

서울시 위탁 아동복지시설 운영방안 연구

정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 지원체계 개발방향

Seoul Foundation of Women & Family



서울시여성가족재단
Seoul Foundation of Women & Family

SEOUL FOUNDATION OF WOMEN & FAMILY

서울시 위탁 아동복지시설 운영방안 연구

- 정서 · 행동적 어려움이 있는 아동을 위한 지원체계 개발 방향

contents

I . 서론 ● 01

제1절 연구목적 및 필요성	3
제2절 연구의 내용	6
제3절 연구방법	9
1. 문헌연구	9
2. 주요정보제공자 조사(Key Informant Survey)	10
3. 기관내부자료 분석	10
4. 포커스 그룹 인터뷰(Focus Group Interview)	10
5. 선진국 사례 벤치마킹	11
6. 전문가 인터뷰	12
7. 전문가 자문 및 토론회	12

II. 서울시 정서·행동적 어려움이 있는

아동을 위한 지원 체계 현황 및 선진국 지원 체계 현황 ● 13

제1절 정서·행동적 어려움이 있는 아동에 관한 개념적 논의	15
1. 정서·행동적 어려움이 있는 아동에 대한 개념 정의	15
2. 정서·행동적 어려움이 있는 아동에 대한 지원방향	20
3. 소결	29

제2절 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 정책 및 전달체계 현황	30
1. 정책현황	31
2. 전달체계 현황	36
3. 소결	51
제3절 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 서비스 수요	54
1. 조사대상 및 자료수집 절차	54
2. 조사내용	54
3. 조사결과	55
4. 소결	94
제4절 선진국의 정서·행동적 어려움이 있는 아동 지원 시스템 현황	96
1. 각국의 전반적인 아동복지 서비스 지원 시스템	96
2. 미국의 정서·행동적 어려움이 있는 아동 지원 시스템 : 체계적 보호 접근 (Systems of Care Approach)	103
3. 소결	107

III. 서울시 위탁 아동복지시설 현황분석 및 개선방안 :

서울시립소년의 집과 서울시립아동상담치료센터를 중심으로 ● 109

제1절 기관현황	111
1. 서울시립소년의집	111
2. 서울시립아동상담치료센터	117
제2절 서울시 위탁 아동복지시설에 대한 SWOT 분석	127
1. 분석틀	127

2. 자료수집 절차 및 방법	128
3. 분석결과	130
4. 서울시립아동상담치료센터	147
5. 소결	167
 제3절 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 선진국 관련 시설 사례분석 ...	171
1. 미국의 사례 : Green Chimneys와 Youth Villages	171
2. 영국의 사례	179
3. 일본의 사례	182
4. 소결	184

IV. 서울시 위탁 아동복지시설 운영방안 :

요보호 정서·행동적 어려움을 가진 아동을 위한 보호치료체계 ● 187

제1절 아동보호치료시설 설치를 위한 전문가 인터뷰에서 제시된 방향	189
1. 전문가 인터뷰 조사 개요	189
2. 전문가 인터뷰 조사의 주요 결과	190
3. 소 결	203
 제2절 서울시 아동보호치료시설 운영방안	204
1. 아동보호치료시설 운영방안 개요	204
2. 아동보호치료시설의 주요 대상	205
3. 아동보호치료시설의 개념과 특성	206
4. 아동보호치료시설의 전달체계 구축	208
5. 운영모형의 대안들	209
6. 시설운영의 원칙	212

7. 서비스 접근 전략	215
8. 소결	221

참고문헌 ● 223

부록 ● 229

● 표 목차

표 II-1-01	정서·행동적 장애의 유형과 증상, 원인	16
표 II-2-01	서울시소아청소년정신보건센터 주요사업	41
표 II-2-02	지역정신보건센터 사업비중	42
표 II-2-03	지역정신보건센터 아동·청소년 정신보건 사업	43
표 II-2-04	아이존 이용대상 및 질환별 이용 아동 현황(2007)	45
표 II-2-05	정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 지역사회복지관 사업 현황	47
표 II-2-06	사설상담치료센터의 기능 및 인력 구조	51
표 II-3-01	조사내용	54
표 II-3-02	조사대상자의 인구사회학적 특성	55
표 II-3-03	조사대상자의 기관별 분포	56
표 II-3-04	조사대상자의 직위	56
표 II-3-05	조사대상자의 전문성	57
표 II-3-06	조사대상자의 경력	58
표 II-3-07	정서·행동적 어려움이 있는 아동 관련 조사대상자가 소지하고 있는 자격증	58
표 II-3-08	정서·행동적 어려움이 있는 아동에 대한 개입을 위해 조사대상자가 받은 교육훈련(최대 3가지 응답)	59
표 II-3-09	조사대상자가 속한 기관의 운영주체	59
표 II-3-10	조사대상자가 속한 기관 직원의 규모	60
표 II-3-11	조사대상자가 속한 기관의 행정자치구역별 분포	60
표 II-3-12	생활시설 입소 인원 수 및 정서·행동적 어려움이 있는 아동 비율	61
표 II-3-13	이용시설 이용 인원 및 정서·행동적 어려움이 있는 아동 비율	61
표 II-3-14	정서·행동적 어려움이 있는 아동의 연령별 비율	62
표 II-3-15	정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 핵심 지원 사업 : 핵심 지원 사업 세 가지	62

표 II-3-16	외부기관과의 연계를 통해 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위해 도움을 제공하는 서비스 영역 : 중복선택	63
표 II-3-17	생활시설, 이용시설, 종합시설별 서비스 제공 수준 평가 및 서비스 강화 욕구	65
표 II-3-18	기관 유형별 서비스 제공 수준 평가 및 서비스 강화 욕구 차이검증 ..	67
표 II-3-19	직원 규모별 서비스 제공 수준 평가 및 서비스 강화 욕구	69
표 II-3-20	조사대상자가 속한 기관의 직원 규모별 서비스 제공 수준 평가 및 서비스 강화 욕구 차이검증	71
표 II-3-21	정서·행동적 어려움을 가진 아동 비율별 서비스 제공 수준 평가 및 서비스 강화 욕구	73
표 II-3-22	정서·행동적 어려움이 있는 아동 비율별 서비스 제공 수준 평가 및 서비스 강화 욕구 차이	75
표 II-3-23	정서·행동적 어려움이 있는 아동 연령별 서비스 제공 수준 평가 및 서비스 강화 욕구	76
표 II-3-24	자치구별 심리상담 서비스의 제공 수준 평가 및 서비스 강화 욕구 ...	79
표 II-3-25	자치구별 의료지원 서비스의 제공 수준 평가 및 서비스 강화 욕구 ...	81
표 II-3-26	자치구별 사회적 보호 서비스의 제공 수준 평가 및 서비스 강화 욕구 ..	83
표 II-3-27	자치구별 교육지원 서비스의 제공 수준 평가 및 서비스 강화 욕구 ...	85
표 II-3-28	자치구별 문화여가 서비스의 제공 수준 평가 및 서비스 강화 욕구 ...	87
표 II-3-29	자치구별 가족지원 서비스의 제공 수준 평가 및 서비스 강화 욕구 .	89
표 II-3-30	자치구별 지역사회연계 서비스의 제공 수준 평가 및 서비스 강화 욕구 ...	91
표 II-3-31	자치구별 사례관리의 제공 수준 평가 및 서비스 강화 욕구	93
표 III-1-01	서울시립소년의집 종사자 분포	114
표 III-1-02	서울시립소년의집 아동 현원(2007년 기준)	114
표 III-1-03	서울시립아동상담치료센터 본관 및 별관 시설 현황	121
표 III-1-04	서울시립아동상담치료센터 직원 구성 현황	121
표 III-1-05	서울시립아동상담치료센터 직원 전문성 현황	122

표 III-1-06	서울시립아동상담치료센터 연령별 아동 현황	123
표 III-1-07	서울시립아동상담치료센터 문제 행동별 아동 현황	123
표 III-1-08	서울시립아동상담치료센터 치료 공동체 세부 프로그램	125
표 III-1-09	서울특별시동부아동보호전문기관 프로그램	127
표 III-2-01	소년의집 FGI 참여자 및 주제	129
표 III-2-02	서울시립아동상담치료센터 FGI 참여자 및 주제	129
표 III-2-03	서울시립소년의집 운영주체, 환경, 자원에 따른 운영 방향성	146
표 III-2-04	서울시립소년의집의 향후 운영방안	168
표 III-2-05	서울특별시립아동상담치료센터의 향후 운영방안	170
표 IV-1-01	전문가 개별 인터뷰 참여자 특성	190
표 IV-2-01	아동보호치료시설 운영모형의 대안들	211
표 IV-2-02	아동의 권리와 욕구	212
표 IV-2-03	사회통합	213
표 IV-2-04	전문화	214
표 IV-2-05	‘체계적 보호’의 실천원리와 아동보호치료시설 서비스의 특징 비교	216
표 IV-2-06	아동보호치료시설의 인력 운영 방식	217

● 그림 목차

〈그림 I-2-01〉	연구 내용	6
〈그림 I-3-01〉	Focus Group Interview 과정	11
〈그림 II-2-01〉	관악지역 아동·청소년 정신건강증진사업 추진체계	34
〈그림 II-2-02〉	정서행동적 어려움을 가진 이동을 위한 청소년담당관 전달체계도	36
〈그림 II-2-03〉	서울특별시 아동복지센터 추진체계도	37
〈그림 II-2-04〉	정서행동적 어려움을 가진 이동을 위한 보건정책담당관 전달체계도	40

〈그림 II-2-05〉 아이존 영역별 프로그램 및 이용경로	44
〈그림 II-2-06〉 아이존 관리체제와 서비스	45
〈그림 II-2-07〉 요보호 정서행동적 어려움이 있는 아동을 위한 보호치료시설 설치 전 ...	53
〈그림 II-2-08〉 요보호 정서행동적 어려움이 있는 아동을 위한 보호치료시설 설치 후 ..	53
〈그림 II-3-01〉 기관 유형별 서비스 제공 수준 평가, 서비스 강화 욕구, 욕구와 평가의 격차	66
〈그림 II-3-02〉 직원 규모별 서비스 제공 수준 평가, 서비스 강화 욕구, 욕구와 평가의 격차	70
〈그림 II-3-03〉 정서·행동적 어려움을 가진 아동 비율별 서비스 제공 수준 평가, 서비스 강화 욕구, 욕구와 평가의 격차	74
〈그림 II-3-04〉 정서·행동적 어려움이 있는 아동 연령별 서비스 제공 수준 평가, 서비스 강화 욕구, 욕구와 평가의 격차	77
〈그림 II-3-05〉 자치구별 심리상담 서비스의 제공 수준 평가, 서비스 강화 욕구, 욕구와 평가의 격차에 관한 분포 특성(GIS 분석)	80
〈그림 II-3-06〉 자치구별 의료지원 서비스의 제공 수준 평가, 서비스 강화 욕구, 욕구와 평가의 격차에 관한 분포 특성	82
〈그림 II-3-07〉 자치구별 사회적 보호 서비스의 제공 수준 평가, 서비스 강화 욕구, 욕구와 평가의 격차에 관한 분포 특성	84
〈그림 II-3-08〉 자치구별 교육지원 서비스의 제공 수준 평가, 서비스 강화 욕구, 욕구와 평가의 격차에 관한 분포 특성	86
〈그림 II-3-09〉 자치구별 문화여가 서비스의 제공 수준 평가, 서비스 강화 욕구, 욕구와 평가의 격차에 관한 분포 특성	88
〈그림 II-3-10〉 자치구별 가족지원 서비스의 제공 수준 평가, 서비스 강화 욕구, 욕구와 평가의 격차에 관한 분포 특성	90
〈그림 II-3-11〉 자치구별 지역사회연계 서비스의 제공 수준 평가, 서비스 강화 욕구, 욕구와 평가의 격차에 관한 분포 특성(GIS 분석)	92
〈그림 II-3-12〉 자치구별 사례관리의 제공 수준 평가, 서비스 강화 욕구, 욕구와 평가의 격차에 관한 분포 특성	94

〈그림 II-4-01〉 체계적 보호 접근법의 틀	104
〈그림 II-4-02〉 Albany County의 평가 Logic Model	106
〈그림 III-1-01〉 서울시립아동상담치료센터 조직도	122
〈그림 III-2-01〉 SWOT 분석 절차	128
〈그림 III-2-02〉 소년의집 SWOT 분석	130
〈그림 III-2-03〉 소년의집 SWOT 분석을 통한 전략	144
〈그림 III-2-04〉 소년의집 향후 운영방안	145
〈그림 III-2-05〉 서울특별시립 아동상담치료센터 SWOT 분석	147
〈그림 III-2-06〉 아동상담치료센터에서 제시하는 유사 기관과의 차별성	151
〈그림 III-2-07〉 아동상담치료센터의 입소과정	156
〈그림 III-2-08〉 아동상담치료센터 SWOT 분석을 통한 전략	163
〈그림 III-3-01〉 Green Chimneys Residential Treatment Center	174
〈그림 III-3-02〉 MST의 시스템	177
〈그림 III-3-03〉 Youth Village의 치료시설	178
〈그림 III-3-04〉 시세이 학사	183
〈그림 IV-2-01〉 서울시 위탁 아동보호치료시설 운영방안 개요	204
〈그림 IV-2-02〉 아동보호치료 단계에서 아동보호치료시설의 위치	206
〈그림 IV-2-03〉 서울시의 요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 복지시설 전달체계	208
〈그림 IV-2-04〉 서울시 아동보호치료시설 운영 모형: 지역별 경쟁모형	211
〈그림 IV-2-05〉 아동보호치료시설의 서비스 접근 전략	215
〈그림 IV-2-06〉 아동보호치료시설의 사례관리 체계 중심의 서비스 접근	217
〈그림 IV-2-07〉 아동보호치료시설의 제공 서비스	218
〈그림 IV-2-08〉 아동보호치료시설의 서비스 제공 과정	220

▣ 연구 요약

I 서론

제1절 연구목적 및 필요성

- 최근 아동들은 급격한 변화와 끊임없는 경쟁을 요구하는 환경에서 성장하면서, 이러한 환경적 요구에 따라 아동들이 경험하는 정서·행동적 어려움은 날로 증가하고 있음. 최근 실시되고 있는 각종 조사 결과에서도 아동들의 정서적인 고통과 부적응, 발달의 문제는 심각한 수준으로 증가하고 있는 것으로 보고되고 있음
- 우리사회는 아동의 정서·행동적 어려움에 대한 전반적인 이해수준이 낮고, 아직까지는 이들에 대한 지원이 사회적 책임으로 인식되고 있지 않아 정서·행동적 어려움이 있는 아동들에 대한 대응 및 예방에 있어서 정부차원의 정책적 노력은 매우 미미한 수준임. 정서·행동적 어려움이 있는 아동에 대한 사회적 지원체계가 미비한 상황에서, 요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동들은 자연스럽게 치료의 사각지대에 놓임으로써, 어쩔 수 없이 방치되고 있는 것이 현실임
- 서울시는 이러한 문제와 현실에 주목하여, 아동복지서비스의 실질적인 운영과 전달 주체로서의 공적 책무를 다하기 위해 요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동들을 위한 지원체계 구축 방안 마련을 모색함
- 본 연구의 첫 번째 목적은 서울시가 계획하고 있는 요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 지원시스템 마련의 현실적합성을 검증하고, 이러한 지원 시스템이 효과적으로 기능하기 위해 서울시가 시스템 구축과정에서 반드시 고려해야 할 사항들을 도출하여 제시하는데 있음
- 정서·행동적 어려움이 있는 아동에 대한 지원 시스템은 매우 복잡적이면서도 다양한

전문성을 요함. 따라서 전문인력 뿐만 아니라, 다양한 상담·치료프로그램이 가능할 수 있는 인프라가 담보되어야 하는데, 이는 안정적인 재정확보와 함께 운영주체의 역량과 직결되는 이슈임. 따라서 이러한 요건이 충족될 수 있는 ‘서울시립소년의 집’과 ‘서울시립아동상담치료센터(구, 서울시립동부아동상담소)’를 요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 서비스 제공의 주체로서 고려함

- 이에 본 연구의 두 번째 목적은 서울시의 대표적인 위탁 아동복지시설인 서울시립소년의 집 및 서울시립아동상담치료센터가 요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 대상으로 한 서비스의 중심기관으로서 기능하기 위한 구체적인 변화전략을 제시하는데 있음
- 구체적으로는 두 개 기관의 역사성과 전문성, 현재의 보유자원 및 변화가능성 분석에 기초한 구조조정(Organizational Restructuring) 및 기능전환(Organizational Functional Transformation) 전략을 도출하고, 서울시립소년의 집과 서울시립상담치료센터가 정서·행동적 어려움이 있는 요보호 아동 서비스 중심기관인 ‘서울시아동보호치료시설’로서 기능하기 위해 아동권리 관점에서 반드시 확보해야 할 기준을 제시하고자 함

제2절 연구의 내용

- 본 연구는 서울시가 국내 최초로 요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 전문적 서비스를 제공하는 아동보호치료시설을 운영하고자 하는 계획에 대한 적절성을 검토하고, 요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 전문기관의 요건(기준)을 체계화 함
- 이를 위해, 다음과 같은 내용을 연구하였음

1. 서울시 정서·행동적 어려움이 있는 아동 지원체계의 적절성 검증 및 주요 고려요인 도출

1-1. 정서·행동적 어려움이 있는 아동의 개념정의 및 지원관점 분석

서울시 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 지원체계 적절성 검증의 첫 단계로 핵심 대상인 정서·행동적 어려움이 있는 아동에 대한 개념을 정의하고, 이들을 대상

으로 하는 복지 서비스가 어떠한 철학을 기반으로 해야 하는가에 대한 이론적 방향을 정립함

1-2. 서울시 지원정책 및 전달체계 현황 분석

현재 서울시 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 정책현황과 전달체계를 개괄하고, 현재의 정서·행동적 어려움이 있는 아동 지원시스템에 기초해서 서울시가 계획하고 있는 아동치료보호시설 설치의 필요성과 적절성을 검토함

1-3. 정서·행동적 어려움이 있는 아동 지원과 관련한 서비스 수요 파악

서울시 아동복지서비스 네트워크 체계 내에 있는 아동시설(생활시설, 이용시설 등)을 대상으로 요보호아동을 위한 서비스에 대한 수요를 파악하고, 아동보호치료시설 설치 필요성을 검증함

1-4. 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 선진국지원시스템 분석

선진국의 정서·행동적 어려움이 있는 아동에 대한 지원 시스템에 대한 논의를 통해 이러한 아동에 대한 서울시의 지원체계 방향에 대한 시사점을 제시함

2. 서울시립소년의 집 및 서울시립아동상담치료센터가 구조조정과 기능전환을 통해 새롭게 요구되는 기능을 담지할 수 있는 아동보호치료시설로 변화하기 위한 개선방안 제시

2-1. 서울시립소년의 집 및 서울시립아동상담치료센터의 기관 현황 분석

기관의 목적, 대상, 주요기능, 연혁, 시설현황, 조직현황, 아동현황, 주요사업에 대한 분석을 실시하였고, 객관적 데이터와 사실(fact)에 기초한 기관현황 자료를 수집함

2-2. 서울시립소년의 집 및 서울시립아동상담치료센터의 SWOT분석

각 기관이 갖고 있는 강점(Strength)과 약점(Weakness), 기관 환경으로부터의 기회(Opportunity)와 위협(Threat)을 분석하고, 분석결과에 기초하여 각 기관의 구조조정(organizational restructuring) 과 기능전환(organizational functional transformation)을 위한 전략을 제시함

2-3. 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 선진국 시설 사례 분석

외국의 시설사례들에서 본 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 지원방향 시사점을 도출하고, 이를 서울시의 아동보호치료시설 운영방안 마련의 기초로 활용함

3. 서울시 위탁 아동복지시설 운영방안 : 요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 ‘아동보호치료시설’로의 전환

이제까지의 연구결과를 종합하여 서울시 위탁 아동복지시설의 운영방안으로 아동보호치료시설 설치를 제안하고, 아동보호치료시설의 운영원칙과 서비스 접근 전략을 제시함

제3절 연구방법

1. 문헌연구

- 문헌연구는 크게 세 가지 차원으로 실시함. 첫째, 정서·행동적 어려움이 있는 아동에 대한 개념정의와 지원방향에 대한 논의를 살펴봄. 둘째, 서울시 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 정책 및 전달체계 현황을 파악할 수 있는 각종 문헌, 정부간행물, 기관 웹사이트 자료를 분석함. 마지막으로, 선진국 아동복지서비스 및 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 정책 및 시설 현황을 파악할 수 있는 각종 문헌, 토론회 자료집, 웹 사이트 자료 등을 연구함

2. 주요정보제공자 조사(Key Informant Survey)

- 조사대상 : 서울시 25개 자치구의 아동·청소년 관련 기관종사자 대상
- 조사내용 : 정서·행동적 어려움이 있는 아동의 현황, 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 핵심 지원 사업에 대하여 조사함. 또한, 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위해 현재 제공하고 있는 서비스에 대한 수준 평가 및 향후 서비스 강화 욕구 등에 대하여 조사함
- 조사방법 : 자기기입식 설문조사
- 조사기간 : 2008년 9월 19일부터 10월 13일에 걸쳐 진행됨

3. 기관내부자료 분석

- '서울시립소년의 집'과 '서울시립아동상담치료센터'에 대한 심층적인 이해를 위해 서면으로 된 내부 자료를 분석함
- 기관 내부자료 분석을 통해 기관 목적, 주요기능, 연혁 등 기관개요, 주요 사업과 프로그램, 서비스 이용자 현황 및 이용실태 등에 대해 파악함. 이러한 분석을 통해 기관의 내외적 정체성을 분명히 하고, 당면문제와 현황, 보유자원 등을 객관적으로 파악함

4. 포커스 그룹 인터뷰(Focus Group Interview)

- 위탁 아동복지시설 위·수탁 주체를 대상으로 한 포커스 그룹 인터뷰 실시
- 서울시립소년의 집

	참여자		주 제
1차	1부	실무자 그룹 (총4명)	기관의 미션, 비전, 업무내용, 중장기계획
	2부	수녀님 그룹 (총4명)	
2차	서울시 관계자 및 소년의집 관계자 (총7명)		기관의 향후 방향성

- 서울시립아동상담치료센터

	참여자		주제
1차	1부	아동상담치료센터 실무자 그룹 (총3명)	기관의 미션, 비전, 업무내용, 중장기계획
	2부	아동보호전문기관 실무자 그룹 (총3명)	
2차	서울시 관계자 및 서울시립아동상담센터 관계자(총4명)		기관의 향후 방향성

- 진행방식 : 실현가능한 실천전략 마련을 위한 참여 성원의 자유로운 아이디어 도출함
- 인터뷰 내용은 모두 녹음하였으며, 이후 녹취를 하는 방식으로 진행함

5. 선진국 사례 벤치마킹

- 선진국 사례 벤치마킹은 두 가지 차원에서 이루어짐.
 - 첫째는, 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 지원체계를 구축하는데 있어서 선진국의 지원시스템을 살펴보고, 시사점을 도출함

- 두 번째로는, 요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 전문 보호치료시설 모델이 성공적으로 운영되고 있는 선진 외국의 우수사례를 분석하여 그 사례에서의 핵심 성공 요인 및 시사점 도출

6. 전문가 인터뷰

- 전문가 개별 인터뷰는 8명의 정서·행동적 어려움이 있는 아동들을 지원하고 연구하는 전문가들을 방문하여 비구조화 된 질문지를 가지고 인터뷰함
- 인터뷰 대상 : 학자와 실무자를 균형 있게 섭외하여 폭넓고 실용적인 해결방안을 모색하고자 함. 구체적으로 사회복지학과 교수, 소아정신과 교수, 그룹홈 시설장, 어린이병원 사회복지사, 양육시설 운영위원, 정신보건센터 팀장을 대상으로 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 시설과 서비스에 관하여 조사함
- 인터뷰 기간 : 2008년 8월부터 10월까지 3개월 동안 총 6회에 걸쳐서 진행됨
- 인터뷰 내용 : 서울시의 위탁시설인 서울시립소년의집과 서울시립아동상담치료센터의 변화 방향을 논의하면서 중장기적으로 서울시가 직접적으로 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 보호치료시설로 전환하는 것에 대한 타당성을 논의하였고, 아동보호치료시설의 관점과 내용에 대하여 구체적으로 제시함

7. 전문가 자문 및 토론회

- 전문가 자문은 2차에 걸쳐 진행됨.
 - 1차 자문은 연구 착수 단계에서 이루어졌으며, 연구방향과 연구내용의 선정에 관한 타당성, 분석틀 등에 대한 내용으로 진행됨.
 - 2차 자문은 연구 완료 단계에서 이루어졌으며, 연구결과를 토대로 도출된 변화방향 및 전략에 대한 적합성, 실현가능성에 대한 전문가 의견을 수렴함
- 연구결과에 대한 보다 다양한 의견을 수렴하기 위해 ‘서울시 정서·행동적 어려움이 있는 아동에 대한 사회적 책임’을 주제로 토론회를 개최하고, 전문가와 아동복지시설 종사자, 서울시 정책 추진 주체 등 다양한 주체들에 의해 논의된 내용을 최종 연구결과에 반영함

II

서울시 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 지원 체계의 현황 및 선진국 지원 체계의 현황

제1절 정서·행동적 어려움이 있는 아동에 관한 개념적 논의

○ 정서·행동적 어려움이 있는 아동에 대한 개념 정의

아동이 경험하는 정서 및 행동적 차이를 문제나 장애로 규정하기 보다는 사회적인 지원과 아동을 둘러싼 환경의 적극적인 노력에 의해 충분히 해결될 수 있는 ‘어려움’이라는 관점에서 서울시가 공적 책무성을 갖고 지원체계를 구축해야 하는 핵심대상집단(target population)을 ‘정서·행동적 어려움이 있는 아동’으로 명명하고, 범주는 18세 미만의 아동으로 정신보건과 특수교육에서 정의하는 정서장애와 행동장애를 모두 포함하는 개념으로 포괄적으로 적용함

○ 정서·행동적 어려움이 있는 아동에 대한 지원방향

첫째, 가족의 역할의 중요성

가족을 모든 개입의 중심에 두어야 한다는 가족 중심주의의 원리는 강점관점과 맞물려 가족의 잠재력을 인정하고 가족이라는 테두리 안에서 아동이 서비스를 받을 수 있도록 지원해야 한다고 강조함

둘째, 다학제적 접근의 중요성

복합적 문제를 지니고 있는 정서·행동적 어려움이 있는 아동에게는 다학제적 접근으로 통합적으로 서비스를 전달하는 것이 효과적인 접근임

셋째, 평가체계 구축을 통한 책무성 확보

정서·행동적 어려움이 있는 아동에 대한 서비스가 제대로 기능하고 있는지 그에 대한 책무성을 보장하기 위해서는 평가체계가 구축되어야 함

넷째, 지방정부 역할의 중요성

다학제적 접근, 책무성 확보 등을 위해 지방정부의 역할이 강조됨. 지방정부는 코디네이터, 감독관 그리고 지원자로서의 역할을 수행해야 함

제2절 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 정책 및 전달체계 현황

○ 정책현황

- 서울시 정서·행동적 어려움이 있는 아동에 대한 지원정책은 중앙정부(보건복지가족부, 교육과학기술부) 공통사업과 서울시 자체사업이 다각적인 측면에서 이루어지고 있음. 그러나 아동의 정서·행동적 어려움이 사회적으로 이슈화되기 시작한 역사가 짧고, 이에 대한 사회적 책임이 인식되기 시작한 것도 최근의 일이기 때문에 전반적으로 지원정책 수준은 매우 취약하고 부분적임
- 특히, 이러한 취약성으로 인해 저소득 취약계층 아동 혹은 시설 생활아동의 경우, 고비용으로 인해 조기예방과 적절한 치료에 어려움을 겪을 수밖에 없는 것이 현재 정서·행동적 어려움을 가진 아동을 위한 지원정책이 갖는 가장 큰 맹점임

○ 전달체계 현황

- 서울시의 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 공적전달체계는 청소년담당관과 보건정책담당관을 중심으로 하고 있음. 청소년담당관의 지원체계는 주로 요보호 아동 및 저소득 아동 중 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 치료와 보호 서비스 전달체계 구축에 초점을 두고 있고, 보건정책담당관은 일반 아동·청소년의 정신건강 예방, 진단, 치료, 사후관리를 위한 서비스 전달체계를 구축하는데 초점을 두고 있음
- 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 지원체계가 전반적으로 취약함. 일반아동에 대한 지원 기관은 '서울시소아·청소년정신보건센터'가 설립된 이후 빠른 속도로 증가하고 있는 추세임. 그러나 현행 지원체계를 수요와 연계시켜 살펴보면, 요보호 아동의 정서·행동적 어려움과 관련한 지원시스템이 매우 취약한 상황이고, 저소득 아동이 비용에 대한 부담을 최소화 하면서 전문적인 치료를 제공받을 수 있는 시설은 매우 부족함
- 이러한 상황에서 서울시가 공적책무성을 갖고 전문성을 담보한 보호치료시설을 설치하고, 서비스 전달 시스템을 새롭게 체계화 하는 것은 매우 적절함

제3절 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 서비스 수요

- 서울시 25개 자치구의 아동·청소년 관련 기관종사자를 대상으로 정서·행동적 어려움이

있는 아동의 현황과 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 핵심지원사업, 현재 제공하고 있는 서비스에 대한 수준평가 및 향후 서비스 강화 욕구를 조사한 결과 다음과 같은 시사점을 찾아볼 수 있음

- 첫째, 생활시설, 이용시설, 종합시설 모두 정서·행동적 어려움이 있는 아동에 대한 향후 서비스 강화 욕구가 3.5점 전후(4점만점)로 매우 높은 수준임
- 둘째, 서비스 영역별로는 심리상담서비스 분야에 대한 중요성이 강조됨. 심리상담서비스는 현재 제공하고 있는 서비스에 대한 수준평가 및 향후 필요한 욕구에 있어서도 높은 편으로 나타나 정서·행동적 어려움이 있는 아동에 대한 지원에 있어서 중요한 서비스로 인식되고 있음을 알 수 있음
- 셋째, 정서·행동적 어려움이 있는 아동과 관련한 의료지원의 중요성이 부각됨. 특히 이용시설보다 생활시설에서 의료지원에 대한 욕구가 높은 것으로 나타나 생활시설에 대한 의료지원의 중요성이 확인됨
- 넷째, 사회적 보호서비스에 대해서 현재 서비스 제공수준 평가와 강화욕구의 격차가 1점 내외로 어느 정도 욕구가 발견되고 있음. 이는 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위해서는 양육보호가 필요하다는 종사자들의 인식을 반영하는 것임
- 다섯째, 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 지원하기 위한 지역사회 지원체계 구축과 관련해서 종사자들의 인식과 현실 간에 다소 격차가 나타남. 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 효과적으로 지원하는데 있어 지역사회내의 네트워크 구축 및 유관기관간의 역할이 중요하므로 이에 대한 종사자들의 인식을 높일 필요가 있음
- 마지막으로, 정서·행동적 어려움이 있는 아동에 대한 지원에 있어서 자치구별로 서비스 평가와 욕구의 편차가 큼. 따라서 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 지원하는데 있어 권역별로 볼 필요성이 있음. 이러한 자치구별 욕구를 파악하고 서비스 제공하는데 있어 상위체계인 서울시의 역할이 중요함

제4절 선진국의 정서·행동적 어려움이 있는 아동 지원 시스템 현황

- 미국, 영국, 일본의 지원 시스템은 정서·행동적 어려움이 있는 아동이 궁극적으로는 가

정에서 치료를 받을 수 있도록 하는 것을 강조. 이는 가족친화적인 환경을 만들어야 한다는 철학과도 일맥상통하게 되고, 더 나아가 사회통합의 중요성과 동시에 대규모 시설보다는 그룹홈의 소규모 시설을 추구하는 탈시설화가 바람직함을 시사함

- 미국의 정서·행동적 어려움이 있는 아동 지원 시스템인 체계적 보호 접근법 (Systems of Care Approach)을 적용한 시스템을 중심으로 살펴보면, 대규모 양육시설은 규모를 줄여야 할 것이며, 양육시설에 머무르는 기간이 약30일에서 90일 사이며 그 보다 더 오래 있는 것은 바람직하지 않다고 지적함
- 전달체계에 있어 지역사회를 기반으로 기관간의 연계를 통해 다학제적인 접근방법으로 정서·행동적 어려움이 있는 아동의 치료에 임한다면, 이는 아동의 입장에서 볼 때에도 즉, 아동의 권리 관점에서도 바람직할 것임
- 적절한 평가가 매우 중요함. 이 평가는 여러 단위에서 할 수 있는데, 일단 전달시스템 전반에 대한 평가를 할 수 있으며, 다음으로 각 기관이 서비스의 대상인 정서·행동적 어려움이 있는 아동 욕구에 맞는 서비스를 제공하는 지 등을 파악하는 것도 중요할 것임
- 연계와 책무성과 관련 지방정부의 역할을 생각해 볼 수 있음. 선진국의 사례처럼 서로의 역할 분담을 분명하게 하는 것이 바람직하며, 법률적인 기반이 이를 뒷받침해줘야 효과적인 서비스 전달체계가 구축될 것임. 책무성과 관련하여서도 지방정부가 기여할 바가 클 것임. 영국의 예처럼 감독을 하거나 가이드라인을 제공할 수도 있으며 평가의 측정도구 개발에 참여 할 수도 있을 것임

III

서울시 위탁 아동복지시설 현황분석 및 개선방안 : 서울시립소년의 집과 서울시립아동상담치료센터를 중심으로

제1절 기관현황

- 서울시립소년의집
 - 서울특별시립소년의 집은 1975년 재단법인 마리아 수녀회가 요보호 아동을 위한 장

기보호 시설로 운영을 시작한 이래, 현재까지 부모로부터 적절한 보호를 받지 못하는 3세에서 18세의 요보호 아동과 청소년에게 보금자리 및 신체적, 심리적, 사회적, 지적, 정서적, 성장발달에 필요한 다양한 서비스를 제공하고 있음

- 시설현황은 서울소년의집을 중심으로 제2소년의 집, 소녀의집, 마리아유치원, 알로이시오초등학교, 도티기념병원 및 기타 시설로 구성되어 있는 대규모 시설임
- 아동현황은 2008년 1월 기준 시설생활아동은 총 918명이고, 이 가운데 7~12세 초등학생 비율이 85%임. 조직규모는 251명의 시설종사자와 39명의 교직원인 근무하고 있음.
- 예산규모는 2008년도 예산을 기준으로 예산총액은 약 97억원임
- 주요사업으로는 상담 및 치료 프로그램, 인지 개발 프로그램, 정서, 사회성 개발 프로그램, 특기 적성 프로그램, 지역사회연계 노력 등이 있음

○ 서울시립아동상담치료센터

- 서울시립아동상담치료센터는 아동 상담소, 아동보호치료시설, 아동일시보호시설, 피학대아동보호사업 기능을 수행하는 종합시설이면서, 아동복지 행정의 제일선 전문치료기관으로서 가출, 부랑, 도벽, 허언, 약물남용, 학교 부적응 및 정서 장애등을 가지는 문제행동아동과 피학대 아동의 일시보호와 전문적인 상담치료 및 다각적인 방법을 통한 임상적 치료 제공하는 기관임
- 2008년 1월 현재 상담센터를 이용하고 있는 아동은 총 132명이며, 13세 이하의 아동이 67명으로 전체의 약 50%를 차지하며 58명의 중학생과 7명의 고등학생에게 서비스를 제공하고 있음
- 서울시립아동상담치료센터는 총 1국, 1실, 5개의 과 (총무과, 상담치료과, 아동교육과, 청소년교육과, 아동보호전문기관)와 청소년 자활센터, 그리고 부설기관 (동부그룹홈 : 다예방, 다숨방, 다정방)으로 이루어지며 2008년 현재 46명의 직원이 근무하고 있음
- 주요사업을 살펴보면, 아동상담센터 프로그램은 상담적 접근, 교육적 접근, 치료 공동체적 접근, 서울특별시동부아동보호전문기관 프로그램은 심리검사, 심리치료, 예방교육 등임

제2절 서울시 위탁 아동복지시설 현황분석 및 개선방안

○ 서울시립소년의집

서비스내용	구조조정 (Organizational Restructuring)	기능전환 (Organizational Functional Transformation)
1. 양육환경개선 (Improvement of the Child Care Environment)	규모축소:100명 이내 (법정인원)	일시보호기능
1) 시설운영방법	- 전체 숙사의 가정형 소숙사화 - 그룹홈 운영(중학생부터) - 부산전출/전입 중단	- 치료를 위한 소숙사 - 단기보호를 위한 쉼터
2) 시설유형	양육시설, 의료시설, 교육시설 등	치료재활시설
2. 의료접근강화 (Strengthening Medical Approach)	도티병원 내 소아정신과 개설	지역정신보건센터와 연계
3. 교육환경개선 (Improvement of Educational Environment)	초등학교 개방 지역학교 입학	- 지역사회학교화 - 치료목적교육 프로그램 강화
4. 상담체계강화 (Enhancement of Counseling System)	- 양육서비스 내 상담기능 강화 - 상담전문가채용	- 양육시설을 위한 상담과 양육전문가 양성 프로그램 개발 보급
5. 가족중심접근강화 (Family Centered Approach)	- 가족복귀서비스체계구축 :입양/위탁/원가족복귀 등	- SED 아동의 가족적응지원 : 가족훈련, 교육, 사후서비스 제공 - 가족대상 찾아가는 서비스 강화
6. 지역사회통합 (Community Integration)	- 시설개방: 공원화, 어린이도서관 - 지역학교 입학 및 지역주민화 - 집단이 아닌 개별 지역사회참여 강화 ※outbound & inbound exchange	- 안전을 고려한 시설의 지역사회개방 - 지역내 요보호SED 아동의 치료기능 - 허브기능: 지역시설로 찾아가는 서비스 제공
7. 위기개입체계 (Crisis Intervention)	단순보호지양 → 위기개입체계마련	위기개입을 위한 아동보호기능 제공
8. 사례관리체계 (Case Management)	- 사회복지실 강화 → 다학제사례관리 체계 구축 - life span기반 : 퇴소후, 전원후 관리	- 아동육구기관강점과 가족 중심사례 관리 모델 개발 - 외부서비스 연계 체계 구축
9. 외부평가체계 (Evidence-Based & External Evaluation)	- 운영 투명성 및 공공성 확보 - 아동육구기반 서비스 여부 평가 - 사정 및 종결 기준 제공	- 공공에 대한 재원 운영 효율성 : 타기관과 차별성과 형평성 고려

○ 서울시립아동상담치료센터

서비스내용	구조조정 (Organizational Restructuring)	기능전환 (Organizational Functional Transformation)
1. 양육환경개선 (Improvement of the Child Care Environment)	일시보호기능회복 : 6개월미만	일시보호기능
1) 시설운영방법	그룹홈 이전	- 치료를 위한 소속사 - 단기보호를 위한 쉼터
2) 시설유형	상담소, 아동보호전문기관, 아동치료보호시설 등	치료재활시설
2. 의료접근강화 (Strengthening Medical Approach)	정신과 전문의 채용	지역정신보건센터와 연계
3. 교육환경개선 (Improvement of Educational Environment)	대안학교 이전	치료목적교육프로그램 강화
4. 상담체계강화 (Enhancement of Counseling System)	- 다학제 치료 및 사정체계 구축 - 다학제 상담 프로그램개발	전문 아동상담가 양성 프로그램 개발 및 보급
5. 가족중심접근강화 (Family Centered Approach)	- 가족중심서비스체계구축 (가족복귀 등) - 아동개인변화추구에서 → 가족중심변화추구 서비스로 전환	- 아동-부모-가족을 위한 교육 프로그램 개발 - 가족대상 찾아가는 서비스 강화
6. 지역사회통합 (Community Integration)	- 아동의 지역사회 적응 프로그램 강화 - 지역사회중심 재활/치료 서비스 개발 및 제공 ※ outbound & inbound exchange	- 안전을 고려한 시설의 지역사회 개방 - 기능: 지역시설로 찾아가는 서비스 제공
7. 위기개입체계 (Crisis Intervention)	- 아동보호전문기관을 통한 위기개입 기능 - 타기관과 차별화, 공적조직으로서 모델개발	위기개입 전문가훈련교육기능
8. 사례관리체계 (Case Management)	- life span기반: 퇴소후, 전원후 관리	- 아동육구기반강점과 가족 중심사례관리 모델 개발 - 외부서비스 연계 체계 구축
9. 외부평가체계 (Evidence-Based & External Evaluation)	- 운영투명성 및 공공성 확보 - 아동육구기반 서비스 여부 평가 - 사정 및 종결 기준 제공	- 공공에 대한 재원 운영 효율성 : 타기관과 차별성과 형평성 고려

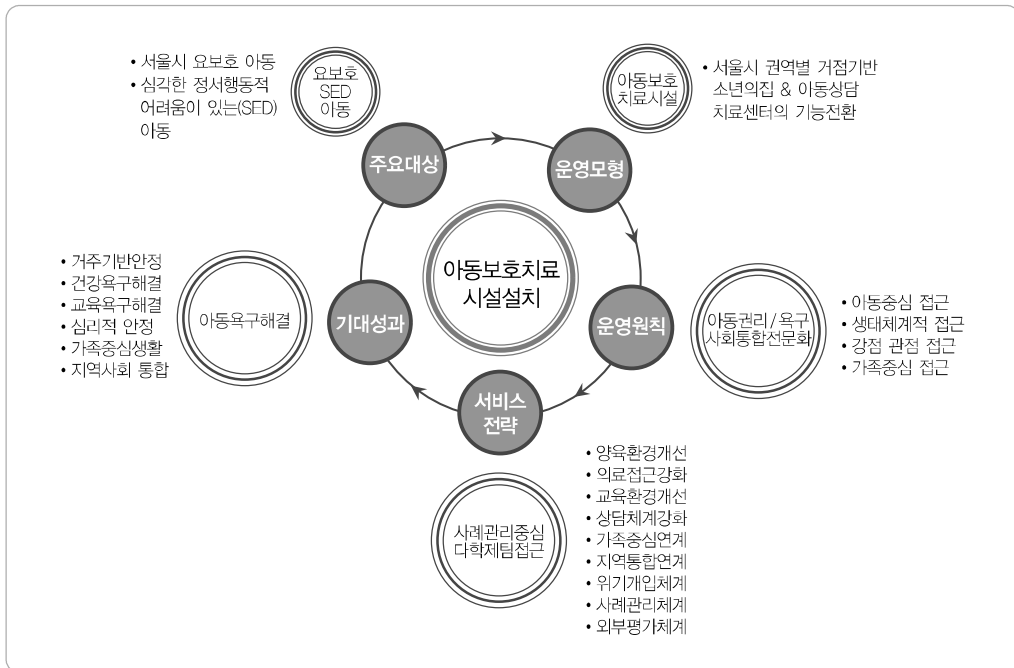
제3절 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 국외 시설 사례

- 외국의 시설들이 사례들에서 본 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 지원 방향의 시사점은 다음과 같음
- 사례의 시설들 모두 생활시설의 규모가 크지 않음. 특히 정서·행동적 어려움이 있는 아동은 일반 아동보다 특수하고 복잡한 욕구를 갖고 있기 때문에 규모가 큰 시설보다는 작은 규모의 시설에서 보호를 받아야 할 필요가 있음을 시사하고 있음
- 다학제적이고 전문적인 치료프로그램을 실행하고 있음
- 평가체계 구축의 중요성을 볼 수 있음, 자체 내의 모니터링을 위한 척도들을 사용하고 또한 외부기관에 의뢰를 하여 현존하는 시스템에 부가하여 평가척도를 개발하고 있음
- 아동의 사회로의 복귀가 강조되고 있음. 즉 탈시설화와 함께 중요한 사회통합의 가치가 반영된 것으로 미국, 영국, 일본 공통적으로 청소년들에게는 지역사회에서 적응할 수 있는 직업 기술을 교육시키거나, 지역사회와의 지속적인 연계를 갖추고, 사회적응 프로그램을 제공하고 있음
- 지역사회와의 연계가 필수적임. 벤치마킹 대상 기관들은 모두 어떤 형태로든 지역사회와의 연계 프로그램을 갖추고 있음
- 이 시설들의 교육 프로그램의 공통점은 소규모의 학생 구성으로 학생들의 욕구에 맞는 치료 프로그램도 병행하고 있음. Green Chimneys에는 치료 특수학교로 특수교육의 성격을 띠고 소규모로 학업이 진행되고 있고, Youth Village 역시 교육 프로그램이 있으나 궁극적으로는 지역사회의 학교로 돌아가도록 하는 것을 목표로 삼고 있음. Bryn Melyn 역시 교육 프로그램 내에 치료 프로그램이 통합적으로 포함되어 있고 교사는 해당 아동의 치료팀의 일원으로 일종의 학교와 치료의 연계를 가능하게 한다는 장점을 가지고 있음

IV 서울시 위탁 아동복지시설 운영방안 : 요보호 정서·행동적 어려움을 가진 아동을 위한 보호치료시설

○ 아동보호치료시설 운영방안 개요

- 요보호 정서행동적 어려움이 있는 아동에 대한 서울시 공적 책무성 구축

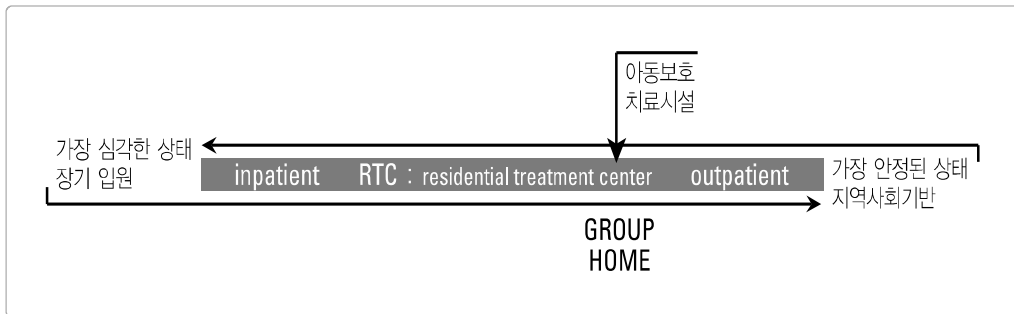


○ 아동보호치료시설 주요대상

- 1차 핵심 대상 집단 : 서울시 요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동
: 서울시에 거주하는 보호자가 필요한 심각한 정서·행동적 어려움이 있는 아동
- 2차 핵심 대상 집단 : 일시보호가 필요한 정서·행동적 어려움이 있는 아동
: 서울시에 거주하는 아동 중 일시보호가 필요한 심각한 정서·행동적 어려움이 있는 아동

○ 아동보호치료시설의 개념과 특성

- 아동보호치료시설은 2008년 현재 개정 중인 아동·청소년복지법(안)에 제시되고 있으나 아직까지는 법적인 근거를 가지고 있지 않음.. 법안에 의하면 아동보호치료시설은 아동·청소년 복지생활시설 중 '보호치료시설'로서 '비행을 저지르거나 지지를 우려가 있는 아동·청소년에게 적절한 보호 및 치료를 행하는 시설'로 개념화되어 있음
- 본 연구에서는 보호치료시설의 구체적인 운영 모형으로 미국, 영국, 일본 등에서 제공하고 있는 주거형치료시설(residential treatment center ; RTC; 이하 아동보호치료시설)을 벤치마킹하여 대안을 모색함
- 아동보호치료시설은 가장 심각한 상태의 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 장기입원 시설과 가장 안정된 상태의 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 지역사회기반 이용시설의 중간 에 위치하며 양육보호 서비스는 아동에게 가정과 같은 환경을 제공할 수 있는 그룹홈의 형태임



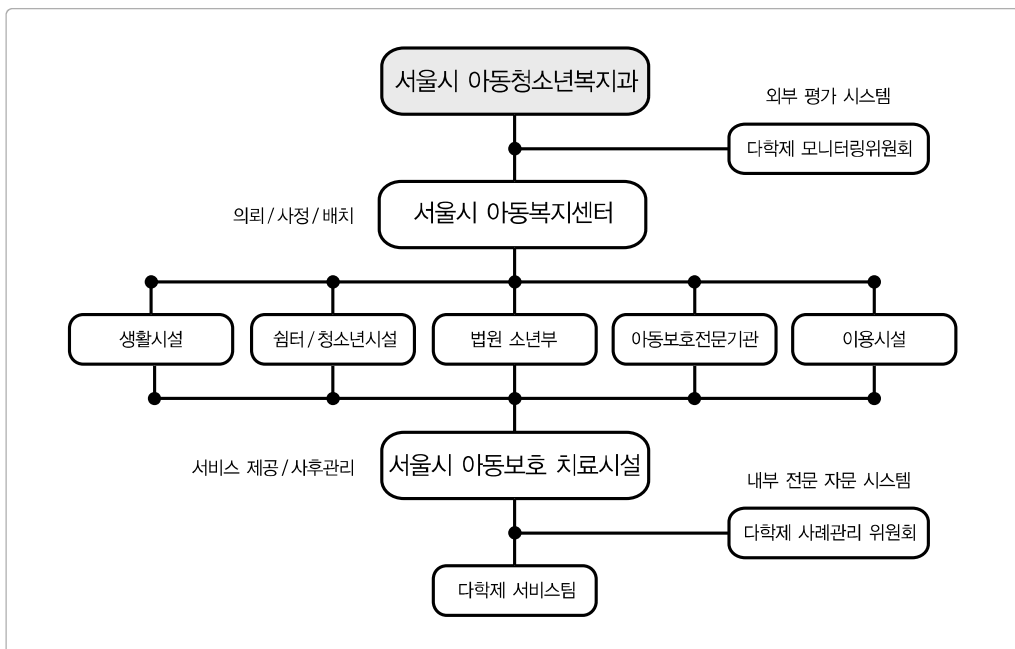
○ 아동보호치료시설의 전달체계 구축

- 사정 기능과 서비스제공 기능 독립
 - 본 연구에서 제시하고 있는 아동보호치료시설은 아동청소년의 복지시설로서 사회 복지 영역에서 전달체계를 구축하는 모형임.
 - 서울시의 청소년담당관이 직접 운영하고 있는 아동 보호 상담 전문기관인 서울시 아동복지센터에서 서울시의 각 시설로부터 요보호 SED아동을 의뢰받고 응급조치와 포괄적인 표준 사정도구를 활용하여 엄격하게 사정한 후 일시적 보호치료가 필요한 아동들을 보호치료시설로 연계하는 체계임
 - 아동보호치료시설에서는 요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동들에게 적절한 서비스를 제공하고, 아동들의 거주환경(지역사회와 가족)에 대한 outreach 서비스

를 제공함. 또한, 6개월 이내 단기보호서비스를 제공한 후 아동들이 거주환경에 돌아가서 적응하여 생활하도록 사후관리를 협력적으로 실시함

• 외부 수퍼비전과 모니터링 체계 운영

- 요보호 아동보호치료시설의 적절하고 책임성 있는 서비스 제공을 위하여 위원회를 반드시 운영해야 함
- 서울시 아동복지센터와 서울시 아동보호치료시설이 책임성 있게 서비스를 제공하는지 외부 평가시스템을 갖추어야 함
- 이를 위해 다학제 전문가들로 이뤄진 모니터링 위원회를 두어 정기적으로 평가를 실행하고, 아동보호치료시설의 서비스의 질적 제고를 위하여 내부 전문 자문(수퍼비전) 시스템을 갖추어야 함



서울시의 요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 복지시설 전달체계

○ 운영모형의 대안들

	운영모형	특성	소년의 집	아동상담치료센터
1	연령별 편의모형	아동(초등학생이하연령)과 청소년(중고등학생연령)으로 나누어 서비스 제공	• 대상 : 초등학생 이하(만10세~12세)SED아동 대상 • 서비스 : 아동을 위한 통합적 서비스	• 대상 : 중고등학생 이하(만13세~만19세) SED 청소년 대상 • 서비스 : 청소년을 위한 통합적 서비스
2	증상별 전문모형	SED의 경증과 중증으로 나누어 서비스 제공	• 대상 : 중증SED 아동 • 서비스 : 의료적 치료중심 서비스	• 대상 : 경증SED 아동 • 서비스 : 심리적 상담중심 서비스
3	지역별 경쟁모형	서울시 서부와 동부로 권역을 나누어 서비스 제공	• 대상 : 서부지역 SED 아동 • 서비스 : 통합적 서비스	• 대상 : 동부지역 SED 아동 • 서비스 : 통합적 서비스

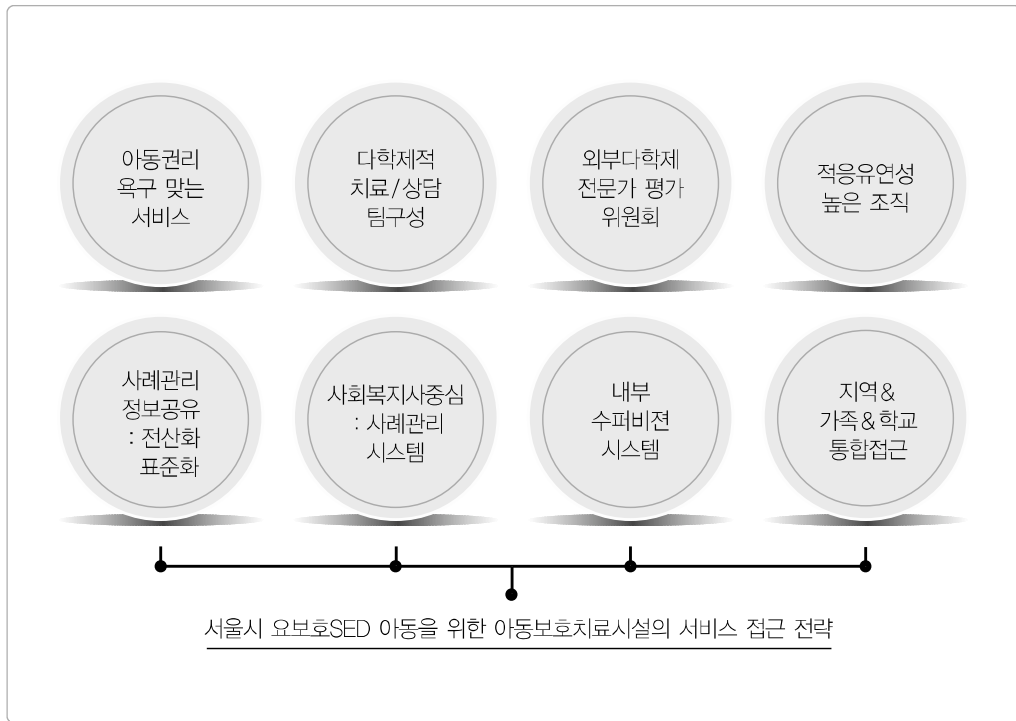
• 본 연구의 제안 : 지역별 경쟁모형

- 아동 중심의 통합적 서비스를 제공할 수 있고 지역사회와 가족과 협력적으로 연계할 수 있으며 서비스 질 관리를 위한 책무성을 높일 수 있는 모형인 지역별 경쟁모형을 가장 적합한 모형으로 대안을 삼고자 함.
- 이 경우 소년의 집은 서부권역 아동보호치료시설, 아동치료상담센터는 동부권역 아동보호치료시설로 시설명칭을 변경하는 것을 제안함

○ 시설운영의 원칙

아동의 권리와 욕구 (Rights and Needs of Children)		○ 아동의 권리 : 건강과 복지, 교육/문화, 가정보호/대리보호, 특별보호, 시민/정치적 권리 – 차별금지, 최선의 이익, 생존과 발달, 의견존중의 원칙 ○ 아동의 욕구 : 건강한 성장의 욕구 – 신체, 사회, 정서, 도덕, 영적, 지적 발달의 욕구 등 ○ 아동복지 서비스 권리와 윤리 & 책임 – 접근성, 자격, 시설거주 보호자 권리, 비밀보장, 건강과 안전 보호 등 권리와 책임 ○ 서비스 비전 및 미션, 방향 : 아동의 통합적 발달에 맞는 서비스 – 교육, 영성, 가족, 사회성 등 아동 발달에 맞는 프로그램 구성
사회통합 (Social Inclusion)	탈시설화 : 가족친화적 환경	○ 아동보호치료시설 특성 – 서비스 : 아동발달서비스, 단기/긴급 보호서비스 등 – 물리적 환경: 소규모 가정형, 접근성, 안전성 등 법적 요구 인프라 ○ 가족과 관계 : 보호자(부모)의 책임과 참여, 부모교육 등
	지역사회 통합	○ 아동의 지역사회 통합 ○ 지역사회와 시설의 유기적 연계 – 의뢰기관의 참여, 지역사회기관과 사례회의, 학교 및 지역사회 연계, 지역주민에 대한 개방성, 지역사회의 수용도 증진 등
전문화		○ 서비스 질적 향상 노력 – 인테이크, 사정, 서비스 계획: 정확한 아동상황 사정, 적절한 서비스 계획 수립 – 다학제 팀 접근, 아동 욕구 및 상황 변화에 민감한 서비스 계획 등 – 이해관계자의 참여 외부 전문 자문 시스템, 수퍼비전, 성과측정, 사례보고, 환류체계, 정보관리, 외부 모니터링과 평가 등 – 인적자원관리 : 자기계발, 위기관리훈련, 적절한 보상과 인정, 기타 종사자 지원

○ 서비스 접근 전략



I

서론

I 서론

제1절 연구목적 및 필요성

최근 아동¹⁾들은 급격한 변화와 끊임없는 경쟁을 요구하는 환경에서 성장하고 있다. 이러한 환경적 요구에 따라 아동들이 경험하는 정서·행동적 어려움은 날로 증가하고 있으며, 최근 실시되고 있는 각종 조사 결과에서도 아동들의 정서적인 고통과 부적응, 발달의 문제는 심각한 수준으로 증가하고 있는 것으로 보고되고 있다. 1990년대 보고된 연구들(심미경, 1996; 이해련 외, 1991)은 우리나라 일반아동의 약 10% 정도가 정서·행동적 어려움을 갖고 있는 것으로 추정하고 있으나, 최근 보건복지부에 의해 실시된 2006년 상반기 정신건강 선별 검사 결과에서는 28.6%가 정서·행동적 어려움이 있는 것으로 나타나(YTN, 2007.12.3) 이러한 아동의 증가추세가 뚜렷하게 나타나고 있음을 알 수 있다. 이러한 문제의 심각성은 서울시에서 실시한 조사에서도 확인할 수 있는데, 지난 2005년 19개 초·중·고교 학생 2,672명을 대상으로 정신건강상의 유병율을 조사한 결과, 13.25%가 주의력결핍 과잉행동장애(ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder)를 앓고 있고, 14%가 컴퓨터 사용에 문제(인터넷 중독)가 있는 학생이었으며, 7.37%는 우울증, 0.5~1%는 주요 정신병 등 정신건강에 여러 어려움을 보이고 있었다(국민일보, 2008.5.21). 이와 같이 최근 정서·행동적 어려움이 있는 아동들의 수가 급증하면서, 심각한 사회문제로 대두되고 있고, 이에 따라 이러한 아동들에 대한 사회적 지원체계와 예방대책이 조속히 체계화 되어야 한다는 전문가들의 목소리가 높아지고 있다. 그러나 우리사회는 아동의 정서·행동적 어려움에 대한 전반적인 이해수준이 낮고, 아직까지는 이들에 대한 지원이 사회적 책임으로 인식되고 있지 않아 이러한 문제에 대한 대응 및 예방에 있어서 정부차원의 정책적 노력은 매우 미미한 수준이다(백혜정 외, 2005 황혜정, 2005). 뿐만 아니라, 전반적으로 정서·행동적 어려움의 치료 시급성이나 필요에 대한 인식이 낮고, 이에 대한 사회문화적 편견이 잠재되어 있어 이를 지원할 수 있는 자원이 충분치 않으며, 유관기관들 간의 협력 또한 매우 미흡한 상황이다. 따라서 아동의 정서·행동적 어려움에 대한 예방이나 조기발견의 문제는 차치하더라도, 이미 정서·행동적인 어려움이 발견된 아동

1) 본 연구에서는 '아동'을 정의함에 있어, 아동복지법 제2조 1항에 따라 18세 미만으로 정의한다.

들의 치료조차도 비용부담이 높은 소아정신과나 특수클리닉 등에 의존할 수밖에 없는 것이 현실이다. 상황이 이러하다보니, 부모가 맞벌이이거나, 한부모 가족, 조손가족 등인 경우가 대부분인 저소득 취약계층 아동은 경제적 여건상 보험이 안 되는 상담치료를 받기 어려울 뿐만 아니라, 지속적인 돌봄을 받을 수 있는 상황이 마련되기 어렵기 때문에 결국 서비스와의 접근성은 낮아질 수밖에 없다. ‘부스리기사랑나눔회’가 소속 600개 지역아동센터의 빈곤층 아동 3,641명을 대상으로 조사한 결과를 국가인권위원회의 ‘빈곤과 사회권 심포지엄’에서 발표한 보고서에 따르면 지나치게 내성적인 성격·정서불안·우울증을 가진 아동이 26.9%(981명), 다른 아이를 때리는 등 공격성을 보이는 아이가 26.5%(965명)에 이르는 등 53.4%(1946명)가 정서·행동적 어려움을 보이고 있었고, 이는 일반 아동대상의 역학조사 결과보다 2배 이상 높은 수준으로 그 심각성을 짐작할 수 있다(세계일보, 2007.10.28). 이와 같이 정서·행동적 어려움이 있는 아동에 대한 사회적 지원체계가 미비한 상황에서, 시설에서 생활하는 요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동들은 자연스럽게 치료의 사각지대에 놓임으로써, 어쩔 수 없이 방치되고 있는 것이 현실이다. 특히, 정서·행동적 어려움의 원인이 학대, 방임, 부모 이혼 등의 경험적인 요소와 밀접하게 관련되어 있음을 고려할 때(홍강의, 2008; 이강이 외, 2003; 권세은 외, 2002), 요보호 정서·행동적 어려움을 가진 아동에 대한 지원정책이나 사회적 대응 시스템 부재가 야기할 수 있는 문제는 더욱 심각할 수 있다.

서울시는 이러한 문제와 현실에 주목하여, 아동복지서비스의 실질적인 운영과 전달 주체로서의 공적 책무를 다하기 위해 요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동들을 위한 보호치료 시설을 설치할 것을 계획하고, 지난 해 아동복지서비스 네트워크 구조를 개편하는 과정에서 이를 위한 효율적인 전달체계 구축 방안 마련을 모색하였다. 이러한 서울시의 노력은 요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동에 대한 정부차원의 지원을 체계화 하는 최초의 시도로서 선도적이고 적극적인 대응정책으로서의 의의가 있다. 그러나 최초로 시도되는 정책인 만큼 안착화되어 실효성을 갖기 위해서는 면밀한 검증작업이 뒷받침되어야 할 것이다. 이에 본 연구의 첫 번째 목적은 서울시가 계획하고 있는 요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 지원시스템 마련의 현실적합성을 검증하고, 이러한 지원 시스템이 효과적으로 기능하기 위해 서울시가 시스템 구축과정에서 반드시 고려해야 할 사항들을 도출하여 제시하는데 있다.

아동들이 경험하는 정서·행동적 어려움은 생물학적·심리적·사회적인 요인 등 다요인적 결과로 발생하는 것으로서(홍강의, 2008), 이에 대한 지원 시스템은 매우 복잡적이면서도 다양한 전문성을 요한다. 이러한 필요를 충족시키기 위해서는 여러 영역에 걸쳐 전문화된 서비스를 제공할 수 있는 전문 인력 뿐만 아니라, 다양한 상담·치료프로그램이 가능할 수 있는 인프라가 담보되어야 하는데(Kathleen F. Cox, 2006; Barbara J. Burns et al., 2000; Rosalyn

Malysiak, 1997), 이는 안정적인 재정확보와 함께 운영주체의 역량과 직결되는 이슈라고 할 수 있다. 이러한 측면에서 서울시가 추진하고자 하는 요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 지원체계는 이러한 요건을 충족할 수 있는 기관을 중심으로 검토되어야 할 것이다. 그동안 서울시는 요보호 아동청소년을 대상으로 하는 시설들을 직접, 혹은 위탁하여 운영해 왔다. 대표적으로 직접 운영하는 서울특별시아동복지센터(의뢰시설)와 위탁 운영하는 서울시립아동상담치료센터(일시보호 및 상담시설), 서울시립소년의집(양육시설)을 들 수 있다. 이 중 후자의 두 기관은 서울시 위탁기관으로서 요보호 아동청소년의 양육과 치료 서비스를 직접 제공하는 성격을 가지고 있어, 서울시에서는 대표적인 위탁 아동복지시설인 서울시립소년의집과 서울시립아동상담치료센터(구, 서울시립동부아동상담소)를 요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동청소년들을 위한 서비스 제공의 주체로서 고려하고 있다. 직접적으로 2009년 재위탁 심사를 앞두고 서울시립아동상담치료센터와 서울시립소년의집은 지자체 위탁 기관으로서 새로운 서비스 욕구에 적극적으로 책임있는 대응을 하기 위한 변화를 요청받고 있는 실정이다.

어느 조직에서나 '변화'는 저항과 혼란을 가져오므로 지난 수십 년간 수행해 왔던 핵심 기능을 구조조정(Organizational Restructuring)하고, 기능전환(Organizational Functional Transformation) 하기 위해서는 구체적인 방향과 전략을 수립하는 것이 중요하다. 이에 서울시가 위탁 운영하고 있는 대규모 양육시설인 서울시립소년의집과 문제행동아동의 상담치료시설인 서울시립아동상담치료센터의 운영현황을 진단하고 기관을 둘러싼 환경(Environment)에 대한 분석을 통해 시설 기능전환의 가능성을 탐색하고, 변화방향에 따른 주요한 서비스 대상과 내용 등 전략을 제시하는 연구가 필요하다 하겠다.

이에 본 연구의 두 번째 목적은 서울시의 대표적인 위탁 아동복지시설인 서울시립소년의집 및 서울시립아동상담치료센터가 정서·행동적 어려움이 있는 요보호 아동을 대상으로 한 서비스의 중심기관으로서 기능하기 위한 구체적인 변화전략을 제시하는데 있다. 구체적으로는, 아동권리 중심의 관점을 견지하면서 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 서울시의 아동복지정책 시스템 전반에 대한 논의 가운데 정서·행동적 어려움이 있는 요보호 아동에 대한 서울시의 책무를 구체화하여 제시하고자 하였다.

또한 서울시립소년의집과 서울시립아동상담치료센터가 서울시가 설정한 핵심 기능인 '정서·행동적 어려움을 가진 요보호 아동 서비스 중심기관인 서울시 아동보호치료시설²⁾'로서

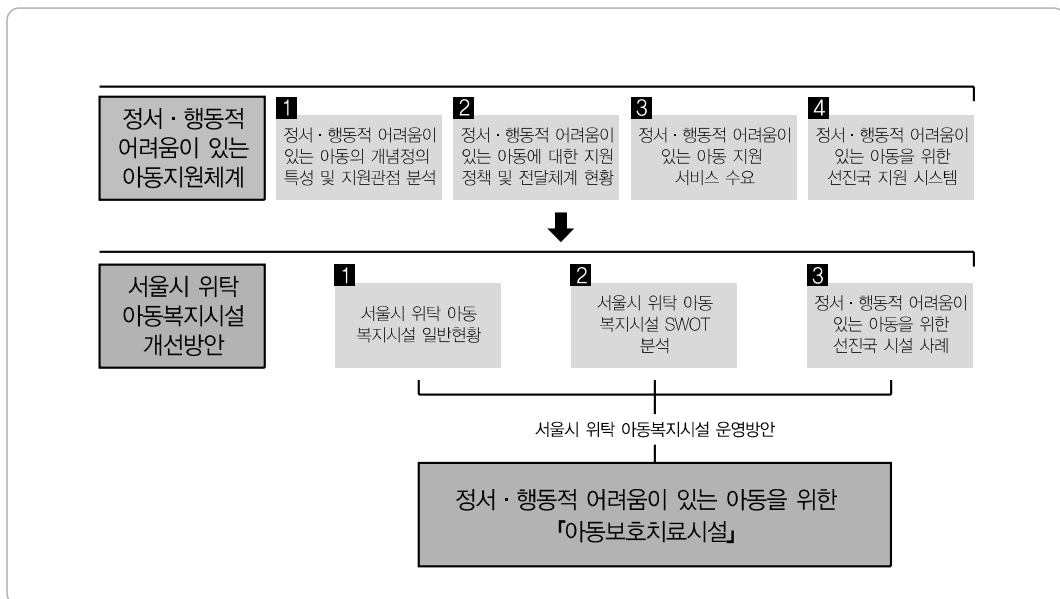
2) 현재 정부가 추진 중인 '아동·청소년 복지법(안)'에 언급된 아동·청소년 복지생활시설 중 '보호치료시설'은 '비행을 저지르거나 저지를 우려가 있는 아동·청소년에게 적절한 보호 및 치료를 행하는 시설'이며 입소대상은 다음과 같다.

- 보호자가 없거나 친권자나 후견인이 입소를 신청한 아동·청소년
- 가정법원, 지방법원 소년부지원에서 보호 위탁된 아동·청소년
- 학대로 인하여 부모로부터 일시 격리되어 치료가 필요한 아동·청소년

기능하기 위해 아동권리 관점에서 반드시 확보해야 할 기준을 제시하고, 두 개 기관의 역사성과 전문성, 현재의 보유자원 및 변화가능성 분석에 기초한 변화방향과 전략을 제안하는데 목적이 있다.

제2절 연구의 내용

본 연구는 서울시가 국내 최초로 요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 전문적 서비스를 제공하는 아동보호치료시설을 운영하고자 하는 계획에 대한 적절성을 검토하고, 요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 전문기관의 요건(기준)을 체계화 하였다. 이를 위해, 서울시의 대표적인 위탁 아동복지시설인 서울시립소년의집과 서울시립아동상담치료센터를 중심으로 요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 보호치료시설로서 기능하기 위한 구조조정(Organizational Restructuring)과 기능전환(Organizational Functional Transformation) 전략을 제시하고, 단계별 변화전략을 도출하였다. 이를 위해 다음과 같은 내용을 연구하였다. 본 연구의 주요 내용을 도식화 하면 (그림 I-2-1)과 같다.



〈그림 I-2-1〉 연구 내용

1. 서울시 정서·행동적 어려움이 있는 아동 지원체계의 적절성 검증 및 주요 고려요인 도출

1-1. 정서·행동적 어려움이 있는 아동의 개념정의 및 지원관점 분석

서울시 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 지원체계 적절성 검증의 첫 단계로 핵심 대상인 정서·행동적 어려움이 있는 아동에 대한 개념을 정의하고, 범주를 정리하였다. 다음으로 이들을 대상으로 하는 복지 서비스가 어떠한 철학을 기반으로 해야 하는가에 대한 이론적 방향을 정립하였다. 이러한 작업을 통해 정서·행동적 어려움이 있는 아동 지원체계 구축에 있어서 반드시 고려되어야 할 원칙을 도출하였다.

1-2. 서울시 지원정책 및 전달체계 현황 분석

서울시 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 정책현황과 전달체계를 개괄하고, 현재의 정서·행동적 어려움이 있는 아동 지원시스템에 기초해서 서울시가 계획하고 있는 아동보호치료시설 설치의 필요성과 적절성을 검토하였다. 정책현황은 정신보건이나 복지 등 다양한 영역에서 추진되고 있는 내용 전반을 포괄하였고, 전달체계는 정서·행동적 어려움이 있는 아동에 대한 지원 정책을 담당하는 보건정책담당관과 청소년담당관을 두 축으로 하여 관련 기관에 대한 분석을 실시하였다.

1-3. 정서·행동적 어려움이 있는 아동 지원과 관련한 서비스 수요 파악

서울시 아동복지서비스 네트워크 체계 내에 있는 아동시설(생활시설, 이용시설 등)을 대상으로 요보호아동을 위한 보호치료시설 설치에 대한 수요를 파악하고, 필요성을 검증하였다. 구체적으로는 현재 제공하고 있는 서비스와 지원이 필요한 서비스 내용을 여러 차원으로 나누어 분석하고, 결과에 기초하여 지원체계 마련의 함의를 도출하였다.

1-4. 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 선진국지원시스템 분석

선진국의 아동복지서비스의 기본철학과 방향을 검토하고, 그 하위체계인 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 지원 시스템을 살펴보았다. 구체적으로는 미국의 아동복지서비스 체계 하에서 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 대상으로 하는 체계적 보호 접근법을 살펴보고, 서울시 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 지원시스템 구축에서 고려해야 할 시사점을 도출하였다.

2. 서울시립소년의집 및 서울시립아동상담치료센터가 구조조정과 기능전환을 통해 새롭게 요구되는 기능을 담지할 수 있는 아동보호치료시설로 변화하기 위한 개선방안 제시

2-1. 서울시립소년의집 및 서울시립아동상담치료센터의 기관 현황 분석

기관의 이해와 참여를 이끌어 낼 수 있는 합리적인 변화전략을 도출하기 위해, 기관의 현재 모습(As Is)에 기초하여, 나아가야 할 방향(To Be)을 모색하였다. 이를 위해 기관의 목적, 대상, 주요기능, 연혁, 시설현황, 조직현황, 아동현황, 주요사업에 대한 분석을 실시하였고, 객관적 데이터와 사실(fact)에 기초한 기관현황 자료를 수집하였다.

2-2. 서울시립소년의집 및 서울시립아동상담치료센터의 SWOT분석

각 기관이 갖고 있는 강점(Strength)과 약점(Weakness), 기관 환경으로부터의 기회(Opportunity)와 위협(Threat)을 분석하고, 분석결과에 기초하여 각 기관의 구조조정(organizational restructuring)과 기능전환(organizational functional transformation)을 위한 전략을 제시하였다. 구조조정과 기능전환은 각각 양육환경의 개선, 의료적 접근 강화, 교육환경의 개선, 상담체계의 강화, 가족중심접근의 강화, 지역사회 통합 제고, 위기개입체계 확립, 사례관리체계 구축, 외부평가체계 구축의 차원에서 제시되었다.

2-3. 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 선진국 시설 사례 분석

선진국이 추구하고 있는 탈시설화와 가정친화적인 환경 조성 추구라는 철학아래 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 지원하는 시설들이 어떠한 방향성을 갖고 운영되고 있는지 미국, 영국, 일본의 시설 사례를 통해 살펴보았다. 외국의 시설사례들에서 본 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 지원방향 시사점을 도출하여, 서울시의 아동보호치료시설 운영방안 마련의 기초로 활용하였다.

3. 서울시 위탁 아동복지시설 운영방안 : 요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 ‘아동보호치료시설’로의 전환

이제까지의 연구결과를 종합하여 서울시 위탁 아동복지시설의 운영방안으로 아동보호치료 시설 설치를 제안하고, 아동보호치료시설의 운영원칙과 서비스 접근 전략을 제시하였다. 서울시가 위탁운영하고 있는 소년의집과 아동상담치료센터를 단계적으로 구조조정하여 아동보호치료시설로 기능전환함으로써 요보호 아동 중, 정서·행동적 어려움이 있는 아동에게 보호, 치료, 재활을 위한 통합적인 서비스를 제공하는 ‘아동보호치료시설’로 전환하는 방향을 제시함으로써, 아동권리와 욕구 충족, 사회 통합, 서비스 전문화라는 아동복지서비스 제공 원칙에 대한 서울시의 공적 책무성을 구축하는 방안을 제시하였다. 또한 아동보호치료시설의 운영원칙과 서비스 접근전략에 대한 종합의견을 제시하였다.

제3절 연구방법

본 연구는 효과성과 효율성을 극대화하기 위해 다차원의 연구 방법을 사용하였다. 즉, 문헌연구와 여론주도층 조사(Key informant survey)를 통해 서울시 요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동에 대한 지원체계 마련의 합법성(legitimacy)을 점검하였다. 다음으로 기관내부 자료 분석과 포커스 그룹 인터뷰(Focus group interview)를 통해 수집된 자료를 기초로 기관 현황 파악 및 SWOT분석을 실시하였고, 이를 기초로 향후 운영방안으로 구조조정(Organizational restructuring)과 기능전환(Organizational functional transformation) 전략을 도출하였다. 마지막으로 전문가 인터뷰와 선진국 시설 사례 벤치마킹을 통해 아동보호치료시설 운영 원칙과 기본요건들을 정리하였다. 이러한 다차원의 분석을 통해서 서울시 요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 지원체계 구축 방안을 제시하고, 그 중심에 위치할 서울시립 소년의집과 서울시립아동상담치료센터의 운영방안과 아동보호치료시설로서 기능하기 위한 요건들을 제시하였다.

1. 문헌연구

본 연구를 위한 문헌연구는 크게 세 가지 차원으로 실시하였다. 첫째, 정서·행동적 어려움이 있는 아동에 대한 개념정의와 지원방향에 대한 논의를 살펴보았다. 둘째, 서울시 정서·행

동적 어려움이 있는 아동을 위한 정책 및 전달체계 현황을 파악할 수 있는 각종 문헌, 정부간행물, 기관 웹사이트 자료 등을 살펴봄으로써 서울시 정서·행동적 어려움이 있는 아동 지원체계 마련의 필요성을 현재의 서비스 전달체계 한계와 연관하여 설명하였다. 마지막으로, 선진국 아동복지서비스 및 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 정책 및 시설 현황을 파악할 수 있는 각종 문헌, 토론회 자료집, 웹 사이트 자료 등을 살펴봄으로써 정서·행동적 어려움을 위한 아동 지원체계 및 아동보호치료시설에의 시사점을 탐색하였다.

2. 주요정보제공자 조사(Key Informant Survey)

주요정보제공자에 대한 서베이는 관련 문제에 대해 많이 인식하고 있는 전문가들을 대상으로 조사하기 때문에 보다 실질적이고 의미있는 결과를 도출할 수 있다는 측면에서 매우 중요한 의미를 지닌다. 따라서 본 연구는 서울시 25개 자치구의 아동·청소년 관련 기관종사자 및 아동·청소년 복지 사업을 담당하고 있는 사회복지사를 대상으로 정서·행동적 어려움이 있는 아동의 현황, 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 핵심지원사업에 대하여 조사하였고, 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위해 현재 제공하고 있는 서비스에 대한 수준 평가 및 향후 서비스 강화 욕구 등에 대하여 자기기입식 설문조사를 실시하였다. 설문조사는 2008년 9월 19일부터 10월 13일에 걸쳐 진행되었다.

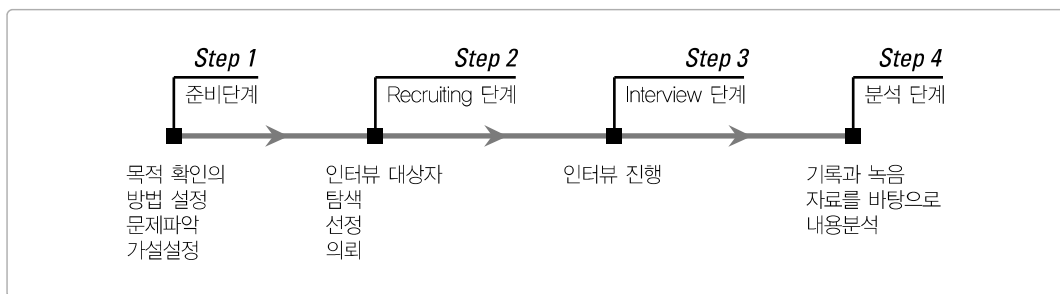
3. 기관내부자료 분석

본 연구에서는 서울시립소년의집과 서울시립아동상담치료센터에 대한 객관적인 이해를 위해 서면으로 된 내부자료 분석을 실시하였다. 기관 내부자료 분석을 통해 기관의 주요사업과 프로그램, 서비스 이용자 현황 및 이용실태 등에 대해 파악하였고, 지역사회에서의 네트워킹 실태와 지역사회 자원 활용 실태를 검토하였다. 이러한 조사를 통해 기관의 내외적 정체성을 분명히 하고, 당면문제와 현황, 보유자원 등을 객관적으로 파악하였다.

4. 포커스 그룹 인터뷰(Focus Group Interview)

전문가 그룹 인터뷰는 어떤 특정 목적을 위해 준비된 주제를 중심으로 한 소수 전문가 그룹을 활용하여 그 주제에 대한 이해의 깊이와 폭을 구축하는 방법이다. 이 방법은 focus group을 대상으로 인터뷰라는 방법을 통해 주제에 대한 심도 있는 논의를 전개함으로써 문제

의 원인과 해결방법을 더 심도 있고 폭넓게 모색하는데 용이하다는 장점이 있다. 이 방법에서는 참여자들이 대화과정에서 다른 참여자의 생각으로부터 새로운 생각을 떠올릴 수 있으며, 그들의 자연스러운 의사표시에 자극을 받아 다른 참여자들도 부담 없이 의견을 표시하게 함으로써 양질의 정보가 도출되게 하는 방법을 사용한다. 이를 통해 소수의 참여자들 간의 자연스러운 대화과정에서 조사목적과 관련된 유용한 정보를 얻거나 공식적인 설문조사에서 기대하지 못한 결과를 발견할 수 있는 것이다. 이러한 Focus Group Interview의 과정은 다음 (그림 1-3-1)에서 정리되는 바와 같이 크게 4단계로 이루어진다.



〈그림 1-3-1〉 Focus Group Interview 과정

본 연구는 연구대상기관의 종사자, 위·수탁 이해당사자 등 기관의 변화 필요성과 방향에 대해 누구보다도 문제의식이 높고 그 문제 해결을 위한 대안을 열심히 생각하고 고민해 온 이들을 대상으로 하기 때문에 이 그룹 논의에 대한 운영만 잘 한다면 이들의 논의를 통해 문제의 핵심과 대안 파악을 매우 효과적이고 효율적으로 도출할 수 있다. 본 연구에서는 실현 가능한 실천 전략의 마련을 위해 참여 성원의 자유로운 아이디어를 도출하였고, 그 결과를 기초로 실용적인 대안을 마련하였다. 인터뷰 내용은 모두 녹음하였으며, 이후 녹취를 하는 방식으로 진행하였다. 녹취문은 2-3차례의 검토, 분석 후 내용별로 재구조화하여 조사결과로 제시하였다.

5. 선진국 사례 벤치마킹

선진국 사례 벤치마킹은 두 가지 차원에서 이루어졌다. 첫째는, 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 지원체계를 구축하는데 있어서 선진국의 지원시스템을 살펴보고, 시사점을 도출하였다. 두 번째로는, 요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 전문 보호치료시설이 국내에서는 처음 소개되는 모델로서 그 필요성은 제기되고 있으나 구체적인 운영방식과

갖추어야 할 요건에 대한 아이디어는 부족한 현실이다. 따라서 이러한 모델이 성공적으로 안착할 수 있도록 선진 외국의 우수사례를 분석하여 시사점을 도출하였고, 이를 서울시 위탁아동시설의 변화방향과 전략, 과제를 제안하기 위한 근거자료로 활용하였다.

6. 전문가 인터뷰

전문가 개별 인터뷰는 8명의 정서·행동적 어려움이 있는 아동들을 지원하고 연구하는 전문가들을 방문하여 비구조화 된 질문지를 가지고 인터뷰하였다. 본 연구를 위해 이뤄진 인터뷰는 학자와 실무자를 균형있게 섭외하여 폭넓고 실용적인 해결방안을 모색하고자 하였다. 사회복지학과 교수, 소아정신과 교수, 그룹홈 시설장, 어린이병원 사회복지사, 양육시설 운영위원, 정신보건센터 팀장을 대상으로 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 시설과 서비스에 관하여 조사하였다. 조사기간은 2008년 8월부터 10월까지 3개월 동안 총 7회에 걸쳐서 진행되었다. 인터뷰의 주 내용은 서울시의 위탁시설인 서울시립소년의집과 서울시립아동상담치료센터의 변화 방향을 논의하면서 중장기적으로 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 보호치료시설로 전환하는 것에 대한 타당성을 논의하였고, 아동보호치료시설의 관점과 내용에 대하여 구체적으로 제시하였다.

7. 전문가 자문 및 토론회

전문가 자문은 2차에 걸쳐 진행되었다. 1차 자문은 연구 착수단계에서 이루어졌으며, 연구방향과 연구내용의 선정에 관한 타당성, 분석틀 등에 대한 내용으로 진행되었다. 2차 자문은 연구 완료단계에서 이루어졌으며, 연구결과를 토대로 도출된 변화방향 및 전략에 대한 적합성, 실현가능성에 대한 전문가 의견을 수렴하였다. 또한 연구결과에 대한 보다 다양한 의견을 수렴하기 위해 '서울시 정서·행동적 어려움이 있는 아동에 대한 사회적 책임'을 주제로 토론회를 개최하고, 전문가와 아동복지시설 종사자, 서울시 정책 추진 주체 등 다양한 주체들에 의해 논의된 내용을 최종 연구결과에 반영하였다.

I

서울시 정서·행동적
어려움이 있는 아동을 위한
지원 체계 현황 및
선진국 지원 체계 현황

II 서울시 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 지원 체계 현황 및 선진국 지원 체계 현황

제1절 정서·행동적 어려움이 있는 아동에 관한 개념적 논의

1. 정서·행동적 어려움이 있는 아동에 대한 개념 정의

특정 문제를 명명하는 용어를 결정하고, 그 정의를 내리는 일은 전문가들과 정부를 포함한 사회전체가 그 문제를 보는 입장을 반영하고, 특정 서비스를 받을 수 있는 적격성의 기준을 제시하며, 서비스 지원의 윤곽을 결정하는 근거가 된다는 점에서 매우 중요하다. 정서·행동적 문제 혹은 장애에 대한 정의는 지난 수십 년 간 ED, SED(serious emotional disorders, 정서장애), SED(serious emotional disturbance), EBD(emotional and behavioral disorders, 정서 및 행동장애), 문제행동 등 여러 가지 용어로 정의되어 왔고, 현재까지도 학문영역과 개인의 견해와 선호도에 따라 공식적으로 사용되는 표현이 매우 다양하고, 통일된 정의가 없어(Hallahan & Kauffman, 2003; Forman & Knitzer, 1992; Friedman, Kutash, & Duchnowski, 1996), 향후 서비스 제공범위를 결정하고 전달체계를 구축하는 과정에서 혼란이 야기될 수 있음이 우려된다. 따라서 본 연구에서는 서울시의 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 서비스 지원 체계 구축 논의에 앞서 정서·행동적 어려움이 있는 아동에 대한 다양한 견해들을 살펴보고, 이에 대한 정의와 범주를 명확히 하고자 한다. 이를 위해 특수교육, 정신보건 등 정서·행동적 어려움이 있는 아동 관련 학문 영역에서 정리된 정서·행동적 문제 혹은 장애에 대한 정의를 종합적으로 살펴보고, 본 연구의 방향에 따라 새롭게 조망함으로써 서울시립소년의집과 서울시립아동상담치료센터의 핵심대상집단(target population)에 대한 정의를 명확히 하고자 한다.

1) Serious Emotional Disorder(SED) & Conduct disorder : 정신보건 정의

미국정신보건서비스 센터(CMHS)에 의하면 심각한 정서장애(Serious Emotional Disorder)³⁾ 아동 및 청소년은 “18세까지의 아동 및 청소년들로 현재 또는 과거 12개월 내에

3) 유서구(2004)는 심각한 정서장애를 가진 아동 및 청소년을 정의하는데 있어, 미국정신보건서비스센터(CMHS)의 정의를 따르면서, Serious Emotional Disorder(SED)를 정서장애로 번역하여 사용하고 있다.

DSM(Diagnostic & Statistical Manual for Mental Disorders)으로 진단가능한 정신적(mental), 행동적(behavioral), 또는 정서적(emotional) 장애(disorders)들로 인해 가정이나 학교, 지역사회에서 역할 함에 있어 상당한 기능적 장애(functional impairments)를 갖고 있는 대상이다”(Friedman, Kutash, & Duchnowski, 1996; 유서구, 2004 재인용).

CMHS의 정의에서 보여지 듯 SED의 범위는 상당히 포괄적이며, 단순히 정서장애만을 의미하는 것이 아니라 행동 및 기능장애도 포함하고 있으며 실제 연구의 대상들도 다양한 장애들을 갖고 있는 것으로 나타났다(유서구, 2004).

홍강의(2008)는 아동의 정신장애를 한 인간의 생각, 행동, 정서조절의 이상으로 인하여 발생하는 것으로서 내적고통과 갈등, 대인관계와 적응에의 어려움, 때에 따라 타인과 사회에 해를 끼침, 일상생활과 학업에 지장, 주어진 발달과제를 수행하지 못함 등의 증상으로 나타난다고 설명하면서, 정신장애에 대해 9가지(① 정상적 발달위기 ②일시적 적응장애 ③정서장애 ④품행장애 ⑤과잉운동장애 ⑥발달장애 ⑦기질성 정신장애 ⑧정신병 ⑨특수장애) 개념으로 분류하여 정의하고 있다. 본 연구 대상과 관련한 정서장애(emotional disorder)와 품행장애(conduct disorder)에 대해 살펴보면, 정서장애(emotional disorder)는 내적인 심리적 갈등으로 인해 적절한 상태의 유지와 조절에 이상이 있는 장애로, 불안증, 우울증, 강박증, 틱장애 등이 해당하는데, 소아 정신과 환자의 1/3정도를 차지할 만큼 많은 수의 아동들이 이러한 정서장애를 경험하고 있다고 보고하고 있다. 주요한 증상으로는 신체증상, 불안, 초조, 우울 등이 나타나고, 이러한 정서장애의 주원인으로는 환경적인 요소가 강하다고 보는데, 특히 부모

표 II-1-1 정서·행동적 장애의 유형과 증상, 원인

유 형	증 상	원 인
정서장애 (내면화장애)	너무 의존적이고 독립심이 부족하다 불안해하고 잦은 신체증상을 호소한다 자신감이 없고 눈치를 많이 본다 즐거움이 없고 생기가 없다 놀이를 할 줄 모르고 꿈이 없다	심리사회적요인
행위장애 (외현화 장애)	또래와 어울리지 못한다 남을 배려하지 않고 자기 욕심만 낸다 기분 변화가 심하고 공격적이다 반복적으로 비행을 보인다	
정신증	현실에 맞지 않는 생각과 행동을 한다	
발달장애	발달(언어, 인지 등)이 뒤지거나 이상이 있다 대인 접촉을 피하고 사회성에 결함이 있다	
		생물학적 요인

출처 : 홍강의(2008)를 재구성함

자녀관계 이상(애정의 불확실로 인한 불안, 애정결핍으로 인한 우울, 과잉통제/학대/폭력 등으로 인한 분노와 적대감)으로 인한 경우가 많다. 품행(행위)장애(conduct disorder)는 아동의 외적행동의 이상으로 나타나 타인의 이익을 해칠 정도의 문제가 되는 경우로, 도벽, 거짓말, 잦은 싸움, 과잉공격성, 난폭 등이 이에 해당한다. 품행(행위)장애의 주요 원인은 선천성 기질적 요소가 많이 작용을 한다고 보고 있고, 그밖에 부모의 적절한 훈육결여, 폭력적 가족 분위기 등을 원인으로 지적하고 있다. 주요 증상으로는 ADHD(주의력결핍과잉행동장애), 적대적 반항장애, 반사회적 행동장애, 우울성 행동장애 등이 있다.

2) Serious Emotional Disturbance(SED) & Emotional Disturbance(ED)

: 특수교육 정의

Serious Emotional Disturbance(혹은 Emotional Disturbance)는 특수교육 영역에서 주로 사용되는 정의이다. 미국인 장애인 교육법(Individual with Disability Education ACT, IDEA)에서는 Serious Emotional Disturbance(정서장애)라는 용어를 사용하면서, '정서장애아동'에 대해 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(DSM)에 의해 진단 가능한(diagnosable) 정신적, 행동적, 정서적 장애를 가진 18세 이하 아동으로 정의한다.(<http://en.wikipedia.org/>) 그러나, 1997년 개정 이후 '심각한(serious)'이라는 수식어가 정의를 모호하게 할 수 있다는 이유로 삭제되어 Emotional disturbance(ED)라는 용어를 사용하고 있다. Emotional disturbance의 특성에 대해서는 다음과 같이 정리하고 있다.

- a) 지적, 감각적, 혹은 건강요인으로 설명될 수 없는 학습의 무능력
- b) 동료 및 교사와의 만족할 만한 대인관계 형성과 유지의 무능력
- c) 정상적인 상황 하에서 부적절한 형태의 행동과 느낌
- d) 일반적이고 만연한 불행감 혹은 우울감
- e) 개인적 혹은 학교 문제와 관련되어 신체적 증상이나 공포를 나타내는 경향 중 한 가지 혹은 그 이상이 장기간에 걸쳐 현저한 정도로 나타나되(정신분열증 아동을 포함하며 심한 정서장애라 판명되지 않는 한, 사회적 부적응 아동을 포함하지 않음), 그것이 교육적 수행에 역으로 영향을 끼치는 상태를 의미한다.

한편 특수교육의 일부전문가들은 외형적으로 나타나는 명확하게 관찰 가능한 문제에만 초점을 맞추는 행동장애(behavioral disturbance)라는 용어가 문제의 해결과 연관된 중재를 시행하기에 용이하고, 아동에게 주어지는 장애 낙인이 덜하다는 점에서 법조문에서 사용된 정

서장애(emotional disturbance)라는 용어보다 더 적절하다는 주장도 있다(Forness & Kavale, 1997; 박지연 외, 2004 재인용).

3) 문제행동(problem behavior)

Department of Education(1993)은 아동·청소년의 문제행동을 사회적으로 방해가 되는 외현적 문제에서부터 정서적, 사회적으로 위축되는 내재적 문제까지 정서·행동적 문제를 모두 포함하는 개념으로 정의하고 있다. Achenbach와 Edelbrock(1983)은 아동의 문제행동을 통계적으로 분석한 후 문제행동을 내면화 문제행동(internalized problem)과 외현화 문제행동(externalized problem)으로 구별하였다. 그런 다음 내면화 문제행동을 정신분열증, 신체화, 강박증, 우울증으로, 외현화 문제행동을 과잉행동, 공격성, 비행 등으로 세분화하였다. 그 후 Achenbach(1991)는 아동행동조사지(Child Behavior Checklist-CBCL)를 통해 아동, 청소년들이 주로 나타내는 문제행동의 유형을 파악하고 분류하였는데, 그 결과 광범위한 범위의 요인으로는 감정이나 행동의 적절한 억제가 결여되어 과소 통제된 행동을 의미하는 것으로 비행과 공격성 등의 증상을 포함하는 외현화 문제행동과 소극적이고 사회적으로 내재화되어 과잉 통제된 행동을 의미하는 것으로 불안/우울, 위축, 신체증상, 주의집중 문제 등의 증상을 포함하는 내면화 문제행동으로 추출되었고, 협소한 범위 요인으로는 위축행동, 신체증상, 불안/우울, 과잉행동, 미성숙행동, 정신분열증, 비행, 공격행동, 성문제 등 9가지가 추출되었다. 이러한 9가지 특성의 내용을 살펴보면 다음과 같다(배내운, 2007:8-17).

- a) 사회적 위축 : 어떤 사람이 사회접촉을 회피하거나 탈피하고자 하는 일련의 행동을 말한다. 사회적 위축 아동은 유아기 때부터 사회적으로 친숙하지 않은 상황에 개입하지 않으며, 낯선 사람과 교류하지 않으려하는 행동을 보이고, 성장하면서 억제행동과 부정적인 정서를 보인다.
- b) 신체화 : 의학적 원인이 밝혀지지 않지만 근육통, 두통, 과민성 대장 증상, 소화불량, 만성피로, 현기증, 숨 가쁨, 건강 염려증 등과 같은 다양한 고통을 호소하는 문제이다.
- c) 불안/우울 : 인간이 성장하면서 흔히 경험할 수 있는 정서임과 동시에 지각, 판단, 기억, 인지, 사고, 태도 등에서부터 대인관계에 이르기까지 광범위한 부분에 부정적 영향을 미치는 정서 상태이다.
- d) 사회적 미성숙 : '나이에 비해 어리게 행동한다', '너무 어른들에게 의지하고 매달리는 경향이 있다' 등 발달상의 문제와 사회적으로 미성숙하고 비사회적인 측면들로 정의된다. 결핍된 사회기술, 즉 언어적, 비언어적 대인행동과 바람직하지 못한 대인관계를 보인다.

- e) 강박 등의 사고 : 위험의 회피, 특질 불안, 책임감, 확실성의 추구와 이와 관련된 우유부단성 및 의심, 인내력 부족, 위협의 과대평가, 사고 통제의 중요성, 완벽주의 등의 성격 특성을 말한다.
- f) 주의집중 : 주의력 결핍 과잉행동장애로 요약되는데 발달적으로 부적절한 주의집중, 과잉행동, 충동성이 특징으로 나타나며 7세 이전에 나타나 6개월 이상 지속되어 이 증상으로 인해 장애가 두 개 이상의 환경에서 나타난다.
- g) 비행 : 법률적 의미의 범죄행위는 물론 도덕적, 윤리적, 사회적 측면에서 일어나는 옳지 못한 행동들을 모두 포괄하는 의미를 가진다. 기록비행과 숨은 비행이 있다.
- h) 공격성 : 말다툼이 잦고 신체적으로 타인을 괴롭히거나 반항하고, 고집을 심하게 부리고, 심한 분노의 표출이 잦은 행동 및 의도(공격성, 협박, 과도한 정서적 기복, 과도한 정서/분노 표출, 불순종)를 말한다.

이러한 연구결과들을 종합하여 보면 문제행동은 외현적 문제행동과 내재적 문제행동으로 구분되며, 외현적 문제행동은 자신의 행동을 적절히 통제하지 못하여 발생하는 문제로, 공격성, 과잉운동, 거짓말, 도벽, 다른 사람을 못살게 구는 행동적인 문제 등이 해당하고, 내재적 문제행동은 자신의 행동을 지나치게 억제하거나 자신을 적절하게 표현하지 못하여 발생하는 문제로, 위축행동 및 불안 행동, 외로움, 우울, 두려움 등의 정서적인 문제행동이라고 정의될 수 있다(Achenbach & Edelbrock, 1983; 백혜정, 황혜정, 2005:10-11).

4) 정서·행동적 어려움이 있는 아동에 대한 정의

이상에서 살펴본 바와 같이 정서·행동적 문제/장애는 객관적으로 관찰되거나 측정되기 어렵고, 정상성에 대한 절대적인 기준을 제시하기 어려운 매우 광범위하고 포괄적인 개념으로 정서·행동적 문제를 둘러싼 다양한 개념 틀을 모두 만족시킬 수 있는 정의를 규정하는 것은 거의 불가능하다고 할 수 있고, 오히려 정의를 내리고자 하는 목적에 따라 정의가 달라질 수 있다(박지연, 2004). 즉 문제를 바라보는 관점과 주요 대상범주에 따라 정서·행동적 문제에 대한 다양한 정의가 가능하고, 이를 명명하는 방식이 달라질 수 있다.

본 연구에서는 아동이 경험하는 정서·행동적 차이를 문제나 장애로 규정하기 보다는 사회적인 지원과 아동을 둘러싼 환경의 적극적인 노력에 의해 충분히 해결될 수 있는 ‘어려움’이라는 관점에서 바라보고, 서울시가 공적 책무성을 갖고 지원체계를 구축해야 하는 핵심대상 집단(target population)을 ‘정서·행동적 어려움이 있는 아동’으로 명명하였다. 정서·행동적 어려움(SED)의 범위는 상당히 포괄적이며, 단순히 정서적 어려움만을 의미하는 것이 아니라

행동 및 기능적 어려움도 포함하고 있으며 실제 본 연구에서 정의하는 ‘정서·행동적 어려움이 있는 아동’의 범주 또한 정신보건과 특수교육에서 정의하는 정서장애와 행동장애, 문제행동에서의 내면화 문제행동과 외현화 문제행동을 모두 포함하는 개념으로 매우 포괄적으로 적용하였다.

2. 정서·행동적 어려움이 있는 아동에 대한 지원방향

최근 정서·행동적 어려움이 있는 아동의 서비스 욕구에 대한 관심이 증가하였다. 이러한 관심의 증가와 함께 아동복지 서비스 전문가들이 중점을 두어야 할 것은 바로 이들을 대상으로 하는 복지 서비스는 어떤 철학을 기반으로 가져야 하는가에 대한 이론적 방향의 정립이다. 아동의 권리와 더불어 아동복지 서비스에서 중요한 관점으로는 가족 친화적 환경의 조성 및 탈시설화, 그리고 사회통합 등이 있다. 아동복지 서비스와 관련한 사회복지적 접근에서 여덟 가지의 실용적인 관점(Petr, 1996)이 있는데 이 중 네 가지 관점인 성인중심주의의 타파, 가족 중심주의, 강점 관점과 생태학적 관점이 정서·행동적 어려움이 있는 아동과 관련되어 논의되기도 하였다(노혜련, 2008). 미국에서는 2002년 정신보건에 관한 대통령 신자유위원회(the President's New Freedom Commission on Mental Health)를 만들어 미국의 정신보건 서비스 체계를 분석하고 이를 향상하고자 시도하였는데 특히 아동의 정신건강에 집중하는 신자유위원회 산하 아동과 가족 부위원회(Subcommittee on Children and Families)를 만들어 아동의 정신건강 서비스 체계의 분석을 통해 열가지 비전을 제시하였다(Huang 외, 2005).

선진국의 아동복지 관련 정책을 볼 때, 미국의 국립정신보건원(National Institutes of Mental Health)과 미국 보건복지부(U. S. Department of Health and Human Services)에서 아동청소년 지원 프로그램(Child and Adolescent Service System Program)을 만들면서 체계적 보호 접근법(Systems of Care Approach)을 중심으로 정책방향으로 설정하였다. 이러한 접근법 역시 가족중심, 강점관점, 지역사회중심, 조정 통합된 서비스의 지향 등을 강조하며 여덟가지의 실용적인 관점과 열가지 비전과도 같은 맥락이므로 정서·행동적 어려움이 있는 아동에 대한 지원 방향 설정에서의 하나의 근거가 될 수 있다.

본 절에서는 우선 전반적인 사회복지적 관점에서 아동복지 서비스 제공에서의 실용적인 여덟가지 관점을 짚어보고, 정신보건 서비스 관련 열가지 비전을 살펴 본 후, 이 관점들 및 원칙을 바탕으로 정서·행동적 어려움이 있는 아동에 대한 지원 방향에 대해 논의해 보고자 한다.

1) 아동복지 서비스 제공 관련 사회복지적 관점(Eight Pragmatic Perspectives)⁴⁾

다음의 여덟가지 관점은 정책, 실천 모든 레벨에서 아동복지 서비스를 제공할 때 어떤 관점으로 접근해야 효과적인 서비스를 제공할 수 있는지에 대한 제안들이다. 각각의 관점은 상호 깊은 관련을 갖기도 하고 때로는 상호 상충적일 수도 있기 때문에, 개별 아동의 상황에 맞춰 선택하여 적용하도록 권하고 있다.

(1) 성인중심주의의 타파(Combating Adultcentrism)

성인중심주의란 아동의 관점이 아닌 성인의 관점에서 아동과 아동의 문제를 접근하는 것을 말한다. 전문가들은 아동이 성인보다 불완전하고 판단력이 떨어진다고 보고 접근하기 때문에 아동들과의 의사소통이 제대로 되지 않으면서 아동을 위한다고 할지라도 그것이 성인의 입장에 제한되어 있기 때문에 오히려 효과적인 서비스 전달에 장애가 될 수 있다. 이는 실천 현장에서 뿐만 아니라 프로그램 개발이나 정책을 수립할 때에도 생길 수 있는 오류이다.

따라서 성인중심주의를 지양하면서 아동의 의견을 물어보고 아동의 자기 결정권을 중시해야 한다. 이렇게 아동의 관점을 묻고 의견을 반영하게 되면 아동의 결정사항에 대한 만족감을 증진시킬 수 있으며 또한 정책 측면에서도 공공정책에 이러한 아동의 입장에서 발생한 선호도를 반영할 수도 있다(노혜련, 2008).

(2) 가족중심주의(Family-centered Practice)

최근 아동복지 서비스 분야에서 많이 강조하고 있는 것이 바로 가족중심주의이다. 가족중심주의는 개인의 삶에서 가장 중요한 부분이 가족임을 인지하고 의사결정과정에서 주요한 주체로서 가족을 참여시킨다. 가족의 강점과 잠재력에 초점을 맞추는 것을 시작으로 가족 구성원에게 가능한 자원 등에 관한 정보를 충분히 알려주어 가족 구성원들이 전문가와 동등한 입장에서 아동의 치료에 참여하며 선택 및 결정하는 것을 가능하게 하며 또 가족 구성원들이 그런 역량을 갖출 수 있게 도와 준다.

가족 중심주의의 실천에 있어서 세 가지 주요 요소는 1) 가족을 개입초점(unit of attention)으로 삼는 것, 2) 가족 구성원들이 정보에 기초한 선택을 하도록 하는 것(informed choice), 그리고 3) 강점 관점(strength perspective) 이다. 이는 아동에만 집중하고 가족에게는 선택의 여지를 주지 않고 또 문제에만 초점을 맞추는 전통적인 아동중심적(child-centered), 전문가

4) 여덟가지 관점의 논의는 Petr(1998)의 내용의 요약을 바탕으로 하고 있다.

중심적(professional-centered) 접근법과는 상이한 것이다. 이로서 개별 아동이 아닌 가족 구성원의 한 사람으로서의 아동이 속해 있는 가족에 그 중심을 둔다는 것이다.

가족은 아동의 삶에 가장 큰 영향을 미치며 아동에게 가장 중요한 자원이 될 수 있기 때문에 가족을 개입의 단위로 보고 초점을 맞춰야 한다. 서비스의 전달에 있어서도 선택의 주체는 가족이고 서비스의 대상자도 가족이 되기 때문에 가족의 선택력을 최대화 시키는 것이 가족 중심주의의 주요 요소 중의 하나가 된다. 그러나 이때 주의할 점은 가족을 의사결정권의 주체로 하되 성인중심주의에 빠지지 않고 가족의 구성원 중의 하나인 아동의 의사결정권을 중시해야 한다는 것이다. 그리고 세 번째 요소인 강점 관점은 나중에 논의되기도 하겠지만, 가족 중심주의와 관련 설명하면, 가족을 아동의 문제의 원인으로 보는 것이 아닌, 문제해결의 자원으로 보는 것이다. 가족을 개입의 단위 및 의사결정의 주체로 본다는 것은 기본적으로 가족 구성원들을 존중하고 그들에게 있는 가능성에 대한 신뢰가 있어야 가능한 것이다. 그러므로 가족 구성원에게 있는 장점들을 알고 있어야 제대로 된 서비스를 전달할 수 있게 된다. 예를 들어 정서적 문제를 갖고 있는 아동들의 부모는 정신건강 전문가들을 만날 때 비난받고 소외당하는 경험을 한다고 하였는데(Collins & Collins, 1990; 노혜련, 2008에서 재인용), 이는 전문가들이 부모들의 강점보다는 그들에게서 문제점을 찾아내고 지적하기 때문에 생기는 현상이라고 볼 수 있다. 가족을 아동 문제해결의 자원으로 보는 관점에서, 미국에서 진행된 많은 프로그램(Families as Allies Program at Portland State University, the Child and Adolescent Network of the National Alliance for the Mentally Ill, the Federation of Families for Children's Mental Health etc.)들은 가족이 갖는 강점을 부각시키고 있고, 이러한 노력들은 부모의 목소리의 중요성과 가족중심적인 서비스의 발달의 중요성을 강조한다.

프로그램 개발이나 정책차원에서 가족중심주의를 적용할 수 있다. 프로그램이나 정책의 개발에 정서·행동적 어려움이 있는 아동 및 가족들의 의견을 반영하거나 직접 참여 시키는 방법이 한 예이다. 또는 전달체계에서 가족의 기능을 확대시키기 위해 경제적으로 보조하는 프로그램을 개발하거나, 정서·행동적 어려움이 있는 아동이 있는 가정의 부모나 가족 구성원을 위한 자조집단 등의 보조 프로그램을 개발하는 것이 가족중심주의 반영의 예라고 할 수 있다.

5) 가족의 선택력은 다음과 같은 영역에서 유효하다: ① 가족의 정의, ② 의사결정권의 선택, ③ 개입의 단위에 대한 선택, ④ 가족과 전문가의 관계에 대한 선택, ⑤ 정보교환에 대한 선택, 그리고 ⑥ 욕구와 목적, 개입 방법에 대한 결정

(3) 강점 관점(Strengths Perspective)

아동 복지 서비스에서 강점 관점은 앞서 논의된 성인중심주의를 지양하고 가족중심주의를 강조하는 것과 동일선상에 있으면서 전통적인 접근법, 즉 문제점 및 단점을 부각하는 부정적인 접근법에 반하는 관점이다. 보통 아동에게 문제가 생기면 전문가들이 아동이나 그 가족에게 있는 병리, 문제점들, 한계점 등의 부정적인 면에 초점을 맞추면서 진단을 내리는 경향이 있어 그로 인해 전체적인 그림을 놓치는 것이 비일비재한 현실이다. 그러나 강점 관점에서 접근을 하면 아동에게 있는 능력을 즉시 발견하고 아동의 긍정적인 태도나 행동을 강화하며, 의사결정에서 아동을 적극 참여 시킬 수 있는 기회를 극대화 시킬 수 있게 된다. 정서·행동적인 어려움은 아동의 여러 특징 중의 하나일 뿐이지 그들의 삶 역시 복잡적이어서 정서·행동적인 어려움 외의 다른 측면들도 있기에 좀 더 폭넓게 아동의 상황을 이해하면 그중에 긍정적인 면을 발견할 수 있게 된다. 또한 아동도 본인의 어려움과 치료에 대해 충분한 정보를 얻고 의견을 줄 수 있는 능력이 있고 그런 권리가 있기 때문에(노혜련, 2008), 그들의 잠재력을 인정하고 그 능력을 발견하는 것이 중요하다.

정책차원에서도 강점 관점으로 접근하면 클라이언트의 의견을 반영하고 문제보다는 욕구를 바탕으로 정책을 수립할 수 있다. 전문가 중심으로 전문가의 입장에서 보기보다는 클라이언트의 입장에서 정책의 목표를 수립하고, 정책 만드는 것부터 평가까지 전 과정에 참여시키도록 하는 것이 강점관점의 접근법이다.

(4) 다양성과 차이의 인정(Respect for Diversity and Difference)

문화적 민감성은 사회에서 소수그룹에 속한 사람들에 대한 편견을 버리면서 형성된다. 문화적인 편견은 극단적으로 드러나기도 하지만 미묘하게 드러나기도 한다. 은연 중 소수그룹의 사람들에게는 차별된 기준을 적용을 하는 것, 그들의 특수성을 인정하지 못하고 다수의 방법으로 접근하는 것이 미묘하게 드러나는 문화적 민감성의 부족함의 예가 된다. 문화적 다양성에 대한 민감성은 최근 한국의 다문화 가정의 증가와 함께 다문화 가정의 아동과 가족 대상의 서비스 전달에서 반드시 고려해야할 중요한 요소 중의 하나라 할 수 있다.

(5) 최소 제한 대체 조치(Least Restrictive Alternative)

최소 제한 대체 조치는 넓은 의미에서는 아동과 가족이 그들의 기본권에, 특히 개인의 자유에 제한을 받지 않는 것을 말한다. 좀 더 구체적으로 보면 사회통합과 일맥상통하는데, 정서·행동적 어려움이 있는 아동의 특수성 때문에 지역사회에서 그들을 격리하는 것이 아니고

그들도 지역사회 내에서 서비스를 받을 권리가 있음을 인정해 줘야 한다는 것이다. 전문가의 입장에서 보면 당연한 일들이 아동, 가족의 관점에서 볼 때 권리의 제한을 받거나 침해를 받는 것일 수 있다. 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 가족과 분리시켜 전문가가 치료 환경을 통제할 수 있는 병원이나 시설에서 치료를 하는 게 좋을 것이라고 보는 입장도 있지만, 그것이 아동에게는 가족, 지역사회, 친구들과의 중요한 관계를 끊어 버려 오히려 부정적인 영향을 미칠 가능성도 있다. 최소 제한 대체 조치 관점에서는 지역사회 내에서 가정이라는 자연스럽고 정상화된 세팅에서 아동이 전문가의 치료를 받는다면 충분히 나아질 수 있을 것이라고 보는 것이다. 이 원칙은 가족의 보존과 탈시설화, 그리고 특수교육에서의 사회통합의 원칙과 맥을 같이 한다.

(6) 생태학적 관점(Ecological Perspective)

생태학적 관점은 커다란 사회체계 또는 환경 속에서 아동, 청소년과 가족을 이해하는 사회복지의 접근법이다. 즉, 개인의 차원에 국한되어 접근하는 것이 아니라 그 개인이 가족, 지역사회, 사회라는 커다란 영역 속에서, 그리고 그 영역과의 상호작용에서 어떤 영향을 받고 또 영향을 미치는가를 이해하고자 하는 관점이다.

개인을 어떻게 이해하는가 외에도 서비스를 어떻게 제공할 것인가에도 생태학적 관점이 중요한 역할을 한다. 정서·행동적 어려움이 있는 아동, 청소년의 욕구에 맞게 서비스를 제공하려면 병원, 학교, 복지관 등 관련 기관들 모두의 자원과 가족 뿐 아니라 친척, 친구, 이웃의 비공식적 자원도 포함하여 통합적으로 서비스를 제공해야 아동에게 긍정적인 최선의 서비스를 제공할 수 있다(노혜련, 2008).

아동복지 전달체계에 있어서 생태학적 관점은 관련 기관과의 연계에서 찾아 볼 수 있다. 특히 정서·행동적 어려움이 있는 아동의 경우, 다양한 서비스 체계, 지역사회 기관들, 그리고 여러 전문분야에 걸쳐 서비스를 받아야 하기 때문에 생태학적 관점에서 중요시 하는 통합적인 서비스 전달이 이루어 져야 그들의 욕구에 맞는 서비스를 제공할 수 있다.

대표적으로 Wraparound 모델이 이러한 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 모델로 개발되었다. 사례관리, 강점관점, 가족중심주의, 기관의 채무와 기금의 다양한 서비스를 개별화 하면서 동시에 통합적으로 전달하는 모델이다. 이 모델은 다학제적 접근으로 사례관리자나 자원 코디네이터(resource coordinator)가 친척, 종교 지도자, 다른 기관의 전문가 등의 주요 인물 최대 8명까지 구성된 Wraparound 팀을 만들어서 아동 및 가족을 중심 및 주체로 놓고 치료 접근한다. 중요한 것은 이 Wraparound 팀 외에 또 하나의 팀이 있다는 것이다. 이는 바로 지역사회팀으로 지역사회팀은 Wraparound 팀이 개입전략을 짜면 여기에 대한 재정지

원을 해준다. 이 팀은 각 기관의 관리자들로 기관의 재무에 관여할 수 있는 권위가 있는 사람들로 구성되어 있어 지역사회 수준에서 클라이언트가 필요로 하는 재정적 지원을 받을 수 있도록 하였다. Wraparound 모델의 예와 같이 생태학적 관점에서 주목할 점은, 접근에 있어서 지역사회의 역할을 포함 내지 강조한다는 것이다.

(7) 조직과 재무관리(Organization and Financing)

아동복지 서비스의 전달에 있어 중요한 요소 중의 하나는 바로 전달 기관의 조직과 재무관리일 것이다. 특히 재무에 있어서는 기관의 성격에 따라 서비스 비용 전달 방법이나 재정적인 자원체계가 다르기 때문에 기관마다 분명하게 해두지 않으면 서비스의 연계에서도 혼란이 발생하여 서비스를 효과적으로 전달하지 못할 수 있다.

효과적인 시스템의 재정립에서 중요한 원리로는 서비스의 통합이 있다. 서비스의 통합이란 효과적인 서비스의 전달을 위해 조각조각 나뉘어져 있는 서비스들을 통합하는 것을 말한다. 개별실천의 수준에서는 사례 관리자가 다학제적인 접근으로 서비스를 전달하는 것을 말하여 시스템 수준에서는 각각 다른 영역의 서비스 전달체계를 통합하는 것으로 기관간 연계, 지역사회 수준에서의 계획수립, 지역사회 정부의 개입과 지역사회 자체의 개발 등을 통해서 실행할 수 있다. 즉, 시스템 차원에서의 통합에서는 지역정부가 기관, 지역사회, 클라이언트의 역할 및 권리를 인정하면서 동시에 이들을 코디네이트 하고 또한 감독도 하는 중요한 역할을 맡게 되는 것이다. 이는 앞서 논의된 생태학적 관점과도 일맥상통한다.

이러한 통합의 예로 한 기관이 허브의 역할로 원스탑 서비스를 제공하면서 지역사회 내의 해당 기관들과 연결하는 체계가 있다. 이런 방식의 장점 중의 하나는 여러 기관에서 인테이크를 중복적으로 하지 않고 한곳에서 출발하기 때문에 시간과 노력의 허비를 줄일 수 있다는 것이다.

지역사회 차원에서 서비스를 통합한다는 것은 이상적이기는 하나 현실적으로는 여러 기관들의 협조와 노력을 필요로 한다. 이러한 지역사회 차원에서의 통합을 위해서 고려해야 할 점이 몇 가지 있다. 첫째, 지방정부의 역할이다. 지방정부차원에서 서비스 전달체계에 대한 법률이나 규정 제정을 할 수 있어야 한다. 그리고 체계적으로 정립된 법률체계 하에서 어떠한 프로그램을 진행 할 것인지에 대한 일관적인 합의를 구해야 할 것이다. 앞에서 언급했듯이 전달 과정에서도 지방정부가 코디네이터 역할 뿐 아니라 감독의 역할도 할 수 있어야 할 것이다. 법률제정을 통한 가이드라인이 성립되고 전달 시스템이 체계적으로 구축되는 것이다. 그리고 이러한 실천을 위해서는 재정구조가 분명하게 잡혀 있어야 하며 이를 위해서는 정부와 민간이 필요한 자금을 구축할 수 있도록 상호협력해야 할 것이다.

(8) 성과의 달성(Achieving Outcomes)

서비스 전달체계에서 지속적으로 지적되어 오는 것이 서비스가 얼마나 효과적으로 전달되었는지에 대한 정보의 부재이다. 과연 서비스가 서비스의 목적과 목표에 맞게 전달되었는지에 대한 평가 기준이 구축되어야 하고 이는 전문가와 조직의 책무성도 동반해야 한다. 이를 위해서는 우선적으로 서비스의 목적과 목표가 무엇인지를 분명하게 정립하는 것이 중요한 것이다. 그리고 그 성취도를 측정할 수 있는 척도가 제대로 개발되어야 할 것이다. 미국의 경우 이러한 평가체계의 구축을 위해 체계적 보호 접근법을 도입하여 책무성의 보장을 위해 노력하였다. 물론 이러한 결과 중심의 접근법에는 여러 가지 문제나 장애가 있을 수 있으나 보다 효과적인 서비스의 전달을 위해 분명한 평가체계를 갖추는 것이 중요하고 이를 가능하게 하기 위해서는 평가에 관한 충분한 자금의 투자와 기간관의 연계, 평가체계예의 가족의 참여 등이 필요할 것이다. 평가의 내용은 클라이언트 레벨, 프로그램 레벨 뿐만 아니라 기관관의 연계정도, 서비스의 접근성, 가족의 참여 정도, 다양성에 대한 민감성의 정도, 그리고 비용 등을 포함한다.

2) 아동 정신 보건 서비스의 열가지 비전⁶⁾

앞에서 밝힌 바와 같이 2002년 정신보건에 관한 대통령 신자유위원회(the President's New Freedom Commission on Mental Health) 산하 아동과 가족 부위원회(Subcommittee on Children and Families)를 만들어 아동, 청소년의 정신건강 서비스 체계를 분석하고 열가지 비전을 제시하였다(Huang 외, 2005). 이는 정서·행동적 어려움이 있는 아동의 복잡한 욕구에 맞춰 정신 보건 서비스를 제대로 전달하기 위해 대규모의 심층 조사를 걸쳐 현존하는 시스템의 장단점을 분석한 결과 나온 열가지의 비전으로, 체계적 접근법의 가치를 반영하며 지역사회 기반의 정신보건 서비스의 방향을 제시하고 있다.

그 열가지 비전은 다음과 같다 :

(1) 가정과 지역 사회 중심의 포괄적인 서비스와 보호의 개발(Developing Comprehensive Home-and Community-Based Services and Supports)

첫 번째로 제시된 비전의 내용은 사회통합과 가족중심주의와 맥을 같이 하는 것으로, 아동, 청소년이 지역사회 내에서 그리고 가정에서 성장해야 함을 강조한다. 그리고 서비스는 아동

6) 열가지 비전은 Huang et al(2005)이 정리한 것을 중심으로 논의하였다.

정신건강의 생물학적, 심리적, 사회적 측면 등의 다양한 측면을 모두 염두에 두면서 아동의 복합적인 삶에 포괄적으로 보조할 수 있어야 한다.

지금까지 시설위주에서 실시된 치료를 지역사회 내에서, 가정 내에서 하면서 또한 동시에 포괄적인 서비스를 제공할 수 있도록 전환을 시키려면 이 전환 과정에서 드는 비용이 있을 것이다. 이를 위해 정부차원에서 다양한 지원이 따라야 한다. 인센티브나 필요 시설들에 대한 투자의 격려를 통한 보조 및 직접적인 지원이 필요할 것이다.

(2) 파트너십과 지지를 통한 가정과의 적극적인 연계(Developing Family Partnerships and Family Support)

앞서 사회복지의 접근에서의 가족중심주의에 부합하는 비전으로 가족을 모든 과정에서 개입시키는 것을 추구한다. 아동을 위한 정신보건 서비스 정책은 가족을 보조해야하고 동시에 동등한 파트너로서 함께 일하면서 가족에게 선택할 여지를 허락해야 한다. 구체적으로 실천적인 면에서 진단, 개입전략, 치료, 연구, 평가 뿐만 아니라, 사회정책, 계획 수립차원 등에 참여하는 것을 권하고 있다.

(3) 문화적 다양성에 대한 이해와 서비스 접근성의 향상(Providing Culturally Competent Care and Reducing Unmet Need and Disparities in Acces to Services)

문화의 다양성에 민감해야 하고 서비스 전달에 있어서 소수집단의 접근에 장애가 없도록 해야 한다. 앞서 논의했듯이 우리나라에서는 다문화 가정의 아동들을 대상으로 할 때 필수적인 요소이다.

(4) 개별화된 보호(Individualized Care)

정서·행동적 어려움이 있는 아동은 동질적이라기 보다는 이질적인 그룹으로 증상과 욕구가 다양한 그룹이다. 그러기 때문에 이들을 대상으로 하는 서비스는 대상에 따라 개별화 되고 내용적으로는 포괄적이어야 한다. Wraparound 모델이 사례관리, 강점관점, 가족중심주의, 기관의 재무와 기금의 다양한 서비스를 개별화 하면서 동시에 통합적으로 전달하는 좋은 예이다. 선행 연구에서도 이러한 개별화된 접근법이 정서·행동적 어려움이 있는 아동들에게 좋은 결과를 낳았다고 밝혔고 미국 내에서도 이 모델이 퍼져 나가고 있다고 한다.

(5) 근거중심 실천의 이행(Implementing Evidence-Based Practices)

프로그램이나 서비스의 향상을 위해 중요한 요소 중 하나가 과학적인 근거를 뒷받침하는 개입방법을 개발, 유포, 적용하는 것이다. 이러한 정보가 주어져야 가족이 서비스를 받을 것 인지에 대해 정보에 근거한 판단을 내릴 수 있기 때문이다. 따라서, 근거 중심 실천의 이행이 중요하다.

(6) 서비스, 책무성, 그리고 자금의 통합적인 조정(Coordinating Services, Responsibility, and Funding to Reduce Fragmentation)

서비스 전달체계에서 다학제적 접근으로 관련 기관간의 통합적인 서비스를 제공해야 한다. 정서·행동적 어려움이 있는 아동이 복합적인 욕구가 있어 다양한 기관들로부터 서비스를 받는데 이때 기관 간에 제대로 된 연계가 되어 있지 않으면 오히려 이 많은 기관들의 참여가 너무 복잡하여 포괄적인 서비스 제공에 장애가 될 수도 있다. 따라서 이론과 정책, 실천의 세 분야를 잘 연결시키는 다학제적 접근을 통해 포괄적인 서비스를 제공하는 것이 중요한 과제 중의 하나이다. 기관 간 협력을 통한 예방, 조기개입, 치료로 지역 기반의 통합적인 서비스를 전달할 수 있도록 지방정부가 위치해서 연결시키고 주도하는 역할을 해야 할 것이다. 각 기관의 역할 및 책임을 분명히 밝혀 주는 것 또한 지방정부의 역할이다.

(7) 예방과 조기진단 및 조기치료(Increasing Prevention, Early Identification, and Early Intervention)

정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 정신보건 서비스 전달시 예방과 조기진단과 조기 치료의 중요성을 염두에 두어야 한다. 이를 가능하게 하기 위해서는 인프라를 구축해야 하는데, 그것은 재정적인 지원과 함께 가능할 것이다.

(8) 영유아기 치료의 강화(Strengthening Early Childhood Intervention)

신경과학의 연구에 의하면 조기발견, 진단과 치료가 정신건강이 악화되는 것을 막을 수 있다(Shonkoff & Phillips, 2000, Huang et al. 2005에서 재인용). 이러한 조기 예방을 가능하게 하기 위해서는 부모를 대상으로 조기 발견의 중요성에 대한 교육을 실시해야 하며, 아동의 정신건강의 문제에 대해서 사회적으로 알려야 하고, 자연스럽게 조기 스크리닝, 진단, 치료의 포괄적인 접근을 할 수 있도록 마련하며, 종사자들 역시 이러한 조기 진단, 치료를 할 수 있도록 교육 및 훈련을 시켜야 한다. 마지막으로 정서·행동적 어려움이 있는 아동들이 이러한

서비스를 받을 수 있도록 접근성에 장애가 되는 요소를 없애고 재정적으로 지원을 해야 한다.

(9) 학교내의 정신보건치료 확대(Expanding Mental Health Services in School)

다른 기관과의 연계의 일환으로 아동에게 가장 중요한 생활의 장인 학교에서 정신보건 치료 서비스를 제공할 수 있도록 그 기능을 확대하는 것을 아홉 번째 비전으로 제안하였다.

(10) 책무성 강화와 질적 향상(Strengthening Accountability and Quality Improvement)

서비스의 지속적인 향상을 위해서는 평가가 제대로 되어야 하는데 그동안은 평가 기준의 부재로 서비스의 책무성도 제대로 보장할 수 없었다. 그 평가의 기준이라는 것은 변화의 기준이 무엇인가에 대한 이론적인 뒷받침을 필요로 한다. 즉, 어떤 결과를 원하는지를 분명하게 밝힐 수 있어야 한다. 서비스의 책무성과 질적 향상을 위해서는 법률체계의 테두리 안에서 양질의 정보 시스템을 구축해야 하며, 기대되는 변화에 대한 분명한 이론을 정립해야 하며, 신뢰할 수 있는 측정도구를 사용해야하고, 사생활의 보호 및 비밀보장의 원칙을 고수하며, 피드백 시스템을 만들며, 서비스의 목표와 측정전략에 관련된 사람들의 의견을 함께 반영해야 할 것이다.

3. 소결

정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 서비스 전달에 있어서의 기본 관점들을 사회복지적 접근과 정신보건 서비스의 접근에서 논의한 원리들을 통합해서 볼 때 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 지원방향을 다음과 같은 원리들에 중점을 두고 잡아 볼 수 있다.

첫째, 가족 역할의 중요성이다. 가족을 모든 개입의 중심에 두어야 한다는 가족 중심주의의 원리는 강점관점과 맞물려 가족의 잠재력을 인정하고 가족이라는 테두리 안에서 아동이 서비스를 받을 수 있도록 지원해야 한다고 강조하고 있다. 아동의 권익을 염두에 둘 때에도 가정환경에서 치료를 받는 것이 아동에게 더 긍정적인 영향을 미치기 때문에 가족역할에 비중을 두는 것을 제도화 해야 한다. 이렇게 가족의 역할이 강조되면서 동시에 부각되는 것이 사회통합인데, 생태학적 관점에서도 지적하고, 또한 최소 제한 대체 조치의 원리와 열가지 비전에서도 제시했듯이, 포괄적인 서비스를 개발하는데 있어 지역사회 내에서, 그리고 가정 내에서 치료를 하는 것이 바람직하고 가정과 파트너십을 형성하여 모든 과정에 개입시키는 것을 지향하고 있다. 정서·행동적 어려움이 있는 아동들에게 구체적으로 적용될 수 있는 것은 바로 탈시설화의 추구로 가정친화적인 환경에서 아동의 정서·행동적 어려움을 극복할 수

있도록 해야 한다는 것이다. 물론 이때 항상 염두에 두어야 하는 것은 아동의 관점에서 접근해야 한다는 것, 즉 성인중심주의로 가지 않도록 조심하는 것이다.

둘째, 다학제적 접근의 중요성이다. 생태학적 관점을 바탕으로 하는 Wraparound모델에서 제시하듯 다학제적 접근으로 통합적으로 서비스를 전달하는 것이 특히 복합적 문제를 지니고 있는 정서·행동적 어려움이 있는 아동에게는 더욱 효과적인 접근일 것이다. 또한 이런 다학제적 접근을 할 때 좀 더 개별화되면서 동시에 포괄적인 서비스를 제공할 수 있게 된다. 효과적인 서비스의 전달을 위해서 서비스의 통합이 중요하다고 지적되기도 했는데, 실천적인 단위에서 서비스의 통합은 다학제적 접근을 의미하게 된다. 기관 내에서의 다학제적인 접근도 중요하겠지만, 한걸음 더 나아가 서비스 제공에 있어 기관간의 연계를 통한 서비스의 제공은 서비스의 질을 한층 더 향상시킬 수 있을 것이다. 이는 지역사회를 기반으로 두었을 때 효과적일 수 있다.

셋째, 책무성의 중요성이다. 서비스가 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위해 제대로 그 기능을 다하고 있는지에 대한 책무성을 보장하기 위해서는 바로 그에 대한 평가체계가 제대로 구축되어야 한다. 이에 따라 결과를 측정할 수 있는 도구의 개발이 중요시 되고, 모니터링 시스템의 필요성이 강조된다. 모니터링 시스템은 전문가들을 통한 것도 가능하며, 기간관의 연계나 가족의 참여를 통해서도 가능할 것이다. 평가체계를 통한 책무성의 모니터링은 어느 정도의 자금을 요하기 때문에 지역사회 차원에서의 책무성에 대한 지원이 필요하게 된다.

넷째, 지방정부 역할의 중요성이다. 우선 생태학적 관점에서 볼 때 지역사회 기반의 서비스를 제공하는 것이 중요하게 대두되고 있다. 지역사회 기반의 서비스는 물론 사회통합적인 맥락에서 이해할 수 있으나 이러한 서비스가 가능하기 위해 기본적으로 요구되는 것이 지방정부의 지원이다. 다학제적 접근을 하는데 있어서 기관간의 연계가 필요하고, 책무성을 받쳐주는데 있어서도 지방정부의 역할이 강조되고 있다. 지방정부는 코디네이터로서, 감독관으로서, 그리고 지원자로서의 역할을 수행하여 정서·행동적 어려움이 있는 아동에게 지원을 하는 중요한 위치에 있는 것이다.

제2절 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 정책 및 전달체계 현황

본 장에서는 서울시 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 정책현황과 전달체계를 개괄하고, 현재의 정서·행동적 어려움이 있는 아동 지원시스템에 기초해서 서울시가 계획하고 있는 요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 보호치료시설 설치의 필요성과 적합성

을 검토하였다. 정책현황은 정신보건, 복지, 교육 등 다양한 측면에서 추진되고 있는 내용 전반을 포함하면서, 주요 추진주체를 기준으로 중앙정부 공동사업과 서울시 자체사업을 구분하여 살펴보았다. 전달체계에 대한 분석은 요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동 지원 정책을 총괄하면서, 현재 보호치료 형태의 새로운 지원 체계를 마련하고자 하는 서울시 청소년 담당관과 지역사회 아동의 정서·행동적 어려움에 대한 예방 및 치료지원정책 전반을 총괄하는 서울시 보건정책담당관을 두 축으로 하여 공공영역의 전달체계를 살펴보았다. 이 외에도 민간영역에서 이루어지고 있는 아동의 정서·행동적 어려움과 관련한 서비스 제공 현황을 대표적인 기관들을 중심으로 하여 살펴보았다.

1. 정책현황

1) 중앙정부 공동사업

(1) 보건복지가족부 : 아동·청소년 정신건강증진사업⁷⁾

보건복지가족부는 아동·청소년의 우울증, ADHD, 인터넷 중독, 학교폭력 등 최근의 아동·청소년 정신건강 문제가 심각함에도 불구하고, 과중한 학업부담과 가족지지체계 약화 등으로 조기 검진 및 적절한 개입이 이루어지지 못하고 있는 현실을 인식하고 정신건강 관련 문제를 해결하기 위한 조기검진-상담-치료 체계를 강화하는 노력을 하고 있다. 아동·청소년 정신건강증진사업은 정신건강에 있어서 예방의 중요성을 강조하면서, 특히 예방의 효과가 아동·청소년기에 이루어질 때 더욱 효과가 큰 반면에 실제로 아동·청소년이 소아정신보건전문의의 적절한 평가와 치료적 서비스를 받는 경우는 상당히 적은 현실에 대한 문제제기에서 비롯되었다. 이렇게 수요 대비 전문적인 정신보건서비스를 제공받는 아동의 비율이 상당히 낮은 현실은 여러 가지 요인에서 비롯되었을 가능성이 있는데, 첫째, 소아정신과전문의, 소아 상담·치료 전문가 등 전문 인력 및 시설의 절대 부족과 이들 자원의 지역적 편중 현상, 둘째, 정서 및 행동적인 어려움이 있는 아동에 대한 부모 및 교사의 이해부족 또는 사회문화적 편견, 마지막으로 지역사회 정신보건 정책의 부재 등 지역적·국가적 보건정책의 부재 등이 바로 아동·청소년을 대상으로 한 정신보건 서비스의 접근성을 저하시키는 주요 요인으로 작용하고 있다고 보고 있다. 이러한 요인들을 해결하고, 예방중심의 아동·청소년 정서·행동적 어려움 지원 체계를 마련하고자 보건복지가족부에서 중점적으로 추진하고 있는 아동·청소년 정신건강증진

7) 보건복지가족부 아동·청소년 정신건강증진사업계획을 정리한 내용임.

사업의 내용을 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

① 지역사회 현황 파악 및 연계체계 구축

보건복지가족부는 정신보건센터, 상담지원센터, 학교, 청소년관련단체, 의료기관 등 지역사회 자원들을 활용한 연계망을 구성하고 지역협력체계망을 운영하고 있다.

② 지역사회 요구도 조사(정신건강상태조사) 실시

보건복지가족부는 지역 내 아동·청소년의 정신건강상태를 파악하고, 정신질환이 있거나 위험요소가 있는 아동·청소년은 정신과전문의 등을 통해 정확하게 진단·평가한 후 적절한 정신보건서비스제공 계획 수립하도록 하고 있다. 또한 학교 및 아동·청소년 관련 기관과의 협력·의뢰체계 구축을 통해 정신건강에 문제가 있는 아동·청소년을 발견하도록 하고 있고, 지역 내 아동·청소년 정신보건사업 홍보 등을 통한 정신건강문제가 있는 아동·청소년의 조기 발견 사업에 관심을 두고 추진하고 있다.

③ 아동·청소년 정신건강 조기검진 및 조기중재

보건복지가족부는 지역별로 학교를 선정하여(전국 245개교, 서울시 20개교) 초·중·고등 학생을 대상으로 선별검사를 실시하고, 그 결과 위험군·고위험군으로 확인된 아동·청소년에 대해 사례관리 및 의료비지원, 사후관리 등 지속적인 지원사업을 펼치고 있다. 구체적인 내용은 다음과 같다.

- 1차 선별검사 : 교육인적자원부 주관으로 해당 학교가 자체적으로 실시
- 2차 선별검사 : 1차 정신건강 선별검사를 실시한 후 정밀검진이 필요하여 정신보건센터로 연계된 청소년 및 관내 사회복지시설에 거주하는 아동·청소년 중 취약계층에서 대상자 선정하여 2차 검사를 실시.
- 맞춤형 사례관리 : 2차 선별검사 결과 선별된 영역별 위험군 또는 확진 아동·청소년을 대상으로 맞춤형 사례관리, 상담 서비스를 제공하고,
- 의료서비스 : 고위험군 아동·청소년을 대상으로 의료서비스를 제공. 협력의료기관⁸⁾으로 연계되어 정신과 전문의의 치료서비스 제공. 일반 청소년은 5만원 이내에서 지원하고, 저소득층 청소년은 종합심리검사, 최초 진단비, 치료비, 입원비 등 치료와 관련된 비용을 50만원 이내에서 지원
- 사후관리 : 상담이나 치료를 받은 아동·청소년은 청소년동반자, 멘토링 프로그램 등을 활용하여 사후관리 실시

8) 서울시 협력의료기관은 강남구 7곳, 서초구 및 송파구 2곳, 동작구, 성북구, 강동구, 광진구, 관악구, 종로구, 노원구, 강서구, 영등포구, 서대문구, 은평구 각 1곳으로 총 24곳임

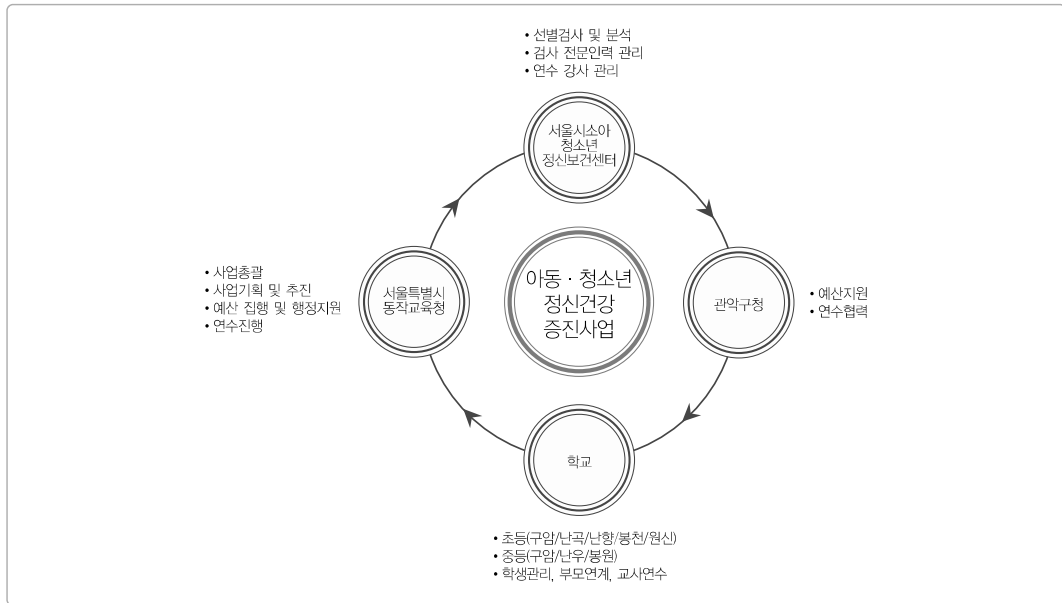
(2) 교육인적자원부 : 교육복지투자우선지역 지원사업⁹⁾

2003년부터 교육인적자원부에서 시작된 ‘교육복지투자우선지역지원사업’은 학교를 중심으로 지역교육공동체 구축을 통해 저소득층 영유아 및 아동·청소년의 삶의 질을 향상시켜 교육적 성취를 높이고자 국가적으로 추진되는 사업이다. 교육인적자원부는 저소득가정의 아동·청소년들이 경제적으로 넉넉지 못한 가정 형편으로 인해 중산층 가정에 비해 교육·문화·복지적인 혜택을 원활하게 받지 못할 가능성이 높고, 특히 신체적·심리적인 발달과정에 있는 아동·청소년들에게 있어서 심리·정서적인 영향을 더 크게 받아 역기능으로 작용할 수 있다고 보았다. 이 때 아동은 학교생활에의 부적응이나, 교우관계 어려움 등의 부정적인 상황에 놓이게 되고, 이로 인해 사회적으로 또한 원활하게 할 수 없는 상태까지 내몰릴 수 있다는 문제에 주목하여 저소득층 아동·청소년을 대상으로 사례관리를 통한 복지서비스(중식비, 방학 중 결식아동지원, 홈헬퍼 가정지원), 심리·정서적 지원(인성교육, 건강검진, 치료비, 정신건강증진), 학습도움서비스(방과후학교, 멘토연계, 학습준비지원), 문화서비스(문화, 캠프, 각종체험활동, 특기적성개발) 등을 종합적으로 제공하는 교육복지투자우선지역 지원사업을 시작하게 되었다. 이에 서울시에서는 교육복지투자우선지역으로 관악지역을 선정하고, 교육복지투자우선지역 지원사업 중 심리 정서적 지원사업으로 보건복지가족부의 ‘아동청소년 정신건강증진사업’과 연계 추진하였다.

관악지역 아동·청소년 정신건강증진사업은 동작교육청이 중심이 되어 관악지역 저소득 가구의 아동·청소년 정신건강 예방 및 서비스 제공 범위의 확대를 위해 2006년부터 관악구청을 비롯하여 서울시 소아·청소년정신보건센터, 보건소, 지역 내 정신과의원들과 함께 연계체계를 구축하고 진행시켜온 사업이다. 구체적인 사업내용으로는 아동·청소년 정신건강증진사업협의회 구성을 시작으로 해서 2007년 8월부터 2008년 2월까지 관악지역 교육복지학교 초등학교 3학년, 중등학교 1학년 학생을 대상으로 ADHD(주의력결핍과잉행동장애) 및 우울증 아동을 선별하였고, 고위험군 아동에 대한 개별치료 프로그램 운영하였다. 개별 치료프로그램은 서울시아동·청소년정신보건센터, 프로젝트 조정자, 지역사회교육전문가가 중심이 되어 대상아동에 대한 사례관리를 하면서 전문치료기관으로 연계하거나 사회성증진프로그램이나 예술치료 등과 같은 치료프로그램에 참여하도록 연계하였다. 이외에도 학교정신건강증진을 위한 교사연수와 학부모연수를 함께 실시함으로써 주변인들의 이해를 높이기 위한 노력을 하였다. 관악지역 아동·청소년 정신건강증진사업은 지역사회 내 아동·청소년 정신건강과 관련

9) 교육복지투자우선지역 아동·청소년정신건강증진사업 결과보고서(2008)를 정리한 내용임

한 다양한 추진주체들이 참여하여 적절한 업무분장과 적극적인 협조체제를 구축함으로써 아동·청소년들의 정신건강문제를 효과적으로 해결했다는 측면에서 매우 의의가 있고, 특히 사례관리를 통해 선별단계 이후에 전문적인 의료서비스 및 치료프로그램으로의 연계가 지속적으로 이루어지고, 사후관리가 철저히 이루어졌다는 점에서 시사점이 있다.



※ 출처 : 「교육복지투자우선지역 아동·청소년정신건강증진사업 결과보고서」 (서울특별시교육청, 2008)

〈그림 II-2-1〉 관악지역 아동·청소년 정신건강증진사업 추진체계

2) 서울시 자체사업

서울시 보건정책담당관은 아동·청소년의 정신건강증진과 효과적인 예방, 치료, 재활을 통한 아동·청소년 및 가족의 삶의 질 향상을 목적으로 이와 관련한 몇 가지 사업들을 전개하고 있다. 현재 서울시 보건정책담당관에서는 아동·청소년 정신건강 문제와 관련하여 아동·청소년기 불안, 품행장애, ADHD 같은 정서·행동적 어려움의 높은 발생률, 청소년기 우울증, 적절한 치료 환경 제공 부족, 청소년기 인터넷 중독 순으로 우선순위를 두고 이를 해결하기 위한 정책을 마련해나가고 있다(이화경, 2008). 이에 따라 아동·청소년의 정서·행동적 어려움을 지원하기 위한 서울시 보건정책담당관 정책방향은 기본적으로 지역사회 내에서 일차적으로 적정서비스가 제공될 수 있도록 체계를 구축하고, 예산 및 인력을 투입하는 것에 초점을 두고 있다.

지역사회 내 관련기관과의 연계체계를 기반으로 예방에서 치료, 사후관리까지 총체적 서비스 제공 시스템을 구축한다는 방향성은 매우 바람직한 것으로 판단된다. 그러나 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 지원하는 대부분의 정책사업들이 아직까지는 시작단계이기 때문에, 지원규모가 협소하고, 연계체계 또한 취약한 것이 현실이다. 이러한 현실을 고려하면서, 서울시 자체 정책사업 현황을 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

(1) 학교정신보건사업

：보건복지가족부 지침에 따른 아동·청소년 정신건강증진 사업 확대

서울시는 보건복지가족부의 정신보건사업 지침에 따라 아동·청소년 정신건강 증진 체계 구축 및 아동·청소년 정신건강 조기 관리사업을 실시하고 있고, 정신건강에 대한 홍보 및 교육 사업을 전개하고 있는데, 전반적으로 안정된 재정구조를 기반으로 중앙정부의 지원 규모를 확대하여 실시하고 있다. 구체적인 내용은 다음과 같다.

① 학교 정신건강 선별 검사 실시 및 조기 관리

서울시는 중앙정부에서 실시하는 학교 정신건강 선별 검사 사업을 자체 예산으로 확대하여 107개교(2008년 기준)를 대상으로 실시하고, (고)위험군으로 분류된 아동·청소년을 전문기관에 연계하여 치료 및 관리하는 서비스를 제공하고 있다. 이러한 학생 정신건강 관리비용을 2005년 20% 미만에서 2010년 50%까지 증대하는 것을 목표로 하고 있다.

② 아동·청소년 정신보건서비스 실시기관 확대

서울시는 지역정신보건센터를 14개에서 16개로 확충하고 아동·청소년 정신보건사업을 확대하였다. 지역정신보건센터는 정신건강 상의 문제를 갖고 있는 아동 이용시설과 연계하여 전문서비스를 제공하고 있다.

③ 아동·청소년 정신건강 홍보·교육

서울시는 지역사회 인프라를 활용해서 의료비(130만원)를 지원하고 아동·청소년의 정신건강 중요성에 대한 홍보와 교육을 강화하고 있다. 또한, 인터넷 전용 선별검사 사이트를 만들어 서울시 전체 학생 선별검사 Data Base를 구축하였다.

(2) 외상 후 스트레스 증후군(PTSD) 예방 및 치료를 위한 위기상황 개입 및 지원

서울시는 외상 후 스트레스 증후군에 대한 예방 및 치료를 위해 위기상황 개입 및 지원 사업을

전개하고 있다. 위기상황 개입 및 지원사업은 위기상황 발생시 1~3일 이내 개입을 목적으로 급성 스트레스증후군 대상자 선별 및 응급치료기관 연계가 사업내용의 핵심이다. 이를 위해 PTSD 전문가 TFT를 구성하고 ①대상자 선별(PTSD, 우울, 불안문제와 관련하여 3차에 걸쳐 선별 진행) ②학교 내 응급 상담 프로그램 ③충격완화 집단 프로그램 ④ PTSD이해를 위한 학부모/교사 교육 ⑤기관연계(협력지정 병원 선정 및 아동청소년 관련 기관 연계) 등을 실행하고 있다.

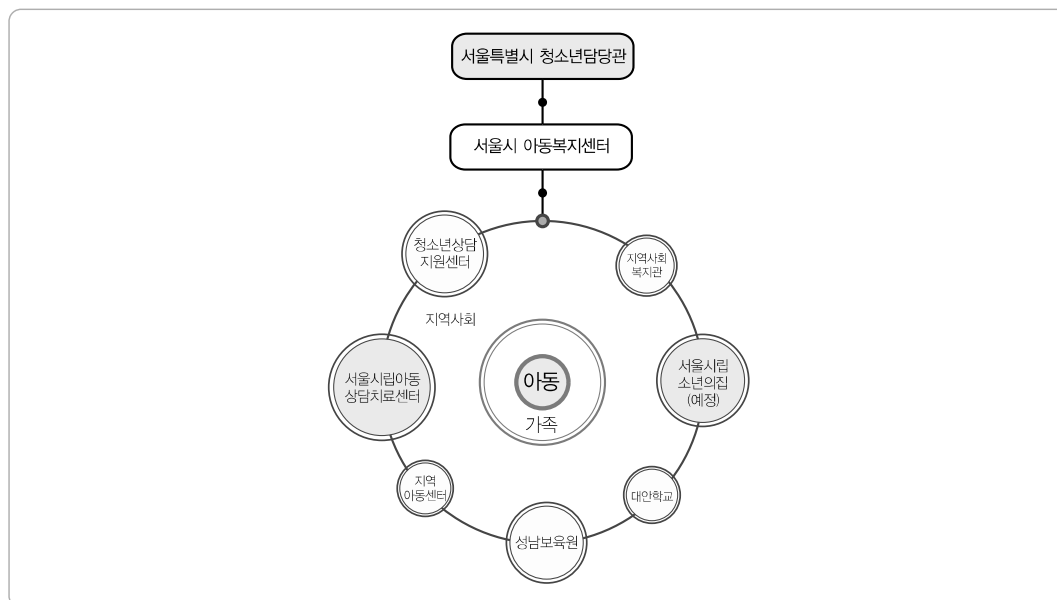
(3) 민간자원활용 치료비 지원

서울시는 인터알리아 공익재단에서 후원하는 의료비를 지역정신보건센터의 선별검사에서 치료를 요하는 저소득층 아동청소년에게 치료비를 지원하는 사업을 펼치고 있다. 2006년에는 11개 센터 223명, 2007년 12개 센터 341명에게 1억의 의료비가 지원되었고, 2008년에는 지원 규모가 확대되어 16개 센터 약 400여명에게 1억 3천만원 규모의 의료비 지원이 이루어졌다.

2. 전달체계 현황

1) 공공영역

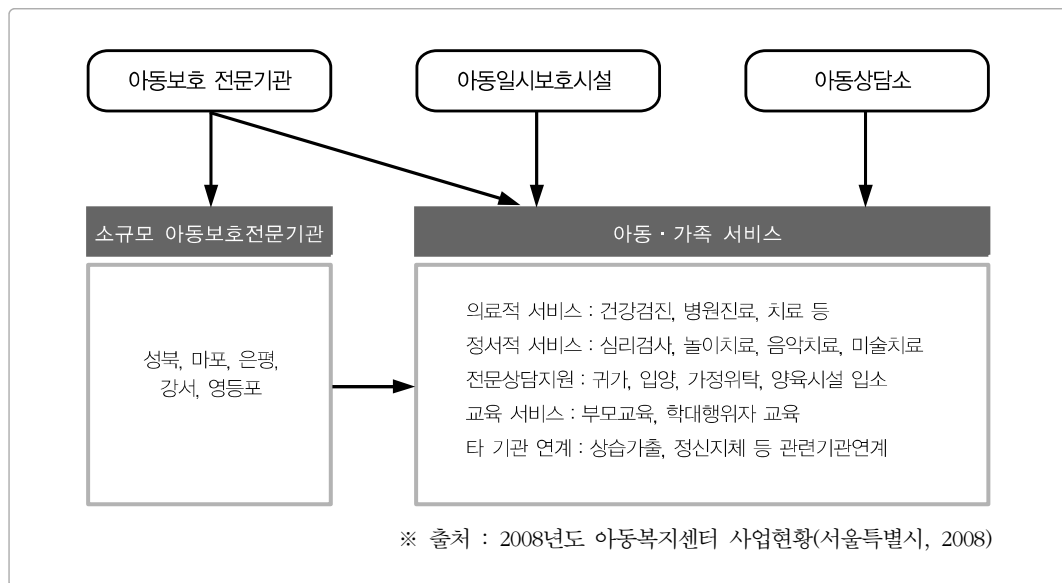
(1) 청소년담당관



〈그림 II-2-2〉 정서·행동적 어려움을 가진 아동을 위한 청소년담당관 전달체계도

① 서울특별시아동복지센터

서울특별시아동복지센터는 서울시에서 직접 운영하는 아동복지행정의 제일선 아동보호·상담 전문기관으로서, 아동복지 전문상담기능, 아동학대 예방적 기능, 아동보호 및 치료기능, 아동복지정보제공기능을 수행하고 이를 통해 아동권익을 최우선으로 한 서울시 아동복지 서비스 제공을 도모하고 있다. 서울시 아동복지센터는 아동보호전문기관, 아동일시보호시설, 아동상담소로 구성되어 있고, 세부사업내용을 살펴보면 다음과 같다. 첫째, 아동보호전문기관은 학대신고 긴급전화 운영, 학대받는 아동의 발견, 보호, 치료 및 교육을 수행하고, 아동학대 행위자 가정조사, 상담, 교육을 실시하고 있고, 둘째, 아동일시보호시설은 아동의 일시보호 및 양육대책 수립, 아동복지시설 입·퇴소 아동 신상관리 등을 하고 있다. 마지막으로 아동상담소는 보호필요아동의 시설입소·국내입양·위탁보호를 지원하고, 아동과 가족문제에 대한 상담·치료·예방 및 연구 사업 등을 수행하고 있다. 아동복지센터의 추진체계를 도식화 하여 살펴보면 다음과 같다.



〈그림 II-2-3〉 서울특별시 아동복지센터 추진체계도

② 서울시립아동상담치료센터

서울시립아동상담치료센터는 서울시 아동복지행정의 제일선 전문치료기관으로서 18세 이하의 문제행동(복합비행, 가출, 부랑, 도벽, 허언, 폭력, 인터넷 중독, 약물남용, 학교 부적응,

정서장애)아동과 피학대 아동에게 일시보호, 장기보호치료, 상담치료, 교육(대안학교) 서비스를 종합적으로 제공하고 있다. 서울시립아동상담치료센터는 문제행동아동 지원에 대한 사회적 관심과 인식이 거의 없던 시기인 1988년에 설립된 이후, 정서·행동적 어려움을 가진 아동을 위한 전문기관으로서 핵심적 기능을 담당해오고 있다.

서울시립아동상담치료센터 또한 서울시아동복지센터와 같이 센터 내 여러 기능을 복합적으로 수행하는 종합시설로서, 아동상담소 기능, 아동보호치료시설 기능, 아동일시보호시설 기능, 아동보호전문기관 기능을 수행하고 있다. 이러한 기능에 따른 주요 사업내용을 살펴보면 다음과 같다.

가. 아동상담소

상담소에 의뢰되는 아동 및 가족을 대상으로 다양한 상담치료, 예방 및 연구 등을 목적으로 한다. 아동상담소에서는 심리검사 후 대상에 따라 적절한 기법을 활용하여 개별상담, 집단상담, 가족상담을 진행한다. 주요 상담치료기법으로는 놀이치료, 모래놀이치료, 미술치료, 음악치료, 가족치료, 행동수정, 과제중심모델 등을 적용하고 있고, 건강한 가족공동체 교육 등을 실시하고 있다.

나. 아동보호치료시설

사회부적응 아동으로서 보호자가 없거나 친권자나 후견인이 입소를 신청한 아동 또는 구청·경찰서 등의 행정기관에서 보호위탁 된 아동을 입소시켜 그들을 선도하며 건전한 사회인으로 육성하는 치료적 공동체 기능을 한다. 치료적 공동체로서 운영하고 있는 나우리 치료 공동체 프로그램은 입소된 아동이 공동체 안에서 자치적으로 생활을 이끌어 갈 수 있도록 하며 이를 통해 함께 치료하는 프로그램으로 서울시아동상담치료센터에서 처음으로 도입하여 운영하고 있다.

다. 아동일시보호시설

보호자의 부재로 보호가 필요한 아동이나 가출부랑, 도벽, 약물남용 등의 위기상황에 있어 판정회의 과정을 기다릴 여유가 없는 경우 또는 아동학대 등으로 양육 환경이 부적절할 때 아동을 일시보호하고 아동에 대한 향후의 양육대책 수립 및 보호조치를 한다. 아동일시보호시설로 열매교실과 장단기 그룹홈인 다정방, 다솜방, 다예방을 운영하고 있다. 열매교실에서는 행정기간의 의뢰 및 거리상담을 통해 거리에서 생활하는 아동과 피학대 남자아동을 가족으로부터 분리하여 일시보호하고 있고, 장단기 그룹홈

인 다정방, 다솜방과 다예방에서는 아동학대로 인해 피학대 가족으로부터의 분리가 필요한 여자아동을 일시보호하며 정규학교 교육을 제공하고 있다.

라. 아동보호전문기관

학대아동의 발견, 보호, 치료 및 아동학대의 예방 등을 전문적으로 실시한다.

③ 정서(발달)장애아동을 위한 특화시설 : 성남보육원

서울시는 지난 해(2007년)부터 아동양육시설 생활아동 중 전문적인 상담치료를 요하는 정서·행동적 어려움이 있는 아동이 증가함에 따라 지방이전 시설 중 보호아동수가 지속적으로 감소하고 있는 성남보육원을 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 특성화 보호시설로 기능 특화하여 운영하고 있다. 아동양육시설 생활아동 중 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 특화 시설을 별도 설치하여 운영하는 것은 처음 시도된 것으로서, 서울시는 특화된 시설의 전문성 확보를 위해 임상심리상담원, 치료사, 보육사, 간호사 등을 추가로 배치하고(아동복지시설 아동상담소 및 장애인 시설 기준을 준용), 상담실, 심리검사실, 치료실 등을 설치하였다.

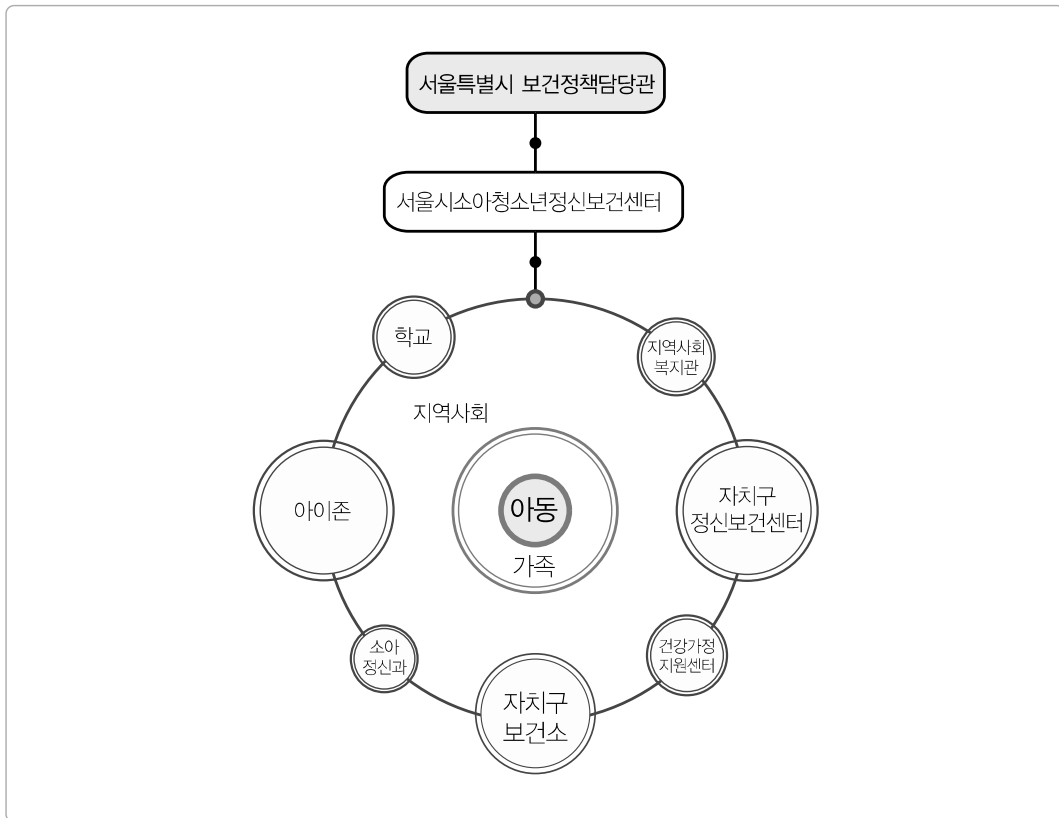
성남보육원의 입소대상은 아동양육시설 생활아동 중 정서·행동적 어려움을 가진 만5세~18세미만 아동이며(정원 50명), 현재 입소아동을 대상으로 미술치료, 놀이치료, 언어치료, 음악치료 및 자활프로그램을 운영하고 있다. 성남보육원이 비록 아동양육시설에서 생활하는 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 서비스를 제공하고 있으나, 수요를 충족하는데 턱없이 적은 규모이고, 또한 지방이전 시설이기 때문에 입소 아동들은 생활하던 터전을 떠나 공간적인 단절을 경험하게 되고, 지역사회 중심의 서비스 제공에 한계가 있는 등의 문제가 지적될 수 있다. 이러한 한계와 문제에 대한 대안으로 서울시 청소년담당관은 대표적인 아동양육시설이면서 의료서비스 및 교육서비스 제공기능을 복합적으로 갖고 있는 서울시립소년의집을 주목하고, 방향전환을 통한 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 전문특화시설로 운영하는 방안을 모색 중이다.

④ 청소년상담지원센터

서울특별시청소년상담지원센터는 청소년기본법에 의해 설치된 청소년상담지원기관으로서 서울시 산하 30개소 청소년상담지원센터의 허브기능을 수행하고 있다. 청소년상담지원센터는 교육청 및 학교와의 연계망을 통해 상담프로그램을 운영하고 있고, 개인상담, 심리검사, 사이버상담, 전화상담, 집단상담, 푸른교실 운영 등의 상담활동을 진행하고 있다. 이 외에도

청소년상담지원센터에서는 위기청소년 지원사업으로 위험노출 청소년에 대한 긴급구조 및 자활지원, 사후관리, 약물남용 예방 및 치료사업을 하고 있고, 청소년에 대한 맞춤형 one-stop 서비스 강화를 위해 청소년통합지원체계(CYS-Net) 구축을 지원하고 있다.

(2) 보건정책담당관



〈그림 II-2-4〉 정서·행동적 어려움을 가진 아동을 위한 보건정책담당관 전달체계도

① 서울시소아청소년정신보건센터

서울시의 정신보건센터는 광역정신보건센터 2개소와 지역정신보건센터 21개소가 운영되고 있으며 광역정신보건센터 2개소 중 1개소는 아동청소년을 주 대상으로 하여 다양한 직, 간접 서비스를 제공하며 각 지역정신보건센터와 연계망을 구축하는 등의 역할을 담당하고 있다. 또 다른 1개소는 성인 정신장애인을 주 대상으로 하고 있어 의뢰되는 아동에게만 한정된 서비스가 제공되는 등의 많은 제약을 갖고 있다(노충래, 2008).

서울시소아청소년정신보건센터는 최근 아동청소년의 정신보건문제가 심각한 사회문제로 대두되면서 서울시 아동·청소년을 위한 포괄적이고 통합적인 정신보건서비스 제공을 위한 허브기관으로 설립되었다. 지난 2005년 설립 된 이후 아동청소년을 위한 통합적인 의료체계를 마련하여 효과적인 예방, 치료, 재활을 도모하고 아동·청소년의 정신건강을 증진하며, 정신장애 아동·청소년 및 가족의 삶의 질을 향상시키는 것을 주요 목적으로 다양한 사업을 펼치고 있다. 구체적인 사업내용으로는 학교정신보건사업, 정신건강증진사업, 지역사회연계사업, 조기발견조기치료사업, 연구·조사사업, 의료지원사업 등 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 다양한 사업들을 전방위적이고 통합적으로 추진하고 있다. 특히, 교육기관을 통해 조기에 발견된 아동을 대상으로 학교, 지자체 정신보건센터와 연계하여 2차 선별 및 조기진료를 받을 수 있도록 주도적으로 협력체계를 구축하였고, 이러한 모델은 전국적으로 확대 시행되어 추진되고 있다. 또한, 지난 2005년 최초로 실시된 ‘서울시 소아청소년 정신장애 유병률 조사사업’은 아동·청소년 정신건강 문제의 심각성과 이에 대한 지원 시스템을 체계화할 필요성을 이슈화하는 기초 자료로 활용되는 등 서울시 아동·청소년 정신건강 증진의 주요한 역할을 담당하고 있다.

표 2-1 서울시소아청소년정신보건센터 주요사업

사 업 명	사 업 내 용
학교정신보건사업 (도담이 프로젝트)	지역사회정신보건체계와 학교보건체계를 유기적으로 연결 선별프로그램 개발 및 확대 서울시 초,중,고등학교 대상 정신건강 선별검사 실시
정신건강증진사업	아동청소년 정신건강 예방을 위한 홍보 교사교육, 학부모 교육 서울시 소아청소년 정신보건관계가 및 실무자 교육 등
지역사회연계사업	관민협력체계 네트워크 구축 지역사회자원 파악 및 개발 지역사회자원 콘텐츠 제작
조기발견조기치료사업	주요정신장애에 대한 계몽자료 및 홍보콘텐츠 제작 및 배포 정신장애의 지역사회 관리를 위한 네트워크 구축 (교육청, 대학병원, 종합병원, 지역사회 정신보건시설 공조)
연구/조사사업	서울시 소아청소년 정신장애 유병률 조사 소아청소년 정신건강에 대한 인식도 조사
의료비지원사업	의료비 지원 대상기관 : 서울시정신보건센터 12개소 지원대상 : 초등학생(취약계층 및 차상위계층) 지원범위 : 심리검사비, 치료비, 집단 및 개별프로그램비

※ 출처 : 서울시소아청소년광역정신보건센터 홈페이지(www.youthlove.or.kr)

② 지역정신보건센터

지역정신보건센터는 지역사회에서 아동·청소년 정신건강 증진을 위한 직접적인 서비스 제공을 담당하고 있다. 지역정신보건센터는 지역사회 중심의 통합적인 정신질환자 관리체계를 구축함으로써 정신질환을 예방하고, 정신질환자의 조기발견·상담·치료·재활 및 사회복귀를 도모하는 기관으로 현재 서울시에선 서울시 광역정신보건센터를 중심으로 각 자치구별로 지역정신보건센터가 총 21곳 설치되어 있다. 최근 정신건강 문제가 심각한 사회문제로 대두되면서 지역사회 정신보건사업의 기획, 조정, 수행을 담당하면서 지역정신보건연계체계 구축의 중심기관으로 기능하고 있는 지역정신보건센터의 중요성은 더욱 강조되고 있고, 기능과 역할이 점차 확대되고 있다. 지역정신보건센터는 아동부터 노인에 이르기까지 지역 내 거주하는 다양한 대상층을 포괄하면서, 동시에 정신건강 예방 및 증진사업, 소아청소년 정신보건사업, 우울증 및 자살예방, 노인 정신보건사업, 알코올 중독관리사업과 같은 1차 정신보건 서비스, 중증정신질환관리 등 다양한 영역의 사업을 전개하고 있다. 지역정신보건센터의 사업 비중을 살펴보면 ‘아동·청소년 정신보건사업’은 11.6%로 지역정신보건센터 전체 업무의 1/10 수준으로 상대적으로 주요한 사업영역으로 추진되고 있음을 알 수 있다(표 II-2-2참조). 그러나, 일반적으로 지역정신보건센터의 규모가 10~15명 수준임을 고려할 때, 지역정신보건센터에서 담당할 수 있는 아동청소년 정신보건사업의 인력 규모는 제한적일 수밖에 없는 한계가 고려되어야 할 것이다.

지역정신보건센터에서 추진되고 있는 아동·청소년 정신보건과 관련한 구체적인 사업내용으로는 지역 내 학교정신보건사업 체계 구축 운영, 지역 내 소아청소년 정신보건서비스 대상자

표 II-2-2 지역정신보건센터 사업비중

영역	단위사업영역	현재사업비중(%)
중증정신질환관리	만성/초기 정신질환 관리사업	47.3
1차 정신보건서비스	소아청소년 정신보건사업	11.6
	우울증 및 자살예방	7.8
	노인 정신보건사업	4.8
	알코올 중독관리사업	4.7
정신건강예방 및 증진사업	예방 및 증진사업	11.5
기획연구	지역정신보건사업기획	5.2

※ 출처 : 정신보건센터 업무매뉴얼 및 평가지표 개발연구보고서(건강증진사업지원단, 2006)

에게 정신과적 평가, 일반상담 및 치료 정보제공, 취약계층 소아의 지속관리를 위한 보건복지 통합서비스 네트워크 구축 등이 있다. 특히, 학교에서 1차 선별검사를 통해 추가적인 진단과 보건서비스 제공이 필요하다고 진단된 아동·청소년을 대상으로 하여 2차 검진을 실시하여 고위험군 아동·청소년들을 대상으로 상담 프로그램을 운영하고 협력의료기관에 연계하는 등 지역사회 아동·청소년 정신건강문제의 조기 발견, 예방, 치료에 있어 중요한 전달체계로서 기능하고 있다(노충래, 2008).

표 II-2-3 지역정신보건센터 아동·청소년 정신보건 사업

사 업 명	사 업 내 용
정신건강상태 선별검사	아동, 부모, 교사에 의한 선별검사 실시 아동의 정서행동발달사항을 평가진단 (주의력 결핍과잉행동, 우울, 불안, 인터넷 중독 등)
학교부적응 및 정신건강 상담	선별검사를 통한 학생상담, 학교부적응학생, 보호자, 교사 대상의 상담
사례관리	취약아동 대상의 사례관리 실시 (약물관리, 행동수정, 인지행동치료 등) 멘토링지원서비스(초, 중, 고등학생 대상)
집단프로그램	사회성증진을 위한 집단 프로그램 실시 (학습동기 증진 프로그램, 분노조절 프로그램, 자신감 키우기 프로그램, 나는 계절학교 등) 위기가정 자녀 대상의 특화군 프로그램
교육	소아청소년 가족교육 학부모 및 교사 대상의 교육 실시 지역사회 아동·청소년 관련 실무자 대상의 세미나/교육

③ 아이존¹⁰⁾

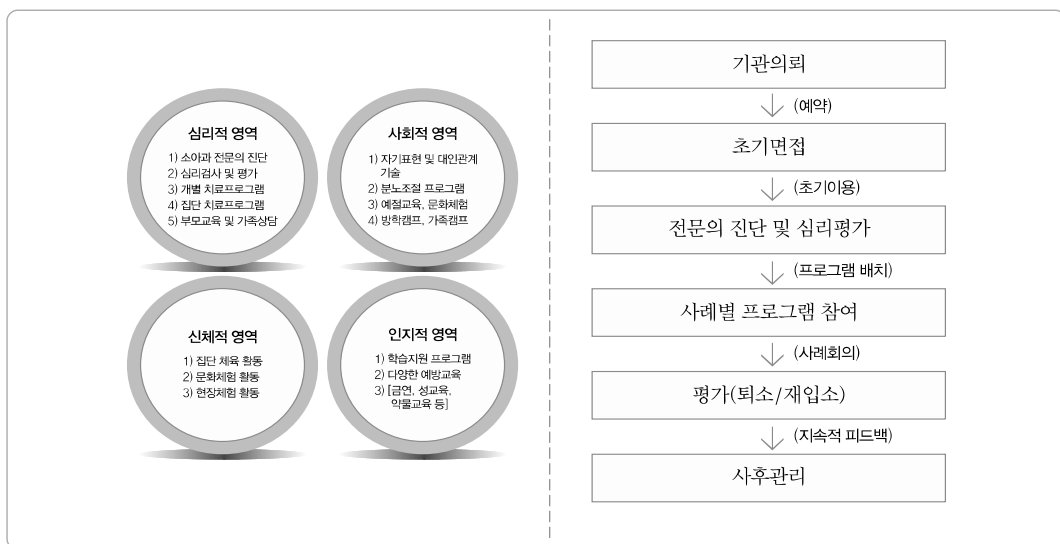
아이존은 서울시가 아이코리아에 위탁하여 운영하는 최초의 아동대상 사회복지시설로서, 사회·정서적 어려움을 가진 초등학생들을 위한 주간이용시설(daycare center) 형태로 운영되고 있다. 운영기관인 사단법인 아이코리아(구, 새세대육영회)는 아동의 교육환경 개선과 건전한 성장을 지원하며 어려운 환경 속에서 자라나는 어린이들이 민주시민으로 잘 자랄 수 있도록 뒷받침 하는 것을 목적으로 설치된 비영리 공익법인이다. 아이존은 정신보건법 제15조(사회복지시설 설치·운영)에 법적기반을 두고 있고, 지난 2005년 서울시소아청소년정신보건센터

10) 옥정(2008), 「정신건강문제 아이센터 아이존 사업현황」을 정리한 내용임.

에서 실시한 ‘소아·청소년 정신건강 역학조사’ 결과와 ‘서울정신건강2020 추진계획’이 설립의 근거가 되었다. 아이존의 시설현황은 전용면적 348㎡, 연면적 2815㎡의 규모로 놀이치료실, 집단치료실, 모래놀이실, 개별상담실 등 상담·치료에 필요한 다양한 시설을 갖추고 있고, 이외에도 실내체육관, 예절실, 강의실, 식당, 숙소, 운동장, 텃밭 등 최초의 아동사회복지시설로서 모델이 될 수 있는 인프라를 갖추고 있다.

아이존의 조직은 시설장을 중심으로 생활훈련, 개별상담, 집단상담, 부모상담, 사례관리를 담당하는 정신보건간호사, 정신보건임상심리사, 발달심리사와, 연계기관 관리, 캠프진행 등의 업무를 담당하는 사회복지사들로 이루어져 있다.

아이존의 사업은 ① 정서·행동적 어려움이 있는 아동들의 성공적인 적응지원 ② 효율적인 아동지원을 위한 사회체계 연계 ③ 정신건강 인식개선 ④ 정신건강 문제아동쉼터로서의 역할 모델 수립을 목표로 하고, 심리적 영역, 사회적 영역, 신체적 영역, 인지적 영역의 4개 영역 프로그램을 운영하고 있다. 아이존의 영역별 프로그램 및 이용경로는 (그림 II-2-5)와 같다.



〈그림 II-2-5〉 아이존 영역별 프로그램 및 이용경로

현재 아이존을 이용하는 아동은 50여명으로, 초등학교 3학년 이하의 남학생, 초등학교 6학년 이하의 여학생을 대상으로 방과 후 프로그램 형태로 운영되고 있다. 아이존 이용대상은 저소득층 및 틈새계층 정신건강 문제를 가진 아동, 지역 정신보건센터 관리 대상 아동 중 정신건강에 문제가 있는 아동, 또는 소아청소년 광역정신보건센터에 의뢰된 정신건강에 문제가 있는 아동으로, 질환별 이용아동 현황을 살펴보면(표 II-2-4)와 같다.

Ⅱ 표 Ⅱ-2-4 Ⅱ 아이존 이용대상 및 질환별 이용 아동 현황(2007)

구분	ADHD	소아기 정서장애	ODD	RAD	Asperger's disorder	sexual abuse	기타	계
상반기	14	4	1	1	1	1	24	46
하반기	18	8	0	1	1	1	19	48

아이존에 의뢰된 아동은 전문의 진단을 통해 집중지속관리군, 고위험군, 일일이용군으로 분리되어 각 군별 적절한 서비스가 체계적으로 관리되고 있다. 프로그램 내용을 보면 아동을 대상으로 한 전문상담, 치료, 교육 프로그램뿐만 아니라 부모교육 및 상담, 가족상담, 교사 교육 등 다양한 서비스 제공을 통해 정신건강상의 문제를 가진 초등학교생들이 가정 및 학교에 성공적으로 적응하도록 지원하고, 정신건강 문제 아동 쉼터로서의 역할 모델 수립을 도모하고 있다.



(그림 Ⅱ-2-6) 아이존 관리체계와 서비스

아이존 이용대상은 저소득층 및 틈새 계층 정신건강 문제를 가진 아동, 지역 정신보건센터 관리 대상 아동 중 정신건강에 문제가 있는 아동, 소아청소년 광역정신보건센터에서 의뢰된 정신건강에 문제가 있는 아동으로 하고 있으나, 주간이용시설인 특성을 고려할 때 아이존이 위치한 송파지역 아동이 주 이용대상일 수밖에 없는 지역적 한계를 갖는다. 최근 아이존이

갖는 지역적 한계와 함께 다른 지역에서도 아이존과 같이 정신건강상의 문제가 있는 아동이 이용할 수 있는 주간이용시설이 필요하다는 요구가 있어, 서울시 보건정책담당관에서는 아이존을 모델로 한 아동청소년이 이용할 수 있는 주간이용시설을 확대할 계획을 갖고 있다.

2) 민간영역

(1) 지역사회복지관

지역사회복지관은 지역사회 정서·행동적 어려움이 있는 아동과 청소년을 위한 이용시설로서 전문부설센터·기관을 운영하거나, 각종 상담·치료 사업 등을 전개하고 있다. 정서·행동적 어려움이 있는 아동에 대한 복지관의 서비스 제공 내용과 수준은 기관에 따라 매우 편차가 커서, 아동·가족상담센터, 아동발달지원센터 등 부설기관 형태로 운영하면서 이에 대한 사업을 적극적으로 펼치고 있는 복지관이 있는 반면, 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 사업을 매우 소극적으로 전개하고 있는 경우 등 지역사회 수요와 복지관의 운영방향에 따라 매우 다양하다. 아동발달지원센터나 아동·가족상담센터와 같이 부설기관을 전문적으로 운영하면서 이에 대한 사업을 적극적으로 전개하고 있는 복지관의 경우, 상담심리전문가, 놀이치료사, 언어치료사, 미술치료사, 인지치료사 등의 전문인력과 놀이치료실, 인지치료실, 언어치료실, 상담실 등과 같은 상담치료를 위한 시설인프라를 갖추고 전문화된 서비스를 제공하고 있어 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 지역사회 이용시설로의 기능을 수행하고 있다. 이러한 대표적인 예로, 영등포종합사회복지관 부설 영등포아동·가족상담센터는 전문인력 7명, 이용정원 100명 규모의 매우 전문화된 시설로서 지역사회 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 전문기관으로서의 핵심적인 역할을 담당하고 있다. 지역사회복지관의 상담·치료 프로그램 이용요금은 복지관별, 프로그램별, 대상별로 상이하지만 일반적으로 치료프로그램의 경우 주1회를 기준으로 20,000원~30,000원 수준(단, 수급권자는 무료)으로, 차상위 계층 등 저소득 가구의 경우에는 서비스 이용에 대한 부담이 따르고 있고, 전반적인 제공규모가 수요를 충족하고 있지 못하여 지역사회 내 저소득 정서·행동적 어려움이 있는 아동이 이용할 수 있는 전문적인 상담·치료기관의 확대가 요구된다.

Ⅱ 표 II-2-5 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 지역사회복지관 사업 현황

기 관 명	부설센터기관/사업명	사 업 내 용
가산종합사회복지관	아동발달지원센터	지역사회 내 정서 및 발달상의 부적응 아동과 잠재적인 요보호 아동 대상 심리진단, 언어치료, 인지치료, 미술치료
가양4종합사회복지관	정서행동발달장애아동 지원사업	정서, 행동, 발달상의 어려움을 경험하고 있는 아동과 가족을 대상으로 아동전문치료 및 상담, 부모상담 및 교육, 사례관리, 대학생 멘토결연서비스, 가족문화활동지원, 자원연계 등
가양5종합사회복지관	아동청소년심성계발	학교사회사업, 미술치료 등
가양7종합사회복지관	아동상담서비스	저소득층 아동, 개별사례관리, 집단상담, 심리검사, 미술치료 등
갈월종합사회복지관	늘푸른상담실	개인상담, 집단상담, 출장상담, 심리검사
강남종합사회복지관	강남예술치료센터	정서, 발달, 지체 및 일반아동을 대상으로 심리미술, 놀이치료, 음악치료, 언어인지, 특수체육프로그램 진행
광장종합사회복지관	아동발달지원센터	정서, 발달장애, 언어적인 문제로 어려움을 겪는 아동지원을 위해, 언어치료, 음악치료, 미술치료 프로그램 제공
구로종합사회복지관	아동발달지원센터	정서, 행동, 발달상의문제로 어려움을 가진 아동을 대상으로 개별 상담 및 놀이치료, 미술치료, 언어치료, 인지학습, 음악치료, 운동 치료 운영
구세군강북 종합사회복지관	구세군강북아동치료센터	복지관 부설 가족전문상담센터와 협력하여 통합적인 가족지원 서비스 제공 심리검사, 놀이치료, 모래놀이치료, 미술치료, 학습치료, 언어치료 센터
노원1종합사회복지관	노원아동상담센터	초, 중, 고 학령기 재학 아동 및 청소년을 대상으로 지능검사, 인성 검사, 학습검사, 진로검사 등
	노원아동치료센터	정서행동적 어려움이 있는 아동을 대상으로 언어치료, 조기집단교육, 개별교육, 미술치료, 언어치료, 특수체육 등
녹번종합사회복지관	전인치유상담센터	아동발달치료실 운영(놀이치료, 미술치료, 언어치료, 음악치료) 및 부모교육
능인종합사회복지관	아동발달지원센터	정서행동적 어려움이 있는 아동을 대상으로 한 놀이치료, 언어치료, 인지치료, 심리검사, 부모상담
대방종합사회복지관	아동청소년지원사업	정서장애 아동 심리치료
동대문종합사회복지관	종합심리검사 및 발달심리프로그램	종합심리검사 : BGT, SCT, K-ABC, HTP 등 발달심리프로그램 : 언어평가, 언어치료, 미술치료, 인지치료
동작이수 종합사회복지관	중고등학교 학교적응력 향상프로그램	분노조절프로그램, 서역검사, 역할극, 음악으로 표현하기 등 프로그램 운영
동작종합사회복지관	아동청소년 지원사업	발달정서 장애 아동 심리치료
등촌1종합사회복지관	가족심리상담센터	아동, 청소년의 정서 및 심리적 문제에 대한 상담, 놀이치료, 가족 상담, 심리검사, 사회성향상 프로그램, 청소년 자존감 향상 프로그램 등 운영

기 관 명	부설센터/기관/사업명	사 업 내 용
등촌4종합사회복지관	아동청소년복지서비스	학교부적응 청소년 지원프로그램, 심리검사, 상담 및 사례관리
마천종합사회복지관	송파아동가족상담센터	심리검사, 놀이치료, 언어치료, 미술치료
목동종합사회복지관	치료교실	심리검사, 미술치료, 언어치료
변2동종합사회복지관	삼동아동가족상담센터	놀이치료, 언어치료, 청소년상담, 가족상담, 집단상담, 심리검사
변3동종합사회복지관	아동가족상담센터	심리검사, 놀이치료, 미술치료, 언어치료, 인지치료, 가족치료, 집단상담
본동종합사회복지관	깊은샘상담치료센터	언어정서발달장애 및 사회부적응 아동을 대상으로 심리검사 실시 및 언어치료, 놀이치료, 발달놀이 집단상담
봉천종합사회복지관	YWCA아동발달지원센터	인지학습치료교실, 언어치료교실, 미술치료교실, 음악치료교실
봉화6종합사회복지관	아동발달지원센터	언어치료, 개별상담교육, 개별인지교육, 미술치료
사당종합사회복지관	송실가족전문상담실	아동청소년상담 및 가족치료
마포종합사회복지관	아동복지서비스	공격성감소 집단 프로그램(초등생 대상) 토요신경정신과 상담
삼전종합사회복지관	아동발달지원센터	정서행동적 어려움이 있는 아동을 대상으로 한 놀이치료, 언어치료, 인지치료, 심리검사, 부모상담
상계종합사회복지관	오뚜기 교실	학교부적응 및 폭력 피해아동 대상 미술치료, 모래놀이치료
생명의전화 종합사회복지관	아동심리치료센터 멘토링프로그램	심리검사, 놀이치료, 미술치료, 독서치료 및 학습, 정서적 지원
서울시립대학교 종합사회복지관	가족상담센터	아동청소년 및 가족을 대상으로 상담 및 사례관리, 심리검사, 심리치료, 부모교육
서초종합사회복지관	치료지원사업	언어치료, 미술치료, 놀이치료, 집단놀이치료, 부모상담 및 교육, 가족지원활동, 종합심리검사 및 상담
선익관악종합사회복지관	선익관악가족상담센터 아동대상집단상담	집단상담, 심리검사, 부적응 아동중심으로 집단프로그램 운영
성내종합사회복지관	우리두리상담실	심리검사, 미술치료 및 상담, 모래놀이 등
성동종합사회복지관	치료 및 상담프로그램	정서행동적 어려움이 있는 아동을 대상으로 미술치료, 심리상담 등 운영
성민종합사회복지관	아이(i) 지원센터	정서·행동언어·학습에 있어 어려움이 있는 아동 및 청소년을 대상으로 언어치료, 놀이치료, 음악치료, 미술치료, 심리검사 등 운영
송파종합사회복지관	가족지킴이센터	모래놀이치료, 청소년집단상담, 심리검사 등
신길종합사회복지관	아동발달지원센터 가족기능지원연구소	일반아동, 정서장애, 발달장애 아동을 위한 심리검사, 놀이치료, 언어치료, 미술치료, 집단프로그램 운영
신당종합사회복지관	참사랑아동발달센터	언어치료, 음악치료, 미술치료, 인지치료, 놀이치료 정서장애아동을 위한 '참좋은우리' 프로그램운영

기 관 명	부설센터/기관/사업명	사 업 내 용
신림종합사회복지관	우리아이희망신림센터	아동정서지원사업(개별상담, 집단상담, 심리치료)
신월종합사회복지관	치료 및 상담프로그램	ADHD아동집단미술놀이치료 개별, 집단상담, 심리검사 등
영등포종합사회복지관	영등포아동가족상담센터	정서행동적 어려움이 있는 아동, 청소년을 대상으로 전문적인 심리평가, 치료, 교육 및 상담서비스를 제공. 놀이치료, 언어치료, 미술치료, 인지치료, 심리검사, 개인상담, 집단상담 등
옥수종합사회복지관	연화아동상담센터	정서행동적 어려움이 있는 아동을 대상으로 전문 예방 및 치료 서비스. 놀이치료, 언어치료, 미술치료, 인지치료, 심리검사, 집단프로그램
월계종합사회복지관	상담 및 치료서비스	언어치료, 미술치료, 조기치료, 상담 및 심리검사
유린원광종합사회복지관	유린아동가족상담실	정서행동적 어려움이 있는 아동을 대상으로 놀이치료기법을 주로 사용하여 서비스 제공
은평종합사회복지관	은평가정상담센터	정서행동적 어려움이 있는 아동을 대상으로 미술치료, 놀이치료, 그룹치료 및 부모지원프로그램
이대종합사회복지관	전문상담 및 검사 전문치료실 운영	정서행동적 어려움이 있는 아동을 대상으로 문 개별 및 집단상담, 심리검사, 놀이/언어치료
종로종합사회복지관	아동전문상담실	언어치료, 미술치료
창동종합사회복지관	조아발달지원센터	심리검사, 언어검사, 놀이 및 인지치료, 집단치료, 부모교육 및 사례관리
태화기독교종합사회복지관	초록교실	정서행동적 어려움이 있는 아동을 위한 방과후 프로그램, 집단지도, 개별화 교육, 부모상담 등
한빛종합사회복지관	아동발달센터	정서행동적 어려움이 있는 아동을 대상으로 놀이치료, 미술치료, 언어치료 운영
홍은종합사회복지관	지역아동청소년 멘토링	단계별/심화교육을 받은 멘토를 멘티에게 파견하여 아동·청소년의 심리적정서적 어려움을 적절히 대응하도록 하여 사회적응력을 향상시킴
화원종합사회복지관	Dream Plus 아동발달지원센터	사회복지사와 분야별 치료전문가가 팀이 되어 아동과 부모, 가족이 가지고 있는 다양한 문제에 접근. 심리검사, 언어치료, 인지치료, 놀이치료, 작업치료, 특수체육 등
효창종합사회복지관	가족복지특성화사업	정서장애아동 토래상담

※ 출처 : 「서울시 아동·청소년 지원자원 현황집」(서울특별시, 2007) 내용 일부를 재구성 함

(2) 건강가정지원센터

건강가정지원센터는 가정문제의 예방, 상담 및 치료, 건강가정 유지를 위한 프로그램의 개발, 가족문화운동의 전개, 가정 관련 정보 및 자료 제공을 위하여 설립되었고, 서울시에는 현재 서울특별시건강가정지원센터를 비롯하여 자치구별로 총 24개의 건강가정지원센터가 설치되어 있다. 건강가정지원센터는 가족 상담을 주요 기능으로 하면서 그 가운데 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 상담 및 치료 서비스를 일부 담당하고 있으나, 건강가정지원센터 사업 전체에서 차지하는 비중은 상대적으로 작은 편이다. 그러나 건강가정지원센터 중 송파 건강가정지원센터는 운영주체인 ‘아이코리아’가 갖고 있는 경쟁력과 강점을 활용하여 아동을 위한 상담치료프로그램을 활성화하여 운영하고 있다. 아이코리아는 같은 송파 지역 내에 아이존을 위탁하여 운영하고 있는 기관으로서 정서·행동적 어려움이 있는 아동에 대한 서비스 제공의 전문성에 있어서 상대적 우위를 갖고 있는 기관이라고 할 수 있다. 정서·행동적 어려움이 있는 아동에 대한 주요 서비스 내용을 살펴보면 검사 및 진단, 개별심리상담 및 치료 서비스를 제공하고 있고, 이 외에도 사회성 프로그램, 성격 검사, 부모집단상담 등 아동대상의 프로그램과 아동부모관계 개선을 위한 다양한 프로그램을 진행하고 있다.

(3) 사설 상담치료센터

최근 정서·행동적 어려움이 있는 아동의 수가 급격하게 증가함에 따라 실질적인 수요에 따른 사설 상담치료센터의 설립도 증가하고 있다. 사설 상담치료센터는 아동이 놀이나 미술, 음악 등을 통하여 인지적 정서적 발달을 촉진하고 연령에 따른 발달과업을 적절히 수행하도록 돕는 기관으로서, 발달심리 전문가, 놀이치료사, 언어치료사, 미술치료사, 임상심리사 등 전문가로 인적구성이 이루어져 있고, 치료를 위한 하드웨어도 비교적 잘 갖추어져 있다. 그러나 이용요금 측면에서 수익구조를 가져야 하는 사설센터의 특성상 이용자 입장에서는 상대적인 비용부담을 가져갈 수밖에 없는 특성을 갖는다.

Ⅱ 표 II-2-6 Ⅱ 사설상담치료센터의 기능 및 인력 구조

	맑은아이상담센터	마라아동상담센터	새길아동청소년 상담센터	원광아동상담센터	연이아동가족 상담센터
주요기능	○ 치료교육 및 상담 ○ 발달놀이치료, 놀이치료, 미술치료, 모래놀이치료, 인지/학습치료, 언어치료, 청소년 상담, 부모/자녀 프로그램 ○ 발달진단 및 심리평가 ○ 전문가교육 및 연구활동	○ 각종 치료프로그램(놀이, 모래놀이, 언어치료, 음악치료, 미술치료, 학습치료 등) ○ 개인·집단상담 ○ 발달평가 및 심리검사 ○ 부모교육 및 상담	○ 상담, 교육 전문기관(놀이치료, 모래놀이치료중심) ○ 놀이치료, 부모놀이치료, 심리평가, 상담, 사회성프로그램, 부모교육 및 상담	○ 아동상담(놀이치료) ○ 사회성훈련 프로그램 ○ 심리평가 ○ 부모교육 및 상담 ○ 놀이치료자 교육, 놀이치료자 수퍼비전, ○ 기타 (정기간행물과 연구물 발간, 아동상담관련 세미나 개최, 상담도구 개발 등)	○ 각종 검사 ○ 부모 면담 ○ 발달평가 및 운동평가, 언어평가, 놀이평가, 학습평가 ○ 놀이치료, 언어치료, 학습치료, 사회성그룹치료, 집단상담치료 ○ 약물 집단상담 ○ 정제감강화프로그램
인력구성	○ 발달심리전문가 ○ 놀이치료사 ○ 언어치료사	○ 아동복지학과 자문위원 1명 ○ 심리검사 1명 ○ 놀이치료사 4명 ○ 미술치료사 2명 ○ 음악치료사 1명 ○ 언어치료사 2명 ○ 인지학습치료사 1명	○ 아동상담 및 놀이치료 4명 ○ 임상심리 1명	○ 고문(아동학전공) ○ 아동상담전공 및 놀이치료전문가 4명 ○ 놀이치료 및 발달평가 1명 ○ 발달심리사 1명 ○ 상담연구원 1명 ○ 심리검사 1명	○ 임상심리사 2명 ○ 놀이치료사 2명 ○ 정신보건사회복지사 1명 ○ 언어치료사 1명

3. 소결

현재 서울시 정서·행동적 어려움이 있는 아동에 대한 지원정책은 정신보건·복지·교육적 측면에서 다각적인 시도들이 이루어지고 있으나, 아동의 정서·행동적 어려움 이슈가 제기되기 시작한지 얼마 되지 않았고, 이에 대한 사회적 책임이 인식되기 시작한 것도 아주 최근 들어서의 일이기 때문에 전반적으로 지원정책 수준은 매우 취약하고 부분적인 것이 사실이다. 특히 이러한 정책의 취약성은 저소득 가구의 아동이나 시설생활 요보호 아동들에게 훨씬 더 좋지 않은 결과를 야기하고 있다. 정서·행동적 어려움에 대한 치료방법은 놀이치료·언어치료·미술치료·음악치료 등 대체로 반복훈련에 기초를 둔 심리치료가 대부분이며 치료과정 이 1대1로 진행돼 구조적으로 비용이 들 수밖에 없다. 그러나 이러한 치료들은 의료비용으로 인정되지도 않아 건강보험 혜택도 볼 수 없다(노충래, 2008). 따라서 저소득 취약계층 아동

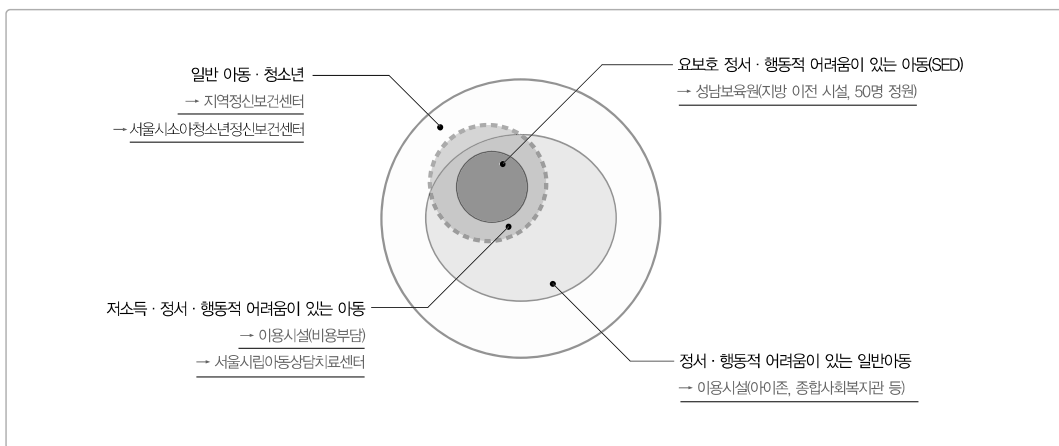
혹은 시설 생활아동의 경우, 고비용으로 인해 조기에방과 적절한 치료에 어려움을 겪을 수밖에 없는 것이 현재 정서·행동적 어려움을 가진 아동을 위한 지원정책이 갖는 가장 큰 맹점이라고 할 수 있다.

이러한 문제는 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 공적전달체계에서도 발견되어 진다. 현재 서울시의 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 공적전달체계는 청소년담당관과 보건정책담당관을 중심으로 하고 있다. 청소년담당관의 지원체계는 주로 요보호 아동 및 저소득 아동 중 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 치료와 보호 서비스 전달체계 구축에 초점을 두고 있고, 보건정책담당관은 일반 아동·청소년의 정신건강 예방, 진단, 치료, 사후관리를 위한 서비스 전달체계를 구축하는데 초점을 맞추고 있다. 이와 같이 청소년담당관 및 보건정책담당관 양대 부서에서 서울시 정서·행동적 어려움이 있는 아동 지원체계마련을 위한 방안을 모색하고 있으나, 이 또한 아동의 정서·행동적 어려움이라는 이슈가 최근 들어서야 관심의 대상으로 부각되고 있고, 이러한 관심이 동력이 되어 공공영역에서의 지원시스템 마련 노력도 최근에서야 본격화되기 시작했기 때문에 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 지원체계가 전반적으로 취약한 것이 사실이다. 물론, 서울시는 아동의 정서·행동적인 어려움에 대한 사회적 인식이 전무했다고 해도 과언이 아닌 1985년 국내에서는 최초로 정부가 주도하여 문제행동 아동을 위한 전문치료기관인 서울시립아동상담치료센터(구, 서울시립동부아동상담소)를 설립하고, 문제행동아동 치료를 위한 선도적인 프로그램을 도입하고 확산하는 모델기관으로서 기능하도록 하는 등 상대적으로 정서·행동적 어려움이 있는 아동 이슈에 대한 정부차원의 적극적인 대응노력을 적극적으로 펼치면서 이 영역에서의 주도성을 가져왔다. 결국, 이러한 역사성이 서울시에서 국내 최초로 요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 지원을 체계화 하는 정책을 계획하게 된 원동력이 되었다고 판단된다.

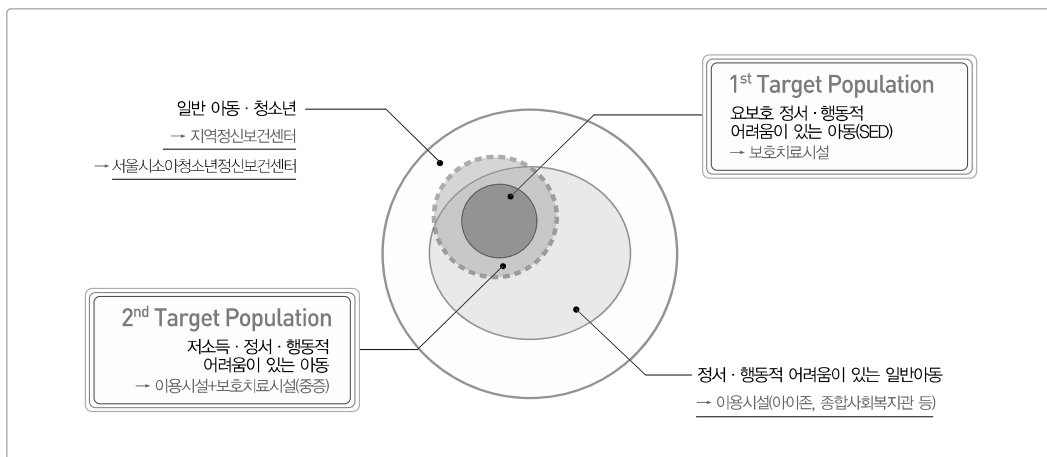
일반 아동을 대상으로 주로 서비스를 제공하고 있는 보건정책담당관 업무와 관련해서는 서울시소아청소년정신보건센터가 설립되기 전까지는 정서·행동적 어려움에 대한 관리가 성인을 포괄하는 정신보건기관에 의해 이루어져 왔기 때문에 아동의 정서·행동적 어려움 이슈는 항상 부차적인 문제로 다루어질 수밖에 없었다. 그러나 2005년 서울시 아동·청소년 정신건강정책의 허브기관인 ‘서울시소아청소년정신보건센터’가 설립된 이후, 최초의 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 주간이용시설인 ‘아이존’이 출범하고, 2020년까지 이러한 주간이용시설을 지속적으로 확대하려는 계획을 수립하는 등 최근 들어 아동·청소년의 정신건강은 서울시 정신보건정책의 중요한 영역으로 다루어지고 있는 상황은 주목할만한 일이다.

그러나 현행 지원체계를 수요와 연계시켜 살펴보면, 요보호 아동의 정서·행동적 어려움과 관련한 지원시스템이 매우 취약한 상황이고, 저소득 아동이 비용에 대한 부담을 최소화 하면

서 전문적인 치료를 제공받을 수 있는 시설이 매우 부족한 상황임을 확인할 수 있다(그림 II-2-7참조). 이와 같이 요보호 및 저소득 아동의 정서·행동적 어려움 수요에 대응할 수 지원 시설이 턱없이 부족한 현 상황을 고려할 때, 서울시가 공적책무성을 갖고 아동보호치료시설을 설치하고, 전문기관에 위탁하여 운영하고자 하는 계획은 매우 시의성 있고 적절한 계획으로 판단된다. 이러한 계획에 따라, 요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 서비스 전달시스템을 새롭게 체계화 한다면(그림 II-2-8참조), 요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동이 지원의 사각지대에 놓여 있는 문제가 많은 부분 해소될 수 있을 것으로 기대된다.



〈그림 II-2-7〉 요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 보호치료시설 설치 전



〈그림 II-2-8〉 요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 보호치료시설 설치 후

제3절 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 서비스 수요

1. 조사대상 및 자료수집 절차

주요정보제공자 조사(Key Informant Survey)는 서울시 25개 자치구의 아동·청소년 관련 기관종사자를 대상으로 진행되었으며 총 283개 기관의 501명을 대상으로 하였다. 조사도구는 선행연구를 참조하여 연구진이 구성하였으며 조사방법은 우편설문을 사용하였다. 설문지는 9월 19일부터 10월 13일까지 약 23일에 걸쳐 배포, 수집되었으며 총 150개 기관의 245명이 응답하였고 48.9%의 회수율을 보였다. 본 연구의 분석에 사용된 자료는 조사에 응답한 245명 가운데 충실히 응답한 229명만을 최종분석에 사용하였다.

2. 조사내용

조사내용을 살펴보면 먼저 서울시의 아동 관련 기관종사자의 일반적 특성을 조사하였고, 아동 관련 기관의 일반적 특성을 조사하였다. 또한 정서·행동적 어려움이 있는 아동의 현황과 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 핵심지원사업에 대해서 알아보았다. 마지막으로 정서·행동적 어려움이 있는 아동 청소년을 위해 현재 제공하고 있는 서비스에 대한 수준 평가 및

표 II-3-1 조사내용

구 분	내 용
조사대상자의 일반적 특성	- 인구사회학적 특성 - 기관별 분포 - 직위, 전문성, 경력, 자격증, 교육훈련
조사대상자가 속한 기관의 일반적 특성	- 운영주체 - 직원 수 - 자치구별
정서·행동적 어려움이 있는 아동의 현황	- 시설별 정서·행동적 어려움이 있는 아동 비율 - 연령별 비율
정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 지원 사업	- 핵심 지원 사업 - 외부기관과의 연계를 통한 서비스 지원
정서·행동적 어려움이 있는 아동 청소년을 위해 현재 제공하고 있는 서비스에 대한 수준 평가 및 향후 서비스 강화 욕구	- 조사대상자가 속한 기관 유형별 - 조사대상자가 속한 기관 직원 규모별 - 정서·행동적 어려움이 있는 아동·청소년 특성별 (비율별·연령별) - 지역별(GIS)

향후 서비스 강화 욕구를 조사하였다. 구체적인 내용을 정리하면 <표 II-3-1>과 같다.

3. 조사결과

1) 조사대상자의 일반적 특성

총 229명 조사대상자의 인구사회학적 특성을 살펴보면 다음의 <표 II-3-2>에서 정리되는 바와 같다. 성별은 여성이 84.1%로 대다수를 차지하였고, 남성이 15.2%로 나타났다. 연령은 22세부터 58세까지 분포하였으며, 평균 33.5세였다. 20대가 43.9%, 30대가 32.6%, 40대가 17.8%, 50세 이상이 5.7%의 비율을 보여, 20대와 30대가 과반 수 이상을 차지하였다. 최종학력은 고교졸업이 1.3%, 전문대 재학/졸업이 8.8%, 대학교 재학/졸업이 52.8%, 대학원 재학/졸업이 37.0%로서 대학교 졸업 이상의 고학력자들이 90%정도가 되는 것으로 나타났다.

■ 표 II-3-2 ■ 조사대상자의 인구사회학적 특성

(단위 : 명, %)

구 분		빈 도(%)
성별	남성	34(15.0)
	여성	193(85.0)
연령	평균(std.)/범위	33.5세(8.3)/22 - 58
	20~29	101(43.9)
	30~39	75(32.6)
	40~49	41(17.8)
	50세 이상	13(5.7)
최종학력	고교졸업	3(1.3)
	전문대 재학/졸업	20(8.8)
	대학교 재학/졸업	120(52.8)
	대학원 재학/졸업	84(37.0)
합 계		227(100.0)

조사대상자의 기관별 소속을 보면, <표 II-3-3>에서 정리되는 바와 같이 지역아동복지센터 종사자 5.2%, 지역아동센터 종사자 14.8%, 아동보호전문기관 종사자 3.5%, 청소년지원센터 종사자 8.3%, 청소년쉼터 종사자 7.4%, 청소년수련관 종사자 5.7%, 아동양육시설 종사자 14.8%, 공동생활가정 종사자 8.3%, 정신보건센터 종사자 6.6%, 사회복지관련긴급전화 종사자 6.1%, 종합사회복지관 종사자 19.2% 등이었다.

표 II-3-3 조사대상자의 기관별 분포

(단위 : 명, %)

구 분	빈 도 (%)
지 역 아 동 복 지 센 터	12(5.2)
지 역 아 동 센 터	34(14.8)
아 동 보 호 전 문 기 관	8(3.5)
청 소 년 지 원 센 터	19(8.3)
청 소 년 쉼 터	17(7.4)
청 소 년 수 련 관	13(5.7)
아 동 양 육 시 설	34(14.8)
공 동 생 활 가 정	19(8.3)
정 신 보 건 센 터	15(6.6)
사 회 복 지 관 련 긴 급 전 화	14(6.1)
총 합 사 회 복 지 관	44(19.2)
합 계	229(100.0)

조사대상자의 직위는 <표 II-3-4>에서와 같이 기관장이 14.5%, 중간관리자가 25.1%, 실무자가 58.9%, 기타 1.4%인 것으로 나타났다.

표 II-3-4 조사대상자의 직위

(단위 : 명, %)

구 분	빈 도 (%)
기 관 장	30(14.5)
중 간 관 리 자	52(25.1)
실 무 자	122(58.9)
기 타	3(1.4)
합 계	207(100.0)

조사대상자의 전문영역을 살펴보면, <표 II-3-5>에서 정리된 바와 같이 조사대상자의 전공은 중복선택을 포함하여 사회복지가 65.6%, 의학·간호학이 2.6%, 인문사회계열이 16.1%, 신학 등 종교관련 전공이 4.0%, 이공계열이 2.6%, 예체능계열이 2.2%, 기타전공이 7%로 나타났다. 다음으로 조사대상자가 보유한 자격증은 중복선택을 포함하여 사회복지사 1급이 45.4%, 2급이 19.3%, 3급이 0.8%로 사회복지사 자격증이 전체 자격증 중에 65%이상을 차지

하는 것으로 나타났고, 각종치료사 자격증 4.5%, 간호사 자격증 3.8%, 영양사 자격증 0.8%, 기타 자격증이 25.4%로 나타났다. 그중 기타 자격증에는 교육관련 자격증(15.2%), 상담관련 자격증(9.7%), 정신보건 자격증(2.1%)이 있었다.

표 II-3-5 조사대상자의 전문성

(단위 : 명, %)

구 분		빈 도 (%)
전 공 (중복선택)	사 회 복 지	179(65.6)
	의 학 , 간 호 학	7(2.6)
	인 문 사 회 계 열	44(16.1)
	신 학 등 종 교 관 련	11(4.0)
	이 공 계 열	7(2.6)
	예 체 능 계 열	6(2.2)
	기 타	19(7.0)
	합 계	273(100.0)
자격증 (중복선택)	사 회 복 지 사 1 급	120(45.4)
	사 회 복 지 사 2 급	51(19.3)
	사 회 복 지 사 3 급	2(0.8)
	간 호 사	10(3.8)
	각 종 치 료 사	12(4.5)
	영 양 사	2(0.8)
	기 타	67(25.4)
	합 계	264(100.0)

조사대상자의 경력을 살펴보면, <표 II-3-6>에서 정리되는 바와 같이 아동 관련 업무 종사 총 기간은 0.1년부터 32.2년까지 상당히 큰 차이의 분포를 갖는데, 평균은 5.7년이었다. 1년 이상 3년 미만인 경우가 29.9%로 가장 높은 비율을 차지하였으며, 3년 이상 5년 미만인 경우가 20.4%로 그 뒤를 이었다. 현재 소속기관에 종사한 기간은 0.1년부터 32.2년까지 분포하였으며, 평균 3.9년이었다. 1년 이상 3년 미만인 경우가 35.3%로 가장 높은 비율을 차지하였으며, 1년 미만인 경우가 22%로 뒤를 이었다.

표 II-3-6 조사대상자의 경력

(단위 : 명, %)

구 분		빈 도(%)
아동·청소년 관련 업무기간	평균(std.)/범위	5.7년(5.8)/0.1~32.2년
	1년 미만	20(9.8)
	1~3년 미만	61(29.8)
	3~5년 미만	43(21.0)
	5~7년 미만	31(15.1)
	7~10년 미만	15(7.3)
	10년 이상	35(17.1)
	합 계	205(100.0)
현재 소속기관 종사기간	평균(std.)/범위	4.0년(4.8)/0.1~32.2년
	1년 미만	48(22.1)
	1~3년 미만	76(35.0)
	3~5년 미만	33(15.2)
	5~7년 미만	29(13.4)
	7~10년 미만	8(3.7)
	10년 이상	23(10.6)
	합 계	217(100.0)

정서·행동적 어려움이 있는 아동·청소년과 관련하여 조사대상자가 소지하고 있는 자격증의 내용을 살펴보면, <표 II-3-7>에서 제시되는 바와 같이 각종 상담·심리 관련 자격증이 45.5%로 가장 높은 비율을 차지하였으며, 보육교사, 청소년 지도자 등 각종 교육 관련 자격증이 24.1%, 미술치료, 놀이치료, 음악치료 등을 포함한 각종 치료 관련 자격증이 20.5%로 그 뒤를 이었다.

표 II-3-7 정서·행동적 어려움이 있는 아동 관련 조사대상자가 소지하고 있는 자격증

(단위 : 명, %)

구 분		빈 도(%)
상	담 · 심 리 관 련	51(45.5)
각	종 교 육 관 련	27(24.1)
각	종 치 료 관 련	23(20.5)
정	신 보 건 관 련	9(8.0)
의	약 , 간 호	2(1.8)
합	계	112(100.0)

정서·행동적 어려움이 있는 아동에 대한 개입을 위해 조사대상자가 받은 교육·훈련의 내용을 보면, <표 II-3-8>에서 정리되는 바와 같이 상담·심리 관련 교육과 훈련이 25.3%로 가장 높은 비율을 차지하였으며, 미술치료, 놀이치료 등 각종 치료 관련 교육과 훈련이 17.4%, 인터넷 중독·학교 폭력 등 청소년 비행 관련 교육과 훈련이 16.8%로 그 뒤를 이었다.

Ⅱ 표 II-3-8 Ⅱ 정서·행동적 어려움이 있는 아동에 대한 개입을 위해 조사대상자가 받은 교육·훈련(최대 3가지 응답)

(단위 : 명, %)

구 분	빈 도 (%)
상 담 · 심 리 관 련	86(25.3)
가 정 교 육 관 련	25(7.4)
각 종 치 료 관 련	59(17.4)
아 동 권 리 관 련	14(4.1)
청 소 년 비 행 관 련	57(16.8)
정 신 보 건 관 련	44(12.9)
성 관 련	18(5.3)
기 타	37(10.9)
합 계	340(100.0)

2) 조사대상자가 속한 기관의 일반적 특성

조사대상자가 소속된 기관의 운영주체는 <표 II-3-9>에서 정리되는 바와 같이 국가·지자체·공립·공단이나 공사에 해당되는 공공부문이 28.6%, 공공의 출연기관에 해당되는 민간비영리 부문이 25.9%, 공공의 출연기관이 아닌 민간 비영리 기관이나 단체에 해당되는 민간비영리 부문이 43.8%, 기관이나 단체에 소속되지 않은 개인인 비공식부분이 1.8%이었다.

Ⅱ 표 II-3-9 Ⅱ 조사대상자가 속한 기관의 운영주체

(단위 : 명, %)

구 분	빈 도 (%)
공 공 부 문	64(28.6)
민 간 비 영 리 부 문 (공 공 의 출 연 기 관)	58(25.9)
민 간 비 영 리 부 문 (공공의 출연기관 외 민간 비영리 기관이나 단체)	98(43.8)
비 공 식 부 문	4(1.8)
합 계	224(100.0)

조사대상자 속한 기관의 직원 규모를 살펴보면, <표 II-3-10>에서 제시되는 것처럼 2명부터 150명까지 규모가 있어서 편차가 크다, 평균 직원수는 17.9명이고, 10명 미만인 경우가 41.7%로 가장 높은 비율을 차지하였으며, 20명 이상 30명 미만이 21.7%로 그 뒤를 이었다.

표 II-3-10 조사대상자가 속한 기관 직원의 규모

(단위 : 명, %)

구 분		빈 도(%)
직원 수	평균(std.)/범위	17.9명(18.8)/2~150명
	10명 미만	94(42.9)
	10~20명 미만	35(16.0)
	20~30명 미만	48(21.9)
	30명 이상	42(19.2)
	합 계	219(100.0)

조사대상자가 속한 기관의 행정구역별 분포를 살펴보면, <표 II-3-11>에서 정리되는 바와 같이 조사대상기관은 서울시 25개 자치구 별로 균형적으로 분포되어 있는 것으로 나타났다. 그 중 강남구가 7.9%로 가장 많은 비중을 차지하였으며, 성북구가 7.1%, 강서구, 영등포구, 중구가 각각 5.7%로 그 뒤를 이었다.

표 II-3-11 조사대상자가 속한 기관의 행정자치구역별 분포

(단위 : 명, %)

구 분	빈 도(%)	구 분	빈 도(%)
강남구	11(7.9)	서대문구	4(2.9)
강동구	3(2.1)	서초구	5(3.6)
강북구	3(2.1)	성동구	2(1.4)
강서구	8(5.7)	성북구	10(7.1)
관악구	7(5.0)	송파구	7(5.0)
광진구	3(2.1)	양천구	5(3.6)
구로구	7(5.0)	영등포구	8(5.7)
금천구	5(3.6)	용산구	6(4.3)
노원구	6(4.3)	은평구	4(2.9)
도봉구	5(3.6)	종로구	4(2.9)
동대문구	3(2.1)	중구	8(5.7)
동작구	5(3.6)	중랑구	5(3.6)
마포구	6(4.3)	합계	140(100.0)

3) 정서·행동적 어려움이 있는 아동 현황

조사대상자가 속한 기관을 생활시설과 이용시설로 구분해서 입소의 현황 및 정서·행동적 어려움이 있는 아동의 현황을 살펴보면 다음과 같다. 먼저 <표 II-3-12>에서 정리하듯이 생활시설에 입소한 아동·청소년의 인원은 지난 6개월간(2008년 1월~6월) 최소 4명부터 최대 3,300명까지 분포하는 것으로 나타났는데, 평균은 229.5명 정도이었다. 25% 분위값이 9.3명, 75% 분위값은 95.8명 정도인 것으로 나타났고, 표준편차는 660.0이었는데, 이는 극단적인 규모의 입소인원을 갖는 기관들이 존재한다는 것을 의미할 수 있다. 보다 중요한 초점인 정서·행동적 어려움이 있는 아동 비율 역시 최소 0%부터 최대 100%까지 분포되어 있음을 보여주고 있는데, 평균은 44.7%이고 25% 분위값은 10.7%, 75% 분위값은 90.0%이었다.

Ⅱ 표 II-3-12 Ⅱ 생활시설 입소 인원 수 및 정서·행동적 어려움이 있는 아동 비율

구 분	평균	표준편차	범위	25%값	75%값
생활시설 입소 인원	229.5 명	660.0	4~3300명	9.3명	95.8명
정서·행동적 어려움이 있는 아동·청소년 비율	44.7%	37.8	0~100%	10.7%	90.0%

조사대상자가 속한 기관 중 이용시설을 이용한 아동의 총 이용인원은 <표 II-3-13>에서 제시되는 바와 같이 지난 6개월간(2008년 1월~6월) 최소 1명부터 최대 200,000명까지 분포하는 것으로 나타났으며, 평균 이용 아동 수는 3371.0명 정도인 것으로 나타났다. 25% 분위값에 해당하는 수는 40.5명, 75% 분위값에 해당하는 수는 393.5명인 것으로 나타났고, 표준편차는 23366.6명으로 이용시설 역시 극단치의 이용인원을 갖는 기관들을 갖는다. 이들 기관을 이용하는 아동 중 정서 행동적 어려움을 가진 아동 비율은 최소 0.1%부터 최대 100%까지 분포하는 것으로 나타났고, 평균은 29.1%이고 25% 분위값은 10.0%, 75% 분위값은 40.0%였다.

Ⅱ 표 II-3-13 Ⅱ 이용시설 이용 인원 및 정서·행동적 어려움이 있는 아동 비율

구 분	평균	표준편차	범위	25%값	75%값
이용시설 이용인원	3371.0 명	23388.6	1~200,000 명	40.5명	393.5명
정서·행동적 어려움이 있는 아동·청소년 비율	29.1%	27.7	0.1~100%	10.0%	40.0%

조사대상자가 속한 기관을 이용한 아동 중 정서·행동적 어려움이 있는 아동의 연령 분포를 보면, <표 II-3-14>에서 정리되는 바와 같이 지난 6개월간(2008년 1월~6월) 정서·행동적 어려움이 있는 아동 연령 중 미취학 아동은 17.6%, 초등학생이 42.2%, 중고등학생이 40.2%인 것으로 나타났다.

■ 표 II-3-14 ■ 정서·행동적 어려움이 있는 아동의 연령별 비율

(단위 : 명, %)

구 분					빈 도(%)
미	취	학	아	동	71(17.6)
초	등	학	학	생	170(42.2)
중	고	등	학	생	162(40.2)
합			계		403(100.0)

4) 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 핵심 지원 사업

조사대상자가 속한 기관에서 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위해 지난 6개월간(2008년 1월~6월) 핵심적으로 지원한 사업은 <표 II-3-15>에서 정리하는 바와 같이 상담관련 사업이 23.6%로 가장 많은 비중을 차지하였고, 치료 사업이 23.4%, 교육 사업이 14.8%, 심리·성격 검사가 8.1%로 그 뒤를 잇는 것으로 나타났다.

■ 표 II-3-15 ■ 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 핵심 지원 사업 : 핵심 지원 사업 세 가지

(단위 : 명, %)

구 분					빈 도(%)
치				료	133(23.4)
상				담	134(23.6)
심	리	·	성	격	46(8.1)
사	레		관	검	16(2.8)
의				사	23(4.0)
문	화		활	동	27(4.7)
정	신		보	건	21(3.7)
정	서		장	애	19(3.3)
일	시		보	호	8(1.4)
교				육	84(14.8)
청	소	년	비	행	20(3.5)
기				예	38(6.7)
합			계		569(100.0)

조사대상자가 속한 기관이 외부기관과의 연계를 통해 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위하여 도움을 제공하는 서비스로는 <표 II-3-16>에서 제시되듯이 심리상담 서비스가 42.6%로 가장 높은 비중을 차지하는 것으로 나타났다. 의료서비스가 13.8%로 그 다음의 비중인 것으로 나타났다.

Ⅱ 표 II-3-16 Ⅱ 외부기관과의 연계를 통해 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위해 도움을 제공하는 서비스 영역 : 중복선택

(단위 : 명, %)

구 분				빈 도(%)
심	리	상	담	123(42.6)
사	례	관	리	23(8.0)
사	회	적	보	17(5.9)
교			육	26(9.0)
문	화	활	동	28(9.7)
가	족	지	원	17(5.9)
지	역	사	회	15(5.2)
의		지	원	40(13.8)
의		체	계	
의		구	축	
의		료		
합		계		289(100.0)

5) 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 서비스 제공 수준 평가 및 서비스 강화 욕구 조사

정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위해 현재 제공하고 있는 서비스가 충분히 제공되고 있는지에 대한 평가 즉 서비스 수준에 대한 자체 평가 및 서울시에서 강화해야 할 향후 서비스 강화의 욕구에 대한 현황을 파악해 보기 위해, 다음에서는 조사대상자가 속한 기관의 유형별, 기관 직원 규모별, 정서·행동적 어려움이 있는 아동의 특성별(비율별·연령별), 자치구별 등 다각적 측면에서 이를 분석한 후 그 내용을 정리해 보았다.

(1) 조사대상자가 속한 기관의 유형별 분석

먼저 생활시설, 이용시설, 종합시설 각각에서 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 서비스 제공 수준 평가와 향후 서비스 강화 욕구를 살펴 본 결과는 <표 II-3-17>에서 정리되는 바와 같다. 생활시설에서의 현재 서비스 제공 수준은 의료지원 서비스가 3.38점으로 가장 높았고, 문화여가 서비스가 3.33점으로 뒤를 이었다. 반면에 사회적 보호 서비스가 2.38점으로 가장 낮았고, 교육지원 서비스가 2.74점으로 다음으로 낮은 값을 가졌다. 생활시설

의 향후 서비스 강화 욕구를 보면, 의료지원 서비스가 3.73점으로 가장 높았고, 심리상담 서비스가 3.56점으로 그 뒤를 이었다. 반면에 상대적으로 사회적 보호 서비스가 3.06점으로 그 욕구가 가장 낮았다. 생활시설에서 서비스 욕구와 스스로에 대한 평가의 차이가 가장 큰 서비스는 사회적 보호 서비스(0.68점차)인 것으로 나타났다.

이용시설에서의 현재 서비스 제공 수준을 보면, 사례관리가 3.22점으로 가장 높았고, 가족 지원 서비스가 2.97점으로 그 뒤를 이었다. 반면에 사회적 보호 서비스가 1.68점으로 가장 낮았고, 의료지원 서비스가 2.41점으로 뒤를 이었다. 향후 서비스 강화 욕구의 경우에는, 가족 지원 서비스가 3.63점으로 가장 높았고, 의료지원 서비스와 사례관리가 3.58점으로 그 뒤를 이었다. 반면에 사회적 보호 서비스는 3.13점으로 상대적으로 가장 낮았다. 이용시설에서의 서비스 욕구와 평가 사이의 차이가 가장 큰 것은 사회적 보호 서비스(1.45점차)였고 의료 지원 서비스(1.17점차)가 그 뒤를 이었다.

이용시설과 생활시설이 함께 있는 종합시설의 경우에는, 현재 서비스 제공 수준에서는 사례관리가 3.08점으로 평가가 가장 높았고, 의료지원 서비스가 2.92점으로 그 뒤를 이었다. 반면에 교육지원 서비스가 2.27점으로 평가가 가장 낮았다. 향후의 서비스 강화 욕구와 관련해서는 의료지원 서비스가 3.75점으로 욕구가 가장 높았고, 가족지원 서비스가 3.71점으로 뒤를 이었다. 상대적으로 가장 낮은 욕구 점수를 나타낸 서비스는 교육지원 서비스(3.46점)였고 다음으로 지역사회연계 서비스(3.56점), 사례관리(3.57점) 순인 것으로 나타났다. 종합시설에서의 서비스 욕구와 평가 사이에서 차이가 가장 큰 것은 교육지원 서비스(1.19점차)로 나타났으며 심리상담 서비스(1.02점차)가 그 뒤를 이었다.

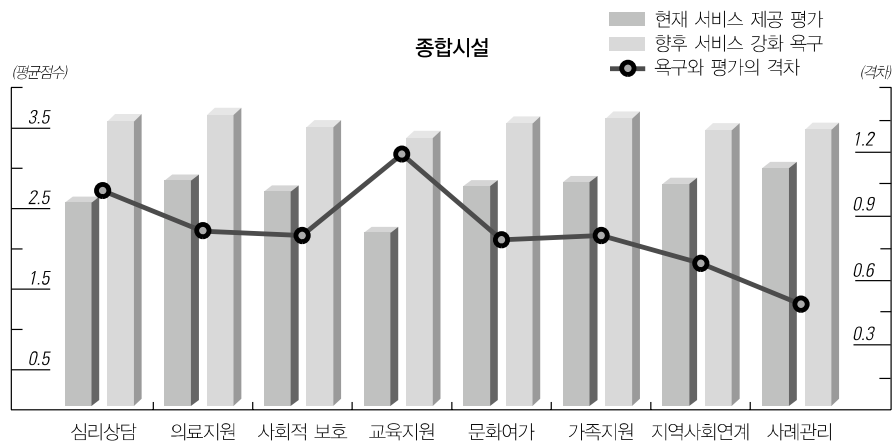
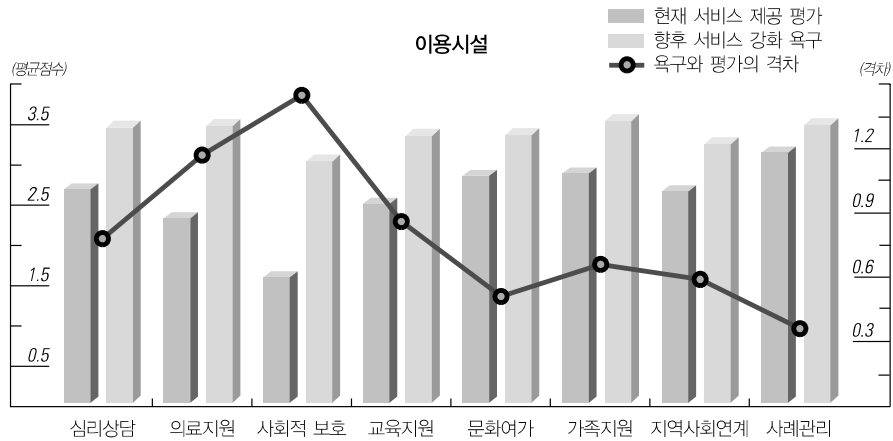
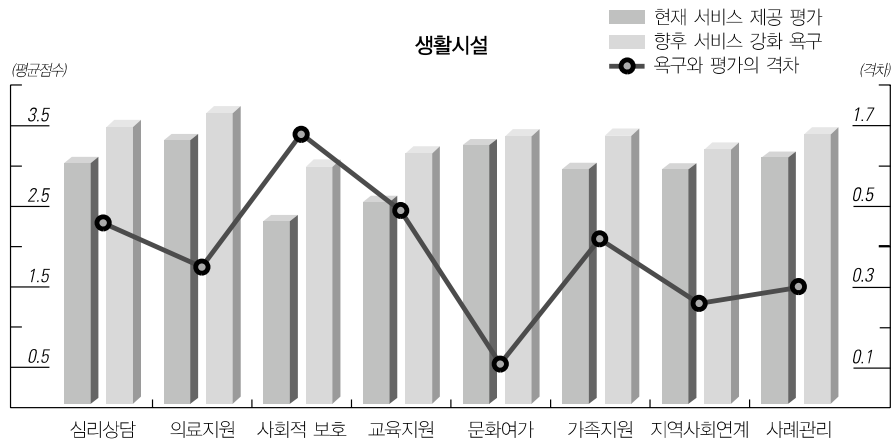
생활시설과 이용시설 모두 사회적 보호 서비스에 대한 욕구와 평가의 격차가 가장 컸으며, 종합시설에서는 교육지원 서비스와 심리상담 서비스의 서비스에 대한 욕구와 실제적 평가 사이의 격차가 상대적으로 큰 것으로 나타났다. 의료지원 서비스는 생활시설에서 높은 욕구를 갖는 것으로 나타났으나, 욕구와 평가의 격차를 보면 이에 대해서 이용시설에서의 실제와 기대 수준에서의 격차가 보다 더 큼을 인식할 수 있다.

Ⅱ 표 Ⅱ-3-17 Ⅱ 생활시설, 이용시설, 종합시설별 서비스 제공 수준 평가 및 서비스 강화 욕구

기준유형	구분	현재 서비스 제공 수준 평가(a)	향후 서비스 강화 욕구(b)	욕구와 평가의 격차(b-a)
		평균/4점(std.) ¹¹⁾	평균/4점(std.) ¹²⁾	
생활시설 (N=66)	심리상담	3.10(0.47)	3.56(0.35)	0.46
	의료지원	3.38(0.64)	3.73(0.40)	0.35
	사회적 보호	2.38(0.76)	3.06(0.54)	0.68
	교육지원	2.74(0.77)	3.23(0.51)	0.49
	문화여가	3.33(0.70)	3.44(0.56)	0.11
	가족지원	3.03(0.50)	3.45(0.37)	0.42
	지역사회연계	3.03(0.41)	3.29(0.35)	0.26
	사례관리	3.17(0.59)	3.47(0.53)	0.30
이용시설 (N=131)	심리상담	2.77(0.50)	3.55(0.36)	0.78
	의료지원	2.41(0.78)	3.58(0.43)	1.17
	사회적 보호	1.68(0.81)	3.13(0.56)	1.45
	교육지원	2.59(0.71)	3.45(0.43)	0.86
	문화여가	2.94(1.01)	3.45(0.53)	0.51
	가족지원	2.97(0.52)	3.63(0.37)	0.66
	지역사회연계	2.75(0.55)	3.34(0.42)	0.59
	사례관리	3.22(0.60)	3.58(0.54)	0.36
종합시설 (생활시설 + 이용시설) (N=14)	심리상담	2.65(0.52)	3.67(0.40)	1.02
	의료지원	2.92(1.10)	3.75(0.43)	0.83
	사회적 보호	2.79(0.95)	3.60(0.56)	0.81
	교육지원	2.27(0.56)	3.46(0.56)	1.19
	문화여가	2.85(0.69)	3.64(0.50)	0.79
	가족지원	2.90(0.70)	3.71(0.29)	0.81
	지역사회연계	2.88(0.86)	3.56(0.44)	0.68
	사례관리	3.08(0.64)	3.57(0.51)	0.49

11) 응답의 범주는 1~4점까지이고 점수가 높을수록 현재 서비스 제공 수준이 높은 것을 의미한다.

12) 응답의 범주는 1~4점까지이고 점수가 높을수록 향후 서비스 강화 욕구가 높은 것을 의미한다.



〈그림 II-3-1〉 기관 유형별 서비스 제공 수준 평가, 서비스 강화 욕구, 욕구와 평가의 격차

다음으로는 각 시설 간의 비교를 살펴보면, <표 II-3-18>에서 정리되는 바와 같다. 먼저 서비스 수준에 대한 평가를 비교해 보면, 심리상담, 의료지원, 사회적 보호, 그리고 지역사회연계에 대한 평가의 차이가 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다. 생활시설은 이용시설과 종합시설에 비해 심리상담에 대한 평가가 높았고($p < .05$), 이용시설보다는 사회적 보호, 문화여가, 지역사회연계에 대한 평가가 높았다($p < .05$). 욕구에서는 종합시설이 생활시설과 이용시설보다 사회적 보호에 대한 욕구가 높았고($p < .05$), 이용시설이 생활시설과 종합시설에 비해 가족지원에 대한 욕구가 높았다($p < .05$). 그리고 이용시설이 생활시설보다 교육에 대한 욕구가 높았다($p < .05$).

■ 표 II-3-18 ■ 기관 유형별 서비스 제공 수준 평가 및 서비스 강화 욕구 차이검증

집단	구분	현재 서비스 제공 수준 평가(a)	향후 서비스 강화 욕구(b)
		F	F
생활/이용/종합 시설	심리상담	10,781***	.643
	의료지원	34,704***	3,172*
	사회적 보호	22,749***	5,434**
	교육지원	2,499	5,403**
	문화여가	4,378	.905
	가족지원	.468	6,408**
	지역사회연계	6,126**	2,474
	사례관리	.475	.895

* $p < .05$ ** $p < .01$, *** $p < .001$

(2) 기관 규모별 분석

조사대상자가 속한 기관의 규모, 특히 직원의 수를 기초로 현재 제공되고 있는 서비스의 수준에 대한 평가 및 향후에 필요한 서비스, 즉 서비스 강화 욕구의 수준을 살펴본 결과는 <표 II-3-18>에서 정리되는 바와 같다. 먼저 직원이 10명 미만일 경우, 현재 제공되고 있는 서비스 수준에 평가에서는 사례관리가 3.11점으로 상대적으로 가장 높은 것으로 나타났고, 문화여가 서비스가 3.08점으로 그 다음이었다. 반면에 사회적 보호 서비스가 2.16점으로 가장 낮았고, 의료지원이 2.76점으로 다음으로 낮은 값을 나타냈다. 향후 서비스 강화 욕구와 관련해서는 의료지원 서비스가 3.68점, 가족지원 서비스가 3.57점, 심리상담 서비스가 3.55점 순으로 이에 대한 서비스 욕구가 높은 것으로 나타났다. 반면에 사회적 보호 서비스는 3.12점, 교육지원 서비스는 3.34점 순에서 그 욕구가 상대적으로 낮은 것으로 나타났다. 욕구와

평가의 격차를 보면, 사회적 보호 서비스가 0.96점으로 가장 큰 것으로 나타났고, 의료지원 서비스가 0.92점으로 그 다음이었다.

직원이 10명 이상 20명 미만일 경우, 현재 제공되고 있는 서비스 수준에 대한 평가에서는 사례관리가 3.26점으로 상대적으로 가장 높게 평가되는 것으로 나타났고, 가족지원 서비스가 3.02점으로 그 뒤를 잇는 것으로 나타났다. 평가가 상대적으로 가장 낮게 나타난 서비스는 사회적 보호 서비스(1.78점), 교육지원 서비스(2.37점)의 순인 것으로 나타났다. 향후에 강화가 필요한 서비스, 즉 서비스 강화 필요 욕구를 보면, 의료지원 서비스가 3.69점으로 상대적으로 가장 높았고, 사례관리가 3.63점으로 그 뒤를 잇는 것으로 나타났다. 서비스 강화 필요 욕구가 상대적으로 낮게 나타난 서비스를 살펴보면, 사회적 보호 서비스(3.23점), 교육지원 서비스(3.31점), 지역사회연계 서비스(3.32점) 순인 것으로 나타났다. 욕구와 평가의 격차에서는 사회적 보호 서비스가 1.45점으로 가장 큰 차이를 갖는 것으로 나타났고 교육지원 서비스가 0.94점으로 그 뒤를 이었다.

직원의 규모가 20명 이상 30명 미만일 경우, 현재 제공되는 서비스 수준에 대한 평가에서는 사례관리가 3.23점으로 가장 높게 평가되는 것으로 나타났고, 문화여가 서비스가 3.21점으로 그 뒤를 잇는 것으로 나타났다. 반대로 상대적으로 가장 낮게 평가되는 서비스는 사회적 보호 서비스로서 1.82점인 것으로 나타났고, 교육지원 서비스가 2.57점으로 그 뒤를 잇는 것으로 나타났다. 향후에 필요한 서비스 강화 욕구를 살펴보면, 심리상담 서비스가 3.59점으로 상대적으로 그 욕구가 가장 높은 것으로 나타났고, 가족지원 서비스와 의료지원 서비스가 각각 3.57점으로 그 뒤를 잇는 것으로 나타났다. 반대로 상대적으로 가장 낮은 욕구를 갖는 서비스는 사회적 보호 서비스(2.96점), 지역사회연계 서비스(3.26점) 순인 것으로 나타났다. 욕구와 평가의 격차를 보면, 사회적 보호 서비스가 1.14점으로 가장 큰 격차를 갖는 것으로 나타났고, 의료지원 서비스가 0.83점, 교육지원 서비스가 0.82점으로 그 뒤를 잇는 것으로 나타났다.

직원의 규모가 30명 이상일 경우, 현재 제공되는 서비스 수준에 대한 평가에서는 사례관리가 3.41점으로 상대적으로 그 평가가 가장 높은 것으로 나타났고, 가족지원 서비스가 3.05점으로 그 뒤를 잇는 것으로 나타났다. 반대로 상대적으로 평가가 가장 낮은 서비스는 사회적 보호 서비스로서 1.70점인 것으로 나타났고, 교육지원 서비스가 2.45점으로 그 뒤를 이어 욕구가 상대적으로 낮은 것으로 나타났다. 향후 요구되는 서비스 강화 욕구와 관련해서는 가족지원 서비스가 3.61점으로 상대적으로 가장 높은 욕구를 갖는 것으로 나타났고, 의료지원 서비스가 3.58점, 심리상담 서비스와 사례관리가 각각 3.57점으로 그 다음인 것으로 나타났다. 상대적으로 낮은 욕구를 갖는 서비스는 문화여가 서비스(3.29점), 지역사회연계 서비스(3.30점) 순인 것으로 나타났다. 욕구와 평가의 격차를 보면, 사회적 보호 서비스가 1.62점으로 가장 큰 격차

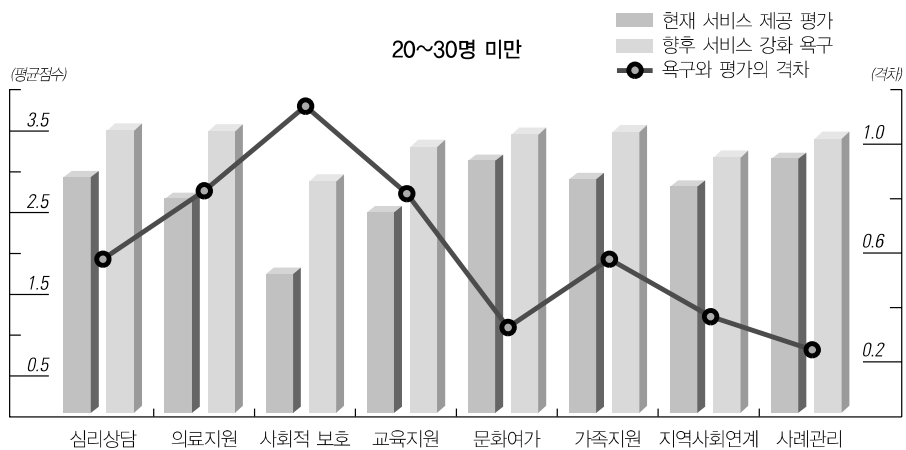
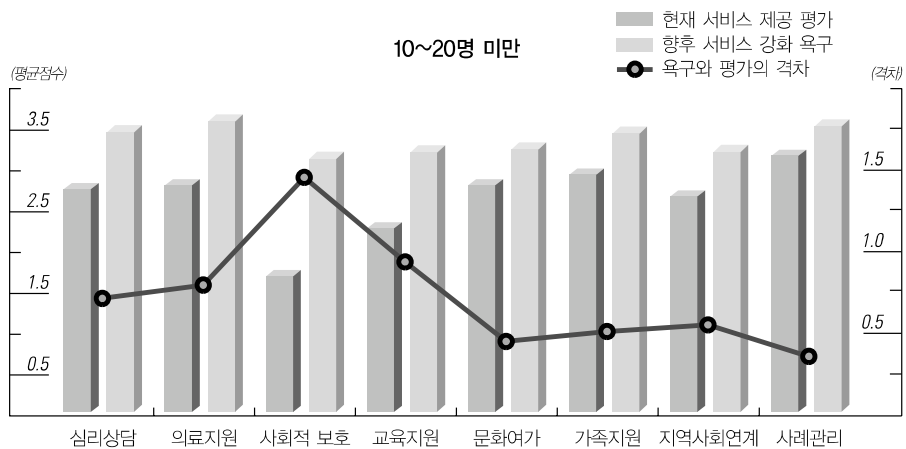
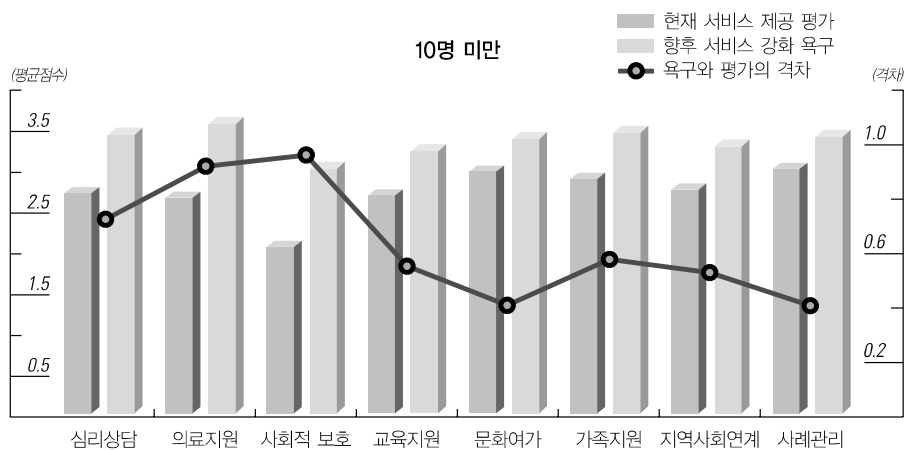
를 갖는 것으로 나타났고, 교육지원 서비스가 1.03점으로 그 뒤를 잇는 것으로 나타났다.

Ⅱ 표 Ⅱ-3-19 Ⅱ 직원 규모별 서비스 제공 수준 평가 및 서비스 강화 욕구

직원 규모	구분	현재 서비스 제공 수준 평가(a)	향후 서비스 강화 욕구(b)	욕구와 평가의 격차 (b-a)
		평균/4점(std.) ¹³⁾	평균/4점(std.) ¹⁴⁾	
10명 미만 (N=94)	심리상담	2.82(0.52)	3.55(0.35)	0.73
	의료지원	2.76(0.87)	3.68(0.41)	0.92
	사회적 보호	2.16(0.97)	3.12(0.58)	0.96
	교육지원	2.79(0.76)	3.34(0.44)	0.55
	문화여가	3.08(1.04)	3.49(0.52)	0.41
	가족지원	2.99(0.53)	3.57(0.38)	0.58
	지역사회연계	2.86(0.56)	3.39(0.43)	0.53
	사례관리	3.11(0.67)	3.52(0.56)	0.41
10~20명 미만 (N=35)	심리상담	2.84(0.61)	3.56(0.40)	0.72
	의료지원	2.89(0.82)	3.69(0.40)	0.80
	사회적 보호	1.78(0.76)	3.23(0.59)	1.45
	교육지원	2.37(0.75)	3.31(0.54)	0.94
	문화여가	2.89(0.96)	3.35(0.60)	0.46
	가족지원	3.02(0.48)	3.54(0.34)	0.52
	지역사회연계	2.76(0.46)	3.32(0.38)	0.56
	사례관리	3.26(0.62)	3.63(0.49)	0.37
20~30명 미만 (N=48)	심리상담	3.01(0.43)	3.59(0.31)	0.58
	의료지원	2.74(0.84)	3.57(0.44)	0.83
	사회적 보호	1.82(0.70)	2.96(0.44)	1.14
	교육지원	2.57(0.61)	3.39(0.49)	0.82
	문화여가	3.21(0.65)	3.54(0.50)	0.33
	가족지원	2.99(0.43)	3.57(0.40)	0.58
	지역사회연계	2.89(0.45)	3.26(0.35)	0.37
	사례관리	3.23(0.52)	3.48(0.55)	0.25
30명 이상 (N=42)	심리상담	2.87(0.47)	3.57(0.37)	0.70
	의료지원	2.70(0.86)	3.58(0.48)	0.88
	사회적 보호	1.70(0.89)	3.32(0.53)	1.62
	교육지원	2.45(0.76)	3.48(0.47)	1.03
	문화여가	2.93(0.97)	3.29(0.60)	0.36
	가족지원	3.05(0.58)	3.61(0.42)	0.56
	지역사회연계	2.91(0.56)	3.30(0.42)	0.39
	사례관리	3.41(0.55)	3.57(0.50)	0.16

13) 응답의 범주는 1~4점까지이고 점수가 높을수록 현재 서비스 제공 수준이 높은 것을 의미한다.

14) 응답의 범주는 1~4점까지이고 점수가 높을수록 향후 서비스 강화 욕구가 높은 것을 의미한다.



〈그림 II-3-2〉 직원 규모별 서비스 제공 수준 평가, 서비스 강화 욕구, 욕구와 평가의 격차

사회적 보호 서비스에 대한 욕구와 평가의 격차는 직원 규모에 상관없이 가장 큰 차이를 갖는 것으로 나타났고, 교육지원 서비스에 대한 것은 직원의 규모가 큰 경우, 즉 30명 이상일 경우에 욕구와 평가의 격차가 상대적으로 더욱 더 큰 것으로 나타났다. 의료지원 서비스와 심리상담 서비스, 가족지원 서비스의 경우, 대체적으로 서비스 강화 욕구가 높은 것으로 나타났으며, 직원 규모가 상대적으로 클수록 가족지원 서비스 강화 욕구가 높은 것으로 나타났고, 직원 규모가 상대적으로 작을수록 의료지원 서비스 강화 욕구가 상대적으로 더 높은 것으로 나타났다.

다음으로는 조사대상자가 속한 기관의 직원 규모 간의 비교를 살펴보면, <표 II-3-20>에서 정리되는 바와 같다. 먼저 서비스 제공수준에 대한 평가를 볼 때 사회적 보호 서비스와 교육지원 서비스에서 집단 간 유의한 차이를 보였다. 10명 미만의 기관의 경우 10-20명 있는 기관에 비해 교육지원 서비스에 대한 평가가 높았고($p < .05$), 사회적 보호 서비스의 평가는 30명 이상의 기관보다 유의하게 높았다. 욕구에 있어서는 사회적 보호 서비스에 대한 욕구의 차이가 집단 간에 유의하게 나타났다. 구체적으로 30명 이상의 그룹이 20-30명 미만의 그룹보다 사회적 보호 서비스에 대한 욕구가 높았다($p < .05$).

Ⅱ 표 II-3-20 Ⅱ 조사대상자가 속한 기관의 직원 규모별 서비스 제공 수준 평가
및 서비스 강화 욕구 차이검증

집 단	구 분	현재 서비스 제공 수준 평가(a)	향후 서비스 강화 욕구(b)
		F	F
직원 규모	심리상담	1,679	.155
	의료지원	.339	.972
	사회적 보호	3,700*	3,440*
	교육지원	3,858*	1,019
	문화여가	1,071	2,208
	가족지원	.145	.216
	지역사회연계	.591	1,251
	사례관리	2,374	.630

* $p < .05$

(3) 정서·행동적 어려움을 가진 아동 특성별 분석

① 정서·행동적 어려움을 가진 아동 비율별 분석결과

정서·행동적 어려움을 가진 아동·청소년 비율별로 현재 제공하고 있는 서비스의 수준과 향후 서비스 강화 욕구를 살펴본 결과는 다음 <표 II-3-21>와 같다. 정서·행동적 어려움을 가진 아동의 비율이 25% 이하일 때, 현재 제공하고 있는 서비스 수준에 대한 평가는 사례관리가 3.16점으로 가장 높았고, 문화여가 서비스가 3.06점으로 그 뒤를 이었다. 반면에 가장 낮은 값을 나타낸 서비스는 사회적 보호 서비스(1.88점), 교육지원 서비스(2.63점)의 순인 것으로 나타났다. 향후에 필요한 서비스, 즉 서비스 강화 욕구를 보면, 가족지원 서비스가 3.58점으로 가장 높았고, 의료지원 서비스가 3.57점으로 그 뒤를 이었다. 사회적 보호 서비스가 3.18점으로 상대적으로 가장 낮은 값을 보였으며, 지역사회연계 서비스가 그 뒤를 잇는 것으로 나타났다. 서비스 욕구와 평가의 차이가 가장 큰 것은 사회적 보호 서비스(1.30점차)인 것으로 나타났고 의료지원 서비스(0.92점차)가 그 다음인 것으로 나타났다.

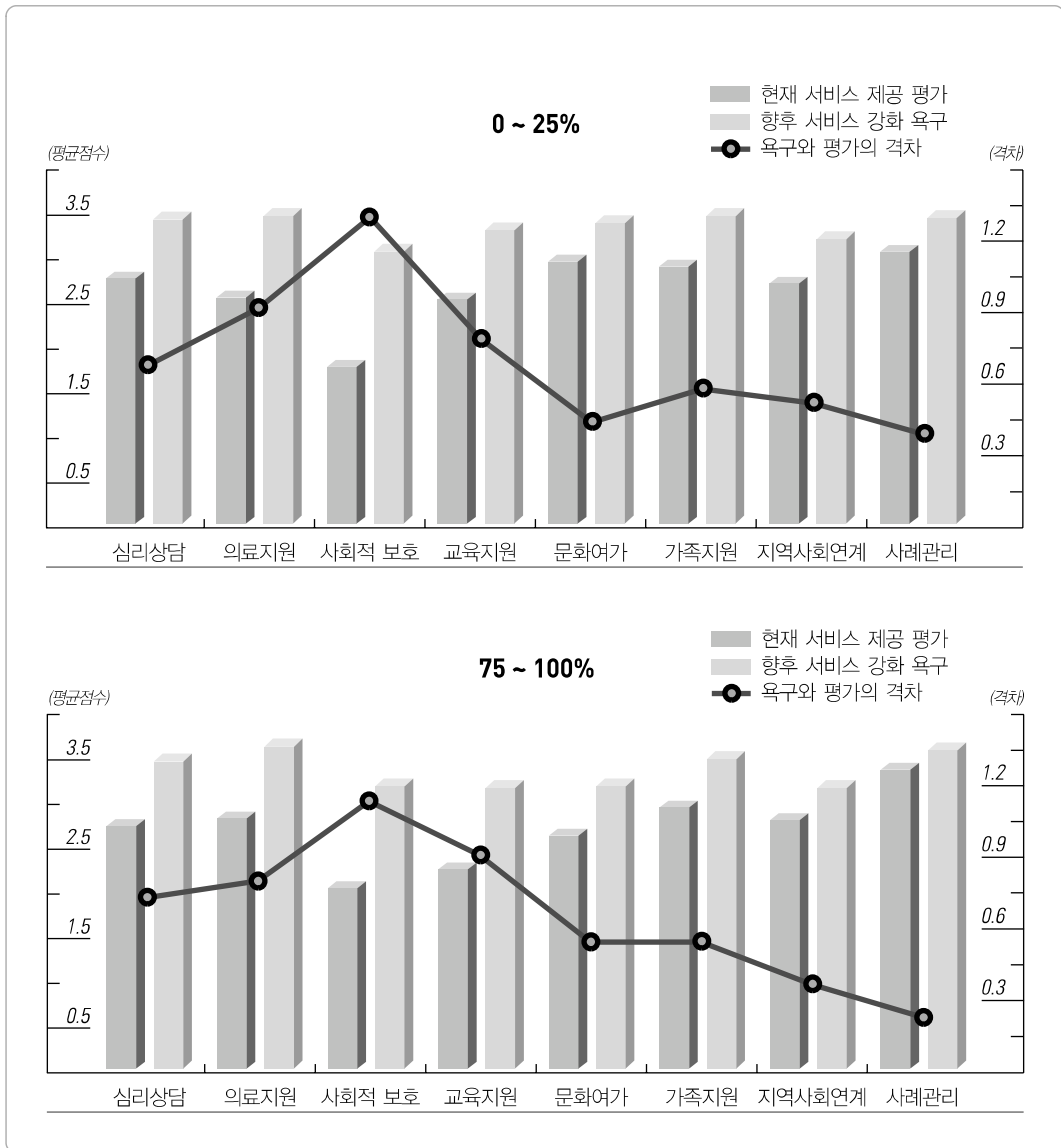
한편, 정서·행동적 어려움을 가진 아동 비율이 75% 이상인 경우에는, 현재 제공하고 있는 서비스 수준에 대한 평가에서 사례관리가 3.47점으로 가장 높았고, 가족지원 서비스가 3.04점으로 그 다음이었다. 반면에 사회적 보호 서비스가 2.14점으로 평가가 가장 낮았고, 교육지원이 2.35점으로 그 뒤를 이었다. 향후에 필요한 서비스, 즉 서비스 강화 욕구를 보면, 의료지원 서비스가 3.73점으로 욕구가 가장 높은 것으로 나타났고, 사례관리가 3.70점으로 그 뒤를 잇고, 교육지원 서비스와 지역사회연계 서비스가 각각 3.27점으로 욕구가 상대적으로 가장 낮은 것으로 나타났다. 서비스 욕구와 현재의 서비스에 대한 평가 차이를 보면, 사회적 보호 서비스가 1.15점차로 가장 높았고, 교육지원 서비스가 0.92점차로 그 다음인 것으로 나타났다.

정서·행동적 어려움을 가진 아동의 비율이 낮을 경우(25% 이하)에 비해 그 비율이 높을 경우(75% 이상), 의료지원 서비스에 대한 욕구가 매우 컸으며, 정서·행동적 어려움을 가진 아동의 비율의 높고 낮음에 상관없이 사회적 보호 서비스에 대한 욕구와 평가의 격차가 큰 것으로 나타났다.

Ⅱ 표 II-3-21 정서·행동적 어려움을 가진 아동 비율별 서비스 제공 수준
평가 및 서비스 강화 욕구¹⁵⁾

정서·행동적 어려움을 가진 아동비율	구분	현재 서비스 제공 수준 평가(a)	향후 서비스 강화 욕구(b)	욕구와 평가의 격차(b-a)
		평균/4점(std.)	평균/4점(std.)	
0~25% (N=105)	심리상담	2,86(0,49)	3,54(0,37)	0,68
	의료지원	2,65(0,88)	3,57(0,44)	0,92
	사회적 보호	1,88(0,85)	3,18(0,57)	1,30
	교육지원	2,63(0,65)	3,42(0,45)	0,79
	문화여가	3,06(0,86)	3,50(0,53)	0,44
	가족지원	3,00(0,49)	3,58(0,37)	0,58
	지역사회연계	2,80(0,51)	3,32(0,40)	0,52
	사례관리	3,16(0,54)	3,55(0,52)	0,39
25~50% (N=29)	심리상담	3,01(0,54)	3,60(0,34)	0,59
	의료지원	2,95(0,84)	3,66(0,45)	0,71
	사회적 보호	2,17(0,92)	2,95(0,33)	0,78
	교육지원	2,88(0,69)	3,29(0,49)	0,41
	문화여가	3,43(0,74)	3,34(0,48)	-0,09
	가족지원	2,99(0,51)	3,55(0,37)	0,56
	지역사회연계	2,94(0,48)	3,36(0,35)	0,42
	사례관리	3,25(0,52)	3,31(0,54)	0,06
50~75% (N=10)	심리상담	2,75(0,69)	3,52(0,36)	0,77
	의료지원	3,10(0,84)	3,80(0,35)	0,70
	사회적 보호	1,83(1,08)	3,30(0,40)	1,47
	교육지원	2,30(0,86)	3,55(0,44)	1,25
	문화여가	2,80(1,14)	3,50(0,53)	0,70
	가족지원	3,00(0,52)	3,57(0,39)	0,57
	지역사회연계	2,93(0,47)	3,18(0,33)	0,25
	사례관리	3,78(0,44)	3,70(0,48)	-0,08
75~100% (N=30)	심리상담	2,83(0,57)	3,57(0,34)	0,74
	의료지원	2,92(0,92)	3,73(0,39)	0,81
	사회적 보호	2,14(1,04)	3,29(0,56)	1,15
	교육지원	2,35(1,01)	3,27(0,52)	0,92
	문화여가	2,73(1,17)	3,28(0,65)	0,55
	가족지원	3,04(0,62)	3,59(0,35)	0,55
	지역사회연계	2,90(0,60)	3,27(0,37)	0,37
	사례관리	3,47(0,68)	3,70(0,47)	0,23

15) 종합(이용시설+생활시설)시설의 경우에는 평균을 사용함



〈그림 II-3-3〉 정서·행동적 어려움을 가진 아동 비율별 서비스 제공 수준 평가, 서비스 강화 욕구, 욕구와 평가의 격차

다음으로 각 비율별 비교를 살펴보면, 〈표 19-1〉에서 정리되는 바와 같다. 먼저 서비스 수준에 대한 평가를 비교해 보면, 교육지원, 문화여가, 사례관리에 있어 집단 간의 차이가 있는 것으로 나타났다. 향후 서비스 강화 욕구에서는 아동비율에 따라 사례관리에서 차이가 있는 것으로 나타났다.

Ⅱ 표 II-3-22 Ⅱ 정서·행동적 어려움이 있는 아동 비율별 서비스 제공 수준 평가 및 서비스 강화 욕구 차이

집 단	구분	현재 서비스 제공 수준 평가(a)	향후 서비스 강화 욕구(b)
		F	F
정서·행동적 어려움이 있는 아동·청소년 비율별	심리상담	.906	.262
	의료지원	1.742	1.788
	사회적 보호	1.185	2.340
	교육지원	3.108*	1.621
	문화여가	3.017*	1.733
	가족지원	.071	.062
	지역사회연계	.795	.671
	사례관리	5.081**	3.259*

* $p < .05$ ** $p < .01$

② 정서·행동적 어려움을 가진 아동 연령별 분석결과

정서·행동적 어려움이 있는 아동 연령별로 현재 제공하고 있는 서비스 수준에 대한 평가와 향후에 요구되는 서비스, 즉 서비스 강화 욕구를 분석해 본 결과는 다음 <표 II-3-23>에서 정리되는 바와 같다. 미취학아동일 경우, 현재 서비스 수준에 대한 평가는 사례관리가 3.37점으로 가장 높았고, 가족지원 서비스가 3.03점으로 그 뒤를 이었다. 반면에 사회적 보호 서비스가 1.84점으로 가장 낮았고, 교육지원 서비스가 2.37점으로 그 뒤를 이었다. 향후에 필요한 서비스, 즉 서비스 강화 욕구를 보면, 그 욕구가 높은 서비스는 사례관리(3.61점), 의료지원 서비스와 가족지원 서비스(각각 3.58점)의 순인 것으로 나타났다. 반면에 사회적 보호 서비스가 3.10점으로 그 욕구가 상대적으로 가장 낮았고, 지역사회연계 서비스가 3.30점으로 그 뒤를 이었다. 욕구와 평가의 격차를 살펴보면, 사회적 보호 서비스(1.26점차)가 가장 높았고, 교육지원 서비스(1.03점차)가 그 뒤를 이었다.

초등학생인 경우에는, 현재 제공하고 있는 서비스 수준에 대한 평가에서 사례관리가 3.19점으로 가장 높았고, 가족지원 서비스가 3.01점으로 그 뒤를 이었다. 반면에 사회적 보호 서비스는 1.83점으로 그 평가가 가장 낮았고 교육지원 서비스가 2.61점으로 그 뒤를 이었다. 향후에 강화가 필요한 서비스, 즉 서비스 강화 욕구를 보면, 의료지원 서비스가 3.63점으로 가장 높았고, 가족지원 서비스가 3.60점으로 뒤를 이었으며, 사회적 보호 서비스가 3.15점으로 상대적으로 가장 낮은 욕구를 보였고, 지역사회연계 서비스가 3.36점으로 그 뒤를 이었다.

육구와 평가의 격차를 보면, 사회적 보호 서비스가 1.32점차로 그 격차가 가장 높았고 의료지원 서비스가 1.00점차로 그 뒤를 이었다.

중고등학생인 경우, 현재 제공하고 있는 서비스의 수준에 대한 평가에서는 사례관리가 3.25점으로 가장 높았고, 가족지원 서비스가 2.96점, 문화여가 서비스가 2.95점으로 그 뒤를 이었다. 반면에 평가에서 상대적으로 가장 낮은 점수를 나타낸 서비스는 사회적 보호

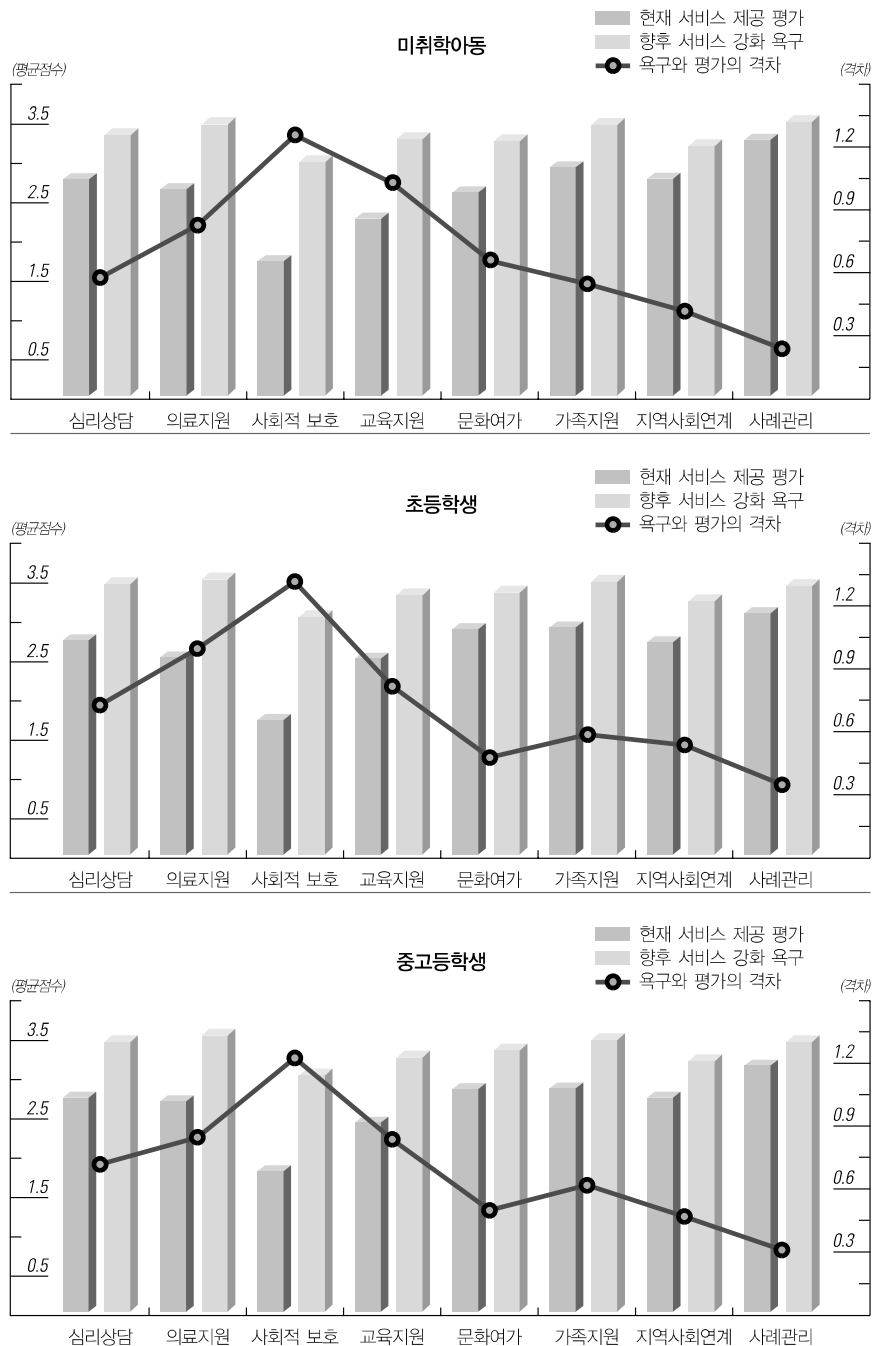
■ 표 II-3-23 ■ 정서·행동적 어려움이 있는 아동 연령별 서비스 제공 수준 평가 및 서비스 강화 욕구¹⁶⁾

기준변수		현재 서비스 제공 수준 평가(a)		향후 서비스 강화 욕구(b)	육구와 평가의 격차(b-a)
		구분	평균/4점(std.) ¹⁷⁾	평균/4점(std.) ¹⁸⁾	
정서행 동적 어려움 이 있는 아동·청 소년 연령별	미취학아 동 (N=64)	심리상담	2,87(0.52)	3,45(0.37)	0.58
		의료지원	2,75(0.78)	3,58(0.46)	0.83
		사회적 보호	1,84(0.99)	3,10(0.54)	1.26
		교육지원	2,37(0.77)	3,40(0.47)	1.03
		문화여가	2,71(0.95)	3,37(0.58)	0.66
		가족지원	3,03(0.44)	3,58(0.39)	0.55
		지역사회연계	2,88(0.52)	3,30(0.39)	0.42
		사례관리	3,37(0.52)	3,61(0.49)	0.24
	초등학교 (N=168)	심리상담	2,84(0.52)	3,57(0.36)	0.73
		의료지원	2,63(0.86)	3,63(0.44)	1.00
		사회적 보호	1,83(0.90)	3,15(0.57)	1.32
		교육지원	2,61(0.76)	3,43(0.45)	0.82
		문화여가	2,99(0.95)	3,47(0.54)	0.48
		가족지원	3,01(0.51)	3,60(0.38)	0.59
		지역사회연계	2,82(0.56)	3,36(0.41)	0.54
		사례관리	3,19(0.63)	3,54(0.55)	0.35
	중고등학 생 (N=160)	심리상담	2,84(0.56)	3,56(0.36)	0.72
		의료지원	2,79(0.92)	3,64(0.43)	0.85
		사회적 보호	1,91(0.91)	3,14(0.56)	1.23
		교육지원	2,52(0.79)	3,36(0.49)	0.84
		문화여가	2,95(0.99)	3,45(0.56)	0.50
		가족지원	2,96(0.54)	3,58(0.37)	0.62
		지역사회연계	2,84(0.54)	3,31(0.37)	0.47
		사례관리	3,25(0.60)	3,56(0.53)	0.31

16) 연령별 구분은 중복응답을 허용한 결과이며, 일부 연령 그룹의 경우 그 수가 매우 적기 때문에 상대적인 비교를 할 수 없어 연령별 비교 분석은 생략하였다.

17) 응답의 범주는 1~4점까지이고 점수가 높을수록 현재 서비스 제공 수준이 높은 것을 의미한다.

18) 응답의 범주는 1~4점까지이고 점수가 높을수록 향후 서비스 강화 욕구가 높은 것을 의미한다.



〈그림 II-3-4〉 정서·행동적 어려움이 있는 아동 연령별 서비스 제공 수준 평가, 서비스 강화 욕구, 욕구와 평가의 격차

서비스(1.91점), 교육지원 서비스(2.52점)의 순인 것으로 나타났다. 향후에 서비스 강화가 필요한 것, 즉 서비스 강화 욕구를 보면, 의료지원 서비스가 3.64점으로 가장 높았고, 가족지원 서비스가 3.58점으로 그 뒤를 이었다. 사회적 보호 서비스는 3.14점으로 상대적으로 가장 낮았고, 지역사회연계 서비스가 3.31점으로 뒤를 이었다. 서비스 욕구와 평가의 격차를 보면, 그 격차가 상대적으로 가장 높은 서비스는 사회적 보호 서비스(1.23점차), 의료지원 서비스(0.85점차), 교육지원 서비스(0.84점차)의 순인 것으로 나타났다.

사회적 보호 서비스의 경우, 모든 연령의 아동에 있어 현재 제공되는 서비스 수준에 대한 평가와 향후 서비스 강화 욕구 모두에서 다른 서비스에 비해 상대적으로 낮으면서도, 동시에 욕구와 평가의 격차는 가장 큰 서비스라는 것을 제시하고 있다. 초등학생과 중고등학생의 경우, 의료지원 서비스에 대한 향후 서비스 강화 욕구가 높고 현재 서비스 제공 수준과의 격차 또한 큰 것으로 나타났으며, 미취학아동의 경우에는 교육지원에 대한 욕구와 평가 사이의 격차가 큰 것으로 나타났다고 정리해 볼 수 있다.

(4) 지역별 분석

마지막으로 자치구별로 현재 제공되고 있는 서비스별 수준에 대한 평가 및 향후에 필요한 서비스, 즉 서비스 강화 욕구의 수준을 살펴보았다.

① 자치구별 심리상담 서비스의 제공 수준에 대한 평가와 서비스 강화 욕구 수준 분석 결과

먼저 자치구별 심리상담 서비스의 현재 제공 수준에 대한 평가와 서비스 강화 욕구 수준을 살펴본 결과는 다음 <표 II-3-24>과 같았다. 현재 제공하는 심리상담 서비스의 수준 평가가 높은 자치구는 동대문구(3.61점), 은평구(3.23점), 강동구(3.07점) 순으로 나타났고 반대로 서비스 수준 평가가 낮은 자치구는 강북구(2.39점), 마포구(2.41점), 서대문구(2.50점) 순으로 나타났다. 자치구별로 향후에 필요한 서비스에 대한 강화 욕구 수준을 살펴 본 결과 광진구(3.86점)가 가장 높았고 동대문구, 은평구가 각각 3.77점으로 그 뒤를 이어 나타났으며 관악구와 용산구가 3.32점으로 상대적으로 가장 낮게 나타났다. 욕구와 평가의 격차를 보면, (그림 II-3-4)에서 보는 것처럼 격차의 크기 별로 총 4개의 차원으로 나눠본다고 했을 때 마포구, 강북구, 광진구, 중랑구, 송파구, 서대문구 등 6개 구가 격차가 가장 큰 상위차원의 자치구로 나타났으며 동대문구, 동작구, 도봉구, 용산구, 강동구, 금천구 등 6개 구가 상대적으로 격차가 가장 작은 하위차원의 자치구로 나타났다. 동대문구의 경우 현재 서비스 제공 수준과 향후 서비스 강화 욕구 모두 매우 높아 욕구와 평가의 격차가 상대적으로 가장 작게 나타났다. 반면에 광진구의 경우 현재 서비스 제공 수준은 상대적으로 그리 높지 않았으나 향후 서비스

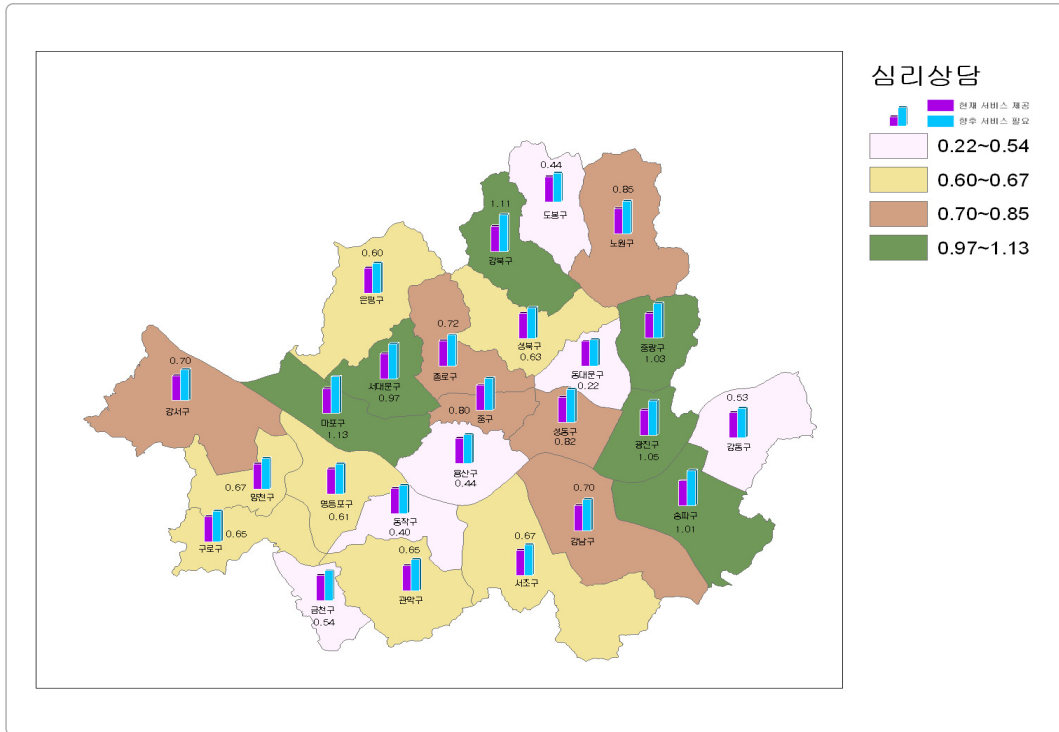
강화에 대한 욕구가 가장 높게 나타나 욕구와 평가의 격차도 크게 나타났다.

표 II-3-24 자치구별 심리상담 서비스의 제공 수준 평가 및 서비스 강화 욕구

자치구	현재 서비스 제공 수준 평가(a)	향후 서비스 강화 욕구(b)	욕구와 평가의 격차(b-a)
	평균/4점(std.) ¹⁹⁾	평균/4점(std.) ²⁰⁾	
강남구	2,91(0.44)	3,61(0.33)	0,70
강동구	3,07(0.58)	3,60(0.55)	0,53
강북구	2,39(1.25)	3,50(0.50)	1,11
강서구	2,85(0.39)	3,55(0.37)	0,70
관악구	2,67(0.70)	3,32(0.35)	0,65
광진구	2,81(0.22)	3,86(0.33)	1,05
구로구	3,07(0.56)	3,72(0.31)	0,65
금천구	3,07(0.26)	3,61(0.38)	0,54
노원구	2,78(0.32)	3,63(0.32)	0,85
도봉구	2,96(0.53)	3,40(0.37)	0,44
동대문구	3,61(0.19)	3,83(0.29)	0,22
동작구	3,00(0.82)	3,40(0.20)	0,40
마포구	2,41(0.67)	3,54(0.33)	1,13
서대문구	2,50(0.72)	3,47(0.45)	0,97
서초구	3,00(0.53)	3,67(0.22)	0,67
성동구	2,57(0.42)	3,39(0.20)	0,82
성북구	2,87(0.48)	3,50(0.48)	0,63
송파구	2,55(0.31)	3,56(0.30)	1,01
양천구	3,03(0.39)	3,70(0.36)	0,67
영등포구	2,99(0.54)	3,60(0.23)	0,61
용산구	2,88(0.37)	3,32(0.46)	0,44
은평구	3,23(0.40)	3,83(0.19)	0,60
종로구	3,05(0.40)	3,77(0.31)	0,72
중구	2,83(0.57)	3,63(0.30)	0,80
중랑구	2,71(0.76)	3,74(0.21)	1,03

19) 응답의 범주는 1~4점까지이고 점수가 높을수록 현재 서비스 제공 수준이 높은 것을 의미한다.

20) 응답의 범주는 1~4점까지이고 점수가 높을수록 향후 서비스 강화 욕구가 높은 것을 의미한다.



〈그림 II-3-5〉 자치구별 심리상담 서비스의 제공 수준 평가, 서비스 강화 욕구, 욕구와 평가의 격차에 관한 분포 특성(GIS 분석)

② 자치구별 의료지원 서비스의 제공 수준에 대한 평가와 서비스 강화 욕구 수준 분석 결과

자치구별 의료지원 서비스의 현재 제공 수준에 대한 평가와 서비스 강화 욕구 수준을 살펴본 결과는 다음 〈표 II-3-25〉와 같다. 현재 제공하는 의료지원 서비스의 수준 평가가 높은 자치구는 동대문구(3.83점), 은평구(3.64점), 구로구(3.08점) 순으로 나타났다. 반대로 서비스의 제공 수준 평가가 낮은 자치구는 중랑구 2.36점, 강남구, 서대문구 각각 2.42점 순으로 나타났다. 자치구별로 향후에 필요한 서비스에 대한 강화 욕구는 동대문구가(4.00점) 가장 높았고 구로구(3.88점), 은평구(3.86점)로 그 뒤를 이어 나타났으며 관악구가 3.42점으로 상대적으로 가장 낮게 나타났고 도봉구(3.44점)와 용산구(3.45점)가 뒤를 이었다. 욕구와 평가의 격차를 보면, (그림 II-3-6)와 같이 종로구, 중랑구, 중구, 성북구, 서대문구, 양천구, 강동구 등 7개구가 순서대로 격차가 가장 큰 지역으로 나타났으며 동대문구, 은평구, 관악구, 용산구, 서초구 등 5개 순으로 격차가 상대적으로 가장 작은 지역으로 나타났다. 동대문구의 경우 현재 의료지원 서비스를 제공하는 수준과 향후 서비스 강화 욕구 모두 가장 높았으며 욕구와 평가의 격차가 상대적으로 가장 작게 나타났다. 은평구와 구로구도 현재 제공하는 서

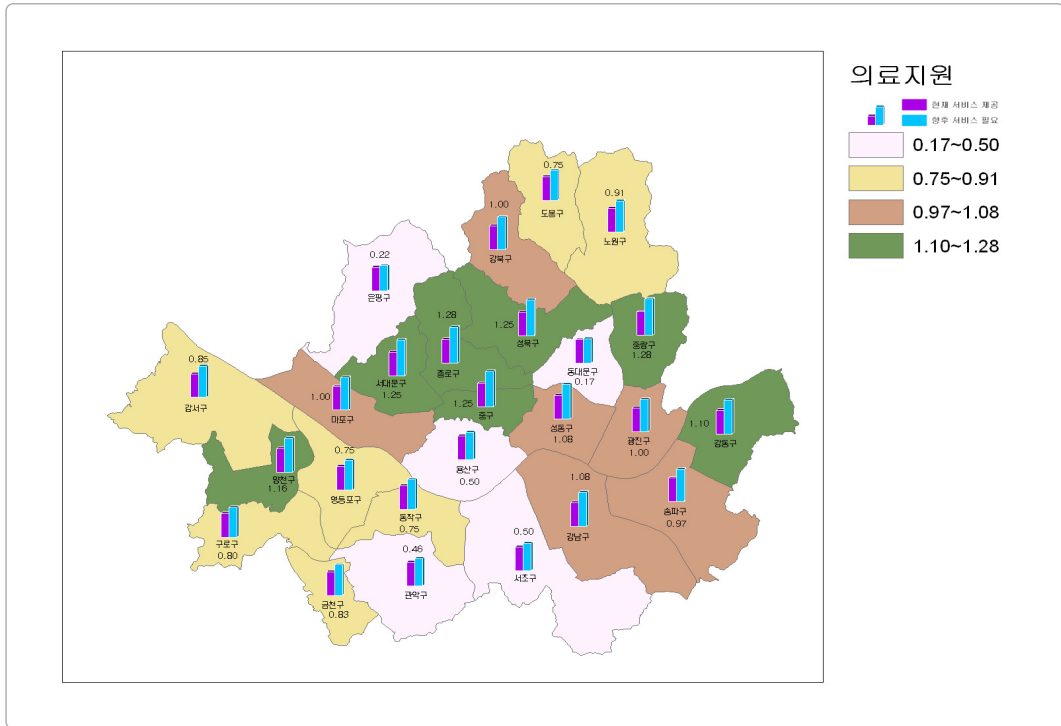
비스 수준과 서비스 강화 욕구가 상대적으로 모두 높은 편으로 나타났다.

Ⅱ 표 II-3-25 Ⅱ 자치구별 의료지원 서비스의 제공 수준 평가 및 서비스 강화 욕구

자치구	현재 서비스 제공 수준 평가(a)	향후 서비스 강화 욕구(b)	욕구와 평가의 격차(b-a)
	평균/4점(std.) ²¹⁾	평균/4점(std.) ²²⁾	
강남구	2.42(0.90)	3.50(0.55)	1.08
강동구	2.50(0.79)	3.60(0.55)	1.10
강북구	2.67(1.15)	3.67(0.58)	1.00
강서구	2.68(0.89)	3.53(0.44)	0.85
관악구	2.96(0.75)	3.42(0.49)	0.46
광진구	2.75(0.61)	3.75(0.42)	1.00
구로구	3.08(0.90)	3.88(0.31)	0.80
금천구	2.89(0.89)	3.72(0.44)	0.83
노원구	2.92(0.56)	3.83(0.39)	0.91
도봉구	2.69(0.84)	3.44(0.50)	0.75
동대문구	3.83(0.29)	4.00(0.00)	0.17
동작구	2.75(1.28)	3.50(0.46)	0.75
마포구	2.72(1.00)	3.72(0.36)	1.00
서대문구	2.50(0.77)	3.75(0.42)	1.25
서초구	3.00(0.71)	3.50(0.41)	0.50
성동구	2.42(1.02)	3.50(0.32)	1.08
성북구	2.43(0.83)	3.68(0.46)	1.25
송파구	2.64(0.85)	3.61(0.42)	0.97
양천구	2.67(1.00)	3.83(0.35)	1.16
영등포구	2.79(0.93)	3.54(0.41)	0.75
용산구	2.95(0.47)	3.45(0.47)	0.50
은평구	3.64(0.48)	3.86(0.24)	0.22
종로구	2.43(0.67)	3.71(0.39)	1.28
중구	2.45(0.98)	3.70(0.42)	1.25
종량구	2.36(1.31)	3.64(0.48)	1.28

21) 응답의 범주는 1~4점까지이고 점수가 높을수록 현재 서비스 제공 수준이 높은 것을 의미한다.

22) 응답의 범주는 1~4점까지이고 점수가 높을수록 향후 서비스 강화 욕구가 높은 것을 의미한다.



〈그림 II-3-6〉 자치구별 의료지원 서비스의 제공 수준 평가, 서비스 강화 욕구, 욕구와 평가의 격차에 관한 분포 특성

③ 자치구별 사회적 보호 서비스의 제공 수준에 대한 평가와 서비스 강화 욕구 수준 분석 결과

자치구별 사회적 보호 서비스의 현재 제공 수준에 대한 평가와 서비스 강화 욕구 수준을 살펴본 결과는 다음 〈표 II-3-26〉과 같았다. 현재 제공하는 사회적 보호 서비스의 수준 평가가 높은 자치구는 동대문구(3.33점), 은평구(2.95점), 금천구(2.61점) 순으로 나타났고 반대로 평가가 낮았던 자치구는 성동구(1.20점), 송파구(1.24점), 중랑구(1.28점) 순으로 나타났다. 자치구별로 향후에 필요한 서비스에 대한 강화 욕구를 살펴 본 결과 동대문구가(3.89점) 가장 높았고 중랑구(3.60점), 종로구(3.48점) 순으로 나타났으며 성동구가 2.78점으로 상대적으로 가장 낮았고 동작구가 2.88점, 송파구가 2.89점으로 뒤를 이어 낮게 나타났다. 욕구와 평가의 격차를 보면, (그림 II-3-7)에서 보는 것처럼 중랑구, 양천구, 송파구, 성동구, 도봉구, 구로구 순으로 격차가 크게 나타났으며 은평구, 금천구, 동대문구, 관악구, 강북구, 노원구가 격차가 작은 지역으로 나타났다. 동대문구의 경우 현재 사회적 보호 서비스를 제공하는 수준과 향후 서비스 강화 욕구 모두 매우 높게 나타났다. 반면에 성동구와 송파구는 현재 제공하는 서비스

수준과 서비스 강화 욕구가 모두 상대적으로 낮게 나타났다. 중랑구의 경우 현재 서비스 제공 수준은 상대적으로 낮게 나타났으나 향후 서비스 강화에 대한 욕구가 상대적으로 높게 나타나 욕구와 평가의 격차가 가장 크게 나타났다.

■ 표 II-3-26 ■ 자치구별 사회적 보호 서비스의 제공 수준 평가 및 서비스 강화 욕구

자치구	현재 서비스 제공 수준 평가(a)	향후 서비스 강화 욕구(b)	욕구와 평가의 격차(b-a)
	평균/4점(std.) ²³⁾	평균/4점(std.) ²⁴⁾	
강남구	2.09(1.12)	3.07(0.61)	0.98
강동구	1.73(0.76)	3.00(0.62)	1.27
강북구	1.89(0.84)	2.67(0.47)	0.78
강서구	1.90(1.11)	3.18(0.56)	1.28
관악구	2.33(0.67)	2.92(0.63)	0.59
광진구	1.94(0.88)	3.22(0.58)	1.28
구로구	1.72(0.68)	3.25(0.51)	1.53
금천구	2.61(0.71)	3.15(0.60)	0.54
노원구	2.19(1.08)	3.08(0.32)	0.89
도봉구	1.58(0.89)	3.13(0.50)	1.55
동대문구	3.33(0.00)	3.89(0.19)	0.56
동작구	1.69(0.62)	2.88(0.56)	1.19
마포구	2.07(0.78)	3.22(0.44)	1.15
서대문구	1.89(0.81)	3.17(0.55)	1.28
서초구	1.48(0.54)	3.00(0.19)	1.52
성동구	1.20(0.45)	2.78(0.91)	1.58
성북구	2.04(1.07)	3.17(0.70)	1.13
송파구	1.24(0.42)	2.89(0.37)	1.65
양천구	1.42(0.53)	3.33(0.50)	1.91
영등포구	1.86(0.90)	3.10(0.53)	1.24
용산구	2.06(0.47)	3.15(0.60)	1.09
은평구	2.95(0.80)	3.24(0.74)	0.29
종로구	2.05(0.99)	3.48(0.69)	1.43
중구	1.63(0.56)	3.37(0.55)	1.74
중랑구	1.28(0.39)	3.60(0.45)	2.32

23) 응답의 범주는 1~4점까지이고 점수가 높을수록 현재 서비스 제공 수준이 높은 것을 의미한다.

24) 응답의 범주는 1~4점까지이고 점수가 높을수록 향후 서비스 강화 욕구가 높은 것을 의미한다.

Ⅱ 표 II-3-27 Ⅱ 자치구별 교육지원 서비스의 제공 수준 평가 및 서비스 강화 욕구

자치구	현재 서비스 제공 수준 평가(a)	향후 서비스 강화 욕구(b)	욕구와 평가의 격차(b-a)
	평균/4점(std.) ²⁵⁾	평균/4점(std.) ²⁶⁾	
강남구	2.14(0.76)	3.03(0.57)	0.89
강동구	2.40(0.82)	3.20(0.27)	0.80
강북구	2.33(1.26)	3.50(0.50)	1.17
강서구	2.18(0.67)	3.53(0.55)	1.35
관악구	2.21(0.86)	2.96(0.38)	0.75
광진구	2.83(0.41)	3.75(0.42)	0.92
구로구	2.48(0.78)	3.42(0.47)	0.94
금천구	2.83(0.61)	3.83(0.35)	1.00
노원구	2.96(0.66)	3.29(0.45)	0.33
도봉구	2.75(0.89)	3.38(0.52)	0.63
동대문구	3.83(0.29)	3.50(0.00)	-0.33
동작구	2.25(1.00)	3.19(0.59)	0.64
마포구	2.67(0.71)	3.44(0.39)	0.77
서대문구	2.50(0.89)	3.50(0.45)	1.00
서초구	2.71(0.49)	3.50(0.50)	0.79
성동구	2.40(0.65)	3.25(0.42)	0.85
성북구	3.07(0.58)	3.46(0.50)	0.39
송파구	2.57(0.73)	3.33(0.43)	0.76
양천구	2.44(0.73)	3.61(0.33)	1.17
영등포구	2.54(0.41)	3.21(0.43)	0.67
용산구	2.59(0.54)	3.32(0.40)	0.73
은평구	3.29(0.49)	3.43(0.73)	0.14
종로구	2.43(0.84)	3.64(0.38)	1.21
중구	2.30(0.63)	3.28(0.51)	0.98
종랑구	3.07(0.45)	3.71(0.39)	0.64

25) 응답의 범주는 1~4점까지이고 점수가 높을수록 현재 서비스 제공 수준이 높은 것을 의미한다.

26) 응답의 범주는 1~4점까지이고 점수가 높을수록 향후 서비스 강화 욕구가 높은 것을 의미한다.

가 다른 지역에 비해서 상대적으로 가장 크게 나타났다.

Ⅱ 표 II-3-28 Ⅱ 자치구별 문화여가 서비스의 제공 수준 평가 및 서비스 강화 욕구

자치구별 구분	현재 서비스 제공 수준 평가(a)	향후 서비스 강화 욕구(b)	욕구와 평가의 격차(b-a)
	평균/4점(std.) ²⁷⁾	평균/4점(std.) ²⁸⁾	
강남구	2,39(0,70)	3,37(0,60)	0,98
강동구	3,00(1,22)	3,75(0,50)	0,75
강북구	2,67(1,53)	3,00(0,00)	0,33
강서구	2,71(0,83)	3,60(0,51)	0,89
관악구	3,00(0,85)	3,00(0,58)	0,00
광진구	3,33(0,52)	3,50(0,55)	0,17
구로구	2,79(0,78)	3,50(0,52)	0,71
금천구	3,67(0,50)	3,67(0,71)	0,00
노원구	3,36(0,67)	3,33(0,49)	-0,03
도봉구	2,88(0,83)	3,25(0,46)	0,37
동대문구	3,67(0,58)	3,67(0,58)	0,00
동작구	2,63(1,41)	3,38(0,52)	0,75
마포구	3,11(1,05)	3,67(0,50)	0,56
서대문구	2,50(1,22)	3,50(0,55)	1,00
서초구	3,29(0,95)	3,14(0,38)	-0,15
성동구	3,50(0,84)	3,83(0,41)	0,33
성북구	3,14(1,03)	3,50(0,52)	0,36
송파구	2,57(1,13)	3,22(0,67)	0,65
양천구	3,00(1,00)	3,67(0,50)	0,67
영등포구	3,07(1,00)	3,43(0,51)	0,36
용산구	3,09(0,54)	3,36(0,50)	0,27
은평구	3,71(0,49)	3,71(0,49)	0,00
종로구	2,14(0,90)	3,71(0,49)	1,57
중구	3,20(1,03)	3,50(0,53)	0,30
종량구	3,14(0,90)	3,57(0,79)	0,43

27) 응답의 범주는 1~4점까지이고 점수가 높을수록 현재 서비스 제공 수준이 높은 것을 의미한다.

28) 응답의 범주는 1~4점까지이고 점수가 높을수록 향후 서비스 강화 욕구가 높은 것을 의미한다.

가의 격차가 가장 크게 나타났다.

■ 표 II-3-29 ■ 자치구별 가족지원 서비스의 제공 수준 평가 및 서비스 강화 욕구

자치구	현재 서비스 제공 수준 평가(a)	향후 서비스 강화 욕구(b)	욕구와 평가의 격차(b-a)
	평균/4점(std.) ²⁹⁾	평균/4점(std.) ³⁰⁾	
강남구	2.87(0.33)	3.68(0.45)	0.81
강동구	3.07(0.60)	3.33(0.47)	0.26
강북구	3.00(0.67)	3.22(0.19)	0.22
강서구	2.93(0.51)	3.60(0.36)	0.67
관악구	2.86(0.50)	3.38(0.40)	0.52
광진구	2.94(0.57)	3.89(0.27)	0.95
구로구	3.42(0.90)	3.56(0.36)	0.14
금천구	3.11(0.24)	3.67(0.41)	0.56
노원구	3.14(0.58)	3.58(0.32)	0.44
도봉구	3.21(0.40)	3.67(0.31)	0.46
동대문구	3.67(0.00)	3.78(0.38)	0.11
동작구	2.75(0.53)	3.46(0.47)	0.71
마포구	2.59(0.69)	3.48(0.38)	0.89
서대문구	2.67(0.42)	3.44(0.34)	0.77
서초구	3.43(0.46)	3.52(0.42)	0.09
성동구	2.87(0.18)	3.61(0.49)	0.74
성북구	2.95(0.32)	3.43(0.40)	0.48
송파구	3.00(0.50)	3.56(0.41)	0.56
양천구	3.04(0.63)	3.67(0.33)	0.63
영등포구	3.21(0.55)	3.55(0.31)	0.34
용산구	3.00(0.33)	3.39(0.42)	0.39
은평구	3.19(0.63)	3.76(0.37)	0.57
종로구	2.90(0.37)	3.71(0.36)	0.81
중구	2.93(0.95)	3.73(0.34)	0.80
종량구	2.57(0.90)	3.81(0.26)	1.24

29) 응답의 범주는 1~4점까지이고 점수가 높을수록 현재 서비스 제공 수준이 높은 것을 의미한다.

30) 응답의 범주는 1~4점까지이고 점수가 높을수록 향후 서비스 강화 욕구가 높은 것을 의미한다.

상대적으로 가장 크게 나타났다.

■ 표 II-3-30 ■ 자치구별 지역사회연계 서비스의 제공 수준 평가 및 서비스 강화 욕구

자치구	현재 서비스 제공 수준 평가(a)	향후 서비스 강화 욕구(b)	욕구와 평가의 격차(b-a)
	평균/4점(std.) ³¹⁾	평균/4점(std.) ³²⁾	
강남구	2,77(0,32)	3,24(0,36)	0,47
강동구	2,88(0,52)	3,52(0,36)	0,64
강북구	2,93(0,64)	3,00(0,00)	0,07
강서구	2,80(0,42)	3,21(0,38)	0,41
관악구	2,77(0,50)	3,18(0,30)	0,41
광진구	3,03(0,76)	3,72(0,40)	0,69
구로구	3,19(0,26)	3,45(0,40)	0,26
금천구	2,91(0,43)	3,58(0,47)	0,67
노원구	2,92(0,57)	3,40(0,33)	0,48
도봉구	2,85(0,40)	3,20(0,34)	0,35
동대문구	3,60(0,00)	3,27(0,31)	-0,33
동작구	2,78(0,77)	3,09(0,40)	0,31
마포구	2,69(0,40)	3,22(0,48)	0,53
서대문구	2,53(0,59)	3,20(0,42)	0,67
서초구	3,00(0,33)	3,30(0,39)	0,30
성동구	2,63(0,64)	3,73(0,43)	1,10
성북구	2,72(0,57)	3,34(0,45)	0,62
송파구	2,73(0,66)	3,36(0,41)	0,63
양천구	2,98(0,54)	3,49(0,46)	0,51
영등포구	2,91(0,57)	3,21(0,34)	0,30
용산구	2,95(0,42)	3,31(0,41)	0,36
은평구	3,29(0,32)	3,49(0,38)	0,20
종로구	2,97(0,29)	3,69(0,54)	0,72
중구	2,94(0,86)	3,38(0,44)	0,44
종랑구	2,49(1,00)	3,37(0,51)	0,88

31) 응답의 범주는 1~4점까지이고 점수가 높을수록 현재 서비스 제공 수준이 높은 것을 의미한다.

32) 응답의 범주는 1~4점까지이고 점수가 높을수록 향후 서비스 강화 욕구가 높은 것을 의미한다.

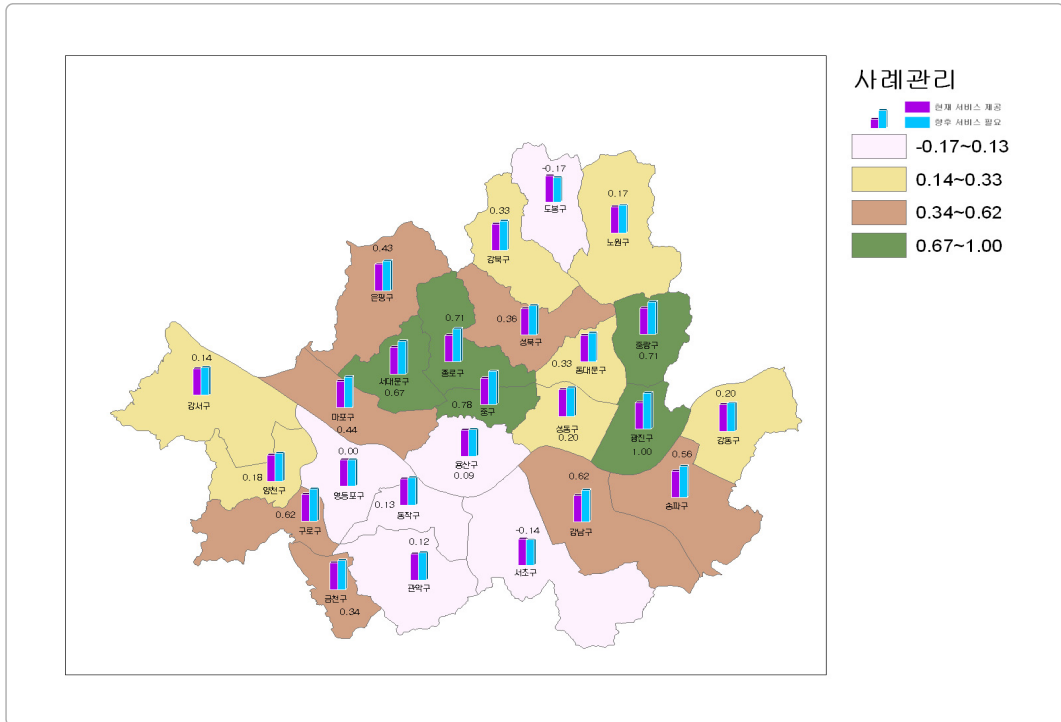
높게 나타났다. 한편 광진구는 현재 제공 서비스 수준 평가는 상대적으로 낮게 나타난 반면 서비스 강화 욕구는 높게 나타나 욕구와 평가의 격차가 상대적으로 가장 크게 나타났다.

표 II-3-31 자치구별 사례관리의 제공 수준 평가 및 서비스 강화 욕구

자치구	현재 서비스 제공 수준 평가(a)	향후 서비스 강화 욕구(b)	욕구와 평가의 격차(b-a)
	평균/4점(std.) ³³⁾	평균/4점(std.) ³⁴⁾	
강남구	3.12(0.49)	3.74(0.45)	0.62
강동구	3.20(0.45)	3.40(0.55)	0.20
강북구	3.00(1.00)	3.33(0.58)	0.33
강서구	3.46(0.52)	3.60(0.51)	0.14
관악구	3.42(0.51)	3.54(0.52)	0.12
광진구	2.83(0.41)	3.83(0.41)	1.00
구로구	2.88(0.36)	3.50(0.52)	0.62
금천구	3.22(0.44)	3.56(0.53)	0.34
노원구	3.33(0.65)	3.50(0.52)	0.17
도봉구	3.88(0.35)	3.63(0.52)	-0.17
동대문구	3.67(0.58)	4.00(0.00)	0.33
동작구	3.25(0.71)	3.38(0.74)	0.13
마포구	2.89(0.93)	3.33(0.71)	0.44
서대문구	3.00(0.63)	3.67(0.52)	0.67
서초구	3.57(0.79)	3.43(0.79)	-0.14
성동구	2.80(0.45)	3.00(0.89)	0.20
성북구	3.14(0.36)	3.50(0.52)	0.36
송파구	3.00(1.00)	3.56(0.53)	0.56
양천구	3.38(0.52)	3.56(0.53)	0.18
영등포구	3.36(0.50)	3.36(0.50)	0.00
용산구	3.09(0.30)	3.18(0.40)	0.09
은평구	3.43(0.53)	3.86(0.38)	0.43
종로구	3.00(0.58)	3.71(0.49)	0.71
중구	3.00(0.94)	3.78(0.44)	0.78
중랑구	3.00(0.82)	3.71(0.49)	0.71

33) 응답의 범주는 1~4점까지이고 점수가 높을수록 현재 서비스 제공 수준이 높은 것을 의미한다.

34) 응답의 범주는 1~4점까지이고 점수가 높을수록 향후 서비스 강화 욕구가 높은 것을 의미한다.



〈그림 II-3-12〉 자치구별 사례관리의 제공 수준 평가, 서비스 강화 욕구, 욕구와 평가의 격차에 관한 분포 특성

4. 소결

서울시 25개 자치구의 아동·청소년 관련 기관종사자를 대상으로 설문을 한 결과 몇 가지 시사점을 찾아 볼 수 있었다.

우선 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 지원하는 주요 사업으로 상담(23.6%)을 제일 많이 꼽았는데, 실제 현재 제공하고 있는 서비스에 대한 수준평가나 향후 필요한 서비스의 욕구에 있어서도 높은 편으로 나타났다. 전반적으로 그룹별로 비교할 때에 대부분 그룹에서 상담에 대한 평가나 욕구는 높은 편이다. 심리상담에 대한 관심은 다른 시설과의 연계정도에서도 나타나는데 여러 서비스 중 심리상담 관련으로 도움 받는 것이 42.5%로 가장 높았다. 또한 종사자들의 훈련이 상담, 심리관련이 가장 많고(25.3%), 자격증 역시 상담, 심리 관련(45.5%)인 것도, 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 지원하는데 있어 심리상담 분야가 크게 차지함을 보여주고 있다.

두 번째로 정서·행동적 어려움이 있는 아동과 관련 의료지원의 중요성이 부각되었다. 현

재 제공하고 있는 의료지원에 대한 수준평가를 볼 때 생활시설이 이용시설보다 더 높은 점수를 보여 주었다. 그러나, 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 핵심지원사업으로 의료사업을 4.0%정도만 쪼갰고, 욕구와 평가의 격차에서도 1점 내외로 상대적으로 높게 보여, 높은 평가 점수에도 불구하고, 복합적 욕구가 있는 이 아동들에 대한 의료지원이 필요함을 시사한다. 생활시설의 경우, 비록 제공수준이 이용시설보다 평가가 높다 하더라도 욕구가 높게 나타나서 생활시설에 대한 의료지원의 중요성이 재차 확인 되었다.

셋째, 사회적 보호서비스에 대한 문항들을 보면 현재 서비스 제공 수준 평가가 3점을 밑돌고 있는 있으나 강화욕구와의 격차에서 볼 때 1점 내외로 어느 정도의 욕구가 발견되고 있었다. 이는 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위해서는 양육보호의 욕구가 높다고 종사자들이 생각하는 것을 반영한다고 볼 수 있다.

넷째, 종사자들이 인식하는 지역사회연계에 대해 살펴보면, 생활시설이 이용시설보다 연계수준이 높다고 보았다. 그런데 외부기관과의 연계를 통해 도움을 받는 서비스 영역을 볼 때 5.2% 정도만 지역사회 지원체계 구축을 하고 있다는 결과가 나타나 종사자들의 인식과 현실 간에 다소 격차가 있는 것으로 보인다. 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 효과적으로 지원하는데 있어 지역사회내의 네트워크 구축 및 유관기관간의 역할이 중요하므로 이에 대한 종사자들의 인식을 높일 필요가 있다.

마지막으로, 권역별로 서비스의 평가와 욕구를 봤을 때, 전체적으로 서울시 내의 거의 모든 자치구들이 욕구에 있어서 3점을 넘는 높은 점수를 보여 주고, 또한 각각의 서비스별로 가장 높은 욕구를 보여 주는 자치구도 달랐기 때문에, 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 지원하는데 있어 권역별로 볼 필요성을 시사한다. 이러한 자치구별의 욕구를 파악하고 서비스를 제공하는데 있어 바로 상위체계인 서울시의 역할이 중요하게 된다. 영국이나 일본 등의 선진국에서 중앙정부, 지방정부, 민간차원의 시스템이 갖춰져 서로의 역할을 수행하는 것처럼 민간차원 서비스의 코디네이터 및 감독기관으로서 각 권역별의 욕구를 분석하고, 서비스 전달체계를 수립하고 또 각 권역의 자원을 파악하여 서비스를 연계시켜 주는 등의 기능을 할 수 있다면 서울시의 정서·행동적 어려움이 있는 아동에 대한 긍정적인 지원이 가능할 것이다.

제4절 선진국의 정서·행동적 어려움이 있는 아동 지원 시스템 현황

이 절에서는 선진국의 정서·행동적 어려움이 있는 아동에 대한 지원 시스템에 대한 논의를 통해 이러한 아동에 대한 서울시의 지원체계의 방향에 대한 시사점을 찾아 보고자 한다. 우선 선진국의 정서·행동적 어려움이 있는 아동의 지원 시스템 현황을 알아보기에 앞서 전반적인 아동복지 서비스의 지원 시스템을 이해하는 것이 중요하다. 상위체계에 있는 일반 아동복지 서비스가 어떤 철학과 방향으로 수행되고 있는가에 따라 그 하위 체계인 정서·행동적 어려움이 있는 아동 대상의 서비스가 결정되기 때문이다. 따라서 미국, 영국, 일본 각각의 아동복지 서비스가 어떤 방향으로 제공되고 있는지를 살펴 보고, 좀 더 구체적으로 미국의 아동 복지 서비스 체계하에서 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 대상으로 하는 체계적 보호 접근법(Systems of Care Approach)을 살펴보고자 한다.

1. 각국의 전반적인 아동복지 서비스 지원 시스템

1) 미국의 아동복지 서비스

최근 미국의 아동복지제도는 아동의 보호, 아동을 위한 영구적인 계획 수립(permanency plan)과 가족의 보존(family preservation)이라는 주요 철학을 기반으로 하고 있다(Berrick, 2008; Segal, 2004; 오정수·이혜원·정익중, 2006). 요보호 아동을 위한 정책에는 아동이 최대의 가족적인 환경에서 생활할 수 있어야 한다는 원칙이 반영되고 있는데, 특히 가정위탁사업에서 이러한 가족적인 환경에 대한 원칙을 찾아볼 수 있다. 역사적으로 보면 1900년대부터 시설이 아닌 가정에서 아동을 보호해야 한다는 움직임이 있었으며, 1909년에 열린 요보호아동을 위한 백악관회의(White House Conference on Dependent Children)에서 모든 아동은 안전하고 사랑이 있는 가정에서 성장해야 한다는 주장을 함으로써(보건사회연구원, 2003) 가족적인 환경 강조로 그 방향을 분명하게 잡았다.

서비스의 수행체계를 보면, 법률적으로 정부가 개인의 사생활을 침해하지 않아야 한다는 원칙을 고수하고 있기 때문에 공공부문이 재원 및 정책에 대한 감독을 주로 하고 민간부문이 직접적인 서비스를 전달하는 역할을 담당하고 있다. 비록 연방정부(Department of Health and Human Services)의 보건복지부내 아동가족국(Administration for Children and Families)에 의해 아동복지정책이 관장 되고 있으나, 정책의 실행은 민간부문을 중심으로 지역사회에서 담당하여 그 욕구에 따라 서비스를 전달하고 있다. 특히 1990년대부터 사회복지 전반에 대한 연방 정부의 재정이 감축되면서 연방정보보다는 주정부나 지방정부의 개입과 책임이 더

강조되기 시작했다. 이러한 이유로 미국의 아동복지 관련 법률은 필요에 따라 그때그때 입법화되어 전체적이고 일관된 법률체계를 갖추고 있지 않으나, 전반적으로 연방정부와 주정부, 지방정부의 역할이 분명하게 구분되는 추세다.

미국의 아동보호는 가정위탁제도 중심으로 이루어지고 있다. 이는 가정에서 부모의 보살핌을 받을 수 없는 요보호 아동(예: 부모의 학대나 방임으로 부모로부터 격리를 해야 하는 아동, 친권이 포기된 아동)에게는 가정위탁을 통한 보호가 가장 최선의 방법이라고 여겼고, 또한 아동의 자활을 위해서도 대규모 수용시설 중심으로 하는 것보다는 가정적인 환경에서 가족과 상호작용을 하는 것이 아동의 복지를 위해 바람직하다고 보았기 때문이다. 민간차원에서는 이미 19세기에 아동구호협회(Children's Aid Society)를 중심으로 탈시설화를 진행하였고, 현재까지 민간단체가 주체가 되어 가정위탁의 직접적인 서비스를 제공하고 있으며 정부에서는 주로 그 체계를 관장하는 역할을 수행하고 있다.

정부차원에서는 1950년대부터 시설보호와 관련하여 탈시설화에 대한 논의를 시작하였다. 시설에서의 생활이 아동에 끼치는 부정적인 영향에 대한 연구들과 인권에 대한 관심의 증가로 시설에서는 아동의 인권도 보호가 되지 못하며 아동의 권익이 제대로 지켜지지 못한다는 것에 대한 사회적인 경각심과 함께 시설보호의 막대한 비용에 대한 정부의 부담의 증가에 대한 대책으로 지역사회 중심의 보호 제도를 도입하면서 정책적으로 탈시설화를 추구하였다. 물론 탈시설화의 과정에서 시설에서 나온 아동들이 적절한 보호소를 찾지 못하여 부랑자가 되거나 본인의 욕구에 맞지 않는 단기시설로 옮기는 등의 몇 가지 부작용이 있기는 하였으나 전반적으로 볼 때 대규모의 장기 시설에만 의존하지 않고 탈시설화를 추구하는 지역사회를 통한 보호가 아동의 권리를 증진 시키는 긍정적인 결과를 낳았다(오정수·이혜원·정익중, 2006).

시설의 소규모화를 추구하면서 기존의 시설은 그 기능을 전환하여 특수한 욕구를 지닌 아동의 치료를 위한 정서 장애아 시설, 청소년 교화시설 등으로 전환하기도 하였다. 신체적, 정신적, 정서적 및 행동적 문제로 치료를 요하는 아동이 이러한 기능전환된 시설의 대상이 되나, 이 역시 일시적으로만 아동을 치료, 보호하는 것이고, 궁극적으로는 위탁가정이나 원가정으로 복귀시키는 것을 원칙으로 하고 있다. 가족으로부터 격리된 아동은 Residential Group Care(이상 RGC)³⁵⁾나 위탁가정 등으로 보내지게 되는데, 정서·행동적 어려움이 있는 아동이 특히 이런 시설들의 대상이 된다. 가정위탁사업 중에서는 치료 가정 위탁(Treatment Foster Care: 이상 TFC)³⁶⁾이 주거보호를 받으면서 동시에 지역사회를 기반으로 하는 서비스

35) Residential Treatment Centers와 같은 성격을 띠고 있다고 볼 수 있다.

36) 이 용어는 specialized foster care, specialist foster family care, foster family-based treatment, therapeutic foster care, parent-therapist program 등으로도 불린다(James and Meezan, 2002).

의 성격을 띠고 있어서 정서·행동적 어려움이 있는 아동에게 적절할 뿐 아니라 좀 더 자유롭고 가정친화적인 환경에서 체계적인 치료를 받을 수 있는 장점을 가지고 있다(James and Meezan, 2002).

Child Welfare League of America의 Odyssey Project에서 미국 내의 RGC와 TFC를 조사한 결과 두 종류의 시설에 있는 아동, 청소년 모두 초기에는 아동 행동 평가척도(CBCL : Child Behavior Checklist)에서 반 이상이 임상적인 수준의 문제를 보여, 두 집단의 아동/청소년이 모두 전문적인 보호 및 치료를 필요로 함을 시사하였다(Drais-Parrillo, 2004). 문제의 심각성에 있어서는 치료위탁가정에 있는 아동이 RGC의 아동보다는 덜하다고 밝혀졌으나, 그것이 시설의 성격때문인지 아니면 그런 아동이 특정 성격의 시설에 가게 되는 것인지의 인과관계는 분명히 알 수가 없었다(Barker 외, 2007). 이밖에 주목할 만한 결과는 RGC에서 퇴소하면 36%가 원가정이나 친지에게 돌아가는 반면, 치료가정위탁시설에서 퇴소하면 50%이상이 원가정이나 친지에게 돌아가는 것으로 조사되어 가정친화적인 환경에서의 서비스가 복귀 차원에서는 긍정적인 결과를 나타내는 것으로 볼 수 있다.

미국의 아동복지 서비스는 일괄적인 법률체계를 가지고 있지는 않으나 연방정부와 지방정부 및 민간부분의 역할이 구분되면서 정책을 수행하고 있으며, 서비스의 전달체계에 있어서는 가정위탁사업으로 대표되듯 가족의 보존을 위해 가정친화적인 환경에 가까운 방향으로 가기 위해 탈시설화를 추구하는 경향을 보이고 있다. 이러한 탈시설화는 다음에 논의될 영국의 아동복지 서비스에서도 발견할 수 있다.

2) 영국의 아동복지 서비스

영국의 아동복지는 아동법(Children Act)을 주축으로 하는 법률체계를 갖추고 있으며, 전달체계는 지방정부 사회서비스국(Social Service Department)을 중심으로 공공부문과 민간부문의 서비스가 체계적으로 연계되어 있는 특징이 있다. 중앙정부 차원의 보건부(Department of Health)가 아동복지가 속해있는 대인사회서비스 행정에 대한 통제와 감독의 기능을 수행하고 있고, 사회보장부(Department of Social Security)에서 아동수당의 행정관할을 하고 있으며, 실질적인 서비스의 전달의 책임은 지방정부에서 일임하고 있다(오정수, 2005). 공공부문과 민간부문의 연계는 이러한 역할분담과 함께 평가체계에서도 드러나는데, 보건부 사회서비스 감독국(Social Services Inspectorate)이 있어 지역복지 서비스의 관리 및 평가 기준을 마련하였고 2000년 케어 서비스 기준법(Care Standards Acts 2000) 제정을 통해 국가적 표준을 제공하여 국가에서 각 지방에서의 서비스 감독을 가능하게 하였다.

또한 영국의 아동복지정책은 영국의 아동법의 근간이 된 1946년 커티스 위원회 보고서(the

Curtis Committee)의 주요 원칙인 가정으로의 복귀와 탈시설의 강조가 포함되면서 미국과 마찬가지로 가족을 강조하고 탈시설화를 지향하고 있다. 시설보호는 아동에게 부정적 영향을 주므로 가정과 유사한 형태에서 아동을 보호해야 한다는 지적과 함께, 이러한 요보호 아동을 위해서는 가정위탁이 가장 바람직하다고 밝혔다. 그리하여, 17세기부터 활성화 되어 있던 시설형태의 보호를 탈피하면서 시설에 수용되어 있는 아동들을 위탁가정에 배치하거나 그룹홈과 같은 소규모의 아동주거시설로 배치하기 시작하였다(보건사회연구원, 2003).

요보호 아동(Child in Care 또는 Looked-after children)에 대한 관심은 2002년 보건부에서 Quality Protects 발의의 한 부분으로 새로운 가이드 라인을 제공하면서 활발하게 정책 및 서비스에 반영이 되었다. 이 가이드 라인에 의하면 지역의 서비스 제공자들은 아동의 건강상의 욕구에 대해 더 포괄적이고 전체적인 진단을 내리고 이에 대한 측정 원칙을 확실하게 구축하여 서비스를 제대로 전달할 수 있도록 요구하고 있다(Sempik, Ward, 와 Darkerm 2008). 구체적으로 그 전달에 있어서 A National Healthy Care Standard를 수립하여 Every Child Matters(Department of Education and Skills, 2003) 라는 정책발의에서 추구하는 다섯가지 주요 성과 목표³⁷⁾를 이룰 수 있도록 건강한 환경을 만드는데 필요한 요소들을 제시하고 여기서 한걸음 더 나아가 2007년 「Care Matters: Time for Change」 라는 백서를 만들었다. 이 백서에서는 서비스의 가이드 라인을 개선하고 서비스 제공자들의 역할을 법적으로 규정하고 측정방법을 좀 더 향상 시키겠다는 등 아동이 바람직한 정신건강을 유지할 수 있도록 지속적으로 정책을 발전시킬 계획을 제시하였다.

정서장애나 행동장애가 있는 아동은 시설의 자원이 오히려 그들에게 도움이 될 수 있기 때문에 시설에서 보호하는 경우가 많다. 지역 사회 내에서의 보호시설은 크게 세 가지가 있다(오정수·이혜원·정익중, 2006). 하나는 지역사회홈(Community Home)으로 지방정부가 운영하는 것으로 간혹 비영리조직과 공동으로 운영하기도 하는 것으로 이러한 시설들은 아동들의 욕구에 적합하게 준비되어야 한다. 또 하나는 등록아동홈(Registered Children's Home)으로 민간 영리 조직에 의해 운영되나 1년에 최소한 두 번 정부의 감사를 받게 되어 있다. 마지막으로 비영리아동홈(Voluntary Children's Home)으로 민간비영리 조직에 의해 운영되나 역시 지방정부의 감사를 받는다. 물론 시설보호를 줄이는 추세로 가고 있지만, 와그너 보고서에 밝히는 것처럼 시설보호는 임시보호, 영구적 가정배치를 위한 준비, 가족관계의 유지, 안전과 통제, 치료의 제공 등의 기능(오정수·이혜원·정익중, 2006) 등을 수행할 수 있으므로 이러

37) 그 다섯가지 주요 성과는 1) 건강하기(Be Healthy), 2) 안전하게 지내기(Stay Safe), 3) 즐기고 성취하기(Enjoy and Achieve), 4) 긍정적인 기여하기(Make a Positive Contribution), 5) 경제적인 안정을 달성하기(Achieve Economic Well-being)이다(Department of Educations and Skills, 2006).

한 기능을 수행하는 시설로 전환하고 있다.

아동학대방지를 위한 영국정부의 노력은 1987년 아동보호 및 가족서비스 백서(White Paper of Child Protection and Family Services)를 발간하고 아동헌장을 선포하면서 본격적으로 시작되었다(배화옥, 1997). 1989년 지역아동보호위원회(Area Child Protection Committee)가 각 지역에 설치되면서 보건, 사회서비스, 교육, 보호관찰, 경찰 등의 분야의 대표자로 구성하여 아동학대를 예방하는 것을 목적으로 하면서 이에 대한 가이드라인을 제시하는 역할을 이 위원회에 부여하였다. 아동학대의 사례가 보고되면 방문을 통한 모니터링을 하고 가족복지센터에서 부모들의 부모기술을 사정하고 필요하면 전문기관에 의뢰하는 등 정확한 사정을 하도록 강조하고 있다. 아동이 위협에 처해 있다는 판단이 내려지면 법원의 보호명령에 의해 위탁가정이나 보호시설에 배치되는 등의 보호조치를 하는데 사회복지사가 보호계획을 마련하여 지역사회 복지서비스 전달 체계간에 협력을 통해 연계 책임을 지게 한다.

이와 같이 영국에서는 법률 체계 하에 서비스가 제공되는 특징을 띄고 있다. 또한 중앙정부의 역할과 지역 정부의 역할이 분명하게 나누어져 있으면서 공공부문과 민간부분이 체계적으로 연계되어 있다. 그리고 앞서 말한 것처럼, 전달체계에 있어서도 법률에서 규정된 것을 따르는 그리고 평가의 기준이 될 수 있는 측정 도구를 개발함으로 책무성을 중시하는 아동복지 시스템을 갖추고 있으면서 최근에는 아동, 청소년의 정신건강에도 관심을 갖고 그들의 보호를 위해 정책을 개발해 나가고 있다.

3) 일본의 아동복지 서비스

최근 일본은 일본 사회의 소자고령화(小子高齢化)가 급속히 진행되면서 아동의 보호의 필요성이 증가하고(Segal, 2004), 이에 대한 대책으로 그동안 아동정책의 근간이 되어온 아동법을 전반적으로 개혁을 하는 등 아동복지정책의 변화를 진행해 왔다(보건복지부, 2007). 1947년에 제정된 아동법의 법체계하에 그 대상으로 요보호 아동 뿐 아니라 일반아동도 포함하고는 있으나, 가정과 지역사회의 양육기능의 저하와 같은 요인으로 아동문제가 지속적으로 드러났다. 이에 따라 요보호 아동에 대한 아동복지법을 1997년 개정하였고 그 안에 시설아동의 자립생활 지원에 관한 내용을 포함하면서 시설의 기능 전환을 추구하였다.

일본 아동 복지 정책의 특징 중 주목할 만한 것은 영국과 비슷하게 아동복지법³⁸⁾이라는 법체계하에서 전달체계 역시 정부에서부터 지역사회로 단계적으로 역할분담이 되면서 네트워크가 비교적 잘 구축되어 있다는 점이다. 중앙정부의 후생노동성에서는 아동복지행정과 관

38) 아동복지법에 아동복지의 원리로 1) 모든 사람은 아동이 건강한 마음과 육체를 갖고 태어나고 성장할 수 있도록 노력해야 한다 와 2) 모든 아동은 동등하게 보호 받을 기회를 가져야 한다가 있다(Segal, 2004).

런된 복지정책의 기본방향 등에 대한 입안 및 결정, 관련 법제도 등의 제정을 담당하고 있다. 광역자치단체인 도도부현에서는 도도부현의 하위 체계이면서 기초지방단체인 시정촌의 자문 역할을 하거나 전국적으로 통일적인 행정을 필요로 하는 것을 담당하고, 시정촌에 관한 연락 조정 등을 수행한다. 기초지방단체인 시정촌에서는 지역주민과 직접적으로 관련된 업무를 시행하여 중앙정부부터 지방단체까지 체계적으로 그 조직이 구축되어 있다.

아동6법이라고도 불리는 아동법을 근간으로 복지의 서비스도 수급아동의 욕구에 따라 요보호아동지원사업, 장애아동지원사업, 한부모가정아동지원사업, 일반아동육성사업으로 구분이 분명하게 되어 있다(오정수·이혜원·정익중, 2006).

아동법의 개정과 함께 주목할 점은 아동복지 서비스 제공자들의 전문성이 강화되었다는 것이다. 예를 들어 아동상담소의 아동복지사의 임용기준이 아동법에 기재되고 시정촌 아동위원이 전문분화되고, 아동복지시설의 보육사의 전문성 확보를 위해 자격에 대한 구체적인 규칙을 강화하기도 하였다. 물론 아동학대에 대한 전문성의 향상과 관련 아동상담소, 아동복지시설 직원의 증원에 따른 전문성 강화가 아직도 과제로 남겨져 있다는 지적(최진희, 2007)이 있으나, 전반적으로 전문성을 향상시키고자하는 제도적인 노력을 하고 있다고 볼 수 있다.

일본의 아동복지서비스의 한분야로 요보호아동지원사업은 사업의 이름 그대로 보호를 필요로 하는 아동을 대상으로 아동을 건전하게 육성하고 아동의 자립을 지원하고 아동의 권리를 보장하는 것을 목표로 하고 있다(Segal, 2004). 아동법에 의하면 요보호 아동은 보호자가 없거나 보호자에 의해 양육되는 것이 부적당한 아동으로 유기된 아동, 학대받는 아동, 또는 보호자가 보호할 수 없는 비행아동이나 특수장애 아동 등을 대상으로 하고 있다.

요보호아동지원사업은 크게 아동자립지원사업과 학대받은 아동보호와 치료사업으로 분류할 수 있다. 이 중 아동자립지원사업은 1997년 아동법의 개정 후 이전의 요보호아동사업에서 자립지원을 강조하는 의미에서 아동자립지원사업으로 이름이 바뀌었다. 사업내용으로는 시설보호와 가정위탁이 있다.

요보호 아동은 아동상담소나 복지사무소를 통해 보호시설로 입소하거나 위탁가정에 의뢰되어 보호를 받는다. 또한 재가복지의 중요성에 대한 재인식과 지역사회 보호의 역할이 강조되면서 가정복귀를 위한 단기적 치료와 교육적 보호시설로 시설의 역할이 전환되고 있다. 즉, 아동의 보호, 양육뿐 아니라 퇴소 후 자립을 지원할 수 있도록 입소 시부터 시설 내에 있을 동안 자립 지원 관련 프로그램을 운영하고 있다. 자립의 지원을 위해서는 가정생활의 체험이 필요하다는 판단 하에 부모와의 관계 회복을 지원하고 있다. 특히 퇴소 후에도 퇴소 아동의 사후관리를 함으로 아동의 자립을 지원하고 있다. 시설보호에서는 자립지원의 기능이 1997년부터 부가, 강조되어 입소부터 퇴소 후까지 계속적으로 아동의 자립을 돕는 것을 중심으로

프로그램이 짜여 있으며, 특히 아동의 권리보장 역시 함께 강조되었다. 그와 함께 시설의 규모가 대규모에서 소규모 주거 시설로 전환되고 있다. 1999년 후생노동성에서 ‘수양부모 활용형 가정위탁촉진사업’을 기획하는 등 가정위탁을 통해 아동을 보호하는 사업을 추진하고 있다. 위탁가정에서는 시설에 비해 가정생활을 경험할 수 있기 때문에 일본의 요보호아동사업의 목표 중의 하나인 아동의 건전한 양육과 성장을 도모할 수 있기에 일본 아동 복지 정책 차원에서 이를 적극 권장하고 있다.

장애아동을 위한 지원사업이 따로 있기는 하나, 정신장애아동을 위한 보호시설은 아동복지 시설로 분류되어 있다. 통원을 통한 사회복지서비스를 지원하고 있으나, 시설을 통한 지원은 중증장애아동을 대상으로 하고 있다. 즉, 아동복지법상 중증장애아동은 요보호아동에 해당되는 법을 적용하게 되는 것이다.

아동학대에 대한 전문적인 개입은 지역사회단위 도도현부의 아동상담소의 소장에게 법적 권한이 주어진다. 즉, 신고는 지역사회의 사회복지사무소를 경유하여 아동상담소³⁹⁾에 의뢰된다. 만약 아동의 보호자가 기관의 개입을 거부하면 입회조사를 실시할 수 있거나, 아동상담소에서 경찰의 지원을 받을 수 있다. 이때 일시 보호는 2개월 미만이어야 하고 아동양호시설에 입소시키거나 위탁가정에 위탁 할 경우에는 2년 이상을 초과하지 않도록 규정되어 있다. 또한 부모의 친권을 박탈해야겠다고 판단하는 경우, 가정재판소에 친권상실의 신고를 청구할 수도 있다. 아동양호시설에 배치된 아동은 학대로 인한 심리치료를 입소한 시설에 있는 심리치료 전담 직원에게 치료받고, 비록 가정으로부터 분리되었으나 일본 역시 가족의 재통합을 중요시 하여 가족관계의 강화를 위해 보호자에 대한 지원도 하고 있다.

2007년 민간아동양호시설에 입소한 아동들을 대상으로 한 실태조사(타카하시, 2008)를 보면 이 아동들 중 문제행동을 보이는 아동이 10년 전인 1997년에 25.8%에서 2007년 47.6%로 증가하였고 그 문제의 경향을 보면, 도벽, 폭력, 등교거부, 성적비행, 학업부진 등 문제행동의 증상들이 있다. 따라서 가정적 양호 시스템에서의 치료적 양육의 필요성이 강조되면서 대규모 집단 양호보다는 지역소규모 양호시설로 기능을 전환하고자 하는 노력이 일부 실천되고 있다.

일본의 아동 복지 시스템은 영국과 비슷하게 아동법을 근간으로 하고 있다. 또한 가족친화적인 환경을 중요시 하여 가정위탁 정책을 운영하고 있다. 일본에서 특히 주목할 점은 현장 실천가들의 전문성을 중요시 한다는 것이다.

39) 지역사회의 아동상담소는 원호기관이면서 동시에 관정기관의 성격을 가진 조직인데, 조직 구성을 보면 총무부, 상담, 관정, 지도, 조치의 부문, 그리고 일시보호의 부문으로 구성되어 있고, 직원은 소장, 아동복지사, 상담원, 정신과전문의, 심리관정원, 심리요법담당직원, 의사, 아동지도원 등으로 구성되어 있다(보건복지부, 2007)

2. 미국의 정서·행동적 어려움이 있는 아동 지원 시스템 : 체계적 보호 접근 (Systems of Care Approach)

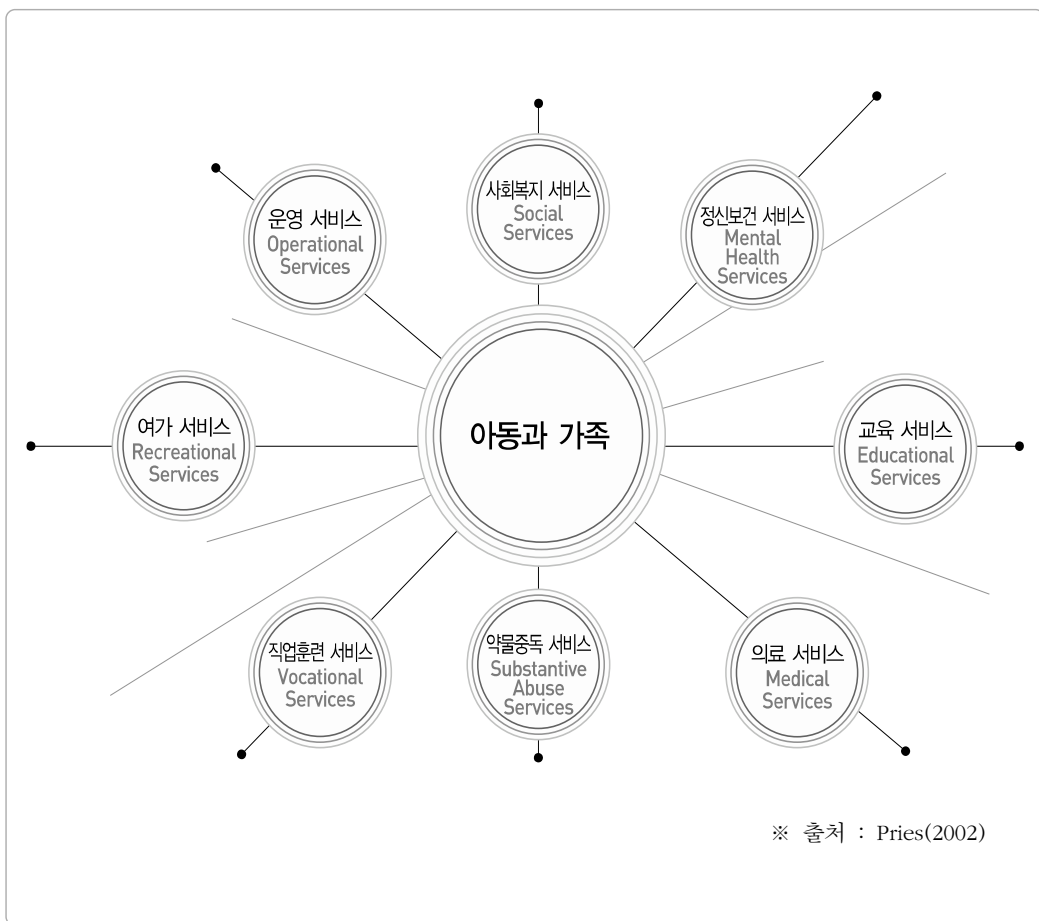
Systems of Care(체계적 보호)는 서비스의 체계모델로 가족의 다양한 욕구에 맞게 폭넓고 통합적으로 서비스를 제공할 수 있도록 파트너십을 만드는 것을 말한다. 미국의 아동복지 서비스 전달체계에서 소홀히 되고 있는 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위해 미국의 국립정신보건원(National Institutes of Mental Health)과 미국 보건복지부(U. S. Department of Health and Human Services)에서 아동청소년 지원 프로그램(Child and Adolescent Service System Program)을 만들면서 이 접근법을 사용하기 시작하였다. 다각적인측면으로 접근하여 관련 여러 기관, 즉 교육기관, 아동복지기관, 청소년 사법기관, 정신보건 관련 기관 등의 협력 체계를 통해 아동·청소년의 문제를 해결하고자 했다(한국고용정보원, 2007). 현재에 이르러서는 정서·행동적 어려움이 있는 아동 외의 일반아동 청소년과 가족에게도 적용하고 있고 현재 60여 이상의 지역사회에서 이 접근법을 도입하고 있다(Child Welfare Information Gateway, 2008). 체계적 보호 접근을 적용하게 된 배경은 1) 정신보건의 치료를 받아야 하는 아동들이 치료를 받지 못하고 있고 2) 가정이 아닌 가정 밖에서 치료가 제공되고 있고 3) 지역사회단위의 서비스가 거의 없었으며 4) 서비스 제공자들이 서로 협력하지 않고 5) 아동의 치료에 가족들이 제대로 참여하고 있지 않고 6) 문화적 차이가 전혀 고려되고 있지 않아서였다(Stroul, 1996).

체계적 보호접근의 주요 원리는 다음과 같다(Child Welfare Information Gateway, 2008).

- 기관간의 협력(Interagency collaboration): 아동과 가족을 위해 관련 기관들끼리 민간기관이든 공공기관이든 모두 협력한다.
- 개별화된 강점중심의 보호(individualized strengths-based care): 각 아동과 가족들에게 있는 강점과 약점을 인정하고 약점은 보완하며 강점은 최대화 시킬 수 있는 치료 계획을 세운다.
- 문화적 민감성(cultural competence): 다양한 문화적 배경을 고려한다.
- 가족과 아동, 청소년의 참여(family and youth involvement): 아동, 청소년, 가족을 상호 존중하면서 의미 있는 파트너십을 반드시 형성한다.
- 지역사회 중심의 서비스(community-based services): 아동과 가족에게 최상의 보호와 서비스를 주기 위해서는 가정, 학교, 그리고 지역사회내의 자원을 활용하도록 한다.
- 책무성(accountability): 서비스의 성과, 조직차원의 성과, 재정적인 성과 등을 지속적으로 진단함으로써 이 보호체계가 아동과 가족의 욕구를 얼마나 충족시키는가를 평가하는

것이 중요하다. 그런데, 이러한 평가는 관련 종사자들이 함께 참여해야 하지만, 또한 평가하는데 있어 객관성을 잃으면 안 된다(Pires, 2002). 그러한 전략 중의 하나로 외부의 도움(예: Technical Assistance)이나 외부 전문가의 컨설팅을 받는 방법이 있다.

체계적 보호 접근의 하이라이트는 지역사회 중심의 관련 기관들 간의 연계에 있다. 미국에서 지난 20여년 간 계속해 왔는데 이를 그림 (그림 II-4-1)로 표현할 수 있다. 즉, 아동과 그 가족을 중심으로 지역사회 내에 관련 기관들을 모두 활용하여 아동과 가족에게 서비스를 제공한다는 것이다.



〈그림 II-4-1〉 체계적 보호 접근법의 틀

이 체계적 보호 접근의 장점은 병원이나 시설의 치료보다 비용이 덜 들고, 아동들의 행동적 기능과 감정적 기능을 향상시키며, 아동들이 학교생활에도 더 잘 적응하며 법을 어기는

행위가 줄고, 이러한 프로그램을 필요로 하는 아동과 가족에게 서비스를 제공하며 지역사회 내의 자원들과 연계시켜 줌으로 가족들의 기능이 향상된다는데 있다. 또한 궁극적으로는 아동들이 가정에서 치료를 받고 생활할 수 있게 하는 것을 추구한다.

체계적 보호 접근에서 중요한 것은 평가이다. 책무성(accountability)의 원리에 근거하여 평가체계를 통한 책무성을 알 수 있게 된다. 그 예로 체계적 보호 접근으로 서비스를 제공하고 있는 Albany County의 Families Together에서는 (그림 II-4-2)과 같은 평가모형을 만들어 정서 및 행동 문제를 지닌 아동을 위한 서비스 제공 시스템의 평가를 실시하기도 하였다.

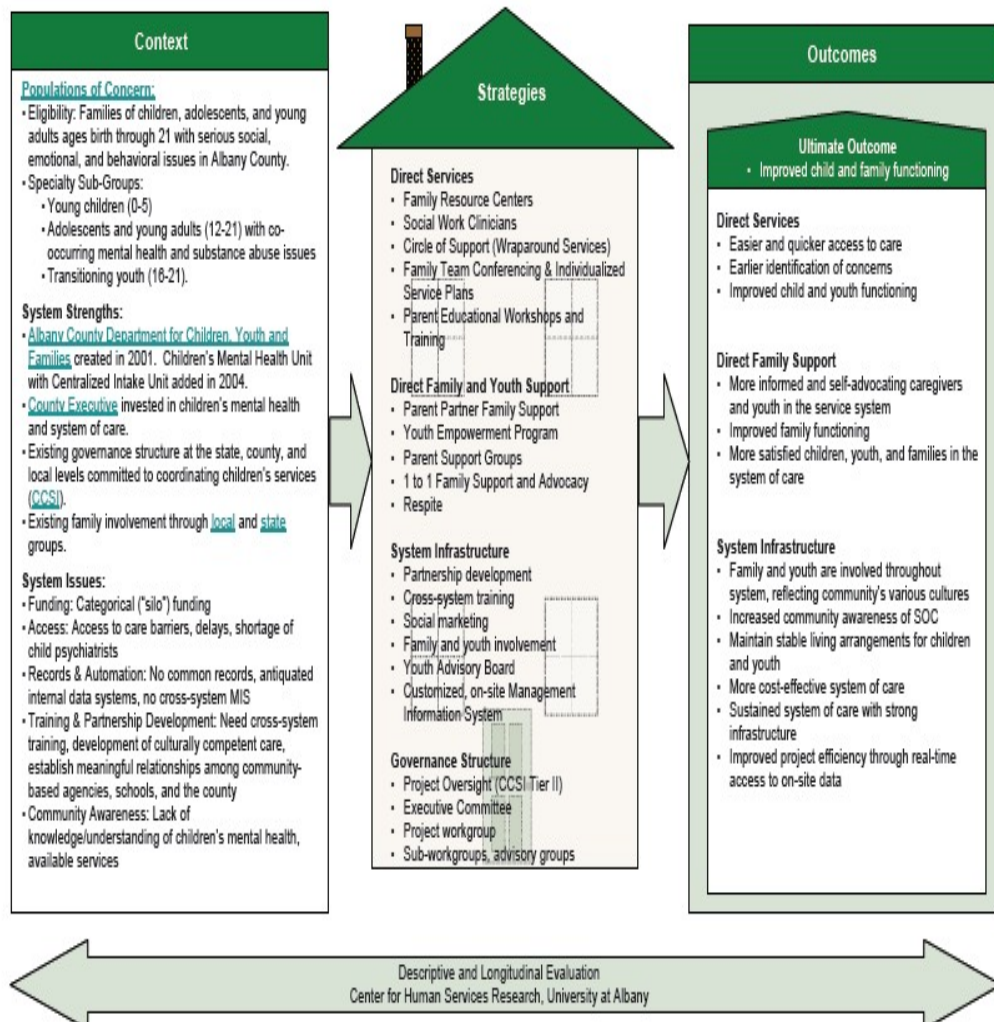
그림에서 볼 수 있듯이 체계적 보호 접근법의 모델로 프로그램을 운영하되, 이 프로그램이 정서 및 행동문제를 가진 아동, 청소년을 위해 얼마나 제대로 그 역할을 하고 있는지를 평가하는 체계가 이 접근법의 중요한 한 부분을 차지한다. 평가 체계의 내용을 보면 지역사회 중심, 가족 중심으로 또한 다학제적 접근으로 서비스의 계획을 세웠는지의 여부에 관심을 두고 평가하고 있다.

Families Together in Albany County

Vision: An efficient and integrated system of care to serve and support children and youth with serious social, emotional, and behavioral concerns and their families.

Mission: Families Together in Albany County represents a system of care designed to significantly improve coordination of, access to, and effectiveness of services for children and youth with serious emotional disturbance who may also have behavioral concerns. The system of care will enhance community-based, culturally competent, and family-driven services to support and empower children and youth and their families.

Core Values: Family Driven, Youth Guided, Community-Based, Strength-Based, Culturally and Linguistically Competent.



※ 출처 : <http://www.ftalb.org/evaluation.cfm>

〈그림 II-4-2〉 Albany County의 평가 Logic Model

3. 소결

선진국의 아동복지서비스 지원 시스템과 한 예로서의 미국의 체계적 보호 접근법을 종합해서 볼 때 다음과 같은 시사점을 찾아 볼 수 있다.

첫째, 미국, 영국, 일본의 지원 시스템을 볼 때, 정서·행동적 어려움이 있는 아동이 궁극적으로는 가정에서 치료를 받을 수 있도록 하는 것을 강조한다는 것에 주목할 필요가 있다. 가족친화적인 환경을 만들어야 한다는 철학과도 일맥상통하게 되고, 더 나아가 사회통합의 중요성과 동시에 대규모 시설 보다는 그룹홈의 소규모 시설을 추구하는 탈시설화가 바람직하다는 점을 시사하게 된다. Stroul(2007)은 보호체계접근법을 적용한 시스템에서는 대규모 양육 시설은 규모를 줄여야 할 것이며, 양육시설에 머무르는 기간이 약 30일에서 90일 사이며 그보다 더 오래 있는 것은 바람직하지 않다고 지적하였다.

둘째, 전달체계에 있어 지역사회를 기반으로 기관간의 연계를 통해 서비스를 제공하고자 하는데 있다. 한 기관에서 모든 것을 하는 것보다 각각 전문화된 기관에서 서로 연계를 통해 다학제적인 접근 방법으로 정서·행동적 어려움이 있는 아동의 치료에 임한다면, 이는 아동의 입장에서 볼 때에도 즉, 아동의 권리 관점에서도 바람직한 것이다. 또한 이는 정서·행동적 어려움이 있는 아동의 지원방향에서 논의된 다학제적 접근의 원리를 반영한다.

셋째, 이러한 체계에서는 적절한 평가가 매우 중요하다는 것이다. 이 평가는 여러 단위에서 할 수 있는데, 일단 커다란 틀을 평가할 수 있으며, 또한 각 기관 수준에서 평가를 할 수 있다. 각 기관이 서비스의 대상인 정서·행동적 어려움이 있는 아동 욕구에 맞는 서비스를 제공하는지 등을 파악하는 것도 중요한 것이고 체계의 보호 접근법에서는 좀 더 세세한 항목들을 볼 수 있으므로 이러한 틀을 마련하는 것이 중요할 것이다. 이는 역시 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 지원방향에서 논의된 책무성과 그 연결고리를 찾을 수 있다.

마지막으로, 연계와 책무성과 관련 지방정부의 역할을 생각해 볼 수 있다. 선진국의 사례처럼 서로의 역할 분담을 분명하게 하는 것이 바람직하며, 법률적인 기반이 이를 뒷받침해 줘야 효과적인 서비스 전달체계가 구축될 것이다. 책무성과 관련하여서도 지방정부가 기여할 바가 클 것이다. 영국의 예처럼 감독을 하거나 가이드라인을 제공할 수도 있으며 평가의 측정 도구 개발에 참여 할 수도 있을 것이다. 지역사회 단위의 아동 복지 지원시스템이 제대로 구축되는 데는 지방정부의 역할이 그만큼 비중이 크고 중요하다.

III

서울시 위탁 아동복지시설 현황분석 및 개선방안

: 서울시립소년의집과
서울시립아동상담치료센터를 중심으로

III

서울시 위탁 아동복지시설 현황분석 및 개선방안 : 서울시립소년의집과 서울시립아동상담치료센터를 중심으로

제1절 기관현황

기관의 변화전략을 제시하고 특히, 이러한 변화 전략에 대한 기관의 이해와 참여를 이끌어 낼 수 있는 합리적인 결과를 도출하기 위해서는 기관의 현재 모습에 기초해서(As Is), 나아가야 할 방향(To Be)이 모색되어야 할 것이다. 이를 위해서 본 절에서는 객관적인 데이터와 사실(fact)에 기초해서 서울시립소년의집과 서울시립아동상담치료센터의 기관현황 및 특성을 분석하였다. 시설에 대한 이해를 체계적으로 하기 위해 설립목적, 연혁, 입소대상, 주요기능 등 기관개요를 살펴보고, 물리적인 시설현황과 조직현황, 아동현황, 주요사업에 대해 정리하였다. 이를 위해 각 기관의 기관안내 팸플릿, 2008년도 사업계획서, 홈페이지를 비롯한 인터넷 자료, 기타 기관내부문서 등이 활용되어 졌다.

1. 서울시립소년의집

1) 기관개요

(1) 설립목적

서울시립소년의집은 1975년 재단법인 마리아수녀회가 요보호 아동을 위한 장기보호 시설로 운영을 시작한 이래, 현재까지 부모로부터 적절한 보호를 받지 못하는 0세에서 18세의 요보호 아동과 청소년에게 보금자리 및 신체적, 심리적, 사회적, 지적, 정서적, 성장발달에 필요한 다양한 서비스를 제공함으로써 이들이 올바르게 성장하여 건전한 민주시민의 일원으로 성장할 수 있도록 돕는 것을 목적으로 운영되고 있다. 이를 위해, 생활아동들이 적절한 환경에서 교육을 받도록 하고, 자립의 기반을 구축할 수 있도록 지원하는 한편 건강하고 올바른 품성을 지닌 민주시민이 되도록 모든 도움을 제공하는 것을 목표로 하고 있다.

(2) 연혁

재단법인 마리아수녀회에서 서울시로부터 위탁 운영하는 서울시립소년의집은 아동 일시

보호 및 양육시설로 1975년 1월 구시립아동보호소의 수용아동 800명을 인수하면서 개원하였다. 이후 총 4차에 걸친 갱신계약을 거쳐 현재까지 재단법인마리아수녀회에 의해 운영되어지고 있다. 2008년 12월 현재 재위탁 계약기간이 만료되는 시점으로 2009년에는 운영주체 선정을 위한 공모·심사를 예정하고 있다.

서울시립소년의집 생활아동들의 교육을 위해 1977년에 시설 내 정규교육기관인 알로이시오초등학교(구 서울시립소년의집초등학교)가 설립되었고, 이후 1982년에는 아동들에게 전문적인 의료서비스를 제공하기 위한 도티기념병원이 설립되었다.

이제까지 서울시립소년의집은 대규모 양육시설로서 서울시의 요보호 아동 시설보호에 있어서 중추적인 기능을 해왔으나, 탈시설화, 소규모화, 사회통합 등 아동양육환경이 지향해야 하는 방향에 대한 패러다임 변화와 함께 생활아동 수의 축소와 새로운 기능 모색 등 기관 설립 이래 새로운 변화의 역사를 만들기 위한 노력을 하고 있다.

(3) 입소대상

서울시립소년의집의 입소대상에 대한 정의는 엄격하지 않으며, 일반적으로 서울시에서 발생되어 서울시아동복지센터 등 초기대응기관을 통해 중장기보호가 필요하다고 판정된 ‘보호가 필요한 아동’을 시로부터 위탁받아 보호한다.

(4) 주요기능

「2008 서울시립소년의집 사업계획」에 따르면 서울시립소년의집은 다음과 같은 주요기능을 갖는다.

첫째, 0세~18세 미만의 보호를 필요로 하는 아동을 보호·양육한다.

둘째, 아동을 부양의무자 또는 연고자에게 인도한다.

셋째, 적령기 아동에게 초등교육(알로이시오 초등학교)을 제공한다.

넷째, 아동의 의료복지를 위하여 시설 내에 도티기념병원(79병상)을 설치·운영한다.

2) 시설 현황

서울시립소년의집은 서울특별시 은평구 응암동 42-5번지에 대지 48,367㎡, 건물 23,164㎡ 규모로 위치한 대규모 생활시설이다. 서울시립소년의집을 중심으로 제2소년의집, 소녀의집, 마리아유치원, 알로이시오초등학교, 도티기념병원 및 기타 시설로 구성되어 있다.

(1) 제1소년의 집(본관)

서울시립소년의집 본관은 서울시립소년의집 중심 건물이며 서울시립소년의집에서 가장 먼저 지어진 건물이기도 하다. 이 곳은 남자 초등학생이 사는 생활관으로 쓰이며 서울시립소년의집과 관련된 행정, 사무가 이루어진다. 지하 1층, 지상 7층 연면적 7,555㎡로 거실, 세탁실, 조리실, 화장실, 목욕실, 도서실, 이발실, 대강당, 사무실, 취미교실, 보일러실, 변전실이 위치하고 있다.

(2) 제2소년의 집

영·유아들이 생활하는 곳으로 가장 많은 자원봉사자들이 출입하는 곳이다. 지상 5층, 연면적 4,665㎡이며 거실, 세탁실, 조리실 및 의무실과 실내 체육관, 강당 등이 있다.

(3) 소녀의 집

유치원과 초등학교 여학생들이 사는 생활관으로 방과 후 여학생들은 고전 무용과 사물놀이, 피아노, 수화를 배운다. 지하 1층 지상 6층 연면적 5,806㎡ 규모이며 거실, 세탁실, 조리실, 예절실, 미술실, 도서실, 서예실, 유치원, 실내체육관, 강당, 화장실, 목욕실로 이루어져있다.

(4) 마리아 유치원

서울시립소년의집 2층에 위치하며 5,6,7세 반으로 이루어진 초등학교 입학전에 아이들의 정서 함양과 기초 지식 습득을 돕는 사립 유치원이다. 현재 총 75명의 미취학 아동이 유치원에서 교육받고 있다.

(5) 알로이시오 초등학교

서울시립소년의집에서 살고 있는 학령기 아이들이 다니는 사립 초등학교로 지하 1층, 지상 4층, 연면적 3,672㎡의 규모이다. 교실 이외에 음악실, 과학실, 영어 교실 및 컴퓨터 실 등을 갖추어 아이들이 자신의 재능을 개발하도록 돕는다.

(6) 도티기념병원

지하 1층, 지상 3층의 규모로 8개과(일반외과, 정형외과, 내과, 소아과, 산부인과, 마취과, 방사선과, 임상병리과), 79 병상으로 이루어져있다. 경제적으로 어려웠던 시기에 많은 사람을 도왔던 의사 도티를 기려 1982년 설립된 자선 병원으로 지금도 많은 사람들이 의료 서비스를 받고 있다.

이 밖에도 실내 수영장 2개소, 운동장 4개소, 놀이터 2개소, 실내 체육관 2개소 및 4개의

성당과 무대 및 음향 시설을 갖춘 강당이 있어 규칙적인 운동과 다채로운 프로그램을 통해 아동이 건강한 몸과 마음을 키울 수 있는 환경을 제공하고 있다.

3) 조직 현황

서울시립소년의집에는 251명의 시설종사자와 39명의 교직원이 근무하고 있다. 직원 중 생활복지사와 생활지도원의 비율이 높은 편이고, 생활지도원:생활아동수 비율이 1:5정도로 적정한 수준이다. 하지만 정서·행동적 어려움이 있는 아동이 전체 아동의 10%에 달하고 있고, 900명이 넘는 아동에 대한 사례관리나 상담서비스 수요 고려할 때 상담원의 수가 1명인 것은 아이들에게 제공되는 상담서비스가 취약할 수 밖에 없는 상황임을 짐작할 수 있다.

표 Ⅲ-1-1 서울시립소년의집 종사자 분포

원장	사무국장	시설관리 부장	과장	상담원	간호사	생활복지사	생활지도원	영양사
1	1	1	2	1	1	17	182	1
조리원	위생원	사무원	관리기사	운전 기사	경비원	이발사	기타	소년의집 종사자 계
17	8	1	11	3	2	1	2	251
교장	교감	교사	특수반 교사	영어교사	유치원 교사	컴퓨터 교사	행정직	교직원계
1	1	26	1	2	3	2	3	39

4) 아동 현황

(1) 아동현원

2007년 12월 기준 시설생활아동은 총 918명이고 이 가운데 7~12세 초등학생 비율이 85%로 가장 많이 차지한다. 13세 이상 아동의 수가 현격히 줄어드는 이유는 생활아동 대부분이 알로이시오 초등학교에서 기초 교육과정을 이수하고, 부산소년의집으로 거주 이전하여 알로이시오 중학교와 전자기계고등학교로 진학하기 때문이다.

표 Ⅲ-1-2 서울시립소년의집 아동 현원(2007년 기준)

구 분	연 령 별				
	계	0-2세	3-6세	7-12세	13세 이상
계	918	11	122	781	4
남	478	8	64	403	3
여	440	3	58	378	1

(2) 입소절차

시설 입소절차는 구청을 통해 보호 의뢰서가 교부되면 일시보호를 하고, 그동안 시립아동 복지센터에서 상담조사를 한 후, 시로부터 입소확인이 되고 나면 절차를 거쳐 입소가 이루어진다.

5) 예산

2008년도 예산을 기준으로 예산총액은 약 97억원(9,719,597,000원)이고, 예산내역별 비율을 살펴보면, 시립소년의집 위탁운영 인건비가 61.4%(5,972,130,000원)로 가장 많았고, 알로이시오 초등학교의 인건비 18.7%(1,815,030,000원), 관리운영비 12.7%(1,229,597,000원) 등이다.

6) 주요 사업

(1) 상담 및 치료 프로그램

① 입 퇴소 프로그램

초기입소 상담, 초기적응 프로그램, 퇴소자 상담 등으로 입퇴소 아동이 새로운 환경에 적응하고 심리 정서적으로 안정될 수 있도록 한다.

② 아동 관리 프로그램

아동이 신체적, 정서적, 사회적으로 올바르게 성장하고 발달 할 수 있도록 영, 유아 생활일지 및 가족 관계유지 프로그램, 가정 체험 학습 프로그램 등을 실시한다.

③ 아동 상담

생활실 별 생활상담 및 아동 개별상담, 집단 상담 등을 실시하여 아동이 건강한 자아를 형성하고 문제 해결 능력을 강화할 수 있도록 돕는다. 이는 갈등을 해소하고 인지 정서적 변화를 꾀하는 한편 생활의 안정감을 도모하는 효과가 있다.

④ 각종 치료

감정 코칭, 미술치료, 놀이 치료, 언어 치료, 음악 치료를 통해 아동에게 전문적인 정서적 지원과 심리 치료를 제공한다.

(2) 인지 개발 프로그램

① 아동교육프로그램

아동들이 자기보호능력을 함양할 수 있도록 교통안전교육, 소방안전 교육과 인권 교육, 성폭력 예방 및 성교육 프로그램을 제공한다. 더불어 건강발달을 위한 약물오남용예방교육, 위생 교육도 제공한다.

② 기초 학습 능력 향상 교육

전문학습지도 봉사자와 연계하여 한글, 영어, 수학 보충 및 지도, 기초 학습 지도, 예습 복습 지도를 실시한다.

③ 심화 교육

인근 학원과 연계 하여 성적 우수 아동 심화 교육 및 과외, 학원 통학 서비스 등을 실시한다.

(3) 정서, 사회성 개발 프로그램

① 정서개발 프로그램

문화 체험 활동을 통해 외부 초청 공연 및 찾아가는 공연을 연계하여 다양한 장르의 공연을 관람한다. 이 밖에도 기도, 미사, 신학기 피정, 예술제 레지오 활동 등 종교 활동을 통해 정서함양을 도모한다.

② 사회성 개발 프로그램

수련 활동, 테마 캠프에 참여하며 집단 활동을 하고 개인 및 단체 자원 봉사와 연계하여 일대일 사회성 향상 체험학습 프로그램을 진행 한다. 사회성 향상을 위한 집단 상담을 실시하고 멘토 가정과 함께 체육대회, 가정 체험, 종교 행사 등을 통해 교류하면서 가족관계 형성 프로그램을 진행한다. 또한 용돈사용하기, 시장 놀이 등의 경제 활동을 통해 아동의 경제적 인식을 길러준다.

(4) 특기 적성 프로그램

서울시립소년의집에서는 축구부, 합주부, 사물놀이, 인라인스케이트부, 농구부, 합기도부, 태권도부, 무용, 피아노, 종이접기 등 아동의 욕구를 고려한 다양한 종류의 특별 활동 기회를

제공하여 아동들이 자신의 특기와 적성을 찾도록 지원하고 있다.

(5) 지역자원연계 노력

① 지역 내 인적/물적자원연계

시설과 지역사회간의 소통을 증진하기 위해 지역사회 내의 각종 활동, 어린이날 행사, 예술제 및 행사 등에 적극적으로 참여 하고 있다.

② 자원봉사활동 프로그램

아동들이 보다 건강하고 올바르게 성장할 수 있도록 장기적, 지속적으로 도움을 줄 수 있는 자원봉사를 모집하는 한편 적절한 봉사를 위해 자원봉사 교육을 실시한다. 다양한 종류의 봉사활동 프로그램을 진행하고 평가함으로써 봉사자와 기관 모두의 만족을 높이기 위해 노력하고 있다.

2. 서울시립아동상담치료센터

1) 기관개요

(1) 설립목적

서울시립아동상담치료센터는 아동 상담소, 아동보호치료시설, 아동일시보호시설, 피학대아동보호사업 기능을 수행하는 종합시설이면서, 아동복지 행정의 제일선 전문치료기관으로서 가출, 부랑, 도벽, 허언, 약물남용, 학교 부적응 및 정서 장애등을 가지는 문제행동아동과 피학대 아동의 일시보호와 전문적인 상담치료 및 다각적인 방법을 통한 임상적 치료를 도모하는데 그 목적을 두고 있다.

(2) 연혁

서울시립아동상담치료센터는 서울시에서 샬트르성바오로수녀회 서울관구(천주교 쉔뿔수도원 유지재단)에 위탁운영 하도록 하여 1988년 4월 13일 개관하였다. 이후 1988년 부모교육 프로그램, 1989년 놀푸른교실, 희망교실, 1993년 새싹교실, 부모교육 프로그램, 1995년 열린교실, 1997년 또래교실, 1998년 사회적응훈련프로그램 등 문제행동아동을 위한 다양한 프로그램을 개설하면서 이 분야의 선도적인 기관으로 자리매김 하였다. 2000년에 들어서는 현재

서울시립아동상담치료센터의 핵심적인 프로그램으로 자리 잡은 치료공동체 프로그램이 도입되었다. 2000년 서울시동부아동학대예방센터 개설(명칭변경 2006. 4이후 동부아동보호전문기관) 하였고, 2001년 장기보호아동을 위한 그룹홈(다예방)을 개설하였다. 2003년에는 입소 기간동안의 학적 유지를 위해 중등과정 대안학교인 동부나우리학교를 개설하였다. 2008년 서울시립동부아동상담소에서 서울시립아동상담치료센터로 명칭을 변경하고 상담치료기관으로서의 정체성을 더욱 확고히 하였다. 이상에서 살펴본 바와 같이 서울시립아동상담치료센터는 2000년대에 들어서 아동보호전문기관, 그룹홈, 대안학교 등 환경적 요구와 필요에 따라 다기능화 하면서 확대되었다.

(3) 입소대상

① 아동상담센터

서울시립아동상담치료센터의 아동상담센터는 8세 이상의 가출, 도벽, 약물남용, 허언, 컴퓨터 중독, 학교부적응 등의 비행의 문제행동을 보이는 아동과 청소년, 그들의 가족이나 정규 학교에서의 부적응으로 대안교육이 필요한 청소년에게 전문적인 상담 치료 및 일시보호와 교육을 실시한다. 이밖에도 0세~18세 이하의 아동보호전문기관에서 의뢰하는 피학대 아동 및 청소년, 그들의 가족과 3세~18세 이하의 정서장애, 적응장애를 보이는 아동 및 그들의 가족에게도 다양한 접근 방법의 심리 치료 및 상담과 교육을 실시하여 이들의 문제행동, 정서적인 어려움을 해결하며 정상적인 발달을 할 수 있도록 돕는다.

② 아동보호전문기관

서울특별시동부아동보호전문기관은 반복적인 상처와 부상을 입거나 근친상간, 매춘 등의 성폭력을 당하는 아동, 부모로부터 언어적, 정신적 폭력을 당하거나 버림받고 외면당해 적절한 사랑의 결핍으로 정서적 장애를 겪고 있는 아동, 또는 유해한 환경에서 비도덕적으로 노동에 이용당하는 아동 등을 대상으로 아동을 위한 각종 상담치료를 제공하며 학대가 일어나는 가족 및 부모에게도 상담 및 교육 서비스를 제공하고 있다.

(4) 주요기능

서울시립아동상담치료센터는 학대아동 및 문제행동아동에 대한 일시보호와 장기보호치료, 전문적인 상담치료기능을 수행한다.

① 아동상담센터의 기능

상담센터에 의뢰되는 아동 및 가족을 대상으로 다양한 상담치료, 예방 및 연구 등을 수행한다. 놀이치료, 모래 놀이 치료, 행동 수정, 미술치료, 음악 치료, 가족 치료, 과제 중심모델, 부모 교육(STEP)등 다양한 심리치료 및 상담, 교육을 실시하여 이들의 문제 행동과 정서적인 어려움을 해결하며 정상적인 발달을 돕는다.

② 아동보호치료시설의 기능

사회부적응 아동으로서 보호자가 없거나 친권자나 후견인이 입소를 신청한 아동 또는 구청 경찰서 등의 행정기관에서 보호 위탁된 아동을 입소시켜 그들을 선도하며 건전한 사회인으로 육성하는 치료적 공동체로서의 기능을 한다.

③ 아동일시보호시설의 기능

보호자의 부재로 보호가 필요한 아동이나 가출부랑, 도벽, 약물 남용 등의 위기 상황에 있어 판정회의 과정을 기다릴 여유가 없는 경우 또는 아동 학대 등으로 양육환경이 부적절할 때 아동을 일시 보호하고 아동에 대한 향후의 양육대책 수립 및 보호 조치를 한다.

가. 입소 생활관

행정기관, 경찰 및 사법기관을 통해 의뢰된 비행문제를 보이는 아동을 일시 보호한다. 또한 피학대 아동을 가족으로부터 분리하여 일시보호 한다.

나. 동부 그룹홈(다예방, 다쉼방, 다정방)

장기적인 보호 및 상담치료가 필요한 아동들을 그룹홈에 입소, 장기보호 한다. 단 상담소의 상담치료 서비스를 제공한다.

④ 학대아동보호사업으로서의 아동학대예방의 기능

학대아동의 발견, 보호, 치료의뢰를 수행하며 아동을 학대로부터 보호하고 아동의 권익을 최우선으로 하는 사회적 인식 및 분위기를 조성하고 학대받는 아동의 발견·보호·치료 및 신고의무자에 대한 교육, 아동학대 행위자 가정조사·상담 및 교육 등 전문적인 상담 및 교육을 통해 아동학대예방의 기능을 한다.

가. 신고사례접수

학대신고 긴급전화(국번없이 129)를 24시간 운영하며 피학대 아동사례에 대하여 전화, 중앙 또는 해당 지방아동보호전문기관의 전자우편, 방문 및 서신을 통하여 접수하고 아동학대 사례로서의 적합성 여부와 사례의 위급성을 판단한다.

나. 현장조사

전화 접수된 사례의 아동학대 현장을 방문 조사하고 위기 사정을 한다. 필요할 경우 경찰이나 사법기관과의 협조를 취한다.

다. 사례관별

무혐의 사례, 부적절한 사례를 분류하고 아동보호전문기관의 개입(응급아동학대사례 및 단순아동학대사례) 또는 고소 및 사법절차를 요하는 경우 분류하여 적절한 개입을 결정한다.

⑤ 중등과정 위탁형 대안학교 기능

초·중등교육법 제 28조, 초·중등교육법기행령 제 54조에 의거 정규학교에의 적응이 어려운 청소년에게 입소하여 정규교과 및 대안교과(치료공동체교육)를 학습하는 기회를 제공함으로써 유해환경으로부터 보호하고 중등과정을 이수하여 상급 학교로 진학, 사회에 적응할 수 있도록 한다.

⑥ 전문가 양성 기능

관련기관 종사자, 상담 및 교육에 관심 있는 자를 대상으로 모래놀이치료, 치료공동체, 건강한 가족공동체 등 다양한 상담기법 등에 대한 이론과 실제교육, 세미나 개최를 실시함으로써 전문 인력을 양성하는 기능을 한다.

2) 시설 현황

서울시 동대문구 장안2동 329-1번지에 위치한 서울시립아동상담치료센터는 1988년 4월 13일 개관하여 샬트르 성바오로 수녀회 서울관구(천주교썬뿔수도원유지재단법인)이 서울시로부터 위탁받아 운영하고 있다. 대지 3,306㎡, 건물 2,808.30㎡(지하 1층, 지상 3층) 규모의 본관과 대지 3,306㎡, 건물 1,676.76㎡(지하 1층, 지상 2층) 규모의 별관으로 이루어져 있는데 특히 모래놀이실, 음악치료실, 미술치료실, 심리검사실, 관찰실, 집단상담실, 상담 치료실 등을 갖추어 전문적인 치료와 상담이 가능하다.

Ⅲ 표 Ⅲ-1-3 서울시립아동상담치료센터 본관 및 별관 시설 현황

본 관	3층	생활관 1~8관, 식당, 주방, 세면실, 휴게실 등
	2층	놀이실 1~2, 학습실 1~6, 관찰실, 집단상담실, 컴퓨터실, 도서실, 시청각실 등
	1층	모래놀이실, 상담실 1~2, 심리검사실 등
	지하	모래놀이실, 음악치료실, 미술치료실, 놀이실, 집단치료실 등
별 관	2층	상담실 1~2, 상담치료실, 학습실 1~4, 강당 등
	1층	상담실 1~4, 아동보호전문기관, 강당 등
	지하	집단상담실, 제빵실 등

3) 조직 현황

서울시립아동상담치료센터는 총 1국, 1실, 5개의 과(총무과, 상담치료과, 아동교육과, 청소년교육과, 아동보호전문기관)와 청소년 자활센터, 그리고 부설기관(동부그룹홈 : 다예방, 다솜방, 다정방)으로 이루어지며 2008년 현재 46명의 직원이 근무하고 있다.

(1) 직원 구성

이 곳에서 근무하는 전체 46명의 직원 중에는 센터를 총괄하는 소장과 사무국장 및 5개 과의 과장 외에도 전문적인 상담을 진행하는 상담원이 16명(실장 및 팀장포함)이 있으며 이는 전체 직원의 약 35%에 달하는 비율이다. 이 밖에도 간호사와 영양사가 각 1명, 생활교사가 10명 근무하며 아동을 위한 상담 치료 및 보호가 안정적이고 전문적으로 수행될 수 있도록 역할하고 있다.

Ⅲ 표 Ⅲ-1-4 서울시립아동상담치료센터 직원 구성 현황

구 분	계	소장	사무 국장	상담 치료실장	과장	상담원 (팀장포함)	간호사 (팀장)	영양사	생활 교사	기능직
정 원	46	1	1	1	5	15	1	1	10	11
현 원	46	1	1	1	5	15	1	1	10	11

(2) 조직원 전문성

문제행동아동과 피학대 아동에 대한 상담과 심리 치료 및 일시보호를 수행하는 기관의 특성상 대상과 기관의 목표에 대한 조직원들의 이해와 몰입이 중요하다 할 수 있다. 서울특별시

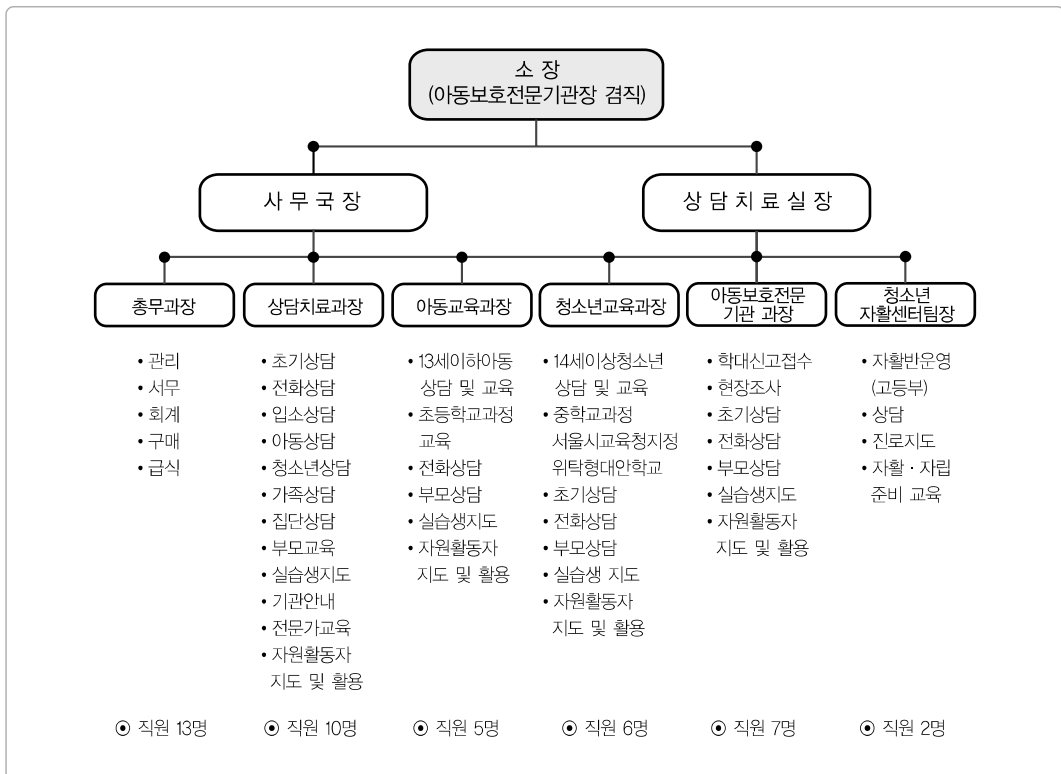
립아동상담치료센터의 직원들은 사회복지사 14명, 모래놀이치료사 14명, 놀이 치료사 14명을 비롯하여 치료 공동체 전문가 13명, 약물 상담 전문가 10명, 아동학대전문상담원, 성폭력상담원 등으로 구성되어 상기 분야에 관한 전문성을 보유하고 있다.

표 Ⅲ-1-5 서울시립아동상담치료센터 직원 전문성 현황

구 분 (중복가능)	사회복지사	모래놀이 치료관련	놀이치료 관련	미술치료 관련	약물상담 전문가	치료공동체	건강한가족 공동체	성폭력 상담원	아동학대 전문상담원
인 원	14	15	20	3	10	13	13	1	1

(3) 조직도

서울시립아동상담치료센터는 1국, 1실, 5개과로 이루어져 있으며 전문분야와 대상 별로 총 무과, 상담치료과, 아동교육과, 청소년교육과, 아동보호전문기관으로 나뉘어 지며 청소년자활 센터와 부설기관인 동부 그룹홈으로 구성된다.



〈그림 Ⅲ-1-1〉 서울시립아동상담치료센터 조직도

4) 아동 현황

(1) 아동 현황

2008년 1월 현재 상담센터를 이용하고 있는 아동은 총 132명이며 남자아동이 102명, 여자아동이 30명이다. 13세 이하의 아동이 67명으로 전체의 약 50%를 차지하며 58명의 중학생과 7명의 고등학생에게 서비스를 제공하고 있다.

표 Ⅲ-1-6 서울시립아동상담치료센터 연령별 아동 현황

(2008. 1월)

구 분	연 령 별			
	계	초등학생	중학생	고등학생
계	132	67	58	7
남	102	49	46	7
여	30	18	12	-

(2) 문제유형별 아동 현황

서울특별시립아동상담치료센터의 입소 및 그룹홈 아동들의 문제 유형을 살펴보면 가출, 도벽문제와 아동 학대에 따른 요보호 아동의 수가 다른 문제를 가진 아동 수에 비해 상당함을 알 수 있다. 상담센터와 보호기관은 의뢰된 아동과 가족의 문제 유형에 맞추어 다양한 상담 치료와 교육을 적용하며 치료적 공동체로서 이들을 건전한 사회인으로 육성하고 아동에 대한 향후의 양육대책 수립 및 보호조치를 한다.

표 Ⅲ-1-7 서울시립아동상담치료센터 문제 행동별 아동 현황

(단위 : 명)

문제유형 \ 년도	2005년도	2006년도	2007년도
가 출 도 벽	179	166	126
약 물 남 용	2	-	1
학 교 부 적 응	42	65	57
아 동 학 대	97	104	105
폭 력	11	10	11
성 폭 력	-	-	1
정 서	1	2	3
일 시 보 호	1	7	7
총 계	333	354	311

5) 예산

2008년도 예산을 기준으로 하여 예산총액은 약21억(2,147,125,000원)이고, 이 가운데, 인건비가 1,541,398,000원, 관리운영비는 605,727,000원이다.

6) 주요 사업

(1) 아동상담센터 프로그램

① 상담적 접근

상담적 접근이란 상담 치료를 필요로 하는 아동을 대상으로 다양한 접근 방법의 심리 치료 및 상담을 실시하는 것으로, 아동의 문제행동과 정서적인 어려움을 해결하며 정상적인 발달을 할 수 있도록 함에 그 목적을 두고 있다.

8세 이상의 가출, 도벽, 약물남용, 허언, 학교 부적응 등의 문제 행동을 보이는 아동과 청소년, 그들의 가족, 또는 0~18세 이하의 아동 보호 전문기관에서 의뢰하는 피학대 아동 및 청소년, 그들의 가족을 대상으로 한다. 입소 상담을 통해 비행의 문제 아동이나 부모로부터 학대 받아 더 이상 가정에서 보호될 수 없는 아동들에게 24시간 보호되면 짜여진 프로그램 및 교육과 개입을 통해 심리적으로 이완되고 자신의 문제를 되돌아 보며 다양한 자극과 발전을 도모하며 문제 행동, 학대 및 자녀양육에 따르는 어려움에 대해 전화 및 접수 상담 실시한다. 또한 심리 검사를 통해 개인의 다양한 심리적 속성(지능, 적성, 성격 특성, 발달 상황 등)을 평가, 진단하여 상담 진행에 있어 유용한 정보를 제공한다.

② 교육적 접근

교육적 접근이란 문제행동을 보이거나 학대를 받은 아동들에게 인성 교육을 포함한 교육 활동을 제공하여 전인적인 성장을 할 수 있도록 돕는 활동을 말하며 상담 치료를 필요로 하는 아동을 대상으로 다양한 접근 방법의 심리 치료 및 상담을 실시하여 문제행동, 정서적인 어려움을 해결하며 정상적인 발달을 할 수 있도록 함에 그 목적을 두고 있다. 이는 아동의 성장발달단계를 고려하여 아동 교육과 청소년 교육으로 나뉘어 진다.

가. 아동교육

13세 이하 미취학/초등학교 과정 입소 아동으로 문제 행동을 보이거나 가정 사정으로 일시적인 보호가 필요한 아동, 또는 학대를 받아 집에서 분리되어 보호받거나 심리적 외상을 가진

아동을 대상으로 한다. 이 때 일상 생활 적용을 통한 경험학습을 중심으로 하여 통합교육을 실시하고 유치부 및 1학년 과정 1학급, 2-3학년 과정 1학급, 4-5학년 과정 1학급, 6학년 과정 1학급, 정규 학교 적응 과정 2학급으로 운영된다. 국어, 수학, 사회 과목을 비롯하여 인성 교육(치료공동체교육), 현장 학습(문화/예술현장 교육)을 실시한다.

나. 청소년 교육

14세 ~18세 이하 중 고등학교 과정 입소 청소년으로 가출, 약물남용, 도박, 폭력, 인터넷 중독 등의 비행문제로 등교가 어려운 학생, 가정의 위기상황과 기타의 사유로 거주지가 부재하여 비행환경에 빠질 우려가 있는 학생 또는 아동 학대로 인하여 가정으로부터 분리되어 보호 중인 청소년을 대상으로 한다. 입소 청소년의 학적 유지를 위해 중등과정 위탁형 대안학교를 운영하고 있으며 방송통신고등학교와 연계하여 중학 과정 학년별 3학급, 검정 고시 및 사회복귀 준비를 위한 1학급을 개설하고 있다. 대안학교에서는 보통 교과 7과목(국어, 영어, 수학, 사회, 과학, 도덕, 미술)과 더불어 대안 교과(치료 공동체 교육), 방송통신 고등학교 초/중/고 과정 검정고시 준비, 직업 자활 프로그램 등을 함께 운영하고 있다.

③ 치료 공동체적 접근

치료 공동체적 접근이란 나우리 철학에 기초 하여 안정적인 치료적인 생활 환경을 제공하여 입소 아동들의 일상적인 문제를 포함한 다양한 심리 사회적, 기능적인 변화와 성숙을 도모하는 접근 방식이다. 입소 아동 및 청소년을 대상으로 이들이 가지는 일상적인 문제를 포함하여 다양한 심리 사회적, 기능적인 문제에 대해 파악하고 이를 보완하기 위해 비슷한 처지에 있는 아동들로 공동체를 구성하여 서로를 존중하는 생활 속에서 변화와 성숙을 이룰 수 있도록 구조화 된 프로그램이다. 입소/예비교육 단계, 초기 핵심 치료 단계, 핵심 치료 단계, 사회복귀와 사후지도 단계로 구성되며 세부 프로그램은 다음과 같다.

표 III -1-8 서울시립아동상담치료센터 치료 공동체 세부 프로그램

프로그램	내 용
아침모임	하루 중 첫 공동체 모임으로, 일과가 논의되고 잘못된 점 지적, 잘된 것에 대한 칭찬, 글 인용, 시 낭송, 세상소식 전하기, 장기자랑 발표로 구성되어 있다. 이 모임은 월요일부터 금요일까지 매일 아침에 있으며 집단원 전체가 모여 좋은 느낌으로 하루를 긍정적으로 시작하고자 함을 목적으로 한다.
정규집단	동일한 상담원에게 상담을 받는 10명 내외의 구성원들로 이루어진 집단이다. 각 구성원은 지금, 현재 공동체 안에서 나타나는 다양한 문제와 내면의 문제에 대해 집단에서 함께 얘기하며 집단상호 간의 역동성에 의해 운영된다. 주 1회 1시간 정기적으로 운영된다.

프로그램	내 용
참만남 집단	공동체 성원 간에 느끼는 다양한 감정(격정, 분노, 서운함 등)에 대해 솔직하게 함께 나누는 시간이다. 공동체에 안전한 가치관을 조성하고, 직무에 따른 권위의 남용을 막으며, 거울효과를 도모하고, 투사기제를 확인하며, 진실을 보게 하고, 개인적 힘을 발견하게 하며, 자기주장과 같은 개인적 성장을 도모함을 목적으로 한다. 주 1-2회 팀별, 지위별, 공동체 전체 등 다양한 집단 형식으로 운영된다.
세미나	공동체의 철학과 생활철학에 대한 교육, 다양한 문화적, 지적 욕구를 해결해 줄 수 있는 열린 공간이다. 전체, 학급별, 연령별, 성별 등 다양한 집단 형식과 다양한 주제로 운영된다. 주 4회 이상 운영된다.
저녁 모임	하루일과를 되돌아보며 기억해야 할 사항이나 공동체와 함께 나누고 싶은 것에 대해 얘기하는 하루의 마감 프로그램이다. 자유스러운 분위기에서 자기 자신에 칭찬하고 싶은 일에 대해서 주로 이야기를 하도록 한다. 월요일부터 금요일까지 매일 저녁 운영된다.
역할 수행	각자의 역할수행을 통해 지속적으로 책임감을 갖음을 배우고, 능률적으로 역할을 수행하는 기술적인 습득 뿐 아니라 심리적 성숙과 자기신뢰, 성취감까지 습득하게 할 수 있다. 주 3-7회 각자의 역할에 따라 달리 운영된다.
조직구조	치료공동체 전체를 둘러싸고 있는 철학, 생활철학, 규범, 규칙 등의 정신을 바탕으로 개인의 사고, 행동, 감정의 변화를 유도하기 위한 체계적이고 구조적인 틀을 가지고 있다. 또한 각 개인은 자신의 유능감을 발견하고 발전시켜 나가는 행동을 보이거나 올바르게 못한 행동에 대해서 보다 긍정적인 행동으로 변화시켜 나가는 모습의 정도에 따라 6단계(새로미, 나무미, 바르미, 도우미, 세우미, 이끄미)로 구성하여 생활을 한다.
가족모임	입소자의 가족 간 자조적인 모임이다. 가족모임을 통해 입소자와의 관계회복뿐만 아니라 가족 구성원 상호 간의 지지체계를 형성한다.
공동체 역할	공동체 운영을 위해 시설관리, 환경관리, 행사관리, 세탁관리, 식당관리, 정원관리의 6개 부서에서 각자의 역할을 담당하며 책임과 의무를 익힌다.
기타	대화하기(Talking to) : 스텝 혹은 이끄미나 세우미가 부정적인 행위나 태도에 대해 주의를 주는 것을 말한다. 대개 다른 징계 수단이 취해지기 전 경고하는 역할을 한다. 또래법정(Hair-cut) : 직원이나 함께 일하는 삶이 부정적인 태도나 행동을 지적하면서 또래집단과 함께 큰 소리로 징계하기, 부수적인 사건을 자세히 조사하여 무엇이 잘못되었고 어떤 변화가 있어야 하는지 알 수 있도록 돕는다. 경험학습(Learning Experience) : 거주자가 심사 사건(약물사용, 폭력행사, 이성간의 문제, 가출)에 관여 되었을 때 경험학습을 하게 된다. 경험학습은 그 사건의 심각성에 따라 결정된다. General Meeting : 치료공동체에서 위기를 초래한 아동을 징계할 것인지 말 것인지를 결정하는 모임이다. House Meeting : 치료공동체에서 긴급 등을 공표 하는 등 구성원에게 공동체와 관계된 중요한 역할을 알려주기 위한 모임이다.

(2) 서울특별시동부아동보호전문기관 프로그램

서울특별시동부아동보호전문기관은 심리검사, 심리 치료 및 예방 교육을 통해 아동과 가족의 문제 해결과 올바른 성장을 도모한다.

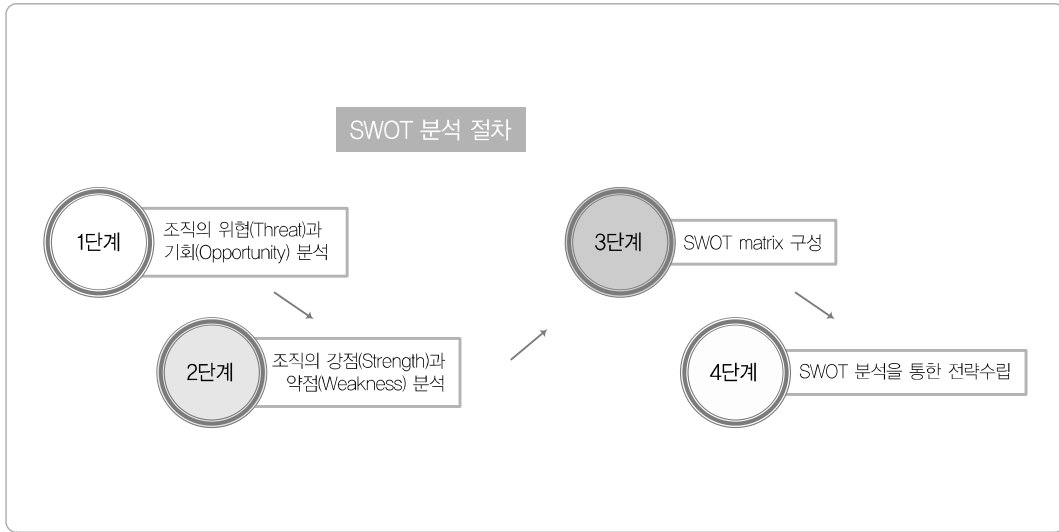
표 III-1-9 서울특별시동부아동보호전문기관 프로그램

구 분	내 용
심리검사	•피학대 아동 심리 검사 학대 아동의 전반적인 심리 검사를 실시하여 문제와 관련된 원인을 찾는다. (지능검사, 발달검사, 적성 및 학력검사, 성격검사, 신경심리검사)
심리 치료	•피학대아동 심리 치료 다양한 방식의 치료를 통해 아동이 자연스럽게 학대나 방임으로 인한 내적인 문제를 표현하고 발산하게 하면서 치료한다. 학대로 인한 신체적, 심리적 손상이 있는 경우 협력기관을 맺은 병원의 담당전문의를 통해 약물치료도 실시한다.(모래놀이치료, 놀이 치료, 미술치료, 음악치료, 통합예술치료, 집단상담, 약물 치료 등) •학대 행위자, 부모 프로그램 1. 학대자 교육 학대자의 개인의 문제를 개선하여 재학대 발생을 예방하고 학대의 문제에 대한 통찰과 적절한 부모 자녀관계를 가질 수 있도록 돕는다. 알코올이나 정신과적인 문제가 심각한 경우 알코올, 입원치료 프로그램을 제공한다. 2. 부모프로그램 부모상담, 부모교육, 사후관리, 가족 상담 등을 통해 가족 환경을 개선하고 재학대 발생을 예방한다.
예방 교육	•아동 및 일반인 대상 예방 교육 아동 학대와 아동 학대예방사업에 대한 이해를 넓히고 참여를 독려하기 위해 예방 교육을 실시한다. 대 학생, 직장인, 예비 부모를 대상으로 올바른 양육방법과 부모 역할 및 부모-아동관계 맺기에 관한 교육을 실시한다. 교사, 시설 종사자 및 의료인과 사회복지기관관련종사자 및 경찰 공무원을 대상으로 신고 의무자 교육을 실시하며 지킴이단 발족 및 아동 학대 예방 세미나를 개최하여 아동학대 사례를 조기에 발견하고 예방하는 사업을 효과적으로 전개하고자 한다.

제2절 서울시 위탁 아동복지시설에 대한 SWOT 분석

1. 분석틀

본 연구는 서울시립소년의집과 서울특별시립아동상담치료센터(구 동부아동상담소)의 현황 및 조직자원을 분석하고 향후 발전방향을 제시하고자 기관 서면자료, 현장방문, 포커스그룹 인터뷰(focus group interview), 전문가 인터뷰, 아동·청소년 관련기관 종사자 설문 등의 다양한 방법을 통해 자료를 수집하고 분석하였다. 특히, 아동·청소년 복지패러다임의 변화에 대응하여 기관의 방향성과 기능을 재정립하기 위해 포커스그룹 및 전문가 인터뷰가 수행되었고, 실무현장과 학계의 의견이 수렴되었다. 포커스그룹 인터뷰를 통해 기관의 문제점이 파악되었고 전문가 인터뷰를 통해 기관의 문제점과 향후 방향성이 논의되었다. 포커스그룹 인터뷰는 SWOT 분석을 통해 분석되었다.



〈그림 III-2-1〉 SWOT 분석 절차

SWOT 분석은 기관의 목적을 달성하는데 있어 핵심적인 프로그램이나 가용자원 등 조직 내외부의 요인을 파악하는 것으로, 조직의 내적인 면을 분석하는 강점(Strength)/약점(Weakness) 분석과 외적 환경을 분석하는 기회(Opportunity)/위협(Threat)⁴⁰⁾ 분석으로 나뉜다. 강점과 기회를 통해서는 조직의 긍정적인 면을 분석할 수 있고, 반대로 약점과 위협을 통해 조직에 위협을 불러오는 원인을 분석할 수 있다(Allison & Kaye, 1997). 일단 조직의 강점, 약점, 기회, 위협이 분석되면 이를 토대로 조직의 기회를 활용하기 위해 강점을 사용하는 강점/기회(S/O)전략, 위협을 회피하거나 최소화하기 위해 강점을 사용하는 강점/위협(S/T)전략, 위협을 회피하고 약점을 최소화하는 약점/위협(W/T)전략, 약점을 극복함으로써 조직의 기회를 활용하는 약점/기회(W/O)전략을 도출할 수 있다(Armstrong, 1982; Hill & Westbrook, 1997)

2. 자료수집 절차 및 방법

서울시립소년의집의 1차 포커스그룹 인터뷰는 2008년 6월 17일에 기관의 중간관리자급 이

40) 강점(Strength)은 조직의 목적을 달성하는데 있어 긍정적인 내부 특성
 약점(Weakness)은 조직의 목적을 달성하는데 있어 부정적으로 작용하는 내부 특성
 기회(Opportunity)는 조직의 생존과 발전에 도움이 되는 외부 특성
 위협(Threat)은 조직 생존과 발전에 위기를 가져오는 외부 특성

상 실무자 총 6명을 대상으로 수행되었고, 2차 포커스그룹 인터뷰는 2008년 8월 6일에 서울시의 담당공무원(과장, 팀장), 서울시립소년의집의 관리자, 중간관리자, 운영위원들을 대상으로 실시하였다. 서울특별시립아동상담치료센터의 1차 포커스그룹 인터뷰는 2008년 6월 19일에 아동상담치료센터(구 동부아동상담소)와 아동보호전문기관의 중간관리지급 이상 실무자를 대상으로 수행되었고, 2차 포커스그룹 인터뷰는 2008년 8월 6일에 서울시 담당공무원(과장, 팀장), 동부아동상담소의 시설장 및 중간관리자를 대상으로 이루어졌다.

표 Ⅲ-2-1 서울시립소년의집 FGI 참여자 및 주제

	참 여 자			주 제
1차	1부	실무자 그룹	사무국장, 사회복지실 과장, 총무부 과장, 생활복지사(총4명)	기관의 미션, 비전, 업무내용, 중장기계획
	2부	수녀님 그룹	시설장, 부시설장, 전 시설장, 재단담당 수녀(총4명)	
2차	서울시 아동정책담당 과장, 팀장, 담당주임, 서울시립소년의집 운영위원장, 운영위원, 부 시설장, 총무부 과장(총7명)			기관의 향후 방향성

1차 포커스그룹 인터뷰에서는 기관의 미션, 비전, 업무내용, 중장기계획 등에 대한 논의가 이루어졌고, 2차 포커스그룹 인터뷰에서는 주로 기관의 향후 방향성에 대한 논의가 이루어졌다.

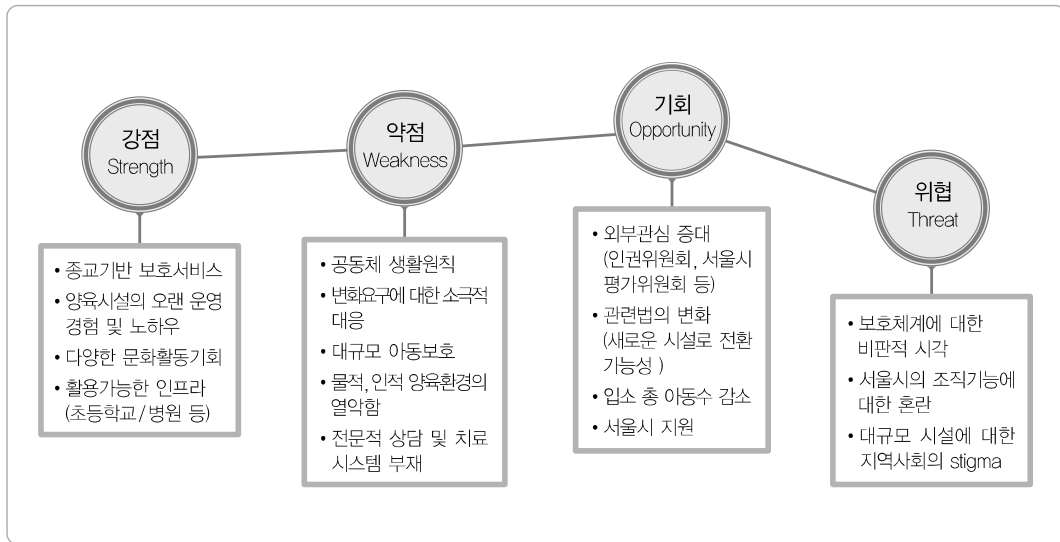
표 Ⅲ-2-2 서울시립아동상담치료센터 FGI 참여자 및 주제

	참 여 자			주 제
1차	1부	아동상담치료센터 실무자 그룹	청소년 교육과장, 아동 교육과장, 상담과장(총 3명)	기관의 미션, 비전, 업무내용, 중장기계획
	2부	아동보호전문기관 실무자 그룹	아동보호전문기관 과장, 교육홍보 팀장, 상담팀장 (총 3명)	
2차	서울시 아동정책담당 과장, 팀장, 서울시립아동상담치료센터 소장, 상담과장(총4명)			기관의 향후 방향성

3. 분석결과

1) 서울시립소년의집

(1) 서울시립소년의집 SWOT 분석



〈그림 III-2-2〉 소년의집 SWOT 분석

① 강점(Strength)

● 종교기반 보호서비스 제공

서울시립소년의집의 운영재단인 마리아 수녀회의 미션은 사회에서 가장 도움이 필요한 사람들을 돌보는 것이다. 이러한 종교적 사명의 영향으로 일부 아동양육시설에서 입소를 기피하거나 거부하는 신체·정서적 문제를 가진 장애아동까지도 입소시켜왔고, 입소아동들에게 성직자의 마음으로 최선을 다해 보호서비스를 제공해왔다.

수도자들이 돌볼 때에는 사실 굉장히 피붙이 같이 자식처럼 생각하는 그런 마음이 있다. 실제로 아이들을 양육할 수 있는 첫 번째 조건은 부모처럼 돌보는 것. 부모는 이 아이가 좋게 생각하기를 바라지 그 아이가 잘못되는 것을 바라진 않는다. (중략) 아주 작은 단위 편리한 시설도 필요하지만 마음으로서의 양육의 필요성이 가장 중요. 물론 옛날에 우리가 잘 할 때도 시설은 불편했더라도 사랑으로 극복 그래서 애들도 잘 자랐던 것임. 큰 집이나 많은 숫자의 아동을 초월할 수 있는 그런 양육환경을 제공할 수 있다고 생각하고 양육했음. -1차 수녀님

미혼모아이인 신생아부터 자란 애들일 경우 가족 분위기 최대한 유지. 수녀님이 계속 한 분이 맡으시면 변화 없이 유치원생까지 지낸다. 양육자가 변하지 않기에 아이들이 잘 적응하는 편. 유치원 생활에서 학교생활로 변할 때 일반아동도 변화가 큰데 우리 애들한테는 더 큼. 일단 가정이라는 것, 등에서 업고 자라고, 같이 먹고, 같이 목욕시키고 자라다가... -1차 실무자

최고 중요한 것은 아이들. 상처 받지 않고 행복하게 독립적으로 살아갈 수 있는 그 나이까지 안전하게 편안하게 이런 불안감 만들지 않고 클 수 있는가, 그게 바로 인권을 소중히 생각하는 것. -1차 수녀님

서울시립소년의집 특성상, 선별을 해서 받지 않고 다 받다보니까 비율이 13명 중에 한 세 명. 8명 중에 한명, 좀 많다고 봐야 한다. (중략) 장애를 처음부터 안고 들어오는 경우가 많아짐. 경계선급 아동이나 정서아동이 많은 부분도 있고, 정신지체를 가진 아이들이 많이 있다. 알폰소반은 그 반 전체가 정신지체 약을 먹고 있음. 그 아이들이 일부 아동장애시설로 전원의뢰가 들어간다 하더라도 그 쪽자체가 정원이 차 있어서 어느 정도 대기상태에 있다.

(중략)전체 926명 중 30~40%는 경계선급, 정신지체 아동. (중략) (그러나) 지체장애는 없고 정신지체 3급, 정신장애가 많은데 그 아이들 일부 전원을 시켰는데도 아직도 장애인증이 있는 아이들이 25명 정도. (중략) 정서장애랑 경계선급 아동이 많아서... 경계선급이라고 해도 아이들 마다 천차만별이라 좀 더 신경써주면 아이가 더 좋아질 것 같은데 꼭 그거를 장애인으로 만들어야 만 하는가라는 고민. 안에서는 아이들에게 미술치료랑 언어치료 지원을 해주고 있는데 치료대상 아이들은 많은 데 선생님도 한 분. (중략) 체킹리스트에서 85점이 나오지 못하면. 그리고 생활하다 보면 나타남. 단순함. 학습이 기본적인 것은 되는 데 사고력이 전혀 안 됨. 느린 아동이 있고 안 되는 아동이 있다. 느린 애들은 끌고 갈 수 있다. 경계선급 아이는 안 된다. -1차 실무자

transition 변화전략

성직자의 마음으로 30여년에 걸쳐 보호서비스를 제공하며, 일반아동과의 공동생활이 어려워 일부 양육시설에서 입소를 꺼리는 아동들도 수용하였다. 그러한 아동일수록 더 많은 관심과 치료 등이 요구되는 경우가 많기 때문에(경계선급 아동, 정서행동적 어려움이 있는 아동 등), 양육서비스와 함께 상담프로그램이나 기타 치료프로그램이 제공되어야 한다. 실제로도 총 1000여명의 입소아동 중 약 30~40%의 아이들이 정서행동적 어려움을 보이고 있어 이들에 대해 보다 전문적인 서비스를 제공해야 할 것이다.

● 양육시설의 오랜 운영경험 및 노하우

또 다른 강점은 30여년간의 아동양육시설 운영경험과 노하우라 할 수 있다. 오랜 아동양육시설의 경험에서 정서·행동적 어려움이 있는 아동들에 대한 특별하고 세심한 서비스가 필요하다는 것을 체득하면서 보호치료 서비스 기능을 추가하는 형태로 조직의 방향성을 정립하고 있다.

서울시에서 가장 잘 알 것 같은데, 서울시립소년의집 그렇게 오랫동안 위탁을 줘서 해야 했던 가장 필요한 요건은 거기뿐이 할 수 없는 것들이 있었거든요. 예를 들면 보호가 필요한 아동이라 할 때 사실은 부모들이 데려온 아이들이 정상적인 아이라기보다는 정서장애도 있고 질병을 가진 아이들이 많아요. 병원에서 치료를 다 받아서 시설에 가기 전에는 나름대로 건강검진을 다 해서 거기서 치료를 한 다음에 보내지만, 사실 어린애들은 진료를 해서 건강을 찾아낼 수가 없어요. 그런 애들을 서울시립소년의집에서 감당을 다 해 준거다. 첫 번째 말씀하셨듯이 어느 시설에서 감당 못할 애들이 거기로 다 간 거야. 저는 거기가 있는 동안에 하나도 정상 아이들을 본 적이 없다. 왜냐면 서울시립소년의집이 하도 애가 늘어나는데 정상 아이까지 보내면 너무 많으니까 항상 힘들고 어렵고 꼭 치료를 병원에 입원해서 해야 되고 그래서 여기는 서울시립소년의집에서 있다가 장애시설로 가는 애들이 많아요. 죽는 애들도 있고, 하나의 애를 위해서 들어가는 에너지라든지 거기에 들어가는 비용들이 인력이라든지 그런 것을 가지고 있는 곳이 여기밖에 없습니다. -2차 서울시

가장 어려운 자를 돕는 것이 우리 수도원의 목적인데 특성화를 하더라도 도움이 필요한자. 더 어려운 자를 위한 학교가 되었으면 좋겠음. 전문적으로 아이들의 아픈 상처를 만져주기 위한 역할을 하기 위해 신앙적으로도 하고 여러 가지 양육을 했는데, 지금까지는 충분하지 않았던 것 같다. 상처 보따리를 풀어 놓고 치유 받으며 갈 수 있는 그런 특성화 그런 감정치료를 받을 수 있는 특성화. 체험 공간, 치료를 리닉 이런 것들에 대한 특성화. 그러면 우리가 못해주는 부분을 해소할 수 있지 않을까. -1차 수녀님

transition 변화전략

오랜 운영경험을 통해 터득한 다양한 유형의 아동들에 대한 대처 노하우와 양육기술은 향후 보호치료시설로의 변환과정 속에서 강점이 될 것이다.

● 타 양육시설에 비해 상대적으로 다양한 문화 활동 기회

서울시립소년의집은 대규모 아동양육시설로서 소규모 시설에 비해 상대적으로 많은 전문적 교육기회(예체능 등)가 보호아동들에게 주어졌고, 이를 통해 아동들의 욕구충족과 자부심을 키워주었다는 강점을 갖는다.

대규모이기 때문에 가능한 것도 무척 많다. 아동들에게 어떠한 기회들이 주어지는 가를 보시면 소규모들이 꿈을 꿀 수 없는 것들을 다 하고 있거든요, 교육의 기회도 그렇고 활동하는 것도 그렇고, 예를 들어서 무용단, 오케스트라, 그런 것을 운영하고 있는 곳이 어디 있냐 말입니까. 거기서 아동들이 그저 그냥 뛰어 노는 것뿐만 아니라 자기 내가 상당한 수준까지 갈 수가 있다는 것, 그래서 사회로부터 인정받고 있다는 것. 그것은 아동들한테는 평생 자기 내가 갖고 갈 자부심이라는 거죠. 그런 기회가 주어지고 있는 거예요. 잃은 것도 많지만 얻는 것도 많다는 것. 병원, 학교 이런 얘기도 나왔지만 그래서 대규모 해야 된다는 것은 아니에요. 반드시 저도 소규모 가야 되는 것은 옳은 길인데 그것을 왜 저는 걱정을 하나하면 아시다시피 인권위에서 수녀님들을 완전히 극단적으로 부정적인 면만 부가시켜서 한 그런 보고서를 본 적이 있기 때문에 그건 아니라는 것이죠.

발란스가 있어야 된다는 것. 대중교통 안 가봐서 일반 아동이 경험하지 못하게 한다 이런 식으로 묻고 간다는 것은 문제가 있다. 그런 경험을 했기 때문에 걱정이 되는 것. -2차 실무자

transition 변화전략

서울시립소년의 집에서 보호 중인 아동은 약 1000여명으로 UN 아동위원회, 인권위원회 등 국내외 조직으로부터 아동의 인권보호가 취약하고 양질의 보육서비스를 제공하기 어렵다는 지적을 받아왔다(대한민국 UN아동권리협약 보고서, 전문가 인터뷰, 포커스 그룹 인터뷰). 그러나 대규모이기 때문에 소규모 양육시설이나 그룹홈에서는 제공할 수 없는 기회들이 상대적으로 많아 다양한 문화적 기회를 통해 아동들의 관심의 지평을 넓힐 수 있었다. 향후 100명 수준의 보호치료시설로 전환하는 과정에서도 이러한 기회를 지속적으로 제공함으로써 강점을 유지할 수 있을 것이다.

● 활용가능한 인프라

시설 내에 알로이시오 초등학교, 도티 병원, 수영장, 운동장 등의 시설을 갖추고 있다. 이를 통해 보호 중인 아동에게 초등교육과 의료 서비스를 직접 제공할 수 있다는 강점이 있다. 그러나 알로이시오 초등학교가 지역사회에서 격리되어 오로지 서울시립소년의 집 학생들만이 재학 중이라는 점에서, 이는 강점인 동시에 조직에 대한 위협요인으로도 작용한다.

병원이 있다는 것이 상당히 좋다. 도티병원도 아주 좋은 시설이고 심리적인 치료를 할 수 있는 공간으로 아주 좋은 공간이다. 숲이 있고 넓은 운동장이 있고 학교도 있고 서울에 이만한 여건도 드물다. - 2차 서울시

도티병원을 만들 때 어린이를 위해서 또한 지역부랑인들을 위해서 만들어 졌는데 의료보험증 없으면 갈 수 없는 사람들을 이곳에서는 다 받아준다. 그런 용도와 목적에 따라 운영하고 있다.
- 1차 수녀님

transition 변화전략

현재 도티병원을 제외하고는 다른 시설은 지역사회와 격리되어 운영되고 있다. 초등학교와 기타 시설을 단계적으로 지역사회에 개방함으로써 아동들의 지역사회 통합성을 제고할 수 있을 것이다.

② 약점(Weakness)

● 종교운영주체 특성에 따른 공동체 생활원칙

서울시립소년의 집은 최근 대외적으로 대규모 양육환경에 대한 비판을 받으면서 조직의 변화를

요구받고 있다. 변화에 대응하는 방식에서 운영주체의 약점이 나타나는데, 수녀회가 가지고 있는 공동체 생활 원칙이 양육환경 변화 방향을 결정하는데 결정적 영향을 미치는 것이다.

양육자, 어떤 형태의 양육자가 올 수 있는 가. 수녀님들이 들어가면 저희가 믿을 수 있다. 저희들 에겐 안 맞다. 한 두 팀 정도는 되지만 다 찢어지는 것은 수녀회 목적과 맞지 않다. 공동체 생활이라는 목적. 수녀님들이 24시간 있을 수 없다는 것. 총원장 수녀님도 관리하시는 수녀는 그룹홈에서 잠 잘 수 없다. 좋은 직원을 채용해서 그래 너희 하나씩 맡어. 그러고 관리하는 것이 수도회 미션에 안 맞음. 그러면 우린 다른 일을 했어야 한다. 닦아주고 씻어주고 같이 놀아주고 그런 것이 우리 미션이다. 좋은 양육자를 찾아서 하나씩 맡아서 센터는 우리가 관리해 그게 우리의 미션은 아니다. -1차 수녀님

마리아 수녀회에서 채용된 선생님들이시고 그룹홈만 따로 운영이 되는 것이 아니라 마리아 수녀회 재단이라는 속에 속해 있다면 그 운영을 하는 데에 있어서도 조금 더 다른 방식의 접근이 더 필요하다고 생각이 되기 때문, 어떤 것이 더 좋을지, 운영을 한다면 어떤 식으로 운영을 할지도 고민을 해야 함. 기관이 특수한 재단이다 보니 그런 성향, 방향에 있어서도 떨어져있으면 독립적일 수 있기에 그 분에게 모든 것을 일임하게 돼버리기 때문에...

그룹홈으로 나가는 분들이 있고 안에서 근무하시는 분들로 나뉘지면 그 부분에 있어서도 관리, 연계부분에서 문제. 아무래도 그룹홈으로 나가버리면 시간적인 부분이나 그런 면에서 따로 오시거나 그런 것도 어렵게 되고 전체적으로 하고 있는 것에서 그분만 제외되는 것도 많이 있을 것 같다는 생각이 듭. -1차 실무자

● 외부로부터의 변화요구에 대한 소극적 대응

서울시립소년의집 변화에 대한 운영주체가 보여준 전략은 최소한의 변화 및 점증적인 변화를 추구하고 있다. 대외적으로 이러한 소극적 변화노력에 대한 압박에 대해서 방어적인 태도와 입장을 보이고 있다.

관점이 기존에 해 오셨던 수녀님들의 어떤 운영철학도 있으시고 운영방침이 있는 상황에서 그 틀이 변화가 종교적인 부분이 강하기 때문에 변화의 부분이 더딘 부분이 분명히 있고. 기존에 30, 40년 동안에 운영 시스템 자체를 수정하는 것 자체가 내부적으로 문제는 좀 있을 수 있었음. - 1차 실무자

저 부분이 왜 유지하고 싶어 할까 하는 인상을 받으시는 것처럼. 우리는 왜 자꾸 찢어놓아야 하는가에 대한 답답한 심정. 그래야만 사회와 비슷하게 살아간다 이거죠. 보통 가정의 어린이들과 친구하면서 보통 가정은 이래야 한다는 것을 자연스럽게 익혀야하는 것에는 공감을 하는데, 그렇다고 해서 많은 범죄가 있고 오히려 더 험악하게 사는 집도 있다. 사실 애들은 곱게 자랄 수도 있다. 날마다 술 먹는 집도 있고, 던지는 집도 있으니. -1차 수녀님

지적을 받은 부분은 대형이다, 수를 줄여라, 지역과의 교류가 없다. 우리는 어떡하면 조금이라도 열 수 있는가 그 사람들을 끌어들이고 우리가 끼어들 수 있는가에 대한 것. 사회적으로 시설에 대

한 이해는 여전히 낮음. 어디를 가나 마찰이 있을 듯. 방어한다고 생각할 수도 있지만 아파트도 웅기쭈기 모여 산다. 아이들이 외부와의 연결만 계속 된다면 생활시설이 지역에 나가지 않아도 아파트와 똑 같이 앓나. 그런 선입견을 깨자. -1차 수녀님

시설들이 2012년 대규모 시설을 모두 없앤다는 전제하여 많은 것들이 이뤄지고 있는데, 사실은 우리나라의 특성상 그렇게 소규모는 곤란할 것 같고 복지부에서도 시설 안에 소규모 형태의 그룹홈 형태 리모델링이 돼야 되지 않겠나. 예를 들어 SOS처럼 시설의 그룹홈화. 하나하나 집이 따로 아파트 떨어져서 집이 아니라 단지 시설 안에 있으면서 그룹홈을 이루는 그런 단계적인 것이 되어야 되지. 저희가 소규모라고 해서 별안간 그룹홈의 형태가 밖으로 나가서 갑자기 흩어진다. 그런 시스템은 조금 전 아닌 것 같다. - 2차 서울시

transition 변화전략

이상적으로는 소규모 시설의 장점과 당위성에 대해 이해하고 있지만 현재 1000여명이나 되는 아동들을 갑자기 줄이는 것은 현실적으로 쉽지않고, 과거 30여년 넘게 고수해온 운영방법을 바꾸는 것도 쉽지 않을 것이다. 따라서 변화는 점진적으로 다단계로 걸쳐 진행될 것이나, 서울시립소년의집에 향후 지속적으로 변화가 필요한 것은 확실한 사실이다. 그러므로 변화에 대한 열린 시각과 적극적 수용 등 운영주체의 노력이 매우 필요하다.

● 대규모 아동보호

서울시립소년의집에는 현재 2007년 기준으로 총 918명(남 478명, 여 440명)의 아동이 생활하고 있다, 양육자 1인당 담당하는 아동 수도 많아, 900명이 넘는 아동들을 체계적으로 관리하고, 골고루 양질의 서비스를 제공하기에 어려움이 많다. 장기적으로 한 공간에 보호하는 운영방식은 사회 환경 변화에 대응하지 못할 뿐 아니라, 가정과 가장 유사한 환경에서 아동의 성장을 도우려는 현 아동복지정책의 방향과도 어긋난다.

일상생활에서 아동들이 행복하게 즐겁게 살 수 있도록 도와줄 수 있도록. 정말 가족이라고 생각할 수 있도록. 행복하게 살 수 있는 소 공동체를 만드려고 하는 게 금년의 비전이고 앞으로의 비전이 아닐까. 본인이 많이 변해야 한다. 현재는 과정. 양육자 한 명에 아동 수가 줄어야 한다. 줄고 보니 확실히 낫더라. 시범적으로 8명. 확실히 좋아지더라. 보통 지금은 13명, 예전엔 (4-5년) 17, 18명 정도. 그게 많이 줄어드는 추세. 일단 줄어들어야 한다. 줄어든 상태에서 애들 개개인에 대한 서비스가 제공될 것이다. 일단 결국 행복추구다, 아이도 나도. 금년 목표는 아동을 위해서 나를 더 키우자. -1차 실무자

인원이 적을수록 보듬어줄 수 있는 것이고 전문적으로 치료를 해줄 수 있고 방향을 틀어줄 수 있는 것인데 인원이 많기에 그것이 불가능한 것. - 1차 실무자

900명을 분리시켜서 그룹홈을 만들어 끌어안는 것 보다 조금씩 줄이면서 적당히 할 수 있는 만큼 너무 부닥치지 않나, 너무 많은 일을 한꺼번에 하라고 하지 않나. 약간만 줄여줘도 저희들한테 생활실에 아이들이 평균 12명. 조금 줄여줘서 10명만 되도 아이들도 더 잘 케어를 받을 수 있을 듯. -1차 수녀님

transition 변화전략

서울시립소년의집의 대규모 보호는 다양한 기관으로부터 논의되었던 바, 위탁가정, 입양, 그룹홈 등을 통해 시험적으로 규모축소에 대한 노력을 하고 있고, 지속적으로 규모를 축소할 예정이다. 이러한 과정에서 아동에게 꾸준히 질적인 양육서비스를 제공하고, 정서·행동적 어려움이 있는 아동들에게는 필요한 상담프로그램이나 기타 치료프로그램을 제공해야 할 것이다.

● 물적·인적 양육환경의 열악함

1970년대 지어진 서울시립소년의집의 시설의 낙후성은 양육환경이 개선될 필요가 있음을 보여준다. 생활시설과 마찬가지로 소년의집 내부에 있는 초등학교 역시 시설의 낙후되어 개선될 필요가 있다. 또한 근무조건이 열악하여 비인기직종인 양육자(보육사, 생활복지사 등)는 일부 자질이 검증되지 않은 사람들이 하고 있으며, 사립학교의 특성으로 교사교체가 거의 이루어 지지 않아 여전히 서울시립소년의집 아동들을 ‘고아’로서 의식주만 해결해주면 된다는 시각을 가진 선생님들이 있다.

외부 보육사 선생님들이 많이 들어오셨는데 양육자로서의 자질. 그것이 안 되어 있는 사람들을 만날 때 힘들. 어린이 10명을 맡아 있을 때 관리하는 입장에서 답답함. 양육자의 인내심, 인격적인 부분에서 갖춘 사람이 아이를 키웠으면 좋겠다. -1차 수녀님

일손이 너무 많이 필요. 하반기부터 프로그램 개발하는 대리님도 그런 생각을 하고 있지만 과연 직원들이 프로그램 일지를 어떻게 작성을 하는가, 계획서는 어떻게, 상담일지는 어떻게, 이것들을 처음부터 다시 가르쳐야 한다. 왜? 다른 시설에 있는 직원은 어느 정도 학부정도는 나온 직원을 뽑게 됨. 저희는 영아들, 미혼모 아이들, 다양한 아동이 너무 많아 학부졸업자들이 오지 않는다. 그 업무를 맡길 경우 안 온다. 결국 고졸 직원을 쓸 수밖에 없다. 사회복지라는 말도 모르는 사람들을 앓힌다. -1차 실무자

학교 선생님들이 그 쪽으로 부족하심. 아동복지시설이라는 개념에 대한 이해 자체가 없다. 너무 오래된 분들. 변화가 없다. 사립학교기 때문에 선생님들의 교체가 없다. 그런 시스템이기에 아이들이 그 선생님과 대화가 될까 싶음. 연세들이 많고 남자 선생님들이 많은데 아이들이 꺼려한다. 선생님들도 옛날에 고아원 수준, 잘 먹이고 잘 입히면 된다는데 멈춰 있음. 젊은 선생님이 있다면 그것이 가능할 수 있을지 모르지만 학교에서 그 역할이 안 되고 있음. -1차 실무자

transition 변화전략

물리적 환경의 낙후성은 건물 일부의 개보수를 통해 시범적으로 개선하고 있으며, 시설과 초등학교의 지속적인 개선이 요구된다. 인적 환경의 경우, 양육시설에서 아동에게 가장 큰 영향을 미치는 존재는 바로 양육자이다. 따라서 양육자에 대한 지원을 증가하여 자질을 갖춘 준비된 양육자를 고용하고, 정기적인 직원 보수교육을 통해 전문성을 신장시키도록 해야 할 것이다. 또한 학교에도 아동양육시설에 보호 중인 아동의 특성을 잘 이해하고 이에 맞는 교육을 제공할 수 있는 새로운 선생님들로 교체될 필요가 있다. 기존 선생님들을 대상으로는 정서·행동적 어려움이 있는 아동과 보호아동에 대한 교육 프로그램을 제공하여 변화하는 환경에 탄력적으로 대처할 수 있도록 해야 할 것이다.

● 전문적 상담 및 치료 시스템 부재

서울시립소년의집 아이들의 전문적인 상담 및 치료 욕구가 큼에도 불구하고 전문가 및 시스템이 부재하여 문제해결을 제대로 하지 못하고 있다. 심리치료서비스는 자원봉사자에 의존하고 있고, 상담실은 있지만 전문가가 없어 활용하지 못하고 있어 문제해결의 책임은 다시 양육자에게 돌아가고 있다. 그럼에도 양육자들에게 필요한(그들이 요구하고 있는) 교육도 제대로 이뤄지지 않고 있다.

상담실 생활복지사 선생님하고 생활관 쪽 선생님하고 연계가 되어 가지고 아이가 만약에 심하면 미술, 놀이 치료를 받게 된다. 안타까운 것은 아동은 많은데 경계선급이나 정서아동은 많은데 우리가 제공해 줄 수 있는 서비스의 한계. 4층 건물은 자원봉사를 받는다고 하더라도 수요를 다 해결하기 어렵다. -1차 실무자

지금으로서는 아이들이 내려와서 말 할 수 있는 여건은 안 됨. 사무실 와서 보셨다 시피. 상담실이라 마련을 해 놓았는데 아이들도 어린이 상담실이 어디 있는지 모른다. 그렇기 때문에 교육을 통해서 내가 고민이 있거나 엄마한테는 말 못하겠고 그런 것을 얘기할 수 있는 창구마련이랑 시스템적인 것을 갖추준 다음에 전문 상담원을 채용하기에 예산 부족으로 힘들다면 사회복지사로 충분히 다 커버가 된다. -1차 실무자

아동 하나하나에 신경을 잘 쓰자는 얘기. 신경을 잘 쓰자는 얘기는 아동의 욕구를 잘 파악하자는 얘기고. 문제점이 있으면 좀 끌어주자는 얘기. 정말 개발이 필요. 기본적인 것을 받았지만 재교육이 필요하신 선생님. 음악치료도 들어보고 싶고. 그것을 배우다 보면 소규모니깐 생활에서의 접목. 재교육이 필요할 듯. 자꾸 느슨해지는 선생님. 생활자체가 느슨해짐. 전문성이 자꾸 없어짐. 생활 자체의 나태함 발생. 재교육을 받고 싶고 얘기를 하고 있음. 받고 싶다고 해도 외부로 나갈 수는 없고 여건이 안 되기에. 결국엔 사내에서 받아야 되는데 사내에서 그것이 얼마나 충족될지 직원들이 요구하는 사항을 얼마나 해줄지, 경제적이거나 시간적인 투자나 그것이 가능할지. 재교육을 받고 싶다. 나 혼자서 역부족, 욕구는 있어도 해결이 안 된다. -1차 실무자

transition 변화전략

서울시립소년의집은 가정에서 생활할 수 없는 아동에게 가정을 대신하여 의식주 서비스를 제공하는 아동양육시설이다. 보편적으로 아동이 건강한 생활을 영위하도록 해 주는 것이 양육시설의 목표이고, 주로 양육자 1인당 담당해야 하는 아동의 수가 많기 때문에, 아동에게 필요한 상담이나 치료 프로그램은 적절하게 제공되지 못해왔다. 기존의 상담실 및 사회복지실을 강화하여 자원봉사자 연계 뿐 아니라 심리치료, 상담 등을 개발하고 제공할 수 있는 시스템을 구축하여야 할 것이다.

③ 기회(Opportunity)

● 외부 관심의 증대(국가인권위원회, 서울시 평가위원회, 관련 기관 등)

UN 아동권리협약을 통해 ‘아동의 권리보호’, ‘아동 최우선의 원칙’의 시각으로 정부를 포함한 여러 조직에서 생활인원이 1000여명에 이르는 서울시립소년의집의 변화를 강하게 요구하고 있다. 최근 2-3년간 평가를 받으며 서울시립소년의집은 소규모시설로 전환, 가정과 같은 환경 구성, 지역사회와의 개방 및 교류 확대, 아동의 선택권 확보(예, 강제 이사 지양, 학교 선택권) 등의 변화를 요구받고 있다. 이러한 변화를 통해 아동에게 최선의 도움을 주고자 하는 조직의 사명을 다시금 확인하는 기회로 삼을 수 있을 것이다.

시설아동이 전체 사회 분위기에 따라 소규모로 가야 되고 시설이 전환이 되어야 된다는 생각들을 가지고 있고 실질적으로 이야기를 나누는 과정에서 보면 방향틀은 가족화. 한꺼번에 90명을 외부 학교에 보내지는 않을 거지 않나. 어느 정도 부산에 가야 한다고 한다면 보내고. 그러면 부모가 있는 경우에는 동의서를 받는데 받는 과정에서 서울에서 중·고등학교를 진학해서 외부학교로 갈 아이들이 100중에서 20,30% 정도만 먼저 순차적으로 시행해보면. -1차 실무자

또래끼리 있어서 아이들이 잘 성장하는데 그게 작년에는 잘 안되었음. 형, 아우나, 사회성 발달이 잘 안되었음. 금년에는 그것(7-8명 다양한 연령이 같이 생활)이 좀 되면 일반 가정에서 느낄 수 있는 것들을 키워주고 싶다. 또래끼리 있으면 놀이는 끝내주게 좋은데 그 외의 것은 전혀 보고 느낄 수가 없다. 우리가 가르쳐 줄 수도 없는 것. -1차 실무자

지금 우리가 부산으로 내려간다는 것은 현재 초등학교 밖에 없기 때문에 중고등학교교육 때문에 내려가지만 그 중에서 여기 있는 것을 원하는 아이들은 여기서 그냥 일반 중고등학교 다니면서 지내도 된다는 얘기가. 훨씬 좋고. 동생들한테도 본보기가 될 수 있는 것이고 여러 가지가 있는 것이다. 할 수 있다면 여기서 수용을 하고 같이 지내는 것이 좋다. -1차 수녀님

transition 변화전략

국내의 여러 기관으로부터의 관심과 시설변화에 대한 기대를 받고 있는데, 그 동안 취약했던 외부자원과의 연계체계를 구축하고, 다양한 자원을 효율적으로 활용할 수 기회로 삼을 수 있을 것이다. 서울시립소년의집에서 초등학교를 졸업하면 모든 아동들이 부산 소년의집 중학교로 진학하게 되는데, 최근에는 서울에서 계속해서 거주하기를 원하는 아동들은 서울에 거주할 수 있도록 조치를 취하는 등 무조건 부산으로 이주하는 시스템을 변화시키고 있다. 이때 아동의 의사를 최대한 존중하는 방향으로 나아가야 하며, 지역사회의 다양한 자원과 연계 및 교류를 통해 폐쇄적이었던 시설을 개방할 수 있는 기회가 될 수 있을 것이다.

● 관련법의 변화 : 새로운 시설로의 전환 가능성

최근 개정을 앞두고 활발히 논의되고 있는 ‘아동·청소년 기본법’상에 보호치료센터라는 시설 명칭이 포함됨에 따라서 서울시가 의도하고 있는 성격으로 서울시립소년의집을 전환할 수 있는 근거를 갖게 되었다.

최근에 법을 보니깐 아동·청소년 복지법이 간이지만 우리 아동·청소년 치료재활센터가 24조 안에 들어있다. 시도나 중앙정부에서는 나라가 치료재활센터를 만들어야 한다. 법적인 동향으로 봤을 때 서울시에 정서장애 아이들을 치료하고 재활할 수 있는 그런 공간이 있어야 되는데 그게 바로 서울시립소년의집이다. -2차 서울시

재활센터라고 해가지고 복지부에서 아동의 복지시설하고는 다른 기관을 만들어 보겠다. 지금까지는 아동복지시설 중에 보호치료시설이 있는데 그 보호치료시설은 사회복지사업하고 똑같이 아동복지시설 종사자 기준이라든지 배치기준이라든지 급여기준이 똑같이 때문에 사실 전문가를 쓸 수가 없었다. 급여가 안 맞아 뽑지 못함. 전문치료시설을 별도로 기관을 만들어 주면 거기에 별도의 전원이란든지 전문배치기준이라든지 종사자에 대한 인건비라든지 별도의 기준이 나올 것 같음. 상당히 바람직한 안이 나올 것이고, 인원수라든지 방법이라든지 지금 복지부에서 중앙 것을 만들기 때문에 거기에 따른 내년에 다시 시행령에서 만들 것 같음. 인원이 아까 말씀하셨지만 300이 됐든 400이 됐든 아니면 통원하는 사람, 거기에 있는 사람, 그렇게 2원화 3원화 될 수도 있음. -2차 서울시

transition 변화전략

앞서 서울시립소년의집 총 보호아동의 30-40%가 정서·행동적 어려움이 있는 아동이라는 것이 제시되었다. 이러한 아동을 위한 특화된 서비스가 필요한데 기존의 아동양육시설에서는 그 기능을 수행하는데 한계가 있었다. 법제도가 정리되면 도티병원 등을 활용하여 전문성을 갖춘 보호치료시설로 변환할 수 있을 것이다.

● 기타 대리보호서비스 이용의 증가로 인한 입소 총아동수 감소

서울시에서는 생활인원 1000여명으로 포화상태에 있는 서울시립소년의집에 더 이상 아동을 배치하지 않고, 보호서비스가 필요한 아동이 발생한 경우에는 다른 아동양육시설로 입소시키고 있다. 그리고 원가정으로 복귀하거나 입양, 위탁, 그룹홈 등 다른 대리적 서비스 이용의 증가로 서울시립소년의집에서 보호 중인 아동이 점차 감소하는 경향을 보인다.

예전에 2300-2500명이었다. 70년대 경제가 좋아지면서 97년도에 1000명으로 steady하게 숫자가 떨어지다가, IMF이후 계속 1000명이 유지. 2006년부터 다시 떨어지고 있음. 6년만 지나면 자연스럽게 대규모라 볼 수 없는 수준으로 내려갈 것이다. -기관방문 실무자

지금 우리는 2009년까지는 200명을 줄이려고 준비하고 있음. 제일 활성화 시키려고 하는 것은 입양. 2000년 전까지는 입양을 안 시킴. 특별한 아이의 경우를 제외하고는. 장애를 가진 아이를 외국인 부모님들이 원할 때, 우리 한국에서는 장애아동을 아직도 입양을 안 하기에. -2차 수녀님

transition 변화전략

현재 서울시립소년의집에는 더 이상 새롭게 입소하는 아동은 없다. 또한, 원가정으로 복귀시키거나 입양, 위탁등을 통해 점진적으로 아동 수를 감소시키려 하고 있다. 향후 좀 더 적극적으로 다른 대리적 서비스를 통해 보호아동을 전원시키면 아동수가 줄어든 것이다.

● 서울시 직접 위탁기관으로서 서울시의 지원

서울시로부터 100% 재정지원을 받는 직접 위탁 양육시설로서, 향후 변화를 위한 과정에서 필요한 경우 서울시로부터의 적절한 지원을 받을 수 있을 것이다.

기존에 아이들이 천여 명이 있기 때문에 그 아이들에 대한 대책, 그 아이들을 어떻게 할 것인지 그런 문제. 학교를 일반학교가 아니고 재활기관으로 하면 학교를 탈바꿈한다든가, 시설에 있는 아이들뿐만 아니라 서울에 있는 일반아동들이 정서장애가 심각한 아이들, 일반 가정에서는 도저히 감당 못하는, 재정적인 문제도 그렇고 그런 아이들을 시에서 저렴한 가격에 저렴한 서비스라든가, 전문특화시설로 할 수 있는 바람이 있고 그런 말씀을 드리려고, 시 입장에서는 필요한 시설이다. 그걸 누군가 해줘야 한다. 시립이 아니고서는 못한다. 그리고 서울시 아니고서는 안 된다. -2차 서울시

그 부분에 대해서는 시에서는 당연히 그런 전문시설로 간다면 거기에 필요한 인력에 대한 지원을 해야 하겠다. 준비기간 동안에 나름대로 마리아 수녀회에서든 그런 시설을 맡는다면 수녀님들 중에 양성을 해야 하고 지금부터 관심을 갖고 그런 연구를 하고 있어야 되고. -2차 서울시

바람직한 방안을 내놓았을 때 서울시에서는 엄청난 투자가 필요하다고 하셨는데 일시적으로 한 번에 변화하는 것이 아니고 5년이면 5년 그렇게 서서히 변화가 되기 때문에 그것은 가능할 것이라 본다. 왜냐하면 인력이 주는 만큼 인건비가 줄고 시설에 대한 여유가 생기면서 그것에 대한 것이 나오고 우리가 투자를 좀 하고 내부에서도 전문 인력이 바뀌지고... (중략) 따로 이번에 법이 생기면 그것에 대한 전문 인력에 대한 수급이 가능하지 않겠나. 한 번에 일시적으로 다 되는 것이 아니라면 서울시는 할 수 있고. -2차 서울시

④ 위협(Threat)

● 보호체계에 대한 외부의 비판적 시각

기숙사 형태의 시설에서 1000여명의 아동을 보호하는 것에 대해 아동·청소년 관련 전문가를 포함한 외부에서 부정적으로 평가하고 있다. 또한 다양한 연령이 함께 생활하는 것이 아니라 동일 연령의 아동들이 한 방에서 생활하고 있다. 서울시립소년의 집에서 보호 중인 아동들은 다함께 서울시립소년의 집 내부에 있는 초등학교를 다니고, 졸업하면 부산 소년의 집으로 집단이주하여 부산에서 중학교를 다니게 된다. 외부에서는 이러한 아동의 권리 침해(학교 선택권의 제약, 강제이주 등)에 대한 우려가 크다.

형, 아우나, 사회성 발달이 잘 안되었음. 금년에는 그것이 좀 되면 일반 가정에서 느낄 수 있는 것들을 키워주고 싶다. 또래끼리 있으면 놀이는 끝내주게 좋은데 그 외의 것은 전혀 보고 느낄 수가 없다. 우리가 가르쳐 줄 수도 없는 것. 형한테 해야 될 것, 동생을 봐줘야 할 것 그런 것을 모른다는 것. 일단 사회에 자립을 하려면 그게 더 필요한 것 같고 가정에서 이뤄질 것을 알아야 사회성, 그게 지금 안 되고 있음. -1차 실무자

저도 그 생각에 동의를 하는 부분. 시스템 자체가 초등학교 때까지는 반이 바뀌고 보호자가 바뀌더라도 엄마라는 말이 나왔음. 하지만 중학교를 진학하거나 고등학교를 부산으로 갔을 때 과연 수녀님을 엄마라고 할 수 있겠는가 보육사를 엄마라고 할 수 있겠는가. 그것에 회의적임. 초등학교까지는 그래도 나름 적응을 하고 한다고 하지만 중, 고등학교 올라가면 완전히 한계가 보인다. -1차 실무자

몇 십년 동안에 또래끼리만 살았다. 또래 문화가 너무나 잘 되어 있다. 그런데 밖에 나가면 문제점이 나올 것임. 지금까지(태어나서 지금까지) 또래문화. 그 아이 밖에 모름. 그 아이 구성으로 해서 다시 그룹홈으로 나갈 수 없다. 그룹홈으로 나간다고 한다면 연령대가 틀린 아이들끼리 나가서 아 형도 있구나, 누나도 있구나 이럴 때 어떻게 해야 되겠다 이런 부분을 더 많이 배울 수 있음. -1차 실무자

시스템 상 부산으로 전학하는 것에 관련된 어려움 반반. 저학년들은 모름. 6학년 1학기 되면 술렁술렁거림. 부산 가면 좋은 점도 나쁜 점도 있는데. 방향도 그렇고 시대흐름도 그렇고, 지금 우리가 부산으로 내려간다는 것은 현재 초등학교 밖에 없기 때문에 중고등학교교육 때문에 내려가지

만 그 중에서 여기 있는 것을 원하는 아이들은 여기서 그냥 일반 중고등학교 다니면서 지내도 된다는 얘기다. 훨씬 좋고, 동생들한테도 본보기가 될 수 있는 것이고 여러 가지가 있는 것이다. 할 수 있다면 여기서 수용을 하고 같이 지내는 것이 좋다. -1차 실무자

● 서울시의 조직기능에 대한 혼란

서울시 시립기관으로 그동안 장애아를 포함하여 일반 가정에서 보호받지 못하는 다양한 유형의 아동이 입소하여 양육에 어려움이 많았다. 시설규모 자체도 대규모인데다가 일반아동과 정서·행동적 어려움이 있는 아동들이 함께 생활하게 되어, 특별한 관심과 치료가 필요한 아동이 있어도 적절한 서비스가 제공되지 못하는 등 많은 어려움이 있었다. 특히 장애등급을 받은 아동들은 일반 양육시설이 아닌 장애시설로 입소해야 함에도 불구하고 서울시에서 소년 의집에 입소를 의뢰하는 등 부적절한 시스템을 만들어왔다.

일단은 시설자체가 문을 열어야 하고 지역아동도 들어와야 하고 지역주민도 들어와야 되고, 대부분 일시보호의 역할을 많이 했기 때문에 영아, 미혼모 아동, 정서, 학대 아동. 일반에서 양육 받지 못하는 아동들이 대부분 바로 들어옴, 시립이기 때문에 감안을 하고 다 받음. 그 한계성이 있기에 지금 와서 전문성을 키워야한다더라 직원들이 뭐를 해야 한다더라 하기에는 지금까지 살아 온 관점이 그렇게 살아왔기에, 어쨌든 정상아동들이 있었다면 어떤 변화에 대해서 빨리 대처할 수 있는 길이 있는데 그렇게 다양한 아동들이 많기에 변화에 대해 당황스럽다. 지금 직원들도 많이 어수선해짐. 그 부분을 어떻게 진정시킬 수 있으면서 전문성까지 올릴 수 있는 것이 숙제. -1차 실무자

분포가 장애아동이 방에 같이 생활하고 있음. 입소할 때 입시경로자체가 일시보호기 때문에 일부 병원, 내부 병원이라든지 길거리에서 아이를 출산하고 그 상태에서 바로 들어오게 된다. 그 아이가 정상적인 아이는 문제가 없는데 장애를 처음부터 안고 들어오는 경우가 많아짐. 경계선급 아동이나 정서아동이 많은 부분도 있고, 정인지체를 가진 아이들이 많이 있다. 알폰소반은 그 반 전체가 정인지체 약을 먹고 있음. 그 아이들이 일부 아동장애시설로 전원의뢰가 들어간다 하더라도 그 쪽자체가 정원이 차 있어서 어느 정도 대기상태에 있다. -1차 실무자

그 안에서 장애인 시설로 갈 수 있을 법한 아이, 장애인증이 발급된 아이들은 전체에서 25,6명 정도. 지체장애는 없고 정인지체 3급, 정신장애가 많은데 그 아이들 일부 전원을 시켰는데도 아직도 장애인증이 있는 아이들이 25명 정도. -1차 실무자

순수하게 장애 등록된 애들만 그 정도. 잠재아동은 그대로 안고 산다는 얘기. -1차 실무자

● 대규모 시설에 대한 지역사회의 stigma

서울시립소년의집 초등학교는 시설아동의 수가 너무 많아 지역사회 학교에 다니는데 어려움이 있고, 주변의 편견으로 아동들이 상처를 입어 이를 보호하기 위해 만들어진 것이지만, 이제는 결과적으로 아이들과 외부와 단절시키는 기능을 하고 있다.

사실 우리가 학교를 만든 배경이, 그런 배경 때문에 학교를 만들었다, 아이들이 지역사회로 나가는 것이 어려움 때문에 저희도 선택 없이 우리 아이를 보호하기 위해서 우리 학교를 만드는데, 그게 아이한테 사회성을 떨어지는 어떤 큰 작용하는 것으로 만드는데. 그런 수십년의 경험, 학교를 만들 수밖에 없는 이유가 있었는데 우리 아이를 위해서 만든 학교가 지금은 우리 아이들한테 좋은 환경이 반대로 오고 있다는 것이 참 안타까움. (중략)

학교도 건드려야 한다. 학교를 시설 안에서 다니기에 장점, 단점이 다 있다. 시설 밖으로 내보내는 것은 아이들 숫자도 많고 주변에서 수용할 수 있는 여건이 안 될 것 같다. 각 학교가 맞이할 어려움들. 학부모들 하나하나 이해시킬 수 없다. 아이들이 많이 그곳으로 갔을 때 그런 장애가 있을 것 같음. 우리 학교를 어떻게 운영할 것인가에 대한 연구 필요. 너무 많이 침체되어 있고 너무 많이 안 좋음. 깊숙이 들어가서 개선할 필요. -1차 수녀님

한 울타리 안에 시설과 학교가 같이 있다 보니 한계성이 나온다. 그 당시에 교육시스템에는 맞을지 몰라도, 학교와 관련된 부분도, 아이들 같은 경우 옆 건물가면 학교, 병원, 집이다. 그러면 외부와의 소통을 할 수 있는 출구가 하나도 없다. 물론 외출이나 프로그램이 있어 나가기도 하는데 보통 평상시에 출구가 전혀 없다. 다른 시설 같은 경우에도 아이들이 시설에서 생활을 하더라도 일단 학교를 가면 다른 아이들을 만날 수 있고 그 아이집에 놀러도 갈 수 있고 왕래가 있음. 얘기 들어보면 시설에도 놀러오고 그 친구들 집에도 놀러를 가고 잘 지낸다. 그러다보면 자연스럽게 지역사회에 어울릴 수 있고 일반 아이들하고 접할 기회가 많은데 저희는 사실상 차단되어 있다고 볼 수 있음. 다른 친구가 하는 행동을 봐서도 저게 좋은 행동일까 나쁜 행동일까 하는 판단력이 어려워질 수도 있다. -1차 실무자

학교가 개방이 돼서 아이들이 외부학교를 다니고 외부아이들도 여기 학교를 다니는 것이 필요. 다른 시설 같은 경우에도 아이들이 시설에서 생활을 하더라도 일단 학교를 가면 다른 아이들을 만날 수 있고 그 아이집에 놀러도 갈 수 있고 왕래가 있음. 얘기 들어보면 시설에도 놀러오고 그 친구들 집에도 놀러를 가고 잘 지낸다. 그러다보면 자연스럽게 지역사회에 어울릴 수 있고 일반 아이들하고 접할 기회가 많은데 저희는 사실상 차단되어 있다고 볼 수 있음. 제가 크게 바꿀 수 없는 부분이라서 제가 노력할 수 있는 부분은 프로그램 밖에 없어서 지역아이들하고 할 수 있는 프로그램을 많이 개발하려고 노력하고 있는데, 학교의 개방이 일차적으로 필요한 문제. -1차 실무자

transition 변화전략

서울시립소년의집이 위치한 지역은 주거지역이라기보다 상권이고, 외부에서 대규모 양육시설에 대한 부정적 시각이 있어왔다. 과거 소년의집 아동들이 외부에서 상처를 받아 아동의 보호를 위해 폐쇄적이 되었고, 지역사회와의 연계가 잘 이루어 지지 못했다. 그러나 아동을 보호하기 위한 폐쇄적 경향이 진정으로 아동을 보호하는 지에 대한 의문을 가질 필요가 있다. 성인이 되어 시설이라는 울타리를 벗어나게 되었을 때 과연 이러한 폐쇄성이 아동이 건강한 사회생활을 하는데 어떤 영향을 미치는지 심각하게 고려해야 한다. 지역사회의 부랑인, 노숙자를 위해 설립한 도티병원은 현재 해당 지역사회뿐 아니라 외국인 노동자와 같이 의료혜택을 잘 받을 수 없는 사람들에게도 서비스를 제공하고 있다. 병원과 마찬가지로, 소년의집에서 보호중인 아동들이 외부에 있는 학교에 다니거나, 외부 학생들이 소년의집 학교에 다니도록 하여 학교생활을 통해서 지역사회와의 교류가 자연스럽게 이뤄질 수 있도록 해야 한다.

2) 서울시립소년의집 SWOT 분석을 통한 향후 방향성

서울시립소년의집은 종교기반 운영주체의 특성, 보유하고 있는 자원과 지역사회 환경 등을 고려하여 2단계의 전환(transition) 방향을 가지고 있다. 1단계는 20여명 또래만이 한방에서 생활하는 대숙사 형태를 8-9명의 다양한 연령대가 같은 주거환경에서 생활하는 소숙사 형태로의 구조조정이다. 2단계는 1000여명의 보호아동 규모를 원가정 복귀, 입양, 위탁, 그룹홈 등의 다양한 서비스 활용을 통해 보호인원을 감소시키고, 정서·행동적 어려움이 있는 아동들에게 치료기능을 추가한 보호치료시설로의 기능전환이다. 특히, 인원수를 줄이며 장기적으로 각 10명 이내의 그룹홈으로 운영 가능한 소숙사 형태로 전환해야 한다.



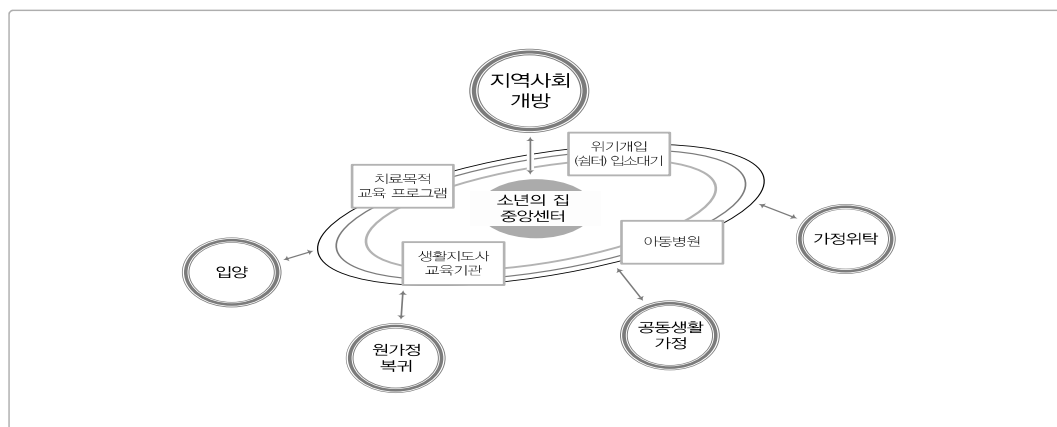
〈그림 III-2-3〉 서울시립소년의집 SWOT 분석을 통한 전략

• 약점/기회(W/O) 대안⁴¹⁾ : 소숙사로의 변화

대부분의 아동은 연령·성별로 구분되어 동일한 연령의 동일한 성(姓)을 가진 아동들이 한 방에서 생활하고 있다. 그런데 보호 중인 총 1000여명의 아동 중 30-40%의 아동이 정서·행동적 어려움이 있고, 이러한 아동들은 일반 아동과 함께 생활할 때 어려움을 겪는 것으로 나타났다. 이에 대한 대응방안으로 시설의 일부를 개보수하여 2007년부터 시범적으로 한명의 양육사와 같은 성(姓)을 가진 7-8명의 아동이 가족과 같이 생활하는 소숙사 형태를 일부 운영하고 있다. 소숙사 형태에서도 경계선급 같이 정서·행동적 어려움이 있는 아동들이 생활에 어려움을 겪는 것으로 나타나, 이러한 아동들을 위한 특수한 서비스의 필요성이 재차 확인되었다. 아동의 사회성 발달과 시설퇴소 이후의 자립생활, 특별한 도움이 필요한 아동들을 위한 집중적 관심 등을 위해 소숙사 형태로의 변환이 매우 중요하다.

• 약점/위험(W/T) 대안 : 지역사회와의 교류

지역사회 학교가 아닌 시설 내 설치된 학교에서만 교육을 받는 것은 아동의 학교 선택권 제약과 같은 인권침해의 문제가 제기될 수 있다. 또한 이로 인해 다양한 사회 환경을 통한 발달에도 취약하게 되므로, 소숙사로의 전환과 함께 서울시립소년의집 학교개방 등을 통해 아동의 권리를 확보하고 지역사회와 교류를 시작해야 한다. 이를 통해 시설보호아동들의 지속적인 주변화를 막고 자연스러운 교류를 통해 지역사회의 통합을 꾀할 수 있을 것으로 기대된다.



〈그림 III-2-4〉 서울시립소년의집의 향후 운영방안

41) S/O : 강점을 가지고 기회를 살리는 전략

S/T : 강점을 가지고 위험을 피하거나 최소화하는 전략

W/O : 약점을 보완하며 기회를 살리는 전략

W/T : 약점을 보완하는 동시에 위험을 피하거나 최소화하는 전략

• 강점/기회(S/O) 대안 : 100명 규모의 양육시설 & 치료기능 보완

오랜 양육시설의 운영경험과 노하우를 바탕으로 현재 1000여명에 이르는 보호아동을 다양한 대리적 서비스를 통해 감소시켜 향후 100명 내외의 규모로 줄이는 것이 2단계 전략이다. 이 때 정서·행동적 어려움이 있는 아동들을 보호하며 치료를 제공하는 보호치료시설로의 기능전환을 위해 도터병원에 소아정신과를 신설하고, 초등학교에 특수 학급을 편성하는 등 전문적 기능을 추가해야 한다. 또한, 학습능력나 학업성취도가 다소 낮은 가정해체 아동들의 학습을 보조할 수 있는 프로그램도 제공하여 시설보호아동들의 학습격차를 해소해야 할 것이다.

• 약점/기회(W/O) 대안 : 외부전문가로 구성된 자문위원회(advisory committee) 구성

서울시립소년의집을 모니터링하고 평가하는 시스템이 없으므로 외부전문가들로 구성된 자문위원회를 구축해야 할 것이다. 자문위원회를 통해 정서·행동적 어려움이 있는 아동들에게 어떠한 전문적 서비스가 필요한지, 어떤 자원과의 연계를 통해 서비스를 효과·효율적으로 제공할 지에 대한 방향성을 제시하고 서울시립소년의집에 대한 평가를 할 수 있을 것이다.

• 강점/위협(S/T) 대안 : 가족복지 중심

아동이 건강하게 자라기 위한 최적의 양육환경이 무엇인지 고려해야 할 것이다. 서울시립소년의집에 보호 중인 아동 중 부모가 있는데 빈곤이나 생활상의 이유로 함께 살지 못하고 입소한 경우에는 가족보존 서비스를, 부모가 없어서 입소했거나 부모는 있으나 재혼 등 가족과의 재결합이 어려운 경우에는 입양, 위탁, 그룹홈 등 다른 대리적 서비스를 고려해야 한다.

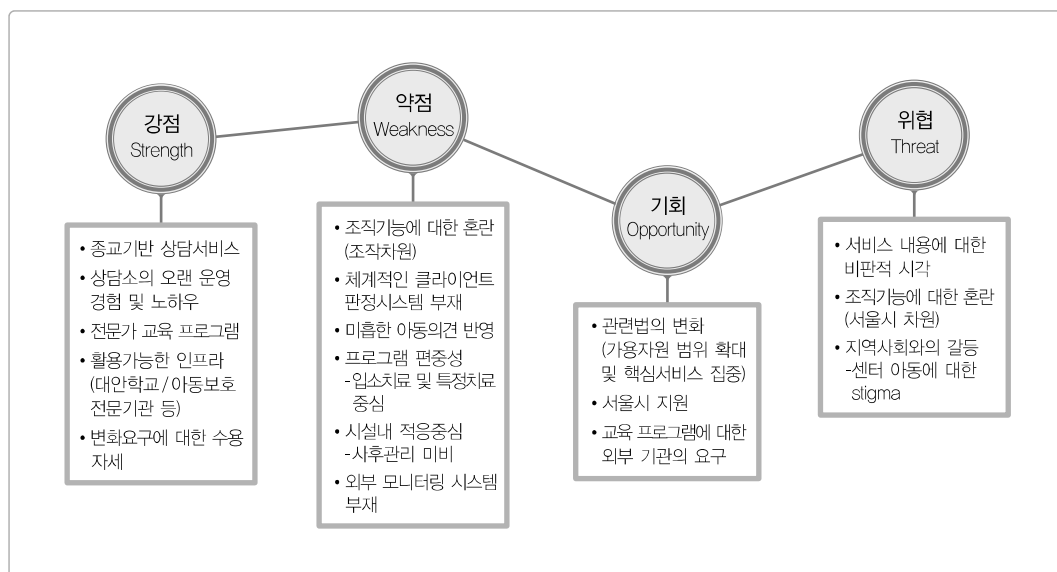
Ⅱ 표 III-2-3 Ⅱ 서울시립 서울시립소년의집 운영주체, 환경, 자원에 따른 운영 방향성

	아동권리	사회통합	전문화	방향
운영주체	기관의 미션과 비전 아동권리 이해	사회통합에 대한 이해 기관의 가족 연계노력	가장 오래된 생활시설로서의 노하우: 현재 vs 중장기 계획 서비스 제공의 전문성	방계형 서비스 운영 (탈시설화)
환경	UN권리협약 글로벌환경, 중앙정부방향 서울시아동복지정책	지역아동가족관련 자원 현황 복지관련 유관기관 현황 경쟁 및 모델기관 현황	중증 장애 시설 현황 경증 정서 장애서비스 현황 : (예, 놀이치료서비스/ 교육서 비스: 전용유치원, 초등학교, 대안학교 등/ 보건서비스: 병 원, 보건소 등) 실무자 교육 훈련 프로그램	법제도적 자원체계
자원	대가->입소->적응과정 (생활보호 집 사정) 전용유치원 과정 전용초등학교 과정 중학교를 위한 이전	유관기관 서비스 사례중심 연 계 체계(지역사회 자원의 제한) 외부전문가활용(놀이치료 대 학원생 등) 자원봉사자 활용	물리적 환경 직원훈련교육과정 직원의 전문지식&기술 직원인사관리 조직문화, 규범	전용학교->지역사회개방 생활보호교사 훈련전문기 관 심터/위기개입을 위한 단기보호서비스 전문병원 방문보건서비스 시스템

정리하면, 서울시립소년의집의 단기 운영방안은 첫째, 원가정 복귀, 입양, 위탁, 그룹홈 등을 통한 점진적인 규모 축소, 둘째, 초등학교 졸업 후 부산으로의 집단이주 시스템 변화, 셋째, 도티병원에 정신보건과 추가, 넷째, 알로이시오 초등학교의 지역사회 개방, 다섯째, 자원봉사자 연계 뿐 아니라 원가정 복귀 프로그램 등 다양한 프로그램을 기획하고 제공할 사회복지실의 보강, 여섯째, 외부 전문가로 구성된 자문위원회 구성으로 볼 수 있다.

4. 서울특별시립아동상담치료센터

1) 서울특별시립 아동상담치료센터 SWOT 분석



〈그림 III-2-5〉 서울특별시립 아동상담치료센터 SWOT 분석

① 강점(Strength)

● 종교기반 상담서비스 제공

아동상담치료센터의 강점은 서울시립소년의집과 마찬가지로 종교재단에서 위탁하여 정서·행동적 어려움이 있는 아동에게 성직자의 마음으로 상담치료서비스를 제공해오고 있다는 것이다. 가정내 학대, 비행 등의 문제행동, 학교 및 사회적응에 어려움을 겪는 아동·청소년들의 상처가 치유되고 건강해질 수 있도록 최선을 다해 상담서비스를 제공하고 있다.

저희가 위탁받을 때도 민간차원에 심리치료 부분에 초점을 맞춰서, 이번에 이름이 바뀌었다. 상담 치료센터로 바뀌었는데... 점점 심리치료 대상의 아이들은 많아지고 특히 사각지대 있는 많은 저소득층 뿐 만 아니라 뭔가 심각한 아이들이 많아지니까 지금 저희도 처음부터 받았던 서울시의 오더대로 결국에 일시보호를 하면서 계속해서 아이들의 심리적인 부분에 여러 가지 사회복지적인 것을 아이들을 돌보면서 동시에 상담과 프로그램으로 24시간 접근을 했다. -2차 아동상담치료센터

지금에 와서는 진행을 해오다 보니깐 아이들의 발달 중인 아이들이니까 학교 문제가 가장 심각하다. 일단 학교에서 적응을 못한 아이들이지만 학적이 없으면 우리나라에서는 성장하면서 아무런 기능을 할 수가 없기 때문에 기본은 계속 아이들이 행동장애라든지 정서장애 아이들에 대해서 심리치료를 하지만 결국에 이 아이들에게 환경지원을 제대로 해주지 않으면 재발에 위험이 많기 때문에 진행을 죽 해오면서 아마 저희가 보장을 했던 것이 학적문제였다. -2차 아동상담치료센터

우리가 아이들의 아동복지자원에서의 업무절차에 의해서 일을 하고 그 대상자가 비행이든 여자가 이든 남자아이든 학대를 받은 아이든 정서적으로 문제가 있는 아이든 포괄적인 아이들에 대해서 종합적으로 고루고루 초점을 여러 가지를, 한데로 모으는 것이 아니라, 초점을 여러 가지로 하면서도 아울러서 갈 수 있는 것들이 한 기관에서 효과적으로 발휘되는 것이 훨씬 더 유동적이란 생각이 들고 그런 것들이 됨으로 인해 다른 어떤 기관과의 연계성에 있을 때에 자신 있게 얘기할 수 있고 끌어올 수 있다는 생각이 든다. 그런 것들이 앞으로 나아갈 발전 방향이라는 생각이 들고, 그런 것들이 우리가 할 수 있다는 자신감이 있기 때문에 우리가 전문성에 담보가 되어 있는 상태이기 때문에 수녀님께서도 죽 비전으로 제시하는 것 같다. -1차 아동보호전문기관

transition 변화전략

아동상담치료센터는 국내 최초로 치료공동체를 도입하는 등 정서·행동적 어려움이 있는 대상에게 상담 서비스를 제공해왔다. 서비스를 좀 더 전문화하여 포괄적이기 보다는 집중적인 서비스를 제공함으로써 조직의 강점을 유지할 수 있을 것이다.

● 상담소 오랜 운영 경험 및 노하우

아동상담치료센터의 또 다른 강점은 20여년간의 상담소 운영 경험과 노하우라 할 수 있다. 운영재단인 썬별 수녀회는 오랜 상담치료를 통해 정서·행동적 어려움을 가진 아동들에게 필요한 것이 무엇인지 파악하였고, 기관에 의뢰되는 아동들의 학교문제가 심각함을 인지하였다. 이에 따라 상담 및 치료 프로그램 뿐 아니라 대안학교를 통해 교육 프로그램을 함께 제공하고 있다.

가출 부랑 청소년들이 파출소라든지 그 외에 많은, 하여튼 부랑 청소년들이 왔을 때 그 청소년들이 다 학교가 다 퇴학되어 있는 상태이기 때문에 2003년도에 교육청을 가서 이 아이들의 학적을 살려 달라 그래서 가장 좋은 방법이 대안학교에 위탁을 받는 것이었기 때문에 조금은 제가 이번에 죽 진행을 하면서 그런 대안학교라든지 그런 것은 별개의 아이들을 데리고 한 것이 아니라 이미 그 아이들이 상담소에 들어왔을 때 학교를 살리는 제도개선을 한 것뿐이다. -2차 아동상담치료센터

대안학교도 치료형 대안학교를 하고 전체적인 틀이 커다란 시스템이 움직이는 것이고, 그 안에 소프트웨어 프로그램이 상당히 많이 이뤄지고 있는데 그 자체 프로그램들이 아이들의 특성 하나하나에 작용하도록 되어 있음. (중략). 아이들이 심리적으로 많이 위축되고 갇혀있고 우리가 흔히 알고 있는 부분들이기 때문에 어느 누군가가 지도하에 이뤄지는 것 보다 또래들 간에 자연스럽게 그런 것을 해결하도록 하는 부분이 가장 클 것 같고, 그래서 어느 정도 자기 자신이 좀 되면 교육도 그 다음에 교육이 되는 것. 말이 대안학교지 그런 아이들이 심리적 위축되어 있고 교육을 한다는 것이 쉽지 않음. 그런 틀을 개발을 하게 되고 거기서 공동체와 상호 관계가 있기 때문에 잘 안 되는 친구들은 집중적으로 개별적으로 해주고 있고 애들이 너무 틀 안에서만 움직이면 그런 또 다른 부정적인 의미가 있기에 강원도 같은 곳에 수련장을 수시로 이용하면서 자연체험학습을 많이 하고 있음. 문화재참여도 하고 있음. -1차 아동상담치료센터

transition 변화전략

센텔 수녀회는 현재 20여년간 아동상담치료센터를 위탁운영하며 상담치료가 필요해 입소되는 아동의 특성이나 유형 등에 대한 데이터베이스를 구축해 왔다. 이러한 노하우는 서울시에서 요구하는 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 특화기관을 운영하는데 강점으로 작용할 것이다.

● 전문가 교육 프로그램

상담치료서비스와 오랜 상담소 운영의 노하우에 대해 관련기관 실무자들의 교육 요청이 있었고, 이에 실무자를 대상으로 교육 프로그램 등 전문가 교육 프로그램을 제공하고 있다.

놀이치료 같은 경우는 유치원, 얼마 전에도 구청과 조인을 해서 어린이집 교사들과 놀이치료교육을 했었음. 실제로 활용될 수 있는 부분. 모래놀이치료 같은 경우는 애들에게 실제로 적용할 때도 도움이 되지만 교육하는 본인에 대해서 다시 한 번 생각하게 되기 때문에 그런 부분에서 많음. -1차 아동상담치료센터

전문가 교육에 대한 외부의 요청이 많아져서(중략) 모재단에서 그것 같이 하자고 해서 서울시 통해서 저희보고 교육을 시켜달라고 해서 저희가 시간이 없어서 이 프로그램이 정착이 안 되어 있고 그랬을 때부터 이것을 시키기 시작했다. -1차 아동상담치료센터

상담전문가 과정. 상담파트로서는 상담에 필요한 것들을 한다. 모래놀이치료 놀이치료 과제중심 치료. TC(치료공동체). 저희들이 내걸 수 있는 것은 저희들이 경험하고 저희들이 할 수 있는 부분들, 같이 공유할 수 있는 부분들로 나갈 수 있음. 성교육도 들어감. (중략). 외부에 세미나는 모래치료뿐 아니라 치료공동체와 놀이치료도 상당히 많이 함. -1차 아동상담치료센터
 성교육도 들어감. 외부 분들에게 모래놀이 같은 경우는 김보애 수녀님이 좀 전문가시고, 놀이치료는 과장님이 전문가시고 과제중심도 각각 파트에 전문가들이 있었음. 사례집도 모래놀이 사례만 나간 것이 아님. 외부에 세미나는 치료공동체와 놀이치료도 상당히 많이 함. -1차 아동상담치료센터

transition 변화전략

오랜 기간의 운영 노하우와 상담 서비스에 대해 아동·청소년 관련 기관 실무자들의 교육 욕구가 있다. 이에 교육 프로그램을 체계적으로 구축하여 전문가 양성기능을 특화 시킨다면 조직의 강점일 뿐 아니라 타 기관과의 차별성을 가져올 수 있을 것이다.

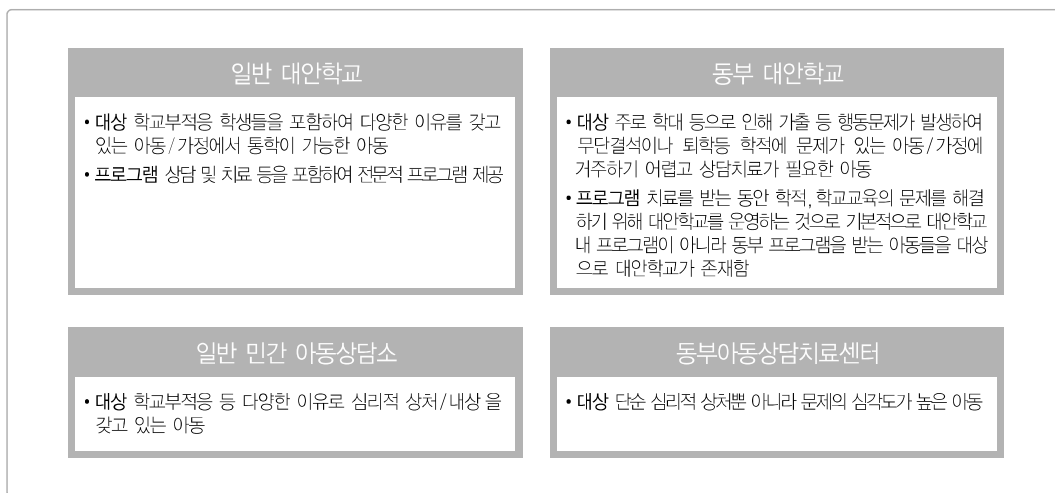
● 아동상담을 위해 활용가능한 인프라(대안학교, 그룹홈, 아동보호전문기관)

아동상담치료센터에는 교육기관인 대안학교가 있으며, 일시보호시설, 그룹홈과 같은 중장기보호시설, 아동보호전문기관 등 다양한 인프라가 구축되어 있다. 이를 통해 필요한 경우 아동·청소년에게 적절한 서비스를 신속하고 효과적으로 제공할 수 있다는 강점이 있다. 그러나 이러한 부가적 기능까지 모두 한 기관에서, 특히 시립기관이라는 특성을 가진 아동상담치료센터에서 수행하는 것의 효율성과 적절성의 측면에서는 조직의 약점으로 작용한다.

다양한 아동과 청소년들의 문제를 완전히 대안학교에 갈 수 있는 정말 학교 부적응 그 차원이 아니라 학교조차도 못가고 그렇게 완전히 바닥에 떨어진 애들이 시립차원이기 때문에 민간이 못하는 부분을 저희가 하는 거거든요. 민간에서는 이 부분에 대해서 시기 때문에 시립아동병원 차원처럼 심리적인 내상이나 받고 그 다음에 정신분열이 일어나기 직전에 아이들이 지금 바로 들어오고 있거든요. 이 아이들을 데리고 우리가 계속해서 심리치료만 한다고 해서 발달하는 아이들한테 되느냐 안 되기 때문에 이 아이들을 데리고 있으면서 동시에 교육청에다가 아이들 학교를 해주면 중간에 좋아지면 보육시설이라도 가면서 거기서 다시 아이가 중학교로 갈 수 있도록 해주는 하나의 고리역할을 했을 뿐이지 설상 어떤 대상으로 일반 대안학교로 가는 것도 아니고. -2차 아동상담치료센터

이 대안학교를 왜 세웠냐 하면 저희가 청소년 같은 경우에 입소를 하게 되면 일시적으로 학교를 못 갈 수 있다. 불이익을 받을 수 있다. 학교를 못가는 것에 따르는. 그렇기 때문에 저희들로서는 최소한 애들이 학교 부분에 있어서는 불이익을 받지 않도록 하기 위한 것이 우선. 예를 들어서 문

제가 있어 학교를 못 가는데 거기에 대한 치료개입 후에 애들이 학교를 다닐 수 있도록, 그런 과정에서 학교문제를 해결해 보려고 만든 것이 대안학교다. (중략). 아동보호전문기관만 해도 상담 치료센터가 보호 중에 하나가 아니겠나. 아동의 안전과 관련해서 아동의 권리라든지 이런 것과 관련해서 애들이 행복하게 잘 살아야 하는데 마음에 별 일 없이. 그렇다면 아동보호전문기관이라는 것은 말 그대로 현장입니다 현장. 상담소에 입소되어 있는 아이들 대부분은 학대에 가정으로 부터의 피해자일 수 있다. 그럼 그런 부분에서 효율적으로 개입을 하려면 무엇이 필요하겠느냐? 아동 보호전문기관이다. -1차 아동보호전문기관



〈그림 III-2-6〉 아동상담치료센터에서 제시하는 유사 기관과의 차별성

transition 변화전략

기관 내에 아동보호전문기관이 있어 학대가 발생하여 의뢰되는 경우 타 아동보호전문기관과는 달리 신속하게 아동·청소년의 문제를 진단하고 필요한 치료가 제공될 수 있다는 강점이 있다. 또한 대안학교를 통해 청소년이 입소하여 치료받는 동안 교육을 책임질 수 있다는 강점을 갖고 있다. 그러나 이러한 기능들로 인해 입소기간이 장기화 되거나, 학대로 의뢰된 아동들이 대부분 아동상담치료센터로 입소되는 경우가 많다(기타 유사한 기능을 하는 민간 기관으로 의뢰될 수 있음에도 불구하고). 따라서 상담치료서비스 이외의 기능들은 순차적으로 정리하여 타 기관에게 위탁을 주거나 좀 더 독립적 기능을 수행하는 분리된 조직으로 재정립할 필요가 있다.

● 변화요구에 대한 수용의 자세

아동상담치료센터는 기관방문 및 포커스그룹인터뷰 등에서 기관에 대한 변화요구를 수용하고, 서울시의 요구에 맞추어 서비스를 제공할 의사를 보여주고 있다.

20년이 지나면서 명칭도 변경이 되고 사업자체도 일정 부분 변화가 시도되고 있는 것에 소속된 사람으로서 비전을 명확하게 생각하는 시간이 됐었음. 이것을 갖고 업무적인 절차들에 대한 과정들 이라든지 평가에 요소에 따른 행정업무에 대한 정의를 하고 이면에는 대상자체가 내가 이 일을 하는 것은 우리가 데리고 있는 아이들 뿐 아니라 이 지역에 소속된 모든 아이들인데 과연 얼마나 효과적으로 집행이 되고 내가 얼마나 일조할 수 있는지에 대해서 생각을 안 해볼 수 없었다. 그것을 생각하는 데 있어서 좋은 어떤 발판이 됐으면 좋겠고, 이런 것들의 결과치가 어떻게 반영이 될지는 전 직원의 관심의 대상. 연구의 용역이든 서울시의 지침에 의한 어떤 변화가 있더라도 미션과 비전에 명확성을 재확인하고 진행되는 선에서 좋은 쪽으로 갔으면 좋겠다. -1차 아동복지전문기관

지금 사실은 아동 쪽에서 지금 저희랑 저쪽에서 했던 거고 청소년 파트에서 여러 가지로 지원센터 이렇게 있는데 만약에 아동청소년 법이 합해지니까 이런 부분에 대해서는 뭐 정말 대상자들한테 전혀 무리가 되지 않게 하면서도 어떤 중심역할을 하면서 각 기능들이 갈 수 있는 시스템들이 된다면 너무 좋은 거예요. -2차 아동상담치료센터.

transition 변화전략

아동상담치료센터가 서울시와 의견 차이를 보이는 서비스 대상 및 기관의 기능에 대한 부분은 두 조직간의 의사소통에 있어서의 문제로 발생한 것으로 분석된다. 따라서 현재 문제가 되는 부분에 대해 서울시와의 합의를 도출하여 향후 조직의 방향성을 정립하고 그에 맞는 서비스를 제공해야 한다.

② 약점(Weakness)

● 조직 기능에 대한 혼란 : 기능 추가로 인한 불명확한 서비스영역

아동상담치료센터는 본래 8세 이상 18세 이하의 문제행동아동(복합비행, 가출, 부랑, 도벽, 허언, 약물남용, 학교부적응, 정서장애 등)과 피학대 아동의 일시보호 상담치료를 위해 설립된 기관이다. 그러나 일시보호치료 중 청소년들의 교육을 유지시키고, 퇴학이나 무단결석 등으로 인해 어려운 상황에 처한 청소년들의 학적을 살리기 위해 교육서비스인 대안학교가 도입되는 등 사회적 욕구에 따라 새로운 기능들이 추가되었다. 또한 그룹홈 등의 설치로 조직의 서비스 영역이 확장되어 법·제도적 차원에서도 현재 기관의 기능을 포괄하지 못하고 있다. 이러한 상황에서 아동상담치료센터의 역할 및 기능에 대한 실무자의 관점을 분석한 결과, 부적응이나 비행등 “중증” 문제행동을 가진 아동·청소년에게 서비스를 제공한다는 의견, 오랫동안 거주하는 것이 아니라 위기 상황에서 서비스를 제공하는 “응급실”과 같은 서비스를 제공한다는 의견, 가정내 상황으로 인해 통원상담이 어려운 경우 입소하여 치료받는 가정과 시설간 “중간다리(halfway house)” 역할을 한다는 의견 등 기관의 기능에 대한 이해에 차이가 있는 것으로 나타났다.

저희가 하는 것이 좋겠다고 생각한다면 병원으로 말하면 중병을 앓는 사람들이 입원을 하듯이 문제행동과 심리적 상처가 커서 복지시설을 가든 가정으로 가든 어느 정도 스스로가 일어설 수 있도록 서비스를 줘야 하는 아이들. 그 다음에는 통원시설을 이용하든 어디를 이용하든 괜찮는데 그 전에 그렇지 못한 경우는 우리 상담소가 해야 되지 않을까. 그렇게 생각하고 있음. 지금 현재는 그렇게 생각하고 있음. 그러다보니 정신병리적인 부분과 약간 마찰이 있을 수 있는데 그 친구들은 병원도 20명 가까이 병원 치료도 병행을 하기도 한다. 안에서도 병원을 가기도 하고 심지어 있다가 병원에 의뢰를 해서 병원에 입원을 하기도 함. -1차 아동상담치료센터

저희가 아이들과 관련해서 회의를 하는데 직원들과 하는 얘기. 우리는 병원으로 얘기하면 응급실. 보육시설같이 장기간 있는 것은 아닌 응급실 같이 수술 불가능한 애들이 최일선에서 맡은 다음에 다른 곳으로 보낸다는 마인드를 직원들이 갖음. -1차 아동상담치료센터

제가 만약에 상담이 필요하다면 쉽게 통원상담을 이용할 것이다. 그렇게 가기 어려운 애들이 많다. 부모님이 혼자 애를 키운다든지, 할머니가 혼자 애를 보는데 나가셔서 통원상담 보호자로 계속 왔다갔다 하시기 어려울 때 결국은 가정보호가 필요하다고 붙여주기도 쉽지 않고 복지기관과 연결해서 하는 부분이 필요. 그런 것들을 알아봐도 쉽지 않고 학교에서는 잘릴 위험이 있는 아이들, 부모님들은 이 아이를 어떻게 하나? 그러다가 저희에게 연락. 통원상담과 입소상담의 차이가 크게 대조가 되는 것 같음. 그 대상이 되는 아이들은 가정보호에 어려움이 있는 애들, 문제가 있어서 상담을 필요로 하는 애들, 이런 애들이 가정부가 필요한데 시설에서는 안 받는다. 문제가 어느 정도 소거가 돼야 집단에서 적응이 되기 때문에 학교도 다닐 수 있고 그래서 결국 저희에게 의뢰를 하심, 결국은 중간다리 역할을 하게 됨. -1차 아동상담치료센터

transition 변화전략

기관의 미션을 재정립하여 기능에 대한 합의가 이루어져야 한다. 만일 응급실로서의 기능을 한다면, 입소치료는 일시보호를 해야 하며, 중장기 보호가 필요하면 위기개입 후 다른 서비스 기관으로 의뢰해야 한다. 만일 중증도의 문제행동을 보이는 아동에 대해 서비스를 제공한다면, 문제 심각성의 변화에 따라 가족복지나 다른 기관으로 의뢰가 필요하다. 중간의 집(halfway house)으로 역할을 한다면 어느 정도 치료가 진행되었다는 것으로, 사회에 복귀하기 위한 서비스가 집중적으로 이루어져야 한다. 현재는 모든 기능이 혼합적으로 제공되고 있는데 이러한 기능들은 유사해 보이나 매우 다른 운영방식이 요구될 수 있으므로, 서울시와의 합의를 통해 표적 집단을 정확히 규명하고 그에 맞는 서비스를 제공해야 한다.

● 체계적인 클라이언트 대상 판정시스템(screening system) 부재

〈조직 외부 차원〉

서울시와 표적 집단에 대한 협의가 이루어지면, 그 대상에게 서비스를 제공하기 위해 대상 판정절차가 필요하다. 현재는 아동상담치료센터에서도 독자적으로 판정할 뿐 아니라, 아동복

지센터의 대상관정을 통해서도 입소되며 파출소 등에서 의뢰되는 등 다양한 경로를 통해 입소되고 있다.

그러니깐 관장자제를 누가 하느냐 그게 중요한 거니깐 그거를 상담치료센터에서 하게 되면 전체적으로 하기에는 하고 있는 기능이 있기 때문에 기능을 일원화 시킬 필요가 있다. 아동은 움직이지 않고, 필요하다면 아동복지센터에 있는 상담원이 가서 현장에서 할 수 있는 것이고. -2차 서울시

이쪽에 치료센터의 상담원이 어세스먼트를 잘해요. 예를 들어서 공무원 보다는, 사실은 심리치료의 부분에서는, 그렇기 때문에 그 쪽에서 일부러 오고 이거는 너무나 인력 낭비에요. 그래서 지금 말씀하시는 것처럼 허브기능을 할 수 있는 데가 있어서 우리는 지금처럼 보고를 하거든요 어제 몇 시 몇 분에 이런 아이가 들어왔다. 메인에 알린다고요. 그런데 이 아이가 심리테스를 하고 다 해봤더니 이 아이는 이 정도의 처우를 받아야 될 것 같다. 그래서 여기서 치료를 하겠다. 그래서 거기서 합의를 얻거든요 지금 이런 시스템으로 가고 있기 때문에 저는 그거는 문제가 되지 않는데, 다만 이런 기능을 여러 군데서 해줄 수가 있다면 동부의 많은 숫자 보다는 차라리 많이 분산되어서 다른 데서도 이런 어떤 치료를 받을 수 있으면 좋죠. -2차 아동상담치료센터

그 어세스먼트를 할 수 있는 게 전문적이라고 했는데 그렇게 하는 기능이 상담지원센터도 예산이 들어가면서 그러한 기능을 하고 있거든요. 정말 법원에서 밤에 연락이 와서 정말 전문직 상담사들이 하고 있어요. 그건 또 청소년이니깐 별도로 했던 말이죠. 아동복지센터가 그 기능을 하려면 그런 전문적인 인력이 보강될 필요가 있죠. 청소년도 연계하고 전체적으로 연계하는 그래서 거기서 판단을 해서 이 아이는 이 시설에서 보호 받고 가는 것이 좋겠다 보고를 해주면 저쪽에서 개입을 할 수가 없는 것이다. 전문가들이 가서 있다고 판정을 해버리기 때문에 그래서 전체적으로 컨택을 하기가 어려운 부분도 있고. 그래서 기능적인 판단하는 기능을 일원화를 해줘야지 앞으로 향후 청소년과 아동시설이 통합되기 때문에 그런 것까지 고려를 해서 전반적인 할 수 있는 기관들이 많이 있을 수 있잖아요 자기는 요 시설만 보기 때문에 우리가 시설을 안 한다하지만 서울시내의 곳곳에 청소년 시설 아동 시설 다녀보면 유사한 기능들이 너무 많아요. 그래서 그런 기능들을 전문적으로 해줄 필요가 있다. 민간에서 자발적으로 한 것들에 대해서는 우리가 할 수 없는데 시에서 하는 부분들에 대해서는 정확하게 특색화하고 못한 부분들은 우리가 커버를 해주고 그런 영역으로 가야 하지 않을까. 상담치료센터에서 하고 있는 것들이 일반 민간 양육시설에서 하고 있는 것들과 똑같이 있고. 정말 심각한 아이들, 학교를 못 간 아이들. 그런데 하고 있잖아요. -2차 서울시

transition 변화전락

서울시에서는 현재 아동복지센터, 아동상담치료센터 등에서 판정이 가능한 것을 일원화하여, 클라이언트를 판정하기 위해 효율적이고 전문적인 대상판정 체계를 구축해야 할 것이다. 이렇게 구축된 판정 체계를 통해 아동상담센터에 의뢰된 아동들은 다학제적으로 구성된 팀을 통해 어떠한 치료서비스를 받을지 결정될 것이다.

〈조직 내부 차원〉

의뢰된 아동은 아동의 핵심적 특성에 따라 치료를 위해서는 치료시설, 양육을 위해 가정위탁이나 입양, 양육시설, 가정복귀가 가능한 상황이면 일시보호 후 부모상담을 통한 가정복귀 등 다양한 경로에 대한 체계적 절차가 필요하다. 그러나 아동상담치료센터에는 현재 아동의 통원·입소치료를 결정함에 있어 입소여부를 판별하는 기준이 확립되어 있지 않다. 심리검사 및 병원진단을 통해 입소가 결정되는 경우도 있으나, 많은 경우 실무자의 판단에 따라 임의적으로 결정되고 있다.

일단 나온 아이들은 심리치료가 대상이다. -2차 아동상담치료센터

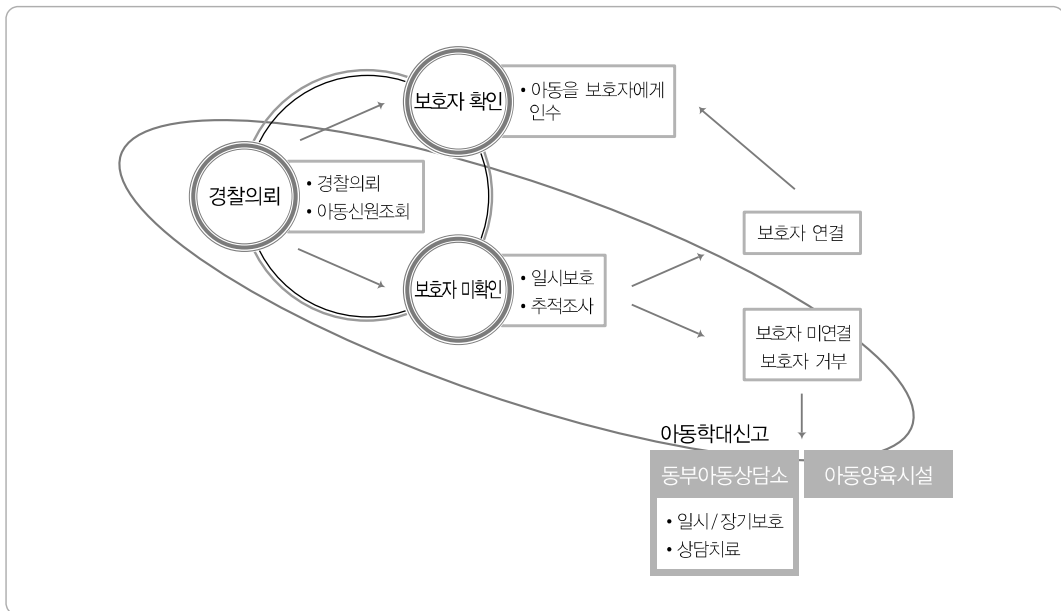
저희 상담소가 아동 피학대 대상자하고 비행청소년 중에 가정 내에 생활이 어려운 친구들, 가출 부랑생활이 오래됐거나 그런 가정에서 학대나 갈등, 해체 때문에 서울시 전수 조사는 안 해봤지만 대부분 그렇다. 친인척집에 있으면서도 친인척이 관리를 못하거나 학교를 전혀 나가지 않은 상태에서 학교선생님들도 대부분 개입을 하지 못하거나. 이정도 되는 친구들이 오기 때문에 대부분 보면 사회복지시설이 필요한 아이들이 입소될 애들이라고 느끼는 것. -1차 아동상담치료센터

저희 같은 경우는 다른 기관에서 생활했던 아이들이 오는 경우도 있다. 저희가 어떤 기관에 어느 정도 생활, 상담지도가 가능한지 알고 있기 때문에 그 정도 선 이상 되는 경우 입소대상으로 생각하고 있음. -1차 아동상담치료센터

입소 아동들 자체가 사회적으로 약자 중에서 약자. 그러다보니 생활이 열악함. 상담소는 기본적인 의식주 그런 것 다 해주면서 심리치료를 하기 때문에 일관성 있게 진행돼서 상당히 효과적인 것 같다. 상담소가 꼭 필요한 것 같다 -1차 아동보호전문기관

transition 변화전략

정서·행동적 어려움이 있는 아동에게 최선의 서비스를 제공하기 위해서는 다학제적 팀을 구성하여 문제를 사정할 필요가 있다. 즉 일반 사회복지사, 정신보건 사회복지사, 임상심리사, 소아정신과 의사, 특수 교사 등으로 구성된 다학제적 팀에서 아동의 입소치료여부 등이 논의되어야 한다. 이를 통해 심리검사 등으로 인한 무분별한 진단을 방지하고, 아동의 권익이 최우선시 되는 사정 환경을 조성할 수 있을 것이다.



〈그림 III-2-7〉 아동상담치료센터의 입소과정

● 의뢰된 아동의 의견반영의 미흡함

보편적으로 가족, 학교, 경찰 등의 경로를 통해 아동이 의뢰되고 있는데, 이 경우 통원이나 입소, 서비스 수혜여부 등 서비스를 받기위한 세팅에 대한 아동 본인의 욕구가 충분히 반영되지 못하고 있다. 입소 및 서비스를 거부하는 경우에는 대부분 상담을 통해 설득하여 아동들에게 서비스를 제공하고 있다.

초기 입소했을 때 어떤 애들은 원해서 여기 있겠습니다하는 반면 어떤 아이들은 거부를 한다. 어쩔 수 없이 입소를 한 경우 프로그램에 안 들어가려 하는 경우가 있다. 나 교실에 안 들어갈래요.
-1차 아동상담치료센터

case by case. 입소 아동들은 대부분 아이들이 상담소를 좋아함. 그렇지만 낯설음이 존재. 여럿이 살다보니 초기부터 갈등이 생기기도 함. 저항을 하는 아이들이 있음. -1차 아동상담치료센터

아무래도 청소년 같은 경우 비행이 심각하고 은둔, 범죄로 발전됨. 청소년 상담기관이 몇 천개가 되는데 대부분이 치료적인 부분이 약하다고 보고 그래서 쉼터라든지 이런 곳이 많이 개설이 되었지만, 여기는 다른 아동들과 다르게 거부적인 아이들이 대부분이다. 그래서 좀 더 특별하게 운영하는 프로그램이 적응프로그램. 일주일 이주일 프로그램을 하게 되는데 이 적응프로그램에 오

기까지도 힘들. 인테이크 할 때 부모가 원해서 오는 거고, 학교에서 오는 경우는 학교가 원해서 오는 것이고, 경찰이 데려오면 경찰이 원해서 오는 것. 아이의 의사를 전혀 반영하지 않고 오기 때문에, 그게 가장 힘들. 부모, 학교, 경찰이 여기 오기 전에 같이 어느 정도 협의가 돼서 오면 좋은데 그 정도의 여유가 있는 아이들이 거의 없다. 거의 가정이나 학교에서 방치하다시피 온 아이들이기 때문에 인테이크 과정부터 조심스럽다. -1차 아동상담치료센터

경찰에 잡혀서 올 경우 반항. 부모님하고 연결이 안 되는 경우에 밖에서 오랫동안 다녔던 아이는 계속 나가려고 함. 여기 안에서 틀 안에 있다는 생각을 하게 되니, 그런 경우는 설득을 하지만 일대일 시간을 많이 갖게 함. -1차 아동상담치료센터

transition 변화전략

아동상담치료센터에는 경찰서, 부모, 아동보호전문기관 등 다양한 경로를 통해 의뢰되는데 입소여부의 결정이나 치료 세팅 등에서 아동의 의사가 크게 고려되지 못하고 있다. 아동의 입소치료를 결정할 때나 서비스플랜을 계획할 때 아동의 의견이 반영될 수 있는 공식적 채널을 만들어야 한다.

● 프로그램 편중성 : 입소치료 및 특정 치료중심

아동상담치료센터에서 제공하는 치료공동체를 통한 입소치료, 놀이치료, 모래치료, 과제중심 접근 등의 프로그램 중 대부분의 아동이 치료공동체와 모래치료를 중심으로 치료를 받고 있다.

모래놀이를 많이 접하지 않았을 때는 아동은 놀이치료를 주로 했고, 청소년은 과제중심적인 측면으로 상담. 보니까 청소년들이 모래놀이를 하는 것을 좋아하고 효과도 좋고, 모래놀이를 하게 됐고, 성인 보호자들도 접하하는데 스스럼이 없어하심, 성인상담과 보호자 상담에도 도움이 됨. 효과는 바로 안 나타나는 애들도 있지만 그 때 그 때 나타남. -1차 아동상담치료센터

솔직히 말씀드리면 상담원이 상담하기 쉬운 상담. 비언어적이고 세팅이 되어 있어 자연스럽게 유도할 수 있음. 언어적인 상담은 횟수가 진행될수록 상담원이 많이 힘들. 대답하는 사람도 힘들고. 놀이치료는 대상의 한계가 있고. 상담소가 초창기부터 해왔었기 때문에 전국적으로 많이 알려지기 전부터 특히 표현력이 적은 친구들에게 좋음. -1차 아동상담치료센터

아동치료에는 변함이 없는데 치료에 다양성. 한 아이를 우리의 틀에 맞추는 것이 아니라 우리가 늘 알듯이 수준별/개인별 하기 위해서는 프로그램이 치료의 중심인데 단지 치료의 다양성이 아닐까. 개별/집단/그룹/공동체 적인 것이 결국 프로그램이라고 생각하는데 그 프로그램은 전과 지금은 큰 차이가 없다. 단지 그 때는 똑같은 시간에 똑같은 아이들을 대상으로 똑같은 교육적인 프로그램을 했을 때는 명칭이 없었는데 명칭이 만들어졌다. 그 때도 공동체고 지금도 공동체인데 좀 더 체계화된 공동체기에 지금은 치료공동체다. 예전에도 입소된 아이들을 데리고 프로그램을 했었는데 그때는 어떤 것을 modify를 할 만한 것이 없었고 병원처럼 무조건 상담만 하거나 아이들 상태만 파악하면 되는

상황이 아니기 때문에 그 때의 교육과 지금이 같음에도 불구하고 이렇게 되는 것 같은 생각이 든다. 중심은 치료다. 나머지는 치료에 대한 support정도가 아닐까. -2차 아동상담치료센터

transition 변화전락

아동상담치료센터의 핵심 서비스인 치료공동체의 효과성은 미국, 영국 등 해외에서 검증받은 프로그램이다. 그러나 해외 치료공동체의 이상적인 거주 기간은 약 6개월 미만으로 일시보호 및 단기보호의 수준인데 비해 우리나라에서는 평균적으로 1년이며, 최장 3년까지 가능하다. 따라서 본래의 조직설립 목적에 따라 일시보호의 수준을 확보해야 한다. 그리고 개별 아동에 따라 프로그램을 적용하는 것은 어렵더라도, 문제유형이나 집단에 따라 차별적인 프로그램이 적용될 수 있을 것이다. 모래치료 이외에도 아동·청소년의 변화요구를 수렴하여 다양한 치료방법을 도입할 필요가 있다. 현재 이용자 만족도 조사로 프로그램을 평가하고 있는데 이용자 만족도가 아니라, 유관기관의 실무자조사 등을 통해 정서·행동적 어려움이 있는 아동에게 필요한 서비스의 유형과 전달방법 등을 좀 더 자세하게 파악할 수 있을 것이다.

● 시설내 적응 중심 : 사후관리 미비

아동상담치료센터에서는 많은 경우에 가정 및 지역사회로부터 격리하여 치료공동체를 통한 입소치료를 하고 있다. 앞서 제시된 대로 아동의 입소치료 중 적응이 아니라 치료 후의 적응이 핵심적 사안이므로 사후관리가 매우 중요하다. 현재 아동상담치료센터에서는 사후관리가 거의 이루어지지 못하고 있다.

우리나라 아동청소년기에서 필요한 것이라 생각한다면 아이들이 집에만 있으면서 상담을 받을 때 효과가 없는 경우가 많다. 부모님과 갈등이 계속 있는 경우는 아이들이 집에 있기 어렵다. 학교도 마찬가지. 애들을 문제행동을 일으키는 자리에서 잠깐 빼주는 공간과 시간이 필요. 보호자들이 옆에 계속 붙어있으면 부딪치기 때문에 해소가 안 됨. 그런 측면에서 입소상담이 중요하다. 가정으로의 복귀가 중요하다 말하지만 그것으로 해결되지 않는 것도 있다. 그런 측면에서 비행이나 문제행동이 일어나는 환경에서 빠져 따로 둔 상태에서 상담이 들어가면 훨씬 효과적. 시간이 지나면서 아이나 부모가 서로에 대해 생각해보게 된다. 그런 측면에서 입소상담기관으로서의 필요성과 자긍심. 오는 아이들이 결손 애들이 많기 때문에 시설입소가 된다. 보육시설에 가서 이 아이들이 상담을 필요로 하는 문제들 발생. 그런 측면에서도 상담이라든지 생활교육에서 큰 몫을 하고 있음. -1차 아동상담치료센터

어떤 아인가에 따라 다름. 예를 들어 부모님은 애만 보면 화가남, 애도 부모만 보면 화가나 어떻게 할 수 없어 집을 나가는 아이, 그 아이를 집에 놓고 상담을 한다는 것은 불가능. 집에 있어야 부모가 애를 데리고 통원상담을 받는 방문서비스라 하면 집에 있어야 상담을 할 수 있는데 그렇지 않은 케이스가 많이 있다. 그런 측면에서는 갈등을 조금 완화시켜주는 측면에서도. -1차 아동상담치료센터

가정으로 갔을 때는 현실적으로 어렵지만 관계가 괜찮은 부모님들은 전화하는 것이 괜찮은데 어떤 부모님들은 끊고 싶어 하시는 분들도 계시고, 시설은 더 더욱 그런 기능을 한다. 그쪽에서 알아서 잘 하는데 생각이 있으시니까. 하면서도 저희들도 애들 어떻게 지내요, 그렇게 잘하나 못하나 편하게 하긴 하지만 그것이 죽 그렇진 못하다. 한 때는 6개월까지 한번 해보자. 3개월까지 한번 해보자 했었는데 하다가 조금 그렇게 됐다. -1차 아동상담치료센터

저희들이 찾아가서 계속 할 수는 없고 전화상담 정도. 애들이 찾아오는 경우도 있다. 우리가 가장 취약한 부분이기도 하다. -1차 아동상담치료센터

transition 변화전략

초기에는 아동상담을 위해 가정으로부터 일시적 격리치료가 유용할 수 있으나, 점진적으로는 처한 환경에서의 적응을 위한 서비스가 필요하다. 치료 후 복귀되는 아동이 비행에 개입할 수 있고, 원가정이나 지역사회에서 적응하지 못할 수도 있다. 즉, 상담치료센터에서의 적응이 중요한 것이 아니라 아동이 치료를 통해 본인이 생활하게 될 원가정, 지역사회에서의 적응이 최종목표이므로 이에 초점이 맞추어져야 한다. 그러므로 정서·행동적 어려움이 있는 아동들이 치료 후 본인이 속한 가정과 지역사회에서 잘 적응할 수 있도록 가족관련 상담 및 복귀서비스가 반드시 함께 이루어져야 한다. 또한, 사후관리체계를 구축하여 잘 적응하고 있는 지를 살펴보고 그렇지 않다면 적절한 서비스 제공과 함께 원인 및 개선방안은 무엇일지 고민하여 향후 프로그램에 반영해야 한다.

● 외부 모니터링 시스템 부재

주로 기관 내에서 문제를 해결해왔고 자문위원회가 있으나 재단 인사로 구성되어 있으며, 외부의 자원과의 연계가 매우 제한적이었다.

형식상으로 대안학교 같은 경우는 학교선생님들이 프로그램의 정식 주체는 재단에서 하는 자문이 있긴 있다. -1차 아동상담치료센터

저희가 case를 갖고 슈퍼비전을 나누기는 한다. 다른 외부와의 교류는 없다. -1차 아동상담치료센터

transition 변화전략

기관운영 및 중요한 사안에 대한 자문을 구하고 객관적 기관평가를 위해, 아동·청소년 관련 학계와 실무 현장의 전문가 등 외부전문가로 구성된 자문위원회(advisory committee)를 구성해야 한다.

③ 기회(Opportunity)

● 관련법의 변화 : 가용자원의 범위확대 및 핵심서비스 집중가능

기존에 아동과 청소년이 분리되어 있던 법이 아동·청소년을 통합하는 법으로 개정되면 관련 서비스를 제공하는 기관의 자원이 확대될 것이다. 그러면 기존 아동상담치료센터에서만 가능했던 업무가 다른 기관과의 협력관계를 통해 제공될 수 있을 것이다.

지금 아동복지법이 바뀌잖아요. 청소년까지 포함돼서. 통합이 되니까 그런 기능을 할 수 있는 데가 좀 더 넓어지고 있는 거예요. 다른 데가 많이. 뭐 예를 들어서 통합지원센터에서도 상담도 있고 다른 센터도 생기고 이런 식으로. 그런데 보내 줄 수 있는 여지가 좀 생긴 거죠. 옛날에는 청소년 아동 갈라놓았으니까 아동치료센터에 오는 것은 모든 것이 동부르만 가야 된다고 했는데 아동하고 청소년이 합쳐지면서 갈 수 있는 것이 좀 넓어진 거죠. 전체적인 아동청소년에 대한 판정하고 일시보호도 하고 그러면서 전체적인 특성에 맞게 아이들을 분리해주고 그러면 아동복지상담치료센터는 실제로 그런 아이들만 대상으로 가는 거죠. -2차 서울시

청소년에 대한 청소년상담센터가 있잖아요. 검찰에서 연락 받아서 일시보호역할을 하고 있거든요. 청소년 대상은. 아동청소년 법이 합쳐지는 것도 아동 따로 청소년 따로 있고. 그래서 청소년 상담지원센터도 결국은 아동복지센터를 합쳐서 해야 되요. 아동파트, 청소년파트 전문가들, 상담사를 배치를 하고 어떤 연령대가 오더라도 거기서는 해결을 해줘서 청소년 아동시설, 아동시설, 양육시설, 보호시설, 치료시설 그렇게 다 구분할 수 있도록 해야 되는 부분이 아닌가. -2차 서울시

아동복지법이 바뀌면, 그러한 어떠한 기능하고 외적인 보강이 되긴 되어야 되겠죠. 청소년까지 포함해서, 전체적인 아동청소년에 대한 판정하고 일시보호도 하고 그러면서 전체적인 특성에 맞게 아이들을 분리해주고 그러면 아동복지상담치료센터는 실제로 그런 아이들만 대상으로 가는 거죠. -2차 서울시

transition 변화전략

법제도가 정비되면 청소년지원센터 등 유사한 서비스를 제공하나 연령에 의해 구분되던 많은 기관들이 가용자원으로 확보되며 이들과의 협력이 가능해질 것이다. 그러므로 아동상담치료센터는 유관기관과의 연계 체계를 구축하여 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위해 효율적으로 서비스를 제공할 수 있을 것이다.

● 서울시 직접 위탁기관으로서 서울시 지원

아동상담치료센터는 서울시로부터 100% 재정지원을 받는 직접 위탁 시설로서, 향후 변화를 위한 과정에서 필요한 경우 서울시로부터의 적절한 지원을 받을 수 있다.

● 아동상담치료센터의 상담 프로그램에 대한 외부 기관의 관심

정서·행동적 어려움을 가진 아동들이 증가함에 따라 관련 기관에서 아동상담치료센터의 노하우를 배우고자 하는 요청이 꾸준히 증가하고 있다.

놀이치료 같은 경우는 유치원, 얼마 전에도 구청과 조인을 해서 어린이집 교사들과 놀이치료교육을 했었음. 실제로 활용될 수 있는 부분. 모래놀이치료 같은 경우는 애들에게 실제로 적용할 때도 도움이 되지만 교육하는 본인에 대해서 다시 한 번 생각하게 되기 때문에 그런 부분에서 많이 좋음. -1차 아동상담치료센터

상담전문가 과정. 상담파트로서는 상담에 필요한 것들을 한다. 모래놀이치료, 놀이치료, 과제중심치료, TC. 저희들이 내걸 수 있는 것은 저희들이 경험하고 저희들이 할 수 있는 부분들, 같이 공유할 수 있는 부분들로 나갈 수 있음. -1차 아동상담치료센터

성교육도 들어감. 외부 분들에게 모래놀이 같은 경우는 김보애 수녀님이 좀 전문가시고, 놀이치료는 과장님이 전문가시고 과제중심도 각각 파트에 전문가들이 있었음. 사례집도 모래놀이 사례만 나간 것이 아님. 외부에 세미나는 치료공동체와 놀이치료도 상당히 많이 함. -1차 아동상담치료센터

transition 변화전략

20여년간 정서·행동적 어려움이 있는 아동들에게 효과적으로 서비스를 제공해와 많은 관련 기관에서 대상집단의 특성을 파악하고, 대상집단에게 효과적인 프로그램 및 노하우를 배우고자 한다. 수십년간의 노하우를 바탕으로 체계적으로 교육 프로그램을 제작하여 아동·청소년 복지시설의 실무자들을 전문가로 양성하는 전문가 양성 프로그램 및 교육 프로그램을 확립할 수 있을 것이다.

④ 위협(Threat)

● 서비스에 대한 외부의 비판적 시각

치료공동체와 모래치료를 서비스 집중에 대하여 외부의 비판적 시각이 존재한다. 제공하고 있는 서비스가 아동의 치료를 위해 가장 효과적인 프로그램이기 때문에 제공하는 것인지 아니면 잘하는 프로그램이기 때문에 집중하는 것인지에 대한 의문을 제기하는 것이다. 그리고 아동의 문제유형이나 특성에 따라 차별화된 접근방법이 필요함에도 불구하고 너무 편중된 서비스를 제공하는 것에 대한 우려가 있다.

● 아동상담치료센터의 조직 기능에 대한 혼란(서울시 차원)

서울시립기관으로서 기타 민간영역의 상담소와는 법적·재정적 차원에서 구별되며, 따라서 차별적인 기능수행에 대한 기대가 있다. 민간영역에서는 제공하기 어렵거나 한계가 있는 서비스를 아동상담치료센터가 제공해주기를 바라고 있는 것이다. 이러한 상황에서 문제점으로 지적되는 것이 바로 민간영역의 기관에서도 제공할 수 있는 대안학교나 그룹홈 등의 기능이 추가되어, 기관의 정체성이 모호하고 클라이언트 표적 집단도 명확하지 않다는 것이다.

시립이라고 하면 민간영역에서 못하는 부분을 어느 정도 해줘야 되는데 민간에서 하고 있는 똑같은 것을 시립에서 하는 것은 시립을 하게 된 사명하고도 안 맞고, 그래서 좀 정확한 대상이 누구를 대상으로 하느냐 그런 특화가 있어야 될 것 같다. 가장 중요한 것은 학적 문제, 학교문제 어떻게 해야 될 것이냐. 그렇다고 해서 그 시설에서 커버해서 다 해결해 줘야 하는 종합도탈서비스를 해야 하느냐. 대안학교도 전문기관이 있단 말이죠. 거기서도 대안교육 프로그램이 알차게 하고 있단 말이죠. 그 아이들도 분명히 학교 부적응이고 심리적인 상처를 받은 아이들도 있고 다 있단 말이죠, 그런 교육 전문화 할 수 있는 데도 있는데, 시립 아동상담치료센터에서 까지 대안교육까지 다 끌어안고 가야하는가. 방향을 정확하게 타길을 정해서 갈 필요가 있다. -2차 서울시

transition 변화전략

서울시는 아동상담치료센터가 민간영역에서 다루지 못하는 서비스를 제공하기를 원하고 있으므로 모든 관련 서비스를 제공하기보다는 시립기관으로써 본래의 기관목적에 부합하는 서비스들을 좀 더 집중적으로 제공할 필요가 있다. 이에 대한 서울시와 기관 간에 합의가 도출되어야 한다.

● 지역사회와의 갈등 : 센터아동에 대한 사회의 stigma

아동상담치료센터가 위치한 지역사회 내에서 지역주민과의 관계에 갈등이 있다.

PC방을 좋아하는 아이들. 근처에 쇼핑도 좋아함. 시설 같은 경우에는 다 사서 주고 동정심을 베풀어 주듯이 하는 데 저희 같은 경우는 자기 못 자기가 사라고 하고 돈 주고 pc방 가라고 하고 그렇게 오픈을 한다. 그러면 애들이 나가면 안 좋아함. -1차 아동상담치료센터

가까운 데 좋은 아파트가 있어 아파트 내에 놀이시설이 있으니깐 저희 아이들도 호기심이 있으니 가지 말라 소리는 못하는데 놀면 바로 경비실에서 연락이 옴. 저희가 하지 않은 일인데 우리 아이들이 그런 것 같다 연락 옴. 그 전엔 주공아파트, 연말에 행사하면 놀러 와서 보고 아이들 하고 같이 놀고 했는데. 좋은 아파트가 들어오고 나서 소통에 문제가 생김. -1차 아동상담치료센터

지역사회에서도 적극적으로 호응하시는 분들도 계시는데 아무래도 어떤 분들은... -1차 아동상담치료센터

transition 변화전략

지금도 아동상담치료센터의 일부 시설들은 지역사회에 개방하고 있다. 앞으로도 지역주민 활동을 위해 시설을 개방하고, 대안학교를 개방하고, 지역사회 주민들을 대상으로 홍보 및 교육프로그램을 진행함으로써 인식개선을 할 수 있을 것이다.

2) 서울특별시립 아동상담치료센터 SWOT분석을 통한 향후 방향성

아동상담치료센터는 공적인 시립기관으로서 민간영역에서 커버하지 못하는 정서·행동적 어려움이 있는 아동들에게 서비스를 제공하기 위해 2단계의 전환(transition) 방향을 가지고 있다. 1단계는 서울시와 명확한 의사소통을 통해 표적 집단을 결정하고, 2단계로는 현재 수행하고 있는 많은 기능들을 정리하여 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 상담치료 서비스에 집중하는 것이다.



〈그림 III-2-8〉 아동상담치료센터 SWOT 분석을 통한 전략

• 약점/위협(W/T) 대안⁴²⁾ : 표적 집단에 대한 관점차이 해소

아동상담치료센터는 우선적으로 클라이언트 표적 집단(target population)에 대하여 서울시와 기관 간에 명확한 이해와 합의를 도출해야 한다. 조직의 사명인 아동의 상담치료에 초점을 맞추어 좀 더 세분화되고 전문화된 서비스를 제공하고 대안학교나 장기보호 등과 같은 부가적 기능은 정리하자는 서울시 입장에 대해, 서울시와 서울시립 아동상담치료센터간 입장의 차이가 나타났다. 이는 표적 집단에 대한 이해가 상이하여 프로그램이나 조직기능에 대한 시각이 다르기 때문인 것으로 분석된다. 서울시는 민간영역에서 서비스를 제공받기 어려운 정도의 심각한 문제행동이나 정서행동을 나타내는 아동에게 서비스를 제공하는 기관으로 자리매김하기를 기대하고 있다. 그런데 아동상담치료센터로부터 현재 서비스를 받고 있는 대상은 문제행동이나 정서행동문제를 가진 아동이 처한 심각한 상황적 요인(가정 복귀가 불가능하거나 통원 상담이 불가능한 경우, 학교 무단결석과 비행으로 학교의 서비스를 받을 수도 없는 경우 등)들로 인해 민간영역에서는 서비스를 제공받기 어려운 클라이언트이다. 즉, 서울시는 클라이언트 표적 집단이 가진 '문제의 심각성'에 초점을 두고 있는 반면, 아동상담치료센터에서는 표적 집단이 가진 문제로 인해 발생한 '상황의 심각성'에 초점을 맞추어 왔다. 서울시가 기대하는 표적 집단은 문제의 심각성으로 인해 민간영역에서는 제공하기 어려운 전문적 서비스에 의해 결정되는 원인차원이라면, 아동상담치료센터가 현재 서비스를 제공하고 있는 표적 집단은 문제로 인해 발생한 상황으로 민간영역에서 커버하기 어려운 아동들 즉 결과차원에 초점을 맞춘 것이다. 따라서 현재 아동상담치료센터가 서울시의 요구에 따라 서비스를 제공하기 위해 대안학교 및 장기보호를 하고 있다는 것은 표적 집단에 대한 두 기관 간의 이해의 차이로 나타난 상황이므로 이에 대해 기관차원의 이해 및 조정이 필요하다.

• 약점/기회(W/O) 대안 : 총체적 vs. 전문화된 서비스 이슈

아동상담치료센터의 대안학교는 과거 의뢰된 아동들 중 학적에 문제(무단결석, 퇴학 등)있는 경우가 많았고, 심리치료를 받는 중에는 학교를 가지 못하게 되어 학적에 문제가 발생할 수 있으므로 일시보호기능을 돕고, 학업의 연속성을 위한 사회적 욕구에 의해 도입되었다. 추후 아동이 사회에서 제기능을 수행하는데 매우 중요한 역할을 하므로 대안학교를 통한 아

42) S/O : 강점을 가지고 기회를 살리는 전략

S/T : 강점을 가지고 위험을 피하거나 최소화하는 전략

W/O : 약점을 보완하며 기회를 살리는 전략

W/T : 약점을 보완하는 동시에 위험을 피하거나 최소화하는 전략

동의 교육적 욕구 충족은 환영할 만한 일이다. 그러나 대안학교는 일시보호를 장기보호화 하는데 영향을 미치고 있다. 즉, 청소년에게 매우 중요한 교육서비스가 제공되기 때문에 일시보호로 치료할 수 있는 경우에도 다소 기간이 연장되어 질 수 있는 우려가 있다. 아동상담치료센터의 평균 입소기간은 약1년으로 이 또한 일시보호라 하기에는 긴 기간인데, 대안학교에 다니는 경우에는 최고 3년까지 센터에 거주할 수 있다. 따라서 6개월 미만의 일시보호 기능을 회복하여야 한다.

또한 아동의 학적문제와 교육적 서비스는 다른 민간 대안학교를 통해서나 민간 기관에의 위탁을 통해 가능할 것이다. 아동상담치료센터에 속한 세 개의 그룹홈에 거주하는 아동들의 경우에는 인근 학교에 통학하고 방과 후에 상담소에서 상담 및 집단 프로그램에 참여하고 있다. 따라서 핵심적 이슈는 표적 집단에 대한 명확한 합의와 아동상담치료센터의 총체적인 서비스 제공의 적합성이다. 유사한 기능을 제공하는 다른 기관과 연계를 하지 않고 한 기관에서 모든 서비스를 제공하는 것은, 아동차원에서는 매우 편리하고 충격을 최소화 하는 좋은 접근이지만, 아동상담치료센터의 서비스를 받고자 하나 받을 수 없는 아동이 많은 점을 감안할 때 재구조화 될 필요성이 있다. 즉, 현재 기능을 다른 기관에 위탁하게 되면 의외되는 아동들은 기존의 서비스를 그대로 받을 수 있고 각 조직은 기관의 더욱이 현재 아동관련 환경이 매우 빠르게 변화하고, 문제양상이 악화되는 경향임을 감안할 때 아동상담치료센터는 포괄적 서비스보다는 좀 더 세분화되고 전문화된 서비스를 제공하여야 할 것이다.

• 강점/위협(S/T) 대안 : 사회통합

전문적 서비스를 제고하는 역량의 높고 낮음을 나타내는 전문성(expertise) 뿐 아니라 어떤 방향으로 서비스와 프로그램이 특성화되어야 하는 지를 결정하는 전문화(specialization)가 동시에 고려되어야 한다. 아동상담치료센터는 오랜 경험 및 노하우를 통해 상담치료서비스에 대한 전문성을 갖추고 있으나 전문화된 서비스를 제공하는 데는 다소 취약하다. 대안학교는 이에 대한 전문성을 갖추고 있는 기관에게, 그룹홈은 양육서비스를 전문적으로 수행하는 기관에게 그 책임을 이전하고, 아동상담치료센터는 상담과 치료의 부분으로 전문화되어야 한다는 것이다.

상담치료의 궁극적 목적은 아동의 사회통합이다. 그런데 아동상담치료센터의 주 치료 형태인 입소치료는 센터 내에서의 아동의 적응에 초점을 맞춘 것으로, 아동이 거주하는 지역사회 및 가정으로 복귀한 후의 사회통합을 지향하는 것은 아니다. 치료센터로서의 전문화를 원한다면, 공동체에 적응하게 하는 치료가 아니라 가족과 일할 수 있는 인력들을 더 많이 확보하여 가족과의 정기적 만남과 상담 등을 통한 가족중심적 치료가 필요하다. 이러한 전문화를

통해 좀 더 집중적인 서비스를, 유관기관과의 연계를 통해 좀 더 효율적인 서비스를 제공할 수 있을 것이다.

사회통합차원에서 대안학교나 그룹홈을 아동상담치료센터에 입소한 청소년만 이용하는 것이 아니라 유사한 문제를 가진 지역사회의 청소년에게도 개방할 필요가 있다. 아동상담치료센터의 경우 지역사회통합이 서울시립소년의집의 지역사회통합과는 다른 차원에서 이해되어야 한다. 즉, 서울시립소년의집은 시설이 위치한 지역사회에서 완전히 격리되어 있으므로, 서울시립소년의집의 지역사회통합이란 지역사회에 초등학교 개방, 수영장 개방, 도티병원 개방 등을 통한 시설과 사회의 통합이다. 그러나 아동상담치료센터의 경우에는 아동상담치료센터가 위치한 지역과의 교류뿐 아니라 아동의 원가정이 위치한 지역사회에서의 통합이 매우 중요하다. 다양한 지역으로부터 아동이 입소되므로 이 경우에는 가족보존 서비스의 강화 및 학교통학 등을 통해 지역사회통합에 접근할 수 있을 것이다.

- 강점/기회(S/O) 대안 : 아동의 안정(stabilization)을 위한 사후관리(follow up)

가정이 해체된 경우, 집에서 학대를 받았거나 부모와의 갈등이 심해 가정에서 상담이 어려운 경우에는 격리하여 입소상담치료를 하고 있다. 단기적으로는 그렇게 할 수 있으나 아동이 가정으로 복귀하게 된 후의 적응을 위해 부모상담, 부모와 청소년의 공동 상담 프로그램 등의 가족관련 서비스가 반드시 이루어져야 한다. 즉, 상담치료센터에서의 적응이 중요한 것이 아니라 아동이 치료를 통해 본인이 생활하는 원가정, 지역사회에서의 적응이 최종목표이므로 이에 초점이 맞추어져야 한다. 만약 아동이 가정으로 복귀하지 못하는 상황이라면 아동상담치료센터에서의 장기보호가 아니라 위탁 및 그룹홈 등의 대안을 마련하여야 한다. 치료 후에는 반드시 사후관리를 통해 치료의 효과 및 아동의 안정적 적응을 확인하여야 한다. 사후관리를 통해 치료를 받은 아동과 그렇지 않은 아동의 경우의 차이를 분석하고, 지속적으로 변화하는 아동의 욕구에 민감하게 대응할 필요가 있다.

- 약점/기회(W/O) 대안 : 프로그램 개발 및 전문가 양성 교육

아동상담치료센터는 기관 내부 프로그램에 있어서 현재까지 수행되고 있는 치료공동체내에서 치료를 지속적으로 제공하고 있다. 물론 치료공동체의 효과도 있겠지만, 아동의 문제나 상황이 시간에 따라 변화하고 있고 욕구도 변화하고 있는 시점에서 과거의 프로그램에 안주하지 않고 탄력적으로 변화를 수용하여야 할 것이다. 치료공동체에 대해서도 외부에서 부정적인 시각이 있는데, 왜 부정적 시각이 있는지를 파악하고 이를 반영하거나 그렇지 않다면 치료공동체의 효과성을 다각도로 측정하여 제시할 필요가 있다. 또한, 지역아동센터 및 아동

청소년 관련 기관 실무자, 아동복지시설의 사회복지사들에게 치료공동체, 모래치료, 놀이치료, 과제중심모델, 성교육 등 전문인력을 양성하는 교육을 제공하고 있다. 아동·청소년관련 문제와 욕구는 시기에 따라 변화하므로 아동상담치료센터의 노하우와 오랜 경험을 통해 다양한 교육프로그램을 개발함으로써 전문가양성기능을 확보할 수 있을 것이다. 프로그램은 수강생 만족도뿐 아니라 현 아동청소년 관련 종사자들의 욕구를 파악하고, 아동·청소년의 문제를 가장 잘 판단하고 개입할 수 있는 방법에 대한 지속적인 탐구와 노력을 통해 개발되어야 한다. 이렇게 전문가 교육에 대한 외부의 요청이 많아지므로 조직재편을 통해 전담으로 프로그램 개발 및 내외부 교육지원 등의 업무를 처리하는 전문교육팀(가칭)이나 연구센터를 유효화할 수 있을 것이다.

• 약점/위협(W/T) 대안 : 외부전문가로 구성된 자문위원회(advisory committee) 구성

현재 재단 인사로 구성된 자문위원회 이외에는 공식적 외부자문단이 없는 실정이다. 따라서 다양한 전문가로 구성된 외부전문가 위원회를 구성하여 정기적인 회의를 통해 효율적 운영시스템을 개발한다든지 내부자원뿐 아니라 외부자원의 연계를 좀 더 공식화, 체계화 시킬 필요가 있다.

정리하면, 서울특별시립아동상담치료센터의 단기 운영방안은 첫째, 대상 집단에 대한 선택과 집중(정서·행동적 어려움이 있는 아동), 둘째, 전문화된 서비스로의 선택과 집중, 셋째, 대안학교, 그룹홈 등의 부대시설에 대한 타 기관 위탁, 넷째, 아동상담치료 판정을 위한 다학제적 팀 구성, 다섯째, 아동의 지역사회통합을 위한 사후관리체계 구축, 여섯째, 외부 전문가로 구성된 자문위원회 구성, 일곱째, 프로그램 개발 및 전문가 양성 교육의 특성화로 볼 수 있다.

4. 소결

1) 서울시립소년의집

서울시립소년의집의 향후 운영방안은 구조조정(Organizational Restructuring)과 기능전환(Organizational Functional Transformation)의 2단계로 수행될 수 있다. 구조조정과 기능전환은 각각 첫째, 양육환경의 개선, 둘째, 의료적 접근 강화, 셋째, 교육환경의 개선, 넷째, 상담체계의 강화, 다섯째, 가족중심접근의 강화, 여섯째, 지역사회 통합 제고, 일곱째, 위기개입체계 확립, 여덟째, 사례관리체계 구축, 아홉째, 외부평가체계 구축의 차원에서 제시된다.

우선 구조조정 단계를 좀 더 세부적으로 제시하면 다음과 같다. 시설퇴소아동을 포함한 모

표 III-2-4 서울시립소년의집의 향후 운영방안

서비스내용	구조조정 (Organizational Restructuring)	기능전환 (Organizational Functional Transformation)
1. 양육환경개선 (Improvement of the Child Care Environment)	규모축소:100명 이내(법정인원)	일시보호기능
1) 시설운영방법	- 전체 숙사의 가정형 소속사화 - 그룹홈 운영(중학생부터) - 부산전출/전입 중단	- 치료를 위한 소속사 - 단기보호를 위한 쉼터
2) 시설유형	양육시설, 의료시설, 교육시설 등	치료재활시설
2. 의료접근강화 (Strengthening Medical Approach)	도티병원 내 소아정신과 개설	지역정신보건센터와 연계
3. 교육환경개선 (Improvement of Educational Environment)	초등학교 개방 지역학교 입학	- 지역사회학교화 - 치료목적교육 프로그램 강화
4. 상담체계강화 (Enhancement of Counseling System)	- 양육서비스 내 상담기능 강화 - 상담전문가채용	- 양육시설을 위한 상담과 양육전문가 양성 프로그램 개발 보급
5. 가족중심접근강화 (Family Centered Approach)	- 가족복귀서비스체계구축 :입양/위탁/원가족복귀 등	- SED 아동의 가족적응지원 : 가족훈련, 교육, 사후서비스 제공 - 가족대상 찾아가는 서비스 강화
6. 지역사회통합 (Community Integration)	- 시설개방: 공원화, 어린이도서관 - 지역학교 입학 및 지역주민화 - 집단이 아닌 개별 지역사회참여 강화 ※outbound & inbound exchange	- 안전을 고려한 시설의 지역사회개방 - 지역내 요보호SED 아동의 치료기능 - 허브기능: 지역시설로 찾아가는 서비스 제공
7. 위기개입체계 (Crisis Intervention)	단순보호지양 → 위기개입체계마련	위기개입을 위한 아동보호기능 제공
8. 사례관리체계 (Case Management)	- 사회복지실 강화 → 다학제사례관리 체계 구축 - life span기반 : 퇴소후, 전원후 관리	- 아동육구기반강점과 가족 중심사례 관리 모델 개발 - 외부서비스 연계 체계 구축
9. 외부평가체계 (Evidence-Based & External Evaluation)	- 운영 투명성 및 공공성 확보 - 아동육구기반 서비스 여부 평가 - 사정 및 종결 기준 제공	공공에 대한 자원 운영 효율성 : 타기관과 차별성과 형평성 고려

든 법적 연령 아동을 위한 서비스를 제공해야 할 것이다. 부산 소년의집과 집단 전출/전입을 하지 않고 아동의 의사를 존중하여 결정하도록하며, 중학생 이상은 시설보호가 아니라 그룹

홈에서 거주하도록 한다. 현재 1000여명에 이르는 대규모 시설을 100명 내외의 소규모 시설로 축소하여야 하며, 이때 거주유형은 10명 이내 다양한 연령으로 구성된 아동들이 생활하는 가정형 소속사(Deinstitutionalization)의 형태로 구성한다. 안전을 고려하여 점진적으로 시설을 지역사회에 개방하고 시설 내 초등학교를 개방하여 시설 보호아동들과 지역사회 아동들이 함께 학교에 통학할 수 있도록 한다. 가족복지서비스 체계를 구축하고 입양이나 위탁, 그룹홈과 같은 다른 대리적 보호서비스를 적극적으로 활용하여 시설 규모를 축소해야 한다. 현재 시설 총 보호아동의 30-40%를 차지하는 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 다학제 치료 및 사정체계를 구축(Multidisciplinary Approach)해야 할 것이다. 또한 서울시립소년의집에 대한 평가와 자문을 위해 다학제적 외부 전문가 실무 위원회를(Multidisciplinary Steering Committee of External Experts) 구성할 필요가 있다.

요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 보호치료시설로의 기능전환 단계를 구체적으로 제시하면 다음과 같다. 서울시립소년의집이 일반 양육시설에서 치료의 기능을 갖춘 보호치료시설로 기능전환을 하는 것으로, 이는 도티병원내 소아정신과 개설과, 관련 전문가를 채용을 통한 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 다학제 상담치료 시스템 도입(Multidisciplinary Approach) 등을 통해 가능할 것이다. 양육시설을 위한 상담과 양육전문가 양성 프로그램을 개발·보급하여 서울 서부권역의 허브(Hub) 기능을 수행하고, 사회복지시설의 강화를 통해 아동발달에 맞는 통합적/연속적 프로그램, 사례관리(Case Management) 시스템을 도입해야 한다.

2) 서울시립아동상담치료센터

서울시립아동상담치료센터의 향후 운영방안 역시 구조조정(Organizational Restructuring)과 기능전환(Organizational Functional Transformation)의 2단계로 수행될 수 있다. 구조조정 단계를 좀 더 세부적으로 제시하면 다음과 같다. 그룹홈과 대안학교는 타 기관으로 이전시키고 전문적인 치료상담시설로서의 기능을 수행하고, 거주기간 6개월 미만의 일시보호시설의 기능을 회복해야 할 것이다. 아동의 문제를 해결하고 가장 적절한 서비스를 제공하기 위해 다학제 치료 및 사정체계(Multidisciplinary Approach)를 구축해야 한다. 가족중심서비스 지원체계를 강화하여 부모/가족 지원 프로그램 등을 활발하게 제공하고, 아동이 가족으로 복귀한 이후의 성과 평가를 통해 지역사회 적응도를 측정하도록 한다. 또한 치료를 결정함에 있어 아동의 욕구에 기반한 서비스 사정 및 평가 모니터링 시스템을 도입(Systematic Needs-Based & Evidence-Based Monitoring & Evaluation)하고, 다학제적 외부 전문가 실무 위원회(Multidisciplinary Steering Committee of External Experts)를 구성하여 아동상담치료센터에

Ⅲ 표 Ⅲ-2-5 Ⅲ 서울시립아동상담치료센터의 향후 운영방안

서비스내용	구조조정 (Organizational Restructuring)	기능전환 (Organizational Functional Transformation)
1. 양육환경개선(Improvement of the Child Care Environment)	일시보호기능회복 : 6개월미만	일시보호기능
1) 시설운영방법	그룹홈 이전	- 치료를 위한 소숙사 - 단기보호를 위한 쉼터
2) 시설유형	상담소, 아동보호전문기관, 아동치료보호 시설 등	치료재활시설
2. 의료접근강화 (Strengthening Medical Approach)	정신과 전문의 채용	지역정신보건센터와 연계
3. 교육환경개선 (Improvement of Educational Environment)	대안학교 이전	치료목적교육프로그램 강화
4. 상담체계강화 (Enhancement of Counseling System)	- 다학제 치료 및 사정체계 구축 - 다학제 상담 프로그램개발	전문 아동상담가 양성 프로그램 개발 및 보급
5. 가족중심접근강화 (Family Centered Approach)	- 가족중심서비스체계구축(가족복귀 등) - 아동개인변화추구에서 → 가족중심변화추구 서비스로 전환	- 아동-부모-가족을 위한 교육 프로그램 개발 - 가족대상 찾아가는 서비스 강화
6. 지역사회통합 (Community Integration)	- 아동의 지역사회 적응 프로그램 강화 - 지역사회중심 재활/치료 서비스 개발 및 제공 ※ outbound & inbound exchange	- 안전을 고려한 시설의 지역사회 개방 - 기능 : 지역사회로 찾아가는 서비스 제공
7. 위기개입체계 (Crisis Intervention)	- 아동보호전문기관을 통한 위기개입 기능 - 타기관과 차별화, 공격조직으로서 모델 개발	위기개입 전문가훈련교육기능
8. 사례관리체계 (Case Management)	- life span기반: 퇴소후, 전원후 관리	- 아동육구기반강점과 가족 중심사례관리 모델 개발 - 외부서비스 연계 체계 구축
9. 외부평가체계 (Evidence-Based & External Evaluation)	- 운영투명성 및 공공성 확보 - 아동육구기반 서비스 여부 평가 - 사정 및 종결 기준 제공	- 공공에 대한 재원 운영 효율성 : 타기관과 차별성과 형평성 고려

대한 체계적 모니터링을 해야 한다.

정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 보호치료시설로의 아동상담치료센터의 기능전환은, 이미 아동상담소에서 아동상담치료센터로의 명칭을 변환하였으므로 현재의 기능을 전문

화하고 강화하는 차원에서 이루어질 것이다. 현재 운영되고 있는 전문가 교육 프로그램을 좀 더 체계적으로 구축하고 특화시켜 전문적 아동 상담가 양성 프로그램 개발 및 보급함으로써 기관의 차별성을 가져올 수 있다. 정신과 전문의를 채용하고 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위해 다학제적 상담치료 시스템(Multidisciplinary Approach)을 도입해야 할 것이다. 아동 특성에 맞는 프로그램과 치료목적의 교육프로그램(Therapeutic Educational Program)을 제공하고, 사례관리 시스템(Case Management)을 강화하여 사후관리까지 이루어져야 한다.

제3절 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 선진국 관련 시설 사례분석

이 절에서는 앞서 논의된 선진국의 지원 시스템 하에서 구체적으로 시설들이 어떻게 운영되는지를 알아 보고자 한다. 미국, 영국, 일본의 요보호 아동 관련 아동복지 서비스의 지원 시스템은 탈시설화 추구라는 공통점을 가지고 있다. 그래서 보호를 요하는 아동에게 미국, 영국, 일본의 요보호 아동 관련 아동복지 서비스는 탈시설화 추구라는 공통점을 가지고 있다. 그래서 보호를 요하는 아동에게 궁극적으로는 가정으로 복귀시키는 목적하에 가정위탁사업(foster care)을 중심으로 서비스를 제공하고 있다. 이러한 요보호 아동, 청소년은 상당수 문제행동을 동반하고 있기 때문에(McCaan et al, 1996) 여기에 대한 전문적인 치료 프로그램의 필요성이 지적되고 있다(Pithouse and Lowe, 2008). 이러한 탈시설화의 추구하고 가정 친화적인 환경의 조성의 추구라는 철학아래 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 지원하는 시설들이 어떤 것이 있는지 미국, 영국, 일본의 사례를 통해 보고자 한다.

1. 미국의 사례 : Green Chimneys와 Youth Villages

1) Green Chimneys⁴³⁾

(1) 기관소개 : 연혁 및 비전

Green Chimneys는 정서적, 행동적 문제와 학습장애가 있는 아동을 대상으로 하는 비영리 기관으로 특수교육시설도 갖추고 있으며, 특히 동물매개치료를 실시하는 미국의 대표적인 기관이기도 하다.

43) 홈페이지 www.greenchimneys.org

Green Chimneys는 Ross家가 1947년 미국 뉴욕주의 퍼트넘(Putnam) 카운티에 약 75 acres의 땅을 구입하여 아동들이 동물들과 함께 놀 수 있도록 농장과 기숙학교시설을 만들어 1948년 3-5세의 아동 11명에서 시작하였고, 그 이후 땅의 규모나 학생 수, 프로그램에서 확장하고 있다.

이 기관의 미션은 심리적, 행동적 어려움과 학습능력의 어려움이 있는 아동, 청소년들에게 교육적, 치료적 서비스를 적극적으로 제공하여 그들의 밝은 미래를 조성하는데 있다. 특별히 자연 속에서 동물을 키우면서 생명에 대한 존엄성을 배우도록 하고자 하는 철학을 그 바탕에 두고 있다.

(2) 대상 및 기관

이 시설의 대상은 요보호 아동뿐만 아니라 일반아동과 성인으로 주로 뉴욕시와, 허드슨 지역, 웨체스터 카운티, 퍼트넘 카운티, 그리고 커네티컷의 서부지역을 중심으로 서비스를 제공하고 있다.

입소제한 기준이 있어서 비록 치료의 목적을 둔 특수 교육이지만, 약물중독 증상을 보이거나 동물학대력이 있는 등의 심각한 문제가 있거나 정신장애나 지체장애가 심한, 좀 더 특수화된 치료를 받아야 하는 아동, 청소년은 시설의 한계 때문에 받아들이지 않고 있다.

시설내의 기관으로 1) Green Chimneys Children's Services가 있어 사회복지서비스와 정신보건 서비스 등을 제공하고 2) Green Chimneys School for Little Folk가 있어 교육을 담당하고 있다. 이 두기관은 각각 따로 비영리 기관으로 기능을 하고 있고 1996년에는 The Friends of Green Chimneys라는 기관이 생겨 모금활동으로 이 두 기관을 보조하는 기능을 수행하고 있다.

(3) 프로그램

프로그램은 크게 1) 뉴욕주 프로그램(New York State Programs), 2) 농장과 야생활동 프로그램(Farm and Wildlife Programs), 3) 뉴욕시 프로그램(New York City Programs) 4) 지역사회기반 프로그램(Community Based Services) 5) 공공프로그램(Public Programs)와 6) 훈련 프로그램(Training Programs)의 여섯 개의 영역으로 있다.

각각의 영역내에 시설보호(Residential Treatment), 청소년 그룹홈(Adolescent Group Home), 특수교육, 지역사회 기반 프로그램(Green Chimneys Community Based Service), 동성애자 등을 위한 뉴욕시 프로그램(New York City Program), 퇴소후 지원 프로그램(After Care), 감독체계하의 자립생활 프로그램(Supervised Independent Living), 직업훈련 프로그램

램, 자연친화 프로그램(Nature's Nursery), 여름캠프, 야생동물과의 프로그램(Farm & Wildlife Rehabilitation Center), 정신지체성인 대상의 서비스, 멘토링(Good Friend)등의 다양한 프로그램을 제공하고 있다.

위의 프로그램들중 뉴욕 주 프로그램에 RCG 형태의 시설로 Residential Treatment Center (이상 RTC)와 특수 교육 프로그램, 그리고 몇가지 주목할 만한 프로그램들은 다음과 같다.

① Residential Treatment Center(RTC) :

- 위치 : 퍼트남 카운티에 위치하여 200 acres의 땅에 자연의 환경 속에서 치료⁴⁴⁾와 교육을 제공
- 대상 : 주의력 결핍 과잉 행동 장애(ADHD) 등을 비롯한 정서·행동적 어려움이 있는 아동 5세에서 13세의 남녀 아동 88명이 8개의 거주지에서 같은 성별로 짝을 지어 생활하고 있다.

② 치료 특수 학교(Therapeutic Day School) :

- 대안학교의 성격을 띠어 일반 학교에 적응을 못하는 학생들을 수용
- 교육의 내용 : 주로 치료적인 활동들이나 상담 등 특수교육의 성격을 띠고 있고 학생수: 교사 : 보조교사가 12:1:1의 소규모로 진행되고 있다.
- 입소제한 : 비록 치료의 목적을 둔 특수 교육이지만, 정신지체(IQ 70이하) 아동이나, 약물중독 증상을 보이거나 동물학대력이 있는 등의 심각한 문제를 가져서 좀더 특수화된 치료를 받아야 하는 아동, 청소년은 받아들이지 않고 있다.

③ 그룹홈 프로그램

- 푸트만 카운티와 웨체스터 카운티에 위치
- 청소년 대상의 365일 24시간 보호체제의 가정적인 환경
- 목표 : 청소년들이 지역사회에서 생활 할 수 있도록 준비시키는데 집중을 하고 있다.
- 이러한 목표하에 생활기술프로그램, 직업훈련프로그램, 지역사회 학교교육을 통한 교육 서비스 등을 제공하고 지역사회의 교육기관, 정신보건기관 등과 연계하여 프로그램을 제공하는 등 사회통합을 준비시키는 전환시설의 성격을 띠고 있다.

44) 자연친화적인 치료프로그램으로 원예치료(Horticultural Therapy), 동물 훈련 프로그램(East Coast Assistance Dogs) 등이 있다.

- 외부연계 프로그램
- 멘토링 프로그램으로 Good Friend라는 조직을 1991년 Green Chimneys와 연계하여 아동, 청소년에게 멘토링 서비스를 제공하고 있다.
- Green Chimneys의 뉴욕주 퍼트만 카운티 안에 Clearpool Education Center가 있는데 이 교육센터는 지역사회 아동 및 시설 아동 모두를 대상으로 하고 있다. 1901년 뉴욕도심의 빈곤아동을 대상으로 하는 여름캠프로 시작하였으나 1990년 일반학교의 제2의 캠퍼스로 확장하여 특수화된 교육 프로그램을 제공하고 있다.



※ 출처 : www.greenchimneys.org

(그림 III-3-1) Green Chimneys Residential Treatment Center

2) Youth Village

(1) 기관 소개 : 연혁 및 미션

Youth Village는 미국내의 11개 주 50군데에서 11,000여명 이상의 정서·행동적 어려움이 있는 아동과 그 가족을 대상으로 서비스를 제공하는 비영리단체이다. Re-ED(Re-education of Emotionally Disturbed Children) 치료 철학을 중심으로 서비스를 제공하고 있다. 시설치료

뿐만 아니라 입양, TFC, 지역사회 프로그램을 제공하고 특히 가정내에서 치료를 받을 수 있는 가정내 집중 서비스(Intensive In-Home Services)를 1994년부터 시작하였다. 2007년 현재 프로그램을 마친 83%의 아동들이 성공적으로 퇴소하였으며 퇴소아동 중 81%는 퇴소 후 2년 후에도 지역사회에서 잘 적응하여 생활하고 있다고 보고 하였다.

1986년 테네시주의 Dogwood Village와 Memphis Boys Town이라는 두 생활시설이 합병되면서 80명의 아동을 지원하면서 시작하였다. 그 이후 미시시피주등의 미국내의 다른 몇 개 주로 조직을 확장하였다. 프로그램도 1992년 치료위탁가정 프로그램을 개발, 1994년 가정내 상담 프로그램을 개발하여 다중체계치료(Multisystemetic Therapy : MST)를 도입, 가족상담소를 만들고, 2000년에 그룹홈을 시작하는 등 다양한 프로그램을 시작하면서 전국적으로 11개 주에서 선별적으로 프로그램을 도입하고 있다.

Youth Village의 미션은 아동과 가족이 성공적으로 살 수 있도록 돕는 것이며, 그 미션 하에 아홉가지 가치를 가지고 운영하고 있다. 그 아홉가지 가치란 ① 아동이 항상 우선이다, ② 아동은 가정에서 성장하는 것이 최선이다, ③ Village는 안전한 환경에서 아동을 보호, 치료한다, ④ 장기적으로 긍정적인 결과를 낼 수 있도록 힘쓴다, ⑤ 직원의 기량 향상에 힘쓴다, ⑥ 클라이언트의 의견에 귀를 기울여 반영한다, ⑦ 평가를 통해 서비스의 향상을 추구한다 ⑧ 새로운 프로그램을 지속적으로 개발한다, 그리고 ⑨ 이러한 미션과 가치를 반드시 수행한다 등이다.

(2) 대상 및 기관

시설의 대상은 영유아부터 22세까지이나 실질적으로 서비스 대상자의 대부분은 12세부터 17세로 정서·행동적 어려움이 있거나, 성적, 신체적 학대 경험이 있거나, 약물 중독이나 자살 시도가 있는 아동, 청소년을 대상으로 하고 있다. 그 중 80%이상이 다양한 문제를 종합적으로 가지고 있으며 그 중에는 학습장애나 정서지체아동도 포함하고 있다.

지역적으로 조금의 차이는 있으나, Youth Village의 시설에서 제공하는 프로그램 및 서비스는 :

- 1) 재가 집중 서비스(Intensive In-Home Service)
- 2) 시설 치료(Residential Treatment)
- 3) 치료위탁보호(Treatment Foster Care : 이상 TFC)
- 4) 입양
- 5) 독립생활/전환기 서비스(Transitional Living Services)
- 6) 재가 발달장애아동 서비스(Family-Based Care for Children with Developmental Disabilities: CHOICES)

- 7) 전문 위기 관리 서비스(Specialized Crisis Services)와
- 8) 시설 내 집중 치료(Intensive Residential Treatment) 등이 있다.

그 외 시설로 1) 2006년 관제센터(Operations Center)를 만들어 헤드쿼터의 역할을 하여 여러 기관들의 기관장급 내지 리더들이 모여 서로 정보를 교환하고 토의 할 수 있는 장을 만들었다. 그리고 2) 시설의 가치 중의 하나인 평가를 통한 서비스의 향상을 위해 University of North Carolina의 Jordan Institute for Families와 연계하여 프로그램 평가와 분석을 통한 서비스의 향상을 시도하고 있다.

(3) 프로그램

Youth Village에서 제공하는 다양한 프로그램 중 시설내 치료 프로그램과 재가 집중 서비스를 중심으로 살펴 보면 다음과 같다.

① 시설내 집중 치료 시설(Intensive Residential Treatment 이상 IRT)

Youth Village에는 3개 지역에 시설이 있는데 이중 Bartlett 캠퍼스에 있는 IRT는 심각한 정서·행동적 어려움이 있어 지속적인 보호를 필요로 하는 아동을 대상으로 하고 있다. 지역적으로는 자연의 환경 속에서 코티지나 캐빈에서 살고 있고 그 지역 내에 교육시설, 의료시설, 체육관, 수영장 등을 갖추고 있다. 10-12명의 아동들이 한 코티지에서 생활을 하면서 교육을 받고 개인 및 집단 상담치료를 받으며 또한 직업 훈련 등의 프로그램을 통해 사회로 돌아가는 준비 교육을 받고 있다.

시설에서는 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 대상으로 하는 Re-ED Treatment Model을 도입하여 치료를 하고 있다. 24시간 보호체제하에 아동들의 특수한 욕구에 맞춰 그룹으로 나누어 개인, 집단, 가족상담 등의 치료를 하며 아동 3명당 한명의 직원이 보호하고 있다. 각각의 코티지에는 식사급의 상담가와 교사 상담가, 그리고 밤에도 모니터하는 직원이 아동을 보호하고 있다. 그 직원들 외에도 비상근 의료진들이 있어 의료치료 및 전문치료를 받을 수 있게 준비하였다. IRT내에 교육시설이 있기는 하나, 궁극적으로는 아동, 청소년을 지역사회의 학교로 빠른 시일 내에 돌아가도록 하는 것을 목표로 삼고 있다.

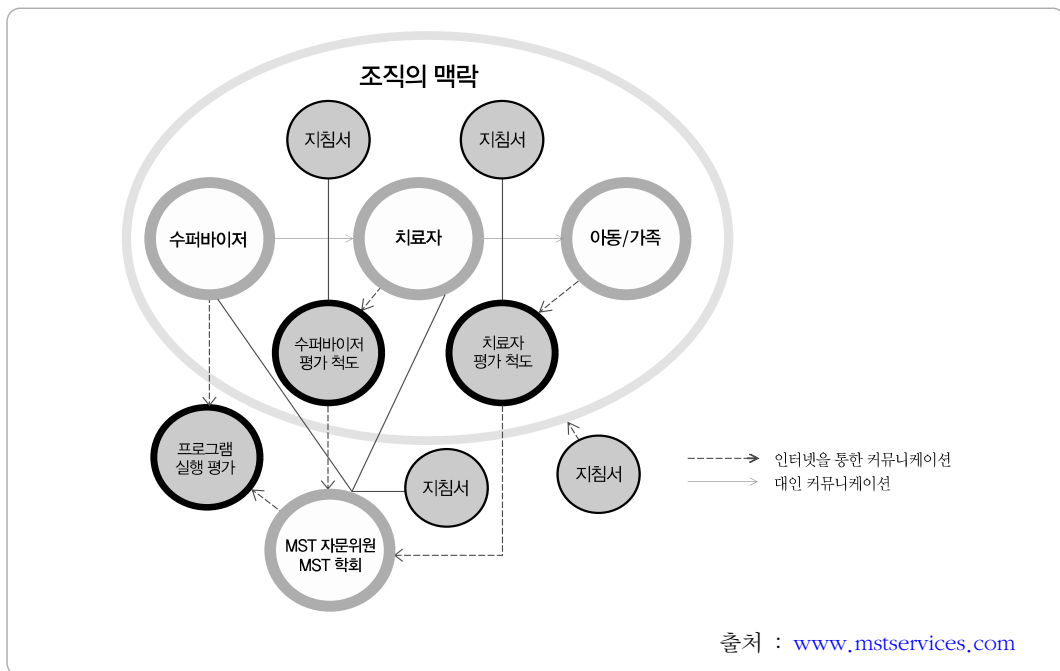
② 재가 집중 서비스(Intensive In-Home Services)

Youth Village에서는 아동이 가정 내에서 서비스를 받을 수 있도록 하는 재가 집중 서비스를 진행하고 있다. 두 가지 종류의 서비스를 제공하고 있는데 하나는 다중체계치료(Multisystemetic Therapy : 이상 MST)의 접근법으로 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 대

상으로 가정 상담소를 운영하는 것이고 하나는 Intercept라는 프로그램으로 평가체계를 갖춘 정신보건 서비스이다.

다중체계치료법(MST)은 반사회적 행동을 보여서 가정에서 돌보기가 힘든 12세에서 17세의 아동, 청소년을 대상으로 하는 프로그램이다. 이름에서 알 수 있듯이 다양한 방법으로 접근하되 한 아동 당 한 상담가가 3개월에서 5개월에 걸쳐 아동과 가족을 대상으로 사례관리 하는 것이다. 이때는 상담가 혼자서 결정 하에 치료하는 것이 아닌, 교사, 이웃, 친척 또는 친구들을 모두 참여시켜 치료에 임하도록 한다. 각각의 상담가는 4개에서 6개의 사례만을 관리하고 있고 지속적인 감독 하에 훈련을 계속 받으며 프로그램을 체계적으로 운영하고 있다(그림 III-3-2 참고).

성과의 예로 North Carolina의 프로그램에서는 아동, 청소년이 상담을 받은후 84%가 좋은 성과를 보이면서 프로그램을 종료하였고, 76%는 치료 종료 후 6개월 후에 조사했을때 아직도 가정에 머물고 있는 것으로 드러났다. 비용면에서도 전통적인 병원에서의 치료나 시설치료에 비해 평균적으로 수천 달러의 비용이 절감되는 효과가 있었다고 조사되었다⁴⁵⁾.



〈그림 III-3-2〉 MST의 시스템

45) 다른 예로 미국의 와싱턴 주에서는 범죄율을 줄이는데 MST가 효과적이었는데, 동시에 비용도 절감되었다고 한다(MST Services, www.mstservices.com)

Intercept는 가정내에서 아동을 치료하는 재가치료 프로그램으로 상담가들은 집중적으로 치료에 임할 수 있도록 4, 5개의 사례만을 관리하고 있고 그 위에는 슈퍼바이저가 있어 각각 4, 5명의 상담가를 감독하고 있다. 대상은 영아부터 18세까지 심각한 정서, 행동의 어려움이 있는 아동들로 가정에서 분리될 위기에 있는 아동을 대상으로 제공하고 있다.

서비스의 내용을 보면, 어려움을 겪는 아동의 가족을 단위로 서비스를 제공하며, 3개월에서 6개월의 기간 내에 치료를 받도록 하고 있으며, 일주일에 3번 이상은 가족이 참여하도록 하여 집중적으로 프로그램을 짜고 직원들이 전화서비스로 24시간 대기하고 있다. 또한 가족 구성원이 필요로 하는 시간, 장소에서 만날 수 있도록 융통성을 갖고 진행하고 있다. 여기에 대한 평가도 지속적으로 하고 있고 14년간의 평가의 결과를 보면 이 프로그램에서 서비스를 받은 후 2년 정도 후까지 봤을때 약 80%가 학교생활에도 잘 적응하고 범적인 문제를 일으키지 않는 등 잘 적응하는 모습을 보였다고 조사되었다.



출처 : www.youthvillages.org

〈그림 III-3-3〉 Youth Village의 치료시설

2. 영국의 사례

2) Bryn Melyn Group(Registered Children' s Home)⁴⁶⁾

(1) 기관소개 : 연혁 및 비전

Bryn Melyn Group은 영국의 보호시설 중 등록아동홈(Registered Children's Home)의 하나로 1985년부터 치료모델(Therapeutic Model)을 기반으로 치료적인 환경에서 52주 미만 거주기간 동안 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 치료하고 교육시키는 시설이다.

Bryn Melyn Group의 비전은 아동과 청소년에게 최선의 서비스를 제공하는 것이다. 열정(Passion), 존중(Respect), 혁신(Innovation), 결단력(Determination), 탁월성(Excellence)의 가치와 함께, 전문성을 가지고 정서·행동적 어려움이 있는 아동에게 최선의 서비스를 제공하는데 목표를 두고 있다.

(2) 대상 및 기관

전통적인 시설에서 수용하기 어려운 문제행동이 있는 10세에서 18세의 아동, 청소년을 대상으로 한다. 대부분 성적, 신체적 학대를 받은 경험이 있거나, 부모로부터 유기되었거나, 애착장애, 주의력 결핍 과잉 행동 장애(ADHD), 외상후 스트레스성 장애(PTSD) 등의 정서·행동적 어려움을 보이거나, 자살시도나 폭력으로 타인이나 자신에게 해를 끼치는 행동을 보이는 그러한 아동으로 이들을 위해 전문화된 치료를 제공하고자 한다.

Bryn Melyn Group은 크게 Bryn Melyn, Mentors, Rubicon과 Bryn Melyn Foundation으로 구성되어 있는데, Bryn Melyn은 장기양육보호시설로 교육과 치료를 함께 제공하고 있다. Mentors는 1996년부터 Therapeutic Crisis Intervention(TCI)를 중심으로 서비스를 제공하는 중장기 보호시설로 그룹홈의 형태를 띠고 있다. Rubicon 역시 특수한 욕구를 가지고 있는 아동·청소년을 대상으로 시설에서 치료, 교육을 시키는 프로그램이다. 그리고 Bryn Melyn Foundation는 독립적인 자선단체로 재정적 지원 및 연구를 수행하고 있다.

(3) 프로그램

Bryn Melyn Group에서 제공하는 프로그램들은 크게 시설보호, 임상적 치료, 그리고 교육의 세 분야의 성격을 띠고 각각 기관의 성격에 맞춰 세 가지 프로그램을 운영하고 있다.

46) 홈페이지 <http://www.brynmelyncare.com/>

① 시설보호

시설보호차원에서 30개 넘는 그룹홈에서 각각 3명 정도를 수용하고 응급위기 관리 및 진단, 성적 문제 행동 치료, 장기 치료 보호, 교육 등의 서비스를 제공한다.

② 임상적 치료

임상적 치료 파트에서는 다양한 기법의 치료를 각 개인 아동, 청소년의 욕구에 맞게 제공하고 있다. 치료는 1) 강점 관점으로 접근하고 2) 과거의 상처를 극복하게 도와주며, 3) 성적이나 행동적 장애를 일으킬 위험을 줄이는 데 중점을 두고 있다. 정신분석학, 교류분석(Transaction analysis), 미술치료 등의 방법을 포함하여 치료적인 위기 개입을 하면서 물리치료, 직업훈련과 언어치료도 동반하고 있다. 지역사회의 아동, 청소년 정신보건 서비스 제공기관(Child and adolescent mental health services)들과 연계를 통해 전문적인 지원을 받도록 하고 있다.

통합적 서비스를 제공하고자하여 다학제적 접근의 방법을 도입하여 한 명의 담당 보호 스태프와 함께 개입시작부터 진단, 치료, 모니터링 등 전 과정에서 한 팀으로 아동의 치료에 참여한다. 이 팀에는 담당 보호 스태프, 임상가, 학교의 교육담당가를 포함하여 매달 모임을 갖고 상호 정보를 교환하고 있다. 이 팀의 슈퍼바이저도 각 사례의 내용을 알고 있어 조언 및 감독을 할 수 있게 하고 있고, 근거중심의 실천기법을 도입하여 정기적으로 치료접근법에 대한 평가를 실시하고 있다.

③ 교육

Bryn Melyn에는 두 개의 학교 시설 Riverside School과 Acorn School이 있다. Bryn Melyn의 교육시설의 특징은 학생 개별에 맞는 교육 프로그램을 짜서 일대일로 또는 소규모의 그룹에서 아동이 교육을 받고 있고, 교육 프로그램 내에 치료 프로그램이 통합적으로 포함되어 있고 또한 교사들이 시설의 치료팀의 일원으로 참여하고 있다는 것이다.

④ 직원교육프로그램

초기 교육 프로그램에서는 신입직원들은 4주의 훈련을 받은 후 Children Workforce Development Council(CWDC)/Care Council for Wales(CCFW)의 표준에 맞는 시험을 통과해야 취업할 수 있다. 프로그램에서는 TCI, 대화법, 스트레스 관리법, 아동보호, 아동보호법, 애착이론 등 다양한 내용을 포함하고 있다.

보수교육으로 자살, 정신건강, 자폐증, 아동권리 등의 전문분야 교육프로그램을 필요에 따라 제공하고 있다. 이는 내부에서 교육을 실시하되 교육을 담당하는 사람들은 정부차원에서 요구되는 Train the Trainer 과정, City and Guide 7307, PTLTS(Preparing to Teach in the Lifelong Learning Sector)와 같은 교육프로그램을 이수해야만 교육시킬 자격을 준다.

직원들의 구성에서는 영국정부에서 2010년까지 보호시설에서 직원의 80%이상이 NVQ level 3 in Health and Social Care(Caring for Children and Young People)⁴⁷⁾의 자격증을 갖춘 사람들로 구성되어야 한다는 지침을 내렸는데, 현재 그 목표에 맞춰 나가고 있다고 한다.

⑤ 평가체계

2007년 영국의 DCFS(Department for Children, Schools and Families)에서 National contract for children's residential homes라는 가이드라인을 만들어 지역 정부와 민간기관 간의 위탁계약시의 조건들에 대한 지침서를 제시하였는데, 이에 맞추기 위해 외부 교육대학기관을 통한 외부평가체계의 구축을 시도하고 있다.

내부에서는 Multi-Dimensional Outcomes Measurement(M-DOM)라는 척도를 통해 아동의 배치율을 측정하고, HoNOSCA(Health of Nation Outcome Scales for Children & Adolescents)라는 정신보건 측정도구와, 제 3의 심리나 건강관련 척도를 배치의 성격에 따라 사용하여 일부이지만 평가체계를 구축하고 있다.

⑥ 재단

1999년 Bryn Melyn Group Foundation이 설립되어 현재는 Care Leavers' Foundation이라는 이름으로도 활동하고 있어 그 대상을 퇴소 청소년 및 성인으로 넓혀 모금을 하여 일종의 사후관리 사업에 중점을 두고 있다.

47) NVQ는 National Vocational Qualification의 약자로 국가직업자격제도로 각 분야별로 나뉘어져 있어 특정 직업에 부합되는 직무수행을 위한 훈련을 한다. E레벨부터 레벨 8까지 모두 9가지의 레벨로 나뉘어져 있는데 레벨 2는 주요 업무 또는 학문 영역의 양질의 지식과 이해를 얻을 수 있는 능력과 다양한 직무를 수행할 수 있는 능력을 가리키며 레벨 3에서는 세부적인 지식과 기술을 얻을 수 있는 능력을 가리키고 레벨 4는 높은 수준의 정보와 지식에 대한 학습과 세밀한 분석의 전문가를 가리킨다(김은지, 2008).

3. 일본의 사례

1) 시세이 학사(至成學舍)의 그룹홈

(1) 기관소개 : 연혁 및 미션

시세이 학사는 아동요보호시설로 동경의 다찌가와시에 위치하며 1912년부터 구세군에서 보호를 받던 청소년들을 돌보면서 시작했다. 1947년 아동복지법이 개정되기 전까지는 범죄청소년들을 대상으로 서비스를 제공하였다. 2차대전 이후에는 전쟁고아를 대상으로 그들을 위탁보호하는 그룹홈 형태의 시세이 어린이 집으로 그 기능을 전환시켰다. 그리고 변화하는 일본사회에 맞춰 가족 중심적 모델로 프로그램과 서비스를 개발하고 있다.

이 시설의 목표는 1) 유기된 요보호 아동들을 위한 시설 서비스를 제공하면서 사회에 적응할 수 있도록 돕고, 2) 도움을 필요로 하는 가족에게 상담 및 치료를 제공하고, 3) 아동들이 그룹 안에서나 하나의 개인으로 독립적으로 생활할 수 있는 방법을 배우도록 도와주는 것이다.

(2) 대상 및 기관

현재 연령 2세부터 18세까지 부모의 양육이 곤란한(부모의 사망, 부모의 불화, 부모의 입원, 파산 등의 경제적 이유) 아동이나 학대를 받은 아동들을 대상으로 하고 있다.

시설은 크게 4개의 유닛으로 구성된(각 정원 13명) 주시설과 3개의 지역 그룹홈(각 정원 6명)으로 나누어져 있고, 사회사업 연구센터가 주시설에 있다.

(3) 프로그램

프로그램은 크게 시설보호 서비스, 의료케어, 교육서비스가 있으며, 그 외에도 자립훈련 프로그램, 퇴소 후의 서비스, 가정위탁 서비스, 데이케어 서비스, 그리고 지역사회 서비스 등이 있다.

① 시설보호 서비스

시설에서는 심리적 치료를 필요로 하는 정서·행동적 어려움이 있는 아동의 욕구를 충족시키기 위해 그룹홈에 3명의 비상근 치료자가 근무하고 있어서 개별심리요법을 활용하고 치료자가 상담을 통해 케어워커(CW)에게 전문적인 조언을 하는 역할을 수행하도록 하였다. 또한 지역분산형 위성 시설로서의 모델을 지향하면서 지역사회와의 연계를 추구하고 현재 단계적으로 그 사업을 추진해 나가고 있는 중이다.

② 의료케어

의료케어는 시설 내에서 하는 것이 아니되 지역의 병원과 연계하고 있으며, 학교와도 긴밀한 협조를 통해 아동의 건강을 돌보고 있다.

③ 교육서비스는 지역 학교에서 아동이 잘 적응할 수 있도록 개인 학습 지도 프로그램을 실시하고 있다.

④ 자립훈련 프로그램은 아동이 독립적으로 생활 할 수 있도록 기술을 가르치고 직업훈련을 시키며 감정을 통제할 수 있도록 구성되어 있다.

⑤ 퇴소 후의 서비스는 퇴소 아동들이 잘 적응할 수 있도록 도와주는 것으로 그들의 직장을 방문하고, 상담을 통해 인간관계에 대한 도움을 주고, 각 직장에 학원의 정보를 제공하고 그들이 학원을 방문하게 하는 등 활동을 통해 좋은 관계를 유지하도록 힘쓰고 있다.

⑥ 지역사회서비스는 지역사회 아동, 청소년에게 방과후 프로그램, 상담 프로그램, 부모 교육 프로그램과 보이 스카우트 프로그램을 통해 시설아동과 지역사회 아동이 함께 어울릴 수 있는 장을 마련하여 사회통합을 추구하고 있다.



출처 : <http://www.shisei.org/>

(그림 III-3-4) 시세이 학사

4. 소결

외국의 시설들이 사례들에서 본 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 지원 방향의 시사점은 다음과 같다.

첫째, 사례의 시설들 모두 생활시설의 규모가 크지 않다는 것이다. 특히 정서·행동적 어려움이 있는 아동은 일반 아동보다 특수하고 복잡한 욕구를 갖고 있기 때문에 규모가 큰 시설보다는 작은 규모의 시설에서 보호를 받아야 할 필요가 있음을 시사하고 있다. Youth Village 같은 곳은 조직 자체는 큰 규모이나 아동의 생활시설은 그룹홈과 같은 소규모의 시설로 구성되어 있다.

이러한 소규모의 그룹홈 또는 시설에 직원 당 아동, 청소년의 수가 적기 때문에 좀더 집중되고 나은 서비스를 제공할 수 있으며 비용면에서도 Youth Village의 경우 전통적인 병원치료 세팅이나 대규모 시설 세팅보다 오히려 작은 규모의 시설생활이 결과적으로는 절감된 비용으로 운영할 수 있음을 보여준 예도 있다. 적은 구성원으로 가족 친화적 환경을 조성하여 세 국가정책차원에서 추구하고 있는 탈시설화에 맞춰 시설을 운영하고 있어 탈시설화의 정책의 중요성을 시사해 주고 있다.

둘째, 다학제적이고 전문적인 치료프로그램을 실행하고 있다는 점이다. Youth Village 다중체계치료법을 통해, Bryn Melyn의 임상적 치료의 모델에서 다학제적 접근법을 기용하여 통합적인 서비스를 제공하고자 하고 있다.

아동의 욕구에 맞춰 전문적이고 개별화된 치료를 위해서는 Green Chimneys에서는 특별히 자연친화적인 환경에서 동물매개치료나 원예치료 프로그램을 통해 정서·행동적 어려움이 있는 아동의 치료 서비스를 제공하고 있고, Youth Village는 앞서 언급한 다중체계치료법 외에도 시설아동 욕구에 맞춰 그룹으로 나누어 치료하고 있다. 그외 Bryn Melyn의 Therapeutic Crisis Intervention(TCI)처럼 아동의 욕구에 맞추는 프로그램을 제공하거나, 일본의 시세이 학사 등은 전문 치료자가 비상근의 형식으로라도 항시 대기하고 있다.

전문성에 있어서도, 공통적으로 상담가 한 명당의 사례수를 줄이고 게다가 상담가를 감독하는 슈퍼비전 체계를 확고하게 하여 전문가의 자질을 갖추게 하여 전문적인 치료를 이행할 수 있도록 시설에서 갖추고 있다. Bryn Melyn의 경우는 정부차원에서 정해놓은 전문성의 정도에 직원구성을 맞추고자 노력하고 있고, 초기 직원 교육 프로그램 및 직원 보수 교육 프로그램 등을 통해 직원의 역량을 향상시키고자 노력하고 있어 그만큼 정서·행동적 어려움을 지닌 아동, 청소년의 지원에는 전문가가 필수적이라는 것을 시사한다.

셋째, 평가체계 구축의 중요성을 볼 수 있다. Youth Village의 경우 외부교육기관간의 연계

를 통해 평가체계를 구축하고 있다. 영국의 경우 지방정부 차원에서 1년에 두 번 정기적으로 감사를 하고 있으며, 최근 시설기관의 위탁계약시의 조건들에 관한 가이드라인을 만드는 등 정부차원에서 평가 체계의 구축을 요구해 오고 있어 Bryn Melyn은 자체 내의 모니터링을 위한 척도들을 사용하고 또한 외부기관에 의뢰를 하여 현존하는 시스템에 부가하여 평가척도를 개발하고 있다. 평가체계의 구축은 책무성의 중요성과 맞물려 앞으로도 지속적으로 시설들이 갖추어야 할 필수조건이 될 것으로 보인다.

넷째, 아동의 사회로의 복귀가 강조되고 있다. 즉 탈시설화와 함께 중요한 사회통합의 가치가 반영된 것으로 미국, 영국, 일본 공통적으로 청소년들에게는 지역사회에서 적응할 수 있는 직업 기술을 교육시키거나, 지역사회와의 지속적인 연계를 갖추고, 사회적응 프로그램을 제공하고 있다. 그 뿐 아니라 퇴소후의 서비스를 통해 아동, 청소년이 퇴소후에도 사회에 적응할 수 있는지를 사후관리(follow-up)도 동반하기도 한다. Bryn Melyn의 경우에는 이를 재정적으로 지원할 수 있도록 재단을 따로 설립하여 사후관리 사업에 중점을 두고 있다. 이는 중국에는 가정으로 돌아가야 한다는 철학과 함께 치료 사후의 사회적응이 정서·행동적 어려움이 있는 아동의 행복한 삶에 중요한 요소임을 인지하고 있다는 것을 시사한다.

다섯째, 지역사회와의 연계가 필수적이다. 위에 언급한 기관들은 모두 어떤 형태로든 지역사회와의 연계 프로그램을 갖추고 있다. Green Chimneys는 멘토링과 교육센터를 통해 지역사회와의 연계를 시도하고 있고, Youth Village같은 경우는 비록 치료 프로그램에서는 지역사회와의 직접적인 연계는 보이지 않으나 2006년 관제센터를 만들어 지역사회의 관련기관의 기관장급 내지 리더들이 모여 서로 정보를 교환하고 대화를 나눌 수 있는 장을 만들어 기관 차원에서의 지역사회와의 연계를 시도했다고 볼 수 있다. 영국의 경우는 앞서 언급했듯이 정부차원에서의 모니터링 등의 시스템으로 연구기관 등과의 연계는 시도하고 있으나, 아동들의 차원에서는 연계 프로그램을 아직 갖추어져 있지 않다. 일본의 시세이 학사는 지역 분산형 위성 시설로서의 모델을 지향하면서 지역사회와의 연계를 추구하고 단계적으로 그 사업을 추진해 나가고 있는 중이다. 비록 한계점이 있지만, 지역사회와의 연계를 통해 아동, 청소년의 퇴소 후의 생활 적응에도 지원을 해주고, 또한 전문적인 지원에도 큰 역할을 하여 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 전반적으로 지원해 줄 수 있게 하였다는데 시사점이 있다.

물론 언급한 시설들은 각기 제한점을 가지고 있다. 예를 들어 시설 내에 교육시설이 공통적으로 있는데 어떤 시설에서는 이 교육 프로그램이 자칫 최소 제한 대책 조치에 반하는, 사회통합에 장애가 될 수도 있다는 것이다. Bryn Melyn의 경우 프로그램 자체에 가족의 참여에 대한 한계를 보여 주면서 학교 시설 또한 시설 아동을 대상으로 하고 있어 우려점을 보이고 있다. 그러나, 이 시설들의 교육 프로그램의 공통점은 소규모의 학생 구성으로 학생들의 욕구

에 맞는 치료 프로그램도 병행하고 있다는 것이다. Green Chimneys에는 치료 특수 학교로 특수교육의 성격을 띠고 소규모로 학업이 진행되고 있고, Youth Village 역시 교육 프로그램이 있으나 궁극적으로는 지역사회의 학교로 돌아가도록 하는 것을 목표로 삼고 있다. Bryn Melyn 역시 교육 프로그램 내에 치료 프로그램이 통합적으로 포함되어 있고 교사는 해당 아동의 치료팀의 일원으로 일종의 학교와 치료의 연계를 가능하게 한다는 장점을 가지고 있다. Green Chimneys의 경우 또다른 교육 시설은 지역사회 학교와 연계를 통해 그 학교의 제2캠퍼스 역할을 하여 지역사회의 아동과 시설의 아동이 함께 이용할 수 있도록 마련하여 사회통합의 길을 열어 주기도 하고 있다. 일본의 시세이 학사만이 아동들을 지역사회의 학교에 다니게 하고 대신 학교와 긴밀한 관계를 맺으며 시설에서는 교육 보조의 기능만을 수행하고 있다.

다시 말해 일본의 시세이 학사를 제외하고는 교육시설을 가지고는 있으나 엄밀히 말하면 특수교육 내지 치료의 성격을 가지고 있는 프로그램으로 일반 학교와는 성격이 다르다는 것이다. 그리고 비록 교육을 시키고는 있으나 중국에는 아동들이 지역사회 속으로 돌아가는 것이 각 시설의 비전이나 프로그램에서 드러나고 있기 때문에 이러한 교육 시설에서 시사하는 것 중의 하나는 결국은 치료중심의 역할에서 보조하는 기능 정도로 축소하거나, Youth Village의 학교처럼 지역사회와의 연계를 위한 장이 되거나, 아니면, Bryn Melyn에서 교사를 치료팀에 넣었듯이 그것을 좀 더 확대하여 아동이 다니는 지역사회의 학교의 교사와 긴밀한 관계를 형성하여 교사가 다학제적 치료팀의 일원이나 자문위원이 되어 아동의 치료에 기여할 수 있도록 가는 것이 더 바람직한 방법일 수 있다는 것이다.

N

서울시 위탁 아동복지시설 운영방안

: 요보호 정서·행동적
어려움을 가진 아동을 위한
보호치료체계

IV

서울시 위탁 아동복지시설 운영방안
: 요보호 정서·행동적 어려움을 가진 아동을 위한 보호치료체계

제1절 아동보호치료시설 설치를 위한 전문가 인터뷰에서 제시된 방향

1. 전문가 인터뷰 조사 개요

전문가 개별 인터뷰는 8명 내외의 정서·행동적 어려움이 있는 아동들을 지원하고 연구하는 전문가들을 방문하여 비구조화 된 질문지를 가지고 인터뷰하였다. 본 연구를 위해 이뤄진 인터뷰는 학자와 실무자를 균형있게 섭외하여 폭넓고 실용적인 해결방안을 모색하고자 하였다. 사회복지학과 교수, 소아정신과 교수, 그룹홈 시설장, 어린이병원 사회복지사, 양육시설 운영위원, 정신보건센터 팀장을 대상으로 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 시설과 서비스에 관하여 조사하였다. 조사기간은 2008년 8월부터 10월⁴⁸⁾까지 3개월 동안 총 6회에 걸쳐서 진행되었다.

인터뷰의 주 내용은 서울시의 위탁시설인 서울시립소년의집과 아동상담치료센터의 변화 방향을 논의하면서 중장기적으로 서울시가 직접적으로 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 보호치료시설로 전환하는 것에 대한 타당성을 논의하였다. 또한 아동보호치료시설의 서비스가 가져야할 관점과 내용에 대하여 구체적으로 논의하였다.

논의의 핵심은 다음 두 가지 질문에 맞추어졌다.

- 정서·행동적 어려움이 있는 아동들을 위한 시설이 필요한가?
- 그러한 시설은 어떤 관점을 가지고 어떻게 접근해야 하는가?

이와 같은 전문가 개별 인터뷰의 참여자 특성을 정리하면 <표 IV-1-1> 과 같다.

48) 12월 5일 토론회의 의견도 일부 반영하였다.

표 IV-1-1 전문가 개별 인터뷰 참여자 특성

구 분	특 성
A	보건복지*** 교수, 양육시설 운영위원
B	SS대학교 교수, 사회복지학과, 지역아동가족사업 평가팀장
C	SS대학교 교수, 사회복지학과
D	Y대학교 교수, 소아정신과, 학대아동치료센터장
E	그룹홈*** 회장, 그룹홈 시설장
F	S대학교 어린이병원 사회사업실장
H	S시 광역 아동청소년정신보건센터 팀장
G	E대학교 교수, 사회복지학과

2. 전문가 인터뷰 조사의 주요 결과

1) 보호치료시설의 필요성

전문가들은 경계선급 아이들을 위한 치료시설의 필요성을 언급하였다. 장애시설로 갈 수는 없고 일반 양육시설에서 생활하기에 힘든 아동들을 위한 단기보호시설(6개월이내)이 필요하다고 하였다. 치료와 재활의 성격을 가진, 소규모 그룹홈의 형태로 접근하는 시설로서 병원이거나 응급의 쉼터에서 나온 아동들이 지역사회와 가족에게 적응할 수 있는 중간 체류적 성격을 가진 시설을 언급하였다. 구체적으로 RTC(residential treatment center)의 필요성을 강조하기도 하였다. 의료적 접근의 입장에서는 거주형 병원(residential hospital)으로 주간보호 서비스 공간이 있는 이용시설로의 기능도 포함하였다.

● 경계선 아이들을 위한 치료시설

치료시설이다 이렇게 생각하니깐 필요하긴 하다. 저는 정말 필요하다면 문제행동 아이들도 필요하겠지만 저는 그거 보다는 경계선에 있는 아이들, 그건 정말 유전적으로도 그럴 수 있고 환경적이지만 너무 일찍 고착이 되어서 경계선에 있는 지능을 가진 애들이 그룹홈에서 하기가, 그룹홈 교사들이 너무 소진율이 높아요. 그 아이들은 한 사람이 딱 달라붙어서 해줘야 되기 때문에 우리가 어쩔 수 없이 데리고 있어요. 갈 데가 없어서 정말, 쉼터도 마찬가지로인데 그런 경우에는 이런 애들 적극적으로 돌봐주는 곳이 있으면 좋겠다. (E)

● 시설에서 감당하기 힘든 아이들을 위한 시설

다른 시설에서 감당하기 힘든 아이들을 감당하는 시설이 요구된다. 치료재활시설(가칭)은 생활시

설로서 그룹홈의 형태의 공간에 아이들의 문제별로 배치하여 6개월 이내에 적응하고 나가는 시설
이어야 할 것이다. (A)

● 복합적 기능을 가진 R.T.C.

치료모델로 RTC(residential treatment center)같은 복합적인 기능을 가진 곳이있으면 좋겠고 저희
가 임상에서 보는 것은 out patient, in patient 기능을 하는 곳은 굉장히 많습니다. 현재 소아청소년
정신과 의사가 매년 다수가 배출되고 있고 현재도 쉽게 접근이 가능합니다. residential
treatment center같은 경우에는 제가 아는 한은 전혀 없습니다. (F)

● 거주형 병원(residential hospital)과 같은 시설

이거는 좋은 아이디어인데 residential hospital이고 hospital에서 조금 나가있는 애들이 사는 쉼터나
학교를 보낼 수 있는 그런 공간들이 있고, 그 다음에 day center가 따로 있다. 그 아이들은 자기
집이 있어서 많이 좋아지고 그래서 집을 왔다 갔다 하거나 아니면 입양한 집에서 왔다 갔다 하는
데 애들은 일반적으로 관리가 안 되니깐 day center에 와서 약물 클리닉을 계속 받고 인간이 되는
지 안 되는지 체크하고 프로그램도 해주고 이런 것. (D)

2) 보호치료시설 서비스의 원칙

전문가들은 정서·행동적 어려움이 있는 아동들을 위한 시설이 가져야할 기본적인 원칙과
관점을 강조하였다. 아동생활시설(양육시설)로 대표되는 대리보호 서비스는 근본적으로 ‘원
가족 복귀’라는 목적을 두어야 한다는 것이다. 많은 대리보호 서비스에서 아동들은 부모가
없이 부모와 관계없이 ‘시설에 적응’하기 위한 서비스를 받았던 것은 아닌지 비판하였다. 이에
가족접근에 대한 정책을 수립하여 서비스의 기본적 원칙으로 삼아야 한다고 강조하였다.

또한 어떠한 치료시설이든 아동들을 위한 환경을 갖추어야 함을 강조하였다. 특히 문제행
동 아동들은 ‘따뜻한 환경’을 원하며 이러한 환경은 바로 아동들의 자율성이 보장되는 환경이
라고 하였다. 요보호 아동들이 가지고 있는 강점에 대한 이해가 중요한데 그들이 겪은 고통에
있어서는 잘 극복한 전문가이며 잠재력이 크다는 것이었다. 아동들에게 필요한 것은 보호된
삶이 아니라 주체적으로 선택할 수 있는 삶이므로 세상 사람들과 소통하며 주체적으로 무엇
이 옳고 그른지 판단하며 자신의 약점도 알면서 성장할 수 있는 환경을 마련해주어야 한다고
하였다. 아무리 요보호 아동들이며 정서·행동적 어려움이 있는 아동들이라고 해도 ‘보통 사
람’처럼 살 수 있도록 가둬두지 않고 열려있는 기회를 제공해야 하며 이러한 환경은 사회통합
적 관점의 최소한의 실천으로 보았다. 구체적으로 생태체계접근은 요보호 정서·행동적 장애
가 있는 아동들에게 특별한 치료에 참여시키는 것보다 지역사회 안에서 교류하는 평범한 삶

의 기회를 제공하고 그 안에서 새로운 기술들을 실험해볼 수 있도록 하는 것이 중요하다고 하였다.

서비스의 구성에 있어서도 수요자인 아동에서 출발해야 한다고 하였다. 아동들의 욕구가 복합적인 만큼 종합적이고 체계적인 접근이 요구되지만 전문가에 의한 설계 속에 아동들을 포함시키는 것이 아니라 아동의 욕구에 맞게 필요한 서비스를 연계하는 것이 중요하다고 하였다. 특히 정서·행동적 어려움이 있는 아동들을 위한 서비스는 소규모 가정과 같은 환경에서 일시적인 보호 체계 내에서 가족과 아동을 위한 개입의 연계성을 갖는 종합적 성격을 갖는다고 하였다.

● 원가족 복귀를 위한 대리보호 서비스

최상의 아동복지는 가족복지다. 그 얘기를 강조해야 한다. 지금 가족이 함께 하지 못하는 상황이라도 그 가족관의 관계를 유지시켜주는 노력은 아이의 건강에 대단히 중요하다. 정서적인 건강에. (B)

아이들이 거기에 주어지는 대로 살 뿐이지. 그 자체가 아이들의 정신건강 발달에 좋다고 생각하지 않아요. 일단은 부모가 없고 부모와의 관계없이 사는 것. 그 부분도 대단히 심각하고. 대규모로 있을 때는 부모가 있더라도 이런 관계에 설사 어떤 이유에서 같이 못 살 환경이라도 적어도 접촉을 하고 뭔가 정신적으로 만남이 이루어지는 것이 그 아이의 정서발달에도 중요하고 아이가 다시 돌아갈 수 있는 가능성에서 훨씬 많이 기여를 하는데... 이런 양육시설 같은 경우에는 아예 생각도 하지 않는 것 같아 그게 목표가 아닌 것 같아 양육시설은 일시보호 시설이어야 되는 것. 결국에, 대리보호 서비스의 목적은 원가족 복귀지. 대리보호 서비스에 적응시키는 것이 아니다. (B)

● 가족접근의 정책화

가족중심적인 서비스는 어떤 치료 형태건 청소년에서 매우 중요한 중심가치이고 어떤 형태로든 가족을 치료과정에 중요시하고 이를 중요시하는 policy를 구축을 해야 합니다. 실제로 policy를 갖고 있는지를 보는 것은 따로 봐야 하는 문제인데..가족중심 서비스 제공에 있어서는 가족치료 서비스가 반드시 제공되어야 한다. 위탁가정 프로그램의 강화도 필요하다. (F)

● 따뜻한 가정과 같은 환경 ; 자율성

무슨 치료시설을 하든 어쨌든 정말 이 아이들을 위해서 있어야지 그 시설이 전환을 해야 되니까 그 사람들이 욕구에 의해서 되는 것이 아니라 정말 애들이 원하는 것이 뭔지를 문제행동 있는 애들을 직접 만나보고 뭐 어떻게 살고 싶은지를 물어보고 하는 것이 더 바람직한 거죠. 대부분 애들은 가출한 애들은 인터뷰해보면 따뜻한 환경이에요. 방법이 없어요. 아이들은 가정이 다 깨어지

고 한 애들이기 때문에 리서치 조사결과는 따뜻한 가정이에요. 애들도 뭐 교사가 딱딱하고 규칙정하고 이거 좋아하겠어요? 이거 안 좋아해요, 그렇다고 해서 아이들을 방종하게 키우자는 것이 아니라 정말 자율적으로 어떻게 하면 잘 키울 수 있을 것인가 여기에 초점이 맞춰져야지 군대식, 수녀원들의 발상들이 대부분 보면 그렇게 약간 군대식의 질서정연과 반짝반짝하고 그런 건 (아이들이 원하는 것이 아니에요. (E)

● 아동이 선택하는 삶 : 주체성

보통 아이들은 가정에서 엄마가 한 명 있던 아빠만 있던 어른과 아이가 같이 그리고 많아야 두 세명의 아이들이 함께 사는 것이 보통 삶인데 물론 거기서 못 먹고 뭐 이럴 수 있지만 그런 가운데서 적응해서 살아가고 해쳐나가는 것이 삶인데 아이들은 먹고 마시고 입고 이런 것은 해결이 되지만 기본적으로 보통 사람들이 살아가는 삶은 전혀 모르는 것. 먹고 입고 그러는 것만이 삶인가. 본인이 주체적으로 자기의 삶을 사는 데 있어서 결정을 해서 내가 오늘 뭘 먹을 것인가 뭘 입을 것인가 무엇을 어떤 취미생활을 할 것인가를 결정할 수 있는 이런 속에서 살아가야 나중에 자기가 사회 나가서 그럴 수 있는 거잖아요. 우리 가정에서 아이 연령에 따라서 결정할 수 있는 그 변화가 조금씩 조금씩 달라지기는 하지만 대규모 시설에 있으면 그런 결정 할 수 있는 선택이 전혀 없다. (B)

● 아동을 대상화하지 않는 접근 : 가둬두지 않는 시스템

저희도 학대 애들이 와요. 아동보호전문기관하고 연결해서. 우리 집에 있는 애들이 다 학대 받은 애들이니깐. 방임, 학대. 그런 아이들이라 하더라도 보통사람처럼 볼 수 있는 시각이 필요하다. 그 아이들이 집중치료를 받고 그런 대상으로만 생각하는 자체가 잘못하면 인권의 문제가 될 수 있다. 청소년은 될 수 있으면 가둬두지 않는 시스템으로 가야 한다. 설령 가둬두었다 하더라도 가둬두지 않은 위치다 내가 그렇게 했을 때 굉장히 다르다. 내가 가뭄을 당한 아이다 하고, 나갈 수 있지만 안 나가는 것은 다르다. (E)

● 강점이 있는 아이들이라는 인식

어떻게 존중할 것인가에 대해서는 아가 다르고 어가 다르다. 내 생각을 조금 밀어 붙이는 것 같으면 너무 민감하게 알아요 저는 기본이 문제행동이 아니고 우리 철학이 살아온 경력 자체가 내가 거기서 살았다면 오늘날 이렇게 살았겠어요. 아이들은 어떻게 보면 많은 고통을 감내하고 자라는 강점을 가진 아이들에게요. 아이들을 어떻게 보면 고통부문에 있어서는 전문가고 그것을 서바이벌 해올 수 있는 그런 잠재능력을 가진 대단히 우수한 능력을 가진 아이들이라고 규정을 해요 사실. (E)

● 약점도 알고 있는 아이들로 키우기

불쌍한 애들이 들어와서 해주고, 그런데 그것을 하러 나가 보지도 않고 콘서트가도 버스 대절해서 가고 애들보고 대중교통 사용하라고 해봐요. 할 수 있나. 완전히 자기가 주체적으로 할 수 있는

것이 하나도 없는 것. 그리고 어떤 면에서 굉장히 보호된 것 같죠, 아이들은 그런 갈등까지도 일으킬 필요가 없죠. 보육원에서 다른 학교를 다니면 그 학교에서 다른 애들을 보면서 나는 뭐가 좀 다르고 더 위축되기도 하고 어떤 면에서는 같이 수학여행가거나 학교에서 여행을 가는데도 자기는 대중교통을 이용 못해서 못가고 이런 식의 문제들이 생기죠. 보육원이 그런 것에 대해서 준비를 안 시키고 안에서 문제기도 하지만 여기 있는 아이들은 그런 것으로부터 보호된다. 그런 것에 대한 문제의식조차 없음. 위축되지 않으니까 더 건강하다고 생각할 수도 있어. 막 슬퍼하고 그러는 것이 덜 할지도 모르니까. 그것을 속에 그런 소외감이나 자기의 무능 같은 것을 느끼거나 그것을 표출할 기회조차 못 갖는 것. 그게 과연 건강한 삶인가. (B)

● 사회통합적 관점에서 시작

그런 integrated 모델로 처음부터 접근하지 않으면 인권의 사각지대가 된다. mainstreaming 하는 것이 원칙이다. segregation이 나쁘다고 생각한다. mainstreaming에 대한 비판이 많았지만 전 세계적인 대세가 그것. 장애가 있는 스페셜 아동을 거기에 대해서는 끝났다. 세계적으로 끝난 문제를 우리나라는 아직까지 segregation하는 것. 기회도 안주고, 이런 아이들을 위한 교육에 대해서도 통합교육 해야 하지 않나. social worker들이 일을 많이 한다. (D)

● 환경변화 : 평범한 삶을 살도록 자생력을 키우는 접근

아동의 변화는 가족과 환경의 변화 없이는 이뤄지지 않는데 애들 딱 여기 와서 치료한다고 애들이 그대로 유지가 되냐는 말. 그거부터 재고를 해야지. 이것은 여기(두 시설)를 살려주기 위해서 하는 거지. 아동 중심적으로 생각한다면 사실은 여기는 다른 문화시설이나 이런 것으로 바뀌고 지역 안으로 들어가는 그룹홈이나 이런 세팅 쪽으로 치료를 해도 해야 되고 그리고 그 치료는 병리적으로 치료. 이런 것이 아니라 그 가족과 그 지역사회와 함께 보듬어 안고 그 안에서 놀이치료가 있고 무슨 치료가 있고 이렇게 평범한 삶 속에서 자기가 새롭게 획득한 그런 능력들을 실험해보고 그것의 능력을 더 발휘하고 그래서 보통사람의 삶을 살 수 있는 자생력이 키워지게 해야지. (B)

● 아동 욕구에 맞는 서비스; 수요자 중심

아이들이 표현하는 욕구가 먼저가 되어야 한다. 정서적인 지원을 하기 위해서는 상담도 할 수 있고 치료도 할 수 있고 멘토링도 할 수 있고 때로는 다른 서비스를 지원할 수 있기 때문에 욕구에 분야가 여러 가지로 나뉘어서 그 욕구에 통합적인 서비스가 결합되어야하지 서비스가 딱 있어서 여기에 애들의 욕구를 맞춰서는 안 된다는 것. 애들의 욕구가 몇 개의 행동으로 나타나는지를 귀납적으로 먼저 확인을 해야돼. (C)

3) 주요 서비스 내용

요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 시설의 주요 서비스로는 사례관리를 중심으로 하는 돌봄 서비스와 전문적 서비스, 그리고 치료적 교육서비스를 언급하였다. 돌봄 서비스가 가장 강조되었는데 요보호 과정 자체에서 아동들은 상처를 받고 그로인해 정서·행동적 어려움을 보이는 경우가 많으므로 선부른 진단보다는 치유적 돌봄 서비스를 우선적으로 제공하는 것이 중요하다는 것이다. 많은 경우 양육환경의 개선만으로도 문제가 해결되는 것을 경험하였다고 하였다.

또한 정서·행동적 어려움이 있는 아동들에게는 다양한 서비스가 존재할 때 더 효과적이라고 하였다. 발달주기에 맞는 맞춤형 치료재활 프로그램이 필요하다는 것이다. 특히 모래놀이 치료, 미술치료 등 특정 치료에만 집중하는 것은 적절하지 않다고 지적하였다. 아동의 특성상 교육적 프로그램에 대하여서는 일반학교에 정상적으로 통합될 수 있도록 단계적 접근이 필요하다고 하였다.

● 요보호 과정의 상처부터 치유 필요

요보호가 되는 과정에서 받은 상처들을 치유받고 지역사회와 접촉이 가능하도록 환경의 변화가 필요하다. 양육환경으로 인해 받은 심리적 위축, 방임의 문제를 치료받아야 한다. (A)

● 믿음을 주는 돌봄 서비스 제공

경계성급도 약물 이런 것 보다는 돌봄이죠. 사실은 사람이 붙어서 돌보는 것, 저희도 그런 아이가 한 명 있는데 애들한테 구박받아가면서 그래도 애들하고 어울리고 이 속에서 서로, (중략) 애들이 경계성급이라고 하더라도 너무 일찍 학대상황이라든지 이런 데서 고착이 돼서 단쳐진 마음 때문에 그런 거지 정말 유전적으로 그런 애들은 많지 않다고 생각해요. 거기서 어떻게 하면 한 단계 더 나아가겠느냐 하는 목표로 하는 거지. 아이들한테 어떻게 하면 믿음을 주고 끊임없이 문제행동을 일으켜도 넌 할 수 있다 넌 잘 할 수 있다 말로가 아니라 그런 무언의 메시지를 주고 지켜봐주고 때로는 엄하게 혼낼 수도 있고 그렇지만 아이들 입장에서 잘 자랄 수 있는 환경을 만들어 주느냐 그것이 어른들이 할 일이라고 생각한다. 아이들 속에 있는 것이 발현될 수 있도록. (E)

● 아동에 맞는 다양한 전문적 서비스 제공

고위험군 이런 친구들이 합의는 정신과 치료든 상담이든 다양한 서비스가 존재할 때 더 benefit을 갖는다. 더 기능이 좋다. 더 잘 적응 한다 이것은 맞다. (C)

아이들의 발달생애주기에 맞추어 양육서비스를 제공함과 동시에 치료목적의 심리치료와 상담 서비스 등을 제공하는 전문적인 기관이 필요하다. 이러한 시설에서 제공하는 심리정서치료 프로그램은 개별 맞춤식 치료재활 프로그램이어야 하며, 대안교육과 재활전문직업훈련, 전문치료인력 양성 서비스까지 포함한다(A).

진단도 하나도 모르면서 모래놀이치료의 implication이 뭐냐? 그거는 웬이 만든 치료 중에 하나인데 그거는 어른에게 어울리는 치료이다. (D)

● 치료적 목적의 단계별 교육서비스 제공

애들 섞을 때 애들의 사회성에 대한 진단도 할 수 있다. 애들의 사회성이 이 정도 되면 일반 학급 가도 좋겠다. 애들의 2교시까지만 하고 돌아와도 좋겠다. 이런 식의 개인적인 플랜을 짜주는 것이 필요. (중략) 미국도 therapy pre school이 있다. 아침 9시에 오면 선생님이 계신데 일반교사들과 특수교사가 있는데 선생님이 계셔서 약도 먹여주고 교육하는 중간 중간에 불러서 치료를 시켜요. 언어치료, 놀이치료. 의사 선생님들도 애들 면담 다 해서 약에 대한 반응 보고 한 달에 한 번씩 불러서 일일이 면담해서 걸러서 이집하고 적합한지 애가 좀 더 심해졌는지 입원을 해야 되는 건지 결정을 하고 보통 6개월 정도 있는데 1년 쯤 되면 졸업하고 졸업을 하면 지역에 있는 학교로 보내는데 바로 가는 것이 아니라 여기서 있다가 학교로 보내서 두 시간만 있다가 다시 온다. 어떻게 지내나. 잘 지내면 완전히 옮겨주고 학교 교사로부터 3개월 동안 모니터링하는 프로세스가 있다. (D)

● 서비스의 종합화와 연계성

소규모, halfway house같은 기능, 서비스의 종합화 이게 방향입니다. 만약에 현실에서 있다라고 존재하고. 지역사회 안에 들어가는 것. 가족 중심. 수요자 중심. (C)
치료의 연계가 처음부터 끝까지 이뤄져야 한다. (F)

4) 보호치료시설의 구성

요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동들을 위한 시설의 형태는 ‘건강한 환경’을 위해서 최소한 그룹홈의 형태를 유지해야 한다고 하였다. 이러한 그룹홈의 성격은 일시보호, 단기보호의 성격을 가진 시설이어야 하며 지역사회와 가족의 연계를 통한 환경치료적 접근을 촉진해야 한다. 이러한 치료그룹홈의 보다 효과적인 운영을 위해서 지역사회에 흩어져있는 그룹홈의 서비스 질 관리를 위한 헤드쿼터(허브)기능을 하는 관리체계도 요구되었다. 이러한 관리체계를 접근성을 고려하여 서울시의 권역별로 두고 전문가 양성 및 훈련의 기능을 수행하며, 지역사회에 있는 관련 이용시설들을 지원하는 역할을 두는 것을 강조하였다.

● 거주유형은 그룹홈으로

대부분은 환경적인 요인에서 오기 때문에 환경을 좀 더 건강한 환경으로 해주면 아이들이 많이 안정되고 건강하게 자란다는 것을 경험적으로 보고 있고 그런 면에서 그룹홈이 많이 우수하다. 굳이 치료를 쓴다면 환경치료적인 접근은 그룹홈이 우수하다. (E)

● 지역 사회내 일시보호

치료세팅을 그룹홈 형태로 해서 사실은 여기를 유지시켜줄라니깐 무지 급해. 복지관이나 지역사회 안에 치료와 이런 일시보호를 같이 할 수 있는 데를 작은 규모로 만들어야 되는 거지. 그래서 일시보호를 하더라도 분명히 가족이 어느 정도 책임을 가지고 유지하면서 빨리 보내는 식의 이런 식으로 해야 되는데... (B)

최종 목표는 원가족으로의 복귀여야 하고 단 가족으로의 복귀가 불가능하다고 판단되는 것에 한해서 다른 대안을 고려할 수 있는 것 같고. 또 이런 시설의 경우는 시설이 소규모이어야 하고 최소한 1년을 넘지 않는다는 기간에 대한 규정이 필요하다고 생각이 됩니다. (F)

● 치료그룹홈의 헤드쿼터

치료센터로 연계되었던 아이들에 대한 양육환경은 특별하게 더 소규모로 구성이 되어야 한다는 생각이 들고 그룹홈으로 갔을 때는 그룹홈이 제가 보면 가장 좋은 공동생활 가정인데 그룹홈에 생활복지사의 역량이 아이들의 보호 질을 완전히 결정을 하거든요. 시설같으면 예를 들어 여러 선생님들이 있고 원장님있고 사무국장이 있고 관리체계가 있고 그 안에서 교육도 이뤄지고 상황 안에 슈퍼비전도 이뤄지고 하는데... 그룹홈도 헤드쿼터가 있어서 그룹홈을 잘 관리할 수 있는 전문성이 강화될 수 있는 부분에 기능전환이 됐으면 좋겠다. (A)

● 운영형태는 권역별 단기보호시설

residential treatment 하는 곳이나 이런 곳에 약간에 치료교육센터의 기능을 가져야 하면서 거기서 양성한 사람들을 여기서도 일하지만 다른 센터에서 일할 수 있도록 하는 허브기능을 하고 이런 몇 개의 day care center를 관리, 통합적으로 운영하는 형태. 예를 들어 동부에 한 군데 있으면 거기에 관할하는 열 개의 구에, 스무 개 구에 하나씩. (D-G)

● 권역별 접근

두 개 기관에 지역별로 커버가 필요하다고 생각합니다. 물론 어떤 특화된 기관이 한 두 가지 씩

있을 수 있지만 기본적으로는 두 지역을 좀 커버할 수 있었으면 좋겠습니다. 지역이 너무 멀면 실제로 부모가 아동을 데리고 다닐 수 없는 경우가 많은데 지역생활관리자이라든지 지역아동센터담당자들이 아동의 치료보호자의 역할을 할 수 있는 가능성이 있고 이들도 바쁜 업무 가운데 지역이 너무 멀 경우에는 이용을 하는데 좀 장애를 가질 것이라 생각합니다. (F)

5) 보호치료시설의 인력과 조직 운영

요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 접근에서 중요시 다루고 있는 부분은 훈련된 전문가에 의한 접근이었다. 이론과 더불어 임상적 훈련을 받은 전문가로서 규격화된 것이 아니라 아동의 입장에서 유연성을 가지고 있는 전문가에 의한 접근이 필요하다고 하였다. 또한 다양한 훈련된 전문가들이 함께 일하기 위해서는 업무표준화가 중요하다고 강조하였다.

● 훈련된 전문가에 의한 접근

전문가라는 것은 이론을 공부한 사람이 전문가라고 하면 안 된다. 이 부분은 임상 training을 받은 사람이 전문가. 전문가들을 키울 수 있는 치료교육 시스템은 석사 이상을 따라 되고, clinical training을 받고, 거기 외에도 좋은 대학병원 같은 데서 아침마다 case 회의도 해야 되고 우리 왜래도 참가해야 되고 그런 시스템을 갖추지 않으면 결국은 선무당이 사람 잡는 꼴이 될 것 같다. 미국에서는 전문가인 social worker가 있다. 7년 근무하고 시험을 봐야만 전문가. 의사가 진단하면 치료를 할 수 있는 자격이 있다. social worker는 social worker대로, 간호사는 간호사대로, 의사는 의사대로 다 교육시스템이 들어가야 한다. 안 하고는 어떻게 하나. 법적인 것 다 외워야 하지 않나 관계법령들도 모르고 어떻게 일을 시키나. 직급별로 직급별 교육시스템 마련해서 규제를 해야 함. (D)

● 유연한 전문가에 의한 접근

일반적으로는 많이 그렇게(모범생같은 전문가로) 규격화하더라 이런 것의 문제점들을 얘기를 해요. 정말 우리가 flexibility해야 되고, 유연성을 가져야 되는지 이게 정말 핵심인 것 같다. 그 아이의 입장에서 볼 수 있는 것을 본다면 그게 전문가다 이렇게 생각해요. 전문가에 대한 규정을 제가 따로 했어요. (E)

● 업무표준화

업무표준메뉴얼을 꼭 개발을 해야 한다. 복지시설들이 특히 아동복지 분야가 이런 부분이 약한데 업무를 하는 생활복지사라든지 생활지도원이라든지 상담원이라든지 여러 직함에 업무를 분석한 다음에 그 사람들이 해야 할 일에 대한 업무 메모를 정확하게 만들어서 아이들에 대한 서비스의

질이 그래도 뭔가 표준적으로 이뤄질 수 있도록 하는 작업이 같이 따라가고 그것에 의해서 계속적인 보수교육을 시켜나가야 하는 필요가 있다. (A)

정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 조직의 필수적 구성요소는 다학제적 팀 접근임이 강조되었다. 기본적으로 의사, 사회복지사, 임상심리사, 간호사, 특수교사 등이 협력적으로 아동들을 위한 서비스 계획과 실행을 결정해야 한다는 것이다. 이러한 다양한 전문가들이 협력적으로 일하기 위해서는 코디네이션(조정)이 중요하며, 그 역할은 사회복지사가 하는 것이 적절할 것이라고 하였다. 사례관리자로서 지역사회와 함께 협력적으로 일하는 것과 조직내 다양한 전문가들간의 의견을 조정하는 역할을 사회복지사가 하고 있다는 것이다.

● 다학제적 팀 접근 필요

multi discipline team은 기본적으로 의사 + 사회복지사 + 심리전문가 + 간호사+특수교사이며 같이 논의하고 진단. (D) 성폭행 당한 애가 학교에서 일어난 경우 학교에 언제 다시 보낼 것이냐 하는 것 등 사람에 대한 기능이 되냐 안 되냐를 누가 하겠는가. multi disciplinary 전문가의 의견을 말하고 애는 언제쯤 쉼터에 보낼까, 경찰에 진술을 언제쯤 하는 것이 좋을까 이것을 같이 얘기해서 결정함. 그런 것을 만들어야 함. (D)

● 다학제적 팀 접근의 코디네이션(조정) 중요

정신과 의사, 심리학자, 특수교육, 사회복지사, 이 시설의 모범은 아동청소년 복지법에 받으니까 제정이나 그런 것은 사회복지 쪽에서 전달체계의 영향을 받지만 기능이나 지향이 다른 사람들이 모였기 때문에 이걸 누가 조정하고 이걸 통합하는 노력을 할 것인가에 따라 팀이 갈린다. 하여튼 조정 통합 노력도 만만치 않을 것이다. 헤게모니나 그런 것이. 그리고 궁극적으로 여전히 공급자들의 파워라든지 이런 것에 의해서 수요자가 두 번째 우선순위가 된다는 그런 위험성이 있을 것 같다. (C)

● 코디네이터로서 사회복지사의 역할

사회복지사가 코디네이터의 역할을 해요. 그리고 소셜 에듀케이션, 등 관계하는 모든 사람들이 참여, 물론 정신과 의사도 있고 심리학자도 있고. 사례관리 기능을 하는 코디네이터 기능은 사회복지사가 했어요. 그런데 시설에서는 아니었고 지역사회 내에서 코디네이터를 했죠. (C)

요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동들을 위한 시설의 인력과 조직운영 조건은 현재 법적인 규정이 모호하고 미흡하기 때문에 법적인 정비가 있을 때까지는 장애아 시설의 기준을 최소한 준용하는 것을 추천하였다. 조직의 특성상 필요한 기타의 조건들은 외부의 자원들을 적극적으로 활용하고 외부(특히 지역주민, 학계 등)와 협력적으로 일하는 오픈된 조직으로서 운영하는 것이 중요하다고 강조하였다.

● 조직의 조건 : 장애아 시설 기준 준용

전문인력과 서비스가 가장 중요한데 치료재활시설(가칭)은 장애아 시설 기준으로 최소한 맞춰서 조직을 꾸려가야 한다. 장애보육시설의 종사자 기준을 고려할 필요도 있다(A).

● 외부에 오픈된 조직

팀 코디네이트된 조직이면 된다. 그런 조직이 만들어진다고 하더라도 outside 위원회에 의한 슈퍼 비전과 규제는 필수. (D-G) R&D역할을 할 수 있는. 정신건강이 정말 어려운 애들인데 애들한테 필요한 프로그램에 대한 개발이라든지, 필요한 치료자들을 양성하는 기능이라든지 이런 것들을 하게하고 치료와 교육의 기능은 외부와 조인트를 해서라도 하는 것이 좋을 것. 좋은 점은 뭐냐 하면 그 시스템을 통해서 외부와 계속 오픈되어 있을 것이라는 것이다. (D)

● 지역사회 주민 참여

담벼락을 해체시키고 여기를 지역사회하고 통하게 만들어야 하는데 그래서 학교가 또 주민들이 다니기에 매력적인 학교로 만들어야지. 그리고 지역사회 주민들, 대표들 이런 사람들이 모여서 새로 학교가 세워지는데 이게 어떤 식으로 운영이 될 만한 매력적인 학교가 될지. 이런 사람들도 운영에도 참여시키고, 여기가 완전히 정서장애아동이라면 또 넘비현상이런 것이 일어날 수가 있지. (B)

6) 보호치료시설 전달체계 구축 : 사정과 평가 체계 마련

무엇보다 사정과 평가에 대한 체계적 전달체계가 중요하게 설계되어야 한다고 제기되었다. 아동은 발달적으로 변화가 많기도 하고 양육환경으로 인한 일시적 장애를 보여주는 경우도 있기 때문에 아동의 발달과 상황에 맞는 사정도구를 활용해야 할 것이다. 어떠한 도구를 어떻게 활용하느냐에 따라 진단이 남발될 우려를 불식시킬 수 있다고 하였으며, 정확한 진단을 통해서 아동을 개별화하여 접근할 수 있는 서비스를 설계할 수 있다고 강조하였다.

● 정확한 진단에 의한 서비스 설계

진단을 해서 정신병자로 만든다는 것이 아니라 진단을 한다는 것은 전문적인 도움이 필요하다는 의미다. 내가 애착장애로 진단을 내려도 시간이 지나면 없어질 수 있다. 치료될 수 있다. 초기에 진단에서는 IQ가 얼마인지 체크하고(처음에 올 때 risk child는 대개 지능이 떨어짐) 데이터를 분리한 다음에 입소를 하거나 하면 아이들이 굉장히 좋은 환경에서 자라날 수 있는 가능성이 높아진다. 애는 애착이 불안정 하나만 사람 많은 데서 섞지 말고, 애는 이성하고 섞으면 큰 일 난다 그런 것이 없이 그냥 쪽 깔린 것을 보고 놀랐다. (D)

● 진단남발 우려

가능하면 리스트 리스트랙티브한 세팅으로 가는 것이 추세다. 그런데 여기서는 진단도 가능하지 않고 진단 그룹에 안 속하는 그러면 오히려 대상자를 선정하는 데 있어서 너무 애매해지고 진단을 하게 되면 어떤 문제가 생기나하면 미국에서와 같이 진단을 남발하게 되는 이런 문제가 생긴다. 서비스를 받기 위해서는 진단을 남발하는 것이 생기고 진단 안한다고 하면 이제 기준이 없어버리는 대상자 선정에 있어서. (C)

● 진단도구 : 낙인감없는 발달사정도구

functional assesment, 기능적 사정, 심리화적인 것 말고, CBTL보다는 다른 것, task test라는 것. CASAL. CBTL을 거의 대체하는 것까지는 아니지만 진단지수가 조금 극복된 것. 그런 것이 있음. (C)

● 진단의 개별화

욕구를 물어보아야 한다는 것. 애들의 욕구를 측정하기 위해서는 애들이 연령이 다르지만 그 각 연령에서 가능한 본인들이 표현할 수 있는 방법들을 제공을 해줘야 한다. 심리검사 그 자체로 있기 보다는 그 상황을 좀 더 잘 파악할 수 있게 아이와의 대화, 아이를 잘 알고 있는 사람과의 대화, 이런 것들이 필요, 의사가 반영되었을 때 욕구가 반영되었을 때의 만족도는 대단히 달라지는 것. 그리고 계속 강조하는 거지만 공급자 중심의 서비스가 아니라 정말 이용자 중심이어야 한다. 아이들도 자기의 의견이 있는 표현할 의견이 있다. 아동권리협약을 보면 표현의 권리가 있다. (B)

서비스 후 관리와 평가 또한 철저하게 논리적인 계획 하에 이뤄져야 한다고 하였다. 시설 내 적응이 아니라 지역사회와 가족 내 적응이라면 측정도구 또한 달라져야 할 것이다. 증거(evidence) 기반 성과 관리도 중요하다. 아동들이 개입에 따른 변화를 어떻게 보여주고 있는지 철저한 데이터베이스 관리를 통한 실증적인 평가가 이뤄져야 한다는 것이다.

● 개입의 사후관리(follow up) 중요

마치 자기들이 특별한 치료를 한다고 생각을 하는데 오히려 문제만 더 악화시킨다고 그러니깐 follow up을 해봤냐고 물어봐라. 그렇게 해서 애들이 더 잘 살고 있다 치료가 돼서 나갔다는 증거를 대보라고 하라고. 어떤 것이 있나. 이 안에서 잘하는 것이 중요하지 않다. 시설에 와서 잘하는 것이 뭐가 중요해. 지역사회 안에서 잘해야지. (B)

● 실증적 성과평가

intervention을 해서 이렇게 된 것이다 라는 evidence가 남아야 한다.

그런 것을 할 때 자체가 아니라 학계가 껴야 부패 방지할 수 있음. 자기들끼리 그러는 것이 아니라 교수들하고 학계하고 같이 해야 함. 논문이 나올 정도의 data가 있어야 함. (D)

문제행동이라고 하는 SED에 대한 필요한 시설이 있어야 한다면 뭘 제공하는 것이 좋을까 하는 거예요. 가족을 회복하는 것, 본인들이 원하는 행동을 하게 만드는 치료냐? 이 아이들이 지역사회에 가서 보통사람 삶을 잘 살게 하는 치료냐? 무엇을 위한 치료냐를 생각해야지. 본인들이 한 치료가 성과가 있었다는 것을 증거를 대라. 뭘 보고 그렇게 생각을 하느냐. (B)

그러나 이러한 시설 설치에서 가장 중요시 해야 할 부분은 시설 유지를 위하여 아동들을 의료적으로 과잉진단할 우려에 대한 것이었다. 시설이 설치되고 나면 시설을 위해 아동들을 진단해서 보내게 될 수 있다는 것이었다. 이를 견제하기 위해서는 강력한 외부 심사와 모니터링 체계를 두어야 한다고 하였다. 끝으로 아동들을 위한 시설을 설치하고자 한다면 충분한 투자를 통해서 질 높은 서비스가 제공될 수 있도록 해야 한다고 강조하였다.

● 의료적 과잉진단 & 목적전치 우려

난 분명히 소아정신과 만들어 놓으면 오히려 더 문제를 만들고 애들을 다 그런 눈으로 보고 그제 알려지면 위탁가정도 그렇고 그룹홈도 그렇고 감당하기 힘든 애들이 있지 않나 보면, 왜그러냐 하면 집에서 떨어져 있고 나름대로 상처를 받았으니 괜찮은 것이 이상한 거지. 그런데 자기들이 감당 못하면 다 어딘가 보내고 싶어한다. 진단해서, 이런 데 있으면 들끓을 것. (B)

서울시가 거기에 치료할 애들을 다 집어 넣어야 하는데 조금만 문제 있으면 다 집어 넣어야 되는 거기에 정원을 채우기 위해서 검사지 같은 것을 해서 정서장애가 나온다. 예를 들면 서울시는 전문성을 강조하니깐, 전문가가 무엇인가에 대해서 규정을 해놔야 하는데, 검사를 해서 재배치를 한다고 한다면 거기에서 있는 동안 애들이 다 심리적으로 불안할 수 밖에 없죠 일시보호 시설에 가서 있으면, 그러면 다 정서장애로 나올 거예요. 관계가 잘못되었거나 극한 상황에서 보내는 것인데, 안타깝다. 거기서 그렇게 판정받고 가야되는 아이들의 입장. (E)

● 외부 심사위원회 필요

어떤 기관들이든 위탁 운영시 운영이나 프로그램에 지도관리가 필요하고 이를 위해서는 서울시내에 운영위원회를 제안하고 싶습니다. 타 영역 경우에서 정부 위탁시설들을 보고 그 기관을 이용해 보지 않았었고 다른 루트로 많이 듣게 되는데 어떤 기관이라고 언급을 하지는 못하겠습시다만 그게 그 기관에 지속적으로 문제가 있었고 감독기관에 제대로 관여를 하면서 시정한다든지 하는 경우는 거의 보지를 못했습니다. 그래서 이것만큼은 정말 퀄리티를 유지하기 위해서는 강력한 위원회를 권하고 싶습니다. 다학제적인 접근이 필요하고 인력이 퀄리티파인 스텝으로 구성이 되어야 하고 좀 더 서울시가 여력이 된다고 하면 서울소아청소년정신보건센터라든지 대한소아청소년정신학회라든지 그런 쪽과의 자문도 필요하다고 생각이 됩니다. (F)

● 충분한 투자

충분한 투자가 필요하다고 생각이 듭니다. 시설 면에서도 비참함을 느끼면 안 될 것 같습니다. 수

용소 같은 느낌을 주게 될 경우에는 정서·행동적 어려움을 가진 아이들은 비호감을 갖게 되고 그렇지 않아도 자신의 치료에 대해서 비협조적일 수 있는 아이들이 치료상황에서도 힘들어진다. (F)

3. 소 결

서울시의 위탁시설인 소년의집과 아동상담치료센터의 변화 방향을 논의하면서 중장기적으로 서울시가 직접적으로 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 보호치료시설로 전환하여 공적 책무성을 다하는 것에 대한 타당성을 논의하기 위해서 8명의 전문가 인터뷰를 실시하였다. 정서·행동적 어려움이 있는 아동들을 위한 시설이 필요한가, 그러한 시설은 어떤 관점을 가지고 어떻게 접근해야 하는가에 대하여 다학제적 전문가들은 실증적인 경험을 기반으로 필요성을 설명하였다.

분석결과 전문가들은 경계선급 정서·행동적 어려움이 있는 아동들을 위한 치료시설의 필요성을 언급하였고 보호자의 보호가 어려운 아동들을 위한 단기 보호시설(6개월이내)이 필요하다고 하였다. 치료와 재활의 성격을 가지고 소규모 그룹홈의 형태로 접근하는 시설로서 거주치료시설(RTC)을 제안하였다. 전문가들의 인터뷰 결과를 토대로 서울시 아동보호치료시설의 운영방안을 다음과 같이 정리할 수 있었다. 어떠한 아동복지시설이든 아동을 위한 환경을 갖추어야 하며 특히 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위해서는 '따뜻한 환경'에서 아동의 자율성과 주체성이 보장되는 환경이 제공되어야 한다. 주요서비스는 사례관리를 중심으로 특정 치료프로그램 보다 아동의 발달에 맞는 보호서비스를 기반으로 하는 통합적 서비스의 제공을 원칙으로 한다. 돌봄서비스와 전문적 서비스, 치료적 교육 서비스 등 아동의 욕구에 맞는 서비스를 설계한다. 시설 운영의 기본 관점은 강점관점과 생태체계접근, 가족중심 접근, 아동중심의 접근이 되어야 하며, 아동보호치료시설의 이용 아동 특성상 다학제 전문가들로 이뤄진 팀 접근이 필요하며 다학제 팀의 조정자로서 사회복지사의 역할은 중요할 것이다.

아동보호치료시설의 구성은 소규모 치료 그룹홈들을 권역별로 허브 기능으로 연계하고 통합적 서비스를 제공할 수 있는 형태의 운영 모형을 제안하며 전달체계 구축에서 정확한 진단과 진단이 남발되지 않고 아동에게 낙인감을 주지 않는 사정 체계 마련과 사후관리와 서비스 평가체계를 실증적이고 객관적으로 수행할 수 있는 시스템이 마련되어야 한다.

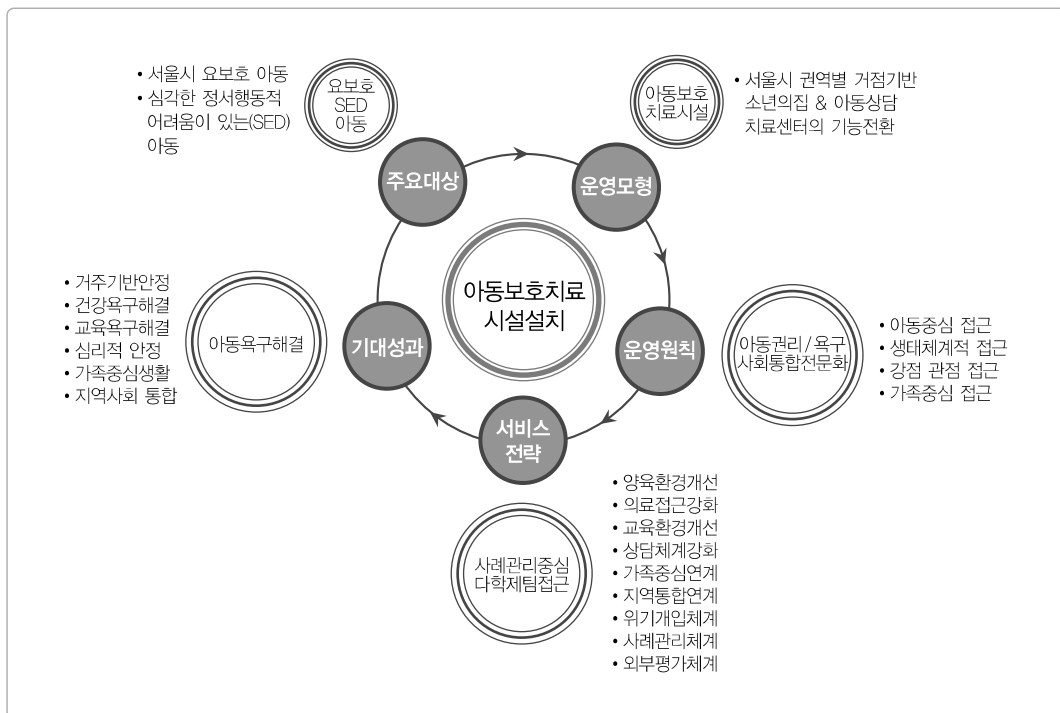
무엇보다 아동을 위한 또 하나의 시설을 설치하는 것에 대해서 목적전치가 일어나지 않도록 소규모로 시작하고 철저하게 관리하여야 할 것이다. 또한 양질의 서비스가 적절히 제공될 수 있도록 서울시의 충분한 투자가 요구된다.

제2절 서울시 아동보호치료시설 운영방안

1. 아동보호치료시설 운영방안 개요

앞서 정리한 연구결과를 기초로 하여 서울시 위탁 아동복지시설의 개선방안으로 아동보호 치료시설 설치를 제안하고자 한다.

서울시가 위탁운영하고 있는 서울시립소년의집과 아동상담치료센터를 단계적으로 구조 조정하여 아동보호치료시설로 기능 전환함으로써 요보호 아동들 중 정서·행동적 어려움이 있는 (Severely Emotional Disturbances) 아동에게 보호, 치료, 재활을 위한 통합적인 서비스를 제공하여 아동의 발달에 필요한 기본적인 욕구를 해결하며 이를 통해 궁극적으로 아동권리와 욕구 충족, 사회 통합, 서비스 전문화라는 아동복지서비스에 대한 서울시의 공적 책무성을 구축하는 것이다(그림 IV-2-1참고).



〈그림 IV-2-1〉 서울시 위탁 아동보호치료시설 운영방안 개요

2. 아동보호치료설의 주요 대상

정서·행동적 어려움이 있는 아동은 관련 학문분야마다 개념 정의에 다소 차이를 보이고 있으나, 일반적으로 상황과 환경에 맞지 않는 행동이나 감정이 나타나고 가족 또래 및 교사 등과의 관계형성에 있어 어려움을 겪으며 그 영향으로 학업 및 기타 사회역할 수행에 심각한 문제를 보이는 것을 의미(노충래, 2008)한다. 이러한 정서·행동적 어려움이 있는 아동들은 종종 학습장애, 지적 장애 등과 함께 복합적으로 출현하는 경향이 있다고 한다.

법적으로 현재 정부가 추진 중인 '아동·청소년 복지법(안)'에 언급된 복지생활시설 중 '보호치료시설'의 대상은 다음과 같다.

- 보호자가 없거나 친권자나 후견인이 입소를 신청한 아동·청소년
- 가정법원, 지방법원 소년부지언에서 보호 위탁된 아동·청소년
- 학대로 인하여 부모로부터 일시 격리되어 치료가 필요한 아동·청소년

서울시 아동보호치료시설의 주요 대상은 요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동이다. 발달상의 어려움으로 인해 생리적 문화적 욕구를 충족하기 어렵거나 정상적으로 성장하지 못하는 아동들을 말하는데 경계선급 장애아동이라 할 수 있다. 아동보호치료시설의 핵심적 주요대상은 1차로 서울시에 거주하는 보호자가 필요한 정서·행동적 어려움이 있는 아동이며, 2차 대상은 서울시에 거주하는 아동으로 일시보호가 필요한 정서·행동적 어려움이 있는 아동이다.

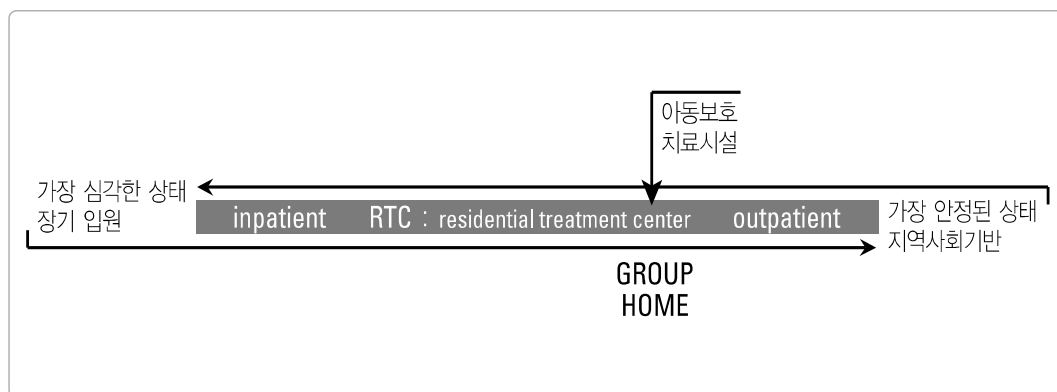
- 1차 핵심 대상 집단 : 서울시 요보호 정서·행동적 어려움이 있는(Severly Emotional Disturbances) 아동
: 서울시에 거주하는 보호자가 필요한 심각한 정서·행동적 어려움이 있는 아동
- 2차 핵심 대상 집단 : 일시보호가 필요한 정서·행동적 어려움이 있는(Severly Emotional Disturbances) 아동
: 서울시에 거주하는 아동 중 일시보호가 필요한 심각한 정서·행동적 어려움이 있는 아동

3. 아동보호치료시설의 개념과 특성

아동보호치료시설은 2008년 현재 개정 중인 아동·청소년복지법(안)에 제시되고 있으나 아직까지는 법적인 근거를 가지고 있지 않다. 법안에 의하면 아동보호치료시설은 아동·청소년 복지생활시설 중 ‘보호치료시설’로서 ‘비행을 저지르거나 저지를 우려가 있는 아동·청소년에게 적절한 보호 및 치료를 행하는 시설’로 개념화되어 있다.

본 연구에서는 보호치료시설의 구체적인 운영 모형으로 미국, 영국, 일본 등에서 제공하고 있는 주거형치료시설(residential treatment center ; RTC ; 이하 아동보호치료시설)을 벤치마킹하여 대안을 모색하고자 한다.

다음 그림에서 보는 바와 같이 아동보호치료시설은 가장 심각한 상태의 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 장기입원 시설과 가장 안정된 상태의 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 지역사회기반 이용시설의 중간에 위치하며 양육보호 서비스는 아동에게 가정과 같은 환경을 제공할 수 있는 그룹홈의 형태를 갖고 있다. 아동을 위한 통합적 서비스를 제공하는데 있어서 지역사회 통합이 중요한 원칙이므로 아동보호치료시설은 아동보호치료 단계에서 지역사회 기반에 가까이 위치하는 시설이라 할 것이다(그림 IV-2-2 참고).



〈그림 IV-2-2〉 아동보호치료 단계에서 아동보호치료시설의 위치

요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 대상으로 하는 아동보호치료시설(RTC)에서는 치료적 차원에서 아동의 바람직한 성장과 발달을 지원하고 그들의 잠재능력과 존존능력을 최대한 발휘하도록 도와주기 위해 교육과 의료, 그리고 심리 사회적 문제 경

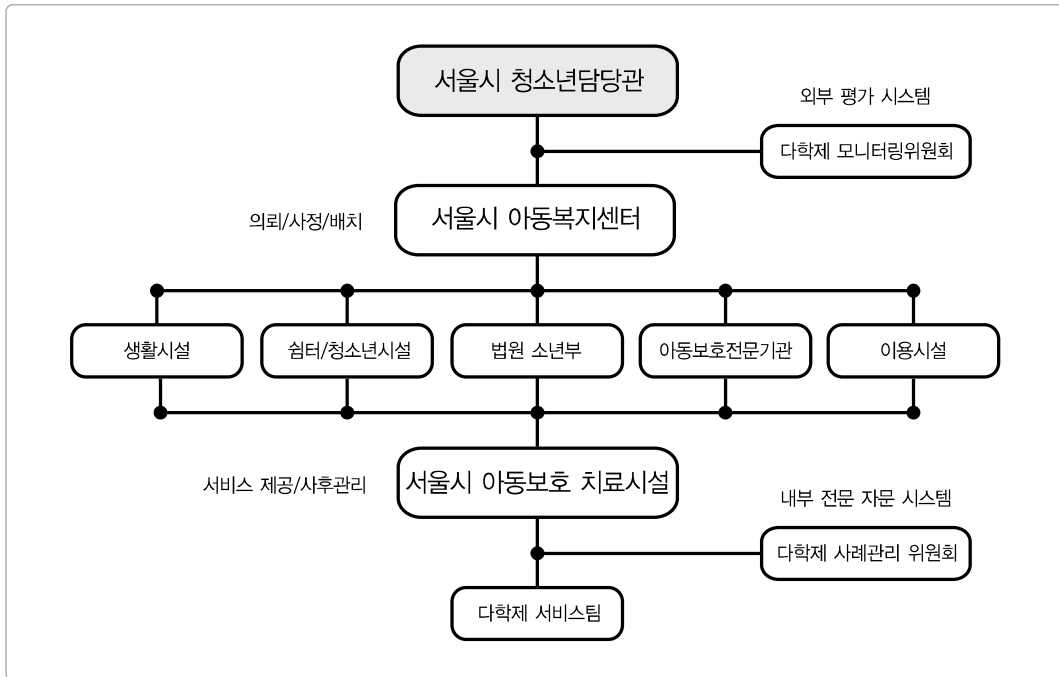
감과 해결, 나아가 예방적 차원에서 실시하는 전문가 교육 및 사회적 옹호 활동 사업을 포괄한다.

아동보호치료시설(RTC)은 아동들이 학교와 가족, 또래들과 학교생활이나 일상생활을 함께 하는데 상당한 어려움을 보일 때 다면적인 통합서비스를 제공하는 장소이다. 전형적으로 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위해 24시간 매일 지도 감독받는 환경에서 보호(거주), 치료, 교육을 제공하는 곳이기도 하다. 이 시설은 박사급 임상 전문가(사회복지사, 특수교사, 심리사 등), 정신과적 개입(의사, 간호사 등)을 제공한다. 심리치료 등의 치료적 임상 서비스들을 방대하게 제공하기도 하고, 단순하지만 아동들의 기본적 욕구에 충실한 서비스를 잘 전달하는 곳도 있다.

서비스의 설계는 정서·행동적 어려움이 있는 아동의 내적 외적 장기적 변화에 효과적으로 접근하는 것을 목적으로 한다. 이를 위해 개별화 접근, 아동의 다양한 생활 영역-교실, 임상치료, 치료적 접근, 생활환경으로부터 야기된 문제들을 해결하는 지속적 계획을 세워 제공한다. 각 아동의 치료적 영역에서 다학제적 전문가들이 긴밀하게 연계되어 있으며 특정한 전문영역의 우열없이 각 아동의 일상생활에서 일어나는 일들을 정보화하고 빈틈없이 통합적으로 접근할 수 있도록 한다. 아동보호치료시설에 학교 교육 서비스를 제공하기도 하지만 치료목적에 맞는 교육 프로그램을 제공하는 것을 우선에 두고 있다. 아이들은 학교와 다른 환경을 요구하는 경우가 많으며 이 시설은 실제로 학교기능과 분리되어 있고 분리될 수 있다.

특히 아동보호치료시설(RTC)은 거주환경으로부터 분리하는 보호서비스를 제공하기 때문에 아주 신중하게 결정되어야 하며 어떤 아동이든지 쉽게 보내는 곳이어서는 안된다. 양육 보호서비스와 거주치료는 많은 경우에 심각한 문제를 가진 아동들을 돕는 마지막 접근으로 고려되어야 하는 시설인 것이다(Wychulis, B, www.petersons.com 참고). 이 시설에서는 요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동들이 인간다운 생활을 하기 위해서 적절한 상담 및 보호, 특수교육을 제공하기 위한 특수한 설비와 시설을 갖춘 생활환경을 갖추 필요가 있다.

4. 아동보호치료시설의 전달체계 구축



〈그림 IV-2-3〉 서울시의 요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 복지시설 전달체계

1) 사정 기능과 서비스제공 기능 독립

서울시 요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동에 대한 지원 정책은 정신보건, 복지, 교육적 측면에서 다양한 접근 체계를 구축하고 있는 과정에 있으나, 법적 기반의 문제로 아이존 등은 정신보건 영역에서 전달체계를 갖추고 있는 상황이라 할 수 있다. 본 연구에서 제시하고 있는 아동보호치료시설은 아동청소년의 복지시설로서 사회복지 영역에서 전달체계를 구축하는 모형이다. 서울시의 아동청소년 복지과의 직접 운영하고 있는 아동 보호 상담 전문기관인 서울시 아동복지센터에서 서울시의 각 시설로부터 요보호 정서·행동적 어려움이 있는아동을 의뢰받고 응급조치와 포괄적인 표준 사정도구를 활용하여 엄격하게 사정한 후 일시적 보호치료가 필요한 아동들을 보호치료시설로 연계하는 체계이다.

아동보호치료시설에서는 요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동들에게 적절한 서비스를 제공하고, 아동들의 거주환경(지역사회와 가족)에 대한 outreach 서비스를 제공한다. 6개월 이내 단기보호서비스를 제공한 후 아동들이 거주환경에 돌아가서 적응하여 생활하도록 사후

관리를 협력적으로 실시한다.

2) 외부 수퍼비전과 모니터링 체계 운영

요보호 아동보호치료시설의 적절하고 책임성 있는 서비스 제공을 위하여 위원회를 반드시 운영해야 한다. 서울시 아동복지센터와 서울시 아동보호치료시설이 책임성있게 서비스를 제공하는지 외부 평가시스템을 갖추어야 한다. 이를 위해 다학제 전문가들로 이뤄진 모니터링 위원회를 두어 정기적으로 평가를 실행한다. 또한 아동보호치료시설의 서비스의 질적 제고를 위하여 내부 전문 자문(수퍼비전) 시스템을 갖추어야 한다. 외부의 다학제 전문가들로 사례관리 위원회를 두어 아동의 욕구에 맞게 통합적으로 서비스가 제공되도록 상시 수퍼비전을 제공하는 체계이다. 기본적으로 아동보호치료시설의 서비스는 다양한 전문가들의 팀 접근(team approach)를 한다. 다양한 전문가는 국가가 인정한 전문자격증이 있는 사회복지사, 의사, 간호사, 특수교사, 심리사, 청소년 지도사, 청소년 상담사 등을 들 수 있다.

5. 운영모형의 대안들

본 연구에서는 현재 서울시 위탁 아동복지시설인 소년의집과 아동상담치료센터의 구조 조정과 기능 전환을 통해서 요보호 아동보호치료시설 운영을 제안하고 있다.

두 기관의 운영모형을 지역별, 기관별 여건을 반영하여 3가지 모형을 제시할 수 있다(<표 IV-2-1>참고).

1) 연령별 편의모형

첫 번째 모형은 ‘연령별 편의모형’이다. 서울시립소년의집과 아동상담치료센터가 그동안 집중적으로 접근해왔던 대상을 편의적으로 서비스 대상으로 삼는 것이다. 두 기관의 서비스 대상층이 중복되지 않는 범위내에서 아동의 연령으로 두 집단으로 나누는데 서울시립소년의집은 그동안 대상으로 해왔던 만 12세 이하(초등학생 이하) 아동을 대상으로 하며, 아동상담치료센터는 그동안 집중적으로 서비스를 제공해왔던 청소년 집단을 대상으로 하는 것이다. 편의적으로 중고등학생 연령의 아동을 대상으로 할 수 있다. 제공하는 서비스는 각 대상의 특성에 맞는 통합적 서비스를 제공하는 것이다. 이 모형의 경우 각 기관이 가져온 전문성을 살릴 수 있다는 장점이 있지만 정서·행동적 어려움이 있는 아동에 대한 새로운 접근을 요구하는 바 기존의 전문성의 의미는 크지 않을 수 있다. 또한 지역사회와 가족에 대한 접근이 중요시 되는 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 서비스의 접근성이

떨어지고 두 기관의 서비스 경쟁의 부재로 인해 수요자 중심의 서비스 질 관리는 다소 미흡할 수 있다는 단점이 있다.

2) 증상별 전문모형

두 번째 모형은 ‘증상별 전문모형’이다. 서울시립소년의집과 아동상담치료센터의 활용가능한 인프라를 고려한 모형이다. 서울시립소년의집에 있는 도티병원에 소아정신과를 개설하여 중증의 정서·행동적 어려움이 있는아동을 집중적으로 서비스 제공을 한다는 것이다. 의료적 접근의 치료서비스를 중점적으로 제공한다. 아동상담치료센터는 그동안의 상담치료의 인프라를 활용하여 경증의 정서·행동적 어려움이 있는 아동에게 심리상담 중심의 서비스를 제공하는 것이다. 의료적 접근은 촉탁 정신과 의사를 두거나 지역정신보건센터와 연계하여 제공한다. 이 모형의 경우 각 기관이 갖고 있는 인프라를 적극 활용하여 특성화를 할 수 있다는 장점이 있지만정서·행동적 어려움이 있는 아동의 특성상 경증과 중증으로 진단하여 구분하기가 모호하다는 단점이 있다. 제공자의 환경을 우선적으로 고려하고 있어 정서·행동적 어려움이 있는아동이 가지고 있는 복합적 욕구에 대한 통합서비스 구축에 제한점을 줄 수 있다. 연령별 편의 모형과 같이 이 모형 역시 지역사회와 가족에 대한 접근성이 떨어지고 수요자 중심의 서비스 질 관리를 위한 경쟁이 어렵다는 단점이 있다.

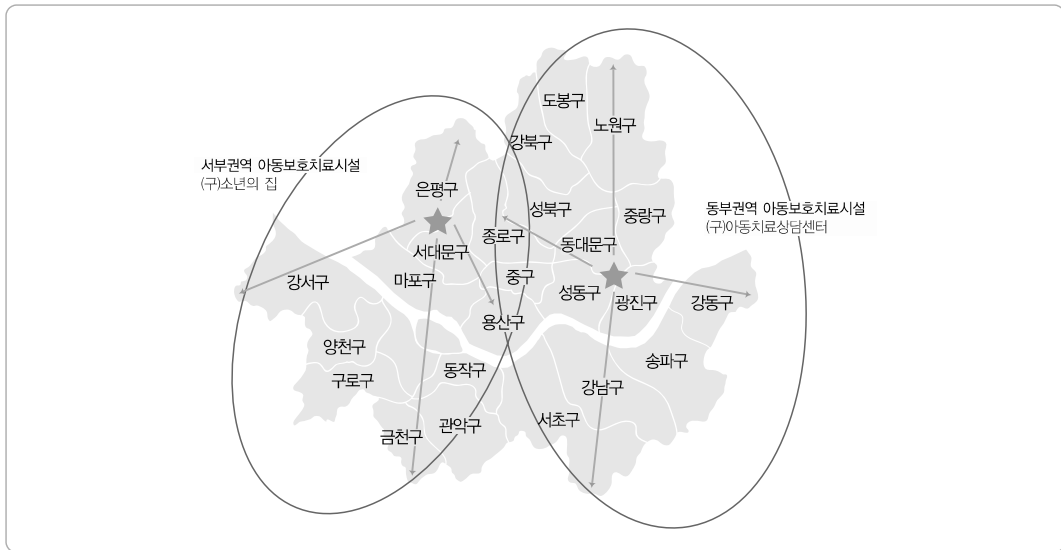
3) 지역별 경쟁모형

세 번째 모형은 ‘지역별 경쟁모형’이다. 서울시립소년의집과 아동상담치료센터가 위치하고 있는 지역적 위치를 반영한 모형이다. 서울시를 서부권역과 동부권역으로 나누어 서비스를 제공한다면 서울시립소년의집은 서부권역을 담당하고, 아동상담치료센터는 동부권역을 담당하게 하는 것이다. 이 모형은 앞서 제시한 두 모형이 가진 단점을 보완하는 것으로 지역사회와 가족에 대한 접근성을 높이고, 아동들의 생활환경에 대한 outreach가 보다 원활히 이뤄질 수 있는 장점이 있다. 더불어 수요자 중심의 정서·행동적 어려움이 있는 아동에 대한 통합적 서비스 제공이 이뤄지고 있는지 서비스 질관리를 위한 경쟁적 발전을 도모해 볼 수 있다. 단점으로는 두 기관이 현재 보유하고 있는 전문성 수준과 활용가능한 인프라가 상이한 바 비교가능한 표준화된 서비스 제공을 얼마나 현실적으로 제공할 수 있는지 시간과 비용의 부담이 다소 클 수 있다는 것이다.

표 IV-2-1 아동보호치료시설 운영모형의 대안들

	운영모형	특성	서울시립소년의집	아동상담치료센터
1	연령별 편의모형	아동(초등학생이하연령)과 청소년(중고등학생연령)으로 나누어 서비스 제공	- 대상 : 초등학생 이하(만0세~12세)정서·행동적 어려움이 있는아동 대상 - 서비스 : 아동을 위한 통합적 서비스	- 대상 : 중고등학생 이하(만13세~만19세) 정서·행동적 어려움이 있는 청소년 대상 - 서비스 : 청소년을 위한 통합적 서비스
2	증상별 전문모형	정서·행동적 어려움이 있는 아동의 경증과 중증으로 나누어 서비스 제공	- 대상 : 중증정서·행동적 어려움이 있는 아동 - 서비스 : 의료적 치료중심 서비스	- 대상 : 경증정서·행동적 어려움이 있는 아동 - 서비스 : 심리적 상담중심 서비스
3	지역별 경쟁모형	서울시 서부와 동부로 권역을 나누어 서비스 제공	- 대상 : 서부지역 정서·행동적 어려움이 있는 아동 - 서비스 : 통합적 서비스	- 대상 : 동부지역 정서·행동적 어려움이 있는 아동 - 서비스 : 통합적 서비스

이상에서 아동의 연령별 편의모형, 증상별 전문모형, 지역별 경쟁모형의 특성과 장단점을 분석한 결과 본 연구에서는 아동 중심의 통합적 서비스를 제공할 수 있고 지역사회와 가족과 협력적으로 연계할 수 있으며 서비스 질 관리를 위한 책무성을 높일 수 있는 모형인 지역별 경쟁모형을 가장 적합한 모형으로 대안을 삼고자 한다. 이 경우 서울시립소년의집은 서부권역 아동보호치료시설, 아동치료상담센터는 동부권역 아동보호치료시설로 시설명칭을 변경하는 것을 제안한다. 다음 (그림 IV-2-4)는 지역별 경쟁모형을 서울시 지역에 배치하여 적용해 본 것이다.



〈그림 IV-2-4〉 서울시 아동보호치료시설 운영 모형: 지역별 경쟁모형

6. 시설운영의 원칙

서울시 아동보호치료시설 운영의 원칙과 지향성은 아동의 권리와 욕구에 대응, 사회통합, 전문화라 할 수 있다.

1) 아동의 권리와 욕구(Rights and Needs of Children)

모든 아동복지서비스의 지향점은 아동의 권리와 욕구에 맞도록 하는 것이어야 한다. 아동의 권리는 가정보호와 대리보호와 같은 보호받을 권리, 건강과 복지를 누릴 권리, 교육과 문화를 누릴 권리, 아동으로서 특별한 보호와 시민으로서의 정치적 권리까지 포함하고 있다. 아동은 차별을 금지하고 의견 존중의 원칙, 아동의 최선 이익을 도모하며 생존과 발달에 맞게 성장할 권리를 가진다. 또한 아동은 건강한 성장을 위해서 신체적, 사회적, 정서적, 도덕적, 영적, 지적 발달의 욕구를 갖는다.

표 IV-2-2 아동의 권리와 욕구

아동의 권리와 욕구 (Rights and Needs of Children)	○ 아동의 권리 : 건강과 복지, 교육/문화, 가정보호/대리보호, 특별보호, 시민/정치적 권리 - 차별금지, 최선의 이익, 생존과 발달, 의견존중의 원칙 ○ 아동의 욕구 : 건강한 성장의 욕구 - 신체, 사회, 정서, 도덕, 영적, 지적 발달의 욕구 등 ○ 아동복지 서비스 권리와 윤리 & 책임 - 접근성, 자격, 시설거주 보호자 권리, 비밀보장, 건강과 안전 보호 등 권리와 책임 ○ 서비스 비전 및 미션, 방향 : 아동의 통합적 발달에 맞는 서비스 - 교육, 영성, 가족, 사회성 등 아동 발달에 맞는 프로그램 구성
--	---

이러한 아동의 권리와 욕구에 맞는 아동복지서비스는 접근성, 자격의 엄격성, 보호자권리 존중, 비밀보장, 건강과 안전한 보호를 제공할 권리와 책임을 포함한 윤리적인 권리와 책임을 갖게 된다(미국 아동가족서비스 Council On Accreditation 참고). 아동복지서비스는 아동의 다면적 욕구에 대응하며 통합적 발달에 맞는 서비스를 제공하여야 하며 교육, 영성, 가족접근, 사회성 개발 등의 다양한 프로그램을 구성하게 된다.

이와 같은 아동중심의 서비스 제공 원칙은 아동보호치료시설의 비전과 미션에서 제시되어야 할 것이다.

2) 사회통합(Social Inclusion)

아동보호치료시설의 핵심적 지향점은 아동들이 사회통합할 수 있도록 적극적으로 지원하는 것이어야 한다. 우선적 방향은 탈시설화여야 하며 가족친화적 환경에서 아동들이 보호받아야 한다. 전문가들은 상당수의 요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동들이 대형 시설에서 생활하는 시설화로 인해서 어려움을 겪는 경우가 많기 때문에 가정과 같은 주거환경에서 양육자로부터 '잘 돌봄'을 받을 수 있다면 충분히 건강해 질 수 있다는 것을 강조하였다. 아동보호치료시설은 아동발달을 위한 통합적 서비스를 소규모 가정형 치료그룹홈에서 제공하며, 일시적인 단기보호(6개월이내)이며 긴급한 보호서비스를 제공하는 기관이어야 하며, 요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동에 맞는 접근성, 안전성 등 법적으로 요구되는 인프라를 충실히 갖추어야 할 것이다.

Ⅱ 표 IV-2-3 Ⅱ 사회통합

사회통합 (Social Inclusion)	탈시설화 : 가족친화적 환경	○ 아동보호치료시설 특성 - 서비스 : 아동발달서비스, 단기/긴급 보호서비스 등 - 물리적 환경 : 소규모 가정형, 접근성, 안전성 등 법적 요구 인프라 ○ 가족과 관계 : 보호자(부모)의 책임과 참여, 부모교육 등
	지역사회 통합	○ 아동의 지역사회 통합 ○ 지역사회와 시설의 유기적 연계 - 의뢰기관의 참여, 지역사회기관과 사례회의, 학교 및 지역서비스 연계, 지역 주민에 대한 개방성, 지역사회 회의 수용도 증진 등

아동보호치료시설의 서비스의 목표는 아동의 시설내 적응이 아니며 지역사회 통합이어야 한다. 이를 위해서 시설의 모든 서비스가 지역사회와 유기적인 연계를 통해서 실시되어야 한다는 것이다. 아동보호치료시설은 다양한 아동복지시설의 아동 의뢰를 통해 서비스를 제공하게 되므로, 의뢰기관이 서비스 이용과정에 참여하는 것이 중요하다. 아동들의 거주환경과 생활환경에 대한 outreach 서비스를 함께 운영하며 가족과 지역사회 통합을 위한 접근도 협력적으로 참여해야만 할 것이다. 또한 아동의 다양한 욕구에 맞는 서비스들을 계획하고 지역사회기관들이 사례회의에 참여하며, 아동의 교육적 기회 부족을 예방하고 적절한 치료적 교육 프로그램이 제공될 수 있도록 학교와 연계체계를 구축해야 할 것이다. 끝으로 지역사회와 단절되거나 낙인감을 갖지 않도록 수용도를 증진하는 노력과 더불어 지역주민이 시설에 참여할 수 있도록 개방성을 높여야 할 것이다. 이는 물리적으로 시설을 이용하거나 위원회/자원봉사

등으로 서비스에 참여하는 것을 모두 포함한다.

3) 전문화(Professionalization)

아동보호치료시설의 전문화는 앞서 제시한 아동권리와 욕구, 사회통합을 달성하기 위해서 반드시 함께 이뤄야 하는 서비스 지향점이라 할 수 있다. 요보호 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 적절하게 진단하고 사정할 수 있도록 아동의 발달적 욕구에 맞춘 도구와 측정방법의 개발은 이 시설의 서비스의 시작이라 할 수 있다. 자칫 의료모델에 입각한 병리적 접근을 지양하며 아동의 통합적 발달 욕구에 맞는 다학제 서비스 팀의 복지모델에 맞도록 적절한 서비스 계획을 수립해야 할 것이다. 아동의 생활환경에 맞는 서비스의 계획은 아동 상황의 변화에 민감하게 변화될 수 있도록 설계되어야 하며 아동이 보호치료시설 이용으로 인해 낙인감을 느끼지 않도록 아동 옹호적 접근이 이뤄져야 할 것이다.

표 IV-2-4 전문화

전문화	○ 서비스 질적 향상 노력 - 인테이크, 사정, 서비스 계획: 정확한 아동상황 사정, 적절한 서비스 계획 수립 - 다학제 팀 접근, 아동 욕구 및 상황 변화에 민감한 서비스 계획 등 - 이해관계자의 참여 외부 전문 자문 시스템, 슈퍼비전, 성과측정, 사례보고, 환류체계, 정보관리, 외부 모니터링과 평가 등 - 인적자원관리 : 자기계발, 위기관리훈련, 적절한 보상과 인정, 기타 종사자 지원
-----	--

아동보호치료시설의 질적 향상을 위하여 외부 전문가로 구성된 다학제 사례관리 위원회를 구성하여 아동에 맞는 서비스 제공을 위한 슈퍼비전 체계를 갖추어야 하며, 성과측정과 사례보고, 서비스 후 환류체계 등에 관한 지속적 실시간 자문이 제공될 수 있어야 한다. 이를 통해 전문화를 위한 전문성을 확보할 수 있을 것이다. 또한 서울시는 외부 모니터링 및 평가 위원회를 구성하여 정기적인 서비스 평가가 이뤄질 수 있는 모니터링 체계를 갖추어 관리를 해야 한다. 이를 통해 전문화를 위한 책무성을 확보할 수 있을 것이다.

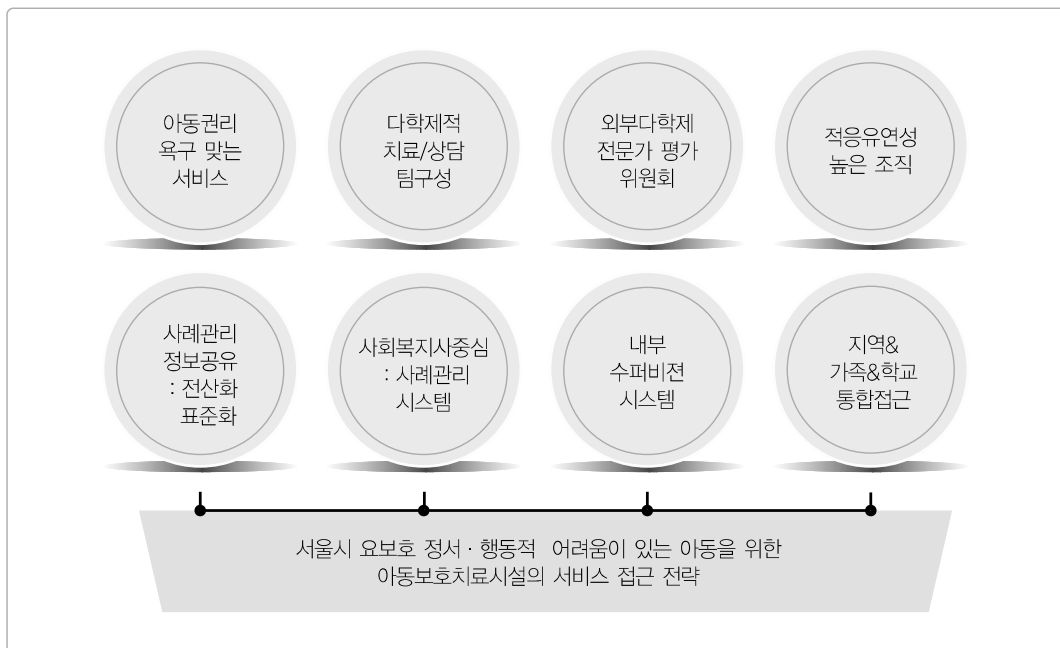
모든 사회복지서비스가 인적자원에 의존이 높은 만큼 아동보호치료시설은 전문적 시설로서 그에 맞는 인적자원관리 전략을 가져야 하며 전문가들의 자기계발, 위기관리훈련, 적절한 보상과 인정이 이뤄지는 종사자 지원 체계가 확실히 제공되어야 할 것이다.

이러한 아동보호치료시설의 운영 원칙을 지킨다면 다음과 같은 성과를 기대할 수 있다.

- 아동 욕구에 기반한 거주 환경 제공
- 건강 및 신체적 욕구 해결
- 교육적 욕구 해결
- 적절한 치료를 통한 심리적 안정 및 회복
- 가족중심생활
- 지역사회통합

7. 서비스 접근 전략

아동보호치료시설의 성격은 지지 및 보완 서비스 기관이어야 한다. 일시보호서비스를 제공 하더라도 원칙적으로 대리보호서비스를 제공하는 그룹홈, 쉼터, 위탁가정, 입양가정, 일시보호소, 양육시설 등을 전문적으로 지원하는 체계로서의 기능을 담당해야 할 것이다.



〈그림 IV-2-5〉 아동보호치료시설의 서비스 접근 전략

구체적인 서비스 구성은 1) 아동권리와 욕구에 맞는 서비스 제공, 2) 다학제적 치료·상담 팀 구성, 3) 사회복지사 중심 사례관리 시스템 도입, 4) 가족, 지역, 학교 통합적 접근, 5) 기관간 아동에 대한 체계적 정보공유(전산화+표준화), 6) 외부 다학제 평가 시스템 도입, 7) 내

부 다학제 수퍼비전 시스템 도입, 8) 적응유연성 높은 조직 등이 핵심적 기능으로 제공되어야 할 것이다.

1) 사례관리 중심 서비스 접근

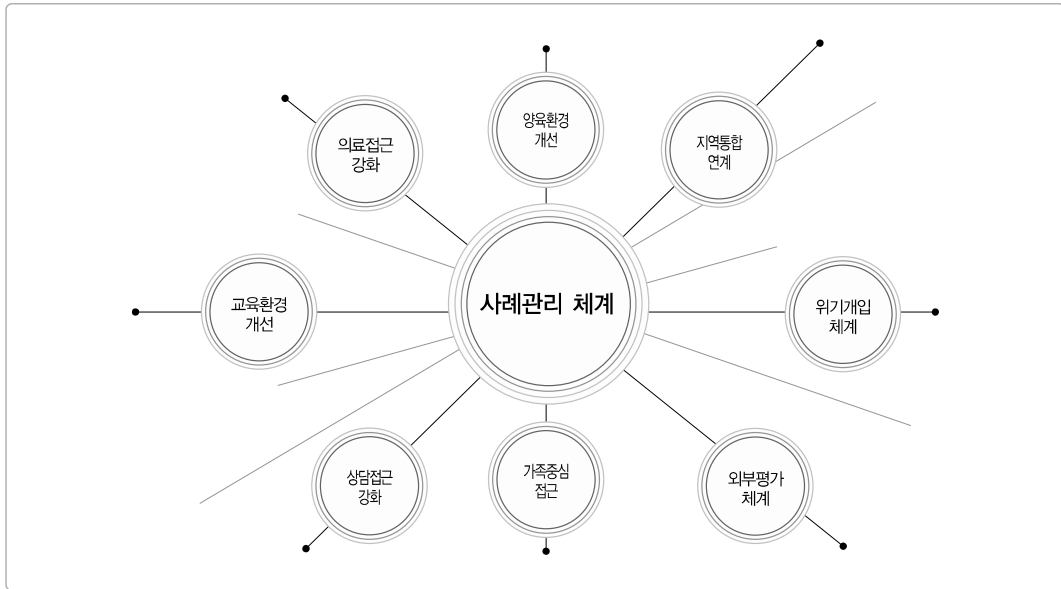
아동보호치료시설의 서비스 개념은 앞서 벤치마킹 사례에서 설명한 체계적 보호(Systems of Care)를 참고하여 구성하고자 한다. ‘체계적 보호’는 아동과 가족의 정신보건 문제를 지역사회중심(community-based)의 서비스로 해결하려는 실천모형으로 가족중심, 강점중심, 지역사회중심, 조정 통합된 서비스의 지향, 이용자와 가족의 사회문화적 역량을 중시하는 패러다임을 가지고 있다(노혜련, 유서구, 이용우, 박화옥, 박은숙, 유성은, 2006 참조). 이를 본 연구에서 제안하고 있는 아동보호치료시설 서비스 접근의 중심 체계로 적용하고자 한다.

▮ 표 IV-2-5 ▮ ‘체계적 보호’의 실천원리와 아동보호치료시설 서비스의 특징 비교

‘체계적 보호’의 실천원리	아동보호치료시설 서비스의 특징
• 가족중심의 서비스 • 지역사회중심의 서비스 • 강점에 기반한 서비스 • 욕구해결에 필요한 서비스의 제공 • 서비스개별화와 비공식자원의 활용 • 서비스의 통합과 조정	• 아동 중심의 서비스 : 가정같은 양육환경 • 가족-지역사회 통합 접근 • 전문적 의료-교육-상담 서비스 • 적극적 접근 서비스(Outreach) • 사례관리 체계 • 외부평가 체계

*출처 : 노혜련 외, 2006

위의 <표 IV-2-5>은 ‘체계적 보호’의 실천원리와 아동보호치료시설 서비스의 특징을 비교한 것인데 서로가 유사한 특징을 공유하고 있는 것을 알 수 있다. 아동보호치료시설에서 사례관리자는 이용자에 대한 직접적인 서비스(접수, 사정, 서비스계획, 상담, 위기개입)이외에도 자원발굴과 동원, 기관연계, 기관 외 서비스의 구매와 계약과 같은 간접적인 서비스도 책임지며, 이용자를 위한 전반적인 보호계획(care plan)과 서비스 전달에 있어 상당한 재량권을 가지고 있다. 이런 업무를 담당하는 사회복지사들은 사례관리자(case manager), 보호관리자(care manager), 보호조정자(care coordinator) 또는 서비스조정자(service coordinator)로서 역할을 하며 다학제 팀접근의 코디네이터(조정자)의 역할을 수행하게 될 것이다.



〈그림 IV-2-6〉 아동보호치료시설의 사례관리 체계 중심의 서비스 접근

2) 전문적 인력 운영 방식

이와 같은 사례관리 체계 중심의 서비스 접근을 위해서는 다음 표와 같은 운영방식을 제안한다. 아동보호치료시설의 특성상 서비스 관리 체계의 기간은 서비스 제공기간(단기 6개월 이내)과 사후관리 까지 포함하는 기간으로 아동의 상황에 맞도록 융통성 있게 조정한다. 접촉의 빈도는 가능한 매일 자주 만날 수 있도록 하고 이를 위해서 아동과 종사자의 비율은 1:10이하로 낮게 설계되어야 한다. 치료그룹홈의 거주인원은 10명 이하로 하며 1명 이상의 훈련된 양육자가 함께 거주하도록 해야 한다.

■ 표 IV-2-6 ■ 아동보호치료시설의 인력 운영 방식

측 면	사례관리 특성	측 면	사례관리 특성
기간	아동 맞춤 (서비스 제공기간과 사후관리 포함)	사례관리 장소	서비스이용자의 실제 생활 장소
접촉빈도	자주(매일)	서비스이용자에 대한 관점	아동 중심 생태체계적관점, 강점관점
담당사례 비율	낮음(1:10)	옹호/접수자 기능	적극적 옹호 기능 (이용자의 서비스 접근성 확보를 위해)
서비스 초점	넓은(포괄적)	전문가 훈련	대학원 이상의 전문학위
서비스 유형	모든 서비스 제공	서비스 조정자 권한	넓음. 행정적 통제권.
서비스 이용 시 간	24시간	서비스 팀 구조	전적으로 다학제 팀체제 : 사례관리 위원회의 수퍼비전

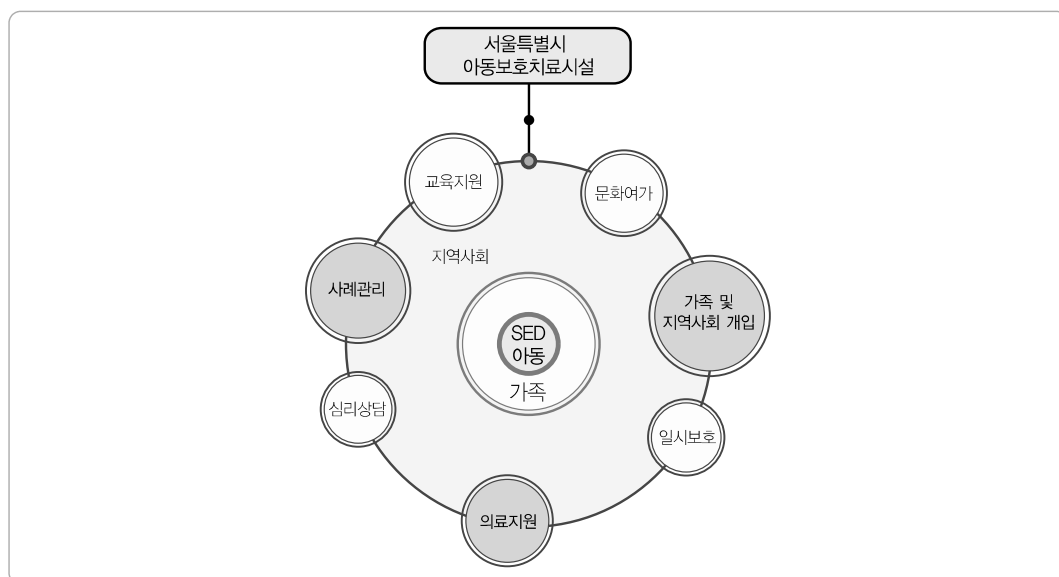
* 출처 : 노혜련, 유서구, 박화옥, 이용우, 윤민화, 이민영(2008) 참조

아동보호치료시설의 서비스 이용 장소와 시간은 치료 그룹홈에 거주하며 서비스를 받을 수 있도록 24시간 제공한다. 단기거주이후에 아동들의 실제 생활 장소로 복귀한 이후에는 그 공간에서 사후관리 서비스가 이뤄질 수 있도록 접근한다. 서비스 이용자에 대한 관점은 이용자 중심, 생태체계적 관점과 강점관점에 기반한 아동 중심 서비스이며 아동의 서비스 접근성을 확보하기 위해서 적극적인 옹호의 기능을 해야 한다. 서비스를 제공하는 전문가들은 최소한 국가공인 자격증을 소유하고 있어야 하며 대학원 이상의 전문 학위를 가진 인력으로 전문성을 확보해야 한다. 서비스 조정자의 권한은 행정적인 통제권을 가질 수 있을 만큼 상당히 주어지며, 다학제 팀 접근에서 외부 전문가로 구성된 사례관리 위원회가 수퍼비전을 상시 제공하여 서비스의 적절성을 확보하도록 한다.

그 밖에 다학제 전문인력 활용 기준과 시설의 설비에 관한 기준, 서비스 제공 기준 등의 세부 사항은 '장애아복지시설의 운영기준'을 따르는 것이 최소한의 조건이 될 것이다.

3) 서비스 운영 방식

서비스의 초점은 아동의 포괄적 욕구에 대응할 수 있도록 넓게 맞추어야 하며 아동이 필요로 하는 모든 서비스를 제공하는 것을 원칙으로 한다. 본 연구에서 서울시 아동청소년 시설 실무자들의 서베이조사 결과에 의하면 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위해서는 심리상담, 의료지원, 일시보호, 교육지원, 문화여가, 가족지원, 지역사회연계, 사례관리와 같은 다양한 서비스들이 제공되어야 한다고 하였다((그림 IV-2-7) 참고).



〈그림 IV-2-7〉 아동보호치료시설의 제공 서비스

대표적으로 제공되는 서비스의 운영 방식은 서울시의 두 개 권역별 허브기능을 가진 아동보호치료시설에서 원스톱 서비스를 제공하는 것을 기본으로 한다. 아동보호치료시설에서는 아동보호치료시설에서는 치료 그룹홈 형태의 단기보호시설들⁴⁹⁾과 정서·행동적 어려움이 있는 아동의 치료와 재활 프로그램을 운영하는 지역사회 서비스 센터를 모두 운영한다. 정서·행동적 어려움이 있는 아동들이 그들의 위기 상황에 따라 적절한 보호조치를 받을 수 있도록 아동에게 가장 적합한 서비스에 연계하는 원스톱 서비스를 제공한다. 그럼에도 아동보호치료시설의 가장 기본은 양질의 양육서비스 제공이다. 부모를 대신해 아동을 직접 돌봐주는 양육교사(케어기버(caregiver))는 일대일 관계의 개인적인 접촉을 통해 가정과 같은 환경을 만들어 주고 아동을 적극적으로 돌보는 것을 최우선의 원칙으로 한다. 다음으로 가족상담은 필수 서비스이다. 아동과 연계된 가족들을 찾고 이들이 보호자로서 역할을 할 수 있도록 역량을 강화시키는 서비스를 제공해야 한다. 가족해체의 예방과 아동의 건강한 성장에 필수적인 서비스라 할 수 있다. 가족을 대상으로 상담, 교육, 자원연계서비스를 할 수 있다. 셋째로 일시적 치료 프로그램은 그룹홈과 같은 숙소에서 다양한 활동과 야간프로그램 등으로 구성될 수 있다. 다학제적 전문가들이 참여하여 학교수업과 같은 교육프로그램과 개인, 그룹, 가정 단위로 나누는 상담, 레크리에이션과 사회기술·일상생활기술의 훈련 등을 제공한다. 만일 법원의 지시와 명령에 의한, 혹은 아동 학대 센터의 의뢰에 의한 아동의 경우 공공기관과 전문가, 가족(보호자)과 지역사회간의 협력적 지원 서비스를 운영한다. 그 외에도 기본적으로 아동의 사회성 개발, 시설외부자원의 연계와 활용 등 아동의 생활 모니터링을 지역사회와 공동으로 담당하며 아동과 밀접한 관계를 맺는다. 지역사회에서의 아동에 대한 수용·포용의 범위를 확대시키기 위한 노력으로 사회와 그 구성원이 긍정적인 시선으로 아동들을 받아들일 수 있는 기회를 제공한다.

4) 서비스 제공 과정

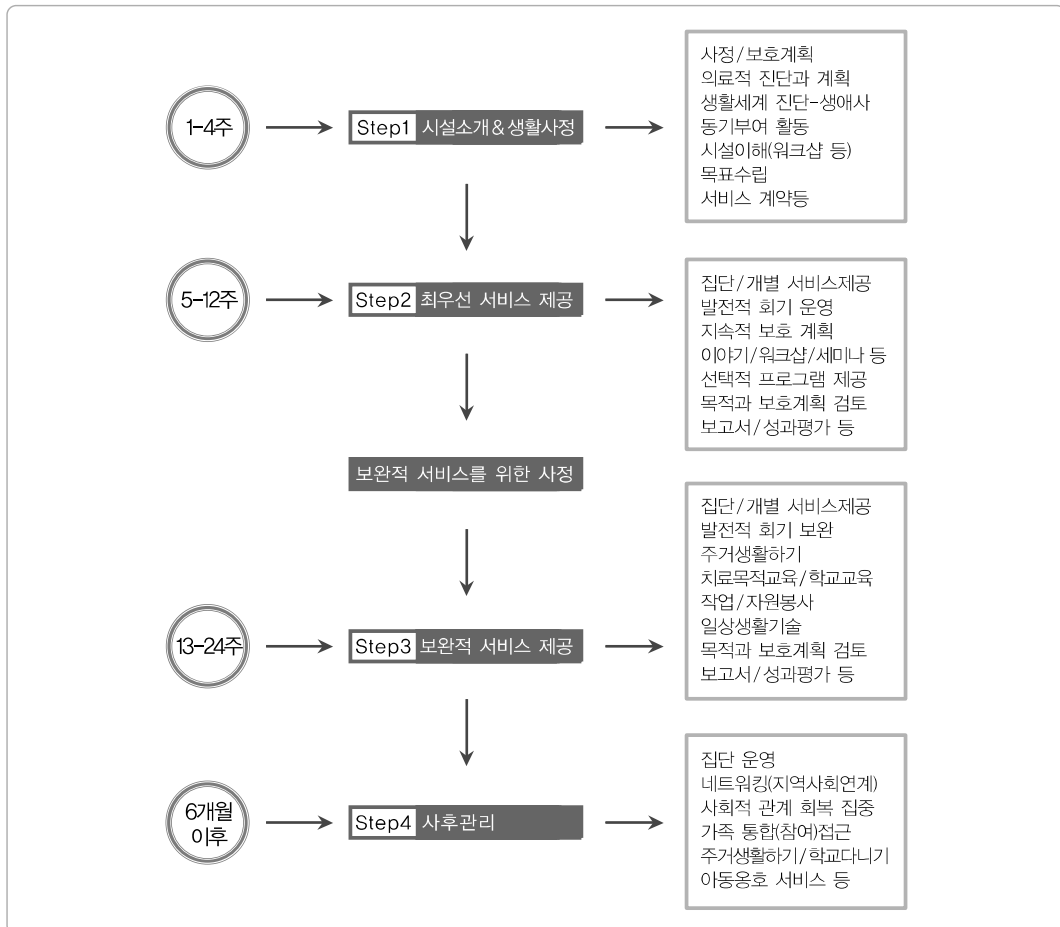
아동보호치료시설의 서비스 제공 과정은 4단계로 이뤄진다.

1단계는 입소 후 1주~4주 동안 시설에 대한 소개와 정서·행동적 어려움이 있는 아동의 생활을 관찰하면서 아동발달에 맞는 사정을 하는 과정이다. 이 시기동안 아동 생활사정을 통해 아동에 맞는 보호 계획을 수립한다. 의료적 치료가 필요한 경우 의료적 진단과 계획을 수립한다. 생활세계에 대한 진단은 아동들의 이야기를 통해 그동안 살아온 과정을 충분히 듣는 것이 중요하다. 이 단계에서는 아동들이 시설에 대한 낯섬을 해소하기 위해서 동기부여 활동

49) 1개 아동보호치료시설의 일시보호인원은 100명 내외이므로 10명 내외가 거주하는 치료그룹홈은 10개 내외정도 될 것이다.

들을 중심으로 이뤄지고 시설을 이해할 수 있는 워크숍과 같은 시간도 마련할 수 있다. 이러한 과정을 통해서 목표를 수립하고 아동들의 권리를 보호하는 서비스 계약을 수립한다. 아동 인권을 보호하고 전문적인 서비스를 제공할 수 있도록 사전 계약과 동의서명을 받는 것이다.

2단계는 5주~12주 동안 아동에게 필요한 최우선 서비스(primary service)를 제공하는 과정이다. 아동의 욕구에 맞추어 설계된 보호 계획에 따라 집단 프로그램과 1대1 개별 프로그램을 제공하며 아동이 가진 어려움이 해결될 수 있는 발전적인 회기(progress session)를 운영한다. 아동의 발전에 맞게 융통성 있고 지속적인 보호 계획을 수립하며 아이들과 지속적으로 이야기하고 워크숍, 세미나 등을 실시하기도 한다. 아동의 욕구에 맞는 선택적 프로그램을 제공하여 아동이 원하는 프로그램을 이용할 수 있도록 하며 자율성과 주체성을 높여주도록 한다. 집중적인 서비스 제공이후 목적에 대해 검토하고 보호계획을 검토하여 성과측정을 실



〈그림 IV-2-8〉 아동보호치료시설의 서비스 제공 과정

시한다. 이를 토대로 최우선 서비스에 대한 보고서를 작성한다.

3단계는 2단계의 최우선 서비스 제공이후 보고서를 검토하면서 보완적 서비스가 필요한지 여부에 대한 사정을 실시하고 필요한 경우 13주~24주 동안 아동보호치료 서비스를 제공하는 과정이다. 2단계에서 제공했던 서비스들이 아동의 수준에 맞게 다시 제공될 수 있다. 집단적 서비스, 개별적 서비스를 제공한다. 이 단계에서는 아동들의 거주기간이 길어짐에 따라서 교육 프로그램이 보완적으로 제공된다. 치료목적의 교육 프로그램을 운영하거나 학교 교육과정을 서비스하기도한다. 아동들은 작업(work)과 자원봉사를 하기도하고 주거생활하기와 같은 일상생활기술을 훈련하게 된다. 아동들의 개입 목적과 보호계획을 다시 검토하고 성과에 대한 측정을 한 후 이에 대한 보고서를 작성하여 서비스를 종결한다.

4단계는 사후관리 과정이다. 사후관리는 아동들이 다시 보호치료시설로 내방하여 집단활동을 통해 진행할 수도 있다. 그러나 사후관리는 outreach와 지역사회 연계를 위한 네트워킹을 통해서 아동이 자신의 생활영역안에서 사회적 관계를 회복할 수 있도록 지원한다. 가족을 적극적으로 참여시키고 통합하는 접근을 활용하고 일상적인 생활하기, 학교다니기와 같은 보통의 생활에 적응하도록 돕는다. 아동의 주양육자와 환경을 강화시키며, 아동이 지속적으로 지역사회안에서 권리와 욕구가 침해되지 않도록 아동 옹호 서비스를 제공하는 체계를 마련한다.

8. 소결

본 연구에서는 서울시 위탁 아동복지시설 개선방안을 위하여 서울시의 아동복지서비스에 대한 책무성을 높이고 보다 효율적인 전달체계 구축을 위하여 요보호 아동 중 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 아동보호치료시설 설립을 제안하였다.

현재 서울시 위탁 아동복지시설은 서울시립소년의집과 아동상담치료센터이며, 이들 두 시설을 통한 요보호 아동보호치료시설 사업모형을 지역별, 기관별 여건을 반영하여 3가지 모형을 제시하였다. 특히 아동의 연령별 편의모형, 증상별 전문모형, 지역별 경쟁모형에 따라 제시한 3가지 모형 중에서 서비스의 접근성, 통합성, 책무성 등을 고려한 지역별 경쟁모형을 가장 적합한 모형으로 평가하였다.

지역별 경쟁모형에 입각한 서울시의 아동보호치료 체계는 서울시 아동복지센터가 다학제적 진단 시스템을 운영하여 의뢰 책임을 맡으며 서부와 동부 권역으로 나누어진 두 개의 시설에서 보호치료서비스를 제공하는 전달체계이다. 원스탑서비스를 제공하는 각 권역의 시설에서 소속사(그룹홈)의 형태로 10개 내외의 단기거주시설들을 관리하고 중앙 센터에서 사례관리를 중심으로 아동을 위한 의료, 심리, 교육 등 다양한 프로그램을 제공하게 될 것이다.

요보호 아동이 가정과 같은 환경에서 양육받을 수 있는 조건을 마련해주어야 한다는 철학을 갖는 것이다. 결코 아동보호치료시설이 장기거주시설로 운영되어서는 안 되며 아동과 가족을 지지하고 지역사회의 보호력을 보완하는 서비스기관으로 운영되어야 할 것이다. 즉 지역사회의 생활시설, 이용시설, 아동보호전문기관 등 서울시의 정서·행동적 어려움이 있는 아동들을 지원하는 중심적인 집중치료체계로서의 기능을 담당해야 할 것이다.

구체적인 서비스 접근 전략으로 입소된 아동들은 6개월이내의 거주 기간동안 아동권리와 욕구에 맞는 서비스를 사례관리자의 조정하에 다학제적 치료·상담팀으로부터 통합적 서비스를 이용할 수 있다. 서비스는 아동중심의 강점관점을 가지고 생태체계적으로 가족, 지역, 학교와 함께 참여하여 제공하는 것을 원칙으로 하여야 한다. 서비스의 책임성을 높이기 위하여 내외부 다학제 평가와 수퍼비전 시스템을 도입하고 아동에 대한 체계적 정보를 공유하는 체계를 갖추어야 한다. 아동의 권리와 욕구, 사회통합, 전문화를 지향하며 조직은 적응유연성을 높이도록 해야 할 것이다. 이를 통해 아동보호치료시설의 아동들의 거주기반과 심리적 안정, 건강과 교육의 욕구 해결, 가족과 지역사회 중심의 통합의 기대성과를 달성할 수 있을 것이다.

결론적으로 본 연구에서는 요보호 아동을 비롯하여 정서·행동적 어려움이 있는 아동들의 문제가 급증하고 있으나 적절한 공적 서비스가 제공되지 못하고 있는 상황에서 서울시의 보호치료 시설 설치 계획에 대해 분석하고 아동복지시설 전문가와 실무자 조사를 통해 수요를 집중적으로 분석하였다. 그 결과 서울시의 정책방향과 현장의 수요를 적극 수용하여 의료, 상담, 보호, 가족, 사례관리 등의 다양한 서비스를 제공할 시설의 필요성이 제기되었다. 이러한 시설 설치를 위해서 서울시 위탁 아동복지시설인 서울시립소년의집과 아동치료상담센터의 현황과 문제점을 분석하고 향후 '아동보호치료시설'로 기능전환하기 위한 장단기 변화방향을 제시하였다. 선진국의 사례 분석, 전문가들과 인터뷰, 공개 토론회 등을 통해서 '아동보호치료시설'의 방향에 대한 논의를 구체적으로 진행한 후, 정서·행동적 어려움을 가진 요보호 아동의 전문기관으로써 아동보호치료시설이 갖추어야 할 원칙, 전달체계, 조직의 서비스와 인력 등 접근전략에 관한 요건을 체계화하고자 하였다.

본 연구에서 제시한 운영방안은 최근 정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 서비스가 민간과 시장의 상담치료서비스에 의존하고 있는 상황에서 공적 전달체계로서 아동의 권리와 욕구에 초점을 둔 전문적 아동보호치료 서비스의 제공을 제안하는 것이다. 이는 사회문제해결을 위한 공적 조직인 서울시의 책무성을 다하는 것임과 동시에 정서·행동적 어려움이 있는 아동들이 가정과 지역사회에서 충분한 지지와 보호를 받으며 치료와 재활 서비스를 받을 수 있는 유용한 서비스 모델을 선구적으로 제안하는 것이 될 것이다.

참 고 문 헌

- 김경준, 최인재, 김형초, 주재현, 윤혜순, 김문섭(2005). 외국의 청소년 복지정책. 한국청소년개발원 연구보고서.
- 김수주(2002). 중고등학생의 학교스트레스가 문제행동에 미치는 영향에 관한 연구 : 스트레스 대처방식의 완충효과를 중심으로. 연세대학교대학원 석사학위논문.
- 김은지(2008). "영국 사회서비스 인력 현황 및 정책 동향". 보건복지포럼, 142권, 85-99.
- 노충래(2008). "정서·행동적 어려움을 가진 아동에 대한 사회적 책임 : 서울시 역할을 중심으로". 정서·행동적 어려움을 가진 아동에 대한 사회적 책임 토론회 자료집. 서울시여성가족재단.
- 노혜련 (2008). "정서·행동적 어려움이 있는 아동을 위한 서비스의 기본 관점". 정서·행동적 어려움을 가진 아동에 대한 사회적 책임 토론회 자료집. 서울시여성가족재단.
- 노혜련(1997). 시설아동의 심리사회적 실태와 상담욕구에 관한 연구. 한국아동단체협의회
- 노혜련, 유서구, 박화옥, 이용우, 윤민화, 이민영(2008) 우리아이 희망네트워크 지원사업
- 노혜련, 유서구, 이용우, 박화옥, 박은숙, 유성은(2006) 취약여성가구주 사례관리사업 평가와 운영방안에 관한 연구. 보건복지부·송실대학교
- 박지연·조윤경·김미선(2004). "일반학급 내 정서 및 행동 문제를 가진 아동의 특성과 지원 요구에 대한 질적 연구: 정서 및 행동장애아동 지원체계 개발을 위한 기초연구", 정서. 행동장애연구(구.정서·학습장애 연구), Vol.20, No.2, 251-284
- 배내윤(2007) 정서행동장애 학생에 대한 초중등교사의 인식비교연구, 대구대학교 특수교육학과 박사학위논문.
- 배화옥(1997). "주요국의 아동복지 정책동향". 보건복지포럼 통권 8호.
- 백혜정, 황혜정(2005) 초등학생의 문제행동에 영향을 미치는 부모관련 변인 및 자아관련 변인에 관한 연구. 한국청소년개발원 연구보고서.
- 보건복지부(2007). 정부내 바람직한 아동정책 수행체계 개발.
- 보건사회연구원(2003). 아동복지시설 생활아동 복지증진방안연구.
- 서울특별시교육청·관악구·서울시소아청소년광역정신보건센터(2008). 교육복지투자우선지역 아동·청소년정신건강증진사업 결과보고서
- 서울특별시(2008). 2008년도 아동복지센터 사업현황
- 서울특별시(2007). 서울시 아동청소년 지원자원 현황집

- 심미경(1996). “정서 및 행동장애의 실태 조사 및 심리사회적 기능과의 관계 연구”. 아동학회지, Vol.17, No.1, 227-243.
- 오정자, 이혜련(1990). 한국 아동청소년의 문제행동 증후군 연구: 4-5세, 6-11세, 12-16세 남아 CBCL자료분석, 한국심리학회지 : 임상,9(1).
- 오정수 (2005). 아동복지 제도모형의 비교연구: 한국의 새로운 아동복지모형 제시를 중심으로. 사회과학연구. 16, 129-153.
- 오정수, 이병승(2008) 아동양육시설의 다기능화 조직혁신욕구와 관련요인 분석. 한국아동복지학. 25호. 봄. 한국아동복지학회.
- 오정수 · 이혜원 · 정익중(2006). 세계의 아동복지서비스: 미국, 영국, 일본을 중심으로. 서울: 나눔의 집.
- 옥정(2008). “정신건강문제 아동쉼터 아이존 사업현황”. 서울시 아동청소년정신건강 포럼 자료집. 서울시소아청소년광역정신보건센터.
- 유서구(2005)가정외배치의 영향요인에 관한 연구: 미국의 정서장애 아동을 중심으로. 특수아동교육연구, Vol.7, No.4, 171~193, 한국특수아동학회.
- 이강이 · 이순형 · 성미영(2003). “시설보호 유아를 위한 사회적 유능감 향상 프로그램 개발 및 효과 검증”. 대한가정학회지, Vol.41, No.5 : 41-58
- 정문자(1988). 유아의 행동문제. 제10차 한국아동학회 추계학술대회 발표논문
- 조순실(1999). 아동그룹홈 서비스개선을 위한 기초조사 연구 : 서울 경인지역을 중심으로. 이화여자대학교 사회복지대학원 석사학위논문.
- 최진희(2007). “일본 아동학대방지 대책 강화에 관한 내용 및 논의 : 2007년 개정 내용을 중심으로”. 국제사회보장동향 가을호.
- 타카하시 토시카즈(2008). 도쿄에 있어서 아동양호 필요의 실태와 사회적 양호의 변천. 2008 아동복지와 그룹홈 국제세미나 자료집.
- 한미현(1996). 아동의 스트레스 및 사회적 지각과 행동문제. 서울대학교박사학위논문.
- 홍강의(2008). “소아청소년정신장애 : 개념적이해, 분류, 치료원칙”. 서울시아동청소년정신건강포럼자료집. 서울시소아청소년광역정신보건센터.
- Allison, M. & Kaye, J.(1997). Strategic Planning for Nonprofit Organizations, John Wiley & Sons, Inc. New York: NY.
- Baker, A. J. L. et al.(2007) Mental health and behavioral problems of youth in the child welfare system: Residential Treatment Centers compared to Therapeutic Foster Care in the Odyssey project population. Child Welfare, 86:97-123.

- Barbara J. Burns, Sonja K. Schoenwald, John D. Burchard(2000). "Comprehensive Community-Based Interventions for Youth with Severe Emotional Disorders: Multisystemic Therapy and the Wraparound Process. *Journal of Child and Family Studies*, Vol. 9, No. 3, pp. 283-314
- Bender, D. & Losel, F.(1997). "Protective and Risk Effects of Peer Relations and Social Support on Antisocial Behavior in Adolescents from Multi-Problem Milieus.", *Journal of Adolescence*, 20, pp. 661-678.
- Berrick, J. D. (2008). Trends and issues in the U.S. child welfare system. 2008 아동복지와 그룹홈 국제세미나 자료집.
- Davis, I, P., Ellis-MacLead, E.(1994). "Temprary Foster Care-Separating and Reunifying Families.". In J. Blacher(ed.), *When There's No Place Like Home-Options for Children Living Apart from Their Natural Families*. Paul H. Books Publishing.
- Denham, SA, Loller, D, Couchoud, EA(1994) Socialization of reschoolers' emotion understanding. *Development Psychology*, 30, 928-936
- Department for Education and Skills (2003). *Every Child Matters*, London: The Stationery Office.
- Department for Education and Skills (2006). *Care Matters : Transforming the lives of children and young people in care*, London: The Stationery Office.
- Department For Education(DFE) (1993) *Pupils with problems*. draft Circular. London:DFE Publicaions Centre.
- Drais-Parillo, A. A. (2004). *The Odyssey Project: A descriptive and prospective study on children and youth in residential group care and therapeutic foster care*. Washington, D.C.:Child Welfare League of America.
- Drais-Parillo, A. A. (2004). *The Odyssey Project: A descriptive and prospective study on children and youth in residential group care and therapeutic foster care*. Washington, D.C.:Child Welfare League of America.
- Drais-Parillo, A. A.(2005) (ed.). *Odyssery Project : A dercriptive and prospective sutdy of children and youth in residential group care and therapeutic foster care*.
- Dunn, J, Brown, J(1994) Affect expression in the family, children's understanding of emotion, and their interactions with ohters, *Merrill-Palmer Quarterly*, 40, 120-137
- Formness, S. R., & Knitzer, J.(1992). A new proposed definition and terminology to

- replace "serious emotional disturbance" in Individuals with Disabilities Education Act. *School Psychology Review*, 21, 12-20
- Garner, PW, Jones, DC, Miner, JL(1994) Social competence among low-income preschoolers; Emotion socialization practices and social cognitive correlates. *Child Development*, 65, 622-637
- Gries, L. T.(1986). "The Use of Multiple Goals in the Treatment of Foster Children With Emotional Disorders." *Professional Psychology*, 17(5). pp. 381-390.
- Hallanhan, D. P., & Kauffman, J. M.(2003). *Exceptional learners: Introduction to special education*(9th ed.). Boston:Allyn & Bacon.
- Hodges, J. & Tizard, B.(1989). "Social and Family Relationships of Ex-institutional Adolescents." *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30(1). pp. 77-97.
- Huang, L et al. (2005). Transforming mental health care for children and their families. *American Psychologist*, 60, 615-727.
- James, S. & Meezan, W. (2002). "Refining the evaluation of treatment foster care." *Families in Society*, 83:233-244.
- James, S. & Meezan, W. (2002). "Refining the evaluation of treatment foster care." *Families in Society*, 83: 233-244.
- Kathleen F. Cox(2006). "Investigating the Impact of Strength-Based Assessment on Youth with Emotional or Behavioral Disorders". *Journal of Child and Family Studies*, Vol. 15, No. 3, pp. 287-301.
- McCann, J. B. 외 (1996). "Prevalence of psychiatric disorders in young people in the care system". *the British Medical Journal*, 313: 1529-1530.
- McCann, J. B. 외 (1996). "Prevalence of psychiatric disorders in young people in the care system". *the British Medical Journal*, 313: 1529-1530.
- Petr, C. G. (1998). *Social work with children and their families: Pragmatic foundations*. NY: Oxford University Press.
- Pires, S. A. (2002). *Building systems of care : A primer*. Washington, D.C.:Human Services Collaborative.
- Pires, S. A. (2002). *Building systems of care : A primer*. Washington, D.C.:Human Services Collaborative.
- Pithouse, A. & Lowe, K. (2008). "Children in foster care with challenging behaviour in

- Wales (UK): Key themes and issues for practice and research". *Families in Society*, 89 (1):109-118.
- Pithouse, A. & Lowe, K. (2008). "Children in foster care with challenging behaviour in Wales (UK): Key themes and issues for practice and research". *Families in Society*, 89 (1):109-118.
- Pithouse, A. & Lowe, K. (2008). "Children in foster care with challenging behaviour in Wales (UK): Key themes and issues for practice and research. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 89 (1):109-118.
- Ross, A. O.(1974). *Psychological disorders of children : A behaviroal approach to theory and therapy*. New York : McGraw-Hill.
- Roy, P., Rutter, M & Pickles, A.(2000). "Institutional Care : Risk from Family Background or Pattern of Rearing?" *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(2). pp. 139-149.
- Segal, U. A. (2004). "Child welfare programs and services: A comparison of the USA and Japan". *International Social Work*, 47:370-390.
- Segal, U. A. (2004). "Child welfare programs and services: A comparison of the USA and Japan". *International Social Work*, 47:370-390.
- Sempik, J., Ward, H., & Darker, I. (2008). "Emotional and behavioral difficulties of children and young people at entry into care". *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13:221-233.
- Sempik, J., Ward, H., & Darker, I. (2008). "Emotional and behavioural difficulties of children and young people at entry into care". *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13:221-233.
- Stroul, B. (2007) Building bridges between residential and nonresidential services in systems of care: Summary of the Special Forum held at the 2006 Georgetown University Training Institutes. Washington, D.C.:Georgetown University Center for Child and Human Development, National Technical Assistance Center for Children's Mental Health
- Stroul, B. (2007) Building bridges between residential and nonresidential services in systems of care: Summary of the Special Forum held at the 2006 Georgetown University Training Institutes. Washington, D.C.:Georgetown University Center for

Child and Human Development, National Technical Assistance Center for Children's Mental Health

Thoburn, J.(1996). "Psychological Parenting and Child Placement : But We Want to Have Our Cake and Eat It". In D. Howe(ed). Attachment and Loss in Child and Family Social Work, Avebury.

Vorria, P., Rutter, M., Pickles, A., Wolkind, S. &Hobsbaum, A(1998). "A Comparative Study of Greek Children in Long-term Residential Group Care and in Two-parent Families : Possible Mediating Mechanism." Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39(2). pp.237-245.

Wychulis, B(2008) 'What is a Residential Treatment Center?' www.peterson.com/common/article.

Child Welfare Information Gateway, <http://www.childwelfare.gov/>

부록

서울시 위탁 아동복지시설 방향성 정립을 위한 조사

안녕하십니까?

서울시 여성가족재단에서는 서울시 위탁 아동복지시설의 효과적인 운영방안을 마련하는 연구를 진행하고 있습니다.

본 조사는 구체적으로 문제행동 아동·청소년들의 욕구에 맞춰 서울시가 서비스를 제공할 때 어떤 기능을 할 수 있을 것인가에 대한 방안을 찾는 데 그 목적이 있습니다. 특히 아동 권리 중심 관점에서 구체적인 서비스 욕구 현황과 이러한 서비스의 방향성에 대한 설문조사를 실시하고자 합니다. 현장에서 종사하시면서 사회복지서비스를 필요로 하는 아동·청소년의 현실과 욕구를 잘 알고 계시는 전문가 여러분의 고견을 부탁드립니다.

본 조사의 내용 및 결과는 연구목적만을 위해서만 사용되며, 조사내용은 통계처리 되므로 개인의 의견이나 신상에 관한 부분은 비밀이 보장됨을 약속드립니다. 귀하의 답변은 아동·청소년을 위한 복지시설의 방향성을 정립하는데 매우 귀중한 자료가 되오니, 바쁘시겠지만 빠지는 문항없이 응답해 주시기 바랍니다. 대단히 감사합니다.

2008년 9월

연구책임자 : 강철희(연세대학교 사회복지학과 교수)

공동연구자 : 이민영(남서울대학교 아동복지학과 교수)

김유나(서울시 여성가족재단 정책개발실 선임연구원)

이혜은(연세대학교 사회복지학과 BK21 박사후연구원)

김여진(연세대학교 사회복지학과 BK21 박사후연구원)

연락처: 02-810-5014

서울시여성가족재단(대방동 서울여성플라자)

서울특별시·서울시여성가족재단

I. 문제행동 아동·청소년 현황

아동·청소년의 문제행동이란 일상생활에서 아동의 인지, 정서, 기능적 측면의 행동이 발달적 또는 사회규범에서 벗어나는 비정상적인 행동을 의미합니다. 예를 들면, 다음과 같은 내용을 문제행동이라 일컫습니다.

- 1) 불안, 사회적 위축, 우울, 자살충동, 섭식장애, 강박장애, 공포증, 외상 후 스트레스(PTSD)등의 정서 및 정신건강문제
- 2) 약물문제, 폭력문제, 가출문제, 인터넷 중독, 도박, 방화, 부랑 등의 행동 문제
- 3) 학대피해경험에서 오는 문제
- 4) ADHD (주의력 결핍 과잉행동장애), ODD (적대적 반항장애), CD (品行장애) 등

1. 지난 6개월 간(2008년 1월~6월), 귀 기관(시설)을 이용한 아동·청소년 총 수치와, 그 중 문제행동 증상을 보인 비율은 얼마입니까?

구 분	아동·청소년 실인원	문제행동 아동·청소년 비율
생활시설*	명	%
이용시설** (생활시설인원제외)	명	%

* 생활시설: 6개월간 입소 아동 총인원

※※ 이용기관: 6개월간 총 이용인원 /실인원 : 1명에게 주 2회 1개월 서비스를 제공했다면 실인원은 1명임.

2. 지난 6개월간 (2008년 1월~6월) 귀 기관(시설)을 이용한 아동·청소년 중 위에서 설명한 문제행동 증상을 보인 아동·청소년은 연령별로는 몇 명입니까?

- ① 미취학 아동 (명)
② 초등학생 (명)
③ 중, 고등학생 (명)

3. 지난 6개월간 (2008년 1월~6월) 귀 기관(시설)이 문제행동 증상을 보인 아동·청소년을 위해 핵심적으로 지원한 사업 3가지를 기재해 주십시오.

- ① ()
- ② ()
- ③ ()

4. 앞에서 제시한 **문제행동 아동·청소년을 대상으로** 귀 기관(시설)에서 제공하는 서비스와 관련된 질문입니다. 다음 문항에서 해당되는 곳에 V표를 해주시기 바랍니다.

	문제행동 아동·청소년 대상 서비스	전혀 제공하지 않는다	제공하지 않는 편이다	제공하는 편이다	충분히 제공한다
1)	심리검사	①	②	③	④
2)	집단치료 및 집단사회사업 (사회성 증진, 자존감 향상, 자기주장훈련, 분노조절, 사회기술훈련프로그램, 인지행동 프로그램, 게임중독 예방 프로그램 등)	①	②	③	④
3)	개별치료 및 개별사회사업 (놀이치료, 모래놀이치료, 음악치료, 미술치료, 인지치료, 언어치료 등)	①	②	③	④
4)	약물예방 및 금연교육 프로그램 등 심리교육	①	②	③	④
5)	성교육, 아동학대 예방교육	①	②	③	④
6)	아동권리 교육	①	②	③	④
7)	부모교육 및 부모상담, 가족상담	①	②	③	④
8)	교사개별 교육 및 상담	①	②	③	④
9)	사례관리	①	②	③	④
10)	가족기능 관련지원 (양육, 지지, 보호, 여가 등)	①	②	③	④
11)	지역 사회내 사회복지 서비스 이용지원(연계)	①	②	③	④
12)	교육/훈련 서비스 이용지원(연계)	①	②	③	④
13)	사법/법률 서비스 이용지원 (경찰 연계 포함)	①	②	③	④
14)	건강, 보건, 정신보건 서비스 이용지원(연계)	①	②	③	④
15)	종교, 지역사회 모임 지원	①	②	③	④
16)	일시보호	①	②	③	④
17)	중장기보호	①	②	③	④
18)	가정보호 (위탁가정 포함)	①	②	③	④
19)	학습지원 프로그램 (방과 후 학교 등)	①	②	③	④
20)	대안교육 (대안학교 등)	①	②	③	④
21)	문화, 예술, 스포츠 등 프로그램 (특기교육 포함)	①	②	③	④
22)	심리적·정서적 장애에 대한 의료 서비스(치료)	①	②	③	④
23)	신체적 상해 및 질병에 대한 의료 서비스	①	②	③	④
24)	기타 ()	①	②	③	④

Ⅱ. 아동옹호 (child advocacy)

아동옹호란 아동의 얘기를 경청하고, 아동의 목소리를 대변하고, 아동의 문제를 숙지하고, 아동의 관점을 이해하고, 필요하다면 아동에게 문제를 발생시킨 원인에 대해 투쟁하는 모든 활동을 말합니다.

5. 아동옹호를 위한 본인의 노력정도에 대한 질문입니다. 해당되는 곳에 √표를 해주시기 바랍니다.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
전혀 하지 않음									항상 하고 있음

6. 다음은 귀하의 아동·청소년 문제 해결을 위한 노력에 관한 질문입니다. 해당되는 곳에 √표를 해주시기 바랍니다.

	나는 ~	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그런 편이다	그렇다
1)	아동문제를 사정(assessment)절차에서 아동과 여러 실무자와의 면접을 줄이기 위해 노력한다.	①	②	③	④
2)	아동과 인터뷰할 때 좀 더 편안한 분위기를 만들어주기 위해 노력한다.	①	②	③	④
3)	내가 맡은 각각의 사례에 최선의 노력을 기울인다.	①	②	③	④
4)	아동을 면접하거나 서비스 제공시 비디오 촬영 등을 통해 업무를 모니터링 한다.	①	②	③	④
5)	아동문제 해결을 위해 함께 업무를 수행하는 유관기관 전문가들간 원활한 의사소통을 위해 노력한다.	①	②	③	④

7. 다음은 귀 기관 실무자들의 옹호를 위한 성향에 관한 질문입니다. 해당되는 곳에 √표를 해주시기 바랍니다.

	우리 기관 실무자들은 ~	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그런 편이다	매우 그렇다
1)	업무를 처리할 때 애매하거나 명확하지 않은 일을 잘 다루는 편이다.	①	②	③	④
2)	기관 외부의 정치적 압력에 대응하여 소신껏 업무를 처리하는 편이다.	①	②	③	④
3)	비관이나 비난에 대해 포용력을 갖는 편이다.	①	②	③	④
4)	특정업무에 있어 기관의 해결방안과 실무자의 해결방안이 상충할 경우, 아동·청소년을 위해 가장 바람직한 방향으로 결정하는 편이다.	①	②	③	④
5)	아동·청소년의 입장에서 문제를 진단하고 해결방안을 제시하는 편이다.	①	②	③	④
6)	업무를 처리할 때 위험부담을 감수하고서라도 아동·청소년의 최선을 추구하는 편이다.	①	②	③	④

8. 귀 기관(시설)의 아동옹호에 대한 질문입니다. 해당되는 곳에 √표를 해주시기 바랍니다.

	우리 기관 또는 시설에는 ~	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그런 편이다	매우 그렇다
1)	아동옹호와 관련된 공식적인 문서나 프로토콜, 가이드라인이 있다.	①	②	③	④
2)	아동옹호를 위해 다각적 팀 접근을 통해 아동·청소년이 특정 서비스나 혜택을 받을 수 있도록 도움을 준다.	①	②	③	④
3)	아동옹호를 위한 업무절차 및 조직운영에 대해 실무자들의 의견을 반영한다.	①	②	③	④
4)	실무자들이 정기적으로 아동옹호 관련 교육이나 훈련을 받도록 한다.	①	②	③	④
5)	팀별 실무자간에 필요한 정보를 정기적으로 공유하는 절차가 있다.	①	②	③	④

9. 다음은 아동옹호와 관련한 귀하의 활동에 관한 문항들입니다. 가장 가깝다고 생각되는 곳에 V표를 해주시기 바랍니다.

	나는 ~	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
1)	아동·청소년에게 서비스 제공시 관련기관(경찰, 법정, 사회 복지기관 등) 실무자에게 아동·청소년 및 가족의 욕구를 옹 호하고 대변한다.	①	②	③	④
2)	아동·청소년 및 가족의 권익을 옹호하기 위해 필요하다면 탄원서/편지/이메일 등을 쓴다.	①	②	③	④
3)	서비스를 제공하는 아동·청소년의 학교와 협력관계를 맺고 있다.	①	②	③	④
4)	아동·청소년 및 가족에게 질 높은 서비스를 제공하기 위해 가능한 지역사회 자원을 발굴한다.	①	②	③	④
5)	아동·청소년 및 가족에게 질 높은 서비스를 제공하기 위해 지역사회 기관과 연계하여 서비스를 제공한다.	①	②	③	④
6)	아동복지서비스 기관 및 옹호기관의 자문위원회로서 활동한 다.	①	②	③	④
7)	아동·청소년의 문제 및 옹호와 관련하여 조사연구를 수행한 다.	①	②	③	④
8)	아동·청소년의 특수한 문제 및 옹호관련 이슈를 알리기 위 한 프로그램을 기획한다.	①	②	③	④
9)	아동·청소년의 특수한 문제 및 옹호관련 이슈를 알리기 위 해 언론 등 미디어를 활용한다.	①	②	③	④
10)	현재 근무하는 기관을 대변하여 공무원에게 문제를 제기하는 등 아동옹호 업무를 수행한다.	①	②	③	④
11)	현재 근무하는 기관내에서 아동·청소년의 문제를 해결하기 위해 옹호활동을 하고 있다.	①	②	③	④
12)	아동권익을 옹호하기 위해 지역 및 전국의 관련 기관과 협력 체계를 구축한다.	①	②	③	④
13)	아동·청소년을 위한 정책개발 등을 위한 지역사회단체, 정 부의 노력을 공식적으로 지원한다(위원회 활동 등).	①	②	③	④
14)	아동·청소년을 위한 문제에 대해 새로운 법률(가안)이나 수 정안에 대한 의견제시 등의 활동을 한다.	①	②	③	④

Ⅲ. 유관 기관(시설)과의 협력정도

10. 지난 6개월간(2008년 1월~6월) 아동·청소년을 위해 서울시내의 다른 기관(시설)들과의 서비스 연계와 관련된 질문입니다. 다른 기관(시설)의 실무자와 의뢰, 회의, 문서, 전화, 대면접촉 등의 방식으로 연계한 경우를 모두 포함하여 응답해주시십시오.

		연계형태		
		연계가 전혀 없었음	비공식적인 연계	공식적인 연계*
1)	지역아동센터	①	②	③
2)	지역아동복지센터	①	②	③
3)	아동보호전문기관	①	②	③
4)	청소년상담지원센터	①	②	③
5)	청소년지원센터	①	②	③
6)	청소년 쉼터	①	②	③
7)	청소년 수련관	①	②	③
8)	청소년 문화의 집	①	②	③
9)	기타 청소년 특화시설	①	②	③
10)	아동양육시설	①	②	③
11)	직업훈련시설	①	②	③
12)	보호치료시설	①	②	③
13)	자립지원시설	①	②	③
14)	공동생활가정	①	②	③
15)	입양기관(시설)	①	②	③
16)	지역사회복지관	①	②	③
17)	아동보육시설 (예 어린이집)	①	②	③
18)	민간 아동상담소	①	②	③
19)	장애인 복지관	①	②	③
20)	정신보건센터	①	②	③
21)	의료시설 (예 종합병원, 정신과의원 등)	①	②	③
22)	학교	①	②	③
23)	재활시설	①	②	③
24)	건강가정지원센터	①	②	③
25)	경찰서	①	②	③
26)	공공기관(시설) (예 동사무소, 구청 등)	①	②	③
27)	기타 지역사회 조직 (예 협의회, 부녀회 등)	①	②	③
28)	종교기관(시설)	①	②	③
29)	법률기관(시설)	①	②	③
30)	기타	①	②	③

* 연계방법(전화, 공문발송 등)과 상관없이 연계의 내용이 문서화된 경우 공식적인 연계

11. 위 10번에서 언급한 외부기관(시설)과의 연계에서 아동·청소년을 위하여 가장 많은 도움을 받은 서비스 영역은 무엇입니까?

- ☐ ① 심리상담(심리검사, 심리치료, 개별·집단 치료 등)
- ☐ ② 사례관리
- ☐ ③ 사회적 보호(주간보호, 장단기보호 등)
- ☐ ④ 교육(대안교육, 학습지원, 권리교육, 심리교육 등)
- ☐ ⑤ 문화활동(특기교육, 여가프로그램 등)
- ☐ ⑥ 가족지원(경제지원, 관계지원, 양육지원 등)
- ☐ ⑦ 지역사회 지원체계 구축(법률, 종교, 자조모임 등)
- ☐ ⑧ 의료 (정신의료, 의료, 신체장애 진단 등)
- ☐ ⑨ 기타 ()

12. 위 10번에서 언급한 외부기관(시설)과의 연계에서 특히 문제행동이 부각되는 아동·청소년을 위하여 가장 많은 도움을 받은 서비스 영역은 무엇입니까?

- ☐ ① 심리상담(심리검사, 심리치료, 개별·집단 치료 등)
- ☐ ② 사례관리
- ☐ ③ 사회적 보호(주간보호, 장단기보호 등)
- ☐ ④ 교육(대안교육, 학습지원, 권리교육, 심리교육 등)
- ☐ ⑤ 문화활동(특기교육, 여가프로그램 등)
- ☐ ⑥ 가족지원(경제지원, 관계지원, 양육지원 등)
- ☐ ⑦ 지역사회 지원체계 구축(법률, 종교, 자조모임 등)
- ☐ ⑧ 의료 (정신의료, 의료, 신체장애 진단 등)
- ☐ ⑨ 기타 ()

13. 현재 문제행동 아동·청소년에게 서비스를 제공하기 위해 이를 통괄할 수 있는 시스템이 요구되는 상황입니다. 그렇다면, 위 10번에서 언급한 기관들의 연계 시스템을 구축·운영한다고 할 때 누가 주축이 되는 시스템으로 실행되어야 한다고 생각하십니까?

- ☐ ① 서울시 총괄 시스템
- ☐ ② 권역별 연계 시스템
- ☐ ③ 구별 연계 시스템
- ☐ ④ 기타 ()

IV. 문제행동 아동·청소년대상 서비스 개발 제안

17. 서울시에서 문제행동 아동·청소년을 위한 서비스 강화 필요성에 대한 질문입니다. 가장 가깝다고 생각되는 곳에 √표를 해주시기 바랍니다.

	문제행동 아동·청소년 대상 서비스	전혀 필요하지 않다	필요하지 않다	필요하다	매우 필요하다
1)	심리검사	①	②	③	④
2)	집단치료 및 집단사회사업 (사회성 증진, 자존감 향상, 자기주장훈련, 분노조절, 사회기술훈련프로그램, 인지행동 프로그램, 게임중독 예방 프로그램 등)	①	②	③	④
3)	개별치료 및 개별사회사업 (놀이치료, 모래놀이치료, 음악치료, 미술치료, 인지치료, 언어치료 등)	①	②	③	④
4)	약물예방 및 금연교육 프로그램 등 심리교육	①	②	③	④
5)	성교육, 아동학대 예방교육	①	②	③	④
6)	아동권리 교육	①	②	③	④
7)	부모교육 및 부모상담, 가족상담	①	②	③	④
8)	교사개별 교육 및 상담	①	②	③	④
9)	사례관리	①	②	③	④
10)	가족기능 관련지원 (양육, 지지, 보호, 여가 등)	①	②	③	④
11)	지역 사회내 사회복지 서비스 이용지원(연계)	①	②	③	④
12)	교육/훈련 서비스 이용지원(연계)	①	②	③	④
13)	사범/법률 서비스 이용지원 (경찰 연계 포함)	①	②	③	④
14)	건강, 보건, 정신보건 서비스 이용지원(연계)	①	②	③	④
15)	종교, 지역사회 모임 지원	①	②	③	④
16)	일시보호	①	②	③	④
17)	증장기보호	①	②	③	④
18)	가정보호 (위탁가정 포함)	①	②	③	④
19)	학습지원 프로그램 (방과 후 학교 등)	①	②	③	④
20)	대안교육 (대안학교 등)	①	②	③	④
21)	문화, 예술, 스포츠 등 프로그램 (특기교육 포함)	①	②	③	④
22)	심리적·정서적 장애에 대한 의료 서비스(치료)	①	②	③	④
23)	신체적 상해 및 질병에 대한 의료 서비스	①	②	③	④
24)	기타()	①	②	③	④

19. 서울시에서 요보호 문제행동아동(초등학생 이하의 아동)들을 대상으로 종합적인 서비스를 제공하는 전문기관을 설치한다면, 주요 서비스 제공내용으로 어떠한 것들이 필요한지 해당되는 곳에 V표를 해주시기 바랍니다.

		전혀 필요하지 않다	필요하지 않다	필요하다	매우 필요하다
1)	장기보호 서비스	①	②	③	④
2)	심리치료 서비스	①	②	③	④
3)	정신의료 서비스	①	②	③	④
4)	교육지원 서비스	①	②	③	④
5)	기타 _____	①	②	③	④

- 19-1. 그 밖에도 반드시 필요하다고 생각하시는 기능은 무엇입니까?

()

20. 서울시에서 문제행동 청소년(중·고등학생)들을 대상으로 종합적인 서비스를 제공하는 전문기관을 설치한다면, 주요 서비스 제공내용으로 어떠한 것들이 필요한지 해당되는 곳에 V표를 해주시기 바랍니다.

		전혀 필요하지 않다	필요하지 않다	필요하다	매우 필요하다
1)	단기보호(최장3년까지)	①	②	③	④
2)	심리치료 서비스	①	②	③	④
3)	정신의료 서비스	①	②	③	④
4)	교육서비스(대안학교 등)	①	②	③	④
5)	기타 _____				

- 20-1. 그 밖에도 반드시 필요하다고 생각하시는 기능은 무엇입니까?

()

V. 응답자 및 기관(시설) 특성

21. 다음은 귀하(응답자)의 특성에 관한 질문입니다. 해당되는 곳에 V표를 하거나 해당사항을 직접 기입하여 주시기 바랍니다.

1) 성 별	☐ ① 남성	☐ ② 여성	2) 출생년도	_____년
3) 최종학력	☐ ① 고등학교 졸업 이하 ☐ ④ 대학교 재학중 ☐ ⑦ 대학원 졸업 이상 ☐ ② 전문대 재학중 ☐ ⑤ 대학교 졸업 ☐ ③ 전문대 졸업 ☐ ⑥ 대학원 재학중			
4) 전 공 (중복선택가능)	☐ ① 비해당 ☐ ④ 인문사회계열 ☐ ⑦ 예체능계열 ☐ ② 사회복지 ☐ ⑤ 신학 등 종교관련 ☐ ⑧ 기타() (가족·아동·노인복지 포함) ☐ ⑥ 이공계열 ☐ ③ 의학·간호학			
5) 자 격 증 (중복선택가능)	☐ ① 비해당(없음) ☐ ④ 사회복지사 3급 ☐ ⑦ 영양사 ☐ ② 사회복지사 1급 ☐ ⑤ 의사 ☐ ⑧ 각종 치료사 ☐ ③ 사회복지사 2급 ☐ ⑥ 간호(조무)사 ☐ ⑨ 기타()			
4) 경 력	• 아동·청소년 관련 업무 종사 총 기간 : ()년 ()개월 • 현재 소속 기관(시설) 종사 기간 : ()년 ()개월			
5) 직 위	☐ ① 기관(시설)장 ☐ ② 중간관리자 ☐ ③ 실무자 ☐ ④ 기타()			

22. 문제행동 아동청소년과 관련하여 귀하가 소지한 자격증은 무엇입니까?

()

23. 문제행동(정서행동장애) 아동청소년에 대해 개입을 위해 받은 교육·훈련은 무엇입니까?

최대 세 가지를 적어 주십시오.

① ()

② ()

③ ()

24. 귀 기관(시설)의 운영주체는 무엇입니까?

- ☐ ① 공공부문 : 국가, 지자체, 공립, 공단이나 공사
- ☐ ② 민간비영리부문 : 공공의 출연기관(시설)
- ☐ ③ 민간비영리부문 : 공공의 출연기관(시설)이 아닌 민간 비영리 기관(시설)이나 단체
- ☐ ④ 비공식부문: 기관(시설)이나 단체에 소속되지 않은 개인

25. 귀 기관(시설)의 총 직원 수는 몇 명입니까? (명)

♣ 설문에 참여해 주셔서 감사합니다 ♣

2008-정책개발-021

서울시 위탁아동복지시설 운영방안 연구

발 행 인 박현경

책임연구자 강철희 (연세대학교 사회복지대학원 교수)

공동연구자 이민영 (남서울대학교 사회복지학과 교수)

김유나 (서울시여성가족재단 선임연구원)

김여진 (연세대학교 BK21 박사후 연구원)

이혜은 (연세대학교 BK21 박사후 연구원)

연구지원 홍 환

발 행 일 2008년 12월

발 행 처 서울시여성가족재단

주 소 서울시 동작구 대방동 한숲길 22번지

전 화 02. 810. 5000(대)

www.seoulwomen.or.kr

이 책의 저작권은 서울시여성가족재단에 있습니다.

무단 전재와 무단 복제를 금합니다.