

Jthink 2011-PR-23

전라북도 사회복지시설 평가인증제도 도입방안 연구



국립중앙도서관 출판시도서목록(CIP)

전라북도 사회복지시설 평가인증제도 도입방안 연구 / 전
북발전연구원 [편]. -- 전주 : 전북발전연구원, 2012
p. ; cm. -- (Jthink ; 2011-PR-23)

ISBN 978-89-6612-056-7 93330 : 비매품

복지 시설 [福祉施設]

338.1-KDC5
361-DDC21

CIP2012000572

연구진

연구책임 이 중 섭 · 전북발전연구원 부연구위원
공동연구 임 지원 · 전북발전연구원 연구원

자문위원 오 민 수 · 경기복지재단 복지경영팀 책임연구원
김 연 수 · 경기복지재단 복지경영팀 연구원
박 성 민 · 서울복지재단 복지경영팀 연구원
박 경 수 · 전북사회복지협의회 사무처장
서 양 렬 · 전북노인복지관협회 회장

연구관리 코드 : 11JU39

이 보고서의 내용은 연구진의 견해로서
전라북도의 정책과는 다를 수도 있습니다.

요약 및 정책제언

1. 연구개요

□ 연구필요성 및 목적

- 국가가 제공할 수 없는 전문적이고 미시적인 복지서비스를 제공해온 사회복지시설은 그동안 양적으로 비약적인 성장을 거듭해 왔지만 양적 성장에 걸맞는 질적인 성장이 이루어졌는지에 대한 검증 필요.
 - 전북의 경우 전체 사회복지재정의 약 20%인 3,000억원정도를 사회복지시설에 지원되고 있지만 사회복지시설의 재정운영의 효율성이나 합리성에 대한 객관적인 평가는 이루어지지 못함.
 - 사회복지시설의 운영은 대부분 민간에 의해서 주도되고 있지만 운영재원은 대부분 정부지원금으로 충당되고 있어 사회복지시설의 책임있는 운영을 유도하기 위한 체계적인 평가제도의 운영을 불가피함.
- 평가제도나 인증제도는 사회복지시설간의 선의의 경쟁을 유도하여 복지서비스 구매자의 선택의 폭을 넓혀주고, 투명하고 공정한 운영을 제도화함으로써 지역사회와의 긴밀한 연계속에서 사회복지시설이 지역의 중추기관으로 자리잡을 수 있도록 견인하는 역할을 수행함.
- 평가인증이후 인증 여부에 대한 평가결과의 공개를 통해 이용자로 하여금 사회복지시설이 제공하는 서비스의 질을 객관적으로 판단할 수 있는 제도적 근거를 제공 줄 수 있음.
 - 사회복지시설 인증의 목적은 사회복지시설의 투명성과 서비스 질 향상을 통해 국민의 복지수준향상에 기여하고, 예산집행의 효율성과 합리성을 유도하며 사회복지시설 운영의 투명성을 재고하는데 유용한 정책적 도구이다.
- 이에 본 연구는 전북의 사회복지시설의 투명한 운영을 유인하고 사회복지예산 배분의 합리적 기준을 제시하기 위한 방안으로서 사회복지시설의 평

가제도 도입의 필요성을 검토하고, 평가나 심사의 방식으로서 평가제와 인증제의 장단점을 비교분석한 후 전라북도의 실정에 맞는 평가제도의 도입방안을 제시하고자 함.

- 본 연구는 보건복지부를 중심으로 진행되고 있는 전북 지역 사회복지시설 평가제도의 현황과 문제점을 분석하고 인증제도를 비롯한 사회복지시설 평가체계의 개선방안을 도출하는데 그 목적이 있음.

□ 연구방법

(1) 문헌연구와 사례조사

- 보건복지부의 2008년부터 2010년까지 평가결과를 분석하여 전북 사회복지시설의 재정이나 운영사항에 대한 전반적인 수준을 탐색함.
- 현행 사회복지시설 평가제도의 문제점을 분석하고 인증제도와 차이점 그리고 장단점에 대한 선행연구를 고찰함.
- 평가인증제도를 2005년부터 시범실시하고 있는 서울시와 경기도의 사례를 분석하고 분석결과를 토대로 전북 사회복지시설 평가제도 혹은 인증제도의 도입에 필요한 정책적 함의를 도출함.

(2) 전문가 설문조사

- 사회복지시설 평가인증제도의 직접적 이해당사자인 사회복지시설에 종사하고 있는 실무자를 대상으로 설문조사를 실시하여 전라북도 사회복지시설 평가제도의 방향에 대한 현장 실무자의 주관적 인식을 평가함.
 - 조사대상 : 아동복지시설, 노인복지시설, 장애인복지시설, 장애인복지관, 종합사회복지관 종사자 500명.
 - 평가제도와 인증제도의 선호도, 보건복지부 평가제도에 대한 인식, 사회복지시설 평가제도의 필요성, 사회복지시설 인증제도의 필요성 그리고 사회복지시설 인증제도 도입 시 검토사항 등을 중심으로 구성.

〈표1-1〉 조사 내용

항목	조사내용
평가제와 인증제 선호도	심사기간, 평가주체, 심사기관, 심사자구성, 심사자 자격, 심사자의 지역적 배경, 평가유형, 평가지표교육, 객관적 기준설정, 평가의 사후관리, 평가제도의 선호, 복지시설 환경변화반영, 평가목적, 평가결과공개, 시설간 정보공유, 평가절차
보건복지부 평가제도에 대한 인식	보건복지부 평가제도의 만족정도, 보건복지부 평가과정(평가위원의 객관성, 평가지표의 공정성, 현장평가의 공정성, 결과분석의 신뢰성, 현장의 반영정도, 지역평가위원의 적절한 배치, 평가전문에 대한 만족정도)의 만족정도
사회복지시설 평가제도의 필요성	사회복지시설 평가제도의 필요성, 사회복지시설평가제도의 정착을 위해 필요한 요건
사회복지시설 인증제의 필요성	사회복지시설 인증제도의 필요성, 인증제도 도입 시 가장 중요한 사항, 선호하는 인증방식, 인증심사자의 자격조건, 인증제 실시시 갖추어야 할 조건
사회복지시설 인증제 도입에 따른 검토사항	인증비용 부담, 인증시효기간, 인증심사자 현장전문가의 경력, 인증심사팀의 인원, 인증제도도입시 신청여부, 인증제도 활성화를 위한 인센티브 부여방안, 인증제도의 제도화 방식, 인증제도 도입 시 중요한 역할수행자, 평가인증 결과의 활용방법, 인증이후 인센티브 부여 방안

(3) 간담회 및 전문가 자문회의

- 사회복지시설 평가제도의 문제점과 개선방향 그리고 인증제도에 대한 인식과 도입 시 검토사항 등에 대한 전문가 의견수렴을 위해 2차례의 전문가 자문.
 - 1차 간담회에서는 사회복지현장 전문가들을 대상으로 연구의 방향과 설문조사의 내용 및 방법에 대해서 논의.
 - 2차 간담회에서는 현장실무자와 학계 등의 전문가들과 함께 전북 사회복지시설 평가제도의 운용방안 전반에 대한 의견을 수렴.

2. 사회복지시설 현황과 운영실태

□ 전라북도 사회복지시설 현황 및 운영실태

- 전북 도내 사회복지시설현황을 살펴보면, 먼저 생활시설이 총 347개소 설치운영중에 있음.
 - 지역별로 보면, 전주가 77개소로 가장 많고, 다음으로 익산 65개소, 군산 46개소, 완주 32개소 그리고 남원 20개소 등의 순임.

- 사회복지시설의 유형별로는 정신보건시설이 16개소, 부랑인 및 노숙인 시설이 3개소, 장애인시설이 51개소 노인시설이 209개소, 여성복지시설이 8개소 그리고 청소년과 아동복지시설이 각각 3개소와 49개소임.
- 전라북도의 사회복지시설은 지속적인 증가추세에 있고, 인구대비 사회복지시설의 비율에서도 타지역에 비해서 상대적으로 많이 설치되어 있음.
- 전라북도의 사회복지시설은 지역별로 편차가 있기는 하지만 2004년에서부터 2010년까지 약 두배 이상 증가함.

□ 전라북도 사회복지시설 재정 및 운영실태

- 전라북도의 사회복지시설 지원예산은 2011년 본청 전체 사회복지예산의 19.46%인 241,284백만원임.
- 사업의 유형별로 보면, 지역복지의 경우 전체 관련예산의 4.44%가 사회복지시설에 지원되는 예산이고, 저소득복지영역에서는 1.74%에 시설에 지원되는 예산임.
- 저소득복지예산의 경우 대체로 기초생활수급자의 생계비 등에 직접지원되는 현금급여의 비율이 높기 때문에 시설에 지원되는 간접경비는 낮은 수준임.

<표-2> 전라북도 사회복지시설 및 단체 예산지원현황 (단위 : 백만원, %)

	지역 복지	저소득 복지 정책	장애인 복지	여성 복지	보육 정책	청소년 복지	아동 복지	노인 복지	저출산	기타 (행정 경비)	전체
전체	16,644	627,226	77,138	23,733	172,568	10,095	29,904	253,571	289	29,000	1,240,168
복지 시설 예산	740 (4.44)	10,931 (1.74)	26,720 (34.63)	13,145 (55.38)	131,990 (76.48)	8,488 (84.08)	15,554 (52.01)	33,466 (13.20)	250 (86.50)	-	241,284 (19.46)

자료 : 전라북도(2011) 세입세출예산서 본예산기준 재분석

- 전체 사회복지시설 및 단체 지원 예산 중 보육예산이 54.70%로 가장 많은 비중을 차지하고 있고, 다음으로 노인복지 13.87%, 장애인복지 11.07%, 아동복지 6.45% 그리고 여성복지 5.45% 등의 순임.

3. 전라북도 사회복지시설 평가인증제도의 필요성

□ 사회복지시설 평가의 문제점

- 보건복지부의 현행 평가제도는 지나치게 계량화 된 지표를 사용하여 시설 경영환경 개선이나 서비스의 질적 개선으로 연결되지 못했다는 점, 정기적인 평가가 실시되고 있지만 평가결과를 공표하는 것 이외에는 심사 이후에 사후 심사나 정기진단을 통해 지속적인 관계를 유지하며 교육과 자문을 제공하지 못하고 있음.
- 여기에 평가 시기의 평가단 구성은 상시적이지 못하고 평가시기에만 임시로 구성되어 평가의 전문성과 체계성이 부족하다는 점도 문제로 지적됨.
- 평가지표와 관련해서도 현행 평가지표가 시설의 특성을 고려하지 못하고 있고, 실적을 중심으로 한 평가로 인해 평가결과와 시설의 긍정적 변화가 연결되지 못하고 있음.
- 이상과 같은 평가제도의 문제점으로 인해 최근에는 인증제도의 도입이 제기되고 있고, 사회복지 현장에서도 이 같은 인증제도 도입의 필요성에 대해 상당한 공감대가 형성되어 있음.
- 현행 평가제도의 문제점들을 보완하고 궁극적으로 시설 운영 및 서비스의 지속적인 품질향상에 기여하여 이용자들에게 직접 서비스를 제공함으로써 이용자의 서비스 선택권을 확대 시킬 수 있는 대안으로 인증제도가 논의되고 제시되고 있는 것임.

□ 사회복지시설 평가인증제도의 필요성 및 효과

- 지방자치단체는 사회복지시설에 대한 재정지원뿐만 아니라 지도감독의 권한을 가지고 있음. 이로 인해 지방자치단체 차원의 사회복지시설 재원 배분의 기준을 마련하기 위한 별도의 평가제도는 필요함.
 - 특히 최근 사회복지시설의 패러다임이 보호에서 인권으로 전환되고 있어 사회복지시설의 지리적·정책적 연계성을 가지고 있는 지방자치단

체 차원의 평가는 중요함.

- 여기에 더하여 보건복지부 중심의 중앙평가가 가지고 있는 한계는 지역 차원의 독자적인 평가제 혹은 인증제에 대한 대안으로 이어지고 있음.
- 평가와 인증은 심사의 과정을 포함하고 있다는 점에서 유사점을 가지지만 평가는 평가이후 사후 피드백이 존재하지 않은 반면, 인증은 심사이후에도 인증기관과 대상시설의 사후심사나 정기적인 진단을 통해서 지속적인 관계를 유지하고 자문과 교육을 제공한다는 점에 차이가 있음.

4. 사회복지시설 평가인증제 운영 사례 연구

□ 인증제도 운영 사례

- 경기도가 경기복지재단을 통해 2008년 노인생활시설 인증지표, 생활시설과 주간 및 단기 그리고 직업재활시설 등을 포함한 장애인복지시설과 아동생활시설 인증지표를 개발함.
- 경기도 사회복지시설의 인증범위는 편리하고 안전한 생활환경 구축, 변화를 추구하는 조직경영, 전문적인 서비스 제공, 인권보장으로 인증과정은 인증신청, 신청계약, 자체심사, 인증심사, 인증심의, 지속적 관리 6단계로 진행됨.
- 서울도 시출연재단법인인 서울복지재단을 통해 2005년부터 노인요양서비스 인증모형 개발하였고, 2006년부터 인증시범사업을 실시함.
 - 2009년 현재까지 장애인 주간·단기보호서비스, 노인요양서비스, 장애인 직업재활시설, 아동생활시설, 사회복지관, 노인복지관 에 대한 인증지표 및 지침서가 완성됨.
 - 서울복지재단의 사회복지시설 인증심사과정은 총 5단계로 진행되며, 약 7개월이 소요되고, 인증심사위원회는 각계 전문가로 7명 구성되고 3단계까지의 보고서를 심의하여 인증여부를 결정함. 인증여부는 3년 인증과 1년 조건부 인증, 그리고 불인증으로 결정됨.
- 서울시와 경기도의 사회복지시설 인증제도를 비교해 보면, 서울시나 경기

도 모두 평가와 인증을 모두 운영하고 있음. 이 두 지역은 모두 사회복지서비스의 품질 향상과 복지경영체계의 수립을 목적으로 인증제도를 도입하였다. 평가인증기관은 모두 지방자치단체의 출연기관에서 담당하고 있고, 두 지역모두 복지경영팀에서 평가인증사업을 추진하고 있음.

- 복지경영팀은 평가와 인증사업뿐만 아니라 복지시설 경영컨설팅과 평가이후 사후관리사업까지 함께 진행하고 있고, 담당 직원은 3명임.
- 미국을 비롯한 외국에서 인증제도는 공공서비스의 질을 높이고 공적인 서비스를 제공하고 있는 조직의 책무성을 확보하기 위한 방안에서 도입됨
 - 영국이나 캐나다 그리고 프랑스 등의 사례에서 확인된 바와 같이 보건 의료서비스를 제공하는 기관에 대한 인증은 1900년대 초중반부터 이미 시행되어 왔고, 인증제도를 통해서 상당한 품질의 개선을 이루어옴.
 - 특히 영국의 경우 보호서비스 기준법의 제정을 통한 민간복지서비스의 평가를 통해 부실시설과 우수시설을 구분하고 부실시설은 퇴출하고 우수시설은 확대하는 질적인 성장을 거두고 있다.
 - 일본도 3자 평가와 같은 인증제도를 통해 사회복지서비스 이용자에게 서비스 선택을 위한 다양한 정보를 제공하여 이용자의 선택권을 확대하고 있고, 인증심사 이전 자체평가 과정에서 개별 시설의 장점과 단점을 파악하여 스스로 문제점을 교정할 수 있는 기회를 갖음. 여기에 자체평가를 통해 사회복지시설 시설 스스로가 달성 가능한 목표를 찾아내고 목표달성을 정책이나 과업을 수립하여, 시설종사자들이 전문성 제고와 서비스 질을 향상을 동시에 만족시키고 있음.

□ 평가인증제도 운영 사례의 정책적 함의

- 서울을 비롯한 일부 지방자치단체와 외국이 사회복지서비스의 품질을 개선하고 사회복지서비스 제공기관의 책임성을 담보하기 위한 장치로서 평가인증제도를 도입하고 있음.
- 다만, 인증제도가 지속적인 인증심사와 관리를 통해 사회복지시설의 책임

성을 강화하고 서비스의 품질을 개선하는데 효과적이기는 하지만 인증심사에 필요한 독립적인 기구의 운영에 예산이 투자될 수밖에 없는 한계도 존재함.

- 국내외 사례에서 확인된 바와 같이 인증제를 운영하고 있는 국가의 경우 공통적으로 독립된 인증기관을 가지고 있고, 한국의 경우도 지방자치단체의 기금으로 운영되는 준공공기관을 통해서 인증심사가 이루어지고 있어 인증심사를 위한 인프라의 구축에 상당한 예산이 소요된다는 점임.
- 서울과 경기의 경우 인증심사를 관리하고 인증지표를 개발하는데 소요되는 예산만 한해 2억 이상 소요됨..
- 아울러 평가인증제도의 시행시 가장 큰 장벽은 현재 보건복지부의 평가제도와 어떤 관계로 수행할 것인지에 대한 지방자치단체 중심의 평가와 인증의 선택과 방법이 문제가 됨.
- 사회복지시설에서는 인증을 통한 인센티브가 없는 상황에서 보건복지부 평가 이외의 인증까지를 받고자 하는 유인동기가 약할 수밖에 없다. 현재 평가제와 인증제를 모두 시행하고 있는 서울이나 경기도의 경우 평가제는 사실상 보건복지부 평가제에 지역평가위원의 선임과정에 참여하거나 일부 지역관련 문항을 추가하여 평가하는 것 이외에는 보건복지부의 평가제도에 따라 진행되고 있음.
- 지방자치단체가 인증제를 시행하고자 한다면 보건복지부의 사회복지시설 평가제와의 관계설정이 전제되어야 함.

5. 사회복지시설 평가인증제도에 관한 전문가조사결과

□ 사회복지시설 평가 전문가 설문조사 결과

- 사회복지시설 평가제도에 대한 전문가의 의식을 조사하기 위해 현장실무자 501명을 대상으로 설문조사를 실시함.
 - 조사방식은 사회복지시설의 유형별로 최소 7개소에서 최대 15개소까지 무작위로 표집하여 각 시설의 유형별로 100개씩을 임의할당함.

- 각 유형별 시설은 지역과 종사자 수 그리고 운영법인을 기준으로 유의 표집함.
- 지역별 조사대상과 응답 및 회수를 보면, 전체 조사대상 501명 중 도시 지역이 256명 중 234명이 응답하였고, 농촌지역은 245명 중 229명이 응답해 전체 응답률은 90.6%임.
- 회수된 설문지 중 무응답과 결측값을 제외하고 분석된 사례는 총 463부였음. 조사대상자의 일반적 특성을 보면, 남자가 154명(33.3%)이었고, 여자가 309명(66.7%)였다. 학력으로는 현장 실무자의 73.2%가 대학졸업자였고, 18.8%는 전문대졸 순임.

□ 사회복지시설 평가제도에 대한 견해

- 심사기간, 평가주체, 심사자 자격, 심사자의 지역적 배경, 객관적 기준의 설정여부, 평가의 사후관리, 환경변화에 대한 반영방식 그리고 평가절차의 경우는 인증제도보다는 기존의 평가제도를 더욱 선호하고 있음.
- 심사기간의 경우 일회성으로 실시하는 것이 좋다는 의견이 66.2%로 높았고, 평가의 주체는 민간보다는 국가기관을 선호하고 있는 것으로 나타남. 사회복지시설 평가제도에 대한 만족정도에서는 대부분의 현장 실무자들이 만족하지 않는 것으로 나타남.
- 각 영역별로 보면, 평가팀의 객관적 구성에 대해서는 45.5%가 불만족하고 있었고, 평가지표의 적절성도 49.6%가 만족하지 못하고 있음.
- 현장평가의 공정한 운영에 대해서도 51.9%가 만족하지 못했고, 신뢰할만한 결과분석에서도 45.9%가 만족하지 못하고 있는 것으로 나타남.
- 결과적으로 현행 평가제도에 대해서는 만족한다는 응답은 17.8%에 불과했고, 37.7%가 만족하지 못한다고 응답해 사회복지시설 평가에 대한 현장 실무자들의 의견은 매우 부정적인 것으로 나타남.
- 사회복지시설의 유형별로는 평가제도의 개별 문항에서 다소 차이를 보였는데, 장애인복지관의 경우 전반적으로 다른 사회복지시설보다는 현행 평가제도에 대한 만족도가 높았고, 장애인복지시설은 만족도가 10% 이하

로 매우 낮게 나타남.

- 현행 보건복지부가 실시하고 있는 사회복지시설 평가제도에 대한 전반적인 만족의 정도는 대체로 4점 만점에 1.3점정도로 매우 낮게 나타남.

□ 사회복지시설 평가의 필요성

- 사회복지시설 평가가 어떤 형태로든 필요하다는 응답자가 72.3%로 필요하지 않다는 응답보다는 훨씬 많고, 직급별로는 관리자보다는 일반 직원들이 평가의 필요성에 대해서 다소 높은 수요를 보임.
- 사회복지시설 평가의 필요성에 대해서는 모든 시설 유형이 60%이상이 동의함.
 - 필요한 이유에 대해서는 1순위에서 사회서비스의 질적 수준 향상이 62.2%로 가장 높았고, 다음으로 재정운영의 투명성 13.0%, 그리고 이용자 만족도 향상과 표준적 서비스 확보가 각각 9.7%로 나타남.
 - 사회복지시설 평가가 필요하지 않은 이유에 대해서는 1순위에서 평가를 위한 전시행정의 우려때문이라는 의견이 22.0%로 가장 높았고, 다음으로 평가기준을 신뢰할 수 없어서 20.3%, 시설이 자체적으로 잘 운영되고 있어서 15.4% 등으로 나타남.
- 사회복지시설 평가제도의 정착을 위한 제도화 방안으로는 1순위에서 평가 방법 및 지표의 합리적인 평가체계의 구축이 60.8%로 가장 높았고, 다음으로 현장 전문가 인력 및 예산확보 15.2%, 평가에 따른 분명한 인센티브의 부여 7.4% 등의 순으로 나타남.

□ 사회복지시설 평가인증제도에 대한 견해

- 사회복지시설 인증제도가 필요한지에 대해서는 조사대상자의 64.7%가 인증제도의 필요성에 공감하는 것으로 나타남.
 - 필요하지 않다는 의견은 13.9%에 불과해 전반적으로 사회복지시설 종사자들은 인증제도의 도입에 긍정적인 것으로 나타남.

- 인증제도의 도입 시 가장 먼저 고려해야 할 사항으로는 객관적인 평가 지표의 개발이 42.2%로 가장 높았고, 다음으로 평가인증제도에 대한 공감대 형성 23.4%, 평가결과의 효율적 활용 20.8% 등으로 나타남.
- 인증의 방식으로는 최우수에서 불가에 이르는 5단계가 47.0%로 가장 많았고, 다음으로 인증, 조건부 인증, 불가 등의 3등급 38.1%로 나타남.
- 시설의 형태와 조사대상자의 직급별로 선호하는 인증의 방식에 있어서는 다소 차이가 있었는데, 가령, 이용시설의 경우 3등급으로 구성된 인증제를 더욱 선호하고 있는데 반해, 생활시설은 5등급으로 구성된 인증제를 더욱 선호하는 것으로 나타남.
- 인증심사위원의 적격한 심사자로는 1순위에서 현장 사회복지사가 74.8%로 가장 많았고, 다음으로 이용자 10.4%, 교수 8.5% 순이었다. 2순위에서는 이용자가 31.2%로 가장 많았고, 다음으로 관련 공무원 26.2%, 교수 22.7% 등의 순으로 나타남.
- 평가인증제도 도입 시 가장 중요한 조건은 전체 조사대상자의 42.2%가 인증지표의 표준성과 각 기관별 고유성에 대한 반영을 지적했고, 다음으로 평가인증제도에 대한 사회복지시설의 인식과 이해 28.0%, 인증결과에 따른 재정적인 인센티브 확보 18.0% 등의 순으로 나타남.
- 인증시효의 정도에 있어서는 3년이 52.6%로 가장 많았고, 다음으로 5년 33.5%, 2년 6.7% 등의 순으로 나타남.
- 사회복지시설 인증제 도입 시 당해 사회복지시설이 인증제를 신청하겠다는 것에 대한 응답에서는 67.3%가 지켜보다가 신청하겠다는 유보적인 입장을 보였고, 가능한 한 빨리 신청하겠다는 응답은 25.3%로 나타남.
- 평가인증제도의 인센티브 부여방안으로는 33.4%가 인력보장비의 지원을 제시하였고, 다음으로 시설환경 개선자금의 우선 지원 29.3%, 프로그램 및 사업비 지원 21.3% 등으로 나타남.
- 시설유형별로는 장애인시설과 종합사회복지관 그리고 장애인복지시설은 인센티브 부여방안으로 인력보장비 지원이 높았고, 노인복지시설과 아동복지시설은 시설환경 및 개선자금의 우선지원 등 시설인프라에 대한 지원이 더 높게 나타남.

- 평가인증제도를 도입하고 운영하는데 있어서 가장 중요한 역할을 해야 할 주체로는 1순위에서 사회복지시설 실무자가 47.4%로 가장 높았고, 다음으로 인증기관 19.2%, 사회복지 관련 협회 14.4% 등의 순으로 나 타남.
- 인증기관의 인센티브 부여방안으로는 1순위에서 모든 직원을 대상으로 포 상금 지원하는 방안이 40.6%로 가장 많았고, 다음으로 시설운영에 자유롭게 쓸 수 있도록 운영비를 지원해야 한다는 의견이 24.1%, 해당시설의 우 수 프로그램에 대한 사업비 지원해야 한다는 의견이 19.1% 등이었음.

6. 전라북도 사회복지시설 평가인증제도 도입방안

□ 전라북도 사회복지시설 평가인증제도의 필요성

(1) 사회복지서비스의 질적 수준 향상

- 전북의 사회복지시설은 매년 증가하고 있지만 양적인 성장만큼이나 질적 인 성장이 이루어지고 있는지에 대해서는 의문이 있음.
- 사회복지시설 중 생활시설의 증가는 정상화라고 하는 사회복지의 전통적 가치와는 상반될 뿐만 아니라 가용재원이 부족한 지방자치단체의 시각에 서도 재정운용의 폭을 위축시키는 주된 요소임.
- 전북도 전체 사회복지재정에서 약 20%에 이르는 2,400억원이 복지시설에 지원되고 있음.
- 특히, 전북의 사회복지시설 중 이용시설의 정원충족률은 70%를 약간 상 회하는 수준으로 20%이상이 정원을 충족하지 못하고 있어 생활시설을 중 심으로 한 사회복지시설의 기능 재조정이 시급한 과제임.

(2) 사회복지서비스 이용자 선택권 확대, 이용자 권리 보호

- 사회복지서비스의 이용자는 과거 저소득 빈곤계층이나 취약계층 중심으로 구성되었지만 최근 사회복지서비스의 확대에 의해 사회복지서비스의 이용자가 과거 취약계층에서 중위소득이상까지로 그 대상이 확대되고 있음.
- 사회복지서비스 이용자의 확대는 사회서비스에 대한 이용자 권리의 신장으로 이어졌다. 사회복지서비스의 이용자는 과거 시혜적 차원에서 제공되던 사회복지서비스 체계와는 달리 이용자들의 선호와 기호에 따른 차별화된 사회복지서비스에 대한 욕구의 확대에 전환되었고, 그 결과 사회서비스를 제공하는 기관에 대한 책임성과 전문성이 무엇보다도 강조됨.
- 기존에 시혜적 차원에서 제공되던 사회복지서비스의 관성적인 평가와는 달리 이제는 이용자의 관점에서 사회복지서비스의 책임성을 평가하기 위한 평가체계의 수립이 요구되고 있음.
- 실제로 사회복지시설 세입예산의 90%이상은 국가와 지방자치단체가 지원하는 조세로 충당되고 있어 사회복지시설도 기관이 제공하는 사회복지서비스에 대해서 이용자의 만족도를 충족시켜야 할 책무성을 가짐.
- 그리고 평가나 인증체계는 이 같은 사회복지시설의 시대적 책임을 충실히 이행하고 있는지를 검증함으로써 사회복지이용자에게는 보다 양질의 서비스를 제공받을 수 있도록 하고, 사회복지시설은 평가를 통해서 부족한 부분을 보완하여 향후에는 보다 질높은 사회복지서비스를 제공할 수 있도록 자문을 받을 수 있도록 하는 긍정적인 효과를 가짐

(3) 사회복지서비스에 대한 지방자치단체의 역할강화

- 사회복지시설의 운영이나 사회복지서비스에 대한 품질에 대한 지도와 감독은 중앙정부에서 지방정부로 이양됨.
 - 2005년 참여정부에 의해서 추진된 지방이양사업의 확대에 의해 사회복지시설에 대한 지방자치단체의 책임은 한층 더 강화됨.
- 현재 보건복지부가 실시하고 있는 사회복지시설 평가제도가 사회복지서비스의 질적 수준 제고라고 하는 본연의 목적을 달성하지 못하고 있는 것도, 평가의 주체와 지도감독의 주체에 다른 제도적 문제 때문임.

- 현재의 사회복지시설 평가체제하에서 지방자치단체는 사회복지시설평가단의 평가위원을 추천하거나, 관할 지역 내 시설평가를 수행하는 평가위원들에 대한 평가수당 및 출장비를 지원하는 소극적인 역할에 머물러 있음
- 따라서 사회복지서비스의 수용자와 밀접한 지리적 연계성을 가진 지방자치단체가 제도적 책임감을 가지고 사회복지서비스의 품질을 개선하기 위한 노력을 주도해야 함.

□ 전라북도 사회복지시설 평가인증제도의 도입방안

- 전북의 사회복지시설 평가인증제도는 평가인증지표의 객관성, 평가인증요원의 전문성, 평가인증기관의 책임성, 피평가인증기관의 수용성 그리고 평가결과의 활용성 등 네 가지의 원칙 하에서 설계되고 운영되어야 함.
- 이를 위해서는 사회복지시설이 제공하는 서비스와 프로그램의 질적 수준을 진단하는 평가제도와 사회복지시설의 기본 인프라의 충족여부를 심사하는 인증제도를 병행하는 안이 검토될 수 있고, 별도의 인증제만 운영하는 안이 있을 수 있음.
- 이 같은 논의를 토대로 전라북도가 선택할 수 있는 사회복지시설 평가인증제도의 안은 현재의 보건복지부 평가제도를 병행한다는 전제하에 전북도의 부분평가제도와 병행하는 방안(1안), 자체평가제도와 병행하는 방안(2안), 보건복지부 평가제도와는 다른 인증제도를 운영하는 방안(3안)으로 도입될 수 있음

(1) 1안 : 부분평가제도(보건복지부 평가+일부자체평가)

- 1안은 보건복지부의 3년주기 평가제도를 사회복지시설 평가의 기반으로 활용하되 전북의 지역성을 감안한 평가지표를 보건복지부의 평가지표에 추가하여 평가하는 방안임.
- 이 안은 전북도의 평가지표가 보건복지부의 평가지표에 일부 지표가 추가되는 방식이기 때문에 평가의 주관은 보건복지부가 되고 일부 문항에 대

해서만 평가내용이 포함됨.

- 1안은 지표의 지역성 부재와 전문성 문제를 일정부분 해소할 수 있고, 과전북이 추가로 제시한 지표에 대해서는 평가가 진행되어 전북의 일정 기준이 반영될 수 있다는 점에서 장점을 가짐. 아울러 재정적인 측면에서도 자체평가나 인증심사의 경우보다도 예산이 적게 소요됨
- 하지만 지역지표의 일부 문항이 포함되었다고 해서 보건복지부 중심의 평가제도가 가지고 있는 한계를 완전하게 극복할 수 없고, 여전히 평가의 주체는 전북도가 아닌 보건복지부이기 때문에 평가결과에 따른 전북도 차원의 인센티브가 부여될 수는 없다는 점에서 단점이 있음.
- 1안은 재정효율성을 달성하기에는 쉽지만 전북이 평가결과를 가지고 관내 사회복지시설 운영의 개선이나 제공되는 서비스의 품질향상과 적극적으로 연계할 수 없다는 단점이 있음.

(2) 2안 : 자체평가제도(보건복지부평가+자체평가)

- 보건복지부의 평가와 함께 전북차원의 별도 평가지표와 평가위원 구성을 통해 자체평가를 실시함.
- 이 안은 보건복지부의 평가결과와는 관계없이 전북 차원의 자체평가를 통해 피평가기관의 수용성과 함께 평가결과의 활용성을 높일 수 있음.
- 현재 보건복지부의 평가가 사회복지시설로부터 긍정적인 평가를 받지 못하고 있어 지역성을 감안하여 자체평가를 실시할 경우 높은 수용도를 보일 수 있고, 모든 영역에 대해서 전라북도 단독으로 복지시설을 평가하기 때문에 평가결과를 활용할 수 있다는 점에서도 장점이 있음.
- 2안은 사회복지시설 평가에 관련한 모든 항목에서 별도의 독자적인 평가지표를 개발하고, 비상시적이기는 하지만 평가 시 마다 평가위원을 구성해야 하는데 많은 시간과 비용이 소모됨.
- 아울러 단독평가를 실시할 경우 사회복지시설은 보건복지부 평가와 함께 전라북도의 단독평가를 두 번 받아야 하는 중복성이 있고, 보건복지부 평가지표와 완전히 다른 평가지표로 구성할 경우 일선 사회복지시설들은 평

가의 잣대와 중심을 어디에 두어야 할지 모르는 혼선을 초래할 수 있음.

- 따라서 이 안을 선택할 경우, 객관적이고 공정하면서도 지역성을 가미한 평가지표를 개발한다는 전제하에 전라북도가 명확한 평가의 목적과 평가의 활용방안에 대한 구체적인 방향이 설정되어야 만 효과를 기대할 수 있음.

(3) 3안 :평가인증제도(독립적인 인증기관 설치와 인증심사)

- 사회복지시설의 순위와 서열을 매기는 방식이 아닌 인증심사를 통해 사회복지시설의 운영 적격성을 판단하는 제도이고, 인증여부는 지역사회에 공개됨.
- 3안의 효과는 사회복지시설의 인증여부에 따른 소비자의 선택권을 강화하여 사회복지서비스의 품질을 전반적으로 향상시키고 결과적으로 사회복지시설의 자율적 조정기능까지 수행할 수 있게 됨.
- 하지만 3안은 독립적인 인증기관을 설치해야 하고, 인증지표의 개발과 인증요원의 교육 그리고 인증 이후 지속적인 관리와 컨설팅이 종합적으로 제공되어야 한다는 점에서 상당히 많은 예산이 소요됨.
- 평가인증제도를 도입한다고 하더라도 보건복지부의 평가제도를 거부할 수는 없기 때문에 사회복지시설은 평가제도와 인증심사를 동시에 받아야 하는 부담이 있음.
- 따라서 3안을 선택할 경우 사회복지시설 평가제도는 사회복지시설이 제공하는 프로그램에 대한 소프트웨어 중심의 평가로 진행하고 인증제도는 사회복지시설의 설비나 인력 등의 하드웨어 중심의 심사를 차별화하여 병행하는 방안이 검토되어야 함.
- 현재 보건복지부의 평가제도의 수용성 부족문제, 현 보건복지부의 평가인증제도로의 전환 가능성, 그리고 사회복지서비스 품질의 개선의 목적에 비추어 보면, 일정한 재정적 지원 하에 인증제를 도입하는 것이 타당함.

6. 결론

- 지방자치단체 차원에서 사회복지시설을 평가인증한다고 전제할 경우 평가인증제도의 도입방안에 다양한 안들이 목적 달성의 측면에서 검토되어야 함.
- 사회복지사업법상 의무적으로 추진되고 있는 보건복지부의 평가제도를 거부하고 단독평가를 추진하기는 사실상 어렵다는 점을 고려하면 보건복지부 평가제도와 연동하는 평가제도의 도입과 함께 평가제도와는 다른 인증제도를 도입하는 안들이 있음. 이 두 안의 경우 서로간의 장단점이 분명해 전라북도의 재정적 상황이나 사회복지시설의 의견들을 검토해 인증제를 목표로 단계적으로 추진하는 것이 바람직함.
- 아울러 복지시설 평가인증제의 도입 사회복지시설에 일정한 영향을 미칠 수 있다는 점에서 피평가기관인 사회복지시설들과의 의견협의를 전제되어야 함.
- 사회복지시설들과의 충분한 협의가 없이 평가인증제가 도입될 경우 제도 시행 자체가 어려울 뿐만 아니라 시행된 이후 결과에 대한 사회복지시설의 수용에도 큰 문제가 발생할 수 있음.
- 특히, 인증제의 경우 인증심사를 원하는 사회복지시설의 신청에 의해서 인증제가 개시되기 때문에 인증제도에 대한 충분한 사전협의와 교육이 선행되어야 함.
- 마지막으로 평가인증제도의 도입과정에서 가장 중요한 사항은 행정기관의 의지라고 할 수 있음.
- 평가인증제도가 도입되더라도 평가인증의 결과에 따른 행정기관의 적절한 조치가 수반되지 못한다면 평가와 인증은 전시행정이 될 가능성이 높음.
- 특히 행정기관이 평가나 인증의 정확한 목적을 가지고 있지 못할 경우 평가인증이 주된 목적인 사회복지서비스의 품질향상이나 사회복지시설 운영의 개선효과는 거둘 수 없음.

목 차

제1장 서론	3
제1절 연구필요성 및 목적	3
1. 연구필요성	3
2. 연구목적	6
제2절 연구방법 및 한계	7
1. 연구방법	7
2. 연구의 한계	9
제2장 사회복지시설 현황과 운영실태	14
제1절 전라북도 사회복지시설 현황 및 운영실태	14
1. 전라북도 사회복지시설의 개념 및 현황	14
2. 전라북도 사회복지시설의 추이	23
3. 전라북도 사회복지시설 재정 및 운영실태	26
제2절 사회복지시설 개선방안에 관한 선행연구	35
제3장 전라북도 사회복지시설 평가인증제도 도입의 필요성	40
제1절 사회복지시설 평가제도 문제점	40
1. 사회복지시설 평가 현황	40
2. 사회복지시설 평가의 문제점과 개선방안	43
제2절 사회복지시설 평가인증제도의 필요성	48
1. 사회복지시설 평가인증제도의 개념 및 필요성	48
2. 사회복지시설 평가인증제도의 효과	51
제3절 사회복지시설 평가인증제 운영 사례 연구	53
1. 국내외 평가인증제도 운영 사례	53
2. 평가인증제도 운영 사례의 정책적 함의	63

제4장 사회복지시설 평가인증제도에 관한 전문가조사결과	68
제1절 사회복지시설 평가인증에 관한 전문가 설문조사 분석결과	68
1. 조사대상자의 일반적 특성	68
2. 사회복지시설 평가제도에 대한 견해	69
3. 사회복지시설 평가제도의 필요성	75
4. 사회복지시설 평가인증제도에 대한 견해	80
제2절 사회복지시설 평가인증제 도입에 관한 전문가 집단면접 분석결과	92
제5장 전라북도 사회복지시설 평가인증제도 도입방안	100
제1절 전라북도 사회복지시설 평가인증제도의 필요성	100
1. 사회복지서비스의 질적 수준 향상	100
2. 사회복지서비스 이용자 권리의 신장과 인권의 보호	101
3. 사회복지서비스에 대한 지방자치단체의 역할 강화	102
제2절 전라북도 사회복지시설 평가인증제도의 도입방안	103
1. 사회복지시설 평가인증제도의 운영원칙	103
2. 사회복지시설 평가인증제도 도입방안	103
제3절 사회복지시설 평가인증제도의 도입과정 및 절차	107
1. 평가인증제도 도입에 대한 사회적 합의도출	107
2. 공정하고 객관적인 인증지표 개발	108
3. 평가인증결과의 공표와 행·재정적 인센티브 연동	109
4. 사회복지서비스에 대한 지방자치단체의 역할 강화	109
5. 전북형 우수 사회복지시설 특화 및 육성	110
제6장 결론 및 요약	114

표 목 차

<표 1-1> 조사내용	8
<표 1-2> 연구방법 및 분석내용	9
<표 2-1> 사회복지시설 및 생활자수 증가추이	14
<표 2-2> 사회복지법인 현황	16
<표 2-3> 지역별 사회복지법인 및 시설운영현황	17
<표 2-4> 사회복지관 및 장애인복지시설	18
<표 2-5> 노인복지시설현황	19
<표 2-6> 아동·청소년·여성복지시설 현황	20
<표 2-7> 전라북도 사회복지생활시설 현황	21
<표 2-8> 전라북도 사회복지시설 현황(생활시설)	22
<표 2-9> 전라북도 사회복지시설 현황(이용시설)	23
<표 2-10> 전라북도 사회복지시설 증가추이	24
<표 2-11> 지역별 사회복지시설 증가추이	25
<표 2-12> 전라북도 사회복지시설 및 단체 예산지원 현황	26
<표 2-13> 전라북도 사회복지시설 및 단체 예산지원 현황	27
<표 2-14> 전라북도 사회복지시설 재정현황(이용시설)	28
<표 2-15> 전라북도 사회복지시설 재정현황(생활시설)	30
<표 2-16> 보건복지부 사회복지시설 평가결과	32
<표 2-17> 보건복지부 사회복지시설 평가결과	33
<표 2-18> 전라북도 사회복지시설 영역별 운영현황	34
<표 2-19> 사회복지시설 개선방안에 관한 선행연구	36
<표 3-1> 사회복지시설 평가 대상기관 및 연혁	41
<표 3-2> 전라북도 사회복지시설 평가대상 시설 현황 및 평가주기 ..	42
<표 3-3> 지역별 보건복지부 평가대상 사회복지시설현황	43
<표 3-4> 사회복지시설 평가제도의 문제점	44
<표 3-5> 성과평가의 한계에 대한 의미단위 분류 및 범주화	46
<표 3-6> 사회복지시설 평가결과의 문제점과 개선방안	47
<표 3-7> 평가제도와 인증제도의 비교	49
<표 3-8> 평가인증제도의 효과	51

<표 3-9> 서울복지재단 사회복지시설 인증심사 과정	54
<표 3-10> 서울시와 경기도의 인증제도 운영 사례	56
<표 3-11> 인증제 도입 사례	59
<표 3-12> 일본 복지서비스 제3자 평가기준	60
<표 4-1> 조사표본 배분 및 응답	68
<표 4-2> 조사대상자의 일반적 특성	69
<표 4-3> 평가제도와 인증제도에 대한 인식(기술통계분석)	70
<표 4-4> 평가제도와 인증제도에 대한 인식	72
<표 4-5> 보건복지부 시설평가제도에 대한 만족정도	73
<표 4-6> 사회복지시설 평가의 필요성과 필요한 이유	76
<표 4-7> 사회복지시설 평가의 불필요성과 불필요한 이유	77
<표 4-8> 사회복지시설 평가제도의 정착을 위한 방안	79
<표 4-9> 사회복지시설 인증제도의 필요성	80
<표 4-10> 사회복지시설 인증제도 도입 시 고려사항	81
<표 4-11> 사회복지시설 인증의 방식	82
<표 4-12> 인증심사위원의 구성	82
<표 4-13> 평가인증제도의 도입 시 가장 중요한 조건	83
<표 4-14> 인증비용의 부담방법	84
<표 4-15> 인증시효 유효기간	84
<표 4-16> 인증심사 중 현장전문가의 적정 경력	85
<표 4-17> 인증심사팀의 적정인원	85
<표 4-18> 인증제 도입 시 신청여부	86
<표 4-19> 평가인증제도의 제도화 방안	86
<표 4-20> 인증제의 인센티브 부여 방안	87
<표 4-21> 시설유형별 평가인증제도 운영 시 가장 중요한 주체	88
<표 4-22> 시설형태별 평가인증제도 운영 시 가장 중요한 주체	89
<표 4-23> 평가인증제도의 활용방안	90
<표 4-24> 평가인증제도의 인센티브 부여방안	91
<표 4-25> 사회복지시설 평가제도에 대한 전문가의 의견	96
<표 4-26> 사회복지시설 평가제도에 대한 전문가의 의견	97
<표 5-1> 지역별 자주채원 및 가용채원 대비 복지재정 비율	100
<표 5-2> 사회복지시설 지도 감독에 관한 권한과 책임	102
<표 5-3> 전라북도 사회복지시설 평가인증제도 도입 시 유형별 장단점 및 평가	105

그림 목 차

<그림 2-1> 사회복지시설 및 생활자수 증가추이	15
<그림 2-2> 전라북도 사회복지시설의 정원충족률	21
<그림 2-3> 전라북도 사회복지시설 증가 추이	24
<그림 2-4> 전라북도 사회복지시설 예산 현황	31
<그림 4-1> 평가제 인증제에 대한 선호도	71
<그림 4-2> 사회복지시설 평가에 대한 전반적인 만족정도	74
<그림 4-3> 사회복지시설 평가가 필요한 이유	75
<그림 4-4> 사회복지시설 평가가 불필요한 이유	78
<그림 5-1> 사회복지시설 지도 감독에 관한 권한과 책임	104
<그림 5-2> 사회복지시설 평가인증제 도입방안	108

제 1 장

JDI

서 론

제1절 연구필요성 및 목적

제2절 연구의 방법 및 한계

제 1 장 서 론

제 1 절 연구필요성 및 목적

1. 연구필요성

사회복지시설은 지역주민 특히 취약계층의 사회적 보호라고 하는 중요한 가치를 실현하는 최일선의 공간이다. 가정에서의 돌봄이나 보호가 어려운 요보호 대상자에게 물리적인 공간 내에서 다양한 복지서비스를 제공하는 사회복지시설은 그동안 복지정책의 핵심적 위치를 점해왔다. 국가가 제공할 수 없는 전문적이고 미시적인 복지서비스를 제공해온 사회복지시설은 그동안 양적으로 비약적인 성장을 거듭해 왔지만 양적 성장에 걸맞는 질적인 성장이 이루어졌는지에 대해서는 의문이 있다.

이 같은 사회적 분위기에서 정부는 1998년 사회복지사업법 개정을 통해 전체 사회복지시설을 대상으로 3년마다 1회의 평가를 실시하고 있다. 이 같은 평가는 사회복지시설 운영개선을 통하여 시설운영의 합리화와 투명성 그리고 서비스의 질적 수준 향상을 유인하고자 하는 목적으로 진행되고 있다. 지금까지 사회복지시설 평가는 3년 단위로 1999년부터 2007까지 총3차에 걸쳐 진행되었고, 2003년도까지는 한국보건사회연구원이 주관하였으며, 그 이후에는 한국사회복지협의회에서 지표의 개발 및 평가의 수행 업무를 담당하고 있다. 1차 평가는 평가지표의 개발 중심으로, 2차 평가는 일부 중별 시설 평가지표 개발과 더불어 기존의 개발된 평가지표의 현실화에 3차 평가는 두 차례에 걸쳐 진행된 평가의 전반적인 사항을 점검하고 향후 평가의 방향성을 설정하는 것에 중점을 두었다고 볼 수 있다.

사회복지사업에서 평가제도가 도입된 배경은 사회복지서비스 분야의 양적 팽창에 기인한다. 실제로 사회복지생활시설의 수는 2000년에 전국에 876개소에 불과했으나 2008년에는 2,921개로 3배 이상 증가하였으며, 종사자 수 또한 3.8배 정도 증가하였다. 사회복지이용시설의 수 또한 2006년에 전국에 61,532개소

에 이르는 것으로 조사되어, 사회복지서비스를 제공하는 시설의 수는 급격히 양적으로 성장해 온 것으로 평가된다(2007년도 사회복지시설관리안내, 2007; 2009 보건복지가족통계연보, 2009). 유형별로 보면, 아동복지시설은 1999년 271개소에서 2009년 280개소로 증가했고, 노인복지시설은 같은 기간 229개소에서 2,992개소로 증가했다. 전라북도만 하더라도 사회복지생활시설만 2011년 현재 14개 시군에 347개소가 운영 중에 있다.

이러한 사회복지시설과 서비스의 증가는 사회복지시설 운영을 위해 지원되는 공공예산 또한 증가시키는 결과를 가져왔으며, 공공부문의 예산 증가로 인해 사회복지사업은 자연스럽게 책임성 검증의 대상이 될 수밖에 없었다. 특히 1997년부터 시작된 경제위기와 이에 따른 각 분야의 구조조정 압력은 사회복지계에도 자연스럽게 영향을 미치게 되었는데, 이에 따라 보건복지부에서는 1998년에 사회복지시설 평가를 제도화하기에 이른 것이다(김혜연, 2010). 결국 사회복지시설 평가는 사회복지서비스의 품질향상이라고 하는 내용적 목적이외에도 사회복지분야의 재정적 구조조정이라고 하는 외적 환경의 변화에 의해서 추진된 것이다. 사회복지시설에 대한 평가제도가 시행된 이후 사회복지 현장에서는 다양한 부문에서의 변화가 있었다. 평가지표에 따라 기관운영의 방향을 설정함으로써 기관운영이나 사업관리가 표준화된 점, 사회복지시설 관리자의 조직관리능력의 향상, 사회복지사업의 전문화 및 시설 간 연계 활성화 등은 평가 제도를 시행한 이후 사회복지사업 전반의 긍정적인 성과로 평가된다(최재성, 2001). 그러나 평가 제도가 시행된 지 10여년이 지난 현재, 현장과 전문가들에 의해 평가 제도의 문제점 또한 지속적으로 제기되고 있는 상황이다. 평가 제도의 문제점 중 가장 큰 부분은 사회복지시설 평가가 시설의 전반적인 서비스 질 향상에 기여하지 못하고 있다는 것이다(김혜연, 2010). 이같은 이유 때문에 최근 사회복지시설 평가제의 존치 혹은 또다른 대안의 모색을 둘러싸고 쟁점과 여러 대안이 제시되고 있다.

서울복지재단(2006)의 사회복지시설 인증 시범사업결과에 의하면, 현행 평가 제도의 문제점은 다음과 같이 지적되고 있다. 평가지표의 명확성문제로 인해 평가지표의 변별력이 낮아 지나치게 긍정적인 결과가 도출되고, 평가팀 및 실무자의 지표에 대한 이해가 달라 혼란이 발생된다. 평가지표의 내용문제로 평

가기준의 현실적합성이 떨어지며, 시설의 특성을 반영하지 못하고, 정성적 평가가 미흡하다. 평가인력문제에서 평가인력의 전문성 문제, 평가인력에 대한 평가 위한 교육이 불충분하다. 평가절차상 문제로 1일 이내 단기간 평가에 대한 신뢰성 저하, 평가팀과 실무자간 의사소통문제이다. 평가결과문제에서 평가결과 보고서가 구체적이지 못해 시설 측에서 결과의 활용이 어려우며, 이용자입장에서 평가결과 정보에 대한 접근성이 낮다(김옥희, 2006).

제도적으로도 2005년 7월부터 사회복지사업이 지방으로 이양됨에 따라 사회복지시설 운영에 관한 지방자치단체의 역할과 책임이 강조되고 있어, 사회복지시설 운영의 합리성을 유인하기 위한 제도적 방안이 필요하다. 2005년부터 추진된 사회복지사업의 지방이양은 지방정부 중심의 복지정책 개발을 알리는 중요한 계기가 되었다. 67개 복지사무에 대한 지방이양을 계기로 지방정부는 기존 국가사업을 지방으로 전달만하는 수동적 객체에서 지역의 복지수요와 재정여건을 감안한 복지정책의 개발하고 집행이라고 하는 능동적 주체로 거듭나야 하는 과제를 부여받았다. 따라서 전라북도도 자체적으로 평가시스템을 도입하여 사회복지사업의 효율성을 제고하고 시설운영의 합리성과 투명성을 확보할 필요가 있다.

지역복지정책의 변화를 요구하는 환경에 발맞춰 일부 서울, 경기, 부산 등 일부 지방자치단체들이 자체 평가인증지표를 개발하여 사회복지시설을 평가해 오고 있다. 중앙단위의 평가지표와 평가 체계가 가지고 있는 한계를 인식하고 지역복지서비스의 질적인 성장을 도모하기 위해 도입되고 있는 사회복지시설 평가인증제도는 사회복지시설 운영의 상당한 변화를 유인하고 있다. 인증제도는 시설의 단점만을 부각시키는 평가제도와는 달리 심사와 교육 그리고 지도와 컨설팅을 통해 시설 서비스의 질적 수준을 한 단계 향상시킬 수 있다. 여기에 사회복지행정의 관점에서 사회복지시설의 재원을 합리적이고 효율적으로 운영할 수 있도록 합리적인 재정정보조의 준칙을 설정해 줄 수 있다.

전북의 경우 전체 사회복지재정의 약 20%인 약 3,000억원 정도를 사회복지시설에 지원되고 있지만 사회복지시설의 재정운영의 효율성이나 합리성에 대한 객관적인 평가는 이루어지지 못했다. 사회복지시설의 운영은 대부분 민간에 의해서 주도되고 있지만 운영재원은 대부분 정부지원금으로 충당되고 있어 사회

복지 시설의 책임있는 운영을 유도하기 위한 체계적인 평가제도의 운영을 불가피하다. 인증제도는 사회복지시설간의 선의의 경쟁을 유도하여 복지서비스 구매자의 선택의 폭을 넓여주고, 투명하고 공정한 운영을 제도화함으로써 지역사회와의 긴밀한 연계속에서 사회복지시설이 지역의 중추기관으로 자리잡을 수 있도록 견인하는 역할을 수행할 수 있다. 또한, 평가인증이후 인증 여부에 대한 평가결과의 공개를 통해 이용자로 하여금 사회복지시설이 제공하는 서비스의 질을 객관적으로 판단할 수 있는 제도적 근거를 제공해줄 수 있다. 결국, 사회복지시설 인증의 목적은 사회복지시설의 투명성과 서비스 질 향상을 통해 국민의 복지수준향상에 기여하고, 예산집행의 효율성과 합리성을 유도하며 사회복지시설 운영의 투명성을 재고하는데 유용한 정책적 도구이다.

2. 연구목적

본 연구는 보건복지부를 중심으로 진행되고 있는 전북 지역 사회복지시설 평가제도의 현황과 문제점을 분석하고 인증제도를 비롯한 사회복지시설 평가체계의 개선방안을 도출하는데 그 목적이 있다. 이 같은 연구목적을 달성하기 위한 세부적인 연구목표를 제시하면 다음과 같다.

첫째, 사회복지시설 운영현황과 실태를 타시도와의 비교분석하여 전북 지역 사회복지시설의 규모와 재정 그리고 운영실태 등에 대한 문제점을 파악하고자 한다.

둘째, 사회복지시설의 현 평가제도의 운영실태를 분석하여 현재의 평가제도가 사회복지시설 운영의 개선이라고 본연의 취지를 달성하고 있는지를 탐색하고, 분석결과를 토대로 사회복지시설 평가제도의 개선방안을 제시한다.

셋째, 사회복지시설 평가제도를 지방자치단체 차원에서 운영하고 있는 서울, 부산, 경기도의 사례를 연구하여 지자체 운영 사회복지시설 평가체계의 도입에 대한 실익을 분석한다.

넷째, 사회복지시설 평가제도와 인증제도에 대한 현장 전문가 대상 조사를 통해 사회복지시설 평가제도에 대한 실무차원의 문제점과 인증제도의 도입에 대한 필요성 그리고 도입 시 필요한 정책적 지원방안을 제시한다.

다섯째, 사회복지시설 평가 및 인증제도에 대한 전문가 자문회의를 통해 사회복지시설 평가 및 인증제도의 운영방안과 행정적·재정적 지원방안을 제시한다.

제 2 절 연구방법 및 한계

1. 연구방법

1) 문헌연구와 사례 조사

사회복지시설의 평가체계의 합리적 운영을 위해서는 현재 보건복지부에서 실시하고 있는 사회복지시설 평가 현황과 문제점을 분석하고 대안으로 논의되고 있는 사회복지시설 평가인증제도에 대한 이론적 고찰이 필요하다. 2008년부터 2010년까지 보건복지부의 평가를 받은 평가결과자료를 분석하여 전북 사회복지시설의 재정이나 운영사항에 대한 전반적인 수준을 파악하고자 한다. 보건복지부의 평가자료(2008~2010)는 개별 사회복지시설의 지표를 토대로 사회복지시설 운영사항 전반을 평가하고 평가결과를 네 단계로 범주화하여 제시하였다. 보건복지부의 평가결과는 사회복지시설의 운영실태와 재정상황 등을 지역별로 비교할 수 있고, 시설의 유형별로 사회복지시설의 운영실태를 파악할 수 있다는 장점이 있다.

아울러 현행 사회복지시설 평가제도의 문제점을 분석하고 인증제도와 차이점 그리고 장단점에 대한 선행연구를 고찰하고자 한다. 평가제도가 도입 10년 이후 사회복지시설 평가제도의 한계에 대한 실무적·학술적 논쟁이 가열되면서 인증제도의 필요성을 제시한 연구가 많아지고 있고, 실제로 일부 지자체는 별도의 인증시스템을 도입하여 시범사업으로 추진하고 있다. 따라서 지방자치단체 자체 평가체계 혹은 인증체계를 운영하고 있는 서울과 경기도의 사례를 분석하고, 분석결과를 토대로 전북 사회복지시설 평가인증제도의 도입에 필요한 정책적 함의를 도출하고자 한다. 서울은 2005년부터 노인요양서비스의 인증모형을 처음으로 개발하였고 2006년부터 인증지표를 개발하여 인증사업을 시작하였다. 경기도도 2008년부터 노인생활시설을 비롯하여 아동생활시설, 장애인복지

시설의 인증지표를 개발하여 2010년 최초로 노인생활시설 인증을 부여하였다.

2) 전문가 설문조사

전문가 설문조사는 사회복지시설 평가인증제도의 직접적 이해당사자인 사회복지시설에 종사하고 있는 실무자를 대상으로 실시하였다. 조사대상 기관은 생활시설과 이용시설로 범주화하여 아동복지시설, 노인복지시설, 장애인복지시설, 장애인복지관, 종합사회복지관 종사자 500명을 대상으로 실시하였다. 조사문항은 사회복지시설의 대표성을 가진 연합회 실무자 10명을 대상으로 예비조사를 실시한 이후 문항 수정을 거쳐 평가제도와 인증제도의 선호도, 보건복지부 평가제도에 대한 인식, 사회복지시설 평가제도의 필요성, 사회복지시설 인증제도의 필요성 그리고 사회복지시설 인증제도 도입 시 검토사항 등을 중심으로 구성하였다.

조사는 예비조사를 포함하여 2011년 9월 25일부터 10월 14일까지 진행되었고, 조사방법은 우편조사방법이 활용되었다.

〈표-1〉 조사 내용

항목	조사내용
평가제와 인증제 선호도	심사기간, 평가주체, 심사기관, 심사자구성, 심사자 자격, 심사자의 지역적 배경, 평가유형, 평가지표교육, 객관적 기준설정, 평가의 사후관리, 평가제도의 선호, 복지시설 환경변화반영, 평가목적, 평가결과공개, 시설간 정보공유, 평가절차
보건복지부 평가제도에 대한 인식	보건복지부 평가제도의 만족정도, 보건복지부 평가과정(평가위원의 객관성, 평가지표의 공정성, 현장평가의 공정성, 결과분석의 신뢰성, 현장의 반영정도, 지역평가위원의 적절한 배치, 평가전문에 대한 만족정도)의 만족정도
사회복지시설 평가제도의 필요성	사회복지시설 평가제도의 필요성, 사회복지시설평가제도의 정착을 위해 필요한 요건
사회복지시설 인증제의 필요성	사회복지시설 인증제도의 필요성, 인증제도 도입시 가장 중요한 사항, 선호하는 인증방식, 인증심사자의 자격조건, 인증제 실시시 갖추어야 할 조건
사회복지시설 인증제 도입에 따른 검토사항	인증비용 부담, 인증시효기간, 인증심사자 현장전문가의 경력, 인증심사팀의 인원, 인증제도 도입시 신청여부, 인증제도 활성화를 위한 인센티브 부여방안, 인증제도의 제도화 방식, 인증제도 도입시 중요한 역할수행자, 평가인증 결과의 활용방법, 인증이후 인센티브 부여 방안

3) 간담회 및 전문가 자문회의

사회복지시설 평가제도의 문제점과 개선방향 그리고 인증제도에 대한 인식과 도입시 검토사항 등에 대한 전문가 의견수렴을 위해 2차례의 전문가 자문을 실시하였다.

1차 간담회에서는 사회복지현장 전문가들을 대상으로 연구의 방향과 설문조사의 내용 및 방법에 대해서 논의하였고, 2차 간담회에서는 현장실무자와 학계 등의 전문가들과 함께 전북 사회복지시설 평가제도의 운용방안 전반에 대한 의견을 수렴하였다. 이외에도 연구의 방법과 방향 그리고 내용 등에 대한 의견수렴을 위해 착수 및 최종자문회의를 실시하였다.

〈표1-2〉 연구방법 및 분석내용

연구방법	분석내용	조사대상	결과도출
문헌 조사	<ul style="list-style-type: none"> · 평가제도 현황 및 실태 · 사회복지시설 운영현황 및 실태 · 사회복지시설 평가제도의 문제점 · 사회복지시설 인증제도의 필요성 · 사회복지시설 평가결과 분석(전북사례) 	<ul style="list-style-type: none"> · 복지시설평가결과 (보건복지부, 전북) · 전북 세출예산서 · 전북복지시설 운영현황 자료 	평가제도의 문제점과 대안으로서 인증제도의 효과성 검토
사례 조사	<ul style="list-style-type: none"> · 국내 사회복지시설 자체 평가제도 운영사례 · 국외 사회복지시설 평가제도 운영사례 · 사회복지시설 평가인증제도 운영사례 · 사회복지시설 평가인증제도 도입과정 · 사회복지시설 평가인증제도 도입 효과 	<ul style="list-style-type: none"> · 경기도 · 서울시 (방문조사) · 부산(전화인터뷰) 	사회복지시설 평가제도 운영사례와 인증제도 운영사례에 대한 비교분석→ 전북형 복지시설 평가체계 도입 검토
설문 조사	<ul style="list-style-type: none"> · 사회복지시설 평가제도의 문제점에 대한 인식 · 사회복지시설 평가 및 인증제도에 대한 선호도 · 사회복지시설 인증제도 도입에 따른 준비사항 · 사회복지시설 인증제도 인센티브 부여방안 · 사회복지시설 인증제도 활용방안 	<ul style="list-style-type: none"> · 사회복지시설 현장 전문가 500명 	사회복지시설 평가인증제도에 대한 주관적 인식, 운영방안에 대한 전문적 견해→ 평가인증 도입에 따른 정책 방향
전문가 자문 회의	<ul style="list-style-type: none"> · 사회복지시설 인증제도의 필요성 · 사회복지시설 인증제도 도입시 검토사항 · 사회복지시설 인증제도 도입시 인력, 재정, 기관 운영 방안 	<ul style="list-style-type: none"> · 사회복지시설 단체 전문가 10명 (보건복지부 평가 위원 참여자 포함) 	평가제도와 인증제도 도입에 대한 장단점 검토→평가제도의 유형에 따른 대안 제시

2. 연구의 한계

본 연구는 사회복지시설 평가제도의 도입방안을 제시하기 위해 문헌연구와

사례조사, 그리고 전문가 설문지 조사 등의 방법을 활용하였다. 사례조사는 평가인증제도를 수행하고 있는 서울시와 경기도 등 광역단위 사례를 중심으로 분석되어 기초자치체의 행정단위에서 이루어지는 평가제도에 대해서는 논의하지 못한 한계가 있다. 본 연구가 평가인증제도라고 하는 제도적 체계를 분석내용으로 하고 있다는 점에서 임시적이고 간헐적으로 이루어지는 기초자치단체의 평가는 정책적 함의나 시사점을 도출하는데 한계가 있어 사례연구의 대상에서 제외하였다.

또한 평가제도나 인증제도에 대한 인식을 조사하기 위해 시설의 유형별로 100명을 임의할당 해 총 500명의 표본을 비확률로 추출해 조사를 실시했고, 이로 인해 조사의 결과를 전체 모집단으로 일반화하기는 어렵다는 한계를 가진다. 조사대상자를 사회복지시설의 종사자로 제한한 이유는 사회복지시설 평가제의 주요 이해당사자가 사회복지시설 운영자와 종사자라는 점에서 정책의 이행여부를 결정하는 중요한 인구학적 변수이기 때문이다. 따라서 후속연구에서는 평가인증에 대한 주요 이해당사자와 함께 학계 전문가와 사회복지서비스의 이용자까지를 포괄한 보다 광범위한 조사가 수행되어야 할 것으로 본다.

마지막으로는 평가인증의 명확한 개념의 부재에 따른 논의전개상의 한계이다. 평가제와 인증제는 목적과 방법 그리고 지향하는 가치에 있어 상당한 차이가 있어 양자를 개념적으로는 구분하는 것이 타당하다. 하지만 인증제도도 평가라는 일련의 절차와 과정을 수반된다는 점에서 넓은 의미의 평가제도의 한 형태로 정의될 수 있다. 특히 정책적 의미에서 사회복지시설의 인증은 공적인 행정기관의 책임있는 평가의 결과로 결정된다는 점에서 본 연구는 경영적 관점에서의 인증제의 범위를 넓혀 평가인증제로 그 개념을 확대하고자 한다. 이 과정에서 기존의 인증제와 평가인증제와의 의미론적 차이점들에 대한 이론적·과학적 논의가 선행되어야 하지만 평가인증제에 대한 선행연구의 부족과 정책연구의 활용성을 먼저 고민하여 이 같은 과정을 깊이있게 탐색하지 못했다. 추후 연구에서는 인증제와 평가제 그리고 평가인증제간의 이론적 개념화가 추가적으로 논의되고 보완되어야 할 것으로 본다.

제 2 장

JDI

사회복지시설 현황과 운영실태

제 1 절 전라북도 사회복지시설 현황 및 운영실태

제 2 절 사회복지시설 개선방안에 관한 선행연구

제 2 장 사회복지시설 현황과 운영실태

제 1 절 전라북도 사회복지시설 현황 및 운영실태

1. 전라북도 사회복지시설의 개념 및 현황

사회복지시설이란 사회복지사업법 제2조가 규정하고 있는 사회복지사업을 행할 목적으로 설치된 시설로 정의된다.

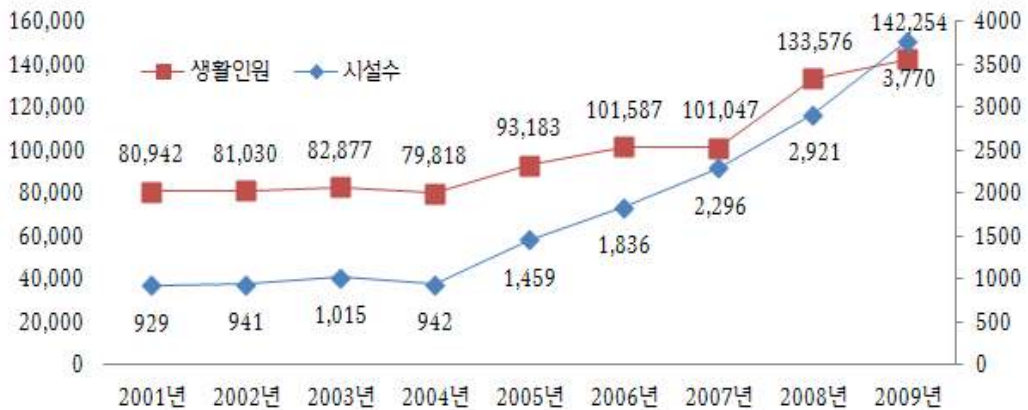
〈표 2-1〉 사회복지시설 및 생활자수 증가추이

관련법	시설종류	세부종류		소관부처	
		생활시설	이용시설		
사회복지사업법	사회복지관 부랑인·노숙인시설 결핵·한센시설	부랑인시설, 결핵·한센시설	사회복지관, 노숙인쉼터 상담보호센터	보건복지부	
노인복지법	노인복지시설	노인주거복지시설 노인의료복지시설	재가노인복지시설, 노인여가 복지시설, 노인보호전문기관		
농어촌주민의 보건복지증진을 위한특별법	복합노인복지시설	농어촌에 지역에 한해 노인복지법 제31조 노인복지시설을 종합적으로 배치한 복합노인복지시설을 설치·운영 가능			
아동복지법	아동복지시설	양육시설, 일시보호시설, 보호치료 시설, 직업훈련시설, 자립지원시 설, 단기보호시설, 공동생활가정	아동상담소, 아동전용시설, 아동복지관, 지역아동센터		
장애인복지법	장애인복지시설	장애인생활시설, 유료복지시설	지역사회재활시설, 직업재활 시설, 생산품판매시설		
정신보건법	정신보건시설	정신요양시설, 사회복지시설 중 생활(주거)시설	사회복지시설 중 이용시설		
국민기초 생활보장법	지역자활센터		지역자활센터		
영유아보육법	보육시설		보육시설		
성매매방지및피해자 보호등에관한법률	성매매피해지원시설	일반지원시설, 청소년지원시설 외국인여성지원시설	자활지원센터		여성가족부
성폭력범죄의처벌및피 해자보호등에관한법률	성폭력피해보호시설	성폭력피해자보호시설	성폭력피해상담소		
가정폭력방지및 피해자보호등에 관한법률	가정폭력보호시설	가정폭력피해자보호시설	가정폭력상담소		
한부모가족지원법	한부모가족복지시설	모(부)자보호시설, 모(부)자자립시 설, 미혼모(자)시설, 공동생활가정, 일시보호시설	여성복지관 한부모가족복지상담소		
다문화가족지원법	다문화가족지원센터		다문화가족지원센터		

자료 : 보건복지부(2011), 사회복지시설 안내

여기서 사회복지사업은 보도·선도 또는 복지에 관한 사업과 사회복지상담·부랑인 및 노숙인 보호·직업보도·무료숙박·지역사회복지·의료복지·재가복지·사회복지관 운영·정신질환자 및 한센병력자 사회복지에 관한 사업 등 각종 복지사업과 이와 관련된 자원봉사활동 및 복지시설의 운영 또는 지원을 목적으로 하는 사업을 의미한다.

전국의 사회복지시설은 2001년 929개소에서 2009년 3,770개소로 305.8% 증가하였다. 이에 반해 사회복지시설 생활자는 같은 기간 80,942명에서 2009년 142,254명으로 75.7% 증가한데 그쳤다. 사회복지시설은 허가제에서 신고제로 전환된 1997년 사회복지사업법 개정 이후 크게 증가하는 추세에 있다. 사회복지시설 생활자의 수의 증가추이는 매우 완만하게 진행된 반면, 사회복지시설은 97년 신고제로의 전환과 2008년 노인장기요양제도의 출범에 따른 환경적 변화로 급속하게 증하고 있다. 이용시설은 사회복지관은 2002년 360개소에서 2009년 419개소로 증가했고, 지역별로 보면, 전북은 2009년 현재 17개소가 설치·운영중에 있다.



〈그림 2-1〉 사회복지시설 및 생활자수 증가추이

사회복지시설을 유형별로 살펴보면, 장애인복지시설이 2009년 현재 397개소의 23,243명이 생활하고 있고, 아동복지시설이 280개소의 17,586명이 생활하고 있다. 노인복지시설이 가장 많은 2,992개소의 79,537명이 생활하고 있고, 부랑인 시설과 정신요양시설이 각각 37개소와 59개소에 약 21,377명이 생활하고 있다.

한편, 사회복지법인은 사회복지사업법 규정에 따라 사회복지시설을 행할 목

적으로 설립된 법인으로 대부분의 사회복지시설들이 사회복지법인에 의해서 운영되고 있다. 전라북도의 사회복지시설을 운영하고 있는 법인 현황을 살펴보면, 전북은 총 101개의 법인이 설립되어 있고, 이중 99개는 사회복지시설을 직접 운영할 목적으로 설립된 시설법인이고, 나머지 2개는 지원법인으로 구성되어 있다. 전라북도에 설립된 사회복지법인은 인구규모가 비슷한 충청이나 전남에 비해서도 상대적으로 많다고 볼 수 있다.

사회복지시설법인 중 55개 법인은 1개 이하의 시설을 운영하고 있고 37개 법인은 산하에 2개~3개의 시설을 운영하고 있다. 6개 이상 시설을 운영하고 있는 사회복지법인은 7개였다.

〈표 2-2〉 사회복지법인 현황(단위, 개소)

	전국	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
합계	1,718	297	138	79	43	52	65	38	195	89	65	166	101	75	102	169	44
시설 법인	1,451	198	122	73	34	47	58	35	150	64	51	160	99	73	88	156	43
지원 법인	267	99	16	6	9	5	7	3	45	25	14	6	2	2	14	13	1

자료 : 보건복지부(2010). 2010년 12월 31일 기준

지역별 사회복지법인 현황을 보면, 전주가 사회복지법인이 26개로 가장 많고, 다음으로 익산 16개, 군산 12개, 완주 11개, 남원 10개 등의 순이었다. 사회복지법인이 소유하고 있는 평균 기본재산은 전주가 29.5억정도이고, 군산이 15.8억, 익산이 63.3억, 정읍 11.5억 정도로 대부분의 사회복지법인의 평균 기본재산이 20억 정도였다. 사회복지법인은 사회복지시설을 목적으로 설립된 법인으로 재단법인에 속한다. 따라서 사회복지법인의 기본재산액은 사회복지시설 운영과 깊은 관련성을 가진다고 할 수 있다.

그리고 사회복지법인이 운영하고 있는 전주의 사회복지법인이 70여개의 시설을 운영하고 있고, 군산이 19개 그리고 익산이 가장 많은 142개의 시설을 운영하고 있었다.

〈표 2-3〉 지역별 사회복지법인 및 시설운영현황(단위: 개소)

구분	법인수	평균 기본재산 (백만원)	총계	노인	장애인	아동	한부모	청소년	부랑인	결핵 한센	지역 자활	사회 복지관	기타
전주	26	2,958.19	70	35	9	15	1	0	0	0	1	2	7
군산	12	1,582.67	19	8	3	4	2	0	0	0	0	0	36
익산	16	6,337.00	142	72	29	19	1	1	0	0	1	12	5
정읍	8	1,154.63	11	4	1	6	0	0	0	0	0	0	22
남원	10	988.40	12	9	0	2	0	0	0	0	0	0	1
김제	6	1,735.17	11	6	1	1	0	0	0	0	0	2	1
완주	11	2,063.40	17	10	0	5	1	0	0	0	0	0	31
진안군	1	200.00	3	2		1							
무주	1	440.00	1		1								
장수	2	132.50	5	0	0	1	0	0	0	0	2	1	1
임실	3	621.00	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
순창	2	103.00	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	4
고창	3	832.00	4	0	1	3	0	0	0	0	0	0	8

자료 : 보건복지부(2010). 2010년 12월 31일 기준.

주 : 영유아 보육사업 목적 법인은 제외

한편, 사회복지시설 인증제도의 도입을 위해서는 관내 사회복지시설 현황과 운영 실태에 대한 개관적 논의가 필요하다. 전북 사회복지시설을 유형별로 살펴보면, 종합사회복지관은 17개소가 운영 중에 있고, 장애인복지관은 10개소가 운영 중에 있다.

장애인재가복지시설로서 주간보호시설과 단기보호시설이 각각 2개소, 16개소가 있고, 소규모 공동생활가정이 16개소 운영 중에 있다. 한편 장애인지역사회 재활시설은 총 13개소에 이용인원은 345명이고, 장애인생활시설도 36개소에 1,481명이 생활하고 있다. 이외에도 지체장애인시설, 시각장애인시설 그리고 청각언어장애인 시설 등 여타 장애인시설이 총 19개소 운영 중에 있다. 전북의 장애인생활시설 개수는 인구가 비슷한 충북이나 충남 그리고 전남에 비해서 상대적으로 많은 편이다.

〈표 2-4〉 사회복지관 및 장애인복지시설(단위: 개소, 명)

구분	종합사회복지관		장애인복지관		장애인주간보호		장애인단기보호		공동생활가정		심부름센터		수화통역센터		장애인지역사회재활시설		장애인생활시설		지체장애인시설		시각장애인시설		청각언어장애인시설		정신지체인시설		중증장애인요양시설		장애영유아생활시설		
	시설	인원	시설	인원	시설	인원	시설	인원	시설	인원	시설	인원	시설	인원	시설	인원	시설	인원	시설	인원	시설	인원	시설	인원	시설	인원	시설	인원	시설	인원	
합계	419	185	395	91	531	154	162	386	11,048	397	23242	43	2,705	14	918	11	403	167	14,152	153	3,327	9	1,738								
서울	95	43	90	26	152	1	19	91	2,832	41	13205	3	428	3	329	1	64	13	1,816	19	-	2	568								
부산	52	11	37	1	35	2	6	18	557	20	1359	4	136	1	7	2	8	7	904	4	195	2	109								
대구	25	6	26		17	1	3	22	505	15	1451	4	272	-	10	-	6	4	862	6	195	1	106								
인천	18	8	21	3	32	1	1	21	617	16	781	2	74	1	64	1	10	3	474	8	141	1	18								
광주	19	4	10		15	2	3	13	410	13	729	2	132	1	59	1	57	7	388	2	82	-	11								
대전	19	5	19	4	22	1	4	10	332	13	805	1	91	1	69	-	7	6	469	4	140	1	29								
울산	8	3	16	5	9	1	1	14	314	7	480	-	-	-	-	1	56	1	51	5	373	-	-								
경기	56	20	63	18	119	31	29	62	1,930	94	4614	7	644	2	85	3	79	48	3,104	33	515	1	187								
강원	15	10	12	7	18	19	17	30	632	23	988	1	33	1	66	-	-	12	604	9	229	-	56								
충북	12	8	10	2	21	9	7	13	438	21	1617	1	189	2	125	1	92	7	717	10	182	-	312								
충남	17	11	8	4	10	16	16	13	412	22	1490	1	59	-	-	-	1	10	858	11	558	-	14								
전북	17	10	17	2	16	15	12	13	345	36	1481	4	132	1	47	-	3	20	979	10	251	1	69								
전남	16	12	15	3	4	10	11	11	260	12	778	2	86	1	36	1	10	5	529	3	49	-	68								
경북	15	12	21	6	16	24	18	25	674	28	1632	3	147	-	7	-	8	11	1,127	14	268	-	75								
경남	26	17	19	7	38	20	14	23	555	24	1412	2	268	-	12	-	2	13	1,011	9	24	-	95								
제주	9	5	11	3	7	1	1	7	235	12	421	6	14	-	2	-	-	-	259	6	125	-	21								

자료 : 보건복지부 통계연보(2010). 2009년 12월 31일 기준, 보건복지부 사회복지시설 현황 종합

한편, 전북의 노인복지시설은 양로시설 24개소, 소규모 공동생활가정 2개소, 노인요양시설 150개소, 노인요양공동생활가정 43개소, 그리고 노인전문병원 3개소가 운영 중에 있다. 노인여가시설인 노인복지관은 20개소가 운영 중에 있고, 경로당은 6,728개소가 운영 중에 있다. 이외에도 노인교실이 84개소가 설치되어 있다. 타지역과 비교를 해보면, 양로시설과 공동생활가정, 노인요양공동생활가정은 전북지역이 타지역에 비해서 상대적으로 시설수가 적게 설치되어 있다.

노인복지시설의 생활자 현황을 보면, 양로시설에 589명이 생활하고 있고, 공동생활가정은 18명, 노인복지주택 150명, 노인요양시설 6,494명, 노인요양공동생활가정 363명 등이 생활하고 있다.

〈표 2-5〉 노인복지시설현황(단위: 개소, 명)

	65세 이상 노인인구 (2010. 12월 기준)	양로시설		공동 생활 가정		노인복지 주택		노인요양시설		노인요양 공동생활 가정		노인전문 병원		노인 복지 관	경로당	노인 교실	노인 휴양 소
		시설	정원	시설	정원	시설	정원	시설	정원	시설	정원	시설	정원				
합계	5,506,352	300	11,906	75	618	22	4,746	2,429	107,506	1,346	11,361	77	12,207	259	60,737	1,464	9
서울	1,002,770	21	908	0	0	10	1,544	231	11,139	195	1,656	6	893	31	3,118	344	2
부산	401,784	5	317	0	0	2	283	92	4,758	65	572	2	428	16	2,012	180	1
대구	252,084	5	345	0	0	0	0	63	3,624	75	640	2	485	10	1,353	54	0
인천	237,805	22	671	0	0	1	216	145	6,413	63	537	3	394	15	1,324	34	0
광주	130,457	3	184	0	0	0	0	73	3,035	18	147	2	323	10	1,205	18	0
대전	130,245	6	108	2	18	0	0	56	2,608	33	273	2	291	6	746	35	1
울산	76,800	1	40	1	9	0	0	32	1,565	9	70	1	66	8	732	27	0
경기	1,022,456	111	4,324	24	199	6	2,423	675	27,835	403	3,388	30	4,755	48	8,609	287	1
강원	226,505	16	656	14	111	1	30	126	5,771	63	518	2	244	9	2,853	20	1
충북	204,470	21	487	12	102	0	0	134	4,851	78	660	0	0	16	3,930	5	1
충남	308,556	18	575	11	87	0	0	125	5,750	86	732	7	889	13	5,703	77	0
전북	284,373	13	589	2	18	1	150	150	6,494	43	363	3	657	20	6,278	84	0
전남	350,900	24	825	3	24	0	0	154	5,828	94	803	1	89	26	8,366	94	0
경북	418,858	20	722	4	32	1	100	168	8,087	81	674	13	2,065	13	7,254	104	1
경남	388,648	12	1,065	2	18	0	0	162	7,364	35	288	3	628	16	6,867	83	1
제주	69,641	2	90	0	0	0	0	43	2,384	5	40	0	0	2	387	18	0

자료 : 보건복지부(2011) 노인복지시설현황 2010년 12월 기준

다음으로 아동청소년복지시설에서는 아동양육시설 16개소, 보호치료시설 1개소, 자립지원시설 1개소, 개인양육시설 1개소 등 생활시설만 총 16개소 909명의 아동이 생활하고 있다. 이용시설로는 지역아동센터 274개소, 청소년쉼터 2개소, 청소년수련시설 52개소 등이 설치되어 있고, 모부자복지시설, 모자 자립시설 등 여성복지시설은 8개소, 다문화센터는 14개소가 설치·운영 중에 있다.

생활자 및 이용자 현황을 보면, 아동복지시설 16개소에 총 909명이 생활하고 있고, 이용시설은 지역아동센터는 총 274개소에 7,545명이 이용하고 있다.

〈표 2-6〉 아동·청소년·여성복지시설 현황(단위: 개소, 명)

	아동복지 시설계 (현원)		양육시설		보호 치료 시설		자립 지원 시설		일시 보호 시설		종합시설		아동 상담 소	전용 시설	개인양육 시설		지역아동 센터		청소년 쉼터	청소년 수련시설	여성복지시설	다문화 센터
	시설	현원	시설	인원	시설	인원	시설	인원	시설	인원	시설	인원	시설	인원	시설	인원	시설	신고정원				
계	280	17,119	238	15,787	11	495	12	235	14	402	3	131	7	3	25	340	3,802	110,222	81	707	118	200
서울	45	3,153	32	2,633	1	79	3	74	5	188	2	110	0	0	5	46	378	10,792	12	59	20	23
부산	22	1,963	19	1,893	1	36	1	28	1	6	0	0	1	0	2	36	189	5,421	4	22	11	8
대구	22	924	18	840	1	35	2	30	1	19	0	0	0	0	0	0	159	4,388	3	12	11	7
인천	11	707	9	678	0	0	0	0	2	29	0	0	3	1	0	0	178	5,023	8	22	6	8
광주	11	747	9	663	0	0	1	24	1	60	0	0	1	1	0	0	242	7,150	4	11	5	4
대전	13	653	11	500	1	140	1	13	0	0	0	0	0	0	1	13	142	4,851	5	13	6	4
울산	1	122	1	122	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	53	1,466	3	9	4	4
경기	32	2,030	27	1,852	3	80	0	0	2	98	0	0	1	0	0	0	691	21,949	18	137	16	29
강원	10	525	9	504	0	0	0	0	0	0	1	21	0	0	5	75	163	4,445	4	68	3	14
충북	12	740	10	699	1	29	1	12	0	0	0	0	0	0	1	17	191	5,398	2	45	3	11
충남	15	794	14	772	0	0	1	22	0	0	0	0	0	0	0	0	203	5,923	4	43	4	15
전북	16	909	14	829	1	61	1	19	0	0	0	0	0	0	1	29	274	7,545	2	52	8	14
전남	24	1,364	21	1,328	1	22	1	13	1	1	0	0	0	0	3	36	378	10,641	3	40	5	20
경북	16	946	15	945	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	5	64	240	6,548	3	66	7	20
경남	25	1,217	24	1,204	1	13	0	0	0	0	0	0	0	1	1	6	251	6,815	3	70	5	17
제주	5	325	5	325	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	18	70	1,867	3	38	4	2

자료 : 보건복지부(2011) 아동복지시설현황, 청소년쉼터와 청소년수련시설, 여성복지시설 현황은 보건복지통계연보(2010)

주: 여성복지시설은 모부자복지시설, 모자자립시설, 모자일시보호시설, 미혼모자시설, 미혼모공동생활가정, 모부자공동생활가정 등을 합산한 것임.

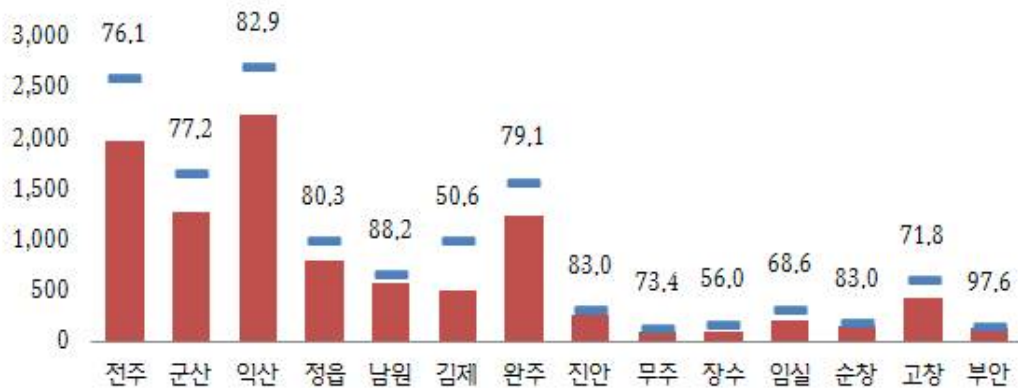
한편, 전북 도내 사회복지시설현황을 살펴보면, 먼저 생활시설이 총 347개소 설치·운영 중에 있다. 지역별로 보면, 전주가 77개소로 가장 많고, 다음으로 익산 65개소, 군산 46개소, 완주 32개소 그리고 남원 20개소 등의 순이었다. 사회복지시설의 유형별로는 정신보건시설이 16개소, 부랑인 및 노숙인 시설이 3개소, 장애인시설이 51개소 노인시설이 209개소, 여성복지시설이 8개소 그리고 청소년과 아동복지시설이 각각 3개소와 49개소이다.

〈표 2-7〉 전라북도 사회복지생활시설 현황(단위 : 개소)

구분	계	전주	군산	익산	정읍	남원	김제	완주	진안	무주	장수	임실	순창	고창	부안
시설 총계	347	77	46	65	27	20	24	32	11	5	6	11	6	13	4
생활자 정원	12,917	2,582	1,647	2,687	981	652	986	1,561	306	128	166	309	171	599	142
생활자 현원	9,924	1,966	1,271	2,227	788	575	499	1,234	254	94	93	212	142	430	139
종사자 정원	4,878	914	557	935	385	766	241	543	139	66	6	94	67	82	83
종사자 현원	4,670	903	562	927	327	575	253	513	82	63	49	93	67	179	77

자료 : 전라북도(2011), 2010. 12월 현황 재구성

도내 사회복지시설의 정원충족률을 보면, 부안이 전체 사회복지시설의 정원충족률이 97.6%로 가장 높았고, 다음으로 남원 88.2%, 익산 82.9%, 순창 83.0%, 정읍 80.3% 등의 순이었고, 정원충족률이 가장 낮은 곳은 정수지역으로 56.0%에 불과했다. 전체적으로 전북의 사회복지시설 정원충족률은 평균 76.8%였다



〈그림 2-2〉 사회복지시설의 정원충족률

사회복지시설의 생활자를 보면, 익산이 2,227명으로 가장 많이 생활하고 있고 다음으로 전주 1,966명, 군산 1,271명, 완주 1,234명 등의 순이었다.

사회복지시설의 유형별 현황을 보면, 정신보건시설이 16개소, 부랑인 및 노숙인시설 3개소, 장애인시설 51개소, 노인시설 209개소, 여성시설 8개소, 청소년시설 3개소, 아동시설 49개소, 한부모가족복지시설 7개소, 기타 시설 1개소 등이 설치되어 있다.

〈표 2-8〉 전라북도 사회복지시설 현황(생활시설)

구분		계	전주	군산	익산	정읍	남원	김제	완주	진안	무주	장수	임실	순창	고창	부안
총 계		347	77	46	65	27	20	24	32	11	5	6	11	6	13	4
정신보건	소 계	16	3	2	3	0	2	1	2	1	0	1	1	0	0	0
	정신요양시설	4	1		1		1		1							
	정신질환자 사회복지시설	12	2	2	2		1	1	1	1		1	1			
부랑·노숙인	소 계	3	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	부랑인시설	3	1	1	1											
장애인	소 계	51	5	5	12	8	2	2	9	1	1	1	3	1	0	
	지체장애인시설	7	1		1	1			3	1						
	시각장애인시설	1			1											
	지적장애인시설	30	3	5	5	6		2	3		1	1	1	2	1	
	중증장애인요양시설	11	1		3	1	2		3					1		
	장애영유아생활시설	1			1											
	장애인실비시설	1			1											
노인	소 계	209	42	24	38	17	16	20	16	7	4	4	6	2	9	4
	양로시설	14	2	1	3	1	1	1	3						1	1
	노인공동생활가정	1				1										
	노인복지주택	1						1								
	노인요양시설	141	32	20	19	9	11	12	13	4	3	3	5	2	5	3
	소규모요양시설	6	2			2	1						1			
	노인요양공동생활가정	46	6	3	16	4	3	6		3	1	1			3	
여성시설	소 계	8	5	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	가정폭력피해자보호시설	4	2	1	1											
	성폭력피해자 보호시설	2	1	1												
	성매매피해 지원시설	2	2													
청소년	소 계	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	청소년쉼터	3	3													
아동	소 계	49	15	10	9	1	0	1	4	2	0	0	3	1	3	0
	아동양육시설	15	3	4	4	1			1						2	
	아동보호치료시설	1													1	
	자립지원시설	1	1													
	공동생활가정	32	11	6	5			1	3	2			3	1		
한부모가족	소 계	7	3	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	한부모가족복지시설	7	3	2	1				1							
기타	소 계	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	결핵,한센시설	1				1										

자료 : 전라북도(2011), 2010년 12. 31일 기준

전라북도 사회복지이용시설로는 경로당이 6,200개이고, 노인복지관 17개, 노인교실 96개, 보육시설이 1,514개, 사회복지관이 20개 그리고 장애인복지관 10개, 다문화센터 14개, 지역아동센터 274개소 등이다. 지역별로 보면, 전주시와 군산, 익산 그리고 정읍시 등 시부가 군부보다는 경로당, 노인복지관, 종합사회복지관 등이 많이 설치되어 있다.

한편, 노인복지관은 연이용인원이 2,706,139명이고, 보육시설은 55,664명, 그리고 지역아동센터는 6,985명이다.

〈표 2-9〉 전라북도 사회복지시설(이용시설) 현황(단위: 개소, 명)

	경로당 소 계	노인복지관		노인 교실	보육 시설		종합 사회 복지관	장애인 복지관	다문화 센터	지역아동 센터	
		시설수	이용인원 (연)		시설	아동				시설	아동
전주시	564(15)	5	1,539,000	20	678	22,013	5	2	1	52	1,351
군산시	447	1	240,000	6	171	8,145	2	1	1	53	1,417
익산시	596	1	420,000	24	260	8,841	3	1	1	44	1,097
정읍시	646	2	192,000	12	108	3,882	1	1	1	32	729
남원시	468			5	70	3,181	1	1	1	27	672
김제시	587	1	108,000	2	65	2,182	3	1	1	10	241
완주군	420(17)	1	30,000	6	59	2,597		1	1	12	324
진안군	318	1	24,000	5	8	431			1	10	254
무주군	255	1	51,139	1	11	485		1	1	7	141
장수군	269				7	497			1	7	203
임실군	321	1	48,000	2	11	525			1	5	136
순창군	357	1	13,200	2	14	614			1	4	89
고창군	519	1	10,800	1	25	1,176	1		1	4	116
부안군	433	1	30,000	10	27	1,095	1	1	1	7	215
전체	6,200	17	2,706,139	96	1,514	55,664	17	10	14	274	6,985

자료 : 경로당, 노인복지관, 노인교실, 보육시설은 전북통계연보(2010), 사회복지관은 전라북도 사회복지자료, 장애인복지관은 보건복지부 지역현황자료, 지역아동센터는 2011년 지역아동센터 중앙지원단 현황자료

2. 전라북도 사회복지시설의 추이

전라북도의 사회복지시설은 지속적인 증가추세에 있고, 인구대비 사회복지시설의 비율에서도 타지역에 비해서 상대적으로 많이 설치되어 있다. 가령 보육시설의 경우 인구 천명당 보육시설개수는 19.11개소로 16개 시도 중 세 번째로 많고, 노인여가시설은 16.57개소로 16개 시도 중 두 번째로 많다.

증가추이를 보면, 사회복지시설은 2005년 인구 천명당 6.9개소에서 2008년 13.36개소로 증가했고, 보육시설은 같은 기간 14.05개소에서 19.11개소로 5.06개소 증가했다. 노인여가시설도 2005년 16.51개소에서 2010년 16.57개소로 소폭 증가했다.

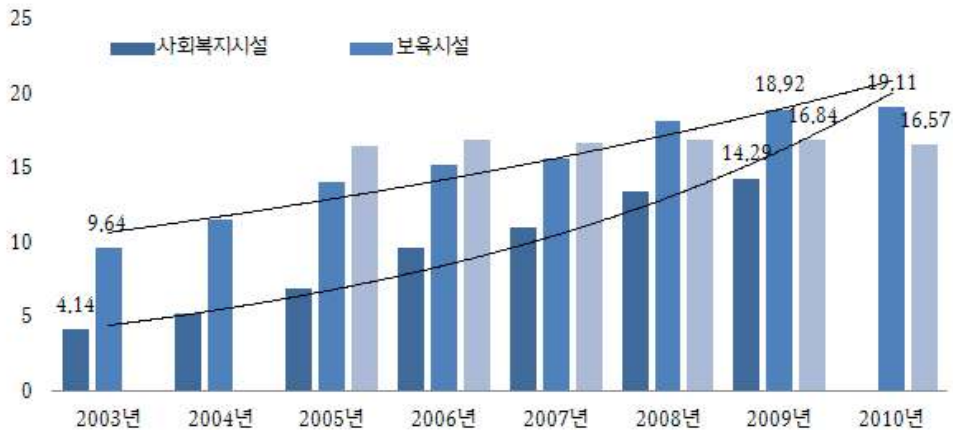
〈표 2-10〉 전라북도 사회복지시설 증가추이

(단위 : 천명)

시도	사회복지시설					보육시설						노인여가시설							
	2005	2006	2007	2008	순위	2005	2006	2007	2008	2009	2010	순위	2005	2006	2007	2008	2009	2010	순위
서울	1.49	1.52	1.85	3.68	13	11.49	12.41	12.52	12.91	13.37	13.8	15	2.63	2.61	2.55	2.47	2.44	2.32	16
부산	2.58	2.96	3.21	4.21	12	11.22	11.85	12.17	12.79	13.06	13.13	16	4.37	4.36	4.06	4.13	3.83	3.68	14
대구	2.91	3.37	3.57	4.21	12	10.57	11.38	12	13.71	14.69	15.05	11	4.19	4.21	4.15	4.04	3.86	3.87	14
인천	1.77	2.17	3.08	4.94	11	10.33	11.06	11.88	13.01	14.06	14.49	12	4.64	4.39	4.36	4.19	4.09	3.96	13
광주	3.64	4.05	5.16	6.47	8	13.85	14.37	14.42	15.47	16.35	16.61	9	6.92	6.99	6.75	6.69	6.58	6.48	9
대전	3.16	3.34	4.61	6.14	10	12.6	14.3	15.83	17.66	19.67	21.03	1	4.67	4.69	4.52	4.5	4.29	4.16	12
울산	1.84	2.65	3.64	3.42	14	10.42	10.54	10.37	10.99	12	13.53	14	7.71	7.59	7.21	7.00	6.73	6.49	8
시평균	2.57	3.01	3.74	4.95	-	11.50	12.27	12.74	13.79	14.74	15.38	-	5.02	4.98	4.80	4.72	4.55	4.42	-
경기	2.92	4.07	5.08	6.46	9	12.05	13.1	14.36	16.1	17.46	18.25	4	6.87	6.83	6.58	6.41	6.32	6.14	10
강원	6.21	7.90	9.58	11.80	3	10.73	11.74	12.66	13.78	14.66	17.21	7	9.35	9.53	9.6	9.71	9.74	9.64	7
충북	4.10	8.03	9.76	14.35	1	12.03	12.15	12.44	13.45	14.8	15.48	10	15.51	15.49	15.13	15.21	14.87	14.58	3
충남	4.69	6.53	7.52	9.66	6	11.31	12.16	13.79	13.63	15.02	16.73	8	14.67	14.8	14.62	13.55	14.36	14.17	4
전북	6.90	9.63	11.01	13.36	2	14.05	15.18	15.64	18.11	18.92	19.11	3	16.51	16.85	16.7	17.11	16.84	16.57	2
전남	5.90	5.87	6.22	10.73	4	10.41	11.67	12.18	13.06	14.06	14.19	13	17.67	18.02	18.14	18.48	18.55	18.43	1
경북	4.69	5.84	5.82	8.12	7	11.03	12.05	13.3	15.23	16.32	17.67	6	13.17	13.84	13.34	13.38	13.36	13.24	5
경남	3.51	4.25	5.16	6.14	10	12.51	13.48	14.22	16.37	18.36	20.32	2	13.42	13.6	13.38	13.6	13.30	13.04	6
제주	6.82	8.24	8.94	9.81	5	12.89	13.75	14.25	16.33	17.6	18.24	5	4.74	4.75	4.53	4.38	4.38	4.26	11
도평균	5.08	6.71	7.68	10.05	-	11.89	12.81	13.65	15.12	16.36	17.47	-	12.43	12.63	12.45	12.43	12.41	12.23	-

자료: 통계청(2011)

뿐만 아니라 전라북도의 사회복지시설은 지역별로 편차가 있기는 하지만 2004년에서부터 2010년까지 약 두 배 이상 증가했다. 가령, 전주시 노인여가시설은 2004년 13.06개소였지만 2010년에는 23.10개소로 증가했고, 군산도 같은 기간 11.16개소에서 13.23개소로 증가했다.



〈그림2-3〉 지역별 사회복지시설 증가추이

〈표 2-11〉 지역별 사회복지시설 증가추이

(단위: 천명)

지역	시설유형	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
전주	사회복지시설	3.86	5.63	6.72	6.89	7.76	-	-
	보육시설	-	7.39	7.44	6.83	6.96	6.59	6.32
	노인여가시설	13.06	15.62	16.55	16.72	22.18	22.92	23.1
군산	사회복지시설	7.17	8.36	9.2	11.13	10.99	-	-
	보육시설	-	9.54	9.58	9.9	9.9	9.85	9.47
	노인여가시설	11.16	16.76	13.22	13.61	13.61	13.57	13.23
익산	사회복지시설	6.2	7.22	9.52	11.48	15.52	-	-
	보육시설	-	10.88	11.9	11.3	11.85	11.93	11.75
	노인여가시설	12.31	12.35	15.95	17.21	17.77	18.96	19.56
정읍	사회복지시설	3.78	6.2	11.88	15.29	19.54	-	-
	보육시설	-	20.15	20.56	19.69	20.28	20.84	20.66
	노인여가시설	11.45	14.56	18.32	20.52	22.01	23.73	24.03
남원	사회복지시설	6.23	6.41	7.67	12.33	16.98	-	-
	보육시설	-	20.88	20.9	20.77	20.64	20.44	20.2
	노인여가시설	10.71	14.42	17.82	18.39	18.95	20.55	22.64
김제	사회복지시설	3.8	4.87	7.98	9.22	17.74	-	-
	보육시설	-	19.24	20.2	20.51	20.81	21.11	20.64
	노인여가시설	9.13	11.06	13.4	16.17	17.8	20.02	20.96
완주	사회복지시설	13.34	14.35	31.25	33.75	34.62	-	-
	보육시설	-	20.99	21.76	21.57	21.31	20.73	20.43
	노인여가시설	9.13	11.04	11.84	12.2	13.36	13.26	13.76
진안	사회복지시설	0	3.45	14.75	13.22	25.71	-	-
	보육시설	-	30.23	31.43	31.18	33.61	34.22	34.02
	노인여가시설	4.95	7.14	8.88	6.41	7.27	7.17	6.78
무주	사회복지시설	0	3.86	7.87	7.59	7.69	-	-
	보육시설	-	28.41	28.41	28.56	30.11	30.54	30.88
	노인여가시설	5.87	6.4	6.69	6.8	7.74	10.7	11.22
장수	사회복지시설	3.73	12.12	16.52	14.99	20.95	-	-
	보육시설	-	34.3	35.15	34.88	35.15	34.82	34.74
	노인여가시설	5.87	9.38	9.33	5.59	7.91	8.46	5.92
임실	사회복지시설	6.06	9.23	12.51	15.65	19.27	-	-
	보육시설	-	28.16	28.53	28.81	29.65	29.62	29.91
	노인여가시설	9.73	12.16	13.84	11.4	10.24	11.03	9.79
순창	사회복지시설	6.29	6.25	9.24	9.36	12.94	-	-
	보육시설	-	30.29	30.71	31.42	32.14	33.84	33.94
	노인여가시설	8.93	8.37	7.96	8.2	10.21	12.77	13
고창	사회복지시설	7.67	10.99	11.28	14.76	16.58	-	-
	보육시설	-	24.78	25.35	27.54	25.8	25.9	26.53
	노인여가시설	9.44	12.59	13.58	14.28	14.63	14.71	14.07
부안	사회복지시설	1.5	3.08	6.32	4.85	4.93	-	-
	보육시설	-	19.3	20.06	21.09	22.9	23.37	23.73
	노인여가시설	9.73	10.95	13.41	13.99	14.12	15.73	15.95

자료: 통계청(2011)

3. 전라북도 사회복지시설 재정 및 운영실태

1) 사회복지시설 재정현황

전라북도의 사회복지시설 지원예산은 2011년 본청 전체 사회복지예산의 19.46%인 241,284백만원이다. 사업의 유형별로 보면, 지역복지의 경우 전체 관련예산의 4.44%가 사회복지시설에 지원되는 예산이고, 저소득복지영역에서는 1.74%에 시설에 지원되는 예산이다. 저소득복지예산의 경우 대체로 기초생활수급자의 생계비 등에 직접 지원되는 현금급여의 비율이 높기 때문에 시설에 지원되는 간접경비는 낮은 수준이다.

장애인복지의 경우 복지시설에 지원되는 예산은 26,720백만원으로 전체 장애인복지예산의 34.63%를 차지하고 있고, 여성복지예산은 전체 관련예산의 55.38%가 시설에 지원되는 예산이다. 이밖에 보육과 청소년 그리고 아동복지의 경우도 사회복지시설이나 단체에 간접적으로 지원되는 예산의 규모는 관련 복지예산의 60%를 상회하고 있다.

〈표 2-12〉 전라북도 사회복지시설 및 단체 예산지원 현황(단위 : 백만원)

	지역 복지	저소득 복지 정책	장애인 복지	여성 복지	보육 정책	청소년 복지	아동 복지	노인 복지	저출산	기타 (행정 경비)	전체
전체	16,644	627,226	77,138	23,733	172,568	10,095	29,904	253,571	289	29,000	1,240,168
복지 시설 예산	740 (4.44)	10,931 (1.74)	26,720 (34.63)	13,145 (55.38)	131,990 (76.48)	8,488 (84.08)	15,554 (52.01)	33,466 (13.20)	250 (86.50)	-	241,284 (19.46)

자료 : 전라북도(2011) 세입세출예산서 본예산기준 재분석

특히, 청소년복지예산의 경우 복지시설과 단체에 지원되는 예산이 전체 아동복지예산의 84.08%를 차지하고 있어, 대부분의 청소년복지예산이 청소년 관련 시설이나 단체에 지원되는 예산으로 구성되어 있다.

한편, 사회복지시설이나 단체에 지원되는 예산을 각 영역의 항목별로 정리하면 아래의 표와 같다.

〈표 2-13〉 전라북도 사회복지시설 및 단체 예산지원 현황(단위: 백만원)

구분	사업명	예산액	구성비
지역복지	전북콜센터 설치운영, 민간복지지원, 심부름센터 지원	740	0.31
저소득 빈곤	정신보건시설확충, 부랑인시설 기능보강, 사회복지관기능보강, 정신요양시설 운영, 노숙인 쉼터 운영, 사회복지관 운영지원, 부랑인 시설운영, 보호단체시설확충, 보호단체 지원, 지역자활센터 운영, 광역자활센터 지원	10,931	4.53
장애인 복지	장애인시설기능보강, 장애인생산품판매시설, 장애인직업재활시설 운영, 장애인생활시설, 직업재활시설 운영, 독립장애인복지관 운영, 지역사회재활시설운영, 장애인지역사회재활시설운영, 장애인재활 및 사회활동지원, 장애인편의증진사업, 장애인편의증진사업(지원)	26,720	11.07
여성복지	여성교육센터 청사이전, 여성인력개발센터 운영, 여성인력개발협의회 운영, 여성일자리센터 건립, 여성자원활동센터 운영, 건강가정지원센터 운영, 한부모가족복지시설 운영지원, 한부모가족복지시설 환경개선, 여성복지시설 지원, 성매매여성 자활지원, 성폭력상담소 지원, 가정폭력 피해자보호시설기능보강, 성폭력방지 피해자보호시설지원, 가정폭력,성폭력방지피해자지원, 여성폭력 긴급피난처 운영, 여성보호, 여성폭력상담소 지원	13,145	5.45
보육	영유아보육료지원, 보육시설 교재비, 보육시설 차량운영비, 보육시설 향상, 보육시설취사도우미파견, 농촌보육시설지원, 공공형 보육시설 지원, 보육정보센터운영, 보육시설기능보강	131,990	54.70
청소년복지	청소년활동진흥센터지원, 청소년성문화센터 운영, 공공청소년수련시설 건립지원, 공공청소년시설 운영지원, 청소년시설 운영위원회 운영, 청소년문화존, 청소년문화존 운영, 청소년동아리지원, 청소년동아리활동 지원, 청소년쉼터운영지원, 청소년방과후아카데미 운영, 청소년 비정규학교 운영지원, 청소년유해환경감시단 운영, 청소년상담지원센터 지원, 청소년유해감시단 지원	8,488	3.52
아동복지	아동시설 확충, 요보호아동 그룹홈보호, 아동복지시설지원, 가장위탁지원센터 운영비, 지역아동센터지원, 지역아동센터 시도지원단 운영, 아동청소년통합서비스, 아동보호전문기관 운영	15,554	6.45
노인복지	노인단체 지원, 시니어클럽 운영, 노인일자리 교육센터 지원, 노인보호전문기관 운영, 노인호보전문기관 지원, 화장장 설치, 경로당 지원, 노인복지관 지원, 도노인복지관 운영지원, 노인복지시설 기능보강, 노인복지시설 지원	33,466	13.87
저출산	아이낳기좋은 운동본부 운영비 지원	250	0.10
전체		241,284 (100.0)	100.0

자료 : 전라북도(2011) 세입세출예산서 본예산기준 재분석

사회복지시설에 지원되는 전체예산을 기준으로 각 항목별 사회복지시설 및 단체의 예산이 차지하고 있는 비율을 분석하면, 전체 사회복지시설 및 단체 지원 예산 중 보육예산이 54.70%로 가장 많은 비중을 차지하고 있고, 다음으로 노인복지 13.87%, 장애인복지 11.07%, 아동복지 6.45% 그리고 여성복지 5.45% 등의 순이었다.

〈표 2-14〉 전라북도 사회복지시설(이용시설) 재정현황(단위: 원)

기관	예산	최소	최대	평균	표준편차
아동복지시설 (2010)	세입총액	31,802,342	1,327,160,703	951,192,634.50	317,893,507.39
	세출총액	30,733,830	1,327,160,703	926,834,703.38	308,994,248.10
	인건비	22,727,060	819,035,775	525,991,748.75	218,679,671.88
	프로그램비	1,451,400	282,836,389	58,755,496.13	84,434,056.72
	시설관리비	5,098,760	673,666,000	277,148,482.63	229,791,159.05
장애인복지시설 (2010)	세입총액	1,176,298.00	2,204,905,512.00	1,059,875,198.45	486,371,950.04
	세출총액	1,006,421.00	2,198,519,068.00	1,057,007,450.85	486,506,512.75
	인건비	757,761.00	1,260,415,480.00	693,350,786.95	316,888,223.34
	프로그램비	22,701.00	275,126,440.00	43,188,316.30	87,203,113.29
	시설관리비	0	1,089,884,760.00	252,651,203.15	246,259,118.85
정신요양시설 (2008)	세입	1,304,121,000	2,744,306,280	1,896,872,247.25	618,022,063.11
	세출	1,295,713,000	2,706,072,160	1,885,210,571.50	603,326,362.76
	인건비	795,008,000	959,367,250	893,575,478.50	71,629,595.02
	프로그램비	19,947,000	36,670,980	29,624,526.00	8,365,102.06
	시설관리비	480,758,000	1,002,576,708	659,088,984.50	241,966,281.59
사회복귀시설 (2008)	세입	58,151,480	381,262,419	187,955,744.00	108,322,584.98
	세출	58,151,480	381,262,419	187,954,746.56	108,323,292.66
	인건비	51,348,170	213,431,000	121,105,626.25	58,602,313.66
	프로그램비	595,000	29,438,272	10,295,204.25	9,447,858.43
	시설관리비	3,339,580	94,825,300	39,975,484.75	33,861,525.92

자료 : 보건복지부 사회복지시설 평가자료 각연도 자료 재구성

사회복지시설의 유형별로 재정현황을 보면, 아동복지시설은 평균 예산이 9.5 억원이고, 세출예산은 9.3억원으로 세입예산이 세출예산보다 다소 많이 지원되었다. 세출예산의 항목별 지출을 보면, 인건비가 5.3억원으로 전체 세출예산의

56.75%였고, 다음으로 시설관리비, 프로그램비 등의 순이었다. 특히, 프로그램비는 전체 세출예산의 6.33%정도 밖에 되지 않았다. 장애인복지시설은 평균 세출예산은 10.6억원이고 이중 6.9억원은 인건비로 지출되고 있고, 프로그램비는 4.3천만원이었다. 장애인복지시설도 다른 사회복지시설과 마찬가지로 세출예산의 70%이상이 인건비로 지출되고 있었고, 시설관리가 2.5억원으로 20%정도를 차지하였다.

정신요양시설은 평균 세입예산이 18.9억원이었고, 평균 세출예산도 18.8억원이었다. 세출예산 중 평균 인건비는 8.9조로 47.4%를 차지하고 있고, 다음으로 시설관리비 6.6억원, 프로그램비 2.9천만원 등으로 지출하였다. 정신요양시설의 경우 다른 이용시설과는 달리 시설관리비에 상대적으로 많은 예산이 지출되고 있었다.

아울러 사회복지시설에 대한 예산지원현황을 보면, 세입예산은 1.9억원이고 이중 인건비는 1.2억원으로 전체 64.7%를 차지하고 있다. 다음으로 시설관리비가 약 4천여만원으로 전체 세출예산의 20.8%를 차지하고 있고, 평균 프로그램비는 약 1천여만원이었다. 마지막으로 장애인복지관은 평균 세출예산은 약 11억원이고, 이중 평균 인건비가 7억원, 시설관리비가 2억원 그리고 프로그램비가 1.2억원 등의 순이었다.

전북의 사회복지시설예산은 전반적으로 인건비예산이 전체 세출예산의 60~80%를 차지하고 있고, 다음으로 프로그램예산과 시설관리비예산이 각각 20%~40%의 비중을 차지하고 있다. 시설유형별로는 정신요양시설과 사회복지시설의 시설관리비가 다른 사회복지시설 예산 지원보다도 높았다.

한편, 이용시설로서 사회복지관은 세입 평균예산이 7.6억원이고 이중 보조금 수입이 4.5억원, 법인전입금이 6.8천만원, 사업수입 5.2천만원, 후원금수입 9.6천만원 등으로 구성되어 있다. 종합사회복지관이 보조금 수입에 절대적으로 의존하고 있음을 확인할 수 있다.

사회복지관의 세출예산을 보면, 사무비가 3.9억원으로 전체세출예산의 52.4%로 가장 많은 부분을 차지하였고, 다음으로 인건비 2.6억원, 사무비 4.2천만원 등이었다. 노인복지관은 평균 세입총액이 7.8억원이고 이중 보조금 수입이 5.7억원, 법인전입금 5.3천만원, 후원금 2.9천만원 그리고 기타수입이 1.3억원이었

다. 세출로는 인건비가 전체 세출의 32.7%인 2.5억원이었고, 다음으로 사업비가 3.5억원으로 전체 세출예산의 47.1%였다.

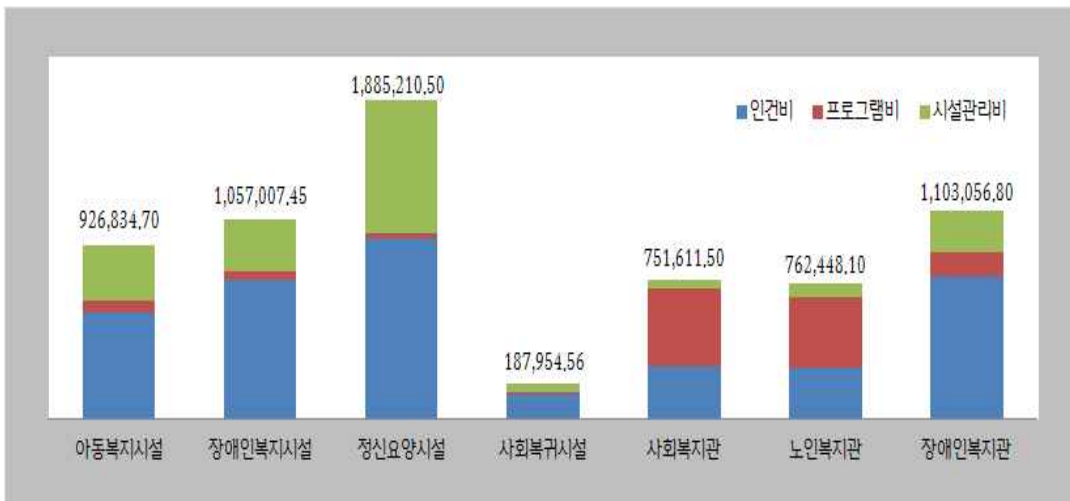
〈표 2-15〉 전라북도 사회복지시설(생활시설) 재정현황(단위: 원)

기관	예산	최소	최대	평균	표준편차
사회복지관 (2009)	세입총액	255,890,647	1,588,082,554	760,580,300.10	350,979,322.30
	보조금수입	145,960,000	755,020,600	446,110,307.80	178,556,671.80
	법인전입금	600,000	660,538,096	68,407,666.40	168,640,732.70
	사업수입	1,500,000	224,098,120	51,977,744.80	51,125,505.79
	후원금수입	14,353,442	351,506,455	95,996,409.20	91,909,884.07
	기타	0	573,116,000	96,544,828.60	147,506,088.10
	세출총액	255,890,647	1,527,697,749	751,611,740.50	342,395,489.50
	인건비	159,510,010	398,296,160	257,011,595.90	72,548,230.80
	사무비	18,968,920	70,460,535	42,541,918.60	15,427,015.16
	사업비	27,544,472	1,088,306,646	394,244,128.40	298,838,751.10
	재산조성비	3,526,500	160,406,100	35,939,282.40	39,342,366.40
	기타	0	100,343,637	21,167,855.80	27,880,936.73
노인복지관 (2009)	세입총액	251,453,335	1,893,249,839	783,295,394.70	613,119,226.70
	보조금수입	160,020,000	1,555,834,440	573,604,986.70	509,832,196.20
	법인전입금	10,000,000	160,000,000	53,055,000.00	47,126,985.60
	후원금수입	7,153,424	79,846,418	29,754,102.89	22,854,632.00
	기타	88,670	659,127,267	125,726,228.00	208,118,826.80
	세출총액	221,383,957	1,839,249,839	762,448,679.00	604,339,602.90
	인건비	148,119,950	404,513,960	249,438,145.40	95,125,697.63
	사무비	21,516,867	116,230,748	67,984,377.56	36,960,915.35
	사업비	35,683,220	1,325,314,040	359,429,751.20	484,921,531.20
	재산조성비	2,242,390	103,288,150	32,612,997.22	35,161,109.88
	기타	21,500	274,180,000	88,475,076.67	126,487,191.10
장애인복지관 (2008)	세입	858,123,975	1,743,077,981	1,119,101,860.40	368,577,261.50
	세출	833,106,459	1,734,360,225	1,103,056,499.80	368,785,135.67
	인건비	534,615,730	1,118,190,240	707,899,254.60	238,078,199.77
	프로그램비	100,723,530	147,983,590	123,225,737.00	22,025,630.98
	시설관리비	30,751,000	468,186,395	203,351,811.60	160,915,802.96

자료 : 보건복지부 사회복지시설 평가자료 각 연도 자료 재구성

노인복지관도 세입구조에 있어서는 사회복지관과 별반 큰 차이를 보이지 않고 있다. 노인복지관 평균 세입총액은 7.8억원이고 이중 전체 세수입의 80%가 보조금 수입으로 평균 5.7억원정도이다. 법인 전입금은 노인복지관 전체 세수입의 3.8%에 불과하다. 노인복지관의 세출예산을 보면, 전체 세출 총액 중 사업비가 3.6억원으로 가장 많았고, 다음으로 인건비 2.5억원 등의 순이었다. 노인복지관은 다른 사회복지시설보다도 사업비의 항목이 상대적으로 높았다.

장애인복지관은 세입예산이 11.2억원이었고, 세출예산 11억원 중 인건비가 7.1억원으로 가장 큰 비중을 차지하고 있고, 다음으로 시설관리비가 2억원 그리고 프로그램비가 1.2억원이었다.



〈표2-4〉 전라북도 사회복지시설 예산 현황

위의 그림에서 확인할 수 있는 바와 같이 아동복지시설을 비롯한 장애인복지시설과 정신요양시설 그리고 사회복지귀시설은 세출예산의 가장 큰 부분이 인건비로 지출되고 있고, 사회복지관을 비롯한 노인복지관 등 이용시설은 인건비보다는 프로그램비에 가장 많은 예산을 지출하고 있다.

2) 사회복지시설 운영실태

사회복지시설 운영전반에 대한 평가는 보건복지부의 정기평가결과에 그대로 반영되어 있다. 보건복지부의 사회복지시설 평가 자료를 근거로 전북의 사회복지시설 운영현황을 타시도와 비교해 보면, 전북의 경우 아동복지시설은 우수시설이 43.8%로 가장 높고, 다음으로 25.0%, 양호 18.8%였다.

〈표 2-16〉 보건복지부 사회복지시설 평가결과(단위 : %)

구분	아동복지시설 (2010)					장애인복지시설 (2010)					사회복지관 (2009)					노인복지관 (2009)				
	최 우수 (A)	우수 (B)	양호 (C)	보통 (D)	미흡 (E)	최 우수 (A)	우수 (B)	양호 (C)	보통 (D)	미흡 (E)	최 우수 (A)	우수 (B)	양호 (C)	보통 (D)	미흡 (E)	최 우수 (A)	우수 (B)	양호 (C)	보통 (D)	미흡 (E)
서울	69.2	25.6	2.6	-	2.6	17.7	26.5	23.5	20.6	11.8						96.2	3.9	-	-	-
부산	47.6	33.3	14.3	4.8	-	16.7	38.9	33.3	5.6	5.6	44.9	42.9	6.1	2.0	4.1	22.2	22.2	33.3	-	22.2
대구	63.6	36.4	-	-	-	15.4	53.8	15.8	15.4	-	96.0	4.0	-	-	-	57.1	-	-	-	42.9
인천	100.0	-	-	-	-	33.3	8.3	16.7	33.3	8.3	47.1	41.2	11.8	-	-	75.0	-	25.0	-	-
광주	63.6	27.3	9.1	-	-	45.5	36.4	9.1	-	9.1	36.8	47.4	10.5	-	5.3	50.0	50.0	-		
대전	46.2	23.1	23.1	7.7	-	27.3	45.5	-	18.2	9.1	72.2	27.8	-	-	-	50.0	25.0	25.0		
울산						50.0	-	50.0	-	-	14.3	14.3	28.6	-	42.9	40.0	40.0	-	-	20.0
경기	56.7	26.7	3.3	10.0	3.3	21.8	47.3	18.2	3.6	9.1	35.4	52.1	10.4	-	2.1	34.5	31.0	20.7	10.3	3.5
강원	80.0	10.0	10.0	-	-	17.7	41.2	41.2	-	-	50.0	16.7	33.3	-	-	-	66.7	33.3	-	-
충북	58.3	33.3	-	8.3	-	16.7	38.9	16.7	16.7	11.1	50.0	40.0	10.0	-	-	60.0	20.0	10.0	-	10.0
충남	60.0	40.0	-	-	-	11.1	27.8	44.4	16.7	-	-	6.7	26.7	53.3	13.3	75.0	-	-	25.0	-
전북	25.0	43.8	18.8	12.5	-	30.0	55.0	10.0	5.0	-	20.0	60.0	20.0	-	-	33.3	55.6	11.1	-	-
전남	34.8	47.8	13.0	4.4	-	36.4	45.5	18.2	-	-	13.3	73.3	6.7	6.7	-	50.0	33.3	16.7	-	-
경북	93.3	-	6.7	-	-	33.3	42.9	14.3	4.8	4.8	53.3	33.3	13.3	-	-	28.6	28.6	-	14.3	28.6
울산/ 경남	23.1	53.9	3.9	15.4	3.9	25.0	50.0	6.3	18.8	-	40.9	18.2	27.3	9.1	4.5	16.7	33.3	-	-	50.0
제주	80.0	20.0	-	-	-	40.0	30.0	20.0	-	10.0	37.5	25.0	25.0	12.5	-					
평균	60.09	28.08	6.99	4.21	0.65	27.37	36.75	21.11	9.92	4.93	40.78	33.53	15.31	5.57	4.81	45.91	27.31	11.67	3.82	13.63

자료 : 보건복지부 사회복지시설 평가자료 각연도 자료 재구성.

아동시설의 약 70%가 우수이상이었다. 장애인복지시설의 경우도 최우수 30.0%, 우수 55.0%로 우수이상의 복지시설이 85.5%였다. 이외에도 사회복지관

과 노인복지관도 80%이상이 우수이상이었다.

전국 평균과 비교를 해보면, 아동복지시설의 경우 최우수시설은 전국평균에 비해서 40%정도 낮았고, 우수시설은 전국 평균보다도 15%p높았다. 장애인복지시설의 경우 최우수시설은 전국평균보다도 다소 높았고, 우수시설은 전국평균보다 약 20%p높았다. 전북의 사회복지관은 최우수의 경우 전국평균보다 20%p 낮았고, 노인복지관은 최우수시설보다는 우수시설의 비율이 전국평균보다 다소 높았다.

〈표 2-17〉 보건복지부 사회복지시설 평가결과(단위 : %)

구분	정신요양시설 (2008)					사회복지시설 (2008)					부랑인복지시설 (2008)					장애인복지관 (2008)				
	최 우수 (A)	우수 (B)	양호 (C)	보통 (D)	미흡 (E)	최 우수 (A)	우수 (B)	양호 (C)	보통 (D)	미흡 (E)	최 우수 (A)	우수 (B)	양호 (C)	보통 (D)	미흡 (E)	최 우수 (A)	우수 (B)	양호 (C)	보통 (D)	미흡 (E)
서울			100.0			20.0	44.0	24.0	4.0	8.0	33.3	66.67				33.3	57.6	3.0	-	6.1
부산	50.0		50.0			16.7	50.0	16.7	16.7	-		66.67	33.3			20.0	60.0	20.0	-	-
대구		50.0		50.0		45.5	54.6	-	-	-	100.0					60.0	40.0	-	-	-
인천		100.0				33.3	33.3	-	33.3	-	100.0					100.0	-	-	-	-
광주	75.0	25.0				-	28.6	42.9	14.3	14.3		100.0				33.3	66.7	-	-	-
대전	25.0		50.0	25.0		-	45.5	36.4	9.1	9.1			100.0			-	66.7	-	33.3	-
울산		100.0				-	100.0	-	-	-						66.7	-	-	-	33.3
경기	33.3	33.3	33.3			17.7	35.3	35.3	11.8	-		66.7	33.3			46.2	38.5	15.4	-	-
강원						-	100.0	-	-	-	66.7	33.3				60.0	40.0	-	-	-
충북		50.0		50.0		25.0	75.0	-	-	-			100.0			75.0	25.0	-	-	-
충남		54.5	18.9	9.1	18.2	-	40.0	-	20.0	40.0				100.0		33.3	33.3	11.1	11.1	11.1
전북		75.0	25.0			11.1	44.4	33.3	11.1	-	100.0					50.0	33.3	16.7	-	-
전남	25.0	75.0				-	100.0	-	-	-	25.0	25.0	25.0		25.0	12.5	50.0	25.0	-	12.5
경북	20.0	80.0				16.7	33.3	-	50.0	-	33.3	66.7				50.0	37.5	12.5	-	-
경남		50.0	25.0	25.0		-	33.3	33.3	-	33.3	50.0	16.7	16.7	16.6		40.0	40.0	-	20.0	-
제주	100.0					-	50.0	50.0	-	-	50.0		50.0			25.0	75.0	-	-	-

자료 : 보건복지부 사회복지시설 평가자료 각연도 자료 재구성

한편, 정신요양시설도 우수 평가를 받은 시설이 전체 시설의 75%였고, 사회복지시설은 최우수 11.1%, 우수 44.4%로 절반이상의 사회복지시설이 우수이상

의 평가를 받았다. 부랑인복지시설은 평가를 받은 3곳 모두 최우수평가를 받았고, 장애인복지관은 최우수 50.0%, 우수 33.3%로 전체 장애인복지관의 80%이상이 우수이상의 평가를 받았다.

〈표 2-18〉 전라북도 사회복지시설 영역별 운영현황(단위 : %)

구분	아동복지시설(2010)					장애인복지시설(2010)					노인복지시설(2009)*				
	최우수(A)	우수(B)	양호(C)	보통(D)	미흡(F)	최우수(A)	우수(B)	양호(C)	보통(D)	미흡(F)	최우수(A)	우수(B)	양호(C)	보통(D)	미흡(F)
총점	25.00	43.75	18.75	12.50		30.00	55.00	10.00	5.00		61.29	24.19	8.06	6.45	
시설환경	87.50	6.25	6.25			65.00	20.00	15.00			79.03	8.06	11.29	1.61	
재정/조직운영	37.50	31.25	18.75	12.50		5.00	45.00	35.00	10.00	5.00	40.32	45.16	9.68	3.23	1.61
인적자원관리	18.75	50.00	25.00	6.25		25.00	30.00	30.00	15.00		14.52	48.39	25.81	11.29	
프로그램/서비스	31.25	37.50	12.50		18.75	55.00	30.00	10.00	5.00		75.81	12.90	3.23	4.84	3.23
이용자권리	50.00	12.50	6.25	18.75	12.50	80.00	15.00	5.00			83.87	8.06	4.84	3.23	
지역사회관계	50.00	37.50	12.50			45.00	40.00	5.00	5.00	5.00	37.10	38.71	14.52	3.23	6.45
구분	노인복지관(2009)					사회복지관(2009)					장애인복지관(2008)				
	최우수(A)	우수(B)	양호(C)	보통(D)	미흡(F)	최우수(A)	우수(B)	양호(C)	보통(D)	미흡(F)	최우수(A)	우수(B)	양호(C)	보통(D)	미흡(F)
총점	33.33	55.56	11.11			20.00	60.00	20.00			50.00	33.33	16.67		
시설환경	100.0					60.00	33.33	6.67			100.0				
재정/조직운영	77.78	11.11	11.11			26.67	33.33	33.33	6.67			33.33	50.00	16.67	
인적자원관리		33.33	55.56	11.11		20.00	26.67	46.67	6.67			66.67	33.33		
프로그램/서비스	66.67	22.22	11.11			73.33	13.33	13.33				83.33		16.67	
이용자권리	100.0					86.67	13.33					100.0			
지역사회관계	66.67	22.22		11.11		6.67	46.67	26.67	13.33	6.67		50.00	50.00		
구분	정신요양시설(2008)					사회복지시설(2008)					부랑인시설(2008)				
	최우수(A)	우수(B)	양호(C)	보통(D)	미흡(F)	최우수(A)	우수(B)	양호(C)	보통(D)	미흡(F)	최우수(A)	우수(B)	양호(C)	보통(D)	미흡(F)
총점		75.0)	25.0			11.11	44.44	33.33	11.11		33.33	66.67			
시설환경	50.0)	50.0				77.78	11.11	11.11			100.0				
재정/조직운영	25.0)	75.0				11.11	44.44	44.44				66.67	33.33		
인적자원관리		25.0	50.0	25.0			11.11	55.56	22.22	11.11		33.33	66.67		
프로그램/서비스		75.0		25.0		22.22	22.22	33.33	11.11	11.11	33.33	66.67			
이용자권리	25.0)	50.0	25.0			77.78	22.22				66.67	33.33			
지역사회관계		25.0	25.0	25.0	25.0	11.11	44.44	11.11	22.22	11.11	33.33	66.67			

자료 : 보건복지부 사회복지시설 평가자료 각연도(2008-2010) 자료 재구성

* 2009년 노인복지시설평가는 평가보고서가 지역별로 범주화되지 못해 전국 평가결과를 제시함

전라북도의 사회복지시설 평가결과를 각 영역별로 살펴보면, 아동복지시설의 경우 시설환경을 비롯한 재정, 조직운영 그리고 인적자원관리 등의 영역에서 우수 이상의 평가를 받았지만 프로그램서비스와 이용자의 권리에서는 약 20%의 시설이 미흡 판정을 받았다. 장애인복지시설은 재정 및 조직운영 그리고 지역사회와의 관계영역이 미흡판정을 받았다. 노인복지관과 장애인복지관은 전반적으로 모든 영역에서 우수 이상의 평가를 받았지만 사회복지관은 지역사회와의 관계에서 일부 복지관이 미흡 판정을 받았다. 정신요양시설과 사회복지시설의 경우 지역사회와의 관계와 인적자원관리 그리고 프로그램 영역에서 일부 시설이 미흡 판정을 받았다.

제 2 절 사회복지시설 개선방안에 관한 선행연구

최근 사회복지학과와 실무에서는 사회복지적 개입의 효과성을 검증하고 서비스 제공의 책임성을 확보해야 한다는 자성의 목소리가 제기되고 있다. 정부는 각종 사회복지시설에 대한 지원금이 얼마나 효율적이고 효과적으로 사용되고 있는가에 큰 관심을 갖게 되었다(김수정, 2010). 이 같은 사회적 분위기에서

사회복지시설 운영의 개선방안에 관한 선행연구는 주로 복지서비스의 민간공급기관에 대한 성과평가 혹은 기관의 인증제를 중심으로 연구되고 있다. 사회복지서비스의 제공에 소요되는 제반 비용을 국가가 부담하고 있고, 사회복지서비스의 이용자가 대부분 취약계층이라는 점에서 제공기관에 대한 책임성은 크다고 할 수 있다.

하지만 지금까지 사회복지시설은 제공되는 서비스의 질적인 성장보다는 양적인 확대에 치중함으로써 다양하고 방대하게 운영되어 온 측면이 없질 않다. 이로 인해 사회복지서비스에 지원되는 투입에 비해서 중요한 산출이라고 할 수 있는 이용자의 만족도나 체감도는 높지 않았다. 이 같은 문제의식에 따라 사회복지시설 운영의 합리성을 도모하고 사회복지서비스의 품질을 개선하기 위한 실질적인 평가제도의 도입이 요구되고 있다.

최근 사회복지시설을 주제로 한 연구들의 경향도 사회복지시설의 합리적 운영을 도모하기 위한 방안으로서 평가제나 인증제의 도입방안에 관한 연구, 평

가제나 인증제가 사회복지서비스의 품질 개선에 영향을 미치는 지의 여부에 관한 연구 등이 주류를 이루고 있다.

〈표 2-19〉 사회복지시설 개선방안에 관한 선행연구

연구자	연구대상	연구방법	연구결과
이신정 (2011)	종합 사회복지관	사례연구 실증연구	<ul style="list-style-type: none"> · 사회복지관 성과평가체계 도입을 위해서는 보조금 중심의 정부제정 지원방식을 서비스 구매계약방식으로 전환해야 함. · 평가목적 달성을 위해서는 평가대상시설의 평가지표에 대한 수용성이 매우 중요함. · 사회복지관 평가지표는 비용대비 효과와 효율성 제고에 중점을 두어야 함. · 성과평가의 목적은 서열화가 아닌 계획된 목표의 달성에 부족한 부분에 대한 환류가 목적이 되어야 함.
최흥기 (2009)	사회복지시설 평가체제	사례연구 (한국, 일본)	<ul style="list-style-type: none"> · 지자체의 특성에 맞는 평가기관 설치(지자체주관 상설평가기관의 설립 운영) · 특화된 평가지표의 접목과 활용 · 사회복지시설평가는 제공되는 서비스의 품질개선에 주안.
서해정 (2002)	평가에 대한 사회복지사의 만족도	실증연구 (영향요인 분석)	<ul style="list-style-type: none"> · 사회복지시설평가제도는 시설이 위치하고 있는 지역에 따라 유의미한 차이가 나타남(농촌이 도시보다는 평가에 만족) · 사회복지사의 근무경력이 많을수록 평가에 불만족
박정숙 (2008)	노인복지시설 BSC적용탐색	실증연구	<ul style="list-style-type: none"> · 노인복지시설 자체평가는 실시하고 있지만 계량화 정도가 미흡함. · 노인복지시설 자체평가는 조직운영 자료로만 활용, 나머지는 활용되지 못함.
김태형 (2008)	평가제도에 대한 인식	실증연구 (영향요인 분석)	<ul style="list-style-type: none"> · 인증제도의 필요성에는 다수의 사회복지사들이 공감하고 있음 · 인증제도의 이행을 위해서는 평가지표의 표준성, 기관별 고유성 확보 필요. · 인증제도 도입시 평가지표의 객관성 확보, 전문적인 인증요원 선발 등이 매우 중요함.
최보미 (2008)	평가활용 영향요인	실증연구	<ul style="list-style-type: none"> · 평가의 활용은 기관장의 평가에 대한 태도가 매우 중요함. · 평가활용에 영향을 미치는 요인은 직위요인, 종교요인, 보상수준, 감독자의 배려와 지지 요인 등임.
김명숙 (2003)	장애인시설	실증연구 (평가와 시설변화 관계)	<ul style="list-style-type: none"> · 사회복지시설의 유형과 사회복지시설의 평가결과가 사회복지시설 변화에 영향을 미침. · 사회복지시설변화에 영향을 미치는 요인으로는 평가결과 활용요인, 평가과정요인 등임.
민영경 (2001)	아동복지시설	문헌연구	<ul style="list-style-type: none"> · 아동복지시설의 개선을 위해서는 입소자에게 시설선택권을 부여. · 시설운영비 지원시 표준시설운영경비산정표에 의해서 지원 · 사회복지시설 평가제도 도입을 통한 인센티브 부여 · 사회복지시설 옴브즈만 제도 도입
김복만 (2004)	사회복지관	ISO인증 사례연구	<ul style="list-style-type: none"> · 지역주민의 욕구파악, 이용자 관점에서 품질경영시스템 구축 · 단위업무별 책임과 권한 명확화, 실무자 중심 업무처리 권한 이양 · ISO규격의 문서화된 품질경영시스템구축으로 업무흐름의 일관성 유지 · 이용자의 만족도 향상을 위해 직원들간의 의사소통 향상

사회복지시설 개선방안에 대한 선행연구는 주로 복지시설 평가제도에 초점을 맞추어져 있다. 물론 사회복지시설 평가제도가 도입된 지 10년이 지난 2008년부터는 평가제도가 가지고 있는 한계에 대한 지적과 함께 인증제도의 도입을 제안하는 연구들이 많아지고 있다. 최근 한국사회복지협의회(2010)는 사회복지시설 평가제의 문제점을 진단하고 평가제와 인증제를 혼합한 평가인증제도의 도입 필요성을 제안하였다.

최근 연구경향을 종합해 보면, 먼저 사회복지시설이 복지수요자의 다양한 욕구를 충족하지 못하고 있고, 일부 사회복지시설은 형식적이고 관성적인 서비스 제공으로 인해 사회복지서비스 이용자의 만족도가 매우 낮은 문제점을 노출하고 있다는 점이다. 이로 인해 사회복지시설의 책무성을 강화하고 사회복지서비스의 품질을 개선하여 이용자의 선택권을 강화하기 위한 방안으로 사회복지시설평가제도와 인증제도의 도입이 요구되고 있다는 점이다.

제 3 장

JDI

전라북도 사회복지시설 평가인증제도 도입의 필요성

제 1 절 사회복지시설 평가제도 문제점

제 2 절 사회복지시설 평가인증제도의 필요성

제 3 절 사회복지시설 평가인증제도 운영사례연구

제 3 장 전라북도 사회복지시설 인증제도 도입의 필요성

제 1 절 사회복지시설 평가제도 문제점

1. 사회복지시설 평가 현황

사회복지시설 평가제도는 1998년 사회복지사업법 개정을 통해 매 3년마다 사회복지시설이 최소 1회의 평가를 받도록 제도화되었다. 1999년 이래 총 4회의 중앙평가가 이루어졌으며, 2005년 제3차 평가가 정신보건시설과 장애인복지관을 대상으로 시작되었고, 현재 보건사회연구원과 한국사회복지협의회 주관으로 시행되고 있다. 지방자치단체에서는 서울시가 자체적으로 1996년부터 2001년까지 매년 2001년 이후로는 2년마다 사회복지관을 평가하고 있고, 1998년부터는 재가노인복지시설을 평가하고 있다. 1차 사회복지시설평가에서는 정신요양시설을 포함하여 총 1,065개소가 평가를 받았고, 2차 평가에서는 부랑인 시설 33개소를 포함하여 총 1,129개소가 평가를 받았다. 3차 평가와 4차 평가도 각각 1,387개소, 1,454개소가 평가를 받았다.

보건복지부의 평가는 중앙집중방식의 평가로 사회복지협회의 사회복지시설 평가단에 위탁하여 실시하고 있다. 사회복지시설평가단은 총괄위원회와 분과위원회로 구성되고, 총괄위원회는 평가전반에 대한 기획과 조정 및 총괄 업무를 담당한다. 여기서 총괄위원회는 학계전문가를 비롯해서 관련 시설협회, 해당시설 정부부처 관련 공무원들이 참여한다. 분과위원회는 각 평가대상의 타당도와 완성도를 높이기 위해 평가대상시설 종별로 각각 분과위원회를 구성하여 운영한다. 분과위원회도 학계전문가, 관련시설협회, 평가대상시설대표, 관계 공무원 등이 참여한다. 평가지표 및 평가절차 등에 대한 결정은 중앙정부차원의 평가운영단에 의해서 이루어지고 시도는 평가결과를 취합하여 평가보고서를 작성하고, 평가결과 의 활용 및 정책반영을 담당하였다. 하지만 사회복지시설에 대한 지원 및 지도감독권한이 지방정부로 이양됨에 따라 사회복지시설에 대한 현장평가위원의 선발은 지방자치단체의 권한에 의해서 이루어지고 있다.

아래의 표는 보건복지부의 평가를 연도와 시설의 유형별로 정리한 것이다. 전술한 바와 같이 전북은 아동복지시설을 포함해 2008년부터 2010년까지 총 96개 시설이 평가를 받았다. 보건복지부의 시설평가는 1998년 사업복지사업법의 개정을 통해 사회복지사업법 시행규칙 제27조에 의거 매 3년 마다 모든 사회복지시설이 최소 1회의 평가를 받도록 제도화된 이래, 사회복지시설에 대한 평가가 실시되고 있다.

〈표 3-1〉 사회복지시설 평가 대상기관 및 연혁

평가	연도	평가대상시설	평가시설
1차	1999	정신요양시설(59), 장애인복지관(36) * 평가지표개발	1,065개소
	2000	아동영아시설(28), 노인요양시설(60), 여성입소시설(6①), 정신지체장애인시설(5②), 부랑인시설(3③), 사회복지관(시도평가)	
	2001	노인양로시설(8⑤), 장애인시설(134), 아동시설(시도평가)	
2차	2002	정신요양시설(5⑤), 부랑인시설(3③), 장애인복지관(5⑥), 노인복지회관(시도평가) * 아동, 노인, 여성, 장애인, 부랑인, 정신요양, 사회복지관, 장애인복지관 평가지표 개발	1,129개소
	2003	사회복지관(334: 서울·경기 시도자체평가), 노인복지시설(시도평가), 모자복지시설(시도평가) * 사회복지시설 평가지표 개발	
	2004	아동복지시설(26①), 장애인생활시설(1999, 시도평가)	
	2005	정신보건시설(정신요양시설 55, 사회복지귀시설 74), 부랑인복지시설(3⑦), 장애인복지관(8③) * 노인복지회관 평가지표 개발	
3차	2006	사회복지관(35①), 노인생활시설(224), 노인복지회관(74)	1,387개소
	2007	아동복지시설(260), 장애인생활시설(23①) * 장애인직업재활시설 지표개발	
	2008	정신보건시설(정신요양시설(5⑤), 사회복지귀시설(11③), 부랑인복지시설(3⑥), 장애인복지관(119 시도평가)	
4차	2009	노인복지시설(6②), 노인종합복지관(139: 서울경기 시도자체평가), 사회복지관(390: 서울경기 시도자체평가), 한부모가족복지시설(80)	1,454개소
	2010	아동복지시설(266⑥), 장애인생활시설(29②)	
	2011	정신보건시설(정신요양시설, 사회복지귀시설), 부랑인복지시설, 장애인복지관	
5차	2012	노인복지시설(장기요양기관 제외), 노인복지관, 한부모가족복지시설	
	2013	아동복지시설, 장애인생활시설	

자료 : 한국사회복지협의회, 2009, 5차 자료는 2011년 보건복지부 사회복지시설안내 재구성

전라북도 사회복지시설 평가대상 시설 현황 및 평가주기를 보면, 생활시설은 보건복지부와 건강보험공단의 평가를 받는다. 보건복지부는 3년 주기로, 노인복지시설은 2년 주기로 평가를 받는다. 이용시설의 경우도 노인장기요양시설을 비롯한 노인복지관 등은 건강보험공단과 보건복지부의 평가를 받고, 보육시설은 복지부 2년 주기 평가를 받는다. 관련 대상시설은 보육시설이 1,531개소, 이용시설이 2,816개소 그리고 생활시설은 325개소 등이다.

〈표 3-2〉 전라북도 사회복지시설 평가대상 시설 현황 및 평가주기

구분	계	생활시설(325개소)							이용시설(2,816개소)					
		노인시설	사회복지	장애인	아동	부랑정신	여성	노인장기요양	노인복지관	지역이동센터	장애인복지관	사회복지관	보육시설	
시설수	3,141	73	120	12	51	47	7	15	957	22	278	11	17	1,531
평가 실시	3,141	73	120	12	51	47	7	15	957	22	278	11	17	1,531
평가기관 (평가주기)		복지부 (3년/1회)	건강보험공단 (2년/1회)	복지부 (3년/1회)				건강보험공단 (2년/1회)	복지부 (3년/1회)				복지부 평가인증 (2년/1회)	

자료 : 전라북도 내부자료(2011)

이처럼, 사회복지시설에 대한 평가는 평가의 주체에 따라 크게 보건복지부평가, 건강보험평가로 구성되어 있고, 이외에도 지방자치단체별로 부정적인 평가가 이루어지고 있다. 보건복지부 평가는 1999년부터 실시되었고, 건강보험공단의 노인장기요양기관 평가는 노인장기요양제도가 실행된 2008년 이후부터 이루어지고 있다. 사회복지시설에 대한 평가는 사회복지시설 운영 전반을 파악할 수 있는 다양한 지표들로 구성되어 있다. 사회복지시설 평가자료 평가시기가 오래되어 현실 적합성이 부족한 2008년 이전의 평가결과는 제외하고 2008년 이후의 시설평가 자료를 토대로 전북 사회복지시설의 운영현황 중 예산지원과 각 영역별 평가결과를 중심으로 검토하였고 결과는 다음과 같다.

우선, 2007년부터 2010년까지 보건복지부의 사회복지시설평가를 받은 전북 사회복지시설은 장애인복지관 6개소, 부랑인시설 3개소, 사회복지귀시설 9개소, 정신요양시설 4개소, 한부모가족복지시설 6개소, 노인복지시설 6개소, 그리고 장애인생활시설과 아동복지시설이 각각 20개소와 16개소이다.

〈표 3-3〉 지역별 보건복지부 평가대상 사회복지시설현황

구분	전국	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
아동복지시설 (2010)	266	39	21	22	8	11	13	1	30	10	12	15	16	23	15	25	5
장애인 생활시설 (2010)	289	34	18	13	12	11	11	4	55	17	18	18	20	11	21	16	10
노인복지관 (2009)	139	26	9	7	8	6	4	5	29	3	10	4	9	6	7	6	-
사회복지관 (2009)	390	95	49	25	17	19	18	7	48	12	10	15	15	15	15	22	8
노인복지시설 (2009)	62	4	3	5	2	2	2	1	10	3	1	1	6	7	8	5	2
한부모가족 복지시설(2009)	80	12	10	8	2	4	3	1	8	3	3	4	6	4	5	4	3
정신요양시설 (2008)	55	1	2	2	2	4	4	1	6		4	11	4	4	5	4	1
사회복지시설 (2008)	113	25	6	11	3	7	11	1	17	2	4	5	9	1	6	3	2
부랑인복지 시설(2008)	36	3	3	1	1	1	1	-	3	3	2	1	3	6	2	4	2
장애인 복지관(2008)	119	33	5	5	5	3	3	3	13	5	4	9	6	8	8	5	4
전체	1,549	272	126	99	60	68	70	24	219	58	68	83	94	85	92	94	37

자료 : 보건복지부(2008, 2009, 2010) 각연도 사회복지시설 평가보고서

2. 사회복지시설 평가의 문제점과 개선방안

사회복지시설 평가는 평가기준을 도입하여 기준에 준하는 기록체계 및 서비스 매뉴얼 등을 정비하는 계기 마련, 시설실무자의 능동적인 서비스 전달태도와 적극적인 민간자원 유치 그리고 상호교류를 통한 전문성 증진, 그리고 기관 장애에 시설 및 서비스 운영방식 재고할 기회를 제공했다는 긍정적인 성과를 만들어 냈다(변용찬, 2005, 최재성, 2000)는 평가도 있지만 현행 평가제도의 한계점도 제시되고 있다. 가령, 현행 평가제도가 지나치게 계량화 된 지표를 사용하여 시설경영환경 개선이나 서비스의 질적 개선으로 연결되지 못했다는 점, 정기적인 평가가 실시되고 있지만 평가결과를 공표하는 것 이외에는 심사 이후에 사후 심사나 정기진단을 통해 지속적인 관계를 유지하며 교육과 자문을 제공하지 못하고 있다. 여기에 평가 시기의 평가단 구성은 상시적이지 못하고

평가지표에만 임시로 구성되어 평가의 전문성과 체계성이 부족하다는 점도 문제로 지적된다.

〈표 3-4〉 사회복지시설 평가제도의 문제점

연구	주요 문제점
변용찬(2001)	평가지표의 타당성 및 평가방법의 문제 평가관련 전문인력의 부족 시도 평가의 질적인 편차의 문제 평가전담기구의 부재로 인한 평가의 단절성
황경란 (2011)	평가지표의 문제 : 현장평가시간의 부족, 전국적 지표의 활용에 따른 지역 특생 반영 미흡 평가결과 활용 부족 : 우수시설에 대한 포상이 실시되고 있지만 정책적 활용성은 낮음. 현장평가단 운영의 한계 : 현장평가위원의 평가지표에 대한 인지부족, 주관적 판단에 따른 평가 팀간 격차 등
임성옥(2003)	평가자의 질적 우수성, 평가팀간 편차 평가도구에 대한 불만족(시설의 특성 미반영) 평가수행방법의 불신과 평가수행기관의 부적절 평가보고서의 구체성 결여 평가결과의 낮은 활용도
이선우·최상미 (2003)	사회복지시설 상설평가기구의 부재 평가결과에 대한 인센티브 부족(평가하위시설 재교육 등 운영개선, 상위시설 총액예산제, 감사감면 등)
변용찬 외 (2005)	3년 정기평가 이후 심사결과에 대한 지속적인 모니터링 부재 심사이후 사후심사를 통한 지속적 교육과 자문 제공 미흡
김통원(2001)	평가단이 상시적이지 못하고 임시적으로 구성 평가시스템 전문인력 교육의 부재 평가자간 의견 불일치가 높아 평가인력의 수준조정의 어려움
서울복지재단 (2004)	평가위원선정에서 현장평가까지 4개월 정도 소요되어 평가인력이 평가지표를 올바르게 이해하지 못한 상태에서 평가가 진행 평가결과에 대한 정보의 접근성이 낮음. 평가결과가 통보되더라도 품질개선에 도움이 되지 못함. 평가지표가 객관적인 자료제출이 어려운 항목이 포함되어 있음. 실적중심의 평가로 인한 시설의 노력 평가의 미반영

평가지표와 관련해서도 현행 평가지표가 시설의 특성을 고려하지 못하고 있고, 실적 중심의 평가로 인해 평가결과와 시설의 긍정적 변화가 연결되지 못하고 있다는 비판도 제기된다. 이상과 같은 평가제도의 문제점으로 인해 최근에는 인증제도의 도입이 제기되고 있고, 사회복지 현장에서도 이 같은 인증제도 도입의 필요성에 대해 상당한 공감대가 형성되어 있다.

현행 평가제도의 문제점들을 보완하고 궁극적으로 시설 운영 및 서비스의 지속적인 품질향상에 기여하여 이용자들에게 직결 서비스를 제공함으로써 이용자의 서비스 선택권을 확대 시킬 수 있는 대안으로 인증제도가 논의되고 제시되고 있는 것이다.

이외에도 상시적인 평가체제의 부재(임성옥, 2003), 평가지표의 타당성 및 평가방법의 문제(변용찬, 2001), 평가인력의 전문성 부족(변용찬, 2001; 김통원, 2001), 평가인센티브 부족(이선우·최상미, 2003) 등이 사회복지시설 평가제도가 가지고 있는 문제점으로 지적되고 있다.

사회복지시설 평가를 지방자치단체 차원에서 추진하고 있는 서울복지재단에서는 평가위원들의 평가지표에 대한 명확한 이해의 부족, 평가결과에 대한 정보접근의 제한, 평가결과와 품질개선에 도움이 되지 못하는 평가의 활용도 문제 그리고 성과중심의 평가에 따른 시설노력에 대한 평가반영의 미흡 등이 현재 사회복지시설 평가제도가 가지고 있는 주된 문제점으로 인식하고 있었다. 김통원(2001)도 평가제도에 대한 많은 문제점에서 지적된 상시적 평가기구의 부재 문제, 평가전문인력 양성의 부족 문제, 평가자간 의견불일치 등 평가위원들의 전문성 문제 등이 사회복지시설 평가의 문제점으로 지적하였다.

한편, 종합사회복지관의 성과평가의 한계에 질적 분석을 실시한 이신정(2010)의 연구에서는 사회복지시설 평가제도에 대해서 변화에 대한 두려움, 평가만 잘 받는 기관에 대한 거부감, 평가지표에 따라 복지관의 운영 등에 대해서 문제가 있고 인식하고 있었다.

종합하자면, 평가제도가 가지고 있는 문제점으로 상시적인 평가기구의 부재로 인한 평가인력의 전문성 미흡, 평가의 체계적인 운영 미흡, 그리고 평가지표의 객관성과 지역성의 미흡, 평가 후 인센티브의 부재로 인한 평가결과 활용성 부족 등이라고 할 수 있다.

〈표 3-5〉 성과평가의 한계에 대한 의미단위 분류 및 범주화

의미단위	하위범주	상위범주
평가의 변화는 기관을 힘들게 함 성과지표에 맞추려면 복지관 머리 아프겠음.	변화의 두려움	평가에 대한 인식
사업내용과 상관없이 평가만 잘 받는 기관 비상 평가준비팀을 운영하는 기관 평가기간 동안 일 안하는 직원들	평가만 잘 받는 기관	
기록 전문가만 양산 복지관들이 평가지표에 따라 민감하게 반응함 소수의 우수한 직원만 채용하는 게 좋음	평가지표에 따라 바뀌는 복지관	
효율성 효과성을 중심으로 평가해야 함 전략적 틀 안에서 성과를 보는 것이 필요함. 성과평가는 피할 수 없는 흐름 다른 분야도 성과평가 하나	성과관리의 필요성	
외국의 사례소개 모범샘플 제시 현장에 있는 사람들이 감을 잡을 수 있도록 교육	성과에 대한 직원교육 요구	정부의 책임성 강화
인력과 재정문제를 국가가 우선 해결하고 성과요구 지표보다는 복지환경이 중요 부족한 운영비를 채우기 위해 수입사업 확대	평가제 정착을 위한 선결과제	
동일한 인력배치나 급여기준이 없음	지침과 규정의 부재	평가과정
같은 프로그램이 팀이 다르면 점수가 달라짐 평가자의 성향에 따라서 평가결과가 다름 매년 평가는 행정력 낭비	평가팀 간 격차문제 평가준비에 따른 업무부담 기중	
사회복지는 효율성을 따질 수 없음 완전 비효율적인 사업만 하고 있음 예산이 작는데 비용효과를 따질 수 없음	휴먼서비스의 특성 훼손	성과측정의 딜레마
돈과 인력이 많이 들어도 성과가 나타나지 않은 부분이 있음	성과측정이 안되는 서비스 존재	
서비스 기준이 있어야 성과를 측정할 수 있음 정성적 지표 비중이 너무 많음 지표가 어려움	성과측정 기준 미비 지표의 명료성, 표준성 확보	평가지표의 방향
평가위원은 복지관의 지역특성을 전혀 모르고 옴 그 지역의 성과지표는 복지관이 제일 잘 아는데 누가 그것을 평가하나 평가대상 프로그램은 기관이 선택해야 함	지역특성 및 시설의 고유성 반영	
프로그램 영역만만 보는 건 위험	평가의 기본영역 유지	평가결과 활용
평가서열은 위탁문제와 연결 평가결과만을 가지고 복지관을 평가함	평가결과의 영향력	
품질관리단은 형식적임 평가를 못 받는 기관에 인센티브를 더 줘야 함	평가하위기관에 대한 지원	
서열화나 예산 차등지원이 아니면 성과평가 가능	평가결과의 긍정적 활용	

자료 : 이신정(2010). 사회복지관 성과평가에 대한 탐색적 고찰. 사회과학연구, 26(2): 93-118.

보건복지부의 사회복지시설 평가의 경우 각 시설의 형태별로 평가의 문제점이 도출되었다.

〈표 3-6〉 사회복지시설 평가결과와 문제점과 개선방안

복지시설 유형	시설평가의 의의	시설평가의 문제점	시설평가의 개선방안
아동 복지 시설	<ul style="list-style-type: none"> · 아동복지시설의 서비스 질 향상 · 생활아동의 질향상 도모 	<ul style="list-style-type: none"> · 평가수행기관 선정이 늦어 평가지표개발이 어려움 	<ul style="list-style-type: none"> · 분과위원회와 포커스그룹 운영 · 평가의 지속성 확보 · 현장평가위원의 선정 및 관리 · 평가결과 활용
장애인 생활 시설	<ul style="list-style-type: none"> · 장애인생활시설의 평가개선 · 현장평가에 대한 수월성과 적정성을 위해 사전평가 수행 · 평가위원 교육과 피평가자 교육 강화 · 평가지표의 간결성 확보 · 현장평가위원에 대한 피평가자 만족도 조사와 확인평가 수행 	<ul style="list-style-type: none"> · 다양한 장애인생활시설에 부합되는 평가지표개발문제 · 현장평가팀 및 평가위원 구성의 문제 · 장애인생활시설의 고유성의 미반영 · 사후 관리체계 미흡 	<ul style="list-style-type: none"> · 평가지표의 지속적인 개선 · 평가에 대한 재평가의 필요성 · 인센티브 제공 및 개선을 위한 적극적인 지원 · 인증제와 평가제의 구분 : 평가전담기구설치 · 평가위원의 신뢰성 확보
정신 요양 시설	<ul style="list-style-type: none"> · 시설운영의 투명성, 서비스의 질 향상 도모 · 시설운영의 선진화 · 행정적 절차, 운영방법, 프로그램 변화의 적합성, 개입의 전달체계, 사회적 책임수행 사정 	<ul style="list-style-type: none"> · 현장평가위원의 동질성확보 어려움 · 현장평가위원 구성에 정신요양시설 이용자 대표가 포함되지 않음 · 평가 공정성 확보가 어려움 · 지역특성 배제 	<ul style="list-style-type: none"> · 평가지표의 사전설정 및 공개평가 실시 · 정교한 평가지표 개발 · 전문평가원 설치
사회 복지 시설	<ul style="list-style-type: none"> · 사회환경 변화에 따라 시설에서 요구되는 각종 영역들에 대한 지표를 확대 적용하려 노력 · 사회복지시설의 수요공급 재검토, 중장기적 지역정신보건계획 수립근거 마련 · 이용자의 삶의 질향상 	<ul style="list-style-type: none"> · 시설 및 환경영역에서 대상시설(장애인복지관)과 비교하면 최우수 등급 차지율이 1/2 수준에 그침 · 프로그램비의 비율이 평균 10%에 미치지 못함 	<ul style="list-style-type: none"> · 사회복지시설 공간 크기의 열악성과 타 복지시설과의 편차 해결 · 적정 예산지원에 대한 연구 필요 · 각 영역에 대한 점검과 보완
부랑인 복지 시설	<ul style="list-style-type: none"> · 전체복지시설과 유사한 구조 갖추기자 노력 · 부랑인복지서비스의 특성과 현황을 적절히 반영하는 지표구성 노력 · 관대한 방향의 평가적도 구성 	<ul style="list-style-type: none"> · 평가점수의 경향이 상향과 하향의 진동 거듭, 평가지표의 안정성 문제 	<ul style="list-style-type: none"> · 정책 기획 작업 필요 · 세부적인 정책집행의 안정성과 효과성 높이는 개선과제 검토 · 지역간 편차 해소 · 평가이후 관리 문제
장애인 복지관	<ul style="list-style-type: none"> · 평가항목 감소, 평가방법 정밀화 노력 · 평가의 신뢰도와 타당도 확보 노력 	<ul style="list-style-type: none"> · 다양한 복지관 특성에 맞는 평가지표 개발 · 장애인복지관 고유성 미반영 	<ul style="list-style-type: none"> · 평가지표 지속적 개선필요 · 평가예고제 도입 · 평가위원 신뢰성 확보 · 객관적 평가 방안 구축 · 인센티브 제공/평가전담기구 설치
노인 복지 시설	<ul style="list-style-type: none"> · 시설 우수성은 기본적인 하드웨어를 갖춘 · 인력 활용면에서 취약성 	<ul style="list-style-type: none"> · 사회적 편견 해소 위해 사회참여 프로그램 개발 필요 · 프로그램 내용의 질적개선 요구 · 권역별 편차 큼 	<ul style="list-style-type: none"> · 질적평가 위한 평가지표 개발 · 서비스 질 향상을 위한 평가결과 활용
노인 종합 복지관	<ul style="list-style-type: none"> · 이용자계층의 다양화 · 서비스의 질적인 향상 · 노인인구 증가에 따른 대응 	<ul style="list-style-type: none"> · 지자체에서 직영하는 기관이 많은 지역은 평가점수가 월등히 낮음 	<ul style="list-style-type: none"> · 발전을 위한 평가체제로의 변화 도모 · 평가전담기구 상설화에 따른 평가 질 확보 · 평가결과 활용 강구 · 현장평가단 교육 강화 및 평가 신뢰성 확보 · 지자체 운영기관의 운영 개선 방안
사회 복지관	<ul style="list-style-type: none"> · 평가의 객관성 확보 · 평가영역간 적절한 비중 · 현장의견 반영 	<ul style="list-style-type: none"> · 안정적 케도에 진입 못한 전체의 약 1/5 기관에 대한 추가적 조치 필요 	<ul style="list-style-type: none"> · 서비스 효과성 평가 도입 · 평가전담기구 상설화 · 인증과 평가체계 분리 · 사회적 책무성 확보
한부모 가족 복지시설	<ul style="list-style-type: none"> · 과거보다 긍정적인 경향 · 시설이 당면하고 있는 내, 외적 어려움과 과제를 확인하는 계기 	<ul style="list-style-type: none"> · 질적 서비스 제공하는 시설복지 제 측면을 포괄하지 못하는 한계 	<ul style="list-style-type: none"> · 시설유형의 다양한 점 고려 · 평가에 대한 확고한 기준 마련

자료 : 한국사회복지협의회(2009)

그 내용을 살펴보면, 아동복지시설의 경우 평가수행기관이 늦게 선정된 절차상의 문제가 있었고, 장애인생활시설은 평가지표의 문제, 평가팀의 구성의 문제 그리고 장애인생활시설 고유의 특성에 대한 미반영 등이 문제로 지적되었다. 정신요양시설도 현장평가위원들 간의 이견으로 인해 동질성 확보가 어려웠다는 점, 현장 평가위원으로 시설의 책임자가 참여하지 못한 문제, 그리고 지역특성을 반영하지 못한 문제 등이 거론되었다. 그 외 사회복지시설과 부랑인 복지시설 등도 평가지표가 개별 시설의 유형을 고려하지 못한 점, 평가결과에 따른 인센티브의 부족, 평가위원의 공정성 문제, 평가지표의 안정성 문제 등이 지적되었다.

이 같은 문제점으로 인해 많은 연구자들이 사회복지시설평가제를 인증제로 전환해야 한다고 주장한다. 2010년 보건복지부가 한국사회복지협회에 의뢰해서 연구한 연구결과에서도 사회복지시설 평가제가 가지고 있는 문제점에 대한 지적과 함께 대안으로 사회복지시설 인증제를 제시하였다.

제 2 절 사회복지시설 인증제도의 필요성

1. 사회복지시설 인증제도의 개념 및 필요성

평가인증이란 일정한 수준의 충족에 대한 공식인증(정무성 외, 2010), 품질을 보장하기 위해 설계된 메커니즘(이지숙, 2010), 표준적 기준을 설정, 심사를 통해 기준을 충족할 경우 공인된 기관을 증명하는 것(류명석, 2006) 등으로 정의된다. 사회복지시설 평가인증제는 국가 혹은 지방자치단체가 정한 전문기관이 사회복지서비스의 기준을 수립하고 그 기준에 부합되는 요건을 충족한 개별 사회복지시설이 자발적으로 신청하여 인증기관이 설정한 표준이 요구하는 수준을 충족하였을 때 인증하는 증서를 부여하는 제도를 말한다(김세곤, 2007).

서문희(2001)는 평가와 인증의 개념의 차이를 비교하여 평가인증제가 갖는 의미를 설명하였는데 우선 평가는 일반적으로 특정한 사물이나 그 속성에 대한 가치판단을 의미하는데 이러한 가치판단을 일정한 준거에 의거해야 한다는 것이다. 이에 비해 인증은 어떤 제품이나 서비스 등이 일정한 기준이나 규격에

적합하다는 것을 객관적으로 확인하는 절차를 말한다. 이러한 의미를 통해서 볼 때, 평가는 반드시 인증의 절차를 수반하는 것은 아니지만 인증이라고 하는 행위는 반드시 평가의 과정을 필요로 하고 있다(김세곤, 2007). 일부의 견해에서는 인증을 평가와 분리하여 파악하고 있지만 인증은 평가의 과정을 통해서 수행된다는 점에서 인증과 평가는 일련의 연속적인 과정으로 이해하는 것이 옳다. 다만 제도로서 평가와 인증은 분명한 차이를 보인다.

〈표 3-7〉 평가제도와 인증제도의 비교

구분	평가제도	인증제도
심사	<ul style="list-style-type: none"> · 일회성심사를 통해 시설을 평가 · 결과의 공표로 평가기관과 평가대상시설의 관계가 종료 	<ul style="list-style-type: none"> · 인증심사 후에도 인증기관과 인증대상시설이 사후심사나 정기진단을 통해 계속적인 관계를 유지
사후진단	<ul style="list-style-type: none"> · 평가후 사후진단이 없음 	<ul style="list-style-type: none"> · 교육과 자문을 제공하며 지속적인 연계와 정기적인 점검을 실시
심사전문인력	<ul style="list-style-type: none"> · 평가 전문 인력 교육이 거의 부재 · 평가자 간 의견의 불일치가 높고, 평가인력 수준의 조정 체계가 미비 	<ul style="list-style-type: none"> · 인증심사 전문 인력의 양성이 가능 · 정기적이고 지속적인 교육을 제공하여 심사의 객관성과 신뢰성을 높일 수 있음
지표	<ul style="list-style-type: none"> · 시설 종별로 개발되어 있음 · 시설 간 비교가 불가능하고, 전체 사회복지시설의 수준파악이 불가능 	<ul style="list-style-type: none"> · 시설 종별 비교를 가능하게 하는 공통지표와 서비스 종류에 따른 세부지표로 구성 · 시설 종별 간 비교가 가능하며, 서비스의 특수성을 감안한 심사가 가능
절차	<ul style="list-style-type: none"> · 평가지표개발 → 자체평가 → 현장평가 → 평가결과 통보 · 모든 과정이 짧은 기간 내에 이루어지고, 평가대상기관이 평가 지표의 취지를 이해하고 적용할 시간이 부족 	<ul style="list-style-type: none"> · 절차는 평가제도와 유사 · 그러나 준비된 지표를 미리 시설에 교육하고 자문을 수행하여 시설 및 서비스의 총체적인 개선을 촉구
결과	<ul style="list-style-type: none"> · 평가결과에 대한 정보의 접근성이 낮고, 평가대상기관별로 상세한 평가결과가 통보되지 않음 · 평가결과가 서비스 품질개선에 도움이 되지 않음 	<ul style="list-style-type: none"> · 인증결과는 인증대상시설에 보고서로 제공되며, 시설 및 서비스 개선을 위해 이용될 수 있음 · 인증 받은 기관: 지속적인 개선을 위한 보고서 제출 · 인증 받지 못한 기관: 인증을 위한 교육과 자문이 이루어짐 · 서비스 이용자: 인증결과 정보를 활용하여 시설을 선택할 수 있음

자료 : 정무성 외(2010). 사회복지시설 평가개선 연구: 인증제도입 및 평가체계 개선방안. 보건복지가족부.

인증은 기본적으로 품질을 보장하기 위한 메커니즘으로 인식되고 있다. Nichols(1980)는 사회공공기관의 인증은 전문가들이 기준을 설정하고 이것을 기관에 적용하는 과정으로 본다. 이는 기관이 공익에 부합하는 목표와 목적을

달성할 것을 보장하기 위한 것이며, 인증의 실용적 목적은 기관과 프로그램이 일반인과 전문가 모두에게 신뢰성을 주고 있는지 식별하는 것, 그리고 이상적인 목적은 기관과 프로그램의 우수성을 추구하기 위한 촉진제로 작용하는 것이라고 하였다. 그는 이러한 내용을 통하여 인증의 목적이 사회복지시설 및 서비스에 대한 내·외부의 요구를 만족시키고 공공의 이익을 보호하며 전문성과 기관의 우수성을 촉진하기 위한 제도라는 점을 강조한다(최일섭 외, 2007).

즉, 평가는 반드시 인증의 절차를 수반하는 것은 아니지만 인증이라는 행위는 반드시 평가라는 과정을 필요로 한다. 따라서 인증이라는 용어에 평가라는 용어를 별도로 결합시키지 않더라도 인증이라는 용어에 평가라는 의미가 내포되어 있다고 보아도 무관할 것으로 보았다. 사회복지시설 인증제도는 복지시설 경영 전반 및 서비스에 대한 표준적 기준을 설정하고 심사를 통해 기준을 충족할 경우 공인된 기관이 증명하는 것이며 인증절차를 통해 조직 스스로 운영체계를 개선하고 서비스의 질을 향상시키는 총체적 품질관리(TQM)를 가능케 한다. 때문에 인증제도의 목적은 일정한 기준에 근거하여 전체적인 품질을 평가하고 교육 및 자문을 통해 좀 더 좋은 서비스를 제공할 수 있도록 촉진하는 것이다. 즉 사회복지시설이 자원의 한계에도 불구하고 품질개선을 위한 지속적인 노력을 추구하도록 하는 것이다(정무성 외, 2010).

또한, 평가와 인증은 심사의 과정을 포함하고 있다는 점에서 유사점을 가지지만 평가는 평가이후 사후 피드백이 존재하지 않은 반면, 인증은 심사이후에도 인증기관과 대상시설의 사후심사나 정기적인 진단을 통해서 지속적인 관계를 유지하고 자문과 교육을 제공한다는 점에 차이가 있다.

여기에 시설유형별 평가지표를 통해 시설 간 평가가 이루어지는 평가제도의 단점도 인증제 하에서는 시설들의 공동지표를 근거로 서로 다른 사회복지시설 간에도 일정한 비교가 가능하다. 평가와 인증의 가장 큰 차이점은 심사결과에 대한 활용에 있다. 평가제도가 일회성 심사를 통한 서열화를 목적으로 하고 있다면, 인증제는 사회복지시설 경영구조를 개선하고 사회복지서비스의 품질을 향상시키기 위한 교육과 자문의 후속대책과도 연동되어 있다.

2. 사회복지시설 인증제도의 효과

사회복지시설 인증제는 현행 보건복지부의 평가가 가지고 있는 한계에서 출발한다. 보건복지부의 사회복지시설 평가는 평가자 평가위원이 비상시적으로 운영되어 평가지표에 대한 사전지식이 충분하지 않은 상태에서 이루어지고 있어 평가결과에 대한 높은 신뢰수준을 확보하지 못하고 있다.

〈표 3-8〉 평가인증제도의 효과

구분	내용	
사회 복지 시설 측면	시설중심에서 이용자중심으로	사회복지시설 종사자들이 서비스의 품질향상에서 이용자 만족을 위해 적극적으로 노력하게 됨.
	고객만족을 위한 경영의 기초확립	업무의 표준화 및 기준의 수립→효과적인 업무수행체제가 수립되고, 이는 고객만족 경영의 토대가 될 수 있음.
	책임과 권한의 명확성	일반적인 절차 수립 및 이용→업무영역이 구체적으로 정해지고, 책임성이 제고되며, 수평적 업무협조가 이루어짐.
	조직관리의 용이성	현실적, 실질적인 규칙수립→업무처리가 일관성있게 수행되고 업무의 투명성이 높아지며, 업무의 흐름을 쉽게 파악할 수 있음
	직원간 의사소통 향상	업무향상을 위한 부서간 또는 직원간 의사소통이 원활해짐
	직원윤리향상과 지속적 개선	시설종사자들이 서비스 품질에 대한 마음자세가 심어지며 이를 위한 지속적인 개선이 이루어짐
	시설의 이미지 향상	인증서를 취득한 시설은 기준에 만족하는 내부체계가 구축되어 있고, 업무가 체계적이며 투명하다는 증거를 가지게 됨
서비스 이용자 측면	안전하고 효율적인 서비스를 제공받음	서비스 이용자들은 인증을 통과한 안전하고 효율적인 서비스를 제공받게 될 것이고, 서비스 선택권을 갖게 됨.
	일반인들의 불신이 증식됨	사회복지시설에 대한 일반인들의 불신과 전문성의 의혹을 종식시킬 수 있음.
복지 행정 측면	예산의 효율적 배분원칙의 근거로 활용	인증의 결과를 통해 공공재원의 효율적 사용에 대한 근거가 마련되고 P산의 효율적 배분원칙이 근거로 활용될 수 있음.
	각 시설의 특성에 맞는 지도, 감독	인증제도의 결과는 해당 행정영역에서 시설 및 서비스를 객관적으로 판단할 수 있는 자료로 이용되며, 이에 따라 적절한 조치를 취할 수 있는 근거자료로 이용됨
	위탁심사 및 재계약시 결정자료로 사용	인증결과는 위탁심사 및 재계약 시 결정자료로 사용될 수 있으며, 시설과 행정기관 간의 신뢰근거가 될 수 있음.

자료 : 김태형(2007). 사회복지시설 평가제도에 관한 사회복지사의 인식 연구. 경성대학교 석사학위논문.

그리고 뿐만 아니라 평가위원의 전문성 자체도 검증되지 못해 동일한 사항에 대해서 평가위원들 간의 점수가 큰 편차를 보이고 있고, 일부 평가위원들의 경우 시설평가 시 대부분 높은 점수를 부여해 평가의 취지를 살리지 못하고 있다는 것이다. 여기에 평가지표의 객관성과 공정성 문제 등이 지속적으로 제기된다.

전북의 차원에서 보건의복지부의 사회복지시설 평가는 지방자치단체의 시설정책의 전반적인 방향이나 계획과 연동하지 못하고 있다는 점에서도 문제가 된다. 즉, 보건의복지부의 평가를 통해서 네 단계로 서열화 된 평가결과가 지역의 복지시설의 품질을 향상시키고 재정을 효율적으로 운영할 수 있는 지역의 복지정책으로 연결되지 못한다는 점이다.

지역의 사회복지시설이 취약계층의 사회적 보호를 위해 상당히 많은 노력과 결실을 이루어온 것은 사실이지만 시설생활자를 비롯한 취약계층의 변화하는 다양한 가치를 현재의 사회복지시설이 충분히 구현하고 있는지에 대해서는 의문이 있다. 따라서 현재 사회복지시설의 질적 변화를 유인할 수 있는 평가시스템의 운영은 불가피하다.

다만, 현재 보건의복지부가 시행하고 있는 평가제도의 경우 평가지표나 평가위원 등의 운영상 문제는 차지고서라도 평가결과의 효과성에 대해서도 의문이 제기되고 있는 만큼 현재의 평가제도에 대한 개선은 불가피할 것으로 보인다. 때문에 현재의 보건의복지부 사회복지시설 평가의 한계를 극복하기 위한 대안으로 사회복지시설 인증제 도입이 필요하다는 공감대가 형성되어 있다.

인증제 시행의 경우 인증지표의 문제와 함께 인증주체의 문제가 쟁점으로 남는다. 일부 연구에서는 인증주체를 보건의복지부가 아닌 해당 지방자치단체에 부여하는 것이 타당하다는 논리가 제기되고 있다.

평가인증의 효과는 공급자 중심 혹은 시설중심에서 이용자 중심으로의 전환을 유도할 수 있고, 복지서비스의 품질을 재고하여 이용자의 만족도를 향상시키며, 사회복지서비스의 책임과 권한을 명확하게 제시할 수 있는 효과를 가진다. 여기에 사회복지서비스 조직의 관점에서 직원관리가 용이하고, 사회복지시설의 이미지가 향상되는 효과를 가져다 준다. 이용자 측면에서도 사회복지시설 이용의 선택권을 확대하여 보다 훌륭한 양질의 서비스를 제공할 수 있다.

복지행정의 측면에서 보면, 사회복지예산을 효율적으로 배분할 수 있는 객관적인 준거틀을 제시해 줄 수 있다는 점에서 큰 효과를 가진다. 전북의 경우 사회복지예산 중 사회복지시설에 지원되는 예산이 36%를 초과하고 있다. 하지만 사회복지시설을 이용하는 이용자 혹은 생활자가 체감하는 만족도는 투입된 예산에 비해 높지 않다.

따라서 사회복지시설 인 증은 사회복지재원의 합리적 배분의 원칙을 설정하고 시설운영의 효율성을 도모할 수 있는 효과를 가진다. 마지막으로 사회복지시설의 재위탁 결정시 평가인 증의 결과를 반영할 수 있다는 점에서 사회복지시설 운영 전반의 합리적 운영을 도모할 수 있는 것도 장점이다.

제 3 절 사회복지시설 인 증제 운영 사례 연구

1. 국내외 인 증제도 운영 사례

인 증제도는 인 증의 주체가 민간인지 혹은 국가기관인지에 따라 큰 차이를 보인다. 인 증이 비영리단체인 경우 주로 인 증을 원하는 기관이 자발적으로 신청해서 이루어지는 경우가 대부분이다. 비영리단체의 주도하에서 이루어지는 인 증의 경우 인 증은 자발적으로 이루어지며 정부주도의 인 증인 경우 모든 기관은 반드시 인 증을 받아야 한다는 차이가 있다.

자발적 인 증과 의무적 인 증의 차이는 인 증을 자발적으로 신청하여 받는 경우 인 증후의 기대효과에 대한 기능이 강화되어 있다. 반면에 법이 정하는 방에 따라 정부 산하기관에서 인 증을 관장하게 되는 경우 인 증제도의 정착이 빨리 이루어질 수 있다는 특징이 있다.

한국에서는 경기도가 경기복지재단을 통해 2008년 노인생활시설 인 증지표, 생활시설과 주간 및 단기 그리고 직업재활시설 등을 포함한 장애인복지시설과 아동생활시설 인 증지표를 개발하였다. 경기도 사회복지시설의 인 증범위는 편리하고 안전한 생활환경 구축, 변화를 추구하는 조직경영, 전문적인 서비스 제공, 인권보장으로 인 증과정은 인 증신청, 신청계약, 자체심사, 인 증심사, 인 증심의, 지속적 관리 6단계로 진행되었다.

2010년 경기도 노인생활시설 인증지표는 편리하고 안전한 생활환경 구축, 변화를 추구하는 조직경영, 전문적인 서비스 제공, 인권보장의 4대 범위로 각 범위에 따라 시설관리, 지역사회 연계, 책임경영, 계획수립 및 평가, 재정관리, 정보관리, 인적자원관리, 서비스 질 관리, 서비스제공 절차, 핵심서비스, 이용자 권리보장의 영역으로 구분된다.

〈표 3-9〉 서울복지재단 사회복지시설 인증심사 과정

과정	내용
인증신청 단계 (1개월)	<ul style="list-style-type: none"> · 인증신청시설과 인증기관의 계약 체결 · 인증 신청시설은 시설 내의 이해당사자들로 이루어진 인증팀 구성 · 인증신청시설은 인증기관의 인증지원팀(인테이크팀)과 연계. · 인증기관은 시설특징에 맞는 인증지원팀을 시설과 연계 인증교육 및 지원. · 인증교육은 인증지표의 이해와 인증과정에 맞추어 준비사항 등을 중심으로 교육
자체심사 및 개선 (4개월)	<ul style="list-style-type: none"> · 인증신청시설은 인증지표에 따라 자체심사 준비 시작 · 시설이 제공하는 서비스에 대한 요약서 및 서비스의 특징에 대한 기술자료 준비 · 인증지표와 지침서에 따라 시설의 적합정도 조사와 관련 관련증빙자료 준비. · 인증기관과 지표에서 요구한 일체의 서류와 관련자료가 담긴 자체심사보고서제출. · 인증지표에 부합되지 않는 부분에 대해서는 이유 및 상황을 기재 · 인증지표 항목 중 시설의 특이한 상황이나 설명하고 싶은 내용은 '추가설명' 란에 기록 ※ 이 과정에서 인증신청시설은 서류나 필요한 사항들을 재정비하고 관련사항 개선
현장방문 심사 (1개월)	<ul style="list-style-type: none"> · 인증신청시설은 자체심사보고서, 개선방안 등을 마련, 인증기관에 제출, 인증심사원 파견요청 · 인증심사팀이 구성, 시설이 제출한 자체심사보고서 검토 · 인증기관, 인증신청시설에 인증심사팀의 현장방문 일시 공지. · 인증심사가 끝난 후 종료회의에서 시설평가 및 개선 요구사항에 대한 정보제공 · 현장방문보고서를 인증기관과 인증신청시설에 제출. · 인증신청시설은 심사결과보고서에 대한 이의신청제출(30일 이내)
인증심의 결정 (1개월)	<ul style="list-style-type: none"> · 인증심사팀이 작성한 보고서를 중심으로 인증심의위원회 개최. · 인증신청시설이 현장방문보고서에 이의가 있을 경우 의견서와 관련 증빙자료 제출. ※ 인증심의위원회는 사회복지 관련단체, 사회복지 전문가(교수, 현장종사자), 사회복지 공무원 등으로 구성. · 인증결정은 인증(3년)과 조건부 인증(1년), 인증거부 등으로 구성. · 인증을 받은 시설에는 인증서 발급. · 인증기준과 요구사항에 충분히 부합했을 경우 인증(3년), 개선이 필요한 사항이 일정부분 있을 때 주어지며 1년 내에 인증에 부합하지 못할 땐 인증거부가 이루어지는 조건부인증(1년) 인증거부는 인증신청시설이 중대한 문제를 가지고 있고 일정기간 안에 개선할 수 없다고 판단될 때 결정.
지속적 관리 (1개월)	<ul style="list-style-type: none"> · 인증(3년)을 받은 시설은 품질개선계획서를 인증기관에 제출. · 인증시설은 인증을 유지하기 위하여 매년 인증기관에서 제시한 연례보고서를 작성, 제출해야 함 · 인증시설은 법안변경 또는 핵심사업의 변경 등 시설에 중대한 사안이 발생했을 때 인증기관에 즉시 연락.

서울도 시출연재단법인인 서울복지재단을 통해 2005년부터 노인요양서비스 인증모형 개발하였고, 2006년부터 인증시범사업을 실시했다. 2009년 현재까지 장애인 주간·단기보호서비스, 노인요양서비스, 장애인직업재활시설, 아동생활 시설, 사회복지관, 노인복지관 에 대한 인증지표 및 지침서가 완성되었다. 서울 복지재단에서 개발된 인증지표는 공통지표와 세부지표로 구분하여 인증지표를 구성하였다(서울복지재단, 2008).¹⁾

서울복지재단의 인증심사과정은 총 5단계로 진행되며, 약 7개월이 소요된다. 1단계는 신청단계(1개월 소요)로 인증기관과 인증신청 시설의 역할과 비용 관련 사항 등에 대해 계약체결이 이루어지며, 시설 자체 인증심사팀이 구성된다. 2단계는 자체심사 및 개선단계로 총 4개월 소요된다. 3단계는 현장방문심사단계로 소요기간은 약1개월 정도이다. 4단계는 인증심의 및 결정 단계로 소요기간은 약 1개월 걸린다. 인증심사위원회는 각계 전문가로 7명 구성되고 3단계까지의 보고서를 심의하고 인증여부를 결정한다. 인증여부는 3년 인증과 1년 조건부 인증, 그리고 불인증으로 결정된다(이지숙, 2011).

서울복지재단의 인증지표는 크게 조직운영영역과 서비스영역으로 분류된다. 조직운영역은 인적자원관리, 정보문서관리, 재정회계관리, 계획수립 및 평가, 리더쉽, 시설관리, 지역사회관계관리 그리고 이용자 관리 등 경영지표로 구성된다. 서비스영역은 공동지표와 개별지표 구성되고 공동지표로는 서비스 안내, 표준적 서비스 수준 확보, 서비스계획, 서비스환경, 이용자권리보호 등으로 구성된다.

1) 서울복지재단 인증제도에 대해서는 지표수가 너무 많고, 인증지표와 평가지표가 개념상 차이에도 불구하고 지표상에는 차별성이 없으며, 인증심사원에 따라 심사결과가 달라질 수 있다는 점이 문제점으로 지적되었다. 가장 문제가 된 인증과 평가의 지표구성과 관련해서는 인증은 시설표준 기준선으로서 최소한의 지표를 중심으로 구성하고, 평가는 시설간의 우열을 판단하기 위한 변별력 있는 항목으로 구성될 수 있도록 해야 한다는 지적이 있었다. 아울러 평가인증제의 경우 시설의 유형이 매우 다양하고, 각 시설별로 업무의 특성과 내용이 고유하다는 점에서 시설의 다양성을 반영할 수 있어야 한다는 대안도 함께 제시되었다.

〈표 3-10〉 서울시와 경기도의 인증제도 운영 사례

		서울	경기
인증기관		서울복지재단	경기복지재단
연인증예산		-	(1.8억원)
인증 전문요원		3명(상근 2명, 비상근 1명)	3명(상근 2명, 비상근 1명)
인증참여방식		신청주의	신청주의
인증심사원		<ul style="list-style-type: none"> · 시설종사자 및 · 시설 경력자 중심으로 현재까지 38명 양성 · 인증심위원회(① 교수, ② 시설장, ③ 협회장 등 3명) · 인증심사원(과장급 이상으로 제한) · 현재까지 38명 양성 	<ul style="list-style-type: none"> · 현재까지 23명 양성 · 인증심사는 학계1인, 현장전문가 3명, 재단직원 2명 등 총 6명이 운영위원회를 구성하여 인증대상시설 인증심사 참여.
인증지표 개발 참여위원		총 7명 ① 학자 2명 ② 시설종사자 5명	총 6명 ① 학계 1명 ② 현장전문가 3명 ③ 재단직원 2명
인증지표 개발과정		<ul style="list-style-type: none"> · 2005년부터 2008년까지 · 11개 사회복지시설 인증지표 개발 · 인증지표개발위원회에서 인증지표 개발→공청회를 통해서 인증지표 논의 	<ul style="list-style-type: none"> · 인증사업운영위원회에서 인증지표 수정 및 개발, 의견청취, 현장방문 등 진행
시범사업기간		2005년~현재	2008년~현재
인증시효기간		3년	3년
인증비용	인증심사원	· 1회 현장인증참여시 (인증심사원당 평균 20만원)	· 1회 현장인증참여시 (인증심사원당 평균 15만원)
	인증심사비용	<ul style="list-style-type: none"> · 한개 시설 평균 인증심사 비용 · 180만원(3회×3명×20만원) 	한 개 시설 평균 인증심사 비용 135만원(3회×3명×15만원)
인증제도 도입배경		<ul style="list-style-type: none"> · 사회복지서비스 품질 개선 · 사회복지시설 경영지원 및 컨설팅 	사회복지시설 서비스 품질개선 경기도형 사회복지시설 모형 구축 시스템 인증을 통한 복지경영지원
인증제 시행의 어려움		<ul style="list-style-type: none"> · 보건복지부 평가제도와외의 관계(중복성) · 사회복지시설 담당 직원의 잦은 교체에 따른 업무부담 	<ul style="list-style-type: none"> · 보건복지부 평가제도와외의 관계(중복성) · 행정기관의 인증제도에 대한 낮은 의지
인증제의 도입효과		<ul style="list-style-type: none"> · 사회복지시설 경영개선 · 품질관리를 통한 시설운영상의 문제진단 	<ul style="list-style-type: none"> · 재원배분의 원칙 설정 · 시스템 인증을 통한 복지경영마인드 재고
복지부 평가제도와 인증제의 연계방안		<ul style="list-style-type: none"> · 복지부는 지자체 자체 인증제도의 시행에 부정적인 입장 · 사회복지시설도 인증제의 추가인센티브가 없는 상황에서 보건복지부 평가와 인증을 동시에 받는 것에 대한 부담 호소 · 인증제를 시설재위탁평가와 연계 필요 	<ul style="list-style-type: none"> · 평가제도는 서비스의 품질개선을 목적으로 하고 인증제도는 사회복지시설의 하드웨어를 중심으로 심사하여 통과여부만을 결정하는 방식이 병행되어야 함.
인증제도 도입시 검토사항		<ul style="list-style-type: none"> · 보건복지부의 평가제도외 인증제도에 대한 제도적 보완→지방자치단체와의 역할분담 	<ul style="list-style-type: none"> · 인증제에 대한 사회복지시설 종사자, 공무원 등의 이해가 매우 중요함.

서울시와 경기도의 사회복지시설 인증제도를 비교해 보면, 서울시나 경기도 모두 평가와 인증을 모두 운영하고 있다. 이 두 지역은 모두 사회복지서비스의 품질 향상과 복지경영체계의 수립을 목적으로 인증제를 도입하였다. 평가인증 기관은 모두 지방자치단체의 출연기관에서 담당하고 있고, 두 지역 모두 복지경영팀에서 평가인증사업을 추진하고 있다. 복지경영팀은 평가와 인증사업뿐만 아니라 복지시설 경영컨설팅과 평가이후 사후관리사업까지 함께 진행하고 있고, 담당 직원은 3명이다.

두 지역 모두 평가와 인증을 모두 진행하고 있는데 평가의 경우 보건복지부의 평가체계에 현장평가위원의 구성에 참여하거나 평가지표 중 지역관련 지표를 일부 포함하여 공동평가를 진행하는 방식으로 진행하고 있다.

인증사업의 경우는 서울시가 2005년부터 인증지표개발을 시작으로 11개 사회복지시설 유형의 공동지표와 개별지표를 모두 개발하였고 현재까지 시범사업을 운영중에 있고, 경기도는 2008년부터 인증지표를 개발하여 노인복지시설을 시작으로 인증시범사업을 진행하고 있다.

한편, 여성부 중심의 보육시설 인증제의 경우 2004년 영유아보육법 개정으로 도입된 이래 1,000개소를 3기에 나누어 평가인증을 시범 실시하고 있다. 인증과정은 인증신청, 자체평가, 현장관찰 그리고 인증 결정 등 총 4단계로 구성되어 있고, 신청에서부터 인증에 이르는 전체 기간은 총 9개월 정도 소요된다. 1단계는 신청단계로 참여 신청서를 제출하고 참여수수료를 납부하는 단계이다. 2단계에서는 3인에서 7인 이내로 자체 점검위원회를 구성하여 자체점검을 실시하고 자체점검보고서를 제출하는 단계이다. 세 번째 단계는 평가단계로 현장관찰평가를 실시하고 현장관찰보고서를 작성하고 제출하는 단계이고, 마지막으로 마지막 4단계는 인증심의회 의 심의단계로서 결과통보서 및 종합평가서를 작성하고 인증결정여부를 결정하는 단계이다.

인증결정단계에서 각 보고서의 반영비율은 자체점검보고서가 10%, 기본사항확인서 10%, 현장관찰 보고서 55%, 심의위원회 의견서 25%를 합산하여 100%로 산출되며 75점을 기준점으로 인증과 인증유보로 구분하여 결정된다. 한편, 인증기관은 보육시설평가인증사무국에서 실시하며 기관구성을 보면, 평가지표를 개발하고 현장관찰자 교육프로그램을 개발하고 조력프로그램을 개발하는 정

책개발실과 현장관찰자 훈련 및 현장관찰 평가와 평가인증심의를 담당하는 교육평가팀 그리고 실무적 보조를 담당하는 운영지원팀으로 구성된다. 평가인증심의위원회는 사무국에 별도 위원회로 구성되어 있다.

보육시설 인증의 경우 인증제도가 실시된 2005년부터 2009년까지 총 33,499개소 중 78.2%인 26,202개소가 인증심사에 참여했고, 이중 인증된 시설은 전체 보육시설의 45.9%인 15,390개소이고 인증 미참여시설은 전체 보육시설의 21.8%인 7,297개소이다.

영국이나 캐나다의 경우는 비영리 독립기관에 의해서 보건의료기관의 인증이 이루어져 있고, 인증지표의 개발이나 인증기준 등은 관련 전문가의 자문을 토대로 구성되고 있다.

인증여부에 대한 결정은 대부분 시설의 자체평가와 방문 등에 의한 현장평가 그리고 인증자문위원회의 심의를 통해서 결정되고 있고, 이 같은 사항은 한국의 경우와 별반 다르지 않다. 특히, 영국은 2000년 요양시설, 재가서비스 시설 등 각종 시설 기준을 규정한 ‘보호서비스 기준법(Care Standards Act)’을 제정함으로써 민간이 운영하는 복지시설의 서비스 질을 강화하기 시작했다.²⁾ 이 법의 적용 이후 일반인들이 시설의 서비스 수준을 쉽게 알 수 있도록 요양시설에 대한 평가를 실시해 그 결과를 일반인들에게 공개하고 있다. 사회복지감독위원회에서 복지시설 감독 및 평가를 담당하고 있는데, 결과적으로 서비스 이용자들은 보다 우수한 시설을 선택할 수 있도록 도움을 얻으며, 이에 따라 부실 시설은 퇴출되고 우수 시설 비율이 점차 많아지는 효과성을 보였다.

2) 영국의 사회복지시설평가는 The Care Quality Commission(CQC)에서 수행되고 있다. CQC는 성인의 사회적 돌봄과 보건의료서비스의 독립적인 모니터링 기구이다. CQC는 병원, 치과병원, 민간 응급의료기관, 가정 내 돌봄 등에서 제공되는 보호서비스가 국가의 품질기준에 맞게 제공될 수 있도록 보증하는 기관이다(Care Quality Commission Annual report and accounts, 2001).

〈표 3-11〉 인증제 도입 사례

	영국	캐나다	프랑스	한국(여성부)	서울	경기도
기관	HAP, HQS	CCHASA	ANAES	평가인증사무국	서울복지재단	경기복지재단
운영	1990년	1958년	1996년	2004	2005년	2008년
운영 형태	비영리독립기관	비영리독립기관	정부기관	정부기관	정부출연기관	정부출연기관
참여 수준	150개 보건으로기관	1,000개 보건의료기관	4,000개의 병원, 주간, 장기보호 서비스 기관	보육시설 1000여개소 (2010년 현재)	아동장애인시설 등 총 22개소 (2010년 현재)	
인증 기준 개발	보건의료기관 의료관련산업협회 등과 인증기준 설정	보건의료전문가의 자문을 통해 인증기준 개발	보건의료전문가, 광범위한 자문을 통해 인증기준 개발	전문가 참여 각 영역별 인증지표 개발	전문가 참여 각사회복지시설 유형별 인증지표 개발	사회복지시설 유형별 인증지표 개발을 통한 인증심사후인증
인증 기준 구성	인증기준은 4개의 인증 프로그램으로 분류	각기 다른 보건의료서비스의 인증을 위해 차별화된 인증기준과 인증프로그램으로 구성	인증기준은 일반적인 시설운영, 위험예방전략, 물리적 공간 등으로 구성됨.	인증지표는 보육환경 및 운영관리, 보육과정, 보육과정과 교수법, 건강과 영양, 안정 등의 영역의 구성(총 5개 영역 55개 항목)	인증심의위원회를 통해서 인증(3년) 기준과 요구사항을 충분히 부합했을 경우 인증→인증결정은 인증(3년), 조건부 인증(1년), 인증거부로 구성	인증범위는 편리하고 안전한 생활환경구축, 변화를 추구하는 조직환경, 전문적인 서비스 제공, 인권보장 등으로 구성하여 인증심사
평가 방법	인증기준에 따른 자체평가, 현장방문평가, 독립된 자문위로 서면화된 보고서 제출	인증기준에 따른 시설의 자체평가+현장방문평가+보고서 제공	인증기준에 따른 자체평가+전문가의 현장방문 검토+현장보고서 시설에 제공	신청 및 선정(1개월)→자체 점검(4개월)→현장 관찰(2개월)→인증 결정(2개월)	인증신청(1개월)→ 자체심사 및 개선(4개월)→현장 방문심사(1개월)→인증심의결정(1개월)→관리	인증신청→신청계약→자체심사→인증심사→인증심의→지속적 관리 (6단계로 진행)
인증 결정	인증기준에 부합되는 수준에 따라 1,2년 3년 인증 부여, 인증유예 결정 보고서에는 인증결정내용과 시설의 질적 향상을 위한 권고사항 포함. 권고사항의 60%는 다음 조사전에 이행	보고서를 포함한 인증(시설은 반드시 정해진 기간내에 시설의 권고사항에 대해 인증 수행기관에 보고) 현장방문을 포함한 인증(시설에 대한 권고사항 확인을 위한 추가적인 현장방문),인증거부	시설에 대한 권고사항이 없는 인증(5년) 5년 이내의 권고사항을 가진 인증 지정된 기간내에 반드시 확인해야 하는 유보된 인증 중요한 인증 유보사유를 가진 유보된 인증으로 구성	참여신청 보육시설은 자체점검위원회(3-7인)을 구성하여 자체점검 실시 후 자체점검보고서를 시도 시군구에 제출, 현장관찰평가 실시 그리고 인정심의위원회의 인증여부 결정	인증심의위원회가 개최되어 인증심사팀이 작성한 보고서를 토대로 인증결정, 인증결정은 인증, 조건부 인증, 인증거부로 이루어지며, 인증은 인증기준과 요구사항에 충분히 부합했을 때 이루어짐.	인증관련 운영위원회의 구성, 자체심사 및 인증심사 실시 이후 심사결과보고회, 인증패 전달
품질 개선 매커니즘	명확하지 않음-권고사항 60%는 다음조사전 이행	인증결정은 당해 시설에 대한 추가적인 모니터링을 인정	명확하지 않음-법적인 규정내에서 서비스 품질개선 활동		인증시설 품질개선계획서 제출, 인증유지 연례보고서작성 제출	

자료 : 영국, 캐나다 , 프랑스 사례는 Safety and Quality council(2003); 이지숙(2011) 재인용, 한국, 서울, 경기 사례는 관련보고서 분석후 재구성

영국 후생성(Department of Health)은 보호서비스에 대한 최소기준을 제시하고 있는데, 이의 핵심영역은 권리, 환경, 운영, 인력, 서비스의 질 등 5가지로 구성하였다. ‘권리’에 관해서는 정보, 사생활과 비밀보장, 고충호소, 학대, 방임, 성폭력 방지, 따돌림 방지 등 생활자의 인권 및 권리존중에 대한 영역을 담고 있다. ‘환경’은 시설환경에 관한 내용으로서 위치와 규모뿐만 아니라 긴급 대피 시설과 같은 생활자의 안전에 대한 부분도 다루고 있는 것을 알 수 있다. ‘운영’은 목적과 비전에서 지역사회관계에 이르기까지 서비스 제공에 관한 부분도 포함되어 폭넓게 구성되어 있다. ‘인력’은 서비스 인력에 관한 내용으로서 직원의 충분성, 자격과 자질, 고객의 만족도 등 인력관리 측면의 내용을 다루고 있다. ‘서비스의 질’은 고객만족과 생활자의 개별욕구와 선택 등으로 구성되어 있다(성균관대학교 산학협력단·보건복지부, 2006).

〈표 3-12〉 일본 복지서비스 제3자 평가기준

평가영역	평가기준	하위 평가요인
1. 평가서비스의 기본방침과 조직	이념, 기본방침	이념, 기본방침의 명문화정도, 이념 및 기본방침에 대한 직원과 이용자의 인지정도
	계획의 수립	중, 장기계획 수립, 중장기계획을 실천할 사업계획의 수립, 사업계획 수립의 적절성, 계획의 직원이나 이용자의 인지정도
	관리자의 책임 리더쉽	관리자의 책임성, 법령의 준수, 서비스의 질 향상을 위한 리더쉽, 운영의 효율화를 위한 지도력
2. 조직의 운영관리	경영상황 파악	경영환경의 변화 등에 대한 대응성 정도, 외부감사의 실시여부
	인재확보 및 육성	인사관리에 필요한 계획의 확립정도, 인사고과의 객관적 기준에 기초한 이행, 직원의 근무에 관한 관리체계, 직원의 질 향상을 위한 체계, 실습생 지도에 대한 체계
	지역과의 교류 및 연계	지역관계망 구축, 관계유관기관들과의 연계체계, 지역의 복지욕구조사 및 이행
	안전관리	이용자의 사고, 전염병 발생시와 같은 긴급상황이나 상시적인 안전관리체계
3. 적절한 복지서비스 실시	이용자 중심 복지서비스	이용자의 권익, 인권보호 이용자 만족도 및 개선활동
	서비스의 질 확보	서비스의 질 향상을 위한 방안, 평가결과 feed-back, 개별서비스 계획, 서비스 기록유지, 이용자 정보 공유
	서비스의 연속성	서비스 개시의 적절성, 연속성 유지체계
	서비스 실시계획	이용자 사정정도, 이용자 서비스 실시 계획, 정기적 평가

나운환(2007) 장애인직업재활시설의 인증제 도입과 인증기준에 관한 연구. 한국직업재활학회 17(1)

제78조

1. 사회복지사업 경영자는 제공하고 있는 복지서비스의 질 평가를 실시하는 것 외의 조치를 강구함으로써 상시적으로 복지서비스를 받는 자의 입장에 서서 양질의, 그리고 적절한 복지서비스를 제공할 수 있도록 노력하지 않으면 안된다.
2. 국가는 사회복지사업의 경영자가 실시하는 복지서비스의 질 향상을 위한 조치를 원조하기 위해 복지서비스 질에 대한 공정하고 적절한 평가 실시에 도움이 될 수 있는 조치를 강구하도록 노력하지 않으면 안된다.

한편, 일본도 2000년 사회복지법 개정을 통해 이용자의 관점에서 복지서비스의 질 향상을 위한 방안의 하나로 복지서비스 질 향상을 위한 조치 등을 신설하여 사회복지사업의 경영자는 스스로 제공하는 복지서비스의 질 평가와 기타 조치를 취함으로써 복지서비스를 받는 자의 입장에서 양질의 적절한 서비스를 제공하도록 규정하였다(나운환, 2007).

아울러 평가체계로는 전국조직으로 전국사회복지협의회, 지역은 도도부현(都道府縣)의 복지서비스 제3자 평가를 위한 조직으로 구성하였다. 일본의 복지서비스 평가기준은 2004년 5월 제정된 복지서비스 제3자 평가사업에 관한 지침에 규정되어 있는데 전체적으로 3개의 범주의 11개 하위영역으로 구성되었다.

한편, 미국의 평가인증협회는 비영리 민간조직으로서 미국과 캐나다에 걸쳐 700개 이상의 기관을 대상으로 1000개의 보건서비스 프로그램과 3000개의 사회복지서비스 프로그램에 대해 평가인증을 하고 있다. 연방정부 복지후생성의 지원으로 설립되어 인증결과는 정부기관, United Wayn 민간보험회사 등에 제공되어 사회복지기관에 대한 보조금 지급 및 지원심사근거로 사용된다. 미국의 사회복지서비스 평가인증 체계의 등장배경은 아동 및 가족서비스 분야가 사회복지서비스 평가인증제도의 정착에 주도적 역할을 담당했는데 90년대 들어 의료개혁움직임(예, managed care)과 함께 책임성 제고의 강력한 요구가 평가인증제도의 정착을 가속화 했다고 볼 수 있다. 과거의 어느 때보다 아동 및 가족서비스를 위해 더 많은 의뢰를 하고 의료보험회사와 정부기관들은 서비스에 대한 책임성 검증의 필요성을 제기한 것이다. 현재 미국에서 사회복지서비스 분야의 평가인증 체계는 The Council on Accreditation of Services for Families and

Children, Inc(CAO)와 The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations(JCAHO)를 대표적으로 꼽을 수 있는데, CAO는 사회복지관련, JCAHO는 의료정신보건서비스 관련의 평가를 담당하는 대표적 기관이다. 이들 두 가지 평가인증체계의 정착은 아동 및 가족복지서비스 분야에서 서비스 표준의 개발노력, 주정부들의 Licence제도 개선, 자발적인 평가도구개발의 노력과 경험이 축적되어 가능할 수 있었던 것으로 볼 수 있다.

COA는 평가인증체계 사회복지서비스 분야에서 가장 보편적으로 적용되는 평가인증 체계이며, 1997년도 기준으로 39개의 분야에 대한 인증기준을 개발하여 적용하고 있다. 이들 분야에는 사회복지시설을 포함하여 입양,자원봉사,보육, 산업복지,정신건강 수용시설, 재가복지 등이 있다.

COA는 1975년 가족복지서비스협회와 아동복지연합회가 공동으로 인증기구의 설립안을 제시함으로써 만들어 질 수 있었는데, 76년도에 연방복지 후생성이 재정지원을 하여 전국규모의 인증기관을 설립할 수 있었다. 인증제도의 도입배경에는 사회보장법의 20조가 각 주정부로 하여금 평가체계를 개발하는데 어려움 등이 복합적으로 작용하여 가속화될 수 있었다.

COA의 주요기능은 대상기관이 최소서비스기준을 충족하는지에 대한 정보를 잠재적인 지원기관에 제공하며, 공공과 민간의 모든 기관들이 최소서비스기준을 충족할 수 있도록 지원과 격려를 하고, 복지기관의 학대 등의 사고로 인한 시민들의 인식을 개선하고, 공공의 신뢰를 회복하고, 사회복지프로그램의 질적 개선을 유도하는 등의 기능을 하고 있다. 인증제도도입으로 지원기관은 지원대상기관을 발굴하기위해 평가인증결과를 활용하고, 보험기관들은 서비스 비용에 대한 환급절차에 있어서 환급신청 적격자를 판단하며, 아동 및 가족복지서비스협회에서는 서비스의 전문적 수준에 대해 판단할 수 있는 효과를 기대하며 미국전역을 지역구분으로 3개 위원회로 구성하여 운영하고 있으며, 각 위원회가 인증과 관련된 결정을 내린다. 현재 700개 이상의 기관을 대상으로 4000여 개의 프로그램에 대해 인증을 하고 있으며 500명 이상의 실무전문가들이 평가자로 참여하고 있다(최재성,1999).

2. 인증제도 운영 사례의 정책적 함의

사회복지시설 인증제도의 도입은 현행 사회복지시설 평가제도가 사회복지시설의 운영행태나 서비스의 질을 근본적으로 개선하지 못하고 있다는 한계에서 출발한다. 제도도입 당시 사회복지시설의 양적 확대에도 불구하고 질적인 향상이 동반되지 못한 모순을 평가제도를 통해서 상쇄하고자 했지만 사회복지시설의 평가가 결과적으로 사회복지시설에 긍정적인 긴장감을 주지는 못했다는 점이다.

이 같은 이유 때문에 서울을 비롯한 일부 지방자치단체와 외국이 사회서비스의 품질을 개선하고 사회서비스 제공기관의 책임성을 담보하기 위한 장치로서 인증제도를 도입하고 있다. 미국을 비롯한 외국의 사례에서 볼 수 있듯 인증제도는 공공서비스의 질을 높이고 공적인 서비스를 제공하고 있는 조직의 책무성을 확보하기 위한 방안에서 도입되었다. 영국이나 캐나다 그리고 프랑스 등의 사례에서 확인된 바와 같이 보건의료서비스를 제공하는 기관에 대한 인증은 1900년대 초중반부터 이미 시행되어 왔고, 인증제도를 통해서 상당한 품질의 개선을 이루어왔다. 특히 영국의 경우 보호서비스 기준법의 제정을 통한 민간복지서비스의 평가를 통해 부실시설과 우수시설을 구분하고 부실시설은 퇴출하고 우수시설은 확대하는 질적인 성장을 거두고 있다.

일본도 3자 평가와 같은 인증제도를 통해 사회복지서비스 이용자에게 서비스 선택을 위한 다양한 정보를 제공하여 이용자의 선택권을 확대하고 있고, 인증심사 이전 자체평가 과정에서 개별 시설의 장점과 단점을 파악하여 스스로 문제점을 교정할 수 있는 기회를 갖는다. 여기에 자체평가를 통해 사회복지시설 시설 스스로가 달성 가능한 목표를 찾아내고 목표달성을 정책이나 과업을 수립하여, 시설종사자들이 전문성 제고와 서비스 질을 향상을 동시에 만족시키고 있다.

다만, 인증제도가 지속적인 인증심사와 관리를 통해 사회복지시설의 책임성을 강화하고 서비스의 품질을 개선하는데 효과적이기는 하지만 인증심사에 필요한 독립적인 기구의 운영에 예산이 투자될 수밖에 없는 한계도 존재한다. 국내의 사례에서 확인된 바와 같이 인증제를 운영하고 있는 국가의 경우 공통적

으로 독립된 인증기관을 가지고 있고, 한국의 경우도 지방자치단체의 기금으로 운영되는 준공공기관을 통해서 인증심사가 이루어지고 있어 인증심사를 위한 인프라의 구축에 상당한 예산이 소요된다는 점이다. 서울과 경기의 경우 인증심사를 관리하고 인증지표를 개발하는데 소요되는 예산만 한해 2억 이상이 되고 있다.

아울러 인증제도의 시행 시 가장 큰 장벽은 현재 보건복지부의 평가제도와 어떤 관계로 수행할 것인지에 대한 지방자치단체 중심의 평가와 인증의 선택과 방법이 문제가 된다. 사회복지시설에서는 인증을 통한 인센티브가 없는 상황에서 보건복지부 평가 이외의 인증까지를 받고자 하는 유인동기가 약할 수밖에 없다. 현재 평가제와 인증제를 모두 시행하고 있는 서울이나 경기도의 경우 평가제는 사실상 보건복지부 평가제에 지역평가위원의 선임과정에 참여하거나 일부 지역관련 문항을 추가하여 평가하는 것 이외에는 보건복지부의 평가제도에 따라 진행되고 있다. 현행 평가제도가 가지고 있는 지역성이나 전문성의 부재 문제를 해소하기 위해 지방자치단체가 주관한 단독평가를 추진하고자 했지만 보건복지부와 지방자치단체간의 이해관계가 상충해 지방자치단체 주관의 단독평가는 시행되지 못하고 있다.

특히, 부산의 경우는 부산복지개발원을 통해서 사회복지시설 평가지표를 자체적으로 개발하여 보건복지부의 평가와는 다른 지역차원의 자체평가를 실시하고자 했지만 보건복지부와 논의과정에서 합의점을 찾지 못해 단독평가가 진행되지 못했다. 이 상황에서 지방자치단체가 인증제도를 시행할 경우 보건복지부의 평가제도에 더하여 사회복지시설은 또 다른 평가심사방식인 인증제를 받을 수밖에 없는 부담이 있다. 따라서 지방자치단체가 인증제를 시행하고자 한다면 보건복지부의 사회복지시설 평가제와의 관계설정이 전제되어야 한다. 현재의 제도 하에서 보건복지부의 평가제도를 지방자치단체의 인증제도가 완전히 대체할 수 없다면, 인증제도는 사회복지시설의 하드웨어를 중심으로 심사하여 적격여부를 심사하고 인증자격을 부여하는 기능으로 수행될 수 있도록 하고 보건복지부의 평가제도는 사회복지서비스나 프로그램 등의 소프트웨어를 평가하여 품질을 개선하는 방향으로 추진될 수 있도록 양자의 관계를 재정립하는 것도 하나의 방법이 될 수 있다.

제 4 장

JDI

사회복지시설 평가인증제도에 관한 전문가조사결과

제 1 절 사회복지시설 평가인증제도에 관한 전문가 설문조사 조사결과

제 2 절 사회복지시설 평가인증제도에 관한 전문가 집단면접 분석결과

제 4 장 사회복지시설 평가제도에 관한 전문가조사결과

제 1 절 사회복지시설 평가인증에 관한 전문가 설문조사 결과

1. 조사대상자의 일반적 특성

사회복지시설 평가제도에 대한 전문가의 의식을 조사하기 위해 현장실무자 501명을 대상으로 설문조사를 실시하였다. 조사방식은 사회복지시설의 유형별로 최소 7개소에서 최대 15개소까지 무작위로 표집하여 각 시설의 유형별로 100개씩을 임의할당하였다. 각 유형별 시설은 지역과 종사자 수 그리고 운영법인을 기준으로 유의표집하였다. 지역별 조사대상과 응답 및 회수를 보면, 전체 조사대상 501명 중 도시지역이 256명 중 234명이 응답하였고, 농촌지역은 245명 중 229명이 응답해 전체 응답률은 90.6%였다.

〈표 4-1〉 조사표본 배분 및 응답

구분	아동복지시설			노인복지시설			장애인복지시설			종합사회복지관			장애인복지관			전체		
	조사 대상 (A)	응답 (B)	응답 율 (B/A)	조사 대상 (A)	응답 (B)	응답 율 (B/A)	조사 대상 (A)	응답 (B)	응답 율 (B/A)	조사 대상 (A)	응답 (B)	응답 율 (B/A)	조사 대상 (A)	응답 (B)	응답 율 (B/A)	조사 대상 (A)	응답 (B)	응답 율 (B/A)
도시	45	45	100.0	68	55	80.9	56	51	91.1	43	39	90.7	44	44	100.0	256	234	91.4
농촌	56	56	100.0	31	28	90.3	44	38	86.4	56	49	87.5	58	58	100.0	245	229	93.5
전체	101	101	100.0	99	83	83.8	100	89	89.0	99	88	88.9	102	102	100.0	511	463	90.6

회수된 설문지 중 무응답과 결측값을 제외하고 분석된 사례는 총 463부였다. 조사대상자의 일반적 특성을 보면, 남자가 154명(33.3%)이었고, 여자가 309명(66.7%)였다. 학력으로는 현장 실무자의 73.2%가 대학졸업자였고, 18.8%는 전문대졸이었다. 고졸 이하의 학력을 가진 현장 실무자는 8.0%에 불과했다.

〈표 4-2〉 조사대상자의 일반적 특성

범주	구분	빈도	비율
성별	남자	154	33.3
	여자	309	66.7
학력	고졸이하	37	8.0
	전문대졸	87	18.8
	대졸	339	73.2
직급	시설장	28	6.1
	중간관리자	139	30.0
	일반직원	296	63.9
형태	이용시설	190	41.0
	생활시설	273	59.0
유형	종합사회복지관	88	19.0
	노인복지시설	83	17.9
	장애인복지시설	89	19.2
	아동복지시설	101	21.8
	장애인복지관	102	22.0
	전체	463	100.0

직급으로는 시설장이 28명(6.1%)였고, 중간관리자가 139명(30.0%), 그리고 일반직원이 296명(63.9%)였다. 사회복지시설의 형태에서는 이용시설이 190명(41.0%)였고, 생활시설은 273명(59.0%)였다. 시설유형별로는 종합사회복지관이 88명(19.0%), 노인복지시설 83명(17.9%), 장애인복지시설 89명(19.2%), 아동복지시설과 장애인복지관이 각각 101개(21.8%), 102개(22.0%)였다.

2. 사회복지시설 평가제도에 대한 견해

사회복지시설 평가제도에 관한 전문가의 인식을 보면, 심사기간, 평가주체, 심사자 자격, 심사자의 지역적 배경, 객관적 기준의 설정여부, 평가의 사후관리, 환경변화에 대한 반영방식 그리고 평가절차의 경우는 인증제도보다는 기존의 평가제도를 더욱 선호하는 것으로 나타났고, 그 외 심시기관, 심사자 구성, 평가유형, 평가지표교육, 평가제도의 방식, 평가의 목적, 평가결과의 공개, 정보공개 등에 있어서는 인증제도를 더욱 선호하는 것으로 나타났다.

사회복지시설의 유형별로 보면, 심사기관의 경우 종합사회복지관, 노인복지시설, 장애인복지시설, 아동복지시설 등에서 상대적으로 높은 인증제도를 원하고 있었고, 평가지표의 경우도 지속적인 교육이나 컨설팅을 원하는 인증제도에 대한 선호도가 모은 시설에 높게 나타났다. 이외에도 평가목적, 평가결과 공개, 시설간 정보교류 등도 모든 종합사회복지관을 비롯한 모든 시설에서 평가제도보다는 인증제도를 선호하는 비율이 높았다.

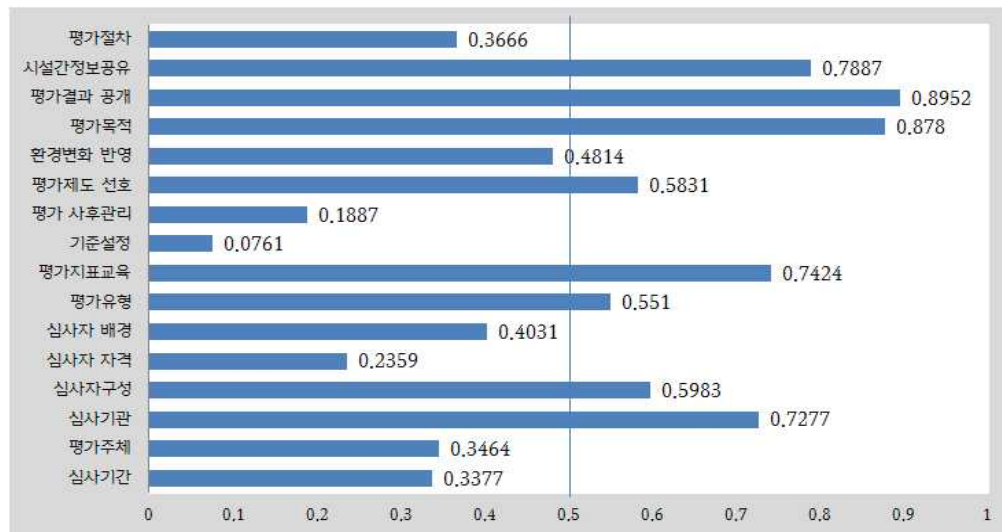
〈표 4-3〉 평가제도와 인증제도에 대한 인식(기술통계분석)

구분	내용		종합 사회 복지관	노인 복지 시설	장애인 복지 시설	아동 복지 시설	장애인 복지관	이용 시설	생활 시설	전체
	기존평가제도(0)	인증제도(1)								
심사기간	일회성	영역별 여러번	0.38	0.29	0.35	0.35	0.32	0.34	0.33	.3377
평가주체	국가주관	민간주관	0.48	0.32	0.22	0.31	0.40	0.44	0.28	.3464
심사기관	전문가 용역	상시전담기구	0.72	0.79	0.73	0.73	0.68	0.69	0.75	.7277
심사자구성	현장차출	상시전담기구 근무	0.56	0.57	0.58	0.64	0.63	0.59	0.60	.5983
심사자 자격	현장경험	공인된 정규자격	0.26	0.23	0.22	0.26	0.21	0.23	0.24	.2359
심사자 배경	지역 현장전문가	타지역 전문가	0.33	0.54	0.49	0.36	0.31	0.33	0.45	.4031
평가유형	상대평가	절대평가	0.53	0.61	0.55	0.55	0.56	0.55	0.55	.5510
평가지표교육	평가전 1회 교육	지속적 교육	0.79	0.61	0.81	0.74	0.74	0.77	0.73	.7424
기준설정	업무메뉴얼 불필요	업무메뉴얼 필요	0.13	0.02	0.10	0.06	0.08	0.10	0.06	.0761
평가 사후관리	업무에 부담	업무에 도움	0.2	0.2	0.20	0.20	0.13	0.15	0.21	.1887
평가제도 선호	기존평가제도	인증제도	0.53	0.53	0.59	0.53	0.72	0.63	0.55	.5831
환경변화 반영	보편적 사업	특수한 사업	0.55	0.34	0.52	0.43	0.56	0.56	0.43	.4814
평가목적	책임성검증	복지서비스질 검증	0.86	0.93	0.89	0.86	0.86	0.86	0.89	.8780
평가결과 공개	서열화	일정기준 통과	0.94	0.85	0.85	0.90	0.92	0.93	0.87	.8952
시설간정보공유	기관간 정보제한	기관간 정보공유	0.78	0.73	0.80	0.79	0.83	0.81	0.78	.7887
평가절차	국가주도	자발적 참여	0.23	0.47	0.4	0.38	0.34	0.29	0.42	.3666

평가제도와 인증제도에 대한 선호도를 도형화하면, 위의 그림과 같다. 평가절차(0.366)나 환경변화에 대한 반응(0.481), 평가 사후관리(0.188), 기준설정(0.07), 심사자 배경(-.40), 심사자 자격(0.23), 평가주체(0.34), 심사기간(0.33)은 인증제도보다는 평가제를 더욱 선호한 것으로 나타났다. 그 외 기타 항목에서는 평가제도보다는 인증제도를 더욱 선호한 것으로 나타났다.

특히, 시설간 정보공유(0.78), 평가목적(0.89), 평가결과의 공개(0.89), 심사기관

(0.72) 등은 평가제도보다는 인증제도를 더욱 선호하는 것으로 나타나 평가의 주체는 국가에서 평가지표에 대한 교육을 통해서 심사를 진행하고, 심사결과는 모두 공개하고 공개된 정보는 시설간에 자유롭게 공유할 수 있도록 하는 것이 타당하다는 견해가 더 많았다.



〈그림4-1〉 평가제 인증제에 대한 선호도

주: 1점에 가까울수록 인증제도, 0점에 가까울수록 평가제도에 대한 선호의 정도를 의미함.

이 같은 결과는 사회복지시설 평가제도와 인증제도가 상호 호환적인 관계속에서 서로 장단점만을 취사선택한 새로운 형태의 심사제도가 필요하다는 점을 보여준다.

평가제도와 인증제도에 대한 사회복지시설의 유형별 특성에서는 큰 차이를 보이지 않았다. 이용시설과 생활시설에 있어서도 현행 평가제도와 인증제도의 선호에 있어서는 거의 유사한 태도를 보이고 있었다.

〈표 4-4〉 평가제도와 인증제도에 대한 인식

구분	내용	종합 사회 복지관	노인 복지 시설	장애인 복지 시설	아동 복지 시설	장애인 복지관	이용 시설	생활 시설	전체
심사기간	일회성으로 실시	61.6	70.7	64.8	65.3	68.3	65.4	66.8	66.2
	평가영역별로 여러번 나누어서 실시	38.4	29.3	35.2	34.7	31.7	34.6	33.2	33.8
평가주체	국가 주관	51.8	68.3	77.5	69.3	60.4	56.1	71.7	65.5
	민간 주관	48.2	31.7	22.5	30.7	39.6	43.9	28.3	34.5
심사기관	평가시마다 전문기관에 용역발주	28.2	20.7	27.0	27.0	32.4	30.3	25.1	27.3
	상시 전담기구에서 담당	71.8	79.3	73.0	73.0	67.6	69.7	74.9	72.7
심사자구성	심사시기에 현장에서 차출	44.0	42.7	41.6	36.0	37.3	40.6	39.9	40.0
	상시적 전담기관에 실시	56.0	57.3	58.4	64.0	62.7	59.4	60.1	60.0
심사자 자격	사회복지현장의 경력자 중심	74.4	77.1	77.5	74.3	79.4	76.7	76.2	76.6
	공인된 심사원의 정규자격자 중심	25.6	22.9	22.5	25.7	20.6	23.3	23.8	23.4
심사자의 지역적 배경	지역에 기반한 현장 전문가	66.7	45.8	51.1	64.4	68.6	67.4	54.4	59.8
	평가지역 외 타지역의 전문가 포함	33.3	54.2	48.9	35.6	31.4	32.6	45.6	40.2
평가유형	지역별 상대평가방식	46.5	43.9	44.9	44.6	44.1	45.5	44.5	44.8
	사전기준 충족정도에 따른 절대평가	53.5	56.1	55.1	55.4	55.9	54.5	55.5	55.2
평가지표 교육	평가전 일회성 교육실시	20.9	38.6	19.1	25.7	25.5	23.3	27.5	25.8
	몇회에 걸쳐 지속적으로 교육	79.1	61.4	80.9	74.3	74.5	76.7	72.5	74.2
객관적 기준설정	최소한의 기준설정을 위한 업무매뉴얼 설정	87.2	97.6	91.0	94.0	92.1	89.9	94.1	92.4
	업무매뉴얼이 없는데 좋음	12.8	2.4	9.0	6.0	7.9	10.1	5.9	7.6
평가의 사후관리	업무에 도움이 되므로 필요함	81.4	75.9	79.8	80.2	87.1	84.6	78.8	81.1
	별로 필요하지 않음	18.6	24.1	20.2	19.8	12.9	15.4	21.2	18.9
평가제도의 선호	기존 평가제도가 좋음	47.0	46.9	41.4	46.9	27.7	36.8	45.1	41.6
	인증제도가 좋음	53.0	53.1	58.6	53.1	72.3	63.2	54.9	58.4
시설환경 변화 반영	보편적인 사업 중심의 평가	44.7	67.1	48.3	56.4	43.4	44.3	57.0	51.8
	환경에 따른 특수사업 중심의 평가	55.3	32.9	51.7	43.6	56.6	55.7	43.0	48.2
평가목적	책임성 검증	14.1	7.2	11.2	13.9	13.9	13.9	11.0	12.2
	복지서비스 질 검증	84.7	92.8	88.8	86.1	86.1	89.1	89.0	87.6
평가결과 공개	서열화하는 것이 좋음	5.8	14.8	14.8	9.9	7.9	6.9	13.0	10.5
	일정기준 통과여부로 구분해야 함	94.2	85.2	85.2	90.1	92.1	93.1	87.0	89.5
시설간 정보공유	일정부분 제한	22.4	26.5	20.2	20.8	17.0	19.4	22.3	21.2
	정보공유에 제한을 두지 않음	77.6	73.5	79.8	79.2	83.0	80.6	77.7	78.8
평가절차	사회복지관의 자발적인 참여가 좋다	76.7	53.0	57.3	62.4	66.3	71.3	57.9	63.3
	국가가 주도해야 함	23.3	47.0	42.7	37.6	33.7	28.7	42.1	36.7

다만, 시설환경의 변화에 대한 반영정도에 있어서는 시설유형별로 다소 차이가 있었는데, 노인복지시설과 아동복지시설 그리고 생활시설은 보편적인 사업을 중심으로 평가를 해야 한다는 의견이 많았다.

〈표 4-5〉 보건복지부 시설평가제도에 대한 만족정도

구분	시설유형	전혀 그렇지 않다(A)	그렇지 않다 (B)	그저 그렇다	대체로 그렇다 (C)	매우 그렇다 (D)	만족 (A+B)	불만족 (C+D)
평가팀은 객관성이 유지되었다	종합사회복지관		16.5	47.1	35.3	1.2	16.5	36.5
	노인복지시설	2.6	10.5	36.8	44.7	5.3	13.1	50.0
	장애인복지시설		7.9	38.2	48.3	5.6	7.9	53.9
	아동복지시설	1.0	15.8	35.6	45.5	2.0	16.8	47.5
	장애인복지관	3.9	19.6	36.3	37.3	2.9	23.5	40.2
	전체	1.5	14.3	38.6	42.2	3.3	15.8	45.5
평가지표가 적절하게 구성되었다	종합사회복지관		26.7	38.4	34.9		26.7	34.9
	노인복지시설	3.9	5.3	40.8	46.1	3.9	9.2	50.0
	장애인복지시설	1.1	7.9	30.3	55.1	5.6	9.0	60.7
	아동복지시설	1.0	4.0	32.7	62.4		5.0	62.4
	장애인복지관	2.9	20.6	37.3	37.3	2.0	23.5	39.3
	전체	1.8	13.0	35.7	47.4	2.2	14.8	49.6
현장평가가 공정하게 이루어졌다	종합사회복지관		14.0	43.0	41.9	1.2	14.0	43.1
	노인복지시설	1.3	13.3	22.7	54.7	8.0	14.6	62.7
	장애인복지시설	1.1	5.6	27.0	59.6	6.7	6.7	66.3
	아동복지시설	1.0	16.8	36.6	44.6	1.0	17.8	45.6
	장애인복지관	2.0	16.7	36.3	41.2	3.9	18.7	45.1
	전체	1.1	13.5	33.6	47.9	4.0	14.6	51.9
결과분석이 신뢰있게 이루어졌다	종합사회복지관		12.8	57.0	30.2		12.8	30.2
	노인복지시설		12.0	28.0	52.0	8.0	12.0	60.0
	장애인복지시설		6.8	39.8	51.1	2.3	6.8	53.4
	아동복지시설	1.0	10.9	42.6	42.6	3.0	11.9	45.6
	장애인복지관		21.6	36.1	40.2	2.1	21.6	42.3
	전체	.2	13.0	40.9	43.0	2.9	13.2	45.9
평가는 현장의 특수성이 반영되었다	종합사회복지관	1.2	30.6	42.4	25.9		31.8	25.9
	노인복지시설	2.7	21.6	36.5	37.8	1.4	24.3	39.2
	장애인복지시설		15.9	40.9	38.6	4.5	15.9	43.1
	아동복지시설	2.0	18.0	50.0	28.0	2.0	20.0	30.0
	장애인복지관	5.1	18.2	47.5	28.3		23.3	28.3
	전체	2.2	20.6	43.9	31.4	1.6	22.8	33.0
평가팀 구성자의 중립성이 확보되었다	종합사회복지관		15.3	45.9	37.6	1.2	15.3	38.8
	노인복지시설	2.7	13.3	26.7	52.0	5.3	16.0	57.3
	장애인복지시설	1.1	7.9	36.0	49.4	5.6	9.0	55.0
	아동복지시설	2.0	10.9	40.6	45.5	1.0	12.9	46.5
	장애인복지관	5.9	14.9	32.7	40.6	5.0	20.8	45.6
	전체	2.4	12.4	36.6	44.8	3.5	14.8	48.3
평가팀이 독립적으로 채점,입력하였다	종합사회복지관		8.4	50.6	38.6	2.4	8.4	41.0
	노인복지시설	1.4	6.8	24.7	58.9	8.2	8.2	67.1
	장애인복지시설		3.4	38.2	51.7	6.7	3.4	58.4
	아동복지시설		5.0	40.6	50.5	4.0	5.0	54.5
	장애인복지관	1.0	12.9	30.7	50.5	4.0	13.9	54.5
	전체	.4	7.4	37.1	49.9	4.9	7.8	54.8
평가팀은 현장실무자의 의견을 수렴하고 있다.	종합사회복지관		11.9	44.0	41.7	1.2	11.9	42.9
	노인복지시설	1.4	14.9	29.7	45.9	8.1	16.3	54.0
	장애인복지시설		8.0	34.1	52.3	4.5	8.0	56.8
	아동복지시설	3.0	22.8	40.6	33.7		25.8	33.7
	장애인복지관	1.0	16.7	35.3	45.1	2.0	17.7	47.1
	전체	1.1	15.1	37.0	43.4	2.9	16.2	46.3
평가전반에 대해서 만족한다	종합사회복지관	3.5	18.8	54.1	22.4	1.2	22.3	23.6
	노인복지시설	4.2	8.3	38.9	43.1	5.6	12.5	48.7
	장애인복지시설	2.2	6.7	39.3	47.2	4.5	8.9	51.7
	아동복지시설	1.0	17.8	47.5	33.7		18.8	33.7
	장애인복지관	3.9	20.6	42.2	30.4	2.9	24.5	33.3
	전체	2.9	14.9	44.5	35.0	2.7	17.8	37.7

사회복지시설 유형별 평가제도와 인증제도에 대한 종사자의 인식을 세부적으로 살펴보면, 심사기간의 경우 일회성으로 실시하는 것이 좋다는 의견이 66.2%로 높았고, 평가의 주체는 민간보다는 국가기관을 선호하고 있는 것으로 나타났다. 사회복지시설 평가제도에 대한 만족정도에서는 대부분의 현장 실무자들이 만족하지 않는 것으로 나타났다.

각 영역별로 보면, 평가팀의 객관적 구성에 대해서는 45.5%가 불만족하고 있었고, 평가지표의 적절성도 49.6%가 만족하지 못하고 있었다. 현장평가의 공정한 운영에 대해서도 51.9%가 만족하지 못했고, 신뢰할만한 결과분석에서도 45.9%가 만족하지 못하고 있는 것으로 나타났다. 여타 평가팀 구성의 독립성이나 평가팀의 독립적 채점 및 결과입력 등에 있어서도 전반적으로 만족하지 못하다는 응답이 50%를 상회하였다.



주: 5점 척도에서 3점 그저그렇다를 제외한 4점 척도의 기술통계량

〈그림4-2〉 사회복지시설 평가에 대한 전반적인 만족정도

결과적으로 현행 평가제도에 대해서는 만족한다는 응답은 17.8%에 불과했고, 37.7%가 만족하지 못한다고 응답해 사회복지시설 평가에 대한 현장 실무자들의 의견은 매우 부정적이었다. 사회복지시설의 유형별로는 평가제도의 개별 문항에서 다소 차이를 보였는데, 장애인복지관의 경우 전반적으로 다른 사회복지시설보다는 현행 평가제도에 대한 만족정도가 높았고, 장애인복지시설은 만족도가 10% 이하로 매우 낮았다.

현행 보건복지부가 실시하고 있는 사회복지시설 평가제도에 대한 전반적인 만족의 정도는 대체로 4점만점에 1.3점정도로 매우 낮게 나타났다. 시설별로는 장애인복지시설이 1.01점으로 가장 낮았고, 직급에 있어서는 중간관리자보다는 일반직원의 만족정도가 더 낮았다. 전술한 바와 같이 사회복지시설 평가제도에 대해서는 평가지표의 객관성 미흡, 평가위원의 전문성 부족 등의 이유로 수검자인 사회복지시설로부터 긍정적인 평가를 받고 있지 못한 것으로 나타났다.

3. 사회복지시설 평가의 필요성

한편, 사회복지시설 평가가 어떤 형태로든 필요하다는 응답자가 72.3%로 필요하지 않다는 응답보다는 훨씬 많았다. 직급별로는 관리자보다는 일반 직원들이 평가의 필요성에 대해서 다소 높은 수요를 보였다.

사회복지시설 평가의 필요성에 대해서는 모든 시설 유형이 60%이상이 동의하였다. 필요한 이유에 대해서는 1순위에서 사회서비스의 질적 수준 향상이 62.2%로 가장 높았고, 다음으로 재정운영의 투명성 13.0%, 그리고 이용자 만족도 향상과 표준적 서비스 확보가 각각 9.7%로 그 뒤를 이었다.



〈그림4-3〉 사회복지시설 평가가 필요한 이유

2순위에서는 재정운영의 투명성이 17.5%로 가장 높았고, 다음으로 서비스의 질적 수준 향상 16.3%, 인적 자원의 질적 향상 11.8% 등의 순이었다. 3순위에서도 이용자의 만족도 향상, 재정운영의 투명성, 시설종사자의 처우 개선 등을

위해 평가제도가 필요하다고 인식하고 있었다.

관리자와 일반 직원의 경우 사회복지시설 평가가 필요한 이유에 대해서 다소 차이를 보였는데, 재정운영의 투명성 때문에 평가가 필요하다는 응답자의 비율은 관리자보다는 일반직원에게서 높게 나타났다.

〈표 4-6〉 사회복지시설 평가의 필요성과 필요한 이유

구분	평가 제도 필요함	사회 서비스 질적 수준 향상	물리적 환경의 질적 향상	인적 자원의 질적 향상	재정 운영의 투명성	시설의 대외적 정보 제공	시설 종사자 처우 개선	이용자 만족도 향상	표준적 서비스 수준 확보		
1순위	종합사회복지관	79.3	63.8	2.9	1.4	15.9	1.4	8.7	1.4	4.3	
	유형	노인복지시설	64.2	56.9		2.0	13.7		9.8	3.9	13.7
		장애인복지시설	79.5	53.5	1.4	4.2	11.3	1.4	2.8	16.9	8.5
		아동복지시설	77.2	70.5	1.3	1.3	16.7	2.6	2.6	1.3	3.8
		장애인복지관	61.2	64.5		4.8	6.5		4.8	9.7	9.7
	형태	이용시설	69.9	64.4	1.5	3.0	11.4	.8	6.8	5.3	6.8
		생활시설	74.1	61.0	1.0	2.5	14.0	1.5	4.5	7.5	8.0
	직급	관리자	67.5	70.6	2.8	.9	6.4		1.8	3.7	13.8
		일반 직원	76.1	58.1	.5	3.4	17.2	1.5	7.4	7.4	4.4
	전체	72.3	62.2	1.2	2.7	13.0	1.2	5.4	6.6	7.6	
2순위	종합사회복지관	-	16.2	7.4	17.6	10.3	7.4	22.1	7.4	11.8	
	유형	노인복지시설	-	13.5	11.5	15.4	13.5	7.7	15.4	9.6	13.5
		장애인복지시설	-	19.7	7.0	4.2	15.5	7.0	15.5	12.7	18.3
		아동복지시설	-	14.1	17.9	7.7	21.8	2.6	6.4	14.1	15.4
		장애인복지관	-	17.7	3.2	16.1	25.8	3.2	6.5	12.9	14.5
	형태	이용시설		16.8	5.3	16.8	17.6	5.3	14.5	9.9	13.7
		생활시설		15.9	12.4	8.5	17.4	5.5	11.9	12.4	15.9
	직급	관리자		12.8	9.2	11.0	15.6	4.6	9.2	11.9	25.7
		일반직원		17.2	10.8	11.8	19.1	4.9	15.7	10.8	9.8
	전체	-	16.3	9.7	11.8	17.5	5.4	13.0	11.5	14.8	
3순위	종합사회복지관	-	6.2	6.2	3.1	18.5	9.2	16.9	21.5	16.9	
	유형	노인복지시설	-	10.0	10.0	16.0	14.0	12.0	6.0	20.0	12.0
		장애인복지시설	-	8.6	14.3	7.1	10.0	15.7	8.6	18.6	17.1
		아동복지시설	-	5.3	7.9	10.5	13.2	6.6	27.6	15.8	13.2
		장애인복지관	-	8.1	9.7	12.9	11.3	8.1	9.7	21.0	17.7
	형태	이용시설		7.0	8.6	7.8	14.8	8.6	13.3	21.1	17.2
		생활시설		7.7	10.7	10.7	12.2	11.2	15.3	17.9	14.3
	직급	관리자		6.7	9.5	8.6	16.2	13.3	8.6	15.2	21.0
		일반 직원		8.5	10.0	9.5	12.0	9.5	18.0	20.5	11.5
	전체	-	7.4	9.6	9.6	13.3	10.2	14.6	19.2	15.5	

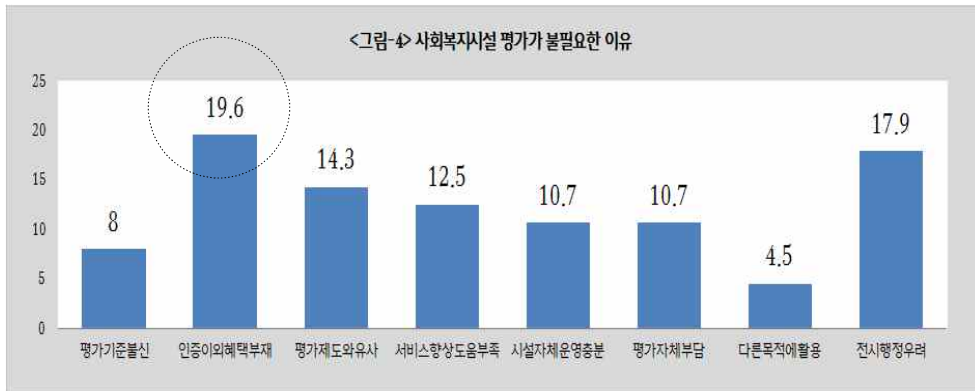
사회복지시설 평가가 필요하지 않다는 의견을 가진 현장실무자도 27.5%나 되었다. 특히, 노인복지시설과 노인복지관 종사자의 약 40%가 사회복지시설 평가가 필요하지 않다고 응답해 다른 시설보다도 높게 나타났다.

〈표 4-7〉 사회복지시설 평가의 불필요성과 불필요한 이유

구분	평가 제도 불필요	평가 기준을 신뢰할 수 없어서	우수 시설 인증 이외에는 별다른 혜택이 없어서	기존 평가 제도와 별반 다르지 않아서	서비스 질 향상에 도움이 되지 않을 것 같아서	시설은 자체적으로 잘 운영되고 있어서	평가 자체가 부담스러워서	표면화된 목적 이외의 가능성 때문에 불안해서	평가를 위한 전시행정이 될 수 있기 때문에	
1순위	종합사회복지관	20.7	28.6		7.1	35.7	14.3		14.3	
	노인복지시설	35.8	14.3	17.9	7.1	7.1	28.6		25.0	
	장애인복지시설	19.3		31.6	26.3		15.8		26.3	
	아동복지시설	22.8	39.1	13.0	17.4	4.3	8.7		17.4	
	장애인복지관	38.8	20.5	7.7	5.1	25.6	10.3	5.1	23.1	
	이용시설	30.1	22.6	5.7	5.7	28.3	11.3	3.8	20.8	
	생활시설	25.6	18.6	20.0	15.7	4.3	18.6	1.6	22.9	
	관리자	32.5	28.8	7.7	13.5	11.5	19.2	3.8	15.4	
	일반직원	23.9	13.1	18.0	9.8	19.7	13.1		24.6	
	전체	27.5	20.3	13.8	11.4	14.6	15.4	1.6	22.0	
2순위	종합사회복지관	-	21.4		21.4	14.3	7.1	14.3	14.3	7.1
	노인복지시설	-	3.6	25.0	14.3		21.4		35.7	
	장애인복지시설	-	5.9	17.6		11.8	29.4	5.9	11.8	17.6
	아동복지시설	-	17.4	21.7	21.7	13.0	17.4	4.3	4.3	
	장애인복지관	-	17.9	17.9	35.9	5.1	2.6		5.1	15.4
	이용시설		18.9	13.2	32.1	7.5	3.8	3.8	7.5	13.2
	생활시설		8.8	22.1	13.2	7.4	22.1	2.9	4.4	19.1
	관리자		5.8	25.0	15.4	3.8	11.5	5.8	11.5	21.2
	일반직원		20.0	15.0	21.7	11.7	16.7		1.7	13.3
	전체	-	13.4	19.6	18.8	8.0	14.3	2.7	6.3	17.0
3순위	종합사회복지관	-	28.6	28.6	7.1				35.7	
	노인복지시설	-	7.1	32.1	3.6	25.0	10.7	14.3	3.6	3.6
	장애인복지시설	-	11.8	23.5	11.8	5.9	5.9	17.6	5.9	17.6
	아동복지시설	-	4.3		17.4	17.4	21.7	4.3		34.8
	장애인복지관	-	15.4	12.8	15.4	5.1	7.7	17.9	7.7	12.8
	이용시설		11.3	17.0	18.9	5.7	5.7	13.2	5.7	18.9
	생활시설		7.4	19.1	10.3	17.6	13.2	11.8	2.9	17.6
	관리자		5.8	21.2	17.3	11.5	11.5	9.6	1.9	21.2
	일반직원		10.0	18.3	11.7	13.3	10.0	11.7	6.7	15.0
	전체	-	8.0	19.6	14.3	12.5	10.7	10.7	4.5	17.9

사회복지시설 평가가 필요하지 않은 이유에 대해서는 1순위에서 평가를 위한 전시행정의 우려 때문이라는 의견이 22.0%로 가장 높았고, 다음으로 평가기준을 신뢰할 수 없어서 20.3%, 시설이 자체적으로 잘 운영되고 있어서 15.4%, 서비스의 질적 수준향상에 도움이 되지 않아서 14.6% 등의 순이었다.

특히, 관리자와 일반직원은 사회복지시설 평가가 필요하지 않은 이유에 대해서 다소 차이를 보였는데, 관리자는 평가지표나 기준에 대한 신뢰의 문제를 일반직원은 전시행정에 대한 우려로 인해 평가가 필요하지 않다고 응답했다.



<그림4-4> 사회복지시설 평가 불필요한 이유

2순위와 3순위에서도 평가기준의 신뢰성 문제, 평가제도와와의 큰 차별성이 없다는 이유 등 때문에 사회복지시설 평가가 필요하지 않다는 응답자가 많았다. 전반적으로 사회복지시설 평가를 반대하는 주된 이유로는 평가지표와 평가위원의 문제에 따른 평가의 신뢰성이 매우 낮아 평가자체를 거부하는 것으로 나타났고, 전시행정에 대한 우려도 사회복지시설 평가를 반대하는 중요한 이유 중 하나로 지적되었다.

전시행정에 대한 우려는 평가제도 자체가 자칫 사회복지시설 운영의 개선이라는 본연의 목적보다는 보여주기식의 형식적인 평가로 진행되고 있음을 방증하는 결과라고 할 수 있다. 실제로 보건복지부의 평가도 대부분의 평가위원들이 평가점수를 후하게 부여하여 평가의 우열성을 가려내지 못한 한계가 문제로 지적되기도 했다.

한편, 사회복지시설 평가제도의 정착을 위한 제도화 방안으로는 1순위에서 평가방법 및 지표의 합리적인 평가체계의 구축이 60.8%로 가장 높았고, 다음으로 현장 전문가 인력 및 예산확보 15.2%, 평가에 따른 분명한 인센티브의 부여 7.4% 등의 순이었다.

〈표 4-8〉 사회복지시설 평가제도의 정착을 위한 방안

구분		담당 공무원의 열정과 노력	평가방법, 지표 등 합리적인 평가체계 구축	사회복지 현장의 협조 분위기	현장 전문가 인력 및 예산확보	보건 복지부의 지원	평가에 따른 분명한 인센티브 제공
1순위	형태	종합사회복지관	64.4	3.4	13.8	6.9	6.9
		노인복지시설	59.0	2.4	18.1	3.6	13.3
		장애인복지시설	52.8	6.7	18.0	10.1	7.9
		아동복지시설	54.5	4.0	15.8	7.9	7.9
		장애인복지관	72.5	2.9	10.8	3.9	2.0
	유형	이용시설	68.9	3.2	12.1	5.3	4.2
		생활시설	55.3	4.4	17.2	7.3	9.5
		전체	60.8	3.9	15.2	6.5	7.4
	직급	관리자	68.1	1.2	13.3	3.6	9.6
		일반직원	58.2	5.6	15.7	7.5	6.3
2순위	형태	종합사회복지관	19.5	9.2	37.9	10.3	17.2
		노인복지시설	18.3	7.3	36.6	20.7	11.0
		장애인복지시설	18.0	7.9	36.0	14.6	16.9
		아동복지시설	20.2	12.1	36.4	18.2	7.1
		장애인복지관	10.8	17.6	31.4	17.6	17.6
	유형	이용시설	14.7	13.7	34.7	14.2	17.4
		생활시설	18.9	9.3	36.3	17.8	11.5
		전체	17.2	11.1	35.5	16.3	13.9
	직급	관리자	14.0	9.1	40.9	15.9	15.9
		일반직원	18.7	11.6	33.7	16.1	13.1
3순위	형태	종합사회복지관	9.5	14.3	16.7	16.7	32.1
		노인복지시설	3.8	17.5	16.3	17.5	33.8
		장애인복지시설	12.4	6.7	13.5	21.3	39.3
		아동복지시설	14.3	10.2	9.2	15.3	41.8
		장애인복지관	8.8	11.8	17.6	26.5	23.5
	유형	이용시설	9.1	12.8	17.1	21.9	27.8
		생활시설	10.5	11.2	12.7	18.0	38.6
		전체	9.9	11.9	14.6	19.6	34.0
	직급	관리자	8.6	13.6	14.8	21.6	33.3
		일반직원	10.6	10.6	14.8	18.3	34.2
전체		9.9	11.9	14.6	19.6	34.0	

2순위에서는 현장전문가 인력 및 예산확보가 35.5%로 가장 많았고, 다음으로 평가방법, 지표 등 합리적인 평가체계 구축 17.2% 등의 순이었다. 3순위에서는 평가에 따른 인센티브의 부여 34.0%, 보건복지부의 지원 19.6%, 현장 전문가 인력 및 예산 확보 14.6% 등이 평가제도의 정착을 위해서 필요하다는 의견을 보였다.

4. 사회복지시설 평가인증제도에 대한 견해

사회복지시설 인증제도가 필요한지에 대해서는 조사대상자의 64.7%가 인증제도의 필요성에 공감하는 것으로 나타났다. 필요하지 않다는 의견은 13.9%에 불과해 전반적으로 사회복지시설 종사자들은 인증제도의 도입에 긍정적인 것으로 나타났다.

〈표 4-9〉 사회복지시설 인증제도의 필요성

구분	전혀 필요하지 않다(A)	필요하지 않다 (B)	모르 겠다	다소 필요하다 (C)	매우 필요하다 (D)	필요하지 않다 (A+B)	필요 하다 (C+D)	
시설 유형	종합사회복지관		16.5	25.9	44.7	12.9	16.5	57.6
	노인복지시설	2.4	13.3	19.3	47.0	18.1	17.0	65.1
	장애인복지시설	2.3	13.6	23.9	40.9	19.3	15.9	60.2
	아동복지시설	8.9	5.9	24.8	48.5	11.9	14.8	60.4
	장애인복지관		7.8	12.7	52.0	27.5	7.8	79.5
시설 형태	이용시설		11.7	19.1	48.4	20.7	11.7	69.1
	생활시설	4.8	10.7	22.8	45.6	16.2	15.5	61.8
직급	관리자	3.7	9.8	17.1	45.7	23.8	13.5	69.5
	직원	2.6	11.6	24.0	46.4	15.4	14.2	61.8
전체	2.8	11.1	21.3	46.7	18.0	13.9	64.7	

사회복지시설의 유형별로도 큰 차이가 없었는데, 사회복지시설 인증제도의 도입에 가장 적극적인 곳은 장애인 복지관이었고, 종합사회복지관은 다른 시설들보다도 필요성의 정도가 상대적으로 적었다. 직급별로는 현행 평가제도에 대한 평가와는 달리 인증제도에 대해서는 관리자나 일반직원이나 모두 60%이상

이 동의하는 것으로 나타났다. 시설형태별로는 이용시설이 생활시설보다는 인증제가 필요하다는 응답자의 비율이 다소 높았다.

인증제도의 도입시 가장 먼저 고려해야 할 사항으로는 객관적인 평가지표의 개발이 42.2%로 가장 높았고, 다음으로 평가인증제도에 대한 공감대 형성 23.4%, 평가결과의 효율적 활용 20.8%, 공정한 심사위원 13.6%의 순이었다. 평가지표의 객관성 문제는 현재 보건복지부의 평가지표에 있어서도 상당한 문제로 지적되고 있고, 이 같은 우려가 인증제도의 도입과정에서도 현장전문가들은 가장 중요한 요인으로 보고 있었다.

〈표 4-10〉 사회복지시설 인증제도 도입시 고려사항

구분		공정한 심사위원	객관적인 평가지표	평가결과의 효율적 활용	평가인증제 에 대한 공감대의 형성
시설 유형	종합사회복지관	4.6	58.6	16.1	20.7
	노인복지시설	19.3	44.6	21.7	14.5
	장애인복지시설	13.6	40.9	18.2	27.3
	아동복지시설	22.8	28.7	27.7	20.8
	장애인복지관	7.8	40.2	19.6	32.4
시설 형태	이용시설	6.3	48.9	17.9	26.8
	생활시설	18.8	37.5	22.8	21.0
직급	관리자	9.7	44.2	18.2	27.9
	일반직원	15.7	41.0	22.0	21.3
전체		13.6	42.2	20.8	23.4

인증의 방식으로는 최우수에서 불가에 이르는 5단계가 47.0%로 가장 많았고, 다음으로 인증, 조건부 인증, 불가 등의 3등급 38.1%로 그 뒤를 이었다. 인증과 불가로만 구성된 2등급은 12.4%만이 동의하는 것으로 나타났다.

시설의 형태와 조사대상자의 직급별로 선호하는 인증의 방식에 있어서는 다소 차이가 있었는데, 가령, 이용시설의 경우 3등급으로 구성된 인증제를 더욱 선호하고 있는데 반해, 생활시설은 5등급으로 구성된 인증제를 더욱 선호하는 것으로 나타났다. 직급별로도 관리자는 3등급의 인증제를 일반직원은 5등급의 인증제를 더욱 선호하는 것으로 나타났다.

〈표 4-11〉 사회복지시설 인증의 방식

구분		2등급 (인증, 불가)	3등급 (인증, 조건부인증, 불가)	5등급(최우수, 우수, 인증, 조건부인증, 불가)	기타
시설 유형	종합사회복지관	11.5	46.0	39.1	3.4
	노인복지시설	16.9	32.5	48.1	2.6
	장애인복지시설	3.5	32.9	61.2	2.4
	아동복지시설	6.9	39.6	50.5	3.0
	장애인복지관	23.0	39.0	37.0	1.0
시설 형태	이용시설	17.6	42.0	38.3	2.1
	생활시설	8.7	35.4	53.2	2.7
직급	관리자	14.2	43.8	40.7	1.2
	일반직원	10.4	35.8	50.8	3.1
전체		12.4	38.1	47.0	2.4

인증심사위원의 적격한 심사자로는 1순위에서 현장 사회복지사가 74.8%로 가장 많았고, 다음으로 이용자 10.4%, 교수 8.5% 순이었다. 2순위에서는 이용자가 31.2%로 가장 많았고, 다음으로 관련 공무원 26.2%, 교수 22.7% 등의 순이었다. 3순위에서는 관련공무원이 40.6%로 가장 많았고, 다음으로 교수 30.3%였다.

〈표 4-12〉 인증심사위원의 구성

구분	1순위				2순위				3순위			
	현장 사회 복지사	이용자	관련 공무원	교수	현장 사회 복지사	이용자	관련 공무원	교수	현장 사회 복지사	이용자	관련 공무원	교수
시설 유형	종합사회복지관	78.2	11.5	10.3	18.6	33.7	19.8	27.9	4.7	24.4	30.2	40.7
	노인복지시설	79.5	12.0	7.2	1.2	14.5	25.3	42.2	18.1	2.4	28.0	31.7
	장애인복지시설	73.9	10.2	6.8	9.1	25.0	34.1	26.1	14.8	1.1	26.1	42.0
	아동복지시설	69.0	8.0	12.0	11.0	20.2	35.4	25.3	19.2	8.1	27.3	42.4
	장애인복지관	74.3	10.9	5.0	9.9	20.8	27.7	19.8	31.7	5.0	19.0	53.0
시설 형태	이용시설	76.2	11.1	2.6	10.1	19.7	30.3	19.7	30.3	4.8	21.4	42.8
	생활시설	73.8	10.0	8.9	7.4	20.0	31.9	30.7	17.4	4.1	27.1	39.0
직급	관리자	73.2	11.0	3.7	12.2	22.8	25.9	25.3	25.9	1.9	25.3	41.4
	일반직원	76.0	10.5	7.9	5.6	18.4	33.3	26.2	22.1	5.3	24.5	39.6
전체		74.8	10.4	6.3	8.5	19.9	31.2	26.2	22.7	4.4	24.8	40.6

인증제도 도입시 가장 중요한 조건은 전체 조사대상자의 42.2%가 인증지표의 표준성과 각 기관별 고유성에 대한 반영을 지적했고, 다음으로 인증제도에 대한 사회복지시설의 인식과 이해 28.0%, 인증결과에 따른 재정적인 인센티브 확보 18.0% 등의 순이었다.

시설의 유형별로는 다소의 차이가 있었는데, 노인시설은 인증제도 도입시 가장 중요한 사항으로 인증제도에 대한 사회복지시설의 인식과 이해가 가장 중요하다고 인식한 반면, 다른 대부분의 시설들은 인증지표의 표준성과 기관별 고유성에 대한 반영이 가장 중요하다는 인식을 보였다. 인증제도 도입시 가장 중요한 조건으로는 인증지표의 표준성에 더하여 인증결과에 대한 재정적 인센티브의 부여도 상대적으로 높게 나타났다. 현재 인증제도를 시행하고 있는 타지역의 경우 인증에 따른 인센티브가 전혀 없는 상황임을 고려하면 인증에 따른 재정적 인센티브의 부여는 인증제 도입에서 고려되어야 할 중요한 숙제라고 할 수 있다.

〈표 4-13〉 인증제도의 도입시 가장 중요한 조건

구분	인증제도에 대한 사회복지시설의 인식과 이해	공무원, 서비스 이용자 등 관련자의 인식	인증담당 조직의 구성 및 인적자원의 훈련	인증결과에 따른 재정적인 지원과 인센티브 확보	인증지표의 표준성과 각 기관별 고유성 반영방안 확보	기타	
종합사회복지관	31.0	2.3	8.0	10.3	47.1	1.1	
시설 유형	노인복지시설	32.9		12.2	24.4	30.5	
	장애인복지시설	30.7	3.4	4.5	25.0	36.4	
	아동복지시설	23.8	5.0	14.9	18.8	37.6	
	장애인복지관	23.8	1.0	5.9	12.9	56.4	
	이용시설	27.0	1.6	6.9	11.6	52.4	
시설 형태	생활시설	28.8	3.0	10.7	22.5	35.1	
	관리자	24.2	1.2	8.5	17.0	49.1	
직급	일반직원	31.6	2.3	9.8	17.3	38.7	0.4
	전체	28.0	2.4	9.1	18.0	42.2	

인증제도의 비용부담방법에 대해서는 조사대상자의 대부분이 국가 또는 지방자치단체가 전액 지원해야 한다고 응답했고, 다음으로 국가와 시설의 공동부담 9.5%, 개별 사회복지시설 협회비 2.2% 등의 순이었다.

〈표 4-14〉 인증비용의 부담방법

구분		국가 또는 지방자치 단체가 전액지원	개별 사회복지시설 협회비	사회복지 시설에서 전액 부담	국가와 사회복지시설 공동부담
시설 유형	종합사회복지관	86.0	4.7	-	9.3
	노인복지시설	81.9	-	1.2	16.9
	장애인복지시설	88.6	1.1	-	10.2
	아동복지시설	94.1	4.0	-	2.0
	장애인복지관	88.2	1.0	-	10.8
시설 형태	이용시설	87.3	2.6	-	10.1
	생활시설	88.6	1.8	0.4	9.2
직급	관리자	89.7	1.2	0.6	8.5
	일반직원	86.5	3.0	-	10.5
전체		88.1	2.2	0.2	9.5

인증시효의 정도에 있어서는 3년이 52.6%로 가장 많았고, 다음으로 5년 33.5%, 2년 6.7% 등의 순이었다. 다만 사회복지시설의 유형별로 선호하는 인증시효의 유효기간에 있어 차이가 있었는데, 종합사회복지관은 인증시효의 유효기간으로 5년을 가장 많이 지정한 반면 다른 사회복지시설들은 모두 3년을 가장 적합한 시기라고 응답했다.

〈표 4-15〉 인증시효 유효기간

구분		1년	2년	3년	5년	기타
시설 유형	종합사회복지관		2.3	43.7	48.3	5.7
	노인복지시설	1.2	2.4	57.3	32.9	6.1
	장애인복지시설	1.1	6.9	62.1	26.4	3.4
	아동복지시설	5.0	13.9	48.5	27.7	5.0
	장애인복지관		6.9	52.0	33.3	7.8
시설 형태	이용시설		4.7	48.4	40.0	6.8
	생활시설	2.6	8.1	55.6	28.9	4.8
직급	관리자	.6	1.8	50.6	39.6	7.3
	일반직원	2.2	9.4	55.1	28.5	4.9
전체		1.5	6.7	52.6	33.5	5.7

인증심사 중 현장 전문가의 적정경력으로는 실무경력 10년 이상이 61.2%로 가장 많았고, 5년 이상이 36.9%였다. 전반적으로 5년 이상의 실무경력자가 인증심사요원으로 참여하는 것이 타당하다는 의견이 많았다.

〈표 4-16〉 인증심사 중 현장전문가의 적정 경력

구분		실무경력 3년이상	실무경력 5년이상	실무경력 10년 이상	기타
시설유형	종합사회복지관	1.1	24.1	73.6	1.1
	노인복지시설	2.4	47.0	49.4	1.2
	장애인복지시설	2.3	43.7	54.0	
	아동복지시설	2.0	46.5	51.5	
	장애인복지관		23.5	76.5	
시설형태	이용시설	0.5	24.2	74.7	0.5
	생활시설	2.2	45.8	51.7	0.4
직급	관리자	.6	29.7	69.1	0.6
	일반직원	2.2	41.6	55.8	0.4
전체		1.5	36.9	61.2	0.4

인증심사팀의 적정인원으로는 3명이 74.8%로 가장 많았고, 다음으로 2명 8.9% 등의 순이었다.

〈표 4-17〉 인증심사팀의 적정인원

구분		1명	2명	3명	기타
시설유형	종합사회복지관		8.0	72.4	19.5
	노인복지시설		15.7	72.3	12.0
	장애인복지시설	1.1	5.7	75.9	17.2
	아동복지시설	1.0	8.9	71.3	18.8
	장애인복지관		6.9	79.2	13.9
시설형태	이용시설		7.4	76.2	16.4
	생활시설	0.7	10.0	73.1	16.2
직급	관리자		6.7	80.0	13.3
	일반직원	0.8	10.5	70.7	18.0
전체		0.4	8.9	74.3	16.3

사회복지시설 인증제 도입시 당해 사회복지시설이 인증제를 신청하겠는지에 대한 응답에서는 67.3%가 지켜보다가 신청하겠다는 유보적인 입장을 보였고, 가능한 한 빨리 신청하겠다는 응답은 25.3%였다. 신청을 하지 않겠다는 응답은 7.4%였다. 시설 유형별로는 노인복지시설과 장애인복지시설이 인증제 도입시 되도록 빨리신청하겠다는 응답자의 비율이 다른 시설에 비해서 높았다. 반면

종합사회복지관과 아동복지시설은 인증제를 도입해도 신청하지 않겠다는 응답자의 비율이 10%이상 높게 나타났다.

〈표 4-18〉 인증제 도입시 신청여부

구분	가능한 빨리 신청하겠다	지켜보다 신청하겠다	신청하지 않겠다	
시설유형	종합사회복지관	18.4	69.0	12.6
	노인복지시설	32.5	61.4	6.0
	장애인복지시설	22.7	70.5	6.8
	아동복지시설	18.8	70.3	10.9
	장애인복지관	34.3	64.7	1.0
시설형태	이용시설	26.8	66.8	6.3
	생활시설	24.3	67.6	8.1
직급	관리자	31.5	61.2	7.3
	일반직원	21.3	71.6	7.1
전체	25.3	67.3	7.4	

인증제도의 제도화 방안으로는 단기적으로는 자발적 참여와 장기적으로는 의무적 참여를 병행하는 방안이 53.2%로 가장 많았고, 다음으로 단기적으로는 의무적 참여와 장기적으로는 자발적 참여를 병행하는 방안이 18.1%였다.

〈표 4-19〉 인증제도의 제도화 방안

구분	시설장의 자발적 참여	시설의 의무적 참여	단기적 자발적 참여	단기적 의무적 참여	기타	
			장기적 의무적 참여	장기적 자발적 참여		
시설 유형	종합사회복지관	16.1	17.2	49.4	13.8	3.4
	노인복지시설	12.3	14.8	46.9	22.2	3.7
	장애인복지시설	11.5	14.9	47.1	25.3	1.1
	아동복지시설	10.9	10.9	57.4	18.8	2.0
	장애인복지관	7.8	17.6	61.8	11.8	1.0
시설 형태	이용시설	11.6	17.4	56.3	12.6	2.1
	생활시설	11.5	13.4	50.9	21.9	2.2
직급	관리자	9.1	17.7	59.1	12.8	1.2
	일반직원	12.0	12.4	51.3	21.3	3.0
전체	11.5	15.0	53.2	18.1	2.2	

시설의 자발적 참여와 의무적 참여는 각각 11.5%와 15.0%로 다소 낮게 나타

났다. 직급별로는 일반직원이 관리자보다는 시설장의 자발적 참여에 대한 선호가 더욱 높았고, 시설의 의무적 참여는 일반직원보다는 관리자에게서 더욱 높게 나타났다.

인증제도의 인센티브 부여방안으로는 33.4%가 인력보강비의 지원을 제시하였고, 다음으로 시설환경 개선자금의 우선 지원 29.3%, 프로그램 및 사업비 지원 21.3% 등의 순이었다. 시설유형별로는 다소 차이가 있었는데, 장애인시설과 종합사회복지관 그리고 장애인복지시설은 인센티브 부여방안으로 인력보강비 지원이 높았고, 노인복지시설과 아동복지시설은 시설환경 및 개선자금의 우선 지원 등 시설인프라에 대한 지원이 더 높았다.

대체로 이용시설은 인력보강비에 대한 지원을 더욱 선호하였고, 생활시설은 시설환경개선 자금을 위한 우선지원이 더 높았다.

〈표 4-20〉 인증제의 인센티브 부여 방안

구분	인증시설에 대한 홍보	시설환경 개선자금 우선 지원	프로그램 사업비 지원	인력보강비 지원	시설평가의 근거자료로 대체	기타	
시설 유형	종합사회복지관	5.7	18.4	18.4	46.0	9.2	2.3
	노인복지시설	15.7	44.6	10.8	24.1	4.8	
	장애인복지시설	3.4	27.6	21.8	36.8	8.0	2.3
	아동복지시설	4.0	37.6	22.8	29.7	5.0	1.0
	장애인복지관	7.8	19.6	30.4	30.4	8.8	2.9
시설 형태	이용시설	6.8	18.9	24.7	37.9	8.9	2.6
	생활시설	7.4	36.5	18.8	30.3	5.9	1.1
직급	관리자	7.9	29.7	15.8	34.5	9.1	3.0
	일반 직원	6.0	29.6	24.0	33.0	6.4	1.1
전체		7.2	29.3	21.3	33.4	7.2	1.7

인증제도를 도입하고 운영하는데 있어서 가장 중요한 역할을 해야 할 주체로는 1순위에서 사회복지시설 실무자가 47.4%로 가장 높았고, 다음으로 인증기관 19.2%, 사회복지 관련 협회 14.4% 등의 순이었다. 2순위에서는 사회복지관련 협회가 31.4%로 가장 높았고, 다음으로 사회복지시설 실무자 20.5% 순이었다. 3순위에서는 전라북도 공무원이 23.7%로 가장 높았고, 다음으로 인증기관 21.4%, 사회복지관련 협회 19.8% 등의 순이었다.

전반적으로 사회복지시설 인증제 도입시 사회복지시설 실무자, 인증기관, 사회복지관련 협회의 역할과 기능이 무엇보다도 중요하다고 인식하고 있었다.

〈표 4-21〉 시설유형별 인증제도 운영시 가장 중요한 주체

구분	사회복지 시설실무자	전라북도 공무원	시장,군수 구청장	사회복지 관련 협회	인증기관	지역주민	
1순위	종합사회복지관	54.0	1.1	6.9	18.4	18.4	1.1
	노인복지시설	50.6	3.7	13.6	14.8	16.0	1.2
	장애인복지시설	43.7	12.6	9.2	13.8	20.7	
	아동복지시설	44.6	14.9	6.9	13.9	18.8	1.0
	장애인복지관	45.1	8.8	9.8	11.8	21.6	2.9
	전체	47.4	8.5	9.2	14.4	19.2	1.3
2순위	종합사회복지관	14.9	11.5	4.6	36.8	20.7	11.5
	노인복지시설	22.0	23.2	8.5	36.6	7.3	2.4
	장애인복지시설	24.1	18.4	16.1	24.1	14.9	2.3
	아동복지시설	22.8	25.7	7.9	27.7	11.9	4.0
	장애인복지관	18.6	14.7	10.8	32.4	19.6	3.9
	전체	20.5	18.7	9.6	31.4	15.0	4.8
3순위	종합사회복지관	17.2	14.9	13.8	20.7	19.5	13.8
	노인복지시설	3.7	31.7	17.1	15.9	26.8	4.9
	장애인복지시설	9.2	27.6	14.9	19.5	21.8	6.9
	아동복지시설	11.9	25.7	18.8	16.8	20.8	5.9
	장애인복지관	13.7	19.6	13.7	25.5	18.6	8.8
	전체	11.3	23.7	15.7	19.8	21.4	8.1
4순위	종합사회복지관	11.6	26.7	19.8	10.5	8.1	23.3
	노인복지시설	11.0	23.2	15.9	12.2	24.4	13.4
	장애인복지시설	10.3	26.4	12.6	26.4	17.2	6.9
	아동복지시설	7.1	19.2	13.1	34.3	20.2	6.1
	장애인복지관	9.9	29.7	16.8	10.9	23.8	8.9
	전체	9.9	25.1	15.6	19.1	18.9	11.4
5순위	종합사회복지관	2.3	20.9	30.2	8.1	23.3	15.1
	노인복지시설	11.3	15.0	27.5	13.8	17.5	15.0
	장애인복지시설	12.8	8.1	30.2	15.1	16.3	17.4
	아동복지시설	11.2	15.3	35.7	4.1	23.5	10.2
	장애인복지관	7.9	14.9	29.7	17.8	9.9	19.8
	전체	9.1	14.9	30.8	11.8	18.0	15.5
6순위	종합사회복지관		24.4	24.4	4.7	10.5	36.0
	노인복지시설	1.3	5.0	18.8	7.5	5.0	62.5
	장애인복지시설		5.8	17.4	1.2	9.3	66.3
	아동복지시설	3.1		18.4	1.0	5.1	72.4
	장애인복지관	4.0	12.9	18.8	2.0	6.9	55.4
	전체	1.8	9.5	19.5	3.1	7.3	58.8

사회복지시설의 형태나 직급에 따른 사회복지시설 인증제도 운영 시 가장 중

요한 주체에서는 큰 차이는 없었다. 전반적으로 1순위로 사회복지시설 실무자, 2순위로 사회복지관련 협회, 그리고 3순위로 인증기관이 매우 중요하다는 인식을 보였다. 사회복지시설 인증제도 도입 시 가장 중요한 주체로 대부분 사회복지시설 실무자를 제시하였다. 이 같은 결과는 현재의 평가제도가 사회복지시설의 현장성을 담아내지 못한다는 비판과도 맞닿아 있다. 현행 평가제도가 평가 지표나 평가위원의 전문성 문제에 더하여 평가의 구성과 실행이 지역성과 시설의 현실을 담아내지 못하다는 비판을 많이 받고 있고, 이로 인해 지역과 사회복지시설의 특수성을 감안한 지표의 개발과 평가위원의 선임이 강조되고 있다.

〈표 4-22〉 시설형태별 인증제도 운영시 가장 중요한 주체

구분		사회복지 시설실무자	전라북도 공무원	시장,군수 구청장	사회복지 관련 협회	인증기관	지역주민	
1순위	형태	이용시설	48.9	5.3	8.4	14.7	20.5	2.1
		생활시설	46.1	10.8	9.7	14.1	18.6	.7
	직급	관리자	43.3	9.1	7.3	15.2	25.0	
		일반직원	50.2	7.1	10.1	13.9	16.5	2.2
	전체		47.4	8.5	9.2	14.4	19.2	1.3
2순위	형태	이용시설	17.4	13.2	7.9	34.2	20.0	7.4
		생활시설	23.0	22.6	10.7	29.3	11.5	3.0
	직급	관리자	20.7	22.6	10.4	25.0	15.9	5.5
		일반직원	19.8	17.9	9.3	34.7	13.8	4.5
	전체		20.5	18.7	9.6	31.4	15.0	4.8
3순위	형태	이용시설	15.3	17.4	13.7	23.7	18.9	11.1
		생활시설	8.5	28.1	17.0	17.4	23.0	5.9
	직급	관리자	15.9	19.5	20.7	19.5	18.9	5.5
		일반직원	8.6	26.5	13.1	21.3	22.0	8.6
	전체		11.3	23.7	15.7	19.8	21.4	8.1
4순위	형태	이용시설	10.6	28.7	18.1	10.6	16.5	15.4
		생활시설	9.3	22.8	13.8	25.0	20.5	8.6
	직급	관리자	12.2	25.6	16.5	19.5	14.6	11.6
		일반직원	9.1	24.2	15.2	18.2	21.6	11.7
	전체		9.9	25.1	15.6	19.1	18.9	11.4
5순위	형태	이용시설	5.3	17.6	30.3	13.3	16.0	17.6
		생활시설	11.7	12.9	31.4	10.6	19.3	14.0
	직급	관리자	6.7	12.9	28.8	16.6	19.0	16.0
		일반직원	10.0	16.1	32.2	8.4	18.0	15.3
	전체		9.1	14.9	30.8	11.8	18.0	15.5
6순위	형태	이용시설	2.1	18.1	21.3	3.2	8.5	46.8
		생활시설	1.5	3.4	18.2	3.0	6.4	67.4
	직급	관리자	1.2	11.0	16.0	4.3	6.1	61.3
		일반직원	2.3	8.4	21.1	2.7	8.0	57.5
	전체		1.8	9.5	19.5	3.1	7.3	58.8

사회복지시설 인증제의 활용방안으로는 우수시설에는 인센티브를 부여하고

하위시설에는 교육 및 컨설팅을 제공해 주는 것이 좋다는 의견이 82.5%로 가장 많았고, 사회복지시설의 서비스 질 관리를 위한 참고자료로의 활용은 14.5%였다. 사회복지시설이 변화하는 환경에 대응하여 적절한 교육을 받고 있는지에 대한 의문이 반영된 결과라고 할 수 있다. 일회성 평가로 사회복지시설의 사후 관리가 이루어지지 못하고 있는 평가제도의 한계도 인증심사 이후 지속적인 관리가 이루어지는 인증제도에 대한 기대감으로 나타나고 있다.

〈표 4-23〉 인증제도의 활용방안

구분	시설유형	사회복지시설의 서비스 질 관리를 위해 참고자료로만 활용	우수시설에는 인센티브, 하위시설에는 교육 및 컨설팅 제공	결과만 통보하고 활용없이 당해연도 평가는 종결	기타
시설 유형	종합사회복지관	21.8	75.9	1.1	1.1
	노인복지시설	15.7	84.3		
	장애인복지시설	9.1	89.8		1.1
	아동복지시설	11.9	78.2	7.9	2.0
	장애인복지관	14.7	84.3	1.0	
시설 형태	이용시설	17.9	80.5	1.1	.5
	생활시설	12.1	83.8	2.9	1.1
직급	관리자	12.7	85.5		1.8
	일반 직원	15.7	80.2	3.7	.4
	전체	14.5	82.5	2.2	.9

마지막으로 인증기관의 인센티브 부여방안으로는 1순위에서 모든 직원을 대상으로 포상금 지원하는 방안이 40.6%로 가장 많았고, 다음으로 시설운영에 자유롭게 쓸수 있도록 운영비를 지원해야 한다는 의견이 24.1%, 해당시설의 우수 프로그램에 대한 사업비 지원해야 한다는 의견이 19.1% 등의 순이었다.

2순위에서는 해당시설의 해외연수 기회를 제공해야 한다는 의견이 30.9%로 가장 높았고, 3순위에서는 해당시설에 우수 프로그램에 대한 사업비 지원이 28.7%로 가장 높았다.

2순위에서는 사회복지시설의 유형과 형태별로 다소 차이가 있었는데, 종합사회복지관과 장애인복지시설 그리고 아동복지시설은 해당시설에 대한 연수기회의 제공을 인증제도의 인센티브 방안으로 선호하고 있는 반면, 노인복지시설과 아동복지시설 그리고 장애인복지관은 프로그램에 대한 운영비 지원을 더욱 선

호하고 있는 것으로 나타났다. 또한 이용시설은 프로그램에 대한 운영비를 인센티브 부여방안으로 선호하고 있는 반면, 생활시설은 인증제도의 인센티브 방안으로 연수기회의 제공을 선호한 것으로 나타났다.

〈표 4-24〉 인증제도의 인센티브 부여방안

시설유형		해당시설의 모든 직원을 대상으로 포상금 지원	해당시설의 해외연수 기회제공	해당시설의 우수 프로그램에 대한 사업비 지원	시설운영에 자유롭게 쓸수 있도록 운영비 지원	기타	
1순위	유형	종합사회복지관	40.2	11.5	17.2	29.9	1.1
		노인복지시설	48.2	9.6	7.2	34.9	
		장애인복지시설	42.0	25.0	15.9	17.0	
		아동복지시설	39.6	11.9	31.7	16.8	
		장애인복지관	33.7	13.9	27.7	23.8	1.0
	형태	이용시설	37.0	12.7	22.8	26.5	1.1
		생활시설	43.0	15.4	19.1	22.4	
		관리자	32.9	15.2	18.3	33.5	
	직급	일반직원	47.8	11.9	20.9	18.7	.7
		전체	40.6	14.3	20.6	24.1	.4
2순위	유형	종합사회복지관	16.9	31.3	30.1	21.7	
		노인복지시설	21.3	25.0	36.3	17.5	
		장애인복지시설	25.0	31.0	20.2	23.8	
		아동복지시설	21.0	41.0	20.0	18.0	
		장애인복지관	26.3	25.3	27.3	21.2	
	형태	이용시설	21.9	27.9	28.4	21.9	
		생활시설	22.3	33.0	25.0	19.7	
		관리자	27.7	30.2	23.9	18.2	
	직급	일반직원	17.3	32.3	28.1	22.3	
		전체	22.1	30.9	26.4	20.6	
3순위	유형	종합사회복지관	24.4	20.7	22.0	31.7	1.2
		노인복지시설	16.5	24.1	35.4	24.1	
		장애인복지시설	20.5	15.7	39.8	22.9	1.2
		아동복지시설	22.4	21.4	30.6	24.5	1.0
		장애인복지관	21.2	23.2	18.2	34.3	3.0
	형태	이용시설	22.5	22.5	19.8	33.0	2.2
		생활시설	20.0	20.4	35.0	23.8	.8
		관리자	21.8	23.7	30.8	22.4	1.3
	직급	일반직원	18.6	20.9	29.5	29.5	1.6
		전체	21.0	21.3	28.7	27.6	1.4

제2절 사회복지시설 평가인증제도도입에 관한 전문가 집단조사 분석결과

사회복지시설 평가제도에 대한 전문가들의 인식을 분석하기 위해 사회복지시설 대표와 사회복지시설 직능단체 대표, 사회복지관련 협의체 대표 등 7명의 전문가를 대상으로 집단조사를 실시하였다. 전문가조사에 참여한 7명 중 3명은 현재 보건복지부가 실시하고 있는 평가제도의 지역평가위원으로 참여한 경력이 있는 현장 실무자로 구성하였다. 전문가 조사는 사회복지실무자를 470명을 대상으로 한 설문조사 결과를 기초로 사회복지시설 평가제도의 필요성 여부, 필요하다면 왜 필요하고, 어떤 방식이 타당한지 그리고 평가의 주체와 평가제도 도입 이후의 고려사항 등을 중점으로 논의하였다.

먼저 사회복지시설 평가제도가 필요한지에 대해서는 전반적으로 동의하고 있었다. 평가제도가 사회복지시설의 관성적이고 형식적인 운영을 해소하는데 상당한 도움이 될 것이라는 점이고, 최근 사회복지시설에 대한 여러 가지 부정적인 사건들을 해소하는데도 일정한 도움이 될 것이라는 의견이 많았다.

사회복지시설 평가제도는 어떤 형태로는 필요하지 않는가?, 이 부분에 대해서 동의하지 않은 현장실무자나 전문가는 없을 것이다. 다만, 평가제도가 단순히 행정기관 주도하에서 이루어질 경우 사회복지시설을 통제하거나 예산을 삭감하기 위한 의도에서 추진될 수 있다. 지금 사회복지시설이 필요한 것은 평가를 통한 재정절감보다는 사회복지시설이 제공하는 서비스의 품질을 개선하는 것이다 (사회복지관련 연합회 E 국장)

다만 일부 전문가들은 평가제도가 현재의 보건복지부 평가제도처럼 지역성을 반영하지 못하거나 평가위원이 전문성을 가지지 못할 경우 평가의 긍정적인 효과보다는 전시행정에 그칠 가능성이 높다는 점을 우려하였다. 여기에 평가제도가 지역차원에서 도입될 경우 보건복지부와 평가제도와 중복될 가능성이 있다는 점에 대해서도 현장 전문가들의 우려는 높았다.

현재 전라북도의 사회복지시설은 보건복지부의 평가와 시군의 평가가 주기적으로 이루어지고 있다. 여기에 평가인증제가 도입될 경우 광역도차원의 평가가 또 생기는 것이다. 그야말로 사회복지시설은 평가의 홍수속에서 업무를 보고 있어 고유업무의 지장을 받고 있다. 또한 평가가 다양한 주체에 의해서 진행된다보니 평가결과가 상이한 경우가 많다. 평가결과가 상이할 경우 결국 평가자체에 대한 현장의 거부감은 커질 수밖에 없고...(중략). 만약 전라북도가 도 차원의 평가인증제도를 도입한

다고 한다면 찬성은 하지만 현재 진행되고 있는 평가제도를 일원화해야 만 중복평가의 부작용을 해소할 수 있다. 이 경우 조례를 통해서 일정한 기준을 제시해 주면 가능할 것 같다(노인복지관 D관장)

평가제도의 중복시 평가의 효과보다는 평가로 인한 사회복지시설 직원의 고유업무의 장애를 초래함으로써 복지시설 운영에 부정적인 영향을 줄 수 있다는 점도 제기되었다. 평가의 필요성에는 공감하고 있지만 현재 중앙정부차원의 평가제도와 겹치는 중복평가의 문제가 가장 큰 우려로 지적되었다. 중복평가의 경우 행정상의 업무량 증가도 문제이지만 평가지표나 평가위원이 상이하여 평가 결과가 달라질 수 있다는 점에서 상당한 혼란이 있을 수 있다는 우려도 있었다.

다음으로 사회복지시설 평가가 필요한 이유에 대해서는 사회복지생활시설의 경우 공급과잉의 문제로 인해, 이용시설은 사회복지서비스의 품질개선의 시급성 때문에 평가가 필요하다고 지적하였다. 사회복지시설 중 생활시설의 경우 정원을 충족하지 못한 시설들이 많고, 특히 노인복지시설의 경우 장기요양보장 제도의 도입 이후 상당히 많은 시설들이 수요를 고려하지 못하고 설치되어 수요와 공급의 불균형이 발생하고 있어 노인요양서비스의 품질에 문제가 발생하고 있다는 것이다. 노인생활시설의 실무를 담당하고 있는 전문가도 노인복지시설의 공급과잉의 문제에 대해서는 공감하고 있었다.

노인복지시설, 특히 재가복지시설이 과다하게 공급되어 있는 현실에 대해서는 노인복지시설 차원에서 무척 고민하고 있는 부분이다. 수요보다 공급이 많다보니 여러 문제가 발생하고 있다는 사실을 부정하지 않는다. 아마 건강보험공단의 평가도 이 부분 때문에 실시하고 있는 것으로 안다. 평가인증제가 필요하다는 주장에는 원론적으로 동의하지만 정부의 예산을 지원받고 있지 않는 노인복지시설의 입장에서는 평가인증제의 시행에 따른 효과가 있을지는 의문이다.

평가의 방식에 대해서는 많은 전문가들이 인증제를 원하고 있었고, 인증제를 원하는 이유에 대해서는 인증시설의 여부가 사회복지서비스에 대한 이용자의 선택권을 강화시켜 사회복지시설이 품질을 기준으로 경쟁하는 시스템을 만들어 낼 수 있을 것이라는 기대감 때문이었다. 물론 인증제에 대한 선호는 현재의 사회복지시설 평가제도에 대한 반감에 대한 반사적 결과라는 의견도 있었다.

사회복지시설의 공급과잉은 어떤 형태로든 해소될 필요가 있다. 과잉공급으로 인한 사회복지서비스의 질적 수준은 매우 취약한 상태이다. 이로 인한 사회복지시설의 위기감도 분명히 있다. 사회복지시설의 공급과잉은 인증제도를 통해서 일정부분 해소될 수 있을 것이라고 본다. 인증여부에 따라 이용자가 사회복지시설을 선택할 수 있도록 해준다면 이용자가 적거나 받지 못한 시설은 자연스럽게 경쟁에서 도퇴될 수 밖에 없다(사회복지관련 연합회 E 국장).

인증제 도입시 검토해야 할 사항으로는 인증은 사회복지시설들의 합의가 필요하다는 점에서 긴 시간을 가지고 점진적으로 시행하는 것이 바람직하다는 의견이 많았고, 인증의 단계도 5단계보다는 인증, 조건부 인증, 불가로 구성된 세 단계가 인증의 목적을 달성하는데 적합하다는데 의견이 모아졌다.

인증제가 사회복지시설의 질적 수준을 향상시키는데 그 목적이 있다면 인증시설에게는 무언가 특별한 인센티브가 부여되어야 한다. 그리고 인증시설이 되었다고 하는 것에 대한 자부심, 뭐 이렇게 있어야 한다. 이렇려면 인증의 기준을 너무 세분화시키면 안되고 세단계정도로 구분해서 인증심사가 이루어지면 인증을 위한 사회복지시설들의 노력이 강화될 것이다(노인복지관 D관장).

인증의 주체는 공신력을 가지고 있는 행정기관이 하되 별도의 인증기관을 설치하는 것보다는 상시적이고 권한이 부여된 인증심사기구를 전라북도에 두는 것이 좋다. 인증기관을 둘 경우 예산상의 문제도 있고.....(중략). 사회복지협의회나 도출연기관 중 일부가 인증기관이 될 경우 체계적인 인증은 될지 모르지만 객관성과 전문성을 갖출 수 있을지...의문이 있다. 오해의 소지가 있을 수 있지만 대표성을 가진 사회복지관련 협회나 단체가 인증기관이 되는 것도 객관성을 가지지 어렵다(종합사회복지관 A관장).

인증 심사위원과 주체에서는 조사에 참여하는 전문가들마다 의견이 달랐는데, 인증심사위원으로 지역전문가를 배제하는 것이 객관성을 가질 수 있다는 의견도 있었고, 지역전문가를 배제할 경우 지역 사회복지시설의 고유한 특성이 반영될 수 없을 것이라는 우려도 함께 제기되었다. 특히 인증이 사회복지시설의 품질을 결정하는 중요한 기준이 된다는 점에서 지역전문가가 인증위원으로 참여하는 것 자체를 꺼릴 것이라는 의견도 있었다.

인증제도는 인증요원이 매우 중요한데, 인증요원이 객관적으로 심사를 할려면 지역 전문가의 참여

를 제한하는 것이 좋다. 대부분의 지역에서 사회복지시설은 지역 전문가들간의 교류가 활발하고 서로에게 흠이되는 말을 하지 않는 분위기 팽배하다. 이 같은 인간적 관계가 인증심사에서 공정한 심사로 이루어지지 못하게 할 수 있다. 인증요원이 객관적으로 심사할 수 있도록 하기 위해서는 전문성을 갖춘 제3자의 전문가가 참여하는 것이 좋다(노인복지관 D관장).

한편, 인증제도의 성공은 인증시설에 대한 인센티브에 달려 있다는 지적이 많았다. 인센티브가 사회복지시설의 인증에 대한 기대치를 높여주지 못할 경우 인증제도의 실효성은 담보하기 어렵다지는 지적도 많았다.

인증제도든 평가제도든 사회복지시설의 입장에서는 평가를 통한 시설개선의 의지가 결국은 인센티브와 연결될 수 밖에 없다. 노인요양시설의 경우 건강보험공단이 평가를 해서 인센티브를 제공해주고 있는데, 제공되는 재정적 지원이 적고, 총량도 이미 설정되어 있어서 불만이 많다. 이런 인센티브라고 한다면 평가를 받을 이유가 있느냐?. 결국은 인증제도도 인증 기관에 대한 매력적인 인센티브가 동반되지 않으면 성공하기 힘들다. 이점을 행정기관이 잘 알아야 한다(노인복지관련 연합회 D국장).

현재 사회복지시설 평가제도가 평가를 받은 사회복지시설로부터 긍정적인 평가를 받지 못하고 있는 것도 평가결과에 따른 인센티브가 매우 취약하기 때문이라는 지적이 많았다. 평가든 인증이든 결과에 따른 재정적 인센티브가 평가를 받는 사회복지시설에게 명확하게 확인되지 않을 경우 평가나 인증의 효과는 반감될 것이라는 점이다.

아래의 표는 전문가조사에서 제시된 주요 사항을 정리한 것이다.

〈표 4-25〉 사회복지시설 평가제도에 대한 전문가의 의견

	종합사회복지관 A관장	노인이용시설 B팀장	아동복지관련 협의체 C국장	노인복지관련 연합회 D국장
사회복지 시설평가 의 필요성	<ul style="list-style-type: none"> · 평가는 필요함, 하지만 평가이전에 사회복지시설들이 평가를 받을 수 있도록 재정적인 지원이 먼저 되어야 함. · 상당히 사회복지시설들이 평가준비가 되지 못함→시설지원전제 평가 도입필요 	<ul style="list-style-type: none"> · 인증제도는 필요함, · 다만,복지부와 시도평가기관 한 개의 평가인증으로 일원화한다는 전제가 있어야만 평가인증이 효과를 발휘할 수 있음.(평가주체가 다를 경우 평가결과도 다를 수 있음) 	<ul style="list-style-type: none"> · 아동복지시설 전문가들의 전반적인 평가는 평가제와 인증제 모두 부정적인 입장임 	<ul style="list-style-type: none"> · 평가제도는 필요하지만 시설들의 이해관계로 사실상 도입논의자체가 어려움이 있음. · 노인시설에서도 평가제도의 필요성에 대한 공감보다는 시설평가에 대한 거부감이 없다는 표현이 더 적절함
사회복지 시설평가 가 필요한 이유	<ul style="list-style-type: none"> · 이용시설보다는 생활시설의 조정은 필요함 · 공급과잉에 따른 복지시설의 조정 필요 	<ul style="list-style-type: none"> · 사회복지시설의 공급과잉과 복지서비스의 질적수준 향상을 위해서는 필요함. 	<ul style="list-style-type: none"> · 평가인증제가 전시행정으로 진행될 가능성이 높아 반대함. 	<ul style="list-style-type: none"> · 공급과잉에 따른 사회복지서비스의 질적 수준 저하
평가방식 평가제, 인증제	<ul style="list-style-type: none"> · 인증제에 대한 복지시설들의 인식이 충분하지 못한 상황임. · 인증제에 대한 높은 선호도는 현행 평가제도의 문제에 대한 반사적 반응임. 	<ul style="list-style-type: none"> · 현행 시설평가제도에 대한 비판 때문에 인증제도를 선호하고 있음. 	<ul style="list-style-type: none"> · 현행 평가제도도 지표의 문제, 평가위원의 전문성 문제 등 다양한 문제를 내포하고 있음→평가제도의 개선 필요. 	<ul style="list-style-type: none"> · 다양한 평가를 인증제로 일원화한다는 전제하에 인증제를 도입하는 것이 타당함.
인증제 도입시 검토사항	<ul style="list-style-type: none"> · 인증제 도입이후 복지시설이 할 수 있는게 별로 없음. · 평가인증 자체가 형식적으로 진행될 가능성이 있음→평가인증의 목적을 명확히 하는 것이 중요함. 	<ul style="list-style-type: none"> · 항목별 평가를 통해서 인정한 기준을 통과하면 인증을 하는 것이 타당함.(인증방법 5단계는 너무 많고, 3단계가 좋음) · 평가인증제 도입을 너무 서두르는 것은 혼란만 초래할 수 있음→체계적인 준비가 필요함. 	<ul style="list-style-type: none"> · 인증지표가 매우 중요할 것임. · 인증지표가 객관적이지 못할 경우 평가결과에 대한 사회복지시설의 동의를 구하기는 어려울 것임. · 지역사회와의 합의과정 전제되어야 함. 	<ul style="list-style-type: none"> · 노인시설의 경우 건보공단의 평가가 진행되고 있고, 보건복지부의 평가도 함께 진행되고 있어 인증제가 도입될 경우 세 번의 정기적인 평가가 진행될 수 있음. · 명확한 인센티브를 부여해야만 평가인증제가 실효성을 가짐
평가 혹은 인증의 주체	<ul style="list-style-type: none"> · 평가인증의 주체는 지방자치단체가 하되 별도의 전문적인 인증기관보다는 상시적인 평가인증위원들이 참여하는 것이 타당함. 	<ul style="list-style-type: none"> · 지역중심의 평가위원은 공정성을 상실할 우려가 있음→전국의 전문적인 인사로 평가위원을 구성하는 것이 타당함. 	<ul style="list-style-type: none"> · 평가는 현행처럼 보건복지부가 하는 것이 타당함(공정성과 객관성을 유지하기 위해서는 지역의 인사보다는 중앙의 전문가가 참여하는 것이 타당함. 	<ul style="list-style-type: none"> · 인증의 주체는 지방자치단체에서 실시하는 것이 타당함(지역실정에 대한 공정한 평가를 위해서는 지역위원중심의 평가가 타당함.
인증제 도입에 따른 우려	<ul style="list-style-type: none"> · 사회복지의 시장논리가 더욱 심화될 수 있음. · 경쟁체제보다는 자연스러운 조정을 거칠수 있도록 하는 것이 타당 · 인증제도의 효과성에도 의문이 있음. 	<ul style="list-style-type: none"> · 기존 보건복지부의 평가제도와 겹치는 문제 발생→사회복지시설의 중복평가에 대한 부담 발생 · 시군 자체 평가와도 중복될 수 있음. 	<ul style="list-style-type: none"> · 인증제가 또다른 평가제가 되어 사회복지시설의 옥상옥이 될 가능성이 있음 	-

〈표 4-26〉 사회복지시설 평가제도에 대한 전문가의 의견

	사회복지관련 연합회 사무국장E	종합사회복지관 사무국장F	장애인복지시설 사무국장G	종합
시설평가의 필요성	· 사회복지시설 평가제도는 시기적으로나 사회복지서비스의 품질 관리차원에서 필요함.	· 시설평가가 필요하지만 인증제도의 도입보다는 현재의 평가제도에 대한 개선이 더 옳은 방법임.	· 평가는 필요하지만 평가를 받을 준비가 되어 있지 않음.	· 평가는 필요하지만 방식이 문제임(현재의 평가제도는 반드시 개선되어야함)
사회복지시설평가가 필요한 이유	· 사회복지시설의 공급과잉이 존재하고 있고, 이로 인해 복지서비스의 품질도 낮아지고 있음. · 사회복지기관의 책무성도 검증되어야 함.	· 현행 평가제도를 보완해서 실시하는 것이 평가의 중복을 예방할 수 있음.	· 복지시설 평가가 잘 운영되고 있는 복지시설들을 사례로 복지시설의 운영을 한단계 업그레이드 시킬 수 있는 계기가 됨.	· 사회복지시설의 인위적 조정보다는 품질을 기준으로한 제도적 조정이 필요함
평가방식 평가제, 인증제	· 평가제보다는 인증제가 사회복지시설에 대한 책임성을 강화할 수 있음. · 인증을 통해 해당기관에 책임감과 자부심을 부여하는 것이 서비스의 품질개선에 도움이 됨.	· 인증제도보다는 개선된 평가제도가 더 타당함.	· 인증제도도 좋지만 현재의 평가제도도 개선만 되면 긍정적인 성과를 낼 수 있음. · 평가를 통해서 타지역의 사례를 배울수 있음.(지역 사회복지시설의 상황이동에 도움)	· 평가제보다는 인증제가 사회복지시설의 변화를 유인할 수 있음.
인증제 도입시 검토사항	· 성급하게 서두르는 것보다는 시범사업을 통해서 나타난 문제점을 보완해 가면서 차분히 실시해야 함. · 사회복지시설과의 협의와 논의과정이 반드시 필요함.	· 사회복지시설 평가지표가 자주 변경되어 혼란이 있음. · 평가제도 도입시 신뢰도 있는 평가지표를 개발하는 것이 중요. · 현재의 위탁심사와도 연동될 수 있는 방안 검토 필요.	· 지역중심의 인증제는 현행 평가제도와 중복될 수 있음. · 인증제에서는 인증요원과 지표가 매우 중요함	· 현재의 평가제도와 인증제도의 단일화 방안이 필요함.
평가 혹은 인증의 주체	· 인증은 행정기관이나 도출연기관보다는 제3의 전문 인증심사기관이 좋음 · 인증심사위원은 지역내부로 할 경우 대부분 거절할 것임→타지역 전문가 참여필요	· 보건복지부와 지방자치단체가 함께 평가제도를 실시하는 것이 타당함(지역현실에 대한 고려가 중요함)	· 인증은 지방보다는 중앙이 하는 것이 객관적이고 공정함 · 시설입장에서도 중앙의 인증이 타지역과의 비교를 통한 서비스의 품질을 향상시킬수 있음.	· 인증의 주체는 외부와 내부의 전문가가 고루 분포되는 것이 타당함.
인증제 도입에 따른 우려	· 인증제도입시 행정기관이 너무 성급하게 시도하는 것은 바람직하지 않음. · 인증제도가 복지시설의 조정보다는 품질을 개선하는 방향으로 진행되어야 함.	· 인증제도 도입시 다양한 평가에 따른 혼선이 예상됨 · 평가의 주체와 내용에 따라 평가결과가 매우 상이하게 나타날 수 있음→복지시설의 혼란 불가피	· 지역차원의 인증제는 비용의 문제, 인증요원의 전문성 문제, 인증지표의 객관성 문제, 타지역과의 비교 불가능의 문제가 발생할 수 있음.	· 인증심사에 탈락한 사회복지시설의 경우 재정지원 삭감 등이 될 수 있어, 인증신청시 불안감이 존재함 · 인증제도는 지표나 시기에 대한 수용성이 전제되어야 함으로 충분한 논의를 거쳐 진행해야 함.

제 5 장

JDI

전라북도 사회복지시설 평가인증제도 도입방안

- 제 1 절 전라북도 사회복지시설 평가인증제도 필요성
- 제 2 절 전라북도 사회복지시설 평가인증제도 도입방안
- 제 3 절 사회복지시설 평가인증제도의 도입방향

제 5장 전라북도 사회복지시설 평가인증제도 도입방안

제 1 절 전라북도 사회복지시설 평가인증제도의 필요성

1. 사회복지서비스의 질적 수준 향상

전북의 사회복지시설은 매년 증가하고 있지만 양적인 성장만큼이나 질적인 성장이 이루어지고 있는지에 대해서는 의문이 있다. 특히, 전북의 사회복지시설 중 이용시설의 정원충족률은 70%를 약간 상회하는 수준으로 20%이상이 정원을 충족하지 못하고 있어 생활시설을 중심으로 한 사회복지시설의 기능 재조정이 시급한 과제이다. 최근 보건복지부를 중심으로 사회복지시설의 소규모화가 추진되고 있는 것도 같은 맥락에서 이해될 수 있다.

지역차원에서 사회복지시설의 증가는 재정여건이 좋지 못한 지방자치단체의 가용재원을 더욱 압박하는 주된 요소가 되고 있고, 이로 인해 긴급하게 지원되어야 할 다른 사회복지분야에도 부정적인 영향을 미치고 있다.

〈표 5-1〉 지역별 자주자원 및 가용자원 대비 복지재정 비율

(단위 : 십억원, %)

	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남
자주 자원(a)	11,930	2,819	1,804	2,703	889	994	923	5,241	578	593	762	538	498	914	1,523
가용 자원(b)	12,050	3,552	2,359	2,963	1,343	1,291	1,087	5,429	1,086	9,98	1,327	1,194	1,308	1,733	1,900
복지 도비(c)	3,174	632	327	331	244	224	139	803	145	326	196	262	313	309	334
c/a	26.6	22.4	18.1	12.2	27.4	22.5	15.1	15.3	25.1	54.9	25.7	48.6	62.8	33.8	21.9
c/b	26.3	17.8	13.9	11.2	18.2	17.4	12.8	14.8	13.4	32.6	14.7	21.9	23.9	17.8	17.6

자료 : 자주자원, 가용재원은 재정고, 복지도비는 행안부 지방자치단체 예산개요(2010) 재구성.

사회복지시설 중 생활시설의 증가는 정상화라고 하는 사회복지의 전통적 가치와는 상반될 뿐만 아니라 가용재원이 부족한 지방자치단체의 시각에서도 재정운용의 폭을 위축시키는 주된 요소이다. 전북도 전체 사회복지재정에서 약 20%에 이르는 2,400억원이 복지시설에 지원되고 있다.

사회복지시설의 증가가 사회복지서비스의 질적 수준의 향상까지를 담보한 상태에서 이루어지고 있다면 별도의 평가나 인증체계가 필요하지 않다. 하지만 사회복지서비스에 대한 욕구가 끊임없이 변화하고 있고, 이용자의 욕구 또한 다양하다. 이 같은 욕구의 다양성과 가변성을 평가나 인증이라는 제도적 절차를 통해서 담아낼수 만 있다면 사회복지서비스의 질적 수준은 한단계 상승할 수 있다. 실제로 사회복지시설이 공급과잉을 이루던 1980년대 서구의 복지국가들도 사회복지서비스에 대한 품질평가를 통해서 복지서비스의 질적 수준을 향상시켜왔고, 우리도 현재 그 시점에 와있다는 점이다.

2. 사회복지서비스 이용자 권리의 신장과 인권의 보호

사회복지서비스의 이용자는 과거 저소득 빈곤계층이나 취약계층 중심으로 구성되었지만 최근 사회복지서비스의 확대로 인해 사회복지서비스의 이용자가 과거 취약계층에서 중위소득이상까지로 그 대상이 확대되고 있다. 사회복지서비스 이용자의 확대는 사회서비스에 대한 이용자 권리의 신장으로 이어졌다. 사회복지서비스의 이용자는 과거 시혜적 차원에서 제공되던 사회복지서비스 체계와는 달리 이용자들의 선호와 기호에 따른 차별화된 사회복지서비스에 대한 욕구의 확대로 전환되었고, 그 결과 사회서비스를 제공하는 기관에 대한 책임성과 전문성이 무엇보다도 강조되고 있다.

기존에 시혜적 차원에서 제공되던 사회복지서비스의 관성적인 평가와는 달리 이제는 이용자의 관점에서 사회복지서비스의 책임성을 평가하기 위한 평가체계의 수립이 요구되고 있다는 점이다. 실제로 사회복지시설 세입예산의 90%이상은 국가와 지방자치단체가 지원하는 조세로 충당되고 있어 사회복지시설도 기관이 제공하는 사회복지서비스에 대해서 이용자의 만족도를 충족시켜야 할 책무성을 가진다. 그리고 평가나 인증체계는 이 같은 사회복지시설의 시대적 책임을 충실히 이행하고 있는지를 검증함으로써 사회복지이용자에게는 보다 양질의 서비스를 제공받을 수 있도록 하고, 사회복지시설은 평가를 통해서 부족한 부분을 보완하여 향후에는 보다 질높은 사회복지서비스를 제공할 수 있도록 자문을 받을 수 있도록 하는 긍정적인 효과를 가진다.

3. 사회복지서비스에 대한 지방자치단체의 역할 강화

사회복지시설의 운영이나 사회복지서비스에 대한 품질에 대한 지도와 감독은 중앙정부에서 지방정부로 이양되었다. 2005년 참여정부에 의해서 추진된 지방 이양사업의 확대에 의해 사회복지시설에 대한 지방자치단체의 책임은 한층 더 강화되었다.

〈표 5-2〉 사회복지시설 지도 감독에 관한 권한과 책임

책임	역할
보건복지부	사회복지시설의 개선, 사회복지사업의 정지, 사회복지시설장의 교체, 시설의 폐쇄명령
시도지사	사회복지시설의 개선, 사회복지사업의 정지, 사회복지시설장의 교체, 시설의 폐쇄명령
시장군수구청장	사회복지시설의 개선, 사회복지사업의 정지, 사회복지시설장의 교체, 시설의 폐쇄명령, 사회복지시설 신청, 시설의 휴지, 시설의 재개, 시설의 지진폐쇄, 시설 폐쇄시 시설거주자 권익보호 등을 위한 조치

자료 : 사회복지사업법, 보건복지부(2011) 사회복지시설운영안내서 참조 재정리

현재 보건복지부가 실시하고 있는 사회복지시설 평가제도가 사회복지서비스의 질적 수준 재고라고 하는 본연의 목적을 달성하지 못하고 있는 것도, 평가의 주체와 지도감독의 주체에 다른 제도적 문제 때문이다. 현재의 사회복지시설 평가체제하에서 지방자치단체는 사회복지시설평가단의 평가위원을 추천하거나, 관할 지역내 시설평가를 수행하는 평가위원들에 대한 평가수당 및 출장비를 지원하는 소극적인 역할에 머물러 있다. 물론, 보건복지부는 각 지방자치단체에 시설 위탁이나 포상시 평가결과 내용을 반영하도록 권고하고 있지만 지방자치단체가 보건복지부의 평가결과와 지역의 사회복지시설의 정책을 적극적으로 연계하고 있지는 못하다.

보건복지부는 사회복지시설 전반에 대해서 평가를 할 수 있지만 평가에 따른 행정적 조치는 지방자치단체의 소관이다. 따라서 사회복지시설에 대한 평가나 인증이 소기의 목적을 달성하기 위해서는 평가의 주체와 관리감독의 주체가 지방자치단체로 일원화되어야 한다. 서울을 비롯한 경기와 부산이 별도의 출연재단을 통해서 사회복지시설을 평가하고 인증하는 체제를 수립한 것도 이 같은

제도적 한계에 연유한다.

아울러, 사회복지시설에 대한 평가는 주기성과 체계성이 무엇보다도 중요하다. 따라서 사회복지시설이 상시적이고 주기적으로 이루어지기 위해서는 지리적 접근성에 제약이 있고, 평가위원의 선임의 필요시만 긴급하게 구성되는 중앙부처의 평가체계로는 한계가 있다. 따라서 지방자치단체가 법적인 권한을 토대로 사회복지시설을 평가 혹은 인증하는 것이 평가제도의 전문성과 체계성을 확립할 수 있는 중요한 전제가 된다. 지방자치단체가 주도하여 평가인증시스템을 구축하여 운영하는 것이 사회복지시설에 대한 평가결과의 구속력을 강화시킴으로서 체계적인 사회복지서비스의 품질관리를 수행할 수 있게된다.

제2절 전라북도 사회복지시설 평가인증제도의 도입방안

1. 사회복지시설 평가인증제도의 운영원칙

전북의 사회복지시설 평가인증제도는 크게 다섯 가지의 기본원칙하에서 운용하는 것이 타당하다. 전북의 사회복지시설 평가인증제도는 ① 평가인증지표의 객관성, ② 평가인증요원의 전문성, ③ 평가인증기관의 책임성, ④ 피평가인증기관의 수용성 그리고 ⑤ 평가결과의 활용성, ⑥ 재정운영의 효율성 등 여섯 가지의 원칙 하에서 설계되고 운영되어야 한다. 전문가 설문과 서울과 경기의 사례조사 그리고 전문가 집단면접을 통해서 분석된 결과에 따른 사회복지시설 평가인증제도는 사회복지시설 운영의 합리성을 도모함으로써 사회복지서비스의 품질을 개선하는데 그 목적을 두어야 한다.

이를 위해서는 사회복지시설이 제공하는 서비스와 프로그램의 질적 수준을 진단하는 평가제도와 사회복지시설의 기본 인프라의 충족여부를 심사하는 인증제도를 병행하는 안이 검토될 수 있고, 별도의 인증제만 운영하는 안이 있을 수 있다. 이 같은 논의를 토대로 전라북도가 선택할 수 있는 사회복지시설 평가인증제도의 안은 크게 세 가지로 분류할 수 있다.

2. 사회복지시설 평가인증제도 도입방안

사회복지시설 평가제도는 아래와 같이 현재의 보건복지부 평가제도를 병행한다는 전제하에 전북도의 부분평가제도와 병행하는 방안(1안), 자체평가제도와 병행하는 방안(2안), 보건복지부 평가제도와는 다른 인증제도를 운영하는 방안(3안)으로 도입될 수 있다.



〈그림 5-1〉 사회복지시설 평가인증제도 도입방안

1) 1안 : 부분평가제도(보건복지부 평가+일부자체평가)

1안은 보건복지부의 3년주기 평가제도를 사회복지시설 평가의 기반으로 활용하되 전북의 지역성을 감안한 평가지표를 보건복지부의 평가지표에 추가하여 평가하는 방안이다. 이 안은 전북도의 평가지표가 보건복지부의 평가지표에 일부 지표가 추가되는 방식이기 때문에 평가의 주관은 보건복지부가 되고 일부 문항에 대해서만 평가내용이 포함된다.

1안은 현행 평가제도가 가지고 있는 지표의 지역성 부재와 전문성 문제를 일정부분 해소할 수 있다는 점과 전북이 추가로 포함된 지표에 대해서는 평가가 진행되어 전북의 일정 기준이 반영될 수 있다는 점에서 장점을 가진다. 아울러 재정적인 측면에서도 자체평가나 인증심사의 경우보다도 소요되는 예산이 적다는 점도 장점이 있다. 하지만 지역지표의 일부 문항이 포함되었다고 해서 보건복지부 중심의 평가제도가 가지고 있는 한계를 완전하게 극복할 수 없고, 여전히 평가의 주체는 전북도가 아닌 보건복지부이기 때문에 평가결과에 따른 전북도 차원의 인센티브가 부여될 수는 없다는 점에서 단점이 있다.

〈표 5-3〉 전라북도 사회복지시설 평가인증제도 도입시 유형별 장단점 및 평가

	보건복지부 평가+ 일부자체평가 (1안 : 부분평가제)	보건복지부 평가+ 전부 자체평가 (2안 : 평가제)	보건복지부 평가+ 인증심사 (3안 : 인증제)	종합평가
평가 지표의 객관성 (지역성)	<ul style="list-style-type: none"> · 일부 지역성 반영 · 복지부와 연계 원만 · 지역지표 일부반영에 따른 지역중심의 평가 미흡 (보건복지부 평가에 종속) · 평가의 주도권은 지역이 아닌 중앙이 가짐 	<ul style="list-style-type: none"> · 지역평가지표를 적용, 객관성 확보는 가능함. · 중앙지표와 차별적인 평가 지표 개발로 지역차원의 평가제도 단독 운영 가능 	<ul style="list-style-type: none"> · 지역인증지표 개발과 적용으로 객관성 확보가 용이함. · 평가심사와는 다른 인증심사지표의 개발로 시간은 소요되지만 지표의 전문성을 확보할 수 있음. 	1안<2안<3안
평가 인증 요원의 전문성	<ul style="list-style-type: none"> · 보건복지부 평가위원에 지역 전문가를 포함시켜 지역전문성을 일부 살릴 수 있음 · 지역전문가가 선임되어도 지표가 대부분 중앙지표로 활용되어 지역성 반영 미흡 	<ul style="list-style-type: none"> · 지역평가지표의 평가위원도 지역위원으로 구성해 전문성 확보 가능 · 지역평가지표의 심사자로 지역전문가와 타지역전문가를 자율적으로 구성할 수 있는 재량권이 부여됨 · 상시평가기구의 부재로 평가요원 전문성 미흡 	<ul style="list-style-type: none"> · 지속적인 교육과 훈련으로 전문인증심사원 양성이 가능함. · 인증심사원의 전문성 확보가 매우 용이함. 	1안<2안<3안
평가 인증 기관의 책임성	<ul style="list-style-type: none"> · 평가기관은 보건복지부가 중심일 수밖에 없음. · 보건복지부 중심의 평가는 책임성보다는 법적 의무성이 강함. · 사회복지협의회 중심의 평가 기관의 전문성확보는 어려움 	<ul style="list-style-type: none"> · 지역평가제도는상시적 평가기구 구성되기보다는 평가시기에만 임시적으로 구성되어 책임성은 취약함. · 평가위원도 특정시기의 평가에만 참여함으로써 책임감과 의무감 취약함 	<ul style="list-style-type: none"> · 독자적인 인증기관 설립에 따른 책임성이 강함. · 상시적인 인증심사를 통해 인증기관의 책임성과 의무성을 강화시킬 수 있음. 	1안<2안<3안
피평가 인증 기관의 수용성	<ul style="list-style-type: none"> · 지역의 자체평가가 일부 반영되어 피평가기관의 수용성은 다소 높아질 수 있음. · 자체평가에 따른 인센티브 부여가 동반되어야만 수용성을 확대될 수 있다는 한계가 있음. 	<ul style="list-style-type: none"> · 보건복지부 평가제도와 지방자치단체의 단독평가제도를 두 번 받아야 하는 중복성 때문에 수용성은 떨어짐. · 현행 평가제도에 대한 반감으로 인해 지방자치단체 차원의 또다른 평가제도를 수용할 가능성은 매우 낮음. 	<ul style="list-style-type: none"> · 평가제도와 인증제도의 중복으로 수용성은 낮을 수 있음. · 인증제도의 결과에 따른 추가인센티브가 연동되지 않을 경우 수용성은 낮을 수 있음. 	1안>3안>2안
평가 결과 의 활용성	<ul style="list-style-type: none"> · 자체지표나 심사의 범위 내에서만 평가결과의 활용성을 기대할 수 있음. · 일부 지역평가지표가 중앙평가의 지표의 결과를 뒤집을 수 없기 때문에 평가결과의 활용성은 낮을 수밖에 없음. 	<ul style="list-style-type: none"> · 지자체 단독평가 진행으로 평가결과의 활용성은 높음. · 하지만 평가제도의 한계로 인해 단독 평가에 따른 사회복지서비스의 질적 개선을 기대하기는 어려움 	<ul style="list-style-type: none"> · 인증심사로 인한 소비자 선택권을 부여함으로써 활용가능성을 높일 수 있음. · 인증심사 이후 지속적인 교육과 훈련, 경영컨설팅을 통해 사회복지서비스의 품질 개선. 	1안<2안<3안
재정 운영 의 효율성	<ul style="list-style-type: none"> · 지역지표만 추가함으로써 재정적 비용 소모는 최소화할 수 있음. · 지역평가지표 일부 문항 개발과 평가위원 선임과정에만 개입되어 비용을 최소화할 수 있음. 	<ul style="list-style-type: none"> · 단독평가로 인해 부분평가제도 도입보다는 예산이 많이 소요됨. · 평가지표개발, 평가위원 운영 등에 자체예산이 소요될 수 있음. 	<ul style="list-style-type: none"> · 독자적인 인증지표의 개발과 별도의 인증기구의 설립으로 많은 예산이 소요됨. · 인증이후 사후관리에도 비용이 수반될 수 있음 	1안>2안>3안

1안은 재정효율성을 달성하기에는 쉽지만 전북이 평가결과를 가지고 관내 사회복지시설 운영의 개선이나 제공되는 서비스의 품질향상과 적극적으로 연계할 수 없다는 단점이 있다.

2) 2안 : 자체평가제도(보건복지부 평가+자체평가)

보건복지부의 평가와 함께 전북차원의 별도 평가지표와 평가위원 구성을 통해 자체평가를 실시하는 안이다. 이 안은 보건복지부의 평가결과와는 관계없이 전북 차원의 자체평가를 통해 피평가기관의 수용성과 함께 평가결과의 활용성을 높일 수 있다. 현재 보건복지부의 평가가 사회복지시설로부터 긍정적인 평가를 받지 못하고 있어 지역성을 감안하여 자체평가를 실시할 경우 높은 수용도를 보일 수 있다. 아울러 모든 영역에 대해서 전라북도 단독으로 복지시설을 평가하기 때문에 평가결과를 활용할 수 있다는 점에서도 장점이 있다.

하지만 이 안의 경우 사회복지시설 평가에 관련한 모든 항목에서 별도의 독자적인 평가지표를 개발하고, 비상시적이기는 하지만 평가 시 마다 평가위원을 구성해야 하는데 많은 시간과 비용이 소모된다는 점에서 단점이 있다. 아울러 단독평가를 실시할 경우 사회복지시설은 보건복지부 평가와 함께 전라북도의 단독평가를 두 번 받아야 하는 중복성이 있고, 보건복지부 평가지표와 완전히 다른 평가지표로 구성할 경우 일선 사회복지시설들은 평가의 잣대와 중심을 어디에 두어야 할지 모르는 혼선을 초래할 수 있다.

따라서 이 안을 선택할 경우, 객관적이고 공정하면서도 지역성을 가미한 평가지표를 개발한다는 전제하에 전라북도가 명확한 평가의 목적과 평가의 활용방안에 대한 구체적인 방향이 설정되어야 만 효과를 기대할 수 있다.

3) 3안 : 인증제도(독립적인 인증기관 설치와 인증심사)

제3안은 독립적인 인증기관을 설치하여 전문 인증요원을 양성하여 사회복지시설의 인증여부를 결정하는 심사제도이다. 이 제도의 경우 사회복지시설의 순위와 서열을 매기는 방식이 아닌 인증심사를 통해 사회복지시설의 운영 적격성

을 판단하는 제도이고, 인증여부는 지역사회에 공개된다. 인증시설과 미인증시설에 대한 공개를 통해 사회복지서비스 소비자는 선택의 기회를 얻게 되고 소비자의 선택을 받지 못한 사회복지시설은 자연스럽게 운영상의 어려움을 겪을 수밖에 없다. 인증의 효과는 이처럼 사회복지시설의 인증여부에 따른 소비자의 선택권을 강화하여 사회복지서비스의 품질을 전반적으로 향상시키고 결과적으로 사회복지시설의 일정한 조정기능까지 수행할 수 있게 된다. 전북의 사회복지시설이 대부분 정원을 충족하지 못해 일정한 조정이 필요하다는 점을 고려하면 인증제도의 도입을 통한 자연스러운 사회복지시설 기능 재조정을 유도할 수 있다는 점에서 이 안은 장점을 가진다.

하지만 이 안은 독립적인 인증기관을 설치해야 하고, 인증지표의 개발과 인증요원의 교육 그리고 인증 이후 지속적인 관리와 컨설팅이 종합적으로 제공되어야 한다는 점에서 상당히 많은 예산이 소요된다. 한 개 시설의 인증에 소요되는 사업비로만 인증요원 교육비, 심사비, 인증지표 개발비를 포함하여 천만원 이상이 소요된다. 따라서 재정상황이 충분치 않은 전라북도의 여건을 고려하면 독자적인 인증기관 설치에 따른 인증제도의 도입에는 신중함이 필요하다.

또한 인증제도를 도입한다고 하더라도 보건복지부의 평가제도를 거부할 수는 없기 때문에 사회복지시설은 평가제도와 인증심사를 동시에 받아야 하는 부담이 있다. 따라서 이 안을 선택할 경우 사회복지시설 평가제도는 사회복지시설이 제공하는 프로그램에 대한 소프트웨어 중심의 평가로 진행하고 인증제도는 사회복지시설의 설비나 인력 등의 하드웨어 중심의 심사를 차별화하여 추진하는 것이 합리적이다.

제3절 사회복지시설 평가인증제도의 도입 과정 및 절차

1. 평가인증제도 도입에 대한 사회적 합의도출

사회복지시설 평가인증제는 사회복지시설 운영의 상당한 변화를 초래한다는 점에서 피평가기관인 일선 사회복지시설들의 동의를 전제로 출발해야 한다. 사회복지시설 인증제도가 도입될 경우 사회복지시설은 상당한 변화를 맞이할 수

밖에 없고, 인증여부에 따라 사회적 인지도나 행정적·재정적 인센티브와 연동될 수 있기 때문에 매우 민감한 사안이 된다. 따라서 인증제도가 효과적으로 운영되기 위해서는 인증제도에 대한 사회복지시설의 수용성이 전제되어야 하고, 이를 위해서는 많은 토론과 논의의 과정이 필수적이다.

아울러, 인증제도의 시행도 강제적 시행보다는 인증제의 참여를 희망하는 신청 기관을 대상으로 실시해야 한다. 아울러, 평가인증제는 사회복지사업법상 실시하고 있는 3년 주기의 사회복지시설 평가와 연동하여 실시하되 보건복지부의 평가지표에 더하여 전라북도의 환경을 고려한 관련 지표를 병합하여 활용하는 것이 타당하다

1단계 (2011년)	2단계 (2012년)	3단계 (2013년)	4단계 (2013년)
<ul style="list-style-type: none"> • 인증제 도입에 관한 의견수렴 • 타시도 인증제도 비교 검토 • 전북형 평가인증제도 모형 개발 	<ul style="list-style-type: none"> • 평가인증기관 지정 • 평가인증지표개발 • 평가인증 시범사업 실시(사회복지시설 유형) • 관련 조례의 재개정 	<ul style="list-style-type: none"> • 인증제도 신청시설 접수 • 평가인증신청시설 서류심사, 현장심사 • 평가결과 공개 • 우수인증시설 수상(전북형 복지시설) 	<ul style="list-style-type: none"> • 평가인증에 따른 인센티브 부여 • 인증기관 사후관리(인증유지 복지경영 사업 강화) • 인증기관 목표제 도입

〈그림 5-2〉 사회복지시설 평가인증제 도입방안

2. 공정하고 객관적인 인증지표 개발

사회복지시설의 평가인증은 객관적이고 공정한 지표의 개발을 전제로 실현된다. 따라서 보건복지부의 사회복지시설 평가 기준과 타시도의 사회복지시설 인증기준을 토대로 전북지역의 실정에 맞는 평가인증지표를 개발해야 한다. 인증지표의 개발시 지역의 사회복지 전문가와 사회복지시설 종사자, 시민사회 활동가, 학계 등 다양한 이해관계자의 참여를 보장하고 의견을 수렴하는 민주적 절차가 확보되어야 한다.

경기도와 서울시의 사례에서처럼 평가인증지표개발위원회를 통해서 지역의

다양한 사회복지 전문자원들이 결합하여 지표를 개발하는 것도 한 방안이 될 수 있다. 지표개발과정에 지역의 다양한 자원이 결합할 경우 지표의 객관성뿐만 아니라 지표에 대한 수용성도 높일 수 있다.

3. 평가인증결과의 공표와 행·재정적 인센티브 연동

사회복지시설 인증 결과는 공개하여 모든 사회복지시설이 공람할 수 있도록 해야 한다. 사회복지시설 인증을 받은 기관은 전북형 우수 사회복지시설임을 인정하는 현판을 수여하고 평가인증이후 지속적인 사후 관리를 통해 사회복지서비스의 품질을 향상시킬 수 있도록 해야 한다. 평가인증을 통해 사회복지재원의 합리적인 배분 기준을 마련하는 것이 매우 중요하다.

우수 시설로 인증된 사회복지시설은 행정적·재정적 인센티브를 제공함으로써 여타 사회복지시설의 인증제 참여를 독려해야 하고, 인증결과에 따른 보조금의 차등배분을 통해 사회복지서비스의 질적 수준 개선에 노력하도록 유도해야 한다.

4. 사회복지서비스에 대한 지방자치단체의 역할 강화

사회복지시설 인증 이후 시군 사회복지과와 지역사회복지협의회체 등으로 구성된 민관 사후관리체계를 구성하여 우수시설 인증 이후에도 지속적으로 평가인증이 이루어질 수 있는 감독체계 수립해야 한다. 특히 인증제의 경우 평가인증위원의 교육과 지속적인 관리를 통해 전문성을 강화하는 방안도 마련되어야 하고 이 과정에서 지방자치단체의 역할은 매우 중요하다. 사후관리체계는 행정적·지리적 접근성이 용이한 시군의 사회복지과와 시군내의 지역사회복지협의회체를 활용하는 방안도 검토할 필요가 있다. 지역사회복지협의회체를 사회복지시설 인증 사후관리 체계로 편입시킬 경우, 시군 지역사회복지협의회체 관련 조례의 개정을 통해 법적 근거를 마련할 필요가 있다.

5. 전북형 우수 사회복지시설 특화 및 육성

사회복지시설 인증제를 통해 우수 사회복지시설을 전북형 사회복지시설로 인증하고, 이들 시설을 특화 육성해야 한다. 서울의 경우 인증제와 치매노인을 위한 데이케어 센터를 연동하여 서울형 데이케어 센터로 육성하고 있고, 이 인증 시설에 대한 서울시민의 만족도는 높은 상황이다. 복지수요가 집적되어 있지만 복지인프라가 열악한 농촌지역을 중심으로 전북형 우수 사회복지시설을 인증제를 통해 발굴 육성하여 지역의 사회복지시설이 한단계 상향 이동할 수 있는 유인책을 마련해야 한다.

5. 사회복지시설 평가인증 조례의 제정

전라북도가 사회복지시설에 대한 평가인증을 실시하기 위해서는 평가의 시기와 방법 그리고 절차에 관한 사항을 규정한 조례의 제정이 요구된다. 현행 사회복지시설에 대한 평가는 사회복지사업법이라고 하는 국가의 법률에 의해서 그 법적 근거가 마련되어 있다. 때문에 지방자치단체가 별도의 평가지표나 인증지표를 구축하여 중앙정부와 병행 혹은 단독 평가를 진행할 경우 관련 평가인증의 주체나 방법 그리고 절차 등 평가인증의 과정에 대한 법적인 근거가 마련되어야 한다. 이를 위해서는 부산광역시와 같이 사회복지시설 설치운영조례를 제정하여 시설의 평가와 평가결과에 따른 인센티브와의 연동방안에 대한 내용을 규정해야 한다. 사회복지시설 평가제도에 대한 법적인 근거의 마련은 지역주도의 평가제도의 시행을 위한 제도적 근거의 마련이라고 하는 법리적 의미 이외에도 지방의회의 입법과정을 통한 지역주민의 여론수렴이라고는 절차적 정당성을 확보의 차원에서 체계적으로 진행되어야 한다.

부산광역시 사회복지시설 설치 및 운영 지원에 관한 조례(2007-10-31)

제9조(시설의 평가) ① 시장은 「사회복지사업법 시행규칙」 제27조에 따라 3년마다 1회 이상 시설에 대한 평가를 실시하고, 해마다 시설을 이용하는 사람을 대상으로 고객만족도평가를 실시하여야 한다.<개정 2010. 3. 31>

② 시장은 제1항에 따른 평가를 사회복지사업 심사·평가 관련 비영리법인에게 위탁하여 수행할 수 있다.

제10조(보조금의 차등지원) 시장은 제9조에 따른 시설의 평가결과, 시설의 규모, 종사자 수, 지역특성, 사업에 따른 수입 등을 고려하여 시설별로 보조금을 차등하여 지원할 수 있다.

제 6 장

JDI

결론 및 요약

제6장 결론 및 요약

사회복지시설 평가인증제는 양질의 사회복지서비스를 제공받아야 하는 이용자의 관점에서 보면 소비자의 권리를 실현하기 위한 제도적 장치이다. 지금까지 사회복지서비스는 수요자나 이용자가 대부분 저소득 취약계층에게만 한정되어 단순한 시혜적 차원의 서비스에 지나지 않았지만 90년대 후반 국민의 정부를 거치면서 사회복지서비스는 이용자에게 권리성이 부여되면서 사회복지시설이 제공하는 서비스에 대한 품질에 주목하게 된다. 사회보장기본법을 비롯한 사회복지관련법에서는 사회복지수급자에게 사회보장수급권을 부여함으로써 사회복지서비스의 청구나 이용에 대한 적극적 권리를 보장하고 있다.

이 같은 추세에 발맞춰 사회복지서비스의 질적 수준을 제고하고 이용자에게 다양한 선택의 기회를 부여하기 위해 1999년부터 사회복지시설 평가제도가 도입되었고, 최근까지 총 4회에 걸쳐 평가가 진행되었다. 하지만 평가제도가 도입된지 10년이 지났지만 평가로 인한 사회복지서비스의 질적 향상이나 제공주체인 사회복지시설 운영의 개선이라고 하는 소기의 성과를 거두고 있는지에 대해서는 의문이 제기되고 있다. 사회복지시설 평가제도에 대한 비판은 대부분 지역현실을 반영하지 못하는 평가지표의 문제나 평가위원의 비전문성 여기에 상시 평가가 아닌 평가시기에 임시적으로 구성되는 평가체계의 모순 등이 주로 지적되고 있다.

평가제도에 대한 사회복지시설의 수용성 부족은 인증제도의 필요성으로서 전화되고 있고, 최근 보건복지부도 사회복지시설 평가제도의 대안으로 인증제도를 검토하고 있다. 하지만 인증제도의 경우 독립적인 인증기관의 설치에 소요되는 재정적인 문제에 더하여 지역성을 반영한 인증지표의 개발에 대한 부담으로 쉽게 이행되지는 못할 것으로 보인다.

사회복지시설의 평가나 인증제도는 공히 사회복지시설의 품질 개선과 사회복지시설 운영의 합리성을 도모하는데 목적을 가지고 있다. 따라서 평가인증제도가 이 같은 목적을 달성하기 위해서는 무엇보다도 평가인증제도에 대한 피평가

기관인 사회복지시설의 수용성을 높이는 것이 중요하다. 사회복지시설의 수용성은 객관적인 평가지표와 공정한 평가위원의 구성 그리고 평가결과에 따른 명확한 인센티브의 부여가 있어야 한다. 그리고 이를 위해서는 반드시 평가인증의 주체로 지역이 주관하는 평가인증이 실시되어야 한다. 보건복지부의 평가결과를 가지고서는 지방자치단체가 사회복지시설에 일정한 영향력을 행사할 수 없다.

지방자치단체 차원에서 사회복지시설을 평가인증한다고 전제할 경우 평가인증제도의 도입방안에 다양한 안들이 목적 달성의 측면에서 검토되어야 한다. 사회복지사업법상 의무적으로 추진되고 있는 보건복지부의 평가제도를 거부하고 단독평가를 추진하기는 사실상 어렵다는 점을 고려하면 보건복지부 평가제도와 연동하는 평가제도의 도입과 함께 평가제도와는 다른 인증제도를 도입하는 안들이 있다. 이 두 안의 경우 서로간의 장단점이 분명해 전라북도의 재정적 상황이나 사회복지시설의 의견들을 검토해 충분한 시간을 가지고 단계적으로 추진하는 것이 바람직하다.

아울러 복지시설 평가제의 도입이든 인증제도의 도입이든 지방자치단체 차원의 평가나 인증제도의 실시는 사회복지시설에 일정한 영향을 미칠 수 있다는 점에서 피평가기관인 사회복지시설들과의 의견협의를 필수적이다. 사회복지시설들과의 충분한 협의가 없이 평가제나 인증제가 도입될 경우 제도 시행 자체가 어려울 뿐만 아니라 시행된 이후 결과에 대한 사회복지시설의 수용에도 큰 문제가 발생할 수 있다. 특히, 인증제의 경우 인증심사를 원하는 사회복지시설의 신청에 의해서 인증제가 개시되기 때문에 인증제도에 대한 충분한 사전협약이 되지 않을 경우 인증제도의 도입은 어려워 질 수 있다.

또한 평가와 인증은 모두 공정하고 객관적인 인증지표의 개발이 선행되어야 한다는 점이다. 현재의 평가지표의 경우 정성적인 지표가 많아 평가위원들의 주관적 견해에 의해서 평가결과가 큰 편차를 보인다. 따라서 정성적 지표와 정량적 지표가 고루 배치되어 사회복지시설의 운영전반을 객관적으로 평가할 수 있도록 해야 한다. 경기도나 서울처럼, 평가나 인증의 지표개발과정에 관련 전문가와 현장 실무자를 포함하여 공식적인 논의나 협의구조에서 결정하는 지표개발위원의 구성은 좋은 예가 될 수 있다.



JDI

참고문헌

참고 문헌

- 김명숙(2003). 평가가 시설변화에 미치는 영향: 장애인생활시설 종사자들의 인식을 중심으로. 연세대학교 행정대학원 석사학위논문.
- 김복만(2004). 사회복지분야 ISO 9001/2000 인증에 관한 연구. 산업경영시스템 학회지 27(4). 327-331.
- 김수정(2010). 사회복지시설평가에 대한 종사자의 참여정도가 시설운영개선 인식에 미치는 영향 연구. 원광대학교 석사학위논문.
- 김세곤(2007). 보육시설 평가인증에 대한 한일간 비교연구. 동국대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 김옥희(2006). 일본 노인복지시설의 평가체계에 관한 연구: 제3자 평가를 통한 나가사끼현의 시설인증제 사례분석을 중심으로. 노인복지연구 33: 333-358.
- 김태형(2007). 사회복지시설 평가제도에 관한 사회복지사의 인식 연구. 경성대학교 석사학위논문.
- 김통원(2001). 한국과 미국의 사회복지 평가체계의 특성 비교. 한국사회복지학 (45): 186-194.
- 김혜연(2010). 사회복지시설 인증사업의 성과 및 과제: 서울시복지재단 인증사업을 중심으로. 한국복지분권실천협의회 심포지엄 자료집.
- 나운환(2007). 장애인직업재활시설의 인증제 도입과 인증기준에 관한 연구. 한국직업재활학회 17(1): 25-48.
- 류명석(2006). 사회복지시설 인증제도. 서울복지재단.
- 민영경(2001). 아동복지시설의 개선방안에 관한 연구: 영유아보호시설을 중심으로. 숙명여자대학교 정책대학원 석사학위논문.
- 박영민. 2009. 사회복지시설 인증사업의 성과 및 발전방안 연구. 서울복지재단
- 박정숙(2008). BSC 적용 평가체계 개선을 통한 노인복지시설 운영효율화에 관한 연구. 아주대학교 공공정책대학원 석사학위논문.

- 변용찬. 2001. 영아시설 평가결과 및 정책방안. 보건복지포럼(56): 26-35.
- 변용찬 외(2005). 2004년 장애인 직업재활시설 평가 및 시설유형 재편성방안 연구. 보건복지부 한국보건사회연구원.
- 서문희(2002). 보육시설 평가인증제도 실시를 위한 방안 모색. 한국보육학회 2002년 추계학술대회.
- 서울복지재단. 2005. 사회복지인증제도 도입방안 국제세미나 자료집.
- 서울복지재단. 2006. 사회복지시설인증 시범사업 워크숍 자료집.
- 서울복지재단. 2007. 사회복지관 인증모형개발: 인증지표 및 지침서.
- 서해정(2008). 재가노인복지시설평가에 대한 사회복지사들의 만족도 연구. 경기대 행정대학원 석사학위논문.
- 이선우·최상미. 2002. 사회복지시설평가의 현실과 개선방안: 장애인복지시설을 중심으로. 사회복지정책(15): 133-154.
- 이신정(2011). 사회복지서비스 성과평가체제 개발에 관한 연구: 사회복지관 성과평가를 중심으로. 신라대학교 대학원 박사학위논문.
- _____ (2011). 사회복지관 성과평가에 대한 탐색적 고찰. 사회과학연구, 26(2): 93-118.
- 임성욱. 2003. 중앙정부의 사회복지시설 평가에 대한 비판적 분석: 메타평가를 중심으로. 『정부학연구』 9(2), 261-296.
- 정무성 외(2010). 사회복지시설 평가개선 연구: 인증제도입 및 평가체계 개선방안. 보건복지가족부.
- 정무성 외(2009). 사회복지시설 평가의 효과성 증진을 위한 평가제도 개선방안 연구: 평가전담기구 설치를 중심으로. 한국사회복지협의회.
- 최재성(2001). 사회복지분야의 평가 경향과 과제, 한국사회복지행정학, 제4호:99~115.
- 최홍기(2009) 한국과 일본의 사회복지시설 평가특성 비교연구: OECD 공공관리 평가체계를 중심으로. 사회복지정책, 36(1):381-411.
- 황경란(2010). 사회복지시설평가의 현황분석 : 경기도 사회복지시설 평가를 중심으로. 한국복지분권실천협의회 심포지움 자료집.
- 황경란·박영란·김연수(2010). 노인생활시설 인증제도 도입에 관한 연구. 경기복지재단.

Chiriacesce, D(2008). Shifting the paradim in social service provision: making quality services accessible for people with disabilities in south east Europe. Disability monitor initiative South East Europe.

The Care Quality Commisiion(CQC, 2011) Care auqlity commission annual report and accounts).

Sorensen, L. K(2011). The Danish accreditation programme for the social services. www.socialkvalitetsmodel.dk.

<행정기관 자료>

모가족복지시설. 보건복지가족부 · 한국사회복지협의회.

보건복지부(2009). 보건복지가족통계연보.

보건복지부(2010). 사회복지법인 현황

보건복지부(2010). 사회복지시설안내

보건복지부(2011). 사회복지시설안내

보건복지가족부 · 한국사회복지협의회. 2008. 2008 사회복지시설평가(Ⅱ): 장애인복지관. 보건복지가족부 · 한국사회복지협의회.

보건복지가족부 · 한국사회복지협의회. 2009. 사회복지시설평가 2009(Ⅰ): 노인복지시설 · 노인종합복지관 · 사회복지관. 보건복지가족부 · 한국사회복지협의회.

보건복지가족부 · 한국사회복지협의회. 2009. 사회복지시설평가 2009(Ⅱ): 한부모가정

보건복지부 · 한국사회복지협의회. 2010. 사회복지시설평가: 아동복지시설, 장애인복지시설.

전라북도(2010, 2011) 2010, 2011년 세입세출예산서.

전라북도(2011). 사회복지시설 현황(2010년 12월 31일 기준)

전라북도(2011). 사회복지시설 평가 현황 및 주기. 전라북도 내부자료

전라북도(2011). 전라북도 2011년 세입세출예산서(본예산)

전라북도(2011). 전라북도 사회복지관 현황(2010년 12월 31일 기준)

통계청(2011). 사회복지시설현황

한국보육진흥원, 평가인증국(2011). 보육시설 평가인증 안내서.

Jthink 2011-PR-23

전라북도 사회복지시설 평가인증제도 도입방안 연구

발행인 | 원도연

발행일 | 2011년 12월 31일

발행처 | 전북발전연구원

560-860 전북 전주시 완산구 콩쥐팥쥐로 1696번지
(효자동3가 1052-1)

전화: (063)280-7100 팩스: (063)286-9206

ISBN 978-89-6612-056-7 93330

본 출판물의 판권은 전북발전연구원에 속합니다.