

연구보고서 2022-10

# 노숙인의 통합적 의료지원과 지역사회 정착을 위한 정책방안 연구

임덕영  
이태진·최준영·민소영·유야마 아쓰시·홍성운



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



한국보건사회연구원  
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



## 연구진

연구책임자	<b>임덕영</b>	한국보건사회연구원 부연구위원
공동연구진	<b>이태진</b>	한국보건사회연구원 선임연구위원
	<b>최준영</b>	한국보건사회연구원 연구원
	<b>민소영</b>	경기대학교 사회복지학과 교수
	<b>유야마 아쓰시</b>	일본 오사카공립대학 도시과학 방재연구센터 특별연구원
	<b>홍성운</b>	국민연금연구원 주임연구원

연구보고서 2022-10

### 노숙인의 통합적 의료지원과 지역사회 정착을 위한 정책방안 연구

발행일 2022년 12월  
발행인 이태수  
발행처 한국보건사회연구원  
주소 [30147] 세종특별자치시 시청대로 370  
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)  
전화 대표전화: 044)287-8000  
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>  
등록 1999년 4월 27일(제2015-000007호)  
인쇄처 거목정보산업(주)

© 한국보건사회연구원 2022  
ISBN 978-89-6827-874-7 93330  
<https://doi.or.kr/10.23060/kihasa.a.2022.10>

## 발|간|사

노숙인은 열악한 생활환경에서 살아가고 있는 계층이다. 거처가 정해져 있지 않다는 사회적 불리함은 의료서비스에 접근하는 것조차 어렵게 한다. 또한 극단적으로 열악한 거처에서 이루어지는 의료적 서비스는 큰 효과를 기대하기 어렵다.

이에 대한 기존의 대처 방식은 회복 공간으로 '시설'을 제공하는 것이었다. 특히 장기간 치료와 돌봄이 필요한 경우에는 홀로 열악한 집에서 사는 것보다 시설에서 안정적으로 서비스를 받는 게 적절하다고 여겨지기도 하였다. 그러나 최근에는 일단 주거를 먼저 제공하고, 필요한 치료와 돌봄은 이에 맞추어 지원하자는 관점이 설득력을 얻고 있다. 주거우선 접근(Housing First)이라고 불리는 이러한 정책방향은 '질병의 완치 후 주거 제공'이 아닌 '주거 제공 후 필요한 지원 제공'이 더 효과적이며 인권적이라는 관점에 기반한다.

이 관점에 따르면 지역사회에 사는 것은 어떤 자격을 갖추어야 하는 것이 아니라 '당위적'으로 보장되어야 할 권리이다. 어떤 사람이 지역사회에 살기 어려운 상황에 놓여 시설에서 살 수밖에 없다면, 문제의 원인은 집에서 살 권리를 보장하지 못하는 지역사회에 있는 것이지, 개인의 질환이나 상태에 있는 것이 아니다. 즉 주거우선접근은 어떤 것을 문제로 볼 것인가에 대한 관점을 전환시킨다. 이에 따르면 그동안 자립생활이 불가능하다거나, 지역사회에서 생활하기 위해서는 '훈련'이 필요하다고 평가된 사람들도 곧장 주거지원을 받아 생활하는 것이 정당한 것이 된다. 그리고 그들을 위해 지역사회가 서비스를 제공할 것이 촉구된다.

이 연구는 의료적 지원이 필요한 노숙인이 지역사회에 정착하기 위해 필요한 정책 방안은 무엇인지 고민하고자 한다. 또한 그간 시설 제공 중

---

---

심에서 주거지원을 통한 지역사회 통합으로 노숙인 복지의 방향이 전환되어야 함을 강하게 시사한다. 현재의 주거지원이 여전히 노동할 능력이 있거나 혼자 생활하는 것이 가능할 정도의 건강상태가 유지되는 사람에게 한정되는 경향에 대한 비판도 담고 있다.

장애가 있거나 질환이 있어도 누구에게나 주거가 지원되어야 하며, 필요한 서비스가 제공되어야 한다는 것은 당위적 목표로서 당연한 것일 수 있다. 그럼에도 불구하고 의료적 지원이 필요한 노숙인의 지역사회 정착은 한편에서는 가능할까라는 의구심 때문에, 다른 한편에서는 재정적 이유나 도덕적 이유 때문에 언급조차 되지 않았던 노숙인 복지의 역사가 있다. 그러나 최근 서울시의 지원주택 등 혁신적인 정책이 시행되고 있으며, 관련된 성과 연구도 축적되고 있다.

이러한 배경에서 이 연구는 당연시되어야 할 정책 목표를 다시 한번 확인하고, 국내외 선행연구 및 현장전문가 자문회의, 실태조사 등을 실시하여 그 결과를 근거로 구체적 정책 실행 방안을 제안한다.

이 연구는 임덕영 부연구위원이 책임을 맡았다. 원내에서는 이태진 선임 연구위원, 최준영 연구원, 홍성운 연구원이 참여하였다. 외부 전문가로는 민소영 경기대 교수, 유아파 아쓰시 오사카공립대학 도시연구플라자 박사 연구원이 참여하였다. 이 연구를 수행하는 과정에서 자문에 응해 준 자문위원, 조사에 협조해 준 노숙인 시설 관계자분들께 깊은 감사의 뜻을 전한다.

2022년 12월  
한국보건사회연구원 원장  
이 태 수



Abstract .....	1
요약 .....	3
<b>제1장 서론 .....</b>	<b>7</b>
제1절 문제 제기 .....	9
제2절 연구 목적 .....	12
제3절 연구 범위 및 연구 방법 .....	13
제4절 연구 구성 .....	14
<b>제2장 노숙인 의료와 지역사회 정착 지원에 대한 문헌 고찰 .....</b>	<b>17</b>
제1절 노숙인 의료와 통합적 지원의 필요성 .....	19
제2절 하우징 퍼스트: 유럽(EU)을 중심으로 .....	32
제3절 노숙인 의료와 지역사회 정착지원에 대한 선행연구 .....	52
<b>제3장 국외 사례 연구 .....</b>	<b>63</b>
제1절 미국의 노숙인 의료 및 지역정착지원 현황 .....	65
제2절 일본의 노숙인 의료 및 지역정착지원 현황 .....	108
<b>제4장 국내 노숙인 의료 및 주거지원과 지역사회 정착 지원 현황 ..</b>	<b>135</b>
제1절 노숙인 정책 개요 .....	137
제2절 노숙인 의료지원 제도 .....	149
제3절 노숙인 주거지원 제도 .....	162

---

<b>제5장 지역사회 정착 지원사업 분석</b> .....	<b>181</b>
제1절 현장전문가 자문조사 .....	183
제2절 지역사회 정착 지원사업 현황조사 .....	236
<b>제6장 결론</b> .....	<b>275</b>
제1절 주요 연구 결과 .....	278
제2절 정책 제언 .....	285
<b>참고문헌</b> .....	<b>311</b>
<b>부록</b> .....	<b>331</b>

# 표 목차



〈표 2-1-1〉 노숙인과 비노숙인의 표준화 사망률 비교 .....	20
〈표 2-1-2〉 노숙인과 비노숙인의 주요 질병이환율 (미국 및 스웨덴의 대규모 조사 결과) .....	23
〈표 2-1-3〉 노숙인의 건강 서비스 및 조사 관련 권장사항 .....	28
〈표 2-1-4〉 정책 관련 권장사항 .....	29
〈표 2-1-5〉 영국의 노숙인을 위한 통합적 보건 및 사회적 돌봄 가이드라인 .....	30
〈표 2-2-1〉 유럽의 국가별 하우스링 퍼스트 사업 내용 .....	36
〈표 2-2-2〉 하우스링 퍼스트의 주거생활 유지를 위한 서비스 .....	45
〈표 2-2-3〉 하우스링 퍼스트의 건강 유지관리를 위한 서비스 .....	47
〈표 2-2-4〉 하우스링 퍼스트의 사회통합 지원 .....	48
〈표 2-2-5〉 유럽 하우스링 퍼스트 서비스 대상자 중 1년 이상 주거 유지 성과 .....	50
〈표 2-2-6〉 하우스링 퍼스트 정책에 의한 건강 관련 긍정적 변화 .....	51
〈표 2-2-7〉 하우스링 퍼스트 정책에 의한 사회적 통합 효과 .....	52
〈표 2-3-1〉 노숙인 의료 관련 주요 선행연구 개요 .....	55
〈표 2-3-2〉 노숙인의 상태: 근로활동과 자립생활 능력에 따른 매트릭스 .....	58
〈표 2-3-3〉 지원주택 컨퍼런스의 노숙인 관련 발표 제목 .....	59
〈표 2-3-4〉 노숙인 주거지원 관련 주요 선행연구 개요 .....	60
〈표 3-1-1〉 McKinney-Vento Act(노숙인법)에 따른 노숙인 정의 .....	65
〈표 3-1-2〉 CES를 통하여 의료서비스에 접근할 수 있는 사례 소개 .....	75
〈표 3-1-3〉 SAMHSA가 제시하는 영구지원주택의 조건 .....	82
〈표 3-1-4〉 Pathway to Housing 서비스 내용 .....	95
〈표 3-1-5〉 폐해감소연합회가 제시하는 폐해감소 원칙 .....	96
〈표 3-1-6〉 뉴욕 Corporation for Supportive Housing의 주요사업 .....	98
〈표 3-1-7〉 뉴욕 Community Access 개요 .....	98
〈표 3-1-8〉 Project Renewa's Geffner House의 주요 서비스 .....	100
〈표 3-2-1〉 일본 거리노숙인의 규모와 그 추이 .....	111
〈표 3-2-2〉 일본 거리노숙인의 연령 .....	112
〈표 3-2-3〉 일본 거리노숙인의 노숙기간 .....	113

〈표 3-2-4〉 일본 거리노숙인의 노숙하게 된 이유 (복수응답) .....	114
〈표 3-2-5〉 일본 거리노숙인의 건강상태 (2021년 조사) .....	115
〈표 3-2-6〉 “그다지 좋지 않다”나 “좋지 않다”를 선택한 경우의 응답 .....	115
〈표 3-2-7〉 아무것도 하지 않는 이유 (복수응답) .....	116
〈표 3-2-8〉 노숙기간(노숙기간이 길면 최근 1년 이내)에 경험한 증상 (복수응답) .....	117
〈표 3-2-9〉 노숙기간의 입원 경험 .....	118
〈표 4-1-1〉 노숙인복지법에 의한 노숙인 개념 분류 .....	138
〈표 4-1-2〉 노숙인 시설 종류 및 내용 .....	138
〈표 4-1-3〉 연차별 집계에서 나타난 노숙인 등 규모 .....	140
〈표 4-1-4〉 지역별 노숙인 등의 규모 (2021년) .....	141
〈표 4-1-5〉 노숙인 등에 대한 복지서비스 내용 .....	142
〈표 4-1-6〉 노숙인 시설의 지역별 현황 (2021년 말 기준) .....	143
〈표 4-1-7〉 노숙인별 이용 가능한 시설 및 사업 내용, 서비스 내용 (예시) .....	145
〈표 4-1-8〉 제2차 노숙인 등의 복지 및 자립지원 종합계획 개요 .....	148
〈표 4-2-1〉 노숙인 의료지원 제도와 지자체 지원 개요 .....	151
〈표 4-2-2〉 노숙인 1종 의료급여 수급자 및 노숙인 진료 지정병원 수 .....	153
〈표 4-2-3〉 노숙인 진료 지정병원 의료기관 유형 .....	153
〈표 4-2-4〉 주요 지자체 노숙인 무료진료소 운영 실태 .....	154
〈표 4-2-5〉 노숙인 시설 유형별 보건의료종사자 배치 기준 .....	155
〈표 4-2-6〉 노숙인 관련 응급상황 및 취해야 할 조치 규정 .....	157
〈표 4-2-7〉 거리노숙인 위기관리사업 개요 .....	158
〈표 4-2-8〉 2022년 전국 노숙인 등 결핵검진사업 개요 .....	161
〈표 4-3-1〉 주거취약계층 주거지원사업 입주 대상자 .....	163
〈표 4-3-2〉 주거취약계층 주거지원사업 입주자 선정 시 지원 필요도에 따른 점수 가산 ..	166
〈표 4-3-3〉 서울시 임시주거지원 사업 개요 .....	168
〈표 4-3-4〉 서울시 지원주택 사업연혁 .....	170
〈표 4-3-5〉 서울시 지원주택 개요 .....	171



〈표 4-3-6〉 서울 지원주택의 주거유지지원서비스 .....	172
〈표 4-3-7〉 서울시 지원주택 입주자 모집 내용 .....	173
〈표 4-3-8〉 서비스 필요도 심사 내용 .....	174
〈표 4-3-9〉 주거상향지원사업 개요 .....	176
〈표 4-3-10〉 주거상향 지원사업 운영 성과: 지자체 .....	177
〈표 4-3-11〉 서울시 긴급지원주택 운영 현황 (2021년 기준) .....	178
〈표 4-3-12〉 긴급지원주택 2022년 개시 지자체 현황 .....	179
〈표 5-1-1〉 현장전문가 자문조사 개요 .....	184
〈표 5-1-2〉 현장 자문회의 참여 기관 및 자문위원 특징 .....	185
〈표 5-1-3〉 현장 자문회의 참여 자문위원 현황 .....	186
〈표 5-1-4〉 종합지원센터 현장전문가 자문위원 개요 .....	189
〈표 5-1-5〉 종합지원센터 현장전문가 자문 소결 .....	210
〈표 5-1-6〉 생활시설 현장전문가 자문위원 개요 .....	212
〈표 5-1-7〉 생활시설 현장전문가 자문 소결 .....	234
〈표 5-2-1〉 지역사회 정착 지원사업 현황조사 개요 (노숙인시설) .....	237
〈표 5-2-2〉 지자체별 시설 유형별 응답 현황 .....	238
〈표 5-2-3〉 주거지원사업 운영 여부 (거처유형별) .....	239
〈표 5-2-4〉 주거지원사업 운영 여부 (지자체별) .....	240
〈표 5-2-5〉 임시주거지원 사업 지원 여부 (거처유형별) .....	241
〈표 5-2-6〉 임시주거지원 사업 지원 여부 (지자체별) .....	241
〈표 5-2-7〉 임시주거지원 사업 월세 지원 (거처유형별) .....	242
〈표 5-2-8〉 임시주거지원 사업 신규 지원 실적 (거처유형별) .....	242
〈표 5-2-9〉 임시주거지원 사업 신규 지원 실적 합계 (지자체별) .....	243
〈표 5-2-10〉 임시주거지원 사례관리 현황 .....	243
〈표 5-2-11〉 임시주거지원 사례관리 기간별 인원 .....	244
〈표 5-2-12〉 임시주거지원 사례관리 현 거처 거주별 인원 .....	245
〈표 5-2-13〉 임시주거지원 사례관리 전담요원 고용 여부 .....	245

〈표 5-2-14〉 임시주거지원 사례관리 전담요원 현황	246
〈표 5-2-15〉 임시주거지원 사례관리 전담요원 외 참여 종사자 수	246
〈표 5-2-16〉 임시주거지원 기타 지원 시행 여부	247
〈표 5-2-17〉 임시주거지원 기타 지원 실적 (건수)	247
〈표 5-2-18〉 임시주거지원 기타 지원 실적 (명수)	248
〈표 5-2-19〉 임시주거지원 대상자 선정 시 배제 정도	248
〈표 5-2-20〉 매입/전세임대주택 사업 지원 여부 (거처유형별)	249
〈표 5-2-21〉 매입/전세임대주택 사업 지원 여부 (지자체별)	250
〈표 5-2-22〉 매입임대주택 사업 지원 규모 (거처유형별)	250
〈표 5-2-23〉 전세임대주택 사업 지원 규모 (거처유형별)	251
〈표 5-2-24〉 매입임대주택 사업 신규 지원 실적 평균 (거처유형별)	251
〈표 5-2-25〉 전세임대주택 사업 신규 지원 실적 평균 (거처유형별)	252
〈표 5-2-26〉 매입임대주택 사업 신규 지원 실적 평균 (지자체별)	252
〈표 5-2-27〉 전세임대주택 사업 신규 지원 실적 합계 (지자체별)	253
〈표 5-2-28〉 매입/전세임대주택 사례관리 현황	253
〈표 5-2-29〉 매입/전세임대주택 사례관리 기간별 인원	254
〈표 5-2-30〉 매입/전세임대주택 사례관리 현 거처 거주별 인원	255
〈표 5-2-31〉 매입/전세임대주택 사례관리 전담요원 고용 여부	255
〈표 5-2-32〉 매입/전세임대주택 사례관리 전담요원 현황	256
〈표 5-2-33〉 매입/전세임대주택 사례관리 전담요원 외 참여 종사자 수	256
〈표 5-2-34〉 매입/전세임대주택 기타 지원 시행 여부	257
〈표 5-2-35〉 매입/전세임대주택 기타 지원 실적 (건수)	257
〈표 5-2-36〉 매입/전세임대주택 기타 지원 실적 (명수)	258
〈표 5-2-37〉 매입/전세임대주택 대상자 선정 시 배제 정도	258
〈표 5-2-38〉 서비스 결합 주거지원 지원 여부 (거처유형별)	259
〈표 5-2-39〉 서비스 결합 주거지원 지원 여부 (지자체별)	259
〈표 5-2-40〉 서비스 결합 주거지원 지원 규모 (거처유형별)	260



〈표 5-2-41〉 서비스 결합 주거지원 신규 지원 실적 현황 (거처유형별) .....	260
〈표 5-2-42〉 서비스 결합 주거지원 신규 지원 실적 현황 (지자체별) .....	261
〈표 5-2-43〉 서비스 결합 주거지원 사례관리 현황 .....	261
〈표 5-2-44〉 서비스 결합 주거지원 사례관리 기간별 인원 .....	262
〈표 5-2-45〉 서비스 결합 주거지원 사례관리 현 처거 거주별 인원 .....	262
〈표 5-2-46〉 서비스 결합 주거지원 사례관리 전담요원 고용 여부 .....	263
〈표 5-2-47〉 서비스 결합 주거지원 사례관리 전담요원 현황 .....	263
〈표 5-2-48〉 서비스 결합 주거지원 사례관리 전담요원 외 참여 종사자 수 .....	264
〈표 5-2-49〉 서비스 결합 주거지원 기타 지원 시행 여부 .....	264
〈표 5-2-50〉 서비스 결합 주거지원 기타 지원 실적 (건수) .....	265
〈표 5-2-51〉 서비스 결합 주거지원 기타 지원 실적 (명수) .....	265
〈표 5-2-52〉 서비스 결합 주거지원 선정 시 배제 정도 .....	266
〈표 5-2-53〉 긴급복지지원 연도별 실적 (생계지원) .....	266
〈표 5-2-54〉 긴급복지지원 연도별 실적 (의료지원) .....	267
〈표 5-2-55〉 긴급복지지원 연도별 실적 (주거지원) .....	267
〈표 5-2-56〉 긴급복지지원 연도별 실적 (기타 지원) .....	267
〈표 5-2-57〉 긴급복지지원 사례관리 현황 .....	268
〈표 5-2-58〉 긴급복지지원 사례관리 기간별 인원 .....	268
〈표 5-2-59〉 긴급복지지원 사례관리 현 처거 거주별 인원 .....	269
〈표 5-2-61〉 긴급복지지원 사례관리 전담요원 고용 여부 .....	269
〈표 5-2-60〉 긴급복지지원 사례관리 전담요원 현황 .....	269
〈표 5-2-61〉 긴급복지지원 사례관리 전담요원 외 참여 종사자 수 .....	270
〈표 5-2-62〉 긴급복지지원 주거지원 기타 지원 실적 (건수) .....	270
〈표 5-2-63〉 긴급복지지원 주거지원 기타 지원 실적 (명수) .....	271
〈표 5-2-64〉 긴급복지지원 주거지원 선정 시 배제 정도 .....	271
〈표 5-2-65〉 노숙인의 지역사회 정착을 위한 주거지원 필요성 .....	272
〈표 5-2-66〉 노숙인의 지역사회 정착을 위해 가장 시급한 주거지원 .....	273



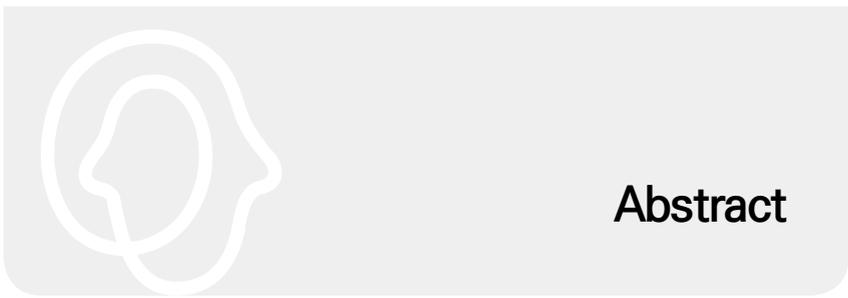
〈표 5-2-67〉 노숙인의 지역사회 정착을 위한 서비스 필요성 .....	274
〈표 5-2-68〉 노숙인의 지역사회 정착을 위해 가장 시급한 서비스 .....	274
〈표 6-2-1〉 정신건강지원팀 모델 제안 .....	292
〈표 6-2-2〉 노숙인 의료보장제도 개선 방향성 .....	293

# 그림 목차

---

[그림 1-4-1] 연구개요 .....	16
[그림 2-1-1] 건강에 영향을 주는 복합적 요소 .....	25
[그림 2-1-2] 노숙인 건강을 증진시키기 위한 개입 .....	26
[그림 2-2-1] 하우스링 퍼스트와 계단식 서비스 접근 방식의 차이 .....	35
[그림 2-2-2] 하우스링 퍼스트의 8가지 핵심 원칙 .....	39
[그림 2-2-3] 하우스링 퍼스트의 주거생활 유지주택 유지를 위한 서비스 .....	46
[그림 2-2-4] 하우스링 퍼스트의 사회통합 지원 .....	49
[그림 3-1-1] 미국 노숙인 규모와 주택서비스 공급 변화 (2007~2019) .....	67
[그림 3-1-2] Housing Choice Vouchers 성과 .....	91
[그림 4-1-1] 노숙 유형에 따른 시설 연계도 .....	146
[그림 4-2-1] 미소꿈터 서비스 지원 흐름도 .....	162
[그림 4-3-1] 주거취약계층 주거지원사업 입주자 선정 평가표 .....	165
[그림 4-3-2] 서울 임시주거지원 신청서 및 상담결과 점수표 .....	169
[그림 4-3-3] 주거상향 지원사업 절차 .....	175
[그림 5-1-1] 노숙인 서비스 흐름도에서 본 현장 자문회의 참석 기관의 분포 .....	187
[그림 6-2-1] 충남대병원 인도적 공공의료사업 시행 후 의료지원 프로세스 .....	295
[그림 6-2-2] 공공의료복지연계사업 개요 .....	296
[그림 6-2-3] 회복지원 프로그램의 개요 .....	299
[그림 6-2-4] 일본 구호시설의 종합적 지원 .....	302
[그림 6-2-5] 정신건강사업과 노숙인사업 간 연계구조 .....	309





## Abstract

### **A Study on the Integrated Medical Support for the Homeless People and Policy Planning for Re-settlement in the Community**

Project Head: Lim, Deokyoung

Homeless people are experiencing serious medical problems compared to other groups, but it is difficult to expect good effects of emergency medical services due to extremely poor housing. Traditionally, facilities have been provided as a recovery space. However, in recent years, the view of a housing-first approach has been adopted with treatment and care next as a policy direction in many countries for the homeless. This study aims to find ways to support them with community settlement by establishing a system for integration of appropriate medical coverage and housing security for homeless people in need of medical support.

This study conducted a review of the medical and community rehousing support literature for the homeless, foreign cases, domestic related status, field expert advisory meetings, and current status surveys.

Policy proposals are presented by dividing them into comprehensive policy and support directions for each field.

---

Co-Researchers: Lee, Taejin · Choi, Junyoung · Min, So-Young · Yuyama, Atsushi · Hong, Sungwoon

## 2 노숙인의 통합적 의료지원과 지역사회 정착을 위한 정책방안 연구

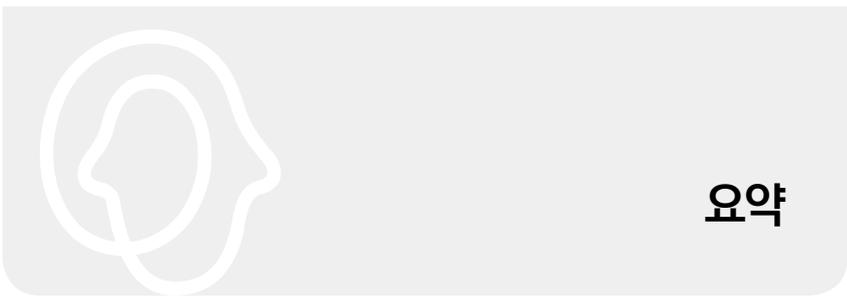
In the comprehensive policy directions, it is proposed to build an integrated and systematic system, to improve the quality of services, to expand priority support and community services for the homeless, to change the perspective on homeless diseases, to combine professionalism and field sense, and to emphasize continuity of medical and housing support.

In addition, regarding the site of street homeless people, it is proposed to make it mandatory to form a mental health support team, to improve the medical security system to strengthen medical access, to build emergency shelters, to establish case management and discharge plans, and to develop recovery care programs.

Regarding the living facilities, proposals are made for building a pilot model for expansion of housing support in connection with other areas, for changing the role of facilities for community settlement, for establishing individual plans, and for expanding the support for de-facilities.

Finally, this study emphasizes that the central government should mainly construct models and guidelines, while local governments should carry out responsible execution thereof.

Keyword : homeless people, medical care, housing first



## 요약

### 1. 연구의 배경과 목적

노숙인은 타 집단에 비해 심각한 의료 문제를 경험하고 있으나 극단적인 열악한 거처로 인해 응급적 의료서비스로는 큰 효과를 기대하기 어렵다. 전통적으로는 회복 공간으로 시설이 제공되어 왔으나, 최근 주거를 우선 지원하고 치료와 돌봄을 제공하자는 주거우선접근이 설득력을 얻고 있다. 이에 이 연구는 의료보장을 위한 다양한 수준과 영역의 의료적 방안들을 검토함과 동시에, 의료적 니즈가 있는 노숙인에 대한 궁극적 서비스 목적으로 지역사회 정착을 상정하고, 이를 위한 적절한 의료보장과 주거보장을 통합한 지원체계 구축 방안을 모색하고자 한다.

### 2. 주요 결과

본 연구에서는 노숙인 의료 및 지역사회 정착 지원에 관한 문헌고찰, 국외 사례 및 국내 관련 현황 분석, 현장전문가 자문회의 및 현황조사를 실시하였다.

#### 가. 문헌고찰 및 국내외 사례 고찰

문헌고찰은 노숙인 의료와 노숙인 의료의 통합적 지원의 필요성, 유럽의 하우스링 퍼스트의 전개와 성과, 국내 노숙인 의료와 지역사회 정착 지원에 대해 살펴보았다. 이를 통해 노숙인 건강권 보장은 응급 대응만으로는 한계가 있으며, 연속적이고 다학제적 지원이 필요하다는 점, 유

#### 4 노숙인의 통합적 의료지원과 지역사회 정착을 위한 정책방안 연구

럽에서 하우스링 퍼스트에 입각한 정책이 확산하여 실시되고 있으며 좋은 성과가 보고되고 있다는 점, 국내 노숙인 의료 관련 연구의 축적이 미비한 가운데 최근 지원주택이 시행되면서 연구 관심이 높아지고 있다는 점을 확인하였다.

다음, 국외 사례로 미국과 일본 사례를 검토하였다. 미국은 법적 근거에 따라 안정적으로 재원을 마련하고 영구적 지원주택을 제공하고 있으며, 주거지원에 폐해감소모델에 입각한 사례관리 및 주거유지 지원이 포함되어 있다. 일본은 순회상담, 쉼터의 의료기관 연계, 결핵대책, 무료저액진료사업, 생활보호 등을 실시하고 있으며, 최근에는 일시생활지원사업과 지역거주지원사업을 실시하여 지역정착을 촉진하고 있다.

국내 노숙인 의료 및 주거지원과 지역사회 정착 지원 현황에서는 현재의 노숙인복지법에 따른 정책 대상 정의 및 서비스 흐름에 대해 살펴보고, 의료지원 자격보장이 매우 복잡하게 구성되어 있다는 문제점을 짚었다. 또한 주거지원은 돌봄이 필요한 사람이 배제되었으나 서울시의 지원주택을 계기로 지원 대상자가 확대되고 있는 현황을 살폈다.

#### 나. 지역사회 정착 관련 지원사업 현황조사

지역사회 정착 관련 지원사업 현황을 분석하기 위해 현장전문가 대상 자문조사와 노숙인 시설 대상 설문조사를 실시하였다.

현장전문가 자문조사는 의료적 니즈가 있는 노숙인이 지역사회에 정착하기까지 이르게 되는 과정을 분석하여 통합적 의료지원을 통한 지역사회 정착까지의 주요 서비스의 통합 및 연계 실태를 살펴보고, 개선점을 도출하는 것을 목적으로 실시하였다. 분석은 종합지원센터와 생활시설로 나누어 실시하였다.

자문조사에 따르면, 종합지원센터는 거리노숙인을 주 서비스 대상으로 하며 알코올 의존과 정신질환이 주 대상이다. 거리현장에서의 의료서비스의 경우, 특히 정신건강 지원에 어려움을 겪고 있으며, 주거지원 사업은 공통적으로 공급량이 충분치 않다는 한계가 지적되었다. 지역정착을 위한 사례관리의 필요성에 모두 공감하고 있으며, 사례관리자 인원 확충 및 교육과 고용안정성의 중요성이 제시되었다.

생활시설은 주로 장애가 있는 사람이나 노인이 입소하여 비교적 장기간 생활하는 곳이다. 생활시설 내에서 다양한 회복지원이 이루어지나, 시설별로 지원의 편차가 크고 관련 전문인력이 부족하며, 노숙인의 '시설-거리-병원' 회전문 현상이 보고되기도 한다. 주거지원은 장애인 및 정신질환이 있다는 이유로 쉽지 않다는 인식이 퍼져 있으며, 사례관리를 진행하는 시설의 경우, 알코올이나 정신질환 관련 지역자원이 부족하다는 의견이 많았다. 서울시의 지원주택은 지역정착의 대안으로 부각되고 있으며 실제 주거유지율이나 만족도 등 성과도 높게 평가되고 있다.

### 3. 정책 제언

이상의 내용을 바탕으로 포괄적 정책 방향과 현장 및 영역별 지원 방향으로 나누어 정책 제언을 하였다. 포괄적 정책 방향에서는 통합적이고 체계적인 시스템 구축, 서비스의 질 향상, 노숙인 우선 지원과 지역사회 서비스 확충, 노숙인 질환에 대한 관점의 변화, 전문성과 현장성 결합, 의료 지원과 주거지원의 연속성 강조를 제안하였다. 또한 거리노숙인 현장과 관련하여, 정신건강지원팀 구성의 의무화, 의료접근성 강화를 위한 의료보장제도 개선, 응급 쉼터 개선, 사례관리 및 퇴원계획 수립, 회복돌봄 프로그램 개발을 제안하였다. 생활시설과 관련하여서는, 주거지원 확대를

## 6 노숙인의 통합적 의료지원과 지역사회 정착을 위한 정책방안 연구

위한 시범적 모델 구축, 타 영역과의 연계를 통한 주거지원, 지역사회 정착을 위한 시설의 역할 전환 및 개인별 계획 수립, 탈시설 당사자 지원 확충을 제안하였다. 마지막으로, 중앙정부는 주로 모델 구축 및 가이드라인을 제시하고, 지자체는 책임성 있는 집행을 담당해야 함을 강조하였다.

주요 용어: 노숙인, 의료지원, 하우징 퍼스트

사람을  
생각하는  
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



# 제 1 장

## 서론

제1절 문제 제기

제2절 연구 목적

제3절 연구 범위 및 연구 방법

제4절 연구 구성



# 제 1 장 서론

## 제1절 문제 제기

노숙인은 우리 사회에서 가장 취약한 계층으로 다양한 사회적 배제를 경험하고 있으며, 의료 문제도 그중 하나이다. 발전된 국가들에서 노숙인은 질병이나 사망률과 관련된 통계에서 타 집단에 비해 대단히 불리한 수치를 나타낸다. 그리고 일차진료와 예방의료 서비스에 접근할 가능성도 매우 낮은 것으로 나타난다(Moore, Gerdtz, and Manias, 2007; Baggett, O'Connell, Singer, and Rigotti, 2010). 한국의 노숙인도 주관적 건강 수준 인지율, 각종 질환의 이환율, 그리고 치료를 받지 못하는 비율이 매우 낮은 수준인 것으로 나타난다(이태진 외, 2017; 임덕영 외, 2021).

한국에서 노숙인 의료는 「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률(이하, 노숙인복지법)」, 「의료급여법」, 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」(이하, 감염병예방법) 등에 근거하여 이루어지고 있다. 그러나 잔여적이며 분절적 지원체계로 인해 다양한 문제점이 지적되어 왔다(유원섭 외, 2015 등).

노숙인 의료서비스를 받을 수 있는 자격요건은 거주시설 유형과 노숙 기간, 응급적 상황 여부 등에 따라 의료급여 1종(시설수급 포함), 노숙인 1종 의료급여, 행려 환자 등 매우 복잡하게 나누어져 있다. 또한 노숙인이 이용 가능한 의료서비스 기관은 이러한 자격요건에 따라 상이하며, 노숙인이 주로 이용할 수 있는 의료서비스 기관인 공공병원 및 무료 진료소는 지역별 분포격차가 상당하다. 진료비 보조도 지자체별로 대상기준이나 지원수준이 상이하다. 게다가 서비스 이용실태를 파악할 수 있는 시스템도 구축되어 있지 않아 문제점을 정확히 파악하기도 쉽지 않은 상황이다.

이렇게 노숙인의 의료 현황은 일차적으로는 의료서비스가 체계적으로 갖추어져 있지 않은 데에다 자원의 부족까지 증첩되어 접근성 및 보장성에서 심각한 문제를 나타내고 있다.

그런데 여기에서 더 나아가 노숙인의 의료 문제는 단지 노숙인 ‘의료서비스’만의 문제인가라는 점을 생각해볼 필요가 있다. 즉 노숙과 같이 극단적으로 열악한 거처에서 의료 서비스가 행해진다면, 큰 효과를 기대할 수 있을 것인가라는 점이다. 물론 응급적인 조치들은 적시에 이루어질 필요가 있으며, 또한 많은 노숙인이 병원 응급실을 주요 의료수단으로 사용한다고 알려져 있다(Whitbeck, 2009). 그러나 이러한 응급 대응만으로는 의료적 대응이 충분하게 이루어졌다고 볼 수 없으며 건강권이 적절히 보장되었다고 평가하기도 어렵다. 응급 상황이 마무리된 이후에도 건강회복과 일상생활의 유지를 위해서는 퇴원 이후의 의료적 지원까지 이어져야 하기 때문이다. 이를 위해서는 응급 대응뿐만 아니라 재활 및 회복기, 일상생활 유지를 위한 요양까지 다양한 수준에서 의료적 대응이 상호연계되어야 할 것이다.

노숙인에게도 의료의 다양한 수준에 맞춘 지원이 필요하고, 더불어 노숙인의 건강권을 보장하기 위해서는 의료지원뿐만 아니라 다른 영역의 지원도 필요하다는 점이 강조될 필요가 있다. 특히 주거가 불안정한 상태에서 적절한 의료지원이 이루어지기 어려울 것이라는 점은 쉽게 예상할 수 있다. 노숙인이 경험하는 알코올 중독이나 정신질환 같은 만성적 질환은 안정적이고 장기적인 의료지원이 필요하며, 이때 안정적인 주거확보는 필수적이다. 따라서 주거는 노숙인의 인간적 생활을 위한 필수요소이면서 동시에 적절한 의료서비스를 받기 위한 필요조건이라는 점은 명백하다.

예전에는 이러한 주거지원의 기능을 시설이 담당해왔다. 거리에서 의료적 니즈가 있다면 당장 조치하기는 힘드니 일단 시설로 안내하여 휴식을

취하고 적절한 서비스를 받게 한다는 취지였다. 장기간의 치료와 돌봄이 필요한 경우에는 거주지에서 홀로 사는 것보다는 시설에서 안정적 서비스를 받는 게 적절하다고 여겨지기도 하였다. 그러한 결과, 돌봄이나 치료가 필요한 노숙인 중 적지 않은 수가 장기간 시설에서 생활하고 있다.

그런데 최근에는 의료지원이 필요한 노숙인을 시설에서 생활하게 하는 것이 아니라, 주거를 먼저 지원하자는 주거우선접근(Housing First)의 관점이 설득력을 얻고 있다. 치료가 필요한 사람에게 치료를 제공하여 완치된 이후 주거를 제공하는 방식이 아니라, 일단 주거를 제공하고 치료하는 게 더 효과적이라는 것이다. 또한 여럿이 생활하는 시설지원보다 개별 생활이 가능한 주거지원이 더 인권적이라는 의견과, 지원받을 자격이 있는 사람에게만 주거지원을 하고 그렇지 못한 사람에게는 시설지원을 하는 것은 차별이라는 비판이 근거로 제시되고 있다. 미국이나 유럽에서는 이미 주거우선접근 관점이 만성노숙인에 대한 지원 방식으로 광범위하게 적용되고 있다. 한국에서도 서울 등 일부 지자체를 중심으로 주거우선접근 관점에 기반한 사업을 진행 중이며 한층 더 확대될 움직임도 있다.

이러한 주거우선관점을 바탕으로 의료지원과의 관계까지 고려하면, 기존의 시설 중심에서 주거지원 중심으로 제도의 변화가 필요하며, 이를 위해서는 시설의 기능 변화와 주거지원의 강화가 요청된다. 또한 의료적 지원이 필요한 사람들도 지역사회에 정착을 할 수 있도록, 노숙인 의료 영역은 지역사회의 의료까지 확대되거나 연계되어야 한다. 그리고 의료 체계와 노숙인 서비스가 더 긴밀히 통합적으로 계획되고 시행되어야 할 것이다.

이상을 종합하면, 노숙인의 건강권은 응급적 의료를 포함한 의료 체계 내에서의 통합적 지원, 그리고 다양한 영역 간의 연계를 통해 보장되어야 한다. 특히 주거 보장을 통해 지역사회 정착을 지원하는 주거우선접근 관점이 확산함에 따라, 의료 체계는 거리의 응급 대응에서 지역사회 정착 지

원까지 연속적으로 지원이 가능해야 하며, 안정적 주거지원과의 연계를 통해 궁극적으로는 지역사회 정착이 이루어지도록 정책 방향이 모색되어야 한다.

## 제2절 연구 목적

이에 본 연구는 노숙인에 대한 적절한 의료적 지원이 필요하다는 의료보장의 당위성 확보라는 문제의식에서 시작하여, 궁극적으로 통합적 의료지원 및 주거 보장 연계 등을 통한 지역사회 정착 방안을 모색하고자 한다. 의료보장을 위한 다양한 수준과 영역의 의료적 방안들을 검토하고, 동시에 이를 위해서는 주거보장도 연계될 필요가 있다는 문제의식에서, 의료적 니즈가 있는 노숙인에 대한 적절한 의료보장과 주거보장을 통합한 지원체계 구축을 통한 지역사회 정착 지원 방안을 모색하고자 한다.

이상을 배경으로, 본 연구의 목적은 노숙인의 적절한 의료보장 실현을 위한 주거지원 연계 방안을 모색하고 지역사회 정착지원 방안을 제시하는 것이다.

구체적인 세부 목적은 다음과 같다.

첫째, 노숙인 의료지원 관련 현황을 체계적으로 파악한다.

둘째, 의료적 니즈가 있는 노숙인에 대한 주거지원 실태를 파악한다.

셋째, 이를 종합하여 지역사회 정착을 위한 적절한 정책 개선 방향을 제시한다.

### 제3절 연구 범위 및 연구 방법

먼저, 본 연구의 범위는 다음과 같다. 본 연구에서 언급하는 노숙인은 「노숙인복지법」 제2조 제1항의 가목 및 나목에 해당하는 거리노숙인 및 시설노숙인이다. 「노숙인복지법」에서는 노숙인을 ㉠ 상당한 기간 동안 일정한 주거 없이 생활하는 사람 ㉡ 노숙인시설을 이용하거나 상당한 기간 동안 노숙인시설에서 생활하는 사람 ㉢ 상당한 기간 동안 주거로서의 적절성이 현저히 낮은 곳에서 생활하는 사람으로 규정하고 있다. 한편, 보건복지부의 「2022년도 노숙인 등의 복지사업 안내」에서는 거리노숙인, 시설노숙인, 쪽방주민(쪽방상당소에 등록된 주민)으로 구분하고 있다. 본 연구에서는 쪽방 주민이 노숙인복지법 및 노숙인 정책상 ‘노숙인 등’에 포함되나 쪽방 주민은 열악하지만 주거지가 있어 의료 환경이 매우 상이하기 때문에 본 연구의 대상에서 제외한다. 또한 본 연구에서 의료지원의 범위는 「노숙인복지법」 외의 의료지원 외에도 「의료급여법」, 「감염병예방법」 등 노숙인을 다루는 의료와 관련된 법률 및 지자체 조례에 근거한 의료지원 관련 제도를 폭넓게 포괄한다.

연구 방법은, 문헌 연구, 2차 자료 분석, 실태조사, 자문회의로 구분된다. 문헌 연구는 이론적 고찰과 선행연구 분석을 실시하였다. 2차 자료 분석은 노숙인의 의료 및 관련 서비스 이용실태 분석, 의료현황과 관련된 행정자료 및 주거지원 실태 분석 등을 실시하였다. 또 전국의 노숙인시설을 대상으로 의료서비스 및 주거지원 서비스 현황을 파악하기 위해 실태 조사를 실시하였다. 자문회의는 반구조화된 문항에 대해 현장전문가를 대상으로 실시하였으며, 마지막으로, 이상의 내용과 더불어 특히 현 제도의 문제점 및 개선 방안 등에 대해 정책 자문회의를 실시하였다.

## 제4절 연구 구성

이 보고서에서 다루고자 하는 연구 내용은 크게 이론적 고찰, 주요 국가의 사례 연구, 국내 노숙인 의료체계 및 현황 분석, 노숙인 복지 현장 설문 및 자문회의 분석, 통합적 의료지원을 위한 방안 제시로 이루어진다.

이론적 고찰에서는 노숙인 의료 관련 이론과 더불어 앞에서 언급한 주거우선접근(Housing First) 이론을 살펴본다. 아울러, 국내외의 노숙인 의료와 주거보장을 통한 지역사회 정착 지원에 관한 선행연구를 분석하여 시사점을 도출한다.

주요 국가의 사례 연구에서는 미국과 일본을 대상으로 의료적 니즈가 있는 노숙인에 대한 지원실태를 파악하고 한국에의 시사점을 제안한다. 미국은 한국에 비해 민간 지원이 활발하다는 특징이 있는데, 주거지원에 초점이 맞춰져 있어 의료지원과 주거지원의 구체적인 연계 방안에 대한 시사점을 얻을 수 있다. 일본은 노숙인 정책 대상이 거리노숙인으로 한정되어 있어 정책적 시사점의 폭은 매우 좁다. 그러나 일본에서는 거리가 아닌 불안정 거처 등에서 생활하는, 거리노숙인은 아니나 노숙상태나 생활보호 수급 상태가 될 가능성이 높은 사람들을 대상으로 한 두터운 제도가 실시되고 있다. 따라서 예방적 차원에서의 의료지원에 대한 시사점을 얻을 수 있을 것이다.

다음으로, 국내 노숙인 의료체계 및 현황 분석에서는 노숙인의 거처유형, 의료 니즈, 의료자격에 따라 상이하게 이루어지고 있는 현재 복잡한 노숙인 의료제도를 개괄하고 선행연구에서 확인한 문제점 및 관련 실태 등을 논의한다. 이를 통해 노숙인 의료지원 제도에서 배제되는 경우와 의료지원 제도를 받았으나 주거지원 및 지역정착으로 연계되지 못하는 원인을 도출한다.

이어서 현장전문가 자문조사와 지역사회 정착 관련 지원사업 현황조사를 실시한다. 현장전문가 자문조사에서는 노숙인 시설의 종사자 등을 자문위원으로 하여 현장에서 이루어지는 의료 및 주거지원, 그리고 사례관리 등 지역사회 정착 지원의 현황 및 문제점, 개선방안을 조사하였다. 또한 지원사업 현황조사는 전국의 노숙인 시설을 대상으로 의료적 니즈가 있는 노숙인에 대한 지역사회 정착 지원 현황을 주거지원 등의 조사를 중심으로 살펴본다. 마지막으로, 이상을 종합하여 의료적 욕구가 있는 노숙인이 적절한 의료서비스를 받으면서 지역사회에 정착할 수 있는 방향을 제시한다.

16 노숙인의 통합적 의료지원과 지역사회 정착을 위한 정책방안 연구

[그림 1-4-1] 연구개요

장 구성	주요 내용	연구방법
제1장 서론	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 문제제기</li> <li>○ 연구목적</li> <li>○ 연구범위 및 연구방법</li> <li>○ 연구 구성</li> </ul>	
제2장 이론적 배경	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 노숙인 통합적 의료지원에 관한 이론</li> <li>○ Housing First 접근: 유럽(EU)을 중심으로</li> <li>○ 국내 관련 선행연구</li> </ul>	문헌 연구
제3장 국외 사례 연구	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 미국의 노숙인 의료 및 지역정착지원</li> <li>○ 일본의 노숙인 의료 및 지역정착지원</li> </ul>	문헌 연구
제4장 국내 노숙인 의료 및 주거지원과 지역사회 정착지원 현황	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 노숙인 정책 개요</li> <li>○ 노숙인 의료육구 및 지원 제도</li> <li>○ 노숙인 주거육구 및 지원 제도</li> </ul>	문헌 연구 양적 분석
제5장 의료 및 주거지원 사례 분석	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 현장전문가 자문</li> <li>○ 시설 조사</li> </ul>	질적 연구 양적 연구
제6장 결론	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 연구 요약</li> <li>○ 정책 제언</li> </ul>	



## 제2장

### 노숙인 의료와 지역사회 정착 지원에 대한 문헌 고찰

제1절 노숙인 의료와 통합적 지원의 필요성

제2절 하우스링 퍼스트: 유럽(EU)을 중심으로

제3절 노숙인 의료와 지역사회 정착지원에 대한 선행연구



## 제 2 장

# 노숙인 의료와 지역사회 정책 지원에 대한 문헌 고찰

### 제1절 노숙인 의료와 통합적 지원의 필요성

#### 1. 높은 사망률과 이환율

일반적으로 건강 및 불건강은 생애주기에 걸친 다양한 요인들의 상호 작용 결과로 이해된다(유원섭, 2022, p.20). 즉 생애주기 전반에 걸쳐 건강의 사회경제적 요인에 따라 흡연이나 식이, 영양, 신체활동, 음주 같은 개인 건강 형태가 영향을 받게 되고, 이는 만성적인 건강문제(건강 위험 요인)에 영향을 준다. 그 결과 암, 만성호흡기질환, 정신질환, 신경계질환, 관절염, 골다공증, 만성 간질환, 콩팥질환 등의 만성질환이 나타나고 장애 혹은 사망에 이르게 되는 것이다. 따라서 불건강한 상태는 다양한 요인이 생애주기 전반에 걸쳐 누적된 결과이자 더욱 불건강한 상태로 이끄는 과정적 상태라고 할 수 있다.

노숙인에 대한 의료적 지원의 필요성은 무엇보다 건강에 영향을 주는 노숙인의 열악한 사회경제적 상태에 대한 문제 제기에서 시작된다. 관련하여 노숙인의 의료적 실태가 비노숙인보다 얼마나 열악한지 나타내는 연구 결과들이 다수 제기되고 있다.

가장 선명하게 나타나는 불건강 상태는 사망률이다. 노숙인 인구가 비노숙인 인구에 비해 사망률이 매우 높다는 연구 결과가 다수 제출되고 있다. 노숙인의 사망에 관한 분석은 데이터의 문제 등으로 쉽지 않으나, 관련된 대부분의 연구들은 비노숙인에 비해 노숙인의 높은 사망률과 낮은 사망연령을 공통적으로 제기한다. 국가별 자료의 특징과 연령대, 성별에

20 노숙인의 통합적 의료지원과 지역사회 정착을 위한 정책방안 연구

따라 결과는 다소 상이하지만, 전체 인구 대비 노숙인 인구는 표준화된 사망률을 살펴볼 때 낮게는 약 2배, 높게는 약 9배까지 사망률이 높은 것으로 나타난다. 아래는 주요 국가들의 사망률 관련 조사 결과를 나타내고 있다.

〈표 2-1-1〉 노숙인과 비노숙인의 표준화 사망률 비교

출처	지역 (국가)	대상	기간	표준화 사망률 (SMR)																																												
Baggett et al. (2013)	보스턴 (미국)	헬스 케어를 이용한 노숙인 28,033명	2003.01.01. ~ 2008.12.31.	(메사추세츠 주 일반인구 대비) (남성) 25~44세: 8.6배, 45~64세: 4.5배, 65~84세: 1.1배 (여성) 25~44세: 9.6배, 45~64세: 4.5배, 65~84세: 1.1배																																												
Hibbs et al. (1994)	필라델피아 (미국)	노숙인 기관 이용자 (15~74세)	1985.01.01. ~ 1988.12.31.	(필라델피아 일반인구 대비) 전체: 3.5배																																												
Barrow et al. (1999)	뉴욕 (미국)	응급 쉼터 이용자 9,300명	1987.01.01. ~ 1994.12.31	(단위: 배) <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">구분</th> <th colspan="2">남성</th> <th colspan="2">여성</th> </tr> <tr> <th>미국</th> <th>뉴욕</th> <th>미국</th> <th>뉴욕</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>20-24세</td> <td>4.2</td> <td>2.7</td> <td>14.3</td> <td>7.5</td> </tr> <tr> <td>25-34세</td> <td>3.5</td> <td>1.7</td> <td>15.3</td> <td>8.1</td> </tr> <tr> <td>35-44세</td> <td>6.2</td> <td>2.4</td> <td>2.2</td> <td>1.7</td> </tr> <tr> <td>45-54세</td> <td>3.5</td> <td>2.0</td> <td>1.1</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>55-64세</td> <td>3.3</td> <td>2.9</td> <td>2.4</td> <td>2.4</td> </tr> <tr> <td>65-74세</td> <td>2.1</td> <td>1.7</td> <td>4.7</td> <td>3.7</td> </tr> <tr> <td>전체</td> <td>3.9</td> <td>2.2</td> <td>4.7</td> <td>3.7</td> </tr> </tbody> </table>	구분	남성		여성		미국	뉴욕	미국	뉴욕	20-24세	4.2	2.7	14.3	7.5	25-34세	3.5	1.7	15.3	8.1	35-44세	6.2	2.4	2.2	1.7	45-54세	3.5	2.0	1.1	1.0	55-64세	3.3	2.9	2.4	2.4	65-74세	2.1	1.7	4.7	3.7	전체	3.9	2.2	4.7	3.7
구분	남성		여성																																													
	미국	뉴욕	미국	뉴욕																																												
20-24세	4.2	2.7	14.3	7.5																																												
25-34세	3.5	1.7	15.3	8.1																																												
35-44세	6.2	2.4	2.2	1.7																																												
45-54세	3.5	2.0	1.1	1.0																																												
55-64세	3.3	2.9	2.4	2.4																																												
65-74세	2.1	1.7	4.7	3.7																																												
전체	3.9	2.2	4.7	3.7																																												
Ivers et al. (2019)	더블린 (아일랜드)	홈리스 담당부서(DRHE) 등록 노숙인	2011.01.01. ~ 2015.12.31	(더블린 일반인구 대비) 남성: 5.5배 여성: 8.9배 합계: 6.0배																																												
Seastres et al. (2020)	빅토리아주 멜버른 (오스트레일리아)	공공병원 응급실 입원자	2003.01.01. ~ 2004.12.31. 입원자	(입원자 중 비노숙인 대비) 전체 사망률: 1,000명당 11.89명 대 8.10명																																												
Hwang (2000)	캐나다 (토론토)	남성 노숙인 쉼터 이용자 (8,933명)	1995.01.01. ~ 1997.12.31.	(토론토 일반인구 대비) 18~24세: 8.3배 25~44세: 3.7배 45~64세: 2.3배																																												
Nusselder et al. (2013)	네덜란드 (로테르담)	노숙인 서비스 이용자 2,996명	2001년 방문자에 대한 10년간 추적조사	(로테르담 일반인구 대비) 전체: 3.5배 남성: 3.31배 여성: 5.56배																																												

출처	지역 (국가)	대상	기간	표준화 사망률 (SMR)
Bethan (2012)	런던 (영국)	통계청 사망자 중 홈리스 링크 데이터 셋에 포함된 노숙인 사망자 1,731명	2001.01.01. ~ 2009.12.31	(런던 일반인구 대비) 16~24세: 2.00배 25~34세: 4.18배 35~44세: 5.13배 (45세 미만: 3.97배) 45~54세: 3.05배 (55세 미만: 3.61배) 65세 미만: 2.79배
Morrison (2008)	글래스고 (영국)	시의회에서 파악한 노숙인 6,323명	2000.01. ~ 2005.09.	(글래스고 일반인구 대비) 전체: 4.5배
Ohsaka et al. (2003)	오사카 (일본)	오사카부 검사실에 보관된 이상 사망기록과 오사카대학교 법의학부의 부검기록 294명	2000년	(일본 남성 일반인구 대비) 전체: 3.6배

자료: 연구자가 직접 작성함.

이렇게 사망률이 높은 데에는 질병의 높은 이환율과도 관련되어 있다. 이에 대해서도 국가별로 다양한 실태조사들이 보고되고 있다. 노숙인의 사망 원인은 HIV나 결핵의 감염, 심장병, 약물남용, 의도하지 않은 부상 등의 외부 요인 등이며, 이는 자살, 살인, 약물이나 불법적 물질 중독, 알코올 및 흡연, 정신질환 등의 위험요인에 대한 높은 노출로 설명된다 (Fazel, Geddes and Kushel, 2014, p.1532).

병으로 사망할 확률이 비노숙인에 비해 월등히 높기도 하다. 영국의 인권옹호단체 Crisis에 따르면 노숙인이 질병으로 사망할 확률은 일반인에 비해 알코올 7.10배, 약물 19.71배, 자살 3.4배, HIV 및 간염 6.82배, 호흡기 질환 3.06배, 심장병 1.98배, 낙상 7.16배에 달한다(Bethan Thomas, 2012, p.10).

또한 사망에 이르지 않는 것이라도 노숙인은 신체적, 정신적인 건강 상태가 좋지 않은 것으로 나타난다. 예를 들어, 영국의 조사에 따르면 노숙인 중 신체 만성질환은 41%, 진단된 정신건강 문제는 45%, 약물 문제가 있

거나 약물 문제에서 회복 중인 비율은 39%인데, 비노숙인의 각각 28%, 25%, 5%에 비해 대단히 높은 수치이다(Homeless Link, 2014, p.3). 또한 HIV, 간염이나 옴 등의 전염병에 취약하다(Beijer and Andréasson, 2009). 1980년 1월 1일부터 2012년 1월 31일 사이에 발표된 노숙인 관련 결핵, C형 간염 또는 HIV 감염 유병률에 대한 체계적인 문헌 검토 및 메타 분석에 따르면, 주요 전염병의 유병률이 노숙인은 결핵 0~8%, C형 간염은 4~36%, HIV 0~21%임에 반해, 일반인구는 0.005~0.032%, 0.5~2.0%, 0.1~0.6%인 것으로 나타났다(Beijer, Wolf and Fazel, 2012). 그 외에도 심혈관 및 대사성 질환, 정신질환 및 알코올 남용, 흡연율 등이 노숙인의 불건강 상태를 나타내고 있다.

다음은 비교적 큰 규모로 조사된 노숙인과 비노숙인 간의 이환율 조사의 결과이다. 미국의 조사는 2009년 보건센터 환자 조사(2009 Health Center Patient Survey)의 노숙인 및 비노숙인(주로 저소득자) 2,683명의 데이터를 활용하였다. 노숙인은 비노숙인에 비해 일부 질환(암 등)을 제외하면 대부분 이환율이 높은 것으로 나타났다.

또한 스웨덴의 조사는 노숙인 1,404명(남성 1,364명, 여성 340명) 및 비노숙인 5,000명(남성 3,750명, 여성 1,250명)을 대상으로 1996년부터 2002년까지 병원 치료 기록을 바탕으로 분석하였다. 비노숙인보다는 노숙인이, 여성보다는 남성에서 이환율이 더 높았다. 엄밀한 비교는 할 수 없으나 대체로 스웨덴보다는 미국에서 이환율이 높음도 알 수 있다.

(표 2-1-2) 노숙인과 비노숙인의 주요 질병이환율 (미국 및 스웨덴의 대규모 조사 결과)

국가	저자	질환	노숙	비노숙	
미국 (2009)	Lebrun-Harris et al. (2009)	약물	위험성 높은 알코올 의존	12.1%	1.1%
			위험성 높은 약물 의존	15.0%	1.2%
		만성질환	고혈압	40.7%	40.4%
			당뇨병	22.0%	19.2%
			폐쇄성 폐질환	40.8%	28.1%
			심장질환 또는 뇌졸중	11.3%	12.1%
			간 질환	16.5%	6.2%
			신장 질환	7.7%	4.5%
			암	4.9%	6.0%
		정신건강	HIV/AIDS	1.1%	1.0%
			심리적 고통	67.8%	41.0%
			우울증	67.4%	50.6%
			만성화된 불안	52.2%	35.4%
		공황장애	28.9%	18.8%	
스웨덴 (2009)	Beijer et al. (2009)	감염병	(여성) 12.4% (남성) 9.3%	(여성) 1.9% (남성) 2.1%	
		암(악성 종양, 간 악성 종양)	(여성) 4.7% (남성) 2.9%	(여성) 4.8% (남성) 2.6%	
		혈액질환	(여성) 2.4% (남성) 0.9%	(여성) 0.2% (남성) 0.3%	
		내분비 질환	(여성) 2.9% (남성) 2.9%	(여성) 1.1% (남성) 1.1%	
		신경계 질환	(여성) 4.1% (남성) 4.2%	(여성) 1.5% (남성) 1.6%	
		안과 질환	(여성) 0.9% (남성) 0.8%	(여성) 0.2% (남성) 0.5%	
		순환기계 질환	(여성) 5.0% (남성) 11.9%	(여성) 3.7% (남성) 7.7%	
		호흡기 질환	(여성) 7.6% (남성) 10.6%	(여성) 2.8% (남성) 2.8%	
		소화기 질환	(여성) 8.8% (남성) 11.8%	(여성) 4.4% (남성) 5.4%	
		피부병	(여성) 5.6% (남성) 4.0%	(여성) 0.2% (남성) 0.5%	
		근골격계 질환	(여성) 5.0% (남성) 5.0%	(여성) 3.0% (남성) 3.7%	
		비뇨생식기계 질환	(여성) 9.1% (남성) 3.6%	(여성) 4.3% (남성) 2.3%	
		외상 등	(여성) 20.0% (남성) 21.6%	(여성) 7.3% (남성) 5.6%	

자료: 연구자가 직접 작성함.

이렇게 노숙인의 불건강 상태는 각 국가 및 도시별, 구체적 대상자별 차이는 있으나, 표준화 사망률, 질환으로 인한 사망 비율, 각종 질병의 이환율이 비노숙인과 비교할 때 큰 차이를 나타내고 있다.

## 2. 노숙인 건강에 영향을 주는 복합적인 환경 영향

이러한 노숙인의 불건강한 상태는 불건강 그 자체에서 비롯된 것이 아니라 이를 초래하는 다양한 환경적 영향에서 비롯된다. 아래에서는 노숙인의 건강에 영향을 주는 다양한 요인들을 보여주고 있다. Davies and Wood(2018)는 개인의 건강수준은 물리적 환경, 사회적 지원망, 경제적 환경, 라이프 스타일과 행동 습관, 개인의 기질적 요소, 주거, 아동기 경험 등이 복합적으로 작용하여 나타난다는 점을 강조하며, 노숙인의 건강 역시도 단일한 요인이 아닌 복합적 요인의 생애사적 결과라는 점을 강조하였다.

[그림 2-1-1] 건강에 영향을 주는 복합적 요소

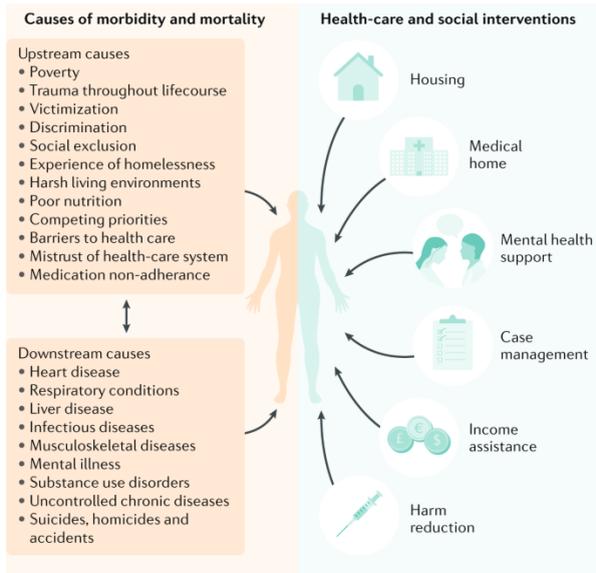


자료: Davies, A., & Wood, L. J. (2018). Homeless health care: meeting the challenges of providing primary care. *Medical Journal of Australia*, 209(5), pp.230-234. <https://doi.org/10.5694/mja17.01264>

Liu and Hwang(2021)은 건강상태를 결정하는 요소로 이환율과 사망률에 영향을 주는 원인과 건강 돌봄 및 사회적 개입을 통해 설명한다. 먼저, 이환율 및 사망률 요인은 상향적 요인(upstream causes)과 하향적 요인(downstream causes)으로 구분할 수 있다. 여기에서 상향적 요인은 건강상태에 영향을 주는 근본적인 사회경제적 상태(빈곤) 등을 의미하며, 하향적 요인은 건강위험요인으로 개인의 행동이나 습관을 강조하는 접근이다(김창엽, 2016, p.260). 상향적 요인으로는 빈곤, 라이프코스의 트라우마, 피해, 차별, 사회적 배제 등을 들 수 있다. 하향적 요인으로는 심장질환, 호흡기 상태, 간 질환, 정신질환 등이다. 한편, 이를 완화시키

는 건강 돌봄 및 사회적 개입으로, 주거, 메디컬 홈, 의료적 건강 지원, 케어 매니지먼트, 소득지원, 폐해감소 등을 들고 있다.

[그림 2-1-2] 노숙인 건강을 증진시키기 위한 개입



자료: Liu, M., Hwang, S.W. (2021). Health care for homeless people. *Nat Rev Dis Primers* 7, 5 . p.2. <https://doi.org/10.1038/s41572-020-00241-2>.

이와 같은 건강 결정의 복잡성에 대한 설명은 주거 상태 및 빈곤 같은 노숙인의 특수한 욕구에도 초점을 맞춘다는 점에서 의의가 있다. 또한 노숙인의 불건강한 상태가 사회적 요인에 의해 영향을 받는다면, 관련된 정책은 건강뿐만 아니라, 소득, 교육, 노동, 주거 등 건강 ‘외부’ 요인들에 개입해야 한다(김창엽, 2016, p.260). 따라서 노숙인의 건강권 보장을 위한 접근은 건강과 보건 외부 요인들을 통합적으로 고려하지 않을 수 없다는 점을 시사한다.

### 3. 의료적 대응과 가이드라인

노숙인의 질병에 대한 대응은 주로 응급실이나 입원 등 급성 건강관리를 통해 이루어지게 된다고 보고된다. 이 패턴은 보편적인 의료보험 유무와 관계없이 많은 국가에서 나타나고 있다(Fazel et al., 2014). 노숙인은 노숙인이 아닌 사람들보다 응급실 방문이나 병원 입원을 할 가능성이 더 높으며, 입원 기간도 더 긴 경향을 나타내기도 한다. 캐나다의 연구에 따르면 노숙인의 내과 및 외과 질환은 비노숙인보다 더 많은 비용이 발생하고 있으며, 이는 장기간 입원에 따른 것이다(Hwang et al., 2011). 응급실과 입원이 많은 이유는 외상이나 정신건강 및 약물남용 문제 등으로 인한 것으로 여겨진다. 하지만 ‘노숙’ 그 자체가 응급실이나 병원 입원을 강화하는 독립적 위험요소라고 할 수 있다. 노숙으로 인한 의료적 위기관리의 복잡성, 시의적절성, 불충분한 정보와 다양한 요구들이 복합적으로 작용하여 질병에 대한 안전한 관리보다는 급성적 대응이 요구되는 경우들이 많다고 할 수 있다.

이렇게 응급적 대응과 입원이 주를 이루는 노숙인 의료지원을 체계적으로 수행하기 위해 매뉴얼이나 가이드라인이 제안되고 있다.

먼저, 노숙인 의료서비스의 일반적 수준에서의 가이드라인은 각종 질환별 대응 방법으로 제시될 수 있다.

예를 들어, Fazel 등(2014)은 노숙인의 건강서비스 및 조사 관련 권장사항과 정책 관련 권장사항을 제시하고 있다. 전염병 관리의 중앙집중적 관리가 이루어져야 하며, 정신질환이나 약물남용의 비율이 높으므로 다른 영역의 복지 및 주택 등 욕구를 고려하면서 이루어져야 한다. 또한 만성질환이 있는 노숙인은 음식물 조절이 필요하므로 무료급식에는 섬유질이나 영양소, 염분에 각별히 신경을 써야 한다. 정책 관련 권장사항으로

는 노숙인의 건강 관련 목표가 국가와 주 차원의 건강계획에 포함되어야 한다는 점과 대도시 홈리스팀의 의무화, 아웃리치의 활성화, 숙박시설의 기본적 설비 강화, 고위험 상태이거나 고령자 등에 대한 추가적 지원 등이 필요하다고 제시하고 있다.

〈표 2-1-3〉 노숙인의 건강서비스 및 조사 관련 권장사항

전염병 식별 및 관리	연례적인 일시 개입 및 응급대응센터와 결합된 선별검사가 대도시를 중심으로 중앙집중적으로 이루어져야 함
정신질환	정신질환의 비율이 상당히 높으므로 지역조사 시 정신건강서비스 니즈가 파악될 필요가 있으며, 복지 및 주택 등 복합적 니즈가 충족되어야 하며 전문 정신건강팀이 필요함
약물남용	전염병 및 정신질환과 관련이 있으므로 다양한 서비스 평가를 위해 정기적 검토와 연구가 필요함
금연	금연을 약물남용 치료에 통합하고 전반적 건강관리를 위한 노력에 포함 시켜야 함. 금연 제품을 노숙인이 이용할 수 있도록 해야 함
고혈압 및 당뇨	음식과 함께 복용할 필요가 없는 투약을 권장하며, 노숙인 쉼터에서는 인슐린을 냉장 보관할 수 있도록 배려해야 함. 무료 식사는 섬유질과 영양소가 적고 염분이 많다고 밝혀졌으므로, 식사 제공자는 식이권장사항이 필요한 노숙인의 존재를 인식할 필요가 있음
일상적 건강관리	인지장애, 이동 관련 장애, 요실금, 낙상 등에 대한 모니터링이 필요함
외상성 뇌손상 및 인지장애	노숙인 중에는 질환 비율이 높기 때문에 선별검사가 필요함

자료: Fazel, S., Geddes, J. R., & Kushel, M. (2014). The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *The Lancet*. 384(9953). pp.1529-1540. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61132-6.

〈표 2-1-4〉 정책 관련 권장사항

- 국가와 주 차원의 건강계획에 전염병, 정신질환, 외상성 뇌손상, 초기 인지장애를 포함한 노숙인의 건강 관련 목표가 포함되어야 함
- 아웃리치를 통해 만성질환 관리에 노력해야 함
- 모든 대도시에 홈리스팀을 설립해야 함
- 가능한 한 서비스 기관에 제3섹터(자선단체나 비영리 기관 등)를 포함하여야 하며 서비스 예산이 명확해야 함
- 노숙인 정의의 일관성이 필요함
- 노숙인 개인 및 가족을 위한 예방, 비상 시 지원에 대한 정책이 포함되어야 함
- 노숙인 프로그램 지원에는 국내 총생산의 일정 비율로 최소한의 기금액이 할당되어야 함
- 숙박시설은 시설외부와 창문 출입구에서 멀리 떨어진 곳에 흡연구역을 지정하거나 실내 금연 시행을 고려해야 함
- 숙박시설은 적절한 조명 및 난간 설치로 낙상을 방지하고 고령자가 2층 침대의 윗칸에서 잠을 잘 필요가 없도록 보장해야 함
- 추운 날씨에는 특별히 쉼터와 조리시설의 화재 예방을 위한 노력을 해야 함
- 지역사회 지원이 결부된 주거 접근을 제공하기 위한 과도기 프로그램은 고 위험 시기의 개인(형사사법 체계 또는 정신병원에서 벗어나려는 사람들, 아동복지 체계에서 벗어나려는 사람들, 대인관계의 폭력을 피하는 사람들)의 노숙을 방지하는 데 효과적일 수 있음
- 노숙 위험에 처한 고령자에게 의료제공자는 배우자 사망 또는 이혼, 인지장애, 또는 건강상 위험 같은 위험요인을 검사해야 하며, 주거 상실 예방을 위한 지원 연계가 이루어져야 함

자료: Fazel, S., Geddes, J. R., & Kushel, M. (2014). The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *The Lancet*, 384(9953) pp.1529-1540. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61132-6.

한편 국가 차원에서 제안되는 노숙인 의료 관련 가이드라인도 있다. 영국은 National Institute for Health and Care Excellence에서 Integrated health and social care for people experiencing homelessness를 제공하고 있다. 이 지침은 노숙 상태에 있는 사람들을 위한 통합적인 건강 및 사회적 돌봄에 대한 내용을 담고 있으며, 건강 및 사회적 돌봄에 대한 접근성과 참여를 향상시키고 다양한 서비스 간 조정이 잘 이루어지는 것을 목표로 한다.

30 노숙인의 통합적 의료지원과 지역사회 정착을 위한 정책방안 연구

대상은 지자체, 서비스 공급자 및 조정자, 1차·2차·3차 의료 종사자, 사회복지 실무자, 노숙인, 그들의 가족, 옹호자, 및 일반 대중이다. 주요 내용은 일반적인 원칙을 비롯하여 일반적인 원칙, 계획 및 커미셔닝,<sup>1)</sup> 다학제 종합서비스 모델, 노숙 리드 및 중간 돌봄을 포함한 다차원적 서비스 규정, 아웃리치, 동료 및 장기 지원을 포함한 서비스 접근 및 참여 향상, 개별 니즈의 사정, 상이한 조건 및 주거 및 사회적 돌봄 지원이 연계된 주거 공급 간 전환, 안전보호, 직원 지원 및 개발에 이른다.

〈표 2-1-5〉 영국의 노숙인을 위한 통합적 보건 및 사회적 돌봄 가이드라인

<p>1. 일반원칙</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 이용 가능성, 접근 가능성 보장 및 타 집단과의 동일한 서비스 질 보장</li> <li>○ 서비스 받을 당사자와의 공동 설계 및 공동 제공</li> <li>○ 서비스 참여 지원</li> <li>○ 서비스에 대한 지속적 참여 보장</li> <li>○ 서비스 재참여 지원</li> <li>○ 커뮤니케이션 및 정보 제공</li> </ul>
<p>2. 계획 및 커미셔닝</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 통합적인 서비스 계획 및 타 전문분야 전문위원 참여 보장</li> <li>○ 타 집단보다 추가적 자원 및 표적화된 서비스 제공 필요성 인식</li> <li>○ 지역의 노숙인 건강 및 사회적 케어 필요도 평가</li> <li>○ 거처 상태의 기록</li> <li>○ 서비스 개발: 지역요구 수준, 다양한 당사자 조건(교정시설, 가정폭력 등) 다양한 인구구성 고려(연령, 성적 지향성, 이민, 장애유무 등), GP(공중보건) 등록 지원, 접촉시간 증가를 위한 종사자 부담경감 방안</li> </ul>
<p>3. 다학제 종합서비스 제공 모델</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 노숙인을 위한 다학제적 종합팀을 구성하여 전문적이고 맞춤형 케어를 제공</li> <li>○ 아웃리치, 1차, 2차, 3차 진료 및 응급치료, 사회복지 및 주거서비스 전반에 걸쳐 케어를 제공, 조정</li> <li>○ 서비스 간 통합작업 지원하기 위한 프로토콜 및 시스템 필요</li> <li>○ 아웃리치, 주류적 서비스, 위험으로부터의 보호, 병원 퇴원 후 치료보장</li> <li>○ 개인 중심 사례관리, 치료의 연속성 보장</li> <li>○ 다른 팀과 경험 및 학습을 공유하여 반성적 실천(reflective practice)에 참여하고, 복잡하거나 어려운 상황 검토, 리더에 대한 조언 실행</li> </ul>

1) 커미셔닝(commissioning)은 매우 폭넓은 개념이어서 여러 가지로 정의되고 있지만, 영국의 공공부문 관리에 사용되는 전문용어로서 계약(Contracting), 구매(Purchasing) 또는 조달(Procurement)과 상호 교환적으로 사용되고 있다(Audit Commission, 1997, p.5). 커미셔닝은 개인의 장단기 욕구를 충족시키기 위해 서비스를 명시하고, 확보하며, 모니터링하는 과정이다(강창현, 2013, p.424).

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 주류 서비스에서 노숙 담당자를 지정해야 하며, 담당자는 노숙인 케어를 위한 조직 지원, 전문서비스 지식 갖추, 서비스 조정 등을 해야 함</li> </ul>
<p>4. 동료의 역할</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 서비스 제공 및 설계 시 동료(경험 전문가)를 참여시켜야 함</li> <li>○ 노숙 경험자는 다양한 동료 지원을 제공</li> <li>○ 동료가 서비스를 효과적으로 제공하고 스스로 복지를 유지할 수 있도록 지원</li> </ul>
<p>5. 건강 및 사회적 케어에 대한 접근성과 참여 향상</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 서비스에 대한 접근 및 참여 지원을 위해 아래의 사항 고려             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 아웃리치 서비스, 유연한 업무 시간 및 약속, 드롭인 서비스, 원스톱 서비스 등 제공</li> <li>- 약속을 지키지 못한 것에 대한 비처벌 등 케어 지속 지원</li> <li>- 응급 치료 등 적시 치료, 표준기간 설정에 따른 지원 철회는 피해야 함</li> <li>- 일반적 정신건강은 NICE 지침에 따라야 함</li> <li>- 건강 및 케어 욕구가 있는 노숙인은 서비스에서 제외되지 않아야 하며, 나이와 관계없이 재택간호 또는 지원주택 제공</li> <li>- 비용 지원에 필요한 양식, 정보 접근성을 위해 인터넷 접근 제공, GP 진료 등록 지원</li> <li>- 서비스에 대한 접근 및 참여지원을 위해 참여를 저해하는 장벽을 제거하고, 지원이 계속될 수 있도록 지원방식 고려</li> <li>- 각 관련 종사자는 노숙인감소법 2017의 의무를 이행해야 함</li> <li>- 일선 종사자는 노숙인 식별 및 적시 추진 프로세스 확인해야 함</li> <li>- 노숙인의 조기 사망 위험이 높음을 인지하고 빠르게 대처해야 함</li> </ul> </li> <li>○ 아웃리치 서비스             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 다양한 거처에 대한 아웃리치 서비스 제공, 다양한 상태(건강관리, 약물 및 알코올, 정신건강 치료, 부정적 경험, 지적장애)에 대한 대응</li> <li>- 아웃리치로 건강문제를 조기에 파악해야 하고, 심각한 정신건강 및 약물, 알코올 치료를 위해 협력하고 기타 지침을 참고해야 함</li> </ul> </li> </ul>
<p>6. 개인의 필요 평가</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 종사자는 자신이나 타인에게 해를 끼칠 즉각적 위험을 식별할 수 있어야 함</li> <li>○ 노숙인 욕구를 평가할 때, 그들의 다양한 문제를 고려하고 고통스러운 과거 진술의 반복을 피하고, 필요시 동료를 참여시켜야 함</li> <li>○ 평가는 포괄적, 다각적 접근법을 활용하고 전문지식을 갖춘 실무자의 의견을 받아들여야 함</li> </ul>
<p>7. 중급 치료 (Intermediate care)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 병원에서 퇴원(스텝다운 케어), 악화 및 입원 필요(스텝업 케어) 상황을 위해 입원이 필요하지 않지만 의료욕구가 있는 노숙인을 위한 종합팀의 지원이 필요함</li> </ul>
<p>8. 서로 다른 지원 영역 간의 전환</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 노숙인 실무자는 케어 책임 양도가 있을 경우 정보가 공유되어야 하며, 자진 퇴원을 최소화하고 거리노숙 복귀를 예방해야 함</li> </ul>
<p>9. 건강 및 사회적 케어 지원을 받는 주거</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 적합한 생활환경 제공으로 장기적 회복 및 안정적 지원이 가능하게 됨을 인식해야 함</li> <li>○ 변화하는 욕구와 상황에 유연하게 대처, 적절한 주거환경 유지가 필요함</li> <li>○ 특히 위험에 처해 있거나 높은 수준의 니즈가 필요한 사람을 위한 숙박시설을 고려</li> </ul>

### 32 노숙인의 통합적 의료지원과 지역사회 정착을 위한 정책방안 연구

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 임차 책임이 있는 독립된 거처는 극도의 스트레스 및 고립을 초래할 수 있어 정서적이고 실질적 지원 필요</li> <li>○ 새로운 거처로 이동 시 강점 인식을 통해 위험을 완화할 수 있는 방법을 계획, 지원해야 함</li> </ul>
10. (향대 등으로 부터의) 보호	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 보호를 대표할 수 있는 사람을 지정해야 하며 사회복지사가 학제적 종합팀에 포함된 경우, 지방당국은 그 사람을 보호담당자 임명을 고려</li> <li>○ 성인보호이사의회의 계획에서 노숙인을 구체적으로 언급하고, 관련 보호 제공 여부를 확인해야 하며, 관련 건강 및 사회적 케어를 지원해야 함</li> </ul>
11. 장기적 지원	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 자신의 페이스대로 필요를 충족시킬 수 있도록 장기적 참여 계획을 수립해야 함</li> <li>○ 신뢰관계를 구축하는 데 우선순위를 부여해야 함(만남 장소, 장기적 접촉, 일관성 보장)</li> <li>○ 항상 선형적 회복 여정을 따르지 않음에 유의해야 함</li> <li>○ 초기지원이 끝난 후 다시 노숙으로 돌아가지 않도록 건강케어 및 지원 지속</li> <li>○ 삶의 끝에 가까워질 가능성이 있는 경우 완화 치료 제공</li> </ul>
12. 종사자 지원 및 개발	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 전문적 역할에 적합한 수준에서 교육 제공: 권리, 건강불평등, 다양성 문제, 포용적 요구 대응, 차별과 낙인의 영향, 교차하는 정체성 이해, 심리 및 트라우마 정보에 입각한 대응, 법적 의무 및 권한, 이민자의 법적 권리</li> <li>○ 중증 정신질환 및 약물오용에 대한 NICE 가이드라인 권장사항 숙지</li> <li>○ 정기적이고 지속적 지원, 전문적 감독 및 반성적 실천</li> </ul>

자료: National Institute for Health and Care Excellence Centre for homelessness Impact. (2022). Integrated health social care for people experiencing homelessness. pp. 9-39. retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng214/resources/integrated-health-and-social-care-for-people-experiencing-homelessness-pdf-66143775200965>. 2022. 10. 03.에서 연구진이 정리함.

## 제2절 하우스링 퍼스트: 유럽(EU)을 중심으로

최근 한국에서 노숙인에 대한 주거지원의 필요성에 공감함을 표하는 학계 및 활동가를 중심으로 하우스링 퍼스트(Housing First)에 대한 관심이 높아지고 있다(송아영, 2021; 남기철, 2013; 성중탁, 2016; 임정기, 2019). 특히 하우스링 퍼스트는 ‘주거우선접근’으로, 본 연구의 주제인 의료적 니즈가 있는 사람에 대한 주거지원의 원칙과 실재를 제시한다는 측면에서 시사하는 바가 크다. 최근에는 하우스링 퍼스트 관점의 정의, 발전 과정 등을 간략하게 소개하거나, 원칙이나 철학을 비교적 심도 있게 소개하는 다양한 선행연구들도 나타나고 있다. 아래의 연구에서는 이들을 다

시 종합하되, 비교적 국내에 소개가 충분히 되어 있지 않은 유럽의 하우스징 퍼스트를 중심으로 소개하고자 한다.

## 1. 하우스징 퍼스트의 발전과정

하우스징 퍼스트는 1990년대 초 New York의 Pathway to Housing에서 Dr. Sam Tsemberis가 개발하여 시작되었다(Tsemberis, 2010). 하우스징 퍼스트는 원래 거리에서 생활하는 정신건강 문제가 있는 사람들을 돕기 위해 개발되었다. 그들 중 많은 사람들이 정신 병원에 자주 입원했다. 하우스징 퍼스트에 포함되는 대상 계층은 이후 노숙인 쉼터에 장기 체류하는 사람들과 정신 병원에서 퇴원했거나 감옥에서 풀려난 노숙 위험에 처한 사람들을 포함하도록 확대되었다. 또한 복미의 경우 현재 노숙인 가족 및 청소년에게도 지원된다.

하우스징 퍼스트 이전에, 주거 지원은 치료와 금지(음주나 약물)의 단계를 모두 종료한 노숙인에게만 제공되었다. 각 단계는 누군가가 자신의 집에서 독립적으로 생활할 수 있도록 준비하도록 설계되었다. 모든 단계가 완료되었다는 것은 정신건강 문제가 있던 노숙인이 독립적으로 생활할 수 있도록 ‘훈련’을 통해 ‘주거 준비’가 되어 있다는 점을 의미해야 했다. 이러한 유형의 서비스는 ‘계단형’(staircase) 서비스, ‘선형 주거치료’(linear residential treatment) 혹은 ‘치료주도 접근법’(treatment-led approaches)이라 불렸다. ‘계단형’ 서비스와 ‘선형 주거치료’는 원래 심각한 정신질환을 받은 사람이 삶의 모든 영역에서 기능을 할 수 없고 24시간 감독과 지원이 필요로 하는 것으로 간주한 복미 정신병원에서 시작되었다.

이 계단식 접근 방식은 세 가지 목표가 있었다.

첫째, 거리에 있거나 병원 출입을 반복하는 경우 자신의 집에서 사는 훈련을 함.

둘째, 정신건강 문제에 대해 치료와 약물을 받고 있는지 확인함.

셋째, 약물과 알코올과 관련하여 주변에 건강, 안정 및 주거 유지를 위협에 빠뜨릴 사람 유무를 확인함.

1990년대 정신과 진단을 받은 개인, 특히 동시다발 중독 문제가 있는 개인을 위한 계단식 서비스가 항상 효과적으로 작동하는 것은 아니라는 점이 분명해지기 시작하였다(Ridgway and Zipple, 1990; Carling, 1990). 특히 세 가지 중요한 문제가 있었다.

첫째, 서비스 이용자는 한 단계와 다른 단계 사이를 이동하는 데 필요한 모든 작업을 항상 완료하는 것은 아니기 때문에, 계단식 서비스에서 ‘고착’되었다.

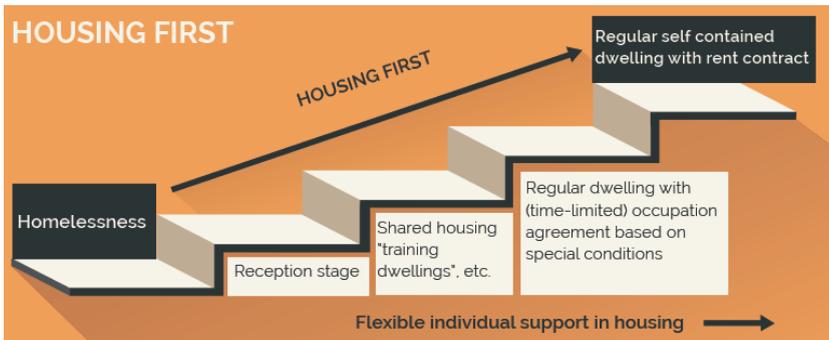
둘째, 서비스 이용자는 마약과 알코올의 완전한 금주 및 정신과 치료에 참여해야 하는 것과 같은 엄격한 규칙으로 인해 임시 및 영구 주택에서 쫓겨나는 경우가 많았다.

셋째, 계단식 모델이 사람들에게 부여한 요구사항, 즉 서비스 이용자가 다른 사람들보다 더 올바르게 행동할 것으로 기대되는 달성할 수 없는 표준을 설정하는지 여부에 대한 우려가 있었다. 그들은 평범한 시민이 아니라 ‘완벽한’ 시민이 되어야 했다.

이러한 결과로 1990년대 후반 지원주택모델을 기반으로 하여 뉴욕의 Sam Tsemberis가 개발한 하우스링 퍼스트는 심각한 정신질환을 앓고 있는 노숙인들을 대상으로 진행되었다(Tsemberis, 2010). 주택은 계단식 모델에서처럼 ‘마지막’이 아니라 ‘먼저’ 제공되었다. 이러한 하우스링 퍼스트는 자신의 집에 머무는 사람들을 방문하는 이동지원서비스와 결합하여

지역사회의 정착 하우스에 신속하게 접근할 수 있도록 했다. 음주나 약물 사용을 중단해야 하는 요구 사항은 없었고 주거에 대한 대가로 치료를 받아야 하는 요구 사항도 없었다. 약물이나 알코올 사용이 중단되지 않거나 치료를 거부하는 경우에도 주택에서 쫓아내지 않았다. 개인의 행동이 원인이 되거나 다른 지원이 필요하여 주택을 떠나게 된 경우, 하우스링 퍼스트는 그들이 다른 살 곳을 찾도록 도운 다음 필요한 기간 동안 계속 지원한다.

[그림 2-2-1] 하우스링 퍼스트와 계단식 서비스 접근 방식의 차이



자료: Pleace, N. (2016). Housing First Guide Europe. FEANTSA. p.15. Retrieved from [https://housingfirsteurope.eu/wp-content/uploads/2021/12/HFG\\_guide-en.pdf](https://housingfirsteurope.eu/wp-content/uploads/2021/12/HFG_guide-en.pdf). 2022. 12.16.

유럽의 하우스링 퍼스트는 뉴욕서 개발된 서비스에서 자극을 받았다. 처음에 영감은 뉴욕에서 개발된 원래의 서비스로부터 왔다(Padgett, D.K., 2015). 그다음은 미국의 다른 지역의 서비스도 소개되었다(Pearson, C.L., Locke, G., Montgomery, A.E. and Buron, L., 2007). 그 이후 시범사업과 평가 결과들이 발표되면서 효과성이 입증되었다. 2010년대 초반부터 하우스링 퍼스트 관점은 유럽에서 급속도로 확산되었다.

아래는 유럽 각 국가에서 하우스링 퍼스트 관점에서 시행하고 있는 사업

과 주요 내용, 성과 등을 정리한 것이다.

〈표 2-2-1〉 유럽의 국가별 하우스링 퍼스트 사업 내용

국가	내용
오스트리아	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 오스트리아는 노숙 종식을 위한 국가적 계획은 없으나 지자체를 중심으로 노숙인 지원이 이루어지고 있음.</li> <li>- 비엔나를 중심으로 2012년부터 하우스링 퍼스트 관점의 정책을 본격적으로 시행하였으며, 2012~2016년간 349명에게 주거지원을 시행했으며, 2016년 현재 주택 유지 비율은 96.6%임.</li> </ul>
벨기에	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Housing First Belgium(HFB)의 일환으로 2013년 9월 시범사업이 시행되었으며 8개 지자체에서 이루어졌음. 2년 동안 90% 이상이 주거를 유지하고 있었으며, 병원 관련 비용이 약 46% 감소한 것으로 나타남</li> </ul>
덴마크	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2008년 전국 노숙인 국가전략이 의회에서 채택될 때 하우스링 퍼스트가 원칙으로 승인됨.</li> <li>- 2009년부터 2013년까지 하우스링 퍼스트에 의한 전국적 프로그램이 실시되었으며, 2014년부터 2016년까지 후속 프로그램을 실시하였으며, 한 연구에 따르면 참여한 지자체 노숙인 중 약 11% 정도가 이 프로그램에 참여한 것으로 추정되었음</li> </ul>
핀란드	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 핀란드는 최근 노숙인 수가 감소한 유럽연합의 유일한 국가로, Housing First 관점에 입각한 개별 맞춤형 지원서비스는 가장 취약한 노숙인을 대상으로 2007년에 도입하였음.</li> <li>- 이후 정부의 PAAVO 프로그램(2008~2015)은 장기노숙인을 대상으로 하였으며 다음 국가 정책 프로그램 AUNE(2016-2019)는 노숙인 예방에 중점을 두었음. 핀란드는 긴급대피소 같은 임시해결책은 사실상 운영하고 있지 않으며, 모두 독립적 아파트로 전환하였음.</li> <li>- 운영에서 핵심 주체는 Y-Foundation이라는 비영리 사회주택 공급체로 17,300호 이상의 아파트를 보유하고 있으며, 입주자는 사회적 관련성과 재정적 필요를 기반으로 선정됨. 이 재단은 임대 활동 및 노숙 종식을 위한 Housing First Development Network에서 핵심적인 조정 역할을 함.</li> </ul>
이탈리아	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 이탈리아 노숙인 단체 연맹(the Italian Federation of Organisations for Homeless People)이 처음으로 도입하였으며, 민간-공공 파트너십(the sc. Network Housing First Italia)의 차원에서 시범사업을 진행했음.</li> <li>- 2015년, 공공 및 공식적 차원에서 하우스링 퍼스트 관점은 노숙인에 관한 성인의 사회적 배제에 맞서는 국가 지침(Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia)에 통합되었음.</li> </ul>
네덜란드	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2006년 HVO-Querido라는 비영리 단체에 의해 26호의 파일럿 프로그램으로 시작되었으며, 현재에는 청소년, 정신질환, 심리사회, 가족 등 대상자를 확대하고 있음. 2019년 1,000번째 Housing First Home이 만들어졌음.</li> </ul>

국가	내용
	- 현재에는 Housing First Netherlands라는 하우징 퍼스트 조직들의 전국 연맹이 활동 중임.
노르웨이	- 노르웨이의 노숙인은 약물남용(54%)과 정신질환(38%) 비율이 높으며, 이민자 인구에 비해 해외 출생자 노숙인 비율이 높은 편임. 2021년 7월 1일 기준으로 25개 지방자치단체가 자체적인 하우징 퍼스트 프로젝트를 시작했으며, 전국적인 하우징 퍼스트 네트워크가 구축되어 있어 매년 2번 회의가 개최되고 있음.
포르투갈	- 2009년 시작된 Casas Primeiro라는 이름의 프로젝트가 하우징 퍼스트 관점의 최초의 프로그램임. 이 프로그램의 목적은 정신질환 또는 약물중독을 경험하고 있는 노숙인에게 주거와 서비스를 제공하는 것이었으며, 비영리 단체(AEIPS)와 대학 기관(ISPA)과 협업을 통해 리스본에서 실시되었음. 이후 긍정적 결과를 나타내어 2012년부터 2015년까지 시의회에 의한 연간 보조금으로 진행되었음. 그 이후에는 시 운영의 노숙인 프로그램에 통합되어 안정적 운영이 가능하게 됨.
스페인	- 2014년 8월에 시작된 Habitat 프로그램이 최초의 하우징 퍼스트 프로그램임. 보건사회복지 평등부가 조정 역할을 하면서 노숙인 지원 네트워크에 공동자금을 지원하고 있음.
스웨덴	- 스웨덴의 룬드 대학이 노숙인 서비스 기관 및 정책 입안자들과 함께 주택 우선의 아이디어를 적극적으로 홍보해 왔음. 2009년에 대학은 주택 우선에 관한 전국 회의를 주최했음. 스톡홀름과 헬싱보리의 두 지방 자치 단체는 이 회의의 직접적인 결과로 얼마 지나지 않아 하우징 퍼스트 서비스를 운영하기 시작했음. 그 이후로 다른 11개 지방자치단체에서 주택 우선 서비스를 시작했음. 94개의 지방자치단체가 시민들에게 주택 우선 서비스를 제공한다고 명시했음.
영국	- 2010년 스코틀랜드의 Turning Point에서 첫 번째로 하우징 퍼스트 실험을 성공적으로 수행했음. 잉글랜드에서는 2014년에서 2015년 사이에 수행된 관찰 평가에서도 하우징 퍼스트에 대한 초기 실험이 성공적임을 입증했음. 영국에서는 2016년 초 현재까지 아직 국가적 차원의 하우징 퍼스트 정책이 없으나, 노숙인 단체(Homeless Link)는 하우징 퍼스트 사용을 촉진하기 위한 사업을 시작했음. 또한 웨일스 정부는 2015년에, 최근 개정된 노숙인법에 대한 지침에서 주택우선모델의 사용을 권장했음.

자료: (오스트리아) Borgenproject. (2020). REDUCING HOMELESSNESS IN AUSTRIA. Retrieved from <https://borgenproject.org/homelessness-in-austria/2022>. 10. 03. 에서 연구진이 정리함.

(벨기에) Housing First Belgium. (2017). Housing First Belgium results. Housing First Belgium. Retrieved from <https://housingfirst.wp.tri.haus/assets/files/2017/05/Housing-First-Belgium-results-EN.pdf>. 2022. 10. 03. 에서 연구진이 정리함.

(덴마크) Lars Benjaminsen (2018) Housing First in Denmark: An Analysis of the Coverage Rate among Homeless People and Types of Shelter Users. Social Inclusion 6(3). pp.327-336. DOI: 10.17645/si.v6i3.1539.에서 연구진이 정리함.

(핀란드) Kaakinen, J. and Turunen, S. (2021). Finnish but not yet Finished - Successes

- and Challenges of Housing First in Finland. *European Journal of Homelessness*. 15 (3). pp.81-84. Retrieved from [https://www.feantsaresearch.org/public/user/Obse rvatory/2021/EJH\\_15-3/EJH\\_15-3\\_A5\\_v02.pdf](https://www.feantsaresearch.org/public/user/Obse rvatory/2021/EJH_15-3/EJH_15-3_A5_v02.pdf). 2021. 10. 03.에서 연구진이 정리함.
- (네덜란드) Housin Firtst Europe Hub. (2022). Netherlands. Retrieved from <https://housingfirst.wp.tri.haus/countries/netherlands>. 2022. 10. 03.에서 연구진이 정리함.
- (노르웨이) Housin Firtst Europe Hub. (N.A). Husbanken. Retrieved from <https://housingfirsteurope.eu/organization/husbanken> 2022. 10. 03. 에서 연구진이 정리함.
- (포르투갈) Duarte, T., Costa, P., Ornelas, José. (2018). mplementation of Housing First in Lisboa, Portugal: A Fidelity Study of the Casas Primeiro Programme. *European Journal of Homelessness*. 12(3). pp.199-227. Retrieved from [https://www.feantsa.org/download/12-3\\_ejh\\_2018\\_duarte512342520403546081 4.pdf](https://www.feantsa.org/download/12-3_ejh_2018_duarte5123425204035460814.pdf). 2022. 10. 03.에서 연구진이 정리함.
- (스페인) Bernad, R., Yuncal, R. and Panadero, S. (2016) Introducing the Housing First Model in Spain: First Results of the Habitat Programme, *European Journal of Homelessness* 10 (1) pp.53-82. Retrieved from [https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Housing/Disabilities/CivilSociety/Aportaciones\\_RAIS\\_Fundaci%C3%B3n\\_05\\_IntroducingHFinSpain\\_Habitatprogramme.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Housing/Disabilities/CivilSociety/Aportaciones_RAIS_Fundaci%C3%B3n_05_IntroducingHFinSpain_Habitatprogramme.pdf) 2022. 10. 03.에서 연구진이 정리함.
- (영국) Homeless Link. (N.A.). About Housing First. Retrieved from <https://housingfirsteurope.eu/guide/what-is-housing-first/housing-first-in-europe>. 2022. 10. 03.에서 연구진이 정리함.

## 2. 하우스링 퍼스트의 핵심 원칙

유럽에서 언급되는 하우스링 퍼스트의 핵심 원칙은 다음과 같은 8가지로 설명할 수 있다. 이 핵심 원칙은 1990년대 초 뉴욕에서 최초의 하우스링 퍼스트를 고안한 Sam Tsemberis가 개발한 원칙에 매우 밀접하며(Tsemberis, S.J. 2010), 유럽 하우스링 퍼스트의 원칙이기도 하다.

[그림 2-2-2] 하우스링 퍼스트의 8가지 핵심 원칙



자료: Pleave, N. (2016). Housing First Guide Europe. FEANTSA. p.15. Retrieved from [https://housingfirsteurope.eu/wp-content/uploads/2021/12/HFG\\_guide-en.pdf](https://housingfirsteurope.eu/wp-content/uploads/2021/12/HFG_guide-en.pdf). 2022. 12.16.

### □ 주거는 인권이라는 관점

먼저, 하우스링 퍼스트는 주거가 어떤 조건에 의해 부여되는 것이 아니라, 모든 사람이 누릴 수 있어야 하는 권리로서 지원되어야 한다는 관점을 견지한다. 즉 노숙인에게 주거는 최종적이 아니라 최우선으로 지원되어야 하며, 그들이 어떠한 방식으로 행동을 해야 하거나 치료를 받아야 하거나 약물이나 알코올을 절제해야 한다는 기대 없이 주택을 지원한다. 이는 주거는 무조건적으로 보장되어야 하는 인권이라는 관점에서 비롯된다. 또한 제공되는 주거는 임시 숙소가 아니라 실제 집이어야 한다. 그리고 하우스링 퍼스트의 지원을 받는 사람들은 집을 임대하는 다른 사람들과 동일한 방식으로 임대 또는 임차 조건을 따라야 하며, 이를 가능하게 하는 지원이 제공된다.

### □ 서비스 이용자의 선택과 통제

하우징 퍼스트는 서비스를 사용하는 사람들의 의견을 경청하고 그들의 의견을 존중해야 한다. 또한 하우징 퍼스트를 사용하는 사람은 자신의 삶을 영위하는 방법과 받는 지원의 종류에 대해 실질적인 선택을 할 수 있다. 하우징 퍼스트의 이 핵심 원칙은 노숙인들이 자신의 필요가 무엇인지, 그리고 그러한 필요가 어떻게 충족될 수 있는지 결정할 수 있도록 해 주는 것이다. 또한 하우징 퍼스트는 선택을 보장하고, 의견을 존중하고, 개인의 강점을 지원하고, 이해와 연민을 모두 제공하기 위한 것이지만, 서비스 이용자가 회복하는 것에 적극적인 관심을 둔다(Löfstrand and Juhila, 2012).

### □ 주택과 치료서비스의 분리

하우징 퍼스트는 치료 참여를 조건으로 서비스 사용자가 주거서비스에 접근하게 하거나 주거생활을 지속하도록 지원하지 않는다. 주거와 치료는 별개이다. 이것은 누군가가 술을 끊지 않거나, 정신건강 문제에 대한 치료를 수락하지 않거나, 다른 지원 제안을 거절하더라도 주택이 계속 제공된다는 것을 의미한다.

물론 하우징 퍼스트는 주거생활 유지 모니터링을 포함하여 하우징 퍼스트 직원과의 정기적인 회의를 권장한다. 그러나 하우징 퍼스트는 행동을 바꾸지 않거나 치료를 사용하지 않는다는 이유로 주택에서 사람들을 퇴거시키지 않는다.

따라서 하우징 퍼스트는 필요한 기간 동안 지원을 제공하지만, 누군가의 하우징 퍼스트 지원서비스 사용이 중단되는 경우, 기존 주택을 유지한다. 하우징 퍼스트가 더 이상 필요하지 않은 사람은 다른 곳으로 이사할 필요가 없다. 이는 하우징 퍼스트가 장소 기반이 아니라 사람 기반이라는 점을 나타낸다.

누군가가 시설에 들어가게 되더라도 하우스링 퍼스트 지원 및 치료 서비스는 계속 연락을 취한다. 예를 들어, 누군가가 정신 병원에 입원해야 하는 경우, 하우스링 퍼스트는 계속 연락을 취하고, 기존 주택을 유지하거나 퇴원 시기에 맞춰 새 주택을 마련할 것이다. 하우스링 퍼스트는 또한 누군가가 짧은 징역형을 선고받는 경우에도 동일한 방식으로 계속 운영될 것이다.

하우스링 퍼스트를 사용하는 사람들에게만 제공되는 아파트 블록이 제공될 수 있다. 이때 자신의 주택에 대해 갖는 권리가 일반 숙박 시설을 임대하는 사람과 동일하게 보장하는 것이 중요하다. 이는 이론적으로 하우스링 퍼스트 팀과의 상호 동의로, 지원이 종료된 후 또는 하우스링 퍼스트 지원 및 치료 사용을 중단하기로 결정한 경우, 누군가가 하우스링 퍼스트 서비스 이용자를 위한 아파트 블록에 거주할 수 있음을 의미할 수 있다. 그들의 주거 및 주거 권리는 그들이 받을 수 있는 치료 및 지원과 별개이다. 이것은 극단적인 예처럼 보일 수 있지만, 그러나 서비스가 주택우선모델을 따르는 경우 주택과 치료의 분리의 핵심 원칙은 타협할 수 없다. 이 접근 방식은 일부 핀란드 하우스링 퍼스트 서비스에서 채택되었다(Pleace et al, 2015).

#### □ 회복지향 서비스

하우스링 퍼스트 관점에서 회복은 서비스 이용자가 문제나 증상 또는 어려움을 더 이상 겪지 않는다는 의미는 아니다. 또한 더 이상 전문 서비스를 받거나 약물을 사용하지 않게 되고, 완전히 독립적으로 생활하게 되는 것을 의미하는 것도 아니다. 회복 과정은 독특하고 개인적이다. 또한 시행착오의 과정이며, 전진과 후진의 작은 단계를 포함하는 것으로 이해해야 한다. 이것은 성공적인 경험을 축하하는 과정이기도 하지만 고통과 좌절감을 경험하는 과정이기도 하다. 하우스링 퍼스트 내에서 회복 과정은

개별적이며, 더 나은 삶을 향한 자신의 길을 선택할 수 있도록 유연하게 지원하도록 설계되었다(Rapp and Goscha, 2006).

하우징 퍼스트는 정신건강 문제 및 기타 건강 문제에 대한 치료, 약물 및 알코올과 관련된 위해 감소, 건강과 웰빙의 위협을 줄이도록 행동의 변화를 적극 권장한다.

#### □ 폐해 감소

폐해 최소화는 문제가 있는 약물·알코올 사용을 끝내는 것이 복잡한 과정이 될 수 있고 금욕, 즉 해독이 필요한 서비스가 많은 노숙인들에게 잘 먹히지 않는다는 생각에 근거한다. 폐해 감소가 금욕 기반 또는 해독 서비스보다 높고 복잡한 욕구를 가진 노숙인인에게 더 효과적이라는 광범위한 증거가 있다(Pleace, 2008).

목표는 반드시 모든 약물 및 알코올 사용을 중단하는 것이 아니라 누군가가 경험하는 피해를 줄이고, 사용을 줄여서 관리할 수 있도록 돕는 것이다. 누군가가 절제를 원한다면, 폐해 감소 접근법이 이를 가능하게 할 수 있다. 폐해 감소 접근법은 적극적인 이용자들에게 약물 및 알코올 사용을 줄이도록 도와줄 것이다.

하우징 퍼스트에서 폐해 최소화는 필수적인 역할을 한다. 하우징 퍼스트가 피해를 줄이지 않았다면 주거를 인권으로 강조하거나, 서비스 이용자의 선택을 촉진하거나, 주거와 치료의 분리를 제공할 수 없었다. 금주를 요구했다면, 금주나 약물복용을 거부하는 사람에게 집을 제공하거나 유지하게 할 수 없었다.

#### □ 강제성이 없는 능동적 참여

하우징 퍼스트를 이용하는 사람들은 특정한 방식으로 행동하거나 행동하지 않는다는 이유로 제재의 위협을 받아서는 절대 안 된다. 하우징 퍼

스트 직원이 자신의 웰빙에 도움이 될 것이라고 생각하는 방식으로 행동을 수정하지 않는 경우(한 가지 예외는 참여를 중단할 필요가 있는 직원 안전을 위협하는 경우) 주택에 대한 접근 거부, 기존 주택에 대한 위협, 지원 또는 치료를 끊겠다고 해서는 안 된다. 하우스링 퍼스트는 회복 지향과 피해 감소를 사용하여 지원, 치료 및 조언이 항상 가능하고 건강, 웰빙, 사회통합 및 전반적인 삶의 질에 대한 긍정적인 변화가 가능하다는 것을 적극적이고 지속적으로 강조한다. 토론, 조언, 정보, 지원, 설득이 이를 이루기 위한 메커니즘이다.

#### □ 개인 중심의 계획

하우스링 퍼스트 서비스는 개인 중심의 계획을 사용하며, 이는 본질적으로 개인과 개인의 필요를 중심으로 지원과 치료를 조직하는 것을 의미한다. 그 내용에는 요리, 예산, 쇼핑 그리고 청구서 처리 같은 실용적인 기술들뿐만 아니라 부채와 돈에 관한 조언 그리고 장식과 가구들에 대한 지원을 포함한다. 개인 중심의 계획은 우정 및 긍정적인 가족 관계를 수립하거나 재정립하는 것과 관련이 있을 수 있다. 하우스링 퍼스트는 또한 사회통합과 관련하여 교육, 훈련, 예술 기반 활동, 자원봉사, 유급 근로, 지역사회 참여를 장려하고 지원할 수 있다. 마지막으로, 건강 및 복지에 관한 개인 중심의 계획은 하우스링 퍼스트 서비스 이용자들이 치료에 참여하도록 장려하고 지원한다.

#### □ 필요한 기간 동안 유연한 지원

하우스링 퍼스트는 다른 의미에서 거주에 관한 권리를 강조하는데, 이는 하우스링 퍼스트를 사용하는 사람이 퇴거당해도 계속 접촉하는 것을 말한다. 임대료 체납, 이웃에게 지장을 주거나 피해를 입히는 피해 등으로 인해 하우스링 퍼스트 서비스 이용자가 퇴거될 경우 하우스링 퍼스트는 그 사람

과 연락을 유지한 채 재거주를 모색한다. 마찬가지로, 하우스링 퍼스트를 사용하는 사람이 자신의 집에서 사는 것을 감당할 수 없는 자신을 발견하고 그것을 버리면, 하우스링 퍼스트는 그때도 그들과 계속 협력한다.

### 3. 하우스링 퍼스트의 지원의 방식

#### 가. 주거생활 유지

하우스링 퍼스트 관점에서 첫 번째 목표는 물론 주택 확보이다. 여기서 중요한 것은 주택은 하우스링 퍼스트가 다루는 마지막이 아닌 첫 번째 문제라는 점이 중요하다. 출발점이 주택이라는 것은, 누군가를 ‘집을 마련’하도록 노력하게 하는 계단식 서비스 같은 다른 노숙인 서비스 모델과 하우스링 퍼스트 사이의 주요한 차이점이다. 주택을 출발점으로 삼는다는 것은 하우스링 퍼스트 서비스가 최대한 독립적으로 생활할 수 있도록 지원을 집중할 수 있고, 건강과 복지를 지원하고, 지역사회, 그리고 더 넓은 사회통합에 도움을 줄 수 있다는 것을 의미한다.

하우스링 퍼스트는 “Housing Only”가 아니다. 주택은 필수적이고 하우스링 퍼스트의 출발점이지만 지원과 결합해야 한다. 만약 누군가가 거주하고 있으나 치료 지원이 제공되지 않고 일상생활에 실질적인 도움이 지원되지 않으면, 그들은 사회적으로 고립되어 공동체의 일부가 아니게 되며, 그들이 거주하는 것은 아무런 의미가 없게 된다(Jones and Pleace, 2005).

주거생활 유지를 위해서 제공하는 서비스는 ① 각 하우스링 퍼스트 서비스 이용자의 주거상황에 대한 정기적인 모니터링, ② 이웃과의 관계 맺기 지원 ③ 사는 곳이 적합한지 확인하는 실질적인 조언 및 지원 ④ 예산 관

련 지원 ⑤ 독립적인 삶을 위한 조언과 지원 ⑥ 하우스링 퍼스트 서비스는 집주인이 임대료만 받을 수 있도록 효과적으로 주택을 관리 ⑦ 하우스링 퍼스트 서비스는 매우 유연하고(flexible), 수용적(accepting)이며, 편견을 갖지 않는다(non-judgemental).

〈표 2-2-2〉 하우스링 퍼스트의 주거생활 유지를 위한 서비스

지원 항목	세부내용
① 주거 상황에 대한 정기적인 모니터링	각 하우스링 퍼스트 서비스 이용자의 주거상황에 대한 정기적인 모니터링, 주거지 지속에 대한 현재 및 잠재적 문제점 확인
② 이웃과의 관계 유지 지원	주거생활 유지는 지역사회 통합과 밀접하게 연관될 수 있음. 서비스 실무자는 하우스링 퍼스트 서비스 이용자가 이웃과 함께 행복하게 살고, 이웃이 하우스링 퍼스트 서비스 이용자의 옆집에 살 수 있도록 최대한 보장
③ 주거에 대한 실질적 조언 및 지원	부엌이 제대로 갖춰져 있는지, 전원과 수도가 제대로 연결되어 작동하는지 확인 및 아파트에 이상이 생겨 수리를 받아야 할 때의 조언 및 지원 등
④ 예산 운영 관련 지원	일부 서비스는 임대료 지불을 보장하기 위해 이용자를 위한 예산 편성을 부분적으로 통제하기도 함. 또는 단순히 돈을 관리할 때 조언을 제공함.
⑤ 독립적인 삶을 위한 조언과 지원	건강에 좋은 식사를 요리하고 청소와 집 유지 또는 장식 등 지원. 이는 오랫동안 하지 않았던 일이기 때문에 지원이 필요할 수 있음.
⑥ 주택 관리	집주인의 우려를 반영하여 임대료만 받을 수 있도록 효과적으로 주택관리를 지원함.
⑦ 기타 필요에 따라 제공되는 유연한 지원	하우스링 퍼스트 서비스는 매우 유연하고(flexible), 수용적(accepting)이며, 편견을 갖지 않는다(non-judgemental). 필요한 것은 무엇이든 할 수 있는 기풍을 갖는 것이 중요하다. 싱크대나 변기의 막힘을 푸는 것을 돕고, 새로운 밥솥이나 TV 리모컨 작동법을 가르쳐주고, 이웃에 적응하는 것을 돕고, 세탁기를 사용하고, 마약상을 피하는 연습을 하고, 서비스 제공자가 아닌 다른 사람의 말을 듣기만 해야 할 때도 있다 고해 요청할 수 있음.

자료: Pleace, N. (2016). Housing First Guide Europe. FEANTSA. pp.39-40. Retrieved from [https://housingfirsteurope.eu/wp-content/uploads/2021/12/HFG\\_guide-en.pdf](https://housingfirsteurope.eu/wp-content/uploads/2021/12/HFG_guide-en.pdf). 2022. 12. 16.

[그림 2-2-3] 하우스링 퍼스트의 주거생활 유지를 위한 서비스



자료: Pleave, N. (2016). Housing First Guide Europe. FEANTSA. p.41. Retrieved from [https://housingfirsteurope.eu/wp-content/uploads/2021/12/HFG\\_guide-en.pdf](https://housingfirsteurope.eu/wp-content/uploads/2021/12/HFG_guide-en.pdf). 2022. 12. 16.

## 나. 건강 유지 관리

하우스링 퍼스트에서 완전히 정해진 지원방법은 없으나, 다음 두 가지 형태의 지원을 모두 제공할 수도 있고 둘 중 하나만 제공할 수도 있다.

ACT(Assertive Community Treatment)는 ‘능동적 커뮤니티 치료’로 정신건강 문제, 약물/알코올 문제 및 신체 건강 악화를 포함한 높은 수준의 요구에 대해 직접 서비스를 제공하는 것이다. 필요에 따라서는 다른 서비스에서 치료에 접근하는 데 필요한 전문적 개입이 추가되기도 한다. 이 접근법은 매우 높은 지원을 필요로 하는 노숙인들을 위해 사용되는 경향이 있다.

ICM(Intensive Case Management)은 ‘집중적 사례관리’로, 직접적 서비스 제공보다는 지역자원 활용을 통한 관리 및 협력을 하는 것이다.

2015년, 유럽에서 운영되는 대부분의 하우스링 퍼스트 서비스는 전부는

아니지만 집중적 사례관리 전용 모델을 사용했다. 하우스링 퍼스트는 지금까지 사례관리를 통해 쉽게 또는 비교적 쉽게 접근할 수 있고 자유롭게 이용할 수 있는 건강, 정신건강, 약물, 알코올 서비스 등 국가가 서비스를 많이 제공하는 유럽 국가들에 의해 개발되는 경향이 있었기 때문이다. 그러나 공공보건 시스템이 훨씬 덜 발달한 유럽 국가에도 있으며, 하우스링 퍼스트가 더욱 확산됨에 따라, 일부 유럽 하우스링 퍼스트 서비스는 사례관리에 의존하기보다는 직접 치료를 제공하기도 한다.

〈표 2-2-3〉 하우스링 퍼스트의 건강 유지관리를 위한 서비스

구분	Type of intervention	profile	support
ACT (Assertive Community Treatment)	서비스 이용자/다중 전문적 개입	심각한 정신질환, 약물 중독이 동반될 수도 있음	직접적 서비스 제공
ICM (Intensive Case Management)	서비스 이용자/전문적 개입	정신보건 문제, 약물중독이 동반될 수 있음	지역 자원 활용을 통한 관리 및 협력

자료: Pleece, N. (2016). Housing First Guide Europe. FEANTSA. p.42. Retrieved from [https://housingfirsteurope.eu/wp-content/uploads/2021/12/HFG\\_guide-en.pdf](https://housingfirsteurope.eu/wp-content/uploads/2021/12/HFG_guide-en.pdf). 2022. 12. 16.

## 다. 사회통합 지원

하우스링 퍼스트는 높은 지원을 받는 노숙인이 일반 이웃의 일반 주택에서 가능한 한 독립적으로 살 수 있도록 함으로써 사회통합에 접근하는 방법이다. 하우스링 퍼스트 접근법에서 사회통합은 주거의 정상화와 생활 상황의 정상화로 인해 발생할 것으로 예상된다. 이전의 노숙인들에게 다른 모든 사람들과 같은 방식으로 살 수 있는 선택권을 부여함으로써, 하우스링 퍼스트는 사회통합을 촉진하고자 한다(Tsemberis, S., 2010).

사회통합은 고정된 개념이 아니라 서로 연관된 문제들의 집합으로, 서

로 다른 수준과 형태의 지원이 필요할 수 있다. 예를 들어 장기간 또는 반복적으로 노숙하는 사람은 가족과 완전히 단절될 수 있지만, 같은 위치에 있는 다른 사람은 그들의 환경에도 불구하고 긍정적인 가족 관계를 유지했을 수 있다. 사회통합에 관한 경험이나 요구는 단 한 가지도 없으며 하우스링 퍼스트는 다양한 유연한 서비스를 제공해야 한다. 여기에는 다음이 포함될 수 있다.

〈표 2-2-4〉 하우스링 퍼스트의 사회통합 지원

사회통합 지원 항목	내용
정서적 지지	하우스링 퍼스트 실무자가 정례 회의를 통해 관심을 갖고 고민을 청취하며 실질적인 도움을 주어야 한다.
공동체 생활 참여	하우스링 퍼스트는 공동체 내에서 그리고 공동체의 일부로서 사람이 살 수 있는 주택 제공에 매우 중점을 두고 있어 커뮤니티 행사에 참여하거나 동네 상점에서 물건을 구입하고 이웃과 대화하는 등 소규모의 행동들은 모두 하우스링 퍼스트를 추진하기 위해 고안된 사회통합의 한 형태이다. 이러한 행동을 하는 데 동행하거나 격려한다.
부정적인 관계 관리	원하지 않는 투숙객들이 나타나 하우스링 퍼스트 서비스 이용자의 집에 머무는 등 이용자가 노숙인 서비스 시스템이나 거리에 상당 기간 방치된 경우 '문고리 통제'가 문제가 될 수 있다. 하우스링 퍼스트는 하우스링 퍼스트 서비스 이용자가 자신의 집을 통제하고, 원치 않는 파티를 주최하거나 의도치 않게 성가시게 하거나 범죄 행위를 하는 장소를 제공하지 않도록 실질적이고 감정적인 지원을 제공할 수 있다.
도전적이고 이웃을 괴롭히거나 범죄적인 행동	이러한 문제는 관리에 관한 것으로, 치료적으로 접근해야 한다. 예를 들어 이웃을 화나게 하는 소음과 성가시게 하는 것은 치료가 필요한 정신건강 문제와 관련된 약물/알코올 사용과 관련이 있을 수 있다. 하우스링 퍼스트 직원은 하우스링 퍼스트 서비스 이용자가 감정 이해 능력 및 분노 관리를 통해 대인 커뮤니케이션을 더 잘 처리할 수 있도록 '코칭'을 제공하거나 서비스하거나 활동해야 한다.
낙인 다루기	노숙 경험 자체 때문에 편견을 겪을 수 있다는 점, 그리고 다른 사람에게 두려움이나 부정적인 반응을 일으키는 다른 특성(예, 심각한 정신질환을 경험하고 있거나 감옥에 있는 경우)을 가질 수 있다는 점에서 지원 필요성이 높은 노숙인들에게는 도전일 수 있다. 다른 모든 사람들과 똑같이 살게 함으로써 노숙인 봉사 존재하는 사회적 장벽을 줄어줄 수 있다.
체계적이고 의미 있는 활동	누군가에게 목적의식을 주고 그들의 자존감을 증진시키는 것은 특히 중요할 것이다. 이것은 자원봉사나 유급 노동(아래 참조)이 가능할 수 있는 지점까지 누군가를 발전시키는 의미로 이끌 수 있다. 영국과 핀란드뿐만 아니라 유럽과 북미의 다른 지역에서도 예술 기반 활동은 노숙인들이 구조

사회통합 지원 항목	내용
	화된 활동에 참여하고 다른 사람들과 함께 일할 수 있도록 돕는 수단으로 사용되며, 이는 그들의 자존감과 정서적 읽고 쓰는 능력을 증진시킨다.
유급 노동	이는 일부 하우징 퍼스트 서비스 이용자가 현실적인 전망이 되기까지는 상당한 시간과 지원이 필요할 수 있지만 가능하다. 사람들을 유급 노동으로 지원하는 것이 프랑스 하우징 퍼스트 프로그램의 특징이다.
존재론적 보안	이것은 삶의 안전감과 예측 가능성이라고 할 수 있는 것을 가리키며, 주택 우선주의에서는 누군가에게 정착된 집을 제공하는 역할에 중점을 둔다.

자료: Pleace, N. (2016). Housing First Guide Europe. FEANTSA. pp.46-47. Retrieved from [https://housingfirsteurope.eu/wp-content/uploads/2021/12/HFG\\_guide-en.pdf](https://housingfirsteurope.eu/wp-content/uploads/2021/12/HFG_guide-en.pdf). 2022. 12. 16.

[그림 2-2-4] 하우징 퍼스트의 사회통합 지원



자료: Pleace, N. (2016). Housing First Guide Europe. FEANTSA. p.48. Retrieved from [https://housingfirsteurope.eu/wp-content/uploads/2021/12/HFG\\_guide-en.pdf](https://housingfirsteurope.eu/wp-content/uploads/2021/12/HFG_guide-en.pdf). 2022. 12. 16.

#### 4. 하우징 퍼스트의 성과

하우징 퍼스트는 근거 기반의 실천을 강조하며 아래와 같이 몇 가지 성과를 보고하고 있다.

##### □ 1년 이상 주거 유지 성과

각국에서는 1년 이상 주거생활을 유지하는 성과에 대해 집계하고 보고하고 있다. 대체로 다른 서비스 이용자에 비해 높은 주거 유지 성과를 나타내고 있는 것으로 보고되고 있다.

〈표 2-2-5〉 유럽 하우징 퍼스트 서비스 대상자 중 1년 이상 주거 유지 성과

국가	1년 이상 주거 유지 성과
오스트리아	2015년, 비엔나의 하우징 퍼스트 서비스에 따르면, 2년 동안 사용한 모든 서비스 이용자 중 98%가 여전히 아파트에 있다고 보고
덴마크	코펜하겐에서 서비스 이용 노숙인의 94%가 12개월 이상 주택 유지
핀란드	2008년에는 2,931명이 10대 대도시에서 장기 노숙인이었다. 이 숫자는 2013년 말 2,192명으로 25% 감소
프랑스	Un Chez-Soi d'abord 하우징 퍼스트 프로그램은 2013년 말 중간 결과를 보고 했으며, 4개 도시 시범 사이트에서 하우징 퍼스트 서비스를 사용하는 172명의 노숙인 중 80%가 13개월 동안 주택을 유지
네덜란드	암스테르담에서 서비스 이용 노숙인의 97%가 12개월 이상 주택 유지
포르투갈	리스본의 asas Primeiro 하우징 퍼스트 서비스는 79%가 유지
영국	글래스고의 Turning Point 하우징 퍼스트 서비스 이용 노숙인의 92%가 12개월 이상 주택 유지 2015년, 영국의 하우징 퍼스트에 대한 관찰 평가에 따르면, 5개의 하우징 퍼스트 서비스 전반에 걸쳐 노숙인의 74%가 최소 12개월 동안 주택을 유지

자료: (오스트리아) Neunerhaus. (2015). Housing First Pilot Project Report. Retrieved from [https://www.neunerhaus.at/fileadmin/user\\_upload/Fachpublikationen/2015/20150925\\_HousingFirst\\_Report\\_english.pdf](https://www.neunerhaus.at/fileadmin/user_upload/Fachpublikationen/2015/20150925_HousingFirst_Report_english.pdf). 2022. 10. 03. 에서 연구진이 작성함.  
(네덜란드, 덴마크, 포르투갈) Busch-Geertsema, V. (2013). Housing First Europe: Final Report. Retrieved from <https://www.habitat.hu/files/FinalReportHousingFirstEurope.pdf>. 2022. 10. 03. 에서 연구진이 작성함.  
(프랑스) Ayda Agha & Maryann Roebuck. (2018). Fidelity Study of the “Un chez-soi d'abord” Housing First Programmes in France. European Journal of Homelessness. 12(3). pp.159-181. Retrieved from [https://www.feantsa.org/public/user/12-3\\_Q7\\_Estacahandy\\_v03.pdf](https://www.feantsa.org/public/user/12-3_Q7_Estacahandy_v03.pdf). 2022. 10. 03. 에서 연구진이 작성함.

(핀란드) Pleace, N., Culhane, D.P., Granfelt, R. & Knutagård, M. (2015) The Finnish Homelessness Strategy: An International Review Helsinki. Ministry of the Environment. Retrieved from <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/1532584>. 2022. 10. 03. 에서 연구진이 작성함.

(영국) Bretherton, J. & Pleace, N. (2015). housing first in England: An Evaluation of Nine Services. Retrieved from <https://www.york.ac.uk/media/chp/documents/2015/Housing%20First%20England%20Report%20February%202015.pdf>. 2022. 10. 03. 에서 연구진이 작성함.

### □ 건강 관련 긍정적 변화

또한 건강 관련 긍정적 변화로 약물이나 알코올 사용이 개선되었으며, 병원에서 지내는 기간도 짧아지는 것으로 나타났다.

〈표 2-2-6〉 하우징 퍼스트 정책에 의한 건강 관련 긍정적 변화

국가	건강 관련 긍정적 변화
오스트리아	2013년 암스테르담에 있는 하우징 퍼스트 서비스 사용자의 70%가 약물 사용을 줄였으며, 89%는 삶의 질이 개선되었다고 보고했으며, 70%는 정신건강이 개선되었다고 보고함
덴마크	32%는 알코올 사용 개선, 25% 정신건강 개선, 28% 신체 건강 개선을 보고함
프랑스	프랑스 Un Chez-Soi d'abord 하우징 퍼스트 프로그램에 포함되기 전 6개월 동안 노숙인들은 병원에서 평균 18.3박을 보냈다. 12개월 동안 하우징 퍼스트를 사용했을 때, 지난 6개월 동안 병원에서 보낸 시간은 평균 8.8박으로 줄었다.
포르투갈	리스본의 Casas Primeiro 서비스에서는 80%가 낮은 수준의 스트레스를 보고함
영국	영국의 하우징 퍼스트에 대한 2015년 평가에서는 서비스 사용자의 63%가 신체적 건강의 개선을 자가 보고했으며, 66%가 정신건강의 개선을 자가 보고했으며, 약물 및 알코올 사용과 관련하여 약간의 개선이 있음을 발견했음

자료: (오스트리아) Neunerhaus. (2015). Housing First Pilot Project Report. Retrieved from [https://www.neunerhaus.at/fileadmin/user\\_upload/Fachpublikationen/2015/20150925\\_HousingFirst\\_Report\\_english.pdf](https://www.neunerhaus.at/fileadmin/user_upload/Fachpublikationen/2015/20150925_HousingFirst_Report_english.pdf). 2022. 10. 03. 에서 연구진이 작성함.

(덴마크, 포르투갈) Busch-Geertsema, V. (2013). Housing First Europe: Final Report. Retrieved from <https://www.habitat.hu/files/FinalReportHousingFirstEurope.pdf>. 2022. 10. 03. 에서 연구진이 작성함.

(프랑스) Ayda Agha & Maryann Roebuck. (2018). Fidelity Study of the “Un chez-soi d'abord” Housing First Programmes in France. European Journal of Homelessness. 12(3). pp.159-181. Retrieved from [https://www.feantsa.org/public/user/12-3\\_Q7\\_Estacahandy\\_v03.pdf](https://www.feantsa.org/public/user/12-3_Q7_Estacahandy_v03.pdf). 2022. 10. 03. 에서 연구진이 작성함.

(영국) Bretherton, J. & Pleace, N. (2015). housing first in England: An Evaluation of Nine Services. Retrieved from <https://www.york.ac.uk/media/chp/documents/2015/Housing%20First%20England%20Report%20February%202015.pdf>. 2022. 10. 03. 에서 연구진이 작성함.

### □ 사회적 통합 효과

사회적 통합 효과로서 사고가 증가하고 가족과의 연락이 활발해지는 결과가 보고되고 있다.

〈표 2-2-7〉 하우스링 퍼스트 정책에 의한 사회적 통합 효과

국가	사회적 통합
포르투갈	리스본의 Casas Primeiro 하우스링 퍼스트 서비스는 하우스링 퍼스트 서비스 사용자의 거의 절반이 사고를 위해 카페에서 사람들을 만나기 시작했다고 보고함
영국	하우스링 퍼스트 서비스 사용자 60명 중 25%가 하우스링 퍼스트와 협력하기 전에 가족과 정기적으로 연락을 했다고 보고했으며, 하우스링 퍼스트 지원을 받은 후에는 50%로 증가했다. 하우스링 퍼스트와 함께 하기 전에는 78%의 사람들이 거리에서 술을 마시는 것과 같은 성가신 행동에 연루되어 있었다. 이것은 하우스링 퍼스트와 협력하기 시작한 후 53%로 떨어졌다.

자료: (포르투갈) Busch-Geertsema, V. (2013). Housing First Europe: Final Report. Retrieved from <https://www.habitat.hu/files/FinalReportHousingFirstEurope.pdf>. 2022. 10. 03. 에서 연구진이 작성함.

(영국) Bretherton, J. & Pleace, N. (2015). housing first in England: An Evaluation of Nine Services. Retrieved from <https://www.york.ac.uk/media/chp/documents/2015/Housing%20First%20England%20Report%20February%202015.pdf>. 2022. 10. 03. 에서 연구진이 작성함.

## 제3절 노숙인 의료와 지역사회 정착지원에 대한 선행연구

노숙인의 의료와 지역사회 정착지원에 관한 선행연구는 시기별로 강조되는 연구 주제들이 있었다. 아래에서는 시기별로 연구 주제들이 어떻게 변화해 왔는지 살펴보면서 시사점을 도출해 보고자 한다.

### 1. 노숙인 의료에 관한 선행연구

1990년대 후반, 우리나라에서 경제위기 발생으로 노숙인이 대량 발생

하였을 때에는 주로 거리노숙인에 대한 진료결과 분석을 통해 노숙인의 신체적, 정신적 건강상태를 파악하는 조사가 시작되었다. 정원오 외(1998), 김수현(1999), 주영수 외(2002) 등은 노숙인 등장 초기에 진료결과 및 설문조사를 통하여 노숙인의 열악한 건강 상태를 보고하면서 노숙인 의료의 체계화를 주장하는 공통점을 보였다.

그 이후 2000년대 중반부터는 의료 문제에 대한 체계 구축 제안이 한층 구체성을 띠게 되었다. 이태진 외(2002), 이태진 외(2003), 이태진 외(2007)는 공통적으로 의료 대응이 체계적이지 않음을 비판하고, 상설적이고 체계적인 노숙인 의료지원 체계를 제안하였다. 특히 이태진 외(2007)는 그간 임시적인 예산으로 이루어져 온 노숙인 의료서비스 제공 체계를 공식화할 것을 제안하면서 알코올 중독 및 정신질환자, 결핵환자를 위한 전문적 서비스 제공 및 노숙인 의료구호비 예산 수립을 추가적 실천과제로 제시하였다.

2011년 노숙인복지법이 제정된 이후에는 이 법에 근거한 실태조사와 계획 수립 및 평가와 관련된 연구들이 이어졌다. 서종균 외(2012)는 노숙인 복지 및 자립지원 종합계획 수립에 관한 연구에서, 의료 사각지대 해소, 현장 의료지원 강화, 시설 내 건강관리사업 강화, 정신장애 및 중독 노숙인 재활사업 강화 등을 다루었다. 또한 유원섭 외(2015)는 노숙인 의료제도의 현황과 문제점을 살피면서 ① 정책 대상의 명확화 ② 중앙정부 차원의 통일적이고 체계적 법적, 제도적 정비 ③ 의료지원 접근성 향상을 위한 의료제도 단일화, 노숙인 진료시설 폐기 및 의료기관 확대, 보장성 확대 및 재활사업 강화를 주장하였다. 이후 이태진 외(2017)는 2016년도 노숙인 등의 실태조사를 통해 건강 및 의료와 관련한 조사항목을 개발하였으며, 이를 통해 주관적 건강수준, 질환별 유병률, 의료이용 실태, 음주 및 알코올 의존성, 정신건강 등을 조사하였다. 2016년도 조사에 이어

2021년도에도 유사한 조사가 이루어졌다(임덕영 외, 2021). 또한 이 실태조사에 근거하여 제2차 노숙인 복지 및 자립지원 종합계획 수립을 위한 연구가 이루어졌다(이태진 외, 2021). 이 연구에서 의료 관련 추진과제로, ① 거리현장 중심 의료지원 체계 구축 ② 감염성 질환에 대한 대응 강화 ③ 주거안정성에 기반한 의료지원을 제시하였다.

이 밖에 특정 질병과 관련한 연구들이 있다. 결핵과 관련하여 노숙인 등 결핵검진 사업 결과 분석 보고서(박아영 외, 2022)가 발표되었다. 또한 코로나19에 따른 노숙인 영향과 대책 방안에 대한 연구로서 김준희 외(2020), 임덕영 외(2020)가 있다. 김준희 외(2020)는 의료지원 관련 노숙인 진료시설 지정병원 확대와 무료진료소 적정 인력 배치 및 치료 후 회복 지원을 제안하였다. 또한 임덕영 외(2020)는 감염병 대응에서 사회적 취약개념 도입, 시설기준 개선, 의료공백 방지를 위한 의료체계 전면 재검토 등을 제안하였다.

이상을 종합해 보면, 노숙인 의료 관련 연구는 1990년대부터 실태조사를 시작으로 하여, 2010년대 노숙인복지법 제정 이후 종합계획 수립 등 제도개선 연구까지 확대되어 왔음을 알 수 있다. 그럼에도 불구하고 실태조사는 5년마다 시행되므로 단기간 실태 변화를 추적할 수 있는 보충적 연구가 필요하다. 또한 종합계획 이외에 의료제도 실태와 개선을 중심으로 살펴보는 연구는 활발하게 이루어지고 있다고 보기 어렵다. 즉 기존 연구들은 본 연구에서 주제로 하는 의료지원이 필요한 당사자에 대한 실태와 관련된 제도 현황을 제공해 주지만, 지역사회 정착까지 이어지는 통합적 지원 방안은 향후 과제로 남겨두고 있다고 할 수 있다.

〈표 2-3-1〉 노숙인 의료 관련 주요 선행연구 개요

시기별 특징	연구	주요 내용
1990년대 후반~2000년대 초반: 노숙인 대량 발생 초기, 진료결과 분석 및 당사자 설문조사	정원오 외(1998)	○ 진료결과 분석, 을지로 및 서울역 ○ 설문조사 분석
	김수현 외(1999)	○ 의료 실태분석 자유의 집 등
	주영수 외(2002)	○ 건강검진 분석 서울역 ○ 설문조사 분석
2000년대: 노숙인 의료제도 체계화를 위한 연구	이태진 외(2002)	○ 의료비 추계 ○ 설문조사 ○ 상설적 의료지원체계 제안
	이태진 외(2003)	○ 의료정책을 ① 신체의료 ② 정신보건지원체계로 구분하여 제안
	이태진 외(2007)	○ 노숙인 의료서비스 제공체계 구축/공식화 제안
2010년대 이후: 노숙인복지법 제정 후 법에 근거한 실태조사 및 종합계획 수립 연구	서종균 외(2012)	○ 의료 사각지대 확인 및 해소 ○ 현장 의료지원 강화 ○ 시설 내 건강관리사업 강화 ○ 정신장애 및 중독 노숙인 재활 사업 강화
	유원섭 외(2015)	○ ① 정책 대상의 명확화 ② 중앙정부 차원의 통일적이고 체계적 법적 제도적 정비 ③ 의료지원 접근성 향상을 위한 의료제도 단일화, 노숙인 진료시설 폐기 및 의료기관 확대, 보장성 확대 및 재활사업 강화를 주장
	이태진 외(2017)	○ 건강 및 의료 관련 실태조사
	임택영 외(2021)	○ 건강 및 의료 관련 실태조사
	이태진 외(2021)	○ ① 거리현장 중심 의료지원 체계 구축 ② 감염성 질환에 대한 대응 강화 ③ 주거안정성에 기반한 의료지원 제시
	박아영 외(2022)	○ 결핵검진 실태조사
2020년대: 결핵 및 코로나19 등 감염병 관련 연구	김준희 외(2020)	○ 당사자 설문조사
	임택영 외(2020)	○ 시설 및 당사자 설문조사

자료: 연구진이 작성함.

## 나. 주거지원 연구

노숙인의 주거에 대한 연구는 노숙인 의료 관련 연구에 비해 다양하게 이루어져 왔다. 노숙인 정책의 궁극적 목표는 탈노숙이며, 그 방안으로 시설 수용을 넘어서 주거지원을 통해 어떻게 지역사회에 정착시킬 것인가 하는 문제에 대한 답이 끊임없이 제안되었다. 구체적으로는 적절한 시설 보호란 무엇이며, 어떤 사람을 주요 대상으로 주거지원을 할 것인지가 논의되었고, 그 과정에서 시설 보호 대상자의 분류 및 시설 전문화, 주거 지원 연계 및 사례관리 등의 방안이 과제로 대두되었다.

먼저, 1990년대 후반 연구에서는 노숙인이 동일하지 않다는 문제의식 하에서 노숙인의 구분이 이루어지게 되었다.

가장 먼저 노숙인 구분과 주거지원을 언급한 보고서는 정원오 외(1998)로, 노숙인을 존재형태 및 건강상태, 생활사를 기초로 ① 치료대상자 ② 요양대상자 ③ 재활대상자 ④ 자활대상자로 구분하였다. 이 중 자활대상자는 일자리만 연결되면 곧 자립이 가능한 사람들로 파악되었다. 노숙인 서비스는 각 유형별 특성에 맞게 지원되어야 하며, 자활대상자에게는 여인숙 등 숙박료 제공, 공공임대주택 입주자격 부여, 전세금 용자 등이 제안되었다.

이후 다수의 연구에서는 노숙인을 유형별로 구분한 다음, 각 유형별 니즈에 맞게 시설 서비스가 대응하고, 이 중 자활 가능성이 높은 사람에게 주거지원을 제안하는 방식이 제안되었다.

김수현 외(1999)는 당시 노숙인을 ① 귀가 및 가족지원 대상자 ② 독립생활 지원 대상자 ③ 재활지원 대상자 ④ 치료보호 대상자 ⑤ 요양 및 시설보호 대상으로 구분하고, 이 중 독립생활 지원 대상자에게 그룹홈을 제공하여 준비된 이후 독립하는 방안을 제시하였다.

이태진 외(2002)에서는 당시 노숙인을 ① 주거지원대상자 ② 자활지원 대상자 ③ 재활지원 대상자로 분류하였으며 각각의 비율을 5:3:2로 추정하였다. 이 중 시급하게 주거지원이 필요한 집단은 자력으로 주거비의 일부 혹은 전부를 부담할 수 있는 소득을 가진 노숙인으로, 당시 “자활의 집”이라 불리는 공동거주 전세에서, 월세 지원으로 주거지원 방향을 전환할 것을 제안하였다.

이태진 외(2003)에서는 주거지원대상자로 ‘퇴소 후 거주가족 있음’과 ‘근로활동을 하고 있는 경우’를 대상으로 하였다. 이들에게 단기적으로 “자활의 집”(공동거주 전세)을 공급하고, 중장기적으로는 공공임대주택은 활성화할 것을 제시하였다. 이 밖에 단신거주자 지원과 공공부조의 특례 규정 확대를 통한 주거지원도 제안하였다.

정원오 외(2011)는 노숙인복지법 개정과 맞물려 노숙인을 “근로활동 가능자”, “근로 어려움, 자립생활(self care) 가능”, “자립생활 어려움, 사회적 케어(social care) 필요”, “의료적 케어(nursing)”로 구분하여 예전의 노숙인 쉼터 및 부랑인 시설을 자활시설, 재활시설, 요양시설로 개편할 것을 제안하였다. 또한 주거지원을 생활시설, 이용시설, 임시주거비지원, (매입)임대주택으로 구분하였다. 노숙인은 대체로 사회적 기능수행 취약성에 따라 우선 생활시설을 통한 주거와 보호가 이루어지고, 기능수행의 독립성을 제고해 가면서 독립주거를 지원하는 방식으로 이진해 간다고 진단하였다(정원오 외, 2011, p.205).

남기철 외(2013)는 노숙인복지법 개정에 따라 시설별 기능을 더 명확히 제시하려는 목적에서 사회복지서비스 체계가 지역사회보호와 전문화를 지향해야 한다고 주장하였다(남기철 외, 2013, p.55). 당사자를 자립생활 정도와 근로활동 정도에 따라 6개의 매트릭스로 구분하였으며, 각각에 따라 시설을 배치하고자 하였다. 또한 시설별로 적절한 주거지원으

로서, 자활시설은 주거지원, 재활시설은 재활과 관련된 지원주택(supportive housing)이 될 수 있도록 제안하였다.

〈표 2-3-2〉 노숙인의 상태: 근로활동과 자립생활 능력에 따른 매트릭스

구분	자립생활(self-care) 가능(A)	자립생활(self-care) 취약(B)	자립생활(self-care) 불가(C)
근로활동 가능(a)	A-a 자활시설		
근로활동 취약(b)	A-b 자활시설	B-b 자활시설, 재활시설	
근로활동 불가(c)	A-c 재활시설	B-c 재활시설	C-c 요양시설

자료: 남기철, 신원우, 민소영, 김선미, 김준희, 이지혜(2013). 노숙인 특성에 따른 시설 유형별 프로그램 및 매뉴얼 개발. 보건복지부. 동덕여자대학교, p.52.

이 때까지의 관심사는 노숙인의 근로능력이나 자립생활 능력에 대응하는 시설 개편과 자립이 가능한 노숙인에 대한 주거지원이 핵심을 이루었다고 할 수 있다. 그러다 2016년 지원주택이 본격적으로 시도되면서 관심은 그간 배제되어 왔던 근로능력 및 자립생활 능력이 부족한 노숙인까지 주거지원의 대상으로 확대하는 것을 고민하는 연구들이 제시되었다.

먼저, 남기철 외(2016)는 복지서비스를 받아야 독립적 주거생활이 가능한 시민에 대해 그간 시설에 장기간 입소시켜 보호하는 것에만 치중해 왔던 복지사업 관행을 벗어나 지역사회에서 독립적 주거생활을 유지하도록 지원해야 한다고 주장하였다. 그 구체적 사업으로, 주거와 서비스를 통일적으로 결합한 지원주택을 제안하면서, 이것은 주거생활이 가능한 인구를 넘어 주거요구의 긴급성이 가장 큰 대상에게 본격적인 지원을 실행하는 주택 공급 이상의 적극적 주거복지라고 하였다(남기철 외, 2016, pp.1-2). 남기철 외(2016)에서는 ‘서울시 지원주택 사업 방안’을 모색하

면서 지원주택 사업추진의 주요 구성요소로 ① 주택의 공급방식 ② 입주자의 선정 ③ 운영기관의 선정과 역할 ④ 주거유지지원서비스가 있다고 제시하였다. 이때 입주자는 개별화된 지원서비스가 제공되지 않으면 지역사회에서 독립(자립) 생활을 유지하기 어려운 서비스 필요성이 존재해야 하는 대상(남기철 외, 2016, p.68)이어야 한다고 명시하였다.

이후 2017년부터는 매해 지원주택 컨퍼런스가 개최되면서 정기적으로 지원주택 관련 보고가 축적되고 있다. 특히 현장의 사례와 외국 사례 등이 공유되고 논의되고 있다. 아래는 지원주택 컨퍼런스 중 노숙인을 주요 주제로 다룬 발표 리스트이다.

〈표 2-3-3〉 지원주택 컨퍼런스의 노숙인 관련 발표 제목

회차	시기	발표 제목
제1회	2017년 7월 12일	· 정신질환 여성노숙인을 위한 지원주택 시범운영 사례 (서정화) · 알코올 문제를 지닌 홈리스를 위한 지원주거 운영 사례 (최성남) · 만성노숙인을 위한 외국의 지원주택 사례와 시사점 (민소영)
제2회	2018년 9월 18-19일	· 입주민 사례분석을 통한 주거유지 및 퇴거요인 분석 (서정화) · 입주민 복지서비스제공을 위한 지역사회 복지지원의 진단과 과제 (최성남)
제3회	2019년 12월 19일	· 노숙인 요양시설 대구시립희망원의 탈시설 지원사례 (하창수) · 노숙인의 탈시설 및 지역사회통합 돌봄 욕구 (신원우)
제4회	2020년 12월 11일	· 노숙인 지원주택 서비스 실천 현황과 제안 (이주연)
제5회	2022년 5월 2일-3일	· 지원주택의 현재와 나아갈 길 (남기철) · 지원주택을 위한 생태계: 어떤 준비가 필요한가? (민소영)

주: 괄호 안은 작성자임.

자료: 씨닷. (n.d.) 지원주택컨퍼런스 홈페이지. <https://supportivehousing.co.kr/> 에서 2022. 10. 03. 인출에서 연구진이 작성함.

이렇게 지원주택과 관련한 연구들과 보고가 활발해지면서, 자립 가능성이 낮아 주거지원의 대상자에서 배제되었던 사람들이 지역사회에 정착할 수 있는 방안들을 모색하게 되었다. 따라서 최근의 주거지원 관련 연구들은 노동능력이나 자립능력에 따른 노숙인의 구분이 아니라, 주거지원 시 필요한 서비스의 지원 종류 및 가능성으로 초점이 옮겨지고 있다고 할 수 있다.

〈표 2-3-4〉 노숙인 주거지원 관련 주요 선행연구 개요

시기별 특징	연구	주요 내용
1990년대 후반~2000년대: 노숙인에 대한 다양한 구분, 이 중 자활대상자 등에 대해서 공동거주 전세 및 월세 지원 제안	정원오 외(1998)	○ ① 치료대상자 ② 요양대상자 ③ 재할대상자 ④ 자활대상자로 구분 ○ 자활대상자에게 주거지원 제안
	김수현 외(1999)	○ ① 귀가 및 가족지원 대상자 ② 독립생활 지원 대상자 ③ 재활지원 대상자 ④ 치료보호 대상자 ⑤ 요양 및 시설보호 대상으로 구분 ○ 독립생활 지원 대상자에게 그룹홈 제공
	이태진 외(2002)	○ ① 주거지원대상자 ② 자활지원대상자 ③ 재활지원대상자로 구분 ○ 주거지원 대상자는 공동거주 전세(자활의 집) 또는 월세 지원
	이태진 외(2003)	○ 퇴소 후 거주가족 있는 경우와 근로활동을 하고 있는 경우 단기적으로 '자활의 집' 제공, 중장기적으로 공공임대주택 활성화
2010년대: 노숙인 시설 개편과 맞물려, 노숙인 구분을 시설 체계화와 연계, 자립생활능력이 부족한 노숙인까지 주거지원 포함	정원오 외(2011)	○ “근로활동 가능자”, “근로 어려움, 자립생활 가능”, “의료적 케어”로 구분하여 각각 자활시설, 재활시설, 요양시설 대상으로 규정 ○ 주거지원은 사회적 기능수행이 취약하면 우선 생활시설 보호, 기능수행 독립성을 제고해 가면서 독립 주거 지원
	남기철 외(2013)	○ 자립생활 가능, 취약, 불가능, 근로활동 가능, 취약 불가 등 6개 매트릭스 구성

시기별 특징	연구	주요 내용
		○ 자활시설 입소자는 주거지원, 재활 시설은 지원주택을 제안
2010년대 중반 이후: 복지서비스가 제공되는 주거 지원 방식의 지원주택 활성화	남기철 외(2016)	○ 독립생활이 어려운 대상자를 포함하는 주거지원 방안 모색 ○ 지원주택의 체계적 사업방안 제시
	김혜정, 한규희 (2022a)	○ 노숙인 지원주택 운영 매뉴얼을 제작하여 실제 지원주택 운영에 활용할 수 있도록 지원
	지원주택컨퍼런스 (2017~2022)	○ 지원주택 관련 이론 및 현장 사례 등 발표 및 공유

자료: 연구진 작성



사람을  
생각하는  
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



## 제3장

### 국외 사례 연구

제1절 미국의 노숙인 의료 및 지역정착지원 현황

제2절 일본의 노숙인 의료 및 지역정착지원 현황



# 제 3 장 국외 사례 연구

## 제1절 미국의 노숙인 의료 및 지역정착지원 현황

### 1. 노숙의 의미와 규모

미국의 노숙인에 대한 정의는 McKinney-Vento Act(노숙인법)에 규정되어 있으며, 다음과 같다.

〈표 3-1-1〉 McKinney-Vento Act(노숙인법)에 따른 노숙인 정의

- (1) 충분히 고정적으로 밤잠을 잘 수 있는 정기적인(regular) 장소가 없는 사람
- (2) 가장 일상적으로 밤잠을 자는 곳이
  - (A) 임시숙소를 제공하기 위한 쉼터이거나,
  - (B) 임시 주거를 제공하는 시설이거나,
  - (C) 인간적 측면에서 정기적으로 잠을 청할 수 있는 평범한 장소가 아닌 공공 혹은 사적 공간에 있는 사람

또한 HUD(한국의 국토교통부에 해당)는 주거지원에서 특히 강조되고 있는 만성노숙인을 별도로 정의하고 있다. 즉 만성노숙인은 인간적 측면에서 주거 공간이라고 할 수 없는 장소이거나 피난처, 혹은 응급 쉼터에 머물고 있으면서 장애를 가진 사람이거나, 또는 시설에 거주하지만 90일이 되지 않았고 시설에 오기 전에는 인간적인 주거 공간이 아닌 장소이거나 피난처, 혹은 응급 쉼터에 머물었던 장애를 가진 사람을 의미한다. 또한, 최소 12개월 동안 위의 장소에서 지속적으로 머물렀거나, 또는 지난 3년 동안 최소 4번을 위 장소에서 머문 경험을 가졌으며 이 기간이 총 12

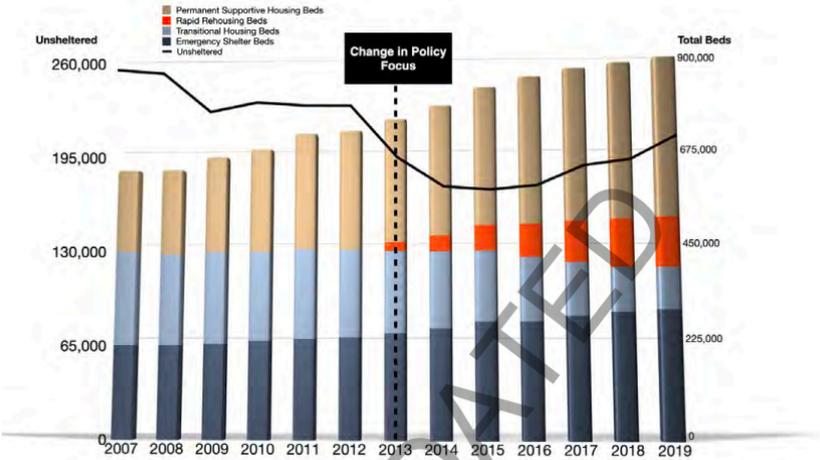
개월인 사람들도 만성노숙인 범주에 포함된다. 4번의 입소 경험 중 각 입소 사이에 적어도 7일을 위와 같은 공간들이 아닌 공간에 머물렀을 때 1회로 정의된다(HUD, 2015).

위 내용을 조합하면, 만성노숙인은 1) 집이 없고 단기 쉼터 또는 인간적인 거주 공간이 아닌 장소(버려진 건물, 거리, 자동차 안)에서 머물고 있으며, 2) 이러한 장소에서 적어도 1년 이상 지속적으로 머물렀거나 또는 적어도 3년 이상 4번의 거주 경험이 있으며, 3) 약물남용, 외상성 장애(post-traumatic stress disorder), 외상성 뇌손상, 만성질환 또는 장애, 발달장애, 심각한 정신장애가 있는 사람이다. 그리고 적어도 90일 미만 동안 시설에 머문 경험이 있는 사람으로서(이때 시설이란 감옥, 정신질환치료시설, 병원, 또는 이에 준하는 시설을 의미) 시설 입소 이전 경험이 앞의 조건을 충족한 사람이면 만성노숙인 범주에 포함된다(National Academy of Science, 2018, pp.14-15). 이 외에도 가정 폭력, 데이트 폭력, 성적 모욕, 스토킹, 또는 개인이나 가족이 폭력으로 인하여 위험한 상황 혹은 생명이 위협받아 도망치고 있거나 도망치려고 하는 사람도 포함된다(USICH, 2020, p.7).

미국의 노숙인 규모는 2014년 175,399명에서 2019년 211,293명까지 5년 동안 약 20.5% 증가하였다. 동시에 긴급주택(subsidized Rapid Rehousing)과 영구지원주택(Permanent Supportive Housing)이 2014년 338,065호에서 2019년 482,254호로 42.7% 증가하였다(아래 그림 참고, USICH, 2020, p.1)

[그림 3-1-1] 미국 노숙인 규모와 주택서비스 공급 변화 (2007~2019)

The homelessness assistance system has expanded, while unsheltered homelessness has risen dramatically from 2014 to 2019 after a change in policy focus.<sup>9</sup>



In Figure B above, the solid black trend-line represents the point-in-time count of unsheltered individuals. The dark blue, light blue, red, and gold represent emergency, transitional, rapid-rehousing, and permanent supportive beds, respectively. When totaled together, these latter four cohorts reflect the aggregated year-round homelessness assistance system in terms of beds and housing units. It should be noted that the utilization rates vary among jurisdictions.

자료: United States Interagency Council on Homelessness. (2020). Expanding the Toolbox: The Whole-of-Government Response to Homelessness. p.8. Retrieved from [https://www.usich.gov/resources/uploads/asset\\_library/USICH-Expanding-the-Toolbox.pdf](https://www.usich.gov/resources/uploads/asset_library/USICH-Expanding-the-Toolbox.pdf). 2022. 10. 02.

## 2. 노숙인 의료서비스

### 가. Health Care for the Homeless: HCH

미국이 노숙인 의료서비스 체계를 구축하게 된 중요한 계기는 1985년에 19개 지역에서 수행되기 시작한 시범프로젝트라고 할 수 있다 (Zlotnick, et al., 2013). 시범프로젝트는 1985년에 Robert Wood Johnson Foundation and the Pew Charitable Trust가 19개 지역에

시범 프로젝트 재정 지원을 하면서 이루어졌다. 시범프로젝트는 노숙인을 위한 특별 보건서비스(Health Care for the Homeless: HCH)를 지원하는 지역사회가 실제로 노숙인들의 보건서비스에 대한 접근성과 질을 향상시켰는지, 향상시켰다면 그 방법은 무엇이었는지를 확인하기 위해 수행되었다. 1987년 7월 22일에는 중앙 정부 차원에서 이루어진 노숙에 대한 최초의 법적 대응이라 할 수 있는 McKinney-Vento Homeless Assistance Act(Pub L No. 100-77)가 통과되었다. HCH 프로젝트의 성공을 이어받아 McKinney-Vento Act의 title VI에서 HCH 프로그램을 노숙인들의 가장 일차적 의료서비스 욕구를 해소시키는 중앙정부 프로그램으로 설정하였다.

1996년에 Health Centers Consolidation Act(보건센터조정법)이 HCH 프로그램 수행을 지역보건센터 관할 아래 배치시킴으로써, HCH 프로그램이 지역보건센터 프로그램의 하나로 진행되었다. 중앙정부 차원에서 서비스 품질이 보증된 지역보건센터<sup>2)</sup>가 노숙인에게 의료서비스를 지원하도록 한 것이다. 이에 노숙인 의료 지원 행위에 대하여 지역보건센터는 Medicaid(저소득층을 위한 의료급여)를 통하여 재정을 확보할 수 있게 되었다. 실제로 Boston Health Care for the Homeless Program(BHCHP, 보스톤 HCH 프로그램)에 따르면, BHCHP 예산의 75%가 Medicaid나 Medicare에서 제공되어 안정적 재원 구조를 갖추게 되었다(O'Connell, et al., 2010).

HCH의 주요 원칙과 내용은 다음과 같다(Zlotnick, et al., 2013).

---

2) 지역보건센터는 공공의료서비스법(Public Health Service Act) 330조에 의해 운영된다. 지역보건센터는 보건복지부(Department of Health and Human Services, HHS) 산하 Health Resources and Services Administration(인적 자원 및 서비스 부서, HRSA)을 통하여 규제와 재정 지원을 받으면 운영된다.  
([https://nhchc.org/wp-content/uploads/2021/04/HCH-Fact-Sheet\\_2021.pdf](https://nhchc.org/wp-content/uploads/2021/04/HCH-Fact-Sheet_2021.pdf)).  
지역보건센터는 저소득층과 비보험자에게 일차의료서비스를 제공하는 곳이다.

첫째, 아웃리치와 초기 개입(engagement) 원칙이다. 똑똑 숨어버려서 찾기가 어려운 노숙인일지라도 최대한 보건의료서비스에 접근할 수 있도록 독특한 아웃리치모델을 고안하였다. 관계 맺기를 꺼리는 노숙인의 특성을 고려하여, 정교하게 고안된 이동식 보건소 그리고 홈리스 drop-in 센터나 쉼터에 임시 보건소를 설치하여 보건서비스에 대한 접근성 향상을 꾀하였다. 아웃리치 실무자를 적극적으로 활용하였다. 아웃리치 실무자들은 거리문화를 충분히 이해하고, 노숙인과 의사소통하는 기술을 습득하였다. 또한, 거리노숙인 추적 방식을 고안하였는데, 빈번하게 나타나는 장소를 확인하여, 아웃리치 실무자들이 필요할 때 해당 노숙인을 찾을 수 있도록 하였다. 응급 상황임에도 서비스를 거부할 경우, 보건의료진이 아웃리치 실무자와 동행하였다.

둘째, 지역사회 협력 원칙이다. 주거, 공공부조, 식료품과 의복, 치과 및 안과 서비스, 정신보건서비스, 약물사용치료, 교육, 직업훈련, 법률 서비스, 아동 돌봄, 양육 지원 등은 노숙인 지원 서비스로서 매우 중요하다. HCH는 공식 및 비공식 의뢰 네트워크를 구축·확장하여 노숙인과 가족들이 필요한 서비스에 접근할 수 있도록 도왔다. 한편 노숙인에 대한 사회적 낙인, 재정적 지원 한계, 노숙인에 대한 지식 부족, 노숙인의 복합적 욕구 때문에 주류 서비스 체계 내에 있는 기관들로부터 그리고 노숙인들로부터 저항을 받기도 하였다.

셋째, 사례관리를 통하여 필요 서비스에 대한 원스톱 체계를 갖추는 것이다. HCH 프로그램에서는 노숙인을 옹호하고 이들을 지역사회, 그리고 서비스와 자원에 연계시키기 위한 사례관리자 실천이 중요하였다. 사례관리자들은 정서적 지지, 정보 제공, 옹호, 교육(지도) 등의 서비스를 제공하였다.

넷째, Medical Respite Care(회복을 위한 단기의료쉼터)를 제공하였

다. 질환이 심각하여 거리 생활로는 신체적 질환이나 외상이 회복되기 어렵지만 입원할 정도로는 병이 심각하지 않은 노숙인을 위하여 의료적 서비스가 결합된 임시 쉼터를 제공하여 회복을 도모하는 프로그램이었다.

다섯째, Consumer Advisory Board(CAB, 소비자 옹호 위원회)를 설치하였다. 1996년에 HCH 수행 지역을 지역정신보건센터 관할 아래 두고 재정적 지원을 하였는데, 이때 CAB를 반드시 설치하도록 하였다.

HCH 프로그램에서 제공하는 서비스들은 일차의료, 정신건강치료, 약물치료, 치과치료, 사례관리, 아웃리치/이동, 소득지원, 지원주택, 건강교육, 통역, 예방 서비스들이다(NHCHC, 2021). 코로나19 기간에 HCH 프로그램은 아웃리치, 검사, 백신주사, 다양한 일차의료서비스 등을 제공하였다.

HCH 프로그램은 클라이언트 중심이라는 목표에 바탕을 두고 trauma-informed, harm reduction approach(외상에 입각한 피해감소 접근)를 활용하면서 노숙인이 의료서비스에 최대한 접근할 수 있도록 돕는다(NHCHC, 2021). HCH 프로그램을 통하여 여러 변화와 성과가 나타났다(O'Connell, et al., 2010). 병원과 쉼터 사이의 틈새를 메우는 단기의료서비스를 만들고, 병원과 쉼터 및 거리 진료소 등을 연결시키는 의료기록정보시스템을 구축하여 서비스를 조정하고 모니터링하며, 의료 및 정신건강서비스를 통합하고 서비스 지속성을 담보할 수 있는 다학제 간 팀을 구축하였고, 프로그램과 서비스 설계를 위한 거버넌스를 구축하여 이용자가 참여하는 통로를 만들 수 있었다. 이 외에도 보험 혜택 증가, 장애인 소득보장 자격 획득, 예방 서비스 지속적 제공(예를 들어, HIV 감염 노숙인을 위한 치료 접근 확대, 당뇨 의심 증상에 대한 모니터링 증가 등), 일차의료서비스 지표 발전(자궁경부암 및 유방암 모니터링) 등의 긍정적 결과도 나타났다.

## 나. 의료보험 개혁(ACA)과 노숙통합등록시스템(CES) 개편

의료서비스에 대한 노숙인의 접근을 더 용이하게 만든 배경에는 2010년 오바마 행정부가 발표한 ‘Opening Doors: The Federal Strategic Plan to Prevent and End Homelessness’, 그리고 ‘Patient Protection and Affordable Care Act, Pub L No. 111-148(ACA, 환자보호 및 부담적정보험법, 또는 부담적정보험법 또는 오바마케어)’가 있다. 이 시기 HUD에서 지원된 Coordinated Entry System(CES, 노숙통합등록시스템)도 중요한 역할을 수행하였다.

오바마 행정부는 ‘어느 누구도 노숙을 경험해서는 안 되며, 어느 누구도 집이라고 부를 수 있는 안전하고 안정된 공간이 없어서는 안 된다’는 것을 ‘Opening Doors’의 비전으로 삼았다. 4가지 핵심 목적도 제시하였다. ‘첫째, 2015년까지 상이군인의 노숙을 예방하여 노숙을 종식한다. 둘째, 2017년까지 만성노숙을 종식한다. 셋째, 2020년까지 가족, 청소년, 아동 노숙을 예방하고 종식한다. 넷째, 모든 종류의 노숙 유형을 종식시키는 길을 구축한다’이다(USICH, 2015, p.6).

이러한 목적을 달성하기 위하여 10가지 구체적인 목표를 제시하였다. 이 중 5가지 목표가 노숙인의 주거와 건강에 연관된다.<sup>4)</sup> 먼저, 주거와 관

4) 10가지 목표는 다음과 같다. 첫째, 노숙 예방과 종식을 위해 정부의 모든 수준과 모든 부문에 걸쳐 협력적인 리더십을 제공하고 촉진, 둘째, 협력 및 성공적 노숙 예방 및 종식에 대한 지식 증대로 공공민간 협력역량 강화, 셋째, 노숙인이거나 노숙 위기에 있는 사람들에게 저렴한 주택을 제공, 넷째, 만성노숙을 예방하고 종식하기 위하여 Permanent Supportive Housing(PSH, 영구적 지원주택)을 제공, 다섯째, 노숙인이거나 노숙 위기에 있는 사람들을 위한 교육 및 지속가능한 고용 접근성 향상, 여섯째, 재정 취약성으로 인한 노숙을 감소시키기 위한 주류 프로그램 및 서비스 접근성 향상, 일곱째, 일차의료 및 정신건강서비스를 노숙지원프로그램 및 주택과 통합제공, 여덟째, 노숙 청소년을 위한 의료와 주택 안정 환경을 조성하여 위탁가정이나 청소년 법원 같은 제도로부터 노숙 청소년이 벗어나도록 하는 것, 아홉째, 병원이나 감옥에 자주 왔다갔다하는 노숙인을 위하여 의료와 주거에 대한 안정적인 환경을 조성, 마지막 열 번째, 노숙에 대한 서비스를 노숙 예방 및 노숙인에 대한 안정적 주거로 복귀시키기 위한 위기 시스템으로의 전환 이다(USICH, 2015, p.9).

련해서 세 번째 목표가 노숙인이거나 노숙 위기에 있는 사람들에게 저렴한 주택을 제공하는 것이다. 네 번째 목표는 만성노숙을 예방하고 종식하기 위하여 Permanent Supportive Housing(PSH, 영구적 지원주택)을 제공하는 것이다. 건강과 관련한 목표는 일곱째 목표로서 노숙에 취약한 사람을 줄이고 노숙의 영향을 감소시키기 위하여 일차의료 및 정신건강 서비스를 노숙지원프로그램 및 주택과 통합시키는 것이다. 여덟째 목표는 노숙 청소년을 위한 의료와 주택 안정 환경을 조성하여 위탁가정이나 청소년 법원 같은 제도로부터 노숙 청소년이 벗어나도록 하는 것이다. 아홉째 목표는 병원이나 감옥에 자주 왔다갔다하는 노숙인을 위하여 의료와 주거에 대한 안정적 환경을 조성하는 것이다(USICH, 2015, p.9).

Opening Doors에서 천명한 노숙 종식의 의미는 어느 누구도 다시는 노숙 위기를 경험하지 않을 것임을 의미하는 것은 아니다. 가능한 한 노숙을 예방하거나 혹은 노숙이 있더라도 단기간에 끝나는 상태가 되도록 모든 지역사회가 노력하는 것을 의미한다. 지역사회의 이러한 노력에는 첫째, 노숙을 경험하거나 노숙 위기에 있는 주민들을 빨리 확인하여 조기 개입하는 것, 둘째, 주거를 잃지 않도록 예방하고 노숙서비스 체계로부터 사람들을 탈출시키는 것, 셋째, 즉각적으로 쉼터와 위기 서비스를 제공하는 동시에 영구적인 안정적 주거와 적당한 서비스를 찾는 것, 넷째, 안정적 주거를 획득하여 유지할 수 있도록 주거지원과 서비스를 신속하게 연결하는 것을 의미한다(USICH, 2015, p.10). 이러한 목표하에 2015년 탈노숙 이후 상이군인 노숙인 35%, 만성 노숙인 21%. 그리고 가족 노숙인이 15% 감소되었다는 보고가 있다.

한편 노숙인을 직접적으로 겨냥하지는 않았으나, 노숙인이 의료서비스에 접근할 수 있도록 돕게 된 중요한 변화가 있다. 여기에는 ACA(Affordable Care Act)가 중요한 역할을 수행하였다. ACA는 2010년

3월 23일 미국 대통령 버락 오바마가 서명한 미국 연방법 중 하나이다. 미국 의료서비스 중 공공 영역의 중추적 제도는 Medicaid와 Medicare이다. ACA는 1960년대 중반에 통과된 Medicaid와 Medicare법 이후 미국 의료서비스 시스템상 정부 역할을 가장 확장시켰으며, 가장 빈곤한 사람들에게 의료서비스 혜택을 주는 기회를 확대시켰다.

ACA는 3가지 주요한 목적이 있다. 첫째, 적정하게 부담할 수 있는 의료보험을 만들어 더 많은 사람이 의료보험에 접근할 수 있도록 하는 것이다. 둘째, 중앙정부빈곤선(FPL)의 138% 수준의 성인 저소득층들에게까지 의료서비스 혜택을 늘리는 것이다. 셋째, 혁신적 의료서비스 제공 방식을 지원하여 의료서비스 비용을 낮추는 것이다(U.S. Department of Health & Human Services, 2022). 또한, 예방의 중요성을 강조하였다.

ACA 이전에는 Medicaid(의료급여에 해당) 자격조건이 주로 임신부, 미성년자녀 가족, 장애인, 노인에 제한되어 있었다. ACA는 Medicaid 자격조건을 가족구성이나 장애 상태와 상관없이 중앙정부 빈곤선 138%의 65세 미만 모두에게까지 확장하였다. Medicaid 자격조건이 확대되면서 많은 노숙인들은 더 이상 장애를 증명하지 않아도 소득 수준만으로 자격을 획득하여 의료서비스 혜택을 받을 수 있게 되었다. ACA를 통하여 중앙정부 빈곤선의 138%에 해당되는 소득까지 의료급여(Medicaid) 범위가 확대되면서, 많은 저소득 계층들이 값비싼 응급 의료서비스보다 비용 효과적일 수 있는 예방적 일차의료서비스를 이용할 수 있게 되었다.

한편 ACA는 서비스 전달을 위한 다양한 시범사업을 통하여 의료서비스의 질을 향상시키고자 하였다. 예를 들어, 보건복지부 산하 Center for Medicare and Medicaid Service(CMS, 의료보험 및 의료보호서비스센터)는 의료서비스혁신 포상 시범사업을 마련하여 서비스 혁신제공모델에 대해 자금을 제공하였는데, 특별히 노숙인에게 초점을 맞추어 진행하

였다. ACA에서는 주정부들로 하여금 노숙인과 같이 특별히 서비스 욕구가 높은 집단을 위하여 서비스전달혁신을 추구하도록 독려했다.

ACA 제안 시기에 HUD가 Coordinated Entry System(CES, 노숙통합등록시스템)을 고안하였다. CES는 노숙인에게 적절한 주택과 서비스로 연결시키는 역할을 하였다. CES는 노숙인들의 통합정보시스템으로서 지역 내 노숙인들의 정보를 단일화된 인테이크 절차를 통하여 수집하는, 일종의 공동 창구 역할을 수행한다. 노숙인의 욕구에 기반하여 이들에게 가장 적당한 주거를 연결하고자 고안된 주거와 서비스를 조정하는 정보시스템이다. CES가 ACA와 연결됨으로써, 노숙인들에게 의료서비스와 주거에 대한 접근을 확대시킬 수 있었다(Turk, 2017).

HUD는 HUD로부터 재정적 지원을 제공받는 관할 행정조직, 또는 “Continuum of Care(CoC)”로 하여금 CES를 만들도록 의무화하였다. 노숙인들은 의료적 욕구 및 노숙 기간에 근거하여 주택 입주 우선순위가 매겨져서 CES에 등록된다. 지속적인 접촉 정보가 부족한, 특히 연령대가 높은 노숙인들의 의료급여 등록을 유도하는 과정이 힘든데, CES를 통하여 자격 있는 신청자들을 확인할 수 있어서 의료급여(Medicaid)에 좀 더 능률적으로 등록시킬 수 있다. 노숙인을 주택으로 연결시키기 위해서 만들어진 CES가 마찬가지로 의료서비스 접근을 위한 가입 수단이 될 수 있었다. 이렇듯 두 제도 사이의 연결이 서비스 전달체계의 분절성, 공적 시스템 비용, 사회에서 가장 취약한 집단들이 겪는 불필요한 고통 등을 감소시켜주었다. 다음은 CES를 통하여 의료서비스에 접근할 수 있었던 사례이다.

〈표 3-1-2〉 CES를 통하여 의료서비스에 접근할 수 있는 사례 소개

**[사례1]**

로스앤젤레스에 있는 Downtown Women's Center가 55세 이상의 만성적 여성 노숙인의 어려움을 해결하고자 Health Home Connect Program(HHC)을 운영하였다. HHC를 통하여 여성 노숙인이 주택 서비스 신청을 위해 CES에 등록하면, 동시에 이 여성은 사회복지사에 의하여 의료급여등록과 Medical Home<sup>5)</sup> 연결이 우선적으로 이루어진다. 그다음으로 보험급여에 대한 교육, 환자 이동서비스, 특별 돌봄서비스, 응급의료서비스 이용, 영구임대주택 등에 대한 지원이 이루어진다. HHC를 통하여 시행 첫해에 40명의 55세 이상 여성 노숙인들의 불필요한 응급 의료 이용이 41% 감소하였다. 보수적으로 계산하더라도 HHC를 통하여 지역 의료비용을 \$120,000 감소시킬 수 있었다.

**[사례2]**

Mary라는 여성이 노숙생활을 하다가 Downtown Womens' Center 서비스를 이용하게 되면서 CES를 통하여 신속하게 Medicaid에 등록되고, 주택으로 이동할 수 있었다. 즉, 노숙 서비스 부문과 보건의료서비스 부문의 결합이 Mary가 건강을 회복하고 노숙을 탈피할 수 있도록 도운 것이다.

자료: Turk, A. (2017). Health Home Connect Improves the Health of Aging Homeless Individuals through the Coordinated Entry System and the Affordable Care Act. Public Policy & Aging Report, 27(S1), pp.19. doi: 10.1093/ppar/prx008.

ACA의 2703 조항인 만성적 질환상태<sup>6)</sup>에 있는 의료급여자들을 위한

- 5) 환자 중심 의료 가정이라고도 번역됨. 의료 가정은 건강관리 제공 업체가 이끄는 팀 기반 건강관리 제공 모델로, 최대한의 건강 결과를 얻기 위해 환자에게 종합적이고 지속적인 의료서비스를 제공함. 전통적으로 문지기 역할을 수행하던 일반의 중심의 진료개념에서 탈피해 한 명의 환자가 포괄적이고 통합된 형태의 의료서비스를 제공받을 수 있도록 의료 환경을 조성하는 모델임. 환자 중심의 의료제공체계 모형임(노현승, 2013).
- 6) 첫째, 2가지 이상의 만성질환을 가지고 있어야 함. 예를 들어, ① 한 가지는 만성적이며 다른 하나는 위험한 수준이어야 하거나, ② 심각하고 지속적인 정신건강 문제가 있거나, ③ 정신건강이나 약물남용, 천식, 당뇨, 심장질환, 비만 등을 포함한 만성적 질환이 있는 상태이어야 함. 둘째, HIV/AIDS 같은 만성적 질환인 경우 CMS(Center for Medicare & Medicaid Services)에 의해 고려될 수 있음.

Health Home Option(the Health Home Option for Enrollees with Chronic Conditions) 또는 Health Homes을 통하여, 주정부는 만성적으로 노숙 상태에 있으면서 빈번하게 병원 서비스를 이용하는 사람들에게 서비스를 제공하기 위한 재원을 중앙정부에 신청할 수 있게 되었다. 캘리포니아주에서는 The Whole Person Care Pilot를 실시하였는데, Medicaid가 재정적 지원을 하는 주택을 포함하는 프로그램이었다(의료급여 1115 면제 조항, Medi-Cal 2020). 이처럼 CES는 Health Homes와 The Whole Person Care Pilot에 자격을 가질 수 있는 수혜자들을 아웃리치하여 가입시켜서 개입할 수 있도록 돕는다.

CES를 활용하는 구체적인 개입 과정은 먼저, 현재 노숙인이거나 또는 노숙에 빠질 위험에 있는 세대주와 가족들을 개인 또는 가족 조정입력사업(Individual or Family Coordinated Entry project)에 참여시킨다. 둘째, 현 거주지 상태에 대하여 사정한다. 셋째, 가족 구성원이 아닌 세대주 상황에 대하여 예방사정도구(Prevention Assessment Tool)를 활용하여 사정한다. 넷째, 세대주가 최소 12점을 획득하면 CES를 통하여 서비스를 제공한다.

ACA가 노숙인의 의료서비스 접근 향상에 도움이 되었다는 것은 Wadhwa 등(2019)이 수행한 연구에서도 나타났다. 메사추세츠, 플로리다, 캘리포니아주의 185,292명 노숙인들의 입원자료와 32,322,569명의 일반인의 입원자료를 2007년부터 2013년도까지 비교하였다. 이 연구에 따르면, 연구 초반에는 병원에 입원한 노숙인의 과반이 의료보험가입자가 아니었다. 보험이 여러 외래의료서비스(예, 외래진료방문(ambulatory care visits), 예방 서비스, 정신보건 서비스)로의 접근을 유도하고, 이것이 의료와 정신건강 측면에서 이중 어려움을 가진 노숙인에게 혜택을 준 것으로 나타났다. 이 연구에서는 노숙 인구의 건강 문제를 해결하는 노력

은 첫째, ACA를 통하여 노숙인에게 서비스를 제공하는 의료센터에 대한 재정 지원 확대, 둘째, Health Care for the Homeless clinical services(HCH)에 대한 중앙정부의 재정 지원 확대, 셋째, 만성적 노숙인을 위한 ‘주거우선’ 접근의 확장에 있다고 주장하였다. ACA가 정신보건과 약물남용 치료 서비스를 확대하고, 의료 및 수술혜택을 부분적으로 확대함으로써, 의료서비스로의 노숙인 접근을 향상시키고 응급으로 병원을 이용하는 것은 감소시킬 수 있었다는 것이다. ACA는 또한 Patient-Centered Medical Homes(클라이언트 중심 의료가정)를 제공하도록 유도하였다. Patient-Centered Medical Homes는 지역 기관 간 협력적(collaborative)인 원칙을 견지하면서, 환자 중심적이며 포괄적인 돌봄과 지원을 제공하고, 동시에 정신보건과 일차의료서비스의 통합을 강조한다. 이러한 통합적 의료서비스 전달모델의 출현이 노숙인 의료 접근을 위한 중요한 기제가 되었다.

다시 말하면, 노숙인의 의료 접근은 ACA를 통한 Medicaid 자격기준의 확대가 큰 역할을 차지하였다. Medicaid 적용 범위 확대로 의료서비스 접근 향상 및 기타 많은 혜택을 제공하였다. 서비스 제공자 역시 Medicaid 적용 확대로 인하여 더 많은 치료서비스 옵션을 갖게 되어 노숙인들의 서비스 접근성을 높일 수 있었다고 보고된 바 있다(Wadhwa et al., 2019).

결론적으로 ACA를 통하여 지역건강센터(community health center)에 대한 재정 지원 확대, 의료보호 자격기준 완화, 통합된 의료서비스 전달모델의 실행이 가능해졌다. 이것이 정신건강 및 약물오용의 어려움이 많은 노숙인들로 하여금 병원입원보다 외래서비스로의 접근을 확대시킬 수 있었다.

### 3. 노숙인 건강과 주거

#### 가. 노숙인의 건강과 안정적 주거의 의미

안정적 주거란 사람들에게 안전하고 품위를 유지시켜주며 적당한 가격을 갖춘 주거라 할 수 있다. 이러한 주거에서 살아갈 때 비로소 인간은 인간이 될 수 있다.

기존 보고서에서는 안정적 주거가 건강 유지, 학업 성취, 경제 생활을 영위할 수 있는 토대가 된다고 지적한다. 주거가 안정되지 못하면 응급실, 정신과 병원, 약물 치료센터, 감옥 등 위기 상황에 놓이는 경우가 많다. 안정적 주거는 개인과 가족의 삶의 질을 향상시킬 수 있는 의료 및 사회 서비스를 제공받을 수 있는 플랫폼이 될 수 있다. 주거 안정은 또한 아동과 청소년의 학업 성취의 중요한 요소이다. 안정적 주거 안에서 자랄 때 아동은 사회적, 정서적, 학업적 측면에서 건강하게 성장할 수 있다(USICH, 2015, p.7). 아울러 주거는 욕실, 냉장고, 의료기구를 사용할 수 있는 전기 등이 구비되어 있어서 전반적으로 건강에 긍정적 영향을 미칠 수 있다. 정신질환이나 약물남용보다는 신체적 만성질환 예를 들어 심장질환, 암, HIV/AIDS 등에서 지원주택의 효과가 좀 더 클 수 있다는 주장도 있는데, 이 질환들은 안정적 주거가 치료순응 환경을 만들어 줄 수 있기 때문이다(National Academy of Science, 2018, p.56). 이처럼 주거는 인간의 신체적 및 정신적, 그리고 정서적 삶에 지대한 영향을 미친다.

앞서 언급하였던 만성노숙 종식을 천명한 Opening Doors에서도 중요하게 제시하였던 전략이 주거와 관련 있었다. 영구적 지원주택을 강조하였는데(Byrne et al., 2014), 주거와 건강이 서로 매우 밀접한 관계가 있기 때문이다. 노숙은 건강 측면에 여러 문제를 초래한다. 노숙 생활이

결핵, 당뇨, HIV/AIDS을 포함한 여러 건강 문제를 유발한다. 정신질환과 약물남용 문제도 많다. 의료 및 다른 서비스의 전달과 비용 측면에서도 여러 문제를 발생시킨다. 이렇듯 만성적 어려움을 가진 만성노숙인을 위해 효과적이라고 인정되는 대안이 주거우선전략에 기반을 둔 영구지원주택(permanent supportive housing)인 것이다. 미국 연방정부는 2013년에 주거우선전략을 우선시하는 정책으로 전환하였다(USICH, 2021: 1).

#### 나. 영구지원주택의 가치와 주거우선(housing first) 전략

만성노숙인을 위한 지원주택은 만성노숙인들에게 주거란 임시적 처가 아니라 인간의 권리이며, 주거는 기본권이므로 절구나 단약 그리고 정신질환치료 등이 주거지원의 조건이 아니어야 한다는 주거우선(housing first) 접근을 따른다. 만성노숙인에게 독립성과 지역사회 통합의 기회를 제공하기 위한 주택 모델로, 만성노숙인을 위한 주거 모델의 패러다임 전환이라 할 수 있다. 만성노숙인을 위한 지원주택은 주거와 서비스를 결합하는 방식이다. 만성노숙인에 대하여 단계적 주거 모델이 갖는 한계를 극복하고자 주거우선전략을 강조한다.

단계적 주거대책이란 보호의 연속성(continuum of care)에 기반하면서, 주거준비(housing readiness) 접근을 기본 조건으로 한다(Tsemberis et al., 2004). 단계적 모델에서는 노숙인이 당장 살 집이 필요하다는 욕구가 있을지라도, 치료과정을 끝마치지 못하면 주거는 주어지지 않는다. 주택을 참여와 치료에 대한 조건으로 제시함으로써, 노숙인의 우선 순위와 선호도를 제한한다. 이 과정에서 정신질환과 물질남용 같은 어려움을 가진 만성

7) 기본적으로 지원주택은 입주자가 어느 세입자와 마찬가지로 세입자로서 의무를 다하는 한 주택 계약 기간이 영구적으로 보장되어야 한다는 원칙이 기본 요소이므로, 편의상 지원주택이라 기술하더라도 이것은 영구지원주택임을 내포하고 있는 것임.

노숙인은 주택을 얻는 것이 매우 어렵게 된다.

단계적 주거 모델은 다음과 같은 가정에 근거한다. 먼저, 클라이언트들이 독립적 주거생활을 할 수 있기 전에 전통적 집단주거에도 성공적으로 적응해서 살 수 있음을 증명해야 한다는 것이다. 예를 들어, 정신질환이나 중독 문제가 있는 노숙인들이 독립 주거에서 거주할 수 있기 위해서는 먼저 치료를 받고 중독상태에서 벗어나야 가능해진다는 것이다. 둘째, 클라이언트에게 집을 거저 주면 안 된다는 점을 강조한다. 치료를 받든 프로그램에 성실히 참여하든 규칙을 잘 지킴으로써 받는 보상, 특권으로서 주거가 제공되어야 한다는 것이다. 셋째, 주거서비스를 제공하는 사람이 클라이언트들의 목적을 정한다. 그들은 스스로 결정하고 선택할 능력이 없기 때문이다. 넷째, 중증 정신질환을 갖고 있는 클라이언트는 독립적으로 지역사회에서 살아가기 어려우며, 실무자와 한 거주지에서 살아야 일상 및 사회생활 영위가 가능하다고 믿는다.

이러한 단계적 모델이 갖는 한계를 제시하면, 첫째, 사례관리자들이 클라이언트의 임상적 상태와 일상생활 수행 능력에 따라 주거형태를 정해 주기 때문에 클라이언트의 선택과 자유가 제한된다. 둘째, 기능향상에 따른 주거 이동이 거주자들의 부적응을 초래하였다. 잦은 주거 이동이 서비스의 비연속성과 장기적인 사회적 지지망 형성을 방해함으로써 거주자들의 삶에 부정적인 영향을 미칠 수 있었다. 셋째, 특정 주거형식에서 획득한 기술이 그다음 단계의 주거 형태에 반드시 잘 적용될 수 없기도 하였다. 특정 주거형식에서 필요한 기술을 습득했을지라도 그다음 단계의 새로운 환경에 처했을 때 부적응 등의 문제가 초래되면서 기존에 습득했던 기술이 오히려 퇴화되기도 하였다. 넷째, 단계적 주거 모델에서는 주거가 치료의 한 부분으로 간주되기 때문에, 예를 들어 정신질환을 가진 거주자들이 치료계획을 준수하지 못할 경우 일반적으로 주거를 상실하게 되었

다. 결국 주거이동 과정에서 주거 부적응이 오히려 주거 퇴거와 노숙 등 주거 불안정을 유발할 가능성이 높았다.

지원주택이란 연속적 주거 모델과 반대되는 새로운 주거 모델이자 주택 프로그램이다. 독립적 주거공간을 우선적으로 제공하되, 여기에 심리 사회적 지원서비스를 결합하는 방식의 주거 모델이다. 주거란 인간의 기본권임을 인정하면서, 만성노숙인이 음주나 약물을 복용한다고 해서 이것이 주거를 제공받거나 유지하는 데 장애가 되어서는 안 된다는 원칙을 가짐으로써, 주거우선전략을 강조한다.

본래 영구적 지원주택(permanent supportive housing) 프로그램들은 대개 심각한 정신질환이나 중독 문제를 가진 노숙인을 대상으로 물질(마약, 알코올 등) 사용 금지, 그리고 정신증 안정이라는 준비된 노숙인에 게만 주택을 제공하는 점진적 방식 과정에서 주어지는 주택 모델 중 하나였다. 그런데 이와 같은 “금주/중독물질 중단 기반의 접근법”은 지원주거 프로그램을 구현하는 과정에서 적어도 알코올 등 약물남용 문제를 가진 노숙인에 대해서는 실패율이 높았다(Ridgway & Zippel, 1990). 완전한 단주에 대한 보상과 조건으로 주어지는 주거가 일정 기간 이상 유지되지 못하는 경우가 많았던 것이다. 따라서 약물남용 등이 가져오는 폐해를 줄이는 데 초점을 두는 폐해감소모델과 주거준비(housing ready) 전략에 상반되는 주거우선(housing first) 전략을 상당 부분 수용함으로써 서비스 참여를 전제로 하지 않는 영구적 지원주택을 운영할 수밖에 없었다. 즉, 주거우선모델은 인간의 기본권인 주거를 먼저 제공하면서 동시에 주거만으로도 일상 및 사회생활을 유지하기 어렵기 때문에 주거생활 유지에 필요한 서비스를 제공하는 모델이다.

#### 다. 영구지원주택 요소와 운영 방식

미국의 만성노숙인을 위한 지원주택의 최대 지원주체인 SAMHSA는 영구임대주택의 특별한 원칙을 적용하면서 다양한 지역에서 시범사업을 실시하였다. SAMHSA가 제시하는 영구지원주택이란 만성노숙인에게 장기적이고 저렴한 주거를 획득하고 유지하도록 돕는 주택 서비스이다. 영구지원주택에 참여하는 이용자들은 임차인의 신분을 유지하고 현재의 삶의 어려움을 해소할 수 있도록 돕는 사례관리서비스를 지속적으로 제공 받는다.

최근에 SAMHSA는 영구지원주택이 갖추어야 할 조건을 제시하였다. 영구지원주택이 갖추어야 할 중요한 요소는 다음과 같다(Rog et al., 2014; SAMSHA, n. d.).

##### 〈표 3-1-3〉 SAMHSA가 제시하는 영구지원주택의 조건

- 세입자(만성노숙인)는 자신의 이름으로 주택을 임대하고 계약하면서 임대인으로서 모든 권리를 갖는다. 임대 시 만성노숙인에게만 적용되는 특별한 조건이 없어야 한다.
- 주택 지원은 서비스 참여를 전제로 하지 않는다. 서비스 참여는 철저히 자발적으로 이루어지며, 서비스를 거부한다고 해서 퇴거조치 되지 않는다.
- 세입자(만성노숙인)의 주택에 대한 선호도가 반영되어야 하며, 일반 지역주민에게 주어지는 주택의 선택 범위가 세입자(만성노숙인)에게도 동일하게 주어진다.
- 주택은 저렴해야 하며, 임대료와 공과금은 세입자(만성노숙인) 소득의 30%가 넘지 않아야 한다.
- 주택은 지역사회와 통합되어야 한다. 즉, 세입자(만성노숙인)는 지역사회 내에서 분산된 형태의 주택에서 거주해야 한다. 또는 만성노숙인들이 집단적으로 모여 있는 주택에서 거주하지 않아야 한다. 그리하여 세입자(만성노숙인)에게 지역주민과 상호작용을 할 수 있는 기회가 주어져야 한다.

- 주택에서 지켜야 할 규칙은 일반 세입자와 동일해야 한다.
- 주택이란 영구적으로 제공되는 것이며, 임대 계약 연장은 세입자(만성노숙인)과 임대주가 서로 자유롭게 결정한다.
- 세입자(만성노숙인)는 그들의 욕구와 선호에 기반하여 서비스의 범위를 선택할 수 있다. 그리고 세입자(만성노숙인)의 욕구가 변화하면 서비스도 수정되어 제공된다. 지원주택프로그램에서는 직접 서비스를 제공하거나 혹은 세입자(만성노숙인)를 지역 내 이용 가능한 서비스로 연계시키기도 한다. 많은 경우, 집중적 사례관리(intensive case management)나 적극적 지역사회치료(Assertive Community Treatment, ACT)가 제공된다. 어떠한 경우여라도 세입자(만성노숙인)는 주거 유지에 필요한 서비스를 제공받을 수 있어야 한다.

자료: Rog, D.J., Marshall, T., Dougherty, R.H., George, P. Daniels, A.S., Ghose, S.S. & De lphin-Rittmon, M.E. (2014). Permanent Supportive Housing: Assessing the Evidence. *Psychiatric Services*, 65(3), 287-294. doi: 10.1176/appi.ps.201300261; SAMSHA. (n.d.). Building your program: Understanding permanent supportive housing. Evidence-based practice KIT. Retrieved from <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/buildingyourprogram-psh.pdf>. 2022. 10. 02.; 구인회, 신원우, 민소영, 김소영, 이재윤. (2019). 노숙인요양재활시설 생활인 탈시설 및 지역사회통합돌봄 욕구조사. pp.9-10. 재인용.

만성노숙인을 위한 지원주택은 정형화된 하나의 특정 모델로 규정할 수는 없다. 최근에는 주거우선전략에 근거한 만성노숙인의 지원주택의 대표적 프로그램인 Pathway to Housing 모델에 대한 충실도(fidelity) 기준이 제시되기도 하였다(Tsemberis and Stefancic, 2012). 이 기준을 보면, 먼저, 이용자의 범위는 심리사회적 기능이 취약한 노숙인, 예를 들어 정신장애, 만성적 신체장애나 질환, 중독문제 등을 지닌 만성노숙인이다. 만성노숙인이란 1년 이상 계속해서 노숙생활을 하고 있거나 혹은 지난 3년간 4번 이상 노숙생활을 하고 있는 경우로 정의한다. 그러나 영구지원주택의 대상이 꼭 만성노숙인으로 국한되지는 않을 수 있다. 정신장애인의 경우 불안정한 주거에서 사는 경우가 빈번하기 때문에 이들을 포함시킬 수 있다.

다음으로, 지원주택의 실제 운영을 SAMHSA가 제시한 영구지원주택 충실도 척도에 근거하여 지원주택의 실제 운영 방식을 살펴본다 (SAMHSA, n.d.; 민소영, 2017).

첫째, 주택은 이용자의 선택을 존중한다. 이용자의 선호와 성과 사이의 관계를 살펴본 기존 연구에 따르면, 이용자의 선택이 존중되고 지지될수록 주거 관련 성과가 더 긍정적인 것으로 나타났다. 이용자는 자신이 거주하고 싶은 주택 유형, 예를 들어 일반민간주택 혹은 공공주택을 선택할 수 있다. 또한 아파트 내에서도 본인이 살고 싶은 층이나 주거 유형을 선택할 수 있다. 그리고 약 60일 기간 동안 자신이 거주하고 싶은 주택 유형을 탐색할 수 있도록 허용한다. 만약 이용자가 현 주택을 맘에 들어하지 않으면 언제든지 새로운 곳으로 이사할 수 있도록 지원한다. 서비스 조정자는 이용자가 자신의 집을 탐색하고 선택하는 과정에서 도움을 준다. 이용자는 직접 집주인과 계약을 맺어서 세입자가 될 수도 있으며, 또는 서비스 조정자가 속한 기관이 세입자로 집주인과 계약한 뒤 이 기관과 클라이언트가 재계약하는 형태가 될 수도 있다.

둘째, 주거와 서비스를 물리적으로 구분시킨다. 주택은 보통 민간임대업주들에 의하여 운영된다. 이외에 비영리조직에 의해서 고용된 실무자가 이용자를 방문하여 서비스를 제공한다. 즉, 건물관리와 서비스지원 기능은 서로 다른 기관에 의해 각각 제공되거나, 동일한 기관인 경우 서로 다른 실무자가 각각 제공한다. 그리고 사회서비스나 임상치료서비스는 기본적으로 주택 내부에서 제공하지 않고 외부에서 실무자가 방문하여 제공하거나, 이용자가 외부 기관으로 방문하여 이용한다. 예를 들어, 필라델피아 pathway to housing program에서는 다학제 간 서비스 제공팀이 구성되어 이용자를 방문하여 서비스를 제공한다. 뉴욕에서는 the Center for Urban Community Services(CUCS)라는 외부 비영리조

직이 주거 관리를 제외한 사회서비스를 제공한다.

셋째, 쾌적하고 안전하고 저렴한 주택을 제공한다. 이용자가 전체 소득의 30% 이내에서 임대료와 공과금을 납부할 수 있어야 한다. 그리고 주택은 미국 HUD에서 제시한 주택품질 기준에 부합해야 한다.

넷째, 주택이 지역사회 내에 통합되어야 한다. 연구에 의하면 이용자들은 정신장애인들과 집합적 형태의 주거에 살기보다는 혼자 살거나 자신이 선택한 사람들과 함께 살기를 원하였다. 따라서 정신장애인이 집단적으로 거주하거나, 주택 내 공가가 특수 취약계층을 위한 것으로 지정되지 않는 곳이어야 한다. 가장 이상적 형태는 주택단지 내의 전체 인구 중 10~25% 이내에서 지원주택이용자가 거주하는 것이다. 그리고 주택은 지역사회에 분산형태로 퍼져 있어야 하며, 만약 아파트라면 4개 이상의 동을 가진 아파트를 선택함으로써, 노숙인만을 배타적으로 한 지역에 분포시키지 않아야 한다.

다섯째, 일반 비정신장애인과 동일하게 임대인으로서 권리를 갖고 입주한다. 따라서 문턱이 낮은 입소조건을 갖는다. 만성적 노숙과 이중 질환을 가진 개인들에게 약물 사용을 허용한다. 소득수준에 대한 자격조건을 따지지 않는다. 오히려 서비스 욕구가 많은 가장 취약한 만성노숙인이 우선적으로 입소된다. 1주일이나 그보다 더 짧은 기간에도 주거를 제공할 수 있다. 서비스 이용과 관련하여, 이용자는 사례관리와 주거 외에는 어떠한 서비스에도 참여하도록 강요받지 않는다. 클라이언트는 사례관리자가 규칙적으로 방문하는 것에 동의하는 것 외에는 약물치료를 받거나 공식적인 특정 치료프로그램(주간치료, 향정신성약물 복용순응 등)에 참석할 의무가 없다. 그리고 어떠한 공동생활프로그램에도 참여하도록 요구받지 않는다.

여섯째, 이용자에게 주거준비 상태를 입주 조건으로 요구하지 않는다.

즉, 절주나 단약 상태 혹은 안정된 정신증 상태를 입주 조건으로 요구하지 않는다. 그리고 철저히 이용자의 사생활을 존중한다. 따라서 이용자의 허락 없이 실무자가 키를 가지고 이용자의 주택에 들어갈 수 없다.

일곱째, 유연하고 자발적인 서비스를 제공한다. 시간이 지남에 따라 서비스 이용에 대한 요구사항이 감소될 수 있다. 첫 1~6개월 동안에는 사례관리서비스가 빈번하게 제공되지만 이후 점차로 감소할 수 있다. 시시각각 변화하는 이용자의 욕구에 시기적절하게 대응하면서 서비스를 유연하게 제공한다. 서비스는 충분하게 제공하며 이용자의 욕구와 선호에 기반하여 제공한다. 포괄적 서비스를 제공하며, 정신보건, 약물, 음주 문제 관련 전문가가 포함된 실무팀이 가동된다. 하나의 예가 ACT<sup>8)</sup> 서비스이다. 실무자들의 핵심 역할은 의료, 사회복지, 약물/음주, 그리고 그 외 고용, 소득보장 등 다른 서비스를 조정하여 제공하는 것이다. 서비스는 클라이언트를 목표의 중심에 놓고 제공한다. 클라이언트가 서비스의 범위, 형태, 횟수를 선택하고 조율하며 언제든지 서비스와 지원을 거부할 권리가 있다. 다만, 사례관리자가 주 1회 가정방문하는 것은 의무이다. 서비스 지원의 강도는 일차적으로 클라이언트의 욕구에 기반하며, 클라이언트가 기능을 잘할 때에는 간간히 전화로 접촉한다. 위기 시에는 24시간 서비스가 접근 가능하다.

이 외에도 약물남용 등의 복합적 어려움이 있는 만성노숙인을 위하여 다양한 서비스 접근이 이루어진다. 대표적으로 폐해감소모델(harm-reduction model)에 기반하여 이용자에게 접근한다. 지원주택에서는 음주와 불법적 약물 사용을 허용한다. 대신 실무자로 하여금 동기강화인터뷰 기법, 그리고 폐해감소모델과 위기개입에 대해 지속적으로 교육을 받

---

8) ACT(Assertive Community Treatment)는 다양한 분야의 전문성을 가진 사람들로 구성된 다학제 간(interdisciplinary) 사례관리팀이 구성되어 서비스를 직접 제공하는 사례관리 모델이다(민소영, 2006).

아서 이용자가 약물남용 등의 문제로 퇴거 상태에 이르지 않게 지원한다. 임대료가 체납되었을 경우 바로 퇴거 조치를 취하지 않고 유연하게 대처하지만, 이것에 대한 책임은 입주자가 진다. 입주자가 폭력을 행사하거나 폭력의 위협이 있거나 과도하게 임대료를 체납할 경우에만 퇴소시킨다. 더불어 퇴거 예방을 위한 서비스가 제공된다.

영구지원주택은 거주기간에 제한이 없다. 30일 이상 동안 병원에 입원하거나 구치소에 수감되어도 주택은 유지될 수 있으며, 이 기간 동안 사례관리서비스를 지속적으로 제공하여 주택을 잃지 않도록 지원한다. 이외에도 이용자를 대상으로 주거우선과 폐해감소 접근에 대하여 지속적으로 교육한다. 그리고 이들을 서비스 기획과 실행 과정에 참여시키기 위해 노력한다.

#### 라. 영구지원주택의 법적 근거

노숙인 지원주택을 위한 법 규정은 McKinney-Vento Homeless Assistance Act에 따른다. 이 법에서는 노숙인을 위한 주택 및 지원서비스에 대하여 지원하도록 명시하고 있다. McKinney-Vento Homeless Assistance Act는 2009년에 The Homeless Emergency Assistance and Rapid Transition to Housing Act of 2009(노숙 응급지원과 주거로의 빠른 전환법, HEARTH Act, 히트법)로 개정되었다(HUD Exchange, 2022) ‘히트법’은 McKinney-Vento Homeless Assistance Act에 근거하여 HUD가 관할하던 3개의 홈리스 지원 프로그램(지원주택 프로그램, 쉼터+보호 프로그램, section8 재활 SRO 프로그램)을 단일한 교부 프로그램으로 통합하였다. 히트법은 노숙인에게 지원주택의 제공을 위해 HUD의 예산이 신속하게 지급될 수 있도록 하였다.

## 마. 영구지원주택의 재원

미국은 지원주택을 운영하기 위한 재원으로 대표적인 3가지 유형이 있다(OPEN MINDS, 2015). 첫째, 주택 재원인데 이것은 HUD에서 출연하며, 임대, 주택 관리, 건설자금대출 등의 비용이 지원된다. 둘째, 의료 서비스 재원인데, 이것은 미국의 Medicaid/Medicare로부터 나오며, 만약 이용자가 Medicaid/Medicare의 대상이 아닐 경우 비영리조직을 통해서도 지원이 가능하다. 셋째, 사회서비스 재원인데, 사례관리, 식료품, 의복, 여가활동, 법적 지원 등을 위한 재원이 주정부 프로그램이나 비영리조직을 통해서 나온다.

앞에서 언급하였던 HUD의 주택 재원은 다시 크게 3가지로 구분되는데, 하나는 Section 811으로 장애인을 위한 주택 프로그램이다. 두 번째로 Section 202는 노인을 위한 주택 프로그램이다. 마지막으로 Continuum of Care(CoC)는 만성노숙인을 위한 주택 프로그램이다.

만성노숙인에 초점이 맞추어져 있는 CoC 프로그램 재원은 빠른 재주거(rapid re-housing), 전환주택, 영구지원주택에 활용된다. CoC는 특정 지역 내에서 정부 기관, 비영리조직, 기타 조직으로 구성된 그룹형태가 HUD에 재원을 신청한 뒤, 선정된 재원을 조직들에게 분배하는 과정을 거친다. CoC의 조직들은 반드시 임대료 외의 활동에 대한 재원의 25%를 현금이나 현물로 매칭해야 한다. 그리고 CoC의 재원은 주택 외에 서비스도 지원 가능하다. CoC 재원은 다섯 가지 목적을 위해서 이용될 수 있는데, (1) 영구주택, (2) 전환주택, (3) 서비스, (4) 노숙정보관리시스템, (5) 노숙예방 영역이다. CoC 프로그램 중 주택에 관한 재원은 장단기 임대 지원, 건설, 재활 등에 이용될 수 있다. 영구지원주택의 경우 장애와 관련없는 서비스에만 참여할 것을 요구할 수 있다. 장애와 관련된 서비

스, 예를 들어 외래정신보건서비스 등은 영구지원주택 참여의 요건이 되지 않는다. 다만 영구지원주택의 기본적 기능이 약물치료라면 약물남용 치료서비스의 참여가 주택 유지의 조건이 될 수 있다. 최근에는 주거우선 전략을 취하는 지원주택모델이 점점 확장되고 있다.

CoC를 통하여 상환이 가능한 서비스 목록은 서비스 욕구에 대한 연간 사정(yearly assessment), 이사 비용 지원, 사례관리, 보육서비스 운영이나 바우처, 교육 서비스, 고용 지원과 직업훈련, 식료품, 주택 탐색과 자문, 법률 서비스, 일상생활기술훈련, 외래정신보건서비스, 외래의료서비스, 아웃리치서비스, 외래약물남용서비스, 이동(transportation), 공과금, 보증금 등이다.

앞에서 언급하였던 의료서비스 재원 중 저소득층에게 의료서비스를 제공하는 Medicaid가 노숙인을 위한 영구지원주택 서비스 재원으로 가장 많이 활용된다. 최근 복지부 산하 Center for Medicare & Medicaid Services(CMS, 메디케어 및 메디케이드 담당 부서)는 “장애를 가진 사람들을 위해 주택 관련 행위나 서비스를 지원한다”고 고시하였다. 만성노숙인, 장애인, 노인 등 장기적 서비스가 필요한 사람들에게 어떤 주거 관련 행위를 하는 경우 그 비용을 Medicaid로 상환해 주는 것이다. 여기에는 주택이전서비스, 주택 및 계약유지 서비스, 주정부 수준의 주택 관련 협력 행위들이 포함된다. 그럼에도 동시에 “CMS는 가정과 지역기반 서비스 내 숙식을 위해 연방재정보조(Federal Financial Participation, FFP)를 지원하지 않지만 주택 관련 행위나 서비스에 대해서는 주정부를 지원한다”고 하였다. 즉 Medicaid는 주택을 건설하거나 임대하는 데 활용될 수 없다. 주정부는 주택 관련 행위나 서비스에 해당될 수 있는 프로그램을 설계하여 연방정부의 매칭 자금을 받고자 노력한다. 주정부의 노력은 매우 다양하다. 이 과정에서 주택 관련 행위나 서비스 프로그램은

주정부마다 매우 다양하다(National Academy of Sciences, 2018, pp.112-114).

CMS는 고시에서 “Individual Housing Transition Services(주거이전서비스)”, “Individual Housing & Tenancy Sustaining Services(주택 및 계약유지 서비스)”를 제시하였다. 입주 초기 시점에서는 클라이언트 욕구 사정, 주거탐색 및 신청 과정 지원, 보증금 마련을 위한 자원 확인, 이사 비용 및 기타 비용 등을 지원한다. 입주 후에는 입주자의 주거 안정을 위협하는 여러 문제들을 해결하거나 완화시키는 지원을 한다. 예를 들어 퇴거 예방, 집주인이나 이웃주민들과 갈등 해소 지원, 지역사회 자원 연계, 연간 소득의 재판정, 집주인과 세입자 사이의 권리와 책무에 대한 지속적 훈련 등이 포함된다(National Academy of Sciences, 2018, p.114).

Medicaid의 이러한 혜택에도 불구하고 Medicaid를 실제 활용하는 측면에서는 어려움이 많다고 보고된다. 많은 지원주택 제공자들은 과거 저렴 주택 제공 기관 또는 휴먼서비스 기관에서 출발했기 때문에 Medicaid 서비스를 제공할 수 있는 자격이 있거나 면허를 갖춘 경우가 많지 않다. 또는 지원주택 제공자들이 제공하는 서비스가 Medicaid 환불이 가능할 만큼 주정부나 Managed care organization(MCO<sup>9)</sup>)이 요구하는 조건을 충족하지 않을 수 있다. 또한 지원주택서비스에 대한 Medicaid 환불 비용이 지원주택 서비스 비용 및 행정 비용을 모두 커버 해주지 못할 수 있다(National Academy of Sciences, 2018, p.115).

이 외에도 HUD에서 제공하는 대표적 프로그램이 Housing Choice Vouchers(주거바우처)이다. 이 프로그램은 HUD가 제공하는 가장 일반

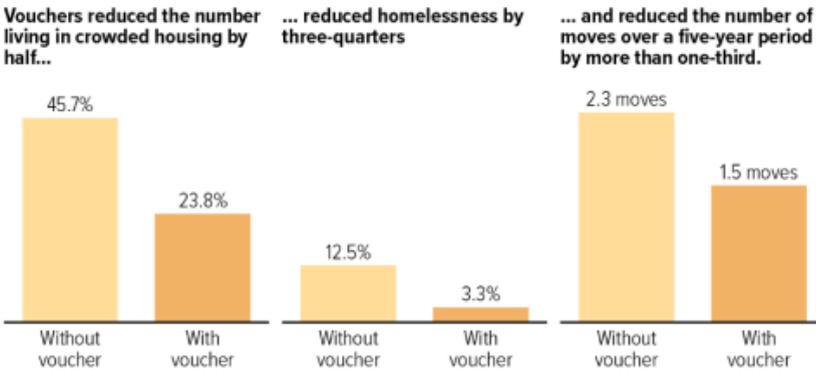
---

9) 의사, 병원, 그 외 관계자들이 참여하여 만든 일종의 의료서비스회사이다. 다양한 의료서비스 프로그램을 만들어 소비자들에게 판매하고 제공하며, 이때 발생하는 의료서비스 비용을 Medicaid에 청구한다.

적인 주거지원 프로그램인데, 저소득층 개인이나 가족이 안전하고 안정적인 주택을 마련할 수 있도록 지원한다. Housing Choice Voucher가 비좁은 주택, 노숙, 빈번한 이사 등을 감소시켰음이 보고된 바 있다(아래 그림 참고). 또한 건강이나 정신건강 문제가 있는 과거 노숙인들이 정신 건강서비스, 의료서비스, 약물 사용 치료 같은 서비스와 함께 주거바우처가 제공되면서 안정적 주거를 누릴 수 있었다(Rice and Oliva, 2021).

[그림 3-1-2] Housing Choice Vouchers 성과

### Housing Choice Vouchers Sharply Reduced Crowded Housing, Homelessness, and Frequent Moves, Study Shows



Note: The chart compares the housing status of low-income families in six U.S. cities who were randomly selected to receive a voucher and used it for at least part of the previous year to families in a control group who did not use vouchers. Families experiencing "crowded housing" were living in housing that has less than one room per household member. Number of moves reflects the average moves over a 4.5- to 5-year period since random assignment.

Source: Michelle Wood, Jennifer Turnham, and Gregory Mills, "Housing Affordability and Family Well-Being: Results from the Housing Voucher Evaluation," Housing Policy Debate, 2008.

자료: Rice & Oliva, (2021), Housing Assistance in American Rescue Plan Act Will Prevent Millions of Evictions, Help People Experiencing Homelessness. Center on Budget and Policy Priorities. Retrieved from <https://www.cbpp.org/sites/default/files/3-11-21hou3.pdf>. 2022. 10. 02.

그러나 한편으로 Housing Choice Voucher에 한계가 있다. 만성노숙인이 주거바우처를 민간 시장에서 이용하려 할 때 집주인들이 거부하는 경우가 종종 있다. 따라서 Housing Choice Voucher 이용에 대한

보호가 좀 더 강력하게 필요하다.

계속해서 HUD가 제공하는 재원 중에는 상이군인 중 만성노숙인을 위한 주거지원 제도로서 HUD-Veterans Affairs Supportive Housing (HUD-VASH)이 있다. 이는 HUD의 Housing Choice Voucher에 사례관리와 임상서비스를 결합한 서비스이다. 최근 연구에 따르면 HUD-VASH를 통한 임대료가 Housing Choice Voucher를 통한 임대료에 비하여 매우 낮았다. 그 이유로 HUD-VASH 이용자의 건강 상태는 매우 열악한데, 반면 사례관리 서비스가 충분치 않아 이들의 주거 유지가 쉽지 않아서 주택 계약을 주저하기 때문이라고 설명하였다(Evans, 2022).

지원주택 유지를 돕는 매우 다양한 연방정부 재원들이 더 있다. 예를 들어, 저소득 HIV/AIDS 질환자들을 위해 Ryan White HIV/AIDS 프로그램은 최대 2년까지 단기 주거지원과 약간의 사회서비스를 지원한다. HUD의 HIV/AIDS 부서에서는 AIDS 환자들의 지원주택을 지원하고자 HOPWA(Housing Opportunities for Persons with AIDS) Competitive Grant(경쟁보조금) 프로그램과 HOPWA formula grant(공식보조금) 프로그램을 제공하는데, 이 프로그램들은 약물남용, 정신질환, 영양, 직업훈련과 배치, 일상생활지원 등에 대한 지원으로 구성된다(National Academy of Sciences, 2018, p.36).

한편 보건복지부의 SAMHSA에서도 Grants for the Benefit of Homeless Individuals-Services in Supportive Housing 을 제공하는데, 이는 약물남용, 정신질환과 약물남용의 이중 질환과 관련된 서비스들과 그리고 기타 다른 사회서비스를 위한 재원을 제공한다. 또한 Cooperative Agreements to Benefit Homeless Individuals는 지원주택을 위한 서비스를 제공하는 데 재원을 지원한다. 끝으로 Projects for Assistance in Transition from Homelessness(PATH) 프로그램

역시 지원서비스에 대한 재원을 제공한다. 최근에는 Social Impact Bond/Pay for Success(사회성과보상)로 영구지원주택에 재원을 제공하는 방식이 도입되고 있다(National Academy of Sciences, 2018, pp.36-37).

이처럼 다양한 부처에서 다양한 재원이 조달되는데, 이러한 재원이 서로 적절하게 조합되어야 지원주택이 제대로 운영될 수 있다. 따라서 HUD(국토부), HHD(보건복지부)는 각자 개별적으로 영구지원주택을 지원하는 재원들을 함께 검토하여 분절성을 줄여야 한다고 본다. 재원 활용에 대한 유연함을 극대화시키면서 다양한 재원들이 상호조정될 수 있도록 해야 하는 것이다. 지원서비스, 의료 관련 서비스, 주택 관련 서비스, 주택건설 자본 비용, 운용 자금 등을 검토하여 상호조정하는 것이 필요하다는 관점이 있다(National Academy of Sciences, 2018, p.123).

## 바. 지원주택 운영 사례

### 1) 필라델피아 Pathway to housing(PH)

만성노숙인을 위한 주택서비스 중 90%는 단계별로 제공되는 지원주택이며, 나머지 약 10%가 주거우선접근을 통하여 제공되는 지원주택이다. 주거우선전략을 지원주택 프로그램과 결합한 대표적 프로그램은 ‘Pathway to Housing(이하 PH)’ 프로그램이다. 본래 PH는 Sam Tsemberis가 개발하여 뉴욕에서 처음 시작된 프로그램이다. 필라델피아에서는 2008년에 시작되었다. 주요한 성과는 만성적 거리노숙인과 그들의 가족 400명 이상을 주택에 안정적으로 거주시킨 것이다. 노숙인 일시 집계조사에 따르면 5년 이상에서 최장 20년 이상의 심각한 장애를 가진

장기 만성노숙인이 662명이었다. PH는 다른 노숙 관련 서비스 기관에서 개입하기 어려웠던 가장 취약한 만성노숙인과 그 가족 421명을 탈노숙시키고 주택에 입주시킬 수 있었다. 이처럼 매우 상당한 효과가 있는 프로그램이라 할 수 있다.

PH의 주요 대상은 1년 이상의 노숙 경험이 있으면서, 심각한 정신질환이나 약물 문제가 있거나 혹은 정신질환과 함께 HIV/AIDS 문제가 복합적으로 있는 사람이다. PH는 첫째, 주거우선접근, 둘째, 다학제 팀 접근, 셋째, 폐해감소접근, 넷째, 증거기반실천을 주요 특징으로 하여 진행된다(미국의 홈리스 지원주거 프로그램 현장 연수팀, 2015).

먼저, 첫째 주요 요소인 주거우선접근은 입주과정과 밀접하게 관련되어 있다. 필라델피아에서 운영하는 거리 아웃리치 상담팀(Project's HOME)이 쌓아놓은 기록이 DBH(Department of Behavioral Health, 필라델피아 정신보건국)로 넘어간다. DBH는 이 기록에서 PH 프로그램에 적당한 만성노숙인을 추출하여 PH 프로그램에 의뢰한다. PH 프로그램은 의뢰된 만성노숙인을 설득하여 PH 프로그램으로 이동시킨다. 실무자는 거리에 있는 만성노숙인과 관계를 형성하면서 PH 서비스에 동의를 구한다. 동의가 이루어지면 주택을 선택하고 거리에서 바로 주택으로 입주한다. 주택에 빠른 입주(quick start-up)를 실행하는 것이며, 이러한 의미에서 주거우선접근이라고 할 수 있다. 주거를 제공하는데 평균적으로 2~4주 소요된다.

주거는 주로 분산형 형태이다. 지원주택으로 이용되는 주택은 집주인 개인이 필라델피아 주택부(Philadelphia Housing Authority) 웹사이트에 자신의 집을 임대하겠다고 올리거나 혹은 아파트를 운영하는 주인들이 PH 같은 주택서비스를 운영하는 기관들에게 정보를 제공하여 구해진다. PH는 이러한 주택 리스트를 보고 주인에게 연락하여 입주자를 연

결시킨다. 입주 시 필요한 보증금이나 가구 구입비는 공공 및 민간 재원을 활용한다.

주거우선접근을 취하기 때문에 주택 입소와 관련하여 어떠한 조건을 내걸지 않는다. 다만 입주자는 소득의 30%를 임대료와 공과금으로 지불하고, 한 달에 최소한 2번 이상의 가정방문에 동의해야 한다.

두 번째의 특징으로서 다학제 팀 접근이다. 다학제 팀을 구성하여 다양한 서비스를 이용자의 수준을 고려하여 통합적으로 제공한다. 팀은 간호사, 정신과 의사, 방문 전문가, 동료 상담가, 사례관리자 등 약 10명의 실무자로 구성된다. 서비스 범위는 정신의료, 일반의료, 중독치료, 주거관리, 고용 및 교육 서비스, 지역사회와 관계 맺기 등 다양하다. 24시간 언제든지 접근 가능하며, 한 팀에서 담당하는 이용자가 약 70~80명이 된다.

PH 프로그램에서 제공하는 주요 서비스 내용은 다음과 같다.

〈표 3-1-4〉 Pathway to Housing 서비스 내용

영역	세부 서비스 내용
주거 제공하기	- 안전하고 저렴한 아파트 또는 주택보조금을 찾고 확보하기 - 필라델피아 전역의 토지주인 및 건물주와 밀접한 관계를 유지하기
건강 회복하기	- 정신건강치료와 상담 제공하기 - 통합의료서비스를 제공하여 건강 회복하기
삶을 되찾기	- 일상생활 기술 쌓기(요리, 세탁, 아파트 유지관리) - 예산 짜기, 금전관리, representative payee program <sup>1)</sup> - 사례관리 - 사회기술 쌓기 - 집단활동, 미팅, 워크숍 진행 - 법률지원 - 응급 식료품이나 의류, 급전이나 다른 필수품 제공 - 직업훈련 지원

주: 1) representative payee program: 이용자를 대신하여 정부보조금을 받아서 임대료, 공과금, 기타 비용을 지불 하는 프로그램임. 이용자와 1:1로 면담하면서 예산을 짜고, 각종 공과금이나 생활비를 지불하고 남게 되는 예산을 어떻게 쓸 것인지도 의논한다.

세 번째 주요 특징은 폐해감소접근이다. PH는 폐해감소연합회(Harm Reduction Coalition)가 제시하는 원칙에 근거하여 폐해감소접근을 실천한다. 이 원칙을 정리하면 아래와 같다.

〈표 3-1-5〉 폐해감소연합회가 제시하는 폐해감소 원칙

- 좋건 나쁘건, 합법 혹은 불법 약물 사용은 우리가 살아가는 세상의 한 부분이며, 약물 사용을 무시하거나 비난하기보다는 그것이 미치는 부정적 영향을 최소화하기 위하여 노력해야 한다는 점을 받아들이자.
- 약물 사용이란 심각한 남용부터 완전한 절주나 단약까지를 모두 포함하는 연속적 행위이자 복합적이고 다면적 특성을 가진 현상임을 이해하고, 약물을 좀 더 안전하게 사용하는 방법도 있음을 인정하자.
- 약물 사용을 금지하지 않으면서 개인과 사회의 삶의 질과 삶의 안녕을 향상시킬 수 있는 성공적인 개입과 정책을 위한 기준을 구축하자
- 약물 사용이 가져오는 부정적 영향을 감소시키기 위하여 약물 사용자와 이들이 살아가는 사회에 무비판적이고 비억압적인 서비스와 자원을 제공하자
- 약물 사용자와 약물 사용 이력을 가진 사람들도 이들과 관련된 프로그램과 정책이 수립될 때 자신들의 의견을 주장할 수 있음을 인정하자
- 약물 사용자 스스로가 약물 사용이 가져오는 폐해를 줄일 수 있는 주요한 존재임을 확신하고, 이들이 실제 약물 사용 조건이 충족되도록 서로 필요한 정보와 지원을 공유하게끔 역량을 강화시키자
- 빈곤, 계급, 인종, 사회적 고립, 과거 트라우마, 성적 차별과 여타 사회적 불평등의 현실이 약물 관련 폐해를 효과적으로 대처할 수 없도록 약물 사용자를 취약하게 만들기도 하지만, 대처할 수 있도록 역량을 키우는 데 영향을 미칠 수 있음도 인식하자
- 합법 혹은 불법적 약물 사용이 가져오는 실질적이고 비극적인 폐해와 위험성을 최소화하거나 무시하지 않으려고 노력하자.

자료: Harm Reduction Coalition. (n.d). WHAT IS HARM REDUCTION? Retrieved from [http:// www.ihra.net/what-is-harm-reduction](http://www.ihra.net/what-is-harm-reduction). 2022. 10. 03.

따라서 음주와 불법적 약물 사용을 허용하지만, 음주와 약물 사용이 가져오는 폐해를 최소화하기 위하여 실무자는 지속적으로 노력한다.

넷째, 증거기반실천 접근이 중요한 특징이다. PH는 만성노숙인이 안정적으로 주거를 유지할 수 있으며, 비용절감이라는 비용 효과성이 있음을 구체적 증거를 통하여 제시된다. 주요 결과로서 제시할 수 있는 것은, 먼저 주거유지율이다. 정신질환 만성노숙인의 89%가 3년 이후에도 주거를 지속적으로 유지하고 있었다. 전통적인 지원주거모델의 성과인 60%보다 더 높은 수치를 보였다. 다음으로 비용 효과성이다. 전통적인 지원주거모델에서 복합적 장애를 가진 만성노숙인의 탈노숙을 위하여 1인당 56,600\$가 투입되었다. 반면, PH는 비용이 많이 지불되는 응급서비스 비용이 감소하면서 전통 모델의 1/2수준인 28,500\$가 투입되었다. PH 프로그램 이용자 51명을 대상으로 프로그램 이용 전과 1년 이후 응급서비스 이용 현황을 비교해본 결과, ㉠ 쉼터 이용 건수가 88% 감소, ㉡ 쉼터에서 밤을 보낸 사람의 수가 87% 감소, ㉢ 위기대응센터 이용이 71% 감소, ㉣ 정신병원 입원 건수가 11% 감소, ㉤ CBH 입원 건수가 70% 감소, ㉥ CBH 입원일수가 46% 감소, ㉦ 투옥 건수가 50% 감소, ㉧ 투옥일수가 45% 감소했다(미국의 홈리스 지원주거 프로그램 현장 연수팀, 2015).

## 2) 뉴욕 Corporation for Supportive Housing(CSH)

첫째, CSH는 뉴욕시를 비롯한 미국 전역에 걸쳐서 노숙인 영구지원주택에 관한 연구를 하고 공공정책을 제안한다. 또한 영구지원주택 건설기관에 대하여 자금을 지원하고, 지원주택운영기관 사이의 네트워크를 구축하며 이들을 대상으로 교육과 컨설팅을 제공한다.

둘째, 주요 사업은 다음과 같다.

〈표 3-1-6〉 뉴욕 Corporation for Supportive Housing의 주요사업

- ① 훈련과 교육
- ② 대부: 지원주택을 건설하려는 기관에게 저리로 자금을 빌려준다. 예를 들어, CSH는 은행으로부터 3%의 이자로 대출받은 뒤, 지원주택건설기관에게 6%의 이자로 대출해준다.
- ③ 컨설팅과 지원: 지원주택에 관한 정책이나 운영에 대하여 자문을 제공한다.
- ④ 정책 개혁: 지원주택 정책에 관하여 다양한 정책을 개발하고 정부에게 제안한다.

### 3) 뉴욕 Community Access

이곳은 만성노숙인을 위한 지원주택을 건설하고 운영하는 기관이다. 재원의 대부분은 2015년 현재 정부지원금(74%)이 가장 큰 비중을 차지하며, 그 외 주택개발과 임대사업 등 사업을 통한 수입이 약 12%를 차지하였다. 지출의 경우, 주택 지원비 등 프로그램 비용이 69%로 가장 큰 비중을 차지하였다.

주요 사업으로 동료 전문가 육성 프로그램을 꼽을 수 있다. 동료 훈련프로그램(HTH peer training program)을 운영하는데, 주요 내용은 다음과 같다.

〈표 3-1-7〉 뉴욕 Community Access 개요

- ① 개요: 정신질환으로부터 회복된 사람들을 휴먼서비스 실무자로 준비시키는 프로그램
- ② 운영: Howie the Harp Advocacy Center(HTH)를 운영, 20주의 기초교육(약 450시간)과 12주의 인턴십 과정(1주 24시간)으로 구성
- ③ 프로그램 참여자: (a) 정신질환 진단 경력 필요, (b) 고등학교 이상의 학력 보유, (c) 뉴욕시 거주
- ④ 성과: 1,100명의 졸업생이 배출되었으며, 타국에도 본 프로그램을 수출

## 4) Gouverneur Court

이곳은 집합형 지원주택이다. 총 14층이고, 각 방은 1인 단독실이다. 함께 모일 수 있는 커뮤니티 공간이 있으며, 여기에서 프로그램 교육이나 컴퓨터 교실이 이루어진다. 1~2년에 한 번씩 계약을 하고 있다.

입주자는 123명이 거주한다. 관리 인력은 총 12명이며, 프로그램 최고 관리자(program director) 1인, 프로그램 중간관리자(assistance program director, 사회복지사) 1인, 서비스 코디네이터 6명, 건물관리자 1명, 요리사 1명, 안내자 1명이다. 안내실은 24시간 운영된다. 이곳의 서비스와 관련하여, 사회복지사가 사회서비스를 제공하고 있으며, Community Access를 통해서 심리상담가, 간호사 등이 방문하여 각종 치료 프로그램을 제공한다. 서비스 코디네이터가 다양한 서비스를 제공하거나 연계하지만, 이들은 사회복지사 자격증이 요구되지 않는다. 1주일에 2회 폐해감소 전문코디네이터가 방문하여 프로그램을 제공한다. 이 모든 프로그램은 참여가 의무사항이 아니다.

재원과 관련하여 이용자가 지불하는 임대료, 그리고 주정부 혹은 시에서 이용자에게 지원하는 임대료로 운영한다. 그 외에 운영에 필요한 대부분의 자금은 뉴욕시에서 나오는데, 뉴욕시의 DHS(정신보건국), HASA(에이스 관련국), DM(위생국) 등이 재원 출처로 관여된다.

## 5) Project Renewa's Geffner House

이곳은 집합형 지원주택이다. 총 23층이고, 각 방은 1인 단독실이며, 307개의 원룸(5~6평 수준)으로 이루어져 있다. 입주 경로는 '쉼터 → 중간의 집 → 해독센터 →마이크로 레지던스 →Geffner House(독립주거)'

등 주거의 연속성 절차를 거쳐온다. 입주자들은 저소득, 정신질환자, 노숙인, HIV/AIDS 환자, 중독 등의 문제가 있는 사람들이다. 서비스 제공 인력은 총 27~30명이며, 주택관리자 8명, 안전관리자 4명, 보안관리자(외부기관) 4명, 심리학자(계약직), 간호사(정규직), 사례관리자 6명, 레크레이션 전문가, 운영 코디네이터로 구성되어 있다.

주요 서비스는 다음과 같다.

〈표 3-1-8〉 Project Renewa's Geffner House의 주요 서비스

- 신체 및 정신 사회적 통합서비스로 신체/정신/영성을 통합시키며 접근하는 서비스
- 월세 납부를 위한 공공지원 연계 서비스
- 의료서비스
- 정신질환이나 약물중독 서비스
- 직업훈련서비스
- 동기강화 인터뷰를 활용하여 가족관계 회복 및 개인목표설정 서비스

재원은 입소자의 임대료와 뉴욕시 지원으로 감당한다.

#### 6) 노숙 가족을 위한 지원주택 프로그램 사례

노숙 가족을 위한 지원주택 프로그램으로서 High-Needs Family Program(고위험 가족 프로그램)이 있다. 강도 높은 사례관리가 결합된 영구지원주택 프로그램이다. 사례관리자가 입주가족을 일주일에 3~5번 접촉하며 1:10 사례량을 유지한다. 입주자 욕구에 즉각적으로 반응하기 위하여 유연하게 자원 사용, 실시간 서비스, 아동 초점 서비스들이 제공된다. 프로그램 자격 조건은 노숙 경험이 있으며, 적어도 2가지 서비스 욕구(아동보호서비스가 필요한 경우, 신체적 장애나 만성적 건강 문제가 있

는 경우, 최근 정신건강이나 약물남용이나 가정폭력 문제가 있었던 경우, 흉악범죄나 경범죄 유죄판결을 받은 경우, 발달장애나 학습장애가 있는 경우가 있어야 한다. 프로그램 성과평가 결과, 엄마와 자녀들 모두에게서 신체적, 약물남용을 포함한 정신적 건강에서 긍정적 성과가 나타났다 (Bassuk 외, 2014).

## 바. 영구지원주택 성과

많은 연구들은 만성적 노숙인에게 가장 효과적인 대안은 주거우선접근에 기반하여 영구적 지원주택을 제공하는 것이라고 주장한다(USICH, 2015, p.25). 주거안정, 노숙 기간 감소, 그리고 노숙인 쉼터, 병원 응급실, 입원, 약물치료, 감옥 같은 공공서비스의 이용과 비용이 감소했다고 보고된다. 이 외에도 지원주택은 정신질환, 약물남용, HIV/AIDS, 이중질환을 가진 노숙인에게 긍정적 영향을 미치는 것으로 나타났다. 실제로 외국 연구들은 지원주택이 집단적 거주 프로그램과 비교했을 때, 주거 안정성 및 주거 만족도 증가, 삶의 질 향상, 의미 있는 활동의 증가, 정신병원 입원율의 감소 등 긍정적 효과를 보고하고 있다. 1995년부터 2012년까지 지원주택 관련 문헌검토를 실시한 연구(Rog et al., 2014)에서도 지원주택이 노숙 감소, 주거유지 기간 증가, 응급실 이용 및 입원 감소, 이용자 만족도 증가의 효과를 중간 정도(moderate)의 수준에서 성취했다고 보고하였다.

첫째, 무엇보다도 가장 중요한 성과는 주거안정성이었다. 만성노숙인 감소 효과가 보고된 바 있다. 2007년 12만 3천 명에 이르던 미국의 만성노숙인들이 2012년 조사 결과에서는 10만 명 미만으로 확인되었다 (Culhane et al., 2002). 필라델피아의 경우, 거주자의 92%인 117명이

2008년 10월부터 2009년 4월까지 18개월 이상 성공적으로 주거를 유지하였다. 그 외에도 지원주택이 노숙기간을 감소시키거나(Rosenheck et al., 2003; Cheng et al., 2007; Stergiopoulos et al., 2015; Aubry et al., 2016) 정신질환과 약물 문제를 가진 노숙인의 정신과 입원을 감소(Gulcur et al., 2003)시켰다는 보고가 있다(National Academy of Sciences, 2018, p.48, 재인용).

둘째, 건강에 대한 영향과 관련하여, Doran 외(2013)의 연구에서는 지원주택과 건강 사이의 중요성을 강조하였다. 실시간 사례관리와 지역사회기반 서비스 연계 같은 서비스가 결합된 지원주택에 거주하게 되면 건강이 향상된다. 그리고 의료서비스 다이용자들의 병원 이용이 감소하고 의료비용이 감소하게 되었다.

Aidala 외(2016)는 HIV/AIDS 질환자들의 주거상태, 의료보호, 건강상태를 살펴보았다. 그 결과 152개 연구 중 엄격한 실험설계인 무작위배치통제집단을 활용한 연구는 단 2개였다. 그리고 연구들의 71%는 지원주택의 성과를 명확하게 제시하지 않았음을 지적하였다(National Academy of Sciences, 2018, p.44, 재인용). 한편 엄격한 실험설계는 아니었으나 HIV/AIDS 환자들에게 지원주택은 의미있는 결과들이 있다는 다른 연구들도 많았다(National Academy of Sciences, 2018, p.53).

Lim 외(2019)는 2007년부터 2012년 동안 뉴욕시의 지원주택 프로그램을 분석한 결과, 지원주택에 거주했던 노숙인일수록 당뇨에 걸릴 확률이 적은 것으로 나타났다. 이 연구를 통하여 지원주택이 당뇨 치료와 예방에 도움이 될 수 있음을 주장하였다.

한편 지원주택이 건강을 향상시켰다는 증거가 별로 없다는 지적도 있다. 그럼에도 지원주택을 통한 주거안정이 건강에 부정적으로 영향을 미

치는 여러 환경을 없애주는 긍정적 효과가 있음은 대부분 인정되었다. 이것과 관련하여 National Academy of Sciences(2018, p.136-137)는 '주택에 민감한 건강 조건(housing sensitive health condition)'을 발굴하고 여기에 해당되는 건강과 지원주택 사이의 연구를 수행하는 것이 향후 필요할 것이라고 자문하였다.

이처럼 주거우선전략에 기반한 지원주택은 주거 안정, 건강 그리고 삶의 질 향상을 가져왔다.

마지막으로, 비용효과성 측면과 관련하여, 가장 서비스 욕구가 많은 집단에게서 비용효과가 가장 높게 나타났다(USICH, 2015, p.41)는 보고도 있다. 비용이 초기 6개월이 지나면서부터 크게 감소하여 점차 효과가 비용보다 커지기도 하였다(Larimer et al., 2009). 높은 비용을 들여 장기간 쉼터나 전환주택을 지원하거나 집을 갓출 수 있도록 준비시키는데, 이 비용이 들지 않게 된다. 평균 운영비용은 연간 1인당 15,000~25,000 달러 정도이다. 긴급구호공간, 감옥, 병원, 쉼터에 들어가는 비용보다 적게 들어가는 것이다(주거우선정책을 지렛대로 만성노숙에 대응하는 미국 지원주거프로그램 현장연수 보고서, 2015).

엄격한 실험설계에 기반한 연구(Basu et al., 2012)에 따르면 만성적 의료서비스가 필요한 성인노숙인이 지원주택 이용 이후 1인당 6,875달러의 비용절감 효과가 나타났다. 반면 Rosenheck 외(2003) 연구에서는 HUD-VASH 프로그램에서 오히려 1인당 3,000달러가 더 소요된다는 결과를 발표하였다. McLaughlin(2011)은 지원주택 입주 이후에 정신건강 비용이 57% 감소했다고 보고하였다. 이 결과에 기반하여 그는 영구지원주택이 비용을 절감시키면서 동시에 정신질환 노숙인들에게 효율적이고 적절한 주택과 서비스를 전달하는 것임을 강조하였다(National Academy of Sciences, 2018, pp.73-74, 재인용). Wright 외의 연구

(2016)에서도 오레곤 주의 지원주택 프로그램을 2010년부터 2014년까지 행정 데이터를 분석한 결과, 지원주택에 입주한 이후 의료비용이 감소한 것을 발견하였다. 주로 응급실 이용과 입원이 감소하였다. 병행된 설문조사에 의하면 지원주택 입주자들은 치료나 일차의료서비스에 대한 접근과 연결이 향상되었으며, 주관적 건강수준도 좋아진 것으로 나타났다.

#### 4. 미국 노숙인 의료 및 주택 서비스의 함의

##### 가. 안정적인 공공 예산 확보

서비스 욕구가 매우 높은 노숙인 집단에는 좀 더 집중적이고 세심한 투자가 필요하며, 이를 위해서는 충분한 예산 확보가 기본이다. 미국의 경우, 노숙인을 위한 특별 의료서비스인 HCH나 영구임대주택 모두 Medicaid나 Housing Choice Voucher 또는 HUD의 CoC로부터 재원이 마련되었다.

지원주택의 경우, 우리나라도 SH나 LH 등의 공공임대주택을 활용하여 지원주택을 제공받더라도, 입주정착 시 초기 적응서비스나 주거유지지원 서비스, 전문 사례관리 서비스에 들어가는 비용 등 다양한 지원서비스 제공을 위한 예산이 추가로 필요하다. 이런 비용에 대해 미국은 국토부와 보건복지부의 공적 예산을 기본으로 투자하면서 다양한 민간자원을 활용하였다.

우리나라도 노숙인 의료 및 지원주택 운영 시 필요한 지원서비스를 제공할 수 있는 예산이 확보되어야 한다. 이를 위하여 보건복지부뿐만 아니라, 미국의 HUD처럼 LH 또는 지자체 주택공사의 일부 예산을 활용할 수 있는 방안이 필요하겠다.

## 나. 법적 근거 마련

예산 마련을 위해서는 무엇보다도 법적 근거가 필요하다. 미국의 경우, 노숙인을 위한 특별 의료서비스인 HCH나 영구임대주택 모두 McKinney-Vento Homeless Assistance Act를 제·개정하여 근거를 마련하였다. 더불어 HCH는 Health Centers Consolidation Act(보건 센터조정법)를 개정하여 노숙인 대상 의료서비스를 지역 내 주류서비스 전달체계 내에서 촘촘히 제공할 수 있는 환경을 조성하였다. 영구임대주택도 만성노숙인 범위, 지원주택 운영 원칙, Medicaid를 통한 지원서비스 범위 등 다양한 규정을 HUD(국토부)와 HHD(보건복지부) 차원에서 제시하고 있다.

우리나라는 노숙인복지법이 있으나 노숙인을 위한 시설 형태의 서비스 제공에 초점이 맞춰져 있다. 노숙인을 위한 의료서비스 지원 및 영구지원주택 제공에 관한 법적 근거 및 세밀한 규정을 마련하여 주류 서비스 체계에서 안정적으로 서비스가 제공되는 환경이 조성되어야 하겠다.

## 다. 만성노숙인을 위한 영구지원주택 특별공급 필요

주거는 노숙인의 건강 향상을 위한 중요한 기제가 된다. 주거가 안정됨으로써 안정적 건강 관리가 가능해지고 이는 다시 심리적, 정신적, 육체적 건강으로 연결될 수 있다. 미국의 경우, 앞에서 언급한 법적 근거 및 예산 지원을 통하여 만성노숙인에게 영구임대주택을 제공한다.

우리나라는 만성노숙인을 위한 영구지원주택 공급에 대하여 법적 근거가 없어서 주택 공급에 한계가 있다. 서울시에서 지원주택 조례를 통하여 공급하고 있으나, 지자체 조례 수준이어서 상위 법률과 충돌되는 경우 주

택 공급 시 제약이 생긴다. 특히나 만성노숙인은 신체적 그리고 정신적 질환이 있기 때문에 지금의 주택 공급방식보다는 편의시설을 갖춘 주택이 필요하나, 이것에 대한 제도적 지원이 미비하다. 정부 차원에서 영구지원주택 소요량을 검토하고, 이에 기반하여 주택 계획을 수립하는 것이 필요하겠다. 주택편의시설을 갖춘 영구지원주택을 만성노숙인에게 우선 공급하는 방안도 필요하겠다.

### 라. 적극적인 사례관리 서비스 지원

만성노숙인이 지역사회에서 안정적으로 살아가기 위해서는 단순히 물리적 공간을 제공하는 데에서 벗어나, 이들이 주거를 안정적으로 유지할 수 있는 지원서비스가 함께 제공되어야 한다. 그리고 이러한 지원서비스를 계획하고 조정하고 제공하는 사례관리 서비스가 필수적으로 필요하다. 미국 사례에서도 보았듯이 HCH나 영구지원주택 모두 사례관리 서비스가 포함되어 있다. 미국에 퇴역군인 노숙인을 위한 특별 주택지원제도(HUD-VASH 프로그램)가 있음에도 사례관리 서비스가 충분하지 않아서 실제적 활용이 저조하다는 보고도 있었다.

따라서 만성노숙인의 지역사회 재정착을 성공시키기 위해서는 집중적으로 사례관리를 제공할 수 있도록 전문사례관리자를 훈련시키고 배치하는 노력이 필요하다.

### 마. 만성노숙인 특성을 고려한 특별 실천 모델 발전

절제나 치료보다는 금주나 회복으로 서비스 제공 방식의 패러다임을 바꿔야 한다. 절제 기반 프로그램은 매우 엄격한 관점을 가지고 있어서

만성노숙인에게는 도달할 수 없는 목표로 보여질 수 있다. 엄격한 치료에 순응하지 못하는 노숙인을 거리로 내몰아 오히려 노숙을 초래할 수 있다. 미국 사례에서도 HCH 프로그램은 클라이언트 중심이라는 목표에 바탕을 두고 trauma-informed, harm reduction approach(외상에 입각한 피해감소접근)를 활용하였다. 영구지원주택도 피해감소모델에 입각하여 서비스를 제공하게 되어 있다.

우리나라에서도 절주나 단약 혹은 치료가 패러다임에서 벗어나야 한다. 라우마나 알코올 등이 문제가 아니라 이것을 인정하면서 조금씩의 회복을 추구하는 실천 모델이 필요하겠다. 그리고 이러한 개입을 노숙인 분야 실무자들이 실천할 수 있도록 다양한 교육과 훈련 프로그램, 수퍼비전 등이 체계화될 필요가 있겠다.

## 바. 단일한 정보시스템 구축과 관리

분절적이고 다양한 서비스가 초래하는 서비스 중복이나 누락 등을 막고 필요한 서비스가 제때 연결될 수 있도록 조정하고 모니터링할 수 있는 정보시스템 구축이 필요하다. 미국의 경우, CES가 개발되어 단일한 인테이크 창구를 마련함으로써 노숙인에 대한 통합정보시스템을 구축하고, 그때그때 필요한 의료와 주거서비스가 연결될 수 있도록 하였다.

우리나라에서도 노숙인 종합지원센터에서 노숙인에 대한 통합관리를 수행하고 그 정보를 입력하고 있으나, 다양한 타 서비스 기관들과의 연계가 이루어지지 않아 노숙인에 대한 통합적 추적 관리가 어렵다. 현재 구축되는 차세대정보시스템이 이러한 어려움을 해소하고 노숙인에 대한 통합정보시스템으로서 역할할 수 있도록 해야 할 것이다.

## 제2절 일본의 노숙인 의료 및 지역정착지원 현황

### 1. 일본 노숙인의 개요

#### 가. 노숙인의 정의

일본 정부는 2002년에 ‘홈리스 자립 지원 등에 관한 특별조치법(ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法. 이하, 홈리스자립지원법)<sup>10)</sup>을 제정하였다.

홈리스자립지원법 제1조는 ‘자립 의사가 있으면서도 불가피하게 노숙하게 된 사람이 다수 존재’함을 인정한다. 또한 그들이 ‘건강하고 문화적인 생활을 보낼 수 없을 뿐만 아니라, 그들과 지역사회 사이에 갈등이 발생함을 고려하여’ 노숙인의 자립을 지원하고, 노숙을 예방하고, 정부가 져야 할 책임을 밝히면서, 정책을 강구하여 노숙문제 해결을 도모한다고 제시하고 있다.

한편 동법 제2조에서는 ‘홈리스’를 ‘도시공원, 하천, 도로, 전철역, 기타 시설을 이유 없이 기거(起居)의 장소로 하여 일상생활을 영위하는 자’라고 규정하고 있다. 즉, 홈리스자립지원법의 홈리스는 한국에서 말하는 거리노숙인이다. 따라서 일본에서 ‘홈리스 대책’이라 하면 거리노숙인을 대상으로 하는 정책이라는 점에 주의할 필요가 있다.

다만 일본이 더 넓은 의미의 노숙인을 정책대상에서 제외하는 것은 아니다. 광의의 노숙인에 대해서는 ‘불안정 거주자’나 ‘주거 상실자’라는 개념으로 다루고 있다.

10) 일본에서는 노숙인을 ‘홈리스(ホームレス)’라 부를 때가 많다. 하지만, 본고는 한국 독자를 고려하여 법률 명칭이나 사업명칭 등 고유명사를 가리킬 때를 제외하고 ‘노숙인’이라는 용어를 쓴다.

광의의 노숙인에는 PC방이나 패스트푸드점에서 기거하는 사람이 포함된다. 또한 갈 곳이 없어 지인 집에 머물고 있는 사람도 포함된다. 또한 회사기숙사나 공사 현장 부속 숙박시설에서 생활하는 사람 등 직장에서 해고당하면 바로 주거를 잃어버릴 사람들도 포함된다(岩田正美, 2009). 그 외에도 복지시설, 병원, 교정시설에서 생활하는 사람들 중에 시설을 나가면 갈 곳이 없는 사람들이 있다는 사실도 주목받고 있다. 최근에는 집 대신 자동차에서 생활하는 사람이 많다는 보도도 나왔다(NHK, 2019).

## 나. 노숙인의 규모

일본 후생노동성은 홈리스자립지원법 제2조에 기초하여 매년 홈리스 실태에 관한 전국 조사(이하, 홈리스전국조사)를 실시한다. 이는 일본의 모든 지자체에서 이루어지는 조사이며, 조사원이 지역을 돌아서 눈으로 거리노숙인 수를 파악하는 전수조사이다.

홈리스자립지원법에 따른 첫 번째 조사는 2003년도에 이루어졌으며, 그때 거리노숙인 수는 25,296명이었다. 이후, 거리노숙인 수는 2007년부터 매년 감소추세를 보이고 있다. 가장 최근의 조사인 2022년도 조사에서 확인된 거리노숙인 수는 3,448명이다. 즉, 2003년도 조사부터 2022년도 조사까지 약 20년 사이에 거리노숙인의 규모는 약 7분의 1로 줄었다.

표에서 볼 수 있듯이 비정규직 근로자의 실업이 주목받은 2008년 세계 금융위기 직후는 전년도 대비 감소 폭이 약간 작아졌다. 그러나 이 시기도 노숙인 수는 꾸준히 줄었다. 그 이유는 무엇인가?

첫째, 홈리스자립지원법 이전에는 일정한 주거가 없으면 공공부조인 생활보호법에 따른 지원을 받기 힘들었으나, 2002년 홈리스자립지원법

이후 거리노숙인들이 생활보호를 받기 쉬워졌다. 홈리스자립지원법 제3조에서 노숙 문제 해결에 생활보호법을 활용한다고 명시하였기 때문이다(구인회, 김소영, 유아마아쓰시, 2012, pp.349-350).

즉, 홈리스자립지원법 제3조의 3호에서 '2호에서 제시한 것 외에 숙박시설의 일시적인 제공, 일상생활의 수요를 채우기 위하여 필요한 물품 지급, 기타 긴급지원, 생활보호법(1950년 법률 제144호)에 의한 보호, 국민에 대한 홍보활동 등에 의한 노숙인의 인권옹호, 지역에서의 생활환경 개선, 안전 확보 등으로 홈리스에 관한 문제해결을 도모함'이라 규정하였다.

일본 거리노숙인들을 보면 유럽이나 미국보다 연령이 높고, 중고령자의 비율이 현저히 높음을 알 수 있다(구인회, 김소영, 유아마 아쓰시, 2012, p.334). 즉, 원래 근로능력이 없는 노인이 많았으므로, 주민등록지의 문제만 해결되면 비교적 공공부조를 보호받게 될 거리노숙인이 많았던 것이다. 일본 공공부조의 부양의무도 한국만큼 엄격하지 않았다.

둘째, 2010년부터 도쿄나 오사카 같은 노숙인 집중지역에서 주거우선(Housing First) 정책이 성과를 거두었다. 즉, 도쿄 23구의 매입임대주택사업, 오사카시의 임대주택형 자립지원사업 등이 생겼다(구인회, 김소영, 유아마 아쓰시, 2012, p.350).

〈표 3-2-1〉 일본 거리노숙인의 규모와 그 추이

(단위: 명)

구분	거리노숙인 규모	전년도와의 차이
2003년	25,296	-
2004년	-	-
2005년	-	-
2006년	-	-
2007년	16,828	-
2008년	14,707	-2,546
2009년	14,554	-259
2010년	12,253	-2,635
2011년	10,209	-2,234
2012년	9,576	-1,314
2013년	8,265	-1,311
2014년	7,508	-757
2015년	6,541	-967
2016년	6,235	-306
2017년	5,534	-701
2018년	4,977	-557
2019년	4,555	-422
2020년	3,992	-563
2021년	3,824	-168
2022년	3,448	-376

자료: 厚生労働省. (n.d.a.). ホームレスの実態に関する全国調査(概数調査)結果の概要.  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/63-15b.html>. 에서 2022. 10. 02. 인출.

#### 다. 노숙인의 일반적 특징 및 건강 실태

‘홈리스전국조사’에는 매년 거리노숙인 수를 파악하는 ‘개수조사(概数調査)’와 5년에 한 번씩 노숙인의 성별, 연령, 노숙기간, 건강상태, 장애, 수입, 경력, 제도이용 등을 파악하는 ‘생활실태조사(生活実態調査)’가 있다. 생활실태조사는 지금까지 2003년, 2007년, 2012년, 2016년, 2021년의 총 5번 이루어졌다. 생활실태조사 결과에 따르면, 일본의 거리노숙

인의 기본특성은 다음과 같다.<sup>11)</sup>

성별은 2021년 조사에서 남성 95.8%, 여성 4.2%였으며, 2003년 조사의 남성 95.2%, 여성 4.8%부터 큰 변화가 없다(厚生労働省, 2022, p.2)

연령은 2003년 조사에서 50대가 45.4%로 가장 많았다. 하지만 2021년 조사에서는 60대가 35.5%로 가장 많았다. 또한 2003년 조사에서는 70세 이상이 4.6%에 불과했으나 2021년 조사에서는 70세 이상이 34.4%를 차지했다. 즉, 지금 일본에서는 나이 많은 사람들이 거리에 남아 있는 것이다.

〈표 3-2-2〉 일본 거리노숙인의 연령

구분	2003년 조사	2021년 조사
19세 이하	0.0%	0.1%
20~24세	0.1%	0.5%
25~29세	0.5%	0.4%
30~34세	1.3%	0.8%
35~39세	2.6%	1.0%
40~44세	4.8%	2.5%
45~49세	9.9%	5.0%
50~54세	22.0%	8.9%
55~59세	23.4%	10.7%
60~64세	20.3%	15.6%
65~69세	10.5%	20.0%
70~74세	3.5%	23.8%
75~79세	0.9%	6.7%
80세 이상	0.2%	3.9%

자료: 厚生労働省. (2022). ホームレスの実態に関する全国調査(生活実態調査)の結果(詳細版). [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_25330.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_25330.html)  
 및 厚生労働省(2003a). ホームレスの実態に関する全国調査(生活実態調査)の結果(詳細版). <https://www.mhlw.go.jp/houdou/2003/03/h0326-5d1.html> 에서 2022. 10. 02. 인출.

11) 2021년 조사의 상세내용 및 결과는 임택영(2022)을 참조.

노숙기간을 보면 2003년 조사에서 10년 이상 노숙한 사람의 비율이 6.7%에 불과했으나, 2021년 조사에서는 40.0%를 차지했다. 5년 이상 노숙한 사람의 비율로 보면 2003년 조사에서 24.0%였으나 2021년 조사에서는 59.1%까지 커졌다. 즉, 노숙기간이 긴 노숙인 비중이 커졌다.

〈표 3-2-3〉 일본 거리노숙인의 노숙기간

구분	2003년 조사	2021년 조사
1개월 미만	4.4%	7.2%
1개월 이상 3개월 미만	5.6%	4.3%
3개월 이상 6개월 미만	8.4%	3.6%
6개월 이상 1년 미만	12.4%	5.2%
1년 이상 3년 미만	25.6%	11.4%
3년 이상 5년 미만	19.7%	9.2%
5년 이상 10년 미만	17.3%	19.1%
10년 이상	6.7%	40.0%

자료: 厚生労働省. (2022). ホームレスの実態に関する全国調査(生活実態調査)の結果(詳細版).  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_25330.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_25330.html)  
 및 厚生労働省(2003a). ホームレスの実態に関する全国調査(生活実態調査)の結果(詳細版).  
<https://www.mhlw.go.jp/houdou/2003/03/h0326-5d1.html> 에서 2022. 10. 02. 인출.

노숙하게 된 이유를 물어본 설문에 대한 응답(복수응답)으로 많았던 것은 2021년 조사에서 ‘폐업, 실업’(22.9%), ‘근로기회 감소’(24.5%), ‘인간관계로 일을 그만두었음’(18.9%) 등 일과 관련된 것이었다. 이어서 ‘질환, 부상, 고령으로 일을 못 하게 되었음’(14.3%), ‘집 임대료를 지불하지 못했음’(13.2%) 등이 이어졌다. 일과 관련된 응답이 많고, 이어서 질환이나 부상과 관련된 응답이나 임대료와 관련된 응답이 이어지는 경향은 2003년 조사의 결과와 공통적이다.

〈표 3-2-4〉 일본 거리노숙인의 노숙하게 된 이유 (복수응답)

구분	2003년 조사	2021년 조사
폐업, 실업	32.9%	22.9%
근로기회 감소	35.6%	24.5%
질환, 부상, 고령으로 일을 못 하게 되었음	18.8%	14.3%
근로환경이 열악해서 일을 그만두었음	설문이 없었음	5.5%
인간관계로 일을 그만두었음	설문이 없었음	18.9%
그 외 이유로 수입이 감소했음	설문이 없었음	1.6%
빚 독촉으로 집을 나왔음	4.3%	3.0%
집 임대료를 지불하지 못했음	15.2%	13.2%
계약기간 만료로 기숙사를 나왔음	설문이 없었음	2.7%
호텔의 숙박비를 지불하지 못했음	8.2%	5.3%
압류로 퇴거했음	0.6%	1.1%
병원이나 시설을 나온 후 갈 곳이 없었음	1.9%	1.5%
가족과 이별, 사별	설문이 없었음	8.5%
가족관계 악화	7.4%	7.9%
음주, 도박	5.8%	6.9%
기타	19.3%	21.2%

자료: 厚生労働省. (2022). ホームレスの実態に関する全国調査(生活実態調査)の結果(詳細版).  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_25330.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_25330.html)  
 및 厚生労働省(2003a). ホームレスの実態に関する全国調査(生活実態調査)の結果(詳細版).  
<https://www.mhlw.go.jp/houdou/2003/03/h0326-5d1.html> 에서 2022. 10. 02. 인출.

2021년 조사에서 조사 시점의 건강상태에 대하여 ‘그다지 좋지 않다’고 응답한 사람과 ‘좋지 않다’고 응답한 사람의 비율을 합치면 전체 응답자의 3분의 1을 차지한다.

〈표 3-2-5〉 일본 거리노숙인의 건강상태 (2021년 조사)

구분	비율
매우 좋다	11.4%
좋다	53.7%
그다지 좋지 않다	28.3%
좋지 않다	6.6%

자료: 厚生労働省. (2022) ホームレスの実態に関する全国調査(生活実態調査)の結果(詳細版).  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_25330.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_25330.html) 에서 2022. 10. 02. 인출.

위와 같이 2021년 조사에서 ‘그다지 좋지 않다’와 ‘좋지 않다’라고 응답한 사람 중 ‘통원’이나 ‘일반의약품’으로 대처하는 사람이 36.5%이며, 아무것도 하지 않고 있는 사람이 60%를 넘었다.

이러한 경향은 2007년 조사, 2012년 조사, 2016년 조사 모두 유사하다. 즉, 조사시점의 건강상태를 묻는 질문에 ‘그다지 좋지 않다’와 ‘좋지 않다’라고 응답한 사람들의 60% 이상은 아무것도 하지 않고 있었다.

한편, ‘그다지 좋지 않다’와 ‘좋지 않다’라고 응답한 사람 중 20%가량이 통원하고 있다는 점도 주목할 만하다.

〈표 3-2-6〉 “그다지 좋지 않다”나 “좋지 않다”를 선택한 경우의 응답

구분	2007년 조사	2012년 조사	2016년 조사	2021년 조사
통원	20.5%	19.2%	25.8%	20.0%
일반의약품	13.7%	18.1%	13.3%	16.5%
아무것도 하지 않고 있다	65.8%	62.8%	60.9%	63.5%

자료: 厚生労働省. (2022). ホームレスの実態に関する全国調査(生活実態調査)の結果(詳細版).  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_25330.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_25330.html) 에서 2022. 10. 02. 인출.

‘아무것도 하지 않고 있다’고 응답한 사람의 절반가량은 ‘통원하거나 약을 살 돈이 없다’는 이유를 들었다. 마찬가지로 ‘아무것도 하지 않고 있다’고 응답한 사람의 약 40%는 ‘보험증이 없다’는 이유를 들었다.

〈표 3-2-7〉 아무것도 하지 않는 이유 (복수응답)

구분	2021년 조사
보험증이 없다	42.6%
통원하거나 약을 사는 돈이 없다	48.2%
의료기관에 가도 상대해주지 않을 것이다	10.0%
일반의약품의사나 약에 기대고 싶지 않다	15.9%
기타	31.5%

자료: 厚生労働省. (2022). ホームレスの実態に関する全国調査(生活実態調査)の結果(詳細版).  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_25330.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_25330.html) 에서 2022. 10. 02. 인출.

노숙기간에 경험한 증상을 구체적으로 질문한 설문에 대해서는 약 4분의 1이 ‘치통’을 들었다. 마찬가지로 4분의 1이 ‘요통’을 들었다.

‘치통’이나 ‘요통’을 들었던 사람이 많은 것은 2007년 조사, 2012년 조사, 2016년 조사에서도 마찬가지였다(厚生労働省, 2022, p.45).

〈표 3-2-8〉 노숙기간(노숙기간이 길면 최근 1년 이내)에 경험한 증상 (복수응답)

구분	2021년 조사
현기증	13.5%
마비	11.2%
계속 기침이 남	9.1%
계속 열이 남	2.2%
심한 설사	6.0%
피부의 가려움증, 발진	12.6%
눈이 침침하고 흐림	12.9%
식욕부진	5.2%
갑자기 살이 빠졌음	5.6%
심한 피로감	10.4%
심한 귀울림	6.2%
구역질	4.2%
부종	6.2%
두통	9.5%
요통	24.8%
복통	8.6%
치통	25.7%
관절통	14.2%
머칠 잠을 잘 못 잠	16.2%
2주 이상 연일 우울했음	6.6%
기타	18.9%
없음	30.5%

자료: 厚生労働省. (2022). ホームレスの実態に関する全国調査(生活実態調査)の結果(詳細版).  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_25330.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_25330.html) 에서 2022. 10. 02. 인출.

노숙기간에 입원한 적이 있다는 응답은 2021년 조사에서 14.7%였다. 노숙기간에 입원한 적이 있다는 응답은 2007년 조사, 2012년 조사, 2016년 조사 약 15~20%로 큰 변화는 없다.

〈표 3-2-9〉 노숙기간의 입원 경험

구분	2007년 조사	2012년 조사	2016년 조사	2021년 조사
있음	19.0%	17.3%	17.8%	14.7%
없음	81.0%	82.7%	82.2%	85.3%

자료: 厚生労働省. (2022). ホームレスの実態に関する全国調査(生活実態調査)の結果(詳細版) [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_25330.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_25330.html)  
 및 厚生労働省. (2003a). ホームレスの実態に関する全国調査(生活実態調査)の結果(詳細版) <https://www.mhlw.go.jp/houdou/2003/03/h0326-5d1.html> 에서 2022. 10. 02. 인출.

## 2. 일본 노숙인의 의료지원

### 가. 기본방침

후생노동성의 ‘홈리스 자립 지원 등에 관한 기본방침(이하, 홈리스 지원 기본방침)’을 보면, "홈리스자립지원법" 제8조 제2항 제1호에 따라서 광역지자체인 도도부현(都道府県)과 기초자치단체인 시정촌(市町村)이 협력하고, 노숙인의 건강상태 파악, 위생상태 유지, 질병 예방, 검사치료를 포괄적으로 실시할 체제를 강화하는 것이 중요하다는 서술을 볼 수 있다.

또한 필요한 보건의료서비스를 받을 수 있도록 거리나 쉼터에서 보건사, 간호사, 정신보건복지사 등의 보건의료직에 의한 의료상담이나 지원을 실시하도록 하고 있다.

그리고 결핵 위험이 높은 지역에서는 보건소, 의료기관, 복지사무소(지자체가 설치하는 복지창구), 노숙인지원기관의 협력하에 효과적인 대책을 실시하는 것이 필요하다고 강조하고 있다.

홈리스 지원 기본방침에서는 의료지원과 관련된 내용으로 순회상담, 쉼터에서 의료기관으로의 연계, 결핵대책, 무료·저액진료사업, 생활보호로 크게 나누어서 제시하고 있다(厚生労働省, 2018a, pp.10-11).

## 나. 순회상담

‘자립상담지원사업(自立相談支援事業)’을 실시하는 자립상담지원기관이 노숙인의 건강문제를 파악하기 위하여 창구상담과 순회상담을 실시하고 보건소 등 의료기관에 연계한다.

참고로 자립상담지원사업이란 생활곤궁자자립지원법(生活困窮者自立支援法, 2013년 법률 제105호, 2015년 시행)의 필수사업이며, 지자체는 취약계층이 상담할 수 있는 자립상담지원기관을 필수로 두어야 한다. 자립상담지원기관은 노숙인의 상담뿐만 아니라 취약계층의 가계, 취업, 주거, 자녀 등 각종 상담을 폭넓게 하는 기관이다.

2013년도까지는 창구상담과 순회상담을 실시하는 보건소에 국고보조를 지원해왔으며, 2015년부터 자립상담지원사업에 국고보조로 지원하고 있다. 2018년 기준 창구상담과 순회상담을 실시하는 983개 지자체의 자립상담지원사업을 국고보조로 지원하였다(厚生労働省, 2018b, p.15).

## 다. 셸터에서 의료기관으로 연계

‘일시생활지원사업(一時生活支援事業)’, 이른바 셸터사업의 실시기관도 건강 관련 상담을 받고 보건소 등 보건의료 관련 기관에 연계한다. 일시생활지원사업도 자립상담지원사업과 마찬가지로 생활곤궁자자립지원법의 사업이지만, 일시생활지원사업은 임의사업이다. 2021년 11월 기준 일시생활지원사업 실시율이 35%이며, 전체 지자체의 약 3분의 1밖에 실시하고 있지 않다(特定非営利法人抱樸, 2022).

## 라. 결핵대책

보건소는 복약 중단이나 치료 중단에 의한 결핵 재발이나 약물 내성화를 막기 위해 노숙인을 방문하여 대면 지도를 실시한다.

구체적으로는 결핵의 건강검진 및 예방접종을 실시하는데, 이는 지역 주민의 자발적인 협력과 중점적인 결핵 대책으로 실시하고 있다. 10만 명당 결핵환자 이환율은 16.1명(2013년), 15.4명(2014년), 14.4명(2015년), 13.9명(2016년)으로 감소추세를 보이고 있다(厚生労働省, 2018b, p.16).

## 마. 무료·저액진료사업

정부는 노숙인에 대한 치료 거부를 막기 위해 의료기관에 ‘의사법(医師法. 1920년 법률 제201호)’ 제19조 제1항 및 ‘치과의사법(歯科医師法. 1921년 법률 제202호)’ 제19조 제1항에서 규정하는 ‘진료에 응하는 의무’를 알린다.

또한, ‘무료·저액진료사업(無料低額診療事業)’을 적극 활용하도록 도모하고 있다. 무료·저액진료사업이란 빈곤, 가정폭력, 인신매매 등으로 보건 의료서비스를 받지 못하는 사람들에게 무료 또는 저렴한 비용으로 진료하는 사업이며, ‘사회복지법(社会福祉法. 1951년 법률 제45호)’ 제2조 제3항 제9호의 ‘생계의 어려움을 겪는 자를 위하여 무료 또는 저액으로 진료를 행하는 사업’이라는 규정에 근거하는 사업이다. 저소득층, 공공부조 수급자, 노숙인, 가정폭력 피해자, 인신매매 피해자 등을 대상으로 하는 사업이며, 진료비의 10~100%를 감면하는 사업이지만, 자세한 대상, 지원금액, 이용방법은 의료기관마다 다르다.

무료·저액진료사업의 경우, 먼저 의료기관이 ‘제2종 사회복지사업’으로 신고하고, 도도부현에서 이를 수리하면 사업이 시작된다. 이 사업에는 조건이 있다. 즉, 의료기관은 저소득층을 위한 진료비 감면방법을 정하고 이를 명시해야 하고, 의료상담과 생활상담을 받는 의료사회복지사를 배치해야 하고, 저소득층을 대상으로 정기적인 건강상담, 보건교육을 실시한다.

예를 들면 북해도 근로자의료협회(北海道勤労者医療協會)는 전액면제 대상을 ‘월수입이 공공부조 기준의 120% 이하인 경우’라고 제시하고, 일부면제 대상을 ‘월수입이 공공부조 기준의 140% 이하인 경우’라고 제시하고 있다. 또한 환자의 상황을 직원이 인식하는 대로 의료상담원이 면담하여 이용 가능한 다른 제도까지 검토한 후에 무료·저액진료사업을 적용할지 판단한다고 설명하고 있다(全日本民主医療機関連合会, 2016).

의료기관 입장에서 보면 무료·저액진료사업으로 환자를 치료하면 ‘법인세법(法人税法)’의 ‘법인세법 시행규칙(法人税法施行規則)’ 제6조 제4호에 기초하여 법인세가 면제된다는 장점이 있다. 즉, 다음 A, B, C에 해당하는 누계 환자 수를 산출하고,  $(A+B) \div C \times 100$ 이 10 이상이 되면 법인세가 면제된다.

A= 생활보호의 의료부조, 개호부조, 출산부조로 진료받은 환자 수

B= 무료 또는 진료보수를 10% 이상 감액받은 환자 수

C= 전체 환자 수

다시 말하면 생활보호급여로 진료받은 환자 수와 무료·저액진료사업으로 진료받은 환자 수가 전체 환자의 10% 이상이 되면 법인세가 면제된다.

2020년도 시점에서 무료·저액진료사업을 실시하는 기관은 전국 732개 기관이며, 거기서 무료·저액진료사업으로 진료받은 환자 수는 누계 710만 549명이었다. 이 중, 생활보호를 적용받아서 진료받은 누계 환자

수는 439만 7,794명이고, 진료비를 감면받은 누계 환자 수는 270만 2,755명이었다(厚生労働省, n.d.b).

무료·저액진료사업을 이용한 환자 중 거리노숙인 환자 수가 최근에 얼마나 되는지를 장기적으로 보여주는 자료를 찾지는 못했으나, 후생노동성의 2018년 자료에 따르면, 무료·저액진료사업을 이용한 환자 중 거리노숙인 환자 수는 누계 환자 수로 2013년 5,889명, 2014년 5,016명, 2015년 4,555명이었다(厚生労働省, 2018b, p.18). 참고로 노숙인이 아닌 환자도 포함된 전체 무료·저액진료사업 이용 환자 수는 2015년도 시점에서 누계 777만 4,148명이었으며, 이를 실시한 기관은 병원 347개소와 진료소 300개소로 총 647개소였다(厚生労働省, 2016).

## 바. 생활보호

생활보호란 ‘생활보호법(生活保護法, 1950년 법률 제144호)’에 근거하여 이루어지는 일본의 공공부조이다. 한국에서 맞춤형 급여로 전환하기 전의 국민기초생활보장법처럼 통합급여방식으로 급여를 제공한다. 급여는 생활부조(=생계급여), 교육부조(=교육급여), 주택부조(=주거급여), 의료부조(=의료급여), 개호부조(요양서비스를 제공), 출산부조(=해산급여), 생업부조(=자활급여), 장제부조(장제급여)로 구성된다.

노숙인이 질환이나 부상으로 의료기관에 이송되면 일반적인 절차를 생략하여 일단 생활보호를 적용하기도 한다. 생활보호를 받으려면, 원칙적으로 본인이 신청해야 하고, 행정기관의 인정을 받아야 한다. 그래야 급여를 받을 수 있다. 그러나 일본 정부는 2003년 7월 31일 ‘질환 등 급박한 상황에서는 신청 없이 보호해야 하고, 이후에 생활보호 수급 의사를 확인하고 신청받도록 함’이라는 지침을 내렸다(厚生労働省, 2003b). 즉,

긴급상황에서는 본인에게 신청받는 절차를 생략하여 우선 생활보호를 적용하고, 급한 상태를 넘어가면 본인에게 생활보호를 신청할지 여부를 확인하는 것이다. 그리고 본인에게 생활보호를 신청할 의사가 있으면 본인이 행정기관에 생활보호를 신청하고 심사를 받는 것이다. 2016년 시점에서 노숙인에게 의료기관에서 생활보호가 시작된 사례는 2,431건이었다(厚生労働省, 2018b, p.19).

### 3. 지역정책 지원과 의료지원

#### 가. 노숙인에 대한 주거지원 일반 현황

일본에서 노숙인을 일차적으로 보호하는 것은 ‘일시생활지원사업’이다. 앞에서 언급했듯이 이는 ‘생활곤궁자자립지원법’에 따른 사업이며, 소위 셸터로 보호하는 사업이다. 일시생활지원사업은 임의사업이며, 2021년 11월 시점에서 전체 지자체(906개 지자체) 중 약 35%(316개 지자체)밖에 실시하고 있지 않다.

그래도 일시생활지원사업의 셸터는 2020년 시점에서 전국에 1,243개 시설이 존재하고, 합계 정원 수는 6,516명이다(厚生労働省, 2020, p.25).

그러면 집을 잃은 사람이 셸터에서 보호받고 나서, 어디로 가는가? 2020년도에 셸터를 나간 사람은 누계 13,416명이었으며, 그중 생활보호를 적용받아 셸터를 나간 사람이 21.6%(2,900명)였고, 취직하여 셸터를 나간 사람은 13.2%(1,776명)였다(厚生労働省, 2020, p.28).

2020년도에 셸터를 나간 사람 누계 13,416명 중 복지제도(생활보호 포함)를 적용받은 사람이 총 3,022명이었으며, 그들 중 복지제도를 적용받고 병원에 입원 한 사람은 4.4%(132명), 복지제도를 적용받고 시설에

입소한 사람은 27.8%(840명), 복지제도를 적용받고 주거를 확보한 사람은 64.2%(1,941명)였다(厚生労働省, 2020, p.28). 즉, 2020년도 실적을 보면, 쉼터에 있는 동안에 생활보호를 신청하여 생활보호를 적용받게 되어 지역에서 주거를 확보하는 사람이 취업해서 쉼터를 나간 사람만큼 존재하는 것이다.

후생노동성은 2018년에 생활근공자자립지원법을 개정하여 일시생활 지원사업을 이용한 사람의 지역정착을 지원하는 ‘지역거주지원사업(地域居住支援事業)’을 시행하였다. 일부 지자체는 지역거주지원사업을 실시하여 쉼터를 나가는 사람에게 임대주택을 소개<sup>12)</sup>하거나 임대계약에서 신분을 보증해주거나 지역의 의료서비스와 연결해주는 지원을 실시하고 있으나, 지역거주지원사업은 아직 시작된 지 얼마 안 된 사업이고 임의사업이므로 아직 실천사례가 적다. 2021년도 기준 지역거주지원사업을 실시하고 있는 지자체는 50개 지자체에 불과하다(厚生労働省, 2020, p.30).

이와 같이 일본 전국을 보면 일시생활지원사업이나 지역거주지원사업을 실시하는 지자체는 아직 일부에 불과하다. 하지만 사실 노숙인은 일본에서도 일부 도시에 집중하고 있다. 모든 지자체에 집을 잃은 사람을 위한 지원이 마련되어 있으면 물론 바람직하지만, 일단은 노숙인이 많은 대도시에서 어떤 지원이 있는가를 보는 것이 일본 노숙인지원의 현실을 파악하는 데 중요하다. 따라서 다음으로 일본의 노숙인 집중지역에서 이루어지고 있는 지원에 초점을 맞추고자 한다.

12) 노인, 장애인을 비롯한 취약계층의 입주를 거부하는 임대주택 주인이 많다. 그러므로 취약계층을 거부하지 않는 임대주택을 소개하는 등 지원한다.

## 나. 도쿄도 산야(山谷)의 사례

‘홀리스자립지원법’ 시행 이후 최근까지 일본에서 거리노숙인 수는 현저히 감소했다. 앞에서 봤듯이 거리노숙인 수는 2003년 25,294명으로부터 2022년 3,448명까지 크게 줄었다(厚生労働省, 2022).

그러나 거리에 남아 있는 노숙인도 임대주택으로 입주한 노숙인도 차이가 들었다. 이에 따라 노숙인 집중지역에서는 보건의료서비스나 돌봄서비스에 대한 수요가 커지고 있다. 노령, 질환, 장애로 생활에 어려움을 겪는 사람에게 적절한 거주환경과 보건의료서비스, 돌봄서비스를 통합적으로 제공하는 것이 급선무이다.

3대 노숙인 집중지역으로 알려진 도쿄도의 산야(山谷) 지역, 요코하마시의 고토부키쵸(寿町) 지역, 오사카시의 가마가사키(釜ヶ崎) 지역을 보면, 지역마다 선진적인 실천사례를 볼 수 있다. 지자체의 재정, 지역에 존재하는 지원단체의 규모, 각 지역의 전통 등 지역 간 차이가 크므로 각 지역의 지원체제를 한마디로 말할 수는 없으나, 여기서는 노숙인 집중지역의 실천사례를 정리하여 그 공통점과 차이점을 도출하고자 한다.

2007년 1년간 산야 지역에 가까운 아사쿠사병원(浅草病院)에 긴급이송된 환자는 3,127명이었다. 그중 790명(25.3%)이 노숙인이다. 또한 긴급 이송된 후 입원한 환자 604명 중 183명(30.3%)이 노숙인이었다(本田徹, 2011, p.12). 그들은 노령, 고독, 빈곤, 질환, 장애 때문에 병원을 퇴원해도 지역에서 혼자 살기 힘들다. 거리에서 살았다가 입원한 사람은 돌아갈 집이 없고, 노숙인지원시설에서 살았다가 입원한 사람도 집단생활로 돌아가기가 쉽지 않다(本田徹, 2011, p.13).<sup>13)</sup>

13) 정확한 통계는 알 수는 없지만, 아사쿠사병원에서 의사로 일하는 혼다 도루(本田徹)에 따르면, 생활습관 때문에 장기요양서비스나 간호서비스 이용을 거부하는 경우도 많고, 병원에 올 때는 이미 말기암 상태로 오는 경우도 있다(本田徹, 2011, p.12)고 한다.

도쿄의 노숙인 집중지역 산야 지역에는 노령, 빈곤, 질환, 장애 등을 복합적으로 겪는 노숙인을 위하여 1980년대부터 병원, 서비스 지원형 주택, 재가서비스, 호스피스 등 다양한 지원이 나타났다.

먼저 산야 지역에는 NPO법인 산유카이(山友会)의 산유클리닉(山友クリニック)이 활동하고 있다. 산유클리닉은 완전 무료진료소이며, 1984년 개설 이후 현재까지 활동해왔다. 이러한 병원은 일본에서 흔하지 않다(本田徹, 2011, p.11). 책임자 역할을 맡는 상근 간호사를 제외하면 산유클리닉에서 일하는 의사와 간호사는 모두 자원봉사자이다. 그들은 자기 직장의 휴식시간이나 휴일을 이용하여 산유클리닉의 활동에 종사한다. 토혈한 환자 등 응급환자에 대해서는 네트워크를 활용하여 다른 병원으로 긴급 이송하여 입원할 수 있게 한다. 암환자 등 응급환자가 아닌 중증 환자에 대해서는 산유클리닉의 의사가 진단서를 작성한 후, NPO법인 산유카이 직원이 그 진단서를 가지고 환자 본인과 함께 구청을 방문한다(本田徹, 2011, p.11). 생활보호를 받으면 생활비를 비롯해서 의료와 주거 비용도 해결할 수 있다.

산유클리닉을 운영하는 NPO법인 산유카이는 2010년에 산우장(山友荘)도 개설하였다. 노숙인을 비롯하여 질환이나 장애로 돌봄 없이 홀로 살 수 없는 사람을 산우장에서 받아들인다. 직원이 산우장에 상주하고 입주자를 살피고, 입주자에게 식사를 제공하고, 입주자를 보건의료기관이나 개호보험 서비스 제공기관으로 연계한다(特定非営利活動法人山友会, n.d.).

그 외에 NPO법인 산유카이에서 파생한 NPO법인 유아이카이(友愛会)는 산야 지역에서 방문간호스테이션<sup>14)</sup> 코스모스(訪問看護ステーション コスモス)를 설립했다. 일본에서 노숙인은 대부분 1인 가구이며, 정부지

14) 방문간호스테이션이란 방문간호서비스 제공기관이다. 의사로부터 방문간호지시서(訪問看護指示書)를 받고 요양등급도 판정받은 사람이면 방문간호서비스를 개호보험의 서비스로 받을 수 있다. 요양등급이 없는 사람은 방문간호서비스를 의료보험으로 이용한다.

원으로 민간주택에 들어가게 되도 노령기를 홀로 사는 사람이 많다. 방문 간호스테이션 코스모스는 2000년에 개호보험 지정기관으로 인정받고 임대주택에 입주한 노숙인 등 지역에서 홀로 사는 사람들에게 방문간호와 말기치료(terminal care)를 제공하고 있다(本田徹, 2011: 11).

이와 함께 NPO법인 희망의 집(きぼうのいえ)은 2002년부터 산야 지역에서 호스피스를 운영하고 있으며, 거리나 저렴한 임대주택에서 홀로 살았다가 말기 암으로 갈 곳을 잃은 사람을 받아들이고 있다(特定非営利活動法人きぼうのいえ, n.d.).

지역에 정착하려면 방문요양서비스가 필요하므로 합동회사 케어서비스 후쿠쥬소(合同会社ケアサービス福寿草)나 헬퍼스테이션 하모니(ヘルパーステーション ハーモニー) 등 방문요양서비스를 제공하는 기관이 있다(本田徹, 2011, p.11). 장기요양서비스 제공기관이 늘었다는 것은 산야 지역뿐만 아니라, 고토부키초 지역과 가마가사키 지역에서도 볼 수 있는 공통적인 현상이다.

마지막으로 산야 지역에서 주거지원, 취업지원, 장기요양서비스까지 다수 사업을 수행하는 NPO 법인 고향의 집(ふるさとの会)이 있다. 고향의 집은 서비스 제공형 고령자주택이나 교도소에서 나온 사람을 지원하는 등 다양한 선진적인 실천도 하고 있으며, 산야 지역을 비롯하여 산야 지역 밖에서도 활발히 활동하는 지원단체이다. 산야 지역에는 다양한 자원이 많이 생겼으나 요즘은 지역 밖에서도 복합적인 수요를 가지는 사람<sup>15)</sup>이 많이 유입하고 있다. 이제 개별 지원기관만으로 문제해결이 어렵다. 그러므로 산야 지역 및 주변지역의 노숙인과 생활보호수급자를 비롯한, 생활에 어려움을 겪는 사람에게 주거지원, 생활지원, 보건의료서비스, 복

15) 노숙인을 비롯하여 요양등급을 판정 받은 사람, 치매에 걸린 사람, 장애를 겪는 사람, 교도소에서 나온 사람 등 다양하다.

지서비스를 제공하는 네트워크를 만들기 위하여 고향의 집 주도로 2008년에 '지역케어 연계를 추진하는 모임(地域ケア連携をすすめる会)'을 만들었다.

#### 다. 오사카시 가마가사키(釜ヶ崎) 지역의 사례

2021년 시점에서 일본의 거리노숙인은 3,824명이었으며, 오사카시 943명, 도쿄 23구 800명, 요코하마시 378명 순이었다(厚生労働省, 2022). 즉, 거리노숙인은 대부분 대도시에 존재한다. 특히 오사카시 가마가사키 지역은 일본에서 가장 거리노숙인이 많은 지역으로 알려졌다. 2020년 시점에서 도쿄 23구의 전체 인구는 973만 3,276명, 오사카시의 전체 인구는 275만 2,412명이었으나(e-Stat), 도쿄 23구의 거리노숙인 수보다 오사카시의 거리노숙인 수가 많다. 즉, 오사카시는 전체 인구 대비 노숙인 수가 눈에 띄게 높은 지역이다.

오사카시 가마가사키 지역은 생활보호 수급률도 높다. 2019년, 가마가사키가 있는 니시나리구(西成区)의 인구는 10만 8,724명, 생활보호 수급자는 인원수 기준으로 2만 5,007명이므로 니시나리구의 생활보호 수급률은 인원수 기준으로 무려 23.0%가 된다(大阪市, 2021).

일본에서는 1990년대까지만 해도 거주지가 없다는 이유로 노숙인들은 생활보호를 받기 힘들었다. 그러나 1990년대 경기불황으로 거리노숙인이 급증하면서, 2003년에 후생노동성이 홈리스에 대한 생활보호의 적용에 대하여라는 지침을 시달하여 거주지가 없다거나 근로능력이 있다는 것만으로 생활보호의 요건에 해당하지 않는다는 것은 아님을 강조했다. 이후 2008년 금융위기를 거쳐 가마가사키 지역에 생활보호 수급자가 급증했다(奥村晴彦, 2011, p.27).

생활보호 수급자가 증가하면서 가마가사키 지역이 변했다. 즉, 원래 가마가사키 지역에는 진료소나 장기요양기관이 적었다. 그러나 생활보호 수급자가 늘어나면서 진료소나 장기요양기관이 늘었다(奥村晴彦, 2011, p.29). 생활보호 수급자는 자부담 없이 보건의료서비스나 장기요양서비스를 이용할 수 있기 때문이다(奥村晴彦, 2011, p.29).

1960년대까지는 가마가사키 지역에 제대로 보건의료서비스를 제공할 수 있는 병원이 없었으므로 오사카시는 시에서 100% 출자하여 재단법인(현재, 사회복지법인) 오사카사회의료센터(大阪社会医療センター)를 설립하였으며, 1970년 7월에 오사카사회의료센터 부속병원<sup>16)</sup>을 만들었다. 오사카사회의료센터 부속병원은 무료·저액진료사업을 중심사업의 하나로 정하고, 의료비를 지불하지 못하는 환자에게는 무제한무이자로 의료비를 대출해왔다(奥村晴彦, 2011, p.29). 또한 오사카사회의료센터 부속병원은 오사카시립갱생상담소(大阪市立更生相談所. 가마가사키지역에 있는 생활보호시설), 니시나리구 보건복지센터(西成区保健福祉センター), 니시나리노동복지센터(西成労働福祉センター)의 의뢰를 받아 진료하기도 한다.

2009년도에 오사카사회의료센터 부속병원의 전체 외래환자 수는 99,634명이었으나 그중 생활보호 수급자가 82%를 차지했다(奥村晴彦, 2011, p.30). 전체 외래환자 중 생활보호 수급자의 비율은 1973년 8%, 1989년 26%였으나 1990년대 거품경제 붕괴 이후이 경기불황과 지역 노동자의 고령화로 생활보호 수급자가 증가한 것이다(奥村晴彦, 2011, p.30).

알코올중독과 약물남용을 비롯하여 불규칙적인 생활습관에 따른 고혈압, 당뇨병, 심장질환, 간질환 등 특징적인 질환을 앓는 환자가 많지만,

16) 건강보험에 가입되어 있지 않아도, 현금이 없어도 외래로 진료를 받을 수 있다(逢坂隆子, 2011, p.33).

가마가사키 지역에서 주목할 만한 질환 중의 하나가 결핵이다. 오사카시의 2020년도 결핵 이환율(신규 등록 환자 수)은 인구 10만 명당 21.0명으로 일본에서 가장 높다. 일본 전국의 결핵 이환율(10.1명)의 두 배이다(大阪市, 2022). 특히 오사카시 중에서도 가마가사키 지역의 2020년도 인구 10만 명당 결핵 이환율은 237.6명에 달한다(大阪市, n.d.).

가마가사키 지역을 관장하는 니시나리구는 2012년에 니시나리구청 보건복지과 내에 결핵대책팀을 설치한 후 생활보호 신규 수급자나 65세 이상 노인을 대상으로 결핵검진을 실시하고 있으며, 검진을 받을 수 있는 공간도 늘려왔다. 가마가사키 지역의 고령자특별청소사업(1994년에 시작한 오사카시 오사카부의 공공일자리아사업) 종사자에게 결핵검진 실시(2014년 8월), 쉼터 이용자에 대한 결핵검진 실시(2017년 2월), 결핵환자가 발생한 임대주택의 입주자에 대한 건강검진 실시(2018년 11월) 등 대책을 추진해왔다(大阪市, 2022b). 오사카시의 인구 10만 명당 결핵 이환율은 2009년 49.6명으로부터 2020년 21.0명으로 상당히 개선되었고, 가마가사키 지역의 결핵이환율도 2009년 565.1명으로부터 2020년 237.6명으로 크게 줄었다(大阪市, n.d.).

#### 라. 병원을 전전하는 생활보호 수급자

돌아갈 집이 없는 노숙인들은 적절한 지원이 없는 한 지역으로 나가기도 힘들 수 있다.

생활보호를 수급하는 환자를 받아들이는 병원 중에 최근에 빙글빙글 병원(ぐるぐる病院)이라 불리는 병원이 있다. 병원 경영상의 형편으로 1~3개월 주기로 환자를 다른 병원으로 옮기기 때문이고, 병원을 전전한 환자가 원래 있었던 병원으로 다시 돌아오기도 하기 때문이다(原昌平,

2016). 이는 병원의 경영상 형편뿐만 아니라, 병원을 나가도 갈 곳이 없다는 환자가 있다는 점에서 의료와 주거에 관련된 이슈라 할 수 있다.

일반병동의 경우, 입원기간이 길어지면 병원에 들어오는 입원요금이 줄어간다. 그러므로 병원이 환자를 다른 병원으로 옮기는 것이고, 그 환자를 새로이 받아들이는 병원에서는 다시 높은 초기 입원요금을 받고, 입원 시 검사도 처음부터 실시하고, 일정 기간이 지나면 그 환자를 다른 병원으로 옮기는 것이다. 이와 같이 병원을 전전하게 되는 환자들은 대부분 퇴원해도 갈 곳이 없는 환자들이다(原昌平, 2016).

2007년 10월에 기안 바레 증후군으로 도쿄대학병원에 입원한 남성(당시 50대)은 건강이 회복되면서 지체장애인으로 등록되었고, 2009년 1월에 치바현 나가레야마시의 병원으로 옮기면서 생활보호를 수급 받게 되었다. 다만 2010년에 차바현 아비코시의 병원으로 옮긴 이후 4년 반 사이에 도쿄도, 치바현, 군마현, 사이타마현, 도치기현에 소재하는 20개 이상의 병원을 옮겼다. 전에 있었던 병원에 다시 돌아오기도 하고, 회복에 필요한 재활치료를 받지 못하는 병원에 입원하기도 했다. 원래 살았던 회사기숙사에는 다시 들어갈 수가 없고, 생활보호나 장애인복지를 담당하는 부서도 ‘전례가 없다’, ‘이사 갈 집을 스스로 찾으면 지원해줄 수 있다’고 대답할 뿐이었으며, 병원에 면담하러 오지도 않았다. 결국 수도권의 변호사와 법무사로 구성된 의료부조 인권네트워크(医療扶助 人權ネットワーク)가 2014년 10월에 후생노동성과 치바현에 개선을 요구하는 요망서를 보냈으며, 그 뒤 겨우 거택보호(시설이 아닌 집에서 살면서 생활보호를 받는 수급형식)로 전환되었다(原昌平, 2016).

회계감사원도 2014년에 생활보호 수급자에 대한 조사결과를 바탕으로 이와 같이 필요 없는데도 불구하고 병원을 전전하는 사례를 문제시하였다(會計検査院, 2014).

또한 총무성도 생활보호 수급자의 실태를 조사하여 2014년에 조사결과에 기초한 권고를 냈다(総務省, 2014). 총무성은 단기빈회전원(短期頻回轉院)이라는 말로 이 문제를 지적했다.

후생노동성의 2014년도 조사에 따르면 90일간에 집에 한 번도 돌아가지 않고 2번 이상 병원을 옮긴 의료부조 수급자가 전국에 4,057명 존재했다고 밝혔다. 조사결과는 오사카부 1,287명, 후쿠오카현 378명, 도쿄도 373명, 북해도 263명, 아이치현 169명, 효고현 136명, 치바현 127명, 가나가와현 113명, 애히메현 92명, 가고시마현 91명, 오카야마현 87명, 사이타마현 84명, 고우치현 80명, 교토현 68명, 구마모토현 67명, 야마구치현 59명이었으며, 대도시에 많으나 지방도시에도 상당 수 존재함을 알 수 있다(原昌平, 2016). 90일에 한 번도 병원을 옮기지 않아도 장기적으로 병원을 전전하는 사례도 많으므로 전국에 적어도 4,000건보다 훨씬 많을 것이라는 추측도 있다(原昌平, 2016).

결국 후생노동성은 2014년 8월 20일에 지침을 시달하여 지자체에서 생활보호를 담당하는 복지사무소에 다음 여섯 가지를 요구하였다.

첫째, 병원을 옮길 때 병원을 옮겨야 하는 이유나 어느 병원으로 옮기는 것인지를 미리 의료기관으로부터 복지사무소에 연락하게 한다.

둘째, 복지사무소는 병원을 옮길 필요성에 대하여 촉탁의와 협의하여 검토한다.

셋째, 복지사무소는 레세프트를 점검하여 그 의료기관에서 적절한 의료를 실시하고 있는지를 검토한다.

넷째, 의학적 판단에 이의가 있을 때는 도도부현에 조언을 받는다.

다섯째, 도도부현 정령시(政令市), 중핵시(中核市)는 필요에 따라 의료기관에 개별지도 한다.

여섯째, 자주 병원을 옮기는 환자의 실태를 파악한다.

#### 4. 결론 및 시사점

일본에서는 인구고령화가 상당히 진행되었다. 노숙인의 평균 연령도 한국보다 높다. 일본 상황에서는 노숙인의 지역정착을 도모하려면 경제적인 지원이나 입주지원뿐만 아니라, 의료지원과 요양서비스까지 필요할 때도 많다.

노숙인이 집중된 도쿄 산야 지역이나 오사카 가마가사키 지역에서는 병원이나 장기요양서비스 제공기관과 연계하여 노숙인을 지원하는 실천이 나타나고 있다. 그 중심은 그 지역에서 활동하는 지역단체들이다.

한편 제도적 자원으로서의 생활보호제도가 큰 도움이 되고 있다. 생활보호는 임대료뿐만 아니라 노령이나 질환으로 의료서비스나 요양서비스가 필요한 사람에게 큰 도움이 되고 있다.

앞으로는 이와 함께 주거지원을 강화해가야 할 것이다. 먼저, 노인이나 장애인을 비롯한 취약계층의 입주를 거부하는 집주인이 많아 취약계층을 이해하는 임대주택에 소개하는 지원이 필요하다. 또한 독거노인이나 혼자 생활하는 데 어려움을 겪는 사람이 많으므로, 서비스까지 제공하는 주거가 필요할 것이다.





## 제4장

### 국내 노숙인 의료 및 주거지원과 지역사회 정착 지원 현황

제1절 노숙인 정책 개요

제2절 노숙인 의료지원 제도

제3절 노숙인 주거지원 제도



## 제 4 장

# 국내 노숙인 의료 및 주거지원과 지역사회 정착지원 현황

노숙인 정책은 주로 「노숙인복지법」에 근거하여 이루어지고 있다. 다만 의료와 주거 관련 서비스는 「의료급여법」이나 「주거취약계층 주거지원 업무처리지침」 등 해당하는 법률 및 지침 등에 따라 시행되기도 한다. 본 장에서는 노숙인 의료 및 주거와 관련된 법률 및 지침 등을 폭넓게 개괄하면서 의료적 욕구가 있는 노숙인의 지역정착을 위한 제도적 배경 및 시사점을 도출하고자 한다.

## 제1절 노숙인 정책 개요

### 1. 노숙인 정의 및 규모

「노숙인복지법」에 따르면 “노숙인 등”이란 ㉠ 상당한 기간 동안 일정한 주거 없이 생활하는 사람, ㉡ 노숙인 시설을 이용하거나 상당한 기간 동안 노숙인 시설에서 생활하는 사람, ㉢ 상당한 기간 동안 주거로서의 적절성이 현저히 낮은 곳에서 생활하는 사람 중 보건복지부령으로 정하는 사람이다(법 제2조 정의). 여기에서 보건복지부령에서 정하는 사람은 만 18세 이상이다(영 제2조 제1항). 여기에서 ㉠목은 거리노숙인, ㉡목은 시설노숙인, 그리고 ㉢목은 주거취약계층을 의미한다고 할 수 있다. 그러나 ㉢목의 주거취약계층에 대한 더 상세한 정의는 규정되어 있지 않다.

〈표 4-1-1〉 노숙인복지법에 의한 노숙인 개념 분류

노숙인 개념	의미
㉗ 거리노숙인	상당한 기간 동안 일정한 주거 없이 생활하는 사람
㉘ 시설노숙인	노숙인 시설을 이용하거나 상당한 기간 동안 노숙인 시설에서 생활하는 사람
㉙ 주거취약계층	상당한 기간 동안 주거로서의 적절성이 현저히 낮은 곳에서 생활하는 사람

주: 공통된 조건으로 18세 이상인 자이며, 노숙인 개념 중심으로 정리함.  
 자료: 노숙인 등의 복지 및 자립 지원에 관한 법률, 법률 제17775호.(2020).

이 중 ㉘목의 시설 노숙인이 이용하거나 상당한 기간 동안 생활하는 노숙인 시설은 노숙인종합지원센터와 노숙인복지시설로 구성된다. 노숙인복지시설은 총 7종류로 규정된다. 이 중 일시적인 잠자리를 제공하는 노숙인 일시보호시설과 급식시설, 진료시설, 쪽방상담소는 이용시설이라 할 수 있다. 또한 비교적 장기간 거처를 제공하는 노숙인 자활·재활·요양시설은 생활시설로 분류할 수 있다. 생활시설 중 재활시설과 요양시설은 자활시설에 비해 자립이나 사회복지가 어려운 노숙인 등을 대상으로 하고 있다.

〈표 4-1-2〉 노숙인 시설 종류 및 내용

구분	시설 종류	시설 내용
노숙인 종합지원센터		노숙인 등을 위한 주거, 의료, 고용 지원을 위한 상담 및 복지서비스 연계, 응급조치, 복지서비스 이력 관리, 심리 상담 이외에 노숙인 등에 대한 위기관리 사업 등 노숙인 등의 복지증진에 필요한 사업 등 지원
노숙인 복지시설	노숙인 일시보호시설	노숙인 등에게 일시보호 및 복지서비스 연계 등을 제공하는 시설
	노숙인 자활시설	노숙인 등의 자립을 지원하기 위하여 전문적인 직업상담·훈련 등의 복지서비스를 제공하는 시설
	노숙인 재활시설	신체 및 정신장애 등으로 자립이 어려운 노숙인 등에게 치료 및 재활서비스를 제공하는 시설
	노숙인 요양시설	건강상의 문제 등으로 단기간 내 가정 및 사회복지가 어려운 노숙인 등에게 요양서비스를 제공하는 시설

구분	시설 종류	시설 내용
	노숙인 급식시설	제11조에 따른 급식시설
	노숙인 진료시설	제12조에 따른 진료시설
	쪽방 상담소	쪽방 밀집 지역에서 쪽방거주자에 대한 상담·취업지원·생계지원, 그 밖의 행정지원 서비스를 제공하는 시설

주: 「노숙인복지법」 제16조를 참조함. 단, 노숙인종합지원센터는 시설 내용에 대한 법적 사업 내용 및 기준이 없어 입덕영 외(2021, p.75)의 내용을 발췌함.

자료: 보건복지부(2022a). 노숙인 등의 복지사업 안내. p.22.

노숙인 규모는 이상의 노숙인 등 정의에 따른 유형 분류에 따라 파악되고 있다. 「노숙인복지법」에서는 5년마다 실태조사를 실시하고 그 결과를 공표하도록 되어 있으며(법 제9조), 실태조사에는 노숙인 등의 수 등 현황파악을 하도록 규정된다(시행규칙 제3조). 또한 보건복지부는 매년 지자체로부터 실태를 취합하여 『노숙인 등 복지사업안내』 및 『보건복지통계연보』에 노숙인 등의 규모를 발표하고 있다. 여기에서 실태조사에 의해 집계된 노숙인 등의 규모는 특정일 특정 시각에 전국적으로 일제히 집계하는 일시집계조사(PIT 조사, Point In Time) 방법론에 따른다. 후자인 보건복지부와 지자체에 의해 취합된 데이터는 일관된 방법론에 의하기 보다는 연말 기준 행정보고를 통해 집계된다는 의미에서 행정데이터라 할 수 있다.

아래는 2009년부터 2021년까지 노숙인 등의 규모를 나타내었다. 구분에서 ‘행정’이라 표기된 수치는 행정데이터, PIT로 표기된 수치는 일시집계조사(PIT) 방법론을 활용하여 집계된 수치이다.

노숙인 등은 거처유형에 상관없이 대체로 감소하는 추세가 나타나고 있다. 2021년 5월 14일 기준 거리노숙인은 1,201명, 일시보호(이용시

설) 노숙인은 394명, 자활 1,209명, 재활 및 요양은 각각 3,497명, 2,968명, 쪽방 주민 5,641명이 집계되었다.

〈표 4-1-3〉 연차별 집계에서 나타난 노숙인 등 규모

(단위: 명)

구분	노숙인 등	노숙인						쪽방주민	
		합계	거리	일시보호	자활	재활	요양		
2009	행정	20,324	13,930	1,260	-	3,404	9,266	6,394	
2010	행정	19,384	13,152	1,077	-	3,117	8,958	6,232	
2011	행정	19,136	13,145	1,121	-	3,282	8,742	5,991	
	PIT	20,207	13,993	2,689		3,144	8,160	6,214	
2012	행정	18,282	12,391	1,081	-	2,741	8,569	5,891	
2013	행정	18,648	12,656	1,197	844	2,095	4,829	3,691	5,992
2014	행정	18,494	12,347	1,138	899	1,949	4,549	3,812	6,147
2015	행정	17,973	11,901	1,125	1,045	1,683	8,048	6,072	
2016	행정	16,698	10,645	969	798	1,613	3,890	3,375	6,053
	PIT	17,532	11,340	1,522	493	1,599	4,290	3,436	6,192
2017	행정	16,533	10,828	862	994	1,583	4,123	3,266	5,705
2018	행정	16,465	10,801	895	1,047	1,684	3,922	3,253	5,664
2019	행정	16,516	10,875	1,246	1,173	1,523	3,772	3,161	5,641
2020	행정	14,866	9,470	1,241	555	1,209	3,497	2,968	5,396
2021	PIT	14,404	8,956	1,201	394	1,107	3,343	2,911	5,448

주: 2016년 PIT 조사는 10월 20일에, 2021년 PIT 조사는 5월 14일에 실시되었음.

자료: 입덕영, 이태진, 하은솔, 이병재, 남윤재, 남기철, ... 이기재(2021). 2021년도 노숙인 등의 실태조사. 보건복지부-한국보건사회연구원. p.114.

지역별, 시도별 노숙인 등의 현황은 서울이 전체 노숙인 등의 37.2%, 거리노숙인의 58.4(이용시설 포함), 생활시설 노숙인의 22.7%, 쪽방주민의 50.6%를 점하고 있다. 전체 노숙인 등의 규모로 대구, 경기, 부산 등의 순이다.

〈표 4-1-4〉 지역별 노숙인 등의 규모 (2021년)

(단위: 명, %)

구분	노숙인 등 전체									
	합 계		노숙인 전체						쪽방주민	
			합 계		거리노숙인 (이용시설 포함)		생활시설 노숙인			
명	(비율)	명	(비율)	명	(비율)	명	(비율)	명	(비율)	
전체	14,404	(100.0)	8,956	(100.0)	1,595	(100.0)	7,361	(100.0)	5,448	(100.0)
서울	5,355	(37.2)	2,600	(29.0)	932	(58.4)	1,668	(22.7)	2,755	(50.6)
부산	1,185	(8.2)	269	(3.0)	131	(8.2)	138	(1.9)	916	(16.8)
대구	1,584	(11.0)	871	(9.7)	131	(8.2)	740	(10.1)	713	(13.1)
인천	962	(6.7)	501	(5.6)	41	(2.6)	460	(6.2)	461	(8.5)
광주	110	(0.8)	110	(1.2)	4	(0.3)	106	(1.4)	0	(0.0)
대전	862	(6.0)	259	(2.9)	41	(2.6)	218	(3.0)	603	(11.1)
울산	49	(0.3)	49	(0.5)	18	(1.1)	31	(0.4)	0	(0.0)
세종	92	(0.6)	92	(1.0)	1	(0.1)	91	(1.2)	0	(0.0)
경기	1,230	(8.5)	1,230	(13.7)	216	(13.5)	1,014	(13.8)	0	(0.0)
강원	208	(1.4)	208	(2.3)	14	(0.9)	194	(2.6)	0	(0.0)
충북	637	(4.4)	637	(7.1)	1	(0.1)	636	(8.6)	0	(0.0)
충남	61	(0.4)	61	(0.7)	40	(2.5)	21	(0.3)	0	(0.0)
전북	219	(1.5)	219	(2.4)	6	(0.4)	213	(2.9)	0	(0.0)
전남	628	(4.4)	628	(7.0)	0	(0.0)	628	(8.5)	0	(0.0)
경북	312	(2.2)	312	(3.5)	5	(0.3)	307	(4.2)	0	(0.0)
경남	776	(5.4)	776	(8.7)	6	(0.4)	770	(10.5)	0	(0.0)
제주	134	(0.9)	134	(1.5)	8	(0.5)	126	(1.7)	0	(0.0)

주: 쪽방주민은 쪽방상담소가 설치되어 있는 서울, 부산, 대구, 인천, 대전 등 5개 광역지자체에서만 집계되었다.

자료: 임덕영, 이태진, 하은솔, 이병재, 남윤재, 남기철, ... 이기재(2021). 2021년도 노숙인 등의 실태조사. 보건복지부한국보건사회연구원, p.111.

## 2. 노숙인 복지서비스 체계

「노숙인복지법」에서는 노숙인에 대한 복지서비스로 주거지원(제10조), 급식지원(제11조), 의료지원(제12조), 고용지원(제13조), 응급조치의 의무(제14조)의 다섯 가지로 규정하고 있다. 또한 12조의 2항에서는 여성 노숙인 등에 대한 보건위생물품 지원에 대한 내용도 규정하고 있다.

〈표 4-1-5〉 노숙인 등에 대한 복지서비스 내용

복지서비스	내용
제10조(주거지원)	① 국가와 지방자치단체는 노숙인 등의 적절한 주거생활을 위하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 주거지원을 할 수 있다. 1. 제16조에 따른 노숙인 복지시설에 의한 보호 2. 「사회복지사업법」 제2조에 따른 사회복지시설 및 다른 법률에 따른 보호시설에 의한 보호 3. 임대주택의 공급 4. 임시주거비 지원 5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 주거지원
제11조(급식지원)	국가와 지방자치단체는 노숙인 등에게 필요한 급식서비스를 제공하기 위하여 노숙인 급식시설을 설치·운영할 수 있다.
제12조(의료지원)	① 국가와 지방자치단체는 노숙인 등에게 필요한 의료서비스를 제공하기 위하여 노숙인 진료시설을 설치·운영할 수 있다. ② 국가와 지방자치단체는 국공립병원, 보건소 또는 민간의료기관을 노숙인진료시설로 지정할 수 있다. ③ 국가와 지방자치단체는 전문적인 처치와 수술 등을 필요로 하는 노숙인 등에 대한 전문 의료서비스의 제공을 국공립병원, 보건소 또는 민간의료기관에 의뢰하거나 위탁할 수 있다. ④ 국가와 지방자치단체 외의 자는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 노숙인진료시설을 설치·운영할 수 있다.
제12조의 2 (여성 노숙인 등에 대한 보건위생물품지원)	① 국가와 지방자치단체는 여성 노숙인 등의 건강과 복지를 위하여 여성 노숙인 등에게 보건위생에 필수적인 물품을 지원할 수 있다
제13조(고용지원)	① 국가와 지방자치단체는 노숙인 등의 고용을 지원하고 촉진하기 위하여 고용정보의 제공, 직업지원, 취업알선, 직업능력개발 등 필요한 조치를 할 수 있다. ② 국가와 지방자치단체는 노숙인 등의 고용을 촉진하기 위하여 공공일자리 제공 등 자활지원사업을 실시할 수 있다.
제14조 (응급조치의 의무)	① 경찰공무원, 소방공무원 또는 노숙인 등 관련 업무 종사자는 중대한 질병, 동사(凍死) 등 노숙인 등에 관한 응급상황을 신고받거나 발견한 때에는 지체 없이 필요한 조치를 하여야 한다.

주: 노숙인복지법 제10조~제14조를 정리함.

자료: 노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률, 법률 제17775호. (2020).

아래는 전국 노숙인 시설의 유형 및 지역별 현황이다. 먼저, 유형별로 살펴보면 생활시설 중 요양시설 21개소, 재활시설 34개소, 자활시설 51

개소가 운영되고 있다. 이용시설은 종합지원센터 12개소, 일시보호시설 8개소, 쪽방상담소 10개소, 진료시설 3개소, 급식시설 4개소 등이다.

지역별로 살펴보면, 전체 145개 시설 중 49개가 서울에 집중되어 있다. 재활시설과 요양시설은 비교적 지역별로 골고루 분포하고 있으나, 자활시설 및 이용시설은 서울 및 광역시 중심으로 밀집하여 분포하고 있음을 알 수 있다. 진료시설은 서울 2개소, 부산 1개소이다.

〈표 4-1-6〉 노숙인 시설의 지역별 현황 (2021년 말 기준)

구분	합계	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
합계	145	49	12	10	6	3	8	1	1	19	7	4	1	5	7	4	4	3
생활 시설	요양	21	5	2	1	3	-	-	-	1	2	1	-	1	2	2	1	-
	재활	34	8	2	1	1	1	-	1	3	1	2	-	2	5	1	3	2
	자활	51	20	3	5	1	1	4	1	-	9	2	1	1	2	-	1	-
이용 시설	종합 지원 센터	12	3	2	1	-	1	1	-	-	3	-	-	-	-	-	-	1
	일시 보호 시설	8	4	-	1	-	-	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-
	쪽방 상담 소	10	5	2	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	진료 시설	3	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	급식 시설	4	2	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-

주: 노숙인 시설 유형별 시설 리스트를 연구진이 정리하여 추계함.

자료: 보건복지부(2022a). 2022년 노숙인 등의 복지사업안내. pp.368-380.을 연구진이 정리함.

노숙인은 현재 거처가 어디인지에 따라서 이용할 수 있는 시설 종류가 다르다.

먼저, 거리노숙인이 이용 가능한 대표적 시설은 일시보호시설 및 종합지원센터이다. 일시보호시설은 일시적인 응급 잠자리 및 식사, 응급처치 등을 제공한다. 종합지원센터는 일시적 서비스를 제공할 뿐만 아니라 타

노숙인시설로 전원조치 필요시 조정, 협의 등 타 시설과의 연계도 지원한다. 또한 다양한 주제의 상담과 의료급여 등 복지서비스 연계, 주민등록 복원 지원 등도 실시한다.

또한 거리노숙인은 종합지원센터가 의뢰하거나 본인이 요청하여 노숙인 자활시설, 재활시설 및 요양시설에 입소할 수 있다. 시설별 대상자 구분이 엄밀하지는 않다. 그러나 시설의 목표가 상이하기 때문에 각자의 입장과 조건에 맞는 시설에 입소할 필요가 있다.

자활시설은 직업 상담, 훈련 등 고용과 관련된 서비스를 제공하여 자활, 자립을 촉진하는 역할을 한다. 따라서 주된 대상자는 ‘건강상에 특별한 문제가 없고 일할 의지 및 직업 능력이 있는 노숙인’이다(보건복지부, 2022, p.22). 또한 비교적 단기간 보호를 수행한다.

재활시설은 신체적·정신적 재활을 통한 자립기반 조성을 지원하는 것을 목적으로, ‘신체장애, 정신장애, 그 밖의 질환 등으로 인하여 자립이 어렵고 치료와 보호가 필요한 노숙인’이 대상이다(보건복지부, 2022, p.22). 요양시설은 상담·치료 또는 요양서비스를 제공하며, 단기간 내 사회복귀가 쉽지 않은 노숙인을 대상으로 한다(보건복지부, 2022, p.22).

한편 쪽방 상담소는 쪽방 거주자를 대상으로 하며, 그 외 노숙인 급식 시설 및 진료시설은 시설 고유의 업무가 비교적 명확히 정해져 있다.

노숙인의 특성에 따라 받을 수 있는 서비스의 종류나 이용 가능한 시설이 법적으로 규정되어 있는 것은 아니다. 하지만 보건복지부가 매년 발간하는 『노숙인 등의 복지사업안내』에는 시설별 주요 사업 내용과 서비스 내용을 예시하고 있다.

〈표 4-1-7〉 노숙인별 이용 가능한 시설 및 사업 내용, 서비스 내용 (예시)

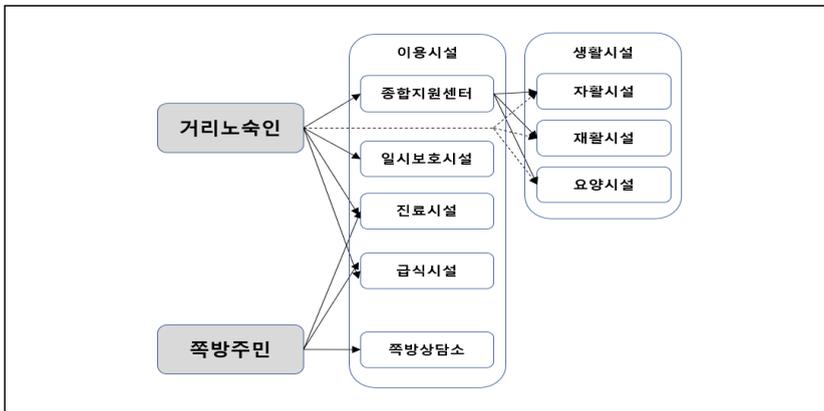
대상	이용 가능한 시설	사업 내용 및 기준	서비스 내용(예시)
거리 노숙인	일시보호 시설 (또는 자활재활요양시설)	노숙인 등에 대한 일시적인 잠자리 제공, 급식 제공, 응급처치 등 일시보호 기능을 주로 수행하면서 종합지원센터에 상담 의뢰, 병원진료 연계, 생활물자 지원·보관 등 부가적 서비스를 제공	일시 잠자리 제공, 식사 제공, 응급처치
	종합지원 센터	주거, 의료, 고용 지원을 위한 상담 및 복지서비스 연계, 응급조치, 복지서비스 이력 관리, 심리상담을 하며, 노숙인 등을 노숙인 시설 간에 전원조치할 경우 이에 대한 조정, 협의 및 결정하고, 복지서비스 이력 관리를 위한 시스템 사용 등을 제공	주거·의료·고용 지원을 위한 상담, 심리상담, 의료급여 등 복지서비스 연계 3~4개월 주거비 및 생활용품비 지원, 주민등록 복원 및 수급자 책정 등
	노숙인 급식시설	노숙인 등에게 필요한 급식서비스를 제공	무료급식
	노숙인 진료시설, 무료 진료소	노숙인 등에 대한 진단·치료·재활 등 의료 서비스를 제공	무료진료(노숙인 진료시설에서의 비급여 항목은 본인 부담)
	쪽방 상담소	쪽방 밀집 지역에서 쪽방 거주자에 대한 상담, 취업지원, 생계지원, 그 밖의 행정지원 서비스를 제공	쪽방거주자(노숙과 쪽방 거주를 반복하여 노숙인 등에 포함하여 보호가 필요한 자)에 대한 상담, 취업지원, 생계지원 및 기타 행정지원
입소 시설 노숙인	노숙인 자활시설	건강상에 특별한 문제가 없고 일할 의지 및 직업능력이 있는 노숙인 등을 입소시켜 생활지도·상담·안전관리 또는 전문적인 직업상담·훈련 등의 복지서비스를 직접 제공하거나 직업훈련기관 또는 고용지원기관 등과의 연계를 통해 노숙인 등의 자활·자립을 지원	일정 기간 보호 식사 제공 무료진료 생활지도, 상담, 직업상담·훈련, 취업연계 3개월 이상 거주자 매입임대주택 지원
	노숙인 재활시설	신체장애, 정신장애, 그 밖의 질환 등으로 인하여 자립이 어렵고 치료와 보호가 필요한 노숙인 등을 입소시켜 치료 및 각종 재활프로그램을 제공하고 사회적응훈련을 실시함으로써 노숙인 등의 신체적·정신적 재활을 통한 자립기반 조성을 지원	잠자리 제공 식사제공 의료급여 1종 재활프로그램, 요양서비스 생활지도, 상담, 직업상담·훈련, 취업연계

대상	이용 가능한 시설	사업 내용 및 기준	서비스 내용(예시)
	노숙인 요양시설	건강상의 문제 등으로 인하여 단기간 내 가정 및 사회복귀가 어려운 노숙인 등을 입소시켜 상담·치료 또는 요양서비스를 제공	3개월 이상 거주자 매입임대주택 지원

자료: 사업 내용 및 기준은 보건복지부(2022a). 2022년 노숙인 등의 복지사업 안내. p.22.; 서비스 내용(예시)은 보건복지부(2022b). 2022년 노숙인 등의 복지사업 안내. p.32.

노숙인 시설 및 서비스 연계를 그림으로 나타내면 아래와 같다. 거리노숙인은 진료시설이나 급식시설에서 일상적 서비스를 받을 수 있다. 또한 일시보호시설에서 일시적인 잠자리 및 지원을 받을 수도 있다. 종합지원센터의 의뢰나 본인의 의사에 따라 자활·재활·요양시설에 입소하여 비교적 장기간 생활할 수 있다. 한편, 쪽방 주민은 거리와 쪽방, 혹은 이용시설을 오고가는 경우도 있다. 쪽방상담소는 쪽방 주민에 대한 상담, 취업 지원, 생계지원, 그 밖의 행정지원 서비스를 제공하고 있다.

[그림 4-1-1] 노숙 유형에 따른 시설 연계도



자료: 이태진, 임덕영, 이병재, 남윤재, 정원오, 남기철, ... 송아영. (2021). 제2차 노숙인 등의 복지 및 자립지원 종합계획 수립을 위한 연구. 보건복지부·한국보건사회연구원. p.41.

### 3. 제2차 노숙인 등의 복지 및 자립지원 종합계획

보건복지부 장관은 노숙인 등의 보호 및 자립 등을 지원하기 위하여 5년마다 ‘노숙인 등의 복지 및 자립지원 종합계획’(이하, ‘종합계획’)을 수립·시행하여야 한다(「노숙인복지법」 제7조). 또한 보건복지부장관, 관계 중앙행정기관의 장<sup>17)</sup> 및 시·도지사는 종합계획에 따라 ‘노숙인 등 정책에 관한 시행계획’(이하 ‘시행계획’)을 매년 수립·시행하여야 한다(동법 제8조). 이 ‘종합계획’ 및 ‘시행계획’은 노숙인 시설에서 제공하는 서비스의 방향 및 내용을 규정한다.

제1차 종합계획(2016~2020)에 이어 제2차 종합계획(2021~2025)이 2021년에 수립되었다. 제2차 종합계획은 5대 추진전략 및 11대 핵심과제로 구성되었다.

---

17) 보건복지부 장관이 전체 노숙인 등 지원정책 전반을 담당하며, 그 외 국토교통부 장관이 주거지원, 고용노동부 장관이 고용지원의 시행계획 수립 주체이다(보건복지부, 2020a, p.9).

〈표 4-1-8〉 제2차 노숙인 등의 복지 및 자립지원 종합계획 개요

추진전략 및 핵심과제, 세부 추진과제	담당소관
<b>노숙 예방 등을 위한 거리현장 지원</b>	
1-1. 거리노숙인 현장지원 체계 구축·강화	
1-1-① 현장보호 체계의 공공성 강화	복지부, 지자체
1-1-② 거리노숙 지원 거점 확보 및 체계 구축	복지부, 지자체
1-1-③ 정신건강 등 전문영역과 현장보호 지원 연계체계 구축	복지부, 지자체
1-2. 거리노숙 위기지원서비스 강화	
1-2-① 거리노숙 위기상황 시 지원체계 확대 구축	여가부, 복지부, 지자체
1-2-② 기본생활지원 서비스를 위한 지자체의 역할 강화	지자체
<b>건강권 보장을 위한 의료 지원</b>	
2-1. 의료접근성 향상을 위한 지원체계 구축	
2-1-① 필수의료자원 확보 및 지역단위 협력체계 구축	복지부, 지자체
2-1-② 의료지원 현황 파악을 통한 의료접근성 향상	복지부
2-2. 감염성 질환에 대한 대응 강화	
2-2-① 신종 및 원인불명 감염병 대응 및 예방활동 강화	복지부, 질병청, 지자체
2-2-② 노숙인 결핵관리사업 확대 및 안정적 정착	질병청
<b>안정적인 생활을 위한 주거 지원</b>	
3-1. 공공임대주택 지원 강화	
3-1-① 주거권 보장에 대한 공공의 책임 강화	국토부, 복지부, 지자체
3-2. 서비스와 주거를 결합한 지원 강화	
3-2-① 입주대상자 특성을 반영한 주택지원 확대·다양화	복지부
3-2-② “서비스 결합 지원주택” 모델 마련	복지부, 지자체
<b>지역사회 재정착을 위한 복지서비스</b>	
4-1. 지역사회 재정착 준비 지원	
4-1-① 지역사회 준비 촉진 프로그램 실시	복지부, 지자체
4-1-② 초기적응 및 재정착 유지를 위한 전문서비스 지원	복지부, 지자체
4-2. 일자리를 통한 자립지원	
4-2-① 중앙정부 노력을 통한 안정적 일자리 확보와 지역 격차 해소	고용부, 복지부, 국토부
4-2-② 거리노숙인 일자리 지원 강화	복지부
4-3. 서비스 향상 및 환경 개선	
4-3-① 노숙인시설의 사회복귀 준비환경 조성 및 발전방안 모색	복지부
4-3-② 노숙인시설 운영환경 개선	복지부, 지자체
<b>정책기반 강화를 위한 인프라 구축</b>	
5-1. 노숙인 인권 중심 및 근거기반 정책 추진	
5-1-① 노숙인 인권보장 강화	복지부
5-1-② 다양성을 반영한 노숙인 실태조사 및 지원정책 추진	복지부, 지자체
5-2. 협력적 거버넌스 구축 및 업무 역량 강화	
5-2-① 노숙인 정책 발전을 위한 소통 및 협력체계 강화	관계부처, 지자체, 협회
5-2-② 노숙인 등 복지지원 사업 역량 강화	복지부

자료: 관계부처합동(2021). 제2차 노숙인 등의 복지 및 자립지원 종합계획(2021-2025).

여기에서 의료는 의료접근성 향상을 위한 지원체계 구축과 감염성 질환에 대한 대응 강화를 핵심과제로 내세우고 있다. 의료접근성 향상은 필수의료자원 확보 및 지역단위 협력체계 구축, 의료지원 현황 파악을 통한 의료접근성 향상을, 감염성 질환에 대한 대응 강화는 신종 및 원인불명 감염병 대응과 예방활동 강화, 노숙인 결핵관리사업 확대 및 안정적 정착을 들고 있다.

한편, 주거에서는 공공임대주택 지원 강화와 서비스와 주거를 결합한 지원 강화가 주요 핵심과제로 언급되었다. 특히 주목할 만한 점은 ‘입주 대상자 특성을 반영한 주택지원 확대 및 다양화’가 포함되어 있다는 점이다. 본 연구의 주요 대상자인 의료적 니즈가 있는 노숙인에 대한 주거지원의 근거가 이 항목에 포함되어 있다고도 볼 수 있을 것이다.

## 제2절 노숙인 의료지원 제도

### 1. 중앙정부 및 지자체의 의료지원 제도

노숙인에 대한 의료지원 제도는 먼저 의료급여를 중심으로 다양한 세부 자격으로 나누어져 있다.

먼저, 의료급여제도는 「의료급여법」에 근거하여 생활유지 능력이 없거나 생활이 어려운 저소득 국민의 의료 문제를 국가가 보장하는 공공부조 제도로서 건강보험과 함께 국민 의료보장의 중요한 수단이 되는 사회보장 제도이다(보건복지부, 2022b, p.3).

의료급여의 지원대상은 가. 국민기초생활보장법에 의한 수급권자, 나. 의료급여법에 의한 수급권자, 다. 타법에 의한 수급권자로 구분된다. 노

숙인은 ‘가’ ‘나’ ‘다’ 모두에 포함될 수 있다.

‘가’의 경우에는 국민기초 제1종 수급자와 제2종 수급자로 구분된다. 쪽방주민 중 국민기초생활보장 수급자 중에서 근로능력이 없거나 65세 이상인 경우 등에는 제1종 수급자가 된다. 또한 재활시설 및 요양시설에서 생활하는 노숙인은 시설수급자로서 제1종 수급자가 된다. 이 밖에 쪽방주민 중 국민기초생활보장 수급자이면서 노동할 능력이 있는 사람은 제2종 수급자로 규정된다(보건복지부, 2022b, p.23).

‘나’의 「의료급여법」에 의한 수급권자는 이른바 ‘행려 환자’를 의미한다. 여기에서 행려 환자는 4가지 요건을 모두 충족해야 한다(의료급여법 제3조 제10항 및 동법 시행령 제2조 제1호). ① 일정한 거소가 없는 자 ② 행정관서(경찰서, 소방서 등)에 의하여 병원에 이송된 자 ③ 응급환자임이 의사진단서(또는 소견서)로 확인되는 자 ④ 부양의무자가 없거나 부양 의무자의 부양능력이 없는 자이다.

‘다’의 타 법에 의한 수급권자는 「노숙인복지법」에 따른 노숙인 등으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람이다.<sup>18)</sup> 이 수급자 유형의 명칭은 “노숙인 1종”이며, 개인단위 급여이다(보건복지부, 2022, p.150). 노숙인 1종 수급권자가 되기 위해서는 ① 노숙인 일시보호시설, 노숙인자활시설(기존 노숙인 쉼터) 입소자 중 「노숙인복지법」 제2조 제1호에 따른 노숙인 해당 기간(거리노숙 및 노숙인시설 입소기간, 쪽방거주 등)이 지속적으로 3개월 이상 유지된 것으로 확인된 사람 ② 국민건강보험에 가입되어 있지 않거나 6개월 이상 체납이라는 조건을 모두 충족해야 한다(보건복지부, 2022b, p.150).

18) 노숙인 외에도 「재해구호법」, 「의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률」, 「입양특례법」, 「독립유공자 예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」, 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」, 「무형문화재 보전 및 진흥에 관한 법률」, 「북한이탈주민의 보호 및 정착지원에 관한 법률」, 「5·18 민주화운동 관련자 보상 등에 관한 법률」에 따라 의료급여 수급권자가 될 수 있다(의료급여법 제3조).

이 외에도 국민건강보험 또는 의료급여의 혜택을 받을 수 없는 노숙인에 대해서 지방자치단체가 의료비 예산을 확보해 보호하도록 하고 있으며, 보호사업의 내용 및 규모는 지자체에 따라 다르다. 이를 종합하면 노숙인 의료지원은 아래와 같이 이루어진다고 할 수 있다.

〈표 4-2-1〉 노숙인 의료지원 제도와 지자체 지원 개요

제도	세부자격	해당 노숙인
의료 급여	국민기초생활보장법에 의한 수급권자	<ul style="list-style-type: none"> <li>· (국민기초 1종) 쪽방주민 중 수급자이면서 근로능력 없는 사람</li> <li>· (국민기초 2종) 쪽방주민 중 수급자이면서 근로능력 있는 사람</li> <li>· (국민기초 1종 중 시설수급) 재할 및 요양시설 거주자</li> </ul>
	의료급여법에 의한 수급권자	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 행려 환자(아래 모두 충족)               <ol style="list-style-type: none"> <li>① 일정한 거소가 없는 자</li> <li>② 행정관서(경찰서, 소방서 등)에 의하여 병원에 이송된 자</li> <li>③ 응급환자임이 의사진단서(또는 소견서)상 확인되는 자</li> <li>④ 부양의무자가 없거나 부양의무자의 부양능력이 없는 자</li> </ol> </li> </ul>
	타법에 의한 수급권자	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 노숙인 1종(아래 모두 충족)               <ol style="list-style-type: none"> <li>① 노숙인 일시보호시설, 노숙인자활시설 입소자 중 노숙인복지법 제2조 제1호에 따른 노숙인 해당 기간이 지속적으로 3개월 이상 유지된 것으로 확인된 사람</li> <li>② 국민건강보험에 가입되어 있지 않거나 6개월 이상 체납</li> </ol> </li> </ul>
의료 지원사업	지방자치단체에 의한 의료비 지원	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 지자체별로 규정이 상이함</li> </ul>

자료: 보건복지부. (2020a). 2020년 노숙인 등의 복지사업안내, p.120, pp.218-220. 참고하여 연구진이 작성함.

의료급여의 보장자격은 이용 가능한 의료서비스 및 주거비 부담과도 관련되어 있다. 먼저, ‘국민기초생활보장법에 의한 수급권자’는 1차 의료급여기관(의원급)을 거쳐야 2차, 3차 진료를 받을 수 있다.<sup>19)</sup> 의료비에 관해 1종은, 입원은 본인 부담금이 없으며 외래는 1차 1,000원, 2차 1,500원, 3차 2,000원, 약국 500원 등이다. 2종은, 입원은 병원 등급에 상관없이 의료비의 10%, 외래는 1차 1,000원, 2차 15%, 3차 15%, 약국 500원 등이다(보건복지부, 2022b, p.6). 다만 비급여대상은 전액 본인이 부담해야 한다(보건복지부, 2022b, p.99).

행려 환자의 경우에는 특별한 의료기관 규정은 없으나 가능하면 보장기관(행려 환자 발견된 장소의 시·군·구)은 의료기관이 보장기관으로부터 먼 거리에 소재하여 보장기관이 환자를 관리하는 것이 어려운 경우, 보장기관 인근 병원으로 전원 조치하되, 가급적 국공립 병원을 우선적으로 물색하도록 권장하고 있다(보건복지부, 2022a, p.251). 행려 환자로 규정되면 비용은 의료급여 1종과 동일하다.

노숙인 1종 의료급여의 경우에는 노숙인 진료기관으로 지정한 의료급여기관(이하 노숙인 진료 지정병원)에서만 1차 진료를 받을 수 있다. 노숙인 진료 지정병원은 전국에 289개소가 있다. 보건소 212개소, 종합병원 34개소, 병원·의원 26개소, 보건의료원 13개소, 요양병원 3개소, 보건지소 1개소로 보건소가 대부분이며, 종합병원은 대부분 국공립 병원이다. 또한 지역별로는 서울 38개소, 경기 49개소로 서울과 경기도가 가장 많은 편이고, 부산 27개소, 대구 10개소 등의 순이다(보건복지부, 2022a, pp.381-394). 아래는 노숙인 1종 의료급여 수급자 및 노숙인 진료 지정

19) 의료급여는 본인부담이 없거나 소액만 지급하는 특성으로 인해 2차, 3차 의료급여기관으로 진료가 집중될 수 있는 소지가 높아, 의료자원의 효율적 활용과 대형 병원으로의 환자 집중현상을 방지하기 위하여 건강보험의 2단계 요양급여와 달리 3단계 급여절차를 규정하고 있다. 단 장애인·한센병환자 등은 1차, 2차 중 선택이 가능하며, 희귀난치성질환은 3차까지 선택 가능하다(보건복지부, 건강보험심사평가원, 2019, p.5).

병원 현황을 나타낸다.

〈표 4-2-2〉 노숙인 1종 의료급여 수급자 및 노숙인 진료 지정병원 수 (단위: 명, 개소)

구분	합계	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
노숙인 1종	327	315	6	2	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0
지정병원	289	38	27	10	7	5	7	6	1	49	18	15	15	18	26	27	18	2

자료: 노숙인 1종 수급자 현황은 국민건강보험공단(2020). 2020 의료급여 주요통계. p.39.; 지정 병원 현황은 보건복지부(2022a). 2022년 노숙인 등의 복지사업안내. pp.351-363.

〈표 4-2-3〉 노숙인 진료 지정병원 의료기관 유형 (단위: 개소)

구분	의료기관 유형					
	종합 병원	병원·의원	요양 병원	보건 의료원	보건소	보건 지소
계 = 289개소	34	26	3	3	212	1

자료: 보건복지부(2022a). 2022년 노숙인 등의 복지사업안내. pp.351-363.

이 외에 노숙인 진료시설이 별도로 설립되어 운영 중이다. 이 진료시설 들 중 일부는 「노숙인복지법」에 근거하여 운영 중이지만 다른 일부는 「노숙인복지법」과는 무관하게 자체적으로 운영하고 있다.

2021년 12월 말 현재 「노숙인복지법」에 근거한 노숙인 진료시설은 서울역 노숙인 무료진료소, 영등포 노숙인 무료진료소, 부산 사랑그루터기 진료소로 서울에 2개소, 부산에 1개소가 설치되어 있다(보건복지부, 2022a, p.377). 그 외 민간단체나 공공병원이 현장무료진료소를 운영하고 있다. 지자체는 시설 내에서 자체적으로 1차 진료나 민간병원과 연계를 지원하기도 한다.

〈표 4-2-4〉 주요 지자체 노숙인 무료진료소 운영 실태

광역자치단체 명	진료소 이름 또는 참여기관	운영 방식
서울특별시	서울역 노숙인무료진료소	노숙인복지법 근거, 지자체 지원
	영등포 노숙인무료진료소	노숙인복지법 근거, 지자체 지원
부산광역시	부산 사랑그루터기 진료소	노숙인복지법 근거, 지자체 지원
대구광역시	대구희망진료소	대구 광병원 내 설치
인천광역시	적십자 병원, 한림병원, 눈편한 안과	쪽방주민 진료지원
광주광역시	화순고려병원, 화순베스트요양병원, 광주고려요양병원, 씨엠 맘 삼성병원, 광주 신창 사랑병원	생활시설과 MOU 체결 및 무료진료
대전광역시	희망진료센터	울안공동체 운영(자활시설)
세종	신탄진한일병원, 대전한일병원	협력병원 지정을 통한 입소자 의료지원
경기	경기도의료원 수원병원, 경기도의료원 의정부병원, 의정부 힐링스병원, 새하늘병원, 영문의료재단 다보스병원, 용인정신병원, 성남시의료원	민간의료기관 연계 및 무료진료
충북	(건강검진) 보건소, 청주의료원, 청주효성병원 - (알코올/정신질환) 흥덕정신건강복지센터, 음성 소망병원 - (진료의뢰, 진료 및 운영자문) 인곡자애병원 - (건강검진, 암검진, 결핵, 생애전환기검진 등) 인구보건복지협회, 대한결핵협회	무료진료(민간의료기관 연계관리)
전북	대자인병원, 마음편한요양병원, 고려병원, 원광대학교병원, 익산병원	협약기관에 따른 연계

자료: 보건복지부 내부자료(2022).

또한 노숙인 시설 내에는 시설 유형 및 규모에 따른 보건의료 종사자 배치 기준이 규정되어 있다. 이는 노숙인 자활·재활·요양시설 등 비교적 장기 거주가 가능한 생활시설과 일시보호시설에만 해당된다. 노숙인

종합지원센터, 쪽방상담소 등 이용시설에는 보건의료 관련 종사자 배치 기준이 적용되지 않는다.

〈표 4-2-5〉 노숙인 시설 유형별 보건의료종사자 배치 기준

시설유형	보건의료 종사자	상시 50명 이상	상시 30명 이상 50명 미만	상시 10명 이상 30명 미만
자활시설	간호사 또는 간호조무사	1명 (입소자가 상시 100명 이상)	-	-
재활시설	의사(축탁)	1명 이상	-	-
	간호사 또는 간호조무사	1명 이상	1명	1명
	정신건강전문 요원	1명 이상	1명	1명
요양시설	의사(축탁)	1명 이상	1명	-
	간호사 또는 간호조무사	1명 이상	1명	1명
일시보호시 설	간호사 또는 간호조무사	1명 이상	1명	1명

주: 상시 10명 미만은 보건의료종사자 배치 기준이 없음.

자료: 보건복지부(2022a). 2022 노숙인 등 복지사업 안내. pp.34-37 참조하여 해당 부분 발췌함.

## 2. 노숙인 시설에서의 건강 관리

노숙인복지시설의 장은 입소자에게 자활 및 재활에 필요한 프로그램을 제공하고 입소자의 건강관리 등을 위하여 필요한 조치를 취하도록 되어 있다(「노숙인복지법」 제18조). 건강관리를 위한 사업은 크게 건강진단과 의료기관 치료 연계, 적절한 운동과 휴식 제공 등이다(「노숙인복지법 시행규칙」 제20조).

먼저, 건강검진과 관련된 내용이다. 노숙인은 시설에 입소하기 위해서는 건강진단을 받아야 한다. 입소시설(자활·재활·요양 시설)의 장은 노숙인 입소 후 10일 이내에 건강진단을 실시하도록 되어 있다. 또한 매년 1회 이상의 건강진단도 실시해야 한다. 일시보호시설은 노숙인의 보호가 시작된 날로부터 3일 이내에 건강진단을 실시하여야 한다(「노숙인복지법 시행규칙」 제20조 제1항). 또한 결핵검진은, 입소시설은 6개월마다 1회 이상 주기로 실시하며, 일시보호시설은 6개월 이내에 실시한 결핵 등 전염성 질환 검진 결과를 노숙인에게 요구할 수 있도록 되어 있다. 이에 응하지 않거나 다른 노숙인에게 전염성 질환을 감염시킬 우려가 있는 경우에는 서비스 제공을 거부할 수 있다(보건복지부, 2022a, p.66).

건강검진 항목에 대한 세부적인 규정은 없으나, 영등포구 보건소의 경우, 노숙인 복지시설 입소자에 대하여 혈액검사(간기능, 성병검사, 빈혈 검사, 간염검사), X-RAY 검사(흉부사진: 결핵검사), 소변검사를 실시한다(영등포보건소, n.d.).

이 밖에 노숙인 등의 건강상태에 따라 적절한 운동과 휴식을 하게 하고, 위생관리에 유의해야 한다. 그리고 보호와 치료를 소홀히 하는 방임 행위 관련 위반 시 5년 이하의 징역 또는 5천만 원 이하의 벌금이 부과될 수 있다(「노숙인복지법」 제21조 및 제26조).

### 3. 응급조치 및 위기관리

「노숙인복지법」에 따르면 경찰공무원, 소방공무원 또는 노숙인 등 관련 업무 종사자는 중대한 질병, 동사(凍死) 등 노숙인 등에 관한 응급상황을 신고받거나 발견한 때에는 지체 없이 필요한 조치를 하여야 한다고 규정되어 있다(제14조). 또한 응급상황은 별도의 대통령령으로 정한다고 하였다. 주요 내용은 감염병 상태, 추위로 사망할 우려가 있는 경우, 그 밖의 위급한 상태 등이다. 또한 경찰관 및 노숙인 관련 업무 종사자는 각종 응급 및 보호조치를 해야 한다. 아래는 취해야 할 응급상황과 취해야 할 조치 등이다.

〈표 4-2-6〉 노숙인 관련 응급상황 및 취해야 할 조치 규정

구분	내용
응급상황	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 「결핵예방법」 제2조 제1호에 따른 결핵, 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제2조 제2호부터 제4호까지의 규정에 따른 제1급감염병·제2급감염병·제3급감염병, 같은 조 제5호 나목에 따른 매독 및 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행령」 제2조 각 호의 장애 등 중대한 질병에 걸린 경우로서 응급조치를 하지 않으면 죽거나 다른 사람에게 감염시키거나 위해(危害)를 끼칠 우려가 현저히 높은 경우</li> <li>2. 거리, 공원 또는 역사(驛舍) 주변 등에 방치되어 추위로 사망할 우려가 있는 경우</li> <li>3. 폭염(暴炎)으로 인한 탈수 또는 열사병 등으로 사망할 우려가 있는 경우</li> <li>4. 그 밖에 부상 등 위급한 상태로서 즉시 필요한 응급조치를 받지 아니하면 생명을 보존할 수 없거나 심신에 중대한 장애가 발생할 가능성이 있는 경우</li> </ol>
취해야 할 조치	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 경찰: 「경찰관 직무집행법」 제4조에 따른 보호조치 등</li> <li>2. 노숙인 등 관련 업무 종사자: 다음 각 목의 조치                         <ul style="list-style-type: none"> <li>가. 응급상황이 발생한 현장에서의 응급처치</li> <li>나. 병원 응급실 이송 및 입원 의뢰</li> <li>다. 법 제16조에 따른 노숙인복지시설의 장에게 보호 의뢰</li> <li>라. 그 밖에 응급상황에서 노숙인 등 보호에 필요한 조치</li> </ul> </li> </ol>

자료: 노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률, 제1777호. (2020).

또한 거리노숙인을 주요 대상으로 하는 거리노숙인 위기관리사업이 실시 중이다. 위기관리사업은 2011년 서울역 노숙행위 금지조치에 따라 시작된 위기관리팀 시범사업으로 시작되었다. 이후 2014년부터 본 사업으로 시작하여 매년 193백만 원(국비) 예산이 지원되고 있다.

주요 추진 사업은 거리상담을 진행하되 긴급지원이 필요한 중증·만성 노숙인에 대한 임시주거비 지원, 긴급복지 주거지원 등 긴급한 보호를 지원하는 사업이다. 사업 지역은 거리노숙인 밀집 지역인 전국 6개 지역(서울 2, 부산·대구·대전·경기 각 1개 지역)에서 상시적 보호체계로 운영되고 있다. 위 지역의 종합지원센터가 운영주체이다. 주요 사업내용을 정리하면 다음과 같다.

〈표 4-2-7〉 거리노숙인 위기관리사업 개요

항목	내용																	
추진경과	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 2011. 08. 17. 서울역 맞이방에서의 노숙행위 금지조치 후 위기관리팀(정신건강팀 7명+현장대응팀 6명)으로 매주 3회(화, 수, 목) 3개 팀이 3개월 시범활동</li> <li>- 시범사업 실시 결과, 거리노숙인 71명 연계보호</li> <li>○ 2012. 11.~2013. 4. 민관협력 모델(사회복지공동모금회)로 지원</li> <li>○ 2013. 05.~ 거리노숙인 위기관리사업 정부지원(150백만 원) 실시</li> <li>○ 2014~2022 매년 193백만 원(국비) 지원</li> </ul>																	
추진방향	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 근로능력이 있는 거리노숙인에게 일자리, 주거 등 연계 지원</li> <li>○ 알코올중독·정신질환·결핵 노숙인은 병원입원, 시설입소 등 필요한 서비스를 연계·지원하여 거리에 방치되는 일이 없도록 보호</li> <li>○ (긴급복지 주거지원) 노숙인 쉼터, 응급구호방, 임시주거비 지원으로도 잠자리 공간이 부족한 경우에 긴급복지 주거지원 제공</li> <li>○ 노숙인 밀집 지역에 중증·만성 거리노숙인 위기사업의 확대 실시</li> </ul>																	
사업지역 및 전담인력 배치기준	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>합계</th> <th>서울</th> <th>부산</th> <th>대구</th> <th>대전</th> <th>경기</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>						합계	서울	부산	대구	대전	경기	6	2	1	1	1	1
합계	서울	부산	대구	대전	경기													
6	2	1	1	1	1													
거리 노숙인 위기관리 사업	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 사업 운영주체                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 노숙인종합지원센터의 주요 기능으로 정착화</li> <li>- 위기관리팀 구성·운영, 자원봉사인력 확보, 서비스연계, 사례관리 등을 주도적으로 수행</li> </ul> </li> </ul>																	

항목	내용
<p>운영계획 (안)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 해당 지자체는 위기관리사업이 차질 없이 추진될 수 있도록 책임지고 행정적·재정적 지원</li> <li>○ 운영방안             <ul style="list-style-type: none"> <li>- (활동시기) 주 3회(화, 수, 목) 2개 팀*으로 구성·운영</li> <li>- 2개 팀: 현장대응팀(아웃리치 상담인력)+정신건강팀(정신과전문의, 내과전문의, 정신건강전문 요원 등) 서울역 위기관리사업을 토대로 한 것으로 위기관리팀 구성·운영을 지역 실정에 맞게 조정하여 운영 가능</li> <li>- (목표) 거리노숙인에 대해 시설·병원연계·주거비 지원, 사례관리 등 지역의 거리노숙인 수를 고려하여 적절한 목표치 설정</li> <li>- (기능) 알코올, 정신질환, 결핵 등 기타 질환을 앓고 있는 노숙인에 대한 상담 및 정신과 전문의, 내과 전문의 등의 진단과 상담에 근거하여 입원치료, 노숙인시설 입소 연계·주거비 지원 등                 <ul style="list-style-type: none"> <li>* 노숙인의 질환별 특성을 파악, 개개인의 맞춤형 진단 및 치료 개입</li> <li>* 지자체 실정에 따라 병원, 결핵관리시설과 연계, 결핵예방 및 치료활동 병행</li> <li>* 노숙인 위기관리사업 전담요원(정신건강전문요원 또는 사회복지사) 배치로 지속적인 관리 및 체계적인 서비스 지원</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
<p>서울역 거리 노숙인 위기 관리팀 구성도 (예시)</p>	

자료: 보건복지부(2022a). 2022년 노숙인 등의 복지사업안내.

#### 4. 감염병 대응

감염병 대응은 결핵 대책이 대표적이다. 결핵 대책은 질병관리본부의 결핵관리사업과 연계하여 진행되고 있다. 보건복지부 및 질병관리본부는 2018년 7월 「제2기 결핵관리종합계획」을 발표하였다. 그 내용 중 구체적인 사업 내용으로 “노숙인 및 쪽방촌 등 취약계층 결핵검진 확대”가 포함되어 있다. 주요 내용은 지자체별 복지서비스(노숙인 지원센터, 쪽방상담소 등 복지지원센터)와 연계한 이동 결핵검진 시행이다(보건복지부, 질병관리본부, 2018). 또한 2019년 5월 28일 결핵예방관리 강화대책에서도 노숙인·쪽방촌 등 취약계층이 ‘검진 권고 대상임에도 검진체계 부재’라 언급되면서 이동 결핵검진 실시 및 유소견자 당일 확진검사를 실시하도록 강화대책이 마련되었다(보건복지부, 2022a, p.188).

2022년 전국 노숙인 등 결핵검진사업 개요를 살펴보면, 17개 전국 시도 모든 노숙인 및 쪽방 거주자를 대상으로 찾아가는 결핵검진을 실시할 계획이다. 접근성을 높이기 위해, 거리노숙인은 거점형 검진 방식으로 이동검진 차량을 활용하며 검진하고, 쪽방거주자는 방문형 검진으로 세대별로 직접 방문하여 휴대형 엑스선 장비로 검진한다.

〈표 4-2-8〉 2022년 전국 노숙인 등 결핵검진사업 개요

구분	내용
대상	노숙인(거리·시설 노숙인) 및 쪽방거주자
내용	결핵검진 실시, 결핵 확진자 치료 및 유소견자 추구관리
검진지역	17개 시·도(전국)
시기	2020년 2월~12월(지자체별 검진시기 상이)
예산	5억 5,100만 원(국비 100%)
주관기관	보건복지부 질병관리본부
검진기관	대한결핵협회(결핵민간경상보조사업 사업수행기관)
추진방법	찾아가는 결핵검진: 거리노숙/시설은 거점형, 쪽방주민은 방문형 (검진) 설문조사 및 흉부X선 검사(실시간 원격판독)→결핵 유소견자·유증상자 당일 객담검사 실시 (치료) 발견환자 대상 균음전 치료(지역병원)·퇴원 후 복약관리, 주민 등록복원 및 주거지원 연계

자료: 보건복지부(2020a). 2020년 노숙인 등의 복지사업 안내. p.159.

그리고 병원 치료 후 오갈 곳 없는 비전염성 결핵 노숙인 및 취약계층의 입소 시설로 미소꿈터가 운영 중이다. 2011년부터 대한성공회에서 운영을 개시하였으며 2015년부터 대한결핵협회가 직영 운영하고 있다. 제공하는 주요 서비스는 의료서비스, 사회복지서비스, 프로그램 및 행사 등으로 구성되며, 가장 주요한 서비스는 거처를 제공하면서 직접복약을 확인하는 DOT(Directly Observed Treatment) 및 사례관리를 통해 결핵을 완치하는 것이라 할 수 있다. 상시보호 23명(여성 2명 포함), 응급보호 2명, 그룹홈 5명으로 총 30명이 이용하고 있다.

[그림 4-2-1] 미소꿈터 서비스 지원 흐름도



자료: 미소꿈터. (n.d) 서비스 흐름도. <http://www.misohealing.or.kr/sub0201.asp> 에서 2022. 10.13. 인출.

### 제3절 노숙인 주거지원 제도

노숙인 대상 주거정책은 주거취약계층 주거지원사업, 임시주거비 지원 사업, 지원주택, 긴급임시주택 등이 있다. 그 외에 노숙인만을 대상으로 하지는 않지만 비주택거주자를 대상으로 하는 비주택거주자 주거상향지원사업이 있다(이태진 외, pp.148-154). 아래에서는 각각의 제도에 대해, 특히 의료적 지원이 필요한 노숙인이 주거지원 대상에 어떻게 포함되는지에 초점을 두어 개요를 설명한다.

#### 1. 주거취약계층 주거지원사업

주거취약계층 주거지원사업은 ‘주거취약계층 주거지원 업무처리지침’ (국토교통부훈령 제1361호)에 근거하여 주거취약계층의 주거안정과 주

거수준의 향상을 위해 실시하는 건설·매입·전세임대사업, 주거위생·안전·환경 개선사업을 말한다(법 제2조 제1항).

입주 대상자는 주거환경 및 긴급상황에 따라 아래와 같이 규정된다. 이중 노숙인은 노숙인 시설과 쪽방에서 3개월 이상 거주한 사람과, 지역에 따라서는 고시원이나 여인숙 등에 거주한 사람들도 포함될 수 있을 것이다.

〈표 4-3-1〉 주거취약계층 주거지원사업 입주 대상자

<p>1. 다음 각 목에 해당하는 주거환경에서 3개월 이상 거주하는 사람(주거사다리 지원사업 신청일을 기준으로 하되, 최근 1년간 각 호의 거주기간을 합산하여 산정할 수 있다.)</p> <p>가. 쪽방                  나. 고시원, 여인숙                  다. 비닐하우스                  라. 노숙인시설(「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」제2조제2호)                  마. 컨테이너, 움막 등                  바. PC방, 만화방                  사. 최저주거기준에 미달하거나, 시장 등이 홍수, 호우 등 재해 우려로 인해 이주가 필요하다고 인정하는 「건축법」 제2조 제1항 제5호에 따른 지하층</p> <p>2. 가정폭력 피해자, 출산예정인 미혼모 등 긴급한 주거지원이 필요하여 관계 중앙행정기관의 장, 특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사·특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장, 관련 사회복지법인 또는 비영리법인, 운영기관 등이 추천한 사람</p>
--

주: 이 외에 무주택 기준과 가구원 수별 월소득 기준이 있으며, 관리목적으로 거주하는 쪽방 소유자나 위탁관리인 등 단순숙박업소 이용자가 분명한 경우, 취업시험준비생 등은 입주대상자에서 제외됨.

자료: 주거취약계층 주거지원 업무처리지침, 국토교통부훈령 제1361호. (2021).

입주 신청은 운영기관 또는 거주지를 관할하는 주민센터에 입주신청서를 작성하여 제출하게 된다(훈령 제4조). 여기에서 운영기관은 사회복지법인 또는 비영리법인, 노숙인 시설을 운영하는 단체, 비영리 민간단체로 행정기관에 등록된 단체이다(훈령 제11조). 운영기관은 자신들에게 부여된 임대주택을 취약계층에게 공급하고 사후 관리까지 진행한다. 주거복지재단에서 운영기관에 대한 선정 및 관리 등을 진행하고 있다.

입주 대상자 선정은 시장 등이 설치하는 입주자선정위원회에서 결정하게 된다(훈령 제10조). 또한 시장 등은 입주신청을 받은 경우 별표 4 서식 입주자 선정평가표에 따라 우선순위를 정하여 입주대상을 선정할 수 있도록 하고 있다(훈령 제9조).

평가 항목은 심사위원이 평가하지 않는 항목과 심사위원이 평가하는 항목으로 구분된다. 평가하지 않는 항목은 ① 연속거주기간, ② 부양가족, ③ 신청자 나이, ④ 소득, ⑤ 근로, ⑥ 사회복지 관련 고려(미성년 가구원, 노인 가구원, 중증장애인 가구원 유무)이다. 심사위원이 평가하는 항목은 주거지원의 필요성으로, ① 주거의 불안전성, ② 이주 후 안정된 정착 가능성, ③ 임대료 부담 가능성, ④ 생활계획 및 퇴거 후 지역사회 정착계획으로 구성된다.

[그림 4-3-1] 주거취약계층 주거지원사업 입주자 선정 평가표

<b>입주자 선정 평가표</b>			
□ 항목별 평가결과(배점란에 해당점수에 표시)			
평가항목	평가요소	배점기준	배점
연속거주 기간	동일한 거주지에 1년 이상	10	
	동일한 거주지에 3개월 이상 1년 미만	5	
부양가족	3인 이상	20	
	2인 이상	15	
	1인 이상	10	
공급신청자 나이	60세 이상	20	
	60세 미만 40세 이상	15	
	40세 미만 30세 이상	10	
소득	기준소득(하단참조)의 80% 이하	30	
	기준소득의 80% 초과 100% 이하	15	
근로	최근 1년 이내 6개월 이상 지속 근로한 자	30	
	최근 1년 이내 3개월 이상 지속 근무한 자 (노숙인 대상 그룹홈에 3개월 이상 입주하여 자활프로 그램에 참여한 사람 포함)	15	
사회복지 관련 고려	미성년 가구원 1인 이상인 가구 (민법상 미성년인 자녀만 해당)	10	
	65세 이상의 가구원 1인 이상인 가구 * 세대별 주민등록표상에 세대원 등재, 배우자 직계존속 포함	15	
	중증장애인 가구원이 1인 이상인 가구 *중증장애인은 장애인의 장애인고용촉진 및 직업재활법 시행령 제4조의 1,2,3급에 한함	15	
주거지원의 필요성 (심사위원 이 평가)	주거의 불안정성	폭방, 여인숙등 불안정 주거의 기간/ 불안정성 정도	0~15점
	이주 후 안정된 정착가능성	알콜력, 정신질환, 기타 반사회성이 없는 경우	0~15점
	임대로 부담 가능성	근로(사업)소득, 생계급여 등을 통한 안정적인 임대로 부담능력	0~15점
	생활계획 및 퇴거 후 지역사회 정착계획	최대 10년 거주 후 주거독립 가능성	0~15점
□ 종합평가결과			
총점수			
* 평가점수의 합이 90점 미만인 자는 입주대상자로 부적절한 자로 분류			
※ 기준소득			
1. 1인가구 : 전년도 도시근로자 가구원수별 월평균소득의 70%에 해당하는 금액			
2. 2인가구 : 전년도 도시근로자 가구원수별 월평균소득의 60%에 해당하는 금액			
3. 3인이상 가구 : 전년도 도시근로자 가구원수별 월평균소득의 50%에 해당하는 금액			

자료: 주거취약계층 주거지원 업무처리지침, 국토교통부훈령 제1361호. (2021). 별지 제4호서식.

이 기준항목들에 따르면 주거취약계층 주거지원사업의 대상자 선정에 서는 대체로 돌봄이나 사회적 지원이 많이 필요할수록 높은 점수를 받을 수 있다. 다만 근로를 지속적으로 한 사람은 높은 점수를 받는다. 그리고 중요하게는 ‘알콜릭, 정신질환과 기타 반사회성’은 낮은 점수를 받게 된다. 즉 알코올 문제와 정신질환은 ‘기타 반사회성’과 같은 평가항목으로 묶여 대상자 선정에 불리하게 작용하고 있는 것이다. 아래는 더 많은 지원이 필요할수록 높은 점수를 받을 수 있는 경우를 +로 표시하여 정리한 것이다. 예를 들어, 부양가족이 많을수록 더 많은 지원이 필요한데 부양가족이 많을수록 높은 점수를 부여받아 +로 표시하였다. 대부분 사회적 지원이 많이 필요할수록 높은 점수를 받을 수 있으나 오직 정신질환과 알코올 의존만이 불리하게 작용함을 알 수 있다.

실제 주거취약계층 주거지원 사업의 대상자 선정이 지자체별로 어떻게 이루어지는지에 대한 취합된 자료는 없는 것으로 보인다. 하지만 점수기준표에 정신질환과 알코올 의존이 불리하게 작용하고 있다는 점은 이 문제를 경험하는 당사자가 주거지원에서 배제될 확률이 높다는 점을 시사한다.

〈표 4-3-2〉 주거취약계층 주거지원사업 입주자 선정 시 지원 필요도에 따른 점수 가산

구분	연속 거주	부양 가족	신청 나이	소득	근로	사회복지 고려			주거지원의 필요성			
						미성년 가구원	65세 가구원	중증 장애인 가구원	주거의 불안정	정착 가능성 (정신/알코올 문제)	임대료 부담 가능성	정착 계획
점수	+	+	+	+	-	+	+	+	+	-	+	-

자료: 연구진이 작성함.

## 2. 임시주거지원사업

임시주거지원사업은 일정 기간 임대료를 지원하여 주소를 만들고, 그 과정에서 수급신청 등을 포함한 다양한 지원을 함께 시행하는 제도를 의미한다. 이 제도는 지자체별로 실시 중이어서 지역 간 운영 내용이나 지원예산에 큰 편차가 있다.

보통 3~6달 정도의 임대료를 지원하며, 임대료 지원액은 30만 원 정도를 상한으로 한다. 보증금 지원은 없는 지자체가 많으므로 입주할 수 있는 거처는 사실상 쪽방이나 고시원 등의 열악한 거처로 제한되는 한계가 있다. 다만 일정 기간 안정된 거처를 확보할 수 있으므로 다른 지원을 연계할 수 있는 중요한 역할을 할 수도 있다.

2019년도 현재 서울, 부산, 대구, 대전, 경기, 성남, 시흥, 안산, 홍성, 청주, 충남 등에서 운영 중이며, 그 외의 지자체에서는 운영이 확인되고 있지 않다(이태진 외, 2021, p.151). 또한 서울시를 제외하고 본 사업을 시행할 때 지침이 별도로 없으며 금액, 기한, 방식도 상이하다(이태진 외, 2021, p.151).

서울시는 2019년 현재 추진계획을 수립하고 있으며 운영지침도 규정하고 있다. 추진계획에서는 지원대상을 거리노숙인 및 노숙위기계층(초기노숙 포함)으로 하고 있으며, 운영기관은 '상시 거리상담 활동 실시 단체(6개)'이며, 이 중 5개 단체는 서울 25개구를 분담하여 담당하고 있다. 지원대상은 노숙인뿐만 아니라 노숙으로 빠질 위기계층까지 포함되어 엄격하지 않다. 지원 후 1년간 사례관리를 의무화하고 있으며, 월 25만 원 기준으로 최장 6개월 지원한다.

〈표 4-3-3〉 서울시 임시주거지원 사업 개요

항목	내용
지원시기	연중 (1월~12월)
지원대상	○ 거리노숙인 및 노숙위기계층(초기노숙 포함) 900명 - 중증질환, 고령 등 취약 거리노숙인, 여성노숙인 - 초기 노숙인, 짐질방, 쪽방 등에 거주하는 잠재 노숙인 - 무소득, 장기 월세체납으로 퇴거 위기에 있는 노숙 위기계층
운영기관	○ 상시 거리상담 활동 실시단체(6개) - 사례관리자는 임시주거 제공 후 입주일부터 1년간 사례관리
지원방법	○ 거리노숙인과 노숙위기계층 위주로 대상자 선정 - 거리상담원이 상담 결과에 따라 대상자 발굴, 시설장에게 제출 - 자치구 노숙위기계층의 경우 서울형 긴급복지 등 지원 불가 시 관할 지역 운영기관에 의뢰 - 운영기관별 책임관리자는 필요한 경우 심층상담을 실시, 시설장과 협의하여 최종 지원대상자 확정
지원내용	○ 주거비 지원 및 사례관리 실시 - 월세 지원: 월 25만 원 기준으로 최장 6개월간 임시주거비 지원 · 지역 여건에 따라 20% 범위 내 사용, 25만 원 초과 시 사유서 첨부 · 주민등록·호적 말소복원, 장기치료 지원 등 기간 연장이 필요한 경우 시설장이 판단하여 기간 연장 지원(사유서 첨부, 시설장 결재) - 생활용품 지원: 1인당 10만 원 한도 내 ※ 운영기관 자체적으로 후원물품 최대한 활용 지급 후 물품 구매, 자치구에서 의뢰된 대상자의 경우 자치구 자원 최대한 활용 - 행정지원: 주민등록복원, 기초생활보장·장애인 등록, 구직등록 등 - 취업지원: 구직등록, 면접 및 급여 수령 이전 출근교통비 지원 · 취업면접자는 왕복 교통요금, 취업자는 최초 급여일까지 출퇴근 교통요금 - 정기적인 생활상담 및 사회복지 지원프로그램 운영(시설별 2개 이상) - 정신건강 척도 활용 사례관리(서식 9, 10) · 필요한 경우 초기 지원 시 알코올 의존증 및 우울증 관련 척도 검사 실시 후 대상자 사례관리 · 중등도 이상의 알코올의존증 및 우울증 대상자 발견 시 노숙인 정신건강팀(☎3789-7595) 또는 자치구 정신건강복지센터에 의뢰 ※ 자치구에서 의뢰된 대상자의 경우 지역사회 정착을 위해 임시주거지원 후 자치구에서 사례관리하는 것을 권장

자료: 서울특별시 복지정책실 (자활지원과)(2019). 2019년 노숙인 임시주거지원사업 추진계획. <https://opengov.seoul.go.kr/sanction/17017039>.에서 2022. 10. 11. 인출.

추진계획 및 운영지침에 근거한 임시주거지원 신청서 양식이 있으며, 신청자 상담 결과 점수표 양식도 마련되어 있다. 신청서에서는 장애 여부 및 알코올 의존, 지활 여부 등을 조사하고 있다. 신청자 상담결과 점수표

에는 장애 여부, 건강상태, 노숙이력 등의 항목이 있다. 위기상황이거나, 지원이 필요할수록 높은 점수를 받게 되어 있다. 그런 점에서 주거취약계층 주거지원사업의 입주자 선정평가표보다 일관성이 있다고 평가할 수 있다. 또한 사례관리를 의무화한다는 점에서 질환이 있거나 알코올 문제가 있는 대상자도 지역사회에 정착할 수 있는 가능성을 높이고 있다.

[그림 4-3-2] 서울 임시주거지원 신청서 및 상담결과 점수표

(서식1-가) **임시주거지원 신청서**

○ 개인정보표

성명	주민등록번호
성별	주소(동·로·길·번)
노숙이유	노숙이력

○ 장애·질환 등

장애여부  있음  없음(□장애인장애 □거제장애 □정신장애 □적각장애 □발달장애)  
 알코올 의존  있음  없음(□복수성 □거주성) 현재질환  있음  없음( )

○ 취업관련 현황

취업여부	취업기간	취업종류	연령
기간	기간	기간	기간

○ 지원요청사항(✓항시요)

임시주거비  생활용품  주민등록비환  임대보증금  수급신청  취업지원  
 기타 지원( )

○ 자활·지원계획(※ 신청이 중지되어 어려운 경우 미기재 가능)

희망 주거지역	희망하는 일자
기간별 입주일	기간별
희망 소득액	기간별
기타 필요요	기간별

2019. . .

신청자 : (서명)

(서식3) **임시주거신청서 상담결과 점수표**

작성일	작성기관	작성지	(서명)
제출 대상자 인적사항			
성명	주민등록번호	휴대( )	주소( )
현 거주주소	거주( )	직업( )	가족( )
배점표(배당가능 있는 각 항목에 √표기)			
평가항목	배점기준	배점	비고
	기준	배점	비고
성별	여성	40	
	남성	30	
장애여부(장신장애 포함)	중증 중증장애(1급~2급)	20	신용장 등 확인
	중증 경증장애(3급~6급)	10	동등 장애인
건강상태	미등록이나 퇴직상 중증장애	20	취업금 확인 등록
	중복질환 의심	20	과거 상담내역
노숙이력	단일질환 의심	10	원인사 등 확인
	초기노숙인(6개월 이내)	20	정비필요여부 확인
기초생활수급결정	최초신청일로부터 1년이상	10	최초신청이후이전 상황
	가 능	5	
현 노숙장소	최초신청일로부터 1년이상	20	부양가족, 재산소외 등 기타상황 확인
	회관 1개월 거리노숙	20	거리상단기 등 확인
구급 및 상담과제	회관 1개월 거리노숙	20	회관신청 또는 재배출
	회관 1개월 거리노숙	10	회관 등 상담과제 확인
위기상황으로 판단하는 경우(연단근거 기재)	회관 1개월 거리노숙	20	아동, 청소년, 저소득층 사망 주의 등 상황확인
	회관 1개월 거리노숙	20	
총 합계(※ 50점 이상인 경우 지원가능)			

자료: 서울특별시. (2019). 2019년 임시주거 지원사업 운영 지침.  
<https://opengov.seoul.go.kr/sanction/17017039>에서 2022. 10. 03. 인출.

### 3. 지원주택 등 서비스 결합 주택

지원주택(supportive housing)은 주거우선(housing first) 관점에서 서비스와 주거지원을 함께 지원하는 주거공급 방식이다. 현재 국내에서는 서울시가 유일하게 운영하고 있으며, ‘서울특별시 지원주택 공급 및 운영에 관한 조례’에 따라서 사업을 진행 중이다.

서울시에서 지원주택이 본격적으로 시작된 것은 2015년 12월 주거취약계층 임대주택 공급계획 수립에 따른 것이었으며, 그 이후 2016년 3월 연구 용역을 거쳐, 2016년 8월 지원주택 시범사업이 실시되었다. 2018년 6월에 서울특별시 지원주택 공급 및 운영에 관한 조례가 제정되어 법적 근거가 마련되었고, 2019년부터 정식 사업이 시작되었다. 아래는 사업 연혁을 정리한 것이다.

〈표 4-3-4〉 서울시 지원주택 사업연혁

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 2015년 12월 주거취약계층 임대주택 공급계획 수립(주택건축국): 매입임대주택 활용하여 지원주택 연간 100호 이상 공급</li> <li>○ 2016년 3월 지원주택 타당성 연구용역 시행</li> <li>○ 2016년 8월 지원주택 시범사업 추진계획 시행</li> <li>○ 2018년 6월 서울특별시 지원주택 공급 및 운영에 관한 조례 제정</li> <li>○ 2019년 4월 서울특별시 지원주택 공급계획 수립</li> <li>○ 2019년 6월 지원주택 설명회 개최</li> <li>○ 2019년 8월 2019년 상반기 지원주택 입주자 모집 공고</li> <li>○ 2019년 12월 2019년 하반기 지원주택 서비스 운영기관 모집 공고</li> </ul>
---

자료: 연구진이 작성함.

이 조례에 따르면, 지원주택은 “주거유지지원서비스와 함께 공급되는 임대주택”을 말하며(제2조), 구체적으로는 “육체적 또는 정신적 장애로 지역사회에서 스스로 안정적인 독립생활을 유지하기 어려운 저소득 취약계층을 대상으로 공급되는 주거서비스가 결합된 공공임대주택”으로 정의된다(서울특별시 복지정책실, 2019). 여기에서 주거서비스는 “서비스 제공기관이 지원주택 입주자의 안정적 독립생활 유지를 위해 개인별 욕구에 맞추어 상시 또는 간헐적으로 제공하는 주거 관리 및 생활 전반에 대한 서비스”를 의미한다. 지원주택조례에 따르면, 입주대상자는 ① 65세 이상인 사람 ② 장애인 ③ 노숙인 ④ 정신질환자 ⑤ 그 밖에 시장이 별도로 정하는 사람이다. 따라서 지원주택에는 노숙인을 포함, 장애인이나 고

령자 등 주거지원이 필요한 취약계층도 그 대상으로 하고 있다. 아래는 지원주택의 개요를 나타낸 것이다.

〈표 4-3-5〉 서울시 지원주택 개요

구분	해당 근거 및 내용
지원주택 정의	○ 주거유지지원서비스와 함께 공급되는 임대주택(지원주택조례 제2조) ○ 육체적 또는 정신적 장애로 지역사회에서 스스로 안정적인 독립생활을 유지하기 어려운 저소득 취약계층을 대상으로 공급되는 주거서비스가 결합된 공공임대주택(서울특별시 복지정책실, 2019)
주거 서비스	○ 주거유지지원서비스란 지원주택 입주자가 독립적이고 안정된 생활을 유지할 수 있도록 주거와 함께 제공되는 서비스를 말한다. (지원주택조례 제2조) ○ 서비스 제공기관이 지원주택 입주자의 안정적인 독립생활 유지를 위해 개인별 욕구에 맞추어 상시 또는 간헐적으로 제공하는 주거 관리 및 생활 전반에 대한 서비스(서울특별시 복지정책실, 2019)
대상자	① 65세 이상인 사람 ② 장애인 ③ 노숙인 ④ 정신질환자 ⑤ 그 밖에 시장이 별도로 정하는 사람(지원주택조례 제3조)

자료: 임덕영, 정소이, 구아라. (2019). 장애인 자립생활 주거지원 방안 연구: 탈시설 지원을 중심으로. LH 토지주택연구원. p.106; 서울특별시 지원주택 공급 및 운영에 관한 조례, 서울특별시 조례 제7423호 (2019); 서울특별시 복지정책실. (2019). 2019년 장애인 지원주택 운영 지원 계획. <https://opengov.seoul.go.kr/sanction/17999987> 에서 2022. 10. 03. 인출.

또한 지역사회에서 독립적 거주를 할 수 있도록 지원하기 위하여 사회 복지, 의료 및 건강관리지원, 취업상담 및 자립지원, 지역사회 연계 등 주거유지지원서비스가 제공된다.

〈표 4-3-6〉 서울 지원주택의 주거유지지원서비스

사회복지서비스 지원	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 노인입주자를 위한 맞춤형 자립지원서비스</li> <li>② 정신질환이나 알코올질환 입주자를 위한 동료상담지원서비스 및 자조그룹 연계</li> <li>③ 알코올질환 입주자를 위한 폐해감소접근서비스</li> <li>④ 정신장애 입주자를 위한 회복기반서비스</li> <li>⑤ 발달장애인이 이해하기 쉬운 용어, 책자 등을 통한 서비스 설명</li> </ul>
의료 및 건강관리지원	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 개인별 질환에 따른 약물복용 및 관리, 병원 동행, 운동 지원 등 건강유지 지원</li> <li>② 치매안심센터, 정신건강복지센터, 알코올상담센터, 보건소 등 지역사회 복지기관, 정신보건시스템 및 공공 의료기관 연계</li> </ul>
취업상담 및 자립지원	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 월 급여 또는 수급비 등 수입에 따른 예산 재정관리 지원</li> <li>② 고용노동부, 교육부, 보건복지부, 여성가족부, 지역자활센터 등 기관과 연계한 고용지원 및 취업유지 서비스</li> </ul>
지역사회 연계	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 종교활동, 마을활동 연계 등을 통한 지역사회 정착 지원</li> </ul>
기타 각종 지원서비스	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 일상생활 및 주택 내부 환경 유지를 위한 지원: 식생활 유지, 개인위생 및 청결 유지 등</li> <li>② 위기관리지원: 치매예방, 질환의 재발, 중독 등 건강 문제, 갈등 관리 등 기타 긴급 상황 발생 시 대처</li> </ul>

자료: 서울주택도시공사(2022). 서울주택도시공사 2022년 1차 지원주택 입주자모집 공고. [https://www.i-sh.co.kr/main/skin/doc.html?fn=20220523025330205\\_7420d8d4551e4a879244104c373f20eb&rs=/main/upload/bbs/GS0401/html/](https://www.i-sh.co.kr/main/skin/doc.html?fn=20220523025330205_7420d8d4551e4a879244104c373f20eb&rs=/main/upload/bbs/GS0401/html/) 에서 2022. 10. 03. 인출.

서울시 지원주택에는 노숙인 등으로서 정신질환 또는 알코올 의존증 진단을 받은 사람이 입주 대상자로 규정된다. 따라서 지원주택은 일상적 지원이 필요하지 않은 노숙인은 대상이 될 수 없다. 또한 임대기간은 2년 단위로 재계약이 가능하며 최장 20년까지 거주할 수 있다. 임대보증금은 300만 원, 보증금은 평균 24만 원 수준이다.

〈표 4-3-7〉 서울시 지원주택 입주자 모집 내용

<b>자격 요건</b> (각 요건을 모두 충족해야 함)		- 입주자 공고일(2022.05.23.) 현재 만 19세 이상이면서 서울특별시 에 주민등록이 등재되어 있는 무주택세대구성원 1인 가구 혹은 서울 시 운영 시설에 거주 또는 이용하고 있는 무주택세대구성원 1인 가구 - 노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률 제2조 제1호 각목에 해당하는 노숙인 등으로서 정신질환 또는 알코올의존증 진단을 받 은 자 중 다음 중 어느 하나에 해당하는 자 ① 노숙인종합지원센터, 일시보호시설의 서비스 이용 관리 기록이 총 3개월 이상인 노숙인 ② 노숙인 생활시설(재활·자활·요양)에서 3개월 이상 거주한 노숙인 ③ 3개월 이상 쪽방에서 생활하고 있는 자 - 월평균소득이 전년도 도시근로자 가구당 월평균 소득 50% 이하이 고 자산기준을 충족하는 자(단, 장애인으로 등록된 자가 노숙인 지 원주택에 입주신청하는 경우 월평균소득이 100% 이하이고 자산 기준을 충족하여야 함)
<b>임대기간</b>		- 2년. 계속 거주 희망 시 입주자격을 충족하는 자에 한해 2년 단위 로 9회(최장 20년 거주)까지 계약 갱신 가능 - 입주 후 주거유지지원서비스를 일방적으로 거절하거나 폭행폭언소 음악취 등으로 이웃 주민에게 불편을 주거나 불안을 조성하는 등 지 원주택에서의 거주가 현저히 어렵다고 판단될 시 임대차계약서 및 특 약사항에 따라 서비스 종료 및 임대차계약의 해지 또는 재계약 거절이 가능
<b>임대 보증금 및 임대료</b>	<b>입주 시</b>	- 시세의 약 30% 수준에서 보증금은 300만 원, 월 임대료 평균 22 만 원 수준이며, 월 임대료는 최저 8만 원~최고 39만 원 수준으로 주택마다 차이가 있음 - 재계약 시에는 관계 법령이 정한 범위 내에서 임대보증금 및 임대 료 인상될 수 있음
	<b>월 임대료의 보증금 전환</b>	• 전환 비율: 표시된 월 임대료의 최대 60%까지 보증금으로 전환 가능 • 전환 이율: 연 6.7%
	<b>재계약 시</b>	- 재계약시 무주택세대구성원으로서 해당 세대의 월평균 소득이 입 주 후 소득수준의 향상으로 입주자격 소득요건을 초과한 입주자 (자산기준은 충족해야 함)는 관련 법령에 의거 소득초과 정도에 따 라 일정 비율만큼 인상된 임대보증금 및 월임대료를 납부하는 조 건으로 임대차계약을 체결하거나 퇴거해야 함 - 일시적 소득, 자산 증가 입주자의 주거안정을 위해 재계약 기준을 초과하는 경우에도 1회에 한하여 갱신계약(기존 계약조건 80% 할증 조건 적용)이 가능 * 이후에는 재계약 불가

자료: 서울주택도시공사(2022). 서울주택도시공사 2022년 1차 지원주택 입주자모집 공고.  
[https://www.i-sh.co.kr/main/skin/doc.html?fn=20220523025330205\\_7420d8d4551e4a879244104c373f20eb&rs=/main/upload/bbs/GS0401/html/에서](https://www.i-sh.co.kr/main/skin/doc.html?fn=20220523025330205_7420d8d4551e4a879244104c373f20eb&rs=/main/upload/bbs/GS0401/html/에서) 2022. 10. 03.  
 인출.

지원주택의 대상자는 노숙인 중 정신장애나 알코올의존증 진단을 받은 자로 규정되어 있다. 이는 그간 주거지원에서 배제되기 쉬운 계층을 직접 대상으로 명시한다는 특징을 보인다. 또한 입주자를 선정하기 위해 서비스 필요도 심사를 한다. 심사 결과를 통해 최종적으로는 서울시 지원주택 운영위원회에서 입주자를 결정하게 된다.

심사에는 서비스 필요도 및 생활계획 심사도 포함되어 있다. 건강관리나 일상생활, 재정관리 등을 평가하여 서비스 필요도가 높은 사람을 우선 대상에 포함하려 노력한다. 다만 지원주택에서의 거주가 현저히 어렵다고 판단될 시 임대차계약서 및 특약사항에 따라 서비스 종료 및 임대차계약의 해지 또는 재계약 거절이 가능하다는 조항이 포함되어 있다.

〈표 4-3-8〉 서비스 필요도 심사 내용

<p>주거지원 필요조건(주거상태) 심사</p>	<p>(심사자료: 신청자격 심사결과, 입주신청서, 인터뷰) - 독립주거 유지수준: 기초수급(생계급여), 도시근로자 월평균소득 70% 이하 - 총 노숙(폭방거주)기간 (시설경력 포함) - 독립주거 필요도: 거주지 이전의 시급성, 현재 주거지 열악성</p>
<p>서비스필요도 및 생활 계획 심사</p>	<p>(심사자료: 입주신청서, 입주추천서, 노숙인 지원주택 생활계획서, 인터뷰) - 건강관리: 신체 및 정신건강 관리, 자·타해 위험도 - 일상생활: 자기관리, 식생활, 가사관리, 대인관계 등 - 재정관리: 주택유지 관리 능력(월 임대료, 일자리 및 소득 등), 생활비 관리 계획 등</p>

자료: 서울주택도시공사(2022). 서울주택도시공사 2022년 1차 지원주택 입주자모집 공고.  
[https://www.i-sh.co.kr/main/skin/doc.html?fn=20220523025330205\\_7420d8d4551e4a879244104c373f20eb&rs=/main/upload/bbs/GS0401/html/에서](https://www.i-sh.co.kr/main/skin/doc.html?fn=20220523025330205_7420d8d4551e4a879244104c373f20eb&rs=/main/upload/bbs/GS0401/html/에서) 2022. 10. 03. 인출.

#### 4. 비주택 거주자 주거상향 지원사업

비주택 거주자 주거상향 지원사업은 「아동주거권 보장 등 주거지원 강화 대책」(2019년 10월 24일)에 따른 비주택 거주자 등 주거취약계층 주



이어지는 복지영역의 주거지원과는 달리, 국토부-지자체-주거복지센터 등 주거 영역의 지원 체계로 서비스가 이루어지고 있는 것을 알 수 있다.

〈표 4-3-9〉 주거상향지원사업 개요

기관유형	담당기관	역할
총괄기관	국토교통부	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 사업총괄 및 예산 지원(국비)</li> <li>· 사업수행 지자체 모집 및 선정</li> <li>· 사업추진 관련 모니터링 실적 취합</li> <li>· 차년도 사업 추진을 위한 평가 및 개선사항 도출</li> </ul>
주관기관	광역시 및 기초 지자체 담당자	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 사업추진을 위한 광역-기초-민간 협력체계 구축</li> <li>· 사업 추진을 위한 예산 확보(지방비 매칭)</li> <li>· 사업 모니터링 및 행정 지원</li> <li>· 사업실적 취합 및 국토부 제출(보고)</li> </ul>
사업수행 기관	주거복지센터	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 주거취약계층 등 실태조사</li> <li>· 방문상담 등 대상자 발굴 및 개입</li> <li>· 전세임대 필요시 주택물색 및 매칭</li> <li>· 입주신청 대행 및 이주지원 등</li> </ul>
협력기관	LH공사, 지방공사 및 복지관, 공인중 개사 등	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 임대주택 제공 및 소개</li> <li>· 입주자에 대한 관리 등</li> <li>· LH공사의 이주지원 119 센터</li> <li>- 공공임대 입주상담, 신청서 작성, 이사 및 정착지원 등을 전담</li> <li>- 상설조직(10개소): 서울, 인천, 경기, 부산·울산, 대전·충남, 대구·경북</li> <li>- 한시조직(50개소): 서울, 인천, 경기 등 전국 50개소 (21.5월~22.5월)</li> <li>- 용역수행기관: 주택관리공단, 주거복지재단</li> </ul>

자료: 이길재(2022). 주거취약계층 주거상향 지원사업의 현황과 과제. 제7회 주거복지컨퍼런스 자료집. p.30.

주거상향 지원사업은 공모를 통해 2020년 11개, 2021년 12개 지자체가 사업 시행기관으로 선정되었다. 예산액은 각각 연간 20억 원이며, 상담은 2020년 23,009가구, 2021년 46,450가구, 입주 대기는 각각 947가구, 1,996가구, 입주 완료는 각각 811명, 1,994명이다.

〈표 4-3-10〉 주거상향 지원사업 운영 성과: 지자체

(단위: 억 원, 가구, %)

연도	시행 기관	지원 지역	예산 액	목표 가구	상당	신청 접수	입주 대기	입주 완료	달성률
2020년	11개 (광역4, 기초7)	17개 시군구	20	1,735	23,009	1,965	947	811	101/47
2021년	12개 (광역5, 기초7)	30개 시군구	20	1,823	46,450	3,178	1,996	1,994	219/109

주: 달성률: 목표가구 수 대비 건수, (입주대기+입주완료/입주완료)

자료: 이길제(2022). 주거취약계층 주거상향 지원사업의 현황과 과제. 제7회 주거복지컨퍼런스 자료집, p.29.

이 같은 성과에도 불구하고 개선해야 할 과제가 있다(이길제, 2022, pp.38-39). 먼저 단일 연도 사업 공모 방식이기 때문에 발굴부터 정착지원까지 장기간 소요되는 사업임에도 연속성 확보가 어렵다. 또한 공공임대주택 공급이 매우 부족하며, 사업 주체가 LH 및 지자체 등으로 이원화되어 있어 업무상 중복이나 혼선이 발생된다. 또한 지자체별 주거복지 역량이 불균형하다는 지적도 있다.

여기에 덧붙여 노숙인 영역에서는 의료적 지원이나 지역사회의 돌봄과의 연계가 계획상 불분명하다는 한계도 지적할 수밖에 없다. 또한 발굴단체가 지자체와 주거복지센터로 한정되다 보니, 대상자에 노숙인 시설 거주자가 포함된다고 하더라도, 노숙인이 이 제도에 포섭되기란 쉽지 않아 보인다. 따라서 이 사업의 추진에는 거리-시설-쪽방 같은 노숙인 복지의 주요 단체들이 함께 협력하고 결합하는 과정이 포함되어야 하며, 특히 지역사회 정착 시 의료 및 돌봄 필요 계층에 대한 대책과 꾸준한 지원이 계획되어야 할 것이다.

## 5. 긴급임시주택

지역 내 주거상실을 경험한 지역주민의 노숙화를 예방하고 주거확보 및 주거상향을 돕기 위한 목적으로 서울시 내 일부 자치구 및 민간을 중심으로 긴급임시주택을 운영하고 있다(이태진 외, 2021, p.151). 구체적인 운영 방식과 대상 등은 각 자치구마다 다양하다. 따라서 현재 노숙상태인 사람을 주요 대상으로 하기보다는, 다양한 원인으로 인해 노숙 위험에 처해 있는 사람을 주요 대상으로 한다고 할 수 있다. 서울시의 긴급임시주택 운영 현황 및 거주기간 규정은 아래와 같다.

〈표 4-3-11〉 서울시 긴급지원주택 운영 현황 (2021년 기준)

자치구	강남	강북	관악	광진	금천	은평	성북	마포	구로	서대문
운영 규모	3	1	20	1	3	1	2	23	5	7
최초 입주 기간	6개월	6개월	6개월	3개월	6개월	6개월	6개월	6개월	6개월	3개월
연장 가능	12개월	18개월	18개월	-	18개월	18개월	18개월	12개월	12개월	12개월

자료: 서울시 중앙주거복지센터 (2021). 서울시 긴급임시주택 운영현황. 내부자료; 서울시 중앙주거복지센터. (2021). 서울시 긴급임시주택 거주기간 규정. 내부자료; 이태진 외. (2021). 제2차 노숙인 등의 복지 및 자립지원 종합계획 수립을 위한 연구. 보건복지부, 한국보건사회연구원. p.152. 재인용.

또한 그 밖에 2022년 영등포구 및 강서구가 새롭게 긴급지원주택 운영을 시작하였으며, 주 내용은 아래와 같다.

〈표 4-3-12〉 긴급지원주택 2022년 개시 지자체 현황

지자체 명	긴급지원주택 명	호수	최초 입주기간	최장 입주기간
영등포구	영희네 집(영등포 희망 집)	3호	3개월	6개월
강서구	디딤돌 주택	4호	6개월	12개월

자료: 안영찬. (2022. 03. 20). 위기에 처한 저소득가구 위한 긴급임시주택 '영희네 집' 가동. <https://www.nocutnews.co.kr/news/5716011>.에서 2022. 10. 03 인출.

서형선. (2022. 07. 05.) 강서구, 긴급 임시주택 '디딤돌주택' 운영.

<https://www.m-i.kr/news/articleView.html?idxno=931797>. 2022. 10. 03. 인출.

긴급지원주택은 노숙을 예방한다는 차원에서 큰 의의가 있다. 하지만 노숙 우려 증 정기적인 의료적 케어의 필요 등이 언급되지 않아 본 연구의 활용 제도로는 한계가 있다. 다만, 일시적인 필요에 따라 장기간이 아닌 1년 정도의 중기간 동안 안정을 취할 수 있는 주택의 소요가 발견되고 있으며, 이에 대한 공공의 대응이 시작되었다는 점은 중요하다. 특히 치료 이후 간병이 필요하나 돌아갈 처처가 쪽방과 같이 매우 협소하거나 아예 없어 주거 마련에 시간이 필요한 경우 등에는 긴급지원주택 같은 중기적 주거가 필요할 수 있다. 긴급지원주택이니 만큼 호수가 많지 않으며 대상자도 규정하기가 쉽지 않을 것이다. 또한 정보를 공유하거나 별도의 전달체계 구축도 고민해야 할 사항이다. 하지만 병원 치료를 마친 후 임시거처를 제공해주는 것은 또 다른 의미에서의 노숙 예방에 기여하는 것이다. 따라서 긴급지원주택의 확장 방향성도 고민해 볼 필요가 있다.



사람을  
생각하는  
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



# 제5장

## 지역사회 정착 지원사업 분석

제1절 현장전문가 자문조사

제2절 지역사회 정착 관련 지원사업 현황조사



## 제 5 장 지역사회 정착 지원사업 분석

### 제1절 현장전문가 자문조사

#### 1. 조사 개요

##### 가. 조사 목적 및 자문위원 구성

현장전문가 자문조사는 의료적 니즈가 있는 노숙인이 지역사회 정착까지 이르게 되는 과정을 분석하여 통합적 의료지원을 통해 지역사회에 정착하기까지 주요 서비스의 통합 및 연계 실태를 살펴보고 개선점을 도출하는 것을 목적으로 실시하였다.

이를 위하여 노숙인을 대상으로 의료지원과 주거지원 등 지역사회 정착에 관여하고 있는 노숙인 시설 관계자, 의료 관련 실무자 및 전문가, 인권단체 등 현장전문가를 대상으로 대면 자문 혹은 비대면 자문을 실시하였다.

자문위원은 지역, 시설 및 서비스 유형을 고려하여 선정했으며, 특히 의료적 니즈가 있는 노숙인을 대상으로 주거지원을 실시하고 있거나, 거리현장에서 아웃리치 혹은 정신건강지원을 하고 있는 기관 종사자를 우선 선정했다. 특히 현재 노숙인에게 직접 서비스를 제공하는 과정에 관해 자세히 설명을 듣고자 본인이 직접 제공하는 서비스 이외에도 기관 전체의 서비스 내용을 파악하고 있는 사무국장이나 기관장을 우선 제외하고자 하였다. 또한 영역에 따라서는 직접 전문적 서비스를 제공하는 현장전문가를 자문위원으로 위촉하였다. 의료지원 영역에서는 아웃리치 및 정신보건지원을 하고 있는 의사 및 정신건강전문요원, 그리고 주거지원 영

역에서는 지원주택의 주거 코디네이터가 참여했다.

또한 의료와 주거에 관한 내용들을 대상 및 시설 유형, 지역 등에 따라 통합적이며 상세하게 들을 필요가 있어, 각 자문회의는 FGI 형식이 아닌 기관별로 연구진이 방문하여 수행하는 것으로 하였다. 질문지는 구조화된 질문지를 사전에 송부하여 필요한 자료는 사전 공유 혹은 현장에서 공유하였다. 질문은 현재 운영하고 있는 실태를 묻는 항목과 개선방안을 묻는 항목으로 구성하였다. 그리고 기관의 성격에 따라 질문 항목은 다소간 수정하기도 하였다.

〈표 5-1-1〉 현장전문가 자문조사 개요

구분	내용	
자문 대상	전국 노숙인 시설 중 의료적 니즈가 있는 노숙인을 대상으로 한 서비스 혹은 지역사회 정착 관련 사업을 하고 있는 기관의 현장전문가	
응답자	사무국장, 기관장 등 업무 총괄 책임자, 의사 및 정신건강전문요원 등 의료 전문가, 인권단체 활동가 등	
질문 항목	1. 거리현장지원과 의료서비스	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 거리현장지원에서 의료적 니즈에 대한 기초사정 과정</li> <li>○ 거리현장지원에서 의료적 니즈가 있는 사람에 대한 의료지원(위기관리사업, 의료서비스 연계, 건강검진, 안과 및 치과 진료, 정신건강 연계, 의료비 지원, 간병비 지원 등) 현황 및 문제점(전문인력 등)</li> </ul>
	2. 주거지원사업 현황	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 사업명, 사업내용, 지원내용, 예산, 연간실적, 주거유지 현황, 인력 등</li> <li>○ 의료적 니즈가 있는 사람의 주거지원 연계 과정에서 대상자 선정 및 서비스 현황</li> <li>○ 결핵 및 감염병 환자에 대한 지원 특징 및 주거지원 연계 현황</li> <li>○ 사업별 대상자 선정기준 및 특징(의료적 니즈가 있는 사람 우선선정 혹은 선정배제 여부 등)</li> <li>○ 의료 문제별 주거지원사업 대상자 선정 및 지원 방식의 차이: 응급, 만성질환(고혈압 등), 정신건강 및 알코올, 압 등 중증질환</li> </ul>
	3. 사례관리 현황	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 사례관리 서비스 현황: 인력, 예산, 대상자 규모, 주거의 지리적 분포 등</li> <li>○ 의료연계 현황 및 문제점: 지역자원, 당사자 만족도, 문제점 등</li> <li>○ 정신질환 및 알코올 의존증 지원</li> </ul>

구분	내용	
	4. 의료적 니즈가 있는 노숙인의 지역정착을 위한 방안	○ 문제점: 제도, 예산, 인력, 지역자원 등 ○ 개선방안
	5. 기타 요청사항	○ 본 연구에 참고가 될 만한 사례 소개(간단한 글, 혹은 당일 직접 현장 안내) ○ 연구 방법 및 내용 상의 제언
자문기간	2022년 8월 ~ 9월 말	
자문방법	- 기관을 각각 방문하여 대면 현장자문 실시. 비서울 3개 기관은 비대면 서면 자문 실시 - 현장자문은 1시간 30분 정도 소요됨	

자료 : 연구진 작성

아래는 현장전문가 자문조사에 참여한 자문위원의 소속 기관명, 지역, 유형을 정리한 표이다. 총 19개 기관의 종사자 28명을 대상으로 자문이 이루어졌다. 자문 방식은 기관 방문에 의한 대면 조사가 16개소, 서면 조사는 3개소였다. 기관 중 직접 서비스를 제공하지 않는 기관으로 인권단체 1개소의 활동가 1인이 참여했으며, 노숙인 대상 지원주택에서 주거 코디네이터를 맡고 있는 팀장도 1명 참여했다. 기관 중 1개소는 여성만이 생활할 수 있는 시설이었다.

〈표 5-1-2〉 현장 자문회의 참여 기관 및 자문위원 특징

구분	지역	유형	자문위원	자문방식	비고
		서울 (11) 그 외 (8)	종합 (9) 생활시설 (3) 그 외 (7)	기관장(4) 사무국장(9) 그 외 (14)	대면 (16) 서면 (3)
계	19개소	19개소	28명	19개소	

자료: 연구진 작성

아래는 현장 자문회의의 참여 자문위원 현황이다. 기관당 1명에서 3명까지 참여하였다.

〈표 5-1-3〉 현장 자문회의의 참여 자문위원 현황

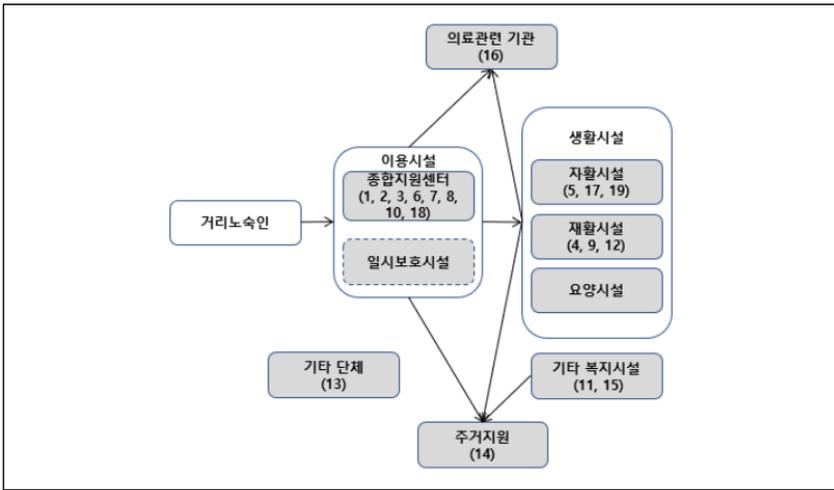
No.	지역	유형	자문위원	약칭	비고
1	서울	종합	임시주거지원 팀장 (1인)	서울종합-1	
2	서울	종합	부장, 정신보건전문요원, 부속의원 사회복지사 (3인)	서울종합-2	
3	서울	자활	센터장 (1인)	서울자활-1	여성시설
4	서울	재활	사무국장 (1인)	서울재활-1	
5	서울	재활	사무국장, 간호사, 사회복지사 (3인)	서울재활-2	경기 소재
6	서울	요양	소장 (1인)	서울요양-1	
7	서울	인권	상임활동가 (1인)	서울인권-1	
8	서울	주거	팀장 (1인)	서울주거-1	
9	서울	종합 (정신)	촉탁의, 팀장 (2인)	서울의료-1	
10	비서울	종합	소장, 사무국장 (2인)	비서울종합-1	
11	비서울	종합	실장 (1인)	비서울종합-2	
12	비서울	종합	센터장, 사무국장, 업무팀장 (3인)	비서울종합-3	
13	비서울	종합	사무국장 (1인)	비서울종합-4	
14	비서울	종합	행정책임자 (1인)	비서울종합-5	개원 1년 차 (서면)
15	비서울	종합	팀장 (1인)	비서울종합-6	동시에 진행
16	비서울	쪽방	사무국장 (1인)	비서울쪽방-1	
17	비서울	자활	거리현장 상담원 (1인)	비서울자활-2	(서면)
18	비서울	자활	사무국장 (1인)	비서울자활-1	개원 2년 차 (서면)
19	비서울	재활	탈시설팀장, 주임 (2인)	대구재활-1	

자료: 연구진이 작성함.

아래 그림은 쪽방주민 및 쪽방상담소를 제외한 노숙인 서비스 흐름도를 나타낸 것이다. 괄호 안의 번호는 위의 현장 자문회의의 기관의 No.를

나타낸 것이다. 자문회의의 참석 기관은 거리현장을 주로 담당하는 이용시설에 집중되어 있다.

[그림 5-1-1] 노숙인 서비스 흐름도에서 본 현장 자문회의의 참석 기관의 분포



자료: 연구진이 작성함.

## 나. 분석 방법

분석 방법은 현장전문가 자문회의의 내용을 녹음하여 전사하였다. 전사한 내용을 바탕으로 의료적 니즈가 있는 노숙인이 각 시설 및 기관을 거쳐 지역사회에 정착하는 과정을 파악하고 개선점을 도출하고자 하였다. 이를 위해서는 다음과 같은 점을 중심으로 분석하고자 한다.

먼저, 각 기관에서 행하는 서비스를 파악하여 정책 개선 도출을 위한 기초를 마련한다. 이를 위해서 각 자문위원이 활동하는 기관의 활동 내용을 통해 노숙인 당사자가 실제 어떤 서비스를 받고 있는지 파악하였다. 다음, 서비스의 연계를 파악하고자 하였다. 이때 핵심적 내용은 연계될 수 있는

자원일 것이다. 자원의 종류는 지역이나 기관, 인적 역량 등에 따라 상이할 수 있으며, 어떤 점이 영향을 주는지 분석하고자 하였다. 다음으로, 각 기관들이 제공하는 서비스 및 서비스 연계를 통해 어떠한 형태로 의료적 니즈가 있는 노숙인이 어떠한 서비스를 받게 되는지를 분석한다. 이상의 분석은 서비스를 직접 제공하지 않는 인권단체를 제외한 기관의 자문위원에게 공통으로 해당된다.

이와 같은 분석을 바탕으로, 정책의 개선점을 도출하기 위해 각 자문위원이 언급하는 문제점이나 개선점을 분석한다. 공통으로 지적되는 항목뿐만 아니라 지역이나 영역별 고유한 문제점 등을 일정한 범주로 나누어 개선할 내용의 항목들을 도출한다. 이때 서비스를 제공하지 않는 인권단체의 의견도 수렴하고자 하였다.

아래에서는 거리 지원을 주로 담당하는 종합지원센터와 비교적 장기간 거주 공간을 지원하는 생활시설로 나누어 분석하고자 하였다. 또한 종합지원센터 분석 시에는 거리 의료지원을 하는 의료기관의 자문도 함께 포함하였다. 생활시설 분석 시에는 예전 생활시설이 운영기관이었던 지원주택 운영기관도 함께 포함하여 분석하였다.

## 2. 종합지원센터 분석

### 가. 조사개요

이번 연구에서 자문회의에 참여한 종합지원센터는 총 8개소이며, 서울이 2개소, 비서울이 6개소이다. 2021년 12월 말 기준 전국 종합지원센터가 전국에 12개소(서울 3개소, 비서울 9개소) 있음을 고려할 때, 전체 시설 중 3/4에 해당하는 시설로부터 자문을 받았다.

〈표 5-1-4〉 종합지원센터 현장전문가 자문위원 개요

No.	서울/ 비서울	시설유형	자문위원	고유번호	비고
1	서울	종합	임시주거지원 팀장 (1인)	서울종합-1	
2	서울	종합	부장, 정신보건전문요원, 부속의원 사회복지사 (3인)	서울종합-2	
9	서울	종합 (정신)	촉탁의, 팀장 (2인)	서울의료-1	
10	비서울	종합	소장, 사무국장 (2인)	비서울종합-1	
11	비서울	종합	실장 (1인)	비서울종합-2	
12	비서울	종합	센터장, 사무국장, 업무팀장 (3인)	비서울종합-3	
13	비서울	종합	사무국장 (1인)	비서울종합-4	
14	비서울	종합	행정책임자 (1인)	비서울종합-5	개원 1년차 (서면)
15	비서울	종합	팀장 (1인)	비서울종합-6	

기본적 서비스 실시 현황에 대해 ① 거리현장지원과 의료서비스 ② 주거지원사업 ③ 지역정착 및 사례관리 ④ 지원주택 등 대안적 방안으로 구분하여 질문하였다. 이에 대한 주요 답변은 아래와 같다.

## 나. 거리현장 지원과 의료서비스

거리현장 지원 영역에서 가장 어려운 부분은 정신질환이나 알코올 의존이 있는 노숙인에 대한 대응이다. 거의 대부분의 자문위원들은 이 정신과적 영역이 최근 서비스 지원에서 최대 이슈라는 점이라고 강조했다. 따라서 아래의 분석 내용도 대부분 정신질환과 알코올 의존과 관련된 내용이다.

## 1) 거리노숙 현장에서의 의료서비스 특징

### ○ 거리노숙 현장에서 의료서비스의 비중은 매우 높음

거리노숙인은 복합적인 어려움을 경험하고 있으며, 그중 의료 문제도 포함되어 있다. 또한 의료도 한 가지 단일한 질환보다도 복합적 의료 니즈를 가지고 있다. 시급히 필요한 부문부터 대응해야 하지만, 이러한 복합적 의료 니즈가 있다는 점은 학제적 대응이 필요하다는 점을 시사한다.

*의료는 저희가 하는 업무에 거의 한 40% 이상을 차지하고 있다고 보면 된다. ... 우리는 자립, 자활을 위해서 노력을 해야 되는데. ... 병원 쪽으로 (인력을) 쓰는 게 문제라는 것이다. 다른 일을 더 해야 되는데. (비서울종합-2)*

### ○ 일상적으로도 복합적 치료가 필요하나 방치되는 경우가 많음

일상적으로 치료를 받기 어려운 상황이니 극단적 상황으로 치닫지 않는 한 진료를 받기가 쉽지 않다.

*혈압, 당뇨, 뇌졸중, 뇌경색. 허리 디스크나 치아 상실은 열외로 치고. 급한 게 이제 이 4가지이다. ... 자기한테 당장 어떤 위급한 상황이 오는 게 아니니까, ... 신경 안 쓰신다. 뇌졸중이나 뇌경색도 갑작스럽게 오는 것이다. 몸 외부로 나오지 않는 이상 우리가 알 수가 없기 때문에 이거 병원 가서라, 뭐 하셔라... 우리도 말로만 한다. (비서울종합-2)*

## 2) 정신건강 지원의 어려움과 대응방식

### ○ 일상적 대응보다 위기대응이 더 중요한 역할을 담당함

정신질환은 어린 시절에 발병하는 경우가 많으나, 지역사회 보호를 받지 못한 상태에서 노숙으로 이어질 때에는 증상적으로 만성화된 경우들이 많다. 따라서 일상적 진료보다도 위기 개입의 형태로 많이 진행된다.

정신질환은 보통 어린 시절에 발병이 되기는 하는데, 이분들이 당시에 발견이 돼서 개입이 되는 게 아니라, 오랜 기간 동안 거리 노숙을 하거나 가족 관계가 이미 다 해체돼서, 증상적으로는 만성화되고 황폐화되신 것이다. ... 그렇다 보니까 의사소통도 당연히 어려울 것이고, 대부분 위기 개입으로 많이 진행이 된다. (서울의료-1)

○ 대화가 불가능할 정도의 중증 정신질환 노숙인에 대한 대처의 어려움  
거리에 있는 만성질환 노숙인 중 일부는 대화 자체가 어렵다. 이 경우 생존에 필요한 물품 이외에 서비스 제공이나 연계가 어렵다.

정신질환이 만성화되신 분들이기 때문에 저희의 서비스를 일체 거부를 하신다. 정말 생존에 필요한 물 같은 기본적인 물품 지원에만 (지원이) 거의 한정되어 있다. (서울종합-2)

본인이 자기가 아프다는 것, 치료를 받아야 된다는 인식과 필요성이 가장 중요하다. ... 단지 치료만이라도 좀 받고 거리에 다시 나가셔도 된다, 이런 식으로 회유를 해도 거부하는 경우가 많기 때문에... (비서울종합-3)

그래서 상황이 극단적으로 악화되면 행정입원 등 강제 입원으로 전환해서 보호를 하게 된다. 즉 방치 아니면 입원, 이렇게 양극단의 조치를 취할 수밖에 없는 현실이다.

심한 정신질환 증상을 보이는 분들이 꽤 많다. 방법이 없다. 저희가 정신건강복지센터, 중독통합지원센터, 경찰, 지자체에 문의해도 그렇다. (비서울종합-4)

정신질환은 ... 상황이 악화되면 행정입원 쪽으로, 강제 입원 쪽으로 전환을 해서 보호를 할 수밖에 없게 되고... (비서울종합-1)

### ○ 라포 형성과 인력 지원의 중요성

현재 가능한 대처는 끊임없는 대화를 통해 라포를 형성하여 모니터링을 하는 것이다. 이를 위해서는 시간과 지원 가능한 인력 지원이 필수이

다. 서울역 인근은 정신 관련 전문팀이 오랫동안 활동을 해와 라포가 형성되어 있고 기본적인 진료 상담도 이루어진다.

*시작은 기초 사정보다는 라포 형성부터이다. ... 한 번에 네 차례 거리를 도는데 이 과정의 가장 큰 목적은 라포를 형성하고 당사자와 교감하기 위한 것이다. (비서울종합-1)*

*어떡하든 라포를 형성해서 서비스를 지급하는 상황까지 오는 것을 목표로 잡고 있다. 그래서 계속 관리한다. (비서울종합-2)*

*서울역 인근이나 저점 지역으로 활동하고 있는 데는 거의 대부분 라포가 어느 정도 형성이 돼 있다. ... 몇 번씩 위기 개입도 거쳐서 병원 갔다가 또 다시 오신 분들도 있다. ... 그래서 기본적인 상담이나 관리는 어느 정도는 이루어지고 있다. (서울의료-1)*

#### ○ 특히 여성 노숙인에 대한 대응의 어려움이 있음

여성 거리노숙인은 정신질환이 있는 경우가 많은데, 거리상담 직원이 남성인 경우가 많아 라포 형성이 어려워 서비스의 한계가 나타나고 있다.

*여성 노숙인 같은 경우에는, 정신질환을 가지고 있는 확률이 굉장히 높다. 그리고 여성 노숙인이 남성 상담사를 좀 기피하는 경향도 있고 라포 형성이 남성 노숙인에 비해서 좀 더 시간이 많이 걸린다는 현실적인 한계가 있다. (서울종합-2)*

#### ○ 자타해 위험과 정신건강복지법상 대응 간 실천 혼란

2017년 정신건강 증진 및 정신질환자 복지지원에 관한 법률(정신건강복지법) 개정으로 인하여 비자의(非自意) 입원 조건이 강화됨에 따라 자타해 위험이 있는 경우가 명백하지 않으면 입원이 어려워지게 되었다. 현장에서는 자타해 위험이라는 개념이 지나치게 자의적으로 적용될 수 있어 혼란을 느낀다는 지적이 다수 제출된다.

*복지사가 보는 자타해 위험과 경찰관이 보는 자타해 위험이 다르다고 할 수 있*

다. ... 한여름에 파카를 막 10겹을 입고 있다. 그러면 열사병으로 죽을 수 있는 그런 위급한 상황이다. ... 경찰은 현재 이 시점에 자타해 위험이 있다는 걸 지금 폭력을 휘두르지 않았냐, 로 판단한다. 그래서 굉장히 소극적이다. (서울종합-2)

행정 조치가 분명히 필요한 경우가 있다. 본인 자의로는 절대 병원 안 가신다. 저희가 이제 라포 형성해서 가자, 가자 하는데. ... 알코올홀릭인 경우나 맨탈장애가 심하신 분들은 병식을 못하신다. 경찰관 공조 아래에서 병원 입원을 해야 되는데 이게 72시간 강제 입원밖에 안 된다. 경찰관들이 안 해주려고 한다. (비서울종합-2)

### ○ 전문적 대응의 필요성과 인력 부족

외관으로 보았을 때 정신과적 문제가 있어 보여도 이것이 어떤 유형이고 어떻게 대응해야 하는지 진단하는 건, 위기 시 대응할 수 있는 전문적 인력이 부족하다. 그래서 기본적 모니터링, 사고 발생 시 수습 이외에는 대처할 수 있는 방안이 부족하다.

사실 라포는 저희 직원들이 어느 정도 갖고 있다. 그런데 이분이 정신적인 문제가, 사실은 어떤 유형인지를 모르는 것. 쉽게 말하면 정신분열로 봐야 하는 건지, 어떤 건지, 진단하려면 병원에 가야 되는데 이분이 병원에 가는 건, 사실은 꿈도 못 꿀 일이니까. (비서울종합-4)

거리노숙 현장에서 전문적 대응을 위한 전문요원의 팀은 적어도 3명은 되어야 한다고 전문가는 제안한다. 거리 상담뿐만 아니라 입원 수속과 상호 사례관리를 위한 최소한의 규모라는 것이다. 그러나 노숙인 현장에서는 의사나 정신건강전문요원의 채용이 쉽지 않다. 타 영역에 비해 대우가 열악하기 때문이다. 그래서 정신보건 관련 공모사업에 채택이 되어도, 사람을 구하지 못해 반납한 경우도 있다.

한 기관에 3명은 돼야 두 사람이 상담 출동도 하고, 입원도 시키고, 사례관리 는

*의도 된다. 지금처럼 한 명으로는 전혀 움직일 수 없다. (서울의료-1)*

*급여를 올려줘야지 온다. 공고 내도 안 오지 않나. (서울의료-1)*

*저희가 (사업을) 반납했다. 정신보건 사회복지사 못 구해서. ... 정신보건 사회복지사 원래 두 명 채용하기로 돼 있었는데 채용할 때도 너무 어려워서(힘들어서). (비서울종합-1)*

*적어도 현장에 한 번씩은 나와 볼 수 있는 순회 의사라도 좀 있었으면 좋겠다. ... 특히 정신장애 같은 경우는 우리가 그분을 모시고 병원에 갈 수 없는 상황이 거의 다반사이기 때문에 현장에 정신과 의사가 나와서 어떤 치료적 필요한 진단을 좀 해주는 게 가장 좋다. (비서울종합-3)*

### 3) 의료서비스 지원 체계와 문제점

#### ○ 타 기관과의 협조의 어려움

거리노숙인에 대해 관할 정신건강 관련 기관은 관심을 보이지 않으며, 협조가 이루어지지 않는다는 의견이 대부분이다. 그리고 지역별 편차가 크기도 하다.

*정신건강증진센터에 요청을 하지만, 사실상 협조가 잘 안 되는 실정이다. 정신건강증진센터에서 거리에 계신 분들이나 노숙인분들에 대한 관심이 전혀 없다. ... (서울종합-2)*

#### ○ 지역 간 서비스 인프라의 격차

지역 간 거리노숙인 대응 체계의 격차가 매우 크다. 서울과 광역자치단체, 도 단위의 인프라가 모두 상이하다. 도 단위에서는 실질적으로 시가 서비스 책임을 맡고 있으나 지원이 열악한 편이다.

*여기는 돼 있는 게 하나도 없다고 말씀을 드리면, 딱 정답이다. 저희들처럼 사례 별로 대응할 수밖에 없는 지역도 있다는 것을 말씀드리고 싶다. (비서울종합-3)*

○ 정신질환 의료체계 미비로 응급-입원 이외 외래진료의 어려움

병식이 있고 진료를 희망하는 경우에도 실제 이용 가능한 정신질환 관련 병원이나 이용시설이 없어서 응급 상황이 닥칠 때까지 모니터링하는 방법 이외에 대응 방안이 없다는 지적이 많이 제기되었다. 즉 현재의 체계에서는 정신과적 질환은 입원이 아니라면 진료를 받기 어렵다.

*국공립 시립 병원을 제외하고 1차 병원급으로 얘기를 했을 때 ... oo원장님 병원밖에 없다. (서울의료-1)*

*일단 외래 진료라도 받아야 되는데 ... 약을 먹을 수 있는 방법은 병원에 입원밖에 없는 것이다. (비서울종합-4)*

자의입원을 하려 하더라도 이용할 수 있는 국공립병원은 폐쇄병동이거나 정원이 넘쳐 입원하기 어려울 때도 많다. 이때에는 일반 병원 몇 군대를 섭외하는 임시방편으로 대응한다.

*OO 정신병원 입원 안 된다. TO가 이미 다 찼다. ... 그래서 저희가 지금 몇 군데 협력하는 정신병원, 알코올 센터 몇 군데 이렇게 있다. ... oo 의료원에도 정신과 병동이 있는데 그게 폐쇄 병동이다. oo 의료원 정신병동으로는 안 가고 싶어한다. (비서울-종합4)*

거리노숙인의 특성상 예약이 어려운데, 공공병원은 초진의 경우 예약을 하고 장기간 대기해야 되어서 진료가 어렵다. 또한 노숙인이 이용할 수 있는 자원이 한정되어 있어 예약이 더 어렵기도 하다.

*정신건강의학과가 있는 국공립병원에서는 이 병원을 이전에 이용하지 않았던 이용인은 예약 기간, 대기 기간이 있다. 진료를 받기까지. ... 병원에 대한 자원 인프라가 있으면, 문제가 없는데. 그런 자원이 국공립병원에 기존에 한정되어 있다. (서울종합-2).*

### ○ 병원과 연계를 통해 이루어지는 퇴원 후 지원

응급적 입원 이후, 퇴원 이후의 후속 지원을 위해서 병원 차원에서 적극적으로 퇴원 계획을 수립하는 경우도 있다. 노숙인 종합지원센터도 함께 연락하며 필요시 공동 사례관리를 진행한다.

*00병원 의료사회사업실과 저희는 공동 사례관리 등 네트워크가 잘 돼 있어서 00 병원에 입원시키거나, 응급실로 실려가면 의료사회사업실에서 바로 파악을 하고, 거기에서 개입을 하고, 필요에 따라서는 저희가 공동 개입을 한다. 퇴원할 쯤에 다시 저희가 개입하거나 사례에 따라서 사후 사례관리도 같이 한다. (비서울종합-1)*

*우리가 사회사업실에 ISP(개별화된 계획)를 요청하고 진단서, 소견서 이런 걸 다 받는다. 우리는 구조적으로, 와상 상태나 심각한 의료적인 개입이 반드시 필요하신 분들은 케어할 수가 없으니까 요양병원으로 가시는 게 맞을 것 같다는 의견을 전달한다. 또는 진단서를 받아보고 저희가 입소가 가능한 시설을 찾아본다. (서울종합-1)*

### ○ 퇴원 후 지원에 어려움을 겪는 지역이 다수

병원에서 종합지원센터로 연락을 해서 대책 마련을 요청하는 경우들이 있다. 이때에는 주로 다시 시설로 복귀하거나 임시주거로 연계한다.

*치료가 어느 정도 되면 00의료원에서 이분이, 여기 오신 분들은 퇴원하시고 갈 데가 없는 것 같다는 연락이 온다.(비서울종합-4)*

*근처 의원에서 2명 정도 보호하고 있는 상황이다. 이분들한테 다시 퇴원을 하게 되면 일시보호팀으로 다시 입소를 하거나 임시 주거 쪽으로 다시 연계를 할 수 있게 도와드리겠다, 라고 연락을 드려봤다.(서울종합-2)*

그러나 돌봄이 필요한 상태에서 받게 되면 그 이후 대책을 마련하기가 쉽지 않다. 일시 대기를 하는 상태가 언제까지 계속될 수도 없어, 대책이 필요하다. 서류를 받아서 검토할 때도 있으나 다양한 돌발 상황이 발생할

경우 곤혹스럽다.

*그다음에 없다는 게 저희도 이제 고민거리이다. 이제 알콜홀릭 같은 경우도 알코올 병원에 있다가 그다음에 어디로 갈 거냐. ... 병원, 거리, 병원, 거리 이렇게 돼버린다. (비서울종합-2)*

*병원에서, 예를 들어서 이제 퇴원해야 되는데, 퇴원할 때 주거지가 없고, 연계처, 가족이 없으신 분들은 이제 갈 데가 없다. 다시 종합지원센터에 연락을 할 수밖에 없고. ... (서울종합-1)*

○ 노숙인 1종 지원의 적시 지원 불가라는 한계

노숙인 의료급여 1종 지원의 한계는 다양하게 지적된다. 노숙인 의료는 응급적 상황이 많은데, 소급 적용이 안 되어 사실상 무용지물이다. 행정업무가 많으며, 일선 병원에서는 이 제도 자체를 인지하지 못하고 있다.

*노숙인 1종 신청의 단점은 소급 적용이 안 된다는 점이다. 급한 사람이 입원해서 수술하면은 당장 비용이 발생이 되는데, 지원 신청해가지고 하루 이틀 걸리면 이제 자부담해야 되는 상황이 된다. (비서울종합-2)*

○ 전문인력, 특히 의료 관련 전문인력이 필요

최근 노숙인은 단순히 경제적 요인보다도 정신과적 증상에 의한 비율이 높아지고 있다고 현장에서는 체감하고 있어 이에 대한 전문적 인력 보완이 특히 필요하다는 의견이 많다.

*요즘 추세를 보면 정신질환인데 가족이 케어하다 도저히 안 돼서 거리로 나오시는 분들. 알코올, 도박하고 게임 중독이 늘어나고 있다. 이런 문제들을 전문적으로 상담할 수 있는 역량이 안 되면 근본적인 걸 다루는 데 한계가 있다. (서울종합-1)*

## 다. 주거지원 사업

### 1) 임시주거지원사업의 활용과 한계

#### ○ 영구적 주거로 가는 첫 단계로서 임시주거지원

거리에서 바로 영구적 주거를 연계하기보다는 임시주거지원을 통해 일정 기간 회복 기간 및 행정 절차를 마무리하고 매입임대주택 등 신청을 지원하는 종합지원센터가 대부분이다. 또한 주거취약계층 주거지원 사업 조건에서 노숙 기간 3개월 증명도 있어서 이를 채우는 단계로 활용하기도 한다.

*저희 센터에서 임시주거사업은 임시주거지원을 하는 게 목적이 아니고, 매입임대주택 입주까지 목표를 두고 진행을 한다. ... 또 매입임대입주를 하기 위해서는 비주택 주거에서 3개월 이상 생활을 해야 된다는 조건도 충족시킬 필요가 있다. (비서울종합-4)*

*거기서부터(임시주거) 시작인 것이다. 3개월이면 이제 비주택으로 해서 매입임대든, 전세임대든 뭐라도 신청할 수 있다. 기초생활 수급도 마찬가지고. (서울종합-1)*

#### ○ 임시주거지원 시 정신장애/알코올은 제외되는 경향

거리에서 의료적 니즈가 있음에도 불구하고 주거지원을 하려 할 때, 대상자가 응급적인 상황에 있으면, 입원 등 응급적 대응이 선행한다. 이때 임시주거지원 대상자에 특별히 제약을 두지는 않으나, ‘어느 정도’ 혼자 생활이 불가능한 사람은 배제되는 경우가 있다. 그 기준 중 정신장애나 알코올 의존증이 핵심이다.

*기본적으로는 독립생활이 가능하다. 라는 전제조건이 사실 필요하다. ... 지역에서 활동지원이라든지 자연스럽게 지원되는 사업이 있어야 되는데, 없다. 그러다 보니 기본적으로 독립생활이 가능한 분들을 대상으로 할 수밖에 없는 게 현실이다. (비서울종합-4)*

*지체장애, 신체장애 있는 분은 사례가 많지는 않다. (비서울종합-4)*

*임시주거 지원할 때 정신과적 문제의 개연성이 있는 분들은 저희가 꺼려지는 게 사실이다. ... 조현병이나 망상이라든지 양성 증상이 심하신 분들은 임시주거 대상으로 넣지는 않는다. 알코올이 있거나, 아니면 이제 감정 장애가 있으신 분들은 어느 정도 약을 복용하면서, 좀, 사회생활을 영위할 수 있기 때문에, 저희가 회의를 해서 임시주거 지원을 한다. (서울종합-2)*

*프로그램 참여하시는 분들 중에도 중독 장애가 있으신 분들이 있다. 그래서 그 분들에게는 얘기드린다. 선생님, 지금 (주거지원을) 받으셔도 유지를 잘 못하실 것 같다. 이런이런, 좀, 선별 과정에 거치고 있어서. (비서울종합-2)*

### ○ 임시주거지원 시 정신장애/알코올은 제외되는 경향

한편 임시주거지원 사업으로 고시원 등을 얻고, 동시에 소득을 얻을 수 있는 프로그램 참여를 독려하여, 생활이 유지될 수 있도록 지원하는데, 이 방법은 주거 유지와 주거 상향에 매우 효과적이다.

*고시원이나 여인숙 이런 데 얻어드리는 거고, 거기서 생활하면서 프로그램 참여를 하신다. 별이가 있으니까, 그래도 한 80~90(만 원)은 생긴다. 얼추 프로그램이 완료되면 본인 돈으로, 이제 스스로, 이제, 생활유지를 하다가 최종적으로 매입임대에 가지게 된다. (비수도권종합-2)*

## 2) 매입/전세임대 등 주거지원의 활용과 한계

### ○ 충분하지 않은 매입임대주택 공급량

거의 대부분의 지역에서 매입임대주택 공급량이 충분하지 않다고 보고되고 있다. 단기간에 자기가 원하는 지역이나 면적의 주택을 얻기가 사실상 불가능한 상황이다.

*지금은 매입임대주택이 사실은 일반 저소득층도 다 하기 때문에 (노숙인) 물량이 많지 않다. 자기가 원하는 지역에 물량이 나오기가 어렵고 안 나올 수도 있*

기 때문에 ... 너무 그렇게 급박하게 지원하려고는 하지 않는다. (비서울종합-4)

LH 같은 경우에는 물량이 너무 없어서 쉽게 지원을 못하고 있다. (서울종합-2)

실질적으로 최근에 1년 가까이 기다린 분도 제쳤다. (비서울종합-2)

지금 임시 주거에서 매입임대로 넘어가는 케이스는 많지 않다. 빈자리가 나아 들어가는 구조이기 때문에. (서울종합-1)

임시주거 끝나고 다음 서비스를 할 수 있는 상황이 안 된다. (비서울종합-3)

#### ○ 지원인력이 필요하며 양호한 주거환경 보장이 어려운 전세임대

전세임대는 본인이 주택을 알아보고 계약해야 하는 절차가 복잡하기 때문에, 이를 지원해줄 인력이 필요하다. 또한 전세임대 지원이 되는 액수로는 적절한 환경의 주거가 보장되지 않는다는 한계도 있다.

(반지하를 구할 수밖에 없는 게) 그게 전세임대의 문제이다. ... 그리고 자기가 부동산에 가서 방을 알아보고 계약하고 그 과정을 해낼 수 있는 사람이어야 된다. ... 여기 계신 분들은 사실 그런 기능이, 정신질환이 있으신 분들은 거의 대부분 안 된다고 봐야 되고, 우리가 다 해줘야 되는 거고. (서울종합-1)

#### ○ 매입/전세 임대 등 영구적 주택 입주에는 치료경력증명이 필요함

항상적 진료가 필요한 경우임에도 영구적 주택에 입주하기 위해서는 그간 치료를 받았다는 경력이 입증되어야 한다. 따라서 거리에 있는 알코올 의존이나 정신질환 노숙인은 시급하게 주거를 지원받아야 함에도 진단을 받고 불안정한 상태에서 계속 치료를 받아야 영구적 주택에 입주할 수 있는 모순에 빠지게 된다.

병식이 있어야 되고 치료를 받아 장애인 등급을 받고 수급자가 되는 것이다. 그런데 거리에 있는 여성 같은 경우는 병식도 없고, 치료에 대한 경험도 없고, 치료에 대한 의지도 없고, 그런 상황이니까 사실 이 부분에 대해서 먼저 진행이 되지 않는 이상 그다음 단계는 불가능하다. (비서울종합-4)

## ○ 결핵환자의 복약관리와 주거지원

거리 생활을 하면서 복약관리는 거의 불가능한데, 이에 대한 대책이 많지 않아 문제이다. 서울은 미소꿈터 같은 요양시설이 마련되어 있으나, 그 외 지역에서는 입원 이외에 대책이 필요하다. 또한 노숙인이라 해서 보건소에서 개입하지 않는 점도 문제이다.

*거리 생활하면서 사실 약물 관리를 한다는 것은 거의 불가능하다고 봐야 된다. ... 주거 지원해드려도 주거에서 안 주무시고 계속 밖에 생활하시니까, 술 드시고 쫓아다니면서 먹고 ... 사실 보건소에서 더 해야 되는 거 아닌가... 퇴원하게 되면 이제 두 가지 선택지가 있다. 이분이 혼자서 기능이 좀 떨어지셔서 약물 관리도 필요하고. 식사도 관리도 필요하면 미소꿈터로 가지거나, 아니면 요양시설로 가지거나. (서울종합-1)*

## 3) 지원되는 주거 상태의 한계와 개선점

○ 주거 상태가 열악할수록 정신장애/알코올 의존 사례관리가 어려움  
정신장애나 알코올 의존증이 있는 사람에 대한 주거지원은 좀 더 공간적 배려가 필요하다. 지나치게 협소한 주거의 지원은 이들이 정착하기 어렵게 하는 원인이 된다.

*임시주거지원 예산으로는 실제로 들어갈 수 있는 주거는 쪽방이나 고시원이다. 쪽방이나 고시원은 개인 소음에 다 노출이 돼 있고, 공동생활이기 때문에 주방을 같이 쓰고 욕실을 같이 쓴다. 알코올 의존 분이나 정신질환이 있는 분들이 그 공동생활을 할 수 있는 전제가 돼야 되는데, 어렵다. (서울의료-1)*

*혼잣말을 계속 심하게 해서 소음을 유발을 하거나, 화장실에 갔는데 1시간, 2시간씩 강박 때문에 계속 씻고, 자리를 차지하고 있다거나, 아니면 좀 괴이한 행동으로 인해서 다른 사람들이 위협감을 느낀다거나 ... 저희가 안 받는 게 아니라, 고시원은 사업주이기 때문에 그 사업주에서 안 받는 것이다. (서울의료-1)*

*쪽방 고시원 환경 자체가 요양을 할 수 있는 환경은 아니다. (서울종합-1)*

○ 최소한 화장실 개별 사용이 가능한 곳으로 지원해야 함

코로나19의 발생과 최소한의 주거권 보장을 위해 최소한 화장실이 개별적으로 이용 가능한 곳으로 지원해야 한다는 의견이 있다.

*고시원이라 할지라도 화장실이 같이 있는 고시원이 있다. ... 왜냐하면 코로나 상황이 터지니까 어찌 됐든 화장실이 있는 고시원 같은 경우에는 대처할 수가 있다. (비서울종합-3)*

○ 간병이 필요한 사람은 시설에 갈 수밖에 없는 현실

간병이 가능할 주거환경이 지원되지 않는다면 돌봄이 필요한 사람들은 어쩔 수 없이 요양병원이나 요양원으로 갈 수밖에 없다.

*간병이 필요하신 분들은 사실상 고시원 쪽방 생활이 불가능하다. 수급자는 요양 병원에 가거나, 시립 요양원이라든지 이런 데 갈 수밖에 없다. (서울종합-1)*

○ 배리어프리가 아닌 곳의 주거지원 한계

몸이 좋지 않거나 외상 상태인 경우, 지나치게 협소한 고시원과 쪽방으로 주거지원하는 일은 한계가 있다. 따라서 이런 경우 요양병원이나 요양원으로 연계를 추진하는 경우가 있다.

*고시원 같은 경우에는 계단형 건물이 많다 보니까 외상환자가 임시주거를 이용 하기에는 그분한테 너무 불편할 것 같고, 그분을 계속해서 돌봐줄 수 있는 활동 지원인도 없어 오히려 그런 분들은 요양시설이나 노인시설 그쪽으로 가야 되는 게 더 적합하다. (서울종합-2)*

## 라. 지역정착 및 사례관리

○ 지역사회의 보편적 지원정책이 수립되지 않는 한 노숙인 정책은 한계가 있음

지역사회 서비스가 적은 상황에서 지역정착을 시도하는 노숙인에게 제

공되는 서비스는 매우 한계가 있을 수밖에 없다. 이것을 모두 노숙인 시설이 담당하려 하니 적절한 서비스 제공이 이루어지기 어렵다고 입을 모은다.

*제도적인 부분에서 응급의료 대응 인프라가 상당히 부족한 게 문제가 되는 것 같다. 지역 기반으로 정신 응급 대응 체계가 제대로 구축되는 게 우선이 아닌가. 제 생각은 그렇다. (서울종합-2)*

*그쪽 전문 복지 서비스로 연결하는 게 우리의 역할인데, 그냥 끌어안고 있을 수밖에 없다. 그게 더 큰 문제다. (서울종합-2)*

○ 현재 지역사회의 정신건강 관련 기관으로는 지원에 한계가 있음  
지역사회의 정신건강 관련 기관과 실제 연계를 하더라도 지원받을 여력이 없다. 따라서 지역사회의 지원 구조가 획기적으로 변화될 필요성이 제기된다.

*물론 지역에 있는 정신건강증진센터나 이런 데 MOU 협약은 맺고 있다. 도움을 요청해도 이분들도 지역주민들을 상대하다 보니까 너무 바쁘다. 정말 너무 바쁘다. 인력 구조 자체가 너무 열악하다. (비서울종합-2)*

*(지역사회정신건강 기관의) 얘기를 들어보면 이해가 된다. 할 수 있는 여력이 안 되더라. 정말 기본적인 일들 하기 바쁘지, 그런 분들을 다 찾아가서 사례관리를 한다? 한 달에 한 번 간호사 선생님들 방문하고, 이렇게 정해진 일정을 마련해 놓고, 뭔가 더 진행하는 건 무리더라. (서울종합-1)*

○ 알코올 중독인 경우 사례관리가 되지 않으면 극단적 상황으로 이어질 우려가 있음  
알코올 중독은 위험한 상황까지 치달을 경우가 발생할 수 있다. 사례관리와 지역사회와의 연계가 매우 중요하다.

*술만 드시고, 우리가 찾아가서 병원 가자, 뭐 하자, 해도 이제 안 들으시는 거*

*고, 강제적으로 또 할 수도 없고. 어느 날 연락이 안 돼서 가보면, 이제 안에서 사망하신 경우도 발생한다. (비서울종합-2)*

### ○ 사례관리는 지역사회 정착에 필수적 서비스임

의료적 지원과 돌봄이 필요한 사람의 비율이 높아 주거지원을 하더라도 후속적인 사례관리가 필요하다는 점은 모든 자문위원이 인정하는 바이다. 이를 위해서는 주거가 확보되어야 하고, 전담인력과 의료서비스가 결합되어야 한다. 이 중 부족한 부분이 있으면 그만큼 당사자는 고립되기 쉬워진다.

*기본적으로 첫 번째 주거가 확보가 돼야 되고, 주거가 확보된 다음에 그것을 관리할 수 있는 전담 인력이 필요한 거고. 그게 확보가 되지 않으면 이 사람들은 뭐 방에만 들어가 있지, 사실은 그냥 방치한 거랑 똑같은 거거든요. 그러면 거기다 또 의료서비스까지 하려면 이 세 가지가 완벽하게 이루어진다는 전제조건하에 하는 건데. (비서울종합-3)*

### ○ 사례관리가 필요한 대상자에 비해 전담 인력이 지나치게 적은 한계가 지속됨

사례관리자가 부족한 상태에서 입주만이 계속되면 퇴거율이 높아진다. 또한 지원의 사각지대가 발생한다. 따라서 하우스링 퍼스트에 입각한 정책을 위해서는 사례관리 등 일상적 지원이 반드시 필요하다.

*최근에 20년도부터는 계속 퍼스트 하우스링을 강조한다. 그전에는 선별 과정을 거쳤다. 그런데 이제 20년도부터는 한번 다 지원해 보자. 그 결과 퇴거율이 굉장히 높아 졌다. 병원 가야 될 분도 들어가게 되니까 거기서도 문제가 발생한다. 퇴거, 사망하는 사람의 비율이 높다. 이제 쉽지 않다. 그래서 여러 가지 대책을 생각 중이다. (비서울종합-2)*

*고독사하시는 분, 알코올 술만 드시다가 돌아가시는 분... 그러니까 사례관리자가 2명인데 백방 뛰어보야 그 110가구, 120가구가 어떻게 다 돌 수 있을까. 그러니까 사망하신 분, 퇴거하신 분 생기다 보니 주거 유지율이 76%까지 떨어지*

고... (비서울 종합-2)

지난번에 통계 냈을 때는 거의 1인당 70~80명 사례관리를 하고. (서울종합-1)

○ 사례관리할 인원이 적어서 지원 수를 줄이기도 함

사례관리가 너무 힘들어 주거지원을 적정 수준에서 조정할 수밖에 없는 경우도 생긴다.

사례관리하기가 너무 힘들어 예산을 적정 수준만 받고 있다. (비서울종합-2)

지금 상태는 아무리 우리가 노력한다고 해도, 방법이 안 보인다. 사례관리를 더 늘려야 된다. 저희가 120가구 하는데, 담당자는 둘이다. 한계가 있다. (비서울종합-2)

○ 고독감을 해소할 수 있는 관계망과 프로그램도 필요

알코올 자체가 문제라기보다는 외로움이나 고독감으로 상황이 더욱 악화되기도 한다. 사례관리자를 늘리는 것도 중요하지만 관계망 형성과 사회참여 기회를 늘리는 것도 중요하다.

매입임대에서 실패하는 이유로 외로움, 고독을 못 견디는 경우가 많다. 노인 고독사를 주로 생각했는데, 중장년층이 더 술을 드시고, 잊을 수 있는 걸 찾게 된다. (비서울종합-2)

○ 사례관리자의 교육과 고용 안정성 중요

사례관리자가 강조되고 있음에도 불구하고 대상자가 지나치게 많을 뿐만 아니라 전문 교육이 부족하고, 특히 대부분 계약직이어서 한계가 있다는 의견이 많다.

전문적인 교육도 필요하고, 역량강화 프로그램도 필요하고, 전문적으로 사례관리를 할 수 있는 정신건강전문요원이 늘어나야 된다. (서울종합-1)

가장 중요하다고 생각되는 주거를 담당하고 있는 전문인력들이 계약직이라는

*것은 정말 개탄할 얘기라고 본다. (서울종합-1)*

#### ○ 지자체 차원의 지원 강화 필요

현재 지자체에서는 지원 인력이 광역지차제당 1명 정도에 불과하여 이 정도로는 정책 제안이나 실행을 하기 어렵다. 따라서 노숙인 의료지원만을 위해서가 아니라, 노숙인 복지의 발전을 위해서라도 지자체의 인력 지원이 필요하다.

*노숙인과도 없고 하나의 팀 안에 있는... 일을 진행하려면 담당 주무관들과 같이 움직이는 사람들도 있어야 된다. ... 그런데 도에 담당자가 한 명, 시도 담당자가 한 명. 이렇게 해서 어떤 정책 제안이라든지 이런 걸 못한다. (비서울종합-3)*

### 마. 지원주택 등 대안적 방안 모색

#### ○ 일부 공동생활가정을 활용하는 방안 모색

중간주택 개념으로 한 주택에서 4~5명 정도 개별 방을 지원하면서 개별 주택에서 생활 준비를 하면 서로 의지가 되면서 효과성이 클 것이라는 제안이 있다.

*한 주택에서 4~5명 생활하고 나중에 더 상황이 괜찮아지면 개별 주택을 드리는 건 좋을 것 같다. 서로를 의지하는 부분들이 분명히 있다. 그래서 사례관리자가 한 명이 붙어서 4~5명이 생활할 수 있게 공동생활처럼 하면 효과성이 크지 않을까. (비서울종합-2)*

#### ○ 지원주택의 효과성

지원주택은 임시주거지원에 한정되어 있는 주거지원의 한계를 극복할 수 있는 대안으로 여겨진다. 특히 정신건강 문제가 있을 때 협소한 주거 지원은 상황을 더 악화시키기도 하기 때문이다.

임시주거에서 정신건강 문제가 있으신 분들이 생활하기 어렵다는 걸 계속 얘기했다. 이 점을 보완해 줄 수 있는 게 지원주택이다. (서울종합-1)

노숙 당사자에게는 하나의 삶의 목표가 될 수도 있다. 임시주거나 거리에서 사례관리 등을 통해 관계를 맺게 된 노숙인에게 지원주택을 제안함으로써 추구해야 할 목표가 생기기도 한다.

임시주거를 통해서나 거리에서 사례관리를 하고 있는 분들은, 저희는 대부분 지원주택을 권유한다. 지원주택이 하나의 동기가 될 수도 있다. 지원주택 목표로, 우리가 한 번 해보자, 이렇게 하면 쪽 따라오시는 경우가 많다. (서울종합-1)

그래서 지원자의 입장에서도 자신 있게 지원주택을 추천할 수 있다. 증상의 경증을 떠나서 안정적 지원이 될 수 있다는 확신이 있기 때문이다.

주거가 안정되고 이분을 케어할 수 있는 사람이 있다는 게 지원주택의 최대 장점이다. 저희 현장에서는 (증상이) 심하면 심할수록 사실 더 입주시키고 싶은 심정이다. 그래서 실제로 그렇게 했었고. ... 지금은 이제 경한 사람, 중한 사람 그런 거 없다. 무조건 우리는 다 추천한다. 본인들이 원하시면 ... (서울종합-1)

### ○ 지원주택의 공급량 부족

지원주택이 절박하게 필요하다고 현장에서는 이야기되나 공급량이 충분치 않다. 그런데 이 절박함은 지역별로, 센터별로 실제 지원주택을 운영하거나 추천해 본 경험 유무에 따라 상이하다.

물량이 적기도 하거니와 어쨌든 저희는 지원주택이 상당히 절박하다. 다른 종합지원센터라든지 다른 생활시설에서는 어떤지는 모르겠다. 하지만 당사자들에게 진짜 절박하다는 것을 알아주었으면 한다. (서울종합-1)

### ○ 지원인력 강화를 통한 분산형 지원주택의 제안

지원주택도 사례관리자 등 지원자가 더 많이 있으면 건물 하나가 아닌

분산형 공급도 가능하다는 제안이 있다.

*지금 지원주택 같은 경우는 빌라 한 채를 가지고 하는 건데, 어떻게 보면 관리 때문에 그런 것 같다. 이렇게 안 해도 사례관리자가 더 붙으면 활동 범위는 커질 수 있다. 다만 이제 거기에 사회복지사가 아닌, 이제 정신보건전문요원이라든지, 이런 분들이 좀 붙여줘야 바로바로 대응이 가능할 것이다. (비서울종합-2)*

### ○ 지원주택 입주 조건인 병력 증명의 문제

현재 지원주택은 정신질환이나 알코올 의존이 증명된 사람만을 대상으로 한다. 그런데 대부분의 노숙인은 시설에 입소해 있지 않는 한 병력을 증명하기가 사실상 불가능하다. 그래서 대상자가 제한되는 경향이 있다. 그리고 일 년에 두 번 공모하므로, 6개월 동안 기다리는 경우도 발생한다.

*예를 들어 정신과 진료를 받고 있는 분인데, 이번 주 신청기간이라면 바로 (지원주택을) 신청할 수 있다. 이분은 약간 운이 좋은 케이스가 된다. 어떤 분들은 11월에 모집 예정인데 제가 6월부터 사례관리 시작했다. 그럼 이분은 11월까지 기다려야 된다. 그럼 11월에 신청하고서 또 이제 입주까지 또 기다려야 된다. 너무 길다. (서울종합-1)*

## 바. 종합지원센터 현장전문가의 자문 소결

거리노숙인을 주 서비스 대상으로 하는 종합지원센터의 의료지원은 알코올 의존과 정신질환이 주 대상이 되고 있다. 그러나 그 외에도 복합적 의료 니즈를 가지고 있어 종합적인 지원이 필요한 상태의 노숙인이 많다. 그럼에도 의료지원은 응급지원과 입원 연계에 치중되어 있는 상황이라는 점이 지역에 상관없이 공통적으로 드러난다.

거리 노숙인이 있으면, 정신건강 및 알코올 의존에 대한 민원이 많이 발생하고 또 외관상 쉽게 드러나는 경향도 있어 이에 대한 대응을 하려 하나, 중증 정신질환 노숙인의 경우 대화 자체가 쉽지 않아 어려움이 있

다. 또한 최근 개정된 정신건강복지법으로 인해 강제성을 띤 조치를 취하기가 어려워 지원 방안에 어려움을 겪는 경우도 있다. 그럼에도 불구하고 라포를 형성할 수 있는 전문인력이 지원된다면, 중증인 경우에도 개입할 여지가 발견되고 있다.

거리현장 의료지원은 지역에 따라 서비스 인프라 격차가 매우 큰 것으로 보고되며, 의료체계 미비로 응급 대응 및 입원 이외의 외래 진료는 사실상 어렵다. 그리고 병원에 입원한 이후 퇴원 시 지원에 어려움을 겪는 지역이 많아 회전문 현상이 우려되기도 한다.

주거지원은 거리에서 곧바로 영구적 주택 지원으로 이어지기보다는 임시주거지원 사업이 선행하여 지원되는 경우가 많다. 그 이유는 임시주거지원 사업이 지역사회 정착으로 가기 위한 예비적 단계로 활용되는 경향이 있기 때문이다. 그러나 영구적 주택인 매입임대주택은 공급 물량이 매우 부족한 상황이어서, 임시주거지원에서 주거상향이 멈추게 될 우려가 각 지역에서 보고되고 있다. 또한 임시주거지원의 주택은 최소한의 주거 환경이 갖추어져 있지 않은 경우도 있어 간병이 필요하거나 장애가 있는 사람에게 활용되기 어렵기도 하다.

한편 지역정착을 위해서는 사례관리가 필수적이라는 데에는 모든 기관의 자문위원들이 공감하고 있다. 그럼에도 사례관리 인력 부족은 공통적 과제로 제기되고 있으며, 인력 지원과 함께 전문성 강화를 위한 지원도 필요하다. 주거지원의 대안적 제도로서 지원주택이 각광을 받고 있는 점도 확인된다. 현재 매입임대주택 공급량이 줄어든 상태에서 거의 유일한 대안이기도 하다. 지원주택의 효과성은 점차 신뢰를 얻고 있지만 공급량이 제한되어 있어 확대가 필요하다는 과제가 남는다.

〈표 5-1-5〉 종합지원센터 현장전문가 자문 소결

대항목	세부항목	주요 문제
□ 거리현장지원과 의료서비스	○ 거리노숙현장 의료 서비스 특징	· 의료서비스 비중은 매우 높음 · 일상적 복합적 치료 방지
	○ 정신건강 지원의 어려움과 대응방식	· 정신질환은 위기대응 중심 · 중증 정신질환 노숙인 대처의 어려움 · 라포 형성에 필요한 인력이 부족함 · 여성 노숙인에 대한 대응의 어려움이 있음 · 자타해 위협에 처한 노숙인과 정신건강복지 법상 대응 지침 간 실천 혼란 · 전문적 대응의 필요성과 인력 부족
	○ 의료서비스 지원 체계와 문제점	· 타 기관과의 협조의 어려움 · 지역 간 서비스 인프라의 격차 · 응급-입원 이외 외래진료의 어려움 · 퇴원 후 지원에 어려움을 겪음 · 노숙인 1종 지원의 한계 · 의료 관련 전문인력 부족
□ 주거지원 사업	○ 임시주거지원사업의 활용과 한계	· 다양한 지원 형태 및 한계 · 단계적 주거지원의 장점 및 한계 · 정신장애/알코올 의존은 제외되는 경향
	○ 매입/전세임대 등 주거 지원의 활용과 한계	· 충분하지 않은 공급량 · 지원인력이 추가 필요, 양호한 주거환경 보장 이 어려운 전세임대 · 영구적 주택 입주에는 치료경력증명이 필요한 경우 있음 · 결핵환자의 복약관리와 주거지원이 제한적임
	○ 지원되는 주거 상태의 한계와 개선점	· 주거 상태가 열악할수록 정신장애/알코올 의존 사례관리가 어려움 · 최소한 화장실 개별 사용이 가능한 곳으로 지원해야 함 · 간병이 필요한 사람은 시설에 갈 수밖에 없는 현실 · 배리어프리가 아닌 곳으로의 주거지원 한계
□ 지역정착 및 사례관리	○ 사례관리의 필요성과 한계	· 사례관리는 지역사회 정착에 필수적 서비스 임 · 알코올 중독인 경우 사례관리가 되지 않으면 극단적 상황으로 이어질 우려 · 필요한 대상자에 비해 전담 인력이 지나치게 적은 한계가 지속됨 · 사례관리 인원이 적어서 지원 수를 줄이기도 함 · 사례관리자의 교육과 고용 안정성 중요

대항목	세부항목	주요 문제
	○ 지역사회 연계 현황과 한계	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 지역사회의 보편적 지원정책이 수립되지 않는 한 노숙인 정책은 한계가 있음</li> <li>· 지역사회의 정신건강 관련 지원에 한계 있음</li> <li>· 고독감을 해소할 수 있는 관계망과 프로그램도 필요</li> <li>· 지자체 차원의 지원 강화 필요</li> </ul>
□ 지원주택 등 대안적 방안	○ 공동생활가정 및 지원주택의 효과와 제언	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 일부 공동생활가정은 활용하는 방안 모색</li> <li>· 지원주택의 효과성은 입증되고 있음</li> <li>· 지원주택의 공급량 부족</li> <li>· 지원인력 강화를 통한 분산형 지원주택의 제안</li> <li>· 지원주택 입주 조건인 병력 증명의 문제</li> </ul>

자료: 연구진이 작성함.

### 3. 생활시설(자활/재활/요양시설) 분석

#### 가. 생활시설 조사개요

이번 연구에서 자문회의에 참여한 전문가 중 근무지가 생활시설인 곳은 총 8개소이며 서울이 5개소, 비서울이 3개소이다. 2021년 12월 말 기준, 전국에 재활시설 34개소, 요양시설 21개소, 자활시설 51개소 등 총 106개소의 생활시설이 있음을 고려하면 양적으로 충분하지 못할 수 있다. 그러나 생활시설 중 주거지원을 적극적으로 실시하고 있는 시설은 많지 않아 가능하면 주거지원 경험이 있는 시설을 중심으로 자문받고자 하였다. 또한 최근 주거우선접근 관점에서 시행 중인 서울시의 주거지원 운영기관 역시도 이에 포함하여 자문을 진행하였다. 특히 이 운영기관은 생활시설에 기반을 두고 있기 때문에 생활시설 관련 주거지원 내용에 대한 심층적 자문이 가능하다고 판단하였다.

〈표 5-1-6〉 생활시설 현장전문가 자문위원 개요

No.	지역	유형	자문위원	약칭	비고
3	서울	자활	센터장 (1인)	서울자활-1	여성시설
4	서울	재활	사무국장 (1인)	서울재활-1	
5	서울	재활	사무국장, 간호사, 사회복지사 (3인)	서울재활-2	경기 소재
5	서울	요양	소장 (1인)	서울요양-1	
7	서울	주거	팀장 (1인)	서울주거-1	
17	비서울	자활	거리현장 상담원 (1인)	비서울자활-2	(서면)
18	비서울	자활	사무국장 (1인)	비서울자활-1	개원 2년차 (서면)
19	비서울	재활	탈시설팀장, 주임 (2인)	대구재활-1	

기본적 서비스 실시 현황에 대해 ① 생활시설 입소과정과 의료서비스 ② 주거지원사업 ③ 지역정착 및 사례관리 ④ 지원주택의 경험과 보완점으로 구분하여 질문하였다.

## 나. 생활시설 지원과 의료서비스

### 1) 생활시설 입소 과정과 의료서비스

#### ○ 생활시설 입소 창구가 되고 있는 아웃리치

생활시설도 시설에 따라서 아웃리치를 직접 하기도 한다. 서울의 경우 지역별로 권역을 나누어서 함께 진행하고 당사자가 함께 나서기도 한다. 또한 전문과적 서비스가 필요하면 전문가가 동행한다. 한편 다른 생활시설에서 진행되는 아웃리치는 종합지원센터 고유의 업무로 인식하되, 시설 입소를 희망하는 사람을 만나는 기회로 활용하고 있기도 했다. 그간

정기적 활동을 통해 노숙인 사이에 인지도가 높아져 자진 입소 희망자가 거리상담 시 오기도 하는 것이다.

*여기에 아웃리치만 전문으로 하는 직원이 한 분 있고, 일주일에 최소 3, 4회 이상은 나가서 ... 자원봉사로 참여하시는 분들이 가끔 계신다. ... 정신보건센터에 저희가 정말 긴급하게 정신과적인 서비스를 받아야 할 분이 있다고 판단이 되면, 자치구 담당 공무원과 정신건강센터, 이렇게 네 명이 한 조가 돼서 나간다. (서울재활-1)*

*아웃리치 업무는 사실 종합지원센터에서 하는 역할일 것 같다. 하지만 저희는 굉장히 오래전부터 아웃리치를 시작을 하게 됐고 ... 상담 요청이 있을 경우는 상담을 해서 도움 드리고, 시설 연계해 드리고, 중독 회복 문제나 이제 그런 부분들에 대해 해결 욕구가 있으신 분들은 그 자리에서, 이제, 설명해 드리고, 우리 시설로 모셔오기도 하고. (서울재활-2)*

### ○ 시설에 따라 정신질환 정도 등 입소제한이 존재함

시설에 따라서 입소를 제한하기도 한다. 서울 재활시설 중 일부의 경우에는 특별히 기준을 두고 있지는 않으며, 지적장애나 정신질환, 알코올 중독에 문제가 있다는 확인만 필요하다. 또 다른 서울 재활시설 중, 일부 시설은 알코올 등 중독문제가 있지만 재활이 가능할 것 같은 사람만 입소 시키기도 한다. 이때 시설 생활이 적합한지, 시설과 당사자 모두 판단하기 위해 일정 기간 시설 체험 기간을 두기도 한다. 시설마다 입소 자격 스크리닝이 작동하고 있고, 논쟁이 될 수 있다.

*정신질환과 알코올 문제가 있다고 확인이 되면 저희가 다 입소하시는 데는 크게 제한을 두고 있지 않다. (서울재활-1)*

*우리가 시작 자체가 좀 다른 시설하고 달라서, 입소 면접을 할 때 취업이 가능하다고 판단되는 분(만 받는다). ... 거리 상담을 통해서 이제 막 들어오셨을 때는 판단하기가 어렵다. ... 그래서 일주일 동안을 생활해보시는 것이다. (서울재활-2)*

○ 알코올과 정신 문제 상담 욕구가 있는 노숙인이 많음

생각보다 알코올 문제나 정신질환 문제 해결에 스스로 상담을 필요로 하는 사람들이 많다. 그리고 스스로 문제 해결을 위해 입소하는 경우도 적지 않은데 서비스 기관이 많지 않기 때문에 일부 전문 시설에 몰리는 경향이 있다.

*자진 입소가 많은 이유는 알코올과 정신과 문제를 직접적으로 상담해 주고, 같이 이렇게 프로그램을 하는 데가 여기 밖에 없다는 인식이 있다 보니까. (서울재활-1)*

○ 중독이나 정신 문제뿐만 아니라 중복 질환이 많음

중독이나 정신질환으로 입소하였으나, 그 외의 질환을 중복으로 가진 경우가 상당히 많아 이에 대한 종합적 의료지원이 필요하다.

*치아 문제도 있는데, ... 알코올 중독이 심각해지면 당뇨가 오고 그러면 이제 치아가 빠지는 경우가 있다. (서울재활-2)*

## 2) 생활시설 내 회복지원 현황 및 문제점

○ 시설 보호 시 의료 자부담의 문제도 발생함

시설에 입소하고 수급자가 되었더라도, 일부 의료비는 자부담해야 하는 문제가 발생하여 시설에서 대응이 필요하기도 하다.

*여기에서는 정밀 검사가 필요한 경우가 있다. CT나 MRI나. 그게 이제 의료급여 1종이라고, 그래도 본인 부담이 있다. (서울재활-2)*

○ 시설에서 입원했다가 다시 돌아오는 문제점

시설에서 병원 입원을 거쳐 다시 시설로 돌아오는 경우도 있다. 이때 가능하면 종합지원센터를 통해 한 차례 검토를 거쳐서 오게 한다. 돌아오

면 정기적 치료를 받도록 한다.

*저희가 입원시킨 분들은 좀 모셔왔으면 좋겠다 ... 저희가 입원시키신 분이고 그 다음에, 이제 일반적으로 병원 의뢰가 오면, 이제 종합지원센터를 조금 거쳐서 오시도록 안내를 한다. (서울재활-1)*

### ○ 시설에서 정신과적 원인으로 입원의 어려움

시설에서도 거리에서와 마찬가지로 증상이 심해질 경우 입원하도록 요청해야 하는데 설득과정이 필요하다. 서로 대화하기도 어렵고 보호자도 있지 않기 때문에 인권을 보장하면서 적절한 의료를 받을 수 있는 방법을 고민하는 것은 매우 어려운 상황이다.

*정신과 문제에서 증상이 심해진다는 건 대화가 안 되고, 일상적인 서로에 대한 의사표현이 어려워지는 상황인데, 이런 경우에는 자의 입원을 요청해도 본인이 거부를 하시다 보니까. 그냥 있으면 안전 문제라든지 다른 사람과 갈등 때문에...저희는 계속 설득을 하는 방법밖에 없다.(서울재활-1)*

*인권 문제가 가장 중요했던 문제였고, 또 노숙인들에게 인권은 더더욱 중요한 부분이고, 맞다. 그런데 그렇게 다른 데로 보낼 곳이 없을 때를 많이 경험하다 보니까 ... 입원 문제가 다른 데 간다고 해서 표족한 수가 생기는 것도 아니고. (서울재활-1)*

### ○ 시설 내 다양한 회복지원

시설 내 회복지원은 시설마다 다양하다. 서울의 재활시설은 단주 프로그램 이외에 개별 회복지원을 중점 시행하고 있다. 또한 대부분 일자리 사업에 참여한다.

*단주 프로그램이라든지 이런 것들은 일상적으로 진행이 되고 ... 내부의 일자리와 외부 일자리 있는데 사실 한 60% 정도는 또 그렇게 일자리에 참여하고 계신다. (서울재활-1)*

○ 시설 내 전문인력 배치가 부족함

노숙인 시설에서 정신보건 관련 인원은 형식적으로 배치 기준에 포함 되어 있으나, 그 수가 불충분할 뿐만 아니라, 노숙인 시설은 정신건강복지법상의 시설이 아니어서 경력 인정에 문제가 생긴다. 급여 차이도 문제이다. 따라서 전문인력 충원은 어려운 상황이다.

*보건복지부에서 정신보건전문요원을 배치해라 해서 이제 TO를 넣어줬다. 그런데 정신보건요원들이 노숙인 시설에 지원을 안 한다. 일단 첫 번째 급여 차이가 발생하고, 노숙인 시설은 사회복지사업법에 의한 거니까, 정신보건법이 아니라. 그러니까 이게 경력 인정에 문제가 생긴다. (서울재활-2)*

○ 보건의료 전문인력, 특히 정신건강전문요원이 필요함

다양한 서비스와 진단 등을 위해 전문인력이 필요하며, 비용과 효과성 측면에서 간호사나 정신건강전문요원이 필요하다.

*정신건강전문요원 있으면 좋겠다. 확실히 우리보다 훨씬 더 전문적으로 뭔가 진행할 수 있고 ... 촉탁의 제도는 효용성 측면에서 봤을 때는 촉탁의 급여가 나가는 데에 비해, 한 20명 정도가 이제 진료를 받으시는데 그렇게 효용성이 높지 않다. (서울재활-2)*

3) 생활시설과 병원 및 타 시설 연계의 현황과 문제점

○ 시설-거리-병원 회전문 현황

간혹 시설에서 약물 관리를 잘하다가 퇴소하셨다가, 다시 거리에서 발견되어 시설에 입소하는 경우가 있다. 이는 약물관리를 혼자 하다가 중도에 포기한 경우로, 회복은 더 더디게 진행될 수밖에 없어 이와 같은 회전문 현상의 예방이 필요하다.

*저희가 약물관리랑 잘 계시다가 나갔다 들어왔다, 나갔다 들어왔다를 반복하시*

*다 보면 ... 약물 관리를 혼자 하시다 보면 잘 안 하시니까, 이제 증상이 나빠져서... (서울재활-1)*

○ 지역 내 병원과의 연계의 어려움

지리적 입지와 지역의 병원 제도의 한계로 연계가 어려울 때가 있다. 예를 들어 여러 사정상 관할은 서울시이지만 입지는 경기도에 위치한 경우에, 중증인 경우에는 의료비 문제가 발생하여 서울까지 당사자를 데리고 가야 치료를 무료로 받을 수 있다.

*병증이 너무 심해서 우리가 도저히 할 수 없는 상황이면 병원으로 가야야 되는 상황인데, 서울의 0000 가셔야 돼서. 미리 직원이 연락을 한다. ... 병원 입원을 좀 의뢰해달라. (서울재활-2)*

○ 생활시설에서 요양이 필요한 경우에는 타 시설(병원) 전원

시설에서 요양이 필요한 경우에는 대부분 요양병원으로 가는 경우가 많다. 특히 고령화되어서 노인은 그렇다. 그리고 요양병원에서 돌아오기 보다 그곳에서 사망하는 경우도 많다. 노숙인 시설은 인적 지원이 열악하기 때문에 돌봄이 필요한 경우 타 시설 전원이 많이 이루어지는 것이다.

*노숙인 시설보다는 노인요양시설이 훨씬 낫다. ... 숫자가 적고 하기 때문에. 시설에서 케어할 정도의 감당이 안 된다 하면 이제 요양병원으로 갈 수 있는 상황인데 ...그 이후는 요양병원에 가서 사망하는 경우가 대부분이다. (비서울재활-1)*

*누워 계시거나 일반 식사를 하기 좀 힘드시거나 그러면 연결되는 데도 있고, 또 이제 전화로 알아보기도 하고 종합지원센터에 도움받기도 하고 해서 요양병원, 시설과 병원이 같이 있는 데로 연계해 드린다. (서울재활-1)*

○ 시설 간 연계가 쉽지 않아 욕구에 맞는 전원은 사실상 어려움

시설 입소자 중 고령화가 진행되어 거동이 어렵거나 장애가 있는 경우, 타 시설로 전원이 필요하다고 판단되더라도 전원하기가 쉽지 않다. 특히

보호자가 없으면 연계도 어렵고, 사망 시 사후처리도 어렵다.

*일반적으로 노인 쪽은 노인, 일반적으로 노인 시설이라든지 일반적인 장애인 시설은 노숙인 쪽에서 가기가 좀 어려운 게, 이런 데는 다 보호자가 있기를 원하는 데가 굉장히 많다. (서울재활-1)*

○ 기존 시설의 지역사회 연계를 외면하는 운영 방식 비판도 있음

시설이기 때문에 지역사회와의 연계보다도 시설 안에서의 운영에 집중할 수밖에 없는 구조라는 비판도 있다.

*쉼터 자체로 낙인감도 있고, 지역사회 안에서 연계할 수 있는 부분들도 없고, 보조금을 다 받으면서 운영이 되기 때문에, 그 안에서만 운영을 잘하면 되기 때문에 뭔가 더 선도적으로 하려고 하지는 않는 것 같다. (서울재활-2)*

*어떤 프로그램들을 하고는 있다. 근데 이분들이 철저하게 외면받고 있는 건, 결국은 이분들이 지역사회에서 살아야 되는데, 여기에 도움을 주는 프로그램들이 없는 것이다. (서울재활-2)*

## 다. 주거지원사업

### 1) 주거지원 준비과정

○ 장애인 및 정신질환 대상 주거지원이 쉽지 않은 현실

생활시설은 입소자 대부분이 장애인이나 정신질환이 있는 사람들이 많다. 따라서 주거 제공만으로는 주거지원이 쉽지 않다.

*실태조사에서 봤다시피 70% 정도가 등록된 장애인이다. 이제 뭔가 대안이 필요하다. (비서울재활-1)*

○ 정보제공의 중요성

시설에서 오래 거주하더라도 정기적으로 정보를 제공하기 위해 설명회

를 개최하는 시설도 있다. 또한 자립 관련 욕구조사를 통하여 본인의 탈 시설 욕구를 계속 파악하려 한다. 이러한 정보제공은 노숙인 생활시설의 탈시설화를 촉진할 수 있는 기본 프로그램이다.

*저희가 자립 정보와 관련해서도 정기적으로 설명회를 드리고, 10월이나 11월에는 자립 관련 욕구조사를 한다. 자립에 관심 있는 분들을 대상으로 정보 제공한 다음에 비장애인 같은 경우에는 체험홈을 통해서 자립 지원하는 방향을 설계를 하고, 그다음에 만약에 장애인이지거나 조금 더 뭔가 그런 준비가 필요한 분에게는 자립 동기화 프로그램부터 해서 이제 그분의 케이스에 따라서 저희가 지원을 해드리고, 이 모든 과정에 있어서 사례관리는 기본으로 하고. (비서울재활-1)*

#### ○ 자립을 위한 계획과 준비 지원은 필수적임

상태가 호전됨에 따라 자립을 위한 계획과 준비 프로그램이 진행된다. 자활 계획서에는 저축 정도와 지역사회에 나갔을 때의 예상되는 어려움과 대처 방안 등을 기록하면서 지원하고 있다.

*좀 회복이 되신 분들에게는 자활 계획서도 쓰면서 ... 저축을 잘하고 있는지 지역사회에 나가서 내가 혼자 어디를 다닐 수 있을 것인지, 주택에서 혼자 살 때 어려움은 없을 것인지 이런 내용들로 주로 구성돼 있고. ... 주택의 준비를, 계속 같이 사례관리자들이 돕고 있다. (서울재활-1)*

#### ○ 주거지원에 대한 당사자의 만족도는 높음

오랫동안 시설 생활을 한 이후 자립생활을 할 수 있을지에 대한 의문점이 있을 수 있으나 실제 당사자들 중에는 대단히 만족하면서 생활하는 사례를 어렵지 않게 볼 수 있다. 반대로 다시 희망해서 시설로 돌아오는 경우는 많지 않다.

*한 분이 70세 넘는 정신장애인이었는데, 이분은 사실 본인도 자립생활에 대해서 긴가민가했다. 그래서 우선은 한 달 단기 체험을 해보자 했는데, 이분이 나가자마자 이를 만에 자립 지원해달라고 딱 하더라. 자기 공간이 생기고 사생활이 많*

*이 보호가 되고 ... 아무래도 시스템적으로 여기(시설)는 한계가 있다. 자기 주도적인 라이프 스타일을 사시게 되면서 당연히 자립에 대한 어떤 확신도 더 갖고 계시게 된다. 이렇게 해서 나가신 분들 중에 다시 시설로 돌아오려는 분은 사실 아무도 없다. (비서울재활-1)*

### ○ 노숙인 시설이 주거지원에 적극적이지 않은 경향도 있음

노숙인 시설은 입소 정원에 따라 지원이 되기 때문에 주거지원을 촉진할 유인이 마련되어 있지 않아 소극적이 되기 쉽다.

*노숙인 영역 쪽에서는 그런 구체적인 탈시설에 대한 구체적인 계획이 없다. ... 계속 탈시설시키면 시설에 입소 정원도 채워야 되는 또 그런 압박이 있다. (서울주거-1)*

## 2) 주거지원 시 연계 서비스 현황 및 한계

○ 장애인이지만 시설 노숙인에게 지급되지 않는 장애인 탈시설 자립금  
장애인 탈시설하면 그에게 자립지원금을 주는 지자체가 많다. 그러나 장애인일지라도 노숙인 시설에서 자립을 하는 경우 자립지원금을 주는 지자체는 많지 않다. 일부 지자체는 자립지원금을 동일하게 지원한다.

*지금 장애인 같은 경우는 자립자금 천만 원을 준다. 이는 드문 케이스다. (비서울재활-1)*

### ○ 체험홈 제공 시 지역사회 서비스 연계를 통해 효과성을 높임

오랜 기간 동안 시설에서 생활한 사람들에게는 체험홈을 제공하기도 하고, 주거를 직접 지원하기도 한다. 체험홈의 경우 일상생활을 시설과 다르게 구성함으로써 지역사회 생활을 익힐 수 있도록 하는 목적이 있다. 또한 의식주의 기본 지원이나 장보기 지원, 여가와 사회적응훈련도 함께 지원한다. 직접 주거지원을 한 경우 가능한 한 다양한 지역자원 연계를

위해 노력한다.

*기본적으로 일상생활을 돌아갈 수 있게 세팅을 해드린다. 그래서 사전에 먼저 어떤 욕구가 있는지 여쭙보고, 직업재활에 대한 욕구나 낮에 갈 곳을 찾으시면 지역에 있는 정신장애인 이용시설이 있어서 활용하도록 한다. (비서울재활-1)*

*완벽하지는 않지만 지역의 정신건강복지센터에도 상담 연결해가지고 또 체크할 수 있게 하고, ... 어르신이면 또 노인복지관도 연결해 드리고, 최대한 자원을 많이 연결하고 ... (비서울재활-1)*

더 효과적이기 위해서는 지역사회 연계가 필요하다. 각 장애 유형이나 상황에 맞도록 지역사회의 기관들을 활용하여 계획을 수립하여 실행한다.

*활동 지원사들은 24시간 붙어 있지 못하는 상황이기 때문에 짐은 잘 수 있는 공간으로 하고, 지역사회 자원을 이용할 수 있도록 네트워크를 구축하는 것이 중요하다. ... 등록 정신장애인 같은 경우는 재활이용시설의 프로그램에 참여하고... 비장애인 같은 경우에는 대부분은 일을 하시고 싶어 하니까, 또 지역 자활 사업을 신청을 해서 자활센터에 이제 출퇴근하는 것이다. (비서울재활-1)*

### ○ 장애인도 거주할 수 있는 배리어프리 주택의 부족

공공이 지원하는 주택 중 신체 장애인이나 고령자 등도 거주할 수 있는 배리어프리 주택이 매우 제한적이다. 특히 엘리베이터가 없는 주택은 접근 자체가 불가능하다.

*LH에서 매입임대 주택을 받다 보니 엘리베이터가 없는 빌라도 있다. 근데 신체 장애가 있으신 분들은 우선 진입이 안 된다. (비서울재활-1)*

*지원 대상자에 맞는, 그런 디자인, 유니버설 디자인이 필요하다. 신체적으로 건강하신 분들도 있지만 그렇지 않은 분들이 있다. 알콜릭은 낙상사고 위험이 있다. (서울주거-1)*

○ 기존 생활에 익숙한 마을로 주거지원이 어려움

기왕이면 기존 생활하던 공간과 가까운 곳으로 주거지원을 하려 하나 공급량이 제한되어 있는 상황에서 실제 지원이 가능하지 않다.

*가까운 지하철 역세권에 지역사회 인프라도 잘 구축되어 있고. 예를 들어서 지금 저희 식구들은 아무래도 여기에 오래 세셨으니까 이 동네에 익숙하다. 그러니까 여기에 가까운 정신병원도 가고 제가 다니던 시장도 가고, 이르기 위해서는 사실 여기에서부터 시작하고 싶어 하는데, 여기에는 주택공급이 많지가 않다. (비서울재활-1)*

○ 퇴소 시 수급자가 아니면 의료지원이 어려워 대책이 필요함

퇴소를 하면 수급자격이 곧바로 상실되므로, 직장생활을 유지하면서 집을 얻어서 퇴소하는 경우에는 자부담 비용으로 치료나 투약 유지에 부담이 되기도 한다.

*직장생활을 유지하고 있으면서 집을 얻어서 나가시면 직장의료보험으로 편입이 된다. 알코올도 그렇고, 만성 질환, 당뇨나 혈압 약을 계속 먹어야 되는데 당장 다음 달부터는 비용이 발생한다. ... 이제 투약에 있어서 지속성이 떨어지게 되고, ... 알코올 같은 경우에는 약을 드시면서 음주 욕구를 조절할 수 있는데, 그걸 만약에 안 가게 되면 다시 음주를 회귀할 수 있는 확률이 높아지게 된다. (비서울재활-2)*

○ 지역사회의 지원 부족으로 다시 시설로 돌아온 사례

단기체침이나 주거지원을 통해 지역사회로 나갔다가 다시 돌아온 사례들이 있다. 경도 치매 진단이 나와서 지역사회 지원만으로는 생활이 어렵다고 판단되어 다시 시설로 오게 된 사례이다. 시설에서는 워낙 많은 사람이 한꺼번에 생활하기 때문에 문제를 발견하기 어려웠는데, 주거지원 과정에서 파악되었다. 치매에 대한 지역사회 지원이 부족하므로 불가피한 조치였으며, 이는 생활시설 서비스의 한계도 동시에 보여준다.

이분이 이제 연세가 이제 있기도, 64세로 연세도 좀 있고, 정신과 약을 오랫동안 안 드시니 건망증이 심하다. 이 정도로만 파악이 됐다. ... 장기 체험이니까 활동 지원사를 붙여드리는데, 문제가, 좀 촘촘하게 이제 관찰이 되니까 발견됐고. 그래서 검사를 했더니 이제 치매가 진단이 나온 것이다. ... 정신질환을 갖고 있는데서 치매 증상을 구분하기가 상당히 힘들다. 생활시설들이 놓치는 부분이 있는데, 이제 1 대 1 서비스가 계속되면 촘촘하게 이제 이런 것들이 관찰이 되는 것 이기도 하다. (비서울재활-1)

### ○ 중간주택의 효용성도 고려할 필요가 있음

지역사회 정착 이전에 장기간 시설 생활자에 대한 부담을 줄이는 기간으로 중간주택을 운영하고 있으며, 이것이 당사자에게 효과가 있는 것으로 나타났다.

법인 명의로 주택을 구입해서 여기서 6개월 치료하고 직장을 이제 한 1년 정도 안정적으로 다니시면 사회 복귀를 하셔야 되는데. 시설에서 계속 생활하다가 즉시 사회로 들어가면 좀 충격이 있을 것 같아서, 여기서 일정 기간 지내시고 나면, 자립하시기 전에 그 집에 가서 생활하시면서 직접 식사를 조리하고. ... 자립할 때까지 저희가 할 수 있는 최소한의 것들을 이제 갖추었다. (서울재활-2)

## 라. 사례관리 및 지역정착

### 1) 사례관리의 필요성과 한계

#### ○ 주거지원 이후 당사자에 대한 지원 책임의 불분명성

주거지원 이후 지역사회에 정착한 당사자가 필요로 하는 서비스는, 당분간은 원래의 노숙인 시설에서 담당한다. 그런데 그 기간이 언제까지일지, 그리고 어떤 서비스까지인지가 불명확하다. 심지어 다른 지역복지기관은 당사자에게 연락하기보다 노숙인 시설에 연락하여 상담하는 경우가 많아, 지역사회 정착 시 역할을 어떻게 해야 할지는 쟁점 사항으로 남는다.

자립한 사람들은 지역복지기관에 도움을 요청할 수 있는데, 여기가 자기의 친정이지 않나. 그러니까 우리에게 얘기를 한다. 뭘 해도 우리에게 얘기를 해서, 이제 동사무소나 복지관에 얘기하고 싶은 것이지, 본인이 직접 찾아가지 않는다. 그곳에서 찾아오거나 전화와도 우리에게 얘기를 한다. ... 우리 팀이 지역사회복지관 기능은 거의 다 한다고 보시면 된다. (비서울재활-1)

### ○ 퇴소 후 일상적 연락과 안부 확인의 중요성

시설이 항상적으로 자립생활을 보내는 분들에게 서비스를 제공할 수는 없으나, 가끔 안부 확인을 하거나 중요한 일이 있을 때 지원을 하는 경우도 있다. 이러한 정서적 유대감 구축과 안부 확인도 시설이 탈시설 지원에서의 중요한 역할일 수 있다.

그분들이 지금 10년이 넘은 분들인데 어떤 일이 있거나, 아직도 연락이 오기도 한다. 본인은 1년에 한두 번이지만 그런 사람이 수십 명이니까 ... 어쩔 수 없이 저희가 사후 관리를 해드려야 되는 분들이 계시다면 이왕이면 잘 알고 있는 저희들이 지원을 해드리는 게 가장 좋지 않을까. (비서울재활-1)

### ○ 사고의 위험과 책임소재

주거지원 이후 사례관리 과정에서 사고가 발생할 수도 있다. 그러한 위험에 대한 대처 관점은, 누구나 실패의 경험이 있을 수 있으며, 그 모든 것은 누구의 일방적 책임도 아니라는 점이다.

내가 봤을 때는 어쩔 수 없는 거예요. 그건. 그거는 그것까지 모든 걸 우리가 책임질 수 없는 거고. 기회를 주는 거고, 혼자 어떤 자유로운 삶을 살아보고 이런 것들의 경험이 실패하는 경우도 있다. (비서울재활-1)

### ○ 약물이나 알코올 중독은 재발을 늘 염두에 두어야 함

다시 재기할 수 있는 연속적 지원이 보장될 필요가 있으며, 지역사회에서 준비해야 당사자도 안심하며 생활할 수 있다

중독에 있어서의 가장 기본적인 전제가, 언제든 재발할 수 있다, 어쩌면 재발이 필수 요소일 수 있다, 라는 것들을 전제로 한다. ... 음주 재발이 됐다, 라고 얘기를 해도 다시 괜찮다, 다시 모임에 나와라, 그래서 다시 단주를 시작하시면 되시고, 좀 심하게 재발이 되어서 병원 입원 치료가 필요하신 분들은 방문을 해서 라든지 차량을 이용해서 병원에 입원시키도록 도움을 주기도 하고. (서울재활-2)

### ○ 사례관리의 범위와 시설의 역할의 애매함

시설이 어디까지 해야 하는지, 지원주택의 주거 코디네이터가 어디까지 해야 하는지 등 지원주택 운영과 관리, 당사자 지원을 둘러싼 역할 구분이 확실치 않아 주체 간 혼란이 생기기도 한다.

사례 관리자들도 이제 헛갈리기 시작했다. 이것을 우리가 어디까지 어떻게 해결 수 있는 거냐. 입주하신 분들은 해달라고 요구하시는 분들이 조금 있으신 것이다. 나한테 이런 거 안 해주냐, 왜 니네가, 뭐 이제, 사례 관리자들이 있는 거냐. 이제 이런 갈등들이 초기보다는 좀 줄어들고 있는데, 아직까지는 한동안 존재할 것 같은... (비서울재활-1)

## 2) 지역사회 연계 현황과 한계

### ○ 지역기관과의 연계가 쉽지 않음

지역기관과의 연계가 쉽지는 않으나 대상자의 특성에 따라 연계를 위해 노력하고 있다.

주민센터라든지 이제 지역 정신보건센터, 그다음에 이제 뭐 알코올 상담센터, 그다음에, 이제, 그 뭐, 최근에 이제 치매 있으신 분이 한 분 있으셔서, (관련된) 이렇게 네트워크를 형성을 많이 했다. (서울재활-1)

### ○ 정신보건 시설도 노숙인 시설에서 연계하지만 원활하지 않음

지역의 정신보건센터는 노숙인을 배제하거나 주요 문제인 알코올 관련 사업을 축소하는 등 연계는 하지만 효과적으로 서비스가 제공되고 있지

는 않다. 정신보건센터나 증독통합지원센터의 인력도 충분하지 않은 상황이어서 지원을 받기가 쉽지 않다.

*광역정신보건센터 이렇게 연결하더라도 행정적으로만 하고 ... 실질적으로 이 사람에 대한 상황이 벌어졌을 때는 우리가 원하는 만큼의 지원이 안 되더라. (비서울재활-1)*

*정신보건센터는 이용하시는 분은 지금 한 분도 없다. 그리고 정신보건센터는 알코올 사업을 다 축소하고 있다. ... 통합센터가 있는데 거기도 아마 한 센터당 종사자가 4명 정도 되려나? 광역인데도. (서울주거-1)*

○ 알코올 의존증이 있는 사람이 이용 가능한 지역자원이 너무 적음

알코올 의존은 도덕적 비난도 동반되기 때문인지 치료나 지원을 받을 수 있는 자원이 턱없이 부족한 상황이어서 노숙인뿐만 아니라 지역에서 방치되는 경우도 적지 않다.

*(알코올 의존은) 가족들이 케어 못하면 그냥 방치되어 있는 수준이다. 그나마 정신질환자들은 어쨌든 이용할 수 있는 시설, 이런 것들이 좀 많이 인프라가 되어 있는 편이라고도 할 수 있다. (서울주거-1)*

○ 지역에서 장애인 일자리 지원의 수준 향상과 노숙인 참여 확대

노숙인 시설 내 공동작업장은 수입이 지나치게 작으며 작업 방식도 예전 그대로를 답습하고 있다. 또한 지역정착을 위해서는 직업재활이 필요한데, 지역 장애인 단체와의 연계를 통해 지속하고 있다.

*노숙인 재활시설에 공동작업장은 ... 제가 봤을 때는 별로 의미가 없다. 별 수 있는 돈은 20만 원, 30만 원이고, 방식도 옛날 방식이고. 그래서 이것은 정책적으로 없애야 되는 거고, 우리들은 한국장애인개발원 oo지사하고 장애인 직업재활에 대한 사업을 연계하여 계속하고 있다. (비서울재활-1)*

○ 사전에 의료기관과의 연계 등을 갖출 필요가 있음

시설에서 나오기 전에 살 곳이 정해지면 사전에 의료기관이나 서비스 기관과의 연계가 미리 진행되는 것이 바람직하다. 퇴소를 한 이후에 사례 관리 기관에서 하는 것도 괜찮으나, 사전에 시설에 있을 때부터도 병원 기록 등을 고려하여 병원 연계 등을 하는 것도 좋다.

*일부러 미리 000에 있을 때부터 자립할 쪽 병원으로 미리 세팅을 해놓는 것이다. 그러면 나중에 이분이 자립을 하셨어도 ... 기존에 이런 관계가 있으니까 어떤 업무 협조, 이런 것들도 활용할 수가 있다. (비서울재활-1)*

○ 음주 조절이 가능한 환경 조성이 필요함

주거가 없는 거리나 시설에서 자포자기하는 상태가 되기 쉬우니, 음주 조절이 될 수 있는 주거의 제공이 반드시 필요하다.

*술을 억제하는 그런 성분의 약들을 대부분 다 처방이 돼서 받고는 계시지만 그 약을 계속 복용한다고 해서 이게 단주가 되거나 그렇지 않는다는 ... 음주 환경이 아닌 곳에서 이분들이 사시는 게 더 효과적이지 병원을 다니거나 치료를 받는다거나 이런 부분들은 (한계가 있다). (서울주거-1)*

○ 자조모임도 지역사회 정착 유지에 효과가 있으나, 최근 코로나19로 중지된 경우도 있음

탈시설로 인한 어려움을 공유하고 관계를 유지하는 자조모임도 지역사회 정착에 도움이 될 수 있다. 먼저 정착 중인 사람이 먼저 체험한 것을 이야기해 주는 기회가 되기도 한다. 지역사회에서 도움을 주던 지원 프로그램이 축소되거나 폐지되어 서비스 공백 기간이 이어지고 있다.

*저희 기관의 행사가 있을 때 같이 참여하기도 하고. 예를 들면 자립자의 만남이라는 프로그램이 있다. 자립하신 분들이 그분들의 고유한 경험들을 자립 이전의 단계에 계신 분들에게 공유하는 그런 시간을 ... 나 지금 이런 프로그램 때문에 너무 힘든데 그때는 어떻게 하셨습니까. 그러면 자립자가 자기 경험들 얘기하*

고. (서울재활-2)

회복자 중에 후견인 또는 조력자 역할로 면담을 진행했었는데 코로나19 이후로 사업이 없어지던가 아니면 축소되던가 그런 상황. (서울주거-1)

## 마. 지원주택 지원 경험과 보완점

### 1) 지원주택의 높은 효과성

○ 지원주택의 주거유지율은 90% 이상으로 높은 성과를 올리고 있음  
중도 탈락자는 사망 등의 이유이며 주거유지율은 대단히 높다. 그리고  
음주 문제가 있다 하더라도 중도에 퇴거하는 경우는 없다.

저희도 예산 받아서 연구도 했는데 만족도도 높고 주거유지율이 90% 이상이고,  
나머지는 사망하거나 하는 이유이다. (서울재활-1)

○ 장소에 대한 애착심으로 단주와 절주가 진행될 수 있음  
거리노숙이나 쉼터 생활에 생기기 어려운 공간의 안정성을 지키기 위  
해 음주가 조절되어가는 모습을 볼 수 있다.

단주를 할 수는 없지만 이렇게 조절 음주가 되는 모습들을 지켜볼 수 있다. ...  
예전처럼 그냥, 내가 포기해도 그만 다시 거리 생활하면 되지, 아니면 쉼터 생활  
하면 되지, 이러셨는데 이제, 이 집이, 공간이 주는 안정성 때문에 더 이상 먹으  
면 안 되니까 치료를 받아야 되겠구나, 이런 모습들이 조금씩 발견이 되고. (서  
울주거-1)

○ 시설에서의 지원주택 지원은 진입장벽이 낮음

현재 서울에서 지원주택은 재활시설에 입소해 있는 경우에는 입소하기  
가 비교적 어렵지 않다. 보증금 지원이 있어 진입장벽도 낮으며 정신질환  
이 있는 것을 자격조건으로 우대하기 때문이다. 그래서 희망자는 적극적

으로 추천하고 있다.

*보증금 300인데 그것까지도 다 지원하다 보니까 본인이 이제 월세만 낼 수 있으면 돼서 진입장벽이 낮아졌고 ... 여기에 이 입주 조건 자체가 이런 정신질환으로써 독립적인 일상생활을 영유하는 데 중대한 제약이 있는 사람을 오히려 모집할 정도니까. (서울재활-1)*

*모니터링을 해주니까 본인들도 안심을 하고 그런 부분들은 큰 장점이다. 경제적이고 정서적인 부분에서 그런 장점이 있다. (서울재활-1)*

## 2) 지원주택 운영의 한계 및 보완점

### ○ 재발 우려의 불식과 사회관계 구축의 필요성

알코올이나 정신과 문제가 있는 사람은 재발하지 않을까 우려하는 사람이 많다. 그리고 실제 입주한 이후 사람과의 교류가 매우 적어지는 경우도 없지는 않다. 정기적인 사례관리와 관계의 구축 필요성이 제기된다.

*알코올이나 정신과 문제를 가지신 분들이 두려움이나 걱정이 진짜 많으시다. ... 시설에서도 강제성이 있지만 재발해서 술을 드시기도 하니까. (서울재활-1)*

*이제 아무것도 없으니까, 이게 이제, 그냥 엄청 지루하고 야마 괴로운 삶이실 거예요. 근데 거기서 코로나 때문에 뭐 간간이 모여서 함께 활동하던 것도, 거기도 못하고 그러다 보니까, 그런 거에 대한 힘든, 여전히. (서울재활-1)*

### ○ 성급한 평가보다는 시간을 두고 지켜보는 과정이 필요함

노숙 생활에서 지역사회 정착을 위해서는 일정 정도 시간이 필요하며, 변화는 천천히 발생하게 된다. 그래서 선부른 평가보다도 기다려 주는 시간이 필요하다.

*다른 삶을 살고 계신 분들이 지역사회에 와서 지역 주민처럼 이렇게 살아간다는 것 자체가 일정 기간 이렇게 좀 필요한 것 같고 ... 퇴화되었던 기능들이 이제*

*조금씩 조금씩 이제 발현이 되고 있고 ... 세상적인 관점에서 보면 굉장히 더디  
다라고 볼 수 있다. (서울주거-1)*

○ 일상생활의 여백 시간을 채울 수 있는 생활 조직화가 필요

일어나서 취침까지의 시간 동안 할일 없이 보내는 경우가 많다. 경제적  
으로 풍족한 상황도 아니고 특별히 갈 곳이 없다면 방에서 술을 먹는 환  
경이 조성될 위험이 있다.

*생활의 여백이 어마어마하다. ... 낮과 밤이 바뀌신 분들도 계시고. ... 식비나 이  
런 거 다 제외하고 나면, 뭘 수중에 남는 돈이 거의 별로 없다. 그러면 알콜홀릭  
이다 보니까 이제 저렴하게 마실 수 있는 그런 수단을 선택하게 된다. 이제 슈  
퍼에서 술을 사다가 작은 골방 안에서, 이제, 드시는 게 (생활의) 전부가 된다.  
(서울주거-1)*

○ 노숙인이라는 낙인감은 지역사회 관계를 통해 해결해야 함

지원주택은 노숙 경험 있는 사람이 모여 살기 때문에 낙인이 발생할 수  
있으나 지역사회에서 관계가 형성되면서 완화되고 있다.

*한 동 (전체가) 남성만 왔다갔다하고, 때로는 위기 상황 때문에 경찰도 오고,  
119 응급 차량도 오고, 그래서 여기가 낙인감이 있기는 한데, 그래도 시설보다  
는 따가운 시선을 받지 않고 ... 이제 관계들이 다 생긴 것이다. 슈퍼 주인집  
사장님, 빨래방 사장님, 잘 가는 술집, 당구장, 이제 조금씩 다 알게 모르게 오  
픈이 되었다. (서울주거-1)*

○ 지역사회 복지기관의 서비스가 지원주택 종사자를 매개해야 하는지  
혼란스러울 때가 있음

지역사회의 서비스를 대상자가 아닌 종사자를 통해 지원하려는 경향이  
있는데 지역사회 서비스 연계를 위해서는 직접 연계하는 계기가 마련될  
필요가 있다.

○○ 복지관에서도 설, 추석인데, 지원주택 주민들이 1인 가구이기도 하고 중년 남성이고, 이제 술 드시고 있고, 위험하다고 생각되시는지 저희한테 부탁하고 가신다. 이거 좀 전달해달라. 이렇게 전달해달라 ... 이런 것들이 잘 작동되려면 지역사회 안에서, 이런 부분들에 대한 체계적인 코디가 되어야 된다. (서울주거-1)

○ 음주와 관련된 대응의 어려움

알코올 의존증이 있는 사람 중 폭력을 행사하는 경우, 문을 잠가놓아 생사 확인이 안 되는 경우, 이웃과 다툼이 생기는 경우 등 다양한 어려운 음주와 관련된 문제들이 발생하고 있다. 이 문제들은 그때마다 상황에 따라 해결해 나가는 방법밖에 없다.

술 드시고, 이제 평소에 기분 나쁜 게 있었으면, 이제 또, 막, 약간 좀, 폭력성을 행사하시는 분들이 계시는데 사례 관리자들이 대응하기 어렵다. 경찰에 신고할 수밖에 없는데, 신고해도 결국엔 이분들 뭐 처벌받기를, 뭐 저희가 원할 수도 없고. (서울재활-1)

○ 중증 알코올 중독과 치료 병행 조건화에 대한 검토 필요

알코올 중독은 조절음주가 사실상 불가능한 경우도 있기 때문에 이런 경우 어떤 지원이 필요한지 면밀한 검토가 필요하다.

음주 조절이 불가능하기 때문에 실제로 사망에 이르게 될 우려도 있다. ... 술을 며칠을 같이 먹게 된다. 그럼 (주택이) 아지트가 된다. (서울재활-2)

○ 지원주택에서의 일상적 지원과 위기상황 대처 범위의 혼란

지원주택은 정신질환이나 알코올 의존 문제가 있는 사람이 입주하기 때문에 위기 상황이 자주 발생한다. 그리고 일상적 병원 동행 같은 서비스가 항상 이루어져야 하기 때문에 어디까지 지원되어야 하는지 등의 서비스 범주를 둘러싼 문제가 발생한다.

저희가 이제 알콜릭들에 지원 서비스를 하다 보니까 서비스의 루틴이 없다. 위

기 사항이 늘 많고. 그냥 편안하게 얘기하면, 주취인 응대를 많이 한다. ... 병원 동행이나 이런 서비스들이 늘 있어서 ... 계속 술을 드시면 내과 질환과 같은 중복적인 질환들이 계속 나타나기 때문에, 정기 진료는 꼭 이렇게 맞춰서 가려고 계속 말씀드리고, 같이 동행하고. (서울주거-1)

### ○ 성년후견 제도 등 비어 있는 서비스 보완 필요

치매가 있는 경우, 지역사회 생활을 위해서 후견인이 필요하다는 의견이 있다. 그 외에도 비어 있는 서비스를 발굴하여 보충해야 한다.

공공 후견하려고 신청하고 있었는데, 이분이 또 치매 증상으로 인해서 행방불명이 된 적이 있다. 사회복지사는 후견인이 아니니까 실종 신고나 이런 것들을 해도 발견됐다는 거는 알려주지만 그 외의 사항에 대해서는 알 수가 없다. (서울주거-1)

## 3) 지원주택 인프라

### ○ 지원주택에서 정신 관련 전문가 인력의 보완

지원주택에서 자원연계뿐만 아니라 직접 정신보건 관련 상담이 필요한 인력이 보충되어야 한다는 의견이 있다.

사회복지사들은 자원연계는 잘 할 수 있는데 직접적으로 응급 개입이나 이런 것들에 대한 제약은 좀 분명히 있다. 전문적인 직군을 좀 뽑을 수 있으면 더 좋겠다. (서울재활-1)

### ○ 지원주택 종사자의 소진 문제가 있으며 운영 진단도 필요함

종사자가 다양한 위기 상황에 대응해야 하고 서비스 범위도 불명확하여 소진이 심하며, 이를 위한 운영진단이 필요하다.

저희 종사자들이 삶을 갈아 넣고 있다고 봐도 무방하다. 이 알콜릭이나 정신질환의 무기력에 압도되고 있는 상황도 발생한다. (서울주거-1)

## 바. 생활시설 현장전문가 자문소결

생활시설의 입소자들은 대부분 장애가 있거나 정신질환 등으로 지역에서 자립생활을 영위하기 위해서는 의료지원과 돌봄 서비스가 필요한 대상자가 많다. 이 때문에 지금까지는 자립지원보다도 시설보호를 유지해 왔다. 최근에는 일부 시설을 중심으로 주거지원이 이루어지고 있으나, 주거지원의 양이나 이를 준비하는 과정의 편차는 매우 커 보인다.

생활시설의 입소자는 종합지원센터에서 연계되어야 하나, 연계가 원활하지 않기 때문에 자진 입소 혹은 아웃리치를 통한 입소가 주를 이루고 있다. 이때 일부 시설은 지나치게 중증인 경우 입소를 제한하는 등 시설의 지원 범위에 맞게 입소 배제가 이루어지고 있다. 이는 지원 역량에 따른 불가피한 조치로 볼 수도 있으나, 중증의 정신장애나 질환이 있는 노숙인에 대한 대책의 사각지대가 있다는 사실을 반증하는 것이기도 하다.

생활시설 내에서 이루어지는 회복지원과 주거지원을 위한 준비 과정도 시설에 따라 그 방식이나 과정이 상이하고 다양하였다. 또한 시설의 지리적 위치 등에 따라 지역사회와 긴밀히 연계하는 시설도 있고, 그렇지 않은 시설도 있었다. 공통적인 점은 시설 내 전문인력, 특히 정신건강 등 보건의료 전문인력이 부족하여 전문적 진단과 서비스가 어렵다는 점을 들 수 있다. 이러한 지원의 부족함은 ‘거리에서 시설, 시설에서 병원, 다시 거리’로 이어지는 회전문 현상으로 나타나기도 한다. 다시 거리로 나가게 되면, 회복하기란 더욱 어려워진다. 시설 내 서비스 부족뿐만 아니라 서비스 간 연계도 쉽지 않아 서비스가 고립되어 진행되고 있다는 지적도 공통적이다.

주거지원도 시설별로 편차를 보이지만, 일단 주거지원을 받아 자립된 생활을 하는 경우에는 대체로 만족도가 높다는 평가이다. 다만 주거지원

시 지역사회에서 서비스 연계가 원활하지 않으며, 배리어프리, 지리적 입지 조건 등이 당사자에게 맞지 않은 채 지원되는 경우들이 많다. 이로 인해 다시 시설로 돌아오는 사례도 있다.

생활시설은 약물이나 알코올 중독 등의 사례 비율이 높은 시설이므로, 사례관리의 중요성을 전문가 모두 강조하고 있다. 특히 재발을 염두에 두는 지원이 필요하다고 강조했다. 역시 지역사회 자원과의 연계가 매우 어려운 상황이며, 따라서 시설의 사례관리자가 지나치게 많은 생활 영역을 담당할 수밖에 없는 상황이다.

대안적 주거지원 방안인 지원주택은 대단히 높은 성과를 나타내고 있는 것으로 보인다. 주거유지율이 높을 뿐만 아니라 입주민도 장소에 대한 애착심을 갖고 단주와 절주 등에서 생활 변화를 나타내고 있다. 다만 성급하게 상태가 호전된 것으로 단기간 평가를 하기보다는, 일상적 생활을 영위하는 것 자체를 꾸준히 살펴보는 관점이 필요하다는 지적이다. 그리고 종사자의 소진 문제가 거론되고 있으며, 전문적 인력 지원과 운영 진단, 그리고 교육 등의 역량 강화도 필요하다는 의견이 있다.

〈표 5-1-7〉 생활시설 현장전문가 자문 소결

대항목	세부항목	주요 문제
□ 생활시설 입소과정과 의료서비스	○ 생활시설 입소 현황과 의료서비스 문제	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 생활시설 입소 창구가 되고 있는 아웃리치로, 시설 간 연계가 이루어지지 못함</li> <li>· 알코올과 정신문제 상담 욕구가 있는 노숙인이 많은데 정신질환 정도 등 입소 제한이 존재함</li> <li>· 정신질환뿐만 아니라 중복 질환이 많음</li> </ul>
	○ 생활시설 내 회복지원 현황 및 문제점	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 시설보호 시 의료비 자부담도 발생</li> <li>· 입원했다가 시설로 돌아오는 문제발생</li> <li>· 시설에서 정신과적 입원 어려움</li> <li>· 회복지원은 다양하게 이루어나 그 과정과 목적의 편차가 큼</li> <li>· 시설 내 전문인력 배치가 부족함</li> <li>· 특히 보건의료 전문인력 부족함</li> </ul>

대항목	세부항목	주요 문제
	○ 생활시설과 병원 및 타 시설 연계의 현황과 문제점	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 시설-거리-병원 회전문 현상</li> <li>· 지역 내 병원과의 연계에 어려움</li> <li>· 생활시설에서 요양이 필요한 경우에는 타 시설(병원) 전원</li> <li>· 시설 간 연계가 쉽지 않아 욕구에 맞는 전원은 사실상 어려움</li> <li>· 기존 시설의 지역사회 연계를 외면하는 운영 방식에 대한 비판도 있음</li> </ul>
□ 주거지원 사업	○ 주거지원 준비과정	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 장애인 및 정신질환 대상 주거지원이 쉽지 않은 현실</li> <li>· 정보제공의 중요성</li> <li>· 자립 계획과 준비 지원 간의 편차 심함</li> <li>· 주거지원 당사자 만족도는 높음</li> <li>· 노숙인 시설이 주거지원에 적극적이지 않은 경향도 있음</li> </ul>
	○ 주거지원 시 연계 서비스 현황 및 한계	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 장애인이지만 시설노숙인에게 지급되지 않는 장애인 탈시설 자립금 문제</li> <li>· 체험휴 제공 시 지역사회 서비스 연계를 통해 효과성을 높임</li> <li>· 배리어프리 주택의 부족</li> <li>· 기존 익숙한 마을로, 주거지원이 어려움</li> <li>· 퇴소 시 의료지원이 어려워 대책이 필요함</li> <li>· 지역사회 지원 부족으로 다시 시설로 돌아온 사례 있음</li> <li>· 중간주택의 효용성도 고려 필요함</li> </ul>
□ 사례관리 및 지역정착	○ 사례관리의 필요성과 한계	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 주거지원 이후 당사자에 대한 책임의 불분명성</li> <li>· 퇴소 후 일상적 연락과 안부 확인의 중요성</li> <li>· 사고의 위험과 책임소재</li> <li>· 재발을 늘 염두에 두어야 함</li> <li>· 사례관리의 범위와 시설의 역할 애매함</li> </ul>
	○ 지역사회 연계 현황과 한계	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 지역기관과의 연계가 쉽지 않음</li> <li>· 정신보건 시설도 노숙인 시설에서 연계하지만 원 활하지 않음</li> <li>· 알코올 의존증이 있는 사람이 이용 가능한 지역 자원이 너무 적음</li> <li>· 지역에서 장애인 일자리 지원의 수준 향상과 노숙인 참여 확대</li> <li>· 음주조절이 가능한 환경 조성이 필요함</li> <li>· 자조모임도 지역사회 정착 유지에 효과</li> </ul>
□ 지원주택 지원 경험과 보완점	○ 지원주택의 효과성	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 주거유지율은 높은 성과를 올리고 있음</li> <li>· 장소에 대한 애착심으로 단주와 절주를 실행할 수 있음</li> <li>· 시설에서의 지원주택 지원은 진입장벽이 낮음</li> </ul>

대항목	세부항목	주요 문제
	○ 지원주택 운영의 한계 및 보완점	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 재발 우려의 불식과 사회관계 구축의 필요성</li> <li>· 성급한 평가보다는 시간을 두고 지켜보는 과정이 필요함</li> <li>· 일상생활에서 여백의 시간을 채울 수 있는 생활 조직화가 필요</li> <li>· 노숙인이라는 낙인감은 지역사회 관계를 통해 해결 가능</li> <li>· 지역사회 복지기관의 서비스가 지원주택 종사자를 매개해야 하는지 혼란스러울 때가 있음</li> <li>· 음주와 관련된 대응의 어려움</li> <li>· 중증 알코올 중독과 치료 병행 조건화에 대한 검토 필요</li> <li>· 성년후견 제도 등 비어 있는 서비스 보완 필요</li> <li>· 지원주택에서의 일상적 지원과 위기상황 대처 범위의 혼란</li> </ul>
	○ 지원주택 인프라	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 지원주택에서 정신 관련 전문가 인력의 보완</li> <li>· 지원주택 종사자의 소진 문제가 있으며 운영 진단도 필요함</li> </ul>

자료: 연구진이 작성함.

## 제2절 지역사회 정착 지원사업 현황조사

### 1. 조사개요

노숙인시설을 대상<sup>20)</sup>으로 지역사회 정착 관련 지원사업 실태를 파악하기 위하여 현황조사를 실시하였다.

노숙인시설 실태조사는 보건복지부가 발간하는 2022년 노숙인 등의 복지사업 안내 부록에 수록된, 2021년 12월 말 현재, 전국의 노숙인 이용·생활시설 127개소를 대상으로 하였다. 이 중 쪽방상담소는 서비스 주

20) 17개 광역자치단체 노숙인 담당 공무원을 대상으로 현황조사를 실시하였으나, 11개만이 응답하여 응답률이 낮았으며, 담당자 교체 및 내부 일정 등으로 완성도 높은 응답률이 저조하고 이에 대한 대안이 없어 본 연구에서는 분석 및 활용을 하지 못하였으며 조사 표는 부록에 수록함.

대상인 쪽방주민이 거리노숙인이나 시설노숙인과 생활 조건이 상이하고 의료지원 및 서비스 등의 성격도 다르므로 제외하였다.

조사 방법은 노숙인 등의 복지사업 안내에 수록된 기관별 대표 전화에 연락하여 사무국장 등 업무를 총괄하는 담당자의 동의를 구하고 이메일 주소를 취합하여, 이메일을 통해 URL을 발송하여 웹조사를 실시하도록 안내하였다. 조사내용은 0) 일반사항 1)~4) 대표적인 주거지원 사업에 대한 실태, 5) 기타 주거지원 프로그램, 6) 지역정착을 위한 주거지원 관련 항목별 필요 정도, 7) 지역정착을 위한 서비스 관련 항목별 필요 정도이다. 조사표는 전문가 및 실무자의 의견 수렴을 거쳐서 구성했다. 노숙인의 실태조사 개요는 아래와 같다.

〈표 5-2-1〉 지역사회 정착 지원사업 현황조사 개요 (노숙인시설)

구분	내용	
조사 대상	전국의 127개 노숙인시설(쪽방상당소 제외)	
응답자	사무국장 등 업무총괄자	
조사 방식	웹 조사: 이메일을 통한 URL 발송, 웹을 통한 응답	
조사 내용	0. 일반사항	기관명, 기관지역, 기관유형, 작성 담당자 정보
	1. 임시주거지원사업 2. 전세/매입임대주택 3. 지원주택/중간주택/전환주택 4. 긴급복지지원	1) 지원기간 2) 보증금 지원 3) 월세 지원 4) 생활용품 지원
	5. 기타 주거지원 프로그램	1) 프로그램명 2) 프로그램 개요: 대상, 주요 지원 내용, 실적, 기타사항
	6. 지역정착을 위한 주거지원 관련 항목별 필요 정도	1) 필요성 정도 2) 가장 시급한 주거지원
	7. 지역정착을 위한 서비스 관련 항목별 필요 정도	1) 필요성 정도 2) 가장 시급한 서비스
조사 기간	2022년 9월 19일~2022년 10월 14일	

자료: 연구진이 작성함.

## 2. 시설 조사

### 가. 응답 현황

아래는 응답 현황이다. 2021년 말 기준, 총 126개소 중 103개소가 응답하여 응답 비율은 81.7%를 나타낸다. 시설유형별로 살펴보면, 종합지원센터가 가장 높은 108.3%, 일시보호시설 100.0%, 그리고 자활시설 78.4%, 재활시설 79.4%, 요양시설 71.4% 순이다. 종합지원센터는 2022년에 개소한 곳이 있어 응답 비율이 100%를 넘는다.

〈표 5-2-2〉 지자체별 시설 유형별 응답 현황

(단위: 개소, %)

구분	합계	종합지원 센터	일시보호 시설	자활시설	재활시설	요양시설
서울	36	3	4	20	6	3
부산	9	3	0	2	2	2
대구	7	1	1	3	1	1
인천	3	0	0	0	1	2
광주	2	1	0	0	1	0
대전	7	1	1	4	1	0
세종	1	0	0	0	1	0
경기	12	3	0	6	2	1
강원	6	0	2	1	0	3
충북	3	0	0	1	2	0
충남	1	0	0	1	0	0
전북	4	0	0	2	2	0
전남	6	0	0	0	4	2
경북	1	0	0	0	1	0
경남	3	0	0	0	2	1
제주	2	1	0	0	1	0
응답 합계	103	13	8	40	27	15
전체 시설	126	12	8	51	34	21
응답 비율	81.7	108.3	100.0	78.4	79.4	71.4

주: 1) 전체 시설 수는 보건복지부(2022a)를 참조한 2021년 12월 말 기준임.

2) 종합지원센터 중 1개소는 2022년 중 개소하여 2021년 12월 말 기준보다 1개소 더 많이 집계되었음.

자료: 노숙인 지역사회 정착 지원사업 현황조사 (원자료)

주거지원 사업 운영 여부를 물어본 결과, 전체 기준 임시주거지원 16.5%, 매입/전세임대 42.3%, 서비스 결합 주거지원 7.2%, 긴급복지지원 24.7%로 매입/전세임대가 가장 높은 응답률을 나타내었다. 그리고 종합지원센터는 임시주거지원, 일시보호시설과 생활시설들은 매입/전세임대 주택 입주지원에 가장 높은 비율로 응답하였다.

〈표 5-2-3〉 주거지원사업 운영 여부 (거처유형별)

(단위: 개소, %)

구분	응답 수	임시주거지원	매입/전세임대 주택	서비스 결합 주거지원	긴급복지지원
종합지원센터	(13)	69.2	61.5	15.4	69.2
일시보호시설	(8)	12.5	62.5	0.0	50.0
자활시설	(36)	11.1	55.6	5.6	22.2
재활시설	(25)	4.0	28.0	12.0	8.0
요양시설	(15)	6.7	6.7	0.0	6.7
합계	(97)	16.5	42.3	7.2	24.7

자료: 노숙인 지역사회 정착 지원사업 현황조사 (원자료)

지자체별로 살펴보면, 임시주거지원은 인천 66.7%, 광주 50.0%, 경기 40.0%, 매입/전세임대는 인천 및 대전 66.7%, 대구 60.0%, 서비스 결합 주거지원은 대구 20.0%, 서울 11.4%, 긴급복지지원은 광주, 경기, 전북 50%인 것으로 나타났다. 한편, 주거지원을 실시한다고 응답한 시설이 없는 지자체는 충북, 충남, 제주였다.

〈표 5-2-4〉 주거지원사업 운영 여부 (지자체별)

(단위: 개소, %)

구분	응답 수	임시주거지원	매입/전세임대주택	서비스 결합 주거지원	긴급복지지원
서울	(35)	11.4	57.1	11.4	22.9
부산	(9)	11.1	22.2	11.1	33.3
대구	(5)	20.0	60.0	20.0	20.0
인천	(3)	66.7	66.7	0.0	33.3
광주	(2)	50.0	0.0	0.0	50.0
대전	(6)	33.3	66.7	0.0	16.7
세종	(1)	0.0	0.0	0.0	0.0
경기	(10)	40.0	50.0	0.0	50.0
강원	(6)	0.0	16.7	0.0	16.7
충북	(3)	0.0	0.0	0.0	0.0
충남	(1)	0.0	0.0	0.0	0.0
전북	(4)	25.0	25.0	0.0	50.0
전남	(6)	0.0	16.7	0.0	0.0
경북	(1)	0.0	0.0	0.0	0.0
경남	(3)	0.0	33.3	0.0	33.3
제주	(2)	0.0	0.0	0.0	0.0
전체	(97)	16.5	41.2	6.2	24.7

자료: 노숙인 지역사회 정착 지원사업 현황조사 (원자료)

## 나. 임시주거지원 사업

임시주거지원 사업을 실시한다고 응답한 시설을 대상으로 월세 지원 및 생활용품 지원 여부를 물어본 결과, 월세는 전체 62.5%, 생활용품은 87.5%가 지원한다고 응답하였다. 종합지원센터와 일시보호시설은 모두 월세 지원을 한다고 응답한 반면, 다른 시설 유형은 월세 지원을 하지 않더라도 임시주거지원을 하고 있다고 응답한 경우가 적지 않았다.

〈표 5-2-5〉 임시주거지원 사업 지원 여부 (거처유형별)

(단위: 개소, %)

구분	응답 수	월세 지원	생활용품 지원
종합지원센터	(9)	100.0	88.9
일시보호시설	(1)	100.0	100.0
자활시설	(4)	-	100.0
재활시설	(1)	-	-
요양시설	(1)	-	100.0
전체	(16)	62.5	87.5

자료: 노숙인 지역사회 정착 지원사업 현황조사 (원자료)

지자체별로 살펴보면, 인천과 전북의 시설은 생활용품 지원만 하더라도 임시주거지원 사업을 지원하는 것으로 응답하였다.

〈표 5-2-6〉 임시주거지원 사업 지원 여부 (지자체별)

(단위: 개소, %)

구분	응답 수	월세 지원	생활용품 지원
서울	(4)	75.0	100.0
부산	(1)	100.0	100.0
대구	(1)	100.0	100.0
인천	(2)	0.0	50.0
광주	(1)	100.0	100.0
대전	(2)	50.0	100.0
경기	(4)	75.0	75.0
전북	(1)	0.0	100.0
전체	(16)	62.5	87.5

자료: 노숙인 지역사회 정착 지원사업 현황조사 (원자료)

지원하는 평균 월세는 28.97만 원이며, 생활용품 평균 지원액은 23.33만 원으로 나타났다.

242 노숙인의 통합적 의료지원과 지역사회 정착을 위한 정책방안 연구

〈표 5-2-7〉 임시주거지원 사업 월세 지원 (거처유형별)

(단위: 만 원)

구분	월세 지원		생활용품 지원	
	응답 수	평균 지원액	응답 수	평균 지원액
종합지원센터	(9)	28.86	(8)	23.75
일시보호시설	(1)	30.00	(1)	10.00
자활시설	-	-	(4)	15.00
재활시설	-	-	-	-
요양시설	-	-	(1)	50.00
전체	(10)	28.97	(14)	23.33

자료: 노숙인 지역사회정착 지원사업 현황조사 (원자료)

최근 3년간 임시주거지원 사업에서 신규 지원한 평균 실적을 살펴보면, 종합지원센터는 80~100여 건을 실시하였는데 반해, 재활시설은 17~18건, 자활시설은 2~7건 정도로 시설유형별로 차이가 크다.

〈표 5-2-8〉 임시주거지원 사업 신규 지원 실적 (거처유형별)

(단위: 개소, 건)

구분	응답 수	2019년		2020년		2021년	
		합계	평균	합계	평균	합계	평균
종합지원센터	(9)	984	109.33	782	86.89	773	85.89
일시보호시설	(1)	39	39.00	40	40.00	66	66.00
자활시설	(1)	2	2.00	7	7	7	7
재활시설	(1)	0	0.00	18	18.00	17	17.00
요양시설	(1)	0	0.00	0	0.00	0	0.00
합계	(13)	1,025	78.85	847	60.50	863	61.64

자료: 노숙인 지역사회정착 지원사업 현황조사 (원자료)

지자체별로 실적도 비교적 차이가 큰데, 2021년 기준 서울 178여 건, 부산 61여 건, 경기 50여 건인데 반해, 인천이나 광주 10건에도 미치지 못하고 있다.

〈표 5-2-9〉 임시주거지원 사업 신규 지원 실적 합계 (지자체별)

(단위: 개소, 건)

구분	응답 수	2019년		2020년		2021년	
		합계	평균	합계	평균	합계	평균
서울	(3)	731	243.67	556	185.33	535	178.33
부산	(1)	53	53.00	61	61.00	61	61.00
대구	(1)	24	24.00	21	21.00	22	22.00
인천	(2)	0	0.00	18	9.00	17	8.50
광주	(1)	0	0.00	0	0.00	3	3.00
대전	(2)	41	20.50	42	21.00	69	34.50
경기	(3)	176	58.67	144	48.00	152	50.67
전북	(1)	-	-	5	5.00	4	4.00
합계	(14)	1,025	78.85	847	60.50	863	61.64

자료: 노숙인 지역사회 정착 지원사업 현황조사 (원자료)

다음 표는 임시주거지원 사례관리 현황을 나타낸다. 사례관리를 실시한다고 응답한 기관은 총 11개소이며, 사례관리는 자활 5.0명, 재활 18.0명이나 종합지원센터와 일시보호시설은 100명이 넘는 사례관리 인원이 있다.

〈표 5-2-10〉 임시주거지원 사례관리 현황 (거처유형별, 2021년 말 현재)

(단위: 개소, 명, 호, 건)

구분	응답 수	대상자 수		호수		실시 횟수	
		합계	평균	합계	평균	합계	평균
종합지원센터	(8)	814	101.75	705	100.71	4,969	709.86
일시보호시설	(1)	117	117.00	117	117.00	1,620	1620.00
자활시설	(1)	5	5.00	1	1.00	10	10.00
재활시설	(1)	18	18.00	1	1.00	63	63.00
요양시설	-	-	-	-	-	-	-
전체	(11)	954	86.73	824	82.40	6,662	666.20

자료: 노숙인 지역사회 정착 지원사업 현황조사 (원자료)

사례관리 기간은 6개월 미만이 대다수를 차지하고 있으나 5년 이상도 적지 않은 비율을 나타내고 있다.

〈표 5-2-11〉 임시주거지원 사례관리 기간별 인원 (거처유형별, 2021년 말 현재)

(단위: 명, %)

구분		합계	6개월 미만	6개월 이상 ~ 1년 미만	1년 이상 ~ 3년 미만	3년 이상 ~ 5년 미만	5년 이상
종합지원 센터 (N=8)	대상자 수	814	404	385	3	12	10
	비율	100.0	49.6	47.3	0.4	1.5	1.2
일시보호 시설 (N=1)	대상자 수	117	62	16	23	11	5
	비율	100.0	53.0	13.7	19.7	9.4	4.3
자활시설 (N=3)	대상자 수	5	0	2	3	0	0
	비율	100.0	0.0	40.0	60.0	0.0	0.0
재활시설 (N=1)	대상자 수	18	7	11	0	0	0
	비율	100.0	38.9	61.1	0.0	0.0	0.0
전체 (N=14)	대상자 수	954	473	414	29	23	15
	비율	100.0	49.6	43.4	3.0	2.4	1.6

자료: 노숙인 지역사회 정착 지원사업 현황조사 (원자료)

마찬가지로 임시주거지원 사례관리의 현 거처별 인원 또한 1년 미만이 대다수를 차지하여 사례관리가 1년 정도 진행되고 있음을 알 수 있다. 다만 5년 이상의 비율도 나타나고 있다.

〈표 5-2-12〉 임시주거지원 사례관리 현 거쳐 거주별 인원 (거처유형별, 2021년 말 현재)

(단위: 명, %)

구분		대상자 수	6개월 미만	6개월 이상 ~ 1년 미만	1년 이상 ~ 3년 미만	3년 이상 ~ 5년 미만	5년 이상
종합지원 센터 (N=8)	대상자 수	814	328	475	2	7	2
	비율	100.0	40.3	58.4	0.2	0.9	0.2
일시보호 시설 (N=1)	대상자 수	117	62	19	20	13	3
	비율	100.0	53.0	16.2	17.1	11.1	2.6
자활시설 (N=3)	대상자 수	5	0	2	3	0	0
	비율	100.0	0.0	40.0	60.0	0.0	0.0
재활시설 (N=1)	대상자 수	18	1	2	10	1	4
	비율	100.0	5.6	11.1	55.6	5.6	22.2
전체 (N=14)	대상자 수	954	391	498	35	21	9
	비율	100.0	41.0	52.2	3.7	2.2	0.9

자료: 노숙인 지역사회 정착 지원사업 현황조사 (원자료)

사례관리 전담요원은 종합지원센터의 일부와 일시보호시설에서만 고용하고 있다고 나타난다.

〈표 5-2-13〉 임시주거지원 사례관리 전담요원 고용 여부 (거처유형별, 2021년 말 현재)

(단위: 개소, %)

구분	응답 수	고용함	고용하지 않음
종합지원센터	(8)	50.0	50.0
일시보호시설	(1)	100.0	0.0
자활시설	(3)	0.0	100.0
재활시설	(1)	0.0	100.0
전체	(13)	38.5	61.5

자료: 노숙인 지역사회 정착 지원사업 현황조사 (원자료)

임시주거지원 사례관리 전담요원은 기관당 보통 1~3명 정도 고용하고 있으며, 정규직 비율은 전체 20%에 지나지 않는다. 평균 1인당 대상자 수는 90~100여 명에 달한다.

〈표 5-2-14〉 임시주거지원 사례관리 전담요원 현황 (거처유형별, 2021년 말 현재)

(단위: 개소, 명, %, 시간, 호)

구분	응답 수	평균 고용 인원	정규직 비율	평균 근로시간	평균 1인당 대상자 수	평균 1인당 호수
종합지원센터	(4)	1.50	25.0	40.00	94.75	94.75
일시보호시설	(1)	1.00	-	40.00	117.00	117.00
전체	(5)	1.40	20.0	40.00	99.20	99.20

자료: 노숙인 지역사회 정착 관련 지원사업 현황조사 (원자료)

전담 요원 외 종사자들도 평균 2.85명이 임시주거지원 사례관리에 참여하고 있다.

〈표 5-2-15〉 임시주거지원 사례관리 전담요원 외 참여 종사자 수 (거처유형별, 2021년 말 현재)

(단위: 개소, 명)

구분	응답 수	평균 참여 종사자 수
종합지원센터	(8)	3.13
일시보호시설	(1)	3.00
자활시설	(3)	2.67
재활시설	(1)	1.00
전체	(13)	2.85

자료: 노숙인 지역사회 정착 지원사업 현황조사 (원자료)

임시주거지원에서 월세 지원 및 생활용품 지원 이외에도 기타 다양한 지원을 실시하고 있음을 알 수 있다. 요양시설이나 재활시설은 상대적으로 활발하지 않다.

〈표 5-2-16〉 임시주거지원 기타 지원 시행 여부 (거처유형별, 2021년 기준)

(단위: 개소, %)

구분	응답 수	생활 상담	행정 지원	일자리 지원	법률 지원	병원 연계	복약 지원	정신건강 서비스 연계	복지 서비스 연계	주거상향 지원
종합지원 센터	(9)	88.9	88.9	88.9	55.6	88.9	44.4	55.6	11.1	66.7
일시보호 시설	(1)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	0.0	100.0	100.0	100.0
자활시설	(4)	100.0	50.0	75.0	50.0	75.0	50.0	75.0	50.0	50.0
재활시설	(1)	100.0	0.0	0.0	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
요양시설	(1)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

자료: 노숙인 지역사회 정착 지원사업 현황조사 (원자료)

기타 지원 실적은 지원 항목 별로는 생활상담이 가장 많으며, 거처유형 별로는 일시보호시설이 많은 편이다. 주거 상향 지원에 대한 건수도 나타나고 있다.

〈표 5-2-17〉 임시주거지원 기타 지원 실적 (건수)

(단위: 건, 개소)

구분		생활 상담	행정 지원	일자리 지원	법률 지원	병원 연계	복약 지원	정신건강 서비스 연계	복지 서비스 연계	주거상향 지원
종합 지원 센터	건수	3,930	634	123	133	105	-	33	83	34
	평균건수	561.43	79.25	17.57	33.25	21.00	-	11.00	83.00	6.80
	응답 수	(8)	(8)	(7)	(4)	(7)	(1)	(3)	(1)	(5)
일시 보호 시설	건수	1,620	141	1	7	1	-	25	32	7
	평균건수	1620.00	141.00	1.00	7.00	1.00	-	25.00	32.00	7.00
	응답 수	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(0)	(1)	(1)	(1)
자활 시설	건수	32	10	38	5	11	5	9	5	5
	평균건수	10.67	10.00	19.00	5.00	5.50	5.00	4.50	5.00	5.00
	응답 수	(3)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(1)
재활 시설	건수	63	-	-	11	1	-	-	-	-
	평균건수	63.00	-	-	11.00	1.00	-	-	-	-
	응답 수	(1)	(0)	(0)	(1)	(1)	(0)	(0)	(0)	(0)

자료: 노숙인 지역사회 정착 관련 지원사업 현황조사 (원자료)

〈표 5-2-18〉 임시주거지원 기타 지원 실적 (명수)

(단위: 명, 개소)

구분		생활 상담	행정 지원	일자리 지원	법률 지원	병원 연계	복약 지원	정신 건강 서비스 연계	복지 서비스 연계	주거상 향지원
종합 지원 센터	명수	962	352	123	40	137	22	33	30	34
	평균명수	120.25	44.00	17.57	10.00	19.57	22.00	11.00	30.00	6.80
	응답 수	(8)	(8)	(7)	(4)	(7)	(1)	(3)	(1)	(5)
일시 보호 시설	명수	117	42	1	5	1	-	25	32	7
	평균명수	117.00	42.00	1.00	5.00	1.00	-	25.00	32.00	7.00
	응답 수	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(0)	(1)	(1)	(1)
자활 시설	명수	18	10	38	5	7	5	9	5	5
	평균명수	6.00	10.00	19.00	5.00	3.50	5.00	4.50	5.00	5.00
	응답 수	(3)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(1)
재활 시설	명수	18	-	-	1	1	-	-	-	-
	평균명수	18.00	-	-	1.00	1.00	-	-	-	-
	응답 수	(1)	(0)	(0)	(1)	(1)	(0)	(0)	(0)	(0)

자료: 노숙인 지역사회 정착 지원사업 현황조사 (원자료)

다음은 임시주거지원 대상자 선정 시 배제 정도이다. 응급적 의료 필요도가 높을수록, 정신질환이나 알코올 의존증이 있을수록 배제되는 정도가 높은 것으로 나타난다.

〈표 5-2-19〉 임시주거지원 대상자 선정 시 배제 정도 (5점 척도, 높을수록 배제되는 편임)

(단위: 개소, 평균 점)

구분	응답 수	응급적 의료 필요	정신질환 /알코올 의존증	만성 질환	신체적 장애	발달 장애	노인	여성
종합지원센터	(9)	3.78	3.11	2.00	2.44	2.78	2.11	1.67
일시보호시설	(1)	3.00	2.00	1.00	2.00	2.00	1.00	1.00
자활시설	(4)	2.25	3.00	2.00	3.00	3.25	1.75	2.50
재활시설	(1)	4.00	2.00	2.00	1.00	3.00	1.00	1.00
요양시설	(1)	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00
전체	(16)	3.31	2.94	2.00	2.50	2.88	1.94	1.88

자료: 노숙인 지역사회 정착 지원사업 현황조사 (원자료)

#### 다. 매입/전세임대주택

다음은 매입/전세임대주택 사업과 관련한 사항이다. 먼저, 지원 항목을 물어본 결과, 매입임대주택의 경우 보증금 지원이나 월세 지원은 7.5%로 그다지 응답 비율이 높지 않으며, 생활용품 지원은 67.5%로 상대적으로 활발하다. 전세임대주택도 유사한 현황을 나타낸다.

〈표 5-2-20〉 매입/전세임대주택 사업 지원 여부 (거처유형별)

(단위: 개소, %)

구분	응답 수	매입임대주택			전세임대주택		
		보증금 지원	월세 지원	생활용품 지원	보증금 지원	월세 지원	생활용품 지원
종합지원센터	(7)	14.3	0.0	85.7	0.0	0.0	14.3
일시보호시설	(5)	40.0	40.0	100.0	20.0	20.0	60.0
자활시설	(20)	0.0	5.0	70.0	5.0	0.0	35.0
재활시설	(7)	0.0	0.0	28.6	0.0	0.0	57.1
요양시설	(1)	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0
전체	(40)	7.5	7.5	67.5	7.5	2.5	40.0

자료: 노숙인 지역사회 정착 지원사업 현황조사 (원자료)

지자체별로 살펴보면, 대체로 보증금 지원이나 월세 지원은 없으며 생활용품을 지원하는 지자체가 있다. 부산, 강원, 전북은 생활용품 지원을 한다고 응답했으나, 응답 기관 수가 적어 큰 의미를 나타내지 않는다. 서울시의 경우 매입임대주택은 80%, 전세임대주택은 40%를 나타낸다.

250 노숙인의 통합적 의료지원과 지역사회 정착을 위한 정책방안 연구

〈표 5-2-21〉 매입/전세임대주택 사업 지원 여부 (지자체별)

(단위: 개소, %)

구분	응답 수	매입임대주택			전세임대주택		
		보증금 지원	월세 지원	생활용품 지원	보증금 지원	월세 지원	생활용품 지원
서울	(20)	10.0	10.0	80.0	10.0	0.0	40.0
부산	(2)	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	50.0
대구	(3)	33.3	0.0	33.3	0.0	0.0	0.0
인천	(2)	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0	50.0
대전	(4)	0.0	25.0	75.0	0.0	25.0	50.0
경기	(5)	0.0	0.0	60.0	0.0	0.0	40.0
강원	(1)	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0
전북	(1)	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0
전남	(1)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
경남	(1)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
전체	(40)	7.5	7.5	67.5	7.5	2.5	40.0

자료: 노숙인 지역사회 정착 지원사업 현황조사 (원자료)

매입임대주택 월세 지원 및 보증금 지원 액수는 응답 기관 수가 많지 않아 해석에 유의해야 한다. 생활용품 지원 액수는, 이용시설은 20~30만 원 정도의 분포이나, 재활시설 2곳은 200만 원으로 비교적 큰 지원액을 보고하였다.

〈표 5-2-22〉 매입임대주택 사업 지원 규모 (거처유형별)

(단위: 개소, 만 원)

구분	월세 지원		보증금 지원		생활용품 지원	
	응답 수	평균 지원액	응답 수	평균 지원액	응답 수	평균 지원액
종합지원센터	-	-	(2)	50.00	(6)	12.50
일시보호시설	(2)	20.00	(1)	275.00	(5)	37.50
자활시설	(1)	15.00	-	-	(14)	25.14
재활시설	-	-	-	-	(2)	200.00
요양시설	-	-	-	-	-	-
전체	(3)	17.50	(3)	200.00	(27)	39.36

자료: 노숙인 지역사회 정착 관련 지원사업 현황조사 (원자료)

전세임대주택도 월세 지원 및 보증금 지원 액수는 응답 기관 수가 많지 않아 큰 의미는 없다. 생활용품 지원 액수는, 이용시설은 20~30만 원 정도의 분포이며, 재활 및 요양시설은 각 100만 원, 50만 원으로 비교적 지원액이 크다.

〈표 5-2-23〉 전세임대주택 사업 지원 규모 (거처유형별)

(단위: 개소, 만 원)

구분	월세 지원		보증금 지원		생활용품 지원	
	응답 수	평균 지원액	응답 수	평균 지원액	응답 수	평균 지원액
종합지원센터	-	-	-	-	(1)	15.00
일시보호시설	(1)	20.00	(1)	50.00	(3)	30.00
자활시설	-	-	(1)	-	(7)	16.67
재활시설	-	-	-	-	(4)	100.00
요양시설	-	-	(1)	500.00	(1)	50.00
전체	(1)	20.00	(3)	275.00	(16)	41.67

자료: 노숙인 지역사회 정착 관련 지원사업 현황조사 (원자료)

매입임대주택 신규 지원 평균 실적을 보면, 전체 평균 1~3건 정도로 크지 않다. 종합지원센터가 2021년 6.86건이며, 일시보호시설이 3.20건 정도이다.

〈표 5-2-24〉 매입임대주택 사업 신규 지원 실적 평균 (거처유형별)

(단위: 개소, 건)

구분	응답 수	2019년		2020년		2021년	
		합계	평균	합계	평균	합계	평균
종합지원센터	(7)	16	2.67	38	5.43	48	6.86
일시보호시설	(5)	8	1.60	19	3.80	16	3.20
자활시설	(17)	13	0.76	24	1.41	24	1.41
재활시설	(7)	3	0.43	22	3.14	18	2.57
요양시설	(1)	-	-	-	-	-	-
합계	(37)	40	1.11	103	2.78	106	2.86

자료: 노숙인 지역사회 정착 관련 지원사업 현황조사 (원자료)

전세임대는 연간 실적 평균이 채 1건이 되지 않아 미비하다. 2021년 기준 시설유형별로 재활시설이 2.86건을 나타낸다.

〈표 5-2-25〉 전세임대주택 사업 신규 지원 실적 평균 (거처유형별)

(단위: 개소, 건)

구분	응답 수	2019년		2020년		2021년	
		합계	평균	합계	평균	합계	평균
종합지원센터	(7)	-	-	-	-	-	-
일시보호시설	(5)	5	1.25	2	0.40	5	1.00
자활시설	(17)	5	0.29	5	0.31	6	0.35
재활시설	(7)	0	0.00	2	0.29	20	2.86
요양시설	(1)	1	1.00	-	-	-	-
합계	(37)	11	0.31	9	0.25	31	0.84

자료: 노숙인 지역사회 정착 지원사업 현황조사 (원자료)

매입임대주택 사업 신규 지원 실적 평균을 지자체별로 살펴보면, 인천이 8.50건으로 가장 많으며, 서울도 1.0건에 불과하다.

〈표 5-2-26〉 매입임대주택 사업 신규 지원 실적 평균 (지자체별)

(단위: 개소, 건)

구분	응답 수	2019년		2020년		2021년	
		합계	평균	합계	평균	합계	평균
서울	(18)	15	0.83	32	1.78	18	1.00
부산	(1)	1	1.00	0	0.00	0	0.00
대구	(3)	0	0.00	6	2.00	18	6.00
인천	(2)	0	0.00	16	8.00	17	8.50
대전	(4)	7	1.75	15	3.75	13	3.25
경기	(5)	14	2.80	33	6.60	30	6.00
강원	(1)	0	0.00	0	0.00	4	4.00
전북	(1)	3	3.00	1	1.00	6	6.00
전남	(1)	0	0.00	0	0.00	0	0.00
경남	(1)	0	0.00	0	0.00	0	0.00
합계	(37)	40	1.11	103	2.78	106	2.86

자료: 노숙인 지역사회 정착 지원사업 현황조사 (원자료)

전세임대주택의 경우, 인천을 제외하면 실적이 미비한 편이다.

〈표 5-2-27〉 전세임대주택 사업 신규 지원 실적 합계 (지자체별)

(단위: 개소, 건)

구분	응답 수	2019년		2020년		2021년	
		합계	평균	합계	평균	합계	평균
서울	(18)	7	0.39	6	0.33	5	0.28
부산	(1)	0	0.00	0	0.00	0	0.00
대구	(3)	0	0.00	0	0.00	0	0.00
인천	(2)	1	0.50	2	1.00	17	8.50
대전	(4)	3	1.00	1	0.33	6	1.50
경기	(5)	0	0.00	0	0.00	0	0.00
강원	(1)	0	0.00	0	0.00	0	0.00
전북	(1)	0	0.00	0	0.00	0	0.00
전남	(1)	0	0.00	0	0.00	0	0.00
경남	(1)	0	0.00	0	0.00	3	3.00
합계	(37)	11	0.31	9	0.25	31	0.84

자료: 노숙인 지역사회 정착 지원사업 현황조사(원자료)

매입/전세임대주택 사례관리 현황을 살펴보면, 기관당 평균 25명 정도를 관리하고 있으며, 시설유형별로는 종합지원센터의 관리 인원 및 호수, 실시 횟수가 가장 많다.

〈표 5-2-28〉 매입/전세임대주택 사례관리 현황 (거처유형별, 2021년 말 현재)

(단위: 개소, 명, 호, 건)

구분	응답 수	대상자 수		호수		실시 횟수	
		합계	평균	합계	평균	합계	평균
종합지원센터	(6)	346	57.67	346	57.67	5,105	1021.00
일시보호시설	(5)	123	24.60	123	24.60	1,356	271.20
자활시설	(14)	262	18.71	211	15.07	1,328	102.15
재활시설	(5)	55	11.00	37	7.40	203	50.75
요양시설	(1)	6	6.00	5	5.00	10	10.00
전체	(31)	792	25.55	722	23.29	8,002	285.79

자료: 노숙인 지역사회 정착 지원사업 현황조사(원자료)

사례관리 기간별 인원은 임시주거지원사업과는 다르게 5년 이상이 상당히 높은 비율을 차지하고 있다.

〈표 5-2-29〉 매입/전세임대주택 사례관리 기간별 인원 (거처유형별, 2021년 말 현재)

(단위: 개소, 명, %)

구분		합계	6개월 미만	6개월 이상 ~ 1년 미만	1년 이상 ~ 3년 미만	3년 이상 ~ 5년 미만	5년 이상
종합지원 센터 (N=6)	대상자 수	792	346	123	262	55	6
	비율	100.0	43.7	15.5	33.1	6.9	0.8
일시보호 시설 (N=5)	대상자 수	44	18	6	12	8	0
	비율	100.0	40.9	13.6	27.3	18.2	0.0
자활시설 (N=14)	대상자 수	78	25	10	27	16	0
	비율	100.0	32.1	12.8	34.6	20.5	0.0
재활시설 (N=5)	대상자 수	166	43	29	90	3	1
	비율	100.0	25.9	17.5	54.2	1.8	0.6
요양시설 (N=1)	대상자 수	58	21	4	26	7	0
	비율	100.0	36.2	6.9	44.8	12.1	0.0
전체 (N=31)	대상자 수	446	239	74	107	21	5
	비율	100.0	53.6	16.6	24.0	4.7	1.1

자료: 노숙인 지역사회 정착 지원사업 현황조사 (원자료)

또한 현 거처 거주별 인원을 살펴보면 5년 이상 비율이 상당히 높으며, 최근으로 올수록 비율이 줄어드는 것을 알 수 있다.

〈표 5-2-30〉 매입/전세임대주택 사례관리 현 거주 거주별 인원 (거처유형별, 2021년 말 현재)

(단위: 개소, 명, %)

구분		합계	6개월 미만	6개월 이상 ~ 1년 미만	1년 이상 ~ 3년 미만	3년 이상 ~ 5년 미만	5년 이상
종합지원 센터 (N=6)	대상자 수	792	37	78	163	60	454
	비율	100.0	4.7	9.8	20.6	7.6	57.3
일시보호 시설 (N=5)	대상자 수	346	18	25	38	21	244
	비율	100.0	5.2	7.2	11.0	6.1	70.5
자활시설 (N=14)	대상자 수	123	5	19	21	5	73
	비율	100.0	4.1	15.4	17.1	4.1	59.3
재활시설 (N=5)	대상자 수	262	12	27	90	26	107
	비율	100.0	4.6	10.3	34.4	9.9	40.8
요양시설 (N=1)	대상자 수	55	2	7	13	8	25
	비율	100.0	3.6	12.7	23.6	14.5	45.5
전체 (N=31)	대상자 수	6	0	0	1	0	5
	비율	100.0	0.0	0.0	16.7	0.0	83.3

자료: 노숙인 지역사회 정착 지원사업 현황조사 (원자료)

사례관리 전담요원 고용 여부는 '고용함'이 31.3%인데, '고용 안 함'이 68.8%로 높은 비율을 나타내고 있다. 시설 유형별로는 생활시설과 일시보호시설은 고용하지 않은 비율이 높으며, 종합지원센터만 절반 정도를 나타낸다.

〈표 5-2-31〉 매입/전세임대주택 사례관리 전담요원 고용 여부

(단위: 개소, %)

구분	응답 수	고용함	고용하지 않음
종합지원센터	(6)	50.0	50.0
일시보호시설	(5)	40.0	60.0
자활시설	(15)	20.0	80.0
재활시설	(5)	40.0	60.0
요양시설	(1)	0.0	100.0
전체	(32)	31.3	68.8

자료: 노숙인 지역사회 정착 지원사업 현황조사 (원자료)

사례관리 전담요원은 평균 1명 정도를 고용하며, 정규직 비율은 전체 70%이나 종합지원센터는 33.3%로 낮다. 1인당 사례관리 대상자 수는 47.5명으로 임시주거지원 사례관리 전담요원보다 적은 편이지만, 1명이 감당하기에는 쉽지 않은 인원이다.

〈표 5-2-32〉 매입/전세임대주택 사례관리 전담요원 현황

(단위: 개소, 명, %, 시간, 명, 호수)

구분	응답 수	평균 고용 인원	정규직 비율	평균 근로시간	평균 1인당 대상자 수	평균 1인당 호수
종합지원센터	(1)	1.00	33.3	41.33	83.67	81.00
일시보호시설	(2)	1.00	100.0	24.00	40.00	40.00
자활시설	(2)	1.00	66.7	40.00	37.00	40.00
재활시설	(2)	1.00	100.0	42.00	16.50	16.00
전체	(7)	1.00	70.0	37.60	47.50	47.50

자료: 노숙인 지역사회 정착 지원사업 현황조사 (원자료)

전담요원 외 참여 종사자 수는 평균 1명 정도를 나타낸다. 임시주거지원 사업에 비해 인력 지원이 적은 편이라 할 수 있다.

〈표 5-2-33〉 매입/전세임대주택 사례관리 전담요원 외 참여 종사자 수

(단위: 개소, 명)

구분	응답 수	평균 참여 종사자 수
종합지원센터	(6)	0.67
일시보호시설	(5)	2.00
자활시설	(13)	0.77
재활시설	(5)	2.20
전체	(1)	1.17

자료: 노숙인 지역사회 정착 지원사업 현황조사 (원자료)

기타 지원 시행은, 시설들은 각 지원을 고르게 진행하고 있는 것으로 나타난다.

〈표 5-2-34〉 매입/전세임대주택 기타 지원 시행 여부 (거처유형별, 2021년 기준)

(단위: 개소, %)

구분	응답 수	생활 상담	행정 지원	일자리 지원	법률 지원	병원 연계	복약 지원	정신건강 서비스 연계	복지 서비스 연계	주거상향 지원
종합지원 센터	(7)	100.0	71.4	57.1	42.9	100.0	42.9	57.1	57.1	57.1
일시보호 시설	(5)	80.0	80.0	100.0	80.0	100.0	60.0	60.0	60.0	40.0
자활시설	(20)	70.0	50.0	45.0	50.0	45.0	5.0	35.0	30.0	45.0
재활시설	(7)	71.4	57.1	28.6	57.1	57.1	0.0	28.6	28.6	28.6
요양시설	(1)	100.0	100.0	0.0	100.0	100.0	100.0	0.0	0.0	100.0

자료: 노숙인 지역사회 정착 지원사업 현황조사 (원자료)

또한 기타 지원 실적은 생활상담 지원이 가장 많은 건수를 나타내며, 주거상향 지원은 상대적으로 저조하다. 주거상향 지원은 매입임대주택 등을 대상으로 하지 않기 때문으로 이해된다.

〈표 5-2-35〉 매입/전세임대주택 기타 지원 실적 (건수)

(단위: 건, 개소)

구분		생활 상담	행정 지원	일자리 지원	법률 지원	병원 연계	복약 지원	정신건강 서비스 연계	복지 서비스 연계	주거상향 지원
종합지원 센터	건수	7,542	213	94	7	112	3	15	25	11
	평균건수	1,077.4	53.3	23.5	3.5	18.7	3.0	5.0	8.3	2.8
	응답 수	(7)	(4)	(4)	(2)	(6)	(1)	(3)	(3)	(4)
일시보호 시설	건수	1,212	45	67	19	33	4	5	28	13
	평균건수	303.0	11.3	16.8	4.8	6.6	1.3	1.7	9.3	6.5
	응답 수	(4)	(4)	(4)	(4)	(5)	(3)	(3)	(3)	(2)
자활시설	건수	1,252	64	63	34	20	5	9	7	11
	평균건수	104.3	10.7	10.5	5.7	3.3	5.0	2.3	2.3	1.8
	응답 수	(12)	(6)	(6)	(6)	(6)	(1)	(4)	(3)	(6)
재활시설	건수	159	31	10	11	32	-	1	15	10
	평균건수	39.8	10.38	10.08	3.7	10.7	-	1.0	15.0	10.0
	응답 수	(4)	(3)	(1)	(3)	(3)	(0)	(1)	(1)	(1)
요양시설	건수	12	6	-	1	5	5	-	-	1
	평균건수	12.0	6.0	-	1.0	5.0	5.0	-	-	1.0
	응답 수	(1)	(1)	(0)	(1)	(1)	(1)	(0)	(0)	(1)

자료: 노숙인 지역사회 정착 지원사업 현황조사 (원자료)

〈표 5-2-36〉 매입/전세임대주택 기타 지원 실적 (명수)

(단위: 명, 개소)

구분		생활 상담	행정 지원	일자리 지원	법률 지원	병원 연계	복약 지원	정신건강 서비스 연계	복지 서비스 연계	주거 상황 지원
종합지원 센터	명수	568	188	150	66	169	67	66	86	69
	평균명수	81.1	37.6	37.5	22.0	24.1	22.3	22.0	21.5	17.3
	응답 수	(7)	(5)	(4)	(3)	(7)	(3)	(3)	(4)	(4)
일시보호 시설	명수	120	19	25	6	11	4	5	5	8
	평균명수	30.0	4.8	6.3	1.5	2.2	1.3	1.7	1.7	4.0
	응답 수	(4)	(4)	(4)	(4)	(5)	(3)	(3)	(3)	(2)
자활시설	명수	242	88	67	18	18	5	10	8	38
	평균명수	18.6	12.6	9.6	2.6	2.6	5.0	2.0	2.0	5.4
	응답 수	(13)	(7)	(7)	(7)	(7)	(1)	(5)	(4)	(7)
재활시설	명수	51	32	29	31	31	.	29	29	29
	평균명수	10.2	8.0	14.5	7.8	7.8	.	14.5	14.5	14.5
	응답 수	(5)	(4)	(2)	(4)	(4)	(0)	(2)	(2)	(2)
요양시설	명수	9	6	.	1	5	5	.	.	1
	평균명수	9.0	6.0	.	1.0	5.0	5.0	.	.	1.0
	응답 수	(1)	(1)	(0)	(1)	(1)	(1)	(0)	(0)	(1)

자료: 노숙인 지역사회 정착 지원사업 현황조사 (원자료)

한편, 대상자 선정 시 배제하는 정도는 응급적 의료 필요한 경우가 가장 높은 비율을 나타낸다. 거주유형별로 차이는 있으나 만성질환이나 노인 등은 배제 정도가 높지는 않다.

〈표 5-2-37〉 매입/전세임대주택 대상자 선정 시 배제 정도 (5점 척도, 높을수록 배제되는 편임)

(단위: 개소, 평균 점)

구분	응답 수	응급적 의료 필요	정신질환 /알코올 의존증	만성 질환	신체적 장애	발달 장애	노인	여성
종합지원센터	(7)	3.6	2.6	1.7	1.9	2.7	1.3	1.3
일시보호시설	(5)	2.6	2.4	2.0	2.2	2.6	2.0	1.6
자활시설	(20)	3.2	3.2	2.5	2.7	3.3	2.2	2.5
재활시설	(7)	4.1	2.3	2.3	2.0	2.9	1.7	1.9
요양시설	(1)	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0
전체	(40)	3.4	2.8	2.3	2.4	3.0	1.9	2.1

자료: 노숙인 지역사회 정착 지원사업 현황조사 (원자료)

## 라. 서비스 결합 주거지원

다음으로, 서비스 결합 주거지원으로 시행하고 있다는 시설 수는 전체 6개소로 많지 않다. 종합지원센터 1개소, 자활 및 재활 각각 2, 3개소이다. 자활 및 재활 시설이 이용시설에 비해 많은 것이 특징이다. 3개소가 보증금 지원을 하며, 생활용품 지원은 모든 시설에서 시행하고 있다.

〈표 5-2-38〉 서비스 결합 주거지원 지원 여부 (거처유형별)

(단위: 개소, %)

구분	응답 수	매입임대주택		
		보증금 지원	월세 지원	생활용품 지원
종합지원센터	(1)	100.0	0.0	100.0
자활시설	(2)	0.0	0.0	100.0
재활시설	(3)	66.7	33.3	100.0
전체	(6)	50.0	16.7	100.0

자료: 노숙인 지역사회 정착 관련 지원사업 현황조사 (원자료)

서비스 결합 주거지원을 시행하는 시설의 관할 지자체는 서울, 부산, 대구로 나타났다.

〈표 5-2-39〉 서비스 결합 주거지원 지원 여부 (지자체별)

(단위: 개소, %)

구분	응답 수	보증금 지원	월세 지원	생활용품 지원
서울	(4)	50.0	0.0	100.0
부산	(1)	100.0	100.0	100.0
대구	(1)	0.0	0.0	100.0
전체	(6)	50.0	16.7	100.0

자료: 노숙인 지역사회 정착 관련 지원사업 현황조사 (원자료)

지원 규모는 보증금의 경우 재활시설이 평균 2,050만 원을 지원하여 비교적 큰 액수를 나타낸다. 종합지원센터는 300만 원이다. 생활용품은 자활시설 20만 원, 재활시설 약 96만 원 정도이다.

〈표 5-2-40〉 서비스 결합 주거지원 지원 규모 (거처유형별)

(단위: 개소, 만 원)

구분	월세 지원		보증금 지원		생활용품 지원	
	응답 수	평균 지원액	응답 수	평균 지원액	응답 수	평균 지원액
종합지원센터	-	-	(1)	300.00	-	-
일시보호시설	-	-	-	-	-	-
자활시설	-	-	-	-	(1)	20.00
재활시설	(1)	10.00	(2)	2,050.00	(3)	96.67
요양시설	-	-	-	-	-	-
전체	(1)	10.00	(3)	1,466.67	(4)	77.50

자료: 노숙인 지역사회 정착 관련 지원사업 현황조사 (원자료)

신규 지원 실적은, 종합지원센터는 2020년 27건, 2021년 7건이며, 나머지 시설유형의 최근 실적은 매우 미미한 것으로 나타난다.

〈표 5-2-41〉 서비스 결합 주거지원 신규 지원 실적 현황 (거처유형별)

(단위: 개소, 건)

구분	응답 수	2019년		2020년		2021년	
		합계	평균	합계	평균	합계	평균
종합지원센터	(1)	0	0.00	27	27.00	7	7.00
일시보호시설	-	-	-	-	-	-	-
자활시설	(1)	0	0.00	0	0.00	0	0.00
재활시설	(3)	66	22.00	6	2.00	5	1.67
요양시설	-	-	-	-	-	-	-
합계	(5)	66	13.20	33	6.60	12	2.40

자료: 노숙인 지역사회 정착 관련 지원사업 현황조사 (원자료)

신규 지원 실적으로 서울은 2021년 응답 기관당 평균 2.50건을 나타내고 있다.

〈표 5-2-42〉 서비스 결합 주거지원 신규 지원 실적 현황 (지자체별)

(단위: 개소, 건)

구분	응답 수	2019년		2020년		2021년	
		합계	평균	합계	평균	합계	평균
서울	(4)	38	9.50	28	7.00	10	2.50
대구	(1)	28	28.00	5	5.00	2	2.00
합계	(5)	66	13.20	33	6.60	12	2.40

자료: 노숙인 지역사회 정착 관련 지원사업 현황조사 (원자료)

서비스 결합 주거지원 사례관리 현황을 살펴보면, 대상자 수는 평균 27.8명을 나타낸다. 실시 횟수는 2,981회로 상당히 높은 횟수를 나타낸다. 즉 1명당 사례관리가 자주 이루어지고 있음을 알 수 있다.

〈표 5-2-43〉 서비스 결합 주거지원 사례관리 현황 (거처유형별, 2021년 말 현재)

(단위: 개소, 명, 호, 건)

구분	실시 기관 수	대상자 수		호수		실시 횟수	
		합계	평균	합계	평균	합계	평균
종합지원센터 (N=1)	(1)	34	34.00	34	34.00	6,864	6,864.00
자활시설 (N=2)	(1)	50	50.00	10	10.00	10	10.00
재활시설 (N=3)	(3)	55	18.33	46	15.33	8,031	2,677.00
전체 (N=6)	(5)	139	27.80	90	18.00	14,905	2,981.00

자료: 노숙인 지역사회 정착 관련 지원사업 현황조사 (원자료)

기간별 인원은 대부분이 3년 미만이다. 지원주택 등 서비스 결합 주거 지원이 시작된 지 얼마 되지 않은 점이 반영되고 있다.

262 노숙인의 통합적 의료지원과 지역사회 정착을 위한 정책방안 연구

〈표 5-2-44〉 서비스 결합 주거지원 사례관리 기간별 인원 (거처유형별, 2021년 말 현재)

(단위: 개소, 명, %)

구분		대상자 수	6개월 미만	6개월 이상 ~ 1년 미만	1년 이상 ~ 3년 미만	3년 이상 ~ 5년 미만	5년 이상
종합지원 센터 (N=1)	대상자 수	34	0	4	27	3	0
	비율	100.0	0.0	11.8	79.4	8.8	0.0
자활시설 (N=1)	대상자 수	50	0	0	50	0	0
	비율	100.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0
재활시설 (N=3)	대상자 수	55	3	5	46	1	0
	비율	100.0	5.5	9.1	83.6	1.8	0.0
전체 (N=5)	대상자 수	139	3	9	123	4	0
	비율	100.0	2.2	6.5	88.5	2.9	0.0

자료: 노숙인 지역사회 정착 관련 지원사업 현황조사 (원자료)

현 거처 거주별 인원도 위의 결과와 마찬가지로 3년 미만이 대부분을 차지하고 있다.

〈표 5-2-45〉 서비스 결합 주거지원 사례관리 현 거처 거주별 인원 (거처유형별, 2021년 말 현재)

(단위: 개소, 명, %)

구분		대상자 수	6개월 미만	6개월 이상 ~ 1년 미만	1년 이상 ~ 3년 미만	3년 이상 ~ 5년 미만	5년 이상
종합지원 센터 (N=1)	대상자 수	34	3	4	27	0	0.00
	비율	100.0	8.8	11.8	79.4	0.0	
자활시설 (N=1)	대상자 수	50	0	0	50	0	0.00
	비율	100.0	0.0	0.0	100.0	0.0	
재활시설 (N=3)	대상자 수	55	8	7	40	0	0.00
	비율	100.0	14.5	12.7	72.7	0.0	
전체 (N=5)	대상자 수	139	11	11	117	0	0.00
	비율	100.0	7.9	7.9	84.2	0.0	

자료: 노숙인 지역사회 정착 관련 지원사업 현황조사 (원자료)

서비스 결합 주거지원의 경우, 전담요원은 응답한 이용시설과 자활시설은 100%로 응답하였으나, 재활시설은 응답기관 3곳 중 1곳만 응답하였다. 재활시설이 인식하고 있는 서비스 결합 주거지원의 개념이 다소 상이할 수 있다는 점이 나타난다.

〈표 5-2-46〉 서비스 결합 주거지원 사례관리 전담요원 고용 여부

(단위: 개소, %)

구분	응답 수	고용함	고용하지 않음
종합지원센터	(1)	100.0	0.0
자활시설	(1)	100.0	0.0
재활시설	(3)	33.3	66.7
전체	(5)	60.0	40.0

자료: 노숙인 지역사회 정착 관련 지원사업 현황조사 (원자료)

고용된 사례관리 전담요원 인원은 평균 5명으로, 모두 정규직이다. 1명당 대상자 수는 종합지원센터와 재활시설은 7명이나, 자활시설은 50명이라 응답하였다.

〈표 5-2-47〉 서비스 결합 주거지원 사례관리 전담요원 현황

(단위: 개소, 명, %, 시간, 호수)

구분	응답 수	평균 고용 인원	정규직 비율	평균 근로시간	평균 1인당 대상자 수	평균 1인당 호수
종합지원센터	(1)	6.00	100.0	40.00	7.00	7.00
자활시설	(1)	1.00	100.0	40.00	50.00	50.00
재활시설	(1)	8.00	100.0	40.00	7.00	7.00
전체	(3)	5.00	100.0	40.00	21.33	21.33

자료: 노숙인 지역사회 정착 관련 지원사업 현황조사 (원자료)

그 외 참여 종사자는 평균 1.2명이다. 종합지원센터는 전담요원이 전담하고 있어 0명이다.

〈표 5-2-48〉 서비스 결합 주거지원 사례관리 전담요원 외 참여 종사자 수

(단위: 개소, 명)

구분	응답 수	평균 참여 종사자 수
종합지원센터	(1)	0.00
자활시설	(1)	1.00
재활시설	(3)	1.67
전체	(5)	1.20

자료: 노숙인 지역사회 정착 관련 지원사업 현황조사 (원자료)

기타 서비스는 모두 활발하게 진행되고 있음을 알 수 있다.

〈표 5-2-49〉 서비스 결합 주거지원 기타 지원 시행 여부 (거처유형별, 2021년 기준)

(단위: 개소, %)

구분	응답 수	생활 상담	행정 지원	일자리 지원	법률 지원	병원 연계	복약 지원	정신 건강 서비스 연계	복지 서비스 연계	주거상향지원
종합지원센터	(1)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	0.0
자활시설	(2)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	50.0	50.0	100.0
재활시설	(3)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	66.7	66.7

자료: 노숙인 지역사회 정착 관련 지원사업 현황조사 (원자료)

기타 지원 실적은 생활상담이 가장 많은 건수를 나타내며, 다른 지원도 고른 분포를 나타내고 있다.

〈표 5-2-50〉 서비스 결합 주거지원 기타 지원 실적 (건수)

(단위: 건, 개소)

구분		생활 상담	행정 지원	일자리 지원	법률 지원	병원 연계	복약 지원	정신건 강 서비스 연계	복지 서비스 연계	주거상 향지원
종합 지원 센터	건수	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	평균건수	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	응답 수	-	-	-	-	-	-	-	-	-
자활 시설	건수	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	평균건수	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00
	응답 수	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
재활 시설	건수	3,480	195	51	43	334	527	25	209	11
	평균건수	1,740.00	97.50	25.50	14.33	167.00	263.50	12.50	104.50	5.50
	응답 수	(2)	(2)	(2)	(3)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)

자료: 노숙인 지역사회 정착 관련 지원사업 현황조사 (원자료)

〈표 5-2-51〉 서비스 결합 주거지원 기타 지원 실적 (명수)

(단위: 명)

구분		생활 상담	행정 지원	일자리 지원	법률 지원	병원 연계	복약 지원	정신 건강 서비스 연계	복지 서비스 연계	주거상 향지원
종합 지원 센터	명수	34	34	5	13	34	23	8	23	-
	평균명수	34.00	34.00	5.00	13.00	34.00	23.00	8.00	23.00	-
	응답 수	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(0)
자활 시설	명수	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	평균명수	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00
	응답 수	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
재활 시설	명수	77	49	46	43	49	49	8	49	6
	평균명수	25.67	24.50	23.00	14.33	24.50	24.50	4.00	24.50	3.00
	응답 수	(3)	(2)	(2)	(3)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)

자료: 노숙인 지역사회 정착 관련 지원사업 현황조사 (원자료)

대상자 선정 시 배제 정도를 살펴보면, 재활시설에서의 발달장애를 제외하면 3.0을 넘지 않아 비교적 높지 않은 현황을 나타내고 있다. 다만 여성인 경우 배제가 높는데, 이는 남성과 여성을 분리하여 선정하는 기준 때문인 것으로 보인다.

〈표 5-2-52〉 서비스 결합 주거지원 선정 시 배제 정도 (5점 척도, 높을수록 배제되는 편임)

(단위: 개소, 평균 점)

구분	응답 수	응급적 의료 필요	정신질환/알코올의존증	만성 질환	신체적 장애	발달 장애	노인	여성
종합지원센터	(1)	3.00	1.00	2.00	3.00	3.00	1.00	5.00
자활시설	(2)	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00
재활시설	(3)	3.67	1.67	1.33	2.67	4.00	2.67	3.67

자료: 노숙인 지역사회 정착 관련 지원사업 현황조사 (원자료)

## 마. 긴급복지지원

긴급복지지원의 연도별 실적을 살펴보았다. 긴급복지지원을 실시하는 기관은 전체 21개소이며, 종합지원센터 9개소, 일시보호시설 3개소, 자활 6개소, 재활 2개소, 요양 1개소이다. 평균 지원 실적은 생계지원 > 주거지원 > 의료지원 순이다. 2021년에 생계지원은 16.67건, 주거지원은 13.10건, 의료지원은 2.68건으로 보고되었다.

〈표 5-2-53〉 긴급복지지원 연도별 실적 (생계지원)

(단위: 개소, 건)

구분	응답 수	2019년		2020년		2021년	
		합계	평균	합계	평균	합계	평균
종합지원센터	(9)	184	20.44	296	32.89	263	29.22
일시보호시설	(1)	109	36.33	7	2.33	17	5.67
자활시설	(2)	17	2.83	16	2.67	16	2.67
재활시설	(1)	50	25.00	54	27.00	54	27.00
요양시설	(1)	0	0.00	0	0.00	0	0.00
합계	(14)	360	17.14	373	17.76	350	16.67

자료: 노숙인 지역사회 정착 관련 지원사업 현황조사 (원자료)

〈표 5-2-54〉 긴급복지지원 연도별 실적 (의료지원)

(단위: 개소, 건)

구분	응답 수	2019년		2020년		2021년	
		합계	평균	합계	평균	합계	평균
종합지원센터	(8)	43	6.14	28	4.00	41	5.13
일시보호시설	(2)	28	14.00	0	0.00	0	0.00
자활시설	(6)	0	0.00	1	0.17	2	0.33
재활시설	(2)	14	7.00	17	8.50	8	4.00
요양시설	(1)	0	0.00	0	0.00	0	0.00
합계	(19)	85	4.72	46	2.56	51	2.68

자료: 노숙인 지역사회 정착 관련 지원사업 현황조사 (원자료)

〈표 5-2-55〉 긴급복지지원 연도별 실적 (주거지원)

(단위: 개소, 건)

구분	응답 수	2019년		2020년		2021년	
		합계	평균	합계	평균	합계	평균
종합지원센터	(9)	132	14.67	235	26.11	133	14.78
일시보호시설	(2)	92	46.00	1	0.50	1	0.50
자활시설	(6)	17	3.40	98	16.33	84	14.00
재활시설	(2)	33	16.50	41	20.50	44	22.00
요양시설	(1)	0	0.00	0	0.00	0	0.00
합계	(20)	274	14.42	375	18.75	262	13.10

자료: 노숙인 지역사회 정착 관련 지원사업 현황조사 (원자료)

그 외 기타 지원으로는 평균 5.24건을 나타내지만, 보고하고 있는 기관 수가 많지 않아 해석에 유의가 필요하다.

〈표 5-2-56〉 긴급복지지원 연도별 실적 (기타 지원)

(단위: 개소, 건)

구분	응답 수	2019년		2020년		2021년	
		합계	평균	합계	평균	합계	평균
종합지원센터	(7)	0	0.00	0	0.00	4	0.57
일시보호시설	(2)	0	0.00	0	0.00	0	0.00
자활시설	(5)	17	4.25	96	19.20	85	17.00
재활시설	(2)	0	0.00	0	0.00	0	0.00
요양시설	(1)	0	0.00	0	0.00	0	0.00
합계	(17)	17	1.06	96	5.65	89	5.24

자료: 노숙인 지역사회 정착 관련 지원사업 현황조사 (원자료)

긴급복지지원 대상자에 대한 사례관리는 실시하고 있는 기관이 많지 않으나 비교적 많은 대상자를 대상으로 다수 실시하고 있는 것으로 나타나고 있다.

〈표 5-2-57〉 긴급복지지원 사례관리 현황 (거처유형별, 2021년 말 현재)

(단위: 개소, 명, 호, 건)

구분	실시 기관 수	대상자 수		대상자 호수		실시 횟수	
		합계	평균	합계	평균	합계	평균
종합지원센터	(3)	173	57.67	173	57.67	150	75.00
일시보호시설	(4)	42	10.50	42	10.50	376	94.00
자활시설	(4)	9	2.25	5	1.25	14	3.50
전체	(11)	224	20.36	220	20.00	540	54.00

자료: 노숙인 지역사회 정착 관련 지원사업 현황조사(원자료)

사례관리 기간은 비교적 짧은 편으로 대부분 1년 미만이며, 현 거처 기간 대비 인원도 동일하게 짧은 편이다.

〈표 5-2-58〉 긴급복지지원 사례관리 기간별 인원 (거처유형별, 2021년 말 현재)

(단위: 개소, 명, %)

구분		대상자 수	6개월 미만	6개월 이상 ~ 1년 미만	1년 이상 ~ 3년 미만	3년 이상 ~ 5년 미만	5년 이상
종합지원센터 (N=3)	대상자 수	173	72	101	-	-	-
	비율	100.0	41.6	58.4	-	-	-
일시보호시설 (N=4)	대상자 수	42	12	15	13	2	-
	비율	100.0	28.6	35.7	31.0	4.8	-
자활시설 (N=4)	대상자 수	14	8	3	1	1	1
	비율	100.0	57.1	21.4	7.1	7.1	7.1
전체 (N=11)	대상자 수	229	92	119	14	3	1
	비율	100.0	40.2	52.0	6.1	1.3	0.4

자료: 노숙인 지역사회 정착 관련 지원사업 현황조사(원자료)

〈표 5-2-59〉 긴급복지지원 사례관리 현 처거 거주별 인원 (거처유형별, 2021년 말 현재)

(단위: 개소, 명, %)

구분		대상자 수	6개월 미만	6개월 이상 ~ 1년 미만	1년 이상 ~ 3년 미만	3년 이상 ~ 5년 미만	5년 이상
종합지원센터 (N=3)	대상자 수	173	72	101	-	-	-
	비율	100.0	41.6	58.4	-	-	-
일시보호시설 (N=4)	대상자 수	42	11	18	12	1	-
	비율	100.0	26.2	42.9	28.6	2.4	-
자활시설 (N=4)	대상자 수	14	7	4	1	1	1
	비율	100.0	50.0	28.6	7.1	7.1	7.1
전체 (N=11)	대상자 수	229	90	123	13	2	1
	비율	100.0	39.3	53.7	5.7	0.9	0.4

자료: 노숙인 지역사회 정착 관련 지원사업 현황조사 (원자료)

긴급복지지원 대상의 사례관리 전담요원은 거의 고용되고 있지 않으며, 그 실적도 미비하다.

〈표 5-2-61〉 긴급복지지원 사례관리 전담요원 고용 여부

(단위: 개소, %)

구분	응답 수	고용함	고용하지 않음
종합지원센터	(4)	0.0	100.0
일시보호시설	(4)	0.0	100.0
자활시설	(4)	50.0	50.0
전체	(12)	16.7	83.3

자료: 노숙인 지역사회 정착 관련 지원사업 현황조사 (원자료)

〈표 5-2-60〉 긴급복지지원 사례관리 전담요원 현황

(단위: 개소, %, 시간, 명, 호수)

구분	응답 수	평균 고용 인원	정규직 비율	평균 근로시간	평균 1인당 대상자 수	평균 1인당 호수
자활시설	(2)	1.00	100.0	40.00	13.00	9.00
전체	(2)	1.00	100.0	40.00	13.00	9.00

자료: 노숙인 지역사회 정착 관련 지원사업 현황조사 (원자료)

270 노숙인의 통합적 의료지원과 지역사회 정착을 위한 정책방안 연구

〈표 5-2-61〉 긴급복지지원 사례관리 전담요원 외 참여 종사자 수

(단위: 개소, 명)

구분	응답 수	평균 참여 종사자 수
종합지원센터	(4)	5.50
일시보호시설	(4)	1.25
자활시설	(4)	0.50
전체	(12)	2.42

자료: 노숙인 지역사회 정착 관련 지원사업 현황조사 (원자료)

긴급복지지원을 통한 기타 지원은 종합지원센터와 일시보호시설이 비교적 많은 실적을 올리고 있는데, 종합지원센터는 특히 병원과 연계하는 비중이 높다.

〈표 5-2-62〉 긴급복지지원 주거지원 기타 지원 실적 (건수)

(단위: 건, 개소)

구분		생활 상담	행정 지원	일자리 지원	법률 지원	병원 연계	복약 지원	정신 건강 서비스 연계	복지 서비스 연계	주거 상향 지원
종합지원 센터	건수	913	283	153	8	953	-	4	24	32
	평균건수	228.25	56.60	38.25	4.00	317.67	-	2.00	12.00	16.00
	응답 수	(4)	(5)	(4)	(2)	(3)	-	(2)	(2)	(2)
일시보호 시설	건수	349	47	-	1	1	2	6	-	-
	평균건수	174.50	23.50	-	1.00	1.00	2.00	6.00	-	-
	응답 수	(2)	(2)	-	(1)	(1)	(1)	(1)	-	-
자활시설	건수	22	40	34	2	14	12	6	5	4
	평균건수	5.50	8.00	8.50	1.00	2.80	4.00	1.50	1.25	1.33
	응답 수	(4)	(5)	(4)	(2)	(5)	(3)	(4)	(4)	(3)

자료: 노숙인 지역사회 정착 관련 지원사업 현황조사 (원자료)

(표 5-2-63) 긴급복지지원 주거지원 기타 지원 실적 (명수)

(단위: 명, 개소)

구분		생활 상담	행정 지원	일자리 지원	법률 지원	병원 연계	복약 지원	정신 건강 서비스 연계	복지 서비스 연계	주거 상향 지원
종합지원 센터	명수	153	115	39	1	43	-	2	17	4
	평균명수	38.25	28.75	13.00	1.00	21.50	-	2.00	17.00	4.00
	응답 수	(4)	(4)	(3)	(1)	(2)	-	(1)	(1)	(1)
일시보호 시설	명수	32	17	-	1	1	1	6	-	-
	평균명수	16.00	8.50	-	1.00	1.00	1.00	6.00	-	-
	응답 수	(2)	(2)	-	(1)	(1)	(1)	(1)	-	-
자활시설	명수	19	49	34	2	23	12	10	5	7
	평균명수	4.75	9.80	8.50	1.00	4.60	4.00	2.50	1.25	2.33
	응답 수	(4)	(5)	(4)	(2)	(5)	(3)	(4)	(4)	(3)

자료: 노숙인 지역사회 정착 관련 지원사업 현황조사 (원자료)

한편 긴급복지지원 주거지원 선정 시 배제 정도는 영역별로 비교적 낮은 점수를 나타내고 있어 포용적으로 이루어지고 있는 것으로 보인다.

(표 5-2-64) 긴급복지지원 주거지원 선정 시 배제 정도 (5점 척도, 높을수록 배제되는 편임)

(평균 개소, 점)

구분	응답 수	응급적 의료 필요	정신질환/ 알코올 의존증	만성 질환	신체적 장애	발달 장애	노인	여성
종합지원 센터	(9)	2.00	2.67	1.67	2.33	2.44	2.00	1.11
일시보호 시설	(4)	1.75	2.25	1.50	1.75	1.75	1.50	1.50
자활시설	(8)	1.88	1.88	1.75	2.25	2.13	2.13	2.00
재활시설	(2)	3.00	3.00	2.50	3.00	4.50	2.50	4.00
요양시설	(1)	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00
전체	(24)	2.04	2.38	1.79	2.29	2.42	2.04	1.79

자료: 노숙인 지역사회 정착 관련 지원사업 현황조사 (원자료)

## 바. 종합

이상의 실적을 바탕으로 노숙인의 지역사회 정착을 위해 주거지원과 관련 있는 항목별 필요성을 5점 척도로 물어보았다. 큰 차이 없이 모두 골고루 4.5점에 가까운 점수를 나타내고 있다.

〈표 5-2-65〉 노숙인의 지역사회 정착을 위한 주거지원 필요성 (5점 척도)

(단위: 개소, 평균 점)

구분	응답 수	취약 계층 주거 지원의 공급물량 확대	주거 지원에 대한 정보 제공	제공되는 주거의 질 향상	주거 유지를 위한 주거비 보조 수준 향상	노숙인 기관의 주거지원 전문인력 확충	지역 사회의 주거지원 전문인력 확충	퇴원/ 퇴소 후 회복할 수 있는 공간 제공 확충
종합지원 센터	(13)	4.54	4.31	4.62	4.54	4.54	4.54	4.62
일시보호 시설	(8)	4.25	4.25	4.38	3.88	4.38	4.38	4.25
자활시설	(36)	4.06	4.14	4.06	4.08	4.25	4.11	4.06
재활시설	(25)	4.52	4.40	4.36	4.36	4.40	4.40	4.48
요양시설	(15)	4.27	4.40	4.27	4.40	4.33	4.40	4.60
전체	(97)	4.29	4.28	4.27	4.25	4.35	4.31	4.34

자료: 노숙인 지역사회 정착 관련 지원사업 현황조사 (원자료)

한편, 이 중 가장 시급하게 필요한 주거지원을 물어본 결과, 가장 많은 응답은 “취약계층 주거지원의 공급물량 확대”로 나타났다. 이 외에 “주거 지원 전문인력 확충”, “주거비 보조 수준 향상” 등의 순이었다.

(표 5-2-66) 노숙인의 지역사회 정착을 위해 가장 시급한 주거지원

(단위: 개소, %)

구분	응답 수	취약 계층 주거 지원의 공급물량 확대	주거 지원에 대한 정보 제공	제공되는 주거의 질 향상	주거 유지를 위한 주거비 보조 수준 향상	노숙인 기관의 주거지원 전문인력 확충	지역 사회의 주거지원 전문인력 확충	퇴원/ 퇴소 후 회복할 수 있는 공간 제공 확충
종합지원 센터	(13)	15.4	0.0	7.7	15.4	38.5	7.7	15.4
일시보호 시설	(8)	25.0	0.0	37.5	0.0	12.5	12.5	12.5
자활시설	(36)	55.6	5.6	5.6	8.3	19.4	0.0	5.6
재활시설	(25)	28.0	4.0	4.0	12.0	32.0	4.0	16.0
요양시설	(15)	33.3	13.3	6.7	20.0	20.0	0.0	6.7
전체	(97)	37.1	5.2	8.2	11.3	24.7	3.1	10.3

자료: 노숙인 지역사회 정착 관련 지원사업 현황조사 (원자료)

노숙인의 지역정착을 위한 서비스 필요도를 5점 척도로 물어본 결과 대부분 평균 4.3점대로 고른 분포를 나타내고 있다.

이 중 가장 시급하게 필요한 서비스를 물어본 결과, 노숙인기관의 사례 관리 전문인력 확충이 36.1%를 나타내어 가장 높은 응답 비율이었다. 그 외 “노숙인기관의 의료 관련 서비스 및 연계 확충”과 “노숙인기관의 정신 건강 관련 서비스 및 연계 확충”이 14.4%였다.

274 노숙인의 통합적 의료지원과 지역사회 정착을 위한 정책방안 연구

〈표 5-2-67〉 노숙인의 지역사회 정착을 위한 서비스 필요성 (5점 척도)

(단위: 개소, 평균 점)

	응답 수	노숙인 기관의 사례 관리 전문 인력 확충	지역사회의 사례 관리 전문 인력 확충	노숙인 기관의 정신 건강 관련 서비스 및 연계 확충	지역사회의 정신 건강 관련 서비스 및 연계 확충	노숙인 기관의 의료 관련 서비스 및 연계 확충	지역사회의 의료 관련 서비스 및 연계 확충	노숙인 기관의 돌봄 서비스 및 연계 확충	지역사회의 돌봄 서비스 및 연계 확충
종합지원센터	(13)	4.38	4.31	4.54	4.62	4.54	4.46	4.38	4.54
일시보호시설	(8)	4.63	4.50	4.25	4.38	3.88	4.00	3.75	3.75
자활시설	(36)	4.08	4.17	4.19	4.31	4.33	4.33	4.06	4.11
재활시설	(25)	4.48	4.44	4.32	4.32	4.44	4.48	4.24	4.36
요양시설	(15)	4.40	4.33	4.47	4.40	4.40	4.47	4.27	4.47
전체	(97)	4.32	4.31	4.32	4.37	4.36	4.38	4.15	4.26

자료: 노숙인 지역사회 정착 관련 지원사업 현황조사 (원자료)

〈표 5-2-68〉 노숙인의 지역사회 정착을 위해 가장 시급한 서비스

(단위: 개소, %)

	응답 수	노숙인 기관의 사례 관리 전문 인력 확충	지역사회의 사례 관리 전문 인력 확충	노숙인 기관의 정신 건강 관련 서비스 및 연계 확충	지역사회의 정신 건강 관련 서비스 및 연계 확충	노숙인 기관의 의료 관련 서비스 및 연계 확충	지역사회의 의료 관련 서비스 및 연계 확충	노숙인 기관의 돌봄 서비스 및 연계 확충	지역사회의 돌봄 서비스 및 연계 확충
종합지원센터	(13)	46.2	0.0	15.4	7.7	7.7	0.0	15.4	7.7
일시보호시설	(8)	25.0	12.5	37.5	0.0	12.5	12.5	0.0	0.0
자활시설	(36)	41.7	16.7	8.3	13.9	11.1	2.8	5.6	0.0
재활시설	(25)	32.0	12.0	16.0	4.0	28.0	4.0	0.0	4.0
요양시설	(15)	26.7	6.7	13.3	20.0	6.7	6.7	13.3	6.7
전체	(97)	36.1	11.3	14.4	10.3	14.4	4.1	6.2	3.1

자료: 노숙인 지역사회 정착 관련 지원사업 현황조사 (원자료)

사람을  
생각하는  
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



# 제6장

## 결론

제1절 주요 연구 결과

제2절 정책 제언



## 제 6 장    결론

노숙인은 타 집단에 비해 심각한 의료 문제를 경험하고 있으며 의료 접근성 및 보장성에서 심각한 문제를 나타내고 있다. 그런데 극단적으로 열악한 처치가 유지된 상태에서 지원하는 의료적 서비스로는 큰 효과를 기대하기 어렵다. 전통적으로 의료적 지원이 필요한 노숙인의 회복 공간은 시설을 통해 제공되어 왔다. 그러나 최근에는 먼저 주거를 지원하고, 그 후에 필요한 치료와 돌봄을 제공하자는 주거우선접근이 설득력을 얻고 있다.

본 연구는 노숙인의 건강권은 응급 의료를 포함한 의료 체계 내에서의 통합적 지원, 그리고 다양한 영역 간의 연계를 통해 보장되어야 한다는 관점에 입각해 있다. 특히 주거 우선 보장을 통해 지역사회 정착을 지원하는 것, 즉 거리에서 지역사회 정착까지 연속적 지원이 가능하도록 방안을 모색하는 것이 이 연구의 목적이라 할 수 있다. 이를 위하여 본 연구에서는 노숙인 의료와 지역사회 정착 지원에 관한 문헌 고찰, 국외 사례 및 국내 관련 현황 분석, 현장전문가 자문회의 및 현황조사를 실시하였다. 아래에서는 주요 연구 결과를 본 연구의 목적에 비추어 요약하고 정책적 제언을 하고자 한다.

## 제1절 주요 연구 결과

### 1. 노숙인 의료와 지역사회 정착 지원에 관한 문헌 고찰

#### 가. 노숙인 의료와 통합적 지원의 필요성

노숙인에 대한 의료적 지원의 필요성은 열악한 사회경제적 요인으로 인한 상대적으로 불건강한 상태에서 제기되고 있다. 이에 노숙인 및 비노숙인 간의 사망률, 질환으로 사망할 확률 및 질병 이환율에 대한 비교연구 등이 이를 뒷받침되고 있음을 확인하였다.

또한 노숙인의 불건강한 상태는 이를 초래하는 다양한 환경적 영향 및 복합적 요인의 생애사적 결과라는 다양한 연구들은, 건강권 보장은 건강 뿐만 아니라 보건 '외부' 요인들을 통합적으로 고려하지 않을 수 없다는 점을 시사하고 있다.

이에 일부 국가에서는 연구자나 정부 차원에서 노숙인 의료서비스의 가이드라인을 제시하고 있으며, 공통적으로 의료뿐만 아니라 아웃리치에서 퇴원 이후 주거지원까지 연속적이고 다학제적 지원을 중시하고 있었다. 특히 영국에서는 노숙인을 위한 통합적 보건 및 사회적 돌봄 가이드라인을 규정하고 있는데, 일반지원 원칙을 비롯하여 계획수립, 다학제 종합서비스 제공 모델, 다차원적 서비스 규정 등을 포괄하고 있다.

#### 나. 하우스링 퍼스트: 유럽(EU)를 중심으로

국내에도 하우스링 퍼스트에 대한 연구 성과가 축적되고 있어 본 보고서에서는 하우스링 퍼스트의 원칙이나 철학을 종합하여 소개하면서, 국내에

충분히 소개되고 있지 않은 유럽 각국의 현황을 중심으로 주요 특징 및 성과를 개괄하였다.

유럽의 하우스링 퍼스트 원칙은 미국의 서비스에서 자극을 받았으나 2010년대부터 급속도로 확산되었다. 유럽의 주요 국가들에서 하우스링 퍼스트 관점은 국가 차원 혹은 지자체 차원의 계획 또는 전략으로 채택되고 있다. 이에 주거생활 및 건강 유지를 위한 서비스가 결합되며, 그 결과 1년 이상 주거유지, 건강 관련 긍정적인 변화, 그리고 사회적 통합 효과 측면에서 높은 성과가 보고되고 있다.

## 다. 국내 노숙인 의료와 지역사회 정착지원에 대한 선행연구

의료지원에 대한 선행연구는 5년마다의 실태조사 및 종합계획 수립을 위한 연구 이외에 연구의 축적은 충분하지 않다. 그러므로 당사자 실태 및 제도 현황을 넘어선 지역사회 정착까지 통합적 지원방안을 연구할 필요가 있다.

주거지원에 대한 선행연구는 그간 근로능력 및 자립생활 정도를 평가 구분하고 이에 따라 시설 및 주거지원을 제안하는 연구가 많았으나, 서울시의 지원주택 사업 시작 전후로 만성질환 등의 노숙인 주거지원을 강조하는 연구가 증가하고 있다. 또한 매년 개최되는 지원주택 컨퍼런스에서 관련 연구성과가 축적되고 있기도 하다.

다학제적, 연속적, 통합적 의료보장과 주거우선 지원의 관점은 주거 및 의료 문제가 서로 연관되어 있음을 나타내어 지역사회 정착을 위한 방향에 중요한 시사점을 제기할 수 있다. 따라서 두 주제 간의 교차 연구가 더욱 중요해지고 있다.

## 2. 국외 사례 연구

국외 사례로 미국과 일본 사례를 살펴보았다.

미국은 법적 근거에 따라 안정적으로 재원을 마련하고 영구적 지원주택을 제공하고 있다. 또한 주거지원에 폐해감소모델에 입각한 사례관리 및 주거유지 지원이 포함되어 있다. 미국의 사례는 시설형태의 서비스 제공에서 벗어나, 의료서비스 지원 및 영구지원주택 제공에 관한 법적 근거 및 세밀한 규정을 만들어, 주류 서비스 체계에서 안정적으로 서비스가 제공되는 환경 조성이 필요하다는 시사점을 제시한다.

일본의 노숙인 의료지원은 순회상담, 쉼터의 의료기관 연계, 결핵대책, 무료·저액진료사업, 생활보호 등으로 실시되고 있으며, 최근에는 일시생활지원사업과 지역거주지원사업을 실시하여 지역정착을 촉진하고 있다. 지역별로 민간단체를 중심으로 거리에서 임대주택으로 이주한 노숙인에게 방문간호와 말기치료 등을 제공하고 있으며, 장기요양서비스를 활용하는 등, 주류 서비스 및 지역자원을 활용하고 있다는 시사점을 제시한다.

## 3. 국내 노숙인 의료 및 주거지원과 지역사회 정착 지원

「노숙인복지법」에 따르면 “노숙인 등”이란 거리노숙인, 시설노숙인, 주거취약계층으로 구성된다. 주거취약계층은 상세한 규정은 없으나 정책적으로 쪽방상당소에 등록된 쪽방 주민으로 규정된다. 복지서비스를 제공하는 노숙인시설은 거처를 제공하는 종합지원센터, 일시보호시설, 자활시설, 재활시설, 요양시설과 그 외 진료시설, 급식시설, 쪽방상당소로 구성된다. 거리노숙인을 중심으로 살펴보면, 종합지원센터에서 사정을 통해 돌봄이 필요한 정도에 따라 자활 < 재활 < 요양시설로 연계되는 방

식으로 서비스를 제공한다.

최근에 수립된 제2차 노숙인 등의 복지 및 자립지원계획(2021~2025)에서는 제1차 종합계획에 비해 의료지원 및 주거지원이 강조되고 있다. 특히 의료는 필수의료자원 확보 및 지역단위 협력체계 구축, 주거에서는 서비스와 주거를 결합한 지원 강화 등이 주요 핵심과제로 언급되어 있으나, 향후 구체적 실천방안 마련이 필요해 보인다.

의료지원 자격 보장은 복잡하게 구성되어 있으며, 이용 가능한 의료기관 및 의료비 지원 등도 자격별로 상이하다. 노숙인 관련 의료지원 제도의 문제점으로 제도의 복잡성과 자원의 부족을 들 수 있다. 특히 응급 대처 및 입원 등 조치와 주거지원 연계가 불충분하여 재노숙 혹은 시설화가 반복될 우려가 있다.

노숙인 대상 주거정책은 주거취약계층 주거지원사업, 임시주거비 지원사업, 지원주택, 긴급임시주택 등이 있으며, 그 외에 노숙인 포함 비주택 거주자를 대상으로 하는 비주택거주자 주거상향지원사업이 있다. 대부분의 사업은 '자립 가능성'이 높은 사람을 선정하고 있으나, 최근에는 돌봄이 필요한 사람도 대상에 포함하여 지원을 시행하고 있다.

서울시의 지원주택은 알코올 의존 및 정신질환 등 주거유지서비스가 필요한 사람'만'을 지원대상자로 하며, 여러 지자체로 확대되고 있는 긴급지원주택은 감염병 격리 혹은 간병 필요자 등 다양한 적용 가능성을 보여주고있다.

#### 4. 지역사회 정착 관련 지원사업 현황조사

##### 가. 현장전문가 자문 조사

현장전문가 대상 자문조사는 의료적 니즈가 있는 노숙인이 지역사회에 정착하기까지 이르게 되는 과정을 분석하여 통합적 의료지원을 통한 지역사회 정착까지의 주요 서비스의 통합 및 연계 실태를 살펴보고, 개선점을 도출하는 것을 목적으로 실시하였다. 노숙인을 대상으로 의료지원과 주거지원 등 지역사회 정착에 관여하고 있는 노숙인 시설 관계자, 의료 관련 실무자 및 전문가, 인권단체 등 현장전문가를 대상으로 대면 자문 혹은 비대면 자문을 실시하였다. 분석은 종합지원센터와 생활시설로 나누어 수행하였다.

종합지원센터는 거리노숙인을 주 서비스 대상으로 하며, 알코올 의존과 정신질환이 주 대상이다. 거리현장에서의 의료서비스는 응급 의료 위주인데, 특히 정신건강 지원에 어려움을 겪고 있으며, 타 기관과의 협조가 원활하게 이루어지고 있지 않으며, 전문적 대응에서 문제를 경험하고 있다. 주거지원 사업은 주로 임시주거지원사업이 활용되나 정신장애 및 알코올 의존증은 대상에서 제외되는 경향이 있으며, 향후 주거상향에 한계가 있다. 매입/전세임대는 공급량이 충분치 않다는 가장 큰 한계가 있다. 또한 주거지원 시 배리어프리 문제는 해결해야 할 중요한 과제이다. 지역정착을 위한 사례관리의 필요성은 모두 공감하고 있으며, 사례관리자 인원 확충 및 교육과 고용안정성의 중요성이 제시된다. 대안적 주거지원 형태로 지원주택이 언급되며, 효과가 높다고 인식하고 있다.

생활시설은 주로 장애가 있는 사람이나 노인이 입소하여 비교적 장기간 생활하는 곳이다. 특히 알코올 및 정신과적 문제가 있는 입소자 비율

이 높다. 생활시설 내에서 회복지원은 다양하게 이루어지나 시설별 편차가 크고, 관련 전문인력이 부족하다. 또한 치료나 요양이 필요한 경우 병원 입원이나 타 시설로 전원이 이어지는데, 주거지원이 결부되어 있지 않은 등의 이유로 시설-거리-병원 회전문 현상이 보고되기도 한다. 노숙인에게 주거지원은 장애인 및 정신질환이 있다는 이유로 쉽지 않다는 인식이 있으며, 배리어프리 주택의 부족, 기존에 머물던 익숙한 곳으로의 주거지원의 어려움 등이 보고된다. 사례관리를 진행하는 시설의 경우, 지역기관과 연계의 어려움을 주로 호소하며, 특히 알코올이나 정신질환 관련 지역자원이 부족하다는 의견이 많다. 서울시의 지원주택은 지역정착의 대안으로 부각되고 있으며, 실제 주거유지율이나 만족도 등 성과도 높게 평가되고 있다. 다만 지역자원 연계 부족이 지속되고 있으며, 인프라 부족으로 종사자의 소진 문제가 발생하고 있어 대책 마련이 시급하다.

## 나. 지역사회 정착 관련 지원사업 현황조사

노숙인시설을 대상으로 지역사회 정착 관련 지원사업 실태를 파악하기 위하여 현황조사를 실시하였다. 조사 대상은 보건복지부가 발간하는 2022년 노숙인 등의 복지사업 안내 부록에 수록된 2021년 12월 말 현재 전국의 노숙인 이용·생활시설 127개소였다.

조사내용은 0) 일반사항 1)~4) 대표적인 주거지원 사업에 대한 실태, 5) 기타 주거지원 프로그램, 6) 지역정착을 위한 주거지원 관련 항목별 필요 정도, 7) 지역정착을 위한 서비스 관련 항목별 필요 정도이다.

조사 결과의 주요 내용을 보면, 임시주거지원 사업은 종합지원센터가 주로 실시하고 있다. 월세 지원액은 평균 29만 원 수준이며, 생활용품 지원은 23.3만 원 수준이다. 거리노숙 경험자, 정신질환 및 알코올 의존자

에 대한 실적이 많다. 사례관리는 사업에 참여한 대부분의 시설에서 실시 중이며, 기간은 대체로 1년 미만이다. 사례관리 전담요원은 고용하지 않는 비율이 더 높고 정규직 비율이 낮다. 대상자 지원 시 응급적 의료가 필요한 경우 배제 정도가 높다.

매입/전세임대주택 지원은 자활시설과 재활시설에서 비교적 활발하게 이루어지고 있는 것으로 보인다. 다만 연간 신규 지원 평균 건수가 1건이 안 될 정도로 매우 미미한 지원량을 나타낸다. 대상자 특성을 보면, 거리노숙 경험자가 가장 많으며, 정신질환 및 알코올, 노인의 비율도 높은 편이다. 사례관리를 실시하는 기관의 비율은 자활시설이 상당히 높은 수준이며, 지원 기간은 1년 이상 장기간 계속되고 있는 비율이 높다. 전담요원 배치 인원은 임시주거지원 사업에 비해 많은 편이다. 대상자 선정 시 응급적 의료지원이 필요한 경우 배제 정도가 높으며, 여성이나 노인은 배제 정도가 낮다.

서비스 결합 주거지원은 응답 시설 수가 6개소로 많지 않다. 입소 대상자는 거리노숙 경험자, 정신질환/알코올 의존자이다. 사례관리는 대부분의 참여 시설이 시행하고 있으며, 지원주택 시행 기간이 길지 않아 3년을 넘지는 않는다. 대상자 배제 정도는 여성이 높은 편인데, 지원자를 받을 때 성별에 따라 배제가 이루어지기 때문인 것으로 보인다.

긴급복지지원은 생계지원 > 주거지원 > 의료지원 순으로 이어지며, 종합지원센터가 활발하게 활동하는 것으로 나타났다. 대상 특성별로는 거리노숙 경험자의 비율이 높은 편이며, 그 외 정신질환/알코올 의존도도 높은 비율을 나타냈다. 사례관리를 위한 전담요원 고용은 거의 이루어지고 있지 않으며, 대상자가 배제되는 정도는 낮은 것으로 집계되었다.

마지막으로, 가장 시급하게 필요한 주거지원 항목으로는 '공급물량 확대'가 가장 높은 응답률을 나타냈으며, 다음이 '주거지원 전문인력 확충',

‘주거비 보조 수준 향상’ 순이었다. 지역사회 정착을 위해 필요한 서비스로는 ‘사례관리 전문인력 확충’이 압도적으로 응답률이 높았다. 그 외 ‘정신건강 관련 서비스 연계 확충’, ‘의료 관련 서비스 및 연계 확충’ 순이었다.

## 제2절 정책 제언

### 1. 포괄적 정책 방향에 대한 제언

#### 가. 통합적·체계적 지원 시스템 구축의 필요성

본 연구에서는 노숙인의 통합적 의료지원을 통한 지역사회 정착 방안을 모색하였다. 지금까지 노숙인 의료지원 정책은 발전해왔다고 보기는 어렵다. 물론 1997년 경제 위기 이후의 임시구호비 및 자원봉사자에 일방적으로 기대었던 임시방편에 비하면 어느 정도 제도화되었다고는 할 수 있다. 그러나 노숙인에 대한 의료지원은 여전히 거리현장에서 이루어지는 낮은 수준의 임시적 의료지원과 응급 의료가 주를 이루고 있다. 또한 노숙인이 이용할 수 있는 자원 자체가 부족한 가운데 일상적 의료, 응급 의료, 2, 3차 의료, 탈노숙 후 지역사회의 의료 등 의료 간 수직적 연계와 주거지원이나 타 서비스 영역과의 수평적 연계가 매우 불충분한 것으로 드러나고 있다.

본 연구에서 살펴본 바와 같이, 의료적 니즈가 있는 노숙인이 이를 해소 가는 과정은 당면한 의료뿐만 아니라, 회복 및 주거지원에 이르기까지 다양한 지원이 결합되어야 한다. 지역사회 정착의 관점에서 보면, 건

강 취약성이 있는 노숙인의 경우 주거유지를 위해서는 지역사회 내 의료 지원 및 관련 사례관리가 필수이다. 현재 분절적으로 이루어지고 있는 의료영역 내 다양한 주체들, 일상적 생활을 지원하는 노숙인 기관, 그리고 탈노숙 이후 지역사회 정착을 담당할 지역기관들이 유기적으로 연계될 수 있는 체계적인 시스템이 구축될 필요가 있다.

이를 위해서는 먼저 지방자치단체의 책임이 무겁다고 할 수 있다. 그리고 지역별 격차를 고려하여 총체적 계획 수립 및 필요 자원 투입을 담당하는 중앙정부도 지방자치단체를 견인하고 추동해 내야 한다. 또한 각 영역에 산재되어 있는 지원을 상호 연계하기 위해서는 중앙정부 내 각 부처의 연계도 중요하다.

## 나. 문제의 원인이 ‘개인의 질환’이 아니라 ‘사회적 자원 부족’이라는 인식 전환이 필요

노숙인 기관이 의료적 니즈가 있는 노숙인을 주거지원을 통해 지역사회로 연계하고자 할 때 부딪히는 공통된 어려움 중 하나는 자원의 부족 문제이다. 사례관리자의 부족, 공급되는 주택의 부족, 연계할 지역사회 자원의 부족 등이다. 그 결과는 지원 대상자를 선별하는 것으로 나타나게 된다. 가장 현저한 영역은 주거지원 영역이다. 집중적 의료적 지원이나 사례관리가 필요한 사람이라 할지라도, 사례관리가 불가능하다면 관련 지원을 주저하거나 배제할 수밖에 없는 상황이 나타난다.

가장 집중적 서비스가 가능한 지원주택의 경우에는 높은 수준의 지원이 필요한 알코올 의존증인 사람이라 할지라도, 여러 우여곡절은 있으나, 지역사회에서 지원을 받으며 살아가고 있다. 이런 지원주택의 실천으로 인하여 알코올 의존증이나 정신질환이 있는 사람이 지역사회에 정착하지

못하는 이유가, 알코올 의존증, 정신질환 자체가 아니라 지원의 부족이라는 점이 명백해지고 있다. 또한 관련된 선행연구들도 지원을 통한 자립적 지역사회 생활의 가능성을 뒷받침하고 있다. 알코올 의존증 및 정신질환 자체의 개선뿐만 아니라 이를 둘러싼 사회적 지원을 어떻게 확장할 것인가, 이 목표를 실현하기 위한 전략이 강구되어야 하는 시기에 와 있다.

#### 다. 열등 처우를 넘어선 적정 수준의 서비스 보장

노숙인은 단순히 빈곤할 뿐만 아니라 심리사회적으로 취약하고 불건강 상태에 있는 경우가 많다. 이는 앞에서 살펴본 바와 같이 선행연구 및 실태조사에 공통으로 지적된 바이다(임덕영 외, 2021 등). 따라서 노숙인이 지역사회로 복귀하기 위해서는, 그리고 건강한 상태의 생활을 유지하기 위해서는 비노숙인에 비해 더 많은 지원이 필요하다.

영국의 노숙인에 대한 통합 건강 및 사회적 돌봄 가이드라인에서는 일반적 원칙 중 하나로 비노숙 집단과 동일한 이용 가능성, 접근 가능성, 동일한 서비스의 질을 보장하기 위해서는 더 많은 노력과 전략적인 접근이 필요함을 인식하는 것을 제시하였다(National Institute for Health and Care Excellence Centr for homeless Impact, 2022, p.9). 즉 노숙인은 불리한 생활상의 조건에 처해 있기 때문에 비노숙 집단과 동일한 서비스를 제공하기 위해서는 더 많은 노력이 필요하다는 의미이다. 그럼에도 불구하고, 노숙인에 대한 서비스는 다른 집단에 비해 훨씬 낮은 수준으로 이루어지고 있어, 제공되는 의료와 주거 등의 서비스는 가장 낮은 수준이다. 서비스의 열등 처우의 원칙이 노숙인 서비스의 원리로 작용하고 있다고 해도 과언이 아니다.

그러한 원인 중 하나는 노숙 상황에 대한 개인 책임의 도덕적 전제가

기체에 깔려 있기 때문이다(남기철, 2013, p.37). 노숙인 정책의 목표가 노숙 상황에 빠진 개인에게 책임을 묻고자 하는 것이 아니라면, 그리고 지역사회 정착에 초점을 두고 있다면, 비노숙인 집단과 동등한 서비스를 보장하기 위해서는 훨씬 더 많은 노력이 필요하다. 특히 알코올 의존이나 정신질환이 있는 노숙인에게 의료 및 주거 등을 보장하기 위해서는 비노숙인이나 질환이 없는 노숙인에 비해 훨씬 더 많은 자원을 투입해야 한다. 비노숙인에 비해 낮은 수준의 서비스로는 노숙인 문제 해결에 접근하기 어렵다는 근본적 인식이 필요하다.

## 라. 노숙인 우선 지원과 지역사회 서비스의 확충

노숙인에게 필요한 다양한 서비스는 대부분 비노숙인에게도 제공되는 보편적인 서비스이다. 다만 서비스 중 일부는 노숙인 거처의 특성, 주소가 불분명하다거나 시설생활을 한다는 행정적 특성, 그리고 극단적 빈곤한 상태라는 경제적 특성 등 노숙인의 특수성을 적용하여 반영할 필요가 있다. 그러나 현실에서는 노숙인에 대한 대부분의 서비스는 노숙인만을 대상으로 하도록 분절화되어 시행되며, 노숙인은 거리에 있을 때 뿐만 아니라 주거지원을 통해 지역사회에 돌아와서도 일반 서비스로부터 배제되는 경우들이 많다. 노숙인 지원기관이 일반 서비스에 연계하려 해도 거절당하거나 배제되는 일이 반복되고 있으며, 따라서 노숙인만을 대상으로 한 고유의 서비스들이 고립적으로 이루어지고 있다. 지역사회 서비스가 가장 시급한 지원 대상자를 발굴하려 한다면, 노숙인이 가장 우선적으로 취급되어야 할 것이다. 만약 노숙인의 특수성 등 때문에 바로 접근하기가 어렵다면, 적어도 노숙인을 우선적인 서비스 대상으로 하되, 노숙인 서비스 기관과의 연계 방식을 구체적으로 고민해야 한다.

### 마. 전문성과 현장성 결합의 필요성

의료적 문제는 일반 서비스보다 전문적 접근이 필요하다. 또한 불리한 조건이 중첩되어 중복 질환이 있는 노숙인에게는 전문가팀을 통한 다학제적 접근이 필요하다. 그런데 현실에서는 실제 의료적 지원이 필요한 노숙인에 대한 직접적 접근은 전문성이 없는 인력에 의해 이루어지고 있다. 즉 전문성을 갖춘 인력은 지원이 필요한 현장에 접근하지 못하는 상황이다. 가장 시급하게 서비스가 필요한 중증의 노숙인은 응급입원을 할 정도가 되어야 가시화되어 지원받을 수 있다는 보고가 있다.

### 바. 의료지원 및 주거지원의 연속성을 통한 지역정착 지원

현재 의료지원은 거리현장 응급 대응 및 입원 지원이 주류를 이루고 있으며, 주거지원은 지원주택을 제외하면 스스로 생활이 가능한 사람들 위주로 이루어지고 있다. 따라서 각 지원들이 연계되어 지역사회 정착으로 이어지는 서비스 흐름이 만들어지지 못하고 있다. 각 서비스가 지역정착의 계기가 되어 상호 연속성을 담보하는 서비스 체계로 구축되어야 한다. 응급 의료는 응급적 대응 이외에도 그간의 만성적 의료 문제를 해결하는 계기가 되어야 하며, 또한 이를 통해 주거지원으로 연계될 수 있어야 한다. 주거지원 이후에는 사례관리를 통하여 안정적 지역사회 정착으로 이어져야 한다. 또한 거리 상담을 통한 주거지원을 계기로 의료지원으로 이어질 수 있어야 할 것이다. 지역정착 지원에서 가장 선행되어야 할 것은 주거지원(Housing-First)임을 전제로 하되, 의료적 지원의 계기로 주거지원도 이루어질 수 있도록 다양한 방안 모색이 필요하다. 이를 위해서는 의료적 지원 이후 주거지원으로 연계할 수 있는 모델이 필요하다.

또한 연속적 지원을 통해 의료지원뿐만 아니라 건강 유지 지원도 이루어져야 한다. 불안정하고 부실한 식사와 열악한 잠자리, 불결한 환경, 강도 높은 육체노동, 불안한 심리상태와 사회적 관계의 단절에서 오는 무기력함 등에 대한 일상적인 지원이 연속적으로 필요하다.

## 사. 여성 노숙인에 대한 전문적 대응 강화

여성 노숙인은 정신질환이 있는 비율이 높은 편이나 이에 대한 전문적 대응은 매우 미진한 상황이다. 거리현장에서는 남성 인력이 라포를 형성하기가 쉽지 않음을 보고하고 있다. 생활시설에는 여성의 비율이 비교적 높음에도 정신보건전문요원 배치 비율이 그다지 높지 않아 일상에서 전문적 개입이 쉽지 않은 상황이다. 여성 노숙인에게 전문적으로 대응할 수 있는 조건과 인력 배치가 필요하며, 인력 배치 기준 등에 이를 반영할 필요가 있을 것이다.

## 2. 현장 및 영역별 지원 방향

아래에서는 노숙인을 접할 수 있는 현장별 개선 방향을 제안하고자 한다. 거리와 시설을 중심으로 제안하되, 주거지원 및 사례관리 영역까지 다룬다.

### 가. 거리노숙인 현장

- 1) 정신보건 전문가가 결합한 정신건강지원팀의 의무적 구성

최근 거리노숙 밀집 지역에 보건복지부의 지원을 받은 위기관리사업이

이루어지고 있으나, 예산지원은 한 기관당 4천여만 원이어서 전담인력 1명의 고용을 감당할 수 있는 수준에 그치고 있다. 서울시의 사례를 제외하면 대부분의 지역에서는 아웃리치가 비전문가인 사회복지 일반 인력을 중심으로 이루어지고 있는 실정이다. 전문적 진단과 사례관리, 응급 대응 등을 위해서는 전문가 결합이 필수적이다. 이에 일정 규모 이상의 거리노숙인이 집계된 대도시에는 필수적으로 정신보건 전문가가 결합된 정신건강지원팀을 의무화할 필요가 있다. 일정 규모가 안 되더라도 모든 광역자치단체에서는 거리노숙인의 정신과적 의료 니즈가 있을 경우 대응할 수 있는 체계를 갖추도록 해야 한다.

이태진 외(2021)에서는 서울, 부산, 대구, 인천, 대전, 경기 등 거리노숙인 40인 이상인 광역지자체에 의무적으로 의사 1명, 간호사 1명을 종합지원센터 등에 배치할 것을 제안하였다. 제2차 종합계획에서는 '거리노숙인 주요 밀집 지역에 필수 의료자원 배치'를 권장하고 있다.

아래에서는 두 가지의 모델을 제안해 본다. 첫 번째는 정신건강지원팀을 상설 조직으로 꾸리는 것이다. 두 번째는 일상적 아웃리치를 정기적으로 수행하되 사정이 필요하거나 긴급을 요하는 경우에는 지역의 정신건강복지센터나 의사와 연계하여 거리현장에서 대응하는 방식을 제안한다. 첫 번째는 서울의 노숙인다시서기종합지원센터의 모델이고, 두 번째는 서울의 비전트레이닝센터의 모델이다. 두 번째와 유사한 방식으로 수원시의 다시서기종합지원센터에서는 현장대응팀이 아웃리치를 통해 라포를 형성하고 의료적 대응이 필요한 경우 일시적으로 위기관리팀과 연계하는 방식을 취한다. 다만 코로나19로 위기관리팀 활동은 일부 지역에서는 잠시 멈춘 상황이다. 이러한 모델의 한계는 '위기 시'에만 의료적으로 대응한다는 점이다. 다만 이때에도 정신건강전문인력은 필수적으로 참여해야 한다. 일시적 대응만 하기 때문에 의료 전문인력이 안정적이지 않을 수

있다. 따라서 상시 대응할 수 있는 모델로 이행하도록 준비해야 한다.

또한 정신보건전문요원의 경력이 인정되지 않는 자활시설 등의 제도도 속히 변경될 필요가 있다.

〈표 6-2-1〉 정신건강지원팀 모델 제안

<p><b>모델 1: 상설 정신건강지원팀 활동</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 종합지원센터에 정신건강지원팀을 구성하여 거리상담팀과 연계하여 사례관리 등을 진행함.</li> <li>○ 촉탁의, 정신건강전문요원이 참여하여 정기적으로 사례관리 및 아웃리치를 실시함.</li> <li>○ 상대적으로 안정적 지원이 가능하나 많은 자원이 필요함.</li> <li>○ 비교적 노숙인 밀집도가 큰 지역에 유효함.</li> </ul> <p><b>모델 2: 일상 시에는 현장대응팀, 위기 시에만 위기관리팀 활동</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 일상적으로 현장대응팀이 아웃리치를 담당하고, 위기 시에만 위기관리팀이 활동함.</li> <li>○ 아웃리치 시 정신건강전문요원이 참여하여, 위기 시 지역의 정신건강센터 등 연계 혹은 자원봉사 의사 지원을 받음.</li> <li>○ 상대적으로 '위기 시'에만 작동하므로 불안정한 체계이나 운영비 부담이 적음.</li> <li>○ 비교적 노숙인 밀집도가 낮지만, 일정 수의 노숙인이 항상 발견되는 지역에 유효함.</li> </ul>
---

## 2) 거리노숙인 등의 의료 접근성 강화를 위한 노숙인 의료보장제도 개선

현재 노숙인 의료 보장제도는 의료지원 수급자격의 분절화, 이용 가능한 의료자원의 제한으로 인해 광범위한 사각지대를 발생시키고 있다는 비판을 받아 왔다(이태진 외, 2021). 특히 노숙인 1종 의료급여 제도는 이미 선행연구를 통하여 자격 선정의 엄격화, 지정병원으로 한정된 의료 접근성의 제약, 이용할 수 있는 지정병원의 지역별 편차 등 많은 문제점이 지적되었다(유원섭 외, 2015).

이러한 가운데 지난 2022년 1월 19일에 국가인권위원회는 ‘코로나19 재난 상황에서 노숙인의 건강권 보장을 위한 제도개선 권고’를 발표하고 노숙인 진료시설 지정제도 폐지와 노숙인 의료급여 관련 지침 보완을 권고하였다(국가인권위원회, 2022). 이에 보건복지부는 2022년 3월 22일 ‘노숙

인진료시설 지정 등에 관한 고시 제정발령'을 발표하고, 3월 22일부터 1년간 지정병원 제도를 한시적으로 폐지하기로 하였다(보건복지부, 2022c). 국가인권위원회뿐만 아니라 정부도 문제의식을 가지고 있다고 할 수 있다. 이에 노숙인 의료보장 제도 중 가장 핵심인 노숙인 1종 의료급여 개편과 관련하여 의료보장의 3가지 요소인 1) 인구집단 보장, 2) 서비스 보장, 3) 비용 보장 측면(유원섭, 2022, p.26)에서 방향성을 제안하고자 한다.

〈표 6-2-2〉 노숙인 의료보장제도 개선 방향성

<p><b>1) 인구집단 보장</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 노숙인의 유동성 및 거주 특성을 고려하여 동 주민센터에서 신청을 할 수 있도록 하여 보장 접근성을 보장함.</li> <li>○ 보장 기간은 제한을 두어 일시적 성격을 명확히 하되, 그 이후에는 의료급여 자격을 취득할 수 있도록 지자체 및 국가의 지원이 의무화되어 보장의 연속성이 보장되어야 함.</li> <li>○ 노숙인 여부를 증명하는 책임은 개인이 아닌 해당 지자체에 있다는 점이 명시되어야 함. 노숙인 시설 혹은 복지시설을 통해 신청할 수 있으나 개인도 신청할 수 있어야 함.</li> </ul> <p><b>2) 서비스 보장</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 노숙인 진료시설 지정제도는 폐지하여 모든 의료기관 이용이 가능하도록 하여 원칙적으로 서비스 접근성을 보장함.</li> <li>○ 의료기관의 진료 거부에 대해서는 문제 제기할 수 있는 창구를 마련함.</li> <li>○ 노숙인에게 전문적 진료를 제공할 수 있는 의료기관과 공식적 협력 관계를 맺고 해당 지정 의료기관에 인센티브를 마련함.</li> <li>○ 최대한 의료보장 절차를 간소하게 하여 응급 대처가 적시에 이루어질 수 있도록 함.</li> </ul> <p><b>3) 비용 보장</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 자기부담금이 발생할 경우 지자체 지원을 의무화함.</li> <li>○ 시설 퇴소 및 병원 퇴원 후 한시적 의료비 지원 등을 통해 의료중단을 예방하고 자립생활을 지원함.</li> </ul>
--

자료: 연구진 작성

### 3) 거리노숙인의 일시보호시설 및 응급구호방 개선

현재 거리노숙인에 대한 주거지원은 거리노숙 상태 자체가 응급적인 상황인데다가, 복지서비스를 받기 위한 조건인 주소와 거처를 마련하고,

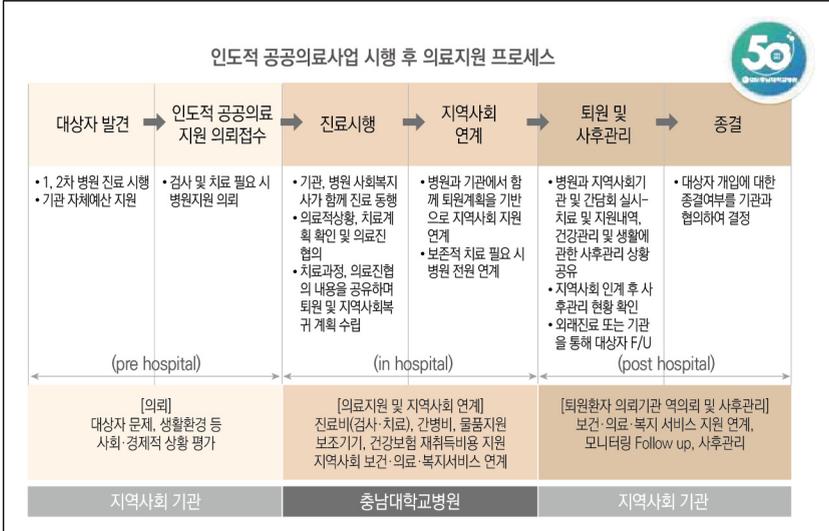
수급 등의 절차를 더 신속하게 처리하기 위해서, 우선 일시보호시설이나 응급구호방을 활용하고, 이 중 희망자에게 임시주거지원사업을 연계하는 방식으로 이루어지고 있다. 이에 응급 쉼터는 프라이버시 보장과 위생적 생활을 위해 집단생활 구조를 개별적 공간 지원 중심으로 점차 재편해 나갈 필요가 있으며, 이를 위한 최소한의 규정과 지원이 마련되어야 한다. 또한 공간 재편으로 부족해진 공급량은 인근의 숙박업소 등을 활용하여 보충해 나가야 한다.

#### 4) 응급입원 후 사례관리 및 퇴원계획 수립

또한 거리노숙 상태에서 응급입원 등을 하였을 때 퇴원 후 지원이 없다면 다시 거리노숙으로 돌아가는 ‘거리-병원’ 회전문 현상을 예방해야 한다. 이를 위해서는, 응급입원 이후 주거지원으로 연계될 수 있는 사례관리가 뒷받침되어야 한다. 또한 병원은 병원 자체적인 사례관리 및 퇴원계획을 노숙인 기관, 지역사회의 사회복지시설, 동주민센터 사례관리자 등과 연계하여 진행할 필요가 있다.

참고가 될 만한 지역 사례로 충남대병원과 대전지역의 활동을 들 수 있다. 충남대병원은 2010년부터 ‘인도적 공공의료지원 규정’을 제정하고 입원치료비, 간병비, 이송비, 건강보험 체납료, 주민등록 재등록 비용 등을 지원하고 있다. 또한 의료지원 이후에는 노숙인 기관과 연계하여 퇴원계획을 함께 수립하고 지역사회 연계 이후에도 역 의뢰 등을 통해 노숙인을 비롯한 취약계층의 지역사회 복귀를 돕고 있다.

[그림 6-2-1] 충남대병원 인도적 공공의료사업 시행 후 의료지원 프로세스



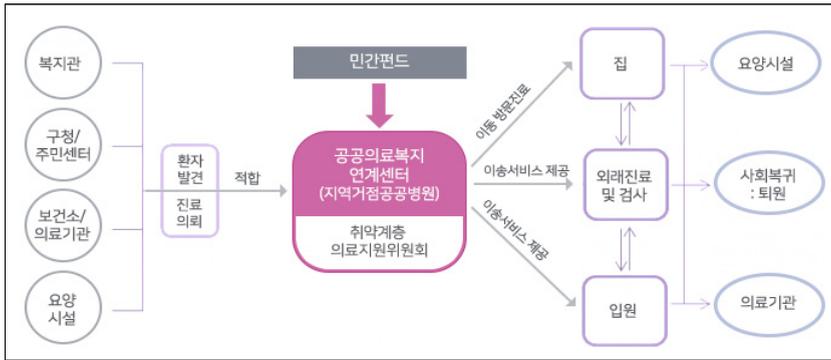
자료: 권지현(2020). 지역의 노숙인 의료지원체계의 성과와 개선방안(국립대학교병원 사회사업팀과 협업 사례). 제2회 휴리스 건강권 포럼 발표자료. p.14.

또한 현재 시행되고 있는 책임의료기관의 퇴원환자 연계사업을 참고하고 활용할 필요가 있다. 책임의료기관은 생명과 직결된 필수의료서비스를 강화하기 위해 권역 및 지역별로 지정된 의료기관이다. 책임의료기관의 역할 중 하나는 필수의료 협력체계 구축 및 협력모델 개발인데, 협력분야 중 하나가 퇴원 후 유지 및 회복으로, 권역 및 지역 모두 의무화되어 있다(보건복지부, 2020b). 구체적인 운영 체계는 아직 유동적이나, 충남대병원의 사례를 전국적으로 적용할 수 있는 연계 제도로 볼 수 있다.

이 밖에 취약계층 건강안전망 강화를 위한 공공의료복지연계망 사업에서도 노숙인 지원이 가능할 것으로 보인다. 이 사업은 사회보장정보원 행복e음에 연계한 공공의료복지연계망 운영으로, 모든 지자체와 모든 병원이 양방향 네트워크가 가능한 인프라를 구축하여, 취약계층의 발견과 병원 치료, 치료 후 사회복지를 지원하는 One-Stop 창구이다. 즉 지역사회

내 보건(보건소)·의료(의료기관)·복지(주민센터, 요양시설 등)를 연계하여 서비스를 제공하는 것이다. 현재 주요 대상자에 노숙인이 포함되어 있지 않으나, 지역에 따라서는 연계가 가능할 것이다.

[그림 6-2-2] 공공의료복지연계사업 개요



자료: 국립중앙의료원(n.d.) 취약계층 건강안전망강화 (공공의료복지연계사업). [https://www.punet.or.kr/main/main.do?jsessionid=ADE7455BBACD2A57967F96BB508AEFAA?MENU\\_ID=A01020000](https://www.punet.or.kr/main/main.do?jsessionid=ADE7455BBACD2A57967F96BB508AEFAA?MENU_ID=A01020000). 에서 2022년 10월 28일 인출.

이렇게 우선, 지역의 공공병원을 중심으로 취약계층에 대한 퇴원계획 수립 시, 지역사회의 노숙인 단체 등과 협업을 한다면, 퇴원 후 주거지원 및 지역사회 정착은 더 원활하고 안정적으로 이루어질 수 있을 것이다. 특히 복귀할 주거가 없는 거리노숙인은 병원 치료가 주거 및 지역사회 복귀로 이어질 수 있는 중요한 계기가 될 수 있다.

5) 회복돌봄(medical respite care)을 위한 프로그램 및 주거지원 모델개발

노숙인 의료지원 시, 진료의 표준 형태가 주택이 있다는 전제하에서 이루어지고 있다는 데에서 문제가 발생한다(Institute of Medicine (US) Committee on Health Care for Homeless People. Homelessness,

Health, and Human Needs. Washington (DC): National Academies Press (US), 1988, p.109). 특히 퇴원 이후 병원에서 치료가 필요할 정도는 아니지만, 회복을 위한 지원이 필요한 경우 적절한 대책이 마련되어 있지 않으면, 퇴원 후 적절한 지원을 받지 못한 상태에서 노숙이 반복될 우려가 있다. 이를 방지하기 위해 앞에서 언급한 대로 미국 등에서는 회복돌봄을 위한 프로그램을 운영하고 있다.

미국의 회복돌봄 프로그램은 노숙인이 의료 및 기타 지원 서비스를 받으면서 안전한 환경에서 회복할 수 있는 기회를 제공하는 단기 주거 치료라 할 수 있다(National Health Care for Homeless Council, n.d.). 제공되는 환경은 개별시설, 노숙인 쉼터, 노인 시설 및 과도기 주택 등 다양하다.

한국에서는 이태진 외(2021, p.200)에서 결핵관리시설과 유사한 형태로 회복기 주거 운영을 제안하였다. 결핵환자의 퇴원 후 회복기간 동안 거처를 제공해 주는 미소꿈터를 모델로 하여, 결핵 이외에도 중증질환에 이환된 노숙인의 회복 지원을 위한 단기 주거를 지원하는 것이다.

이를 위해서는 거처와 간병 인력이 필요하다. 거처는 최근 지자체에서 확산되고 있는, 앞에서 언급된 긴급지원 주택의 일부를 활용하거나 이를 더 확대하는 방안을 고려할 수 있다. 현재 긴급지원 주택은 노숙 예방 차원에서 가정폭력, 실직 등의 이유로 퇴거 위기에 놓인 사람을 주 대상으로 하지만, 여기에 노숙인을 포함시키는 방안이나 노숙인만을 대상으로 하는 회복지원 주택을 새롭게 추가하는 방안을 검토할 수 있다. 서비스는 지자체가 재가센터 요양보호사를 활용하거나, 재활센터의 간병사업단과 연계하는 방안을 고려할 수 있다.

보건복지부에서는 퇴원 환자를 대상으로 급성기와 회복기, 만성기 의료기관을 연계한 의료시스템 구축을 제안하고 있다(보건복지부, 2020c). 아직 시범사업 단계이며 주로 급성기병원-재활병원-요양병원 등 의료기

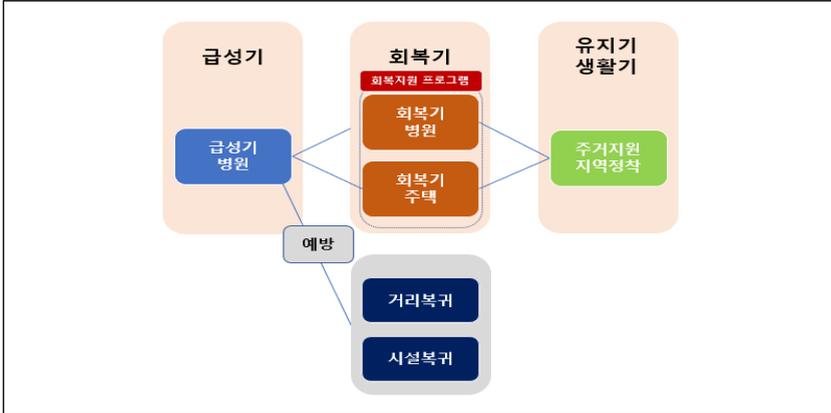
관 간의 연계가 핵심적 내용이다. 정신질환, 알코올 의존, 결핵 등 노숙인의 회복에 필요한 대응이 재활단계에 편입되기는 쉽지 않아 보인다.

현재 노인의 경우에는 케어안심주택의 일환으로 임시거주시설 및 돌봄 서비스를 제공하는 프로그램이 운영 중이다. 예를 들어 부산시 영도구의 케어안심주택 ‘영도다복하우스’는 퇴원 예정인 65세 이상 노인에게 재가 복지센터의 돌봄, 보건소의 방문상담, 행정복지센터의 일상적 돌봄을 제공하고 있다.

또한 서울 은평구의 ‘케어 B&B’(Care Bed and Breakfast)는 단기 입주형 재활주택으로, 몸이 불편한 고령자를 대상으로 한다. 각종 수술 등으로 입원 후 독립적인 자택 생활을 위해 일상생활에서 훈련이 필요한 경우, 마비로 인한 재활훈련, 심한 욕창 등으로 인하여 병원 입원 등을 고민하는 사람 등이 의료와 재활을 위해 1~6개월까지 입주하여 생활할 수 있는 공간이다.

이 외에도 시설을 활용할 수도 있다. 다만 시설은 주거가 아니고 집단 생활이므로 회복을 촉진하는 데 적절한 환경을 구비해야 한다. 주거지원이 전제되어야 하고, 개인 생활 및 다소 밀도 높은 케어가 가능해야 하므로, 인력구조 및 시설 공간구조 등 생활시설의 개편이 이루어져야 한다. 신청자격은 중위 소득 150% 이하 만 60세 이상의 서울에 주소를 둔 주민 중 신청할 수 있으며, 신청자의 병력과 현재 독립생활 수준, 의료 조건과 재활 필요성 등을 살펴 입주 여부를 결정한다(은평구, 2021. 07.23).

[그림 6-2-3] 회복지원 프로그램의 개요



자료: 연구진 작성

## 나. 생활시설(자활, 재활, 요양시설)에 대한 제언

### 1) 주거지원 확대를 위한 시범 모델 구축

재활시설 및 요양시설의 입소자의 경우 고령자 및 장애인의 비율이 점차 높아져가며, 점차 돌봄이 필요한 사람들의 비율이 높아지고 있으나, 인력 배치 기준 등이 이에 적합하지 않아 돌봄의 사각지대가 우려되는 상황이다. 돌봄의 어려움 때문에 불가피하게 입소 시 집단생활이 어려운 사람은 입소가 불가능한 상황이 발생하기도 한다. 또한 시설의 지리적 여건 때문에 인근의 주거지원이 어려운 경우도 있다. 이러한 배경으로 재활 및 요양시설에서의 탈시설 및 주거지원은 매우 미진한 상황이라 할 수 있다.

이를 타개할 방법으로 재활 및 요양시설에 대한 주거지원 시범사업을 중앙정부 차원에서 진행할 필요가 있다. 별도의 인건비 제공, 프로그램 매뉴얼 제작 등을 통하여 지역 및 시설 실정에 맞도록 주거지원을 조금씩이라도 해 나가는 작업이 우선적으로 필요하다. 예를 들어 대구의 희망마을

은 장애인 단체 및 지자체와 연계하여 탈시설-주거지원을 수행하고 있다. 또한 늘푸른자활의집은 중간 주택을 설정하여 바로 지역사회로 나가는 데에서 오는 생활습관 및 심리상의 부담을 줄여주고 있다. 또 비전트레이닝 센터는 지원주택을 적극적으로 활용하고 있다. 이러한 몇 가지 사례들을 통하여, 현재 돌봄이 필요하거나 장기간 입소해 있는 입소자들이라 할지라도 주거지원을 할 수 있는 모델을 구축하는 게 중요하다. 이를 위해서는 비교적 주거지원 자원이 풍부한 서울 이외에도, 지리적으로 고립되어 있거나 주거지원 자원이 부족한 지역에 중앙정부 차원에서 지원하여 주거지원을 촉진해야 한다. 또한 이를 통해 유형별 모델 구축 사업을 해 나갈 필요성이 있다. 장기적으로는 인원 배치 기준과 시설의 기능 변화 등을 고민해야 한다. 제2차 종합계획에서는 “지원주택 발굴, 확산 추진”만 언급되어 있는데, 이에 대한 구체적 실현 방안이 필요하다.

## 2) 타 영역과의 연계를 통한 주거지원

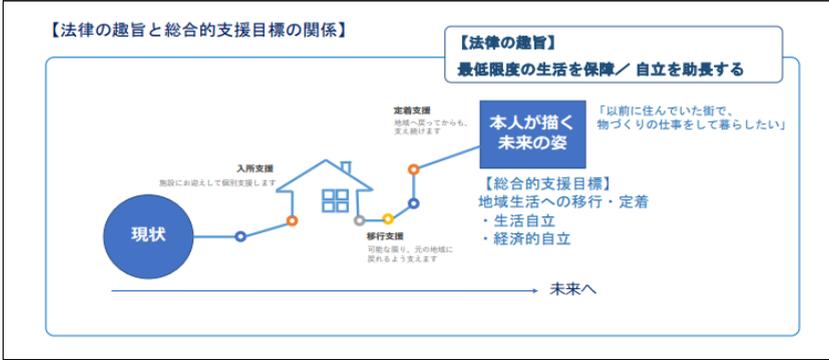
시설의 고령자 및 장애인 비율이 높기는 하나, 희망자에 대한 주거지원은 이루어져야 하며, 이를 위한 전문적 케어 및 사례관리자 배치가 필요하다. 그런데 이 모든 것을 노숙인 시설에서 담당할 수는 없다. 예를 들어 장애인에 대한 지원은 지역의 장애인 단체가 더 전문적일 수 있다. 따라서 지역사회의 주거지원을 타 영역의 전문가 및 단체와 연계하여 진행할 수도 있는 것이다. 앞에서 살펴본 대구의 희망마을 사례가 그렇다. 발달 장애인에 대한 주거지원은 장애인 단체가 수행하고 있는 탈시설-주거지원으로 연계하여 진행한다. 이를 위해서는 각 영역의 단체별 네트워크가 구축되어 있어야 하며, 이를 지방자치단체가 책임지고 조직하고 조율하고 조정해야 한다.

### 3) 지역사회 정착을 위한 가교 역할 강화와 개인별 계획 수립

재활 및 요양시설의 입소자의 입소기간이 길어지고 있어, 탈시설 및 지역정착을 지원하기에 어려운 상황이 심화되고 있다. 이에 대한 폐해를 줄이기 위해서는, 지역사회에 정착하기 위해 ‘거처가는 곳’으로서의 시설의 역할이 강화되어야 할 것이다. 현재 생활시설은 돌봄이나 의료를 감당하기 어려운 증증은 요양원이나 요양병원으로 전원하는 등 사실상 본래 상정한 요양과 재활의 기능이 이루어지고 있지 못하다. 시설은 지역사회로 가기 위해 일단 휴식을 취하여 안정적 심리상태를 회복하는 기능을 일차로 하지만, 동시에 지역사회에 정착하기 위해 필요한 경제 및 주거 지원을 준비하게 하는 기능이 있어야 한다. 또 주거지원을 한 이후 다시 노숙을 하더라도 시설을 통해 재차 지역사회 정착을 준비할 수 있는 재기의 공간이기도 해야 한다. 이를 위해서는 재활 및 요양시설 기능에 필수적으로 주거지원이 포함되어야 하며, 인력 배치 등도 반영되어야 한다. 주거지원 이후에도 시설의 프로그램을 이용할 수 있게 한다거나 식사를 함께 할 수 있게 하는 등 다양한 방식으로 지원이 가능하도록 모델을 개발해야 한다.

예를 들어, 한국의 노숙인 재활·요양시설과 유사하게 무의탁 극빈 상태의 입소자를 지원해온 일본의 구호시설도 지역정착을 주요 목표로 내걸고 있다. 2022년 현재 1만 6천여 명(정신장애인 41%, 지적장애 13%, 중복장애 20% 등)이 생활하고 있는데, 90% 이상의 시설에서 입소자 개별 지원 계획을 세우고 지역생활 이행지원을 수행하고 있다. 아래는 일본 구호시설 관련 법적 취지와 종합적 지원목표 간 관계를 나타내는데, 주요 지원은 입소지원, 이행지원, 정착지원으로 구성되며, 종합적 지원 목표로 지역생활로의 이행 및 정착이 제시되어 있다.

[그림 6-2-4] 일본 구호시설의 종합적 지원



자료: 前嶋弘. (2022). 救護施設における個別支援計画の作成状況について. 社会保障審議会生活困窮者自立支援及び生活保護部会(第18回). p.10. <https://www.mhlw.go.jp/content/1250100/000974787.pdf> 에서 2022. 10. 28. 인출.

#### 4) 탈시설 당사자에 대한 지원 체계 확충

노숙인 탈시설 당사자에 대한 지원을 확충하여 시설의 탈시설 및 주거 지원을 촉진할 방안을 마련할 필요가 있다.

먼저, 당사자가 장애인임에도 불구하고 탈시설 장애인의 지원을 노숙인 시설 입소자라는 이유로 받지 못하는 경우가 있다. 대표적인 지원이 탈시설 정착금이다. 대부분의 지자체에서는 탈시설 장애인에게는 정착금을 지원하지만, 노숙인 시설 입소자이면서 장애인인 경우에는 대구를 제외하면 정착금을 지원하지 않는다. 주거지원을 받는 모든 노숙인에게 제공하는 것은 어렵다 할지라도 일정 기준에 부합하면 동일하게 제공하는 방향으로 개선하는 게 적절하다.

또한 시설에서 나와 지역에 정착할 때 수급이 중지되는 경우가 있다. 이 경우 갑작스럽게 생계급여와 의료급여가 중지되어 주거생활 유지가 어렵게 된다. 제도적으로 의료급여를 1~2년 연장하는 방안을 검토할 필요가 있다. 보건복지부는 보호종료 5년 이내의 자립준비 청년 중 일반 건

강보험 가입자는 의료급여 (2종) 수준의 본인부담금만 납부하도록 지원할 계획이다(보건복지부, 2022. 8. 30). 노숙인도 이에 준하여 탈시설 이후에는 일정 기간 유예기간을 두어서 의료급여 수준의 본인부담금을 납부하도록 하는 방안을 검토할 필요가 있다. 또한 생계급여와 주거급여가 일시 중지되는 경우에는 수급 신청 대기 동안 긴급복지지원으로 연결하는 등의 대책도 필요하다.

#### 다. 주거지원 및 지역사회지원에 대한 제언

##### 1) 노숙인 우선 지원을 위한 체계 구축

주거지원을 통해 지역사회에 정착하려는 당사자에게 가장 부족한 자원은 현재 정신과적 의료와 알코올 중독에 대한 지원이라 할 수 있다. 전문적 대응이 필요하지만, 이를 연계할 만한 지역 자원이 부족하다. 지역자원이 연계되기 위해서는 정신보건센터나 중독관리 기관이 있어야 하는데, 지역별 분포의 편차가 있으며, 관리 인원의 한계로 이용하지 못하는 경우가 많다. 자원에 한계가 있을 시에는 센터 내 노숙 경험자 등 취약계층을 대상으로 한 우선 지원 프로그램을 마련할 필요가 있다. 그렇지 않으면 노숙 경험자는 계속 서비스에서 밀리거나 배제될 우려가 있으며, 서비스가 부족한 지역에 정착한 경우에는 방치되어 재노숙할 우려가 있다. 대상자 특성에 의한 스티그마가 발생할 우려가 있음을 고려하여, 노숙 경험자 이외에도 취약계층을 우선 지원 대상으로 선정하여 우선 지원을 하는 방안을 제안한다. 서비스가 보편화되면서 자연스럽게 노숙 경험자도 서비스 대상자에 포함되는 것이 가장 바람직하겠지만, 획기적 자원 확대를 기대하기 어려운 상황에서, 노숙인 등 취약계층의 우선 지원 확대가 서비스의 보편화로 이어질 것을 기대하는 것이 현실적일 것이다.

## 2) 적절한 환경의 충분한 주거 공급량

가장 활발하게 이루어지고 있는 주거지원 형태는 임시주거지원이다. 그러나 지원되는 주거비만으로 얻을 수 있는 거처는 고시원이나 쪽방 등 불안정 거처이다. 이러한 거처에서는 적절한 휴식을 취할 수 없고 불건강으로 이어지기 쉽다. 그래서 현장에서는 임시주거지원은 어디까지나 '임시'적으로 이루어지는 단계로 설정한다. 하지만 영구적 주거지원인 매입임대는 물량이 매우 부족하다. 따라서 손쉽게 이루어질 수 있는 임시주거지원이 영구주거로 가는 발판으로 기능하고 있지 못한 것이 현실이다. 적절한 환경의 주거공급이 이루어진다면 임시적 주거지원의 필요성은 줄어들 수 있다. 지역사회 정착을 위한 필요조건이 적절한 주거의 지원이라는 점은 늘 강조되어야 한다.

## 3) 다양한 정신건강 지원 거점의 형성과 운영: 낮 병원, 단기병상, 알코올 중독 해독치료센터

주거지원을 통해 지역사회로 나온다 하더라도 병원에 입원할 수 있으며 때로는 요양이 필요할 수도 있다. 그런데 현재의 구조에서는 집-입원이외에는 활용할 수 있는 자원이 많지 않다. 급성기 증상 발현 시 장기간 입원치료 외에 입주민의 욕구와 생활패턴에 맞는 의료서비스가 필요하다. 예를 들면 낮병원, 단기병상, 주간병동, 알코올 중독 해독치료센터 등이 그것이다.

낮 병원은 입원치료와 외래치료의 중간 형태인 부분 입원의 한 유형으로, 낮에는 병원에서 재활치료를 받고, 밤에는 집에서 가족들과 함께 생활하면서 증상 조절, 규칙적인 생활, 사회기술 습득 등 사회복지를 준비하는 곳이다(국립중앙의료원, n. d.). 그러나 낮 병원은 거리노숙인뿐만

아니라 노숙 경험자가 이용하기에도 지리적, 정보 접근성 면에서 매우 떨어져진다. 서울의 노숙인이 자주 이용하는 낮 병원 프로그램은 노정균 신경정신과 의원이 있다. 이곳은 진료를 희망하는 인원이 지나치게 많이 찾는다. 이렇게 치료를 희망하는 노숙인은 상당히 많으나 이용할 자원이 많지 않은 실정이다. 또한 알코올 중독 해독치료센터는 서울시립 동부병원 등에 설치되어 있으나 현장 접근성이 좋지 않다. 병원의 담당 의사의 노력 여하에 따라 서비스의 큰 편차도 발생한다.

노숙인을 포함한 위기 상담 및 일시 쉼터를 제공하는 사업의 예로 송파 정신장애동료지원센터에서 운영하는 위기 쉼터를 들 수 있다. 위기 쉼터는 최대 7일, 무연고자는 최대 14일 이용 가능하며, 식생활, 건강 및 증상 관리, 위생관리 등 쉼터생활지원 등을 받을 수 있다. 또한 야간에는 위기 상담 전화서비스를 이용할 수 있다. 노숙 경험자를 포함한 지역주민이 이용할 수 있는 일시적 회복 공간으로서 의미가 크다.

#### 4) 노숙인 시설의 사례관리자 배치 기준 포함과 지원기준 마련

주거지원 이후 지역정착을 위해서는 사례관리자의 역할이 매우 중시되고 있으나, 사례관리의 범위가 명확하지 않은 대신 사례관리자에 대한 지원이 매우 불충분하다는 지적이 많다. 또한 지자체마다 시설유형마다 사례관리자의 역할과 지원 수준도 상이하다.

사례관리의 필요성은 충분히 인식되고 있으므로 지자체는 사례관리자에 대한 별도의 인건비 지원을 통해 사례관리를 지원하는 것을 원칙으로 해야 한다. 그 기준은 보건복지부가 주거지원의 유형 및 시설 유형에 따라 정할 필요가 있으며, 이는 시설 배치 기준에 포함되어야 한다.

배치 기준은 서울시의 매입임대주택 사례관리자 기준을 참고할 수 있다. 2021년 현재 11명의 전담 사례관리자가 10개 기관의 매입임대주택

입주자 580호를 담당하고 있다. 실태조사 결과, 입주민의 47.4%가 신체 질환, 18.1% 정신적 장애, 9.9%가 알코올 의존으로, 의료적 지원이 필요한 입주민 비율이 낮지 않아 참고가 된다. 다만 사례관리자는 돌발상황에 대한 피로도가 높아 사례관리자의 인원 보충 등이 필요하다는 점도 참고해야 한다(김미현, 민수빈, 2021, p.93).

그리고 사례관리자는, 지역의 자원 부족 등으로, 1차적으로는 주거지원을 하는 데 관여한 노숙인 기관이 지역으로 배치된 노숙인의 사례관리까지 맡고 있다. 그러나 향후, 주거지원 이후에 이루어지는 사례관리는, 원칙적으로는 지역사회 기관에서 이루어질 필요가 있다. 이는 유럽의 하우스링 퍼스트의 원칙이기도 하다. 일부 당사자는 사례관리가 노숙인 시설 종사자에 의해 이루어짐으로써 지원된 주택을 또 다른 시설로 생각할 수도 있다. 현실적으로는 노숙인 기관에서 지역사회 기관으로 사례관리 소속을 어떤 시점에 이전할 것인가가 논점이 될 수 있다. 이때 입주기간이 2년 이상인 입주민을 대상으로 심의 체크리스트를 작성하여 지역사회 전환 가능성 여부를 심의하고, 필요시 2차 심의를 거쳐는 등 지역사회 전환 가능성 여부를 확인하기 위해 제시된 기준도 참고할 수 있다(김미현, 민수빈, 2021, p.94).

##### 5) 정신건강과 중독관리 지원 협력체계 활용

지역사회의 정신건강 지원과 중독관리 지원 프로그램을 적극적으로 활용하거나 연계하여 가용 자원을 확보할 필요가 있다.

먼저, 지역사회 정신건강 위기대응사업은 광역 및 거점 기초정신건강 복지센터 위기개입팀 설치·운영을 통해 자살시도 등 정신과적 응급상황에서 경찰, 구급대원들과 협조적이고 안전한 정신응급 대응체계를 구축(보건복지부, 2022a, p.36)하는 것을 목적으로 한다. 이는 광역정신건강

복지센터 내에 반드시 설치하도록 의무화되어 있으며, 지역 유형에 따라 운영모델도 구분되어 있으므로, 사례관리자 등은 이를 연계하거나 활용할 필요가 있다.

지역별로 구성, 운영되고 있는 정신건강 위기대응 지역협의체(보건복지부, 2022a, p.39)에도 노숙인 지원 기관이 참여할 수 있도록 중앙정부 및 지자체에서 지원해야 한다.

### 3. 중앙정부 및 지자체의 역할

#### 가. 중앙정부의 모델 구축과 가이드라인 제시: 건강권, 거리현장, 지원주택

2022년부터 모든 유형의 노숙인 시설은 지방정부로 관할이 이월되면서 중앙정부 및 지자체의 역할 조정이 중요해졌다. 중앙정부는 선진적 모델 구축을 제안하고 가이드라인을 제시하는 것이 중요하다. 이 중, 본 연구에서는 건강권, 거리현장 지원, 지원주택을 강조하고자 한다. 건강권 및 거리현장은 위에서 언급한 의료보장을 위한 제도개선 및 거리현장의 정신건강 지원 강화가 포함된다. 또한 지원주택은 제2차 종합계획에도 제시되었지만 구체적인 추진 내용은 담겨 있지 않다. 지자체에서 자체적으로 시행하기 어렵다면, 시범사업 시행을 통해서라도 지자체에 확대하도록 추진할 필요가 있다. 서울시의 지자체 조례 및 운영방식이 크게 도움이 될 것으로 보인다. 이 세 가지 영역은 서울을 제외한 지자체가 독자적으로 시행하기에는 재정적, 행정적으로 무리가 될 수 있다. 몇 가지 유형으로 나누어 시행할 수 있는 모델을 구축하고 시범사업부터 진행하여 법제화까지 진행되어야 한다.

## 나. 지자체 간 불균형 예방을 위한 중앙정부의 지원과 지자체의 책임

지자체 간 인프라 및 서비스의 질이 현격한 차이를 나타내고 있다. 이를 시정하기 위해서는 매년 평가를 실시해 수요 대비 공급이 현저하게 부족한 지자체에 대해, 의무를 강제할 뿐만 아니라 일정 정도의 지원을 통해 부족한 지원을 확대할 필요가 있다. 특히 의료 및 주거지원의 격차가 매우 크기 때문에 중앙정부 차원의 지원과 지자체의 책임을 강제할 방안이 제시되어야 한다.

또한 광역지자체와 기초지자체 간 역할 분담이 적절하게 이루어져야 한다. 노숙의 이동성 등을 고려하여 광역지자체는 기초지자체의 일상적 상호 네트워크 구축을 촉진해야 하며, 노숙인 및 지원 자원의 분포를 고려하여 기초지자체가 최소한의 필수 대응을 할 수 있도록 지원해야 할 것이다.

## 다. 타 영역의 전달체계 간 연계: 보건복지부 내부 간 및 국토교통부 등 타 영역 간

지역 차원에서 정신건강 지원 및 중독관리를 위한 다양한 전달체계가 있지만, 노숙인 관련 단체는 여기에서 제외되거나 참여에 소극적이다. 먼저 정신건강 체계와 노숙인 전달체계 간에 소통의 공간을 찾을 필요가 있다.

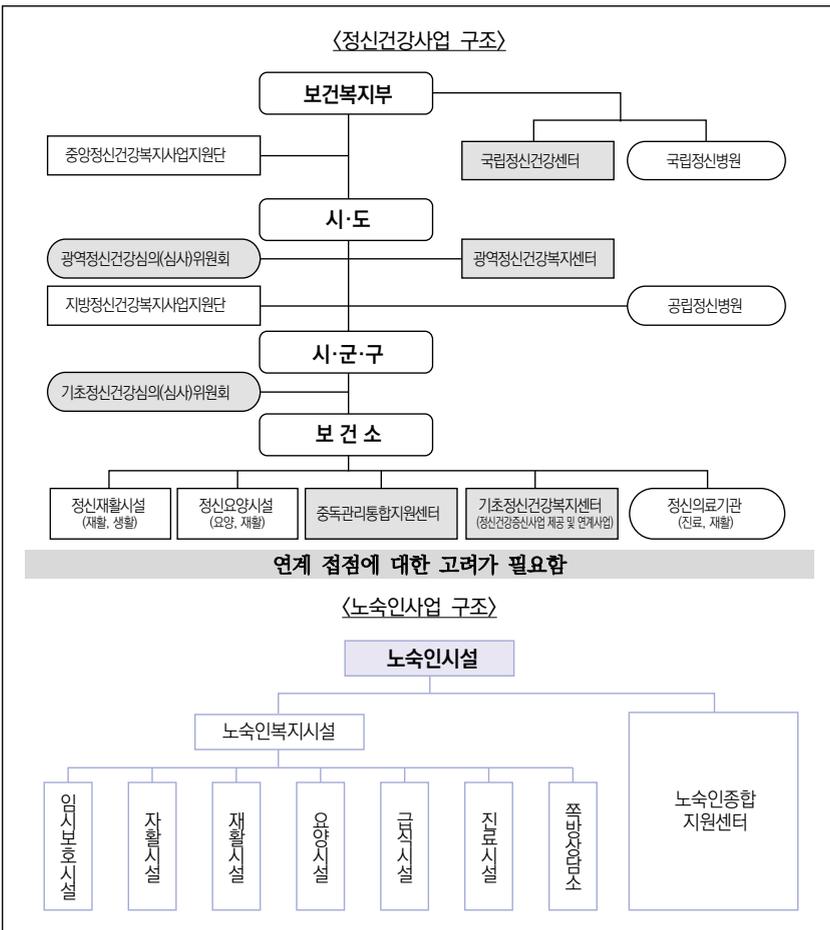
정신건강 지원과 관련하여, 노숙인복지법에서는 종합계획 수립 시 정신건강 관련 국가계획과의 연계 및 협력사업을 포함하도록 하고 있다. 그러나 정신건강복지법에서는 국가계획 수립 시 포함하여야 할 내용에 노숙인은 포함하고 있지 않다.<sup>21)</sup> 계획상으로도 노숙인 지원과 정신건강 지

21) 장애인정책종합계획과 연계되어야 한다는 내용은 포함되어 있다(정신건강복지법 제7조 제5항).

원을 상호연계하는 것은 불분명한 상황이다.

아래는 정신건강사업 흐름도이다, 여기에서 노숙인 시설이 어떻게 관계를 맺어야 하는지에 대한 연계 방안을 보건복지부 차원에서 수립할 필요가 있다.

[그림 6-2-5] 정신건강사업과 노숙인사업 간 연계구조



자료: 보건복지부(2022b). 2022년 정신건강사업안내. p.5.; 보건복지부(2022a). 2022년 노숙인 등의 복지사업 안내. p.21.

또한 주거지원과 연계하기 위해 국토부, 지자체와 보건복지부 간 협력 체계를 구축하는 것이 필요하다.

이 외에도 주거종합계획, 탈시설계획, 지역사회보장계획, 지역사회보건계획 등 다양한 영역의 계획과 연계체계를 구축해야 한다.



## [국문]

- 강창현(2013). 지역 보건복지 통합접근의 연계수단: 영국 커미셔닝을 중심으로. 보건사회연구, 33(1), 417-450.
- 구인회, 김소영, 유아마야쓰시(2012). 한국과 일본의 노숙 문제 비교 연구. 경제와 사회, 2012년 겨울호(제96호), 328-359.
- 구인회, 신원우, 민소영, 김소영, 이재운(2019). 노숙인요양재활시설 생활인 탈시설 및 지역사회통합돌봄 욕구조사.
- 관계부처합동(2021). 제2차 노숙인 등의 복지 및 자립지원 종합계획 (2021-2025).
- 권지현(2020). 지역의 노숙인 의료지원체계의 성과와 개선방안(국립대학교병원 사회사업팀과 협업 사례). 제2회 홈리스 건강권 포럼 발표자료.
- 국가인권위원회(2022). 결정문 코로나19 재난상황에서 노숙인의 건강권 보장을 위한 제도개선 권고.
- 국립중앙의료원(n.d). 취약계층 건강안전망강화 (공공의료복지연계사업). [https://www.pubnet.or.kr/main/main.do;jsessionid=ADE7455BBACD2A57967F96BB508AEFAA?MENU\\_ID=A01020000](https://www.pubnet.or.kr/main/main.do;jsessionid=ADE7455BBACD2A57967F96BB508AEFAA?MENU_ID=A01020000)에서 2022년 10월 28일 인출.
- 국민건강보험공단(2020). 2020 의료급여 주요통계.
- 국토교통부(2021). 주거취약계층 주거상향 지원사업 설명회 자료집.
- 김수현, 하성규, 서조윤, 이진숙, 정원오(1999). 노숙인 재활프로그램 개발 연구. 서울시정개발연구원.
- 김미현, 민수빈(2021). 서울시 노숙인 주거지원 정책 개선방안 연구: 노숙인 매입 임대주택 사례관리사업을 중심으로. 서울시복지재단.
- 김준희 외 (2020). 재난 상황에서 노숙인 등 인권 실태조사 보고서. 서울특별시.
- 김창엽(2016). 공중보건정책과 건강 형평성. 보건행정학회지, 26(4), 256-264.
- 김혜정, 한규희(2022a). 노숙인 지원주택 운영 매뉴얼 개발 연구 I. 이론편. 서울특별시, 서울시복지재단.

- 김혜정, 한규희(2022b). 노숙인 지원주택 운영 매뉴얼 개발 연구 II. 실제편. 서울특별시, 서울시복지재단.
- 노숙인 등의 복지 및 자립 지원에 관한 법률, 법률 제17775호(2020).
- 노현승(2013). 미국의 Patient-Centered Medical Hom. HIRA 정책동향, 7(4), 63-72.
- 남기철(2013). 남성적 노숙인에 대한 우리나라 노숙인복지서비스의 성격: 규제와 단주우선접근의 극단성. 비판사회정책. 39, 7-43.
- 남기철, 신원우, 민소영, 김선미, 김준희, 이지혜(2013). 노숙인 특성에 따른 시설 유형별 프로그램 및 매뉴얼 개발. 보건복지부·동덕여자대학교.
- 미국 홈리스 지원주거 프로그램 현장연수팀(2015). 미국의 홈리스 지원주거 프로그램 현장연수 자료집: 뉴욕과 필라델피아를 중심으로. 2015년 한국사회복지사협회 지원 미국의 홈리스 지원주거 프로그램 현장연수팀.
- 미소컴터. (n.d) 서비스 흐름도. <http://www.misohealing.or.kr/sub0201.asp>에서 2022. 10.13. 인출.
- 민소영(2006). 만성 정신장애인을 위한 사례관리 모형과 수행 구조에 대한 탐색적 연구. 사회복지연구, 30, 215-242.
- 민소영(2017). 만성노숙인을 위한 지원주택의 외국 사례와 시사점: 미국을 중심으로. 제1회 지원주택컨퍼런스 자료집, 55-74, 2017.07. 서울주택도시공사·서울특별시.
- 박아영, 김희애, 안혜경, 김유미, 신지연, 조원중, 온진희, 김윤수(2022). 2021년 노숙인 등 결핵검진 사업 결과 분석. 주간 건강과 질병, 15(19), 1266-1279.
- 보건복지부(2020a). 2020년 노숙인 등의 복지사업안내.
- 보건복지부(2020b). 지역 내 필수의료 협력을 위한 책임의료기관 지정 추진. 보도참고자료. [http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=04&MENU\\_ID=0403&CONT\\_SEQ=352960&page=1](http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=352960&page=1)에서 2022. 10. 02. 인출.
- 보건복지부(2020c). 급성기 환자 퇴원 지원 및 지역사회 연계 활동 시범사업 실시.

- 보도자료. [https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=04&MENU\\_ID=0403&page=1&CONT\\_SEQ=362387](https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=362387)에서 2022. 10. 02. 인출.
- 보건복지부(2022a). 2022년 노숙인 등의 복지사업 안내.
- 보건복지부(2022b). 2022년 정신건강사업안내.
- 보건복지부(2022c). 노숙인진료시설 지정 등에 관한 고시 제정 행정예고(2월 28일~3월 11일). 보도자료. [http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=04&MENU\\_ID=0403&page=1&CONT\\_SEQ=370421](http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=370421)에서 2022. 10. 03. 인출.
- 보건복지부, 건강보험심사평가원. (2019). 알기 쉬운 의료급여제도.
- 송아영. (2021). 하우스링퍼스트(Housing First)의 특징과 원칙: 한국 노숙인 주거 정책을 위한 함의. *사회복지연구*, 52(3), 85-116.
- 서울주택도시공사 (2022). 서울주택도시공사 2022년 1차 지원주택 입주자모집 공고. [https://www.i-sh.co.kr/main/skin/doc.html?fn=20220523025330205\\_7420d8d4551e4a879244104c373f20eb&rs=/main/upload/bbs/GS0401/html/](https://www.i-sh.co.kr/main/skin/doc.html?fn=20220523025330205_7420d8d4551e4a879244104c373f20eb&rs=/main/upload/bbs/GS0401/html/)에서 2022. 10. 03. 인출.
- 서울특별시(2019). 2019년 임시주거 지원사업 운영 지침. <https://opengov.seoul.go.kr/sanction/17017039>에서 2022. 10. 03. 인출.
- 서울특별시 복지정책실. (2019). 2019년 장애인 지원주택 운영 지원 계획. <https://opengov.seoul.go.kr/sanction/17999987>에서 2022. 10. 03. 인출.
- 서울특별시 복지정책실 (자활지원과)(2019). 2019년 노숙인 임시주거지원사업 추진계획. <https://opengov.seoul.go.kr/sanction/17017039>에서 2022. 10. 11. 인출.
- 서울특별시 지원주택 공급 및 운영에 관한 조례. 서울특별시조례 제7423호 (2019).
- 서종균, 남기철, 신원우, 김준희, 이정규(2012). 노숙인 복지 및 자립지원 종합계획 수립에 관한 연구. 한국도시연구소·보건복지부.
- 서형선(2022. 07. 05.) 강서구, 긴급 임시주택 ‘디딤돌주택’ 운영. <https://www.>

- m-i.kr/news/articleView.html?idxno=931797에서 2022. 10. 03. 인출.
- 성중탁(2016). 한국의 홈리스문제 해결 방안에 관한 소고. 법학연구, 57(2), 61-88.
- 씨닷. (n.d.) 지원주택컨퍼런스 홈페이지. <https://supportivehousing.co.kr/>에서 2020. 10. 03. 인출
- 안영찬(2022. 03. 20). 위기에 처한 저소득가구 위한 긴급임시주택 ‘영희네 집’ 가동. <https://www.nocutnews.co.kr/news/5716011>에서 2022. 10. 03 인출.
- 유원섭, 강동진, 김대희, 김정숙, 김태훈, 박영아(2015). 노숙인 의료제도의 현황과 문제점. (사) 시민건강증진연구소.
- 유원섭(2022). 홈리스 의료제도의 현황과 문제점. 홈리스건강권포럼 (1차). 발표문.
- 영등포보건소(n.d.). 시설 입소자 건강검진. <https://www.ydp.go.kr/health/contents.do?key=3473&>에서 2020. 10. 03. 인출.
- 은평구(2021. 7.23). 은평구, 퇴원 어르신 일상 복귀 돕는 ‘케어B&B’ 운영(보도자료).
- 이길제(2022). 주거취약계층 주거상향 지원사업의 현황과 과제. 제7회 주거복지 컨퍼런스 자료집, 218-227.
- 이태진, 노대명, 서동우, 주영수, 위정희, 석희정, 김선미(2002). 露宿者 自活支援體系 改善方案 研究. 한국보건사회연구원 · 보건복지부.
- 이태진, 서동우, 김미숙, 남기철, 김선미(2003). 노숙인 · 부랑인 지원체계 개선방안. 한국보건사회연구원 · 보건복지부.
- 이태진, 노대명, 남기철, 정원오, 주영수, 김선미, 우선희(2007). 노숙인 정책의 평가와 개선방안. 한국보건사회연구원 · 보건복지부.
- 이태진, 김태완, 김문길, 김현경, 정원오, 주영수, ... 김선(2017). 2016년도 노숙인 등의 실태조사. 보건복지부 · 한국보건사회연구원.
- 이태진, 임덕영, 이병재, 남윤재, 정원오, 남기철, ... 송아영(2021). 제2차 노숙인 등의 복지 및 자립지원 종합계획 수립을 위한 연구. 보건복지부·한국보건사회연구원.

- 임덕영(2022). 일본의 홈리스 실태조사의 결과와 시사점. 국제사회보장리뷰 (22), 101-115. 한국보건사회연구원.
- 임덕영, 정소이, 구아라(2019). 장애인 자립생활 주거지원 방안 연구: 탈시설 지원을 중심으로. LH 토지주택연구원.
- 임덕영, 이태진, 정연, 송아영, 유아마 아쓰시, 이봉조, 홍성운(2020). 코로나19의 노숙인·쪽방주민에 대한 영향 및 정책 방안 연구. 한국보건사회연구원.
- 임덕영, 이태진, 하은솔, 이병재, 남윤재, 남기철, ... 이기재(2021). 2021년도 노숙인 등의 실태조사. 보건복지부 · 한국보건사회연구원.
- 임정기(2019). 핀란드의 노숙인지원제도에 대한 사례 연구. 스칸디나비아 연구, 24, 127-158.
- 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률, 법률 제17217호. (2020).
- 정원오, 김수현, 주영수, 신원우, 손주희(1998). 노숙의 원인과 양상: 누가, 왜, 어떻게 노숙인이 되는가. 서울시노숙인다시서거지원센터.
- 정원오, 남기철, 민소영, 현시용, 전영호, 김병인(2011). 부랑인 노숙인 복지서비스 지원체계 개편방안 연구. 보건복지부.
- 주거우선정책을 지렛대로 만성노숙에 대응하는 미국 지원주거프로그램 현장연구팀(2015). 2015 사회복지사 해외연수 공모형 미국연수팀 연수 보고서. 한국사회복지사협회·삼성·사랑의 열매 지원.
- 주거취약계층 주거지원 업무처리지침. 국토교통부훈령 제1361호. (2021).
- 주영수, 홍창의, 백한주, 우석균, 이상윤(2002). 노숙인 및 쪽방 거주자에 대한 건강실태조사 및 건강증진방안에 관한 연구. 한림대학교 · 보건복지부.

## [영문]

- Audit Commission. (1997). *Take Your Choice: a commissioning framework for community care*. London: Audit Commission.
- Aubry, T., Goering, P., Veldhuizen, S., Adair, C. E., Bourque, J., Distasio, J., Latimer, E., Stergiopoulos, V., Somers, J., Streiner, D. L., &

- Tsemberis, S. (2016). A Multiple-City RCT of Housing First With Assertive Community Treatment for Homeless Canadians With Serious Mental Illness. *Psychiatric services* (Washington, D.C.), 67(3), 275-281. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400587>
- Ayda Agha and Maryann Roebuck. (2018). Fidelity Study of the “Un chez-soi d’abord” Housing First Programmes in France. *European Journal of Homelessness*. 12(3), 159-181. Retrieved from [https://www.feantsa.org/public/user/12-3\\_Q7\\_Estacahandy\\_v03.pdf](https://www.feantsa.org/public/user/12-3_Q7_Estacahandy_v03.pdf). 2022. 10. 03.
- Baggett TP, O’Connell JJ, Singer DE, Rigotti NA. (2010). The unmet health care needs of homeless adults: a national study. *Am J Public Health*. 100, 1326-1333. doi: 10.2105/AJPH.2009.180109
- Baggett TP , Hwang SW , O’Connell JJ , et al . (2013). Mortality among homeless adults in Boston: shifts in causes of death over a 15-year period. *JAMA Intern Med*. 173(3), 189-95. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.1604
- Barrow SM, Herman DB, Córdova P, Struening EL. Mortality among homeless shelter residents in New York City. *Am J Public Health*. (1999). April, 89(4), 529-34. doi: 10.2105/ajph.89.4.529.
- Bassuk, E. L., DeCandia, C. J., Tsertsvadze, A., & Richard, M. K. (2014). The effectiveness of housing interventions and housing and service interventions on ending family homelessness: a systematic review. *The American journal of orthopsychiatry*, 84(5), 457-474. doi: 10.1037/ort0000020.
- Basu, A., Kee, R., Buchanan, D., & Sadowski, L. S. (2012). Comparative cost analysis of housing and case management program for chronically ill homeless adults compared to usual care. *Health services research*, 47(1 Pt 2), 523-543. doi: 10.1111/

j.1475-6773.2011.01350.x

- Beijer U & Andréasson S. (2009). Physical diseases among homeless people: gender differences and comparisons with the general population. *Scand J Public Health*. 37, 93-100. doi: 10.1177/1403494808099972.
- Beijer, U., Wolf, A. & Fazel, S. (2012). Prevalence of tuberculosis, hepatitis C virus, and HIV in homeless people: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, 12(11), 859-870, doi: 10.1016/S1473-3099(12)70177-9.
- Benjaminsen., L. (2018) Housing First in Denmark: An Analysis of the Coverage Rate among Homeless People and Types of Shelter Users. *Social Inclusion*, 6(3), 327-336. doi: 10.17645/si.v6i3.1539.
- Bernad, R., Yuncal, R. and Panadero, S. (2016). Introducing the Housing First Model in Spain: First Results of the Habitat Programme, *European Journal of Homelessness*, 10 (1), 53-82. Retrieved from [https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Housing/Disabilities/CivilSociety/Aportaciones\\_RAIS\\_Fundaci%C3%B3n\\_05\\_IntroducingHFinSpain\\_Habitatprogramme.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Housing/Disabilities/CivilSociety/Aportaciones_RAIS_Fundaci%C3%B3n_05_IntroducingHFinSpain_Habitatprogramme.pdf). 2022. 10. 03.
- Bethan T. (2012). *homelessness kills: An analysis of the mortality of homeless people in early twenty-first century England*. crisis. Retrieved from [https://www.crisis.org.uk/media/236798/crisis\\_homelessness\\_kills2012.pdf](https://www.crisis.org.uk/media/236798/crisis_homelessness_kills2012.pdf). 2022. 10. 03.
- Borgenproject. (2020). *REDUCING HOMELESSNESS IN AUSTRIA*. Retrieved from <https://borgenproject.org/homelessness-in-austria/> 2022. 10. 03.
- Bretherton, J. & Pleace, N. (2015). *housing first in England: An Evaluation of Nine Services*. Retrieved from <https://www.york.ac.uk/>

- media/chp/documents/2015/Housing%20First%20England%20Report%20February%202015.pdf. 2022. 10. 03.
- Budson R. (1990). Models of supportive living: Community residential care. Herz SJ, Docherty JP, editors. *Handbook of schizophrenia, Vol. 4: Psychosocial treatment of schizophrenia*. Elsevier Science; Amsterdam: 1990. 317-338.
- Busch-Geertsema, V. (2013). *Housing First Europe: Final Report*. Retrieved from <https://www.habitat.hu/files/FinalReportHousingFirstEurope.pdf>. 2022. 10. 03.
- Byrne, T., Fargo, J., Montgomery, A.E., Munley, E., & Culhane, D.P. (2014). The Relationship between Community Investment in Permanent Supportive Housing and Chronic Homelessness. *Social Service Review*, 88(2), 234-263. doi: 10.1086/676142
- Carling P. J. (1990). Major mental illness, housing, and supports. The promise of community integration. *The American Psychologist*, 45(8), 969-975. doi: 10.1037//0003-066x.45.8.969.
- Cheng, A. L., Lin, H., Kaspro, W., & Rosenheck, R. A. (2007). Impact of supported housing on clinical outcomes: analysis of a randomized trial using multiple imputation technique. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(1), 83-88. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000252313.49043.f2>
- Culhane, D., Metraux, S., & Hadley, T. (2002). Public service reductions associated with placement of homeless persons with severe mental illness in supportive housing. *Housing Policy Debate*, 13(1), 107-163. Retrieved from [https://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1067&context=spp\\_papers/](https://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1067&context=spp_papers/) 2022. 10. 02.
- Doran, K. M., Misa, E. J., & Shah, N. R. (2013). Housing as health care -New York's boundary-crossing experiment. *New England Journal*

- of Medicine*, 369, 2374-2377. doi:10.1056/NEJMp1310121
- Davies, A., & Wood, L. J. (2018). Homeless health care: meeting the challenges of providing primary care. *Medical Journal of Australia*, 209(5), 230-234. <https://doi.org/10.5694/mja17.01264>
- Duarte, T., Costa, P., Ornelas, José. (2018). Implementation of Housing First in Lisboa, Portugal: A Fidelity Study of the Casas Primeiro Programme. *European Journal of Homelessness*. 12(3), 199-227. Retrieved from [https://www.feantsa.org/download/12-3\\_ejh\\_2018\\_duarte5123425204035460814.pdf](https://www.feantsa.org/download/12-3_ejh_2018_duarte5123425204035460814.pdf). 2022. 10. 03.
- Evans, E.J. (2022). U.S. Department of Housing and Urban Development-Veterans Affairs Supportive Housing Program: Bring All Homeless Veterans Home. *Health and Social Work*, 47(3). doi: 10.1093/hsw/hlac019
- Fazel, S., Geddes, J, R., & Kushel, M. (2014). The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *The Lancet*. 384(9953), 1529-1540. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61132-6.
- Gulcur L, Stefancic A, Shinn M, Tsemberis S, Fischer SN. (2003). Housing, hospitalization, and cost outcomes for homeless individuals with psychiatric disabilities participating in Continuum of Care and Housing First programs. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 13(2), 171-186. Retrieve from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/casp.723>. 2022. 10. 02.
- Harm Reduction Coalition. (n.d). *WHAT IS HARM REDUCTION?* Retrieved from <http://www.ihra.net/what-is-harm-reduction>. 2022. 10. 03.
- Hibbs JR, Benner L, Klugman L, Spencer R, Macchia I, Mellinger A, &

- Fife DK. (1994). Mortality in a cohort of homeless adults in Philadelphia. *N Engl J Med*, 331(5), 304-9. doi: 10.1056/NEJM199408043310506. PMID: 8022442.
- Homeless Link. (2014). *The unhealthy state of homelessness: health audit results 2014*. Retrieve from [https://homelesslink-1b54.kxcdn.com/media/documents/The\\_unhealthy\\_state\\_of\\_homelessness\\_FINAL\\_1.pdf](https://homelesslink-1b54.kxcdn.com/media/documents/The_unhealthy_state_of_homelessness_FINAL_1.pdf). 2022. 10. 02.
- Homeless Link. (N.A.). *About Housing First*. Retrieved from <https://housingfirsteurope.eu/guide/what-is-housing-first/housing-first-in-europe>. 2022. 10. 03.
- Housing First Belgium. (2017). *Housing First Belgium results*. Housing First Belgium. Retrieved from <https://housingfirst.wp.tri.haus/assets/files/2017/05/Housing-First-Belgium-results-EN.pdf>. 2022. 10. 03.
- Housing First Europe Hub. (2022). *Netherlands*. Retrieved from <https://housingfirst.wp.tri.haus/countries/netherlands/> 2022. 10. 03.
- Housing First Europe Hub. (N.A.). *Husbanken*. Retrieved from <https://housingfirsteurope.eu/organization/husbanken/> 2022. 10. 03.
- HUD Exchange. (2022). *Homeless Emergency Assistance and Rapid Transition to Housing Act*. Retrieved from <https://www.hudexchange.info/homelessness-assistance/hearth-act/> 2022. 10. 02.
- Hwang SW. (2000). Mortality Among Men Using Homeless Shelters in Toronto, Ontario. *JAMA*, 283(16), 2152-2157. doi:10.1001/jama.283.16.2152
- Hwang, S.W., Weaver, J., Aubry, T., Hoch, J.S. (2011) Hospital costs and length of stay among homeless patients admitted to medical, surgical, and psychiatric services. *Medical Care*. 49(4), 350-354, DOI: 10.1097/MLR.0b013e318206c50d

- Institute of Medicine (US) Committee on Health Care for Homeless People. Homelessness, Health, and Human Needs. Washington (DC): National Academies Press (US). (1988). *Health Care Services for Homeless People*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK218235>. 2022. 10. 03.
- Ivers, J., Zgaga, L., O'Donoghue-Hynes, B., Heary, A., Gallwey, B., Barry, J. (2019). Five-year standardised mortality ratios in a cohort of homeless people in Dublin. *BMJ open*, 9(1), e023010. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023010>
- Jones, A. and Pleace, N. (2005). *Daytime Homelessness*, London: Crisis.
- Kaakinen, J. and Turunen, S. (2021). Finnish but not yet Finished – Successes and Challenges of Housing First in Finland. *European Journal of Homelessness*, 15(3), 81-84. Retrieved from [https://www.feantsaresearch.org/public/user/Observatory/2021/EJH\\_15-3/EJH\\_15-3\\_A5\\_v02.pdf](https://www.feantsaresearch.org/public/user/Observatory/2021/EJH_15-3/EJH_15-3_A5_v02.pdf). 2021. 10. 03
- Larimer, M.E., Malone, Dk. K., Garner, M. D., Atkins, DE. C., Burlingham, B., Lonczak, H. S. ....Marlatt, G. A. (2009). Health Care and Public Service Use and Costs Before and After Provision of Housing for Chronically Homeless Persons With Severe Alcohol Problems. *Journal of The American Medical Association*, 301(13), 1349-1357. doi:10.1001/jama.2009.414
- Lebrun-Harris, L. A., Baggett, T. P., Jenkins, D. M., Sripipatana, A., Sharma, R., Hayashi, A. S., Daly, C. A., & Ngo-Metzger, Q. (2013). Health status and health care experiences among homeless patients in federally supported health centers: findings from the 2009 patient survey. *Health Services Research*, 48(3), 992-1017. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12009>.

- Lim, S., Miller-Archie, S. A., Singh, T. P., Wu, W. Y., Walters, S. C., & Gould, L. H. (2019). Supportive Housing and Its Relationship With Diabetes Diagnosis and Management Among Homeless Persons in New York City. *American Journal of Epidemiology*, 188(6), 1120-1129. <https://doi.org/10.1093/aje/kwz057>
- Liu, M., Hwang, S.W. (2021). Health care for homeless people. *Nat Rev Dis Primers*, 7(5). doi:10.1038/s41572-020-00241-2
- Löfstrand, C. & Juhila, K. (2012). Discourse of Consumer Choice in The Pathways Housing First Model. *European Journal of Homelessness*, 6(2), 47-68. Retrieved from [https://www.feantsa.org/download/ejh6\\_2\\_article28747062464276466304.pdf](https://www.feantsa.org/download/ejh6_2_article28747062464276466304.pdf). 2022. 10. 03.
- McLaughlin TC. (2011). Using common themes: Cost-effectiveness of permanent supported housing for people with mental illness. *Research on Social Work Practice*, 21(4), 404-411. doi: 10.1177/1049731510387307.
- Moore G, Gerdtz M, Manias E. (2007). Homelessness, health status and emergency department use: an integrated review of the literature. *Australas Emerg Nurs J*. 10, 178-85. doi.org/10.1016/j.aenj.2007.07.003.
- Morrison, David Stewart. (2008). *Homelessness and deprivation in Glasgow: a 5-year retrospective cohort study of hospitalisations and deaths*. MD thesis, University of Glasgow. 179. Retrieved from <https://theses.gla.ac.uk/534/1/2008MorrisonMD.pdf>. 2022. 10. 03.
- National Academy of Science. (2018). *Permanent Supportive Housing Evaluating the Evidence for Improving Health Outcomes Among People Experiencing Chronic Homelessness*. Washington, DC: The National Academies Press.
- National Health Care for the Homeless Council. (2021). *The Health*

- Care for the Homeless Program*. Retrieved from [https://nhhc.org/wp-content/uploads/2021/04/HCH-Fact-Sheet\\_2021.pdf](https://nhhc.org/wp-content/uploads/2021/04/HCH-Fact-Sheet_2021.pdf). 2022. 10. 02.
- National Health Care for the Homeless Council(n.d.). *Medical Respite Care*. Retrieved from <https://nhhc.org/clinical-practice/medical-respite-care/> 2022. 10. 02.
- National Institute for Health and Care Excellence Centre for homelessness Impact. (2022). *Integrated health social care for people experiencing homelessness*. 9-39. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng214/resources/integrated-health-and-social-care-for-people-experiencing-homelessness-pdf-66143775200965>. 2022. 10. 03.
- Neunerhaus. (2015). *Housing First Pilot Project Report*. Retrieved from [https://www.neunerhaus.at/fileadmin/user\\_upload/Fachpublikationen/2015/20150925\\_HousingFirst\\_Report\\_english.pdf](https://www.neunerhaus.at/fileadmin/user_upload/Fachpublikationen/2015/20150925_HousingFirst_Report_english.pdf). 2022. 10. 03.
- Nusselder WJ, Sloekers MT, Krol L, Sloekers CT, Looman CW & van Beeck EF. (2013). Mortality and life expectancy in homeless men and women in Rotterdam: 2001-2010. *PLoS One*, 8(10), e73979. doi: 10.1371/journal.pone.0073979.
- O'Connell, J.J., Oppenheimer, S.C., Judge, C.M., Taube, R.L., Blanchfield, B.B., Swain, S.E. & Koh, H.K. (2010). The Boston Health Care for the Homeless Program: A Public Health Framework. *Framing Health Matters*, 100(8), 1400-1410. doi: 10.2105/AJPH.2009.173609.
- Ohsaka T, Sakai Y, Kuroda K, & Matoba R. (2003). A survey of deaths of homeless people in Osaka City. *Japanese Journal of Public Health*, 50(8), 686-696. retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12345678/>

nih.gov/14515746/ 2022. 10. 02.

OPEN MINDS. (2015). *How are permanent supportive housing initiatives funded? An OPEN MINDS Market Intelligence Report*. Retrieved from <https://openminds.com/intelligence-report/how-are-permanent-supportive-housing-initiatives-funded-an-open-minds-market-intelligence-report/> 2022. 10. 02.

Padgett, D.K.; Heywood, B.F. and Tsemberis, S.J. (2015). *Housing First: Ending Homelessness, Transforming Systems and Changing Lives*. Oxford: Oxford University Press.

Pearson, C.L., Locke, G., Montgomery, A.E. and Buron, L. (2007). *The Applicability of Housing First Models to Homeless Persons with a Severe Mental Illness US Department of Housing and Urban Development*. Washington DC. <https://www.huduser.gov/portal/publications/hsgfirst.pdf>

Pleace, N., Culhane, D.P., Granfelt, R. and Knutagård, M. (2015). *The Finnish Homelessness Strategy: An International Review*. Helsinki. Ministry of the Environment. Retrieved from <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/1532584>. 2022. 10. 03.

Pleace, N. (2016). *Housing First Guide Europe*. FEANTSA. Retrieved from [https://housingfirsteurope.eu/wp-content/uploads/2021/12/HFG\\_guide-en.pdf](https://housingfirsteurope.eu/wp-content/uploads/2021/12/HFG_guide-en.pdf). 2022. 12. 16.

Pleace, N. (2008). *Effective Services for Substance Misuse and Homelessness in Scotland: Evidence from an International Review*. Edinburgh: Scottish Government, <http://www.gov.scot/Resource/Doc/233172/0063910.pdf>

Rapp, C. & Goscha, R. (2006). *The strengths model, case management with people with psychiatric disabilities*. Oxford University Press.

- Ridgway, P., and Zipple, A. M. (1990). The paradigm shift in residential services: From the linear continuum to supported housing approach. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13(4), 11-31. doi: 10.1037/h0099479.
- Ridgway, P., & Zipple, A. M. (1990). The paradigm shift in residential services: From the linear continuum to supported housing approaches. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13(4), 11-31. doi: 10.1037/h0099479.
- Rice & Oliva. (2021). Housing Assistance in American Rescue Plan Act Will Prevent Millions of Evictions, Help People Experiencing Homelessness. Center on Budget and Policy Priorities. Retrieved from <https://www.cbpp.org/sites/default/files/3-11-21hous3.pdf>. 2022. 10. 02.
- Rog, D.J., Marshall, T., Dougherty, R.H., George, P. Daniels, A.S., Ghose, S.S. & Delphin-Rittmon, M.E. (2014). Permanent Supportive Housing: Assessing the Evidence, *Psychiatric Services*, 65(3), 287-294. doi: 10.1176/appi.ps.201300261
- Rosenheck, R., Kasprow, W., Frisman, L. & Liu-Mares, W. (2003). Cost-effectiveness of supported housing for homeless persons with mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 60, 940-951. doi:10.1001/archpsyc.60.9.940
- Saleebey, D. (2006). The strengths perspective in social work practice, vol. 4. Boston: Pearson Education, Inc.
- SAMSHA. (n.d.). *Building your program: Understanding permanent supportive housing. Evidence-based practice KIT*. Retrieved from <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/buildingyourprogram-psh.pdf>. 2022. 10. 02.
- Seastres, R. J., Hutton, J., Zordan, R., Moore, G., Mackelprang, Jessica.,

- Kiburg, K. V., Sundararajan, Vijaya. (2020). Long-term effects of homelessness on mortality: a 15-year Australian cohort study. *The Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 44(6), 476-481. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.13038>.
- Stergiopoulos, V., Hwang, S. W., Gozdzik, A., Nisenbaum, R., Latimer, E., Rabouin, D., Adair, C. E., Bourque, J., Connelly, J., Frankish, J., Katz, L. Y., Mason, K., Misir, V., O'Brien, K., Sareen, J., Schütz, C. G., Singer, A., Streiner, D. L., Vasiliadis, H. M., Goering, P. N., ... At Home/Chez Soi Investigators. (2015). Effect of scattered-site housing using rent supplements and intensive case management on housing stability among homeless adults with mental illness: a randomized trial. *JAMA*, 313(9), 905-915. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.1163>
- Tsemberis, S., Gulcur, L. & Nakae, M. (2004). Housing first, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *Am J Public Health*, 94(4), 651-656. doi: 10.2105/ajph.94.4.651.
- Tsemberis, S. & Stefancic, J. (2012). *Pathways Housing First Fidelity Scale(ICM version)*. Retrieved from [https://housingfirsttoolkit.ca/wp-content/uploads/Pathways\\_Housing\\_First\\_ICM\\_Fidelity\\_Scale\\_2013.pdf](https://housingfirsttoolkit.ca/wp-content/uploads/Pathways_Housing_First_ICM_Fidelity_Scale_2013.pdf)
- Tsemberis, S.J. (2010) *Housing First: The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Illness and Addiction* Minneapolis: Hazelden.
- Tsemberis, S. (2010) *Housing First: The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Illness and Addiction Manual*. European Journal of Homelessness. Hazelen, Minnesota.
- Johnson, G., Parkinson, S. and Parsell, C. (2012) *Policy shift or program*

- drift? Implementing Housing First in Australia AHURI Final Report* No. 184, <http://www.ahuri.edu.au/research/final-reports/184>
- Turk, A. (2017). Health Home Connect Improves the Health of Aging Homeless Individuals through the Coordinated Entry System and the Affordable Care Act. *Public Policy & Aging Report*, 27(S1), 18-21. doi: 10.1093/ppar/prx008.
- U.S. Department of Health & Human Services. (2022). *About the Affordable Care Act*. Retrieved from <https://www.hhs.gov/healthcare/about-the-aca/index.html>. 2022. 10. 02.
- United States Interagency Council on Homelessness. (2015). *Opening Doors: Federal Strategic Plan to Prevent and End Homelessness*. United States Interagency Council on Homelessness. Retrieved from [https://www.usich.gov/resources/uploads/asset\\_library/USICH\\_OpeningDoors\\_Amendment2015\\_FINAL.pdf](https://www.usich.gov/resources/uploads/asset_library/USICH_OpeningDoors_Amendment2015_FINAL.pdf). 2022. 10. 02.
- United States Interagency Council on Homelessness. (2020). *Expanding the Toolbox: THE Whole-of-Government Response to Homelessness*. Retrieved from [https://www.usich.gov/resources/uploads/asset\\_library/USICH-Expanding-the-Toolbox.pdf](https://www.usich.gov/resources/uploads/asset_library/USICH-Expanding-the-Toolbox.pdf). 2022. 10. 02.
- Whitbeck, L. B. (2009). *Mental health and emerging adulthood among homeless youth people*, Psychology Press.
- Wadhera, R.K., Choi, E., Shen, C., Yeh, R., & Maddox, K.E.J. (2019). Trends, Causes, and Outcomes of Hospitalizations for Homeless Individuals: A Retrospective Cohort Study. *Medical Care*, 57(1), 21-27. doi: 10.1097/MLR.0000000000001015
- Wright, B.J., Vartanian, K.B., Li, H., Royal, N., & Matson, J.K., (2016). Formerly Homeless People Had Lower Overall Health Care Expenditures After Moving Into Supportive Housing. *Health Affairs*, 35(1), 20-27. doi: 10.1377/hlthaff.2015.0393

Zlotnick, C., Xerger, S., & Wolfe, P. (2013). Health Care for the Homeless: What We Have Learned in the Past 30 Years and What's Next. *American Journal of Public Health*, 103(S2), 199-205. doi: 10.2105/AJPH.2013.301586.

## [일문]

岩田正美. (2009). 「住居喪失」の多様な広がり とホームレス問題の構図: 野宿者の類型を手がかりに. 季刊・社会保障研究, 45(2), 94-106. <https://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/19114702.pdf> 에서 2022. 10. 02. 인출.

NHK. (2019. 11. 19.). 車上生活 社会の片隅で... <https://www.nhk.or.jp/gendai/articles/4355/> 에서 2022. 10. 02. 인출.

大阪市. (n.d.). 新登録結核患者数及び罹患率(人口10万対)の推移. <https://www.city.osaka.lg.jp/nishinari/cmsfiles/contents/0000422/422515/tb-2020hasseidoukou.pdf>. 에서 2022. 10. 02. 인출.

大阪市. (2022a). 結核対策の取り組み. <https://www.city.osaka.lg.jp/kenko/page/0000481337.html> 에서 2022. 10. 02. 인출.

大阪市. (2022b). 西成区結核対策事業. <https://www.city.osaka.lg.jp/nishinari/page/0000422515.html> 에서 2022. 10. 02. 인출.

大阪市. (2021). 生活保護の適用状況など. <https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/page/0000086901.html> 에서 2022. 10. 02. 인출.

逢坂隆子. (2011). ホームレスへの健康支援に関する実践的研究—NPOヘルスサポート大阪の活動報告. *ホームレスと社会*, 4, 32-37.

奥村晴彦. (2011). あいりん地域と医療—釜ヶ崎における医療の現状. *ホームレスと社会*, 4, 26-31.

会計検査院. (2014). 生活保護の実施状況について. <https://report.jbaudit.go.jp/org/h25/ZUIJI1/2013-h25-Z1000-0.htm>에서 2022. 10. 02. 인출.

厚生労働省. (n.d.c). 自治体の実績等. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisaku>

- nitsuite/bunya/0000059401\_00004.html 에서 2022. 10. 02. 인출.
- 厚生労働省. (n.d.a). ホームレスの実態に関する全国調査(概数調査): 結果の概要. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/63-15b.html>. 에서 2022. 10. 02. 인출.
- 厚生労働省. (n.d.b). 無料低額診療事業等に係る実施状況の報告. [https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450303&tstat=000001107175&result\\_page=1](https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450303&tstat=000001107175&result_page=1) 에서 2022. 10. 02. 인출.
- 厚生労働省. (2003a). ホームレスの実態に関する全国調査(生活実態調査)の結果(詳細版. <https://www.mhlw.go.jp/houdou/2003/03/h0326-5d1.html>) 에서 2022. 10. 02. 인출.
- 厚生労働省. (2003b). ホームレスに対する生活保護の適用について. [https://www.mhlw.go.jp/web/t\\_doc?dataId=00ta8839&dataType=1&pageNo=1](https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00ta8839&dataType=1&pageNo=1)
- 厚生労働省. (2014). 医療扶助における転院を行う場合の対応及び頻回転院患者の実態把握について(社援保発0820第1号 平成26年8月20日). <https://www.city.kobe.lg.jp/documents/4654/180-koroshotuti.pdf> 에서 2022. 10. 02. 인출.
- 厚生労働省. (2016). 無料低額診療事業・無料低額老健事業の実施状況の概要(平成27年度実績). [https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/muryou\\_sirnyoujigyou\\_h28.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/muryou_sirnyoujigyou_h28.pdf) 에서 2022. 10. 02. 인출.
- 厚生労働省. (2018a). ホームレスの自立の支援等に関する基本方針(平成30年7月31日厚生労働省 国土交通省告示第2号). <https://www.mhlw.go.jp/content/000485229.pdf> 에서 2022. 10. 02. 인출.
- 厚生労働省. (2018b). ホームレスの自立の支援等に関する基本方針に定める施策に関する評価書(平成25年7月31日~30年7月30日). <https://www.mhlw.go.jp/content/000485230.pdf> 에서 2022. 10. 02. 인출.
- 厚生労働省. (2020). 生活困窮者自立支援法等に基づく各事業の事業実績調査(令和2年度)の結果について. <https://www.mhlw.go.jp/content/000965106.pdf> 에서 2022. 10. 02. 인출.

- 厚生労働省. (2022). ホームレスの実態に関する全国調査(生活実態調査)の結果(詳細版). [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_25330.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_25330.html)에서 2022. 10. 02. 인출.
- 坂井寛美. (2011). 済生会熊本病院との連携による健康支援. ホームレスと社会, 4, 16-20.
- 全日本民主医療機関連合会. (2016). 無料低額診療事業 制度の説明. <https://www.min-iren.gr.jp/?p=20991> 에서 2022. 10. 02. 인출.
- 総務省. (2014). 生活保護に関する実態調査〈結果に基づく勧告〉. [https://www.soumu.go.jp/menu\\_news/s-news/87245.html](https://www.soumu.go.jp/menu_news/s-news/87245.html)
- 特定非営利活動法人きぼうのいえ. (n.d.) 団体概要. <http://www.kibounoie.info/dantai.html>. 에서 2022. 10. 28. 인출.
- 特定非営利活動法人山友会. (n.d.). 活動内容. <https://www.sanyukai.or.jp/sanyuso>에서 2022. 10. 28. 인출.
- 特定非営利活動法人抱樸. (2022). 一時生活支援事業等における総合的な居住支援のあり方に関する調査研究事業(令和3年度厚生労働省社会福祉推進事業). [https://www.houboku.net/news/r3\\_sogo\\_kyojushien\\_kenkyu/](https://www.houboku.net/news/r3_sogo_kyojushien_kenkyu/) 에서 2022. 10. 28. 인출.
- 前嶋弘. (2022). 救護施設における個別支援計画の作成状況について. 社会保障審議会生活困窮者自立支援及び生活保護部会(第18回). 10. <https://www.mhlw.go.jp/content/12501000/000974787.pdf> 에서 2022. 10. 28. 인출.
- 本田徹. (2011). 地域連携による医療・ケアと居住の課題への取組み—山谷はひとつのモデルとなり得るか? ホームレスと社会, 4, 10-15.
- 原昌平. (2016. 05. 13) 貧困と生活保護(31) 行路病院 ぐるぐる病院の「患者転がし」. 読売新聞. <https://yomidr.yomiuri.co.jp/article/20160512-OYTET50027/>에서 2022. 10. 28. 인출.



## 1. 노숙인 시설 의료서비스 및 연계사업 실태조사

### 노숙인 시설 의료서비스 및 연계사업 실태조사

안녕하세요. 한국보건사회연구원에서는 자체 과제 「노숙인의 통합적 의료지원과 지역사회 정착을 위한 정책방안 연구」를 수행하고 있습니다. 그 일환으로 노숙인 시설을 대상으로 의료서비스 및 연계사업 현황파악을 위한 실태조사를 실시하고자 합니다. 귀하의 응답은 바람직한 정책 수립에 귀중한 기초 자료로 이용되오니 바쁘시더라도 잠시 시간을 내어 협조해 주시면 대단히 감사하겠습니다.

본 조사의 참여 여부는 전적으로 귀하의 의사에 달려 있습니다. 또한 모든 응답내용은 통계법 제33조(비밀의 보호) 및 제34조(통계종사자 등의 의무)에 의거하여 통계목적외에만 사용되고 비밀이 보장됨을 밝혀 드립니다.

- 연구 책임자 : 임덕영(한국보건사회연구원)
- 조사 수행기관 : 엠브레인리서치
- 주요 조사내용 :
  - 주거지원 현황 (지원사업별 지원수준, 지원실적, 사례관리 실적, 대상선정 기준 등)
- 문의 :
  - 엠브레인리서치 ooo 매니저 00-0000-0000, \*\*\*\*\*@\*\*\*\*\*

본인은 위 사항에 따라 조사 사실을 충분히 설명받고 숙지하였으며, 조사 참여를 거부할 권리가 있다는 사실을 인지하고 있음을 확인합니다.

확인 후 조사 참여에 동의합니다.

2022년 9월

※ 본조사는 중간관리자급(사무국장 등) 이상의 담당자께서 작성해 주십시오.

본 조사는 설문조사 대행업체인 ㈜엠브레인리서치에서 수행하고 있으며, 조사 참여자에 대한 답례품 발송, 응답 내용 검증을 위해 아래와 같이 개인정보를 수집하고자 합니다. 제공하신 개인정보는 목적 외에 사용하지 않으며, 이용 기간 이후 즉시 파기할 예정입니다.

**[개인정보 수집 및 이용 동의서]**

① 수집 및 이용하는 자 : ㈜엠브레인리서치  
 ② 수집 및 이용 목적 : 조사 답례품 발송 및 응답 내용 검증  
 ③ 수집 및 이용하고자 하는 개인정보 항목 : 성명, 직급, 연락처, E-mail, 설문 응답내용  
 ④ 개인정보 보유 및 이용 기간 : 응답 완료로부터 1년

개인정보 수집에 대하여 동의를 거부하실 수 있으며, 동의를 거부하실 경우 답례품 제공에 제약이 있습니다. 개인정보 수집 및 이용에 동의하시겠습니까?

동의합니다.     동의하지 않습니다.

**[개인정보 제3자 제공 동의서]**

① 제공받는 자 : 한국보건사회연구원  
 ② 제공받는 자의 이용 목적 : 응답 내용 검증  
 ③ 제공하는 개인정보 항목 : 성명, 직급, 연락처, E-mail, 설문 응답내용  
 ④ 개인정보 보유 및 이용 기간 : 제공 받은 후 1년

개인정보 수집에 대하여 동의를 거부하실 수 있으며, 동의를 거부하실 경우 답례품 제공에 제약이 있습니다. 개인정보 제3자 제공에 동의하시겠습니까?

동의합니다.     동의하지 않습니다.

기관 정보	기관명				
	지역	① 서울 ② 부산 ③ 대구 ④ 인천 ⑤ 광주 ⑥ 대전 ⑦ 울산 ⑧ 세종 ⑨ 경기 ⑩ 강원 ⑪ 충북 ⑫ 충남 ⑬ 전북 ⑭ 전남 ⑮ 경북 ⑯ 경남 ⑰ 제주			
	유형	① 종합지원센터 ② 일시보호시설 ③ 자활시설 ④ 재활시설 ⑤ 요양시설 ⑥ 기타(            )			
작성자 정보	성명		직책		
	노숙인 사업 세부 담당 업무		유선전화		
	휴대전화		이메일		



334 노숙인의 통합적 의료지원과 지역사회 정착을 위한 정책방안 연구

II=① 응답 시(임시주거지원 사업 참여)

\* 노숙인 대상 임시주거지원 사업에 대한 질문입니다.

1-1. II=① 응답 시(임시주거지원 사업 참여)

최대 지원기간 (거주 가능 또는 주거비 지원 기간) (2021년 12월말 기준)

\_\_\_\_\_년 \_\_\_\_\_개월

1-2. II=① 응답 시(임시주거지원 사업 참여) 지원 수준 (2021년 12월말 기준)

※ 파악이 불가능한 경우 '9999'를 입력해 주십시오.

구분	지원 여부	II 응답 시(지원) 지원 금액
1) 보증금 지원	① 지원 ② 미지원	만원
2) 월세 지원	① 지원 ② 미지원	만원
3) 생활용품 지원	① 지원 ② 미지원	만원

1-3. II=① 응답 시(임시주거지원 사업 참여) 연도별 실적

※ 해당 항목에 실적이 없는 경우 "0", 파악이 불가능한 경우 "9999"를 입력해 주십시오.

구분	2019년	2020년	2021년
1) 신규 지원	명	명	명
2) 보증금 지원	명	명	명
3) 월세 지원	명	명	명
4) 생활용품 지원	명	명	명

1-4. II=① 응답 시(임시주거지원 사업 참여) 대상자 특성별 실적 (2021년 1년간 기준)

※ 복수의 유형에 해당되는 경우 중복으로 기재해 주십시오.

(예: 65세 이상의 신체장애인인 경우, 2)신체장애인과 6)노인에 각각 집계하여 기재)

※ 해당 유형에 실적이 없는 경우 "0", 파악이 불가능한 경우 "9999"를 입력해 주십시오.

유형	2021년
1) 발달장애인 (지적 및 자폐)	명
2) 신체장애인	명
3) 정신질환 또는 알코올 의존	명
4) 결핵 입원	명
5) 거리노숙 경험	명
6) 노인 (65세 이상)	명
7) 여성	명
<b>합계</b>	명





## 1-7. [1=① 응답 시(임시주거지원 사업 참여)]

임시주거지원사업에서 제공하는 기타 지원에 대해 작성해 주십시오. (2021년 1년간 기준)

※ 파악이 불가능한 경우 "9999"를 입력해 주십시오.

구분	지원 여부	[① 응답 시지원]	
		지원 인원	지원 건수
1) 생활 상담	① 지원 ② 미지원	명	건
2) 행정 지원 (주민등록, 기초생활수급, 주거급여 신청, 장애인 등록, 보험료 분납지원 등)	① 지원 ② 미지원	명	건
3) 일자리 지원 (민간, 공공, 직업훈련 등)	① 지원 ② 미지원	명	건
4) 법률 지원 (신용회복, 파산면책 등)	① 지원 ② 미지원	명	건
5) 병원 연계 (소개 또는 동행 등)	① 지원 ② 미지원	명	건
6) 복약 지원	① 지원 ② 미지원	명	건
7) 정신건강 서비스 연계 (정신건강복지센터 등)	① 지원 ② 미지원	명	건
8) 복지서비스 연계 (활동지원, 장기요양 등)	① 지원 ② 미지원	명	건
9) 주거상항지원 (임대주택 입주 등)	① 지원 ② 미지원	명	건

## 1-7-1. [1=① 응답 시(임시주거지원 사업 참여)]

이 외의 임시주거지원사업에서 제공하는 지원이 있다면 기재해 주십시오.

※ 해당하는 지원이 없다면 "없음"을 기재해 주십시오.

자유롭게 답변

338 노숙인의 통합적 의료지원과 지역사회 정착을 위한 정책방안 연구

1-8. [1-① 응답 시(임시주거지원 사업 참여)]

귀 기관에서 임시주거지원사업 대상자 선정 시 항목별 배제 정도에 대해 응답해 주십시오.

구분	전혀 배제되지 않는다	배제되지 않는 편이다	보통이다	배제되는 편이다	배제된다
1) 응급적 의료가 필요한 사람	①	②	③	④	⑤
2) 정신질환이나 알코올 의존증이 있는 사람	①	②	③	④	⑤
3) 꾸준한 관리가 필요한 만성질환(고혈압 등)이 있는 사람	①	②	③	④	⑤
4) 신체적 장애가 있는 사람	①	②	③	④	⑤
5) 발달장애(지적 장애)가 있는 사람	①	②	③	④	⑤
6) 노인	①	②	③	④	⑤
7) 여성	①	②	③	④	⑤

## [2-① 응답 시(매입/전세임대주택 입주 지원)]

\* 노숙인 대상 매입임대주택/전세임대주택 입주 지원(주거취약계층 주거지원 사업 포함)에 대한 질문입니다.

## 2-1. [2-① 응답 시(매입/전세임대주택 입주 지원)] 지원 수준 (2021년 12월말 기준)

※ 파악이 불가능한 경우 "9999"를 입력해 주십시오.

구분		지원 여부	[① 응답 시(지원) 지원 금액]
매입임대주택	1) 보증금 지원	① 지원 ② 미지원	만원
	2) 월세 지원	① 지원 ② 미지원	만원
	3) 생활용품 지원	① 지원 ② 미지원	만원
전세임대주택	1) 보증금 지원	① 지원 ② 미지원	만원
	2) 월세 지원	① 지원 ② 미지원	만원
	3) 생활용품 지원	① 지원 ② 미지원	만원

## 2-2. [2-① 응답 시(매입/전세임대주택 입주 지원)] 연도별 실적

※ 실적은 운영기관으로서의 지원, 적극적 안내 및 동행 등에 의한 지원을 말합니다.

※ 해당 항목에 실적이 없는 경우 "0", 파악이 불가능한 경우 "9999"를 입력해 주십시오.

구분		2019년	2020년	2021년
매입임대주택	1) 신규 지원	명	명	명
	2) 보증금 지원	명	명	명
	3) 월세 지원	명	명	명
	4) 생활용품 지원	명	명	명
전세임대주택	1) 신규 지원	명	명	명
	2) 보증금 지원	명	명	명
	3) 월세 지원	명	명	명
	4) 생활용품 지원	명	명	명

## 2-3. [2-① 응답 시(매입/전세임대주택 입주 지원)] 대상자 특성별 실적 (2021년 1년간 기준)

※ 복수의 유형에 해당되는 경우 중복으로 기재해 주십시오.

(예: 65세 이상의 신체장애인인 경우, 2)신체장애인과 6)노인에 각각 집계하여 기재)

※ 해당 유형에 실적이 없는 경우 "0", 파악이 불가능한 경우 "9999"를 입력해 주십시오.

유형	2021년
1) 발달장애인 (지적 및 자폐)	명
2) 신체장애인	명
3) 정신질환 또는 알코올 의존	명
4) 결핵 입원	명
5) 거리노숙 경험	명
6) 노인 (65세 이상)	명
7) 여성	명
<b>합계</b>	명

340 노숙인의 통합적 의료지원과 지역사회 정착을 위한 정책방안 연구

2-4. [2-4① 응답 시(매입/전세임대주택 입주 지원)]

귀 기관에서는 2021년에 매입임대주택/전세임대주택 입주 지원 후 사례관리를 실시하셨습니다가?

※ 사례관리는 정기적 연락/방문, 안부확인/상담, 지역사회 자원 연계 등이 폭넓게 포함됩니다.

① 실시

② 미실시

2-4-1. [2-4① 응답 시(사례관리 실시)] 사례관리 실적 (2021년 1년간 기준)

※ 사례관리는 정기적 연락/방문, 안부확인/상담, 지역사회 자원 연계 등이 폭넓게 포함됩니다.

※ 파악이 불가능한 경우 "9999"를 입력해 주십시오.

사례관리 대상자 수	사례관리 호	사례관리 실시 횟수
명	호	총 건

2-4-2. [2-4① 응답 시(사례관리 실시)] 기간별 사례관리 인원 (2021년 1년간 기준)

※ 2-4의 "사례관리 대상자 수"와 합계가 일치해야 합니다.

※ 해당하는 인원이 없는 경우 "0", 파악이 불가능한 경우 "9999"를 입력해 주십시오.

유형	기간별 사례관리 인원
6개월 미만	명
6개월 이상 ~ 1년 미만	명
1년 이상 ~ 3년 미만	명
3년 이상 ~ 5년 미만	명
5년 이상	명
합계	명

2-4-3. [2-4① 응답 시(사례관리 실시)] 현 거주에서의 거주기간별 인원 (2021년 1년간 기준)

※ 2-4의 "사례관리 대상자 수"와 합계가 일치해야 합니다.

※ 해당하는 인원이 없는 경우 "0", 파악이 불가능한 경우 "9999"를 입력해 주십시오.

유형	현 거주에서의 거주기간별 인원
6개월 미만	명
6개월 이상 ~ 1년 미만	명
1년 이상 ~ 3년 미만	명
3년 이상 ~ 5년 미만	명
5년 이상	명
합계	명

2-5. [2-4=① 응답 시(사례관리 실시)]

매입임대주택/전세임대주택 입주 지원 후 사례관리를 전담하기 위해 고용된 실무자(사례관리 전담요원)가 있습니까?

① 있음

② 없음

2-5-1. [2-5=① 응답 시(사례관리 전담요원 있음)]

사례관리 전담요원의 근로 현황에 대해 작성해 주십시오. (2021년 12월말 기준)

※ 해당하는 인원이 없는 경우 "0", 파악이 불가능한 경우 "9999"를 입력해 주십시오.

※ 2) 고용형태 : 사례관리 전담요원이 2명 이상이고, 정규직, 비정규직이 모두 있는 경우 **중복응답**

※ 3) 근로시간 ~ 5) 담당규모 : 사례관리 전담요원이 2명 이상인 경우 **평균**으로 응답

1) 사례관리 전담요원 수		명	
2) 고용 형태 (중복응답)		① 정규직	② 비정규직
3) 주당 평균 근로시간 (2021년 1년간 기준)		주당	시간
4) 근로/종사 기간	4-1) 귀 기관에서 <b>근로한 총 기간</b>		년    개월
	4-2) <b>사례관리 전담요원</b> 종사 기간		년    개월
5) 담당 규모	5-1) 사례관리 전담요원 1인당 <b>대상자 수</b>		명
	5-2) 사례관리 전담요원 1인당 <b>호수</b>		호

2-5-2. [2-4=① 응답 시(사례관리 실시)]

매입임대주택/전세임대주택 입주 지원에서 사례관리 전담요원 이외에 사례관리에 참여하고 있는 종사자는 몇 명입니까? (2021년 12월말 기준)

※ 해당하는 인원이 없는 경우 "0", 파악이 불가능한 경우 "9999"를 입력해 주십시오.

\_\_\_\_\_명

342 노숙인의 통합적 의료지원과 지역사회 정착을 위한 정책방안 연구

2-6. [2-① 응답 시(매입/전세임대주택 입주 지원)]

매입임대주택/전세임대주택에서 제공하는 기타 지원에 대해 작성해 주십시오. (2021년 1년간 기준)

※ 파악이 불가능한 경우 "9999"를 입력해 주십시오.

구분	지원 여부	[① 응답 시(지원)]	
		지원 안됨	지원 건수
1) 생활 상담	① 지원 ② 미지원	명	건
2) 행정 지원 (주민등록, 기초생활수급, 주거급여 신청, 장애인 등록, 보험료 분납지원 등)	① 지원 ② 미지원	명	건
3) 일자리 지원 (민간, 공공, 직업훈련 등)	① 지원 ② 미지원	명	건
4) 법률 지원 (신용회복, 파산면책 등)	① 지원 ② 미지원	명	건
5) 병원 연계 (소개 또는 동행 등)	① 지원 ② 미지원	명	건
6) 복약 지원	① 지원 ② 미지원	명	건
7) 정신건강 서비스 연계 (정신건강복지센터 등)	① 지원 ② 미지원	명	건
8) 복지서비스 연계 (활동지원, 장기요양 등)	① 지원 ② 미지원	명	건
9) 주거상황지원 (임대주택 입주 등)	① 지원 ② 미지원	명	건

2-6-1. [2-① 응답 시(매입/전세임대주택 입주 지원)]

이 외의 매입임대주택/전세임대주택에서 제공하는 지원이 있다면 기재해 주십시오.

※ 해당하는 지원이 없다면 "없음"을 기재해 주십시오.

자유롭게 답변

## 2-7. [2-① 응답 시(매입/전세임대주택 입주 지원)]

귀 기관에서 매입임대주택/전세임대주택 입주 지원 대상자 선정 시 항목별 배제 정도에 대해 응답해 주십시오.

구분	전혀 배제되지 않는다	배제되지 않는 편이다	보통이다	배제되는 편이다	배제된다
1) 응급적 의료가 필요한 사람	①	②	③	④	⑤
2) 정신질환이나 알코올 의존증이 있는 사람	①	②	③	④	⑤
3) 꾸준한 관리가 필요한 만성질환(고혈압 등)이 있는 사람	①	②	③	④	⑤
4) 신체적 장애가 있는 사람	①	②	③	④	⑤
5) 발달장애(지적 장애)가 있는 사람	①	②	③	④	⑤
6) 노인	①	②	③	④	⑤
7) 여성	①	②	③	④	⑤

### 344 노숙인의 통합적 의료지원과 지역사회 정착을 위한 정책방안 연구

#### Ⅲ-① 응답 시(서비스 결합 주거지원)

\* 노숙인 대상 서비스 결합 주거지원(노숙인 지원주택, 중간주택, 전환주택 등)에 대한 질문입니다.

#### 3-1. Ⅲ-① 응답 시(서비스 결합 주거지원)

최대 지원기간(거주 가능 기간) (2021년 12월말 기준)

\_\_\_\_\_년 \_\_\_\_\_개월

#### 3-2. Ⅲ-① 응답 시(서비스 결합 주거지원) 지원 수준 (2021년 12월말 기준)

\* 파악이 불가능한 경우 "9999"를 입력해 주십시오.

구분	지원 여부	① 응답 시(지원) 지원 금액
1) 보증금 지원	① 지원 ② 미지원	만원
2) 월세 지원	① 지원 ② 미지원	만원
3) 생활용품 지원	① 지원 ② 미지원	만원

#### 3-3. Ⅲ-① 응답 시(서비스 결합 주거지원) 연도별 실적

\* 해당 항목에 실적이 없는 경우 "0", 파악이 불가능한 경우 "9999"를 입력해 주십시오.

구분	2019년	2020년	2021년
1) 신규 지원	명	명	명
2) 보증금 지원	명	명	명
3) 월세 지원	명	명	명
4) 생활용품 지원	명	명	명

#### 3-4. Ⅲ-① 응답 시(서비스 결합 주거지원) 대상자 특성별 실적 (2021년 1년간 기준)

\* 복수의 유형에 해당되는 경우 중복으로 기재해 주십시오.

(예: 65세 이상의 신체장애인인 경우, 2)신체장애인과 6)노인에 각각 집계하여 기재)

\* 해당 유형에 실적이 없는 경우 "0", 파악이 불가능한 경우 "9999"를 입력해 주십시오.

유형	2021년
1) 발달장애인 (지적 및 자폐)	명
2) 신체장애인	명
3) 정신질환 또는 알코올 의존	명
4) 결핵 입원	명
5) 거리노숙 경험	명
6) 노인 (65세 이상)	명
7) 여성	명
<b>합계</b>	명

## 3-5. B-① 응답 시(서비스 결합 주거지원)

귀 기관에서는 2021년에 서비스 결합 주거지원에서 사례관리를 실시하셨습니까?

※ 사례관리는 정기적 연락/방문, 안부확인/상담, 지역사회 자원 연계 등이 폭넓게 포함됩니다.

① 실시

② 미실시

## 3-5-1. B-5-① 응답 시(사례관리 실시) 사례관리 실적 (2021년 1년간 기준)

※ 사례관리는 정기적 연락/방문, 안부확인/상담, 지역사회 자원 연계 등이 폭넓게 포함됩니다.

※ 파악이 불가능한 경우 "9999"를 입력해 주십시오.

사례관리 대상자 수	사례관리 호	사례관리 실시 횟수
명	호	총 건

## 3-5-2. B-5-① 응답 시(사례관리 실시) 기간별 사례관리 인원 (2021년 1년간 기준)

※ 3-5-1의 "사례관리 대상자 수"와 합계가 일치해야 합니다.

※ 해당하는 인원이 없는 경우 "0", 파악이 불가능한 경우 "9999"를 입력해 주십시오.

유형	기간별 사례관리 인원
6개월 미만	명
6개월 이상 ~ 1년 미만	명
1년 이상 ~ 3년 미만	명
3년 이상 ~ 5년 미만	명
5년 이상	명
<b>합계</b>	명

## 3-5-3. B-5-① 응답 시(사례관리 실시) 현 거주에서의 거주기간별 인원 (2021년 1년간 기준)

※ 3-5-1의 "사례관리 대상자 수"와 합계가 일치해야 합니다.

※ 해당하는 인원이 없는 경우 "0", 파악이 불가능한 경우 "9999"를 입력해 주십시오.

유형	현 거주에서의 거주기간별 인원
6개월 미만	명
6개월 이상 ~ 1년 미만	명
1년 이상 ~ 3년 미만	명
3년 이상 ~ 5년 미만	명
5년 이상	명
<b>합계</b>	명



3-7. B-① 응답 시(서비스 결합 주거지원) 서비스 결합 주거지원에서 제공하는 기타 지원에 대해 작성해 주십시오. (2021년 1년간 기준)

구분	지원 여부	[① 응답 시지원]	
		지원 인원	지원 건수
1) 생활 상담	① 지원 ② 미지원	명	건
2) 행정 지원 (주민등록, 기초생활수급, 주거급여 신청, 장애인 등록, 보험료 분납지원 등)	① 지원 ② 미지원	명	건
3) 일자리 지원 (민간, 공공, 직업훈련 등)	① 지원 ② 미지원	명	건
4) 법률 지원 (신용회복, 파산면책 등)	① 지원 ② 미지원	명	건
5) 병원 연계 (소개 또는 동행 등)	① 지원 ② 미지원	명	건
6) 복약 지원	① 지원 ② 미지원	명	건
7) 정신건강 서비스 연계 (정신건강복지센터 등)	① 지원 ② 미지원	명	건
8) 복지서비스 연계 (활동지원, 장기요양 등)	① 지원 ② 미지원	명	건
9) 주거상항지원 (임대주택 입주 등)	① 지원 ② 미지원	명	건

3-7-1. B-① 응답 시(서비스 결합 주거지원)

이 외의 서비스 결합 주거지원에서 제공하는 지원이 있다면 기재해 주십시오.

※ 해당하는 지원이 없다면 "없음"을 기재해 주십시오.

자유롭게 답변

348 노숙인의 통합적 의료지원과 지역사회 정착을 위한 정책방안 연구

3-8. B-① 응답 시(서비스 결합 주거지원)

귀 기관에서 노숙인 서비스 결합 주거지원 대상자 선정 시 항목별 배제 정도에 대해 응답해 주십시오.

구분	전혀 배제되지 않는다	배제되지 않는 편이다	보통이다	배제되는 편이다	배제된다
1) 응급적 의료가 필요한 사람	①	②	③	④	⑤
2) 정신질환이나 알코올 의존증이 있는 사람	①	②	③	④	⑤
3) 꾸준한 관리가 필요한 만성질환(고혈압 등)이 있는 사람	①	②	③	④	⑤
4) 신체적 장애가 있는 사람	①	②	③	④	⑤
5) 발달장애(지적 장애)가 있는 사람	①	②	③	④	⑤
6) 노인	①	②	③	④	⑤
7) 여성	①	②	③	④	⑤

## [4-① 응답 시(긴급복지지원)]

\* 노숙인 대상 긴급복지지원에 대한 질문입니다.

## 4-1. [4-① 응답 시(긴급복지지원)] 연도별 실적

※ 해당 항목에 실적이 없는 경우 "0", 파악이 불가능한 경우 "9999"를 입력해 주십시오.

구분	2019년	2020년	2021년
1) 생계 지원	명	명	명
2) 의료 지원	명	명	명
3) 주거 지원	명	명	명
4) 기타 지원	명	명	명

## 4-2. [4-① 응답 시(긴급복지지원)] 대상자 특성별 실적 (2021년 1년간 기준)

※ 복수의 유형에 해당되는 경우 중복으로 기재해 주십시오.

(예: 65세 이상의 신체장애인인 경우, 2)신체장애인과 6)노인에 각각 집계하여 기재)

※ 해당 유형에 실적이 없는 경우 "0", 파악이 불가능한 경우 "9999"를 입력해 주십시오.

유형	2021년
1) 발달장애인 (지적 및 자폐)	명
2) 신체장애인	명
3) 정신질환 또는 알코올 의존	명
4) 결핵 입원	명
5) 거리노숙 경험	명
6) 노인 (65세 이상)	명
7) 여성	명
<b>합계</b>	명



4-4. [4-3]① 응답 시(사례관리 실시)

긴급복지지원 후 사례관리를 전담하기 위해 고용된 실무자(사례관리 전담요원)가 있습니까?

① 있음

② 없음

4-4-1. [4-4]① 응답 시(사례관리 전담요원 있음)

사례관리 전담요원의 근로 현황에 대해 작성해 주십시오. (2021년 12월말 기준)

※ 해당하는 인원이 없는 경우 "0", 파악이 불가능한 경우 "9999"를 입력해 주십시오.

※ 2) 고용형태 : 사례관리 전담요원이 2명 이상이고, 정규직, 비정규직이 모두 있는 경우 중복응답

※ 3) 근로시간 ~ 5) 담당규모 : 사례관리 전담요원이 2명 이상인 경우 평균으로 응답

1) 사례관리 전담요원 수		명	
2) 고용 형태 (중복응답)		① 정규직	② 비정규직
3) 주당 평균 근로시간 (2021년 1년간 기준)		주당	시간
4) 근로/종사 기간	4-1) 귀 기관에서 근로한 총 기간		년    개월
	4-2) 사례관리 전담요원 종사 기간		년    개월
5) 담당 규모	5-1) 사례관리 전담요원 1인당 대상자 수		명
	5-2) 사례관리 전담요원 1인당 호수		호

4-4-2. [4-3]① 응답 시(사례관리 실시)

긴급복지지원에서 사례관리 전담요원 이외에 사례관리에 참여하고 있는 종사자는 몇 명입니까? (2021년 12월말 기준)

※ 해당하는 인원이 없는 경우 "0", 파악이 불가능한 경우 "9999"를 입력해 주십시오.

명

352 노숙인의 통합적 의료지원과 지역사회 정착을 위한 정책방안 연구

4-5. [4=① 응답 시(긴급복지지원)]

긴급복지지원에서 제공하는 기타 지원에 대해 작성해 주십시오. (2021년 1년간 기준)

구분	지원 여부	[① 응답 시지원]	
		지원 안됨	지원 건수
1) 생활 상담	① 지원 ② 미지원	명	건
2) 행정 지원 (주민등록, 기초생활수급, 주거급여 신청, 장애인 등록, 보험료 분납지원 등)	① 지원 ② 미지원	명	건
3) 일자리 지원 (민간, 공공, 직업훈련 등)	① 지원 ② 미지원	명	건
4) 법률 지원 (신용회복, 파산면책 등)	① 지원 ② 미지원	명	건
5) 병원 연계 (소개 또는 동행 등)	① 지원 ② 미지원	명	건
6) 복약 지원	① 지원 ② 미지원	명	건
7) 정신건강 서비스 연계 (정신건강복지센터 등)	① 지원 ② 미지원	명	건
8) 복지서비스 연계 (활동지원, 장기요양 등)	① 지원 ② 미지원	명	건
9) 주거상환지원 (임대주택 입주 등)	① 지원 ② 미지원	명	건

4-5-1. [4=① 응답 시(긴급복지지원)]

이 외의 긴급복지지원에서 제공하는 지원이 있다면 기재해 주십시오.

\* 해당하는 지원이 없다면 "없음"을 기재해 주십시오.

자유롭게 답변

## 4-6. [4=① 응답 시(긴급복지지원)]

귀 기관에서 긴급복지지원 대상자 선정 시 항목별 배제 정도에 대해 응답해 주십시오.

구분	전혀 배제되지 않는다	배제되지 않는 편이다	보통이다	배제되는 편이다	배제된다
1) 응급적 의료가 필요한 사람	①	②	③	④	⑤
2) 정신질환이나 알코올 의존증이 있는 사람	①	②	③	④	⑤
3) 꾸준한 관리가 필요한 만성질환(고혈압 등)이 있는 사람	①	②	③	④	⑤
4) 신체적 장애가 있는 사람	①	②	③	④	⑤
5) 발달장애(지적 장애)가 있는 사람	①	②	③	④	⑤
6) 노인	①	②	③	④	⑤
7) 여성	①	②	③	④	⑤

5. 임시주거 지원, 매입임대주택/전세임대주택 입주 지원, 서비스 결합 주거 지원, 긴급복지 지원 외의 귀 기관에서 제공하는 주거지원 프로그램(후원, 자부담 포함)이 있다면 명칭과 개요를 작성해 주십시오.

※ 해당하는 프로그램이 없다면 공란으로 두고 "다음" 클릭

프로그램 명	프로그램 내용
	대상, 주요지원 내용, 실적, 기타사항 등 작성

6. 노숙인의 지역사회 정착을 위한 주거지원 관련 사항에 대해 항목별로 필요성을 응답해 주십시오.

구분	전혀 필요하지 않다	그다지 필요하지 않다	보통이다	필요한 편이다	매우 필요하다
1) 취약계층 주거지원의 공급물량 확대	①	②	③	④	⑤
2) 주거지원에 대한 정보 제공	①	②	③	④	⑤
3) 제공되는 주거의 질 향상	①	②	③	④	⑤
4) 주거유지를 위한 주거비 보조 수준 향상	①	②	③	④	⑤
5) <b>노숙인기관</b> 의 주거지원 전문인력 확충	①	②	③	④	⑤
6) <b>지역사회</b> 의 주거지원 전문인력 확충	①	②	③	④	⑤
7) 퇴원/퇴소 후 회복할 수 있는 공간 제공 확충	①	②	③	④	⑤

6-1. 노숙인의 지역사회 정착을 위해 가장 시급한 주거지원 관련 사항은 무엇입니까?

1순위

- ① 취약계층 주거지원의 공급물량 확대
- ② 주거지원에 대한 정보 제공
- ③ 제공되는 주거의 질 향상
- ④ 주거유지를 위한 주거비 보조 수준 향상
- ⑤ **노숙인기관**의 주거지원 전문인력 확충
- ⑥ **지역사회**의 주거지원 전문인력 확충
- ⑦ 퇴원/퇴소 후 회복할 수 있는 공간 제공 확충

## 7. 노숙인의 지역사회 정착을 위한 서비스 관련 사항에 대해 항목별로 필요성을 응답해 주십시오.

구분	전혀 필요하지 않다	그다지 필요하지 않다	보통이다	필요한 편이다	매우 필요하다
1) 노숙인기관의 사례관리 전문인력 확충	①	②	③	④	⑤
2) <b>지역사회</b> 의 사례관리 전문인력 확충	①	②	③	④	⑤
3) 노숙인기관의 정신건강 관련 서비스 및 연계 확충	①	②	③	④	⑤
4) <b>지역사회</b> 의 정신건강 관련 서비스 및 연계 확충	①	②	③	④	⑤
5) 노숙인기관의 의료 관련 서비스 및 연계 확충	①	②	③	④	⑤
6) <b>지역사회</b> 의 의료 관련 서비스 및 연계 확충	①	②	③	④	⑤
7) 노숙인기관의 돌봄서비스 및 연계 확충	①	②	③	④	⑤
8) <b>지역사회</b> 의 돌봄서비스 및 연계 확충	①	②	③	④	⑤

## 7-1. 노숙인의 지역사회 정착을 위해 가장 시급한 서비스 관련 사항은 무엇입니까?

1순위

- ① 노숙인기관의 사례관리 전문인력 확충
- ② **지역사회**의 사례관리 전문인력 확충
- ③ 노숙인기관의 정신건강 관련 서비스 및 연계 확충
- ④ **지역사회**의 정신건강 관련 서비스 및 연계 확충
- ⑤ 노숙인기관의 의료 관련 서비스 및 연계 확충
- ⑥ **지역사회**의 의료 관련 서비스 및 연계 확충
- ⑦ 노숙인기관의 돌봄서비스 및 연계 확충
- ⑧ **지역사회**의 돌봄서비스 및 연계 확충

## 2. 노숙인 지역사회 정착 지원사업 현황조사 (광역자치단체 대상)

### 노숙인 지역사회정착 지원사업 현황조사 (광역자치단체 대상)

안녕하세요. 한국보건사회연구원에서는 자체 과제 「노숙인의 통합적 의료지원과 지역사회 정착을 위한 정책방안 연구」를 수행하고 있습니다. 그 일환으로 광역자치단체를 대상으로 노숙인 지역사회 정착 지원사업 현황파악을 위한 실태조사를 실시하고자 합니다. 귀하의 응답은 바람직한 정책 수립에 귀중한 기초 자료로 이용되오니 바쁘시더라도 잠시 시간을 내어 협조해 주시면 대단히 감사하겠습니다.

본 조사의 참여 여부는 전적으로 귀하의 의사에 달려 있습니다. 또한 모든 응답내용은 통계법 제33조(비밀의 보호) 및 제34조(통계종사자 등의 의무)에 의거하여 통계목적으로만 사용되고 비밀이 보장됨을 밝혀 드립니다.

- 연구 책임자 : 임덕영(한국보건사회연구원)
- 조사 수행기관 : 엠브레인리서치
- 주요 조사내용 :
  - 주거지원 현황 (지원사업별 실적, 지원수준, 지역정착을 위한 필요한 서비스 등)
- 문의 :
  - 엠브레인리서치 ooo 매니저 00-0000-0000, \*\*\*\*\*@\*\*\*\*\*

본인은 위 사항에 따라 조사 사실을 충분히 설명받고 숙지하였으며, 조사 참여를 거부할 권리가 있다는 사실을 인지하고 있음을 확인합니다.

확인 후 조사 참여에 동의합니다.

2022년 9월

※ 본 조사는 노숙인 업무 담당자께서 작성해 주십시오.

본 조사는 설문조사 대행업체인 ㈜엠브레인리서치에서 수행하고 있으며, 조사 참여자에 대한 답례품 발송, 응답 내용 검증을 위해 아래와 같이 개인정보를 수집하고자 합니다. 제공하신 개인정보는 목적 외에 사용하지 않으며, 이용 기간 이후 즉시 파기할 예정입니다.

**[개인정보 수집 및 이용 동의서]**

- ① 수집 및 이용하는 자 : ㈜엠브레인리서치
- ② 수집 및 이용 목적 : 조사 답례품 발송 및 응답 내용 검증
- ③ 수집 및 이용하고자 하는 개인정보 항목 : 성명, 직급, 연락처, E-mail, 설문 응답내용
- ④ 개인정보 보유 및 이용 기간 : 응답 완료로부터 1년

개인정보 수집에 대하여 동의를 거부하실 수 있으며, 동의를 거부하실 경우 답례품 제공에 제약이 있습니다. 개인정보 수집 및 이용에 동의하시겠습니까?

동의합니다.     동의하지 않습니다.

**[개인정보 제3자 제공 동의서]**

- ① 제공받는 자 : 한국보건사회연구원
- ② 제공받는 자의 이용 목적 : 응답 내용 검증
- ③ 제공하는 개인정보 항목 : 성명, 직급, 연락처, E-mail, 설문 응답내용
- ④ 개인정보 보유 및 이용 기간 : 제공 받은 후 1년

개인정보 수집에 대하여 동의를 거부하실 수 있으며, 동의를 거부하실 경우 답례품 제공에 제약이 있습니다. 개인정보 제3자 제공에 동의하시겠습니까?

동의합니다.     동의하지 않습니다.

<b>지자체 정보</b>	지자체명			
<b>작성자 정보</b>	성함		부서 및 직책	
	노숙인 사업 세부 담당 업무		유선전화	
	휴대전화		이메일	



2 귀 지자체에서는 노숙인 관련 매입임대주택 및 전세임대주택 지원 실적이 있습니까?

① 있다 ☞ 2-1로

② 없다 ☞ 3으로

2-1. 노숙인 매입임대주택/전세임대주택 지원 [excel 파일에서 작성 가능]

※ 해당하는 내용 없는 경우 "0", 파악이 불가능한 경우 "NA"를 입력해 주십시오.

1. 시행 내용	1-1. 월세 지원		1-2. 월세 지원 기간		1-3. 보증금 지원	1-4. 생활용품 지원	
	건당	만원	최장	개월	만원	만원	
※ 지원하지 않은 경우에는 "0"으로 기입							
2. 매입·전세임대 주택 지원 기관 수	※ 2021년 1년간 실적이 있는 기관 기준으로 작성						
	종합 자원센터	일시 보호시설	자활시설	재활시설	요양시설	쪽방상담소	기타
	개소	개소	개소	개소	개소	개소	개소
3. 예산	연 ( )만원						
4. 매입·전세임대 주택 관련 사례관리	① 시행함 ☞ 4-1로 ② 시행하지 않음 ☞ 5로			[4-① 응답 시 4-1. 예산 부담	① 지자체 지원에 의한 운영 ② 기관 자체 운영 ③ 기타 ( )		
5. 실적	신규 지원자 수		사례관리 대상자 수 (2021년 신규)		사례관리 대상자 수 (2021년말 현재)		
	명		명		명		

360 노숙인의 통합적 의료지원과 지역사회 정착을 위한 정책방안 연구

3. 귀 지자체에서는 노숙인 관련 지원주택 또는 중간지원주택(서비스 결합 주거 지원) 실적이 있습니까?

① 있다 ⇨ 3-1로

② 없다 ⇨ 4로

3-1. 노숙인 지원주택/(중간)지원주택 [excel 파일에서 작성 가능]

※ 해당하는 내용 없는 경우 "0", 파악이 불가한 경우 "NA"를 입력해 주십시오.

1. 시행 내용	1-1. 월세 지원	1-2. 월세 지원 기간	1-3. 보증금 지원	1-4. 생활용품 지원			
	간당 만원	최장 개월	만원	만원			
※ 지원하지 않은 경우에는 "0"으로 기입							
2. (중간)지원주택 실시 기관 수	※ 2021년 1년간 실적이 있는 기관 기준으로 작성						
	종합 지원센터	일시 보호시설	자활시설	재활시설	요양시설	쪽방상담소	기타
	개소	개소	개소	개소	개소	개소	개소
3. 예산	연 ( )만원						
4. (중간)지원주택 관련 사례관리	① 시행함 ⇨ 4-1로		[4-① 응답 시 4-1. 예산 부담	① 지자체 지원에 의한 운영			
	② 시행하지 않음 ⇨ 5로			② 기관 자체 운영			
				③ 기타 ( )			
5. 실적	신규 지원자 수		사례관리 대상자 수 (2021년 신규)		사례관리 대상자 수 (2021년말 현재)		
	명		명		명		

