

통합적 공공 복지전달체계를 위한 조건: 영국 사례 연구*

김보영**

요약

우리나라에서 통합적인 공공 복지전달체계 구축을 위한 시도는 통합사례관리까지 지속적으로 이루어지고 있고, 특히 최근 ‘커뮤니티 케어’와 관련해 중요성을 더해가고 있다. 하지만 대부분 부분적인 조직개편에 그치거나 민간자원의 동원에 그치고 있는 것이 현실이다. 이에 본 연구에서는 사회서비스 정책 발전에 있어서 통합적 개혁의 경험을 가지고 있는 영국의 보건의료와 사회서비스의 통합적 접근 사례, 우리나라 통합사례 관리와 유사한 문제경험가족 프로그램 사례를 각각 런던 자치구와 지방의회를 방문하여 조사하였다. 그 결과 통합적 전달체계를 실현하기 위해서는 인력, 조직, 재정 등 제도적 장벽의 종합적인 해소가 시급하고, 관련된 전문 집단과 기관간의 분명한 목표 공유와 파트너십 구축이 필요하며, 사례에 대한 정보 공유 체계와 기술적 지원이 뒷받침되어야 함을 발견할 수 있었다.

주요어: 복지 전달체계, 커뮤니티 케어, 영국 사회서비스, 사례 연구

* 이 논문은 2016년 대한민국 교육부와 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임(NRF-2016S1A3A2923475)

** 영남대학교 새마을국제개발학과 부교수

1. 서론

우리나라에서 통합적인 공공 복지전달체계 구축은 사회정책 발전에 있어서 지속적인 과제로 제기되고 있다. 1995년 보건과 복지를 연계하는 보건복지사무소 시범사업 이후 2004년에는 복지분야의 통합적 전달체계를 구축하기 위한 사회복지사무소 시범사업이 시도되었고, 2007년에는 복지를 비롯한 보건, 주거, 고용, 평생교육, 생활체육, 문화, 여가 등 이른바 8대 서비스의 통합적 접근을 위한 주민생활지원서비스 개혁이 있었다. 2012년에는 복합적 욕구를 가진 대상자에게 ‘통합사례관리’를 제공하여 지역단위로 통합적인 서비스를 제공하기 위한 ‘희망복지지원단’이 전국 시군구에 설치되었고, 2016년에는 ‘읍면동 복지허브화’가 추진되면서 읍면동 단위까지 ‘통합사례관리’가 확산되었다. 2017년 문재인 정부 이후에는 이것이 ‘찾아가는 보건·복지서비스’라는 이름으로 전국 3,503개 읍면동에서 시행 중에 있다(보건복지부, 2018a).

통합적 복지전달체계 구축을 위한 시도는 올해 보건복지부(이하 복지부)에서 지역사회 중심의 복지체계의 일환으로 ‘커뮤니티 케어(community care)’를 새정부의 정책방향으로 전면화시키면서 다시금 중요성이 대두되고 있다. 복지부의 정의에 따르면 커뮤니티 케어는 “돌봄(Care)을 필요로 하는 주민들이 … 지역사회(Community)에 거주하면서 개개인의 욕구에 맞는 복지급여와 서비스를 누리고, 지역사회와 함께 어울려 살아가며 자아실현과 활동을 할 수 있도록”하는 것을 의미하는데(보건복지부, 2018b: 2) “개개인의 욕구에 맞는 복지급여와 서비스를 누리”기 위해서는 기존의 제도별, 부처 및 부서별로 분절되어 있는 서비스를 대상자 중심의 통합적 접근이 가능하도록 하는 것을 의미하기 때문이다.

하지만 이렇게 지속적으로 통합의 문제가 제기되는 배경에는 그만큼 우리나라 복지체계가 분절적으로 발전하는 가운데 전달체계 개혁은 혼란을 거듭해왔기 때문이다(김보영, 2015). 통합적 접근이 발전되고 있는 와중에도 더 많은 개별적 서비스들이 서로 다른 체계와 기준을 가지고 새롭게 확대되고 있으므로 또 다른 통합적 접근의 필요성이 새롭게 제기되고 있다. 더욱이 최근에는 현금급여 제도보다도 사회서비스 중심의 제도 발전이 이루어지면서 결국 대상자에게 전달되면 분절이 큰 의미가 없어지는 현금급여와 달리, 서비스는 분절의 문제가 효과를 반감시키는 결정적 장애가 될 수밖에 없기 때문에 통합적 접근의 문제는 더욱 중요해진다. 그럼에도 다양한 주체 간의 협력과 통합이 강조되는 가운데에서도 이러한 변화가 실질적으로 일어나지 못하고 결국 관료제적 분절의 지배적인 모습은 지속되고 있다.

이러한 전달체계 통합을 위한 시도가 당위적인 수사에 그치는 것이 아니라 실질적인 효과를 나타

낼 수 있으려면 어떤 구체적인 변화가 필요한지를 고민해야 할 것이다. 그래서 본 연구에서는 사회 서비스 정책 발전에 있어서 통합적 개혁과 경험을 축적하고 있는 영국의 사례를 고찰해보고자 한다. 올해 제기되고 있는 커뮤니티 케어에 있어서도 영국은 가장 일관된 정책으로 추진해온 사례로 꼽히는 등(공선희, 2015) 전달체계 문제에 있어 좋은 참고 사례가 될 수 있다. 특히 복지국가의 선도적인 역사를 가지고 있는 유럽국가 중에서도 지방분권적 경향이 매우 강한 다른 국가와 달리 중앙집권적 경향이 강하여 역시 중앙집권적 특성이 뚜렷한 우리나라 전달체계 문제에 있어 더욱 유용한 시사점을 던져줄 수 있다.

하지만 기존의 문헌에서는 영국의 사례를 보더라도 문헌적인 접근이 지배적이어서 실질적인 함의를 찾는데 제한이 있었다. 본 연구에서는 실제 통합적 접근을 실천하고 있는 런던시 자치구와 지방지역 의회 등 두 곳의 지방정부를 방문하여, 영국에서 전통적으로 논의가 집중되어 온 보건의료와 사회서비스의 통합적 접근 사례, 그리고 최근 통합적인 가족개입서비스의 일환으로 시도된 문제경험가족 프로그램(Troubled Family Programme)의 사례를 살펴보았다. 사례 지역에 대하여 관련 문헌과 함께 직접 방문을 통한 관계자 인터뷰를 종합적으로 검토해 보다 심층적이면서 현장 중심의 분석을 시도해보고자 한다. 먼저 통합적 공공 복지전달체계의 의미를 살펴보기 위해서 영국 통합적 전달체계의 역사적 발전과 의미를 살펴보고, 이와 비교하여 우리나라 통합적 전달체계의 시도와 한계를 짚어보도록 하겠다.

2. 통합적 공공 복지전달체계 구축의 시도와 의미

1) 영국의 통합적 전달체계 발전

영국에서 통합적 전달체계 논의는 2차 세계대전 직후 ‘요람에서 무덤까지’ 베버리지 보고서로 상징되는 복지국가 성립 이후 지역사회를 중심으로 사회서비스가 발달하기 시작하면서 제기되었다. 1940년대 후반과 60년대를 걸친 제도입법 과정에서 임산부, 아동, 장애인, 노인 등에 대한 돌봄의 의무들이 지방정부에 부여되어 온 것이다(강혜규 외, 2007). 그런데 이는 제대로 구성된 체계를 가지고 도입된 것이 아니라 모두 개별적인 입법으로 역할이 부여되다보니 서로 비슷한 서비스가 아동부, 복지부, 보건부, 교육부 등으로 분산되어 혼란이 가중되었다. 이에 1960년대와 70년대 영국에서 사회 서비스에 대한 논의에서 핵심은 서비스 제공에 있어서의 복잡한 구조에 대한 것이었다(Forder,

1975; Griffith, 1966; Hall, 1976; ; Titmuss, 1967).

이러한 구조는 중앙정부에서부터 보건의료와 지방정부 복지서비스를 담당하는 보건성, 지방정부의 아동서비스를 담당하는 국무성(Home Office), 학교와 관련된 복지를 담당하는 교육부 등으로 분리되어 있었다. 지방정부에서도 사회서비스는 대상집단 뿐만 아니라 전문가 집단과 부처별로 분절되어 있어 보통 복합적이고 상호의존적인 욕구를 가지고 있는 개인과 가족에 대한 포괄적인 접근을 하는 것이 불가능해 보인다는 비판이 광범위하게 제기 되었다. 이러한 분절의 원인에 대해서 대부분은 개별적인 입법이 서로 다른 필요에 의해 도입되고 그때마다 새로운 기관이 들어섰기 때문이라고 진단과 함께 의료사회복지사, 보호관찰 담당자, 아동복지 담당자 등 서로 다른 전문직 집단의 이해관계에 의한 것이라고도 지적도 제기되었다(Forder, 1975).

이러한 분절의 문제는 결국 시봄 위원회(Seebohm Committee, 1968)에 검토가 의뢰되었고, 결국 독자적이고 통합된 사회서비스국(social service department)을 지방정부에 설치하라는 권고가 제시되었다. 이 권고안은 1970년 지방정부사회서비스법(Local Authority Social Service Act)에 반영이 되었다. 당시 새로운 사회서비스국이 지방정부의 여타 부처와 비교해서 더 많은 권한을 가지게 됨으로써 더 많은 예산과 정책결정의 영향력을 확보하고, 그 역할에 대해서도 대중적으로 더 많이 인식이 되어서 낙인효과를 감소시키고, 더 많은 욕구를 효과적으로 감지해낼 수 있을 것이라고 보았다(Parker, 1970; Wistrich, 1970). 실제 사회서비스국 설립 이후에 어느 정도 실현이 되었다. 1970년대 초 영국은 경제위기를 맞은 가운데에서도 사회서비스 분야만 매년 10% 이상 증액되면서(Sullivan, 1996) 영국 복지체계에 있어 사회서비스는 하나의 영역으로 자리잡게 된 것이다.

이렇게 사회서비스의 분절문제가 사회서비스국 설립으로 일정 수준으로 해소된 이후에 통합적 접근의 문제는 보건의료와 사회서비스간의 협력문제로 초점이 이동되었다. 사실 사회서비스국 설립으로 오직 해결되지 못한 분절문제는 보건의료와 사회서비스간의 문제였으며(Cypher, 1979) 이와 같은 개혁은 오히려 이 문제를 더욱 심화시켰다는 비판도 있었다(Hall, 1976; Wistow, 1982). 특히 이것은 의료시설 안에서의 돌봄에서 지역사회를 기반으로 한 돌봄으로 연계시키는 차원에서 당시 커뮤니티 케어(community care)를 내세웠던 보수당 정부에서 더욱 중요한 과제로 인식되기도 하였다.

2000년대 들어서도 이러한 문제의식은 더욱 확산되어 보건의료와 사회서비스간의 분절은 포괄적이고 효과적인 서비스를 가로막는 가장 핵심적인 문제로 지적되었다(Glendingning et al., 2000; Keene et al., 2001). 이 분절로 이용자를 혼동시키고, 복합적인 욕구에 대응하지 못하고 있다는 것이다. 루이스(Lewis, 2001)는 특히 고령화로 인해 취약한 노인인구의 증가로 인한 ‘중간 집단(intermediate group)’에 대한 우려를 제기하였는데 이들은 보건의료와 사회서비스 경계 사이에 존

재하게 되어서 양쪽 영역에서 모두 방치되는 결과로 이어지게 된다는 것이다.

이러한 문제는 1차적으로는 중앙정부 중심으로 편제되어 있는 영국의 무상의료제도인 국가건강 서비스(National Health Service, 이하 NHS)와 지방정부 중심으로 운영되고 있는 사회서비스간의 제도적이고 조직적인 분절에 의한 것이라고 할 수 있다. 특히 재정방식의 차이에서 오는 문제가 가장 두드러지게 나타나고 있다(Baldock, 1997). NHS의 서비스는 무상인데 반하여 지방정부의 사회 서비스는 본인부담분을 부과시키고, 많은 경우 자산조사에 의해 재정부담을 시키고 있는 것이다. 이러한 상황이다 보니 중앙정부와 지방정부 사이에 보건의료에서의 재정 부담을 사회서비스를 통하여 지방정부에게 떠넘기고 있다는 불신감도 존재하는 경향이 있었다.

하지만 영국 정부는 보건의료와 사회서비스를 통합적으로 접근하려는 노력을 지속적으로 전개해 왔다. 가령 법적으로 지방정부와 보건의료기관간의 파트너십에 대한 책임을 부여하고, 규제감시 체계에 있어서도 사회보호조사위원회(Commission for Social Care Inspection, CSCI)를 보건의료위원회(Healthcare Commission)와 통합하여 돌봄의 질 위원회(Care Quality Commission)를 설치하는 등 제도적 노력을 기울이는 한편, 노인을 위한 파트너십 프로젝트(Partnerships for Older People Projects)와 같이 노인 낙상 감축과 같은 분명한 목적을 가지고 지방정부와 보건의료 기구 등이 함께 프로젝트 사업을 벌이는 등 실질적인 협력의 경험을 만들어가기 위한 프로그램도 지속적으로 벌이고 있다(김보영, 2012).

2012년에는 보건의료및사회적돌봄법(Health and Social Care Act)을 통해서 보건의료와 사회 서비스의 통합적인 새로운 거버넌스 구조로서 보건복지위원회(Health and Wellbeing Boards, HWBs)를 구축하였다(Humphries & Galea, 2013). 이 보건복지위원회는 임상위탁그룹(Clinical Commissioning Group, CCG)이라는 지역의 보건의료 총괄기구와 지방정부가 공동으로 구성하는 기구로서 임상위탁그룹의 관계자와 지방정부의 성인사회서비스 국장, 아동서비스 국장, 공공보건 국장 등 각 정책영역 고위 책임자들이 참여하고 그 외 관련 전문가에 의해서 구성된다(NHS England, 2014). 이 위원회를 통해 지역주민의 욕구를 파악하는 합동전략욕구실사를 실시하고, 이를 기반으로 합동보건복지전략을 공동으로 고민하고 수립하여 합동 위탁, 통합 공급, 공유 예산(pooled budget) 등의 정책수단을 통해 실현시키는 것이다(DH, 2011, 2012).

2) 영국에서 통합적 전달체계의 의미

영국에서의 공공복지 전달체계의 통합적 개편과정을 보면 크게 복지국가 성립 이후 개별적인 사회

서비스 발달부터 1970년대 사회서비스국 통합까지의 시기와 그 이후 보건의료와 사회서비스간의 통합을 추진하는 시기로 나누어 볼 수 있다. 전자의 시기에서는 아동, 장애인, 노인 등 대상별이나 보건, 교육 등 영역별로 분절하여 발달한 개별적 서비스들을 하나의 전달체계 아래로 통합이 추진되었고, 이러한 기능을 모두 결합한 사회서비스국을 지방정부에 설치함으로써 1차적으로 완결되었다고 할 수 있다. 두 번째는 지방정부 중심으로 통합된 사회서비스와 중앙정부 중심으로 이루어진 보건의료간의 통합문제로 규제와 관리체계의 통합에 이어 보건복지위원회를 통한 지역단위 전달체계간의 통합적 접근이 추진 중에 있는 것이다.

이러한 영국의 통합적 전달체계 구축은 공공 서비스의 효과성에 대한 문제의식에서 출발하였다. 여기서 핵심은 대상과 욕구별로 분절된 체계에서는 결국 복합적 성격을 가진 문제에 효과적으로 대응할 수 없다는 한계였다. 개인이나 가족이 사회적 지원이 필요한 욕구를 가지고 있다고 할 때, 그것은 아동과 성인의 개별적 문제도 아니고, 돌봄과 의료 또한 서로 다른 문제가 아니라 결국 개인과 가족이 복합적이고 상호의존적인 문제를 가지고 있는 것이기 때문에 각기 다른 부서와 담당자가 대응하는 것보다 하나의 체계 아래에서 대응하는 것이 효과적이라는 전제가 있다는 것이다.

이러한 통합적 접근은 크게 사례별 수준, 조직적 수준, 정책적 수준으로 구분해서 살펴볼 수 있다. 먼저 사례별 수준에 있어서 사회서비스국의 통합은 개인이나 가족의 문제 등에 대한 사례 중심의 통합적 접근으로 복합적 욕구에 대한 종합적인 실사와 이에 대응하는 다양한 서비스의 패키지(package)을 구성하는 공공 사례관리(case management)로 발전되었다(Payne, 2000). 하나의 사례에 대하여 한 명의 담당자(key worker)가 욕구의 실사와 욕구에 대응하는 서비스의 구성과 시행 등을 책임지는 체계를 말하는 것이다(Dant & Gearing, 1990).

조직적 수준에서는 이러한 서비스를 담당하는 조직 간의 통합을 말한다. 아동부, 복지부, 보건부 등으로 구분되어 있던 조직을 사회서비스국으로 통합시킨 것처럼 조직 자체를 통합시키는 것에서부터 보건복지위원회처럼 통합적인 거버넌스 구조를 구축하는 것까지 조직적 통합의 시도로 구분해 볼 수 있다. 이를 통해 서비스가 각기 다르게 운영되지 않고 대상 중심으로 복합적 욕구에 종합적으로 대응할 수 있는 조직적 기반을 만드는 것이라 할 수 있다.

정책적 수준에서는 노인을 위한 파트너십 프로젝트나 보건복지위원회에서 합동전략욕구실사와 합동보건복지전략을 수립하는 것과 같이 정책의 내용적 측면에서 통합적인 프로그램이나 전략을 구성하는 것을 의미한다. 이와 같이 공동의 정책과 프로그램을 위해서는 재정이나 위탁, 성과관리 등 정책적 수준에서 조정과 합의, 협력을 증진시키는 시도를 포괄한다.

3) 우리나라의 전달체계 개편과 통합의 한계

우리나라 공공복지 전달체계 개혁의 역사에서도 통합성을 증진시키기 위한 시도는 꾸준히 이어져 왔다. 1995년에 보건과 복지가 연계된 전달체계를 구축하려고 했던 보건복지사무소 시범사업은 2004년에 시행된 사회복지사무소 시범사업으로 이어졌고 2006년 주민생활지원서비스 개편으로 귀결되었다. 그리고 2008년부터 추진된 희망복지전달체계, 이어서 2016년부터는 읍면동 복지허브화, 그리고 문재인 정부에서는 찾아가는 보건·복지서비스라는 이름으로 이른바 ‘통합사례관리’를 중심으로 한 전달체계 개편이 지속되고 있다. 이러한 과정은 크게 보건복지사무소에서 주민생활지원서비스 개편까지를 조직적 수준의 통합시도로, 희망복지전달체계에서 찾아가는 보건·복지서비스를 사례별 수준의 통합시도로 구분해서 살펴볼 수 있을 것이다.

그런데 우리나라의 조직적 수준의 통합시도는 조직적 통합 그 자체에만 국한되어 왔다. 첫 번째 조직적 통합시도였던 보건복지사무소 시범사업은 ‘통합’이 주목적이었다기 보다는 복지전담 전달체계를 구축하려는 가운데 비용절감을 위해서 보건소 조직을 활용하는 측면이 컸다(이재완, 1998). 그러다 보니 일부 보건과 복기간 협력시도가 나타나기도 하였지만 전반적으로 자기 영역을 고수하려는 태도가 지배적으로 나타났으며 시행된 사업도 독거노인 생신 축하, 야쿠르트 배달 일일방문, 부식 지원, 효도관광 등 단편적인 사업들이 대부분이었다(이현송·강혜규, 1997). 뒤를 이은 사회복지사무소 시범사업은 복지전달체계를 별도로 구축하여 효율화와 전문화를 위한 조직개편으로는 적절하였으나 서비스연계나 통합적 관리는 어려웠다고 진단하고 있다(백종만 외, 2006).

이어진 주민생활지원서비스는 복지뿐 아니라 보건, 주거, 고용, 평생교육, 생활체육, 문화, 여가 등 이른바 8대 서비스를 모두 시군구 주민생활지원국으로 통합하고 읍면동에는 주민생활담당을 배치하여 전달하는 체계를 구축하는 방안이었다(황미경, 2010). 하지만 시범사업 평가연구에서부터 시범사업지역 공무원들이 이 개편안에 절반도 동의하지 않는 것으로 나타났으며, 서비스 통합효과가 있었다는 응답은 1/3에도 미치지 않았다(김병국·김필두, 2007). 결국 여러 가지 서비스 관련 부서를 하나로 모아놓기는 하였지만 실질적인 통합적인 서비스에 대한 효과는 대부분 회의적이었던 것이다(서울복지재단, 2008; 이현주 외, 2007).

두 번째 사례별 수준의 통합 시도 역시 사례별 접근은 이루어졌지만 사례 중심의 통합적인 접근이 이루어지고 있다고는 보기 어렵다. 처음으로 통합사례관리가 도입된 희망복지지원단은 2012년 전국 시군구에 설치되었고 이에 대한 이용자 만족도는 비교적 높게 나타났으며(한국보건복지정보개발원, 2012), 개편 방향에 대해서도 긍정적인 평가도 나오고 있다(김정득 외, 2012; 김이배, 2014). 그

래서 통합사례관리 모델을 읍면동 단위까지 확대시킨 모델로 2016년부터 읍면동 복지허브화가 추진되었고, 현 문재인 정부에서는 찾아가는 보건·복지서비스로 이어지고 있다.

하지만 이렇게 새롭게 도입된 ‘통합사례관리’라는 것이 실제로는 분절된 공공 복지급여와 서비스를 통합시키는 역할을 하고 있다기보다는 오히려 공공 복지제도의 사각지대를 민간자원 동원으로 매우는 것이 현실이라는 비판이 제기되고 있다(김보영, 2014; 지은구, 2012). 즉, 여기서 ‘통합’이라는 것이 공공 복지전달체계의 통합적 접근이라기보다는 공적 지원체계에 민간자원을 통합시키는 의미로 나타나고 있는 것이다. 이러한 접근은 정부가 공적 사회보장의 책임을 방기하고 이를 민간자원의 유무나 자발적 역량에 떠넘기고 있는 것으로 정당한 방향이라고 평가하기는 어렵다(김보영, 2016).

3. 영국의 통합적 공공 복지전달체계 사례연구¹⁾

1) 사례 연구의 개요 및 분석틀

영국의 사례연구에서 사례유형과 지역유형을 안배하여 연구 대상을 선정하였다. 사례유형에 있어서 영국에서 전통적으로 통합적 전달체계 논의의 중심이 되었던 보건의료와 사회서비스 통합 사례가 빠질 수는 없겠으나 이에 대한 사례연구만 이루어진다면 전달체계 통합의 특성과 정책영역의 특수성이 잘 구분되지 않을 가능성이 있다. 그래서 또다른 통합적 전달체계의 사례로 최근에 시도된 문제경험가족 프로그램을 대상으로 하였다. 이는 취약한 가족에 대한 통합적 개입 프로그램으로 우리나라에서 시도되고 있는 통합사례관리와 유사한 성격을 가지고 있어 더 유용한 시사점을 던져줄 수 있을 것이다. 그리고 지역유형으로는 대도시로 런던 자치구(London Borough) 하나와 지방지역(shire area)의 의회 하나를 선정하였다.

사례유형과 지역유형을 교차하여 4개의 사례를 연구해보는 것이 이상적이겠지만 연구의 현실적 여건상 런던 자치구에서 보건의료와 사회서비스 통합사례를, 지방의회에서 문제경험가족 프로그램의 사례를 각각 조사하여 총 2개의 사례를 조사하게 되었다. 조사는 관련 자료 수집 등을 통해서 각 사업과 사업지에 대한 사전 조사를 진행한 후 직접 방문하여 1시간 30분 가량의 인터뷰를 반구조화된 설문지를 바탕으로 진행하였다. 질문은 서비스 개요, 절차, 운영 조직, 서비스 통합 및 협력 노력 및 쟁점 등을 구성되었다. 이러한 사례조사의 개요는 [표 1]과 같다.

1) 이 사례연구는 “사회보장부문의 서비스 전달체계 연구-맞춤형 서비스를 위한 통합성 분석을 중심으로”(강혜규 외, 2016)의 일환으로 진행됨.

[표 1] 영국 통합적 전달체계 사례조사 개요

사례유형	지역 유형	인터뷰 일시	인터뷰 대상	직책
보건의료와 사회서비스 통합	런던 자치구	2016년 7월 11일	LB1	사회복지실천 및 사회적 돌봄 임시 국장(Interim Head of Social Work and Social Care)
			LB2	정신보건 서비스 과장(Mental Health Service Manager)
문제경험가족 프로그램	지방 의회	2016년 7월 14일	SA1	예방서비스 국장(Head of Prevention Service)
			SA2	동권역 관리자 (East Division Manager)
			SA3	개발지원담당자(Development Support Officer)

이 사례조사 결과, 공공 복지전달체계의 통합과 관련한 쟁점은 대략 세 가지 영역으로 나누어 볼 수 있었다. 첫 번째는 전문집단간 이해와 협력의 문제가 있었다. 통합의 과정에서 서로 다른 전문집단간의 공동의 노력을 필요로 하는데 이 다른 집단들이 서로 다른 전문성을 얼마나 이해하고, 문화적 차이를 극복하고, 원만한 의사소통을 하느냐에 따라 통합적 전달체계의 성공과 한계가 나타났던 것이다. 두 번째로는 운영(management)의 문제가 있었다. 통합을 위한 협력의 과정에서 서로간의 역할이 불분명하거나 협력에 대한 목적이나 목표가 명확하지 않은 것 등이 주요한 장벽으로 나타나고 있었다. 역시 반대로 서로의 역할 규정을 분명히 하고 공동의 목적이나 목표가 명확히 공유되는 것은 통합의 성공적 요인으로 작용할 수 있다. 이러한 운영의 문제에는 운영구조(governance)나 재정 문제를 포함할 것이다. 마지막 세 번째로는 정보 공유 및 기술적 문제가 있었다. 다양한 기관간의 통합적 접근은 불가피하게 상호간의 정보 공유를 포함한다. 같은 대상자라고 할 때 서로 그에 대한 정보를 공유하지 않는다면 통합으로 인한 효과적 접근을 기대할 수는 없을 것이다. 하지만 이러한 정보 공유에는 개인정보 보호의 문제와 이에 따른 절차의 문제가 발생한다. 이를 어떻게 해결하느냐가 효과적인 통합을 위한 중요한 요소가 될 수 있을 것이다. 그러면 각각의 사례에 대해서 이 세 가지 쟁점 영역을 중심으로 살펴보도록 하겠다.

2) 보건의료와 사회서비스의 통합 - 런던 자치구 사례

(1) 서비스 개요

최근에는 NHS 및 커뮤니티 케어법(NHS and Community Care Act), 만성질환 및 장애인(Chronically Sick and Disabled Act) 등 돌봄 관련 법안을 모두 하나로 통합한 돌봄법(Care Act)이 시

행되었다. 이를 통해 사회서비스가 공급자를 중심으로 이루어지는 것이 아니라 그 당사자를 중심으로 당사자의 통제권에 의해 이루어져야 한다는 사람 중심 돌봄(person centred care)이 보건의료와 사회서비스에 있어 중심 기조가 되고 있다. 이에 따라 사례 지역의 정신보건 서비스 역시 대상자에 대한 사정(assessment)에 의해서 욕구가 진단이 되면 그에 따른 개인별 예산(personal budget)이 배정되고, 진단된 욕구와 관련해 이 예산을 어떻게 사용할 지에 대해서는 대상자와 논의를 통해 결정하게 된다.

사례 지역에서는 이 지역을 총괄하는 보건의료기구인 NHS 재단 트러스트의 건물 내에 지방정부의 인력과 NHS 인력이 공동으로 정신보건팀을 구성하여 서비스를 제공하고 있었다. 그래서 처음부터 의뢰 역시 보건의료나 사회서비스 부서에서 따로 받는 것이 아니라 정신보건 문제의 사례로 의뢰를 받고, 사정 결과에 따라 정신과 의사, 지역사회 정신과 간호사(communitary psychiatric nurse), 병원 외래 치료, 시설보호, 직장복귀 지원, 사회활동 등의 서비스가 결합된 서비스 패키지를 제공하게 되는 것이다. 이러한 서비스 패키지는 한사람의 돌봄 조정자(care coordinator)가 이러한 계획을 조정하고 매 6개월에서 12개월마다 모든 관계자가 모여서 돌봄 계획을 재검토하고 개별 서비스들의 유효성, 서비스 변경 또는 지속여부, 종결 여부 등에 대한 검토를 한다(LB1). 이러한 돌봄 조정자는 보건의료나 지방정부 인력 또는 지역의원외의 일반의(GP)가 담당한다. 개입기간은 정신보건서비스의 경우 상대적으로 긴 편인데 보통 2년이 넘어가면 집중적인 검토를 하게 된다(LB2).

사례 지역 정신보건팀에는 지방정부에서 30명, 트러스트 인력 60명이 배치되어 있으며, 지역별로 1~2명의 관리자, 10여 명의 사회복지사와 10여 명의 간호사, 1~2명의 의사, 작업 치료사(occupational therapist) 등 2~30명 단위의 팀으로 구성되어 전체적으로 4~500건 정도의 사례를 진행하면서 10~20건의 새로운 의뢰를 매주 담당한다고 한다(LB1). 트러스트 차원에서 모든 의뢰는 단일 접근지점(single point access)을 통해 접수하고 필요한 경우 긴급대응을 하거나, 정보 및 조언을 제공 하거나 지속적인 지원이 필요한 경우 지역팀으로 배정을 해서 통합적으로 서비스를 제공할 수 있도록 하는 것이다.

(2) 전문집단간 이해와 협력

기존에는 사회복지사들이 일반팀(generic team)에 소속되어 모든 것을 했지만 지난 20~25년여 동안 전문성의 발달로 지금은 노인팀, 정신보건, 발달장애, 신체장애 등으로 분리되어 있다(LB1). 또한 이전에는 정신보건 분야에 간호사, 사회복지사, 작업치료사 중 한 명이 한 사람의 돌봄을 책임졌었지만 점점 더 간호사는 의료적 증상이나 치료 혹은 약물관리 등을, 사회복지사는 사회적 돌봄과 가족

이나 지역공동체와 관련된 문제와 같은 보다 자기 전문성에 따라 문제를 담당하는 것으로 변화되어 왔다는 것이다. 이러한 환경 변화로 인하여 통합적인 접근을 위해서는 전문집단간의 이해와 협력이 더욱 중요해 지고 있는 것이다.

하지만 보건의료와 사회서비스의 통합과 관련해서는 이러한 전문 분야간 갈등이 더욱 나타나고 있었다. 보건의료는 대상자를 환자로 인식하고 문제를 질병으로 인식하여 전문가에 의해서 치료가 되어야 된다고 생각하지만, 사회적 돌봄이나 사회복지실천에서는 당사자 본인이 자신에 대해서 가장 잘 알고 있다고 생각하고 지역사회 안에서 존재하는 사람으로 인식하면서 강점에 기반하여 접근하기 때문이다. 이 같은 이유로 보건의료 전문가와 사회복지사 사이에 서비스에 대한 관점에 근본적인 차이가 드러나는 경우가 많다고 지적하였다(LB1). 그리고 보통 보건의료분야가 사회적 돌봄보다 더 지배적인 경우가 많기 때문에 이러한 차이가 갈등으로 발전하는 경향이 있었다. 보건의료 쪽에서는 사람 중심의 접근과 같은 것이 근거나 증거가 부족하다고 느끼고 보건의료적인 치료나 목표에 보다 집중하는 경향이 있기 때문에 상대적으로 사회서비스 분야가 소홀해지는 경우가 많고, 그래서 통합적 접근을 위해서 지방정부 인력을 NHS에 배치했다가 보건의료쪽이 너무 지배적이라는 이유로 다시 지방정부에서 인력을 철수하는 경우가 많이 발생하고 있다는 것이다(LB1).

그래서 보건의료와 사회적 돌봄의 통합을 위해서는 “각자의 전문성에서 무엇을 기대하는지, 각자 어떠한 이해를 가지고 참여하고 있는지, 각 참여자가 이 파트너십을 통하여 무엇을 원하는 것이고, 그 것을 어떻게 측정할 것인지 분명하게”하는 것이 중요하다고 강조했다(LB2). 그래서 파트너십을 통해 어떠한 성과를 가져왔는지에 대한 논란이 있을 때에도 각자 어떠한 성과를 거두고 있는지 근거를 가지고 이야기할 수 있어야 한다는 것이다. 이를 위해서는 서로간의 지속적인 대화를 통해서 관계를 구축해야하고 이러한 과정에서 어느 한쪽이 더 많은 권력(power)을 갖지 않도록 해야 하는 것이다(LB1).

전문집단간 협력을 원활하게 하기 위한 제도적 장치도 중요하게 작용하고 있다. 2006년 NHS법(NHS Act 2006) 75조에서는 지방정부와 NHS 인력이 서로의 업무를 수행할 수 있도록 허용하고 있으며, 새로운 돌봄법에서는 NHS 인력이 사회적 돌봄에 대한 사정을 하거나 지방정부 인력이 보건의료적 치료에 대한 사정을 할 수 있도록 허용하고 있다(LB1). 이를 통해 각자의 업무를 개별적으로 처리하는 것이 아니라 공동협력을 통해 통합적으로 업무를 처리하는 것이 가능해지는 것이다.

또한 정신보건팀에서는 서로 전문성을 나누기 위해서 정기적으로 각자의 사정에 대해서 이야기하는 시간을 갖는다(LB1). 많은 경우 의뢰에 대해서 한 사람이 사정을 하게 되는데 이에 대해서 사회복지사, 간호사, 의사, 작업치료사 등 다양한 전문가로 이루어진 팀 안에서 사정에 대해 논의를 거침

으로써 다른 전문가의 조언을 들을 수 있고, 이러한 과정을 통해서 서로 배우게 된다고 설명한다. 전체 팀이 사례를 검토하는 경우 복잡한 대상 사례에 대해 2분 이내로 쟁점을 발표하고 그와 관련된 질문이나 조언을 받는 식으로 회의를 진행한다고 한다(LB2).

(3) 운영의 문제

앞서 살펴본 바와 같이 보건의료와 사회적 돌봄의 통합적 접근에서 가장 문제가 되는 것 중 하나는 서로 다른 재정 방식이다. 보건의료는 NHS는 중앙 중심의 국민 무상의료 시스템에 의해서 제공되는 반면 사회적 돌봄은 지방정부가 책임을 지면서 자산에 따라 본인부담금을 부과하기 때문이다. 그래서 한 대상자에 대해서 보건의료와 사회적 돌봄이 통합적으로 서비스를 제공하려고 하는 경우 재정방식의 차이 때문에 비용산정을 위해서 어디까지가 NHS의 서비스이고, 어디까지가 지방정부의 서비스인지 다시 따져야 하는 모순이 생기는 것이다.

하지만 정신보건 서비스의 경우에는 별도의 법적 의무를 통하여 이러한 재정방식 문제에 있어서 상대적으로 자유로울 수 있었다. 정신보건법(Mental Health Act)에서 규정한 117조(Section 117)의 의무가 그 것이다. 지방정부는 정신보건문제를 가진 사람에 대해서 자유의지에 반하여 치료를 받도록 하게 할 수 있는데 이 치료가 6개월 이상 장기간을 요할 경우 지방정부가 사후 돌봄(after care)을 의무적으로 제공해야 하고 이에 대해서는 비용을 요구할 수 없도록 규정하고 있다는 것이다. 대부분의 정신보건 서비스 대상자들은 치료를 받기를 거부하고 비용을 지불하기를 꺼려하기 때문에 많은 경우 117조의 의무가 적용이 되어서 NHS와 마찬가지로 결국 무상으로 서비스를 제공하게 되어 재정방식의 차이의 영향을 덜 받을 수 있다고 하고 있다(LB2).

이와 함께 보다 효과적인 보건의료와 사회적 돌봄의 통합적 접근을 위해서 중앙정부가 시행하고 있는 더 나은 돌봄 기금(Better Care Fund, BCF)을 활용하고 있었다(LB2). 이 기금은 지방정부와 NHS의 지역담당 조직인 임상위탁그룹이 공유 예산(pooled budget)을 만들고, 공동의 우선순위에 따른 사업을 계획하여 보건부와 합의가 이루어지면 지원을 받는 프로그램이다. 이 기금 사업 중 하나가 통합 돌봄 프로젝트(integrated care project)이고 이를 통해 보건의료와 사회적 돌봄 담당자들이 모여서 통합적인 서비스 목록(service directory)을 만드는 등의 사업을 하고 있으며 이는 두 조직이 서로 이야기를 시작하는 좋은 사례가 되고 있다고 진술하고 있다(LB2). 예를 들어 70세 이상의 노인에게 응급버튼 등의 설비를 무상으로 제공하여 낙상과 같은 긴급한 욕구가 있을 때 지방정부와 보건의료가 공동으로 구성된 위기긴급대응팀이 바로 대응할 수 있도록 하는 등의 공동 사업을 이 기금으로 추진하고 있다는 것이다(LB2).

(4) 정보 공유 및 기술적 문제

현재 사례 지역의 정신보건서비스에서는 NHS 시스템에서 보건의료 뿐만 아니라 주거나 고용 등과 같은 모든 개인의 사회적 욕구를 다룰 수 있도록 되어 있기 때문에 욕구 실사에 있어서는 통합적으로 이 시스템을 사용하고 있다. 하지만 이 시스템에서는 재정문제는 다루고 있지 않기 때문에 개인 예산제를 실시해왔던 지방정부의 전산 시스템을 이용하여 각 대상자마다 실시된 욕구에 대해서 배정되는 예산을 산출하고 있다. 알고리즘을 통하여 욕구를 점수화하여 표준 예산(indicative budget)을 산출하는 것이다.

정보 공유를 위해서는 보건의료와 사회적 돌봄 사이에 이에 대한 합의를 하고 파트너십 협정(partnership arrangement)에 포함시켰으며 사정 절차를 통해서 당사자와 어느 범위까지 정보 공유를 할지에 대해서 논의한다고 한다(LB1). 또한 트러스트에서 함께 근무하는 지방정부 정신보건 인력 역시도 NHS 데이터에 접근할 수 있는 아이디를 가지고 있어서 시스템 외부로 나가지 않고 정보 공유를 일상적으로 할 수 있도록 하고 있다(LB2).

그런데 여전히 이렇게 NHS와 사회서비스의 시스템을 이중적으로 사용하고 있는 점에 대해서는 불편함을 호소하고 있었다. 욕구 사정에 대해서는 NHS의 시스템을 사용한다고 하더라도 예산 배정 뿐 아니라 보고를 위해서도 지방정부의 시스템을 병행해서 사용할 수밖에 없는데 만약 이것을 하나의 시스템으로 통합할 수만 있다면 일의 절반은 줄어들 것이라고 진술하고 있다(LB2).

3) 문제경험가족 프로그램 - 지방지역 의회의 사례

(1) 서비스 개요

2012년부터 캐머런 정부에서 시행된 문제경험가족 프로그램은 범죄 및 반사회적 행동, 학교에서 소외된 아동·청소년, 실업급여를 받는 성인 등의 문제가 있는 가족을 의무적 대상으로 한 가족 개입 사업이다. 이 사업을 위해 중앙정부는 각 가족당 최대 4천 파운드(약 6백만 원)의 예산을 배정하고 시행 첫해 이 중 80%를 사전 지급, 나머지 20%는 성과에 따라 지급하도록 하였으며 시행 3년 동안 사전 지급 비율은 40%까지 줄이고 대신 성과에 따른 지급률을 60%까지 늘리도록 설계되었다(CLG, 2012).

사례 지역의 문제경험가족 프로그램은 중앙정부에서 이 프로그램을 처음 시행한 2012년 4월부터 시작되었다. 이 프로그램을 위해 새로운 조직을 만들지 않고 기존의 가족개입팀(family intervention team)에서 제공하고 있는 표적 청소년 서비스(Targeted Youth Service), 교육 사회복지 서비스

(education social work service), 통합 서비스 부모 지원 상담사(integrated service parent support advisor) 등과 같은 기존 서비스에 결합하여 프로그램을 시행하였다. 이 프로그램을 시행하여 3년간 진행한 후 성공적이었다는 평가에 따라 2016년 4월부터 진행된 2단계에서는 기존 서비스들을 폐지하고 아동 및 가족 서비스(Children and Family's service)의 예방 서비스(prevention service)로 통합하였다. 예방 서비스는 문제를 경험하는 가족들이 가정폭력이나 아동학대 등으로 아동 사회적 돌봄으로 들어가 아동 보호조치를 받는 등 보다 문제가 심각하게 발전하기 전에 조기 지원을 통해 악화되는 상황에서 회복되도록(turn around) 하는 서비스이다.

문제경험가족이라는 부정적인 이름을 바꿔서 '더 견고한 가족 개발(developing stronger families)'로 시작한 이 서비스는 먼저 경찰, 교육, 고용 데이터의 매칭 과정으로 통하여 학교의 장기결석, 범죄연루, 장기실업 등 일정한 기준에 들어오는 가족들의 목록을 산출하여 선정하는 것부터 시작하였다. 이 목록을 다기관 회의(multi agency meeting)를 통해 기존에 개입하고 있던 기관을 확인하고 공동으로 방문을 하거나, 전혀 개입이 없었던 가족은 직접 방문하여 서비스를 제안하였다. 1단계에서는 845개 가족을 선별하여 시작하였고, 2단계에서는 2,835개 가족으로 시작으로 연간 2천여 가족을 대상으로 서비스가 제공되고 있다.

현재에도 대부분 아동센터(Children's Centre) 등 다양한 기관을 통해서 지속적으로 의뢰가 들어오고 있고, 10% 정도는 직접 신청에(self-referral) 의해 서비스가 제공되고 있는 경우라고 한다(SA1). 이러한 의뢰과정도 사례지역에서는 통합적으로 접근하였다. 의뢰를 접수하는 과정에 단일정문(single front door)을 설치하고 의뢰 양식을 통일하였다. 의뢰가 들어오면 우선 자문팀(advisor team)이 검토를 하여 정보제공이나 조언으로도 충분한 사례를 먼저 선별한다. 추가적인 지원을 필요로 하는 사례는 그다음 8명의 전일제 인력으로 구성된 다기관 심사팀(multi agency screening team)에서 검토를 한다. 경찰, 보건의로, 사회적 돌봄, 예방 서비스 등이 함께 있는 이 팀에서는 각 사례를 어느 서비스로 배정할지를 결정한다. 위험정도가 클 경우 사회복지사에 의한 법적 의무 대응(statutory response)으로 배정이 되고, 예방의 필요가 있을 경우 문제경험가족 프로그램으로 배정되며, 그보다 더 낮은 수준의 욕구인 경우에는 자원봉사기관으로 배정될 수 있다.

매달 2천여 건 정도의 의뢰가 들어오면 많은 수는 정보제공이나 조언으로 종결되고, 서비스에 배정되는 의뢰 건수는 500~600건 수준이다. 의뢰가 들어오면 심사는 24시간 이내에 이루어져야 하며 5일 이내에 서비스가 배정되고 3일 이내에 가족과 연락을 취해야 한다. 그리고 20일 안에 사정이 완료되어 서비스 제공이 이루어지게 된다. 이 서비스에는 전일제 기준(Full Time Equivalent, FTE)으로 284명의 인력이 투입되고 있으며 사례 담당자(case worker)는 120명 규모이며, 한 사례 담당자 당

평균적으로 동시에 14개 가족을 담당한다. 사례 당 개입기간은 다양할 수 있으나 일반적으로 6개월에서 9개월 정도이다.

이 서비스 조직은 12개의 지역팀으로 구분되어 있다. 중앙, 동, 서권역으로 구분된 이 지역팀에는 아동청소년 보건의로 간호사(5 to 19 health practitioner, 만 5-19세를 담당하는 보건의로 전문인력)도 함께 배치되어 있고, 2016년 10월부터는 방문 간호사(health visitor, 만 0세에서 4세까지를 담당하는 보건의로 전문인력)도 결합할 예정이고, 정신보건 복지사(mental health worker)도 투입될 계획이라고 밝히고 있다.

(2) 전문집단간 이해와 협력

전문집단간의 이해와 협력을 이끌어내는 것은 문제경험가족 프로그램으로 서비스를 통합하고 다양한 기관과 협력을 하는 과정에서 어려운 과제였고, 또한 가장 핵심적인 요소이기도 하였다. 먼저 기존의 다양한 조기 지원(early help) 서비스들을 하나의 서비스로 통합시키면서 다양한 전문성을 가진 인력의 직무를 통합시키는 것이 과제였다. 또한 경찰이나 고용 등 기존에 협력관계가 많지 않았던 새로운 기관과 협력 관계를 구축하는 것 역시 큰 과제였다.

2단계 사업을 시작하면서 사례 지역의 청소년 서비스나 교육 사회복지, 부모 상담 등을 통합하고 모든 인력은 전문분야와 관계없이 일반 직무(generic job description)로 변경했다. 상대적으로 낮은 욕구를 다루는 아동 및 가족 서비스에서는 자격증을 획득한 복지사도 있고, 그렇지 않은 종사자도 있었는데 많은 경우에는 청소년 복지나 아동 복지, 부모 상담과 같은 분야의 학위나 경력을 가진 경우가 많았다. 하지만 통합과 더불어 전가족 모델(whole family model)을 도입하면서 가족 내에 있는 모든 구성원과 문제를 함께 다루어야했기 때문에 이러한 구분을 없애고 모두 일반 직무를 부여한 것이다. 이러한 일반 직무로의 전환은 많은 구성원들이 당혹스럽게 받아들였고, 초기에 쉽지 않았다고 진술하고 있다(SA1). 하지만 사례 담당자(case worker)들이 경험이 축적되고 전체 가족을 실시하고 욕구를 파악함으로써 사정(assessment)이 개선되는 것을 경험하면서 더욱 확신을 얻게 되었다고 하고 있다(SA2).

또한 이러한 통합은 집중적인 훈련을 병행한 것이었다. 사례 지역에서는 새로운 서비스를 시행하면서 규모있는 인력개발전략을 수립하여 시행하였다. 회복적 실천(restorative practice)와 해결중심 접근(solution focused approach)을 기초로 하여 가족 치료적 위기 개입(Therapeutic Crisis Intervention for Families, TCIF), 동기화 인터뷰(motivational interviewing) 등과 같은 기술적 훈련들과 함께 가정학대(domestic abuse), 아동착취(child exploitation), 급진화 예방(preventing

radicalisation, 테러리즘 등의 영향을 예방) 등의 문제에 대응하는 방법에 대한 다양한 훈련을 받는다. 이러한 기술적 훈련들을 강화하여 공동의 실천 기반들을 구축하는 것이다.

또한 문제경험가족 프로그램을 통해서 지방정부 외부의 경찰과 고용기관인 잡센터플러스(Job Centre Plus)와도 긴밀한 협력을 하고 있다. 경찰은 물론 이 프로그램 이전에 협력한 경험이 없었고, 잡센터플러스는 지방정부가 아닌 중앙정부의 연금노동부(Department for Work and Pensions) 산하 기관으로 과거 지방정부와 연계된 경험이 없었다. 하지만 이 프로그램을 통해서 협력을 하게 되는 과정에서 서로 다른 일을 하고 있었지만 결국 같은 문제(same agenda)에 대해서 일하고 있음을 공감하게 되었다고 말하고 있다(SA1). 특히 경찰의 경우에는 일련의 인식제고나 이해증진 프로그램을 진행하면서 상당한 시간을 두고 전환을 진행하였다고 한다(SA1). 그래서 현재에는 대상 가정을 함께 방문하기도 하고, 청소년프로그램 등에 경찰이 직접 참여하기도 하고, 경찰도 대상 가정이 연루된 사건이 발생했을 경우 경찰 데이터에도 표시가 되어 대상 가정을 담당하고 있는 복지사(key worker)를 알 수 있기 때문에 사법적 조치가 효과적일지에 대해서 논의하기도 한다고 말한다(SA2). 또한 운영에 있어서 경찰부서장(Assistant Chief Constable)이 문제경험가족 프로그램 전략운영그룹(Strategic Steering Group)에 참여하기도 한다(SA3). 이렇듯 운영과 일선에서 모두 긴밀한 협력관계와 구조를 만든 것이다. 잡센터플러스의 경우에도 문제경험가족 프로그램 담당자가 있고, 잡센터플러스의 관리직이 이 프로그램의 관리팀(management team)에 결합되어 있다.

이렇게 다양한 기관이 서로 협력적으로 일할 수 있게 된 것은 학대로 인한 아동의 죽음을 계기로 최근 15년에서 20년간 일어난 큰 변화라고 이야기 하고 있다(SA1). 2000년 이주 아동이었던 빅토리아 클림비(Victoria Climbie) 학대사망 사건 등에 대한 광범위한 조사가 이루어지면서 이러한 죽음이 관계 기관간 협력 부족으로 인해서 발생하였다는 진단이 이루어지게 되었고, 그 결과 기관간 협력이 촉진되었다. 이러한 계기 뿐 아니라 협력을 통하여 보다 효과적인 성과를 경험하게 되면서 또한 발전할 수 있었다고 말한다(SA1).

그리고 사례 지역에서 문제경험가족 프로그램을 통해 파트너십을 구축하는 데에는 초기에 데이터 매칭을 통해서 함께 이들 가족들에 대해서 논의를 하는 과정도 도움이 되었다. 한 테이블에 앉아서 데이터 매칭으로 선별된 가족들을 놓고 어느 기관에서 관여하고 있는지를 같이 논의하는 과정이 있었던 것이다. 이 과정을 통해 파트너십이 개발될 수 있었고 그래서 새로운 서비스에서 협력하는 것이 더 용의했다고 말하고 있다(SA2). 또한 정보 공유 과정 자체가 협력을 이끌어내는 가장 큰 변화이기도 하였다(SA1).

(3) 운영의 문제

운영에 있어서 사례 지역은 목표의 공유, 운영구조, 리더십 등의 쟁점이 강조되었다. 또한 앞서 살펴본 바와 같이 조직 내부의 전문집단간 통합을 포함했기 때문에 인력개발 역시 매우 중요한 문제가 되었다. 먼저 목표의 경우 문제경험가족 프로그램 자체가 학교 출석, 반사회적 행동, 실업 등 교육, 치안, 고용 등 다양한 분야를 포괄하면서도 측정 가능한 분명한 목표와 지표를 중심으로 설계되어 있었다. 2단계에서는 지방정부가 자체적인 설계를 할 수 있게 되었고, 그래서 사례 지역에서는 범범을 및 반사회적 행동의 감소, 학교 출석 개선, 취업 및 훈련 프로그램 참가, 응급 입원 감축과 같이 아동보호나 가정학대와 같이 기존의 아동·가족 서비스가 다루는 문제 이외에 이러한 가정에 영향을 줄 수 있는 다양한 문제를 프로그램의 목표와 성과로 설정하고 있었다.

인터뷰 대상자들은 특히 서로간의 협력을 위해서는 목표에 대한 공동 소유권(joint ownership)이 있어야 한다고 강조했다(SA1). 즉, 타 기관에 가서 무엇을 도와달라고 요청하기 보다는 그 기관이 어떤 것을 할 수 있도록 도울 수 있는데, 그 것을 할 수 있도록 우리를 도울 수 있겠는가 라고 요청하는 방식이라는 것이다. 자기 기관을 위해 상대 기관의 협력을 요구하는 것이 아니라 상대 기관과 공유하고 있는 목적을 보다 효과적으로 달성하기 위해 자기 기관이 무엇을 할 수 있으며 이를 수행하기 위해서는 상대 기관의 협력 역시 필요함을 이야기하는 식이다. 문제경험가족 프로그램의 경우 경찰의 범법행위 감소와 학교의 교육성과 증진이나, 보건의료의 건강 증진의 성과를 더욱 효과적으로 개선시킬 수 있는 방법으로 전가족 모델의 접근을 이 기관들에게 제안을 하고 이를 통해 긴밀한 협력을 얻어내고 있는 것이다.

이러한 과정에서 이미 존재하고 있던 아동트러스트(Children's Trust)가 있었던 것도 큰 도움이 되었다고 하고 있다(SA3). 아동 트러스트는 광역차원의 기구로서 경찰, 소방서, 보호관찰, 사회적 돌봄, 자원봉사단체 등이 모두 운영기구에 참여하여 정보공유 등에 사항을 결정하고 합동 전략 목표(joint strategic objective) 등을 설정하여 공개한 바 있다. 이를 공공계획으로 수립하고 측정 가능한 목표를 설정하여 공개를 하는 것이기 때문에 참여한 모든 기관들이 시행할 책임을 가지게 된다는 것이다(SA1). 이미 이러한 과정을 통해서 다양한 기관들이 관계를 가지고 공동의 전략 목표를 합의하고 추진해왔던 경험이 있었던 것이다.

물론 문제경험가족 프로그램은 이러한 기존의 파트너십보다 강화된 협력을 필요로 하였고, 이것은 각 기관의 정보를 공유하는 것을 포함하고 있었다. 아동 트러스트의 경우 일선까지 긴밀한 협력을 하는 것에 한계가 있었고, 이러한 부분에서 문제경험가족 프로그램이 진전을 이루었다고 한다(SA1). 이렇게 협력관계를 긴밀화하는 과정에서 리더십은 핵심적인 요소라고 지적하고 있다. 기관

이나 전문집단간의 문화적 차이 같은 것도 문제가 될 수 있지만 리더십이 없다면 이에 대해서 대응할 수조차 없었다는 것이다(SA1). 특히 이 사례의 경우 경찰부서장의 리더십을 높이 평가하고 있었다. 운영그룹에서 개인적으로 편지를 써서 자신들도 정보를 공유했으니 모두 공유하자고 독려하는 등 다른 기관이 함께 참여하도록 촉진을 했고 그 것이 서로 성공적인 협력을 이끌어낸 큰 계기가 되었다고 평가하고 있었다.

재정적인 측면에 있어서도 사례 지역은 다른 영국의 지방정부들보다 훨씬 나은 조건에 있었다. 2010년부터 영국의 지방정부는 대대적인 재정감축을 경험하고 있었지만 사례 지역은 오히려 재정적으로 여유가 있는 편이었다. 이미 상당한 적립금을 보유하고 있어서 재정 감축의 의한 영향을 완화시킬 수 있었고 심지어 초기 투자도 가능했다. 특히 문제경험가족 프로그램의 경우 초기 사전 지급 예산만 사용하고 그 향후에 주어지는 결과에 대한 포상 예산은 적립할 수 있었다. 또한 파트너십을 통하여 일을 더욱 효과적으로 할 수 있었고, 접근 방식을 가족에게 무언가를 해주는 것보다는 가족과 같이 일하여 역량을 강화시키는 방향으로 변경시켜 인력이나 자원투입에 따른 어려움을 줄일 수 있었다고 말하고 있다(SA2). 실제로 새로운 서비스로 인하여 3백만 파운드를 절감을 했고, 대상 가족은 15% 늘릴 수 있었다고 진술하고 있다(SA1).

(4) 정보 공유 및 기술적 문제

정보 공유는 문제경험가족 프로그램의 핵심 중의 하나였다(SA1). 1단계 사업을 시작할 때 청소년 범죄 기록 등 경찰 데이터, 학교의 출석 기록, 잡센터플러스의 고용 데이터를 매칭하여 대상 가족을 선별하는 작업을 진행하였다. 여기에서 선별된 사례의 60% 정도는 이미 개입하고 있는 사례였지만 일부 가족들은 다른 방법으로는 찾아내기 어렵다고 판단되는 경우도 있었다(SA1). 이러한 데이터 매칭은 개입이 필요한 대상을 찾아내는 것에 매우 유용했다고 평가되고 있었다. 앞서 살펴본 바와 같이 각 기관의 정보를 교환하면서 대상 가족들을 함께 선별하고 논의했던 과정은 파트너십 구축에 있어서 중요한 과정이었다고 하고 있다. 그 이후에도 지속적으로 한 달에 한번 경찰, 학교, 고용 등과 관련 데이터 세트를 교환하고 가구별로 매칭해서 대상 가정의 성과를 확인하면서 학교 출석, 징계, 반사회적 행동 등의 성과를 확인하는 과정을 진행하였다.

하지만 모든 정보 공유가 원만하게 해결되었던 것은 아니었다. 의료관련 정보의 경우 익명성이 매우 엄격하기 때문에 정보 공유에 가장 어려움을 겪었다고 진술하고 있다. 그래서 서비스 과정에서 초기에 관계 기관과의 공유, 연구, 중앙정부 등과 함께 정보 공유를 동의하는 포괄적인 절차를 도입하여 개별적인 정보의 경우 이 동의를 통해 보건의료 정보도 문제없이 공유할 수 있었다(SA1). 하지

만 여전히 보건의료 데이터의 경우 대상선별을 위해 데이터 매칭에 사용하거나 성과확인을 위해 일괄적으로 데이터를 받는 것은 안 되고 있는 상황이었다.

4. 분석결과 및 결론

1) 통합적 공공 복지전달체계를 위한 조건

지금까지 영국에서 복지 행정에 있어 통합적 접근을 하고 있는 두 현장 사례를 살펴보았다. 각 사례에서 어떻게 서비스를 통합적으로 접근하고 있으며, 전문집단간의 이해와 협력을 비롯하여, 운영의 문제, 그리고 정보 공유 및 기술적 문제 등을 중심으로 각 사례에서 어떻게 대응하고 있는가에 대해서 분석해 보았다. 영국에서 그동안의 통합적인 전달체계 발전의 역사를 통해 살펴보았던 사례별 수준, 조직적 수준, 정책적 수준 중 어느 한 수준에 국한되지 않고 이러한 다차원적인 수준에 걸친 포괄적인 노력을 동반하고 있었다. 이를 통해 대상이나 영역별로 분절된 접근이 아니라 복합적 성격을 가지는 대상의 문제에 총체적으로 대응할 수 있도록 하는 통합적 전달체계 구축이 시도되고 있었던 것이다.

하지만 이러한 시도가 저절로 자연스럽게 이루어지는 과정은 아니었다. 영국에서 역시 다차원적 수준에서 이를 실현시키고자하는 다각적인 변화와 노력이 있었다. 사례 조사에서는 이 과정의 참여 인력에 대한 인터뷰를 통하여 실질적으로 통합적 접근이 성공적으로 이루어지기 위해서 어떤 조건들이 충족되어야 하는지를 볼 수 있었다. 종합해 본다면 이는 종합적인 제도적 장벽 제거, 목표 공유의 구체화 및 집단과 조직간의 파트너십 구축, 대상자에 대한 정보 공유 및 기술적 지원 등으로 정리해 볼 수 있었다.

(1) 법제도·조직·인력·재정 등 종합적인 장벽 제거

통합적 접근을 위해서 가장 기본적으로 전제되어야 하는 것은 통합을 위한 제도의 마련이다. 보건의료와 사회적 돌봄의 통합에 있어서도 꾸준하게 이루어져 온 사회적 돌봄의 개인화 개혁과 이 두 분야를 융합시키기 위한 통합 법안인 돌봄법을 제정하고 이를 통한 사람 중심 돌봄을 도입한 것은 지속적으로 이 두 영역간의 통합적 접근을 강화시킨 기본 조건이 되었다. 문제경험가족프로그램은 그 프로그램 자체가 지방정부와 학교, 경찰, 잡센터 등 다양한 기관이 문제경험가족을 중심으로 협력적

접근을 하도록 하는 정책 프로그램이었고, 이 프로그램 자체가 이들간의 협력을 만드는 계기가 되었다.

그 다음 통합에 따라 문제가 될 수 있는 인력이나 조직, 재정 등의 장벽을 제거하는 것이다. 이는 특히 서로 다른 영역의 통합이 두드러졌던 보건의료와 사회적 돌봄에서 보다 극명하게 드러난다. 이 두 영역의 통합적 접근을 위해서 법적으로 각 조직의 인력이 서로 상대 업무를 처리할 수 있는 권한을 부여하여 공동으로 업무를 수행하고 있는 제도적 장벽을 제거하였다. 문제경험가족프로그램 사례에서는 아동 및 가족 서비스에서 지역별 팀을 구성하고 여기에 사회복지 인력 뿐 아니라 다양한 보건의료 인력까지 결합하고 있는데 이것은 2012년 보건의료 및 사회적 돌봄법(2012 Health and Social Care Act)에서 공공보건에 대한 책임을 지방정부로 이전시켰기에 쉽게 추진할 수 있었던 일이었다.

재정에 관한 문제 역시 중요한 문제로 제기되었다. 런던 자치구 사례에서는 정신보건서비스가 보건의료처럼 지방정부 의무로 무상으로 제공되어야 하는 경우가 많아 재정적 장벽이 완화될 수 있었으며 또한 더 나은 돌봄 기금(BCF)과 같이 지방정부와 보건의료가 아예 공유 예산을 만들어서 사업을 하도록 하여 이를 적극 활용하고 있었다. 문제경험가족 프로그램 역시 중앙 정부에서 프로그램을 시행하면서 가족 당 사전 지급 예산을 배정하여 별도의 시행 예산을 투입할 수 있도록 하였으며 지방지역 의회 사례의 경우 별도의 투자 프로그램을 통해 서비스의 효율화를 위한 투자로 변화를 촉진시키고 있었다. 즉, 재정적 장벽을 제거하는 것 뿐 아니라 일정 수준의 투자를 통하여 통합적 접근을 독려하고 있었던 것이다.

(2) 목표 공유의 이론적·정책적 구체화 및 집단과 조직간의 지속적 의사소통을 통한 파트너십 구축

다양한 전문 집단과 서로 다른 기관의 통합적 접근을 위해서는 무엇보다도 공유할 수 있는 분명한 목표 설정이 중요한 것으로 나타났다. 보건의료와 사회적 돌봄의 통합에서도 ‘사람 중심 돌봄’이 그 이론적 기반이 되었다. 그 당사자의 욕구를 고려하면 보건의료와 사회적 돌봄을 구분 짓는 것이 무의미하고 더욱 효과적인 성과를 위해서는 이들의 통합적 접근이 필요할 수밖에 다는 것이다. 여기서도 역시 분명한 목표 설정과 공유, 그리고 측정이 강조되고 있었다. 그렇지 못할 경우 통합적인 접근이 무너질 수 있음을 또한 경고하고 있다. 서로가 성과를 확인하지 못한다면 더 이상 통합의 이유를 찾지 못하고 다시 결별하게 되는 경우가 많다는 것이다.

문제경험가족 프로그램은 그 프로그램 자체에서 범죄 감축, 교육성과 개선, 고용 증진, 건강 증진과 같이 경찰, 학교, 잡센터, 보건의료 기관이 공유할 수 있는 목표를 중심으로 프로그램이 설계되었으며 데이터를 통해 명확하게 성과를 측정할 수 있는 지표를 제시하고 있었다. 이러한 프로그램 목표의 근거에는 이들 문제들이 개별적으로 다루어지는 것이 아니라 이러한 복합적인 문제를 가지고

있는 가족을 중심으로 종합적으로 대응될 때 더 효과적으로 성과를 낼 수 있다는 전가족 모델을 전제로 하고 있었다. 이렇게 공유되는 목표와 측정 가능한 지표, 이론적 기반이 협력의 전제가 된 것이다.

그 다음 이와 같은 목표를 중심으로 서로 다른 전문집단과 조직 간에 파트너십을 구축해야 한다는 것이 강조되었다. 관계를 구축하는 것은 목표를 공유하면서 이의 성취를 위해 지속적으로 대화를 하는 것이 중심이었다. 다양한 전문집단이 공동으로 팀을 구성하는 것을 비롯하여 각 사례를 중심으로 정보교류와 논의를 지속하는 것은 사업의 추진과 함께 관계를 구축하는데 중요한 요소가 되었다. 통합적 업무 추진을 위해서 의뢰 경로를 통합하고 다양한 전문가 팀이 공동으로 심사를 하여 배정하고 공동으로 사정을 하거나 각자 사정을 하더라도 정기적으로 상호 점검을 하는 것이다. 이를 통해 지속적으로 서로에게 도움을 받고 배우면서 파트너십이 강화될 수 있었다고 말하고 있다.

(3) 개별 대상자에 대한 정보 공유체계 구축 및 투자를 동반한 기술적 지원

정보 공유는 통합적 접근에 있어서 가장 기본 중 하나였다. 런던 자치구의 사례에서도 NHS 시스템을 함께 사용함으로써 자연스럽게 정보를 공유하고 있었다. 그리고 문제경험가족 프로그램의 중심에서는 경찰, 학교, 고용 데이터의 공유가 있었고, 이를 통해서 초기 대상가족을 선별했을 뿐만 아니라 매달 정기적인 공유를 통해서 가족들을 모니터하고 성과를 측정하고 있었다. 정보 공유에 따른 개인정보 보호 문제는 대부분 의뢰나 실사의 과정에서부터 절차적 동의과정을 거침으로써 해결하고 있었지만 보다 민감한 보건의료 데이터의 경우 대량 데이터를 공유하는 것은 여전히 한계가 있었다.

보다 효과적인 정보 공유를 위해서는 기술적인 뒷받침이 필수적이었다. 북부 요크셔의 경우에도 이를 효과적으로 하기 위해 상당한 투자가 필요함을 언급하였고, 런던 자치구 사례의 경우에는 이러한 기술적 통합이 미비함으로 인해 겪게 되는 업무상 어려움을 호소하기도 하였다. 어떻게 효과적인 시스템을 구축하느냐에 따라 통합적 업무의 효과성에 큰 차이가 있다는 것이다.

2) 우리나라에서의 함의

영국의 복지 전달체계의 통합 경험은 1990년대 말부터 꾸준한 시도가 있어왔고 여전히 한계도 존재하지만 상당한 진전과 성과를 보이고 있다는 점에서 우리나라에는 유의미한 시사점을 주고 있다. 지속적인 시도에도 불구하고 실질적인 통합적 효과에 대해서는 여전히 회의적인 우리나라에서 이를 위해 어떠한 변화가 필요한가에 대한 함의는 보다 구체적이고 실질적으로 살펴볼 수 있었다.

첫째, 효과적이 전달체계 통합을 위해서는 종합적이고 다각적인 정책적 설계가 필요하다는 점이다. 그동안 우리나라의 전달체계 통합시도는 개별적, 조직적, 정책적 수준을 포괄했던 영국의 사례

와 달리 조직적 수준 또는 사례별 수준 등 개별 수준에 국한되어 왔다. 하지만 실질적인 통합을 위해서는 중앙정부에서부터 일선까지, 기관간의 협력적 운영구조와 성과체계 개편, 협력적 사업을 위한 법제도 개편을 포함하여 조직, 인력, 재정을 포괄하는 종합적인 접근이 필요하다는 것이다.

우리나라의 분절적 전달체계가 단지 대상과 영역에 따른 분절에 그치지 않고, 같은 대상과 영역 안에서조차 지자체, 공단 등 공공기관, 위탁 민간기관 등으로 파편화된 수준이다. 이러한 점을 고려하면 이에 대한 다차원적 수준의 종합적 대안없이 일선에만 협력을 요구하거나 부분적인 조직 개편에 그친다면 아무리 지속적인 통합적 시도가 이루어지더라도 궁극적인 통합적 효과를 보지 못하는 결과를 반복하게 될 것이다.

둘째, 통합에 따른 구체적인 목표 설정과 성과 관리가 필요하다. 그동안의 통합은 막연히 통합이 더욱 효과적일 것이라는 전제만을 내세울 뿐 보건복지사무소에서도, 주민생활지원서비스에서도, 통합사례관리에서도 단순한 실적관리 이외에 어떠한 정책적 효과를 의도하며 이에 대한 모니터링하고 평가하는 체계를 고려한 적은 없다. 단순히 통합하면 더 좋을 것이라는 막연한 전제아래 시도만 이루어졌던 것이다. 하지만 이를 구체적으로 실현시키기 위해서는 그만큼 조직적 투자와 노력이 이루어져야 하기 때문에 구체적인 목표나 성과를 보지 못한다면 이를 동기화하거나 지속적인 추진 동력을 유지하는 것이 어렵게 된다.

따라서 어떤 통합적 접근을 시도한다고 하더라도 통합을 통해서 어떤 개선을 이루어내고 어떤 성과를 거두고자 하는 것인지 정책 설계에서 보다 분명하게 제시되고 이에 대한 성과 관리 역시 구체적이어야 할 것이다. 통합적 접근을 통하여 빈곤화를 줄이고자 하는지, 시설 입소를 방지하고자 하는지, 자살률을 감축시키고자 하는지에 대한 명확한 목표설정과 성과관리가 제시되고 공유되어야 한다는 것이다. 이러한 성과는 앞선 사례 연구에서 보여지듯이 사람 중심 돌봄과 전가족 모델과 같이 통합적 접근을 통해 더 효과적인 성과를 볼 수 있는 이론적 모델과 이에 근거한 설계가 고려되어야 할 것이다.

셋째, 욕구와 성과 진단을 위한 정보 공유이다. 우리나라에서는 2010년 사회복지통합관리망을 도입하여 상당한 수준의 데이터 통합을 이루어냈지만 그 중심은 기초생활보장제도의 수급심사에 있었기 때문에 수급자의 욕구를 종합적으로 진단하고, 성과를 측정하는 것과는 거리가 멀었다. 가족관계나 재산이나 자산관련, 국외출입국 정보 등 수급자격과 관련된 정보는 효과적으로 공유될 수 있었지만 정작 사회적 돌봄, 아동 보호, 교육 등의 욕구에 대한 정보는 거의 통합되지 않았다. 따라서 부정수급 방지를 위한 정보공유뿐 아니라 위기 예방, 효과적인 개입과 서비스를 위해 대상자 욕구에 관련된 정보가 통합적 접근에 참여하는 모든 주체에 상시적인 공유가 가능해지도록 구체적인 기술과 절차가 마련되어야 할 것이다.

■ 참고문헌 □

- 강혜규, 김형용, 박세경, 최현수, 김은지, 최은영, 황덕순, 김보영, 박수지(2007). 사회서비스 공급의 역할 분담 모형개발과 정책과제: 국가·시장·비영리민간의 재정분담 및 공급참여 방식. 한국보건사회연구원
- 강혜규, 박세경, 함영진, 이정은, 김태은, 최지선, 김보영, John Hudson, Aniela Wenham. (2016). 사회보장부문의 서비스 전달체계 연구 - 맞춤형 서비스를 위한 통합성 분석을 중심으로. 한국보건사회연구원.
- 공선희(2015) 영국의 커뮤니티 케어 정책의 역사적 변천과 쟁점: 노인케어의 혼합경제를 중심으로. 한국노년학. 35(1). 79-98.
- 김보영(2016). 지역사회복지 수요와 공급에 있어서의 민간 사회복지 지위와 역할에 대한 개념적 모색. 한국사회복지행정학. 81(2). 37-62.
- _____ (2015). 우리나라 복지행정 개혁과 사회복지 환경의 변화 분석을 통한 공공 복지행정의 방향 모색. 한국사회복지행정학. 17(1). 35-63.
- _____ (2014). 통합사례관리를 위한 거버넌스 구조 구축: 지역 복지전달체계 혁신방안의 모색. 한국사회복지조사연구. 36. 205-236.
- _____ (2012). 고령자 및 장애인 복지서비스. 최영준 외. 주요국의 사회보장제도 - 영국. 399-428. 한국보건사회연구원.
- 김병국, 김필두(2007). 지방자치단체의 주민생활지원 행정체제 정비 방안. 한국지방행정연구원.
- 김이배(2014). 공공사회복지전달체계 개편의 특징과 한계. 비판사회정책. 42. 44-91.
- 김정득, 류진석, 김성한, 주은주, 김태윤(2012). 대전시 공공사회복지전달체계 효율화 방안 연구. 대전복지재단.
- 백종만, 김영종, 박경숙, 이봉주, 이재완, 황선영, 박경하, 오성우(2006). 사회복지사무소 시범사업 2차년도 평가 및 사회복지 전달체계 개선방안 연구. 보건복지부 · 한국사회복지학회.
- 보건복지부(2018a). 2018년 희망복지지원단 업무 안내. 보건복지부.
- _____ (2018b). “‘재가·지역사회 중심으로 사회 서비스 제공’ 커뮤니티케어(Community Care) 본격 추진”. 보도자료. 3월 12일자.
- 서울복지재단(2008). 사회복지서비스 민간전달체계 개선방안 연구. 서울복지재단.
- 이재완(1998). 보건복지사무소에 대한 비판적 고찰 - 복지기능을 중심으로. 보건과 복지 창간호. 19-38.
- 이현송, 강혜규(1997). 시범보건복지사무소의 운영평가 및 개선방안. 한국보건사회연구원
- 이현주, 유진영, 권영혜(2007). 복지전달체계 개편을 위한 행정기능 재조정 방안. 한국보건사회연구원.
- 지은구(2012). 공공사회복지전달체계 개편의 문제점과 개선방안. 사회과학연구소 사회과학논총. 31(2) 55-86.
- 한국보건복지정보개발원(2012). 희망복지지원단 지원체계 운영모델 연구. 한국보건복지 정보개발원.

- 황미경(2010). 지방자치단체 사회복지전달체계 개편안의 고찰과 제언. *한국비영리연구*, 8(3), 43-68.
- Baldock, J. (1997). Social care in old age: More than a funding problem. *Social Policy & Administration*, 31(1), 73-89.
- CLG. (2012) *The Troubled Families programme: Financial framework for the Troubled Families programme's payment-by-results scheme for local authorities*. Communities and Local Government
- Cypher, J. (eds). (1979). *Seebohm across three decades: social service departments past, present and future*. Birmingham: BASW Publications.
- Dant, T., & Gearing, B. (1990). Keyworkers for elderly people in the community: case manager and care co-ordinators. *Journal of Social Policy*, 19(3), 331-360.
- DH (2011) *Joint Strategic Needs Assessment and joint health and wellbeing strategies explained: commissioning for population*. London: Department of Health.
- DH (2012) *JSNAs and joint health and wellbeing strategies - draft guidance*. London: Department of Health.
- Forder, A. (1975). Introduction. In J. Mays, A. Forder & O. Keidan (eds.), *Penelope Hall's social services of England and Wales* (9th ed.), London: Routledge & Kegan Paul.
- Glendinning, C., Halliwell, S., Jacobs, S., Rummery, K., & Tyrer, J. (2000). Bridging the gap: using direct payments to purchase integrated care. *Health & Social Care in the Community*, 8(3), 192-200.
- Griffith, J. A. G. (1966). *Central departments and local authorities*. London: George Allen & Unwin LTD.
- Hall, P. (1976). *Reforming the welfare: the politics of change in the personal social services*. London: Heinemann.
- Humphries, R. and A. Galea (2013) *Health and wellbeing boards: One year on*. London: King's Fund
- Keene, J., Swift, L., Bailey, S., & Janacek, G. (2001). Shared patients: multiple health and social care contact. *Health & Social Care in the Community*, 9(4), 205-214.
- Lewis, J. (2001). Older people and the health-social care boundary in the UK: Half a century of hidden policy conflict. *Social Policy & Administration*, 35(4), 343-359.
- NHS England. (2014) *Understanding The New NHS*. London: BMJ
- Parker, R. A. (1970). The future of the personal social services. In W. A. Robson & B. Crick (eds.), *The future of the social services*. Middlesex: Penguin Books.
- Payne, M. (2000). The politics of case management and social work. *International Journal of Social Welfare*, 9, 82-91.
- Seebohm Committee. (1968). *Report of the committee on local authority and allied personal social*

- services*, Cmnd. 3703, London: Her Majesty's Stationery Office.
- Sullivan, M. (1996). Personal social services. In *The development of the British welfare state*: Prentice Hall/Harvester Wheatsheaf.
- Titmuss, R. M. (1967). The welfare complex in a changing society. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 45(1), 9-23.
- Wistrich, E. (1970). The Seebohm Report. In W. A. Robson & B. Crick (Eds.), *The future of the social services*. Middlesex: Penguin Books
- Wistow, G. (1982). Collaboration between health and local authorities: why is it necessary? *Social Policy & Administration*, 16(1), 44-62.

◀ Abstract ▶

Conditions for Integrated Public Welfare Delivery System: Case Studies in Britain

Bo-Yung Kim*

There has been constant attempts for integration of public welfare delivery system which lead to integrated case management, then this become more significant issue regarding 'community care' recently in Korea. However, most of them was limited to fractional organization rearrangement or more use of private resources rather than realising user-centred approach. Therefore, in this research, we would like to do a couple of case studies in Britain which has rich experience of reforms for integrated approaches between health and social services and Troubled Family programme resembles the integrated case management in Korea by visiting a London Borough and a local council respectively. In conclusion, we found three conditions are required to establish successful integrated delivery system: elimination of institutional barriers relating to workforce, organization, and finance; shared objectives and partnership among the professional groups and agencies; and information sharing system with technical support regarding individual cases.

Key Words: welfare delivery system, community care, social services in Britain, case study

◆ 2018. 4. 30. 접수 / 2018. 6. 15. 1차수정 / 2018. 6. 25. 게재확정

* Associate Professor, Department of Seamaul Studies and International Development, Yeungnam University
(boyung@boyung.net)