

부록3

설문지

NO.

--	--	--	--

## 서울시 사회복지시설 실태 조사

안녕하십니까?

서울특별시 출연기관인 (재)서울시복지재단에서는 「서울시 사회복지시설 패널데이터 구축방안 연구」를 수행하고 있으며 이를 위하여 사회복지시설 실태 및 현황 조사를 실시하고자 합니다.

본 조사는 서울시 사회복지시설의 실태 및 현황 등을 종합적으로 분석하기 위한 기초 자료로 활용되오니 바쁘시더라도 잠시 틈을 내시어 질문에 응답해 주시면 감사하겠습니다.

조사내용은 시설 일반사항, 인적자원 관리, 재정, 복지사업 및 프로그램, 네트워크, 의견수렴 등 6개 분야로 구성되어 있으며 조사문항은 객관적 지표 및 주관적 지표 등을 포함하여 106개 문항 이상입니다.

여러분의 응답에 따른 모든 사항은 통계법 제33조(비밀의 보호)와 제34조(통계종사자 등의 의무)에 의하여 엄정히 보호되오니 안심하시기 바랍니다.

본 조사와 관련하여 의문점이 있을 경우 아래 연락처로 문의하시면 성심껏 안내하여 드리겠습니다. 다시 한 번 더 여러분의 성의 있는 응답을 부탁드립니다.

대단히 감사합니다.

※ 응답하신 분(기관)께 추첨을 통해 상품권을 보내드리겠습니다.

2011년 12월

연구 책임:

담당연구원:

실사 담당:

## 〈별첨〉 A3\_2. 유형2

구분	분야	세부종류	번호	분야	세부종류	번호
시설 유형 2	A3_2_1	저소득	◦ 사회복지관 <input type="checkbox"/> 1)	A3_2.4	장애 인 복지 시설	◦ 장애인복지관 <input type="checkbox"/> 1)
	A3_2_2	노숙인 · 부랑인	◦ 지역자활센터 <input type="checkbox"/> 1)			◦ 의료재활시설 <input type="checkbox"/> 2)
			◦ 노숙인상담보호센터 <input type="checkbox"/> 2)			◦ 재활체육시설 <input type="checkbox"/> 3)
			◦ 노숙인쉼터 <input type="checkbox"/> 3)			◦ 주간보호시설 <input type="checkbox"/> 4)
			◦ 부랑인 생활시설 <input type="checkbox"/> 4)			◦ 단기보호시설 <input type="checkbox"/> 5)
	A3_2.3	노인복지 시설	◦ 양로원(무료) <input type="checkbox"/> 1)			◦ 공동생활가정 <input type="checkbox"/> 6)
			◦ 양로원(일반) <input type="checkbox"/> 2)			◦ 심부름센터 <input type="checkbox"/> 7)
			◦ 노인공동생활가정 <input type="checkbox"/> 3)			◦ 수화통역센터 <input type="checkbox"/> 8)
			◦ 복지주택 <input type="checkbox"/> 4)			◦ 지체장애인 생활시설 <input type="checkbox"/> 9)
			◦ 요양시설(무료) <input type="checkbox"/> 5)			◦ 시각장애인 생활시설 <input type="checkbox"/> 10)
			◦ 요양시설(유료) <input type="checkbox"/> 6)			◦ 청각/언어장애인 생활시설 <input type="checkbox"/> 11)
			◦ 노인요양공동생활가정 <input type="checkbox"/> 7)			◦ 지적장애인 생활시설 <input type="checkbox"/> 12)
			◦ 전문병원 <input type="checkbox"/> 8)			◦ 요양생활시설 <input type="checkbox"/> 13)
			◦ 주간보호(서울형데이케어센터) <input type="checkbox"/> 9)			◦ 영/유아 생활시설 <input type="checkbox"/> 14)
			◦ 단기보호 <input type="checkbox"/> 10)			◦ 작업활동시설 <input type="checkbox"/> 15)
			◦ 재가노인지원센터 <input type="checkbox"/> 11)			◦ 보호작업시설 <input type="checkbox"/> 16)
			◦ 방문요양 <input type="checkbox"/> 12)			◦ 근로작업시설 <input type="checkbox"/> 17)
			◦ 방문목욕 <input type="checkbox"/> 13)			◦ 직업훈련시설 <input type="checkbox"/> 18)
			◦ 노인복지관 <input type="checkbox"/> 14)			◦ 장애인생산품판매시설 <input type="checkbox"/> 19)
			◦ 경로당 <input type="checkbox"/> 15)	A3_2.5	정신 보건 시설	◦ 이용시설(구. 직업재활/주간재활) <input type="checkbox"/> 1)
			◦ 노인교실 <input type="checkbox"/> 16)			◦ 입소시설(구. 입소생활/중독자재활) <input type="checkbox"/> 2)
			◦ 노인대학 <input type="checkbox"/> 17)			◦ 종합시설 <input type="checkbox"/> 3)
			◦ 노인휴양소 <input type="checkbox"/> 18)			◦ 주거시설(구. 주거제공) <input type="checkbox"/> 4)
			◦ 노인보호전문 <input type="checkbox"/> 19)			◦ 공동생활가정 <input type="checkbox"/> 5)
			◦ 장사시설 <input type="checkbox"/> 20)			◦ 정신요양시설 <input type="checkbox"/> 6)
			◦ 취업알선센터 <input type="checkbox"/> 21)			◦ 정신보건센터 <input type="checkbox"/> 7)
			◦ 노인의 집 <input type="checkbox"/> 22)			◦ 알콜상담센터 <input type="checkbox"/> 8)
			◦ 시니어클럽 <input type="checkbox"/> 23)	A3_2.7	아동 청소년 시설	◦ 수련관 <input type="checkbox"/> 1)
	A3_2_6	여성 복지 시설	◦ 가정폭력 피해자 보호시설 <input type="checkbox"/> 1)			◦ 특화시설 <input type="checkbox"/> 2)
			◦ 가정폭력 피해자 상담소 <input type="checkbox"/> 2)			◦ 문화의집 <input type="checkbox"/> 3)
			◦ 성폭력 피해자 보호시설 <input type="checkbox"/> 3)			◦ 유스호스텔 <input type="checkbox"/> 4)
			◦ 성폭력 피해자 상담소 <input type="checkbox"/> 4)			◦ 수련원 <input type="checkbox"/> 5)
			◦ 성매매피해자 일반지원시설 <input type="checkbox"/> 5)			◦ 야외체험학습장 <input type="checkbox"/> 6)
			◦ 성매매 청소년 지원시설 <input type="checkbox"/> 6)			◦ 공부방 <input type="checkbox"/> 7)
			◦ 성매매피해자 그룹홈 <input type="checkbox"/> 7)			◦ 평생교육시설 <input type="checkbox"/> 8)
			◦ 성매매피해자 상담소 <input type="checkbox"/> 8)			◦ 대안교육현장 <input type="checkbox"/> 9)
			◦ 이주여성 쉼터 <input type="checkbox"/> 9)			◦ 쉼터 <input type="checkbox"/> 10)
			◦ 이주여성 그룹홈 <input type="checkbox"/> 10)			◦ 청소년상담시설 <input type="checkbox"/> 11)
			◦ 이주여성 자활지원센터 <input type="checkbox"/> 11)			◦ 인터넷중독 예방센터 <input type="checkbox"/> 12)
			◦ 부랑인보호시설(장기) <input type="checkbox"/> 12)			◦ 성문화센터 <input type="checkbox"/> 13)
			◦ 부랑인보호시설(단기) <input type="checkbox"/> 13)			◦ 생활시설 <input type="checkbox"/> 14)
			◦ 통합운영상담시설 <input type="checkbox"/> 14)			◦ 아동그룹홈 <input type="checkbox"/> 15)
			◦ 시설연계시설(여성긴급전화) <input type="checkbox"/> 15)			◦ 지역아동복지센터 <input type="checkbox"/> 16)
			◦ 원스톱지원센터 <input type="checkbox"/> 16)			◦ 아동보호전문기관 <input type="checkbox"/> 17)
			◦ 아동성폭력지원센터 <input type="checkbox"/> 17)			◦ 가정위탁지원센터 <input type="checkbox"/> 18)
	A3_2_8	보육 시설	◦ 국공립보육시설 <input type="checkbox"/> 1)			◦ 자립지원센터 <input type="checkbox"/> 19)
			◦ 법인보육시설 <input type="checkbox"/> 2)			◦ 지역아동센터 <input type="checkbox"/> 20)
			◦ 법인외보육시설 <input type="checkbox"/> 3)			
			◦ 개인보육시설 <input type="checkbox"/> 4)			
			◦ 부모협동보육시설 <input type="checkbox"/> 5)			
			◦ 가정보육시설 <input type="checkbox"/> 6)			
			◦ 직장보육시설 <input type="checkbox"/> 7)			
	A3_2_9	가족 복지 시설	◦ 건강가정지원센터 <input type="checkbox"/> 1)			
			◦ 다문화가정지원센터 <input type="checkbox"/> 2)			
			◦ 한부모가족복지시설 <input type="checkbox"/> 3)			

## A 일반사항

### □ 조직 현황

A1. 귀 시설의 소재지는 어디입니까? \_\_\_\_\_구 \_\_\_\_\_동

구 분	내 용
A2. 설립년도	_____년 _____월
A3. 서비스대상	<input type="checkbox"/> 1) 저소득(→문 A3_2_1로) <input type="checkbox"/> 2) 노숙·부랑인(→문 A3_2_2로) <input type="checkbox"/> 3) 노인(→문 A3_2_3으로) (종합사회복지관) <input type="checkbox"/> 4) 장애인(→문 A3_2_4로) <input type="checkbox"/> 5) 정신보건(→문 A3_2_5로) <input type="checkbox"/> 6) 여성(→문 A3_2_6으로) <input type="checkbox"/> 7) 아동·청소년(→문 A3_2_7로) <input type="checkbox"/> 8) 보육(→문 A3_2_8로) <input type="checkbox"/> 9) 가족(→문 A3_2_9로)
A3_1. 유형1	<input type="checkbox"/> 1) 이용시설 <input type="checkbox"/> 2) 생활시설
A3_2. 유형2	별첨표 작성 (Page 2)
A4. 운영주체	<input type="checkbox"/> 1) 법인(→문 A4_1로) <input type="checkbox"/> 2) 개인(→문 A6으로) <input type="checkbox"/> 3) 단체(→문 A6으로) <input type="checkbox"/> 4) 기타(_____)(→문 A6으로)
A4_1. 법인	<input type="checkbox"/> 1) 사회복지법인 <input type="checkbox"/> 2) 재단법인 <input type="checkbox"/> 3) 학교법인 <input type="checkbox"/> 4) 사단법인 <input type="checkbox"/> 5) 종교법인(→문 A4_2로) <input type="checkbox"/> 6) 의료법인 <input type="checkbox"/> 7) 국립·지방자치단체 <input type="checkbox"/> 8) 기타(_____) <input type="checkbox"/> 9) 해당 없음
A4_2. 종교	<input type="checkbox"/> 1) 기독교 <input type="checkbox"/> 2) 불교 <input type="checkbox"/> 3) 천주교 <input type="checkbox"/> 4) 기타(_____) <input type="checkbox"/> 5) 해당 없음

A5. 귀 시설의 운영형태는 어떠합니까?

- ☐1) 법인직영(→문 A6으로)      ☐2) 법인위탁(→문 A5\_1로)

A5\_1. 위탁기간은 총 몇 년입니까? \_\_\_\_\_년

### □ 시설 환경

A6. 귀 시설의 건물 소유형태는 어떠합니까?

- ☐1) 단독건물      ☐2) 임대건물

A7. 귀 시설의 규모에 대하여 응답해주시시오

※ 임대건물의 경우에는 연면적만 작성해주시시오

- ☐1) 대지 \_\_\_\_\_㎡      ☐2) 연면적 \_\_\_\_\_㎡

## A7\_1. [이용시설만 응답] 귀 시설의 설비규모에 대하여 작성해주십시오

※ 건축물대장 상의 연면적을 기입해주십시오

※ 시설을 보유하고 있는 경우 '0' 대신 보유하고 있는 개수를 기록해 주세요.

※ 귀 시설이 보유하고 있지 않은 설비의 경우, 개수와 총면적에 '0'으로 처리해야 합니다.

구분	사무실	프로그램실	상담실	강당	동아리실	자원 봉사자실	물리치료실
개수	___개	___개	___개	___개	___개	___개	___개
총면적	___㎡	___㎡	___㎡	___㎡	___㎡	___㎡	___㎡
체력단련실	컴퓨터실	주간 보호실	단기보호 센터	의료실	목욕실	이미용실	경로식당
___개	___개	___개	___개	___개	___개	___개	___개
___㎡	___㎡	___㎡	___㎡	___㎡	___㎡	___㎡	___㎡
관리실	체육시설 (탁구, 당구)	세탁실	화장실	비상재해 대비시설	휴게실	기타	계
___개	___개	___개	___개	___개	___개	___개	___개
___㎡	___㎡	___㎡	___㎡	___㎡	___㎡	___㎡	___㎡

## A7\_2. [생활시설만 응답] 귀 시설의 설비규모에 대하여 작성해주십시오

※ 건축물대장 상의 연면적을 기입해주십시오

※ 시설을 보유하고 있는 경우 '0' 대신 보유하고 있는 개수를 기록해 주세요.

※ 귀 시설이 보유하고 있지 않은 설비의 경우, 개수와 총면적에 '0'으로 처리해야 합니다.

구분	침실	거실	사무실	의무실 (의료재활실)	재활상담실	집단활동실
개수	___개	___개	___개	___개	___개	___개
총면적	___㎡	___㎡	___㎡	___㎡	___㎡	___㎡
자원봉사자실	조리실	목욕실	세탁장	건조장	기타	계
___개	___개	___개	___개	___개	___개	___개
___㎡	___㎡	___㎡	___㎡	___㎡	___㎡	___㎡

A8. 귀 시설의 안전관리와 관련된 다음 사항에 대하여 시행 여부를 응답해주시십시오

내 용	A8. 시행 여부	
1) 대피훈련 및 비상시 대피계획 수립	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
2) 안전교육 및 대피훈련 실시	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
3) 비상연락망 체제 구축	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
4) 화재보험 가입	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
5) 욕실 바닥 미끄럼 방지기구 설치	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
6) 화재를 대비한 소화기와 방염 커튼 등 설치	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
7) 응급환자를 위한 구급약품 키트 비치	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
8) 비상등이나 비상탈출 등의 시설 구비	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
9) CCTV 설치	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오

A9. 귀 시설에는 다음과 같은 장애인 편의시설이 설치되어 있습니까?

내 용	A9. 설치 여부	
1) 시설 출입구 경사로	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
2) 건물 내 승강기	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
3) 장애인 화장실	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
4) 상담소 안내전광판	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
5) 점자안내	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
6) 점자유도블록	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오

A10. 귀 시설의 건물 또는 시설 관리를 위해 외부용역을 이용하십니까?

※ 건물을 임대하여 사용하는 시설의 경우, 별도의 건물관리비를 지불하고 있을 시에는 ‘예’에 체크하여 주십시오

내 용	A10. 이용 여부	
1) 청소	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
2) 방역	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
3) 경비	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
4) 기타 시설관리( )	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오

A11. 귀 시설에는 주차장이 별도로 확보되어 있습니까?

☐1) 예(→문 A11\_1로) ☐2) 아니오(→문 A12로)

A11\_1. 귀 시설의 주차장 규모는 어떠합니까?

1)+2) 전체 주차장 규모	1) 장애인 주차장	2) 비장애인 주차장
_____대	_____대	_____대

A12. 귀 시설이 보유한 차량은 몇 대입니까? ※ 렌트 차량을 포함하여 작성해주시십시오

1)+2)+3) 전체 차량대수	1) 버스	2) 승합차	3) 자가용
_____대	_____대	_____대	_____대

A13. 귀 시설을 처음 방문하는 사람이 시설을 찾는데 어려움이 없도록 이정표가 잘 설치되어 있습니까?

☐1) 전혀 그렇지 않다 ☐2) 그렇지 않은 편이다 ☐3) 그저 그렇다 ☐4) 대체로 그런 편이다 ☐5) 매우 그렇다

A14. 일반성인의 도보 기준으로 가장 인근에 있는 공영주차장 등에서 시설 본관까지 도착하는 데 소요되는 시간은 얼마입니까? \_\_\_\_\_ 분

A15. 일반성인의 도보 기준으로 가장 가까운 지하철역 또는 버스 정류장에서 시설 본관까지 도착하는 데 소요되는 시간은 얼마입니까? \_\_\_\_\_ 분

## ☐ 고객만족경영

A16. 귀 시설의 고객만족 경영현황과 관련된 다음의 내용에 대해 응답해 주십시오.

구분	전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	그저 그렇다	대체로 그런 편이다	매우 그렇다
1) 고객중심경영과 관련한 정보를 관리하고 활용하는 시스템(외/내부 고객의 소리 등)이 잘 구축되어 있습니까?	<input type="checkbox"/> 1)	<input type="checkbox"/> 2)	<input type="checkbox"/> 3)	<input type="checkbox"/> 4)	<input type="checkbox"/> 5)
2) 수요자(고객)불만의 수집 및 분석에 대한 관리를 지속적으로 하고 있습니까?	<input type="checkbox"/> 1)	<input type="checkbox"/> 2)	<input type="checkbox"/> 3)	<input type="checkbox"/> 4)	<input type="checkbox"/> 5)
3) 수요자(고객)정보의 공유를 위한 회의체 또는 조직이 효율적으로 구성되어 운영되고 있습니까?	<input type="checkbox"/> 1)	<input type="checkbox"/> 2)	<input type="checkbox"/> 3)	<input type="checkbox"/> 4)	<input type="checkbox"/> 5)
4) 수집된 수요자(고객)정보가 관련된 부서에 효율적으로 Feedback되고 있습니까?	<input type="checkbox"/> 1)	<input type="checkbox"/> 2)	<input type="checkbox"/> 3)	<input type="checkbox"/> 4)	<input type="checkbox"/> 5)
5) 수요자(고객)정보를 토대로 한 대책이나 개선을 위한 계획수립이 지속적으로 이루어지고 있습니까?	<input type="checkbox"/> 1)	<input type="checkbox"/> 2)	<input type="checkbox"/> 3)	<input type="checkbox"/> 4)	<input type="checkbox"/> 5)
6) 고객중심경영의 효과 및 성과 수준에 대한 평가 활동을 주기적으로 하고 있습니까? (만족도조사, 모니터링 등)	<input type="checkbox"/> 1)	<input type="checkbox"/> 2)	<input type="checkbox"/> 3)	<input type="checkbox"/> 4)	<input type="checkbox"/> 5)

## ☐ 경영개선활동

A17. 귀 시설은 기관의 품질경영을 위해 인증을 받은 경험이 있습니까?

☐1) 예(→문 A17\_1로) ☐2) 아니오(→문 A17\_2로)

A17\_1. 획득한 인증 종류를 모두 적어 주십시오(→문 A18로)

( )

A17\_2. 귀 시설에서 인증제도 도입을 얼마나 필요하다고 보십니까?

☐1) 전혀 그렇지 않다 ☐2) 그렇지 않은 편이다 ☐3) 그저 그렇다 ☐4) 대체로 그런 편이다 ☐5) 매우 그렇다

A18. 귀 시설은 다음과 같은 경영분야와 관련하여 외부기관을 통해 컨설팅을 받은 경험이 있습니까? 동일 분야에 대해 2회 이상 컨설팅을 받은 경우, 가장 최근 것을 기준으로 응답해 주십시오.

A18\_1. (A18. 1)으로 응답한 경우) 받은 경험이 있다면, 언제 받으셨습니까?

A18\_2. (A18. 1)으로 응답한 경우) 컨설팅을 수행한 기관은 어디입니까?

컨설팅 분야	A18. 시행여부		A18_1. 시행연도	A18_2 수행기관
1) 중장기 전략수립(비전 등)	<input type="checkbox"/> 1) 예(→문 A7_1로)	<input type="checkbox"/> 2) 아니오(→2)으로)		
2) 서비스 프로그램 기획개발	<input type="checkbox"/> 1) 예(→문 A7_1로)	<input type="checkbox"/> 2) 아니오(→3)으로)		
3) 이용자 관리	<input type="checkbox"/> 1) 예(→문 A7_1로)	<input type="checkbox"/> 2) 아니오(→4)으로)		
4) 조직 및 인력 관리	<input type="checkbox"/> 1) 예(→문 A7_1로)	<input type="checkbox"/> 2) 아니오(→5)으로)		
5) 재정 관리	<input type="checkbox"/> 1) 예(→문 A7_1로)	<input type="checkbox"/> 2) 아니오(→6)으로)		
6) 홍보, 마케팅 전략	<input type="checkbox"/> 1) 예(→문 A7_1로)	<input type="checkbox"/> 2) 아니오(→7)으로)		
7) 기타( )	<input type="checkbox"/> 1) 예(→문 A7_1로)	<input type="checkbox"/> 2) 아니오(→문 A8로)		

A19. 귀 시설은 다음과 같은 경영분야에 관해 컨설팅 (재)시행이 얼마나 필요하다고 보십니까?

컨설팅 분야	A19. 컨설팅 필요성
1) 중장기 전략수립(비전 등)	<input type="checkbox"/> 1) 전혀 그렇지 않다 <input type="checkbox"/> 2) 그렇지 않은 편이다 <input type="checkbox"/> 3) 그저 그렇다 <input type="checkbox"/> 4) 대체로 그런 편이다 <input type="checkbox"/> 5) 매우 그렇다
2) 서비스 프로그램 기획개발	<input type="checkbox"/> 1) 전혀 그렇지 않다 <input type="checkbox"/> 2) 그렇지 않은 편이다 <input type="checkbox"/> 3) 그저 그렇다 <input type="checkbox"/> 4) 대체로 그런 편이다 <input type="checkbox"/> 5) 매우 그렇다
3) 이용자 관리	<input type="checkbox"/> 1) 전혀 그렇지 않다 <input type="checkbox"/> 2) 그렇지 않은 편이다 <input type="checkbox"/> 3) 그저 그렇다 <input type="checkbox"/> 4) 대체로 그런 편이다 <input type="checkbox"/> 5) 매우 그렇다
4) 조직 및 인력 관리	<input type="checkbox"/> 1) 전혀 그렇지 않다 <input type="checkbox"/> 2) 그렇지 않은 편이다 <input type="checkbox"/> 3) 그저 그렇다 <input type="checkbox"/> 4) 대체로 그런 편이다 <input type="checkbox"/> 5) 매우 그렇다
5) 재정 관리	<input type="checkbox"/> 1) 전혀 그렇지 않다 <input type="checkbox"/> 2) 그렇지 않은 편이다 <input type="checkbox"/> 3) 그저 그렇다 <input type="checkbox"/> 4) 대체로 그런 편이다 <input type="checkbox"/> 5) 매우 그렇다
6) 홍보, 마케팅 전략	<input type="checkbox"/> 1) 전혀 그렇지 않다 <input type="checkbox"/> 2) 그렇지 않은 편이다 <input type="checkbox"/> 3) 그저 그렇다 <input type="checkbox"/> 4) 대체로 그런 편이다 <input type="checkbox"/> 5) 매우 그렇다
7) 기타( )	<input type="checkbox"/> 1) 전혀 그렇지 않다 <input type="checkbox"/> 2) 그렇지 않은 편이다 <input type="checkbox"/> 3) 그저 그렇다 <input type="checkbox"/> 4) 대체로 그런 편이다 <input type="checkbox"/> 5) 매우 그렇다

## B 인적자원 관리

### □ 고용일반

B1. 귀 시설의 직원 수는 모두 몇 명입니까?(2010년 12월 31일 기준)

※ 사업재원별 인력현황 작성 시, 두 개 이상의 사업에 참여하고 있는 인력은 '시설중복인력'란에 별도로 기입해 주십시오

(예: 보조금지원시설 3명, 외부지원시설 4명, 총 7명 가운데 1명이 두 시설 업무를 담당하는 경우,  
→ 보조금시설 2명, 외부지원시설 3명, 시설중복인력 1명으로 기입)

☞ 직급 : 최고관리자(관장), 중간관리자(팀장, 과장, 사무국장 등 팀제 이상의 조직을 담당하는 자), 직원(사회복지사, 선임사회복지사 등 정규직과 1년 이상의 full time계약직(주40시간 이상)을 포함)으로 분류함

☞ 외부지원시설 : 시·구 보조금 외의 재원으로 운용하는 시설을 말함

직급	총 인원	고용형태별		사업재원별					성별		연령별				
		정규직 (상근)	비정규직 (비상근)	보조금 지원 시설	외부 지원 시설	병설 시설	시설 중복 인력	기타	남	여	20대	30대	40대	50대	60대 이상
1) 최고관리자	___명	___명	___명	___명	___명	___명	___명	___명	___명	___명	___명	___명	___명	___명	___명
2) 중간관리자	___명	___명	___명	___명	___명	___명	___명	___명	___명	___명	___명	___명	___명	___명	___명
3) 직원	___명	___명	___명	___명	___명	___명	___명	___명	___명	___명	___명	___명	___명	___명	___명
4) 기타	___명	___명	___명	___명	___명	___명	___명	___명	___명	___명	___명	___명	___명	___명	___명

B2. 귀 시설 근무자의 최종학력은 어떠합니까?

학력 수준	인원 수
1) 고등학교 졸업 이하	_____명
2) 전문대 졸업(2년제)	_____명
3) 대학교 졸업(4년제)	_____명
4) 대학원 석사 졸업(수료, 학위 포함)	_____명
5) 대학원 박사 졸업	_____명

B3. 귀 시설의 장애인 근무자는 모두 몇 명입니까? \_\_\_\_\_ 명

※ 비정규직 인원을 포함하여 작성해주시시오

B4. 귀 시설에서 비정규직을 제외한 정규직 인원의 평균 근속기간은 얼마입니까? \_\_\_\_\_ 년 \_\_\_\_\_ 개월

※ 평균 근속기간은 현 시설 평균 재직 기간을 기재함

B5. 귀 시설에서 지난 1년간(2010년 1월~12월) 이직인원은 몇 명입니까? \_\_\_\_\_ 명

※ 이직인원은 지역 간 혹은 시설 간 이동을 의미하며 동일법인 내 이동은 이직으로 간주하지 않음



## □ 인사관리 및 보수기준

B6. 귀 시설에는 정기적 및 공식적으로 실시하는 인사고과제도가 있습니까?

☐1) 예(→문 B6\_1로)☐2) 아니오(→문 B7로)

B6\_1. 귀 시설이 실시하고 있는 인사고과제도에 대해 응답해주십시오

유 형	B6_1. 시 행 여 부	
1) 근무평가제도	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
2) 다면평가	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
3) MBO	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
4) 기 타( )	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오

B7. 귀 시설은 근무자를 대상으로 직무만족도 조사를 실시하고 있습니까?

☐1) 예☐2) 아니오

B8. 현 시설장의 사회복지분야 총 근무경력은 얼마입니까?(2010년 12월 31일 기준) \_\_\_\_ 년 \_\_\_\_ 개월

B8\_1. 시설장의 현 시설 재직기간은 얼마입니까?(2010년 12월 31일 기준) \_\_\_\_ 년 \_\_\_\_ 개월

B9. 귀 시설의 최근 3년간(2008년, 2009년, 2010년) 승진자 중 평사원이 탐장이 될 때까지 소요되는 평균 기간은 얼마입니까? \_\_\_\_ 년 \_\_\_\_ 개월

B10. 귀 시설에는 보수 지급 시 적용하고 있는 인건비 보수지침이 있습니까?

☐1) 예(→문 B10\_1로)☐2) 아니오(→문 B11으로)

B10\_1. 인건비 보수지침의 명칭은 무엇입니까?

☐1) 지자체 자체기준☐2) 복지부 지침☐3) 직능단체 권고안대로☐4) 직능단체 권고안+법인수당☐5) 기관(법인) 자체기준☐6) 기타\_\_\_\_\_

B11. 귀 시설의 최근 3년 간 평균 보수인상률은 어떻게 됩니까?(기본급 기준)

구 분	2007년 대비 2008년 도	2008년 대비 2009년 도	2009년 대비 2010년 도
인상률	1) _____%	2) _____%	3) _____%

B12. 귀 시설에는 법인에서 지원되는 인건비 보조금이 있습니까?

☐1) 예(→문 B12\_1로)☐2) 아니오(→문 B13으로)☐3) 해당 없음(→문 B13으로)

B12\_1. 법인 지원 인건비 보조금 총액은 얼마입니까?(2010년 10월 31일 기준) \_\_\_\_\_ 원

## □ 근로시간

B13. 귀 시설에는 근로자가 지켜야 할 복무규율 또는 근로조건에 대하여 정한 취업규칙이 있습니까?

☐1) 예

☐2) 아니오

☞ 취업규칙 : 사업장에서 근로자가 지켜야 할 복무규율 또는 근로조건에 관해 사용자가 일방적으로 정한 규칙을 총칭하는 말임

B14. 귀 시설은 주 5일제를 실시하고 있습니까?

☐1) 예

☐2) 아니오

B15. 귀 시설이 가지고 있는 취업규칙이나 단체협약 상의 소정 근로시간은 주당 몇 시간입니까?  
(주당)\_\_\_\_\_시간

☞ 소정근로시간 : 근로기준법이 허용하는(주 40시간 법정근로시간) 범위 안에서 근로자와 사용자 간에 약정한 근로시간으로, 규칙적인 근로시간을 의미하는 동시에 초과근로수당 등을 산정하는 통상임금 계산의 기준이 되는 지불근로시간을 의미함

B16. 귀 시설에서 근로시간은 어떻게 결정됩니까?

☐1) 취업규칙 또는 근로계약    ☐2) 단체협약    ☐3) 상급지휘자의 판단    ☐4) 본인의 판단

B17. 귀 시설에서 관리직이 아닌 일반 직원들의 초과근로시간(연장근로, 휴일근로)은 평균 몇 시간입니까?

(주당)\_\_\_\_\_시간

B18. 귀 시설에서 관리직이 아닌 일반 직원들의 초과근로(연장근로, 휴일근로)는 얼마나 정기적으로 이루어지고 있습니까?

☐1) 매일    ☐2) 일주일에 2~3일    ☐3) 계절적으로 바쁜 시기에만    ☐4) 일이 바쁠 때에만 가끔

B19. 귀 시설 관리직급의 초과근로(연장근로, 휴일근로)는 얼마나 정기적으로 이루어지고 있습니까?

☐1) 매일    ☐2) 일주일에 2~3일    ☐3) 계절적으로 바쁜 시기에만    ☐4) 일이 바쁠 때에만 가끔

## □ 가족친화제도

B20. 귀 시설에서는 ‘탄력적 근로시간제’를 도입하고 있습니까?

☞ 탄력적 근로시간제 : 주 40시간 근로원칙을 준수하는 범위 내에서 근로시간을 탄력적으로 운영하는 제도를 말함

☐1)예(→문 B20\_1로)

☐2)아니오(→문 B21로)

B20\_1. 탄력적 근로시간제를 도입하고 있다면, 얼마나 많은 근무자들이 탄력적 근로시간제를 활용하고 있습니까?

☐1)0%(활용한 근무자 없음)

☐2)1~20%

☐3)21~40%

☐4)41~60%

☐5)61~80%

☐6)81~100%

B21. 귀 기업(기관)에서는 ‘선택적 근로시간제(자유출퇴근제)’를 도입하고 있습니까?

☞ 선택적 근로시간제 : 시업 및 종업시각을 근로자의 자유의사에 맡기는 제도로 회사의 규정으로 선택할 수 있는 출퇴근 시간대를 사전에 정하고, 상사의 승인을 받아 출퇴근 시간을 선택하도록 하는 ‘자유출퇴근제’도 포함함

☐1)예(→문 B21\_1로)

☐2)아니오(→문 B22로)

B21\_1. 선택적 근로시간제를 도입하고 있다면, 얼마나 많은 근로자들이 선택적 근로시간제를 활용하고 있습니까?

☐1) 0%(활용한 근무자 없음)

☐2) 1~20%

☐3) 21~40%

☐4) 41~60%

☐5) 61~80%

☐6) 81~100%

B22. 다음은 유연적 근무와 관련된 지원제도입니다. 다음 제도들 중 현재 도입하여 활용하고 있는 것을 선택하여 주시기 바랍니다.

지 원 제 도	B22. 도 입 여 부	
1) 직무공유제(하나의 직무를 두 사람 이상이 공유하여 직무 공유자간 근무시간을 탄력적으로 조정하는 제도)	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
2) 경조휴가제(결혼, 직계가족 경조사 등이 있을 때 제공되는 유급휴가제도)	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
3) 장기근속휴가제(일정 근무기간이 경과하면 재충전을 위하여 진학, 여행 등을 할 수 있도록 장기간의 휴가를 내주는 제도)	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오

B23. 귀 시설에서는 ‘산전·후 휴가제도’를 도입하고 있습니까?

☞ 산전·후 휴가제도 : 임신 중의 여성 근로자가 산·전후에 90일의 휴가를 낼 수 있도록 하는 제도를 말함

☐1)예(→문 B23\_1로)

☐2)아니오(→문 B24로)

B23\_1. 산전·후 휴가 기간은 법에서 정하고 있는 90일 이외에 어느 정도를 더 제공하고 있습니까?

☐1)더 제공하지 않음

☐2)더 제공함(          일)

B24. 귀 기업(기관)에서는 ‘육아휴직제도’를 도입하고 있습니까?

☞ 육아휴직제도 : 1세미만(혹은 3세미만)의 영아가 있고 당해 사업장에서 1년 이상 근무한 남녀 근로자가 육아를 목적으로 휴직하는 제도를 말함

☐1)예(→문 B24\_1로)

☐2)아니오(→문 B25로)

B24\_1. 육아휴직의 기간은 법에서 정하고 있는 1년 이외에 얼마를 더 제공하고 있습니까?

☐1)더 제공하지 않음

☐2)더 제공함(          일)

B24\_2. 육아휴직 대상자 중 육아휴직을 실제로 활용한 근로자의 비율은 어느 정도입니까?

☐1) 0%(활용한 근로자 없음)

☐2) 1 ~ 20%

☐3) 21 ~ 40%

☐4) 41 ~ 60%

☐5) 61 ~ 80%

☐6) 81 ~ 100%

B25. 다음은 근무자의 출산휴가와 관련된 지원제도입니다. 다음 제도들 중 현재 도입하여 활용하고 있는 것을 선택하여 주시기 바랍니다. 제도를 도입하고 있다면 유급휴가입니까? 아니면 무급휴가입니까?

지 원 제 도	B25. 도 입 여 부		미 도 입
	유급휴가	무급휴가	
1) ‘배우자 출산휴가’ (남성근로자에 한함)	<input type="checkbox"/> 1)	<input type="checkbox"/> 2)	<input type="checkbox"/> 3)
2) 여성근로자 임신시 ‘태아검진’을 위한 휴가	<input type="checkbox"/> 1)	<input type="checkbox"/> 2)	<input type="checkbox"/> 3)
3) 배우자 임신시 ‘태아검진’을 위한 휴가(남성근로자에 한함)	<input type="checkbox"/> 1)	<input type="checkbox"/> 2)	<input type="checkbox"/> 3)
4) 배우자 조산/유산/사산 시 휴가(남성근로자에 한함)	<input type="checkbox"/> 1)	<input type="checkbox"/> 2)	<input type="checkbox"/> 2)

B26. 다음은 근무자의 출산·양육과 관련된 지원제도입니다. 다음 제도들 중 현재 도입하여 활용하고 있는 것을 선택하여 주시기 바랍니다.

지 원 제 도	B26. 설 치 여 부	
1) 직장보육시설	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
2) 산모휴게실 및 수유편의시설	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
3) 출산장려금 지원제도	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
4) 육아기 근로시간 단축제도	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
5) 육아 관련 보조금 혹은 장려금 지급(교육비 등 학자금 지원 포함)	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
6) 다자녀 가정 지원제도(가족 수당 등)	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오

## □ 교육훈련

B27. 귀 시설에서는 근무자들의 업무능력 향상을 위해 교육 및 훈련을 실시하고 있습니까?

☐1)예(→문 B27\_1로)

☐2)아니오(→문 B28로)

B27\_1. 귀 시설 근무자를 위한 교육 및 훈련 실적에 대해 응답해주십시오(2010년 10월 31일 기준)

- ☞ 교육훈련 : 직원의 능력개발과 전문성 향상을 위한 목적으로 출장 명령 하에 실시되는 내·외부 각종 세미나, 워크샵, 단기 프로그램, 수료증 자격증 발급 교육, 기타 교육과정 등을 의미함(교육훈련 참여시간 기준은 1일 교육은 8시간, 반일 교육은 4시간이며 일회성 행사는 제외)
- ☞ 위탁교육 : 정규 선발과정을 거치지 않고 특정기관의 요청에 따라 시행하는 교육을 의미함
- ☞ 보수교육 : 어떤 기술이나 학문에 대하여 보충하여 행하는 교육을 의미함

직원 교육	총 교육시간	총 교육비	총 참가인원
1) 시설 자체교육	_____시간	_____원	_____명
2) 외부 연수	_____회	_____원	_____명
3) 위탁교육	_____시간	_____원	_____명
4) 보수교육	_____시간	_____원	_____명

B28. 귀 시설 근무자가 보유하고 있는 자격증은 무엇입니까?(복수응답)

※ 귀 시설 근무자가 보유하고 있지 않은 자격증에는 '0'으로 처리해야 합니다.

자격증	직원 수	자격증	직원 수
1) 사회복지사 1급	_____명	2) 사회복지사 2급	_____명
3) 사회복지사 3급	_____명	4) 정신보건사회복지사1급	_____명
5) 정신보건사회복지사2급	_____명	6) 정신보건사회복지사3급	_____명
7) 특수교사	_____명	8) 간호사	_____명
9) 간호조무사	_____명	10) 물리치료사	_____명
11) 요양보호사1급	_____명	12) 요양보호사2급	_____명
13) 시설관리관련자격	_____명	14) 정신보건간호사	_____명
15) 정신보건임상심리사	_____명	16) 정신보건전문요원	_____명
17) 상담사(청소년, 심리 등)	_____명	18) 치료사(물리,음악,미술 등)	_____명
19) 건강가정사	_____명	20) 치위생사	_____명
21) 영양사	_____명	22) 방사선사	_____명
23) 평생교육사	_____명	24) 보육교사	_____명
25) 수화 통역사	_____명	26) 기타(_____)	_____명
27) 기타(_____)	_____명	28) 기타(_____)	_____명

## C 재정

### □ 재정일반

C1. [이용시설만 응답] 귀 시설의 재정현황에 대해 응답해주십시오(2010년 12월 31일 기준)

C1\_1. 귀 시설의 세입현황에 대해 응답해주십시오

구 분	2010년 도 예 · 결 산	
	예 산	결 산
1) 사업수입	_____원	_____원
2) 과년도 수입	_____원	_____원
3) 보조금 수입	_____원	_____원
4) 후원금 수입	_____원	_____원
5) 차입금	_____원	_____원
6) 전입금	_____원	_____원
7) 이월금	_____원	_____원
8) 잡수입	_____원	_____원
9) 총계	_____원	_____원

C1\_2. 귀 시설의 세출현황에 대해 응답해주십시오

※ 사무비와 사업비에 인건비가 포함되어 있는 시설은 인건비를 별도로 분리하여 해당항목에 기입해주십시오

구 분	2010년 도 예 · 결 산	
	예 산	결 산
1) 사무비	_____원	_____원
2) 인건비	기본급	_____원
	제수당	_____원
	기타(4대보험, 퇴직급여 등)	_____원
	계	_____원
3) 재산조성비	_____원	_____원
4) 사업비	국가·지자체보조금	_____원
	이용료(실비)	_____원
	후원금	_____원
	외부공모사업(기금)	_____원
	기타(이월금,법인전입금 등)	_____원
	소계	_____원
5) 과년도지출	_____원	_____원
6) 상환금	_____원	_____원
7) 잡지출	_____원	_____원
8) 예비비	_____원	_____원
9) 기능보강비	_____원	_____원
10) 총계	_____원	_____원

C2. [생활시설만 응답] 귀 시설의 재정현황에 대해 응답해주십시오(2010년 12월 31일 기준)

C2\_1. 귀 시설의 세입현황에 대해 응답해주십시오

구 분	2010년 도 예 · 결 산	
	예 산	결 산
1) 입소자부담금수입	_____원	_____원
2) 사업수입	_____원	_____원
3) 과년도 수입	_____원	_____원
4) 보조금 수입	_____원	_____원
5) 후원금 수입	_____원	_____원
6) 요양급여수입	_____원	_____원
7) 차입금	_____원	_____원
8) 전입금	_____원	_____원
9) 이월금	_____원	_____원
10) 잡수입	_____원	_____원
11) 총계	_____원	_____원

C2\_2. 귀 시설의 세출현황에 대해 응답해주십시오

※ 사무비와 사업비에 인건비가 포함되어 있는 시설은 인건비를 별도로 분리하여 해당항목에 기입해주십시오

구 분		2010년 도 예 · 결 산	
		예 산	결 산
1) 사무비		_____원	_____원
2) 인건비	기본급	_____원	_____원
	제수당	_____원	_____원
	기타(4대보험, 퇴직급여 등)	_____원	_____원
	소계	_____원	_____원
3) 재산조성비		_____원	_____원
4) 사업비	국가·지자체보조금	_____원	_____원
	이용료(실비)	_____원	_____원
	후원금	_____원	_____원
	외부공모사업(기금)	_____원	_____원
	기타(이월금,법인전입금 등)	_____원	_____원
	소계	_____원	_____원
5) 전출금		_____원	_____원
6) 과년도지출		_____원	_____원
7) 상환금		_____원	_____원
8) 잡지출		_____원	_____원
9) 예비비		_____원	_____원
10) 적립금		_____원	_____원
11) 준비금		_____원	_____원
12) 총계		_____원	_____원

C3. 귀 시설의 법인전입금 규모는 어느 정도입니까?

1) 2008년 도		2) 2009년 도		3) 2010년 도		4) 2011년도(예산)		5) 2012년도(계획)	
_____원	<input type="checkbox"/> 해당없음	_____원	<input type="checkbox"/> 해당없음	_____원	<input type="checkbox"/> 해당없음	_____원	<input type="checkbox"/> 해당없음	_____원	<input type="checkbox"/> 해당없음

## D 사업 및 프로그램

### □ 프로그램 운영 일반

D1. 귀 시설이 운영하고 있는 프로그램 현황에 대해 응답해주시시오(2010년 12월 31일 기준)

☞ 프로그램 : 시설의 목표를 달성하고 구성원들의 성장과 변화를 촉진하기 위해 활용하는 매체로 집단 활동의 계획 및 실시, 평가에 이르는 전 과정을 의미함. 예를 들어 가족복지사업의 경우 단위사업으로 가족관계증진사업이 있으며 그에 따른 프로그램으로는 가족교육, 부부상담 등이 있을 수 있음

※ 연간프로그램 실적보고서, 시·군·구보고용 사업실적보고서 및 내부사업자료, 연도별 사업실적보고서, 연도별 분기실적보고서, 사업평가보고서, 최근재수탁보고서 등을 참조하여 작성해주시시오

구분	프로그램 총계 1)+2)	1) 2009년 운영 프로그램	2) 2010년 신규 프로그램
1) 총 프로그램 수	1) _____ 개	2) _____ 개	3) _____ 개
2) 국가·지자체보조금	1) _____ 개	2) _____ 개	3) _____ 개
3) 실비프로그램	1) _____ 개	2) _____ 개	3) _____ 개
4) 무료프로그램	1) _____ 개	2) _____ 개	3) _____ 개
5) 외부공모사업(기금)	1) _____ 개	2) _____ 개	3) _____ 개

D2. 귀 시설에서는 외부강사를 활용하여 프로그램을 진행하고 있습니까?

□1)예(→문 D2\_1로)

□2)아니오(→문 D3으로)

D2\_1. 귀 시설의 외부강사는 총 몇 명입니까? 계약형태별로 응답해주시시오

※ 기관 내 모든 프로그램의 유·무료 강사계약서와 월 단위, 상·하반기 단위의 계약서를 참조하여 작성해주시시오(단, 일시적인 1회성 강의는 제외)

총 인원 1)+2)+3)	D2_1. 계약형태		
	1) 매월	2) 6개월~12개월	3) 1년 이상
_____명	_____명	_____명	_____명

D2\_2. 외부강사를 활용하고 있는 프로그램은 총 몇 개입니까? (2010년 12월 31일 기준)  
\_\_\_\_\_개



## □ 이용자 현황

D3. 귀 시설은 성별, 연령 등 이용자 인적사항을 시스템에 전산화하여 등록·관리하고 있습니까?

□1) 예

□2) 아니오

## [노숙인 시설의 경우 생활시설에 기입해주십시오]

D4. 귀 시설의 등록인원에 대해 응답해주십시오

D4\_1 [이용시설만 응답] 귀 시설의 프로그램을 이용하고 있는 등록인원을 기입해주십시오(2010년 12월 31일 기준)

구분		2010년 (전년도 포함)
전 체	1) 등록인원 수	_____명 □ 파악불가
성 별	1) 남자	_____명 □ 파악불가
	2) 여자	_____명 □ 파악불가
대상별	1) 장애인	_____명 □ 파악불가
	2) 노인(65세 이상)	_____명 □ 파악불가
	3) 국민기초생활보장 수급자	_____명 □ 파악불가
	4) 기타(_____)	_____명 □ 파악불가

D4\_2 [생활시설만 응답] 귀 시설에서 생활하고 있는 등록인원을 기입해주십시오(2010년 12월 31일 기준)

구분		2010년 (전년도 포함)
정원/현원	1) 시설 정원 수	_____명 □ 파악불가
	2) 시설 현원 수(연평균)	_____명 □ 파악불가
	3) 정원 대비 현원 비율	_____ % □ 파악불가
성 별	1) 남자	_____명 □ 파악불가
	2) 여자	_____명 □ 파악불가
대상별	1) 장애인	_____명 □ 파악불가
	2) 노인(65세 이상)	_____명 □ 파악불가
	3) 국민기초생활보장 수급자	_____명 □ 파악불가
	4) 기타(_____)	_____명 □ 파악불가
입소/퇴소	1) 입소자수	_____명 □ 파악불가
	2) 퇴소자수	_____명 □ 파악불가

## □ 사례 관리 [사례 관리업무담당자가 응답해 주십시오]

D5. 귀 시설은 사례관리 사업을 현재 시행하고 있습니까?

☐1) 예(→문 D5-1로)

☐2) 아니오(→문 D8로)

D5\_1. 귀 시설의 사례관리 현황에 대해 응답해주십시오(2011년 10월 31일 기준)

D5\_2. 사례관리 업무를 담당하고 있는 인력은 총 몇 명입니까?

- ☞ 일반 사례관리 : 단편적 욕구를 가지고 있으며, 주로 법정급여서비스 중심의 일상적 모니터링이 필요한 사례임
- ☞ 집중/전문 사례관리 : 복합적 욕구를 가지고 있어서 집중적 개입이 필요한 사례, 알코올이나 정신질환 등 복합적 문제로 인하여 지속적이고 전문적 개입이 필요한 경우 등임

D5_1. 사례관리 현황			D5_2. 전담직원 수
1+2) 총계	1)일반 사례관리 수	2) 집중/전문 사례관리 수	
_____ 개	_____ 개	_____ 개	_____명

D6. 아래의 사례관리과정 중 귀 시설이 수행하고 있는 활동은 무엇입니까?

D6\_1. 이 활동 중 사례관리에 포함된다고 생각되는 것은 무엇입니까?

활동 내용	D6. 시행여부			D6_1. 이 활동은 사례관리 활동에 포함된다고 생각하는가?	
1) 사례관리 대상자 발굴	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오	<input type="checkbox"/> 3) 해당없음	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
2) 접수 및 상담	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오	<input type="checkbox"/> 3) 해당없음	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
3) 자산조사	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오	<input type="checkbox"/> 3) 해당없음	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
4) 욕구조사	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오	<input type="checkbox"/> 3) 해당없음	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
5) 서비스·급여 대상자 선정	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오	<input type="checkbox"/> 3) 해당없음	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
6) 서비스 제공계획 수립	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오	<input type="checkbox"/> 3) 해당없음	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
7) 서비스·급여지급	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오	<input type="checkbox"/> 3) 해당없음	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
8) 서비스 연계	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오	<input type="checkbox"/> 3) 해당없음	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
9) 지역자원발굴	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오	<input type="checkbox"/> 3) 해당없음	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
10) 서비스 점검	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오	<input type="checkbox"/> 3) 해당없음	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
11) 자격 변동 관리	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오	<input type="checkbox"/> 3) 해당없음	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
12) 종결	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오	<input type="checkbox"/> 3) 해당없음	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
13) 사후관리	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오	<input type="checkbox"/> 3) 해당없음	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오

D7. 사례관리업무를 수행할 때 겪는 가장 큰 어려움은 무엇이라고 생각하십니까? 우선순위로 3가지를 응답해 주십시오.

1순위 : 2순위 : 3순위 :

- |                   |                         |
|-------------------|-------------------------|
| 1) 업무과중(시간부족)     | 2) 사례관리 지식 및 기술 부족      |
| 3) 슈퍼비전 부족        | 4) 기관이나 직원의 사례관리 전문성 부족 |
| 5) 사례관리 교육 부족     | 6) 지역사회 자원부족            |
| 7) 지역사회 기관의 연계 부족 | 8) 공공분야의 유관기관과의 협력 부족   |
| 9) 기타( )          |                         |

D8. 귀 시설은 관할 자치구의 지역사회복지협의체 사례관리 분과에 참여하고 있습니까?

☐1) 참여하고 있다(→문 D8\_1로) ☐2) 참여하지 않고 있다(→문 E1로)

D8\_1. 사례관리 분과에서 주최하는 사례회의에 어느 정도 참여하고 있습니까?

- ☐1) 매번 참석한다(→문 D8\_3로)  
☐2) 우리기관의 사례와 관련 있을 때에만 참석한다 (→문 D8\_3로)  
☐3) 대체로 잘 참석하지 못한다(→문 D8\_2로)  
☐4) 거의 참석하지 않는다(→문 D8\_2로)

D8\_2. 사례회의에 잘 참석하지 않는 이유는 무엇입니까?

- ☐1) 지역사회복지협의체에서 사례회의를 개최하지 않아서 참석하지 않는다.  
☐2) 도움이 되지 않아서 참석하지 않는다.  
☐3) 업무과중으로 시간이 없어서 참석하지 않는다.  
☐4) 기타(내용: )

D8\_3. 전반적으로 볼 때, 사례회의가 사례관리의 목적을 어느 정도 달성하고 있다고 생각하십니까?

- ☐1) 전혀 달성하지 못하고 있다. ☐2) 대체로 달성하지 못하고 있다.  
☐3) 보통이다. ☐4) 대체로 잘 달성하고 있다.  
☐5) 매우 잘 달성하고 있다.

## E 네트워크

### □ 연계 활동

E1. 귀 시설에서 지난 1년간(2010년 1월~12월) 성공적인 업무수행을 위해 타 기관과의 연계활동을 진행한 적이 있습니까?

☐1) 있다(→문 E2로)

☐2) 없다(→문 E1\_1로)

E1\_1. 타 기관과의 연계활동을 하지 않은 이유는 무엇입니까? 우선순위대로 3가지를 응답해 주십시오.(→문 E5로)

1순위 : \_\_\_\_\_ 2순위 : \_\_\_\_\_

3순위 : \_\_\_\_\_

- |                       |                        |
|-----------------------|------------------------|
| 1) 불필요하므로             | 2) 연계 가능 기관에 대한 정보부족으로 |
| 3) 연계로 인한 업무과중으로      | 4) 예산 등 자원부족으로         |
| 5) 기관장 인식부족으로         | 6) 관련 기관 간 경쟁 심리로      |
| 7) 행정절차 및 서류작업이 번거로워서 | 8) 기타(_____)           |

E2. 귀 시설에서는 연계(네트워크) 업무를 누가 담당하고 있습니까?(중복응답 가능)

☐1) 전담직원

☐2) 해당프로그램 담당자

☐3) 여건과 상황에 따라 결정

☐4) 기타

E3. 귀 시설에서 연계(네트워크)를 맺은 기관(기업) 몇 개소입니까?(2010년 12월 31일 기준)

E3\_1. 연계 기관(기업) 가운데, 공식적으로 연계된 기관은 몇 개소입니까?

구 분	총계	정부 기관 (공단 등 포함)	의료 기관	사회복지 기관/시설	교육 기관	시민 단체	종교 단체	민간 기업	기타
전체	_____개	_____개	_____개	_____개	_____개	_____개	_____개	_____개	_____개
공식적 관계	_____개	_____개	_____개	_____개	_____개	_____개	_____개	_____개	_____개

### □ 자원봉사자

E4. 귀 시설에 등록된 자원봉사자 현황에 대해 응답해주십시오(2010년 12월 31일 기준).

총 인원	성별		연령				
	남	여	0-30세	31-40세	41-50세	51-64세	65+세
명	명	명	명	명	명	명	명

E5. 귀 시설에 등록된 자원봉사자의 활동기간에 따른 비율을 말씀해 주십시오(2010년 12월 31일 기준).

구 분	전체 자원봉사자 대비
1) 1일 봉사자	_____ %
2) 단기(5일 이상~) 봉사자	_____ %
3) 장기(6개월 이상~) 봉사자	_____ %

E6. 귀 시설에는 자원봉사자의 욕구가 반영될 수 있는 의견 수렴 창구가 마련되어 있습니까?

☐1) 예

☐2) 아니오

## □ 후원자

E7. 귀 시설은 모금 등의 자원개발 업무를 직접 수행하고 있습니까?

☐1) 예(→문 E7\_1로)

☐2) 아니오(→문 E8로)

E7\_1. 귀 시설의 후원 현황에 대해 응답해주시시오(2010년 12월 31일 기준).

구분			2010년
후원 주체		1) 개인(등록인원)	_____명
		2) 법인·단체(등록단체)	_____수
후원 기간	일시	1) 일시적 후원(1년 미만/개인)	_____명
		2) 일시 후원(1년 미만/법인,단체)	_____수
	장기	3) 장기적 후원(1년 이상/개인)	_____명
		4) 장기 후원(1년 이상/법인,단체)	_____수

E7\_2. 귀 시설의 후원금 현황에 대해 응답해주시시오(2010년 12월 31일 기준)

구분	2010년
1) 개인	_____원
2) 법인·단체	_____원
3) 기타	_____원
4) 총계(자동계산)	_____원

## □ 전산망

E8. 귀 시설에서는 다음과 같은 전산시스템을 사용하고 있습니까?

구분	사용 여부	
1) 사회복지시설정보시스템	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
2) 진우	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
3) 새울	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
4) welfare114	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
5) SWM	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
6) VMS	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
7) 기타 1(_____)	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
7) 기타 2(_____)	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오
7) 기타 3(_____)	<input type="checkbox"/> 1) 예	<input type="checkbox"/> 2) 아니오

E9. 귀 시설에서 전산망을 사용하는 데 있어 개선이 필요한 사항이나 추가되었으면 하는 기능이 있다면 말씀해 주십시오(예 : 사례관리시스템 항목개발 등 가이드라인 제시 등)

## F 의견수렴

F1. 수요자(이용자) 중심으로 시설을 운영하는 데 있어 가장 큰 애로사항은 무엇입니까? 우선순위로 3가지를 응답해주십시오

1순위 : \_\_\_\_\_

2순위 : \_\_\_\_\_

3순위 : \_\_\_\_\_

1) 예산부족

2) 이용자·입소자 관리문제

3) 인력부족

4) 전문성 부족

5) 정부의 지나친 간섭

6) 법적 보호장치 미비

7) 사회적 무관심

8) 자원봉사자 부족

9) 기타 \_\_\_\_\_

F2. 수요자(이용자) 중심의 시설 운영을 위해 서울시 및 자치구 복지정책의 개선 필요사항이나 시설지원방안 등에 관해 귀하의 의견을 자세하게 말씀해 주십시오.

마지막으로 응답하신 분에 대한 정보를 부탁드립니다. 응답하신 분(기관)께 추첨을 통해 상품권을 보내 드릴 예정입니다.

응답자 특성	응답자 성명		부서명/	
	직위		전화번호	
	Fax 번호		핸드폰번호	
	이메일 주소			

\*장시간 동안 수고하셨습니다. 감사합니다.\*