

지역 사회복지관 및 보건시설의 배치계획을 위한 기초연구

A Basic Study on the Planning of Location to the Community Welfare Center and the Healthcare Facility in a District

채 희 재*
Chae, Heejae

Abstract

Recently the change of social environment has influence on the living of human for the complexity and the variety. And so the relation of architecture and function required the complex space. The government tried to complex the service for healthcare and social welfare by the exhibition model for health and welfare center.

In this sence, this study aims to explore the basic data for the planning of location to the community welfare center and the healthcare facility in a district by grasping the difference of level at facility among region. In sum, the useful data were collected, analyzed, and synthesized through this study and could be used in the relevant research in the future as reference informations.

키워드 : 지역사회복지관, 보건시설, 이용권, 관할반경, 시설밀도

Keyword : Community Welfare Center, Healthcare Facility, Using Distance, District Boundary, Facility Density

1. 서론

1.1 연구배경 및 목적

우리나라는 현재 소득수준의 향상과 인구구조의 변화 등으로 과거에 계획된 사회복지 및 공공보건서비스의 체계를 시급히 개선해야 할 필요에 직면해 있다. 인간은 누구나 본능적으로 건강하고 행복한 삶을 살기를 소원하며 살아가고 있다. 그러나 최근 사회와 환경의 급속한 변화에 따라 노인보호의 경우 이제는 더 이상 가족에 의해 전적으로 충족되기는 점차 어렵게 되어 가고 있다.

건강에 대한 개념도 단지 질병이나 육체적 쇠약함이 없는 상태가 아니라 육체적·정신적·사회적 복지의 완전한 상태로 변화되어 육체 및 정신의 건강을 포괄하는 복합적인 개념으로 바뀌고 있다.

최근 국가에서도 복지와 보건부분 각각의 통합 요구를 배경으로 1995년 7월부터 시범보건복지사무소 사업을 통해 방문서비스의 기능적인 복합을 시도하고 있지만 이용자가 아닌 공급자측의 인력중심으로만 시행되고 있어서 여러 한계점이 노출되고 있다.

이런 가운데 국가에서는 중·장기적으로 질병·장애·노령·실업 등 사회적 위험으로부터 취약계층을 보호하기 위한 사회안전망 구축을

* 정희원, 대원과학대학 건축과 조교수

위해 국민복지 기본선을 정립하려고 하고 있다.

본 연구는 이러한 측면에서 지역사회 복지센터인 사회복지관을 중심으로 사회복지이용시설의 지역간 시설수준을 파악하여 지역사회복지관의 배치계획을 위한 기초자료를 제공하는데 그 목적이 있다.

1.2 연구범위 및 방법

지역시설중 사회복지 이용시설인 사회복지관의 효율성 및 효과성을 높이기 위한 기초연구로 사회복지서비스와 관련이 가장 높은 보건시설과 사회복지관을 연구대상으로 한다.

조사내용은 지역공공시설의 배치기준이 되는 시설밀도, 이용인구, 이용거리, 입지현황, 인구밀도를 기준으로 분석한다.

연구방법은 문헌조사를 주로 하여 다음과 같이 구분하였다.

첫째, 사회복지관의 기능을 정립하기 위해 관련법을 근거로 사회복지의 개념을 조사한다.

둘째, 사회복지관의 역할 및 사업내용을 파악하였다.

셋째, 사회복지와 보건의료의 연계방안을 모색하기 위해 노인복지를 중심으로 재가노인복지시설의 지역별 시설분포 및 이용자수를 조사하였다.

넷째, 사회복지관 및 보건시설의 법적 설치기준을 조사하고 지역별 사회복지관 분포현황을 유형별로 파악하여, 시설밀도, 이용대상인구, 시설의 관할반경을 중심으로 분석한다.

2. 지역사회복지관의 기능

2.1 사회복지의 개념

사회복지는 사회보장을 실현시키는 방법의 하나이므로 먼저 1995년에 새롭게 제정된 사회보장기본법에 명시된 사회보장의 정의에서는 “사회보장이란 질병·장애·노령·실업·사망 등의 사회적 위험으로부터 모든 국민을 보호하고 빈곤을 해소하며, 국민생활의 질을 향상시키기 위하여

제공되는 사회보험, 공공부조, 사회복지서비스 및 관련 복지제도를 말한다”라고 되어 있다.

여기에서 사회보장의 수단 중 관련복지제도는 보건·주거 등의 분야에서 인간다운 생활을 보장하기 위한 각종 지원제도를 말한다라고 법제화되어 있다. 그 이전까지는 1963년에 제정된 사회보장에 관한 법률 제 2조에서 “사회보장이란 함은 사회보험에 의한 제급여(諸給與)와 무상으로 행하는 공적부조(公的扶助)를 말한다”라고 되어 있어 사회보장을 실현하는 수단으로 사회복지서비스 및 관련 복지제도는 사회보장의 정의에서 주목을 받지 못했었다.

사회보장기본법은 사회보험, 공공부조, 사회복지사업으로 크게 구분된다. 사회보험은 의료보험, 연금제도, 산업재해보상보험, 실업(고용)보험으로 구분되며, 공공부조는 영세민생활보호, 보훈사업, 이재민구호, 의료보호사업으로 구분된다. 사회복지사업은 아동복지, 부녀복지, 노인복지, 장애인복지, 부랑인보호, 정신질환자보호사업으로 구분된다.

사회보장이라는 용어는 1930년대에 미국 전역을 휩쓴 경제대공황을 타개하기 위해 당시 미국 대통령 루즈벨트가 제창한 뉴딜(New Deal)정책 중의 하나인 사회보장법(Social Security Act)에 그 기원을 두고 있다¹⁾. Security의 어원은 사전적인 의미로 without를 뜻하는 se와 care를 뜻하는 cura의 결합어로 불안을 없앤다라는 의미이다. 우리나라에서는 1963년에 사회보장에 관한 법률에서 최초로 사회보장을 정의하고 있으며, 그 용어가 보편화된 것은 의료보험이 실시된 1977년부터라고 할 수 있다.

우리나라에서는 이와 같이 1995년 사회보장기본법이 새롭게 제정되면서 사회보장 및 사회복지의 개념체계가 법적으로 형성되었으며, 그 이전까지는 사회복지와 사회보장의 용어가 혼용되어 왔었다. 복지란 좋다는 말(well)과 생활의 상태를 나타내는 말(fare)의 합성어로 물질적인 면

1) 전광석, “한국사회보장법론”, 법문사, 1999, p.53

과 정신적인 면에서의 생활의 좋은 상태를 의미하며, 사전적 정의에서 복지는 좋은 건강, 윤택한 생활, 안락한 환경들이 이루어져 행복을 누릴 수 있는 상태를 의미한다고 되어 있다. 이와 같이 사회복지의 건강의 개념을 기초로 형성되어 지는 것이며, 건강증진의 경우 일본은 지역 보건사업의 건강가꾸기 운동으로 전개하는데 영양, 운동, 휴식의 세가지를 건강증진의 기본요소로 설정하고 있다. 세계보건기구에서는 건강(健康)을 단순한 질병이나 허약의 부재상태만을 의미하는 것이 아니고 육체적·정신적, 나아가서는 사회적으로 완전히 건전한 상태를 말한다(정희근, 1999, p.15).

2.2 사회복지관의 역할

지역사회복지관은 각종 복지프로그램을 통해 생활이 어려운 주민들에게 사회복지서비스를 제공하거나 자립능력을 배양하기 위한 교육훈련의 기회제공 등 각종 복지서비스를 제공하고 지역사회문제의 예방 치료 및 지역주민의 연대감을 조성하는 매체로서 주민의 종합적인 복지증진을 위한 지역사회 복지센터의 역할을 수행하는 곳이다.

우리나라는 사회복지전문요원 및 자원봉사자의 활동을 통하여 포괄적인 사회복지서비스를 제공함으로써 저소득층 취약계층의 가정 및 사회문제 발생을 사전에 예방하기 위해 1982년부터 종합사회복지관을 설치·운영하기 시작했으며, 그 역할은 일정한 지역사회(Community)를 대상으로 전문인력과 자원봉사자들이 지역주민의 모든 계층과 연령층을 대상으로 지역사회의 욕구와 문제들을 발견하여 개별적, 예방적, 치료적인 프로그램을 제공함으로써 지역사회 복지의 개선과 발전을 체계적이고 계획적으로 추진해 나가는 지역사회를 거점으로한 종합적인 복지서비스기관이다.

또한 지역사회복지관의 역할에 관계된 장·단기 발전모형을 제시한 것을 보면 [표 1]과 같다.

표 1. 사회복지관 장·단기 발전모형의 개요

	단기	장기
1. 성격	-종합적 서비스 제공 기관과 지역사회조직 기능 보강	-가족서비스 제공기관과 지역사회조직 기능 강화
2. 프로그램	-전문화, 지역특성 반영 -현규정의 부분적 개편	-전문화, 지역특성 반영 -자율적 프로그램 선정
3. 대상 집단	-법정저소득층 강조 -일반저소득층, 일반 주민	-일반저소득층, 일반주민
4. 인력	-종합적 전문가 -교육과 경험 축적 요망	-특수분야별 전문가 -자격요건의 강화
5. 재정	-포괄적 지원체계와 프로그램별 지원 -차등부과	-계약에 의한 프로그램 별지원 -차등부과

* 자료 : 한국보건사회연구원, 사회복지관 운영평가 및 모형개발, 1995, p.264

2.3 사회복지관의 사업내용

사회복지관 사업은 지역특성, 지역주민의 욕구 등에 따라 필요한 사업을 수행하며, 전체사업은 10개의 필수사업을 포함하며, 선택사업은 사회복지관의 시설규모에 따른 유형(가형 : 2,000㎡ 이상, 나형 : 1,000~2,000㎡, 다형 : 500~1,000㎡)에 따라 가형은 8개, 나형은 6개, 다형은 4개로 구성되어 있다.

사회복지관의 주요업무는 [표 2]와 같으며, 사업기준에 나타난 필수사업을 살펴보면 가정문제 종합상담, 직업·부업 기능훈련, 아동선도 및 사회교육, 어린이 공부방운영, 청소년 상담 및 교양교육, 노인 사회교육 및 여가지도, 노인 가정봉사원 방문, 장애인 서비스알선 및 이송, 지역주민 사회교육, 사회조사 등 10가지 사업이 시행되고 있다.

선택사업으로는 취업·부업 안내, 보건·의료 서비스, 선의 봉사, 생활안정, 부녀자 교양 및 취미교실, 생활보호대상자의 상담 및 사후관리, 어린이 기능교실, 자모상담 및 교육, 유아보육교실, 청소년 독서실, 근로청소년 사회교육, 청소년

2) 정희근, “동서의학백과”, 세진사, 1999, p.15

년 기능교실, 불우노인 결연, 노인부업, 노인식사 및 목욕, 자립작업장 운영, 재가장애인 서비스, 자원봉사자 양성, 후원자 개발, 주민 취미교육, 주민 편의시설 제공 등 21개의 사업이 시행되고 있다.

노인복지 사업내용으로는 노인 사회교육 및 여가지도, 노인가정봉사원파견, 불우노인 결연, 노인부업, 노인식사 및 목욕 등을 제공하고 있다.

2.4 복지와 보건의료의 연계

사회복지관에서 실시하는 보건의료서비스의 경우 대체로 자원봉사자에게 의존하고 있어 전반적으로 노인복지나 장애인복지에 있어 양질의 복지서비스를 제공하지 못하고 있는 실정이다.

표 2. 사회복지관의 업무내용

분야	업 무 내 용
가정 복지	가정법률상담, 취업상담, 부업알선, 소비자상담, 생활보호 제공, 각종 직업교육프로그램 운영(꽃꽂이, 메이크업, 양재, 요리, 포장, 제과·제빵, 피부관리, 홈패션, 한복, 미싱, 커튼장식 등), 각종 사회교육 프로그램 운영(노래교실, 부모교육, 생활공예, 생활체육강좌, 영어회화, 요리교실, 컴퓨터, 피아노, 서예, 미술, 수지접)등가정 및 부녀대상 사업
아동 청소년 복지	계절학교, 도서실 및 독서실 운영, 불우아동 청소년 결연사업 및 장학금 지원, 방과후 아동공부방 운영, 부모 및 아동·청소년 상담(비행예방), 성교육, 어린이집 운영, 청소년 자원봉사자 관리교육, 청소년 쉼터운영, 여름캠프, 영화상영, 동아리운영, 각종 기능교육프로그램 운영(영어, 수학, 글짓기, 논술, 미술, 산수, 서예, 축첩, 음악, 종이접기, 컴퓨터, 피아노, 한문)등 아동·청소년 대상 사업
노인 복지	건강교실, 이동진료서비스, 무료한방진료, 물리치료, 경로식당(무료중식제공), 경로간치, 노인대학, 노인상담, 노인정운영, 취업알선, 노인부업실 운영, 목욕서비스, 이·미용 서비스, 세탁 서비스, 사물놀이, 후원 및 결연사업, 노래교실, 게이트볼교실, 한글교실, 일본어교실 등 노인대상 사업
장애인 복지	장애인 재활치료, 후원 및 결연사업, 취업알선, 공동작업장 운영, 물품지원, 이·미용서비스, 장애인 나들이, 장애인 및 부모 상담, 특수교육 등 장애인 대상 사업
지역 사회 복지	무료진료서비스, 물리치료실, 바자회 개최, 성인 검정고시반, 성인한글교실, 수화교실, 시설물 대여, 주민교양강좌, 주민도서실, 주민간치, 후원자 및 자원봉사자 모집, 편의시설 제공 등 지역주민대상 사업

대부분의 노인은 건강상태가 정상적이라 하더라도 시간이 경과함에 따라 생활의존도가 높아지고 결국에는 건강이 악화되어 의료서비스를 필요로 하게 된다.

우리나라는 1993년 노인복지법 개정으로 재가노인을 위한 가정봉사원 파견사업, 주간보호사업, 단기보호사업 등을 실시할 수 있는 법적 근거를 마련하였지만, 가정봉사원 파견사업의 경우 제공되는 방문서비스에서 의료나 간호에 대한 부분을 제공하지 못하고 있다.

노인복지에 있어 복지와 보건의료가 연계되지 않아서 효율적이고 충분한 보호서비스를 지역사회에서 제공하지 못하면 허약한 노인들은 결국 시설보호를 받지 않으면 안되는 처지에 놓이게 된다.

주택건설기준 등에 관한 규칙에서는 세대당 전용면적 50㎡이하인 주택으로서 100세대이상의 영구임대주택을 건설하는 경우 복지후생을 위한 시설로 사회복지관을 설치하도록 되어 있으며, 사회복지관 안에는 상담실, 목욕실, 탁아소, 유아교육시설, 공동작업장, 직업훈련소, 취업안내소, 청소년교양시설, 도서실, 보건소지소 등을 포함한다고 규정되어 있다.

그러나 보건지소를 설치한 사회복지관은 한곳도 없는 실정이며, 방문간호사업은 현재 보건소에서 제공하고, 가정봉사원 파견사업은 가정봉사원 파견시설에서 제공하고 있다. 가정봉사원은 대부분 자원봉사자로 생활유지 능력이 없는 생활보호대상자 위주의 불우한 노인가정을 정기적으로 방문하여 일상생활에 필요한 가사서비스를 제공하고 있는 실정이다.

대인적 사회보호 서비스의 형태는 시설보호, 지역사회보호, 재가보호로 구분되며, 시설보호는 노인이나 장애인을 장·중기간 시설에서 보호서비스를 제공하는 유형이고, 지역사회보호(Community care)는 가정 또는 지역사회내의 기관에서 3~4명이 함께 거주하는 그룹 홈의 형태와 통원에 의한 서비스 유형을 의미한다. 재가보호는 자신의 가정에서 보호를 받는 유형을 말

한다. 우리나라의 재가복지개념은 지역사회보호와 재가보호의 유형이 혼합된 형태이다.

그러나 국내 시설보호의 경우 1998년 기준 우리나라 전체 노인의 0.3%만이 시설에서 보호받고 있는 상황에서 1992년에 전국의 사회복지관, 노인복지단체, 장애인복지관, 시·도 사회복지협의회에 144개의 재가복지봉사센터를 설치하였으며, 사회복지관의 경우 1999년 7월 현재 315개의 사회복지관 가운데 285개의 사회복지관이 재가복지봉사센터를 운영하고 있다.

보건의료서비스를 제공하고 있는 보건소의 이용실태를 조사한 자료에 의하면 내과 수진자의 연령별 분포는 14세이하 6.08%, 15-64세 58.64%, 65세이상 35.28%를 차지하고 있으며, 물리치료 수진자의 연령별 분포는 14세이하 0.27%, 15-64세 32.92%, 65세이상 66.81%로 65세 이상이 가장 많았다.

물리치료 수진자의 수진건수별로 보았을 때는 65세 이상이 76.83%를 차지하여 물리치료의 경우 65세 이상 노인이 이용자의 절대다수를 차지하였다. 이것은 서울시 보건소를 노인들이 주로 이용하고 있음을 나타내는 것이다³⁾.

평균수명의 연장에 따른 노인인구의 증가, 핵가족화, 여성의 사회진출 등으로 재가노인을 위한 주간 및 단기보호소의 필요성이 증대되고 있는 실정이다. 그러나 이들 재가노인복지 시설은 현재 1998년말 기준 110개소로 노인들의 97.8%가 지역사회에 거주하고 있는 현실에 비추어 턱없이 부족한 실정이다.

[표 3]에서 보는 바와 같이 현재의 재가노인복지서비스는 서비스 규모가 절대적으로 부족하고 지역별로 불균등하게 시설이 분포되어 있다. 노인들이 손쉽게 공공복지서비스를 이용할 수 있기 위해서는 탈시설화(deinstitutionalization)의 관점에서 노인이 거주하고 있는 지역사회를 단위로 지금까지 익숙한 환경에서 효율적이며 효

표 3. 재가노인복지시설 지역분포

지역	가정봉사원 파견시설	주간보호 시설	단기보호 시설	계
서울	8	8 (143)	2 (25)	18 (168)
부산	7	7 (108)	2 (19)	16 (127)
대구	3	1 (25)	-	4 (25)
인천	2	1 (21)	1	4 (21)
광주	2	1 (22)	1	4 (22)
대전	4	1 (17)	2 (12)	7 ((29)
울산	-	-	-	-
경기	7	4 (71)	2 (32)	13 (103)
강원	5	1 (20)	1 (4)	7 (24)
충북	2	1 (12)	1 (3)	4 (15)
충남	2	1 (14)	1 (3)	4 (17)
전북	3	2 (48)	-	5 (48)
전남	5	1 (35)	3 (66)	9 (101)
경북	3	2 (75)	-	5 (75)
경남	4	1 (63)	1	6 (63)
제주	2	2 (32)	-	4 (32)
계	59	34 (706)	17 (164)	110 (870)

()안은 1일이용자수를 의미함.

※ 자료 : 보건복지부, 노인복지시설현황, 1998. 12

과적으로 일상생활을 지원하여 자립을 유도할 수 있는 노인복지 관련시설을 이용권 거리에 맞게 배치시켜야 하겠다.

노인은 익숙하지 않은 환경에서 친숙하지 못한 사람들 사이에서 숙박하게 되면 노인이 받는 스트레스는 커지게 된다. 단기보호시설을 이용하는 노인의 신체변화의 발생상황을 보면 변비가 가장 많고, 발열, 혈압변화 등 신체적 변화와 함께 불안, 불면, 배회, 야간 섬망 등의 정신적 증상도 발생하고 있다. 이것은 환경의 변화가 노인의 심신 양면에 미치는 영향이 크다는 것을 의미하고 있다⁴⁾.

이와 같이 탈시설화와 사회복지시설의 사회화는 모든 요보호자의 삶이 지역사회 주민의 삶과 가능한 한 유사하게 이루어지도록 해야 한다는

3) 오현주, "서울시 보건소 수진자의 특성 및 상병양상 조사", 서울대 대학원, 1997, p.42

4) 한국재가노인복지협회, "재가노인복지서비스", 동인, 1999, p.219

정상화(normalization)의 원리에 바탕을 두어야 한다.

3. 사회복지관 및 보건시설의 배치

3.1 사회복지관의 설치기준

사회복지관은 건축연면적에 의해 종합사회복지관과 사회복지관으로 구분되며, 종합사회복지관은 시설규모(건축연면적)에 따라 “가”형(2,000㎡ 이상)과 “나”형(1,000~2,000㎡)으로 구분된다.

종합형이 아닌 사회복지관은 일반적으로 “다”형(1,000㎡미만)으로 분류된다. 사회복지관 설치운영규정에는 인구 10만명 미만의 시·군·구는 종합사회복지관 1개소 또는 사회복지관 2개소를 설치할 수 있으며, 인구 10만명을 초과하는 시·군·구의 경우에는 초과되는 인구 10만명을 단위로 종합사회복지관 1개소 또는 사회복지관 2개소씩을 증설 설치할 수 있다고 설치운영규정 제9조, 제10조에 규정되어 있다.

또한 1989년 도시서민 영구임대주택 단지내 종합사회복지관 설치·운영 기본계획이 수립되면서 세대당 전용면적이 50㎡이하인 주택으로서 정부 예산으로 건설되는 100세대 이상의 영구임대주택을 건설할 경우 주택단지 내에 필수적으로 설치하도록 하고 있으며, 그 시설규모는 [표 4]와 같이 세대수에 의해 결정하고 있다.

표 4. 영구임대주택단지내 사회복지관 설치기준

세대수	100~300세대 미만	300~1,000세대 미만	1,000~2,500세대 미만	2,500세대 이상
시설규모	100㎡ 이상	300㎡ 이상 (500세대 이상인 때에는 500㎡ 이상)	1,000㎡ 이상 (1,500세대 이상인 때에는 1,500㎡ 이상)	2,000㎡ 이상 (5,000세대 이상인 때에는 3,000㎡ 이상)

사회복지관의 입지여건은 사회복지관 사업의 효과를 좌우하는 결정적인 요인이 된다. 현재 건립 입지의 선정기준은 저소득주민 거주분포가 높은 지역, 공단 등 사회문제 발생빈도가 높은 것으로 예상되는 지역, 기존 사회복지관과의 중복이 덜되는 지역, 주민이 이용하기에 편리한

지역, 도시계획 등의 장기적인 계획과 관련하여 부지가 적합하고 건축이 가능한 지역, 사회복지전문가 및 자원봉사자의 활용이 용이한 지역으로 되어 있다⁵⁾.

사회복지관은 그 입지적 특성에 따라 이용 대상자 계층이 다르므로 그 운영이나 프로그램에 큰 영향을 주게 된다. 그러나 현재 운영되는 프로그램은 입지여건에 관계없이 일반지역에 위치한 시설과 임대지역에 위치한 시설의 프로그램이 획일적으로 동일하게 운영되고 있어 이용자의 참여율이 낮게 나타나고 있다. 사회복지관 이용자 중 저소득층이 차지하는 비중을 보면 임대아파트 지역은 이용자의 66%, 대도시지역은 34.4%, 중소도시지역은 50.2%, 농촌지역은 32.2%로 시설 입지에 따라 이용자계층 분포에 큰 차이가 있는 것으로 나타났다⁶⁾.

사회복지관의 재가복지서비스를 지역사회보호 단위에서 활성화시키기 위해서는 보건소와의 network를 통한 통합적인 서비스 복합화가 요구되므로 보건소의 설치기준에 대해 살펴보면 보건소 법은 1995년 12월 29일 지역보건법으로 개정되어 지역보건법 시행령 제7조에 규정된 설치기준을 보면 보건소는 시·군·구별로 1개소씩 설치한다. 다만, 시장·군수·구청장이 지역주민의 보건의료를 위하여 특히 필요하다고 인정하는 경우에는 필요한 지역에 보건소를 추가로 설치·운영할 수 있다고 되어 있다.

3.2 사회복지관 및 보건시설 분포

지역시설의 배치계획에 있어 이용권을 파악하는 것은 배치계획의 기초가 된다. 지역시설은 그것이 입지(立地)한 일정한 지리적 영역을 대상으로 서비스를 제공하고 있으며, 이용권에 있어서도 ①학구(學區)와 같이 중복이 허용되지 않는 배타적인 것 ②서비스가 균질(均質)이어서

5) 보건복지부, “사회복지관 및 재가복지봉사센터 운영지침”, 1998, p.14
6) 한국보건사회연구원, “사회복지관 운영평가 및 모형개발”, 1995, p.160

가장 가까운 시설을 이용하는 것 (약국, 목욕탕 등) ③병원의 이용권 등과 같이 광역(廣域)에 걸쳐 중복되어져 있는 것 등으로 분류된다⁷⁾.

지역사회복지관의 시설배치에 있어서도 기존의 사회복지관 관할범위의 중복을 피하고 있으며, 지역사회 주민중 생활이 어려운 주민 즉 취약계층이 많이 밀집되어 있는 지역부터 우선하여 배치시키고 있다.

사회복지관의 입지유형은 크게 두가지로 구분되며, 1989년이후에 설립된 시설들은 영세민의 복지서비스를 효과적으로 수행하기 위하여 영구임대지역에 설립한 것이 많고 [표 5]에서 보듯이 52%이상 영구임대지역에 건립되었다.

표 5. 사회복지관 연도별 입지 현황

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
일반 지역	39	56	72	93	107	115	125	137	139
임대 지역	-	2	17	59	81	109	136	147	150
계	39	58	89	152	188	224	261	284	289

※ 자료: 강준렬, 지역사회복지와 사회복지관, 동인, 1997.10, p.138

지역사회복지관 및 보건시설을 대상으로 시설 분포현황을 지역별로 비교하기 위해 시설수, 시설당 관할인구, 관할반경, 사회복지관 시설밀도, 보건소당 사회복지관수 등을 기준으로 분석하면 [표 6]과 같다.

[표 6]에서 보듯이 사회복지관의 시설밀도는 전국 평균 단위면적(1km²)당 0.0031개로 나타났으며, 전국 평균보다 높은 시설밀도를 보인 지역은 서울>부산>광주>대전>인천>경기 지역 순으로 나타났다. 이것은 사회복지관이 농촌지역보다 대도시권에 편중되어 있다는 것을 의미하고, 사회복지관의 관할반경이 작아 전국 평균보다 상대적으로 시설 접근성이 높은 지역은 서울>부산>광주>대전>대구>인천 지역순으로 나타났다.

그러나 보건복지의 통합적인 접근방법에서 문제가 되는 것은 도시지역의 보건소 관할 지역범위이다. 실제로 지역별 인구밀도(인/ha)에 있어 서울 171.49, 부산 51.60, 대구 28.25, 인천 25.76, 광주 26.46, 대전 24.50, 울산 9.59, 경기 8.37, 강원 0.91, 충북 1.98, 충남 2.22, 전북 2.49, 전남 1.81, 경북 1.47, 경남 2.91, 제주 2.86 인/ha로 나타나 보건소의 관할인구는 대도시지역이 훨씬 과중한 것으로 조사되었다.

농촌지역의 경우 읍·면 단위에 설치된 1,315개의 보건지소와 의료취약지역에 설치된 2,034개의 보건진료소를 활용하여 복지서비스의 접근성을 높일 수 있으나, 도시지역은 보건소의 관할범위가 너무 광범위하여 주민이 편리하게 이용할 수 있도록 분포되어 있지 않다.

따라서 도시지역의 경우에는 98%이상 도시지역에 편중되어 있는 사회복지관을 대상으로 선별하여 보건복지 통합서비스를 제공하는 지역사회 단위 보건복지시설의 거점으로 활용하는 것이 바람직하다. 현재 농촌지역에 입지한 6개 사회복지관의 경우 4곳만이 재가복지봉사센터를 운영하고 있는 것으로 조사되었다.

지역공공시설의 배치에서 시설과 주택과의 거리는 800~1,000m이상 떨어질 경우 이용하기가 힘들게 된다. 주거밀도(인/ha)가 고밀도(250~280), 중밀도(150~180), 저밀도(80~100)이상으로 갖추어 졌을 때는 공공시설의 경우 시설배치에서 이용권을 최대한 고려해주어야 한다. 지역시설의 배치계획시 이용권 거리는 초등학교 500m, 노인복지시설 500m를 기준으로 계획한다⁸⁾.

근린주구를 지역사회의 범위로 정하고 개발할 때 적용되는 법규지침인 아파트지구 개발기본계획수립에 관한 규정에서는 근린주구의 반경을 400m를 기준으로 하고 있으며, 도시계획시설기준에 관한 규칙에서는 초등학교의 통학거리를 1,000m 이내로 한다고 되어 있다.

7) 谷村秀彦, "地域施設の規模と配置計劃に關する研究", 建築雜誌, 1987. 7, p.54

8) 대한민국토·도시계획학회, "단지계획", 보성각, 1997, p.288

표 6. 지역사회복지관 및 보건시설 분포현황

지역	보건소	보건지소	사회복지관				보건소당 관할인구	사회복지관당 관할인구	사회복지관 /보건소	사회복지관 시설밀도 (개/km ²)	보건소관할 반경(km)	사회복지관 관할반경(km)
			가형	나형	다형	계						
서울	25	-	28	51	6	85	415,562	122,224	3.40	0.1403	2.77	1.50
부산	16	8	20	17	7	44	241,569	87,843	2.75	0.0587	3.86	2.32
대구	8	9	11	10	2	23	312,741	312,741	2.87	0.0259	5.93	3.50
인천	10	22	2	10	-	12	246,090	205,075	1.20	0.0125	5.51	5.03
광주	4	-	1	14	1	16	331,619	82,904	4.00	0.0319	6.31	3.15
대전	5	6	1	11	3	15	264,601	88,200	3.00	0.0277	5.86	3.38
울산	5	14	1	2	-	3	202,614	337,690	0.60	0.0028	8.20	10.58
경기	39	133	6	14	12	32	218,326	266,084	0.82	0.0031	9.11	10.06
강원	18	93	1	10	-	11	85,572	140,027	0.61	0.0006	17.27	22.10
충북	12	96	1	5	2	8	122,954	184,431	0.66	0.0010	14.04	17.20
충남	15	160	2	3	5	10	126,878	190,317	0.66	0.0011	13.47	16.49
전북	15	144	-	8	6	14	133,825	143,384	0.93	0.0017	13.07	13.53
전남	24	212	2	7	3	12	90,260	180,520	0.50	0.0010	12.57	17.77
경북	24	223	3	6	5	14	117,149	200,827	0.58	0.0007	15.88	20.80
경남	21	182	4	4	5	13	145,641	235,267	0.62	0.0012	12.61	16.03
제주	4	12	-	3	-	3	132,090	176,120	0.75	0.0016	12.12	13.99
계	245	1,314	83	175	57	315	191,368 (평균)	148,842 (평균)	1.28 (평균)	0.0031 (평균)	11.38 (평균)	10.03 (평균)

노인주간보호센터의 경우 일본은 이용권을 500m를 계획기준으로 배치시키고 있으며, 실제로 조사한 자료에 의하면名古屋시는 각 구(區)에 1개씩 설치되어 있는 노인복지센터의 경우 거주지에서 500m 이내 거주자가 19%, 500~1,000m 거주자가 29%, 1,000~2,000m 거주자가 31%로 나타났다. 또한 프로그램강좌나 상담의 유무와 이용자수와의 상관관계는 나타나지 않은 것으로 조사되었다⁹⁾.

지역공공시설의 배치계획은 이와 같이 적정한 구밀도를 고려한 시설의 이용권거리가 중요하며, 지역사회 종합복지센터인 사회복지관의 이용도를 높여 효과성을 높이기 위해서는 지역시설 이용권 및 적정 프로그램을 운영할 수 있는 공간구성 및 배치체계가 지역특성에 맞게 이루어져야 한다.

9) 柳澤 忠 외 5인, “新建築學大系”, 彰國社, 1981, p. 87

서울지역의 경우 시설분포를 보면 보건소당 관할 인구는 415,562명, 관할 반경은 2.77 km, 사회복지관은 관할 평균인구가 122,224명, 관할 반경은 1.5 km로 보건소보다 사회복지관의 시설분포가 이용권의 인구 및 이용거리의 접근성이 좋으므로 보건소와 사회복지관의 network로서의 시설간 부분 복합화를 통해 시설의 접근성 및 효과성을 높여 보건소의 이용 부담을 상대적으로 경감시켜 사회복지관 및 보건소의 공공성을 높일 수 있다고 본다.

보건소의 설치기준에 대한 완화 요구를 살펴 보면 현재 서울의 보건소 배치는 행정단위인 각 구(區)별로 되어 있는데 구(區)의 평균인구가 418,794명이어서 노령인구를 위한 재가(在家)서비스로 방문간호사업을 시행하는데 한계가 있다. 방문간호사업은 공간적으로 담당할 수 있는 범위에 한계가 있으므로 재가서비스는 지역주민

과의 긴밀한 관계유지가 가장 중요하기 때문에 보건서비스 공급의 공간적 범위를 최소화하는 것이 바람직하다. 따라서 대생활권이 아닌 중생활권 단위 즉 인구 10~15만명당 보건소 1개를 설치해야 한다고 제안하기도 하였다¹⁰⁾.

4. 결 론

이상에서 살펴본 바와 같이 사회복지의 기능에서 사회복지의 건강을 기초로 형성될 수 있으므로 지역사회복지관은 취약계층의 노인복지·장애인복지에 대한 프로그램을 재정비해야 하며, 특히 증가하고 있는 노인복지의 수요에 있어 복지 및 보건의료의 통합서비스가 제공될 수 있도록 시설체계를 재정비해주어야 한다.

평균 수명의 연장으로 인한 노인인구의 증가, 핵가족화, 여성의 사회진출 등으로 재가노인을 위한 주간보호의 기능을 담당할 수 있는 공간이 취약계층이 밀집되어 있는 곳에 위치한 사회복지관부터 우선적으로 갖추어 감소되고 있는 가정보호의 기능을 지역사회 단위 차원에서 해결해 주어야 한다.

실제로 주간보호센터의 경우 관리운영 인원은 간호사 1인, 생활지도원 1인, 운전기사 1인으로 구성되므로 기존의 시설조직 및 공간구성체계를 부분적으로 정비하면 효율성 및 효과성을 높일 수 있다.

사회복지관의 프로그램 운영에서도 입지유형을 충분히 고려하여 지역특성에 맞게 재구성되어야 한다. 영구임대아파트지역에 건립하는 사회복지관도 실제로 이용자 가운데 66%가 저소득층이 차지하고 있으므로 주변지역의 세대수도 함께 반영하여 시설규모가 결정되어야 한다.

이러한 관점에서 우리나라의 사회복지관 및 공공보건시설의 지역별 시설분포 현황을 비교 분석한 결과는 다음과 같다.

첫째, 사회복지관의 관할반경은 농촌지역보다 대도시지역에서 작게 나타나 대도시권이 이용 접근성이 우수한 것으로 나타났다.

둘째, 사회복지관의 시설밀도는 대도시권이 높게 나타나 복지 및 보건서비스의 통합서비스를 제공하기 위한 시설 배치체계를 구성하는데 대도시지역이 상대적으로 배치조건이 좋은 것으로 나타났다.

셋째, 보건지소의 경우 대도시보다 농촌지역이 시설분포가 더 많으므로 복지 및 보건서비스의 통합서비스를 제공하는데 농촌지역의 경우 보건지소를 적극 활용하는 것이 효과적이다.

넷째, 지역사회복지관의 경우 현재 315개 중에서 6개가 농촌지역에 배치되어 있는데 농촌지역의 종합적인 보건복지서비스 수준을 높이기 위해서는 도시지역과 농촌지역의 균형적인 배치가 이루어 져야 한다.

참 고 문 헌

1. 강복수 외, 예방의학과 공중보건, 계축문화사, 1999
2. 강준렬, 지역사회복지와 사회복지관, 동인, 1997
3. 건설부, 주거단지의 설계 및 개발기준에 관한 연구, 1981.11
4. 경제기획원, 최근인구동태 현황 및 인구추계결과, 1995
5. 내무부, 지방행정구역요람, 1996.7
6. 대한민국토·도시계획학회, 단지계획, 보성각, 1997
7. 문옥륜, 한국사회와 의료보장정책, 명경, 1994
8. 박광덕, 현대사회복지정책론, 박영사, 1999
9. 박광준 외 3인, 고령화사회와 노인복지, 세종, 1999
10. 박태영, 사회복지시설과 지역사회, 백산, 1995
11. 보건복지부, 사회복지관 및 재가복지봉사센터 운영지침, 1998
12. 보건사회연구원, 사회복지관 운영평가 및 모형개발, 1995

10) 서울시정개발연구원, “노령인구를 위한 재가서비스 확대 방안”, 1995, p.287

채희재

13. 보건사회연구원, 전국 노인생활실태 및 복지욕구 조사, 1998. 12
14. 서울시정개발연구원, 노령인구를 위한 재가서비스 확대방안, 1995
15. 오현주, 서울시 보건소 수진자의 특성 및 상병양상 조사, 서울대 대학원 보건학과 석사논문, 1997
16. 이규식, 보건소의 건강증진사업과 지역보건의료계획, 보건행정학회지, 제7권 제1호, 1997. 5
17. 조운희, 사회복지관운영관리평가, 아시아미디어 리서치, 1999. 8
18. 전광석, 한국사회보장법론, 법문사, 1999
19. 정희곤, 동서의학법과, 세진사, 1999
20. 한국개발연구원, 보건의료자원과 진료생활권, 1985.4
21. 한국재가노인복지협회, 재가노인복지서비스, 동인, 1999. 8
22. 谷村秀彦, 地域施設の規模と配置計劃に關する研究, 建築雜誌, 1987. 7
23. 柏原士郎, 地域施設計劃論, 鹿島出版會, 1991.
24. 柳澤 忠 外 5人, 新建築學大系, 彰國社, 1981