

읍·면·동 통합의 전달체계 변화 전략에 따른 서비스 접근성의 탐색*

-경기도 4개 도시를 중심으로-

성은미** · 민소영***

[요약]

이 연구의 주요 목적은 복지서비스 전달체계의 최접점에 있는 읍·면·동을 통합할 경우, 주민접근성이 얼마나 변화하는지를 탐색함으로써 최근에 제안되는 전달체계 개편 모형을 개발하는 데 기초자료를 제공하는 것이다. 구리시, 안산시, 파주시, 남양주시 4개 시를 중심으로 사례관리대상자와 읍면동과의 거리를 Q-GIS 프로그램을 활용하여 주민접근성의 변화 수준을 측정하였다. 읍·면·동의 통합 모형은 소극적 모형과 적극적 모형으로 구분하여 비교·분석하였다. 소극적 모형은 현 읍·면·동 4개당 1개의 거점화된 읍·면·동을 설치하는 모형이며, 적극적 모형은 현 읍·면·동 3개당 1개의 거점화된 읍·면·동을 설치하는 모형이다.

분석 결과, 소극적 모형을 실시할 경우 중소도시, 대도시, 도농복합지역 모두 물리적 거리가 최대 2배 이상 증대할 만큼 주민접근성이 악화되었다. 반면, 적극적 모형을 실시할 경우 중소도시의 경우 물리적 거리에 큰 차이가 없는 것으로 나타났다. 그러나 대도시나 도농복합지역은 적극적 모형을 실시하더라도 물리적 거리가 2배 가까이 증가하는 결과를 얻었다. 이러한 결과를 바탕으로 복지업무를 수행하는 거점화된 읍·면·동을 설계하는 전달체계의 변화를 구상할 때 도시의 특성과 규모를 동시에 고려해야 함을 제안하였다.

key words : 접근성, 동 복지기능강화, GIS 분석

* 본 연구는 성은미 외, 2013, 『주민센터허브화에 따른 접근성 연구』, 경기복지재단 연구를 기본으로 재정리 및 재분석한 것임.

** 경기복지재단 연구위원

*** 경기대학교 사회복지학과 부교수

I. 서론

복지대상자의 욕구가 다양해지면서 서비스 양이나 종류도 급격히 늘어나고 있다. 최근의 한 보고서(사회보장위원회, 2014)에 의하면, 급격히 늘어나는 휴먼서비스 욕구에 대응하고자 보건복지부 외에도 고용노동부, 여성가족부, 국토해양부, 교육과학기술부, 안전행정부 등 총 21개 부처에서 360개 복지사업이 수행되는 것으로 나타났다. 지방자치단체에서도 약 4만개의 복지 사업이 진행되고 있다. 이렇게 복지서비스가 늘어남에도 여전히 주민들의 복지체감도는 상당히 낮다는 지적이 상당하다(민소영, 2015). 그것은 중앙정부 부처별로 그리고 지자체의 부서별로의 분업화 및 칸막이 행정으로 각종 급여 및 서비스 간 연계가 부족하다보니 정작 필요한 대상자에게 적절한 서비스가 제공되는데 한계가 있기 때문에 나타나는 현상이라고 설명된다. 부처 간의 이러한 비유기적 행정은 서비스의 중복이나 누락 등을 초래하면서 자원의 낭비와 서비스 전달의 비효율성까지 초래한다는 비판도 거세다.

따라서 서비스 이용자와 직접적으로 접촉하여 서비스를 제공하는 최전방의 읍·면·동이 다양한 서비스를 유기적으로 결합시켜 효율적으로 전달할 수 있도록 만드는 전달체계의 정비가 요구된다. 그러나 중앙부처와 지자체에서 제공되는 상당한 양의 서비스를 관리하면서 복지갈매기를 경험하는 읍·면·동에게 이용자와의 긴밀한 개별화와 밀착적 접촉을 통해서 서비스를 제공하는 것까지 요구하는 것은 상당한 업무과부하를 초래할 수 밖에 없다. 실제로 복지담당공무원들은 높은 수준의 업무 스트레스와 소진을 경험하고있다. 심지어 공무원 자살이라는 극단적인 사회문제까지 발생하고 있다. 이런 측면에서 전달체계의 최일선 조직을 어떻게 변화시킬 것인가는 중요한 과제라 할 수 있다. 즉 인력 및 제정의 한계 속에서 서비스 제공의 효율성을 추구하는 동시에 서비스 이용자 측면에서 서비스로의 접근성을 향상시킬 수 있도록 전달체계를 개편하는 노력이 절실해진 것이다.

사실 효율적인 사회복지전달체계를 구축하기 위하여 1990년대에 보건복지사무소 시범사업을 시작으로 공공서비스조직의 변화가 지속적으로 모색되어왔다. 최근에는 읍·면·동의 복지 기능 강화를 위한 조직 구조 개편을 위하여 ‘주민센터허브화’라는 새로운 전략이 발표되기도 하였다(성은미 외, 2014). 주민센터허브화는 공공복지서비스 전달체계의 가장 말단에 있는 읍·면·동으로 하여금 서비스에 대한 이용자의 접근성을

향상시키되 서비스 제공 측면에서도 효율성을 꾀할 수 있도록, 읍·면·동을 통합시키는 전략이 포함되어 있다. 읍·면·동을 3-4개로 통합하여 거점화된 읍·면·동을 설치한다는 것이다. 실제 대전 중구, 경기도 부천시, 경기도 남양주시 등의 경우 거점화된 읍·면·동 및 거점에서 통합사례관리를 수행하고 있다.

그런데 이러한 통합 전략은 자연히 서비스에 대한 물리적 접근성 악화라는 비판을 받을 수 있다. 특히나 서비스에 대한 접근성 감소는 복지체감도의 향상이라는 국정과제의 방향과도 맞지 않다. 또한 그 동안 보건복지사무소나 사회복지사무소 시범사업 등 다양한 전달체계 개편 노력이 긍정적인 사업 결과에도 불구하고 주민접근성 때문에(강혜규, 1998; 성은미 외, 2012) 비판을 받았다. 따라서 중앙정부에서 고려하는 주민센터허브화에서 제안하는 읍·면·동 통합 전략은 주민접근성을 어렵게 하는 전달체계 개편이라는 비판에서 자유로울 수 없다.

그렇다면 주민접근성을 어렵게 하지 않을 수 있는 읍·면·동 통합은 어느 정도의 수준이어야 할까? 이를 위해서는 읍·면·동 통합에 따라 복지대상자의 접근성에 어느 정도의 변화가 나타날 수 있는가를 탐색하는 것이 먼저 필요할 것이다. 그러나 복지분야에서 그 간 수행되어온 접근성 연구는 주로 일정한 공간 내에서 서비스공급자 규모 대비 서비스이용자의 규모에 대해 조사하거나 혹은 복지사무소까지의 이동 시간을 주민들에게 질문하고 이 시간이 얼마나 만족스러운지 등의 주관적인 평가를 분석하였다(이성기 외, 1995).

그러나 이러한 선행 연구들은 물리적 접근성을 객관적으로 파악하는데 한계를 갖는다. 이동거리에 대하여 복지서비스이용자는 대부분 30분에서 1시간 등 대략적인 이동 시간을 제시하는 경향이 있기 때문이다. 또한 비록 거리가 동일할지라도 개인적 상황에 따라 이동 시간이나 만족도는 얼마든지 다양하게 나올 수 있기 때문이다. 정책 결정자 입장에서 이러한 결과는 실효성있는 참고자료가 되기 어렵다. 때문에 객관적으로 접근성을 측정하여, 전달체계의 변화가 주민들의 물리적 접근성을 얼마나 훼손시킬 수 있는가를 과학적으로 검증하는 노력이 필요하다. 즉 읍·면·동 통합 수준에 따라 다양하게 나타날 수 있는 주민접근성에 대하여 보다 정밀한 연구가 필요하다는 것이다.

이에 본 연구에서는 지속적으로 논의되고 있는 읍·면·동 통합이 추진될 경우 주민들의 물리적 접근성이 얼마나 달라질 수 있는지를 예측하고자 한다. 접근성은 직접 복지대상자와 읍·면·동 등 복지서비스 제공기관과의 물리적 거리를 중심으로 측정

하고자 한다. 이를 통해 서비스 이용자 주관적 응답에 기초하여 접근성을 조사하였던 기존연구의 한계를 극복할 수 있을 것이다. 사례관리 대상자들은 연구대상으로 삼은 이유는 다양한 복지서비스 욕구로 인하여 복합적 서비스의 빈번한 이용이 요구되어 서비스에 대한 물리적 접근성이 매우 중요한 집단이기 때문이다. 본 연구는 보다 객관적인 자료를 활용하여 물리적 접근성의 양적 변화를 측정함으로써, 앞으로도 지속적으로 논의될 수 있는 읍·면·동 통합이라는 전달체계 개편을 위해 그 기초자료를 제공할 수 있을 것이라 기대한다.

II. 이론적 배경

1. 한국의 사회복지전달체계 변화와 접근성

사회복지전달체계란 사회서비스 공급자간에, 그리고 공급자와 소비자간에 존재하는 조직적 배열을 의미한다(Gilbert & Terrell, 2005; 성은미 외, 2012, 재인용). 그리고 이 연구에서 초점을 두는 공공복지 전달체계란 사회복지 급여와 서비스가 정부로부터 수혜자에게 이르는 전 과정에서 나타나는 조직적 구조라 할 수 있다.

사회복지욕구가 증대되고 복잡화되면서 이를 뒷받침하기 위해 한국 사회는 사회복지서비스를 확대하고 효율적으로 제공하기 위해 노력해왔다. 이러한 노력은 1987년 사회복지전문요원제도를 도입한 이후, 여러 가지 전달체계의 시범사업이나 개편을 통하여 나타났다. 그 중 대표적으로 보건복지사무소 시범사업, 사회복지사무소 시범사업, 주민생활지원체계, 희망복지지원단, 동복지기능강화 시범사업 등을 꼽을 수 있다.

가장 먼저는 1995년부터 시도된 보건복지사무소 시범사업이다. 보건복지사무소 시범사업은 보건과 사회복지서비스를 연계하여 저소득 주민들에게 서비스를 포괄적으로 제공하기 위한 취지를 가지고 진행되었다. 이 시범사업은 읍·면·동에 있었던 사회복지전문요원을 보건소로 이동시킨 뒤, 기존의 보건소 조직 내 1개과 안에 읍·면·동의 사회복지인력을 배치하여 업무를 수행토록 하였다(박영미·김경명, 2007). 보건과 복지의 통합서비스 제공이라는 목표를 달성하는 데 미흡한 전달체계 개편이었다는 비판 속에서 1999년 12월에 보건복지사무소 시범사업이 종결되었고 사회복지인력은 다시

읍·면·동으로 복귀되었다. 이 당시 거의 모든 사회복지업무는 읍·면·동에 배치된 1인의 복지담당공무원에 의해 집행되었고, 업무과중과 서비스전달의 비효율성이 제기되면서 새로운 전달체계 시범사업이 모색되었다. 이에 2004년에 사회복지사무소 시범사업이 출발하였다. 이 시범사업의 기본 모형은 사회복지사무소를 시·군·구 단위에 설치하고 시·군·구 사회복지부서 및 읍·면·동 사회복지담당인원을 사회복지사무소에 배치하여 사회복지서비스를 포괄적이고 통합적으로 제공하기 위한 것이었다(박영미·김경명, 2007). 그러나 사회복지사무소의 주민접근성 문제, 통합적 서비스 제공의 한계 속에서 2006년에 주민생활지원서비스 전달체계가 전면적으로 시행되었다. 시·군·구에 복지, 보건, 보육, 고용, 주거, 교육, 문화, 생활체육을 포함하는 8대 영역을 전담하도록 주민생활지원국을 설치하여 통합적 서비스를 제공하도록 했다. 또한 읍·면·동사무소를 “주민복지센터”로 명칭을 변경하고 여기에 주민생활지원팀(6급담당)을 신설하여 복지서비스 제공의 기능을 강화하고자 하였다(이현주 외, 2007). 그러나 늘어난 복지서비스 제공을 수행할 수 있는 인력이 증원되지 않음으로써, 읍·면·동 단위의 업무갈때기 현상이 심화되어 정작 추구하였던 포괄적 복지서비스 제공의 과제는 풀리기 어려웠다. 이에 2012년부터는 시·군·구에 희망복지지원단을 신설하고 2014년까지 단계적으로 총 7천명의 사회복지담당공무원을 확충하기로 하였다. 확충된 공공인력 외에도 민간계약직을 새롭게 채용하여 포괄적 사회복지서비스를 효율적으로 제공하기 위한 통합사례관리가 강화되었다.

지금까지 살펴본 전달체계의 시범사업이나 개편의 한결같은 고민은 ‘어떻게 하면 사회복지서비스를 효율적으로 전달할 수 있을까’였다. 그리고 이속에서 서비스에 대한 이용자의 접근성 문제가 지속적으로 지적되었다. 예를 들어, 보건복지사무소 시범사업에서는 보건소 단위로 복지 업무를 통합시키면서 지역 주민들의 접근성 저하가 나타났다. 특히, 농촌지역의 경우 접근성 저하 문제가 심각했던 것으로 지적되었다. 사회복지사무소시범사업에서도 접근성 저하 문제에 대해 상당한 비판을 받았다. 복지업무를 시·군·구 단위의 복지사무소에서 처리하도록 함으로써, 물리적 접근성 저하가 대두되었고, 이는 시범사업의 다른 모든 긍정적 효과를 상쇄할 만큼 비판을 받았다. 이어진 주민생활지원서비스 전달체계에서는 읍·면·동의 역할이 강조되어 접근성이 해소되기를 어느 정도 바랬으나, 늘어난 복지 업무 속에서 복지갈때기와 이로 인한 업무가중은 복지체감도를 향상시킬 만큼 이용자의 접근성을 향상시키지 못하였다. 이후 희망

복지지원단은 읍·면·동에서 초기 상담 및 찾아가는 방문 상담을 강화하고 복합적 욕구를 가진 이용자에 대하여 시·군·구의 사례관리 기능을 통해 서비스 접근성을 강화하려 하였다. 그러나 시·군·구와 읍·면·동으로 서비스 전달이 이원화된 구조 속에서 접근성의 분절을 경험해야하는 아쉬움이 남았다.

지속적으로 제기되는 전달체계 문제를 해소하고자 정부에서는 2013년에 ‘주민센터허브화’ 전략을 발표하였다. 주민센터허브화 전략은 현재의 동을 통합하거나 혹은 복지 업무만을 수행하는 거점센터를 설계하는 방안을 제시하였다. 이 전략은 도시형과 농촌형을 구분하여, 도시형은 기능보강형, 부분거점형, 거점형, 통합형으로, 그리고 농촌형은 기능보강형과 희망복지지원단 기능 강화로 구분된다. 도시형과 농촌형 모두에서 추진하는 기능보강형이란 현재의 읍·면·동을 통합하지 않은 채, 인력을 보강하여 현재 수준보다 복지서비스 기능을 강화¹⁾시키겠다는 안이다. 한편, 도시형의 부분거점형²⁾이나 거점형³⁾, 그리고 통합형⁴⁾은 기본적으로 현재의 읍·면·동의 일부 혹은 전체의 기능을 작게는 2개 많게는 4개까지 통합하는 안이다. 농촌형의 희망복지지원단 강화형 또한 권역센터를 설치함으로써, 도시형의 읍·면·동 통합 모형의 내용과 유사하다고 할 수 있다. 현재는 기능보강형에 해당할 수 있는 동복지기능강화 시범사업이 전국적으로 2015년 현재 15개 동에서 수행되고 있다.

지금까지의 전달체계를 살펴보면 복지서비스의 제공 기능을 읍·면·동과 시·군·구에 어떠한 조직 형태로 배치할 것인가를 끊임없이 모색해왔음을 알 수 있다. 현재 사회복지서비스의 제공은 중앙부처의 특별행정기관이 전달하는 경우와 준정부기관인 산하기관을 통하여 전달하는 경우를 제외하고는 대부분 지방자치단체의 위임사무로

- 1) 기능보강형은 복지상담을 강화하고 방문서비스를 활성화하는 모형이다. 이를 위하여 복지, 고용, 보건 등에 대한 종합상담을 강화하고 방문서비스를 활성화하며 민관협력을 추진하고자 노력한다. 그리고 공무원 인력확충, 복지동장제, 복지인력 배치를 추구한다.
- 2) 부분거점형은 시·군에 인구 약 7만명 규모를 중심으로 4개 내외의 권역센터를 설치하는 모형이다. 그리고 읍면동에서는 신청, 접수, 안내 등 기능보강형의 업무를 수행하며, 권역센터에서는 사례관리업무를 수행한다.
- 3) 거점형은 인구 4만명 이상으로 읍·면·동 2~3개를 통합하여 복지업무를 전달하는 거점형 주민센터를 설치하는 모형이다. 현재 읍·면·동은 일반민원 행정과 주민자치업무를 그대로 운영하고 복지업무는 거점형 센터로 이관한다. 거점형 센터에서는 복지상담팀, 사례관리팀, 지역복지지원팀 등 복지허브 기관 운영에 필요한 팀을 설치한다.
- 4) 통합형은 인구 4만명 이상으로 읍·면·동 2~3개를 통합해 복지와 일반행정을 함께 수행하는 모형이다. 통합센터의 팀 구성은 거점형과 유사하게 상담, 사례관리, 지역자원관리 등의 업무를 수행한다.

전달하고 있기 때문이다. 더구나 복지갈때기 현상을 완화하고 윈스톱 통합서비스 제공 기반을 강화하여 복지체감도를 향상시키려는 국정과제 속에서 읍·면·동의 역할은 더욱 중요하게 조명을 받고 있다. 그러나 늘어나는 복지 수요와 이에 대응하여 팽창하는 서비스 공급을 균형감있게 제공할 수 있는 여건이 읍·면·동의 제한된 인력 속에서 상당한 한계를 내포하고 있다.

그리고 이것이 점점 읍·면·동 통합이라는 새로운 조직 구조를 구상하도록 유도하고 있다. 특히, 읍·면·동 통합은 서비스 제공 과정에서 규모의 경제라는 효율성 원리를 가시화시킬 수 있다는 강점 때문에 여러 지방자치단체에서 시도되고 있다. 실제 행정자치부를 중심으로 대동제, 책임읍면동제에 대한 시범사업 추진이 추진되고 있다. 해당 사업은 앞서의 통합형 모형과 유사하게 3~4개 동을 통합해 운영하는 방식이다. 그러나 서비스 이용자의 권리가 강조되는 사회복지서비스 환경 속에서 이용자 입장에서 이 효율성이 접근성과 결합될 수 있어야 할 것이다. 즉 접근성이 고려되지 않는 전달체계의 개편 시도는 앞서서도 밝혔듯이 지속적으로 비판을 받아왔기 때문이다. 따라서 접근성을 위해 현재의 읍·면·동 규모를 유지시킬 것인가, 아니면 효율적 서비스 제공을 위해 읍·면·동 규모를 통합시킬 것인가, 그리고 통합시킨다면 어느 정도의 수준으로의 통합이 적절한가 등이 전달체계 개편 결정 시 중요한 기준으로 고려되어야 할 것이다. 이러한 결정을 위해서는 읍·면·동 통합 시 실제로 훼손되는 접근성이 어느 정도인지를 파악하는 것이 필요하다.

2. 접근성의 개념과 구성요소

앞에서도 기술하였듯이 전달체계에서 접근성은 중요한 고려 요인이다. 양질의 서비스를 이용 가능한 비용으로 지속적이고 안정적으로 제공하여 서비스 욕구를 해결하기 위해서는 서비스에 대한 적절한 접근성이 반드시 고려되어야 한다는 것이다(OECD, 2006; 이재완·허선, 2000). 적절한 접근성은 서비스 이용을 증가시켜(백학영·윤민석, 2008), 서비스 정책의 궁극적 목표를 달성시킬 수 있기 때문이다.

접근성이란 서비스 전달체계로의 진입과 그로 인한 결과까지를 포함하는 폭넓고 다차원적인 개념이다. 주로 보건의료 분야에서 그 개념이 정의되고 연구가 진행되어 왔다. 먼저 앤더슨과 뉴먼(Andersen & Newman, 1973)의 모델이 서비스 접근을 평가하

는 가장 기본적 모델로 인정되고 있다. 이 모델에서는 접근성을 ‘환자가 의료 서비스 체계로 진입하여 치료 과정을 지속적으로 제공받는 상태’로 정의하였다. 이 외에도 여러 학자들에 의해서 접근성이 다양하게 정의되었다. 김영중(2010)은 접근성을 “조직이 적절한 서비스를 적절한 사람들에게 제공하는 것”으로 정의했으며, 접근성이 높다는 것은 서비스를 필요로 하는 사람들이 서비스를 활용하는 데 장애가 없다는 것을 의미한다고 하였다. 유사한 맥락에서 게이츠(Gates) 역시 접근성을 서비스를 필요로 하는 사람들에게 서비스 이용에 대한 물리적·사회 심리적 장애요인을 제거하는 것으로 정의(홍현미라, 2008, 재인용)하였다. 실제로 서비스의 절대량이 부족하여 서비스 접근 자체가 불가능한 경우도 있다. 그러나 기존 연구들에서는 이러한 서비스 공급의 불충분성보다는 이동 시간, 비용, 대기시간 등의 요소 때문에 서비스를 이용하지 못하게 되는 일이 없도록 하는 개념에 집중하여 접근성을 설명하였다(도유록, 2012; 최영, 2010). 따라서 서비스 접근성을 보장하기 위해서는 서비스 제공기관이 클라이언트에게 최적의 접근성을 보장하는 장소에 위치하며 편리한 시간에 운영되고 적절한 수준의 예약 대기자를 유지해야한다. 또한 합리적 이용료와 이용 시 편안함을 제공하는 시설 정책 등이 필요하다(Baker, 2003, 최영, 2010, 재인용).

이러한 개념에 입각하여, 접근성의 구성 요소가 다양하게 제시되고 있다. 먼저 맥킨레이(McKinlay, 1971)는 경제적 접근, 사회인구학적 접근, 지리학적 접근, 심리학적 접근, 사회문화적 접근, 조직 및 전달체계에 관한 접근 등 6가지로 접근성의 개념이 구성되어 있다고 제시하였다. 이는 접근성 개념을 사회문화적 접근성까지 확대하였다는 점에서 그 의미를 갖는다고 할 수 있다. 이후 Gillespie와 Marten(1978)은 접근성을 지리적 접근, 경제적 접근, 사회학적 접근, 조직이론 접근으로 분류하였다. 국내에서는 김문근(2005)이 기존 연구들을 종합하여 접근성을 지리적 접근성, 경제적 접근성, 사회·심리적 접근성, 조직 및 전달체계 접근성으로 구분하여 제시하였다. 지리적 접근성을 위해서는 서비스 시설이나 설비, 서비스 인력수와 분포, 대중교통 이용가능성, 교통 비용 및 이동 시간 등을 고려해야하며, 경제적 접근성을 위해서는 서비스 비용과 이용자의 소득 수준 등을 고려해야한다. 사회·심리적 접근성을 위해서는 서비스 이용에 따른 사회적 낙인과 심리적 불편감 등을 고려해야하며, 끝으로 조직 및 전달체계 접근성을 위해서는 서비스 이용을 위한 자격요건, 서비스 신청 절차, 그리고 의도적인 대상자 선별 등을 고려해야한다.

한편, Penchansky와 Thomas(1981)는 접근성을 서비스 이용자와 전달 체계 사이의 적합성 정도로 정의하고, 적합성을 크게 5가지의 하위 차원으로 분류하였다. 첫째, 이용가능성(availability)은 공급측면-존재하는 서비스의 종류와 양 및 자원- 과 수요측면-이용자가 필요로 하는 서비스의 종류와 양- 사이의 관계, 즉 서비스의 존재 여부를 의미한다. 둘째, 접근가능성(accessibility)은 서비스 공급 위치와 이용자의 위치 사이의 관계, 즉 서비스의 공간적 혹은 시간적 근접성으로 이동거리, 이동 시간, 이용비용 등이 관련된다. 셋째, 이용편의성(accommodation)은 서비스 공급 자원의 조직 방식과 이를 편리하게 이용할 수 있는 이용자의 능력 및 적합성 인식 간의 관계, 대기 시간, 기관의 운영 시간, 전화 서비스 여부 등이 고려된다. 넷째, 지불가능성(affordability)은 서비스의 가격과 이용자의 지불 능력, 소득, 보험 등 간의 관계를 의미하며, 소득, 의료 보험, 서비스 가격 등이 고려된다. 마지막으로 상호수용성(acceptability)은 이용자의 공급자에 대한 태도와 실제 공급자의 특성 사이의 관계 혹은 이용자 특성- 이용자의 태도, 기대, 사회문화적 배경-에 대한 공급자의 태도와 실제 이용자의 특성 사이의 관계를 고려한다. 유사한 맥락에서 Salsberg와 Forte(2002) 역시 접근성을 접근가능성, 이용가능성, 지불가능성, 수용가능성, 적응가능성으로 구분하였다.

3. 공간적 접근성

이와 같이 접근성 개념은 다차원적 의미를 내포하고 있다. 특히, 본 연구가 관심을 두는 서비스 이용에 대한 물리적 거리를 기반으로 접근성을 살펴본 개념은 다양한 접근성 중에서 공간적 접근성이다. 공간접근성(spatial accessibility)은 물리적인 접근성과 이용가능성이 조화된 개념이다(Luo, Wang & Douglass, 2004, 홍현미라, 2008, 재인용). 공간적 접근성은 물리적 거리에 기반하는 공간적 형평성과 연결되어 최근에 활발하게 연구되고 있다. 공간적 접근성에서는 접근성을 단순히 한 위치에서 다른 한 위치로 이동하는 용이성 의미를 넘어서 기회의 잠재력, 즉 주어진 위치에서 일정한 거리 내에 포함되는 기회들의 크기를 포함하는 개념으로 보는 것이다. 따라서 접근성은 목적지까지 이동의 용이성과 목적지에서 이용 가능한 활동의 양이나 질, 특성을 포함하는 광의의 개념이다(Johnson et al., 2000; Hansen, 1959; O'Kelly & Horner, 2003, Handey & Niemeier, 1997, 조대현 외, 2010, 재인용).

공간적 접근성은 어떻게 측정될 수 있을까? 공간적 접근성과 관련된 논의는 서비스 제공자까지의 거리(distance)가 서비스이용자에게 서비스 접근 시 유의미한 장애로 작용할 수 있다는 문제의식에서 출발한다(Hunter et al., 1986. 홍현미라, 2010, 재인용). 즉 서비스이용자가 원하는 서비스가 있을 때 서비스 제공자까지 이동하는데 필요한 거리 자체가 공간적 접근성과 관련된 기본적인 장애물이라는 것이다. 때문에 공간적 접근성을 측정할 때, 물리적 거리, 즉 이동거리가 중요한 기준이 된다.

공간적 접근성을 측정하기 위해 Guagliardo(2004)는 거리 기반, 상호작용 기반, 누적기회 기반, 커널밀도 기반의 방식을 제시하였다. 첫째, 거리기반 방식은 가장 가까운 서비스 시설까지의 거리(직선거리, 도로 거리, 통행 시간 등)를 중심으로 접근성을 측정한다. 가장 직접적인 물리적 거리를 통해 공간적 접근성을 측정하는 방법이라 할 수 있다. 둘째, 상호작용 기반 방식은 주변에서 이용 가능한 서비스 수준을 측정하는 것이다. 이 방법은 거리기반 방식과 달리 실제 이용가능한 서비스가 어떤 것인지를 고려한 것이라 할 수 있다. 셋째, 누적기회 기반 방식은 각 수요지별로 설정된 임계거리 내에서 제공되는 서비스의 총량을 활용한다. 특정 거리 내에 존재하는 서비스의 공급량을 고려해서 공간적 접근성을 측정하는 방법이다. 즉 특정 공간 내에서 활용가능한 서비스 공급량을 계산해냄으로서 해당 공간 내 서비스 이용자의 접근성을 측정하는 방법이다. 넷째, 커널밀도 기반 방식은 각 셀에 일정한 탐색 반경을 설정한 후 이 안에 포함되는 모든 공급량을 이용하여 해당 지점에서의 밀도를 계산하는 방법이다. 누적기회 기반 방식에서 좀 더 나아가 서비스이용자와 공급자를 고려한 밀도를 계산한다.

이 외에도 기존 연구에서 일반적으로 공간적 접근성을 측정하는 3가지 방법이 있다고 정리하였다(홍현미라, 2008). 첫 번째는 인구집단 대비 서비스제공자의 비율을 측정하는 방식인데, 앞서의 커널밀도 기반 접근성과 유사하다. 이는 일정한 지역에 제공되는 서비스 공급 현상을 파악해서 측정하는 방식이기 때문이다. 그러나 공간접근성의 기반이 되는 거리에 대한 고려가 부족하다는 한계가 있다. 두 번째는 가장 가까운 제공자에 대한 거리를 측정하거나 제공자 세트와의 거리를 측정하는 방법이다. 세 번째는 서비스 제공자의 영향력을 측정하는 중력모델이다. 이는 거리측정법과 이용가능성을 조합한 지표로써, 합리적 거리를 지닌 인구집단과 서비스 지점 간의 잠재적 공간의 상호작용을 측정한다. 이 모델은 서비스 제공자 수가 증가하면 접근성의 증가를 동반한다는 한계를 가지고 있다.

기존 연구들(홍현미라, 2008; Guagliardo, 2004) 모두 공간적 접근성 측정에서 전제하고 있는 것은 물리적인 거리이다. 즉 공간적 접근성을 측정하는 다양한 방식들 중 가장 기본은 직접적인 물리적 거리를 측정한다는 것이다. 그 외의 공간적 접근성 측정법에서 살펴보는 인구대비 방식이나 커널밀도 기반 방식은 물리적 거리가 너무 멀지 않은 특정 공간을 미리 설정한 이후에 접근성을 측정하며, 이 때 이용가능성을 고려하여 계산한다. 즉 물리적 접근성이 훼손되지 않은 특정 범위를 미리 규정하고 이 범위 내에서 서비스 공급자가 충분한지, 서비스 공급자가 있지만 실제 이용이 가능한지 등 서비스 이용자와 서비스 공급자과의 관계를 고려하여 측정하는 방법이다. 이는 공간적 접근성에서 이용가능성을 중요하게 간주하는 것은 서비스 이용자의 실제 서비스 이용 기회를 고려한다는 점에서 정책적으로 여러 가지 점에서 의미가 있다.

그러나 서비스 공급자가 우리나라의 읍면동처럼 독점적이라면, 그래서 서비스가 균등화되어 어떤 서비스 공급자를 찾아가도 동일한 서비스를 받을 수 있다고 한다면, 공간적 접근성 측정시 고려하는 이용가능성은 별 의미를 가져다주지 못한다. 이용가능성이란 서비스 공급자들이 다수이고 서비스가 표준화되어 있지 않아서, 서비스 이용자들의 경쟁적 선택이 가능할 때만 의미가 있기 때문이다. 따라서 공공복지전달체계인 읍면동에 집중해서 공간적 접근성을 연구할 경우에는 이용가능성 보다는 실제적인 물리적 거리를 통한 접근성에 집중하는 것이 더 의미가 있다. 즉 공간적 접근성을 측정하는 선행 연구의 여러 가지 방법 중 서비스이용자와 서비스 공급자간의 물리적인 거리를 측정하는 것이 본 연구에 적합하다는 것이다.

그럼에도 공간적 접근성을 연구한 그 동안의 선행연구들은 인구대비 서비스 제공자 비율이나 중력모델 등을 이용하여 공간적 접근성을 규명하는 데 초점을 두면서 물리적 거리로 공간적 접근성을 측정한 연구를 찾아보기는 힘들다(홍현미라, 2008). 이는 복지대상자가 서비스 공급자까지 이동해야하는 물리적 거리를 측정하기 위해서는 개인의 주소 자료가 필요한데, 이러한 자료를 수집하거나 접근하는 것이 매우 어렵기 때문이다. 따라서 본 연구에서는 서비스이용자의 직접적인 거주지정보를 활용하여 서비스이용자와 서비스공급자간의 실제 거리를 측정함으로써, 공공전달체계의 공간적 접근성을 보다 과학적이고 객관적으로 규명해보고자 한다.

Ⅲ. 연구방법

1. 분석 자료 및 분석 대상

본 연구에서는 서비스에 대한 주민의 접근성을 실제 거리를 통하여 측정한다. 거리를 측정하기 위해서 필요한 자료는 주민센터의 주소와 복지서비스 이용자의 주소이다. 주민센터 주소는 웹상에서 쉽게 접근할 수 있지만, 서비스 이용자의 주소확보는 여러 가지 제약이 따른다. 다행히 이 연구에서는 경기복지재단(2012)에서 수행한 ‘경기도무한돌봄센터 효과성 검증’ 연구에서 수집된 자료에 접근할 수 있었다. ‘경기도무한돌봄센터 효과성 검증연구’에서 활용된 자료는 2010년 1월부터 2012년 5월까지 무한돌봄센터의 통합사례관리 대상으로 선정되어, 통합사례관리를 제공 받았던 경험이 있는 경기도민의 주소를 포함하고 있다.

본 연구에서는 읍·면·동 통합을 추진할 때 예상되는 물리적 거리의 변화를 측정하기 위하여, 분석 대상의 도시를 선정하였다. 선정 기준은 첫째, 도시의 규모와 행정구역 상 구(區)의 유무, 도시의 형태 등 도시 특성이 고르게 포함될 수 있도록 고려하였다. 도시의 규모를 고려하여, 대도시는 구가 있는 도시로, 그리고 중소도시를 포함하였다. 또한 동과 읍이 혼재되어 있는 도농복합도시를 포함시키고자 하였다. 둘째, 빈곤층은 복지서비스의 전달체계 변화 속에서 상당한 변화를 경험할 수 있기 때문에 빈곤층이 상대적으로 밀집되어 있는 지역을 고려하였다. 특히, 본 연구에서는 사례관리대상자에 집중해서 연구하는데, 사례관리대상자는 일반적으로 여러 가지 복합적인 문제를 가진 가구로서 복합적인 서비스 제공이 요구된다. 때문에 읍면동을 비롯한 공공복지전달체계가 집중해야하는 대상자로서 실제로 이들은 읍면동 방문이 가장 빈번한 집단에 속하기 때문에, 읍·면·동의 통합으로 나타나는 접근성의 변화에 가장 민감한 집단이라고 할 수 있다. 따라서 이들을 중심으로 접근성 수준의 변화를 분석하는 것이 공공복지서비스전달체계의 개편 방안을 모색하는 데 의미 있는 함의를 줄 수 있을 것이다. 셋째, 통계적으로 일정 수준의 분석 규모를 확보하기 위하여, 사례관리대상자 등 복지서비스 이용자 정보가 상대적으로 많은 지역을 고려하였다.

5) 무한돌봄센터는 경기도 자체적으로 위기가구에 대한 민관협력방식의 통합사례관리체계임. 2012년 보건복지부 희망복지지원단 설치 이전부터 운영되었으며, 현재까지 유지되고 있음. 경기도에서는 별도의 희망복지지원단이 없이 무한돌봄센터가 희망복지지원단 역할을 수행함.

이에 따라 본 연구에서는 안산시, 구리시, 파주시, 남양주시를 최종적으로 선정하였다. 안산시는 단원구, 상록구 등 2개의 구와 총 25개의 동으로 구성된 대도시라 할 수 있다. 구리시는 8개의 동으로 이루어진 중소도시이다. 파주시와 남양주시는 모두 읍과 면과 동이 혼재되어 있는 도농복합지역이라고 할 수 있다. 파주와 남양주는 행정구역상 보면, 둘다 도농복합지이지만, 남양주는 동일한 도농복합지역 중에서도 상대적으로 면적이 적고, 인구가 많아 좀 더 도시지역 특성을 보이는 지역이다. 반면, 파주는 농경지가 많고, 면적이 넓어서 상대적으로 농촌지역 특성을 보이는 지역이라 할 수 있다⁶⁾. 이에 동일한 도농복합지역이지만 도시적 특성이 강한 지역과 농촌적 특성이 강한 지역으로 남양주와 파주를 선정해 분석하였다. 주소가 확인되지 않는 사례관리 대상자를 제외하고 안산 100가구, 구리 78가구, 파주 77가구, 남양주 56가구 등 총 313가구가 이 연구의 분석에 최종적으로 포함되었다.

2. 분석 내용과 분석 방법

이 연구에서 살펴보는 사례관리대상자와 읍·면·동간의 물리적인 거리는 서비스이용자와 주민센터 사이의 직선거리로 측정한다. 물리적 거리는 절대거리(유클리드)를 이용하며, 서비스 이용자와 공급자인 읍·면·동사무소와의 직선거리를 미터(meter)로 측정하였다. 물리적 직선 거리는 크게 3가지의 모형으로 측정되었다. 첫 번째는 기존 읍·면·동을 그대로 두는 모형으로써, 주민센터허브화 추진 전략에서 제시되었던 기능보강형에 해당된다. 즉 현재의 읍·면·동 규모를 그대로 유지한다는 가정 하에 사례관리대상자의 현 거주로와 거주지가 속한 읍·면·동과의 거리를 측정하였다.

두 번째와 세 번째의 물리적 거리 측정 모형은 주민센터허브화에서 제시하였던 읍·면·동의 통합이 가져올 수 있는 접근성의 변화를 측정하기 위해 구성되었다. 하나는 읍·면·동의 4개소를 1개의 주민센터로 통합하는 소극적 모형을 가정한다. 현재 안산시는 25개⁷⁾, 구리시는 8개, 파주⁸⁾시와 남양주시는 16개의 주민센터가 있다. 만약

6) 남양주는 시 면적이 458km², 1km²당 인구수가 1,389명임. 파주는 면적이 673km²이고, 1km²당 인구수는 611명으로 나타남. 남양주의 농경지는 442헥타르, 파주는 7,698헥타르로 농경지가 상당수를 차지함을 알 수 있음.

7) 안산의 경우 대부분을 직선거리로 포함해 측정하는 것은 한계가 있다. 이에 연구에서 대부분은 제외하고 진행한다.

8) 파주의 장단출장소는 제외한다.

읍·면·동 4개당 1개소가 설치될 경우 안산은 6.25개, 구리는 2개, 파주와 남양주는 4개의 주민센터가 설치된다.

또 다른 모형은 읍·면·동의 3개소를 1개의 주민센터로 통합하는 적극적 모형을 가정한다. 만약 읍·면·동 3개당 1개소가 설치될 경우 안산은 8.3개, 구리는 2.7개, 파주와 남양주는 5.3개의 주민센터가 설치된다.

그리고 읍·면·동을 통합하여 새로운 주민센터를 설치할 때는 사례관리대상자의 주소지로부터 각 읍·면·동과의 직선거리를 모두 계산하여, 그 직선거리의 평균이 가장 짧은 곳에 주민센터가 운영된다고 가정하였다⁹⁾. 이렇게 3가지의 물리적 직선거리의 모형을 설정한 뒤, 이러한 모형에 따라 주민의 접근성, 즉 물리적 직선거리가 어떻게 변화하는지를 각 도시별로 측정하였다.

분석 방법과 관련하여 이 연구에서는 Q-GIS 프로그램을 활용한다. 사실 거리를 측정할 수 있는 여러 가지 지리정보활용 프로그램들이 존재한다. Q-GIS 프로그램은 지리정보를 통해 다양한 분석을 위해 활용되고 있으며, 오픈소스로 개발되어 누구나 사용가능하다는 장점을 가지고 있다. 본 연구에서 사용한 Q-GIS는 버전 2.0.1이다. 이 연구에서는 Q-GIS 프로그램 중에서 서비스이용자와 서비스공급자간의 거리를 파악할 수 있는 방법 중 하나인 Distance to nearest hub 분석방법을 활용한다. 이 방법은 서비스이용자에게 가장 가까운 서비스공급자까지 거리를 직선으로 계산해주는 것이다.

또한 현재 수준의 읍·면·동 규모와 소극적 및 적극적 모형으로 읍·면·동을 통합하였을 때, 물리적 직선거리가 어떻게 차이가 나타나는지를 검증하기 위하여 대응표본 T검증을 활용하여 분석하였다. 이를 위하여 SPSS 21.0을 활용하였다.

9) 주민센터허브화 전략은 읍·면·동 3~4개당 1개의 거점형 주민센터 혹은 통합읍면동 설치모형을 제시하고 있으나, 지역에 적합한 통합수준을 구체적으로 보여주지 못하고 있다. 즉 주민센터허브화 방안에서는 3~4개 주민센터당 1개의 거점화된 복지업무 담당 주민센터를 설치한다는 대략의 범위만을 정해줄 뿐 지역의 어느 위치에 그리고 몇 개를 통합할 것인지는 지방정부의 자율적 재량으로 열어놓았다. 따라서 본 연구에서는 가장 합리적인 방안을 고려한다는 취지 하에, 여러 읍·면·동 중 복지대상자의 주소지와 가장 짧은 거리에 있는 주민센터로 통합한다고 가정하였다.

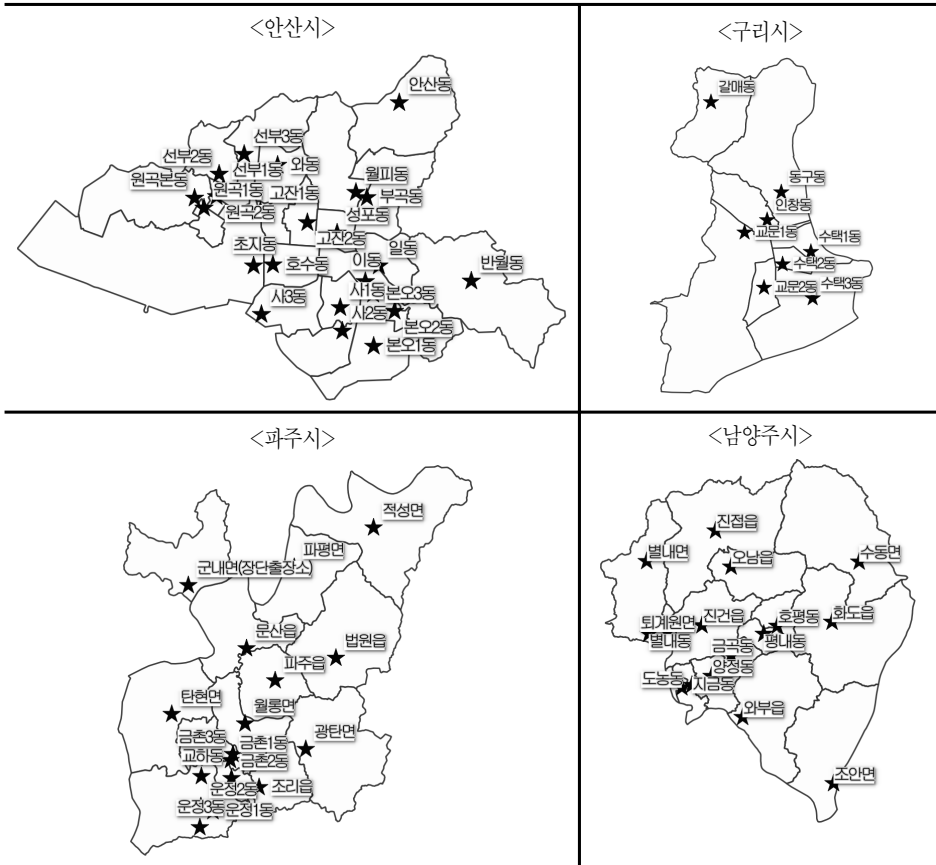
IV. 접근성 분석

1. 일반현황

1) 읍면동 : 서비스공급자

아래 <표 1>은 분석대상 도시의 읍·면·동 현황이다. 먼저 안산시는 단원구, 상록구 2개의 구와 총 25개의 동으로 구성되어 있으며, 인구가 조사시점인 2012년 715,108명 2014년 707,876명인 대도시이다.

<표 1> 분석대상 도시들의 읍면동 현황



구리시는 총 8개의 동으로 구성되어 있으며, 인구가 201년 192,341 명, 2014년 186,820 명인 중소도시이다. 파주시는 도농복합지역으로서 읍·면·동이 모두 있는 지역이다. 4 개의 읍, 7개의 동, 6개의 면과 1개의 출장소가 있으며, 인구가 2012년 394,201명, 2014년 411,348명이다. 끝으로 남양주시도 도농복합도시이며, 4개의 읍, 13개의 동, 3개의 면이 있고 인구는 2012년 599,539명, 2014년 636,256명이다¹⁰⁾.

2) 사례관리대상자

본 연구의 대상자가 되는 총 313 사례관리대상가구의 일반적 특성은 다음 <표 2> 과 같다. 성별로는 여성이 55%로 남성보다 더 많았다. 기초생활보장수급현황을 살펴보면, 55.3%가 비수급자로 나타났고, 수급자가 44.7%로 나타났다. 평균 연령은 44.8세이며 가구당 평균 가족 수는 2.7명으로 나타났다.

<표 2> 서비스이용자 일반현황(단위 : 가구, %)

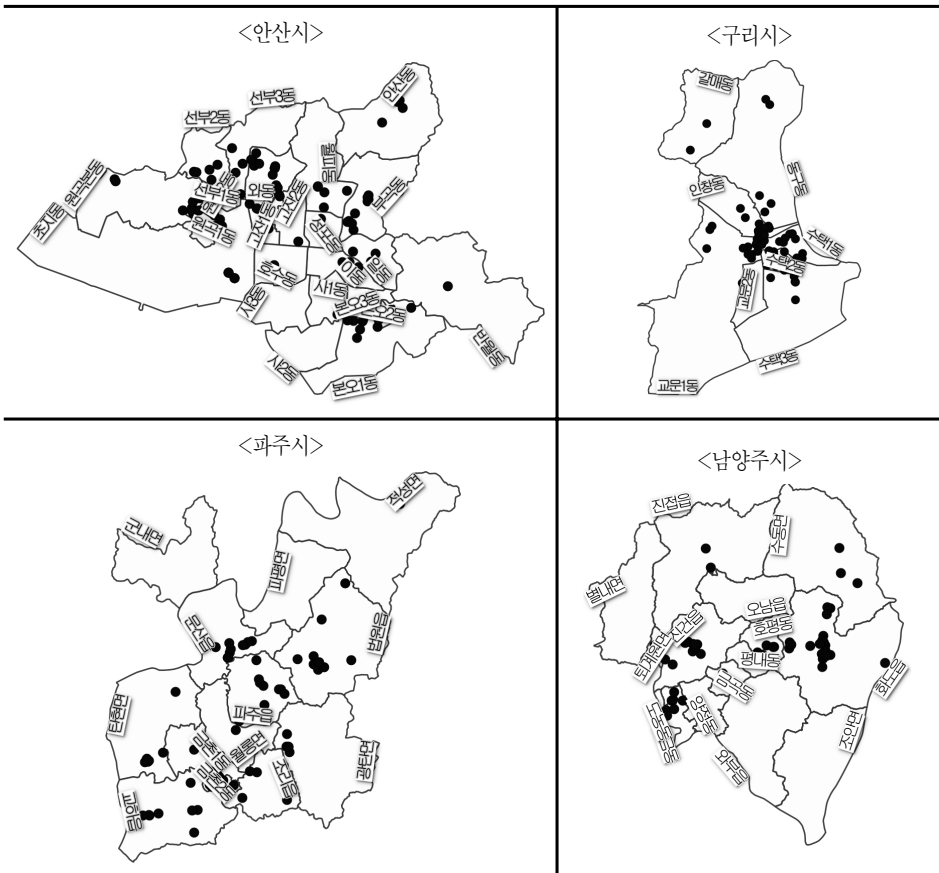
	항목	빈도	퍼센트
시	구리	78	24.9
	남양	56	17.9
	안산	100	31.9
	파주	79	25.2
	합계	313	100.0
성별	남	141	45.0
	여	172	55.0
	합계	313	100.0
기초생활보장수급여부	비수	173	55.3
	수급	140	44.7
	합계	313	100.0
연령	평균 44.8세(최소 2세, 최대 88세)		
가족수	평균 2.7명(최소 1명, 최대 9명)		

10) 통계청, e-지방지표, http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1YL0000&conn_path=f3.

이들 사례관리기구의 거주현황이 아래 <표 3>에 제시되어 있다. 안산은 도시전체에 사례관리대상자가 거주하며, 선부동 등 안산시 중심부에 사례관리대상자가 좀 더 집중되어 있는 것을 알 수 있다. 구리는 수택동을 중심으로 사례관리대상자들이 밀집되어 있다.

파주는 읍을 중심으로 대상자가 밀집되어 있으며, 특히 문산읍, 파주읍, 법원읍에 대상자가 상대적으로 많이 거주하였다. 남양주시 역시 화도읍, 호평동 등 남양주시 중심부에 사례관리대상자들이 밀집되어 있는 것으로 나타나고 있다.

<표 3> 분석대상 도시들의 사례관리대상자 거주지 현황



2. 접근성 변화

1) 모형별 읍·면·동 현황

앞서 설명했듯이 이 연구에서는 읍·면·동의 통합 시 예상되는 접근성의 변화를 측정하기 위하여, 주민센터허브화 전략에서 제시되었던 통합의 수준을 기반으로 2가지의 물리적 거리 모형을 가정하였다. 하나는 소극적 모형으로 거점화된 주민센터를 4개소의 읍·면·동을 1개로 통합하는 모형이다. 다른 하나는 적극적인 모형으로 3개소의 읍·면·동을 1개로 통합하는 모형이다.


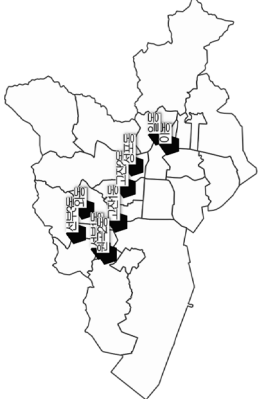

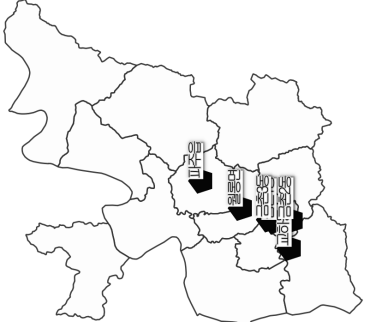

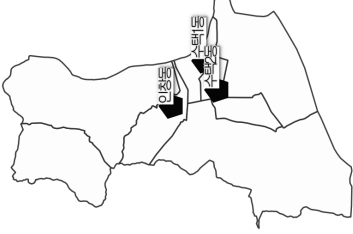

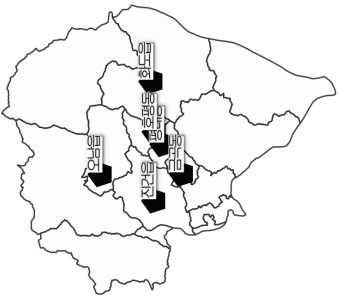
먼저, 안산시의 경우 25개 동으로 구성되어 있는데, 소극적 모형을 적용할 경우 6개의 거점화된 읍·면·동에서 복지업무를 수행하게 된다. 사례관리대상자들의 주소지로부터 가장 짧은 거리를 기반으로 주민센터를 고려할 경우, 고잔1동, 선부1동, 원곡2동, 선부2동, 선부3동, 이동이 거점 주민센터이다. 적극적 모형에서는 9개 주민센터에서 복지업무를 수행하게 되며, 고잔1동, 성포동, 고잔2동, 선부1동, 와동, 원곡2동, 선부3동, 이동, 일동이 사례관리대상자 주소지로부터 가장 짧은 거리에 있는 주민센터로 나타났다.

둘째, 구리시의 경우 8개의 읍·면·동이 있기 때문에 소극적 모형을 적용하면 2개의 주민센터에서 복지업무를 수행하게 된다. 수택1동과 수택2동이 사례관리대상자들의 주소지로부터 평균적으로 가장 짧은 물리적 거리를 갖는 것으로 나타났다. 적극적 모형을 적용하여 최대 3개의 거점 주민센터를 설치한다고 가정하면, 인창동, 수택1동, 수택2동이 거점 주민센터이다.

셋째, 남양주의 경우 소극적 모형에서는 4개, 적극적 모형에서는 6개의 거점화된 주민센터에서 복지업무를 수행하게 된다. 소극적 모형일 경우 호평동, 평내동, 화도읍, 수동면이 가장 높은 접근성을 갖는 것으로 나타났다. 적극적 모형을 적용하게 되면, 금곡동, 평내동, 호평동, 오남읍, 화도읍, 진건읍이 사례관리대상자들로부터 가장 짧은 물리적 거리를 갖는 것으로 나타났다.

넷째, 파주의 경우 소극적 모형에서는 4개, 적극적 모형에서는 6개의 거점화된 주민센터에서 복지업무를 수행할 수 있다. 소극적 모형의 경우 파주읍, 교하동, 금촌3동, 금촌1동이 가장 짧은 거리를 갖는 주민센터로 나타났다. 적극적 모형의 경우에는 금촌3동, 금촌1동, 월롱면, 교하동, 파주읍, 금촌2동이 사례관리대상자 거주지로부터 가장 접근성이 높은 것으로 나타났다.

<표 4> 소극적 모형과 적극적 모형에 따른 읍·면·동 현황

소극적 모형	적극적 모형
<p data-bbox="312 1450 340 1537"><안산시></p> 	<p data-bbox="334 703 362 790"><안산시></p> 
<p data-bbox="701 1450 728 1537"><과천시></p> 	<p data-bbox="718 703 746 790"><과천시></p> 
<p data-bbox="289 1070 316 1159"><구리시></p> 	<p data-bbox="289 336 316 425"><구리시></p> 
<p data-bbox="732 1070 760 1159"><남양주시></p> 	<p data-bbox="732 336 760 425"><남양주시></p> 

2) 사례관리대상자와 주민센터와의 거리

다음 <표 5>는 사례관리대상자 즉 서비스이용자와 서비스공급자인 주민센터와의 물리적 거리를 현재 읍·면·동 상태를 유지하는 모형과 읍·면·동 통합을 가정한 적극적 모형 및 소극적 모형에 따라 측정된 결과이다. 현재 읍·면·동을 그대로 유지할 경우, 서비스공급자와 이용자간의 물리적 거리는 안산시는 695미터, 구리시는 590미터, 파주는 1,698미터, 남양주는 1,138미터로 측정되었다. 도시지역이 도농복합지역보다는 주민센터와 사례관리대상자간의 물리적 거리가 더 짧은 것으로 나타났다. 도시지역이라고 해도 구리와 같은 중소도시가 안산과 같은 큰 도시에 비해 주민센터와 서비스이용자간의 직선거리가 더 짧게 나타났다.

소극적 모형처럼 4개의 읍·면·동을 1개의 거점화된 주민센터로 통합하여 복지업무를 수행한다고 가정하였을 때, 서비스공급자와 이용자간의 물리적 거리는 안산시는 1,837미터, 구리시는 901미터, 파주시는 3,575미터, 남양주시는 2,669미터로 나타났다. 적극적 모형을 적용하였을 때, 현재 읍·면·동 모형에 비하여 거리가 가장 증가한 도시는 안산으로 약 2.6배가 증가하였다. 그 다음으로 파주와 남양주가 약 2배정도 거리가 증가하였다. 끝으로 구리시가 약 1.5배 정도 거리가 증가하였다. 특히, 도농복합지역인 파주의 경우, 주민센터와의 직선거리가 3.5km에 달하여 절대적인 물리적 거리가 가장 긴 것으로 나타났다.

소극적 모형으로 대응표본 T검증을 진행할 결과 t값이 모두 음수를 나타내고 있어 거리가 현재보다 떨어진 것으로 나타났다. 또한 유의확률이 모두 .05보다 낮아서 통계적으로도 4개 도시 모두에서 사례관리대상자와 읍면동사무소와의 거리가 유의미하게 떨어져 접근성이 약화된 것을 알 수 있다.

다음으로 3개의 읍·면·동을 1개의 거점화된 주민센터로 통합하여 복지업무를 수행하는 적극적 모형을 가정하였을 때, 서비스공급자와 이용자간의 물리적 거리는 안산시는 1,485미터, 구리시는 635미터, 파주시는 3,332미터, 남양주시는 1,724미터의 거리를 갖는 것으로 나타났다. 읍·면·동의 유지 모형과 비교하였을 때, 구리와 같은 중소도시의 경우 직선거리가 45미터 증가한 것으로 나타나 물리적 접근성에서는 큰 차이가 없는 것으로 나타나고 있다. 한편, 안산시와 같은 규모가 대도시의 경우 790미터 직선거리가 증가하여, 여전히 앞의 소극적 모형처럼 서비스공급자와 이용자간의 물리적 거

리가 약 2배 정도 증가한 것으로 나타났다. 끝으로 파주시와 남양주시의 경우 약 1.5 배 증가한 것으로 나타나고 있다.

이에 대해 대응표본 T검증을 진행할 결과 구리시를 제외한 안산, 파주, 남양주의 경우 사례관리대상자와 읍면동간의 거리가 멀어진 것으로 나타났다. 또한 유의확률 역시 .05보다 낮게 나타나 통계적으로도 접근성이 약화되었음을 알 수 있다. 반면, 구리시의 경우 앞서 제시했듯이 실제 거리상의 변화가 크지도 않고, 이런 거리의 변화가 통계적으로도 유의미하지 않게 나타났다.

<표 5> 서비스이용자와 서비스공급자간의 직선거리(단위 : meter)

구분	현 읍면동		소극적 모형		현 읍면동		적극적 모형		사례수
	평균	SD	평균	SD	평균	SD	평균	SD	
구리	590.0	432.6	901.6	934.3	590.0	432.6	635.3	662.7	78
	t = -3.735 p = .000				t = -.870 p = .387				
안산	695.8	514.6	1837.4	2,324.8	695.8	514.6	1485.7	2,265.4	100
	t = -4.770 p = .001				t = -3.388 p = .001				
파주	1698.6	1,445.9	3575.3	2,921.8	1698.6	1,445.9	3332.2	2,987.6	79
	t = -5.191 p = .000				t = -4.434 p = .000				
남양주	1138.9	1,032.0	2668.9	2,281.5	1138.9	1,032.0	1724.3	1,677.9	56
	t = -4.559 p = .000				t = -2.264 p = .0208				

이상의 결과를 종합해보면, 첫째, 안산과 같은 규모가 큰 도시의 경우에는 거점화된 주민센터에서 복지업무를 수행할 경우 물리적 접근성은 중소도시에 비해 낮아지는 것으로 나타났다. 때문에 거점화된 주민센터에서 복지업무를 수행할 경우에는 그 수에 대한 검토가 충분히 이루어질 필요가 있다. 그럼에도 적극적 모형에 제시된 안산시의 물리적 거리는 파주의 현재 읍·면·동 모형의 거리보다도 짧았다.

둘째, 구리시와 같은 중소도시의 경우 거점화된 주민센터 설치이후 물리적 접근성이

크게 나빠지지 않을 수 있음을 보여주었다. 즉 지역 자체의 물리적 면적이 적고 주민 센터가 상대적으로 밀착되어 있는 중소도시의 경우, 복지업무를 거점화된 주민센터에서 실시하도록 변화시킬 때 접근성이 크게 악화될 가능성이 낮음을 보여주었다.

셋째, 도농복합지역의 경우 거점화된 주민센터에서 복지업무를 수행할 경우 접근성이 악화될 소지가 가장 높은 것으로 나타났다. 즉 도농복합지역의 경우 지역의 면적이 넓고 인구 분포가 도시에 비하여 밀집적이지 못하므로 읍·면·동의 통합 모형이 접근성을 더 악화시킬 수 있다는 것이다. 한편, 남양주의 경우 파주와 같은 도농복합지역임에도 불구하고 적극적 모형의 경우 접근성이 크게 나빠지지 않는 것으로 나타났다. 남양주가 파주에 비해 인구밀집도가 더 높기 때문에 나타난 현상이라고 설명될 수 있다.

V. 결론

본 연구는 공공복지서비스 전달체계의 효율적 개편을 위해 논의되는 읍·면·동 통합 전략이 실제로 주민의 서비스 접근성을 얼마나 변화시킬 것인지를 탐색하는 연구이다. Q-GIS 프로그램을 활용해 안산, 구리, 파주, 남양주에서 읍·면·동을 통합하여 거점화된 주민센터를 설치할 경우 주민접근성이 얼마나 변화하는지를 측정하였다. 특히, 중앙정부의 주민센터허브화 전략에서 제안되었던 읍·면·동 통합 수준을 기반으로 사례관리대상자와 주민센터 사이의 물리적 거리를 소극적 모형과 적극적 모형으로 설정하고, 이를 현재의 읍·면·동 유지 모형과 서로 비교·분석하였다.

주요한 연구 결과를 제시하면, 첫째, 주민센터의 현재 위치에서 사례관리대상자와의 물리적 거리를 측정하면, 중소도시가 가장 짧고, 도농복합지역이 가장 긴 것으로 나타났다. 읍·면·동과의 물리적 거리가 도시지역은 1킬로미터가 되지 않는 반면, 파주의 경우 2킬로에 가까웠다. 또한 구리나 안산의 경우에 같은 도시지역이라 해도 구리와 같이 면적이 적은 중소도시에서 직선거리가 더 짧게 나타났다. 홍현미라 연구(2008)에서도 서비스에 대한 접근성 향상 노력이 대도시 중심으로 이뤄지면서 농촌지역이 상대적으로 공간적 불평등에 노출되고 있음을 지적하였다. 또 다른 연구에서도(김이배·안재성, 2014) 시지역이 군지역보다 접근성이 1.5배~2배 정도 높은 것으로 나타났다.

본 연구결과에서도 시지역보다는 읍이나 면이 혼재되어 있는 도농복합지역에 거주하는 사례관리대상자가 공간적 불평등에 가장 많이 노출되어 있음을 보여주어, 기존 연구 결과를 뒷받침하였다.

둘째, 읍·면·동 통합 전략을 가정하는 거점화된 주민센터 모형에서 4개의 읍·면·동을 1개의 거점화된 주민센터로 통합하는 소극적 모형의 경우 전반적으로 물리적 접근성이 악화되는 것으로 나타났다.

셋째, 3개의 읍·면·동을 1개의 거점화된 주민센터로 통합하는 적극적 모형의 경우, 중소도시에서는 접근성에 거의 차이가 없는 것으로 나타났다. 반면, 대도시나 도농복합지역에서 거점화된 주민센터를 운영할 때 접근성에서 차이를 보였으며, 이는 지역의 특성을 감안하여 통합의 수준을 구상해야함을 보여주었다. 예를 들어, 남양주와 같은 지역은 도농복합지역이라도 적극적 모형에서는 물리적 거리가 과주에 비하여 크게 악화되지 않는다는 점에서 혼합모형을 검토하는 것이 필요하겠다. 반면, 과주의 경우 소극적 모형이나 적극적 모형의 모두의 경우에서 주민센터까지의 절대적 물리거리가 3km가 넘기 때문에 읍·면·동의 통합 전략보다는 현재의 읍·면·동 수준을 그대로 유지하는 것이 더 적절할 것으로 판단되었다.

이러한 결론을 해석할 때 몇 가지 연구의 한계를 고려해야 할 것이다. 첫째, 비록 도시 규모나 형태, 그리고 빈곤층의 규모를 최대한 고려하여 대표적인 도시를 본 연구의 사례 분석 대상으로 선정하였으나, 이 연구의 결과를 타 시·군·구로 일반화시키는 데 일정 수준의 한계를 가질 수 있다. 둘째, 물리적 거리를 정확하게 파악하기 위해서는 교통상황을 반영하는 것이 필요하다. 도시지역은 상대적으로 다양한 교통편이 있지만, 농촌지역은 교통수단 측면에서 한계가 있다(조대현 외, 2010). 실제 교통수단의 수가 제한되어 있고, 차량배차 역시 긴 특징이 있다. 더구나 시·군 중심에 위치한 읍지역을 중심으로 교통편이 더 발달되어 있어 물리적 거리상으로는 옆의 면이 가까울지라도 교통상황 때문에 상대적으로 거리가 먼 읍지역에 보다 쉽게 접근할 가능성도 있다. 따라서 교통편이나 차량배차 등과 관련된 다각도의 자료를 수집하여 접근성을 측정하는 후속연구가 필요할 것이다.

이러한 한계에도 불구하고 이 연구를 통하여 중앙정부에서 시도하려했던 읍·면·동의 통합 수준은 지역의 특성을 감안하여 유연하고 차별적으로 설계될 필요가 있음을 알 수 있었다.

끝으로 기존의 접근성 연구가 주로 주관적인 인식이나 만족도에 그쳤던 반면, 본 연구에서는 개인의 주소지를 확보하여 서비스 공급자에 대한 실질적 거리를 측정하였다. 이는 보다 객관적이고 과학적인 접근성 연구가 가능하게 되었다는 점에서 진일보한 연구라고 할 수 있겠다.

참고문헌

- 강혜규 외. 2013. 『지방자치단체 복지 전달체계 개편방안연구』. 한국보건사회연구원.
- 강혜규. 1998. “한국의 공공복지전달체계 개편 실험의 성과분석-보건복지사무소를 중심으로”. 『연세사회복지연구』 5: 1~36.
- 국무조정실·보건복지부. 2013.9.10. “보도자료-맞춤형 복지전달체계 구축 방안”.
- 김문근. 2005. 『정신장애인의 사회복지시설 접근성과 이용에 관한 연구』서울대학교 석사학위논문.
- 김영중. 2010. 『사회복지행정』서울: 학지사.
- 김이배·안재성. 2014. “GIS를 활용한 경북 사회복지 이용시설의 접근성 비교 연구”. 『사회복지정책』 41(3), 107-129.
- 도유록. 2010. 『서비스 접근성이 결혼이주여성의 다문화가족지원센터 서비스 이용 만족에 미치는 영향』. 서울대학교 대학원 석사학위 논문.
- 민소영. 2015. “한국의 사례관리 전개 과정과 쟁점 고찰”. 『한국사회복지행정학』 17(1), 213-239.
- 박영미·김경명. 2007. “지방공공복지 전달체계 개편과정에 관한 분석”. 『지방정부연구』 11(4): 223-245.
- 백학영·윤민석. 2007. “서비스 접근성이 노인의 복지서비스 이요에 미치는 영향”. 한국사회복지학회 2007년도 세계학술대회 자료집: 219-225.
- 보건복지부. 2012. 『2012 사회복지통합업무안내』. 보건복지부.
- 성은미·안경석·박경숙·백민희·민소영. 2012. 『공공복지전달체계 개편연구 - 무한돌봄 종합복지센터 시범사업모형개발-』. 경기복지재단.
- 성은미·백민희. 2013. 『지도로 보는 경기도 읍면동 복지욕구』. 경기복지재단.
- 성은미·전재현·민소영·허성민. 2014. 『주민센터허브화에 따른 접근성 연구: 거점단위의 복지업무 수행방식을 중심으로』경기복지재단.
- 이성기 외. 1995. 『보건복지사무소 모형개발 및 1차년도 운영평가』. 한국보건사회연구원.
- 이재완·허선. 2000. “보육서비스 전달체계의 발전방안에 관한 연구”. 『한국영유아보육학』 21: 183-203.
- 이현주·유진영·권영혜. 2007. 『복지전달체계 개편을 위한 행정기능 재조정 방안』한국보건사회연구원.

- 정인길. 1992. “서울시내 관광지의 장애인 접근성 확보를 위한 편의시설에 관한 연구”. 『대학건축학회논문집』. 22(7): 3-10.
- 조대현·신정엽·김강영·이건학. 2010. “농촌지역 공공 보건서비스에 대한 공간적 접근성 분석”. 『한국지역지리학회지』 16(2): 137-153.
- 최영. 2010. “보육서비스 이용 부모의 보육접근성 만족도 및 서비스 욕구 비교 연구: 서울 특별시를 중심으로”. 『한국영유아보육학』. 10(1): 73-98.
- 홍현미라. 2008. “사회복지시설의 공간접근성에 관한 실증연구: 거리측정과 시간거리측정에 대한 비교분석”. 『사회복지연구』. 37: 35-62.
- Guagliardo, M.F. 2004. “Spatial accessibility of primary care: Concepts, methods and challenges.” *International Journal of Health Geographics* 3(3).
<http://www.ij-healthgeographics.com/content/3/1/3>.
- Guagliardo, M.F., Ronzio, D.R., Cheung, K., Chacko, E. & Joseph, J.G. 2004. “Physician accessibility: An urban case study of pediatric providers.” *Health & Place* 10(3): 273-283.
- Kim, H. 2005. “A GIS-based analysis of spatial patterns of individual accessibility: A critical examination of spatial accessibility.” *Journal of the Korean Geographical Society* 40(5): 514-532.
- Mobley, L. 1998. “Effects of selective contracting on hospital efficiency, costs and accessibility.” *Health Economics Health Econ* 7. 1998.
- Niemeier, D. A. 1997. “Accessibility: An evaluation using consumer welfare. *Transportation* 24: 377-396
- Penchansky, R. & Thomas, J. W. 1981. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2): 127-140.

Abstract

The geographical access of welfare recipients to the public community service center under the integration of the centers focusing on 4 cities in Gyeonggi Province.

Seoung Eun Mi* · So-Young Min**

This study predicts the geographical access to the public community service center under the assumption of the public community service centers. Two models measuring the geographical access to the center were designed : a passive model and an active model. The passive model represents a model which produces one community service center integrating 4 centers. The active model represents a model which produces one community service center integrating 3 centers. The GIS analysis compared the direct distance from the house of case management recipients to the community service centers among the existing model, the passive model, and the active model of 4 cities, Guri, Ansan, Pajoo and Namyangjoo.

This study found that the passive model resulted in the increase of the geographical access by more than two times among 4 cities from the present location of the public community service center. The active model did not show the noticeable differences in the geographical access from the present location of the public center in the small and medium-size city. However, the large-size city and the urban-rural complex city experienced the increase of the geographical access by more than two times under the active model. The geographical access by the types of cities should be addressed when the integration of the public community service centers was planned.

key words: accessibility, public community service centers., GIS analysis

[논문투고일: 2015.03.03, 논문심사일: 2015.05.04, 심사완료일: 2015.05.13]

* Researcher, Gyeonggi Welfare Foundation

** Associate professor, Kyonggi University