

지역사회 보건복지서비스의 통합적 제공을 위한 간호사와 사회복지사간 협력에 영향을 미치는 요인

김 미 주

서울사이버대학교 보건행정학과 교수

<Abstract>

Factors affecting the collaboration between nurses in community health department and social workers in welfare services department

Mi-Ju Kim

Professor, Dept. of Health Administration, Seoul Cyber University

The purpose of this study is to propose the factors affecting collaboration between community nurses and social workers in Korea. Data that is used in this study, were collected from 295 provider respondents by questionnaire, additionally from telephone survey and secondary data review.

This study focuses on the working relationship between professionals in the field of health and social care. Based on the literature review, this study proposes a conceptual framework for collaboration between nurses and social workers in community health and social care.

The dependent variable in this study is collaboration. It reveals whether or not the inter-professional works and shows the level of collaboration. The independent variables are categorized in: the client characteristics (frailty of client, client-provider relationship); the provider characteristics (specialization, perception

* 접수: 2008년 9월 18일, 심사완료: 2008년 12월 9일

† 교신저자: 김미주, 서울사이버대학교 보건행정학과(02-944-5181, kmj@iscu.ac.kr)

* 이 논문은 한국학술진흥재단의 신진연구인력 연구장려금지원(KRF-2002-908-E00007)으로 수행되었음.

of interdependence, perception of the other professional); the organization characteristics (closeness of the other professional, autonomy, on-the-job training, evaluation-reward); and the community characteristics (urbanization, capacity of resources).

Major findings are as follows:

First, the factors that appear to have the strongest impact on whether or not inter-professional working of respondent sampled are: the perception of other professional; the perception of interdependence; closeness of the other professional; and the frailty of client.

Secondly, the factors that found to have the most significant effect on level of cooperation are: the perception of the other professional; on-the-job training; evaluation-reward; and the closeness of the other professional.

Key Words : Health and Social Care, Collaboration, Community Nurse, Social Worker, Health Center

I. 서 론

최근 보건소는 만성퇴행성 질환의 증가, 인구구조의 변화에 따라 기존 보건소 사업 중 전염병 관리나 가족계획사업 등에 대한 비중이 감소되고 있는 반면, 지역보건법의 제정과 더불어 노인보건, 정신보건, 장애인재활, 방문보건사업의 기능강화가 요청되고 있다. 새롭게 강조되고 있는 보건사업들은 그 성격상 사회복지업무와의 연계가 필수적인 것이다. 왜냐하면 장애인, 노인, 저소득층 주민들의 건강문제는 단순한 질병의 문제라기보다는 복합적인 요인으로 구성되어 있기 때문이다. 게다가 노인과 장애인은 계속해서 증가하는 추세이다. 그럼에도 불구하고 우리나라의 보건의료전달체계와 사회복지전달체계는 별개로 운영되고 있어 서비스의 단편화, 중복, 비연속성, 비효율성 등을 야기할 소지가 있다. 또한, 의료관이 치료중심에서 예방을 포함한 포괄적 케어로, 복지의 원조관도 시설수용에서 채택·지역생활 원조로 변화된 현재, 하나의 조직만의 문제를 넘어 서로 다른 조직간의 「연계」가 더욱더 요구되고 있다. 「연계」는 단독원조자의 한계성 인식을 전제로 지금까지의 원조보다 더욱 다양하게 종합적 원조의 실현을 목적으로 하는 것이다(高山忠雄 타카야마, 1993).

山中京子(야마나카, 2003)는 「보건복지연계」란 「원조에 있어 서로 다른 분야, 영역, 직

중에 속한 복수의 원조자(전문직이나 비전문직 원조자를 포함)가 단독으로 달성할 수 없는 공유되는 목표를 달성하기 위해 상호촉진적인 협력관계를 통해 행위나 활동을 전개하는 프로세스이다」라고 정의하고 있는데, 특히 일본의 학자들의 경우 「협력체제」, 「협력관계」, 「상호협력」이란 표현을 잘 사용한다. 이는 「연계」를 주체간의 「관계성」이란 측면에서 접근하는 것이며, 또는 그러한 관계성은 「협력」이란 상태에 있는 것으로 본다든 의미이다. 협력이란 서로가 서로의 힘을 빌려주고 힘을 합치는 즉 상호간에 촉진적 교류를 하는 상태라고 말할 수 있다. 즉, 「연계」는 상호촉진적 협력관계가 중요한 요소라고 판단하고 있는 것이다. 반면, 서구의 학자들은 「연계」의 「행위·활동의 프로세스」라는 측면에 강하게 착안하고 있는 것으로 보인다. 대표적으로 Germain(1984)은 보건의료영역에서 전문직간 「연계」에 대해 ① 협의(conferring) ② 전문적 조언(consulting) ③ 협력(cooperating) ④ 팀워크(team work)와 같이 구체적 행위와 활동을 포함한 프로세스를 제시한 바 있다.

이미 노령사회(aged society)로 진행된 일본에서는 보건·의료·복지의 연계 및 통합이 이미 중요한 문제로 거론되고 있으며 현재 다양한 형태로 진행되고 있다(松岡千代 마츠오카, 1999). 영국의 경우 1990년 국민보건서비스와 지역사회보호법(The NHS and Community Care Act)이 제정된 이래 보건서비스와 복지서비스의 재정·관리책임은 별도 분리체계를 유지하되, 서비스 제공단계에서 보건서비스와 복지서비스를 조정하기 위하여 사례관리하는 기제를 도입해오고 있다(Bauld et al., 2000). 하지만, 우리나라의 경우 보건복지 연계의 필요성에 대한 공감대에도 불구하고 실제로 두 전문직들간의 협력은 매우 낮은 수준에서 이루어지거나 거의 이루어지지 않고 있다(박경숙, 1996a,b; 김명숙, 2000; 함철호 외, 2001; 정문희와 유인영, 2002).

보건복지연계에 있어 보건전문직과 복지전문직간의 상호협력은 쉬운 문제가 아님은 분명하다. 의사와 사회복지사간 협력에 관한 연구들(Abramson & Mizrahi, 1986, 1996; Mizrahi & Abramson 1985, 2000)에서도 다양한 전문직들로 구성된 다학제간 협력(interdisciplinary collaboration)에 있어서 갈등은 본질적이고 필연적이며 이는 각 전문직이 각기 다른 역사와 가치, 구조, 사회화 과정을 겪어왔기 때문이라 하였다. 또한, Hokenstad(1982)는 보건의료서비스와 사회복지서비스의 통합을 저해하는 원인에 대해 역사적측면, 조직적 측면, 전문직적 측면으로 나누어 장애요인에 대해 설명한 바 있다. 이들의 설명은 우리나라에서도 적용가능하다. 우리나라 역시 역사적으로 보건과 복지가 분리되어 발달하여 왔고, 서로 다른 조직구조 내에서, 서로 다른 전문 공급자에 의해 수행되고 있다. 전문직 측면의 저해요인도 분명 존재한다.

1995년부터 한시적으로 시행되었던 시범보건복지사무소의 경험으로 '조직적 저해요인을 극복하는 것이 보건의료서비스와 사회복지서비스 통합의 성공을 보장해 주지 않는다'는 사

실도 확인한 바 있다. 여러 문헌들(이용표, 1996; 함철호, 1998a,b; 이성임 1999)에 따르면, 시범보건복지사무소는 국민건강증진의 관점에서 이루어졌다고보다는 복지사업의 활성화에 더 무게가 실려있었던 것으로 보인다. 일견 시범보건복지사무소는 양쪽의 요구를 모두 수용한 것처럼 보이나 사실은 예산절감효과가 정책선택의 결정적인 동인이 되었으며, 일선의 서비스 수행자의 의사나 이해관계가 무시된 채 이루어졌다고 할 수 있다. 시범보건복지사무소 평가결과(함철호, 1998a), 복지사무의 집중화를 통한 업무효율의 향상이라는 일부 긍정적 결과도 있었으나 시군구청과 보건복지사무소간 이원화, 지역주민의 접근성(특히 농촌지역)감소가 문제로 지적되었다. 또한 결정적으로 보건·복지부문 통합서비스 효과가 미미한 것으로 평가되었다. 그 원인으로 사회복지와 보건의료간에 통합서비스를 제공하기 위한 조직구조가 갖추어지지 않음으로써 업무분담이 이루어지지 않았고, 전문직간 갈등이 존재하였다는 점이 지적되었다. 전문직간 갈등은 특히 실제 대민업무를 담당하는 방문간호사와 사회복지사간에 심하였다(김문영, 1997; 이성임, 1999).

이는 보건복지연계를 위해서는 우선 서비스 공급자 입장에서 그 무엇이 그들로 하여금 협력을 하게끔 하는지에 대한 이해가 선행되어야 함을 시사한다. 이러한 이해를 통해 보건복지 서비스 공급자간의 협력이 외부적 요소에 의해 조절가능한 것인지, 조절가능하다면 어떤 방안이 있을 수 있는지에 대한 검토를 할 수 있을 것이다. 하지만 실제 보건복지연계란 주제로 이론적 검토를 전개하고 있는 문헌들을 검색해 보면 의외로 그 수가 적음에 놀라지 않을 수 없다. 일본, 영국, 스웨덴 등의 선진국에서는 의료보건복지의 복합영역에서 한 사람의 클라이언트에 대해 단독의 전문직만의 서비스제공이 아니라 다양한 전문직들이 서비스를 제공하는 원조형태를 「연계」라 부르며, 이 단어는 실천현장에서 일상적으로 사용되고 있다. 하지만, 실천에 있어서 「연계」의 인식도에 비해, 「연계」의 의미, 「연계」의 효과측정, 「연계」를 형성하기 위한 구체적 방법, 「연계」형성의 촉진 또는 저해요인 등에 대해 상세하게 분석하고 있는 연구는 매우 불충분하다(야마나카, 2003).

그간 우리나라에서 이루어진 연구들을 살펴보면, 주로 보건소와 종합사회복지관, 읍면동사무소 사회복지전담공무원과의 연계에 중점을 두고 이루어져 왔다(박경숙, 1996a,b; 박혜경, 2000; 유인영, 2001; 함철호 외 2001). 보건소 업무 중 현재 사회복지서비스와 연계를 맺을 필요성이나 가능성이 가장 높은 보건의료서비스는 방문보건사업으로 꼽히고 있다(박경숙, 1996b; 함철호, 1998b; 최행지, 1999). 이러한 대부분의 연구들이 연계실태와 장애요인에 대한 서술연구로, 두 분야 인력간의 협력에 영향을 미치는 요인에 대한 분석연구는 이루어진 바가 없다.

이에, 본 연구에서는 지역사회 보건복지서비스의 통합적 제공을 위한 간호사와 사회복지사간 협력에 있어 영향을 미칠 것으로 판단되는 요인들을 선정 한 후, 그 영향여부를 검토하

고자 한다. 구체적인 연구목적은 다음과 같다. 첫째, 지역사회서비스 제공시 간호사와 사회복지사간 협력여부에 영향을 미치는 대상자요인, 공급자요인, 기관요인, 지역요인을 밝힌다. 둘째, 지역사회서비스 제공시 간호사와 사회복지사간 협력이 이루어졌을 경우, 그 협력수준에 영향을 미치는 대상자요인, 공급자요인, 기관요인, 지역요인을 밝힌다. 본 연구의 결과는 복지서비스와의 연계가 필요한 공공보건사업에 있어 간호사와 사회복지사간의 협력을 증진하는 방안을 논의하는 출발점으로 이후 연구에 기초자료를 제공할 것으로 기대한다.

II 연구방법

1. 연구모형

본 연구는 지역사회 저소득 취약계층을 대상으로 서비스를 제공하는 간호사와 사회복지사간 협력에 영향을 미치는 요인들을 규명하기 위해 실시되었으며, 영향요인들을 대상자요인, 공급자요인, 기관요인, 지역요인 네가지 영역으로 구분하였다. 대상자요인으로는 대상자의 취약성, 대상자-공급자관계를, 공급자요인으로는 공급자의 전문성, 상호의존성인식, 상대전문직에 대한 인식을, 기관요인으로는 상호근접성, 자율성, 평가와 보상, 교육을, 지역요인으로 도시화와 보건복지자원량을 선정하였다.¹⁾ 본 연구의 개념틀은 다음과 같다(그림 1).

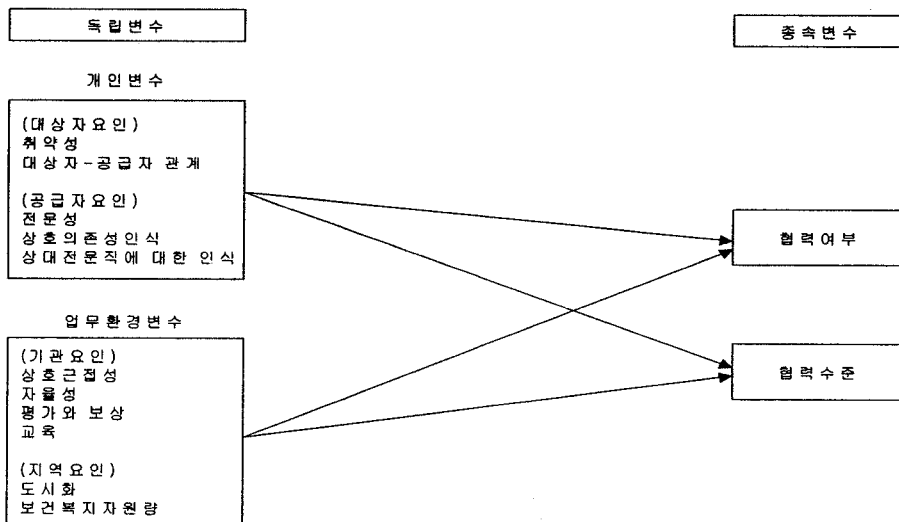


그림 1. 본 연구의 개념틀

1) 김미주(2004)의 p17-p23에 걸쳐 보건복지 인력간 협력의 영향요인에 대한 논의가 있으며, 이를 적극 참조하였음.

2. 변수의 조작적 정의 및 측정

1) 종속변수

이 연구의 종속변수는 협력여부와 협력수준 두 가지이다. 우선 협력여부를 확인한 다음, 협력한 경험이 있는 경우에 한해 협력수준을 측정하였다. 협력수준은 “대상자의 욕구를 충족시키기 위한 간호사와 사회복지사간의 협동적 활동정도”를 말하며, 그 측정은 오태현(1995)이 사용한 3문항에 보건복지연계의 형성프로세스 개념에 입각하여 작성한 5문항을 추가하여 총 8문항을 등간 5점으로 측정하였다. 충분한 정보제공 3문항, 서비스 계획수립시 의견수렴 3문항, 역할이완 정도 2문항이 그것이다.²⁾

본 연구에서 정의하는 "보건복지 협력"은 '대상자의 욕구를 충족시켜주기 위해 보건인력과 복지인력간에 이루어지는 협동적 활동 및 그 과정'이며, 궁극적인 목표는 서비스를 받는 대상자와 그 가족의 삶의 질을 최대한 높이는 것이다.³⁾

2) 독립변수

(1) 대상자요인변수

대상자의 취약성지수를 산출하기 위해 대상자의 동거가족수, 만성질환개수, 장애등급, 내적능력을 조사하여 0점에서 4점까지 부과였다. 동거가족이 하나도 없는 경우,⁴⁾ 만성질환을 2개 이상 가지고 있는 경우,⁵⁾ 법정장애 1, 2급인 경우,⁶⁾ 공급자가 대상자 및 그 가족의 성격 및 잠재력 등을 낮게 평가한 경우⁷⁾ 각 1점씩을 부과하였다. 또한, 대상자-공급자 관계가 원만한지를 파악하기 위해 대상자 및 그 가족과의 관계에 대한 공급자의 인식을 조사하였으며, 측정은 Mizrahi & Abramson(2000)의 요인분류를 참조하여 개발한 2문항을 등간 5점으로 측정하였다.

대상자의 상대가 취약할수록, 대상자-공급자 관계가 원만할수록 공급자간의 보건복지협력이 강하게 이루어질 것이라는 가설을 검증하고자 하였다.

2) 구체적 문항 내용은 뒤에 나오는 <표 1>에 있음.

3) 본 고에서 사용하는 "협력"이라는 용어는 과정중심적이며, 조직관점이라기보다는 기능관점으로, 같은 기관내에서의 보건복지 서비스 통합 뿐 아니라 다른 기관간의 보건복지 서비스 연계를 모두 포괄하고 있는 개념이라 할 수 있음.

4) 동거가족수는 현재 같이 살고 있는 가족수로, 서류상으로만 가족으로 기재되어 있는 경우는 배제하였음.

5) 만성질환은 고혈압, 당뇨, 백내장/녹내장, 위염/소화기궤양, 요관결통, 천식폐질환, 결핵, 간질환, 골절, 피부병, 암, 뇌졸중, 신장병, 심장병, 정신질환 여부에 대해 복수응답을 하도록 한 후 대상자가 갖고 있는 만성질환 개수를 산출하였음.

6) 우리나라 '장애인복지법'에 의해 등록된 장애유형별 장애등급(1급에서 6급까지)을 조사하였음.

7) Mizrahi & Abramson(2000)의 다학제간 협력에 영향을 미치는 요인분류를 참조하여 4문항을 개발하여 측정하였음. <표2>의 '내적능력'이라 명명된 항목이 그 내용임.

(2) 공급자요인변수

공급자의 전문성은 전문간호사⁸⁾/1급사회복지사 자격증여부로 측정하였다. 범주형변수로 기준값(base reference)은 전문간호사/1급사회복지사이다. 상호의존성이란 “대상자를 위해 상대전문직으로부터의 정보와 자원 및 지원에 의존하는 정도”를 말하며, 오테현(1995)이 부서간 상호의존성 측정을 위해 사용한 3문항을 재수정하여 사용하였으며 등간 5점으로 측정하였다. 상대전문직에 대한 인식은 공급자-공급자 관계를 보기 위해서 Ducanis & Golin(1979)이 개발한 전문분야간 인식척도(Interdisciplinary Perception Scale)를 사용하여 측정하였는데, 이 척도는 모두 11개 문항이며 등간 5점으로 측정하였다.⁹⁾

공급자의 전문성이 강할수록, 상호의존성에 대한 인식이 강할수록, 상대전문직에 대한 인식이 좋을수록 공급자간의 보건복지협력이 강하게 이루어질 것이라는 가설을 검증하고자 하였다.

(3) 기관요인변수

상호근접성은 “상대분야와 물리적으로 가까운 정도”를 말하며, 측정은 같은 팀이나 과에 간호사와 사회복지사가 함께 근무하는 경우, 같은 팀이나과는 아니지만 한 건물내에 상대전문직이 있는 경우, 같은 건물내에 상대전문직이 근무하지 않는 경우 3가지로 구분하여 조사하였다. 자율성은 “독자적인 의사결정을 할 수 있는 정도”를 말하며, Jaworski & Kohli(1993)의 도구를 재구성하여 3문항을 등간 5점으로 측정하였다. 평가와 보상은 “전문직간 협력이 개인이나 팀전체의 평가와 보상에 반영되는 정도”를 말하며, 오테현(1995)의 것을 재구성하여 2문항을 등간 5점으로 측정하였다. 교육은 “근무기관에서 제공하고 있는 직무교육정도”로 측정하였으며, 개인의 전문적 능력향상을 위한 교육 2문항과 상대분야에 대한 이해를 도모하는 교육 2문항으로 모두 4문항으로 등간 5점으로 측정하였다.

상호근접성이 높을수록, 자율성이 보장될수록, 평가와 보상이 분명할수록, 교육이 많이 이루어질수록 공급자간의 보건복지협력이 강하게 이루어질 것이라는 가설을 검증하고자 하였다.

(4) 지역요인변수

도시화는 해당기관이 소재한 기초자치단체의 유형으로 판단하였는데 도시형, 도농복합형, 농촌형으로 분류하였다. 도시형은 특별시·광역시시의 구 및 보건지소와 보건진료소를 가지고 있지 않은 시를, 도농복합형은 시이면서 보건소와 보건진료소를 가지고 있는 경우를, 농촌형은 군을 말한다. 보건복지자원량은 해당기관이 소재한 기초자치단체 행정구역안에 있는 지역사회기관자원량과 시설기관자원량으로 구분하여 조사하였으며,¹⁰⁾ 지역사회기관자원량은 인구 10

8) 면허간호사(RN)로, 이후 소정의 교육과 시험을 거쳐 국가로부터 전문분야 자격증을 부여받은 자를 말한다. 보건전문간호사, 노인전문간호사, 가정전문간호사 등이 있음.

9) 하위개념으로 능력적 측면과 관계적 측면으로 구성되어 있다. 우리나라에서는 이 척도를 번역하여 김용득(1998), 함철호(1998a), 함철호 외(2001)가 사용한 바 있음.

10) 민간기관은 제외하고 비영리기관만 조사하였다. 이는 본 연구가 지역사회 저소득 취약계층에 한정되어 있기 때문임.

만명당 지역사회기관수로, 시설기관자원량은 인구 만명당 시설수용인원수로 환산하였다.

도시화된 지역일수록, 지역이 갖고 있는 보건복지자원량이 많을수록 공급자간의 보건복지 협력이 강하게 이루어질 것이라는 가설을 검증하고자 하였다.

3) 측정항목의 타당성 및 신뢰성 검증

측정도구의 구성개념 타당성을 확보하기 위하여 5점 등간척도로 이루어진 항목들에 대해 요인분석을 실시하였다. 요인추출모형으로는 구성개념타당성 중 판별타당성의 확보를 위해 보편적으로 활용되고 있는 기법인 주성분분석(principal component analysis)을 사용하였다. 그리고 요인회전 방법으로는 요인들간의 상호 독립성을 유지하여 회전하는 방법인 직각회전(varimax)방식을 택하였다. 이 때 평가기준으로서 요인부하량(factor loading) 0.4이상을 설정하였으며, 그 결과 최종적으로 선택된 측정항목들은 <표 1>과 <표 2>와 같다. 그 다음, 최종적으로 선정된 측정항목들에 대해 Cronbach's α 값에 의해 신뢰성을 판단하고자 하였는데 모든 항목이 0.5이상이었다(표 1, 표2). 일반적으로 사회과학에서는 0.5이상이면 신뢰성이 있는 것으로 본다(김계수, 2001).

3. 표본선정

우선, 우리나라 전국을 대표할 수 있도록 전국적 분포, 지역유형, 재정자립도를 고려하여 2003년 현재 전국 232개 기초자치단체 중에서 44개 기초자치단체를 선정한 후,¹¹⁾ 2단계

<표 1> 타당성과 신뢰성 검증결과 최종분석에 사용된 문항(종속변수)

변 수	문 항(축약)	요인적재량	Cronbach' 알파값
협력수준	본 대상자에 관한 정보와 요구를 충분히 제공함	.967	.9864
	나의 전략이나 계획수립에 상대의견 충분히 반영함	.973	
	전략과 계획수립에 있어 상대방과 협조가 잘 이루어짐	.967	
	어떤 서비스를 제공하는지 잘 알고있음	.973	
	서로 필요한 일이 있으면 항상 연락(접촉)함	.966	
	제공하는 서비스에 대해 서로 충분히 협의하여 조정함	.973	
	경우에 따라 상대방이 나의 보조역할을 함	.906	
	경우에 따라 나는 상대방의 보조역할을 함	.927	

11) 독립변수 중 하나인 도시화도와 보건복지자원량을 고려하여 우리나라 기초자치단체들의 재정자립도 분포 및 전국적 분포를 따져 선정하였음.

〈표 2〉 타당성과 신뢰성 검증결과 최종분석에 사용된 문항(독립변수)

측정변수		문항(축약)	요인적재량	알파값
대상자의 취약성 (내적능력)		대상자와 가족의 성격이 긍정적인 편임	.607	.746
		대상자는 행복함	.889	
		대상자의 가족은 행복함	.861	
		대상자는 어려움을 극복할 잠재력 갖고 있음	.678	
대상자-공급자관계		대상자에 대한 나의 영향력은 긍정적인 편임	.829	.545
		나는 대상자와 가족에 대해 공감하고 있음	.829	
상호의존성인식		업무수행을 위해 정보,자원,지원이 필요함	.875	.774
		상대방도 정보,자원,지원이 필요함	.902	
		간호사와 사회복지사는 서로 협조해야 함	.718	
상대 전문직에 대한 인식	능력측면	서비스 제공에 필요한 능력을 갖추고 있음	.655	.669
		상대의 직업적 역할을 잘 이해하고 있음	.772	
		대상자의 복지에 많은 관심을 가지고 있음	.758	
		매우 윤리적으로 업무를 수행함	.648	
상대 전문직에 대한 인식	관계측면	협조에 대한 기대가 적절하게 형성되어 있음	.750	.833
		자기분야의 권리에 대하여 방어적인 자세를 취함*	.679	
		타 전문직의 판단을 믿음	.588	
		타 분야로부터 조언을 구하지 않는 편임*	.805	
		타 분야의 사람의 능력을 잘 활용함	.633	
		타 분야의 사람들과 잘 협조하지 않음*	.758	
자율성		독자적인 의사결정을 할 수 없어서 실망함	.612	.540
		공동의사결정을 하기 위해선 상사의 허가가 필요함	.527	
		상사가 승인하기 전에 취할 수 있는 행동이 많음*	.434	
평가와 보상		협력한 것이 나의 평가와 보상에 반영됨	.850	.615
		개인보다는 우리 부서의 평가와 보상에 더 많은 영향줌	.850	
교육		개인의 능력개발을 강조하는 교육이 이루어지고 있음	.773	.815
		개인별 업무지식에 관한 교육과 훈련이 많음	.825	
		복지와 보건을 전반적으로 이해할 수 있는 기회있음	.851	
		상대방의 업무를 이해할 수 있는 기회(교육 훈련)있음	.759	

* 역척도 문항

로, 1단계에서 추출된 44개 조사지역 내 보건소, 정신보건센터, 종합사회복지관, 읍면동사무소를 추출하였다. 표본지역에 소재하고 있는 해당기관의 수는 보건소 45개, 정신보건센터 표준형이 10개, 기본형이 10개로 총 20개,¹²⁾ 종합사회복지관 74개, 읍면동사무소 712개소였다. 이 중 보건소, 정신보건센터, 종합사회복지관은 전수조사를 하였으며, 읍면동사무소는 각 지자체별로 종합사회복지관이 있는 기초자치단체(27개)의 경우에는 2개소씩, 종합사회복지관이 없는 기초자치단체(17개)의 경우에는 3개소씩 무작위로 총 105개소를 추출하였다. 그 결과 총 조사대상기관수는 271개였다.

12) 정신보건센터의 종류에는 모델형과 기본형이 있음. 모델형은 보건소나 기타 공공시설 내에 두는 것을 원칙으로 하되, 민간건물 임대도 가능함. 기본형 정신보건센터는 보건소의 상근인력을 활용함. 이와 같이 정신보건센터는 보건소의 부속기관으로 보기도, 독립된 기관으로 보기도 애매함. 본 연구에서는 편의상 별개의 기관으로 간주하였음.

이들 조사대상기관에서 지역사회 저소득 취약계층에게 서비스를 제공하고 있는 공급자, 구체적으로 보건소 방문간호사,¹³⁾ 정신보건센터 정신보건담당 간호사와 사회복지사, 종합사회복지관 재가복지담당 사회복지사¹⁴⁾와 간호사에 대해서는 전수를, 사회복지전담공무원¹⁵⁾의 경우 각 읍면동사무소별로 1명씩 추출하였더니 모두 469명이었다.

4. 자료수집

2003년 3월부터 4월까지 2개월동안 직접 조사 기관에 방문하거나 우편으로 총 469명에게 설문지를 배포하였으며, 응답자가 직접 자기기입식(self-reported)으로 작성한 설문지를 우편으로 반송하도록 하였다. 회수된 설문지 중 응답이 많이 누락되었거나 중심화경향이 두드러진 6부의 경우 통계자료로서의 가치가 없는 것으로 판단되어 분석에서 제외하였다. 또한, 일부 응답이 누락되었거나 일관성이 없는 경우 전화로 보완조사를 실시하였다. 결과적으로 본 연구에서 실제분석에 사용된 설문지는 295부로 62.9%의 유효응답율을 보였다.

상호근접성을 파악하기 위해서 보건소 방문보건실, 정신보건센터, 재가복지봉사센터에 전화조사를 하였으며, 그 외 지역사회기관자원량과 시설기관자원량을 산출하기 위해 이차자료¹⁶⁾를 활용하였다.

5. 분석방법

수집된 자료는 통계패키지프로그램인 SPSS Windows 10.0을 통해 분석되었다. 협력경험 유무에 영향을 미치는 요인 분석은 이항변수(dichotomous variable)인 협력경험유무를 종속변수로 하여 다중 로지스틱 회귀분석(multiple logistic analysis)을 실시하고 교차비(odds ratio, OR)와 이의 95% 신뢰구간을 구하였다. 협력수준에 영향을 미치는 요인 분석은 협력수준을 종속변수로 하여 다중회귀분석(multiple regression)을 실시하였다. 모형에 포함시킨 변수는 단변량 분석에서 $p=0.25$ 이하인 변수들로 시작하여 모형의 적합도가 가장 높은 모형을 확정하였다.

13) 보건소에서 방문보건사업을 담당하는 간호사(RN)로서 방문보건실무자만을 조사하였다. 방문보건팀장, 서무의 경우 실제 방문보건을 행하지 않는 경우에는 제외하였음.

14) 종합사회복지관 부설 재가복지봉사센터에서 근무하는 사회복지사로 실제 재가복지업무를 수행하고 있는 전담인력을 조사하였음. 그러나 이 중 과장급으로 재가복지 업무 외 다른 업무에 전념하고 있는 경우는 제외하였음.

15) 읍면동사무소 지방사회복지직 7, 8, 9급으로, 최일선에서 기초생활수급권자, 노인, 장애인 등 저소득 취약계층에게 전문적인 복지서비스를 제공하는 인력을 말함. 이들은 모두 사회복지사 자격증을 소지한 사람들임.

16) 행정자치부의 「지방자치단체의 행정구역 및 인구현황」, 보건복지부의 「전국노인복지시설 현황」 「사회복지관 현황」 「정신보건총람」 「전국 공공보건기관 주소록」, 국립재활원의 「장애인복지관련 시설 및 기관일람표」를 활용하였음.

Ⅲ. 분석결과

1. 협력여부에 영향을 미치는 요인 분석

1) 단변량 분석을 통한 영향요인 확인

(1) 협력여부와 대상자요인

대상자요인에 따라 공급자의 보건·복지 협력여부에 차이가 있는지 t-test를 통해 살펴보았다. 그 결과 대상자의 취약성($p=0.042$)이 보건·복지 인력간 협력을 하느냐, 마느냐를 결정하는데 영향을 끼치는 것으로 나타났다.

(2) 협력여부와 공급자요인

간호사의 경우 전문간호사 자격증 여부, 사회복지사의 경우 1급 자격증 여부가 협력유무에 영향을 미치는지 χ^2 -test를 한 결과, 두 집단간 차이가 없었다. t-test결과 지각된 상호 의존성인식($p=.001$), 상대전문직에 대한 인식($p=0.001$)은 협력여부를 결정하는데 영향을 미치는 것으로 보였다. 이 때, 상대전문직에 대한 인식은 능력적 측면과 관계적 측면, 이 두 가지 하부영역 모두 통계적으로 의미있었다.

(3) 협력여부와 기관요인

간호사와 사회복지사가 같은 팀 또는 과인 경우, 같은 소속은 아니지만 한 건물내에 있는 경우, 그 외의 경우로 나누어 협력여부에 차이가 있는지 χ^2 -test를 한 결과, 타 인력과의 근접성($p=0.001$)이 높을수록 협력가능성이 높은 것으로 나타났다. t-test결과 자율성정도는 협력여부와와의 관련성이 통계적으로 검증되지 못하였다. 그러나, 협력한 것이 평가에 반영되는 정도($p=0.010$)와 직무교육 정도($p=0.001$)는 보건·복지 인력간 협력여부에 영향을 미치는 것으로 보인다.

(4) 협력여부와 지역요인

지역유형에 따라 보건·복지 인력간 협력여부에 차이가 있는지 χ^2 -test를 한 결과, 도시지역, 도농복합지역, 농촌 지역간에 차이가 있었다($p=0.031$). 도농복합지역, 도시지역, 농촌지역의 순으로 협력을 더 잘 하는 경향을 보였다. 지역의 보건복지자원량과 협력여부와와의 관계를 t-test한 결과, 지역사회기관자원과 시설기관자원 모두 협력여부에 영향을 미치는 않는 것으로 나타났다. 두가지 유형의 자원을 합친 총자원량으로 하였을 때도 역시 마찬가지로 결과를 보였다.

2) 협력여부와 영향요인들과의 다변량분석

이항변수(dichotomous variable)인 협력여부(협력함, 협력안함)를 종속변수로 하여 다중

로지스틱 회귀분석(multiple logistic analysis)을 실시하고 교차비(odds ratio, OR)와 이의 95% 신뢰구간을 구하였다. 모형에 포함시킬 변수는 단변량 분석에서 $p=0.25$ 이하인 변수들로 시작하여 모형의 적합도가 가장 높은 모형을 확정하였다¹⁷⁾. 따라서, 대상자의 취약성, 상호의존성인식, 상대전문직에 대한 인식, 상호근접성, 평가와 보상, 직무교육, 지역유형의 $p<0.05$ 인 7개 변수와 함께 자율성($p=0.182$)의 1개 변수를 추가하여 모형을 구축하였다. 변수 중 상호근접성과 지역유형은 명목척도로 기준치(based variable or reference category)는 각 상대전문직이 같은 건물내 있음과 도농복합형이다.

협력여부에 대한 다중 로지스틱 회귀분석 결과, 5%유의수준에서 대상자취약성, 상호의존성인식, 상대전문직에 대한 인식, 상호근접성의 4개 변수가 유의하였다. 교차비로 협력여부에 대한 변수의 영향력을 어느정도 짐작할 수 있는데 상대전문직에 대한 인식이 긍정적일수록($OR=3.075$, $p=.004$), 공급자가 상호의존성을 강하게 인식할수록($OR=2.505$, $p=0.003$), 같은 건물내 상대전문직이 존재하는 경우($OR=2.400$, $p=.021$) 대상자가 취약할수록($OR=1.531$, $p=0.033$)의 순으로 보건·복지 인력간에 협력하는 경우가 더 많았다고 볼 수 있었다. 그 외, 단변량 분석에서 유의했던 평가와 보상, 직무교육, 지역유형의 3개 변수는 다중 로지스틱 회귀분석을 통해 다른 변수의 영향을 통제한 결과 유의하지 않은 변수로 나타났다(표 3).

〈표 3〉 협력여부와 영향요인들과의 관계(다중 로지스틱 회귀분석결과)

독립변수(기준치)	B	p-value	Odds Ratio	95% CI	
				하한	상한
대상자취약성*	.426	.033	1.531	1.036	2.263
상호의존성인식**	.918	.003	2.505	1.378	4.553
상대전문직에 대한 인식**	1.123	.004	3.075	1.422	6.649
상호근접성(한건물내함께근무)*	.876	.021	2.400	1.140	5.054
자율성	-.380	.114	.684	.427	1.095
평가와 보상	-.018	.938	.982	.622	1.549
직무교육	.385	.146	1.470	.874	2.470
지역유형(도농복합형)	.703	.149	2.020	.778	5.247
constant	-8.263	.000	.000		

** : 0.01 수준(양쪽)에서 유의, * : 0.05 수준(양쪽)에서 유의

17) 일반적인 유의수준(0.05)을 기준으로 했을 때는 중요한 변수들이 누락될 가능성이 있기 때문에 이 과정에서 유의수준을 0.25를 기준으로 하는 것이 널리 인정되고 있음(송정일과 안재역, 2003).

설정된 모형의 타당성은 model chi-square와 goodness of fit을 통해 확인하였다. 로지스틱 회귀분석에서 이상적인 모형은 model chi-square가 통계적으로 의미있고, goodness of fit이 통계적으로 의미가 없을 때이다(송경일과 안재익, 2003). 본 연구에서 설정한 모형의 경우 이 두 조건을 모두 만족시키는 것으로 나타났다. 그리고, 설정한 모형에 의한 자료의 판별력은 협력하지 않은 경우의 74.5%가 정확히 협력하지 않은 것으로 분류되었으며(특이도), 협력한 경우의 69.6%가 협력한 것으로 분류되었다(민감도). 전체적으로 보았을 때 설명변수에 의한 자료분류의 정확도(correct ratio)는 72.1%이다(표 4).

〈표 4〉 자료 판별력

		예측치		계
		협력않음	협력함	
관측치	협력않음	73	25	98
	협력함	28	64	92
계		101	89	190

특이도 : $73/98 \times 100 = 74.5\%$

민감도 : $64/92 \times 100 = 69.6\%$

전체 정확도 : $(73+64) / 190 \times 100 = 72.1\%$

2. 협력수준에 영향을 미치는 요인 분석

1) 연속변수간 상관관계 분석

독립변수들간의 상관관계 분석은 다중회귀분석의 전단계로서 설명변수들간의 다중공선성 문제를 사전에 제거하기 위해 많이 이용되고 있다. 만약 독립변수들이 다중공선성을 가지고 있다면 이 상관계수의 절대값이 1에 가까울 것이다. 독립변수들간에 상관관계가 높은 변수들이 있을 경우 하나의 변수를 제외하고 분석하는 것이 통례이다.¹⁸⁾ 이에 종속변수인 협력수준(Y)과 협력수준에 영향을 미칠 것으로 예상되는 독립변수(X1 ~ X9)와의 상관관계를 보면 일부 독립변수들간에 상관관계가 있는 것으로 나타났으나 상관계수가 그리 높지 않았다. 그러나, 지역사회기관자원(X8)과 시설기관자원(X9)은 $r=.514$ 로 높은 편이어서 이후 분석에서 지역사회기관자원만 사용하였다(표 5).

18) 이 기준만으로는 실제로 다중공선성이 있는지, 그 크기가 어느 정도인지는 알 수 없음. 따라서, 본 연구에서는 이후 collinearity statistics를 통해 한계치(tolerance)와 VIF를 살펴보았음.

〈표 5〉 독립변수간 상관관계

변 수	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9
취약성(X1)	1.000								
대상자-공급자관계(X2)	-.044	1.000							
상호의존성인식(X3)	.149*	.082	1.000						
상대전문직에대한인식(X4)	-.175*	-.110	.075	1.000					
자율성(X5)	.139	.000	-.017	-.095	1.000				
평가와보상(X6)	.007	-.017	.090	.198**	-.003	1.000			
직무교육(X7)	.034	-.020	.186**	.263**	-.163**	.346**	1.000		
지역사회기관자원량(X8)	-.028	-.059	-.052	-.060	.055	-.032	-.021	1.000	
시설기관자원량(X9)	-.012	.028	-.048	-.086	.061	-.112	.002	.514**	1.000

** : 0.01 수준(양쪽)에서 유의, * : 0.05 수준(양쪽)에서 유의

2) 단변량분석을 통한 영향요인 확인

(1) 협력수준과 대상자요인

상관분석결과, 대상자요인 중 대상자의 취약성지수, 공급자-대상자 관계 모두 협력수준과 5% 유의수준에서 아무런 상관관계가 없는 것으로 나타났다.

(2) 협력수준과 공급자요인

공급자요인 중 범주변수인 자격증(전문간호사/1급 사회복지사)유무에 따라 협력수준에 차이가 있는지 t-test한 결과 유의미하지 않았다. 상관분석결과, 공급자의 상호의존성인식은 종속변수인 협력수준과 상관관계가 없었으나, 상대전문직에 대한 인식($r=0.366$, $p=0.000$)은 협력수준과 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

(3) 협력수준과 기관요인

순위변수인 상호근접성에 따라 협력수준에 차이가 있는지 분산분석을 하였다. 상호근접성이 높을수록 협력수준이 높은 것으로 나타났다($p=0.006$). 기관요인 중 자율성과 협력수준과의 상관관계는 입증되지 못한 반면, 평가 및 보상정도($r=0.313$, $p=0.000$), 직무교육정도($r=0.217$, $p=0.005$)는 유의한 상관관계가 있었다.

(4) 협력수준과 지역요인

지역유형에 따라 협력수준이 어떻게 다른지 살펴보기 위해 분산분석을 실시하였다. 그 결과 지역유형별로 협력수준에 차이가 없는 것으로 보였다. 보건복지자원량과 협력수준과도 관련이 없는 것으로 나타났다.

3) 협력수준과 영향요인들과의 다변량분석

협력수준을 종속변수로 하여 다중회귀분석(multiple regression)을 실시하였다. 모형에 포함시킬 변수는 단변량 분석에서 $p=0.25$ 이하인 변수들로 시작하여 모형의 적합도가 가장 높은 모형을 확정하였다. 상대전문직에 대한 인식, 상호근접성, 평가와 보상, 직무교육의 4개 변수($p<0.05$)와 그 외, 대상자-공급자 관계($p=.152$), 자율성($p=.249$), 지역사회기관자원량($p=.187$) 3개 변수를 회귀모형에 포함시켰다. 변수들 중 명목변수인 경우 실제 측정값보다 한 개가 적은 수의 가변수 처리한 후 사용하였다.

보건복지 인력간 협력수준에 영향을 미치는 요인으로는 상대전문직에 대한 인식, 상호근접성, 평가 및 보상, 직무교육의 4개 변수가 유의한 것으로 나타났다($p<0.05$). 다중회귀분석에서는 표준화된 회귀계수 추정치의 절대값이 클수록 해당 설명변수가 반응변수에 큰 영향을 미친다고 해석할 수 있는데, 상대전문직에 대한 인식($\beta=.374$), 직무교육정도($\beta=.188$), 평가 및 보상정도($\beta=.185$), 상호근접성($\beta=.174, .164$)의 순으로 나타났다(표 6).

결정계수값(R^2)이 0.307으로 협력 분산의 30.7%가 독립변수들에 의해 설명되어지며, 수정된 결정계수(adj R^2)은 독립변수의 개수가 결정계수에 미치는 영향을 수정한 것으로 .257이다. 설명변수의 전체 모형의 적합도도 유의한 것으로 나타났다($F=6.679, p=.000$). 잔차 분석결과 오차항의 독립성 검증을 위한 통계량인 더빈-왓슨(Durbin-Watson)값은 2.393으로 오차항들이 독립임을 확증할 수 있었다. 다중회귀분석에서는 다중공선성의 확인이 중요한데 허용치(tolerance)가 모두 0.1이상이며 분산팽창인자(VIF)도 10보다 큰 독립변수가 없으므로 다중공선성의 문제도 없었다(표 6).

<표 6> 협력수준과 영향요인들과의 관계(다중 회귀분석결과)

	회귀계수(B)	표준오차	표준화계수(β)	t-값	p-값
(상수)	.656	.543		1.207	.230
대상자-공급자관계	.080	.059	.111	1.377	.171
상대전문직에대한인식**	.434	.101	.374	4.321	.000
자율성	-.032	.064	-.042	-.512	.610
평가와 보상*	.126	.056	.185	2.259	.026
직무교육*	.127	.057	.188	2.232	.028
지역사회기관자원량	.015	.025	.054	.626	.532
상호근접성(1)*	.191	.094	.174	2.034	.044
상호근접성(2)*	.257	.132	.164	1.946	.054
F=6.679 p= .000					
R ² = .307 adj R ² = .257					
Durbin-Watson 값= 2.393					

** : 0.01 수준(양쪽)에서 유의, * : 0.05 수준(양쪽)에서 유의

IV. 논 의

1. 요인별 검증결과 논의

1) 대상자요인

분석결과, 대상자의 취약성은 협력여부를 결정하는데는 영향을 미치나, 협력수준에는 영향을 주지 못하는 것으로 나타났다. 이러한 결과에 대해 우려스러운 점은 독거노인이고, 가족 자원이 취약하며, 건강수준이 나쁘다면 그렇지 않은 대상자에 비해 더 많은 보건·복지 협력이 요구됨에도 불구하고 협력수준에는 영향을 미치지 않는다는 사실이다. 이러한 사실을 볼 때, 대상자의 보건·복지 욕구가 충분히 만족되고 있지 못하며 우리나라 지역사회 보건·복지 협력에 문제가 있음을 반증해 준다 하겠다. 이는 어느 정도 예상한 결과이기도 한데, 대상자의 문제가 심각하고 복잡한 것이 공급자들의 타 분야와의 협력의지를 감소시킨다는 문헌들이 있었다(Abramson & Mizrahi, 1986; 김명숙, 2000).

대상자-공급자 관계는 협력여부 및 협력수준을 결정하는데 영향을 미치지 못하는 것으로 나타났다. 이는 다학제간 팀을 이루는 구성원들의 특성에 관계없이 환자 및 그 가족이 공급자에게 특별히 호감 및 관심을 불러일으키는가가 학제간 협력에 영향을 미친다는 Abramson & Mizrahi(1996), Mizrahi & Abramson(2000)의 연구결과와는 상반되는 것이다.

2) 공급자요인

공급자의 전문성을 대리하는 전문간호사/1급사회복지사 자격증이 보건·복지 협력에 영향을 미친다는 증거는 없었다. 이는 공급자의 전문성이 보건·복지 협력을 보장하지 못함을 의미한다 하겠다. 최근 전문직 발달을 증명하는 것 중의 하나가 전문가(specialist)의 출현인데, 이러한 추세가 본질적으로 비효과적인 것은 아니지만 보건·복지 협력에 있어서 또 다른 장애물이 될 수 있음을 암시한다. Hokenstad(1982)는 전문가(specialist)의 출현이 보건의료서비스와 사회복지서비스의 통합을 저해하는 원인이라 하였다.

공급자의 상호의존성인식은 협력여부를 결정하는 데에는 중요한 변수였지만, 협력수준에는 전혀 관여하지 않는 극적인 반응을 보인 변수이다. 즉, 상대전문인력과 협력할 것인지 말 것인지를 결정하는데는 중요한 역할을 하지만 협력했을 때 그 수준과는 전혀 관련없다는 뜻이다. 본 연구에서는 공급자가 주관적으로 인식하는 정도를 측정하였는데 Tjosvold(1991)에 의하면 객관적 상호의존성보다 주관적 상호의존성이 협력을 더 잘 예측할 수 있다고 하였다. 상호의존성과 협력과의 관계에 대해, 보건학 또는 사회복지학 쪽에서의 실증연구는 없

지만 다른 분야에서는 이를 뒷받침하는 연구들이 있다. 경영학 문헌들(Wageman & Baker, 1997; Cohen & Bailey, 1997)에서 상호의존성과 구성원간의 협력이 긍정적 관계에 있다고 하였는데 본 연구에서는 협력여부에만 영향을 미치는 것으로 밝혀져 좀 차이를 보인다.

상대전문직에 대한 인식은 협력여부와 협력수준에 강한 영향을 미치는 것으로 즉, 간호사와 사회복지사간 협력에 가장 큰 영향을 미치는 변수로 밝혀졌다. 사실 이것은 너무나 당연한 결과일 수 있으며, 이 변수 자체가 결과변수일 수 있음을 가늠케 한다. 상대방에 대한 신뢰는 조직구성원간 협력의도, 협력동기와 상관관계가 있으며, 일반적으로 신뢰가 협력의 핵심적인 선행변수로 간주된다고 하였다(김홍민, 2000). 그 외, 김용득(1998)이 전문영역간 상호이해훈련이 다른 전문분야에 대한 인식을 높이는 효과가 있으며 이는 팀협력 향상에 직결되었음을 입증한 바 있다.

3) 기관요인

상호근접성은 협력여부와 협력수준에 모두 영향을 미치는 것으로 나타났다. 한건물내 상대전문직이 근무하는 경우 그렇지 않은 경우에 비해 협력을 선택할 가능성이 2.4배(OR) 높으며, 협력시 그 수준도 높은 것으로 나타났다. 사실 이 가설에 대해서는 반신반의하였었다. 시범보건복지사무소내 여러 보건의로인력과 사회복지사를 같이 근무하게 하였지만 분명 인력간 갈등이 존재했으며, 조직효과성을 분석한 결과 긍정도 부정도 할 수 없다는 결론을 내린 바 있는데다(함철호, 1998a), 정순돌(1997)의 연구결과에 따르면 미국 오스틴 지역의 노인서비스 기관을 한 건물에 상주시켰을 때 실제 협력증진에 도움이 되지 않았다고 하였다. 또한 국내 여러 연구들(이성임 1999; 김명숙, 2000)에서 밝혀지기를, 많은 보건·복지 인력들이 조직통합보다는 각자의 조직을 유지하면서 유기적으로 결합하는 방식을 더 선호하였다. 즉, 상대전문직과 가까이 있다는 것은 그만큼 갈등의 소지가 많다는 이야기이다. 그러나, 이현송과 강혜규(1997)는 시범보건복지사무소를 통해 두 인력이 함께 함으로써 서로의 분야에 대한 이해를 증진시키고 보건복지협력의 필요성을 더욱 인식하는 계기가 되었다고 언급했다. 즉, 상대인력과 가까이 있음으로 인해 물리적 접근성 뿐 아니라 상호이해할 수 있는 기회가 제공되어 이것이 또 협력으로 이어지는 일거양득의 결과를 낳았다는 예측도 가능하다. 그리고, 본 연구 결과는 후자쪽에 손을 들어주는 것이다.

수직적 조직구조를 확인할 수 있는 자율성정도는 보건·복지 협력여부 및 협력수준과 무관한 것으로 나타났다. 이는 민간기업체에서의 연구결과와는 상치되는 결과이다(Gupta et al., 1988; 오태현, 1995). 민간기업체에서는 조직이 수평적일수록 인력간, 또는 부서간 협력이 활발하다고 하였는데 본 연구에서는 채택되지 못하였다. 대상기관이 대부분 공공기관이며 종합사회복지관도 민간기관이라고 하기에는 공공의 성격을 많이 가지고 있다. 이러한 조직성격

의 차이가 반영된 탓으로 여겨진다.

타 분야와 협력한 것이 평가 및 보상에 반영되는 정도는 협력여부와 협력수준 모두에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 그리고, 개별보상과 공동보상 중 무엇이 더 협력에 영향을 미치는지 살펴보았는데 협력수준에 차이를 보이지 않는 것으로 나타났다($p=.083$). 기존 경영학 관련 연구들을 보면 업무 상호의존성이 높을 때 개별보상보다 공동보상이 더 강화되면 협력이 더 잘된다고 하였다(Gupta et al., 1988; 오태현 1995 재인용). 하지만 본 연구에서는 그러한 증거를 찾을 수 없었는데 이는 본 연구의 응답자들이 모두 비영리 기관에 소속되어 있어 평가와 보상에 그리 민감하지 않은 탓일 수 있다.

직무교육을 많이 할수록 협력여부 뿐 아니라 협력수준까지 높아지는 것으로 밝혀졌다. 또, 직무교육에서 개별교육과 상호교육 중 무엇이 더 협력에 영향을 미치는 지 살펴보았다. 상호교육을 더 강조하는 것이 협력수준과는 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났다($r=.300$, $p=.000$). 즉, 개별교육보다 상호교육을 제공하는 것이 협력수준에 더 큰 영향을 줄 수 있다는 것이다. 이는 민간기업체 근로자에서의 연구결과(Carlsson, 1991; 오태현 1995 재인용)와 유사하다.

4) 지역요인

지역의 보건복지자원량을 지역사회기관자원량과 시설기관자원량으로 나누어 살펴보았는데, 두 자원량 모두 협력에 영향을 미치는 않는 것으로 나타났다. 두 자원을 합친 총자원량으로 하였을 때도 역시 마찬가지로 결과를 보였다. 시설기관자원의 경우 협력한 집단이 협력하지 않은 집단보다 자원량이 더 적은 것으로 나타났는데, 이는 본 연구의 서비스 대상자가 시설에 수용된 사람들이 아니라 지역사회에 거주하고 있는 사람들이라는 데에 기인하는 것으로 여겨진다. 따라서, 지역사회 간호사와 사회복지사간 협력을 설명하기 위해서는 시설기관자원을 제외한 지역사회기관자원만을 다루는 것이 더 타당하다 하겠다.

혹시 지역사회기관자원이 혼란변수로서 작용하는지를 살펴보기 위해 지역유형별로 자원량을 살펴보았다. 그 결과, 총기관수, 인구10만명당 기관수, 인구와 면적을 동시에 보정한 기관수 모두에서 지역유형별로 차이가 있었다($p=0.000$). Duncan 사후검정을 통해 농촌이 도시에 비해 지역사회기관자원이 절대적으로 부족하다 것을 확인할 수 있었다. 따라서, 지역유형 안에는 이미 자원량변수가 들어가 있다고 보아야 한다. 지역유형과 지역사회기관자원을 동시에 놓고 다중 로지스틱 회귀분석을 해보았더니 도농복합형의 경우만 의미있었다. 따라서, 협력여부에 있어서는 지역유형에 따른 차이가 분명 있어보인다. 하지만 도농복합형, 도시형, 농촌형 순으로 협력을 많이 하는 것으로 나타나 도시화정도에 따른 것은 아니었다.

지역특성을 반영하는 도시화, 보건복지자원량 두 가지 변수 모두가 각각되었지만, 앞으로

지역특성을 반영하는 또다른 제 3의 변수들이 제시되고 검증될 필요는 있겠다. 최근 연구된 보건복지연계사업 방안을 보면 지역을 여러 각도로 구분하여 서로 다른 방안들을 제시하고 있다(이주열 등, 2005). 이런 경향을 볼 때 지역특성도 분명 보건복지협력에 영향을 미치는 요인이 될 가능성이 있다. 개인적 견해로 도시가 보건복지지원량이 훨씬 많음에도 불구하고 협력건수가 적은 것은 짐작컨대, 보건복지지원량 자체보다는 정보의 노출정도가 변수로 작용하는 것이 아닌가 여겨진다. 왜냐하면 도시의 경우 자원은 많지만 지역특성상 공급자들에게 잘 노출되지 않는 경향이 있으나, 도농복합이나 농촌의 경우는 그렇지 않기 때문이다.

2. 연구방법에 대한 고찰

본 연구결과들을 해석함에 있어 유의해야 할 연구방법상의 제한점과 향후 연구과제에 대해 언급하고자 한다. 우선, 보건·복지 전문직간 협력에 영향을 미치는 요인을 개인수준(대상자, 공급자)과 업무환경수준(기관, 지역)으로 나누어 정리함으로써 영향요인에 대해 체계적으로 접근할 수 있는 계기를 마련하였다는 점에서 의의를 찾을 수 있겠지만, 서로 다른 수준의 영향요인을 독립적으로 나열함으로써 인해 영향요인들간의 관계적 측면이 충분히 고려되지 못했다는 점이 한계로 지적될 수 있겠다. 또한, 통계분석에 있어 서로 다른 수준의 영향요인을 독립적으로 취급함으로써 인해 개인수준의 요인과 환경수준의 요인이 엄격하게 구분되지 못하였다. 본 연구의 설계상 한 기관에 속한 구성원수가 한 명에서 수명에 불과하여 HLM(hierarchical linear method)을 적용하지 못하였지만, 앞으로의 연구에서는 반드시 이 부분에 대한 보완이 요청된다.

V. 결 론

본 연구결과, 지역사회 저소득 취약계층에게 서비스를 제공하는 간호사와 사회복지사간 협력에 있어 대상자요인, 공급자요인, 기관요인은 어느 정도 영향을 미치는 것으로 나타났으나, 지역요인은 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 구체적인 내용은 아래와 같다.

간호사와 사회복지사간의 협력여부에 영향을 미치는 변수는 네 가지였으며 이 변수들이 협력여부에 미치는 영향력은 상대전문직에 대한 인식, 상호의존성인식, 상호근접성, 대상자의 취약성순이다. 즉, 상대전문직에 대한 인식이 긍정적일수록(OR=3.08), 공급자가 상호의존성을 강하게 인식할수록(OR=2.51), 같은 건물내 상대전문직이 존재하는 경우(OR=2.40), 대상자가 취약할수록(OR=1.53) 보건·복지 인력간에 협력하는 경우가 더 많았다. 또한, 협력시 그 수준에 영향을 미치는 변수는 네 가지였으며 변수영향력은 상대전문직에

대한 인식($\beta=.374$), 직무교육정도($\beta=.188$), 평가 및 보상정도($\beta=.185$), 상호근접성($\beta=.174$, 164)의 순으로 나타났다. 즉, 보건·복지 인력간 협력수준은 상대전문직에 대한 인식이 긍정적일수록, 직무교육을 많이 할수록, 상대전문직과 협력한 것이 평가와 보상에 반영될수록, 상대전문직과 가까이 있을수록 보건·복지 인력간 협력수준이 높음을 의미한다. 이러한 연구결과에 따라 수정된 모형은 다음과 같다(그림 2).

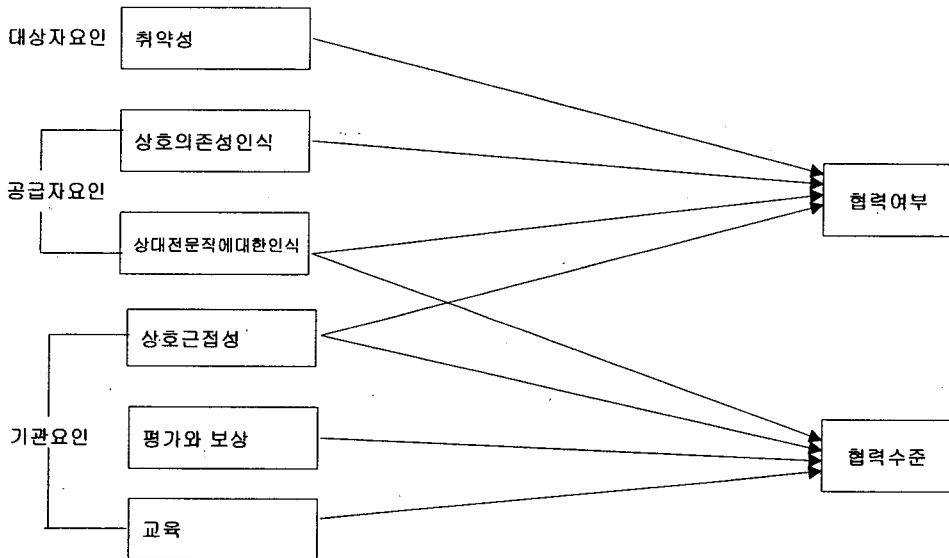


그림 2. 본 연구결과 수정된 모형

결론적으로, 지역사회 취약계층을 돌보는 간호사와 사회복지사간 협력여부와 협력수준 모두에 영향을 주는 변수는 공급자의 상대전문직에 대한 인식과 기관요인인 두 전문직간 상호근접성 두가지였다. 협력여부를 결정하는데 영향을 미치는 것으로 나타난 대상자의 취약성과 공급자의 상호의존성인식은 협력수준에는 영향을 미치지 않았다. 반면 기관의 보건복지 협력에 대한 평가와 보상, 직무교육 정도는 협력여부에는 크게 관여하지 않았으나 협력수준에는 강한 영향을 미치는 것으로 나타났다.

이러한 가설검증을 통해 입증된 영향요인은 간호사와 사회복지사간 협력을 증진하는 방안을 논의함에 있어 중요한 근거가 될 것으로 사료된다. 우선, 공급자의 인식이 무엇보다도 보건·복지 협력에 있어 중요한 요건임을 증명하였으므로 간호사 및 사회복지사의 상대전문직에 대한 인식개선을 위한 방안이 적극적으로 마련되어야 할 것이다. 둘째, 공급자의 인식 못지 않게 환경요인인 기관의 특성이 보건·복지 협력에 주요함을 밝혀내었으므로, 보건·복지 협력

수준을 제고하기 위해서는 기관의 적극적인 대처가 촉구된다 하겠다. 다시 말해, 두 전문직 간 상호근접성을 확보하고 직무교육을 강화시키며 보건복지 협력에 대한 평가와 보상체계를 구축하는 등의 노력이 필요하겠다.

종합적으로 볼 때 보건복지 협력을 위해서는 전문직에 대한 상호이해교육과 상호근접성 향상 등을 통해 자신들이 상호의존하고 있음을 인식시키고, 공통의 시각과 상호이해를 갖출 수 있는 의식의 전환이 중요하다고 보여진다. 결국 공급자 인식의 문제이며 이러한 인식은 조직의 변화노력과 함께 보건복지협력수준 제고에 영향을 미칠 것으로 여겨진다.

참 고 문 헌

- 김계수. AMOS 구조방정식 모형분석. 서울: SPSS아카데미; 2001.
- 김명숙. 농촌지역 방문보건사업과 사회복지서비스의 연계방안에 관한 연구 [석사학위논문]. 대구: 대구대 사회복지개발대학원; 2000.
- 김문영. 보건복지 사무소내 전문직단간 갈등의 요인과 관리방안에 관한 연구-보건간호사와 사회복지사를 중심으로 [석사학위논문]. 서울: 경기대 행정대학원; 1997.
- 김미주. 보건간호사와 사회복지사간의 지역사회 보건복지 협력에 관한 연구 [박사학위논문]. 서울: 서울대 보건대학원; 2004.
- 김용득. 장애인 재활시설에서의 팀협력 향상을 위한 전문분야간 상호이해 훈련 프로그램의 효과성 연구 [박사학위논문]. 서울: 서울대학교 대학원; 1998.
- 김홍민. 조직구성원의 대인신뢰와 개인-집합지향이 협력과 팀몰입에 미치는 영향 [석사학위논문]. 서울: 한양대학교 대학원; 2000.
- 박경숙. 사회복지전문요원과 복지관, 보건소의 서비스연계에 영향을 미치는 요인들-중소도시, 농촌의 사회복지전문요원을 중심으로. 한국사회복지학 1996; 30: 48-76.
- _____ 사회복지전문요원과 복지관, 보건소의 서비스연계에 영향을 미치는 요인들-서울특별시 사회복지전문요원을 중심으로. 사회복지장연구 1996; 12(2): 265-302.
- 박혜경. 지역사회 보건과 복지서비스 연계 구축방안 [석사학위논문]. 부산: 부산대학교 대학원; 2000.
- 송경일, 안재역. 생존분석. 서울: SPSS아카데미; 2003.
- 오태현. 마케팅 부서와 타부서와의 협력에 관한 연구: 협력조성방식을 중심으로 [박사학위논문]. 서울: 서울대 경영대학원; 1995.
- 유인영. 보건 및 복지 통합서비스를 위한 방문간호사업 관리에 관한 연구 [박사학위논문].

- 서울: 한양대학교 대학원; 2001.
- 이성임. 시범보건복지사무소에 있어서 보건업무와 복지업무의 통합에 관한 연구-기능적 통합을 중심으로 [석사학위논문]. 서울: 중앙대 사회개발대학원; 1999.
- 이용표. 보건복지사무소에 대한 전문직간의 인식차이 연구 [석사학위논문]. 서울: 서울대 보건대학원; 1996.
- 이주열, 이용표, 김찬우, 변경희, 한익희. 지역사회 보건복지연계사업 방안 개발. 서울: 보건복지부; 2005.
- 이현송, 강혜규. 시범보건복지사무소의 운영평가 및 개선방안. 서울: 한국보건사회연구원; 1997.
- 정문희, 유인영. 보건 및 복지영역 서비스연계에 대한 방문간호사의 인식. 보건교육·건강증진 학회지 2002; 19(2): 155-167.
- 정순돌. 오스틴 노인그룹 서비스 기관들의 관계에 관한 연구. 한국사회복지학 1997; 31: 441-458.
- 최행지. 재가복지 대상자의 건강서비스, 보건간호소식 1999; 9: 12-19.
- 함철호. 보건복지사무소의 조직효과성 평가연구 [박사학위논문]. 서울: 중앙대학교 대학원; 1998.
- _____. 보건·의료·복지 통합적 접근의 사례연구. 사회복지연구논문집 1998; 21: 193-252.
- 함철호, 김태숙, 정은경, 문창진. 지역사회에서 보건의료와 복지의 연계실태와 연계의 틀로서 케어 매니지먼트에 대한 태도. 노인복지연구 2001; 가을호: 233-282.
- Abramson J, Mizrahi T. Strategies for Enhancing Collaboration between Social Workers and Physician. *Social Work in Health Care* 1986; 12(1): 1-21.
- _____. When Social Workers and Physicians Collaborate: Positive and Negative Interdisciplinary Experience. *Social Work* 1996; 41(3): 270-281.
- Bauld et al. *Caring for Older People: An Assessment Community Care in the 1990s*. PSSRU; 2000.
- Cohen S, Bailey D, What Makes Team Work; Group Effectiveness Research from the Shop Floor to the Executive Suite. *Journal of Management* 1997; 23(3): 239-290.
- Ducanis A, Golin A. *The Interdisciplinary Health Care Team: A Handbook*. London: Aspen Systems Corporation; 1979.
- Hokenstad M. Introduction. In: Hokenstad MC, Ritvo RC(ed). *Linking Helath Care and Social Service: International Perspective*. London: SAGE; 1982.

- Jaworski BJ, Kohli AK. Market Orientation: Antecedents and Consequence. *Journal of Marketing* 1993; 57(3): 53-70.
- Mizrahi T, Abramson J. Sources of Strain between Physicians and Social Workers: Implications for Social Workers in Health Care Settings. *Social Work in Health Care* 1985; 10(3): 33-51.
- _____ Collaboration between Social Workers and Physicians: Perspectives on a Shared Case. *Social Work in Health Care* 2000; 31(3): 1-24.
- Tjosvold. D.(1991) "Power in Cooperative and Competitive Organizational Context". *Journal of Social Psychology*, 130(2); 249-258.
- Wageman, Baker. Incentives and Cooperation; the Joint Effect of Task and Reward Interdependence on Group Performance. *Journal of Organizational Behavior* 1997; 18: 139-158.
- 松岡千代(마츠오카). 헬스케어領域における専門職間連携~ソーシャルワクの視点からの理論的整理. *社会福祉学* 1999; 40(2): 17-37.
- 山中京子(야마な카). 医療保健福祉における連携概念と再構成 *社会問題研究* 2003; 53(1): 1-22.
- 高山忠雄(타카야마). 保健医療福祉の統合 京極高宣(監) *現代福祉学レキシコン* 雄山閣出版 1993; 76-77.