

사회서비스 분야의 정책 과제와 추진 전략



Social Service: Policies and Implementation
Strategies

이선우 | 인제대학교 사회복지학과 교수

우리나라는 노인장기요양보험제도, 보육료지원 및 사회서비스 전자바우처 사업을 포함한 다양한 사회서비스사업을 시행하여 급증하는 사회서비스 욕구에 대응하고 있지만 노인과 장애인의 지역사회 통합에 필요한 사회서비스 총량은 턱없이 부족하다. 이에 이 글에서는 세 가지 사회서비스 정책 대안을 제안하였다. 첫째, 노인 대상의 지역사회 통합돌봄, 즉 커뮤니티케어가 제대로 시행될 수 있도록 각 지역사회 내에 충분한 보건의료, 돌봄·요양서비스, 그리고 주택을 포함한 거주지원서비스를 확충한다. 둘째, 장애인의 욕구에 맞게 개별형 주거지원 또는 공동형 주거지원 방식의 주거와 거주서비스가 결합된 지원주택을 제공한다. 셋째, 아동, 청소년, 청년, 중년, 장년, 노년 등 누구나 이용할 수 있는 예방형 공공 상담서비스를 제공한다.

1. 들어가며

급속한 고령화와 여성의 경제활동 참여 증가, 그로 인한 돌봄 문제의 심화는 경제협력개발기구(OECD)의 많은 회원국들이 경험하고 있는 현상이다. 또한 세계화로 인한 국가 간 경쟁 심화와 기술 혁신 등으로 인한 급격한 사회 변화는 전 세계적으로 불안, 우울, 트라우마 등 광범위한 정신

건강 위기를 초래하였다. 이에 따라 전 세계 청년의 사망 원인 1위가 정신건강 문제이며, 2030년에는 정신건강 문제로 인한 손실이 16조 달러에 이를 것으로 추정된다(The Lancet Commissions, 2018).

우리나라도 65세 이상 노인인구의 비율이 1995년 5.9%에서 2018년 14.3%로 급증하였는데, 증가 속도는 앞으로 더욱 빨라질 것이다. 우

리나라의 우울증 1년 유병률은 1.5%로 지난 1년간 우울증을 경험한 사람이 61만 명이나 되는 데다 불안장애 224만 명 등 지난 1년간 정신건강 문제를 경험한 사람은 470만 명이나 되는 것으로 추정된다(보건복지부, 삼성서울병원, 2017). 청소년들 사이에서도 정신건강 문제가 심화되고 있는데, 중학생의 7.9%, 고등학생의 6.4%가 '자해 경험이 있다'고 응답하는 등 청소년 자해가 '심리사회적 재난' 수준(이재호, 조윤영, 전정운, 2018)이라는 우려가 나온다. 이뿐만 아니라 대한민국의 자살률은 OECD 회원국 중 가장 높은 수준인데, 2017년 기준 인구 10만 명당 24.3명으로 OECD 평균 12.1명의 2.4배에 달한다.

이에 따라 국민들의 상담서비스 이용이 급증하고 상담서비스 필요도 역시 상승하였다. 사회서비스 수요·공급 실태조사에 따르면, 상담서비스 이용률은 2017년 5.6%로 2년 전인 2015년 1.5%에 비해 4배 가까이 급증하였다. 상담서비스 필요도도 2015년 10.3%에서 2017년 30.2%로 2년 만에 3배 가까이 상승하였다. 하지만 상담서비스가 필요한 가구 비율 대비 이용률은 2015년 14.6%에서 2017년 15.9%로 1.3%포인트 높아지는 데 그쳤다(보건복지부, 2017).

이와 같이 우리 사회의 사회서비스 욕구는 빠르게 증가하고 있으나 아직까지 그 욕구를 제대로 충족시키지 못하고 있다. 여전히 취약집단, 저소득층 위주로 불충분한 서비스가 제공되고 있을 뿐이다. 비취약집단, 특히 청소년, 청년 및 중·장년 등의 사회서비스 욕구에는 거의 대응하지 못하는 실정이다. 이에 따라 이 글에서는 기존의 주요 사회서비스 정책을 살펴보고, 사회서비스 정책이 앞으로 나아가야 할 방향에 대해 논의해 보고자 한다.

2. 기존 사회서비스 정책의 성과와 문제점

가. 성과

2017년 현재 20개의 정부 부처에서 240개 사회서비스사업¹⁾을 수립하여 시행하고 있으며, 보건복지부는 중앙부처 사회서비스사업 수행의 중심적인 역할을 하고 있다. 대표적인 사회서비스 사업으로는 노인장기요양보험제도, 보육료지원 및 사회서비스 전자바우처 사업²⁾ 등을 들 수 있다. 노인장기요양제도는 요양인정자(수급자) 수가 지속적으로 증가하여 2014년 42만여 명에서 2017년 58만여 명으로 38% 정도 증가하였다.

1) 2017년 8월 행정조사에 따르면 35조 6000억 원 규모의 사회서비스사업이 실시되고 있다. 보건복지부가 92개 사업으로 가장 많고 여성가족부 36개, 고용노동부 22개 순이다(사회보장위원회, 2018). 이 중에서 이 글에서는 아동(보육료지원), 노인(노인장기요양, 노인돌봄서비스), 장애인(장애인활동지원), 그리고 전 생애주기(지역사회서비스투자)의 5개 사업을 주 대상으로 선정하였다. 전자의 4개 사업은 신사회 위험으로서의 돌봄 위기에 대응하기 위한 사업으로 최근까지 예산 규모가 급속히 증가해 왔다는 점에서, 지역사회서비스투자사업은 저소득층 및 취약계층 중심의 사회서비스에서 보편적 사회서비스로의 발전 가능성을 보여 준다는 점에서 중요한 사회서비스사업이다.

2) 장애인활동지원서비스, 지역사회서비스투자사업, 노인돌봄서비스, 가사·간병방문서비스, 산모·신생아도우미서비스, 발달재활서비스, 언어발달서비스 및 발달장애인부모심리 등 8개 사업이다.

반면 보육료지원 이용자 수는 출산율 저하의 영향으로 약간씩 줄어 2017년에는 2014년에 비해 3.4% 감소하였으나, 그럼에도 불구하고 매년 140만 명 이상이 이용하고 있다. 사회서비스 전 분야에 걸쳐 사업 이용자 수도 2014년 63만 6000여 명에 비해 2017년에는 55만 9000여 명으로 12.0% 감소하였는데, <표 1>에서 보는 바와 같이 이러한 감소는 주로 지역사회서비스투자사업에서 발생하였으며 장애인활동지원 이용자 수는 오히려 같은 기간에 33.2%나 증가하였다.

표 1. 주요 사회서비스사업 이용자 수의 변화

(단위: 명)

구분	2014년	2015년	2016년	2017년	2014~2017년 변화
보육료지원	1,482,767	1,438,167	1,433,789	1,431,940	-3.4%
노인장기요양인정(수급)	424,572	467,752	519,850	585,287	37.9%
사회서비스 전자바우처 합계	636,103	508,757	583,790	559,559	-12.0%
장애인활동지원	58,393	64,523	71,636	77,767	33.2%
지역사회서비스투자	389,418	254,729	308,388	277,873	-28.6%
노인돌봄서비스	47,313	44,329	45,599	48,970	3.5%

자료: 1) 국민건강보험공단. (2017). 노인장기요양보험 통계연보. p. 53.

2) 보건복지부. (2014). 보건복지백서. p. 204.

3) 보건복지부. (2015). 보건복지백서. p. 206.

4) 보건복지부. (2016). 보건복지백서. p. 189.

5) 보건복지부. (2017). 보건복지백서. p. 246.

6) 보건복지부. (2014). 보육통계. p. 208.

7) 보건복지부. (2015). 보육통계. p. 209.

8) 보건복지부. (2016). 보육통계. p. 234.

9) 보건복지부. (2017). 보육통계. p. 231.

표 2. 주요 사회서비스사업 예산의 변화

(단위: 명)

구분	2014년	2015년	2016년	2017년	2014~2017년 변화
보육료지원	66,817	67,620	68,092	68,353	2.3%
노인장기요양	38,497	43,140	47,227	55,891	45.2%
사회서비스 전자바우처 합계	6,848	8,547	9,047	10,588	54.6%
장애인활동지원	3,682	4,860	5,313	6,567	78.4%
지역사회서비스투자	1,452	1,685	1,622	1,656	14.0%
노인돌봄서비스	663	770	855	939	41.6%

주: 보육료지원에는 지방비 및 지방교육재정교부금이 포함됨.

자료: 1) 국민건강보험공단. (2017). 노인장기요양보험 통계연보. p. 612.

2) 보건복지부. (2014). 보건복지백서. p. 204.

3) 보건복지부. (2015). 보건복지백서. pp. 206, 369.

4) 보건복지부. (2016). 보건복지백서. p. 189.

5) 보건복지부. (2017). 보건복지백서. pp. 246, 364.

사회서비스사업 예산은 이용자 수가 크게 늘어난 사업뿐 아니라 줄어든 사업에서도 계속 증가해 왔다. 2014~2017년 장애인활동지원사업 예산은 무려 78.4%, 노인장기요양지출과 노인돌봄서비스 예산도 각각 45.2%, 41.6%나 증가하였다. 또한 이용자 수가 감소한 보육료지원과 지역사회서비스투자사업의 예산도 2014년에 비해 2017년에 각각 2.3%, 14.0% 증가하였다.

나. 문제점

1) 민간영리에 대한 지나친 의존

사회서비스 이용자와 예산의 증가에도 불구하고 사회서비스 정책이 시급히 해결해야 할 문제 중 하나는 사회서비스 공급의 민간영리에 대한 지나친 의존이다. 돌봄서비스를 중심으로 사회서비스

에 대한 수요가 급격히 증가하자 정부는 사회서비스 제공기관을 빠르게 확보해야 하는 부담 때문에 민간영리를 적극적으로 동원하였다. 하지만 이로 인해 민간 제공기관 간 경쟁이 과열되었고, 서비스 제공 인력의 저임금과 불안정 고용(보건복지부 사회서비스정책관, 2018), 서비스 품질 저하 등의 부작용이 나타나게 되었다. 특히 사회서비스 바우처 사업의 상황을 보면, 민간 제공기관이 급증하면서 제공기관의 평균 매출은 2012년 약 2000만 원에서 2016년 1886만 원으로 오히려 감소(김은하, 최기정, 2017)하는 등 제공기관이 영세화되어 서비스의 품질 저하뿐 아니라 서비스 제공의 지속성 문제까지 발생하고 있다.

사회서비스 공급의 민간영리에 대한 의존이 가장 두드러지는 영역은 보육서비스 및 노인장기요양서비스³⁾이다. <표 3>에서 보는 바와 같이 보

표 3. 운영 주체별 어린이집 수

(단위: 개소)

구분	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년
계	43,770	43,742	42,517	41,084	40,238
국공립	2,332	2,489	2,629	2,859	3,157
	5.3%	5.7%	6.2%	7.0%	7.8%
사회복지법인 법인 단체 등	2,307	2,272	2,248	2,206	2,163
	5.3%	5.1%	5.3%	5.4%	5.4%
민간	14,751	14,822	14,626	14,316	14,045
	33.7%	33.9%	34.4%	34.8%	34.9%
개인	23,632	23,318	22,074	20,598	19,656
	54.0%	53.3%	51.9%	50.1%	48.8%
기타	748	841	940	1,105	1,217
	1.7%	1.9%	2.2%	2.7%	3.0%

자료: 보건복지부, (2017). 보육통계, p. 2 재구성.

3) 지역사회서비스투자사업의 제공기관 중 영리기관의 비율은 34.3%(2013년)였다(강혜규, 2013, p. 4).

표 4. 운영 주체별 노인장기요양 재가기관 및 노인장기요양시설 비율

(단위: 개소)

	구분	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년
노인장기요양 재가기관	지방자치단체	110	114	104	121	120	109	108
		1.0%	1.1%	1.0%	1.1%	1.0%	0.8%	0.8%
	법인	2,227	2,267	2,260	2,240	2,242	2,284	2,297
		19.8%	20.9%	21.1%	20.3%	19.2%	17.7%	16.2%
	개인	8,832	8,412	8,300	8,629	9,245	10,455	11,741
		78.7%	77.5%	77.4%	78.0%	79.2%	80.9%	82.6%
	기타	59	64	66	66	65	69	65
		0.5%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%	0.5%	0.5%
	소계	11,228	10,857	10,730	11,056	11,672	12,917	14,211
노인장기요양 시설	지방자치단체	105	111	99	109	108	111	105
		2.8%	2.7%	2.3%	2.3%	2.2%	2.2%	2.0%
	법인	1,358	1,401	1,435	1,424	1,425	1,421	1,407
		36.2%	34.5%	33.2%	30.6%	29.3%	27.9%	27.1%
	개인	2,281	2,534	2,780	3,101	3,324	3,540	3,660
		60.8%	62.4%	64.3%	66.7%	68.2%	69.6%	70.6%
	기타	7	15	12	14	14	13	15
		0.2%	0.4%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%
	소계	3,751	4,061	4,326	4,648	4,871	5,085	5,187

자료: 통계청, (2010~2016). 시·도별 설립구분별 급여종류별 장기요양기관 현황. http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=DT_35006_N021
에서 2018. 7. 25. 인출.

육서비스 제공기관 중 민간영리에 해당하는 민간 (34.9%)과 가정어린이집 비율(48.8%)은 2017년 83.7%로 여전히 절대다수를 차지하고 있어 돌봄서비스의 공공성⁴⁾ 훼손 가능성에 대한 불안감이 커지고 있다.

노인장기요양서비스에서도 보육서비스와 유사하게 민간영리기관이 서비스 제공을 주도하고 있다. 노인장기요양 재가기관 중 개인사업자의

비율은 2016년 82.6%로 전체 기관의 5분의 4를 넘었으며, 노인장기요양시설 중에서도 개인사업자의 비율은 2010년 60.8%에서 2016년 70.6%로 증가하였다. 이에 따라 노인장기요양서비스에서도 돌봄서비스의 공공성 유지보다는 영리 극대화를 더 중요시하는 민간영리기관이 절대다수를 차지하고 있는 상황이다.

4) 신동면(2010)은 사회복지의 공공성을 복지혼합에서 국가가 차지하는 상대적 비중과 사회권 보장 수준으로 개념화하고, 복지혼합에서 국가의 상대적 비중이 클수록, 사회권 보장 수준이 높을수록 공공성 수준이 높은 것으로 보았다. 양성욱, 노연희(2012)는 공공성을 실현하기 위해 국가에 대해서는 보편성과 형평성이 요구되며 민간 부문에서는 반응성, 개방성, 공정성이 요구된다고 하였다. 아동과 노인에 대한 민간영리의 돌봄서비스는 이윤 극대화를 추구하면서 이 같은 특성을 훼손할 가능성이 크다.

2) 재가서비스의 부족

민간영리 제공기관에 대한 지나친 의존만이 사회서비스 정책의 문제는 아니다. 노인돌봄서비스를 받고 있는 대상자를 보면, 노인장기요양서비스 외에도 노인돌봄종합서비스, 독거노인기본서비스 등이 제공되고 있어 노인 중 도움이 필요한 노인⁵⁾을 대부분 포함하고 있다고 평가할 수 있다. 하지만 앞으로 우리 사회의 고령화 속도가 더 빨라질 것을 고려하면 노인요양시설에 거주하게 될 노인은 계속 증가할 것으로 예상된다. 노인이 오랜 기간 생활하던 지역사회에서 더 이상 생활하지 못하고 요양시설에 입소하게 되면 삶의 질이 떨어질 가능성은 매우 높다. 또한 지금까지의 경험으로 보면, 다수가 함께 거주하는 시설에서 입주자의 인권을 보장하는 것은 쉽지 않은 과제이다. 그뿐만 아니라 시설요양서비스는 재가서비스에 비해 더 많은 예산이 소요된다. 이에 따라 현재 정부가 추진하고 있는 지역사회 통합돌봄(커뮤니티 케어)은 매우 적절한 사회서비스 정책의 방향이라고 할 수 있다.

노인 대상의 지역사회 통합돌봄이 가능하려면 충분한 노인장기요양서비스와 새로운 재가 사회서비스 도입이 필요하다. 그런데 노인장기요양서비스의 총량은 아직 부족하다는 평가를 받고 있다. 특히 노인이 가정에 머물면서 돌봄을 받는 재

가서비스의 급여량이 부족한데, 장기요양 1~2등급 노인이 가정에서 생활하면서 재가서비스로 방문요양을 이용할 경우 1일 4시간의 급여만이 제공되어 필요로 하는 급여량에 훨씬 못 미친다. 따라서 이들이 가정에서 계속 거주하려면 노인장기요양서비스 외에도 다른 가족의 돌봄이나 별도의 서비스를 개별적으로 이용해야 한다. 또 다른 예로, 노인장기요양보험 인지지원등급자의 상당수는 가족이나 별도의 가사도우미로부터 가사지원 등의 일상생활지원을 받아야 가정에서 계속 거주할 수 있지만 노인장기요양보험 인지지원등급 서비스와 노인돌봄종합서비스는 중복 이용이 불가능하다. 그뿐만 아니라 노인요양시설 이용자가 지역사회로 돌아와 생활하기 위해서는 의료, 요양 등의 기존 서비스 외에도 각종 일상생활서비스, 지역사회 내의 적합한 거주서비스 등의 새로운 서비스가 고르게 갖춰져야 한다.

따라서 현재의 노인돌봄서비스로는 지역에서의 서비스 전달체계 분절 외에도 재가급여 한도액 부족, 거주지원서비스 부재 등으로 인해 노인이 지역에서 계속 거주하는 것, 즉 지역사회 통합돌봄은 거의 불가능하다.

정부는 지역사회 통합돌봄을 노인에 이어 장애인으로 확대할 예정이다. 장애인계에서는 이미 오래전부터 거주시설의 폐해를 지적하며 탈시설을 요구해 왔다. 이에 따라 우선 대형 거주시설의

5) 노인 중 도움이 필요한 노인은 일상생활수행능력(ADL: Activities of Daily Living)에 제한이 있다고 응답한 65세 이상 노인의 8.7%, 도구적 일상생활수행능력(IADL: Instrumental Activities of Daily Living)에만 제한이 있다고 응답한 65세 이상 노인의 7.9% 등 총 16.6%인데, 이 중 본인 스스로 '도움이 필요 없다'고 응답한 6.6%를 제외하면 전체 노인의 약 10%로 추정된다(정경희 외, 2017).

문제를 줄이고자 “장애인 거주시설의 정원은 30인을 초과할 수 없도록” 2011년 「장애인복지법」을 개정하였으며, 더 나아가 장애인 거주시설의 폐지를 요구하고 있다.

장애인 거주시설 정책 방향의 변화로 인해 100인 이상 거주시설 이용자는 2011년 1만 494명에서 2017년 4834명으로 크게 감소하였으나 기존의 30인 초과 거주시설은 그대로 유지되고 있다. 그뿐만 아니라 장애 유형별 거주시설, 중증 장애인 요양시설, 장애영유아 시설 등 지역사회에서 분리된 전통적인 거주시설에 거주하는 장애인이 2만 6055명으로, 지역사회 내에 위치한 단기거주시설과 공동생활가정에 거주하는 장애인 4638명의 5배가 넘는 실정이다. 중증 장애인의

탈시설화 및 지역사회 자립은 여전히 요원하며, 심지어 대형 시설에 거주하는 장애인도 전체 거주시설 이용자의 15%가 넘을 정도로 많다.

문재인 정부에서는 장애인의 ‘탈시설 등 지역사회 정착 환경 조성’을 국정과제인 ‘국민의 기본 생활을 보장하는 맞춤형 사회보장’에 포함(국정기획자문위원회, 2017)하는 등 장애인계의 숙원을 해결하려는 의지를 보였다. 지역사회 통합돌봄이 장애인에게까지 확대되면 거주시설 장애인의 탈시설이 가능할 것으로 예상된다. 하지만 장애인복지 예산을 보면 이 정부에서도 장애인의 탈시설은 아직 정치적 수사에만 그칠 뿐 눈에 띄는 실질적 변화는 보이지 않는다. 그뿐만 아니라 발달장애인 등 지역사회 거주를 위해 다른 사람

표 5. 장애인 거주시설의 시설 규모(종류)별·연도별 이용자 현황(2011~2017년)

(단위: 명, 개소)

구분			2011년	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년
총계	인원		29,441	30,640	31,152	31,406	31,222	30,980	30,693
	시설 수		1,247	1,348	1,397	1,457	1,484	1,505	1,517
장애 유형별 시설, 중증 요양시설, 장애영유아 시설	30인 이하	인원	2,780	4,330	5,140	5,786	6,234	6,853	7,280
		시설 수	145	209	243	271	296	301	313
	31~99인	인원	12,071	12,072	12,146	13,026	12,957	13,140	13,941
		시설 수	258	259	255	267	267	269	272
	100인 이상	인원	10,494	10,040	9,668	8,244	7,584	6,468	4,834
		시설 수	87	85	83	69	63	53	33
	소계	인원	25,345	26,442	26,954	27,056	26,775	26,461	26,055
		시설 수	490	553	581	607	626	623	618
단기거주 시설	인원		1,393	1,438	1,432	1,495	1,548	1,616	1,699
	시설 수		119	128	131	137	141	146	147
공동생활 가정	인원		2,703	2,760	2,766	2,855	2,899	2,903	2,939
	시설 수		638	667	685	713	717	736	752

자료: 김용득. (2018). 탈시설과 지역사회 중심의 복지서비스 구축 방안: 자립과 상호의존을 융합하는 커뮤니티 케어. p. 12; 서해정, 이선화. (2018). 장애인거주시설 소규모화 실태 및 정책 정책방안 연구. p. 27에서 재구성.

의 도움이 필요한 사람들을 위한 거주지원서비스가 확대되어야 하지만, 서비스는 대부분 지역사회와 분리되어 있는 거주시설 중심으로 제공되고 있다.

한편 다양한 정신건강 문제가 급증하고 있음에도 불구하고 정신건강정책은 여전히 정신의료기관과 정신요양시설 등의 의료서비스 또는 시설 기반 서비스에 의존하고 있으며, 중증 정신질환이 아닌 경우 이용할 수 있는 공적 정신건강서비스는 많지 않다. 지역사회 중심의 정신건강서비스를 제공하는 공적 기관은 정신건강복지센터 243곳, 자살예방센터 28곳, 중독관리통합지원센터 50곳 등에 불과하다.

지역정신건강 관련 사업의 예산을 보면 지역 중심의 정신건강서비스에 대한 투자가 매우 부족하다는 사실을 확인할 수 있다. 2018년 지역정신보건사업 예산은 2014년에 비해 30.1% 늘었지만 액수는 463억 원에 불과하며, 자살예방사업 예산은 2014년에 비해 127.6%나 늘었지만 액수는 137억 원에 그친다.

또한 공적 상담서비스도 제공되고 있지만 아

동 및 청소년을 대상으로 일부 제공될 따름이다. 대표적인 공적 상담서비스 사업으로 위(Wee) 프로젝트를 들 수 있는데, 전국적으로 Wee스쿨 14개, Wee센터 196개, Wee클래스 7045개(2019년 3월 현재)를 통해 초·중·고등학교 학생에게 상담서비스를 제공하고 있다. 하지만 Wee클래스와 Wee센터에 근무하는 전문 상담인력은 총 5784명으로, 상담사 1명당 학생 수는 992명에 달한다. 상담을 필요로 하는 학생에 비해 상담인력이 부족하여 상담을 받기까지 너무 오래 기다려야 한다. 더욱이 전문 상담인력이 없는 Wee클래스도 많아 전국 17개 시·도 가운데 8곳은 외부 봉사자와 시간강사를, 5곳은 학교의 일반 교과 교사도 상담에 활용하고 있다(박강수, 정준기, 2017). 또한 청소년상담복지센터는 학교 밖 청소년에게도 개인상담, 집단상담, 사이버상담 등을 제공하는 공공기관으로 전국에 228곳이 운영되고 있지만, 광역 청소년상담복지센터의 상담인력은 5~6명, 기초 청소년상담복지센터의 상담인력은 1~3명에 불과하다. 또한 청소년상담복지센터의 운영 주체를 보면, 지자체가 직영하거나 지

표 6. 지역 정신건강 관련 사업 예산(국고)

(단위: 억 원)

구분	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년
지역정신보건사업	356	373	383.3	404	463
자살예방사업	60.2	63.4	59.3	73	137
기타	4.8	4.6	4.4	5	4
자살예방 및 지역정신보건사업 총계	421	441	447	482	604

자료: 보건복지부. (2014-2018). 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요.

자체의 재단법인이 운영하는 곳이 43.8%에 불과하고 민간에 위탁되어 운영되는 곳이 절반이 넘는 56.2%(이은경 외, 2015)여서 얼마나 책임성을 갖고 상담서비스를 제공할 수 있을지 의문이다.

우리 사회에서 지역정신건강서비스 및 상담서비스에 대한 욕구는 크게 증가하고 있으나 현재 Wee 프로젝트, 청소년상담복지센터를 제외하면 청년, 중년, 장년 및 노년기에 이르기까지 심각한 정신질환으로 발전하기 전에 개입할 수 있는 예방성 공공 상담서비스는 거의 없고 대부분 민간의 상담서비스에 맡겨진 상황이다. 이에 따라 모든 상담비용을 이용자가 스스로 부담해야 할 뿐 아니라 각종 상담사 자격증이 우후죽순으로 생겨나고 있어 상담서비스 품질에 대한 신뢰성 문제까지 야기된다.

3. 사회서비스 정책 방향과 대안

정부가 2019년 2월 발표한 제2차 사회보장기본계획(2019~2023)의 사회서비스 보장 분야는 ‘생애주기별·대상별 사회서비스 확충’, ‘지역사회 중심 서비스 보장 체계 구축’, 그리고 ‘사회서비스 공급 체계의 공공성 강화 및 신뢰성 제고’의 세 과제로 구성되어 있으며, 과제별로 6~8개의 세부 과제를 제시하고 있다. 이 중에서 가장 중요한 세부 과제는 ‘지역사회 중심 서비스 보장 체계

구축’ 중 ‘커뮤니티케어⁶⁾ 선도 사업 추진 및 모델 개발’이라고 할 수 있다.

지역사회 통합돌봄, 즉 커뮤니티케어는 서구에서는 오래전부터 시행해 왔던 사회서비스 정책의 방향이며, 국내의 전문가들도 이미 이와 관련해 탈시설화, 지역사회 중심 서비스 등을 주장해 온 터라 정부의 사회서비스 정책 방향은 우리 사회가 지향해야 할 방향이라고 할 수 있다.

그런데 앞서 밝힌 바와 같이 우리나라 노인돌봄의 핵심 문제는 서비스 총량의 부족이다. 하지만 현재 기본계획에서는 세부 과제로 ‘케어안심주택, 주민건강센터, 종합재가센터 등의 인프라 확충’을 열거할 뿐 서비스 확대는 제대로 언급하지 않아 지역사회 통합돌봄이 실제로 가능할지 우려스럽다. 케어안심주택 공급은 돌봄·요양이 필요한 노인들이 지역사회에서 거주할 수 있도록 해 주는 기본 인프라로서 반드시 필요한 요소이지만 그것만으로는 부족하며, 거주지원서비스가 결합되어야 한다. 또한 주민건강센터,⁷⁾ 종합재가센터 등이 다양한 서비스 간 연계를 원활히 할 수 있는 계기를 만들 수는 있겠지만 그 자체로 부족한 지역사회 내 요양·돌봄서비스, 일상생활지원 서비스, 거주지원서비스의 총량을 늘릴 수 있는 것은 아니다. 우리나라의 사회서비스가 지금 직면하고 있는 문제는 서비스 간 연계 미흡도 있지만 연계할 수 있는 사회서비스 자체가 절대적으

6) 자세한 내용은 2018년 11월 보건복지부가 발표한 지역사회 통합돌봄 기본계획(1단계: 노인 커뮤니티케어)에 제시되어 있다.

7) 주민건강센터가 지역사회 중심 보건의료·돌봄·요양서비스 연계를 제공하는 데는 도움이 되겠지만 그 자체로 방문의료 제공이 늘어나는 것은 아니다.

로 부족하다는 것이다.

그뿐만 아니라 아직 지역사회 통합돌봄 기본 계획의 대상에도 포함되지 못한 장애인도 사회서비스의 총량이 부족하지만 장애인 서비스를 늘리고자 하는 계획은 구체적으로 제시되지 않았다. 장애인 대상 세부 과제인 ‘장애인 종합판정도구 도입 및 맞춤형 전달체계 구축’에서는 서비스 총량 증가에 대한 계획 없이 전달체계의 효율화 관련 내용만을 제시하고 있어 장애인의 사회서비스 욕구 충족 수준을 높일 것으로 기대하기 어렵다. 또 다른 세부 과제인 ‘장애인에 대한 지역사회 통합돌봄서비스 제공’ 역시 지역사회 내 장애인 거주지원서비스의 대폭 확대 없이는 선언적 정책에 불과할 뿐이며 실질적인 변화를 이끌기 어렵다. 다만 ‘사회서비스 공급 체계의 공공성 강화 및 신뢰성 제고’의 ‘공공임대주택 확대’ 세부 과제가 노인과 장애인의 지역사회 통합돌봄에 활용되고 거주지원서비스가 함께 결합된다면 긍정적인 결과를 가져올 것으로 기대된다.

‘사회서비스 공급 체계의 공공성 강화 및 신뢰성 제고’의 또 다른 세부 과제인 ‘국공립 돌봄시설 확충’은 최근 발생한 한국유치원총연합회(한유총)의 ‘사유재산 인정’ 요구에 따른 유치원 개학 연기 사태에 비추어 볼 때, 사회서비스의 공공성을 높이기 위한 중요한 과제이다. 그러나 이 또한 정교한 제도를 실행하지 못한다면 국공립 시설이 전체 돌봄서비스의 수준을 견인하는 역할을 수행하는 것이 아니라 국공립 시설과 민간 시설 간의 서비스 격차만을 늘릴 수도 있다. 더 나아가

국공립 돌봄시설 이용자보다 국공립 돌봄시설 종사자에게 주로 혜택이 돌아가는 결과를 낳을 위험성도 배제할 수 없다. 실제로 지금까지의 경험을 보면 중앙 및 지방정부는 민간이 공공성을 유지할 수 있도록 충분한 예산을 지원하기보다는 일정 양의 서비스 제공을 강요함으로써 서비스를 제공하는 민간기관의 불법과 편법을 방치하거나 때로 조장하는 등 공공성 유지를 오히려 방해하는 경우가 없지 않았다. 따라서 이와 관련되어 있는 과제인 사회서비스원 설립·운영은 공공이 민간을 대체하는 것이 아니라 민간이 공공성을 유지할 수 있도록 지원하는 데 초점을 두어야 한다.

이상에서 살펴본 바와 같이, 제2차 사회보장기본계획의 사회서비스 보장 분야 과제로는 현재 우리나라가 당면한 사회문제에 적절히 대처하는데 미흡하다는 것을 알 수 있다. 이에 따라 이 글에서는 노인 대상의 지역사회 통합돌봄, 장애인 대상의 지역사회 통합돌봄, 그리고 예방형 공공상담서비스 총량을 확대하는 세 가지 정책을 제안하고자 한다. 사회서비스 총량 확대 정책에는 필연적으로 사회서비스 예산 증액이 뒤따른다. 하지만 사회서비스 총량 확대는 다양한 사회문제로 고통받고 있는 노인, 장애인, 아동 등의 전통적 취약집단뿐 아니라 청소년, 청년, 중년 및 장년 등 그동안 사회복지정책의 혜택에서 제외되어 왔던 사회 구성원들이 겪고 있는 어려움을 완회시켜 줄 것이다. 또한 그 과정에서 상당히 큰 규모의 사회서비스 일자리를 창출하여 우리 사회의 실업 문제를 해결하는 데도 도움이 될 것이다.

첫째, 노인 대상의 지역사회 통합돌봄, 즉 커뮤니티케어가 제대로 시행될 수 있도록 각 지역사회 내에 충분한 보건의료, 돌봄·요양, 일상생활지원서비스, 그리고 거주지원서비스(주택 포함)를 확충해야 한다. 특히 장기요양 1~2급 중증 대상자 중 재가 거주 희망자에게 시설급여 이용량 수준으로 재가요양서비스의 급여량을 늘리고, 치매 경증 대상자는 인지훈련과 가사지원을 모두 이용할 수 있도록 허용할 필요가 있다. 또한 노인이 가정에 거주하는 데 필요한 거주지원서비스, 예를 들어 식사, 교통, 물건 구매 등을 지원하는 서비스, 주거 안전 관리 및 수리서비스 등을 지원해야 한다. 또한 돌봄서비스 제공형 주거를 공급하여 지역사회에서 거주하는 것이 시설에 입소하는 것보다 더 나은 선택이 될 수 있도록 지원해야 한다.

둘째, 장애인 대상의 지역사회 통합돌봄은 현재 가족과 함께 거주하고 있는 재가 중증 장애인과 기존의 장애인 거주시설 이용자를 모두 고려하는 방향으로 진행한다. 2017년 장애인실태조사에 따르면, 장애인들이 향후에 살고 싶은 주거 유형으로 전체 응답자의 93.9%가 일반주택을 선택하였으나, 일부는 일반주택이 아닌 공동생활가정, 요양시설 등이 살고 싶은 주거 유형이라고 응답하였는데, 특히 자폐성장애인(17.2%)과 지적장애인(6.3%)은 공동생활가정을, 뇌병변장애인(7.3%)과 정신장애인(6.8%)은 요양시설을 선호하는 응답자가 상대적으로 많았다. 그뿐만 아니

라 일반주택에 살 경우 혼자 살고 싶은 장애인이 32만 5000여 명(중증장애인 9만 7000여 명)에 이르렀다(김성희, 이연희 외, 2017). 또한 현재 장애인 거주시설 이용자 중에도 일반주택에서 자립하고자 하는 이용자와 지역사회 내에서 거주서비스를 제공받기를 희망하는 이용자가 있다.

이에 따라 장애인의 욕구에 맞게 주거를 지원하거나 주거와 거주서비스가 결합된 지원주택(supportive housing)을 제공할 필요가 있는데, 장애인 대상의 지역사회 통합돌봄은 개별형 주거지원과 공동형 주거지원의 두 가지 방향으로 진행할 수 있을 것이다. 먼저, 개별형 주거지원은 개별 주거(소유 또는 임대주택)에서 자립적으로 살면서 주거 유지에 필요한 거주지원서비스와 활동지원서비스를 함께 이용할 수 있도록 한다. 탈시설과 지역사회 자립을 위해서는 지역사회에 자신의 주거가 확보되어야 하고, 이를 중심으로 필요한 복지 및 보건서비스가 결합되어야 한다. 개별형 주거지원은 장애인 자신이 소유나 임대(공공임대⁸⁾ 포함)를 통해 점유권을 가진 주거지에 살면서 필요한 지원서비스를 받는 방식이다. 거주지원서비스는 지정된 주거지원기관이 지역사회 생활을 유지하는 데 필요한 수준에 맞게 서비스를 제공하는 모델이다. 거주지원서비스는 주거 공간 유지, 활동지원서비스 이용, 지역사회와의 교제, 필요한 학습과 훈련, 여가활동 등을 포괄하여 구성되며, 이들 서비스가 개인의 필요에 따라

8) 공공임대주택은 국토교통부의 분양전환임대주택, 영구임대주택, 국민임대주택, 장기전세주택, 기존 주택 매입임대 등이 될 수 있으며, 제2차 사회보장기본계획의 '공립임대주택'도 포함될 수 있다.

구성되는 형식이다. 욕구에 따라 지원서비스 급여량은 주당 10시간 이하부터 상시 지원 수준까지 다양할 수 있다. 다음으로, 공동형 주거지원은 현재처럼 지역사회에서 분리되어 있는 공간이 아니라 일반 지역사회 주거와 동일한 주거공간에서 거주자의 개별 권리를 확보할 수 있도록 거주지원서비스를 10명 내외의 장애인에게 제공하는 것이다. 기존 장애인 거주시설에서 나와 지역사회에 정착하기 위해 필요한 핵심 요소는 자립적 공간, 개별적 재정, 그리고 적절한 지원이다(김용득, 2018). 먼저 거주시설 이용 장애인의 자립적 공간을 만들기 위해서는 기존 대형시설의 토지와 건물을 매각하고, 아파트나 주택을 매입하거나 임대하도록 유도해야 한다. 이어서 개별적 재정으로, 이용 장애인의 개별적 수급과 지출이 가능하려면 국민기초생활보장제도의 보장시설수급제도를 폐지하고 이용 장애인이 개별적으로 국민기초생활보장제도의 수급권자로 생계급여를 수급해야 한다. 마지막으로 적절한 지원을 위해서는 24시간 보호라는 기존 시설의 체계를 폐지하고 다양하고 유연한 지원이 가능하도록 해야 한다. 예를 들어, 입주자 개인별로 작은 거실과 화장실이 포함된 원룸이 있고 1층에는 식사나 활동이 가능한 공용공간이 있는 빌라형 건물에서 정원 12명 이하, 직원은 3~4명으로 운영되며, 활동지원서비스를 통해 외부 활동 시 도움을 받을 수 있

는 공동형 지원주택을 새로이 도입할 수 있다. 또는 자립 생활 능력이 높은 이용자들은 낮 시간에 활동지원서비스를 통해 직장생활을 하는 등 지역사회에서 생활하고 밤 시간에만 근무하는 직원의 도움을 받는 자립홈제도를 운영할 수도 있다. 그 뿐만 아니라 최중증 와상 장애인이나 심각한 자해나 타해 성향으로 상시로 밀착 지원이 필요한 사람들을 위한 집중 지원 거주서비스를 새로이 도입할 수 있다(박경수 외, 2015). 그 외에도 캠프힐공동체, 라쉬공동체 등과 같이 발달장애인이 비장애인과 마을을 이뤄 생활, 생산, 소비 등의 공동체를 운영하는 계획 공동체 마을(intentional community)을 제도적으로 인정하고 가족 단위 입주도 가능하게 할 수 있다.

셋째, 아동, 청소년, 청년, 중년, 장년, 노년 등 누구나 필요할 때 이용할 수 있는 예방형 공공 상담서비스를 제공한다. 우리나라의 정신건강서비스는 거의 대부분 의료적 접근에 기반을 두고 있다. 중증 정신질환에 대한 의료적 접근은 효과적이며 반드시 필요하지만, 문제는 중증 정신질환으로 악화되기 전에 예방하기 위한 대책이 필요하다는 것이다. 그간 우리나라는 예방을 위한 대책으로는 교육과 홍보에만 지나치게 의존하는 경향이 있었다. 이에 대해 세계보건기구(WHO) 등 주요 세계기구에서는 정신의료 전문가에 의한 의료적 접근 외에 상담 전문가에 의한 접근⁹⁾을 할

9) 영국의 IAPT(Improving Access to Psychological Therapies)는 불안장애나 우울증 등 정신건강 문제를 가진 사람이 무료로 신속하게 서비스에 접근할 수 있도록 하는 국가 주도적 프로그램으로 일대일 대면 상담, 온라인 상담, 자조활동 지원, 권리옹호 지원 등의 다양한 서비스를 제공한다. IAPT에 참여하는 인력을 보면, 낮은 수준의 전문가(PWP: Psychological Wellbeing Practitioners) 40%, 높은 수준의 전문가(치료사) 60%로 구성되어 있다(IAPT 홈페이지).

용할 것을 제안한다.

우리나라에서도 경쟁 심화와 사회 양극화에 기인한 가정폭력, 알코올·도박중독, 우울증 등 다양한 비복지에 대응하기 위해 예방적 공공 상담서비스 체계를 구축하여 서비스를 제공할 필요가 있다. 이는 사회 구성원들의 다양한 정신건강 문제에 선제적으로 대응함으로써 입원을 필요로 하는 중증 정신질환으로 악화되지 않도록 하여 당사자의 고통을 덜 뿐만 아니라 결과적으로 사회적 비용도 줄일 수 있다.

예방적 공공 상담서비스 체계를 구축하기 위해서는 상담서비스를 제공할 수 있는 인력과 제공기관 등을 확보해야 한다. 공적 자원을 투입하여 공공 상담서비스를 제공할 수 있는 지역사회 기관으로는 정신건강복지센터, 종합사회복지관, 장애인복지관, 노인복지관 등이 있다. 이 기관 중에서 공공 상담서비스 제공기관을 지정하고, 지정된 기관에서는 상담 전문가를 채용하여 상담 서비스를 제공하도록 한다. 다만 현재 다양한 상담 전문가 자격증이 존재하는 만큼 이에 대한 관리를 강화하여 일정 수준 이상의 상담서비스를 보장할 필요가 있다. 예방적 공공 상담서비스는 상담이 필요한 모두에게 일정 시간의 상담서비스를 제공하고, 필요한 경우 상담서비스를 추가하거나 정신의료 전문가에게 의뢰할 수 있다. ■

참고문헌

- 강혜규. (2013). 사회서비스 바우처사업의 성과와 과제. 보건·복지 Issue & Focus, 171호, 1-8.
- 국민건강보험공단. (2017). 노인장기요양보험 통계연보.
- 국정기획자문위원회. (2017). 문재인정부 국정 운영 5개년 계획. <http://korea.kr/archive/expDocView.do?docId=37595>
- 김용득. (2018). 탈시설과 지역사회 중심의 복지 서비스 구축 방안: 자립과 상호의존을 융합하는 커뮤니티 케어. 2018년 보건사회연구 콜로키움 커뮤니티 케어와 보건복지서비스의 재편. 한국보건사회연구원.
- 김은하, 최기정. (2017). 사회서비스 제공기관의 진입과 퇴출에 관한 실태 분석. 사회보장정보원.
- 김성희, 오욱찬, 황주희, 박경수, 김용득, 이선우, ... 이민경. (2017). 제5차 장애인정책종합계획(2018~2022) 수립방안 연구. 한국보건사회연구원.
- 김성희, 이연희, 오욱찬, 황주희, 오미애, 이민경, ... 이선우. (2017). 2017년 장애인실태조사. 한국보건사회연구원.
- 박강수, 정준기. (2017. 9. 27.). 위(Wee) 프로젝트 10년 갈 길 먼 학생 상담. 시사저널. <https://www.sisapress.com/news/articleView.html?idxno=171561>에서 인출.
- 박경수, 김용득, 김미옥, 허곤, 이승기, 서동명, ... 장기성. (2015). 장애인거주시설 설치·운영 기준 등 개정안 마련 연구. 한양대학교 산학협력단.
- 보건복지부. (2013-2017). 보육통계.

- http://www.kcpi.or.kr/site/hp3/contents/data_n/reference04_1.jsp
보건복지부. (2014-2017). 보건복지백서.
<http://www.korea.kr/archive/expDocMainList.do>
보건복지부. (2014-2018). 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요.
http://www.mohw.go.kr/react/gm/sgm0601vw.jsp?PAR_MENU_ID=13&MENU_ID=1304020201&CONT_SEQ=296910&page=3
보건복지부. (2017). 사회서비스 수요·공급실태조사. 보건복지부. http://www.prism.go.kr/homepage/entire/retrieveEntireDetail.do?research_id=1351000-201700220
보건복지부. (2019). 제2차 사회보장기본계획 (2019~2023). http://www.ssc.go.kr/cont/manage/manage020100_view.tiles?hidCid=36957&hidBid=108&menuFile=manage020100
보건복지부 사회서비스정책관. (2018). (가칭) 사회서비스진흥원 설립방안. 한국사회서비스학회 2018년 춘계학술대회 자료집.
보건복지부, 삼성서울병원. (2017). 2016년도 정신질환 실태조사. <http://www.korea.kr/archive/expDocView.do?docId=37547>
사회보장위원회. (2018). 범부처 사회서비스 발전 방향. http://www.ssc.go.kr/cont/manage/manage020100_view.tiles?hidCid=36851&hidBid=108&menuFile=manage020100
서해정, 이선화. (2018). 장애인거주시설 소규모화 실태 및 정책방안 연구. 한국장애인개발원.
신동면. (2010). 사회복지의 공공성 측정에 관한 연구. 한국사회정책, 17(1), 241-265.
양성욱, 노연희. (2012). 사회서비스의 공공성은 무엇을 의미하는가? - 서비스 주체에 따른 공공성의 내용을 중심으로-. 사회복지연구, 43(1), 31-57.
이은경, 김동민, 양난미, 손재환, 배영태, 권준근,...김승배. (2015). 청소년상담복지센터 발전방안 연구. 여성가족부.
이재호, 조운영, 전정운. (2018. 11. 10.). 중고생 7만여명 “자해 경험”...우리 아이는 상관없다고요? 한겨레. http://www.hani.co.kr/arti/society/society_general/869668.html에서 인출.
정경희, 강은나, 김경래, 오영희, 이윤경, 황남희,...홍송이. (2017). 2017 노인실태조사. 보건복지부, 한국보건사회연구원.
통계청. (2010-2016). 시·도별 설립구분별 급여종류별 장기요양기관 현황. http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=DT_35006_N021에서 2018. 7. 25. 인출.
The Lancet Commissions. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392, 1553-1598.
IAPT 홈페이지. <https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/iapt/>에서 2018. 7. 5. 인출.