

탈시설과 지역사회중심 복지서비스 구축, 어떻게 할 것인가?:

자립과 상호의존을 융합하는 커뮤니티 케어

김 용 득

(성공회대학교)

최근 정부는 취약계층의 돌봄 체계를 커뮤니티 케어로 전환한다고 선언하였다. 본 연구는 사회복지서비스 영역에서 커뮤니티 케어 정책이 어떤 방향을 지향해야 하며, 어떤 내용을 실행해야 하는가를 제시하는데 목적을 두고 있다. 커뮤니티 케어는 서구에서 지향해 온 슬로건으로 취약한 사람들이 시설에 살지 않고 지역사회 일반적인 환경에서 살도록 하자는 정책이며, 동시에 지역사회 주민들이 취약한 사람과 어울려 사는 좋은 지역사회를 만들자는 의미도 가진다. 우리나라에는 아직도 많은 사람들이 대형시설에 살고 있어 삶의 장소를 지역사회로 옮기는 탈시설이 필요하며, 지역사회 서비스가 확충되어야 한다. 또한 지역사회 공동체를 만드는 과업도 중요하다. 이에 본 연구는 커뮤니티 케어 정책이 다음을 포함할 것을 제안하였다. 첫째, 시설에 사는 사람들의 지역사회 이주를 도우면서, 보통 사람들의 삶의 공간과 유사하게 거주시설을 혁신하고, 공유생활이나 지원주택과 같은 다양한 모델을 개발한다. 둘째, 가정지원 서비스, 통소형 서비스, 특별한 욕구에 대응하는 서비스 등 지역사회서비스를 확충한다. 셋째, 서비스 진입체계를 정비하고, 서비스가 유기적으로 연계되도록 한다. 넷째, 서비스 이용자와 제공자의 협력관계를 만들고, 취약한 사람들과 함께 할 수 있는 지역사회 역량을 개발하고, 캠프 힐과 같은 대안 공동체를 지원한다.

주요 용어: 커뮤니티 케어, 탈시설, 거주지원서비스, 지역사회지원서비스, 상호의존

이 논문은 '제3회 『보건사회연구』 콜로키움: 커뮤니티 케어와 보건복지서비스의 재편 (2018.6.27.)'에서 발표한 자료를 수정·보완한 것임.

■ 투고일: 2018.7.14 ■ 수정일: 2018.9.6 ■ 게재확정일: 2018.9.10

I. 서론

문재인 정부의 장애인 분야 국정과제로 '탈 시설 등 지역사회 정착 환경 조성'이 포함되었다. 그리고 2017년 8월 25일에 보건복지부 장관이 장애등급제-부양의무제 폐지 공동행동의 광화문 농성장을 방문하여 탈시설 추진을 위한 위원회 구성을 약속하였고, 이에 따라 논의가 진행 중이다. 그리고 2018년 3월에 보건복지부는 취약계층 돌봄 체계를 '커뮤니티 케어(community care)'로 전환한다고 선언하였다. 정부는 커뮤니티 케어를 '돌봄을 필요로 하는 사람들이 자택이나 그룹홈 등 지역사회에 거주하면서 개개인의 욕구에 맞는 복지급여와 서비스를 누리고, 지역사회와 함께 어울려 살아가며 자아실현과 활동을 할 수 있도록 하는 혁신적인 사회서비스 체계'라고 설명하였다.

이로써 현 정부의 사회복지서비스 정책에서 '탈시설(deinstitutionalization)'을 통한 커뮤니티 케어(community care)'가 중요한 정책과제로 설정되어 있다고 할 수 있다.¹⁾ 탈시설 정책은 서구에서는 1970년대 후반부터 1990년대에 걸쳐서 시설 보호의 반인권적인 측면과 함께 높은 보호비용의 문제를 해소하기 위하여 시행된 정책이다. 서구사회에서 1970년대 후반 이후 진행된 탈시설 정책은 전 세계적으로 확산되어 공유된 정책으로 1990년대를 거치면서 거의 마무리된 정책으로 볼 수 있으며, 2000년대 이후에는 탈시설 정책은 사회복지서비스의 중요 의제로 설정되지는 않고 있는 것으로 보인다.

한편 커뮤니티 케어는 많은 서구 국가들이 채택하였거나 채택하고 있는 정책방향이다. 영국은 1991년 커뮤니티케어법을 제정하여 돌봄 체계를 시설보호 의존도를 줄이고 지역사회 중심의 케어매니지먼트 시스템으로 재편하였으며(전용호, 2012), 이렇게 재편된 돌봄서비스 제도를 통칭하여 '커뮤니티 케어'로 부르고 있으며, 여기에는 아동보호(child social care)와 성인보호(adult social care)로 제도가 구성되어 있다. 현재 영국의 사회복지서비스는 커뮤니티케어라는 이름으로 운영되고 있다.

미국에서는 취약층도 자신의 집에 거주할 권리를 인정한 1999년 대법원 판결 이후에 연방정부는 주정부가 시설입소 대신에 지역사회기반 서비스(Home and Community Based Services, HCBS)를 우선적으로 제공하도록 하는 다양한 조치들을 시행하였다. 대표적으로 Waiver 프로그램을 들 수 있는데, 의료기관이나 시설에 거주할 요건을 갖춘

1) 장애인 분야를 중심으로 탈시설이 중요한 이슈로 다루어지고 있지만, 노인과 아동분야까지를 포괄하는 커뮤니티케어에서 이 주제를 얼마나 적극적으로 포함할지는 분명하지 않은 상황이다.

Medicaid 대상자들에게 입소권리를 포기하는 대신 지역사회기반 서비스(HCBS)의 이용자격을 부여하는 제도이다(김용득 등, 2013).

일본의 지역사회 중심 서비스 정책은 2000년에 실시한 사회복지기초구조개혁과 개호보험제도의 도입을 통해서 본격화 되었다고 할 수 있다(한창완, 2011). 사회복지기초구조개혁을 통해서 아동과 장애인은 이전의 조치비제도가 아닌 지원비 방식으로 전환되었고, 이와 함께 재택서비스 이용자의 급격한 증가가 이루어졌다(김용득 등, 2007, pp.204-208). 사회복지기초구조개혁과 동시에 노인분야에서는 개호보험제도를 도입하였다. 사회복지기초구조개혁과 개호보험제도는 서비스 제공자가 이용자에게 제공한 서비스에 대한 보수를 정부가 지급한다는 원리는 동일하지만 전자는 조세로 재원을 충당하고, 후자는 보험료에서 충당하는 차이가 있다(김용득 등, 2013, p.181). 특히 2005년 개호보험제도를 개정하여 개호예방급여의 실시와 요개호 대상자에 대한 지역네트워크를 통한 집중적인 사례관리 지원을 위하여 인구 2-3만 단위로 3명의 직원을 배치하는 지역포괄지원센터는 노인 개호에서 지역사회 기반의 대표적 접근으로 볼 수 있으며(조추용, 정윤태, 2010), 이들 통해서 시설급여를 축소하고 재가급여를 확대하는 개혁을 추진하여 왔다.

이처럼 외국에서는 원래 살던 집에서 살도록 지원하는 정책이 강조되어 왔으며, 최근에는 서비스 이용자들이 지역사회 활동에 참여하는 기회를 확대하고, 지역사회가 취약한 사람들과 함께 하도록 촉진하는 다양한 시도들이 함께 이루어지고 있다. 이런 흐름들을 포괄하여 커뮤니티 케어, 지역사회중심의 접근, 지역사회 기반의 서비스 체제 등으로 칭한다.

그렇다면 우리에게 왜 지역사회기반의 서비스 체계 또는 커뮤니티 케어가 요구되는가? 우선, 커뮤니티 케어는 지역사회에서 멀리 떨어진 곳에 있는 대형시설에 사람들이 집단으로 거주하는 상황을 해소하고자 한다. 격리된 대형시설에서 지역사회로 이주가 고립이 아닌 좋은 삶이되기 위해서는 두 가지 전제가 필요하다. 첫째, 지역사회 공간에 사는 사람들을 위한 지원서비스가 확보되어야 한다. 주거, 일상생활, 이동, 일자리 등에 대한 지원이 촘촘하게 있어야 하며, 이들 기능들이 사람에 맞추어 유기적이고 유연하게 작동해야 한다. 둘째, 지역사회가 사회적 약자들을 이웃으로 포섭하는 치료적인 지역사회, 즉 지역사회가 곧 긍정적 상호작용의 공간이 되어야 한다.

그러나 이런 포괄적인 이해만으로는 현재 논의되고 있는 지역사회중심서비스 또는

커뮤니티케어를 정책 차원에서 구체화하기 어렵다. 정책의 구체화를 위해서는 우리는 현재 어떤 상황에 있는지, 탈시설의 추진은 어떤 요소들로 구성되는지, 지역사회에서 지원서비스가 확보된다는 것이 어떤 의미인지, 지역사회가 어려운 문제를 가진 사람들을 포용하는 능력을 가지도록 하는 것이 어떻게 가능한지 등에 대한 세부적인 이해와 논의가 필요하다. 이에 본 연구는 ‘탈시설과 커뮤니티케어 구축이 주요 과제로 설정되어 있는 상황에서 지역사회중심의 복지서비스 구축은 어떻게 구체화 될 수 있는가?’를 규명해 보는 것을 목적으로 한다.

II. 한국 사회복지서비스 발전의 특징과 탈시설의 과제

사회복지서비스 제도는 원가정에서 지내기 어려운 사람들을 위한 거주시설서비스(residential services)와 원가정에 사는 것을 돕는 재택지원서비스(in-home services)로 구분될 수 있다. 사회복지서비스의 세계적으로 공통적인 움직임을 보면 거주시설서비스에서 재택지원서비스로 그 중심이 이동하고 있고, 거주시설서비스 내에서도 과거의 지역사회에서 분리된 대형시설 중심에서 지역사회의 소규모 가정형시설로 전환하고 있다는 사실이 확인된다. 한국의 사회복지서비스에서도 이런 경향이 마찬가지로 발견된다. 그러나 이런 방향이 변화에도 불구하고 한국의 사회복지서비스의 발전에는 독특한 측면도 발견된다. 한국의 사회복지서비스의 역사는 크게 세 단계로 나누어 설명할 수 있다(김용득, 2016).

첫 번째 단계는 1970년대와 1980년대의 수용시설 또는 생활시설 중심의 확대이다. 한국전쟁시기인 1950년대에 만들어진 전쟁고아 시설의 아동들이 20년이 지나고 성인이 되면서 1970년대에 많은 시설들이 장애인시설 등으로 전환되었다. 많은 대형 거주시설들이 이 시기에 만들어졌으며, 현재까지도 이 모델에 입각해 운영되고 있다. 이 시기의 서비스 제공목적은 ‘오갈 데 없는 장애인들을 밥 굶기지 않고 보호하고, 다른 사람의 부담이 되지 않도록 지역사회와 분리된 공간에서 보호하는 것’이었다. 또한 1980년대에는 1988년 서울올림픽을 개최하면서 장애인 시설을 도심 외곽으로 이주시키면서 대형시설을 확장하였다.

두 번째 단계는 1980년대 후반기와 1990년대의 이용시설 또는 지역사회 기반 서비스의 확대이다. 이 시기는 국제적으로 장애인 등 사회적 약자에 대한 인권이 강조된 시기고, 우리 사회 전반에서 정치적 민주화가 사회의 저변에 확산되는 분위기였다. 이런 흐름에 합류하기 위하여 수용시설이 아닌 지역사회 서비스 기관을 설립하기 시작하였고, 그 운영은 비영리 민간주체를 활용하였다. 1980년대 후반기부터 사회복지관, 노인복지관, 장애인복지관 등 대규모 이용시설 중심으로 본격적인 신규 설치가 이루어졌다. 1990년대에는 이들 대규모 이용시설의 양적 확대와 함께 주간보호시설이나 단기보호시설 등과 같은 소규모 지역사회시설들이 도입되었다. 이 시기의 사회복지서비스의 목적은 ‘적절한 치료, 교육, 훈련을 통하여 지역사회에서 생활할 수 있도록 한다는 것’이었다.

세 번째 단계는 2000년대 이후의 이용자 선택 방식의 서비스 확대이다. 이 시기는 장애인 분야를 중심으로 사회적 모델과 자립생활운동이 국내에 소개되고, 장애당사자들의 서비스 요구운동의 목소리가 높아지면서 한편으로는 장애인당사자들이 운영하는 자립생활센터가 설치되고, 다른 한편으로는 장애인자립생활을 지원하는 활동보조제도가 도입되었다. 이 시기에 노인요양보험제도도 이용자 선택 방식의 제도로 도입되었다.

세 단계로 설명되는 지난 40년에 걸친 한국 사회복지서비스의 발전이 보여주는 특징은 크게 두 가지이다. 첫째, 가장 두드러진 특징은 다른 나라에 비하면 매우 빠른 속도로 서비스가 확대되었고, 서비스를 주도하는 패러다임도 급속히 변화하였다는 점이다. 둘째, 이러한 급속한 변화의 과정에서 각 단계의 서비스 모델들이 그대로 공존하고 있다는 점이다. 즉, 1970년대의 대형시설이 현재도 여전히 운영되고 있다. 한국의 사회복지서비스의 역사를 보면 서구사회가 경험한 과정을 밟아가고 있는 것으로 평가할 수 있다. 그런데 한 가지 다른 점은 빠른 성장으로 인하여 이전 단계의 서비스 모델을 새로운 서비스 모델에 통합하지 못하고, 각 단계가 함께 공존하고 있다는 점이다. 이런 현상을 잠금(lock-in) 현상으로 칭할 수 있는데(김영중, 2012), 잠금 현상은 제도적 틀을 패러다임 변화에 맞게 근본적으로 바꾸기 보다는 새로운 서비스 요구에 대해서 새로운 제도로 대응한 결과라고 할 수 있다. 이런 상황으로 인하여 우리나라에서는 사회복지서비스의 변화와 확대에도 불구하고 탈시설이 해소하여야 할 핵심 의제로 설정되어 있다.

1. 대형시설 중심의 거주서비스 상황

우리나라에서는 지난 40년 동안 사회복지서비스의 양적이 팽창과 지역사회서비스의 확대에도 불구하고 1970년대 이후 존재하던 대형시설 중심의 수용보호 제도를 여전히 보유하고 있다. 이런 결과로 현재 우리나라 거주시설을 보면 대형시설 의존이 매우 높다. 보건복지부 자료에 의하면 2016년 말 기준으로 59개 정신요양시설에 10,181명이 입소해 있고, 623개 장애인거주시설에 26,461명, 243개 아동양육시설에 12,448명, 117개 노숙인시설에 8,878명이 살고 있다. 또한 2008년 이후 노인요양보호제도를 통해서 운영되고 있는 노인요양시설의 경우도 3,289개 시설에 131,814명이 살고 있어 새롭게 만들어진 제도에 의한 시설 상황도 별반 다르지 않다. 다음 표는 이를 잘 보여주고 있다.

표 1. 거주시설 현황

(16년 말, 명)

구분	개소 수(A)	입소자수(B)	평균 입소자수(B/A)
정신요양시설	59	10,181	172.6
장애인거주시설(공동, 단기 제외)	623	26,461	42.5
아동양육시설(개인시설 제외)	243	12,448	51.2
노숙인시설(자활, 재활, 요양)	117	8,878	75.9
노인요양시설(노인요양보호제도상)	3,289	131,814	40.1
계	4,331	189,782	43.8

자료: 보건복지부 각 업무부서 자료(2017).²⁾

또한 100인 이상이 거주하는 시설이 349개소나 되며, 이곳의 입소자 수는 총 48,385명에 이른다. 거주시설에 사는 사람들 중 26%가 100인 이상의 시설에 살고 있으며, 100인 이상 시설의 평균 입소인원은 139명에 이르고 있다. 특히 100인 이상의 정신요양시설 53개소에 입소해 있는 사람은 9,686명으로 시설 당 평균 183명이며, 노숙인시설은 6개소에 입소해 있는 사람이 1,073명으로 시설 당 평균 179명이다.

2) 사회복지 거주시설 현황 자료는 보건복지부의 각기 다른 업무 부서에서 파악하고 있기 때문에 이를 취합하여 제시하는 것이 쉽지 않다. <표 1>과 <표 2>는 각 해당 업무부서의 협조를 얻거나 관련 문서들을 검토하여 작성한 것이다.

표 2. 100인 이상 거주시설 현황

(16년 말, 명)

구분	개소 수	입소자수
정신요양시설	53	9,686
장애인거주시설(공동, 단기 제외)	34	5,067
아동양육시설(개인시설 제외)	6	1,073
노숙인시설(자활, 재활, 요양)	31	7,349
노인요양시설	225	25,210
계	124	23,175

자료: 보건복지부 각 업무부서 자료 취합 (2017).

이런 상황에서 대형 거주시설의 문제를 인식하여 장애인분야에서는 2011년 장애인 복지법을 개정하여 법 59조에서 ‘장애인 거주시설의 정원은 30인을 초과할 수 없다.’고 정하였다.³⁾ 그럼에도 불구하고 이전에 존재하던 30인 초과 시설은 그대로 유지되고 있으며, 신규로 설치되는 시설에는 30인 이하로만 설립이 인가되고 있다.

이 법령 개정의 영향으로 일부 변화는 지속적으로 나타나고 있는 것으로 보인다. <표 3>과 같이 30인 이하 정원인 거주시설에 사는 사람의 수는 크게 증가하는 추세를 보이는 반면 30인을 초과하여 운영되는 시설에 거주하는 사람은 미미하게 감소하고 있고, 100인 이상 시설에 거주하는 사람은 꾸준히 감소하는 추세를 보이고 있다. 하지만 이런 감소추세를 탈시설 흐름으로 평가할 수 있는가에 대해서는 부정적인 견해가 지배적이다.

3) 법률 연혁에서 제시하고 있는 당시 개정의 이유를 보면, ‘장애인 생활시설에 대하여 정원 제한을 두고 있지 아니하여 시설이 대규모화되면서 시설 이용자들의 개별적 요구를 충족시키지 못하고, 자율성 감소나 사생활 침해와 같은 부작용이 발생하고 있고, 장애인 생활시설에서 거주 기능과 함께 재활에 필요한 상담, 치료, 훈련, 교육 등 여러 종류의 서비스를 같이 제공하고 있어서 시설 이용자들이 전문적인 서비스를 제공받기에 어려우며, 다양한 환경과 상호작용할 수 있는 기회를 제한하여 결과적으로 지역사회와 분리되는 결과를 초래하고 있음. 이에 따라 장애인 생활시설을 포함한 장애인복지시설의 개념과 기능을 재정립하여 장애인 생활시설의 거주기능을 별도로 분리하고, 장애인거주시설의 정원은 30명을 초과할 수 없도록 하며, 장애인 생활시설에 대한 이용 절차 및 시설이 제공하는 서비스의 최저기준을 규정하는 등 장애인복지시설 이용자 중심의 서비스체계를 구축함으로써 장애인의 복지 증진에 이바지하려는 것임.’이라고 하였다.

표 3. 장애인 거주시설의 시설 규모(종류)별 연도별 이용자 현황(2010-2016)

구 분		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
총계	인원	28,216	29,441	30,640	31,152	31,406	31,222	30,980	
	시설수	1,144	1,247	1,348	1,397	1,457	1,484	1,505	
장애유형별 거주시설	정원	인원	2,029	2,780	4,330	5,140	5,786	6,234	6,853
	30인 이하	시설수	110	145	209	243	271	296	301
중증장애인 요양시설	정원	인원	11,664	12,071	12,072	12,146	13,026	12,957	13,140
	31~99인	시설수	253	258	259	255	267	267	269
장애영유아 시설	정원	인원	10,702	10,494	10,040	9,668	8,244	7,584	6,468
	100인 이상	시설수	89	87	85	83	69	63	53
소계	인원	24,395	25,345	26,442	26,954	27,056	26,775	26,461	
	시설수	452	490	553	581	607	626	623	
단기보호시 설	인원	1,292	1,393	1,438	1,432	1,495	1,548	1,616	
	시설수	103	119	128	131	137	141	146	
공동생활가 정	인원	2,529	2,703	2,760	2,766	2,855	2,899	2,903	
	시설수	589	638	667	685	713	717	736	

자료: 김성희 외, 2017, p.315.

2. 탈시설의 개념과 실행방법

탈시설(de-institution)은 시설(institution)과 결별한다는 의미이다. Goffman(1961)은 전형적인 시설(total institution)의 특징으로 입주자의 정체성 상실, 기본적인 자유의 제한, 재활 목표에 반하는 전문적인 위계구조, 일상화되고 규제된 집단생활, 입주자와 거리를 두는 직원 등을 제시하였다(Jackson & Lyons, 2016에서 재인용, pp.21-22). ‘시설’은 집단수용, 고립, 억압, 개성 박탈 등이 복합적으로 포함된 개념으로 공간적으로 집단수용 된 상태이면서 관계적인 측면에서는 일방적으로 통제받는 상태를 의미한다(김용득, 2016). ‘탈시설’은 대형시설에 의존적인 지위로 살아가던 상태에서 지역사회에서 자립적이고 의미 있는 삶으로의 변화를 의미한다(Seattle Regional Office of United States General Accounting Office, 1976). 이런 점에서 볼 때 시설과 비시설을 구분하는 방법은 두 가지 차원이 존재한다. 먼저 형태적 측면으로 구분하는 방법으로 시설은 점유자가 점유권한 없이 입소 또는 배치의 형식으로 거주하는 공간이며, 비시설은 점유자가

자가, 임대 등을 통해서 본인이 점유권을 가진 경우이다. 거주공간의 성격으로도 시설과 비시설을 구분할 수 있는데, 일과에서 개인의 자율성이 없고 입소자는 직원에 의해서 통제받는 생활을 하는 경우는 시설이며, 반면에 자유롭게 일과를 보내면서 출입에 제한이 없고 직원과의 관계에서도 평등이 보장되는 경우라면 비시설이라고 할 수 있다.

따라서 탈시설을 정책으로 시행하는 방법도 두 가지가 가능하다.⁴⁾ 첫 번째 측면은 거주시설에 입소해 있는 사람들이 시설이라는 공간을 떠나서 자신의 공간으로 이주하는 탈시설이다. 이를 위해서는 이사할 집이 지원되어야 하고, 생활을 유지할 수 있는 지원서비스가 있어야 한다. 구체적으로는 자립정착금 지원, 임대주택 공급, 탈시설지원센터 운영 등이 필요하다. 이 방법은 서울시 전환지원센터를 비롯하여 몇 개 지방자치단체가 수행 중에 있고, 개념적 측면에서도 어렵지 않게 정리될 수 있을 것으로 보인다. 두 번째 측면은 시설의 규모, 환경, 서비스 내용과 방법 등을 변경하는 기존 시설을 개혁하는 탈시설이다. 여기에 대해서는 시설과 탈시설의 경계를 어떻게 정할 것이냐를 두고 복잡한 논란이 제기될 수 있다. 시설을 개혁하는 탈시설은 크게 세 가지 요소가 중요하다.

먼저 공간적 요소로서, 거주하는 공간을 분리된 집단적 거주에서 지역사회에 통합된 자립적 거주로 전환하는 것이다. 기존의 시설은 학교처럼 생긴 복도식 건물의 네모난 방에 5명이 살고, 10개의 방에서 50명이 함께 살며, 공동화장실과 식당이 있다. 지역사회에 통합된 자립적 거주공간은 일반 지역사회에 10집의 아파트가 각기 흩어져 있고, 각 집에 4-5명이 한 가구를 이루고 사는 형태이다

다음은 재정의 수령과 지출에 관한 권리의 요소로서, 생계비 등의 집합적 수급과 집합적 지출을 개별적 수급과 개별적 지출로 전환하는 것이다. 기존 시설제도에서는 시설에 입소한 국민기초생활수급자는 보장시설수급비라는 이름으로 일반수급자보다 감액된 비용을 받고, 지출도 시설단위로 집합적으로 하도록 하고 있다. 개별적 수급과 개별적 지출로 전환한다는 의미는 국민기초생활보장법이 개별급여를 원칙으로 정하고 있는 바

4) Merriam-Webster 사전에서도 다음과 같이 두 가지로 정의하고 있다. '1. the release of institutionalized individuals from institutional care (as in a psychiatric hospital) to care in the community.' '2. the reform or modification of an institution to remove or disguise its institutional character.' Anttonen과 Karsio의 연구(2016)에서도 탈시설은 '시설보호가 지역사회 또는 가족기반 보호를 통해서 크게 줄거나 대체되는 과정 또는 시설보호가 혁신적으로 재조직되고 재정의 되는 과정'이라고 하였다.

와 같이 거주시설 이용자도 일반 수급자와 같이 개별적으로 생계비를 지급받고, 지출도 개별적으로 하는 것을 원칙으로 하는 것이다.

마지막은 직원과 지원서비스의 역할 요소인데, 24시간 보호라는 획일적 지원구조를 사람의 필요에 맞는 지원 구조로 변경하는 것이다. 기존의 시설에서 입소자는 24시간 동안 직원의 책임 하에 보호를 받아야 한다. 이 원칙하에 활동지원서비스 등 재택기반서비스의 이용은 불허된다. 필요에 맞는 지원 구조로 전환한다는 의미는 각 세대 구성원의 상황에 따라 밤 시간만 직원이 상주하는 형태, 상주 직원 없이 필요한 경우에만 외부에서 지원하는 형태가 가능하도록 하고, 개별적 필요에 따라 재택기반서비스를 이용할 수 있도록 하는 것이다.

자립적 공간, 개별적 재정, 적정한 지원 등이 시설 개혁의 핵심 요소이다. 자립적 공간으로의 변화를 위해서는 기존 대형시설의 토지와 건물을 매각하고, 아파트나 주택을 매입하거나 임대하도록 유도해야 한다. 개별적 수급과 지출이 가능하려면 국민기초생활보장제도의 보장시설수급제도를 폐지해야 한다. 적정한 지원 구조로 전환하기 위해서는 24시간 보호라는 기존 시설의 전제를 폐지해야 한다. 세 요소가 변화된 거주시설 명칭은 ‘시설(institution)’이 아니라 ‘거주홈(residential home)’으로 바뀌어야 한다. 영국, 미국, 일본 등에서도 이런 개혁을 거쳐서 너싱홈, 케어홈, 그룹홈 등의 용어를 사용하고 있다. 이와 같은 시설 개혁으로서의 탈시설은 다음의 표와 같이 표현될 수 있다.

표 4. 과정으로서의 탈시설 구성요소: 현재와 지향

3가지 구성요소	개혁 이전의 시설	시설 개혁의 상황
건물과 공간(A)	<A-1> • 학교처럼 생긴 건물 • 1실에 5명 거주 • 10실에 정원 50명	<A-2> → • 일반 아파트 등 일반 가정집 • 한 아파트에 5명 이하 거주 • 10채의 아파트를 하나의 시설로 등록
재정권한(B)	<B-1> • 시설에서 보장수급비 수령 • 입소자로 보장시설 수급비 수령	<B-2> → • 본인 명의로 수급비 수령 • 일반적인 개인별 수급비 동일하게 수령
직원역할(C)	<C-1> • 24시간 직원이 보호책임	<C-2> <C-3> → • 밤에만 직원 보호책임 • 직원 보호책임 없음 • 낮에는 활동보조 • 밤낮구분 없이 이용가능 활동보조 이용가능

기존 시설을 개혁하는 차원의 탈시설 정책은 탈시설 구성요소의 결합을 통해서 몇 가지 차원으로 구현될 수 있다. 첫째, 건물과 공간을 바꾸는 차원으로 '1수준 탈시설'이다. 이 차원에서는 재정권한과 직원의 역할에는 변화가 없이 거주시설의 공간만을 지역 사회에 소규모 일반 거주공간으로 바꾸는 방법이다. 둘째, 건물과 공간, 재정권한을 바꾸는 차원으로 '2수준 탈시설'이다. 거주하는 공간을 지역사회 소규모 거주지로 바꾸면서 동시에 사회보장 수급권도 개별급여 원칙에 따라 본인이 수령하고 집행하도록 하는 방법이다. 현재 우리나라 공동생활가정이 이에 해당한다고 볼 수 있다. 셋째, 건물과 공간, 재정권한을 바꾸면서 직원의 역할의 일부를 변경하는 차원으로 '3수준 탈시설'이다. 거주시설 직원의 책임을 야간에만 부여하고 낮 시간에는 재택기반서비스를 이용하도록 하는 형태이다<C-2>. 넷째, '4수준 탈시설'로 거주시설 직원의 보호책임을 완전히 제거하고, 직원 배치를 없애고 필요한 경우 활동보조 등의 지역사회 기반 지원서비스를 이용하여 생활하도록 하는 형태이다<C-3>.

거주시설에서 비인간적이고 집단적인 요소를 제거하는 시설의 개혁이 중요하게 다루어져야 하지만 시설에 거주하고 있는 사람들이 자신의 공간으로 이주하는 명확한 탈시설에 우선권을 두고 정책을 추진해야 한다. 그럼에도 불구하고 자신의 주택으로 이주하기 어려운 사람들을 위해서는 자립적 공간, 개별적 재정, 적정한 지원을 결합시키는 '시설을 개혁하는' 탈시설도 함께 추진되어야 한다. 그리고 시설을 개혁하는 탈시설은 핵심 구성요소들의 변경을 통해서 시행될 수 있을 것이며, 이들 요소들을 결합하는 탈시설은 거주시설의 모습에서 다양한 형태를 적극적으로 도입하는 일이라고 할 수 있다.

탈시설 정책의 수립과 본격적인 이행을 위해서는 개념과 목표에 대한 논의와 합의가 무엇보다 중요할 것이다.⁵⁾ 이러한 개념과 목표에 대한 합의와 함께 분야별 차별성에 대한 고려도 세부적으로 이루어져야 한다. 아동을 위한 탈시설은 삶의 공간을 일반 가정 환경으로 옮기고, 입양부모나 위탁가정 부모의 적절한 보호를 받는 것을 목표로 하는 것이 일반적이다. 성인 신체장애인이거나 감각장애인의 탈시설은 자신의 공간에서 자신이

5) 탈시설과 지역사회서비스로의 전이는 두 가지 면에서 반대가 있다. 첫째, 캠프힐과 같은 대안 공동체는 대규모 공동거주 모델임에도 불구하고 탈시설의 대상으로 다루어지지 않는 편이다. 대안공동체를 지지하는 사람들은 규모가 문제가 아니라 공간 안에서 이루어지는 관계가 중요하다는 입장을 취한다 (Duffy, 2015). 둘째, 최근 유럽을 중심으로 지역사회 돌봄만 강조할 것이 아니라 노인 치매 등의 경우는 사람에 따라 시설 돌봄과 지역사회 돌봄이 조합 또는 융합되는 'Balance of Care approach'가 논의되고 있다. 이 접근 방식에서는 하나의 세팅만으로 대응하는 것보다는 시설세팅과 지역사회세팅이 적극적으로 혼합되는 것이 필요하다는 입장이다(Tucker et al., 2015)

사회보장급여를 받으면서 지역사회서비스의 지원을 받아서 독립적으로 사는 지원을 요구한다. 발달장애인이거나 정신장애인의 경우는 지역사회 통합된 공간에서 사회보장급여를 개인이 수령 받으면서 주거장소에서 밀착된 지원서비스를 받는 형태가 선호된다. 치매노인을 포함한 노인을 위한 요양서비스는 자신의 집에서 지원서비스를 받으면서 사는 ‘aging in place’가 강조되지만 동시에 편안한 돌봄을 받을 수 있는 거주시설의 육구도 중요하게 고려되는 편이며, 전 세계적으로 공통적인 인구고령화의 영향으로 비용증가에 대한 문제를 중요한 고려사항으로 보는 경향이다(Anttonen & Karsio, 2016). 이처럼 각 분야마다 현재 거주시설의 상황이 다르고 또 탈시설에 대한 요구나 추진방법 등에서도 다를 수 있다. 따라서 탈시설에 대한 기본적인 공감대 형성과 함께 각 분야별로 구체적인 상황분석과 추진전략이 수립되어야 한다.

III. 지역사회중심의 복지서비스 구축

일반적으로 사회복지서비스 정책에서 지역사회를 고려한다 함은 두 가지 방향으로 나타난다(김은정, 2014). 첫째는 지역특성을 기존 제도에 반영하는 정책사고의 지역화(localization)이다. 중앙정부는 방향과 기준을 제시하고, 지방정부는 각 지역에 맞게 다양하게 실행하는 정책의 분권화(de-centralization)이다. 둘째는 지역사회의 활성화나 지역구성원의 주체화와 같은 비제도적 형식의 지역화이다. 지역 내 민간복지기관들은 기존의 표준적(탈지역적) 서비스 제공방식을 벗어나 지역주민, 공공부문, 유관기관 등과의 지역공동체를 매개로 하는 새로운 관계를 형성해야 한다. 최근 우리나라 사회복지서비스 정책에서도 지역사회가 강조되는 맥락이 있다. 개인의 선택을 강조하는 이용자중심의 서비스가 보편화되면서 지역사회의 집합적 연대 또는 공동체적 접근이 약화되어 개인이 지역사회로부터 이탈되는 문제가 있다는 점을 지적한다. 이용자 중심의 접근을 강조하는 사회복지서비스의 현대화가 가져온 새로운 합리성의 형식은 사회복지서비스를 지역사회로부터 탈맥락화 하였고, 공급자와 이용자를 구분하여 각기 이윤 최적화를 추구하는 행위자로 전락시켰다. 이런 시점에서 사회복지서비스의 생활세계와 집합적 연대를 복원하는 지역사회기반 서비스 전략이 필요하다(김형용, 2013). 탈시설의 요구와 지역사회 접근

을 결합하여 보면 지역사회중심의 사회복지서비스 정책은 크게 세 가지 차원의 접근이 가능할 것으로 보인다(김용득, 2016).

첫째는 생활의 장소로서 지역사회를 천명하고 지역사회 중심의 서비스를 강화하는 정책 방향이다. 지구상의 모든 사회에서 빈곤아동, 장애인, 노인 등의 복지대상자들은 지역사회로부터 강력한 분리를 경험하였다. 지역사회로부터의 분리는 공간적 분리임과 동시에 인간성의 박탈이었다. 대형시설에서 개성이 없는 사람으로 연명하도록 강요되었다. 이에 대한 반성으로 전 세계적으로 사회복지서비스의 공통적인 목표는 ‘시설에서 지역사회로 설정되었다. 이와 관련하여 현재 시점에서 우리나라에서도 ‘탈시설과 ‘지역사회서비스의 강화가 과제로 설정된다.

둘째는 지방정부 주도의 사회복지서비스 정책의 실현이다. 사회복지서비스 영역의 구체적인 정책결정과 실행은 지역화 되는 것이 타당하다. 대인서비스(human service)에서 욕구기반과 이용자참여를 실현하기 위해서는 근거리 단위의 정책결정이 필요하다. 이런 면에서 이론적 또는 세계적 추세를 보면 지방이양(de-centralization)이 적절하다. 우리나라에서의 지역사회 중심의 사회복지서비스 정책의 과제는 중앙정부와 지방정부가 합리적으로 역할을 분담하고, 기획은 중앙정부가 실행은 지방정부가 담당하는 관계를 강화하는 방향으로 설정될 수 있다.

셋째는 지역사회가 주체가 되도록 지원하는 서비스 정책이다. 지역사회의 친구가, 이웃이 적극적인 지원자 또는 옹호자가 되는 역할을 하는 것이 중요하다. 지역사회에 사는 발달장애인, 치매노인 등의 사람들에게는 이런 지역사회의 우호적인 지원을 개발하는 것이 매우 중요하며, 이는 ‘지역사회 연대와 협력(services of the community)’의 개발을 의미한다. 이런 방향이 활성화되기 위해서는 지역사회의 다양한 주체들이 자발적으로 사회복지서비스에 참여하도록 지원해야 한다. 이런 지역사회의 참여가 이루어질 때 사회복지서비스의 모습은 획일성과 전형성에서 벗어나 다양성과 개별성을 추구할 수 있게 된다. 또한 지역사회라는 공간속에 있는 비공식 주체들의 협력을 강조하는 면에서 보면 공식적인 지원(public support)에서 자연스러운 지원(natural support)으로의 전환이라는 의미로 볼 수도 있다.

한편, 1980년대 이후 대형 시설을 해체하고 지역사회 중심으로 서비스를 재편하면서 지난 3-40년의 서구 경험을 통해서 보면 지역사회기중심서비스 또는 커뮤니티케어서비스는 두 가지 측면으로 이해된다. 첫 번째 측면은 1980년대와 1990년대에 집중적으로

진행된 내용으로 시설에서 제공하는 보호적 서비스를 대체하여 지역사회에서 제공하는 자립적인 서비스로 전환하는 것이다. 두 번째 측면은 지역사회에서 자립을 지원하는 서비스가 지역사회 사람으로부터 지지와 지원을 받지 못하면 ‘고립된 자립’이 된다는 반성에서 2000년대 중반기 이후로 추진되어 온 지역사회 주도적인(community led) 서비스를 지칭한다. 이렇게 볼 때 탈시설 이후의 지역사회서비스 구축의 과제는 자립을 지원하는 목적으로 지역사회라는 장소에서 지방정부 주도의 촘촘한 서비스를 조직화하는 과업이 우선적으로 중요하다. 이와 함께 지역사회가 개개인의 자립적인 삶을 지원하고, 포용하도록 하는 과업도 동시에 추진되는 것이 필요하다.⁶⁾

1. 자립지원서비스: 보호에서 자립으로

탈시설 정책의 이행을 위한 직접적인 과제는 대형시설에 살던 사람들이 지역사회에 마련된 자신의 집이나 거주서비스 장소(care home, residential home 등)에서 살 수 있도록 지원하는 일이다. 이를 위해서는 크게 두 가지 기능이 필요하다. 첫째는 주거장소의 제공을 포함하여 지역사회에서 의미 있는 삶을 영위할 수 있도록 돕는 실질적인 지원(practical support) 서비스를 배치하는 것이다. 둘째는 지역사회에서 사람들이 배치된 지원서비스에 쉽고 공평하게 접근할 수 있도록 하는 서비스 이용 장치 또는 전달체계를 구축하는 일이다.

가. 지역사회기반의 서비스 배치

아동, 장애인(신체장애인, 발달장애인, 정신장애인 등), 노인 등이 지역사회와 격리된 시설에서 살지 않고 지역사회에서 지내기 위해서는 포괄적이면서(comprehensive) 통합적인(integrative) 서비스가 필요하다. 포괄성 차원에서 보면 원 가정에서 살기 어려운

6) 최근 인권보장에 대한 논의에서도 이 부분의 중요성이 강조되고 있다. 탈시설의 목표가 자립을 통한 인권의 보장이기 때문에 맥락을 같이하는 것으로 볼 수 있다. 인권보장의 네 가지 구성 요소(4E)는 자격부여(entitlement), 향유(enjoyment), 자력화(empowerment), 포용(embracement) 등이다. 인권보장을 법령에 명시하고, 이를 실제로 향유할 수 있어야 하고, 보장되지 않을 경우에 당사자들이 보장을 요구하는 힘(의지)을 가지고 있어야 하고, 이런 상황을 사회가 자연스러운 것으로 받아들이고 인정할 수 있어야 함을 의미한다(조효제, 2016, pp.41-50).

상황에 있는 사람들을 위한 거주지원서비스(residential support services)와 함께 지역사회에서의 일상과 활동을 지원하는 지역사회 지원서비스(non-residential community support services)가 제공되어야 한다. 그리고 이들 서비스가 개인의 상황에 맞게 통합적으로 구성될 수 있어야 한다.

1) 거주지원서비스(residential services)

지역사회기반 거주지원서비스는 지역사회에서 거주 장소를 제공하는 기능을 지칭한다. 거주지원서비스의 실제 모습은 나라마다 다양한데, 개인의 상황에 가장 적합한 주거 대안을 제공하는 것을 목적으로 한다. 이와 관련하여 정부로부터 제공받을 수 있는 여러 가지 주거지원서비스 제도에서 개인에게 가장 적합한 지원을 탐색하도록 지원하는 활동을 총칭하여 미국이나 영국 등에서는 지역사회생활조정(communit living arrangements)⁷⁾이라 부르기도 한다. 지역사회생활조정을 통하여 지역사회 기반의 자립적인 생활을 지원하는 거주지원서비스는 크게 세 가지 유형으로 구성될 수 있다. 소규모 지역사회 거주시설을 통해서 지원하는 유형, 가정환경과 유사한 거주서비스를 통해서 지원하는 유형, 보편적 방식으로 주거를 지원하는 유형 등이다.

첫째, 일반 지역사회에 존재하는 소규모 거주시설을 제공하는 유형이다. 이 서비스는 공간적으로 지역의 일반적인 가정과 같은 환경이면서, 사회보장급여의 수급은 개별 급여를 받아서 생활하며, 서비스 직원으로부터 밀착된 또는 간헐적인 지원을 받는 모형이다. 이 모형의 서비스는 5-7인으로 구성되면서 의료적 서비스가 포함되지 않는 소규모 거주시설인 케어홈(care home, care without nursing)과 15인 내외로 구성되면서 의료적 서비스가 포함되는 너싱홈(nursing home, care with nursing)으로 구분될 수 있다.⁸⁾

둘째, 가정형 보호를 통한 거주지원 서비스를 제공하는 유형이다. 이 서비스는 지역사

7) 지역사회생활조정 목적은 지역사회 생활(communit living)이 실현되도록 돕는 것을 목적으로 한다. 여기서 지역사회생활이란 그 사회의 일반적인 사람들이 사는 장소와 유사한 공간에서 살고, 보통의 사람들이 가지는 수준의 주거장소에 대한 선택이 가능하며, 누구와 어떻게 살지를 선택할 수 있으며, 지역사회 활동에 참여할 수 있도록 하는 지원서비스를 이용할 수 있는 조건이 충족되는 상황을 말한다(Mansell et al., 2010)

8) 미국, 영국, 일본 등에서는 케어홈이나 너싱홈의 규모를 제한하고 있다. 나라마다 약간의 차이가 있으나 15-20인 이하로 최대 정원을 정하고 있다.

회에 있는 실제의 가정에 함께 거주하도록 지원하는 모형이다. 사회보장급여는 개별급여로 이루어지며, 동거하는 가구 내에서 지원을 받는다. 여기서 원가정에서 살기 어려운 아동을 위한 서비스를 위탁보호(foster care)라고 하며, 위탁가정을 통해서 보호와 양육이 제공된다. 아동을 위한 위탁가정과 유사한 형태지만 발달장애나 정신장애를 가진 성인에게 이 유형이 적용될 때에는 하숙형 서비스라고 한다. 이 서비스 유형에서는 서비스 목표가 자립을 지원하는 것으로 설정되며, 영국이나 미국에서는 이 제도를 공유생활(shared lives)라고 부르고⁹⁾, 하숙형 서비스 기관은 ‘가족홈(family home)’이라 부른다.

셋째, 지역사회의 일반사람과 동일하게 보편적인 주거지원을 제공하는 유형이다. 다른 사람과 마찬가지로 자가 또는 임대한 자신의 주택에서 살면서 지역사회에 존재하는 지원서비스를 받으면서 사는 유형이다. 임대주택 등을 통해서 주택을 제공 하는 서비스(housing services)만으로 이루어지는 주거지원도 있고, 주택임대와 함께 지원서비스가 함께 포함되는 지원주거서비스(supportive housing services)도 있다. 최근에는 이 모형이 가장 핵심적인 주거지원서비스로 인식되는 경향이 있으며, 방법도 다양해지고 있는 추세를 보인다. 주택을 제공하는 서비스도 정신장애인, 발달장애인 등의 개인의 상황을 세밀하게 고려하여 주거장소를 찾아주는 ‘affordable housing’ 서비스도 새로이 등장하고 있다.¹⁰⁾ 지원주거서비스 역시 단순히 집을 유지하는데 필요한 고장의 수리, 전등의 교체 등과 같은 주택의 기능에 포함되는 서비스에 국한하던 방식에서 위기상황에 대한 대처, 지역사회와의 교류 등을 폭넓게 지원하는 방향으로 변화하고 있다.

세 가지 유형의 주거지원서비스는 개인의 상황에 맞게 지역사회에 거주를 돕기 위하

9) shared lives 제도는 이용자의 집에서 함께 거주하는 경우도 있고, 서비스를 제공하는 사람의 집에서 거주하는 경우도 있다. 영국에서는 서비스 평가기관인 CQC(care quality commission)의 감독을 받기 때문에 소형거주시설이라 할 수 있지만, 서비스가 제공되는 방식에서는 거주시설이라 보기 어려운 면도 있다(Shared Lives Plus, 2016). 처음에는 거주를 제공하는 목적이 주를 이루었지만 현재는 단기휴식(short break), 낮 활동 지원(day support)을 제공하는 shared lives 도 있다. 영국 잉글랜드 2015년 기준 shared lives 전체 이용자는 11,570명이며, 주거목적 6,120명(53%), 단기휴식 3,260명(28%), 낮 활동 지원 2,190명(19%) 등이다. 연령별로는 16-17세 120명(2%), 18-64세 9,700명(83%), 65세 이상 1,760명(15%) 등이다. 인구집단별로 보면 발달장애 8,810명(76%), 정신장애 760명(7%), 노인 710명(6%), 신체장애 550명(5%), 치매노인 400명(3%), 기타 340명(3%) 등이다.

10) 정신장애인, 발달장애인 등의 취약계층이 스스로 자신에게 적합한 집을 찾는 것은 쉽지 않다. 이런 문제에 대해 주택 구입자금 저리대출, 저가 임대주택 구매, 공공주택 임대 등에 쉽게 접근할 수 있도록 돕는 서비스가 필요한데, 미국에서는 이를 affordable housing이라고 부르고 있다. 미국 캘리포니아 주에 있는 Housing Choice(<http://www.housingchoices.org>)도 발달장애인을 위한 affordable housing을 지원하는 단체 중의 하나이다.

여 선택적으로 제공된다. 우리나라의 과제는 우선, 거주시설형 서비스는 지역사회와 분리된 대형시설을 지역사회에 존재하는 소규모의 일반적인 거주 장소로 변경하여야 한다. 그리고 이들 각각의 소규모 거주장소에 5인 정도의 이용자와 지원하는 직원이 한 아파트에 거주하고, 이들 아파트 5-6세대를 묶고, 이와 함께 각 각 거주 장소를 지원하는 사무소를 포함하여 거주시설로 보는 모형을 거주시설의 표준으로 설정하여야 한다. 이와 함께 아동을 위해서는 시설형 주거를 최대한 줄이고 위탁가정형 지원이 주를 이루도록 하여야 한다. 그리고 아직 우리나라에는 도입되어 있지 않은 성인을 위한 가정형 서비스제도를 새로이 개발하여 도입하여야 한다. 성인의 독립적인 삶을 지원하기 위하여 임대주택의 제공 규모를 확대하면서 동시에 지원주거서비스를 제도로 결합시키는 주거지원모형을 도입하는 것도 필요하다.

2) 지역사회 지원서비스(non-residential support services)

지역사회에 거주하는 취약한 사람들을 돕는 서비스는 크게 네 가지 종류로 구성된다. 첫째, 서비스가 필요한 사람의 가정을 기반으로 지원서비스가 제공되는 ‘가정지원 서비스(in home services)’이다. 빈곤아동, 장애인, 노인 등의 가정을 도우미(helper)가 방문하여 식사, 간병, 청소, 정서지원 등을 제공한다. 둘째, 서비스가 제공되는 별도의 공간을 만들어서 이용자가 방문하여 낮 시간을 잘 보내도록 돕는 ‘통소형 낮 활동 서비스(day services, day activity services)’이다. 지역아동센터, 장애인복지관, 장애인 주간보호센터, 노인복지관, 노인주간보호시설 등이 여기에 해당한다. 셋째, 특별한 욕구를 가진 사람들에게 일반사람에게는 필요하지 않은 특별한 서비스를 제공하는 기능이다. 일반 교통수단으로 이동이 어려운 사람들에게 특별교통수단을 제공하는 ‘이동지원서비스(ring and ride)’, 언어로는 의사소통이 어려운 청각장애인을 위하여 수화를 통하여 의사소통을 증대하는 ‘수화통역센터’, 시각장애인을 위하여 정보접근을 가능하게 해주는 ‘점자도서관’, 혼자서 식사준비가 어려운 사람들을 위한 ‘식사배달서비스(meals and wheels)’ 등이 여기에 속한다. 넷째, 취약한 사람들도 일할 수 있는 기회를 가질 수 있도록 하는 ‘고용서비스(employment services)’이다. 일반적인 고용지원서비스로는 실질적 도움을 얻기 어려운 장애인이나 노인 등을 위하여 제공되는 보호고용 서비스(sheltered workshop), 지원 고용 서비스(supported employment services) 등이 여기에 속한다.

거주지원서비스는 본인에게 가장 적합한 하나의 서비스를 이용자가 선택할 수 있도록 하는 방식으로 운영된다. 반면에 지역사회 지원서비스는 여러 가지 서비스들이 욕구에 따라 혼합(mix)되어 구성된다. 가정지원서비스를 이용하면서 동시에 통소형 낮활동 서비스를 이용하기도 한다. 여기에 더하여 이동지원서비스, 수화통역서비스, 식사배달서비스 등이 복잡하게 혼합될 수 있다. 그래서 지역사회 지원서비스는 이용자의 어려움 정도와 욕구에 따라 서비스 이용자자격(eligibility)을 정하고, 이에 따라 적절한 서비스 혼합을 만들어서 제공하는 것이 중요하다.

나. 이용지원 전달체계

지역사회 기반의 거주지원서비스와 지역사회지원서비스가 효과적으로 전달되기 위해서는 이용자와 서비스를 연결하는 장치가 필수적이다. 이 연결 장치는 부족한 자원을 필요가 높은 이용자에게 우선하여 서비스를 할당하는(rationing) 체계이기도 하고, 개인이 원하는 삶의 목표에 맞게 서비스를 효과적으로 설계하는(planning) 개인 맞춤형 지원 체계라는 이중적 의미를 가진다. 이처럼 서비스 욕구와 서비스 제공을 연결시키는 장치를 포괄적으로 사회복지서비스 전달체계라 칭한다. 전달체계가 효과적으로 작동하기 위해서는 두 가지 전제가 필요하다. 첫째, 서비스 이용자와 서비스 공급이 연결되는 합리적인 연결구조가 있어야 한다. 둘째, 합리적인 구조위에서 실제 욕구를 측정하고, 적절한 서비스와 연결하는 수단(기준, 도구)과 이를 집행하는 인력이 확보되어야 한다.

연결구조 측면에서 보면 현재 우리나라에서 이용자와 서비스 공급을 연결하는 구조는 취약하다. 우리나라 사회복지서비스 1단계(세대)에 해당하는 대형 거주시설 서비스는 국민기초수급자, 무연고자 등의 이용 자격기준으로 운영되는 경우가 많다. 2단계(세대)에 해당하는 사회복지관, 장애인복지관, 노인복지관 등의 지역사회 기반 이용시설은 각 기관단위에서 이용자를 선발하는 방식으로 운영된다. 이용자가 서비스를 선택하는 3단계(세대) 방식의 경우는 자격기준에 의한 심사 평가를 통해서 서비스를 이용하도록 하고 있지만, 이들 각각도 별도의 분리된 제도로 운영되고 있다. 다만 노인요양서비스의 경우는 노인요양시설, 주간보호서비스, 방문요양서비스, 복지용구 이용 등이 하나의 구조에 통합되어 있어 서비스 이용자와 서비스 공급이 연결되는 구조를 갖고 있다. 노인요양서비스를 제외한 사회복지서비스 영역은 기본적인 연결구조가 취약한 상황이며, 욕구를

측정하여 서비스로 연결하는 장치가 마련되어 있지 않으며, 이를 담당하는 인력도 확보되어 있지 않다. 이용자와 서비스를 연결하는 합리적인 구조와 수단이 마련되지 않으면 서비스의 실효성과 공평성을 확보하기 어렵다.

2. 포용하는 지역사회: 상호 의존하는 자립

탈시설은 분리된 대형시설을 폐쇄하고, 지역사회에 분산된 작은 거주공간으로의 재편과 함께 일상을 지원하는 다양한 지역사회서비스를 요구한다. 그러나 이런 조건만으로 원하는 삶을 살 수 있을까? 이와 관련하여 김은정(2015)은 이동, 목욕, 말벗 등에 대한 욕구로 돌봄 욕구를 분절하고 각각의 욕구에 대응되는 서비스를 공급하는 제도적 접근은 과연 효과적일까? 지속가능하며 효과적인 사회적 돌봄 체계를 구축하기 위해서는 표준화된 제도적 서비스 공급방식을 보완해 줄 수 있는 접근기제가 필요한 것이 아닌가? 라는 의문을 제기하면서 사회적 돌봄에서 공동체적 접근의 강화가 필요하다고 하였다. 또한 Duffy(2015)는 발달장애인들이 원하는 바는 분산된 주거(dispersed housing)의 제공만으로 충분하지 않고 관계와 사랑, 일과 기여, 실제적인 주거의 권리, 시민으로서의 권리, 자기결정과 임파워먼트 등이 확보되어야 한다고 주장하였다. 그는 발달장애인들이 ‘커뮤니티 케어 서비스’라는 제도에 의해서 지원을 받고 있지만 지역사회 생활을 향유하지는 못하고 있으며, 이런 상황에서 지역사회에 있는 작은 거주 장소들은 ‘작은 시설(micro-institution)’이라고 할 수 있으며, 우리에게 필요한 것은 평등과 상호존중의 정신을 기반으로 하는 ‘좋은 지역사회(decent community)’라고 하였다. 그렇다면 좋은 지역사회는 어떤 방법을 통해서 실현될 수 있을까? 크게 세 가지 대안적 접근이 가능할 것으로 보인다.

가. 이용자와 제공자의 협동생산

자립을 지원하는 서비스의 내적인 성격이나 제공자와 이용자의 관계 측면을 대립적이 아닌 상호의존적으로 만들어 내는 ‘협동생산(co-production)’을 제도적으로 구현하는 방법을 통해서 좋은 지역사회를 만들어 나갈 수 있다.¹¹⁾ Boyle(2010)은 공동생산을 ‘전문

11) 협동생산(co-production)은 1970년대 미국에서 사용되기 시작한 용어인데, 공공서비스 전반에서

가, 이용자, 가족, 이웃 사이의 동등하고 호혜적인 관계에서 공공서비스를 전달하는 것으로 정의하면서 이것이 서비스 효과를 높일 수 있는 방법이라고 제안하였다. 이들 간의 협력이란 관련 주체들이 자신의 환경에 전문가라는 점을 상호 인정하면서 책임 있는 시민으로서 결정과 통제를 갖는 것이며 문제에 대한 정의를 공유하면서 설계와 해결방안을 실행하는 것을 목표로 한다는 의미이다(주현정, 김용득, 2018). 사회복지서비스는 대표적인 관계재이자 경험재로서 제공자와 이용자가 신뢰와 협력을 바탕으로 서비스 생산 과정에 적극 참여할 때 서비스 질이 높아진다는 주장과(Pestoff, 2009) 함께 이용자의 욕구는 매우 개별적이라 제공자와 수혜자 사이의 관계 향상이 중요하다는 연구(Bovaird, 2007) 등이 제시되면서 공동생산의 필요성이 높아졌다.

공동생산은 지역에서 이용자와 함께 일한다는 의미로 이해될 수 있는데, 전문가가 이용자의 욕구를 사정하고 서비스를 개발하는 것이 아니라 이용자가 스스로 욕구를 표현하고 서비스 개발을 주도하는 능동적인 주체로서 참여하고 함께 지역사회 네트워크를 만들어 나가면서 공동체의 역량개발에도 기여하고자 한다.¹²⁾ 이를 위하여 사회적 협동조합, 사회적기업 등의 사회적 경제조직의 서비스 제공참여를 지원하고, 이 조직에서 제공자와 이용자가 협업 관계로 참여할 수 있도록 하는 방법도 가능하다(김은정, 2015). ‘직접 이용하는 사람이 운영하자는 슬로건으로 20여개의 협동조합과 주민단체가 참여하여 발달장애인 등의 사회적 약자들과 함께하는 ‘대구 안심마을’ 사례가 여기에 해당한다. 이용자가 포함되는 시민이 주주로 참여하여 복지법인을 만들어 기존 사회복지법인의 한계를 극복하자는 취지로 설립된 부산 ‘시민주 복지법인’도 이에 해당하는 사례로

시민의 관심과 참여가 공공서비스의 효과성을 높이는데 중요하다는 점을 강조하는 용어이다. 미국에서 이 용어가 처음 사용된 계기는 시카고 지역에서 경찰이 거리순찰을 없애고 차량 근무로 전환하면서 범죄율이 높아진 사실을 규명하면서이다. 경찰이 거리 순찰을 통해서 시민과 대화하고 정보를 얻는 등의 시민참여 과정이 범죄율을 낮추는데 중요하다는 사실을 발견하였다. 최근에는 특히 돌봄서비스를 포함한 사회복지서비스에서 적용이 확장되고 있고, 미국, 캐나다, 영국, 아일랜드, 덴마크 등에서 활성화되어 있다(en.wikipedia.org)

12) 영국의 social care 분야에서도 co-production 접근이 강조되면서 여러 가지 사례들이 보고되고 있다(Social care institute for excellence, 2015). 런던 남쪽 Lambeth 지역에서 운영되는 Healthy Living Club은 춤에 취미가 있는 치매노인이 가족, 자원봉사자, 유급 코디네이터들과 함께 시간을 보내는 모임으로 운영된다. 스완지에 있는 노인 care home에서 진행되고 있는 All Together Now 프로젝트는 전통적인 결함기반 호텔모델(deficit based hotel model) 대신에 공유기반 상호의존 모델(interdependence model of shared living)을 개발하고 있다. 치매라는 용어를 대신해서 고령 정신약화(elderly mentally infirm)라는 용어를 사용하고, assessment 과정도 전문가가 일방적으로 묻고 기록하는 과정이 아니라 care home을 구성하는 사람들 간의 협상과정으로 운영한다.

볼 수 있다.

나. 지역사회의 참여 촉진

지역사회의 선의를 이끌어내는 다양한 자발적 운동을 촉진하고 조직화 하는 방법을 통해서 좋은 지역사회를 만들 수 있다. 주민참여를 강화하기 위해서는 서비스 실행에서 비공식 네트워크를 강화하고 사람들의 강점을 개발하도록 돕는 네트워크 모델(network model), 강점 접근(strength based approach), 자산 중심 접근(asset based approach) 등을 적극적으로 활용할 필요가 있다(Fox, 2013). 일본의 Furei Kippu와 영국의 Care Bank 제도는 도움을 크레딧(credit)으로 전환하여 사용할 수 있도록 하는 제도로 주변 이웃을 돕고, 이 활동에 대한 크레딧으로 멀리 사는 부모가 다른 사람으로부터 도움을 받을 수 있도록 하거나 지역사회 사회적 기업이 운영하는 카페, 예술센터, 도서관 등을 이용할 수 있도록 한다(Fox, 2013). 또한 대학생이 혼자 사는 노인의 집에 입주하는 home share scheme은 작은 도움이 필요한 노인의 집에 대학생이 함께 살면서 돕고, 정부가 임대료를 일부 보전해 주는 방식으로 운영된다.

국내 사례로는 서울시에서 2012년부터 추진하고 있는 마을 만들기가 대표적인데, 서울시에 공동체를 선발하여 활동비, 시설비, 운영비 등을 지원하여 공동체를 회복하는 활동을 돕는다(안현찬, 조윤정, 2017). 또한 서울시에서는 home share scheme과 유사한 ‘공유주거’프로그램도 시행하고 있다. 국외의 경우 이용자, 가족, 친구, 이웃, 자원봉사자 등으로 구성되는 자발적인 모임으로 운영되는 영국의 community circle¹³⁾, 장애인과 비장애인이 구분 없이 장애인은 당사자 주체로서 활동하고, 지역주민은 자발적으로 장애를 가진 사람들을 지지하며, 사회복지기관들이 연계와 협동을 이루는 모델로 40여 년 동안 운영되어 온 일본의 니시노미야시의 공생마을 사례 등도 여기에 해당하는 것으로 볼 수 있다(전지혜, 2017). 또한 미국 시애틀(Seattle Department of Neighborhood)에서는 ‘small spark’라는 활동이 있었는데, 50만원 내외의 작은 규모의 보조금으로 지역사회의 소그룹 주체들이 혁신을 시도하도록 돕는 활동도 있다.¹⁴⁾ 일반시민들이 자원할

13) www.community-circle.co.uk 참조

14) 예를 들어, 미국 시애틀에서 small spark 활동을 통하여 범죄가 자주 발생하는 환경이 불결한 다리를 미술 전공 대학생들이 페인트와 붓을 구매하는 실비용을 시로부터 지원받아서 그림으로 도색하여 깨끗하게 만들면서 범죄가 거의 사라졌다고 한다. 영국에서는 In control이라는 발달장애인

동으로 지역사회에 사는 사회적 약자들을 돕는 시민옹호(citizen advocacy)활동도 예라고 할 수 있다.

다. 대안 공동체 지원

대안 공동체(intentional community)를 통하여 좋은 지역사회를 만드는 것도 가능하다. 발달장애인을 위한 캠프힐(Camphill) 공동체¹⁵⁾, 라쉬(L'arche) 공동체가 대표적이며, 정신장애인을 위한 일본 베텔의 집, 치매노인을 위한 네덜란드 호그백(Hogeweyk) 마을¹⁶⁾도 이런 유형에 속한다.

발달장애인을 위한 캠프힐 공동체를 예시해 보면, 발달장애를 문제나 고쳐야 할 대상으로 보지 않고 발달장애를 자연스럽게 받아들이는 것을 신념으로 공유면서 하나의 마을에 90명의 발달장애인이 살고, 200명의 직원과 봉사자가 함께 생활한다. 마을에는 40-50채의 집이 있고, 이 집에 장애인과 비장애인 6-7명이 가구를 이루어 공동생활을 한다. 낮 시간의 생산 활동은 10여개의 작업장에서 이루어지는데 제빵작업장, 제과작업장, 농업일터, 목공일터 등 다양하게 구성된다. 대안 공동체를 구성하는 삶의 단위가 되는 각 가정은 정부가 시행하는 서비스 제도인 케어홈으로 인가되어 있으며, 공동생산의 장인 작업장도 정부 제도인 데이서비스(day services)를 제공하는 기관으로 지정되어 운영된다. 대안공동체의 이념을 중심에 놓고 지역사회기반의 정부서비스가 조직된 예라고 할 수 있다.

정신장애인들이 공동체를 이루어 사는 일본 베텔의 집도 이와 같은 원리고 운영되고 있다. 환청이나 망상과 같은 정신과적 증상 그 자체를 문제라고 여기지 않고 자연스럽게 서로 표현하고 정신장애의 어려움을 함께 공유하면서 하나의 마을에 정부의 제도에 포

지원단체가 일반청소년이 발달장애청소년과 함께 운동경기를 하고, 한 끼 식사를 함께 하는데 필요한 경비를 지원하는 등의 활동이 small spark라는 이름으로 이루어졌다.

15) 대표적인 발달장애인 공동체이며, 미국, 캐나다, 영국, 독일, 프랑스, 스위스, 오스트리아, 체코, 폴란드, 네덜란드, 스웨덴, 노르웨이, 인도, 남아공 등 전 세계적으로 분포해 있다 (<http://camphill.net>). 영국에는 73개의 캠프힐 공동체가 운영되고 있으며, 여기에서 3,000여명이 발달장애인이 공동체에 속해 있다(이정주, 이선우, 2017). 현재 우리나라에서도 경기도 양평에 ‘캠프힐 코리아’라는 사단법인이 설립되었으며, 이 법인을 중심으로 공동체를 설립하는 작업이 진행 중에 있다.

16) <http://hogeweyk.dementiavillage.com>

함되어 있는 수개의 공동생활형 거주시설을 만들어서 함께 살고, 정부의 지원으로 운영 되는 작업장에서 자유롭게 시간을 보내고, 함께 음식을 나누고 살고 있다. 이 경우도 거주시설과 작업장은 정부가 운영하는 장애인서비스를 통해서 제공되고 이들 시설들은 대안 동공체의 신념을 공유하면서 운영된다.

치매노인을 위한 네덜란드 호그백 마을에는 153명의 치매노인이 23개의 집에서 마을을 이루고 살고, 여기에 240명의 훈련 받은 전문가 또는 준전문가들이 평상복을 입고 입주민처럼 자연스럽게 지내며, 하나의 마을을 이루고 산다. 치매노인의 주거장소 운영과 훈련 받은 전문가를 배치하는데 소요되는 비용은 정부의 제도를 통해서 지원된다. 정부의 재정이 투입되는 영역 이외에도 마을에는 식사, 여가, 휴식, 쇼핑, 문화 활동 등을 위한 다양한 공간이 일반 지역처럼 만들어져 있다. 현재 이 모델은 캐나다 등 다른 나라로 급속히 확산되고 있는 상황이다.

IV. 결론: 커뮤니티 케어 정책의 과제

사회복지서비스의 처음의 모습은 사회의 주류 시스템에서 이탈되거나 소외된 사람들을 동정의 시각으로 보호하거나 분리의 목적으로 수용 또는 감금하는 일이었다. 이 때 사회복지서비스는 '의존상태(dependence)'이며, '시설보호(institutional care)'라고 불렀다. 의존상태와 시설보호의 비인도성과 고비용의 문제는 '탈시설(deinstitutionalization)'의 과제를 제기하였으며, 탈시설과 함께 지역사회 '자립(independence)'이 추구되었다. 서비스 이용자의 권리를 기반으로 하는 자립의 추구는 정부가 지원하는 공식적인 서비스의 확장을 가져왔지만 공식적인 서비스와 공식적인 관계만을 통해서 비공식적이거나 사적인 관계를 만들어내지 못하는 '고립과 외로움'의 문제를 가져오게 하였다. 자립의 기반위에 지역사회의 따뜻함을 표현하는 '포용(embracement)'이 중요하게 인식되고 있으며, 그래서 서비스는 자립과 함께 '상호의존(interdependence)'이 중요한 과제가 되고 있다.

여기서 지역사회는 자립의 공간으로서의 지역사회, 상호의존의 주체로서의 지역사회라는 이중적 의미를 지니게 된다. 자립을 지향하는 사회복지서비스는 공식성과 함께

표준화(standardization)를 추구하는 경향이 있다. 상호의존을 지향하는 서비스는 비공식의 색채를 가미한 인간화(personalisation)를 요구하게 된다. 사회복지서비스의 과제는 자립의 기반위에 상호의존을 조직화하는 일이며, 표준화의 기반위에 인간화를 융합하는 과업이라고 할 수 있다. 다음 그림은 이를 잘 표현해 준다.

그림 1. 서비스 인간화의 의미



자료: Think local act personal(2017).

이는 삶의 실재를 돕는 실질적 서비스가 지역사회라는 공간에서 지역사회라는 주체의 지원을 받으면서 제공되어야 함을 의미한다. 이것이 현재 서구사회에서 지난 4-50년의 사회복지서비스 경험을 통해서 확인되었으며, 여기에 더하여 최근에는 인구고령화 등으로 인한 수요증가와 재정압박을 겪으면서 지역사회 참여를 통해서 사회복지서비스의 지속가능성을 확보하는 것이 필요하다는 점도 제기되고 있다. 미국, 영국, 일본 등에서는 이런 맥락을 포괄하여 ‘커뮤니티 케어 개혁’을 표방하고 있다. 커뮤니티 케어는 서구에서 1990년대에 시설중심의 서비스를 지역사회 중심으로 전환하면서 등장한 슬로건이다. 그러다가 2000년대 중반기 이후 사회복지서비스가 사회의 참여와 지지를 받아야 한다는 점을 강조하면서 지역사회는 다시 한 번 중요성이 부각되었다. 현재 보건복지부가 추진하고 있는 커뮤니티 케어 정책은 이처럼 서구에서 4-50년간 추진되어온 두 단계의 경험을 압축적으로 이루고자 하는 ‘야심찬 기획’이어야 한다.¹⁷⁾ 이런 점에서 우

17) 우리나라에서 커뮤니티 케어는 이런 특별한 성격을 가지고 있기 때문에 복지서비스에 국한되지

리나라에서 커뮤니티 케어 정책은 다음과 같은 과업들을 포괄하여 다루어야 한다.

첫째, 대형시설에 사는 사람들이 지역사회로 이주하여 정착하도록 지원하고, 보통 사람들의 삶의 공간과 유사하게 거주시설의 공간과 운영방법을 혁신하는 일, 공유 생활(shared lives)이나 지원주택(supported housing)과 같이 지역사회에 함께 사는 다양한 주거서비스 모델을 개발하는 일이 필요하다. 둘째, 가정지원 서비스, 통소형 서비스, 특별한 욕구에 대응하는 서비스 등 지역사회서비스를 균형 있게 확대해야 한다. 셋째, 서비스에 대한 접근이 편리하도록 서비스 진입체계를 정비하고, 서비스가 유기적으로 협력할 수 있도록 기관간의 협력체계를 강화해야 한다. 넷째, 서비스 제공자와 이용자가 일방적이지 않고 상호 협력하는 공동생산의 관계 만들고, 지역사회 주민이 취약한 사람들과 잘 어울리면서 살도록 지역사회 역량을 개발하고, 캠프힐과 같은 대안적인 거주 또는 생활 공동체가 만들어지도록 해야 한다.

사회복지서비스에서 지역사회는 각별한 의미를 가진다. 보통 사람과 같이 사는 공간으로서의 지역사회, 다른 사람과 함께 어울려 사는 관계로서의 지역사회, 정부로부터의 도움과 의존의 필요성을 분담하는 지속가능성으로서의 지역사회라는 중층적인 의미를 가진다(Think local act personal, 2016). 보건복지부가 추진하는 커뮤니티 케어 정책은 대형시설을 떠나서 삶의 장소를 지역사회로 옮기는 '공간으로서의 지역사회'를 강조하는 것에 그치지 않고 취약한 사람들이 지역사회에서 거부당하지 않고 통합될 수 있는 '관계로서의 지역사회'를 만드는 정책으로 확장되어야 한다. 커뮤니티 케어는 모든 사람들이 대형시설이 아닌 지역사회에서 살아야 한다는 사람 중심의 정책이면서, 동시에 이들이 지역사회 시민들과 함께 어울려 살도록 지역사회를 회복하는 혁신이어야 한다. 이를 위해서 사회서비스 시스템 개혁과 함께 지역사회 저변의 참여를 촉진할 수 있는 창의적 이면서 구체적인 계획이 함께 추진되는 것이 중요하다.

김용득은 서울대학교에서 사회복지학 석·박사학위를 받았으며, 현재 성공회대학교 사회복지학과에서 교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 장애인복지, 사회서비스 등이며, 현재 사회서비스 정책, 커뮤니티 케어, 발달장애인서비스 등을 연구하고 있다.

(E-mail: ydkim@skhu.ac.kr)

않고 보건 분야를 포함하는 포괄성을 가져야 하며, 중앙정부가 주도하기보다는 지방정부의 주도성과 창의성을 최대한 존중하는 방식으로 진행되어야 하며, 단기성과를 강조하기보다는 장기간 일관성 있게 추진되는 미래 청사진을 제시하는 것이 중요하다.

참고문헌

- 김성희, 오옥찬, 황주희, 박경수, 김용득, 이선우, 등. (2017). 제5차 장애인정책종합계획 (2018-2022) 수립방안 연구. 세종: 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 김영중. (2012). 한국 사회서비스 공급체계의 역사적 경로와 쟁점, 개선방향. 보건사회연구, 32(2), pp.41-76.
- 김용득, 김은정, 조남경, 이동석, 황인매, 오홍진, 등. (2013). 사회서비스 재정지원방식과 공급주체의 성격 및 품질관리기제에 대한 국가 간 비교연구: 성인 재가돌봄서비스를 중심으로. 서울: OECD대한민국정책센터, 성공회대학교 사회복지연구소.
- 김용득, 변경희, 임성만, 강희설, 이정호, 장기성, 등. (2007). 장애인거주시설 서비스 기능과 구조의 혁신 방안. 서울: 보건복지부, 성공회대학교 사회복지연구소.
- 김용득. (2016). 지역사회중심 장애인서비스 정책의 쟁점과 과제. 사회서비스연구, 6(2), pp.1-28.
- 김은정. (2014). 사회서비스 재정이 지방화에 따른 지역의 대응방안. 지방정부연구, 18(1), pp.219-241.
- 김은정. (2015). 사회적 돌봄체계 구축에서 공동체적 접근에 관한 연구. 사회복지연구, 46(2), pp.153-176.
- 김형용. (2013). 지역사회기반 서비스와 사회복지관. 한국사회복지행정학, 15(1), pp.169-195.
- 안현찬, 조윤정. (2017). 서울시 공동체공간 지원사업 운영실태와 개선방안. 서울: 서울연구원.
- 이정주, 이선우. (2017). 한국형 장애인 공동체 모델의 유형 및 적용가능성에 대한 연구. 신앙과 학문, 22(1), pp.213-243.
- 전용호 (2012). 영국 케어매니지먼트 시스템의 운영과 발전에 관한 연구. 한국케어매니지먼트연구, 7, pp.1-24.
- 전지혜. (2017). 장애인의 ordinary life를 위한 장애학적, 사회복지학적 고찰: 지역사회 공생사회 환경과 관계 만들기를 통한 배움. 2017한국장애인복지학회 추계학술대회 자료집, pp.66-85.

- 조추용, 정운태. (2010). 일본 개호보험의 개혁과 예방급여로서의 지역포괄지원센터의 역할. *한국케어매니지먼트연구*, 5, pp.19-46.
- 조효제. (2016). *인권의 지평*. 서울: 후마니타스.
- 주현정, 김용득. (2018). 공공성 담론으로 보는 돌봄서비스: 상호의존의 조직화와 공동생산 제안을 중심으로. *한국사회복지행정학*, 20(2), pp.233-262.
- 한창완. (2011). 일본의 이용자 선택제도와 사회서비스 제공주체 구성의 변화. 2011 한국 사회서비스학회 춘계세미나 자료집, pp.9-36.
- Anttonen, A., & Karsio, O. (2016). Elder care service redesign in Finland: deinstitutionalization of Long-Term Care. *Journal of Social Service Research*, 42(2), pp.151-166.
- Bovaird, T. (2007). Beyond engagement and participation: user and community co-production of public services. *Public Administration Review*, 67, pp.846-860.
- Boyle, D., Slay, J., & Stepens, L. (2010). *Public services Inside Out, Putting co-production into practice*. NESTA.
- Duffy, S. (2015). *Thoughts on intentional community*.
<http://www.centreforwelfarereform.org>에서 2018.6.15. 인출.
- Fox, A. (2013). *The new social care: strength based approach*. UK: Shared Lives Plus.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: essay on the social situation of mental patient and other inmates*. London: Penguin Books.
- Jackson, R., & Lyeons, M. (2016). *Community care and inclusion for people with intellectual disability*. Edinburgh: Floris Books.
- Mansell, J., & Beadle-Brown, J. with members of the Special Interest Research Group on Comparative Policy and Practice. (2010). Deinstitutionalisation and community living: position statement of the comparative policy and practice special interest research group of the International Association for the scientific study of intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(2), pp.104-112.
- Pestoff, V. (2009). Towards a paradigm of democratic participation: citizen participation and co-production of personal. *Annals of Public and Cooperative*

Economics, 80(2), pp.197-224.

Seattle Regional Office of United States General Accounting Office. (1976).

Deinstitutionalization of the mentally disabled in Oregon.

Shared Lives Plus. (2016). *The state of shared lives in England.*

Social care institute for excellence. (2015). *Co-production in social care: what it is and how to do it.* London: SCIE.

Think local act personal. (2016). *Engaging and empowering communities: our shared commitment and call to action.* London: TLAP.

Think local act personal. (2017). *Working together for personalised community-based care and support.* London: TLAP.

Tucker, S., Sutcliffe, C., Bowns, I., Challis, D., Saks, K., Verbeek, H., Cabrera, E., Karlsson, S., Leino-Kilpi, H., Meyer, G., & Soto, M. E. (2015). Improving the mix of institutional and community care for old people with dementia: an application of the balance of care approach in eight Europe countries. *Aging & Mental Health*, 20(12), pp.1327-1338.

Wikipedia. (2018). *Co-production (public services)*. <https://en.wikipedia.org>에서 2018.

6.15. 인출

Deinstitutionalization and Building Community-Based Personal Social Services: Community Care that Connects Independence and Interdependence

Kim, Yong Deug
(SungKongHoe University)

Recently, the government announced that it will change the care system for the socially vulnerable to community care. In this context, this study aims to present the directions and contents that community care policy should aim for. In the western society, community care is a long-standing slogan that aims to encourage vulnerable people to live in a community environment rather than separate institution. It also means creating a good community where neighbors live well with vulnerable people. In Korea, many people still live in large institutions, so we need to carry out deinstitutionalization. And the community service provision should be expanded. It is also important to increase interdependence of community members. This study suggests that community care policy should include the followings. First, we must help people move from institutions to the community, and also develop diverse residential service models similar to ordinary people's living condition. Second, local community services should be expanded, such as home help services, day services, and services that meet specific needs. Third, the service system should be improved so that services should be easily accessible and well connected. Fourth, we need to create a good relationship between service users and providers, develop community capacity to get along with vulnerable people, and create alternative communities such as Camp Hill Village.

**Keywords: Community Care, Deinstitutionalization, Residential Support Services,
Community Support Services, Interdependence**