

---

# 지역사회 통합돌봄과 불평등 구조

김창엽\*

## 초록

이 연구는 한국 사회에서 진행 중인 지역사회 통합돌봄 제도의 형성과 변화 과정에서 불평등 문제가 어떻게 발생하는지 그 구조와 기전을 분석한다. 2024년 제정된 「의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률」과 그동안 진행된 ‘선도사업’을 중심으로, 통합돌봄의 사회적 실재를 형태발생론(morphogenesis)과 합판체제(적층체제, laminated system)의 관점에서 탐구한다. 연구는 지역사회 통합돌봄이 단순한 정책적 조치 또는 사업이 아니라, 행위 주체(국가와 정부, 제공자, 주민과 이용자) 간의 상호작용을 통해 구성되고 변화하는 사회적 실천임을 강조한다. 특히, 자본제적 시장구조와 역사적으로 형성된 보건복지 정책, 그리고 행정 체계가 통합돌봄의 불평등을 구조화하는 방식에 주목해야한다고 주장한다. 또한, 지역적·사회경제적 조건에 따른 서비스 접근성과 자원의 불평등 구조가 어떻게 돌봄의 불평등을 심화시키는지 분석한다. 마지막으로, ‘사람 중심 관점’을 통해 기존 정책과 연구가 간과한 주민과 이용자의 경험과 문제 인식을 조명하고, 지역사회 통합돌봄의 형평성을 강화할 수 있는 사회권력(social power)의 역할과 가능성을 모색한다.

**주요 용어:** 지역사회 통합돌봄, 형태발생론, 불평등, 사람 중심 관점, 사회권력

---

\* 서울대학교 보건대학원, (사)시민건강연구소 (E-mail: cykim@snu.ac.kr)

투고일: 2025.2.3./ 수정일: 2025.2.11./ 게재확정일: 2025.2.13.

---

## I. 서론

현재 한국 사회가 공유하는 ‘지역사회 통합돌봄’의 내용은 2024년 3월 제정된 ‘의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률’이 규정하는 바를 크게 벗어나지 않는다. 즉, 이 법 제1조가 명시하는 대로 “노쇠, 장애, 질병, 사고 등으로 일상생활 수행에 어려움을 겪는 사람이 살던 곳에서 계속하여 건강한 생활을 영위할 수 있도록 의료·요양 등 돌봄 지원을 통합·연계하여 제공하는” 사업 또는 정책을 가리킨다.

입법이 공적 영역에서 해결해야 할 사회적 과제와 방법을 제시하는 핵심 방법이라면, 이 법에 규정한 통합돌봄은 한국 사회의 변화, 즉 인구구조, 보건과 복지 필요와 수요, 서비스 공급 체계, 정주 조건과 주거 환경 변화 등을 반영한다. 중요한 것은 이 변화가 지금도 진행된다는 점이다. 아직 형식과 내용이 확정되지 않고 유동적이며, 앞으로도 상당 기간 변화하고 진화할 것으로 예상된다.

이런 맥락에서 지역사회 통합돌봄은 정책과 사업 대상이자 서비스 수요와 공급을 포함한 여러 행위 주체의 사회적 실천으로, 일정한 사회 체계와 관계 안에서 변화하는 공식, 비공식 제도의 형성 또는 ‘형태발생(morphogenesis)’으로 이해할 수 있다(Archer, 1995). 특히 공식 제도로서의 지역사회 통합돌봄은 안정되지 않고 계속 만들어지는 과정에 있는, 즉 형태발생의 한가운데 있으면서 구조와 행위 주체의 상호작용에 따라 달라지는 개방적인 사회적 실재라고 할 것이다.

이러한 사정 때문에, 미래에 실현될 지역사회 통합돌봄에 대해 자연과학 실험과 같은 예측(prediction)을 하는 것은 불가능하다. 아직 실현되지 않은 현실(the actual)을 평가하기 위해서는 경험(the empirical)의 규칙성을 토대로 하는 실증주의적 분석도 적용할 수 없다. 경험이나 현실을 다루지 않으므로 보통의 비판실재론적 분석, 예를 들어 역행추론적(retroductive) 논증도 적절하지

않다(바스카, 2024). 그 대안으로는 현재와 과거의 구조(structure)와 기전(mechanism)에 관한 기존 지식을 바탕으로 변증법적 변화의 가능성과 경향을 추론하는 접근을 택하는 것이 가장 과학적인 방법이라 할 것이다(Ollman, 2003).

이 글은 이러한 문제의식을 기반으로 지역사회 통합돌봄이 제도화하는 과정에서 어떤 문제가 현실적인 것이 될 수 있는지, 특히 불평등 문제에 초점을 맞추어 가능성과 경향성을 탐색하려는 시도이다. 연구와 실천을 막론하고 지역사회 통합돌봄이 많은 관심을 받고 있다는 점에서, 비판실재론적(critical realist) 논증을 통해 새로운 지식을 생산하려는 일종의 방법론적 시도이기도 하다.

## II. ‘형태발생’으로서의 지역사회 통합돌봄

정책과 사업 내부 시각으로는 지역사회 통합돌봄의 형성 과정을 제대로 포착하기 어렵다. 지역사회나 주민, 서비스 제공자와 제공체계 등 사회적 조건을 고려하지 않으면 좁은 의미의 정책이나 사업의 결정, 형성, 실행을 규명하는 데도 한계가 있다.

‘지역사회’라는 표현에서도 드러나듯이 모든 종류의 통합돌봄은 새로운 정책이나 사업을 넘어 ‘사회 변화’를 목표로 한다. 예를 들어, 흔히 통합돌봄에 포함되는 주거는 보건의료나 돌봄과는 다른 체계에 속하는 것으로, 이를 바꾸거나 개선하는 데는 주거 자체는 물론 가족, 교통, 경제활동 등 다른 체계 변화가 동반되어야 한다.

사회 변화에서는 다양한 행위 주체가 존재하며, 국가와 정부가 권력을 독점하지 못한다. 지역사회를 기반으로 하는 모든 정책과 사업에는 국가와 정부가 가장 중요한 행위자이지만, 형성과 변화를 결정하는 행위자는 그 범위를 뛰어넘는다. 정부와 서비스 공급자 외에도 주민,

---

가족, 지역사회 등 다양한 행위 주체가 단순 참여자를 넘어 중요 행위자가 되는 것이다. 좁은 의미의 돌봄과 보건의료 영역뿐 아니라 생활, 문화, 교통, 주거, 통신 등 다른 영역까지 포함해야 한다.

기존 정책 이론에서 나아가 특히 행위 주체를 중요하게 고려해야 한다는 관점에서 실천의 주체와 전략을 포함하는 사회 변화 또는 사회 변형(social transformation)이라는 시각이 유용하다. 이런 맥락에서 비판실재론의 전통에 속하는 아처(Margaret Archer)의 형태발생론적 접근(Morphogenetic Approach)이 유용한 이론적 자원이 될 수 있다고 본다.

아처가 제시한 형태발생론적 접근에서 형태발생(morphogenesis)은 “기존 형태, 상태, 또는 구조를 고치거나 바꾸려는 과정”을 가리키고, 이와 비교하여 형태유지(morphostasis)는 “복잡계와 환경의 상호작용 과정에서 기존 체계의 형태, 조직, 상태 등을 보존하거나 유지하려는 경향”을 뜻한다(Archer, 1995). 노인 돌봄에서 장기요양보험 제도 출범 후의 변화를 형태발생이라 한다면, 그 후에도 유지되는 전통적인 가족 중심 돌봄은 일종의 형태 유지라고 할 수 있다.

그는 형태발생론적 접근을 바스카의 사회 존재론과 사회 변화 이론(예를 들어 ‘변형적 사회 활동 모델(Transformational Model of Social Action, TMSA)을 보완하는 방법이라고 주장하면서 사회변동-유지의 역동을 구조-행위 주체-문화(SAC: Structure, Agency, Culture)의 상호 관계라는 틀로 정식화했다(콜리어, 2010; Archer, 2020). 이 모델의 특징 중 한 가지는 구조와 문화를 내용이 서로 다르고 상대적으로 독자적인 것으로 설명한다는 점이다(Archer, 1996). 문화를 중시한다는 점에서 아처의 접근 방법은 보건의료와 돌봄에 특히 중요한 이론 자원이 될 수 있다. 돌봄과 보건의료에서는 제도, 인력, 시설, 또는 역사적 경로 등이 구조에 속하고, 시설 돌봄에 대한 태도, 젠더와 가족 사이의 돌봄 분담, 관행이나 행태, 기술에 대한 선호와 의존 등은 문화에 속한다고 할 것이다.

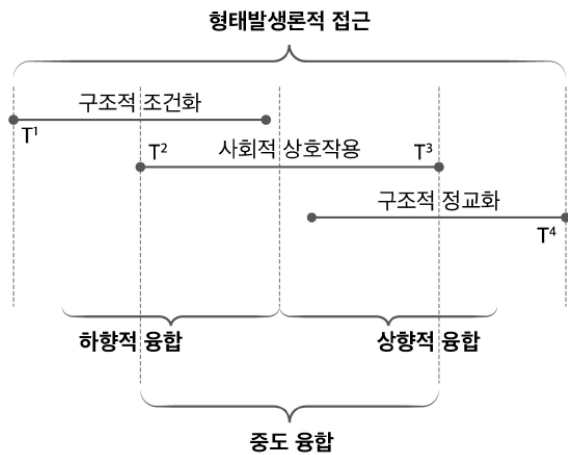
지역사회 통합돌봄을 이해하는 데 필요한 또 한 가지 존재론적 관점이 비판실재론이 말하는 ‘합판(또는 적층[積層] 체제, laminated system)’이라는 틀이다(바스카, 2024). 예를 들어, 장애라는 사회적 실재에는 생물학적 기제, 심리적 기제, 신체적 기제, 심리사회적 기제, 문화적 기제, 사회경제적 기제, 규범적 기제 등이 각각의 층을 구성한다(Bhaskar & Danermark, 2006). 지역사회 통합돌봄의 경우, 구조에서는 보건의료체계, 복지 전달체계, 지방자치제와 지방행정, 장기요양보험제도 등의 층을 생각할 수 있고, 행위 주체로는 지역 주민, 공공과 민간의 서비스 제공자, 중앙과 지방의 정책 담당자 등으로 층을 구분할 수 있다.

지역사회 통합돌봄과 그 변화라는 사회적 실재(the real)를 ‘합판 시스템’의 관점에서 이해하면, 여기에는 최소한 과학-생물학적 기제, 정치-제도적 기제, 사회-문화적 기제, 심리-정신적 기제가 동시에 존재한다. 이들 층은 각각 직접 작동하거나 층 사이의 상호작용, 발현, 융합을 통해 현실적인 것(the actual)과 경험적인 것(the empirical)을 만들어낸다(콜리어, 2010). 경험할 수 없거나 현실적인 것이 아니어도 그것이 가능하게 하는 구조나 기제가 실재한다는 것이 핵심이다.

추가적인 고려 사항 한 가지는 형태발생과 유지가 필연적으로 시간 의존적이라는 점이다. 구조와 행위주체성의 상호작용은 두 가지 원리로 귀결될 수밖에 없는데, 그 중 하나는 어떤 구조가 그 구조를 변형하는 행동에 앞서 존재해야 한다는 것, 그리고 다른 하나는 그 행동이 일어난 후에 새로운 구조 또는 변화된 구조가 형성된다는 것이다(Archer, 1995). 예를 들어, 장기요양보험 제도가 시행된 후에는(구조 변화) 가족 돌봄은 줄어들고 시설 돌봄의 수요가 증가한다(문화와 행동 변화). 이에 따라 과거 장기요양시설이 없던 지역에 시설이 늘어나고, 이는 다시 서비스 공급과 이용 증가로 이어질 것이다.(새로운 구조) 민간 기관이 경영 수지를 맞출 수 있는 인구 규모에서 사업을 시작해도 어떤 이유든 주민과 환자의 수요가 적으

면 결과적으로 운영을 중단할 수도 있다.

이상의 과정을 간단하게 도식화하면 다음 <그림 1>과 같다. 유의할 것은 형태발생 또는 유지가 끝나는 것처럼 보이는 시점(T4)은 다시 구조적 조건이 시작하는 시점(T1)으로 연결되어, 순환하는 구조가 된다는 점이다.



출처: (Archer, 1995)

[그림 1] 주기별 형태발생의 메커니즘

이 그림과 같이 형태발생론적 접근은 사회변동을 시간 경과에 따른 일종의 주기로 설명한다. 구조와 행위 주체 사이에 (사회문화적) 상호작용이 일어난다는 점은 많은 사회변동론(예를 들어 기든스의 ‘구조화’ 이론)이 이미 지적했으나, 대부분 이론은 위 그림에서 T2-T3에 해당하는 기간만 다룬다는 것이 아치의 핵심 비판이다(Archer, 1995).

지역사회에 돌봄 서비스가 부족할 때 주민들은 기존 구조에 따라 지방정부 당국에 대한 인식과 태도를 형성하고 이에 기초하여 시설 신설이나 보건소와 지방정부의 서비스 제공을 요구할 수 있다(T1). 이 과정에서 서비스 제공자와 주민 사이에 여러 상호작용이 발생하며 (T2~T3), 이에 따라 기존 서비스 확대, 새로운 서비스 요구, 체계 변화 등의 새로운 구조적 요구를 제기할 수 있다(T4).

형태발생론의 관점에서는 구조와 문화와 상호 작용하

는 행위 주체성의 중요성을 강조하는데, 비판실재론 특히 변증법적 비판실재론에서는 이를 설명하기 위해 행위 주체성이 네 가지 평면에서 형성된다고 주장한다(바스카, 2024). 사회적 존재와 그 활동이 ① 자연과의 물질적 교류, ② 사람들 사이의 사회적 상호작용, ③ 사회 구조, ④ 체화된 인격성의 총화 등 네 가지 차원에서 동시에 일어난다는 것이다. 이 중 사회적 관계에서는 권력관계와 담화적(discursive), 규범적(normative) 관계를 구분할 수 있고, 권력은 다시 행위 주체가 지닌 변화의 능력과 타인의 생각이나 행동을 강제할 수 있는 힘으로 나눌 수 있다.

지역사회 통합돌봄의 경우, 지역사회와 돌봄 또는 의료에 관한 사람들의 체화된 이해와 행동양식, 사회 구조에 속하는 공식, 비공식 제도와 정책에 대한 수용과 반응, 또는 문화, 지역사회 내에서 다른 주민이나 서비스 제공자, 제도 참여자와의 상호작용 등이 형태발생에 영향을 미친다고 해석할 수 있다.

### III. 지역사회 통합돌봄의 구조와 기전

선도사업 등을 통해 지역사회 통합돌봄의 경험이 축적되고 있으나, 아직 이로부터 규칙성과 법칙성을 발견하기는 어렵다. 더구나, 비판적 실재론의 인식 방법에 따르면 어떤 경험은 반현상적 또는 초현상적일 수도 있다(콜리어, 2010). 즉, 여러 사업에서 드러난 결과(현상)가 어떤 구조와 기제와 인과관계에 있다고 속단할 수 없다는 것이다.

이 때문에 여기서는 ‘실험적’ 차원에서 몇 가지 측면에 한정된 분석을 시도할 수밖에 없다. 지역사회 통합돌봄의 범주에 포함된 실천(정책과 사업)과 이에 관한 잠정적 평가를 기초로, 주요 핵심 특성을 기초로 경험과 현실의 구조와 기전을 밝히는 데 한정한다. 특히 불평등과의 연



---

업이 “통합체계”를 구축하기보다 “통합돌봄사업”이라는 이름의 서비스를 확대”한 것으로 해석해야 한다고 주장했다.

이상의 체계는 지역사회 통합돌봄에 맞춘 고유한 것이지만, 동시에 다른 많은 체계와 일반적 특성을 공유한다. 보건소, 공단, 보건복지서비스 등의 표현에서도 알 수 있듯이, 여러 단계에서 특히 의료와 건강보장 체계와 겹치고 지방행정과 지방자치제도와의 분리가 어렵다. 이는 심층 구조와 기전이 동일하거나 유사하다는 것을 뜻한다. 이 글에서는 그중에서도 세 가지 구조, 즉 자본제적 시장 구조, 보건복지 정책과 제도, 행위 주체의 구조적 특성에 초점을 맞추고자 한다.

## 2. 자본제적 시장 구조의 전개

일부 가족 돌봄을 제외하면 한국에서 모든 돌봄은 자본제적 시장체제에 편입되어 있다. 병원의 간병인 제도는 오래전부터 비공식 경제에 포함되었으나, 장기요양보험 제도가 성립되면서 돌봄 노동과 서비스가 시장체제로 제도화했다.

여기서 장기요양보험과 시장체제의 관계를 자세하게 설명할 여유는 없으나, 장기요양보험의 재원이 돌봄의 상품화와 돌봄 산업의 자본 축적에 안정된 경제적 원천 구실을 했다는 사실은 분명하다.

보건의료든 돌봄이든, 일단 상품화되고 자본제적 체제에 편입되면 생산과 소비의 주체는 일반적으로 규정하는 보건의료체계나 돌봄 체계의 범위를 넘는다. 특히, 서비스 생산자는 전통적인 서비스 제공기관을 넘어 다른 산업 영역(계약, 장비, 소모품, 정보통신, 금융 등)을 포괄한다. 이때 중요한 것은 자본주의 시장경제에서 시장을 확대하고 경제 규모를 늘리는 핵심 주체는 민간 부문이라는 사실이다. 이익을 추구하는 경제 주체들은 전에 없던 새로운 상품을 만들고 공급을 늘리며 그 과정에서 생산의 효

율성을 올리기 위해 노력한다.

자본주의 경제체제에서의 이윤 동기는 인간의 본성이나 도덕 문제로 치환할 수 없다. 이윤은 자본 축적을 위한 것이며, 이는 경쟁을 기본 원리로 하는 자본주의 시장에서 자본의 이성이자 경제적 합리성이라 할 수 있다. 물론, 자본은 진공 상태처럼 아무런 제약이 없는 곳이 아니라 다른 여러 권력과의 관계 속에서 운동한다. 자본 또는 경제권력 내부에서부터 성격이 다른 자본들이 나뉘어서 서로 협력하거나 경쟁하는 것이 대표적이다.

돌봄 서비스 제공자는 의료와 비교해도 규모가 작고 개인 사업자가 많아 자본의 논리가 작동하기 어렵다고 생각하기 쉽지만, ‘자본화’라는 변화 추세의 본질적 특성은 다르지 않다. 상당수 국가에서 금융자본이 요양시설 소유를 통해 시장에 진입하고, 제약 자본이 지역사회 질병 관리 서비스에 진출한 사례들이 자본화가 하나의 구조이자 운동이라는 것을 분명히 드러낸다. 즉, 돌봄의 특성이 아니라 시공간적 맥락에 따른 특정한 경제체제의 성격이 자본화 추세를 결정한다고 할 것이다.

한국의 돌봄 체계도 하나의 전체성으로서 자본제적 시장 구조 안에 있다. 다른 개입이 없다면 상품화, 자본화, 영리화가 강화되는 것은 필연적 경향성이다. 이런 구조 안에서 경제 주체로서의 돌봄 제공자는 이윤 최대화를 위해 다른 무엇도 아닌 경제적 합리성에 맞추어 자신을 계속해서 생산하고 재생산한다.

이런 과정이 아무 어려움 없이 직선적으로 진행되는 것은 아니다. 주로 기술과 지식을 기반으로 하는 다른 경제 주체와 비교하여 주로 노동에 의존해 가치를 창출하는 돌봄 자본은 자본 축적에 불리하다. 주로 생산량 증가에 의존하는 축적 체제는 자체 모순과 사회적 모순에 동시에 봉착할 가능성이 크다. 특히 공간적 의미에서 (시설이 아닌) 지역과 정치경제적 의미에서의 비수도권 비도시 지역은 자본제적 시장체제로서의 돌봄 체계의 모순을 쉽게 드러낼 수밖에 없다. 구체적으로는 생산의 효율성을 추구하기 어렵고 규모의 경제가 작동하지 않으며 ‘소

---

비자'의 필요를 충족하는 데 한계가 뚜렷하다.

불평등 관점에서는 자본주의 시장체제에서 드러날 수 있는 모든 문제가 그대로, 법칙적으로 반복된다. 경제체제의 성격에서 비롯되는 대부분 불평등이 돌봄과 지역사회 통합돌봄을 통해 그대로 관철된다고 할 수 있다. 현상적으로는 이미 현실에서 작동하고 경험이 축적된 의료 불평등과 크게 차이가 없을 것이다.

지역사회를 기반으로 한다는 점에서 불평등의 구조와 기전에서 차이가 있을 수도 있다. 사회경제적 지위에 따른 불평등도 되풀이되었지만, 돌봄에서는 특히 지역 불평등이 더 두드러질 수 있다. 돌봄 서비스의 특성상 필요한 인력, 지식, 시설 등의 자원을 확충하기 어렵고, 자원 배치의 효율성도 낮기 때문이다. 지역에 따른 재정적 능력의 불평등도 상당할 것이다.

### 3. 역사적으로 형성된 보건복지 정책과 제도

지역사회 통합돌봄에 관련된 정책과 제도는 크게 장기요양보험과 국민건강보험을 비롯한 사회보험제도, 보건소와 의료기관을 망라하는 보건의료체계, 사회복지 전달체계를 포함하는 지방행정체계 등으로 나눌 수 있다. 이들 체계와 제도는 각각 독립적으로 진화한 결과 지역사회 통합돌봄의 관점에서는 하나의 '합관체계'를 형성하며, 다른 관점에서는 각각의 체계(구조)가 창발(발현, emergence)을 통해 통합돌봄 체계를 구성한다(바스카, 2024).

흔히 재원의 공공성을 말하지만, 이것만으로 체계 전체의 공공성을 보장할 수 없는 것이 딜레마다. 서비스 제공과 이용이 시장 원리로 작동하는 한, 공공 재원은 오히려 구매력을 보장하면서 시장을 안정화하는 효과가 있다.

국민건강보험과 장기요양보험은 지역사회 통합돌봄 실행의 핵심 자원이라는 점에서 자본제적 시장체제에서 나타나는 대부분 현실과 경험의 기전으로 작동한다. 특

히 장기요양보험의 구조는 시작부터 이미 운용 중이던 국민건강보험의 구조와 원리, 방법을 거의 그대로 들어오는 방식으로 형성되었다. 장기요양(돌봄) 또한 상품화, 시장의 형성과 작동, 생산자와 소비자의 행동, 자본 축적 과정 등을 비슷한 방식으로 뒤따른다.

한 가지 유념할 것은 사회보험이 자본제적 시장체제를 형성, 확대하면서 동시에 이를 규율하고 통제하는 이중적 역할을 했고 지금도 그렇다는 점이다. 개인과 가계의 경제적 부담을 사회적으로 해결하면서 시장을 확대하고, 수요와 구매력을 바탕으로 서비스 제공자(생산자)를 시장으로 유도하는 것은 지역사회 통합돌봄을 확대하는 데도 긍정적으로 작용한다.

시장이 효율적으로 기능하는 데는 일정한 조건이 필요하고, 이를 충족하지 못할 때 시장은 실패한다는 점이 부정적 측면이다. 인구가 적고 수요가 부족한 경우, 규모의 경제와 생산의 효율성을 유지하기 어려울 때, 수익률이 낮고 투자의 유인 동기가 없을 때, 시장은 제대로 작동하지 않거나 유명무실해질 가능성이 크다.

사회보험이 핵심 재원인 한, 공적 주체가 서비스를 제공할 담당하더라도 이들은 민간 주체와 비슷한 시장 원리로 움직인다. 시장에서도 행동도 그렇지만 운영 원리와 규범은 사실상 '공기업'과 다르지 않다. 지방의료원 사례에서도 볼 수 있듯이, 시장 원리는 체계 운영과 의사결정의 규범에도 영향을 미친다. 즉, 공적 주체도 민간과 마찬가지로 사회보험 재원으로부터 수익을 올릴 수 있고, 효율적 운영을 통해 비용을 줄일 수 있으며, 이로써 다른 공적 재원의 지원없이 서비스를 제공할 수 있다고 본다. 적자가 나고 공적 재원을 지원하는 것을 경영 부실 또는 비효율로 받아들이는 것이다.

많은 행위 주체가 지역사회 통합돌봄을 기존 보건의료 체계의 '연장'으로 이해하는 것도 현실의 정치, 정책, 문화, 사회 구조라고 할 수 있다. 근본 이유와 경과가 어떠한 현재 주민과 제공자 모두에게 '통합적' 서비스는 존재하지 않는다는 점을 고려하면, 주민과 환자의 요구는 돌

---

봄보다는 의료에 치우칠 공산이 크다. 서비스 제공자와 제공 체계도 통합돌봄에 맞는 새로운 형태보다는 의료체계를 ‘보완’ 하는 형태로 귀결될 것이다. 재가의료의 확충이 부진하다는 정부의 평가나 통합체계보다는 ‘통합돌봄사업’이라는 새로운 이름의 서비스가 되었다는 평가가 모두 이런 구조에서 비롯되었다고 해석할 수 있다.

행정과 관리 체계의 측면에서는 지역사회 통합돌봄의 거버넌스 구조를 구성하는 국민건강보험과 장기요양보험, 공공보건체계, 복지전달체계, 의료체계가 모두 다르다는 점을 지적하고자 한다. 보건과 복지 영역에서 공공과 민간, 보건의료와 복지, 중앙집권과 지방분권 등의 거버넌스 구조가 복잡하게 얽혀 있는 것은 주지의 사실이다. ‘선도사업’ 과정에서 작동한 거버넌스 구조도 마찬가지다.

예를 들어, 지역사회 통합돌봄에 대해서는 원칙적으로 시군구 정부가 기획과 조정의 역할을 해야 하나, 사업과 정책의 모든 단계에서 국민건강보험 공단이 개입하는 구조를 피할 수 없을 것이다. 거버넌스를 결정하는 핵심에 재정 문제가 있기 때문이다. 흔히 지적하는 바 기술과 실무 영역의 연계와 조정이 문제가 아니라, 제도 또는 사업의 목표와 원리가 상충할 수 있다는 점이 중요하다. 시군구 정부로서는 가능한 한 많은 환자와 주민을 대상으로 할 동기가 있으나, 재원을 책임지는 보험자로서는 재정의 효율성과 서비스 영역별 배분을 고려할 수밖에 없을 것이다.

역사적인 보건복지 제도를 구조로 보고 이로부터 지역사회 통합돌봄 체계를 형성하는 한 가지 힘의 흐름이 나온다면, 결과적인 불평등 현상은 우리 사회가 이미 경험한 보건과 의료, 복지 불평등과 크게 다르지 않을 것임을 알 수 있다. 물론, 다른 구조와 기전으로부터 발전(창발)을 거치면서 새로운 현실이 나타날 가능성도 존재한다. 예를 들어, 지역사회 통합돌봄은 의료와 비교하여 시장이 작고 시장 원리의 작동 가능성도 떨어진다. 사회보험 재원을 그대로 활용하더라도 상품화의 진전 속도가 더딜

것이며 자본 축적의 가능성도 약할 것이다. 이 경우, 지역에 따라 공적 주체의 직접 서비스 제공도 확대할 수밖에 없다.

#### 4. 행위 주체의 구조적 특성

어떤 정책과 제도를 형태발생론의 관점으로 이해하는 것은 곧 정책을 그 내부 관점이 아니라 사회적 관점으로 접근하는 방법에 속한다. 이때 공공정책은 “정치적 정당성의 범위 안에서 여러 사회관계를 규제하기 위한 관계, 실천, 재현의 산출물”로 정의할 수 있다(Dubois, 2024).

이런 관점에서 형태발생론적 접근은 정책과 제도에서 특히 행위 주체의 중요성을 강조한다. 지역사회 통합돌봄의 제도화 과정 또한 마찬가지다. 지금까지 논의된 이 제도 또는 사업의 틀에서 중요한 행위 주체는 정책 당국, 서비스 제공자, 그리고 주민과 환자라 할 수 있다.

행위 주체(성) 가운데 국가권력의 관점에서는 노인 인구와 지역 문제를 둘러싼 통치(성), 지방정부의 관점에서는 지역 균형발전과 정부 역량(능력) 문제를 검토할 필요가 있다. 또한 서비스 제공자 관점에서는 적어도 전문직의 권력과 경제 주체로서의 특성 등을 다루어야 한다. 다만, 이 글의 목표에 전주어 자세한 논의는 생략한다.

행위 주체의 관점에서 국가권력과 정부, 그리고 서비스 제공자를 분석하는 이유 중 한 가지는 형태발생에 대한 이들의 역할과 기여를 이해하기 위한 것이다. 또는 이를 형태발생과 유지의 결정요인이라 표현할 수도 있다. 행위 주체의 역할과 영향은 주체들 사이에 상대적인 크기의 차이로 나타나며, 이는 다양한 행위 주체 사이의 권력관계로 나타낼 수 있다.

앞서 행위 주체 중 국가권력과 정부, 다양한 제공자에 관한 논의는 생략한다고 했지만, 여기에는 지역사회 통합돌봄의 경우 이들 행위 주체와 비교해 주민과 환자, 이용자라는 행위 주체에 충분한 관심을 기울이지 못했다는

사정도 작용한다.<sup>2</sup> 다시 말해, 불평등 관점에서 지역사회 통합돌봄에 대한 지식을 확충하기 위해서는 주민, 환자, 이용자 등의 행위 주체에 대한 논의를 크게 확대할 필요가 있다는 것이다. 이들 행위 주체를 망라해 여기서는 이런 접근을 일단 ‘사람 중심’ 또는 ‘주민 중심’ 관점으로 부르기로 한다.

사람 중심 또는 주민 중심(이하 ‘사람 중심’) 관점을 주장하는 첫째 이유는 그동안 지역사회 통합돌봄, 나아가 보건의료나 돌봄을 둘러싼 대부분 논의가 국가, 정부(특히 중앙정부), 전문가 관점에 치우쳤다고 보기 때문이다. 논의와 결정 과정에서 객관성과 공정함을 강조하기 위해 ‘제3자’, ‘공익’, ‘사회적’ 관점을 택한다고 주장할 때도 주체 측면의 치우침은 크게 다르지 않다. 나아가 주민과 지역사회 관점이라고 할 때도 그것이 국가나 정부 관점에서 주민과 지역을 대상화하지 않았는지 질문해야 한다.

예를 들어, 지역사회 통합돌봄이라고 하지만, 비수도권 농촌 지역민에게는, 여성에게는, ‘독거’ 노인에게는, 지역에 사는 장애인과 이주민에게는 무엇을 뜻하는지 물어야 한다. 인공지능이나 로봇을 활용한 돌봄을 이야기하지만, 이 또한 마찬가지다. 서비스 제공의 조정을 누가 맡을 것인지에도 사람 중심 관점이 필요하다.

집단의 건강을 다루는 보건 또는 공중보건의 본래 국가 친화적인 데다가, 우리 사회의 구성원 대다수가 발전국가 시기를 거치면서 ‘나라 만들기’의 심상과 심리를 내면화하고 있을 가능성이 크다. 건강과 보건, 돌봄과 복지를 다루는 그 누구도 이러한 국가, 정부, 권력이 큰 집단 중심의 시각을 완전히 탈피하기 어려우며, 결과적으로 반성과

성찰, 비판의 필요성도 크게 다르지 않을 것이다.

사람 중심 관점은 주로 실무와 기술 수준에 머무는 ‘사람 중심성(people centeredness)’ 개념을 포함하면서도 이에 그치지 않는다.<sup>3</sup> 둘 사이의 일치보다 차이를 더 강조하고 싶다. 사람 중심 관점의 실제 내용이 무엇인지 의문을 제기할 수 있으나, 이러한 익숙한 생각까지 다시 검토하는 것이 필요하다.

사람 중심 관점이라는 방법은 시공간적 맥락과 분리된 실질적 내용(substance)을 구성하려는 시도라기보다는, 역사적, 정치적인 구성물에 대한 비판의 성격이 더 강하다고 본다. 즉, 우리가 의도적으로 또는 의식하지 않고 받아들이는 전체, 가치, 규범, 이데올로기, 습관 등을 해체하고 전복하기에 ‘유리한 자리(vantage point)’가 바로 사람 중심 관점이다. 따라서 사람 중심 관점의 실질적 내용은 어떤 시기에 어떤 대상을 어떻게 비판하는지에 따라 달라진다.

사람 중심 관점의 구체적인 방법으로는 문제화(problematization)에 초점을 맞추기로 한다. 지역사회 통합돌봄을 어떤 문제를 해결하려는 사회적, 집합적 실천이라고 이해할 때, 그 문제를 누가 어떻게 정의하는지가 비판으로서의 사람 중심 관점의 핵심 역할이다. 이때 ‘문제’는 선형적(linear) 정책과정 이론에서 의제가 형성되고 정책결정이 일어나기 전에 정의되어야 할, 즉 정책과정 외부에 존재하면서 해결을 기다리는 문제라기보다는, 정책이나 정치 과정 내부에 있으면서 특정 정책이나 정치가 대표하려는 문제를 가리킨다. 바키(Carol Bacchi)는 이런 관점에서 문제보다는 특정한(잠재적) 문제가 사

2 사람 중심 또는 주민 중심 관점과 국가권력의 상호관계에서 지방정부가 교차성 또는 점점 역할을 한다는 점을 무시할 수 없다. 예를 들어 국가권력이 건강이나 돌봄에 관심을 두는 동기에는 통치 또는 통치성(governmentality)이 높은 우선순위를 차지할 가능성이 크지만, 지방정부는 정치적 주체로서의 주민과 근접성이 높아 주민 중심 관점에서 접근하는 경향이 강하다. 그럼에도, 한국의 보건의료와 돌봄 체계는 중앙집권성이 강하고, 지방정부 또한 관료제적 구조와 이에 따른 사업 방식에서 크게 벗어나지 않는다. 따라서, 지방정부의 미래 가능성을 인정하면서도, 상당 기간 국가권력의 구조와 실천 기전 대부분을 그대로 따를 것으로 본다.

3 예를 들어 세계보건기구가 주장하는 ‘사람 중심 보건의료(people-centred health services)’는 개인화되고 파편화된 보건의료 서비스를 개선하는데 초점을 둔다는 점에서 실무와 기술 중심이라 할 수 있다. 물론, 실무와 기술 차원은 중요하지 않다는 뜻은 아니다. 다음의 세계보건기구 자료를 참고할 것. <https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/ipchs-what/en/>

---

회적으로 정책 또는 정치 문제로 되어가는 과정에 주목하고, 이를 WPR(What's the Problem Represented to be?) 접근으로 개념화했다(Bacchi, 2016).

이 접근법을 따르면 시공간의 맥락을 벗어난 (객관적, 중립적, 과학적) 정책 문제는 존재할 수 없다. 정책 과정은 실재하는 문제를 어떻게 문제화할지를 지속해서 관리(또는 통치)하는 과정이다. 자원의 지역 불평등을 이런 시각에서 본다면, 정책이 현실에 개입한다기보다 문제화가 현실에 개입한다고 할 수 있다. 지역 불평등이 그 자체로 정책과 개입을 부른다기보다는, 지역 불평등의 문제화가 개입의 직접적인 계기가 되는 것이다.

지역사회 통합돌봄에서 문제이자 과제로 흔히 지적되는 통합과 연계 부족, 자원 부족, 재택의료의 어려움 등은 어떻게 '문제화'되었는가? 주민과 시민과 환자가 생각하는 자신의 문제(들)는 어느 부분에 어떻게 반영되어 있을까? 지금까지 문제라고 구성되거나 관심을 받은 것들은 누가 문제로 규정했고 어떤 과정을 통해 '권력'을 차지했을까?

지금까지 정책과 개혁의 과제를 구성했던 문제들은 좀처럼 사람들과 잘 연결되지 않는다. 국가권력이나 경제권력, 또는 전문가와 연구자의 관점이 지배적이었기 때문이다. 지역 돌봄의 '문제'는 때로 지역에 자원이 부족하다는 문제를, 어떤 때는 연계와 통합이 어렵다는 정책당국의 상황을, 아니면 미흡한 재택의료 서비스를 가리킨다. 대부분 정책 담당자, 의료 제공자, 보험자의 시각, 그것도 주로 중앙정부나 국가 관점에 가깝다. 이런 문제는 주민들이 일상에서 쓰는 표현이나 어법도 아니다.

사람 중심 관점에서 문제라고 할 때, 그 문제는 현실에서 사람들이 경험하고 느끼며 인식하는 문제일 수밖에 없다. 사람 중심 관점에는 국가나 경제권력 관점의 문제와 문제화를 비판하는 기능도 있지만, 나아가 내용으로 새로운 문제를 드러내는 구성적 효과도 있다.

행위 주체성의 관점에서 볼 때 사람 중심 관점은 국가나 경제, 서비스 제공자와 비교하여 상대적으로 약세를

면치 못하는 상태이다. 문제화 과정에서 그리고 그 결과로 제도나 사업 설계 단계에서 사람 중심 관점을 관철하기 어렵다는 것을 뜻한다. 사람 중심 관점이 적용될 만한 힘, 즉 '권력'이 상대적 열위에 있기 때문이다.

## IV. 결론

형태발생론과 비판실재론 관점에서 지역사회 통합돌봄(체계, 과정, 사업, 결과 등)은 보건의료와 돌봄의 자본주의적 시장 구조와 축적 체제, 국가권력이 주도하는 역사적 정책과 제도 구성, 지역사회 행위 주체의 사회경제적 특성이라는 실재에 기초하여 발생하고 변화할 것이다. 이런 구조와 기전, 권력관계가 변동하지 않으면 지역사회 통합돌봄도 한국 보건의료체계의 문제와 한계를 비슷하게 되풀이할 가능성이 크다. 특히 불평등 관점에서 새로운 사회 변화 또는 형태발생은 새로운 행위 주체의 힘(권력, power)에 의존할 수밖에 없다.

권력관계의 시각에서, 사람 중심 관점이 구조와 기전에 영향을 미치는 힘을 가질 때 특히 국가권력과 경제권력과 비교하여 이를 '사회권력'이라 할 수 있다. 또는 사람 중심 관점으로 사회적 실천의 주체가 되는 권력을 사회권력이라 할 수도 있을 것이다(라이트, 2012). 불평등에 관심을 두는 행위 주체가 일차적으로 사회권력이라고 할 때, 지역사회 통합돌봄의 새로운 형태발생 또한 사회권력을 강화하는 전략에 집중해야 한다.

라이트는 사회권력을 강화하는 경로를 크게 국가권력을 민주적 통치구조로 바꾸는 과제와 경제제도를 개혁하는 과제로 나누었다. 결국, 일부 경로를 제외하면, 사회권력 강화를 통한 사회 변화는 대부분 국가와 경제를 통해 간접적으로 실현된다. 지역사회 통합돌봄의 경우 정부에 요구하는 방법으로 제도를 확충하거나, 지역의 여

---

론을 만들어 민간 의료기관이 재택의료를 하도록 할 수 있다.

지금의 권력관계로 보면 대체로 이런 경로 이외의 가능성을 생각하기 어려운 것이 사실이지만, 사회권력이 국가권력에 영향을 미치는 경로나 경제권력을 동원하거나 압력을 가하는 구체적 경로는 단순하지 않다. 예를 들어, 의료복지사회적협동조합이 정책과 의료개혁을 포함한 사회 변화에 영향을 미치려면, 양적, 질적으로 그만큼 권력을 확보해야 한다. 다시, 그 기반이 될 정도로 사회 권력을 강화하는 과제는 과정과 결과 모두 도전적이다.

현재의 권력관계에서 특히 보건의료와 복지 영역에서는 사회권력이 경제권력에 영향을 미치는 과정에도 국가권력의 역할이 중요하다. 국가가 법률과 규정으로 의료와 돌봄의 실천을 규율하는 것 외에도, 국민건강보험이 경제권력의 핵심 기반이기 때문이다. 예를 들어, 사회 권력이 사람 중심 관점에서 지역의 통합돌봄을 촉진하려 한다면, 중앙정부, 지방정부, 정치권력, 보험자, 경제권력인 서비스 제공자에 모두 개입해야 한다. 권력의 원천이 법률, 제도, 공적 재정, 정책 등에 있으므로 국가권력에 대한 압력과 영향력 행사가 불가피하다. 이런 측면에서 다시 민주주의의 강화라는 과제가 대두된다.

사회권력 스스로 정당한 권력을 생산하고 강화하며 재생산하는 과정도 중요하다. 사회권력은 조건과 행위 주체와 무관하게 저절로 형성되거나 자연 발생하지 않는다. 사회권력은 사회 변화의 가치와 목표를 기반으로 일종의 ‘자기생산(autopoiesis)’을 통해 생성되며 진화하는 것으로, 의도적인 기획으로 촉진되고 행위 주체의 실천을 통해 확대되고 또한 강화된다.

현실에서 사회권력은 서로 이질적인 부분으로 이루어진 전체(totality)로 존재하며, 다양한 권력으로 분산되어 경쟁할 수 있고 때로 연합하거나 수렴할 수 있다. 변화 과정에서 다른 권력에 개입하는 사회권력이 반드시 정당하고 진보적이라 할 수 없는 것도 당연하다. 우위에 있는 다른 권력이 사회권력의 부분 또는 전체에 침투하면서,

사회권력이 ‘식민지화’하고 이로써 권력과 영향력이 약화하고 때로 견제와 통제 구실을 못 할 수도 있다. 자기 이해, 수평적 의사소통, 비판적 실천 등을 통한 성찰성이 사회권력의 ‘진리성’을 강화할 것이다(Liwanag & Rhule, 2021).

**연구윤리**  
해당없음.

**이해상충선언**  
본 논문에는 이해관계 충돌의 여지가 없음.

**사사표기**  
해당없음.

---

## 참고문헌

- 로이 바스카. (2024). 계몽된 상식 : 비판적 실재론의 철학. (김명희, 서덕희, 서민규, 이기홍 역). 한울아카데미. (원본출판 2016년).
- 보건복지부. (2023년 6월 28일). 노인 의료돌봄 통합지원 시범사업 개시.
- 에릭 올린 라이트. (2012). 리얼 유토피아: 좋은 사회를 향한 진지한 대화 (권화현 역). 들녘. (원본출판 2011년)
- 양난주. (2024). 지역사회 통합돌봄(community care), 누가 무엇을 해야 하는가?. **제5회 노회찬비전포럼세미나 자료집**.
- 앤드류 콜리어. (2010). 비판적 실재론(이기홍, 최대용 역). 한울. (원본출판 1994년).
- Archer, M. S. (1995). *Realist Social Theory: The Morphogenetic Approach*. Cambridge University Press.
- Archer, M. S. (1996). *Culture and Agency: The Place of Culture in Social Theory*. Cambridge University Press.
- Archer, M. S. (2020). Agency and Causal Explanation in Economics. In P. Róna & L. Zsolnai (Eds.). *The Morphogenetic Approach; Critical Realism's Explanatory Framework Approach*(pp. 137-150). Cham: Springer.
- Bacchi, C. (2016). Problematizations in Health Policy: Questioning How 'Problems' Are Constituted in Policies. *SAGE Open*, 6(2). <https://doi.org/10.1177/2158244016653986>.
- Bhaskar, R., & Danermark, B. (2006). Metatheory, interdisciplinarity and disability research: A critical realist perspective. *Scandinavian Journal of Disability Research* 8(4):278-97.
- Dubois, V. (2024). Bringing Bourdieu's Theory of Fields to Critical Policy Analysis. In V. Dubois. (Ed.), *Introduction to Bringing Bourdieu's Theory of Fields to Critical Policy Analysis*. (pp. 1-16). Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Liwanag, H. J., & Rhule, E. (2021). Dialogical reflexivity towards collective action to transform global health. *BMJ Global Health*, 6(8):e006825. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006825>.
- Ollman, B. (2003). *Dance of the Dialectic: Steps in Marx's Method*. University of Illinois Press.

---

# Community-Based Integrated Care and the Structure of Inequality

Chang-yup Kim\*

## Abstract

This study analyzes how inequality emerges in the formation and transformation of Korea's community-based integrated care system. The study explores the social reality of integrated care from the perspectives of 'Morphogenetic Approach' (Margaret Archer) and the 'Laminated System' (Roy Bhaskar). It emphasizes that community-based integrated care is not merely a policy measure but a dynamic social practice shaped by interactions among various actors, including the government, service providers, and users. Special attention is given to how the capitalist market structure and historically established health and welfare policies contribute to structuring inequality in integrated care. The study also examines how disparities in service accessibility and resource allocation, influenced by regional and socioeconomic conditions, exacerbate care inequality. Finally, through a people-centered perspective, the study highlights the experiences and problem awareness of residents and service users, often overlooked in existing policies and research, and explores the role and potential of social power in enhancing equity in community-based integrated care.

**Keywords:** Community-Based Integrated Care, Inequality, Morphogenetic Approach, Laminated System, Social Power, People-Centered Perspective

---

\* School of Public Health, Seoul National University, People's Health Institute (cykim@snu.ac.kr)