보건의료 서비스의 핵심 성과라고 주장하였다. 또한 간호 서비스에서 환자 만족도를 평가해야 하는 이유는 첫째, 환자 만족도 평가는 간호의 질을 모니터링하고 간호 중재의 효과성을 평가하는 수단으로 작용하기 때문이며, 두 번째, 환자 참여는 간호의 중심 신조이기 때문에 간호 행위에 대한 환자의 의견을 구하는 것은 필요불가결하다고 제시하였다(Bond & Thomas, 1992; Cottrell & Grubbs, 1994; Lin, 1996). 또한 사례관리의 가장 중요한 목표 중 하나 역시 대상자의 만족도 향상이며(Park, 2007), 환자 만족도는 제공되는 서비스의 중요한 질적인 측면으로 여겨지고, 환자 만족도를 조사하는 두 가지 이유는 보건의료 서비스를 평가하고 아울러 환자 만족도와 다른 변수들과의 관계를 분석하기 위함이거나 서비스의 강점과 약점에 대한 환자의 인식을 파악하여 피드백 매커니즘으로 활용하기 위함이다(Lin & Kelly, 1995). 그리고 Lin(1996)은 환자 만족도를 간호 서비스의 성과 변수로 측정하는 것은 간호 실무의 유용성과 효과성에 대한 근거가 되기 때문에 반드시 필요하다고 주장하였다.

본 연구에서는 사례관리 노인 대상자를 위해 고안된 사례관리의 질 측정 도구(Case Management Quality Questionnaire; CMQQ)를 사용하여 대상자의 만족도를 접근가능성, 효율성 및 사정과 조정 기술 측면에서 분석하고자 한다.

2) 자가건강관리 실천정도

자가건강관리 실천이란 제3차 국민건강증진종합계획에서 제시하고 있는 만성질환과 관련성이 높은 금연, 절주, 신체활동 및 영양 등 4개 중점과제이며 생활습관이 만성퇴행성 질환의 발병 및 경과와 밀접한 연관이 있으므로 오늘날에는 건강의 가장 중요한 근원적 결정요인이라고 할 수 있다(보건복지부, 2011).

지난 20년 동안 방문보건 프로그램은 건강증진전략으로 그 관심이 증대되었고, 지역사회 간호사는 정기적인 방문을 통해 건강사정, 지지, 서비스 연계 등을 제공함으로써 특히 재가노인에게 맞춤형 건강증진과 예방적 서비스를 제공하는 프로그램에서 중요한 역할을 담당하고 있다(Elkan et al., 2001; Markle-Reid et al., 2006). 이러한 방문보건 프로그램의 궁극적인 목표는 지역사회에 거주하는 노인의 긍정적인 건강행위와 자율성을 강화하고 예방적으로 건강에 영향을 미치는 요인들을 규명하는 것이다(Markle-Reid et al., 2006).

우리나라에서는 만성질환으로 인한 의료비 부담을 줄이고 의료서비스의 질을 향상시키고자 공공보건 서비스 제공체계 개편 등 혁신적인 만성질환 관리체계 도입의 필요성을 절감하고 있다. 이에 2007년부터 맞춤형 방문건강관리사업에서는 취약계층의 고혈압, 당뇨, 고지혈증 만성질환자 증가에 대비하여 건강생활실천 확산을 위한 적극적인 중재로 질병예방 및 합병증 예방을 도모하고 있으며 만성질환 사례관리 프로그램은 사업의 중요한 전략 중에 하나이다(보건복지부, 2010a).

고혈압, 당뇨 환자는 뇌혈관질환이나 허혈성 심장질환 등의 합병증으로 사망하게 되므로 이들 질환을 사전에 예방하거나 조기에 발견하여 관리하는 것은 뇌혈관질환 및 심장질환 예방에 있어 매우 중요하다(형희경과 장효순, 2011). 고혈압과 당뇨질환은 가족력과 같은 유전에 기인한 요인과 비만, 과음, 흡연, 스트레스, 운동부족, 나쁜 식습관 등으로 인한 환경적 요인에 의해 발병하는 질병으로(이정찬, 박재산과 김귀현, 2010), 특히 개인의

생활양식은 노인의 건강상태를 가장 잘 예측할 수 있는 강력한 변인이며, 건강증진 생활습관의 실천은 만성질환을 예방하고 완화할 뿐만 아니라 노화를 지연시켜 노인의 건강상태를 증진시키고 궁극적으로 삶의 질 향상에 기여한다고 보고되고 있다(이정찬 등, 2010; Speake, Cowart, & Pallet, 1989). 아울러 김진현 등(2010)은 방문건강관리사업의 비용효과분석 결과 예방적 방문건강관리를 강화하여 사업의 경제성을 높일 것을 제안하고 있다.

국내 고혈압과 당뇨 환자를 대상으로 사례관리 전후 건강행태의 차이를 분석한 결과, 고혈압 대상자는 운동, 규칙적인 약물복용, 그리고 규칙적인 혈압 검사에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며, 당뇨 대상자의 경우에는 운동과 규칙적인 혈당검사에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 또한 수축기혈압과 이완기혈압이 유의하게 감소한 것으로 나타났으며, 이는 고혈압 사례관리시 흡연, 절주, 신체활동, 투약관리 등의 건강행태의 중요성과 함께 매일 실천하도록 하는 행동체크리스트를 통해 매일 실천하도록 격려하였기 때문이라고 보고하였다(박정숙과 오윤정, 2010).

건강보험가입자 당뇨 사례관리 효과 평가의 경우, 흡연, 음주, 운동 등 대상자의 전반적 건강상태에 영향을 미칠 수 있는 건강행태의 변화는 연구에서 확인할 수 있는 효과 이외에 보다 많은 긍정적인 효과를 유발하였을 것으로 예상하면서 추가 연구를 제언하기도 하였다(신은영 등, 2003). 마찬가지로 건강보험가입자 중 노인 고혈압 대상자 사례관리 효과 평가에서 역시 사례관리 서비스 중재 후 식사량 조절 및 간식 조절과 같은 일상생활 실천과 투약지시 이행, 그리고 흡연, 음주와 같은 건강증진 행위에 유의한 차이를 보인 것으로 나타났다(김윤미, 신은영과 이건세, 2006).

지역사회에 거주하는 빈곤노인이 지각하는 건강증진행위에 영향을 미치는 요인 연구에서 연령, 자기효능감, 가족지지, 사회활동참여, 지역사회지지가 건강증진행위에 유의미한 영향요인으로 나타났다(박미진, 여구환과 박병현, 2010).

노인은 건강증진 행위를 실천함으로써 질병을 예방하고 건강하게 생활할 수 있는 기간을 연장시키거나 기능장애의 기간을 줄일 수도 있다(이정찬

등, 2010; Kahana et al., 2002). 건강증진행위는 건강한 생활양식을 증진시키기 위한 개인적 활동으로서 개인의 안녕수준과 생활의 만족감을 높여줌과 동시에 가족의 안녕과 사회적 비용을 절약한다는 측면에서 중요한 활동임에 틀림없다(이정찬 등, 2010). 노인에게 건강은 삶의 질에 가장 중요한 변인으로 보고되고 있으며 자가건강관리 행위는 노인의 건강한 삶을 위해 수행되어야 할 중요한 생활습관으로 대두되고 있다(김동배, 채수진과 조완기, 2009).

본 연구에서의 자가건강관리 실천은 맞춤형 방문건강관리사업의 성과지표로써 신규 대상자 등록시 조사하는 건강면접조사지를 통하여 산출되며, 금연, 절주, 운동, 아침식사 여부 항목으로 구성된다(보건복지부, 2010a).

3. 사례관리 성과에 영향을 미치는 요인

본 장에서는 사례관리 성과에 영향을 미치는 요인에 대하여 고찰하고자 한다. 선행연구 검토를 통해 확인한 사례관리 성과에 영향을 미치는 요인들을 사례관리자의 측면, 대상자 측면, 그리고 사례관리 수행과정 측면으로 분류하여 정리하고자 한다.

1) 사례관리자의 특이성

국가 공공 정책의 중요한 부분을 충족할 수 있는 사례관리는 그 중심 역할을 수행하는 사례관리자의 능력이 무엇보다 중요하다(King, Meadows, & Le Bas, 2004). 사례관리자는 대상자의 건강요구를 충족할 수 있도록 포괄적인 케어를 제공하고 조정하면서 대상자와 함께 필요한 서비스를 규명하고 촉진하기 위하여 적극적으로 참여하는데 목표는 케어의 분절과 반복을 감소하고 질과 비용효과적인 성과를 강화하는 것이며, 간호사 사례관리자는 신뢰관계 형성을 위하여 대상자 및 가족과 라포를 발전시킴에 있어 전문적인 의사소통 기술이 관건이라고 할 수 있다. 사례관리자는 케어의 연속성과 대상자와의 의사소통의 일관성을 확고히 하는데 도움이 되도록 의사소통을 촉진할 수 있는 유일한 위치에 있으며, 사례관리자의 전인적 접근 방법은 대상자의 자가간호 능력을 향상하는 방향으로 대상자를 관리하는데 있어 대상자와의 협동과정 중 하나이고, 사례관리자가 대상자와 함께 작업할 때 환자의 현재 건강상태나 필요한 서비스 조정을 위해 도움을 줄 수 있는 것에 대한 예상 가이드라인만 제공하는 것이 아니고 사례관리자는 모든 단계에서 건강증진, 안녕, 예방에 대한 정보를 통합한다. 사례관리자는 환자에게 대단히 중요한 연결고리이며, 케어의 질적인 측면에서도 필수적인 관계에 있다(Aliotta, 2000). 이는 대상자 중심 서비스인 사례관리에서 인적자원인 간호사의 중요성을 재확인할 수 있는 자료라고 사료된다.

사례관리자는 다양한 사례관리 모형에서 가장 보편적이고 중요한 구성요

소로 기술되며, 사례관리 성과와 사례발견, 요구사정, 계획수립, 수행, 모니터링, 평가로 구성되는 사례관리 직무 활동에 영향을 주는 요인으로 작용한다(Intagliata & Baker, 1983). 사례관리자의 연령, 성별, 인종, 교육수준, 휴먼서비스 경력, 그리고 사례관리 경험 등이 주로 고려되는 요인이다. 연령의 경우 나이가 많은 사례관리자는 나이가 젊은 사례관리자보다 상대적으로 업무에 대하여 기대하는 역할이 확실하기 때문에 내적으로 동기부여가 더 일어나는 경향을 보인다고 설명하였다(Graham, 1980).

교육수준이 높은 사례관리자는 대상자에게 서비스를 제공하는데 더 많은 시간을 소요하는 반면 직무만족도와 내적 업무 동기부여는 더 낮았다고 보고되기도 하였다. 교육수준이 높은 사례관리자는 자신의 직업을 자율성은 낮고 모호성은 높다고 인지하기 때문이라고 설명하였다(Graham, 1980). 또한 사례관리 감독자(supervisor)는 적어도 학사 이상의 학력을 요구하고 있는데 그 이유로 업무 수행의 효과성과 독립성을 들었다. McGrew 등(1994)의 연구에서는 18개 기관을 대상으로 사례관리 성과 영향요인을 분석한 결과 사례관리자 측면에서 나타는 유의한 변수는 사례관리자의 전문분야였다.

Jacobson Vann(2006)은 사례관리의 효과는 표적 질환, 대상자 특성, 중재의 강도, 그리고 사례관리자의 교육 및 훈련에 따라 달라질 수 있다고 언급하면서, 특히 사례관리자의 다양성이 사례관리의 성과 및 대상자의 건강상태와 관련이 있다고 주장하였다. 사례관리자의 교육수준, 사례관리 경력, 교육훈련의 적합성에 대한 믿음, 직무만족도 등을 성과의 영향요인으로 제시하였다. 직무만족은 조직에서 생활하고 있는 개인의 삶에 미치는 영향, 직무에서의 불만족이 가져올 이직, 결근율과 같은 부정적인 영향을 생각할 때 중요한 연구영역이라 할 수 있다. 그리고 조직과 직무는 불가분의 관계에 있는 것으로 자신의 직무에 만족하는 사람은 긍정적인 태도를 갖는 반면 그렇지 못하는 사람은 부정적인 태도를 갖게 되어 조직이나 개인 모두에게 유익하지 못한 결과를 초래하게 되므로 조직 구성원이 자기의 직무를 수행함에 있어서 얼마나 과업 수행에 만족하고 있는가 하는 것은 조직의 발전과

유지를 위해 중요한 의미를 갖는다(김선봉, 2001). 그리고 간호사의 긍정적인 직무만족도는 간호대상자의 긍정적인 만족도를 예측하는 유의미한 변수인 것으로 나타났다(Goode, 1995; Tzng et al., 2002).

한편, Klinkenberg 등(2002)은 사례관리자의 관점에서 정신질환을 앓고 있는 대상자와의 협력관계가 대상자의 성과와 연관성이 있는지를 분석한 결과, 사례관리 6개월 시점에서 대상자의 만족도와 불안 및 우울, 적개심과 관련된 정신적 성과변수에서 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다. Neale과 Rosenheck(1995)는 사례관리자가 인지하고 있는 작업동맹정도가 강할수록 대상자의 증상이 감소하고 기능상태가 향상되었으며 대상자의 주관적 성과에서도 긍정적인 결과를 보였다고 보고하였다. 특히 사례관리 프로그램과 관계를 맺고 사례관리자가 직접 방문하는 것은 사회적 네트워크가 필요한 지역사회 노인들의 사회적 지지가 강화되면서 긍정적인 성과가 나타날 수 있다고 하였다(Draine & Solomon, 1996). 아울러 빈곤노인의 건강증진행위 관련 요인은 나이, 자기효능감, 사회활동 참여와 함께 가족지지와 지역사회 지지가 유의한 것으로 나타났으며(박미진 등, 2010) 이는 사례관리자의 방문이 지역사회 지지로 이어질 수 있고 사례관리 프로그램 자체가 취약계층 노인의 자가건강관리 행위에 영향을 미칠 수 있음을 시사한다. 따라서 사례관리 구성요소 중 사례관리자의 역량, 협력관계 및 직무만족도 변수가 어떠한 경로로 사례관리 성과변수인 건강증진행위에 영향을 미치는지 분석할 필요가 있다.

한편, 미국 HMO의 노인 수급자들에게 이루어진 만족도 연구에서 도출된 중요한 결과는 서비스 제공자와 대상자와의 관계가 노인 수급자들의 만족도의 가장 큰 영향요인이었다는 점이며, 대부분의 노인들은 치료(curing)보다 돌봄(caring)을 더 중요하게 생각하고 있다고 언급하였다(Cryns, Nichols, Katz, & Calkins, 1989). 또한 스웨덴에서 이루어진 사례관리 만족도에 대한 연구를 보면, 가장 만족도가 높았던 요인은 사례관리자와의 관계와 관련된 것이었다(Bjorkman & Hansson, 2001). 정신보건센터에 등록된 만성정신질환자의 재활에 미치는 사례관리 효과를 분석한 국내 연구

의 경우 지역사회에서 치료자와 대상자와의 지지적이고 신뢰적인 관계형성은 만성정신질환자들이 가치 있는 인간으로 존중받고 있다는 것을 느끼도록 할 뿐 아니라 자신감과 희망을 갖도록 하여 그들이 극심한 어려움까지도 극복할 수 있도록 도와줌으로 재활에 영향을 미친다고 보고하고 있다(이정숙과 김수진, 2002). 간호업무는 그 특성상 밀접한 인간관계를 통해 이루어지므로 간호사가 경험하는 인간관계 양상은 곧 대상자에게 제공되는 간호중재의 질과도 관련되며(안양희 등, 2002), 방문보건 간호사는 업무를 추진할 때 대상자와의 관계 맺으려는 시도가 성공되면 업무를 지속할 수 있으나 실패할 경우에는 대상자 또는 가족의 건강관리를 도움으로써 얻게 되는 효과는 중단될 수밖에 없다(Luker & Chalmer, 1990). 근거이론방법을 사용하여 방문간호에 있어 관계의 기능을 분석한 연구에서는 방문간호사의 업무 추진을 위해 관계 또는 관계형성의 역할을 권한을 부여하여 합법화하는 것으로 보았다(De la Cuesta, 1994). 현상학적 해석학적 접근을 통하여 대상자-보건간호사 관계를 분석한 연구의 결과는 보건간호사의 대상자에 대한 협력(collaboration) 경험에 대한 해석적 서술이었고, 성공적인 협력은 보건간호사와 대상자 양측의 적극적이고 열성적인 참여를 요구하며 이는 간호의 궁극적인 목표에 대한 공유와 신뢰와 믿음으로 구성된 상호작용을 의미한다고 보고하였다(Paavilainen & Astedt, 1997).

한편 기존 사례관리 효과 연구들이 일관된 방향을 보여주지 않고 있다는 점에서 개별 간호사의 역량에 따라 서비스 질에 대한 차이가 나타날 가능성을 제시하기도 하였다(전경자 등, 2009). 노련한 임상 기술과 함께 만성질환 대상자의 질병 경험을 이해하고, 대상자 스스로 건강관리를 할 수 있다는 자신감을 표현해주는 사례관리자의 역할은 대상자의 삶의 질을 향상시킬 수 있다고 보고한다(Wright, Ryder, & Gousy, 2007). 또한 간호사의 특성 중 간호사가 대상자에게 제공하는 교육이 대상자 성과와 관련이 있었고(Holm Fruch, 2003), 임상 간호사의 역량강화는 업무성과에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다(민순, 김혜숙과 정영주, 2011). 사회복지분야에서 역시 사례관리자의 능력 또는 역량변인이 직무 수행과정 요소들과

직무 성과에 중요하게 작용하며, 사례관리 수행에 대한 사례관리자의 전문적 능력의 영향관계는 설득력이 있다고 주장하였다(도광조, 2009).

건강보험 가입자를 대상으로 하는 국민건강보험공단 사례관리 프로그램의 효과 평가에서는 사례관리자의 성별, 연령, 자격이 성과에 영향하는 요인으로 밝혀졌다. 남자이거나 나이가 많고, 간호사 또는 사회복지사 자격이 있는 경우에 당뇨 대상자의 자가건강관리 기술 일부분이 향상되었다(Shin, 2009).

사회복지분야에서 이루지고 있는 사례관리 집행에 영향을 미치는 요인은 초기 면접단계에서는 사례관리 재교육 및 훈련, 네트워크, 업무전문성이 영향을 끼치는 것으로 나타났고, 사정 단계는 사례관리자의 자율성, 네트워크, 사례관리 유용성 인식, 업무전문성이 영향을 끼치는 것으로 나타났다. 계획단계에서는 네트워크, 업무전문성, 직책이, 개입단계에서는 네트워크, 업무전문성이 영향을 미치는 것으로 나타났고, 점검 및 재사정 단계에서는 네트워크, 정체성, 업무전문성, 연령, 직책 등이, 평가 단계에서는 자율성, 업무전문성, 직책 등이 영향을 끼치는 것으로 나타났다(차민호, 유미예와 서인해, 2006).

본 연구에서는 연령, 교육수준 등 사전에 변경이 불가능한 요인은 배제하고 향후 교육 및 훈련을 통해 변화가 가능한 부분에 초점을 맞추고자 한다. 따라서 사례관리 성과에 영향을 미치는 요인 중 사례관리자 특이성에는 역량, 협력관계, 직무만족도를 포함하고자 한다.

현재 맞춤형 방문건강관리사업에서 사례관리를 담당하고 있는 간호사는 고용 상태에 따라 계약직과 정규직으로 구분되어 있다. 따라서 분석 결과에 영향을 미칠 수 있는 요인을 사전에 방지하고 기본적으로 직무안정을 전제한 상태에서 간호사의 특이성에 따른 사례관리 성과를 분석하고자 간호사를 2년 이상 근무자로 한정하고자 한다. 실제 연속고용율은 국가에서 제시하는 성과지표 중의 하나이므로 근무 기간과 관련한 대상자 모집에는 제한이 없을 것으로 사료된다.

2) 대상자의 특성

동일한 건강문제를 가진 대상자라 하더라도 사례관리 성과에 영향을 미칠 수 있는 개인적 또는 임상적 특성을 가지고 있을 수 있다(Lee et al., 1998). 사례관리 성과에 영향하는 대상자의 요인 중에서 Chamberlain과 Rapp(1991)은 대상자의 유병기간 중 어느 시점에 사례관리 서비스가 개입되었느냐가 성과에 중요한 요인이 될 수 있다고 하였다. Shin(2009)의 연구에서도 당뇨 사례관리 대상자의 사례관리 후 자가관리 관련 지식수준은 당뇨 질환을 더 오래 앓았던 대상자에서 유의하게 향상되었다고 보고하였다.

노인 대상자의 경우 신체적 독립성은 기능적 안녕과 건강을 나타내는 중요한 지표이며(Joosten, 2007), 지역사회 재가노인의 사례관리 효과 분석 연구에서 선행연구 결과와의 차이점을 제시하면서 대상자의 기능 상태에 따라 성과가 달라질 수 있음을 규명할 필요가 있다고 제언하였다(전경자 등, 2009). 아울러 정신질환 사례관리 효과 연구에서는 기능상태가 좋은 대상자보다 기능수준이 낮은 대상자에게 사례관리자의 시간과 관심이 더 많이 집중되는 경향이 있다고 설명하였다. 또한 행동문제가 많은 대상자가 더 많은 양의 사례관리 서비스를 받는 것으로 나타났다고 보고하였다(Intagliata & Baker, 1983).

또한 Shin(2009)은 건강보험공단 사례관리 효과 연구에서 대상자의 특성 중 교육수준이 낮은 대상자의 경우 교육수준이 높은 대상자에 비해 질병에 대한 지식 점수와 자가건강관리 항목 중 영양관리 점수가 더 높아졌다고 보고하였다. 또한 배우자가 없거나 소득이 낮은 대상자가 그렇지 않은 대상자에 비해 유의하게 자가관리 관련 지식 점수가 증가하였다. 게다가 가족 지지체계가 행동변화의 중요한 촉진제 역할을 하는 것으로 나타났다. 그러나 배우자가 없는 남성의 경우 배우자가 있는 남성 보다 절주할 확률이 더 높았다. 스웨덴에서 이루어진 사례관리 만족도에 대한 연구를 보면(Bjorkman & Hansson, 2001), 대상자의 진단명, 교육수준, 사례관리 등록 당시의 증상은 만족도와 무관하였다. 반면에 사회적 네트워크는 만족도와 일부 관련이

있었으며 이는 대상자의 사회적 네트워크가 사례관리자의 중재를 성공적으로 만드는데 가치가 있는 지표일 가능성을 제시하고 있다.

그리고 성과변수 중 서비스에 대한 대상자 만족도는 보건의료 조직의 서비스 관리와 서비스 제공자들에게 중요한 관심의 대상이기 때문에 대상자 개인의 차이와 관련된 영향 요인을 규명하기 위해 환자 만족도에 대한 많은 양의 연구가 이루어졌다. 대부분 연령(Chang et al., 2003), 성별(Mangelsdorff & Finsteun, 2003), 사회경제적 상태(Braunsberger & Gates, 2002), 인종(Etter & Perneger, 1997), 건강상태(Nguyen-Thi et al., 2002), 대상자 기대(expectation)(Jackson et al., 2001)와 같은 대상자 관련 변수들에 초점을 맞춘 연구들이었으나, 일관된 결과를 보이지 않았고(Sitzia & Wood, 1997), 환자 만족도의 설명력 또한 낮았다(Jackson & Kroenke, 1997). Greenslade와 Jimmieson(2011)은 환자 만족도의 영향요인을 규명할 때 전적으로 서비스 대상자의 특성에 초점을 두는 것은 보건의료 조직의 실무 안에서 운영 및 관리의 전략을 제공하는데 어려움이 있기 때문에 서비스가 일어나는 조직 환경 내에서 만족도에 영향을 미치는 요인을 규명할 필요가 있다고 주장하였다.

대상자의 관점이 포함되지 않은 평가는 불완전하고 제공자의 관점 쪽으로 오류를 범하게 되며, 대상자가 자신이 받은 서비스에 대해 높은 만족감을 보인다면 중재는 더 효과적일 확률이 높다. 또한 서비스에 대한 불만족은 치료의 불이행성과 중단의 위험성을 높이게 되므로 대상자의 만족도를 측정하는 것은 서비스의 모니터링과 평가의 측면에서 타당하고 중요하다(Henderson et al., 1999).

미국 전문 간호사(Nurse practitioner)의 전문 간호 서비스에 대한 환자 만족도 예측 요인은 환자의 연령으로 나타났으며 연구자들은 서비스 제공자의 특성과 서비스 조직의 특성을 함께 고려해야 한다고 제언하였다(Green & Davis, 2005). 입원환자 대상으로 측정한 환자 만족도의 경우에는 연령과 성별, 결혼상태 모두 유의한 관련성이 없었다(Sahin, Yilmaz, & Lee, 2007).

맞춤형 방문건강관리사업의 사례관리 대상자는 기초생활보장수급자와 차상위계층이고 본 연구의 분석 대상자는 취약계층 재가노인이므로 비교적 동질적일 것으로 예측되는 연령, 사회경제적 상태는 제외하였다.

따라서 본 연구에서는 사례관리 성과에 영향을 미치는 요인 중 대상자 특성으로 함께 거주하고 있는 가족구성원 수, 유병기간, 신체적 기능 상태를 포함하고자 한다.

3) 사례관리 수행

사례관리 프로그램은 구조적 요소와 과정적 요소로 설명할 수 있으며 Summers(2000)는 과정적 요소에 직접 서비스 제공 및 중재와 함께 방문주기 및 방문건수 등을 포함하는 중재강도를 언급하였다.

만성질환 노인 대상 방문간호 서비스의 효과는 사례관리 프로그램의 방문주기, 방문건수에 따라 차이가 있다고 결론지었으며, 간호사가 대상자와 보내는 시간의 양이 긍정적인 성과를 도출하는데 가장 중요하다고 주장하였다(Holm Fruch, 2003). 또 다른 연구에서는, 대상자 만족도는 사례관리자의 방문 건수(접촉 건수)와는 관련이 없었고, 간접 접촉 시간과 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 사례관리자의 중재 유형 중 대상자에게 중요하고 가치 있는 사례관리자의 기능으로 나타난 것은 옹호자의 역할이었으며 옹호의 기능은 대상자에게 필요한 보건의료와 사회복지 서비스를 연계해주는 중재 내용을 포함하며 이러한 결과는 사례관리자의 간접 접촉 시간이 많을수록 대상자의 만족도가 높았다는 결과와 일맥상통하는 것이라고 언급하였다(Bjorkman & Hansson, 2001). 담당 사례량이 증가할수록 대상자와의 접촉은 비인간적으로 될 수 있으므로 방문건수를 담당 사례량 산출에 활용할 때의 문제점은 방문(접촉)의 질 고려할 수 없다는 점이라고 언급하면서 담당 사례건수를 산출할 수 있는 알고리즘 개발을 제언하기도 하였다(King, Meadows, & Le Bas, 2004).

그러나 건강보험 가입자 대상 사례관리의 효과 평가 연구에서는 사례관

리자와 대상자와의 접촉건수가 많을수록 대상자의 질병에 대한 지식과 자가관리 기술이 향상되었고 만족도가 높았다(Shin, 2009). 노인대상 방문간호의 경우 역시 대상자의 긍정적인 효과에 영향을 미치는 변수는 방문 횟수였다(Elkan et al., 2001; Stuck et al., 2002).

사례관리 성과에 영향을 미치는 또 다른 요인은 사례관리자 1인이 관리하는 대상자 수인 담당 사례량이 있다. 담당 사례량은 사례관리의 수행요소 중 조직적 특성에 해당되면서 동시에 서비스 측면의 중재의 질과 상당한 관계가 있는 요소로 자주 언급되기도 하고(민소영, 2009), Summers(2000)는 대상자와 사례관리자의 비율을 사례관리 체계의 구조적인 요소 중 하나로 정의하기도 하였다. 국내 논문의 경우 지역사회에 거주하는 정신장애인 대상의 사례관리 성과에 대한 경로분석 연구에서는 성과인 삶의 질에 직접적인 영향을 주는 사례관리 수행요소로 실무자의 담당 사례량이 도출되었다. 평균 담당 사례량은 32.6명이었고, 사례관리자 1인이 담당하는 대상자 수가 적을수록 대상자의 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 또한 매개변수로 설정되었던 소비자 만족도는 삶의 질에 통계적으로 유의한 영향관계가 있는 것으로 나타나 서비스에 대한 만족도가 높을수록 대상자의 삶의 질 역시 높은 것으로 나타났다(민소영, 2009).

사회복지분야의 사례관리 수행과 영향요인에 관한 연구에서 공공전달체계 내에서 사례관리 실행율의 경우 내부적 행정절차와 관련된 업무는 실행율이 높은 반면, 전문사례관리, 사례회의, 수퍼비전과 같은 사회복지전문가로서의 역량이 필요한 업무는 실행율이 매우 낮아 전반적으로 낮은 수준을 보였다. 사례관리 실행에 영향을 미치는 요인은 사례관리 교육 유무와 조직특성요인이 유의미한 변수로 나타났다(함철호와 윤원일, 2010).

Oliva(2010)는 심장질환, 만성폐쇄성폐질환 및 당뇨질환을 앓고 있는 지역사회 노인을 대상으로 사례관리의 효과를 측정한 종단연구에서 사례관리 대상자는 평균 한 달에 약 60분 정도 사례관리를 받았고 간호사 1명이 담당하는 대상자는 135명이었다. 성과변수는 입원의 위험성(patients' inpatient admission risk)이었고 2번 이상의 입원 경험이 있는 노인은 1번 이하의 입

원 경험이 있는 노인보다 사례관리 시간이 약간 짧았다고 보고하였으나 유의한 차이는 아니었으며 향후 사례관리 효과성의 근거 마련을 위해 사례관리 중재의 소요시간, 중재의 적절한 시점 및 범위 등에 대한 연구를 제언하였다.

Austin(2002)은 사례관리와 관련된 정책, 시스템, 커뮤니티 등의 다양한 맥락을 검토하면서 사례관리 프로그램이 어떤 인구집단을 목표로 하고 있는지와 성과는 사례관리의 핵심 이슈라고 언급하였으며 사례관리의 과정 요인이 성과에 영향을 미칠 수 있다고 주장하였다.

Nakatani & Shimanouchi(2004)는 노인을 대상으로 하는 사례관리의 대상자 성과에 영향을 미치는 요인에 대한 연구에서 대상자 만족도, 기능적 독립 수준(Functional Independence Level; FIM)의 변화, 서비스 목록의 향상을 성과변수로 선정하고 사례관리 과정의 실제 수행정도에 따른 영향 요인을 분석하였다. 사례관리자의 사례관리 과정 수행정도는 사례 등록 94.5%, 대상자 사정 95.2%, 계획 수립 84.0%, 서비스 수행 97.9%, 모니터링 98.0%, 평가 95.4%이었으나, 사례집담회 수행정도는 41.2%로 가장 낮은 성취율을 보였고 대상자에게 사례관리 계획 내용을 설명하는 부분 역시 61.8%로 낮은 수치를 보였다. 성과변수 중 FIM의 사회적 인지 영역이 모니터링 업무 수행과 유의하게 관련 있는 것으로 나타났으며 대상자 만족도는 평가업무 수행정도와 유의한 연관성을 보였다. 고혈압 노인을 대상으로 실시한 건강보험공단 사례관리사업은 평균 1.67회의 전화중재와 3.55회의 가정방문 서비스를 제공하였다. 서비스 제공 소요시간은 평균 64.49일인 것으로 나타났다(김윤미 등, 2006).

Oshima 등(2004)은 지역사회 정신질환자 대상의 사례관리 구성요소 중 가장 효과적인 구성요소에 대하여 분석하였다. 사례관리 업무 수행 내용을 팀과 지지체계 형성 카테고리, 요구 중심 접근 카테고리, 사례관리 체계의 조직화 카테고리로 분류하여 성과변수인 객관적 삶의 질, 제공된 서비스 개수, 삶의 만족도, 서비스 만족도에 영향을 미치는 요인을 규명한 결과, 요구 중심 접근 카테고리에 해당하는 업무수행요소가 삶의 질과 서비스 만족도에

가장 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 연구자들은 국가사업으로 실시되고 있는 사례관리 프로그램이 국가 가이드라인에 따라 수행되고 있는 충실도(fidelity)가 높을수록 대상자의 성과 역시 높았다고 보고하였다.

간호사의 어떤 간호행위가 환자 만족도를 예측하는지에 대한 연구(Bader, 1988) 결과, 15개의 간호행위가 환자 만족도와 관련이 있었고, 그 중에서 12개는 정서적인 행위인 것으로 나타났다. 나머지 3개는 전문적이거나 기술적인 행위였다. 스웨덴에서 이루어진 사례관리 만족도에 대한 연구를 보면(Bjorkman & Hansson, 2001), 가장 만족도가 높았던 요인은 사례관리자와의 관계와 관련된 것이었고, 가장 낮은 만족도를 보였던 영역은 계획수립에 대한 대상자의 지각과 관련된 것이었다.

본 연구에서는 담당 사례량의 경우 선행연구에서 성과에 영향을 미치는 유의한 변수로 보고되었으나 보건소 맞춤형 방문건강관리사업에서 실시하고 있는 사례관리는 국가사업으로서 보건복지부의 업무 지침에 따라 사업을 수행하고 있는바 간호사별 담당 사례량이 사업지침으로 정해져 있다. 또한 전국 보건소에서 실시하고 있으므로 조직 특성의 경우 비교적 유사하다고 가정할 수 있다.

따라서 담당 사례량과 조직특성을 제외한 방문 횟수, 직접 중재(intervention or contact)시간, 간접 접촉시간, 그리고 대상자 등록, 요구사정, 계획수립, 중재, 모니터링, 평가의 일련 과정인 사례관리 수행을 사례관리 성과에 영향을 미치는 사례관리 시스템 및 수행과정 요인으로 선정하고자 한다.

Ⅲ. 연구의 개념 틀과 가설적 모형

1. 이론적 개념 틀

본 연구의 이론적 개념 틀은 Donabedian(1988)의 구조(structure), 과정(process), 성과(outcome) 모형을 기초로, 관련 문헌 고찰을 통하여 Figure 6과 같이 구성하였다. 주요 구성개념은 크게 구조, 과정, 성과의 개념 안에 선행연구 고찰 결과 사례관리 성과를 설명하거나 예측하는데 중요하다고 보고된 요인들을 포함하였다. 본 연구에서 사례관리 성과는 서비스에 대한 대상자의 만족도와 자가건강관리 실천으로 하였다.

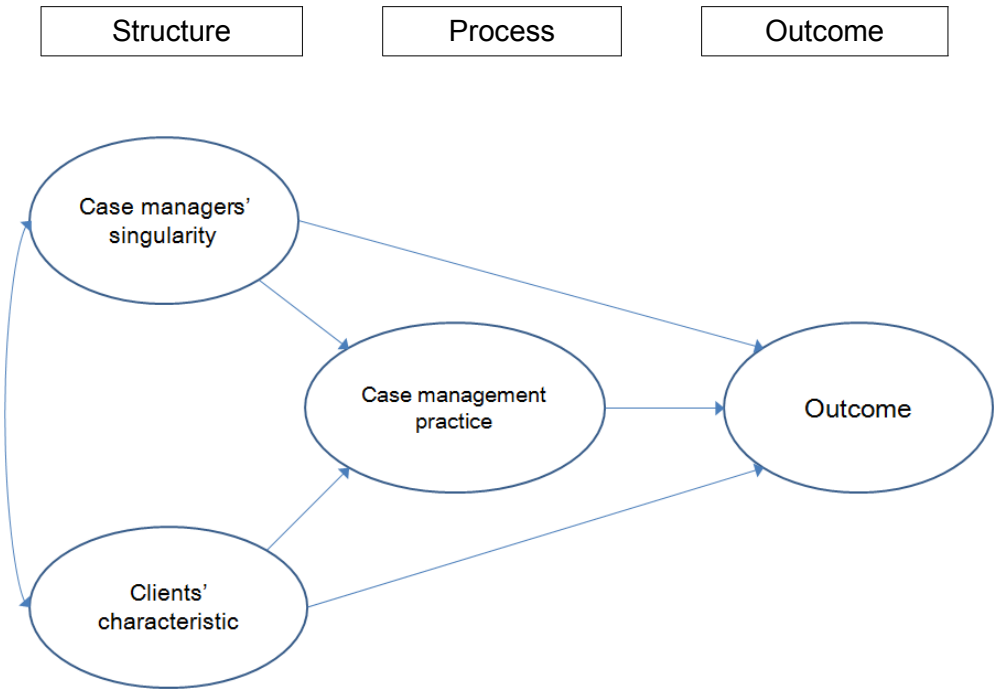


Figure 6. Conceptual Framework of the Study

이 개념 틀에서 도출된 명제는 다음과 같다.

1) 사례관리자의 특이성은 사례관리 수행에 영향을 준다.
2) 대상자의 특성은 사례관리 수행에 영향을 준다.
3) 사례관리 수행은 사례관리 성과에 영향을 준다.
4) 사례관리자의 특이성은 성과에 영향을 준다.
5) 대상자의 특성은 성과에 영향을 준다.

2. 가설적 모형

이론적 개념 틀에서 제시된 개념의 조작화된 내용은 Table 2와 같다.

Table 2. Constructs, Concepts, and Empirical Indexes of the Study

Constructs	Concepts	Empirical indexes
Outcome		
	Client satisfaction	Case Management Quality Questionnaire (CMQQ)
	Fulfillment of self health management	Smoking, alcohol intake, physical activity, having breakfast
Case management practice		
	Number of contacts	Number of contacts
	Direct intervention run-time	Duration of direct practice
	Indirect intervention run-time	Duration of indirect practice
	Activity	Case management manual
Case managers' singularity		
	Competency	Nurse competency
	Collaborative relationship	Working alliance inventory
	Job satisfaction	Nurse satisfaction inventory
Clients' characteristic		
	Number of family member	Number of family member
	Duration of diseases	Current year - year of diagnosis
	Physical function status	IADL

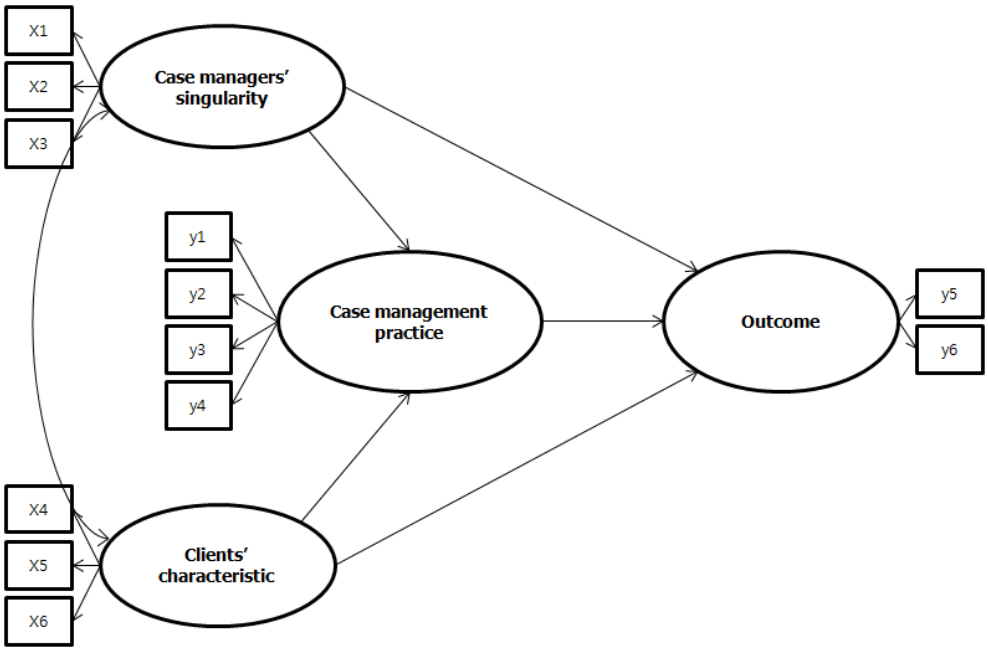
IADL: Instrumental Activities Daily Living

본 연구의 가설적 모형은 외생변수 2개, 내생변수 2개로 이루어졌으며, 외생변수는 사례관리자의 특이성과 대상자 특성으로, 내생변수는 사례관리 수행과 성과로 구성하였다. 외생변수에 대한 측정변수는 6개이며, 내생변수의 측정변수는 6개로 구성하였다(Figure 7).

첫째, 사례관리 체계를 구성하는 구조적 측면 중 역량, 협력관계, 직무만족도를 포함하는 사례관리자의 특이성은 사례관리 수행과 사례관리 성과에 영향을 줄 수 있다(Bjorkman & Hansson, 2001; Cryns, Nichols, Katz, & Calkins, 1989; Intagliata & Baker, 1983; Jacobson Vann, 2006; King, Meadows, & Le Bas, 2004; Klinkenberg et al., 2002; Rosati, Marren, Davin, & Morgan, 2009).

둘째, 사례관리 체계를 구성하는 구조적 측면 중 대상자 특성은 사례관리 수행과 사례관리 성과에 영향을 미칠 수 있다(Bjorkman & Hansson, 2001; Chamberlain & Rapp, 1991; Intagliata & Baker, 1983; Shin, 2009).

셋째, 사례관리 체계를 구성하는 사례관리 수행은 사례관리 성과에 영향을 미칠 수 있다(Austin, 2002; Bader, 1988; Bjorkman & Hansson, 2001; Elkan et al., 2001; Nakatani & Shimanouchi, 2004; Oshima et al., 2004; Shin, 2009; Stuck et al., 2002).



x1	Competency	y1	Number of contacts
x2	Collaborative relationship	y2	Direct intervention run-time
x3	Job satisfaction	y3	Indirect intervention run-time
x4	Number of family member	y4	Activity
x5	Duration of disease	y5	Client satisfaction
x6	Physical function status	y6	Fulfillment of self health management

Figure 7. The Hypothetical Model

3. 연구 가설

가설적 모형에서 각 경로는 각각 연구가설이 된다.

사례관리 수행을 내생변수로 하는 가설

가설 1) 사례관리자의 특이성은 사례관리 수행에 직접적인 영향을 미칠 것이다.

가설 2) 사례관리 대상자의 특성은 사례관리 수행에 직접적인 영향을 미칠 것이다.

사례관리 성과를 내생변수로 하는 가설

가설 3) 사례관리자의 특이성은 사례관리 성과에 직접적인 영향을 미칠 것이다.

가설 4) 사례관리 대상자의 특성은 사례관리 성과에 직접적인 영향을 미칠 것이다.

가설 5) 사례관리 수행은 사례관리 성과에 직접적인 영향을 미칠 것이다.

Ⅳ. 연구방법

1. 연구 설계

본 연구는 선행연구를 토대로 취약계층 재가노인의 사례관리 성과에 영향을 미치는 요인을 종합하여 가설적 모형을 구축한 후, 사례관리 담당 간호사와 지역사회 취약계층 노인을 대상으로 횡단적으로 자료를 수집하여 모형의 적합성과 모형에서 제시된 가설을 검증하는 구조모형 검증연구이다.

2. 연구 대상

본 연구의 대상자는 보건소 맞춤형 방문건강관리사업의 사례관리를 수행하는 방문 간호사(사례관리자)와 지역사회에 거주하는 65세 이상 허약노인 사례관리 대상자로 본 연구의 목적을 이해하고 동의하였으며 설문에 응답할 수 있는 자로 하였다.

전국 253개(현재 254개) 보건소 중 경기남부 지역 24개소 및 경북 지역 26개소 등 총 50개 보건소에서 근무하며 맞춤형 방문건강관리사업의 사례관리 업무를 담당하고 있는 간호사 약 480명을 대상으로 하였다. 단 고용형태에 따른 변동성을 최소화하기 위하여 2년 이상 방문건강관리사업에 종사한 간호사를 최종 대상으로 하였다.

구조방정식 모형에서 일반적으로 자료들 간의 차이를 탐지하는 민감성을 증가시키고 검증에 필요한 이상적인 표본 크기로 200 이상을 제안하고 있으며, 오히려 표본크기가 커지면 (400~500) 민감성이 증가하여 미세한 차이에도 적합도가 권장수준을 벗어날 수 있으므로 구조모형 분석을 위하여 일반적으로 200~400 정도의 표본이 바람직하다(김계수, 2008). 따라서 최종 309명의 자료를 모형 구축에 이용한 본 연구의 대상자 수는 적절하다고 사료된다.

3. 연구의 윤리적 고려

본 연구는 연구 대상자 보호를 위하여 '서울대학교 간호대학 연구 대상자 보호 심사위원회(Institutional Review Board)'의 승인(승인번호 2012-35)을 받은 후 자료를 수집하였다. 연구 참여 동의서에는 대상자의 익명성과 비밀보장에 관한 내용을 포함하였고, 대상자가 연구 참여에 자발적으로 동의서에 자필로 서명을 한 설문지를 제공하여 작성하도록 하였다. 연구 참여 동의 후에도 설문 작성 중 연구 참여 중단을 원하는 경우 언제든지 철회할 수 있도록 하였다. 설문조사 후 자료입력, 통계분석은 비밀을 보장하기 위해서 본 연구자 1인이 담당하였으며, 자료는 연구자의 개인 사무실에 보관하였고, 연구 논문이 인쇄자료로 발표된 후 분쇄 폐기할 예정이다.

4. 연구 도구

본 연구의 연구도구는 간호사와 대상자용으로 분류되며 본 연구에서 산출된 각 도구에 대한 신뢰도는 Table 3과 같다.

1) 간호역량

간호역량 측정도구는 장금성(2000)이 개발한 간호사의 임상경력개발 모형 4단계 임상등급에 따른 13개 간호역량을 김순자 등(2010)이 수정·보완한 도구를 사용하였다. 13개의 간호역량은 4개의 간호역량군으로 구분되며 과학적, 윤리적, 인격적, 심미적 간호역량군으로 구성된다. 과학적 간호역량군에는 전문성 개발력, 자원관리 능력, 병동업무 처리력이 포함되고, 윤리적 간호역량군에는 윤리적 가치지향성, 협력이 포함되며, 인격적 간호역량군에는 자신감, 자기조절 능력, 유연성이, 그리고 심미적 간호역량군에는 환자이해 능력, 환자 지향성, 임상적 판단과 대처능력, 영향력, 타인육성이

포함된다. 각 문항은 ‘그렇지 않다’ 1점, ‘대체로 그렇지 않다’ 2점, ‘대체로 그렇다’ 3점, ‘매우그렇다’ 4점으로 측정하며 점수가 높을수록 간호역량이 높음을 의미한다. 과학적 간호역량군에서의 신뢰도는 Cronbach's α=.76, 윤리적 간호역량군의 신뢰도는 Cronbach's α=.70, 인격적 간호역량군의 신뢰도는 Cronbach's α=.71, 심미적 간호역량군의 신뢰도는 Cronbach's α=.78이었으며, 김순자 등(2010) 연구에서 전체 간호역량도구 신뢰도는 Cronbach's α=.85였다. 본 연구에서는 Cronbach's α는 .90이었다.

2) 협력관계

본 연구에서는 상담협력관계에 관한 Bordin의 이론에 따라 Horvath와 Greenberg(1989)가 제작한 36문항의 자기 보고형 질문지를 강혜영(1995)이 번안한 도구를 사용하였다. 본 도구는 목표합의(goal agreement), 과제동의(task agreement), 유대(bond)의 세 요인으로 구성되어 있고, 각 요인은 5점 리커트 척도의 12문항으로 이루어져 있으며 Cronbach's α값이 .94이었다. 본 연구에서는 탐색적 요인분석을 통하여 3개의 문항을 분석에서 제외하였고, Cronbach's α값은 .94이었다.

3) 직무만족도

본 연구에서는 Stamps 등(1978)이 건강인력을 위해 개발한 도구를 허혜경(1982)이 번역 후 한명화(1987)가 보건간호사의 실정에 맞게 수정·보완한 것을 사용하였다. 직무만족도의 내용은 의사-간호사 관계 3문항을 제외한 보수(2문항), 자율성(4문항), 업무요구(5문항), 행정(3문항), 상호작용(2문항), 전문적 위치(5문항)의 6가지 영역으로 총 21문항이며, Likert 5점 척도로 측정하였다. 점수가 높을수록 직무만족도가 높은 것을 의미하며, Stamps 등(1978)이 검증한 도구의 신뢰도 Cronbach's α=.91이었고, 한명

화 연구의 Cronbach's α=.81이었다. 본 연구에서 Cronbach's α값은 .71이었다.

4) 사례관리 활동

본 연구에서는 문헌고찰 내용과 보건복지부 사례관리 지침서에서 제시되어 있는 직무 중 등록, 요구사정, 계획수립, 중재, 모니터링, 평가에 해당하는 내용을 사례관리 활동 측정도구로 사용하였다. '수행함' 1점, '수행하지 않음' 0점으로 측정한다. 본 연구에서 Cronbach's α는 .86이었다.

5) 대상자 신체적 기능상태

본 연구에서는 보건복지부 사례관리 지침서에서 제시하고 있는 수단적 일상생활수행능력(IADL)을 사용하며, 교통수단 이용, 물건 구입, 금전관리, 외출, 상담·조언(전화걸기 포함)의 항목이 포함된다. '예'는 1점, '아니오'는 0점으로 점수가 높을수록 수행능력이 좋음을 의미한다. 본 연구에서 Cronbach's α는 .84이었다.

6) 대상자 만족도

본 연구에서는 Hadjistavropoulos 등(2003)이 지역사회에 거주하는 사례관리 대상자를 위해 개발한 Case management quality questionnaire (CMQQ)를 사용하였다. 본 도구는 사례관리 대상자를 위해 제작된 유일한 만족도 도구이며, 특히 노인 대상자가 쉽게 이해할 수 있도록 고안되었다. 내용타당도, 수렴타당도, 판별타당도가 모두 검증되었고, 긍정 및 부정 문항이 모두 포함되어 묵인효과(acquiescence effect)를 최소화 하였다 (Park, 2007). 본 도구는 접근가능성(accessibility), 효율성(efficiency),

사정/조정 기술(assessment/coordination skill)의 3가지 영역으로 구성되며 '매우 동의하지 않는다' 1점, '매우 동의한다' 5점까지 30문항이며, 점수가 높을수록 만족도가 높은 것을 의미한다. Cronbach's α=.95이었다.

본 연구에서는 탐색적 요인분석을 통하여 5문항을 분석에서 제외하였고, Cronbach's α값은 .92이었다.

7) 자가건강관리 실천

본 연구에서는 맞춤형 방문건강관리사업에서 제시하고 있는 성과지표인 자가건강관리 실천정도를 사용한다. 금연, 절주, 운동, 아침식사 여부를 각각 실천하고 있는 경우 '1', 그렇지 않은 경우 '0'으로 산출하며 점수 범위는 0~4점이다. 본 연구에서 Cronbach's α는 .89이었다.

Table 3. Cronbach's Alpha Coefficient of the Scales

	Variables	Inventory	Number of questions (Score range)	Cronbach's α
Nurse	Competency	Nurse Competency	13(13~52)	.90
	Working alliance	Working Alliance Inventory	36(36~180)	.94
	Job satisfaction	Nurses' satisfaction	21(21~105)	.71
	Case management practice	Case management task manual	56(0~56)	.86
Client	Physical function status	IADL from MHW	5(0~5)	.84
	Client satisfaction	CMQQ	30(30~150)	.92
	Fulfillment of Self health management	Smoking, alcohol intake, physical activity, having breakfast	4(0~4)	.89

CM : Case management, IADL: Instrumental Activities of Daily Living, MHW: Ministry of Health & Welfare

5. 자료수집 절차

1) 예비조사

2012년 7월 30일부터 8월 10일까지 사례관리 담당 간호사와 대상자 각각 10명을 대상으로 예비조사를 실시하였다. 예비조사 결과를 토대로 문항들을 더 이해하기 쉽고 명확한 문장으로 수정・보완하였다. 총 설문작성에 소요되는 시간은 간호사는 약 20~30분, 대상자는 10~15분 정도였다.

2) 자료수집

자료 수집은 2012년 8월 16일부터 8월 31일까지 선정된 보건소의 간호사와 대상자에게 실시하였다. 각 보건소 선임 간호사들에게 유선전화 및 이메일로 동의를 구한 후 설문지를 우편으로 보냈고, 서면으로 간호사와 대상자들의 연구 참여에 대한 동의를 받았다. 대상자의 만족도 설문의 경우 간호사가 직접 대상자에게 설문조사를 실시한 후 연구자가 무작위로 선택한 대상자 20명에게 직접 전화로 설문조사를 재실시하여 일치도를 확인하였으며, 일치도는 97~100%로 나타났다. 총 396부가 회수(회수율 82.5%)되었으며 이중 방문보건 경력이 2년 미만인 간호사를 제외한 총 317부 중 설문항목에 누락이 있는 8부를 제외하고 최종 분석에 사용된 설문지는 309부이었다.

6. 자료 분석방법

수집된 자료는 SPSS window 18.0 version과 AMOS 16.0을 이용하여 분석하였다.

(1) 대상자의 일반적 특성과 정규성 확인은 서술적 통계로 분석하였다.

(2) 측정도구의 신뢰도는 Cronbach's α 값으로 파악하였다.

(3) 변수들 간의 상관관계 및 다중공선성은 Pearson 상관계수로 검증하였다.

(4) 구조방정식 모형에서 사용되는 측정도구의 타당성을 확인하기 위하여 확인적 요인분석을 실시하였다.

(5) 가설적 모형의 적합도 검정 및 가설검증은 일반최소자승법(generalized least square)을 이용하여 공변량구조분석을 실시하였으며, 간접효과와 총효과의 통계적 유의성 검증은 부트트래핑(bootstrapping) 방법을 이용하였다.

V. 연구결과

1. 대상자의 특성

1) 대상자의 일반적 특성

본 연구 대상자 중 간호사의 경우, 평균 연령은 42.1세로 24~40세가 117명(37.9%), 41~57세가 192명(62.1%)이었다. 성별의 경우 여성이 압도적으로 많았고(99.4%), 현재 기혼인 경우가 275명(89.0%)이고 미혼인 경우가 29명(9.4%)이었다. 교육수준은 전문학사 출신이 229명(74.1%)으로 가장 많았으며, 학사학위자는 45명(14.6%), 학사편입은 32명(10.3%), 그리고 석사학위자는 3명(1.0%)이었다. 고용형태를 보면, 대부분이 계약직(287명, 92.9%)으로 근무하고 있었으며, 기간제 임시직도 21명(6.8%)이었다.

대상자인 노인의 경우, 연령 분포는 65~106세로 평균 연령은 78.6세이었고 전체 대상자 중 75~84세 노인이 192명(62.2%)으로 가장 많은 비율을 차지하고 있었다. 여성 노인이 281명(90.0%)으로 남성 노인(28명, 9.1%)보다 그 비율이 높았고, 교육 수준은 무학인 경우가 63.8%(197명)로 가장 많은 비중을 차지하고 있었다. 동거형태를 보면, 독거노인은 251명(81.3), 노인부부만 사는 경우 26명(8.4%), 배우자 및 자녀나 기타 다른 가족과 함께 거주하는 경우는 23명(7.4%)이었다(Table 4).

Table 4. General Characteristics of the Subjects (N=309)

	Variable	Categories	N(%)
Nurse (N=309)	Gender	Male	2(0.6)
		Female	307(99.4)
	Age	24~40	117(37.9)
		41~57	192(62.1)
		Mean ± SD (range)	42.1 ± 6.81 (25~57)
	Current marital status	Single	29(9.4)
		Married	275(89.0)
		Divorced or widowed	5(1.6)
	Level of education	College	229(74.1)
		BSN	45(14.6)
		RN-BSN	32(10.3)
		Master degree	3(1.0)
	Employment status	Full-time	1(0.3)
		Part-time	287(92.9)
		Temporary	21(6.8)
Client (N=309)	Gender	Male	28(9.1)
		Female	281(90.9)
	Age	65~74	76(24.6)
		75~84	192(62.2)
		85~94	39(12.6)
		95~106	2(0.6)
		Mean±SD (range)	78.6 ± 5.99 (65~106)
	Level of education	Uneducated	197(63.8)
		Elementary school	84(27.2)
		Middle school	11(3.5)
		Above high school	17(5.5)
	Living type	Living alone	251(81.3)
		With spouse only	26(8.4)
		With spouse and family	23(7.4)
		With family(no spouse)	9(2.9)

2) 대상자의 건강 관련 특성

노인 대상자는 평균 2.8개의 만성질환을 가지고 있었으며 2~3개의 만성질환을 동시에 가지고 있는 노인은 196명(63.4%), 4개 이상의 만성질환을 가지고 있는 노인은 76명(24.6%)이었다. 주요 질환을 진단 받은 후 사례관리가 시작한 시점까지의 기간은 평균 11.1년이었고, 10년 이하는 50.8%(157명), 11~20년은 38.5%(119명)이었다. 노인들의 도구적 일상생활수행능력 평균 점수는 3.3점이었고 4~5점인 노인이 53.4%(165명)로 가장 많은 비중을 차지하였다(Table 5).

Table 5. Health related Characteristics of the Subjects (N=309)

Variable	Categories	N(%)
Number of chronic disease	0~1	37(12.0)
	2~3	196(63.4)
	4~5	67(21.7)
	>5	9(2.9)
	Mean ± SD (range)	2.8 ± 1.24 (0~7)
Duration since major chronic disease (years)	1~10	157(50.8)
	11~20	119(38.5)
	21~30	26(8.4)
	>30	7(2.3)
	Mean ± SD (range)	11.1 ± 7.64 (1~40)
Instrumental Activity Daily Living	0~1	51(16.5)
	2~3	93(30.1)
	4~5	165(53.4)
	Mean ± SD (range)	3.3 ± 1.61 (0~5)

2. 가설적 모형 검정

1) 측정변수에 대한 서술적 통계

사례관리자의 역량은 평균 44.2점(range 33~52)이었고, 대상자와의 협력관계정도는 평균 142.9점(range 108~178)이었으며, 직무만족도는 67.1점(range 47~91)이었다. 대상자의 가족구성원 수는 평균 1.28명(range 1~5)이었고, 주요 질환의 유병기간은 11.1년(range 1~40)이었으며, 신체적 기능상태인 도구적 일상생활수행능력 점수는 평균 3.3점(range 0~5)이었다. 방문건수는 평균 8.0회(range 4~14)이었고, 직접 중재 소요시간은 평균 358.3분(range 110~1100)이었으며, 간접 중재 소요시간은 평균 417.9분(range 0~1600)이었으며 사례관리 활동은 평균 52.1점(range 31~56)이었다. 대상자의 만족도 평균 점수는 92.0점(range 71~111)이었고 자가건강관리 실천정도는 평균 3.2점(range 0~4)이었다(Table 6).

본 연구모형에 포함된 모든 측정변수의 왜도와 첨도의 절대값을 보면, 대상자의 특성 중 가족 구성원 수의 첨도 지수가 9.04를 보였고 다변량 첨도 지수가 24.68로 알파 .05 수준에서 다변량 정규성[1)]을 충족하지 못하였다. 따라서 일반최소자승법(Generalized Least Squares; GLS)[2)]으로 구조모형을 분석하였다.

---

1) 구조모형에 사용되는 자료는 통상 다변량정규성을 가정하고 있다. 일변량정규성은 자료의 대칭성을 보는 왜도(skewness)와 정규분포곡선에 대해 분포의 중간이나 꼬리에 있는 점수의 비율을 보는 첨도(kurtosis)로 평가하는데, 왜도의 절대값이 3보다 크고 첨도의 절대값이 8 또는 10을 초과하면 정규분포 가정에 문제가 있다고 본다(Kline, 2005; 배병렬, 2011).

2) 표본이 크기는 하나 다변량정규성이 충족되지 않는다면 일반최소자승법(GLS)이 바람직하다(배병렬, 2011).

Table 6. Descriptive Statistics of the Observed Variables (N=309)

Variables		Mean±SD	Range	Skewness	Kurtosis
Case managers' singularity	Competency	44.2±4.51	33~52	.189	-1.026
	Collaborative relationship	142.9±13.21	108~178	.246	-.236
	Job satisfaction	67.1±6.86	47~91	.169	.425
Clients' characteristic	Number of family	1.28±0.71	1~5	2.958	9.040
	Duration of disease	11.1±7.60	1~40	.981	1.068
	Physical function status	3.3±1.61	0~5	-.646	-.736
Case management practice	Number of contacts	8.0±1.22	4~14	1.701	4.489
	Direct intervention run-time	358.3±142.50	110~1100	1.091	2.272
	Indirect intervention run-time	417.9±254.05	0~1600	1.460	3.422
	Activity	52.1±4.60	31~56	-1.982	4.666
Outcome	Client satisfaction	92.0±9.0	71~111	-.281	-.927
	Fulfillment of self health management	3.2±0.84	0~4	-1.124	1.680
Multivariate					24.680

2) 측정변수간 상관관계 및 다중공선성[3)]

측정변수간의 상관관계를 분석하고 다중공선성을 확인하였다(Table 7).

대상자의 자가건강관리 실천정도는 담당 간호사인 사례관리자의 역량이 높을수록(r=.21, p=.000), 대상자와 협력관계정도가 강할수록(r=.15, p=.007), 대상자의 만족도가 높을수록(r=.13, p=.024) 높았다.

대상자의 만족도는 사례관리자의 역량이 높을수록(r=.40, p=.000), 대상자와의 협력관계가 강할수록(r=.48, p=.000), 직무만족도가 높을수록(r=.22, p=.000), 직접 중재시간이 길수록(r=.23, p=.000), 사례관리 활동정도가 높을수록(r=.17, p=.002) 높았다.

사례관리 활동은 간호사의 역량이 높을수록(r=.21, p=.000), 대상자와 협력관계가 강할수록(r=.27, p=.000), 직접 중재시간(r=.17, p=.002)과 간접 중재시간(r=.13, p=.022)이 길수록 높았다.

간접 중재시간은 직접 중재시간이 길수록(r=.26, p=.000) 길었으며, 직접 중재시간은 간호사의 역량이 높을수록(r=.14, p=.015), 대상자와 협력관계가 강할수록(r=.18, p=.001), 방문건수가 많을수록(r=.27, p=.000) 길었다.

본 연구에서 상관계수의 절대값은 .003~.604의 분포를 보여 다중공선성에 대한 문제는 없는 것으로 나타났다.

---

3) 측정변수간의 상관계수의 절대값이 .9이상이면 변수간의 관련성이 매우 강해서 독립변수간 상호작용이 발생할 가능성이 있으므로 배제해야 한다(배병렬, 2011).

Table 7. Correlations among Observed Variables

	x1	x2	x3	x4	x5	x6	y1	y2	y3	y4	y5	y6
x1	1											
x2	.60**	1										
x3	.24**	.37**	1									
x4	-.06	-.10	-.01	1								
x5	.05	.06	-.03	-.05	1							
x6	-.02	-.04	-.05	-.17*	-.04	1						
y1	.05	.02	.04	-.05	-.11	-.03	1					
y2	.14*	.18**	.03	-.07	-.05	-.07	.27**	1				
y3	.06	.08	-.08	-.09	.00	-.07	.04	.26**	1			
y4	.21**	.27**	.04	-.03	.10	-.04	.08	.17**	.13*	1		
y5	.40**	.48**	.22**	-.05	.05	-.03	.10	.23**	.01	.17**	1	
y6	.21**	.15**	.09	-.04	.04	.05	.05	.06	.03	.09	.13*	1

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

x1	Competency	y1	Number of contacts
x2	Collaborative relationship	y2	Direct intervention run-time
x3	Job satisfaction	y3	Indirect intervention run-time
x4	Number of family member	y4	Activity
x5	Duration of disease	y5	Client satisfaction
x6	Physical function status	y6	Fulfillment of self health management

3) 측정모형의 확인적 요인분석[4)] : 타당성 평가

본 연구는 측정모형에 대하여 확인적 요인분석을 먼저 실시한 이후 구조모형을 검증하였다(Table 8).

확인적 요인분석 결과 사례관리자 특이성의 측정변수인 역량, 협력관계 정도, 직무만족도는 사례관리자의 특이성을 64.4% 설명하였고, 대상자의 특성의 측정변수인 가족구성원 수, 유병기간, 신체적 기능 상태는 대상자의 특성을 71.4% 설명하였다. 사례관리 수행의 측정변수인 방문건수, 직접 및 간접 중재 소요시간, 그리고 사례관리 활동은 사례관리 과정을 37.4% 설명하였으며, 사례관리 성과의 측정변수인 대상자 만족도와 자가건강관리 실천정도는 사례관리 성과를 58.7% 설명하였다.

Table 8. Standardized Factor Loading of Confirmatory Factor Analysis

Construct	Variable	Standardized factor loading	C.R. (t-value)	Total variance explained
Case managers' singularity	Competency	.672	6.118***	64.38
	Collaborative relationship	.881	6.298***	
	Job satisfaction	.425	-	
Clients' characteristic	Number of family member	-.121	-2.059*	71.37
	Duration of disease	-.043	-0.730	
	Physical function status	.990	-	
Case management practice	Number of contact	.345	2.935**	37.39
	Direct intervention run-time	.720	3.146**	
	Indirect intervention run-time	.294	-	
	Activity	.334	2.992**	
Outcome	Client satisfaction	.575	-	58.74
	Fulfillment of self health management	.200	2.928**	

* p<.05, ** p<.01, *** p<.001

4) 확인적 요인분석(confirmatory factor analysis)은 잠재변수들 간의 인과관계에 초점을 둔 게 아니고, 관측변수들이 특정 잠재변수들을 구성하는 관계에 초점을 둔 것으로, 측정이 제대로 되었는가를 평가하고, 척도의 신뢰도와 타당도를 평가하는데 그 목적이 있다(배병렬, 2011).

4) 가설적 모형의 식별[5]과 적합도 검정[6]

본 연구의 측정변수는 12개로 정보의 수는 1/2{12(12+1)}=78, 추정할 자유모수는 29개, 자유도는 49개로 추정해야 할 모수의 수보다 자료행렬 내의 정보의 수가 많아 자유도가 (+)인, 식별이 가능한 모형임을 알 수 있다.

본 연구 모형의 적합도를 평가한 결과, 일반적으로 널리 추천되는 전반적 적합도 지수를 고려할 때 대부분 권장지수를 만족하는 것으로 나타났다 (Table 9).

Table 9. Fitness Statistics of the Hypothetical Model

Fitness	Absolute fit index					Incremental fit index		Parsimonious fit index	
	$\chi^2(p)$	χ^2/df	GFI	RMSEA	SRMR	TLI	CFI	AGFI	PCFI
Criteria	p>.05	≦2	≧0.90	<0.05	≦0.08	≧0.90	≧0.90	≧0.90	≧0.80
Hypothetical	55.281 (.250)	1.128	0.970	0.020	0.051	0.928	0.947	0.952	0.703

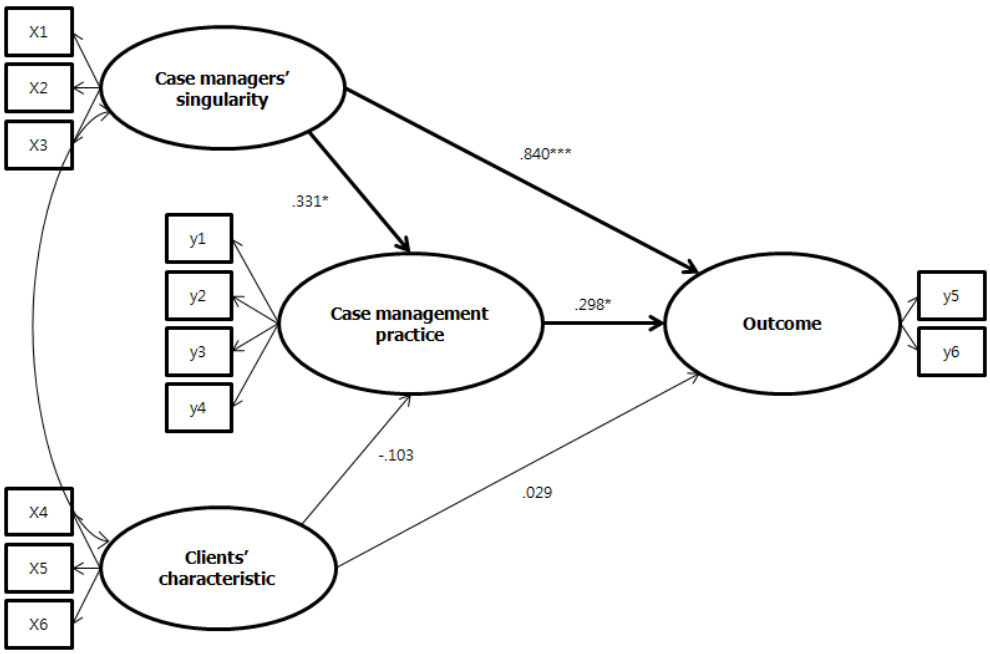
GFI: Goodness of fit index
RMSEA: Root mean square error of approximation
SRMR: Standardized root mean square residual
TLI: Turker-Lewis index
CFI: Comparative fit index
AGFI: Adjusted goodness of fit index
PCFI: Parsimonious normed fit index

5) 모형의 식별은 모형에 포함된 추정될 모수가 고유해를 얻기에 충분한 정보를 갖고 있느냐의 문제이다(배병렬, 2011).

6) 모형의 전반적 적합도 평가는 표본공분산행렬과 적합행렬의 차이를 어떻게 측정하고 평가할 것인가의 문제이며, 적합지수는 크게 모형의 전반적 적합도를 평가하는 절대적합지수(absolute fit index), 기초모형에 대한 제안모형의 적합도를 비교하는 증분적합지수(incremental fit index), 모형의 간명도와 관련된 간명적합지수(parsimonious fit index) 등으로 나눌 수 있다(김계수, 2010; 배병렬, 2011; 우종필, 2012).

5) 가설적 모형의 분석

본 연구의 가설적 모형을 분석한 결과 5개의 경로 중 3개의 경로가 유의하게 나타났다(Figure 8, Table 10). 사례관리 성과는 사례관리자의 특이성(γ=.840)과 사례관리 수행(γ=.298)과의 경로가 통계적으로 유의하였다. 사례관리 수행은 사례관리자의 특이성(γ=.331)과의 경로가 통계적으로 유의하였다. 그러나 대상자 특성에서 사례관리 수행(γ=-.103), 대상자 특성에서 사례관리 성과로의 경로(γ=.029)는 모두 유의하지 않았다.



x1	Competency	y1	Number of contacts
x2	Collaborative relationship	y2	Direct intervention run-time
x3	Job satisfaction	y3	Indirect intervention run-time
x4	Number of family member	y4	Activity
x5	Duration of disease	y5	Client satisfaction
x6	Physical function status	y6	Fulfillment of self health management

Figure 8. Path Diagram of the Model

Table 10. Standardized Estimation for the Hypothetical Model

Hypothesis	Path	β	S.E.	C.R. t-value	Result	SMC
H_1	Case managers' singularity → CMP	.331	3.419	2.424 *	Accept	.123
H_2	Client characteristic → CMP	-.103	3.658	-1.276	Reject	
H_3	Case managers' singularity → Outcome	.840	0.283	5.294 ***	Accept	.959
H_4	Client characteristic → Outcome	.029	0.278	0.330	Reject	
H_5	CMP → Outcome	.298	0.011	1.991 *	Accept	

* p<.05, ** p<.01, *** p<.001

S.E. = standard error

C.R. = critical ratio

SMC = squared multiple correlation (R2)

CMP = case management practice

6) 가설적 모형의 효과분석

가설적 모형의 내생변수를 중심으로 직접효과, 간접효과 및 총효과를 분석한 결과는 Table 11과 같다. 사례관리 수행에 대하여 사례관리자의 특이성(β=.331, p=.015)이 직접효과를 갖는 것으로 나타났으며, 대상자의 특성은 영향을 미치지 않았다. 사례관리 성과에 대하여 사례관리자의 특이성은 직접효과(β=.840, p<.001) 및 총효과(β=.939, p=.006)를 갖는 것으로 나타났으며, 사례관리 수행은 직접효과(β=.298, p=.046)를 갖는 것으로 나타났다. 사례관리자의 특이성은 사례관리 수행을 통한 간접효과로 인해 사례관리 성과에 대한 총효과가 증가한 것으로 나타났다.

Table 11. Effects of Predictive Variables on Endogenous Variables in the Model

Endogenous variable	Exogenous variable	Standardized direct effects(*p*)	Standardized indirect effects(*p*)	Standardized total effects(*p*)
CMP	Case managers' singularity	.331(.015)*		.331(.015)*
	Clients' characteristic	-.103(.202)		-.103(.202)
Outcome	Case managers' singularity	.840(<.001)***	.098(.032)*	.939(.006)**
	Clients' characteristic	.028(.741)	-.031(.115)	-.002(.871)
	CMP	.298(.046)*		.298(.046)*

* p<.05, ** p<.01, *** p<.001

CMP = case management practice

3. 연구가설의 검정

1) 사례관리 수행을 내생변수로 하는 가설

가설 1. '사례관리자의 특이성은 사례관리 수행에 직접적인 영향을 미칠 것이다'는 직접효과(β=.331, p=.015)와 총효과가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 2. '사례관리 대상자의 특성은 사례관리 수행에 직접적인 영향을 미칠 것이다'는 직접효과(β=-.103, p=.202)와 총효과가 통계적으로 유의하지 않아 기각되었다.

2) 사례관리 성과를 내생변수로 하는 가설

가설 3. '사례관리자의 특이성은 사례관리 성과에 직접적인 영향을 미칠 것이다'는 직접효과(β=.840, p<.001)와 총효과(β=.939, p=.006)가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

가설 4. '사례관리 대상자의 특성은 사례관리 성과에 직접적인 영향을 미칠 것이다'는 직접효과(β=.028, p=.741)와 총효과(β=-.002, p=.871)가 통계적으로 유의하지 않아 기각되었다.

가설 5. '사례관리 수행은 사례관리 성과에 직접적인 영향을 미칠 것이다'는 직접효과(β=.298, p=.046)와 총효과가 통계적으로 유의하여 지지되었다.

VI. 논의

본 연구는 문헌고찰과 Donabedian의 구조・과정・성과모형을 기반으로 취약계층 재가노인의 사례관리 성과와 영향요인에 대한 구조모형을 구축한 후 구조방정식 모델링을 통해 타당성을 검증하였다. 연구 결과를 바탕으로 취약계층 재가노인의 성과 모형에 대한 가설적 모형을 검증한 결과와 내생변수를 중심으로 각 변수들 간의 경로에 대해 논의하고자 한다.

1. 취약계층 재가노인의 사례관리 성과와 영향요인에 관한 구조모형

본 연구는 지역사회에 거주하는 취약계층 노인의 사례관리 성과와 영향요인에 초점을 두고 Donabedian의 구조・과정・성과 모형을 이론적 근간으로 하여 가설적 모형을 구축하였다. 가설적 모형에서는 선행 연구를 기초로 하여 사례관리자의 특이성, 대상자의 특성을 외생변수로, 사례관리 수행과 사례관리 성과를 내생변수로 포함하여 가설적 모형을 구축하고 모형의 적합도 및 직・간접 경로의 유의성을 검증하였다.

문헌고찰에서는 Donabedian의 모형을 바탕으로 사례관리 성과를 설명하기 위하여 사례관리 체계 안에서 구조적 요인과 과정적 요인이 포함되는 가설적 모형을 설정해야 한다는 점에 중점을 두었다. 그리고 본 연구의 대상자인 재가노인과 관련된 사례관리 성과에 대하여 국내외 선행연구에서 제시한 지표들과 현재 맞춤형 방문건강관리사업 내 사례관리에서 활용하고 있는 지표들을 검토하였다. 또한 사례관리 성과에 영향을 미치는 것으로 보고된 요인들을 파악하고 실제로 그 인과관계가 입증된 요인들 및 질적 연구 결과에 따라 인과관계를 예측한 요인들을 가설적 모형의 측정변수로 설정하였다. 사례관리 성과에 직접적 영향력이 가장 큰 요인은 사례관리자의 특

이성이었으며, 사례관리 수행 역시 성과에 영향을 주는 요인인 것으로 나타났다. 사례관리자의 특이성은 사례관리 성과에 대해 직・간접적 영향을 모두 주고 있는 것으로 나타났으며 사례관리 수행은 사례관리자의 특이성이 성과에 영향을 주는데 있어 매개요인의 작용을 하는 것으로 나타났다.

본 연구 모형에서는 사례관리자의 특이성과 대상자의 특성이 사례관리 수행을 12.3% 설명하고 있으며, 사례관리자의 특이성, 대상자의 특성, 사례관리 수행이 사례관리 성과를 95.9% 설명하는 것으로 나타났다. 이는 상관분석 결과 및 경로의 유의성으로 볼 때 사례관리자의 특이성이 설명력의 대부분에 기여하고 있음을 알 수 있으며 외생변수 전체가 내생변수인 성과를 통합적으로 잘 설명하고 있다고 확대 해석하는데 위험성을 내포하고 있다고 볼 수 있다. 특히 선행연구에서 사례관리 성과에 영향을 미치는 대상자의 특성을 성별, 연령, 보유 만성질환 수, 일상생활 수행능력, 진단 받은 만성질환, 유병기간, 교육수준, 경제적 수준, 사회적 네트워크 등을 제시하였고, 본 연구에서는 각 선행연구에서 인과관계를 제시한 변인 중 본 연구의 대상자에게서 나타나는 공통적인 특성을 제외한 실제 현장에서 횡단연구로써 측정가능한 변수를 택하였으며, 그 결과 유병기간과 함께 신체적 기능 상태로 도구적 일상생활수행능력을, 사회적 지지로 가족구성원 수를 측정변수로 설정하였다. 대상자의 특성에 대한 측정변수인 가족구성원 수, 유병기간, 신체적 기능 상태는 대상자의 특성을 71.4% 설명하고 있음에도 대상자의 특성에서 사례관리 수행과정과 성과에 이르는 경로가 전혀 유의하지 않았다는 점은 모형의 한계점을 보여준다고 사료된다. 따라서 이 부분을 보완하기 위해 선행연구에서 사례관리 성과에 유의하게 영향을 미친다고 보고한 대상자의 특성들을 통합적으로 포함하여 종단적 연구를 시행할 것을 제언한다.

그러나 본 연구의 구조모형은 권장수준 이상의 모형 적합도를 보이고 수용 가능한 설명력을 보여 취약계층 재가노인의 사례관리 성과를 설명하기에 비교적 적합한 모형으로 판단된다. 아울러 Donabedian의 모형을 바탕으로 선행연구 고찰을 통해 간호사인 사례관리자와 사례관리 대상자인 취

약계층 재가노인의 특성뿐 아니라 사례관리 표준지침과 성과 등 사례관리 체계를 구성하는 구조, 과정, 성과 요인을 통합적으로 분석한 최초의 연구라는데 그 의의가 있다.

2. 취약계층 재가노인의 사례관리 성과에 영향을 미치는 요인

본 연구에서 취약계층 재가노인의 사례관리 성과에 직접적으로 영향을 미치는 요인은 사례관리자의 특이성과 사례관리 수행인 것으로 나타났다. 그리고 사례관리자의 특이성은 사례관리 수행을 통해 성과에 간접적인 영향을 미치는 것으로 나타났다.

가설적 모형에서 사례관리자의 특이성은 성과에 영향을 미치는 가장 유의한 변수로 나타났으며, 선행연구에 따르면 특히 국가 공공 정책의 한 부분을 충족할 수 있다고 인식되는 사례관리에서 사례관리자는 그 중심 역할을 수행하고 있으며 사례관리 수행에 있어 사례관리자의 능력이 무엇보다 중요하다고 하였다(King, Meadows, & Le Bas, 2004). 또한 사례관리자는 대상자에게 있어 대단히 중요한 연결 고리이며, 사례관리의 질적인 측면에서도 필수적인 관계에 있다(Aliotta, 2000). 본 연구는 대상자 중심의 서비스인 사례관리에서 인적 자원인 간호사의 중요성을 강조하고 있는 많은 선행연구의 이론적 서술들(Aliotta, 2000; Intagliata & Baker, 1983; King, Meadows, & Le Bas, 2004; 이정숙과 김수진, 2002)을 실제로 검증했다는데 그 의의가 있다. 사례관리자의 특이성은 역량, 협력적 관계형성, 직무만족도의 측정변수로 구성되는데 잠재변수인 사례관리자의 특이성을 설명하는 데 있어 그 비중의 크기는 대상자와의 협력적 관계형성, 역량, 직무만족도 순이었다. 대상자와의 협력적 관계형성은 주로 정신보건 분야의 사례관리 및 상담학에서 성과와의 관계를 분석한 경우가 대부분이었다(Intagliata & Baker, 1983; Klinkenberg, 2000; 강혜영, 1995). 국외 연

구를 보면, 방문보건 간호사를 대상으로 방문보건 대상자와의 관계형성 과정을 질적 연구로 분석한 경우에서도 대상자와의 관계 맺는 시도가 성공하면 업무를 원활히 진행할 수 있지만 실패할 경우에는 대상자와 가족의 건강관리는 시작조차 할 수 없다고 언급한 바 있다(Luker & Chalmer, 1990). 현상학적 해석학적 접근을 통하여 대상자와 보건간호사와의 관계를 분석한 연구(Paavilainen & Astedt, 1997)에서는 보건간호사의 대상자에 대한 협력 경험에 대한 해석적 서술을 시도하였고, 성공적인 협력은 보건간호사와 대상자 양측의 적극적이고 열성적인 참여를 요구하며 이는 간호의 궁극적인 목표에 대한 공유와 신뢰, 그리고 믿음으로 구성된 상호작용을 의미한다고 보고한 바 본 연구에서 도출된 결과 역시 사례관리의 성과에 가장 큰 영향을 미치는 요인이 사례관리자의 특이성이고, 그 안에 대상자와의 협력적 관계형성이 가장 큰 영향요인으로 작용했다는 점이 일맥상통한다고 할 수 있겠다. 특히 본 연구결과는 사례관리자 측면에서 대상자와의 협력적 관계형성정도가 강하다고 인지할수록 대상자의 주관적인 성과에서도 긍정적인 결과를 보였다고 보고(Neale & Rosenheck, 1995)한 연구 결과와 일치하였다. 특히 사례관리 프로그램에 등록하여 사례관리자가 직접 방문하는 것은 사회적 네트워크가 필요한 지역사회 노인들의 사회적 지지가 강화되면서 긍정적인 성과를 강화할 수 있다고 하였다(Draine & Solomon. 1996). 이는 본 연구의 대상자인 취약계층 재가노인의 사례관리의 성과에서도 증명이 되었으며, 사례관리자의 방문이 지역사회 지지로 이어질 수 있고 사례관리 프로그램 자체가 취약계층 노인의 자가건강관리 행위에 영향을 미칠 수 있음을 시사한다.

사례관리를 담당하는 방문간호사의 역량이 대상자의 성과에 영향을 미치는 사례관리자의 특이성 요인이라는 본 연구 결과는, 사례관리자는 전인적인 접근방법을 통하여 대상자의 자가간호 능력을 향상시키는 방향으로 대상자를 관리할 때 대상자의 현재의 건강상태나 필요한 서비스 조정을 위해 도움을 줄 수 있는 예상가이드라인만 제공하는 것이 아니고 모든 단계에서 건강증진, 안녕, 예방에 대한 정보를 통합한다(Aliotta, 2000)는 측면에서

이론적 서술을 지지했다고 판단된다. 아울러 기존 사례관리 효과 연구들이 일관된 방향을 보여주지 않고 있다는 점에서 개별 간호사의 역량이 서비스 질에 대한 차이를 유발할 가능성을 제시했던 연구(전경자 등, 2009)의 과학적인 실마리를 제시했다고 사료된다. 또한 본 연구는 간호와 사회복지 사례관리 분야에서 임상간호사나 사회복지사의 역량이 업무 성과에 중요하게 작용하며 긍정적인 영향을 미친다는 연구(도광조, 2009; 민순, 김혜숙과 정영주, 2011) 결과와 일치하였다.

사례관리자의 특이성 중 직무만족도의 경우, 조직과 직무는 불가분의 관계에 있는 것으로 자신의 직무에 만족하는 사람은 긍정적인 태도를 갖는 반면 그렇지 못하는 사람은 부정적인 태도를 갖게 되어 조직이나 개인 모두에게 유익하지 못한 결과를 초래하게 되므로 조직 구성원이 자기의 직무를 수행함에 있어서 얼마나 과업 수행에 만족하고 있는가 하는 것은 조직의 발전과 유지를 위해 중요한 의미를 갖는다(김선봉, 2001). 사례관리자의 특이성이 성과에 영향을 미친다는 본 연구 결과는 간호사의 긍정적인 직무만족도가 간호대상자의 긍정적인 만족도를 예측하는 유의미한 변수임을 보고한 연구(Goode, 1995; Tzng et al., 2002) 결과와 일치하였다.

결과적으로 본 연구는 실무 현장에서 사례관리를 수행하는 인적 자원의 중요성을 확인시켜 주었고, 일괄적으로 실시되고 있는 교육훈련 프로그램보다 사례관리 서비스 질 관리 차원에서 사례관리자의 역할을 수행하는 방문간호사를 위한 다양한 역량강화 프로그램 등이 요구된다고 하겠다. 또한 정책적으로 성과 중심을 지양하고 방문간호사가 대상자와의 긍정적 협력관계를 통해 대상자의 긍정적인 건강 관련 성과를 도출할 수 있는 시스템을 지향해야 한다고 주장할 수 있는 근거를 제시했다고 판단된다.

본 연구에서 사례관리 성과에 영향을 미치는 또 다른 요인은 사례관리 수행이었다. 본 연구 결과는 만성질환 노인 대상 방문간호 서비스의 효과 연구에서 방문주기, 방문건수에 따라 효과의 차이가 있으며 간호사가 대상자와 보내는 시간의 양이 긍정적인 성과를 도출하는데 가장 중요하다는 연구(Holm Frunch, 2003) 결과와 부분적으로 일치하고 있다. 역시 건강보험공

단의 사례관리 효과 연구에서도 방문건수는 유의한 요인으로 나타났다(Shin, 2009). 본 연구에서의 방문건수의 경우, 현재 시행중인 보건소 사례관리는 대상자의 상태에 따라 간호사의 융통성이 존재하나 국가 지침이라는 큰 틀은 크게 벗어나지 않았다. 오히려 외국의 사례관리 접근방식이나 사회복지 분야에서와 같이 사례관리자에게 자율성과 권한을 부여하여 대상자의 특성에 따라 방문건수를 조절할 수 있는 체계라면 다른 결과가 도출될 수도 있음을 제시하는 바이다. 본 연구 결과는 Bjorkman과 Hansson(2001)의 연구에서 사례관리자의 중재 유형 중 대상자에게 중요하고 가치 있는 사례관리자의 기능은 옹호자의 역할이었으며 옹호의 기능은 대상자에게 필요한 보건의료와 사회복지 서비스를 연계해주는 중재내용을 포함하며 이러한 결과는 사례관리자의 접촉시간이 많을수록 대상자의 만족도가 높았다는 연구결과와 일치하고 있었다.

본 연구에서 사례관리자의 특이성은 사례관리 수행에 영향을 미치고 사례관리 수행을 통해 성과에 간접적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 사례관리자는 다양한 사례관리 모형에서 가장 보편적이고 중요한 구성요소로 기술되며, 사례관리 성과와 사례발견, 요구사정, 계획수립, 수행, 모니터링, 평가로 구성되는 사례관리 직무활동에 영향을 주는 요인으로 작용한다는 것과 부합되는 결과이다(Intagliata & Baker, 1983). 또한 간호 업무는 그 특성상 밀접한 인간관계를 통해 이루어지므로 간호사가 경험하는 인간관계 양상은 곧 대상자에게 제공되는 간호중재와도 관련된다는 점을 보여주었다고 할 수 있다(안양희 등, 2002).

반면 본 연구에서 대상자의 특성은 사례관리 수행과 성과에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 본 연구의 대상자인 취약계층 재가노인은 평균 연령이 78.6세이고, 81%가 독거노인이었으며, 약 64%는 교육수준이 무학이었다. 주요 질환에 대한 평균 유병기간은 11.1년이었고, 도구적 일상생활수행능력 평균 점수는 5점 만점에 3.3점이었다. 먼저 연구 대상자의 대부분이 독거노인이었다는 점에서 가족 구성원의 수에 있어 변이성이 떨어질 수 있는 가능성을 제기할 수 있다. 그 다음으로 가족의 지지체계나 사회적 지지를

가족 구성원의 수로 단순화하여 측정하면서 발생할 수 있는 위험성을 배제할 수 없다. 대상자의 사회적 네트워크는 사례관리자의 중재를 성공적으로 만드는데 가치 있는 지표일 가능성을 제시한 바(Bjorkman & Hansson, 2001), 성과의 영향요인으로 사회적 지지를 포함하는 추후 연구를 제언한다. 그리고 유병기간의 경우, 본 연구결과는 대상자의 유병기간 중 어느 시점에 사례관리 서비스가 개입되었느냐가 사례관리 성과에 중요한 요인이 될 수 있다고 언급한 Chamberlain과 Rapp(1991)의 연구와 유병기간이 긴 대상자에게 당뇨 사례관리 대상자의 성과 중 자가관리 관련 지식수준이 유의하게 향상되었다고 보고한 Shin(2009)의 연구와 차이가 있었다. 본 연구에서 노인 자신의 만성질환에 대한 최초 진단년도는 노인 대상자의 기억에 의존해야 하는 부분이었던 만큼 정확성에 대한 문제를 배제할 수 없다. 아울러 신체적 기능의 경우, 본 연구결과는 보건소 맞춤형 방문건강관리사업에 등록된 허약노인을 대상으로 신체기능과 건강행위의 상관관계를 분석한 황주현(2010)의 연구와 일치하는 결과를 보였다. 이는 도구적 일상생활수행능력 점수가 5점 만점에 4점 이상인 노인이 과반수를 넘고 있어 신체적 기능상태가 비교적 좋은 노인들이 대상자로 포함되어 나타난 결과로 보이며, 이는 본 연구의 대상자가 대부분 독거노인이므로 동일한 신체조건인 경우 독거노인은 도움을 받아야 하는 상황임에도 스스로 그 상황을 해결할 수 밖에 없는 경우가 많음을 보여준다고 사료된다.

또한 사례관리를 수행하는 간호사들이 대상자의 특성을 고려하지 않고 일률적으로 사례관리를 수행하고 있다는 가능성을 제기할 수 있다. 서비스의 질 관리 차원에서 불가피하게 방문 횟수를 제한하고 있다고는 하나 단시간 안에 양적인 업무를 처리해야 하는 상황이 사례관리자인 간호사에게 부담이 될 수 있으며 해당기간 내에 목표 실적을 달성해야 하는 상황은 등록률, 방문건수 등 양적 평가지표에 해당하는 활동 위주로 사례관리가 이루어질 수밖에 없을 가능성을 배제할 수 없다. 아울러 대상자의 특성이 사례관리 성과에 영향을 미치지 않았다는 것은 현재 맞춤형방문건강관리사업에서의 사례관리가 지향하는 대상자 중심 케어에 대하여 근본적으로 문제제기

를 할 필요성이 있다. 대상자의 요구 중심으로 사업을 추진하면서 대상자의 특성에 따라 사례관리자에게 자율성이 필요함에도 불구하고 동시에 사례관리자인 간호사에게 담당 사례량, 방문건수 등을 일괄적인 국가지침으로 정해놓음으로써 대상자의 특성을 반영할 수 없는 시스템으로 운영하고 있을 가능성을 배제할 수 없다. 따라서 진정한 사례관리 체제로 가려면 인력의 질이 확보된 가운데 대상자의 특성과 요구에 맞게 사례관리자에게 자율성을 부여해야 할 필요가 있다고 사료된다.

본 연구에서는 취약계층 재가노인의 사례관리를 담당하는 간호사의 특이성이 긍정적일수록, 사례관리 수행 정도가 높을수록 사례관리 성과의 수준이 높은 것으로 나타났다. 또한 사례관리자의 특이성은 사례관리 수행에 직접적인 영향을 미치고 사례관리 수행을 통해서 사례관리 성과에 간접적으로도 영향을 미치는 것으로 나타났다.

3. 연구의 간호학적 의의

본 연구는 간호이론, 간호연구, 간호실무 측면에서 다음과 같은 의의를 가질 수 있다.

1) 간호이론 측면

본 연구는 Donabedian의 구조·과정·성과 모형을 바탕으로 포괄적인 문헌고찰을 통하여 간호사 주도의 사례관리 성과에 영향을 미치는 요인에 관한 모형을 구축하였다는 점에서 연구의 의의가 있다. 또한 본 연구는 국내 처음으로 취약계층 재가노인을 대상으로 사례관리 성과 모형을 구축한 연구로서 취약계층 재가노인 외에도 다른 사례관리 대상자의 성과에 영향을 줄 수 있는 관련 요인을 파악하는 추후 연구의 이론적 밑받침이 될 수 있을 것으로 사료된다.

2) 간호연구 측면

본 연구에서 사례관리자와 대상자의 협력관계 측정도구와 대상자 만족도 도구의 신뢰도와 타당도를 확인하였으므로 추후 연구에서 이러한 도구들을 활용할 수 있을 것이다. 아울러 주로 질적 연구를 바탕으로 제시했던 사례관리자와 대상자간의 관계형성과 성과와의 관계를 양적 연구로 제시했다는 점에 그 의의를 찾을 수 있다.

또한 지역사회에서 다양한 대상자에게 실시되고 있는 사례관리의 성과 향상을 위한 간호 연구의 기초자료로 활용될 수 있을 것이며 사례관리 중재 연구의 토대가 될 것으로 기대한다.

3) 간호실무 측면

본 연구는 사례관리 성과의 영향요인을 규명함으로써 성과 향상에 기여할 수 있는 사례관리 체계의 구조적 요인과 과정적 요인을 재점검할 수 있는 토대를 마련했다고 사료된다. 결국 서비스 제공 인력인 사례관리자의 질이 성과와 가장 밀접히 관련되므로 사례관리자의 역할을 담당하고 있는 간호사의 자질 향상을 위한 다양한 프로그램을 개발하는데 기초자료로 활용될 수 있을 것이다.

VII. 결론 및 제언

1. 결론

본 연구는 보건소 맞춤형 방문건강관리사업에서 사례관리를 담당하는 간호사 309명과 동일 프로그램에 등록된 취약계층 재가노인 309명을 대상으로 사례관리 성과에 영향을 미치는 요인 및 경로를 규명하고자 사례관리자의 특이성, 대상자의 특성, 사례관리 수행과 같은 요인들이 직접적 또는 간접적으로 사례관리 성과에 영향을 미칠 것이라는 가정 하에 직・간접적 경로를 구성하고 모형을 구축하였다.

연구모형은 외생변수로 사례관리자의 특이성, 대상자의 특성이 포함되었고, 내생변수는 사례관리 수행과 사례관리 성과로 이루어졌으며, 총 4개의 잠재변수와 12개의 측정변수로 구성되었다. 본 연구모형은 권장수준 이상의 적합도를 보임으로써 대상자의 사례관리 성과를 예측하기에 적합한 모형을 나타났다.

모형에서 설정한 5개의 경로 중 3개의 경로가 지지되었으며, 사례관리 수행에 대하여 사례관리자의 특이성이 유의한 경로로 지지되었고, 사례관리 성과에 대해서는 사례관리자의 특이성과 사례관리 수행이 유의한 경로로 분석되었다.

모형 검증 결과 사례관리자의 특이성, 사례관리 수행은 사례관리 성과에 직・간접적으로 영향을 미치는 반면, 대상자의 특성은 사례관리 성과에 영향을 미치지는 않는 것으로 나타났다. 그리고 사례관리자의 대상자와의 협력적 관계형성정도, 역량, 직무만족도와 같은 사례관리자의 특이성이 사례관리 성과에 가장 큰 직접효과를 주는 것으로 나타났다. 또한 사례관리 수행은 사례관리자의 특이성이 성과에 영향을 주는데 있어 매개요인의 작용을 하는 것으로 나타났다.

본 연구 결과, 사례관리 성과를 향상시키기 위해서 현장에서 인력의 질

확보를 위한 노력이 무엇보다 필요하며, 대상자의 특성에 따라 진정한 맞춤형으로 접근하기 위해 사례관리자의 자율성이 고려된 상태에서 향후 통합적인 사례관리 성과 모형을 구축함이 필요하다고 사료된다.

2. 제언

본 연구결과와 논의를 근거로 다음과 같이 제언하고자 한다.

1) 사례관리 성과에 대한 통합적인 개념분석과 함께 유용한 성과 측정지표의 개발이 필요하다.
2) 사례관리 성과와 영향요인간의 인과적 관계를 명확히 하기 위해서 종단적 연구가 필요하다.
3) 대상자의 사회적 지지체계, 인지기능, 주관적 건강감, 사례관리자의 고용상태, 기관의 특성, 대상자의 건강 요구도 등 성과에 영향을 미치는 다양한 변인을 포함하여 포괄적인 사례관리 성과모형을 검증하는 것이 필요하다.
4) 사례관리자의 역량 강화 프로그램 등 인력의 질 향상을 위한 프로그램의 효과와 아울러 사례관리 성과와의 관계를 분석할 필요가 있다.
5) 대상자의 관점에서 사례관리자와의 협력관계 형성정도가 성과에 미치는 영향을 분석할 필요가 있다.

References

강혜영 (1995). *상담자 경력에 따른 상담협력관계의 차이 분석*, 서울대학교 석사학위논문.

고일선, 김광숙, 임미혜, 이경자, 이태화, 박효숙 등 (2007). 일 보건소 고혈압 관리 교육이 방문간호대상자의 고혈압 지식, 혈압변화 및 자가간호에 미치는 효과, *한국보건간호학회지, 21*(2), 134-145.

김계수 (2010). *AMOS 18.0 구조방정식 모형 분석*, 서울: 한나래아카데미.

김동배, 채수진과 조완기 (2009). 당뇨인의 건강증진행위가 삶의 만족도에 미치는 영향에 대한 우울의 매개효과, *한국노년학, 29*(1), 101-116.

김명숙 (2009). *맞춤형 방문건강관리사업의 고혈압 사례관리 효과*, 부산대학교 석사학위논문, 부산.

김선봉 (2001). *조직행동론*, 서울: 민영사.

김성실 (2001). 지역사회 간호 서비스 전달 체계 모형 개발 - 가정방문서비스를 중심으로 -, *지역사회간호학회지, 12*(2), 361-374.

김소야자 (1996). 사례관리자 역할, *대한간호, 35*(3), 18-20.

김수영 (1995). 노인들을 위한 사례관리에 관한 연구, *경성대학교 사회과학연구, 11*, 115-137.

김순영 (2008). *사례관리 프로그램이 당뇨병 환자의 자기효능감, 자가간호행위 및 당대사에 미치는 영향*, 전남대학교 박사학위논문, 광주.

김순자, 최명심과 성기월 (2010). 노인시설 간호사의 간호역량에 미치는 변인, *노인간호학회지, 12*(1), 29-39.

김윤미, 신은영, 이건세 (2006). 고혈압 노인에 대한 사례관리의 효과, *한국노년학, 26*(3), 477-492.

김진현, 이태진, 이진희, 신상진과 이은희 (2010). 맞춤형 방문건강관리사업의 비용-편익분석, *지역사회간호학회지, 21*(3), 362-373.

김주환, 김민규, 홍세희 (2009). *구조방정식모형으로 논문 쓰기*, 서울: 커뮤티케이션북스.

김희걸 (2001). *재가와상노인의 사례관리 모형 개발 및 효과 - RAI 적용을 중심으로*, 중앙대학교 대학원 박사학위논문, 서울.

도광조 (2009). *지역사회복지관 사례관리수행의 영향요인에 대한 연구*, 숭실대학교 박사학위논문, 서울.

민순, 김혜숙과 정영주 (2011). 간호사의 역량강화가 업무성과에 미치는 영향: 상사의 직무역량 인식의 조절효과를 중심으로, *대한경영학회지 춘계학술발표대회 발표논문집*, 361-371.

박미진, 여구환과 박병현 (2010). 지역사회거주 빈곤 노인의 건강증진행위에 대한 영향요인 연구, *노인복지연구, 48*, 205-228.

박선영, 김윤주 (2007). 서비스 만족과 성과의 관계에 관한 탐색적 연구: 저소득층 여성가장에 대한 사례관리 서비스를 중심으로, *사회과학연구, 23*(1), 123-146.

박성애와 윤순녕 (1992). 직무 만족 측정도구 개발, *대한간호학회지, 22*(3), 316-324.

박정숙과 오윤정 (2010). 일 지역 맞춤형 방문건강관리사업의 고혈압·당뇨병 사례관리 효과분석, *한국보건간호학회지, 24*(1), 135-150.

배병렬 (2011). *AMOS 19 구조방정식 모델링 원리와 실제*, 서울: 도서출판 청람.

보건복지가족부 (2008a). 노인실태조사.

보건복지가족부 (2008b). 맞춤형 방문건강관리사업 보도자료.

보건복지부 (2010a). 가족건강사업안내.

보건복지부 (2010b). 국민기초생활보장수급자 현황.

보건복지부 (2010c). 보건복지통계연보, 56.

보건복지부 (2011). 제3차 국민건강증진종합계획(HP2020).

석재은 (2000). 영국의 지역사회보호와 사례관리를 통한 보건·복지서비스 통합, *보건복지포럼, 10*, 51-62.

소애영과 신은영 (1998). 우리나라 공공조직에서의 방문간호사업 담당 간호사들의 직무 만족도에 대한 조사연구, *지역사회간호학지, 9*(2), 262-279.

소은선 (2011). *취약계층을 대상으로 한 맞춤형 방문건강관리사업의 당뇨 사례관리 효과 분석*, 서울대학교 박사학위논문.

신은영, 김철환, 유원섭, 김희걸과 김창엽 (2003). 지역사회 중심의 당뇨 사례관리사업 효과, *지역사회간호학회지, 14*(4), 1-9.

양순옥, 권명순, 최용준과 이승희 (2011). 보건소 맞춤형 방문건강관리사업 관절염 사례관리 효과, *지역사회간호학회지, 22*(3), 151-161.

양순옥, 안수연, 임은실과 권명순 (2008). 강원도 맞춤형 방문건강관리사업 효과 - 고혈압·당뇨 사례관리 중심 -, *지역사회간호학회지, 19*(1), 88-100.

안양희, 김대란, 서복남, 이경의, 이은하, 임은실 (2002). 간호사의 인간관계 경험에 관한 연구, *대한간호학회지, 32*(3), 295-304.

양승주, 홍경수, 임경숙, 박언아, 최성용과 황지은 등 (2009a). *맞춤형 방문건강관리사업 사례관리 대상자 재평가: 허약노인 대상자*, 한국보건사회연구원 건강증진사업지원단.

양승주, 홍경수, 임경숙, 박언아, 최성용과 황지은 등 (2009b). *맞춤형 방문건강관리사업 사례관리 대상자 재평가: 고혈압 대상자*, 한국보건사회연구원 건강증진사업지원단.

양승주, 홍경수, 임경숙, 박언아, 최성용과 황지은 등 (2009c). *맞춤형 방문건강관리사업 사례관리 대상자 재평가: 당뇨 대상자*, 한국보건사회연구원 건강증진사업지원단.

연정운 (2009). *방문건강관리사업 허약노인 사례관리 효과*, 한양대학교 임상간호정보대학원 석사학위논문, 서울.

우종필 (2012). *구조방정식모델 개념과 이해*, 서울: 한나래아카데미.

유현정 (2008). 국민의 안전권 확보를 위한 고찰: 취약계층을 위한 받아들일 수 있는 위험의 수용기준을 중심으로, *한국위기관리논집, 4*(2),

1-15.
윤순녕, 이인숙, 현혜진, 유인자, 김재남과 배정희 (1995). 보건소 방문간호 사업의 질 보장을 위한 연구, *지역사회간호학회지, 6*(2), 275-285.
이석민 (2010). 사회서비스사업에 대한 '프로그램 이론 주도 평가모형'의 적용에 관한 연구 : 맞춤형 방문건강관리사업을 중심으로, *한국정책학회보, 19*(2), 315-422.
이순묵 (1990). *공변량 구조분석*, 서울: 성원사.
이은옥, 임난영, 박현애, 이인숙, 김종임과 배정이 등 (2009). *간호연구와 통계분석*, 서울: 수문사.
이인숙, 양순옥, 고영, 김효신 (2009). *맞춤형 방문건강관리사업 코호트 구축 및 중장기 전략수립을 위한 연구*, 건강증진사업지원단.
이인숙, 정혜선, 박은옥, 문현정, 이지우, 오희선 등 (2010). *맞춤형 방문건강관리사업가구별 사례관리 강화를 위한 방문선임인력 및 신규인력 직무 매뉴얼 개발 연구*, 건강증진사업지원단.
이정숙, 김수진 (2002). 만성정신질환자의 재활을 위한 사례관리 효과, *정신간호학회지, 11*(2), 206-220.
이정찬, 박재산과 김귀현 (2010). 노인의 건강증진행위 실천과 관련요인, *보건교육 건강증진학회지, 27*(2), 121-139.
이종수 (2009). *행정학사전*, 대영문화사.
이주영, 김현리와 김영희 (2006). 방문간호 관리에 따른 고혈압 환자의 자가간호 행위 이행의 차이, *충남대 간호학술지, 9*(1), 53-62.
이주헌 (2004). *재가노인을 위한 사례관리 유형개발과 그 효과성 검증에 관한 연구 -지역사회복지관을 중심으로-*, 성균관대학교 대학원 박사학위 논문, 서울.
이준상 (2003). 재가노인 복지시설에서의 사례관리 실천모형개발을 위한 탐색적 연구-경북지역 재가노인복지시설을 중심으로-, *사회복지개발연구, 9*(1), 59-82.
이중섭 (2009). 노인복지관 이용 노인의 만족도에 영향을 미치는 경로, *한*

국거버너스학회보, 16(2), 319-346.

이화정 (2009). *사회서비스 성과분석 및 영향요인 - 산모신생아도우미 서비스에 대한 IPA 기법을 중심으로-*, 청주대학교 대학원 박사학위논문, 청주.

장금성 (2000). *간호사의 임상경력개발 모형구축에 관한 연구*, 연세대학교 박사학위논문, 서울.

전경자, 이지윤과 윤종률 (2009). 재가노인 기능상태 평가도구를 이용한 재가노인 사례관리 프로그램의 효과 평가, *대한간호학회지, 39*, 366-375.

정순둘과 고미영 (2003). 재가노인을 위한 사례관리 서비스의 효과성 연구 - 팀 접근 모델을 중심으로-, *한국사회복지학, 8*, 273-294.

정정순 (2009). *고혈압 노인환자에게 실시한 사례관리 프로그램의 효과 - 일 보건소 맞춤형 방문건강관리사업을 중심으로 -*, 한국방송통신대학교 석사학위논문, 서울.

진영란, 이인숙과 장현숙 (2004). 보건소 방문보건사업 효과와 간호중재 분석, *지역사회간호학회지, 15*(3), 353-364.

차민호, 유미예와 서인해 (2006). *사례관리집행에 영향을 미치는 요인에 관한 연구*, 한국사회복지학회 2006년도 추계 공동학술대회 자료집, 389-390.

통계청 (2011). 2010 고령자통계.

한국건강증진재단 (2011). 내부자료.

한명화 (1987). *서울시내 보건간호사의 역할갈등과 직무만족에 관한 연구*, 연세대학교 석사학위논문, 서울.

한혜경 (2009). 재가노인 대상 강점관점 사례관리의 효과성 연구, *한국사회복지학, 61*(4), 243-263.

한혜경, 이정애와 정은경 (2002). 사례관리를 통한 보건복지 통합프로그램이 농촌 노인의 기능과 삶의 질에 미치는 영향, *한국사회복지행정학, 8*, 61-81.

함철호와 윤원일 (2010). 공공전달체계내 사회복지직 공무원의 사례관리수행과 영향 요인-전라남도 지역을 중심으로-, *한국지역사회복지학, 35*, 231-262.

황성철 (1995). 사례관리실천을 위한 모형개발과 한국적 적용에 관한 연구, *한국사회복지학, 27*, 275-304.

황주현 (2010). *허약노인의 신체기능과 건강행위*, 이화여자대학교 석사학위 논문, 서울

형희경과 장효순 (2011). 맞춤형 방문건강관리사업 노인대상자의 고혈압군, 당뇨군, 고혈압·당뇨군별 건강상태 및 건강행태 비교, *지역사회간호학회지, 22*(1), 11-21.

Abell, J., Hughes, J., Reilly, S., Berzins, K., & Challis, D. (2010). Case management for long-term conditions: Developing targeting process, *Case Management Journals, 11*(1), 11-18.

van Achterberg, T., Stevens, F. J., Crebolder, H. F., De Witte, L. P., & Philipsen, H. (1996). Coordination of care: effects on continuity and quality of care, *International Journal of Nursing Studies, 33*, 638-650.

Aliotta, S. L. (2000). Focus on case management: Linking outcomes and accountability, *Topics in Health Information Management, 20*(3), 11-16.

Allen, S. A. (1999). Description and outcomes of a medicare case management program by nurse, *Home Health Care Services Quarterly, 18*, 43-68.

Austin, C. D. (2002). Case management: Who need it? Does it work? *Care Management Journals, 3*(4), 178-184.

Bader (1988). Nursing care behaviors that predict patient satisfaction, *Journal of Nursing Quality Assurance, 2*(3), 11-17.

Baugh, R. F. & Freeman, M. (2003). Ingredients of a successful case management program, *The Physician Executive, 29*(2), 30-33.

Bergen, A.(1992). Case management in community care: concepts, practices and implications for nursing, *Journal of Advanced Nursing, 17*, 1106-1113.

Bernabei, R., Landi, F., Gambassi, G., Sgadari, J., Zuccala, G., Mor, V., et al. (1998). Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community, *British Medical Journal, 316*, 1348-1351.

Bjorkman, T. & Hansson, L. (2001). Client satisfaction with case management: A study of 10 pilot services in Sweden, *Journal of Mental Health, 10*(2), 163-174.

Bond, S. & Thomas, L. H. (1992). Measuring patients' satisfaction with nursing care, *Journal of Advanced Nursing, 17*, 52-63.

Boyd, M. L., Fisher B., Davidson, A. W., & Neilsen, C. A. (1996). Community-based case management for chronically ill older adults, *Nursing Management, 27*, 31-32.

Brocklehurst, H. & Laurenson, M. (2008). A concept analysis examining the vulnerability of older people, *British Journal of Nursing, 17*(21), 1354-1357.

Burkett, C. W. (1982). Effects of frequency of home visits on achievement of preschool students in a home-based early childhood education program, *Journal of Educational Research, 76*(1), 41-44.

Campbell, S. L., Fowles, E. R., & Weber, B. J. (2004). Organizational structure and job satisfaction in public health nursing, *Public Health Nursing, 21*, 564-571.

Case Management Society of America (2012). What is case

management? Retrieved September, 11, 2012 from http://www.cmsastl.com/cmsastl/index.jsp

Challis, D. (1992). Community care of elderly people: Bringing together scarcity and choice, needs and costs, *Financial Accountability & Management, 8*(2), 77-95.

Clark, N. M., Becker, M. H, Janz, N. K., Lorig, K., Rakowski, W., & Anderson, L. (1991). Self-management of chronic disease by older adults: A review and questions for research, *Journal of Aging Health, 3*, 3-27.

Cleary, P. & McNeil, B. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality of care, *Inquiry, 25*, 25-36.

Cohen, S. & Hoberman, H. M. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress, *Journal of Applied Social Psychology, 13*, 79-125.

Cottrell, B. H., & Grubbs, L. M. (1994). Women's satisfaction with couplet care nursing compared to traditional postpartum care with rooming-in. *Research in Nursing and Health, 17*, 401-409.

Cryns, A. G., Nichols, R. C., Katz, L. A., & Calkins, E. (1989). The Hierarchial structure of geriatric patient satisfaction, *Medical Care, 28*(8), 802-816.

De la Cuesta, C. (1994). Relationships in health visiting: enabling and mediating, *International Journal of Nursing Studies, 31*(5), 451-459.

Department of Health (2005). Case management competences framework for the care of people with long term conditions. United Kingdom.

Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and*

monitoring: Vol. I. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.

Donabedian, A. (1987). Commentary on some studies on the quality of care, *Health Care Financing Review*, 75-85.

Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed?, *Journal of the American Medical Association, 260*, 1743-1748.

Donabedian, A., Wheeler, R. C., & Wyszewianski, L. (1982). Quality, cost and health: A integrative model. *Medical care, 20*, 975-992.

Draine, J. & Solomon, P. (1996). Case manager alliance with clients in an older cohort, *Community Mental Health Journal, 32*(2), 125-134.

Drennan, V. & Goodman, C. (2004). Nurse-led case management for older people with long-term conditions, *British Journal of Community Nursing, 9*(12), 527-533.

Elkan et al. (2001). Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis, *British Medical Journal, 323*, 719-725.

Evans, C., Drennan, V., & Roberts, J. (2005). Practice nurses and older people: A case management approach to care, *Journal of Advanced Nursing, 51*(4), 343-352.

Fick, D. M., Clark, W. F., Riley, P., Cunningham, B., & Malakoff, F. (2000). Advanced practice nursing care management model for elders in a managed care environment, *The Journal of Care Management, 6*, 28-49.

Fitzgerald, J. F., Smith, D. M., Martin, D. K., Freedman, J. A., Katz, B. P. (1994). A case manager intervention to reduce readmissions, *Archives Internal Medicine, 154*(15), 1721-1729.

Forbes, D. A. (1996). Clarification of the constructs of satisfaction and dissatisfaction with home care, *Public Health Nursing, 13*(6), 377-385.

Gagnon, A. J., Schein, C., McVey, L., & Bergman, H. (1999). Randomized controlled trial of nurse case management of frail older people, *Journal of the American Geriatrics Society, 47*, 1118-1124.

Girade, N. (1994). The case management model of patient care delivery, *Association of periOperative Registered Nurses Journal, 60*(3), 403-415.

Goode, C. J. (1995). Impact of a caremap and case management on patient satisfaction and staff satisfaction, collaboration, and autonomy, *Nursing Economic$, 13*(6), 337-361.

Green, A. & Davis, S. (2005). Toward a predictive model of patient satisfaction with nurse practitioner care, *Journal of the American Academy of Nurse Practitioner, 17*(4), 139-148.

Greenslade, J. H. & Jimmieson, N. L. (2011). Organizational factors impacting on patient satisfaction: A cross sectioanl examination of service climate and linkages to nurses' effort and performance, *International Journal of Nursing Science, 48*, 1188-1198.

van Haastregt, J. C., Diederiks, J. P., van Rossum, H., De Witte, L. P., Voorhoever, P. M., & Crebolder, H. F. (2000). Effects of a program of multifactorial home visits on falls and mobility impairments in elderly people at risk: randomised controlled trial, *British Medical Journal, 321*, 994-998.

Hadjistavropoulos, H. D., Sagan, M., Bierlein, C.. & Lawson, K. (2003). Development of a case management quality

questionnaire, *Care Management Journals, 4*(1), 8-17.

Henderson, C., Phelan, M., Loftus, L., Dall'Agnola, R. & Ruggeri, M. (1999). Comparison of patient satisfaction with community-based vs. hospital psychiatric services, *Acta Psychiatrica Scadinavica, 99*, 188-195.

Hill, J. (1997). Patient satisfaction in a nurse-led rheumatology clinic, *Journal of Advanced Nursing, 25*, 347-354.

Holm Frich, L. M. (2003). Nursing interventions for patients with chronic conditions, *Journal of Advanced Nursing, 44*(2), 137-153.

Hsieh, C. M. (2006). Using client satisfaction to improve case management services for elderly, *Research on Social Work Practice, 16*(6), 605-612.

Intagliata, J. & Baker, F. (1983). Factors affecting case management services for the chronically mentally ill, *Administration in Mental Health, 11*(2), 75-90.

Jacobson Vann, J. C. (2006). Measuring community-based case management performance: Strategies for evaluation, *Lippincott's Case Management, 11*(3), 147-157.

Johansson, P., Oleni, M., & Fridlund, B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: A literature study, *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 16*, 337-344.

Juhl, N., Dunkin, J. W., Stratton, T., Geller, J., & Ludtke, R. (1993). Job satisfaction of rural public and home health nurses, *Public Health Nursing, 10*(1), 42-47.

Kahana, E., Lawrevce, R. H., Kahana, B., & Stange, K. (2002). Long-term impact of preventive proactivity on quality of life of the old aged, *Psychosomatic Medicine, 64*, 382-394.

Kaplan, M. S., Newsom, J. T., McFarland, B. H., & Lu, L. (2001). Demographic and psychosocial correlates of physical activity in late life, *American Journal of Preventive Medicine, 21*, 306-312.

Katz, S., Downs, D., Cash, R., & Grotz, C. (1970). Progress in development of the index of ADL, *Gerontologist, 10*(1), 20-30.

Kendall, S. (1993). Do health visitors promote client participation? An analysis of the health visitor-client interaction, *Journal of Clinical Nursing, 2*, 103-109.

King, R., Meadows, G., & Le Bas, J. (2004). Compiling a caseload index for mental case management, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38*, 455-462.

Kinkenberg, W. D., Calsyn, R. J., & Morse, G. A. (2002). The case manager's view of the helping alliance, *Care management Journals, 3*(3), 120-125.

Landi et al. (1999). Impact of integrated home care services on hospital use, *Journal of American Geriatrics Society, 47*, 1430-1434.

Laferriere, R. (1993). Client satisfaction with home health care nursing, *Journal of Community Health Nursing, 10*(2), 67-76.

Latour et al. (2007). Nurse-led case management for ambulatory complex patients in general health care: A systematic review, *Journal of Psychosomatic Research, 62*, 385-395.

Lee, D. T. F., Mackenzie, A. E., Dudley-Brown, S., & Chin, T. M. (1998), Case management; A review of the definitions and practices, *Journal of Advanced Nursing, 27*, 933-939.

Lim, W. K., Lambert, S. F., & Gray, L. C. (2003). Effectiveness of case management and post-acute services in older people

after hospital discharge, *The Medical Journal of Australia, 178*, 262-266.

Lin, B. & Kelly, E. (1995). Methodological issues in patient satisfaction surveys, *International Journal of Health Care Quality Assurance, 8*(6), 32-37.

Lin, C. C. (1996). Patient satisfaction with nursing care as an outcome variable: Dilemmas for nursing evaluation researchers, *Journal of Professional Nursing, 12*(4), 207-216.

Luker, K. A., Chalmer, K. I. (1990). Gaining access to clients: the case of health visiting, *Journal of Advanced Nursing, 15*, 74-82.

Lyon, J. C. (1993). Models of nursing care delivery and case management: Clarification of terms, *Nursing Economics, 11*(3), 163-168.

Marek, K. D. & Baker, C. D. (2006). Nurse home visit program for the elderly, *Annual Review of Nursing Research, 24*, 157-178.

Markle-Reid, M., Browne, G., Weir, R., Gafni, A., Roberts, J., & Henderson, S. R. (2006). The effectiveness and efficiency of home-based nursing health promotion for older people: A review of the literature, *Medical Care Research and Review, 63*(5), 531-569.

Marshall, B. S., Long, M. J., Voss, J., Demma, K., & Skerl, K. P. (1999). Case management of the elderly in a health maintenance organization: The implication for program administration under managed care, *Journal of Healthcare Management, 44*, 477-493.

Mateo, M. A. & Newton, C. (2002). Designing measurements to assess case management outcomes, *Lippincott's Case*

Management, 7(6), 261-266.

Melis, R. J., van Eijken, M., Teerenstra, S., van Achterberg, T., Parker, S. G., & Borm, G. F. et al. (2008). A randomized study of a multidisciplinary program to intervene on geriatric syndromes in vulnerable older people who live at home, *The Journal of Gerontology, 63A*(3), 283-290.

Moore, S. (1992). Case management and the integration of services: How service delivery system shape case management, *Social Work, 37*(5), 418-423.

Nakatani, H. & Shimanouchi, S. (2004). Factors in care management affecting client outcomes in home care, *Nursing and Health Sciences, 6*, 239-246.

Neale, M. S. & Rosenheck, R. A. (1995). Therapeutic alliance and outcome in a VA intensive case management program, *Psychiatric Services, 46*, 719-721.

Newcomer, R., Maravilla, V., Faculjak, P., & Graves, M. T. (2004). Outcomes of preventive case management among high-risk elderly in three medical groups, *Evaluation & The Health Professions, 27*(4), 323-348.

Norris, S., Nichols, P., Caspersen, C., Glasgow, R., Engelgau, M., & Leonard, J. (2002). The effectiveness of disease and case management for people with diabetes: A systematic review, *American Journal of Preventive Medicine, 22*(4S), 15-38.

Oeseburg, B., Wynia, K., Middel, B., & Reijneveld, S. A. (2009). Effects of case management for frail older people or those with chronic illness: A systematic review, *Nursing Research, 58*(3), 201-210.

Offredy, M., Bunn, F., & Morgan, J. (2009). Case management in long

term conditions: An inconsistent journey?, *British Journal of Community Nursing, 14*(6), 252-257.

Oliva, N. L. (2010). A closer look at nurse case management of community-dwelling older adults: Observations from a longitudinal study of care coordination in the chronically ill, P*rofessional Case Management, 15*(2), 90-100.

Paavilainen, E., Astedt, P. (1997). The client-nurse relationship as experienced by public health nurses: Toward better collaboaration, *Public Health Nursing, 14*(3), 137-142.

Park, E. J. (2007). Review of patient satisfaction with case management, *Journal of Korean Academy of Nursing Administration, 13*(3), 311-320.

Pathy, M. S., Bayer, A., Harding, K., & Dibble, A. (1992). Randomised trial of case finding and surveillance of elderly people at home, *Lancet, 340*, 890-893.

Pender, N. J. (1987). *Health promotion in nursing practice*, 2nd ed., Norwalk. Con. ppolton & Lange.

Petersen, M. (1988). Measuring patient satisfaction: Collecting useful data, *Journal of Nursing Quality Assurance, 2*(3), 25-35.

Powell, S. K., and Tahan, H. A. (2008). *Core curriculum for case management* (2nd ed.), Case management society of America.

Riordan, J. (1991). Prestige: Key to job satisfaction for community health nurses, *Public Health Nursing, 8*(1), 59-64.

Rosati, R. J., Marren, J. M., Davin, D. M., & Morgan, C. J. (2009). The linkage between employee and patient satisfaction in home healthcare, *Journal for Healthcare Quality, 31*(2), 44-53.

Rossi, P. H., Freeman, H. E., & Lipsey, M. W. (1999). *Evaluation: A systematic approach* (6th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

van Rossum, E., Frederiks, C. M., Philipsen, H., Portengen, K., Wiskerke, J., & Knipschild, P. (1993). Effects of preventive home visits to elderly people, *British Medical Journal, 307*, 27-32.

Sahin, B., Yilmaz, F., & Lee, K. H. (2007). Factors affecting inpatient satisfaction: Structural equation modeling, *Journal of Medical Systems, 31*, 9-16.

Schifalacqua, M., Hook, M., O'Hearn, P., & Schmidt, M. (2000). Coordinating the care of the chronically ill in a world of managed care, *Nursing Administration Quarterly, 24*, 12-20.

Shi, L. (2001). The convergence of vulnerable characteristics and health insurance in the US, *Social Science & Medicine, 53*, 519-529.

Shin, S. A. (2009). *Evaluating a community-based case management program for people with diabetes in Korea*, Unpublished doctoral dissertation, La Trobe University, Bandoora, Australia.

Speake, D. L., Cowart, M. E., & Pallet, K. (1989). Health prescriptions and lifestyles of the elderly, *Research in Nursing & Health, 12*, 93-100.

Spencer, L. M., & Spencer, S. M. (1993). *Competence at work: Models for superior performance*, John Wiley & Son, Inc. (민병모 외 3인 공역, 핵심역량모델의 개발과 활용, 1997, 서울: PSI 컨설팅)

Stamps, P. L., Piedmont, E. B., Slavitt, D. B., & Haase, A. M. (1978). Measurement of work satisfaction among health professionals, *Medical Care, 16*(4), 337-352.

Stuck, A. E, Aronow, H. U., Steiner, A., Alessi, C. A., Bula, C. J., & Gold, M. N. et al. (1995). A trial of annual in-home comprehensive

geriatric assessments for elderly people living in the community, *The New England Journal of Medicine, 333*, 1184-1189

Stuck, A. E., Egger, M., Hammer, A., Minder, C. E., & Beck, J. C. (2002). Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis, *Journal of the American Medical Association, 287*, 1022-1028.

Summers, M. (2000). Facilitating comparisons between evaluations of case management program, *Care Management Journals, 2*(2), 86-92.

Swendsen Boss, L. A. (1985). Teaching for clinical competence, *Nurse Educator, 10*(4), 8-12.

Tappen, R. M., Hall, R. F., & Folden, S. L. (2001). Impact of comprehensive nurse-managed transitional care, *Clinical Nursing Research, 10*, 295-313.

Tzeng, H. M., Ketefian, S., & Redman, R. W. (2002). Relationship of nurses' assessment of organizational cultiure, job satisfaction, and patient satisfaction with nursing care, *International Journal of Nursing Studies, 39*(1), 79-84.

Wagner, Austin, & Von Korff (1996). Organizing care for patients with chronic illness, *The Milbank Quarterly, 74*(4), 511-544.

Woodring, S., Polomano, R. C., Haagen, B. F., Haack, M. M., Nunn, R. R., Miller, G. I., et al. (2004). Development and testing patient satisfaction measure for inpatient psychiatry care, *Journal of Nursing Care Quality, 19*, 137-147.

Wright, K., Ryder, S., & Gousy, M. (2007). Community matrons improve health: patients' perspectives, *British Journal of Community Nursing, 12*(10), 453-459.

Appendices

Appendix 1. 연구대상자보호심의 결과통보서

연구대상자보호심의 결과통보서

승인번호: 2012-35

연구제목: 취약계층 재가노인의 사례관리 성과와 영향요인에 관한 구조모형 구축

책임 연구자: 문현정

연구 기간: 2012년 7월 23일 ~ 2012년 12월 31일

위 연구는 연구 대상자 선정과 연구 절차에 있어서 연구 대상자에게 위험성(또는 맹검성)을 최소화 했으며 연구 대상자 신원보호와 연구 참여 동의서 양식이 명확하게 제시되어있어 연구 시행이 가능한 것으로 통과 되었습니다. 본 위원회에서는 연구자가 연구참여자(환자, 간호사)에게 연구과정 중에 참여를 중단할 수 있는 권리를 충분히 알려주도록 권고합니다.

단, 연구과정에서 발생하는 모든 문제는 연구자의 책임임을 알려 드립니다.

2012년 7월 26일

서 울 대 학 교 간 호 대 학
연구대상자보호심의위원장

Appendix 2. 연구 참여 동의서

연구 참여 동의서

연구제목 : 취약계층 재가노인의 사례관리 성과와 영향요인에 관한 구조모형 구축

안녕하십니까? 저는 서울대학교 간호대학에서 박사과정을 수료한 학생입니다. 본 연구의 목적은 사례관리 체계 안에서 취약계층 재가노인 대상 사례관리의 성과 변수에 직·간접적으로 영향을 미치는 요인을 규명하고 가설적 모형을 구축하여 재가노인 사례관리 전략을 위한 기초자료를 마련하는데 있습니다.

선생님께서 업무가 여러모로 바쁘고 힘드신 줄 압니다. 그러나 답해주시는 문항의 결과들이 보건소 사례관리 **담당 간호사님의 업무 현황**과 **대상자와 관계형성의 중요성과 성과와의 관련성**, **직무만족도와 사례관리 성과와의 관련성**, 유일하게 대상자와 소통하는 **방문간호사님의 전문성**을 알리고 발전시키는데 큰 기여를 하리라 확신하며 소중한 협조를 부탁드립니다.

본 연구는 간호사님이 설문지에 자가보고하는 형식으로 참여하실 것이며, 자발적으로 참여 의사를 밝히신 분에 한하여 수행될 것입니다. 또한 설문 도중 언제든지 그만두실 수 있습니다. 만일 그만두고 싶으시다면 연구자에게 즉시 말씀하여 주십시오. 연구에 참여하는 동안 일어날 수 있는 위험은 거의 없으며 면담에 소요되는 시간은 20~30분이고 한 번 측정으로 완료됩니다. 본 연구에 시간을 내어 참여해주신 답례로 소정의 사례를 할 예정입니다.

면담에 응하신 참여자의 이름이나 개인 정보는 일체 수집하지 않으며, 수집된 모든 정보는 연구자만이 알 수 있도록 처리하여 잠금 장치가 있는 곳

에 보관하고 연구 논문이 인쇄자료로 발표된 후에는 분쇄 폐기 처리될 것입니다.

궁금하신 사항이 있으시면 아래의 연락처로 연락 주시기 바랍니다.

연구에 참여하여 주셔서 대단히 감사합니다.

"본인은 이 연구에 대한 설명을 충분히 들었으며, 이 연구에 참여할 것을 동의합니다. 본인은 자발적으로 이 연구에 참여하고 있음을 알고 있습니다.

성명: _____ **(서명)** ____ **날짜:** 2012 / / ____

이 연구는 서울대학교 간호대학 연구대상자 보호 심사 위원회의 승인을 받았습니다."

연구자 : 문현정 (서울대학교 대학원 지역사회간호학 전공) 연락처 : 02-740-8468

연구 참여 동의서

연구제목 : 취약계층 재가노인의 사례관리 성과와 영향요인에 관한 구조모형 구축

안녕하십니까? 저는 서울대학교 간호대학에서 박사과정을 수료한 학생입니다. 본 연구는 보건소에서 실시하고 있는 방문건강관리 서비스를 받으신 어르신의 건강행위와 서비스 만족도에 영향을 미치는 요인들을 분석함이 목적입니다.

어르신의 답변은 향후 지역에 계신 어르신들을 직접 방문하는 보건소 방문간호사의 방문보건 서비스 개발이나 정책을 만드는 데 귀중한 자료가 되오니 본 자료수집에 끝까지 성심 성의껏 응답하여 주시면 대단히 감사하겠습니다.

본 연구는 어르신들이 설문지에 스스로 표시하시거나 조사자가 읽어주는 내용을 듣고 표시하는 형식으로 참여하실 것이며, 자발적으로 참여 의사를 밝히신 분에 한하여 수행될 것입니다. 또한 설문 도중 언제든지 그만두실 수 있습니다. 만일 그만두고 싶으시다면 연구자에게 즉시 말씀하여 주십시오. 연구에 참여하는 동안 일어날 수 있는 위험은 거의 없으며 면담에 소요되는 시간은 10~15분이고 한 번 측정으로 완료됩니다. 본 연구에 시간을 내어 참여해주신 답례로 소정의 선물을 드릴 것입니다.

면담에 응하신 참여자의 이름이나 개인 정보는 일체 수집하지 않으며, 수집된 모든 정보는 연구자만이 알 수 있도록 처리하여 잠금 장치가 있는 곳에 보관하고 연구 논문이 인쇄자료로 발표된 후에는 분쇄 폐기 처리될 것입니다.

궁금하신 사항이 있으시면 아래의 연락처로 연락 주시기 바랍니다.
연구에 참여하여 주셔서 대단히 감사합니다.

"본인은 이 연구에 대한 설명을 충분히 들었으며, 이 연구에 참여할 것을 동의합니다. 본인은 자발적으로 이 연구에 참여하고 있음을 알고 있습니다.

성명 : _____(서명)_____ 날짜 : 2012 / /

이 연구는 서울대학교 간호대학 연구대상자 보호 심사 위원회의 승인을 받았습니다."

연구자 : 문현정 (서울대학교 대학원 지역사회간호학 전공) 연락처 : 02-740-8468

Appendix 3. 설문지(측정도구)

◆ 다음은 방문건강관리사업의 사례관리 업무를 수행하고 있는 **간호사의 역량**에 관한 내용입니다. 해당사항에 표시하십시오.

	내 용	그렇지 않다 (1점)	대체로 그렇지 않다 (2점)	대체로 그렇다 (3점)	매우 그렇다 (4점)
1	일상적인 사례관리 업무의 원활한 수행과 개선을 위한 노력을 지속적으로 시도한다.				
2	업무 단위에서 사용하는 물적 자원의 확보, 유지, 보수를 효율적으로 운용하는 능력이 있다.				
3	간호사로서 인간의 생명과 기본권의 존중에 기초하여 마땅히 해야 할 도리를 실천하는 도덕적이고 윤리적인 가치와 신념이 있다.				
4	다른 사람과 협력하여 함께 일하려는 진지한 의도가 있다.				
5	간호직무와 관련된 전문성을 확보하여 활용하고 지속적으로 확장, 전파하려는 노력을 한다.				
6	주어진 직무 과제를 해낼 수 있다는 자기 능력에 대한 신념이 있다.				
7	직무 관련 스트레스나 타인의 적대적인 반응에 직면했을 때 감정을 조절하고 자제하는 능력이 있다.				
8	다양한 상황, 환자, 동료, 의사 또는 집단 등에 자신을 적응시키고 이들과 함께 효율적으로 일을 처리해 나갈 수 있는 능력이 있다.				
9	환자/가족의 생각이나 관심, 감정이나 요구를 이해하고 감정이입하는 능력이 있다.				
10	환자 및 가족을 돕거나 환자에게 간호서비스를 제공하여 그들의 요구를 충족시키기 위해 최선의 노력을 시도한다.				
11	환자의 상태변화를 인식하거나 문제를 분별하는 지각력과 동시에 위기에 대처하는 능력이 있다.				
12	간호목표 달성에 대한 협력을 얻어내기 위하여 환자 및 가족을 확신시키고 설득하려는 의도가 있고, 동료나 의사에게 이를 위해 어떤 영향을 행사할 수 있다.				
13	환자, 가족, 동료 및 기타 사람들을 지도, 교육하거나 발전시키고자 하는 의도가 있다.				

◆ 다음은 방문건강관리사업의 사례관리 업무를 수행하고 있는 **간호사의 직무만족도**에 관한 내용입니다. 해당사항에 표시하십시오.

구분		매우 그렇게 느낀다	그렇게 느낀다	보통 이다	그렇게 느끼지 않는다	항상 그렇게 느끼지 않는다
1	나는 현재 받고 있는 봉급에 만족한다.	5	4	3	2	1
2	일이 바쁠 때는 보건소 팀 서로가 도우며 일하기를 주저하지 않는다.	5	4	3	2	1
3	방문보건 전담간호사에게 요구되는 기록이 너무 많다.	1	2	3	4	5
4	보건소에서 필요 이상의 감독을 받고 있다.	1	2	3	4	5
5	나를 제외한 다른 간호사들은 현재 받고 있는 봉급에 만족한다.	1	2	3	4	5
6	업무량이 많지 않으면 업무수행을 더 잘 할 수 있을 것이다.	5	4	3	2	1
7	보건간호 활동에서 생기는 문제들과 보건행정에서 다루는 문제 사이에는 차이가 있다.	1	2	3	4	5
8	내가 수행하는 보건간호 업무는 정말 중요한 일이다.	5	4	3	2	1
9	간호기록에 소비하는 시간은 적당하며 이것 때문에 대상자 간호시간을 뺏기지는 않는다.	5	4	3	2	1
10	직속상관이 보건간호 업무 수행을 다 결정하며 내가 결정하는 업무는 거의 없다.	1	2	3	4	5
11	현재 수행하는 업무활동 형태에 만족한다.	5	4	3	2	1
12	보건소 팀과 보건사업 문제에 대하여 토의할 기회와 시간을 갖는다.	5	4	3	2	1
13	다른 무슨 일보다 내가 수행하는 업무는 중요하다.	5	4	3	2	1
14	전문적 판단에 어긋나는 업무수행을 가끔 요구받는다고 생각한다.	1	2	3	4	5
15	현재 수행하는 업무를 다른 사람에게 자랑스럽게 말한다.	5	4	3	2	1
16	방문보건 전담간호사들은 가족처럼 화목하게 지내지 않는다.	1	2	3	4	5

(계속)

구분		매우 그렇게 느낀다	그렇게 느낀다	보통이다	그렇게 느끼지 않는다	항상 그렇게 느끼지 않는다
17	환자와 보낼 수 있는 시간을 더 가진다면 좀 더 좋은 간호를 해줄 수 있을 것이다.	5	4	3	2	1
18	보건사업을 위한 정책과 활동을 결정하는데 나의 의견을 제시한다.	5	4	3	2	1
19	보건간호 행정가들이 일상적인 문제나 조처에 방문보건 전담간호사의 의견을 반영한다.	5	4	3	2	1
20	나에게 중요한 업무를 결정할 권한이 있으며 직속상관이 나를 지지해준다.	5	4	3	2	1
21	진로 결정을 다시 한다 해도 여전히 방문보건 간호사를 택할 것이다.	5	4	3	2	1

◆ 다음은 방문건강관리사업의 사례관리 업무를 수행하고 있는 **간호사의 대상자와의 협력관계**에 관한 내용입니다. 해당사항에 표시하십시오.

	내 용	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통 이다	그렇다	매우 그렇다
1	나는 대상자와 함께 있는 것이 불편하다.	5	4	3	2	1
2	대상자의 문제를 개선하는데 도움이 되도록 사례관리에서 해야 될 것들에 대해 대상자와 나는 의견이 같다.	1	2	3	4	5
3	여태까지 해온 사례관리 중재가 효과가 없을 것 같아 걱정된다.	5	4	3	2	1
4	대상자와 나는 사례관리에서 현재 우리가 하고 있는 일들이 유익하다고 믿는다.	1	2	3	4	5
5	나는 대상자를 제대로 이해한다고 느낀다.	1	2	3	4	5
6	대상자와 나는 일치된 건강관리 목표를 가지고 있다.	1	2	3	4	5
7	대상자는 내가 사례관리를 위해 방문시 우리가 뭘 하고 있는 것인지 잘 모르는 것 같다.	5	4	3	2	1
8	대상자는 나에 대해 호감을 갖고 있다고 생각한다.	1	2	3	4	5
9	나는 대상자에게 사례관리의 목적을 분명히 해 줄 필요가 있다고 느낀다.	5	4	3	2	1
10	방문시 대상자와 나의 사례관리 목표가 일치하지 않는 때가 있다.	5	4	3	2	1
11	대상자와 내가 함께 보내고 있는 시간이 효율적이지 않다는 생각이 든다.	5	4	3	2	1
12	나는 방문을 통해서 우리가 무엇을 얻으려고 하는지 모르겠다.	5	4	3	2	1
13	나는 대상자에게 건강관리를 위해서 그가 해야 할 바를 분명하게 알려주고 있다.	1	2	3	4	5
14	최근의 사례관리 방문 동안에 설정한 목표들은 대상자에게 중요하다.	1	2	3	4	5
15	대상자와 내가 사례관리에서 하고 있는 것이 대상자의 관심사와는 관련이 없는 것 같다.	5	4	3	2	1

(계속)

	내 용	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통 이다	그렇다	매우 그렇다
16	사례관리에서 우리가 하는 일들은 대상자가 바라는 변화를 이루는 데 도움이 될 것이라 믿는다.	1	2	3	4	5
17	나는 진심으로 대상자의 행복에 관심을 가지고 있다.	1	2	3	4	5
18	나는 사례관리에서 내가 대상자에게 원하는 행동이 무엇인지 알고 있다.	1	2	3	4	5
19	대상자와 나는 서로 존중하고 있다.	1	2	3	4	5
20	나는 대상자에 대한 느낌을 완전히 솔직하게 나타내지는 않는 것 같다.	5	4	3	2	1
21	나는 나에게 대상자를 도울 능력이 있다고 확신한다.	1	2	3	4	5
22	우리는 서로 합의한 목표를 향해 노력하고 있다.	1	2	3	4	5
23	나는 대상자를 하나의 인격체로 존중한다.	1	2	3	4	5
24	우리는 대상자가 해야 할 중요한 것이 무엇인지에 대해 의견이 같다.	1	2	3	4	5
25	지금까지의 중재를 통하여 대상자는 자신이 어떻게 변화할 수 있을 것인지에 대해 보다 분명해 하는 것 같다.	1	2	3	4	5
26	대상자와 나는 서로 신뢰하고 있다.	1	2	3	4	5
27	대상자의 문제가 무엇인지에 대해 대상자와 나는 이해하는 바가 다르다.	5	4	3	2	1
28	우리가 형성한 관계는 대상자에게 중요하다.	1	2	3	4	5
29	대상자는 만약 자기가 틀린 말을 하거나 뭔가 잘못하면 내가 관리를 그만 둘 것이라는 두려움을 갖고 있다.	5	4	3	2	1
30	대상자와 나는 지금까지 협력해서 사례관리의 목표를 정해왔다.	1	2	3	4	5

(계속)

	내 용	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통 이다	그렇다	매우 그렇다
31	대상자는 사례관리에서 내가 자기에게 요청한 것들을 제대로 하지 못해 실망하고 있다.	5	4	3	2	1
32	우리는 대상자에게 유익한 변화가 어떤 것들인지 충분히 이해하고 있다.	1	2	3	4	5
33	사례관리에서 우리가 하고 있는 것들은 대상자에게 그다지 의미가 없다.	5	4	3	2	1
34	대상자는 사례관리에서 어떤 결과를 기대해야할지 모르고 있다.	5	4	3	2	1
35	대상자는 우리가 자신의 문제를 올바른 방식으로 다루고 있다고 생각한다.	1	2	3	4	5
36	내가 하지 말라고 하는 일을 대상자가 하더라도 나는 여전히 대상자를 존중한다.	1	2	3	4	5

◆ 다음은 간호사님에 대한 내용입니다. 다음 항목에 대한 해당사항을 표시하거나 기입해주십시오.

1. 성별 : 남 / 여

2. 연령 : 만 (　　)세, 생년 (　　)년생

3. 결혼 상태
① 미혼　② 기혼　③ 이혼　④ 사별　⑤ 별거　⑥ 재혼

4. 총 임상(병원)경력 : (　　)년 (　　)개월

5. 보건소 총 근무 경력 : (　　)년 (　　)개월

6. 현재 근무하시는 보건소 근무 경력 : (　　)년 (　　)개월

7. 방문건강관리사업 총 근무 경력 : (　　)년 (　　)개월

8. 최종 교육수준:

① 전문학사　② 간호학사　③ 방송통신대학사
④ RN-BSN학사　⑤ 대학원 석사　⑥ 대학원 박사

9. 현재 고용 상태

① 정규직　② 계약직　③ 임시직
④ 기타 _____

◆ 다음은 집중관리군에게 제공된 사례관리서비스에 대한 내용입니다. 아래 대상자 선정 기준에 합당한 대상자 **한 분**을 선택하여 기입해주시기 바랍니다.

★ 대상자 선정 기준

현재 기준으로 가장 최근에 집중관리군으로 분류되어 **허약노인 사례관리**를 실시하였으며 **현재 사례관리가 종료된 65세 이상 노인**

1. 본 대상자에게 제공된 사례관리 중재(직접 방문과 전화) 횟수를 기입하시기 바랍니다.

   방문 : _____회 / 전화 : _____회

2. 본 대상자에게 제공된 사례관리 총 중재 시간을 기입하시기 바랍니다.

   (1) 직접중재시간* : 총 _____시간 _____분

   ***대상자의 가정에서** 수행한 교육, 상담, 간호 등 직접 행위에 소요된 시간으로 본 대상자에게 매회 전화와 방문에 소요된 시간을 모두 합하여 계산하여 주시기 바랍니다.

   직접 방문 _____시간 _____분

   전화 중재 _____시간 _____분

   (2) 간접중재시간** : 총 _____시간 _____분

   대상자에게 적합한 서비스 제공 및 연계를 위해 **대상자 가정 이외에서 수행한 업무에 소요된 시간으로 매회 직접 방문과 전화 이후 본 대상자를 위해 사용한 시간을 계산하여 주시기 바랍니다.(예 : 기록, 서비스 연계를 위한 서류 작업 및 전화, 운전 및 도보 시간 등)

   서비스 연계 관련 서류 작업 및 전화 _____시간 _____분

   기록 _____시간 _____분

   운전 및 도보 시간 _____시간 _____분

   기타( ) _____시간 _____분

3. 다음은 선정된 **대상자**에 관한 사항입니다(초기조사 내용).

(1) 대상자 생년과 성별 : _____ 년생 (남 / 여)

(2) 대상자 교육수준(해당내용에 표시 해주세요)

① 무학 ② 초졸 ③ 중졸 ④ 고졸 ⑤ 대졸 이상

(3) 본인 포함한 가족구성원 수 : _____ 명

(4) 배우자 여부 : 있다 / 없다

(5) 주요질환명 : _____

(6) 주요질환 진단시기 : _____ 년도

(7) 대상자가 진단받은 질병 수 : _____ 개(아래 질환 중 해당질환에 표시)

고혈압, 심장병, 호흡기 질환, 소화기 질환, 관절염, 통풍, 중풍, 당뇨병, 암, 골절, 백내장, 간질환, 정신질환, 기타_____

(8) 대상자 첫 방문일 : _____ 년 _____ 월 _____ 일

(9) 도구적 일상생활 수행능력(IADL) (초기조사 점수) : ____/ 5 점

허약노인 기본 요구조사표 1~5번 총점수를 기입해주시기 바랍니다. → 각각 예 : 1점, 아니오 : 0점 (교통수단 이용하기, 물건사기, 금전관리, 근거리 외출하기, 전화상담조언)

(10) 대상자가 주관적으로 인지하는 본인의 건강상태

(사전 값이 없으면 다음 장으로 넘어가세요.)

① 건강하다 ② 보통이다 ③ 나쁘다

다음은 방문건강관리사업 집중관리군에게 수행하는 **사례관리 업무 수행**에 관한 내용입니다. 각 내용을 읽으시고, 본 대상자에게 다음의 내용을 실제로 수행하였는지 여부를 표기해 주시기 바랍니다. 본 사례관리 수행내용은 연구자가 문헌고찰을 통하여 재구성한 것으로 이론적인 부분과 실제 현장에서 간호사님이 행하는 업무를 구분하기 위함이오니 솔직하게 체크해 주시기 바랍니다.

수행 과정	내용	수행함	수행하지 않음
등록	1. 대상자에게 본인(간호사 사례관리자) 소개하기		
	2. 방문건강관리사업의 목적과 철학 설명하기		
	3. 방문건강관리사업 사례관리의 목적과 방법(절차) 설명하기		
	4. 간호사(사례관리자)의 역할에 대하여 설명하기		
	5. 사례관리 서비스에 대하여 설명하기		
	6. 사례관리의 필요성 설명하기		
	7. 정중한 자세를 유지하기		
	8. 사례관리 서비스 참여에 대한 동의 구하기		
요구 사정	9. 대상자와 직접 면담하기		
	10. 대상자 정보에 관한 비밀 유지에 대하여 설명하기		
	11. 사례관리 서비스에 대한 대상자의 기대와 의지 확인하기		
	12. 필요시 다른 주요 정보제공자(가족, 친척, 간병인 등)로부터 정보 수집하기		
	13. 대상자의 사회경제적 상태 사정하기		
	14. 대상자의 신체적 상태 사정하기		
	15. 대상자의 건강행위 사정하기		
	16. 대상자의 건강 관련 위험요인 사정하기		
	17. 건강문제 도출하기		
	18. 건강문제에 대한 대상자의 반응 사정하기		
	19. 건강문제에 대한 우선순위 설정하기		

수행 과정	내용	수행함	수행하지 않음
계획 수립	20. 대상자에게 사례관리의 계획수립 방법에 대해 설명하기		
	21. 요구사정 결과에 기초한 대상자의 요구정도 설명하기		
	22. 요구사정 결과에 기초한 사례관리 목표에 대해 설명하기		
	23. 대상자에게 필요한 서비스 내용에 대해 설명하기		
	24. 서비스 선택 시 대상자의 의사결정에 필요한 정보 제공하기		
	25. 서비스 효과에 대해 설명하기		
	26. 대상자의 의지 존중하기		
	27. 대상자와 간호사(사례관리자)간 의견 조율하기		
	28. 대상자와 간호사(사례관리자)간 목표 공유하기		
	29. 대상자에게 최종 케어 계획표 보여주기		
수행	30. 대상자에게 8주~12주 동안 사례관리 서비스 제공하기		
	31. 대상자에게 응급상황 시 연락할 수 있는 담당자 정보 제공하기		
	32. 대상자에게 기본간호 제공하기		
	33. 대상자에게 필요한 건강관리교육 실시하기		
	34. 대상자에게 낙상 예방교육 실시하기		
	35. 대상자에게 약물 복용 교육 실시하기		
	36. 대상자(또는 대상자 가족)에게 정서적 지지 제공하기		
	37. 손을 잡아주는 등의 적절한 신체적 접촉으로 대상자 지지하기		
	38. 대상자가 자가간호를 수행할 수 있도록 격려하고 지지하기		

수행 과정	내용	수행함	수행하지 않음
수행	39. 분명하고 쉬운 말로 천천히 이야기하기		
	40. 대상자가 반응하는 시간을 충분히 제공하기		
	41. 의사소통 내용이 정확히 인지되었는지 확인하기		
	42. 대상자의 이해수준에 맞추어 교육방법과 교육자료 조정하기		
	43. 대상자에게 필요한 보건의료서비스 연계하기		
	44. 대상자에게 필요한 사회복지서비스 연계하기		
	45. 대상자에게 불편한 사항이 있을 때 간호사가 조정할 수 있다고 알려주기		
모니터링	46. 대상자로부터 연계된 서비스 제공 여부 확인하기		
	47. 대상자가 현재 서비스를 계속해서 받길 원하는지 확인하기		
	48. 대상자가 다른 서비스 받기를 기대하는지 확인하기		
	49. 필요시 대상자의 요구 변화와 변경사항 사정하기		
	50. 대상자가 어떠한 불만사항도 쉽게 표현할 수 있도록 격려(노력)하기		
평가	51. 대상자가 서비스의 내용에 만족하는지 확인하기		
	52. 대상자가 방문간호사에 대하여 만족하는지 확인하기		
	53. 대상자가 서비스의 시간(또는 빈도)에 만족하는지 확인하기		
	54. 대상자의 상태 변화 평가하기		
	55. 대상자의 문제가 사례관리로 인해 해결되었는지 확인하기		
	56. 사례관리 종료 후 삶의 질이 향상되었는지 확인하기		

(1) 건강생활습관실천

확인할 내용	예	아니오
1. 담배를 피우십니까?	0	1
2. (할머니) 술을 하루에 두 잔 이상 마십니까? (할아버지) 술을 하루에 세 잔 이상 마십니까?	0	1
3. 규칙적으로(일주일에 3~5회, 30분씩) 운동을 하십니까?	1	0
4. 어제와 그제 아침식사를 하셨습니까?	1	0

(2) 도구적 일상생활 수행능력

사례관리 종료 후 도구적 일상생활 수행능력(IADL) : _____ 점

허약노인 기본 요구조사표 1~5번		
질문내용	예	아니오
교통수단 이용하기 1. 버스나 지하철 등 교통수단을 이용해서 혼자 외출할 수 있습니까?	1	0
물건사기 2. 슈퍼마켓이나 동네 가게에서 잘못이나 실수 없이 제대로 생필품을 구입합니까?(주문 배달 경우 '아니오')	1	0
금전관리 3. 은행이나 농협, 우체국 등에서 예금, 적금 등 금전관리를 스스로 하고 있습니까?	1	0
근거리 외출하기 4. 이웃이나 친구 집에 마실하러 다닙니까?	1	0
전화사용 5. 가족이나 친구에게 생활상의 문제에 대해 상담이나 조언을 해줍니까? (전화상담)	1	0

(4) 대상자 만족도

	내용	전혀 그렇지 않다	대체로 그렇지 않다	대체로 그렇다	매우 그렇다
1	방문간호사는 나를 존중해준다.	1	2	3	4
2	방문간호사는 나의 질문에 대답을 잘 해준다.	1	2	3	4
3	방문간호사는 나의 몸 상태를 관찰할 때 설명을 잘해준다.	1	2	3	4
4*	방문간호사는 나에게 너무 많이 물어보는 경향이 있다.	4	3	2	1
5	방문간호사는 나의 기분상태를 배려해준다.	1	2	3	4
6	방문간호사는 내가 받게 될 서비스에 대하여 정보를 준다.	1	2	3	4
7	방문간호사는 건강에 대한 나의 욕구를 이해하고 있다.	1	2	3	4
8	방문간호사는 내가 받을 서비스에 대해 설명해준다.	1	2	3	4
9	내가 받은 서비스는 꼭 필요한 것이었다.	1	2	3	4
10	방문간호사는 나의 병이 언제 시작되었는지 알고 있다.	1	2	3	4
11	방문간호사는 나를 잘 돌보고 지지해 준다.	1	2	3	4
12	방문간호사는 내가 선호하는 것(원하는 것)을 고려해준다.	1	2	3	4
13	방문간호사는 내가 필요로 하는 서비스를 모두 받게 해 주었다.	1	2	3	4
14	방문간호사는 내 전화를 못 받았을 때 바로 다시 전화 해 주었다.	1	2	3	4
15	방문간호사는 내가 편리한 시간에 와 주었다.	1	2	3	4
16	방문간호사는 내가 건강관리를 잘 하고 있는지 확인하기 위해 나를 보러 왔다.	1	2	3	4
17	나는 나의 방문간호사에 만족한다.	1	2	3	4
18*	나는 필요한 서비스를 받기 위해 많이 기다렸다.	4	3	2	1
19	방문간호사는 내가 질문하면 항상 대답할 수 있다.	1	2	3	4

(계속)

	내용	전혀 그렇지 않다	대체로 그렇지 않다	대체로 그렇다	매우 그렇다
20	방문간호사는 나의 건강상태 변화에 재빨리 반응한다.	1	2	3	4
21	나는 내 건강에 대해 고민이 있을 때 방문간호사를 만날 수 있다.	1	2	3	4
22	나는 응급상황이 생기면 방문간호사를 만날 수 있다.	1	2	3	4
23	나는 우리 집에 오는 방문간호사의 이름을 알고 있다.	1	2	3	4
24	내가 받은 방문보건사업은 나의 상황에 맞추어 서비스가 변경되었다.	1	2	3	4
25*	방문간호사는 나에게 필요한 설명을 바로 해주지 않는다.	4	3	2	1
26*	나는 더 많은 도움이 필요하다.	4	3	2	1
27	방문간호사는 정기적으로 나의 요구사항을 검토하였다.	1	2	3	4

Appendix 4. 보충자료

Table 1. Comparison of home health care to CNCM(Community Nurse Case Management)

Indicator	Home health care	Community Nurse Case Management
Status	Homebound	Not homebound
	Skilled care	Medically frail
	New chronic diagnosis	High utilization rate
		Financial high risk
Time frame	Limited duration	Usually long term
Physician order	Yes	No
Model	Medical	Nursing
Type of interaction	Interventional	Inter-relational
Practice paradigms	"Do to and do for"	"Be with"
	"Hands on"	"Refers to appropriate care"
Patient education	Disease/diagnosis specific	Patient choices' focus
Services	Provider	Broker for services
Reimbursement	Fee for service or contracted rate	No charge

Source: Zerull, L. M. (1999). Community nurse case management: Evolving over time to meet new demands, *Family & Community Health, 22*(3), 12-29.

Table 2. Case Management Models by Care Providers

구분	가족보호 모형	지역사회지원 모형	포괄모형
주체	가족과 사례관리자	지역사회의 비공식적 지원체계	사례관리 기관
대상	배우자나 자녀와 동거하는 노인 (신체허약자 또는 만성질환자로써 일상생활 기능수준이 낮은 자, 의료요구와 수발요구가 절실한 자)	독거노인과 노인부부가족	가족보호 모형과 지역사회지원 모형을 통해 해결하지 못하는 다양하고 복합적인 요구와 문제를 가진 노인
기능	가족의 보호능력 극대화, 노인과 가족의 사회적 기능 향상, 노인과 그의 가족과의 상호작용 촉진, 서비스 연계, 요구와 문제 해결	가족 외의 첫 번째 집단의 보호능력 향상, 노인과 지역사회와의 상호작용 촉진, 비공식지원체계와 공식적지원체계의 상호작용 촉진, 서비스 연계	서비스 연계, 사례관리 기관 상호간의 조정, 비공식적 지원체계의 기능 강화, 노인의 사회적 기능향상, 요구와 문제 해결, 능력 부여, 옹호
방법	가족이 일차적으로 서비스를 제공 후 가족이 제공하지 못하는 서비스는 사례관리자가 직·간접적으로 서비스 제공	지역사회 주민을 교육 훈련시켜 지지적 보호 제공자로 활용, 자원봉사자의 활용	보건소, 동사무소 등을 종합서비스센터로 발전시켜 전문가를 통한 포괄적 서비스 제공
사례관리자 역할	교육자, 중재자, 지지자, 서비스 점검자, 평가자	중개자, 자원개발자, 교육자, 지지자, 안내자, 정보제공자, 서비스 점검자, 제평가자	문제해결자, 중재자, 지지자, 서비스 제공자, 위기 개입자, 교육자, 안내자, 정보제공자 등
재원	가족의 교육훈련비는 국가나 지자체가 부담, 가족이 제공하지 못하는 서비스는 가족이 전액 부담	지역사회 주민과 자원 봉사자의 교육훈련비는 국가 부담. 서비스 연계 비용 무료	사례관리 서비스의 비용은 국가, 민간기관에서 실시한 경우 서비스 종류에 따라 수익자 부담의 원칙 채택
장소	가정	가정, 지역사회내의 사회복지관 및 유관단체	보건소, 동사무소, 지역사회복지관

Table 3. Theoretical Models of Case Management

	단순형	기본형	종합형	전문관리형
목적	지역사회의 자원 및 서비스 연계	지역사회의 자원 및 서비스 연계와 기초 상담	지역사회 자원 및 서비스 연계와 심층 상담 또는 치료	직간접 서비스 제공과 서비스 관리
기능	요구사정, 사례 계획과 서비스 연계, 서비스 점검	적극적 사례 발굴, 사정, 사례 계획 및 개입, 연계, 상담, 서비스 점검		기본적 사례관리 기능과 자원 배분, 의사결정 기능 포함
사례관리자의 역할	자원 및 서비스 중재자	중재자, 상담자, 교육자, 지지자, 서비스 점검자	자원 및 서비스 중재자, 상담 또는 치료자, 교육자, 옹호자	연계자, 상담자, 치료자, 교육자, 관리자
사례관리자의 교육 및 전문성 정도	준전문가, 비전문가(전문대 졸업자 또는 훈련된 자원봉사자)	준전문가, 전문가	전문가(경력 풍부한 선임 인력)	특수 분야별 전문가
조직 내 사례관리자의 위치와 슈퍼비전	기존의 조직 및 업무 수행부서에서 수행, 전문가 슈퍼비전	경험 많은 선임 인력의 슈퍼비전 필요	독립된 사례관리 부서, 최소한의 슈퍼비전	독립된 팀 형성, 슈퍼비전 필요 없음
사례관리자의 담당 사례 수	비교적 많을 수 있음	30명 내외	비교적 적을 수 있음(10~20)	최소한의 사례(10명 미만)
개별/팀 접근	팀 접근 가능하나 주로 개별적 접근	개별적 접근	개별적 접근	팀 접근
사례관리자의 업무에 관한 자율성 및 권위의 정도	자율적 결정권 없음, 전문가와 협의 요망	어느 정도 자율성 보장	자율적인 의사결정 보장	전문분야별 자율성 보장되나 공동 결정 요구됨

Level 3: As people develop more than one chronic condition, their case becomes disproportionately more complex and difficult for them, or the health and social care system, to manage. This call for case management.

Level 2: Disease/care management, in which multidisciplinary teams provide high quality evidence-based care to patients, is appropriate for the majority of people at this level.

Level 1: With the right support many people can learn to be active participants in their own care, living with and managing their conditions. This can help them prevent complications, slow down deterioration, and avoid getting further conditions.

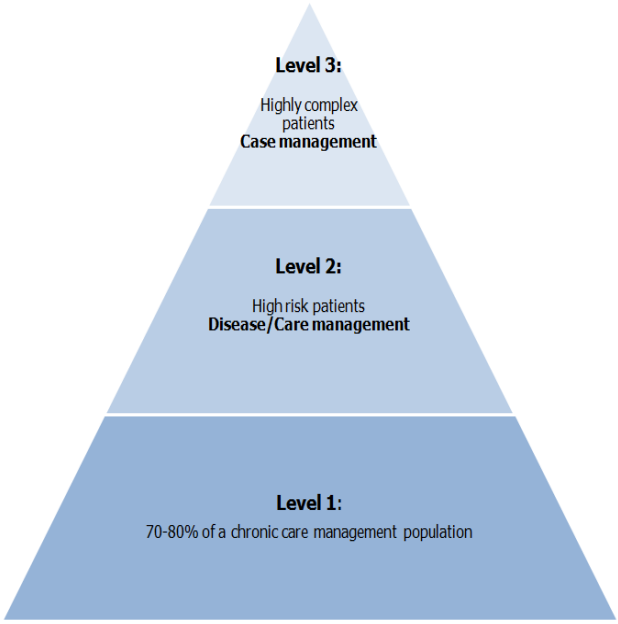


Figure 1. The Care Pyramid. Different care approaches for different sectors of the population

Source: Drennan, V. & Goodman, C. (2004). Nurse-led case management for older people with long-term conditions, *British Journal of Community Nursing, 9*(12), 527-533.

Table 4. Outcome Indexes of Case Management for Elderly

Quality of care	Healthcare consumption	Client health
Patient satisfaction	Hospital admission	Functional status(ADL, IADL)
caregiver strain	Length of Stay	Perceived health status
	Emergency department visits	Cognitive status
	Nursing home admission	Falls
	Outpatient visits	Quality of Life
	Hospital readmissions	Mortality
		Blood pressure
		Physical activity
		Depression
		Symptom
		Medication adherence

ADL: Activities of Daily Living, IADL: Instrumental Activities of Daily Living

Table 5. Outcome Indexes of Case Management Research for Elderly

	Health care consumption						Quality of care		Patient health											
	Hospital admission	LOS	ED visits	Nursing home admission	Outpatient visits	Hospital readmissions	Patient satisfaction	caregiver strain	Functional status	ADI	IADL	Perceived health status	Cognitive status	QOL	Falls	Mortality	Blood pressure	PA	Depression	Sympt-om	Medic-ation
Garcia-Pena et al. 2001																	+	-			
Gagnon et al. 1999	-	-	-				-		-					-							
Stuck et al. 1995	-			+			+			-											
van Rossum et al. 1993									-			-	-			-			-		
Pathy et al. 1992	-											+		-		+					
Stuck et al. 2000				-					+		+		-								-
Fitzgerald et al. 1994						-															
Bernabei et al. 1998	+		+	+						+	+		+			-			+		
Lim et al. 2003		+				-		-						+		-					
Morales-Asencio et al. 2008				-				-		-	+		+	-							
Marek & Baker 2006							+		+				-						-	+	-
Gravelle et al. 2007	-	-	-													-					
Onder et al. 2007				-																	
Alkema et al. 2007																+/-					
Shapiro & Tylor, 2002				+												+			-		

LOS: Length of Stay, ED: Emergency Department, ADL: Activities of Daily Living, IADL: Instrumental Activities of Daily Living, QOL: Quality of Life, PA: Physical activity

Table 5. Outcome Indexes of Case Management Research for Elderly(Continued)

	Health care consumption						Quality of care		Patient health												
	Hospital admission	LOS	ED visits	Nursing home admission	Outpatient visits	Hospital readmissions	Patient satisfaction	caregiver strain	Functional status	ADL	IADL	Perceived health status	Cognitive status	QOL	Falls	Mortality	Blood pressure	PA	Depression	Sympt-om	Medic-ation
Landi et al. 1999	+	+																			
Tappen et al. 2001						-	+		+	-											
van Haastregt et al. 2000				-						+		-			-						
Boyd et al. 1996	+	+	+																		
Marshall et al. 1999	+	+	+		-				+	+/-	+/-	+									

LOS: Length of Stay, ED: Emergency Department, ADL: Activities of Daily Living, IADL: Instrumental Activities of Daily Living, QOL: Quality of Life, PA: Physical activity

Table 6. Outcome indexes of Customized home visiting health care service

평가기준	조사내용
고혈압 조절율	◦ 고혈압 조절율 $\frac{\text{혈압 조절자수}}{\text{고혈압 등록자중 측정자}}$ * 혈압조절 : 최근 6개월이내 혈압측정자중 수축기압 140mmg/Hg, 이완기압 90mmg/Hg 이하인 경우
당뇨 조절율	◦ 혈당 조절율 $\frac{\text{당뇨(당화혈색소) 조절자수}}{\text{당뇨등록자 중 혈당(당화혈색소)측정자수}}$ * 혈당조절 : 1년이내 당화혈색소 측정자 중 7.0% 미만이거나 혹은 최근 6개월이내 혈당측정자중 공복혈당 140mg/dl, 식후혈당 200mg/dl 이하인 경우
만족도	◦ 대상자 만족도 - 대상자 만족도(중앙에서 16개 시도별무작위 추출을 통화 전화 만족도 조사 실시 결과) - 자체 만족도 조사 실시 및 결과의 활용
주관적 건강감	◦ 전년대비 주관적 건강감의 변화 $\frac{\text{주관적건강상태 '매우좋음' 혹은 '좋음'에 해당하는자}}{\text{19세 이상 성인}}$
자가건강관리 능력 향상율	◦ '09년 대비 건강생활습관 실천 증가율(2년마다 조사) - 금연, 운동, 절주, 아침식사 증가율
노인 기능수준 향상율	◦ 전년대비 노인의 기능수준의 향상율 $\frac{\text{노인 판정점수 합}}{\text{65세 이상 노인 수}}$

Table 7. Research of Case Management for Elderly

Authors (years)	Aim of study	Outcome parameters	Population (control/ intervention)	Duration of interventio n period	Data collection time	Assessment/ intervention	Intervention time & amount	Educational background of nurse	Outcome	Conclusion & recommendations
Garcia-Pen a et al. (2001)	To assess the effectiveness of the intervention in reducing BP and to analyse the consequences in terms of wt. and salt reduction and increase in physical activity	Reduction in BP Reduction in weight and salt excretion Increase in reported physical activity	Aged≧60 SBP≧160, DBP≧90 (345/338)	6 months	Baseline & end point	Guide to a healthier lifestyle Review the pharmacological treatment and adherence was encouraged	Regular visits over 6 months Between once a month and fortnightly	Nurse	36.5% of the I vs. 6.8% of the C had BP of <160/90mmHg Weight and sodium excretion fell more in the I, but not significant	Nurse home visits are effective in reducing BP in HT patients aged≧60years
Gagnon et al. (1999)	To compare the effects of nurse case management with usual care provided to community-dwelling frail older people	quality of life, satisfaction with care, functional status, admission to hospital, length of hospital stay, and readmission to emergency department	≧70 years who had visited an ED in the previous year n=427 81.6	10 months	Baseline & end point	Case managers implemented a care plan and coordinated the work of all healthcare and service providers involved in care. There were 28 recorded telephone contacts and 36 home visits per person.	Monthly phone call and a home visit every 6 weeks	Nurse case manager	Participants in the intervention group were readmitted to the ED significantly more frequently than control(p=.041) No significant differences were found between the two groups on QOL, satisfaction with care, functional status, admission to hospital, and length of hospital stay.	Frail older people receiving nurse case management are more likely to use emergency health services without a concomitant increase in health benefits

Authors (years)	Aim of study	Outcome parameters	Population (control/ intervention)	Duration of interventio n period	Data collection time	Assessment/ intervention	Intervention time & amount	Educational background of nurse	Outcome	Conclusion & recommendations
Stuck et al. (1995)	Prevention of disability and preventing nursing home admissions	ADL, Hospital admissions, Nursing home admissions, satisfaction	Older people 414 (215/199) >75 years, living at home	3 years	Baseline, 2, and 3 years	All round physical examination(GP) Monitor implementation of recommendations and facilitate compliance	Examination once a year F/U visit by nurse every 3 months (10.9±3.2 visits)	Gerontology nurse practitioners in collaboration with geriatricians	Cost of preventing 1 day in nursing home was $35 The participants expressed high satisfaction with the program	This program can delay development of disability and reduce permanent nursing home stays among elderly
van Rossum et al. (1993)	To access the effect of preventive home care visits-with regular assessment of functional abilities	Mortality, Self-rated health, Well-being, Mental state, and Loneliness, Depression, and Functional state	580 (292/288) people living at home aged 75-84 years	3 years	Baseline, 1, 2, and 3 years	Intervention followed guidelines (functional state, medication, social contact, housing condition), Nurse discussed various health topics, and probed for underlying problems	Four visits a year - more if needed. Open telephone during daytime	Three public health nurses, who had been working in home care for 'many years'	No financially benefit. No favorable effect on well-being and mental state. No difference in self-rated health, functional state or in mortality	There seems only be positive effect when restricted to elderly with poor health

Authors (years)	Aim of study	Outcome parameters	Population (control/ intervention)	Duration of interventio n period	Data collection time	Assessment/ intervention	Interventio n time & amount	Educational background of nurse	Outcome	Conclusion & recommendations
Pathy et al. (1992)	To reveal the outcome of a case finding / surveillance program based on self-reported questionnaires with selective patient F/U	Mortality, self rating on QOL, well-being functional incapacity, Health status use of health services	725(369/356) elderly > 75 years. 40% of the surveillance group indicated no problems and were no visited	3 years	End point (3years)	Postal questionnaire once a year with F/U if problems were reported F/U consisted of home visit, practical advise, health education and referrals when needed	Individually (Not described)	Health visitors, nurse	Mortality significant lower. Number of hospitalizations the same-but duration shorter. QOL: no difference. Self-rated health superior in intervention group	Selective F/U and intervention can favorable influence outcome and use of health care resources
Stuck et al. (2000)	Effect of preventive home visits with annual multi-dimensio nal assessments. Effect in low-risk compared to high-risk. To analyse the impact of interpersonal differences among nurses/ interventions on patient outcome	Primary: permanent admission to nursing homes, healthcare cost, IADL. Secondary: cognitive function, gait & balance, general health, number of medications being taken, and influenza vaccination status	791(264/527) > 75 years	2 years	Baseline, end point	Annual multi-dimensional assessment: medical history, physical examination and blood samples - evaluation of hearing, vision, nutritional status, oral health, appropriateness of medication use, safety in home, ease of access to external environment, and social support. Problems were discussed with team geriatrician	Annual multi-dime nsional assessment Follow-up visits every 3 months to monitor	Health nurses (certified registered nurses with an additional degree in public health nursing based on an 8- month post-gradu ate course)	I were less dependent on others to perform IADL compared with C Nurse C identified fewer problems in the subjects who were visited compared with those assessed by nurses A and B	This intervention can reduce disabilities among elderly people at low risk but not among those at high risk for functional impairment, and that these effects are likely related to the home visitor's performance in conducting the visits

Authors (years)	Aim of study	Outcome parameters	Population (control/ intervention)	Duration of interventio n period	Data collection time	Assessment/ intervention	Intervention time & amount	Educational background of nurse	Outcome	Conclusion & recommendations
Fitzgerald et al. (1994)	To examine efficacy of case management	Readmissio n	668(335/333) ≧45 years	1 year	End point	Mailed education materials and access information to I within 24 hours of discharge Called to review and resolve unmet needs, early warning signs, barriers to keeping appointments and any readmission within 5 days	Mail: within 24 hours of discharge Telephone: within 5 days Contact: if patients made no visits for 30 days	Case manager	Intervention patients had more frequent visits per patient per month to the general medicine clinic, but we detected no significant differences between groups in nonelective readmissions, readmission days, or total readmissions	Frequent contacts for education, care, and accessibility by case managers using protocols were ineffective in reducing nonelective readmissions
Bernabei et al. (1998)	To evaluate the impact of a program of integrated social and medical care among frail elderly people living in the community	Admission to an institution, use and costs of health services, variations in functional status	≧65 years (100/99) 81.0±7.3	1 year	Baseline, end point	Random allocation to an intervention group receiving integrated social and medical care and case management or to a control group receiving conventioanl care	Case managers conducted assessments every 2 months, monitored the provision of services, provided extra help as requested and were available to deal with problems.	General practitioner and case manager(int ensively trained)	Intervention group improved on function(ADL, IADL) and depression and declined less on cognition, and had lower risk of admission to a nursing home, aute hospital, or ED, compared to the control. No differences in 1 year mortality	Integrated social and medical care with case management program may provide a cost and functional decline in older people living in the community

Authors (years)	Aim of study	Outcome parameters	Population (control/ intervention)	Duration of intervention period	Data collection time	Assessment/ intervention	Intervention time & amount	Educational background of nurse	Outcome	Conclusion & recommendations
Lim et al. (2003)	To evaluate the benefits of coordinating community services through the Post-Acute Care(PAC) program in older patients after discharge from hospital	QOL, carer stress at one-month post discharge, mortality, readmission, use of community services, cost(community and hospital)	≧65 years (287/311)	6 months	Baseline, 1, & 6 months	Considerably more time and expertise than usually available Short-term case management -telephone f/u -availability to patients in the event of a crisis -liaison with service providers -coordination of service provision -ensuring adequate referral	Not described	Hospital based staff with allied health or nursing background	There was no difference in mortality, unplanned readmission between groups Significantly greater overall QOL at one-month f/u in the PAC group Fewer hospital bed days & lower costs in the PAC	The PAC program is beneficial in the transition from hospital to the community in older patients
Morales-Asencio et al. (2008)	To determine the effectiveness of a new case management based, home care delivery model which has been implemented in Andalusia (Spain)	Primary: functional status, satisfaction & use of healthcare resources Secondary: recruitment & caregiver burden, mortality, institutionalization, QOL, family function	Homebound persons requiring assistance for daily activities (88/117)	6 months	Baseline, 2, 6, 12 months	Case managers made home visits, conducted assessments, established links with and coordinated other health institutions and professionals, arranged technical assistance at home, provided education telecare for the participants and education and support for caregivers.	Depending on the characteristics of the population	Nurse case manager	The intervention group had significantly lower scores on ADL function and family function compared to the control group at baseline. These differences no longer occurred at six months. Cognitive status and IADL were lower on the intervention than control at both baseline and 6 months.	A home care service model that includes nurse-led case management streamlines access to healthcare services and resources, while impacting positively on patients' functional ability and caregiver burden, with increased levels of satisfaction

Authors (years)	Aim of study	Outcome parameters	Population (control/ intervention)	Duration of intervention period	Data collection time	Assessment/ intervention	Intervention time & amount	Educational background of nurse	Outcome	Conclusion & recommendations
Marek et al. (2006)	To evaluate the clinical outcomes of a nurse care coordination(NCC) program for people receiving services from a state-funded home and community-based waiver program called Missouri Care Options(MCO)	Cognition, ADL, Depression, Incontinence and pressure ulcer, pain, dyspnea, medication management	≧64 years (NCC:55/ MCO:30)	1 year	Baseline, 6, & 12 months	Participants received a local care program and nurse care coordination which included basic and advanced personal care, nurse visits, homemaker care, and respite care. Care coordinators conducted a comprehensive admission assessment, created a care plan and coordinated health and social services.	Averaged 2.13 nurse visits per month with a range from 1-4	Registered nurse	The intervention group improved significantly more than the control group on pain, dyspnea, and function. No significant differences were found between groups in emotional stability, medication management, cognition and incontinence.	Chronically ill older adults might need a longer time to show the effectiveness of the nurse care coordination intervention Use of NCC for acute and chronic home care warrants further evaluation as a treatment approach for chronically ill older adults
Gravelle et al. (2007)	To determine the impact on outcomes in patients of the Evercare approach to case management of elderly people	Hospital admission, bed days, mortality *measured outcomes at practice level	≧65 years (7000/62) a high risk cohort of patients aged ≧65 with two or more emergency admissions in the preceding 13 months & all	21 months	Baseline,	Altering medication to avoid adverse reaction, coordinating care to reduce fragmentation among services, and arranging access to community based services	Not described	Advanced practice nurses	No significant impact on rates of emergency admission, bed days, or mortality in high risk cohorts	Need to measures of the health of the target population. Employment of community matrons is now a key feature of case management policy in the NHS in England.

Authors (years)	Aim of study	Outcome parameters	Population (control/ intervention)	Duration of intervention period	Data collection time	Assessment/ intervention	Intervention time & amount	Educational background of nurse	Outcome	Conclusion & recommendations
Onder et al. (2007)	To explore the relationship between a case management approach and the risk of institutionalization in a large European population of frail, old people in home care	Nursing home admission	≧65 years (2108/1184) Czech Republic, Denmark, Finland, France, Germany, Iceland, Italy, the Netherlands, Norway, Sweden, UK	1 year	Baseline, 6, 12 and months	Initial assessment using the Minimum Data Set for Home Care (MDS-HC) 2.0 Manage problems, monitor the provision services, and provide additional services as requested by participants Designed and implemented an individualized care plan and determined the eligible services	Not described	Case manager (nurses trained on the "core tasks" of case management)	After adjusting for potential confounders, the risk of nursing home admission was significantly lower for participants in the case management group than for those in a traditional care model	Home care services based on a case management approach reduce risk of institutionalization and likely lower costs. Need to define the specific groups of older people that such home care programs most effectively target and to confirm the positive effect of case management on clinical outcomes
Alkema et al. (2007)	To evaluate mortality over 24 months of Medicare managed care members who participated in the Care Advocate(CA) program designed to link those with high healthcare utilization to home-and community based services	Mortality	≧65 years who had high healthcare utilization in the previous year	1 year	Baseline & 12 months	A care manager(care advocate) operating via telephone evaluated needs, made referrals to additional services and called monthly to monitor progress, offer support and coaching, provide additional information and assistance and f/u to ensure linkages were established	Monthly f/u calls during 12- month intervention period	Mater's level social work care manager	Case managed care group had lower mortality than controls after the 12-month intervention, but at 24-month f/u, mortality differences between the groups were not significant	Key model elements accounted for the findings, which include individualized targeting, assessment, and monitoring; consumer choice, control, and participants self-management; and bridging medical and social service delivery systems through direct linkages and communication

Authors (years)	Aim of study	Outcome parameters	Population (control/ intervention)	Duration of intervention period	Data collection time	Assessment/ intervention	Intervention time & amount	Educational background of nurse	Outcome	Conclusion & recommendations
Shapiro & Tylor, (2002)	To examine the effects of an early interventive social service program on the subjective well-being, permanent institutionalization, and mortality risk of low-income community dwelling elders	Depression, satisfaction with social relationship, environmental mastery, life satisfaction, permanent institutional-ization, and mortality	≧60 years (65/40)	18 months	Baseline, 3, 6, 9, 12, 15, and 18 months	Individualized care plans were developed by a geriatric nurse together with participants and caregivers after a thorough in home geriatric assessment. Case managers coordinated the delivery of services which were prescribed and changed to address specific needs and problems.	Every 3 months for 18 months	Geriatric nurse	Intervention group had significantly higher subjective well-being and were less likely to be institutionalized or die than control group across 18 month period	The results make a strong case for the importance of community-based programs to the well-being of elders. Practitioners and policy makers should continue the search for community-based programs that are cost-effective and improve the QOL for elders
Landi et al. (1999)	To examine the effect of a home care program based on comprehensive geriatric assessment and case management on hospital use and costs among frail older individuals	Hospital admissions and days	115 ≧65 years No control group	6 months	Baseline & 6 months	Patients identified as being eligible for the home care program received case management and care planning Performed a comprehensive geriatric assessment Designed and implemented individualized care plans in agreement with general practitioners and determined the services Were available to deal with problems, to monitor the provision of services, and to guarantee extra help	at least two other times during a 6-month	Case manager, multidisciplinary team	There was a significant reduction in the number of hospitalizations compared with pre-implementation, associated with a reduction in the number of hospital days, both at the individual patient level and for each admission.	The implementation of an integrated home care program based on the use of a comprehensive geriatric assessment instrument guided by a case manager has a significant impact on hospitalization and is cost-effective

Authors (years)	Aim of study	Outcome parameters	Population (control/ intervention)	Duration of intervention period	Data collection time	Assessment/ intervention	Intervention time & amount	Educational background of nurse	Outcome	Conclusion & recommendations
Tappen et al. (2001)	To test the effect of nurse-managed transitional care on the quality of care and functional ability of individuals following discharge from subacute units	Overall function, ADL, IADL, Quality of care, readmission	242 (139/103) *Adult (mean age=76.8)	3 months	Baseline, 1week, and 3 months	Intervention related to medications, disease process, self-monitoring, safety, mobility and use of assistive device, pain, and incontinence management Provided direct care and physical examination Made referrals for services as needed	Visited at home during the 1st week following discharge and monthly thereafter for 3 months, for a total 4 home visits Telephone contact available between visits	Nurse care manager (didactic portion of training 16 hours)	I group participants' overall function and quality of care environment were significantly higher than the control at 1 week and 3 months Not differ significantly on ADL or number of readmissions	The results suggest that nurse managed transitional care can measurably improve patient outcomes after discharge from long-term care facility
van Haastregt et al. (2000)	To evaluate whether a program of multifactorial home visits reduces falls and impairments in mobility in elderly people living in the community	Falls, Impairments of mobility, Number of physical complaints, perceived health, perceived gait problems, ADL, fear of falling, mental health, social function, loneliness	≧70 years 316 (157/159) with moderate impairments on mobility or a history of recent falls	18 months	Baseline, 12, 18 months	Five home visits by a community nurse over a period of one year Screening for medical, environmental, and behavioral factors causing falls and impairments in mobility, followed by specific advice, referrals, and other actions aimed at dealing with the observed hazards	Five visits per one year	Community nurse	No differences were found in falls, mobility, perceived health, perceived gait problems and loneliness outcomes between the intervention and usual care groups. After 12 months, people in I showed significantly less decline in daily living than those in control and less afraid of falling than those in control.	Because falls and impairments in mobility remain a serious problem among elderly people, alternative strategies should be developed and evaluated

Authors (years)	Aim of study	Outcome parameters	Population (control/ intervention)	Duration of intervention period	Data collection time	Assessment/ intervention	Intervention time & amount	Educational background of nurse	Outcome	Conclusion & recommendations
Boyd et al. (1996)	To determine effect of community-based case management for chronically ill older adults	emergency department visits, the number of hospital admissions, hospital length of stay(LOS), primary care physician visits	≧65 years (27/27)	1 year	Baseline & end point	Assessment and ongoing reassessment of needs Development of a plan of care Referral and coordination of available resources Coordination of all health care services Medication management Symptom management Crisis intervention Liaison for the patient, caregiver and family Supportive counseling	Averaged 4.45 hours per individual patient per month (including travel time, coordination and documentation and home visits)	Nurse case manager	ED visits, hospital admissions, hospital LOS, and primary care physician visits were significantly decreased	Combining a personal relationship with nursing expertise is the key to case management's success. The caring relationship established between the nurse, the older adults, and the family is powerful
Marshall et al. (1999)	To determine effect of case management for elderly in a HMO	Perceived health status, functional status, satisfaction with care, service use, service costs	≧75 years (101/107)	2 years	Baseline, 1, and 2 years	Informed consent was obtained and in-home assessment was performed During the initial visit the self-reported functional impairment status obtained from the survey was validated Care plan was developed Primary care physician was kept informed of each participant's progress through conference or weekly geriatric team meetings	Two-to four-hour in home assessment	Case manager (Nurse, social work)	Perceived health, ADL, and IADL outcomes were improved for the treatment group after 1 year No differences were found in ADL, IADL after 2 years	Managed care administrators should be favorably disposed to implementing a case management model with potential for affecting functional status, the most significant predictor of expensive continuing care for this cohort of Medicare beneficiaries

Abstract

Structural Equation Modeling on Case Management Outcomes and Influencing Factors in the Community-dwelling Vulnerable Elderly

Moon, Hyunjung

Department of Nursing
The Graduate School
Seoul National University

Directed by Professor Lee, Insook, Ph.D., RN

It has been predicted that in 2018, the population aged 65 or older in Korea will increase by 14.3% and that Korea will enter into an aged society. The biggest challenges faced by older adults, aged 65 or older, are economic problems and health issues. In particular, chronic illnesses and the breakdown of social support systems for the community-dwelling vulnerable elderly affect their well-being and lead to excessive facility admission and healthcare costs. Accordingly, the case management approach has been applied as an important strategy to improve the functional status of the elderly and the comprehensiveness and continuity of services provided to them.

This approach has been recognized as crucial in finding a solution to problems regarding access to services, fragmentation, unnecessary facility admission, and excessive long-term care costs. However, it is not clear from case management research as to which elements of case management systems lead to the most effective outcomes. In addition, many studies do not discuss the process that leads to some levels of outcome in case management.

This study aims to develop a structural model of case management outcomes using Donabedian's structure-process-outcome model and to verify the model of case management outcomes for the community-dwelling vulnerable elderly.

Data were collected from 309 nurses (case managers) and community-dwelling vulnerable elderly (clients) from public health centers, from August 16 to August 31, 2012.

For data analysis, descriptive statistics, Pearson's correlation analysis, factor analysis, and covariance structure analysis were performed using SPSS Version 18.0 for Windows and Amos 16.0.

The results of this study are as follows.

The hypothetical model had acceptable fit: GFI = .970, CFI = .947, RMSEA = .020, SRMR = .051.

The factor "case managers' singularity" had the greatest impact on case management outcomes in this model. In addition, the factor "case management practice" influenced case management outcomes; however, client characteristics did not. Case managers' singularity affected case management outcomes directly and indirectly, with case management practice mediating the latter effect.

These results suggest that the causal relationship between case management outcomes and their influencing factors should be

clarified through longitudinal research including a variety of client characteristics. In addition, future studies should analyze the effects of programs to improve manpower quality, such as empowerment programs, and examine the relationships among case management outcomes. It is also necessary to examine the impact on outcome of a collaborative relationship in the point of view of the clients.

Keywords : case management outcome, vulnerable elderly, case manager, case management practice

Student Number : 2006-30796