

정책연구자료 97-04, 1,000부, 197쪽

示範保健福祉事務所의
運營評價 및 改善方案

李顯松

姜惠圭

1997

韓國保健社會研究院

머 리 말

오늘날 우리나라는 소득수준의 향상과 인구 구조의 변화 등으로 과거 20~30여년 전에 설계된 公共福祉 및 公共保健의 傳達體系를 시급히 개선해야 할 필요에 직면해 있다. 이러한 배경에서 보건복지부는 기존 보건소에서 제공하던 보건의료서비스와 읍·면·동사무소에서 제공하던 사회복지서비스를 連繫시킬 수 있는 保健福祉事務所를 1995년 7월부터 2년간 시범적으로 설치·운영하였다. 그 결과 福祉事務의 集中으로 인한 복지서비스 전달 효율의 향상이라는 긍정적인 성과를 얻었으나, 당초에 예상했던 보건과 복지의 統合 서비스 제공을 통한 上乘效果는 실현되지 못하였다. 이에 따라 보건복지부는 1999년 12월까지 시범사업기간을 연장하여 조직과 사업면에서 보건과 복지의 連繫體系 構築을 위한 노력을 계속하기로 결정하였다.

본 보고서는 지난 2년간의 보건복지사무소 示範事業의 運營 상황을 종합적으로 評價하고, 연장된 사업기간에 이루어져야 할 改善方案을 제시하려는 데 목적이 있다. 이는 시범사업의 준비과정과 사전조사 내용을 수록한 1차년도 보고서, 수급자·담당인력·관계자 조사 결과를 수록하고 있는 2차년도 보고서와 함께 보건복지사무소 시범사업의 綜合的인 運營 狀況 파악에 도움을 줄 것으로 기대된다. 保健·福祉 傳達體系의 나아갈 방향을 모색하는 사람들에게 기초자료로 활용되기를 바라며 一讀을 권하고 싶다.

이 연구는 본 원의 李顯松 부연구위원의 책임하에 姜惠圭 주임연구원의 참여로 완성되었다. 구체적인 집필 분담을 밝히면 다음과 같다.

保健福祉事務所 示範事業의 推進背景 (李顯松·姜惠圭)
示範保健福祉事務所의 서비스 傳達體系 分析 (姜惠圭)
示範保健福祉事務所 評價調查 結果 分析 (姜惠圭)
保健福祉事務所 示範事業의 效果와 問題點 (李顯松)
日本의 保健福祉 連繫 事業 (李顯松)
保健福祉事務所의 改善方向 (李顯松)

연구진은 시범사업을 추진하면서 많은 관계자들로 부터 도움을 받았다. 保健福祉事務所의 사회복지전문요원 및 보건관계자들로 부터 진솔한 현장의 목소리를 들을 수 있었으며, 保健福祉事務所 示範事業 指導評價委員會에 참여해 주신 관계자들 및 보건복지부 복지정책과의 이상용 과장과 김상희 사무관으로 부터 다양한 의견과 연구 진행상의 도움을 얻을 수 있었다. 이 자리를 빌어 감사한다. 아울러 지난 1차 및 2차년도 연구를 진행한 인제대학교의 李成基 교수와 본 원의 金成禧 주임연구원에게도 감사한다.

끝으로 本 報告書에 수록된 내용은 저자들의 견해이며 本 研究院의 공식적인 견해가 아님을 밝혀둔다.

1997年 12月
韓國保健社會研究院
院長 延 河 清

目次

要約	11
I. 保健福祉事務所 示範事業의 背景	23
1. 福祉環境의 變化와 福祉行政體系의 改編	24
2. 保健所의 環境變化	31
II. 示範保健福祉事務所의 서비스 傳達體系 分析	36
1. 示範保健福祉事務所의 推進過程 및 地域與件	36
2. 示範地域別 保健福祉事務所의 組織 및 人力	40
3. 示範地域別 保健福祉事務所의 事業內容	50
III. 示範保健福祉事務所 評價調査 結果 分析	59
1. 示範事業 最終評價調査 概要	59
2. 最終評價調査 結果 分析	62
IV. 保健福祉事務所 示範事業의 效果와 問題點	101
1. 福祉部門의 部分的 集中化 效果	101
2. 示範事業에서 나타난 問題點	111
V. 日本의 保健·福祉 連繫 事業	122
1. 保健·福祉 連繫 事業의 推進背景	122
2. 保健·福祉 連繫 事業의 形態	126

3. 保健·福祉 連繫 事業 地域 事例	132
4. 日本 保健·福祉 連繫 事業의 示唆點	137
VI. 保健福祉事務所의 改善方向	141
參考文獻	157
附錄	161
附錄 1. 保健·福祉傳達體系의 改善을 위한 組織體系案의 比較 및 標準模型의 提示	163
附錄 2. 保健과 福祉의 統合서비스 事業 概要	171
附錄 3. 示範保健福祉事務所 最終評價 調査票	177

表目次

〈表 II- 1〉	保健福祉事務所 示範事業의 推進經緯	37
〈表 II- 2〉	示範地域別 環境의 特性	39
〈表 II- 3〉	福祉事業課 人力 現況	43
〈表 II- 4〉	生活保護對象者 및 其他 保護對象者 現況	44
〈表 II- 5〉	市·郡·區廳의 社會福祉業務	49
〈表 II- 6〉	示範保健福祉事務所의 地域 共通 福祉業務	52
〈表 II- 7〉	示範保健福祉事務所 地域別 特殊事業 實施 現況	53
〈表 III- 1〉	評價次元 및 尺度	61
〈表 III- 2〉	評價 對象 地域 및 標本數	62
〈表 III- 3〉	調査對象 社會福祉專門要員의 特性	63
〈表 III- 4〉	調査對象 訪問看護要員의 特性	64
〈表 III- 5〉	社會福祉專門要員의 業務比重	65
〈表 III- 6〉	社會福祉專門要員 1人當 生活保護對象 擔當家口數	66
〈表 III- 7〉	社會福祉專門要員의 擔當家口 訪問頻度	67
〈表 III- 8〉	社會福祉專門要員의 家庭訪問 移動時間	68
〈表 III- 9〉	社會福祉專門要員의 擔當家口 電話通話頻度(1997年)	68
〈表 III-10〉	社會福祉專門要員의 主要 相談場所	69
〈表 III-11〉	社會福祉專門要員에 대한 住民의 福祉서비스 要請內容	70
〈表 III-12〉	社會福祉專門要員의 業務與件 變化 認識	71
〈表 III-13〉	社會福祉專門要員과 邑·面·洞事務所 및 市·郡·區廳間 業務分擔 및 連繫程度	72

〈表 III-14〉	社會福祉專門要員의 給與 및 서비스 提供의 充分性 認知	73
〈表 III-15〉	社會福祉專門要員의 專門性 發揮에 대한 見解	74
〈表 III-16〉	社會福祉專門要員의 서비스 提供 障礙要因에 대한 見解	75
〈表 III-17〉	社會福祉專門要員이 함께 勤務하여 느끼는 長點	76
〈表 III-18〉	社會福祉專門要員이 함께 勤務하여 느끼는 短點	76
〈表 III-19〉	訪問看護要員의 業務比重	77
〈表 III-20〉	訪問看護要員의 擔當家口 訪問回數	79
〈表 III-21〉	訪問看護要員에 대한 住民의 서비스 要請內容	79
〈表 III-22〉	訪問看護要員의 業務與件 變化 認識	80
〈表 III-23〉	訪問看護要員이 社會福祉專門要員과 함께 勤務하여 느끼는 長點	82
〈表 III-24〉	訪問看護要員이 社會福祉專門要員과 함께 勤務하여 느끼는 短點	82
〈表 III-25〉	訪問看護要員의 給與 및 서비스 提供의 充分性 認知 ..	83
〈表 III-26〉	訪問看護要員의 專門性 發揮에 대한 見解	83
〈表 III-27〉	訪問看護要員의 서비스 提供 障礙要因에 대한 見解 ..	84
〈表 III-28〉	訪問看護要員의 福祉서비스 提供 必要에 대한 意見 ..	85
〈表 III-29〉	示範保健福祉事務所內 專門人力間 協助依賴 經驗	86
〈表 III-30〉	社會福祉專門要員과 訪問看護要員의 協助 變化에 대한 見解(1997年)	88
〈表 III-31〉	專門人力間 함께 일하여 도움 느끼는 程度	89
〈表 III-32〉	保健·福祉 서비스 및 業務 連繫 活性化를 위한 必要 條件에 대한 見解	91

〈表 III-33〉	社會福祉專門要員이 訪問看護要員과 業務 協助하는 경우	92
〈表 III-34〉	訪問看護要員이 社會福祉專門要員과 業務 協助하는 경우	93
〈表 III-35〉	訪問看護要員이 社會福祉專門要員과 業務 協助 어려운 理由	93
〈表 III-36〉	保健福祉事務所 設置運營時 豫想 問題點에 대한 見解 ..	94
〈表 V- 1〉	新골드플랜이 提示하는 1999년까지의 서비스 供給計劃 ..	124

圖 目 次

[圖 II-1]	示範 保健·福祉傳達體系 比較	38
[圖 II-2]	地域別 示範保健福祉事務所 組織圖	41
[圖 II-3]	관악구·달서구 示範保健福祉事務所の 業務分掌圖	46
[圖 II-4]	안산시·홍천군·완주군 示範保健福祉事務所の 業務分掌圖 ..	47

要約

1. 研究의 背景 및 目的

- 보건과 복지부문 각각의 변화 요구를 배경으로 하여, 1995년 7월 착수된 保健福祉事務所 示範事業은 보건과 복지부문의 連繫된 需要 증가에 부응하고자 기존 보건소에 복지전달체계를 접목시킨 새로운 시도임.
 - 보건과 복지부문 모두 변화의 요구가 급박한 가운데 組織과 事業을 統合하고자 한 시도인 만큼 운영에 무리가 있을 것으로 예상되었으나 사업의 진행과 함께 큰 효과를 거둔 부분 또한 발견되었음.
- 본 연구는 시범사업이 진행된 2년간(1995. 7~1997. 6) 3차년도에 거쳐 실시한 評價研究의 最終結果로서, 시범사업의 환경을 검토하고, 시범사업의 내용·조직·인력·서비스 제공 실태 등을 분석하여 시범사업을 통한 성과와 문제점, 이에 따른 개선방안을 제시함.
 - 이를 위하여 3차에 거친 설문조사(시범사업 담당인력, 지역주민, 관계자 대상)자료와 시범사업관련 행정자료를 분석하고, 사회복지전문요원 및 방문간호요원, 관련 공무원 등과의 면담, 시범사업지도평가위원회 및 관계자 회의 등을 통해 수집된 의견을 정리하였으며, 외국의 사례를 검토함.

2. 保健福祉事務所 示範事業의 背景

가. 福祉部門의 環境變化

- 복지전달체계 개편에 영향을 미치는 환경으로는 서구 복지선진국을 중심으로 경험한 新保守主義의 작은 정부 지향과 福祉 縮小의 논의, 세계화된 경제체제의 재편에 따른 國家 競爭力 強化 정책, 본격화 된 地方自治制 등이 지적됨. 이는 복지정책의 地方 移讓과 복지서비스의 지방화·민영화 등을 통한 多元主義戰略, 生産性 提高의 기치를 내건 福祉規模의 위축 경향 등을 나타내고 있음. 이에 따라 公共福祉 專擔組織의 규모 및 형태가 달라질 수 있음.
 - 최근 행정조직의 개편이 논의되는 과정에서, 읍·면·동사무소를 ‘住民福祉센터’로 개편하자는 안은 별도의 자원투입을 최소화할 현실적인 대안이 될 수 있으므로, 이에 따른 복지전달체계의 설계를 적극적으로 검토하도록 함.
- 고령화, 장애발생 증가, 가족해체, 여성의 사회참여 확대 등의 인구·사회적 여건 변화로 인한 福祉對象者의 절대 수 증가와 이들의 欲求 表出 機會의 확대에 따라 현행 주요 대처방식인 공공부조로부터의 변화가 요청될 것이고, 이는 전달체계 구축에 영향을 미칠 것임.
 - 각종 福祉서비스 技術의 적용과 개발, 누구나 사회에 참여하여 행복을 추구할 수 있도록 하는 각종 情報의 共有體系, 福祉서비스 範圍의 확대, 지역의 욕구를 밀접하게 반영할 地域單位의 복지계획, 이를 위한 민간과 공공부문의 적절한 力割分擔 및 공공전달체계에서 담당할 복지서비스 領域 및 業務의 명확화가 이루어져야 할 것임.

나. 保健部門의 環境變化

- 保健所는 모자보건과 가족계획, 방역과 예방, 결핵과 나병관리, 저렴한 保健醫療서비스의 제공 등의 업무를 성공적으로 수행한 것으로 평가되고 있으나, 소득 수준의 향상 및 질병 양상의 변화와 함께 이들에 대한 상대적인 중요성이 감소하면서 공중보건을 책임지고 있는 保健所의 위상 변화에 대한 요청이 증가함.
 - 量 中心의 보건의료서비스로부터 質 中心으로 변화, 保健醫療費의 급격한 상승과 새로운 의학기술의 대량도입에 따른 의료이용의 효율성 추구, 새로운 醫療需要의 발생으로 인한 새로운 형태의 의료기관 출현 및 증가, 消費者(患者) 중심의 醫療供給體系 강화 등이 예상됨.
- 전반적 保健醫療 環境의 변화는 保健所의 역할에 변화를 초래할 것임. 이에 따라 보건소는 公共性이 높아 민간기관이 담당하기 힘든 보건의료서비스 공급에 집중하고, 민간부문과 補完關係 설정을 통해 지역사회 보건의료의 기획·조정자 역할을 담당해야 할 것으로, 이는 地域保健事業의 강화로 요약됨. 이러한 배경에서 1995년 保健所法이 地域保健法으로 개정됨.
- 따라서 保健福祉事務所 시범사업은 기존 보건소에 새로운 변화의 觸媒劑로 작용할 것이 기대됨. 고령화사회의 도래와 함께 보건과 복지서비스에 대한 連繫 需要가 증가한다는 점에서 시범사업을 통하여 保健 및 福祉傳達體系의 변화 요구가 적절히 수용될 수 있다면 앞으로 보건소의 새로운 變化의 方向을 제시하는 시금석으로 작용할 것임.

3. 示範 保健福祉事務所의 傳達體系 分析

가. 組織體系 및 人力

- 시범사업을 위한 조직 개선의 주요 부분으로 제안되었던 訪問看護 팀의 복지사업과내 설치가 이행된 지역은 달서구가 유일함. 시범사업 초기에 保健·福祉 連繫事業에 대한 계획 및 준비가 충분치 않은 상황에서 組織統合이 실현되기에는 무리가 있었을 것으로 판단됨.
- 시범사업 담당인력과 보호대상자 수를 비교하여 業務負擔의 정도 및 인력의 適正性을 파악할 때 지역별로 큰 차이를 보이며, 農村地域의 지리적 여건까지 감안하면 업무부담이 심각한 것으로 나타남.
 - 시범사무소 설치시 인력 지원이 이루어지지 않은 상태에서 地方自治團體가 시범사업 수행을 위해 자율적으로 사회복지전문 요원, 방문간호요원을 충원한 사례는 거의 없는 것으로 나타남.

나. 業務分掌

- 복지전문인력은 대부분 地域擔當과 業務擔當을 겸임하고 있어 업무수행에 어려움을 겪고 있는데, 대구에서는 內外勤制를 실시하여 업무에 집중하게 하는 업무분장제를 도입함.
- 시·군·구청에서는 一般住民 대상 복지업무, 시설 관리, 가정의례 등을 담당하고 보건복지사무소에서는 低所得 脆弱 住民 대상의 업무를 담당하는 분담의 이원화가 이루어지고 있음.
 - 점차 복지업무의 많은 부분이 保健福祉事務所로 이관되고 있어 복지서비스의 統合的 제공 및 一貫性 제고라는 점에서 바람직하나 專門人力 및 行政人力 支援이 뒤따라야 할 것임.

다. 事業內容

- 복지사업은 公共扶助 업무, 福祉서비스 업무, 資源管理 및 開發 등이 수행되고 있으며, 점차 一般 住民對象의 福祉서비스를 포괄하는 방향으로 서비스 範圍가 확대되고 있음.
- 공통적으로 수행하는 福祉業務는 읍·면·동사무소에서 이루어지던 생활보호업무와 장애인, 모자·부자가정, 소년소녀가장, 저소득 노인 등의 對象 選定, 給與 支給·管理, 보다 전문적인 복지서비스 제공을 위해 相談 및 事後管理, 家庭訪問 업무를 강화하도록 하고 있음.
- 地域別 計劃事業은 그 종류와 규모가 지역별로 차이가 큼. 事業對象別로는 생활보호대상자 중심의 노인, 장애인, 아동·청소년을 대상으로 하는 사업, 事業性格別로는 기초생활보장을 위한 現金支給, 情緒的 支援, 저소득주민 生活便宜를 위한 支援 등이 주를 이룸.
 - 地域別로 가장 많이 실시하고 있는 사업은 생활보호대상 독거노인의 생신 축하와 야쿠르트 공급을 통한 일일방문, 노인영정 사진 촬영, 기타 주거환경 개선 및 주거관리비 지원 등임.
- 보건·복지 連繫事業은 기존 保健所에서 실시하던 訪問看護를 중심으로 시도되고 있으며, 시범기간에 새로 계획된 사업은 없었던 것으로 나타남. 최근에는 상호 理解와 連繫 必要性에 대한 인식이 제고됨에 따라 연계서비스 提供方式 및 事業 開發을 모색하고 있음.
 - 訪問看護 관련사업은 방문진료 및 저소득주민 순회진료, 가정방문, 건강관리, 환자관리, 보건교육, 건강관련 문제점 연계처리, 건강진단, 동사무소 민원인 건강상담 등임.
 - 보건·복지 연계사업 부진은 기존 訪問看護人力的 부족, 보건·복지부문간 事業對象의 差異, 보건·복지 연계 프로그램 및 서비스 제공 및 개발여건 미흡 등의 문제가 지적되고 있음.

4. 保健福祉事務所 示範事業의 效果 및 問題點

가. 福祉部門의 部分的 集中化 效果

1) 福祉業務 集中에 따른 規模의 經濟 效果

- 시범사업의 긍정적인 효과는 대부분 福祉部門의 部分的 集中化에서 나타남. 市·郡·區를 단위로 복지전문요원이 함께 모여 업무를 수행하게 되므로서 복지전달체계 전반의 효율이 크게 증가하였음.
 - 복지업무 담당자간 福祉業務의 分擔體系가 복지부문별로 집중할 수 있도록 변화함에 따라 規模의 經濟를 도모하고, 담당자의 業務 熟知度가 높아짐.
 - 지역 福祉資源 發掘 업무가 대폭 증대됨. 事業推進 單位 및 管轄地域이 확대되고, 업무 노하우 및 人的 關係網이 형성되어 지역내 복지자원의 連繫·調整하는 능력이 향상됨.
 - 福祉서비스의 事業 開發이 활발히 진행됨. 시범사업이 진행됨에 따라 운영의 效率 및 노하우의 축적으로 지역의 福祉需要를 고려한 다양한 복지서비스 事業 開發의 상승효과가 기대됨.
 - 단순 반복적인 공공부조 업무의 簡素化, 업무간 重複遂行의 減少로 효율성이 향상됨.

2) 福祉傳達體系의 責任性, 迅速性, 公正性, 一貫性, 專門性의 向上

- 공공복지전달체계의 평가를 위한 基準 가운데 肯定的인 結果를 보인 측면은 책임성, 신속성, 공정성, 전문성, 일관성 등의 기준이며, 접근성, 통합성 등에서는 否定的인 結果가 나타났거나 評價를 保留할 수 밖에 없는 것으로 나타남.

- 責任性: 복지전담조직에 의해 복지사무의 體系的 處理體系가 구축됨에 따라 상급자의 監督이 수반됨으로서 복지수혜 대상자의 요구가 있을 경우에는 복지전문요원이 적극적으로 대응하여 업무를 책임지는 환경으로 변화함.
- 迅速性: 업무처리상 邑·面·洞의 단계가 생략됨으로서 복지대상자의 선정 및 서비스 제공을 위한 業務處理의 速度가 빨라짐.
- 公正性: 별도의 복지전담조직에서 생활보호사업의 관리가 이루어짐에 따라, 대상자 선정과정에서 客觀的인 判斷基準을 엄격히 적용할 수 있게 됨.
- 一貫性: 복지담당인력이 복지업무에 專念하므로서, 새로운 복지서비스의 開發이 가능해지고, 先任者에 의한 업무 企劃 및 監督·評價가 일관되게 이루어질 수 있게 됨.
- 專門性: 一般行政業務 부담이 대폭 감소됨에 따라 전문성 저하 문제가 해결되고 業務處理過程의 전문화가 이루어짐.

3) 福祉行政의 包括性 向上

- 관내 모든 요보호대상자가 복지전담조직에 의하여 同一한 質의 복지서비스를 누릴 수 있게 되어 복지전달체계의 포괄성이 향상됨.
 - 그러나 福祉專門要員의 充員 없이 전개된 이러한 상황은 사회 복지전문요원이 담당할 要保護對象者의 增加를 의미함.

4) 對象者 中心의 統合 福祉서비스 傳達 組織體系의 構築

- 市·郡·區廳으로부터 저소득층 관련 업무의 많은 부분을 移管받게 됨에 따라 복지전달망의 綜合的 連繫 效率이 크게 높아짐.

- 실태조사, 급여 지급을 對象者中心으로 統合 處理함으로서, 복지전문요원의 책임하에 다양한 복지욕구에 대응하는 복지서비스 메뉴의 조합이 가능해졌으며, 동일대상자에 대한 重複 서비스 제공으로 발생하는 비효율이 제거됨.

나. 示範事業에서 나타난 問題點

1) 福祉行政組織의 二元化 問題

- 同一 對象者에 대한 업무가 福祉 支援의 종류에 따라 시·군·구청과 보건복지사무소에서 分散 遂行되므로서 업무 효율이 경감되고 있음.
 - 소관부처가 애매한 업무는 부처간 떠넘기기, 동일사무의 重複 施行이 발생하고 있으며, 行政要員의 不足이 초래되고 있음.
- 보건복지사무소는 지자체의 복지관련 과와 조직도상 별도의 계선상에 위치하게 됨으로서, 이원화된 기획부서와 집행부서간에 상호 간 監督과 責任의 영역을 둘러싸고 갈등의 소지를 내포하고 있음.
- 다양한 복지서비스 공급기관들의 일관된 協助體系가 설정되지 않아 대상자의 일관된 사후관리가 어렵고, 綜合的 서비스 提供體系를 설계하기 어려운 실정임.

2) 接近性的 減少

- 地理的 接近性은 감소되었으나, 복지업무 집중화를 통하여 복지자원의 운영효율을 높인 점과 어느 정도 상쇄될 수 있을지가 초점임.
 - 공공복지전달체계에서 담당하는 對人接觸을 통한 복지서비스의 비중에 따라 福祉業務의 集中과 接近性 減少의 심각도가 좌우될 수 있을 것임.

- 복지전문요원과 수급자간 接觸頻度, 處理의 迅速性, 서비스 提供의 適實性, 서비스의 統合性 등의 측면에서 業務上 接近度가 높아졌으나, 心理的 接近度는 감소한 것으로 나타남.
- 도시지역과 달리 農村地域의 경우 거리가 멀고 大衆交通手段이 미흡하므로 접근성의 문제에 대한 대처가 요구됨.

3) 保健 및 福祉 傳達體系 統合의 上乘效果 未洽

- 事業組織 統合으로 인한 보건·복지서비스 상호간의 上乘效果가 발 견되지 않은 요인은 다음과 같음.
 - 보건 및 복지서비스 각각 현재의 發達水準에서는 對人서비스 의 비중이 낮아 統合 서비스 제공의 노하우가 부족하며, 상호 간 서비스 효과성 및 전문성에 대한 이해가 미흡함.
 - 시범기간의 상당 부분이 조직의 再構成 및 定着에 소요되어 실제 서비스 통합을 위한 사업준비 및 실행에 필요한 時間을 확보하지 못한 결과 業務上 協助體系가 구축되지 못함.
 - 보건·복지부문간 業務對象 範圍의 不一致로 모든 지역주민 대 상의 연계서비스가 어려운 실정임.

5. 保健福祉事務所의 改善方向

가. 福祉傳達體系의 規模의 經濟 圖謀를 위한 改善方案

- 복지전달의 최종단위를 市·郡·區 수준으로 하여, 福祉部門의 부분 적 集中化에 따른 업무효율을 제고하도록 함.
 - 현행 복지전달망은 福祉人力 활용의 비효율을 초래하며, 지역

별 담당조직만 있을 뿐 事業分野別 擔當 組織體系가 부재함.

- 이 경우 수혜자와 공급자간 접근성의 문제가 발생할 수 있으나, 다양한 방식으로 보완될 수 있을 것임.
- － 農村地域의 경우 행정직 및 복지전문요원을 郡單位의 事務所와 保健支所에 분산배치하도록 함.
- 군단위 사무소에서는 福祉企劃 및 調整의 업무를 담당하고, 분산배치된 복지전문요원은 2~3개면을 담당하면서 4일정도는 보건지소에서, 나머지 2일은 군단위 보건복지사무소에 근무하도록 하여 福祉行政과 서비스 전달업무가 연계되도록 함.
 - 인구규모가 큰 都市地域이나 生活保護對象者 密集地域의 경우도 분산배치하여 농촌지역의 경우와 같이 한 주의 대부분을 지역에서 보내고 1~2일을 시·구단위 사무소에서 근무하도록 하여 접근성을 높이면서 업무의 有機的 連繫를 높이도록 함.

나. 福祉傳達體系의 一元化를 위한 改善方案

- － 대상자 구분 없이 복지관련 업무의 企劃, 管理, 調整, 執行機關의 一元化를 통한 복지사업 전반을 책임지는 조직체계의 구성이 필요함.
- － 第 1段階에서는 시·군·구청 복지관련 과로부터 보건복지사무소의 복지사업과(계)로 生活保護對象者 및 低所得層關聯 業務 全體를 이관하고, 業務分掌을 명확히 하므로써 업무중첩 문제를 최소화함.
- 이관할 업무로는 의료보호, 노인 및 장애인관련 사무전반, 생업자금융자 등 저소득층 지원업무, 나아가 후원사업, 자원봉사자 관리 등 지역복지자원 조정 사무, 지역 복지시설 감독·평가, 인허가 업무를 제외한 복지시설관련 업무 등을 고려할 수 있음.

- 이는 人力의 移管 및 充員이 수반되어야 함.
- 第2段階의 통합은 시·군·구청 복지관련 과를 중심으로 통합하거나, 보건복지사무소의 복지관련 과(계)를 중심으로 완전통합하는 것임.
 - 첫째, 市·郡·區廳 福祉關聯 課에 訪問看護課를 신설하여 社會福祉局을 설치하거나 혹은 별도의 福祉事務所를 신설하는 방안이며,
 - 둘째, 기존 保健所에 복지분야를 별도로 신설하여 社會福祉課(시·군·구청으로 부터 이전됨)와 福祉事業課(복지전문요원으로 구성됨)를 설치하는 방안임.

다. 保健과 福祉의 連繫를 위한 改善方案

- 보건·복지 통합효과에 대한 성급한 期待는 삼가해야 하며, 양 部門의 對人서비스 사업이 성숙되고 재정적 뒷받침이 이루어질 때 해결이 가능할 것임. 이를 위해서는 다음과 같은 방안을 제안함.
 - 단기적으로는 對象者 記錄카드의 공유를 통한 공식적 정보공유통로를 마련하고, 장기적으로는 대상자 情報의 電算化 설계과정에서 보건·복지부문간 정보교환 및 공유 프로그램을 개발함.
 - 보건·복지부문 상호간 서비스 對象者의 依賴體系를 구축함. 이는 基礎點檢 및 對象者 判別프로그램의 개발이 수반되어야 함.
 - 보건·복지 統合서비스 體系 構築을 위하여, 農村에서는 보건지소 및 보건진료소의 방대한 保健從事人力을 동원하여 기초적 수준의 복지서비스 제공에 활용할 수 있도록 검토함. 都市에서는 福祉從事人力이 기초적인 보건서비스의 일부를 분담하므로서 保健領域의 人力 制限 문제를 부분적으로 해결할 수 있음.

- 保健·福祉従事者の 教育課程에서부터 상호영역에 대한 기초지식을 습득하여 이해를 높이도록 함.
- 대상자 同時 訪問을 통한 연계서비스를 지향하기 보다는 보건·복지 可用資源을 連繫하여 提供하는 방법을 적용하도록 함.
- 보건·복지 業務 領域의 一致는 보건복지사무소의 福祉事務가 지역의 福祉業務 全般으로 확대됨으로서 가능할 것임.

라. 地域特性에 適合한 公共福祉 및 保健傳達體系의 設計

- 都市地域은 복지전달의 最終單位를 市·區로 하는 것과 福祉關聯 組織의 統一이 시급한 정책과제로 판단됨.
 - 복지관련 통합조직이 市·區廳 혹은 保健所에 설치될 것인가 여부는 큰 차이가 없을 것으로 보임.
 - 향후 洞事務所가 복지사무에 집중하는 형태로 기능전환이 이루어질 경우, 시·구 단위 복지전담조직과 동사무소의 소위 복지사무소 분소와의 유기적 관계 설정이 용이할 것임.
- 農村地域도 福祉關聯 組織의 統合이 우선적 정책과제이므로, 郡廳의 복지관련 과를 중심으로 福祉事業課를 신설하여 기존 읍·면의 복지전문요원을 집합시키는 방안과, 保健所에 복지사업관련 통합조직을 신설하여 군청의 복지관련 업무 및 인력 전부를 단계적으로 이에 통합시키는 두가지 방안을 구상할 수 있음.
 - 보건소를 중심으로 통합될 경우 보건지소에 복지관련 지역담당을 배치하며 동시에 몇 개의 면을 담당하도록 조직되도록 함. 향후 邑·面事務所의 행정업무가 축소되면 保健支所와 통합되어 지역의 보건·복지업무를 총괄담당하게 될 것임.

I. 保健福祉事務所 示範事業의 背景

오늘날 우리나라는 소득수준의 향상과 인구 구조의 변화 등으로 과거 20여년 전에 설계된 公共福祉 및 公共保健의 傳達體系가 더 이상 제 기능을 발휘하기 힘든 단계에 도달해 있다. 福祉部門의 경우 극빈자에 대한 구호의 의미로서의 생활보호사업이 公共福祉의 대부분을 차지해 왔으나, 이제는 소득수준의 향상에 따라 제기되는 국민의 다양한 福祉需要에 대한 대응이 요청되고 있다. 공공부조를 중심으로 한 소극적인 국가의 복지정책으로부터 국민의 전반적인 삶의 질 향상이라는 적극적인 복지정책으로 변화하려 할 때, 公共福祉 傳達體系의 재정비 및 공공과 민간의 복지역할 분담을 재정립할 필요성이 높아지고 있다. 한편, 保健部門의 경우 전염병 예방 및 관리, 가족계획과 모자보건이 公共保健의 주를 이루어 왔으나, 공공성이 강조되는 새로운 보건수요에 대한 대응이 요구되는 상황으로 변화하게 되었다. 保健醫療環境의 전반적인 변화 속에서 공공보건의료서비스 전달체계를 담당하고 있는 保健所의 새로운 위상 정립에 대한 논의가 활발해지고 있다.

이러한 보건과 복지부문 각각의 변화에 대한 요구를 배경으로 하여 保健福祉事務所 시범사업은 보건과 복지의 連繫된 需要 증가에 부응하고자 기존의 보건소에 복지전달체계를 접목시킨 새로운 시도이다. 보건과 복지부문 모두 변화의 요구가 급박한 가운데 組織과 事業을 統合하고자 한 시도인 만큼 운영에 무리가 있을 것으로 예상되었으나 사업의 진행과 함께 큰 효과를 거둔 부분 또한 발견되었다.

본 장에서는 보건복지사무소 시범사업이 위치한 事業 環境을 이해하기 위하여 福祉部門과 保健部門 각각이 처해 있는 변화 환경을 검

토하고자 한다. 각 부문의 전개과정과 함께 이에 대한 變化의 要求를 이해함으로써 보건복지사무소가 이러한 變化의 요구 속에서 어떠한 役割을 할 수 있을 것인가에 대한 파악이 가능할 것이다.

본 보고서의 구성은 다음과 같다. 본 장에서 보건복지사무소 시범 사업을 둘러싼 福祉傳達體系와 保健所의 사업 環境을 검토하고, 다음 장에서는 행정자료를 이용하여 보건복지사무소에서 전개되고 있는 事業 內容을 검토하며, 제3장에서는 지금까지 세차례에 걸쳐 실시된 사업관계자 설문 조사에 근거하여 보건복지사무소 시범사업의 운영 현황에 대한 實態를 분석한다. 제4장에서는 기존의 조사자료, 면접자료, 행정자료, 회의 결과 등을 종합하여 시범사무소 사업의 效果와 問題點을 분석한다. 제5장에서는 우리나라 보다 앞서 유사한 제도를 도입하여 진통을 겪고 있는 日本의 보건·복지 통합사업 현황을 검토하면서 우리나라 시범사업에 대한 함의를 도출한다. 마지막으로 제6장에서는 앞에서 보건복지사무소 시범사업의 효과와 문제점에 대한 검토 및 일본의 경험을 토대로 하여 改善方向을 제시한다.

1. 福祉環境의 變化와 福祉行政體系의 改編

사회복지제도가 수립된 후 대상자에게 제공되기까지의 과정, 이를 가능하게 하는 組織과 人力, 이들의 業務 수행을 위한 활동을 의미하는 복지전달체계의 형성은 經濟 여건과 人口의 증감 및 욕구, 政治的 制度 등에 의해 그 틀과 내용이 구성된다.

본 보고서에서 논의되는 보건복지사무소는 공공부조 및 복지서비스를 전담하는 公的行政體系로서, 국가의 정책지향과 사회적 여건 변화에 직접적인 영향을 받는다. 본 절에서는 복지전달체계의 개편 여부와 내용을 결정할 수 있는 몇가지 環境 變化에 대하여 검토하고자 한

다. 먼저 정치·경제적 여건과 함께 地方自治制 실시에 따른 변화 등에 대해서 검토하고, 둘째, 人口의 증감 추세와 欲求의 변화 및 이에 따른 대처 방안으로서의 公共福祉서비스의 범위에 대해서 논의한다. 마지막으로 이러한 변화속에서 모색되어 온 福祉傳達體系 改編의 논의와 시도에 대하여 정리하고자 한다.

가. 福祉傳達體系 改編의 環境的 要因

사회복지에 큰 영향을 미치고 있는 주요 정치·경제적 여건으로서, 서구 복지선진국을 중심으로 경험한 新保守主義의 작은 정부 지향과 福祉 縮小의 논의, 세계화된 경제체제의 재편에 따른 國家 競爭力 強化 정책, 1995년 6.27 지방선거를 통해 본격화 된 地方自治制 등을 주목할 수 있다.

복지황금기를 구가하던 서구 선진국은 '80년대 이후 복지국가의 중앙집권적 복지정책을 地方政府로 이양하고 있으며, 특히 복지서비스의 지방화, 민영화 등을 통한 多元主義戰略은 국가별로 정도의 차이는 있으나 대부분의 국가에서 시도되어 왔다. 우리나라에서도 최근 경쟁력 강화를 위한 生産性 提高의 기치와 함께 이러한 서구의 경험을 정치적 수사로 이용하며 전체적인 福祉規模의 위축을 예고하여 왔다. 이에 따라 복지주체 다원화의 미덕을 강조하며, 특히 지방자치체가 정착되어 가면서 중앙정부의 福祉責任을 移讓하는 경향을 보이고 있다.

특히 최근의 복지여건 변화에 실질적인 영향을 미치는 부분은 지방자치제의 활성화이다. 이는 分權化, 民主化, 福祉에 대한 관심 제고를 가능하게 할 것이다. 지방자치는 주민들의 일상생활이 영위되는 生活의 현장에서 민주주의를 실천해야 한다는 이념적 지향을 갖는다. 따라서 지방자치단체는 일정 지역내에 거주하는 주민들을 위해 다양한

종류의 서비스, 상하수도, 전기 및 가스, 교통, 방재, 사회복지, 교육, 민원처리 등의 서비스를 집합적으로 제공하는 '經營體'로서의 성격을 지닌다. 이는 지자체가 행정비용을 절약하고 서비스의 공급을 증가시키므로서 효율성을 증진시키며, 지역경제를 활성화하여 이윤을 추구하는 데 관심을 쏟게 한다(성경룡, 1997: 20~28).

이와 같은 地方自治의 성격은 복지부문을 중심으로 보면 모순적인 측면이 있다. 즉, 지방자치제가 활성화될 경우 중앙집권의 획일적 복지제도에서 탈피하여 지역의 특성을 반영한 多樣하고 自律的인 복지 프로그램의 마련이 가능하게 함으로써, 보건복지부의 정책을 내무 행정조직에서 집행만하는 전달체계로부터 각 지역이 獨自的으로 복지 프로그램을 개발하고 地方의 재정으로 실행하는 제도가 정착될 수 있다. 민주화에 따른 地域住民의 參與가 활성화되며, 이러한 과정에서 주민의 權利意識이 제고됨에 따라 생활의 편의, 복지에 대한 관심이 제고될 수 있을 것이다. 그런가 하면 경영체로서의 지자체는 재정 확보를 통해 주민들에게 수익을 창출해야 하므로 중앙정부의 政策 優先順位와 마찬가지로 복지는 뒷전에 밀릴 가능성이 있는 것이다.¹⁾

이러한 배경속에서 지역의 복지를 제공하는 公共福祉傳達體系는 그 규모와 형태가 달라질 수 있을 것이다. 최소한의 기초생활보장을 위한 공공부조 및 복지서비스를 국가가 강제하지 않을 때, 자율권이 강화된 분권화 체제에서 복지의 규모가 縮小될 것인가, 오히려 사업이 多樣化될 것인가에 따라 복지전달체계가 별도의 사업소 형태로 獨自的 組織을 갖추거나(사회복지사무소 혹은 보건복지사무소), 현재의 내무행정체제의 말단에서 최소한의 現金給與에 치중하게 되는 등 그 내

1) 김홍식은 지방자치제 실시에 따른 복지정책 지향의 감소와 증가를 설명한 연구들을 정리하며, 기존 문헌에서는 복지의 감소를 입증한 연구가 대부분이라고 주장하고 있다(김홍식, 1994: 239~241).

용이 크게 달라질 것이다.

최근 행정조직의 개편이 논의되는 과정에서, 현재의 행정단계 가운데 읍·면·동의 단계를 줄이고 읍·면·동사무소를 ‘住民福祉센터’로 개편하자는 안이 모색되고 있다. 이는 별도의 자원투입을 최소화할 수 있는 현실적인 대안이 될 수 있으므로, 이에 따른 복지전달체계의 설계도 적극적으로 검토되어야 할 것이다.²⁾

나. 福祉欲求의 增加와 公共福祉서비스 領域의 擴大

위에서 제시한 정부의 복지역할 변화는 복지행정조직의 변화와 함께, 제공되는 公共福祉서비스의 범위에도 영향을 미칠 것이다. 국가가 저소득 취약계층, 나아가 전체 국민을 대상으로 우선순위에 따라 복지를 공급한다고 할 때, 일반적으로 福祉서비스보다는 公共扶助가 중점적으로 제공되어 기초 생계를 우선 보장하게 되기 때문이다. 즉, 재정 감축 및 복지축소 지향, 지방분권화의 추세는 福祉서비스를 민간에 위탁하게 하고 공공복지서비스의 영역이 축소될 여건이 조성되고 있는 것이다.

그러나 이러한 여건을 그대로 수용할 수 없는 또 다른 변인이 있다. 이는 人口 規模 및 特性의 변화이다. 최근 우리나라는 다른 나라에 비해 老人 人口가 급격하게 증가하고(65세 이상 노인 1995년 5.7%에서 2020년 12.5%로 전망됨) 있다. 또한 평균 여명이 72.9세에서 2020년에는 77.0세로 연장될 것이며, 이에 따라 만성퇴행성 질환이 있는 노인이 증가할 것으로 전망되고 있다. 이와 같은 高齡化는 교통사

2) 현재 시범사업을 ‘보건·복지통합형’으로만 실시하고 있는데, 시범사업을 준비하면서는 여러 모형으로 시험하자는 제안이 있었다. 즉, 복지전달체계의 모형은 다양하게 설계할 수 있으므로 여건변화의 가능성을 여러 측면에서 파악할 수 있도록 구상되어야 한다.

고 및 산업재해를 비롯하여 障礙發生을 증가시키는 또하나의 원인이 되고 있으며, 이에 따라 장애의 정도와 종류가 심화되고 다양화될 것이다. 따라서 고령·장애등의 복합적인 욕구를 지닌 障礙人이 증가할 것이다.

이혼등으로 인한 家族解體의 증가로 편모·편부·독신가구가 증가하여, 결손가정 아동에 대한 복지대책의 필요가 증가할 것이다. 핵가족화, 여성의 사회참여 확대는 女性이 가족내에서 수행하던 老人扶養, 子女養育의 역할을 대체할 새로운 대안을 요구하고 있다.

이와 같은 福祉對象者의 절대 수 증가와 이들의 欲求 表出 機會의 확대는 국가적, 사회적인 대응체계 마련을 소홀히 하기에 어려운 요인이 될 것이다. 이는 결국 현금지급 중심으로 이루어지는 현행 공공부조의 대처방식으로부터의 변화를 요청하는 것이다. 그간 문제를 가진 대상자가 가정에서 생존이 불가능할 경우 주로 施設에 수용하여 보호해 왔지만, 장애 등의 다양한 문제를 가진 대상이 普遍化되고 있으므로 기존 수용시설이나 제한된 급여를 통한 대책으로는 이들의 욕구를 충족시킬 수 없을 것이다.

따라서 보다 섬세하게 필요로 하는 바를 성취하게 하는 각종 福祉 서비스 技術의 적용과 개발이 요구될 것이며, 이를 충족시키려면 최저생활 보장수준을 넘어서 누구나 사회에 참여하여 행복을 추구할 수 있도록 각종 情報가 共有되고 獲得되어야 하며 福祉서비스 범위의 확대가 이루어져야 할 것이다. 또한 地域社會 保護(community care) 즉, 家庭에 머물면서 각종 복지서비스를 이용할 수 있는 체계가 필요하며, 地域單位의 복지계획으로 이들의 욕구를 밀접하게 파악하고 반영할 수 있는 시스템의 設計가 요청되는 것이다. 따라서 이를 위한 민간기관과 공공부문의 적절한 力割分擔이 구상되고 공공전달체계에서 담당할 복지서비스 領域 및 業務의 명확화가 이루어져야 할 것이다.

다. 公共福祉傳達體系 改編의 要求

앞에서 논의된 복지환경 및 공공복지서비스 영역의 변화는 그 조직 형태와 내용을 떠나서 현행 公共福祉傳達體系의 改編이 필요함을 지지하는 것이다. 공공복지전달체계의 개편을 요구하는 논지는 크게 다음의 두가지로 정리할 수 있다. 첫째, 福祉行政을 效率化해야 한다는 것이다. 여러 정치·경제적 여건에 따른 자원투입의 어려움으로 최소한의 비용으로 효과를 극대화할 수 있는 체제를 만들어야 한다는 것이다. 둘째, 증가하는 다양한 福祉 欲求에 대처할 수 있는 專門福祉傳達體系를 만들어야 한다는 것이다.

이러한 배경에서 기존의 내무 행정체계에서 수행되던 사회복지업무는 사회복지전문요원의 배치만으로는 해결하기 힘들고 독립적인 체계에서 수행되는 것이 바람직하다는 주장이 제기되어 왔다.³⁾ 福祉全擔機構 설치의 필요성은 80년대 중반 이후 꾸준히 제기되어 1992년에는 사회복지사업법이 개정되면서 ‘복지전담기구 설치’에 관한 규정⁴⁾이 신설되었다. 이와 함께 ‘社會福祉事務所’ 시범사업이 추진되기도 하였으나, 복지전담기구의 독자적 설치에 대한 정부 부처간의 이견과 재원 확보의 문제로 1995년 보건복지사무소 시범사업이 실시되기까지

3) 우리나라의 공공복지전달체계는 보건복지부 소관의 정책을 내무부 산하의 시·도 → 시·군·구 → 읍·면·동의 행정조직을 통해 일반공무원이 집행하는 전달체제로 지속되어 왔으며, 1987년 이후 사회복지사업의 전문성 제고의 일환으로 사회복지전문요원을 읍·면·동 단위로 배치하기 시작하여, 현재 3,000여명이 생활보호 및 사회복지서비스를 담당하고 있다. 이와 함께 공적 전문인력으로서 아동복지지도원 및 부녀복지상담원 등 770여명이 근무하고 있다.

4) 법 제14조에는 사회복지전담공무원의 규정을 두어 사회복지사업에 관한 업무를 담당하게 하기 위하여 시·군·구 및 읍·면·동 또는 복지사무전담기구에 사회복지전담공무원을 둘 수 있도록 하고 있고, 제15조에는 복지사무전담기구의 설치에 관한 규정을 두고, 사회복지사업에 관한 업무를 효율적으로 운영하기 위하여 필요한 경우 시·군·구 또는 읍·면·동에 복지사무를 전담하는 기구를 따로 설치할 수 있으며, 이의 사무 범위·조직 등의 사항은 당해 시·군·구 조례로 정하도록 하고 있다.

복지전달체계의 개편이 지연되었다.

정부는 「제7차 경제사회발전 5개년계획」에서 사회복지사무소 설치·운영계획을 발표하였는데, 1993~1995년 중 서울 등 5대도시 저소득층 밀집지역에 전문 일선행정기관으로써 시범복지사무소를 설치·운영하고, 그 평가결과를 토대로 하여 1996년 이후에 대도시를 중심으로 사회복지사무소를 단계적으로 확대·설치하는 방안이 제시되기도 하였다. 이에 앞서 「제5차 경제사회발전 5개년계획」에서도 복지전달체계의 확립이 주요 과제로 설정되었었다.

그 동안 공공복지전달체계 개편에 대한 논의⁵⁾는 주로 社會福祉事務所의 設置를 제안하고 模型을 제시하는 데 중점이 두어졌다. 복지사무소의 모형은 중앙부처와 지방자치단체와의 관계, 내부조직 및 업무의 형태 등에 따라 여러 유형으로 설계될 수 있다(강혜규, 1995: 318~320).⁶⁾ 그러나 공통적으로 제기되는 부분은 사회복지사무소를 別途로 설치하는 안을 지지하는 것이다. 물론 연구로 제시하지는 않았지만 별도의 公共福祉行政組織 설치를 반대하는 사회복지연구자도 있었다. 그러나 이러한 경우도 현행 체계의 改編 必要性에는 대부분이 동의하는 것으로 나타나고 있다.

따라서 이러한 논란속에서 수행되고 있는 보건복지사무소 시범사업은 복지전달체계 모형 가운데 하나의 대안이었기 때문에 福祉體系 改編만을 목적으로 한다면 그 의의를 반감시키는 측면이 있을 수 있다.

5) 복지사무소 모형에 대한 연구는 한국복지정책연구소(1985), 서상목 외(1988), 김홍식 외(1989), 박경숙 외(1992)의 보고서를 참고

6) 이와 같은 차원을 검토하여 첫째, 복지부 직속 하부집행기관, 혹은 내무부 집행기관으로 설계하는 경우 둘째, 지역 설치단위를 읍·면·동 혹은 시·군·구로 하는 경우 셋째, 사회복지업무만을 혹은 보건사회관련업무 모두를 분리하는 경우, 공공부조와 사회복지서비스 업무만 다루거나, 사회보험도 다루거나, 보건·위생·환경업무도 다루는 경우 등의 차원을 살펴 볼 수 있다. 이들 안에 대한 보다 구체적인 비교는 박경숙 외, 1992: 102~109를 참고

그러나 경제적 여건 등의 현실을 고려할 때는 일단 복지사업의 통합 효과와 보건·복지의 연계 효과를 同時에 가늠해 볼 수 있다는 점에서 의미를 찾을 수 있을 것이다.

2. 保健所의 環境變化

우리나라의 保健所는 미군정에 의하여 도입되어 1956년 保健所法을 만들면서 정비되기 시작한 이래 현재는 전국의 시군구 행정단위별로 保健所가 설치되어 있으며, 읍·면단위별로 설치된 保健支所 및 의료 취약지역에 설치된 保健診療所를 포함하여 전국에 244개의 保健所와 1,327개의 保健支所, 2,039개의 保健診療所를 포함하는 광대한 조직체계를 갖추고 있다.

그동안 保健所는 임신, 출산, 영유아를 위한 모자보건과 가족계획, 법정전염병의 방역과 예방, 결핵과 나병관리, 그리고 농어촌 벽지의 주민들 및 저소득층에게 저렴한 保健醫療서비스의 제공 등의 업무를 수행하였으며, 이들 업무는 성공적으로 수행한 것으로 평가되고 있다. 그러나 전국민의 의료수요에서 차지하는 이러한 사업들의 상대적인 중요성이 감소하면서 保健所의 변화를 위한 압력 또한 높아지고 있다. 소득 수준의 향상 및 질병 양상의 변화와 함께 保健醫療 環境의 전반적 변화 움직임의 와중에서 공중보건을 책임지고 있는 保健所의 위상 변화에 대한 요청은 어느 때 보다 높다고 하겠다. 여기에서는 1995년 기존의 保健所法 개정을 통하여 地域保健法으로 변모한 배경을 중심으로 保健所의 역할 변화에 대한 논의를 검토하고, 이러한 변화속에서 保健福祉事務所 사업이 갖는 함의를 생각해 보기로 한다.

한편으로는 기존의 保健所가 안고 있는 문제점에 대한 인식과 함께 다른 한편으로는 保健醫療 環境의 전반적 변화속에서 공중보건서비스

기관의 역할 변화에 대한 논의를 배경으로 하여 保健所의 변화에 대한 논의가 전개되고 있다. 먼저 保健醫療 環境의 전반적 변화에 대한 논의들을 검토하면 다음의 네가지로 요약된다(김창엽, 1997).

첫째, 소득수준의 상승, 환자의식의 변화 및 보건의료 인력과 시설의 대량공급 등의 변화는 기존의 量 中心의 보건의료서비스로부터 質 中心으로 보건의료서비스의 변화를 유도한다.

둘째, 保健醫療費의 급격한 상승과 새로운 의학기술의 대량도입은 국가적 차원에서 의료이용의 효율성을 추구하지 않을 수 없게 한다. 양적, 질적으로 팽창하는 국민의 의료 요구를 모두 수용하기는 불가능하므로 국가로서는 保健醫療 部門의 지출을 적정화하기 위하여 인력, 시설, 장비, 의료 이용 등 모든 측면에서 효율성에 바탕을 둔 정책을 수립할 것으로 예상된다.

셋째, 새로운 醫療 需要가 발생할 것이다. 노인인구와 만성 퇴행성 질환자의 증가는 지금까지와는 다른 종류의 의료수요를 대량으로 발생시킬 것으로 예상된다. 요양병원, 노인 의료시설, 호스피스, 복합적 보건의료서비스 시설, 건강증진, 질병예방관련 시설, 재활시설 등이 새로 나타나거나 그 비중이 커질 것이다.

넷째, 消費者(患者) 중심의 醫療供給體系가 더욱 강화될 것이다. 경쟁이 강화되고 환자의 권리의식이 높아짐에 따라 종래의 供給者 優位 상태가 消費者 優位로 전환될 것이다. 환자 만족도, 환자가 평가하는 의료기관의 질, 삶의 질 등의 개념이 중요한 위치를 차지할 것이다.

국민의 醫療需要의 대부분을 民間醫療機關이 담당하고 있는 우리나라의 실정에서 이러한 전반적 保健醫療 環境의 변화는 保健所의 역할에 어떠한 변화를 가져올 것인가? 公共性이 높아 민간기관이 담당하기 힘든 보건의료서비스의 공급에 집중하는 한편, 민간부문과 경쟁이 아닌 보완 관계 설정을 통해 地域社會 保健醫療의 기획·조정자 역할

을 담당해야 할 것으로 판단된다(이석구, 1997). 이는 지역보건사업의 강화로 요약될 수 있으며, 이러한 배경에서 1995년 지역보건법이 설립되었다.

地域保健法の 설립취지는 지역보건활동에 기본이 되는 사항을 정하고 지역보건의 필요사무와 전문인력의 배치기준 등을 제시함으로써 지방자치제 실시하에서 保健部門이 활성화될 수 있는 여건을 조성하고자 하는 데 있다. 기존의 보건소법과 차별화되는 주요 골자를 요약하면 다음과 같다.

- 지방자치단체는 지역적 특성에 맞는 종합적인 地域保健醫療計劃을 수립하고 이를 추진하도록 한다.
- 보건소의 업무에 건강평가, 건강증진 등 國民健康增進事業, 가정·사회복지시설 등을 訪問하여 행하는 보건의료사업, 慢性退行性疾患의 管理 등을 추가한다.
- 보건소에 그 업무수행에 필요한 면허 자격 등을 갖춘 專門人力을 두도록 하고, 필요한 경우 보건소간에 전문인력의 人事交流를 할 수 있는 근거를 마련한다.
- 保健所 및 保健支所의 진료수준을 향상시키기 위하여 그 업무중 보건복지부장관으로부터 위임 또는 재위임받은 업무를 의료기관 등에 委託하거나 의료인에게 업무를 代行하게 하고 그에 소요되는 비용을 보조하거나 변상할 수 있는 근거를 마련한다.

이러한 입법요지는 현재 보건소가 안고 있는 組織, 人力上的 문제점 개선 및 질병구조의 변화에 따른 事業領域의 변화, 民間醫療機關과의 連繫 등 보건소가 변화해야 할 방향을 제시하고 있다. 이러한 법률 취지하에 보건소가 역점을 두어야 할 役割을 논의하면 다음과 같다(이석구, 1996; 배상수, 1996; 문옥륜, 1992).

첫째, 보건소는 地域社會保健醫療의 중심체로서 지역보건의료계획의 수립으로 地域社會診斷을 통하여 주민에게 필요한 보건의료서비스를 생산하고 민간부문에 대하여 필요한 공급을 늘릴 수 있도록 情報를 제공하는 역할을 하여야 한다. 지역사회의 각종 보건의료 정보를 수집하고 분석하여 주민과 민간의료기관에 전파하며, 환자의뢰제도를 통하여 주민과 민간의료기관간의 架橋役割을 담당해야 한다. 또한 지역사회에 대한 보건교육이나 보건의료사업의 관리, 의료자원봉사자의 연결 등을 통하여 지역주민과 지역의 의료자원을 指導하고 調整하는 역할을 담당해야 한다.

둘째, 지역사회에 부족한 一次保健醫療의 제공과 아울러 특수의료서비스의 제공을 통하여, 민간기관이 담당하지 않으려 하거나 혹은 하기 힘든 지역과 서비스 분야에 대한 보건의료서비스 供給者로서의 역할을 담당해야 한다.

셋째, 보건의료 환경의 변화 및 지방자치체제에 대응하여 지역의 특성에 맞는 保健醫療·福祉事業의 개발자로서의 역할을 담당해야 한다. 한편으로는 예방, 치료, 재활 등 질병의 연속선상에서 건강을 해결하려는 保健醫療서비스 수요가 증가하는 데 맞추어 건강증진사업에 역점을 두면서, 다른 한편으로는 고령화사회의 도래와 함께 保健醫療需要와 福祉需要가 복합화하는 양상에 대응하여 綜合的인 서비스 제공을 강화해야 한다.

이러한 보건소의 역할 변화 요구에 대하여 현재의 保健所 組織 및 人力이 잘 대응할 수 있을 것인가에 대한 의구심 또한 팽배해 있는 것이 현실이다. 예컨대 지금까지 保健所組織은 중앙집권적 행정체계 하에서 上意下達式의 업무수행 방식에 젖어 왔기 때문에 지역의 수요를 반영하는 자율적인 보건행정업무의 기획수립과 운영능력이 부족하다는 점, 현행 보건소의 人力 중 非專門人力의 비중이 지나치게 높아

자체적인 조직 개선 및 사업 개발이 어렵다는 점, 기술 및 전문인력의 낙후된 質 등의 문제점에 대한 개선이 용이하지는 않을 것이다. 그럼에도 불구하고 保健所 無用論을 별도로 한다면, 기존의 보건소 조직 및 사업내용에 대한 과감한 변화를 통하여 保健所의 기능이 활성화되어야 한다는 데에는 보건관계자들 모두 이견이 없는 듯하다.

이러한 보건소의 조직 및 사업내용의 변화 요구와 관련하여 保健福祉事務所 시범사업은 기존 보건소에 새로운 변화의 觸媒劑로 작용할 것이 기대된다. 보건 및 복지서비스 傳達體系를 하나의 지붕밑으로 모이게 한 보건복지사무소 시범사업은 公共保健 뿐만 아니라 公共福祉의 조직 및 사업내용 또한 변화가 요구되는 상황에서 급작스럽게 도입되었으므로 사업에 무리가 따를 수 밖에 없다는 점은 미리 예상되는 바였다. 그럼에도 불구하고 고령화사회의 도래와 함께 보건·복지서비스에 대한 連繫 需要가 증가한다는 점에서 앞으로 보건복지사무소의 역할 증대가 기대되며, 시범사업을 통하여 保健 및 福祉傳達體系의 변화 요구가 적절히 수용될 수 있다면 이는 앞으로 보건소의 새로운 變化의 方向을 제시하는 시금석으로 작용할 것으로 생각된다.

II. 示範保健福祉事務所の 서비스 傳達體系 分析

본 장에서는 시범보건복지사무소의 서비스 전달조직체계 및 환경을 분석하고자 한다. 먼저 보건복지사무소 시범사업의 推進過程과 示範地域 與件을 검토하고, 2절에서는 지역별 시범사무소의 組織, 人力, 業務分掌에 대하여 비교하며, 3절에서는 시범사무소의 事業內容을 분석한다.

1. 示範保健福祉事務所の 推進過程 및 地域與件

시범보건복지사무소는 ‘저소득 지역주민들에게 보건·의료와 사회복지서비스를 포괄적으로 제공하기 위하여, 현행 보건소 조직내에 사회복지담당부서를 신설하고 보건의료 및 복지서비스 기능을 연계·수행’하려는 목적으로 설치·운영되고 있다.

1994년 社會福祉政策審議委員會에서 공공복지전달체계의 개선방안으로 건의된 『보건복지사무소』안은 그 안이 확정됨에 따라 參與地域의 선정⁷⁾, 指導評價委員會 구성, 業務指針 시달 등의 준비과정을 거쳐 1995년 7월부터 개소⁸⁾하였고 1997년 6월까지 2개년간 시범사업을 진

7) 시범사업은 그 효과성 및 지역적 대표성을 제고하기 위하여 대도시, 중소도시, 농어촌 지역으로 구분하고, 地方自治團體의 자발적 참여의사와 보건소 내 활용공간 등을 고려하여 시범지역을 선정하였다. 이에 따라 大都市 2개 지역(서울특별시 관악구, 대구광역시 달서구), 中小都市 1개 지역(경기도 안산시), 農漁村 2개 지역(강원도 홍천군, 전라북도 완주군) 등에서 시범사업을 실시하고 있다.

8) 시범보건복지사무소의 開所는 1995년 7월부터 지방자치제가 본격적으로 실시되는 등 시범사업의 착수를 어렵게 하는 상황이 전개됨에 따라 지역별로 6개월 정도의 差異를 보인다. 開所日은 완주 7월 6일, 안산 7월 26일, 홍천 8월 2일, 달서 8월 19

행하였다(表 II-1 참조).

〈表 II-1〉 保健福祉事務所 示範事業의 推進經緯

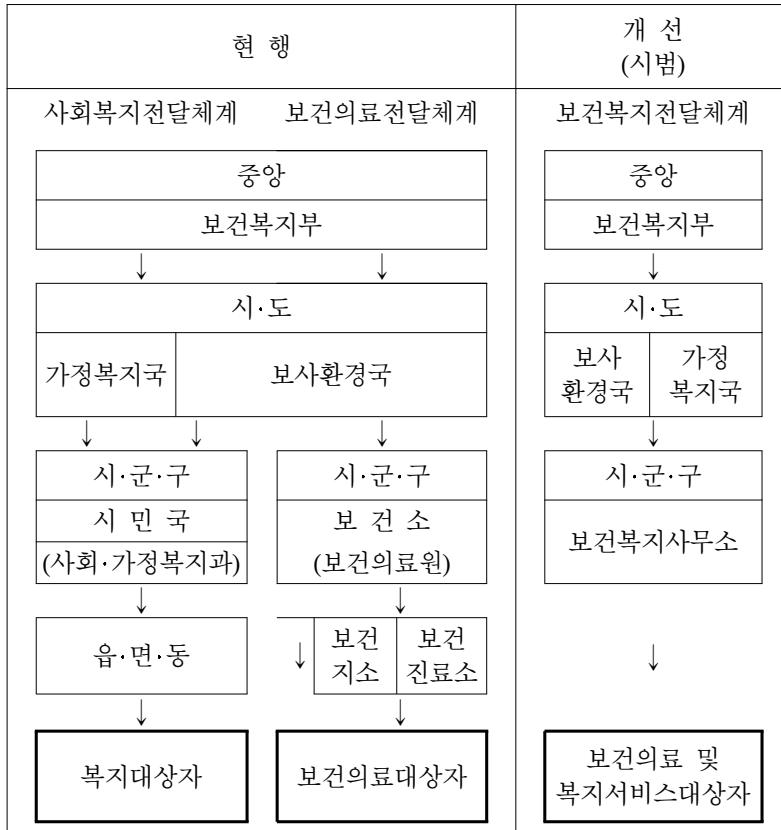
일 시	추진 내용
1994. 1.~6.	• 사회복지정책심의위원회에서 공공복지전달체계 개선방안으로 「보건복지사무소」 설치안을 보건복지부에 건의
9. 27	• 보건복지사무소 설치안을 정부안으로 확정(신경제추진회의)
10. 8	• 시범보건복지사무소 기본계획 확정
1995. 1. 16	• 시범보건복지사무소 참여지역 선정
2. 27	• 시범보건복지사무소 지도평가위원회 구성
3. 6	• 시범보건복지사무소 추진반 구성
3. 18	• 시범보건복지사무소 조직 및 인력배치 지침 시달
5. 23	• 시범보건복지사무소 세부업무분장 및 업무편람 시달
5. 24	• 시범보건복지사무소 홍보지침 시달
6. 2	• 시범사업 국고보조금 교부 • 시범사업 관련 기타 개선지침, 업무관련 미비사항 보완지침 시달 • 현지 추진상황 점검 및 업무지도계획 수립
7. 1	• 보건복지사무소 시범사업 실시

시범보건복지사무소는 관계법령(보건소법 등)을 개정하지 않고 해당 시·군·구의 條例(保健所 設置條例 등)에 보건복지사업의 실시근거를 명시하도록 하였다. 복지사업부서의 설치근거 및 담당업무 규정은 해당 지역 職制條例 및 보건소 事務分掌規則에 근거를 제시하고 있다. 시범사업의 구체적인 실시방법 및 절차 등은 보건복지부에서 작성하는 『示範事業運營指針』에서 정하고 있다.

현행 시범사업은 사업소의 형태인 보건소 조직에서 기존 읍·면·동 사무소의 복지업무를 통합하여 수행하도록 하고 있다(圖 II-1 참조). 따라서 복지사무의 경우 모든 관련업무를 포괄하는 시·군·구단위의 별도 집행체계가 마련되지 않고 시·군·구청과 보건복지사무소에서 복지업무를 분산 수행되고 있다.

일, 관악 12월 16일이다.

[圖 II-1] 示範 保健·福祉傳達體系 比較



한편 시범사업을 실시하고 있는 각 地域의 環境的 與件을 살펴 보면 다음 <表 II-2> 와 같다.

面積은 도시지역과 농촌지역간에 큰 차이가 나타나고 있으며, 도시 지역간에도 달서는 관악의 2배 가량, 안산은 5배에 가까운 면적을 나타내고 있다. 홍천과 완주는 관악에 비한다면 60배 정도의 면적이며, 홍천은 같은 농촌지역인 완주의 2배 이상이었다. 그러나 완주는 중심

에 전주시를 둘러 싸고 있는 지형적 특성으로 인해 면적에 비해 이동하기 매우 어려운 여건이다.

〈表 II-2〉 示範地域別 環境的 特性

	관악	달서	안산	홍천	완주
면적(Km ²)	29.6	62.3	144.7	1,819.0	820.9
가구수(가구)	181,165	145,378	193,272	21,802	22,382
인구수(명)	541,981	490,798	553,007	76,954	86,570
행정조직	27개동	21개동	23개동	1개읍/9개면	2개읍/11개면
생활보호인구 비율(%)	0.5	2.2	0.4	4.1	5.4

地域別 人口는 3개의 도시지역 가운데는 달서가 49만여명으로 가장 적으며, 관악 54만명, 안산 55만명, 홍천, 완주는 각각 7만 7천, 8만 7천여명 정도의 인구인 것으로 나타났다. 시범사업 초기인 1995년에는 관악 57만 5천, 달서 45만 5천, 안산 47만 7천, 홍천 7만 8천, 완주 8만 7천명 등이었는데, 관악은 3만 5천명 정도가 감소한 반면, 달서는 3만 5천명, 안산은 무려 7만 6천명 가량이 증가하였으며, 홍천, 완주 각각 천명 정도가 감소하였다. 人口의 規模는 지리적 특성과 함께 보건·복지업무 수행에 매우 중요한 변수로서, 이러한 여건 변화에 따른 인력 충원이나 조직개편이 이루어지지 않은 상태에서 위와 같은 인구의 증감이 지역별 業務負擔에 큰 영향을 미치고 있을 것으로 보인다.

전체 인구 대비 生活保護人口의 比率은 지역별로 관악 0.5%, 달서 2.2%, 안산 0.4%, 홍천 4.1%, 완주 5.4%로 농촌지역의 비율이 크게 높아 도시지역과 농촌지역간에 차이를 보이고 있다.

2. 示範地域別 保健福祉事務所의 組織 및 人力

가. 示範事務所の 組織體系

시범보건복지사무소의 조직은 기존 보건소 조직에 시범사업 수행을 위한 福祉擔當部署로 福祉事業課(서울 관악구, 대구 달서구) 또는 福祉事業係(경기 안산시, 강원 홍천군, 전북 완주군)를 설치하도록 하였다(圖 II-2 참조).

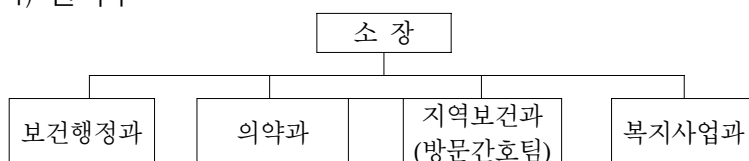
복지사업과가 설치되는 경우에는 하부에 계 및 팀조직을 설치·운영하고, 계가 설치되는 경우에는 하부에 팀제를 운영하도록 하였다. 또한 보건·복지 연계서비스 체제 강화와 효율적인 통합서비스를 위하여 복지사업과(계)내에 訪問看護팀을 구성·운영하도록 하였으며, 복지 1계(1팀)에는 민원편의를 도모할 수 있는 福祉相談室을 별도로 설치하도록 하였다.

이에 따른 지역별 조직은 관악구의 경우 保健所長 이하 保健行政課, 醫藥課, 地域保健課, 福祉事業課의 4개 과를 두고 있으며, 복지사업과에 두기로 한 방문간호팀은 기존 지역보건과의 방문간호팀이 사업을 계속 해왔기 때문에 복지사업과에 따로 두지 않고 있다.

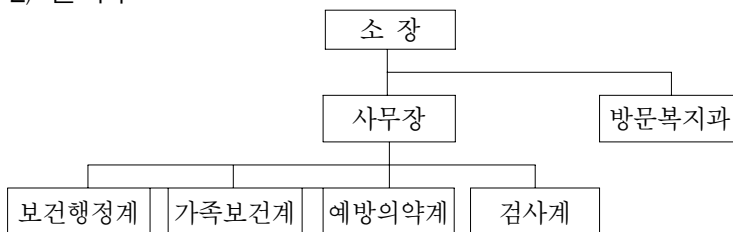
달서구에는 소장, 사무장 아래 보건행정계, 가족보건계, 예방의약계, 검사계를 두고 있으며, 방문복지과에서 복지업무를 담당하고 있다. 달서구는 他示範地域과 달리 본청의 사회복지과와 시범사무소의 복지사업과를 통합하여 訪問福祉課로 개편하였다(1996년 3월). 訪問福祉課에서 본청의 업무를 대폭 이관(사회복지관 운영, 의료보호 업무 등), 통합하여 담당하고 있다. 관악구와 달서구에는 복지사업과 및 방문복지과 아래, 각각 복지 1, 2, 3계를 두고 있다.

[圖 II-2] 地域別 示範保健福祉事務所 組織圖

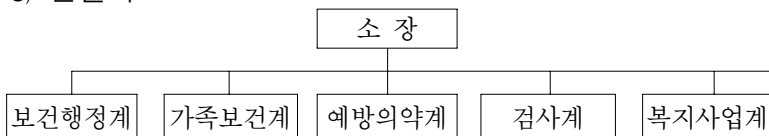
1) 관악구



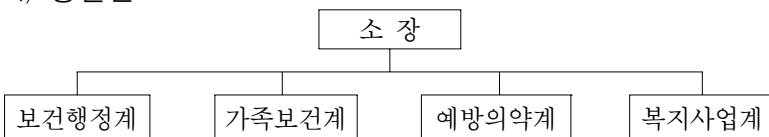
2) 달서구



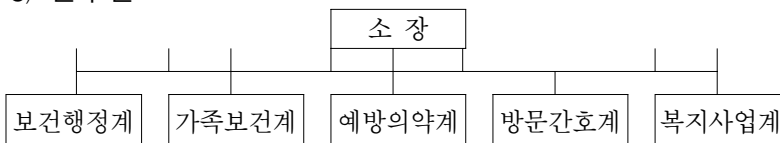
3) 안산시



4) 흥천군



5) 완주군



안산, 홍천, 완주의 경우는 보건행정계, 가족보건계, 예방의약계와 함께 복지사업계로 조직되어 전체 조직이 유사한데, 안산은 검사계가, 완주는 방문간호계가 설치되어 있다. 복지업무 담당부서인 복지사업계에는 복지 1팀과 복지 2팀이 있다.

현재의 시범보건복지사무소 組織을 검토해 보면, 보건·복지업무의 연계를 위해 제안되었던 訪問看護팀의 복지사업과내 설치가 이행된 지역은 달서구가 유일하며(1997년 10월 20일부터 편입됨), 이외 4개 지역에서는 기존 보건소 조직내에 있던 방문간호팀은 그대로 보건관련 과(계)에 두고 있다. 이는 시범사업 초기에 保健·福祉 連繫事業에 대한 계획이나 이에 대한 준비가 충분치 않은 상황에서 기존 보건소 관계자들이 수용하기 어려운 개편 방안이었던 것으로 나타났다. 이를 통해 볼 때 각각 고유한 업무의 성격과 전달조직을 지닌 보건과 복지의 연계가 초기부터 組織統合을 통해 실현되기에는 여러 가지 무리가 있었을 것으로 판단된다. 또한 시범기간동안의 각 지역의 사례를 참고할 때 기존 組織의 변모는 行政責任者의 강력한 의지에 의해 가능할 것으로 여겨진다.

나. 示範事務所의 人力

시범사업에 관계하는 인력은 보건분야의 경우 해당 보건소의 기존 배치인력 전체를 현행대로 활용함을 원칙으로 하고, 복지부서의 인력은 管理人力, 專門人力, 行政支援人力, 機能人力으로 구성하였다.⁹⁾

9) 시범사업지침에서는 管理人力은 행정직으로서 사회복지분야의 행정경험이 풍부한 자로 배치하도록 하고, 專門人力은 해당 지역내 사회복지전문요원을 확보하고 업무확대에 대비하여 최소한의 인력을 타지역에서 증원 보강토록 하였다. 訪問看護팀을 두는 지역에서는 간호직도 별도로 확보하여 운영할 수 있도록 하였다. 行政支援人力은 신규인력 확보여건을 감안하여 최소한의 인력을 투입하도록 하는데, 타자 및 운전기능인력은 필수적으로 확보하도록 하며, 특히 차량운전 기능인

시범사무소 복지사업과에 배치된 人力 現況을 살펴 보면 다음 <表 II-3>과 같다.

<表 II-3> 福祉事業課 人力 現況

	관악		달서 ²⁾		안산		홍천		완주	
	정원	현원	정원	현원	정원	현원	정원	현원	정원	현원
계 ¹⁾	30	26	50	49	15	15	15	13	18	14
일반직	9	6	8	7	2	1	2	1	2	1
5급	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-
6급	3	3	3	3	1	1	1	1	1	1
7급	1	1	2	1	1	-	1	-	-	-
8급	4	1	2	1	-	-	-	-	1	-
9급	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
사회복지전문요원	20	19	41 ³⁾	41 ³⁾	13	11	11	11	15	12
기능직	1	1	1	1	-	1	2	1	1	-

註: 1) 대부분의 지역에서 간호직이 방문간호를 위해 새로 투입되지 않았으므로 정원 중 간호직을 제외한 숫자를 제시하였음.

2) 달서구는 10월 20일 간호직 7급 1명과 일용직 3명을 방문복지과로 흡수하였으므로, 정원 및 현원에 4명이 추가될 것임.

3) 사회복지상담요원(아동복지지도원, 부녀상담원 등)을 포함한 숫자임.

지역별로 일반 行政職은 과장 및 계장으로 5급 및 6급 행정직이 배치되어 있고, 홍천과 완주에는 행정인력이 없는 것으로 나타나고 있다. 社會福祉專門要員은 관악, 달서, 안산, 홍천, 완주의 순으로 각각 19, 40, 11, 11, 12명이 배치되어 있는데, 홍천에서만 정원을 충족하고 있다. 특히 사회복지전문요원의 경우 사업 착수시에 마련된 배치안¹⁰⁾과 현원을 비교할 때, 사회복지전문요원의 경우 관악은 8명, 완주는 3

력은 복지부서의 방문서비스 및 정기순회서비스 등에 불편이 없도록 해당 시·군·구에서 확보·배치토록 하였다.

10) 시범사업에 착수할 때 마련된 복지사업과(계)에 소속되는 사회복지전문인력, 관리 및 행정인력의 정원은 각각 관악 27명, 3명, 달서 35명, 3명, 안산 11명, 2명, 홍천 11명, 2명, 완주 15명, 2명 등으로 정하였다.

명이 부족하며 달서는 5명을 초과한 것으로 나타나고 있다.

이러한 人力 現況을 다음 <表 II-4>에 나타난 해당 지역의 보호대상자 수와 비교하여 업무부담의 정도와 이에 따른 인력 규모의 적정성을 검토해 보면, 지역별로 큰 차이를 보인다.

<表 II-4> 生活保護對象者 및 其他 保護對象者 現況

(단위: 가구, 명)

	관악	달서	안산	홍천	완주
생활보호대상인구	1,474 (2,470)	3,979 (10,756)	1,312 (2,455)	1,388 (3,117)	1,935 (4,681)
거택보호대상자	620 (721)	999 (1,814)	651 (919)	529 (823)	781 (1,232)
자활보호대상자	854 (1,749)	2,970 (8,942)	661 (1,534)	859 (2,294)	1,154 (3,449)
장애인	3,252	4,080	4,408	979	1,332
소년소녀가장가구	12 (23)	88 (153)	51 (80)	45 (91)	52 (82)
모자가정	333 (917)	1,164 (3,170)	424 (1,240)	49 (157)	73 (249)
부자가정	46 (136)	194 (562)	13 (41)	4 (17)	36 (124)
사회복지전문요원 1인당 생활보호인구	78 (130)	99 (269)	119 (223)	126 (283)	161 (390)

업무의 큰 비중을 차지하는 生活保護對象者의 경우, 관악은 78가구, 대구 99가구, 안산 119가구, 홍천 126가구, 완주 161가구에 대도시인 관악에 비해 농촌지역인 완주는 2배까지 많은 가구를 담당하는 것으로 나타났으며, 도시지역간에도 관악과 안산은 1.5배의 차이가 났다. 이를 통해 볼 때, 農村地域은 지리적 환경까지 감안하면 업무부담의 정도가 매우 심각할 것이며, 사업 평가 및 모형설계에 참고해야 할 부분이다.¹¹⁾

시범사무소에 투입된 사회복지전문요원들은 복지전달체계로서의 정

11) 1992년 한국보건사회연구원 보고서에서 제시된 시·군·구 단위 복지사무소 모형에는 대략 31명의 전문인력의 배치가 필요한 것으로 보고 있다(박경숙 외, 1992: 121).

착을 위해 보다 많은 勞力을 기울인 것으로 평가되고 있다. 그러나 현재 많은 사회복지전문요원들의 消盡을 초래하는 몇가지 주요한 요인들이 조속히 해결되어야 한다. 현재 보건복지사무소는 이전에 사회복지전문요원이 배치되지 않았던 읍·면·동까지 포괄하고 있으며, 전문요원들은 地域擔當 및 業務擔當을 겸임하고 생활보호 이외에 각종 서비스를 비롯한 連繫서비스 개발 등의 업무를 담당하고 있다. 이와 같은 상태에서 人力 確保 등의 지원방안이 마련되지 않고 시범사업이 지속된다고 할 때, 담당인력들의 개인적으로 이러한 여건을 지속적으로 감당하기가 쉽지 않을 것으로 보인다. 이는 즉시 業務 效果의 경감, 서비스 質의 저하를 초래하는 원인이 될 수 있다.

시범사무소 설치시 별도의 인력 지원이 이루어지지 않은 상태에서 地方自治團體가 시범사업 수행을 위해 자율적으로 사회복지전문요원, 방문간호요원들을 충원한 사례는 거의 없는 것으로 나타났다. 그러나 달서구의 경우는 1996년 2월 가정간호사 인력 3명을 일용직으로 증원하고, 1996년 7월 사회복지상담요원(부녀봉사원) 6명 보건복지사무소 흡수하였으며, 1997년 10월 보건소내 가정간호사 4명을 방문복지과 인력으로 흡수하는 등 시범사업 이후 인력의 충원 및 사업 목적에 따른 이동을 시도하고 있다.

한편 訪問看護事業을 위한 보건인력의 경우 보건소의 기존 배치인력 전체를 현행대로 활용함을 원칙으로 하였는데, 관악구의 경우 8명의 방문간호팀이 地域保健課에, 달서구와 안산시의 경우는 3명의 방문간호팀이 家族保健係에 구성되어 있었고, 홍천군은 3명의 保健行政係 간호직을 방문간호팀으로 활용하고 있다. 완주군의 경우는 家族保健係에 2명의 방문간호인력이 복지사업계와 연계 활동하도록 되어 있다. 특히 농촌지역에는 보건지소와 진료소의 보건인력이 방문간호 활동을 수행하고 있으며, 사회복지전문요원과 연계의 기회를 갖는 것으

로 나타나고 있다.

다. 示範事務所의 業務分掌

1) 保健·福祉 業務分掌

시범사무소의 복지업무를 담당하는 福祉事業課(係)의 업무는 기존 읍·면·동사무소에서 집행되던 공공부조 업무등의 저소득 주민을 위한 급여 및 복지서비스와 시·군·구청의 일부 복지업무를 수행하도록 하고 있다.

관악구와 달서구 등 대도시에서는 복지사업과에 복지 1, 2, 3계를 두어 1계는 福祉行政 업무 및 資源管理 업무를 주로 하고, 2계와 3계는 生活保護 및 노인·장애인·모자복지 등 公共福祉서비스 업무를 분담하고 있다.

[圖 II-3] 관악구·달서구 示範保健福祉事務所의 業務分掌圖



안산시와 홍천군, 완주군에서는 복지사업계에 복지 1, 2계를 두어 1계에서는 대도시 1계의 업무에 생활보호 업무를 함께 하도록 하고, 2계에서는 그 밖의 공공복지서비스 업무를 담당하도록 하고 있다.

[圖 II-4] 안산시·홍천군·완주군 示範保健福祉事務所の 業務分掌圖

복지사업과	
복지 1계	복지 2계
<ul style="list-style-type: none"> • 서무, 회계 • 조사·연구, 홍보 • 전산·통계 • 복지급여 통합지급 • 지역자원 개발·관리 • 결연 및 자원봉사활동 관리 • 상담실 운영 • 증명서 발급 • 생활보호 	<ul style="list-style-type: none"> • 장애인복지 • 노인복지 • 모자복지 • 부자복지 • 여성복지 • 보건·의료복지(연계) • 아동복지 • 청소년복지 • 가족복지 • 지역복지 • 폐질인복지

한편 이 업무들을 수행하는 사회복지전문인력은 대부분이 지역담당과 업무담당을¹²⁾ 겸임하도록 하고 있어 업무를 수행하는 데 어려움을 겪고 있으나, 인력간 業務負擔의 형평성 문제나 專門領域 확보의 문제 등으로 별다른 대안을 마련하지 못하고 있는 것으로 나타났다. 그러나 대구에서는 1997년 10월 20일부터 ‘內外勤制’를 실시하여, 복지 1계에서는 행정업무 및 복지서비스 업무 전체를 담당하는 내근을 실시하고 복지 2, 3계에서는 지역업무로 외근에 집중하게 하는 업무분장제를 도입하였다. 이는 타 지역에 비해 인력의 절대 수가 많기 때문에 가능한 시도였을 수 있지만, 그 성과를 주목할 필요가 있다. 복

12) 地域擔當은 읍·면·동별로 사회복지전문요원 개개인이 분담하여 해당 지역의 제반 복지업무를 총괄하는 것이고, 業務擔當은 세부 업무별 담당을 지정하여 전지역의 해당 업무를 수행하는 것을 말한다.

지업무의 전문성 제고와 인력의 자기개발, 업무 부담 등을 고려할 때 이러한 集中制가 바람직할 수 있으나, 공무원으로서 종합업무를 수행하고 보다 포괄적인 경험이 요청된다는 관점에서는 적합하지 않은 방안이므로 이를 적절하게 조화시킨 업무분장안이 필요하다.

또한 시범사업 지침으로 業務分掌案에 제시되고 있는 복지서비스 세부업무는 매우 광범위하여¹³⁾, 실제로 모두 수행해내기 어려운 수준이다. 따라서 기본적인 업무에 대한 지침이외에는 지역별로 욕구 및 수행여건에 적합한 실효성있는 계획을 수립하여 시행할 수 있도록 해야 할 것이다.

2) 市·郡·區廳과의 業務分掌

현재 대부분의 시범지역에서는 시·군·구단위의 보건복지사무소 설치 후에도 社會福祉課, 家庭福祉課에서 복지관련업무를 함께 담당하고 있다.¹⁴⁾ 이는 특히 지역에 따라 차이가 있으나 대체로 보건복지사무소에서는 低所得 脆弱 住民 대상의 업무, 시·군·구청에서는 一般住民을 대상으로 하는 복지업무나 시설 관리, 가정의례 등의 업무를 담당하고 있다(表 II-5 참조).

13) 예를 들어 아동 및 청소년복지에서는, 공공부조업무로는 소년소녀가장 선정 및 급여 지급, 무직·미진학청소년 조사·보호, 청소년 자립지원금대상 복지급여 지급, 복지서비스업무로는 결석아동대상사업, 저소득자녀 특별학습비 지원, 정기무료예방접종, 아동학대가정대상사업, 학습보충지도사업, 의형제·양부모맺어주기 운동, 무단결석청소년 지도, 보호관찰대상청소년 지도, 직업현장방문 교육사업, 심성개발프로그램, 여가활동(생활체육, 공연관람) 지원사업, 약물중독대상사업 등이 망라되어 있다.

14) 시범사업 실시 이후 대구, 홍천, 완주에서는 사회복지과와 가정복지과가 통합되었으며 그 외 지역에서도 통합을 고려하고 있다. 이는 다른 시·군·구에서도 업무 효율화를 위해 추진되는 경향으로, 시범사업에 의한 직접적인 영향은 아닌 것으로 판단된다.

〈表 II-5〉 市·郡·區廳의 社會福祉業務

사업대상	세부업무
저소득 취약계층	<ul style="list-style-type: none"> • 의료보호: 대상자 관리, 의료대불금 조정 및 관리 • 취로사업: 취로대상자 선정 및 지도·감독 • 직업훈련: 추천 및 훈련비 지급 • 취업알선: 직업소개소 인허가 관리 및 지도·단속, 구인·구직 및 취업알선 • 재해구호: 이재민 구호, 구호양곡 및 물품 관리 • 보훈: 보훈단체 및 대상자 지원
일반주민	<ul style="list-style-type: none"> • 의료보험 관련 업무 • 노인복지: 노인정 관리 및 노인단체 육성 지원, 노인건강진단, 경로교통비 지급, 할아버지 할머니 자원봉사대 운영 • 부녀복지: 부녀회 조직 관리 및 운영, 알뜰시장운영, 여성단체 관련사항, 요보호여성 관련사항 • 아동복지 및 청소년복지: 청소년 선도 및 건전육성, 청소년 육성지방위원회, 가정위탁사업 • 가정의례: 장의사, 장례식장, 예식장, 결혼상담소 관리, 주민경조사 지원
기 타	<ul style="list-style-type: none"> • 사회복지시설: 사회복지법인 인허가 및 관리, 복지시설 종사자 관리, 복지시설 지원 • 이웃돕기: 이웃돕기 기금관리 • 부랑인·행려사망자: 선도 및 지도·단속, 가출인 수배 및 연고자 확인 의뢰, 시체처리 및 공고 • 장애인 복지: 보장구 제조업 인허가 • 노동조합: 노동조합 관리, 단체협약 관리 • 묘지관리: 사설묘지 설치 허가, 시체운반업 허가

그러나, 실제 업무를 수행하는 과정에서 업무분담은 업무절차 및 처리에 어려움을 수반하는 주요한 문제로 제기되고 있다. 특히 事業初期에는 장애인, 노인관련 업무나 각종 행사 개최의 준비 및 주관 등은 담당 부처를 명확하게 정할 수 없는 경우가 많았던 것으로 나타났다. 또한 이와 관련하여 社會福祉館 運營 指導監督에 관한 업무를

달서구는 보건복지사무소에서, 관악구는 구청 사회복지과에서 담당하고 있는데, 이관된 경우에는 민간기관과의 업무분담 및 자원배분의 조정역할을 수행이 가능한 반면 그렇지 않은 지역에서는 민간 복지관과의 역할 조정에 어려움을 겪고 있는 것으로 나타났다.

사회복지과의 많은 업무들을 이관받은 달서구를 비롯하여 점차 시범지역에서는 사회복지업무의 많은 부분이 保健福祉事務所로 이관되고 있는 실정이다. 이는 지역주민에 대한 사회복지서비스의 統合的 제공 및 一貫性 제고라는 점에서는 매우 바람직하다. 그러나 서비스 관련업무 수행을 위한 專門人力 및 行政人力 支援이 반드시 뒤따라야 할 것으로 지적되고 있다.

3. 示範地域別 保健福祉事務所의 事業內容

보건복지사무소 시범사업을 착수하면서 수행할 사업으로는 다음과 같은 내용이 제안되었다(시범보건복지사무소 업무편람 12~13).

첫째, 효율적인 公共福祉傳達體系를 확립하여 지역주민의 피부에 와닿는 복지서비스를 제공한다. 둘째, 社會脆弱階層에 대한 지원사업을 전개하고, 자립·자활능력 향상을 위한 전문적 복지서비스를 강화하며, 노인, 장애인 등이 당면한 보건의료욕구도 동시에 해결할 수 있는 연계서비스를 제공한다. 셋째, 저소득 만성질환자 등 보건의료서비스 대상자들이 당면하고 있는 生活의 문제도 동시에 해결할 수 있는 연계서비스 방안을 강구한다. 넷째, 統合的 보건복지서비스를 강화하여 지역주민에 대한 복지총량 제고 및 질적 향상을 기할 수 있는 방안을 제시한다. 다섯째, 地域福祉 關聯機關과 연계된 복지서비스를 개발하고 제공한다. 여섯째, 지방자치시대에 따른 地域的 特性에 적합한

복지제도를 개발하여 실시하고 정착화한다.

이러한 목표를 반영하여 수행되고 있는 각 지역의 사업들을 복지사업과 보건·복지연계사업으로 나누어 살펴 본다.

가. 福祉事業

현재 시범보건복지사무소의 복지사업은 앞의 업무분장에서 살펴 본 바와 같이, 公共扶助 업무를 비롯하여 장애인, 노인, 모자·부자, 아동, 청소년 등을 대상으로 하는 福祉서비스 업무, 이를 위한 資源管理 및 開發 등이 수행되고 있다. 시범사업 초기에는 저소득 취약 주민관련 업무는 보건복지사무소에서, 일반 주민업무는 본청 사회복지과 및 가정복지과에서 하도록 분담하였지만 점차 복지관련업무가 시범사무소로 이관되어 보건복지사무소에서는 一般 住民對象의 福祉서비스를 포괄하는 방향으로 서비스의 範圍가 확대되고 있는 경향이다.

우선 기본적으로 모든 시범보건복지사무소에서 공통적으로 수행하는 主要 福祉業務를 정리한 결과는 다음 <表 II-6>과 같다. 읍·면·동 사무소에서 이루어지던 모든 복지업무들로서, 생활보호업무와 장애인, 모자·부자가정, 소년소녀가장, 저소득 노인등의 대상 주민을 選定하고 給與를 지급하며 管理하는 업무들과 함께 보다 전문적인 복지서비스를 제공하기 위하여 이들에 대한 相談 및 事後 管理, 家庭訪問 업무를 강화하도록 하고 있다.

〈表 II-6〉 示範保健福祉事務所の 地域 共通 福祉業務

업무분야	세부업무
생활보호	<ul style="list-style-type: none"> • 생활보호대상자 조사 및 책정, 변경 • 생활보호대상자 증명 • 거택보호대상자 장제보호 관리 • 생활보호대상자 취로사업 • 거택보호대상자 생계비, 학비, 장제보호비 지급 • 생활보호대상자 생업자금융자 • 생활보호대상자 해산보호 • 영구임대주택 입주 지원 • 생활보호대상자 공공시설내 시설 우선 임대·분양
장애인	<ul style="list-style-type: none"> • 장애인 등록 및 관리 • 장애인 보장구 교부 및 수리 • 장애인 생계보조수당, 자녀 교육비, 의료비 지급 • 장애인 자립자금 대여 • 장애인 감면제도 해당 증명서 발급 • 장애인 시설 입소 의뢰 • 장애인 LPG 연료사용증명 • 장애인 자동차 표지 발급
저소득 편부모가정	<ul style="list-style-type: none"> • 모자/부자가정 조사 및 책정 • 모자가정 영구임대주택 입주대상자 조사 • 모자보호시설 입소 의뢰 • 모자가정 자녀교육비, 아동양육비, 난방비 지급 • 모자가정 생업자금융자
소년소녀가장 및 저소득가정 아동	<ul style="list-style-type: none"> • 소년소녀가장세대 조사 및 책정 • 소년소녀가장세대 시설입소 의뢰 • 소년소녀가장 결연 • 소년소녀가장세대(학용품비, 피복비, 영양급식비, 교통비) 지원 • 생활보호대상 및 저소득가정 자녀 어린이집 입소 지원
노인	<ul style="list-style-type: none"> • 경로우대증 관리 발급 • 노령수당, 경로승차요금(교통수당) 지급 • 노인복지시설 입소의뢰 • 노인건강진단 • 노인 무료진료 사무 지원

한편 앞에서 제시된 공통업무 이외에 시범사업이 실시됨에 따라 地域別로 計劃하여 실시하고 있는 사업을 살펴 보면 다음 <表 II-7> 과 같다. 실시하고 있는 사업의 種類와 規模는 地域別, 사업대상별로 차이가 크다. 사업 對象別로는 생활보호대상자 중심의 노인, 장애인, 아동·청소년을 대상으로 한 사업이 대부분이며, 사업의 性格別로는 첫째, 기초 생활보장을 위한 現金 支給, 둘째, 保護 및 情緒的 支援, 셋째, 저소득 주민의 生活便宜를 위한 支援 등이 주를 이루고 있다.

<表 II-7> 示範保健福祉事務所 地域別 特殊事業 實施 現況

	실시 사업	관악	달서	안산	홍천	완주
생활 보호 대상	<ul style="list-style-type: none"> • 자활보호대상자 강제보호비 지급 • 이사 지원 • 생일축하카드 발송 • 부식 지원 • 영양제 공급 	○ ○ ○ ○	○ ○	○ ○	○	○
노인	<ul style="list-style-type: none"> • 독거노인 일일방문(야쿠르트등 공급) • 독거노인 생신 축하 • 무의탁 노인 칠순잔치 • 노인 인물사진 촬영 • 노인 영양제 공급 • 노인 의치 지원 • 거택보호노인 신년회 개최 • 거택보호노인 효도관광 • 거택보호노인 목욕료 지원 	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
장애인	<ul style="list-style-type: none"> • 사랑의소리 방송 수신기 보급 • 위문품 지급 • 주말학교 운영 • 아동재활센터 운영 • 도서대출 택배 • 청각장애인 수화교육 • 보장구 무료대여 • 장애인의날 저소득층 위문품 지급 	○ ○	○ ○ ○	○	○	○

〈表 II-7〉 계속

	실시 사업	관악	달서	안산	홍천	완주
청소년 아동	<ul style="list-style-type: none"> • 저소득 자녀 학습 견학 • 소년소녀가장 캠프 • 아동 치아홈 메우기 • 소년소녀가장 학습비·학용품 지원 • 자녀보충학습 및 예체능지도 • 저소득 자녀 학습지 공급 • 생보자 자녀 입학선물 • 소년소녀가장 전세금 지원 • 청소년 한문교실 	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○	○ ○	○ ○	○ ○
여성	<ul style="list-style-type: none"> • 모자가정 캠프 및 견학 	○			○	
저소득 전체	<ul style="list-style-type: none"> • 거동불편자 방문 이·미용서비스 • 순회차량 운영 • 무료 한방진료 • 건강상담 전용전화 개설 • 무의탁 입원환자 방문 및 간병 지원 • 저소득주민 특별생계비(구비) 지원 • 무료세탁 지원 	○ ○ ○ ○	○ ○	○	○	○
기 타	<ul style="list-style-type: none"> • 복지민원접수함 설치 • 주거환경 개선/ 주거관리비 지원 • 자원봉사자 교통비 보상 • 급여내역 입금통장 항목표시 	○ ○ ○	○ ○ ○		○ ○	○ ○

지역별로 가장 많이 실시하고 있는 사업을 살펴 보면, 생활보호대상 독거노인의 생신 축하와 야쿠르트 공급을 통한 일일방문, 노인인물(영정)사진 촬영, 기타 주거환경 개선 및 주거관리비 지원 등이 대부분의 지역에서 실시되고 있다. 다음으로는 자활보호대상자 장제비 지급, 생활보호대상자(거동불능) 부식 지원, 무의탁 노인 효도관광, 칠순잔치, 저소득 자녀 학습 견학, 복지민원접수함 설치 등이 3개 지역에서 이루어지고 있다.

老人 대상의 사업은 대부분의 지역에서 다수의 사업이 전개되고 있으며, 障 碍 人 사업은 관악, 대구에서, 靑 少 年·兒 童 사업은 관악, 홍천에서 다양하게 실시되고 있었다.

이 밖에 폐질인복지 및 보건의료복지사업으로 실명예방사업, 어린이 새생명 돕기 사업, 심장병 환자 수술, 진료 안내, 시설 입소 등이 실시되는 경우가 있으며, 자원봉사 활동 관리, 결연, 후원자 확보 위한 홍보 및 관리 등은 모든 지역에서 이루어지고 있다.

나. 保 健·福 祉 連 繫 事 業

시범사업 기간 중에 이루어진 보건·복지 연계사업은 기존 진행되던 訪 問 看 護 이외에 하나의 사업으로 지속된 경우는 많지 않았다. 2년간의 시범사업을 종료하고 보건·복지부문 각각 사업체계가 정비된 최근에 들어서는 보건·복지 連 繫 프로그램 開發을 위해 여러 가지 방안을 모색하고 있는 것으로 나타나고 있다.

우선 보건복지사무소에서 수행하고 있는 保 健 部 門¹⁵⁾의 방문간호 관련사업을 살펴 보면 대표적으로 방문진료 및 저소득주민 순회진료, 방문간호사업으로 가정방문, 건강관리, 환자관리, 보건교육, 건강관련 문제점 연계처리, 건강진단, 동사무소 민원인 건강상담 등을 들 수 있다.

달서구의 경우 방문간호는 생활보호대상 중 만성질환자, 무의탁 독거노인, 중증장애인 등 지속적으로 치료를 요하는 자에게 복지부서와 연계하여 주 1회 巡 廻 訪 問 診 療를 실시하고 있는데, 이는 민간의료단체의 협조로 의사, 간호사, 물리치료사 등이 4개 팀으로 구성되며 재

15) 보건의료 업무로는 1차 진료, 성병 치료, 예방접종, 건강진단 수첩 발급, 에이즈 상담, 수인성전염병 예방, 물리치료실 운영, 치아홈 메우기, 가족계획, 무료 자궁암 검사, 결핵검진 및 치료, 무료방문간호 및 방문순회진료, 정신지체아 예방, 모자건강교실 운영, 모자건강 관리, 영유아 관리, 보건교육 등을 수행하고 있다.

활관련 운동요법 지도 및 치료, 물리치료 및 한방진료 등을 실시하고 있다. 재가방문복지사업의 실적은 연간 총 5,057회로 가사봉사 1,535회, 사회봉사 1,143회, 정서봉사 2,116회, 기동력봉사 263회, 방문간호사업은 총 8,079회로 방문진료 4,744회, 투약 2,792회, 물리치료 130회, 건강상담 413회 등으로 나타나고 있다.

시범사업기간 중 복지부문과의 연계가 두드러진 부분은 統合管理카드를 개발하여 사용한 것인데, 복지대상자 각종 관리카드를 一元化하여 자원봉사, 방문간호, 후원결연, 교통봉사, 생계비 지급내역 등 종합적인 서비스 제공내역을 ‘재가방문복지대상자관리카드’로 통합관리함으로써 보건인력과 복지인력간에 대상자의 情報 파악이 용이하며 對象者 管理를 위한 업무 효율을 제고하는 효과를 유도하고 있다.

안산에서는 訪問看護事業을 추진할 때 복지인력이 방문간호담당에게 요보호대상자의 사회심리 진단내역, 가족관계, 경제상황에 대한 情報를 提供하고 있으며 방문간호인력은 대상자의 질환에 대한 治療計劃을 수립하고, 이에 따라 무료 순회진료, 의치 착용 지원, 무료예방접종 등을 실시하도록 하고 있다. 健康檢診事業 추진에서도 이전에는 저소득층에 홍보가 되지 않아 일반 주민이 주로 참여하던 유방암, 자궁암 검진 등에 사회복지전문요원이 檢診 必要對象者 명단을 작성하여 보건인력에게 의뢰하고 있다.

또한 특수교사 4명, 간호사, 사회복지사 각 1명이 담당하는 障礙兒童再活支援센터를 운영하고 있는데, 간호사가 상주하며 개인건강관리카드 작성, 보건소의 보건인력과 연계한 검사 및 예방접종, 부모와의 건강상담 등을 실시하고 있다. 이와 함께 1997년 3월 보건소내 精神保健센터가 개소되어 민간기관연계형으로 사업을 실시하고 있는데, 등록환자 중 73%가 생활보호대상자로 나타나고 있다.

홍천군의 경우 보건·복지 연계사업으로 家庭訪問의 날(1997년 9월

부터)을 실시하여 의사, 보건팀, 사회복지전문요원이 월 1회 담당지역을 함께 방문하도록 하고 있다. 또한 家庭訪問相談을 실시하여 관리카드를 작성하고 5개 중점질환을 선정하여 방문간호 전수 조사를 실시하고 있는데, 이를 통하여 생활보호대상자 중 가정방문간호가 필요한 가구를 선정하여 투약이 필요할 때는 보건소의 수가조례에 의해 의료보호로 지원하고 있다.

완주군에서는 舉動困難者 訪問診察 및 障礙人 登錄事業을 실시하여 재활의학 전문의와 간호사가 월 2회 거동곤란 장애인의 가정을 방문, 진단하여 진단서를 복지사업계에 전달하고 있다. 이를 통해 장애인 등록을 하게 하고 복지혜택을 안내하며, 재활운동 프로그램 처방, 보장구 지급대상자 선정 등이 이루어지고 있다.

이와 같이 지역별로 기존 保健所에서 실시하던 訪問看護事業을 중심으로 보건·복지연계가 시도되고 있으며, 1차 시범사업기간동안에 새롭게 계획되었던 사업은 특별히 없었던 것으로 나타나고 있다. 보건·복지 연계사업 부진에 대한 문제점으로는 다음의 몇가지를 지적할 수 있다. 첫째, 기존 訪問看護人力의 부족으로 보건소에서 애초 계획하고 있던 사업도 충실히 수행하지 못하고 있는 형편이기 때문에 人力 및 豫算 지원이 이루어지지 않은 상태에서 새로운 연계사업을 벌이기는 어려운 형편이다. 둘째, 보건·복지 각 부문의 事業對象의 差異가 또 하나의 장애요인으로 제기되고 있다. 보건사업의 대상은 一般住民이며, 복지사업은 公共扶助對象에 한정된다는 것이다. 셋째, 보건·복지의 연계가 이를 위한 특별한 프로그램 및 서비스가 제시되지 않은 상태로 각 실무현장에서 자생적으로 이루어지려면 시간을 필요로 하나, 시범사무소 조직·사업의 정비 및 지원이 선행되지 않은 채 各과(계)에서 事業을 만들어내기에는 어려움이 있었다는 것이다.

그러나 점차 시범사업이 정착되면서 방문간호요원과 사회복지전문

요원간의 상호 理解와 연계 必要性에 대한 인식이 제고되었고, 이에 따라 연계할 수 있는 서비스 提供方式의 開發 및 새로운 事業 摸索을 시도하고 있다. 따라서 향후 지난 2년간의 시범기간 보다는 활발한 연계를 기대할 수 있겠으나 특히 보건·복지 연계사업의 지속적인 수행을 위해서는 앞에서 제시한 문제점들에 대한 보완이 충분히 이루어져야 할 것이다.

Ⅲ. 示範保健福祉事務所 評價調査 結果 分析

1. 示範事業 最終評價調査 概要

본 절에서는 示範保健福祉事務所의 평가를 위해 3次로 실시한 최종 평가 조사에 대하여, 조사의 목표 및 설계내용, 조사 地域 및 對象者 선정 등을 살펴 보고자 한다.

가. 調査의 目標 및 設計

2년동안 실시된 보건복지사무소 시범사업을 평가하기 위해 사전조사(1차년도 조사), 중간평가조사(2차년도 조사)에 이어 최종평가(3차년도 조사)를 위한 조사를 실시하였다. 3차에 걸친 조사는 공통적으로 다음과 같은 목표아래 진행되었다.

첫째, 보건복지사무소 시범사업을 통한 사회복지전문요원들의 專門性 確保程度를 평가하여 비교·분석한다.

둘째, 보건복지사무소 시범사업을 통해 공급자 및 수급자에게 제공되는 사회복지서비스 및 보건·복지 통합서비스의 效果性을 평가한다.

셋째, 보건서비스와 복지서비스가 각각 분리되어 제공되던 기존의 서비스 전달 형태와 비교하여 보건복지사무소 시범사업을 통하여 統合的인 서비스가 제공될 수 있는가를 검토한다.

넷째, 보건복지사무소 시범사업을 통하여 서비스에 대한 接近性의 변화 여부를 평가한다.

다섯째, 보건복지사무소 시범사업을 통하여 내부 조직 및 인력, 서비스 제공형태 등이 복지 및 보건서비스를 효과적으로 전달할 수 있는지 그 適合性을 평가한다.

본 조사의 틀은 시범 보건복지사무소의 실태파악을 위해 시범사업 이전에 설계된 모형에 포함된다. 1次年度 研究에서 시범사업 이전에 설정한 평가모형은 네가지 評價의 次元을 서비스·프로그램, 조직 및 운영체계, 이용자, 지역사회 자원 활용으로 구분하고, 評價尺度는 전문성, 효과성, 통합성, 접근성, 적합성 등¹⁶⁾으로 구성하였다(表 III-1 참조).¹⁷⁾ 이러한 평가의 차원과 척도는 시범사업지역에서의 시범사업 전·후 비교 및 시범사업지역과 비시범사업지역간 비교분석에 적용하기 위하여 調査票¹⁸⁾ 설계에 반영되었다.

16) 조사설계에 반영된 5가지의 評價 尺度는 다음과 같다.

- ① 專門性은 보건·복지 각 분야의 독특한 方法論과 技術을 활용한 서비스 프로그램 및 서비스 제공자의 전문성을 향상시킬 수 있는 조직내 構造的 制度 마련 등을 포함하며, 수행되는 서비스 프로그램이 質的 向上을 도모하고 있는가를 평가하는 것이다.
- ② 效果性은 목적인 바를 어느 정도 달성했는지에 대한 평가로 서비스 제공자 측면에서의 目的達成 여부와 서비스 受給者의 滿足度로 평가될 수 있다.
- ③ 統合性은 다양하고 복합적 문제를 가진 대상자에게 그들의 欲求를 충족하고 問題解決을 위해 투입되는 다양한 서비스가 유기적 연계를 맺으면서 적합하게 주어지는가를 의미하는 것으로, 여기서는 서비스의 통합 뿐 아니라 제공기관 組織의 統合성과 지역사회 相關기관과의 連繫性 등을 포함한다.
- ④ 接近性은 서비스대상자가 서비스를 얼마나 용이하게 받을 수 있는가를 의미한다. 지리적·심리적 접근성을 모두 포함한다.
- ⑤ 適合性은 사회복지행정조직을 둘러싼 外部 環境 및 內部 構成員들의 요구와 실제 운영되는 서비스 프로그램 및 조직체계 등이 얼마나 잘 부합하는가를 측정하는 것이다.

17) 자세한 설명은 이성기 외(1995) 참고

18) 조사표는 부록 3 참조

〈表 III-1〉 評價次元 및 尺度

평가의 차원	평가의 척도
서비스 프로그램	전문성
조직 및 운영체계	효과성
이용자	통합성
지역사회의 자원 활용	접근성
	적합성

본 연구의 평가 설계에서는 이와 같이 시범사업을 실시하지 않는 지역의 比較集團을 선정하여(서울 노원구, 경남 고성군) 1, 2차 조사에서는 이들 비교지역을 대상으로 조사를 실시하여 비교 분석하였다. 그러나 이를 통해 얻어진 자료는 事例數가 적어 시범지역과 비교하기에는 통계상의 무리가 있고, 따라서 분석 결과의 解釋이 유의미하지 않았기 때문에 최종평가를 위한 3차조사에서는 이를 다시 반복하지 않고 애초의 설계와는 달리 시범지역에만 조사를 실시하였다.

受給者와 關係者들에 대한 조사도 본 조사에서는 제외하였는데, 1, 2차 조사 자료를 분석한 결과, 수급자를 중심으로 한 지역주민 조사의 주 내용인 수급서비스의 滿足度와 欲求調査의 결과가 여러 형태의 분석을 실시했으나 辨別力이 매우 미흡했고, 시범사업기간의 變化를 포착하기에는 어려울 것으로 판단하였기 때문이다. 또한 관계자 조사를 통해 얻었던 의견은 중간평가 및 최종평가 과정에서 직접 관계자들을 面談하고, 수차례의 會議를 거쳐 수렴하였으므로 조사 절차를 생략하였다.

나. 調査地域 및 對象의 選定

조사지역은 示範事業을 실시하고 있는 5개 地域이며, 조사 대상은 5개 시범지역의 사회복지전문요원, 관련 보건요원인 방문간호요원 전

수이다. 시범지역으로 지정된 5개 지역 및 표본 수는 다음과 같다.

〈表 III-2〉 評價 對象 地域 및 標本數

지역유형	시범지역	표본수	
		사회복지전문요원	방문간호요원
대도시형	서울시 관악구	24	15
	대구시 달서구	41	6
중소도시형	경기도 안산시	12	2
농어촌형	강원도 홍천군	11	30
	전라북도 완주군	15	75

본 조사는 5개 지역 대표에게 해당 사회복지전문요원 및 방문간호요원 수에 해당하는 조사표를 전달하고, 自己記入式으로 조사표를 작성한 후(10월 30일부터 1주간), 각 지역의 사회복지전문요원 팀장이 수거하여 우편으로 발송하도록 하였다.

결과분석에서는 조사에 응답한 사회복지전문요원 89명, 방문간호요원 116명의 응답이 이용되었다.

2. 最終評價調査 結果 分析

가. 調査對象의 特性

조사에 응답한 社會福祉專門要員 및 訪問看護要員들의 특성을 지역별로 분석한 결과는 〈表 III-3〉 및 〈表 III-4〉와 같다.

시범사업에 참여하고 있는 5개 지역의 사회복지전문요원은 女性이 64.8%를 차지하였고, 특히 농촌지역에서 여성 편중이 심하게(홍천 81.8%, 완주 75%) 나타났다. 平均年齡은 32.8세로 20대 후반과 30대

전반의 사회복지전문요원이 대부분이었다. 사회복지전문요원 經歷은 전체적으로 약 5년 11개월이었으며, 관악, 달서, 완주는 평균 6년 이상, 안산과 흥천은 4년정도의 경력이었다. 현 근무지 勤務經歷은 2년 가량으로 시범사업기간과 유사한 것으로 보인다.¹⁹⁾

〈表 III-3〉 調査對象 社會福祉專門要員의 特性

	관악	달서	안산	흥천	완주	계
성별(%) ¹⁾						
남	33.3	42.5	40.0	18.2	25.0	35.2
여	66.7	57.5	60.0	81.8	75.0	64.8
연령(세)	32.8	34.2	30.2	31.9	31.4	32.8
사회복지전문요원경력(개월) ¹⁾	78.7	80.6	44.6	48.7	73.0	70.9
현근무지 근무기간(개월) ¹⁾	23.9	24.3	27.1	27.2	28.1	25.4
전체	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(15)	(41)	(11)	(11)	(12)	(89)

註: 1) 지역간에 유의한 차이(p<.05)를 보임.

訪問看護要員의 경우 남성은 없었으며, 방문간호경력은 전체 평균 7년 가량으로 나타났다. 이는 지역간에 편차가 심하여 농촌지역인 흥천의 경우 평균 17년정도인 것으로 나타난데 반해 도시지역인 달서, 안산 등은 2년가량이었다. 현 근무지 勤務期間은 평균 5년 5개월정도였으며, 이 역시 도시와 농촌간의 차이가 심했다.

19) 1996년 조사에서 사회복지전문요원의 직급, 사회복지사 자격, 학력 및 전공을 파악한 결과, 대다수가 별정 7급(87.1%), 사회복지사 1급(92.9%), 대졸(87.2%) 및 대학원졸(8.1%), 사회복지학 전공(92.9%)으로 나타났고, 본 연구과정에서 대체로 시범지역 사회복지전문요원의 퇴직 및 충원이 이루어지지 않은 것으로 파악되어 다시 조사하지 않았다.

〈表 III-4〉 調査對象 訪問看護要員の 特性

	관악	달서	안산	홍천 ¹⁾	완주 ¹⁾	계
연령 ³⁾ (세)	36.8	40.3	33.0	36.6	41.6	39.3
방문간호경력 ^{3,4)} (개월)	40.0	23.8	26.0	119.3	83.7	82.6
현근무지 근무기간 ³⁾ (개월)	22.5	42.8	54.0	69.4	75.6	65.3
직급 ⁴⁾ (%)						
6급	6.6	-	-	40.6	43.5	35.7
7급	46.7	25.0	50.0	46.9	40.3	42.6
8급	46.7	-	50.0	9.4	9.7	14.8
9급	-	-	-	3.1	6.5	4.3
일용직	-	75.0	-	-	-	2.6
자격 ^{3,4)} (%)						
간호사	100.0	100.0	100.0	59.4	56.5	65.5
간호조무사	-	-	-	40.6	43.5	34.5
학력 ³⁾ (%)						
고졸	6.7	33.3	-	37.5	43.5	35.7
전문대졸	46.7	66.7	66.7	59.4	50.0	53.0
대졸이상	46.7	-	33.3	3.1	6.4	11.3
전공 ^{2,3)} (%)						
간호학	90.0	100.0	-	94.1	83.3	87.0
기타	10.0	-	100.0	5.9	16.7	13.0
전체	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(15)	(4)	(3)	(32)	(62)	(116)

註: 1) 홍천, 완주 등 농촌지역의 경우 보건진료소와 보건진료지소의 방문간호요원 모두를 조사대상으로 하였음.

2) 전공은 전문대졸 이상 학력소지자(55명)가 응답한 결과임.

3) 1996년 조사에서 지역간 유의한 차이($p < .05$)를 보임.

4) 1997년 조사에서 지역간 유의한 차이($p < .05$)를 보임.

방문간호요원의 職級은 관악과 안산의 경우 7, 8급이 주류였으며, 홍천과 완주는 6, 7급이 대부분이었다. 달서의 경우는 일용직이 다수를 차지했는데, 이는 최근에 방문간호팀을 방문복지과로 흡수하며 일용직을 충원하였기 때문인 것으로 보인다. 資格은 보건진료원과 진료소가 있는 농촌지역을 제외하고 도시지역의 경우는 모두 간호사 자격을 갖춘 것으로 나타났다. 學歷도 관악과 안산은 전문대졸 이상이 대

부분이었으나 대구, 홍천, 완주의 경우 고졸이 1/3 이상이였다. 전문대졸 이상 학력 소지자 55명 중 간호학 전공자는 87%를 차지했다.

나. 社會福祉專門要員의 業務現況

1) 業務 遂行

사회복지전문요원의 업무는 시범기간동안 전문요원 대부분이 해당 지역을 분할하여 담당하고, 동시에 生活保護 관련업무를 비롯한 각 人口對象別 업무 및 行政 업무 등을 겸임하는 것으로 나타났다. 사회복지전문요원들의 擔當業務를 파악한 결과는 다음 <表 III-5>와 같다.

<表 III-5> 社會福祉專門要員의 業務比重

(단위: %)

	1997	1996		1995	
		시범지역	비교지역		
생활보호	41.9	52.2	48.4	생활보호	35
장애인복지	11.3	8.2	8.0	장애인복지	10
노인복지	9.3	7.2	10.6	가정복지	15
가정복지	2.7	2.6	6.3	일반사회	8
아동복지	4.3	3.1	3.2	일반가정	5
청소년복지	1.8	2.0	3.2	일반행정	9
모자복지	8.7	6.5	7.4	환경위생	7
일반행정	5.1	4.5	1.6	기 타 ²⁾	11
기 타 ¹⁾	15.0	13.7	11.3		
전체	100.0	100.0	100.0	전체	100
(N)	(89)	(84)	(52)	(N)	(84)

註: 1) 기타업무는 자원관리, 조사연구, 업무총괄 등을 포함함.

2) 기타업무는 단속, 자판기 관리, 선거업무협조 등의 동사무소 업무를 포함함.

담당하는 업무 중 生活保護業務의 비중은 시범사업전(35%)에 비해 늘어났는데(1996년 52.2%; 1997년 41.9%), 시범사업 실시 이후에는 약

간의 감소 추세를 보이고 있다. 이는 장애인복지업무와 노인복지, 모자복지업무 등의 비중이 증가했기 때문으로 보인다. 또한 一般行政業務는 시범사업전에 9%, 특히 기타 읍·면·동사무소의 업무까지 포함하면 20%에 이르렀으나, 시범사업 이후 대폭 감소(1996년 4.5%; 1997년 5.1%)한 것으로 나타났다.

한편 사회복지전문요원의 업무부담을 측정할 수 있는 지표인 生活保護 擔當家口 數는 시범사업 실시 이후 전체 지역에서 평균적으로 30% 정도가 증가하였는데²⁰⁾, 이의 주 원인으로는 사회복지전문요원이 배치되지 않던 지역까지 인력 충원없이 시범보건복지사무소에서 관할하게 되었기 때문인 것으로 짐작된다. 특히 농촌지역인 홍천과 완주는 크게 증가하여 사회복지전문요원들의 업무 부담이 매우 심할 것으로 보인다.

〈表 III-6〉 社會福祉專門要員의 1人當 生活保護對象 擔當家口數
(단위: 가구)

	관악	달서	안산	홍천	완주	계
1997	81	117	124	156	175	125
1996	85	120	112	178	174	127
1995	116	92	80	79	103	91

註: 모든 조사에서 지역간 유의한 차이($p < .05$)를 보였음.

한편 사회복지전문요원의 주요 업무로 지목되는 대상자에 대한 保護 및 支援 업무는 대체로 대상자와의 接觸을 통해 이루어지는데, 특히 거동이 불편한 경우가 다수를 차지하여 대상자의 보건복지사무소 방문 보다는 사회복지전문요원의 家庭訪問이나 電話通話를 통한 만남이 더욱 빈번하다.

20) 관악구의 감소는 관내 재개발로 저소득층 밀집지역이 철거됨에 따라 생활보호대상자들이 이주했기 때문으로 보인다.

사회복지전문요원들의 家庭訪問²¹⁾ 頻度を 파악한 결과(表 III-7 참조), 2차년도에 비해 큰 변화는 없었으며 2개월에 1회정도 방문하는 경우가 증가한 것으로 나타났다. 지역별로는 월 1회 이상 방문하는 비율이 관악 37.0%, 달서 47.7%, 안산 14%, 흥천 40.0%, 완주 32.3%로 지역에 따라 차이가 있었다. 특히 지역이 광범위한 농촌지역에서도 빈번하게 가정방문이 이루어지고 있는 것으로 나타났다.

〈表 III-7〉 社會福祉專門要員의 擔當家口 訪問頻度¹⁾

(단위: %)

	관악		달서		안산		흥천		완주		계	
	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96
주 1회 이상 ²⁾	6.2	5.5	5.7	9.3	1.6	4.8	3.6	1.1	2.5	3.0	4.5	6.2
주 1회정도	8.3	5.1	12.1	12.6	3.4	7.3	6.4	6.7	8.5	10.3	8.9	9.4
월 1회정도 ²⁾	22.5	29.4	29.9	25.8	9.0	20.6	30.0	35.6	21.3	12.6	24.5	25.5
2개월 1회정도	24.9	22.7	23.7	21.2	21.0	18.9	26.8	19.4	27.9	14.3	24.7	20.2
3개월 1회정도	38.1	37.3	28.5	31.2	65.0	48.5	33.2	37.2	39.8	59.8	37.3	38.7
전체 (N)	100.0 (15)	100.0 (17)	100.0 (31)	100.0 (34)	100.0 (10)	100.0 (8)	100.0 (11)	100.0 (9)	100.0 (12)	100.0 (10)	100.0 (79)	100.0 (78)

註: 1) 1996년 조사에서는 지역간 유의한 차이(p< .05)를 보이지 않았음.

2) 1997년 조사에서 지역간 유의한 차이(p< .05)를 보임.

한편 家庭訪問을 위해 移動하는 時間을 해당가구의 비율로 파악한 결과(表 III-8 참조) 30분 미만이 소요되는 가구가 전체의 33.2%, 1시간 미만은 이를 포함하여 72.1%로 나타났다. 1996년과 1997년 조사결과에는 별 차이가 나타나지 않았다. 지역별로는 농촌지역인 흥천과 완주의 경우 사회복지전문요원이 방문해야 하는 가구의 각각 57.7%, 65.9%가 1시간 이상이 소요되는 거리에 위치하는 것으로 나타났다. 이는 대부분의 대상가구가 1시간 미만의 거리에 위치하고 있는 도시

21) 가정방문을 한다고 응답한 사회복지전문요원은 1995년 93%, 1996년 98.8%로, 대부분의 사회복지전문요원이 가정방문을 실시하고 있는 것으로 나타났다.

지역과 비교할 때, 농촌지역의 어려운 업무여건을 보여주는 결과이다.

〈表 III-8〉 社會福祉專門要員의 家庭訪問 移動時間

(단위: %)

	관악		달서		안산		홍천		완주		계	
	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96
30분 미만	37.0	33.2	44.7	42.4	35.5	27.2	13.6	15.0	12.5	12.5	33.2	31.1
30분 이상 1시간 미만	55.7	50.9	40.6	46.8	40.0	45.6	28.6	21.2	21.7	27.9	38.9	41.5
1시간 이상 2시간 미만 ¹⁾²⁾	7.3	10.5	4.9	9.6	11.8	21.1	42.3	41.8	34.2	35.9	15.6	18.9
2시간 이상 3시간 미만 ¹⁾²⁾	.0	2.9	.8	0.7	3.6	2.2	13.6	20.8	17.5	15.5	5.2	6.0
3시간 이상 ¹⁾²⁾	.0	2.4	.0	0.6	0	3.9	1.8	1.2	14.2	8.2	2.3	2.4
전체 (N)	100.0 (15)	100.0 (17)	100.0 (41)	100.0 (34)	100.0 (11)	100.0 (9)	100.0 (11)	100.0 (11)	100.0 (12)	100.0 (11)	100.0 (90)	100.0 (82)

註: 1) 1996년 조사에서 지역간 유의한 차이(p< .05)를 보임.

2) 1997년 조사에서 지역간 유의한 차이(p< .05)를 보임.

〈表 III-9〉 社會福祉專門要員의 擔當家口 電話通話頻度(1997年)

(단위: %)

	관악	달서	안산	홍천	완주	계
주 1회 이상	7.5	8.1	3.3	5.9	5.8	6.7
주 1회정도	14.6	13.6	5.7	6.8	7.5	10.9
월 1회정도	35.9	29.1	23.1	27.3	25.0	28.7
2개월 1회정도	23.3	16.7	26.9	29.5	28.3	22.8
3개월 1회정도	12.3	19.4	25.5	14.5	24.2	18.9
3개월 1회 미만	6.3	13.2	15.5	15.9	9.2	12.0
전체 (N)	100.0 (15)	100.0 (34)	100.0 (11)	100.0 (11)	100.0 (12)	100.0 (83)

註: 1997년 조사에서는 지역간 유의한 차이(p< .05)를 보이지 않았음.

電話通話 頻度は 전체적으로 가정방문(37.8%)과 비교할 때 보다 빈번(40.3%)한 것으로 나타났다(表 III-9 참조). 월 1회나 2개월에 1회 정도 실시하는 경우가 많았고, 지역별로 살펴 보면 월 1회 이상 통화하는 경우가 관악 58%, 달서 50.8%, 안산 32.1%, 홍천 40.0%, 완주 38.3%로

차이를 보이고 있다.

사회복지전문요원이 受給者를 만나 相談하는 場所를 질문한 결과는 <表 III-10>과 같다. 이 중 수급자의 가정에서 상담하는 경우가 절반 정도를 차지했는데, 달서는 62.1%에 이르렀고, 나머지 지역들은 45% 정도였다. 1996년에 비해 사회복지전문요원 근무지의 책상에서 상담하는 비율이 감소했고(20.7%에서 8.7%로), 전화통화하는 비율이 증가했다. 전화를 통한 상담이 홍천의 경우는 30.0%로 나타났으며, 안산 20.9%, 완주 16.7%, 관악 13.3%, 달서 11.6%로 도시지역보다는 농촌지역에서 보다 전화통화를 이용한 상담이 빈번한 것으로 보인다.

<表 III-10> 社會福祉專門要員의 主要 相談場所

(단위: %)

	1997 ²⁾						1996
	관악	달서	안산	홍천	완주	계	
수급자 가정 ¹⁾	46.9	62.1	44.6	45.0	45.0	52.4	50.7
전문요원의 책상	7.3	8.7	12.3	3.2	12.5	8.7	20.7
상담실	18.3	10.5	13.2	14.7	6.3	12.2	9.4
읍·면·동사무소 ¹⁾	10.7	2.7	-	5.3	15.0	5.9	2.9
동네 골목·공원	2.1	1.4	-	1.8	4.6	1.9	3.1
전화 ¹⁾	13.3	11.6	20.9	30.0	16.7	16.3	12.8
기 타	1.3	3.0	-	-	-	0.3	0.4
전체	100.0 (15)	100.0 (35)	100.0 (11)	100.0 (11)	100.0 (12)	100.0 (84)	100.0 (136)

註: 1) 1996년 조사에서 지역간 유의한 차이(p< .05)를 보임.

2) 1997년 조사에서는 지역간 유의한 차이(p< .05)를 보이지 않았음.

한편, 생활보호대상자나 기존 수급자들이 아닌 住民들이 保健福祉事務所를 찾거나 社會福祉專門要員들을 통해 요청하고 있는 서비스를 질문한 결과, 요청받은 경험이 있다고 응답한 사회복지전문요원은 지역별로 90%에서 100%에 이르렀다. 사회복지전문요원 각자가 주민들로부터 서비스를 요청받는 한 달 평균 횟수는 평균 3.8회로, 관악 3.4,

달서 4.4, 안산 5.5, 홍천 1.4, 완주 2.5회로 나타났다. 이 결과는 1996년 조사에서 서비스 요청이 있다고 응답한 전문요원은 83.1%, 월평균 요청횟수 2.9회와 비교할 때 전체적으로 증가한 것이다.

이들이 요청한 서비스 내용에 대해 파악한 결과(表 III-11 참조)는 이웃의 문제해결이 가장 많이 지적되는 등 1996년 조사와 유사하게 나타났다. 두번째로는 정신질환문제에 관한 요청이 증가하였고(1996년 12.7%에서 18.8%로), 경제적 지원, 장애인 문제 등도 증가한 것으로 나타났다.

〈表 III-11〉 社會福祉專門要員에 대한 住民의 福祉서비스 要請內容
(단위: %)

서비스 요청내용	1997	1996
이웃의 문제해결	23.8	22.6
정보제공	8.8	16.7
장애인문제	16.3	14.9
정신질환문제	18.8	12.7
취업알선	5.0	11.7
경제적 지원	16.3	10.5
노인문제	6.3	4.1
주거문제	-	3.7
알콜중독문제	2.5	1.8
자녀문제	2.5	1.4
전체	100.0	100.0
(N)	(80)	(111)

註: 중복응답 결과로 지역간 차이를 보이지 않았음.

2) 業務 與件

시범사업 실시 이후 業務與件에 變化가 있는가를 파악하기 위하여, 業務內容, 業務分掌, 業務量, 勤務時間, 意思決定, 서비스의 充分性 및 專門性, 대상자의 接近性 및 滿足度 등에 대하여 응답자가 어떻게 평

가하고 있는가를 질문한 결과는 다음 <表 III-12>와 같다. 전체적으로는 1996년 조사와 비교하면 근무시간과 근무량의 적절성을 제외하고는 모두 보다 좋아졌다는 긍정적인 응답을 한 것으로 나타났다. 특히 의사결정의 합리성, 대상자의 만족도에 대한 평가는 모든 지역에서 향상되었다.

<表 III-12> 社會福祉專門要員の 業務與件 變化 認識¹⁾

	관악		달서		안산		홍천		완주		계	
	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96
업무내용의 충실성 ²⁾	1.80	2.00	1.73	1.65	2.25	2.67	1.18	1.81	1.70	2.17	1.72	1.93
업무분장의 합리성 ²⁾	3.00	2.71	2.63	2.57	3.25	3.67	2.27	2.45	2.40	2.83	2.68	2.74
업무량의 적절성 ^{2,3)}	3.21	2.94	2.88	2.71	3.63	3.56	2.82	3.18	3.55	3.50	3.08	3.02
근무시간의 적절성 ²⁾	2.93	2.71	2.90	2.76	3.38	3.13	2.73	3.18	3.36	3.58	2.99	2.96
의사결정의 합리성 ³⁾	2.60	2.72	2.85	3.15	2.25	3.22	1.91	2.91	1.73	2.17	2.49	2.89
서비스의 충분성 ^{2,3)}	2.13	2.24	2.27	2.40	2.25	3.22	1.64	2.36	1.82	1.58	2.10	2.33
서비스의 전문성 ³⁾	2.27	2.17	2.24	2.11	2.25	2.67	1.45	2.18	1.82	1.67	2.09	2.13
대상자의 접근성 ³⁾	3.40	3.41	2.41	2.89	3.38	3.67	2.91	2.82	2.64	2.92	2.77	3.07
대상자의 만족도	2.20	2.53	2.24	2.34	2.25	2.56	1.64	2.36	2.09	2.25	2.14	2.39
N	15	17	41	34	11	8	11	9	12	10	90	78

註: 1) 5점척도로 측정된 결과로서 '매우 좋아졌다'를 1점, '매우 나빠졌다'를 5점으로 하여 평균한 점수임.

2) 1996년 조사에서 지역간 유의한 차이(p< .05)를 보임.

3) 1997년 조사에서 지역간 유의한 차이(p< .05)를 보임.

지역별로 살펴 보면, 관악의 경우 업무내용의 충실성, 서비스의 충분성, 대상자의 만족도, 서비스의 전문성 등에 대하여, 달서에서는 이와 유사하게 업무내용의 충실성, 서비스의 전문성, 대상자의 만족도, 서비스의 충분성, 대상자의 접근성 등에 대하여 좋아진 것으로 응답하였다. 안산에서는 업무내용, 의사결정, 서비스의 충분성 및 전문성, 대상자 만족도 등에 대해 조금 좋아진 것으로 인식하고 있었다. 홍천의 경우 업무내용의 충실성, 서비스의 전문성 등에 대해 매우 좋아진

것으로 평가하고, 서비스의 충분성, 대상자 만족도, 의사결정 및 업무분장의 합리성 등에 대해 대체로 좋아졌다고 응답하여 전반적으로 사회복지전문요원들의 평가가 가장 긍정적이었다. 완주에서는 마찬가지로 업무내용의 충실성에 대한 평가가 가장 좋았으며, 의사결정의 합리성, 서비스의 충분성 및 전문성, 대상자의 만족도, 업무분장의 합리성의 순으로 향상되었다는 인식을 하고 있는 것으로 나타났다.

관악의 업무량의 적절성, 대상자 접근성, 업무분장의 합리성, 안산의 업무량 및 근무시간의 적절성, 대상자 접근성, 업무분장의 합리성, 완주의 업무량 및 근무시간 적절성 등에 대한 평가는 시범사업 이후 개선되지 않은 것으로 인식되고 있었다.

한편 사회복지전문요원과 읍·면·동事務所 및 시·군·區廳간의 業務 連繫와 分擔이 잘되고 있는가를 질문한 결과는 다음 <表 III-13>과 같다.

<表 III-13> 社會福祉專門要員과 邑·面·洞事務所 및 市·郡·區廳間 業務分擔 및 連繫程度

(단위: %)

	읍·면·동사무소			시·군·구청		
	1997	1996		1997	1996	
		시범지역	비교지역		시범지역	비교지역
매우 잘된다	10.0	9.6	7.7	4.4	3.7	4.2
잘 되는 편이다	45.6	38.6	46.2	20.0	18.5	58.3
보통이다	26.7	34.9	44.2	51.1	54.3	31.3
잘 안되는 편이다	17.8	16.9	1.9	21.1	21.0	6.3
전혀 안된다	-	-	-	3.3	2.5	-
전체 (N)	100.0 (90)	100.0 (83)	100.0 (52)	100.0 (90)	100.0 (81)	100.0 (48)

읍·면·동사무소와 잘된다고 응답한 경우는 1997년 조사에 더 많아졌다(시범지역 48.2%에서 55.6%로). 시·군·구청과의 관계 평가도 약간

향상되었는데(22.2%에서 24.4%로), 이는 지역별로 차이를 보여 잘되고 있다는 응답에 관악 20.0%, 달서 19.5%, 안산 45.5%, 흥천 45.5%, 완주 8.3% 등으로 나타났다.

읍·면·동사무소와 연계가 잘 안되는 理由로는 상호업무 이해 부족(68.8%)을 가장 많이 지적하였고, 다음으로 업무량 과다, 업무관련 정보공동활용 기회의 제한, 인간적 신뢰부족 등이 지적되었다. 시·군·구청과의 連繫는 역시 상호업무 이해의 부족(45.5%)이 가장 많이 지적되었고, 비합리적 업무분장(27.3%), 업무량 과다, 업무관련 정보공동활용 기회의 제한, 인간적 신뢰부족 등의 순으로 장애가 되는 요인인 것으로 나타났다.

3) 業務 評價

수급자들에게 제공되고 있는 給與 및 서비스가 어느 정도 充分하다고 생각하는지를 질문한 결과(表 III-14 참조), 肯定的인 評價가 1995년 9%, 1996년 28.6%, 1997년 43.3%로 매우 향상되었다.

〈表 III-14〉 社會福祉專門要員의 給與 및 서비스 提供의 充分性 認知 (단위: %)

	1997	1996		1995
		시범지역	비교지역	
매우 그렇다	6.0	4.8	5.6	1
약간 그렇다	37.3	23.8	20.4	8
보통이다	45.8	52.4	46.3	41
별로 그렇지 않다	10.8	19.0	24.1	47
전혀 그렇지 않다	-	-	3.7	3
전체	100.0	100.0	100.0	100
(N)	(90)	(84)	(54)	(135)

註: 모든 조사에서 지역간에 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았음.

또한 응답자들이 專門性을 얼마나 발휘하고 있는가에 대한 질문에서는 1995년 14%, 1996년 50.6%, 1997년 57.3%로 전문성을 발휘하고 있다고 여기는 응답자가 증가하였다(表 III-15 참조).

전문성을 발휘하지 못한다고 응답한 경우(40명), 업무환경의 부적합, 업무량의 과다, 자신의 전문성 부족, 활용 자원의 부족 등의 순으로 그 원인을 지적하였다.

〈表 III-15〉 社會福祉專門要員의 專門性 發揮에 대한 見解

(단위: %)

	관악		달서		안산		홍천		완주		계		
	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'95
잘 발휘하고 있다	6.7	11.1	5.0	5.7	-	—	-	—	8.3	—	4.5	4.7	1
약간 발휘하고 있다	60.0	27.8	52.5	37.1	27.3	44.4	63.6	72.7	58.3	75.0	52.8	45.9	13
보통이다	33.3	44.4	30.0	40.0	18.2	11.1	18.2	9.1	25.0	8.3	30.0	29.4	50
별로 발휘하지 못하고 있다	-	16.7	12.5	14.3	54.5	44.4	18.2	18.2	8.3	16.7	15.7	18.8	35
전혀 발휘하지 못하고 있다	-	—	-	2.9	-	—	-	—	-	—	-	1.2	1
전체	100.0 (15)	100.0 (18)	100.0 (40)	100.0 (35)	100.0 (11)	100.0 (10)	100.0 (11)	100.0 (11)	100.0 (12)	100.0 (12)	100.0 (89)	100.0 (86)	100 (136)

註: 모든 조사에서 지역간에 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았음.

사회복지전문요원들이 서비스를 제공하는 데 있어 障礙가 되는 부분으로 여기는 내용을 질문한 결과는 〈表 III-16〉과 같다.

먼저 對象者의 狀態 즉, 근본적으로 자활이 가능하지 않거나 자립의지가 부족한 조건을 가장 심각한 요인으로 지적하였고, 다음으로는 지역내 시설부족, 낮은 생활보호 급여 수준 등을 꼽았다.

이는 지역별로 차이를 보이는데, 이러한 전반적 경향은 대도시지역에서는 유사했으나, 안산·홍천·완주 등에서는 지역 시설부족에 대한 어려움이 가장 큰 것으로 나타났고, 특히 홍천과 완주에서는 담당가구 수 과다의 문제가 어려운 여건으로 지적되었다.

전반적으로는 사회복지 이외의 業務가 많다는 시범사업 이전에 제기되었던 문제는 별반 느끼지 않으며, 자신들의 서비스 능력, 타 전문인력과의 협조 문제가 업무 추진에 障礙要因이 되고 있지는 않은 것으로 나타났다.

〈表 III-16〉 社會福祉專門要員의 서비스 提供 障礙要因에 대한 見解¹⁾

	관악		달서		안산		홍천		완주		계	
	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96
전문적 서비스능력 부족	3.20	3.22	2.94	2.68	2.82	2.89	2.91	2.82	3.17	2.92	3.00	2.87
담당가구수가 과다 ³⁾	3.13	2.72	2.24	2.69	2.36	2.67	2.00	2.00	1.83	2.42	2.33	2.56
사회복지의 업무 과다 ²⁾	3.50	3.39	3.36	3.51	3.55	4.13	3.27	2.45	2.82	3.67	3.33	3.43
생활보호 급여수준 저조	2.00	2.22	2.09	1.89	2.18	2.00	1.91	1.73	2.33	1.75	2.10	1.93
타전문인력과 협조 곤란 ²⁾	2.73	2.11	3.00	2.83	3.27	2.00	2.73	2.91	2.50	2.08	2.88	2.50
수급자 자립의지 부족 ²⁾³⁾	2.07	2.00	1.74	1.83	2.64	2.22	2.00	2.18	1.75	1.42	1.95	1.89
자활불능자 대부분	1.60	1.83	2.03	1.83	2.00	1.89	1.45	1.55	1.75	1.42	1.83	1.74
대상자 문제 복잡적	-	2.00	-	2.06	-	2.11	-	1.82	-	1.50	-	1.94
후원·결연자 발굴 곤란 ²⁾³⁾	2.47	2.59	2.27	2.37	3.73	3.00	2.18	2.00	2.00	1.92	2.45	2.36
지역사회내 시설 부족 ²⁾³⁾	2.47	2.17	2.32	1.91	1.64	1.44	1.45	1.18	1.58	1.33	2.04	1.74
N	15	17	41	34	11	8	11	9	12	10	90	78

註: 1) 5점척도로 측정된 결과로서 '매우 좋아졌다'를 1점, '매우 나빠졌다'를 5점으로 하여 평균한 점수임.

2) 1996년 조사에서 지역간 유의한 차이(p< .05)를 보임.

3) 1997년 조사에서 지역간 유의한 차이(p< .05)를 보임.

시범사업을 통해 사회복지전문요원들이 함께 모여 勤務하게 됨으로써 느끼는 長點과 短點을 질문한 결과는 〈表 III-17〉, 〈表 III-18〉 과 같다.

우선 長點에 대해서 살펴 보면, 1996년 조사에서는 시범지역의 경우 정보교류 및 업무연계의 원활이 가장 많이 지적된 반면 1997년 조사에서는 서비스의 질 및 전문성 제고에 가장 많은 수가 응답하였다. 이는 지역별로 큰 차이를 보여, 홍천과 완주에서는 대다수(81.8%, 75.0%)가 이에 응답한 반면, 관악과 안산에서는 업무의 신속성 및 합리성 제고를 가장 큰 장점으로 지적하였다.

〈表 III-17〉 社會福祉專門要員이 함께 勤務하여 느끼는 長點

(단위: %)

	관악		달서		안산		홍천		완주		계	
	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96
서비스의 질·전문성 제고	20.0	12.5	38.5	18.3	20.0	10.0	81.8	63.2	75.0	20.0	43.7	23.3
정보교류·업무연계 원활	20.0	29.2	38.5	46.7	20.0	40.0	18.2	26.3	-	15.0	25.3	35.3
업무 신속·합리성 제고	40.0	33.3	15.4	21.7	50.0	30.0	-	—	16.7	35.0	21.8	23.3
업무의 일관성 유지	-	8.3	7.7	3.3	-	—	-	—	8.3	5.0	4.6	3.8
프로그램 개발 가능	20.0	4.2	-	3.3	10.0	20.0	-	5.3	-	15.0	4.6	6.8
직원간 의지 및 이해제고	-	12.5	-	6.6	-	—	-	5.3	-	10.0	-	7.5
전체 (N)	100.0 (15)	100.0 (14)	100.0 (39)	100.0 (35)	100.0 (10)	100.0 (5)	100.0 (11)	100.0 (11)	100.0 (12)	100.0 (10)	100.0 (87)	100.0 (75)

註: 중복응답한 결과로서 각 비율은 지역별로 중복지적된 내용을 전체로 하여 계산하였고, 조사마다 지역간에 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았음.

〈表 III-18〉 社會福祉專門要員이 함께 勤務하여 느끼는 短點

(단위: %)

	관악		달서		안산		홍천		완주		계	
	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96
직급간 갈등	13.3	25.0	17.1	62.5	36.4	84.0	-	50.0	33.3	33.3	19.3	57.3
접근성 저하	33.3	41.7	24.4	—	9.1	4.0	33.3	8.3	16.7	66.7	23.9	16.0
재량권 축소	13.3	16.7	39.0	37.5	-	-	22.2	16.7	-	—	22.7	12.0
행정업무 비효율	6.7	-	7.3	-	9.1	-	33.3	-	25.0	-	12.4	-
종합적 업무 어려움	13.3	—	7.3	—	18.2	8.0	-	20.8	25.0	—	11.4	9.3
전문요원의 사기저하	20.0	16.7	4.9	—	27.3	4.0	11.1	4.2	-	—	10.2	5.3
전체 (N)	100.0 (15)	100.0 (12)	100.0 (41)	100.0 (26)	100.0 (11)	100.0 (7)	100.0 (11)	100.0 (5)	100.0 (12)	100.0 (6)	100.0 (90)	100.0 (56)

註: 중복응답한 결과로서 각 비율은 지역별로 중복지적된 내용을 전체로 하여 계산하였고, 1997년 조사에서는 지역간에 통계적으로 유의한 차이(p< .05)를 보였음.

短點으로는 1996년 조사의 경우 과반수가 사회복지전문요원간의 직급간 갈등을 지적하였으나, 1997년 조사에서는 접근성의 저하(23.9%)와 재량권의 축소(22.7%)를 다수가 응답하였다. 또한 작년과 달리 행정업무 비효율의 문제가 지적되었는데, 이는 특히 농촌지역(홍천 33.3%, 완주 25.0%)에서 많이 지적되고 있음을 유의해야 한다. 이는

주민전산망을 이용하기 위해서는 읍·면사무소까지 가야 하고 군청과의 왕래가 용이하지 않다는 점, 본청과의 업무분장 등의 문제를 반영한 것이라 할 수 있다. 이와 함께 작년에 비해 사회복지전문요원 사기 저하의 문제를 다수가 지적하고 있음에 유의할 필요가 있다.

다. 訪問看護要員の 業務現況

1) 業務 遂行

방문간호요원의 업무수행 실태를 분석하기 위해 현재 담당하고 있는 업무별로 그 비중을 질문한 결과는 다음 <表 III-19>와 같다.

<表 III-19> 訪問看護要員の 業務比重

(단위: %)

	관악		달서		안산		흥천		완주		계		
	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'95
가족계획 ²⁾³⁾	-	2.1	-	—	1.7	40.0	6.9	5.5	6.4	5.0	5.3	4.9	8
모자보건 ²⁾³⁾	0.8	2.1	-	—	1.7	20.0	10.2	9.7	8.3	7.3	7.3	7.1	13
보건교육 ²⁾	12.7	21.7	5.0	33.3	6.7	20.0	9.6	10.1	9.7	7.4	9.8	11.3	7
지역주민 건강진단 ²⁾	11.3	17.0	5.0	10.0	16.7	5.0	8.4	10.3	9.9	4.3	9.7	7.6	10
가정방문 건강상담 ²⁾³⁾	47.0	31.0	80.0	33.3	52.7	10.0	19.5	20.0	16.0	13.3	24.4	18.1	20
결핵관리 ¹⁾³⁾	-	1.9	-	—	-	—	15.2	4.1	4.9	4.8	4.0	3.9	7
방역사업 ²⁾³⁾	-	1.1	-	—	-	—	5.2	2.7	6.9	4.9	5.0	3.5	9
일반행정 ²⁾	16.0	6.3	5.0	19.2	10.0	—	8.5	8.2	9.3	4.8	9.8	6.7	7
에로사항 연계처리 ²⁾³⁾	6.7	11.8	5.0	4.2	8.7	—	0.5	2.5	4.0	3.7	4.4	4.2	5
예방접종 ²⁾³⁾	5.5	2.4	-	—	0.3	—	12.4	11.6	12.8	12.8	11.0	10.6	-
기 타 ¹⁾	-	2.6	-	—	1.7	5.0	10.7	15.4	11.5	31.9	9.2	22.1	14
전체 (N)	100.0 (15)	100.0 (10)	100.0 (4)	100.0 (6)	100.0 (3)	100.0 (1)	100.0 (31)	100.0 (26)	100.0 (59)	100.0 (54)	100.0 (90)	100.0 (97)	100 (480)

註: 1) 1995년 조사에서는 예방접종 항목을 별도로 제시하지 않았고, 기타업무에 일반진료, 예방접종, 기생충관리, 이동보건소 업무 등이 포함됨.
 2) 1996년 조사에서 지역간 유의한 차이(p< .05)를 보임.
 3) 1997년 조사에서 지역간 유의한 차이(p< .05)를 보임.

현재 가장 큰 비중을 차지하는 업무는 家庭訪問 健康相談 업무 (24.4%)로, 지역에 따라 달서는 80%, 안산 52.7%, 관악은 47%를 이 업무에 집중하고 있었으며, 홍천과 완주에서는 각각 16.0%, 24.4% 정도를 할애하고 있었다.

한편 각 지역의 방문간호 對象 全體 家口數는 관악 2500가구, 달서 229가구, 안산 1987가구, 홍천 672가구, 완주 1121가구로 나타났으며, 방문간호요원 1인당 담당 가구로는 관악 228가구, 달서 58가구, 안산 492가구, 홍천 287가구, 완주 367가구로 나타났다. 이는 지역별로 모든 주민을 방문 대상으로 하거나 일정기준에 의해 취약범주를 설정하여 대상으로 하는 등의 차이가 반영된 결과임을 감안할 필요가 있다.

조사에 응답한 방문간호요원 가운데 가정방문을 수행하는 경우는 지역별로 관악 80%, 달서 100%, 안산 66.7%, 홍천 100%, 완주 93.5%로 나타나 지역간에 業務分掌 형태가 다른 것으로 보인다. 가정방문의 목적으로는 담당가구의 건강상담 및 투약(73.1%)을 가장 많은 수가 지적하였고, 건강문제 이외의 집안문제 해결, 정기방문 등의 사항에 응답하였다.

이들의 擔當家口 訪問回數를 파악한 결과, 전체적으로는 작년에 비해 1개월 내지 3개월에 한번씩 방문하는 가구의 비율이 증가하였다 (表 III-20 참조). 안산의 경우 오히려 방문빈도가 감소한 것으로 나타났다, 홍천, 완주에서는 약간의 차이를 보일 뿐 전체적인 경향은 작년과 유사하게 유지되고 있는 것으로 보인다.

一般 住民들이 방문간호요원들에게 서비스를 받기 위한 직접적인 요청이 있는가를 파악한 결과, 85.3%의 방문간호요원이 경험한 것으로 나타났다. 월평균 요청 횟수는 관악 1.4회, 달서 2회, 안산 1회, 홍천 3회, 완주 4.5회 등으로 평균 3.5회의 요청이 있는 것으로 나타났다. 이는 1996년의 조사결과인 90%의 경험과 월평균 4.1회의 요청에

비해서는 다소 감소한 것으로 보인다.

〈表 III-20〉 訪問看護要員の 擔當家口 訪問回數

(단위: %)

	관악		달서 ³⁾		안산		홍천		완주		계	
	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96
1주일 1회 이상 ¹⁾²⁾	0.5	11.1	-	8.3	3.0	20.0	0.6	1.2	2.7	2.2	2.2	3.7
1주일 1회정도 ¹⁾²⁾	3.3	12.2	-	50.0	3.0	80.0	2.0	1.8	4.0	3.5	7.3	8.8
1개월 1회정도	17.3	14.1	-	16.7	20.0	—	20.5	16.0	18.7	15.5	18.2	15.2
2개월 1회정도 ¹⁾²⁾	31.8	9.2	-	8.3	11.5	—	7.8	8.8	12.4	13.6	12.9	11.2
3개월 1회정도 ¹⁾²⁾	42.7	14.4	-	—	15.0	—	7.8	8.3	14.9	15.0	15.6	11.7
6개월 1회정도 ¹⁾²⁾	4.5	36.7	-	—	17.5	—	15.1	16.8	21.1	16.8	16.1	17.3
1년 1회정도 ¹⁾²⁾	-	2.2	-	—	30.0	—	46.1	47.0	26.1	33.3	27.7	31.0
전체 (N)	100.0 (11)	100.0 (9)	100.0 (4)	100.0 (6)	100.0 (2)	100.0 (2)	100.0 (26)	100.0 (25)	100.0 (43)	100.0 (47)	100.0 (86)	100.0 (89)

註: 1) 1996년 조사에서 지역간 유의한 차이(p< .05)를 보임.
 2) 1997년 조사에서 지역간 유의한 차이(p< .05)를 보임.
 3) 달서구에서는 이에 대해 조사 대상 모두가 응답하지 않았음.

〈表 III-21〉 訪問看護要員에 대한 住民의 서비스 要請內容¹⁾

(단위: %)

	1997						1996
	관악	달서	안산	홍천	완주	계	
건강상담	69.2	100.0	-	27.3	24.1	33.3	48.8
치료 및 진료	15.4	-	-	45.5	38.9	34.4	28.8
방문간호	15.4	-	100.0	18.2	31.5	27.1	12.8
기 타 ²⁾	-	-	-	9.0	5.6	5.2	9.6
전체 (N)	100.0 (13)	100.0 (4)	100.0 (3)	100.0 (22)	100.0 (54)	100.0 (96)	100.0 (125)

註: 1) 1996년 조사에서는 지역간 유의한 차이(p< .05)를 보이지 않았으며, 1997년 조사에서는 차이(p< .05)를 보임.
 2) 기타에는 검사 및 예방접종, 건강이외 집안문제 해결 등이 포함됨.

住民들의 서비스 要請內容으로는 치료 및 진료(34.4%), 건강상담

(33.3%), 방문간호(27.1%) 등이 주로 지적되었고, 그 밖에 검사 및 예방 접종, 건강이외 집안문제 해결 등이 포함되어 있었다(表 III-21 참조).

2) 業務 與件

시범사업 이후 訪問看護要員들의 業務 與件 變化에 대한 認識을 파악하기 위하여, 사회복지전문요원에게 질문했던 내용과 마찬가지로 업무내용, 업무분장, 업무량, 근무시간, 의사결정, 서비스의 전문성 및 충분성, 대상자의 접근성 및 만족도에 대해서 질문한 결과는 다음 <表 III-22>와 같다.

<表 III-22> 訪問看護要員의 業務與件 變化 認識¹⁾

	관악		달서		안산		홍천		완주		계	
	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96
업무내용의 충실성 ²⁾³⁾	2.83	3.40	3.00	2.83	2.67	2.50	2.04	2.57	2.02	2.65	2.42	2.71
업무분장의 합리성 ²⁾	3.17	3.44	3.00	3.33	3.00	3.00	2.74	2.71	2.81	2.83	2.84	2.89
업무량의 적절성	3.10	3.44	3.00	3.00	2.33	4.00	2.74	2.93	2.86	2.98	2.84	3.03
근무시간의 적절성	2.91	3.44	3.00	3.00	3.33	3.00	2.77	2.89	2.81	2.85	2.83	2.93
의사결정의 합리성 ²⁾³⁾	2.83	3.44	4.00	3.80	2.67	3.50	2.60	2.64	2.59	3.08	2.67	3.03
서비스의 충분성 ²⁾	2.83	3.44	3.00	2.17	2.33	3.00	2.45	2.36	2.60	2.76	2.59	2.67
서비스의 전문성 ²⁾	2.92	3.80	3.00	2.00	2.33	3.00	2.45	2.54	2.52	2.72	2.55	2.74
대상자의 접근성 ²⁾³⁾	3.50	3.70	3.00	2.00	2.33	2.50	2.52	2.54	2.50	3.18	2.63	2.97
대상자의 만족도 ²⁾	2.92	4.44	2.75	2.33	2.33	3.00	2.30	2.57	2.47	3.11	2.48	3.03
N	12	17	4	34	3	8	31	9	59	10	109	78

註: 1) 5점척도로 측정된 결과로서 '매우 좋아졌다'를 1점, '매우 나빠졌다'를 5점으로 하여 평균한 점수임.

2) 1996년 조사에서 지역간 유의한 차이(p< .05)를 보임.

3) 1997년 조사에서 지역간 유의한 차이(p< .05)를 보임.

전반적으로 1996년 조사와 비교할 때 肯定的으로 인식의 변화가 있음을 볼 수 있다. 對象者의 滿足度와 接近性, 意思決定의 合理性에 대한 평가가 가장 향상되었으며 특히 관악에서 가장 큰 변화를 보였다.

지역별로 살펴 보면 관악의 경우는 모든 면에 긍정적으로 향상된 평가를 한 것으로 나타났는데 특히 대상자의 접근성은 시범사업 이후에 나빠진 부분으로 평가하였다. 달서의 경우는 업무분장의 합리성을 제외하고는 모든 항목에 1996년 조사에서 보다 부정적인 응답을 하였다. 특히 意思決定의 合理性이 저하되었다고 평가한 점은 이는 대구의 경우 다른 지역과 달리 본청의 업무를 복지사업과가 대폭 이관받고 방문복지과로 개편하여 기존 방문간호팀을 흡수하는 등 조직변화가 큰 환경에 기인하는 것으로 보인다. 안산에서는 업무내용의 충실성을 제외하고 모두 작년 조사보다 긍정적으로 평가되었는데, 勤務時間의 적절성은 시범사업 이후에 보다 안 좋아진 것으로 보고 있었다. 홍천의 경우 업무분장의 합리성, 서비스의 충분성 등 약간의 저하를 보인 항목 이외에는 모두 시범사업을 통해 향상된 것으로 평가하였다. 완주에서는 모든 면에서 긍정적인 평가가 이루어졌고, 시범사업 이후 나아진 것으로 인식하고 있었다.

한편 시범사업을 통해 社會福祉專門要員과 함께 근무하게 되어 어떤 점이 도움이 되었으며 또 나빠진 점이 있는지를 파악한 결과는 다음 <表 III-23>, <表 III-24> 와 같다. 가장 큰 長點으로는 1996년 조사와 같이 신속한 대상자 현황 파악(48.4%)을 지적하였고, 다음으로는 대상자의 효율적 관리(19.4%), 종합적 서비스 제공(17.2%) 등이 제기되었으며, 전문적 복지서비스 제공, 정보 및 기술 교환 등도 장점으로 지적되었다.

短點으로는 1996년 절반의 응답자가 지적하였던 보건복지인력간 갈등의 문제보다 사업대상의 중복 및 차이의 문제(40%)를 더 많이 지적하였고, 다음으로 보건복지인력간 갈등(34.7%), 복지부문의 접근성 저하(21.1%) 등을 지적하였다.

〈表 III-23〉 訪問看護要員이 社會福祉專門要員과 함께 勤務하여 느끼는 長點

(단위: %)

	1997 ¹⁾						1996
	관악	달서	안산	홍천	완주	계	
신속한 대상자현황 파악	100.0	100.0	100.0	37.0	34.8	48.4	40.6
대상자의 효율적 관리	-	-	-	31.0	19.6	19.4	25.0
종합적 서비스 제공	-	-	-	20.7	21.7	17.2	25.0
전문적 복지서비스 제공	-	-	-	10.3	10.9	8.6	6.3
정보 및 기술 교환	-	-	-	-	13.0	6.5	3.1
전체 (N)	100.0 (11)	100.0 (4)	100.0 (3)	100.0 (29)	100.0 (46)	100.0 (93)	100.0 (32)

註: 1) 1997년 조사에서는 지역간 유의한 차이(p< .05)를 보임.

〈表 III-24〉 訪問看護要員이 社會福祉專門要員과 함께 勤務하여 느끼는 短點

(단위: %)

	1997 ¹⁾						1996
	관악	달서	안산	홍천	완주	계	
보건복지인력간 갈등	71.4	100.0	50.0	25.0	23.5	34.7	50.0
복지부문의 접근성 저하	-	-	-	29.2	23.5	21.1	21.0
사업대상의 중복 및 차이	28.6	-	50.0	41.7	45.1	40.0	15.7
업무량 증가	-	-	-	-	2.0	1.1	7.9
행정기관과의 협조문제	-	-	-	4.2	3.9	3.2	5.3
전체 (N)	100.0 (14)	100.0 (4)	100.0 (2)	100.0 (24)	100.0 (51)	100.0 (90)	100.0 (32)

註: 1) 1997년 조사에서는 지역간 유의한 차이(p< .05)를 보임.

3) 業務 評價

방문간호요원들이 示範事業을 경험한 이후, 제공되는 서비스의 質과 專門性, 業務 與件에 대한 의견이 어떻게 變化했는가를 파악하였다. 먼저 보호가구에 給與 및 서비스가 充分하게 제공된다고 생각하

는가를 질문한 결과는 다음 <表 III-25>과 같다.

이에 긍정적으로 응답한 경우가 1995년 9%, 1996년 37.2%, 1997년 37.3%로, 시범사업 초기에 급격히 증가한 충분성에 대한 평가가 시범사업기간동안에는 거의 변화를 보이지 않고 있다.

<表 III-25> 訪問看護要員の 給與 및 서비스 提供의 充分性 認知 (단위: %)

	1997 ¹⁾						1996 ²⁾	1995
	관악	달서	안산	홍천	완주	계		
매우 그렇다	8.3	-	-	16.7	6.9	9.3	12.7	1
약간 그렇다	58.3	-	100.0	33.3	17.2	28.0	24.5	8
보통이다	16.7	100.0	-	30.0	62.1	47.7	50.0	41
별로 그렇지 않다	16.7	-	-	20.0	10.3	13.1	10.8	47
전혀 그렇지 않다	-	-	-	-	3.4	1.9	2.0	3
전체 (N)	100.0 (12)	100.0 (4)	100.0 (3)	100.0 (30)	100.0 (58)	100.0 (107)	100.0 (102)	100 (135)

註: 1) 1997년 조사에서 지역간에 통계적으로 유의한 차이(p< .05)를 보임.

2) 1996년 조사에서는 지역간 차이(p< .05)를 보이지 않았음.

<表 III-26> 訪問看護要員の 専門性 發揮에 대한 見解 (단위: %)

	관악		달서		안산		홍천		완주		계		
	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'95
	잘 발휘하고 있다	57.1	83.3	-	40.0	33.3	-	9.4	14.3	6.7	7.3	14.2	19.6
약간 발휘하고 있다	21.4	16.7	100.0	60.0	66.7	100.0	53.1	57.1	75.0	76.4	62.8	63.7	13
보통이다	7.1	-	-	-	-	-	21.9	14.3	15.0	14.5	15.0	11.8	50
별로 못하고 있다	14.3	-	-	-	-	-	12.5	14.3	3.3	1.8	7.1	4.9	35
전혀 못하고 있다	-	-	-	-	-	-	3.1	-	-	-	0.9	-	1
전체 (N)	100.0 (14)	100.0 (12)	100.0 (4)	100.0 (5)	100.0 (3)	100.0 (2)	100.0 (32)	100.0 (28)	100.0 (60)	100.0 (55)	100.0 (113)	100.0 (102)	100 (136)

註: 1996년, 1997년 조사에서 지역간 유의한 차이(p< .05)를 보임.

방문간호요원으로서 専門性を 어느 정도 발휘하고 있다고 생각하는

가를 질문한 결과(表 III-26 참조), 充分性에 대한 결과와 유사하게 1995년 결과(14%) 보다는 시범사업 이후 실시한 1996년 조사에서는 큰 차이로 긍정적인 평가를 하였으나(83.3%) 1997년 조사에서는 오히려 감소(77%)한 것으로 나타났다. 전문성을 발휘하지 못하고 있는 理由로는 업무규정의 미비, 업무량 과다, 활용자원의 부족, 업무환경의 부적합, 전문성 부족 등이 지적되었다.

한편 전반적인 서비스 提供 環境에 대하여 障礙가 되고 있는 요인을 파악한 결과는 다음 <表 III-27>과 같다. 방문간호요원의 응답은 1996년 조사와 비슷하거나 약간의 否定的인 경향을 보이고 있다. 가장 큰 障礙要因으로는 후원·결연자 발굴의 어려움을 들고 있고, 대상자의 자활하기 어려운 상태, 지역사회 시설 부족 등도 문제가 되고 있는 것으로 지적하였다.

<表 III-27> 訪問看護要員の 서비스 提供 障礙要因에 대한 見解¹⁾

	관악		달서		안산		홍천		완주		계	
	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96
전문적 서비스능력 부족 ²⁾³⁾	3.43	4.73	4.00	4.00	3.33	2.00	3.00	3.00	2.72	2.95	2.95	3.19
담당가구수가 너무 많음 ²⁾³⁾	1.86	1.42	3.00	2.60	1.67	1.50	2.42	2.48	2.75	2.45	2.53	2.33
업무 과다	1.93	1.67	3.00	3.00	1.67	1.00	2.42	2.41	2.23	2.18	2.26	2.20
서비스수준 낮음	2.29	2.40	1.00	2.60	2.67	1.00	2.73	2.00	2.69	2.22	2.59	2.17
타전문인력 협조 어려움 ³⁾	2.14	3.08	3.00	3.40	3.33	3.00	2.90	2.62	2.50	2.75	2.60	2.79
수급자의 자립의지 부족 ³⁾	2.31	2.27	3.00	1.60	1.67	1.00	2.39	2.12	2.03	2.24	2.19	2.15
자활불능자 대부분임 ²⁾³⁾	2.21	2.82	2.00	1.00	1.33	1.00	2.23	1.96	1.89	2.05	2.01	2.04
대상자 문제가 복합적임 ²⁾³⁾	-	1.45	-	1.20	-	1.00	-	2.11	-	2.04	-	1.93
후원·결연자 발굴 어려움 ²⁾	1.86	2.00	1.00	2.00	2.00	2.00	2.16	1.48	1.95	2.13	1.96	1.93
지역사회내 시설 부족	1.86	2.27	2.00	2.00	2.00	2.00	2.10	1.81	2.05	2.00	2.04	1.98
N	14	17	4	34	3	8	31	9	61	10	90	78

註: 1) 5점척도로 측정된 결과로서 '매우 그렇다'를 1점, '전혀 그렇지 않다'를 5점으로 하여 평균 점수임.

2) 1996년 조사에서 지역간 유의한 차이(p< .05)를 보임.

3) 1997년 조사에서 지역간 유의한 차이(p< .05)를 보임.

지역별로 살펴 보면, 관악과 안산의 경우 앞에서 지적한 문제와 함

계 담당가구수 및 업무의 과다를 문제시하고 있었고, 달서에서는 낮은 서비스 수준을 장애요인으로 제시하였다.

他 専門人力 協助 문제에 대하여 1996년 조사와 비교할 때 관악, 달서, 완주의 경우는 보다 부정적인 평가를 하고 있는 것으로 나타났다.

라. 保健福祉業務의 連繫 및 統合傳達體系 運營

1) 保健·福祉人力間 協助

보건인력과 복지인력이 보건복지사무소 시범사업을 경험한 결과, 業務 連繫 및 協助의 機會와 그를 통한 상호 認識과 理解程度의 變化가 진행되었는가를 파악하였다.

우선 방문간호요원에게 가정방문 보건업무를 수행할 때 福祉서비스를 함께 제공할 必要를 느끼는가에 대해서 질문한 결과는 다음 <表 III-28>과 같다.

<表 III-28> 訪問看護要員の 福祉서비스 提供 必要에 대한 意見 (단위: %)

	관악		달서		안산		홍천		완주		계	
	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96
매우 필요하다	28.6	-	100.0	-	-	-	53.1	28.6	59.3	25.5	53.6	21.2
약간 필요하다	42.9	16.7	-	50.0	66.7	100.0	28.1	53.6	28.8	41.2	30.4	43.4
그저 그렇다	21.4	-	-	50.0	33.3	-	12.5	10.7	10.2	21.6	12.5	17.2
별로 필요하지 않다	7.1	50.0	-	-	-	-	6.3	7.1	1.7	7.8	3.6	12.1
전혀 필요하지 않다	-	33.3	-	-	-	-	-	-	-	3.9	-	6.1
전체 (N)	100.0 (14)	100.0 (12)	100.0 (4)	100.0 (6)	100.0 (3)	100.0 (2)	100.0 (32)	100.0 (28)	100.0 (59)	100.0 (51)	100.0 (112)	100.0 (99)

註: 1996년, 1997년 조사에서 모두 통계적으로 유의한(p< .05) 차이를 보임.

전반적으로 1996년 조사에 비해 필요성에 대한 응답이 증가한 것으로

로 나타났다(매우 필요하다 21.2%에서 53.6%로). 특히 관악의 경우 1996년 83.3%가 필요하지 않다고 응답하였으나 필요하다는 응답이 71.5%로 증가하였으며, 달서는 매우 필요하다는에 모두 응답하였다.

시범사업기간 동안 사회복지전문요원과 방문간호요원이 서로 協助를 依賴한 經驗이 있는가를 질문한 결과는 다음 <表 III-29>와 같다. 지난 해 조사에서 시범지역의 사회복지전문요원과 방문간호요원은 각각 83.1%, 61.2%가 의뢰를 경험한 것으로 나타났는데, 올해 조사에서는 지난 한달간의 경험으로 한정하여 질문한 결과, 각각 68.5%, 36.8%가 그렇다고 응답하였다.

<表 III-29> 示範保健福祉事務所內 專門人力間 協助依賴 經驗 (단위: %)

	사회복지전문요원 ¹⁾				방문간호요원 ²⁾			
	1997	1996		1995	1997	1996		1995
		시범지역	비교지역			시범지역	비교지역	
있다	68.5	83.1	71.2	68	36.8	61.2	37.1	56
없다	31.5	16.9	28.8	32	62.2	38.8	62.9	44
전체 (N)	100.0 (89)	100.0 (83)	100.0 (52)	100 (112)	100.0 (116)	100.0 (103)	100.0 (35)	100 (71)

註: 1) 사회복지전문요원의 경우 1996년 조사에서는 시범지역, 비교지역간에 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았으며, 1997년 조사에서는 통계적으로 유의한(p< .05) 차이를 보임.

2) 방문간호요원의 경우 1996년 시범지역의 경우 통계적으로 유의한 차이를 보였고(관악, 달서, 안산은 100%, 흥천과 완주는 각각 42.9%, 56.4%만이 의뢰를 경험함). 1997년 조사에서도 통계적으로 유의한(p< .05) 차이를 보임.

이는 지역에 따라 다른 양상을 보여, 사회복지전문요원과 방문간호요원 각각은 관악 60.0%, 7.1%로 專門人力間 經驗에 큰 차이를 보이고 있으며, 달서 62.5%, 100%, 안산 81.8%, 66.7%, 흥천 90.9%, 29.0%,

완주 66.7%, 41.9%가 경험한 것으로 나타났다. 이는 올해 조사가 한달 간의 경험으로 한정하여 지난 조사와 동일선상에서 比較하거나, 조사 결과를 一般化하기는 어렵겠으나 그 傾向을 파악하는 데 참고할 수 있을 것이다.

한편 社會福祉專門要員이나 社會福祉機關으로부터 業務 依頼를 받은 경험은 응답한 방문간호요원 58명 중 50%가 있다고 응답하였으며, 그 횟수는 평균적으로 2개월에 1번정도인 것으로 나타났다. 이는 지역별로 차이를 보여, 관악은 73.3%가 의뢰를 경험하였으나 이들의 평균 의뢰는 가장 많아 월 2.3회 정도였고, 달서는 모두가 경험하였으나 월 0.1회, 안산도 모두 경험하였으나, 월 0.6회 정도였다. 보건진료소와 지소의 방문간호요원도 조사 대상이 된 홍천과 완주에서는 각각 53.1%, 37.1%만이 복지관련기관으로부터 업무의뢰를 경험하였고, 월평균 횟수는 각각 1회, 2회로 응답하였다.

依頼한 機關은 관악구의 경우 지역주민(45.5%)으로부터의 요청이 가장 많다고 응답하였고, 읍·면·동사무소(27.3%), 사회복지전문요원(18.2%), 다음으로는 5개 지역 가운데 유일하게 사회복지관(9.1%)으로부터의 의뢰가 있는 것으로 나타났다. 그 외의 4개 지역에서는 거의가 사회복지전문요원으로부터의 요청이었고, 완주에서는 지역주민의 요청(17.4%)도 있는 것으로 응답하였다. 사회복지기관으로부터 依頼받은 서비스의 內容은 건강상담(52.7%), 보건의료적 처치(16.4%), 고혈압 및 당뇨병 처치(12.7%), 후원(10.9%) 등의 순으로 나타났다.

사회복지전문요원과 방문간호요원 모두에게 業務 協助에 어떤 變化가 있었는가를 질문한 결과는 다음 <表 III-30>과 같다. 社會福祉專門要員의 경우 관악, 달서, 안산에서는 시범사업 초기에는 업무협조가 잘 안되었으나 지금은 잘 된다는 응답(40%, 48.8%, 45.5%)이 가장 많았고, 홍천은 초기부터 지금까지 잘되고 있다는 응답이 55.6%, 완주는

지금까지 잘 안되고 있다(45.5%), 지금은 잘되고 있다(36.4%)는 순으로 지적되었다.

訪問看護要員の 응답을 살펴 보면, 특히 지역간에 편차가 심해, 관악에서는 지금까지 잘 안되고 있다는 응답이 다수(83.3%)였으며 안산에서는 1명만이 응답하여 잘 안되고 있다고 지적하였고, 달서에서는 모두가 초기부터 지금까지 잘 되고 있는 것으로 생각하고 있었다. 홍천에서는 초기부터 지금까지 잘 되고 있다(40%), 초기에는 안되었으나 지금은 잘 되고 있다(23.3%) 등의 긍정적 응답이 많았으며, 완주는 현재 잘되고 있다는 평가(24.1%, 24.1%)와 잘 안되고 있다(9.3%, 42.6%)는 평가가 비슷하게 나타났다.

〈表 III-30〉 社會福祉専門要員과 訪問看護要員の 協助 變化에 대한 見解(1997年)

(단위: %)

	관악	달서	안산	홍천	완주	계
사회복지전문요원						
초기부터 지금까지 잘되고 있음.	26.7	29.3	18.2	55.6	9.1	27.6
초기에는 잘 되었으나 지금은 안됨.	-	9.8	9.1	-	9.1	6.9
초기에는 잘 안되었으나 지금은 잘됨.	40.0	48.8	45.5	33.3	36.4	43.7
초기부터 지금까지 잘 안되고 있음.	33.3	2.2	27.3	11.1	45.5	21.8
전체 (N)	100.0 (15)	100.0 (41)	100.0 (11)	100.0 (9)	100.0 (11)	100.0 (87)
방문간호요원						
초기부터 지금까지 잘되고 있음.	8.3	100.0	-	40.0	24.1	29.7
초기에는 잘 되었으나 지금은 안됨.	-	-	-	3.3	9.3	5.9
초기에는 잘 안되었으나 지금은 잘됨.	8.3	-	-	23.3	24.1	20.8
초기부터 지금까지 잘 안되고 있음.	83.3	-	100.0	33.3	42.6	43.6
전체 (N)	100.0 (12)	100.0 (4)	100.0 (1)	100.0 (30)	100.0 (54)	100.0 (101)

註: 사회복지전문요원의 경우 지역간에 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았으며, 방문간호요원의 경우는 차이($p < .05$)를 보임.

이는 1996年 調査에서 사회복지전문요원과 방문간호요원 각각에게

업무협조 정도에 대해 질문하여 긍정적인 응답이 관악 15.4%, 0%, 달서 48.4%, 50%, 안산 33.3%, 50%, 홍천 88.9%, 25.6%, 완주 10.0%, 25.6% 등으로 나타난 결과와 비교해 볼 때, 대부분의 경우(안산 방문 간호요원 제외) 긍정적인 응답이 큰 폭으로 증가하였다.

한편 福祉人力과 保健人力이 함께 일하여 얼마나 도움을 느끼는지 작년과 동일하게 질문한 결과는 다음 <表 III-31>과 같다.

<表 III-31> 專門人力間 함께 일하여 도움 느끼는 程度

(단위: %)

	관악		달서		안산		홍천		완주		계	
	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96
사회복지전문요원												
매우 도움된다	-	-	12.2	3.0	18.2	-	-	18.2	-	-	7.9	3.7
약간 도움된다	20.0	-	58.5	63.6	36.4	12.5	63.6	45.5	36.4	41.7	47.2	39.0
보통이다	53.3	72.2	24.4	24.2	27.3	12.5	36.4	18.2	36.4	33.3	32.6	34.1
별로 도움되지 않는다	26.7	27.8	4.9	9.1	18.2	75.0	-	9.1	27.3	25.0	12.4	22.0
전혀 도움되지 않는다	-	-	-	-	-	-	-	9.1	-	-	-	1.2
전체 (N)	100 (15)	100 (18)	100 (41)	100 (35)	100 (11)	100 (8)	100 (11)	100 (11)	100 (11)	100 (12)	100 (89)	100 (84)
방문간호요원												
매우 도움된다	-	-	-	-	-	-	10.0	14.8	3.3	1.8	4.4	5.0
약간 도움된다	6.7	-	-	33.3	33.3	100	33.3	22.2	29.5	27.3	26.5	24.8
보통이다	26.7	9.1	-	33.3	66.7	-	43.3	37.0	39.3	29.1	38.1	28.7
별로 도움되지 않는다	66.7	45.5	100	33.3	-	-	13.3	18.5	14.8	30.9	23.9	28.7
전혀 도움되지 않는다	-	45.5	-	-	-	-	-	7.4	13.1	10.9	7.1	12.9
전체 (N)	100.0 (15)	100.0 (11)	100.0 (4)	100.0 (6)	100.0 (3)	100.0 (2)	100.0 (30)	100.0 (27)	100.0 (61)	100.0 (55)	100.0 (113)	100.0 (101)

註: 1996, 1997년 조사 모두에서 지역간에 통계적으로 유의한 차이(p< .05)를 보임.

社會福祉專門要員의 경우는 도움된다고 응답한 경우가 42.7%에서 55.1%로 증가하였다. 지역별로는 관악은 도움된다는 응답이 없다가 20%로, 달서는 69.6%에서 70.7%로, 안산은 12.5%에서 54.6%로 증가하였으며, 홍천은 63.7%에서 63.6%로 유사하게 나타났고, 완주는 41.7%에서 36.4%로 약간 감소하는 추세를 보였다.

訪問看護要員の 경우를 보면, 관악은 사회복지전문요원과 마찬가지로 도움된다는 응답이 없다가 6.7%로, 완주는 29.1%에서 32.8%로 증가한 것을 제외하고 나머지 3개 지역에서는 오히려 도움된다는 응답이 작년 조사에 비해 감소한 것으로 나타났다.

業務協助의 경험을 통해 보건 및 복지전문인력이 協助의 必要性에 대한 견해와 도움 程度에 대해 응답한 앞의 결과를 함께 검토해 보면, 전반적으로 事業初期에 부정적인 견해를 갖고 있던 訪問看護要員の 경우 협조의 필요성은 느끼고 있으나 실제의 經驗에서 별반 도움이 되지 않은 것으로 보인다. 이는 협력 및 연계를 위한 業務의 體系化와 프로그램 開發이 필요함을 반영하는 결과이다.

2) 保健·福祉業務의 連繫 與件

사회복지전문요원과 방문간호요원 모두에게 서로간의 業務 連繫를 活性化하려면 어떤 條件이 필요하다고 생각하는가를 질문한 결과는 다음 <表 III-32>와 같다.

사회복지전문요원과 방문간호요원 모두 統合프로그램의 開發을 가장 중요한 조건으로 지적(42.7%, 45.0%)한 경우가 1996년 조사에 비해 증가하였다. 지역별로는 관악, 안산, 홍천의 사회복지전문요원은 조직 체계 개편을 중요한 조건으로 지적하였고(33.3%, 45.5%, 27.3%), 완주에서는 보건·복지직간 이해(41.7%)를 가장 많은 수가 지적하였다. 방문간호요원은 관악, 안산에서는 보건·복지직간 이해(63.6%, 66.7%)를, 홍천과 완주에서는 통합프로그램 개발(50.0%, 50.8%)에 대하여 가장 많은 수가 응답하였다.

〈表 III-32〉 保健·福祉 서비스 및 業務 連繫 活性化를 위한 必要條件에 대한 見解

(단위: %)

	관악		달서		안산		홍천		완주		계	
	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96
사회복지전문요원												
통합프로그램 개발	26.7	22.2	57.5	45.7	36.4	25.0	27.3	36.4	33.3	16.7	42.7	33.3
상급자 통합의지	26.7	22.2	5.0	5.7	18.2	50.0	18.2	45.5	-	8.3	11.2	19.0
조직체계 개편	33.3	5.6	12.5	25.7	45.5	12.5	27.3	-	8.3	33.3	21.3	17.9
복지·보건직간 이해	13.3	50.0	22.5	5.7	-	12.5	18.2	9.1	41.7	8.3	20.2	16.7
사회복지전문요원 충원	-	-	2.5	8.6	-	-	-	-	16.7	33.3	3.4	8.3
방문간호요원 충원	-	-	-	5.7	-	-	9.1	9.1	-	-	1.1	3.6
행정직 충원	-	-	-	2.9	-	-	-	-	-	-	-	1.2
전체 (N)	100.0 (15)	100.0 (18)	100.0 (40)	100.0 (35)	100.0 (11)	100.0 (8)	100.0 (11)	100.0 (11)	100.0 (12)	100.0 (12)	100.0 (89)	100.0 (84)
방문간호요원												
통합프로그램 개발	18.2	-	-	-	33.3	50.0	50.0	57.1	50.8	38.2	45.0	36.9
상급자 통합의지	-	-	-	-	-	-	6.3	7.1	3.4	-	3.7	1.9
조직체계 개편	9.1	-	100.0	-	-	-	3.1	-	13.6	38.2	12.8	20.4
복지·보건직간 이해	63.6	-	-	100.0	66.7	-	34.4	21.4	28.8	12.7	33.9	18.4
사회복지전문요원 충원	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3.7	-
방문간호요원 충원	-	83.3	-	-	-	50.0	6.3	14.3	3.4	9.1	0.9	19.4
행정직 충원	9.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
기 타	-	16.7	-	-	-	-	-	-	-	1.8	-	2.9
전체 (N)	100.0 (11)	100.0 (12)	100.0 (4)	100.0 (6)	100.0 (3)	100.0 (2)	100.0 (32)	100.0 (28)	100.0 (59)	100.0 (55)	100.0 (109)	100.0 (103)

註: 1996년, 1997년 조사 모두에서 지역간에 통계적으로 유의한 차이(p< .05)를 보였음.

社會福祉專門要員이 방문간호요원과 業務 協助를 하는 경우로는(表 III-33 참조) 거동이 불편한 장애인이나 노인 가정을 방문할 때의 동행 (31.1%)이 가장 빈번한 것으로 나타났다. 1996년 조사에서는 환자가 발생한 경우 문제를 해결하기 위해서(45.0%)가 가장 많이 지적되었었는데, 이러한 변화는 시범사업 초기에는 문제가 발생하면 사후에 대처하는 연계방식에서 사업경험이 축적됨에 따라 事前에 정기적으로 업무를 協助하고 있는 상황이 반영된 결과로 보인다. 지역별로 살펴보면, 이는 특히 농촌지역인 홍천과 완주에서 많은 수가 응답하였다.

〈表 III-33〉 社會福祉專門要員이 訪問看護要員과 業務 協助하는 경우
(단위: %)

	1997 ¹⁾						1996
	관악	달서	안산	홍천	완주	계	
환자 발생시 문제 해결	26.7	31.7	-	9.1	16.7	22.2	45.0
거동불편자(장애인·노인)방문시	-	26.8	9.1	63.6	75.0	31.1	28.0
대상자의 의료욕구 해결	46.7	17.1	63.6	18.2	-	25.6	11.0
보건서비스 제공	26.7	22.0	27.3	9.1	-	18.9	9.0
노인건강 관리	-	2.4	-	-	8.3	2.2	7.0
전체 (N)	100.0 (15)	100.0 (41)	100.0 (11)	100.0 (11)	100.0 (12)	100.0 (90)	100.0 (100)

註: 1) 1997년 조사에서는 지역간에 통계적으로 유의한 차이(p< .05)를 보였음.

관악과 안산에서는 대상자의 의료욕구 해결(46.7%, 63.6%)을 가장 많은 수가 지적하였고, 달서에서는 환자 발생시 문제 해결(31.7%), 거동불편자 방문시(26.8%) 등의 순으로 나타났다.

訪問看護要員이 사회복지전문요원과 協助하여 업무를 수행하는 경우는(表 III-34 참조) 1996년 조사와 마찬가지로 생활보호대상 책정 및 급여 요청시(41.1%)가 가장 많았으며, 대상자의 생활문제 해결(31.6%)을 위한 목적이 크게 증가하였다. 지역별로는 안산의 경우 방문대상 가족의 현황 파악을 위한 목적이 지적된 경우를 제외하고 나머지 지역에서는 전체 결과와 유사한 경향을 보였다.

한편 訪問看護要員이 사회복지전문요원과 業務 協助하기 어려운 理由에 대해서 응답했는데(表 III-35 참조), 가장 큰 이유로는 업무여건이 미흡한 점(37.1%)을 지적하였다. 이는 시범사업의 예산 문제나 보건복지사무소와 보건지소와의 거리 문제 등을 포함하는 내용이다. 다음으로는 보건업무와 복지업무의 성격상의 차이(18.6%)와 상호 업무에 대한 이해 부족(18.6%), 인력간의 협력의지의 부족(17.1%)을 지적하였고, 업무분담의 문제, 사업대상 중복의 문제 등도 지적하였다.

〈表 III-34〉 訪問看護要員이 社會福祉專門要員과 業務 協助하는 경우
(단위: %)

	1997 ²⁾						1996
	관악	달서	안산	홍천	완주	계	
생활보호 책정 및 급여 요청	38.5	-	-	33.3	52.1	41.1	46.1
대상자 생활문제 해결 ¹⁾	38.5	75.0	-	25.9	31.3	31.6	17.1
복지시설 의뢰 및 이용	7.7	25.0	-	11.1	4.2	7.4	14.5
자원봉사자 연결	15.4	-	-	-	-	2.1	9.2
환자 방문의뢰	-	-	-	14.8	8.3	8.4	7.9
방문대상 가족현황 파악	-	-	100.0	14.8	4.2	9.5	5.3
전체	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(13)	(4)	(3)	(27)	(48)	(95)	(100)

註: 1) 대상자 생활문제 해결에는 진학, 건강 상담, 부식지원 등을 포함함.

2) 1997년 조사에서는 지역간에 통계적으로 유의한 차이(p< .05)를 보임.

〈表 III-35〉 訪問看護要員이 社會福祉專門要員과 業務 協助 어려운 理由

협조어려운 이유	비율(%)
업무여건 미흡	37.1
업무성격 차이	18.6
업무이해 부족	18.6
인력간 협력의지 부족	17.1
업무분담	4.3
사업대상 중복	4.3
전체	100.0
(N)	(70)

사회복지전문요원과 방문간호요원 모두에게 시범사업의 경험을 감안할 때 만약에 示範事業 終了後 보건복지사무소를 本事業으로 운영한다면 어떤 問題點이 발생할 것으로 보는가를 질문한 결과는 다음 〈表 III-36〉과 같다.

전체적으로는 行政電算網 이용을 제외하고는 문제될 것이라고 예상한 부분이 없었으며, 특히 초기에 우려했던 보건·복지직간 葛藤의 문

제도 별반 심각하게 여기지 않고 있는 것으로 보인다. 방문간호요원의 경우는 문제가 될 것이라고 나타난 부분이 거의 없었으나 상대적으로 利用者 接近性에 대한 우려가 가장 크게 나타났다.

〈表 III-36〉 保健福祉事務所 設置運營時 豫想 問題點에 대한 見解¹⁾

	관악		달서		안산		흥천		완주		계	
	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96	'97	'96
사회복지전문요원												
보건·복지직간 갈등 ²⁾³⁾	2.21	2.16	1.49	1.82	1.64	2.50	1.64	1.90	2.17	2.33	1.73	2.05
보건·복지 업무분장	1.60	1.72	1.61	1.56	1.45	2.00	1.82	1.80	1.50	1.83	1.60	1.70
연계프로그램 개발 ²⁾	2.14	2.00	1.85	1.97	2.55	2.13	1.91	1.91	2.42	1.83	2.07	1.96
이용자 접근성 ²⁾	1.73	1.83	1.78	1.86	1.82	2.13	1.73	1.81	1.83	2.00	1.78	1.89
행정기관과 업무협조 ³⁾	1.93	2.06	2.02	2.23	1.91	2.00	1.64	1.82	2.50	2.08	2.01	2.10
행정기관과 업무분담 ²⁾	2.20	1.94	2.07	2.34	2.18	2.13	2.09	2.09	2.33	1.83	2.14	2.13
민간복지기관 업무분담	1.60	-	1.51	-	1.36	-	1.33	-	1.55	-	1.49	-
행정전산망 이용 ²⁾	2.67	2.11	2.88	2.46	1.45	1.63	2.64	2.40	2.67	2.25	2.61	2.27
N	15	17	41	34	11	8	11	9	12	10	89	78
방문간호요원												
보건·복지직간 갈등 ²⁾³⁾	2.08	2.57	2.00	2.00	2.00	3.00	1.54	1.92	1.84	1.91	1.79	1.99
보건·복지 업무분장 ²⁾³⁾	2.14	2.57	1.00	2.17	2.67	2.50	1.82	1.92	1.86	1.85	1.88	1.96
연계프로그램 개발 ²⁾	2.25	2.57	1.75	1.83	2.00	2.50	2.04	1.92	2.02	1.78	2.04	1.89
이용자 접근성 ²⁾	2.38	2.86	2.00	1.17	1.67	2.50	1.89	1.73	2.17	2.00	2.10	1.95
행정기관과 업무협조 ²⁾³⁾	1.92	2.57	2.75	1.83	2.00	2.50	1.81	1.85	2.16	1.80	2.05	1.88
행정기관과 업무분담 ³⁾	1.92	2.57	2.00	1.67	2.00	2.50	1.75	1.85	2.04	1.80	1.94	1.87
민간복지기관 협조	2.00	-	2.00	-	1.33	-	1.62	-	1.96	-	1.84	-
행정전산망 이용 ³⁾	1.67	2.57	2.00	1.50	1.00	1.50	1.56	1.61	1.85	1.70	1.73	1.71
N	14	12	4	6	3	2	28	28	53	55	100	103

註: 1) 3점척도로 측정한 결과로서, ‘전혀 문제가 없을 것이다’를 1점, ‘문제가 될 것이다’를 3점으로 하여 평균한 것임.
 2) 1996년 조사에서 지역간 유의한 차이(p < .05)를 보임.
 3) 1997년 조사에서 지역간 유의한 차이(p < .05)를 보임.

社會福祉專門要員의 경우 保健·福祉職間 葛藤에 대해 관악을 제외하고는 우려가 감소되었으며, 連繫프로그램 開發에 대하여 관악, 안산, 완주 등에서는 문제가 될 것으로 생각하는 경우가 많았다. 行政機關과의 業務協助 문제는 완주에서 특히 문제가 발생할 것으로 예상하고 있었으며, 행정기관과의 業務分擔에 대해서는 5개 지역 모두 안심

하지 못하는 문제로 나타났다.

바. 調査를 根據로 한 評價 結果

사회복지전문요원과 방문간호요원을 대상으로 한 3차년도 실태조사 및 1, 2, 3차년도 조사의 비교분석 결과를 연구설계에서 설정한 專門性, 接近性, 統合性, 適合性, 效果性의 평가척도로 정리해 보면 다음과 같다.

1) 專門性 確保

시범사업을 통하여 복지 및 보건인력의 業務 遂行 및 서비스 提供에 있어 전문성이 확보되고 있는가의 평가는 각 담당인력들에 의해 이루어졌다. 社會福祉專門要員은 1995년 14%, 1996년 50.6%, 1997년 57.3%로 전문성을 발휘하고 있다는 응답이 증가하였으며, 訪問看護要員은 1995년 결과(14%) 보다 시범사업 이후 실시한 1996년 조사에서는 큰 차이로 긍정적인 평가를 하였으나(83.3%) 1997년 조사에서는 오히려 감소(77%)한 것으로 나타났다.

2) 保健·福祉業務 및 서비스의 效果性

조사를 통해 파악한 시범사업의 효과성은 각 전문인력의 업무수행 및 사업에 대한 평가로 측정되었다. 시범사업 과정에서 서비스의 質 및 對象者에 대한 효과에 직접적으로 영향을 미치는 擔當人力의 業務 與件 및 內容에 어떤 변화가 있었는가를 파악하였다.

첫째, 시범사업 이후 業務內容의 變化를 통해 효과를 평가해 보면, 사회복지전문요원의 경우 生活保護業務의 비중은 시범사업전에 비해 늘어났는데, 시범사업 실시 이후에는 약간의 감소 추세를 보이고 있

다. 이는 장애인복지업무, 노인복지, 모자복지업무 등의 비중이 증가했기 때문으로 보인다. 一般行政業務는 시범사업 이후 대폭 감소하였다. 이는 사회복지전문요원 각자가 개별 읍·면·동사무소에서 수행하던 업무가 한 곳에서 근무하므로써 한 번의 업무로 대치할 수 있기 때문으로 보인다. 사회복지전문요원의 生活保護擔當 家口 數는 시범사업 실시 이후 전체 지역에서 증가하였다. 이는 사회복지전문요원이 배치되지 않던 지역까지 인력 충원없이 시범보건복지사무소에서 관할하게 되었기 때문인 것으로 짐작된다. 또한 사회복지전문요원들의 家庭訪問 頻度를 파악한 결과, 시범사업 기간동안 큰 변화는 없었으며 2개월에 1회정도 방문하는 경우가 증가하였다. 電話通話 頻度는 가정방문과 비교할 때 보다 빈번한 것으로 나타났다.

사회복지전문요원의 업무 효과는 생활보호업무에만 집중했던 과거의 업무행태에서 서비스의 多樣化가 이루어지고 있는 것으로 나타났으며, 一般行政業務가 매우 축소된 것으로 보인다. 그러나 담당가구수의 증가는 사회복지전문요원들의 業務負擔의 증대로 부정적인 영향을 미칠 수 있는 부분이다.

방문간호요원은 家庭訪問 健康相談 업무(24.4%)에 가장 많은 시간을 할애하고 있었으며, 담당가구수, 가정방문 수행여부와 더불어 지역별로 차이가 심한 것으로 나타났다. 擔當家口 訪問回數는 1996년에 비해 1개월 내지 3개월에 한번씩 방문하는 가구의 비율이 증가하였다.

둘째, 수급자들에게 제공되고 있는 給與 및 서비스의 充分性에 대한 평가에서 社會福祉專門要員은 긍정적인 평가가 1995년 9%, 1996년 28.6%, 1997년 43.3%로 매우 향상되었으며, 訪問看護要員은 긍정적 응답이 1995년 9%, 1996년 37.2%, 1997년 37.3%로 시범사업 초기에 급격히 증가한 충분성에 대한 평가가 변화를 보이지 않고 있다.

셋째, 각 인력의 業務環境과 內容에 대한 평가에서 社會福祉專門要

員の 경우 1996년 조사와 비교할 때, 勤務時間과 勤務量の 적절성을 제외하고는 모두 긍정적인 응답을 한 것으로 나타났다. 업무내용의 충실성, 서비스의 충분성, 대상자의 만족도가 가장 향상된 것으로 평가되었다. 訪問看護要員の 경우는 전반적으로 1996년 조사와 비교할 때 肯定的으로 인식의 변화가 나타났으며, 대상자의 만족도와 접근성에 대한 평가가 가장 향상되었다. 사회복지전문요원과 마찬가지로 업무내용의 충실성과 대상자 만족도의 점수가 가장 높게 나왔지만 사회복지전문요원에 비해 전반적으로 시범사업 이후 변화에 대한 평가가 긍정적이지 않았다.

이러한 결과를 통해 볼 때, 示範事業이 진행됨에 따라 보건 및 복지업무를 담당하는 인력들의 시범사업 수행과 관련한 평가가 대체로 肯定的으로 나타났다. 이는 직접적으로 수급자의 만족도를 통해 변화양상을 파악할 수 없었기 때문에 차선으로 선택한 변화의 측정방법이었다. 업무수행 당사자가 실시한 평가임을 감안하고 보더라도 地域別, 調査時期別로 나타난 差異를 반영하면 유의미한 긍정적 변화인 것으로 판단된다. 그러나 사회복지전문요원과 방문간호요원의 전반적인 見解 差異, 업무량 및 근무시간에 관한 否定的 評價의 증가를 고려할 필요가 있다.

3) 保健·福祉서비스의 統合 提供

첫째, 訪問看護要員이 서비스를 제공할 때 복지서비스도 함께 제공할 필요가 있다는 응답은 1996년 조사에 비해 증가하였다(매우 필요하다 21.2%에서 53.6%로).

둘째, 사회복지전문요원과 방문간호요원이 서로 協助를 依頼한 경험이 있는가에 대한 질문에서 1차 조사보다는 2차조사에서 경험이 많

아졌으며, 올해 조사에서는 한달간의 경험으로 한정하여 동일선상의 비교를 할 수는 없었다.

셋째, 사회복지전문요원과 방문간호요원 모두에게 業務 協助에 어떤 變化가 있었는가를 질문한 결과, 사회복지전문요원의 경우에는 초기에는 잘 안되었지만 70% 이상이 현재 잘되고 있는 것으로 평가하고 있었으나, 방문간호요원은 초기부터 잘 안되고 있다는 응답이 40% 이상을 차지하고 있었다. 한편 보건과 복지인력간의 업무협조가 도움된다고 생각하는 정도는 사회복지전문요원은 도움된다는 응답이 증가하였으나, 방문간호요원은 유사하거나 감소하였다.

이러한 결과를 종합해 볼 때, 시범사업기간동안 業務協助의 機會는 증가한 것으로 나타나고 있으며, 보건·복지 連繫의 도움 程度 및 必要性에 대한 인식이 전반적으로 제고되었으나, 인력간의 協助程度에 대해서는 서로 다른 견해를 갖고 있었으며, 시범기간 동안 그 정도는 완화되었으나 방문간호요원은 부정적인 견해가 여전한 것으로 나타났다.

4) 對象者의 接近性

대상자의 접근성에 대한 평가는 사회복지전문요원이나 방문간호요원 모두 전반적으로 문제의 深刻度 인식이 어느 정도 완화된 것으로 나타났으나 사회복지전문요원들은 특히 여전히 해결해야 할 중요한 問題로 지적하였다. 이는 업무담당인력들의 평가이므로 실제 受給者들이 느끼는 접근성의 정도와는 차이가 있을 수 있다.

5) 組織, 人力, 서비스 提供形態 등의 適合性

시범사업의 적합성은 내부 조직 및 인력, 서비스 제공형태 등이 복지 및 보건서비스를 각각 효과적으로 전달될 수 있도록 여건을 갖추

고 있는가에 대한 전문인력들의 견해를 통해 포착하고자 하였다.

첫째, 業務分掌, 業務量, 勤務時間, 意思決定過程 등 조직 및 인력배치의 적합성을 가늠할 수 있는 업무여건 변화에 대해 담당인력들의 의견을 파악한 결과, 효과성을 파악할 수 있는 서비스의 충분성 및 전문성, 대상자 만족도 등의 지표와 비교할 때 상대적으로 시범사업 기간동안의 변화에 대해 否定的인 인식을 지닌 것으로 나타났다. 특히, 업무량은 증가되어 부담이 되고 있으며, 근무시간의 적절성에 대해서도 지역에 따라 차이는 있으나 개선되지 않고 있었다.

둘째, 시범사업을 통해 사회복지전문요원들이 함께 모여 勤務하게 된 조직의 변화에 대한 평가에서 社會福祉專門要員이 지적하는 長點은 1996년 조사에서는 정보교류 및 업무연계의 원활이 가장 많이 지적된 반면 1997년 조사에서는 서비스의 질 및 전문성 제고에 가장 많은 수가 응답하였다. 短點으로는 1996년 조사의 경우 과반수가 사회복지전문요원간의 직급간 갈등을 지적하였으나, 1997년 조사에서는 접근성의 저하(23.9%) 문제가 지적되었다. 특히 2차조사시와 달리 농촌지역에서 행정업무 비효율의 문제(홍천 33.3%, 완주 25.0%)를 많은 수가 지적하였다.

訪問看護要員은 長點으로 1996년 조사와 마찬가지로 같이 신속한 대상자 현황 파악(48.4%)을 지적하였고, 短點으로는 1996년 절반의 응답자가 지적하였던 보건복지인력간 갈등의 문제보다 사업대상의 중복 및 차이의 문제(40%)를 더 많이 지적하였다.

셋째, 시범사업을 실시하고 있는 5개 지역의 組織 및 人力規模의 차이에 따라 사업의 활성화정도에 차이를 보이는 것으로 파악되고 있다. 그러나 본 조사를 통해서 이러한 직접적인 인과관계를 밝혀내는 것은 어려웠다. II장에서 분석된 결과에 따르면 보건복지 통합서비스 제공을 위한 시범사업의 본래 취지에 보다 積極的으로 對應하여 내부

조직을 재구성하고 인력을 충원하는 지역이 두드러지게 나타났다. 그러나 수행되는 사업 및 서비스의 구체적인 내용과 질을 분석하지 않고 외형적인 검토를 통해서만 이들을 직결시켜 평가하는 것이 위험할 수 있으며, 현재 대부분의 사업이 착수되고 정착되는 단계에 있으므로 향후 이에 대한 보완이 필수적일 것이다.

IV. 保健福祉事務所 示範事業의 效果와 問題點

보건복지사무소 시범사업의 效果와 問題點에 관하여는 학계 및 관련 단체에서도 그간 많은 논란이 있었다. 다른 많은 시범사업의 경우와 같이 보건복지사무소 시범사업 또한 肯定的인 측면과 否定的인 측면이 동시에 발생하여 성과에 대한 판단을 어렵게 한다. 이는 한편으로는 시범사업이 부실하게 진행되었기 때문일 수도 있으나, 그 보다는 2년이라는 짧은 시범사업 기간에 조직 체계의 변화와 사업 내용의 변화를 同時に 순조롭게 추진하기 어려웠기 때문인 측면이 더 많다. 본 장에서는 그간의 현지 면접자료, 설문조사자료, 행정자료 및 수차례의 회의 결과를 토대로 하여 지난 2년간 시범사업에서 나타난 긍정적인 效果와 부정적인 問題點 및 이러한 결과가 나오게 된 原因을 진단해 보고자 한다.

1. 福祉部門의 部分的 集中化 效果

가. 福祉業務 集中에 따른 規模의 經濟 效果

보건복지사무소 시범사업의 긍정적인 효과는 대부분 福祉部門의 部分的 集中化에 따른 복지전달업무 效率의 증가에 있다. 과거 읍·면·동에서 복지전문요원이 개별적으로 해당지역의 생활보호를 중심으로 한 복지업무를 담당하던 때와 비교할 때, 市·郡·區를 단위로 복지전문요원이 함께 모여 公共扶助 및 福祉서비스 업무를 수행하게 되므로서 규모의 경제 효과를 거두는 등 복지전달체계 전반의 효율이 크게

증가한 것으로 나타난다. 이는 여러 측면에서 관찰된다.

우선 복지업무 담당자간 福祉業務의 分擔體系에 있어 읍·면·동 체계²²⁾와 보건복지사무소 체계는 큰 차이를 보인다. 邑·面·洞 體系에서는 지역에 따라 소수의 福祉專門要員이 공공부조에서부터 복지서비스 및 기타 일반주민 대상의 복지관련 서비스까지 모든 업무를 단독으로 담당하는 경우가 있다. 반면, 保健福祉事務所의 경우 地域別 擔當制와 함께 복지부문별로 機能別 擔當制를 동시에 담당할 수 있다. 따라서 생활보호사업, 노인복지사업, 장애인복지사업, 모자복지사업, 지역복지자원 개발사업 등 복지부문별로 집중하여 업무를 수행할 수 있게 되어 업무내용의 처리에 있어 規模의 經濟를 도모할 수 있으며, 각 복지부문 담당자의 해당 業務 熟知度가 높아짐에 따라 업무 내용의 질적 향상을 도모할 수 있게 된다. 결과 복지서비스의 공급자 및 수급자에게 제공되는 서비스 內容이 보다 충실해졌으며, 서비스 傳達 效率 또한 상승한 것으로 나타난다.

이러한 복지업무 集中化 效果의 대표적인 예로서 지역 福祉資源 發掘 업무의 괄목할만한 증대를 들 수 있다. 시범지역에 따라 차이가 있으나 전지역에서 시범사업 실시 이전과 비교할 때 地域福祉資源의 開發·管理 실적이 월등하게 증가한 것으로 나타났다. 이는 보건복지사무소의 경우 지역내의 복지자원을 상호 連繫·調整하는 능력 및 환경이 읍·면·동 체계와는 비교할 수 없을 정도로 향상되었기 때문이다. 읍·면·동 체계와 비교할 때 보건복지사무소의 관할 지역이 넓어졌기 때문에, 예컨대 ‘가’ 동에 거주하는 후원자와 ‘나’ 동에 거주하는 수혜자를 연결시키는 지역복지자원의 지역간 조정이 관내에서 가능하게 되었다.

22) 서술의 편의를 위하여 읍·면·동에서 사회복지전문요원이 개별적으로 복지업무를 담당하는 경우를 邑·面·洞 體系라 지칭하기로 한다.

그러나 이러한 地域的 要因은 복지자원개발 실적 증가에 기여한 부분적 요인일 뿐이다. 더 중요한 요인은 복지업무의 집중화를 통하여 지역복지자원 개발관리 사업의 推進 單位도 커지고 확대를 위한 지속적 努力이 가능하게 되었다는 점과 사업이 진행되면서 업무 노하우 및 人的 關係網을 복지관계자들간에 항시 상호 교환할 수 있는 환경이 마련되었다는 것이다. 보건복지사무소의 출범과 함께 발간된 回報 등에서 지역의 복지자원 동원을 적극적으로 弘報하고 成果를 알리는 등의 노력은 읍·면·동 체계에서는 생각하기 어려운 일이다. 또한 복지업무의 단위규모가 확대됨에 따라서 복지자원 動員 및 管理 업무도 보다 효율화되어 일단 연결이 된 後援者의 경우 후원의 종류 및 시기 등에 대하여 꾸준한 지도관리를 한 것 또한 복지자원 개발 실적을 높인 중요 요인이다. 예컨대 관악구의 경우 지역의 언론매체, 통신망, 복지대상자 소개지 등을 통해 관내의 전 복지자원의 연계를 보다 체계적으로 시도하였다. 이는 풍부한 자원을 보유한 대도시의 이점임을 고려해야 하겠지만, 5개 시범지역 중에서 괄목할만한 복지자원 발굴 실적을 보이고 있다.

복지업무 집중화의 또다른 성과로는 福祉서비스 분야의 事業 開發이 활발하게 진행된 점이다. 읍·면·동체계에서는 소수의 복지전문요원이 복지업무를 담당하므로, 지역의 복지수요에 대응하여 복지서비스의 질적 향상을 위한 노력을 기울이기가 어려웠다. 반면 보건복지사무소로 복지업무가 집중화됨으로서 地域의 福祉需要를 고려한 다양한 복지서비스 업무의 개발이 가능하게 되었다. 시범지역에서 개발한 복지서비스 업무는 매우 다양하며 시험적인 성격의 것도 있어 현재의 시점에서 개별 사업 자체의 성과를 판단하기 어렵다.

현재 시범지역에서 개발된 복지서비스 중 대표적인 事例는 주거환경 개선사업, 장애인 수화교실 운영, 저소득층 의치 지원사업, 거택보

호노인 이·미용사업, 저소득층 자녀 학습지원 프로그램, 결손가정 청소년 캠프, 보장구 무료 대행사업 등을 들 수 있다. 이러한 사업들은 중앙에서 개발하여 배포된 사업이 아니라, 각 지역의 복지업무담당자들이 自發적으로 개발한 사업들이라는 데 더 큰 의미가 있다. 비록 현재의 시점에서 볼 때는 이렇게 새롭게 개발된 복지서비스 사업이 덜 체계화되어 있기는 하나, 앞으로 公共福祉傳達體系에서 복지서비스 업무의 비중이 확대됨에 따라 需要者의 欲求에 맞는 서비스 사업의 開發이 보다 강조될 것으로 생각되며, 이러한 측면에서 복지부문의 집중화로 얻어지는 운영의 效率 및 노하우의 축적으로 복지서비스 事業 開發의 上乘效果가 기대된다.

복지업무의 집중화로 인하여 거두게 되는 성과는 복지서비스 업무의 경우가 보다 크나, 公共扶助 업무의 효율성 향상 효과 또한 무시할 수 없다. 업무의 성격상 단순 반복적인 공공부조 업무의 경우 시·군·구 단위에서 종합적으로 처리됨으로서 복지업무의 簡素化가 가능하게 되었으며 업무간 重複遂行의 減少로 효율성이 향상된 것으로 나타난다. 시범사업 중 관찰된 이러한 효율 향상의 대표적인 예로 福祉 給與의 統合支給을 들 수 있다. 복지업무의 집중화에 따라 현재 생활 보호대상자 지원, 노령수당 지급, 소년소녀가장 지원, 저소득 모자가정 지원, 저소득 장애인 지원 등으로 구분되어 있는 다양한 복지급여에 대한 통합관리가 가능하게 되었다. 이와 함께 앞으로 生活保護管理의 電算化가 도입되면 공공부조 업무의 효율성은 보건복지사무소 체제에서 현저하게 높아질 것으로 예상된다.

나. 福祉傳達體系의 責任性, 迅速性, 公正性, 一貫性, 專門性的 向上

공공복지전달체계의 평가를 위하여 여러 가지 客觀的 基準을 생각

할 수 있다. 이 중 보건복지사무소 시범사업을 통해 肯定的인 結果를 보인 측면을 지적하면 책임성, 신속성, 공정성, 전문성, 일관성 등의 기준이다. 반면 접근성, 통합성 등의 기준에서 否定的인 結果가 나타났거나 현재의 시점 혹은 환경에서는 評價를 保留할 수 밖에 없는 것으로 나타난다. 먼저 긍정적인 결과로 나타난 측면을 검토해 보면 다음과 같다.

1) 責任性

公共福祉傳達體系는 복지재원 및 인력이 허용하는 한 지역의 복지 수요에 대하여 책임지고 이에 적극적으로 대응하는 것이 필수적인 요건일 것이다. 특히 公共扶助 업무의 경우 이러한 공공복지전달체계의 責任性의 원리는 매우 중요하며, 복지서비스의 경우에도 사정이 다르지는 않다. 보건복지사무소의 복지전담조직에 의하여 복지사무의 體系的 處理體系가 구축됨에 따라 읍·면·동 체계에서는 향유할 수 없었던 환경 즉, 사회복지전문요원이 복지사무에 대한 裁量權을 갖고 적극적으로 대처하기 어려웠던 여건이 변화되었다. 복지업무처리에 있어 업무수행 과정이 體系化되고 상급자의 監督이 수반됨으로서 복지수혜 대상자의 요구가 있을 경우에는 복지전문요원이 적극적으로 대응하여 업무를 책임지는 체계가 구축되었다. 현재 시범사업지역에서는 생활보호사업 뿐만 아니라 노인복지, 장애인복지, 청소년복지, 모자복지 등 복지사업을 통괄하는 公共福祉서비스 提供 體系를 구축하고 있으나, 읍·면·동사무소의 복지업무는 생활보호사업을 중심으로 기타 복지서비스 사업이 斷片的으로 이뤄지고 있다. 또한 관련 복지사업에 대한 복지전문요원의 활동을 監督·評價할 체계가 갖추어져 있지 않다.

보건복지사무소의 출범으로 지역의 복지수요에 대하여 책임을 져야

할 對象이 보다 명확해졌으며, 이는 거꾸로 보건복지사무소 업무의 量的·質的 高揚을 초래하게 되었다. 중앙정부로부터 지방자치단체에 업무의 권한이 보다 많이 이양되어 지방행정의 責任所在가 명확해질 수록 보건복지사무소의 복지업무에 대한 이러한 효과는 보다 증가할 것이다.

공공복지 업무수행의 책임성은 복지서비스 전달의 專門性과 밀접히 관련된다. 公共扶助가 공공복지에서 차지하는 비중이 클수록 지역의 복지욕구에 적극적으로 대응하는 책임성의 중요성은 상대적으로 작다. 왜냐하면, 공공부조의 경우 복지전문요원의 업무태도 보다는 財政的인 限界에 의하여 공공복지의 수준과 질이 결정되는 부분이 크기 때문이다. 반면 福祉서비스 영역의 비중이 클수록 복지전문요원의 專門知識 및 적극적인 業務態度가 서비스의 질에 미치는 영향은 클 것이다. 따라서 공공부조가 공공복지의 대부분을 차지하고 있는 현재의 상황에서는 업무의 전문성을 크게 기하기는 어려울 것이며 責任性 또한 큰 기준으로 작용하기 어렵다. 그럼에도 불구하고 제한된 자원을 동원한 복지서비스 사업에서 복지전문요원의 積極的 對應이 서비스의 효율에 기여하는 바는 상대적으로 클 것이다.

2) 迅速性

보건복지사무소의 출현으로 가장 분명하게 나타난 효과 중의 하나는 현재 ‘시·도 - 시·군·구 - 읍·면·동 - 복지대상자’로 연결되는 體系에서 ‘읍·面·洞’의 단계가 생략됨으로서 복지대상자의 선정 및 서비스 제공을 위한 業務處理의 速度가 빨라졌다는 점이다. 생활보호대상자의 책정 및 지원에 있어 시·도까지 결재가 이루어져야 하는 현 체계에서 한 단계의 決裁段階 省略으로 인하여 소요일수의 단축은 물론 관련 보고업무로 인하여 소요되던 時間 節約의 효과 또한 적지 않은

것으로 나타난다. 예컨대 읍·면·동 체계에서는 시·군·구청 사회과의 행정절차로 인하여 생활보호대상자로 보호받는데 길게는 1~2개월이 소요되는 경우가 있어 이러한 업무처리 지체가 대상자 불만의 주요 항목으로 지적되었으나, 시범지역의 경우 이 과정이 법정소요 일수인 2주 이내에 모두 처리되고 있는 것으로 나타난다.

3) 公正性

공공복지전달체계의 중요한 임무 중의 하나는 주어진 基準에 따라서 公正하게 업무가 처리되어야 한다는 점이다. 이는 특히 公共扶助와 같이 현금 혹은 현물 급여가 제공되는 경우 대상자 選定 및 給與水準의 결정을 둘러싸고 公正성의 시비가 발생할 경우 복지재정의 누수 현상은 물론 복지전달체계의 信賴度에 큰 손상을 가져옴으로서 효율 저하의 큰 요인으로 작용하게 된다. 복지전달체계의 公正성 향상은 복지전달업무 擔當者의 資質을 높임으로서 가능할 수 있으나, 다른 한편으로는 선정 및 급여의 公正성을 높일 수 있도록 組織 및 業務의 過程을 改善함으로서 도모될 수 있다. 이러한 점에서 보건복지사무소로의 복지업무의 집중화는 公正성 향상에 긍정적인 기여를 하였다.

읍·면·동 체계에서는 복지전달체계가 行政係線組織에 부속되어 있어 생활보호대상자의 책정 및 관리업무가 行政的 關心과 연계됨으로 인하여 복지전달체계의 公正성 관련 시비가 발생하였다. 반면 보건복지사무소의 경우 별도의 복지전담조직에 의한 생활보호사업의 관리가 이루어짐으로 인하여 대상자 선정과정에서 행정적 관심과는 독립적으로 客觀的인 判斷基準을 엄격히 적용할 수 있게 되었다. 결과적으로 보건복지사무소가 도입된 지역에서 과거 수년동안 지속적으로 생활보호자로 지정되었던 사람들 중 일부가 再審査 결과 탈락되었으며 심사

기준의 적용을 둘러싼 民願은 거의 없었던 것으로 보고되고 있다.

4) 一貫性

보건복지사무소의 福祉專擔組織에서 복지전문요원이 복지업무에 專念하므로써 복지서비스 업무의 일관성이 높아졌다. 그 결과 복지서비스 업무관련 지식의 지속적 축적을 기반으로 새로운 복지서비스의 開發 및 복지전달 효율 향상을 위한 革新이 촉진되었다. 보건복지사무소의 조직내에서도 先任者에 의한 업무의 企劃 및 監督과 評價가 일관되게 이루어질 수 있는 업무환경이 부분적으로 조성되었으며, 이는 읍·면·동 체계와는 일관된 업무추진 역량에서 큰 대조를 이룬다. 대표적인 예로, 시범사업지역에서 현재 수행하고 있는 결연개발사업, 청소년 자립지원기금 지원사업, 의치 지원사업, 장애인 보장구 무료대여 및 구입 지원사업 등 다양한 복지서비스 프로그램들은 示範事業의 環境에서 개발되었으며 또한 이러한 사업 환경에서만 효율적으로 시행될 수 있는 사업이다.

5) 專門性

1987년 사회복지전문요원 제도의 도입은 福祉專擔要員의 質的인 向上을 통하여 복지서비스의 질적인 향상을 도모하고자 하였다. 한편 보건복지사무소에 福祉事務를 集中하므로써 업무처리과정에 있어서 복지서비스 전달체계의 전문성이 높아지게 되었다. 업무의 내용면에 있어 보건복지사무소에 소속된 복지전담조직에서는 복지업무만을 전담하므로써 과거 읍·면·동 체계에서 일반 行政業務의 일부를 복지전문요원이 담당함에 따른 전문성의 저하 문제가 해결됨은 물론 福祉專擔組織을 통한 業務處理過程의 전문화가 이루어지게 되었다.

다. 福祉行政의 包括性 向上

기준에 해당하는 모든 대상자에게 동일한 質의 공공부조 및 복지서비스를 제공해야 한다는 包括性의 원리 또한 공공복지전달체계의 중요한 판단 기준이다. 시범사업지역의 경우 보건복지사무소가 설치되기 전에는 복지전문인력의 부족으로 일부 읍·면·동에는 전문요원이 배치되지 못했으며 그 결과 전문요원이 배치된 지역과 未配置 地域間에 복지서비스의 차이가 발생하였다. 이는 要保護對象者가 집중된 지역부터 우선적으로 복지전문요원을 배치한다는 원칙에 따른 당연한 귀결로서, 읍·면·동 체계에서는 상대적으로 요보호대상자가 적은 지역의 경우 복지전문요원이 배치되지 못함으로 인한 불이익을 받을 수밖에 없었다. 반면 시·군·구 단위로 설립된 보건복지사무소의 경우 관내의 모든 요보호대상자가 복지전담조직에 의하여 同一한 質의 복지서비스를 누릴 수 있게 됨으로서 복지전달체계의 포괄성을 높일 수 있게 되었다.

단적인 예로 23개 동이 있는 안산시의 경우 11명의 복지전문요원이 존재하므로 이들을 동사무소에 배치할 경우 최소한 12개 동은 복지전문요원이 배치될 수 없었다. 그러나 이들이 시·군·구 단위의 보건복지사무소로 배치됨으로 안산시의 전 지역주민에 대하여 기존의 제한된 복지인력을 보다 효율적으로 활용할 수 있게 되었다. 또한 관악구의 경우에도 관내 27개 동에 대하여 시범사업 실시 이전에는 17개 동에만 복지전문요원이 배치되었으나 시범사업으로 모든 관내 주민들에게 동질의 복지서비스를 제공할 수 있게 되었다.

한편 보건복지사무소 시범지역의 경우 福祉專門要員의 人員에 변동 없이 복지전달체계의 포괄성이 높아졌다는 점은 거꾸로 말하면 복지전문요원이 擔當할 要保護對象者의 增加를 의미한다. 이는 시범지역

의 경우 당초 전문요원이 미배치된 읍·면·동의 대상자까지 포괄하므로 1인당 담당가구 수 증가(5개 지역 평균 97가구 → 127가구)로 業務負擔의 過重化 현상이 초래되었다. 앞으로 복지업무의 집중화에 따른 업무 효율의 증대로, 대상자 증가로 인한 과중한 업무부하의 문제는 부분적으로 상쇄될 수 있을 것이다. 그러나 보건복지사무소 사업의 장기적 발전을 위하여는 복지업무가 시·군·구 단위로 집중화됨에 따른 복지전문요원 1인당 要保護對象者의 數에 대한 합리적인 조정의 과제로 제기된다.

라. 對象者 中心의 統合 福祉서비스 傳達 組織體系의 構築

보건복지사무소는 市·郡·區廳의 생활보호 및 저소득층의 복지관련 업무의 많은 부분을 移管받게 되었다. 현재 읍·면·동에 배치된 복지전문요원은 생활보호대상자 관리 업무에 주로 한정되어 있는 반면, 시범 보건복지사무소에서는 低所得層 및 脆弱階層의 범주에 포함되는 노인, 장애인, 모자, 부자, 아동복지와 관련한 광범위한 복지서비스 업무를 담당하고 있다. 또한 앞의 장에서도 분석하였듯이 지역복지자원의 개발·관리는 물론 기타 地域特性과 住民欲求에 부응하는 다양한 특별사업을 실시함으로써 저소득층 관련 복지전달망의 綜合的 連繫 效率性이 크게 높아지게 되었다.

이 결과 생활보호, 노인, 장애인, 모자가정 등 사업별로 이루어지던 실태조사, 급여지급을 對象者中心으로 統合 處理함으로써, 복지전문요원의 책임하에 대상자의 다양한 복지욕구에 대응하는 적절한 복지서비스 메뉴의 조합이 가능하게 되었다. 또한 대상자 중심의 복지서비스 관리가 이루어짐으로서 동일 대상자에 대한 重複 서비스 제공으로 인한 비효율의 요인이 제거되었으며, 결과적으로 제한된 福祉資源 分配의 效率性이 높아진 것으로 판단된다. 그러나 복지서비스 전달망의

연계 효율에 따른 이점에도 불구하고, 시·군·구청 복지부서와 보건복지사무소의 복지전담조직간에 대상자 및 업무를 둘러싼 이원화된 구조로 인하여 部分的 效果만을 거두고 있는 실정이다.

2. 示範事業에서 나타난 問題點

가. 福祉行政組織의 二元化 問題

보건복지사무소 시범사업이 이루어지고 있는 지역의 경우, 保健福祉事務所의 복지담당부서는 생활보호사업을 중심으로 한 요보호대상자 관련업무를 전담하는 반면, 市·郡·區廳의 사회과 및 가정복지과는 요보호대상자를 제외한 일반주민 대상의 복지업무 전반을 관장하고 있다. 여기서 문제는 要保護對象者와 一般 住民들에 대한 복지사무가 뚜렷하게 구분될 수 없는 경우가 많이 발생하여 이에 따른 업무 效率의 減少를 가져온다는 점과 이러한 복지전달체계의 이원화로 인하여 복지사무간 연계를 통한 綜合的 業務遂行에 어려움이 많다는 점이다.

5개의 시범지역 각각 지자체와 보건복지사무소간 業務分掌에 차이가 매우 크므로 일률적으로 말할 수는 없으나, 시범사업지역 중 상대적으로 복지업무의 많은 부분이 보건복지사무소로 이관된 대구 달서구와 그렇지 않은 여타의 지역을 비교해 볼 때 이러한 문제로 인한 業務 效率의 감소는 뚜렷이 관찰된다. 예컨대 의료보호의 경우 대부분의 지역에서 지자체 사회과의 관할로 되어있으나 의료보호의 주 대상인 생활보호대상자에 대한 여타 지원관련 업무는 보건복지사무소에서 관할한다. 따라서 同一 對象者에 대하여도 福祉 支援의 종류에 따라 지자체와 보건복지사무소 각 체계에서 업무가 分散 遂行되므로써 시범 보건복지사무소에 집중된 복지업무의 효율을 경감시키는 결과를

가져오고 있다.

많은 복지사업의 所管府署는 유사한 성격의 사업에 대하여 生活保護對象 與否에 따라 지자체의 사회관련과와 보건복지사무소로 구분된다. 예컨대 생활안정 용자금 사업, 결연사업의 경우 생활보호대상자는 보건복지사무소의 사무인 반면 저소득층의 경우는 분청 사회과의 관할이며, 기타 노인, 장애인 관련 복지사무도 대상자의 생활보호대상 여부에 따라 유사한 성격의 복지사업도 양 기관으로 구분되어 집행된다. 또한 취로사업의 경우, 대상자의 다수가 생활보호대상자이며 사실상 소득보조의 성격이 크에도 불구하고 5개 시범지역 모두에서 시·군·구청의 관할로 설정되어 있다.

소관부처가 애매한 업무의 경우 보건복지사무소와 시·군·구청 사회과, 가정복지과간에 상호간 업무 떠넘기기 현상이 발생하며, 동일한 사무에 대한 重複 施行의 경우 또한 발생하는 것으로 나타난다. 복지 관련 업무 중 인력이 많이 소모되는 업무가 行事主管 업무인데 이는 요보호자와 요보호자가 아닌 사람이 중복되는 대상인 경우가 많다. 이 경우 부처간의 떠넘기기 혹은 중복시행으로 인한 양 기관간의 葛藤 및 非效率 현상이 적지 않은 것으로 관찰된다. 예컨대 안산시의 ‘장애인 먼저 운동’ 혹은 대구 달서구의 ‘경로잔치 행사’ 등의 경우에서 볼 수 있듯이 행사 때문에 부처간 관계가 소원해지거나 혹은 중복 시행되는 경우가 적지 않게 발견된다.

對象者 및 福祉事務의 種類를 둘러싼 이와 같은 문제와 별도로 생활보호대상자관련 복지사무를 둘러싸고도 지자체와 보건복지사무소간 企劃과 執行府署가 二元化됨으로 인한 문제 또한 적지 않은 것으로 판단된다. 현재 市·郡·區廳에서는 생활보호사업을 포함하여 저소득층, 노인, 장애인, 아동, 부녀, 청소년 등 대상별로 사회복지시책을 수립하고 감독하나, 보건복지사무소는 사업소의 형태로 시·군·구청의 계선

조직과는 분리되어 집행의 역할만을 담당한다. 邑·面·洞事務所 체계에서는 시·군·구청에서 부터 읍·면·동의 복지전문요원에 이르기까지 일관된 계선조직에 포함되어 있으므로 이러한 기획과 집행의 이원화 문제는 크게 대두되지 않았다. 반면 保健福祉事務所의 복지관련 과(또는 계)는 지자체의 복지관련 과와 조직도상 별도의 계선상에 위치하게 됨으로서 횡적인 관계만을 갖는다. 따라서 한쪽은 기획의 기능을 갖게 되고 다른 한쪽은 집행의 기능을 갖게 되는 현재의 보건복지사무소 체제는 기획부서와 집행부서간에 상호간 監督과 責任의 영역을 둘러싸고 알력을 내포한 조직 구조를 형성할 수 밖에 없다.

企劃의 기능만을 갖춘 조직체의 경우 일선 지역의 福祉需要에 둔감하게 되어 上命下達의 복지체계를 구축할 가능성이 높은 반면, 執行의 기능만을 지닌 조직체는 복지수요를 보다 쉽게 감지할 수 있으나 이를 조직적이며 체계화된 프로그램의 형태로 구성하고 추진하기 위한 行政的 資源을 動員하는 데 한계를 갖게 되어 결국 수동적인 업무태도를 견지하게 될 가능성이 높다. 이러한 모순된 조직구조에 대한 해결은 단기적으로는 상호간 業務分掌의 明確化가 대안이 될 수 있으나, 궁극적으로는 복지관련 기획과 집행 부서가 一貫된 조직체계속에 統合되는 것이 해결책으로 생각된다.

지자체와 보건복지사무소간의 복지업무의 이원화에 따른 또다른 문제점으로, 보건복지사무소에서 복지업무를 추진하는 行政要員의 부족을 들 수 있다. 공공부조의 비중이 큰 반면 복지서비스의 비중이 상대적으로 낮은 우리나라의 현재의 복지수준에서 복지사무의 많은 부분은 지역의 복지수혜자와의 直接 接觸을 통한 업무수행보다는 사무실에서 복지관련 人力과 資源을 管理하는 업무와 行事準備 및 報告 업무가 차지하는 비중이 큰 실정이다. 이 경우 행정경험이 풍부한 인원이 복지사무의 효율을 높이는 데 큰 역할을 할 수 있다.

한편 시범사무소를 설치하며 행정요원의 충원이 적절히 이루어지지 않으므로써 행정적인 측면의 복지업무에 어려움이 큰 것으로 보고되고 있다. 대구 달서구를 제외한 대부분의 시범지역에서 行政職의 不足 현상이 뚜렷이 드러난다. 이는 과거 시·군·구청이 담당하던 복지관련 업무의 많은 부분을 이관받았으나 관련 행정요원의 적절한 充員이 수반되지 않은 반면, 충원된 행정요원의 경우에도 잦은 전보로 인하여 복지행정의 일관성이 유지되지 못하였기 때문이다. 이는 부분적으로는 지자체와 보건복지사무소간 기획과 집행의 업무가 분리됨으로써 집행부서인 보건복지사무소에 근무하는 복지전문요원이 行政的인 訓練을 받을 기회가 제한되게 된 점에도 기인한다.

지자체의 복지담당부서와 보건복지사무소와의 二元化 문제 뿐만 아니라, 현재의 지역복지체계는 同一 對象者들에 대한 복지서비스가 여러 기관으로 多元化됨으로써 복지공급자들간의 협조가 어렵게 되어 福祉供給體系 전체의 효율을 감소시키는 결과를 가져오는 것으로 판단된다. 예컨대 사회복지전문요원, 유급 가정도우미, 재가복지봉사센터, 지역종합복지관들이 생활보호대상자에 대하여 상호 유사한 복지서비스를 제공하므로써 상호간 조직의 이익을 앞세우며 非協調的인 雰圍氣가 조성되는 경우가 관찰된다.

복지기관 상호간의 업무 의뢰 및 협조의 체계가 이루어지지 않은 결과 어떤 대상자에 대하여 타기관에 보호 의뢰시 이들에 대한 一貫된 事後管理가 어렵다. 예컨대 복지전문요원이 생활보호대상자를 綜合社會福祉館에 의뢰할 경우 이들의 서비스 수혜에 대한 모니터링이 어려우며, 따라서 대상자에게 적합한 복지서비스들을 종합적으로 설계할 수 없는 상황이다. 이러한 다양한 복지서비스 공급기관들은 대부분 정부로부터 재정 지원을 받고 있으나 일관된 협조체계가 설정되어 있지 않으며 기관간에 복지서비스 전달의 효율이 크게 차이를 보

이는 현실은 결국 福祉財政의 효율을 극대화시키는 데 큰 걸림돌로 작용할 수 밖에 없다.

나. 接近性的 減少

접근성은 복지전달체계를 평가하는 중요한 기준이다. 즉 對象者의 곁에 가까이 할수록 대상자의 福祉欲求에 민감하게 반응하게 됨으로서 需要者 中心의 복지전달체계가 구축될 수 있기 때문이다. 반면 수요자에게 가까이 접근할수록 이를 뒷받침하기 위한 인원 및 행정비용은 증가할 것이므로 可用 福祉資源의 규모에 따라 어느 정도의 접근성이 적절한지 판단되어야 할 것이다. 보건복지사무소의 경우 시·군·구로 복지업무가 집중화됨으로서, 읍·면·동 체계와 비교할 때 수혜자와의 地理的 接近性은 감소하였다. 이에 따른 문제점들이 복지업무의 집중화를 통하여 가용 복지자원의 운영 효율을 높인 이점과 비교하여 어느 정도 상쇄될 수 있을 것인지가 초점이 된다.

公共扶助 사업의 경우 수혜자에게 얼마나 가까운 거리에서 지원을 제공하는가는 크게 중요치 않은 것으로 나타난다. 주로 공공부조 대상자들인 보건복지사무소의 복지수혜자들에 대한 복지서비스 滿足度 조사 결과, 시범지역과 비시범지역간 만족도가 유의미한 차이를 보이지 않는 것으로 나타났다. 보건복지사무소 사업과 관련하여 접근성의 감소로 인한 문제점을 주로 지적하기 보다는 급여 수준과 범위, 대상자 책정 및 급여의 신속성, 공정성 등에 대한 불만이 공공부조에 대한 가장 큰 요청 사항으로 지적된다. 이는 수급자의 주요 관심 대상인 福祉 給與가 금융기관을 통한 온라인 送金으로 이루어지며, 복지전문요원의 방문 등으로 인한 직접적 私生活 干涉을 원치 않는 경우가 빈번하기 때문이다. 생활보호수혜자에 대한 사회적 오명을 피하기 위하여 실질적 지원이 수반되지 않은 복지전문요원의 訪問을 생활보호대상자들이

원하지 않는 경향에 비추어 볼 때, 지리적 접근성의 저하로 인한 복지 전달효율의 감소는 공공부조사업에 관한 한 그렇게 크지 않을 것으로 판단된다.

복지 대상자의 조사, 책정, 관리 및 기타 복지관련 서비스 제공업무에 있어 복지전문요원과 복지수급자간에 接觸의 頻度, 處理의 迅速性, 서비스 提供의 適實性, 대상자중심 서비스의 統合性 등의 측면에서 시범사업기간동안의 變化를 파악한 결과, 도시와 농촌지역 모두에서 業務上 接近度가 높아진 것으로 나타났다. 생활보호 신청의 경우 보호 대상자의 주변인에 의한 의뢰로 복지전문요원이 방문 실사를 통해 책정 업무가 이루어지며, 시범지역의 경우 종전과 비교하여 방문 및 전화 상담의 빈도가 증가하여 공공부조 사업에 관한 한 보호의 적실성은 증가한 것으로 보인다. 한편 시범지역에서 복지사업과 관련하여 생활보호대상자와 복지전문요원간 업무상의 접근도는 감소하지 않은 반면, 心理的 接近度는 감소한 것으로 나타난다. 읍·면·동사무소에 복지전문요원이 근무할 경우 생활보호대상자는 복지사업을 포함한 동사무소의 업무 일체에 대하여 복지전문요원의 도움을 받는 경향이 있어, 일반적인 심리적 접근도의 증가를 가져온 주 요인이 되었다. 복지전문요원 및 수급자 조사 결과 복지전문요원의 생활보호수급자에 대한 방문 빈도 및 전화접촉 횟수는 오히려 증가하였으나, 반면 생활보호수급자의 복지전문요원에의 訪問(복지외적 업무를 포함하여) 頻度는 시범사업 실시이후 감소한 것으로 나타났다.

도시지역의 경우 접근성의 문제는 큰 비중을 차지하지 않으나, 農村地域의 경우 접근성 문제에 대한 적절한 대처가 요구된다. 도시지역의 경우 대중교통수단의 이용이 용이하고 보건복지사무소와 수혜자간 거리가 크게 멀지 않으므로 시범사업기간이 경과함에 따라 접근성의 문제는 사라진 반면, 농촌지역의 경우 거리가 멀고 大衆交通手段이 미흡

하므로 접근성의 문제가 시간이 지나도 상대적으로 해소되지 않는 양상을 보이고 있다. 현재 시범지역의 경우 접근성을 높이기 위한 여러 제도의 도입, 예컨대 지역 순환버스의 운영, 전화 및 무선 연락망의 형성, 읍·면·동사무소에 복지민원접수함의 설치 및 이동 민원집배제, 지역 정기출장제도 등으로 업무상 기관과 수혜자간의 근접성은 시범기간 중에도 계속 개선되고 있다.

이러한 제반 노력을 통하여 보건복지사무소도 복지업무가 집중되면서 발생한 접근성의 문제는 많은 부분 해소될 수 있을 것으로 판단된다. 시범사업기간이 경과하면서 업무과정이 정착됨에 따라 도시지역의 경우 접근성의 감소로 인한 문제는 거의 제기되지 않는 것으로 보고되고 있다. 복지서비스 傳達機關과 受惠者間에 어느 정도의 접근성을 유지하는 것이 좋은가는 복지전달체계 자체보다는 복지재정 여건과 복지서비스의 내용에 있다. 앞에서 언급하였듯이 공공복지가 복지서비스보다는 公共扶助에 집중되어 있는 우리의 현실에서 접근성의 문제는 부차적인 문제일 수 있다. 반면 주로 對人接觸을 통해 제공되는 복지서비스 업무의 경우 공급자와 수급자간의 거리가 멀어짐에 따라 업무의 효율이 현저하게 저하된다. 따라서 앞으로 公共福祉傳達體系에서 어느 정도 對人接觸을 통한 복지서비스를 담당토록 하는 것이 적정한가에 대한 결정에 따라 복지사무소를 통한 福祉業務의 集中이 접근성 감소와 비교하여, 특히 농촌 지역의 경우, 득과 실의 상대적 규모가 좌우될 것이다.

다. 保健 및 福祉 傳達體系 統合의 上乘效果 未洽

보건복지사무소 시범사업 도입시 예상하였던 주요 효과 중 하나는 보건서비스와 복지서비스의 대상자 일치에 근거하여 事業組織 統合으로 인한 양 서비스 상호간의 上乘效果였다. 그러나 시범사업이 일차

적으로 종료된 시점까지 이러한 상승효과는 거의 발견되지 않는다. 이러한 상황을 규명하는 작업은 앞으로 보건복지사무소 사업의 發展方向을 설정하는 데 중요한 단서를 제공할 것이다. 그렇다면 왜 보건과 복지서비스의 통합 효과가 나타나지 않았을까? 이는 크게 세가지 요인으로 요약된다.

첫째, 보건과 복지서비스 각각의 현재의 發達水準과 그 環境을 고려할 때 상호간 통합의 상승효과를 가져오기 어려운 것이다. 현재 복지 및 보건사업에서 對人서비스가 차지하는 비중이 낮아 단기간에 현격한 서비스 효율의 증대를 기대하기 힘든 환경이다. 먼저 복지부문을 살펴 보면, 公共扶助의 경우 이는 주어진 기준에 따라 대상자를 선정하여 현금 혹은 현물을 급여하는 업무로서 單純·反復的인 성격의 업무이므로 보건서비스와의 연계를 통한 상승효과를 거의 기대하기 어렵다. 현재 복지사업 예산상 공공부조 업무의 비중이 매우 높으며, 특수사업들의 경우 단편적인 대인 복지서비스가 이루어지고 있기는 하나 체계적으로 수행되고 있지 않아 복지전문요원의 업무에서 차지하는 對人 福祉서비스의 비중은 매우 작다. 보건부문의 경우에도 상황은 크게 다르지 않다. 기존 보건소에서 제공하는 保健서비스 가운데 저소득층에 대한 對人 醫療서비스나 訪問看護서비스의 비중이 매우 작다. 반면 현재까지 보건소의 주요 기능은 방역, 모자보건, 위생 관리에 치중되어 있다. 따라서 기존 보건 및 복지서비스 전달체계 모두 대인적인 서비스 제공 기반이 미약하여 統合的 서비스 제공의 노후가 부족할 수 밖에 없다. 그 결과 복지는 방문간호사업에 대하여 방문간호쪽에서는 복지서비스에 대하여 상호간 서비스의 效果性에 대한 의구심이 팽배해 있으며 각 부문의 노력에 대한 專門性을 인정하지 않는 경향이 보인다. 이는 두 부문 모두 對人서비스 개발의 초기 단계에서 상호간 접촉하므로써 발생된 현상으로 파악된다.

둘째, 보건과 복지의 組織 統合에서의 문제점에 기인한다. 시범기간의 상당 부분이 조직의 再構成 및 定着에 소요되어 실제 서비스 통합을 위한 사업 준비 및 실행에 필요한 時間을 확보하지 못하였다. 그 결과 보건 및 복지부문 종사자간의 業務上 協助體系가 구성되지 못하였다. 보건복지사무소 조직설계 단계에서 보건 및 복지전문직간 業務 領域 分割을 둘러싸고 자신의 영역을 고수하려는 태도가 지배적이므로, 실제 상호 협조를 통해 각각의 서비스 효율을 높일 수 있는 부분에 대하여도 協助 努力을 기피하는 현상이 발생하였다. 즉 보건소 내에서 보건과 복지의 組織 連繫를 위한 시도가 이루어지지 않아 복지사업과내에 訪問看護팀을 두도록 한 설계는 1차 시범사업기간이 마무리되기까지 결국 실행에 옮겨지지 못했으며, 기타 대안으로서 방문간호계와 복지사업과의 업무연계를 위한 안정적 업무추진 경로도 설치되지 못하였다. 보건과 복지조직간의 협조 체계의 미비는 또한 복지서비스와 보건서비스를 통합하여 제공하는 프로그램의 개발을 어렵게 하였다.

셋째, 業務對象 範圍의 不一致로 인하여 統合事業 效果의 範圍가 제한된다는 점이다. 보건복지사무소에서 保健業務의 경우 지역의 보건사업 전반을 관장하도록 되어 있는 반면, 福祉業務의 대상은 생활보호대상자를 중심으로 설정되어 있으며, 地域 福祉業務 전반에 대한 관장은 보건복지사무소가 아닌 시·군·구청의 사회과 및 가정복지과의 소관이다. 따라서 지역 일반을 대상으로 하는 보건과 복지사업의 연계는 기본적으로 보건복지사무소에서 시도하기 어려운 실정에 있다.

예컨대 노인정 및 기타 아동·노인·장애인·부랑아 등의 보호시설에서 보건사업을 펼 경우 사업의 내용으로는 보건과 복지의 연계가 요구될 수 있으나 보건복지사무소의 복지계에서 도움을 줄 수 있는 사항이 못된다. 따라서 현재의 보건복지사무소 체제에서 生活保護對象

者に 한정하여 보건과 복지의 서비스 통합 사업을 벌일 경우 訪問 서비스에 한정되기 쉬우며, 이는 재원의 한계 등으로 효과를 크게 기대하기 어려운 현실이다. 이러한 현실에서는 보건과 복지사업간에 對象者에 대한 동시적 직접적 接觸을 통한 사업의 연계보다는 지역의 복지 자원과 보건 자원을 綜合的으로 調整·管理하여 간접적으로 통합된 서비스가 최종 수혜자에게 돌아갈 수 있도록 하는 전략이 효율적인 것으로 판단된다. 그러나, 이는 현재 보건 및 복지업무 對象領域이 不一致되는 현실 여건으로 인하여 어려움이 많을 것으로 생각된다.

이러한 원인 진단에 비추어 볼 때, 보건과 복지의 통합으로 인한 상승효과에 대한 기대는 성급한 것으로 판단된다. 위의 세가지 원인 모두가 문제의 漸進的 解決을 요구하고 있다. 첫째 원인, 즉 복지 및 보건업무 영역의 문제는 양 부문의 對人서비스 領域이 발달함에 따라 해소될 수 있을 것이다. 특히 최근 보건부문에서는 地域保健法에 따라 방문간호사업이나 정신보건사업 등 대인 보건서비스의 영역이 확대됨에 따라 복지와 보건간 상호 서비스가 일부 연계되는 부분이 점차적으로 확대되고 있다.

둘째의 원인, 즉 보건과 복지 부문의 組織間的 葛藤은 상호간 理解가 깊어감에 따라 완화될 것으로 판단된다. 이러한 조직간의 갈등은 시범사업의 설계단계에서 상호간의 입장의 차이를 고려하지 않고 상명하달의 형태로 진행된 데 따른 반발의 성격도 큰 만큼 앞으로 이에 대한 대처가 중요한 변수가 될 수 있다. 조사결과에서도 볼 수 있듯이 보건과 복지 종사자 상호간의 이해가 깊어짐에 따라 사업초기에 보이던 전문직간 葛藤의 程度가 완화되는 현상도 이 점을 반영하는 것이다.

셋째 원인, 즉 보건과 복지의 업무 對象領域의 不一致 문제는 궁극적으로 보건복지사무소의 福祉事業의 對象을 확대하여 보건과 복지의 업무 대상 영역의 일치부분을 늘여감으로서 해소될 수 있을 것이다.

라. 其他 事業 遂行上의 問題點

보건복지사무소는 복지업무의 집중화로 인하여 복지업무 효율의 향상이라는 긍정적인 효과를 거두었으나 이러한 효과가 본격적으로 발현되기 위한 현실적 業務 環境의 未備를 문제점으로 지적할 수 있다.

첫째는 업무의 電算化 未備로 인한 업무의 집중화 효율의 반감이다. 생활보호사업의 수행을 위하여는 住民登錄電算網이 제공하는 정보가 필수적이다. 그러나 대구 달서구를 제외한 시범지역의 경우 보건복지사무소에서는 주민전산망의 접속이 제한되거나 불가능한 실정이다. 이에 따라 공공부조 업무의 많은 부분이 단순 반복적이거나 업무의 전산화가 되어 있지 않으므로서 동일한 내용의 업무를 手作業으로 반복하여야 하는 비효율을 초래하였다. 이는 보건복지사무소로 복지업무를 집중함으로써 거둘 수 있었던 규모의 경제 효과의 많은 부분을 경감시키는 장애물로 작용하고 있다.

두번째 문제는 복지종사인력을 집중화시키면서 업무의 원활한 처리를 위하여 人力 管理體系를 정비하는 것이 필요함에도 이루어지지 못했다는 점이다. 복지인력의 집중에 따라 선후배간의 경험과 지식의 전수, 상하관계에 따른 업무 감독과 평가를 통해 업무의 體系化와 함께 質的 向上을 가져올 수 있다는 장점이 있다. 그러나 社會福祉專門 要員의 경우 1987년부터 別定職으로 채용되었기 때문에 업무의 경험이 쌓여도 昇進이 제도적으로 불가능하다. 결과 선임자와 후임자간에 위계체계의 설정이 어려우며 단지 비공식적인 경험과 지식의 전수만이 존재할 뿐이다. 특히 이는 보건복지사무소에 요원들이 집중하게 됨으로서 부각되는 문제로서, 위계체계 및 승진을 통한 공식적인 經驗의 認定 體系가 부재하여 복지업무 집중화의 효과가 대폭 감소되고 있는 것으로 판단된다.

V. 日本의 保健·福祉 連繫 事業

1. 保健·福祉 連繫 事業의 推進背景

일본에서 보건서비스와 복지서비스간의 연계 및 통합에 대한 관심이 본격화 된 것은 高齡化社會로 접어들어 따라 고령자에 대한 서비스 수급에 관심이 높아지면서 부터이다. 이는 고령자의 경우 보건과 복지 서비스가 同時에 요구된다는 점과 다른 한편으로는 동일 수혜자에 대한 多樣한 종류의 서비스 공급을 위하여 서비스 供給體系를 效率化시킬 필요가 있다는 인식에 근거하고 있다. 따라서 保健·福祉 連繫 事業 추진에 대한 전반적 이해를 위하여는 일본의 노인 보건·복지 정책이 어떻게 추진되고 있는가에 대한 윤곽을 파악하는 것이 필요하다.

일본의 노인 보건·복지 정책에서 보건·복지의 연계가 본격화된 것은 1989년 골드 플랜이라 하여 高齡者 保健福祉推進 10個年 戰略 및 이를 수정한 1994년의 신골드 플랜에서 高齡者 介護를 중심으로 한 보건·복지정책을 입안하면서 부터이다. 이는 고령화의 진전과 함께 臥床老人의 수가 급증하면서 복지와 의료가 결합된 개호서비스의 욕구가 높아짐에 따라 취해진 조치이다. 골드 플랜의 골자는 다음과 같다(변재관, 1997). 1999년도까지 10개년의 목표를 정해, 市町村 단위에 서 재택복지대책의 정비, “臥床老人 없애기 작전”의 전개, 재택복지 등을 충실하게 하기 위한 “장수사회복지기금”의 설치, 복지시설의 정비, 고령자 삶의 보람찾기 대책의 추진, 장수과학연구 추진 10개년 사업 전개, 고령자를 위한 종합적 시설 정비 등 7가지를 중점사업으로 하고 있다. 이 전략에 의하면 방문간호원 10만명, 주간서비스센터 1만

여개소, 단기입소 5만상 등 在宅福祉 對策을 비약적으로 확충함과 동시에, 施設對策의 경우에 있어서도 특별양호노인시설 24만상, 노인보건시설 28만상 등 대폭적인 확충을 목표로 하고 있다. 그리고 재택개호 지원센터, 개호하우스, 고령자생활복지센터 등의 신규정책이 적극적으로 반영되어 있다.

1994년에 만들어진 신골드플랜은 기존의 골드플랜을 기반으로 하여 고령자 보건·복지시책을 더욱 강화하며 구체화하는 내용으로 되어 있다. 신골드플랜에서는 高齡者 介護施策의 기본 원칙을 제시하고 있는데 다음 네가지로 요약된다. 첫째는 이용자 本位 및 自立支援 原則이며, 둘째는 생활곤란자 뿐만 아니라 지원이 필요한 모든 고령자에게 서비스를 제공하는 서비스 공급의 普遍主義 原則, 셋째는 고령자가 가능한 한 가정에서 생활을 계속할 수 있도록 在宅서비스를 강화하고 보건·의료·복지의 다양한 욕구에 부응하여 效率的이고 綜合的인 서비스 공급체계를 구축하며, 넷째는 주민이 가까운 지역에서 필요한 서비스를 받을 수 있도록 市町村 中心의 地域福祉 體制를 구축할 것을 명시하고 있다.

다음의 <表 V-1>는 신골드 플랜이 추진하고 있는 1999년까지의 서비스 供給目標를 보여주고 있다. 다음의 서비스 공급계획에서 알 수 있듯이 일본의 고령자 대책은 在宅介護서비스를 지향하고 있으며 이는 필연적으로 보건과 복지서비스의 綜合的 接近을 요구하는 것이다.

한편 복지서비스와 보건의료서비스의 연계추진과 관련된 行政機構의 動向을 요약하면 다음과 같다(佐藤, 1994). 보건의료서비스관계 행정정보는 복지서비스관계 행정으로부터 보건과 복지서비스의 連繫를 具體化하는 작업이 진행되었다. 고령자의 복지와 보건서비스의 연계를 목표로 하여 1989년 社會局 老人保健課와 保健醫療局 老人保健部가 통합되었으며 후생성에 老人保健福祉部가 설치되었다. 노인보건법

제정 이후 구체적인 시설복지시책과 함께 在宅介護 高齢者 서비스 시책이 중시되게 되어, 노인복지법, 사회복지사업법 등에서 가정봉사원 파견제도, 단기보호사업, 노인홈, 주간보호사업 등에 관한 보장이 이루어졌다. 이러한 지역재택고령자 복지를 위하여 후생성은 1987년 “고령자서비스 종합조정추진회의 등의 설치 및 운영에 관하여”를 발하였으며, 이에 따라 각 道都府縣 단위에서는 “고령자서비스 종합조정추진회의”가 설치되고, 市町村 단위에서는 “고령자서비스 조정팀”이 설치되기에 이르렀다.

〈表 V-1〉 新골드플랜이 提示하는 1999년까지의 서비스 供給計劃

	서비스 내용	공급 목표
재택서비스	<ul style="list-style-type: none"> • 홈 헬퍼(홈 헬퍼 스테이션) • 단기 요양원 • 주간보호시설 • 재택개호지원 센터 • 노인방문간호 스테이션 	170,000명(10,000개소) 60,000명분 17,000개소 10,000개소 5,000개소
시설서비스	<ul style="list-style-type: none"> • 특별양호노인홈 • 노인보건시설 • 고령자생활복지센터 • 케어 하우스 	290,000명분 280,000명분 400개소 100,000명분
인재 양성	<ul style="list-style-type: none"> • 요모(療母) 및 개호요원 • 간호직원 등 • 작업요법사, 이학(理學)요법사 	200,000명 100,000명 15,000명

資料: 문현상, 『일본의 신골드플랜과 그 시사점』, 『보건복지포럼』 통권 제10호, 한국보건사회연구원, 1997, p.97.

도도부현 단위에서 설치된 “高齢者서비스 綜合調整推進會議”은 ‘고령자의 보건·의료·복지 등 각종 서비스의 종합적 추진’을 목적으로 하며, 그 사업내용은 고령자서비스 종합조정추진을 위한 企劃 및 立案, 시정촌 보건소, 복지사무소 등에 대한 고령자서비스의 종합조정추

진에 필요한 指導 및 助言, 보건·복지·의료관계 부·국이 시행하고 있는 사업의 情報交換, 복지사무소장으로부터 노인홈에의 입소조치 판정 곤란사례에 대한 調整, 지역실정에 부응한 고령자 서비스의 종합 조정 추진을 목적으로 하고 있다. 한편 시정촌 단위에서 설치된 ‘高齡者서비스 調整팀’의 역할은 보건부, 정신위생상담원, 가정봉사원의 방문 상담활동 등을 통한 고령자의 欲求把握, 고령자의 건강상태·경제 상황·가정환경 등을 포괄한 綜合的 서비스 提供方案 설계, 관련 서비스의 직접 제공 뿐만 아니라 지역내 서비스 可用資源의 提供 요청, 지역실정에 맞는 서비스의 開發·提供 등이다.

한편 이와는 별도의 민간기구로서 “高齡者 綜合센터”가 설치되었다. 이는 시정촌의 相談體制를 지원하기 위한 취지에서 설치되었으며 道都府縣이 재단법인 혹은 민간단체에 委託하여 운영하는 형태를 취하고 있다. 이 센터의 役割을 요약하면 다음과 같다. 첫째, 고령자 및 그 가족과 관련된 각종의 보건, 복지, 의료 서비스에 관한 고충을 해결하기 위하여 적절한 각종 정보를 수집 및 정리하며, 둘째, 고령자 및 가족으로 부터의 전화 및 면접상담에 응하며, 셋째, 시정촌의 상담 체제의 지원을 위하여 필요한 정기적 정보제공 및 연수를 실시하며, 넷째, 복지기구의 전시, 정보지의 발행 등의 사업을 실행한다.

이와 같이 복지와 보건을 연계하려는 行政側面의 노력은 몇가지 특징을 갖는데, 첫째는 시설보다는 在宅介護를 위주로 서비스가 조정되도록 한 점이며, 둘째는 서비스 提供의 主體 및 決定權限을 시정촌으로 이관하여 지역중심의 서비스가 이루어질 수 있도록 한 점, 셋째는 보건·복지서비스의 실제 제공 주체로서 공공기관 뿐만 아니라 民間機關 또한 적극적으로 서비스 제공자 역할을 하도록 한 점 등을 들 수 있다.

2. 保健·福祉 連繫 事業의 形態

보건·복지 연계 사업의 전개 형태는 福祉事務所의 位相 및 機能의 변화와 밀접한 관련을 갖는다(전광현, 1992; 京極高宣, 1988). 복지사무소는 1970년대 전반 후생성 주관하에 복지센터의 구상 및 실험 복지사무소의 실시 등으로 대표되는 일련의 개혁과정을 거쳐 ‘生活保護事務所’로부터 ‘綜合的 福祉事務所’로 탈바꿈하였다. 한편 현재 대부분의 도시에서 진행되고 있는 복지사무소의 개혁은 골드플랜, 지역보건법 개정 등을 배경으로 하여 高齡者 對策을 축으로 하는 각 自治團體의 독자적인 변혁의 움직임이다. 이러한 변혁의 내용은 크게 세가지로 요약되는데, 하나는 지역복지의 전개에 대응하기 위한 福祉事務所 組織 및 機能의 變更, 둘째는 保健과 福祉部門의 統合, 셋째는 업무의 전산화를 통한 福祉 統合情報시스템의 구축, 즉 개인정보와 서비스정보의 데이터베이스화 및 네트워크화이다.

한편 고령화사회로 진입함에 따라 보건과 복지서비스의 연계 및 통합에 대한 인식이 높아지기는 하나, 상이한 인적·물적 자원을 결합시키는 구체적인 방법, 組織 形態 및 서비스 제공을 둘러싼 業務 分擔과 協助體系 構築에 관하여 아직까지는 摸索의 단계에 머무르고 있는 것으로 보인다. 이는 보건소와 복지사무소를 전면적으로 하나의 조직으로 통합한 형태에서부터 간호 지도 등 개인 서비스의 기능만을 복지사무소에 도입한 형태에 이르기까지 地域 및 事例에 따라 다양한 규모, 조직, 사업내용 및 명칭으로 보건과 복지의 연계 노력이 이루어지고 있다.

이러한 공공 보건·복지서비스 전달체계의 차원에서 보건과 복지가 연계 및 통합한 형태는 地域에 따라 매우 다양하게 전개되고 있는데 크게 세가지 유형으로 구분될 수 있다(山本, 1995).

첫째 유형은 보건소와 복지사무소가 하나의 組織體로서 全面的으로 統合한 북큐슈시의 사례를 들 수 있다. 북큐슈시는 1994년 관내의 7개의 보건소와 9개의 복지사무소를 통합하여 총 7개의 각 구마다 保健福祉센타를 설치하였다. 지역복지 연계망 구축을 위하여 지역주민 조직의 협력을 얻을 필요에서 보건복지센타의 長은 구청장이 겸임하도록 하였으며 센타장 밑에 복지부와 보건부를 두었다. 보건부는 과거 보건소에 해당하며 보건예방과와 생활위생과를 밑에 두고 있으며, 복지부는 지역복지과, 보호과, 보건복지과를 밑에 두고 있다. 복지부는 과거 복지사무소에 해당하는데, 새로이 설치된 保健福祉課에는 복지관련 현업원 이외에 과거 보건소의 보건예방과로부터 보건부 전원이 이전하여 왔으며, 이 과에서는 고령자 뿐만 아니라 장애인, 아동, 모자가정에 대한 상담 및 지원을 복지관계 현업원과 일체가 되어 행하게 된다. 또한 보건복지과에서는 고령자의 종합적 상담창구로서 보건부, 복지관계 현업원, 행정요원이 함께 배속되어 복지와 보건의 일체적인 상담활동체제를 갖추고 있다.

보건과 복지가 연계된 두번째 유형은 기존의 福祉事務所에 保健所機能 및 組織의 일부를 덧붙인 형태이다. 이는 현재 가장 많이 발견되는 보건과 복지의 연계 유형으로서 삿포로시, 센다이시, 코베시, 히로시마시에서 실행되고 있으며, 각 사례에 따라 다양한 변이를 보이고 있다. 삿포로시나 센다이시의 경우 1994년 복지사무소에 綜合相談窓口를 개설하여 보건부직의 고령자보건상담주사, 고령자복지상담주사 및 일반사무직 몇명을 배치하였다. 여기에서는 보건·복지의 종합상담, 조사, 서비스 종류의 결정 등의 기능을 하며 필요에 따라 조정 팀 회의 등을 통하여 서비스 처리방안이 검토된다. 복지서비스에 관하여는 복지사무소가 보건서비스에 관하여는 보건소가 서비스 決定權을 쥐고 있으며 고령자보건상담주사가 중심이 되어 보건소와의 연계

기능을 수행하고 있다. 코베시의 경우 1993년말 각 복지사무소에 노인보건복지 상담창구를 개설하였는데 조직도상에서는 복지사무소와 보건소 양방의 동시 소관으로 하였다. 상담창구는 창구담당계장, 보건소 보건부, 노인복지담당 현업원, 복지상담원이 배치되며, 보건부의 경우 보건소로 부터 순환근무과건의 형태로 운영되고 있다.

한편 히로시마현의 경우 기존의 복지사무소 조직 전부와 보건소 조직의 일부를 새로이 발족된 현단위의 綜合福祉保健센터 및 地域綜合福祉保健센터로 통합시키는 형태로 전개하였다. 기존의 복지사무소 8개소와 보건소 12개소를 종합복지보건센터 8개소 및 지역종합복지보건센터 5개소로 개편하여 福祉와 保健서비스의 綜合化를 기도하였다. 그러나 기존 보건소의 조직체계 또한 부분적으로 유지시켜, 현단위 및 지역의 종합복지보건센터의 소장직을 복지 및 행정직소장과 의사 출신의 보건소장이 공동으로 맡도록 하였으며, 보건소의 조직 개편을 통하여 8개의 보건소 및 5개의 보건지소로 조정하여 유지시켰다. 한편 현단위로 설치된 종합복지보건센터 및 지역의 종합복지보건센터에는 복지부, 보건부, 환경부를 두어 주민의 종합적인 복지, 보건, 생활 서비스 요구에 종합적으로 대응할 수 있도록 하였다(廣島縣 福祉保健部, 1994).

보건과 복지서비스 연계의 세번째 형태로, 복지사무소나 보건소 이외 第 3의 機關으로 保健福祉 相談窓구를 개설한 경우로서 요코하마시를 대표적인 예로 들 수 있다. 요코하마시에서는 1992년말 구청장 직할로 구청내에 區 福祉保健相談室을 설치하였으며, 과장급의 실장 및 담당계장, 복지관계 현업원, 보건부 및 기타 임시직원으로 구성되어 있다. 이는 고령자를 포함한 일반 주민 모두에게 주로 복지6법 관련 綜合相談, 保健相談 등을 행하도록 하고 있다. 서비스 제공의 결정권은 종래와 같이 복지사무소와 보건소가 각각 해당 서비스제공의 결

정권을 쥐고 있으며 구 복지보건상담창구를 통한 連繫에 의하여 서비스를 제공하는 형태를 띠고 있다.

이러한 세가지 유형에는 綜合相談窓口의 기능에 더하여 서비스 제공의 決定 및 訪問調査活動 나아가 서비스 提供計劃의 立案에 이르기까지 보건과 복지가 서비스 및 組織上 結合하는 다양한 방식이 포함되어 있다. 보건과 복지서비스가 연계하는 첫번째의 수순으로서 대부분 진행되고 있는 高齢者 綜合相談窓口는 조직상 보건소 보다는 복지사무소에 설치한 경우가 대부분인데, 이는 보건소와 복지사무소 각각의 업무의 양을 비교할 때, 해당 서비스 양이 압도적으로 많은 복지사무소에 설치하는 것이 보다 용이하기 때문이다. 人員의 면에서는, 종합상담창구의 개설과 함께 담당직원과 보건부의 직원을 함께 배치한 예도 있기는 하나, 대부분의 경우 기존의 보건소 및 복지사무소의 직원을 派遣 勤務하도록 한 경우가 대부분이다. 이러한 파견 근무의 형태를 취할 경우, 보건복지의 종합적 상담을 위하여 추가적으로 소요되는 시간 및 업무량의 증대 현상에 반하여 인원의 증원이 이루어지지 않으므로 인한 문제점 또한 노출되고 있다.

한편 기존 복지사무소 및 보건소와는 별도로, 앞절에서 소개한 신 골드플랜에 따라 在宅介護 서비스를 중심으로 하는 在宅介護 支援센터가 설치되었다. 현재 복지 및 보건서비스의 연계 공급 측면에서 볼 때 복지사무소 혹은 보건소와 같은 공공서비스 전달기관이 주체가 된 경우는 전체의 10%에 불과하며 나머지 90%의 경우가 民間機關이 주체가 되어 설립된 재택개호 지원센터로서 連繫서비스의 주류를 이루고 있는 것으로 나타난다. 논자에 따라서는 이와 같이 民間非營利法人 혹은 公共과 民間이 연립한 第 3섹타 方式의 기관이 보건·복지서비스 전달의 중심축이 될 것으로 예견하고 있다(副田あけみ, 1997; 村川, 1995). 골드플랜에 따르면 1999년까지 도쿄를 제외한 12개 政領都

市에 510개소의 재택개호 지원센터가 설립되도록 되어있는데 이는 해당 도시의 복지사무소 수와 비교할 때 4배에 해당하는 규모이다.

재택개호 지원센터에는 社會福祉士 및 看護婦가 배치되어 지역 가까이에서 개호관련 상담 및 지도를 24시간 제공하는 체제로 설계되었다. 이는 단순히 개호지도 및 개호기구의 소개에 그치지 않고 지원이 필요한 사람의 집에 방문하여 실태파악, 상담원조, 각종 사회자원의 조정제공, 및 복지사무소의 조치권한하에 있는 복지서비스의 신청대행 등의 기능을 담당한다. 이러한 광범위한 기능이 재택개호 지원센터에 부여됨에 따라 기존의 복지사무소는 재택개호 지원센터로부터 이송된 서류를 審査하는 行政機關으로 전락할 것이라는 예측 또한 대두되고 있다.

이렇게 재택개호 지원센터가 기존 복지사무소의 복지서비스 업무의 상당부분을 맡도록 된 데에는 財政的인 要因이 크게 작용하였다. 즉 정부재정에 전적으로 의존하는 복지사무소가 개호서비스 전반을 실행하는 것은 무리라는 판단에서, 민간의 복지기관, 노인홈, 노인의료기관 및 기타 노인보건시설의 附設 혹은 並列關係로서 민간의존의 보건·복지 서비스 공급체계를 구축하고자 하였다. 이는 한편으로는 民間의 活力을 이용할 수 있다는 장점을 갖추고 있으며, 민간의 노인 보건·복지 관련 기관의 專門人力을 함께 활용할 수 있다는 점 또한 장점으로 부각될 수 있다. 그러나 서비스의 責任性이라는 면에서 민간기관이 갖는 한계 또한 피할 수 없어, 기관간, 지역간 서비스의 專門性 및 運用 측면에서 상당한 격차를 보이고 있다. 따라서 복지사무소에서는 재택개호 지원센터의 인원과 업무를 指導·監督할 필요성이 크다는 목소리가 제기되고 있으나, 전문성의 부족으로 일관된 감독이 어려운 실정이다.

일본에서 현재 진행되고 있는 보건과 복지의 統合 試圖는 장점과

함께 부분적으로 문제점 또한 안고 있는 것으로 보인다. 장점으로 거론되는 사항을 요약하면 다음과 같다(山本, 1995; 村川, 1995; 大森, 村川, 1993). 첫째, 주민들에게 綜合的 서비스를 제공할 수 있다는 점이 가장 먼저 지적된다. 구체적으로는 종합적이며 일관성있는 지도, 상담창구의 일원화, 접수창구의 일원화 등을 지적할 수 있다. 둘째, 시정촌 단위에서 一切的 支援이 가능하다는 점으로서, 市町村 老人保健福祉計劃의 책정 지도, 보건소 보건사업 연락협의회에서의 일체적 지도 및 지원, 보건과 복지의 양분야 동시에 걸치는 제도의 일체화 촉진, 보건·복지 담당자의 연수등 시정촌 직원연수의 일체화이다. 셋째, 군단위에서 事務의 綜合化로서 양분야 계획의 종합성 확보, 정보의 공동활용, 관계 단체에의 종합적이며 일관성있는 지도이다. 넷째로는 군단위 事務의 效率化로서 사무처리의 일원화에 의한 합리화, 업무의 공동실시에 따른 효율화, 사무처리에 있어 전문지식 및 기술의 활용 등이 장점으로 거론된다.

한편 아직까지 대부분의 지역에서 보건·복지의 연계 및 통합이 시도되고 있으므로 현재 나타나는 문제점을 制度 自體의 問題로 돌리기에는 어려운 점이 많다. 그러나 무엇보다도 조직 변경에 따른 혼란이 가장 큰 문제인 것으로 지적된다. 保健・福祉 連繫 事業이 주로 복지 관련 사업을 중심으로 진행됨에 따라 기존 保健所의 位相이 약화된 데 따른 우려가 강해짐은 물론이고, 보건소장과 보건·복지의 통합조직장간의 決裁權限 領域을 둘러싸고 혼란이 야기되고 있다. 한편 서비스의 提供 方法에 있어서도 대상자의 서비스 욕구에 부응하는 복지 부문과 보건부문의 상호 조회업무 및 상호간 제공 서비스의 내용조합을 둘러싼 업무협조의 수준을 넘어서서 크게 진전한 것으로 보이지 않는다. 따라서 많은 경우 상호간 조직 및 전문영역의 정체성을 유지하면서 고객에 대하여는 綜合相談窓口를 통하여, 내부적으로는 綜合

서비스 調整會議 등을 통하여 상호간의 연계 및 조정을 하는 데 머무르고 있다.

보건과 복지서비스의 조직 및 사업의 연계 통합의 어려움과 관련하여, 지금까지의 경험에서 비교적 성공한 사례의 경우 대부분이 보건과 복지의 順次的 連繫 및 統合過程을 거친 것으로 나타난다(小野哲郎 外, 1997; 大森彌, 村川浩一 編著, 1993). 복지사무소와 보건소 및 기타 보건관련 부문과의 사업상의 연계관계가 長期間에 걸쳐 형성되고, 이 과정에서 복지부문에서 복지서비스를 주로 하면서 발생하는 보건서비스 수요를 자체내의 조직체계를 통하여 소화해냄과 함께, 보건부문에서도 보건서비스를 주로하면서 발생하는 복지서비스 수요를 자체내의 조직체계에서 수용하는 과정을 한동안 거치게 된다. 이러한 보건과 복지조직 각각에서 상대의 영역과 연결되는 서비스의 需要가 증가함에 따라, 즉 사업상 공통되는 領域이 증가함에 따라 組織의 統合이 수반되게 된다.

3. 保健·福祉 連繫 事業 地域 事例

일본에서 보건·복지의 연계 및 통합사업과 관련하여 많은 시도가 이루어지고 있으나, 많은 지역에서 組織 및 事業上的 問題가 노출되고 있는 것으로 알려지고 있다. 보건부문과 복지부문간에 情報交流가 잘되지 않는 것은 물론 組織圖上 業務連繫를 추진하고 있음에도 상호간 담당자 이름도 알지 못하는 경우도 빈번한 것으로 보고된다. 본 절에서는 이중 비교적 잘 진행되고 있는 것으로 평가된 岩手縣 遠野市의 사례를 중심으로 보건과 복지가 연계되는 과정 및 사업을 검토하고 연계의 효과와 문제점들을 살펴 보기로 한다(菊池, 1993). 참고로 이 시는 인구 약 3만 규모에 주민들간 지역적인 연대감이 비교적 높

은 중소도시로 특징지을 수 있다.

일본에서도 보건과 복지간 連繫의 어려움으로 보건과 복지 두 분야 간의 領域 다툼을 둘러싼 協助의 어려움이 제일 크게 부각되는데, 여기서 살펴 보려는 市는 비교적 이 문제에 있어 순조롭게 진행되었다. 이는 오랜 기간에 걸쳐 다양한 施設 및 關聯 制度의 도입을 통해 보건과 복지서비스가 함께하는 제공체계를 점차적으로 구축한 데 성공의 비결이 있었던 것으로 평가된다.

보건·복지서비스가 종합된 제공체계의 출발점은 “시민센터”라 하여 1971년 綜合福祉센터의 건립에서부터 출발한다. 이는 시민회관, 체육관, 시민광장, 근로청소년 홈, 아동공원, 노인 휴식홈, 도서관 등을 포괄하고 있는데 10년에 걸쳐 만들어졌다고 한다. 이렇게 방대한 영역을 포괄하는 시민센터를 건립한 이유는 광의의 市民福祉 분야와 社會教育 분야를 시정의 중점과제로 하였던 데에도 기인하나, 아울러 시민과 행정이 접하는 업무를 시민센터에 집중시켜 업무상호간의 상승효과를 극대화하려는 취지에서 조성되었다. 설립 이후 지난 20여년간 이곳에서의 업무진행은 업무영역 상호간의 벽을 허무는 역할을 수행한 것으로 평가된다. 시민센터가 中央據點施設로 기능하는 한편 촌단 위에서는 “컨트리파크”라는 이름의 지구센터가 건립되었다. 이 지구센터에는 3명의 시소속 직원이 배속되어 있는데, 이 중 1인은 보건부로서 지역의 보건·복지관련 정보를 수집하며, 또한 지역주민이 항시 들러 서비스관련 정보를 얻는 장소가 되었다.

한편 1985년부터 在宅臥床老人에 대하여 군립병원과 지역의학회의 협력으로 노인들의 집을 방문하여 각종 검사를 행하는 臥床老人 訪問診療를 실시하기 시작하였다. 대상노인을 고령자서비스조정팀회의에서 결정하며, 군립병원의 부원장, 간호부, 진료방사선기사, 임상검사기사가 참여하고, 시측에서는 보건부, 방문간호부, 노인복지담당자가 참

여하는 형식이다. 대상자는 약 70~80인으로 연 1~2회 실시하도록 되어 있다. 검사결과가 나온 후, 개호자, 담당간호부, 방문간호부, 홈헬퍼를 대상으로 사후지도회를 개최하며, 이후 결과 평가에 맞추어 방문간호와 각종 복지서비스가 뒤따르게 된다.

1988년에는 방문간호 등에 의한 在宅介護 綜合推進모델 事業 地域으로 지정되어 이를 추진하게 되었다. 이는 要介護老人들이 지역과 가정에서 가족과 주위의 돌봄을 받으면서 생활유지가 가능하도록 하기 위하여 방문간호 및 기타 보건·복지서비스의 연계 제공을 통한 綜合的인 在宅서비스 제공을 목적으로 한다. 이는 방문간호 등의 서비스신청을 고령자 서비스조정팀에서 검토하여 각종 서비스를 종합 조정하여 실시하도록 하는 것을 내용으로 한다. 보건위생과와 복지사무소간에 양 부서의 겸임직원과 함께 전임직원 1명, 방문간호부 4명으로 구성된 老人在宅介護 推進室을 설치하고 재택개호 사업을 추진하였다. 재택와상노인의 방문진료는 당초 복지부문이 창구가 되어 보건부문과의 연계가 추진된 분야이다. 새로운 재택개호 사례의 선정은 담당 간호부가 ‘재택고령자 등 사례처우 검토표’에 의거하여 간단한 조사를 하고 방문검진의 대상으로 할 것인가 여부를 고령자서비스조정팀회의에 출석하여 보고 후 판정을 받도록 한다. 또한 직접적인 방문진료 및 사후지도회에도 담당간호부가 참여하는데, 이러한 전과정에 있어 복지사무소 담당자와의 지속적인 연락하에 진행됨으로서 대상자에 대한 보건·복지서비스의 연계가 원활하게 이루어지고 있다.

한편 복지사무소의 社會福祉士의 주관으로 와상노인을 돌보고 있는 개호자 및 담당 보건부, 간호부, 홈헬퍼가 팀을 이루어 가족개호자와 함께 개호계획을 만들며 필요한 조치가 적절히 이루어질 수 있도록 조정한다.

보건과 복지의 연계서비스 제공에 있어 고령자서비스조정팀의 역할

이 중요하다. 서비스조정팀 회의의 구성원은 방문진료요원이 중심이 되어 사례의 가정 및 주위상황 파악에 근거하여 적합한 서비스를 계획 제공한다. 이 때 중요한 점은 사례의 상황에 적절한 서비스의 조정 및 개호서비스 계획의 설정이다. 일반적으로 1개의 사례당 5분 전후에서 서비스 주선에 대한 판단이 이루어지나 사례에 따라서는 매우 자세한 검토가 이루어지며, 수차에 걸쳐 동일 사례에 대한 재검토를 진행하기도 한다.

이러한 보건과 복지의 연계는 서비스 질의 향상과 함께 복지서비스의 일반화 효과를 가져온 것으로 평가된다. 臥床老人 등의 요개호자를 대상으로 한 조사에서 복지서비스에 대한 정보를 누구로부터 얻는가 하는 질문에 응답자의 60%가 보건부라고 대답한 것으로 나타나는데, 이는 보건과 복지부문간의 서비스 연계를 통하여 상호간 대상자 발굴 및 서비스 협조가 상당히 진전되었음을 보여준다. 지구센터에서 매월 1회씩 개최되는 민생아동위원의 정례회에는 보건부도 참석하며, 지역내 臥床老人의 현상을 보고하고 상호간 정보를 교환한다. 또한 복지사무소의 담당자는 민생아동위원 수의 두배에 이르는 보건추진위원으로부터 臥床老人의 입·퇴원 정보를 얻어 복지서비스 수요의 발생에 신속히 대응하고 있다. 保健·福祉 連繫서비스의 또다른 효과로서, 복지에 대한 부정적인 인식으로 인해 복지서비스 수혜를 꺼려하던 사람들에게 보건요원이 접근하여 복지서비스와 연결시키므로 복지서비스의 일반화에 기여했다는 점을 들 수 있다. 어려움에 처해있어도 주위의 눈을 의식하여 복지서비스를 신청하지 못하는 경우가 많았는데, 보건부의 방문에 대하여는 덜 부정적이므로 이들이 복지부문까지 조정 주선하는 경우 또한 생겨났다고 한다.

한편 보건·복지연계 서비스와 관련하여 보건부는 보건위생과에, 홈헬퍼는 복지사무소에, 방문간호부는 老人在宅介護 추진실에 소속되어,

각각 소속이 상이함으로 인하여 상호간 조정으로 소요되는 손실 또한 적지 않은 것으로 나타났다. 보건부 10인, 방문간호부 4인, 홈헬파 20인이 이 연계 사업에 참여하고 있는데, 영역간의 분할주의에 기인한 대상자 불편요소 발생에 대하여 개선의 요구가 높아지고 있다. 이러한 문제점에 대응하기 위하여 별도의 조직으로 “건강복지센터”를 건설하려는 계획이 추진되고 있다.

보건부문에 있어 이 센터는 시민의 건강관리의 거점으로서 기능하며, 신생아에서부터 노인에 이르기까지 검진, 건강지도, 재활 및 영양지도, 보건지도 등을 수행한다. 보건부는 지구센터에 주재하면서 한 주에 몇일씩 정기적으로 건강복지센터에 모여서 활동하는 형태로 이루어지며 방문간호부 등 기타 보건관계자는 이 건강복지센터에 상주한다. 복지부문에 있어 이 센터는 사회복지사, 홈헬파, 노인상담원 등으로 구성되어 개호지원센터로서의 기능을 한다. 요개호노인의 이용시설로서 특별욕실, 재활실, 휴양실, 식당 등을 구비하며 주간보호의 기능과 개호자의 연수 기능 및 자활봉사자에 의한 탁노사업 등 요개호노인이 집에서 생활을 영위할 수 있도록 하는 지원기능을 종합적으로 수행한다.

주요 사업으로는, 우선 중앙진료소의 의사와의 연계하에 질병예방사업, 특히, 臥床老人 질환의 주요 원인인 뇌혈관장해의 罹患率을 저하시키는 데 역점을 둔 예방사업을 실시한다. 또한 뇌혈관장해 등의 후유증으로 병원 혹은 노인보건시설에서 퇴원한 허약자 및 臥床老人에 대하여 집에서 생활을 영위할 수 있도록 병원의 치료에 후속되는 방문진료 및 방문간호를 수행한다. 한편 집에서 생활하다 臥床老人으로 전락한 사례에 대하여 담당 보건부나 민생아동위원등이 서비스 욕구를 파악하여 주간보호, 재활시설, 탁노사업 등 각 사례에 맞는 적절한 서비스가 제공될 수 있도록 주선 및 대행 신청한다. 또한 자원봉

사자의 활동을 주선하여 탁노사업을 위한 장소제공 및 기타 자원봉사자의 활동을 지원하는 서비스를 제공한다.

4. 日本 保健・福祉 連繫 事業의 示唆點

일본의 保健・福祉 連繫 사업에 대한 관심은 기본적으로 고령화사회에 진입함에 따라 복지와 보건의 서비스 대상자 일치에 따른 서비스 傳達體系의 連繫를 통한 上乘效果를 목적으로 추진되었다. 그러나 지금까지 상이한 분야로 추진되던 보건과 복지서비스 공급체계를 어떻게 연계할 것인가의 논의는 무성하지만 아직 가시적인 성과를 발견하기 힘들다. 이는 많은 논자들이 지적하듯이 복지와 보건의 각각의 領域 지키기 관행의 결과로 협조가 어려웠던 점에 기인하기도 한다. 또 다른 한편으로는 일본의 경우 1980년대 초반까지도 정부의 복지정책이 생활보호 및 시설보호를 중심으로 한 消極的 福祉領域에 머물러 복지서비스 부문이 발달되지 못한 점에도 기인한다. 즉 공공부조 영역에 복지전달체계가 집중해 있을 뿐, 공공의 복지서비스 전달체계가 마련되지 않은 상황에서 나아가 보건서비스와의 연계를 구상하는 데 무리가 따르지 않을 수 없다.

일본에서 기존의 공공복지전달체계는 道都府縣 단위로 주로 설치된 福祉事務所를 중심으로 하여 生活保護 및 施設保護 업무를 주로 하고 있다. 서구의 경우 공공부조 업무와 복지서비스 업무의 分化가 이루어진 반면, 일본의 경우 공공부조와 복지서비스의 전달체계가 미분화된 상태에서 1980년대 말 福祉改革으로 市町村에 복지업무의 많은 부분이 이관되게 되었다. 이에 따라 기존 복지사무소를 중심으로 한 공공복지전달체계가 고령화사회의 도래로 급증하는 복지서비스 수요에 적절히 대응할 수 있는 適應力을 상실한 것으로 보인다. 이 결과 福

社事務所 危機論이 대두됨과 함께 새로이 급증하는 복지서비스 수요에 대응할 새로운 組織體系를 구축하려는 움직임이 높아지고 있다. 결과 保健福祉센터 등의 명칭으로 지칭되는 民間의 복지서비스 제공기관이 이 수요에 부응하여 급속히 확장되고 있는 추세이다.

앞에서도 언급하였듯이 이러한 民間의 복지서비스 공급기관 증가의 가장 큰 원인으로서는 국가의 복지서비스 제공에 대한 財政的 限界와 복지서비스 공급에 있어 民間 活力의 도입을 통한 효율성 제고가 지적되고 있다. 서비스의 責任性을 핵심으로 하는 공공복지전달체계의 경우 요보호인구 전부에 대한 對人 복지서비스의 제공 비용을 모두 정부재정이 감당하기에는 어려움이 크다는 발상이 民間기관에 의한 서비스 공급체계의 확대를 가져왔다. 우리나라의 경우 아직 공공부조조차 완비되지 않은 상황에서 복지서비스 확대에 대한 논의 및 공공 복지서비스 공급기관에 대한 논의가 확대되고 있다. 일본의 상황에 비추어 볼 때 보건과 복지의 連繫 論議는 복지서비스 및 보건서비스의 확대 논의와 직접적으로 연결되는데, 우리나라의 현 복지재정의 단계에서 公共機關이 본격적으로 복지서비스를 담당하는 것이 적절한지 그리고 공공기관이 담당하는 對人 서비스의 範圍 및 民間機關과의 서비스 領域의 分擔은 어느 정도가 되어야 하는지 여부에 대한 논의가 보건과 복지서비스 연계에 대한 논의에 앞서 정돈되어야 함을 알 수 있다(정영순, 1995).

일본의 경우 보건과 복지 서비스의 연계는 그 과정상 무리가 따를 수 밖에 없는 상황임을 앞에서 밝혔다. 그러나 연계 서비스의 需要가 급증함에 따라 어떠한 방식으로건 서비스 供給主體間 連繫내지는 統攝의 壓力은 높아질 것으로 보인다. 일본의 보건·복지의 연계에 대한 관심은 고령자의 介護서비스 확대에 초점이 맞추어져 있고, 간호서비스는 성격상 보건과 복지서비스의 동시적 제공을 요하는 경우가 대부

분이므로 앞으로 노령화가 심화될수록 서비스 공급주체의 연계 및 통합 노력이 본격화될 것임을 쉽게 예상할 수 있다.

한편 지금까지의 경험에 비추어 볼 때, 서비스 연계 및 통합의 어려움은 서비스 수요자 측에 보다는 서비스 供給者 측에 보다 많이 있는 것으로 보인다. 현재 일본 전역에서 보건과 복지의 서비스 연계 및 통합에 대한 시도가 많이 진행되고 있으나 원활하게 운영되는 것으로 보고되는 지역은 드문 것으로 알려져 있다. 그러나 비교적 순조롭게 진행되는 지역을 살펴볼 때, 그 비결은 서비스 욕구에 부응하여 順次的인 連繫 및 統合過程을 거친 데에 있는 것으로 보인다. 앞에서 소개한 遠野市の 사례의 경우, 1970초반부터 다양한 사업을 통해 보건과 복지서비스를 連繫하여 공급하는 기회를 많이 갖게 되었으며, 그 결과 보건과 복지부문 상호간에 업무영역에 대한 理解가 깊어짐에 따라 사업 연계를 넘어선 組織統合의 목소리가 높아지게 되었고 결국 실행에 옮기게 된 것으로 보인다. 그러나 이 경우에도 기존 보건 및 복지서비스 조직의 일부는 계속 유지한 채 別途로 設計된 조직을 통해 통합이 이루어졌다고 한다. 이러한 통합 조직이 얼마나 순조롭게 운영되고 있으며, 통합의 상승효과가 얼마나 큰가에 대하여 자료부족으로 알기 힘들다, 이렇게 오랜기간에 걸쳐 진행되어 탄생된 조직이라면 기존 서비스 연계 제공시의 限界를 어느 정도는 극복할 수 있을 것으로 생각된다.

일본의 경우에 비추어 볼 때 우리나라에서도 보건과 복지서비스의 연계 및 통합에 대한 논의는 介護서비스에 대한 需要 및 政府의 供給能力 파악을 기반으로 하여 이루어져야 할 것으로 생각된다. 현재 사회복지서비스가 매우 미약하고 보건부문에서의 訪問看護서비스 또한 초창기 상태에 있다. 따라서 정부의 개호서비스 공급을 위한 재정 능력의 확충에 맞추어 보건·복지서비스의 연계 노력이 함께 이루어져야

할 것이다. 이러한 노력이 정부의 서비스 供給 財政能力을 앞서 갈 경우 헛된 노력이 될 것이며, 거꾸로 정부의 공급능력에 서비스 연계 노력이 병행되지 못할 경우 보건 및 복지 서비스 각각의 공급 효율의 저하로 귀결될 것임을 의미한다. 아울러 일본의 경험으로 부터 우리는 보건과 복지의 연계 노력이 오랜 時間을 요하며 점진적으로 이루어지는 과정임을 배우게 된다.

VI. 保健福祉事務所の改善方向

1997년 6월까지 보건복지사무소 시범사업 착수시에 예정하였던 2년의 기간을 종료하였다. 그러나 앞의 IV장에서 논의했듯이 效果와 問題點이 혼재하여 사업 종료에 대한 판단을 어렵게 하였으며, 앞으로 문제점에 대한 보완을 통하여 보건복지사무소의 長點을 살려나갈 수 있는 가능성이 큰 점을 감안하여, 1999년 12월까지 현재의 시범사업 5개 지역에 대하여 保健福祉事務所 體制를 계속 유지하고 추이를 관찰하기로 결정하였다. 지금까지의 사업에서 발견된 效果를 극대화하고 문제점을 극소화하는 방향으로 앞으로의 사업이 전개되어야 함에는 이론의 여지가 없다. 여기서는 앞에서 상세히 분석한 보건복지사무소 사업의 效果 및 문제점에 대한 진단을 토대로 하여 改善方向을 도출하고 현실성있는 實行方案을 제시해 보기로 한다.

보건복지사무소 시범사업을 통해 거두게 된 가장 큰 수확이라면 무엇보다도 福祉事務의 集中化를 통한 業務效率의 향상을 들 수 있다. 본 연구에 따르면 보건복지사무소에서 복지부문 업무의 集中化를 통하여 規模의 經濟 效果를 거둘 수 있었으며, 책임성, 신속성, 공정성, 일관성, 포괄성 등 公共福祉傳達體系가 갖추어야 할 중요한 기준에 있어 뚜렷한 향상을 가져오게 되었다. 반면 보건복지사무소와 시·군·구청 복지관련 부서로 복지업무수행 組織이 二元化됨에 따라 발생한 업무흐름 체계의 혼선으로 인한 문제점이 대두되었으며, 또한 서비스 전달기관과 수급자간 接近性의 감소 현상이 농촌지역의 경우 간과할 수 없는 문제점으로 부각되기도 했다.

따라서 개선의 방향 또한 복지업무를 集中할 수 있는 체제를 유지

하면서 복지부문의 二元化 문제를 해소하고 농촌에서의 接近性 감소 문제를 해결하는 데 맞추어져야 할 것으로 보인다. 다음에는 이러한 각각의 사안에 대하여 보다 자세히 논의하기로 한다.

가. 福祉傳達體系에서 規模의 經濟 圖謀를 위한 改善方案

1) 福祉傳達의 最終單位 上向 調整

보건복지사무소 시범사업의 긍정적인 효과는 대부분 福祉部門의 부분적 集中化에 따른 복지전달업무 효율의 증가에 있다. 이는 거꾸로 말하면 소수의 복지전문요원이 복지사무를 전담하는 邑·面·洞 체제가 복지업무의 저효율을 가져오는 주요 요인 중의 하나라는 사실이다. 현재 읍·면·동 단위로 전개되는 최종 말단의 복지전달망은 福祉人力 활용의 비효율을 초래하며, 복지관련 지역별 담당 조직만 있을 뿐 事業分野別 擔當 組織體系의 부재로 복지전달체계 전반의 효율성을 저하시키고 있다.

보건복지사무소 사업에서와 같이 시·군·구 단위의 복지서비스 전담 부서의 구성은 복지사무에 있어 규모의 경제 효과를 가져올 수 있다는 점에서 복지전달의 최소단위를 市·郡·區 수준으로 하는 것이 효율적인 것으로 판단된다. 이러한 맥락에서 선진국의 경우에서도 시·군·구 수준에서 福祉專擔組織을 두어 이 조직으로 하여금 지역내의 복지사무를 책임지고 전담토록 하고 있다.

물론 복지행정의 단위 규모를 크게 할 경우 수혜자와 공급자간에 거리가 멀어진다는 문제점이 발생하기도 하나 이는 시범지역에서 살펴 보았듯이 다양한 수단을 통해 보완될 수 있는 것으로 보인다. 현재 시범사업지역에서 실시하고 있는 지역 출장제, 지역 순환버스 운영, 전화 연락망 구축, 복지민원함 설치, 민원사무 택배제도, 읍·면·동

사무소 및 시·군·구청에 복지민원 안내판 설치 등과 같은 제도의 보완으로, 지역 주민에게 시·군·구 단위의 복지전담조직이 복지업무에 관한 한 接近度가 높은 조직이 될 수 있도록 지속적으로 노력하는 것이 중요하다.

2) 農村地域의 接近性問題 解決

農村地域의 경우 接近性의 문제가 복지행정의 단위를 크게하는 데 걸림돌로 작용하는데, 보건복지사무소의 형태로 복지전달체계가 구축된다면, 일부의 행정직 및 복지전문요원은 郡單位의 事務所에 배치하여 복지기획 및 조정의 업무를 맡기고 나머지 일부 전문요원을 保健支所에 분산배치하여 지리적 접근성을 제고시키는 방안을 생각할 수 있다. 보건지소에 분산배치된 복지전문요원은 2~3개 면을 담당하면서 한 주에 4일정도는 지역의 보건지소에서 근무하고 나머지 2일은 군단위의 보건복지사무소에 근무하도록 하여 복지행정과 서비스 전달 업무가 유기적으로 연결될 수 있도록 설계할 수 있다.

또한 都市地域의 경우 접근성은 크게 문제가 되지 않으나 예외적으로 1개의 시 혹은 구의 인구규모가 매우 큰 지역의 경우(예컨대 인구 40만 이상 지역의 경우), 생활보호대상자가 집중적으로 거주하고 있는 지역의 동사무소에 분산배치하여 위의 농촌지역의 경우와 같이 한 주의 대부분을 지역에서 보내고 나머지 1~2일을 시·구단위의 사무소에서 근무하도록 하여 접근성을 높이면서 업무의 有機的 連繫를 높이는 방안을 생각할 수 있다.

나. 福祉傳達體系의 一元化를 위한 改善方案

1) 福祉關聯 業務의 一元化

지자체와 보건복지사무소간 福祉事務의 二元化로 인하여 보건복지 사무소를 통한 복지사무의 集中化 效果의 많은 부문이 손상받고 있는 것으로 나타났다. 동일한 종류의 복지사무에 대하여도 생활보호 대상 여부에 따라 지자체와 보건복지사무소간에 業務의 所管이 구분되며, 시·군·구청 복지관련 과와 보건복지사무소간에 조직도상 횡적인 연계 만이 가능하여 복지업무의 企劃과 執行이 별도로 이루어지고 있는 상황 또한 복지업무의 이원화로 인한 문제를 심화시키고 있다. 따라서 이와 같이 對象別, 機能別로 이원화된 상황을 일관된 체제로 정비하는 것이 중요한 과제로 떠오른다.

즉, 대상자의 구분 없이 복지관련 업무의 企劃, 管理, 調整, 執行機關의 一元化를 통한 복지사업 전반을 책임지는 조직체계의 구성이 필요하다. 현재 시범사업에서 요보호대상자와 일반 복지대상자를 구분하고, 복지관련 업무에 있어서도 公共扶助業務와 一般 福祉業務를 구분하여 상이한 계통의 조직체계에 의하여 담당하게 하고 있다. 즉 전자는 복지전문요원 → 복지사업과(계)장 → 보건소장 → 부지자체장 → 지자체장의 계통을 따르며, 후자는 행정직 담당 공무원 → 사회복지과장 및 가정복지과장 → 시민국장 → 부지자체장 → 지자체장의 계통을 따라 업무가 수행되어 복지관련 업무 흐름의 이분화가 빚어지고 있으므로 이 두 계통을 통합하여 하나의 조직에서 이 두계통의 업무흐름을 조정하여 관장하도록 하는 것이 바람직하다.

2) 福祉部門 統合의 段階的 戰略

이러한 개선의 방향이 설정된다고 하여도 조직체계를 재구성하는

작업은 기존 조직 구성원의 강력한 저항에 부딪쳐 어려움이 많을 것으로 예상된다. 따라서 단기에 福祉部門의 一元化를 달성하는 것도 하나의 전략이 될 수 있으나, 지역적 상황을 고려하여 단계적으로 접근하는 방법도 생각할 수 있다. 段階的 福祉部門의 통합은 다음과 같이 2단계의 과정을 거쳐 이루어 질 수 있다.

가) 1段階 統合

1段階에서는 시·군·구청의 사회복지과 및 가정복지과로부터 보건복지사무소의 복지사업과(계)로 生活保護對象者 및 低所得層關聯 業務全體를 이관하고 또한 두 기관간에 業務 分掌을 명확히 하므로써 현재의 시범사업지역에서 발생하는 두 기관간 업무상 중첩으로 발생하는 문제를 최소화하는 것이다. 생활보호관련 사무 이외의 경우 어느 정도 보건복지사무소로 업무를 이관할 수 있을 것인가는 지역의 사정에 따라 다양할 수 있을 것이다. 그러나 다음과 같은 방안을 생각해 볼 수 있다. 우선 적게는 의료보호 사업, 취로사업, 노인 및 장애인관련 사무 전반, 생업자금 융자 등의 저소득층 관련 지원업무 일체에서부터, 많게는 후원사업, 자원봉사자 관리 등 지역의 복지자원 조정 사무 일체, 지역 복지시설의 프로그램 및 운영의 감독 평가, 시설보호 의뢰 등 인허가 업무를 제외한 복지시설관련 업무 일체에 이르기까지 이관하여 하나의 조직체에서 처리하는 것이 바람직하다.

물론 시·군·구청으로 부터 보건복지사무소로의 업무 이관과 함께 관계 人力的 移管도 이루어져야 한다. 이러한 맥락에서 현재 시범사업에서는 업무의 면에서는 부분적으로 이관이 이루어졌으나 해당 인력의 충원은 이관될 업무량에 대응할 정도로 이루어지지 못하고 있는 점은 개선되어야 할 것이다.

현재 시범사업지역 중 대구 달서구의 경우가 이러한 1단계 통합을

근접하게 추진하고 있는 것으로 보인다. 이 구의 경우 구청의 사회과와 가정복지과의 통합 축소와 함께 복지시설의 인허가 업무와 일반인 대상의 복지사무가 주요 업무로 남겨진 반면, 의료보호, 종합복지관 관리, 장애인 관련 사무 전반, 저소득층 지원사업 등의 업무가 보건복지사무소로 이관됨과 함께 보건복지사무소의 방문복지과에 복지담당 요원 7명의 증원이 이루어졌다(이는 행정직 2명의 정원 이동 및 부녀, 아동 관련 공무원 5명이 보건복지사무소로 이동한 결과임). 결과 이 지역에서 보건복지사무소에서 福祉事務의 集中化로 인한 효율의 향상 또한 가장 뚜렷한 것으로 평가되고 있다.

한편 이러한 1단계 통합 방안은 현행 組織體系의 變動을 최소화하므로써 이에 따른 저항과 복지업무 二元化問題를 최소화하는 데에 목표를 두고 있으나, 여전히 복지업무의 이원화로 인한 복지전달체계 전반의 비능률 요소는 상존하는 것으로 나타난다. 예컨대 이러한 1단계 통합이 이루어진 대구 달서구의 경우에도 저소득층과 일반인이 동시에 대상자로 되는 복지업무의 경우 지자체와 보건복지사무소간의 業務管轄의 重疊으로 인한 문제는 상존하는 것으로 보고된다. 따라서 복지전달체계의 效率化·先進化를 위해서는 다음에서 기술하는 제 2단계 복지관련 조직의 완전 통합이 이루어져야 한다.

나) 2段階 統合

2段階의 통합은 복지관련 조직의 完全한 統合을 이루는 것이다. 보건과의 연계를 별도의 문제로 고려할 때 福祉部門의 완전 통합은 두 가지 방식으로 이루어질 수 있다. 즉, 현재 시·군·구청의 복지관련 조직(사회복지과 및 가정복지과)을 중심으로 통합할 수도 있으며, 혹은 보건복지사무소의 복지관련 과(계)를 중심으로 통합할 수 있다.

보다 구체적으로는 첫째, 市·郡·區廳의 福祉關聯 課에 새로이 복지

전문요원을 중심으로 한 訪問看護課를 신설하여 社會福祉局을 설치하거나 혹은 별도의 福祉事務所를 신설하는 방안과, 둘째, 기존 保健所에 복지 분야를 별도로 신설하여 社會福祉課(시·군·구청으로 부터 이전됨)와 福祉事業課(복지전문요원으로 구성됨)를 설치하는 방안이다. 이 경우 복지사무의 통합이 완성되어 복지전달체계의 效率이 높아질 것으로 예상되며, 이것은 先進國에서 일반적으로 시·군·구 단위로 福祉事務所の 형태로 운영하고 있는 복지관련 전담조직에 근접한 형태이다. 복지조직의 일원화를 위한 조직 통합과정에서 나타날 수 있는 다양한 조직 체계안에 대한 검토 사항을 참고로 부록에 수록한다(부록 1 참조).

다. 保健과 福祉의 連繫를 위한 改善方案

개선방안을 제시하기에 앞서 보건과 복지의 통합으로 인한 상승효과에 대한 성급한 期待는 금물이라는 점을 미리 강조해야 하겠다. 이러한 기본 인식하에 보건과 복지부문의 조직 통합이 상호간 서비스의 상승 효과에 기여하지 못했던 각각의 원인에 대한 개선방안을 제시하겠다. 우선 보건과 복지부문 모두 對人서비스 사업의 初期發達段階이므로 統合서비스 效果의 부재 문제는 복지부문과 보건부문 모두 점차적으로 대인서비스 사업이 확대되면서 해결될 수 있는 문제이며, 양 부문 모두에 있어 재정적 뒷받침과 함께 대인서비스 제공의 경험이 축적되어야 하므로 長期的으로 해결될 수 있을 것이다.

또한, 보건과 복지부문의 組織間 葛藤은 상호 이해를 깊이하는 과정과 함께 서로가 사업진행에 도움이 된다는 인식이 뒷받침될 때 완화될 것이다. 현재까지의 보건복지사무소 운영은 복지부문이 보건소 건물로 場所만 이전했을 뿐 보건부문과의 組織 및 事業上의 連繫를 위한 노력이 거의 없었다. 따라서 서로에게 도움이 되는 사업 영역의

확대가 보건과 복지부문간의 조화를 위하여 필요하다.

1) 對象者 記錄 카드의 共有

보건과 복지부문 상호간 도움이 되는 사업 영역으로서 첫번째로 꼽을 수 있는 것은 對象者를 중심으로 한 보건과 복지간 情報管理體系의 連繫 업무이다. 현재 5개의 시범지역 중 대구 달서구에서만 대상자 기록카드를 공유하므로써 보건과 복지부문간 초보적인 정보 공유 체계가 마련되어 있을 뿐 나머지 4개 지역에서는 동일 대상자에 대하여도 전혀 공식적인 情報共有 通路가 마련되어 있지 않다. 따라서 단기적으로는 對象者 記錄카드의 공유를 통하여 공식적인 정보공유 통로를 마련하는 것이 중요하며, 장기적으로는 대상자 情報의 電算化 설계 과정에서 보건과 복지부문의 정보 교환 및 공유 프로그램을 개발하여야 한다.

2) 對象者 서비스 依賴體系 構築

보건과 복지부문간 대상자의 정보 교환 및 공유 체계의 구축과 함께 상호간 서비스 對象者의 依賴體系를 구축하여야 한다. 즉 보건 및 복지업무 담당자들이 각 부문의 사업과 관련하여 대상자를 접촉하면서 보건부문 종사자의 경우에는 대상자의 福祉欲求에 대한 기초적인 점검을 통하여 복지부문에 지원을 의뢰하고, 복지부문 종사자의 경우에는 대상자의 保健欲求에 대한 기초적인 점검을 통하여 보건부문에 지원을 의뢰하는 체계의 개발이 중요하다. 이는 보건 및 복지분야 상호간 기초적인 점검 및 문제가능 對象者 判別 프로그램의 개발이 수반되어야 할 것이다.

3) 保健・福祉 統合서비스 體系 構築

상호간 기초 점검 프로그램의 개발과 함께 기초적인 서비스 사항에 대하여는 서로 돕는 체계의 구축이 수반되어야 한다. 농촌지역의 경우 보건소와 보건지소 및 보건진료소의 방대한 保健從事人力을 동원하여 농촌의 전가정에 대하여 가정생활 일반 및 健康關聯 情報體系를 구축하고 있어, 복지전달체계와 비교하여 각 가정의 종합적 복지 및 건강 수준을 보다 세밀히 파악하고 있으며 시범사업 이전에도 訪問看護事業의 일부로서 복지서비스를 제공하고 있다(예, 독거노인 입욕서비스, 이미용 사업, 결연사업 등).

따라서 복지와 보건의 統合的 서비스 체계를 구축하여 이들 保健從事人力을 기초적인 수준의 福祉서비스 제공에 활용하는 방안을 생각해 볼 수 있다. 이는 보건과 복지의 기초 분야에 대하여 양 분야에 종사하는 現在의 人員을 통합하여 활용하는 방안으로서, 현재의 복지 전문인력의 부족으로 인한 문제점을 극복하는 방안으로 판단된다. 예컨대 2개 읍, 11개 면인 완주군의 경우 보건소 총인원 141명 중 복지사업계는 14명에 불과하며, 또한 33개의 보건지소 및 보건진료소에 각 지소·진료소당 1~3명의 보건요원이 가족건강사업에 참여하고 있으므로 이들을 통하여 福祉傳達體系 末端의 일부를 담당하게 할 수 있을 것이다.

반면 都市地域의 경우 보건소의 방문간호사업 내용은 물론 방문간호 종사인력 또한 주민 수에 대비하여 극히 미약한 수준으로, 지역의 가정들에 대한 건강관련 정보체계의 구축 또한 요원한 상황에서 기존의 보건인력을 복지사업에 활용할 수 있는 여지는 거의 없다. 도시지역의 경우 방문간호요원과 복지전담요원간의 인력 구성은 농촌의 경우와는 정반대의 양상을 보인다. 대구 달서구의 경우 방문간호요원은

5명인 반면 복지전담요원은 57명에 달하며, 관악구의 경우에도 방문간호요원은 7명인 반면 복지전문요원을 포함한 복지사업과 인력은 28명이다. 따라서 복지종사인력이 기초적인 보건서비스의 일부를 분담하므로 도시지역에서는 방문간호사업과 복지사업의 통합을 통하여 거꾸로 保健領域에서의 人力 制限의 문제를 부분적으로 해결하는 효과를 기대할 수 있을 것이다.

4) 保健·福祉從事者間 理解 提高

이러한 보건과 복지부문 종사자 상호간 대상자관련 정보 및 기초적 서비스 수준의 협조는 보건과 복지종사자 모두 相互 業務領域에 대한 기초적인 理解의 기반위에서만 이루어질 수 있다. 따라서 보건과 복지 從事者의 教育課程에서부터 상호 영역에 대한 기초지식을 습득하여 이해를 높이도록 하는 방안 또한 보건과 복지의 연계를 위하여 필수적인 과제이다.

5) 保健·福祉 可用資源의 連繫 提供

이러한 상호간 기본적 이해의 바탕위에 보건과 복지의 업무영역이 연계되는 구체적인 서비스 사업을 설계할 수 있다. 현재 복지와 보건 부문 모두 방문서비스가 정착되지 않은 단계에서 구체적인 방문 서비스 연계 프로그램을 설계하기는 어려울 것이다. 실제 일부 시범지역에서는 복지요원과 보건요원이 同時에 대상자에게 방문하여 서비스를 제공하려고 시도해 보기도 하였으나 현재의 복지와 보건서비스 수준에 비추어 실제적으로 큰 효과가 없는 것으로 드러나고 있다. 따라서 대상자에 대한 동시 방문을 통한 보건과 복지의 연계서비스를 지향하기 보다는 보건과 복지의 可用資源을 連繫하여 提供하는 다양한 방법을 적용하므로써 연계의 효과를 높일 수 있을 것이다.

이러한 다양한 연계사업의 한 예로 老人 痴呆管理事業의 경우 치매 환자 가정간호와 함께, 치매환자 주간보호소 운영 및 자원봉사자와 후원자의 연계 등의 다양한 복지와 보건의 연계를 생각할 수 있다. 몇가지 이러한 종류의 연계사업에 대한 개요를 부록에 수록한다(부록 2 참조).

6) 保健·福祉 業務 領域의 一致

보건과 복지의 통합에 따른 상승효과가 발생하지 않은 세번째 원인으로 보건과 복지간 業務對象領域의 不一致 문제가 지적되었다. 보건 복지사무소에 소속된 복지부문의 경우 생활보호대상자를 중심으로 한 복지업무에 집중되어 있는 반면, 보건부문의 경우 지역 일반의 보건 사무 전반이 업무 영역으로 되어 있다. 따라서 예컨대 보건부문에서 주관하여 노인정에서 노인보건교육을 실시할 경우 보건복지사무소에 소속된 복지부문의 협조를 받기 어려운 형편이며, 지역에 소재한 이용 및 수용 복지시설에서의 보건사업 또한 보건복지사무소에 소속된 복지부문의 도움을 받기 힘들다. 즉 地域 一般의 福祉資源과 연결된 보건과 복지의 연계서비스의 개발이 현재의 보건복지사무소 체제내에서 소화하기 어려운 한계를 갖게 된다. 보건과 복지사업의 연계가 대인 방문서비스의 영역에 치중되기 보다는 地域의 保健·福祉資源의 調整 및 連繫에 치중해야 하는 현실에서 이러한 영역 불일치로 인한 한계는 연계사업의 확대를 가로막는 주요 장애물로 작용한다. 이는 앞서서도 지적하였듯이 보건복지사무소에 소속된 복지부문의 福祉事務가 지역의 福祉業務 全般으로 확대됨으로서만 업무대상 영역의 일치가 가능할 것이다.

라. 地域特性에 適合한 公共福祉 및 保健傳達體系의 設計

도시와 농촌간에는 地域的 環境 및 보건과 복지의 人的·物的 資源 현실을 고려할 때, 보건복지사무소가 가져온 긍정적 및 부정적 효과의 정도가 상이하므로 개선의 방향 또한 이에 맞추어 설정되어야 한다.

1) 都市地域의 傳達體系 案

都市地域의 경우 福祉事務의 集中化로 인한 효과가 농촌지역보다 높은 것으로 나타나는 반면, 保健과 福祉의 連繫로 인한 상승효과 가능성은 농촌지역보다 덜하다. 복지전달의 最小單位를 市·區로 하는 것과 福祉關聯 組織의 統一이 보다 시급한 정책과제로 판단된다. 따라서 복지사업관련으로 통합된 조직형태가 시·구청에 존재하는가 혹은 보건소에 존재하는가 여부는 큰 차이를 가져오지 못한다.

기존 보건소에 복지사업관련으로 통합된 조직을 부속시킨다면, 보건관련 조직과 병렬의 형태로 실질적으로 복지사무소가 보건소의 장소를 빌리고 있는 형태로 운영될 것으로 예상된다. 市·區廳 單位에 별도의 복지사무소를 설치하거나 방문간호과를 신설하여 동사무소에 근무하던 복지전문요원을 집합시키므로써 방문복지에 있어 규모의 경제 효과를 구하는 방안 또한 동일한 결과를 갖고 올 것이다. 이는 앞으로 洞事務所의 역할이 복지사무에 집중하게 되는 형태로 변화하게 될 경우, 시·구 단위의 복지전담조직과 동사무소의 소위 복지사무소 분소와의 유기적 관계 설정이 보다 용이하게 될 것이다.

2) 農村地域의 傳達體系 案

반면 農村地域의 경우 도시지역과 마찬가지로 福祉關聯 組織의 統合이 우선적 정책과제이므로, 도시지역과 마찬가지로 ① 郡廳의 복지

관련과를 중심으로 하여 福祉事業課를 신설하여 기존 읍·면의 복지전문요원을 집합시키는 방안과, ② 保健所에 복지사업관련의 통합된 조직을 신설하여 군청의 복지관련 업무 및 인력 전부를 단계적으로 이 신설 조직으로 통합시키는 두가지 방안을 구상할 수 있다.

복지관련 조직의 통합은 保健關聯 既存 人力이 복지관련 인력보다 월등히 많으며 지역사회의 기반도 보다 광범위하게 구축하고 있으므로 이들을 복지사업을 위하여 활용한다는 측면에서 위의 두 개의 안 중 保健所를 중심으로 한 복지사업관련의 통합조직 구축이 보다 효율적일 것으로 판단된다.

복지전달의 최소단위를 郡 단위로 하되 2~3개 면당 1인의 地域擔當要員을 두고 이들을 지역의 保健支所에 전진배치시켜 접근성을 보완하는 방안을 생각할 수 있다. 군청을 중심으로 복지관련 기능을 통합할 경우 지역담당인 면사무소에 전진배치되면서 과거와는 달리 동시에 몇 개의 면을 담당하는 형태로 조직될 것이며, 보건소를 중심으로 복지관련 기능이 통합될 경우 보건지소에 복지관련 지역담당인 배치되면서 동시에 몇 개의 면을 담당하는 형태로 조직되어야 한다. 아울러 앞으로 邑·面事務所の 行政業務가 축소됨에 따라 이것이 읍·면사무소, 보건지소와 합쳐져 지역의 보건과 복지업무를 통괄하여 담당할 수 있게 됨으로서 행정조직의 축소에 기여할 것으로 생각된다.

마. 맺음말

1999년 12월까지 연장된 시범사업기간동안 역점을 두어야 할 사항을 정리하면 다음과 같다.

우선 기존의 시범사업지역에 대하여는 保健福祉事務所の 형태를 계속 유지하면서, 현재까지 발견된 문제점을 중심으로 漸進的으로 改善하는 방향이 바람직하다. 이는 시범사업기간동안 보건복지사무소에서

복지서비스 조직의 部分的인 統合 效率이 현저히 나타나고 있으므로 이러한 복지부문 업무의 집중화 효과를 계속 유지하기 위하여 필수적인 사항이다. 지방자치시대에 들어와 지역주민의 욕구에 부응하는 새로운 형태의 서비스 전달체계 구상에 몰두하는 과정에서 전개된 본 시범사업은 다양한 형태의 代案的 서비스 傳達體系의 開發에 시급적으로 작용하고 있다. 선진국의 경험에 비추어 볼 때 궁극적으로 보건과 복지의 統合서비스의 需要는 높아질 것이므로 이에 대한 장기적인 대비로서 韓國型의 統合서비스 모델 開發事業을 지속적으로 추진하는 것이 바람직하다.

한편, 앞으로 연장된 시범사업기간동안 지난 2년간 정비된 새로운 조직형태를 기반으로 5개 시범사무소에서 보건과 복지의 統合서비스 사업을 본격적으로 시도하여 사업결과를 再評價할 필요가 있다.

보건과 복지종사자의 조직 재구성을 요건으로 하는 본 시범사업의 특성상 보건소의 보건 및 복지부문 종사자간의 業務上 協助體系 構築을 위한 環境 設定에 지난 시범기간의 대부분이 소요되어, 막상 원래 의도했던 보건과 복지의 통합서비스 사업은 시도되지 못하였다. 조사 결과에서도 나타나듯이 지난 시범기간동안 보건과 복지부문 종사자간에 協調的인 霧圍氣 조성은 지역간에 편차가 크기는 하지만 어느 정도 달성했으나, 이러한 분위기를 실제적인 서비스 제공의 협조관계로 발전시키지 못한 것으로 나타난다.

따라서 앞으로의 시범사업기간동안에는 당초 의도했듯이 보건복지사무소에서의 보건과 복지의 통합서비스 개발 및 제공사업의 妥當性을 評價해 볼 필요가 있다. 연장된 시범기간동안 실행에 옮길 보건과 복지의 통합서비스 사업으로서는 보건과 복지간의 相互 情報共有體系, 對象者 依賴體系를 먼저 설치·운영하고 다음으로 具體的인 對人 서비스 連繫事業으로서, 저소득노인의 치매관리사업, 지역정신건강 증

진을 위한 가족 및 지역사회 지원체계 개발, 저소득 신체장애인 재가 건강지원서비스 등을 제안한다(개략적 사업 개요는 附錄 2에 첨부함).

현재까지의 시범사업 실태로 볼 때, 조직 환경의 개선과 함께 보건과 복지의 조직 통합으로 인한 사업의 效率性은 增加할 것으로 예상되며, 두 조직의 통합으로 인한 上乘效果의 폭은 농촌지역의 경우 도시지역보다 클 것으로 예상된다.

中央部處에서 복지전달체계의 개선을 위한 標準組織 模型의 제시와 함께 관련 法制度의 보완으로, 地方自治團體에서 지역 환경에 적합한 개선안의 선택이 가능하도록 추진하는 것이 바람직하다. 여기에는 앞의 장에서 논의하였듯이 지자체와 보건복지사무소의 복지전담 부서간의 業務領域의 구분을 명확히 하는 여러 안들이 제시될 수 있을 것이다. 시범 5개 지역간에도 보건과 복지부문 각각의 사업 환경이 다양하여 보건복지사무소의 운영에 있어서도 매우 상이한 결과를 보이고 있다. 따라서 지방자치단체의 실정에 맞는 다양한 개선안을 제시하여 지방자치단체장의 책임하에 福祉傳達體系가 改善될 수 있도록 유도해야 한다.

앞의 장에서 살펴 보았듯이 보건과 복지의 서비스 連繫事業은 先進國의 경우에도 1990년대에 들어서서야 부분적으로 실행에 옮겨지기 시작했으며, 아직 정착된 체계를 형성하지 못하고 있는 실정이다. 선진국의 경우 보건과 복지간 事業上的 連繫經驗이 축적되어 감에 따라 조직의 연계 논의가 자연스럽게 대두되는 과정을 밟은 반면, 우리의 경우 사업상의 연계경험 없이 組織上的 統合이 먼저 추진됨으로서 많은 어려움을 겪고 있는 것이 현실이다.

그러나 앞으로 高齡化社會의 도래와 함께 統合서비스의 수요가 높아지리라는 것은 분명한 사실이며, 따라서 供給에 있어서도 보건과 복지를 연계해야 할 當爲性은 높아질 것이다. 따라서 지역의 현실에

맞추어 점차적으로 보건과 복지조직 각각의 事業內容을 풍부하게 하면서 상호간 연계의 노력을 계속하는 것이 중요하며, 이러한 맥락에서 保健福祉事務所는 이러한 연계서비스 수요에 대응하는 여러 가능한 대안 중의 하나임을 인식하는 것이 중요하다.

앞으로 보건복지사무소 사업에서 발견된 문제점 개선을 위한 가장 현실적 해결책을 찾는 과정에서 보건복지사무소 이외의 多樣的 代案이 시도될 필요가 있다. 이는 특히 보건 및 복지부문 모두 현재 중요한 과도기에 처해 새로이 방향을 설정해야 하는 시점에서 보건과 복지간의 조직 및 사업상의 연계 대안을 무리하게 제안하는 우를 범하지 않아야 한다는 점에서도 그러하다. 보건과 복지의 연계는 理論보다는 現實의 문제로서 사업상 및 조직상의 연계 필요성이 높아지며 地域實情에 맞는 다양한 代案을 모색하는 과정에서 연계의 실질적인 효과가 발현될 것이다.

參 考 文 獻

- 강혜규, 「보건복지사무소와 공공복지전달체계의 개편」, 『한국 사회복지지의 이해』, 한울, 1995.
- 김만두, 「신한국 복지서비스의 방향」, 『신한국의 사회복지정책』, 한국복지정책연구원, 1993.
- 김용익, 「보건소체계의 발전방향」, 한국보건행정학회 토론회 연제집, 1994.
- 김진삼·박형중·김공현·김병성, 「지방자치제에서의 도시보건소 기능강화 방안에 관한 연구」, 『보건행정학회지』 제4권 제1호, 1994.
- 김창엽, 『21세기의 보건의료 환경』, 1997.
- 김현용, 「한국사회의 변화와 사회복지서비스의 전개방향」, 한림과학원 편, 『복지국가의 현재와 미래』, 나남, 1993.
- 김홍식, 「지방자치와 사회복지행정체계」, 『사회보장연구』 제10권 제2호, 사회보장학회, 1994.
- 문경태, 「공공복지전달체계의 확립방안: 보건복지사무소 설치방안」, 『사회복지』, 한국사회복지협의회, 1994 여름.
- 문옥륜, 「우리나라 보건소 기능 활성화 방안의 모색」, 『보건학논집』 제29권 제1호, 1992.
- _____, 「전국민 의료보험과 도시보건소의 진료기능」, 『보건학논집』 제41호, 1988.

- 문현상, 「일본 노인보건복지정책의 검토」, 『보건복지포럼』 제12호, 1997.
- 박강원·이주열, 「보건복지사무소의 운영방안」, 『최신의학』 제38권 제2호, 1995.
- 박경숙, 「사회복지사무소와 민간복지서비스기관의 역할분담」, 『한국사회복지논총』 제3호, 경기대학교, 1993.
- _____, 「사회복지사무소의 모형」, 『제6회 전국사회복지사대회 보고서: 제7차 경제사회발전 5개년계획과 전문사회복지사의 도전』, 한국사회복지사협회, 1992.
- 박경숙·강혜규, 『사회복지사무소 모형개발』, 한국보건사회연구원, 1992.
- 배상수, 「일본 지역보건사업의 발전과 전망」, 『1996년도 한국보건행정학회 후기 학술대회 연제집』, 1996.
- 변재관, 「일본의 신골드플랜과 그 시사점」, 『보건복지포럼』 제10호, 1997.
- 보건복지부, 『1997 주요업무자료』, 보건복지부, 1997.
- 사회복지정책심의위원회, 『21세기를 대비하는 사회복지정책과제와 발전방향』, 1994.
- 서상목·최일섭·김상균, 『사회복지전달체계의 개선과 전문인력 활용방안』, 한국개발연구원, 1988.
- 성경룡, 「지방자치와 국가개혁」, 『지방자치와 지역발전』, 민음사, 1997.
- 심재호, 「사회복지사무소 3가지 모형연구에 대한 검토」, 『사회정책연구』 15권, 한국복지정책연구소, 1993, pp.118~132.
- 이석구, 「보건소조직의 특성과 변화 추세」, 『수원시 권선구 보건행정 세미나 연제집』, 1997.

- 이성기·김성희·강혜규, 『보건복지사무소 시범사업 2차년도 실태조사』, 한국보건사회연구원, 1996.
- 이성기·김성희·박인아, 『보건복지사무소 모형개발 및 운영평가』, 한국보건사회연구원, 1995.
- 이연주, 「한국보건의료와 사회복지전달체계의 통합에 관한 연구」, 『사회복지』, 한국사회복지협의회, 1994 가을호.
- 이용래, 「보건소의 사회복지서비스제도 도입을 위한 연구: 사회복지사의 활용을 중심으로」, 서울대 보건대학원 석사학위 논문, 1992.
- 임종권·김혜련·장동현·김홍식, 『지방자치화에 따른 보건소 기능 및 행정체계개선 연구』, 한국보건사회연구원, 1992.
- 장인협·이정호, 『사회복지행정』, 서울대출판부, 1993.
- 전광현, 「일본의 사회복지사무소에 대한 고찰」, 『사회복지』, 한국사회복지협의회, 1992 겨울.
- 정경배·이성기·권선진, 『중앙과 지방의 사회복지 기능배분에 관한 연구』, 한국보건사회연구원, 1993.
- 정영순, 「한국에서의 일본 복지사무소 모델의 적합성과 실현 가능성 분석」, 『한국사회복지학』 통권 27호, 1995.
- 최성재, 「보건복지사무소와 사회복지사무소」, 남세진 편, 『한국사회복지의 선택』, 나남, 1995.
- 최성재·남기민, 『사회복지행정론』, 나남, 1995.
- 副田あけみ, 『在宅介護支援センターのケアマネジメント』, 中央法規, 1997.
- 村川浩一, 『高齢者 保健福祉 計劃研究』, 中央法規, 1995.

佐藤 進, 『福祉と保健 医療の連携の法政策』, 信山社, 1994.

大森爾, 村川浩一 編著, 『保健福祉計画とマチづくり』, 第一法規, 1993.

山本 隆 編著, 『都市で高齢者お支える』, 啓門社, 1995.

菊池新一, 『保健福祉におけるチムワク』, 大森爾, 村川浩一 編著, 『保健福祉計画とマチづくり』, 第一法規, 1993, pp. 105~130.

広島県福祉保健部, 『広島県における福祉保健センタ, 保健所関係資料』, 1994.

京極高宣, 『福祉改革と福祉事務所の諸問題』, 『社会保障研究』, 1988, pp.411~417.

小野哲郎 外, 『福祉事務所と 社会福祉労働者』, 1997.

附錄

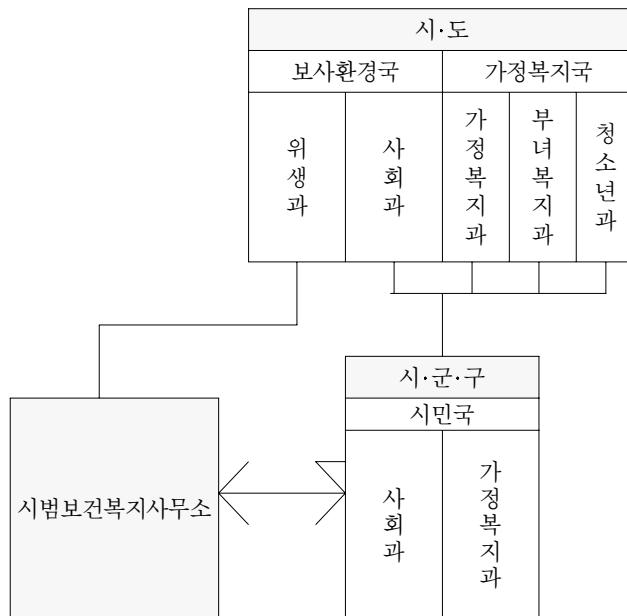
- 附錄 1. 保健·福祉傳達體系的改善을 위한 組織
體系案의 比較 및 標準模型의 提示 / 163
- 附錄 2. 保健과 福祉의 統合서비스 事業 概要 / 171
- 附錄 3. 示範保健福祉事務所 最終評價 調査票 / 177

附錄 1. 保健·福祉傳達體系의 改善을 위한 組織體系案의 比較 및 標準模型의 提示

- 시범 보건복지사업의 경험을 반영하여 복지전달 조직체계의 개선을 위한 표준 모형을 제시하면 다음과 같음.

〈現行 示範保健福祉事務所 傳達體系〉

- 현행 保健福祉事務所의 조직 체계는 保健部門은 시·도 단위의 보건과와 업무관계를 맺고 있는 반면, 福祉部門은 시·군·구 단위의 시민국 산하 사회과 및 가정복지과와 업무관계를 맺고 있음.



－ 이러한 조직체계는 세가지 점에서 혼선을 야기함.

첫째, 보건복지사무소의 보건과 복지부문간 管轄 自治團體가 상이함에 따른 책임 권한체계의 혼선

둘째, 시·군·구의 복지관련 부서가 社會課와 家庭福祉課로 구분되어 있는 경우가 많아 保健福祉事務所 복지사업과(계)와의 관계 혼선

셋째, 시민국에 복지부문의 企劃·調停 역할이 부여되어 있고 보건복지사무소에는 執行의 역할이 부여되어 있으므로, 기획과 집행의 양분으로 인한 혼선

〈第1案: 保健福祉 部分 統合型〉

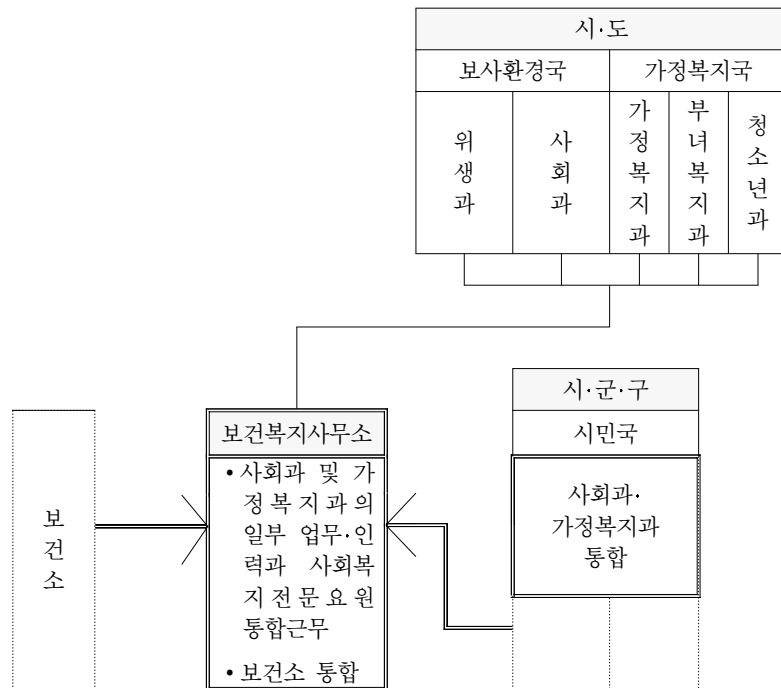
－ 시범사업의 기본 틀을 유지하되 시·군·구청의 복지관련 과를 統合 縮小하고, 기존 시민국 업무의 상당 부문 및 행정직 인력의 일부를 保健福祉事務所로 이전함.

－ 시·군·구의 복지업무 담당 부서는 전반적인 복지 기획 및 조정의 큰 틀만을 담당하고, 보건복지사무소에서는 公共扶助 및 低所得層의 個別서비스를 전담하도록 함.

－ 시·군·구의 시민국과 보건복지사무소 복지사업과간의 業務 連繫 및 人力 交流를 원활하게 하므로써, 지자체 단위의 전체 기획·조정 업무와 부문별 기획 및 실행 업무간의 단절이 발생하지 않도록 유의할 필요가 있음.

- 현재 시범지역 중 대구 달서구의 경우가 이러한 유형에 접근하고 있음. 달서구의 경우 구청장의 통합의지에 따라 사회과, 가정복지과의 통합·축소 등 조직개편과 시범사무소 인력지원이 원활

히 이루어짐(복지담당부서 7명 증원, 방문간호사업 수행을 위해
일용직 간호사 3명 증원)



— 長點

- 현재 조직체계에 가장 근접한 절충안으로서 도입이 상대적으로 용이함. 궁극적인 보건·복지 조직의 통합을 향한 過渡期的 段階로서 현실성이 있음.
- 시·군·구의 복지관련 과가 기존 사회복지과와 가정복지과로 양분되어 있으므로 보건복지사무소와의 관계에 중복과 혼선이

오던 것을 피할 수 있음.

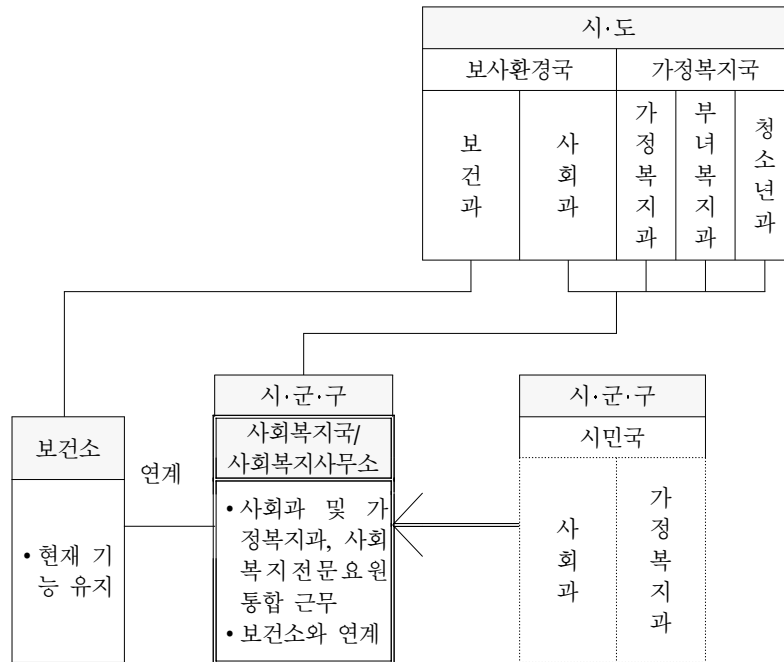
- 완전 집중은 아니나 福祉事務의 部分的 集中이 이루어지므로서 업무 집중화의 상승효과를 기대할 수 있으며, 기존 조직체계보다 지역주민의 보건복지 欲求에 적극적으로 대응할 수 있음.

－ 短點

- 福祉業務 監督體系上 보건복지사무소 소장과 시·군·구청의 시민국장과의 관계가 모호한 현재 시범지역에서의 상황이 정도는 약화되었으나 여전히 상존함.
- 복지부문의 部分的 集中으로 인하여 업무 집중화로 인한 상승효과와 반감이 우려되며, 보건복지사무소장이 소신껏 지역주민의 복지욕구에 부응하는 복지 업무를 개발하는 데 제약이 따름.

〈第2案: 福祉 完全 集中, 保健·福祉 連繫型〉

- － 기존 시민국에 있던 사회복지과 및 가정복지과와 함께 복지전문요원을 주축으로 한 福祉事業課를 신설하여 福祉事務所의 형태 혹은 社會福祉局의 형태로 일원화함.
 - 복지전달체계의 최종 단위를 市·郡·區로 하며, 接近性이 크게 우려되는 지역에 한하여 기존 읍·면·동사무소 혹은 종합복지관에 일부 지역담당 요원을 파견 근무케 함.
- － 복지사업과와 사회복지과 및 가정복지과간에 인력의 循環 勤務가 이루어지므로서 복지서비스 現場의 경험이 복지사업의 企劃·調停 부문에 반영될 수 있도록 하며, 거꾸로 복지의 기획·조정업무와 복지업무가 한 조직체계내에 있으므로서 업무 效率을 높일 수 있도록 복지관련 과간의 人力 및 業務 分掌을 설계함.



- 시·군·구청의 복지사업과와 기존 보건소의 방문복지조직과의 事業上의 連繫體系를 구축함.
 - 보건·복지사업간의 연계를 위하여 지자체 수준의 保健福祉 調整委員會를 구성 운영함. 이는 선진국에서 현재 가장 많이 관찰되고 있는 보건과 복지부문의 조직형태로서 우리나라 보건복지 조직의 현실에 비추어 볼 때 농촌보다는 都市에 보다 적합한 조직형태로 생각됨.
- 長點
 - 지방자치단체 수준에서 복지업무의 집중으로 인한 복지서비스 사업에 있어 規模의 經濟 효과와 함께 전 사업조직의 일관된 운영으로 인한 效率性의 제고가 가능함.

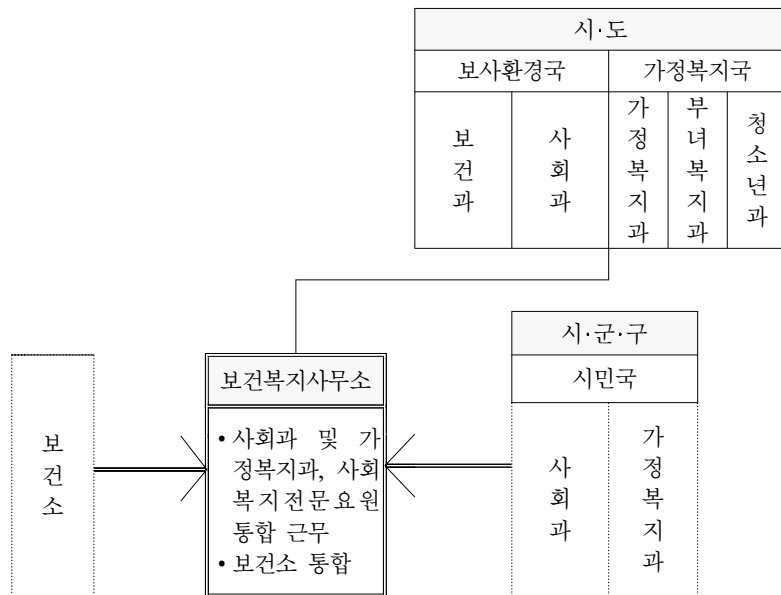
- 지역 전체 주민에 대하여 同質의 복지서비스 혜택을 균일하게 누릴 수 있도록 하며, 복지사무소장 혹은 복지국장의 책임하에 소신껏 시·군·구 단위의 복지업무를 統合 管理하므로서 새로운 복지서비스를 적극 개발할 수 있는 조직환경이 형성되며, 또한 지역주민의 보건복지 欲求에 보다 적극적으로 대응할 수 있음.
- 지역 복지자원의 효율적 管理 및 대상자와의 원활한 連繫를 통하여 공공복지기관의 民間福祉資源에 대한 동원, 조정 기능의 양 및 질에 있어 큰 향상을 기할 수 있음.
- 보건 및 복지 각 부문별 업무에 충실하므로서 각 부문의 업무 專門化를 기할 수 있음.
- 보건·복지 각 부문별 계선조직이 구분되므로 각 부문에 대한 責任과 權限의 계통체계가 명확해짐.
- 보건과 복지부문간 사업 연계를 통하여 상호간 서비스 상승 효과를 얻을 수 있으며, 장기적으로 두 부문간 통합수요의 증가에 대응하여 무리없는 組織統合의 수순을 밟을 수 있음.

－ 短點

- 현행 읍·면·동 단위의 복지전달체계와 비교할 때, 이 체계는 복지서비스 공급자와 수혜자간 업무적 접근성은 상승되나 心理的 接近性의 저하를 가져옴.
- 사회복지전문요원의 福祉職列化가 수반되지 않고 현재와 같이 별정직으로 묶어 둘 경우, 복지 통합효과를 도모하기 힘들며 복지전담조직 내부의 갈등을 유발할 가능성이 있음.
- 점증이 예상되는 보건·복지 統合 서비스 欲求에 대한 대처에 있어 보건과 복지의 통합조직체에 비하여 기민성이 떨어짐.

〈第3案: 保健·福祉 完全 統合型〉

- 현재 시·군·구의 시민국과 보건복지사무소의 복지계로 二元化되어 있는 복지업무를 기존 보건소를 중심으로 一元化하여 保健福祉事務所 형태로 운영함.
- 보건복지사무소의 所長은 시·군·구의 行政職 局長級이 말도록 하며, 복지부문과 보건부문 각각에 대하여 副所長을 둠.
- 보건·복지 통합서비스 조직으로서 가장 理想的인 전달체계이며, 궁극적으로 이와 같이 보건복지 전달체계가 이행해야 할 것임.
- 보건·복지 조직의 현실에 비추어 볼 때 이 조직 형태는 도시보다는 農村에 적합한 조직 형태로 생각됨.



－ 長點

- 지방자치단체 수준에서 복지업무의 통합으로 인한 상승효과를 얻을 수 있음.
- 보건복지사무소장의 책임하에 소신껏 시·군·구 단위의 보건복지 업무를 통합 관리하므로서 보건과 복지의 統合的 서비스를 적극적으로 개발할 수 있는 조직환경이 형성되며, 또한 지역주민의 보건복지 욕구에 보다 적극적으로 대응할 수 있음.
- 보건복지사무소장 - 시·군·구 지자체장 - 시·도 지자체장으로 연결되는 계선조직의 單一化를 가져오므로서 책임과 권한의 계통체계가 명확해짐.
- 보건과 복지부문간의 최대의 統合 效果를 거둘 수 있음.

－ 短點

- 현재 보건과 복지간에 구분되어 있는 조직체계를 전면적으로 개편하는 안이므로 새로운 조직 구성시, 관계자간의 理解 葛藤과 抵抗이 예상됨. 행정직, 보건직 및 복지관계자간의 이해 조정이 쉽지 않을 것으로 생각됨.
- 현재 보건과 복지의 統合需要가 크지 않은 상황에서 단지 미래의 수요 예측에 근거하여 각 해당 조직 관계자들에게 서비스 공급조직을 통합하도록 설득하는 데 무리가 수반됨.

附錄 2. 保健과 福祉의 統合서비스 事業 概要

1. 福祉와 保健 對象者에 대한 情報 連繫體系 構築

가. 事業目標

- 보건복지사무소에서 추진하고 있는 訪問看護事業의 주 대상이 생활보호대상자이므로 이들에 대한 정보를 사회복지전문요원과 공유하는 것은 매우 유용함. 대상자 정보의 공유체계 구축을 위하여 情報共有 業務 徑路를 구축하고 대상자에 대한 보건과 복지 정보의 電算化를 추진하여야 함.
- 보건과 복지의 기초 점검 분야에 대한 共有 프로그램을 개발하여 개별 방문시 전반적인 보건과 복지의 점검이 이루어져 전문직 상호간 대상자를 중심으로 한 相互 依賴(refer)體系를 구축함.

나. 事業內容

- ① 生活保護對象者の 保健·福祉 管理 데이터베이스 구축: 방문간호요원의 지역주민 건강 조사자료와 생활보호대상자의 복지관리 자료를 통합하여 전산화된 관리 데이터베이스를 구축함.
- ② 保健·福祉從事者の 相互 依賴體系 구축: 대상자 방문시 보건과 복지를 포괄하는 표준화된 점검표를 설계하여, 대상자의 욕구에 따라 복지종사자가 관련 보건종사자에게 그리고 보건종사자가 관련 복지종사자에게 상호 의뢰하는 표준화된 체계를 구축함.

- ③ 保健·福祉従事者 基礎知識 統合教育 事業: 보건과 복지직의 상호 정보 공유 및 의뢰체계 구축을 위하여 복지전문요원들에게 방문간호의 기초지식을 교육하고 방문간호요원들에게 복지서비스의 기초 지식을 교육하는 프로그램을 개발함.

다. 事業對象

- 일차적으로는 公共扶助對象에 한정하고, 점차로 일반 低所得層으로 대상을 확대해 나아감.

라. 事業運營

- 보건과 복지의 統合 情報 連繫體系 구축은 보건복지부 및 관련 연구소에서 담당하며, 지역에서의 事業 運營은 보건소장의 책임하에 집행되도록 함.

2. 低所得 老人의 癡呆 管理事業

가. 事業目標

- 현재 노인의 치매는 대부분의 경우 별도로 치료나 보호(care)를 받지 못하고 家族이 전담하거나 放置되어 있으며, 특히 보호시설에 입소할 수 없는 저소득 가정의 경우 扶養者의 수발 부담이 심각한 실정임. 이에 치매로 인하여 정상적 생활 영위가 곤란한 가족을 대상으로 지원체계를 마련함.
- 치매 노인은 疾患管理와 함께 日常生活에 대한 도움 그리고 그 家族에 대한 支持가 필요하므로, 보건과 복지인력이 협력하여 서비

스해야 할 주요 대상임. 그러나 노인 치매에 대한 프로그램은 보건·복지 각 분야에서 개별적으로 이루어져 이의 統合的 接近의 필요성이 제기되어 옴.

나. 事業內容

- ① 痴呆患者 家庭看護: 보건복지사무소의 방문간호요원과 가정간호사가 치매노인의 가정에 정기적으로 방문하여 건강을 관리하고, 사회복지전문요원이 동행하여 가정의 제반 문제를 돕도록 함.
- ② 痴呆患者 晝間保護所 운영: 치매노인 가족의 수발 부담을 덜고, 방치된 환자를 보호하기 위해 적절한 장소에 주간보호소를 설치·운영함.
- ③ 痴呆患者 家族 教育: 치매노인 가족의 스트레스를 경감하고 적절한 환자보호 및 대처 방안을 교육하기 위한 프로그램 및 정기모임을 마련함.
- ④ 痴呆豫防 프로그램 실시: 지역의 일반 노인을 대상으로 치매를 예방할 수 있는 프로그램을 개설함.

다. 事業對象

- 痴呆에 이환된 老人 및 이로 인한 정상생활의 영위가 곤란한 家族

라. 事業運營

- 保健福祉事務所를 중심으로 방문간호요원과 사회복지전문요원이 팀(team approach)이 되어 전체 사업을 운영하되, 地域의 專門機關(예: 민간병원 및 대학의 보건 및 사회복지학과)의 자문 및 인력 지원을 받을 수 있도록 함.

3. 地域 精神健康 増進을 위한 家族 및 地域社會 支援 體系 開發

가. 事業目標

- 현재 精神障病 出現率(인구 1,000명당 약 28명)은 일반 장애와 유사한 수준이며 점차 증가하고 있으나, 정책적 대처는 매우 미흡함. 이에 지역을 단위로 적절한 대처가 이루어질 수 있도록 보건복지 사무소를 중심으로 지역내 자원을 동원하고 조직하여, 再活 및 生活支援을 위한 프로그램이 운영될 수 있도록 함.
- 특히 정신장애는 환자 개인의 치료 뿐만 아니라 그 家族과 地域社會의 지지가 수반될 때 극복될 수 있으므로, 보건과 복지인력의 협력이 필요한 분야임. 이에 보건·복지부문의 협력이 용이한 보건 복지사무소의 시범조직을 이용하여 지역사회 정신건강 증진을 위한 基礎的인 支援體系를 개발함.
- 현재 지역사회 정신보건사업이 1년간 民間機關連繫型(9개 지역), 保健所 中心型(7개 지역)으로 실시되고 있음. 이에 복지부문과 조직 통합이 이루어진 保健福祉事務所의 특성을 반영하여 第3의 精神保健示範事業 유형으로 비교 운영하도록 함.

나. 事業內容

- ① 患者發見體系 구축: 지역주민의 정신장애 및 정신건강 상태를 진단하고, 등록과 상담을 통한 정신건강 관리 대상을 선정하도록 함.
- ② 家族 및 住民 敎育: 정신질환을 예방하고, 정신장애인들의 사회적응을 가능하게 할 주민 및 가족 교육을 실시함.

- ③ 地域支援體系 구축: 민간의료기관 등과 협조하여 응급서비스 체계 등을 개발함.
- ④ 治療·社會復歸 프로그램 운영: 지역의 의료기관이나 인력을 동원하여 주간치료와 방문간호사업 등을 실시함.

다. 事業對象

- 精神患者와 그 家族을 주요 대상으로 하고, 지역주민간에 支援體系를 형성할 수 있도록 함.

라. 事業運營

- 保健福祉事務所를 중심으로 추진하되, 地域의 專門機關(예: 지역의 전문병원 및 대학의 관련과)과 협력하여 프로그램을 개발하고 실시할 수 있도록 함.
- 사업에 필요한 인력으로 정신과 전문의, 정신보건간호사, 정신보건 사회복지사, 정신보건임상심리사의 참여가 필수적이며, 이와 함께 현재 保健福祉事務所의 人力을 교육하여 활용할 수 있도록 함.

4. 低所得 身體障礙人 在家 健康支援 서비스

가. 事業目標

- 신체장애가 있는 생활보호대상자를 포함한 저소득주민에 대하여 일상적인 生活의 便宜를 제고하고, 社會活動 참여가 가능하도록 보건·복지서비스를 연계하여 제공함.

- 보건·복지인력이 동일 대상자에 대하여 査定, 서비스 提供 計劃 過程 등을 함께 준비하여 신체적 건강과 정상적 생활의 영위가 가능하도록 統合서비스를 제공함.

나. 事業內容

- ① 重症肢體障礙人 訪問看護: 거동이 불가능한 재가지체장애인의 가정에 정기적으로 방문하여 건강을 관리하고, 사회복지전문요원이 동행하여 가정의 제반 문제를 파악하여 도움이 되도록 함.
- ② 重症肢體障礙人 在家 生活支援 서비스: 가정봉사원(home helper)을 활용하여 식사 보살핌, 세탁 등의 가사지원과 외출동행, 기초적 상담 등의 정서적 서비스를 제공함.
- ③ 身體障礙人 檢診 및 健康診斷: 지역 신체장애인의 장애상태를 파악하여 재활의료의 적정여부와 보장구 필요여부 등을 진단하고, 의료기관·시설입소 등을 안내·의뢰함.

다. 事業對象

- 저소득 신체장애인 중 특히 在家 重症肢體障礙人을 주 대상으로 함.

라. 事業運營

- 保健福祉事務所를 중심으로 방문간호요원과 사회복지전문요원이 팀(team approach)이 되어 주로 서비스를 제공하고, 自願奉仕者를 가정봉사원(home helper)으로 활용함. 또한 지역의 민간병원이나 장애인종합복지관 등과 연계하여 프로그램을 실시함.

附錄 3. 示範保健福祉事務所 最終評價 調査票

구분	조사구번호	조사표번호	
1			

보건복지사무소 시범사업 최종평가를 위한
사회복지전문요원 조사표

1997. 10.

한국보건사회연구원
보 건 복 지 부

안녕하십니까?

한국보건사회연구원에서는 1995년 7월부터 1997년 6월까지 5개 지역(서울시 관악구, 대구시 달서구, 경기도 안산시, 강원도 홍천군, 전라북도 완주군)에서 2년간 실시된 「보건복지사무소」 시범사업의 최종평가를 실시하고 있습니다.

본 조사는 '시범 보건복지사무소 설치·운영'을 통해 나타난 변화와 성과를 파악하여, 향후 바람직한 보건복지전달체계를 모색하기 위한 기초자료를 수집하는 데 목적이 있습니다.

본 조사표에 대한 귀하의 답변은 「시범보건복지사무소」의 운영평가와 방향 모색에 중요한 자료가 되오니, 바쁘시더라도 모든 질문에 대해 솔직하고 성의있게 응답해주시기를 부탁드립니다. 응답하신 내용은 전산처리 후 통계자료로만 이용될 것이므로, 응답내용에 관한 비밀은 철저히 보장됨을 약속드립니다.

감사합니다.

1997. 10

한국보건사회연구원장 연 하 청

* 다음 질문들에 대하여 해당 난에 V표 하시거나 내용을 기입해 주십시오.

일 반 사 황

1. 성별	2. 연령	3. 사회복지전문요원 경력	4. 현근무지근무기간
<input type="checkbox"/> ① 남 <input type="checkbox"/> ② 여	만_____세	_____년_____개월	_____년_____개월

업 무 현 황

5. 전체 직무시간을 100%로 하였을 때, 다음 업무 중 선생님께서 담당하시는 각 업무가 차지하는 비율을 기입하여 주십시오,

- ① 생활보호업무 _____ %
- ② 장애인복지업무 _____ %
- ③ 노인복지업무 _____ %
- ④ 가정복지업무 _____ %
- ⑤ 아동복지업무 _____ %
- ⑥ 청소년복지업무 _____ %
- ⑦ 모자복지업무 _____ %
- ⑨ 일반행정업무 (서무, 예산업무 등) _____ %
- ⑩ 자원관리업무 (후원·결연, 자원봉사자관리 등) _____ %
- ⑪ 조사연구업무 _____ %
- ⑫ 기 타(무엇: _____) _____ %

6. 선생님께서 담당하시는 생활보호대상 가구는 몇가구입니까 ?

(_____) 가구

7. 선생님께서는 담당가구를 얼마나 자주 방문하십니까? 선생님의 전체 담당가구수를 100%로 하여 해당가구의 비율을 기입하여 주십시오.

- ① 3개월에 1~2회 방문하는 가구 비율 _____ %
- ② 2개월에 1회정도 방문하는 가구 비율 _____ %
- ③ 1개월에 1~3회 방문하는 가구 비율 _____ %
- ④ 1주일에 1회정도 방문하는 가구 비율 _____ %
- ⑤ 1주일에 1회이상 방문하는 가구 비율 _____ %

8. 선생님께서는 담당가구와 얼마나 자주 전화통화를 하십니까? 선생님의 전체 담당가구수를 100%로 하여 해당가구의 비율을 기입하여 주십시오.

- ① 3개월에 1~2회 통화하는 가구 비율 _____ %
- ② 2개월에 1회정도 통화하는 가구 비율 _____ %
- ③ 1개월에 1~3회 통화하는 가구 비율 _____ %
- ④ 1주일에 1회정도 통화하는 가구 비율 _____ %
- ⑤ 1주일에 1회이상 통화하는 가구 비율 _____ %

9. 가정방문시 왕복 이동시간(상담시간제외)은 얼마나 소요됩니까? 소요시간별로 해당가구의 비율을 기입하여 주십시오.

- ① 30분 미만 소요되는 가구비율 _____ %
- ② 30분 이상 1시간 미만 소요되는 가구 비율 _____ %
- ③ 1시간 이상 2시간 미만 소요되는 가구 비율 _____ %
- ④ 2시간 이상 3시간 미만 소요되는 가구 비율 _____ %
- ⑤ 3시간 이상 소요되는 가구 비율 _____ %

10. 상담이 이루어지는 장소는 주로 어디인지 전체 상담가구를 100%로 했을 때 비율을 기입하여 주십시오.

- ① 수급자의 가정 _____ %
- ② 근무지 전문요원의 자리 _____ %
- ③ 근무지의 상담실 _____ %
- ④ 읍·면·동사무소 _____ %
- ⑤ 동네의 공원이나 골목 _____ %
- ⑥ 전화 _____ %
- ⑦ 기타 (어디: _____) _____ %

11. 선생님께서는 보호가구들에게 충분한 급여와 보호(서비스)를 제공하고 있다고 생각하십니까?

- ① 매우 그렇다
- ② 약간 그렇다
- ③ 보통이다
- ④ 별로 그렇지 않다
- ⑤ 전혀 그렇지 않다

12. 다음은 수급자들에게 급여와 보호서비스를 충분히 제공하는 데 장애가 될 수 있는 여건들입니다. 이에 대한 선생님의 견해를 표시하여 주십시오.

	매우 그렇다	약간 그렇다	보통	별로 그렇지 않다	전혀 그렇지 않다
담당가구수가 너무 많다	①	②	③	④	⑤
사회복지 외의 업무가 너무 많다	①	②	③	④	⑤
후원 및 결연자의 발굴이 어렵다	①	②	③	④	⑤
지역사회내에 의뢰할 수 있는 시설이나 기관이 부족하다	①	②	③	④	⑤
타 전문인력(특히 보건인력)과의 협조가 어렵다	①	②	③	④	⑤
상담, 치료 등 전문적인 복지서비스 제공을 위한 본인의 능력이 부족하다	①	②	③	④	⑤
생활보호의 급여수준이 낮다	①	②	③	④	⑤
수급자 개인의 자립의지·노력이 부족하다	①	②	③	④	⑤
노인, 중증장애인, 정신질환자 등 자활하여 독립적 생활을 영위할 수 없는 경우가 대부분이다	①	②	③	④	⑤
기 타(_____)	①	②	③	④	⑤

13. 선생님께서는 사회복지전문요원으로서 전문성을 어느 정도 발휘하고 있다고 생각하십니까?

- ① 매우 잘 발휘하고 있다 -
- ② 약간은 발휘하고 있다 - (14번으로)

- ③ 그저 그렇다
- ④ 별로 발휘하지 못하고 있다
- ⑤ 전혀 발휘하지 못하고 있다

13-1. 발휘하지 못하신다면 그 주된 이유는 무엇입니까?

- ① 자신의 전문성 부족
- ② 업무량 과다
- ③ 업무규정의 미비
- ④ 업무환경의 부적합
- ⑤ 상급직원의 이해부족
- ⑥ 개인적인 사정 때문
- ⑦ 기타 (_____)

14. 선생님께서는 보건복지사무소 시범사업이 실시되기 전과 2년간 진행된 현시점과 비교할 때, 다음의 사항들이 어느 정도 변화되었다고 생각하십니까 ?

	매우 좋아졌다	조금 좋아졌다	그저 그렇다	조금 나빠졌다	매우 나빠졌다
담당업무내용의 충실성	①	②	③	④	⑤
업무분장의 합리성	①	②	③	④	⑤
업무량의 적정성	①	②	③	④	⑤
근무시간의 적절성	①	②	③	④	⑤
의사결정의 합리성	①	②	③	④	⑤
서비스 제공의 충분성	①	②	③	④	⑤
서비스의 전문성	①	②	③	④	⑤
대상자의 접근성	①	②	③	④	⑤
대상자의 만족도	①	②	③	④	⑤

보건·복지서비스

15. 선생님께서는 생활보호가구가 아닌 지역의 일반주민으로부터 요청받은 서비스가 있습니까?

- ① 있다 (15-1번으로)
- ② 없다 (16번으로)

15-1. 일반주민으로부터의 서비스 요청은 월평균 몇 회정도 됩니까?

월평균 (_____)회

ㄴ 15-2. 생활보호가구가 아닌 지역의 일반주민에게서는 주로 어떤 서비스가 요청되니까?
우선 순위에 따라 두가지를 기입하여 주십시오.

(첫째, _____ 둘째, _____)

- ① 본인 및 가족의 취업문제 ② 자녀문제 상담
- ③ 가정의 노인문제 상담 ④ 가정의 장애인문제 상담
- ⑤ 부부문제 상담 ⑥ 가족의 정신질환문제
- ⑦ 가족의 알콜중독문제 ⑧ 어려운 이웃의 문제해결
- ⑨ 정보제공 (시설, 복지관 이용 등) ⑩ 경제적 지원
- ⑪ 기타 (_____)

16. 선생님께서는 지난 한달간 보건복지사무소(지소)내의 보건인력(방문간호요원 등)에게 업무 협조를 의뢰해보신 적이 있습니까?

- ① 예
- ② 아니오

17. 시범사업 기간동안 보건인력과의 협조는 주로 어떤 경우에 이루어지고 있습니까?

- ① 환자 발생시 보건의료적 처치
- ② 거동불편자(장애인·노인) 방문시 동행
- ③ 대상자의 의료욕구 해결을 위한 자문
- ④ 보건서비스 제공
- ⑤ 노인건강 관리
- ⑥ 기 타(_____)

18. 보건복지사무소 시범사업의 실시 초기와 비교할 때 보건인력과의 업무협조에 어떤 변화가 있었는지 표시해 주시기 바랍니다.

- ① 업무협조가 초기부터 지금까지 잘되고 있다
- ② 업무협조가 초기에는 잘 되었으나 지금은 잘 안되고 있다
- ③ 업무협조가 초기에는 잘 안되었으나 지금은 잘 되고 있다
- ④ 업무협조가 초기부터 지금까지 잘 안되고 있다

19. 보건인력과의 업무협조 및 의뢰에 어려움이 있다면 그 이유는 무엇입니까?

이유: _____

20. 선생님께서는 보건/복지서비스 및 업무의 연계가 활성화되려면 필요한 조건이 무엇이라고 생각하십니까? 우선 순위에 따라 두가지를 기입하여 주십시오.

(첫째, _____ 둘째, _____)

- ① 보건/복지 통합프로그램 개발
- ② 복지직 및 보건직간 상호 이해
- ③ 상급자의 보건/복지 통합 의지
- ④ 보건복지사무소내 조직체계 개편
- ⑤ 사회복지전문요원 충원
- ⑥ 방문간호요원 충원
- ⑦ 행정직 충원
- ⑧ 기 타 (필요조건:_____)

21. 현재 보건복지사무소에서 실시하고 있는 프로그램 중 대상자에게 가장 적절하고 필요하다고 판단되는 것이 있다면 어떤 것입니까?

프로그램: _____

22. 현재 보건복지사무소에서 실시하는 것이 바람직하다고 생각되는 보건·복지연계 프로그램은 어떤 것입니까?

프로그램: _____

업 무 환 경

23. 읍·면·동사무소의 사회복지관련업무 담당직원과의 업무수행시 업무분담 및 연계가 어떻게 이루어지고 있습니까?

- ① 매우 잘되고 있다 ┌
- ② 잘되고 있는 편이다 ┌─ 24번으로
- ③ 보통이다 ┌
- ④ 잘 안되고 있는 편이다 ┌─ 23-1번으로
- ⑤ 전혀 안되고 있다 ┌─

↳ 23-1. 업무분담 및 연계가 잘 안되고 있다면 가장 주요한 이유는 무엇 때문인지 한가지만 표시해 주십시오.

- ① 비합리적 업무분장
- ② 상호 업무에 대한 이해 부족
- ③ 업무량 과다
- ④ 사무소간 왕래기회의 제한
- ⑤ 인간적 신뢰부족
- ⑥ 기 타(_____)

24. 시·군·구청의 사회복지관련업무 담당직원과의 업무수행시 업무분담 및 연계가 어떻게 이루어지고 있습니까 ?

- ① 매우 잘되고 있다 —
- ② 잘되고 있는 편이다 — 25번으로
- ③ 보통이다 —
- ④ 잘 안되고 있는 편이다 — 24-1번으로
- ⑤ 전혀 안되고 있다 —

↳ 24-1. 업무분담 및 연계가 잘 안되고 있다면 무엇때문이라고 생각하십니까 ?

- ① 비합리적 업무분장
- ② 상호 업무에 대한 이해 부족
- ③ 업무량 과다
- ④ 사무소간 왕래기회의 제한
- ⑤ 인간적 신뢰부족
- ⑥ 기 타(_____)

25. 선생님께서는 보건복지사무소 시범사업 실시에 따라 보건인력과 함께 일하게 되어 어느 정도 도움이 된다고 생각하십니까?

- ① 매우 도움이 된다
- ② 약간 도움이 된다
- ③ 그저 그렇다
- ④ 별로 도움되지 않는다
- ⑤ 전혀 도움되지 않는다

26. 선생님께서는 보건복지사무소 시범사업 실시에 따라 사회복지전문요원들이 함께 모여

일하게 되어, 어떤 장점이 있다고 생각하십니까 ?

- ① 서비스의 질적 수준 및 전문성 제고
- ② 정보교류 및 업무연계 원활
- ③ 업무추진의 신속 및 합리성 제고
- ④ 업무의 일관성 유지
- ⑤ 프로그램 개발 가능
- ⑥ 전문요원간 정서적 의지 및 이해 제고
- ⑦ 기 타(_____)

27. 선생님께서는 보건복지사무소 시범사업 실시에 따라 사회복지전문요원들이 함께 모여 일하게 되어, 어떤 단점이 있다고 생각하십니까 ?

- ① 사회복지전문직내 직급간 갈등
- ② 수급자의 접근성 및 전문요원의 이동성 저하
- ③ 사회복지전문직의 재량권 축소 및 행정업무 비효율
- ④ 종합적 업무 어려움
- ⑤ 사회복지전문직의 사기저하
- ⑥ 기 타(_____)

보건복지사무소에 대한 의견

28. 선생님께서는 시범보건복지사무소가 운영된 지난 2년간 다음에 제시된 문제점들을 경험 하신 적이 있는지, 이에 대한 선생님의 견해를 표시해 주시기 바랍니다.

	전혀 문제 되지 않았다	조금은 문제가 있었다	매우 문제 되고 있다
보건과 사회복지 인력의 갈등 문제	①	②	③
보건과 사회복지의 업무분장 문제	①	②	③
보건/복지 연계프로그램 개발의 문제	①	②	③
이용자의 접근성 문제	①	②	③
시·군·구청 및 읍·면·동사무소와의 업무협조 문제	①	②	③
시·군·구청과의 업무분담 문제	①	②	③
민간사회복지기관과의 업무협조 문제	①	②	③
행정전산망 이용의 문제	①	②	③
기 타 (_____)	①	②	③

* 보건복지사무소 시범사업 실시, 운영의 문제점이나 개선사항 등 하시고 싶은 말씀이 있으시면 써 주시기 바랍니다.

♣ 응답해 주셔서 대단히 감사합니다 ♣

구분	조사구번호	조사표번호	
2			

보건복지사무소 시범사업 최종평가를 위한
방문간호요원 조사표

1997. 10.

한국보건사회연구원
보 건 복 지 부

안녕하십니까?

한국보건사회연구원에서는 1995년 7월부터 1997년 6월까지 5개 지역(서울시 관악구, 대구시 달서구, 경기도 안산시, 강원도 홍천군, 전라북도 완주군)에서 2년간 실시된 「보건복지사무소」 시범사업의 최종평가를 실시하고 있습니다.

본 조사는 '시범 보건복지사무소 설치·운영'을 통해 나타난 변화와 성과를 파악하여, 향후 바람직한 보건복지전달체계를 모색하기 위한 기초자료를 수집하는 데 목적이 있습니다.

본 조사표에 대한 귀하의 답변은 「시범보건복지사무소」의 운영평가와 방향 모색에 중요한 자료가 되오니, 바쁘시더라도 모든 질문에 대해 솔직하고 성의있게 응답해주시기를 부탁드립니다. 응답하신 내용은 전산처리 후 통계자료로만 이용될 것이므로, 응답내용에 관한 비밀은 철저히 보장됨을 약속드립니다.

감사합니다.

1997. 10

한국보건사회연구원장 연 하 청

* 다음 질문들에 대하여 해당 난에 V표 하시거나 내용을 기입해 주십시오.

일 반 사 황

1. 성 별	2. 연 령	3. 현직급	4. 방문간호경력
<input type="checkbox"/> ① 남 <input type="checkbox"/> ② 여	만_____세	_____급	_____년_____개월

5. 현근무지 근무기간	6. 자격증 소유유무 및 유형	7. 최종학력(중퇴포함)
_____년_____개월	<input type="checkbox"/> ① 간호사 <input type="checkbox"/> ② 간호조무사 <input type="checkbox"/> ③ 기타()	<input type="checkbox"/> ① 고등학교 졸업 <input type="checkbox"/> ② 전문대학 졸업 <input type="checkbox"/> ③ 대학교 졸업 <input type="checkbox"/> ④ 대학원 졸업 ↳ 전공(_____)

업 무 현 황

8. 전체 직무시간을 100%로 하였을 때, 다음 업무 중 선생님께서 담당하시는 각 업무가 차지하는 비율을 기입하여 주십시오,

- ① 가족계획업무 _____%
- ② 모자보건업무 _____%
- ③ 보건교육업무 _____%
- ④ 지역사회 건강진단 업무 _____%
- ⑤ 예방접종 업무 _____%
- ⑥ 가정방문 건강상담 업무 _____%
- ⑦ 결핵관리업무 _____%
- ⑧ 방역사업업무 _____%
- ⑨ 일반행정업무 _____%
- ⑩ 예로사항 연계처리 업무 _____%
- ⑪ 기 타(무엇: _____) _____%

9. 선생님께서 담당하시는 방문간호대상 가구는 몇가구입니까 ?

(_____) 가구

10. 선생님께서는 현재 가정방문을 하고 계십니까?

① 예 (10-1번으로)

② 아니오 (11번으로)

└ 10-1. 가정방문을 하시는 이유는 무엇입니까? 중요한 이유 2가지만 기입하여 주십시오.

| (첫째, _____ 둘째, _____)

| ① 담당가구의 건강상담 및 투약

| ② 담당가구의 정서적문제 상담

| ③ 담당가구의 건강문제의 기타 문제해결

| ④ 정기적 방문

| ⑤ 기 타 (이유: _____)

└ 10-2. 선생님께서는 담당가구를 얼마나 자주 방문하십니까? 해당가구의 비율을 기입하여 주십시오.

① 1년에 1회정도 방문하는 가구 비율 _____%

② 6개월에 1회정도 방문하는 가구 비율 _____%

③ 3개월에 1회정도 방문하는 가구 비율 _____%

④ 2개월에 1회정도 방문하는 가구 비율 _____%

⑤ 1개월에 1회정도 방문하는 가구 비율 _____%

⑥ 1주일에 1회정도 방문하는 가구 비율 _____%

⑦ 1주일에 1회이상 방문하는 가구 비율 _____%

11. 선생님께서는 보호가구들에게 충분한 서비스를 제공하고 있다고 생각하십니까?

① 매우 그렇다

② 약간 그렇다

③ 보통이다

④ 별로 그렇지 않다

⑤ 전혀 그렇지 않다

12. 다음은 수급자들에게 급여와 보호서비스를 충분히 제공하는 데 장애가 될 수 있는 여건들입니다. 이에 대한 선생님의 견해를 표시하여 주십시오.

	매우 그렇다	약간 그렇다	보통	별로 그렇지 않다	전혀 그렇지 않다
담당가구수가 너무 많다	①	②	③	④	⑤
업무가 너무 많다	①	②	③	④	⑤
후원 및 결연자의 발굴이 어렵다	①	②	③	④	⑤
지역사회내에 의뢰할 수 있는 시설이나 기관이 부족하다	①	②	③	④	⑤
타전문인력(특히 복지인력)과의 협조가 어렵다	①	②	③	④	⑤
치료, 상담 등 전문적인 서비스 제공을 위한 본인의 능력이 부족하다	①	②	③	④	⑤
서비스 및 급여수준이 낮다	①	②	③	④	⑤
수급자 개인의 자립의지 · 노력이 부족하다	①	②	③	④	⑤
노인, 중증장애인, 정신질환자 등 자활하여 독립적 생활을 영위할 수 없는 경우가 대부분이다	①	②	③	④	⑤
기 타(_____)	①	②	③	④	⑤

13. 선생님께서서는 서비스 제공에 있어 전문성을 어느 정도 발휘하고 있다고 생각하십니까?

- ① 매우 잘 발휘하고 있다
- ② 약간은 발휘하고 있다 (14번으로)
- ③ 그저 그렇다
- ④ 별로 발휘하지 못하고 있다
- ⑤ 전혀 발휘하지 못하고 있다

13-1. 발휘하지 못하신다면 그 주된 이유는 무엇입니까?

- ① 자신의 전문성 부족
- ② 업무량 과다
- ③ 업무규정의 미비
- ④ 업무환경의 부적합
- ⑤ 상급직원의 이해부족
- ⑥ 개인적인 사정 때문
- ⑦ 기타 (_____)

14. 선생님께서는 보건복지사무소 시범사업이 실시되기 전과 2년간 진행된 현시점과 비교할 때, 다음의 사항들이 어느 정도 변화되었다고 생각하십니까 ?

	매우 좋아졌다	조금 좋아졌다	그저 그렇다	조금 나빠졌다	매우 나빠졌다
담당업무내용의 충실성	①	②	③	④	⑤
업무분장의 합리성	①	②	③	④	⑤
업무량의 적정성	①	②	③	④	⑤
근무시간의 적절성	①	②	③	④	⑤
의사결정의 합리성	①	②	③	④	⑤
서비스 제공의 충분성	①	②	③	④	⑤
서비스의 전문성	①	②	③	④	⑤
대상자의 접근성	①	②	③	④	⑤
대상자의 만족도	①	②	③	④	⑤

보건·복지서비스

15. 선생님께서는 지역의 일반주민으로부터 직접 요청을 받아 가정방문 및 서비스를 제공한 적이 있습니까?

- ┌ ① 있다 (15-1번으로)
| ② 없다 (16번으로)
|

└ 15-1. 일반주민으로부터의 서비스 요청은 월평균 몇 회정도 됩니까? 월평균 (____)회

└ 15-2. 지역의 주민에게서는 주로 어떤 서비스가 요청됩니까?

우선 순위에 따라 두가지를 기입하여 주십시오.

(첫째, _____ 둘째, _____)

- | | |
|-----------|-----------------|
| ① 건강상담 | ② 치료 및 진료 |
| ③ 방문간호 | ④ 검사 및 예방접종 |
| ⑤ 의료기관 의뢰 | ⑥ 의료이외의 집안문제 해결 |
| ⑦ 기타 정보제공 | ⑧ 기 타(_____) |

16. 선생님께서는 가정방문 보건업무 수행시 사회복지서비스를 함께 제공할 필요가 있다고 생각하십니까?

- ① 매우 필요하다
- ② 약간 필요하다
- ③ 그저 그렇다
- ④ 별로 필요하지 않다
- ⑤ 전혀 필요하지 않다

17. 선생님께서는 지난 한달간 보건복지사무소(지소)내의 사회복지전문요원에게 업무 협조를 의뢰하신 적이 있습니까?

- ① 예
- ② 아니오

18. 시범사업기간동안 사회복지인력과의 협조는 주로 어떤 경우에 이루어지고 있습니까?

- ① 생활보호대상자 책정 및 급여 수혜 요청
- ② 대상자의 생활문제 해결
- ③ 복지시설 의뢰 및 이용
- ④ 자원봉사자 연결
- ⑤ 환자 방문 의뢰
- ⑥ 방문대상가족의 현황 파악
- ⑦ 기 타(_____)

19. 선생님께서는 사회복지관련 기관이나 사회복지전문요원으로부터 대상자를 의뢰받은 적이 있습니까?

- ① 있다
- ② 없다

└─ 19-1. 사회복지관련기관(사회복지전문요원 포함)으로부터 의뢰받은 적이 있다면 그 횟수는 얼마나 됩니까? (월 평균 _____ 번)

└─ 19-2. 의뢰를 해오는 기관은 주로 어디입니까?

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ① 읍·면·동사무소 | <input type="checkbox"/> ④ 사회복지기관 |
| <input type="checkbox"/> ② 시·군·구청 | <input type="checkbox"/> ⑤ 지역주민 |

| ③ 사무소내 사회복지전문요원 ⑥ 기 타(_____)

|
 └ 19-3. 의뢰를 해오는 서비스의 내용은 주로 무엇입니까? 우선 순위대로 두가지를 기입하여 주십시오. (첫째_____, 둘째_____)

- | | |
|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ① 건강진단 | <input type="checkbox"/> ⑤ 정기검진 |
| <input type="checkbox"/> ② 건강상담 | <input type="checkbox"/> ⑥ 구장건강지도 |
| <input type="checkbox"/> ③ 영양지도 | <input type="checkbox"/> ⑦ 고혈압, 당뇨병 |
| <input type="checkbox"/> ④ 예방접종 | <input type="checkbox"/> ⑧ 기 타 (_____) |

20. 보건복지사무소 시범사업의 실시 초기와 비교할 때 사회복지인력과의 업무협조에 어떤 변화가 있었는지 표시해 주시기 바랍니다.

- ① 업무협조가 초기부터 지금까지 잘되고 있다
- ② 업무협조가 초기에는 잘 되었으나 지금은 잘 안되고 있다
- ③ 업무협조가 초기에는 잘 안되었으나 지금은 잘 되고 있다
- ④ 업무협조가 초기부터 지금까지 잘 안되고 있다

21. 사회복지인력과의 업무협조 및 의뢰에 어려움이 있다면 그 이유는 무엇입니까?

이유: _____

22. 선생님께서는 보건과 복지의 서비스 및 업무 연계가 활성화되려면 필요한 조건이 무엇이라고 생각하십니까? 우선 순위에 따라 두가지를 기입하여 주십시오.

- (첫째, _____ 둘째, _____)
- ① 보건/복지 통합프로그램 개발
- ② 복지직 및 보건직간 상호 이해
- ③ 상급자의 보건/복지 통합 의지
- ④ 보건복지사무소내 조직체계 개편
- ⑤ 사회복지전문요원 충원
- ⑥ 방문간호요원 충원
- ⑦ 행정직 충원
- ⑧ 기 타 (필요조건:_____)

23. 현재 보건복지사무소에서 실시하고 있는 보건사업 중 대상자에게 가장 적절하고 필요하다고 판단되는 것이 있다면 어떤 것입니까?

프로그램: _____

24. 현재 보건복지사무소에서 실시하는 것이 바람직하다고 생각되는 보건·복지 연계프로그램은 어떤 것입니까 ?

프로그램: _____

업 무 환 경

25. 선생님께서는 보건복지사무소 시범사업 실시에 따라 사회복지전문인력과 함께 일하게 되어 어느 정도 도움이 된다고 생각하십니까?

- ① 매우 도움이 된다
- ② 약간 도움이 된다
- ③ 그저 그렇다
- ④ 별로 도움되지 않는다
- ⑤ 전혀 도움되지 않는다

26. 선생님께서는 보건복지사무소 시범사업 실시에 따라 사회복지전문요원들이 함께 모여 일하게 되어, 어떤 장점이 있다고 생각하십니까 ?

- ① 신속한 대상자 현황 파악
- ② 대상자의 효율적 관리
- ③ 포괄적 서비스 제공
- ④ 전문적 복지서비스 제공
- ⑤ 정보 및 기술 교환
- ⑥ 기 타(_____)

27. 선생님께서는 보건복지사무소 시범사업 실시에 따라 사회복지전문인력들이 함께 모여 일하게 되어, 어떤 단점이 있다고 생각하십니까 ?

- ① 보건·복지인력간 갈등
- ② 복지부문의 접근성 저하

- ③ 보건 복지사업대상 중복 및 차이
- ④ 업무량 증가
- ⑤ 행정기관과의 협조문제
- ⑥ 기 타(_____)

보건복지사무소에 대한 의견

28. 선생님께서는 시범보건복지사무소가 운영된 지난 2년간 다음에 제시된 문제점들을 경험하신 적이 있는지, 이에 대한 선생님의 견해를 표시해 주시기 바랍니다.

	전혀 문제 되지 않았다	조금은 문제가 있었다	매우 문제 되고 있다
보건과 사회복지 인력의 갈등 문제	①	②	③
보건과 사회복지의 업무분장 문제	①	②	③
보건/복지 연계프로그램 개발의 문제	①	②	③
이용자의 접근성 문제	①	②	③
시·군·구청 및 읍·면·동사무소와의 업무협조 문제	①	②	③
시·군·구청과의 업무분담 문제	①	②	③
민간사회복지기관과의 업무협조 문제	①	②	③
행정전산망 이용의 문제	①	②	③
기 타 (_____)	①	②	③

* 보건복지사무소 시범사업 실시, 운영의 문제점이나 개선사항 등 하시고 싶은 말씀이 있으시면 써 주시기 바랍니다.

♣ 응답해 주셔서 대단히 감사합니다 ♣