

가족복지서비스 전달체계의 운영평가 -상담서비스 네트워크를 중심으로-

Evaluating the family welfare service delivery
-The counseling service networks-

고경환 · 강지원 · 김용민

가족복지서비스 전달체계의 운영평가

- 상담서비스 네트워크를 중심으로 -

연구보고서 2008-23-1

발행일	2008년 12월
저자	고경환 외
발행인	김용하
발행처	한국보건사회연구원
주소	서울특별시 은평구 진흥로 268(우: 122-705)
전화	대표전화: 02) 380-8000
홈페이지	http://www.kihasa.re.kr
등록	1994년 7월 1일 (제8-142호)
인쇄처	한국장애인고용안정협회
가격	6,000원

© 한국보건사회연구원 2008

ISBN 978-89-8187-572-5 93330

머 리 말

가족은 사회의 기본 단위이며 지속적이고 안정적인 유지를 위해 국가는 가족구성원의 복지 증진에 노력하고 있다. 이러한 배경에서 정부는 통합적이고 예방적인 가족정책을 발전시키고 건강한 가족을 보존·유지하기 위해 재정지출을 점차 늘리고 있다.

현재 가족복지서비스는 보건복지가족부와 여성부를 통해 이루어지고 있다. 보건복지가족부는 사전적이고 예방적인 가족 상담과 가족문화사업을 중심으로 종합사회복지관과 건강가정지원센터를 운영하고 있다. 여성부는 주로 가정폭력이나 성폭력 등 가족의 해체 위기에 있는 여성에 초점을 맞추어 사후적이고 처치 위주로 가정폭력상담소와 성폭력상담소, 통합상담소 등을 지원하고 있다. 이는 사회재정 투자의 비효율과 새롭게 등장한 가족문제에 대한 대응 미비 등의 문제들을 야기하고 있다. 특히 가족복지 서비스 전달체계는 대상별로 서비스가 제공되고 있을 뿐만 아니라 공공기관이나 지역사회 등의 관련기관과 협력관계가 낮아 서비스 제공이 비효율적이고 단편적인 것이 현실이다.

본 연구에서는 가족복지서비스 전달체계의 효율성 제고라는 관점에서 운영평가를 실시하여 두 가지 모형을 제시하였다. 먼저 네트워크형은 현행 전달체계를 그대로 유지하면서 효율성을 강화할 수 있도록 연계서비스를 강화하는 데 초점을 둔 만큼 대도시에 적합한 모형이다. 다음 통합형은 기존 기관들의 고유 업무를 유지하되 다양한 기능들을 통합하여 수요자의 욕구에 맞는 서비스를 제공하는 데 목적을 두고 있다. 이는 소도시 혹은 농어촌 노인 가족이나 다문화가족 등의 서비스 이용의 편리를 제고

하기 위한 대안이다.

본 연구는 고경환 연구위원의 책임 하에 강지원 연구원과 광주송원대학의 김용민 교수에 의해 이루어졌다. 본 연구를 수행함에 있어 연구진은 그동안 연구진행에 관심과 협조를 아끼지 않으신 여러 전문가와 연구자들에게 깊은 감사의 말씀을 전한다.

먼저 바쁜 와중에도 평가사업 선정에 자문을 주신 손신기·김병수(서울시 은평구청), 최석규(고양시청), 김정환(서울시 노원구청), 심윤무·명상필(충남 논산시청), 황보재원(대구시서구청)님들에게 감사한다. 또한 실태조사에 응해준 272개 기관의 관계자와 사전조사에 도움을 준 은평가정폭력상담소의 박근혜 사회복지사와 서대문구 건강가정지원센터 황미경 팀장에게 감사의 뜻을 전한다. 또한 보고서를 읽고 유익한 조언을 주신 본원의 오영호 연구위원과 박세경 부연구위원에게 감사를 표한다. 마지막으로 기초 자료의 입력과 정리를 꼼꼼히 해주신 정영애·김영덕·이상미 선생에게도 감사의 말씀을 전하고자 한다.

본 보고서는 사회정책과 사회복지 서비스 분야에서 그동안 미흡했던 기관운영평가와 전달체계에 대한 논의들을 활성화시킬 수 있는 연구로 관계 전문가들에게 널리 활용될 수 있을 것으로 기대된다.

마지막으로 본 보고서에 수록된 모든 내용은 어디까지나 저자의 의견이며 본 연구원의 공식 견해가 아님을 밝혀두고자 한다.

2008년 12월

한국보건사회연구원

원장 김 용 하

목 차

Abstract	11
요 약	13
제1장 서론	19
제1절 연구의 필요성	19
제2절 연구의 목적	23
제3절 연구방법과 내용	24
제2장 이론적 배경	27
제1절 가족복지서비스 전달체계에 대한 논의	27
제2절 평가의 방법론 및 선행연구	33
제3장 가족복지서비스 전달체계 현황과 주요쟁점	51
제1절 가족복지서비스의 개요	51
제2절 보건복지가족부의 전달 체계	56
제3절 여성부 가족복지서비스의 전달 체계	64
제4절 주요 쟁점과 평가 범위	68
제4장 가족복지서비스 전달체계의 운영평가	75
제1절 실태조사와 응답실적	75
제2절 운영평가	82

제5장 지역사회에 기반을 둔 효율적인 전달체계의 대안 모색	115
제1절 기본관점	115
제2절 대안모형	119
제6장 요약 및 제언	129
참고문헌	137
부 록	147

표 목 차

〈표 2- 1〉 가족복지서비스 전달체계	29
〈표 2- 2〉 사업평가의 대표적인 분석 방법	43
〈표 2- 3〉 DEA를 이용한 사회복지기관에 대한 연구들	50
〈표 3- 1〉 가족복지서비스 관련 법령비교	52
〈표 3- 2〉 건강가정지원센터의 주요사업	60
〈표 3- 3〉 기관별 이용자 현황(복지관, 건강가정지원센터)	61
〈표 3- 4〉 가정폭력·성폭력상담소의 상담내용(2007년 기준)	66
〈표 3- 5〉 가정폭력·성폭력 피해자 지원내용(2007년 기준)	67
〈표 4- 1〉 가족복지서비스 기관 현황(2007말 기준): 모집단	75
〈표 4- 2〉 가족복지서비스 기관 현황(2007말 기준): 표본 집단	76
〈표 4- 3〉 가족복지서비스 전달체계 실태 조사 대상 집단	77
〈표 4- 4〉 종합사회복지관의 모기관에서 운영하는 다른 시설	78
〈표 4- 5〉 상담자의 상담유형 분포	79
〈표 4- 6〉 프로그램 유형 분포	80
〈표 4- 7〉 도시규모별 기관 분포	81
〈표 4- 8〉 투입 및 산출변수(상담서비스중심)	83
〈표 4- 9〉 기관 유형별 상담서비스의 DEA 결과	84
〈표 4-10〉 도시 규모별 상담서비스의 DEA 결과	85
〈표 4-11〉 기관 유형과 도시규모별 상담서비스의 DEA 결과	86
〈표 4-12〉 투입 및 산출변수(상담, 프로그램, 사례관리)	87
〈표 4-13〉 가정폭력상담소의 효율성 평가	88
〈표 4-14〉 도시규모별 가정폭력상담소 효율 기관의 분포	89

〈표 4-15〉	성폭력상담소의 효율성 평가	90
〈표 4-16〉	도시규모별 성폭력상담소 효율 기관의 분포	90
〈표 4-17〉	통합상담소의 효율성 평가	92
〈표 4-18〉	도시규모별 통합상담소의 효율 기관의 분포	92
〈표 4-19〉	건강가정지원센터의 효율성 평가	93
〈표 4-20〉	도시규모별 건강가정지원센터 효율적인 기관의 분포	94
〈표 4-21〉	종합사회복지관의 효율성 평가	95
〈표 4-22〉	도시규모별 종합사회복지관 효율적인 기관의 분포	96
〈표 4-23〉	투입변수의 영향 요인	97
〈표 4-24〉	산출변수의 영향 요인	97
〈표 4-25〉	기관별 산출변수의 영향 요인	98
〈표 4-26〉	기관 간 차이검정(전체)	100
〈표 4-27〉	기관 간 차이검정(상담소, 건강지원센터, 사회복지관)	101
〈표 4-28〉	기관 간 차이검정(상담소)	102
〈표 4-29〉	재정(정부지원, 법인보조 등) 부족의 어려움 인식	103
〈표 4-30〉	과중한 업무에 대한 인식	104
〈표 4-31〉	소득지원에 대한 연계 욕구의 정도	105
〈표 4-32〉	법률서비스에 대한 연계 욕구의 정도	106
〈표 4-33〉	아동심리상담에 대한 연계 욕구의 정도	107

그림 목 차

[그림 1-1]	연구 모형	24
[그림 2-1]	사업평가의 주요 요소	34
[그림 3-1]	보건복지가족부의 주요부서와 가족복지서비스 업무	53
[그림 3-2]	여성부의 주요부서와 가족복지서비스 부서의 업무	54
[그림 3-3]	보건복지가족부의 가족복지서비스 전달체계 현황	63
[그림 3-4]	여성부의 가족복지서비스 전달체계 현황	65
[그림 3-5]	가족복지서비스 전달체계의 범위	73
[그림 4-1]	기관별 채용조달방법 비교	80
[그림 4-2]	기관별 효율성 비교	110
[그림 4-3]	공급주체별 법령상 가족복지서비스 전달체계 영역	111
[그림 4-4]	기관별 실태조사에 나타난 전문 영역	112
[그림 5-1]	네트워크형 가족복지서비스 전달체계 구축 방안	121
[그림 5-2]	네트워크형 전달체계의 사례 예시	122
[그림 5-3]	통합형 가족복지서비스 전달체계 구축 방안	127
[그림 5-4]	통합형 전달체계의 사례 예시	128

부 표 목 차

〈부표 1〉	가족복지서비스 전달체계 실태 조사표	149
〈부표 2〉	가정폭력상담소 비효율성 DMU 실태	157
〈부표 3〉	성폭력상담소 비효율성 DMU 실태	159
〈부표 4〉	통합상담소 비효율성 DMU 실태	160
〈부표 5〉	건강가정지원센터 비효율성 DMU 실태	161
〈부표 6〉	종합사회복지관 비효율성 DMU 실태	162
〈부표 7〉	안정적인 예산확보의 어려움 인식	164
〈부표 8〉	후원금 모금의 어려움 인식	165
〈부표 9〉	전문 인력의 부족 인식	166
〈부표 10〉	상담시간의 부족 인식	167
〈부표 11〉	이용자 필요에 맞는 프로그램 부족 인식	168
〈부표 12〉	전문적인 기술의 부족 인식	169
〈부표 13〉	지역주민들의 인식 부족 정도	170
〈부표 14〉	통합지원 전화의 연계 욕구 정도	171
〈부표 15〉	일시주거지원의 연계 욕구 정도	172
〈부표 16〉	방과 후 보육의 연계 욕구 정도	173
〈부표 17〉	보육서비스의 연계 욕구 정도	174
〈부표 18〉	사례관리공유의 연계 욕구 정도	175
〈부표 19〉	긴급의료서비스의 연계 욕구 정도	176
〈부표 20〉	경찰 안전(신변)서비스의 연계 욕구 정도	177

Abstract

Evaluating the family welfare service delivery -The counseling service networks-

The current family welfare deliveries provide services separately with target groups, administrative departments, and dividing public-private sector. Therefore problems appear not only the duplication of single or similar services provided, but also low satisfaction with services used. Accordingly the improvement of family welfare service delivery system is established.

Despite an increase of concerning the family subject, family welfare delivery does not provide services in preventive and integrated perspective. And despite a variety of complex and diverse system, the satisfaction of user's is also low. For the appropriate response to the demand of people and the efficient supply of service administrations, we evaluate the operation of the family welfare service delivery and then propose alternative delivery models.

Exploring the effectiveness of family welfare services delivery we looked at the service provider's internal and external factors. It results in administrative efficient agencies about counseling services that all agencies provide appears only 3.9%. By region scale, efficient agencies appear more and more in the megalopolis and metropolis to cities and town. By agencies type, efficient

agencies appear domestic violence clinics 2.3%, general social welfare centers 0.8%, healthy family support centers and sexual assault clinics 0.4% each. Secondly, individual provider's efficiencies are the most highest sexual assault counseling clinics (47.9%) and follow by family support centers (42.5%), integrated clinics (35.0%), domestic violence clinics (23.9%), general social welfare centers (21.7%). By regional location of efficiency agencies vary.

Thirdly, Regression analysis results as well in regular staff and volunteer numbers, expenditures of input variables, as in program and case management numbers of output variables. In addition, it appears noticeably that the clinics are significant with counseling, healthy family support centers with linking, and the general social welfare centers with counseling and treatment. Fourth, analyzing the difference between the family welfare service agencies using the ANOVA, services differ in program and problem types. Finally, the need for cooperation of services agencies and civil societies shows all the family welfare services deliveries want to not only link the public sector to private sector but also between the service providers with the temporary income support, housing support, case management, etc.

In conclusion, we propose the two alternative models. Networking Family Service Delivery System strengthens the links between the existing service agencies to provide people with the appropriate service more efficiently. This model facilitates the service as can be accessible through the various channels (phone, cyber, visit), as be provided ongoing, comprehensive, and specialized with users. Cities and towns, the lack or immaturity of the service providers, causes the Integrated Family Service Model. It is required the existing agencies to multi-functions, but subject supply agencies(eg. marriage and family support center, elderly welfare service center, etc.) vary.

요 약

1. 연구의 목적

- 기존의 가족복지서비스는 대상자별, 서비스별, 공공-민간기관별로 구분되어 공급 중심이고, 사전적인 예방 및 체계적인 관리가 미흡하였음. 이에 따라 사회재정의 투자에도 불구하고 수요자의 욕구를 만족시키지 못할 뿐만 아니라 예산의 효율성 문제가 제기됨에 따라 사회재정사업에 대한 평가의 필요성이 제기됨.
 - 국민들의 다양한 복지 수요에 적절히 대응하고 효율적인 서비스를 제공하기 위해 가족복지서비스 공급기관의 운영평가를 실시하고 새로운 가족복지서비스 전달체계 모형을 제안하고자 함.
- 가족복지서비스 전달체계의 행정 부처의 이원화와 동일 부처내 유사한 서비스의 제공, 낮은 만족도 등으로 인해 효율적인 전달체계 구축의 필요성이 제기됨.
 - 현행 가족복지서비스 전달체계는 보건복지가족부와 여성부의 전달체계를 통해 이뤄지고 있음. 보건복지가족부는 일반적인 가족의 문제에 대한 상담, 연계, 사례관리 등의 서비스를 제공하고 있으나 전통적으로 종합사회복지관은 저소득층을, 건강가정지원센터는 중산층을 주요 대상으로 함.
 - 여성부는 특수한 욕구를 지닌 가족의 문제에 대한 상담, 연계 등의 서비스를 제공하고 있으며 상담 문제의 유형에 따라 가정폭력상담소, 성폭력상담소, 통합상담소로 구분함. 이들 상담소는 일반적인 상담 서비스는 유사하나 전문화된 상담 서비스에는 차이가 있음.

14 가족복지서비스 전달체계의 운영평가

- 대안설정의 관점은 현 복지수요의 급증에 따른 공급기관의 계속적 확충 보다는 기 공급기관의 전문성과 연계성의 강화를 통한 시너지 효과의 제고에 둬.

2. 연구방법

□ 문헌연구

- 가족복지서비스 전달체계에 대한 논의와 복지 전달체계를 둘러싼 행정 개편에 대한 논의, 비영리기관의 운영평가에 대한 논의 등 선행연구 내용을 검토함.

□ 실태조사 및 분석

- 실태조사 결과를 토대로 자료포락분석(DEA)을 이용한 효율성, 회귀분석을 이용한 영향 요인, 일원배치분산분석을 이용한 기관별 차이 검증, 빈도분석을 이용한 연계서비스 욕구 파악 등을 통해 가족복지서비스 전달체계의 운영평가를 실시함.

□ 전문가 회의

- 학계 및 현장 관계자, 정책 연구자들로 구성된 자문회의를 개최함.

3. 기관 운영 평가 결과

- 재정평가사업은 효율성을 중심으로 이루어지므로 가족복지서비스 전달체계의 효율성을 살펴보기 위해서 첫째 전체 기관의 상담서비스에 대한 자료포락분석(DEA)을 실시하고, 둘째 기관별 주요한 가족복지서비스(상담·연계·사례관리)에 대해 자료포락분석을 실시함. 그런 다음

가족복지서비스 제공기관의 효율성에 영향을 미치는 변수를 살펴보기 위해 회귀분석을 실시하고, 기관별 차이를 살펴보기 위해 차이검정을 실시함. 마지막으로 가족복지서비스 제공기관의 연계 필요성에 대한 빈도분석을 실시함.

- 기관 유형에 상관없이 공통적으로 제공하고 있는 상담서비스를 중심으로 효율성을 살펴본 결과 전체 가족복지 상담서비스를 제공하는 기관 중 효율적인 기관은 3.9%에 불과하며, 거대도시와 대도시 소재의 기관들이 중소도시보다 상대적으로 효율적인 것으로 나타남.
 - 효율적인 기관으로는 가정폭력상담소 2.3%, 종합사회복지관 0.8%, 건강가정지원센터와 성폭력상담소가 각 0.4%이며, 지역을 중심으로 살펴보면 거대도시 1.6%, 대도시 1.6%, 소도시 0.8%로 나타남.
 - 비효율적인 기관들의 경우 거대 도시의 종합사회복지관이 16.7%로 가장 많고, 가정폭력상담소와 건강가정지원센터, 성폭력상담소는 다른 도시에 비해 소도시에서 상대적으로 비효율적인 기관들이 많은 것으로 나타남.
- 기관유형별로 효율성을 분석해본 결과 성폭력상담소가 효율적인 기관의 비중이 가장 많았으며(47.9%), 건강가정지원센터(42.5%), 통합상담소(35.0%), 가정폭력상담소(23.9%), 종합사회복지관(21.7%)로 나타남.
 - 각 기관별로 효율적인 기관에 대해 지역 소재지를 살펴보면 가정폭력상담소와 성폭력상담소는 거대도시와 대도시가, 종합사회복지관은 거대도시와 중도시가, 통합상담소는 중도시와 거대도시가, 건강가정지원센터는 소도시와 거대도시에 많이 위치하는 것으로 나타남.
- 효율성에 영향을 준 요인을 살펴보고자 회귀분석을 실시한 결과 투

16 가족복지서비스 전달체계의 운영평가

입변수에서는 정규인력의 수와 자원봉사자의 수, 예산액이 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 산출변수에서는 프로그램의 수와 사례관리 건수가 영향을 미치는 것으로 나타남.

- 전체 기관과 상담소에 대해서는 상담서비스만 유의하게 나타났으나, 건강가정지원센터는 연계서비스에서, 종합사회복지관은 상담서비스와 직접적인 처치에서 유의한 영향이 나타남.
- 기관별 산출물의 차이를 살펴보기 위해서 일원배치 분산분석을 실시한 결과 주된 상담내용과 프로그램 유형, 사례 유형에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타난 반면 일부 업무는 기관간에 차이가 유의하게 나타나지 않음.
- 5개 기관에 대한 차이검정에서는 상담방법과 주된 문제 유형, 프로그램 유형과 사례유형에서 차이가 나타나나, 상담방법과 상담유형에서는 기관들별 차이가 나타나지 않음.
- 가정폭력상담소와 성폭력상담소, 통합상담소를 하나의 요인으로 보고 건강가정지원센터와 종합사회복지관의 차이를 살펴본 결과 상담방법과 상담의 주된 문제 유형, 프로그램 유형과 사례 유형에서 차이가 있는 것으로 나타남.
- 가정폭력상담소와 성폭력상담소, 통합상담소를 대상으로 차이검정을 실시한 결과 문제유형과 프로그램 유형, 사례 유형에서만 차이가 있는 것으로 나타남. 주요한 차이는 가정폭력과 성폭력으로 나타남. 즉 상담소의 일반 업무에 있어서는 대부분 차이가 없으나 문제유형과 프로그램 유형, 사례 유형이 가정폭력과 성폭력일 때 차이가 발생하였음.
- 연계 서비스에 대한 욕구를 분석한 결과 모든 가족복지서비스 전달체계기관에서 소득지원과 일시주거지원, 사례관리 공유에 대한 연계

를 필요로 하고 있음.

- 가족복지서비스 제공기관들은 일반적으로 채용조달의 어려움과 인력 부족을 호소했는데, 특히 건강가정지원센터의 경우 전문 인력에 대한 욕구가 매우 높게 나타남. 이는 자격증 제도의 역사가 짧아 필요한 인력이 적절하게 공급되지 못함을 의미하며 ‘건강가정사’의 높은 이직율과도 연관이 있음. 또한 건강가정지원센터는 시설공간의 부족으로 인한 어려움도 매우 큰 것으로 나타남.
- 상담소의 경우 특히 법률지원서비스, 경찰신변보호서비스, 의료서비스와 경제적 지원에 대한 연계서비스에 대한 욕구가 매우 높게 나타남.

4. 대안 및 정책적 제언

- 본 연구에서 효율적인 가족복지서비스 전달체계의 구축을 위해 ‘네트워크형’과 ‘통합형’을 제안함.
 - ‘네트워크형’은 현행 서비스 전달기관들의 전문성을 강화하면서 공공부문과 민간부문, 지역사회를 체계적으로 연계하기 위한 방안임. 이를 통해 공급자는 전문화된 서비스를 강화하고 효율적으로 기관을 운영할 수 있으며 수요자는 다양한 경로를 통해 필요한 정보를 얻고 서비스를 직접 선택할 수 있어 만족도를 제고할 수 있음.
 - ‘통합형’은 중소도시와 농어촌지역, 다문화가족, 외국인근로자가 많은 지역에 적합함. 이는 서비스 제공기관의 공급이 부족한 지역에 한하여 새로운 시설을 설립하기보다는 기존의 시설에서 다양한 기능을 제공할 수 있도록 인력 및 예산을 지원하는 전달체계임.
- 전달체계 구축에 앞서 몇 가지 제도적 장치가 필요함.

18 가족복지서비스 전달체계의 운영평가

- 현재 복지콜센터는 기존의 동·읍·면 창구에서 대응하던 전화민원을 소화하여 공공부문의 복지업무 담당자의 업무 집중도를 향상시키고 수요자는 통합된 콜센터에서 다양한 정보를 얻을 수 있어 이용에 편리를 제공하고 있음. 그러나 지방자치단체에서 운영하는 콜센터와 부처별로 운영하는 콜센터가 별도로 존재하고 있어 이에 대한 연계가 필요함.
- 또한 콜센터는 단순한 안내 기능에서 벗어나 수요자의 욕구를 파악하고 정보를 제공하며 서비스 제공 여부와 서비스 종류에 대한 정보를 제공할 수 있도록 일정수준의 상담자격을 갖추어야 함. 이를 위해 보수교육, 사전 교육 이수 등의 규정이 필요함.
- 공공부문과 민간부문의 효율적인 연계를 위해서는 복지정보포털사이트의 역할을 강화해야 함. 기존의 복지포털사이트가 대상별로 분리·운영되어 중요한 복지 주체인 가족은 배제되어 있음. 공공과 민간부문의 상담과 서비스 연계 프로세스를 전산화할 수 있는 관리망이자 수요자의 서비스 신청 및 상담을 위한 포털 서비스가 운영되어야 함.
- 공공부문과 민간부문, 지역사회의 연계, 복지 서비스와 비복지 서비스(예, 경찰, 법원, 병원)의 연계를 위해 지역에 기반을 둔 가족복지서비스 관련 기관들을 포함하는 지역사회복지협의체를 활성화시켜야 함. 현재는 공공부문과 민간부문의 사회복지서비스 제공기관으로 제한되어 있으나 지역사회의 다양한 자원을 수용해야 함. 이를 위해 조세감면, 인증제도 등의 유인책이 제공될 수 있음.

제1장 서론

제1절 연구의 필요성

초기 한국의 가족복지사업은 문제가 발생한 개인을 대상으로 사후 처방적 차원에서 이루어졌다. 최초의 가족 복지서비스 사업은 전쟁 후 남성 생계 부양자가 없는 아동, 여성 등 피부양자를 중심으로 이뤄졌고(장혜경 외, 2002), 산업화 이후에는 저소득층, 장애인, 요보호노인, 요보호아동, 요보호여성 등 문제가 발생한 개인을 대상으로 구호사업과 시설보호사업이 중심이었다(이영분·양심영, 2000). 즉 초기의 가족복지서비스는 가족 전체를 대상으로 하기보다는 욕구를 가진 개별 구성원을 대상으로 하였다.

오늘날에는 이혼 등 가족 해체의 증가와 독신가구, 조손가구, 재혼가구의 증가로 다양한 형태의 가족이 출현함으로써 기존의 가족복지서비스에서는 감당할 수 없는 복지 욕구들이 새롭게 등장하고 있다. 특히 가족 해체와 가족 위기의 긴급성에 따른 복지적 개입에 대한 관심이 증가하였다(양심영, 2000). 또한 1990년대 이후 여성의 노동시장 참여로 인한 경제력 상승과 권익 신장으로 가족 내 여성의 위치가 높아졌고, 과거의 수직적이고 가부장적인 가족의 모습은 합리적이고 평등적인 가족의 모습으로 변화하고 있다. 이러한 과정에서 발생하는 가족 내 갈등과 다양한 사회문제들을 해결하고자 건강한 가족의 지원과 육성에 대한 필요성이 대두되었다.

그럼에도 불구하고 우리나라의 가족복지서비스는 여전히 가족책임주의에 근거하여 취약가족의 기능회복에 초점을 둔 잔여적 복지를 지향하고 있으며, 가족의 욕구 해결에 기반을 두기보다는 공급자 중심의 정책을 제시하고 있다(조홍식 외, 2002; 김성천·안현미, 2003; 이여봉·이미정,

2003; 이진숙, 2003; 이진숙·안은숙, 2006).

서구 선진국에서도 전통적인 가족정책은 자녀가 있는 가족에 대해서는 우선순위를 낮게 책정하였다. 왜냐하면 전후 복지국가에서는 남성 생계 부양자가 고용되어 있다면 충분한 급여를 받기 때문에 가족의 생계유지에 어려움이 없다고 보기 때문이다. 따라서 가족정책은 남성 생계 부양자의 소득을 지지하는 데에 초점을 맞추었다(Esping-Andersen et al., 2002). 그러나 출산율 저하 및 실질 임금 상승과 맞물려 1970년대 이래 몇몇 국가에서는 보다 적극적인 가족정책을 수행하게 되었고, 1인 가족의 증가와 여성의 권익 신장, 여성의 노동시장 참여 증가로 1990년대에는 가족의 여러 욕구에 대해 보다 광범위한 정책들을 다양하게 시도하게 됨으로써 가족정책의 외연을 확대하였다.

공공사회지출 대비 공공지출 수준은 국가별 편차가 크다. 즉 북유럽 국가에서 가족급여지출 비중은 가장 높은 수준이고, 유럽대륙 국가들이 중간 수준을 유지하고 있으며, 남유럽 국가와 자유주의 국가, 일본이 가장 낮은 수준이다¹⁾. 한국은 이들 국가들보다 더 낮다. 그러나 호주, 네덜란드, 캐나다, 스페인, 한국은 시간의 흐름에 따라 가족 관련 지출이 증가하고 있다(고경환 외, 2008).

전통적인 한국의 가족복지서비스는 3가지 문제를 갖고 있다. 먼저 정책의 대상이 주로 저소득층 및 사회취약계층에 초점을 맞추었기 때문에 수급자를 주요 대상으로 하는 사회복지관이 주요한 가족복지서비스 전달 체계였다. 이에 따라 아동과 노인, 청소년 등 정책의 주요 대상을 중심으로 서비스가 제공되었으나, 전체로서의 가족을 대상으로 하는 서비스는 제한되었다.

1) 2003년 기준 공공사회지출 대비 가족부문은 덴마크(14.3), 핀란드(14.3), 노르웨이(13.7), 프랑스(10.5), 네덜란드(8.0), 독일(7.1) 그리스(5.9), 이탈리아(5.1), 스페인(5.1), 캐나다(6.3), 일본(4.2), 한국(3.1)로 나타남(OECD, SOCX database, 2008).

다음으로 국가의 개입 시기 및 개입의 내용이 사전 예방적이기 보다는 사후 처치적이었다(이영분·양심영, 2000: 127). 즉 가족 내에서 문제가 이미 발생한 다음에 개입이 이루어져 부부 혹은 가족을 보존하고 지원하는 기능은 미약했다. 예를 들어 가족 내 폭력에 대해서는 공식적인 개입이 최대한 꺼려졌으며, 심각한 문제가 발생하고 나서야 주로 ‘가정폭력상담소’와 ‘성폭력상담소’, ‘통합상담소 등을 통해 개입이 이루어졌다.

마지막으로 가족복지서비스의 실천을 위해서는 재정의 확보나 프로그램 등도 중요하지만 능률적이고 효과적인 전달체계의 개선이 필요함에도 불구하고 우리나라 가족복지 서비스 전달체계는 단편적, 불연속적이면서 때로는 중복되거나 지나치게 복잡한 전달체계를 갖고 있다(공인숙, 1999; 최연실, 1999). 더구나 공공부문 전달체계와 민간부문 전달체계의 단절로 인하여 가족문제의 복합적인 원인들이 포괄적으로 다루어지지 못하였다. 그 결과 대상자의 욕구에 맞는 적절한 서비스를 효율적으로 제공하는 것을 저해하였다.

이와 같이 기존의 가족복지서비스는 대상자별, 서비스별, 공공-민간기관 별로 구분되어 서비스가 제공됨으로써 공급 중심적이고, 사전적인 예방 및 체계적인 관리가 미흡하였다. 이러한 문제들에 대한 대안으로 가족문제의 예방적·통합적 관점에서 다양한 전달체계의 연계를 위해 ‘컨트롤타워’에 대한 욕구가 증가하였다. 이러한 배경에서 ‘건강가정지원센터’가 개소하게 되었다.

따라서 건강가정지원센터는 가족복지서비스의 직접적인 제공보다는 지역 사회의 다양한 복지서비스 네트워크의 연계 구축을 통해 가족이 필요로 하는 서비스를 연계시키는 기능을 중점적으로 수행한다. 그러나 사실상 건강가정지원센터는 지역사회를 기반으로 한 연계 서비스(종합사회복지관)와 부부 및 이혼상담(가정폭력상담소)을 중점적인 업무로 다룸으로써 기존의 가족복지 서비스 전달체계와 유사한 업무를 중복 수행하는 한계를

가지고 있다.

이상에서 살펴보았듯이 가족복지 서비스 전달체계는 가족이 위기에 처했을 때 전문적인 개입이 이루어지는 ‘가정폭력상담소’와 ‘성폭력 상담소’, ‘통합상담소’와 부부상담, 이혼 상담등과 함께 가족을 위한 교육 및 문화 사업을 제공하는 ‘건강가정지원센터’, 가족상담, 이혼상담과 함께 직접적인 처치 서비스를 제공하는 ‘종합사회복지관’으로 구성된다. 여기에 더해 최근에는 다문화가정의 복지를 위해 ‘다문화가족지원센터’도 설립되어 상당히 복잡하고 다원화된 전달체계를 구성하고 있다.

이는 가족과 관련한 여러 가지 문제들에 대한 대응으로 관련 정부부처에서 즉시적이고 단편적으로 서비스 제공 기관들을 만들었기 때문이다. 따라서 원활한 서비스 전달이 이루어지기보다 유사한 서비스가 서로 다른 기관들에서 중복되고 있다. 게다가 이러한 전달 체계와 관련한 예산은 거의 대부분 지방재정으로 이양된 상태이므로 지방재정을 잠식하는 반면 효과성은 떨어져 사회재정투자에 대한 전반적인 방향 검토가 요구되고 있다.

우리나라에서 정책에 대한 평가나 기관에 대한 평가는 매우 오랜 역사를 가지고 있음에도 불구하고 형식적이고 폐쇄적이었다. 그러나 외환위기 이후 IMF에 의한 경제관리 시기와 신공공관리론의 도입으로 민간부문은 물론 공공부문까지 성과평가에 입각한 구조조정 등의 각종 개혁 조치들을 실행하였고 상당한 성과를 거두게 되면서(유금록, 2004) 성과관리에 대한 관심이 높아졌다.

가족복지서비스 사업 역시 가족정책의 일환으로 정부의 재정이 투입되는 사업이다. 즉 가족복지서비스 전달체계를 통해 대상 집단이 되는 각 가족에게 일련의 서비스를 제공함으로써 가족에게 변화 혹은 영향을 준다. 이러한 측면에서 가족복지서비스 사업은 기관 평가의 대상이 될 수 있다. 본 연구는 국가의 재정이 투입된 가족복지서비스사업에 대한 기관의 운영을 살펴보기 위하여 가족복지서비스 전달체계에 대한 운영평가를

실시하고자 한다.

이를 통해 사후적이고 처방적인 공급자 중심의 가족복지서비스에서 신속한 정보 제공, 통합적인 서비스, 민관 협력 파트너십의 공식화, 민간자원 연계 강화 등을 통해 수요자 중심의 효율적인 전달체계를 구축하고 이용자의 만족도를 제고하는 방안을 모색하고자 한다.

제2절 연구의 목적

가족복지서비스 전달체계는 국민들의 다양한 가족 복지 수요에 대해 적절하고 효율적인 서비스를 제공해야 한다. 이를 위해 본 연구진은 현행 가족복지서비스 전달체계의 문제와 주요 쟁점을 검토하고, 실태조사와 운영평가를 실시하였다. 이를 통해 본 연구는 새로운 가족복지서비스 전달체계를 구축하는 정책적 대안을 모색하고자 한다. 대안설정의 관점은 현재 복지수요의 급증에 따른 공급기관의 계속적 확충 보다는 기 공급기관의 전문성과 연계성의 강화를 통해 시너지 효과의 제고에 두었으며 이로써 국가재정의 효율적 운영 또는 절약에 일조하리라 본다. 이러한 연구목적 달성을 위해 본 연구는 다음의 세 가지 영역으로 구성된다.

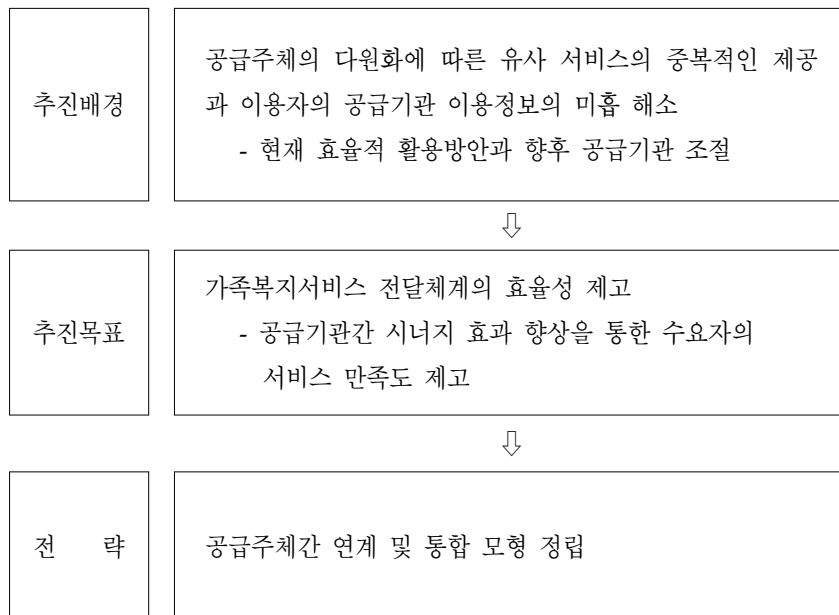
첫째, 연구의 배경 차원에서 기존 문헌과 부처별·기관별 현황 자료를 중심으로 가족복지서비스 전달체계의 현황을 살펴본다. 이를 통해 다양한 전달체계와 행정체계의 분절적인 구조, 자원의 낭비, 유사한 서비스 제공기관의 중복, 대상자의 정보 부족 및 낮은 만족도 등의 문제를 살펴본다.

둘째, 실증적인 분석에서는 전국 406개의 가족복지 서비스 전달기관들을 대상으로 실시한 실태조사를 토대로 전달체계의 효율성을 분석하고 비효율을 야기하는 요인을 살펴보고자 자료포락분석(DEA)을 실시한다. 또한 이에 대한 추가적인 설명을 위해 빈도분석, 회귀분석, 차이검정 등의 2차 분석을 실시하였다. 나아가 각각의 분석 결과가 지역(거대도시, 대도시,

중도시, 소도시)에 따라 유의한 차이가 있는지도 검토하였다.

셋째, 기존의 서비스 제공기관을 중심으로 지역사회에 기반을 둔 효율적인 가족복지서비스 전달체계를 구축하기 위한 범정부적인 차원의 대안을 모색하고 정책적 제언들을 제안한다. 이를 요약하면 아래와 같이 정리할 수 있다.

[그림 1-1] 연구 모형



제3절 연구방법과 내용

본 연구의 방법은 문헌 분석과 가족복지서비스 전달체계의 실태 조사, 그리고 학계와 현장 종사자들이 참여하는 자문회의로 구성된다. 먼저 복

지전달체계를 둘러싼 행정 개편 논의에 대하여는 문헌을 조사하여 관련된 쟁점을 확인하고 제안된 대안들에 대하여 살펴보았다.

다음으로 전달체계의 운영평가에 관한 논의는 실증적인 분석을 통하여 이뤄졌다. 일반적으로 정부의 재원이 투입된 사회복지서비스에 대해서는 관련부처 및 지방자치단체에서 해마다 평가를 하고 있으나 보건복지가족부와 여성부 등 행정부처도 동시에 고려하기 때문에 평가보고서나 발간된 실태조사를 사용하지 않고 직접 실태조사를 실시하였다.

마지막으로 대안에 대한 신뢰성과 타당성을 확보하기 위해서 복지학계 및 현장 전문가들이 참여하는 자문회의를 개최하였다. 자문회의는 각 대안들이 현장에서 적용 가능한지, 대안들이 한국의 가족복지서비스가 지향하는 바를 적절하게 다루고 있는지, 서로 다른 대안들 중에서 어떤 것을 우선순위에 두어야 하는지에 대하여 폭넓은 논의가 이루어졌다.

보고서는 총 6장으로 구성하였다. 제 1장은 서론으로 연구목적과 연구 내용 및 방법 등을 기술하고, 제 2장에서는 가족복지서비스 전달체계에 대한 논의들과 전달체계 운영 평가에 대한 선행 연구들을 고찰한다. 제 3장은 보건복지가족부와 여성부를 통해 전달되는 가족복지서비스의 현황을 살펴보고, 제 4장에서는 전달체계별 효율성을 파악하기 위해 실태조사를 실시하고 이를 바탕으로 DEA(자료포락분석, Data Envelopment Analysis), 회귀분석, 차이검정 등을 이용한 실증적인 분석 결과를 살펴본다. 이를 토대로 제 5장에서는 가족복지서비스 전달체계 구축을 위한 대안들을 모색하고 마지막으로 제 6장에서는 전체적인 요약 및 정책적 제언들을 밝힌다.

제2장 이론적 배경

제1절 가족복지서비스 전달체계에 대한 논의

한국은 외환위기를 경험하면서 경제위기와 대량실업, 빈곤 문제에 직면하였다. 이러한 사회복지환경의 급변은 각종 사회복지 대책의 강화와 더불어 사회복지서비스 전달에 대한 중요성을 인식하는 계기가 되었다. 또한 사회복지분야에 있어 지방정부의 역할 강화로 지역위주의 복지사업이 전개되면서 정부 또는 서비스 공급자 위주의 관료적이고 경직된 전달체계를 벗어나 소비자 중심의 복지 서비스에 대한 욕구가 증대하였다. 즉 사회복지서비스가 효과적이고 효율적인 서비스로 개선하는 것과 동시에 서비스를 이용할 클라이언트의 욕구에 민감하게 반응할 필요성이 증가한 것이다(주익수·김용민, 2003: 246).

사회복지재화나 서비스를 수급자에게 전달하는 행정체계는 사회복지 영역별, 혹은 동일 영역에서도 개별 프로그램별로 다양하다. 그러나 이러한 전달체계의 다양성에도 불구하고 주로 조직과 인력의 측면에서 혹은 사회복지재화나 서비스를 전달하는 두 개의 축인 정부와 민간 사이의 역할 분담에 따라 전달체계를 분류할 수 있다. 전자가 미시적인 측면을 강조하는 것이라고 한다면, 후자는 거시적인 분류방법이라고 할 수 있다(송근원·김태성, 2002: 358-359).

본 연구에서는 정부와 민간 사이의 역할 분담을 기준으로 가족복지서비스 전달체계를 살펴본다. 단, 공공부조의 경우 본 연구에서 살펴보고자 하는 가족복지서비스 전달체계의 연구범위에는 해당되지 않으나 과거 가족복지가 빈곤정책과 혼합되어 제공되었으며, 현재도 공공부조가 가족단위

로 제공되기 때문에 필요에 따라서 포함시킨다.

공적인 영역의 가족복지서비스의 제공은 1980년대까지 거의 방치되어 왔으며 경제적인 탈빈곤정책에 혼합된 채 열등처우적이고 단편적이며 국지적인 서비스 수준을 벗어나지 못했다(김만두, 1992). 그러나 1995년 생활보호법의 개정에서 공공 사회복지전달체계의 역할을 확대하고 다양한 사회복지서비스를 수행하도록 규정함으로써 공적인 부문에서 가족복지서비스 사업이 본격적으로 태동하기에 이른다. 그러나 공공부문의 가족복지서비스는 저소득층만을 대상으로 하며 가족 단위에 의한 공공부조와 사회서비스 제공에 있어 자격기준을 사정하고 욕구를 파악하는 소극적이고 간접적인 업무로 제한되었다.

이와 대조적으로 민간차원에서는 1987년에 재가복지사업²⁾이 도입되었고 1992년에 정부의 지원이 이루어진 이래 국고와 지방비의 보조를 통해 지원되면서 지역복지관 사업의 30%를 넘는 중요한 분야로 자리 잡게 되었다. 이는 민간부문의 복지주체의 성격이 공공주도의 민간참여형으로 전환한 것을 뜻하며 과거 중앙정부의 획일적인 제도적 통제에서 벗어나 지역사회 자원을 활용하는 다원화된 복지환경으로 변화되었음을 보여준다(양심영, 2000; 최종혁, 1999).

마지막으로 전문상담기관의 가족복지서비스 전달에 대해 살펴볼 필요가 있다. 전문상담기관은 가족을 둘러싼 경제사회적 변화에 의해 위협에 처하거나 긴장상태에 있는 가족을 대상으로 가족상담 혹은 가족치료를 통하여 그들의 욕구를 해결하는 데 중요한 역할을 담당하였다. 그러나 양심영(2000)이 지적하듯이 가족 상담을 필요로 하는 대상의 규모에 비해 전문서비스의 활성화는 아직 미흡하고, 대상자의 접근도가 낮으며, 다양한 요구를 충족할 수 있는 포괄적이고 전문적인 서비스가 부족한 것이 현실이다.

2) 재가복지사업은 1980년대 후반부터 지배적이었던 '시설수용중심'에서 벗어나 '재가서비스'를 도입한 것임.

이상에서 살펴본 바와 같이 가족복지서비스의 전달체계는 3가지 형태로 구분된다. 먼저 공공부문에서는 사회복지전담공무원이 국민기초생활수급자를 대상으로 공적 부조 서비스를 제공하며, 중앙정부 차원의 공공행정에서 이루어진다. 다음으로 공공부문과 민간부문의 혼합으로 사회복지관은 저소득층 가구를 대상으로 기초적인 서비스와 부가적 서비스를 제공한다. 이 때 서비스 제공은 사회복지관을 통해서 이루어지나 재원은 국비와 지방비에서 충당한다. 마지막으로 민간부문의 가족 및 여성 관련 상담소들은 시장에서 클라이언트 가족의 자기부조 원리를 매개로 중산층의 가족을 치료하는데(양심영, 2000), 최근에는 정부의 재원이 투입되면서 공공부문과 민간부문의 혼합이 증가하고 있으나 여전히 민간부문에 남겨진 상담소의 수가 더 많다. 이상을 토대로 한국의 가족복지서비스 전달체계를 살펴보면 표 2-1과 같다.

〈표 2-1〉 가족복지서비스 전달체계

전달체계	서비스내용	전달체계 유형	주요대상
주민센터	공공부조	- 중앙+지방정부 혼합체계	저소득층
사회복지관	가족복지	- 정부+민간 혼합체계	저소득층
건강가정지원센터	가족교육·상담·문화	- 정부+민간 혼합체계	중산층
상담소	가족 및 여성 상담	- 정부+민간 혼합체계 - 순수민간부문	중산층

특히 복지재정에 대한 압박이 전 세계적인 화두로 떠오르면서 사회복지서비스의 경우 생산과 공급과정에 있어 전문 인력의 확보와 더불어 민간의 자원을 활용하는 것이 보다 효과적인 것으로 인식되고 있어 사회복지서비스의 민간 위탁이 보편화되고 있다(문신용·윤기찬, 2004; 김경혜, 2000). 우리나라의 사회복지관과 건강가정지원센터, 일부 상담소 역시 민

간에서 위탁 운영하고 정부의 재정지원을 받는 ‘정부와 민간의 혼합형태’를 가진 전달체계이므로 공공적 성격이 강하고 조직의 효율적 운영과 공공분야의 사회적 책임의 이행에 대한 관심과 압력이 증가하고 있다.

그럼에도 불구하고 지금까지 가족복지서비스 전달체계는 총체적인 서비스 전달체계로서 포괄적인 관점에서 설립 운영되었다기보다는 각각의 요구에 따른 복지 대응의 필요에 따라 정부부처와 기존의 운영기관들과의 연계 없이 난립하였다. 선행연구에서도 이러한 점이 두드러진다. 예를 들면, 종합사회복지관의 운영에 관한 연구(손광훈, 2003; 주익수·김용민, 2003; 김용민, 2004; 문경주·강성철, 2004)나 건강가정지원센터의 설립 및 운영에 관한 연구(원소연·장진경, 2006; 김명자 외, 2005a; 김명자 외, 2005b; 송다영, 2005) 등 각 기관의 양적 확대를 위한 탐색적 연구가 이해 집단별로 분절적으로 이루어지고 있다. 또한 가정폭력·성폭력 관련 연구 역시 양적 확대와 실천적인 함의에 관한 연구들(김인숙, 2003; 허경미·박영주, 2004; 이영분·양심영, 2000; 손병덕·이재서, 2007)이 주를 이루었으며 기존 전달체계와의 연관성 등 실증적인 분석은 미흡하다.

이러한 선행연구는 대부분 각 한계와 실천 영역에서 추구하는 전달체계의 도입이나 지위 강화 등에 관한 연구(양심영, 2000; 김명자 외, 2005a; 2005b; 2005c)이며, 사회복지관과 건강가정지원센터의 비교에 관한 연구(조현순·정은, 2007)나 통합적 실천에 관한 연구들(양심영, 2000; 공인숙, 1999; 최연실, 1999)은 미흡한 편이다. 더구나 포괄적인 관점에서 가족복지서비스 전달체계에 대한 실증적인 분석과 대안을 모색하는 연구는 매우 부족한 실정이다.

조현순·정은(2007)은 건강가정지원센터와 종합사회복지관의 비교 연구에서 가족복지서비스의 중복으로 인하여 예산의 중복적 소비 및 비효율적 지원, 대상자 중복과 사각지대의 발생이 우려되는 등 전달체계상의 혼란이 야기되고 있음을 지적하였다. 또한 일반 가정에 대한 가족문제 예방을

위해 상담, 교육, 문화 등 단순한 업무 기능으로 구분하였던 건강가정지원 센터의 사업 대상이 일반가정과 사회적 도움이 필요한 다양한 가정으로 확대되었고, 예방은 물론 문제 해결 및 욕구 지원을 통한 통합적 서비스 제공으로 전환되면서 복지관과의 서비스 유사성이 심화되고 있다고 지적하고 있다.

사회복지 현장 전문가를 대상으로 한 연구에서 양심영(2000)은 공공부문의 사회복지전담공무원과 사회복지관의 사회복지사들은 가족이 원하는 서비스가 포괄적인 경우가 많아 하나의 기관에서 필요로 하는 서비스를 모두 제공할 수 없으므로 네트워크 구성이 중요하다고 주장한다. 그에 따르면 가족복지서비스의 연계 중요성에도 불구하고 현실적으로 실현되지 못하고 있는 것은 복지서비스 전달체계의 일원화가 아직 이루어지지 않았기 때문이라고 지적하고 있다. 즉 원스톱서비스(One-Stop Service)의 공식화된 기본형식이 형성되어 각 서비스 기관이 발전되도록 통합적인 전달체계가 필요하다는 것이다.

용산구 건강가정지원센터의 사업운영에 대한 평가 역시 가정의 요구를 효율적으로 충족시키기 위하여 기존에 분산되어 있는 서비스 체계를 통합, 연계하여 신속하고 체계적으로 서비스를 받을 수 있도록 지원하는 원스톱서비스가 필요하다고 지적하고 있다. 이를 위해 지역사회의 유관기관과의 협력과 네트워킹을 형성해야 하나, 실제로 네트워킹에 대한 협약 기준 및 역할에 대한 모델링의 부재로 인해 네트워킹의 방법을 모색해야 한다고 지적하고 있다(김명자 외, 2005c).

연계체계의 미비로 인해 클라이언트들은 한정된 정보를 가지고 자신과 가족이 처한 문제에 대응하는 전달체계를 스스로 찾아야 하고, 해당 기관에서 욕구가 충족되지 못할 경우 다른 기관으로 이동하면서 서비스를 받아야 하는 번거로움을 야기한다. 그 때마다 자신과 가족의 상황을 중복해서 보고해야 하고, 특히 소득을 보고하는 일에 있어서도 번거롭게 반복해

야 하는 일이 많다. 성폭력 혹은 가정폭력 피해자에게 이러한 과정은 특히 고통스러운 일이다. 지난 2004년 밀양 여중생 집단 성폭행 사건시 피해자는 1차적으로 부모에게, 2차로 인근 상담소에서, 3차로 경찰서에서 반복해서 동일한 피해상황을 이야기하는 데 어려움을 느낀다고 호소한 것을 상기할 필요가 있다³⁾.

공인숙(1999)은 가족복지 서비스 전달체계를 공적 전달체계와 공·사 혼합전달체계로 제안했는데 보건복지가족부와 행정안전부의 이원화된 행정체계를 일원화한다는 데 있어 장점이 있으나 주민센터 내에 가족관련 복지센터를 두는 것은 복지의 전문성을 약화시킬 뿐만 아니라 현행 다원화된 전달체계를 오히려 강화하고, 통합적이고 포괄적인 관점의 가족복지 서비스 전달체계를 구축하지 못한다는 단점을 갖고 있다.

최연실(1999)은 한국 가족복지 서비스 전달체계가 가족 구성원을 대상으로 하는 분절적인 복지 서비스를 제공하며, 다양한 물질적·문화적 욕구 파악을 통한 적절한 지원과 서비스 대책을 마련하지 못하고, 종합적인 성격을 갖추지 못하고, 민간 자원의 발굴이 미약하고, 예방적 서비스의 성격이 약하다고 지적하고 있다. 그러나 최연실의 연구에서는 그러한 한계를 극복하기 위한 가족복지서비스 전달체계의 구축방안은 나타나지 않는다.

한편 양심영(2000)은 가족복지서비스에 대한 각 운영주체들의 인식을 조사한 결과 각 기관에서는 최근 지역사회의 특성을 고려하는 실험적 프로그램들을 시도하고 있으나 가족의 요구를 반영하기에는 부족하다는 것을 밝혔다. 즉 공공부문과 복지관에서의 사례과다, 가족과 기관간의 욕구 상충, 가족개입적 전문지식의 부족과 함께 복지관과 상담센터가 가진 자

3) 2004년 밀양 여중생 집단 성폭행 사건시 피해자는 부모와 성폭력·가정폭력상담소, 경찰서에서 반복적으로 진술하는 데 대한 고통을 호소하였음. 또한 신고당시부터 여수사관을 요청했으나 성폭행 전 과정을 남자형사에게 설명하고, 성인과 함께 공개된 조사실에서 조사를 받은 것으로 드러남. 뿐만 아니라 부모는 경찰에 비공개원칙을 약속받았으나 이들의 신분이 언론에 노출되어 이후에도 피해자는 학교와 사회의 냉대에 자출을 감행하고 정상적인 학교생활을 할 수 없었음(MBC 뉴스 후, 2007. 6. 16).

원의 한계도 지적하였다. 뿐만 아니라 가족복지서비스 연계에 대해 각 운영주체들이 공통적으로 통합적인 인프라 구축과 실천 주체들 간의 역할분담의 방안들을 시급히 요청하고 있다고 지적하였다.

신동면 외(2004)는 네트워크를 통해 사회복지 전달체계에 관련된 모든 당사자들 간에 정보의 공유와 상호 협력할 수 있는 토대를 제공해야 한다고 주장한다. 특히 이러한 네트워크는 단순한 지식전달과 협력체제 구축에 머무르지 않고 복지서비스 전문 데이터베이스 구축과 관련기관들을 통신망으로 연결하는 등 다양한 방법을 통하여 실제적인 네트워킹을 구축해야 한다.

이상에서 살펴보듯이 가족복지서비스 전달체계에 대해 전문가들은 포괄적인 관점을 선호하는 한편 현장에서는 독립적이고 분절적인 연구들이 주로 수행되었다. 전달체계 역시 각각의 특수성을 장점으로 부각하면서 오히려 다양한 자원들을 연계하는 것을 제한하는 경향이 있다.

제2절 평가의 방법론 및 선행연구

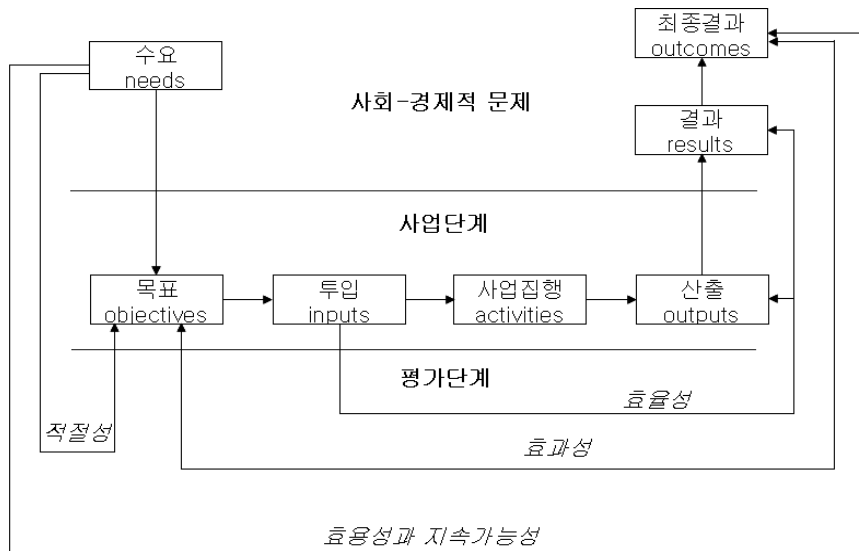
1. 평가의 방법론

재정사업의 평가는 크게 세 가지 방식으로 구분할 수 있다(고영선, 2006: 33-34). 먼저 평가의 목적에 따라 운영평가와 효과평가로 구분할 수 있다. 운영평가는 사업의 관리와 집행을 개선하기 위한 방안을 찾는 데 목적이 있으며, 대개 사업관리 주체들을 위해 실시되고, 적절성 및 효율성에 초점을 맞춘다. 반면에 효과평가는 사업의 본질적인 효과성을 검증하는 데 목적이 있어 외부 이해관계자를 위해 실시하는 경우가 많다. 즉 집행자의 책임성을 확보하거나 예산배정에 필요한 정보를 취득하기 위해 실시한다. 효과평가는 적절성 및 효율성 뿐만 아니라 효과성·효용성·지속

가능성까지 포함한다.

이 때 적절성(relevance)이란 사업의 목표들이 사업의 수요를 잘 충족시키는지와 정부정책의 우선순위와 잘 부합하는가를 보는 것이다. 효율성(efficiency)은 투입이 얼마나 경제적으로 사용되어 산출 및 결과(results)로 전환되었는가를 파악하는 것이다. 효과분석에서 주로 이용되는 효과성(effectiveness)은 사업의 결과가 사업의 특정목표 및 일반목표를 달성하는데 얼마나 기여했는지 분석하는 것이다. 반면에 효용성(utility)은 사업의 결과 실제로 수요가 얼마나 충족되었는지를 살펴보는 것이다. 마지막으로 지속가능성(sustainability)은 사업이 중단되었을 때 사업으로 인한 긍정적인 변화가 얼마나 오랫동안 지속되는가를 판단하는 것이다.

[그림 2-1] 사업평가의 주요 요소



자료: European Commission, *Evaluating EU Expenditure Programmes*, 1997.

다음으로 평가의 시점에 따라 중간평가와 사후평가로 구분할 수 있다. 중간평가는 사업집행 도중에 실시되는 평가를 의미하며, 사후평가는 사업 완료 후에 실시되는 평가를 의미한다. 따라서 중간평가는 사업의 산출에 초점을 맞추게 되며 사업의 전달체계를 개선하기 위한 운영평가의 성격이 강하다. 이에 반해 사후평가는 효과평가의 성격이 강하나 사업의 결과를 평가하려는 데 목적이 있다.

마지막으로 평가의 주체에 따라 내부평가와 외부평가로 구분할 수 있다. 내부평가는 평가대상 사업을 집행하고 있는 기구의 내부 인력에 의해 수행되는 평가를 의미한다. 반면에 외부평가는 외부 인력에 의해 수행되는 평가이다. 외부평가는 사업평가의 독립성·객관성·전문성을 제고하는데 유용하다.

일반적으로 재정사업에 대한 평가는 운영평가와 효과평가의 성격을 모두 가지며, 종종 사업시행 도중에 실시되므로 중간평가의 성격을 갖는다. 또한 기획예산처가 주도한다는 점에서 외부평가라고 할 수 있다. 아래에서는 운영평가의 대표적인 요소인 효율성을 측정하는 방법으로써 자료포락분석에 대해서 살펴볼 것이다. 그리고 효과평가의 주요 요소인 효과성과 효용성 등을 측정하는 방법으로써 비용편익분석에 대해서 기술할 것이다.

1) 자료포락분석(DEA)

기관평가에서는 효율성을 중요한 평가요소로 전제한다. 그러나 효율성을 평가하는 방법에 대해서는 풍부한 연구 결과들이 아직 산출되지 못하고 있는 실정이다. 일반적으로 기관, 특히 비영리 기관에 대해 효율성을 분석한 선행연구들은 자료포락분석(DEA)을 이용하고 있다.

DEA는 Farrell(1957)의 변경효율성 측정개념에 입각하여 각 의사결정단위의 상대적 효율성은 효율적인 의사결정단위들이 경험적으로 형성하는

효율변경화의 관계에서 측정될 수 있다고 보고, 이러한 변경 또는 표면을 토대로 효율성 측정지표들을 상대적으로 계산하는 방법론이다. 이를 토대로 DEA는 자료집합내의 유사한 투입과 산출관계를 갖는 모든 의사결정단위를 직접적으로 비교할 수 있어 병원, 간호서비스, 교육 등 비영리조직의 효율성을 측정하는 도구로 최근 널리 활용되고 있다(문상호·김윤수, 2006: 273; 문신용·윤기찬, 2004: 204-206; 김용민, 2004: 134).

최근에는 공공조직의 효율성 측정을 위해 DEA에 대한 관심이 더 높아지고 있다. 미국의 경우 장애인 의료보험정책, 법원의 행정관리, 공공교육기관, 교정기관, 주정부내 정보서비스담당부서 등과 같은 부문에서 연구가 이루어지고 있다(김용민, 2004).

조직 성과측정에 관심을 갖고 있는 많은 연구자들은 비교 가능한 의사결정단위에 대하여 상대적 효율성이나 생산성을 측정하고자 할 것이다. 실제적으로 이들 DMU⁴⁾는 상이한 다수 산출물을 생산하기 위하여 상이한 다수 투입물을 사용한다. 개별 DMU들이 생산한 다수 산출물에 대해 다수 투입물을 동시에 대응시키는 측정기법이 현실의 성과측정을 위해 보다 합리적일 수 있을 것이다.

DEA는 각 DMU의 다투입·다산출과 관련된 관찰 값을 이용하여 상대적 효율성을 평가하는데 사용할 수 있다. 한 DMU의 상대적 효율성 평가를 위해 효율적 DMU의 부분집합을 선정하기 위한 최적화 원칙을 사용한다. 피평가(被評價) DMU는 이 최적화 원칙에 의해서 평가된 효율치를 얻게 됨으로서 효율적인지 여부를 평가받게 된다.

기술적으로 비효율적인 조직은 동일한 산출물을 생산하는데 있어 다른 조직체보다 더 많은 투입물을 소비하는 조직체이다. 피평가조직체가 다른 조직체에 비해 일정 산출물을 얻는데 더 많은 투입물을 소비하거나 동일

4) DMU는 의사결정단위(Decision Making Unit)로 투입과 산출이 있는 분석의 대상이 되는 프로그램, 기관, 혹은 산업체를 뜻함(Charnes, Cooper, and Rhodes, 1978).

량의 투입물을 이용해 생산된 산출물이 상대적으로 부족할 경우 비효율적인 것으로 평가된다. 비효율적인 DMU는 자신이 평가받은 평점을 갖게 되며 평가에 이용된 준거집단을 통해서 관리적 개선방안을 모색할 수 있다. DEA의 장점을 다섯 가지로 논의하고 있다.

첫째, 관리적 감사도구로서의 이점이 있다. 비영리조직체의 활동과 관련하여 효율적 생산을 위해 필요한 투입량이나 생산된 산출물의 가격은 거의 알려져 있지 않다. DEA는 이용한 물리적 단위만으로 성과측정이 가능하다는 장점이 있다. 따라서 DEA는 효율성에 대한 수치와 함께 개선할 필요가 있는 요소의 수정 값도 제시되며 이 값의 크기가 상대적으로 과다한 경우 집중감사를 필요로 하는 대상을 파악하는데 유용하다. 또한 DEA를 적용할 경우 영리조직의 성과측정에도 동일한 이점을 갖기 때문에 적용 대상에 대해 유연성을 갖는다.

둘째, 모수적 함수형태로 규정된 생산함수를 요구하지 않는다. 모수적 모형은 생산함수에 대한 여러 가지 제약을 수반하거나 잔차항의 분포 및 변수의 독립성에 대한 가정을 필요로 한다. 그러나 DEA는 생산가능집합에 대한 소수의 기본가정만으로 실증적 생산함수를 포괄할 수 있다. 다투입물·다산출물에 대한 변수를 모형 내에서 동시에 고려할 수 있으며 극점기법에 의한 단일의 효율치를 얻을 수 있다.

셋째, 평가척도가 용이하다. DEA에 의해 효율성을 평가하기 위한 투입·산출물의 척도는 화폐단위로 표시된 것은 물론, 물리적 단위로도 가능하기 때문에 측정척도의 취급이 비교적 자유롭다. 넷째, 추가적 정보를 제공한다. DEA는 비효율성을 측정하고 기술적 요인의 과다 투입에 따른 비효율이 존재하면 감소시켜야 할 투입기준을 제공하고 산출 부족에 따른 비효율이 존재하면 개선 가능한 증가기준을 제공한다. 다섯째, 성과의 추세변동과 최적생산규모 식별이 가능하다. DEA를 적용할 경우 개별조직의 성과개선 여부와 최적생산규모점을 식별할 수 있으므로 장·단기계획수립

에 유용하다.

반면, DEA가 갖는 단점은 다음과 같다. 첫째, DEA는 기술적 관계를 나타내지 못하므로 투입자원을 보다 싼 가격에 구입하였는지의 여부나 동일 산출물이라도 보다 좋은 서비스를 제공했는지는 알 수 없다. 둘째, 효율성 평가시 전체를 비교집단으로 사용하지 못하고 산출과 투입의 비슷한 규모를 갖는 DMU들을 비교대상으로 하기 때문에 모든 집단을 대상으로 한 일률적인 평가에는 한계가 있다. 셋째, DEA는 다른 평가방법들과 마찬가지로 투입과 산출요소에 대한 측정이 가능하여야 하며, 자료간의 동질성이 특히 중요하게 요구된다. 자료간의 동질성은 DMU간의 동질성을 의미하는 것으로서, 자료의 내용이 서로 다른 병원과 학교를 동시에 비교하는 것은 자료의 동질성이 없는 것을 의미한다.

넷째, DEA는 분석대상이 내재적으로 안고 있는 비효율성을 밝혀내지 못한다. 극단적으로 모든 분석대상이 동일한 비효율성을 가진다면 이 방법으로는 어느 것이 비효율적인지 알아낼 수가 없다. 다섯째, DEA에서는 경영에서의 실수나 행운에 의한 결과를 구별하지 않는다. 이렇게 될 경우 효율이 높은 것으로 평가되는 프론티어 상의 기업이 경영상의 실수나 행운에 의해 영향을 받은 경우 그것이 다른 모든 기업에 영향을 가져올 가능성이 크다. 여섯째, DEA는 변수의 선정과 평가대상의 선정에 따라 그 결과가 어느 정도 변화할 수 있다. 그것은 DEA가 극점들에 의존하는 방법이기 때문에 변수의 선정에 매우 민감하게 반응할 수 있으며, 상대평가이기 때문에 평가대상의 선정범위가 효율성 측정 자체를 크게 좌우할 수 있기 때문이다.

한편, DEA는 조직의 생산성의 평가와 개선과정에 사용됨으로써 다음의 몇 가지 중요한 특성을 나타낸다. 첫째, DEA는 투입 및 산출물들의 측정 단위가 각각 다른 경우(예를 들면 인원수, 시간, 돈)에도 적용가능하고 화폐단위로 표시 불가능하거나 매매의 대상이 될 수 없는 자원의 경우에도

적용이 가능하다. 둘째, DEA는 투입과 산출관계가 유사하면서 더 효율적인 DMU들을 준거집단으로 선정하고 이들과 비교하여 상대평가를 한다. 이에 따라 준거집단을 기준으로 비효율적인 DMU에 대해서 실현 가능한 목표치를 설정하고 비효율성의 정도와 그 원인을 구체적으로 파악할 수 있게 된다.

셋째, DEA는 투입과 산출에 대한 가중치를 직접 추정하여 평가대상 DMU의 효율성을 추정하기 때문에, 비율분석 등과 같이 경영평가를 위한 항목별 가중치를 사전에 주관적으로 결정할 필요가 없다. 따라서 측정단위가 상이한 여러 가지의 투입변수와 산출변수를 동시에 고려할 수 있다. 넷째, DEA는 구체적 생산함수에 관한 정의를 필요로 하지 않고 투입, 산출 관계를 구체적으로 몰라도 가능하다. 따라서 DEA는 비영리적이거나 공적인 부문을 평가하는데 유용하게 적용된다. 다섯째, DEA는 통제할 수 있는 투입이 포함된다면, 효율성을 개선하기 위한 관리전략을 개발할 수 있다. 효율성을 달성하기 위해 산출증대, 투입감소, 혹은 필요한 경우 두 가지 방법 모두를 선택하여 개선전략을 수행할 수 있다.

2) 비용편익·비용효과·비용효용분석⁵⁾

비용편익분석은 국가적인 차원에서 정해진 공공목표를 달성하기 위하여 예상되는 여러 가지 대안들(alternatives)에 대하여 각각의 비용과 편익을 측정하고 비교 평가하여 최선의 대안을 도출하는 기술적 방법이라고 정의할 수 있다. 따라서 이 분석은 사업대안들의 비용과 편익을 측정하고 평가하는 일반적인 절차를 모두 내포하고 있다. 다만 사회적 관점 또는 국민경제 전체의 관점에서 비용과 편익을 파악한다는 점에서 기업차원의 재

5) 이에 대한 논의는 국회예산정책처, 『사업평가방법론 연구』, 2007과 이진주 외, 『정책 평가를 위한 새로운 모형』, 2001을 중심으로 작성함.

무적 분석과는 구분된다.

비용편익분석의 가장 중요한 원칙은 가장 큰 순편익(net benefits)⁶⁾을 제공하는 대안을 선택하는 것이다. 공공프로그램의 평가와 이를 토대로 한 선택을 위한 비용편익분석의 일반적인 절차는 8단계로 이루어진다. 먼저 대안들을 상호 독립적인 것과 상호 의존적인 것을 구분해야 하고, 프로그램이나 프로젝트 대안들이 서비스를 제공할 수 있는 기간과 이 기간 동안에 발생하는 모든 편익과 비용들을 비교에 포함해야 한다.

다음으로 각 대안들의 편익과 비용을 금전적 가치로 계량화하여 추정하고, 대안의 평가에 적용될 할인율을 결정한다. 그런 다음 각 대안들의 효과성을 측정할 방법들을 선택한다. 공공사업의 효과성을 측정하는 데 널리 쓰이는 방법으로는 편익/비용 비율(B/C ratio: benefit cost ration), 순현재가치(NPV; net present value), 내부수익률(IRR: internal rate of return), 원금회수기간(pay back period), 한계편익/비용 비율 등이 있는데, 편익/비용 비율이 가장 널리 사용된다. 선택된 방법에 의해 각 대안들의 효과성을 비교하고 모형의 민감도를 분석한 다음 적정한 대안을 선택하게 된다.

이 외에도 비용효과분석(cost-effectiveness analysis)과 비용효용분석(cost-utility analysis)이 있다. 일반적으로 비용편익분석은 비용대비 사회적으로 가장 많은 편익을 가져다 줄 수 있는 계획을 선택하는 것이다(최성은 외, 2007). 즉 프로그램이나 프로젝트 대안들의 비용과 편익들을 모두 금전적 가치로 측정하여 비교, 평가하는 것이다. 공공프로그램 대안들의 편익과 비용을 금전적 가치로 측정할 수 있으므로, 프로그램이나 프로젝트의 절대적인 값어치를 판단할 수 있고, 서로 다른 목표를 가진 여러 가지 프로그램 대안들을 편익/비용 비율과 같은 기준을 통해 비교할 수 있다는 장점을 가진다.

이에 반해 비용효과분석은 프로그램이나 프로젝트 대안들을 집행하는

6) 순편익은 총편익에서 총비용을 뺀 금액을 뜻함(NABO, 2007).

데 소요되는 비용과 그들이 산출하는 결과를 고려한 효과에 따라 평가하고 가장 비용효과적인 대안을 선택하는 접근방법이다. 이는 유사한 목적을 가진 프로그램들을 비교할 수 있고, 효과에 대한 공통적인 측정지표를 사용하여 프로그램들을 평가할 수 있다. 그러나 효과에 대한 복수의 측정지표들을 가진 프로그램 대안들을 비교·평가하기 어렵고, 비용편익분석과 같이 전체적인 값어치를 판단하기 어려우며, 단지 소수의 대안들을 비교·평가할 때 유용한 접근이라는 한계를 가진다. 사회복지관련 사업의 경우 비용효과분석의 활용은 보건사업의 경우처럼 활발하지는 않은 것으로 보인다(최성은 외, 2007).

마지막으로 비용효용분석은 대안들을 수행하는데 소요되는 비용과 그 대안들이 가져오는 효용⁷⁾들을 비교하여 평가하는 것으로 비용효과분석과 밀접한 관련이 있다. 비용효과분석은 대안들이 산출하는 특정한 하나의 효과측정지표와 비용들을 비교분석하는 데 비해서 비용효용분석은 대안들이 산출하는 어떤 단일한 효과측정지표 또는 복수의 효과측정지표들에 의해 측정된 결과들에 대한 전반적인 만족도를 나타내기 위해 개인들의 선호를 사용한다. 이러한 특징으로 인해 비용효과분석이 단일의 목표를 가진 대안들뿐만 아니라 복수의 목적을 가진 대안을 비교·평가할 수 있다는 이점을 가진다. 이는 주로 보건 사업 평가에 많이 쓰이는 평가방법이다.

이 중 정책을 비교하거나 평가할 때 가장 많이 사용되는 비용편익분석은 국가적인 차원에서 정해진 공공목표를 달성하기 위하여 예상되는 여러 대안들에 대하여 각각의 비용과 편익을 측정하고 비교 평가하여 최선의 대안을 도출하는 기술적인 방법으로 서로 다른 목표를 가진 여러 가지 프로그램 대안들을 편익/비용비율과 같은 기준을 통해 비교할 수 있어 공공부문의 경제적 타당성 분석에 용이하다. 그러나 비용편익분석은 투자사업

7) 여기서 효용이란 의사결정자들이 대안이 산출하는 결과들에 대해 부여하는 주관적인 만족도를 나타내기 위해 경제학에서 흔히 사용하는 용어임(최성은 외, 2007).

의 효율성을 강조하는 기준이며, 공평성(equity)은 전혀 고려하지 않는 한계가 있다. 또한 정치적 제약이 공공사업의 선정에 경제적 합리성보다는 정치적 합리성에 의존하도록 유도하는 환경에서는 정부예산을 비효율적으로 팽창시키는 결과를 초래할 수 있다. 마지막으로 연구자의 주관적인 판단에 따라 고려하는 편익과 비용의 범위가 달라질 수 있어 평가결과의 객관성에 한계가 있다.

반면에 비용효과분석은 공공사업의 편익이 화폐환산이 가능한 경우뿐만 아니라 화폐환산이 어려운 경우에도 양적 또는 질적으로 분석을 실행할 수 있으며 측정된 결과치를 그대로 사용하기 때문에 비용편익분석보다 기술적으로 용이하고 적용 가능한 분야가 보다 넓다는 장점을 가진다. 또한 복수의 시책 등 정책옵션에 관해 같은 비용효과분석의 적용에 의해 얻어진 결과를 비교하는 것도 용이하다.

이상과 같이 사회복지사업을 평가하는 다양한 방법들에 대한 요약은 표 2-2와 같다. 본 연구는 가족이 처한 사회적 위험을 제거하고, 위기에 처한 가족에게 다양한 서비스를 제공하기 위해 구축된 다양한 가족복지서비스가 분절적이고 이원화된 체계로 병립되어 비효율적으로 서비스를 제공한다는 문제의식을 갖고 있다. 따라서 본 연구는 사회복지가 투입된 가족복지서비스를 제공하는 전달기관에 대한 운영평가를 실시하며, 주요한 평가요소인 효율성을 중심으로 논의하고자 한다.

이에 따라 본 연구는 DEA를 주된 분석방법으로 사용한다. DEA는 생산성을 하나의 측정지표로 나타낼 수 있으며, 각 생산주체간의 상대적 효율성을 측정하므로 여러 기관들을 대상으로 하는 효율성 평가에 유리하기 때문이다. 또한 기존의 비용자료 중심의 평가에서 탈피하여 실물단위로 측정된 투입 자료(인력, 자격증)를 이용하여 각 기관의 평가에 사용된 비교 집단을 제시하고, 효율성 개선의 방향과 방법을 제공한다는 점에서 본 연구에 적합하다(류영아, 2006: 142-143; 손광훈, 2003: 125; 문신용·윤기

찬, 2004: 205; 김용민, 2004: 140; 주익수·김용민, 2003: 251; 김영환, 1999: 25; 이영범, 2004: 36; 정운수, 1995: 278-279).

〈표 2-2〉 사업평가의 대표적인 분석 방법

	자료포락분석	비용편익분석
의의	<ul style="list-style-type: none"> · 각 의사결정단위의 효율성을 효율적인 의사결정단위들이 경험적으로 형성한 효율변경과의 관계에서 측정 	<ul style="list-style-type: none"> · 공공목표를 달성하기 위해 예상되는 여러 대안들의 비용과 편익을 측정·비교하여 최선의 대안 도출
적용 사례	<ul style="list-style-type: none"> · 기초자치단체 복지서비스의 효율성 평가: 류영아(2006) 	<ul style="list-style-type: none"> · 신행정수도 건설의 경제적 타당성 평가: 강동희(2003)
유용성	<ul style="list-style-type: none"> · 서로 다른 단위로 측정된 투입 및 산출요소들을 그대로 모형에 포함 · 복수비율을 하나의 성과수치로 나타낼 수 있어 공공부문의 성과평가에 적용하기 용이함 · 효율성 향상을 위한 행정 운영의 방향 제시 	<ul style="list-style-type: none"> · 편익과 비용을 금전적 가치로 측정할 수 있어 같은 기준을 통해 비교할 수 있음
한계	<ul style="list-style-type: none"> · 비교의 준거집단이 되는 기관들의 효율성 평가불가, 임의적인 가중치 부여 	<ul style="list-style-type: none"> · 효율성 강조, 정보의 부족으로 비용과 편익의 측정 한계, 주관성 개입 가능

자료: 국회예산정책처, 『사업평가방법론 연구』, 2007; 이진주 외, 『정책평가를 위한 새로운 모형』, 2001.

2. 운영 평가의 선행연구: 자료포락분석(DEA) 이용

자료포락분석(DEA)의 시작은 Charnes, Cooper & Rhodes(1978)가 서로 다른 프로그램을 도입하고 있는 두 그룹에 각각 속해 있는 조직들의 상대적 효율성과 프로그램의 효과에 대한 연구를 발표하면서 시작되었다. 이후 해외에서 자료포락분석은 병원을 중심으로 효율성을 평가하고 비효율적인 부분을 찾아 개선하기 위한 목적으로 많이 사용되었다⁸⁾.

Nunamaker(1983)는 자료포락분석모형을 사용하여 투입물과 산출물의 종류가 비슷한 16개 병원의 일상간호서비스의 효율성을 측정하였는데, 산출한 효율성 평가와 비용절감 추정치를 입원일당 평균비용을 사용한 비율분석에서 도출된 결과와 비교하여서 유의한 결과를 얻었다.

Sherman(1984)은 메사추세츠주에 있는 7개의 의료교육병원을 대상으로 일단의 병원전문가들의 도움을 받아 세 개의 투입물과 네 개의 산출물로 분류한 후 자료포락분석모형을 적용했다. 그 결과 병원의 효율성을 파악하고 비효율적인 부분을 개선하여 효율성을 증진시키고 의료비용을 줄이는데 응용하였다.

Grosskopf & Valdmanis(1987)는 캘리포니아주 인구 50만 이상의 대도시에서 최소한 200개 이상의 병상을 가진 공공병원과 비영리병원을 대상으로 자료포락분석모형을 적용했다. 그 결과 병원의 소유권 형태가 효율성에 영향을 미친다는 것을 발견하였다. Hogan(1988)은 메디케어의 포괄수가제 도입을 전후한 미국병원의 상대적 효율성 변화를 측정하기 위하여 자료포락분석모형을 사용하였다. 그 결과 포괄수가제 도입 후 효율성은 많이 증가하였으나 도시의 의료교육병원들은 높은 치료비용과 환자들의 증세의 심각성 때문에 비효율적인 것으로 나타났다.

8) 해외 선행 연구들은 정윤수, 『정책분석평가학회보』, 1995, pp.: 280-281; 주익수·김용민, 『한국거버넌스학회보』, 2003, pp. 252-253을 참조함.

DEA 연구방법을 위한 다양한 통계도구들이 발전하면서 은행과 증권시장 등 민간부문에서도 효율성에 대한 실증적인 평가들이 활발해졌다. Sherman & Gold(1985)는 미국의 한 저축은행의 14개 지점을 대상으로 그들간의 상대적인 운영효율성을 비교·분석하였다. 은행 산출물로서 거래 건수를 사용하였는데, 은행의 거래 유형을 17개로 나눈 다음 이를 다시 거래 처리의 복잡성과 지점을 유지하는데 소용되는 자원을 고려하여 4개 유형의 거래로 재분류하여 이를 산출물로 적용하였다. 그리고 투입요소는 노동투입물과 지점당 정규직원의 수를, 자본투입물로 사무실임차료를, 경비로서 지점에서 직접 발생한 총지출 경비를 사용하였다.

Vassiloglou & Gioka(1990)는 그리스의 상업은행의 아테네 지역 20개 지점을 대상으로 효율성을 분석하였다. 이들이 사용한 투입요소로는 직원의 노동시간, 여러 지출비용 중 표준 비용에서의 화폐가치, 지점 설치면적, 컴퓨터 터미널 대수이고, 산출물로는 Sherman & Gold(1985)가 사용했던 각 지점의 거래건수를 그대로 사용하였다. Sueyoshi(1992)는 OECD에 가입한 24개국의 정보통신회사들의 효율성을 평가했다.

마지막으로 공공서비스로서 교육을 대상으로 하는 효율성 평가의 실증적인 연구들이 있다. Beasley(1990)은 영국 대학의 물리학과와 화학과의 효율성을 분석하기 위해 DEA를 적용하였고, Sarafoglou & Haymes(1991)는 스웨덴 지역별 고등교육기관의 효율성 평가를 위해 DEA를 적용하였다. 이 연구에서 경제학과와 경영학과에 초점을 두어 효율성 평가를 실시하였으며, 각 투입변수와 산출변수에 관한 자료를 타 기관들로부터 온라인으로 수집하여 효율성을 평가할 수 있는 전문가 시스템을 제안하였다.

Sinuary-Stern, Mehre & Barboy(1993)는 Ben Gurion University에 있는 21개 학과에 관한 효율성 평가를 DEA를 적용하여 실시하였다. 이 연구에서는 DEA를 적용하여 각 학부의 효율성 평점을 산출하는 것뿐만 아니라 모형에 필요한 변수들을 삽입하거나 제거하여 학과 효율성이 변하는 정도에

관하여 분석하고 군집분석과 판별분석을 통해 나온 결과와 DEA간의 적합도 검정을 실시하였다.

이렇듯 DEA를 이용한 효율성 평가는 의료, 교육 등 공공부문의 서비스를 시작으로 민간 및 사기업에서도 활발하게 이용되고 있다. 한편 국내에서도 DEA는 공공서비스와 은행 등 사기업을 중심으로 이뤄지고 있다. 먼저 의료기관을 대상으로 한 연구들이 있다. 윤경준(1995)은 전국 대도시 54개 보건소의 효율성을 CCR 모형으로 분석하여 어느 지역의 보건소가 상대적으로 효율적인지를 밝혔다. 여기서는 효율성 관련 요인으로 투입·산출 측면의 특성뿐만 아니라 지역사회의 특성과 조직 행태적 특성까지도 고려해야 함을 강조하고 있다.

윤경준·최신용·강정식(2004)은 공공부문 생산성 향상의 기법으로 DEA를 소개하면서 전국 146개 보건소를 대상으로 3단계의 계층분석을 실시하였다. 계층분석 각 단계마다 보건소별 생산성 점수, 최적벤치마킹대상, 실적개선목표를 구체적으로 제시하였다.

박창제·최대환(1997)은 순수 기술적 효율성을 측정한 다음 이를 통해 규모의 효율성을 계산하였는데 투입 측면에서는 인력과 예산을, 산출 측면에서는 환자수와 수입을 이용하였다. 유금록(2003)은 보다 발전된 통계 분석방법을 이용해 전북지역 14개 보건소를 대상으로 1995년부터 2000년까지의 다년간 효율성 변화를 맘퀴스트(Malmquist)를 이용하여 분석하였는데 투입측면에서 인력과 인구·면적을, 산출측면에서 진료사업과 가족계획사업을 이용하였다.

곽영진(1992)은 DEA를 통해 비효율적으로 평가된 병원을 중심으로 투입측면과 산출측면의 효율성 개선 방안을 제시하고 있다. 이영범(2004)은 DEA에서 환경적 요소를 고려하는 방법들을 소개하면서 한국 대도시 지역의 국공립병원 15개와 사립병원 165개의 상대적 효율성을 비교하였다.

한편 최경문(1998)은 은행 등 사기업을 대상으로 한 연구에 DEA를 최

초로 적용했으며, 양정식(1989)은 25개 정부투자기관별 경영성과를 파악하였고, 오동일(1991)은 증권회사 지점의 성과를 평가하였다. 이용주(2000)는 DEA 기법을 적용하여 IMF 체제 돌입 전후 시점의 국내 은행들의 경영효율성을 평가하였으며, 김태웅·조성한(2000)은 DEA 모형을 이용하여 전력회사의 효율성을 분석하였다.

최근 DEA는 지방정부를 대상으로 한 연구에도 적용되고 있다. 임동진·김상호(2000)는 DEA를 통한 지방정부의 생산성을 인력·재정과 공공서비스 관계를 중심으로 측정하였고, 이상변·김규덕(1998)은 쓰레기 수거서비스를 중심으로 DEA에 의한 지방정부 공공서비스의 상대적 효율성을 측정하였다.

문춘걸(1998)은 67개 도시의 기술적 효율성을 DEA 모형을 이용하여 분석하였으며, 변수로는 인구밀도, 1인당 세출액, 1인당 공무원 수, 공무원 1인당 면적, 인구규모를 설정하였다. 김성중(2000)은 68개 기초자치단체의 공공서비스 공급활동을 대상으로 CCR 모형과 BCC 모형을 적용해 기술효율성, 규모효율성, 비용효율성 등을 측정하였다. 임동진·김상호(2000)도 71개 도시정부를 대상으로 CCR 모형과 BCC 모형을 이용하여 기술, 비용, 배분, 규모 효율성을 분석하였다.

지방정부에 대한 효율성 평가는 비영리기관에 대한 효율성 평가를 추진하였다. 광영진(1999)은 충남지역의 공공도서관을 대상으로 DEA를 이용한 공공도서관의 효율성을 평가하였다. 한편 쓰레기 수거서비스를 대상으로 한 연구는 이상섭·김규덕(1998), 김규덕(1999)의 연구가 있는데, 이들은 투입요소로 예산, 인력, 장비를, 산출요소로 쓰레기의 총수거량, 재활용품의 수거실적, 수수료 징수액 등을 이용하여 대구·경북지역의 쓰레기 수거서비스의 상대적 효율성을 측정하였으며, 비율분석을 통해서도 효율성을 측정하였다.

사회복지관에 대한 연구에서 DEA를 이용한 효율성 평가는 최근에 소개

되고 있는 분야다(류영아, 2006: 144-145). 손광훈(2003)은 부산광역시 소재 45개 복지관의 효율성 분석했는데, 투입요소로는 사회복지관의 인력(사회복지사 수, 총 직원 수, 자원봉사자 수)과 사업비(사회복지사 인건비, 총 운영비)를, 산출요소로는 연간 프로그램 이용자 연인원을 살펴보았다. 그 결과 35-55%만이 상대적인 사회복지관으로 평가되고 있는 것으로 나타났으며, 산출물을 기준으로 보았을 때 투입이 산출에 비해 전체적으로 적음을 알 수 있었다.

주익수·김용민(2004)은 광주지역 14개 종합사회복지관을 대상으로 DEA를 통한 효율성을 분석하였다. 투입변수로는 총 프로그램 수, 종사자 대비 사회복지사 비율, 자원봉사자 수, 후원금이, 산출변수로는 총지출액(결산액)과 이용자수가 사용되었다. 그 결과 14개 종합사회복지관 중 6개 복지관만 효율적인 것으로 나타났다. 비효율적인 DMU 1의 복지관의 경우 종사자수 대비 사회복지사비율이 0.0568% 정도가 과잉 공급되어 사회복지사의 인원을 감소하여야 하며, 이용자수는 58,816명으로 확대되어야 하고, 결산액도 121,840천원의 확대가 동시에 이루어지면 효율적인 기관들과 동일한 효율성을 나타낼 것으로 예측했다.

이 연구를 더 발전시켜서 김용민(2004)은 투입변수로 결산액과 종사자수 대비 사회복지사 비율, 자원봉사자 수, 후원금을, 산출변수로 연간 프로그램 수와 이용자수로 정하고 DEA를 분석하고 이를 토대로 투입 변수와 산출변수를 제거하는 2차 분석을 실시하여 비효율성의 원인을 파악하고 정책적 함의를 제공했다. 그에 따르면 투입변수를 그대로 두고 산출변수를 각각 제거한 결과 산출변수인 프로그램 수가 비효율의 원인이 될 수 있음을, 투입변수인 후원금을 제거한 결과 효율적인 복지관의 효율성 수치가 급격히 감소하여 비효율적인 복지관으로 변하는 것을 관찰하였다.

문경주·강성철(2004)은 부산지역 38개 사회복지관을 대상으로 DEA를 이용한 효율성 분석을 실시했는데, 효율적인 사회복지관은 32%로 나타나

고 평균 효율성 지수값은 0.76으로 나타났다. 특이한 것은 사회복지관 운영주체별로 효율성을 평가한 것인데, 사회복지법인의 평균 효율성 지수는 0.73이며, 부산시에서 설립하고 운영하고 있는 평균 효율성 지수는 0.54이다. 그리고 부산시, 도시개발공사, 주택공사가 설립하고 각종 법인이 위탁·운영하고 있는 사회복지관의 평균 효율성 지수는 0.78로 가장 높게 나타났다. 즉 운영주체별 평균 효율성 지수의 측면에서 보면, 각종 법인에 의해 위탁·운영되는 사회복지관의 효율성지수는 표본의 평균 효율성 지수보다 상대적으로 높은 반면, 지방정부에서 운영하는 사회복지관의 효율성지수는 전체표본 효율성 지수보다 상대적으로 가장 낮은 것으로 나타났다.

DEA 방법만을 적용하여 효율성을 분석한 것에 대한 비판도 있어 최근 연구들은 다양한 추가분석과 함께 DEA를 사용하고 있다. 문신용·윤기찬(2004)은 사회복지서비스에 포함될 수 있는 여성발전센터의 생산성을 측정하였다. DEA를 사용하여 양적 효율성을 측정하고, SERVQUAL 척도를 이용하여 서비스 질을 측정한 후, 양 기법을 통합한 매트릭스를 중심으로 결과를 기술하였다. 이 때 투입변수로 인력과 예산(기탁금)을, 산출변수로 자격증 취득자 수와 취업자 수, 자체수익을 사용하였다.

이외에도 류영아(2006)는 행정계층별 복지서비스를 평가하기 위해서 DEA를 이용하여 효율성을 분석하였고, Post DEA 분석을 이용해 효율성 점수를 순위화한 후 구성주의적 접근을 기저로 한 질적인 평가를 실시하였다. 문상호와 김윤수(2006)는 노인요양시설서비스를 분석하면서 효율성과 형평성을 함께 고려하였고, 효율성을 살펴보기 위해서는 DEA를 이용하였다.

〈표 2-3〉 DEA를 이용한 사회복지기관에 대한 연구들

연구명	연구대상	투입변수	산출변수	추후 분석
손광훈 (2003)	사회복지관	인력 사업비(결산액)	이용자 수(연간)	
주익수 · 김용민 (2003)	사회복지관 (광주시)	종사자수 대비 사회복지사 비율 자원봉사자 수 사업프로그램총수 후원금	이용자 수 총지출액	
김용민 (2004)	사회복지관 (광주시)	종사자 대비 사회복지사 비율 자원봉사자 수 결산액 후원금	연간프로그램 수 이용자 수	
문경주 · 강성철 (2004)	사회복지관 (부산시)	재정 인력 자원봉사자	각 사업별 이용자수	
문신용 · 윤기찬 (2004)	여성발전 센터	인력 예산(기탁금)	자격증 취득자 수 취업자 수 자체수익	SERVQUAL
류영아 (2006)	기초단체 복지서비스	예산 인력	복지시설 수 복지시설생활자수 복지시설면적	Post-DEA 질적인 평가
문상호 · 김윤수 (2006)	노인요양 시설	노인요양시설 종사자수 노인요양시설 수	노인요양시설 가동률 일인당 시설서비스율	Coulter 상관관계분석

제3장 가족복지서비스 전달체계 현황과 주요쟁점

제1절 가족복지서비스의 개요

우리나라는 가족정책에 대한 포괄적인 법적 규정은 없으나 『건강가정기본법』에서 “건강한 가정생활의 영위와 가족의 유지 및 발전을 위한 국민의 권리·의무와 국가 및 지방자치단체 등의 책임을 명백히 하고, 가정문제의 적절한 해결방안을 강구하며 가족구성원의 복지증진에 이바지할 수 있는 지원정책을 강화”할 것을 명시하고 있으며, 가정에 대한 지원으로 건강, 소득보장, 주거, 태아검진 및 출산·양육, 직장과 가정의 양립, 가정폭력으로부터의 보호 등을 규정하고 있어 사실상 가족복지서비스에 대한 포괄적인 기본법이 존재한다고 할 수 있다.

또한 특수한 욕구를 가진 가족과 관련한 법적 규정도 있다. 『가정폭력방지및피해자보호등에관한법률』에서는 “가정폭력을 예방하고 가정폭력의 피해자를 보호·지원”하는 것을 목적으로 하고 있다. 이에 대한 책임은 국가와 지방자치단체, 국민에게 있다. 즉 법령적인 측면에서 보자면 가족복지서비스에 대해서는 『건강가정기본법』이 포괄적인 내용을 다루고 있으나 그 내용에 포함되지 못하는 사각지대가 여전히 존재하며, 특수한 욕구를 가진 가족에 대한 법령은 이러한 사각지대의 일부를 포함하고 있다. 한편 전통적으로 가족복지를 담당해온 종합사회복지관은 『사회복지관 설치·운영규정』에 법적 근거를 두고 있는데, 이 역시 여타의 가족복지서비스 전달체계와는 독립적으로 운영되며 지역사회주민의 복지를 증진할 목적을 갖고 있다. 각 법령에 대한 개요는 아래의 표 3-1에 제시하고 있다.

〈표 3-1〉 가족복지서비스 관련 법령비교

	건강가정기본법	사회복지관 설치·운영규정	가정폭력방지및피해자 보호등에관한법률
목적	<ul style="list-style-type: none"> · 가정문제의 적절한 해결방안 강구 · 가족의 복지증진에 기여하는 지원정책 강화 	<ul style="list-style-type: none"> · 사회복지관의 설치·운영에 관하여 필요한 사항 규정 · 사회복지관의 운영의 적정과 내실 · 지역사회주민의 복지증진에 기여 	<ul style="list-style-type: none"> · 가정폭력 예방 · 가정폭력의 피해자 보호·지원
지원	<ul style="list-style-type: none"> · 가족해체예방 · 지역사회자원의 개발 및 활용 · 정보제공 · 가정의 날 홍보 	<ul style="list-style-type: none"> · 가정복지사업(개인 및 가정문제 종합상담) · 아동복지사업 · 청소년복지사업 · 장애인복지사업 · 노인복지사업 · 지역복지사업(후원자 개발 및 자원봉사자 양성, 물리치료 및 진료, 법률상담, 사회조사, 기능 훈련 및 취업 부업 안내) 	<ul style="list-style-type: none"> · 가정폭력예방교육
설치	<ul style="list-style-type: none"> · 건강가정지원센터 	<ul style="list-style-type: none"> · 사회복지관 · 종합사회복지관 	<ul style="list-style-type: none"> · 가정폭력 상담소 · 피해자 보호시설

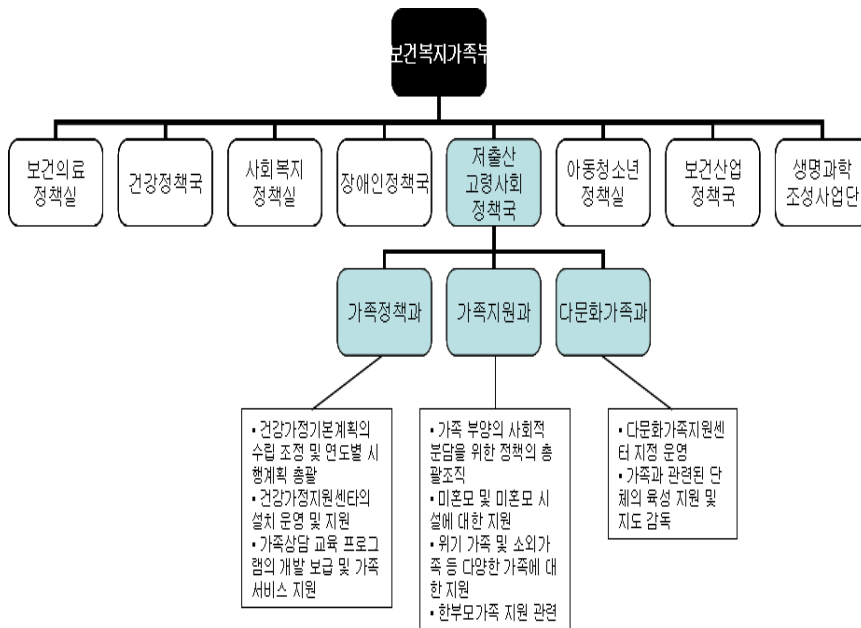
자료: 각 법령 참조.

우리나라의 가족복지정책을 주관하는 부서는 보건복지가족부와 여성부다. 먼저 사회복지 전담부처인 보건복지부는 2008년 여성부의 업무를 이관 받아 ‘보건복지가족부’로 명칭을 변경하고 3개실(보건의료정책실, 사회복지정책실, 아동청소년 정책실), 4개국(건강정책국, 보건산업정책국, 장애인정책국, 저출산고령사회정책국), 1개사업단(생명과학단지조성사업단)의 체계로 재정비하였다. 이 중 가족복지서비스 전달체계는 저출산고령사회정책국의 소관업무이다. 즉, 우리나라의 가족복지정책은 출산장려라는 인

구정책의 목적이 큰 비중을 차지하고 있음을 알 수 있다.

보건복지가족부에서 가족정책의 기본 방향은 보편적·예방적 가족정책 추진과 국가-가족-지역사회의 파트너십 강화, 통합적 접근을 통한 가족정책의 체감도 향상 등이다. 이를 위해 가족정책 확충, 가족 돌봄 통합 지원망 구축, 다양한 가족의 자립 역량 강화, 일과 가정의 양립지원, 예방중심의 가족복지서비스 지원 등을 핵심 전략으로 삼고 있다(보건복지가족부 홈페이지, 2008).

[그림 3-1] 보건복지가족부의 주요부서와 가족복지서비스 업무



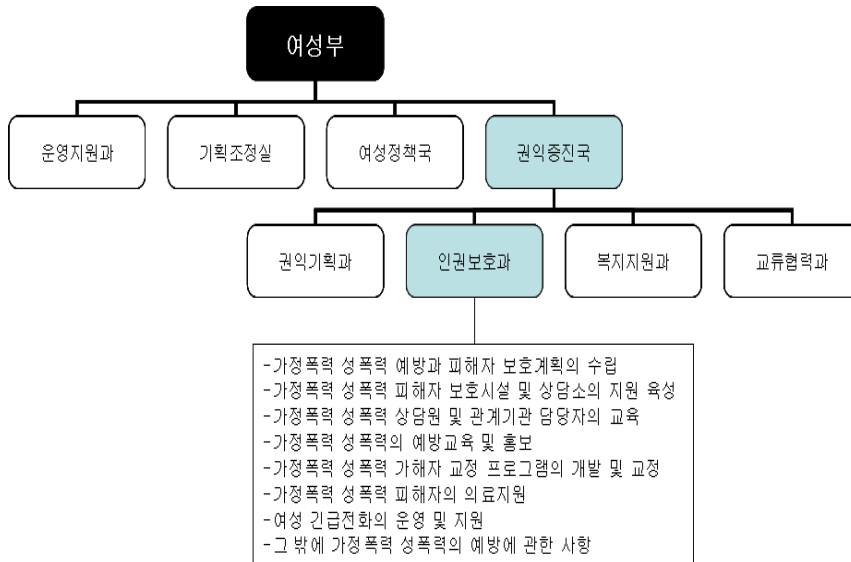
주: 음영 처리된 부분은 가족복지서비스와 관련된 업무를 담당하는 부서임.
 자료: 보건복지가족부 홈페이지(<http://www.mw.go.kr>), 2008.

그러나 건강가정지원센터는 가족정책과에서, 가족에 대한 다양한 지원은 가족지원과에서, 다문화가족에 대한 지원 및 센터 운영은 다문화가족

과에서 담당하면서 동일한 행정부처에서도 포괄적인 가족복지서비스 전달 체계 구축에 대한 노력보다는 대상별 서비스 제공으로 분절된 형태를 띠고 있음을 알 수 있다. 또한 사회복지관에 관한 업무는 사회복지정책실의 지역복지과에서 관장하고 있어 가족복지서비스 전달의 포괄적인 협력이 어려운 실정이다.

여성부는 여성정책의 종합적인 기획을 바탕으로 여성의 권익 증진을 도모하고 양성평등을 실현하고자 2001년에 공식출범하였으며, 2005년에는 보육정책을 비롯한 가족정책까지 포함하면서 “여성가족부”로 이름을 변경하였다. 그러나 보건복지부와의 중복예산 지원 및 정책의 비효율성 증가를 이유로 끊이지 않았던 존치논란으로 2008년 다시 “여성부”로 이름을 바꾸면서 총괄적인 여성정책을 기획하게 되었다.

[그림 3-2] 여성부의 주요부서와 가족복지서비스 부서의 업무



주: 음영 처리된 부분은 가족복지서비스와 관련된 업무를 담당하는 부서임.
 자료: 여성부 홈페이지(<http://www.mogef.go.kr>), 2008.

2008년 현재 여성부는 “여성정책의 기획 및 종합, 여성인력 개발, 여성 권익증진을 위한 정책”을 목표로 여성정책기본계획, 성별영향평가, 성인지 예산제도 등을 추진하고 있다. “가족부”라는 명칭은 보건복지부로 이관되었음에도 불구하고 가족복지서비스와 연관되는 ‘가정폭력상담소’와 ‘성폭력상담소’, ‘통합상담소’ 등 상담소 업무와 ‘가정폭력 성폭력 피해자 보호 시설’ 등은 여전히 여성부에서 관할하고 있다.

지금까지 살펴본 바에 따르면, 보건복지가족부에서 가족복지서비스는 위기가족 및 소외가족과 미혼모 등 한부모 가족, 다문화 가족 등 특별한 문제를 갖고 있거나 위기에 처한 가족을 대상으로 하며 일반적인 가족의 지원 및 유지를 위해서는 건강가정기본계획의 수립 및 센터 설치·운영에 의존하고 있다. 여성부의 가족복지서비스 전달 역시 위기에 처한 가족을 주요 대상으로 하고 있다.

이러한 행정체계의 구분은 모호한 부분이 있다. 특히 가족복지서비스는 몇 차례 행정체계와 전달체계의 개편을 통해 그 역할과 위상에 혼란이 가중되었다. 예를 들면, 가족복지서비스는 원래 보건복지부 소관이었지만 2005년 여성부로 이관되었다가 2008년에 다시 보건복지부로 이관되었다. 이러한 과정에서 ‘여성가족부’는 ‘여성부’로, ‘보건복지부’는 ‘보건복지가족부’로 명칭이 변경되었다.

과거 여성부가 가족관련 업무를 맡고 있을 당시 가족복지서비스는 서로 다른 부처의 두 개의 전달 축을 중심으로 운영되었다. 즉 여성가족부는 ‘건강가정지원센터’를 통해, 보건복지부는 ‘사회복지관’을 통해 가족복지서비스를 제공하였던 것이다. 그러나 조현순 외(2007)에서 지적하듯이 이러한 이원화된 부처의 중복 서비스 지원은 예산의 중복적 소비 및 비효율적 지원, 대상자 중복과 사각지대를 야기하게 되었다.

2008년에 가족업무가 여성가족부에서 보건복지부로 다시 이관되었고 보건복지가족부는 가족지원 서비스의 전달 체계를 ‘건강가정지원센터’로 단

일화 하였지만, 사회복지관의 가족지원 서비스와의 유사성은 여전히 존재하고 있다. 뿐만 아니라 도움이 필요한 여성과 일자리가 필요한 여성에게 제공하는 상담 및 지원 서비스는 건강가정지원센터와 사회복지관의 가족관련 지원서비스 일부와 중복되는 결과를 낳았다.

현재 우리나라의 가족복지서비스 전달체계는 법적으로 명시된 건강가정지원센터 89개소와 가장 커다란 영역을 차지하고 있는 사회복지관 409개소가 있으며(보건복지가족부, 2008d), 여성 단체 및 사회단체의 각종 가족관련 상담소(가정폭력상담소 343개소, 성폭력상담소 173개, 가정폭력·성폭력 통합상담소 19개소) 등이 있다⁹⁾. 이외에도 민간차원에서 대학 내 가족관련 상담소, 가정법률상담소, 가족과 성 상담소, 가족상담소 등이 운영되고 있다.

제2절 보건복지가족부의 전달 체계

보건복지가족부는 가족서비스 전달 체계 개선의 추진을 최우선 과제로 선정하였는데 이는 ‘건강가정센터’의 역할강화 및 양적 확대, 시·군·구 ‘희망복지 129센터’와의 협력을 통해 가능할 것으로 기대된다(보건복지가족부 홈페이지, 2008). 보건복지가족부의 추진계획에 따르면 현재 분절된 전달체계들을 정비하여 공공부문과 민간부문의 파트너십을 도모하고, 대상자가 서비스별로 각 해당 기관에 별도로 신청해야 하는 불편함과 결과 통보에 소요되는 장시간의 기다림을 해소할 수 있는 통합된 가족복지서비스 체계를 구축하고자 하는 것이다.

현재 보건복지가족부의 가족복지서비스 전달체계는 공식적인 전달체계

9) 기관수는 2008년 7월을 기준으로 하여 조사하였으며, 건강가정지원센터는 보건복지부 홈페이지, 사회복지관은 한국사회복지관협회 홈페이지, 여성 단체 사회단체의 가족관련 상담소는 여성부 홈페이지를 참조하여 작성함.

인 건강가정지원센터와 다문화가족지원센터, 민간부문이지만 오랜 기간 중요한 역할을 수행해온 사회복지관으로 구성되며, 이들의 대상과 서비스 내용은 상당부분 중복되고 있다.

1. 사회복지관

우리나라 지역주민의 대표적 서비스 이용 시설인 ‘사회복지관’은 1980년대 초 저소득 가족을 지원하는 사업을 시작하였으나 현재는 그 대상을 중산층 지역 주민까지 확대하여 사업을 전개 중이다(조현순·정은, 2007). 사회복지사업법상 복지관은 가족복지서비스가 주 기능으로 되어 있어 가족복지 업무를 보다 치밀하고 전문적으로 수행하여 왔으며 주민의 인지도도 높은 편이다.

사회복지관 운영지침(보건복지가족부, 2008a)에 따르면 종합사회복지관은 사회복지서비스 욕구가 있는 모든 지역 주민을 대상으로 하는데 다양한 가족, 사회적 지원이 필요한 가족 및 일반 가족까지 포괄적으로 포함하고, 이들에게 보호서비스, 재가복지서비스, 자립능력배양을 위한 교육훈련 등 그들이 필요로 하는 복지서비스를 제공한다. 이를 통해 가족기능 강화 및 주민상호간 연대감 조성을 통한 각종 지역사회문제를 예방 치료하는 종합적인 복지서비스 전달기구로서 지역사회 주민의 복지증진을 위한 중심적 역할을 수행하는 것이다.

종합사회복지관 가정복지분야의 주요 프로그램은 (1) 문제가정을 가족진단, 가족치료, 가족케이스워크 등의 방법으로 가정기능을 회복, 강화시키는 상담 및 가족해체 방지 프로그램 (2) 경제적 원조를 제공하는 후원, 결연 및 취업, 부업 제공 프로그램, (3) 빈곤의 악순환을 방지하기 위하여 전문기술을 훈련, 습득시키는 취업, 부업 기능교육, (4) 저소득 주민의 건강과 질병의 치료를 위하여 전개하는 의료, 보건 프로그램, (5) 일상생활

에서 필요한 생활비의 지출감소를 돕기 위하여 생필품을 제공하는 선의봉사 프로그램, (6) 삶의 질을 향상시키고 건전 문화생활 속에서 건강한 가정기능을 유지하기 위한 취미, 교양 프로그램 등으로 분류되어 있다.

이는 건강가정지원기본법 제 21조에서 제 33조에 이르기까지 제시된 건강가정지원센터의 사업내용과 크게 차이하지 않는다. 즉 건강가정지원기본법의 가정의례준칙을 제외하면, 사회복지관지침에서 제시하고 있는 가족복지분야 사업내용의 맥락과 거의 차이가 없음을 알 수 있다(성정현 외, 2004; 송다영, 2005).

종합사회복지관 가족지원서비스의 운영은 가족복지를 직접적으로 제공할 수 있는 환경이 마련되어 있다는 점과 가족을 단위로 통합적 사례관리가 가능하다는 점에서 장점이 있다. 주로 사회복지사가 평균 2명 배치되어 있으며 직접 서비스 단위별로 교사, 상담사, 자원봉사자가 연합하여 활동하고 있다. 뿐만 아니라 종합사회복지관은 10여년 이상 지역사회에 뿌리내리고 있는 대표적 이용시설로, 지역 사회내의 서비스 제공자간의 네트워크는 물론 다양한 행정 기관간의 네트워크, 인적, 물적 자원의 네트워크 등 3차원의 연계망을 가지고 있어 가족에게 필요한 다양한 복지 서비스 인프라를 활용하기에 유리한 조건을 갖고 있다.

그러나 사회복지관의 가정복지분야의 대상은 저소득 가정, 장애아 및 장애인 가정, 조손세대가정, 새터민 가정, 한부모 가정 등 가정의 특성에 따라 선별되는 경향이 크다. 또한 가족부양지원, 자녀 양육지원에 있어서는 서비스 이용자의 부담이 허용되지 않아 저소득 계층에게만 지원되는 한계가 있다. 또한 긴급지원 및 직접적인 서비스 처치 이후에도 가족원에 대한 심리 상담 및 전문 가족치료가 꾸준히 병행해야 함에도 불구하고 사례관리 및 상담 인력의 부족을 겪고 있으며, 가족복지 서비스 전달체계로서의 법적 근거가 없는 것이 단점이다(조현순·정은, 2007).

2. 건강가정지원센터

보건복지가족부의 가족복지서비스의 주요 전달 체계이며 법적으로 명시된 유일한 전달체계인 ‘건강가정지원센터’는 2004년 최초 3개소의 설치 이후 그 양적 측면에서 급격히 확대되면서 이용자수 역시 급격히 증가하였다. 2008년 기준 건강가정지원센터는 총 89개로, 이 중 37개 센터는 국비 지원을 받고 있고, 13개 센터는 지방자치단체에서 직접 운영하고 있다¹⁰⁾. 한편 건강가정지원센터의 2007년 기준 이용자수는 454,786명이며, 가족교육 35.3%, 가족상담 16.4%, 가족문화 40.5%, 가족지원 7.3%로 교육부분의 이용이 가장 높은 것으로 나타났다(보건복지가족부, 2008b).

최초 주무 부서였던 보건복지부는 “건강한 가정생활의 영위와 가족의 유지 및 발전을 위한 국민의 권리·의무와 국가 및 지방자치단체 등의 책임을 명백히 하고, 가정문제의 적절한 해결방안을 강구하며 가족구성원의 복지증진에 이바지할 수 있는 지원정책을 강화함으로써 건강가정 구현에 기여하고자” 건강가정기본법을 제정하였다(건강가정기본법 제 1조). 또한 “국가 및 지방자치단체는 가정문제의 예방·상담 및 치료, 건강가정의 유지를 위한 프로그램 개발, 가족문화운동의 전개, 가정 관련 정보 및 자료 제공 등을 위해 건강가정지원센터를 두며 센터의 운영은 민간에 위탁할 수 있다(제 35조)”고 명시하고 있다.

이러한 법적 근거에 따르면 건강가정지원센터는 가족을 지원하기 위한 유일한 전달체계로서 가정문제를 예방하기 위한 교육에서부터 가족문제에 대한 상담과 치료까지 사전·사후의 포괄적인 서비스를 제공해야 하는 것으로 보인다. 그러나 실제 건강가정지원센터의 주요사업은 아래의 표에서 보듯이 상담과 교육, 문화사업 중심이고 직접적인 치료보다는 다양한 지

10) 이 중 경기 양평시, 강원 동해시, 충남 논산시, 전남 광양시는 2008년 6월 개소예정이었으며, 경기 연천군 7월, 경기 구리시는 8월, 서울 강서구와 양천구, 경기 시흥시, 경남 진주시는 9월 설립 예정이므로 본 연구의 실태조사에는 포함되지 않음.

역사회자원 개발의 네트워킹을 위한 연계에 무게중심을 두고 있다¹¹⁾.

〈표 3-2〉 건강가정지원센터의 주요사업

사업	내용
가족상담	· 부부상담, 자녀양육상담, 고부갈등상담, 이혼전·후 상담, 재혼가족상담, 기타가족관련 상담
생애주기별 가족교육	· 결혼준비교육, 부부관계증진교육, 부모-자녀관계 향상교육, 아버지 교육, 가족의사소통증진교육 등
가족친화문화 조성	· 가족봉사단활동, 가족사랑캠페인, 자조모임지원, 가정의 달 행사, 기타 가족문화조성사업
가족돌봄지원	· 아이돌보미, 장애아가정 아동양육지원, 맞벌이가정 방과후 돌봄
다양한 가족지원	· 결혼이민자 가족지원, 장애아 가족 지원, 한부모 가족 지원, 조손가족지원 등
지역사회 네트워크	· 지역사회자원 개발 등

자료: 중앙건강가정지원센터 홈페이지(<http://www.familynet.or.kr>), 2008.

설립 당시 건강가정지원센터는 단순한 건강가정사업의 전담기관이라기 보다는 여성가족부의 포괄적 가족복지의 대표적 전달 체계로서의 역할이 기대되었으나, 보건복지가족부로 이관된 현재는 또 하나의 가족서비스 제공기관의 한 형태(조현순·정은, 2007)로 여겨진다. 또한 민간 위탁시 센터의 수탁 운영주체(지방자치단체, 학교법인, 사회복지법인 등)의 성격에 따른 특성을 보이고 있어 가족정책의 전달체계로서의 본연의 사업에 대한 일치성을 갖기 어렵다는 한계(이승미·김선미, 2005)와 종합사회복지관의

11) 학교에서 위탁 운영하는 서울시 S건강가정지원센터의 실무자를 면담한 결과, 사회복지사의 경력을 가진 본인이 건강가정지원센터의 주요 업무인 연계에 만족하지 못하고 직접적인 개입에의 욕구가 강하다고 인식하는 반면 건강가정지원센터의 평가는 직접적인 처치 대신 연계와 교육 사업에 대한 평가가 주로 이뤄진다고 문제를 제기함

가족복지업무와의 중복성 문제를 드러내고 있다.

건강가정지원센터는 문제 중심보다 예방 중심으로 보편적인 프로그램을 제공하고 있으며, 캠페인이나 정보 제공 등을 통해 가족의 가치를 존중하는 사회문화 분위기를 조성한다는 장점이 있다. 반면 간접 서비스 및 행정 능력의 취약과 운영인력의 전문성 취약, 통합적 가족서비스 전달체계로서의 역할 취약 등은 단점이다. 이러한 결과 이용자수는 종합사회복지관에 비해서 현저히 낮다(조현순 외, 2007).

〈표 3-3〉 기관별 이용자 현황(복지관, 건강가정지원센터)

	총 이용자 수		1개소당 이용자 수	
	복지관 (292개소)	건강센터 (46개소)	복지관	건강센터
민주적이고 평등한 가족관계 조성	257,734	78,851(가족교육) 39,180(가족상담)	883	1,714 889
가족문화의 발전	2,754,726	198,190(가족문화)	9,343	4,308

주: 비교표에서 복지관 이용과 건강센터 이용이 동시에 조사된 항목만 발췌함.
 자료: 조현순·정은, 『한국비영리연구』, 2007.

건강가정기본법이 가족 중심의 통합적인 서비스를 지향하는 만큼 건강가정지원센터의 사업은 가족구성원 개개인에게 초점이 맞추어지는 것이 아니라 “한 단위로서의 가족 전체”이며, 사업의 목적 또한 가정의 보호, 보장, 기능강화에 있다. 그러나 시·군·구 건강가정지원센터의 사업 대상을 분석한 결과는 일반 지역 주민이나 개별적인 가족 구성원을 위한 프로그램(61.4%)이 가족을 대상으로 하는 프로그램(38.6%)보다 많으며, 가족을 대상으로 하는 프로그램 중에서는 일반 가족을 대상으로 하는 프로그램(25.3%)이 위기가족(5.2%), 한부모 가족(3.4%), 장애아 가족(2.1%)을 대상으로 하는 프로그램의 수보다 훨씬 많아 본래의 목적과는 괴리가 있음을 보

여준다(원소연·장진경, 2006: 104).

뿐만 아니라 2007년 운영지침에 따르면 일반 가정에 대한 가족문제 예방에 중심을 두어 상담, 교육, 문화 등 단순한 업무 기능으로 구분하였던 건강가정지원센터는 사업대상을 일반가정과 사회적 도움이 필요한 다양한 가정으로 확대하였고, 가족문제의 예방과 문제해결 및 욕구지원을 위한 통합적 서비스 제공으로 전환(보건복지가족부, 2008b)하여 복지관과의 서비스 유사성이 심화될 것으로 보인다.

그럼에도 불구하고 건강가정지원센터에 관한 연구는 초기 건강가정지원센터의 필요성에 대한 논문(송혜림·장진경, 2004; 이승미·김선미, 2005)과 이후 운영보고서 형식의 연구(김명자 외, 2005a; 김명자 외, 2005b; 송순, 2004; 이영호, 2004)위주이며, 서비스나 기관에 대한 실증적인 연구는 매우 부족한 실정이다.

3. 다문화가족지원센터

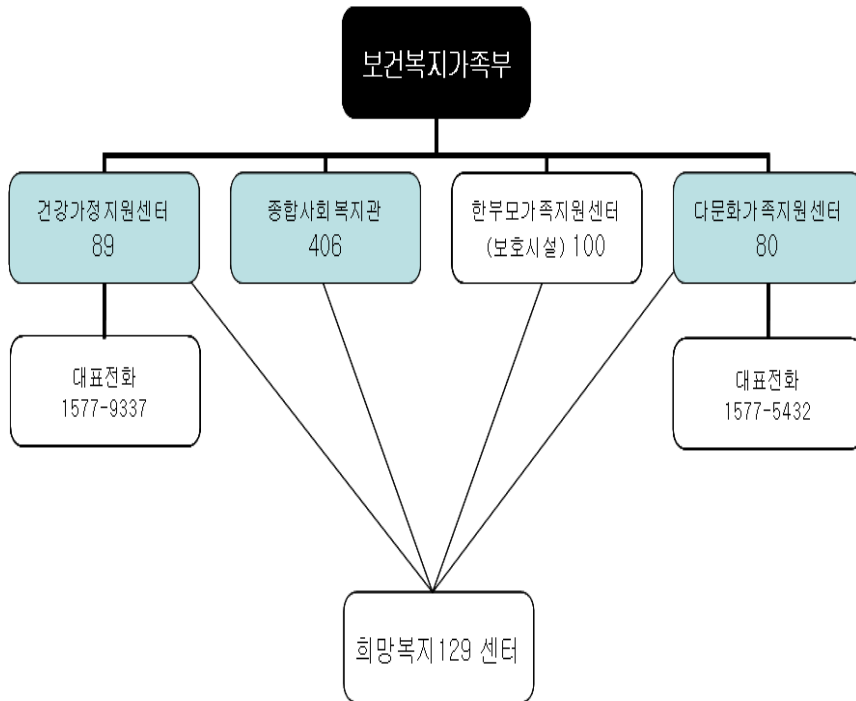
최근 결혼이민자의 증가로 다문화가족이 급증하고 있어 이들에게 사회 적응교육(한글과 한국 전통요리, 한국 가족생활 문화 등), 상담, 직업교육 등 서비스 제공을 통해 다문화 가족의 한국사회 조기 적응 및 안정적인 가족생활을 지원하기 위한 ‘다문화가족지원센터’가 운영되고 있다.

현재 결혼이민자는 전체 110,362명 중 남성 13,126명(11.9%)보다 여성이 97,236명(88.1%) 압도적인 다수를 차지하고 있다. 또한 한국인과 외국인 부부의 총 이혼은 ‘06년에 6,280건으로 전년 대비 46.8% 증가라는 가파른 상승세를 보이는 것은 염려되는 일이다. 특히 외국인 아내 부부의 이혼율은 3.2%로 외국인 남편의 이혼율 1.8%보다 훨씬 높으며 외국인 아내의 이혼율은 해마다 50%이상 증가하고 있다(보건복지가족부, 2008c).

특히 결혼이민자들의 거주지가 농촌지역임을 감안하여 다문화가족지원

센터는 특별시와 광역시 소재보다 경기도 등 농촌지역에 집중적으로 설치되어 있다¹²⁾. 센터의 주된 업무는 한국어 교육, 다문화사회 이해교육, 가족교육, 가족·개인 상담, 취·창업 지원 사업 등이다. 현재 80개 센터가 운영 중인데, 대부분의 경우 여성문화회관과 여성회관에서 운영하고 있으며, 건강가정지원센터(9개소)와 종합사회복지관(11개소)과 동시에 운영하는 곳도 있다(보건복지가족부, 2008d).

[그림 3-3] 보건복지가족부의 가족복지서비스 전달체계 현황



주: 각 가족복지서비스 전달기관 아래에 명시된 숫자는 2008년 기준 기관수임.
 자료: 보건복지가족부 홈페이지(<http://www.mw.go.kr>), 2008.

12) 2008년 다문화가족지원센터의 운영 현황을 살펴보면, 서울(4개소), 부산(3), 대구(3), 인천(3), 광주(2), 대전(2), 울산(1), 경기(9), 강원(6), 충북(5), 충남(5), 전북(7), 전남(10), 경북(10), 경남(9), 제주(1)가 있음(보건복지가족부 홈페이지, 2008년 11월 기준).

이상에서 보듯이 보건복지가족부의 가족복지서비스는 공식적인 전달체인 건강가정지원센터, 다문화가족지원센터와 함께 비공식적이지만 민간 부문에서 중요한 역할을 해온 종합사회복지관을 통해서 제공되고 있다. 그러나 건강가정지원센터와 다문화가족지원센터의 업무가 대상으로 구분될 뿐 특정 서비스를 제외하면 일반적으로 유사한 서비스를 제공하고 있음에도 불구하고 각각 독립적인 대표전화를 가지고 독립적인 기관으로 구분될 필요가 있는가에 대한 의문점이 남는다.

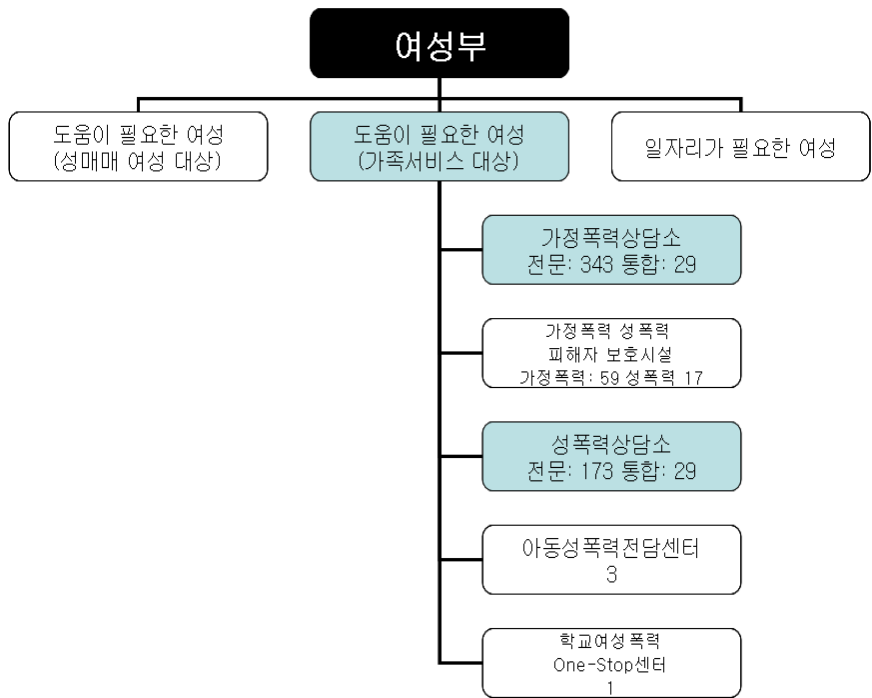
또한 건강가정지원센터와 종합사회복지관의 경우 가족을 대상으로 상담·개입 등 유사한 서비스를 제공함으로써 프로그램 중복과 예산 낭비를 야기한다. 특히 과거 종합사회복지관이 저소득층을 대상으로 하고 건강가정지원센터가 일반 중산층을 대상으로 했던 것에서 탈피하여 소득수준별 서비스 제공기관의 구분이 없어진 현재 사실상 이들 두 기관의 서비스는 유사하거나 중복적이라고 볼 수 있다. 그러나 건강가정지원센터가 연계와 교육에 중점을 두는 반면 종합사회복지관은 직접적인 개입에 중점을 두는 데에서 차이가 있다. 그럼에도 불구하고 보건복지가족부의 가족복지서비스 전달체계가 중복적인 기능들을 효율적으로 재분배하고 사각지대가 없는 질 높은 서비스를 효과적으로 전달해야 할 필요성이 높아지고 있다.

제3절 여성부 가족복지서비스의 전달 체계

여성부 홈페이지에 나타난 여성부의 서비스를 구조화하면 아래의 그림과 같다. 여성부의 가족복지 전달체계는 도움이 필요한 여성과 일자리가 필요한 여성으로 대상을 구분하는 것이 특징인데, 도움이 필요한 여성은 크게 성매매여성과 가정 폭력/성폭력 피해여성으로 구분한다. 그러나 각 도움에 따라 제공되는 서비스는 상담지원과 피해자 지원시설로 공통적이다. 반면에 일자리가 필요한 여성에게 제공되는 서비스를 위한 전달 체계

는 여성인력개발센터, 여대생커리어 개발센터, 여성 새로 일하기 지원본부 등이다. 즉 여성부의 가족복지서비스 전달체계 역시 사후적이고 처치적인 성격을 띤다는 것을 알 수 있다.

[그림 3-4] 여성부의 가족복지서비스 전달체계 현황



주: 각 가족복지서비스 전달기관 아래에 명시된 숫자는 2008년 기준 기관수임.
 자료: 여성부 홈페이지(<http://www.mogef.go.kr>), 2008.

가정폭력상담소 등 전문상담기관은 가족상담 혹은 가족치료를 통하여 긴장상태에 있거나 고통을 받고 있는 가족을 대상으로 그들의 정서적 욕구를 해결해왔다. 실제로 전문상담기관은 가족을 상호 연관된 체계로 보고 가족이란 대상에 대해 총체적으로 개입함으로써 가족의 긍정적 변화를

유도하는 등 많은 효과성을 입증하였다(양심영, 2000; 송성자, 1997). 그러나 가족 상담을 필요로 하는 대상의 규모에 비해 민간전문서비스 부문이 활성화되지 못하고, 대상자의 접근도가 낮으며 다양한 요구를 충족할 수 있는 포괄적이고 전문적인 서비스가 부족한 것이 현실이다(양심영, 2000).

가족복지서비스 현장의 상담 통계 결과를 보면, 과거에는 폭행 및 학대, 성격 갈등, 고부갈등의 문제로 인한 상담의 요청이 많았으나 1998년 이후에는 가정 폭력으로 인한 가족의 해체, 위기 등으로 인한 개입의 요구가 증가하고 있음을 보여준다. 한국가정법률상담소의 조사에 따르면 1996년에 이혼 사유에 대한 피면접자들의 내용을 남녀별로 분류한 결과 남성은 유기(23.9%), 부정(12.9%) 등의 이유가 높은 반면 여성은 폭력(36.2%), 부정(18.5%) 등의 이유가 높은 것으로 나타났다(이영분·양심영, 2000: 130). 즉 주로 남편이 가족 내에서 폭력을 행사한다는 것을 추측할 수 있다.

〈표 3-4〉 가정폭력·성폭력상담소의 상담내용(2007년 기준)

(단위: 건, %)

	계	가정폭력	성폭력	이혼	부부갈등	가족문제
가정폭력상담소	309,657 (100)	135,386 (43.7)	3,400 (1.1)	36,495 (11.8)	41,311 (13.3)	34,071 (11.0)
성폭력상담소	128,167 (100)	9,598 (7.5)	58,709 (45.8)	4,787 (3.7)	9,198 (7.2%)	9,557 (7.5%)

주: 성폭력상담소의 상담건수는 장애인성폭력상담소의 상담건수를 포함.
자료: 여성부, 『2007년 가정폭력·성폭력 보호시설 및 상담소 운영실적 보고』, 2008.

성폭력 상담소의 상담내용은 부부나 가족 외에도 데이트 폭력, 직장 내 성폭력 및 추행 등 가족외부에서 발생하는 폭력도 많다. 그럼에도 불구하고 본 연구에 포함시킨 이유는 가정폭력이 성폭력을 동반하는 경우가 많고 이는 가부장적인 가족문화의 결과이기 때문이다. 또한 여성부 현황자

료에 따르면 가정폭력상담소와 성폭력상담소의 상담 내용의 상당수는 건강가정지원센터와 종합사회복지관의 내용과 중복적인 것으로 나타났다. 즉 가정폭력상담소의 상담내용 중 가정폭력상담을 제외한 기타상담에 이혼, 부부갈등, 가족문제 등이 상당히 높은 것으로 나타났으며, 성폭력, 성매매, 성상담 등 성폭력상담소의 상담내용도 중복적으로 나타났다. 반면에 성폭력상담소의 상담내용 역시 성폭력상담 외에 이혼, 부부갈등, 가족문제에 대한 상담의 비율이 높으며, 가정폭력에 대한 상담도 높은 것으로 나타났다(여성부, 2008).

〈표 3-5〉 가정폭력·성폭력 피해자 지원내용(2007년 기준)

(단위: 건, %)

	계	심리·정서적 지원	수사·법적지원 수사	법률 지원	의료 지원	시설 입소 연계	기타
가정폭력상담소	167,623 (100)	104,279 (62.2)	1,391 (0.8)	45,355 (27.1)	3,486 (2.1)	3,472 (2.1)	9,640 (5.7)
성폭력상담소	66,720 (100)	38,031 (57.0)		15,288 (22.9)	5,001 (7.5)	727 (1.1)	7,673 (11.5)

주: 성폭력상담소의 상담건수는 장애인성폭력상담소, 통합상담소 포함건수임.
자료: 여성부, 『2007년 가정폭력·성폭력 보호시설 및 상담소 운영실적 보고』, 2008.

1998년 가정폭력방지법의 제정으로 판사가 구타 남편에게 수강명령, 치료 위탁, 상담 위탁 등의 보호 처분을 내릴 수 있는 법 조항이 완비되었다. 이는 구타 남편의 변화를 위한 사회복지서비스의 개입의 발판을 마련 해주었을 뿐만 아니라 유관시설과의 네트워크가 구축될 수 있는 계기를 제공하였다. 이러한 결과는 가정폭력상담소와 성폭력상담소의 피해자 지원내용 및 조치결과에서도 나타난다.

위의 표에서 보듯이 현재 가정폭력 및 성폭력 피해자에 대한 지원은 전

문상담소에서 제공하는 심리·정서적 지원의 비중이 크지만, 법적 근거에 따라 수사 및 법적 지원과 의료지원과의 연계비중도 높다. 그러나 건강한 가정에 대한 예방적 차원에서 가정폭력피해자와 가해자에게 사전적인 교육 및 상담이 제공되었더라면 가정폭력의 피해는 훨씬 낮아질 수 있을 것이다. 따라서 사후적인 처치인 가정폭력상담소와 성폭력상담소는 건강가정지원센터와 연계될 필요가 있다.

제4절 주요 쟁점과 평가 범위

1. 주요 쟁점

우리나라의 가족복지서비스 전달체계는 공공부문의 역할보다 민간부문의 역할이 더욱 크다. 현재 공공부문의 가족복지서비스 전달체계는 지역주민 센터가 유일하며, 사회복지전담공무원이 가족을 단위로 공공부조 수급 자격 여부를 사정하거나 급여를 전달하고 사후 관리하는 등의 업무를 수행하고 있다. 반면에 정부의 재정이 투입된 사업은 대부분 민간부문을 통해 이뤄지고 있다. 대표적인 가족복지서비스 전달체계인 종합사회복지관과 건강가정지원센터 모두 정부의 재정이 투입되고 있다. 그러므로 가족복지서비스 전달체계에 대한 평가의 논의는 사회복지기관에 대한 평가 논의와도 관련이 된다.

사회복지기관에 대한 평가는 최근의 제도적, 사회·경제적 환경 변화로 야기되었다(문경주·강성철, 2004: 335; 손광훈, 2003: 118). 먼저, 사회복지공급주체의 다원화로 기존 사회복지기관(시설)의 비효율적인 행태를 문제 삼는 세력이 등장하였다. 특히 1997년 경제위기 이후 사회복지부문에서는 제도화된 사회복지기관 밖의 외부세력인 종교기관과 시민단체를 중심으로 한 민간조직의 사회복지활동으로의 참여가 확대되었다. 이는 한국 사회의

사회복지 총량을 확대시키는 데 큰 기여를 한 것으로 여겨지지만, 한편으로는 제한된 예산과 대상을 놓고 경쟁하는 관계 속에서 기존의 기득권을 확보하고 있는 사회복지기관의 행태를 문제 삼는 사례가 늘어나고 있다.

둘째, 1996년부터 사회복지관 평가가 실시되면서 사회복지부문의 평가에 대한 본격적인 관심이 대두되기 시작하였고, 1998년 사회복지사업법의 개정으로 사회복지시설은 최소한 3년에 1회 이상 평가받도록 제도화되었고, 그 내용은 종사자의 전문성, 시설환경, 서비스의 만족도 등이다(송건섭, 2006: 79-82). 특히 평가를 통해 가시적이며 측정 가능한 목표를 강조하는 추세를 보이고 있다. 이와 같은 사회복지기관의 외부환경 변화는 사회복지기관이 책임성, 효율성에 근거하여 향후 운영기획을 마련해야 하는 상황을 조성하게 되었다.

사회복지관에 대한 평가는 기관의 의사결정자의 책임성을 높이고 의사결정과정을 합리적으로 개선하는 기회를 제공한다. 결과적으로는 기관의 자원을 확보할 수 있는 능력을 강화시키며 자원을 보다 효율적으로 활용할 수 있게 하며 사회복지기관이 보다 효과적이고 체계적이며 지속적으로 변화할 수 있도록 한다(이선우·최상미, 2002:135). 더불어 사회복지기관의 평가는 국민의 세금을 사용하고 있는 사회복지기관이 정부의 지원금을 효율적으로 사용하고 있는지 판단할 수 있을 뿐만 아니라 사회복지시설의 문제점으로 지적되어 온 시설의 폐쇄적·비합리적·비효율적 운영 등을 해결할 수 있는 수단으로 유용하게 활용될 수 있다.

뿐만 아니라 1995년 지방자치의 부활 이래로 근거리에서 복지서비스를 제공하는 지방자치단체에 대한 주민들의 관심과 기대가 증가하였다. 현재 각 지방자치단체에서 지역주민들의 수요에 대응하기 위해 양과 질을 확대하여 복지서비스를 공급하고 있으나 그 지역 실정에 맞는 복지서비스를 효율적으로 제공하고 있는지 여부의 평가는 미흡한 것이 현실이다(류영아, 2006: 139).

그러나 기존의 사회복지시설의 평가는 평가활동의 결과에 중점을 둔 사후보고에만 치중됨으로써 평가 이후의 활용에 대한 관심이 부재하였고, 평가기준과 평가과정의 객관성 결여와 평가지표의 타당성 부족 등의 문제점이 지적되곤 하였다(송건섭, 2006; 문경주·강성철, 2004). 이러한 평가의 미비성은 정부 예산 지원의 타당성 검토나 정부 보조금의 차등지원, 인센티브 등의 근거자료를 어렵게 만든다.

이상에서 살펴본 바와 같이 사회복지분야의 책임성, 효과성, 효율성에 대한 실증적인 연구는 매우 취약하다. 그 중에서도 책임성과 효과성에 대한 논의와 연구는 일부 시도되었으나, 효율성에 대한 연구는 본격적으로 시도되지 않고 있으며, 사회복지 욕구와 수요에 비해 적은 자원을 가지고 있는 사회복지기관은 보다 효율성을 제고시키는 방안을 모색할 필요가 있다.

이러한 문제의식에서 최근 사회복지부문에 대한 평가경향은 결과중심의 프로그램 평가의 한계를 벗어나 평가의 범위를 확장하고자 노력하고 있으며 1990년대 이후에는 기관의 효율성 평가에 대한 관심이 증가하고 있다(Au, 1996). 이는 무엇보다도 사회복지 전문가들이 효율적으로 사회복지서비스를 생산하고 전달하기 위해 기관경영의 중요성을 인식하기 시작했다는 것에서 원인을 찾을 수 있다(문경주·강성철, 2004: 336).

가족복지서비스 전달체계는 보건복지가족부와 여성부를 통해서 이루어진다. 법적으로 규정된 내용에 있어서는 부처별로 제공하는 서비스에 차이가 있다. 먼저 여성부의 가족복지서비스는 주로 가정폭력이나 성폭력 등 가족의 해체 위기에 있는 여성에 초점을 맞추어 사후적이고 처치적으로 이루어진다. 반면에 보건복지가족부의 가족복지서비스는 사전적이고 예방적인 가족 상담과 가족문화사업을 중심으로 이루어진다. 그러나 실제로 수요자인 국민들은 본인이 가진 문제가 상담소를 가야하는 내용인지, 혹은 건강가정지원센터를 찾아야 하는 내용인지 구분하기 힘들다. 따라서 일반적인 가족문제의 상담에 있어서 주민들은 지역의 복지자원에 대한 정

보의 부재, 자원 선택의 어려움에 직면해있다.

또한 부처내에서도 중복적인 부분이 존재한다. 보건복지부에서는 건강가정지원센터와 종합사회복지관이 기본적인 상담에 기초하여 처치(종합사회복지관)나 연계(건강가정지원센터) 서비스를 제공한다. 여성부에서는 가정폭력이 성폭력과 중복되거나 각각의 문제에서 다른 서비스가 개입되어야 할 필요성이 많은데, 이 때 기본적인 상담서비스에 대해서는 중복이 존재한다. 그러나 전문 상담서비스에서는 차이가 있다.

이상의 내용을 요약해보면, 가족 및 여성복지 서비스 전달체계는 사업내용상 중복이 많으나 보건복지가족부 건강가정지원센터가 건강한 가정을, 여성부 전문상담소가 특수 욕구를 가진 여성을 대상으로 하고 있다. 이는 여러 가지 쟁점을 야기하고 있다. 먼저 건강한 가정과 건강하지 않은 가족 및 여성이라는 이분법적 분류 자체가 모호하며, 현재 일반적인 가족이 상담을 요청할 때 물리적인 폭력은 아니라 하더라도 방임 및 유기 등 가정폭력이나 성폭력 상담소에서 동시에 다루어져야 할 필요도 있다. 또한 부처내에서도 유사한 서비스의 내용을 체계적으로 접근할 필요가 있다.

다음으로 결혼 이민자 가구를 대상으로 서비스를 제공하는 다문화가족지원센터를 독립적으로 지원하고 있으나 기관의 운영은 주로 여성회관, 건강가정지원센터, 종합사회복지관 등 기존의 서비스 공급기관에서 운영하고 있어 동일한 공급기관에서 유사한 서비스가 제공되고 있다. 따라서 이러한 서비스 제공기관을 별도로 운영하는 필요와 양적으로 확대할 필요가 있는가에 대한 의문을 제공한다.

마지막으로 가정폭력과 성폭력 역시 구분되기 힘든 부분이 있다. 일반적으로 가정 내 폭력은 성폭력을 동반하는 경우가 많으며, 가해자는 알코올이나 소득 상실 등의 부차적인 문제를 갖고 있는 경우가 많다. 따라서 상담 외에도 전문적인 복지 서비스가 제공되어야 하나, 실제로는 이혼 위기에 처한 가족을 위한 상담과 이혼을 결심하는 여성들을 위한 법적 자문

등의 서비스가 주를 이루고 있다. 이들의 경우 종합사회복지관 혹은 고용안정센터 등 다른 기관과의 연계가 이루어져야 통합적 서비스가 제공될 수 있으나 실제로는 타 부처의 전달체계로의 위임이 잘 이루어지지 않고 있다.

이상의 쟁점들에서 보듯이 현재 우리나라의 가족복지서비스 전달체계는 매우 다양한 명칭의 기관이 서로 유사하거나 중복적인 업무를 수행하고 있지만 수요자 입장에서는 주요한 원인인 소득보장과 고용지원 등과 분절적인 상담서비스의 제공은 가족 문제를 부분적으로 해결할 수밖에 없다. 이는 이용자들이 서비스기관을 이용할 수 있는 정보를 수집하기가 어렵고, 공공부문과 민간부문, 지역사회의 협력이 미약하여 체계적인 접근이 어렵기 때문이다. 또한 전문화된 서비스와 통합된 서비스의 지원이 부족하여 수요자의 기대를 충족시키지 못하고 있는 실정이다.

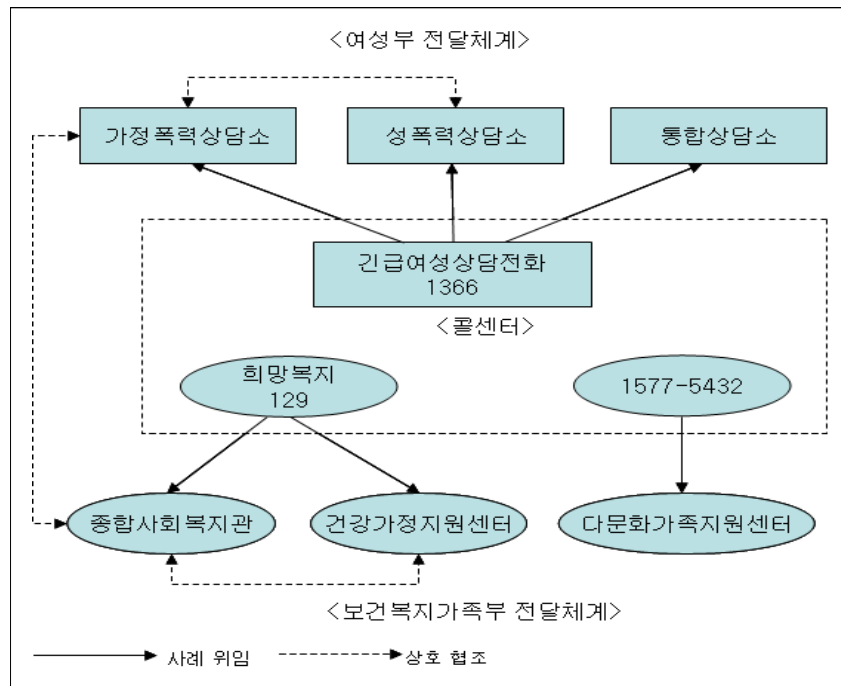
2. 평가의 목적 및 범위

본 연구는 가족복지서비스 전달체계의 운영을 평가하는 것이다. 기존의 연구들은 두 가지 한계를 갖고 있는데, 첫째 가족복지서비스 전달체계로 한정하기 때문에 일반적으로 보건복지가족부의 전달체계만 연구의 대상으로 포함하는 것이다. 둘째, 가족의 개별 구성원을 대상으로 하는 연구는 많았으나 가족 전체를 대상으로 하는 서비스 제공기관을 평가 대상으로 한 연구는 거의 없다.

본 연구에서는 개별적인 가족 구성원에 대한 서비스를 모두 포괄하는 것이 아니라 전체로서의 가족을 대상으로 하는 가족복지서비스로 연구범위를 제한한다. 또한 보건복지가족부의 전달체계인 건강가정지원센터와 민간부문이지만 사회복지 주요 전달체계의 역할을 하는 사회복지관과 여성부의 가정폭력상담소와 성폭력상담소, 통합상담소를 연구 대상으로 한

다. 특히 여성부의 서비스 제공기관은 잔여적인 가족복지정책의 일환으로 가족 내 폭력과 성의 차이에 기반을 둔 폭력에 초점을 맞추고 있어 이 역시 가족복지서비스를 제공하는 주요한 기관이므로 연구대상에 포함시킨다. 또한 보건복지가족부의 다문화가족지원센터는 가족복지서비스 전달체계에는 포함되나 다문화가족센터는 다문화가족 생애주기별 맞춤형 지원 강화대책 공표(2008년 10월 30일) 이후 센터가 개소되어 본 실태조사의 조사시점(2007년 12월 기준)에 해당되지 않아 본 연구의 대상에서는 제외되었다.

[그림 3-5] 가족복지서비스 전달체계의 범위



제4장 가족복지서비스 전달체계의 운영평가

제1절 실태조사와 응답실적

1. 조사대상 및 표본조사 방법

우리나라의 가족복지서비스를 제공하는 전체 기관수는 2007년 말 기준으로 669개소이다. 이들 기관들은 정부의 재정 지원을 받고 있는 시설이며 순수민간전달체계는 제외하였다.

〈표 4-1〉 가족복지서비스 기관 현황(2007말 기준): 모집단

계	종합사회 복지관	건강가정 지원센터	가정폭력 상담소	성폭력 상담소	통합 상담소
669	419	78	82	80	10

자료: 여성부, 『2007년 가정폭력·성폭력 보호시설 및 상담소 운영실적 보고』, 2008.
보건복지가족부, 『2007년도 건강가정지원센터 현황』, 2008b.
보건복지가족부 『2007년도 전국 사회복지관 현황보고서』, 2008e.

전체 조사 대상 기관 669개 중 조사 대상기관으로 총 406개를 표본추출하였다. 먼저 정부의 재정지원을 받고 있는 가형 종합사회복지관의 경우 지역 인구를 고려한 계통표본추출방법으로 156개 표본 집단을 선정하였다. 다음으로 보건복지가족부의 공식적인 전달체계인 건강가정지원센터는 전 시설이 지원받고 있으므로 78개소 전체를 조사하였다. 여성부의 전달체계인 가정폭력상담소, 성폭력상담소, 통합상담소의 경우 순수민간전달체계는 제외하고 정부의 재정 지원을 받고 있는 시설만을 조사 대상에 포함시켰으며 각각 82개소, 80개소, 10개소이다(표 4-2 참조).

〈표 4-2〉 가족복지서비스 기관 현황(2007말 기준): 표본 집단

계	종합사회 복지관	건강가정 지원센터	가정폭력 상담소	성폭력 상담소	통합 상담소
표본추출 방법	계통표본추출법	전수추출			
406	156	78	82	80	10

종합사회복지관의 표본추출방법은 계통표본추출법(systematic sampling)과 임의추출법(simple random sampling)을 차례로 사용하였다. 계통표본추출법은 표본 틀이 존재하기는 하지만 목록화가 불가능하거나, 또는 표집 틀 목록이 있더라도 목록의 나열된 순서가 대체로 임의화 되었다고 간주할 수 있는 상황에서 시행하는 단순임의표집의 대응 표집기법이다(성내경, 1999). 이 방법은 R번째 표집단위부터 시작하여 매 k번째 단위들을 순차적으로 표본으로 추출하는 것이다($R, R+k, R+2k, \dots, R+(n-1)k$). 즉 전국을 159개 시군구로 정렬한 후 누적인구 25만 명마다 1개 시설을 추출하였으며 개별 시설은 임의추출방법을 이용하였다. 추출률은 전체 시설의 40%(156개/419개)이다.

2. 조사 실시

본 조사의 조사표는 일반사항(설립년도, 설립유형 등), 인력(직원 및 자원봉사자 수, 자격증 소지자 수 등) 및 프로그램(상담방법, 상담유형, 문제유형, 개입유형, 사례유형 등), 자원(재원조달방법, 수입현황, 지출현황), 그리고 평가(기관 평가의 주된 초점)의 4가지 영역, 총 22문항으로 구성되었다(부표 1 참조). 또한 실태조사의 내용은 2007년 12월말을 기준으로 작성하였다. 단, 2008년에 설립된 건강가정지원센터의 경우에 한하여 부처 평가가 실시된 2008년 11월의 자료를 기준으로 작성하였다.

예비조사는 9월 18일부터 24일까지 가족복지서비스 제공기관(종합사회복지관, 건강가정지원센터, 가정폭력상담소, 성폭력상담소)을 대상으로 실시하였고, 본 조사는 2008년 11월 18일부터 12월 18일까지 총 한달 간 우편을 통해 실시하였다.

설문조사의 총 회수율은 67.7%이며, 이 중 폐관(1개소)하거나 휴관중인 기관(1개소), 조사를 거부한 기관(13개소), 재원 부문에 응답을 거부한 기관(4개소), 대상 외 기관(1개소)을 제외한 조사표 수령 기관에 대해서만 운영 평가를 실시하였다¹³⁾. 그 결과 종합사회복지관 78개소, 건강가정지원센터 40개소, 가정폭력상담소 71개소, 성폭력상담소 48개소, 통합상담소 20개소가 대상에 포함되었다.

〈표 4-3〉 가족복지서비스 전달체계 실태 조사 대상 집단

	계	종합사회 복지관	건강가정 지원센터	가정폭력 상담소	성폭력 상담소	통합 상담소
조사시설(A)	406	156	78	82	80	10
회수시설	275	88	46	73	48	20
표본 집단	257	78	40	71	48	20

주: 여성부의 상담소 현황은 통합상담소가 10개소로 나타났으나 응답 기관 중 일부 성폭력상담소가 통합상담소로 변경되어 표본 집단의 수가 증가함.

3. 일반적인 현황

가족복지전달체계의 인력 및 프로그램에 대한 분석을 보면 다음과 같다. 먼저, 시설유형에 상관없이 법인에서 운영하는 다른 시설로서는 종합사회복지관(57개소)이 가장 많았으며, 다음으로 가정폭력상담소(33소), 가

13) 부정확한 응답과 항목 등이 누락된 응답한 기관을 표본에서 제외한 모집단 대비 표본 집단 비율은 63.3%임.

정폭력피해자보호시설(30개소), 건강가정지원센터(20개소)순으로 나타났다.

일반적으로 사회복지법인과 종교법인, 학교법인 등은 사회복지관 외에 상담소, 건강가정지원센터 등도 운영하고 있다. 이는 시설유형의 구분 없이 유사한 서비스를 제공하는 원인이다. 또한 사회재정투자의 차등지원에 대한 근거가 되기도 한다. 예를 들어 종합사회복지관내에서 가정폭력상담소가 운영될 경우 시설비 및 임대료 등에 대한 지원은 불필요한 반면, 상담소만 운영하는 기관은 이에 대한 지원이 필수적이다. 아래의 표와 같이 종합사회복지관 중 공급기관을 중복 운영하는 경우는 19.2%에 달한다.

〈표 4-4〉 종합사회복지관의 모기관에서 운영하는 다른 시설

동시 운영 공급기관	%(수)	모기관
종합사회복지관+상담소+피해자보호시설	3.8(3)	사회복지법인(1), 종교법인(2)
종합사회복지관+상담소	2.5(2)	종교법인(2)
종합사회복지관+피해자보호시설	5.1(4)	사회복지법인(1), 종교법인(3)
종합사회복지관+건강가정지원센터	7.6(6)	사회복지법인(4), 종교법인(1), 학교법인(1)

주: 각각에 대한 %는 종합사회복지관 78개소를 기준으로 산출한 것임.

상담방법은 면접 상담이 가장 많고, 전화 상담, 사이버 상담 순으로 나타난다. 최근 보건복지콜센터인 129전화가 서민들의 지원요청 폭주로 항상 통화중이라는 불만이 제기되는데, 콜센터의 이용자들은 주로 긴급지원 등 공공부문의 지원을 요청하고 있다. 따라서 면접 상담보다는 전화 상담이나 사이버 상담을 더 선호하는 것으로 보인다. 그러나 가족복지서비스를 제공하는 기관들은 이용자들이 느끼기에 문제가 심각하거나 복잡적이고 특수한 문제들이 많아서 면접상담이 더 선호된다. 상담유형으로는 개별 상담이 가장 많았으며 다음으로 가족 상담, 집단 상담 순으로 나타났다.

상담자의 주된 문제 유형으로는 전통적인 가족문제인 배우자 부정, 자

너비행, 주벽, 고부갈등 등이 가장 많았으며, 다음으로 가정폭력문제, 개인 문제, 경제적 어려움 순으로 나타났다. 일반적으로 가정폭력상담소는 가정 폭력문제에, 성폭력상담소는 성폭력문제에 초점을 맞추고 있다는 점을 고려할 때 내담자의 주된 문제 유형에서 위 기관들에 대한 욕구는 명확하게 나타난다. 그러나 전통적인 가족 내 문제와 개인문제, 경제적 어려움과 관련한 문제는 건강가정지원센터와 종합사회복지관의 서비스가 중복적으로 나타나 욕구는 명확하게 나타나나 기관들과 연계하는 데는 다소 한계가 있다.

〈표 4-5〉 상담자의 상담유형 분포

(단위: %, 건)

계	경제적 어려움	가족 내 문제	개인문제	성폭력문제	가정폭력 문제
100.0 (259,533)	15.5 (40,140)	29.9 (77,600)	16.3 (42,339)	12.4 (32,180)	25.9 (67,274)

프로그램 유형에서는 상담이 가장 많았으며, 처치와 연계(종합사회복지관 및 피해자보호시설로의 연계지원 등)가 그 다음으로 나타났다¹⁴⁾. 상담은 모든 기관에서 중복적으로 행하는 만큼 가장 높은 빈도를 나타냈고, 처치는 건강가정지원센터를 제외한 종합사회복지관과 가정폭력상담소, 성폭력상담소 등의 상담소에서 빈번하게 나타났다. 반면에 연계서비스는 건강가정지원센터에서 주로 담당하고 있으나 각 기관이 가지는 자원에 의존하기 때문에 상대적으로 낮은 빈도를 보이고 있다.

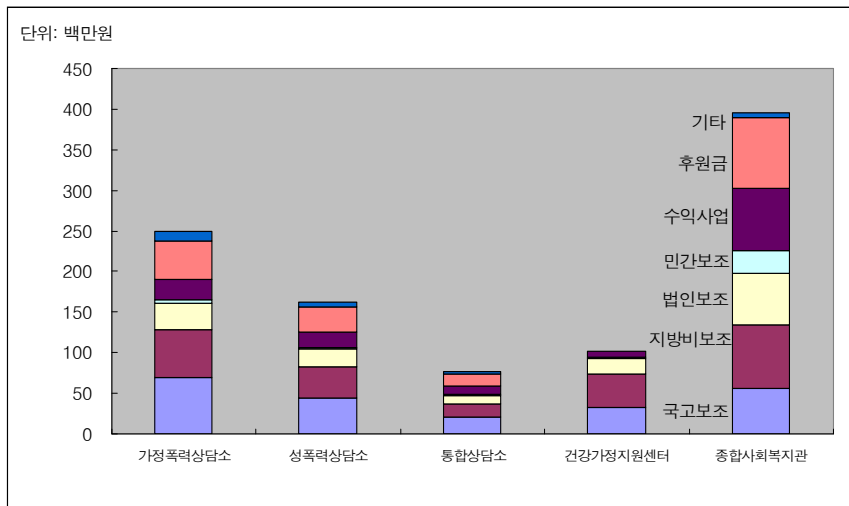
14) 본 연구에서 처치서비스는 주로 놀이치료, 심리치료, 가족상황극 사회복지관에서 제공하고 있는 직접적인 개입 프로그램으로 제한하고, 연계서비스는 종합사회복지관 혹은 피해자 지원시설, 병원, 법률구조공단 등으로 사례를 이관하는 것을 뜻함.

〈표 4-6〉 프로그램 유형 분포

(단위: %, 건)			
계	상담	처치	연계
100.0	67.9	21.3	10.8
(436,273)	(296,377)	(92,902)	(46,994)

가족복지서비스 전달체계의 재원조달방법에 대한 분석을 보면 다음과 같다. 첫째, 재원조달방법에 대해서는 국고와 지방비보조가 대부분이며, 다음으로 후원금, 법인보조, 수익 사업 순으로 나타났다(그림 4-1참조). 둘째, 예산의 부족으로 겪는 어려움으로는 직원채용과 근무환경개선에 가장 많은 응답을 보였으며, 다음으로 프로그램 수 확충, 임대료·관리비 등의 운영비, 외부강사 섭외 순으로 나타났다. 셋째, 부족한 예산 충당방법으로는 프로젝트 참여가 가장 많았으며, 다음으로 후원금, 법인보조, 사용자 부담금 순으로 나타났다.

[그림 4-1] 기관별 재원조달방법 비교



4. 도시규모별¹⁵⁾ 기관 빈도분석

실태조사에 응답한 기관들에 대하여 도시규모별로 빈도분석을 실시하였다. 종합사회복지관은 전체 78개소 중 거대도시 소재 종합사회복지관이 43개소(55.1%)이며, 중도시 소재 복지관은 16개소(20.5%)이다. 건강가정지원센터의 경우 전체 40개소 중 거대도시 소재 건강가정지원센터는 16개소(40.0%)이며, 소도시 소재 건강가정지원센터는 11개소(27.5%)이다. 즉 종합사회복지관과 건강가정지원센터는 거대 도시 소재 기관들이 많이 분포해 있다. 종합사회복지관의 경우에는 가장 큰 규모인 가형에 대해서 표본추출을 했기 때문인 것으로 보인다.

〈표 4-7〉 도시규모별 기관 분포

(단위: %, 수)

구분	종합사회 복지관	건강가정 지원센터	성폭력 상담소	가정폭력 상담소	통합 상담소
거대도시	55.1(43)	40.0(16)	29.2(14)	28.2(20)	30.0(6)
대도시	16.7(13)	22.5(9)	14.6(7)	15.5(11)	25.0(5)
중도시	20.5(16)	10.0(4)	29.2(14)	21.1(15)	30.0(6)
소도시	7.7(6)	27.5(11)	27.1(13)	35.2(25)	15.0(3)
합 계	100.0(78)	100.0(40)	100.0(48)	100.0(71)	100.0(20)

이와 대조적으로 성폭력상담소의 경우 거대도시와 중도시 소재 성폭력상담소는 각각 14개소(29.2%)이며, 소도시 소재 성폭력상담소는 13개소(27.1%)이다. 가정폭력상담소는 전체 71개소 중 소도시 소재 가정폭력상담소는

15) 지역의 구분은 인구규모에 따른 도시 분류로 한국도시연감의 분류기준을 이용함. 즉 거대도시(인구 100만 이상 도시, Megalopolis, MG), 대도시(인구 50만 이상 - 100만 미만 도시, Metropolis, MT), 중도시(인구 20만 이상 - 50만 미만 도시, City, C), 소도시(인구 20만 미만 도시, Town, T)의 4가지임.

25개소(35.2%)이며, 거대도시 소재 가정폭력상담소는 20개소(28.2%)이다. 통합상담소의 경우 전체 20개소 중 거대도시와 중도시 소재 통합상담소는 각각 6개소(30.0%)이며, 대도시 소재 통합상담소는 5개소(25.0%)이다. 즉 상담소의 경우 지역에 따른 편차가 두드러지지 않고, 오히려 거대도시와 대도시, 중소도시에 고른 분포를 보인다.

제2절 운영평가

1. 상담서비스에 대한 효율성 평가

가족복지서비스를 제공하는 전체 기관에서 공통적으로 이루어지는 서비스는 상담이다. 상담은 내담자가 가진 문제나 상황을 파악하기 위한 가장 기초적인 단계이지만, 서비스를 받기 위해 기관을 방문할 때마다 동일한 사건이나 상황을 반복적으로 진술하는 과정에서 내담자는 당시의 고통을 반복적으로 회상하거나 외상 후 스트레스 장애, 좌절감, 자기 비하 등의 감정을 경험하게 된다. 서비스 제공기관은 상담 자격증을 소지한 인력이 추가로 필요하거나 기존의 전문 인력에게 상담자격까지 획득하도록 요구하는 등 수요자와 공급자 모두에게 중복적인 상담으로 인한 문제가 야기되고 있다.

먼저 상담서비스를 중심으로 가족복지서비스 전달체계인 가정폭력상담소, 성폭력상담소, 통합상담소, 건강가정지원센터, 종합사회복지관의 효율성을 평가하기 위하여 자료포락분석(DEA)을 실시하였다. 이 때 DEA는 효율적인 기관을 준거집단으로 비효율적인 기관을 평가하며, 비효율적인 의사결정단위(DMU)의 비효율성의 원인을 투입변수와 산출변수의 과잉·과소여부와 정도를 통해 알려준다.

〈표 4-8〉 투입 및 산출변수(상담서비스중심)

구 분	변 수	지 표 기 준
투입 변수	정규직원 수	자원봉사활동인증관리(VMS) 등록 단일자격증, 중복자격증 소지 구분 ¹⁶⁾ 단일자격증, 중복자격증 소지 구분 인건비, 사업비, 시설비 등 포함
	자원봉사자 수	
	자격증 소지 직원 수	
	자격증 소지 자원봉사자 수	
	년 지출총액	
산출변수	상담 건수	면접상담, 전화상담, 사이버상담 구분

상담서비스에 대해서 기관별 분석을 실시한 결과는 다음과 같다. 전체 가족복지 상담서비스를 제공하는 기관 중 효율적인 기관은 불과 10개에 불과한 것으로 나타났다. 이와 대조적으로 비효율적기관은 247개 기관이었다. 특이한 것은 효율적 기관 중 가정폭력상담소가 6개소로 나타나 타 기관과 비교하여 상대적으로 효율적인 것으로 평가되었다. 다음으로는 종합사회복지관이 2개소, 건강가정지원센터가 1개소, 성폭력상담소가 1개소로 나타났으며, 통합상담소는 효율적 DMU가 한 개소도 없다.

비효율적 기관 중에서는 종합사회복지관이 76개소로 30.8%를 차지하였으며, 다음으로 가정폭력상담소가 65개소로 26.3%를 차지하였다. 그리고 성폭력상담소, 건강가정지원센터, 통합상담소 순으로 나타났다. 다만, 여기서 비효율적이라고 평가받는 대상은 상담서비스에 대한 것으로 제한한다는 것을 유념할 필요가 있다. 즉 종합사회복지관은 주로 제공하는 서비스가 직접적인 처치이고, 건강가정지원센터는 주로 제공하는 것은 연계서비스이므로 상대적으로 상담서비스의 중요성이 간과될 수 있다. 반면에 상

16) 사회복지사 자격증 소지자는 소정의 교육을 받은 후 타 자격증(예, 상담사)을 중복 소지하는 경향이 있으며, 이는 투입 측면에서 효율성에 영향을 미칠 가능성이 있어 단일자격증과 중복자격증을 구분하여 조사하였음.

담소는 주된 서비스가 상담서비스이므로 상담서비스가 상대적으로 더 효율적인 결과를 산출하는 것으로 보인다. 그럼에도 불구하고 이러한 효율성을 평가하는 이유는 가족복지서비스를 위한 일련의 활동 중 상담은 가장 기초적인 활동이고 모든 기관에서 중복적으로 제공되고 있기 때문이다.

〈표 4-9〉 기관 유형별 상담서비스의 DEA 결과

(단위: %, 수)

	계	종합사회 복지관	건강가정 지원센터	가정폭력 상담소	성폭력 상담소	통합 상담소
효율DMU	100.0 (10)	20.0 (2)	10.0 (1)	60.0 (6)	10.0 (1)	-
비효율DMU	100.0 (247)	30.8 (76)	15.8 (39)	26.3 (65)	19.0 (47)	8.1 (20)

다음으로 효율적 DMU와 비효율적 DMU를 각각 구분하여 도시규모별로 효율성을 평가는 표 4-11과 같다. 거대도시와 대도시에서 효율적인 DMU가 각각 4개소를 차지하여 중도시와 소도시와 비교했을 때 상대적으로 효율적으로 평가된다. 또한 비효율적 DMU에서는 거대도시가 96개소로 38.9%를 차지하였으며, 다음으로 중도시와 소도시, 대도시 순으로 나타났다. 일반적으로 거대도시의 경우 예산이 중소도시에 비해서 많으므로 투입 대비 산출을 통해 효율성을 평가할 경우 일반적으로 예산이 많은 기관은 상대적으로 비효율적으로 나타나는 경향이 있다.

특이한 것은 일반적으로 가족복지서비스 전달기관은 거대도시나 대도시에 비해 상대적으로 적은 예산이 지원되거나 서비스가 다양하지 않음에도 불구하고 소도시에서 효율적인 DMU가 2개소로 나타난 것이다. 즉 거대도시일수록 효율적이거나 소도시일수록 비효율적인 선형관계가 나타나지 않고 오히려 각 지역의 수요와 욕구에 적합한 서비스 전달이 필요하다는 것을 알 수 있다.

〈표 4-10〉 도시 규모별 상담서비스의 DEA 결과

(단위: %, 수)

	계	거대도시	대도시	중도시	소도시
효율DMU	100.0 (10)	40.0 (4)	40.0 (4)	-	20.0 (2)
비효율DMU	100.0 (247)	38.9 (96)	16.6 (41)	22.3 (55)	22.3 (55)

마지막으로 기관유형과 도시규모별 DEA 효율성 결과에 대한 교차분석을 실시하였다. 효율적인 DMU의 경우 대도시 소재 가정폭력상담소가 3개소로 가장 많았으며, 다음으로 거대도시 소재 가정폭력상담소가 2개소로 나타났다. 그 외 효율적인 기관은 거대도시 소재와 대도시 소재 종합사회복지관이 각각 1개소, 소도시 소재 건강가정지원센터 1개소, 거대도시 소재 성폭력상담소와 소도시소재 가정폭력상담소가 각 1개소로 나타났다. 그러나 효율적인 상담서비스를 제공하는 통합상담소는 없는 것으로 나타났다.

이와 대조적으로 비효율적인 DMU의 경우 거대도시 소재 종합사회복지관이 가장 많으며(43개소, 16.7%), 다음으로 소도시 소재 가정폭력상담소가 24개소, 거대도시 소재 가정폭력상담소가 18개소로 나타났다. 종합사회복지관과 건강가정지원센터의 경우 거대도시에서 비효율적인 기관이 많이 나타난다. 이는 거대도시의 종합사회복지관과 건강가정지원센터가 인력과 예산이 많이 투입되기 때문인 것으로 보인다. 반면 농촌 등 노인인구가 많은 소도시는 전통적으로 가정문제에 대한 외부 노출을 꺼리는 문화적인 특성 때문에 비효율적인 가정폭력상담소가 많은 것으로 나타난다.

〈표 4-11〉 기관 유형과 도시규모별 상담서비스의 DEA 결과

(단위: %, 수)

	계	효율적 DMU				비효율적 DMU			
		거대 도시	대 도시	중 도시	소 도시	거대 도시	대 도시	중 도시	소 도시
종합사회복지관	30.4 (78)	0.4 (1)	0.4 (1)	-	-	16.7 (43)	4.7 (12)	6.2 (16)	1.9 (5)
건강가정지원센터	15.6 (40)	-	-	-	0.4 (1)	6.2 (16)	3.5 (9)	1.6 (4)	3.9 (10)
성폭력상담소	18.7 (48)	0.4 (1)	-	-	-	5.1 (13)	2.7 (7)	5.4 (14)	5.1 (13)
가정폭력상담소	27.6 (71)	0.8 (2)	1.2 (3)	-	0.4 (1)	7.0 (18)	3.1 (8)	5.8 (15)	9.3 (24)
통합상담소	7.8 (20)	-	-	-	-	2.3 (6)	1.9 (5)	2.3 (6)	1.2 (3)

2. 기관에 대한 효율성 평가

1) 기관유형별 효율성 평가

기관유형별 효율성을 평가하기 위해 가족복지 서비스 제공 기관 257개소를 대상으로 DEA를 실시하였다. 이 때 산출변수는 상담서비스 외에 프로그램과 사례관리를 모두 포함한다. 또한 비효율적인 기관(DMU)의 투입산출변수에 대한 잠재적 개선비(Potential Improvement(%), PI)를 측정하여 투입산출변수의 과잉공급과 과소공급의 정도를 측정하였다(부표 2 참조). 이 때 과잉공급은 준거집단의 DMU보다 상대적으로 많이 공급되어 효율성을 강화해야 하는 변수이며, 과소공급은 준거집단의 DMU보다 상대적으로 적게 공급되어 공급량을 증가시켜야 하는 변수다. 따라서 과잉 공급되거나 과소 공급된 변수의 잠재적 개선비를 통하여 바람직한 개선 방향을 제안할 수 있다. 투입 및 산출변수는 다음과 같다.

〈표 4-12〉 투입 및 산출변수(상담, 프로그램, 사례관리)

구분	변 수	지표기준
투입 변수	정규직원 수	자원봉사활동인증관리(VMS) 등록 단일자격증, 중복자격증 소지자 구분 단일자격증, 중복자격증 소지자 구분 사업비, 인건비, 운영비, 시설비 등 포함
	자원봉사자 수	
	자격증 소지 직원수	
	자격증 소지 자원활동가수	
	년 지출총액	
산출 변수	상담 건수	면접상담, 전화상담, 사이버상담 구분
	프로그램 수	상담, 교육, 처치, 연계, 기타 구분
	사례관리 수	가족/개인문제, 성폭력/가정폭력 등 구분

먼저 가정폭력상담소 71개소 중 DEA에 의하여 효율적 DMU는 17개소¹⁷⁾, 비효율적 DMU는 54개소로 나타났다. 비효율적 가정폭력상담소를 준거집단과 비교하여 상대적 효율성을 평가하면, 대도시 소재 가정폭력상담소는 거대도시 소재 가정폭력상담소에 비교하여 상대적으로 비효율적인 것으로 나타났다. 그리고 중도시 소재 가정폭력상담소는 거대도시와 대도시 소재 가정폭력상담소와 비교하여 상대적으로 비효율적으로 나타났다. 또한 소도시 소재 가정폭력상담소는 거대도시소재 가정폭력상담소와 비교하여 상대적으로 비효율적으로 나타났다.

또한 비효율적 DMU 중 과잉 공급된 변수는 준거집단과 비교하여 상대적으로 직원수와 자원봉사자수인 것으로 나타났다. 이는 비효율적인 기관에서 우수한 인력을 활용하는 능력이 부족함을 보여준다. 반면 과소 공급된 변수는 프로그램수와 사례관리수로 나타났다. 이는 가정폭력상담소에서 다양한 프로그램의 개발과 사례관리 능력이 필요하다는 것을 뜻한다.

17) DMU63(MT), DMU5(MG), DMU13(MG), DMU15(MG), DMU17(MG), DMU21(MT), DMU23(MT), DMU36(T), DMU44(MT), DMU50(C), DMU2(MG), DMU67(T), DMU69(T), DMU70(T), DMU47(C), DMU30(C), DMU59(T).

〈표 4-13〉 가정폭력상담소의 효율성 평가

연번	DMU	효율성 수 치	도시 규모	준거집단	연번	DMU	효율성 수 치	도시 규모	준거집단
1	DMU16	98.81	MG	5,50	28	DMU68	40.48	T	5,15,17,30
2	DMU64	98.03	MT	2,5	29	DMU54	39.19	T	2,5,17,30
3	DMU20	92.06	MG	5,47	30	DMU18	39.01	MG	5,15,44,59
4	DMU45	86.15	C	5,15,17,30,63	31	DMU55	38.73	T	2,5
5	DMU51	82.46	C	5,47	32	DMU25	38.10	C	5,44,47,63
6	DMU10	80.40	MG	2,10	33	DMU37	37.90	T	2,5
7	DMU71	74.83	MT	5,17,30	34	DMU65	37.46	C	5,15,21,63
8	DMU 7	73.09	MG	2,5	35	DMU11	35.74	MG	5,21,30
9	DMU33	71.83	T	5,	36	DMU58	34.38	MT	5,44
10	DMU 6	67.91	MG	5,17	37	DMU19	33.28	MG	5,36,50,69
11	DMU38	66.31	T	5	38	DMU32	33.09	MT	5,30
12	DMU34	64.51	C	5	39	DMU 8	32.99	MG	5,47,59,69
13	DMU41	64.36	T	5,15	40	DMU24	28.66	MT	5,15,17,30
14	DMU14	60.88	MG	2,5	41	DMU62	28.48	T	5,44
15	DMU66	56.86	C	5,15,44,59	42	DMU49	28.35	T	5,21,44,63
16	DMU46	54.14	C	5,21,44,63	43	DMU61	28.11	C	21,63
17	DMU53	53.79	T	5	44	DMU35	26.39	T	5,21
18	DMU 3	53.00	MG	5,21,63	45	DMU72	25.53	T	36,44
19	DMU 1	46.50	MG	5,44,59	46	DMU56	21.97	T	5,44,59,69
20	DMU29	46.46	C	5	47	DMU12	21.85	MG	5
21	DMU31	46.00	T	5,15,21,30,44	48	DMU60	21.42	T	5,44,47,69
22	DMU57	45.25	C	5	49	DMU48	20.87	T	5,21,44
23	DMU 9	45.21	MG	5,15,21	50	DMU40	19.02	T	2,5
24	DMU52	44.77	C	5,21,63	51	DMU42	17.72	T	5,21
25	DMU39	41.77	MT	21,44,63	52	DMU43	15.5	T	5,44,59
26	DMU 4	41.66	MG	5,17,30	53	DMU28	7.59	C	5,15
27	DMU22	41.06	MT	5,47,59	54	DMU27	5.34	T	5

주: MG=인구100만이상도시, MT=인구50만-100만도시, C=인구20만-50만도시, T=인구20만이하도시

한편, 가정폭력상담소의 도시규모별 효율성을 분석해 보면, 전체적으로 비효율적 가정폭력상담소가 효율적 가정폭력상담소보다 훨씬 많다. 또한 인구밀도에 따른 도시 구분에 상관없이 효율적인 가정폭력상담소보다 비효율적인 상담소가 더 많은 것으로 나타났다. 그러나 거대도시와 대도시

의 가정폭력상담소가 중소도시 소재 가정폭력상담소보다 다소 효율적인 기관이 많은 것으로 나타났다.

〈표 4-14〉 도시규모별 가정폭력상담소 효율기관 분포
(단위: %, 수)

구 분	전체	거대도시	대도시	중도시	소도시
효율DMU	23.9(17)	25.0(5)	36.4(4)	20.0(3)	20.0(5)
비효율DMU	76.1(54)	75.0(15)	63.6(7)	80.0(12)	80.0(20)
합 계	100.0(71)	100.0(20)	100.0(11)	100.0(15)	100.0(25)

다음으로 성폭력상담소 48개소 중 효율적 DMU는 23개소¹⁸⁾로, 비효율적 DMU는 25개소로 분석되었다. 비효율적 성폭력상담소를 준거집단과 비교하여 상대적 효율성을 평가하면, 대도시 소재 성폭력상담소는 거대도시 소재 성폭력상담소와 비교하여 상대적으로 비효율적으로 평가되었다. 그리고 중도시와 소도시 소재 성폭력상담소는 거대도시와 대도시 소재 성폭력상담소와 비교하여 상대적으로 비효율적인 것으로 평가되었다.

비효율적 DMU를 보면, 투입변수에서는 직원이 상대적인 준거집단과 비교하여 가장 과잉 공급되고 있는 변수로 측정되었으며 다음으로 자원봉사자, 정규직원 단일자격과 중복자격증소지, 자원봉사자의 단일자격과 중복자격증소지 순으로 나타났다. 산출변수에서는 프로그램수와 사례관리수가 상대적인 준거집단과 비교하여 과소 공급되고 있는 것으로 나타났다. 따라서 성폭력상담소의 경우 직원의 효율적인 관리가 필요하며, 또한 프로그램개발과 사례관리개발이 필요함을 시사해 주고 있다.

18) DMU43(T), DMU8(MG), DMU24(T), DMU48(T), DMU2(MG), DMU10(MG), DMU15(MG), DMU17(MT), DMU21(T), DMU3(MG), DMU25(MT), DMU27(MT), DMU32(MT), DMU39(C), DMU40(C), DMU4(MG), DMU44(C), DMU46(C), DMU5(MG), DMU16(MT), DMU11(MG), DMU6(MG), DMU14(MG).

〈표 4-15〉 성폭력상담소의 효율성 평가

연번	DMU	효율성 수 치	도시 규모	준거 집단	연번	DMU	효율성 수 치	도시 규모	준거 집단
1	DMU35	98.22	C	15,46	14	DMU28	59.94	MT	3,6,48
2	DMU36	97.96	C	15,17,46	15	DMU18	58.81	MT	3,10,14,39
3	DMU23	97.84	T	15,25,46	16	DMU38	57.37	T	5
4	DMU19	90.54	C	5,6,17	17	DMU9	55.98	MG	3,10,14,39
5	DMU 1	90.07	MG	15,25,46	18	DMU41	51.12	T	10,17,25,40
6	DMU34	88.91	C	17,25	19	DMU30	43.94	T	3,6,10,39
7	DMU29	83.12	C	10,11,17,46	20	DMU33	42.23	C	3,25,39
8	DMU22	78.75	C	5,12,27,48	21	DMU45	43.05	C	4,40
9	DMU31	75.29	T	15,17,25	22	DMU7	42.08	MG	5,14,39,46
10	DMU13	69.41	MG	10,12,46	23	DMU49	23.54	C	14,27,32
11	DMU20	65.76	T	5,14,27,48	24	DMU26	19.70	T	15,25,46
12	DMU42	62.56	C	39	25	DMU47	15.86	T	3
13	DMU37	60.46	T	4,17,40					

주: MG=인구100만이상도시, MT=인구50만-100만도시, C=인구20만-50만도시, T=인구20만이하도시

한편, 성폭력상담소의 도시규모별 효율성을 분석해 보면 거대도시와 대도시 소재 성폭력상담소는 상대적으로 효율적인 성폭력상담소가 많은 반면 중도시와 소도시는 비효율적인 성폭력상담소가 많은 것으로 나타났다. 이는 직장 내 성희롱과 사이버 성추행, 데이트 성폭행 등 성폭력 상담과 신고가 주로 거대도시와 대도시에서 발생하기 때문이다. 즉 농촌지역 등의 중소도시에서는 성폭력으로 인한 상담신청 자체가 낮아서 상대적으로 비효율적으로 나타난다.

〈표 4-16〉 도시규모별 성폭력상담소 효율 기관의 분포
(단위: %, 수)

구 분	전체	거대도시	대도시	중도시	소도시
효율DMU	47.9(23)	71.4(10)	71.4(5)	28.6(4)	30.8(4)
비효율DMU	52.1(25)	28.6(4)	28.6(2)	71.4(10)	69.2(9)
합 계	100.0(48)	100.0(14)	100.0(7)	100.0(14)	100.0(13)

이어 통합상담소는 20개소 중 DEA에 의하여 효율적 DMU는 7개소¹⁹⁾로 나타났다. 그리고 비효율적 DMU는 13개소로 분석되었다. 비효율적 통합상담소를 준거집단과 비교하여 상대적 효율성을 평가하면, 대도시 소재 통합상담소는 중도시와 거대도시소재 통합상담소와 비교하여 상대적으로 비효율적으로 나타났다. 그리고 중도시 소재 통합상담소는 거대도시 소재 통합상담소와 비교하여 상대적으로 비효율적으로 나타났다. 또한 소도시 소재 통합상담소는 중도시와 거대도시 소재 통합상담소와 비교하여 상대적으로 비효율적으로 운영되고 있는 것으로 평가되었다.

대도시 소재 통합상담소는 거대도시와 중도시와 비교해 상대적으로 비효율적으로 운영되고 있어 이에 대한 심층적인 평가가 필요하다. 또한 가정폭력상담소와 성폭력상담소의 경우 효율성 수치가 30% 이하인 기관들은 중소도시에 분포하는 경향이 있는데 통합상담소는 대도시에 분포하는 기관들이 있어 지원의 실효성을 검토해볼 필요가 있는 것으로 나타났다.

비효율적인 DMU를 보면 투입변수에서는 직원이 상대적인 준거집단과 비교하여 가장 과잉 공급되고 있는 변수로 측정되었으며 다음으로 자원봉사자, 정규직원 단일자격과 중복자격증소지, 자원봉사자의 단일자격과 중복자격증소지 순으로 나타났다.

19) DMU12(T), DMU7(C), DMU1(MG), DMU9(C), DMU5(C), DMU15(MG), DMU21(MT).

〈표 4-17〉 통합상담소의 효율성 평가

연번	DMU	효율성 수 치	도시 규모	준거 집단	연번	DMU	효율성 수 치	도시 규모	준거 집단
1	DMU14	95.16	MG	15	8	DMU 4	53.50	MG	5,15
2	DMU16	82.11	MG	1,15	9	DMU11	50.59	T	5,15
3	DMU19	73.73	MT	1,5,15	10	DMU 2	49.74	MG	15
4	DMU13	73.61	C	5,15	11	DMU20	25.85	MT	1,7,15
5	DMU 8	70.66	MT	5,15	12	DMU10	17.39	T	7,15
6	DMU18	64.38	C	1,5,15	13	DMU 6	13.25	MT	5,15
7	DMU17	60.56	C	15					

주: MG=인구100만이상도시, MT=인구50만-100만도시, C=인구20만-50만도시, T=인구20만이하도시

한편, 통합상담소 도시규모별 효율성을 분석해 보면, 거대도시와 대도시 소재 성폭력상담소는 도시 내 효율적인 통합상담소와 비교하여 상대적으로 비효율적인 성폭력상담소가 많았다. 반면 중도시 소재 통합상담소는 효율적 상담소와 비효율적 상담소가 각각 50%를 차지하여 상대적으로 거대도시나 대도시와 비교하여 중도시 소재 통합상담소가 도시 내에서 효율적으로 운영되고 있는 것으로 나타났다.

〈표 4-18〉 도시규모별 통합상담소의 효율 기관의 분포

(단위: %, 수)

구 분	전체	거대도시	대도시	중도시	소도시
효율DMU	35.0(7)	33.3(2)	20.0(1)	50.0(3)	33.3(1)
비효율DMU	65.0(13)	66.7(4)	80.0(4)	50.0(3)	66.7(2)
합 계	100.0(20)	100.0(6)	100.0(5)	100.0(6)	100.0(3)

또한 건강가정지원센터 40개소 중 DEA에 의하여 효율적 DMU는 17개소²⁰⁾로 나타났다. 그리고 비효율적 DMU는 23개소로 분석되었다. 비효율적 건강가정지원센터를 준거집단과 비교하면, 건강가정지원센터는 거대도

시, 대도시, 중도시, 소도시에 효율적인 기관과 비효율적인 기관이 골고루 분포되어 있는 것으로 나타났다. 비효율적인 DMU를 보면 투입변수에서는 직원, 자원봉사자, 정규직원 단일자격과 중복자격증소지, 자원봉사자의 단일자격과 중복자격증 소지 순으로 상대적인 준거집단과 비교하여 과잉 공급되고 있는 변수로 측정되었다. 산출변수로는 상담건수와 프로그램수가 과소 공급되는 것으로 나타났다. 이는 비효율적인 건강가정지원센터의 경우 직원이나 자원봉사자의 전문성에도 불구하고 준거집단과 비교하여 상대적으로 상담과 프로그램이 과소 공급된다는 것을 알 수 있다.

〈표 4-19〉 건강가정지원센터의 효율성 평가

연번	DMU	효율성 수치	도시 규모	준거집단	연번	DMU	효율성 수치	도시 규모	준거집단
1	DMU37	81.37	C	11,26,29	13	DMU25	24.13	MG	16,33,38,39
2	DMU 3	81.20	MG	4,16,33,38,39	14	DMU35	21.95	MT	4,33,40
3	DMU 7	79.86	MG	4,26,28	15	DMU36	20.98	MT	16,39
4	DMU24	77.24	MG	2,11,33,39	16	DMU21	14.56	MT	4,33,39
5	DMU29	66.35	MG	4,11,33,39	17	DMU 9	13.70	MG	2,4,11,33,39,40
6	DMU17	64.85	MT	33,39	18	DMU13	10.63	T	2,11,26,39
7	DMU27	60.77	MG	28,39	19	DMU12	10.15	T	16,26,39
8	DMU30	56.93	MG	4,33,40	20	DMU23	8.62	MG	11,26,39
9	DMU32	33.27	MT	4,39,40	21	DMU20	8.60	MT	4,11,26,39,40
10	DMU19	30.44	C	2,4,11,33,39,40	22	DMU22	5.26	T	11,26,39
11	DMU 6	29.03	MG	11,33,39	23	DMU42	7.93	C	26,39
12	DMU15	25.55	T	4,38,39					

주: MG=인구100만이상도시, MT=인구50만-100만도시, C=인구20만-50만도시, T=인구20만이하도시

한편, 건강가정지원센터의 효율성을 도시규모별로 분석해 보면, 중도시가 가장 비효율적으로 나타나며, 거대도시와 대도시 역시 상대적으로 비

20) DMU14(T), DMU41(T), DMU38(MT), DMU5(MG), DMU16(T), DMU33(MT), DMU44(T), DMU26(MG), DMU28(MG), DMU10(T), DMU11(T), DMU39(C), DMU40(MT), DMU4(MG), DMU2(MG), DMU34(T), DMU8(MG)

효율적인 건강지원센터가 더 많다. 그러나 소도시에서는 효율적인 건강가정지원센터가 더 많다. 즉 소도시 소재 건강가정지원센터가 효율적으로 운영되고 있는 것으로 평가된다.

〈표 4-20〉 도시규모별 건강가정지원센터 효율적인 기관의 분포
(단위: 개소, %)

구 분	전체	거대도시	대도시	중도시	소도시
효율DMU	42.5(17)	37.5(6)	33.3(3)	25.0(1)	63.6(7)
비효율DMU	57.5(23)	62.5(10)	66.7(6)	75.0(3)	36.4(4)
합 계	100.0(40)	100.0(16)	100.0(9)	100.0(4)	100.0(11)

끝으로 종합사회복지관은 효율적인 DMU가 17개소²¹⁾, 비효율적 DMU가 61개소로 나타나 비효율적 복지관이 상대적으로 더 많은 것으로 나타났다. 비효율적 종합사회복지관의 지역별 효율성을 평가하면, 먼저 대도시 소재 종합사회복지관은 거대도시 소재 종합사회복지관과 비교하여 상대적으로 비효율적으로 평가되었다. 그리고 중도시 소재 종합사회복지관은 거대도시와 대도시 소재 종합사회복지관과 비교하여 상대적으로 비효율적으로 평가 되었다. 마지막으로 소도시 소재 종합사회복지관은 거대도시 소재 종합사회복지관과 비교하여 상대적으로 비효율적으로 운영되고 있는 것으로 평가되었다.

21) DMU5(MG), DMU19(MG), DMU13(MG), DMU9(MG), DMU35(MG), DMU37(MG), DMU55(MT), DMU56(MT), DMU58(MT), DMU69(C), DMU84(C), DMU86(T), DMU83(C), DMU32(MG), DMU39(MG), DMU46(MG), DMU85(C).

〈표 4-21〉 종합사회복지관 효율성 평가

연번	DMU	효율성 수 치	도시 규모	준거 집단	연번	DMU	효율성 수 치	도시 규모	준거 집단
1	DMU73	98.25	MT	9,13,46	32	DMU65	22.10	C	13,35,58,83
2	DMU52	86.47	C	13,35,58	33	DMU51	19.73	MT	13,39,55,69
3	DMU18	76.19	MG	9,85	34	DMU26	19.50	MG	9,35,58
4	DMU59	68.84	MT	9,35,58,83	35	DMU29	19.02	MG	13,35,58,86
5	DMU17	68.71	MG	9,13,56,86	36	DMU14	18.03	MG	13,58
6	DMU71	66.51	MT	13,35	37	DMU20	17.41	MG	13,58
7	DMU61	64.53	MT	13,46	38	DMU81	16.84	T	13,35,46,86
8	DMU76	63.18	MT	13,56,58,86	39	DMU28	16.08	MG	9,35
9	DMU44	59.58	MG	13,35,58,83	40	DMU60	15.98	MT	19,46
10	DMU30	59.05	MG	13,35,58,83	41	DMU82	15.55	C	13,35,58
11	DMU77	56.47	C	13,58	42	DMU75	13.86	C	13,35,58
12	DMU66	50.59	C	35,84	43	DMU16	13.66	MG	13,58
13	DMU80	46.84	C	13,35	44	DMU50	13.33	MT	9,13,46,56
14	DMU 4	45.05	MG	9,13,46,56	45	DMU45	12.61	MG	9,13,35,46
15	DMU67	42.55	C	35,84	46	DMU87	12.47	T	13
16	DMU38	41.98	MG	9,13,35,83,86	47	DMU34	12.43	MG	13,56,58
17	DMU22	39.84	MG	35,46,58,86	48	DMU27	10.86	MG	13,46
18	DMU36	34.65	MG	13	49	DMU24	9.72	MG	13,39,55,69
19	DMU31	34.51	MG	9,13,46	50	DMU53	6.22	T	13,39
20	DMU47	33.60	MG	9,13,46,58	51	DMU64	5.21	MT	13,56
21	DMU23	33.01	MG	13,35,58,83	52	DMU3	4.99	MG	13,19,46
22	DMU68	32.31	C	13,58	53	DMU48	4.97	MG	13,19,46
23	DMU12	31.60	MG	13,58	54	DMU79	4.27	C	35,84
24	DMU62	30.16	MT	9,13,46,58	55	DMU40	3.93	MG	13,58
25	DMU 8	29.82	MG	13,35,58,83	56	DMU25	3.20	MG	9,35,46
26	DMU21	26.77	MG	13,39,69	57	DMU72	3.13	T	13
27	DMU10	25.92	MG	13,35,83,86	58	DMU15	2.67	MG	13,35,58,83
28	DMU11	23.87	MG	9,13,35,83	59	DMU78	2.63	C	13,58
29	DMU41	23.28	MG	13,35,46,58	60	DMU88	2.46	C	13,58
30	DMU42	22.35	MG	35	61	DMU33	2.01	MG	13,35,86
31	DMU49	22.27	MG	35,86					

주: MG=인구100만이상도시, MT=인구50만-100만도시, C=인구20만-50만도시, T=인구20만이하도시

비효율적인 종합사회복지관의 비효율을 야기하는 원인은 직원 수, 자원봉사자 수, 단일자격증을 소지한 정규직원의 수 등의 투입변수가 준거집단과 비교하여 과잉 공급되는 것으로 나타났다. 이는 사회복지사 자격증을 가지고 있는 사회복지사들이 소정의 교육과정 이수로 가정폭력상담사, 성폭력상담사 자격을 획득하나 실제로 사용하지 않으므로 산출물이 낮게 나타나기 때문인 것으로 보인다. 한편, 도시규모별로 효율성을 살펴보면, 도시규모와 관계없이 비효율적인 종합사회복지관이 효율적인 종합사회복지관 보다 도시에 많다는 것을 보여준다.

〈표 4-22〉 도시규모별 종합사회복지관 효율적인 기관의 분포
(단위: %, 수)

구 분	전체	거대도시	대도시	중도시	소도시
효율DMU	21.8(17)	20.9(9)	23.1(3)	25.0(4)	16.7(1)
비효율DMU	78.2(61)	79.1(34)	76.9(10)	75.0(12)	83.3(5)
합 계	100.0(78)	100.0(43)	100.0(43)	100.0(16)	100.0(6)

2) 효율성에 영향을 미치는 요인분석: 회귀분석

전달기관의 효율성에 영향을 미치는 요인을 살펴보기 위해 회귀분석을 실시하였다. 이는 DEA분석을 통해 도출된 효율성계수를 종속변수로 선정하고 DEA 분석에서 투입변수와 산출변수 각각을 독립변수로 선정하였다. 이를 통해 효율성에 영향을 미치는 요인을 밝혀내면 그 요인을 강화하거나 제거하여 효율성을 제고시킬 방안을 찾을 수 있다.

먼저 투입변수인 인력(정규인력 수, 자원봉사자 수, 정규인력의 전문 자격증, 자원봉사자의 자격증)과 예산에 대한 회귀분석결과를 살펴보면 정규인력, 자원봉사자, 지출총액이 효율성에 영향을 미치는 변수로 측정되었

다. 이를 DEA 결과와 연계하면, 정규인력과 자원봉사자에 대한 적절한 관리 운영이 필요할 것으로 예상된다.

〈표 4-23〉 투입변수의 영향 요인

종속 변수	독립 변수	비표준화계수		표준화계수	t	f	R ²
		B	표준오차	Beta			
효율성 계 수	정규인력	3.138	1.441	0.185	2.117*	4.932* *	0.18
	자원봉사자	0.002	0.001	0.130	1.964*		
	전문자격증	-0.2815	1.807	-0.154	-1.558		
	자원자격증	-0.404	0.224	-0.117	-1.804		
	지출합계	-1.4E-05	0.000	-0.184	-2.397*		

* p<0.05, **p<0.01

다음으로 산출변수인 프로그램 유형에 영향(상담, 처치, 연계)을 미치는 요인을 찾고자 회귀분석을 실시하였다. 회귀분석 결과 상담건수, 프로그램 건수, 사례관리 건수가 효율성에 영향을 미치는 변수로 측정되었다. 이를 DEA 결과인 프로그램 수와 사례관리 수 등의 과소 공급과 연계해서 생각하면, 상담에 대한 홍보 강화 및 적극적인 프로그램개발, 사례관리 등을 위한 방안이 필요하다는 것을 알 수 있다.

〈표 4-24〉 산출변수의 영향 요인

종속 변수	독립 변수	비표준화계수		표준화계수	t	f	R ²
		B	표준오차	Beta			
효율성 계 수	상담	0.003	0.001	0.157	2.472*	17.038* *	0.26
	프로그램	0.001	0.001	0.162	2.623**		
	사례관리	0.010	0.002	0.243	4.193**		

* p<0.05, **p<0.01

마지막으로 효율성계수를 종속변수로 선정하고 프로그램 유형(상담, 처치, 연계)을 독립변수로 선정하여 5개 기관 전체와 상담소, 건강가정지원센터, 종합사회복지관에 대한 영향을 알아보기 위해 회귀분석을 실시하였다. 먼저 전체 기관을 대상으로 영향 요인을 살펴본 결과는 유의하게 나타났으며, 집단 간의 차이는 특히 상담에서 나타났다. 다음으로 가정폭력상담소, 성폭력상담소, 통합상담소를 대상으로 회귀분석을 실시한 결과 역시 유의하게 나타났는데, 프로그램 유형에서는 상담이 영향을 미치는 요인으로 나타났다.

〈표 4-25〉 기관별 산출변수의 영향 요인

종속 변수	독립 변수	비표준화계수		표준화계수	t	f	R ²
		B	표준오차	Beta			
효율성 계 수 (전 체)	상담	0.009	0.002	0.318	5.252*	10.518* *	0.20
	처치	0.000	0.002	-0.007	-0.112		
	연계	0.001	0.001	0.059	0.968		
효율성 계 수 (상담소)	상담	0.008	0.003	0.271	3.245**	7.737**	0.24
	처치	0.021	0.012	0.139	1.726		
	연계	0.039	0.026	0.127	1.533		
효율성 계 수 (건강가정 지원센터)	상담	0.009	0.007	0.192	1.357	3.647*	0.31
	처치	0.059	0.064	0.130	0.925		
	연계	0.364	0.136	0.378	2.672*		
효율성 계 수 (종합사회 복지관)	상담	0.006	0.002	0.292	2.765**	8.162**	0.33
	처치	0.004	0.002	0.253	2.283*		
	연계	0.001	0.001	0.081	0.795		

* p<0.05, **p<0.01

건강가정지원센터의 효율성에 영향을 미치는 요인은 연계서비스로 나타났으며 이 역시 유의하게 나타났다. 종합사회복지관의 효율성 계수에 영향을 미치는 요인에 대한 회귀분석 결과 역시 유의하게 나타났으며, 특히 상담과 직접적인 처지가 유의한 것으로 나타났다. 이는 각 기관들의 주요 업무와도 상당히 연관이 있다.

3) 기관유형별 차이검정: 일원배치 분산분석

가정폭력상담소, 성폭력상담소, 통합상담소, 건강가정지원센터, 그리고 종합사회복지관은 주된 가족복지서비스 전달체계이다. 그러나 각 기관들은 주무부처가 다르고, 설립목표가 다르며, 제공하는 서비스도 상이할 것으로 예상된다. 이를 확인하기 위해 가족복지서비스 전달기관에 대해 상담방법, 문제유형, 프로그램 유형, 사례유형 간에 차이가 있는지를 살펴보고자 일원배치 분산분석을 실시하였다. 이 때 차이검정은 각 기관의 고유 업무와 유사한 업무를 구분하는데 유용하다. 즉 차이검정을 통해 차이가 나타나지 않는 유사한 업무는 전문화하거나 통합하고, 각 기관별 고유 업무는 그 특성을 강화하는 등 각 기관의 업무를 조정하거나 연계할 수 있다.

전체 5개 기관을 대상으로 차이검정을 실시한 결과 상담방법(전화 상담과 사이버상담), 내담자의 주된 문제유형(경제적 어려움, 가족 내 문제, 개인문제, 성폭력문제, 가정폭력문제), 프로그램유형(상담, 처치), 사례유형(성폭력문제, 가정폭력문제)에서 기관간에 차이가 있는 것으로 나타났다. 따라서 기관별 고유 업무에 대해서는 전문성을 강화할 필요가 있다.

반면 일부업무에서는 기관별 차이가 나타나지 않는다. 즉 상담방법 중 면접상담, 상담유형 중 가족 상담과 집단상담, 프로그램유형 중 연계지원 프로그램, 사례유형 중 가족문제와 개인문제에 대해서는 기관간에 차이를 보이지 않는다. 이러한 일반 업무에 대해서는 업무범위를 축소하거나 효

을적인 조정이 필요할 것이다. 즉 기관간의 네트워크를 통해서 업무를 조정하거나 위임하는 해결방안이 모색될 수 있음을 시사한다.

〈표 4-26〉 기관 간 차이검정(전체)

요인	종속변수	f	
1. 가정폭력상담소	상담방법	면접상담	2.267
		전화상담	8.215**
		사이버상담	4.504**
2. 성폭력상담소	내담자의 문제유형	경제적 어려움	7.580**
		가족 내 개인문제	6.021**
3. 통합상담소		성폭력문제	2.519*
		가정폭력문제	78.096**
4. 건강가정지원센터	프로그램 유형	상담	46.746**
		처치	4.165**
		연계	9.130**
		기타	0.526
5. 종합사회복지관	사례유형	가족문제	0.330
		개인문제	1.961
		성폭력문제	0.771
		가정폭력문제	15.577**
		가정폭력문제	8.375**

* p<0.05, **p<0.01

다음으로 상담업무를 전문으로 하는 가정폭력상담소, 성폭력상담소, 통합상담소를 통합하여 하나의 요인으로 보고 건강가정지원센터와 종합사회복지관의 업무와 차이가 있는지 살펴보기 위해 일원배치 분산분석을 실시하였다. 그 결과 상담방법(면접상담, 전화상담, 사이버상담), 내담자의 문제유형(경제적 어려움, 가족 내 문제, 개인문제, 성폭력문제, 가정폭력문제), 프로그램 유형(상담, 처치), 사례유형(성폭력문제, 가정폭력문제)에서 기관간에 차이가 있는 것으로 나타났다. 이를 전체 기관에 대한 차이검정 결과와 비교하면, 면접 상담 외에는 모두 같은 결과를 보이고 있어 상담

소를 통합하여 분석한 결과가 상담소를 구분하는 결과와 유의한 차이가 거의 없음을 알 수 있다.

〈표 4-27〉 기관 간 차이검정(상담소, 건강지원센터, 사회복지관)

요인	종속변수	f	
1. 상담소	상담방법	면접상담	3.204*
		전화상담	14.686**
		사이버상담	5.463**
2. 건강가정지원센터	내담자 문제유형	경제적 어려움	14.148**
		가족 내	4.341*
		개인문제	4.838**
		성폭력문제	30.945**
3. 종합사회복지관	프로그램 유형	가정폭력문제	42.076**
		상담	5.929**
		처치	18.369**
		연계	1.057
	사례유형	기타	0.659
		가족문제	0.631
		개인문제	0.717
	성폭력문제	9.631**	
	가정폭력문제	10.008**	

* p<0.05, **p<0.01

마지막으로 상담소내의 차이를 알아보기 위해 가정폭력상담소와 성폭력상담소, 통합상담소에 대해 차이검정을 실시하였다. 그 결과 상담방법(면접상담), 문제유형(가족 내, 성폭력문제, 가정폭력문제), 프로그램유형(상담), 사례유형(성폭력문제, 가정폭력문제)이 기관 간 차이를 보이고 있다. 그러나 이를 제외하고는 기관별 차이를 보이지 않아 상당한 일반 업무가 있음을 짐작할 수 있다. 즉 차이가 두드러지지 않는 부분은 상담소 간에 유사업무를 중복적으로 시행하는 것으로 판단할 수 있다.

〈표 4-28〉 기관 간 차이검정(상담소)

요인	종속변수	f	
상담방법	면접상담	6.550**	
	전화상담	1.622	
	사이버상담	1.978	
1. 가정폭력상담소	경제적 어려움	2.709	
	가족 내	6.174**	
	개인문제	1.683	
	성폭력문제	52.420**	
2. 성폭력상담소	가정폭력문제	20.279**	
	상담	3.832*	
3. 통합상담소	프로그램	0.762	
	유형	처치	1.713
		연계	1.713
		기타	0.099
사례유형	가족문제	2.804	
	개인문제	1.574	
	성폭력문제	10.343**	
	가정폭력문제	3.259*	

* p<0.05, **p<0.01

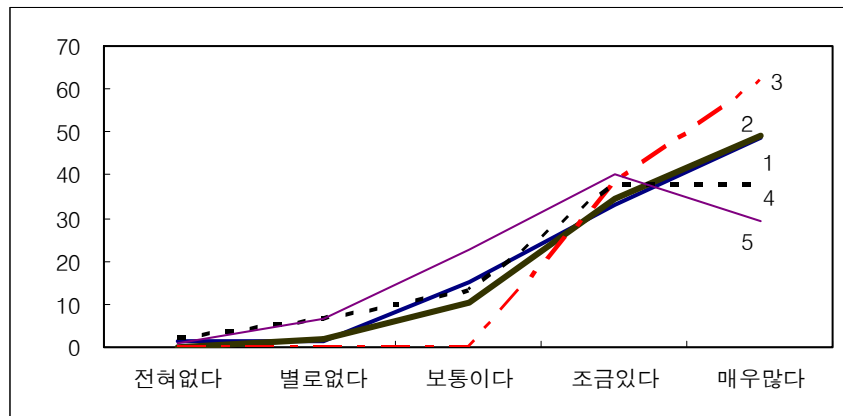
4) 연계 서비스에 대한 욕구 분석

가족복지서비스 전달체계의 효율적인 대안 모색을 위해서 현재 기관 운영의 어려움과 이를 극복하기 위한 연계서비스에 대해서 분석하였다. 먼저 재정의 부족에 대한 기관별 응답은 기관별 차이를 보여주지만 유의하지는 않다. 그러나 그 결과는 각 기관별 수입현황과 유사한데, 종합사회복지관의 수입현황이 타 기관에 비해 월등히 많으며(396백만원), 다음으로 가정폭력상담소(250백만원), 성폭력상담소(162백만원), 건강가정지원센터(102백만원), 성폭력상담소(77백만원)로 나타났다. 즉 정부지원에 의존하지 않는 기관일수록 재원의 부족을 덜 호소하고, 정부지원에 의존하는 기관일수록 재원의 부족을 많이 호소한다.

〈표 4-29〉 재정(정부지원, 법인보조 등) 부족의 어려움 인식
(단위: %, 수)

기 관	전혀 없다	별로 없다	보통 이다	조금 있다	매우 많다	합계
가정폭력상담소	1.4	1.4	15.3	33.3	48.6	100.0(72)
성폭력상담소	0.0	2.0	10.2	34.7	49.0	100.0(49)
통합상담소	0.0	0.0	0.0	38.1	61.9	100.0(21)
건강가정지원센터	2.2	6.7	13.3	37.8	37.8	100.0(45)
종합사회복지관	1.1	6.5	22.8	40.2	29.3	100.0(92)

$X^2=28.062$, $df=20$, $P>0.05$



주: 1. 가정폭력상담소, 2. 성폭력상담소, 3. 통합상담소, 4. 건강가정지원센터, 5. 종합사회복지관

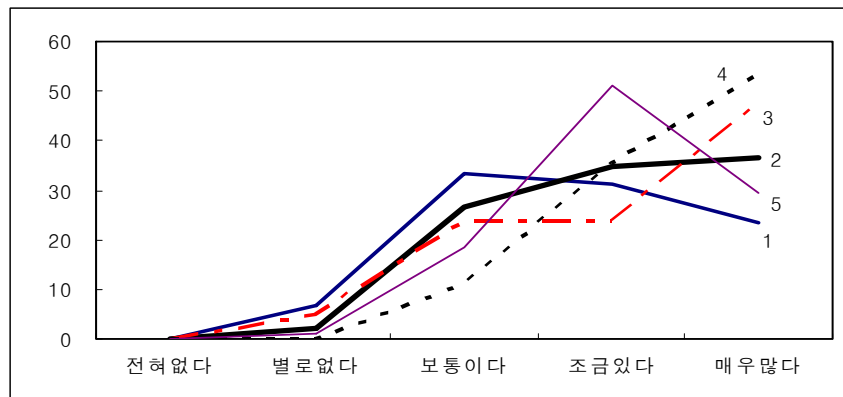
다음으로 투입요소인 인력문제를 살펴보기 위해서 과중한 업무로 인한 어려움을 살펴보았다. 이 결과는 신뢰구간 95% 수준에서 기관별 차이가 유의하게 나타난다. 즉 가정폭력상담소를 제외한 모든 기관에서 과중한 업무로 인한 어려움이 있다고 응답하였다. 특히 과중한 업무에 대해 ‘매우 많다’고 응답한 기관은 건강가정지원센터인데, 이는 건강가정지원센터의 잦은 인력 이동과도 연관이 있다. 그 뒤로 통합상담소, 성폭력상담소, 종합사회복지관, 가정폭력상담소 순으로 나타났다.

〈표 4-30〉 과중한 업무에 대한 인식

(단위: %, 수)

기 관	전혀 없다	별로 없다	보통 이다	조금 있다	매우 많다	합계
가정폭력상담소	0.0	6.9	33.3	31.1	23.6	100.0(72)
성폭력상담소	0.0	2.0	26.5	34.7	36.7	100.0(49)
통합상담소	0.0	4.8	23.8	23.8	47.6	100.0(21)
건강가정지원센터	0.0	0.0	11.1	35.6	53.3	100.0(45)
종합사회복지관	0.0	1.1	18.5	51.1	29.3	100.0(92)

$X^2=28.094$, $df=12$, $P<0.05$



주: 1. 가정폭력상담소, 2. 성폭력상담소, 3. 통합상담소, 4. 건강가정지원센터, 5. 종합사회복지관

일반적으로 정부의 재원이 투자된 기관의 운영상 어려움은 재원조달과 관련된 측면이 많다. 그러나 가족복지서비스 전달기관들의 운영상의 어려움은 재원 부분보다 인력에 대한 부분이 더 높게 나타나고 기관별로 욕구의 차이가 있다. 즉 재원조달의 어려움은 상담소를 중심으로 나타나지만, 인력에 대한 어려움은 건강가정지원센터를 중심으로 나타난다.

소득지원에 대한 기관별 연계서비스의 욕구의 차이는 신뢰구간 95% 수준에서 유의하다. 특히 가정폭력상담소에서는 소득지원에 대한 욕구가 ‘전혀 없다(18.1%)’은 응답이 상당히 높게 나타났는데, 기존의 상담소들이

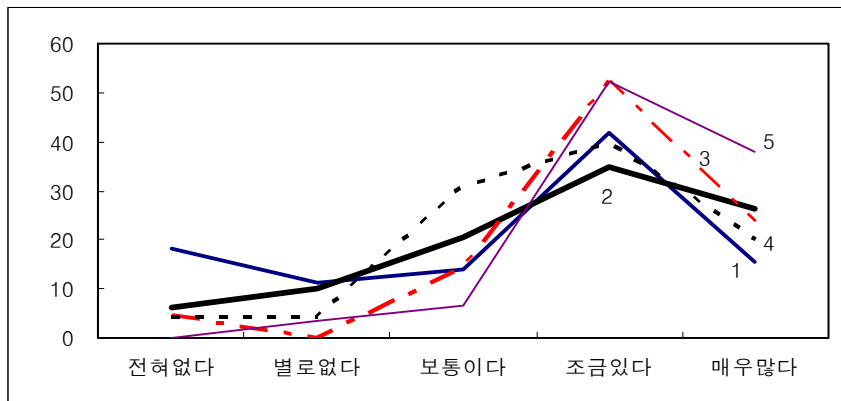
여성부의 전달기관으로서 사회복지전달체계와 연계를 갖지 못해 가정폭력 피해 여성들의 가장 시급한 생계지원을 연계하지 못했기 때문인 것으로 보인다. 종합사회복지관 역시 소득지원과의 연계성에 대해 매우 높은 응답률을 보이는데(90.2%), 이는 지금까지 종합사회복지관이 저소득층을 대상으로 서비스를 제공해왔기 때문에 소득지원의 연계 필요성이 높은 것으로 보인다.

〈표 4-31〉 소득지원에 대한 연계 욕구의 정도

(단위: %, 수)

기 관	소득지원(예, (긴급) 생계지원)					합계
	전혀 없다	별로 없다	보통 이다	조금 있다	매우 많다	
가정폭력상담소	18.1	11.1	13.9	41.7	15.3	100.0(72)
성폭력상담소	6.1	10.2	20.4	34.7	26.5	100.0(49)
통합상담소	4.8	0.0	14.3	52.4	23.8	100.0(21)
건강가정지원센터	4.4	4.4	31.1	40.0	20.0	100.0(45)
종합사회복지관	0.0	3.3	6.5	52.2	38.0	100.0(92)

$X^2=58.903, df=20, P<0.05$



주: 1. 가정폭력상담소, 2. 성폭력상담소, 3. 통합상담소, 4. 건강가정지원센터, 5. 종합사회복지관

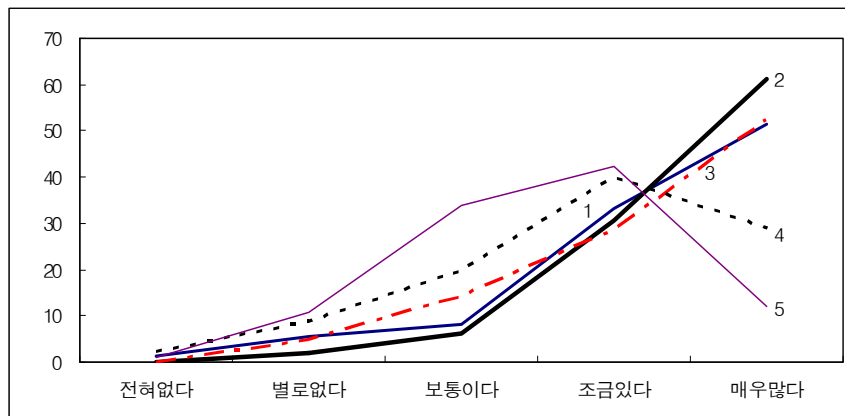
소득지원과 유사하게 법률서비스에 대한 연계 욕구 역시 기관별 차이가 유의하게 나타난다. 즉 상담소는 법률서비스에 대한 연계의 필요성이 ‘매우 높다’(가정폭력상담소 51.4%, 성폭력상담소 61.2% 통합상담소 51.4%)의 의견이 많은 반면 건강가정지원센터와 종합사회복지관에서 법률서비스에 대한 연계의 필요성이 상대적으로 낮다. 이는 상담소의 상담수가 법률구조공단에서 운영하고 있다는 점에서도 드러난다.

〈표 4-32〉 법률서비스에 대한 연계 욕구의 정도

(단위: %, 수)

기 관	전혀 없다	별로 없다	보통 이다	조금 있다	매우 많다	합계
가정폭력상담소	1.4	5.6	8.3	33.3	51.4	100.0(72)
성폭력상담소	0.0	2.0	6.1	30.6	61.2	100.0(49)
통합상담소	0.0	4.8	14.3	28.6	52.4	100.0(21)
건강가정지원센터	2.2	8.9	20.0	40.0	28.9	100.0(45)
종합사회복지관	1.1	10.9	33.7	42.4	12.0	100.0(92)

$X^2=57.138$, $df=16$, $P<0.05$



주: 1. 가정폭력상담소, 2. 성폭력상담소, 3. 통합상담소, 4. 건강가정지원센터, 5. 종합사회복지관

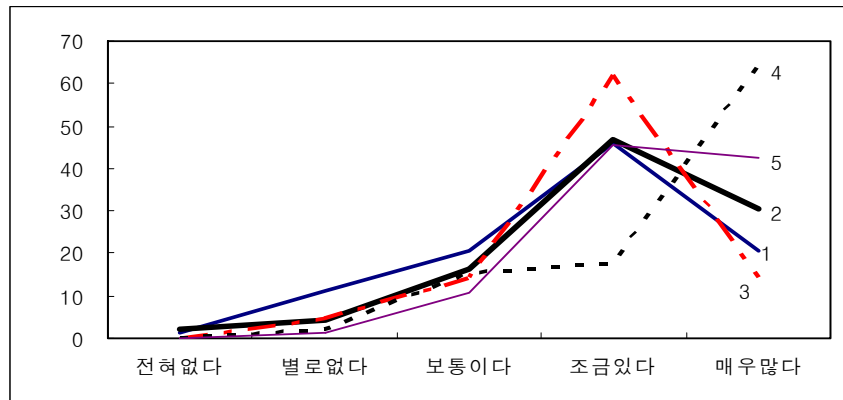
한편 종합사회복지관(42.4%)과 건강가정지원센터(64.4%)에서는 아동심리 상담에 대한 연계서비스의 욕구가 강하게 나타나고 있다. 그러나 상담소에서는 일반적으로 제공하는 있는 서비스이므로 연계에 대한 욕구가 낮게 나타난다. 이러한 기관별 연계의 욕구 역시 신뢰구간 95% 수준에서 유의하게 나타났다.

〈표 4-33〉 아동심리상담에 대한 연계 욕구의 정도

(단위: %, 수)

기 관	전혀 없다	별로 없다	보통 이다	조금 있다	매우 많다	합계
가정폭력상담소	1.4	11.1	20.8	45.8	20.8	100.0(72)
성폭력상담소	2.0	4.1	16.3	46.9	30.6	100.0(49)
통합상담소	0.0	4.8	14.3	61.9	14.3	100.0(21)
건강가정지원센터	0.0	2.2	15.6	17.8	64.4	100.0(45)
종합사회복지관	0.0	1.1	10.9	45.7	42.4	100.0(92)

$X^2=55.005$, $df=20$, $P<0.05$



주: 1. 가정폭력상담소, 2. 성폭력상담소, 3. 통합상담소, 4. 건강가정지원센터, 5. 종합사회복지관

이외에도 부표에서 보듯이 인력과 관련한 운영상의 어려움에 대해서는 일반적으로 상담소에서는 ‘전문 인력의 부족(부표 9)’이나 ‘상담시간의 부

족(부표 10)'에 대한 어려움이 적은 반면에 건강가정지원센터와 종합사회복지관에서는 전문 인력의 부족과 상담시간의 부족에 대한 응답이 높게 나타났다. 또한 '이용자 필요에 맞는 프로그램 부족(부표 11)'은 모든 기관에서 높게 나타난 반면에 '전문적인 기술의 부족(부표 12)'에 대해서는 모든 기관에서 큰 어려움이 없는 것으로 나타났다.

한편 일반적으로 가정폭력상담소와 성폭력상담소, 통합상담소 등은 현재 여성긴급전화 1366 콜센터를 운영하고 있어 통합지원전화에 대한 추가적인 연계의 필요성은 낮게 나타났다(부표 14). 반면에 종합사회복지관과 건강가정지원센터의 콜센터와의 연계 필요성은 높게 나타나는데, 이는 희망복지 129콜센터가 주로 공공부문과 연계되고 민간부문과의 연계는 미흡하기 때문인 것으로 해석된다.

한편 모든 가족복지서비스 제공기관에서 소득지원 일시주거지원(부표 15), 사례관리공유(부표 18)에 대한 연계 서비스의 중요성을 인식하고 있다. 특히 소득지원의 경우 공공부문의 가족복지 서비스와 연계될 때에야 비로소 서비스가 제공된다는 점에서 공공부문과 민간부문의 연계를 강화해야 하는 근거를 제공한다. 또한 사례관리의 경우에도 내담자의 동의하에 사회복지통합정보망을 통해서 정보가 제공되고, 서비스 항목에 대해서 사(史)적으로 기술된다면 복합적인 가족문제에 대한 통합적이고 포괄적인 서비스를 제공할 수 있는 근거를 제공한다.

이러한 공급주체들의 기관 운영상의 어려움과 연계서비스에 대한 욕구 분석은 회귀분석과 차이검정을 통해 고유한 업무를 가지는 것으로 파악된 기존의 가족복지 서비스 공급 기관들을 유지하면서 보다 효율적으로 운영하기 위한 방법을 파악하기 위한 것이다. 즉 가족복지서비스 제공기관들은 일반적으로 채용조달의 어려움과 인력부족을 호소했는데, 특히 건강가정지원센터의 경우 전문 인력에 대한 욕구가 매우 높게 나타났다. 또한 연계서비스에 대한 욕구분석에서는 지역사회와의 연계를 요구하고 있는

데, 특히 상담소는 법률지원서비스, 경찰신변보호서비스, 의료서비스와 공공부문의 경제적 지원에 대한 욕구가 매우 높게 나타났다.

3. 분석 요약

가족복지서비스 전달체계에 대한 사회재정사업의 평가는 가정폭력상담소, 성폭력상담소, 통합상담소와 건강가정지원센터, 종합사회복지관 등의 다양한 공급기관들의 효율적인 서비스를 통해 이용자의 만족도를 높이기 위한 것이다.

이를 위해 본 연구에서는 실태조사와 효율성 분석을 통해 가족복지서비스 전달체계의 운영 평가를 실시하였다. 본 연구에서 효율성이란 운영효율성이며, 이는 정책을 운영하는 데 얼마나 적은 비용을 사용하는가가 기준이다²²⁾. 즉 효율의 핵심적인 의미인 ‘최소한의 자원을 투입하여 최대한의 결과(목표)를 얻는 것’을 의미한다.

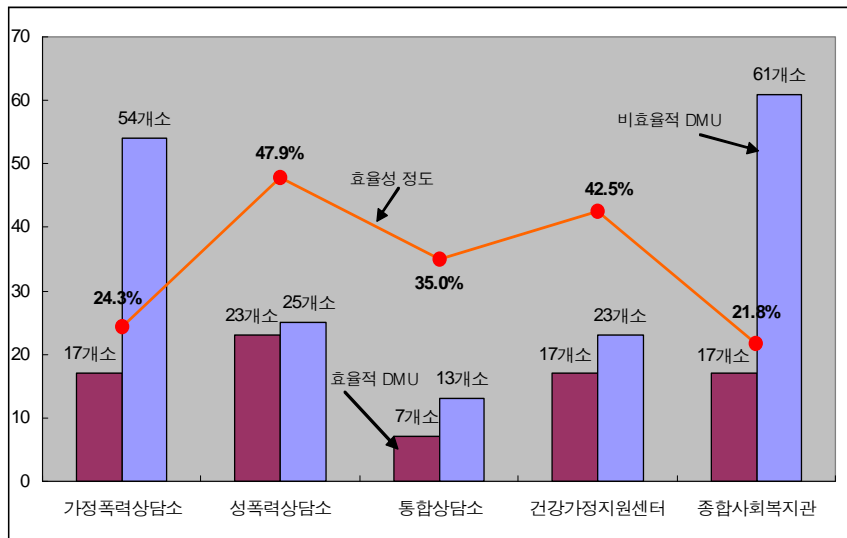
모든 가족복지 서비스 전달체계에서 공통적으로 수행하고 있어 중복의 문제가 야기되는 상담서비스에 대한 상대적 효율성을 분석한 결과 상담업무가 주된 업무인 가정폭력상담소의 효율적인 기관 비중이 가장 높게 나타났다. 다음으로 종합사회복지관에서도 상담서비스가 효율적인 기관이 2곳으로 나타났고, 건강가정지원센터와 성폭력상담소는 각각 1개 기관이 효율적인 것으로 나타났다. 반면에 통합상담소는 상담서비스가 효율적인 기관이 전혀 없는 것으로 나타났다. 따라서 이들 기관에서 상담서비스가 중복적으로 나타나고 있지만, 상담서비스의 효율성은 가정폭력상담소에서 가장 효율적인 것으로 나타났다.

성폭력상담소(47.9%)와 건강가정지원센터(42.5%)에서 상대적으로 효율적

22) 이와 대조를 이루는 ‘목표효율성’은 정책이 목표로 하는 대상들에게 얼마나 집중적으로 자원을 할당하는가를 판단하는 기준임(Walker, 2005; 송근원·김태성, 2002).

인 기관들이 많은 것으로 나타난 반면, 가정폭력상담소(24.3%)와 종합사회복지관(21.8%)에서는 효율적인 기관들이 상당히 적게 나타났다. 통합상담소는 35.0%의 기관이 효율적인 것으로 나타났다. 이는 모든 기관에서 인력과 예산의 투입에 비해 결과라고 할 수 있는 서비스 제공 건수가 적다는 것을 뜻한다. 물론 이 때의 결과는 기관 운영에 필요한 행정적인 업무와 후원자 개발 및 관리 업무 등은 포함하지 않고 순수하게 각 기관에서 제공하는 가족복지 서비스에 대한 건수로 제한하였다. 이는 현행 가족복지서비스 전달체계들이 상담과 연계, 처치 등을 제공하고 있는데, 이것이 기관 효율성 제고에 도움이 되는지를 고려해야 함을 뜻한다. 상담서비스는 특히 가정폭력상담소의 효율적인 기관이 많이 분포하는 것으로 나타나고, 이와 함께 각 기관에서 제공하고 있는 연계서비스와 처치서비스를 고려하면 기관별로 효율적인 기관의 분포는 상당한 차이가 있다.

[그림 4-2] 기관별 효율성 비교



이와 유사하게 가족복지 서비스 전달체계의 근거가 되는 법령에서도 상당한 중복성을 찾아볼 수 있다(표 3-1참조). 아래의 그림은 각 법령상에 나타난 가족복지서비스 전달체계의 지원 내용을 보여주는 것으로, 법적으로 규정된 각 기관의 설립목표와는 다르게 각 기관의 서비스 내용은 포괄적이며, 이로 인해 기관에서 제공하는 서비스가 중복될 수밖에 없는 현실을 보여준다.

[그림 4-3] 공급주체별 법령상 가족복지서비스 전달체계 영역

공급 주체	상담서비스	연계서비스	개입 및 처치
가정폭력상담소			
건강가정센터			
사회복지관			

- 주: 1) 짙은 음영부분은 법령상에 나타난 주요 업무이며, 연한 음영부분은 부수적인 업무 혹은 법령상에 제시되지 않았으나 기관에서 주요하게 다루는 업무, 흰 부분은 법령상 제시되지 않은 업무임.
 2) 건강가정센터는 법령상 연계서비스를 주요 업무로 하나 중앙건강가정센터의 홈페이지에 나타난 사업 내용에서는 상담서비스와 개입 및 처치까지 포함하고 있음.

그러나 실태조사 결과를 토대로 실시한 일원배치 분산분석의 결과 각 기관은 전문화된 서비스 영역을 가지는 것으로 나타났다. 즉 가정폭력상담소, 성폭력상담소, 통합상담소, 건강가정지원센터, 종합사회복지관간의 고유 업무에 있어서 차이가 있다(표 4-27~29 참조). 또한 회귀분석결과에서도 기관별 고유 업무가 효율성 계수에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉 상담소 전체의 효율성 계수에 영향을 미치는 요인은 상담($t=3.245^{**}$, $p<0.01$)이며, 건강가정지원센터의 효율성 계수에 영향을 미치는 요인은 연계($t=2.672^*$, $p<0.05$)이고, 종합사회복지관의 효율성 계수에 영향을 미치는 변수는 상담($t=2.765^{**}$, $p<0.01$)과 처치($t=2.283^*$, $p<0.05$)로 나타

났다. 따라서 기관별 고유 업무가 유지되는 것이 바람직하며, 이를 효율적으로 운영하기 위해서는 전문성을 강화할 필요가 있다.

[그림 4-4] 기관별 실태조사에 나타난 전문 영역

공급주체	상담서비스	연계서비스	개입 및 처치
상담소			
건강가정센터			
종합사회복지관			

- 주: 1) 실태조사 자료를 바탕으로 가족복지 서비스에 대해 기관별로 차이검정을 실시한 결과를 바탕으로 하였음.
 2) 짙은 음영부분 신뢰도 99%구간에서 전문화된 업무로 나타난 것이며, 연한 음영부분은 신뢰도 95% 구간에서 전문화된 업무로 나타남.

이와 대조적으로 일부 업무는 기관간에 차이가 유의하지 않는 것으로 나타났다. 즉 상담방법 중 면접상담과, 프로그램유형 중 연계서비스, 사례유형 중 가족문제와 개인문제에 대해서는 기관간에 유사한 업무로 중복적으로 수행하고 있는 것으로 나타났다. 따라서 이러한 유사업무는 단일기관으로 위임하거나 조정할 필요가 있다.

마지막으로 가족들이 가족복지와 관련된 정보를 획득하고 필요로 하는 서비스를 쉽고 편안하게 이용하기 위해서는 센터에 대한 전체 가족의 접근성이 높아야 한다. 실태조사에 대한 자료포락분석(DEA) 결과에서 나타났듯이 전체 기관의 상담서비스에 대한 효율성 분석이든, 각 기관별 운영 효율성에 대한 분석이든 지역별 차이가 있는 것으로 나타났다.

상담서비스에 대한 전체 가족복지서비스 전달체계의 상대적 효율성 분석결과는 거대도시(4개소)와 대도시(4개소)에서 보다 효율적인 것으로 나타난 소도시(2개소)에서는 효율적인 기관이 적게 나타났고, 중도시에서는 효율적인 기관이 없는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 기관별 효율성 평

가에서도 유사하게 나타난다. 가정폭력상담소와 성폭력상담소, 종합사회복지관에서 거대도시와 대도시에 효율적인 기관이 소재하는 비중이 높은 반면에 중소도시에서 효율적인 기관이 소재하는 비중이 낮다. 특이한 것은 건강가정지원센터의 경우 소도시에 효율적인 기관이 위치하는 비율이 63.6%로 매우 높은 것이다.

이는 거대도시와 대도시에 비해서 중소도시의 가족복지서비스 제공기관이 충분히 공급되지 않거나 전달체계가 충분히 구축되어 있어도 수요자가 이용하기에 너무 멀어서 접근성이 떨어져 이용건수가 낮기 때문인 것으로 보인다. 따라서 접근성의 원칙에 따라 가족복지서비스에 대한 수요를 가진 대상자는 다양한 가족복지서비스를 쉽고 편리하게 이용할 수 있도록 환경이 조성되어야 한다.

제5장 지역사회에 기반을 둔 효율적인 전달체계의 대안 모색

제1절 기본관점

가족복지서비스 전달체계에 대한 사회재정사업 평가는 서비스 제공기관인 건강가정지원센터와 종합사회복지관, 가정폭력상담소, 성폭력상담소, 통합상담소 등의 다양한 가족복지서비스 전달체계를 보다 효율적으로 구축하기 위한 것이다. 이는 수요자인 국민들의 다양한 복지수요에 부응할 뿐만 아니라 가족복지서비스에 대한 욕구를 느끼는 내담자에게 적합한 서비스를, 만족스럽게 제공하는 것을 가능하게 한다. 즉 가족문화사업과 교육을 통해 가족문제를 예방하고, 문제가 발생한 가족에게는 상담 후 효과적인 개입과 사후관리를 제공하며, 일시적인 위기에 처한 가족에게는 사회안전망과 심리적 지원을 제공하는 것이다.

효율성에 대한 평가는 투입물(inputs)에 비추어 산출물(outputs)과 결과(results)를 평가하는 것이다. 여러 자격증을 소지한 전문가의 투입에도 불구하고 상대적으로 상담건수가 적어 비효율적이라고 단정될 수 있다. 그럼에도 불구하고 본 연구에서 효율성을 통한 운영평가를 실시한 이유는 기존의 다양하고 복잡한 가족복지서비스 전달체계를 최대한 효율적으로 운영할 수 있는 방안들을 살펴보기 위해서다.

가족복지서비스 전달체계 개편의 필요성은 정부의 「희망복지 129」를 중심으로 한 전달체계 개편의 논의와 일치한다. 즉 그동안 공공전달체계를 중심으로 ‘희망의 전화 129 보건복지콜센터’를 설치 운영하고(2005), 시군구에 ‘지역사회복지협의체’를 설치 운영(2005년 7월~)하는 등의 노력

에도 불구하고 확대되는 복지 서비스에 대한 공급 취약, 복지 서비스간 연계 제공의 미진, 민간서비스 기관에 대한 모니터링 기제 부재 등으로 인해 수요자의 만족도가 제고되지 못하는 한계를 극복하고자 한다. 이를 위해 수요자 중심의 복지전달체계를 구축하고 복지 수요에 대한 대응성을 강화하여 욕구에 맞는 급여 및 서비스의 제공과 체계적인 사후관리를 제공하고자 한다(한국보건사회연구원·서울복지재단, 2008). 이와 더불어 수요자 중심의 접근성을 강화하고, 민관협력 및 민간자원 연계를 강화하여 수요자의 만족도를 제고하고자 한다.

가족복지서비스 전달체계는 복지전달체계 개편의 논의라는 큰 흐름에서 맥락을 같이하지만 특히 ‘가족 단위’에 초점을 두고 개편 대안들을 모색할 것이다. 이를 위한 기본관점은 실태조사 결과를 바탕으로 한 운영평가에 따라 연계성과 전문성, 접근성을 원칙으로 한다²³⁾. 먼저 연계성의 원칙이다. 한 가족의 문제나 욕구는 개별 구성원간에 상이하거나 때로 중복적이고 복잡하다. 그러므로 이를 해결하는 과정에서 필요로 하는 가족복지서비스는 다양할 수밖에 없다. 따라서 가족복지서비스는 공공부문과 민간부문 전달체계뿐만 아니라 다양한 지역 사회의 자원들과 연계되어야 한다.

현재 가족복지서비스 공급기관은 소득지원, 방과후보육, 아동심리상담, 사례관리공유, 긴급의료서비스, 경찰안전서비스, 법률서비스 등의 연계가 필요한 것으로 나타났다²⁴⁾. 시설 유형에 상관없이 모든 공급기관은 공공부문에서 제공하는 소득지원서비스와 연계할 필요가 있다고 인식하고 있다. 이는 공공부문과 민간부문의 연계의 필요성을 보여준다. 한편 상담소

23) 공인숙(1999)은 통합성, 지속성, 포괄성, 보편성을, 최연실(1999)은 통합성, 지속성, 접근용이성, 적합성, 노련성, 전문성을, 송다영(2005)은 연계성, 통합성, 지속성, 효율성, 접근성을, 이진숙(2002)은 목표 실현가능성, 통합성, 지속성, 효율성, 접근성을 가족복지서비스 전달체계 구축의 원칙으로 함.

24) 소득지원은, 아동심리상담, 법률서비스는 4장의 본문에 자세한 내용이 나와 있으며, 긴급의료서비스($X^2=45.965^{***}$), 경찰서비스($X^2=65.130^{**}$), 방과후보육($X^2=87.453^{**}$), 사례관리공유($X^2=43.998^{**}$)에 대한 상세한 보고는 <부표 16, 18, 19, 20>에 있음.

에서는 긴급의료서비스, 경찰안전서비스, 법률서비스에 대한 욕구가 높게 나타나고, 건강가정지원센터에서는 방과후보육과 사례관리가, 종합사회복지관에서는 아동심리상담서비스에 대한 욕구가 높게 나타났다.

연계 필요성에 대한 높은 인식에도 불구하고 현행 가족복지서비스 전달체계의 연계가 원활하지 못한 이유에 대해 송다영(2000)은 전문가 집단간의 갈등과 주도적인 책임에 대한 합의의 어려움 때문이라고 지적했다. 여기서 전문가 집단간의 갈등은 설립배경에서 찾을 수 있다. 즉 종합사회복지관과 건강가정지원센터, 상담소의 주체들은 서로 다른 학문에 기반하며 서로 다른 부처를 통해 지원을 받고 있어 연계 서비스에 애로사항이 있다.

이는 다시 공공부문과 민간부문, 지역사회의 연계에 있어 책임 있는 주체에 대한 논의와 연관된다. 2005년 이후 ‘지역사회복지협의체’가 공무원 을 중심으로 운영되고 있으나 실제적인 효과가 없는 이유는 민관의 협력을 위해 만든 협의체에 공공부문이 적극적으로 참여하지 않기 때문이다²⁵⁾. 실제 가정폭력상담소에 대한 실태조사를 보면, 대부분의 상담소들은 협의체의 주관기관으로 가정폭력·성폭력 상담소(50.5%)나 정부(20.4%)를 희망하고 있다(김승권 외, 2008: 792). 그러나 한편에서는 공공부문이 주관기관이 될 경우 공무원의 업무 과중과 더불어 상하 수직적인 관계를 우려하고 있다. 따라서 공공 및 민간부문의 사회복지협의체와 더불어 지역사회 민간자원들이 적극적으로 협력할 수 있도록 지원하는 방안들이 요구된다.

둘째, 전문성의 원칙은 객관적으로 인정된 전문가가 자신의 전문적 업무에 대한 권위와 자율적 결정권 및 책임성을 지닌다는 것을 뜻한다. 기초적인 업무와 유사업무를 담당하는 기관과 전문화되고 심화된 가족복지

25) 현재 공공부문과 민간부문으로 구성된 ‘지역사회복지협의체’가 운영 중이나 부재중 업무를 위임할 인력의 부족으로 회의 참여가 어렵다는 지적이 있음(전문가 회의에서 가정폭력상담소와 종합사회복지관의 현장 관계자가 지적함). 또한 공공부문이 참여하지 않는 민간부문으로 구성된 자발적인 협의체는 실제적인 서비스의 연계에 제한이 있음(예, 소득지원). 협의체에 지역사회의 다양한 자원을 포함시키고 지속적으로 운영하는 것이 관건임.

서비스 업무를 담당하는 기관은 구분할 필요가 있다. 경제침체와 더불어 ‘129콜센터’의 이용자수가 증가하고 있는데, 일반적으로 콜센터는 기본적인 상담(intake)의 업무를 담당한다. 그러나 정부는 콜센터를 양적으로 확대할 뿐만 아니라 위기 가구의 지원을 위해 보건복지가족부가 주관하는 서비스 외에도 상담자의 상황에 따라 교육·일자리·주택 부문 등 타 부처 서비스까지 연계하고자 시도하고 있다.

이러한 통합지원체계 구축의 필요성에도 불구하고 인프라가 구축되지 않으면 실현되기 어렵다. 즉 콜센터의 양적 확대와 질적 제고 이전에 필요한 제도적 장치로서 민관을 연결하는 통합정보망이 구축되어야 한다. 욕구가 있는 가족이 필요한 서비스를 받기 위해서는 매번 방문하는 기관에 가족이 처한 문제를 상담하게 된다. 일반적으로 서비스를 제공하는 전문가와 수요자 사이에 신뢰감을 형성하는 단계로서 상담이 활용되기도 하지만, 개인 혹은 가족의 문제를 몇 번씩 반복해서 새로운 타인에게 언급하는 데 대한 심리적인 부담도 있다. 따라서 전문성의 원칙이 확립되면 가족 문제에 대한 기초적인 상담(intake) 자료가 지역사회복지네트워크를 통해 담당자에게 알려지고 상담자에게 필요한 서비스와 연계에 관한 정보가 공유되어 효과적인 사례관리에 이르게 된다.

가정폭력상담소, 성폭력상담소, 통합상담소, 건강가정지원센터, 종합사회복지관간의 업무에는 차이가 있다(표 4-27~29 참조). 따라서 각 기관의 다소 중복적인 성격에도 불구하고 각 기관이 제공하는 전문화된 서비스는 다르다는 것을 시사한다. 이에 따라 기관들을 통합하고자 하는 시도는 불필요하며, 오히려 전문화된 서비스가 체계적으로 연계될 수 있는 장치가 필요하다는 것을 뒷받침한다.

기관의 영향 요인을 분석한 결과 상담소 전체의 효율성 계수에 영향을 미치는 요인은 상담($t=3.245^{**}$, $p<0.01$)만 유효하게 나타났다. 건강가정지원센터에 영향을 미치는 요인은 연계($t=2.672^{*}$, $p<0.01$)가, 종합사회복지관에

영향을 미치는 요인은 상담($t=2.765^{**}$, $p<0.01$)과 처치($t=2.283^*$, $p<0.01$)로 나타났다.

마지막으로 가족들이 가족복지와 관련된 정보를 획득하고 필요로 하는 서비스를 쉽고 편안하게 이용하기 위해서는 센터에 대한 전체 가족의 접근성이 높아야 한다. 실태조사 결과 전체 기관의 상담서비스에 대한 효율성 분석과 기관별 효율성에 대한 분석 모두에서 지역별 차이가 있는 것으로 나타났다.

상담서비스에 대한 전체 가족복지서비스 전달체계의 상대적 효율성 분석결과는 거대도시(4개소)와 대도시(4개소)에서 보다 효율적인 것으로 나타난 소도시(2개소)에서는 효율적인 기관이 적게 나타났고, 중도시에서는 효율적인 기관이 없는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 기관별 효율성 평가에서도 유사하게 나타난다. 가정폭력상담소와 성폭력상담소, 종합사회복지관에서 거대도시와 대도시에 효율적인 기관이 소재하는 비중이 높은 반면에 중소도시에서 효율적인 기관이 소재하는 비중이 낮다. 특이한 것은 건강가정지원센터의 경우 소도시에 효율적인 기관이 위치하는 비율이 63.6%로 매우 높은 것이다.

이는 거대도시와 대도시에 비해서 중소도시의 공급기관이 작으며, 접근성이 낮아 이용건수가 낮은 것으로 보인다. 따라서 접근성의 원칙은 거대도시와 대도시의 가족복지서비스 전달체계와 중소도시의 공급 기관을 구분할 필요가 있음을 보여준다.

제2절 대안모형

지역사회에 밀착한 가족복지서비스 전달체계의 개선으로 두 가지의 모형을 제시한다. 먼저 거대도시와 대도시에 적합한 네트워크형이다. 이는 현행 가족복지서비스 공급 기관들의 전문성을 강화하면서 동시에 서비스

기관과 공공부문, 지역사회의 연계성을 강화하는 것이다. 두 번째 모형은 중소도시에 적합한 통합형이다. 이는 서비스 기관이 충분히 공급되지 못하거나 접근성이 낮아서 다양한 서비스 욕구에도 불구하고 수요가 충족되지 않는 지역에 특히 적합하다.

본 연구에서 제시하는 네트워크형과 통합형은 전달체계 개편방안에 관한 공청회에서 이미 논의되었던 바와 유사하다²⁶⁾. 본 연구에서는 각 모형들에 대한 개념적인 논의보다는 흐름을 설명하고자 한다.

1. 네트워크형

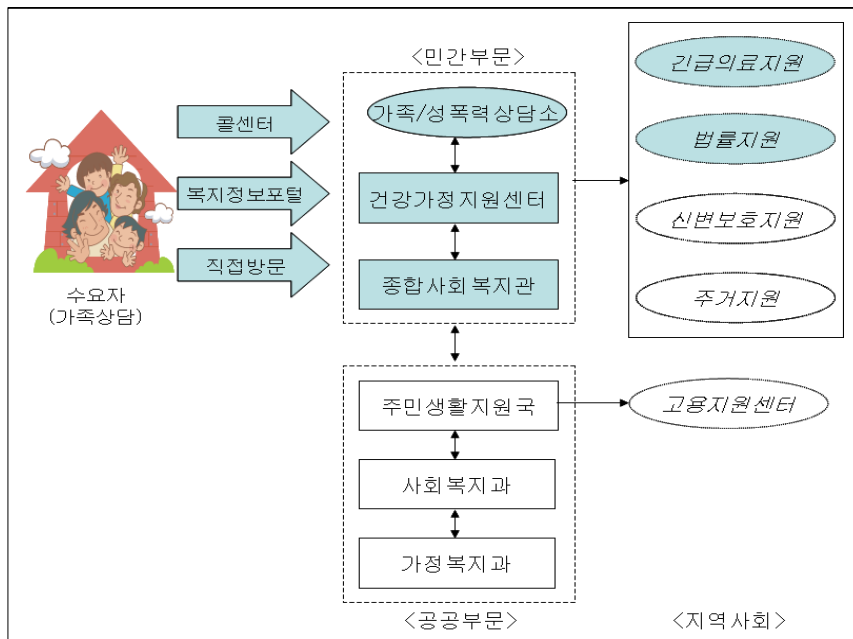
현행 가족복지서비스 전달체계는 전문서비스 기관의 다양한 공급으로 유사한 서비스의 중복과 재정의 중복 투자, 수요자 필요한 서비스를 적절하게 받지 못하는 등의 한계를 가지고 있다. 본 연구의 조사 결과 현재의 가족복지서비스 제공기관은 상담과 처치, 연계에 있어 각각 특징을 갖고 있는 것으로 나타났다. 예를 들면 상담소에서는 상담이, 종합사회복지관에서는 상담과 처치가, 건강가정지원센터에서는 연계 서비스가 고유한 업무이다. 이러한 공급기관의 전문성을 살려, 서비스 전달체계간의 연계를 강화하고 수요자에게 적합한 서비스를 효율적으로 제공하기 위한 방안으로 네트워크형 전달체계 모형을 제시한다.

가족복지서비스에 대한 수요가 있는 가족은 전화(129콜센터), 사이버(복지정보포털) 혹은 방문(서비스제공기관들)을 통해 서비스에 접근할 수 있다. 현재도 전화, 사이버, 방문을 통해 서비스가 신청되고 있으나 신청 후 해당 기관에 대한 정보를 제공하는 소극적인 역할에 그치고 있어 적극적인 상담(intake)의 역할을 제고하는 방안이 필요하다. 대표적인 예가 ‘희망

26) 전달체계 관련 공청회에서는 이와 유사한 모델을 각각 ‘대도시 모델: 전문화’와 ‘농촌형 모델: 다기능화’라고 명명하였음(한국보건사회연구원·서울복지재단, 『희망복지 전달체계 개편방안에 관한 공청회 자료집』, 2008).

복지 129콜센터'인데, 현재는 복지관련 전화 안내와 정보 제공으로 그 역할이 한정되어 있어 다양한 자원과의 연계를 통한 역할 확대를 모색해야 한다²⁷⁾.

[그림 5-1] 네트워크형 가족복지서비스 전달체계 구축 방안



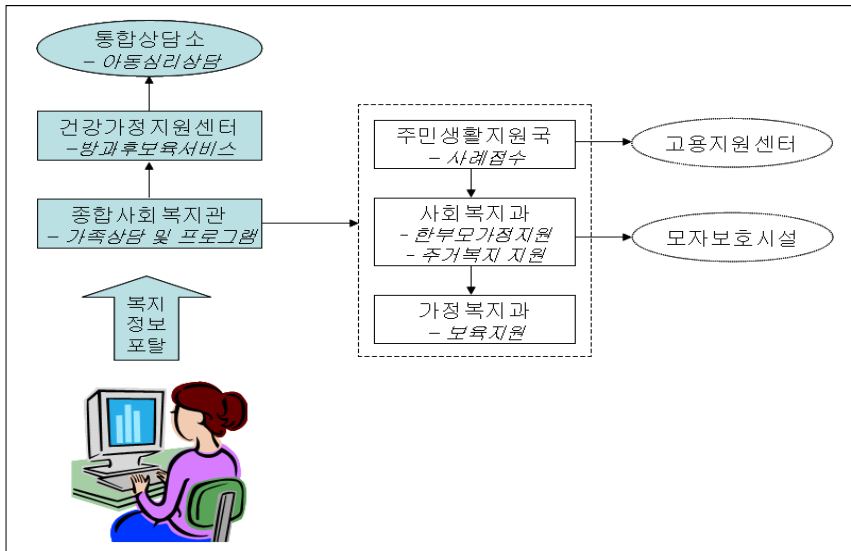
- 주: 1) 음영부분은 민간부문, 비음영부분은 공공부문임.
 2) 은 여성부, 는 보건복지가족부 관련 전달체계임.
 3) 지역사회는 기존의 가족복지서비스 외 전달체계임.

수요자가 가진 문제는 때로 민간부문 공급기관들의 연계만으로는 해결 되지 않는다. 예를 들어 가족의 소득 상실은 알코올 중독과 폭력, 자녀의

27) 현재 여성관련 상담 전화는 1366, 복지 관련 상담 전화는 129로 구분되어 있을 뿐만 아니라 각 지방자치단체에서 운영하는 콜센터 전화번호도 있어 번호 통합, 기능 연계 등이 필요함.

가출 등으로 문제가 확대되기도 한다. 이렇게 복잡한 가족문제를 해결하기 위해서는 공공부문과 민간부문의 서비스 기관들이 연계할 필요가 있다. 즉 부부 폭력문제로 가정폭력상담소나 성폭력상담소를 방문한 가족에 대한 상담을 통해 문제의 본질이 소득원 상실로 야기된 것을 확인한 상담사는 가족 상담을 통해 가족 문제의 원인을 찾고, 서로의 상황에 대해 배려하는 기회를 제공할 수 있다. 그러나 근본적인 원인을 치유하기 위해서는 가족의 소득이 보장되어야 한다. 이 때 공공부문의 지역주민센터와 연계하여 긴급생계지원을 요청할 수 있고, 고용지원센터와 연계하여 취업촉진훈련과 취업알선서비스를 제공받을 수도 있다(그림 5-1).

[그림 5-2] 네트워크형 전달체계의 사례 예시



이러한 네트워크형 가족복지서비스 전달체계가 구축되면 갑작스런 사고로 한부모 가정의 가장이 된 여성(A씨)은 먼저 복지정보포털을 통해 본인과 가족이 처한 위기와 서비스 제공기관에 대한 정보를 얻게 된다. A씨는

집에서 가장 가까운 종합사회복지관을 방문하여 가족 상담을 신청하고, 어린 자녀들과 함께 종합사회복지관에서 제공하는 가족치료 프로그램에 참여한다. 사회복지사는 A씨의 어린 자녀가 받았을 심리적인 충격에 대한 보다 전문적인 상담을 위해 상담소와 연계하고, 전업주부였던 A씨가 직업을 구할 때까지 긴급생계비지원을 받도록 공공부문의 주민생활지원국에 요청한다. 또한 어린 자녀를 위해서 건강가정지원센터에서 운영하는 방과후교육서비스를 이용할 수 있도록 연계해준다(그림 5-2 참조).

한편 공공부문의 주민생활지원국에서 사례를 접수하면, 사회복지과에서는 긴급 생계비 지원 여부를 심사하고, A씨가 취업할 수 있도록 고용지원센터에 협조를 요청한다. 이와 함께 가정복지과에서는 어린 자녀의 보육료 지원 및 사회복지서비스바우처 이용에 대한 정보를 제공해준다. 한편 고용지원센터에서는 전업주부였던 A씨가 안정된 수입을 얻을 수 있도록 다양한 직업훈련에 대한 정보를 알려주며, 훈련 및 직업알선서비스를 제공한다. A씨가 어린 자녀와 있는 데 애로사항이 있을 경우 모자보호시설 혹은 그룹홈 등의 시설을 이용할 수도 있다.

보다 장기적이고 복합적인 문제의 경우 최초 방문 기관이었던 종합사회복지관의 사회복지사는 상담소의 전문상담사와 건강가정지원센터의 건강가정사와 함께 공공부문의 담당자(긴급생계지원, 아동복지, 고용지원)로 구성된 ‘지역사회복지협의체’를 소집하여 통합적이고 포괄적인 서비스를 체계적으로 제공하기 위해 지역사회의 다양한 자원과 연계하여 A씨의 사례를 집중적으로 다룰 수도 있다.

이러한 네트워크형 가족복지서비스 전달체계는 수요자 입장에서 다양한 채널(전화, 사이버, 면담)을 통한 서비스 접근성이 용이해지고, 포괄적이고 전문화된 서비스를 지속적으로 제공받을 수 있다는 장점이 있다. 또한 공급자 측면에서는 유사한 서비스의 제공으로 인한 전문 인력을 효율적으로 활용할 수 있으며, 지원받을 공급기관과의 연계를 통해 부족한 서비스를

지원받을 수 있어 효율적인 운영이 가능하다는 장점이 있다.

반면에 사례를 관리하는 기관에서는 과도한 업무가 발생할 가능성이 있고, 공공부문과 민간부문의 연계, 민간 부문 공급자간 연계, 민간부문과 지역사회와의 연계에서 주관 기관에 대한 합의와 지역 사회의 협조가 선행되지 않으면 실제로 운영되기 어렵다는 단점도 있다. 한편 건강가정지원센터와 종합사회복지관 등 서비스 공급기관들이 충분히 공급되지 않거나 성숙하지 못한 지역에서는 연계할 서비스 기관이 부족해 접근성이 낮을 수 있다.

2. 통합형

일반적으로 거대도시, 대도시와 중소도시의 지역사회는 상당히 구분되는 특징이 있다. 실태조사 결과 건강가정지원센터와 성폭력상담소, 가정폭력상담소가 매우 높은 빈도를 나타내고 있다. 이는 농촌 지역 등 소도시에는 상대적으로 고연령층이 많이 거주하고 있는데, 이들의 가부장적인 사고 때문에 부부상담, 가족상담 등 가족 문제를 타인에게 상담하는 것을 꺼리기 때문으로 보인다. 또한 성폭력은 직장 혹은 도심지에서 흔히 발생하므로 소도시의 경우 이러한 상담욕구는 상대적으로 낮게 나온 것으로 보인다.

한편 최근 증가하는 다문화가족의 증가율과 높은 이혼율을 고려하면 이들 가족의 유지와 보존을 위한 한국어교육, 전통 및 문화교육 등이 제공될 필요가 있다. 이러한 배경에서 다문화가족지원센터가 운영되고 있으나 주로 여성회관, 건강가정지원센터, 종합사회복지관 등에서 위탁운영을 맡고 있어 특수한 서비스(예, 한국어교육)를 제외하면 일반적인 서비스는 건강가정지원센터와 종합사회복지관과 유사하다²⁸⁾.

28) 이에 대한 자세한 내용은 한국보건사회연구원·서울복지재단(2008: 65)에 나타난 바와

이러한 배경에서 통합형 가족복지서비스 전달체계 모형이 제기되었다. 즉 중소도시에서는 서비스를 제공받을 수 있는 기관 자체가 부족한 형편인데 다양한 종류의 가족문제는 발생하고 있다. 특히 정부의 지원을 받고 있긴 하나 민간부문인 종합사회복지관, 건강가정지원센터, 상담소 역시 공급기관이 부족한 중소도시에 신규 설치를 권유하는 것은 바람직하지 않다. 기관들이 설립된다고 해도 해마다 혹은 3년마다 있는 부처별 평가와 그에 따른 지원금의 차등지원 때문에 다른 지역에 비해서 낮은 투입-낮은 산출이 순환될 수밖에 없다. 따라서 현재 중소도시에 공급된 기관을 중심으로 공공부문의 역할을 강화하는 가족복지서비스 전달체계 개편이 필요하다.

통합형 가족복지서비스 전달체계 방안은 기존의 성숙한 공급기관의 다기능화를 요구하는 것으로 지역에 따라 주체가 되는 공급기관은 달라질 수 있다. 최근 농촌지역에서 급격한 증가를 보이는 다문화가족지원센터나 노인복지관, 공단 지역의 외국인근로자복지센터 등 기존에 운영되고 있는 서비스 기관을 선정하여 현재 제공하는 서비스에 다양한 서비스가 추가될 수 있도록 인력과 예산을 보충하는 것이다. 예를 들면 다문화가족지원센터는 건강가정지원센터와 유사한 기능을 갖고 있는데 가정폭력에 대한 상담 지원은 이루어지지 않는다. 기존의 다문화가족지원센터에 가정폭력상담사에 대한 인력 및 예산을 지원하는 것이 새로운 상담소를 설치·운영하는 것보다 비용절감 및 서비스 확대의 효과가 높을 것이다.

한편 건강가정지원센터와 정부 지원 상담소는 중소도시에 공급이 낮으나 사회복지관은 오랜 역사와 지역주민과의 신뢰를 바탕으로 운영되고 있으며 건강가정지원센터 등 다른 시설에 비해 면적이 넓다²⁹⁾. 따라서 이미

같이 결혼이민자가족센터 23개소의 서비스는 종합사회복지관과, 건강가정지원센터와 정확하게 중복되는 것으로 나타났다.

29) 건강가정지원센터와 가정폭력상담소, 성폭력상담소 등의 시설은 다층건물의 한 층을 임대하거나 그보다 좁은 면적을 소유하고 있음. 지방자치단체에서 직영하는 경우에는

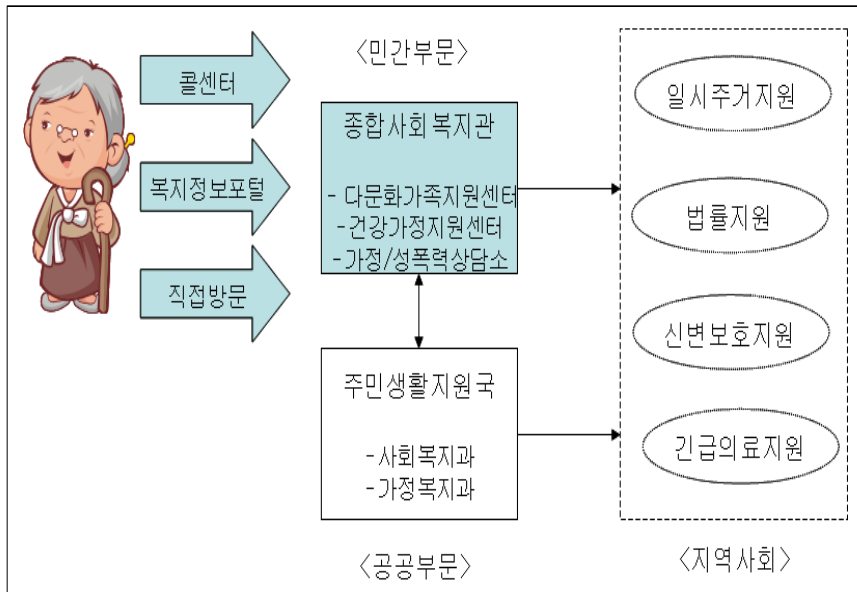
공급되어 있는 시설을 중심으로 가족복지서비스 전달체계를 개편하는 방안에서는 사회복지관내에 부설로 상담소와 건강가정센터 등을 운영하는 것을 제시할 수 있다.

통합형 가족복지서비스 전달체계가 구축이 되면 노인인구의 비율이 높은 농어촌 지역과 다문화가족이 많은 중소도시에 유리하다. 가족에 대한 문제를 다른 사람에게 알리는 것이 익숙하지 않은 가부장적 사회의 노인들은 다양한 서비스에 대한 정보가 부족하거나 인식이 부족할 수 있다. 더구나 콜센터를 통해서 본인의 문제를 상담하고 연계 서비스를 제공받기 위해 여기저기 이동해야 하는 번거로움도 있다. 또한 다문화가족은 언어 소통의 어려움과 고부갈등, 자녀 양육의 어려움 등 복합적인 서비스가 필요한데 이를 통합적으로 제공하는 시설은 부족하다. 따라서 도시의 규모가 작을수록, 농어촌 지역일수록, 고연령자와 다문화가족 등 특수한 욕구가 많은 지역일수록 통합형 가족복지서비스 전달체계의 구축이 유리하다.

통합형 가족복지서비스 전달체계는 서비스 기관의 공급이 미약하거나 성숙하지 못한 중소도시를 고려한 모형이다. 따라서 지역사회의 자원 역시 충분하거나 성숙하지 못할 가능성이 높다. 따라서 지역사회와의 연계는 공공부문을 중심으로 이뤄져야 한다. 대표적인 지역사회 자원으로는 보건소, 경찰서, 법률구조공단 지역 출장소 등이다. 즉 네트워크형은 충분한 지역사회의 자원(개인 병원, 변호사 등)들을 협의체 구성 혹은 연계 서비스 기관으로 유도하는 것이 필요하나, 통합형에서는 공공부문의 자발적인 참여와 정기적이고 지속적인 협의체 유지 및 서비스 연계가 필요하다 (그림 5-3).

지역주민센터 건물 내에 건강가정지원센터와 상담소 등을 운영하기도 함.

[그림 5-3] 통합형 가족복지서비스 전달체계 구축 방안



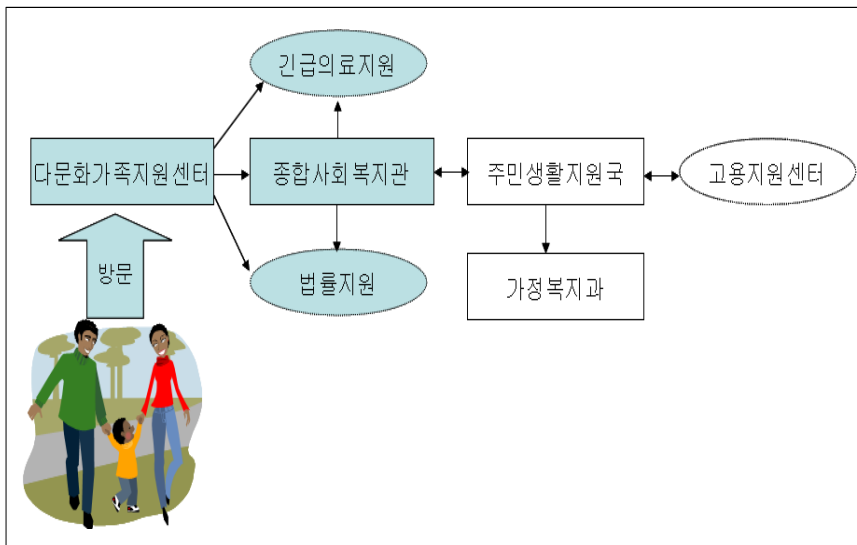
최근 급증하는 다문화가족에 대한 지원을 토대로 통합형 가족복지서비스 전달체계의 실제 활용 사례를 살펴보면 다음과 같다. 아버지는 농사를 짓고 있고 베트남에서 시집온 어머니는 집에서 자녀를 양육하는데, 아이가 자라면서 걱정이 생긴다. 학교에 들어가서 놀림을 받지 않을까, 아직 한글을 깨우치지 못했는데 학업을 따라갈 수 있을까, 여전히 한국음식을 만드는 데 서툰 어머니는 명절이나 제사 음식을 할 때마다 할머니께 야단을 듣는다. 이러한 문제에 대해 고민하던 가족은 가까운 다문화가족지원센터를 방문한다(그림 5-4).

가족은 다문화가족지원센터에서 상담을 한 후 필요한 서비스에 대한 정보를 얻는다. 먼저 어머니는 그동안 남편과 시어머니에 대해 힘들었던 상황을 상담하면서 문화적 차이를 알게 된다. 이에 따라 다문화가족지원센터에서 운영하는 한국어과정과 한국요리를 배우기로 결정한다. 자녀는 중

합사회복지관에서 운영하는 아동 정서발달 프로그램과 방과후 교실 프로그램을 통해 친구를 사귀고 한글도 배운다. 아버지는 상담을 통해 의사소통이 힘든 부인과 대화 중에 큰소리를 내거나 폭력을 가한 것이 잘못이라는 것을 깨닫고 다문화가족지원센터 내에 있는 가정폭력상담소의 집단 상담 프로그램과 의사소통향상 프로그램에 참여한다.

공공부문에서는 사례가 접수되면 공공부조 수급여부를 결정하는데 본 사례의 경우 수급대상으로 선정되지는 않는다. 그러나 가정복지과에서는 사회서비스바우처를 통한 가족에 대한 지원을 검토할 수 있다. 또한 미취업 어머니가 취업을 희망할 경우 고용지원센터와 연계하여 고용촉진훈련이나 취업알선 서비스를 제공하기도 한다. 한편 의사소통이 힘든 어머니에게 신체적·정신적 문제가 발생할 때 찾아갈 수 있도록 지역협의체의 구성원인 보건소와 법률구조공단 지역출장소에 관한 정보를 제공한다.

[그림 5-4] 통합형 전달체계의 사례 예시



제6장 요약 및 제언

1. 요약

현재 가족복지서비스 전달체계는 보건복지가족부와 여성부를 통해서 이루어진다. 그러나 그 내용에 있어서는 차이가 있는데, 여성부의 가족복지서비스가 주로 가정폭력이나 성폭력 등 가족의 해체 위기에 있는 여성에 초점을 맞추어 사후적이고 처치 위주로 이루어지는 반면, 보건복지가족부의 가족복지서비스는 사전적이고 예방적인 가족 상담과 가족문화사업을 중심으로 이루어진다. 즉 부처내의 전달체계에서도, 각 부처의 전달체계 사이에도 서비스 내용의 중복이 존재하고 있다.

보건복지가족부의 부처내 중복은 종합사회복지관이 저소득층을, 건강가정지원센터가 중산층을 대상으로 한다는 점에서 차이가 있으나 이에 대한 기준이 모호하다. 여성부의 부처내 중복은 가정폭력과 성폭력 자체가 중복적으로 발생하는 경우와 일반적인 상담의 경우 모든 상담소에서 서비스를 제공하기 때문에 발생한다. 한편 부처별 서비스의 중복은 주로 여성을 대상으로 했을 때 발생한다. 그러나 건강가정지원센터가 건강한 가정의 여성에게 사회문화교육을, 여성부 전문상담소가 특수한 욕구를 가진 여성에게 심층적인 상담을 제공한다는 점에서 구분되기도 한다.

최근 지속가능한 사회를 위해 가족에 대한 관심을 증대되면서 가족복지서비스 영역이 확대되고 있다. 우리나라 역시 1980년대부터 종합사회복지관이 급격히 증가하면서 가족구성원들의 개별적인 문제를 상당부분 해결하기 시작하였고, 1990년대에는 상담소가 급격히 증가하였으며, 2004년 이후 건강가정기본법이 제정되면서 가족은 중요한 정책 아젠다가 되었다.

그러나 현재의 단편적이고 불연속적이면서 때로는 중복되거나 지나치게 복잡한 전달체계로는 대상자의 욕구에 맞는 적절한 서비스를 효율적으로 제공하는 데 한계가 있다. 또한 정부의 입장에서는 동일한 자원을 투입하여 효율적인 산출물을 얻는 것을 선호하게 되는데 가족복지서비스에 대한 증가하는 사회재정 투자에 비해 사회적인 선호가 적거나 낮은 사회적 인식은 예산의 지속적인 증가를 망설이게 만든다.

효율적인 가족복지 서비스 전달체계의 구축을 통해 수요자에게는 건전한 가정의 보존과 유지를 가능하게 하고, 위기에 처한 가족에게는 문제를 해결할 수 있는 자원을 제공할 수 있다. 또한 정부에는 사회재정의 지속 가능한 투자가 가족부문에서 이루어질 수 있는 근거를 제공할 수 있다.

본 연구에서는 효율적인 가족복지 서비스 전달체계 구축을 위한 대안을 모색하기 위한 관점은 현재 복지수요의 급증에 따른 공급기관의 계속적 확충 보다는 기 공급기관의 전문성과 연계성의 강화를 통한 시너지 효과의 제고에 두었으며 선행연구의 고찰과 함께 실태조사를 실시하였고, 이를 근거로 자료포락분석을 실시하였다. 이 방법은 비영리조직체의 활동을 평가하는 데 유용한 장점이 있는데, 비용 대비 효과라는 이분법적인 해석을 넘어서 다투입 다산출에 대한 단일한 효율치를 얻을 수 있기 때문이다. 또한 비효율을 야기하는 원인을 찾아내고 잠재적으로 개선할 경우 효율성이 얼마나 증가하는지에 대한 정보를 제공하므로 장단기 계획을 수립하기에도 유용한 특성이 있다.

반면에 효율성을 평가하면서 전체를 비교집단으로 사용하지 못하고 산출과 투입이 유사한 규모를 갖는 기관들을 비교대상으로 하기 때문에 효율적인 집단에 대한 정보는 거의 없으나 비효율적인 집단에 대해서만 정보를 갖게 되는 한계가 있다. 뿐만 아니라 분석 대상이 내재적으로 안고 있는 비효율성의 원인은 밝혀내지 못하는 한계가 있다.

이러한 방법론적 단점을 보완하기 위해 본 연구에서는 추가적으로 효율

성에 영향을 미치는 요인을 찾기 위해 회귀분석을 실시하였다. 또한 기관 간에 중복적인 서비스를 제공하는지를 살펴보기 위해서 집단간 차이검정을 실시하였다. 마지막으로 효율적인 가족복지 서비스 전달체계 구축을 위한 대안 모색을 위해 연계서비스에 대한 욕구를 분석하였다.

이러한 분석결과를 토대로 본 연구에서는 2가지 전달체계 대안을 제시하였다. 먼저 가족복지서비스 제공기관이 충분하게 공급되고, 각 전달기관이 성숙한 대도시 등에서는 전문성과 연계성을 강화하는 네트워크형이 제안된다. 네트워크형은 현행 전달체계를 유지하나 유사한 서비스에 대해서는 각 기관의 전문성을 강화하고 다기관 혹은 공공부문, 지역사회와의 연계를 강화하는 데 초점을 맞추고 있다.

다음으로 가족복지서비스 제공기관의 공급이 충분하지 못하거나 성숙한 서비스의 제공이 어려운 중소도시에서는 통합형을 제안한다. 이는 복합적인 가족문제에 대해 포괄적인 서비스가 요구되지만 공급기관의 확대가 어려운 농촌지역 등에서 기존의 서비스 기관의 기능을 확대하는 방안이다.

2. 전달체계 개선을 위한 제도적 장치

1) 콜센터기능의 강화

가족복지서비스 전달체계를 효율적으로 개선하기 위해서는 몇 가지 제도적 장치가 선행되어야 한다. 먼저 콜센터의 기능이 강화되어야 한다. 현재 복지 129콜센터는 기존의 동·읍·면 창구에서 대응하던 전화민원을 소화하여 공공부문의 복지업무 담당자의 업무 집중도를 향상시킬 뿐만 아니라(강혜규, 2008: 29) 수요자는 해당부처의 전화번호를 얻기 위한 노력 없이 통합된 전화번호로 전화하여 이용에 편리를 제공하였다. 그러나 지방자치단체에서 독립적인 콜센터(예, 서울시 120 다산콜센터)를 운영하거나 부처별로 다른 콜센터(예, 여성긴급전화 1366)를 운영하고 있어 정보도

제한되고 통합콜센터의 전화번호 역시 외우기 어렵다는 단점이 있다.

따라서 통합콜센터가 부처와 지역에 상관없이 포괄적인 정보를 제공할 수 있도록 접근성을 강화해야 한다. 이렇게 되면 공급자 측면에서는 공공부문의 연계뿐만 아니라 민간부문의 연계까지 제공할 수 있고, 보건복지가족부의 서비스뿐만 아니라 행정서비스까지 제공하여 하나의 통합콜센터로 여러 대민 전화상담 업무를 지원할 수 있어 예산의 절감 효과도 있다. 수요자 입장에서는 공공부문과 민간부문, 지역사회의 자원까지 포괄적으로 정보를 받을 수 있어 통합적일 뿐만 아니라 각각의 콜센터 전화번호를 외워야 하는 번거로움도 사라진다.

또한 콜센터는 지금처럼 단순한 안내 기능에서 벗어나 일반적인 상담을 위한 지식과 정보, 자격을 갖추어야 한다. 콜센터의 상담(intake)은 수요자의 욕구를 파악하는 단계이자 정보를 제공하는 첫 번째 단계로 인식되고 있으나 현행 가족복지서비스 전달체계에서는 상담과 동시에 서비스 제공자와 유대관계를 형성하고, 서비스 제공 여부와 어떤 서비스를 제공할지를 결정하는 단계이기도 하다³⁰⁾. 따라서 현행 전화번호 안내와 단순 정보 제공업무를 벗어나 서비스 제공 여부와 연계 기관 안내에 대해 판단할 수 있을 정도의 상담 자격을 알 수 있어야 한다.

현재 보건복지가족부에서 운영하는 ‘129콜센터’는 93명의 상담원들이 상담전화를 받고 있다. 특히 미국에서 시작된 경기침체로 긴급지원을 신청하거나 고용 서비스를 요구하는 사례들이 증가하고 있다. 그러나 현재 129콜센터는 긴급지원을 중심으로 서비스가 제공되고 있으며, 상담내용은 행정전산망에 정보를 올린 뒤 해당지역의 시·군·구 복지담당자의 휴대

30) “Intake is usually the first step taken by a worker when a client seeks help. Intake is a process where by a request for service is made by or for a person and it is then determined whether and what kind of service is to be provided. The social worker attempts to gather initial information from the client in order to determine what assistance is needed, and whether the agency and worker is the appropriate provider”(http://www.socialpolicy.com).

전화로 전송되는 등 복지서비스에서만 가능하도록 운영되고 있다. 또한 상담원들은 일반적인 전화 상담 업무와 유사한 숙련을 가진 사람들이다.

따라서 수요자가 서비스에 접근하는 첫 번째 단계로서 콜센터를 이용하는 만큼, 모든 상담원들은 일정수준의 상담자격을 갖추어야 한다. 이를 위해 현재의 콜센터 인력에 대해서 보수 교육을 통한 상담 요건을 갖추도록 지원하거나 콜센터의 확대에 의해 부족한 인력을 신규 채용할 때는 사전 교육 이수 등을 통해 반드시 자격을 갖추도록 규정해야 한다. 다만 한시적으로 사회복지학, 아동학, 상담학 등 관련 졸업자(해당 분야 자격증 소지)를 대상으로 일정 시간 보충교육을 실시한 후 경력단절 여성의 재취업을 추진할 수 있을 것이다.

2) 복지정보포털 웹 기반 강화

현행 가족복지서비스 전달체계는 공공부문과 민간부문이 엄격히 분리되어 있어 수요자가 가지는 복합적인 문제를 해결하기 위해서는 공공부문과 민간부문을 따로 접근해야하는 번거로움이 있다. 이러한 비효율적인 서비스 제공과 이로 인한 수요자의 불편을 해결하기 위해 통합사이트를 구축할 필요가 있다. 현재 국가복지정보포털(<http://www.e-welfare.go.kr>)은 가족에 대한 복지정보는 있으나 그 내용이 보육, 입양, 장례로 제한되어 있다. 또한 복지서비스 신청 및 조회는 노인, 아동, 장애인을 대상으로 제공하고 있고, 이용자별 사이트는 장애인, 노인, 아동, 청소년, 여성, 장년으로 구분되어 중요한 사회복지의 한 주체인 가족은 배제되어 있다.

이에 사회복지 전달체계 공청회(2008년 11월)에서는 ‘사회복지통합관리망’을 구축하고 공공과 민간의 상담, 서비스 연계 프로세스를 전산화하고 이를 통해 시스템에 기반을 둔 통합사례관리와 방문보건, 고용서비스 연계, 공공-민간서비스 연계를 실현할 것으로 밝히고 있다. 또한 공공부조

대상자의 자격관리, 급여 관리, 사후관리가 통합관리망을 통해 이뤄지며 콜센터 기능까지 연계할 것을 제안하고 있다(한국보건사회연구원·서울복지재단, 2008: 14).

그러나 ‘사회복지통합관리망’은 공급자 중심이며 공공부문 중심이다. 이는 사회복지 전달체계 개선의 목표인 수요자 중심의 예방적·통합적·맞춤형 복지 서비스 제공과는 다소 거리가 있다. 오히려 포털사이트는 수요자의 접근성을 강화하여 공공부문과 민간부문의 연계, 민간 서비스 제공기관간 연계, 지역사회 연계가 가능하도록 지원 기능이 강화되어야 한다. 또한 개인이 정보보호정책에 동의하면, 공급주체간 상담-처치-연계서비스 등에 대한 정보와 공공부문과 민간부문의 연계 등이 제공되어야 한다. 즉 사회복지전담공무원은 긴급생계지원 등 소득지원여부를 검토하여 결과를 통보하며, 이 때 고용지원센터 연계에 대한 안내와 바로가기 등을 통해 서비스를 연계할 수 있다. 또한 수요자가 선택한 종합사회복지관의 개입 프로그램 등록과 고용훈련 등에 대한 정보가 한 번에 제공될 수 있다.

이러한 사이트 운영은 4대보험 포털(<http://www.4insure.or.kr>)사이트를 참조할 수 있다. 4대보험 포털사이트에서는 본인의 공인인증서 등록을 통해 전자민원 및 관련 정보를 확인할 수 있으며, 공공부문의 행정연계가 수요자의 요구에 따라 효율적으로 제공되고 있을 뿐만 아니라 개인 정보보호 정책에 의거하여 운영되고 있다. 이는 공급자간 정보의 공유도 중요하지만 수요자가 자신에게 제공될 서비스에 대해 미리 확인할 수 있다는 장점을 갖는다. 또한 본인이 웹상으로 기초적인 정보를 직접 입력하고 상담을 추가로 신청할 수도 있다.

3) 지역사회복지협의체 활성화

현재 가족복지서비스를 제공함에 있어 공공부문과 민간부문의 구분은

상당히 뚜렷하다. 이는 복합적이거나 유사한 문제들이 혼합되어 나타나는 가족문제를 해결하기 위한 서비스의 제공을 제한한다. 예를 들면, 가정폭력문제는 대부분 소득의 중단이나 상실로 인한 경제적 어려움과 동반되는 경우가 많다. 이 때 가해자는 알코올 중독이나 사행성 도박 중독의 문제를 갖고 있는 경우가 많고, 피해자는 자립이 불가능하거나 자녀가 있어서 참고 있는 경우가 많다. 이러한 복합적인 문제를 가진 가족에게 가정폭력 상담소는 피해자와 가해자에 대한 부부 상담을 제공하거나 피해자를 보호 시설로 연계해준다.

만약 공공부문과 민간부문, 지역사회가 정보를 공유하고 함께 문제를 해결하고자 방안을 모색하고자 한다면 다양한 자원들을 활용할 수 있다. 먼저 공공부문에서는 긴급생계지원과 함께 고용안정센터와의 연계를 통한 취업훈련을 제공하고, 경찰은 신변안전서비스를 제공한다. 민간부문에서도 다양한 서비스가 연계되는데, 상담소는 자녀에 대한 심리 상담을 종합사회복지관에서는 놀이치료를, 건강가정지원센터에서는 모의 고용 훈련 기간 동안 방과후 아동서비스를 제공한다. 다음으로 병원에서는 피해자의 건강상태를 점검하고 변호사는 이혼과 자녀 양육을 위한 무료 법률 서비스를 제공할 수 있다.

실태조사에서도 나타났듯이 현행 가족복지서비스 전달체계는 복지 서비스 제공 기관과의 연계보다는 지역 사회 비복지 서비스와의 연계에 대한 욕구가 매우 크다. 특히 경찰, 법원, 병원 등과의 연계서비스는 개별 건강가정지원센터나 상담소에서 손쉽게 연계가 가능한 자원이 아니다. 또한 기관의 개인이 가진 자원에 의존할 경우 타 지역에 있는 기관과의 연계가 가능한데, 이보다는 지역 내 기관과의 연계가 바람직하다. 따라서 가족복지서비스 전달체계의 구축에서 지역사회의 책임은 매우 중요하다. 그러나 실제로 지역사회복지협의체 구성은 공공부문을 중심으로 이루어지고 있으며, 공공부문의 비참 여는 협의체의 유명무실과 직접적으로 연계된다.

또한 다양한 지역사회의 자원들과의 연계를 위해서는 각 기관들이 협의체에 참여함으로써 얻을 수 있는 인센티브가 필요하다. 대표적인 예로 지역사회협의체에 참가한 기관(병원, 변호사 등 민간부문)에 대한 조세감면과 인증 제도를 고려할 수 있다. 병원은 지역사회복지협의체에 참여함으로써 지역 사회에 봉사하는 사회적 책임의식을 갖고, 조세 감면 혜택을 받을 뿐만 아니라 협의체 인증 마크를 홍보하여 주민들에게 병원에 대한 인식을 제고할 수 있다.

참고문헌

- 고경환·장영식·강지원, 『2006년도 한국의 사회복지지출추계와 OECD 국가의 가족정책 비교』, 보건복지가족부·한국보건사회연구원, 2008.
- 고영선, 『재정사업 심층평가 지침』, 한국개발연구원 공공투자관리센터, 2006.
- 공인숙, 「가정복지서비스 전달체계의 모형 탐색」, 『한국가정관리학회지』 제 19권 제 3호, 1999, pp. 217-228.
- 곽영진, 『자료포락분석(DEA)을 이용한 병원의 효율성 평가에 관한 연구』, 충남대학교 박사학위논문, 1992.
- _____, 「DEA를 이용한 공공도서관의 효율성 평가: 충청지역 공공도서관을 대상으로」, 『회계연구』, 제 4권 제 1호, 1999, pp. 151-176.
- 국회예산정책처(NABO; National Assembly Budget Office), 『사업평가방법론 연구』, 2007.
- 김경혜, 『복지시설 민간위탁 운영평가 및 개선방안 연구』, 서울시정개발연구원, 2000.
- 김규덕, 『지방정부 공공서비스 성과평가에 관한 연구: 쓰레기 수거서비스를 중심으로』, 영남대학교 박사학위논문, 1999.
- 김만두, 「사회복지관의 바람직한 기능과 역할」, 『사회복지』 제 114호, 1992, p. 109.
- 김명자·계선자·박미석·장진경·김연화·류진아·한은주, 「건강가정지원센터 사업운영에 대한 전반적인 평가-용산구 숙명여자대학교 시범사업을 중심으로」, 『대한가정학회지』 제 43권 제 8호, 2005a. pp. 123-139.

_____. _____ . _____ . _____ . _____ . _____ . _____, 「건강가정지원센터 사업현황 및 활성화 방안」, 『한국가족자원경영학회지』 제 9권 제 2호 2005b, pp. 185-197.

_____. _____ . _____ . _____ . _____ . _____ . 한은주 · 류진아, 「건강가정지원센터 가정생활교육 프로그램 운영 및 성과-용산구 · 숙명여자대학교 시범사업을 중심으로-」, 『한국가족관계학회지』 제 10권 제 1호, 2005c, pp. 25-49.

김성중, 「지방 공공서비스 공급의 생산 효율성 구조분석」, 『한국지방자치학회보』 제 30권, 2000, pp. 47-65.

김성철 · 안현미, 「참여정부 가족정책의 기본 구성요소의 분석과 발전방향 모색」, 『한국가족복지학』 제 12권, 2003, pp. 35-64.

김승권 · 김유경 · 조애저 · 김성희 · 이건우 · 광배희 · 박소현 · 신연희 · 정춘숙 · 채규만 · 현혜순 · 김은경 · 전영실 · 강은영, 『2007년 전국 가정폭력실태조사』, 2008.

김영환, 『자료포락분석(DEA)에 대한 제품계열의 효율성 분석』, 동아대학교 박사학위논문, 1999.

김용민, 「자료포락분석(DEA)에 의한 지역사회복지관의 상대적 효율성 측정」, 『한국지방자치학회』 제 16권 제 3호, 2004, pp. 133-153.

김인숙, 「가족지원기본법(안) 제정의 배경과 내용」, 『한국사회복지학회 정책토론회 자료집』, 2003, pp. 1-20.

김태웅 · 조성환, 「DEA 모형을 이용한 전력회사의 효율성 분석에 관한 연구」, 『자원 · 환경경제연구』, 제 9권 제 2호, 2000.

류영아, 「행정계층별 복지서비스 평가 연구」, 『한국정책분석학회보』, 제 16권 제 2호, 2006, pp. 139-165.

문경주 · 강성철, 「DEA를 이용한 사회복지관의 효율성 측정-부산광역시를 중심으로」, 『한국행정논집』, 제 16권 제 2호, 2004, pp. 333-362.

- 문상호·김윤수, 「노인요양시설서비스의 효율성과 형평성에 관한 연구: DEA 효율성 지수와 Coulter의 비형평성 조정계수를 중심으로」, 『정책분석평가학회보』, 제 16권 제 3호, 2006, pp. 265-292.
- 문신용·윤기찬, 「사회복지서비스 생산성에 관한 통합적 분석: 자료포락 분석(DEA)과 SERVQUAL 기법을 중심으로」, 『한국행정학보』, 제 38권 제 6호, 2004, pp. 201-224.
- 문춘걸, 『자료포락분석법 및 그 변형기법을 통한 공공부문의 생산성 측정: 한국 중소도시의 생산성 분석』, 한국조세연구원, 1998.
- 박창제·최대환, 「공공병원의 효율성 평가: 최적운영에 대한 다변량 분석」, 『보건경제와 정책연구』 제 13권, 1997, pp. 1-36.
- 보건복지가족부, 『사회복지관운영지침』, 2008a.
- _____, 『2007년도 건강가정지원센터 현황』, 2008b.
- _____, 『2008 가족통계』, 2008c.
- _____, 『2009년 다문화가족지원센터 사업 안내』, 2008d.
- _____, 『2007년도 전국 사회복지관 현황보고서』, 2008e.
- 성내경, 『표본조사방법론』, 자유아카데미, 1999.
- 성정현·송다영·양심영, 「가족복지프로그램과 서비스 현황-사회복지사의 인식과 실태조사를 중심으로」, 『한국가족사회복지학회 2004년 춘계학술대회 자료집』, 2004, pp. 45-84.
- 손광훈, 「자료포락분석을 이용한 사회복지관의 효율성 평가에 관한 연구: 부산지역 사례를 중심으로」, 『한국사회복지학』, 제 52권, 2003, pp. 117-141.
- 손병덕·이재서, 「가정폭력에 대한 교회, 사회복지 개입방안 연구」, 『신앙과 학문』 제 12권 제 1호, 2007, pp. 35-61.
- 송건섭, 「사회복지관의 성과평가 모형구성과 적용에 관한 연구: SERVQUAL을 이용한 질적 평가」, 『한국정책과학학회보』 제 10

권 제 1호, 2006, pp. 79-100.

송근원·김태성, 『사회복지정책론』, 나남, 2002.

송다영, 「가족복지서비스 전달체계 수립을 위한 방향과 원칙에 관한 탐색적 연구」, 『한국사회복지학』 제 47권 제 4호, 2005, pp. 225-251.

송성자, 「한국문화와 가족치료: 해결중심 가족치료 적용」, 『한국사회복지학』 제 32권, 1997.

송 순, 「원광대학교 건강가정지원센터 운영 실태」, 『대한가정학회 추계학술대회 자료집』, 2004, pp. 123-128.

송혜림·장진경, 「성공적 실천 전략 II-건강가정지원센터의 위상과 운영 방안 모색」, 『한국가정관리학회지 춘계학술대회 자료집』, 2004, pp. 47-89.

신동면·한상연·김종호·이호창·김민용, 「지역복지 정보네트워크의 구축에 관한 연구」, 『한국정책학회보』 제 13권 제 1호, 2004, pp. 21-38.

양심영, 「가족복지서비스의 통합적 실천에 관한 연구: 지역사회 서비스 운영주체를 중심으로」, 『한국가족복지학』, 제 6권, 2000, pp. 39-67.

양정식, 『Data Envelopment Analysis에 의한 정부투자기관의 효율성 평가에 관한 연구』, 고려대학교 박사학위논문, 1989.

여성부, 『2007년 가정폭력·성폭력 보호시설 및 상담소 운영실적 보고』, 2008.

오동일, 『사업부조직의 성과평가를 위한 DEA 모형의 적용가능성에 관한 연구-증권회사 지점의 성과평가를 중심으로』. 서울대학교 박사학위논문, 1991.

원소연·장진경, 「건강가정지원센터의 사업 및 홍보 활성화 방안」, 『대

- 『한가정학회지』 제 44권 제 8호, 2006, pp. 101-116.
- 유금록, 「보건소의 생산성 측정-전라북도를 중심으로」, 『한국행정학보』, 제 37권 제 4호, 2003, pp. 261-280.
- _____, 『공공부문의 효율성 측정과 평가-프런티어 분석의 이론과 적용』, 대영문화사, 2004.
- 윤경준, 『지방정부 서비스의 상대적 효율성 측정에 관한 연구: 대도시 보건소에 대한 자료포락분석』, 연세대 대학원 박사학위논문, 1995.
- _____, 최신용·강정석, 『벤치마킹을 통한 공공부문 생산성 향상 방안』, 한국행정연구원, 2004.
- 이상변·김규덕, 「자료포락분석(DEA)에 의한 지방정부 공공서비스의 상대적 효율성 측정: 쓰레기수거서비스를 중심으로」, 『한국지방자치학보』, 제 10권 제 2호, 1998, pp. 169-187.
- 이상섭·김규덕, 「자료포락분석(DEA)에 의한 지방정부 공공서비스의 상대적 효율성 측정: 쓰레기수거서비스를 중심으로」, 『한국지방자치학회보』, 제 10권 제 2호, 1998, pp. 1-17.
- 이선우·최상미, 「사회복지시설평가의 현실과 개선방안」, 『사회복지정책』, 제 15권, 2002, pp. 122-154.
- 이승미·김선미, 「저소득 한부모 가정사례에 비추어 본 지원방안 연구: 건강가정지원센터 활용을 중심으로」, 『한국가족자원경영학회지』 제 9권 제 4호, 2005, pp. 95-112.
- 이여봉·이미정, 「한국 가족의 변화와 가족 정책-전문가 의견조사를 중심으로-」, 『가족과 문화』 제 15집 제 1호, 2003, pp. 131-164.
- 이영범, 「공공서비스 제공의 효율성과 형평성의 관계에 관한 실증적 연구: 상수도 사업을 중심으로」, 『한국행정연구』 제 13권 제 3호, 2004, pp. 236-262.
- 이영분·양심영, 「가족의 변화에 따른 가족복지서비스의 대응」, 『한국

- 가족복지학』 제 3권, 2000, pp. 117-148.
- 이영호, 「가족지원서비스 전달체계의 원칙과 방향에 관한 토론」, 『제 1회 가정복지 세미나 자료집』, 2004, pp. 53-60.
- 이용주, 「IMF 체제 돌입 전후시점의 국내은행들의 경영효율성평가: DEA 기법을 적용하여」, 『생산성연구』 제 14권 제 2호, 2000, pp. 122-153.
- 이진숙, 「독일의 공적 가족복지 전달체계에 대한 분석」, 『가족과 문화』 제 14권 제 3호, 2002, pp. 131-161.
- _____, 「가족복지정책의 패러다임 검토」, 『한국가족사회복지학회 추계 학술대회자료집』, 2003, pp. 21-46.
- _____. 안은숙, 「가족복지정책의 발전과정 속에 나타난 쟁점들과 대응」, 『사회복지연구』 제 30권, 2006, pp. 5-38.
- 이진주·서건수, 『정책평가를 위한 새로운 모형』, 나남, 2001.
- 임동진·김상호, 「DEA를 통한 지방정부의 생산성 측정: 인력·재정과 공공서비스관계를 중심으로」, 『한국행정학보』, 제 34권 제 4호, 2000, pp. 217-234.
- 장혜경·김혜경·이진숙·김현주, 『외국의 가족정책과 한국의 가족정책 및 전담부서의 체계화 방안 연구』, 한국여성개발원, 2002.
- 정윤수, 「자료포락분석모형(DEA)을 이용한 효율성 연구: 미국의 의료교육병원을 중심으로」, 『정책분석평가학회보』 제 5권 제 1호, 1995, pp. 277-291.
- 조현순·정은, 「가족정책의 효율적 전달 체계 운영을 위한 종합사회복지관의 가족복지사업과 건강가정지원센터 사업의 비교연구」, 『한국비영리연구』, 제 6권 제 3호, 2007, pp. 63-99.
- 조홍식·김인숙·김혜란·김혜련·신은주, 『가족복지학』, 학지사, 2002.
- 주익수·김용민, 「광주광역시 사회복지관 효율성 측정에 관한 연구-DEA

- 기법을 중심으로」, 『한국거버넌스학회보』 제 10권, 2003, pp. 245-262.
- 최경문, 『서비스 산업의 효율성 측정에 관한 연구』. 동국대학교 박사학위논문, 1998.
- 최성은·임완섭·김지선, 『사회재정지출 성과관리 및 효과분석 방안』, 한국보건사회연구원, 2007.
- 최연실, 「한국가정복지정책과 서비스 전달체계의 현황과 평가」, 『한국가정관리학』 제 17권 제 4호, 1999, pp. 99-118.
- 최종혁, 「21세기 민간부문의 복지환경과 과제」, 『사회복지』, 1999, pp. 88-109.
- 한국보건사회연구원·서울복지재단, 『「희망복지」 전달체계 개편방안에 관한 공청회』 자료집, 2008.
- 허경미·박영주, 「가정폭력의 대응상 문제점 및 개선방안」, 『한국경찰학회보』 제 8권, 2004, pp. 317-340.
- Au, Choi-fai, "Rethinking Organizational Effectiveness," *Administration in Social Work*, Vol. 20, No. 4, 1996.
- Beasley, J. E., "Comparing university departments," *Omega*, Vol. 18, No. 2, 1990, pp. 171-183.
- Charnes, A., Cooper, W., and Rhodes, E., "Measuring the Efficiency of Decision Making Unit. European," *Journal of Operational Research*, Vol. 2, No. 6, 1978.
- Esping-Andersen, Gallie, D., Hemerijk, A., and Myles, J., *Why we need a new welfare state*, Oxford, 2002.
- European Commission, *Evaluating EU Expenditure Programmes: A Guide*, First Edition, January 1997.

- Farrell, M. J., "The measurement of productive efficiency," *Journal of the Royal Statistical Society*. Vol. 20, No. 3, 1957, pp. 253-281.
- Grosskopf, S. and V. Valdmanis, "Measuring hospital performance: A non-parametric approach," *Journal of Economics*, Vol. 6, No. 1, 1987, pp. 89-107.
- Hogan, A. J., "Measuring technical efficiency in health care organizations," *Journal of medical systems*, Vol. 14, No. 5, 1990.
- Nunamaker, T. R., "Measuring routine nursing services efficiency: A comparison of cost per patient day and data envelopment analysis," *Health Services Research* Vol. 18, No. 2, 1983, pp. 183-205.
- Sarafoglou, N. K. E., and Haymes, K. E., *University Productivity in Sweden: A Demonstration and Explanatory Analysis for Economics and Business Programs*. Department of Economics Mid-Sweden University and The Institute of Public Policy George Mason University, 1991.
- Sherman, H. D., "Hospital efficiency measurement and evaluation: Empirical test of a new technique," *Medi Care*, Vol. 22, No. 10, 1984, pp. 922-938.
- _____, and Gold, F., "Bank Branch Operating Efficiency: Evaluation with Data Envelopment Analysis," *Journal of Banking and Finance* Vol. 9, 1985, pp. 297-315.
- Sinuary-Stern, Z., Mehrez, A., and Barboy, A., "Academic Departments Efficiency via DEA," *Computers Operational Research* Vol. 21, No. 5, 1993, pp. 543-556.
- Sueyoshi, T., "Measuring technical, allocative and overall efficiencies using a DEA algorithm," *Journal of the Operational Research Society*, Vol. 43, No. 2, 1992, pp. 141-155.

Vassiloglou, M., and Giokas, D., “A Study of Relative of Bank Branches: An Application of Data Envelopment Analysis,” *Journal of Operational Research Society*, Vol. 41, No. 7, 1990.

Walker, R., *Social Security and Welfare-Concepts and Comparisons*, Open University, 2005.

보건복지가족부 홈페이지(<http://www.mw.go.kr>)

여성부 홈페이지(<http://www.mogef.go.kr>)

국가복지정보포털(<http://www.e-welfare.go.kr>)

4대보험포털(<http://www.4insurance.or.kr>)

중앙건강가정지원센터 홈페이지(<http://www.familynet.or.kr>)

한국사회복지관협회 홈페이지(<http://www.kaswc.or.kr>)

SOCX 데이터베이스(<http://www.oecd.org>)

사회정책사전(<http://www.socialpolicy.com>)

부 록

〈부표 1〉 가족복지서비스 전달체계 실태 조사표

인 사 말 씀

안녕하십니까?

한국보건사회연구원에서는 국민들의 행복한 가족생활과 안전한 사회 환경 조성을 위한 정책 수립에 필요한 기초자료 수집을 위하여 『가족복지서비스 전달체계 실태조사』를 실시하게 되었습니다.

본 조사는 전국에서 정부 지원을 받는 가족복지 서비스 제공 기관 및 시설에 대한 조사를 실시하는 것으로, 통계절차에 따라 귀 기관이 표본가구로 선정되었습니다. 귀 기관에서 응답해 주시는 내용은 향후 정부의 가족생활 보호·지원 등 관련 정책 수립에 중요한 자료로 활용되오니 부디 바쁘시더라도 잠시 틈을 내시어 답변해 주시면 감사하겠습니다.

귀 기관에서 말씀해 주신 모든 사항은 통계법에 따라 비밀이 보장되며 그 내용은 통계자료로만 이용되오니 정확하고 솔직하게 응답해 주시기 바랍니다. 감사합니다.

2008년 11월

한국보건사회연구원 원장 김용하

시설	시설명:	전화 번호	() -
	대표자:	FAX	() -
시설주소	_____시(도) _____시(군·구) _____동(읍·면) _____번지		
작성자	성명		직위

한국보건사회연구원

I. 일반사항

※ 종합사회복지관은 아래의 모든 항목에서 '가족복지(지원)과'에 한하여
응답해주시시오.

1. 귀 시설(기관)은 아래의 어디에 해당합니까?

- ① 가정폭력상담소 ② 성폭력상담소 ③ 통합상담소
- ④ 건강가정지원센터 ⑤ 종합사회복지관

2. 귀 시설은 언제 설립되었습니까? _____년

3. 귀 시설의 설립유형은 어떤 것입니까?

- ① 국공립 ② 법인(→ 3-1번으로) ③ 개인 ④ 기타()

3-1. 귀 시설의 법인의 유형은 무엇입니까?
① 사회복지법인 ② 사단법인 ③ 종교법인 ④ 기타()

3-2. 귀 법인의 다른 시설로는 어떤 것이 있습니까?
① 가정폭력상담소 ② 성폭력상담소 ③ 통합상담소
④ 가정폭력피해자보호시설 ⑤ 성폭력피해자보호시설
⑥ 건강가정지원센터 ⑦ 사회복지관

4. 아래의 항목 중 시설을 운영하면서 생길 수 있는 어려움들을 적어 놓은 것입니다. 귀 시설에 해당하는 정도에 표시해주십시오.

항목	전혀 없다	별로 없다	보통 이다	조금 있다	매우 많다
1) 재정(정부지원, 법인보조 등)의 부족	①	②	③	④	⑤
2) 안정적인 예산 확보	①	②	③	④	⑤
3) 후원금 모금의 어려움	①	②	③	④	⑤
4) 전문 인력의 부족	①	②	③	④	⑤
5) 과중한 업무	①	②	③	④	⑤
6) 상담시간의 부족	①	②	③	④	⑤
7) 이용자 필요에 맞는 프로그램 부족	①	②	③	④	⑤
8) 전문적인 기술의 부족	①	②	③	④	⑤
9) 지역 주민들의 인식 부족	①	②	③	④	⑤
10) 시설공간의 부족	①	②	③	④	⑤

5. 아래의 항목들은 향후 가족복지 전달체계와 연계될 수 있는 항목들입니다. 귀 시설에서 필요로 하는 정도에 표시해주십시오.

항목	전혀 없다	별로 없다	보통 이다	조금 있다	매우 많다
1) 통합지원 전화(예, 서울시 120콜센터)	①	②	③	④	⑤
2) 소득지원(예, 긴급) 생계지원)	①	②	③	④	⑤
3) 일시주거지원	①	②	③	④	⑤
4) 방과후 보육	①	②	③	④	⑤
5) 보육서비스	①	②	③	④	⑤
6) 아동심리상담	①	②	③	④	⑤
7) (개인)사례관리공유(상담자 승낙 후)	①	②	③	④	⑤
8) 긴급의료서비스	①	②	③	④	⑤
9) 경찰 안전(신변)서비스	①	②	③	④	⑤
10) 법률 서비스	①	②	③	④	⑤

II. 인력 및 프로그램

1. 귀 시설의 2007년 기준 정규 직원은 몇 명입니까? 총 _____명

2. 귀 시설의 2007년 기준 자원봉사활동인증관리(VMS) 등록 자원봉사자는 몇 명입니까? 총 _____명

※ 아래의 3- 4항목의 대답에 대한 예시입니다(총 직원수 5명의 경우)

자격증	계	성폭력상담사	가정폭력상담사	건강가정사	사회복지사	상담심리사
단일 자격증 소지자수	3					
중복 자격증 소지자수	2	1인: 건강가정사 & 사회복지사, 1인: 상담심리사 & 가정폭력상담사				

3. 귀 시설의 정규 직원 중 전문자격증을 소지한 직원은 몇 명입니까?

자격증	계	성폭력상담사	가정폭력상담사	건강가정사	사회복지사	상담심리사
단일 자격증 소지자수						
중복 자격증 소지자수						

4. 귀 시설에서 2007년 기준 전문자격증을 소지한 자원활동가 수는 몇 명
입니까?

자격증	계	성폭력상담사	가정폭력상담사	건강가정사	사회복지사	상담심리사
단일 자격증 소지자수						
중복 자격증 소지자수						

5. 귀 시설에서 지난 1년간(2007년 기준) **상담방법** 건수는 어떻게 됩니까?

- ① 면접상담 ()건 ② 전화상담()건
③ 사이버상담 ()건

6. 귀 시설의 지난 1년간(2007년 기준) **상담유형** 건수는 어떻게 됩니까?

(가족상담은 가족전체를 대상으로 하며, 집단상담은 피해자 혹은 가해자 그룹별 대상임)

- ① 개별상담 ()건 ② 가족상담()건
③ 집단상담 ()건

7. 귀 시설에서 지난 1년간(2007년 기준) 내담자의 주된 문제유형은 무엇입니까?

- ① 경제적 어려움(㉠ 공공부조 ㉡ 취업 혹은 창업 등) _____ 건
- ② 가족 내 문제 (㉠ 배우자 부정 ㉡ 자녀 비행 등) _____ 건
- ③ 개인문제 (㉠ 학교/직장 ㉡ 이웃/친구 ㉢ 친척 등) _____ 건
- ④ 성폭력문제 _____ 건
- ⑤ 가정폭력문제 _____ 건
- ⑥ 기타 (_____) _____ 건

8. 귀 시설에서 지난 1년간(2007년 기준) 실시한 프로그램의 유형별 건수를 작성해주십시오.

- ① 상담(모든 종류의 상담 포함) _____ 건
- ② 교육(성교육, 인성교육, 대처방안교육 등) _____ 건
- ③ 처치(놀이치료, 심리치료 등) _____ 건
- ④ 연계(상담소, 피해자보호시설로 등 연계) _____ 건
- ⑤ 기타 (_____) _____ 건

9. 귀 시설에서는 사례들을 관리하고 있습니까?

- ① 예 (9-1번으로) ② 아니오

9-1. 귀 시설의 사례 관리 수를 각각 적어주십시오.	
1) 가족문제	_____ 건
2) 개인문제	_____ 건
3) 성폭력문제	_____ 건
4) 가정폭력문제	_____ 건

Ⅲ. 재 원

1. 귀 시설의 재원은 어떻게 조달합니까?(해당사항을 모두 표시하세요)

- ① 국고보조 ② 지방비 보조 ③ 법인보조 ④ 민간보조
- ⑤ 수익사업(이용료, 프로젝트사업비 등) ⑥ 후원금
- ⑦기타()

2. 귀 시설의 수입 현황(2007년도 기준)을 작성해주십시오.

항목	계	국비	지방비	법인보조	후원금	수익사업	기타
금액 (천원)							

3. 귀 시설의 지출 현황(2007년도 기준)을 작성해주십시오.

항목	계	사업비	인건비	운영비	시설비	기타
금액 (천원)						

4. 예산의 부족으로 겪는 어려움은 무엇입니까?(해당 사항에 모두 체크)

- ① 프로그램 수 확충 ② 외부 강사 섭외 ③ 직원 채용
- ④ 임대료, 관리비 등의 운영비 ⑤ 근무환경 개선

5. 귀 시설의 부족한 예산을 충당하기 위한 방안은 무엇입니까?

- ① 법인 보조 ② 후원금 ③ 사용자부담금 ④ 프로젝트 참여
- ⑤기타()

IV. 평 가

1. 해당 부처(정부, 혹은 지방자치단체)의 평가는 주로 어디에 초점을 맞추고 있습니까? (중복응답: 5개까지 가능)

- ① 예산 ② 이용자수 ③ 프로그램 수
- ④ 이용자의 만족도 ⑤ 프로그램의 질 ⑥ 타기관과의 연계
- ⑦ 상담건수 ⑧ 교육 참가자수 ⑨ 시설 및 설비

2. 평가 항목 중 꼭 포함되어야 한다고 생각하는 항목을 골라주십시오.
(중복응답: 5개까지 가능)

- ① 직원 급여수준 ② 근무환경 ③ 상담자의 자질
- ④ 이용자의 문제해결 ⑤ 외부강사초빙 ⑥ 자원봉사자수
- ⑦ 직원 학력 ⑧ 직원자격증 소지자수 ⑨ 직원 재보수

- 감사합니다 -

162 가족복지서비스 전달체계의 운영평가

〈부표 6〉 종합사회복지관 비효율성 DMU 실태

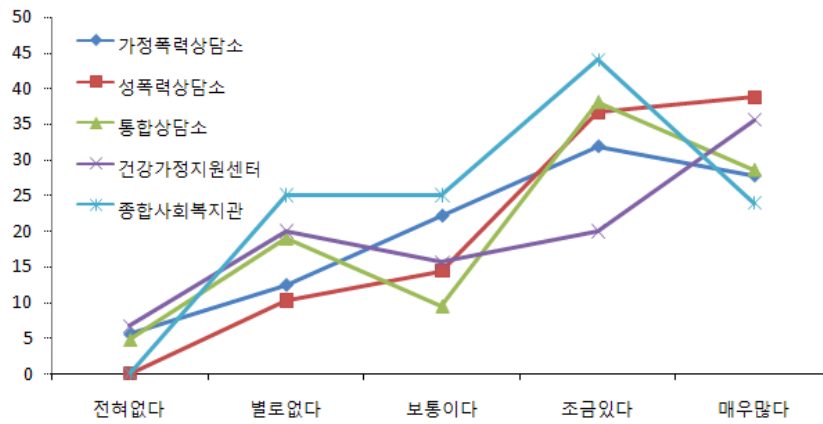
연번	DMU	효율성 수치	투입							산출		
			직원	자원 봉사자	정규직원		자원봉사자		지출 총액	상담 건수	프로 그램 수	사례 관리 수
					단일 자격	중복 자격	단일 자격	중복 자격				
1	DMU73	98.25	44.4	1.7	55.5							
2	DMU52	86.47	13.5	13.5								
3	DMU18	76.19	35.6	91.5	87.7							
4	DMU59	68.84	31.4	31.4	47.9							
5	DMU17	68.71	67.0	31.3	69.8							
6	DMU71	66.51	87.7	91.5	87.7							
7	DMU61	64.53	74.6	58.9	74.6							
8	DMU76	63.18	87.3	36.8	80.9	100.0						
9	DMU44	59.58	39.3	39.3	39.3							
10	DMU30	59.05	40.6	40.6	40.6							
11	DMU77	56.47	66.4	43.5	49.5	100.0						
12	DMU66	50.59	49.4	63.1	49.4							
13	DMU80	46.84	53.2	58.5	53.2							
14	DMU4	45.05	73.2	54.9	80.0							
15	DMU67	42.55	57.5	53.4	57.5							
16	DMU38	41.98	57.5	57.5	61.2							
17	DMU22	39.84	60.1	60.1	60.1							
18	DMU36	34.65	65.3	93.7	65.3							
19	DMU31	34.51	71.1	67.8	84.7							
20	DMU47	33.60	66.4	66.4	75.2							
21	DMU23	33.01	66.4	66.4	66.4							
22	DMU68	32.31	83.6	68.0	83.6							
23	DMU12	31.60	81.8	68.4	81.8							
24	DMU62	30.16	69.8	69.8	76.8							
25	DMU8	29.82	70.0	70.0	70.0							
26	DMU21	26.77	73.5	73.2	73.2	74.4						
27	DMU10	25.92	73.8	73.8	73.8							
28	DMU11	23.87	82.7	76.0	76.0							
29	DMU41	23.28	76.7	76.7	76.7							
30	DMU42	22.35	84.8	82.4	84.8							
31	DMU49	22.27	76.4	76.4	76.4							
32	DMU65	22.10	77.4	77.4	77.4							
33	DMU51	19.73	91.2	91.8	80.7	93.8	100.0					
34	DMU26	19.50	80.2	80.2	87.3							
35	DMU29	19.02	81.0	80.8	81.0							

〈부표 6〉 계 속

연번	DMU	효율성 수치	투입							산출		
			직원	자원 봉사자	정규직원		자원봉사자		지출 총액	상담 건수	프로 그램 수	사례 관리 수
					단일 자격	중복 자격	단일 자격	중복 자격				
36	DMU14	18.03	83.0	82.4	83.0							
37	DMU20	17.41	82.6	82.6	82.6							
38	DMU81	16.84	83.3	83.3	83.3							
39	DMU28	16.08	88.9	83.4	92.4							
40	DMU60	15.98	84.0	97.0	84.0							
41	DMU82	15.55	84.5	84.5	84.5							
42	DMU75	13.86	86.1	86.1	86.1							
43	DMU16	13.66	92.6	86.3	92.6							
44	DMU50	13.33	87.6	86.7	88.4							
45	DMU45	12.61	93.4	87.4	93.9							
46	DMU87	12.47	87.5	87.7	87.5							
47	DMU34	12.43	87.6	87.6	87.6							
48	DMU27	10.86	91.7	95.2	91.7							
49	DMU24	9.72	92.6	89.3	92.6							
50	DMU53	6.22	94.2	90.2	90.3	96.2	100.0					
51	DMU64	5.21	98.1	94.8	98.1							
52	DMU3	4.99	95.0	95.0	95.0							
53	DMU48	4.97	95.0	95.0	95.0							
54	DMU79	4.27	95.3	95.3	95.3							
55	DMU40	3.93	97.3	96.1	97.3							
56	DMU25	3.20	98.5	96.7	98.7							
57	DMU72	3.13	99.0	99.4	99.0							
58	DMU15	2.67	97.3	97.3	97.3							
59	DMU78	2.63	99.3	97.4	99.3							
60	DMU88	2.46	98.2	97.5	98.2							
61	DMU33	2.01	98.4	98.0	98.4							

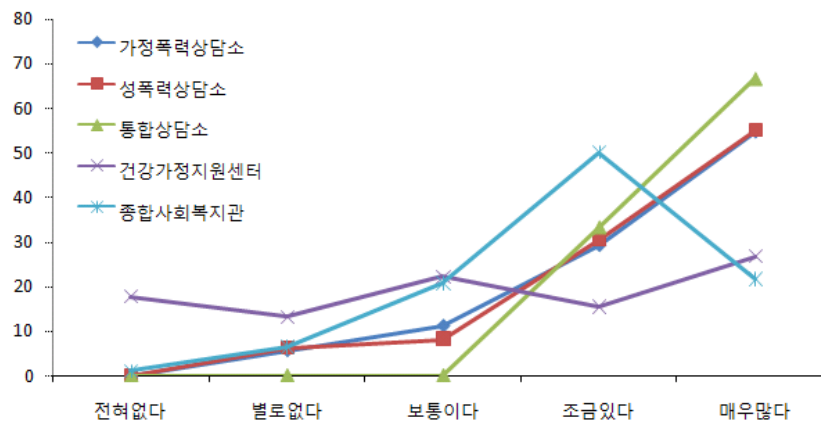
〈부표 7〉 안정적인 예산확보의 어려움 인식

기 관	전혀 없다	별로 없다	보통 이다	조금 있다	매우 많다	합계
가정폭력상담소	4(5.6)	9(12.5)	16(22.2)	23(31.9)	20(27.8)	72(100.0)
성폭력상담소	0(0)	5(10.2)	7(14.4)	18(36.7)	19(38.8)	49(100.0)
통합상담소	1(4.8)	4(19.0)	2(9.5)	8(38.1)	6(28.6)	21(100.0)
건강가정지원센터	3(6.7)	9(20.0)	7(15.6)	9(20.0)	16(35.6)	45(100.0)
종합사회복지관	0(0)	6(6.5)	23(25.0)	41(44.0)	22(23.9)	92(100.0)
합 계	279(100.0), $X^2=31.650$, $P<0.05$, $df=20$					



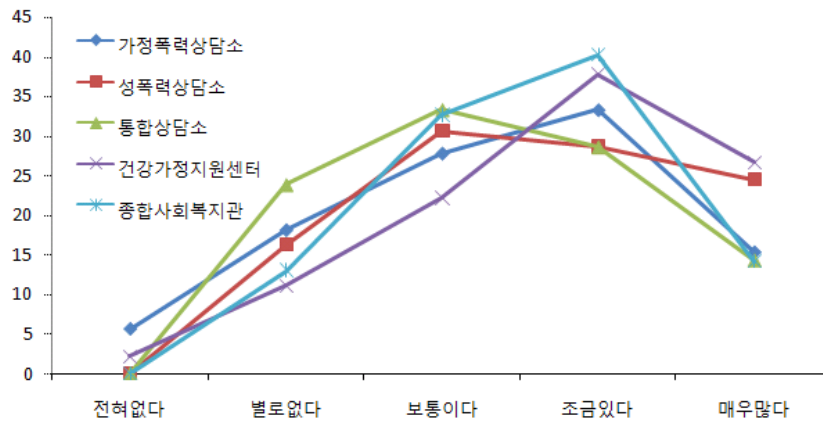
〈부표 8〉 후원금 모금의 어려움 인식

기 관	전혀 없다	별로 없다	보통 이다	조금 있다	매우 많다	합계
가정폭력상담소	0(0.0)	4(5.6)	8(11.1)	21(29.2)	39(54.2)	72(100.0)
성폭력상담소	0(0.0)	3(6.1)	4(8.2)	15(30.6)	27(55.1)	49(100.0)
통합상담소	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	7(33.3)	14(66.7)	21(100.0)
건강가정지원센터	8(17.8)	6(13.3)	10(22.2)	7(15.6)	12(26.7)	45(100.0)
종합사회복지관	1(1.1)	6(6.5)	19(20.7)	46(50.0)	20(21.7)	92(100.0)
합 계	279(100.0), $X^2=91.046$, $P<0.05$, $df=20$					



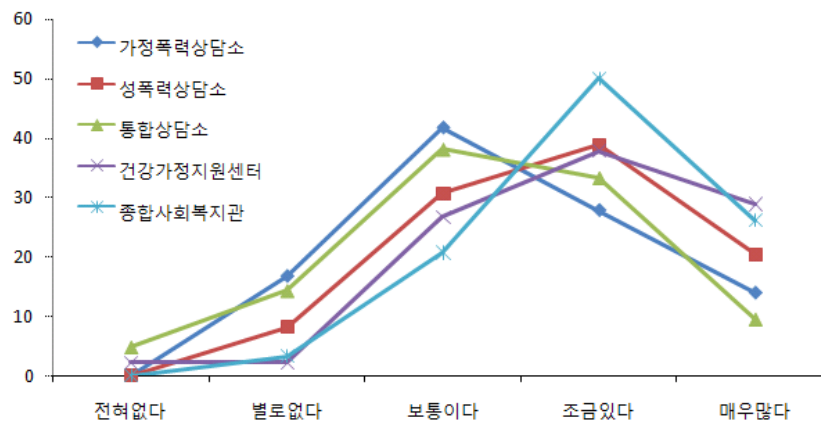
〈부표 9〉 전문 인력의 부족 인식

기 관	전혀 없다	별로 없다	보통 이다	조금 있다	매우 많다	합계
가정폭력상담소	4(5.6)	13(18.1)	20(27.8)	24(33.3)	11(15.3)	72(100.0)
성폭력상담소	0(0.0)	8(16.3)	15(30.6)	14(28.6)	12(24.5)	49(100.0)
통합상담소	0(0.0)	5(23.8)	7(33.3)	6(28.6)	3(14.3)	21(100.0)
건강가정지원센터	1(2.2)	5(11.1)	10(22.2)	17(37.8)	12(26.7)	45(100.0)
종합사회복지관	0(0.0)	12(13.0)	30(32.6)	37(40.2)	13(14.1)	92(100.0)
합 계	279(100.0), $X^2=18.001$, $P>0.05$, $df=16$					



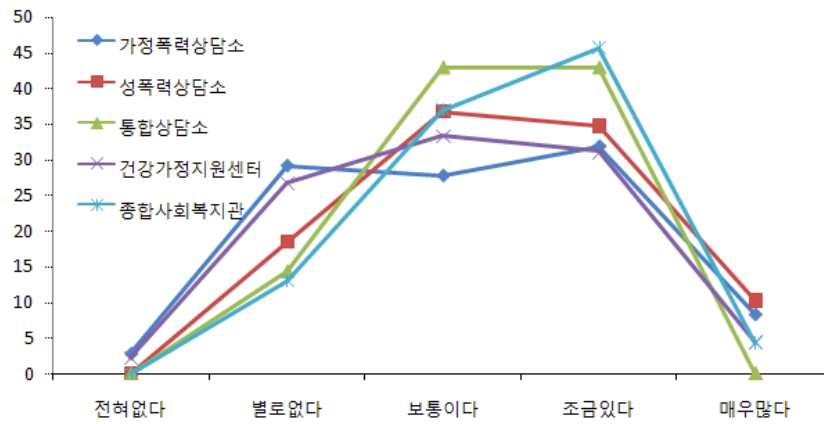
〈부표 10〉 상담시간의 부족 인식

기 관	전혀 없다	별로 없다	보통 이다	조금 있다	매우 많다	합계
가정폭력상담소	0(0.0)	12(16.7)	30(41.7)	20(27.8)	10(13.9)	72(100.0)
성폭력상담소	0(0.0)	4(8.2)	15(30.6)	19(38.8)	10(20.4)	49(100.0)
통합상담소	1(4.8)	3(14.3)	8(38.1)	7(33.3)	2(9.5)	21(100.0)
건강가정지원센터	1(2.2)	1(2.2)	12(26.7)	17(37.8)	13(28.9)	45(100.0)
종합사회복지관	0(0.0)	3(3.3)	19(20.7)	46(50.0)	24(26.1)	92(100.0)
합 계	279(100.0), $X^2=40.965$, $P<0.05$, $df=12$					



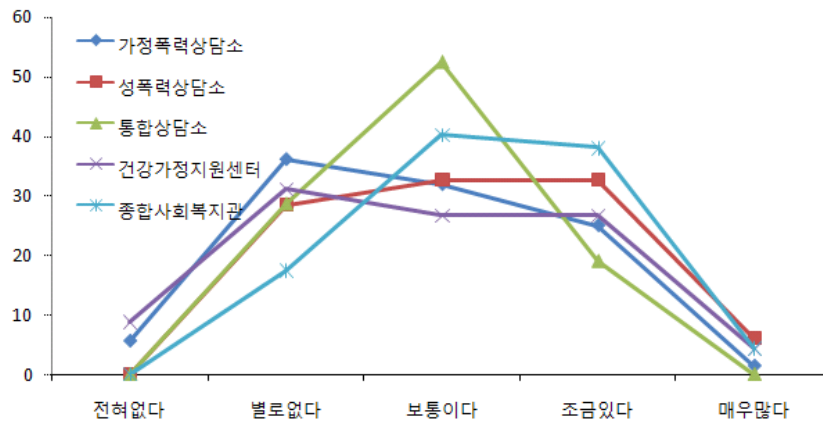
〈부표 11〉 이용자 필요에 맞는 프로그램 부족 인식

기 관	전혀 없다	별로 없다	보통 이다	조금 있다	매우 많다	합계
가정폭력상담소	2(2.8)	21(29.2)	20(27.8)	23(31.9)	6(8.3)	72(100.0)
성폭력상담소	0(0.0)	9(18.4)	18(36.7)	17(34.7)	5(10.2)	49(100.0)
통합상담소	0(0.0)	3(14.3)	9(42.9)	9(42.9)	0(0.0)	21(100.0)
건강가정지원센터	1(2.2)	12(26.7)	15(33.3)	14(31.1)	2(4.4)	45(100.0)
종합사회복지관	0(0.0)	12(13.0)	34(37.0)	42(45.7)	4(4.3)	92(100.0)
합 계	279(100.0), $X^2=24.405$, $P>0.05$, $df=20$					



〈부표 12〉 전문적인 기술의 부족 인식

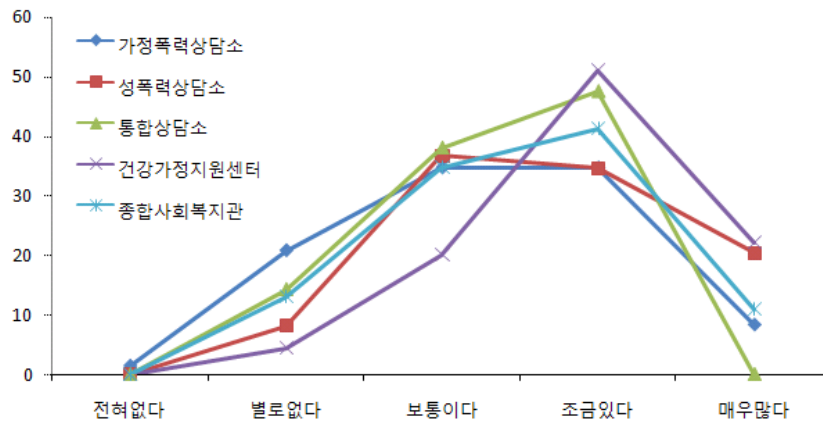
기 관	전혀 없다	별로 없다	보통 이다	조금 있다	매우 많다	합계
가정폭력상담소	4(5.6)	26(36.1)	23(31.9)	18(25.0)	1(1.4)	72(100.0)
성폭력상담소	0(0.0)	14(28.6)	16(32.7)	16(32.7)	3(6.1)	49(100.0)
통합상담소	0(0.0)	6(28.6)	11(52.4)	4(19.0)	0(0.0)	21(100.0)
건강가정지원센터	4(8.9)	14(31.1)	12(26.7)	12(26.7)	2(4.4)	45(100.0)
종합사회복지관	0(0.0)	16(17.4)	37(40.2)	35(38.0)	4(4.3)	92(100.0)
합 계	279(100.0), $X^2=33.094$, $P<0.05$, $df=20$					



170 가족복지서비스 전달체계의 운영평가

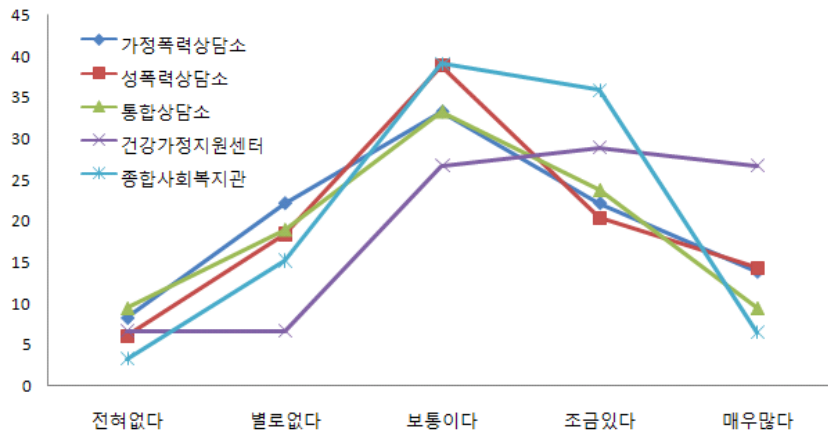
〈부표 13〉 지역주민들의 인식 부족 정도

기 관	전혀 없다	별로 없다	보통 이다	조금 있다	매우 많다	합계
가정폭력상담소	1(1.4)	15(20.8)	25(34.7)	25(34.7)	6(8.3)	72(100.0)
성폭력상담소	0(0.0)	4(8.2)	18(36.7)	17(34.7)	10(20.4)	49(100.0)
통합상담소	0(0.0)	3(14.3)	8(38.1)	10(47.6)	0(0.0)	21(100.0)
건강가정지원센터	0(0.0)	2(4.4)	9(20.0)	23(51.1)	10(22.2)	45(100.0)
종합사회복지관	0(0.0)	12(13.0)	32(34.8)	38(41.3)	10(10.9)	92(100.0)
합 계	279(100.0), $X^2=29.665$, $P>0.05$, $df=20$					



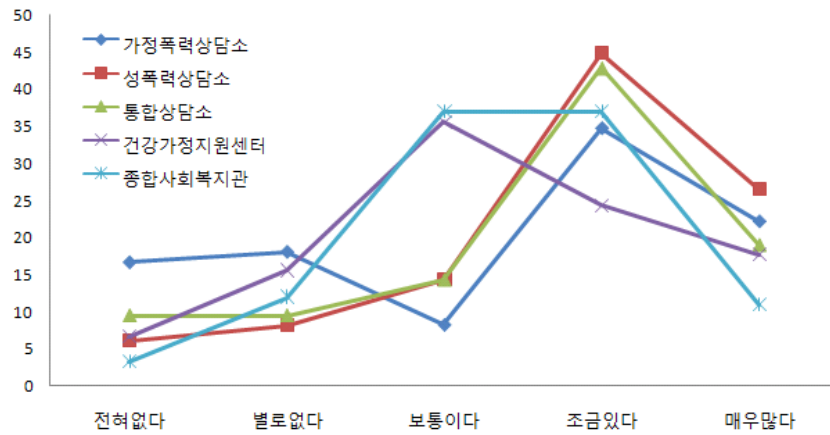
〈부표 14〉 통합지원 전화의 연계 욕구 정도

기 관	전혀 없다	별로 없다	보통 이다	조금 있다	매우 많다	합계
가정폭력상담소	6(8.3)	16(22.2)	24(33.3)	16(22.2)	10(13.9)	72(100.0)
성폭력상담소	3(6.1)	9(18.4)	19(38.8)	10(20.4)	7(14.3)	49(100.0)
통합상담소	2(9.5)	4(19.0)	7(33.3)	5(23.8)	2(9.5)	21(100.0)
건강가정지원센터	3(6.7)	3(6.7)	12(26.7)	13(28.9)	12(26.7)	45(100.0)
종합사회복지관	3(3.3)	14(15.2)	36(39.1)	33(35.9)	6(6.5)	92(100.0)
합 계	279(100.0), $X^2=28.753$, $P>0.05$, $df=20$					



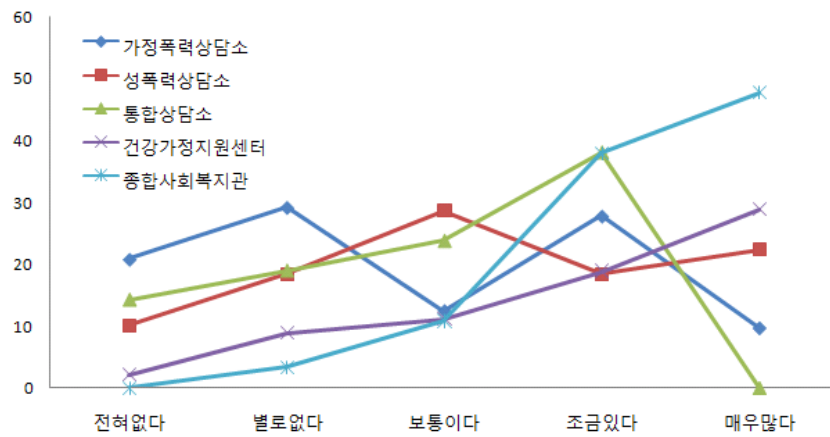
〈부표 15〉 일시주거지원의 연계 욕구 정도

기 관	전혀 없다	별로 없다	보통 이다	조금 있다	매우 많다	합계
가정폭력상담소	12(16.7)	13(18.1)	6(8.3)	25(34.7)	16(22.2)	72(100.0)
성폭력상담소	3(6.1)	4(8.2)	7(14.3)	22(44.9)	13(26.5)	49(100.0)
통합상담소	2(9.5)	2(9.5)	3(14.3)	9(42.9)	4(19.0)	21(100.0)
건강가정지원센터	3(6.7)	7(15.6)	16(35.6)	11(24.4)	8(17.8)	45(100.0)
종합사회복지관	3(3.3)	11(12.0)	34(37.0)	34(37.0)	10(10.9)	92(100.0)
합 계	279(100.0), $X^2=52.012$, $P<0.05$, $df=20$					



〈부표 16〉 방과 후 보육의 연계 욕구 정도

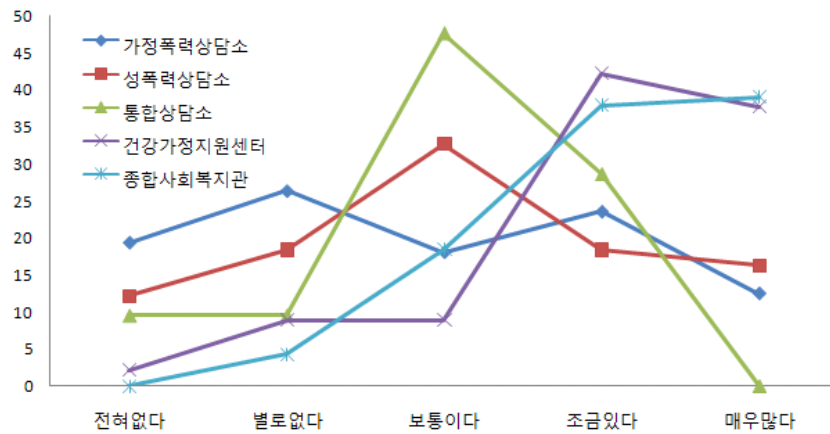
기 관	전혀 없다	별로 없다	보통 이다	조금 있다	매우 많다	합계
가정폭력상담소	15(20.8)	21(29.2)	9(12.5)	20(27.8)	7(9.7)	72(100.0)
성폭력상담소	5(10.2)	9(18.4)	14(28.6)	9(18.4)	11(22.4)	49(100.0)
통합상담소	3(14.3)	4(19.0)	5(23.8)	8(38.1)	0(0.0)	21(100.0)
건강가정지원센터	1(2.2)	4(8.9)	5(11.1)	22(48.9)	13(28.9)	45(100.0)
종합사회복지관	0(0.0)	3(3.3)	10(10.9)	35(38.0)	44(47.8)	92(100.0)
합 계	279(100.0), $X^2=87.453$, $P<0.05$, $df=20$					



174 가족복지서비스 전달체계의 운영평가

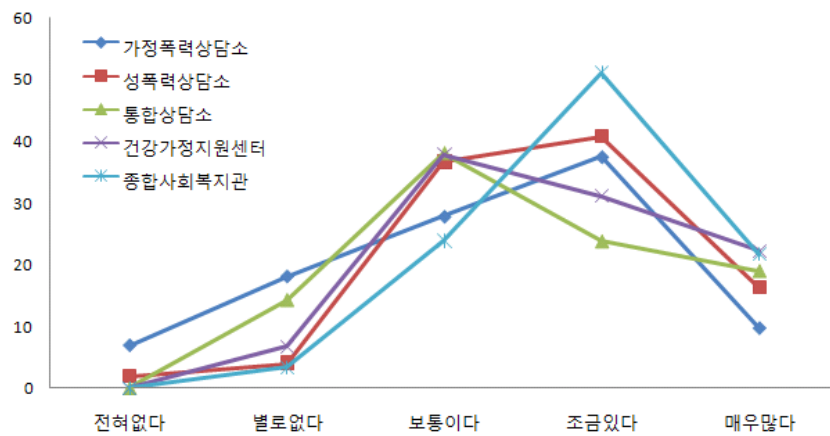
〈부표 17〉 보육서비스의 연계 욕구 정도

기 관	전혀 없다	별로 없다	보통 이다	조금 있다	매우 많다	합계
가정폭력상담소	14(19.4)	19(26.4)	13(18.1)	17(23.6)	9(12.5)	72(100.0)
성폭력상담소	6(12.2)	9(18.4)	16(32.7)	9(18.4)	8(16.3)	49(100.0)
통합상담소	2(9.5)	2(9.5)	10(47.6)	6(28.6)	0(0.0)	21(100.0)
건강가정지원센터	1(2.2)	4(8.9)	4(8.9)	19(42.2)	17(37.8)	45(100.0)
종합사회복지관	0(0.0)	4(4.3)	17(18.5)	35(38.0)	36(39.1)	92(100.0)
합 계	279(100.0), $X^2=87.453$, $P<0.05$, $df=20$					



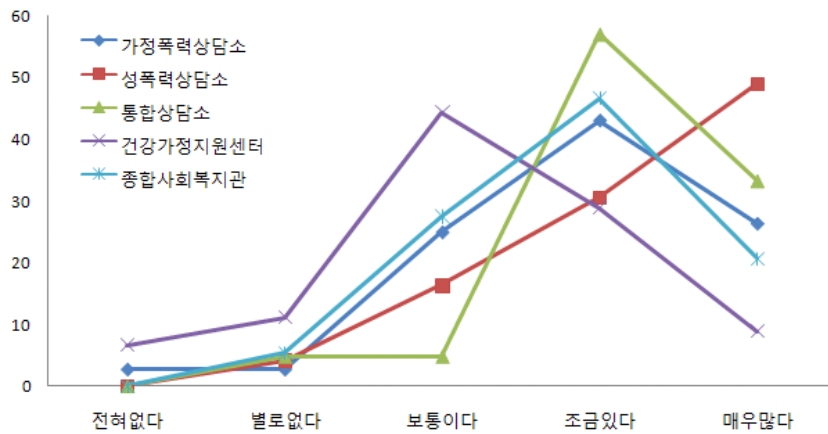
〈부표 18〉 사례관리공유의 연계 욕구 정도

기 관	전혀 없다	별로 없다	보통 이다	조금 있다	매우 많다	합계
가정폭력상담소	5(6.9)	13(18.1)	20(27.8)	27(37.5)	7(9.7)	72(100.0)
성폭력상담소	1(2.0)	2(4.1)	18(36.7)	20(40.8)	8(16.3)	49(100.0)
통합상담소	0(0.0)	3(14.3)	8(38.1)	5(23.8)	4(19.0)	21(100.0)
건강가정지원센터	0(0.0)	3(6.7)	17(37.8)	14(31.1)	10(22.2)	45(100.0)
종합사회복지관	0(0.0)	3(3.3)	22(23.9)	47(51.1)	20(21.7)	92(100.0)
합 계	279(100.0), $X^2=43.998$, $P<0.05$, $df=20$					



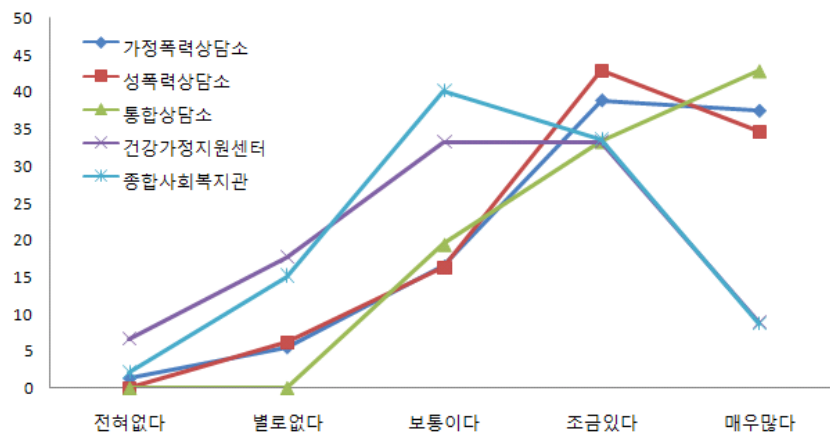
〈부표 19〉 긴급의료서비스의 연계 욕구 정도

기 관	전혀 없다	별로 없다	보통 이다	조금 있다	매우 많다	합계
가정폭력상담소	2(2.8)	2(2.8)	18(25.0)	31(43.1)	19(26.4)	72(100.0)
성폭력상담소	0(0.0)	2(4.1)	8(16.3)	15(30.6)	24(49.0)	49(100.0)
통합상담소	0(0.0)	1(4.8)	1(4.8)	12(57.1)	7(33.3)	21(100.0)
건강가정지원센터	3(6.7)	5(11.1)	20(44.4)	13(28.9)	4(8.9)	45(100.0)
종합사회복지관	0(0.0)	5(5.4)	25(27.5)	43(46.7)	19(20.7)	92(100.0)
합 계	279(100.0), $X^2=45.964$, $P<0.05$, $df=16$					



〈부표 20〉 경찰 안전(신변)서비스의 연계 욕구 정도

기 관	전혀 없다	별로 없다	보통 이다	조금 있다	매우 많다	합계
가정폭력상담소	1(1.4)	4(5.6)	12(16.7)	28(38.9)	27(37.5)	72(100.0)
성폭력상담소	0(0.0)	3(6.1)	8(16.3)	21(42.9)	17(34.7)	49(100.0)
통합상담소	0(0.0)	0(0.0)	4(19.4)	7(33.3)	9(42.9)	21(100.0)
건강가정지원센터	3(6.7)	8(17.8)	15(33.3)	15(33.3)	4(8.9)	45(100.0)
종합사회복지관	2(2.2)	14(15.2)	37(40.2)	31(33.7)	8(8.7)	92(100.0)
합 계	279(100.0), $X^2=65.130$, $P<0.05$, $df=20$					



간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회비

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지 - 발간자료 - 간행물회원등록을 통해 가입
- 유선 및 이메일을 통해 가입

▶ 회비납부

- 신용카드 결제
- 온라인 입금 : 우리은행(019-219956-01-014) 예금주 : 한국보건사회연구원

▶ 문의처

- (122-705) 서울특별시 은평구 진흥로 268 한국보건사회연구원 지식관리센터
간행물 담당자 (Tel : 02-380-8234)

도서판매처

- | | |
|---|---|
| ▪ 한국경제서적(총판) 737-7498 | ▪ 교보문고(광화문점) 1544-1900 |
| ▪ 영풍문고(종로점) 399-5600 | ▪ 서울문고(종로점) 2198-2307 |
| ▪ Yes24 http://www.yes24.com | ▪ 알라딘 http://www.aladdin.co.kr |

보고서 번호	서 명	저자	가격
연구 08-01	건강수명의 사회계층간 형평성과 정책과제	강은정	6,000
연구 08-02	여성 흡연과 음주의 요인 및 정책대안	서미경	9,000
연구 08-03	공공보건조직의 효율성 분석 및 운영 합리화 방안	신호성	7,000
연구 08-04	건강한 미래세대를 위한 영양 관련 요인 분석과 정책과제: 모유수유 및 아동·청소년 영양문제를 중심으로	김혜련	7,000
연구 08-05	남북한간 보건의료 교류협력의 효율적 수행체계 구축방안 연구	이상영	6,000
연구 08-06	저소득층 생계비 지원정책의 개선방안 연구	강신욱	7,000
연구 08-07	건강보험 지불제도와 의료공급자의 진로행태: 의료공급자의 유인 수요와의 연관성 파악	허순임	미정
연구 08-08	공적연금의 지속 가능성에 관한 연구: 재정적·정치적 지속 가능성 중심으로	윤석명	미정
연구 08-09	국민연금 기금운용 성과 평가	원종욱	7,000
연구 08-10	사회통합을 위한 사회적 배제계층 지원방안 연구: 사회적 배제의 역동성 및 다차원성 분석을 중심으로	김안나	9,000
연구 08-11	사회재정지출의 효율성과 형평성 분석	최성은	6,000
연구 08-12	한국복지모형에 대한 연구: 그 보편성과 특수성	노대명	미정
연구 08-13	한국인의 행복결정요인과 행복지수에 관한 연구	김승권	9,000
연구 08-14	다문화시대를 대비한 복지정책방안	김유경	미정
연구 08-15	아동 청소년복지 수요 추계 연구 I	김미숙	8,000
연구 08-16	지역복지 활성화를 위한 사회자본형성의 실태와 과제	박세경	미정
연구 08-17	노년기 사회경제적 불평등의 다차원적 구조분석	이소정	8,000
연구 08-18-1	2008년 국민기초생활보장제도 모니터링 및 평가 연구-조건부 수급자를 중심으로	이태진	7,000
연구 08-18-2	국민기초생활보장제도 모니터링 실효성 제고를 위한 기초연구 - 법, 조직, 정보 인프라를 중심으로	이현주	6,000
연구 08-18-3	2008 빈곤통계연보	김태원	8,000
연구 08-18-4	의료급여 사례관리 효과분석 II	신영석	6,000
연구 08-18-5	의료급여 선택병원제도에 대한 모니터링 및 평가 연구	신현웅	미정
연구 08-18-6	서구 근로빈곤문제의 현황과 쟁점	노대명	6,000
연구 08-19-1	국민연금기금의 의결권행사 기준개선을 위한 해외사례 연구	원종욱	6,000
연구 08-19-2	한국의 복지 GNP	홍석표	5,000
연구 08-20-1	저출산고령사회 기본계획의 추진실태와 효율화 방안 연구	오영희	10,000
연구 08-20-2	저출산고령사회관련 주요 현안 및 대응방안 연구	오영희	9,000
연구 08-20-3	저출산 대응 정책의 효과성 평가에 관한 연구	이상식	7,000
연구 08-20-4	저출산고령사회에 대응한 여성인적자본의 효율적 활용방안	신윤경	6,000
연구 08-20-5	노인 장기요양보장체계의 현황과 개선방안	선우덕	9,000
연구 08-20-6	농촌지역 고령자의 생활기능 자립을 위한 보건복지 지원체계 모형 개발	선우덕	5,000
연구 08-20-7	노후생활안정을 위한 인적 및 물적 자산 활용방안	김수봉	미정
연구 08-20-8	국제적 관점에서 본 고령화에 대한 정책적 대응현황과 과제	정경희	6,000

보고서 번호	서 명	저자	가격
연구 08-21-1	2008년 한국복지패널 기초분석 보고서	김미곤	15,000
연구 08-21-2	2007년 한국복지패널 심층분석 보고서	여유진	9,000
연구 08-22-1	한국의료패널 예비조사 결과 보고서	정영호	9,000
연구 08-22-2	2008년 한국의료패널 조사 진행 보고서	정영호	8,000
연구 08-23-1-1	사회재정사업의 평가	유근춘	미정
연구 08-23-1-2	사회재정사업의 평가 -가족복지서비스 전달체계의 운영평가: 상담서비스 네트워크를 중심으로	고경환	6,000
연구 08-23-2	사회재정평가지침-사례와 분류	유근춘	미정
연구 08-23-3	조세 및 사회보장 부담이 거시경제에 미치는 영향-연립방정식 모형을 이용한 시뮬레이션 분석	남상호	미정
연구 08-23-4	의료급여 재정모형과 재정지출 전망	최성은	미정
연구 08-23-5	복지제도의 발전방향 모색-가족부문 투자	유근춘	미정
연구 08-23-6	정부의 복지재정지출 DB 구축 방안에 관한 연구(2차년도)	고경환	5,000
연구 08-23-7	2008 사회예산 분석과 정책과제	최성은	7,000
연구 08-24-1	국립소록도병원의 만성병 관리체계에 대한 건강영향평가	강은정	5,000
연구 08-24-2	드림스타트의 건강영향평가	강은정	7,000
연구 08-24-3	KTX의 건강영향평가 -의료이용을 중심으로	김진현	미정
연구 08-24-4	기후변화에 따른 전염병 감시체계 개선방안	신호성	6,000
연구 08-25	보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영(1년차)	오영호	5,000
연구 08-26	인터넷 건강정보 평가시스템 구축 및 운영	송태민	8,000
연구 08-27-1	능동적 복지의 개념정립과 정책과제	김승권	8,000
연구 08-27-2	보건복지재정 적정화 및 정책과제	유근춘	미정
연구 08-27-3	능동적 복지개념에 부합된 국민건강보험제도의 체계개편 방안	신영석	6,000
연구 08-27-4	능동적 복지와 사회복지서비스 실천방안	김승권	6,000
연구 08-27-5	능동적 복지 구현을 위한 건강투자 전략	최은진	6,000
연구 07-01	한미 FTA 협상과 의약품 관리제도의 발전적 개선방안	박실비아	8,000
연구 07-02	보건의료 인력자원의 지역별 분포의 적정성과 정책과제	오영호	9,000
연구 07-03	근거기반의 건강증진사업 추진 활성화 전략	최은진	7,000
연구 07-04	고령사회에 대비한 국가영양관리 발전전략 모색	김혜련	10,000
연구 07-05	건강보험 적정 보장성 확보방안	허순임	8,000
연구 07-07	국민연금운용시스템 및 관리감독체계 개선방안	원종욱	7,000
연구 07-08	근로빈곤층에 대한 국제비교연구: 실태와 정책을 중심으로	노대명	6,000
연구 07-09	교육 불평등과 빈곤의 대물림	여유진	7,000
연구 07-10	사회재정지출 성과관리 및 효과분석 방안	최성은	8,000
연구 07-11	한국 사회복지정책의 평가와 발전방안(II) - 지방자치단체를 중심으로 -	김승권	12,000
연구 07-12	사회서비스 공급의 역할분담 모형개발과 정책과제 - 국가·시장 비영리민간의 재정분담 및 공급참여 방식	강혜규	10,000
연구 07-13	한국의 아동빈곤실태와 빈곤아동지원방안	김미숙	7,000
연구 07-14	복지욕구 다양화에 따른 장애인 복지지표 개발연구	변용찬	7,000

보고서 번호	서 명	저자	가격
연구 07-15	유비쿼터스 기반의 e-Welfare 현황 및 발전방향 연구	정영철	7,000
연구 07-16	한국의 삶의 질 수준에 관한 연구	장영식	6,000
연구 07-17-1	2007년 국민기초생활보장제도 점검 평가 - 기초보장 수급자 및 담당자 심층면담을 중심으로	이태진	13,000
연구 07-17-2	의료급여 사례관리 및 효과분석	신영석	6,000
연구 07-17-3	2007년 빈곤통계연보	김태완	8,000
연구 07-17-4	기초생활보장제도 효과성에 관한 연구	노대명	5,000
연구 07-17-5	미국 Medicaid의 각주별 모니터링 체계 비교 연구	신영석	7,000
연구 07-17-6	국민기초생활보장제도 자산조사체계 효율화 방안 연구	최현수	8,000
연구 07-17-7	저소득층 의료육구 측정에 관한 연구	신현웅	6,000
연구 07-17-8	사회정책의 진단과 동향	이태진	16,000
연구 07-18-1	Social Service Provision System: <i>the Issues of Public-Private Partnership in UK, US and Korea</i>	강혜규	5,000
연구 07-18-2	외국의 민간의료보험 정책 연구	홍석표	5,000
연구 07-19-1	국제결혼가족의 결혼 출산 행태와 정책방안	이삼식	6,000
연구 07-19-2	양육 지원 정책의 향후 발전방향: 국제 비교를 중심으로	신윤정	7,000
연구 07-19-3	2008년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사 실시를 위한 기초연구	정경희	7,000
연구 07-19-5	노인 장기요양보험제도의 도입에 따른 노인요양시설의 경영전략 개발 연구	선우덕	9,000
연구 07-19-6	저출산 고령화 대책의 조직 및 평가체계 효율화 방안	조남훈	9,000
연구 07-19-7	사회교육기관의 저출산고령화대책 교육실태와 활성화 방안연구: 공공교육기관을 중심으로	오영희	6,000
연구 07-19-8	우리나라 노인의 사회참여 유형 분석 및 정책적 함의	이소정	6,000
연구07-19-9	International Seminar on Low Fertility and Policy Responses in Selected Asian Countries	강유구	7,000
연구 07-20	2006 한국복지패널 심층분석 보고서	김미곤	7,000
연구 07-21	2007 한국복지패널조사 기초분석 보고서	김미곤	12,000
연구 07-22-2	정부의 사회복지재정 DB 구축에 관한 연구(일차년도)-세출예산을 중심으로-	고경환	6,000
연구 07-22-3	사회회계행렬을 이용한 건강투자자의 경제성장효과 분석	남상호	5,000
연구 07-22-4	사회예산분석과 정책과제	최성은	8,000
연구 07-22-6	바우처 제도의 효과제고를 위한 평가 방안	최성은	6,000
연구 07-23	2007 인터넷 건강정보 게이트웨이시스템 구축 및 운영	송태민	9,000
연구 07-24	의료이용 및 의료비패널 구축을 위한 1차 예비조사	정영호	9,000