

조직문화가 의료사회사업서비스의 질에 미치는 영향에 관한 연구

강 흥 구
전주대 사회복지학과

<Abstract>

A study on the quality of medical social work influenced by organizational culture of hospital

Heung Gu Kang
Dept. of Social welfare, Jeonju University

In this study, the impact of organizational culture on the quality of social work services in hospitals were empirically analysed. A mailed questionnaire survey was conducted between February 19 and April 10, 2001. A sample of total 70 hospitals, including general hospitals with one social worker at least and single-department hospital with two social workers or more, were identified nationwide through the registry of Korean Association of Medical Social Workers and Korean Association of Hospitals.

According to coping strategy and reacting pattern with the environmental changes, four types of organizational culture in each hospital, classified as group culture, developmental culture, hierarchial culture, and rational culture, were adopted for the independent variables. Three dimensional aspects of quality of social work service - structure, process, and outcome were selected as dependent variables in this study. Also the quality of social work service was distributed into provider-perceiving quality and consumer-perceiving quality.

The major findings were as following in summary ; First, most social workers reported that the characteristic of culture in their hospitals are group culture the first, hierarchial culture the second, developmental culture the third, and rational culture finally in order of

† 교신저자 : 강흥구, 전주대 사회복지학과 (063-220-2931, bluekang62@hanmail.net)

social worker's recognition. Second, comparing the level of quality perceived between service provider and consumer, The provider-perceiving quality showed less score than that of consumer, especially the lowest was the score of quality of outcome perceived by provider. Third, according to the types of organizational culture, there were significantly different levels of quality in total social work services, structure dimension and process dimension. The quality of outcome dimension did not show significant differences among the type of organizational culture. Finally, the most influential variables to the quality of social work service proved departmental form of social work unit, leader of social work unit, and developmental culture of hospital.

To assure quality services, accordingly, social work unit in hospital is required to be organized as a single unit, that means to be an independent department of which qualified social worker is supposed to control the unit. It is strongly recommended to develop leadership for the leaders of social work unit.

Key Words : organizational culture, medical social work, quality of service

I. 서 론

조직 유효성을 제고하기 위해 1970년대 이후 등장한 것이 조직문화(organization culture)의 개념이다. 조직문화는 거시적인 문화의 개념을 미시적인 조직수준에 적용시킨 것으로, 한 조직의 구성원들이 공유하고 있는 가치관과 신념, 이념, 규범, 행동양식을 포함하는 종합적인 개념으로 조직의 구성원과 조직 전체의 행동에 영향을 미치는 기본 요소를 말한다(한국의료 QA학회 1999). O'Reilly(1989)는 조직문화를 공유된 강한 핵심가치로, Ouchi(1981)는 조직 구성원에게 조직의 가치와 신념을 전달하는 상징, 의식 등의 집합으로, Siehl & Martin(1981)은 조직을 하나로 엮는 사회적 또는 규범적 접착체로 조직문화를 정의하고 있다. Kilmann(1988)은 조직구성원들을 함께 결합시켜주는 공유된 가치와 행동을 조직문화로 보았으며, Tunstall(1983)도 조직문화란 각 조직의 독특한 믿음, 관습, 풍습, 가치체계, 행위규범, 경영방식 등의 집합으로서 조직 활동을 위한 특정 유형을 형성하며 조직내의 생활을 특징 지우는 묵시적·명시적 행위 및 감정의 패턴이라고 하였다.

Deal & Kennedy(1982)는 조직문화가 조직의 생존과 성장, 발전에 기본이 되기 때문에 적극적으로 조직문화를 형성해야 한다고 주장하고 있다. Smircich(1983)에 의하면 조직문화는 조직 구성원에게 일체감을 제공하며, 체계의 안정성을 높여주고, 자신 보다 더 큰 헌신

(commitment)과 조직 행위를 유도하고 형성시키는 감지도구(sense-making)로 작용한다고 하였다. Schein(1985) 또한 조직이 외부에 적응하기 위한 구성원간 합의 도출과정에 조직문화가 역할을 하며, 집단의 존속과 적응을 지속하기 위한 능력을 보장하기 위한 내부 과정의 통합기능을 조직문화가 수행한다고 하였다.

이미 많은 선행 연구에서 조직문화는 조직성과와 밀접한 관련성이 있는 것으로 밝혀진바 있다(Smircich 1983 ; Mintzberg 1983 ; Schein 1985 ; Kast & Rosenzweig 1985 ; Rondeau & Wager 1998 ; 이종찬 1996 ; 장금성 외 1996 ; 조희숙 외 1999). 구체적으로 조직문화는 조직의 생산성, 능률, 수익과 같은 재무적 성과에 영향을 미치기도 하며, 직원의 직무만족, 조직몰입도 등의 주관적 지표에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 본 연구에서는 의료사회사업서비스의 질을 조직효과성 차원에서 검토하고, 조직문화가 의료사회사업서비스의 질에 영향을 미치는지 살펴보고자 한다. 그러나 조직문화와 서비스의 질과의 관련성을 밝힌 연구는 극히 제한되어 있다. Scott & Richard(1999)와 Klein & Masi(1995) 등의 연구에서 조직문화 유형에 따라 서비스의 질에 차이가 있음을 밝히고 있는 정도가 고작이다. 더욱이 조직문화와 의료사회사업서비스의 질과의 관계를 밝힌 선행연구는 없다. 때문에 본 연구의 결과를 비교하는데는 어려움이 있지만 그렇기 때문에 본 연구의 의의가 있는 것으로 보인다.

1950년대 후반, 자선과 선교를 목적으로 일부 병원부터 도입되기 시작한 우리 나라의 의료사회사업서비스는 많은 양적, 질적 성장의 과제를 안고 있다. 현대의 조직은 매우 빠른 속도의 적응과 대처를 요구하고 있는데, 특히 의료분야의 경우 의약분업의 시행, 건강보험제도의 변화, 포괄수가제의 확대실시 등 수가체계의 변화와 이용자들의 다양한 요구에 반응하지 않으면 생존하기 어려운 상황이 되었다. 의료사회사업분야의 경우도 정신보건법 제정, 장기이식 등 적출에 관한 법률 시행, 가정폭력 예방 방지법의 시행 등에 따라 사회복지사들에게 새로운 역할이 기대되어지고 있으며, 질적 접근의 필요성이 매우 강조되고 있다.

의료사회사업서비스의 질적 접근을 위해서는 우선 의료사회사업서비스의 질이 무엇인지 규명되어야 한다. 질 보장의 출발은 질의 평가로부터 시작되기 때문에 평가의 기준과 지표가 중요하다(NASW 1989 ; Croxton, Jayaratne & Mattison 1995). 그러나 우리의 경우 전미사회사업가협회(National Association of Social Workers)나 의료기관신임합동심의회(Joint Committee on Accreditation of Healthcare Organization)의 의료사회사업부문의 심사기준과 같은 뚜렷한 기준이나 원칙 없이 병원의 사정에 따라 각기 다른 의료사회사업서비스를 시행해 오고 있는 실정이다. 1981년 병원 신임제도의 일환으로 도입된 병원표준화 심사제도와 1995년부터 시행된 병원의 서비스 평가제도가 시행되면서 의료사회사업서비스의 평가기준이 제시되기도 하였으나 매우 낮은 점수 비중, 형식적인 심사, 평가 항목의 부적절성 등으로 인하여 사회사업분야에 필요한 적정 수준의 질을 담보하지 못하고 있다(강홍구 1999).

따라서 본 연구에서는 질 평가 기준과 지표에 대한 규명 작업을 먼저 진행하였다. 다음 단계로 의료사회사업서비스가 각 병원에서 각기 다르게 이루어지는 것에 착안하여 조직문화를 독립변수로 설정하고, 이러한 조직문화가 의료사회사업서비스의 질에 미치는 영향을 고찰하여, 의료사회사업서비스의 질 향상 방안을 모색하고자 하였다. 조직문화는 환경의 변화에 적응을 강조하는 Kimberly & Quinn(1984)의 조직문화 유형에 근거하였으며, 의료사회사업서비스의 질은 Donabedian(1980)의 질 평가 모형에 입각하여 의료사회사업서비스의 질을 공급자 중심의 질과 이용자의 중심의 질로 구분하고, 이를 각각 구조, 과정, 결과의 차원에서 규명하였다.

II. 연구대상 및 방법

1. 연구의 분석 틀

본 연구는 변화하는 의료환경과 이용자의 다양한 요구에 부응하여 의료사회사업서비스의 질을 증진시키기 위한 방안의 하나로서<그림 1>과 같이 병원의 조직문화가 의료사회사업서비스의 질에 미치는 영향을 살펴보고자 하였다.

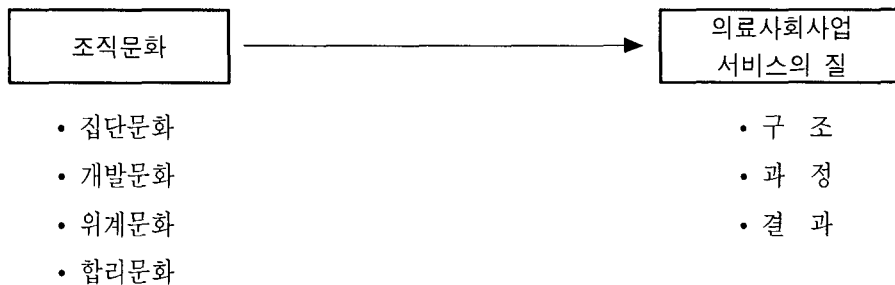


그림 1. 연구의 분석 모형

2. 변수의 조작적 정의

1) 조직문화

본 연구에서 조직문화란 조직이 내·외의 환경 변화에 대한 적응과정에서 조직 구성원들이 공유하고 있는 기본적인 가치체계로, 구성원들의 행동과 사고를 지배하고 조직 구조와 상호작용 하는 것으로 그 조직을 고유하게 특징 지우는 것으로 정의하고, 환경변화에 반응을

보이는 조직문화가 좋은 성과를 낼 수 있다는 적응문화 관점에서 Kimberly & Quinn(1984)이 사용한 조직문화유형을 사용하였다. 이 모형에서는 조직을 관리라는 측면에서 융통성과 통제, 조직관점의 측면에서 내적이고 미시적 차원과 외적이고 거시적인 차원으로 나누어 조직문화를 구분하고 있다. 이 두 가지 기준에 의해 <그림 2>와 같이 집단문화(group culture), 개발문화(developmental culture), 위계문화(hierarchical culture), 합리문화(rational culture) 유형을 사용하였다. 각 조직문화의 조작화된 개념은 다음과 같다.

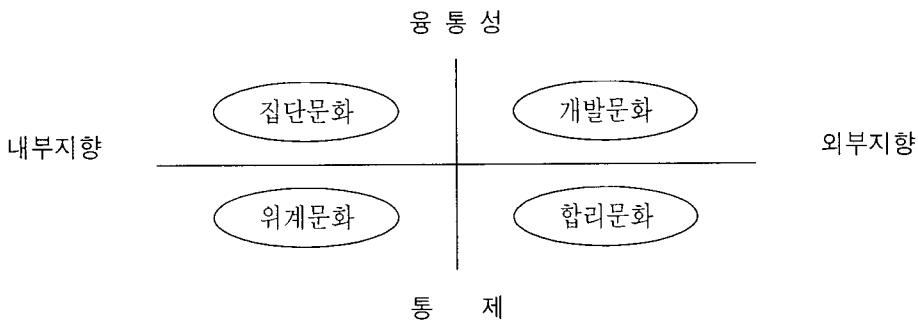


그림 2. Kimberly & Quinn의 조직문화 유형

- (1) 집단문화 : 집단문화는 구성원들의 동기를 유발하여 상호간의 신뢰감과 화목, 집단의식을 강조하는 반면에 환경변화에 있어서는 비교적 소극적인 경향을 보인다. 조직의 유연성과 내부의 체제 유지에 가치를 두고 있으며 구성원들의 신뢰감, 친밀감, 인간적 유대감, 인간적 배려를 우선 시하는 업무 수행 방식을 지향한다.
- (2) 개발문화 : 개발문화는 구성원 상호간의 협력을 통하여 동기를 유발하고 능력을 최대한 발휘하며, 외부환경에 대하여 적극적으로 대응해 나가는 특징을 지닌다. 새로운 아이디어의 개발 및 개방적 상호작용, 모험과 도전, 신속하고 융통성 있는 업무 처리의 특성이 강조되고, 변화와 성장이 강조되며 인간 중심적이다.
- (3) 위계문화 : 위계문화는 구성원들이 공식조직과 절차에 의한 안전하고 확실한 업무처리, 조직의 장기적인 존속을 위한 운영의 지속성을 강조하면서 환경변화에 적극적으로 대처하기 보다는 현상유지에 더 많은 노력을 기울이는 문화이다. 명확한 공식절차와 규정, 관습화된 업무처리, 직권과 서열의식과 같은 특성이 강하게 나타나며, 고도로 일상적이고 표준화된 활동을 수행한다.
- (4) 합리문화 : 합리문화는 체계적이고 능률적인 조직관리를 강조하면서 환경 변화에 적극적으로 대처해 나가는 특징을 갖고 있다. 따라서 목표설정과 계획수립, 능률적인 과업달성, 실적위주의 업무관리와 같은 과업 지향적 특성이 비교적 강하게 나타난다. 생산성, 성과, 목적달성 등을 강조하며, 리더는 지시적이고, 목표 지향적이다.

2) 의료사회사업서비스 질

의료사회사업서비스의 질이란 의료사회사업 조직을 통하여, 제공하는 서비스의 질을 의미하며, 이것은 구조 뿐 아니라 서비스를 산출하는 과정과 서비스의 결과까지 포함하는 포괄적인 개념으로서, 여기에는 의료사회복지사가 갖는 전문적 기술 수준 뿐 아니라, 사회복지사와 이용자의 관계성 속에서 이루어지는 상호과정과 그 결과를 포함한다.

본 연구에서는 의료사회사업서비스의 목적을 이용자의 욕구 충족에 두고, 의료사회사업서비스의 질을 <표 1>과 같이 유형성, 접근성, 적합성, 부합성, 신뢰성, 예의, 의사소통, 민감성, 감정이입 차원에서 조작적으로 사용하고자 하였다. 구체적으로 이러한 의료사회사업서비스의 질을 Donabedian(1980)의 구조, 과정, 결과의 질로 나누고 공급자 중심의 질과 이용자 중심의 질 차원으로 평가하였다. 공급자 중심의 질은 의료사회사업서비스가 제공되는 조건에 해당하는 것으로 과학적, 기술적 질에 해당하며 효과적인 서비스가 이루어지도록 구조, 과정, 결과의 측면에서 체계를 갖추는 것을 말한다. 이용자 중심의 질은 의료사회사업서비스의 조건에 의하여 제공된 서비스에 대한 이용자의 반응으로 물리적인 환경이나 시설에 대한 만족이나 서비스 제공자의 태도 또는 의사소통 과정상의 만족을 말한다. 각각의 질에 대한 개념은 다음과 같다.

- (1) 구조의 질 : 구조란 의료사회사업 서비스가 제공되는 조건을 가리키는 말로, 상담실 및 장비와 같은 물적 자원, 사회복지사의 수와 자격 종류와 같은 인적자원과 조직적 특성을 말한다. 구조에 해당되는 질의 구성요소로는 유형성, 접근성, 적합성 등이 있으며, 본 연구에서는 구체적으로 사회복지사의 수, 사회복지사의 자격, 사회복지사의 학력, 전문성을 향상시키기 위한 교육과 슈퍼비전 체계, 부서의 독립성, 책임자의 요건, 상담실의 독립성, 사회사업서비스에 대한 홍보를 공급자 중심의 질에서 평가하였고 접근성과 상담의 수월성은 이용자 중심의 질에서 평가하였다.
- (2) 과정의 질 : 과정은 사회복지사가 이용자에게 서비스를 제공하는 행위와 그 행위를 얼마나 잘 했는가를 가리키는 말로, 이용자에 대한 서비스를 증진시키기 위하여 사회사업적 지식과 기술을 적용하여 이용자와 실제로 관계를 수립하는 것을 말한다. 과정의 질을 구성하는 요소로는 부합성, 신뢰성, 예의, 의사소통, 민감성, 감정이입 등이 해당되며, 본 연구에서 부합성은 공급자 중심의 질에서 업무규정과 절차, 팀워크, 의뢰체계, 사정(assessment)체계, 문제환자 발견체계, 사회사업기록, 신속한 응답체계, 질 보장 체계 등이 얼마나 기준에 부합하는지를 평가하였고, 신뢰성, 예의, 의사소통, 민감성, 감정이입 등은 이용자 중심의 질에서 평가하였다.
- (3) 결과의 질 : 결과는 서비스 과정의 결과로 나온 기대된 성취나 실제 성취를 지칭하는

말로, 질의 구성 요소로는 욕구 충족성이 해당된다. 이 결과에는 기능과 안녕의 변화 뿐 아니라 지식과 행위에서의 변화와 이용자의 만족도가 포함되어 있다. 본 연구에서는 만족도 평가, 프로그램 평가 등의 시행여부를 공급자 중심의 질에서 평가하였고, 이용자 중심의 질에서 서비스에 대한 만족도를 평가하였다.

<표 1> 의료사회사업의 질 구성 요소와 평가기준

구분	구성 요소	평 가 기 준
구조	· 유형성	① 사회복지사의 수가 충분한지?
	· 접근성	② 사회복지사는 자격을 갖추고 있는지?
	· 적합성	③ 사회복지사의 전문성을 발전시키기 위한 교육과 슈퍼비전 체계를 갖고 있는지?
		④ 사회사업서비스가 독립적으로 이루어지고 있는지?
		⑤ 접근성은 잘 갖추고 있는지?
		⑥ 사회사업상담 공간을 갖고 있는지?
과정	· 부합성	① 업무의 매뉴얼을 가지고 있는지?
	· 신뢰성	② 팀웍이 잘 이루어지고 있는지?
	· 예의	③ 의뢰체계를 갖고 있는지?
	· 의사소통	④ 이용자의 문제를 사정하는 체계를 갖고 있는지?
	· 민감성	⑤ 고위험 환자를 스크리닝하는 체계를 갖고 있는지?
	· 감정이입	⑥ 기록의 체계를 갖고 있는지?
		⑦ 질 보장 체계를 갖고 있는지?
		⑧ 사회복지사는 신뢰성, 예의, 의사소통, 민감성, 감정이입을 잘 하고 있는지?
결과		· 욕구충족성
	② 원하는 서비스를 받았는지?	
	③ 문제해결에 도움이 되었는지?	

3. 측정도구

병원 조직문화의 유형 측정은 Kimberly & Quinn(1984)의 이론을 바탕으로 조직문화를 측정할 선행연구(원성연 1989 ; 이종찬 1996)의 설문문항을 사용하였다. 도구는 총 24문항으로 집단문화(6문항), 개발문화(6문항), 위계문화(6문항), 합리문화(6문항)를 측정하도록 구성하였

으며 측정기준은 리커트형 5점 척도를 사용하였다. '매우 부정' 1점에서 '매우 긍정' 5점으로 내적 신뢰도를 나타내는 Cronbach's alpha 값은 <표 2>에 나타난 바와 같이 집단문화 0.88, 개발문화 0.84, 위계문화 0.68, 합리문화 0.78이었다.

의료사회사업서비스의 질에 대한 측정 도구는 Donabedian(1980)의 개념을 원용하여 만들었고, 사회복지사에 의해 내용 타당도가 인정된 도구를 사용하였다. 도구의 개발은 2단계로 이루어졌는데, 첫 번째 도구의 개발¹⁾ 단계에는 A 대학병원의 사회복지사 6명이 참여하여 7개의 사회사업 표준과 31개의 기준과, 그에 따른 지표는 61개를 개발하였다. 두 번째 단계에서는 이렇게 개발된 기준과 지표의 내용 타당성 조사를 전국의 56명의 사회복지사²⁾를 대상으로 실시하였다. 조사결과 본 연구에서 사용하고자 하는 의료사회사업서비스의 전체 기준과 지표에 대한 내용 타당성³⁾의 평균은 3.5점으로 비교적 높아 모든 평가기준을 조사도구로 사용하였으며, 후에 3가지 기준을 추가하였다.

도구는 총 34문항으로 측정기준은 리커트형 4점 척도를 사용하였다. 이용자 중심의 질은

- 1) 측정도구의 개발은 1회의 브레인스토밍 과정과 4회의 토론회를 거쳤다. 브레인스토밍 과정에서는 의료사회사업서비스의 질 측정 기준이 될 수 있는 항목을 생각나는 대로 말하게 하여 그 내용을 기록하였다. 기록된 내용은 유사항목별로 분류하여 미리 각 사회복지사에게 나누어주고, 추가할 내용을 체크하여 회의에서 토론하는 방식으로 진행하였다. 이와 같은 형식으로 1차와 2차 회의에서는 유사기준을 통합하고 추가적인 측정기준을 만들었다. 이때도 역시 구조, 과정, 결과의 측면으로 기준을 분류하였고 이를 포괄하는 7개의 표준을 설정하였다. 3차와 4차의 회의는 각 기준에 따른 지표를 설정하였다. 지표의 개발은 실제 의료사회사업 영역에서 수행되고 있는 사항을 중심으로 현실적으로 측정 가능한 요소를 고려하였다.
- 2) 표집된 사회복지사는 본 연구의 모집단 중 사회복지사의 수가 3인 이상인 병원 20개 병원 중 5개의 병원, 사회복지사수가 2명인 병원 20개 병원 중 5개 병원, 사회복지사 수가 1명인 42개 병원 중 5개의 병원을 무작위로 추출(random sampling)하여 각각 그 병원에 근무하고 있는 사회복지사를 대상으로 우편 설문 조사하였다. 대상자 56명중 36명이 응답하였으며(응답율: 64.3%), 이 조사에 참여한 사회복지사의 평균 연령은 32.3세였으며(표준편차 5.85), 근무기간은 5년 6개월이었고, 석사 이상의 학력 수준(72.2%)을 갖고 있었다. 기준에 따른 지표의 타당성 조사를 위한 척도로는 4단계의 Likert식 척도를 사용하였으며, 점수는 '매우 타당하다' 4점, '비교적 타당하다' 3점, '약간 타당하다' 2점, '타당하지 않다' 1점으로 처리하였다.
- 3) 공급자 중심의 질에 대한 타당성이 3.43점으로 이용자 중심의 질에 대한 기준과 지표에 대한 타당성 3.51보다 낮게 나타났다. 구조, 과정, 결과의 측면에서 살펴보면 과정의 질에 대한 기준과 지표에 대한 타당도가 3.57로 제일 높았으며, 구조 3.48점, 결과 3.32점의 순을 보였다. 이를 구체적인 기준별로 살펴보면 타당도가 높게 인식된 기준으로는 사회사업 서비스는 사회복지사에 의해 제공되어야 한다(3.8점으로 가장 높았으며, 사회사업상담을 위한 독립된 공간이 있어야 한다(3.72점), 사회복지사는 이용자에게 신뢰감을 주어야 한다(3.71점), 사회사업의 업무 진행은 업무규정에 의해 이루어져야 한다(3.69점), 사회복지사는 이용자와 원활한 의사소통을 해야 한다(3.67점), 사회복지사는 지속적인 슈퍼비전을 받아야 한다(3.66점), 사회복지사는 이용자에게 민감성 있게 반응해야 한다(3.6점) 등이었다. 반면 비교적 타당도가 낮았던 기준으로는 구조부분에서 사회복지사는 직무수행을 위해 필요한 학력 수준을 갖추어야 한다(3.28)와 접근 용이성(3.25), 이용절차 안내(3.28) 등이었다. 또한 과정 측면에서는 신속한 응답체계(3.27)에 대한 타당도 점수가 낮았으며, 결과부분의 만족도 측정체계와 프로그램 시행평가체계에 대한 타당도 점수 또한 각각 3.27점과 3.22점으로 낮았지만 백분율로 환산했을 때 모두 80% 이상이었으므로 본 기준과 평가 지표를 그대로 사용하였다.

‘매우 부정’ 1점에서 ‘매우 긍정’ 4점으로, 직접 이용자를 대상으로 측정하였고, 공급자 중심의 질은 자료의 변환과정을 거쳐 4점 척도화 하였다. 이렇게 하여 만들어진 평가도구의 내적 타당도 점수는 <표 2>에 나타난 바와 같다. 전체 측정도구의 내적 타당도는 0.89이었다. 공급자 중심의 질을 평가하는 21개 문항의 내적 타당도는 0.88이었고, 이용자 중심의 질을 평가하는 13개 문항의 전체 내적 신뢰도는 0.91이었다. 공급자 중심의 질에서 결과부문을 측정하는 도구의 신뢰도가 떨어졌으나 0.60 이상이었으므로 조사도구로 사용하였다⁴⁾.

<표 2> 연구도구의 측정요소별 신뢰도

구 분	측정변수	문항수	신뢰도	
조직문화 유형	집단문화	6	0.88	
	개발문화	6	0.84	
	위계문화	6	0.68	
	합리문화	6	0.78	
	계	24	0.85	
의료사회사업 서비스 질	공급자 중심의 질	구조	11	0.80
		과정	8	0.81
		결과	2	0.61
		계	21	0.89
	이용자 중심의 질	구조	2	0.76
		과정	6	0.88
		결과	5	0.89
		계	13	0.91
	합 계		34	0.89

4. 조사 대상 및 자료의 분석

조사 대상은 2000년 전국병원명부(대한병원협회 간행)에 종합병원으로 등재된 279개 병원 중, 사회복지사가 1명 이상 활동하고 있는 병원과 사회복지사가 2명 이상 근무하고 있는 200

4) Nunnally는 탐색적인 연구분야에서는 Cronbach's alpha 값이 0.60 이상이면 충분하고, Van de Ven & Ferry 도 조직단위의 분석수준에서 Cronbach's alpha 값이 0.60 이상이면 측정도구의 신뢰성에는 문제가 없는 것으로 지적하고 있다.

병상 이상의 단과병원을 합쳐 101개 병원을 조사대상으로 하였다. 설문은 2001년 2월 19일부터 2001년 4월 10까지였으며, 설문에는 책임자를 대상으로 공급자 중심의 질을 파악하는 설문과, 사회복지사를 대상으로 조직문화 유형을 파악하는 설문(198명중 134명 응답), 이용자를 대상으로 한 만족도 설문(사회복지서비스 이용자 493명 중 199명 응답)이 포함되었으며, 3가지 설문이 모두 충실하게 작성된 70개 병원(설문수거율 69.3%)을 최종분석 대상으로 하였다. 수집된 자료는 SPSS/PC+를 이용하여, 사용 변인간의 신뢰도 검증(reliability test), 빈도분석(frequency), 일원변량분석(one-way ANOVA)을 시행하였다. 쌍표본 t-검정(paired-sample t-test)을 통하여 문화유형 측정도구의 가중치를 부여하여 응답자가 인식하는 우월한 조직문화 유형을 규명하였으며, 조직문화가 의료사회사업 서비스의 질에 미치는 영향을 측정하기 위하여 더미변수를 활용한 중다회귀분석(multiple regression)을 시행하였다.

Ⅲ. 연구결과

1. 응답병원의 특성

분석대상 70개 병원의 52.9%가 대학부속병원이었으며, 37.1%가 종합병원, 나머지 10%가 병원 급이었다. 응답병원의 평균 허가병상 수는 685병상(표준편차:367.9)으로 150병상에서 2240병상까지의 다양한 분포를 보였다. 병원 급의 평균 병상 수는 415.5병상이었고, 종합병원은 500.1병상, 대학부속병원은 866.4병상으로 대학부속병원의 병상이 많았다. <표 3>에 제시된 바와 같이 병상 규모는 501병상에서 800병상 사이의 병원이 44.3%로 가장 많았으며, 800병상 이상이 28.6%이었고, 500병상 미만의 병원이 27.1%이었다.

소재지별로는 특별시, 광역시를 포함한 대도시 지역의 병원이 61.3%이었으며, 병원의 설립 형태로는 학교법인이 47.1%로 가장 많았다. 그 다음이 의료법인 22.9%, 특수법인/국립병원/지방공사 15.7%, 나머지가 재단법인(7.1%)과 사회복지법인(5.7%)이었으며, 개인병원은 1개 병원(1.4%)에 불과하였다. 병원은 최초 1885년에 설립된 병원에서부터 2000년에 신설된 병원까지 포함되어 있으며, 1981년 이후에 설립된 병원이 51.4%로 다수를 차지하고 있었다.

이렇게 하여 분류된 70개 병원의 조직문화 유형을 비교한 결과는 <표 4>와 같다. 분류 결과 위계문화 유형의 병원이 20개(28.6%)로 가장 많았으며, 집단문화 유형 19개 병원(27.1%), 합리문화 유형 18개 병원(25.7%), 개발문화가 우월한 병원이 13개 병원(18.6%)으로 가장 적었다.

<표 4> 병원별 우월한 조직문화 유형의 빈도 수

구 분	병원 수	백분율
집단문화	19	27.1
개발문화	13	18.6
위계문화	20	28.6
합리문화	18	25.7
계	70	100.0

3. 의료사회사업서비스의 질

의료사회사업서비스의 질을 공급자 중심의 질과 이용자 중심의 질로 나누고 이를 각각 구조, 과정, 결과의 질로 나누어 살펴보았다. <표 5>에 나타난 바와 같이 의료사회사업서비스의 질 전체 평균은 4점 만점에 2.87(표준편차:0.46)로 백분율로 하면 71.7%에 해당하였다. 공급자 중심의 질이 2.56으로 이용자 중심의 질 3.17 보다 낮았다. 구조, 과정, 결과의 차원에서 보면 결과의 질이 2.5로 과정의 질(3.07), 구조의 질(3.02) 보다 낮았다. 공급자 중심의 질에서는 결과의 질이 1.80으로 현격하게 낮게 나타나 이에 대한 보완이 이루어져야 할 것으로 나타났다. 이용자 중심의 질에서는 구조의 질이 2.96으로 과정과 결과의 질에 비해 낮았다.

이를 하위 기준별로 살펴보면, 공급자 중심의 경우, 구조 부문에서는 1급 사회복지사의 수가 3.87로 가장 높았으며, 슈퍼비전(2.17), 사회사업서비스 홍보(2.45) 항목의 점수가 낮았다. 과정부문에서는 사회사업기록체계(3.50), 규정에 의한 업무진행(3.47)기준의 점수가 높은 반면에 신속한 응답체계(1.54)와 문제환자 발견체계에 의한 업무의 진행(2.14) 기준의 점수가 낮았다. 결과 부문에서는 만족도 조사(1.82), 프로그램 평가(1.77) 기준에 대한 점수가 매우 낮았다. 이용자 중심의 질 평가기준에서는 사회사업 상담실로의 접근성에 대한 점수가 2.88점으로 가장 낮았으며, 사회복지사를 만나는 것이 쉬웠는지에 대한 기준과 사회사업서비스의 우수성에 대한 평가가 다른 항목에 비해 낮은 점수를 보였다. 그러나 경청(3.51), 예의(3.48), 의사소통(3.34), 민감성(3.31) 등의 점수는 높게 나타났다.

<표 5>

의료사회사업서비스의 질

(n=70)

구분	공급자 중심의 질		이용자 중심의 질		계
	항 목	평균 (표준편차)	항 목	평균 (표준편차)	평균 (표준편차)
<u>구조</u>	· 1급 사회복지사 수	3.87(0.56)	· 접근성	2.88(0.62)	
	· 100명당 사회복지사 수	2.82(0.83)	· 만남의 수월성	3.04(0.53)	
	· 사회복지사의 학력	3.34(0.79)			
	· 사회복지사의 교육	3.52(0.81)			
	· 사회복지사의 슈퍼비전	2.17(1.22)			
	· 부서의 독립과 사회사업업무 수행	3.31(0.95)			
	· 책임자의 요건	2.81(1.26)			
	· 업무분장에 의한 업무처리	3.42(1.03)			
	· 상담공간의 확보	3.05(1.28)			
	· 상담공간의 위치	3.05(1.23)			
	· 사회사업서비스 홍보	2.45(1.04)			
	소계	3.07(0.59)	소계	2.96(0.52)	3.02(0.44)
<u>과정</u>	· 업무규정에 의한 업무 진행	3.47(0.92)	· 신뢰성	3.14(0.59)	
	· 팀웍에 의한 업무 수행	2.65(1.40)	· 예의	3.48(0.39)	
	· 의뢰체계에 의한 업무 수행	3.22(1.25)	· 의사소통	3.34(0.44)	
	· 사정체계에 의한 업무 진행	3.01(1.35)	· 민감성	3.31(0.49)	
	· 문제환자발견체계에 의한 업무진행	2.14(1.42)	· 면담목적 설명	3.26(0.45)	
	· 사회사업 기록체계	3.50(0.83)	· 경청	3.51(0.44)	
	· 신속한 응답체계	1.54(1.11)			
	· 질 보장 체계	2.88(1.23)			
	소계	2.80(0.77)	소계	3.34(0.35)	3.07(0.46)
<u>결과</u>	· 만족도 조사	1.82(1.18)	· 서비스 만족	3.22(0.46)	
	· 프로그램 평가	1.77(1.15)	· 원하는 서비스	3.14(0.40)	
			· 문제해결	3.35(0.45)	
			· 서비스 우수성	3.07(0.47)	
			· 추천	3.33(0.61)	
	소계	1.80(0.98)	소계	3.22(0.38)	2.51(0.55)
총계		2.56(0.66)		3.17(0.34)	2.87(0.46)

4. 조직문화와 의료사회사업서비스의 질

조직문화와 의료사회사업서비스 질과의 관계를 분석하기 위하여, 조직문화 유형과 의료사회사업서비스의 질을 일원변량분석(one-way ANOVA)하였다. 의료사회사업서비스의 질을 구조, 과정, 결과의 차원으로 구분하여 각 병원의 조직문화 유형과 변량분석을 통하여 그 차이를 비교하였다. <표 6>에 나타난 바와 같이 통계적으로 유의미한 것은 구조의 질($p<0.001$), 과정의 질($p<0.01$), 전체 의료사회사업서비스의 질($p<0.001$) 차원이었으며, 결과의 질에서는 점수 차이가 없었다. 구조의 질은 집단문화 유형과 개발문화 유형을 보인 병원의 점수가 높았으며, 과정의 질은 개발문화 유형을 보인 병원의 점수가 높았다. 결과의 질도 비슷한 경향을 보였으나 통계적으로 유의미한 차이를 보이지는 않았다. 전체 의료사회사업서비스 질의 경우, 개발문화 유형인 병원의 점수가 3.08점으로 가장 높았으며, 그 다음이 집단문화 유형 병원 3.03점, 합리문화 유형 병원 2.82점, 위계문화 유형 병원 2.61점의 순으로 개발문화 유형과 집단문화 유형 병원의 질 점수가 합리문화 유형 병원과 위계문화 유형 병원 보다 높았다.

<표 6> 조직문화 유형에 따른 의료사회사업서비스의 질

구 분	n	(n=70)			
		구조	과정	결과	계
		평균(표준편차)	평균(표준편차)	평균(표준편차)	평균(표준편차)
집단문화	19	3.27(0.25)	3.18(0.40)	2.63(0.46)	3.03(0.30)
개발문화	13	3.25(0.31)	3.35(0.39)	2.65(0.61)	3.08(0.39)
위계문화	20	2.76(0.35)	2.77(0.33)	2.29(0.41)	2.61(0.27)
합리문화	18	2.86(0.53)	3.08(0.53)	2.52(0.68)	2.82(0.48)
F-value		8.28***	5.69**	1.71	6.07***

** $p<0.01$ *** $p<0.001$

이상과 같이 의료사회사업서비스 질은 병원의 조직문화 유형에 따라 차이가 났는데, 개발문화 유형 병원은 구조의 질, 과정의 질, 전체의 질이 높았으며, 집단문화 유형의 병원은 구조의 질, 전체의 질 점수가 높았다.

5. 조직문화가 의료사회사업서비스의 질에 미치는 영향

조직문화와 병원의 특성이 의료사회사업서비스의 질에 미치는 영향을 살펴보기 위하여 중다회귀분석을 시행하였다. 조직문화 유형과 병상 수, 100병상 당 사회복지사 수, 사회사업 부서의 단위, 사회사업 책임자의 연령과 학력, 근무 경력 및 직위를 독립변수로 하여 이들 독립변수가 의료사회서비스의 질에 미치는 영향을 분석하기 위하여 중다회귀분석을 실시하였다. 분석에 앞서 변인간 다중공선성의 문제를 확인하기 위하여 변수간 상관관계 분석을 하였다. 분석결과 책임자의 학력수준과 근무경력의 상관계수가 0.32($p=0.00$), 근무경력과의 상관계수가 0.54($p=0.00$)로 높았으나 다중공선성이 존재하지는 않았다. 회귀분석을 시행하기 위해 조직문화, 사회사업 부서의 단위, 사회사업 책임자의 연령과 학력, 근무 경력 및 직위는 각각 더미 변수로 처리하였다.

<표 7>에는 조직문화와 병원의 특성이 의료사회사업서비스의 구조, 과정, 결과의 질에 미치는 영향을 규명하기 위하여 중다회귀분석을 실시한 결과가 제시되어 있다. F분포를 고려할 때 이 회귀방정식의 유의도 수준은 모두 유의미하였으며, 구조의 질이 49%, 과정의 질이 53%, 결과의 질이 32%, 이를 합한 전체의 질이 56%가 표본회귀선에 적합하였다.

분석결과 구조의 질에는 책임자의 근무경력($\beta=0.41$)과 개발문화 유형($\beta=0.36$)이 영향력을 행사하고 있었으며, 과정의 질에는 책임자의 근무경력($\beta=0.28$), 개발문화($\beta=0.23$), 책임자의 학력($\beta=0.23$), 사회사업부서의 단위($\beta=0.22$)가 영향력을 행사하고 있었다. 그러나 결과의 질에는 사회사업책임자의 근무 경력($\beta=0.31$)만이 영향력을 행사하고 있었다. 전체 의료사회사업서비스의 질에는 책임자의 근무 경력($\beta=0.40$), 개발문화($\beta=0.29$), 사회사업부서의 단위($\beta=0.21$), 책임자의 학력($\beta=0.20$)이 영향력을 행사하는 것으로 나타났다.

이러한 결과로 볼 때, 책임자의 근무경력이 증가할수록 구조, 과정, 결과, 전체의 질이 증가하였으며, 의료사회사업부서의 단위가 계/실 단위 이상일수록, 책임자의 학력수준이 높을수록 과정의 질, 전체의 질이 증가하였다. 또한 개발문화의 인식수준이 높을수록 구조, 과정, 전체의 질이 증가하였다. 이상과 같이 조직문화와 병원의 특성이 의료사회사업서비스에 미치는 영향을 분석한 결과, 의료사회사업서비스의 질에는 개발문화 유형과 책임자의 근무경력, 사회사업부서의 단위, 책임자의 근무경력과 책임자의 학력 등의 독립변수가 영향을 미치는 것으로 분석되었다.

<표 7> 병원의 특성과 조직문화가 의료사회사업서비스의 질에 미치는 영향

구 분	구조의 질		과정의 질		결과의 질		전체의 질		
	B(S.E)	β	B(S.E)	β	B(S.E)	β	B(S.E)	β	
병상 수	-1.46(1.61)	-0.01	2.36(1.62)	0.17	7.43(2.35)	0.00	7.65(1.37)	0.06	
100병상 당 사회복지사수	-0.10(0.15)	-0.09	-0.03(0.15)	-0.02	0.08(0.23)	0.05	-0.01(0.13)	-0.01	
사회사업부서 단위	계(실) 이상 (0=담당)	0.18(0.12)	0.17	0.25(0.12)	0.22*	0.21(0.17)	0.15	0.21(0.10)	0.21*
책임자의 연령	40세 이상 (0=40세 미만)	-0.13(0.12)	-0.14	-0.00(0.12)	-0.00	-0.25(0.18)	-0.21	-0.13(0.10)	-0.15
책임자의 학력	석사이상 (0=대졸이하)	0.12(0.09)	0.12	0.24(0.10)	0.23*	0.18(0.14)	0.15	0.18(0.08)	0.20*
책임자의 근무경력	10년 이상 (0=10년 이하)	0.42(0.11)	0.41***	0.30(0.12)	0.28*	0.40(0.17)	0.31*	0.37(0.10)	0.40***
책임자의 직위	계장급 이상 (0=계장급 미만)	0.11(0.12)	0.12	0.03(0.12)	0.03	0.18(0.17)	0.16	0.11(0.10)	0.13
조직문화	개발문화 (0=집단문화)	0.22(0.07)	0.36**	0.16(0.07)	0.24*	0.11(0.11)	0.14	0.16(0.06)	0.29*
	위계문화	-0.05(0.08)	-0.08	-0.02(0.08)	-0.03	0.00(0.11)	0.00	-0.02(0.06)	-0.04
	합리문화	-0.15(0.08)	-0.21	0.08(0.08)	0.11	0.01(0.12)	0.01	-0.01(0.07)	-0.02
상수	2.72		1.78		1.64		2.05		
R ²	0.49		0.53		0.32		0.56		
F 값	5.74		6.79		2.79		7.81		
F 유의도	0.0000		0.0000		0.0067		0.0000		

* p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001

IV. 고 찰

본 연구에서는 병원의 조직문화 유형에 따른 의료사회사업서비스의 질 차이를 분석하였다. 본 연구는 Kimberly & Quinn(1984)의 모형을 기초로 하였는데, 이 모형은 적응문화 관점에서 환경의 변화와 적응 양상에 따라 조직문화를 규명하는데 적합한 모형이고, 국내에서도 기

업(원성연 1989 ; 이종찬 1996)과 병원(장금성 외 1996 ; 조희숙 외 1999)을 대상으로 한 선행 연구들에서 의미 있는 결론들이 도출되었기 때문이다.

사회복지사가 가장 높게 인식하고 있는 병원의 조직문화는 집단문화 유형이었다. 집단문화로 인식한 점수가 5점 만점에 평균 3.59점으로 가장 높았으며, 다음이 위계문화 3.22점, 개발문화 3.16점, 합리문화 3.13점의 순을 보였다. 집단문화의 인식 비율이 다른 문화유형에 비해 통계적으로 유의미하게 높았으며, 나머지 세 문화 유형의 인식 비율은 비슷한 수준이었다. 이러한 연구 결과는 기존의 병원 조직문화에 대한 연구 결과와 유사성과 상이성을 함께 보여주고 있다. 하나의 병원을 대상으로 한 장금성 외(1996)의 연구에서는 위계문화에 대한 지각 수준이 3.59점으로 가장 높았으며, 그 다음이 합리문화와 집단문화가 3.28점으로 나타났고, 개발문화의 인식수준이 현저하게 낮은 2.91로 나타나고 있어 개발문화의 인식수준이 낮다는 유사성을 보여주었다. 반면 같은 방식의 조희숙 외(1999)의 연구에서는 병원의 조직문화를 합리문화(33.5%)와 개발문화(31.6%)로 인식하는 경우가 많았고 위계문화 23%, 집단문화로 인식하는 경우는 10.1%에 불과하여 상반된 입장을 보여주었다. 그러나 이 두 연구는 하나의 병원 조직성원을 대상으로 한 조사이므로 연구결과를 병원문화로 일반화하기는 어려워 본 연구의 결과와 상대적 비교는 불가능하다. 이와는 달리 군과 항공회사, 증권회사, 제약회사를 대상으로 한 원성연(1989)의 연구에서는 군과 항공회사에서는 계층문화가 증권회사에서는 집단문화가, 제약회사에서는 합리문화가 강하게 나타나 조직의 특성에 따른 문화유형의 차이를 보여주고 있는데, 이 연구에서는 공통적으로 개발문화에 대한 인식수준이 낮은 것으로 나타났다. 이종찬(1996)의 141개 기업의 경영자를 대상으로 한 조사에서는 합리문화 유형의 점수가 3.45점으로 가장 높았으며, 그 다음이 위계문화 3.40점, 집단문화 3.26점, 개발문화가 3.03점으로 역시 개발문화를 가장 낮게 인식하고 있었다. 이와 같이 Kimberly & Quinn(1984)의 조직문화 유형 측정도구를 사용한 국내의 연구에서는 조사대상에 따라, 조직문화 유형에 대한 인식수준이 다르게 나타나고 있으나 개발문화에 대한 인식수준이 전반적으로 낮게 나타나는 특성을 보여주고 있었다.

일반적으로 서비스의 질은 공급자 중심의 질과 소비자 중심의 질로 구분되고 있다(Dona-bedian 1982 ; Bopp 1990 ; Babakus & Mangold 1992 ; Georgette et al. 1997). 의료사회사업서비스의 질에 대한 정의 또한 주어진 시간과 공간, 서비스의 제공자와 수혜자의 기대에 따라 달리 정의되어 지지만(Coulton 1991) 대체적으로 공급자 중심의 질을 평가하는 방법(Vourlekis 1990 ; Vourlekis et al. 1995 ; Patti & Ezell 1988)과 이용자 중심의 질을 평가하는 방법(Masterson 1991 ; McNeill et al. 1998)으로 대별되고 있다. 그러나 공급자와 이용자를 구분하여 접근하는 연구는 의료사회사업서비스의 질을 포괄하여 다루지 못하고 있으며, 부분적인 접근에 그치고 있다. 따라서 이를 포괄하여 접근할 필요가 있는데, 본 연구에서는

의료분야에서 대표적인 질 접근 방법으로 흔히 사용되고 있는 Donabedian(1980)의 질 평가 모형에 입각하여 의료사회사업서비스의 질을 공급자 중심의 질과 이용자의 중심의 질로 나누어 두 가지 측면을 모두 고찰하였다.

전체 의료사회사업서비스의 질 점수 평균은 4점 만점에 2.87점으로 백분율로 하면 71.7%에 해당하였다. 공급자 중심의 질 점수가 이용자 중심의 질 점수보다 낮았으며, 특히 공급자 중심의 결과의 질 점수가 가장 낮아 이에 대한 보완이 필요한 것으로 나타났다. 이용자 중심의 질에서는 구조의 질 점수가 낮게 나타나 실제 이용자들이 사회복지사를 만나는 것과 사회사업상담서비스의 접근에 어려움을 겪고 있는 것으로 분석되었다.

이를 구체적으로 살펴보면, 첫째, 공급자 중심의 질에서는 만족도 조사와 프로그램 평가의 점수가 4점 만점에 각각 1.82점, 1.77점으로 제일 낮았다. 과정의 질을 측정하는 변수 중 점수가 낮은 항목은 신속한 응답체계(1.54점), 문제환자 발견체계에 의한 업무 진행(2.14점)으로 이에 대한 보완이 필요한 것으로 나타났다. 둘째, 이용자 중심의 질에서는 사회사업 상담실로의 접근이 2.88점으로 가장 낮았으며, 사회사업상담실이 없는 병원이 16개 병원(22.9%)이나 되었고, 병원의 지하와 부속건물에 상담실이 위치한 병원이 14개 병원(20.0%)이었다. 그나마 사무실과 경량 칸막이로 상담실을 활용하는 병원도 11개 병원(15.7%)이었으며, 독립된 전용 상담실을 사용하는 병원은 29개 병원(41.4%)이었다.

이러한 결과로 볼 때, 의료사회사업서비스의 질을 강화하기 위해서는 만족도 조사, 프로그램 평가에 대한 사항을 규정하고, 신속한 응답체계와 문제환자를 조기에 발견할 수 있는 체계의 구축과 전문성 향상을 위한 슈퍼비전 체계 구축, 사회사업 상담서비스의 접근성 확보를 위한 노력이 필요한 것으로 나타났다.

본 연구에서는 조직문화가 의료사회사업서비스의 질에 미치는 영향을 두 가지 차원에서 분석하였다. 첫 번째는 조직문화 유형에 따른 의료사회사업서비스의 질 차이를, 두 번째는 조직문화 유형이 의료사회사업서비스의 질에 미치는 영향력을 분석하였다.

첫 번째 분석 결과 조직문화 유형에 따라 구조의 질, 과정의 질, 전체 의료사회사업서비스의 질에 차이가 있었으며, 결과의 질에는 차이가 없었다. 개발문화 유형인 병원은 구조의 질, 과정의 질, 전체의 질 점수가 높았으며, 집단문화 유형을 보인 병원은 구조의 질, 전체의 질에서 합리문화 유형과 위계문화 유형을 보인 병원의 점수보다 높았다. 이는 기존의 각종 조직문화와 조직유효성과의 관계를 분석한 연구결과와 일치하고 있다. 조희숙 외(1999)의 연구에서도 조직문화를 개발문화로 인지하는 경우에서 조직몰입 및 직무만족도가 높아 같은 방향성을 보여주고 있다. 또한 장금성 외(1996)의 연구에서도 병원의 조직문화를 개발문화, 집단문화로 인지하는 경우 조직 유효성이 높은 것으로 나타났다. 특히 개발문화 유형의 경우 조직 전념도, 직무만족, 조직 적응성의 유효성 지표에 대한 설명력이 높았다.

두번째로, 병원의 조직적 특성 및 조직문화가 의료사회사업서비스의 질에 미치는 영향을 분석하기 위하여 중다회귀분석을 시행하였다. 분석 결과, 의료사회사업서비스의 질에는 개발 문화 유형과 책임자의 근무경력, 사회사업부서의 단위, 책임자의 근무경력과 책임자의 학력 등의 독립변수가 영향을 미치는 것으로 분석되었다. 조직문화 유형 중 개발문화에 대한 인식 수준이 높을수록, 사회사업부서의 특성 변수로는 사회사업부서의 단위가 계/실 단위 이상일수록, 의료사회사업서비스의 질이 증가하였다. 의료사회사업서비스에 가장 영향력이 있는 변수는 책임자와 관련된 변수였는데, 책임자의 근무경력이 증가할수록, 학력수준이 높을수록 의료사회사업서비스의 질 점수는 증가하였다.

조직문화와 서비스 질에 관련된 선행연구는 매우 부족하며, 더욱이 병원의 조직문화와 단위 업무인 의료사회사업서비스의 질과의 관련성을 밝힌 연구는 없어 이에 대해 충분한 고찰을 하기에는 부족한 면이 있으나 이러한 연구결과는 Scott & Richard(1999)의 미국질관리협회(American Society for Quality)회원 1000명을 대상으로 한 연구에서는 변화를 강조하는 위원회문화와 집단문화 유형이 총체적 질 관리(Total Quality Management)와 높은 상관관계가 있음을 밝히고 있는 것과 같은 방향성을 보여주고 있다. 이 연구에서는 위원회문화 유형 조직의 Baldrige점수⁵⁾가 위계문화와 합리문화 유형의 조직 보다 유의미하게 높았으며, 이들의 상관관계에서 위원회 문화와 집단문화 유형이 총체적 질 관리(TQM)와 정(+)-적인 상관관계를 보였으며, 위계문화와 합리문화 유형은 부(-)적인 상관관계를 보였다. 또한 서비스의 질과 위계적 통제는 부적 상관관계를 보이며, 자기실현, 인간적 격려, 협력을 강조하는 건설적 문화유형과 서비스 질이 정적인 상관관계를 보이는 것으로 나타난 Klein & Masi(1995)의 연구 결과와도 유사한 방향성을 보여주고 있다.

종합해 볼 때 이 연구 결과는 Kotter & Heskett(1992)의 주장처럼 환경변화에 반응을 보이는 조직문화만이 좋은 성과를 낼 수 있다고 보는 관점과 같은 방향성을 보여주고 있다. Senge(1990)는 적응문화를 갖기 위한 학습조직의 필요성을 강조하고 있는데, 의료환경의 빠른 변화에 적응하고 개인과 팀의 성장과 발전을 위해서는 공통의 통일된 비전을 지원하고, 구성원들에게 새로운 학습의 기회를 제공해야 한다. 이러한 노력을 통하여 병원조직은 구성원이 자신감을 갖고, 위험을 감수하며, 변화를 강조하고 기회를 적극 활용하여 개인과 조직의 변화와 성장을 끊임없이 추구하도록 해야 한다. 이러한 조직문화는 결국 지도자에 의해

5) Baldrige상 기준은 1987년 미국의 통합된 총체적 질 관리(TQM) 기준을 확립하기 위해 제정되었으며, 기본적으로 동인, 체계, 진단도와 측정, 목표의 구성요소로 되어 있다. 평가도구는 리더십, 정보와 분석, 전략적 질 관리 계획, 인력자원 개발과 관리, 질 관리 과정의 운영, 질과 운영결과, 고객만족의 7가지 주요범주에 대해 각각의 독립적인 평가기준이 있으며, 채점도구는 1(시작), 6(성장), 10(성숙)단계로 구분된다. 고객만족 300 점 등 총점은 1000점으로 구성되어 있다.

주도적으로 형성되기 때문에 사회사업 책임자를 대상으로 한 리더십 프로그램에서 조직문화가 강조되어야 한다.

V. 요약 및 결론

본 연구는 병원의 조직문화 유형에 따라 의료사회사업서비스의 질 차이와 병원의 일반적 특성과 조직문화 유형이 의료사회사업서비스의 질에 미치는 영향을 분석하였다. 본 연구의 결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 사회복지사가 가장 높게 인식하고 있는 병원의 조직문화는 집단문화, 위계문화, 개발문화, 합리문화 유형 순이었다.

둘째, 전체 의료사회사업서비스의 질 점수 평균은 4점 만점에 2.87점이었다. 공급자 중심의 질 점수가 이용자 중심의 질 점수보다 낮았으며, 특히 공급자 중심의 결과의 질 점수가 가장 낮아 이에 대한 보완이 필요한 것으로 나타났다.

셋째, 조직문화 유형에 따라, 의료사회사업서비스의 질 차이가 났는데 개발문화 유형인 병원은 공급자 중심의 질, 이용자 중심의 질, 전체의 질, 구조의 질, 과정의 질 점수가 높았으며, 집단문화 유형을 보인 병원은 공급자 중심의 질, 전체의 질, 구조의 질, 과정의 질에서 합리문화 유형과 위계문화 유형을 보인 병원의 점수보다 높았다.

넷째, 병원의 조직적 특성 및 조직문화가 의료사회사업서비스의 질에 미치는 영향을 분석한 결과, 의료사회사업서비스의 질에는 개발문화 유형과 책임자의 근무경력, 사회사업부서의 단위, 책임자의 근무경력과 책임자의 학력 등의 독립변수가 영향을 미치는 것으로 분석되었다.

이러한 결과를 종합할 때 조직문화가 의료사회사업서비스의 질에 영향을 미치고 있음을 알 수 있었다. 즉 인간중심적이며 외부변화에 적극적이고 도전적인 태도를 보이는 개발문화가 조직 유효성을 설명하는 영향력 있는 변수임이 밝혀졌다. 때문에 의료사회사업서비스의 질을 향상시키기 위해서는 조직 구성원 상호간의 협력을 강조하고 새로운 아이디어의 개발 및 개방적 상호작용, 모험과 도전, 신속하고 융통성 있는 업무의 특성이 잘 나타날 수 있도록 조직문화를 개발할 필요가 있다.

참고 문헌

- 강흥구. 의료사회사업부문의 평가제도개선에 관한 연구, 사회복지 1999 : 142 : 113~136.
원성연. 조직문화 특성 및 조직유효성에 관한 연구. 연세대 석사학위 논문. 1989.
이종찬. 최고경영자의 가치지향성이 조직문화와 조직효과성에 미치는 영향. 연세대 박사학위

논문. 1996.

- 장금성, 김영숙, 김안자. 병원의 조직문화 유형과 조직 유효성간의 관계에 관한 연구, 간호과학
논집 1996 : 1 : 125~144.
- 조희숙 외. 종합병원에서 조직문화와 조직 유효성과의 관계, 예방의학회지 1999 : 32(3) :
374-382.
- 한국의료QA학회. QA실무자 연수자료-CQI의 개념과 필요성. 서울: 한국의료QA학회.1999.
- Babakus, E. & Mangold, W.,G. Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: An
empirical investigation, Health Service Research 1992 : 26(6) : 767~786.
- Bopp, K., D. "How patients evaluates the quality of ambulatory medical encounters: A
marketing perspective, Journal of Health Care Marketing 1990 : 37(1) : 13~36.
- Coulton, C., J. Development and implementing quality assurance programs, skills for
effective human services management. R.C. Edwards, J.A. Yank(Eds.). Washington
DC: NASW Press. 1991 : 251~266.
- Croxton, T., A. Jayaratne, S. & Mattison, D. Social work and emerging practice standards:
A review and exploratory study. Ann Arbor: University of Michigan, School of Social
Work. 1995.
- Deal, T., E. & Kennedy. A., A. Corporate culture, the rites and rituals of corporate life,
reading, Mass.: Addison Wesley Publishing Co. 1982.
- Donabedian, A. The definition of quality and approaches to its assessment, Michigan: Health
Administration Press. 1980.
- - -. The criteria and standards of quality, Michigan: Health Administration Press. 1982.
- Georgette, M., Zifko-Baliga, & Robert, F., K. Managing perception of hospitals quality,
Marketing Health Services 1997 : Spring : 28~35.
- Kast, F., E. & Rosenzweig, J., E. Organization and management. NY: McGraw-Hill. 1985.
- Kilmann, R., H. Five steps for closing culture-gaps In R. H. Kilmann et al. Gaining control
of the corporate culture, San Francisco: Jossey-Bass. 1988 : 351~369.
- Kimberly, J., P. & Quinn, R.. E. Managing organizational transitions. Irwin. 1984.
- Klein, M., I. & Masi, A., S. Organization culture, distribution, and amount of control, and
perceptions of quality, Group & Organization Management 1995 : 20(2) : 122~150.
- Kotter, J. & Heskett, J. Corporate culture and performance. NY: Free press. 1992.
- Masterson, D. What business are we in? In L. Friedman(Ed.), The AMA handbook of
marketing for the service industries(25~38). NY: American Management Association.

1991.

- McNeill, T., Nicholas, D., Szechy, K. & Lach, L. Perceived outcome of social work intervention: beyond consumer satisfaction, *Social Work in Health Care* 1998 : 26(3): 1~18.
- Mintzberg, H. *Power in and around organizations*, Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall, Inc.. 1983.
- National Association of Social Workers. *Standards for the practice of clinical social work*, Silver Spring, M.D.: Author. 1989.
- O'Reilly, C., A. *Corporations, culture, and commitment : Motivation and social control in organizations*, *California Management Review* 1989 : 9~25.
- Ouchi, W., G. *Theory Z : How american business can meet the japanese challenge*, N.Y.: Aveon. 1981.
- Patti, R., J. & Ezell, M. Performance priorities and administrative practice in hospital social work departments, *Social Work in Health Care* 1988 : 13(3) : 73~90.
- Rondeau, K.,V. & Wager, T., H. Hospital chief executive officer perceptions of organizational culture and performance, *Hospital Topics* 1998 : Spring : 14~21.
- Schein, E., H. *Organizational culture and leadership*. San Francisco: Jossey-Bass. 1985.
- Scott, A. D. & Richard, D. H., *Toward defining the quality culture*, *Engineering Management Journal* 1999 : 11(2) : 11~15.
- Senge, P., M. *The fifth discipline*. N.Y.: Doubleday Currency. 1990.
- Siehl, C. & J. Martin. *Learning organizational culture*, Working Paper, Graduate School of Business, Stanford Univ. 1981.
- Smircich, L. Concept of cultural & organizational analysis, *Administrative Science Quarterly* 1983 : 28(3) : 344~345.
- Tunstall, W., B. *Cultural transition at AT&T*. *Solan Management Review* 1983 : Fall : 15.
- Vourlekis, B., S., *The field's evaluation of proposed clinical indicators for social work services in the acute care hospital*, *Health & Social Work* 1990 : 15(3) : 197~206.
- Vourlekis, B., S., Bakke-Friedland, K, Zlotnik J., L. *Clinical indicators to assess the quality of social work services in nursing homes*, *Social work in Health Care* 1995 : 22(1) : 81~93.