

지역사회복지실천에 있어서 탈시설화의 함의

전재일* · 이성희** · 김효원***

1. 서 론

1) 문제제기

최근 지방자치의 활성화로 중앙정부의 기능이 점차 지방정부로 이관됨과 동시에 사회복지의 동향도 중앙집권적 체계로부터 지방정부를 중심으로 한 지역사회복지의 중요성이 더욱 강조되고 있다. 이는 지금까지 우리나라의 사회복지가 시설복지를 중심으로 발전되어 왔으나, 최근 사회·경제적 상황의 변화, 국민들의 사회복지욕구의 증대, 그리고 복지적 관점의 변화 등의 영향으로 시설보호와 관련된 일련의 변화가 반영된 결과이기도 하다.

그동안 사회복지시설의 운영과 시설거주자들의 처우와 관련하여 시설운영의 투명성과 효율성의 부족, 수혜자 불만족, 인권 침해 등(변용찬 외, 1996:13)의 많은 문제점들이 노출되어 왔다. 사회복지 시설은 폐쇄적·획일적·집단적이며, 강제력이 수반된 생활방식에 의해 시설거주자가 시설 체제에 순응하도록 하여 시설운영의 용이함을 도모해옴으로써, 시설거주자의 사회적 자립능력 결여, 인간다운 생활의 보장이라는 측면에서 심각한 문제로 지적되고 있다(박태영, 1995:11~12). 또한 사회복지시설은 전체적으로 보편성에 입각하여 시설거주자를 지역사회와 격리시켜 수용 보호하는 수준에 그치고 있기 때문에 시설거주자의 개별성을 강조한 자립을 통한 지역사회통합과는 거리가 먼 실정이다.

* 대구대 사회복지학과 교수

** 이성희, 대구대 사회복지학과 박사과정수료

*** 김효원, 대구대 사회복지학과 석사과정

이러한 문제에 대한 대안으로 서구에서 추진되어 온 탈시설화¹⁾ 정책은 기존 사회복지시설 운영에 직·간접적으로 그 영향이 확산되면서 종래의 수용시설 중심에서 탈피하여 서비스 대상자들의 거주지와 지역사회를 중심으로 한 지역사회복지 서비스를 활성화시키는데 크게 기여하게 되었다.

영국과 미국에서 탈시설화(deinstitutionalization)는 인도적 차원에서 시설 문제가 사회적 쟁점으로 등장함으로써 시작되었다고 볼 수 있다. 서구에서는 탈시설화의 영향으로 요보호자의 가정과 지역사회와는 격리되어 수용시설 혹은 병원의 입원시설을 이용하던 방식에서 벗어나 다시 가정과 지역사회로 돌아와 예방, 치료, 재활 및 사회복지에 초점을 둔 주간보호서비스, 그룹홈, 지역사회 정신보건센터 등 지역사회 중심의 프로그램들을 활성화하고 있다. 우리나라에서도 장기간의 시설수용으로 인한 시설병과 사회성의 결여를 방지하기 위한 다양하고 전문적인 서비스를 실시하고, 사회복지시설의 자원을 지역사회에 있는 아동, 장애인, 노인 등도 이용할 수 있게 하는 운영의 개선이 요구되고 있어(김규수·김태진, 1993:2) 탈시설화의 경향을 추구하고 있다.

그러나 서구의 탈시설화 운동은 기존의 시설운영에서 제기되었던 많은 문제들을 해결한 여러 가지 새로운 결과를 가져왔지만, 동시에 예상하지 못했던 새로운 문제점들을 초래한 것도 사실이다.

그럼에도 불구하고 우리나라에서는 최근 서구의 탈시설화 정책에 대한 구체적인 검토도 없이 도입하는 것은 기존의 문제해결이라는 차원을 벗어나 보다 더 큰 새로운 형태의 문제를 초래할 수 있다는 점에서 우려하지 않을 수 없다.

서구에서는 탈시설화와 관련된 연구가 많지만 우리나라의 경우 탈시설화를 주 내용으로 하는 연구가 적은 편이며, 외국의 탈시설화 이념을 개관하는 정도의 연구들로서 심층적인 연구가 이루어진 것은 거의 없다. 즉 우리나라의 경우 탈시설화에 관한 연구들은 외국의 경험이 주는 심도있는 의미분석이 부족하며 그 결과에 대한 아무런 비판도 없이 탈시설화의 도입을 권장하는 입장을 취하고 있다.

2) 연구의 의의 및 목적

탈시설화는 우리나라 사회복지정책에서도 상당히 반영되고 있고, 많은 학자들이 강조하고 있을 뿐만 아니라 많은 사람들이 이에 관한 관심을 가지고 있다. 현재, 보건복지부에서는 장애인복지시설의 탈시설화, 개방화, 사회통합을 위한 기반조성으로 사회복지프로그램 특별지원사업을 착수하였다(<http://www.mohw.go.kr>). 이러한 시점에서 탈시설화에 대한 충분한 검토를 하여 이와 관련

1) 탈시설화(deinstitutionalization)라는 용어는 정신보건영역에서 병원수용에서 벗어난다는 의미의 '탈원화'로 사용하고 있다. 그러나 본 연구에서는 이들 모두 탈시설화로 통일하여 사용한다.

된 준비를 하는 것은 앞으로 지역사회복지 실천의 방향을 설정하는데 중요한 과제라 하겠다.

이에 본 연구의 목적은 탈시설화의 전개과정과 탈시설화의 영향을 분석하여 지역사회복지실천에 있어서 탈시설화가 지니는 함의는 무엇인가를 고찰하고 앞으로 우리나라 지역사회복지의 모형을 개발하는데 근간이 되는 기초자료를 마련하는데 있다.

본 연구에서는 우리나라의 지역사회복지실천에 있어서 탈시설화가 주는 함의를 고찰하기 위해 탈시설화와 관련된 일반적인 문헌을 중심으로 선행연구들을 분석·검토하는 문헌연구방법을 채택하였다. 따라서 수집된 관련 문헌과 자료를 바탕으로 서구 특히 미국에서 시작된 탈시설화 정책의 전개와 등장배경에서 제기된 사회적인 현상과 문제를 중심으로 살펴보았다. NASW(1995)에서 규정한 주요대상별로 나누어 탈시설화의 현황을 미국과 우리나라를 중심으로 파악하고, 탈시설화 정책의 실시로 인해 지역사회복지 실천에 미친 영향을 긍정적인 측면과 부정적인 측면으로 구분하여 분석·고찰하며, 향후 지역사회복지실천에 있어서 우리나라에 적용할 수 있는 탈시설화의 함의를 도출하여 지역사회복지의 새로운 실천방향을 모색하고자 한다.

3) 선행연구 동향

탈시설화에 관한 연구는 1950년대에서 1960년대에 미국의 주립정신병원과 수용시설의 문제점에 관한 연구를 중심으로 이루어져, 수용시설보다 정신병원의 문제점을 다루는 연구가 많았다. 이러한 연구들은 시설보호의 문제점으로 비인권적인 처우와 수용시설 유지에 소요되는 비용의 비효율성, 재정지원방식 등을 지적하였다(Becker, A., and Schulberg, C., 1976; Born, E. M.; Binner, P. R. and Huber, H. M., 1975; Demone, W., and Schulberg, C., 1975; Deutch, A., 1948; Horizon House Institute For Research and Development, 1975; Goffman, Erving, 1962).

그 후 탈시설화의 영향에 의한 시설수의 감소, 대안적인 시설, 병원치료와 지역사회보호를 비교한 연구들이 많이 나타났으며, 특히 정신장애인의 탈시설화와 관련한 사례연구들이 많았다. 이들 연구들은 탈시설화 정책을 정당화하고 지역사회중심에서의 치료 효과를 강조하였다(Matson, Johnny L., 1988; Robinson, N. and Robinson, H., 1965; Tyson, Madalyn and Favell, Judith, 1988; Zingler, Edward and Hodapp, Roger, 1986; Hampden-Turner, Charles, 1990).

서구에서는 상당부분 탈시설화가 진행된 상황에서 다양한 양적·질적 연구들이 나오고 있으며, 지역사회에 기반을 둔 보호와 시설보호에서 환자의 경제적, 사회적 독립성 정도를 측정하여 비교하고 있다(Halpern, et al., 1980:31). 또한 탈시설화의 정책이후 퇴원한 만성정신장애인들이 지역사회에 적응하지 못하고 재 입원하게 되는 사례, 결국 또 다른 보호시설을 이용하는 이전시설화 현

상, 부랑인의 증가, 가족보호부담의 증가에 따른 문제점을 지적하였고, 탈시설화의 실천과정에서 수정·보완되어야 할 과제를 탐색하는 연구들이 이루어지고 있다.(<http://www2.nownuri.net/user/%b9cc/%b9cc%b7%c3%b0.../cmh4.ht>)

우리나라의 탈시설화에 관한 연구로는 탈시설화의 요점을 통해 재가장애인사업을 고찰한 김범수(1994)의 연구와 미국의 탈시설화 운동을 장애인복지 관점에서 고찰하여 우리나라 복지행정의 방향을 모색한 김정우(1999)의 연구가 있고, 미국, 일본을 중심으로 외국의 지역정신보건사업의 등장배경을 탈시설화 정책으로 본 연구(<http://www2.nownuri.net/user/>)와 탈시설화를 전제로 노인, 아동, 장애인의 사회통합 및 장애아동의 통합 교육적인 측면을 다룬 연구들이 다소 있다(김수영, 1998; 오혜경, 1996; 이영문, 1995; 이영철, 1998).

최근에는 주간보호나 그룹홈 등과 같은 지역사회중심의 서비스에 관한 연구에 관심을 돌리기 시작하고 있다(김덕순, 1997; 김윤희, 1997; 서현정, 1992; 최은식, 1997;<http://www2.nownuri.net/user/%b9cc/%b9cc%b7%c3%b0%f5%c6%c3.html/svc-dc.htm>).

이처럼 외국의 탈시설화 경향이 우리나라에도 많은 영향을 미쳐 사회복지 시설운영에 변화를 가져오는 움직임이 일어나고 있으나 탈시설화에 관한 구체적이고 집중적인 연구는 거의 이루어지지 않고 있는 실정이다.

2. 탈시설화의 전개과정

1) 시설화와 탈시설화

사회복지시설은 특수한 욕구 또는 가정상의 이유로 장기 수용보호가 필요한 대상자에게 가정을 대신하여 생활의 장을 보장해 주며, 자활·재활서비스를 통하여 시설거주자의 사회복지귀를 최대한 돕는 것을 목적으로 하고 있다(한국보건사회연구원, 1999:207).

이러한 시설은 일상생활 원조 및 가정을 대신해서 보호하는 가정 대체적 기능과 일반 가정에서 행할 수 없는 장애의 치료, 개선, 교육 등을 담당하는 전문적 기능으로 대별할 수 있다.

우리나라에서 시설사업이 격증한 것은 8.15 해방과 6.25 전쟁 이후 주로 외국 민간원조에 의해 서라고 할 수 있다. 사회복지시설사업은 1961년 생활보호법과 아동복지법의 제정 이후 제도화되기 시작하여 고도의 경제성장 과정 속에서 다양한 사회복지에 대한 욕구가 표출됨에 따라 서비스 분야도 다양하게 되었다. 즉, 장애인, 아동, 영유아, 노인, 여성, 모자, 부랑인 등 복지 대상자별 특

성에 따라 다양한 사회복지 시설이 점차 증가되어 온 것이다.

우리나라는 현재 아동복지시설, 장애인복지시설, 노인복지시설, 여성복지시설 등 대상별로 다양한 사회복지시설이 설치·운영되고 있다. 아동복지시설은 아동상담소, 영아시설, 육아시설, 아동일시보호시설, 교호시설, 보육시설 등이 있고, 노인복지시설은 양로시설, 노인요양시설 등이 있다. 그리고 여성복지시설은 모자보호시설, 미혼모시설, 일시보호시설, 자립자활시설 등이 있으며, 장애인복지시설은 지체장애인 생활시설, 정신지체장애인 재활시설, 장애인 요양시설, 장애인 근로시설 등이 있다. 기타 사회복지시설로는 부랑인 선도시설, 정신요양시설, 정신장애인 사회복지시설 등이 있다(사회복지사업법, 1998).

사회복지시설은 사회·경제적으로 가정에 어려움이 있는 사람이나 심신의 장애로 인하여 전문적 치료, 교육, 훈련 없이는 자립 생활이 어려운 사람들의 “생활의 장”으로 물적, 심리·사회적 환경 조건을 갖추어 자립생활이 가능하도록 돕는 것이 그 역할이었다.

사회복지시설 중에서도 특히 장애인 또는 정신장애인 등을 수용하는 시설의 경우, 사회안전을 위해 이들을 사회로부터 격리시키는 시설에서 출발하였고(조홍식, 1998:108), 아동복지시설은 전쟁으로 인한 고아, 기아, 미아의 문제에 대한 응급구호적인 성격을 띄고 시작되었다(장인협·오정수, 1997:88).

과거 사회복지정책은 고아, 중증장애인, 무의탁 노인 등 부양의무자가 없거나 부양의무자가 있어도 실제 부양능력이 없는 사람을 중심으로 이루어져 왔으나, 경제적 수준이 향상되고 사회적인 여건이 변화함에 따라 국민들의 복지욕구도 다양하게 변화하고 있으며 사회복지의 대상도 점차 일반화·보편화 되어가는 추세이다.

정부는 1980년대 들어 시설보호만으로는 다양화되어가고 있는 사회복지 욕구에 적절히 대응하기 어렵다는 판단 하에 거택보호대상자 및 자활보호대상자를 중심으로 사회복지관, 노인복지관, 장애인 복지관, 여성복지관 등 각종 복지관을 중심으로 자활적인 지역복지 증진에 우선순위를 두고 있다. 하지만 일반주민이 지역사회내에서 이용할 수 있는 다양한 복지 서비스는 제공되지 못하고 있는 것이 현실이다(한국 보건사회연구원, 1996:292).

선진국의 경험을 통해서 볼 때, 시설보호중심의 사회복지서비스는 앞으로도 계속 필요하지만, 시설의 기능을 치료위주의 전문적인 시설로 전환하여야 할 것이다. 따라서 이용시설의 확충과 재가복지서비스의 이용 활성화를 통해 가능한 한 시설입소를 억제해야 하며, 시설거주자에게 전문적인 치료 및 재활서비스를 제공하여 조기에 가정으로 복귀를 유도할 필요가 있다(한국보건사회연구원, 1999:206).

외국의 경우 19세기까지 사회에서 기능할 수 없다는 비관적인 생각에서 장애인을 사회로부터

보호하는 것이 수용시설의 일차적인 목적이었다. 20세기 초에 접어들면서 우생학적 사조가 팽배 해지면서 장애인을 위협스러운 사람으로 사회로부터 멀리 떨어져야 한다는 논리가 발생하여 사회를 장애인들로부터 보호해야한다는 입장이 주류를 이루었다. 그 후 1960년대와 1970년대 초반 미국의 사회적 분위기가 개인에게 높은 관심을 보이면서 장애인의 인권문제가 대두되어 수용시설은 변화를 초래하는 전환점을 맞이하게 되었다. 미국에 있어서 탈시설화는 1977년 「Halderman vs Pennhurst State School and Hospital」 소송사건을 계기로 강력 진행되었다.

미국 일반회계국(General Accounting Office, GAO)의 보고서에 의하면 탈시설화란 ① 시설에의 불필요한 수용이나 감금을 방지하는 과정, ② 시설에 수용되어 있을 필요가 없는 이들을 위한 주거나 치료, 훈련, 교육 및 재활을 위한 지역사회 내에서 적절한 대안을 마련하거나 발달시키는 과정, ③ 시설보호가 필요한 이들을 위한 생활조건, 보호 및 치료를 개선하는 과정이다. 이런 접근법은 인간은 최소 규제적 환경에서 살며 가능한 한 정상적이고 독립적인 삶을 살아갈 권리가 있다는 정상화(Normalization)원리에 근거하고 있다.

2) 탈시설화의 등장배경

탈시설화는 미국에서 국가정책으로 제시되면서 시작되었다. 1940년대 후반부터 기사를 통해 수용시설내 열악한 상황이 알려지기 시작하면서 대규모 수용시설에 대한 사회적인 관심이 증대되었다. 이후 1950년대에 미국은 점차적으로 사회문제를 해결하고 시설 내에서의 생활조건을 개선하기 위한 제도적인 대안으로써 탈시설화 정책을 입안하였다. 그간 대규모 시설에서 보호 및 통제를 받아야 했던 노인, 아동, 정신장애인이거나 발달장애인, 범법자등 각각의 집단에 적절한 방식으로 탈시설화가 발달되었다(NASW, 1995:704).

NASW(1995)는 탈시설화에 영향을 미친 복합적인 요인을 ① 언론과 사회과학문헌에 의해 보도된 시설의 부정적 영향, ② 점증하는 시설보호에 관련한 비용, ③ 감금 및 격리라는 시설기능을 진부하게 만드는 사회과학, 심리학, 의학 분야의 진전, ④ 시민권운동의 진전으로 개인의 정당한 권리와 인도적인 보호 및 치료방법의 강조, ⑤ 클라이언트에 대한 현금급여의 발전 등으로 요약하고 있다.

1970년대 이후 장기간의 시설보호로 인한 시설병의 예방과 시설거주자의 삶의 질 향상, 대규모 수용시설에 부적절하게 수용된 시설거주자를 시설이 아닌 지역사회에서 보호하고 서비스를 제공하기 위한 목적으로 탈시설화 정책이 본격적으로 추진되었다. 또한 지역사회보호는 시설보호에 비해 국가지출을 감소시킬 수 있을 것이라는 정치적인 목적도 탈시설화 정책을 촉진하는 요인이

되었다. 이러한 탈시설화 정책의 영향으로 시설중심의 보호는 일대 전환을 가져와 낮병원, 자조집단, 중간 거주시설, 재활프로그램 등 지역사회에 기반을 둔 다양한 형태의 서비스 프로그램이 등장하게 되었다.

영국은 1950년대부터 시작된 '시설로부터 지역사회'라는 새로운 접근방법의 개발과 실천으로 지역사회를 중심으로 노인 인구와 정신장애인의 보호를 위한 프로그램이 점차 확대되었으며, 치료방법이 발전되고 새로운 치료제가 도입되면서 환자의 조기 퇴원과 정신병원의 폐쇄가 촉진되었다. 이러한 변화들은 사회 정책적 측면으로 고려되기 시작하였다. 1988년 '그리피스 보고서(Griffiths Report)'에서 지방정부는 지역사회보호의 일차적인 책임을 가지고, 대인사회서비스의 직접적인 제공자가 아닌 계획, 조정, 구매자로서 역할을 수행하고, 그리고 주거보호에 대한 욕구를 사정해야 된다는 점을 강조하였다.

이처럼 선진국에서는 장애인이나 노인 등을 중심으로 탈시설화 정책을 지역사회에 기초하는 프로그램으로 확대하여 실시하게 되었다.

현재 우리나라도 수용시설 중심의 사회복지사업이 재가복지사업 중심으로 전환되고 있다. 이에 대한 사회적인 배경으로, 첫째, 종래의 사회복지서비스와 같이 요보호자들을 생활의 장으로부터 격리시켜 보호하는데 그치지 않고 예방, 재활, 사회통합에 목적을 둔 양질의 서비스가 요구되고 있으며, 둘째, 사회복지 욕구를 충족시키는 장으로써 지역의 역할이 중요하게 되었다. 셋째, 지금까지 사회복지의 구빈적인 성격을 가지고 경제적 빈곤을 해결하기 위한 경제적 욕구의 해결에 주력해 왔지만, 이제 이러한 구빈적 성격을 탈피하여 비경제적 욕구에 대응하기 위한 수단으로써의 역할변화라고 볼 수 있다. 넷째, 지금까지의 사회복지 서비스는 수용시설이나 거택에서의 서비스가 대부분이었지만 앞으로는 사회복지서비스의 이용과 서비스 장소를 욕구에 따라 체계적으로 대처할 필요가 제기되고 있다(高橋鑛士, 1981, 오영환, 1998:11, 재인용). 이러한 배경으로 우리나라는 노인과 장애인을 중심 대상으로 시설이 아닌 가정에서 보호하려는 취지에서 최근 재가복지서비스를 시작하게 되었다.

이처럼 탈시설화가 시작된 배경을 살펴보면, 단지 하나의 중요한 요인에 의하여 이루어진 것이 아니라, 급격히 변화하는 여러 가지 사회·경제적 원인들이 복합적으로 작용하여 당시 사회에서 점진적으로 욕구가 수용되고 관심이 모아지기 시작함으로써 이루어지게 된 것임을 알 수 있다.

탈시설화의 등장에 영향을 미친 요인을 사회적 관심의 증대, 시설보호에 대한 비판, 정부 재정의 절감, 항 정신약물의 개발과 사회적 관용 등의 4가지로 정리할 수 있다.

(1) 사회적 관심의 증대

사회복지 수용시설에 대한 대중적인 관심을 끌게 된 것은 1940년대 후반에 시설의 열악한 상황에 대하여 Maisel(1946)의 Life 잡지에서의 폭로, Ward(1946)의 「The Snake Pit」, Deutch(1948)의 「The Shame of the State」 등 언론과 사회과학 문헌들의 폭로에 의하여 이루어졌다(한국보건사회연구원, 1999:42). 이러한 것들 중에서 가장 충격적인 것은 Deutch(1948)의 「Shame of The State」로 “수 백명의 벌거벗겨진 정신장애인들이 큰 창고 같은 곳에 오물이 가득한 수용실과 타락의 극치 속에서 방치되고 있으며, 치료되지도 않은 채 모든 인간적인 체면을 박탈당한 상태로 대부분이 반 기아의 상태에 있다.”고 묘사했다. Goffman(1961)은 「Asylums」에서 장기시설거주자의 정신장애의 증상이 나아지기보다는 오히려 더 악화된 데 대한 4가지 생각을 정립했다. 그 즈음 시설에 수용된 정신장애인의 행동 형태는 병원환경에서 기인한 것이라는 의심이 확산되고 있었다(Stanton and Schwartz, 1954, Halpern, et al, 1980:3~4, 재인용).

1972년 뉴욕에서 있었던 사례 (ARC and Parisis vs. Carey)에서는 수용시설에서 발생하는 부적절한 생활여건들을 폭로하여 사회의 지탄을 받았고 그 결과 법원은 수용인원들을 지역사회중심의 요양소로 옮겨갈 것을 명하였으며 1977년의 사례(Haldermann vs. Pennhurst)에서는 수용시설이 장애인들을 수용하기 위하여 부적절한 장소이므로 수용인원들을 지역사회중심의 요양소로 옮겨가기를 명하였다(김정우, 1999:13~14).

19세기 후반부터 정신장애인 관련시설에 대한 부정적인 실태 폭로 및 대규모 시설보호에 대한 부정적인 인식을 계기로 탈시설화에 대한 사회적인 관심이 증대하기 시작했다.

이처럼 대규모 수용시설의 부정적인 측면이 사회적 이슈로서 부각됨에 따라 정책담당자들은 수용시설의 대안을 찾는 노력을 기울이게 되었다. 이로 인해 장기간 입원해 있던 정신장애인들을 지역사회에 거주하게 하면서 서비스를 제공하려는 시도가 이루어졌으며, 정신장애인의 지역사회치료를 강조하게 되었다.

(2) 시설보호에 대한 비판

1940년대 후반 이후 수용시설거주자들의 인간이하의 생활실태와 교육의 부재현상 등이 노출됨으로써 수용시설에 대한 관심을 불러일으키게 되었고 이는 곧 대규모 시설수용을 반대하는 움직임이 일어나게 하였다.

수용시설의 설립과 존재는 필요하지만 장기적인 시설 수용생활에서 제기되는 여러 가지 문제점을 해결하고자 제기된 탈시설화는 다음과 같은 이유에서 등장하게 되었다(秋山智久, 1988:59~61,

김범수, 1994:299, 재인용). 첫째, 시설은 필요악이기 때문에 원래는 없는 것이 좋다. 둘째, 최선의 시설이라도 차선의 가정보다는 못하다. 셋째, 시설의 서비스는 열악하며 인간답고 문화적인 생활은 하기 어렵다. 넷째, 시설에서의 수용보호는 인간의 기본 권리인 자유, 인권, 사생활의 침해받기 쉽다. 다섯째, 시설은 관리적이며 비민주적이므로 시설이용자의 주체성이 나타나기 어렵다.

19세기 후반부터 대규모 시설의 비인간적인 수용 실태를 통해 장기간의 시설보호는 오히려 시설거주자의 인권을 침해하며, 시설병 등의 부작용을 초래하는 것으로 나타남에 따라 시설거주자의 기본적인 인권을 회복하기 위한 움직임으로 탈시설화 운동이 일어나게 되었다.

특히 정신장애인의 수용보호시설에서 단기치료와 장기치료 사이의 치료 효과를 비교한 결과 정신병원의 장기입원 대신 일반병원과 지역사회 정신보건센터를 바탕으로 하는 단기 보호의 치료 효과를 강조하게 되었다. 이러한 정신보건서비스에 대한 새로운 변화는 시설에서 장기간의 보호를 가능한 피하는데 그 목적을 두고 있었다(Bachrach, 1976).

(3) 정부 재정의 절감

수용시설 중심의 복지사업에서는 시설에 수용되어 있는 자의 비용 부담이 국가의 몫이었으나 탈시설화 정책이 진행되면서 환자에 대한 보호부담 및 비용절감 측면에서 국가는 책임을 어느 정도 감소시킬 수 있었다. 특히 정신장애인에 대한 의료경비를 절감해보려는 경제적인 흐름은 탈시설화를 가속화한 원인이었다.

20세기 중반 일찍부터 주 정부 예산의 5~10%를 정신병원을 위해 사용했으며 이에 대한 무거운 재정적인 부담과 지속적으로 들어가는 정신건강비용을 감소시키기 위해 보수주의자들은 수용시설의 감소를 복지재정을 감축시킬 수 있는 수단으로 보았고, 자유주의자들은 탈시설화가 인도적이고 효과적인 보호를 제공 할 수 있다고 보는 전문가 집단의 입장을 지지하였다(Halpern, et al, 1980:2). 이러한 정치적인 연합으로 주 정부는 탈시설화 운동을 통하여 정신장애인에 대한 치료의 책임을 어느 정도 벗어버릴 수 있게 되었다. 또한 반드시 수용 보호하여 치료되어야만 하는 정신장애인의 경우에도 수용보호 기한을 최소한으로 줄일 수 있도록 하는 정책(김정우, 1999:7)의 추진으로 시설거주자의 수용보호 기간을 가능한 한 단축할 수 있게 되었다. 결국, 탈시설화 정책은 정부의 비용절감과 책임의 감소를 위해 추진되었다는 비판에도 불구하고 대규모 시설에서 제공된 보호에 비해 보다 좀더 인간적이고 효과적인 지역사회에 기반한 보호를 촉진한 것으로 평가되어졌다.

(4) 항 정신약물의 개발과 사회적 관용

1950년대 중반 항 정신약물의 개발은 정신장애인의 증상을 일시적으로 해소 가능하도록 했고, 정신장애인의 일탈 행동을 용인하는 사회적인 분위기가 증가하게 됨에 따라 급격한 탈시설화의 진행이 가능하게 되었다(Halpern, et al., 1980:4). 또한 지역사회 내에서 정신장애에 대한 사후관리와 예방을 위한 지역사회 정신보건서비스를 강조하게 되었다.

1950년대 중반의 안정제, 진정제 등의 항 정신약물의 개발로 정신장애가 나타내는 외관상 최악의 증상을 조절 가능하게 만들었다. 일탈적인 증상의 통제가 가능하게 됨에 따라 시설생활을 하던 많은 개인들이 최소한의 지역사회 구성원으로 받아들여지게 되었다. 이처럼 새로운 치료제의 개발로 정신장애 증상을 조절 할 수 있게 되었고, 일탈행동에 대한 사회적 관용이 차츰 증가함에 따라 퇴원환자에게 지역사회에 기반을 둔 정신건강서비스를 제공하는 것이 보다 강화되었다.

이상과 같이 19세기말부터 수용시설에 대한 비판이 제기되면서 탈시설화는 1960년대와 1970년대에 다양한 형태로 빠르게 확산되었다. 특히 2차 세계 대전 이후 전쟁에서 돌아온 귀환병들의 37%가 정신장애라는 진단을 받게 됨으로써 정신장애인의 문제에 대한 심각성을 인식하게 되었고, 이후 정부 정책에 변화를 가져와 1963년 지역사회 정신보건센터법이 입법화됨에 따라 서비스가 지역사회로 옮겨지는 계기가 마련되었다.

지역사회정신보건서비스 제공의 가장 중요한 계기는 1946년 국가정신보건법이 의회를 통과한 것이며, 1955년에 통과된 부가적인 법률제정(The Mental Health Study Act)으로 정신장애 문제를 위한 투자를 승인했다. 1960년대 정신장애와 건강에 관한 연합위원회는 건의사항 내용에 집중치료, 위기개입, 질병의 발견을 포함해서 정신장애인을 위한 지역사회 서비스의 확충을 포함하고 있었다. 케네디 대통령 의회 연설의 효력으로 정신장애인을 위한 수용시설 및 지역사회 정신보건센터설립법(1963)이 제정되고 지속적인 정부의 정책으로 탈시설화 운동이 전개되었다. 이 법은 1965년에 시작된 광범위한 정신보건센터의 설립 계획과 실시를 위해 주정부를 도울 수 있는 연방 보조금의 지급을 승인했으며 지역사회정신보건센터가 제공하는 5가지 서비스 즉, 입원환자, 퇴원환자, 응급환자, 부분입원(낮보호), 그리고 상담과 교육 프로그램에 대해 규정하고 있었다. 뿐만 아니라, 운영체계에 있어서 지방에서 관리하는 분산화된 체계로, 제한적인 치료에서 덜 제한적인 치료 방법으로, 정신장애에 대한 장기적인 치료의 강조에서 단기치료와 예방에 근거를 둔 보호를 더 많이 강조하는 것으로 정신보건센터에 대한 초점의 변화를 예고했다(Halpern, et al, 1980:5~6). 지역정신보건센터건립법의 통과로 정신병원으로부터 퇴원하는 환자의 수가 급격히 증가하게 됨에

따라 지역사회에서 보다 효과적이고 경제적으로 환자를 관리할 수 있는 치료프로그램의 개발이 요구되었다(김경희, 1995). 그리고 탈시설화 정책은 정신장애인에 대한 지역사회에 기초를 둔 보호로 인해 정신병에 대한 새로운 접근법으로 인식되어졌다.

3) 주요대상별 탈시설화

탈시설화는 정신장애인, 발달장애인, 범법자, 아동, 노인을 중심으로 추진되어 왔다. 탈시설화 운동의 목적이 시설에 불필요한 입소를 막고 개인의 시설거주기간을 줄이는데 있었으므로 이들 주요대상들은 불필요한 시설수용에서 벗어나게 되었거나 시설에 거주하는 기간이 비교적 단축되었다(NASW, 1995:704).

(1) 정신장애인

정신장애인에 대한 탈시설화는 정신장애인의 수적인 증가, 이들을 시설 보호하는데 따르는 비용의 증가 및 새로운 치료법의 개발 등 여러 요인에 의해 이루어지게 되었으며, 정신병원에서 보호를 받던 환자들을 퇴원시켜 지역사회 내에서 서비스를 제공할 수 있게 됨에 따라 “탈원화”라는 용어로 언급되었다.

1950년대 정신장애인을 위해 가장 널리 보급된 시설형태는 주(State)나 혹은 군(County)정신병원의 입원시설로서 이러한 시설들이 탈시설화로 인한 영향을 가장 많이 받았다. 주와 군 정신병원의 환자 수가 감소된 통계조사를 보면, 1955년 558,922명에서 1991년 88,571명으로 84%나 감소하였으며, 시설의 수도 1970년 310개, 1989년의 290개, 1993년에 274개로 감소하였다. 또한 입원하는 환자의 수는 1969년 이후에 꾸준히 감소하여 1991년 255,185명에 달했다. 반면에 정신의료서비스를 제공하는 일반병원의 수는 1970년 166개에서 1988년 332개로 증가했으며 입원환자는 같은 기간에 17,808명에서 34,858명으로 거의 2배 증가했다(NASW, 1995:706). 이러한 통계는 단기순환형태의 보호가 환자들에 의해 지지되고 있음을 나타낸다.

(2) 발달장애인

발달장애인의 탈시설화는 Stickney(1972)가 제안한 지정지역 보호제도에 의해 촉진되었다. 지정지역 보호제이란 주거하는 지역사회 내에서 치료와 보호를 받을 권리에 관해 언급한 것으로 많은 수의 발달장애인이 지역사회에 근거를 둔 소규모 시설, 가정위탁보호, 위탁양육 등의 보호형태로 지역사회 내에 거주하게 되었다. 이러한 소규모 시설들은 1987년에 148,082명의 인구를 수용했

는데 이는 100개 미만의 병상을 가진 기관에 있는 사람들의 51%에 해당하는 것으로 나타났다.

1954년에 주립·군립 정신병원들은 발달장애인의 27%에 해당하는 48,000명을 수용하고 있었다. 이러한 수치는 1989년 1,605명으로 97%까지 감소한 것으로 나타났다. 또한 1970년과 1989년 사이에 발달장애인을 보호하는 공공주거시설의 수는 190개에서 1,305개로 증가하였지만 거주자의 수는 증가하지 않았다. 최근, 공립시설에 있는 발달장애인의 감소는 발달장애인을 위한 사립시설의 증가와 상응하고 있는데 사립시설은 1977년에 10,219개였으며, 1989년에는 중간보호시설, 집단주거 등을 포함한 38,657개의 시설이 있었다. 이러한 시설의 수용 인구는 같은 기간 동안에 89,120명에서 180,023명까지 증가했다(NASW, 1995:708).

(3) 범법자

1989년 조사(미 통상부, 1992)에 의하면 미국 성인 인구의 1.6%가 교정감독을 받은 것으로 나타났다. 이러한 교도소 수감자의 증가는 결국 새로운 감옥과 교도소를 지어야 했고, 이를 위한 예산 조달 수단에 대한 문제를 불러일으키게 되었다. 그러므로 교도소에 있는 범법자의 수를 감소시키기 위한 수단으로 지역사회 중심의 관리감독체계가 꾸준히 증가하였다. 주나 연방 교도소에 있는 인구의 수는 1960년의 212,953명에서 1980년의 315,974명, 1990년의 738,894명까지 상승되었으며 이는 1980년~1990년 사이 10년 동안 133%의 증가를 의미한다. 이처럼 주와 연방 교도소에 있는 수감자의 수가 증가되는 것은 집행유예와 가석방의 수가 증가되는 것과 상응하고 있다(NASW, 1995:708).

(4) 아동

아동의 탈시설화는 20세기 초반부터 기·미아 아동 및 방임된 청소년들을 위한 시설보호에서 벗어나 지역사회중심의 위탁가정보호제도를 실시하게 되었다. 시설보호 중심에서 위탁가정보호 중심으로의 변화는 1980년 이후 입양아동을 위한 영구가정 찾아주기 움직임과 병행되어 나타났다.

미 하원의 조사(1992)에 따르면 1988년에 452,381명의 아동이 24시간 보호를 받고 있는 것으로 나타났다. 1962년에는 위탁가정에 보호를 받고 있는 아동의 수가 272,000명이던 것이 1972년에는 319,800명에 달했으며, 1977년에는 500,000명으로 최고치에 달했다. 1983년에는 269,500명으로 감소했으며 1991년에는 다시 429,000명으로 증가하였다. 또한 입소기간은 5년 이상 보호를 받고 있는 아동의 비율이 1982년 18.2%에서 1988년에는 11.6%로 감소한 것으로 나타났으며(미 하원, 1992), 18세 이하의 아동을 위한 아동복지시설 이용비율은 1933년에서 1973년 사이 48%나 감소하였다(NASW, 1995:709).

(5) 노인

탈시설화는 주로 주립과 군립 정신병원에 수용되어 있는 노인에게도 영향을 미쳤다. 시설에 보호받고 있던 노인들 중 일부는 병원에서 나와 바로 지역의 요양원으로 옮겨졌으나 대부분의 경우 이송되지 못하고 여전히 시설에 남아 있었다. 오늘날 대규모 시설보호의 특징을 가지고 있는 요양소의 입소자들은 점차 지역사회에 기초를 둔 보호에 대한 욕구가 증가하고 있으며 이러한 욕구의 증가는 의료보험과 의료보호체계에 있어 많은 비용 부담을 가져오고 있다.

1960년과 1980년 사이에 정신병원에서 생활하고 있는 노인인구의 비율이 71% 감소되었고, 비시설적 집단 거주지의 노인 거주자 비율은 13% 감소되었으며, 요양소, 개인요양소 및 채택보호 가정에서 살아가고 있는 노인 거주 인구의 비율은 318%까지 증가했다(NASW, 1995:710).

4) 탈시설화의 현황

탈시설화는 미국의 경우 다양한 분야의 대상자들 즉 노인, 정신장애인, 발달장애인, 아동, 범법자 등(NASW)에게까지 확대 실시되고 있으나 퇴원한 부랑인의 증가가 새로운 문제로 대두되고 있다(이영문, 1995). 시설의 운영체계에 있어서는 대부분이 민간기관을 중심으로 운영되고 있으며, 연방정부와 주 정부가 이를 지원하는 체계로 되어 있다(한국보건사회연구원, 1999:66).

우리나라의 경우 사회복지시설은 사회, 경제 등 여러 측면의 변화에도 불구하고 무의무탁한 사람이나 연고자가 있어도 부양·보호할 능력이 없는 자 등으로 제한하며 폐쇄적인 체계를 중심으로 운영되고 있다. 여전히 공공성보다는 사익성을 강조하고 시설거주자의 사회적 기능의 강화, 재활, 재사회화를 도모하는 기능보다는 의·식·주를 중심으로 하는 구호와 구체적인 측면이 더욱 강했기 때문에 시설거주자의 인간다운 생존권, 교육권, 치료·재활권, 성장·발달권(김만두, 1994) 등은 서구에서 도입된 탈시설화의 영향으로 최근에 들어와서야 등장하기 시작한 재가복지 서비스 및 그룹홈, 단기보호 등 다양한 비 수용시설형태로의 전환을 통해 언급되기 시작하고 있다.

탈시설화의 영향으로 다양한 형태의 서비스 체계가 나타나게 되었는데, 특히 정신장애인의 사회복귀를 위해 지역사회에 기반을 둔 서비스 전달체계로 등장한 지역사회정신보건센터는 가장 대표적인 탈시설화 운동의 결과라고 할 수 있다. 현재, 우리나라에서는 정신장애인들을 위해 지역사회 내에서 제공하는 사회복귀를 위한 시설은 거의 전무한 실정이며 지역사회 정신장애인의 재활을 돕고자 하는 프로그램도 극히 제한되어 있다(오금주, 1997:3). 지역사회정신보건센터가 제공하는 서비스로는 단기입원, 외래치료, 낮병원, 주간보호, 응급서비스, 임시거주시설 - 그룹홈, Halfway House, Board and Care Home, Supervised Apartment - 등의 프로그램을 실시

(<http://www2.nownuri.net/user/%b9%cc/%b9%cc%b7%c3%b0% f5% c6%c3.ht>)하며, 상담과 교육 프로그램도 운영하고 있다. 국내의 프로그램으로는 연세대학교가 강화지역에 정신보건센터를 개설하고 지역사회 정신보건사업을 시행했던 바 있고, 서울대학교에서는 수년 전부터 연천의료원과 보건소를 연계하여 진행중인 시범사업이 있다. 그 외에는 1970년대 이래로 서울 시내와 지방의 몇몇 정신과 병·의원들에서 낮병원 제도가 도입되어 시행되고 있고, 1975년에는 광주의 성 요한 병원을 중심으로 한 지역사회 정신보건사업이 있으며, 서울지역에서 사회·심리적 재활센터로서 역할 중인 “샘솟는 집”(Fountain House)과 1991년 이후 시행 중인 용인정신병원의 직업재활을 통한 지역사회 정착 프로그램이 있다. 1995년에 보건복지부는 서대문구에, 1996년에 경기도는 수원시 권선구에 시범센터를 설치 운영하게 되었고, 보건복지부의 지원을 받아 아주대학교가 사랑밭 재활원에서 시도한 사회복지 프로그램은 현재 지원 없이 지속 중이다(이충순 외, 1996:12).

또한, 지역사회복지관을 중심으로 현재 시행중인 재가복지사업도 탈시설화의 영향으로 볼 수 있다. 재가복지사업은 1992년부터 거동이 불편한 노인이나 장애인 그리고 아동을 중심으로 시설 보호가 아닌 지역사회내의 가정에서 필요한 서비스를 제공하는 것을 목적으로 실시되었으며, 1997년 자료(보건복지백서, 1998:324)에 의하면, 전국 187개 재가복지봉사센터를 중심으로 재가복지사업을 실시하고 있는 것으로 나타났다.

1987년 우리나라에서는 처음으로 한국노인복지회에서 처음으로 재가복지사업을 시작했으며, 서울 장애인 종합사회복지관에서 지역사회중심재활사업(CBR: Community Based Rehabilitation)의 일환으로 1983년부터 서울시내 낙후지역을 중심으로 장애인 순회진단을 시작한 것이 장애인 복지 분야에서 재가복지사업의 발단이 되었다. 아동복지 분야의 경우 1985년 한국 어린이 재단과 MBC가 공동주최로 소년·소녀가장을 위한 캠페인을 벌여 사회의 관심을 불러일으키게 되었고, 이후 후원금 지원사업과 의형제, 의부모 등 결연 사업을 시작한 것이 재가아동복지사업을 시작하게 된 계기라고 할 수 있다(김범수, 1992:16~17).

3. 탈시설화의 영향

탈시설화의 본래의 의미는 시설보호대상자들의 시설의존을 줄이기 위해 가정이나 가급적 가정 상황에 가까운 환경에서 비 시설적인 방법으로 보호체계를 제공하는 것이었다.

미국의 경우, 탈시설화는 장애의 종류와 정도에 상관없이 진행되었으며 그 중 지역사회정신보건 운동(Community Mental Health Movement)이 대표적인 노력이었다. 그 결과 만성장애인들은

시설의 수용보호 생활을 떠나 지역사회에 복귀할 수 있도록 허용되었다. 이와 유사하게 장애인복지, 노인복지, 청소년 교정과 같은 영역에서도 변화가 나타났다. 하지만 탈시설화의 폐해도 심각하다. 예를 들면, 중증장애인이나 정신손상 장애인들의 경우, 탈시설화 정책은 적절한 주택이나 지역사회 환경상의 보완과 수정, 그리고 장애인과 더불어 살 수 있는 지역사회 주민들의 태도와 인식이 확립되지 않은 상태에서 추진되어 많은 장애인의 삶의 질을 더욱 저하시키는 결과를 초래하기도 하였다.

여기서 탈시설화의 영향을 긍정적인 측면과 부정적인 측면으로 나누어 살펴보면 다음과 같다.

1) 탈시설화의 긍정적인 측면

탈시설화의 가장 큰 장점은 대규모 시설에서 제공되는 보호에 비해 보다 더 인간적이고 효과적인 지역사회에 기초를 둔 보호라는 점이다(NASW, 1995:766). 구체적으로 탈시설화의 영향으로 나타나게 된 긍정적인 측면은 입원 환자의 감소, 입원기간의 단축, 시설의 소규모화, 다양한 서비스 프로그램의 등장, 시설 의존으로부터 탈피 등을 들 수 있다.

(1) 입원 환자의 감소

1979년 미국 국립정신보건연구원(NIMH)에 의하면 탈시설화는 지역사회중심 서비스로의 전환은 장기입원 환자의 수를 감소시키는 결과를 가져왔다. 시행된 조사결과에 따르면 증가추세에 있던 정신병원의 입원 환자 수는 1955년에 정신장애로 입원을 요하는 환자 170만 명중에 77%가 입원치료를 받았고 외래치료는 23%이었는데 1975년에는 전체 550만 명 중 32%가 입원치료이고, 외래치료는 65%, 주간보호가 3%이었다(Halpern, et al., 1980, p.25). 또한 일리노이주에서도 1955년에서 1975년까지 20년 동안 입원환자수가 47,000명에서 13,000명으로 감소하였다(<http://ub-counseling.buffalo.edu/Abpsy/lecture26.html>). 아울러 이러한 결과는 한계에 이른 정부의 공공재정 자원부담을 경감시키는 효과를 가져왔다.

1977년 시설에서 거주하고 있는 정신장애인 290,000명 중 87%가 16인 이상의 대규모 시설에서 거주하고 있었으며, 이들 중 반 수 이상이 주립 수용 시설에서 살고 있었다. 1988년 주립수용시설에서 거주하고 있는 사람의 숫자는 1977년 149,169명에서 91,440명으로 현저하게 감소하고 있다. 그리고 1988년 이후 16인 이상의 시설에서 사는 사람은 1977년의 87%에서 60%로 현저하게 감소를 보이고 있다. 1991년 뉴햄프셔 주는 수용시설이 없는 복지진달체계를 운영하기 시작하였으며, 뉴욕 주에서는 주 내에 있는 모든 수용시설을 폐쇄하고 포괄적인 지역사회서비스를 하기 시작하

였다(장비, 1995:49).

(2) 입원기간의 단축

시설에서 나오도록 하는데 중점을 두었던 1960년대와 1970년대는(전재일, 1998), 미국에서 탈시설화가 가장 많이 이루어진 시기이다. 주립정신병원 환자의 입원기간은 1970년이 1960년에 비하여 1.5년 이하가 16.6%, 1.5년~4.9년이 33.5%, 4.9년~9년이 53.6%, 10년 이상 입원한 환자의 경우 38.6%가 감소되어 5년 이상 장기입원 환자가 10년 사이에 40%이상 감소하였다. 1971년 주립정신병원의 표본조사에서 입원환자의 75%가 입원 후 3개월 이내에 퇴원하였고 87%가 6개월 이내에 퇴원하게 되었다(Halpern, et al., 1980:28).

(3) 시설의 소규모화

미국에서 지난 20년 동안 수용시설 형태의 거주시설은 거의 늘어나지 않은 상태로 남아 있으며, 이러한 수용시설을 폐쇄하는 경향이 최근에 일어나고 있다.

그러나 지역사회내에서 거주하는 그룹 홈 형태의 거주시설은 1960년대에 겨우 257개에 불과하였으나, 현재에는 11,000개에 달하고 있다. 15인 이하가 거주하는 그룹홈 형태의 시설에 거주하는 숫자는 1986년 현재, 104,189명으로 시설거주자보다 상회하고 있다(Larkin et al., 1988, 장비, 1995:44, 재인용). 또 다른 최근의 경향으로는 이러한 지역사회 거주서비스가 좀 더 적은 환경에서 소수의 장애인에게 제공되고 있으며, 시설의 욕구보다는 거주자의 욕구에 따라 서비스가 제공되고 있다는 것이다.

(4) 다양한 서비스 프로그램의 등장

탈시설화는 지역사회에서 알맞고 적절한 보호를 제공하는 것으로, 지역사회 내에 다양한 서비스체계가 나타났다. 자연스러운 가정환경과 가장 유사한 '위탁가정'과 4~6명의 거주자가 일반주택이나 아파트에서 생활하는 '그룹홈' 형태의 새로운 거주시설모형을 가져왔고, 지역사회 내 이용할 수 있는 이용시설이 많이 생겨나 가족들과 함께 지내면서 서비스를 받을 수 있게 되었다(장비, 1995). 그리고 단기 입원치료와 낮병원 등의 부분 입원 및 위기중재와 같은 새로운 치료법들이 개발되었고(이충순 외, 1996:13), 가정에서 생활하면서 서비스를 받는 재가복지서비스형태도 나타나게 되었다.

(5) 시설 의존으로부터 탈피

탈시설화의 또 다른 영향은 부적절한 시설화를 예방하고 정신장애인의 사회적, 경제적 기능과 독립심과 전반적인 삶의 질을 향상시킨 점이다(전재일, 1998:377).

요양원에서 보호받고 있는 거주자 수의 변화로 과거에는 장애와 질병의 다양한 증상에 관계없이 광범위하게 수용되었지만 오늘날 요양원 보호는 가장 취약한 사람과 특히 심한 정신장애인, 발작 또는 알츠하이머 환자들을 위해 제공되고 있다(<http://www.rwjf.org/library/chrcare/p2pg21.htm>). 탈시설화의 중요한 영향으로는 정신장애를 가진 채 탈시설화 된 많은 사람들이 재정의 부담에 있어 지역사회중심보호 체계로 인해 용기를 가지게 되었다는 점이다. 탈시설화된 사람들은 시설에 거주하는 사람들에 비해 복지서비스를 보장받는 것에 대한 관심이 높아지고 있다.

탈시설화 이후 시설거주자들은 3~6명이 거주할 수 있는 가정과 같은 환경에서 살았으며 적응 행동상의 의미 있는 변화를 보였다(Conroy & Bradley, 1985; Sokol-Kessler, et al., 1983, 장비, 1995:48, 재인용). 또한 박현순(1993)은 장애인이 공동생활(그룹홈)을 함으로써 자조기술, 가사기술 습득, 사회 편의시설 이용, 여가활동 등에서 큰 효과가 있었다고 보고하였다. 그리고 강석동(1993)은 정신장애인이 그룹홈 생활을 함으로써 행동상의 긍정적 변화, 형제·자매와의 관계개선, 심리적인 측면의 정적기능, 신변처리능력, 가사일 능력, 사회적응능력, 직장생활능력, 자율성, 여가생활, 의사소통 능력에서 큰 도움이 되었고 부모의 정서적 면도 긍정적 도움이 되었다고 보고하였다. 이외에도 수용시설 운영보다 지역사회거주가 비용 면에서 훨씬 효과적이라고 주장한 연구들이 나왔다(Heal & Laidlaw, 1980; Wieck, 1980).

2) 탈시설화의 부정적인 측면

탈시설화 정책은 시설 거주자의 거주지를 강제로 이전시켰으며, 이전보다 더 열악한 지역사회에 기초를 둔 시설에의 수용을 증가시켰다(NASW, 1995). 또한 퇴원 후 지속적인 서비스의 미흡, 퇴원한 환자를 돌보아야 하는 보호자의 보호부담 증대와 재입원화, 이전시설화(transinstitutionalization), 지방재정부담의 가중, 부랑인의 증가 등이 탈시설화로 인해 초래된 부정적인 측면이다.

(1) 퇴원 후 지속적인 서비스의 미흡

정신장애인에 대한 이해와 관심의 부족으로 정신장애인들이 전문 치료인이 확보되지 않은 시설에 맡겨짐에 따라 오히려 치료의 지연을 초래하게 되었다. 1960년대 지역사회 정신보건에서 정신장애인에 대한 관리가 소홀했다는 지적이 제기되었는데, 이는 탈시설화 운동 이후 환자들에 대한

관리를 전적으로 맡아오던 중앙정부와 지방정부의 책임소재가 흐려졌기 때문이다. 또한 만성정신 장애인 대부분이 일상생활능력이 없는 상태에서 방치되기 쉬웠음에도 불구하고 지역사회정신보건센터의 프로그램이 예방에서 치료 및 재활에 이르는 광범위한 것이어서 우선적으로 지역사회 내에서 다루어져야 하는 만성정신장애인에 대한 추후 관리나 재활 서비스가 소홀하게 다루어졌다(이충순 외, 1996:15).

(2) 보호자의 보호부담의 증대와 재입원화

시설의 폐쇄적 운영 및 획일적이고 집단적인 생활과 시설에 대한 지역사회의 편견으로 인해 시설 퇴소자는 사회적응에 있어서 친화력의 부족 등으로 여러 가지 문제점을 일으키는 것으로 나타나고 있다.

특히 만성 중증 정신장애인들은 병원 보다 더 열악한 상태에서 힘겨운 생활을 하다가 적응에 실패하고 증상이 악화되어 병원에 재 입원하게 되는 회전문 현상(Revolving Door Phenomenon)이 증가하게 되었다(이충순 외, 1996:15).

환자들은 대부분 완전히 치유되지 않은 상태에서 퇴원하였고 퇴원 후 약 30%에 해당하는 정신 장애인들은 대규모 병원과 별로 다를 것이 없는 보호주택과 같은 곳에서 살게 되었다. 또한 많은 수의 발달장애인들이 가족과 함께, 혹은 혼자 독립적으로 지역사회에서 살아가게 되었다(김정우, 1999:8). 하지만 시설 퇴소자들과 함께 생활해야 하는 가족 또는 친척 등의 보호자들은 보호의 부담이 증가하게 되어 소규모 보호시설에 다시 수용되어졌다.

(3) 이전시설화(transinstitutionalization)

미국에서 시설 내에 거주하는 대상인구는 실제로 1960년 1,887,000명(10만명 당 1,052명)에서 1970년에 2,127,000명(10만명 당 1,046명), 1980년에 2,492,000명(10만명 당 1,100명), 1990년에 3,334,000명(10만명 당 1,340명)으로 증가해왔다(NASW, 1995:705). 이 시기동안 탈시설화는 이전시설화로 이루어졌다.

탈시설화는 단순히 주립정신병원의 규모가 줄어든 것으로만 볼 수는 없다. 55만에 달하던 주립정신병원의 병상 수는 13만으로 줄어들었지만 퇴원 환자의 대부분(75만)이 요양소 등의 임시 기거 시설에서 비 정신과 환자, 걸인 등과 함께 생활하게 되는 새로운 형태의 수용현상이 나타나게 되었다(이충순 외, 1996:15).

탈시설화는 지역사회에서 생활할 준비가 되지 않은 상태에서 환자들을 강제로 퇴소시켜 무주택

자로 만들어 비교적 안정된 주거환경으로 작용했던 주립정신병원으로부터 환자들을 내몰고 더 나은 환경으로 인식되는 요양소 등의 주거환경이나 지역사회시설로 이동시키게 되었다.

(4) 지방재정부담의 가중

1960년대 말 정신보건센터에 대한 연방정부의 지원이 중단된 이후 주정부가 재원을 담당하게 되면서 대부분의 센터가 전문 인력과 예산이 부족하게 되어 활동이 위축되었다. 주정부의 재정지원이 비현실적인 것으로 나타났으며 보험체계에서는 신체질환에 비해 정신장애에 대한 수가를 매우 낮게 책정함으로써 센터의 재정을 더욱 악화시켰다(이충순 외, 1996:14).

또한 만성적인 정신장애나 장기적인 시설보호로 인해 정상적인 사회 생활을 위한 각종 권리 즉, 적절한 의·식·주를 보호받을 권리, 치료 및 적절한 의료보호에 관한 권리, 정신장애의 정도에 따른 교육을 받을 권리, 노동에 관한 권리 등 시설로부터 지역사회로 나온 환자의 기본적인 권리에 대한 법적인 보장이 제대로 이루어지지 않았으며, 자선에 대한 권리를 주장할 만한 여건도 갖추지 못한 상태로 방치되어졌다.

(5) 부랑인(Homeless)의 증가

탈시설화 운동으로 수용시설에서는 시설 투자에 노력을 기울이기보다는 수용환자의 인원수를 줄이는 방향으로 정책이 결정되었기 때문에 현재 미국에서 떠도는 무주택 결인중의 20%내지 50% 정도는 탈시설화로 인해 생긴 계층으로 추산되고 있다(김정우, 1999:6). 이처럼 장기간의 입원으로 거주지를 잃어버린 이들은 기본적인 의식주조차 해결되지 않아 시설에 있을 때 보다 더욱 열악한 생활을 해야 했다. 더욱이 상황이 나쁜 경우에는 적절히 보호받지 못하고 갈 곳이 없는 정신장애인들이 감옥에 가기도 하였다(Bachrach, 1976).

1978년에 뉴욕 시에서 탈시설화 한 환자 40,000명중의 37,000명 대부분이 부랑인으로 거리를 배회하고 있으며, 그들의 25~50%는 정신장애인이라고 추정되고 있다고 한다(<http://ub-counseling.buffalo.edu/Abpsy/lecture26.html>).

이러한 탈시설화의 문제점은 재정결핍 등의 이유로 탈시설화 이념을 실천하는 과정상의 문제가 주된 원인이었음을 알 수 있다. 탈시설화는 수용시설의 환경개선 뿐 아니라 지역사회의 시설을 개발하여야 하는 사전 요건을 갖추어야 하므로 오늘날과 같은 긴축재정 시대에 매우 값비싼 선택방안으로 남아있다(김정우, 1999:8).

시설에서 보호받는 것보다 지역사회에서 제공하는 서비스를 더 좋아하는지, 탈시설화로 인한 고립과 의존은 감소되었는지, 지역사회기관의 서비스에 만족하는지, 문제행동이 감소되고 건강이 향상되었는지에 대한 타당한 결과를 있다면 지역사회에 기반을 둔 보호와 시설보호를 분명하게 비교할 수 있을 것이다.

4. 결론 및 함의

사회복지시설은 장기수용보호가 필요한 대상자에게 가정을 대신하여 생활의 장을 보장해 주어 시설서비스를 통한 사회복지권을 도모하는데 그 목적과 의의가 있다고 할 수 있다.

탈시설화는 기존의 수용시설의 열악한 시설보호 상황에 대한 사회적 관심이 증대되어, 이것은 대규모 시설수용을 반대하는 시설보호에 대한 비판을 초래하여 시설거주자의 인권회복을 위한 움직임으로 나타났다. 이와 같이 탈시설화는 인도적 차원에서 시설거주자들의 열악한 실태의 폭로와 시설에 대한 부정적인 인식 등을 계기로 시설문제가 사회적 쟁점으로 등장하면서 시작된 후 정상화(Normalization)에 영향을 미쳤다.

20세기 중반부터 탈시설화로 인한 수용시설의 감소를 복지제정의 감축수단으로 본 보수주의자와 탈시설화가 인도적이고 효과적인 보호를 제공할 수 있다고 본 자유주의자들의 입장에 의하여 지역사회에 기반한 보호를 촉진하게 되었다. 그리고 안정제, 진정제 등 항 정신약물의 개발과 정신장애인의 일탈행동에 대한 사회적 관용이 증가하고 관련법의 제정에 따라 더욱 가속화되었다. 탈시설화는 정신장애인, 발달장애인, 범법자, 아동, 그리고 노인 등을 중심으로 확대되면서 급속히 진전되어 왔다. 탈시설화는 기존 사회복지시설운영에 그 영향이 확산되면서 종래의 수용시설 중심에서 벗어나 시설거주자들의 원래의 생활거주지와 지역사회를 중심으로 한 지역사회복지서비스를 활성화하는데 기여하여 왔다.

탈시설화가 외국에서 추진되어 오면서 우리나라에서도 시설의 개방과 지역사회와의 교류, 시설의 소규모화가 논의되기 시작하였으며 기존의 시설운영방식에 수반되어 온 문제점에 대한 대안으로서 그룹홈, 주간보호, 단기보호 등 다양한 서비스 프로그램들을 도입하여 탈시설화 경향을 추구하고 있는 실정이다. 우리나라의 사회복지관을 중심으로 시행중인 노인, 장애인, 아동을 대상으로 한 재가복지사업, 정신장애인을 위한 지역사회정신보건센터, 장애인종합복지관에서 장애인을 대상으로 하는 지역사회중심재활사업(CBR) 등은 서구의 탈시설화의 영향으로 볼 수 있다.

보건복지부가 2000년 4월부터 장애인 복지시설의 탈시설화, 개방화 및 사회통합을 위한 기반조

성으로 사회복지프로그램 특별지원사업을 착수함으로써 탈시설화는 더욱 확산될 전망이다. 한편 우리나라는 경우 최근의 IMF 영향으로 실직자, 파산자들이 증가했고 이들 중에는 시설에서의 보호를 필요로 하고 있는 이들이 많지만 이를 위한 충분한 보호시설이 부족하여 노숙자 문제가 제기되고 있다.

외국의 경험에서 볼 때 사회복지시설의 발달은 소규모 시설화, 다양한 보호서비스의 분화, 시설 운영주체의 다원화, 민간자원의 제도화 그리고 지역사회복지의 자원화로 변화해 가고 있다.

탈시설화의 이념을 달성하기 위한 지역사회중심보호로의 전환은 시설거주자가 지역사회로 돌아왔을 때, 적절한 사회적 기능을 수행하게 하기 위해서는 시설이 아닌 지역사회 내에서 재활이 이루어질 수 있어야 하고 가능하다면 재활과정이 지역사회 속에서 행해지도록 수용시설의 규모를 축소하여야 하며, 가정과 같은 분위기를 갖는 소규모형태의 그룹홈을 활성화하여 지역사회와의 거리를 좁혀 나가야 할 것이다.

그룹홈, 주간 및 단기보호시설, 복지관 등 이용시설 확충과 가정방문 간호사업 등 재가복지서비스 이용 활성화를 통해 가능한 한 시설 입소를 억제해야 하며, 시설거주자의 가정 환경 및 개인 특성에 따라 전문적인 치료 및 재활서비스를 제공하여 조기에 가족 및 보호자의 가정으로 복귀를 유도할 필요가 있다. 이를 위해 단순 수용 기능만 하는 시설은 축소해 나가되, 시설의 기능을 치료 위주의 전문적인 시설로 전환하여야 할 것이다.

우리나라의 수용시설은 훌륭한 설비를 갖추었다고 해도 시설의 입지조건이나 운영상 지역주민들에게는 별로 활용되지 못했거나 지역주민의 시설에 대한 선입견으로 인해 지역사회와의 교류가 거의 없는 폐쇄적인 시설 운영이 이루어져 왔다. 탈시설화의 본격적인 진행에 앞서 이러한 시설들을 지역사회에 개방하여 지역사회 내에서 서비스 프로그램이 상호 이용될 수 있도록 시설의 개방화가 선행되어야 할 것이다. 따라서 시설거주자와 지역사회 주민들간에도 통합화(Integration)와 정상화(Normalization)의 이념을 바탕으로 상호 서비스를 교환할 수 있는 다목적 시설로서 성격이 전환되어야 할 것이다.

외국의 경험을 통해서 볼 때 탈시설화는 입원 환자의 감소, 입원 기간의 단축, 시설의 소규모화, 다양한 서비스 프로그램의 등장, 그리고 시설의존으로부터의 탈피와 같은 긍정적인 면을 발견하였다. 그러나 탈시설화는 이러한 긍정적인 측면만이 아니라 시설거주자들이 퇴원한 이후 지속적인 서비스가 필요하고, 보호자의 보호부담의 증대와 재입원화의 우려, 새로운 다른 형태의 시설로의 수용보호를 가져온 이전시설화의 경향, 지방재정의 부담의 가중, 그리고 부랑인의 증가 등과 같은 부정적인 문제점이 제기될 수 있기에 이에 대한 대안을 적극 모색하여야 할 것이다.

끝으로 외국에서 탈시설화의 추진으로 나타난 문제점들은 탈시설화 정책 내용상의 문제라기 보

다는 수행과정상에서 제기된 문제라 할 수 있다. 사회적 통합을 이루기 위한 탈시설화는 사회복지 시설의 구조적 변화뿐 아니라 지역사회와의 기능적인 연계를 통하여 시설거주자와 지역사회에서 서비스를 받고 있는 대상의 인간다운 삶을 보장하는 방향으로 나아가야 할 것이다. 따라서 우리나라는 적극적인 탈시설화를 추진하는 것이 바람직하며 다음과 같은 전제가 요구된다.

먼저, 시설수용보호 대상자들에 대한 지역사회주민들이 받아들일 수 있는 관용적 태도가 확립되어야 할 것이고, 둘째, 현재 시설거주자들이 퇴소 후 개인 및 지역사회생활에 적응할 수 있는 준비훈련이 선행되어야 할 것이다. 셋째, 시설거주자들의 퇴소 후 적응을 위한 지역사회중심의 다양한 서비스가 개발되어야 하고, 넷째, 중증 시설거주자들을 위한 치료시설을 더욱 강화하고, 다섯째 지역사회자원을 포함한 필요한 재정의 확보로 인간적 권리를 보호 받을 수 있는 지역사회거주환경을 조성·유지하여야 할 것이다.

참고문헌

- 강석동. 1993. "정신지체인을 위한 집단가정(Group Home) 서비스가 정신지체인과 그의 어머니에게 미치는 영향에 관한 연구." 숭실대 대학원 석사학위논문.
- 김경희. 1995. "사회복지 시설의 개방성에 관한 연구: 육아시설을 중심으로." 한남대 지역개발 대학원 석사학위논문.
- 김규수·김태진. 1993. "사회복지시설의 현황과 과제." 《사회복지연구》. 21호. 대구대학교사회복지연구소. pp.2~3.
- 김덕순. 1997. "정신지체인 그룹홈에 대한 이론적 연구: 사회사업가의 역할을 중심으로." 강남대 사회복지 대학원 석사학위논문.
- 김만두. 1994. "우리나라 사회복지 시설에 대한 제도와 정책." 《한국 영양학회지》. 춘계 심포지움.
- 김범수. 1992. 《재가복지론》. 홍익제.
- 김범수. 1994. "탈시설화와 재가장애인 사업의 전개방안." 《한국 사회복지》. 제1집. 강남대부설 한국 사회복지연구소. pp.298~302.
- 김수영. 1998. "여성장애인의 사회통합을 위한 사회·심리재활에 관한 연구." 대구대 대학원 석사학위논문.
- 김정우. 1999. "미국의 탈시설화 운동과 장애인 복지 행정에 비추어 본 우리의 과제." pp.3~8.
- 박태영. 1995. 《사회복지 시설과 지역사회》. 백산 출판사.
- 박현숙. 1993. 《장애인 공동 생활 가정 실태조사 연구》. 서울특별시 시립 정신박약자 복지관.
- 변용찬 외. 1996. 《사회복지 수용시설의 현황과 정책과제》. 한국보건사회연구원.
- 보건복지부. 1998. 《보건복지백서》.
- 서현정. 1992. "그룹홈과 시설에 수용된 청년기 정신지체인의 적응 행동 비교." 대구대 대학원 석사학위논문.
- 오금주. 1997. "지역사회 정신 장애인의 사회복지귀를 위한 정신사회 재활 프로그램의 효과." 대구대 대학원 석사학위논문. pp.3~10.
- 오영환. 1998. "경기지역 재가복지봉사센터 운영의 개선방안에 관한 연구." 강남대학교 사회복지 대학원 박사학위논문. pp.1~11

- 오혜경. 1996. "영국의 지역사회보호서비스의 전개와 기본조건." 《사회복지 리뷰》. 창간호. 가톨릭대학교 사회복지연구소.
- _____. 1998. "장애인 자립생활 실천에 관한 연구." 《사회복지 리뷰》. 제 3집. 가톨릭대학교 사회복지연구소. pp.6~10.
- 이영문. 1995. "지역사회정신보건사업의 현황과 발전과제." 《95추계 학술대회 한국 정신의료사회사업학회》. 한국정신의료사회사업학회.
- 이영철. 1998. "사회통합을 위한 지역복지 계획에 관한 고찰." 《지역사회복지운동》. 5집. 한국지역사회복지운동연구회.
- 이충순 외. 1996. 《현대정신보건과 지역사회: 정신장애인을 위한 정신사회 재활치료 프로그램》. 경기도 수원시 용인정신병원.
- 장 비. 1995. "한국의 그룹 홈 그 실태와 전망". 《정신 지체연구》. 제3권.
- 장인협·오정수. 1997. 《아동·청소년 복지론》. 서울대 출판부
- 전재일. 1998. 《사회복지실천의 이해》. 사회복지개발연구원.
- 조홍식. 1998. "장애인 수용 시설의 지역사회 개방화." 《재활복지》. 제 2권 제 2호.
- 최은식. 1997. "장애인 공동가정에 대한 주민의식 조사연구." 대구효성가톨릭대 대학원 석사학위논문.
- 한국보건사회연구원. 1996. 《사회복지 이용시설서비스 통합화 방안》.
- _____. 1999. 《사회복지시설 거주자의 건강증진 및 시설운영 개선방안 연구》.
- 秋山智久. 1988. 《社會福祉施設運營論》. 全國社會福祉協議會 社會福祉研修센터.
- Halpern, Joseph, et al. 1980. *The Myths of Deinstitutionalization: Policies for The Mentally Disabled*, Westview Press.
- Heal, L. W. & Lailaw, T. J. 1980. Evaluation of residential alternatives in A. R. Novak & L. W. Heal(Eds.). "Integration of Developmentally Disabled Individuals into the Community." Baltimore. Maryland: Brooks.
- Leona L. Bachrach. 1976. *Deinstitutionalization: An Analytical Review and Sociological Perspective*
- NASW. 1995. Encyclopedia of Social Work, 19th
- O'Brien, J. and O'Brien, Connie Lyle. *Unfolding Capacity: People with Disabilities and Their Allies Building Better Communities Together*. Responsive Systems Associates.
- Scheerenberger, R.C., "Deinstitutionalization in Perspective", James L. Paul et al., ed., *Deinstitutionalization : Program and Policy Development*, 1977.

Sokol-kessler, L., Conroy, J., Feinstein, C., Lemanowicz, J., & McGuin, M. 1983. "Developmental Regress in Institutional and Community Settings(Pennhurst Study pc-83-2)." Philadelphia; Temple University Developmental Disability Center.

Whitman, Craig. 1991. *Heading Toward Normal: Deinstitutionalization for The Mentally Retarded Client*. U.M.I.

Wieck, C. A. 1980. "The Cost of Public and Community Residential Care for Mentally Retarded People in The United States." Unpublished Doctoral Dissertation. University of Minnesota.

<http://www2.nownuri.net/user/%b9cc/%b9cc%b7%c3%b0.../cmh4.ht>

<http://www.mentalhealth.com/mag1/p51-sc02.html>

<http://www.rwjf.org/library/chrcare/p2pg21.htm>

<http://ub-counseling.buffalo.edu/Abpsy/lecture26.html>

<http://www2.nownuri.net/user/%b9%cc/%b9%cc%b7%c3%b0%f5%c6%c3.html/svc-dc.htm>

<http://www.mohw.go.kr>