



2015

서울특별시

노숙인 정책발전 토론회

일시 : 2015. 11. 03(화) 14:00~17:00

장소 : 가톨릭청년회관 바실리오홀

주최 : 사단법인 서울노숙인시설협회

주관 : 서울특별시 복지본부 자활지원과



사단법인  
서울노숙인시설협회



서울특별시

## 2015 서울특별시 노숙인 정책발전 토론회 일정

시간	진행내용
13:30 ~ 14:00	❖ 접수등록
□ 1부 개회식	사회자 이범승(희망나무 원장)
14:00 ~ 14:05	❖ 개회
14:05 ~ 14:10	❖ 내빈인사 소개
14:10 ~ 14:15	❖ 인사말씀 (여재훈 서울노숙인시설협회장)
14:15 ~ 14:20	❖ 인사말씀 (김종석 서울특별시 자활지원과장)
14:20 ~ 14:30	❖ 휴 식
□ 2부 토론회	좌장 남기철 교수 (동덕여대 사회복지학과)
14:30 ~ 16:30	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 주제발표 1 : 이종만 실장 (다시서기종합지원센터)</li> <li>• 주제발표 2 : 최성남 소장 (비전트레이닝센터)</li> <li>• 토 론 자 : 정운진 정신과전문의(은평병원)</li> </ul> <p style="text-align: right;">최병국 실장(햇살보금자리) 김진미 국장(열린여성센터) 김선희 팀장(강북중독관리통합지원센터) 박연화 팀장(다시서기종합지원센터 정신건강팀)</p>
16:30 ~ 17:00	❖ 종합토론
17:00	❖ 폐 회

---

## 2015 서울특별시 노숙인 정책발전 토론회 목차

---

### □ 주제발표

1. 거리노숙인 지원정책 변화 및 제언 5
  - 이종만 (다시서기종합지원센터 실장)
2. 노숙인 알코올 문제와 서울시 정책 과제 21
  - 최성남 (비전트레이닝센터 관장)

---

### □ 토론문

1. 별첨
    - 정운진 (은평병원 정신과전문의)
  2. 거리노숙인 지원정책 44
    - 최병국 (햇살보금자리 실장)
  3. 별첨
    - 김진미 (열린여성센터 사무국장)
  4. 알코올중독 노숙인 재활정책 49
    - 김선희 (강북중독관리통합지원센터 팀장)
  5. 거리 노숙인 알코올 의존 문제와 서울시 정책 과제 55
    - 박연화 (노숙인 정신건강팀 팀장)
-

## 주 제 발 표 1

# 거리노숙인 지원 정책 및 제언

이 종 만 (다시서기종합지원센터 실장)

## 거리노숙인 지원정책의 변화 및 제언

이종만(다시서기종합지원센터 실장)

]

### 1. 들어가며

서울시의 거리노숙인 지원정책은 인력과 예산의 측면에서 꾸준히 증가되어 왔다. 그럼에도 여전히 거리노숙의 문제는 노숙문제의 심각성을 대표하는 것으로 언론 등을 통해 우리사회의 어두운 모습으로 사회문제화 되어왔다. 종합지원센터와 일시보호시설 운영을 통해 응급구호와 상담을 지원하고, 자활근로, 임시주거 지원 등으로 거리노숙인 지원 정책을 펼쳐왔고 특히 희망지원센터와 정신건강팀을 통해 거리노숙에 대해 적극적인 개입을 지원하였다.

전수조사를 통해 살펴 본 서울시의 노숙인 추이는 점차 감소추세로 들어선 것은 서울시의 노숙인 지원정책이 어느정도 효과를 거두고 있는 것으로 보이며, 전수조사를 통해 확인된 거리노숙인의 변화추세 역시 ('12년 459명 -> '13년 397명 -> '14년 357명) 줄어드는 추세임을 확인할 수 있다. 그러나 거리노숙인 전체 숫자의 감소에도 불구하고 우려할만한 거리에서의 위험성이 확인되고 있다. 최근 잇따르고 있는 거리노숙인 사망사건과 정신질환과 알콜 의존 등으로 인한 건강악화 및 오랜 거리노숙생활로 인한 거리노숙 만성화와 위기대응콜센터를 통해 유입되는 고위험군 노숙인의 증가, 그리고 꾸준히 노숙으로 유입되는 신규노숙인 수는 여전히 거리노숙의 과제로 남아있다. 응급대피소를 이용하는 노숙인 현황을 살펴보면 여전히 거리에는 눈에 보이는 노숙인 숫자 이외에 드러나지 않은 노숙인 숫자가 상당하게 존재하고 국공립 병원 침상 축소에 따른 정신건강 노숙인 연계의 어려움과 강화베스트 병원 이후에 민간요양병원 연계 단절은 알콜과 복합질환 등 건강상의 문제를 안고 있는 노숙인에게 매우 위급한 상황을 초래하는 것으로 보인다. 특히 음주문제로 인한 노숙인복지시설 입퇴소 반복현상과 현장에서 알콜 의존자에 대한 지원서비스 부재는 노숙인 복지시설 입소과정 및 입소 후 생활에 따른 여러 문제를 제시하며 기존 복지시설 외에 또 다르게 노숙인의 욕구에 부합하는 다양한 시설의 확충 필요성을 제시하고 있다.

지금 이 순간에도 거리노숙의 위험은 곳곳에 산적해 있고 이에 대처하는 현장의 모습은 여러 측면에서 역량강화와 인력보강 지원서비스 확충 등 보강이 필요하다. 거리현장에서 노숙인을 지원하는 희망지원센터와 정신건강팀의 활동을 살펴보고 여기서 나타나는 부족함을 채워나감으로 노숙인의 안전과 자활

의 가능성을 증대할 필요가 있다. 또한 거리 현장의 활동에서 느끼고 보이는 여러 가지 현안을 살펴보면, 거리노숙에 대처하는 정책을 보다 확대하고 강화할 필요성이 보인다. 이전에도 여러 기회에 걸쳐 제기되었던 문제와 정책요구의 반복 역시 존재하고 있으나 더 이상 거리노숙은 여유를 갖고 바라보기에 그 위험성이 너무 긴박하다.

이 글은 전체노숙인 수치에서는 10% 정도를 차지하나 실제 노숙을 바라보는 사회의 인식에서 노숙의 얼굴로 여겨지는 거리노숙의 현황과 거리노숙의 위험성에 대해 살펴보고 이에 따른 거리노숙의 정책의 과제를 제안하고자 한다.

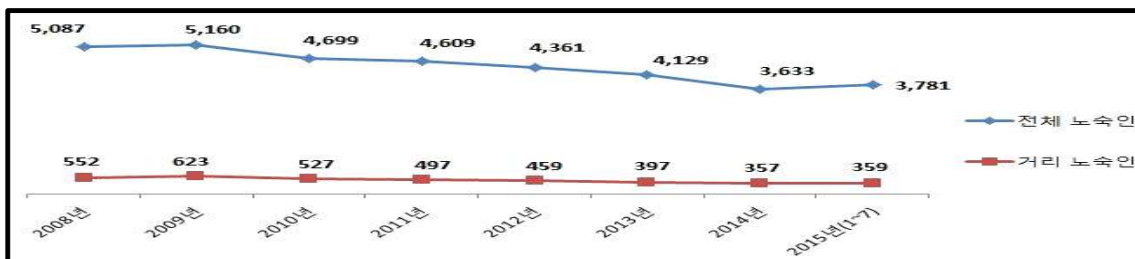
## 2. 거리노숙현황과 문제

### 1)거리노숙 현황

#### -전체노숙인과 거리노숙인 변화추이

최근 8년간 서울시의 거리노숙인 및 노숙인시설 거주자의 규모추이를 살펴보면 완만하게 줄어드는 추세를 확인할 수 있다 2015년 소폭의 증가추이를 보이나 동절기에는 계절요인으로 거리노숙인 감소하는 경향을 감안하면 감소추세는 이어질 것으로 보인다. 그러나 이 수치는 정확한 수치라기 보다는 추이를 표현한 것으로 이해하는 것이 필요하다. 이는 현재 집계하는 방식의 성격에서 기인한다. 노숙인의 규모를 확인하기 위한 집계 방식에는 특정 시점에 노숙을 하고 있는 사람의 수를 조사하는 일시집계조사(point-in-time counting: PIT 조사라고도 함)와 특정 기간(1년간) 동안에 노숙을 경험했던 사람의 수를 조사하는 기간(period)집계조사의 두 가지가 있다. 이런 조사는 노숙생활이 불변의 상황이 아니라 새로 유입되는 사람과 노숙을 벗어나는 사람이 끊임 없이 발생하는 역동적인 현상이기 때문이다. 표1>은 PIT방식으로 이루어진 집계조사로 현재 노숙인 수치로 일반적으로 사용되고 있으나 표2>를 살펴보면 2014년도에만 거리상담이 이루어진 자연인 수는 2,785명으로 거리노숙인이 집계방식에 따라 큰 차이를 보이고 있음을 알 수 있다.

표1> 거리노숙인 및 노숙인시설 거주자 규모 추이



출처 : 서울시 내부자료, 2015

표2> 연도별 거리상담 자연인수 현황

(단위: 명)

연도	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년
명	2,062	1,738	2,150	1,935	2,460	2,785

\* 해당연도 아웃리치를 통해 거리상담으로 시스템에 등록되는 노숙인 자연인수

\* 출처 : 2014년 다시서기 사업보고서, 노숙인 시설 이용자 데이터 분석

-거리노숙인 만성화 및 신규 노숙인 유입

먼저 만성화의 사전적 의미로는 “급격히 심해지지도 않으면서 쉽사리 낫지도 않고 오래 끄는 상태가 되다.1) 오랜 시간 지속되어 어느새 그 성질이나 상태에 익숙하게 되다. 버릇이 되게 하여 쉽게 고쳐지지 않다.” 등으로 표현되어 있다. 거리노숙 만성화란 가장 주요하게 노숙기간에서 연유되는 것으로 이해된다. 거리노숙 만성화에 대한 연구를 살펴보면 김진미(2003)는 “노숙 기간은 만성화과정과 매우 밀접한 상관관계에 있다. 노숙 기간이 길어지면 거리 생활을 받아들이고 거리노숙인으로서의 정체성을 갖게 되기 쉽다”고 하였다. 만성화로 인해 초래되는 결과는 만성적 질환, 정신건강의 문제, 알코올 중독 등으로 이어질 것이기에 거리노숙인의 사회복귀는 더욱 어려운 과정으로 빠져들게 된다. 표3>은 다시서기 종합지원센터의 거리노숙인 설문조사 결과 중 첫 노숙 시작 연도를 확인한 결과이다. 이를 살펴보면 2011년 이전부터 노숙 시작된 비율이 59.0%로 거리노숙의 상당수가 노숙기간이 긴 편임을 확인할 수 있다.

표3> 첫 노숙 시작 연도

구분	빈도(명)	퍼센트	유효 퍼센트	
유효	1996년 이전	16	8	8.0
	1997년 ~ 2001년	20	10	10.0
	2002년 ~ 2006년	23	11.4	11.6
	<b>2007년 ~ 2011년</b>	<b>58</b>	<b>29</b>	<b>29.4</b>
	2012년	16	8	8.1
	2013년	27	13.3	13.7
	2014년	38	18.8	19.2
	합계	198	98.5	100
결측	시스템 결측값	3	1.5	
<b>합계</b>	<b>201</b>	<b>100</b>		

출처 : 2014년 다시서기 사업보고서

1) Daum 검색 “만성화”검색 결과

-응급대피소 이용인 분석

2012년 서울역 노숙인 퇴거조치 이후 거리노숙인의 동사 등 안전사고 예방을 위하여 긴급히 마련된 응급잠자리로 혹한기 및 혹서기에 거리노숙인이 이용할 수 있는 잠자리 이용시설이다. 응급대피소는 음주자도 이용가능하며 별도의 입소절차 없이 노숙인이면 누구나 이용할 수 있는 시설로서 많은 거리 노숙인이 이용하는 공간이다. 실제 응급대피소를 이용하는 노숙인으로 인하여 거리노숙 전수조사시 거리노숙인이 줄어드는 현상도 보인다. 응급대피소를 이용하는 노숙인을 거리노숙인 수에 더하면 결코 거리노숙인이 줄어드는 추세로 보기는 무리가 따르고 있는 현실이다. 표4>에서 보여지듯 혹한기는 정원을 초과하여 보호하는 현상과 혹서기는 정원대비 여유가 있어 거리노숙은 계절적 요인이 영향을 미치고 있음을 확인할 수 있다. 그럼에도 표5> '15년도 상시운영으로 인해 6월 8일부터 운영이 시작되어 9월 30일 현재까지의 이용인 중 자연인 수만 살펴보면 1,228명에 달하는 등 거리에서 생활하는 노숙인은 일시집계로 확인된 노숙인 외에 거리노숙과 밀접하게 연관되어 생활하는 노숙인이 상당한 규모로 존재함이 추측 가능하다.

표4>응급대피소 야간보호 현황

(단위 : 명)

구분	혹한기 (1월~4월)				혹서기 (7~8월)		혹한기 (11월~12월)		2014 년 누적
	1월	2월	3월	4월	7월	8월	11월	12월	
누적 이용 인원	4,282	3,726	3,955	1,775	1,898	2,295	2,162	3,603	23,696
일평균 이용 인원	138.1	133	127.5	118.3	61.2	74	83.1	116.2	105.7

표5> '15년 이용인원 및 자연인수(6.8~9.30)

총이용인원	자연인수
11,555	1,228

-거리노숙 신규 유입과 서울역 집중화(위기대응콜 연계 현황)

서울역은 경제적 어려움 등으로 노숙위기에 처한 취약계층이 흔히 떠올리는 마지막 곳이기도 하다. 연도별 서울시에 등록되는 노숙인은 표6>을 살펴보면 해마다 노숙으로 유입되는 취약계층의 규모가 서울시 전체 노숙인의



규모 발표 수치에 근접할 정도로 상당하다. 보건복지부의 노숙인 복지 및 자립지원 종합계획 수립에 관한 연구를 살펴보면 “노숙은 개인과 가족의 불행이며 이를 예방하는 것이 국가와 사회의 과제이다. 노숙은 사회적 비용을 초래하고 노숙인 정책은 이러한 사회적 비용을 줄이기 위한 것이기도 하다”<sup>2)</sup> 특히 노숙은 건강, 주거, 일자리 지원 등, 사회적비용이 급증하는 측면이 있다. 이렇듯 노숙으로 유입되는 인원이 많음은 그만큼 사회적 지출이 소요됨으로 지역사회가 노숙 예방 및 지역사회안전망을 통해 노숙으로 유입되는 취약계층의 보호에 힘을 쏟아야 할 것이다. 신규노숙인의 유입과 아울러 주의깊게 살펴야 하는 것은 산재된 지역에서 생활하는 노숙인이 서울역으로 집중되는 현상이 존재하는 것이며 여기에는 교정시설, 병원 등의 시설퇴소자 등과 함께 일시적으로 주거가 불안정한 치매노인, 가출인, 주취자는 물론 근래에는 외국인 노숙인까지 위기대응콜을 통해 서울역으로 집중화되고 있기에 거리노숙 특히 서울역을 중심으로 다양한 노숙 위험군이 형성되고 있다.

표6> 연도별 신규등록자 현황

(단위: 명)

연도	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년
명	3,036	2,383	2,549	2,283	3,737	3,121

○ 위기대응콜센터 2104년 월별 접수 현황

구 분	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월	계
접수건	417	283	252	222	242	213	221	194	191	205	269	333	3,042
일일 평균 접수건	13	10	8	7	7	7	7	6	6	6	8	10	7.4

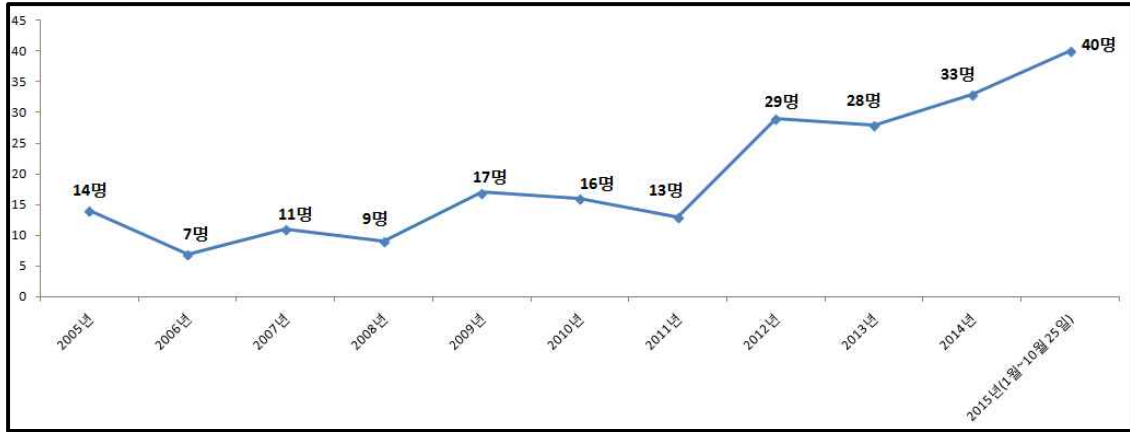
○ 위기대응콜센터 신고자 접수 건수

신고자	경찰	119	병원	일반 시민	노숙인	자치구	지하철 (코레일, 메트로)	기타 (타기관 등)	계
접수건수	902	34	123	848	344	371	289	131	2,911
비율(%)	29.6	1.0	4.0	28	11.0	12.1	10	4.3	100.0

2) 보건복지부, 2012, 「노숙인 복지 및 자립지원 종합계획 수립에 관한 연구」 P26

## 2)거리노숙의 위험성<sup>3)</sup>

### -사망자 발생 및 분석



### -고위험군 노숙인 현황

#### ○ 정신, 알코올 노숙인 현황

현대사회는 빠르게 변화하고 있고 그런 사회와 문화에 적응하는 과정은 스트레스와 다양한 정신적 부담이 따른다. 이런 변화 적응에 따른 어려움과 혼란으로 사회적 일탈과 정신건강의 문제가 야기되기도 한다. 노숙에서는 실업, 이혼이나 별거 등 가족해체의 문제와 저학력, 빈곤 등은 정신건강을 위협하는 요인이기도 하다. 특히 거리노숙은 이런 위협요인이 더욱 증폭되는 상황으로 거리노숙은 알코올 중독이나 정신질환으로 이어질 개연성이 높아진다. 노숙과 관련된 연구를 살펴보면 거리노숙은 알코올 및 정신건강에 부정적 영향을 끼치는 것을 알 수 있다. 노숙인 발생원인 규명 및 주류복지 체계 연계방안 연구에서 정원오(2014)는 “거리노숙인의 23.6%가 알코올 의존증이 있는 것으로 판단된 반면, 자활시설 노숙인의 경우 12.8%에 불과하였다. 재활요양시설 노숙인의 경우 19.5%가 알코올 의존증으로 분류되었다.”라고 하였으며 정신건강의 경우에도 “거리노숙인의 경우 22.9%가 정신질환이 있는 것으로 파악한 반면 자활시설을 이용하는 노숙인의 경우 13.2%로 정신질환 보유율이 낮은 것으로 나타났다. 재활 요양시설의 노숙인은 31.4%가 정신질환을 보유한 상태”로 거리노숙인의 알코올 및 정신질환은 중요하게 다

3) 서노협 홈페이지 자료실 게재를 위해 개인정보 보호를 위해 사망자 명단 및 고 위험군 명단은 삭제하여 게시

루어야할 대상이다.

지역사회 정신보건서비스 제공을 위한 기관은 정신보건센터와 알코올상담 센터가 설치되어 있으며 노숙인과 관련된 내용도 일부 포함되어 있으나, 실제 노숙인에 대한 알코올 및 정신건강의 문제는 서울역에 있는 노숙인 정신 건강팀에서 서울시 전역을 담당하고 있다. <표8>은 서울시 정신건강팀에서 활동한 내용을 정리한 것으로 정신과 상담이 주를 이루고 있으나 점차로 알코올과 관련된 상담이 증가하고 있음을 알 수 있다. 실제로 거리에서 활동하면서 만나는 노숙인의 경우 경험적으로 음주상황을 마주하는 빈도가 더 높기는 하지만 음주상황에 개입하기는 의사소통의 문제와 물리적 위협상황의 발생으로 어려움이 있다. 정신건강팀의 활동으로 정신건강의 문제를 안고 있는 상당수의 노숙인이 의료지원과 사후관리가 이루어지고 있으며 거리노숙의 위험성을 해소하는데 큰 역할을 수행하였다고 볼 수 있다. 그러나 여전히 거리상황은 정신건강의 측면이나 특히 알코올 중독과 관련하여 심각한 위험이 존재하고 있다.

첫째, 정신과 질환이나 알코올 의존증의 환자가 내과 등 복합질환 발병에 따른 대처에 어려움이 있다. 둘째, 정신병원의 경우 급성기 질환 치료가 이루어지면 퇴원조치를 하는데 퇴원 후 노숙인의 건강관리가 쉽지 않은 측면이 발생하고 있다. 셋째, 요양이 필요한 환자의 경우 민간요양병원의 불법유인사건 이후 급격히 제한되어 있어 요양병원의 시 지정 등 이에 대한 대책이 필요하다.

<표8> 서울시 노숙인 정신건강팀 운영실적

(단위: 명)

구분	정신과 상담	알코올 상담	기타 상담	계	조치(건)			
					입원	시설입소	주거지원	기타
2013년	1,708	409	339	2,456	265	129	48	62
2014년	2,357	735	136	3,228	430	139	67	275
2015년 (1~9월)	2,075	656	175	2,906	322	68	66	167

\* 출처 : 2014년 다시서기 사업보고서

### 3. 거리노숙인 복지서비스 정책 제언

지금까지 거리노숙인 복지정책은 주요하게 거리노숙인 수를 줄이는데 정책적 주안점을 두었다. 이는 어느 정도 성과적 측면이 있으나 실제 거리노숙의 수는 일시집계방식으로 발표하는 규모 이상으로 존재하고 있음을 신규노숙인 등록과 거리상담의 자연인수, 응급대피소 이용 자연인수 등을 확인함으로써 알 수 있다. 이 글에서는 거리노숙의 위험성을 거리노숙 만성화, 사망자의 증가, 서울역 주변 고위험군 집중, 그리고 알코올과 정신건강의 문제를 중심으로 기술하였다. 실제 현장의 상황은 하루에도 수많은 사건, 사고가 발생하는 곳으로 지금 이 순간도 미처 대처하지 못한 위기상황이 발생하고 있을 것이다. 112와 119의 출동은 수시로 서울역 광장을 비롯해 거리노숙인 상황으로 빈번히 발생하며 무료진료소는 노숙인 환자로 언제나 복잡하다. 이같은 거리의 현황과 위험성을 살펴보고 거리노숙인 지원정책의 변화와 개선에 대해 제안하고자 한다.

#### 1) 거리현장의 역량강화는 인력보강부터 시작이다

서울시 거리노숙 현장은 주/야간 아웃리치를 비롯하여 다양한 서비스 지원으로 거리노숙의 위기상황에 초기에 개입하며 적절한 서비스 연계를 통해 거리노숙을 탈피하도록 지원하고 있다. 여기에는 입소 및 각종 상담을 진행하며 임시주거 지원, 자활근로 배치 응급대피소 운영, 위기대응 콜센터 운영, 목욕 및 의류제공, 입소 및 병원 동행 지원, 현장출동 등의 활동이 있다. 365일 24시간 상시운영을 하며 거리의 모든 상황에 개입이 요구되는 현실에 비해 현재의 인력으로는 보호활동의 사각시간대와 사각지역이 필연적으로 발생하고 실무자의 소진 상황이 급격히 진행되고 있다. 희망지원센터의 업무를 수행할 정규인력의 보강, 아웃리치 상담원의 질적, 양적 충원, 위기대응콜센터와 정신건강팀의 인력 보강이 절대적으로 필요하다. 특히 아웃리치를 담당하는 상담원 인력의 선발은 현재 중구청 일자리지원 형태와 야간 일당제 지원방식으로 이루어져 이에 대한 보완이 필요하며 역량을 향상하기 위한 처우개선 및 교육 지원을 하여야 한다.

#### 2) 거리노숙인이 가려는 시설(병원)과 사회복지사가 보낼 수 있는 시설이 있어야한다

현재 음주는 노숙인 서비스를 이용하는데 있어 절대적인 제한 요인이다. 상담이 보류되고 병원연계는 물론 노숙인 복지시설 입소는 거부된다. 그나마

유일하게 응급대피소가 음주상황에서 이용할 수 있는 유일한 서비스임을 고려할 때 음주에 대한 보다 획기적인 대책이 필요하다. 금주의 필요성은 이해되나 거리노숙인들의 음주 상황을 고려할 때 지금의 금주만을 고수하는 복지시설 운영은 절주나 관리되는 음주에 대한 개방적인 자세에 대해 고민이 필요한 시점으로 보인다. '비전트레이닝 센터', '늘푸른 자활의 집'의 입퇴소 반복이 의미하는 것이 무엇인지에 대해 진지한 고민이 필요하다.

하나 더하자면 기존 민간요양병원의 긍정적 측면을 대처할 시설이 필요하다. 불법유인행위 등 불법 의료행위와 인권침해로 사회문제화 되었던 민간요양시설을 노숙인이 많이 이용하였으며 지금도 희망지원센터로 찾아와 요양병원을 보내달라는 노숙인이 상당수 계시고 요양병원을 다녀오신 분들이 건강회복하신 모습을 보면서 민간요양 병원이 노숙인에게 긍정적 역할이 있었음을 부인할 수 없다.

### 3) 알코올 해독센터의 현장 설치 필요

거리현장에서 출동보호 중 가장 많이 접하는 사례가 만취상태의 노숙인 보호 요청이다. 필요가 있으면 무엇인가는 만들어져야 한다. 해독센터는 거리노숙인의 알코올 의존 상황에 가장 우선적으로 접근할 수 있다. 음주상황이라 서비스 제공이 안 되고 해독상황에서는 또 다른 여건상 서비스 지원이 안되는 쳇바퀴 돌 듯 '마시고 취하고 누웠다 깨서 다시 마시는...' 이 상황에 현장에서 즉각 해독기능을 수행하며 그 과정에서 병원이나 시설 연계의 서비스가 진행될 수 있기를 희망한다. 현장의 해독센터는 무료진료소의 기능보강과 연계하면 예산의 과지출 없이 가능성이 있다는 생각이다. 아울러 Wet shelter의 개설로 현장의 해독센터와 유기적인 협조체계를 형성하면 거리노숙인 음주상황에 획기적 개입과 성과를 거둘 수 있을 것이다.

### 4) 정책적 주요환경 변화의 협조체계 강화

경찰, 지자체는 물론 코레일도 노숙인 보호에 보다 적극적이어야 한다. 특히 외국인, 치매, 장애, 등 각 지역사회 보호가 강화되어야 한다. 노숙문제는 지역사회가 예방과 사후관리를 위해 사회안전망 기능을 강화함으로써 해결의 실마리를 찾을 수 있다. 경찰과 지자체가 취약계층이 발생하면 위기대응콜센터를 통해 노숙영역으로 인계하는 방식은 보다 적절한 서비스를 지원할 사회안전망을 통해 보호하는 방식으로 전환되어야 한다. 또한 거리노숙은 사회복지사가 위기상황에 개입할 시 어려운 측면이 발생한다. 경찰과 지자체의 원활한 협조체계 마련, 정기적인 합동 아웃리치 활동과 정보 공유를 통한

노숙인 지원이 필요하다.

#### 참고문헌

다시서기종합지원센터, 2014 「2014년 다시서기 사업보고서」

서종균 외, 2012, 「노숙인 복지 및 자립지원 종합계획 수립에 관한 연구」

보건복지부

정원오 외, 2014, 「노숙인 발생원인 규명 및 주류복지체계 연계방안」 보건복

지부

## 주 제 발 표 2

# 노숙인 알코올 문제와 서울시 정책 과제

최 성 남 (비전트레이닝센터 관장)

## 노숙인 알코올 문제와 서울시 정책 과제

최성남(비전트레이닝센터 관장)

### 1. 들어가며

노숙인 문제의 발생 당시부터 노숙인들의 알코올중독 및 정신질환 문제는 예상치 못한 노숙인복지의 도전과제로 제기되었다. 이러한 과제에 대응해온 정책 당국이나 현장의 대응은 한편에서는 자활이라는 패러다임에 갇혀서 노숙인복지사업에서의 소수자 문제로 치부되었거나, 개인적 차원의 문제행동이라는 관점에서 벗어나지 못했다. 다시 말해서, 노숙인들의 알코올 중독이나 정신질환 문제는 특수한 문제로서 취급되어 그 문제의 규모나 심각성에 비해서 일부 재활시설에서 감당해야 하는 문제로 인식되어 정신보건체계와 효과적인 결합에 실패하거나 혹은 문제해결에 필요한 사회적 자원의 투여가 이루어지지 않았던 것이다. 한편, 개인적 수준의 일탈적 문제행동이라는 관점에 사로잡혀 부족한 사회적 자원의 투여도 그들에게 극적인 변화를 요구하는 방식으로 전개되어 일부의 영웅적 재기에 성공한 노숙인을 제외하고 다수는 노숙인복지 서비스 체계에서 방치, 포기, 체념의 대상<sup>4)</sup>이 되었다.

이러한 노숙인복지 서비스 체계에서의 배제의 결과는 거리에 알코올 중독 노숙인 등 만성취약 노숙인들이 누적, 집적되는 현상으로 남게 되었다. 그 결과는 반복적인 의료기관의 응급실 이용 후 재노숙의 양상을 낳게 되어 개선을 기대하기 어려운 허무한 사회적 자원의 낭비를 구조하거나, 동짓날 행해지는 메모리얼 데이 행사에 복사본 영정으로 남게 되었다. 지난 해 베스트 병원 사태를 비롯하여 최근 우리의 시야에 연이은 죽음으로 포착되는 상황이 지속되고 있는 것이다.

이러한 비극적 사태는 알코올 중독 등 거리의 만성 취약노숙인들을 바라보는 기존의 관점, 태도, 접근방식에 대한 근본적인 재검토를 -지금까지 계속 그랬지만- 다시 한번 응변하고 있는 것이다.

### 2. 노숙인 알코올 문제의 이력과 현황

1998년 국가외환위기로 대규모 노숙인들이 발생한 이후에 많은 사람들이 의문을 가지게 되었다. 이들은 누구인데 왜 거리에서 살게 되었을까 하는 물

4) 오랜 동안 거리현장에서 노숙인들을 돕던 실무책임자는 “거리에서 가장 좋은 기능을 가진 분들을 쉼터로 의뢰해도 쉼터에서는 문제가 너무 심각해서 받을 수 없다고 한다”고 하소연하고 있다.



음이었다. 이러한 질문의 가장 대중적인 형태가 아마도 “사지 멀쩡한 사람들이 왜 노숙을 할까”였을 것이다. 이 물음은 궁금한 것을 이해하려는 것이기 보다는 잘 모르는 -그러나 마음에 들지 않는- 사회적 현상이나 사람들의 행태에 대해 비난하는 습속에 가까운 것이었다. 이러한 대중적 형태의 질문이 노숙인 복지 정책당국, 노숙인복지 연구자, 노숙인복지 현장에서 모습을 바꾸면 ‘노숙 발생의 원인’이 무엇일까로 나타난다. (그 이후 이십년 가까이 되었지만 간단한 질문에 우리들은 여전히 쉽게 답하지 못하고 있다.) 여하한 노숙의 원인이 무엇인가라는 질문에 대해서 노숙인복지 관계자들은 여러 가지 답변을 만들어 냈다. 그리고 그 답변은 우리 사회가 노숙인들을 도와야 하는 의무를 가지고 있거나, 그들의 상태가 도움이 필요하다는 것과 그리고 어떻게 도와야 하는 가를 사회에 설득하려는 의도를 가지고 있다. 이러한 노력 가운데 하나가 노숙인들이 알코올 중독 문제를 가지고 있다는 것이었다. 필자가 거칠게 관련 논문에서 도출한 결과는 다음의 표와 같다.

조사주체	조사년도	조사 대상	조사결과
인도주의실천의 사협의회	1998	거리 및 시설입소 노숙인 355명	62.5% 알코올의존
신원우, 유채영	1999년	시설입소 노숙인 337명	29.6% 알코올의존
최성남	2001년	자유의집 입소노숙인 1,052명	37.8% 알코올의존
요셉의원, 다시서기의원	2007-201 3	내원환자 955명	168명(17.6%) 알코올의존
한국도시연구소	2011년	거리노숙인(전국) 300명	67.3% 음주 / 음주자의 61.9% 알코올문제
서울시	2012년	거리노숙인 605명	44% 음주문제 혹은 알코올중독
서울시	2013년	거리, 시설 300명 표본추출	21.4% 알코올의존 진단

위의 표가 먼저 말해주는 것은 상당수의 노숙인들이 알코올 중독 문제를 가지고 있다는 것이며, 거리의 노숙인들은 다수를 차지하고 있다는 것이지만, 또 말해주는 것은 노숙인들이 알코올 문제를 가지고 있다는 점을 노숙인 복지사업 초기부터 지금까지 계속적으로 말해왔다는 것이다. 이러한 노숙인들의 알코올문제의 심각성은 여러 가지 측면에서 살펴볼 수 있겠지만 가장 충격적인 결과가 죽음이라는 것이었다. 이와 관련되어 조금 오래된 것이기는 하지만 신문 기사를 인용한다.

인도주의실천의사협의회 자료에 따르면 노숙인의 사망률이 일반인에 비해 평균 3배가 높은 것으로 나타났다. 노숙인 사망자는 해마다 2000년 이후 해마다 증가하여 현재는 해마다 300명 정도의 노숙인이 사망하는 것으로 조사결과 밝혀졌으며, 노숙인 사망률도 매년 100명중 1.5명 이상이 사망하는 것으로 나타나 일반인들에 비해 3배 이상 높은 것으로 드러났다. 특히 20대에서 40대의 사망률이 일반인 사망률에 비해 최고 5배까지 높은 것으로 조사결과 나타났다. 사망원인을 살펴보면 손상, 중독, 외인성 질환 등 주로 다쳐서 사망에 이르는 경우가 23%로 가장 많았으며, 간질환 같이 과도한 알코올 섭취로 인한 사망이 15%로 뒤를 이었다. 암으로 인한 사망과 순환기계질환으로 인한 사망도 높아 각각 11%를 차지하고 있다. 이외에도 감염성 질환으로 인한 사망도 10%에 달했다. 또한 사망원인별 사망률 변화추이(인구 10만명 당)를 분석한 결과 '손상, 중독, 외인성 질환과 같은 이유로 사망하는 경우가 300명 이상으로 가장 많았으며, '간질환'이 153명~376명 정도의 수준으로 그 다음으로 많았다. 그러나 '외상'으로 인한 사망이 점차 줄어드는 반면 간질환 이나 순환기계 질환, 암 등의 만성질환 중심으로 점차 변화해 가고 있다고 밝혀졌다. 특히 정신과 질환으로 인한 사망률이 일반인에 비해 3.66배나 높은 것으로 드러났다. (연합뉴스 2009)

위의 기사를 조금 자세히 살펴보면 알코올 과다섭취로 인한 사망이 15%로 나타나고 있으나, 사망원인 1위가 손상으로 나타난 결과를 유추해보면 술에 취해서 교통사고나 낙상 등 사고를 당했을 가능성이 매우 높다는 분석이다. 즉 노숙인들은 음주문제와 관련된 죽음이 가장 많은 것이다.

### 3. 노숙인 알코올 문제에 대한 정책 당국과 현장의 대응 양상

노숙인 알코올 문제에 대한 사회적 대응은 약간의 시차를 두고 이루어졌다. 즉 노숙인복지사업 초기에 언론 등을 통해 이루어진 노숙인들에 대한 사회적 명명은 “IMF실직노숙자”였다. 이는 국가외환위기로 인한 국가 경제의 위기 상황에서 다수의 실업자 중 일부가 노숙자가 되었다는 간명한 이해에 바탕을 둔 것이었다. 즉 빈곤, 주택, 실업, 사회보장의 실패 등 사회구조적 요인이 노숙발생 원인이라는 것에 무게 중심을 둔 관점이었다. 관련 공무원들의 인식도 일시적인 사회적 위기로 인하여 발생한 특수한 문제이기 때문에 일단 숙식을 제공하고 공공근로 수준의 일자리를 제공하면서 ‘소나기’를

피한다면, 다시 경제가 활성화되면 일자리가 늘어나 직장과 가정으로 돌아갈 것이라는 낙관적 기대를 가지고 있었다. 그러나 실제 노숙인들과 가까이 접촉하던 노숙인 복지 현장의 인식은 이와 달랐다. 경제가 어렵다고 다 노숙상태에 이르는 것은 아닌데 왜 이 사람들이 노숙을 하게 되었는가라는 의문을 함께 생활하는 과정에서 제기하게 된 것이다. 무언가 개인적 차원의 취약성을 지녔을 것이라든가 생활상의 경험에 대한 연구자들의 분석적 답변은 이랬다. 지지망의 결핍, 범죄나 비행 등 부정적 사회관계, 이혼, 가족해체 등 연계단절이 강조되기도 하고, 무기력, 의존성 등 도덕적 심리적 특성이 지적되기도 했으며, 정신장애, 알코올중독 등 정신질환의 문제가 부각되기도 한 것이다. 통상 노숙인들의 심리사회적 취약성이라고 말해지는 문제에 대한 개입이 시작되어야 했다.

이를 정신질환, 알코올 중독 문제로 국한해서 이야기 한다면 노숙인복지사업 초기에 “임시적 단기적 자활프로그램” 지원 형태로 이루어지던 대응 방식이 크게 3가지 형태로 정리되게 된다.

첫째가 현재의 비전트레이닝센터와 같은 전문재활시설을 설치하는 것이었다<sup>5)</sup>. 둘째는 기존의 이른바 주류복지체계 가운데 지역사회 정신보건시스템과 연계를 강화하는 것이었으며, 셋째는 거리에서의 정신보건전문가들의 상시적 아웃리치 활동을 강화하는 것이었다.

이러한 대응양상에 대해서 각각을 평가해 본다면 비전센터의 설치는 중증의 정신장애라고 할 수 있는 알코올 중독 문제에 대한 대응이 임시적이고 단편적인 심리재활 프로그램 수준으로 해결될 수 없는 것이라는 각성에 기초해서 체계적인 재활 지원을 구조화했다는 점에서 의의를 찾을 수 있었고, 나름의 성과도 있었다. 그러나 알코올 문제를 가진 사람들은 자활시설에서 배제되는 알리바이로 작동하는 요인도 있었으며, 무엇보다도 단 한 곳만 대규모 형태로 존재한다는 점에서 서울과 같은 메트로폴리탄에서 접근성이 떨어지며, 다양한 관점에서 접근 방식이 이루어지기 어려운 약점이 있었다. 둘째, 기존의 지역사회정신보건체계와의 연계는 거리의 정신질환, 알코올 중독 노숙인 문제에 개입하기 위하여 2007년부터 2009년까지 서울정신건강센터 모바일 팀의 노숙인 정신건강 사례관리 활동이 있었으며, 자치구 정신보건센터에서 관할 자치구 소재 혹은 인접 자치구 소재 노숙인시설과 연계하여 정신보건사례관리 활동이나 예방 교육 등이 이루어졌다. 또한 지역사회 알코올

5) 노숙인들은 갈 곳이 없어서 거리에서 생활하고 있다는 외형적 공통성을 가졌음에도 불구하고 그 내부에는 연령, 성별, 장애유무 등등 다양한 분포를 띠고 있어 노숙인 시설이 이들의 서비스 필요에 따라 유형별로 특성화되어야 한다는 주장이 제기된다. 이 결과 현재 노숙인 시설은 대체로 독립생활 기능의 수준에 따라 자활시설, 재활시설, 요양시설 등으로 구분되어 법제화 되게 되었다.

상담센터에서 노숙인시설과 협약을 맺어 알코올중독 예방교육이나 사례관리 등이 이루어지고 있다. 그러나 현재까지 지역사회정신보건체계와의 연계 시도는 결과적으로 실패했다고 볼 수밖에 없다. 기왕의 지역정신보건센터의 정규적 업무의 부담이 매우 심한데다가 정부당국에서 인적 물적인 추가적 자원의 투여가 없는 상태에서는 지속가능성을 가진 방식이라고 볼 수 없다. 실상 노숙인에 대한 정신보건서비스는 정신보건서비스만으로는 안정성을 확보할 수 없다. 먹고 자는 곳이 안정되어야 신뢰관계를 확보하고, 정기적이고 지속적인 투약이나 상담 등 사례관리가 이루어져야 일정의 효과를 기대할 수 있는데 ‘거리’라는 극도의 불안정상 생활 상태에서는 이를 기대하기 어렵다<sup>6)</sup>. 이러한 결과로 인해서 노숙인복지시설 실무자들은 기존 지역사회정신보건체계에 대한 불신이 가중되는 문제점이 해결과제로 남게 되었다. 끝으로 알코올 중독 등 만성노숙인에 대한 대응으로 거리의 정신건강팀의 활동이다. 앞에서 언급한 바와 같이 2007년부터 3년간 서울정신건강센터의 모바일 팀의 활동이 있었고, 보건복지부에서 2011년 서울역의 노숙인 강제퇴거 조치 이후 민간자원을 중심으로 노숙인 위기관리팀의 활동이 있었다. 그리고 2012년부터 서울시 등의 공공자원이 투여되어 정신보건전문요원이 포함된 8명의 상시 거리정신건강팀이 운영되고 있다. 이 결과 이전의 활동에 비하여 정신의료 서비스의 연계가 활성화되고, 사례관리도 상대적으로 안정적으로 진행되고 있다고 보고하고 있다(서울시 복지거버넌스 자활분과 1차 워크숍 자료). 거리 정신건강팀의 활동 경험을 토대로 제기하고 있는 여러 가지 문제 가운데 알코올 중독 문제에 한정지어 평가한다면, 효율적인 사례관리를 위한 알코올재활시설의 인프라 부족 및 주거지원, 고용지원 등의 포괄적 복지 서비스 자원의 결여와 더불어 주취상태의 거리 노숙인에 대한 대응방안이 전무하다는 것이었다. 이러한 문제와 연관지어 노숙인들의 일시보호시설에서 목격되는 알코올중독 문제이다. 일시보호시설 실무자들의 경험적 지식에 의하면 일시보호시설이 ‘일시’보호가 아니라 여러 일시보호시설의 ‘장기’적 순환의 형태로 거리 노숙인들에게 활용되고 있다는 것이다. 이러한 일시보호시설 활용특성을 보이는 것은 일시보호시설이 음주에 대한 통제가 상대적으로 느슨하기 때문이라는 분석이고, 이에 대하여 협약을 맺은 지역알코올상담센터(현재 통합중독관리센터)에서 알코올문제 예방 교육이나 정신과 의사에 의해 알코올 문제가 심각하다고 진단된 대상에 대해 사례관리가 의뢰되고 있으나 실제적으로 의미있는 개입이 이루어지고 있지 않다고 한다.

6) 이러한 문제에는 보건복지전달체계가 따로 떨어져서 작동하는 칸막이 전달시스템에 좀더 구조적인 요인이 있다.

매우 간략하게 노숙인 알코올문제에 대한 서울시의 대응 양상을 비판적으로 살펴보았다. 이러한 대응 양상의 특성이나 문제점을 요약하면 다음과 같다. 첫째로 알코올 문제 해결 수요에 비하여 이에 대한 서비스의 양이 절대적으로 부족하다는 점이다. 2013년 서울시 노숙인실태조사의 결과를 바탕으로 서울시 노숙인들의 알코올중독 관련 서비스 필요량을 산출해 보면 다음과 같다. 서울시의 노숙인 4,433명으로 거리 871명, 시설 3,562명으로 파악되었다. 그 동안의 여러 조사 결과를 참조하면 거리 노숙인의 40%에서 60%가 알코올 문제를 가지고 있는 것으로 파악되어 그 숫자는 최소 350명에서 520명 정도이며, 시설노숙인의 약 7%인 250여명이 알코올문제를 가지고 있는 것으로 추정되고 있다. 이를 근거로 보면 알코올의존 치료 및 재활서비스가 필요한 서울시의 노숙인은 600- 750여명이라고 할 수 있다. 그런데 알코올문제를 지닌 노숙인들이 이용할 수 있는 재활시설은 비전트레이닝센터의 105명 정원뿐이며, 은평시립병원의 경우에도 노숙인 알코올중독 병상이 40개 정도이다. 서비스가 필요한 노숙인들의 14-20% 정도만이 활용가능한 수준이다. 이러한 서비스 양의 부족으로 인해서 거리의 알코올 문제를 지닌 노숙인들의 치료나 재활서비스 노출률은 조사결과에 따라 다르지만 20~30%에 머물고 있다.

한편, 거리 정신건강팀의 보고에 따르면 2015년 알코올상담 건수는 414건으로 전년대비 31% 증가하였다고 하며, 이외에도 일반의료상담이 180% 증가했는데 이는 알코올문제와 그에 따른 신체질환에 관한 상담의 증가와 관련이 있다고 하여, 눈여겨 볼 필요가 있다. 실제로 거리에서의 알코올 문제를 지닌 노숙인에 대한 조치는 민간요양병원에 상당히 의존하고 있어 전년도에 비해 민간요양병원 연계 건수가 16.8%로 2배 이상 높은 상황이며 만성 알코올환자 증가로 내과질환 등 복합질환 발병에 따라 요양병원 입원 건수가 증가할 것으로 예상된다고 한다. 작년의 베스트 병원 사태는 이러한 광범위한 사각지대의 비극적인 결과이며, 공공의 자원이 이러한 노숙인 알코올 문제의 사각지대에 기대어 누군가의 사적 이득의 경로가 되고 있는 것이다. 더불어서 이러한 파편적, 응급적 형태의 서비스는 전체적으로 매우 높은 비용을 필요로 하지만 그 효과는 매우 낮아 전형적으로 비효율성을 가지는 것으로 나타난다(남기철). 표적화된 대상에게 정확히 필요한 공공자원이 공급되지 않음으로써 결과적으로 공공자원이 낭비되고 있는 것이다.

이러한 서비스 양의 부족은 다른 한편에서는 전문적 인력의 양의 부족으로 나타나고 있는데 가령 재활시설의 경우에 정신보건경력이 인정되지 않고, 정신보건전문요원에 대한 처우도 전문성에 걸맞게 이루어지지 않고 있어 관련

전문가들의 유입에 장벽이 존재하고 있다. 둘째로 노숙인 알코올문제에 대한 현재 접근 방식의 문제는 매우 단조로운 관점에 의지하고 있다는 것이다. 알코올 중독 재활시설의 목표가 단주이며, 프로그램 참여 중에 음주를 하게 되면 서비스에서 탈락하게 된다. 이는 한편으로는 재활시설의 수가 극단적으로 부족한 조건에 기인하는 것이면서 동시에 노숙인 알코올 문제에 대한 접근 방식에서 외눈박이의 눈으로 본 편향성에 기인하는 것이다. 더불어 알코올 중독에 대한 강력한 도덕적 편견에 바탕을 둔 것이라고 할 수 있다(남기철). 이러한 단주중심의 알코올 중독 문제에 대한 개입 방식은 개인의 행동, 인지, 정서 등 총체적 변화를 요구하면서 그 변화 정도에 따라 일자리나 주거지원이 이루어짐으로써 다수의 알코올 문제 노숙인들을 체계적으로 배제하는 결과를 낳고 거리가 만성노숙인의 호수가 되게 하고 있다.

이런 점에서 볼 때 서울시 정책당국의 알코올중독 관련 서비스 인프라를 양적 질적으로 확대하는 것이 급선무이며, 다른 한편으로 알코올 문제에 대한 접근 방식의 다양화가 시급하다고 하겠다.

#### 4. 노숙인들의 알코올 문제의 치료재활관련 고려해야 할 사항

##### 4-1) 치료 참여와 지속성

통상적으로 신체질환에 비하여 정신질환이나 중독질환의 경우에 자발적 치료에 나서는 경우는 많지 않다. 사회적 낙인 등 다양한 장애요인이 존재하기 때문이다. 해서 정신보건 현장에서 중독 치료는 “치료 받고자 하는 의도가 있을 때” 즉시 개입하는 타이밍의 중요성을 강조한다. 즉 치료의 문턱이 낮아야 하며, 그러한 치료 및 재활 체계에 대한 노출의 양이 많아야 한다. 그런데 2013년 서울시 노숙인 실태조사에 따르면 거리에서 생활하는 만성노숙인에 국한해서 같은 문항의 응답결과를 분석한 결과 알코올이나 정신문제와 관련하여 진료받은 경험이 있는지를 묻는 문항에 대해서 약 36.9%라고 응답하고 있으며, 거리에 국한하여 묻는 질문에는 알코올이나 정신질환 진료경험률이 23.6%로 더 낮아지고 있다. 거리 만성노숙인에 대해서는 아웃리치 실무기관을 통해 약 2/3의 사례를 정신건강이나 알코올문제 취약성을 가진 사람들로 의도적으로 추출하였음에 비추어볼 때 이는 매우 낮은 수치이다. 실무자들의 판단에서는 정신건강이나 알코올문제가 있는 비율이 70% 가량되는 표본에서 진료 경험은 23.6%가 나온 것이라 할 수 있다. 거리에서 생활하는 만성노숙인의 정신건강에 대한 서비스 접근성이 제고되어야 할 필요가 있다.

정신건강 진료를 받은 적이 있다는 응답자를 대상으로 그 내용에 대해 확인한 결과는 알코올(26.9%)보다는 정신과 관련 외래 진료(55.6%)가 높은 비율을 차지하였다. 반면, 입원진료의 경우에는 알코올 관련(9.3%)이 정신과 관련(7.4%)의 경우보다 많았다고 한다(서울시 내부자료). 중요한 것은 노숙인들이 치료에 지속적으로 참여하는 요인으로는 이전 치료 경험에 대한 평가가 매우 중요한데, 특히 알코올 문제를 가진 경우에 치료진을 믿지 못하는 경우가 많다는 점이다.

또한 만성질환으로 분류되는 알코올 중독의 경우에는 전문가들에 의해 마련된 집중적인 치료를 받은 후에도 다시 재음주를 통해 재발하는 경우가 잦다는 것이 통설이다. 미국에서 행한 한 조사에 따르면, 5가지 종류의 집중적인 치료 후 1,900여명을 2년 후 추적 조사한 결과, 54%만이 단주를 유지하고 있고, 18%는 일시적인 재발, 28%는 복합적인 재발로 이어지는 것으로 나타나고 있다. 2년이상 재발하지 않고 유지하고 있는 54%의 경우에 다른 계층에 비해서 고학력의 상류층이 많으며, 가족 등 사회적 지지체계가 뒷받침 할수록 재발 확률이 낮은 것으로 알려져 있다. 이는 노숙인과 같이 빈곤하고 지지체계가 단절된 경우에 재발할 확률이 매우 높을 것이라는 점을 추론하게 해주고 역시 현장에서 자주 경험하는 것이다.

이처럼 알코올 중독이나 정신질환을 가진 노숙인들이 치료에 참여하는 비율이 낮은 현실에서 어떻게 알코올 중독 등을 가지고 있는 만성 노숙인들의 치료 참여를 높이고, 치료 후 지속적으로 재발하는 문제에 대한 대안을 마련할 수 있을 것인가. 이와 관련하여, 미연방 약물남용 및 정신건강서비스국(Substance Abuse and Mental Health Service Administration: SAMSA)에서 발표한 회복의 4대전략을 참조할 만하다. SAMSA는 광범위하게 관련 치료 재할 프로그램에 대한 평가와 당사들의 회복 경험과 전문가들의 평가를 거쳐 회복전략을 제시하였는데, 이는 다음과 같다.

- 회복(recovery)에 이란?  
정신장애 그리고/혹은 물질사용장애로부터 회복에 대한 조작적 정의는 사람들이 자신의 건강과 안녕을 개선하고, 자기 지향적 삶을 살아가며 그리고 잠재력을 충분히 발휘하는데 도달하려고 애쓰는 통하여 야기되는 변화의 과정이다.
  
- 회복지지전략계획(Recovery Support Strategic Initiative)을 통하여, SAMSH는 회복 중인 생활을 지지하는 4가지 주요한 영역을 선정하였다.
  - 건강 : 어떤 질병(들) 혹은 증상들의 극복 혹은 관리-예를 들어, 중독문제를 가진

사람이 알코올 사용, 불법 약물, 비처방약물로부터의 단절-와 회복중인 모든 사람들이 육체적 정서적 안녕을 지탱하기 위하여 건강한 선택을 할 수 있는 것

- 집 : 안정되고 안전한 살 곳
- 목적의식(purpose) : 직업, 학교, 자원봉사, 가족 돌보기 혹은 창조적 노력 그리고 독립, 소득 그리고 사회생활에 참여할 수 있는 자원들과 같은 의미있는 일상적 활동들
- 지역사회(communit, 공동체) : 지지, 우정, 사랑, 희망을 제공하는 관계와 사회적 네트워크

SAMHSA에서는 이러한 4대전략에 더하여 10가지 회복촉진요인을 발표하였는데 이를 간략하게 소개하면 ① 회복은 희망에서 온다 ② 회복은 사람(당사자)가 주도하는 것이다. ③ 회복으로 나아가는 경로는 다양하다 ④ 회복은 총체적인 것이다 ⑤ 회복에는 동료들의 지지가 중요하다 ⑥ 회복에는 사회적 네트워크의 지지가 중요하다 ⑦ 회복은 문화에 영향을 받는다 ⑧ 정신적 외상을 다루는 것이 중요하다 ⑨ 회복은 가족, 지역사회와 같은 공동체(communit)의 책임성과 동반한다 ⑩ 회복은 존중에 바탕을 두어야 한다는 것이다(SAMHSA 2012).

이러한 통찰은 매슬로우(Maslow)의 욕구(필요)단계와 관련지어 생각해 본다면 매우 일리가 있는 것이다. 잘 알려진 바와 같이 매슬로우의 이론에 따르면 생존의 욕구가 가장 바탕을 이루고, 이후에 안전의 욕구, 소속이나 사랑의 욕구, 인정과 존중의 욕구, 그리고 최상위 단계가 자아실현의 욕구이다. 이러한 점에서 볼 때 서구에서 오랜 시행착오를 거듭한 끝에 주거우선 지원 정책을 채택한 것은 매우 실용적인 접근이라고 할 수 있다. 당장 먹고 자며 안전한 생활환경이 우선적으로 주어져야 이후에 사회적 관계나 삶의 의미 등을 추구할 수 있는 것이다. 그러한 의미에서 알코올 중독이나 정신질환으로부터 회복을 촉진하는 첫 번째 요인으로 '희망'을 제시한 것은 새삼스러운 자세로 음미할 필요가 있다. 거리에서든 재활센터에서든 우리를 당혹하게 하는 노숙인들의 '거대한 무기력'은 그들이 희망을 실감할 수 없기 때문이다. 그 동안 우리들의 접근 방식은 알코올중독 노숙인들은 단주와 더불어서 사회적으로 요구되는 정상성을 회복해야 일자리나 주거를 지원한다는 조건을 부여하는 것이었다. 이는 모든 것이 소진된 사람에게 누울 곳이 필요하면 일단 뛰어오라는 무거운 짐을 다시 어깨에 지워주는 것은 아니었는지 성찰이 필요하다. 다 떠나서, 일단 쉬고 싶다는 그들의 절실한 바람이 요양병원에 대한 선호로 나타나는 것이며, 노숙인 공식적인 서비스 체계가 이러한 요구에 부응하지 못함으로써 공적 자원의 사취의 공간이 발생한 것은 아닐지 생각해 봐야 한다.



## 4-2. 알코올 중독 치료에 대한 전통적인 접근

현재 알코올중독 치료와 관련된 주된 흐름은 단주를 전제하는 이념과 서비스이다. 그리고 많은 연구 결과들도 이러한 단주중심의 접근의 효과성을 지지하고 있다. 가장 대표적으로 알려진 치료모델인 12단계 영성모델에 따르면 알코올중독의 치료는 단주 이외에 어떠한 대안이 없는 것으로 되어있다. 이 모델에서는 회복은 장기적인 것이며, 지속하는 과정으로서 완치라는 개념은 존재하지 않는다. 이러한 동료지지 집단은 많은 알코올중독을 치료하는 정신의료기관이나 외래재활치료에서 저비용이며 접근가능성이 높다는 이유로 매우 높은 빈도로 활용하고 있으나, 이러한 접근이 노숙인과 같은 특수한 대상에게 효과가 있다는 연구결과는 별로 없다(Amanda Russel, 2010).

단주를 전제로 한 프로그램들은 성공을 매우 엄격하게 규정하고 있음으로써 노숙인들에게는 거의 도달할 수 없는 목표로 인식되고 있다. 이와 같은 전통적인 접근의 가장 커다란 문제점은 치료동기를 가지고 참여하는 사람들의 대다수가 높은 탈락율을 보인다는 것이며, 회복과정에서의 자연스러운 재발을 실패로 규정한다는 것이다. 이러한 단선적 접근은 결과적으로 다수의 실패자들과 소수의 영웅적 회복자들을 낳게 된다<sup>8)</sup>.

이는 거의 유일한 알코올재활시설인 비전트레이닝센터(이하 비전센터)의 지난 10년간의 경험과도 매우 유사하다. 이 경험을 소개하면 다음과 같다. 비전센터는 2004년 2월 개소 이래 알코올중독 문제를 지닌 노숙인의 재활 및 회복을 위하여 치료공동체 접근이라는 서비스를 제공해왔다. 치료공동체는 중독과 관련된 개인의 문제를 해결하기 위하여 “치료도구로서 공동체”를 사용하는 접근으로서, 중독은 개인들의 전체적인 삶의 양식의 문제에서 비롯된 증상으로 이해한다. 이러한 문제의식 속에서 개인들은 삶의 양식의 전반적 갱신 혹은 재탄생의 수준으로의 변화를 요구받게 된다. 행동습관, 인지도식, 사회관계, 영성 각성 등 개인의 생활방식과 정체성을 근본적으로 변화시키는 것에 초점을 두고 진행한다. 이러한 목적을 달성하기 위한 치료도구는 공동체 내에서의 생활양상 전반이 된다. 즉 먹고 자는 것에서부터 일상의 생활습관, 대인관계, 금전관리, 근로습관, 영적 성장 등의 이슈가 일상적으로 관찰되고 문제발생 시 즉각적으로 직면하게 된다. 이러한 극도로 구조화된 프로그램을 일정기간 견뎌내야 이수하게 되는데 그 결과는 아래의 표와 같다.

7) 연구결과에 따르면 이러한 프로그램 운용과정이나 프로그램 이후에 단주를 유지하지 못하는 탈락율은 65-95%에 이르는 것으로 나타나고 있다.

8) 이러한 접근이 무한경쟁의 구조 속에서 다수의 loser를 양산하며 소수의 성공자를 찬양하고 있는 신자유주의 이념하에 헬조선을 만드는 한국사회와 너무나도 유사하다.

프로그램 수료기간	해당 연도	이용건수	수료 자연인	수료 비율
8개월	2004-2010	2,687	113	4.2%
6개월	2011-2013.4	642	51	7.9%
3개월	2013.5-2014.5	463	48	10.3%
계	전체 입소인	3,792	212	5.5%
	참여 자연인	1,652	212	12.8%

위의 표에서 나타난 바와 같이 총 수료자 실인원은 212명으로 알코올중독 문제를 지닌 프로그램 이용자 1,652명의 12.8%가 수료율을 보이고 있으며, 이수 기간이 짧을수록 높은 수료율을 보이고 있다. 비전센터에서는 수료자 212명의 수료이후 생활양상을 추적하여 조사하였으며, 그 결과는 아래의 표와 같다.

유형	귀가	임대 주택	독립 주거	비전 센터	타시설	소재 불명	사망	합계
인원(명)	13	23	16	56	11	84	9	212

위의 표에서 보여주는 바와 같이 치료공동체 프로그램을 이수한 212명 가운데 연락이 가능하지 않은 사람은 사망 9명을 포함하여 93명이었고, 56명은 현재 비전센터에서 생활하고 있었다. 그리고 현재 단주생활을 유지하고 있으며, 정기적이 근로활동을 하면서 안정적인 주거를 확보하고 지역사회에서 1년이상 거주하고 있는 사람들은 49명이었다. 이를 성공의 기준으로 삼는다면 전체 치료공동체 프로그램 참여자의 3% 정도라고 할 수 있다. 이러한 결과를 어떻게 평가할 것인가는 평가자의 관점에 따라 다를 수 있으나, 거칠게 잡아 90% 이상은 지역사회 정착에 실패했다는 점을 감추기 어렵다.

비전센터에서는 문제를 좀더 심층적으로 파악하기 위하여 지역사회 정착에 성공한 49명을 대상으로 이들의 사례관리나 회복지원에 참여한 직원들을 대상으로 포커스집단을 통해 성공요인을 파악하여 보았다. 그 결과를 개별특성요인, 서비스 관련 특성요인, 지지체계 관련 요인으로 나누어 유형화한 결과는 아래의 표와 같다.

특성	주요 요인
개별적 특성	지적 능력이 높음(7), 독립생활 가치의식(5), 긍정적 여가활동(8(자전거, 블로그, 축구, 음악, 자원봉사), 위기경험(7)(연령, 건강), 지역사회자원 활용 능력(1) 신앙(2), 정규적 생활경험이나 능력(7), 자기관리능력(3)
서비스 관련 특성	직원과의 치료적 동맹(10), 안정적인 공공일자리(4), 주거지원(24), 중독에 대한 자기인식(17), 의료지원(1),
지지 체계 관련 특성	AA(5), 회복동료 지지관계(22), 지속적인 가족지지(16, 결혼2)

이러한 분석결과를 간략하게 살펴보면, 지역사회 정착에 성공한 사람들은 일반 노숙인들에 비하여 학력도 상대적으로 높으며, 직업 등에서 중산층과 유사한 생활을 해왔다는 것을 알 수 있다. 이러한 결과는 학력과 소득이 높을수록 알코올중독의 치료효과가 높다는 기존의 연구결과를 다시 지지하는 것이라고 볼 수 있다. 또한 눈여겨보아야 할 것이 지역사회 정착에 성공한 사람들이 여전히 가족들과의 지속적인 지지체계를 유지하고 있었으며, 회복동료들과 긍정적인 사회적 지지를 유지하고 있었다는 것이다. 서구에서 알코올중독의 치료 재활 세팅에서 회복중독자 동료를 직원으로 활용하고 있다는 점에서 우리도 적극적으로 활용방식을 고려해야 할 것으로 본다. 마지막으로 서비스 관련 특성에서 보면 가장 높은 지역사회정착 성공요인이 염가 주거의 지원이라는 점이다. 매우 구조화된 알코올중독 치료 재활의 성과로 중독 문제에 대한 자기통찰도 주요한 성공요인이긴 하지만 이러한 주거지원이 없는 이러한 자기변화의 성과는 열매를 맺기 어려웠을 것으로 추정된다.

끝으로 수차례 치료공동체 프로그램을 이수하고도 반복적으로 지역사회 생활에 실패에 다시 비전센터로 회귀한 5명을 대상으로 간략하게 실패요인을 파악해 보았다. 그 결과 공통적으로 나타난 것이 구체적이고 세밀한 계획없이 지역사회로 진출하여, 위기상황에서 도움을 받을 만한 지지체계가 작동하지 않았거나, 직업 등 소득활동의 불안정, 대안적 여가활동의 어려움 등 매우 복잡하고 다양한 위기요인에 대처능력이 부족하였던 것으로 파악되었다.

이와 관련하여, 치료공동체는 통상적인 사람들이 사는 환경과 고립된 고도로 구조화된 환경이라는 점으로 인해서 치료공동체 의존성을 키운다는 지적(community model, 2009)은 경청할 만하다. 실제적인 일상생활에 속하여 바로 그 곳에서 여러 가지 도전과제들을 적절하고 다양한 지지체계를 활용하여 해결해 나가는 지역사회 중심의 치료재활이 중요한 것이다.

## 5. 폐해축소 접근에 대해서

폐해축소모델은 대안적인 치료재활방법으로서 상대적으로 새로운 프레임이며 모든 주거우선프로그램(Housing First)에서 통상적으로 취하고 있는 방식이다(National Alliance to End Homelessness 2006). 폐해축소는 안전한 주사기 교환 프로그램을 통해서 에이즈의 확산을 막으려는 노력에서 처음으로 시도되었다. 미국의 Harm Reduction Coalition(2009)에 따르면 “폐해축소는 약물 사용의 부정적 결과를 줄이기 위한 일련의 실용적 전략으로서 단약, 약물사용의 관리, 안전한 사용의 광범위한 스펙트럼을 통합하는 것”이다. 폐

해축소전략은 “그들의 현재 있는 곳으로 가서(where they're at)” 있는 그대로 약물사용과 만나자는 것이다.

약물남용 관련한 장애에서 이를 적용함에 있어서, 폐해축소의 안내 철학은 사회에서 약물사용과 남용은 궁극적으로 없애기 어려운 자연적 현상일 뿐만 아니라 약물사용이나 음주의 결과를 줄이는 것이 이러한 사회문제에 접하는 좀더 실용적인 접근이라는 것이다. 가장 중요한 것은, 폐해축소전략은 중독과 약물관련 장애의 복잡성을 인정하는 것이며, 특히 계급 계층의 양극화 등 사회적 불평등에 잇대어 있다는 점을 받아들이는 것이다. 또한 중요한 것이 아주 작은 성공이라도 중시하면서 치료재활에 있어서 클라이언트 주도성을 용인하고, 개인의 임파워먼트를 강조하는 것이다. 정신질환과 약물중독의 이중진단을 받은 사람들의 회복을 지원하는 것을 미션으로 하고 있는 Community Model이라는 단체에서 폐해축소모델의 원리를 정의한 내용을 소개하면 다음과 같다.

첫째, 정신질환이나 중독은 공중보건의 문제이지 범죄나 도덕적 타락의 문제가 아니다. 그렇기 때문에 폐해축소는 이를 비난하거나 강제해야 할 문제로 대응하지 않고, 개인과 사회에 모두 중독의 해로운 결과를 최소화하려는 데 초점을 둔다.

둘째, 개인과 지역사회 혹은 전체 사회의 삶의 질을 개선하는 것이 개입과 정책의 성공을 측정하는 기준이 되어야 한다. 단주가 치료결과에서 의심할 바 없는 긍정적 성과이기는 하나, 어떤 사람들에게는 좀더 통제되고 안전한 방식의 음주가 더 현실적인 목표일 수가 있다<sup>9)</sup>. 예언적인 치료 목표를 부과하기보다는 모든 개입은 “각 개인들과 그들의 곁에 있는 사람들의 건강과 삶의 안녕을 개선하는 것은 무엇인가?”라는 간단한 질문으로 측정되어야 한다.

셋째, 폐해축소는 정신질환이나 위험한 음주가 치료를 받지 않으면 해로움이 지속되고 더 심각해진다는 것을 인정한다. 폐해축소는 성공적인 치료기회의 증가에서부터 단주수준까지 다양한 스펙트럼을 치료재활의 조건으로 받아들인다. “회복을 위한 모든 길을 제공하지 않고 폐해축소를 실천하는 것은 맞지 않다. 12단계모델은 주사기 교환만큼이나 폐해축소의 중요한 영역이다.”

넷째, 선택할 수 있는 것이 회복에서 본질적으로 중요하다. 정신질환이나 중독문제를 지닌 사람들은 자신들의 치료와 행동의 목표와 결과에 대해 공유된 결정을 할 수 있다. 정보의 제공, 안내, 지지와 같은 다양한 방법으로 치료의 과정이나 속도를 결정할 수 있는 최적의 상황에 있어야 한다.

다섯째, 사회경제적 그리고 생물학적 요인들이 사람들의 정신질환이나 중독에 취약하게 한다. 빈곤, 계급, 인종차별, 사회적 고립, 과거의 외상, 성차별 그리고 여타의 사회적 불평등이 이러한 문제들을 효과적으로 다룰 수 있는 그들의 능력뿐만 아니라 정신질환과 음주관련 폐해에 민감해지도록 영향을 미친다.

9) 이는 정신질환을 가진 사람들의 약물복용과도 유사하다. 정신과 약물이 많은 사람들에게 놀라운 성과를 안겨 주었으나, 일부의 사람들에게는 극심한 부작용을 낳아 약물복용의 잇점을 반감시킨다.

다시 말해서 정신질환이나 알코올 중독을 치료하는데 있어서 정신질환의 단호하고 즉각적인 수용이나 음주의 중단에 초점을 맞추는 것보다는 **개인의 삶의 질, 건강과 안녕에 대하여 집중하는 것이 실제로 나은 결과를 만든다고 보는 것이다.** 폐해축소 접근은 모든 개인들에게 단주나 항정신성 약물의 복용이라는 하나의 치료적 목표를 부여하는 것이 아니라, 대신에 치료의 과정이나 페이스를 자신들이 결정하게 되고, 실천가의 역할은 사람들에게 수용할 만한 치료 조건이나 선택의 결과에 대해서 정보를 제공하고 그 결과에 대해서 스스로가 책임지도록 하는 것이다. 이와 같은 방법으로 실천가들은 각 개인들이 정신과 약 복용을 하거나, 행동치료, 좀더 안전한 음주, 혹은 조절음주와 단주 등의 선택과 결정을 통하여 스스로의 건강과 복지를 개선하는 방법을 지지하고 안내하는 것이다. 양가감정이나 재발이 예측되지 않는 것은 아니나, 그로 인해서 서비스를 중단하거나 주거를 회수하지 않는다. 서비스는 언제나 자발적으로 선택하고, 유연하며 준비된 정도의 수준에서 이루어진다.

실제로 전통적인 알코올중독치료 현장에서 가장 기본적인 이슈 가운데 하나는 알코올중독임을 깨닫는 것이다. 스스로가 알코올중독임을 받아들여지게 되면 치료의 절반은 성공한 것으로 본다. 그러나 실제 이러한 각성이 언제 어떻게 발생하는가에 대해서는 아는 것도 별로 없으며, 깨닫게 하는 마술적인 방법도 현재로서는 알려져 있지 않다. 앞에서도 언급하였지만 과도한 위험음주로 인하여 온갖 문제들을 겪었음에도 불구하고 치료에 자발적으로 참여하지 않으면 그들을 도울 방법이 없으며, 스스로 자신의 음주문제를 대처해나가는 결심을 하고 행동으로 옮기지 않으면 치료재활 실천가들이 달리 할 수 있는 것도 없다. 현재 한국 사회에서 알코올중독으로 진단받은 많은 사람들이 강제로 입원하여 치료받고 있지만 수개월에서 수년이 넘는 입원치료 후에도 즉각 다시 술을 마셔 재입원하는 사례들이 치료재활 전문가들을 당혹하게 하고 있다.

이와 관련하여 폐해축소모형을 채용하는 치료재활 현장에서 구체적인 실천기술로 사용하는 것이 동기강화상담(Motivational Enhancement Counselling)이었다. 동기강화상담은 중독과 같이 잘 변화하지 않는 행동습관의 변화양상을 질적 연구방법으로 도출해낸 변화단계모형을 이론적 배경으로 하고 있다. Prochaska & DiClemente(1983)에 따르면 사람들의 문제행동의 변화는 즉각적으로 이루어지는 것이 아니라 여러 변화 단계를 거치면서 조성(造成)된다는 것이며, 이러한 변화도 선형적으로 진전되는 것이 아니라 나선형으로 전진과 후퇴를 반복하면서 이루어진다는 것이다. 이러한 행동의 변화단계는 다음과 같다.

#### 변화단계

- **숙고전 단계(precontemplation): 가까운 시일 내(6개월)에는 현재의 행동양식을 변화시키는 것에 대해 전혀 고려하고 있지 않은 상태임.**
- **숙고 단계(contemplation): 현재 행동양식 및 행동변화로 인한 위험-이익 관계를 검토하는 단계**
- **준비 단계(preparation): 행동양식을 변화시키기 위한 실행에 전념할 것이라는 언약을 하고 변화를 위한 계획과 전략을 개발하는 단계**
- **실행 단계(action): 계획을 실행하고, 현재의 행동양식을 변화시키고 새로운 행동양식을 만들어내기 위해 하나하나 실행하는 단계**
- **유지 단계(maintenance): 새로운 행동양식이 상당한 기간(6개월 이상) 동안 유지되고, 이러한 행동양식이 개인의 생활양식 속으로 견고하게 통합되는 단계**

동기강화상담의 원리는 행동의 변화는 클라이언트가 주도하는 것이며, 상담가는 행동변화에 대한 클라이언트의 변화준비 정도에 맞추어 좀더 나은 행동으로 나아가도록 하는 촉진자의 역할을 수행해야 한다는 것이다. 동기강화상담의 핵심적 기술은 이러한 변화단계를 정확하게 사정한 후 해당 단계에서 다음 단계로 진전할 수 있도록 유도하는 것으로서 **불일치 키우기 (Develop Discrepancy)**, **공감 표현하기(Express Empathy)**, **저항과 동행하기 (Roll with Resistance)**, **자기효능감 지지하기(Support Self-efficacy)** 등이 있다(전영민 2007. 한국심리상담 워크숍).

폐해축소모델은 바로 이러한 점에서 위험한 음주를 피하는 사람들을 심판하지 않는 태도로 만나서 그들이 처한 입장에 공감하면서 그들과 함께 좀더 나은 결과를 도출해 내고자 하는 고뇌의 결과라도 할 수 있다. 필자의 경험을 말한다면, 비전센터에서 구조화된 프로그램을 줄이고, 좀더 자율적인 환경을 제공하며, 프로그램 운영에서의 주도적 참여를 보장하려고 노력한 결과 비전센터 알코올중독 재활 프로그램 이용인 전체의 평균 단주유지일이 2013년 45일, 2014년 162일, 2015년 209일로 증가하는 성과를 보였다. 본격적인 의미에서 폐해축소모델을 적용했다고 보기는 어렵지만, 고도로 구조화된 프로그램의 운영과 단주만을 목표로 한 강제적 직면 방식만이 유일하고 성과 있는 접근방식이 아닐 수 있다는 가능성을 보인 것이라 할 수 있다.

지금까지 한국 사회에서 노숙인들의 알코올 문제의 양상과 서울시의 정책적 대응양상, 그리고 그 문제점 등을 살펴보고, 대안적 접근인 폐해축소모델에 대하여 소개수준으로 언급하였다. 이러한 문제의식을 바탕으로 서울시 에 노숙인 알코올문제에 대하여 취해야 하는 정책과제를 결론 삼아 제시하고, 미국에서 거리의 만성노숙인문제를 해결하기 위한 지난 십년간 수행해온

주거우선 정책관련 서비스 체계를 연수경험을 바탕으로 간략하게 소개하고자 한다.

#### 6. 노숙인 알코올문제 관련 서울시의 정책과제와 미국 연수 경험의 소개

서울시 노숙인알코올문제와 관련되어 첫 번째로 제안하고 싶은 것은 정책 목표나 수행계획을 조사 근거를 바탕으로 합리적이며, 적절하게 수행하는 원칙을 명확히 해야 한다는 것이다. 즉, 한국 사회에서 노숙인 알코올 문제에 대한 수요량이 얼마인가를 구체적으로 세우고, 이에 걸맞은 서비스 자원의 공급 계획을 세우는 기본이 자리잡아야 한다는 것이다. 앞서서도 바와 같이 현재 알코올문제를 가진 노숙인들의 숫자에 비해서 공급가능한 서비스 양은 많이 잡아도 20% 밖에 되지 않는다<sup>10)</sup>. 더욱이 노숙인 알코올문제의 심각성이 오래 전부터 생명과 관련된 사안이라는 점은 전문가이든 현장에서든 누누이 제기되어왔던 문제이다. 또한 거리에서 알코올문제로 고통받다가 죽음에 이르기 전에 다양한 신체적 질환 등으로 응급실을 이용하게 되고, 이 과정에서 반복적으로 비효율적인 의료비용이 발생한다는 것도 잘 알려진 사실이다. 즉 필요한 서비스 양에 걸맞는 합리적 서비스 공급 계획을 수립해야 함과 더불어 이러한 정책의 타당성을 근거를 가지고 마련하기 위한 기초조사도 충실해야 한다는 것이다. 가령 알코올문제를 지닌 노숙인들이 어떠한 치료를 어느 정도 받고 있으며, 그러한 치료결과의 효과는 어떠한지 등에서 기초 데이터를 충실하게 확보해야 하는 것이다. 필자가 최근 다녀온 미국의 필라델피아 정책 당국에서는 거리의 만성노숙인들에 대한 의료를 포함한 서비스 이용실태자료를 철저히 파악하여, 이들에 대한 보호 정책을 펼치고 있었다. 그리고 이러한 기초데이터를 바탕으로 맞춤형으로 표적화된 대상을 설정하여 주거우선지원 정책을 펼치고 있었고, 이를 통해 상당한 거리의 만성노숙인 감소 효과를 가져오고 있었다. 서울시에서도 이러한 비용효과성<sup>11)</sup>, 혹은 서비스 제공 효과성, 노숙인들의 삶의 질 등을 종합적으로 평가할 수 있는 데이터 집적 방안을 마련하고, 이러한 조사자료에 근거한 정책수립의 체계를 수립해야 할 것이다. 이러한 기초적인 데이터를 바탕으로 노숙인복지시설의 재편을 꾀해 소규모 재활시설의 확대 등을 적극 추진도 고려할 수 있을 것이다. 노숙인들이 가진 문제는 매우 복합적인 것이기 때문에 법에서도 자활시설, 재활시설, 요양시설 등의 특성화를 명시했다. 그런데 전체적인

10) 최근 비전센터에서는 남은 방이 없어 알코올문제를 가진 노숙인들이 대기하는 사태가 벌어지고 있다.

11) 이러한 비용효과성에는 베스트 병원과 같은 요양병원에 대한 비용도 당연히 포함되어야 한다. 국민들의 세금이 쓰이는 곳이기 때문이다.

노숙인복지의 방향은 자활패러다임에 갖혀있어 관련 자원의 효율적 배분에 형평성을 잃고 있는 것은 아닌가 반성이 필요하다.

둘째, 거리의 만성화된 알코올문제를 지닌 노숙인들에게 변화의 동기를 자극할 방안을 수립해야 한다. 미국에서 지난 10년간 채택한 주거우선 정책은 단주나 재활서비스 참여를 조건으로 하지 않고 필요한 주거를 우선적으로 제공하고, 그들이 주거를 유지할 수 있도록 개별화된 필요 수준에서 서비스를 제공하고 있었다. 그들은 작은 크기 이지만 독립적인 자신의 생활공간을 가지고 있었으며, 한 건물에 수백명이 함께 살고 있는 곳도 있었다<sup>12)</sup>. 그러나 많은 조사자료가 제시하고 있듯이 주거유지율은 85%-95%를 유지하고 있었다. 예측되는 혼란은 예상보다 크기 않았으며, 상대적으로 폐해축소접근과 동기강화상담을 통해서 진전된 자기관리와 생활관리를 보여주는 사례도 존재하였다. 게다가 비용효과도 거리에서 생활하면서 빈번하게 발생하는 의료비용이나 교정비용보다도, 쉼터(집단시설)보다도 더 저렴하다는 것이었다. 여러 가지 논란 끝에 자활대상자들을 위한 서비스로 제공하게 된 희망원룸 사업을 알코올문제나 정신질환을 가진 취약 노숙인들을 위한 서비스로 확대 전환하는 것도 적극 고려해야 할 것이다. 정신질환이나 알코올문제가 있는 만성적인 노숙인들에게 희망원룸을 지렛대로 하여 폐해축소접근을 시범적으로 도입하는 발상의 전환도 요구된다.

또한 아웃리치상담요원으로 알코올문제를 겪었다가 회복한 노숙인 당사자들을 적극적으로 활용하는 방안도 검토해야 한다. 동일한 어려움을 겪다가 동료노숙인들을 돕는 노숙인 당사자 활동가의 존재는 거리의 만성홈리스들에게 나도 저렇게 될 수 있다는 변화가능성에 대한 희망의 상징이기도 하며, 같은 처지의 고난을 겪었던 당사자 활동가들은 바로 그 경험으로 인한 공감력을 바탕으로 거리의 만성노숙인들과 빠르고 깊은 신뢰관계를 형성할 수 있다. 최근 미국 홈리스 연수를 통해 인상적으로 다가 왔던 것이 미국의 경우에 오래전부터 알코올이나 마약중독의 문제를 가진 노숙인 당사자들을 peer specialist라는 이름의 자격을 부여해서 거리의 만성노숙인문제 해결의 주요한 자원으로 활용하고 있었다. 상당히 체계를 갖춘 교육훈련 프로그램을 통해서 뉴욕시 등에서는 공인자격을 발부하고 있었다.

셋째, 이와 관련하여 거리 아웃리치 활동 체계에 대한 획기적인 전환이 필요하다. 거리의 알코올 문제 등을 가진 만성노숙인들을 탈거리생활로 유도하기 위해서는 현재보다 접촉의 빈도를 압도적으로 높여서 밀접한 신뢰관계를 형성할 수 있어야 한다. 또한 아웃리치팀이 효과적으로 사례관리에 성공하려면

12) 낙인 등을 예방하기 위하여 일반주거와 혼합된 곳도 있다고 한다.



거리 노숙인들의 욕구(필요)에 부응할 수 있는 다양한 자원이 장착되어야 한다. 단지 정신과 의료서비스 제공만이 아닌 임시주거, 고용 등 종합적인 자원연계가 가능하도록 해야 한다.

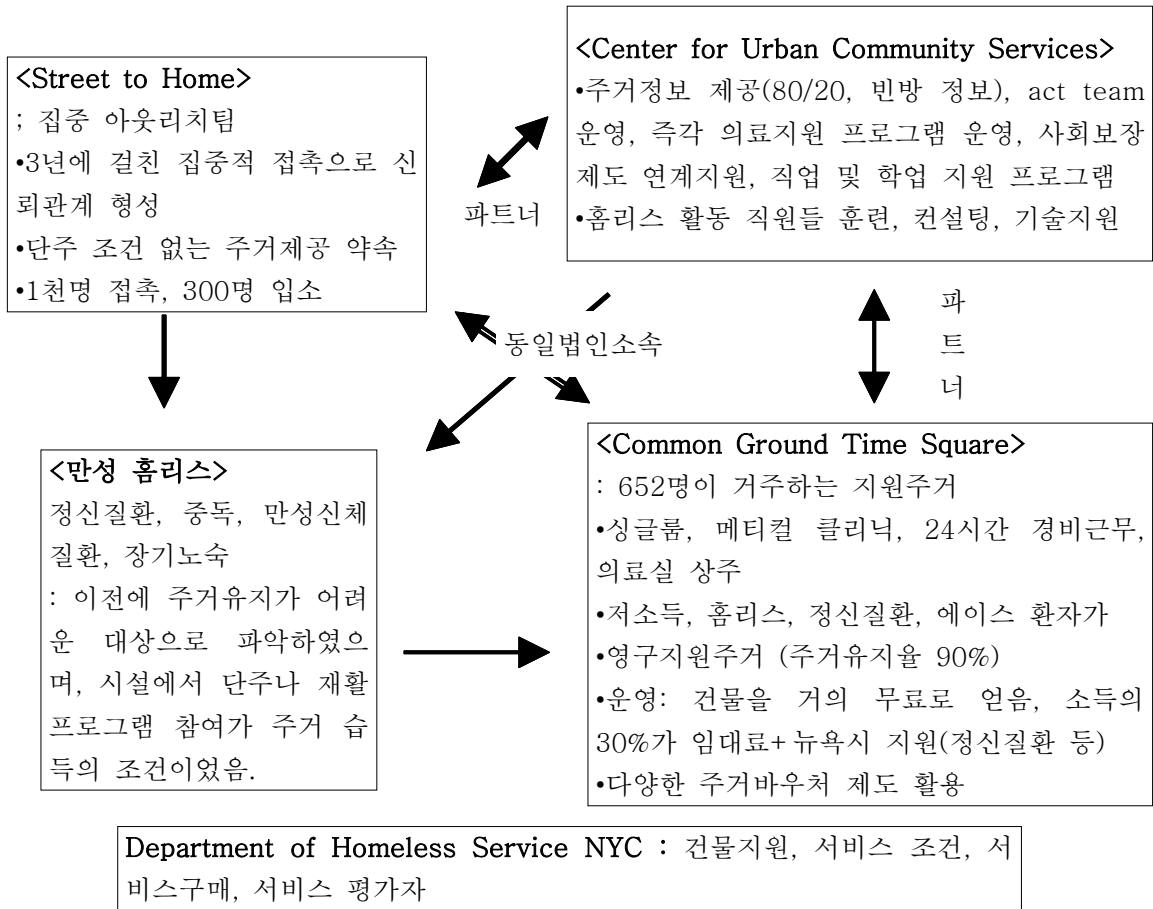
결국은 알코올문제 등을 가진 만성노숙인들의 문제를 개선하기 위해서는 주거와 서비스가 결합된 주거우선 지원정책으로 전환이 필요하며, 이러한 체계가 성공을 거두기 위해서는 알코올문제 관련 접근 방식이 단주기반 패러다임을 포함하여 다양한 접근이 허용되고 시도되어야 한다. 아울러 거리아웃리치 활동자원이 현재보다 양적으로나 질적으로 확대되고 심화된 형태로 이루어져야 할 것이다.

#### ◎ 참고문헌

- 도시문제연구소, 서울시노숙인실태조사 (미발표), 2014.
- 유채영, 신원우 알코올의존 노숙인과 일반 노숙인의 심리사회적 특성 및 서비스 욕구 비교연구, 정신보건과 사회사업, 2000.
- Amanda Rusel, Housing First and Harm reduction, Praxis, 2010 Fall 10권
- 남기철, 만성노숙인에 대한 우리나라 노숙인복지서비스의 성격, 비판사회정책, 2012.
- Lamp Community, The Philosophical Framework of the Community Model, [www.communitymodella.org](http://www.communitymodella.org).
- 미국 뉴욕 홈리스 지원주거 운영기관 Common Ground Time Square 연수 기록
- Kenneth Anderson, **Moderate Drinking, Harm Reduction, and Abstinence Outcomes**, 2012 The HAMS Harm Reduction Network
- Prochaska & DiClemente, Motivational Enhancement interviewing, 1983

◎ 미국 사례 (뉴욕시의 타임스퀘어에 만성노숙인 문제 감소를 위한 사례)

○ 인구 약 900만으로 서울과 유사한 인구규모를 가진 뉴욕시에는 2015년 현재 약 10만명이 홈리스관련 서비스를 받고 있었다. 이 가운데 약 6만명이 shelter에 거주하고 있었으며, 3만명이 지원주거(supportive housing)에 살고 있었다. 2000년 초에 1년이상 지속적으로 거리에서 생활하고 있으며, 3년 동안 4회 이상의 노숙경험이 있거나, 정신질환이나 약물문제를 가진 경우를 만성홈리스로 규정하고 Housing First 정신에 입각한 지원주거를 통해 만성노숙인을 종식시키겠다는 연방정부의 목표가 수립되어 진행되고 있었다. 이를 뉴욕의 Time Square에 위치한 CommonGround Time Square를 예로 들어 설명하면 다음과 같다.



지 정 토 론



# 지 정 토 론 1

정 운 진 (은평병원 과장)

# 노숙과 정신건강

서울특별시 은평병원  
정신건강의학과  
정운진

1

## 노숙인과 질병

- ▶ 사망원인
  - 손상, 중독, 외인성질환(뇌손상, 저체온증)
  - 간질환, 음주
  - 악성종양, 순환기계 질환
  
- ▶ 고혈압, 당뇨 등 조절되지 않는 만성질환과 그로 인한 합병증
- ▶ 폐질환, 간질환
- ▶ 감염성질환
  - 감염, 결핵, AIDS, STD
  
- ▶ 정신질환

2

- ▶ 남자, 58세
- ▶ 만성 노숙, 우울감, 불면, 음주
  
- ▶ 노숙 장기화되면서 우울장애 동반
- ▶ 열악한 환경, 의욕저하
  
- ▶ 외래 진료
- ▶ 기초생활수급 자격

3

- ▶ 남자, 40세
- ▶ 개인채무, 무직으로 노숙 시작
- ▶ 우울장애로 외래진료, 자활
- ▶ 불안정정동, 과대망상사고, 충동적행동
- ▶ 시군구청장 입원
- ▶ 진단: 양극성장애
  
- ▶ 정신질환으로 인하여 재활에 어려움

4

## 노숙인 정신질환 증례

- ▶ 남자, 60세
  - ▶ 공격적인 행동, 불피우기
  - ▶ 응급입원 -> 시군구청장입원
  - ▶ 증상: 환청, 피해망상
  - ▶ 진단: 조현병
- 
- ▶ 망상으로 인한 노숙

5

- ▶ 여자, 45세
  - ▶ 배회, 혼잣말, 기괴한 행동
  - ▶ 시군구청장입원
  - ▶ 진단: 조현병
- 
- ▶ 가족 일부 도움받아 지역사회 복귀
  - ▶ 기초생활수급, 파트타임

6



## 노숙인의 정신건강

- ▶ 정신건강에 문제가 있다: 72% (vs 30%)
- ▶ 우울장애 경험: 47% (vs 15%)
- ▶ 양극성장애: 5-10% (vs 1-2%)
- ▶ 조현병: 4-6% (vs 1%)
- ▶ 자해: 14% (vs 4%)

## 왜 노숙을 하게 되는가?

- ▶ 개인적인 취약 요인
  - 정신질환, 알코올사용장애
  - 질병과 장애
  - 기능저하
  - 무직, 가정환경
- ▶ 1997 Toronto study
  - 300 개소의 쉼터 이용자를 대상
  - 응답자의 2/3는 '정신질환이 있(었)다'
  - 노숙자가 된 원인은?
    - 정신질환 4% (가장 적은 응답)
    - 실직 또는 방세가 없어서 34%

## 치료와 재활의 제한

- ▶ 병식 결여, 사회적판단력 장애
- ▶ 지지체계 부족, 경제적 환경 열악
- ▶ 정신질환으로 인하여 인지기능, 사회적응력의 저하
- ▶ 자의입원/비자발입원, 외래진료의 지속
- ▶ 입원치료와 지역사회정신건강재활 연계
- ▶ 사회재활의 방법

## 캐나다 지역사회 정신건강 프로그램

- ▶ 아웃리치 서비스
  - 노숙인 평가하여 다른 장기 서비스와의 연계를 제공
  - 왕립 오타와 병원의 정신과 아웃리치팀은 중독전문가, 작업 치료사, 정신보건 간호사, 정신과 의사, 심리사, 오락 치료사, 사회복지사로 이루어진 훈련된 팀으로 노숙인, 노숙 위험이 있는 개인 뿐, 서비스를 제공하는 협력 기관에도 정신과적 서비스를 제공
  - **Street Outreach and Stabilization(SOS)** 프로그램은 노숙인들에게 정신/건강 서비스, 재정적 지원, 주거, 법적 지원, 일상 생활 기술 훈련, 대중교통 이용 훈련, 레저, 여가 활동, 지역 사회 지원에 대한 정보

### ▶ Assertive Community Treatment

- 정신과 의사, 심리학자, 사회복지사, 중독 전문가, 기타 전문가로 이루어
- 만성 중증 정신질환자를 대상으로 집중적인 사례 관리와 서비스를 제공
- 장기간에 걸쳐 서비스를 제공

### ▶ 집중 사례 관리(Intensive Case Management(ICM))

- ICM은 ACT와 같이 정신 건강 사례 관리의 대상자 위주의 형식이며, 집중적인 서비스와 장기간의 지원을 제공하는 것이다. 여러 분야의 전문가들의 팀으로 구성되는 ACT와는 달리 ICM은 개인 사례 관리자가 서비스를 제공

11

## Wet Hostel

### ▶ Wet Day Center, 숙박시설

- ▶ 이용에 대한 제한과 규칙이 많지 않다
- ▶ 음주로 인해 피해가 발생하지 않는 선에서 한정
- ▶ 전문화된 상담과 치료가 진행
- ▶ 지역의료서비스에 등록
- ▶ 음주 장소가 거리에서 호스텔로, 음주문화 관리
- ▶ 알코올 홈리스 감소

12

## 지 정 토 론 2

# 거리노숙인 지원정책

최 병 국 (햇살보금자리 실장)

거리노숙인 지원정책

1. 영등포 거리노숙인 현황 및 위기상황

년도	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
거리인원	125	125	92	83	85	55	66	68

※ 옹달샘 햇살보금자리 아웃리치복명서 참조(여성노숙인 일평균 8명)

○ 노숙인 특별보호사업으로 거리노숙인 감소

2010년부터 동절기 노숙인대책사업시행

심야,산재지역 특별아웃리치, 서울시임시주거지원, 응급쪽방, 보현의집 응급대피소,

이용시설사례회의, 이동식쉼터, 영등포구 자활보호팀 상담활동 등등

시설의 노력- 아웃리치, 의료급여, 긴급지원, 임시주거지원, 임대주택, 병원의뢰, 사례관리 등

○ 영등포역 주변 고위험 노숙인 현황

<옹달샘, 햇살보금자리>

순번	성명	생년월일	주요노숙지역	위험내용(보유질병 등)
1	박○○	790808	영등포고가 아래	심각한 알콜
2	김○○	740625	영등포역 대합실	심각한 알콜, 간암
3	고○○	520607	영등포역 대합실	결핵
4	양○○	681022	영등포역 대합실	심각한 알콜, 알콜로 인한 폭력성향
5	송○○	750330	영등포역 대합실	심각한 알콜
6	김○○	690712	영등포역 대합실	심각한 알콜
7	김○○	610615	영등포역 대합실	심각한 알콜, 알콜로 인한 폭력성향
8	민○○	761217	영등포역 대합실	심각한 알콜, 알콜로 인한 폭력성향
9	오○○	630728	영등포역 대합실	심각한 알콜, 알콜로 인한 폭력성향
10	지○○	640906	영등포역 대합실	심각한 알콜
11	김○○	771213	영등포역 대합실	심각한 알콜
12	하○○	631013	영등포역 대합실	심각한 알콜
13	문○○	640419	영등포역 대합실	알콜 의존증이 심함.
14	김○○	740625	영등포역 대합실, 광야 사닥다리 구호방	에이즈 환자, 간암, 심한 알콜 의존증
15	고○○	520607	영등포역 대합실, 응급 구호방	기침하면서 피를 토하심. 결핵은 아님.

16	최○○	770227	영등포역 대합실, 응급 구호방	심한 알콜 의존증.
17	장○○	580204	현재 햇살응급쪽방	병원진료 및 치료필요. 식사를제대로 못함.
18	박○○	600325	영등포역 대합실	목발 보행, 제대로 못걸으심.
19	최○○	411209	영등포역 대합실	고령.
20	김○○	610913	영등포역 지하상가	다제내성 결핵환자.
21	조○○	450409	영등포역 대합실	고령.
22	장○○	521210	경마장근처, 역 앞 지하상가	심한 알콜 의존증.
23	강○○	570106	역등포역 앞 안 동내 화장실	정신질환 의심, 심한 피해의식.
24	윤○○	760405	현재 햇살 응급쪽방.	자해 유 경험.
25	이○○	710305	영등포역 앞 지하상가	심한 알콜 의존증.
26	주○○	590319	영등포역 대합실	환청, 환시
27	송○○	미상	영등포역 지하상가	고령
28	김○○	641122	영등포역 대합실	다제내성 결핵환자
29	김○○	410224	영등포역 대합실	여성, 망상이 심함, 치매기가 있음.
30	전○○	470114	집이 있음, 아드님 전화번호를 알고있음.	여성. 치매(아드님이 간혹 모셔가시지만 다음 날 다시 나오심.)

※2015년 서울시 자활지원과 자료참조

○2014~2015년 요양병원 퇴원 노숙인 상담현황

순번	성명	생년월일	병원명	위험내용(보유질병 등)
1	노○○	910416	대구(?)	심장질환(지체장애2급)
2	박○○	621120	?	수급권(지적장애)
3	문○○	640419	베스트병원	알콜중독
4	이○○	700524	의성해안병원	알콜중독
5	박○○	651205	베스트병원	수급권(정신장애1급)
6	정○○	520305	베스트병원	수급권(심장질환)
7	김○○	560305	베스트병원	수급권(알콜중독)
8	박○○	650412	?	허리디스크
9	윤○○	610707	한동병원	알콜중독
10	정○○	770403	나주국립정신병원	자살충동
11	김○○	?	베스트병원	알콜중독
12	구○○	620328	의성해안병원	정신질환
13	현○○	641223	베스트병원	알콜중독
14	김○○	630106	대구허병원	알콜중독
15	최○○	411209	?	폐질환
16	박○○	550527	?	뇌경색
17	이○○	610116	?	정신질환
18	박○○	630504	청도?병원	알콜정신질환
19	함○○	?	마음돌봄병원	알콜중독
20	조○○	620611	춘천예현병원	수급권
21	김○○	40대	?	알콜중독
22	이○○	570916	한세병원	당뇨,알콜
23	김○○	670227	한동병원	알콜의존

○2015년 외국인노숙 상담 총 9명(중국)

○2015년 햇살보금자리 사망자 시설이력

순번	성명	생년월일	사인	시설이력
1	정oo	620411	뇌출혈(영등포쪽방앞)	2002 자유의집 2014 보현의집 거리생활
2	장oo	580204	위암(고시원낙상)	2008 거리상담 2011 중간쉼터 거리생활
3	박oo	500216	알콜중독(영등포쪽방앞)	2007 광야교회 2009 비전 거리생활
4	현oo	641223	알콜중독(역전과출소앞)	1999 자유의집 2006 보현의집 2009 비전 거리생활

## 2. 취약거리노숙인 정신건강서비스의 과거와 현재

○광역정신보건센터 모바일팀

○영등포역 희망지원센터

○서울시노숙인 정신건강팀

○구로중독관리통합지원센터

## 3. 취약거리노숙인 대응전략

1)지역사회정신보건체계의 다양한 연계자원확보

2)희망지원센터 전문인력 필수

3)중독예방 및 치료를 위한 새로운 길 찾기

## 지 정 토 론 3

김 진 미 (열린여성센터 사무국장)



## 지 정 토 론 4

# 알코올중독 노숙인 재활 정책

김 선 희 (강북중독관리통합관리센터 팀장)

알코올중독 노숙인 재활정책

김선희( 강북구중독관리통합지원센터 팀장 )

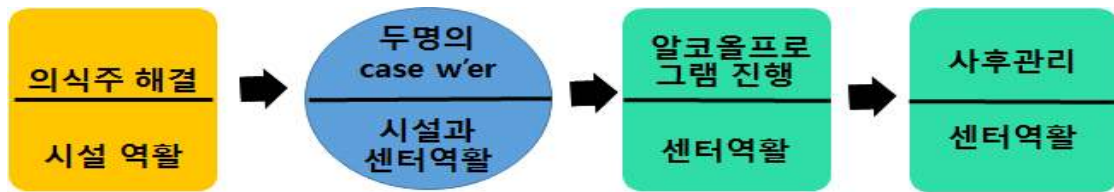
노숙인 알코올 문제의 이력과 현재의 현황에 대해서 주요 연구자료와 함께 전반적인 내용을 잘 설명해주셨습니다. 우선 저희 강북구 중독관리통합지원센터에 사업에 대해서 구체적으로 설명하는것이 현재 노숙인 재활사업의 절충점을 찾는 것이라 생각되어 설명드리겠습니다.

## 1. 센터 사업을 진행하면서

강북구중독관리통합지원센터는 구)강북구알코올상담센터에서 시작되었으며, 현재 시설노숙인 사례관리사업과 알코올 집단상담 및 교육프로그램을 중점적으로 운영하고 있습니다. 2015년 현재 사업을 진행하고 있는 기관으로는 다시서기 종합지원센터, 구세군 일죽쉼터, 구세군 서대문사랑방, 아가페의 집, 게스트하우스, 겨자씨들의 등지 등 노숙인 시설 9곳, 정신의료기관 13곳, 기타 중독자 사회복지시설 5곳 등과 사업을 진행하고 있습니다.

사례관리사업의 경우, 각 노숙인시설, 정신의료기관에 입소·입원중인 알코올 중독 노숙인을 저희 센터에 의뢰하여 정기적인 상담 및 프로그램 진행을 통해 ct의 조기선별과 단기개입에서부터 개별적서비스계획(ISP)에 의거하여 지속적인 사례관리 서비스를 제공하고 있습니다.

사업을 진행하면서 노숙인시설(구세군 ARC : 알코올 치료재활프로그램) 및 정신의료기관과 저희 센터의 역할면에서의 장점을 살펴보겠습니다. 의식주 해결 및 생활전반적인 행동모니터링은 시설에서 담당합니다. 시설과 센터의 공동 역할은 시설 사례관리자와 저희 센터 사례관리자는 한 ct의 공동 사례관리자가 됩니다. 이는 ct의 사고와 행동, 단주의지, 동기여부, 공동체 동료들과의 관계등의 시설 및 병동생활에 있어 상호 개입 함으로써 ct가 단주할 수 있도록 같이 고민하고 협조체계를 구축할 수 있습니다. 시설 입소기간동안 알코올치료프로그램은 저희 센터에서 담당하고 또한 사후관리를 담당하여 ct가 퇴원, 퇴소시에는 지역사회에 나가서도 본센터와 연속적으로 사례관리를 할 수 있습니다. 현재 정신보건사회복지사 남성 직원 1명이 50명의 알코올노숙인들의 사례관리사업을 진행하고 있습니다.



하지만 어려운 점은 ct가 노숙인 시설과 병원에 있을 때 공동체안에서 조장자의 역할을 할 때가 있습니다. 예를 들어 ct가 시설에 부정적인 감정이 들 때, (재발주기가 오거나, 마른주정, 갈망등의 모습) 자신에게 유리한 방향으로 시설과 센터 사례관리자를 이간질하거나 시설 공동체안에서도 갈등으로 부정적인 모습이 보이는 경우가 간혹 있습니다. 이런 상황에서 시설과 센터의 정기적인 사례회의와 수시 상호 의견교환, 시설과 센터의 역할면에 대해서도 정확하게 사례관리자들도 인지하고 ct에게도 시설에서도 자신의 긍정적인 역할수행에 대해서 알려주어야함이 중요하다고 보여집니다.

알코올 집단상담 및 교육프로그램의 경우, 노숙인 시설 및 정신의료기관에 격주, 매월, 분기별, 상하반기 집중상담(종로구 쪽방 대상자)으로 각 기관들의 상황과 ct의 욕구에 맞게 진행하고 있습니다. 집중상담을 제외하고는 대부분의 교육프로그램은 알코올 예방교육의 성격이 강해 현재 알코올사용장애가 아닌 대상자인 시설 노숙인들도 참여자로 같이 진행하고 있습니다. 현재 정신보건사회복지사 여성 직원 1명이 알코올 집단상담 및 교육프로그램 사업을 진행하고 있습니다.

하지만 많은 시설노숙인들에게 교육형식을 활용하여 진행하다보니 알코올 사용장애에 대한 조기선별은 가능하나 일회성개입에 끝나는 경우가 많아 지속적인 개입이 이루어지지 않음이 아쉬움이 있습니다. 이는 알코올중독이라는 병인식이 낮음에도 있으며, 시설내에서 중독자라는 낙인이 찍히지 않기 위해서 자신의 알코올문제를 숨기고 더 이상 상담서비스를 제공받기를 거부하는 경우도 있었습니다.

## 2. 노숙인들의 낮은 병식으로 죽음까지 가는 상황

설명해주신 내용들에 대해서 노숙인들의 알코올문제의 치료재활관련 치료 참여와 지속성에서 알코올 중독이나 정신질환을 가진 노숙인들이 치료하는

비율이 낮고, 치료 후 지속적으로 재발하는 문제에 대하여 대안을 마련하는 것이 필요하다라는 것에 동의합니다. 또한 SHAMSA의 4대전략과 10가지 회복촉진요인에 대해서 열거해 주셨고 ct의 '희망'을 주기 위해 주거지원정책이 우선시 되는 부분에 대해서는 동의하나 자칫 단주(절주)의 목표를 소홀히 할 수 있는 점이 우려된다고 보여집니다.

저는 ct의 신체적 회복과 의식주가 해결되는 안전한 상황이 우선시되지만 단주와 절주가 병행해야한다라는 생각합니다. 시설에 입소중인 ct는 이미 생활전반의 조절능력을 상실하였기에 단주(절주)의 노력없이 정상적인 삶을 유지할 수 없습니다.

단주만을 엄격하게 규정하는 프로그램만이 해결점이 될 수는 없지만 재발은 회복의 과정이며 단주와 재발을 유연하게 잘 대처할 수 있는 공동체 분위기 조성과 자존감의 향상 자기능력 강화와 그들의 강점을 활용할 수 있도록 도움 드리는 것이 중요합니다. 이미 술로 인해서 신체적, 사회적, 심리적인 문제가 생겼음에 다시 삶을 시작하려면 단주가 삶의 시작의 첫 단추가 되어야함은 알코올중독자에게 간과해서는 안되는 상황이라고 보여집니다.

또한 폐해축소 모델에 의거한 동기강화상담은 중독상담에 있어 많이 활용하는 상황입니다. 하지만 자신의 상황이 이미 죽음까지 갈 정도의 만성적중독의 단계에 있다고 스스로 생각하는 노숙인들은 드물다고 봅니다. 상담경험상 숙고전단계의 중독자가 90%이상이며, 자신은 술문제가 없다라고 말하는 사람이 대다수입니다. 특히 노숙인 알코올중독자들은 이미 알코올로 인해 죽음과 가까이에 있는데 그들의 행동변화를 w'er는 촉진자로서의 역할로서만 그들에게 선택을 자율적으로 맡기기에는 그 문제가 너무 심각하다고 보여집니다. 그들은 분명히 즉시 치료받아야하는 사람들이 대다수이고 즉시 개입해야합니다.

알코올 중독자 치료재활의 가장 어려운 부분이 낮은 병식이라고 보여지는데 더욱이 노숙인 알코올중독자들은 자신의 알코올 문제를 인정하는 상황은 더욱 희박합니다. 이에 많은 노숙인들이 자신의 알코올중독이 질병이라는 사실도 알지 못하고 죽음까지 가는 경우가 있습니다. 이에 길고 어려운 치료과정이지만 그들에게 자력으로 치료받기를 원하는 것은 너무나도 이상적이며 숙고전단계에서 숙고단계로 끌려오기위해서는 그들이 치료셋팅에 들어와서

한번이라도 중독상담 및 교육프로그램만이라도 경험할 수 있는 기회를 많이 만들어야한다고 봅니다. 이에 알코올 노숙인들에게는 전반적인 일련의 치료 과정들을 같이 안내해주고 도움드릴 수 있도록 개별적인 서비스 계획에 의거한 중독전문가의 사례관리 사업이 지속적으로 심층적으로 이루어져야 한다고 봅니다.

### **3. 알코올중독 노숙인 재활정책**

거리 노숙인들에게 현장활동을 통해 적절한 지원을 제공하고 정기적인 치료를 받을 수 있도록 적극적인 연계활동을 하면서 치료의 사각지대에 놓인 알코올중독 거리 노숙인들에게는 우선 치료의 셋팅 안에라도 들어올 수 있게 도움을 드려야한다고 봅니다. 알코올 중독의 낮은 병인식으로 인해 알코올 중독 치료조차 받지 못한다면 알코올이 신체에 미치는 부정적인 영향으로 목숨까지 잃을 수 있는 극한 상황까지 갈 것입니다. 그들이 다시서기 종합지원센터, 노숙인 정신건강팀, 알코올센터, 알코올 전문병원을 통해 알코올 전문적인 상담 및 집단프로그램에 참여만이라도 할 수 있다면 그것이 알코올 치료의 첫걸음이라고 생각되어집니다. 물론 노숙인들을 위한 알코올중독 정신보건 서비스 관련 시설 및 전문가구성, 중독상담, 교육 프로그램의 인프라가 구축되어야함은 전제조건입니다. 또한 치료개입 이후 복지서비스를 제공받아 술로 인해서 약화된 신체적·심리적·사회적 자기관리능력 강화를 통해 일상생활 자립 및 재활에 성공하여 사회복귀할 수 있도록 하여야합니다.

그리고 알코올 중독 시설 노숙인들에게는 지속적인 사례관리 서비스를 제공하여야 합니다. 알코올 중독에서 벗어나기 위해서는 시설입소 초기부터 퇴소후 그리고 지역사회에서의 사후관리까지 지속적인 상담 및 알코올 전문 프로그램을 제공하면서 일관성있고 지속적인 사례관리서비스로 사회적 지지망 역할을 하는 것이 중독에서 회복할 수 있는 방법이라고 봅니다.

### **4. 마무리하면서**

대다수의 알코올중독자들은 잦은 재발로 단주를 중도에서 포기하거나 절망적인 삶을 사는 경우가 많습니다. 하지만 재발도 회복의 한 과정임을 인정하고 유연하게 대처할 수 있도록 도움드리고 알코올중독이라는 병을 인정하고

치료받는 울타리에서 분명 다시 시작할 수 있습니다. 많은 분들이 알코올 중독 노숙인에서 회복자, 아니 행복한 사람으로 살 수 있었으면 좋겠다라는 희망을 전하며 토론을 마치겠습니다.

## 지 정 토 론 5

# 거리 노숙인 알코올 의존 문제와 서울시 정책 과제

박 연 화 (다시서기종합지원센터 정신건강 팀장)

## 거리 노숙인 알코올 의존 문제와 서울시 정책 과제

박연화(다시서기종합지원센터 정신건강팀장)

### 1. 들어가며

최성남소장님의 발제 자료를 통해 현재 연이은 사망사고와 만성 알코올 문제가 깊은 관련이 있음을 보여주고 있다. 사실 노숙인 알코올 문제는 고전적인 주제에 해당된다.

손상, 중독, 외인성 질환등이 사망 원인이었다면 점차 간질환, 순환기계질환, 암등의 만성질환 중심으로 변해가고 있는 이유 중 하나가 알코올 문제에 있다고 생각한다.

발제문에서 노숙인 알코올 문제에 대한 정책 당국과 현장의 대응 양상에서 기존 지역사회정신보건체계에 대한 문제점 해결과제로 정신건강팀에 대한 언급이 있어 팀 활동 중심으로 풀어가려고 한다.

### 2. 노숙인 지역사회 정착을 위한 정신건강팀 활동

거리 노숙인 증가 및 정신질환 고위험군에 대한 서비스를 제공하고 지역사회 인프라를 구축하고자 2007년 서울시정신건강증진센터 모바일팀 활동이 시작되었으나, 현장 중심의 활동이 미비하고 현장 실무자의 정신질환에 대한 인식 부족등으로 사업이 지속적으로 이루어지지 못했다. 정신보건전문요원이 포함되어 있는 노숙인정신건강팀은 현장 중심으로 활동하며 위기대상자 조기 발굴, 개입이 빠르고 안정적으로 이루어지기 위해 노력하고 있다. 조기 개입을 위해 서울 전지역에 아웃리치를 강화하고 있으며, 약물, 증상관리가 안정적으로 이루어지기 위해 꾸준한 사례관리를 하고 있다.

지역사회 정착 유지를 위해 지지체계가 가능한 지역정신건강증진센터와의 네트워크 형성에도 노력하고 있다. 2015년에는 용산구를 포함 5개구에 노숙인 이해와 정신건강 관련된 교육이 이루어졌다.



### 3. 정신건강팀의 상담, 개입 현황

년도	상담(건)				입원(건)		
	정신상담	알코올상담	기타	합계	정신과질환	알코올 의존	합계
2014년	2,357	735	136	3,228	200	230	430
2015년(1~10월)	2,344	789	178	3,311	169	185	354

전년도에 비해 알코올 상담이 증가하였으며, 입원 연계시 알코올 문제가 정신과 질환에 비해 수가 많다. 만성알코올 의존의 경우 내과질환뿐만 아니라 정신과 질환등 복합질환을 동반하는 경우가 많다. 복합질환자의 경우 시설 입소에도 어려움이 있어 병원 연계가 우선으로 이루어지고 있다. 치료 가능한 시지정 병원의 부족으로 민간요양병원에 의존하고 있다. 전년도 요양병원 연계건이 총 입원 430건중 22건으로 5.1%를 차지했으나, 2015년 9월까지 입원 322건중 54건 연계로 16.8%를 차지하고 있다. 만성화가 진행됨에 따라 요양병원 입원 연계는 증가할 것으로 본다. 2015년 9월 현재 사례대상자 중 사망자가 10명이었으며, 그중 6명이 알코올 의존에 따른 복합질환으로 요양병원 입원 중 사망했다.

### 4. 노숙인 정신건강 개입의 한계에 따른 보완점

#### -관련 시설 부족

치료를 위해 안정적인 주거 마련이 필요하나, 현재 제공되는 쪽방, 고시원은 서비스제공에 한계가 있다. 치료 개입후 지역사회 정착 과정에서 최소한 지지체계를 통해 재활하는 과정이 필요하다. 현재 남성 시설로 연계 서비스가 가능한 곳은 비전트레이닝센터가 유일하다. 여성의 경우 남성에 비해 시설의 규모와 숫자 부족으로 더 위험에 노출되어 있다. 증상이 재발되어 거리로 재유입되는 것을 막기 위해서는 노숙인 시설이 반드시 필요하다.

#### -알코올 해독센터와 wet house 필요

반복적인 음주로 인한 신체건강 체크와 빠른 알코올 해독을 위해 현장내 설치 필요하다. 과도한 의료비 지출과 거리 사망률을 낮추기 위해 접근이 용이한 클리닉이 필요하다.

-만성화 진행에 따른 치료 가능 의료기관 부족

정신과적 문제에 복합질환자의 경우 치료에 많은 어려움이 있다. 치료 가능 병원이 국공립병원으로 제한되어 있고, 그나마 응급치료 후 요양병원으로 전원 조치를 원한다. 하지만, 시지정 요양병원이 전혀 없어 민간요양병원에 의존하고 있다. 장기적으로 안정적인 치료 연계를 위해 의료자원 확대가 필요하다.

-입원 대상자 입원치료 적정기간 필요

정신과 치료기관에서는 지지체계가 전무한 거리 노숙인에 대한 이해가 필요하다. 입원 기간에 맞추기 보다 지역사회에 안정적으로 연계가 가능하도록 실질적인 대상자 맞춤 퇴원 명령이 필요하다. 입원 적정기간에 대해서는 제도적인 뒷받침이 필요하다.

-전문 인력 부족

서울 전지역을 정신보건전문요원 4명과 사회복지사 3명이 활동중이다. 광범위한 지역에 비해 현 인원으로서는 현실적으로 활동이 제한적이다. 조기 발굴, 개입과 재발율을 낮추고 탈노숙을 돕기 위해 전문 인력 보충이 필요하다.

-지역기관 연계 서비스 필요

정신질환 및 알코올 의존의 경우 증상으로 인해 지역주민과 노숙인의 경계가 모호한 경우가 많다. 지역내 위기대상자 조기 발굴, 개입을 위해서 지역사회 중심의 정신보건서비스가 반드시 필요하다. 지역내 연계를 위해 지역 실무자의 노숙인 이해가 우선적으로 이루어져야한다.

# 종합토론

## 질의응답 및 정리

M E M O

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----