

CDI 세미나 2014-24

[충남사회복지연구회 제2차 워크숍]

영국의 사례관리와 한국에의 시사점

일시 : 2014. 4. 16 (수), 15:00

장소 : 충남발전연구원 회의실

CDI 세미나 2014-24

[충남사회복지연구회 제2차 워크숍]

영국의 사례관리와 한국에의 시사점

일시 : 2014. 4. 16 (수), 15:00

장소 : 충남발전연구원 회의실

■ 충남사회복지연구회 제2차 워크숍 개최 ■

□ 목적

- 19세기 말 영국의 자선조직협회에 기원을 둔 사례관리의 기원과 현황을 살펴봄으로써 최근 한국의 사회복지현장에서 이슈가 되고 있는 사례관리 실천의 시사점을 찾아보기 위함

□ 워크숍 개요

- 일 시 : 2014. 4. 16(수) 15:00~17:00
- 장 소 : 충남발전연구원 1층 회의실
- 워크숍 강사 : 인천대학교 사회복지학과 전용호 교수
- 참 석 대 상 : 충남발전연구원, 충청남도 사회복지 담당공무원 및 전문가
- 주 제 : 영국의 사례관리와 한국에의 시사점

□ 워크숍 일정

시간			내 용	비 고
부터	까지	소요		
14:50	15:00	10	■ 입실	
15:00	15:10	10	■ 인사말씀 및 강사소개	김용현 (충남발전연구원)
15:10	16:40	90	■ 영국의 사례관리와 한국에의 시사점	전용호 교수 (인천대학교)
16:40	16:50	10	■ 질의와 답변	
16:50	17:00	10	■ 정리 및 폐회	

영국 케어매니지먼트의 발전과 한국 사회서비스의 함의

전용호 교수
(인천대학교 사회복지학과)

영국 케어매니지먼트의 발전과 한국 사회서비스의 함의

전용호 교수
(인천대 사회복지학과)

1

목차

- 사회서비스와 케어매니지먼트
- 영국 케어매니지먼트의 절차와 그 평가
- 한국의 문제점과 시사점

2

발표의 목적

- 대상자의 욕구를 충족시키기 위해서 케어 매니지먼트를 체계적으로 발전시킨 영국의 시스템과 그 운영 경험을 점검하고,
- 한국의 사회서비스의 발전에 대한 정책적인 시사점을 모색

3

한국 사회서비스의 확대

- 사회복지서비스 급격한 확대 (김진욱, 2013)
5조250억원(2000) → 16조996억원(2010)
- 예
 - : 지역자율형 사회서비스 투자사업의 확대
(지역사회서비스투자사업, 산모 신생아 건강관리사 지원사업, 가사 간병 방문관리사 지원 사업)
 - : 아동 보육서비스의 지원 확대
 - : 노인장기요양보험의 도입과 실시, 노인돌봄기본서비스, 노인돌봄종합서비스, 재가노인지원서비스 등의 확대 보급

4

사회서비스와 케어매니지먼트

- 사회서비스는 그 특성상 기초생활수급자에게 현금 급여 중심으로 지급하는 데 그치지 않고
(1) 대상자에 대한 전문적인 사정, (2) 서비스 접근과 이용의 효율성을 위한 체계적인 서비스 이용 지원, (3) 서비스 제공과 이용 과정의 모니터링, (4) 서비스 질 관리를 위한 이용자에 대한 지속적인 관리 감독 등이 매우 중요한 이슈 부각
- 케어매니지먼트는 그 핵심 기능과 밀접 연관됨, 그러나 한국은 사실상 구호에 그치고 있음

5

영국과 한국의 사회서비스 비교

(노인 장기요양서비스를 중심으로)

	영 국	한 국
재원	-조세, 이용자 부담	-보험료, 조세, 이용자 부담
대상	-노인, 장애인, 최종증자 -노인(65세 이상), 장애인(16세 이상)	-65세 이상 노인 -65세 이하 노인성 질환자
선정기준	-전문가 의한 선별주의 -지방별 사정방식 다름	-전국 동일 사정기준 -52개 동일등급사정 항목
급여방식	-현물, 현금급여	-현물 원칙, 현금금지, 예외적으로 현금가능
본인부담	-재산 및 소득상태에 따라 차등 부담	-재가급여: 비용의 15% -시설급여: 비용의 20%
서비스 질 관리	-중앙집권적 단일 기준 적용 (Care Quality Commission)	-질 관리 약하고 초기단계 (국민건강보험공단)

6

영국의 케어매니지먼트 도입 과정

- 처음으로 소개: 1970년말로 켄트대학교 PSSRU 연구소
- 시범사업이 켄트, 게이트헤드, 달링턴, 류이섬 등에서 실시
- 당시 보수당 정부: 복지예산 증가, 시설서비스 이용 유도 시스템 개혁 필요성
- '그리피스(Griffith) 보고서(1988)'
: 케어매니지먼트를 비용 통제와 서비스 배치 중요 수단으로 강조

7

보건성 백서 'Caring for people(DH, 1989)'

- : 새로운 지역사회보호 정책의 방향을 제시
1. 지역에 기반한 재가서비스 발전 도모
 2. 보호자의 욕구에 높은 우선순위를 부여
 3. 지역사회보호의 주춧돌로서 높은 수준의 사정과 케어매니지먼트 구축: "욕구에 대해서 제대로 된 사정을 하고, 좋은 케이스매니지먼트는 좋은 서비스 질의 초석"
 4. 독립부문의 발전 도모
 5. 보건과 사회적 보호 기관들의 책임 강화
 6. 시설보호 유도 시스템 개선해 예산의 효율성 (value for money) 도모

8

한국 케어매니지먼트 도입 논의와 실패

- 2000년대 초중반에 노인장기요양보험 도입시 공식 시스템 도입을 적극 고려
- 제 1차 시범사업에서 중앙집권적인 형태의 케어매니지먼트 시스템이 점검
- '노인수발평가관리원' 설치 방안
:등급사정과 케어 플랜 관리 등의 실질적인 케어매니지먼트의 역할을 수행

But, 비용증가와 불필요한 조직 반대로 무산

9

영국 케어매니지먼트 절차

- 케어매니지먼트를 수행 핵심과정
(1) 정보의 제공, (2) 사정수준의 결정, (3) 욕구의 사정, (4) 케어 플랜의 작성, (5) 케어 플랜의 실행, (6) 모니터링, (7)재점검

(Care Management and Assessment:
Managers' Guide/ Practitioners' Guide.
SSI/SWSG, 1991a, b)

10

1) 정보의 제공

- 대상: 지방정부가 잠정 이용자와 보호자
- 정보 내용
: 지역에 있는 서비스 제공기관들과 서비스의 종류와 그 내용, 이용 절차와 자격 기준(criteria), 이의제기와 피드백 절차 공지
- 정보는 이용자를 empowering 핵심수단

11

2) 사정수준의 결정

- 초기사정 실시
: 대상자의 인적사항, 주거상태, 이용 서비스의 종류, 대상자의 기본적인 욕구 탐색
- 향후 사정의 수준을 결정
: 욕구의 측면에서 상태의 심각성, 복합성, 위험성 등을 종합 고려해서 사정의 수준이 결정
- 6가지 사정의 수준(Single, Limited, Multiple, Specialist, Complex, Comprehensive assessment)
→ 사정 참여 전문 인력의 분야와 숫자, 기관의 숫자, 필요한 서비스의 내용 등 정해짐

12

3) 욕구의 사정

1. 사정 범위 이용자와 협의
: 욕구 복잡 다양시-전문적 포괄적 점검 필요
2. 사정 실시 장소, 세팅 선정
3. 욕구 분명히 표시 독려, 독립적인 옹호 (advocacy)단체 등 지원 제공
4. 관련 분야의 다양한 전문인력들이 참여해
서 욕구의 심각성과 복합성 등을 파악
5. 욕구 우선순위를 정함
6. 이용자와 보호자들이 원하는 것들을 충분히
고려해서 케어목표 작성

13

4)케어 플랜의 작성

- 우선순위가 정해진 욕구를 중심으로 본격적으로 지역사회 내에 있는 이용 가능한 서비스를 찾아서 '케어 패키지'를 마련함.
서비스 비용을 산출하는 등의 과정을 포함
- 대상자의 욕구 변화와 실제 이용가능한 서비스의 여건 등의 현장의 변화에 따라서 신속적으로 대응 필요

14

5) 케어 플랜의 실행

1. 이용자나 보호자 케어 플랜 실행에 적극 참여 역할 수행 독려
2. 실행 속도(pace)는 신중하게 논의
3. 선택한 서비스의 이용가능성을 지속적으로 확인하고 서비스 이용자가 그 서비스를 이용할 준비가 되어 있는지를 확인
4. 새로운 서비스에 접근하면서 블록 계약(block contracts), 소규모의 계약을 체결
5. 자원부족, 서비스질 취약시 케어플랜 재작성

15

6)모니터링

1. 케어 플랜 목적의 점검
2. 서비스의 지속성이 유지되도록 서비스 패턴의 변화를 관리 조정하는 역할 실시
3. 서비스 질을 개선시키도록 노력
4. 비용을 감시하면서 예산을 관리
5. 서비스 이용자·보호자·제공자에게 카운슬링, 진행 과정 파악, 갈등이나 어려움의 해결 등의 지원 필요
6. 이용자의 욕구나 선호 서비스의 변화 등에 따라서 케어 플랜을 세밀하게 조정

16

7) 재점검

- 특정한 간격(specific intervals)을 두고 욕구와 서비스 결과를 재사정해서 케어 플랜을 수정

17

영국 케어매니지먼트에 대한 추진 방향과 그 평가

- 케어매니지먼트 성공의 네 가지 요건 중요
 1. 서비스의 전문화(specialisation)
 2. 케어매니지먼트 서비스 대상의 표적화(targeting)
 3. 예산의 권한이양(budgetary devolution)
 4. 다양한 전문분야의 협력적인 접근(multi-disciplinary approach)

18

1. 서비스의 전문화(specialisation)

- 전문적인 케어매니지먼트 팀 증가
 - 특수 욕구 대상자(노인, 정신질환, 장애인 등) 질 좋은 서비스 제공 효과적
 - 특히 치매노인 위한 전문적인 사정과 서비스 제공 효과: 경증 조기 발견 서비스 제공
- But,
- 전문팀 소유 지자체 절반수준
 - '포괄적인(generic)' 사정도구 대부분
 - 부족한 예산으로 팀 조직과 욕구충족 한계

19

2. 예산권한이양(budgetary devolution)

- 케어 매니저가 사정결과에 기초해 케어 플랜을 작성이행시 예산 직접 사용 승인
- 복합적인 케어 패키지(care package) 필요시 욕구 반응에 효과적: 다양한 케어 패키지 작성에 도움이 됨

But,

- 예산의 압박으로 제한된 선택 옵션에서 케어 서비스를 단순히 구매, 협상

20

3. 표적화 (targeting)

- 케어 매니지먼트는 고비용 서비스
: 집중적인 서비스가 필요한 중증 대상의 표적화 필요

But,

- 표적화 초기에 안내 충분하지 못함
→ 복합 중증 욕구가 아닌 일반 사람에게 제공 결과
- 노인들이 집중 케어매니지먼트 서비스에서 상대적으로 소외 당함. 정신질환자 주로 제공하는 반면에 노인은 5% 정도 밖에 제공되지 않음(Weiner et al, 2002)

21

4. 다양 전문분야의 협력 (multi-disciplinary approach)

- 보건과 사회 서비스 전문가들이 하나의 팀으로 케어매니지먼트에 참여
→ 제대로 된 진단과 효과적인 서비스 제공
- 'Single Assessment Process'(SAP, 단일사정과정) 정책 적극 추진

But,

- 활성화되지 못함, 보건과 사회복지의 높은 벽
- 각 분야의 팀원들이 해당기관이나 조직의 업무지침에 따라서 피동적으로 움직이는 경향
→ 통합 사정과 서비스 제공에 부정적인 역할

22

한국 케어매니지먼트 부재의 문제점: 장기요양보험을 중심으로

1. 사정의 이슈

- : 1인 방문, 1시간의 사정, 변하는 노인의 사정 어려움: 치매
- : 등급사정 도구와 판정기준의 한계
(가정환경, 주거, 부양자 등 포함되어야)
- : 전문성 확보? (간호사나 사회복지사 자격증? 충분한 교육과 훈련?)
- : No care conference-이용자, 보호자 등

23

2. 표장기(standard care plan) 문제점

- : 충분한 전문적인 사정이 이뤄지지 못함
- : 노인의 변하는 욕구와 상태 반영 한계(1년 이상 변경 없음?)
- : 개별화된 care plan이 없음-다양한 욕구 상황 반영 잘 안됨(broad description)
- : 현장의 낮은 활용율-등급 확인 정도?

24

3. 이용자의 기관 선택과 연결의 이슈

- : 노인의 정보 확보와 활용 능력 낮음
- : 기관 리스트에 세부 정보 부재, 다양한 정보 제공 양식 부재 (평가와 연계 필요)
- : 일일이 기관 확인하기 어려움
- : 기관의 추천과 선택, 연결의 한계
 - 공단의 중립성?

25

4. 계약 체결시 공급자의 의견 반영

- : 정보비대칭성-시장의 실패
- : 노인에게 대한 Cream-skimming의 차별 경향
 - 여성, 중증, no 보호자 독거, 수급자 선호 등
 - 접근성의 형평성 문제 발생
- : 서비스 제공 시간, 급여량의 의견 반영
 - 과잉 및 과소 서비스 문제 발생

26

5. 불충분한 모니터링

- : 이용자와 공급자의 잘못된 행위
- : 요양보호사나 기관에 대한 무리한 요구와 잦은 교체 발생 → turnover로 인력부족
- : 과도한 선물공세나 케이스 쟁탈전
- : 이용자의 서비스 이용한도 초과시
'no management'로 갈등 소지,
욕구 변화파악에 기반한 재사정의 어려움
- : 낮은 서비스 질(시장화의 폐해와 연결됨)

27

한국 사회서비스에 합의

- 공공에 기반한 이용지원의 강화 필요성
- : 민간기반은 과잉 서비스와 중립성의 문제 발생 (일본의 경우)
- : 인력 증대로 case 감소 필요 (비용 이슈!)
- : 필수 업무- 사정, 연결, 계약체결(care conference), 상시적인 모니터링 등
- : 민감 이슈- 업무의 범위, 케이스 배분 방법 및 계약 체결시 권한의 정도

28

• 특히 영국의 시사점

1. 케어매니지먼트를 정책적으로 도입 개발

: 영국은 이용자들이 쉽게 서비스를 이용하도록 연계 지원하고 비용감축 위해 도입

: 케어의 패키지를 제공 및 체계적 관리

2. 표적화 필요

: 1, 2등급의 중에서 보호자가 없는 독거노인이 나 노인부부, 또는 치매 노인들에게 필요함.

29

3. 중장기적으로 전문성을 제고 필요

: 다양한 분야의 전문 케어매니지팀 신설

: 다양한 분야의 전문인력 양성 확대 필요-
정신보건, 재활서비스

4. 협력적인 접근 필요

: 다양한 전문가 케어매니지먼트 팀참여 유도

: 다각적인 사정을 통해서 파악된 다양한 욕구를 충족시키는 '다양한 서비스' 제공 필요

: 보건과 사회서비스 분야 인력의 협력 인센티브 제공 필요

30

장시간 동안 경청해주셔서 감사합니다.

21

[부록]

**네트워크 개념을 통해서 본
프랑스 재가노인복지서비스의
조정 · 연계에 관한 연구**

김용현 박사
(충남발전연구원)

1. 왜 재가노인복지 서비스 공급자 간 네트워크 구축을 시도하는가?

1) 다수의 공급자로 인한 서비스의 파편화(pacellisation)

첫째는 서비스의 통합성 문제이다. 각 방면의 다양한 공급자로 인해 재가노인복지서비스가 통합적으로 클라이언트에게 전달되기 보다는 여러 행위자에 의해 파편적(parcellisation)으로 전달될 수밖에 없다. 가족이나 친지, 이웃들이 노인들을 돌보던 사적부양의 시대에서 재가노인을 전문적으로 돌보는 다양한 직업군의 도래는 불가피하게 서비스공급자간 분업을 초래하였다.

재가노인서비스 공급자가 수행하는 직무의 성격에 따라 ‘보건직(medical)’ ‘의사보건직(para-medical)’ ‘사회보건직’(socio-medical) ‘사회’(social)직으로 분류되고 노인생활의 여러가지 측면을 분업을 통하여 다양한 서비스 공급자가 분담하고 있는 것이다¹⁾.

<표 1> 재가노인복지서비스 제공자의 직능별 분류

의학직(medical)	의사보건직 (para-medical)	사회보건직 (social-medical)	사회적(social)
노인과 의사	간호사, 약사	사회복지사	가사도우미
일반의	물리치료사	간호조무사	요양보호사

예컨대, 가사도우미는 ‘직능’에 따라 일상생활의 보조, 즉 집안청소, 식사 준비, 장보기 등을 담당한다면 노인과 전문의는 의료직업인답게 노인의 신체적 장애나 질병에 초점을 맞추어 노인이 가진 질병이나 장애의 치료 또는 개선에 주안점을 두기 쉽다. 또, 간호사나 간호보조사역시 주사를 놓거나 의약품의 분배, 투약 등과 같이 클라이언트의 병리에 대한 기능에 전문적으로 개입하게 된다. 반면, 사회복지사는 클라이언트의 가족적 관계, 개인사, 재정상황 이나 행정적 심사 등과 같은 사회적 영역에 활동의 초점이 맞춰진다. 그러나 정작 클라이언트가 요구하는 것은 파편화된 서비스보다는 모든 서비스가 망라된 종합적인 서비스의 제공이다. 다양한 재가노인복지서비스 공급자의 혼재는 필연적으로 서비스의 파편화와 분절화를 가져오고 클라이언트를 통합적으로 파악하는데 걸림돌이 된다. 클라이언트의 통합적 부양을 위해서는 보건적 측면이나 복지서비스 등, 어느 한 부분에 국한하여 접근하기 보

1) 프랑스의 경우, 의료분야와 사회복지 분야에 관여하는 재가노인서비스 제공자를 살펴보면 다음과 같다. 보건분야의 실무자는 노인과 전문의, 일반가정의, 간호사, 간호보조사, 물리치료사, 재활치료사 등과 같은 직업군이 있고, 사회복지서비스 분야는, 사회복지사, 요양보호사, 가사도우미, 팍타림(PACT-ARIM: 주거여건이 불편한 노인들의 주거환경을 개선해 주는 단체), 투텔(tutelle:노인의 법적 문제를 위임받아 전담하는 직업적 관리인) 과, 서비스의 제공기관으로는 시읍면 사회복지조사사무소(CCAS), 노인홈, 간병센터, 가사도우미제공단체 등 다양한 공급기관이 존재하고 있다.

다는 의료, 간호, 복지, 임상심리 등 다양한 영역에서 학제간 접근이 요구된다. 즉, 클라이언트가 겪는 생활상의 문제는 여러 가지 측면이 복합적으로 연관되어 있으므로 이에 대한 접근도 총체적이어야 한다. 그러나 프랑스의 경우, 클라이언트의 필요와 욕구에 토대를 두기 보다는 서비스 제공자의 편의와 분업의 원칙에 따라 재가노인복지서비스가 조직되고 제공되어 온 것이 사실이다. 이러한 서비스의 파편화를 극복하기 위해 네트워크 구축을 통한 실무자간 상호협력이 필요한 것이다.

2) 서비스의 분절화로 인한 연속성의 문제(discontinuity)

다양한 재가노인복지서비스 공급자의 존재는 통합적인 서비스의 제공뿐만 아니라 서비스의 연속성(continuity)에도 걸림돌이 된다. 네트워크 구축을 통한 상호간의 정보공유나 의사소통이 없이 분절적인 서비스 제공은 아래와 같은 문제를 야기한다.

- 아침에 들리는 간호사와 저녁에 들리는 간호사의 연계문제
- 간호사와 의사와의 연계
- 의사와 물리치료사와의 연계
- 가사 도우미와 간호사와의 연계
- 지역사회병원과 재가서비스의 연계

서비스의 연속성이 담보되지 않는 이유는 대략 아래와 같다.

- 각각의 직업군은 분초를 다투는 제한된 시간내에서 클라이언트를 케어하기 때문이다.
- 실무자간 연계와 조정에 소요되는 시간이 보수로 환원되지 않는다. 즉 정상적인 노동시간에 포함되지 않는다.
- 연계와 조정의 필요성이 많은 경우 현장의 실무자에게 인식되지 않는 경우가 많다. 재가 노인복지서비스의 연계와 조정이 불가피하다고 판단될 때만이 실무자 상호간 만남과 대화가 가능하기 때문이다.

이렇게 통합성과 연속성이 결여된 재가서비스의 제공은 클라이언트차원에서 서비스의 누락과 중복수혜로 이어진다. 자택에서 노인 병동에 입원하거나 그 반대로 병원에서 퇴원하는 경우, 재가 서비스 측과 병원 측 간의 연계 및 조정이 안 되어, 귀가 후 재가 서비스가 자연스럽게 재개되지 않거나 역으로 병원측은 입원한 노인에게 대한 의료적 접근 이외에도 노인들이 지니고 있는 다양한 심리사회적 문제와 요구에 대응한 포괄적이고 지속적인 보호와 지지제공이 요청되는데, 재가 서비스 참여자들과의 연계문제로 치료에 난항을 겪기도 한다.

3) 클라이언트가 보여주는 문제의 복잡성과 문제해결을 위한 자원의 확대

장애나 질병 등으로 인해서 혼자서 생활하기 어려운 노인의 케어는 여러 가지 직업군의 공동 대처가 필요하다. 개별 행위자의 단독적인 접근만으로는 클라이언트가 지닌 문제의 복잡성에 비추어볼 때 해결 방법을 찾기가 쉽지 않기 때문이다. 일반적으로, 재가노인복지를 담당하는 실무자는 클라이언트가 처한 상황의 복잡성에 무력감을 느끼기 쉽다.(Poutout, 2005:13) 클라이언트가 겪고 있는 문제의 심각성에 비하여 실무자의 단독 역량은 너무 미약한 것이 현실이다. 따라서 실무자 단독으로 해결하기 힘든 재가노인복지 현안에 대하여 공동의 해법을 찾기 마련이고 그 노력이 네트워크 구축으로 구체화된다.

실제로, 아래와 같은 상황들은 개별 행위자가 단독으로 처리하기에 곤란한 경우이다.

- 클라이언트가 치료나 도움을 거부하는 경우
- 클라이언트가 적합하지 않은 주택에서 생활하는 경우
- 클라이언트가 지리적 또는 사회적으로 고립된 경우
- 클라이언트가 자신의 가족으로부터 학대받는 경우
- 클라이언트가 이중다중으로 장애나 질병을 갖고 있는 경우, 특히, 치매와 같이 정신적 문제를 동반하는 경우
- 클라이언트가 자녀나 친지에 대하여 폭언을 하는 등 공격성을 보이는 경우, 따라서 클라이언트의 가족이나 친지에게 무한정의 인내를 요구하기 힘든 경우
- 클라이언트가 술이나 마약 같은 향정신성 물질에 중독되어 있는 경우
- 클라이언트가 금전문제에 지나친 욕심을 보이거나 반대로 재정적인 문제로 곤란을 겪는 경우, 또는 클라이언트가 상속으로 인해 자녀들 간의 분쟁에 휘말린 경우
- 클라이언트가 자신의 의사와는 무관하게 양로원같은 시설보호속으로 강제 입소된 경우

재가노인을 담당하는 방만한 직업군의 혼재는 클라이언트가 처한 복잡다단한 현실의 표현이기도 하다. 네트워크구축은 문제의 진단과 해결의 자원을 확대한다. 다른 직업군과 연계와 조정 없이, 고립된 자급자족체계에서는 상대적으로 커뮤니케이션 수요가 적다. 그러나 네트워크 시스템에서는 훨씬 많은 행위자가 의사결정에 참여하며 하나의 문제를 두고 여러 참여자가 동시에 고민할 수 있는 것이다. 클라이언트의 문제해결을 위한 협력과정에 참여하는 사람이 많을수록 다양한 접근이 가능하고 최선의 대안을 찾기 쉬워진다. 즉, 클라이언트가 처한 어려운 현실에 관해서, 네트워크 참여자들이 공동으로 논의하고 동원 가능한 자원들을 다양한 방법으로 결합함으로써 개별 직업군 혼자서 성취할 수 있는 것 이상의 최선의 대안을 도출할 수 있다.

2. 재가노인복지 네트워크 구축의 장애물

위에서 살펴본바와 같이 통합적이고 효율적인 서비스 전달을 위하여 서비스제공자간, 서로의 경험과 지식을 공유하는 과정을 거칠 필요가 있다. 프랑스 노인복지현장에서 네트워크 구축을 통한 서비스제공자간 연계, 조정은 당위로서 여겨졌지만 많은 경우 공식적인 협력체계를 갖추고 있지 못하다. 비록, 서비스공급자간 연계체계가 존재한다하더라도 대부분 비공식적이거나 개인적 친분에 의해 이루어지는 경우가 많다(Poutout, 2005:34). 현실적으로 네트워크 구축을 통한 조정, 연계는 쉽게 이루어 지지 않는다. 그 까닭은 재가노인서비스 네트워크 구축에 이르는 과정은 길고도 많은 과정과 절차, 집단적 인내를 필요로 하는 것이기 때문이다. 그러면 서비스공급자간 조정과 연계를 저해하는 요인은 무엇일까? 여기서 네트워크 구축의 한계, 어려움, 장애요인 등을 하나하나 살펴보고자 한다.

1) 재가노인서비스에 참여하는 공급자의 수가 너무 많음

재가노인복지서비스에 관계하는 실무자가 너무 많다보니 실무자 상호간에 서로 잘 모르는 경우가 많다. 또 서로 안다하더라도 다른 직업군의 종사자가 구체적으로 무슨 일을, 어떻게, 또 어느 조건에서 일하는지 알기 어렵다. 다르게 표현하면, 클라이언트를 돌보는 행위자 상호간에 일종의 무지의 장막이 위치해 있다. 가령, 같은 간호사라도 병원에 소속된 기관간호사와 가정방문 간호사의 일의 속성은 천지차이다. 전자가 병원이라는 제도적 틀 내에서 바쁜 일정을 안정적으로 소화한다면 주로 재가 클라이언트를 단독으로 케어하는 후자는 자주 긴박한 상황에 홀로 노출되기 쉽다. 따라서 서비스 제공자 상호간 의사소통과 정보 공유의 장(場)이 없는 한 이들간에 형성된 무지의 장막으로부터 벗어나기 어렵다. 이것은 다시 상호전문 분야에 대한 지적인 이해의 부족, 역할 개념이나 상호간의 영역에 대한 혼란, 자기 전문분야 중심주의 등으로 나타난다(강홍구, 2004:159). 자기 전문분야 중심주의는 현장에서 다른 실무자와의 관계에서 상호 정보교환에 대한 배타성이나 귀찮아하는 등의 태도로 이어진다. 실제로 기관간에 영역다툼 등의 문제로 인해 클라이언트에게 필요한 서비스를 제공하지 못하는 상황에 이르게 되는 경우도 있다. 직업적 연대의식을 토대로 상호이해의 정도가 비교적 높아야 할 동일 직업군끼리는 유기적인 분업체계보다는 치열한 시장경쟁 관계가 만들어지고 이른바 게임의 룰이 같지 않은 다른 직업군이나 다른 기관에 소속된 행위자간에는 서로에 대한 이해가 부족한 경우가 많다. 이러한 상황에서 다른 기관의 업무에 대해 무지한 탓에 연계가 필요한 클라이언트에게 정보제공이나 의뢰가 잘 이루어지지 않고 클라이언트를 둘러싼 위기상황이나 중요한 결정이 요구될 때 공동대처나 공동결정을 어렵게 만든다.

2) 행위자간의 직업적 위상이나 중심성(centrality)의 문제

재가복지노인서비스의 연계와 조정을 방해하는 요인은 공급자의 양적인 수뿐만 아니라 이 과정에 참여하는 참여주체간의 직업적 위상이나 중심성(centrality)²⁾의 문제이기도 하다. 똑같이 재가노인서비스에 참여한다하더라도 하더라도 의사, 간호사, 사회복지사, 가사도우미 등, 참여주체의 직업과 직능에 따라 전체 노인복지서비스에서 차지하는 중요도나 위상뿐만 아니라 클라이언트에 대한 영향력에도 차이가 난다. 가령, 의학 분야의 전문적 지식을 보유한 노인과전문의와 가사도우미가 클라이언트가 지닌 개별사안에 대하여 동일한 영향력이나 권위를 갖는다고 보기는 힘들다. 다시말해서, 중심성이 높다는 것은 다른 행위자가 의존하는 정도가 높다는 것이다. 재가노인복지서비스분야에서는 전문분야에 따라 실무자간 상호의존 정도가 다르다. 가령, 사회복지서비스, 그 중 가사도우미 같은 행위자는 다른 실무자간 의존 정도가 낮고 의료서비스분야 종사자에 대한 의존 정도가 높다. 그렇다면 재가노인복지서비스의 영역에서, 접촉이 가장 빈번한 분야의 종사자가 다른 조건을 동일하게 했을 때 가장 영향력이 크고 네트워크내에서 중심적인 역할을 수행하리라는 것을 예측 할 수 있다.

네트워크 참여자의 직업적 위상이나 중심성(centrality)의 문제는 현장의 실무자들 뿐만 아니라 재가노인복지에 관계된 모든 개인이나 조직(기관)으로 확대해 볼 수 있다. 재가노인복지 시스템에서 관계된 행위자는 위의 표와 같이 자원의 공급자, 자원의 변환자, 서비스 생산자, 서비스 사용자 등으로 분류할 수 있다. 4가지로 분류된 행위자는 <표2>와같이 각기 다른 권력을 보유하며 상호간 지배와 종속관계에 놓이게 된다. 가령, 공공과 민간의 연계는 다분히 한편의 지배와 다른 한편의 종속관계에서 이루어져 온 경우가 많았다. 무엇보다 행정·재정 자원을 가진 공공조직은 민간조직에 대해 힘의 우위가 서 있기 때문이다.

<표 2> 프랑스 재가노인복지서비스 시스템 행위자의 위상

자원의 공급자	지방자치단체, 건강보험공단 사회복지기관, 기업	정치,경제, 행정적 권력
자원의 변환자	시설보호의 장, 협회	위계적인 권력, 위임받은 권력
서비스 생산자	기술자, 현장의 실무자, 사회복지사, 의사, 간호사 etc	기술적 권력, 코포라티스트(동업조합주의)권력
서비스 사용자	시설보호 이용자, 재가서비스 이용자	사회적 권력, 경제적 권력

또, 같은 재가노인복지서비스의 생산자만보더라도 전문화의 정도에 따라 <더욱 전문화된 직업>, <미전문화된 직업>으로 나누어지고 전문직, 준 전문직, 한계직업으로 각각 분류할 수 있다.

²⁾ 한 행위자가 다른 사람과 관계를 가지는 정도가 높은 경우를 의미하는 것으로 네트워크 분석의 핵심개념이다. 네트워크구조에서 개별 행위자가 얼마나 중심적인 위치를 차지하고 있는가를 나타낸다.

<표 3> 전문화의 정도에 따른 재가노인복지서비스의 실무자의 분류

전문직	준 전문직	한계직업
노인과전문직, 일반의	사회복지사, 간호사, 약사	가사도우미

오랜 기간의 교육과정, 권위를 갖는 공식적인 자격증이나 인증서 등으로 대표되는 전문직은 어떤 종류의 서비스에 대해 배타적인 관할권을 확립하고 외부의 간섭으로부터 자유를 누리며, 자기 직무의 조건과 내용에 대해 통제할 수 있는 직업을 의미한다.(유홍준, 2004) 실제로, 전문직에 대한 자긍심과 권위가 큰 의사와 같은 전문 의료직은 지배, 관리, 감독의 입장에 서려고 하는 경향이 강하기 때문에 다른 행위자와의 연계, 협조가 어려운 것이 사실이다. 준 전문직은 전문직의 요소나 특성을 가지고 있지만 그 정도가 약한 집단을 말한다. 따라서, 전문직이 가지는 극적인 긴박함은 없으며 과학적 또는 체계적인 지식에 의거하여 업무를 수행하는 것은 아니다. 준 전문직(semi-professional)에 분류되는 사회복지사들은 의사같은 전문직에 상응하는 자율성을 가지지 못한다. 사회복지서비스 직업군은 클라이언트의 통합적 케어를 위해 보건서비스 분야를 담당하는 직업군과의 협력이 필요하지만 의사, 간호사 등 의료직에 속한 직업군이 사회서비스계열보다는 배타적으로 일하는 경향이 있다. 비숙련 기술, 낮은 임금과 낮은 직업적 위세를 특징으로 하는 한계직업군은 개인에게 고용되는 경우가 많아 시간제로 일하는 경우가 많다. 가사도우미 같은 한계직업군은 실제 클라이언트와 보내는 시간이 상대적으로 많은 탓에 클라이언트의 개인 사정을 누구보다도 잘 알므로 재가노인복지서비스에 있어 실제역할이 중요함에도 불구하고 다른 직업군과의 상호작용에서 상대적으로 열세에 놓이기 쉽다.

3) 변화에 대한 두려움

일종의 자급자족 시스템(Autarcy)에서 다른 직업군과 더불어 일하는 네트워크체제로의 전환은 재가서비스 공급자에게 변화에 대한 두려움과 거부감을 가져올 수 있다. 왜냐하면 협력체계와 네트워크 구축은 불가피하게 기존의 작업방식에 대한 변경을 요구하기 때문이다. 재가노인서비스 공급자간 네트워크 구축의 경우, 자신들의 직업적 영역을 타인으로부터 보호하거나 변화에 대한 타성적 거부, 상례에서의 탈피에 대한 두려움으로 다른 행위자와의 공조, 그 자체를 거부 할 수도 있다. 물론 분명한 목표나 문제의식 또는 근본적 변화에 대한 의지나 열망 없이 명목상으로만 서비스 네트워크 구축에 참여하는 행위자들도 있다. 그러나 진정한 의미에서 다른 직업군과의 협력을 위해서는 네트워크 참여자들은 자신만의 상례를 빠져나와야 한다. 진정한 의미에서의 관계망구축은 상호간의 투명성을 요구하는 것이며 몇몇의 참여자가 두려워하듯, 자신의 일에 대한 자율성의 제한을 의미할 수도 있기 때문이다. 다시 말해서, 네트워크의 구축과 더불어 타직업군과의 정체성이 문제 된다. 재가노인복지서비스 공급자의 입장에서 일종의 닫힌 체계에서 네트워크를 통한 열린 체계로의 변화는 다음과 같은 불안감을 일으킬 수 있다. 그것은 직업적 정체성의 유지이다. 누구나 자신

의 고유영역, 자율성, 권력등을 타인으로부터 방어하려 하기 때문이다(Sainsaulieu, 1985:135). 또, 조직차원에서도 행위자가 속한 기관의 특수성이나 고유성을 외부로부터 보호하려는 경향이 있기 때문이다. 따라서 재가노인복지서비스 네트워크 구축을 통한 협력체계 구축에 명백한 거부 의사를 표시하는 행위자도 존재한다. 그 이유는 직업적 비밀을 다른 직업군과 공유하기도 해야하며 경우에 따라서 자신만의 고유 권한을 축소해야 하기도 한다. 따라서 직업상 위계에도 변화가 올 수 있기 때문이다. 다시말하면, 다른 네트워크 참여자와 더불어 일하면서 발생할 수 있는 이해관계나 의견의 대립시에 어떻게 자신의 관점을 다른 행위자에게 관철시킬 것인가? 또는, 다른 직업군의 개입으로부터 자신의 고유 영역을 어떻게 방어할 것인가? 더불어, 어떻게 최대한 자신의 영향력이 손상되지 않도록 할 것인가? 네트워크 구축을 통해 다른 직업군이나 기관에 의존도가 증가할 수 있는 위험을 어떻게 줄일 것인가? 등에 대한 문제 앞에서 현장의 실무자는 ‘더불어 일하기’에 대하여 소극적일 수 있다.

4) 시간적 제약

시간적 제약의 의미는 크게 두 가지가 있다. 첫 번째 경우는 네트워크 구축에 관심있는 행위자를 결집하는 것에서부터 시작하여, 본격적으로 네트워크를 통한 실무자 상호간 협력이 이루어지기까지 많은 시간이 소요된다는 의미이다. 두 번째는 개별 행위자가 업무의 과다로 미쳐 협력체계 구축에 신경을 쓸 여력이 없는 경우이다.

재가노인복지서비스 네트워크구축도 관심 있는 파트너간 만남과 교환에서부터 출발한다. 따라서, 서비스네트워크구축에 필요한 최소한의 참여자를 결집하는데도 많은 시간이 요구된다. 즉, 재가노인서비스 네트워크에 관심 있는 파트너를 모으고, 협력체계 구축에 무관심한 개인이나 조직에게 서비스 네트워크 구축의 당위성과 필요성을 토대로 참여를 설득하는 것도 역시 시간이 필요하다. 비록, 네트워크에 참여한다 하더라도 진정한 의미에서 상호간 파트너로 인정하기까지도 적지 않은 시간과 노력이 필요하다. 게다가 주기적인 만남과 교류를 통하여 관계망구축이전과는 다른, 심도있는 변화를 맺기까지는 네트워크 참여자에게 시간이나 에너지차원에서 많은 투자를 요구한다. 이처럼 공식적 회합을 통해서 네트워크에 참여하는 구성원이 서로 상대를 알아가고, 더불어서 공동의 목표를 함께 계획하며 실천하는 장(場)을 마련하는 과정은 매우 느리고 투자한 노력에 비하여 단시간내에 가시적인 성과가 나타나지도 않으므로 파트너간 만남, 교섭, 충돌의 연속인 네트워크 구축과정은 깨여지기 쉽고 자주 도중에 중단될 위험도 배제할 수 없다.

두 번째는 재가노인복지를 담당하는 실무자가 업무의 과다로 인해 다른 실무자와 ‘더불어 일하기’에 신경을 쓸 여력이 없는 경우이다. 내부적으로도 업무과다와 시간부족으로 서비스 연계와 조정에 신경을 쓰지 못하고 심지어는 같은 기관 내에서도 협조가 잘 안 되는 경우가 많다. 실제로, 동일한 노인 클라이언트를 돌보는 현장의 실무자라도 시간의 제약은

각기 다르다. 사회복지사처럼 주로 기관내에서 일하는 실무자와 일반보건의료나 가정주치의의 같은 자유직 종사자의 시간관념은 같을 수 없다. 전자에게 네트워크 구축에 관계되는 회합의 참여는 정상적인 노동시간에 이루어지지만 후자에게는 환자들을 돌 볼 시간을 빼기게 되는 개인적인 손해가 뒤따르므로 이들의 참여는 기대하기 어렵다. 따라서 별도의 보상체계가 없는 한 직업과 직무환경의 속성상 네트워크 참여가 제한적인 행위자가 존재할 수밖에 없다.

5) 도덕적 기업가 같은 네트워크 주도자의 부재와 수단과 재정의 부족

대부분 비공식적이거나 개인적 친분에 의해 이루어지고 있는 재가노인서비스 공급자간 협력체계를 공식적이고 체계적인 네트워크로 탈바꿈시키기 위해서는 열정과, 끈기, 리더쉽과 카리스마를 갖춘 일종의 도덕적 기업가(entrepreneur de morale)가 필요하다. 실제로, 많은 사회복지서비스 네트워크의 기원이 특정 개인이나 조직의 주도로 이루어지는 경우가 많고 그것도 네트워크 주도자(promoteur)의 개인적 집요함과 헌신에 빚지고 있다(Schweyer, 2005:121). 구체적으로 네트워크를 구축하기 위해서는 누군가 관심있는 개인이나 조직을 발굴하여 네트워크 구축의 당위성을 설명하고 적극적인 참여를 설득해야 한다. 왜냐하면 참여자간 교환에 의해 형성되고 유지되는 네트워크는 최소한의 참여자가 존재해야만 작동할 수 있다. 설득과 대화로 ‘더불어일하기’에 관심있는 개인이나 조직을 최대한 참여시키는 것이 네트워크 주도자의 첫 번째 임무이다. 이 과정에서 도덕적 기업가는 네트워크 구축과정에서 부딪치게 되는 장애물로 인한 좌절보다 커야 한다. 잠재적 참여자를 동원(mobilisation)하는 가장 빠른 방법은 무에서 유를 창조하기 보다는 지역사회내에서 비공식적으로 이미 존재하는 네트워크를 이용하는 것이 훨씬 효과적이다(Scheweyer, 2005:137).

또한 네트워크구축을 통한 조정과 협력을 위해서는 현장실무자의 의지만으로 충분한 것은 아니다. 이 같은 관심과 의지를 뒷받침해 줄 재정적 후원자나 기관을 찾아야 한다. 특히 이 같은 시도가 산발적인 노력으로 그치지 않고 지속적으로 유지되고 체계적으로 운영되기 위해서는 최소한의 인적자원과 물적 자원이 요구된다. 인적자원으로는 클라이언트의 포괄적 사정과 현장에서 실무자간 연계와 조정을 담당할 한 명이상의 네트워크 조정자(coordinator)가 필요하고 물적 장소로는 네트워크 참여자간 주기적인 회합을 가질 수 있는 공간과 사례관리를 위한 특수 컴퓨터 프로그램이나 차량 등이 필요하다. 따라서 재가노인서비스를 현장에서 직접 담당하는 실무자가 건강보험공단이나 지방자치단체 등과 같은 재정적 파트너를 결집하고 후원을 이끌어 내는 작업이 필요하다.

3. 네트워크 구축으로 가는 집단적 절차

1) 최소한의 동기부여나 관심의 존재

이전까지의 일종의 고립주의에서 네트워크 구축을 통한 협력시스템으로 전환을 위해서는 새로운 일하기 방식에 대한 최소한의 관심이나 동기부여가 실무자들 사이에서 존재해야 한다. 더 이상 개별적 부양으로는 클라이언트의 욕구에 부응할 수 없다는 신념, 클라이언트의 케어가 좀 더 향상되어야 한다는 의지나 ‘이전과는 다르게 일하기’ ‘클라이언트의 케어의 질을 상승시키기’ 등의 욕구가 네트워크에 참여하는 행위자의 개인적 동기를 이뤄야만 한다. 이처럼 관계망 구축을 통한 협력관계의 형성은 ‘더불어 일하기’에 대한 공통의 관심사나 동기위에 존재한다(Dhume, 2001:56). 게다가, ‘더불어 일하기’에 대한 동기나 관심이 있어야만 네트워크구축에 위해 소요되는 시간, 에너지 등을 기꺼이 할애 할 수가 있다. 다음에는 네트워크 참여에 관심있는 개인과 조직을 위에서 말한 도덕적 기업가에 의해 결집하는 절차가 남는다. 네트워크 주도자는 네트워크의 자원이 될 수 있는 행위자들을 개괄적으로 검토하고 이들의 참여를 독려하는 작업을 해야 한다. 여기서 중요한 것은 현장의 실무자들로부터 도덕적 기업가가 네트워크 주도자로서 적법성(legitimacy)을 승인받는 일이다(Dhume, 2001:87). 도덕적 기업가는 재정적 후원자나 기관은 물론 현장의 실무자들로부터 정당성을 확보해야만이 네트워크 구축과정에서 자연스러운 협조와 지원을 이끌어 낼 수 있다.

2) 자유롭고 계약적인 기초위에서의 참여에서: 수직적 관계를 수평적 관계로

재가노인복지서비스 네트워크구축을 통한 연계 및 조정을 위해서는 참여자간에 형성될 수 있는 수직적 관계를 수평적 관계로 전환시키는 작업이 필요하다. 네트워크를 통한 협력관계 구축에서 참여자간 평등이 선협적으로 주어지는 것은 아니다. 네트워크에 참여하기 전까지 재가노인복지서비스공급자간 관계는 상호 대등한 관계 보다는 위계질서하에 놓이기 쉽다. 가령, 지방정부나 건강관리공단같은 네트워크의 재정지원자와 현장의 실무자로 구성된 수혜자의 관계나, 집단의 규모가 큰 지역사회병원과 소규모의 가사도우미단체, 공공기관과 사적 기관간에 상호 대등한 관계를 상정하는 것은 힘들다. 이러한 수직적 관계는 네트워크 내 어떤 행위자도 다른 행위자를 일방적으로 통제하거나 조종할 수 없는 거버넌스(governance)를 전제로 하는 네트워크의 조건과는 거리가 있는 것이다. 따라서 현장의 실무자간 형성된 수직적 관계를 수평적 관계로 전환하는 것은 전문성을 바탕으로 독립적인 참여자들이 대등한 입장에서 협력한다는 네트워크의 전제조건을 충족시키기 위한 전략이기도 하다.

협력체계의 구축은 참여자간 형성된 기존 관계의 재교섭을 의미한다. 중요한 것은 협력

관계구축이라는 특수한 계기내에서 지위의 평등을 의미하는 것이지, 이것이 반드시 평상적인 관계에서 형성된 재가서비스공급자 상호간 불평등한 관계를 근본적으로 시정하는 것은 아니다. 그러나 어쩌든 협력체계의 구축은 과거에 형성된 행위자간의 관계 변화를 의미한다. 이는 다르게 표현하면 행위자간 상호의존성의 인정이기도 하다. 즉, 이전까지 존재하던 상호간의 경쟁이나 불신 또는 무관심을 불식하고 상호 보완적인 공동 작업을 위해 서로를 인정하고 계약, 신뢰를 토대로 협력자 관계를 열어나겠다는 의지의 표현이기도 하다. 이것은 관계망 구축을 계기로 맺어지는 참여자간 일종의 계약과도 같은 것이다. 계약적이라는 것은 네트워크에 참여하는 행위자는 진퇴가 자유롭기 때문에 경우에 따라서 철회를 할 수도 있다는 의미이다. 이런 맥락에서 존스(Jones)가 갈파했던 네트워크에 참여하는 행위자간의 관계는 암묵적이며 불확정적인 계약이다(김준기, 1997: 135).

3) 다른 직업 논리로 인한/대립, 충돌같은 갈등을 통한 학습

일단, 재가노인복지서비스 연계 및 조정을 위해 이질적인 여러 가지 직업군이 네트워크 내에서 수평적 관계를 형성한다 하더라도 서로 다른 직업 논리로 인하여 불화(conflict)의 가능성을 내재하고 있다. 그러나 행위자간 새로운 관계설정이라는 차원에서 볼 때 충돌이나 대립같은 네트워크 참여자간의 갈등적인 양상도 반드시 부정적인 것만은 아니다. 그것은 어쩌면 다른 직업군 사이의 당연한 차이의 표현일 지도 모른다. 상호간 협력 과정에서 표출되는 갈등관계는 행위자간 역학관계를 반영하기도 하지만 새롭게 형성된 집단적 행위자에 의한 학습의 과정이기도 하다. 오히려 참여자간 갈등관계는 개인적 직업 정체성을 넘어서 새로운 집단적 정체성을 창출하는 동인이기도 하다(Crozier and Friedberg, 1977:134). 이러한 집단학습(apprentissage collectif)은 차이의 존중과 새로운 집단적 정체성 창출이라는 움직임에 의해 추동된다. 각각의 네트워크 참여자는 자신만의 고유한 개별성을 유지함과 동시에 집단적 협력체계내에서 더욱 자신을 풍요롭게 할 수 있고 자신을 쇄신시킬 수도 있다. 즉, 어떠한 참가자도 집단내에서 자신의 고유성이 용해되어서는 안 된다. 참여자간 협력과 조정은 차이를 부정하거나 축소시키지 않고 차이를 통해 더욱 자신을 살찌우고 하고 자신을 쇄신시키는 것이다. 따라서 재가 서비스 조정과 통합을 위한 네트워크 구성은 단순히 복수의 행위자간 합병이 아니라 개인적, 직업적, 제도적 정체성을 부정하거나 희석시킴 없이 새로운 집단적 정체성을 건설해 나가는 과정이다(Dhume, 2001:54-69).

4) 신뢰와 협력을 바탕으로 한 사회 자본(social capital)의 형성

네트워크 참여자간 상호간 협력은 일종의 사회자본(social capital)을 형성하는데 지나가야 한다. 네트워크를 구축하는 것 못지않게 중요한 일이 그것을 유지하는 것인데, 이때 가장 중요한 것은 신뢰와 협력이다. 네트워크 참여자의 신뢰와 상호협력의 정도가 깊어지면 일종의 자본적 속성을 지닌 사회자본이 형성된다(홍현미라, 2008:72). 사회자본이란

네트워크 참여자 상호간 협동이나 조정 등을 용이하게 하는, 전체 성원의 신뢰(trust)의 수준을 의미한다. 즉, 이질성 있는 파트너간 책임과 의무를 다하고 동시에 자신만의 이익을 추구하지 않는다는 전체 성원간 믿음이 바로 사회자본인 것이다. 네트워크의 중요한 이념적 토대는 신뢰(trust)에 기초하고 있는 바, 신뢰는 사회적 자본의 하나로서 이것이 성숙할수록 협력적 행위를 촉진 시킬 수 있기 때문이다. 리치(Leach)와 퍼시 스미스(Percy-Smith)에 따르면 사회자본은 네트워크 참여자 사이의 관계속에 이미 내재하고 있는 것이며 네트워크의 생산성은 사회자본의 질과 양에 달려있다(Leach and Percy-Smith, 2001, 이은구, 2003, 113). 만약 재가노인서비스의 연계와 조정을 위한 네트워크가 공식적으로 존재하더라도 참여자 상호간 상호신뢰의 결여되다면 참여자간 협력이 어려워지고 관계가 형식화되고 말 것이다. 또, 사회자본이 존재해야만이 네트워크 참여자간에 갈등이나 분쟁이 발생하였을 경우 네트워크 참여자의 이탈을 막고 파트너간 서로 협의를 통해 관리와 조정이 가능한 것이다.

5) 집단적 협력에 걸맞는 계획(project)단계

네트워크 구축을 통한 팀 어프로치는 네트워크의 참여자의 산술적 합보다 더 많은 시너지 창출로 이어져야 한다. 요컨대, 새로운 네트워크를 통한 집단 행위자의 창출은 이전과는 다른 새로운 활동내역이 있어야 한다. 즉, 상호간 협력체계의 구축은 특정 계획(project)에 의거할 때만이 참여자간 연계의 강도(intensity)나 공동관여도(joint involvement)가 강화된다. 즉, 프로젝트의 존재는 개인이나 조직의 네트워크 참여를 좀 더 역동적으로 만든다. 여기서, 프로젝트(project)의 개념이란 ‘더불어 일하기’에 대한 충분한 동기와 의지를 갖고 네트워크에 참여한 행위자들이 구체적으로 무엇을 할 것인가?를 미래에 투사하는 것이다. 프로젝트가 있어야만 네트워크는 진정한 변화와 더불어 이전과는 다른 새로운 활동내역이 있게 된다. 협력체계 구축을 통해 행위자간 상호 협력의 의지는 프로젝트의 효율성과 실현가능성에 달려있기 때문이다. 본질적으로, 프로젝트란 행위자의 의지에 따라 상대적으로 그 내용이 달라지며 그 실현을 위해서는 많은 시간과 재정, 에너지가 소요된다. 서비스의 조정과 연계가 단순히 클라이언트의 위기 관리차원의 실무자간 대응인지, 또는 해결하기 힘든 사안에 대하여 실무자들이 주기적으로 한 테이블에 앉아서 머리를 맞대고 의견을 교환하는 수준의 실천방법인지? 아니면, 이제까지의 일하던 방법을 혁신적으로 바꾸는 것인지? 그 개념과 실천방법의 수준을 결정하는 것도 기획(project)의 단계이다. 기획에 따라 달라지는 네트워크 참여자들의 협력정도를 박정호는 <표4>같이 세분화하고 있다(박정호, 2004:135). 이처럼 네트워크 참여자의 의지에 따라 상호간 협력의 정도 역시 달라짐을 알 수 있다.

<표 4> 재가노인복지서비스 연계·조정을 위한 협력수준

단계/구분	연락(communication)	연계(coordination)	통합(intergration)
사회복지 서비스	정보제공 및 의뢰	사례관리, 서비스계획 공동수립, 개별기관 실시	포괄적·단일 서비스기관을 통한 서비스 제공
협력의 정도	정보교환 및 공유/장비·시설 대여 관련기관 간담회	협의체 구성, 공동사업 수행, 직원파견, 서비스공동계약	전달체계 내 조정기구를 통한 조직통합

자료: 박정호. 2004. “우리나라 재가 노인요양서비스 네트워크에 관한 서설적 연구”.

「사회복지리뷰」, p.135.

6) 법적지위(cadre juridique)의 취득

네트워크의 참여자간 연계활동이 보다 조직적이고 체계적인 네트워크로 발전하기 위해서는 다양한 공식적, 상시적 형태의 연계체제가 구축되어야 할 것이다. 이때 네트워크 참여자간 비공식적인 협력관계를 보다 공식적이고 체계적으로 만드는 방법으로 네트워크에 법적 지위를 부여하는 방식이 있다. 일반적으로 법적지위의 획득은 외부기관의 재정지원과 더불어 이루어지는 경우가 많다. 이를 위해서는 지방정부나 건강관리공단같은 ‘자원의 공급자’가 재가노인복지 현장에서 이루어지는 ‘서비스 생산자’들의 상호간 공조노력에 관심을 보여야 한다. 법적지위의 획득은 새로운 단계로의 이행이다. 비공식적 네트워크는 그 운용이 자유롭고 활동내역도 평가되지 않는 반면 법적지위로의 이행은 행정적 성격이 강화되며 네트워크의 활동상이 모두 평가되는 제약이 뒤따른다. 재정적 지원을 통한 법적지위의 획득은 재정지원자의 의도나 후원기관의 행정적인 규범에도 부합해야 하기 때문이다. 또, 네트워크 참여자는 새로운 법적지위에 걸맞는 규칙(rule)과 작업수단들을 공동으로 만들어 내야한다. 네트워크의 법적지위는 기존에 없던 새로운(ad-hoc)조직일 수도 있고 기존의 행정기관이나 지역사회 병원에 부속될 수도 있다. 새로운 조직(ad-hoc)은 네트워크의 법률적 지위를 놓고 참여자들이 대립할 때 타협책으로 안성맞춤이다. 법적지위 구성문제가 권력관계에 기초한, 네트워크 참여자들의 역학관계를 반영하기도 한다. 또한 법적지위는 단순히 법률적인 사항뿐만이 아니라 네트워크의 성격을 결정짓는다. 가령, 지역사회병원에 부속된 네트워크는 클라이언트의 입원과 자택복귀에 활동의 초점이 맞춰지기 쉽다. 네트워크의 스태프들도 주로 의료분야의 인사들로 짜여지기 쉽다. 반면, 일선 행정기관에 귀속된 네트워크는 실무진도 사회복지서비스 분야의 인사들이 주도하면서 프로그램의 성격도 클라이언트들의 사회적·심리적 욕구까지 포괄하는 경향이 있다. 결론적으로 네트워크의 성격과 관계없이 법적 지위의 취득은 네트워크를 통한 상호협력의 물적토대를 한층 공고히 한다.

Memo

[illegible]

Memo

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Memo

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.