

공공복지 전달체계 구축방안

변재관* · 강혜규*

I. 복지전달체계 개편의 필요성

1. 사회복지 전담행정조직 설치 필요성 증대

1) 사회복지 행정 및 서비스의 전문성 및 효율성 미흡

□ 그간 공공부조 및 복지서비스 전달은 일선 지방자치단체에서 담당하는 방식으로 조직되어, 전반적인 제도운영 및 관리에 통합성이 부족하고 비효율적이며, 전문성이 미흡하다는 지적이 제기되어 있음.

- 사회복지전담인력이 일선조직에 배치되어 복지업무를 담당하고 있으나, 읍·면·동단위에서 수행되는 업무가 지역별로 분절적으로 이루어지면서 유사 행정업무가 중복적으로 수행되고 있음. 이에 따라 복지담당인력이 전문적인 서비스 제공에 노력을 투자할 여건이 조성되지 못하고 있음.
- 시·군·구청에는 대체로 사회복지전문요원이 배치되지 않아 복지업무의 기획과 집행에 일관성이 부족하며, 일반 종합행정체계에서 조직과 인력이 관리됨으로써 다양한 복지욕구에 탄력적으로 대응하기 어려운 실정임.
- 현재 저소득층 밀집지역을 중심으로 배치되고 있는 사회복지전문요원의 미배치 지역은 전국 읍·면·동사무소 중 30% 이상을 차지하고 있음. 또한 복지전담인력의 부족으로 1인당 업무량이 과다하며, 최근 실업의 증가 등 복지수요의 급증으로 복지전담인력의 확충이 요구

* 한국보건사회연구원

되고 있음.

- 결과적으로 투입되는 예산과 인력에 상응하는 효과를 달성하지 못하는 것으로 평가되고 있음.
- 복지행정체계의 개편은 80년대 중반이후부터 공공복지전담기구의 설치라는 대안으로 모색되어 온 바, 1995년 7월부터 보건복지사무소 시범사업을 운영중임('99년 말 종료 예정임).
- 시범보건복지사무소는 '저소득 지역주민들에게 보건·의료와 사회복지서비스를 포괄적으로 제공하기 위하여, 보건소 조직내에 사회복지담당부서를 신설하고 보건의료 및 복지서비스 기능을 연계·수행'하려는 목적으로 5개 지역(서울 관악구, 대구 달서구, 경기 안산시, 강원 홍천군, 전북 완주군)에서 설치·운영되고 있음.

2) 보건·복지 수요의 증대 및 변화

- 보건·복지전달체계 즉, 정책을 집행하는 일선 행정조직으로서 지방자치단체 소관의 보건소와 시·군·구청 및 읍·면·동사무소가 각각 보건업무와 복지업무를 수행해 온 바, 사회·경제적 여건 및 질병양상, 복지수요 변화에 따라 사업수행 방식 및 조직구조 등의 개편이 요청되고 있음.
- 지역보건법·건강증진법의 제정, 유병형태의 변화에 따른 이용자 욕구의증대 등으로 보건소의 기능 개편에 관한 논의가 활발히 진행되고 있음.
 - 또한, 노인 인구의 급격한 증가(65세 이상 노인 1995년 5.7%에서 2020년 12.5%로)와 평균 여명의 연장(72.9세에서 2020년에는 77.0세로)이 예상됨. 이에 따라 만성퇴행성 질환이 있는 노인이 증가할 것으로 전망됨. 고령화는 교통사고 및 산업재해를 비롯하여 장애발생을 증가시키는 또하나의 원인이 되고 있으며, 이에 따라 장애의 정도와 종류가 심화되고 다양화 될 것이므로 고령·장애등의 복합적인 욕구를 지닌 장애인이 증가할 것임. 또한, 이혼등으로 인한 가족해체의 증가로 편모·편부·독신가구가 증가하여, 결손가정 아동에 대한 복지대책의 필요가 증가할 것이며, 핵가족화, 여성의 사회참여 확대에 따라 노인부양, 자녀양육 등의 기존 여성 역할의 대체가 요구됨.
 - 이와 같이 보건·복지수요의 변화 및 증가가 예상되는 바, 노인·장애인에 대한 서비스가 다양화되고 수요가 급증할 뿐만 아니라, 특히 아동, 청소년, 여성 및 가족단위의 복지서비스, 알콜 및 약물중독, 비행, 정신질환, 만성질환 등 보건·의료서비스와 사회복지서비스 모두를 필요로 하는 문제들이 증대될 것임.

2. 일선 행정기관 효율화를 위한 구조 개편 추진

1) 읍·면·동사무소 기능 전환 추진

□ 새 정부는 국정 100대 과제로서 '지방행정계층 구조개편과 조직축소 추진을 위해 읍·면·동사무소의 기능을 「지역복지센터」등으로 전환하는 방안을 검토'하기로 한 바, 행정자치부를 비롯한 관련 부처에서는 읍·면·동사무소의 기능 전환을 추진중이었음. 그러나, 금년들어 행정자치부는 기존 읍·면·동사무소 체제를 유지하는 것으로 결정함.

- 행정자치부는 현행 읍·면·동제도는 유지하면서 즉, 읍·면·동사무소 일부 여유시설·공간을 복지·문화·편의시설 등의 관련기능을 보장하여 「주민자치센터」로 활용하고자 함. 이에 금년 6월부터 94개 시·구 278개 동을 대상으로 1단계 시범사업을 실시하고, 2000년 6월부터 일반 시 및 자치구 동사무소에 확대시행하며, 도농복합시 및 군은 2000년 시범사업을 거쳐 2001년 6월부터 확대시행할 계획임(행정자치부, 읍면동사무소 기능전환 보완지침, 1999. 2. 7).
- 문화관광부의 「문화의 집」은 현재 전국단위의 사무소에서 문화기능이 강화된 시범사업을 추진중이며, 노동부의 고용안정센터는 시·군·구 단위 118개소를 설치·운영중임.

2) 지방행정조직 구조 조정

□ 최근 공공부문의 통폐합 등 구조조정과 관련하여 지방 보건·복지행정체계의 개편이 현안쟁점으로 부상되고 있음.

- 다단계 행정조직으로 인한 행정능률의 저하를 개선하고, 읍·면·동 업무량 감소 등의 행정환경 변화에 적합한 기능으로 전환하고자 지방자치단체별로 시·군·구의 사회복지관련 「과」 통합, 보건지소 및 보건진료소의 통합, 보건·복지관련 전문인력의 감축도 진행되고 있음.
- 지방행정체계 구조조정 등 여건 변화에 따라 지역별로 보건복지사무소 시범사업 운영형태에 변화를 보이고 있음. 경기 안산시, 강원 홍천군의 경우 복지사업계가 보건소에서 각각 시청·군청으로 이전, 통합되었으며, 대구 달서구는 사회복지인력의 일부는 구청 사회복지과 소속으로 공공부조 행정업무를 담당하고, 일부는 보건소 방문복지과에서 재가복지서비스를 수행하는 체계로 이원화되었음.

II. 보건복지사무소 시범사업의 최종평가

1. 시범사업의 추진과정

1) 사업 1·2차년도('95. 7~'96.12): 복지사업 정비/ 보건·복지부문간 탐색기

- 시범사업 초기에는 보건·복지인력간 갈등과 무관심으로 경직된 분위기가 지속되어 조직내부의 유기적인 변화가 일어나지 않고, 각 읍·면·동사무소에서 모인 사회복지전문요원을 중심으로 '복지업무의 체계를 정비'하기에 급급했던 시기임. 보건·복지부문간 연계는 임무를 내기 힘들었고, 서로의 업무내용에 대하여 호기심과 경계심을 갖고 '탐색'했던 시기라 할 수 있음.
- 준비과정에서 노정되었던 문제점들은 시범사업과정에서 지속적으로, 그리고 그 성과에까지 영향을 미치게 되었음.
 - 첫째, 시범사업의 준비 및 추진과정에서 보건부문의 참여가 미흡했던 점은 큰 문제로 지적될 수 있음. 시범사업 실시 결정 및 추진과정에서 주무부처·관련 학계·실천현장 실무진의 의견 조율 및 협조가 원활하지 않아, 사업 추진에 동력을 가할 수 없었음.
 - 둘째, 시범사업에 대한 중앙정부의 제반 물리적 지원이 미비하여, 사업 추진에 매우 어려움을 느꼈으며, 특히 사업추진에 필수적인 인력 확보가 거의 이루어지지 않았음.
 - 셋째, 사업진행과정에서 '보건복지사무소 시범사업' 추진에 대한 지방자치단체의 의지가 퇴색하고, 사업추진의 책임소재가 불명확하여 사업주체간 책임전가등 중앙정부 지원 미흡에 따른 악순환이 계속됨.

2) 사업 3차년도('97. 1~12): 복지사업 정착/ 보건·복지부문간 교류 모색기

- 시범사업의 본래 취지에 따라, '복지사업이 정착'되고, 보건·복지부문간 '연계사업을 위한 교류'가 모색된 긍정적 변화가 일어난 시기임.
 - 그러나 당초 시범사업은 2년간으로 '97년 6월까지 종료하기로 계획되어, 2차년도('96년)말경부터 나타나기 시작했던 긍정적 변화의 조짐은 보다 활발한 사업전개로 이어지지 못했음.
 - 그럼에도 불구하고, 지역별로 시범사업이 정착되면서 방문간호요원과 사회복지전문요원간의 상호 이해와 연계 필요성에 대한 인식이 제고되었고, 이에 따라 연계할 수 있는 서비스 제공방식의 개발 및 새로운 사업 모색이 시도되었음.

- 복지사업의 경우 시·군·구 단위의 통합 일선행정조직으로서 행정집행 절차를 체계화하고, 이러한 업무효율화를 통한 여력을 대인서비스 프로그램 수행과 지역자원 발굴에 집중하게 된 것은 큰 성과임. 초기에 큰 문제가 되었던 시·군·구청과의 업무분담도 보건복지사무소에 저소득취약계층업무를 전반적으로 이관하는 형식으로 해결되었음.

3) 사업 4차년도('98. 1~현재): 지역별 조직 변모/ 보건·복지사업 개발기

- 시범사업 4차년도를 경과하며 매우 어려운 여건을 감당해야 했음. 지방자치단체 구조조정과정에서 '시범사업의 형태가 변모'하고 사회복지전문요원이 감원된 지역이 있었음.
 - 이에 시범사업 활성화를 가능하게 했던 별정직 신분의 사회복지전문요원들은 업무부담과 사기저하로 다수가 소진되었고, 체계화되어가던 복지부문 사업집행 절차나 서비스 프로그램 수행은 더 이상 진전되지 못하거나 침체된 상태임.
- 그러나, 보건·복지 연계사업의 경우 지역에 따라 서비스 연계 가능성에 희망적 단초를 보이고 있음.
 - 대상자 발굴 및 정보제공, 자원 동원 및 의뢰, 공동 서비스 제공 등 몇몇 지역에서는 보건·복지부문 상호간 서로의 도움이 필요한 부분을 인식하게 되어 미약하지만 '협력하고, 조직화하려는 시도'가 이루어지고 있었음.

2. 시범사업의 성과 및 문제점

- 보건복지사무소 시범사업은 보건·복지부문의 연계 모색이라는 측면과 복지행정 및 서비스의 통합 제공이라는 두가지 측면에서 평가되어야 함.
 - 시범사업 초기에는 인력 및 재정지원이 미흡하고, 별도의 연계 프로그램이 마련되지 않는 등 시범사업의 여건이 구비되지 않아 가시적인 효과를 판단하기 어려웠으나, 시범사업이 진행됨에 따라 업무내용의 충실성이나 대상자 만족도 등이 향상되고 있었으며, 보건·복지사업 관계자들간에 시범사업에 대한 긍정적 평가와 보건·복지 연계 필요성에 대한 인식이 제고되는 양상을 확인할 수 있었음.

1) 성과

(1) 복지사무 집중화를 통한 업무효율 향상

- 복지사무의 집중화를 통한 업무효율의 향상은 시범사업의 가장 큰 성과임. 보건복지사무소에

사회복지전문요원들을 집중 투입하여 대부분의 복지업무를 통합 수행하게 되면서, 책임성, 신속성, 공정성, 일관성, 포괄성 등 공공복지전달체계가 갖추어야 할 중요한 기준이 향상된 것으로 나타남.

□ 첫째, 복지행정 및 서비스 제공의 전문성, 공정성, 신속성의 제고

- 일반행정업무 부담이 대폭 감소됨에 따라 업무처리과정 및 서비스 제공의 전문성이 향상됨. 각 읍·면·동별로 중복 수행되던 업무가 감소되면서 지역에 따라 다양한 복지서비스 프로그램의 개발이 용이해지고, 정보교류 및 업무연계가 활성화된 사실은 큰 장점으로 부각될 수 있음.
- 특히 후원·결연 및 자원봉사자 동원 등 민간 자원활용이 활발해지고, 지역간에 형평성있는 자원의 배분이 이루어지고 있음.
- 복지전담조직에서 생활보호사업의 관리가 이루어짐에 따라, 대상자 선정과정에서 객관적인 판단기준을 엄격히 적용할 수 있게 되었음.
- 행정업무 처리에 있어 읍·면·동의 단계가 생략됨으로서 복지대상자의 선정 및 서비스 제공을 위한 업무처리의 속도가 빨라짐.

□ 둘째, 복지정책 집행의 포괄성, 일관성 향상

- 이전 사회복지전문요원이 배치되지 않았던 지역까지 모든 요보호대상자가 동일한 질의 복지서비스를 누릴 수 있게 되어 복지전달체계의 포괄성이 향상됨.
- 실태조사, 급여 지급을 대상자중심으로 통합 처리함으로써, 복지전문요원의 책임하에 다양한 복지욕구에 대응하는 복지서비스를 포괄적으로 조합하여 제공하게 되었으며, 동일대상자에 대한 중복 서비스 제공으로 발생하는 비효율이 경감되고 있음.
- 복지담당인력이 복지업무에 전념하므로써, 새로운 복지서비스의 개발이 가능해지고, 시·군·구수준에서 복지업무를 전담하는 과(계)를 통해 복지업무가 수행됨에 따라 선임자에 의한 업무 기획 및 감독·평가가 일관되게 이루어질 수 있게 됨.

(2) 조직통합으로 인한 방문보건·복지서비스 제공의 긍정적 효과 파급

□ 시범사업이 진행됨에 따라 보건·복지 담당인력간 이해가 제고되고, 보건·복지 연계서비스 및 상호 의뢰를 통한 서비스 제공의 필요성을 인식하게 되는 등 양 부문 사업 추진에 긍정적 영향이 확산됨.

- 각 지역에서는 방문보건담당부서와 복지사업과(계)간의 공식적인 프로그램 개발이나 사업 추진이 어려웠으나, 대상자 의뢰 및 정보제공, 후원 및 자원봉사자 활용 등의 업무에서 상

호 도움을 주고 받고 있는 것으로 나타남.

- 따라서 보건·복지 전달체계 개선안을 마련하는 과정에서, 시범사업의 경험을 반영하여 방문보건·복지서비스 제공에 중점을 둘 수 있는 조직모형을 설계하도록 함.

2) 문제점

(1) 시·군·구청과의 복지행정조직 이원화

□ 시·군·구청(일반 복지관련업무)과 보건복지사무소(공공부조 관련업무)간 복지사무의 이원화는 반드시 개선되어야 할 부분으로 지적되고 있음.

- 사업 초기에는 시·군·구청과 보건복지사무소의 업무분담이 지속적으로 문제 제기되었으나, 점차 최소한의 일반주민 대상 복지업무를 제외하고는 대부분의 복지업무를 보건복지사무소로 이관되어 업무분담은 거의 문제되지 않고 있는 것으로 나타남.
- 그러나, 복지업무 전반을 기획하는 기능과 집행의 일관성이 결여되는 등 복지업무의 총괄·조정이 미흡한 실정임.

(2) 지역주민 접근성 저하

□ 특히 농촌지역의 경우, 주민 접근성의 문제가 있음.

- 복지사업과 관련하여 생활보호대상자와 사회복지전문요원간 업무상 접근은 다양한 방법으로 보완되고 있으나, 농촌지역의 경우 대상자 가정방문 등을 위한 사회복지전문요원의 교통수단 마련 및 과다 시간 소요의 문제는 해결이 용이하지 않은 실정임.

(3) 담당 전문인력의 업무 부담 과다

□ 사회복지전문요원과 방문간호요원 모두 시범사업기간동안 업무부담의 문제가 심각했던 것으로 평가됨.

- 사회복지전문요원의 경우 이전에 배치되지 않았던 지역까지 포괄하게 되었고, '97년 이후 경제사정의 악화로 인한 한시적 생활보호대상자 및 등록장애인수 증가 등 복지수요 증대로 업무가 폭증하였음.
- 방문간호요원의 경우 인력확충이 이루어지지 않은 상태에서 방문간호사업에 대한 강조는 부담이 되었음.

(4) 보건·복지 연계 서비스 제공의 가시적 효과 미흡

□ 보건 및 복지부문 조직 통합으로 나타난 서비스제공 업무의 활성화 및 상승 효과는 아직 미미한 실정이나, 사업경험이 축적됨에 따라 보건·복지인력간 상호 업무 이해가 깊어지고 있으며, 정보교류 등 업무 중복을 감소하고 서비스 효율을 향상시킬 수 있는 연계업무 수행이 증가하고 있음.

- 특히 방문간호인력의 경우 대상자 선정과 민간자원 활용 등에 있어 복지인력과의 협조에 도움을 느끼고 있으며, 보건·복지인력간 정보 제공 및 의뢰가 활발한 지역에서 시범사업에 대한 긍정적 평가가 나타나고 있음.

□ 그러나, 시범사업의 주목적으로 제시되었던 보건·복지 연계서비스 제공의 실시 효과는 가시화될만큼 나타나지 않았으며, 이는 보건복지사무소 확대 실시를 결정하기 어렵게 하는 주요한 근거가 되고 있음.

(5) 주무부처의 시범사업 지원 미비

□ 시범사업에 대한 중앙정부의 준비 및 지원 부족의 문제로서, 중앙정부가 주도적으로 추진했던 시범사업에 대한 지원내용을 살펴 보면 개소당 3,000여만원의 보조금을 제외하고 실제로 사업 실시주체가 피부로 느낄 수 있는 지원은 거의 전무했다고 할 수 있음.

- 물론 시범보건복지사무소 추진반을 구성하고, 조직 및 인력배치 지침·세부업무분장 및 업무편람 시달 등을 통해서 사업의 전반적인 지침을 제시하였으나, 실제로 이를 집행하기 위한 제반 물리적 여건이 미비하여 사업 추진에 매우 어려움을 느꼈던 것으로 나타나고 있음. 특히 인력 충원의 문제가 그러함.

3) 시범사업 수행상의 어려움

(1) 시범사업 시행의 시의성 미흡

□ 사회복지부문에서 어렵게 실시되었던 시범사업의 목적이 우리의 사회복지서비스 발달수준에 비추어 타당성이 있었는가를 살펴 보면, 설정한 사업기간에 명확한 성과를 산출하기에는 어려운 목표였던 것으로 보임.

- 시범사업은 보건·복지수요의 증가, 지방자치제의 실시 등 경제·사회적 여건변화에 따른 대응방안의 목적을 명분으로 하고 있으나, 당시의 고령화율, 가족관계 변화상황, 욕구의 다양화 수준 등을 고려할 때 매우 선진적인 실험이었음.

- 복지행정의 전문화 및 효율화, 보건소의 기능 개편, 통합 보건·복지서비스의 제공, 지역복지 기능강화 등을 목적으로 설치된 시범보건복지사무소의 목표는 매우 바람직하다 할 수 있음. 그러나 물리적 여건, 즉, 사업의 기간과 동원가능한 인력 및 자원, 공간 등을 고려하지 않고 설정된 목표를 달성하기에는 여러 가지 무리가 따를 수 밖에 없었음.

(2) 시범사업 모형방식의 적절성 부족

□ 5개 지역에 획일적으로 실시된 ‘보건복지사무소 모형’은 비교의 기준을 갖기 어려워, 전달체계 개편을 위한 실험의 수단으로는 적절했다고 하기 어려움. 따라서 투입된 노력에 비해 나타난 성과를 긍정할 수 없는 매우 안타까운 일이 되었음.

- 전달체계 개편과 관련한 시범사업이 결정될 때, 관련 전문가들은 실험의 본래 취지를 살릴 수 있도록 보다 다양한 유형의 시범사업을 할 것을 제안하였으나 이루어지지 않았음. 지역별 특성을 반영하는 것은 물론이고, 실험의 효과를 측정하려면 사회복지사무소의 형태, 최일선 단위의 다양화 등의 실험이 병행되었어야 함.

(3) 수급자 만족도 및 인식정도 변화 포착의 어려움

□ 실제로 사업의 효과는 사업이 목표로 하는 대상의 변화를 통해 나타남. 그러나, 이를 측정하는 데는 여러 가지 제한점이 있었음.

- 우선 현행 보건복지사무소 사업대상의 대부분이 노인 및 장애인을 포함한 생활보호대상자가 대부분이어서 급여 및 서비스 제공을 단순히 수혜로 여기거나 변화를 감지하여 표현하기 어려운 상태인 점, 3년의 사업기간이 명시적인 변화가 나타나기에는 충분한 기간이 아니라는 점 등이 한계로 작용하고 있음.
- 특히 사회복지사업의 성격상 계량적 지표를 통한 변화를 포착하기에는 무리가 있을 수 있음.

Ⅲ. 복지전달체계의 개편방향

□ 전달체계의 개편을 위하여 보건복지사무소 시범사업의 성과를 최대한 반영하고, 문제점을 보완하는 방안을 설계하도록 함. 따라서, 보건과 복지 각 부문의 전문성·집중성·효율성이 향상되고, 주민의 접근편의성 및 방문보건·복지사업이 가능한 체계를 마련하도록 함.

- 보건복지사무소 시범사업을 통한 보건·복지의 통합제공의 가시적인 성과를 감지하기 어려

우나, 보건·복지서비스 연계 및 통합 필요성에 대한 논의가 점차 활발해지고 있음. 또한, 고령화율 및 정신질환자의 증가 등 보건·복지의 연계 및 통합 서비스에 대한 욕구가 더욱 급속하게 증가할 것으로 예상되므로, 이러한 수요에 대비하는 미래지향적인 조직을 단계적으로 설치하도록 함.

□ 이를 위해서는 내용을 우선 확충하고 형식의 변화를 모색하며, 하부조직의 변화를 우선하고 점진적으로 상부조직의 변화를 도모하는 방식이 무리가 없을 것으로 판단됨. 이를 감안하여 다음과 같은 원칙을 제시할 수 있음.

- 첫째, 최하위 일선기관에서의 연계·통합에서 시작하여 조직의 상향적인 통합으로 확대
- 둘째, 주민에 대한 정보교류의 체계화부터 시작하여 공동 프로그램 개발
- 셋째, 주민의 필요에 부응하는 서비스의 연계·통합에서 시작하여 보건·복지 행정업무의 필요에 부응한 조직적 통합 추진

□ 즉, 지금까지의 보건과 복지의 통합·연계의 문제는 주로 조직 구성의 측면이 강조되어 왔으나, 지역주민의 접촉빈도가 가장 높은 최하위 일선기관에서 가장 낮은 수준의 연계서비스 프로그램을 개발하는 '현실적 기능성'을 강조할 필요가 있음. 이를 통해 지역에서 보건복지사무의 '1차적 거점'을 확보하는 것이 중요함.

IV. 정책 대안: 주민복지센터의 설치

1. 사업목표

1) 이용자를 위한 One-Stop Service의 제공

□ 지역주민들이 행정기관을 방문하여 국가로부터 제공되는 다양한 급여 및 보건복지서비스를 일회 방문 혹은 전화연락으로 제공받을 수 있는 체계를 구축하기 위해서는 각 부처별로 병렬적이고 분절적으로 관리·운영되고 있는 현행 분산체계를 주민의 편의를 최우선적으로 고려하여 개편함.

- 이에 현재의 읍·면·동 및 시·군·구단위의 행정조직을 고용·사회보험·보건·복지가 상호연계되는 '주민편의 서비스 이용센터' 및 '직접서비스 센터'로 개편하여 주민의 편의를 도모하도록 함.

□ 행정체계 개편시에는 무엇보다도 이용자의 만족도가 최우선되도록 하는 일에 초점이 두어져야 함.

- 특히 행정조직의 최일선단위 선정 및 지역별 배치, 종사인력의 배치에 있어서는 이용자의 '접근편의성'이 최대한 고려되어야 하고, 이용자가 서비스 선택에 직접 참여할 수 있는 지원체계(Care Management Service System)를 구축하여야 함.

2) 고용-사회보험-문화·정보-보건·복지가 상호 연계된 효율적 서비스의 제공

- 통합과 연계의 구분 및 근거와 관련하여, 서비스 제공 수준에서 통합·연계할 것인지, 조직차원에까지 통합·연계할 것인지를 명확히 하도록 함.
 - 지역적 접근성, 인구·사회학적 및 경제적 변수들을 고려하여 통합 및 연계방안을 마련하여야 함. 먼저 최일선 단위인 현행 읍·면·동사무소를 「주민복지센터」로 전환하여, 지역주민의 접근성을 제고하도록 함.
 - 또한 고용업무의 경우, 도시지역을 중심으로 기능 및 인력을 배치하고, 보건복지서비스의 경우, 도시지역의 동단위에서는 민간자원 연계를 중심으로, 농어촌의 읍·면에서는 보건지소 등과 연계하는 대민 직접서비스(personal direct service) 중심으로 개편하는 것이 바람직할 것임.

3) 부처별 중복업무의 조정을 통한 정책효율성 제고

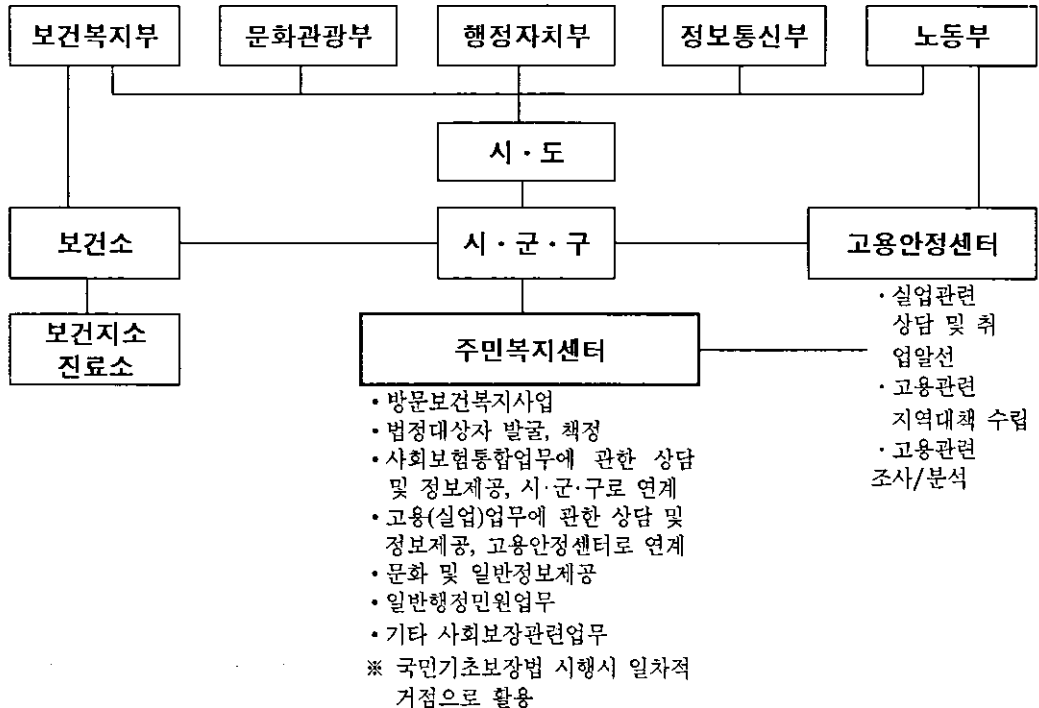
- 고용-사회보험-문화·정보-보건·복지서비스가 최일선단위에서 상호연계된 「주민복지센터」를 통하여 실업대책, 저소득층을 위한 선택적 서비스 및 일반주민을 위한 문화, 정보제공 등의 보편적 서비스가 재조정되어 효율적으로 집행되도록 해야 함. 이를 통해 중복업무의 조정으로 인한 공공부문의 업무효율화 및 예산·인력의 절감효과를 얻을 수 있을 것임.

2. 조직

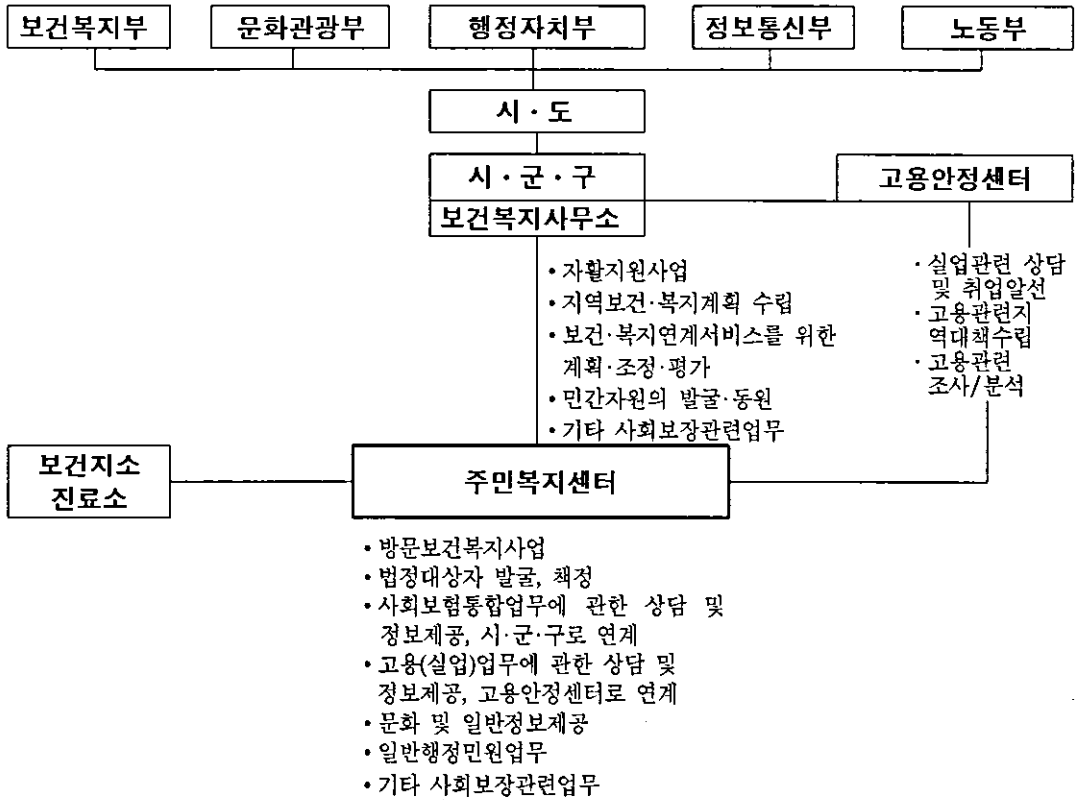
1) 단계적 전달체계 개선모형: 주민복지센터 및 보건복지사무소

- 전달체계 개선은 효율화 및 전문화에 기초하되, 보건·복지연계 서비스의 실현을 위한 단계적 개선방안을 마련하도록 함
 - 향후 주민복지센터를 통하여 지역주민들의 보건복지요구를 충족시켜 서비스 만족도가 높아지게 되고 서비스의 내용이 더욱 확충되면, 보다 높은 수준의 통합(서비스 제공단위 통합 → 행정조직 통합)이 추진될 수 있을 것임.

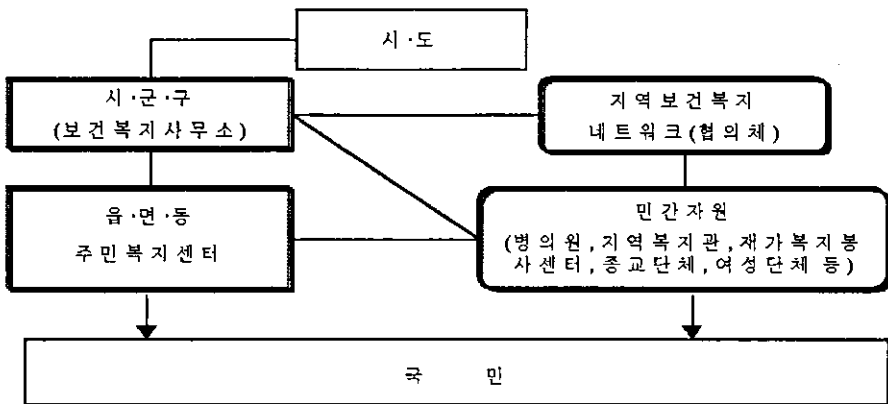
- 전달체계 개선모형은 각 지역의 특성을 고려하여, 지방자치단체가 기본 모형을 바탕으로 하여 자율적으로 운영하도록 함.
- 1단계로는 읍·면·동 기능전환 추진과 병행하여, 현행 보건소 및 시·군·구 사회복지과 관할의 「주민복지센터」를 설치하여 소규모 지역단위에서 보건·복지 연계서비스의 거점을 확보하도록 함.
- 2단계로는 「보건복지사무소」를 시·군·구 단위에 확대·설치하도록 함. 주민복지센터를 통한 방문보건복지사업을 중심으로 이후 보건 및 복지서비스 모두 내용이 더욱 개발되고 영역이 확대되면, 행정조직 통합에 대한 필요가 증대될 것으로 보임.
 - 즉, 기존 시·군·구청내 사회복지과와 보건소를 통합 설치하고, 본격적인 통합사무소의 역할을 수행하는 일원화된 보건·복지 전달체계를 설계함. 즉 보건·복지·사회보험업무가 조직적 차원에서 통합·수행되는 조직을 설치함(4대 사회보험업무가 통합되면 시·군·구단위에서 가능한 통합업무까지 수행할 인력을 배치하도록 함)



<그림 1> 1단계 국민복지 행정체계 조직도 : 서비스 제공 단위의 통합



<그림 2> 2단계 국민복지 행정체계 조직도 : 행정조직의 통합



<그림 3> 지역복지협의회 모형

<표 1> 지역 시민사회단체별 기능 및 역할

조직	기능 및 역할
사회복지활동가 조직 및 사회복지기관	<ul style="list-style-type: none"> • 사회복지기관장, 사회복지사, 사회복지전문요원 등 사회복지 실천현장 활동가들의 적극적 참여가 사회복지협의회, 사회복지사협회 등 조직을 통해 이루어질 수 있도록 함. • 지역사회문제 해결을 위해 자원 조사활동, 사회적 약자들 및 가족에 대한 물질적, 비물질적 지원 제공의 일선 역할을 수행함.
종교단체	<ul style="list-style-type: none"> • 개별 종교기관들의 지역사회 봉사활동을 지역별로 체계화하며, 공식적 연결망을 갖추도록 함(천주교연합회, 기독교연합회, 불교연합회 등 지역내 종교단체 협의회 차원의 참여가 필요함).
경제계	<ul style="list-style-type: none"> • 지역내 상공회의소, 기업인 협의회, 금융기관연합회 등의 참여가 필요함. • 지역 상공회의소는 지역내 중소기업의 인력 수요를 조사하고 실업자와 연결시키는 역할을 수행하도록 함.
전문가단체	<ul style="list-style-type: none"> • 변호사, 의사, 한의사, 치과의사, 약사 등의 조직적 참여를 유도하여, 능력을 지역 사회로 환원할 수 있는 기회를 마련함.
학계	<ul style="list-style-type: none"> • 사회복지관련 전공 교수들은 지역내 사회적 약자 실태조사, 인적, 물질 복지지원의 발굴 및 동원작업을 수행하도록 함. • 자연계 교수들은 지역내 중소기업들과 산학협동활동을 통해 경제위기 극복에 일조할 수 있음. • 초중고교 교사들은 청소년 문제 해결의 역할을 담당하도록 함.
노동조직	<ul style="list-style-type: none"> • 노동조합 등은 개별사업장의 이해관계를 넘어 지역사회의 문제해결을 위한 주도적 역할을 수행함.
지역 시민사회단체	<ul style="list-style-type: none"> • 경실련, 참여연대, YMCA, YWCA 등 시민운동단체들은 지역내 민간단체 협의체를 실질적으로 운영하는 동력이 되도록 하며, 단체인 연대활동과 개별 활동을 조정하도록 함.

※ 변재관·이인재·심재호외, 「민간참여형 복지체계 구축방안」, 청와대 삶의질향상 기획단 내부자료, 1999

2) 주민복지센터의 설치단위 및 조직

□ 현재 3,718개소(98. 8. 현재)의 읍·면·동사무소가 행정자치부의 계획대로 인구 5,000명 이하 과소지역(1,069개 지역)에서 통·폐합되는 경우(약 2,650 개 지역), 최일선단위는 현행 읍·면·동사무소로 하여 하나의 주민복지센터를 설치하는 것이 지역주민의 이용접근성을 고려할 때 바람직할 것임.

- 향후, 1개 보건복지사무소 소관의 주민복지센터의 수는 보건복지사무소가 지방자치단체와 협의하여 자율적으로 결정함(예: 2개동 1센터 등).

<표 2> 인구규모별 읍·면·동 수

구분	계	5,000 미만	10,000 미만	15,000 미만	20,000 미만	25,000 미만	30,000 미만	35,000 미만	40,000 미만	45,000 미만	45,000 이상
계	3,718	1,069	857	518	438	346	271	120	51	27	21
읍	195	2	39	49	33	24	18	14	9	2	5
면	1,230	741	391	76	18	3	1	-	-	-	-
동	2,293	326	427	393	387	319	252	106	42	25	16

자료: 행정자치부, 읍면동의 기능전환 기본계획(시안), 1998.8

- 주민복지센터는 현재의 읍·면·동사무소 건물을 활용하고, 특히 농어촌의 경우 보건지소·보건진료소와 연계하여 보건의료서비스를 강화하며, 전국 약 2,650개 센터내에 방문사업을 전담하는 방문보건복지팀(사회복지전문요원 1명, 방문간호요원 1명으로 구성)을 설치함.
- 주민복지센터는 보건소 및 시·군·구 사회복지과(2단계의 경우 보건복지사무소장)의 지시를 받으며, 센터의 장은 구성원 중 가장 직급이 높은 선임자로 하고 지역적 특성을 고려하여 변경할 수 있도록 함.

3. 주요 기능

- 주민복지센터는 기존 보건소가 주민을 대상으로 제공하던 방문보건서비스를 주민과 보다 가까운 거리에서 제공하고, 동사무소 단위에서 수행하던 복지행정업무와 복지서비스 나아가 사회보험, 고용 및 문화·정보관련업무를 보다 전문적이고 통합적으로 수행하기 위한 것임.
- 주민복지센터의 보건·복지 관련업무를 살펴 보면, 보건소(보건복지사무소) 및 보건지소 등과 연계하여 기본적으로 방문보건복지사업을 중심으로 하며, 공공부조 대상자 발굴, 민간복지지원의 발굴·동원, 민간복지기관과의 연계 기능 등으로 확대해 가도록 함.
 - 방문보건복지사업은 방문보건요원 1인과 방문복지요원 1인이 한 팀이 되어 서비스 대상자 지정 및 서비스 전달을 동시에 수행하고, 대상자 관리기록을 공동으로 작성·관리하도록 함. 즉 최일선에서의 기본행정과 서비스를 한 팀에서 공동 수행하도록 하는 것임.

1) 도시지역

- 주민복지센터의 보건부문은 방문보건사업을 중심으로 함.
- 복지부문은 사회복지전문요원들이 일정한 지역을 담당하여 사회취약계층을 중심으로 방문복지사업을 시행하고, 민간복지자원과의 효율적인 연계 및 업무분담을 통하여 중복서비스를 피

하고 서비스의 양과 질을 제고시킴.

2) 농어촌지역

- 주민복지센터의 보건부문은 방문보건사업을 중심으로 하고, 기존 보건지소의 기능을 지원함.
 - 보건진료소를 지역특성상 통폐합하는 경우는 잉여인력을 인근 주민복지센터에 배치하여 활용함. 보건진료원은 일차 보건의료서비스 제공의 측면에서 잘 훈련된 인력이므로 보건교육 및 방문간호 업무에 큰 역할을 할 수 있을 것임.
- 복지부문은 민간복지 환경이 열악하므로 보건부문과 연계하여 대민 직접서비스 및 민간자원 발굴·동원(부녀회등)을 중심으로 하는 방문복지사업을 전문적이고 통합적으로 수행함.

4. 업무 및 소요인력

- 주민복지센터를 설치할 경우, 방문보건복지사업은 사회복지전문요원 1인과 방문간호요원 1인이 한 팀으로 배치되어 활동하는 것이 적절할 것임.
 - 즉, 법정대상자의 발굴, 책정을 담당하는 기존 사회복지전문요원 1인에 2명의 방문보건복지 담당 전문인력이 추가되는 것임.
- 사회복지전문요원 중 주민복지센터가 설치되지 않은 지역의 1인을 관할 시·군·구단위 보건복지사무소에 배치하여 복지행정업무를 담당하도록 함.
 - 또한 외상노인 등의 이용대상자가 많은 농어촌지역의 주민복지센터에는 공익근무요원, 사회봉사명령자 등을 민간자원과 함께 적극 활용함.
- 이에 따라 전국에 주민복지센터 2,650개소를 기준으로 소요인력을 추산해 보면 다음과 같음.
 - 사회복지전문요원의 경우 법정대상자 관리·책정을 담당하는 인력 각 1명씩 2,650명, 방문복지 담당 1명씩 2,650명, 보건복지사무소 배치 각 5명씩 250개소 1,250명 등 총 6,550명으로, 현재 전국에 배치되어 있는 사회복지전문요원 2,900여명을 제외하면, 3,650명의 신규인력이 필요함.
 - 이와 함께, 간호업무 담당 2,650명, 고용업무담당 2,650명, 사회보험업무 담당 2,650명의 인력이 필요할 것으로 보임.
 - 소요인력은 시·군·구에서 파견근무하는 형태가 적절할 것임. 고용업무 담당인력은 노동부에서 파견하도록 함.

<표 3> 주민복지센터의 인력 배치안

인력	소요 규모
사회복지전문요원	법정대상자 관리, 책정 등 1명 방문복지사업: 도시지역 민간연계 중심 1명 250개 보건복지사무소 당 복지행정업무 5명 전국 2,650개 센터 기준 2,650+2,650+1,250=6,550명 신규소요인력: 6,550명-2,900명(기존 배치) = 3,650명 필요
방문간호인력	2,650명 신규 확보 필요(기존 보건소 방문간호인력은 지역 특성에 맞추어 센터로 분산 배치)
고용관련 상담 및 정보제공 인력	동단위 2,000명 파견배치
사회보험관련 상담 및 정보제공	공단에서 2,650명 파견배치

□ 주민복지센터에서 수행할 주요 업무와 소요인력을 제시하면 <표 4> 와 같음.

<표 4> 주민복지센터의 주요 업무 및 소요인력

사업	업무	인력
방문복지사업	<ul style="list-style-type: none"> 방문복지상담 및 공공부조 대상자 발굴 방문복지서비스(부식지원·이동목욕 등) 직접 전달 민간복지기관과의 연계 및 업무 분장 자원봉사자 인력 활용 장애인, 정신질환자 생활·취업 상담 및 알선 정신질환자, 장애인 보호 및 결연사업 	<ul style="list-style-type: none"> 사회복지전문요원 1인¹⁾ 아동복지지도원 또는 여성복지상담원²⁾
복지민원업무	<ul style="list-style-type: none"> 생활보호·경로연금 등 대상자 신청 및 실사 이용자 통합카드 관리 민간복지기관 연계망 구축 	<ul style="list-style-type: none"> 사회복지전문요원 1인¹⁾
	<ul style="list-style-type: none"> 저소득 취약계층 자활관련 상담 및 지원 	
방문보건사업	<ul style="list-style-type: none"> 방문간호 방문보건위생사업 자원봉사자 인력 활용 	<ul style="list-style-type: none"> 방문간호요원 1인³⁾
긴급구조 ⁴⁾	<ul style="list-style-type: none"> 재난 발생시 긴급 보건복지서비스 제공 3차 사회안전망 기능(긴급의료보호, 긴급급식, 긴급식품 교환권, 긴급주거 제공) 	(보건복지사무소 및 주민복지센터와 연계하여 업무수행)
고용관련 업무	<ul style="list-style-type: none"> 고용 및 실업관련 상담 및 정보제공 고용안정센터로 연계 	<ul style="list-style-type: none"> 고용관련 전문인력 1인
사회보험관련업무	<ul style="list-style-type: none"> 사회보험통합업무 관련 상담 및 정보제공 보건복지사무소로 연계 	<ul style="list-style-type: none"> 행정인력 1인

주: 1) 사회복지전문요원 소요인력은 주민복지센터의 방문복지요원 및 복지민원업무 담당 각 1인, 보건복지사무소의 복지행정요원 5명으로, 총 6,550명임(전국 약 2,650개 센터 기준). 기존 배치인원이 2,900여명이므로, 약 3,650명의 추가 인력 확보가 요청되고, 이 중 1,250명은 보건복지사무소의 행정요원으로 배치함.
 2) 현재 시·군·구에 배치되어 있는 아동복지지도원(283명) 및 여성복지상담원(336명)을 분산 배치함.
 3) 긴급의료보호는 농어촌지역의 경우 보건복지사무소, 보건지소, 보건진료소 및 주민복지센터에서 담당하고, 도시지역의 경우 보건복지사무소 및 민간의료자원과 연계하여 주민복지센터에서 담당함.

부록 1. 보건복지사무소 시범사업 평가조사 결과

〈부록표 1〉 보건복지사무소 시범사업 평가조사결과: 전문성·통합성·접근성

평가지표	조사결과
전문성	
사회복지전문요원의 일반행정업무 비중	<ul style="list-style-type: none"> · '95년 27%, '96년 4.5%, '97년 5.1%, '98년 4.2%로 시범사업 실시 이후 대폭 감소
지역주민의 서비스 요청 증가	<ul style="list-style-type: none"> · 사회복지전문요원: 94.2%가 경험, 월평균 요청횟수는 '96년부터 2.9회, 3.8회, 6.8회로 증가 · 방문간호요원: '96년 83.1%에서 85.3%, 90.8로 증가, 월평균 요청받은 횟수는 '96년 4.1회, '97년 3.5회, '98년 4.8회
서비스 충분성 및 전문성 평가	<ul style="list-style-type: none"> · 충분성에 대한 긍정적인 평가 사회복지전문요원 '95년부터 9%, 28.6%, 43.3%, 37.7%로 증가추세 방문간호요원 '95년 9%, '96년 37.2%, '97년 37.3% · 전문성 발휘에 대한 견해 사회복지전문요원: '95년 14%에서 50.6%, 57.3%, 58.0%로 증가 경향 방문간호요원: '95년 14%에서 83.3%, 77%, 91.9%로 증가 경향 · 시범사업으로 인한 서비스의 질과 다양성 제고에 대한 관련 공무원의 긍정적 견해: 도시지역 65.6%와 농촌지역 74.0% · 사회복지전문요원과 방문간호요원이 전문성을 잘 발휘하게 되었는데에 대한 관련 공무원의 긍정적 견해: 각각 74.2%와 59.8%
통합성	
보건·복지전문인력 간 협조의회 경험	<ul style="list-style-type: none"> · 사회복지전문요원 '97년 68.5%, '98년 69.6%로 유사한 결과 · 방문간호요원 '97년 36.8%에서 '98년에 56.3%로 향상 · 방문간호요원의 경우 사회복지전문요원에게 업무협조를 의뢰한 경험이 '97년 50%에서 '98년 59.8%로 증가하였으며, 월 평균 의뢰횟수는 '97년도에는 2개월에 1번 정도였으나 '98년도에는 1개월의 1.7회 정도로 증가하였음.
보건·복지전문인력 간 대상자 정보 제공	<ul style="list-style-type: none"> · 제공 필요 사회복지전문요원 75%, 방문간호요원 82% · 제공 경험 사회복지전문요원 69.6%, 방문간호요원 92.1%
보건·복지전문인력 간 함께 일하여 도움 느끼는 정도	<ul style="list-style-type: none"> · 사회복지전문요원 '96년 42.7%, '97년 55.1% · 방문간호요원 '96년 29.8%, '97년 30.9%
보건·복지서비스 연계제공 필요	<ul style="list-style-type: none"> · 사회복지전문요원의 81%('98년) · 방문간호요원, 매우 필요 '96년 21.2%에서, 53.6%, 82%로 급격히 증가 · 관계 공무원의 59.9%가 보건복지 연계서비스가 필요하다고 인식하고 있었으며, 보건복지 부문의 연계를 통하여 서비스 제공 업무수행이 효율화되었는데에 대한 긍정적 응답: 50.6%, 지역자원 활용이 활성화되었는데에 대한 긍정적 응답: 52.4%
접근성	
접근성에 대한 견해	<ul style="list-style-type: none"> · 사회복지전문요원과 방문간호요원: '97년에 비해 도시지역에서는 대상자 접근성을 향상된 것으로 평가, 농촌지역은 다소 나빠진 것으로 평가 · 관계 공무원('98년): 지역주민이 복지급여를 제공받기 위한 접근성에 문제가 있다고 응답 도시지역 29.9%, 농촌지역이 17.0%.

〈부록표 2〉 보건복지사무소 시범사업 평가조사결과: 효율성 및 개선방안

평가지표	조사결과
효율성	
생활보호업무 처리기간 축소	<ul style="list-style-type: none"> 생활보호대상자 책정소요기간(법정 기한 14일) 초과 사례 대폭 감소
공공부조 담당가구 수 감소	<ul style="list-style-type: none"> 1인당 생활보호담당가구 수 '95년 91가구에서, '96년 127가구, '97년 125가구, '98년 174가구로 증가추세
방문간호 방문회수 증가	<ul style="list-style-type: none"> 한달 1회 이상 방문 '96년, '97년 각 27.7%에서, '98년 37.4%로 증가
방문간호업무 비중 변화	<ul style="list-style-type: none"> 전체 방문간호요원의 업무에서 차지하는 비중은 도시지역 41.6%에서 '98년 67.6%로, 농촌지역 28.1%에서 '98년 20.3%로 다른 양상을 보였음. 방문간호요원 1인당 담당가구(관악 220가구, 달서 53가구, 안산 337가구, 흥천 399가구, 원주 495가구)와 적정가구수에 대한 의견 비교결과, 지역별로 1.2~2배 가량(65가구~277가구)의 차이를 보임.
타기관과의 업무연계 평가	<ul style="list-style-type: none"> 긍정적 평가 읍·면·동사무소와는 '96년 48.2%에서, '97년 55.6%, '98년 66.6%로 증가 시·군·구청과는 '96년 22.2%에서 '97년 24.4%, '98년 33.9%로 증가 민간기관의 연계가 잘 되고 있다는 응답은 50.0%
보건·복지전문인력 이함께 근무하게 되면서 느끼는 장·단점 (사회복지전문요원)	<p>장점</p> <ul style="list-style-type: none"> '96년 정보교류 및 업무연계의 원활 '97년과 '98년 서비스의 질과 전문성의 향상 꾸준히 응답 증가: 서비스의 질 및 전문성 향상, 업무의 일관성 제고 및 체계화 <p>단점</p> <ul style="list-style-type: none"> '96년 사회복지전문요원간의 직급간 갈등(57.3%) '97년과 '98년 접근성의 저하(23.9%과 34.4%) 꾸준히 응답 감소: 직급간 갈등 응답 증가: 접근성 저하, 종합적 업무의 어려움
보건·복지전문인력 이함께 근무하게 되면서 느끼는 장·단점 (방문간호요원)	<p>장점</p> <ul style="list-style-type: none"> 신속한 대상자 현황 파악(42.3%), 정보 및 기술교환(20.5%), 대상자의 효율적 관리(15.4%), 전문적 복지서비스 제공(11.5%) 정보 및 기술교환(3.1%)과 전문적 복지서비스 제공(6.3%)은 '96년 조사보다 증가 <p>단점</p> <ul style="list-style-type: none"> 사업대상의 중복 및 차이의 문제(42.1%), 보건복지인력간 갈등(27.6%), 복지부문의 접근성 저하(13.2%) 보건복지인력간 갈등(50.0%)과 복지부문의 접근성 저하(21.0%) 문제 등은 감소 시·군·구청과의 복지업무 이원화(10.5%)도 '98년 조사에서 새롭게 지적
주민만족도에 대한 관련인력의 견해	<ul style="list-style-type: none"> 방문간호요원에 비해 사회복지전문요원이 보다 긍정적으로 평가('97년 가장 긍정적 평가) 관계 공무원에게 시범보건복지사무소 설치 후 주민의 호응과 만족도가 높아졌다고 생각하느냐를 질문한 결과 56.3%가 높아진 것으로 평가
대상가구의 효율적 관리방식	<ul style="list-style-type: none"> 도시지역: 전문인력이 한 팀이 되어 대상가구의 문제를 해결하는 팀 접근방법 농촌지역: 한 사람의 전문요원이 대상가구의 문제해결에 직접 관여하지 않고 서비스와 전문가를 연계시켜 주고 적절한 서비스를 받을 수 있도록 관리에 중점을 두는 사례관리방법
최일선 행정단위에 대한 견해	<ul style="list-style-type: none"> 시·군·구 법정급여 제공, 민간자원관리, 복지서비스 기획 및 개발영역, 복지대상자 책정 및 공공 복지서비스 제공

〈부록표 3〉 보건복지사무소 시범사업 평가조사결과: 지역주민 인식 및 만족도

평가지표	조사결과
사회복지전문요원의 보건소 근무 인지	<ul style="list-style-type: none"> • 인지 59.9%, 들어본 적이 있는 경우 12%, 모르는 경우 28.1%
보건복지사무소 서비스 이용 경험	<ul style="list-style-type: none"> • 이용경험 응답자의 60% • 도움요청방법으로는 읍·면·동사무소 방문 34.0%, 보건복지사무소 방문 30.0%, 사회복지전문요원이 가정에 방문했을 때 16.3%
보건복지사무소 직접방문 경험	<ul style="list-style-type: none"> • 직접방문 경험이 있는 경우는 65.0% • 도시지역인 관악, 안산은 80%에 달했으나, 홍천(68.6%), 완주(43.1%)의 농촌지역은 낮은 경험률을 나타냄 • 방문목적은 보건서비스 이용(52.9%)이 과반수를 차지, 민원서류 발급(20.6%), 집안문제 상담(8.8%), 생활보호급여 수급(6.9%)
사회복지전문요원 및 방문간호요원의 가정방문	<ul style="list-style-type: none"> • 사회복지전문요원의 가정방문은 응답자의 80%정도가 경험, 그 횟수는 월 1회 이상 35%, 6개월 1회 이상 72.5% • 방문간호는 조사대상의 20%정도 경험, 이 중 47%정도가 월 1회 이상 방문. • 방문간호는 30%정도가 받기를 원하고, 그 중 50%정도가 월 1회, 28%가 월 2회 이상의 방문을 희망
복지서비스 만족도 및 도움정도	<ul style="list-style-type: none"> • 만족하는 경우는 54.5%(홍천 70.3%, 달서 58.3%, 완주 53.1%, 관악 46.1%, 안산 43.4%) • 도움되는 경우는 67.8%(홍천 86.2%, 달서 70.6%, 관악 66.4%, 완주 58.1%, 안산 55.6%) • 지역별로 과반수가 도움을 느끼고 있었지만, 그에 비해 만족도는 덜한 것으로 나타났으며, 만족도와 도움정도 모두에서 홍천과 달서지역이 상대적 비율이 높은 것으로 나타남. • 서비스 및 프로그램에 대한 만족도는 무료 이·미용서비스, 부식 지원, 효도관광, 각종 모임 마련, 야쿠르트 및 영양제 지원, 영구임대주택 입주, 가정봉사원 서비스 등의 순으로 높은 것으로 나타남.
보건서비스 만족도 및 도움정도	<ul style="list-style-type: none"> • 만족하는 경우는 66.7%(홍천 77.8%, 완주 76.7%, 관악 68.8%, 달서 56.7%, 안산 51.8%) • 도움된다고 응답한 경우는 62.1% • 희망하는 보건관련 서비스로는 의료비 지원(31.3%), 방문간호(25.9%), 의치 지원(17.9%) 등의 순으로 나타남.
사회복지전문요원에 대한 견해	<ul style="list-style-type: none"> • 긍정적: 사회복지전문요원과과의 만남에 대해 불편해하지 않는 것으로 나타남. • 부정적: 보건·복지 연계 및 협조는 긍정적 경험을 하지 못한 것으로 나타남. • 집안사정을 자세히 살펴본다, 자기 일처럼 걱정해준다, 자신감을 심어준다, 전문적으로 문제를 해결해준다, 더 자주 방문하였으면 좋겠다에 대해서는 '그저 그렇다'고 응답
방문간호요원에 대한 견해	<ul style="list-style-type: none"> • 긍정적: 친절하게 대하고, 건강증진에 도움이 된다고 하는 것으로 나타남. • 부정적: 집안사정을 자세히 살핀다, 자기일처럼 걱정해준다, 자신감을 심어준다, 더 자주 방문했으면 좋겠다, 복지요원에게 연계해준다는 등의 항목에 대해 부정적으로 응답함.
시범사업 이후 변화에 대한 평가	<ul style="list-style-type: none"> • 긍정적: 약간은 친절해졌다, 연락할 곳을 모르지는 않는다 • 사회복지전문요원이 더 자주 방문하거나 전화했는지, 친절해졌는지, 많은 이야기를 들어주는지, 친근감이 더해졌는지, 만나기가 어려워졌는지, 도움 요청이 번거로워졌는지, 필요시 연락할 곳은 아는지, 서비스가 신속해졌는지, 많은 서비스를 받게 되었는지, 이전보다 더 도움이 되는지, 보건소에서 사회복지관련 일을 함께 보는지, 보건·복지요원이 함께 방문하면 좋겠는지, 이전의 동사무소체계가 더 나은지 등을 질문한 결과, 거의 모든 응답이 '그저 그렇다'의 견해가 지배적인 것으로 나타남.

부록 2. 일본 복지사무소의 현황과 시사점

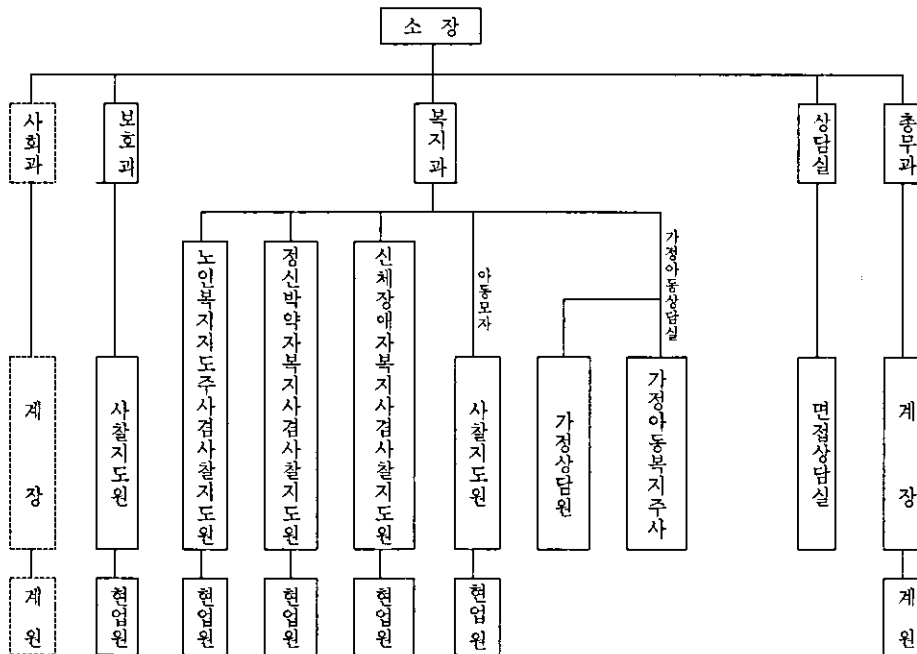
1. 복지사무소의 현황

가. 복지사무소의 조직과 기능

□ 복지사무소의 조직

- 新福祉事務所 運営指針에 따르면 관내 인구 10만의 경우 소장 밑에 보호과·복지과·사회과·총무과·상담실이 설치되어 있으며, 여기에 신체장애자복지사, 정신박약자복지사, 노인복지지도주사, 가정아동복지주사, 면접상담원, 現業員(케이스 워커) 등을 배치하고 있다.

<그림 1> 복지사무소 표준조직도(인구 10만의 경우)



주 : 관내인구 10만의 경우에 설치되는 복지사무소의 6법 대상인원은 피보호세대는 447가구, 신체장애자는 895명, 정신박약자는 344명, 65세 이상 노인은 4,976명, 모자세대는 349가구, 요보호아동은 1,011명 등으로 설정되어 있음.

출처: 厚生省 社會局 庶務課, 新福祉事務所 運営指針, 1996

□ 복지사무소 설치기준

- 복지사무소는 사회복지사업법에 기초하여 설치되며, 설치주체는 都道府縣·市·特別區·町村 등임. 이 중 町村은 임의 설치하도록 되어 있고 나머지는 의무적으로 설치해야 함.

<표 1> 복지사무소 설치기준

설치주체	구역	설치수
都道府縣	지방사무소 또는 지청(道の 경우는 지청출장소를 포함)의 관할 구역	지방사무소 또는 지청(道에 있어서는 지정출장소 포함) 마다 1개
	기타 구역	인구 약 10만명당 1개
지정도시		인구 약 10만명당 1개
특별구		인구 약 10만명당 1개
市 (지정도시 제외)	市の 소관 구역	1개(단, 정령지정에 따라 인구 20만명 이상의 시는 2개 이상 설치 가능)
町村	町村의 소관 구역	1개(임의설치). 일부 사무조합을 세워 설치가능

출처: 厚生省 社會局 庶務課, 新福祉事務所 運營指針.

나. 주요 기능과 인력

□ 복지사무소의 핵심부서는 보호과와 복지과라고 할 수 있는데 보호과는 생활보호업무, 복지과는 복지 5법업무(즉, 노인복지법, 아동복지법, 신체장애자복지법, 정신박약자복지법, 모자복지법 등 사회복지 서비스)를 담당함.

- 복지과에는 복지 5법의 기능을 충실히 수행하고자 신체장애자복지사, 정신박약자복지사, 노인복지지도주사, 가정아동복지주사, 면접상담원, 現業員 등을 배치하고 있음.
- 사회과는 복지 6법(생활보호법, 노인복지법, 아동복지법, 신체장애자복지법, 정신박약자복지법, 모자복지법) 이외의 사회복지행정업무, 즉 민생위원, 사회복지협의회, 공동모금 등의 업무를 담당함.
- 상담실은 전문적 기술이 필요한 종합적 상담을 실시하며, 계장급을 배치함.
- 총무과는 일반행정 사무를 취급하며, 지역복지계획이나 사회조사 등 기획부문도 담당함.

□ 복지사무소의 인력은 소장, 査察指導員(Supervisor) 신체장애자 복지사, 정신박약자 복지사, 노인복지지도 주사, 가정아동복지 주사, 모자상담원, 부인상담원, 가정상담원, 現業員(Case Worker), 사무직원 등으로 구성됨.

- 이 중 실무의 핵심은 現業員이라 할 수 있으며, 그 배치기준은 都道府縣은 피보호세대 65가

구당 1명씩이고 시·特別區·町村은 80세대당 1명씩 두도록 되어 있음.

2. 복지사무소의 최근 동향과 한국에의 시사점

- 1990년의 복지관계 8법개정은 전반적인 사회복지 전달체계의 변화를 초래하였고, 각 지방별로 복지사무소가 위축되거나 강화되는 양상이 확산되고 있음. 그 내용은 다음과 같음.
 - 첫째, 과거에는 都道府縣과 市町村 복지사무소 모두 복지 6법체제였으나 복지 4법체제(都道府縣), 복지 6법체제(市), 복지 2법체제(町村)의 3유형으로 분리됨.
 - 둘째, 복지사무소의 중심기능인 現業(서비스제공)기능에 추가하여 욕구파악, 계획, 관계조정 등의 기능이 추가됨.
 - 셋째, 관계사무의 町村 이양에 따라 복지사무소 직원체제의 변동(5법담당 직원의 배치기준인 인구별 산정기준의 재평가나 社會福祉主事 자격의 변경 등)이 이루어짐.
 - 넷째, 복지사무소의 소관지역에도 종래 町村을 담당했던 郡部 복지사무소가 市町村을 포함한 광역권을, 市部 복지사무소는 관할 복지지구를, 町村은 당해 町村구역을 소관구역으로 하도록 재편됨.
- 이러한 변화는 복지사무소의 위상과 복지사무소에 대한 인식에 있어서 부정적 영향을 미치게 될 것으로 예상되는데, 이는 복지사무소가 또다시 생활보호사무소로 전락할 가능성이 높아졌다는 점임. 따라서 이런 낙인을 받지 않기 위한 노력이 요구되나, 현실적으로 기대하기가 매우 어려움.
- 최근의 현상 중 보건부문과 복지사무소의 통합추세를 주목할 수 있음. 이는 복지욕구와 보건의료욕구를 동시에 지닌 노인인구의 급속한 증가에 대한 대응책으로 전개되고 있는데 특히 1994년 지역보건법이 제정되므로써 전국적으로 확산되고 있음. 이러한 통합형태는 보건소와 복지사무소를 조직상으로 결합시킨 것에서부터 간호지도 등 대인서비스 기능만을 복지사무소에 도입한 형태까지 그 내용과 규모는 다양하지만 크게 3가지로 구분할 수 있음(山本 隆: 256~258).
 - 첫째, 보건소와 복지사무소의 전면적인 조직통합을 행한 경우(北九州시)로서, 北九州시는 94년 4월에 7개의 보건소와 9개의 복지사무소를 통합하여 7區에 모두「보건복지센터」를 설치했음. 구청장이 센터장을 겸임하며 센터장 밑에 福祉部和 保健部를 설치하였음. 保健部에는 원래 보건소가 맡은 보건예방과와 생활위생과가 설치되었고, 福祉部에는 지역복지과, 보호과, 보건복지과를 설치하였음. 福祉部는 원래 복지사무소에 해당하지만 새로이 설치된 보건복지과에는 現業員 외에 保健婦 전원이 보건소의 보건예방과에서 이동해 왔고, 고령자

만이 아니라 장애자와 아동 및 모자 가족에 대한 상담과 지원을 現業員과 함께 일체적으로 실시함. 또한 보건복지과에는 고령자의 종합적인 상담창구인 연장자 상담코너를 설치하여 保健婦와 現業員 및 사무담당직원 등을 배치하여 복지와 보건의 통합된 상담활동을 행하고 있음. 서비스제공의 결정권은 보건복지센터가 지님.

- 둘째, 복지사무소에 보건소 기능을 일부 추가한 형태(札幌市, 仙台市, 神戸市, 廣島市)로서, 가장 많이 나타나고 있음. 札幌市에서는 94년 4월부터 복지사무소에 종합 상담창구를 개설하여 保健婦 직책의 고령자 보건상담주사, 고령자 복지상담주사, 일반사무직원 등을 배치함. 기능은 보건복지의 종합상담, 조사, 서비스 종류의 결정 등이며 필요에 따라 조정팀 회의 등에 상정하여 처우검토를 행함. 서비스 제공의 결정권에 있어서 복지서비스는 복지사무소가, 보건서비스는 보건소가 행하는데 보건소와의 관계에서는 고령자 보건상담주사를 중심으로 함.
- 셋째, 복지사무소나 보건소 이외의 제3의 기관으로서 보건복지상담창구를 설치한 것임. 横兵市에서는 92년 12월부터 구청장 직속으로 구청내에 “區복지보건상담실”를 설치하고, 직원체제는 실장(과장급), 담당계장, 現業員, 保健婦, 촉탁직원 등으로 구성함. 복지 6범에 관한 종합상담, 보건상담을 행하는 역할로, 고령자에 한정되지 않은 점이 특징임. 서비스 제공의 결정권은 과거와 같이 복지사무소와 보건소가 각각 지니고 있으며 區복지보건상담실과의 연계에 따라 제공하게 됨.

□ 보건부문과 복지사무소의 통합은 기본적으로 보건의료 서비스와 사회복지 서비스를 통합하여 제공할 필요성에서 나온 것임. 이와 같은 통합의 목적은 첫째, 서비스 수혜자 만족도의 최대화, 둘째, 서비스의 중복제공 방지, 셋째, 장기요보호자의 가정 보호이며, 이러한 통합의 효과로는 노인의료비 절감과 노인의 사회복귀촉진 등을 들 수 있음.

□ 복지 8법개정 후 복지사무소는 행정조직의 정비가 다양하게 진행되고, 새로운 움직임으로서 복지와 보건의 연계를 조직적으로 통합한 복지보건센터나 종합복지센터 등이 출현하고 있으나, 그 변화양상은 지역마다 너무 다양하게 전개되고 있어서 보편화될 유형에 대해 쉽게 판단하기 어려움.

- 현재로서 복지사무소의 장래방향은 크게 두가지로 나뉘볼 수 있음. 첫째, 복지사무소의 역할과 기능을 강화하는 방향으로서, 기능의 확대, 업무의 확대, 소지역 종합담당제 등을 생각할 수 있음. 둘째, 복지사무소의 기능을 분리시키는 방향으로서 기능의 축소, 업무의 축소, 관할지역의 대규모화, 사항별 담당제 등을 생각할 수 있음. 이 중 전반적인 흐름은 복지사무소의 축소로 진행되고 있는듯 하지만, 사회복지를 강조하는 일부 지역에서는 오히려 복지사무소가 사회복지서비스 영역까지 포괄하도록 확대 개편되고 있음.

참 고 문 헌

- 강혜규(1995. 1), "사회복지서비스의 개혁방향", 나라의 길, 나라정책연구원.
- _____ (1998), "시범보건복지사무소와 공공복지 전달체계의 개편", 한국사회복지의 현황과 쟁점, 인간과 복지.
- 박경숙(1993), "사회복지사무소와 민간복지서비스기관의 역할분담", 한국사회복지논총 3호, 경기대.
- _____ (1992), "사회복지사무소의 모형", 제6회 전국사회복지사대회 보고서: 제7차 경제사회발 전5개년계획과 전문사회복지사의 도전, 한국사회복지사협회.
- _____·강혜규(1992), 사회복지사무소 모형개발, 한국보건사회연구원.
- 변재관(1999), 지역행정조직 개편방안, 국민회의 실업대책위원회(미발표).
- 변재관·장원기·강혜규·박인아·이현송(1998), 공공 보건·복지 전달체계 및 보건예방사업 개선 방안에 관한 토론회 자료집, 한국보건사회연구원.
- 변재관·이인재·심재호외(1999), 민간참여형 복지체계 구축방안, 청와대 삶의질향상기획단내부자료.
- 보건복지부(1995), 시범보건복지사무소 설치·운영 개요.
- 사회복지정책심의위원회(1994), 21세기를 대비하는 사회복지정책과제와 발전방향.
- 서상목·최일섭·김상균(1988), 사회복지전달체계의 개선과 전문인력 활용방안, 한국개발연구원.
- 성규탁(1988), 사회복지행정론, 법문사.
- 심재호(1997), 일본 사회복지사무소의 발달과정에 관한 연구, 중앙대 박사학위 논문.
- 오정수(1997), "한·영 지역복지행정의 비교사례연구: 지방화시대 지역복지행정의 과제를 중심으로", 한국사회복지학, 제31호.
- 이성기·김성희·강혜규(1996), 보건복지사무소 시범사업 2차년도 실태조사, 한국보건사회연구원.
- 이성기·김성희·박인아(1995), 보건복지사무소 시범사업의 운영평가 및 개선방안, 한국보건사회연구원.
- 이인재(1998), "사회복지 전달체계 개편의 쟁점", 한국사회복지학회 추계학술대회 자료집.
- 이재완(1998), 현행 사회복지행정체계와 보건복지사무소에 관한 비교연구, 중앙대 박사학위논문.
- 이정호·김현숙·이정학·김수영·함철호·이태수(1995), 보건·의료·복지의 통합적 접근방안 연구, 국립사회복지연수원.

이현송·강혜규(1997), 시범보건복지사무소 운영평가 및 모형 개발, 한국보건사회연구원.

정영순(1994), "사회복지서비스 정책이 행정체계에 미치는 영향 분석: 영국과 한국의 비교연구",
한국사회복지학 23호.

조애저·이상영·배화옥(1996), 지역단위 사회복지서비스 연계체계 구축방안, 한국보건사회연구원.

최성재(1995), "보건복지사무소와 사회복지사무소", 남세진 편, 한국 사회복지의 선택, 나남.

_____. 남기민(1993), 사회복지행정론, 나남.