

IMF 사태 이후 10년, 노숙인 의료·복지 정책의 현황과 과제

- 인의협 '노숙인 진료소' 10주년 기념 심포지엄 -



- 일시 : 2008년 5월 31일(토) 오후 5시30분
- 장소 : 서울대학교 보건대학원 4층 강당
- 주최 : 사단법인 인도주의실천의사협의회

순서

■ 1부: 노숙인 진료소 10년을 돌아보며..... (보고) 17:30~18:30

사회: 이상윤(인의협 사무국장)

- 인사말 : 정은일(전실노협)
- 노숙인 진료소 10년의 발자취
김동길(서울역노숙인진료소 학생운영위원회) - 노숙인 진료소의 학생활동 역사와 현황
배기영(동교신경정신과) - 정신과 진료의 역사와 현황
정일용(원진녹색병원) - 노숙인 진료소의 역사
- 노숙인당사자 발언

■ 휴식 및 다과 18:30~18:40

■ 2부: 노숙인 정책의 현황과 과제 (주제발표 및 토론) 18:40~20:00

사회: 김정범(인의협 공동대표)

- 주영수(한림의대) - 노숙인 사망실태와 해결방안 모색 -기조발제
- 남기철(동덕여대) - 노숙인에 대한 사회복지정책의 현황과 쟁점 -기조발제
- 김선미(노숙인인권공동실천단) -주거지원 측면에서의 노숙인정책과 민간의 활동 -기조발제
- 김수현(세종대) - 사회복지 정책, 주거지원 사업 등에 대한 토론

질의응답 및 정리 - 20분

■ 뒷풀이 20:00~

서울역 노숙인진료소의 역사

● 노숙인 진료소의 태동(1998년)

1997년 말 우리나라는 외환위기를 맞고 국제통화기금(IMF)의 구제금융을 받은 결과 환율과 금리가 급등하면서 기업(특히 건설업)이 부도사태를 맞고 실직한 사람들 중 많은 수가 거리로 내몰리는 상황을 맞아 1998년 새해 벽두부터 거리에는 노숙인으로 넘쳐나고 급기야는 사회 문제로 떠올랐다.

인의협은 1998년도의 사업목표를 IMF사태로 고통받는 국민들을 위해 초점을 맞췄고 구체적인 실행사업으로 진료비 할인사업, 건강정보사업과 함께 노숙인 진료사업 등을 하기로 하여 1998년 4월 인의협 중앙집행위원회에서 노숙인 진료사업이 결정되고 인의협 공동대표로 있었던 필자는 노숙인 진료사업을 맡기로 결정되었다. 당시 노숙인 진료소는 인의협이 재정과 진료를 담당할 의사의 섭외를 맡고 학생들이 진료소를 운영한다는 기본적인 체계를 만들었다. 당시 경인지역 진료소대표자모임(이하 진대모)이라는 단체가 있었는데 고대 상계진료소, 서울대 송촌, 연대 의청, 한대 자유의사가 소속되어 있었으며 이 진료소들이 노숙인 진료에 적극 참여하기로 결정하고 진대모에서 학생 운영진을 구성하여 인의협과 같이 진료소를 이끌도록 합의했다. 첫째의 진료소 학생 회장은 김윤환(서울대 송촌), 부회장은 김지은(한양대 자유의사)이 선출되었다. 진료시간은 매주 금요일 7시부터, 진료 장소는 영락교회에서 노숙인에게 식사를 제공하던 곳에서 시행하기로 하여 1998년 5월 1일 첫 진료가 시작되었다. 지금 생각하면 당시의 진료는 무모한 점이 한두군데가 아니었다. 필자는 휴전선 접경지역인 연천군보건의료원에서 근무를 하고 있으면서 보관창고가 없어 약상자를 차에 실어 날랐고 무거운 책상과 의자를 영락교회에서 지하도까지 진료에 참가하는 학생들이 지고 날라야 했다. 그러나, 참가자들은 진료를 통해 그들의 삶을 들여다보고 많은 충격을 받았고 지금 하고 있는 일이 얼마나 중요한 지를 많이 느꼈던 것 같다. 힘은 들었지만 끝나고 나서 어묵과 계란탕으로 뒷풀이를 할 때면 마음이 한결 따뜻해졌던 것 같다. 참가학교는 위의 4개학교외에 경희대 O2(참의사)와 중앙대 청진(참가 학생들이 나중에 이름을 정함)가 합류함으로써 서울시내 거의 모든 의과대학 학생이 참가하게 되었다.

● 노숙인 건강실태 조사사업(1998년 9월 28일 - 1998년 11월 7일)

3-4개월이 지나고 체력적으로 힘든 일이 계속되니 한 편으로는 노숙인 진료의 소모성에 대한 논란이 일부 대학에서 제기 되었고 1차 진료의 한계를 뼈저리게 느끼면서, 노숙인 진료소도 새로운 모색이 필요하였다. 그때인 98년 8월 말 경 서울대 예방의학교실에서 전임의로 있던 인의협 회원인 주영수 교수가 노숙인 진료에 참가하면서 새로운 전기를 마련하게 되었다. 지금까지 노숙인에 대해 정확히 조사한 바가 없기 때문에 주영수 교수는 시급한 일이 노숙인에 대한 실태조사라고 판단하고 이에 필요한 설문조사와 건강검진을 통해 노숙인의 규모와 생활습관 및 건강상태를 조사하였다. 조사 기간은 준비기간을 포함해서 9월 28

일부 11월 7일까지 을지로와 서울역에서 노숙하고 있는 분들을 대상으로 설문조사와 건강검진을 시행하였고 자료를 정리하여 98년 11월 25일 노숙자 진료팀 대토론회에서 조사 결과를 발표하고 1998년 12월 노숙자 건강실태 조사보고서를 출간하였다. 이 조사보고서는 노숙자를 파악하는 첫 논문이라는 의미도 있지만 당시 노숙인의 수를 2천여명이라 생각했던 공무원에게 이미 5000명에 육박하는 수임을 밝혀 논쟁에 휩싸이게 되었는데 이는 기존의 희망의 집(노숙인 쉼터)과 1천명을 수용할 수 있는 99년 자유의 집을 개소(1400명까지 수용)하여 노숙인을 채웠음에도 불구하고 거리에는 노숙인으로 넘쳐난다는 사실로 공무원들 스스로 우리의 조사결과를 인정할 수밖에 없었고 나중에는 자료요청까지 할 정도였다.

● 을지로 노숙인 진료소의 위기(1998년 가을부터 1999년)와 서울역으로 이전

영락교회가 노숙인들에 대한 급식을 중단하는 바람에 140-50명을 다다르던 환자 수가 40명대로 떨어졌고 영락교회에서 물건을 철수하라고 하여 향린교회로 이전하였으나 그 전처럼 매끄럽게 일이 진행되지 못하였다. 교회 문을 열지 못해 진료가 중단되는 사태까지 발생하여 진료소 이전에 대한 논의가 진행되었다. 당시 서울역은 노숙인들이 가장 많이 노숙하는 지역으로 진료를 하는 단체가 없었으나 그 동안 늘어난 물품을 쌓아 둘 창고를 마련하지 못하면 이전이 어려운 실정이었다. 마침 서울시 중구청에서 사용하고 있던 지하도 숙소에 물품을 보관할 수 있음을 알고 협의하여 사용허가를 받아 내었다. 그래서 2년간의 을지로 진료를 마치고 1999년 3월 18일 서울역에서 노숙인 진료를 시작하게 되었다.

서울역 노숙인 진료소는 안정을 되찾았으며 1일 환자수는 다시 120-150명으로 늘었고 학생들은 노숙인의 건강을 위한 교육을 실천하는 한편 1999년 1월 개소한 자유의 집에서 매주 2회씩 1일 평균 40-50명 정도 진료가 이루어졌고 입소자들의 검진도 지속적으로 시행하였다.

● 노숙인 진료소의 확대(1999년)

을지로 노숙인 진료소는 빠듯한 재정 속에서도 하루 140여명을 진료할 정도로 왕성한 진료 활동을 펼치고 있었지만 자유의 집에서의 진료 요청을 거부할 수는 없었다. 1999년 1월 자유의 집이 개소하고 나서 얼마 안 있어 노숙인이 숙소에서 병사하는 사건이 생기고 난 후 그 곳에서 근무하던 사회복지사들이 기거하는 노숙인들의 건강을 자신들이 돌볼 수 없으니 의료지원을 요청한 것이다. 98년도 8월경 약 한달동안 요청을 받아 영등포 보현의 집에서 진료를 한 적이 있었지만 강남구 의사회가 대신하겠다는 바람에 넘겨준 사례는 있었으나 사실 두 군데를 유지하는 것이 힘들다고 판단했기 때문에 주저했으나 영등포구 문래동 자유의 집은 서울시에서 직접 운영한다는 것과 노숙인의 정책을 반영하는 곳이기엔 인의협에서의 진료 참여가 필요한 곳이라 진료를 병행하기로 하였다. 자유의 집에 있는 노숙인은 99년 말부터 건강검진을 통해 질병에 대한 기초 조사를 받았고 그 후 2000년부터는 입소하는 노숙인 모두에게 건강검진을 받게 하여 개소 초기의 불안감은 덜 수 있었다.

● 의약분업과 노숙인 진료소

2000년 하반기부터 시행되었던 의약분업의 소용돌이는 진료소에서도 광풍처럼 휘몰아쳤다. 인의협 소속 의사들과 서울역 노숙인 진료소 참가 학생은 의약분업에 찬성하는 쪽이었으나 대다수의 의사와 학생들이 반대를 하여 대학에서, 병원에서, 지역의사회에서 많은 곤란을 겪었다. 서울역 노숙자 진료소만이 외로운 섬처럼 동지를 확인할 수 있었던 장소였던 것 같다. 진료소 학생들 중 다수가 희망연대라고 하는 단체에서 활동하면서 의약분업의 실행에 힘을 실어 주었다.

● 조금씩 개선되는 노숙인 의료체계

인의협 등 종교시민단체의 의료지원에만 의존하던 서울시는 1999년 말 부터 노숙인들의 지원체계에 의료지원이 불가피함을 인식하고 인의협의 요구(대부분 주영수 교수가 제안함.)를 조금씩 받아들이기 시작했다. 자유의 집에 수용되어있는 노숙인 전체를 대상으로 건강검진을 시행했고 2000년부터는 입소하는 노숙인을 대상으로 건강검진을 시행하여 건강관리의 기초를 다졌으며 쪽방지역의 실태조사도 하여 노숙인의 범주를 거리만이 아닌 불안정거주자로도 확대하는 인식의 전환을 가졌고 2002년에는 인의협을 포함한 민간단체를 묶어 서울역 노숙인무료진료소를 야간에 개소하고 정신건강센터를 개소했으며 2003년에는 알코올질환 및 정신질환 노숙인의 자활을 돕는 비전트레이닝센터의 개소, 2004년에는 서울역노숙인무료진료소에 공중보건의를 배치하여 낮에도 진료에 임하고 있다. 의료체계도 2차진료기관 시립병원과 3차 국립의료원으로 이어지는 체계를 갖추게 되었다. 이러한 발전 과정에는 서울역지하도에서 지금까지 굳건히 지켜온 우리들의 노력이 있었기에 가능했다는 자부심을 가져도 좋을 것이다.

● 거리에서 죽어간 노숙인들을 위한 거리추모제(Homeless Memorial Day)

2001년 겨울을 대비해 노숙인들을 걱정하던 전문가들이 10월부터 모여 식어가는 노숙인에 대한 관심을 불러일으키고 대책을 강구하자는 논의가 이루어졌다. 수차례의 회합을 통해 거리에서 죽어가는 노숙인의 수를 파악하는 조사를 하였고 400 내지 500명의 노숙인이 거리에서 죽어가는 것으로 파악되었고 그것이 노숙인의 감소와 연관됨을 밝혀냈다. 그래서 이를 발표하는 심포지움을 가지고 나서 이들을 추모하기위한 행사 즉 외국에서도 이미 시행하고 있는 'Homeless Memorial Day'(거리에서 죽어간 사람들을 위한 추모제)를 동지에 개최하는 이벤트를 결정하였다. 이 행사는 노숙인과 노숙인의 복지와 의료를 지원해주는 사람들에게 신선한 충격을 주었으며 그후 점점 발전하여 2007년 12월 21일 7회 추모제를 개최하는데 이르러 이제는 추모제 행사가 노숙인의 건강과 복지를 점검하고 향상시키는 중요한 행사로 자리매김하게 되었다.

● 불안한 현재

서울시는 이전부터 노숙인의 노숙을 금지시키는 정책을 피려 하였으나 노숙인의 인권을 침해하는 처사로 반대하는 시민단체의 눈치를 보느라 시행하지 못하고 편법으로 2006년부터 상설진료소의 폐쇄 혹은 이전이 논의되고 있고 지하도 공사를 이유로 간접적으로 노숙인을 지하도에서 노숙하지 못하도록 하고 있다. 10년 전부터 노숙인을 진료하고 있는 우리들도 상당히 어려운 환경에서 진료를 하고 있다. 이는 현재의 노숙인의 의료전달체계 및 복지체계를 향상시키려는 것이 아니라 오히려 악화시키려는 의도로 밖에 볼 수 없다. 노숙인을 걱정하는 단체들이 모여 좀 더 노숙인의 의료와 복지를 위해 노력해야 하는 시기인 듯 싶다.

● 노숙인을 벗어난 다양한 시도

물론 노숙인들의 의료문제는 굉장히 시급한 문제이지만 사회 곳곳에서 의료소외는 발생되고 있다. 서울역 노숙인 진료소 학생들은 2001년부터 시작한 노화도 비금도 등 섬지역 봉사활동과 정치적 학생 수배자 건강검진 활동, 매향리 미군폭격장의 소음공해 등 환경조사사업, 원폭피해자실태조사사업 등에도 참여해 활발히 활동해왔다.

노숙인 사망실태와 해결방안 모색¹⁾

주 영 수 (한림대학교 의과대학 교수)

1. 서울시의 노숙인수와 사망자수 변화추이 (1999년 - 2005년)

노숙인수에 대해서는 IMF 경제위기가 시작된 1998년도부터 논란이 많았다. 그 당시에는 주로 어느 일정한 시기에 거리에서 생활하고 있는 ‘거리 노숙인수’를 세어서 그 규모를 추정하였기 때문에 그에 기반한 노숙인 정책수립 및 집행 과정에서 다소 혼란이 일기도 하였다.

다음 표는 1998년도에 있었던 ‘노숙인수와 관련된 실태조사결과’의 예들이며, 대부분 서울시내에 최대 3,000명 이내의 노숙인이 있을 것이라고 보고하고 있다. 당시 정부는 이에 기초하여 1998년도 중반부터 서울시내에 노숙인 임시보호시설들을 구축하게 되었고, 1999년 1월초에는 ‘서울 자유의 집’을 마지막으로 개소하면서 3,000여명의 노숙인 모두를 시설내부에 수용하고자 하였으나, 예상치 않게 곧바로 ‘자유의 집’까지 모두 찻음에도 거리의 노숙인이 그대로 남아있는 상황이 확인되면서, 이러한 노숙인수 추정방식들에 큰 오류가 있음을 실제로 확인한 바 있다.

그러나 문제는 그런 경험을 했음에도 불구하고 지금까지도 중앙 및 지방정부의 노숙인수 추정은 10년 전의 방식을 그대로 답습하고 있으며, 결과적으로 노숙인수를 과소추정 함으로써 정부 스스로 정책적 책임을 최소화 하려는 듯 한 인상을 지속적으로 보인다는 데 있다.

<표> 1998년도 노숙인수 추정을 위한 실태조사 결과

• 1998년 2월 18일 - 20일 조사 결과

주관 : 복지부, 부랑인시설 연합협의회, 전국재해대책협의회, 가톨릭 서울대학교

내용 : 서울역 주변 400명, 청량리역 주변 150명, 시청역 주변 100명, 영등포역 주변 100명, 용산역 주변 30명, 성북역 주변 10여명, 수원역 주변 50명 등 수도권 지역에만 **총 840명** 정도를 확인함.

• 1998년 6월 15일 - 30일 조사결과

주관 : 복지부

1) 한국보건사회연구원의 ‘노숙인 정책의 평가와 개선방안 (정책보고서 2007-77)’연구의 일환으로 작성됨.

-
- 내용 : 서울역, 영등포역, 청량리역, 용산역, 을지로 지하도, 서소문 공원, 종묘 공원 지역의 **3,000여명**의 노숙인중에서 2,593명을 상담함. 이 중에서 1,198명을 귀가 혹은 취업이나 사회복지시설에 입소시킴.
- 1998년 8월 5일 발표내용
주관 : 서울시 (노숙인 종합대책)
내용 : 노숙인수를 **2,000명** 정도로 추정. 연말까지는 6,000명 정도로 늘어날 것으로 예상.
 - 1998년 9월 7일 발표내용
주관 : 서울시 (보건복지국)
내용 : 서울시내 노숙인수는 **2,400명** 정도이며, 연말까지는 3,300명 정도가 될 것으로 예상.
 - 1998년 11월 1일 발표내용
주관 : 국회 보건복지위 국정감사자료(황규선 의원 제출)
내용 : **9월말 현재**, 서울의 노숙인은 **2,550명**으로(서울역 주변에 1,250명, 시내 곳곳에 개별적으로 노숙하는 경우가 250명, 서울시가 마련한 42개의 노숙인 희망의 집에 **1,050명**), 연말까지는 3,300명으로 늘어날 것으로 예상. 이 중 서울역과 서소문 공원 등을 중심으로 **50여명**의 여성 노숙인과, 20여 가구의 가족단위 노숙인이 있다고 주장.
 - 1998년 11월 11일 조사결과
주관 : 서울시청 사회과
내용 : 서울시의 ‘희망의 집’ 입소현황조사 결과, 서울지역 사회복지관에 입소한 총 노숙인 수는 **1,976명**으로 파악되었고, 현재 야간에 노숙을 하고 있는 사람 수는 실제조사결과 **400명** 정도인 것으로 파악됨. 따라서, 서울시의 총 노숙인수는 **2,400명** 정도인 것으로 추정함.
 - 1998년 11월 14일 발표내용
주관 : 서울시, 검찰
내용 : 현재, 서울시의 노숙인 수는 2,400명 정도. 전국적으로는 3,900명 정도.
 - 1998년 11월 23일 조사결과
주관 : 서울시청 사회과
내용 : 현재 야간에 노숙을 하고 있는 사람 수는 실제조사결과 총 **250명** 정도인 것으로 파악함.
-

본 연구조사에서는 노숙인 수를 1999년~2003년의 ‘서울 자유의 집’ 신규입소자들과, 서울

역 노숙인 무료진료소 환자등록자, 그리고 서울역 민간 진료팀 환자등록 자료 등을 취합하여 추정해 보았다. 본 자료원의 노숙인들은 모두 주민등록번호를 가지고 있으며, 주민등록번호를 남기지 않거나 부정확하게 기입한 사람들을 자료원에서 원천적으로 제외함으로써 노숙인수의 과대추정의 가능성을 배제하였다. 또한 본 자료는 그 특성상 ‘서울지역’의 여러 시스템에서 추출하였으므로, ‘서울지역’ 노숙인 자료로서 정의하고자 한다.

본 자료에서의 ‘1999년 말 현재’ 서울시 노숙인 수는 8,711명으로 추정된다. 당 해 년도의 자료는 100% ‘서울 자유의 집’에서 수집된 것이므로, 여기에다가 1999년도 일반 쉼터 입소자 수(대략 2,000명)를 추가할 경우, 당시 전체노숙인은 10,000명이 훨씬 넘었을 것으로 추정해 볼 수 있겠다.

2000년의 경우는 새롭게 추가된 노숙인이 2,973명이었고, 2001년에는 3,268명이었다. 그러나 어떤 사회적 계기가 있었는지는 모르겠으나 2002년도부터는 이전의 절반 수준인 평균 1,400명 정도의 신규노숙인 유입이 매년 발생했던 것을 확인할 수 있었다. 그 결과 2005년 말 현재 총 20,694명이 ‘서울시 노숙인 등록인’으로 파악되었으며, 그 중에서 사망자(1,685명)와 보호시설 수용자들(정확한 숫자는 추정하기 어려움)을 제외하고는 여전히 많은 사람들이 지속적으로 ‘현재적 거리생활자’와 ‘잠재적 거리생활자’로서 살아가고 있을 것으로 추정되고 있다.

노숙인 사망자는 1999년에 103명에서 2003년에 321명으로 매년 지속적으로 증가하다가, 2004년 후에는 대략 300명 선이 유지되고 있는 것으로 추정된다. 즉, ‘서울시 노숙인 집단’에서 하루에 대략 한명 정도의 사망자가 지속적으로 발생하고 있는 것으로 추정해 볼 수 있겠다. 참고로 노숙인 사망자는 ‘통계청 사망자료’에서 주민등록번호로 확인이 된 사람들만을 포함시켰다.

〈표〉 서울시 노숙인 등록자수 및 사망자수 변화추이

연도	신규등록자수1)	누적등록자수2)	사망자수3)	누적사망자수4)
1999년	8711	8711	103	103
2000년	2973	11684	157	260
2001년	3268	14952	215	475
2002년	1085	16037	287	762
2003년	1701	17738	321	1083
2004년	1305	19043	295	1378
2005년	1651	20694	307	1685

1) 1999년~2003년의 서울 자유의집 신규입소자 + 서울역 노숙인 무료진료소 등록자 + 서울역 민간 진료팀 환자등록 자료 등을 취합함 (대부분 거리 노숙인으로 정의할 수 있음).

2) 총 누적등록자수 : 20694명 (남자 : 20009명, 여자 : 685명)

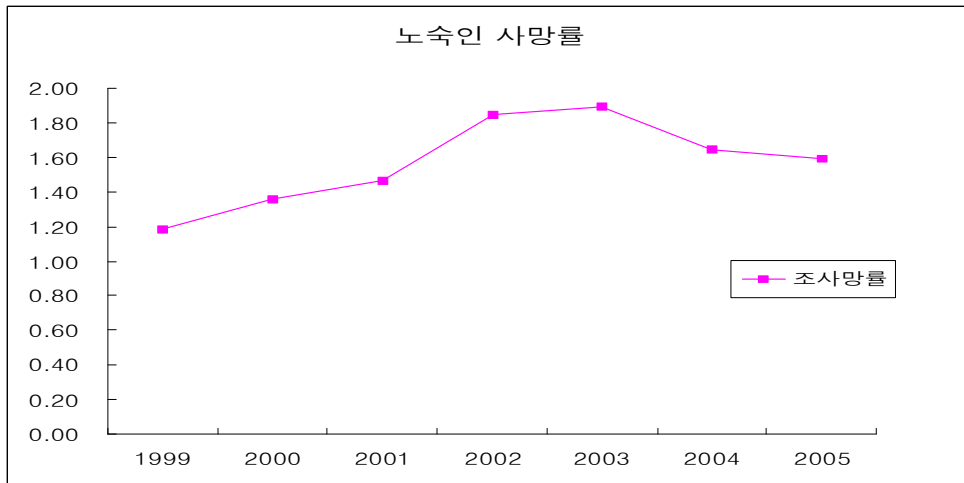
3) 1999년~2005년의 ‘통계청 사망자료’에서 확인한 ‘등록된 노숙인수’

4) 총 누적사망자수 : 1685명 (남자 : 1667명, 여자 : 18명)

노숙인 조사망률은 1999년부터 2003년까지 지속적으로 증가하였으며, 2003년도에는 1.89%로 가장 높았다. 이후에는 다소 저하되었으나, 그래도 대략 1.60% 정도일 것으로 추정된다.

〈표〉 서울시 노숙인 조사망률

연도	사망자수(조사망률,%)	생존-누적등록자수(%)
1999	103 (1.18)	8711 (100.00)
2000	157 (1.36)	11581 (100.00)
2001	215 (1.46)	14692 (100.00)
2002	287 (1.84)	15562 (100.00)
2003	321 (1.89)	16976 (100.00)
2004	295 (1.64)	17960 (100.00)
2005	307 (1.59)	19316 (100.00)



[그림] 서울시 노숙인 조사망률

2. 연령별 노숙인 조사망률 변화추이

연도에 따른 연령별 노숙인 조사망률 변화추이를 보면 다음 표들과 같다(이후의 모든 추가 분석과 설명은 남자 노숙인만을 대상으로 하고자 한다. 여자 노숙인의 경우는 그 숫자가 적어서 자료의 안정성이 상대적으로 떨어지기 때문이다).

1999년의 경우, 70세 이상의 사망률이 3.51%~18.18%로 높았고 그 다음으로는 50~59세가 1.63%로 높았다.

1999년	남자(사망자)	남자(전체)	여자(사망자)	여자(전체)	사망자	전체
20세미만	0(0.00)	60(100.00)	0(0.00)	11(100.00)	0(0.00)	71(100.00)
20-29세	4(0.54)	738(100.00)	0(0.00)	45(100.00)	4(0.51)	783(100.00)
30-39세	25(0.86)	2918(100.00)	0(0.00)	68(100.00)	25(0.84)	2986(100.00)
40-49세	45(1.50)	3006(100.00)	0(0.00)	71(100.00)	45(1.46)	3077(100.00)
50-59세	21(1.63)	1287(100.00)	0(0.00)	35(100.00)	21(1.59)	1322(100.00)
60-69세	3(0.78)	385(100.00)	1(7.69)	13(100.00)	4(1.01)	398(100.00)
70-79세	2(3.51)	57(100.00)	0(0.00)	3(100.00)	2(3.33)	60(100.00)
80세이상	2(18.18)	11(100.00)	0(0.00)	3(100.00)	2(14.29)	14(100.00)
총합	102(1.21)	8462(100.00)	1(0.40)	249(100.00)	103(1.18)	8711(100.00)

2000년의 경우도, 70세 이상의 사망률이 7.32%~14.29%로 높았고, 그 다음으로는 50~59세가 2.15%로 높았다.

2000년	남자(사망자)	남자(전체)	여자(사망자)	여자(전체)	사망자	전체
20세미만	0(0.00)	77(100.00)	0(0.00)	11(100.00)	0(0.00)	88(100.00)
20-29세	5(0.52)	958(100.00)	0(0.00)	46(100.00)	5(0.50)	1004(100.00)
30-39세	29(0.77)	3778(100.00)	0(0.00)	78(100.00)	29(0.75)	3856(100.00)
40-49세	68(1.68)	4043(100.00)	0(0.00)	79(100.00)	68(1.65)	4122(100.00)
50-59세	38(2.15)	1769(100.00)	0(0.00)	38(100.00)	38(2.10)	1807(100.00)
60-69세	9(1.53)	588(100.00)	0(0.00)	14(100.00)	9(1.50)	602(100.00)
70-79세	6(7.32)	82(100.00)	0(0.00)	3(100.00)	6(7.06)	85(100.00)
80세이상	2(14.29)	14(100.00)	0(0.00)	3(100.00)	2(11.76)	17(100.00)
총합	157(1.39)	11309(100.00)	0(0.00)	272(100.00)	157(1.36)	11581(100.00)

2001년의 경우도, 70세 이상의 사망률이 3.92%~20.00%로 높았고, 그 다음으로는 50~59세가 2.43%로 높았다.

2001년	남자(사망자)	남자(전체)	여자(사망자)	여자(전체)	사망자	전체
-------	---------	--------	---------	--------	-----	----

20세미만	0(0.00)	116(100.00)	0(0.00)	30(100.00)	0(0.00)	146(100.00)
20-29세	3(0.25)	1187(100.00)	0(0.00)	51(100.00)	3(0.24)	1238(100.00)
30-39세	35(0.75)	4652(100.00)	0(0.00)	84(100.00)	35(0.74)	4736(100.00)
40-49세	95(1.81)	5237(100.00)	0(0.00)	100(100.00)	95(1.78)	5337(100.00)
50-59세	55(2.43)	2265(100.00)	1(2.13)	47(100.00)	56(2.42)	2312(100.00)
60-69세	17(2.20)	772(100.00)	0(0.00)	20(100.00)	17(2.15)	792(100.00)
70-79세	4(3.92)	102(100.00)	1(25.00)	4(100.00)	5(4.72)	106(100.00)
80세이상	4(20.00)	20(100.00)	0(0.00)	5(100.00)	4(16.00)	25(100.00)
총합	213(1.48)	14351(100.00)	2(0.59)	341(100.00)	215(1.46)	14692(100.00)

2002년의 경우, 70세 이상의 사망률이 7.38%~15.00%로 높았으나, 그 다음으로는 60~69세가 4.82%로 높았다.

2002년	남자(사망자)	남자(전체)	여자(사망자)	여자(전체)	사망자	전체
20세미만	0(0.00)	121(100.00)	0(0.00)	31(100.00)	0(0.00)	152(100.00)
20-29세	3(0.24)	1241(100.00)	2(2.99)	67(100.00)	5(0.38)	1308(100.00)
30-39세	43(0.89)	4827(100.00)	0(0.00)	94(100.00)	43(0.87)	4921(100.00)
40-49세	113(2.03)	5567(100.00)	1(0.89)	112(100.00)	114(2.01)	5679(100.00)
50-59세	72(2.99)	2411(100.00)	0(0.00)	55(100.00)	72(2.92)	2466(100.00)
60-69세	41(4.82)	850(100.00)	0(0.00)	30(100.00)	41(4.66)	880(100.00)
70-79세	9(7.38)	122(100.00)	0(0.00)	9(100.00)	9(6.87)	131(100.00)
80세이상	3(15.00)	20(100.00)	0(0.00)	5(100.00)	3(12.00)	25(100.00)
총합	284(1.87)	15159(100.00)	3(0.74)	403(100.00)	287(1.84)	15562(100.00)

2003년의 경우, 70세 이상의 사망률이 4.55%~9.87%로 높았고, 그 다음으로는 60~69세가 4.34%로 높았다.

2003년	남자(사망자)	남자(전체)	여자(사망자)	여자(전체)	사망자	전체
20세미만	0(0.00)	126(100.00)	0(0.00)	32(100.00)	0(0.00)	158(100.00)
20-29세	5(0.37)	1334(100.00)	0(0.00)	76(100.00)	5(0.35)	1410(100.00)
30-39세	40(0.77)	5178(100.00)	0(0.00)	105(100.00)	40(0.76)	5283(100.00)
40-49세	133(2.17)	6133(100.00)	0(0.00)	132(100.00)	133(2.12)	6265(100.00)
50-59세	86(3.26)	2634(100.00)	1(1.30)	77(100.00)	87(3.21)	2711(100.00)
60-69세	40(4.34)	921(100.00)	0(0.00)	36(100.00)	40(4.18)	957(100.00)
70-79세	15(9.87)	152(100.00)	0(0.00)	11(100.00)	15(9.20)	163(100.00)
80세이상	1(4.55)	22(100.00)	0(0.00)	7(100.00)	1(3.45)	29(100.00)
총합	320(1.94)	16500(100.00)	1(0.21)	476(100.00)	321(1.89)	16976(100.00)

2004년의 경우, 70세 이상의 사망률이 8.33%~11.54%로 높았고, 그 다음으로는 60~69세가 4.51%로 높았다.

2004년	남자(사망자)	남자(전체)	여자(사망자)	여자(전체)	사망자	전체
20세미만	0(0.00)	133(100.00)	0(0.00)	38(100.00)	0(0.00)	171(100.00)

20-29세	2(0.14)	1391(100.00)	0(0.00)	93(100.00)	2(0.13)	1484(100.00)
30-39세	30(0.55)	5422(100.00)	0(0.00)	127(100.00)	30(0.54)	5549(100.00)
40-49세	114(1.76)	6486(100.00)	1(0.67)	149(100.00)	115(1.73)	6635(100.00)
50-59세	82(2.92)	2808(100.00)	2(2.13)	94(100.00)	84(2.89)	2902(100.00)
60-69세	44(4.51)	975(100.00)	0(0.00)	40(100.00)	44(4.33)	1015(100.00)
70-79세	13(8.33)	156(100.00)	1(7.69)	13(100.00)	14(8.28)	169(100.00)
80세이상	3(11.54)	26(100.00)	3(33.33)	9(100.00)	6(17.14)	35(100.00)
총합	288(1.66)	17397(100.00)	7(1.24)	563(100.00)	295(1.64)	17960(100.00)

2005년의 경우도, 70세 이상의 사망률이 5.85%~12.00%로 높았고, 그 다음으로는 60~69세가 4.07%로 높았다.

2005년	남자(사망자)	남자(전체)	여자(사망자)	여자(전체)	사망자	전체
20세미만	0(0.00)	139(100.00)	0(0.00)	43(100.00)	0(0.00)	182(100.00)
20-29세	3(0.21)	1451(100.00)	0(0.00)	115(100.00)	3(0.19)	1566(100.00)
30-39세	38(0.67)	5692(100.00)	0(0.00)	147(100.00)	38(0.65)	5839(100.00)
40-49세	118(1.69)	6976(100.00)	0(0.00)	180(100.00)	118(1.65)	7156(100.00)
50-59세	87(2.80)	3110(100.00)	3(2.61)	115(100.00)	90(2.79)	3225(100.00)
60-69세	44(4.07)	1081(100.00)	1(2.04)	49(100.00)	45(3.98)	1130(100.00)
70-79세	10(5.85)	171(100.00)	0(0.00)	15(100.00)	10(5.38)	186(100.00)
80세이상	3(12.00)	25(100.00)	0(0.00)	7(100.00)	3(9.38)	32(100.00)
총합	303(1.63)	18645(100.00)	4(0.60)	671(100.00)	307(1.59)	19316(100.00)

3. 연령별 노숙인 표준화 사망률(비) 변화추이²⁾

1999년의 경우, 일반인구의 사망률과 대비하여 보았을 때 20~29세가 5.36배의 사망비를 보였으며, 30~39세가 4.37배, 40~49세가 3.27배인 것으로 확인되었다. 전체적으로는 1.45배 사망률이 높았다.

1999년	노숙인 사망자	노숙인 (전체)	사망률	기대사망수	일반사망 자	일반(전체)	ratio
	a	b	a/b	c=(a/b)*e	d	e	c/d
20세미만	0	60	0.0000000	0.00	4,652	7,334,759	0.00
20 - 29세	4	738	0.0054201	23,004.62	4,288	4,244,353	5.36
30 - 39세	25	2,918	0.0085675	37,261.87	8,518	4,349,206	4.37
40 - 49세	45	3,006	0.0149701	50,115.04	15,333	3,347,685	3.27
50 - 59세	21	1,287	0.0163170	34,750.51	22,128	2,129,710	1.57
60 - 69세	3	385	0.0077922	10,754.45	30,889	1,380,155	0.35
70 - 79세	2	57	0.0350877	19,006.91	31,223	541,697	0.61
80세이상	2	11	0.1818182	23,685.82	20,107	130,272	1.18
계	102	8,462		198,579.24	137,138	23,457,837	
노숙인조사사망율 (10만명당)			표준화사망율(10만명당)				
				f		g	f/g
				846.54		584.61	1.45

2000년의 경우, 일반인구의 사망률과 대비하여 보았을 때 20~29세가 5.33배의 사망비를 보였으며, 30~39세가 4.27배, 40~49세가 3.81배인 것으로 확인되었다. 전체적으로는 1.78배 사망률이 높았다.

1999년	노숙인 사망자	노숙인 (전체)	사망률	기대사망수	일반사망 자	일반(전체)	ratio
	a	b	a/b	c=(a/b)*e	d	e	c/d
20세미만	0	77	0.0000000	0.00	4,417	7,231,646	0.00
20 - 29세	5	958	0.0052192	22,035.54	4,131	4,222,010	5.33
30 - 39세	29	3,778	0.0076760	33,448.14	7,826	4,357,485	4.27
40 - 49세	68	4,043	0.0168192	59,342.82	15,560	3,528,280	3.81

2) 남자 자료만 분석함.

50 - 59세	38	1,769	0.0214811	46,726.88	21,911	2,175,259	2.13
60 - 69세	9	588	0.0153061	22,153.91	31,255	1,447,389	0.71
70 - 79세	6	82	0.0731707	41,621.78	31,502	568,831	1.32
80세이상	2	14	0.1428571	19,409.86	20,664	135,869	0.94
계	157	11,309		244,738.93	137,266	23,666,769	
노숙인조사망율 (10만명당)				표준화사망율(10만명당)			
				f			f/g
				1388.27	1034.10	579.99	1.78

2001년의 경우, 일반인구의 사망률과 대비하여 보았을 때 30~39세가 4.53배의 사망비를 보였으며, 40~49세가 4.40배, 20~29세가 3.04배인 것으로 확인되었다. 전체적으로는 1.86배 사망률이 높았다.

2001년	노숙인 사망자	노숙인 (전체)	사망률	기대사망수	일반사망 자	일반(전체)	ratio
	a	b	a/b	c=(a/b)*e	d	e	c/d
20세미만	0	116	0.0000000	0.00	4,111	7,083,816	0.00
20 - 29세	3	1,187	0.0025274	10,611.67	3,488	4,198,683	3.04
30 - 39세	35	4,652	0.0075236	32,941.62	7,277	4,378,412	4.53
40 - 49세	95	5,237	0.0181402	67,350.03	15,316	3,712,759	4.40
50 - 59세	55	2,265	0.0242826	53,710.06	20,793	2,211,878	2.58
60 - 69세	17	772	0.0220207	33,350.01	31,672	1,514,483	1.05
70 - 79세	4	102	0.0392157	23,436.04	31,470	597,619	0.74
80세이상	4	20	0.2000000	29,097.20	20,739	145,486	1.40
계	213	14,351		250,496.63	134,866	23,843,136	
노숙인조사망율 (10만명당)				표준화사망율(10만명당)			
				f			f/g
				1484.22	1050.60	565.64	1.86

2002년의 경우, 일반인구의 사망률과 대비하여 보았을 때 30~39세가 5.81배의 사망비를 보였으며, 40~49세가 5.05배, 50~59세가 3.39배인 것으로 확인되었다. 전체적으로는 2.52배 사망률이 높았다.

2002년	노숙인 사망자	노숙인 (전체)	사망률	기대사망수	일반사망 자	일반(전체)	ratio
-------	------------	-------------	-----	-------	-----------	--------	-------

	a	b	a/b	c=(a/b)*e	d	e	c/d
20세미만	0	121	0.0000000	0.00	3,685	6,916,505	0.00
20 - 29세	3	1,241	0.0024174	10,021.75	3,047	4,145,665	3.29
30 - 39세	43	4,827	0.0089082	39,188.40	6,743	4,399,126	5.81
40 - 49세	113	5,567	0.0202982	78,628.09	15,566	3,873,651	5.05
50 - 59세	72	2,411	0.0298631	67,673.85	19,958	2,266,134	3.39
60 - 69세	41	850	0.0482353	76,079.26	32,215	1,577,253	2.36
70 - 79세	9	122	0.0737705	46,725.64	31,727	633,392	1.47
80세이상	3	20	0.1500000	23,746.35	22,569	158,309	1.05
계	284	15,159		342,063.34	135,510	23,970,035	
		노숙인조사망율 (10만명당)		표준화사망율 (10만명당)			
			f		g	f/g	
		1873.47	1427.05		565.33	2.52	

2003년의 경우, 일반인구의 사망률과 대비하여 보았을 때 40~49세가 5.55배의 사망비를 보였으며, 30~39세가 5.05배, 20~29세가 4.75배인 것으로 확인되었다. 전체적으로는 2.64 배 사망률이 높았다.

2003년	노숙인 사망자	노숙인 (전체)	사망률	기대사망수	일반사망 자	일반(전체)	ratio
	a	b	a/b	c=(a/b)*e	d	e	c/d
20세미만	0	126	0.0000000	0.00	3,449	6,760,327	0.00
20 - 29세	5	1,334	0.0037481	15,340.89	3,228	4,092,950	4.75
30 - 39세	40	5,178	0.0077250	34,087.41	6,753	4,412,615	5.05
40 - 49세	133	6,133	0.0216860	87,094.81	15,685	4,016,184	5.55
50 - 59세	86	2,634	0.0326500	76,258.82	19,296	2,335,648	3.95
60 - 69세	40	921	0.0434311	70,542.02	32,686	1,624,230	2.16
70 - 79세	15	152	0.0986842	66,682.99	31,341	675,721	2.13
80세이상	1	22	0.0454545	7,819.45	23,306	172,028	0.34
계	320	16,500		357,826.40	135,744	24,089,703	
		노숙인조사망율 (10만명당)		표준화사망율 (10만명당)			
			f		g	f/g	
		1939.39	1485.39		563.49	2.64	

2004년의 경우, 일반인구의 사망률과 대비하여 보았을 때 40~49세가 4.71배의 사망비를 보였으며, 30~39세가 4.12배, 50~59세가 3.63배인 것으로 확인되었다. 전체적으로는 2.42배 사망률이 높았다.

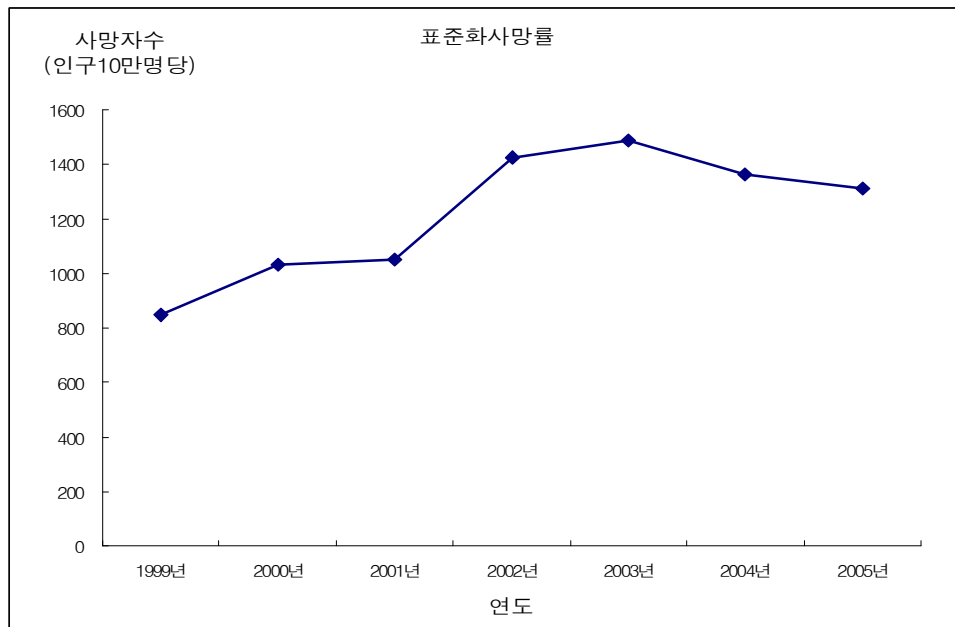
2004년	노숙인 사망자	노숙인 (전체)	사망률	기대사망수	일반사망 자	일반(전체)	ratio
	a	b	a/b	c=(a/b)*e	d	e	c/d
20세미만	0	133	0.0000000	0.00	3,049	6,627,124	0.00
20 - 29세	2	1,391	0.0014378	5,765.23	2,672	4,009,715	2.16
30 - 39세	30	5,422	0.0055330	24,391.69	5,927	4,408,391	4.12
40 - 49세	114	6,486	0.0175763	72,470.99	15,371	4,123,218	4.71
50 - 59세	82	2,808	0.0292023	71,197.41	19,620	2,438,077	3.63
60 - 69세	44	975	0.0451282	74,483.52	32,598	1,650,487	2.28
70 - 79세	13	156	0.0833333	60,207.33	32,550	722,488	1.85
80세이상	3	26	0.1153846	21,460.15	24,462	185,988	0.88
계	288	17,397		329,976.31	136,249	24,165,488	
		노숙인조사사망율 (10만명당)		표준화사망율 (10만명당)			
				f		g	f/g
		1655.46		1365.49		563.82	2.42

2005년의 경우, 일반인구의 사망률과 대비하여 보았을 때 30~39세가 5.14배의 사망비를 보였으며, 40~49세가 4.85배, 50~59세가 3.74배인 것으로 확인되었다. 전체적으로는 2.34배 사망률이 높았다.

2005년	노숙인 사망자	노숙인 (전체)	사망률	기대사망수	일반사망 자	일반(전체)	ratio
	a	b	a/b	c=(a/b)*e	d	e	c/d
20세미만	0	139	0.0000000	0.00	2,640	6,506,923	0.00
20 - 29세	3	1,451	0.0020675	8,090.86	2,611	3,913,278	3.10
30 - 39세	38	5,692	0.0066760	29,185.17	5,675	4,371,632	5.14
40 - 49세	118	6,976	0.0169151	70,724.64	14,576	4,181,145	4.85
50 - 59세	87	3,110	0.0279743	71,913.81	19,216	2,570,712	3.74
60 - 69세	44	1,081	0.0407031	68,027.05	31,567	1,671,301	2.16
70 - 79세	10	171	0.0584795	45,488.65	33,709	777,856	1.35
80세이상	3	25	0.1200000	23,767.08	25,411	198,059	0.94
계	303	18,645		317,197.27	135,405	24,190,906	

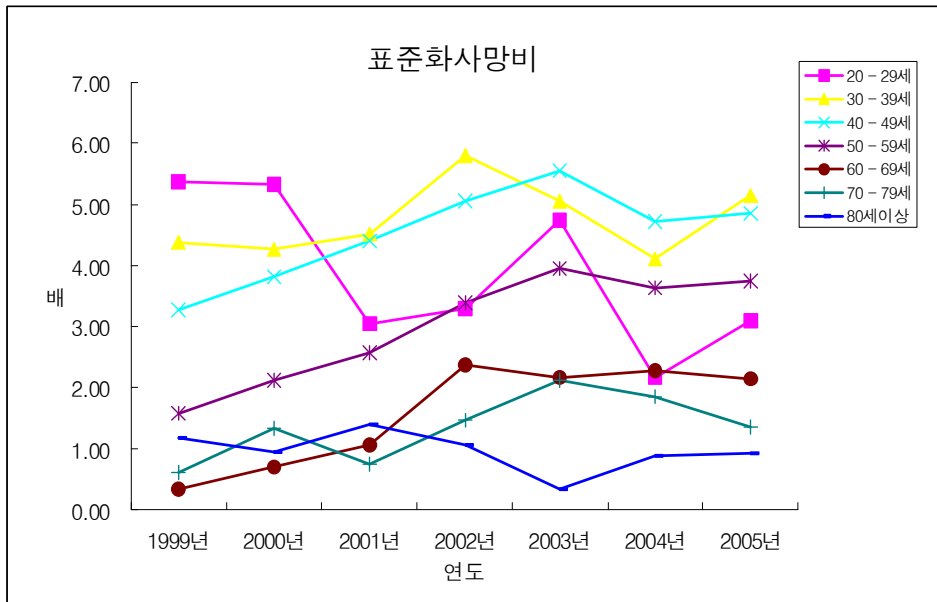
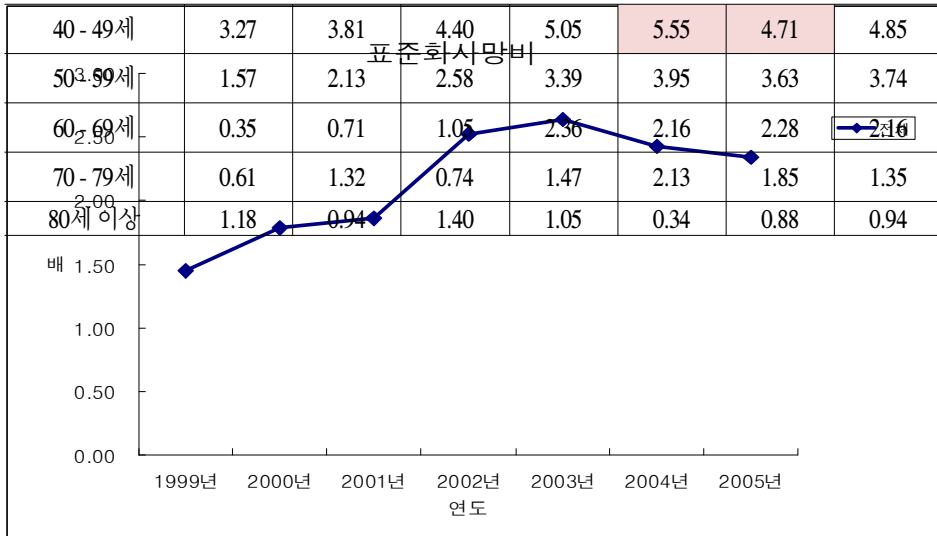
노숙인조사사망율 (10만명당)	표준화사망율 (10만명당)		
	f	g	f/g
1625.10	1311.23	559.74	2.34

먼저 전체적인 노숙인의 ‘표준화 사망률’을 볼 때, 2003년까지는 지속적으로 증가하는 경향이 관찰되다가, 그 이후에는 약간 떨어진 상태로 ‘유지’되고 있는 것으로 추정된다(인구 10만명 당 1999년 846.54명, 2000년 1034.10명, 2001년 1050.60명, 2002년 1427.05명, 2003년 1485.39명, 2004년 1365.49명, 2005년 1311.23명으로 확인된다).



전체와 연령별 표준화 사망비 변화추이를 연도별로 그려보면 다음 그림들과 같다. 1999년과 2000년에는 20세-29세 연령대, 2001년과 2002년에는 30세-39세 연령대, 2003년과 2004년에는 40세-49세 연령대에서 ‘표준화 사망비’가 가장 높았다. 분석결과를 보면 노숙여건이 불안정하던 시기에는 주로 젊은 연령대의 사망이 매우 많았던 것으로 보이나, 시간이 지날수록 일반인구들의 사망특성과 근접한 방향 쪽인 30세-69세 연령대의 사망이 증가함이 관찰된다.

연령대	1999년	2000년	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년
20세 미만	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
20 - 29세	5.36	5.33	3.04	3.29	4.75	2.16	3.10
30 - 39세	4.37	4.27	4.53	5.81	5.05	4.12	5.14



4. 연도별 노숙인 사망원인 변화추이

1999년부터 2005년까지의 전체자료(7년)를 통합하여 분석해 보았을 때의 남자 노숙인 사망원인으로는, ‘손상, 중독, 외인성 질환’과 같이 주로 ‘다쳐서 사망’에 이르는 경우가 23.34%로 가장 많았으며, ‘간 질환’과 같이 과다한 ‘알코올 섭취’로 인한 사망이 15.72%로 두 번째로 많았고, ‘악성종양’과 ‘순환기계 질환’이 각각 11.70%와 11.52%로 많았다.

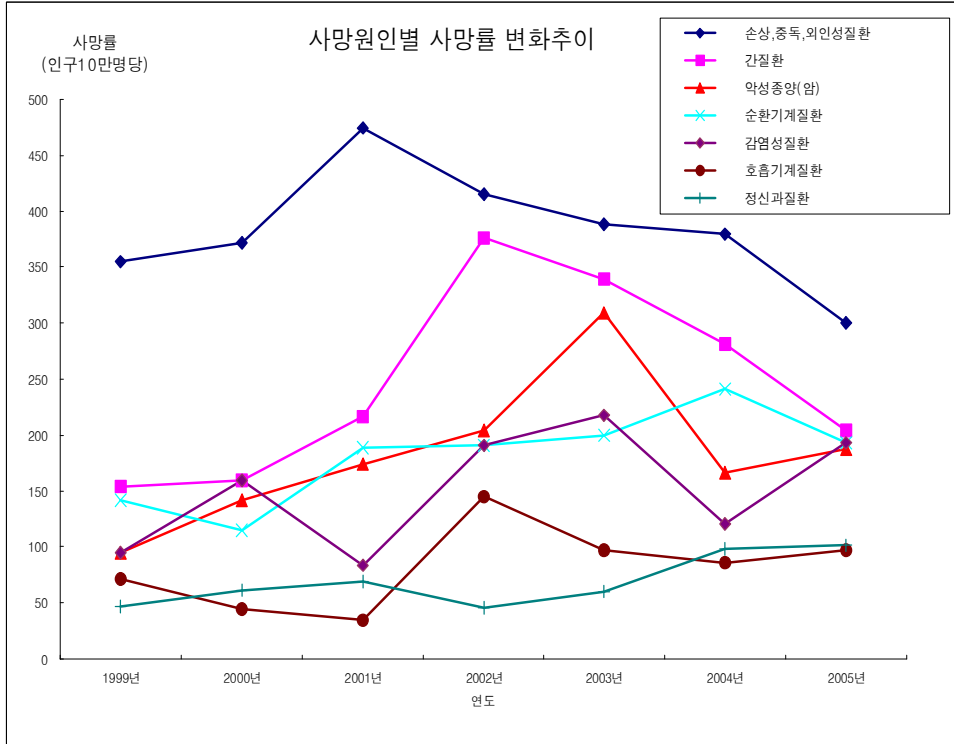
분류	남자 사망자수(%)	여자 사망자수	합계
간질환	262 (15.72)	2	264
감염성질환	160 (9.60)	1	161
기타	28 (1.68)	0	28
기타 분류되지 않는 증상 등	161 (9.66)	1	162
내분비계질환	78 (4.68)	3	81
비뇨기계질환	12 (0.72)	0	12
손상,중독,외인성질환	389 (23.34)	5	394
순환기계질환	192 (11.52)	2	194
신경계질환	29 (1.74)	0	29
악성종양(암)	195 (11.70)	3	198
정신과질환	74 (4.44)	1	75
호흡기계질환	87 (5.22)	0	87
합계	1667 (100.00)	18	1685

또한, 전체(1999년-2005년)자료를 이용하여 사망원인별 사망률 변화추이(인구 10만명 당)를 분석한 결과³⁾, ‘손상, 중독, 외인성 질환’과 같은 이유로 사망하는 경우가 전 기간 동안 300명 이상 지속적으로 가장 많았으며, ‘간질환’이 153명~376명 정도의 수준으로 그 다음으로 많았다. 그러나, 전체적인 변화추이를 한 자리에 놓고 보면, 초창기의 ‘외상’ 중심에서 이제는 ‘만성질환’ 중심으로 점차 변화해 가고 있음을 확인할 수 있는데, 다시 말해서 ‘외상’과 관련된 ‘응급적인 의료지원’이 가장 중요했던 상황에서 이제는 ‘만성질환’에 대한 ‘지속적이고 체계적인 관리’가 중요한 상황으로 정책적 변화가 모색되어야 할 것으로 판단된다.

분류	1999년	2000년	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년
간질환	153.63	159.17	216.01	376.01	339.39	281.66	203.81
감염성질환	94.54	159.17	83.62	191.31	218.18	120.71	193.08
기타	47.27	17.69	13.94	39.58	36.36	22.99	21.45
기타 분류되지 않는 증상 등	177.26	185.69	139.36	145.13	169.70	109.21	193.08
내분비계질환	11.82	79.58	55.75	85.76	78.79	109.21	80.45

3) 남자 자료만 분석함.

비뇨기계질환	11.82	26.53	6.97	6.60	12.12	11.50	10.73
손상,중독,외인성질환	354.53	371.39	473.83	415.59	387.88	379.38	300.35
순환기계질환	141.81	114.95	188.14	191.31	200.00	241.42	193.08
신경계질환	0.00	26.53	27.87	26.39	30.30	28.74	42.91
악성종양(암)	94.54	141.48	174.20	204.50	309.09	166.70	187.72
정신과질환	47.27	61.90	69.68	46.18	60.61	97.72	101.90
호흡기계질환	70.91	44.21	34.84	145.13	96.97	86.22	96.54



시간의 경과에 따라서 전체 사망원인의 비교사망률(PMR, Proportionate Mortality Rate) 변화추이를 관찰해 보았을 때, 연도별 특성은 다음과 같다⁴⁾.

4) 남자 자료만 분석함.

분류	1999년	2000년	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	전체
간질환	12.75	11.46	14.55	20.07	17.50	17.01	12.54	15.72
감염성질환	7.84	11.46	5.63	10.21	11.25	7.29	11.88	9.60
기타	3.92	1.27	0.94	2.11	1.88	1.39	1.32	1.68
기타 분류되지 않는 증상 등	14.71	13.38	9.39	7.75	8.75	6.60	11.88	9.66
내분비계질환	0.98	5.73	3.76	4.58	4.06	6.60	4.95	4.68
비뇨기계질환	0.98	1.91	0.47	0.35	0.63	0.69	0.66	0.72
손상,중독,외인성질환	29.41	26.75	31.92	22.18	20.00	22.92	18.48	23.34
순환기계질환	11.76	8.28	12.68	10.21	10.31	14.58	11.88	11.52
신경계질환	0.00	1.91	1.88	1.41	1.56	1.74	2.64	1.74
악성종양(암)	7.84	10.19	11.74	10.92	15.94	10.07	11.55	11.70
정신과질환	3.92	4.46	4.69	2.46	3.13	5.90	6.27	4.44
호흡기계질환	5.88	3.18	2.35	7.75	5.00	5.21	5.94	5.22
합계	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

그 중에서 2001년도 자료를 이용한 '연령보정 비교사망률(Age-Adjusted PMR)' 분석결과는 다음과 같은데, 일반인구집단의 그것과 대비해서 가장 큰 차이(비)를 보이는 것은 '정신과 질환'으로서 3.66배 정도 높았으며, 감염성 질환도 1.94배 정도 많았다.

Age-Ajusted Proportionate Mortality Rate				
질 병 군	PMR-Homeless	PMR-Population	Homeless/Population PMR Ratio	Rank
감염성 질환	5.42	2.79	1.94	3
악성 종양	16.46	27.54	0.60	
내분비계 질환	3.21	4.42	0.73	
정신과 질환	7.18	1.96	3.66	1
신경계 질환	1.38	1.24	1.11	5
순환기계 질환	14.24	20.73	0.69	
호흡기계 질환	1.45	6.63	0.22	
간질환	10.71	7.73	1.39	4
비뇨기계 질환	0.58	1.24	0.46	
기타 분류되지 않는 증상 등	7.03	7.33	0.96	
손상, 중독, 외인성 질환	32.34	14.68	2.20	2

5. 전체 사망자의 분류별 세부 질환명5)

사망자들의 질환명을 세부적으로 확인해보면 다음과 같다. 참고로 다음에 제시하는 자료는 사망원인 세부항목별로 2명 이상이 있는 원인의 경우만 나열한 것이다.

‘손상, 중독, 외인성 질환’의 경우는 총 389명이었는데, 외상성 뇌손상(S065, S068, S029, S062, S069, S099, S027, S060, S021)이 93명으로 가장 주요한 원인이었고, 익사(T751)도 42명이 있었으며, 저체온증(T68, T699)으로 인한 사망 또한 24명으로 확인되고 있다.

○ 손상, 중독, 외인성 질환 - 389명

- S065 : 32명 - 외상성 경막하 출혈
- S068 : 15명 - 기타 두 개내 손상
- S029 : 14명 - 상세불명의 두개골 및 안면골의 골절
- S062 : 11명 - 미만성 뇌손상
- S069 : 7명 - 상세불명의 두 개내 손상
- S224 : 7명 - 늑골의 다발성 골절
- S099 : 5명 - 상세불명의 머리손상
- S027 : 4명 - 두개골 및 안면골을 침범하는 다발성 골절
- S060 : 3명 - 뇌진탕
- S361 : 3명 - 간 또는 담낭의 손상
- S223 : 2명 - 늑골의 골절
- S021 : 2명 - 두 개저의 골절

- T71 : 53명 - 질식
- T149 : 44명 - 상세불명의 손상
- T751 : 42명 - 익사 및 비치명적 익수
- T068 : 21명 - 기타 명시된 다발성 신체부위의 손상
- T68 : 18명 - 저체온증
- T659 : 12명 - 상세불명의 물질의 중독 작용
- T028 : 10명 - 기타 복합 신체부위의 골절
- T300 : 8명 - 상세불명 신체부위의 상세불명 정도의 화상
- T603 : 6명 - 제초제 및 살진균제의 중독 작용
- T699 : 6명 - 상세불명의 저하된 온도의 영향
- T599 : 5명 - 상세불명의 기체, 연무 및 증기의 중독 작용
- T609 : 5명 - 상세불명의 살충제의 중독 작용
- T179 : 4명 - 상세불명 호흡기로 부분의 이물
- T029 : 3명 - 상세불명의 다발성 골절
- T315 : 2명 - 신체표면의 50-59%를 포함한 화상
- T542 : 2명 - 부식성 산 및 산양 물질의 중독 작용
- T794 : 2명 - 외상성 쇼크
- T845 : 2명 - 내부관절 인공삽입물에 의한 감염 및 염증성 반응

‘간질환’의 경우는 262명이었고, 대부분이 알코올성 간질환으로 판단되었다.

5) 남자 자료만 분석함. 가장 흔한 일부 질환들을 빈도순서로 나열하였음.

○ 간질환 - 262명

K741 : 82명 - 간경변증
K702 : 34명 - 알코올성 간염유증 및 간경화증
K703 : 26명 - 알코올성 간경변
K709 : 26명 - 상세불명의 알코올성 간질환
K746 : 26명 - 기타 및 상세불명 간의 경변

‘악성종양(암)’의 경우는 195명으로서, 간암(56명)과 호흡기암(32명)이 많았다.

○ 악성종양(암) - 195명

C220 : 56명 - 간세포 암종
C349 : 32명 - 상세불명 기관지 또는 폐의 악성 신생물
C169 : 23명 - 상세불명 위의 악성 신생물

‘순환기계 질환’은 총 192명으로서, 심근경색증과 뇌경색 혹은 뇌출혈 등으로 인한 사망이 대부분 이었다.

○ 순환기계 질환 - 192명

I219 : 32명 - 상세불명의 급성 심근경색증
I619 : 30명 - 상세불명의 뇌내출혈
I639 : 25명 - 상세불명의 뇌경색
I64 : 14명 - 출혈 또는 경색으로 명시되지 않은 졸중
I620 : 10명 - 경막하 출혈(급성, 비외상성)

‘감염성 질환’은 160명으로서, 주로 폐결핵과 관련된 경우들이었다.

○ 감염성 질환 - 160명

A162 : 96명 - 세균학적 또는 조직학적 확인의 언급이 없는 폐결핵
A150 : 22명 - 배양유무에 관계없이 객담현미경 검사로 확인된 폐결핵
A419 : 19명 - 상세불명의 패혈증

‘호흡기계 질환’은 총 87명으로서, 주로 폐렴과 만성 폐쇄성 폐질환으로 인한 사망이었다.

○ 호흡기계 질환 - 87명

J189 : 31명 - 상세불명의 폐렴
J449 : 14명 - 상세불명의 만성 폐쇄성 폐질환
J459 : 11명 - 상세불명의 천식

J690 : 8명 - 음식 또는 구토물에 의한 폐렴

‘내분비계 질환’은 78명인데, 대부분 당뇨병이었다.

○ 내분비계 질환 - 78명

E14 : 38명 - 상세불명의 당뇨병

E11 : 11명 - 인슐린-비의존성 당뇨병

‘정신과 질환’은 74명으로서, 그 중에서 알코올과 관련된 경우가 대부분인 67명이었다.

○ 정신과 질환 - 74명

F102 : 59명 - 알코올 의존성 증후군

F03 : 5명 - 상세불명의 치매

F100 : 4명 - 급성 알코올 중독에 의한 정신 및 행동장애

F104 : 2명 - 섬망을 동반한 알코올 사용에 의한 금단상태

* F103 : 1명 - 알코올 사용에 의한 금단상태

* F109 : 1명 - 알코올 사용에 의한 상세불명의 정신 및 행동장애

* F409 : 1명 - 상세불명의 공포불안장애

* F99 : 1명 - 상세불명의 정신장애

6. 생존분석결과 (생존률)

본 연구조사에서 활용된 자료를 이용하여 ‘생존분석’을 시행한 결과, 노숙인이 ‘노숙’에 진입한 지 1년이 경과되면 1.30%가 사망을 하고, 5년이 경과하면 8.63%가 사망하는 것으로 추정되었으며, 5~6년 사이에 전체의 10%가 사망하는 것으로 분석되었다.

- 1년 생존률: 0.9870
- 2년 생존률: 0.9684
- 3년 생존률: 0.9490
- 4년 생존률: 0.9317
- 5년 생존률: 0.9137
- 6년 생존률: 0.8993

7. 거리 노숙인 상병상태 변화 양상

생존해 있는 노숙인들의 ‘일반 질환’ 유병상태를, 1999년 5월부터 시작된 노숙인 임상검사 결과를 이용하여 시간의 흐름에 따라 추적한 결과, 당뇨병(혈당검사), 빈혈(혈색소검사), 간기능(GOT/GPT검사), 신기능(BUN/Cr검사), 백혈구, 혈소판 검사에서 이상자 비율이 증가하는 경향을 보이고 있는데, 특히 2006년의 경우는 그 정도(수치)가 매우 심각해졌음을 알 수 있었다.

만성 B형간염 보균자의 경우는, 2001년~2003년에 증가하였다가 다시 감소한 상황이 관찰되고 있고(이는 아마도 일부기간의 노숙인 수검자가 선택적이었기 때문였던 것으로 생각되며, 본래는 6% 내외 수준인 것으로 추정됨), 매독의심자의 경우는 전체 기간 동안 증가하는 것으로 관찰된다. 폐결핵의 경우는 거리현장 실태를 정확히 반영할 수 있는 결과가 없는데, 이전의 결과들로 보서는 유병률이 대략 2% 내외일 것으로 추정되고 있으며, 발생률의 경우는 2007년 10월 4일 국회 보건복지위 장복심 의원에 따르면 노숙인 10만명당 645.2명으로서 일반인(62.3명)의 10배에 달하는 것으로 판단되고 있다.

구분	2006년 노숙인 다시서기 지원센터 입상검사 1,359명 (%)	2003년 11월~12월, 거리노숙인 입상검사 131명 (%)	2001년 8월, 거리 노숙인 입상검사 201명 (%)	2001년 8월, 거리 노숙인 설문조사 182명 (%)	2000년 3월, 전국컴터 107개 설문조사 4,374명 (%)	1999년11월 ~2000년1월, 자유의 집 입상검사 1,219명 (%)	1999년5월, 자유의 집 입상검사 536명 (%)
고혈압 의심	-	-	-	23(12.7)	227(5.19)	-	63(11.8)
당뇨병 의심	291(21.4)	13(9.9)	15(7.5)	10(5.5)	140(3.2)	101(8.3)	41(7.6)
만성B형간염	79(5.8)	14(10.7)	16(8.0)	-	-	81(6.6)	33(6.2)
매독 의심	89(6.5)	-	5(2.5)	-	-	53(4.3)	19(3.5)
폐결핵	-	2(2.5)†	-	8(4.4)	129(2.9)	-	9(1.7)
빈혈 의심	418(30.8)	-	6(3.0)	-	-	56(4.6)	-
간기능 이상‡	1,003(73.8)	51(38.9)	51(25.3)	-	-	255(20.9)	-
신기능 이상	40(2.9)	-	-	-	-	9(0.7)	-
백혈구 이상	165(12.1)	-	7(3.5)	-	-	25(2.1)	-
혈소판 이상	169(12.4)	-	10(5.0)	-	-	30(2.5)	-
요잠혈 양성	-	-	-	-	-	12(1.0)	-

† 흥부방사선촬영 총 수검자 79명중에서 2명(2.5%)은 '결핵의심', 12명(15.2%)은 '폐결핵활동성 미정' 소견으로 나옴. 본 보고서에서는 이 중에서 '결핵의심'자 2명을 환자로 가정하였음(이 14명 중에서 6명은 객담검사까지 시행하였으나 모두 음성으로 판정되었고, 나머지 중에서 1명은 추적 중에 사망한 것으로 파악되었으나 나머지는 추적에 실패함).

‡ 여기서의 간기능 이상 판단기준은 GOT/GPT 수치가 40IU/L을 넘는 사람으로 함.

¶ 장복심 의원(국회 보건복지위원회)의 '취약계층 결핵환자 발생현황'(2007.10.04.) : 노숙인 인구 10만명당 발생률이 645.2명(일반인 10만명당 62.3명)임.

그 외에 2003년도와 2006년도 서울시 노숙인 무료진료소' 이용자의 질병실태 변화양상을 보면, 2003년도의 경우는, 호흡기계 질환 23.3%, 근골격계 질환 18.0%, 소화기계 질환 15.4%, 순환기계 질환 7.2% 순서이었으나, 2006년도의 경우 호흡기계 질환 22.1%, 순환기계 질환 13.1%, 근골격계 질환 12.4%, 소화기계 질환 9.7% 로 그 질병실태의 변화가 확인되고 있으며, 동시에 정신장애 등이 3.9%(831명)에서 7.3%(1,989명)로, 암 질환 등이 0.1%(27명)에서 0.4%(101명)로 증가하는 현상도 관찰되었다. 반면에 사고로 인한 손상의 경우는 1.8%(373명)에서 0.3%(93명)로 상당히 감소한 상황이다.

진단명	2003년 (%)		2006년 (%)	
호흡기계 질환	4,938	23.3	5,996	22.1
근골격계 및 결합조직 질환	3,813	18.0	3,353	12.4
소화기계 및 치과 질환	3,256	15.4	2,624	9.7
순환기계 질환	1,523	7.2	3,551	13.1
피부 및 피하조직 질환	1,305	6.2	1,287	4.7
감염성 및 기생충성 질환	1,142	5.4	1,234	4.6
달리 분류되지 않는 증상·후	1,050	5.0	4,698	17.3
눈 및 귀의 질환	1,038	4.9	460	1.7
외인성 상처 및 손상	934	4.4	172	0.6
정신장애 및 신경계 질환	831	3.9	1,989	7.3
내분비, 영양 및 대사성 질환	803	3.8	1,278	4.7
사고로 인한 손상 및 중독	373	1.8	93	0.3
비뇨·생식기계 질환	140	0.7	262	1.0
신생물 및 혈액 질환	27	0.1	101	0.4
기타	2	0.0	0	0.0
합계	21,175	100.0	27,098	100.0

자료 : 노숙인다시서기지원센터 - 2002~2003년 거리노숙인 현장진료소 사업보고서, 2007년 노숙인 의료지원 현황

‘서울시 노숙인 무료진료소 진료의뢰 현황(2006년도)’을 보면, 전체 진료인원 20,507명 중에서 ‘병원외의뢰’가 된 환자가 10,870명으로 전체의 50%이상이 진료소를 넘어서서 ‘병원(동부시립병원, 서울의료원, 국립의료원, 서북병원, 은평병원 등)’으로 의뢰가 되고 있음을 알 수 있다. 또한 결핵관리 대상자는 월평균 16명으로 유지되고 있는 상황이다(본래 수요는 그보다 더 많으나, 쪽방지원 규모 만큼으로 제한됨).

	주간진료(명)	야간진료(명)	병원외의뢰(명)	119후송(명)	결핵관리(명)
1월	960	705	981	2	18
2월	915	693	979	8	20
3월	972	825	1,063	6	23
4월	311	912	814	-	13
5월	904	687	863	6	23
6월	1,041	774	916	3	17
7월	1,092	581	831	3	17
8월	1,115	468	1,062	1	13
9월	1,317	662	841	1	16
10월	1,155	474	775	1	11
11월	1,324	685	947	1	12
12월	1,322	613	798	4	11

합계	12,428	8,079	10,870	36	194
----	--------	-------	--------	----	-----

* 야간진료는 자원봉사단체(15개)가 순환하며 주 5일 저녁 7시30분-9시까지 진료.

* 병원의뢰는 시립동부병원/서울의료원(2차병원), 국립의료원(3차병원), 시립서대문병원(결핵), 시립은평병원(정신,알코올), 보라매병원 의뢰 환자수임.

* 결핵관리는 쪽방지원 인원임.

자료 : 노숙인다시서기지원센터 - 2007년 노숙인 의료지원 현황

8. 외국의 노숙인 건강실태

가. 스웨덴 노숙인 건강실태⁶⁾

1995/1996년의 스톡홀름 사회복지부의 아웃리치팀이 접촉해 온 정신보건문제를 가지고 있는 82명의 노숙인들에 대한 5년간 추구조사 연구결과에 따르면, 표준화사망비(SMR)가 4.7배 높았다. 그 중 약물중독 문제가 있는 그룹에서 사망자가 가장 많았으나(46%), 정신분열병과 같은 중증 정신질환을 가진 그룹에서는 한명도 사망하지 않았다(이들을 다른 사람들과 비교해 보았을 때 노숙에 노출이 적었다).

나. 캐나다 노숙인 건강실태

선진국에서 노숙인은 전체 도시인구의 약 1% 정도를 차지하는 것으로 알려져 있다. 2001년도 캐나다 센서스 자료에 따르면 14,145명이 쉼터에서 생활하고 있으며, 그 중에서 1,490명(약 10%)이 15세 미만인 것으로 파악된다(물론, 센서스의 특성상 어느 한 시점에서만 파악한 수치라서 충분히 과소추정 되었다고 판단된다). 또한, 2006년의 경우 캐나다 오타와에서는 9,010명이 노숙인 쉼터에서 생활하였는데, 이는 그보다 2년 전의 8,664명에 비하여 증가한 숫자이다. 게다가 노숙인의 특성도 변함을 알 수 있었는데, 주요 구성 집단이 ‘단신생활을 하는 성인남성 알코올중독자(single adult male alcoholics)’에서 ‘청소년(adolescents), 편모(single mother), 저고용(underemployed people), 노인, 신규이민자 등’으로 바뀌었다. 특히 어린아이들이 증가하고 있는 것은 노숙문제가 단기간의 문제로 끝나지 않고 한 사람의 인생전체(lifelong)의 문제가 될 수 있음을 말하고 있으며, 폭력이나 성적 착취 그리고 약물중독과 같은 심각한 문제와 연결되기 쉽다. 노숙인들의 연령보정 사망률을 보면, 일반인에 비하여 2-8배 정도 높다. 또한 그들의 의학적 질병의 스펙트럼은 일반인들과 동일하나 질병의 빈도수가 전체적으로 높다. 예를 들어, 만성 노숙인에서의 당뇨병과 HIV감염 발생률은 일반인보다 훨씬 높은데, 문헌에 따르면 캐나다의 젊은 노숙인들의 HIV 발생률은 6.1명/1000명이나 일반인은 1000당 0.20명이다. 약물중독도 일반인보다

6) Beijer U, Andreasson A, Agren G, Fugelstad A. Mortality, mental disorders and addiction: A 5-year follow-up of 82 homeless men in Stockholm. Nord J Psychiatry. 2007;61(5):363-8. (City of Stockholm Executive Office, Department of Welfare and Education, Unit for Research and Development, Stockholm City, Sweden)

6-7배 정도 높고, 중독약물의 종류가 알코올에서 다양한 약물(아편류, crack and crystal methamphetamine 등)로 바뀌기도 하였다⁷⁾.

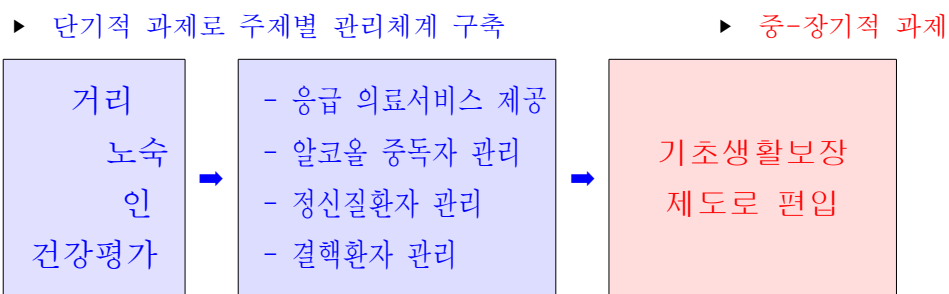
현재 캐나다 토론토 노숙인들에서의 당뇨병, 협심증, 천식, 관절염과 같은 만성질환 유병율은 15년 전보다 훨씬 높다. 사실 그 사이의 기간 동안 중단된 사회적 지원과 느슨해진 임대인 보호법 등과 관련이 있는 것으로 판단된다. 1995년에 사회복지 수급률(welfare rate)이 22%나 줄었다(1992년과 비교했을 때 그 보다 실제로는 46%나 적다). 반면에 평균적인 토론토 임대료는 1992년과 1997년 사이에 30%나 증가하였다.

2006년의 경우 6,500명이 토론토의 쉼터에서 머무른바 있다. 그 중에서 조사된 368명 어른(그 중에 73%가 남자)의 평균연령은 42세이었고, 일반 인구에서보다 간질이 20배정도 높았으며 심장질환은 5배정도 높았고 암은 4배정도 높았으며 당뇨병은 2배정도 높았다⁸⁾.

9. 노숙인 의료(사망)문제 해결방안 모색

가. 노숙인 의료서비스 제공체계 구축 / 공식화

노숙인 의료문제 특히 사망문제를 최소화하기 위해서는, 보다 현장보호를 중심으로 의료정책의 방향이 설정되어야 할 것이다. 즉, 보다 거리현장에 밀착해서 노숙인들의 '건강상태를 사정(assessment)'할 수 있는 방식으로의 정책적 고려가 있어야 할 것이다(예, 모바일 팀 운영 혹은 현장 상담소의 기능강화). 물론, 그 이후의 과정들도 세부적으로 마련되어야 하는데, 그동안 10년 가까이 노숙인 의료분야 전문가들이 주장해왔던 '주제별 관리체계 구축'이 모색되어야 할 것이며, 물론 중장기적으로 '기초생활보장 수급권자'의 선정기준의 유연한 적용을 통하여 기초의료보장의 틀 안으로 편입되어야 함은 말할 나위가 없을 것이다.



또한, 지방의 경우는 국공립의료기관이 부족하거나 없어서, 민간이 자발적으로 비공식적 의료전달체계를 운영하고 있는데, 이를 국가 혹은 지방정부가 공식화해 줌으로써 민간의료기관과의 연계를 통한 공공성 강화방안을 모색해야 할 것이다.

7) Jeffrey Turnbull, Wendy Muckle, Christina Masters. Poverty and human development, Homelessness and health. CMAJ, October 23, 2007, 177(9), 1065-1066

8) Ann Silversides. News, Homeless in Toronto. CMAJ(Canadian Medical Association Journal), November 6, 2007, 177(10) : 1172 (www.streethhealth.ca)

■ 단기적 정책 과제

- 현장 아웃리치 체계 강화 (모바일팀 운영 혹은 현장 상담소 기능강화)
- 주제 (응급의료, 알코올중독, 정신질환, 결핵) 별 관리체계 구축
- 지방의 경우, 노숙인 의료전달체계 내에 민간의료기관을 지정하여 편입

■ 장기적 정책 과제

- 기초생활보장 체계내로 편입 (수급자 조건의 현실화 및 완화)

나. 알코올 중독자, 정신 질환자 관리

정신질환 관련 지원이 강화되어야 한다. 특히 노숙인 무료진료소에 현재 향정신성 의약품 사용할 수 없는데, 이를 필수적인 약품으로서 노숙인 무료진료소의 의료기관 등록 혹은 인근 보건소에서의 약품 공급 및 처방지원 등과 같은 다각적인 방안 모색을 통하여 해결해야 할 것이다.

또한, 순회 정신보건 진료팀을 운영하여 거리현장의 정신보건 outreach 서비스를 제공하고, 지역정신보건센터와의 긴밀한 연계를 통해서 정신질환 등으로 의뢰되어 병원에 입원했던 환자가 거리로 퇴원해 나왔을 때 사후관리나 재활치료가 가능하도록 관리체계를 담당해 줄 필요 있다. 이러한 체계는 기존의 상담보호센터, 정신보건 관련 전문센터 등과의 연계 강화를 통해서 유기적으로 운영되어야 할 것이다.

■ 단기적 정책 과제

- 무료진료소의 ‘의료기관 등록’ 혹은 다른 향정신성 의약품 사용가능 방안 등을 모색
- 거리현장을 순회하는 정신보건진료팀 운영

■ 장기적 정책 과제

- 센터와 지역정신보건센터와의 유기적 연계체계 구축(지역정신보건 체계안에 노숙인 센터 관리방안을 구체적으로 명시하고 소요재정을 지원)

다. 결핵 환자 관리

일단 노숙자 상설 현장 진료소의 확대와, 결핵투약 치료를 관리해 줄 수 있는 현장 진료소 내 의료인력 보강(사례관리 방식으로 접근)을 통하여 일차적인 문제를 해결해야 할 것이다. 그 과정에서 결핵 진단체계의 상설화(예, 결핵협회와 공조)와 국공립병원이나 제반 결핵 요양원과 연계체계를 공식화함으로써 환자의 전달-관리체계를 강화해야 한다. 특히, 현장에서의 사례관리체계의 확대강화는 매우 시급한 일이다.

전달-관리체계의 구축에 얼마간의 시간이 필요하므로, 일단 현재의 쪽방지원 프로그램을 확대하여 ‘병원’에서 나온 노숙자 결핵환자를 위한 일시적 보호(이용)시설을 추가로 확보하고, 지방에서도 이런 프로그램이 운영될 수 있도록 중앙정부의 정책적 지원이 필요하다고 판단된다(예, 대도시의 경우 쪽방지역에 일시적 보호시설 설치 및 운영).

■ 단기적 정책 과제

- 현재 운영되고 있는 노숙인 무료진료소의 시스템(사례관리를 위한 인프라) 보강
- 결핵협회 혹은 국공립결핵병원과의 연계를 통한 결핵진단체계의 상설화

■ 장기적 정책 과제

- 중장기적 결핵요양관리체계 구축 (결핵요양원 혹은 국공립결핵병원 등과의 연계확보)

라. 노숙자 의료비 추계 (2002년도 자료이용, 600명 기준)

2002년도에 이미 노숙인 3,000명에 25억원 정도의 의료비가 소요될 것으로 추계한 바 있다. 이는 지난해 서울시가 지출한 노숙인 의료구호비 30여억원의 소요수준이 절대로 과도한 것이 아님을 설명해 주고 있다고 생각한다. 앞으로는 노숙인 의료구호비의 ‘현실화’에 대해서 더 이상의 논란이 없기를 바란다.

	1인당 진료비 (의료구호비 지원분)	1개월당 추정 환자수	연간 추정 환자수	연간 추정 의료비
입원 진료비	1,134,524원	30명	360명	408,428,640원
외래 진료비	27,019원	250명	3,000명	81,057,000원
합 계				489,485,640원

* 단, 사망과 응급실 방문에서 발생하는 비용은 자료가 부족하여 예산추정 과정에는 반영하지 못함. 아마도 대략 외래 진료비 수준의 비용이 발생할 것으로 판단됨.

■ 단기적 정책 과제

- 노숙인 의료구호비 예산수립과정에서 노숙인 건강관련 보건의료전문가의 의견청취
- 서울시의 경우는 노숙인 주무부서의 ‘보건정책과’와의 긴밀한 정책적 공조체계 수립

■ 장기적 정책 과제

- 전국적으로 균일한 의료구호비 지급(정책추진)을 위한 중앙부서(복지부)의 개입방안 모색

마. 노숙인 정보관리체계 구축

현재 일부 기관에서는 건강자료, 상담자료, 개인신상자료 등이 intra-Net 통해서 직접 검색되고 관리되는 방식으로 운영되고 있다. 물론, 이들이 중·장기적으로 노숙인 관련 각종정책 개발에 중요한 data source로 기능할 수도 있을 것이므로, 보다 잘 짜여진 네트워크가 필요할 것으로 판단되며 이와 관련된 정부의 지원이 반드시 있어야 한다고 판단된다.

그러나, 동시에 그 과정에서 개인의 인권적 측면, 법제도적 측면의 기밀보호의 문제가 충분히 고려되어야 하며 따라서 공정하고 법적인 고려가 충분히 이루어진 상태에서 공익적 단위(예, 가칭 노숙인 윤리위원회)가 개입하여 이에 대한 철저한 관리를 수행해야 할 것이다.

■ 단기적 정책 과제

- 노숙인 정보관리 프로그램 구축 및 배포

■ 장기적 정책 과제

- 노숙인 정보관리 윤리위원회 구성 및 운영

바. 의료문제에 관한 ‘정책결정구조’ 구축 필요

현재 노숙인 건강문제에 대한 실태파악이 총체적으로 이루어지고 있지 못하고, 동시에 노숙인들의 질병특성에 대한 이해가 부족하여 정책실패 위험성이 상존하고 있다. 또한, 노숙인들의 흐름과 수준(거리 혹은 쉼터)별 의료체계에 대한 고민이 전무하므로, 적절한 ‘의사결정구조’를 구축하여 의료측면에서의 구체적인 중·장기 정책대안 모색이 필요하다. 그 것을 위한 정책결정 조직구성이 필요하다고 판단된다.

■ 단기적 정책 과제

- 지자체별로 ‘노숙인 관련 보건의료정책 자문회의(가칭)’ 구축 및 운영

■ 장기적 정책 과제

- 국가적 혹은 중장기적 문제해결을 위한 중앙부서(복지부)내 ‘노숙인 관련 보건의료정책 자문위원회(가칭)’ 구축 및 운영

노숙인에 대한 사회복지정책의 현황과 쟁점⁹⁾

남 기 철
(동덕여대 사회복지학과)

우리나라에서 노숙인 복지정책은 지난 외환위기 이후 본격화되어 이제 10년을 맞이하였다. 그간 많은 성장과 변화를 경험하였으나 그 적절성에 대해서는 아직까지 많은 쟁점을 남겨두고 있다. 일면으로 서비스 정책방향이 부적절한 쪽으로 고착화되고 있다는 비판도 있다. 노숙인 복지서비스는 노숙인의 지역사회 재정착과 주류 사회경제 생활로의 통합을 지향한다는 암묵적 합의가 있어왔다. 그리고 구체적인 정책과 서비스의 내용은 이를 토대로 그 효과성과 효율성이 평가되어야 할 것이다. 본 발표에서는 이러한 관점에서 사회복지서비스 대상자로서 노숙인의 특성, 우리나라에서 정책의 전개과정, 현재 논의될 수 있는 일반적 쟁점사안들에 대해 간략히 살펴본다.

1. 사회복지서비스 대상자로서의 노숙인

◎ 노숙인의 개념 논란

- 노숙인복지정책과 서비스에서 일차적인 관심은 과연 복지서비스의 대상이 되는 노숙인 현황에 어떠한 변화가 있는가 하는 점(이상적으로는 복지서비스의 욕구를 지닌 노숙인 문제가 더 이상 사회문제화 하지 않을 정도로 노숙인의 규모가 줄고 노숙인의 사회적 욕구가 충족되기를 기대하지만 이는 비현실적)
- 노숙인 개념은 다른 사회복지서비스 대상자에 비해 혼란스러움 : 아동, 노인, 여성 등 인구학적 특징이나 혹은 장애인, 정신건강취약자와 같이 사회적으로 승인된 진단 기준으로 명확히 구별되는 범주가 아니기 때문
- 노숙인 개념은 ‘노숙생활의 경험’과 관련되며 이는 주거와 관련해 ‘소유’보다는 ‘활용’, 개인적 ‘특성’보다는 ‘상태’와 관련되는 범주임
- 게다가 우리사회에서는 과거부터 사용되어온 부랑인 개념이 법적으로 사용되어왔기 때문에 그 혼란이 더욱 증폭됨
- 일반적으로 노숙인(homeless)은 정규적인 적절한 주거지가 없고 길거리, 역사, 공원 같은

9) 본 글은 지난 2007년에 진행되었던 “노숙인 정책의 평가와 개선방안” 연구프로젝트 결과를 중심으로 하여 논의를 재정리한 것임을 밝혀둡니다.

공공장소, 버려진 건물 등 사람이 자도록 고안되지 않은 장소에서 기거하거나 일시보호시설에서 지내는 사람들을 지칭

- 그러나 노숙인의 개념범주를 분명하게 확정하는 것은 이론적으로도 어렵다. 반면 이 개념범주를 어떻게 포착하는가에 따라 정책방향을 선도하는 관점이 드러나기도 함(노숙인의 정의에 대한 논의는 이론적인 것이 아니라 정책과 프로그램의 운영을 위한 실천적인 의미를 가지는 것)

◎ 법 규정에서의 노숙인 정의

- 미국의 McKinney 법에서는 노숙인을 (1) 밤을 보낼 적절한 고정적이고 정기적인 주거가 없는 사람, (2) 밤을 보내는 주 주거지로 일시적인 주거의 제공을 목적으로 하는 공공 혹은 사설의 임시보호시설, 수용을 목적으로 개인들에게 임시적 주거를 제공하는 시설을 활용하는 사람, (3) 사람이 자는 것을 목적으로 고안되지 않은 공공이나 사설의 시설 등을 밤을 보내는 장소로 이용하는 사람으로 규정
- ‘노숙인및부랑인복지시설설치운영에관한규칙’ 제2조에 노숙인의 정의에 대한 규정 : “노숙인이라 함은 일정한 주거 없이 상당한 기간 거리에서 생활하거나 그에 따라 노숙인 쉼터에 입소한 18세 이상의 자를 말한다”(같은 규칙 제2조 1항에서 “부랑인이라 함은 일정한 주거와 생업수단 없이 상당한 기간 거리에서 배회 또는 생활하거나 그에 따라 부랑인 복지시설에 입소한 18세 이상의 자”를 말한다라고 규정
- ☞ 우리나라에서는 노숙인과 부랑인의 개념 중첩성이 있고 또한 거의 ‘별도로’ 두 개의 서비스 체계가 운영되고 있음
- 우리나라의 법령이나 규칙 혹은 지침에 따르면 ‘거리 생활’이라는 일반적 특징의 지적 외에 노숙인 복지시설을 이용하는지 아니면 부랑인 복지시설을 이용하는지에 의해 노숙인과 부랑인이 규정되는 식으로 되어 있어 ‘서비스에 의해 대상 범주가 규정되는’ 양상을 취하고 있다는 점도 특이한 상황

◎ 협의와 광의의 노숙인

- 대체로 정부나 서비스 자원을 통제하는 관점에서는 노숙인의 범위를 협의로 규정 : 우리나라에서 행정당국에 의해 노숙인 관련 서비스에 대해 쪽방 거주자나 인근 주거취약계층의 서비스 이용을 통제하고자 하는 관점이나 시도가 나타나곤 하는데 이는 그야말로 ‘거리숙박자(rough sleeper)’에 국한하여 노숙인 범주를 협소하게 해석하려는 것
- 반면 민간단체 등에서는 노숙인의 범주를 광의로 설정하는 것이 일반적인 경향 : 이 경우 ‘주거취약층’을 전반적으로 노숙인의 범주에 연계하여 파악
- 대체적으로 협의의 노숙인 개념은 문자 그대로의 거리숙박자, 노숙인 복지시설 입소자로

노숙인 개념을 한정하고 있으며 광의의 노숙인 개념은 안정적 주거가 없는 주거취약계층의 측면에 초점을 두고 있는 것이라 할 수 있음

- 주거취약계층의 한 양상으로서 노숙인을 조망하려는 시도는 우리사회에서도 점점 늘어나고 있음 : 도심지역 주거취약성 혹은 주거취약화과정의 극단적 형태로 노숙인을 조망하는 것 => 이 경우 도심주거취약성과 관련하여 쪽방, 만화방, 고시원, 비닐하우스 등 연관 지어 분석(정원오 외, 2005 등)하곤 하며 이보다 더 넓게는 일정한 기준, 특히 법적으로 발표된 '최저주거기준'에 미달하는 인구층의 연속선상에서 노숙인 개념과 특징을 파악하기도 함
- 이밖에도 노숙인 개념과 관련하여 쉼터노숙인과 거리노숙인으로의 양분, 노숙인과 부랑인 개념의 혼재 역시 우리사회에서 논란의 여지가 발생하고 있는 영역

- FEANTSA(the european federation of national organisations working with the homeless)는 1999년 조사에서 주거적절성에 기초하여 노숙을 네 가지 수준으로 규정 -> 이 중 과밀, 소음 등에 대한 부분은 개발도상국에서는 당연히 견뎌야하는 요인일 뿐, 노숙의 개념과는 무관하게 여겨짐

- 2005년부터 다양한 토론회 등의 결과를 총화하여 ETHOS(European Typology on Homelessness and Housing Exclusion)라는 명칭으로 유럽에서의 노숙과 주거 배제의 개념을 제시하고 있음 : 2007년 버전에 기초하여 볼 때, 노숙인은 네 가지 상황으로 구별(사실상 연차별 변화는 하위범주에서 미세하게 나타나고 있으며 이 4가지 개념화의 내용은 유지)

- o rooflessness(어떠한 종류의 실 곳도 없는 상황, sleeping rough)
- o houselessness(임시로 쉼터나 시설에서 기거할 수는 있는 상황)
- o living in insecure housing(불안정한 임대나 퇴거, 가정폭력 등으로 위협받는 상황)
- o living in inadequate housing(불법적 야영지에서의 이동주택이나 부적절한 주거, 극단적 과밀 주거 등에 사는 경우)

- 노숙에 대한 개념에 관련하여 서구에서는 liminality나 abeyance의 개념 혹은 social exclusion의 개념도 이론적으로 활용되고 있음

◎ 노숙인의 규모

- 노숙인의 규모를 추정하는 것은 역시 노숙인 개념의 불명확성과 관련되어 어려움이 있으며 종단적인 변화(단기적 변화까지 포함함)가 어려움을 야기
- 기본적으로 기존의 특정 시점에 관찰된 수를 세는 방법으로 집계하는 방식의 한계가 문제가 됨

- A. 표적대상 범위의 측면에서 두 가지 측면 고려 필요
 - ① 즉각적 노출 대상의 파악
 - ② 문제 위험(hazard) 육구의 파악
- B. 대상의 종단적 특성과 관련하여 고려
 - ① 현재 노숙경험 상황 노출자
 - ② 최근 노숙 경험자 및 경험자 범위
- C. 규모파악 방법적 측면에서 세 가지 측면에 대한 고려가 필요
 - ① 일정 시점의 발견 숫자 세기(point-in-time count)
 - ② 기간 중심의 숫자 추정(interval prevalence count or estimation)
 - ③ 서비스 제공시 신청 숫자로의 추산

- 우리나라의 노숙인 규모를 이야기 할 때 가장 많이 언급되는 수치는 5,000명이며 이 중 4,000명은 시설노숙인, 1,000명은 거리노숙인이라는 식으로 대략적인 수치를 이야기하곤 함

<표 1> 보건복지부의 노숙인 집계

구분	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
쉼터	4,601	4,321	3,569	3,612	3,497	3,763	3,563
거리	445	517	670	928	969	959	1,293
계	5,046	4,838	4,439	4,540	4,466	4,722	4,856

- 이 중 절대다수가 서울에 거주하고 있는 것으로 파악하고 있음 : 전국적으로 노숙인의 60% 이상이 서울의 노숙인이며 쉼터 이용 노숙인 중 서울의 쉼터를 이용하는 노숙인은 전체의 2/3
- 노숙인의 규모를 집계하는 우리나라의 방식은 가장 협의의 방식에 기초한 것이기 때문에 이 부적절성에 대한 논의가 비등 => ① 노숙인의 개념을 ‘거리숙박자’와 ‘노숙인 쉼터 입소자’에 국한시키는 가장 협의의 개념을 사용하고 했다는 점. ② 협의의 개념을 사용하면서 이와 동시에 거리 노숙인의 수에 대해 가장 적은 수만이 포착되는 집계방식을 택하고 있다.
- 노숙인의 개념을 일반적 주거취약계층을 제외한 협의의 개념으로 채택한다고 해도 그 수는 직접 셀(count) 수 있는 것이 아니라 적절한 추정(estimation)의 방법을 동원하는 것이 필요함
- 따라서 우리나라에서 노숙인 규모를 기간이나 노숙경험 혹은 위험으로부터 추정된 방법(period-prevalence estimation)에 의하지 않고 현재 point-in-time counts 방법으로 집계하고 있는 한, 그 규모는 심각한 과소추정의 위험을 가지고 있음
- 노숙인의 규모 추산이 부정확한 방법에 기초하고 있는 만큼 지난 10년간 노숙인의 변화 추이를 간단히 결론내리기는 곤란
- 대체적으로 파악되고 있는 점은 ‘줄어들지 않고 있다’는 점 : 특히 거리 노숙인의 경우에는 노숙인 복지정책 10년의 기간 중 초기 응급대책으로 쉼터가 일시에 대량으로 개소하던 시

점 이후로는 전체적 규

모가 감소하지 않고 있거나 조금씩 증가양상

- 특히 쪽방거주자, 고시원이용자, 더부살이, 만화방이용자 등의 주거취약계층 중 상당수는 노숙인과 실질적으로 구분되지 않는 사례가 대부분

2. 노숙인에 대한 사회복지서비스 전개

- 노숙인에 대한 사회복지서비스는 사실상 부랑인복지사업과 밀접히 관련되어 있음
- 때문에 1970년대의 법령 혹은 내무부지침에 나타난 부랑인대책이나 1980년대의 일제 단속과 조사, 부랑인복지시설의 역할도 모두 노숙인복지서비스 발전과 관련선상에 있음
- 그러나 현재까지도 적절하게 통합되지 못하고 있는 상태이며 여기에서는 노숙인복지에 대해서만 간략히 고찰
- 노숙인복지의 전개는 대개 외환위기 직후의 응급구호기, 자활지원체계 확립기, 제도화 및 지방이양시기의 3가지 국면으로 살펴보곤 함

◎ 응급구호기

▷ 대량 노숙자 발생과 시범적 사업

- 외환위기 이후 노숙자와 부랑인 문제가 본격적으로 '사회 문제화'되고 사회 복지적 관점에서 접근해야 한다는 사회적 공감대가 형성 : 전례 없는 대량의 노숙인 발생 사태에 직면하여 보건복지부와 서울시 등 관계 당국은 우선 임시 숙소와 급식에 치중했으며, 동시에 이들이 우범자가 되지 않도록 방법 활동을 병행
- 이러한 사업은 민간단체, 종교단체, 부랑인 복지시설 등 다양한 단체 및 기관과 협력관계로 이루어짐
- 보건복지부는 1998년 2월 27일 '실업시대 도시노숙자 등 보호대책 마련에 따른 토론회'를 개최하여, 정부와 지방자치단체는 행정적, 재정적 지원을 맡고 민간과 종교단체는 현장보호와 적극적 지원을 중심으로 한다는 원칙을 제안하며 민관 협동의 방식을 명확히 하고자 함
- 민간 종교단체는 1998년 3월 초 「전국실직노숙자대책 종교·시민단체협의회」를 구성하여 보건복지부, 서울시와 원활한 소통과 협력을 보다 체계적으로 진행할 수 있도록 함
- 1998년 6월 보건복지부는 '도시노숙자 종합지원대책'을 발표, 노숙인 지원사업의 체계화를 도모 : 이러한 대책은 종전의 긴급구호와는 달리 노숙인의 욕구 및 그 특성에 근간을 두고 적절한 서비스를 제공하려 시도

- 이러한 응급적인 대책에도 불구하고 98년 하반기에 들어서 거리노숙인은 전혀 감소하지 않고 오히려 수적으로 종전에 비해 급속하게 증가

▷ 자활지원체계 도입 : '쉼터'를 중심으로 한 사회복지로의 전환

- 한시적 사업과 시범사업으로는 효과가 그다지 크지 않음이 명백해지자 노숙인 대책의 기본 원칙과 정책 구도는 '쉼터'를 중심으로 한 사회복지로 전환
- 이 시기부터 그동안 소극적이었던 서울시가 노숙인 문제를 주요 과제로 다루기 시작하며 7월 10일 서울특별시 노숙자대책협의회를 구성(시장방침 제833호)하고 민·관협력을 도모
- 동절기를 앞두고 서울시의 사회복지관마다 노숙인 쉼터를 만드는 것을 전제로 「희망의 집」 대량 확보 추진
- 상담사업의 가장 중요한 목적은 희망의 집 입소 권유가 되었고 9월 15일 설립된 노숙자다시서기지원센터는 상담내용을 취합하여 노숙인을 유형화하고 희망의 집을 배정하는 연결 기능을 담당
- 초기 문제점의 발생 : 이용시설과 생활시설의 결합 문제, 노숙인 보호체계와 공공부조체계의 괴리 문제, 민간과 공공의 역할 연계 혼란 등
- 자유의 집 개소 : 쉼터 입소를 거부하는 거리 노숙인이 적지 않게 존재하자, 이에 대한 서울시의 대책(서울시의 구상은 자유의 집, 희망의 집, 자활의 집으로 연결되는 구도)
- 임시 시설로 예정하였던 희망의 집은 사실상 생활 시설이 되고 자유의 집 역시 동절기에만 운용되는 응급쉼터가 아니라 상시적인 단기보호시설로 운영

◎ 자활지원체계 확립기

▷ 자활·재활 지원체계 확립 : '쉼터'관리를 통한 자활 지원

- 기존 노숙자들의 사회복지 비율이 극히 낮고 전체 노숙인 숫자도 별로 줄어들지 않아 응급보호체계 만으로는 성과를 기대할 수도 없다는 것이 확인
- 따라서 당시 노숙인 지원사업은 응급보호를 지속적으로 추진하는 한편 재활 및 자활 촉진에도 중점을 두게 되었고 이를 효과적으로 뒷받침할 수 있도록 쉼터 유형화 사업도 추진
- 2000년 이후에는 응급보호·쉼터를 통한 관리에서 '자활지원'으로 노숙인 정책의 중심이 옮겨가는 양상

▷ 현장지원 체계 구축

- 2001년 이후 쉼터 입소자가 감소하기 시작하고, 시설 기반의 노숙인 지원사업 효과성이 미비하다는 지적과 아울러 적절한 사정기관의 필요성이 제기
- 거리노숙인 대책에 진전이 있었는데, 현장과 밀접하게 위치하여 쉼터 입소 요청자를 전문 상담하는 상담보호센터(Drop-in Center)를 설치 : 따라서 이 시기 거리노숙인이 쉼터로 입소하기 위한 첫 번째 상담 기관은 자유의 집이 폐쇄될 때(2003년 1월) 상담보호센터로 옮

겨짐

- 2002년 4월 거리진료소가 상설화되어 서울역 앞의 소규모 공간을 진료실로 개조하여 민간 의료단체들의 진료사업이 안정화
- 2003년 1월에는 자유의 집 폐쇄 이후 알코올 및 정신질환 문제를 갖고 있는 노숙인을 대상으로 한 「비전 트레이닝 센터」가 개소하였고, 영등포 보현의 집 내에 「기초문제해결센터」의 이름으로 사정센터가 설치

◎ 제도화 및 지방이양시기

▷ 제도적 기반 마련

- 2003년 7월에 사회복지사업법 중 개정령 안에 2조 사회복지사업의 범위에 노숙인 조항이 삽입되었으며, 2005년 1월 5일 「부랑인복지시설설치·운영규칙」이 「부랑인 및 노숙인 보호시설 설치·운영규칙」으로 개정
- 보건복지부의 “노숙인보호사업안내”에서는 이를 쉼터노숙인 보호사업, 거리노숙인 보호사업, 쪽방생활자 지원사업, 노숙인보호사업의 제도화로 나누어 설명하고 있으며. 개정된 주요 내용은 부랑인 및 노숙인의 정의, 시설 설치 기준과 종사자의 자격 및 배치 기준, 입소 절차의 확립 등

▷ 지방이양 : 노숙인·부랑인 정책의 이원화 및 넘비현상

- 2005년부터는 2004년 제정된 ‘지방분권특별법’에 의거하여 같은 해 7월 국무회의에서 결정된 지방이양사업 중 노숙인 사업이 포함되어 노숙인 사업은 전면 지방 이양
- 현장에서는 제도화와 아울러 지방이양 상황으로 인해 체계화보다는 혼란과 정책방향 및 내용의 전환을 더 많이 경험하고 있음

▷ 최근의 경향 : 노숙인 복지서비스의 다양화와 지역사회통합 모색

- 과거 자활의 집에 편중되었거나 혹은 실체가 없었던 주거지원사업의 모색(단신자용매입임대, 임시주거비지원사업 등)
- 서울지역 등 일부지역에서 일자리 사업 등 전개
- 민간옹호활동 등의 다양화
- 반면, 노숙인복지사업의 시설중심화 경향에 대한 비판도 나타남 : 지역사회 중심의 서비스 체계 구축에 실패하고 있다는 지적 등

3. 노숙인복지서비스의 쟁점

- 노숙인 복지체계에는 지난 10년 간 세 가지 정책 관련 사항이 큰 영향 요인이 되어 있음 : ①1990년대 후반 응급구호시기의 시설 대량 편제 상황, ②사회복지사업법 개정에 따른 공식적 시설로의 편제와 미신고 시설 관련 정책, ③노숙인 복지사업의 지방 이양
- 현재 노숙인 복지체계는 ‘시설 중심’으로 진행되어 가고 있으며 이에 대한 논란도 많은 상황임
- 우리나라 근대 사회복지의 역사적 전개 자체가 사회복지시설을 중심으로 진행되어왔다는 배경요인이 크게 작용하고 있으며 이는 단지 시설 운영진에게만 영향을 미치는 것이 아니라 중앙정부와 지방자치단체 관련 공무원들의 인식에도 큰 영향을 미침
- 특히 이용시설보다도 생활시설이 우선적으로 고려 : 흔히 사회복지생활시설의 발전단계는 다음 <표 2>와 같이 조망됨 => 우리나라는 전반적 낙후성과 아울러 동일 지역사회 내에서 서로 다른 수준의 생활시설들이 혼합적으로 존재하고 있다는 점에서 특징

<표 2> 사회복지 생활시설의 발전단계 이념형

구분	보호수준	보호목표	보호형태	지역사회관계
사회방위적 단계	열등치우	사회적 방위	격리	단절
사회보장적 단계	최저생활	발달가능성	수용	수동적·일방적
사회복지적 단계	최적생활	정상화	생활 및 발달	능동적·상호적

** 자료 : 박태영, 2000.

- 노숙인 쉼터는 전형적으로 사회복지적 단계의 이념형을 지니고 있음 : 이는 노숙인 쉼터가 다른 사회복지시설에 비해 비교적 최근에 개소하였고, 지역사회에 근접하여야 한다는 시설 운영원칙에 대해 묵시적이지만 노숙인 복지계 다수의 원론적 합의가 있다는 점에 기인 함 그러나 과연 그에 부합하는 효과를 나타내고 있는가에 대해서는 회의적
- 각 발전단계의 수준은 효율성이라는 측면에서 판단될 수 있는 것은 아니며 오히려 이념적 지향을 나타내는 보호목표를 통해 확인될 수 있음
- 기존의 연구 등에서도 노숙인 복지시설에 대해 개선방향과 대책이 제기되어 온 바 있음 (<표 3> 참조 => 사실상 현재도 유효한 논의임)

<표 3> 노숙인 복지시설 개선을 위한 쟁점

구분	주요 쟁점 및 개선과제 제기내용
2000년 노숙인다시서기심포지움 '전환기의 과제'	노숙인 복지체계의 제도화 쉼터 특성화와 환경 및 종사자 처우개선 체계적 입퇴소 절차의 수립 개별적 보호계획과 보호서비스 전문화 등
2003년 노숙자부랑인지원체계개선방안 한국보건사회연구원	노숙인 복지체계와 부랑인 복지체계의 체계적 결합 및 재편 상담보호센터를 주축으로 한 현장보호체계의 강화 노숙인 쉼터와 부랑인 복지시설의 역할 분화와 전원조치 정신보건시설 역할강화와 현장진료소 지원 강화 노숙인 및 부랑인 지원체계 중장기 발전계획 수립 필요
2006년 노숙인복지시설 개선을 위한 토론회 전실노협	노숙인 쉼터의 주거공간으로서 물리적 환경 개선 (유예기간 동안 시설보강을 위한 대책 수립 필요성) 노숙인 복지시설의 영세성 극복 노숙인 쉼터 인력구조의 취약성 서비스 전문성 제고 지역사회복지자원과의 협력과 네트워크 구축

- 노숙인 복지시설 혹은 노숙인 복지체계에 대해 반복적인 문제제기가 나타나고 있는 점은 이는 노숙인의 지역사회복귀가 잘 이루어지지 않는다는 문제의식과 관련
- 노숙인 복지시설 10년 간의 역사를 돌아켜 볼 때, 응급구호를 위한 민관의 협력이 신속하게 이루어진 점은 긍정적인 평가를 받아옴
- 또한 응급구호체계를 정규 사회복지서비스 체계로 제도화하여 편성한 점, 초기 쉼터 체계의 편성에 집중되었던 서비스를 주거나 노동, 의료 등 다양한 프로그램의 필요성을 인지하고 서비스의 다양성 등을 지속적으로 모색해 왔던 점 역시 중요한 진전으로 평가될 수 있음
- 그러나 기본적으로 노숙인 쉼터나 상담보호센터에 입소한 이후 지역사회로 복귀할 수 있는 체계가 현실화되지 않음으로 인해 지역사회복귀라는 본래의 성과(outcome)를 거두지 못하고 있다. 이와 관련되어 몇 가지 쟁점이 제기될 수 있음

▷ 노숙인 복지를 위한 중장기적 종합계획 부재

- 노숙인 복지에 대한 중장기적 전망과 계획이 취약한 상황
- 현재까지 지역사회복귀 촉진과 관련하여 보호시설의 활용 및 그 전후 시설입소와 지역사회복귀에 대한 track이 정리되지 않고 반복적으로 중층화되는 경향이 있음

▷ 중앙-지방 쟁점

- 부랑인 복지는 중앙정부 사업이면서 노숙인 복지는 지방이양사업으로 유지하는 것의 불합리성
- 이는 이후 지역사회수준에서 서비스 체계를 정비하는 과정에서 더 큰 문제로 작용할 것임

▷ 공공-민간 쟁점

- 공공과 민간의 역할에 대한 정립이 되지 않고 있음

- 기존의 연구 등에서 공공과 민간의 역할을 병행보충, 병행보완, 협동대리, 협동보완 등으로 구분하곤 함 => 노숙인 복지의 현실은?

- 병행보완모형(Parallel Supplement Model)으로 공공과 민간이 각각 재원을 조달하고 급여의 대상은 다른 경우이다. 이 경우 공공과 민간의 파트너십은 결국 급여의 대상자를 결정하는 과정에서 이루어진다. 가령 민간은 공공급여의 사각지대에 위치한 수요자에게 급여를 제공하는 역할을 수행하는 것이다.
- 두 번째의 모형은 병행보충모형(Parallel Complement Model)인데, 공공과 민간이 각각 재원을 조달하고 급여의 대상도 같지만 서로 상이한 급여를 제공하는 것이다. 동일한 복지 수요자에게 민간은 사회복지서비스를, 공공은 현금급여와 같은 것을 제공하는 경우가 여기에 해당한다. 공공과 민간의 파트너십은 결국 급여의 내용을 결정하는 과정에서 이루어진다.
- 세 번째의 모형은 협동대리모형(Collaborative Vendor Model)이다. 여기에서 공공은 자원조달의 책임을 맡고 민간은 급여의 책임을 맡는다. 다만 공공과 민간의 관계가 일방적이라는 특성을 가진다. 즉, 이 모형에서 민간은 정부의 대리인으로 기능하며 정부는 민간의 역할을 세세하게 평가감독한다. 이 모형에서 정부와 민간의 파트너십은 재원을 배분하는 과정에서 이루어진다.
- 네 번째의 모형은 협동동반모형(Collaborative Partnership Model)이다. 공공이 자원조달의 책임을 맡고 민간이 급여를 맡는다는 점은 앞의 협동대리모형과 동일하지만, 공공과 민간의 관계가 쌍방적이라는 점에서 다르다. 즉, 이 모형에서 민간은 프로그램 관리나 정책개발에서 상당한 재량권을 가질 뿐만 아니라 공공의 정책결정과정에도 영향을 미친다.
- ** 그러나 이상의 네 가지 모형과 관련하여 공공과 민간의 역학관계에 따라 쉽게 하나의 모형에서 다른 모형으로 변화될 수 있다. 가령 협동대리모형에 기초한 파트너십은 민간조직의 역량강화에 따라 협동동반모형으로 전환될 수 있다. 반대로 협동동반모형에 따라 파트너십에 참여한 민간조직이 공공재원의 활용을 위해 조직의 목표를 변화시키게 되면 공공과 민간의 파트너십은 협동대리모형에 더 가까운 것이 된다.
- ** 우리나라의 현실에서는 사회복지서비스를 둘러싼 상황을 감안하여 병행보충모형이나 협동동반모형의 장점이 크게 부각될 수 있다. 그러나 이는 구체적인 상황에 따라 달라질 수 있다.

▷ 보호연속성의 결여로 인한 지역사회복귀 부재

- 노숙인 쉼터의 활동에 대해 현장에서 퇴소정책이 없다는 말을 많이 하곤 함
- 노숙인 쉼터의 입소자들은 정체현상이나 혹은 재노숙의 반복과 같은 양상을 나타냄
- 쉼터 이후 주거지원 프로그램이나 지역사회정착 프로그램이 취약하여 나타나는 문제
- 기본적으로 노숙인 복지시설의 정체성과 관련된 문제이기도 함
- 입소와 보호가 아니라 지역사회복귀를 위한 준비작업이 이루어지는 환경으로서의 모색이 더욱 필요한 상황 => 하지만 이는 노숙인 복지시설 자체의 노력으로 해결될 수 있는 문제는 아니며 퇴소 이후의 보호연속성을 제고할 수 있는 체계의 보강과 정리를 필요로 함

▷ 노숙인 복지시설의 지역사회복지 체계와 유리

- 노숙인 복지체계는 노숙인의 재활 및 자활과 지역사회복귀를 위해 다양한 지역사회자원의 활용을 필요로 하며 특히 지방화의 상황에서 최근 강조되고 있는 ‘지역사회복지’ 활동과의 연계가 중요
- 현재 234개 자치구의 지역사회복지계획 중 노숙인 복지와 관련된 내용을 언급하고 있는 곳은 중구, 용산구, 영등포구 등 서울 지역의 몇 개 구에 불과(서울복지재단, 2007)
- 서울지역만 해도 거의 모든 구에 복수의 노숙인 복지시설이나 체계가 있다는 점에 비추어 본다면 노숙인 복지시설과 지역사회의 복지자원(각종 복지시설포함)의 괴리는 심한 편
- 특히 부랑인복지시설, 쪽방상담소, 정신보건센터 등과의 연계체계 구축은 매우 중요한데 현재는 이것이 상당히 임의적으로 이루어지는 상황

▷ 쉼터의 취약성

- 인력, 재정, 인프라, 프로그램 등에서 취약성 가짐
- 이 취약성은 단순 보호 이상의 역할을 하기 어렵게 만들고 있음
- 쉼터 취약성은 입소자에 대한 creaming 현상이나 지역사회복귀 저해 요인이 됨

▷ 상담보호센터 역할의 재규정

- 노숙인 쉼터가 핵심적인 생활시설체계로 존재하였지만 거리 노숙인 욕구와의 괴리 현상으로 인해 상담보호센터가 편성되어 활동
- 상담보호센터는 매우 다양한 서비스를 통해 거리 노숙인에게 생활유지서비스와 의뢰 및 정보제공 활동을 전개하고 있음
- 그러나 한편으로는 지역사회에서 쉼터와 보완관계가 아닌 ‘새로운 시설체계’로서 기존 쉼터 역할의 대체재처럼 작동되기도 함

** 노숙인 복지체계에 부여된 사회적 소명 중 거리 노숙인을 입소시켜 보호하는 측면이 현재의 시점에서 강조될 필요가 없다. 오히려 반대로 지역사회로 복귀시킬 수 있는 퇴소정책과 퇴소후 서비스 체계가 강조되어야 한다.

< 참고문헌 >

- 박태영(2000). 사회복지시설론, 양서원.
- 보건복지부(2007), 2007년도 사회복지시설관리안내.
- 서울복지재단(2007), 서울시 지역사회복지계획 수립연구.

- 서울특별시(2007), 노숙인 쉼터 운영 관련 회의자료.
- 이태진(2006). “노숙인 사회복지시설 정책방안”. 전국실직노숙인대책종교시민단체협의회, 노숙인복지시설 개선을 위한 토론회 자료집.
- 이태진,노대명,남기철,정원오,주영수,김선미,우선희(2007), 노숙인 정책의 평가와 개선방안, 한국보건사회연구원.
- 이태진,서동우,김미숙,남기철,김선미(2003). 노숙자·부랑인 지원체계 개선방안, 한국보건사회연구원.
- Council on Accreditation of Services for Families and Children(1992), Manual for Agency Accreditation, Service Standards.
- Feins, J. D. & Fosburg, L. B.(1998), "Emergency Shelter and Services: Opening a Front Door to the Continuum of Care", Fosburg, L. B. & Dennis, D. L.(Eds.). Practical Lessons : The 1998 National Symposium on Homelessness Research, HUD & HHS
- Levinson, D. eds(2004), Encyclopedia of Homelessness, SAGE.

주거지원 측면에서의 노숙인정책과 민간의 활동

김선미 masoyama@empal.com

(노숙인인권공동실천단¹⁰)자원활동가, 성균관대학교 사회복지연구소 연구원)

1. 들어가며

- 노숙의 실재는 무주거(無住居), 즉 독립적이고 안정적인 주거가 없는 상태로 드러남. 따라서 노숙상태의 종결은 ‘안정적인’주거확보로 시작하며 그 최종목표는 이를 통한 ‘지역사회(재)정착’일 것임.
 - 노숙인과 주거문제를 다루었던 다수의 연구들은 노숙의 반복과 장기화의 원인을 불안정한 주거에서 찾고 있음.
 - Bucker(1990)는 수요와 주택공급의 불균형, 그리고 저임금과 불안정한 고용구조 하에 있는 계층이 노숙인으로 전락할 가능성이 높음을 밝혔고 정원오(1998)와 김수현(1998)역시 임금상승에 비례하지 않는 주거비상승과 부담이 노숙상태에 이르게 한다고 보았음. Piliavin외(1996)는 거리생활에서 벗어난 노숙인 중 독립주거를 획득한 노숙인의 경우 재노숙하는 비율이 낮은 반면, 그렇지 못한 경우에는 일정 기일이 지나 다시 노숙인으로 재진입하게 될 확률이 높다는 결과를 낸 바 있음.
- 외환위기 이후 우리나라의 노숙인 주거지원정책은 아직 선진 외국과 같은 정책이 마련되어 있지 못하는 상황임.
 - 쉼터의 경우 시설 이후 지역정착의 경로를 확장하기보다는 소규모쉼터통폐합을 통해 지역사회에 녹아들 수 있는 여건을 없애는 추세인 듯함. 공공임대주택도 미비해 점유불안정 속에 생활하는 주거취약계층 또한 다수이며, 탈거리생활의 발판이 되는 저렴주거(쪽방 혹은 고시원 등)대해서도 관련법조차 마련되지 않아 철거 혹은 화재 등으로부터의 위협요소를 안은 채 생활하고 있는 모습이 현실임.
- 본 글은 그간의 노숙인 주거지원 정책과 민간의 활동을 돌아보며 내용을 정리하고 의견을 찾는 한편 한계를 짚어 향후 과제를 정리해 보고자 함.

2. 노숙인 주거지원사업 - 정책과 민간활동¹¹)

1) 자활의 집

- 자활의 집은 쉼터노숙인에게 일정기간동안 전세 주거공간을 최대 4년 동안 지원¹²)함

10) 노숙인인권공동실천단은 2002년 월드컵개최 전 서울시노숙인 강제입소조치방침 대응 이후 기존지원체계의 사각지대에 위치한 노숙인 아웃리치(out reach)와 인권침해상황을 쟁점화는 노숙인 옹호를 목적으로 결성된 자원활동가 모임. 현재 이 단체에는 거리생활 경험을 가진 사람들, 대학생들, 노숙인지원 실무경험을 가진 사람들, 일반직장인들 등 약 20여명이 참여하고 있음. 매주 목요일 저녁시간부터 심야까지 거리 5개팀, 쪽방지역 3개팀으로 나뉘어 틈새지역 노숙인과 만나 소통의 장을 마련해간다. 필요물품이나 정보를 제공하는 것에서부터 주거확보이후 생활안정, 그리고 노숙 위기에 놓인 사람들을 찾아 예방하는 활동 등을 수행하고 있다.

11) 주거의 개념을 확장하자면 민간의 활동은 소규모유료쉼터운영, 월세지원사업을 비롯해 생활지원, 문화지원등으로 확장할 수 있겠으나 본 글에서는 주거(주택)의 측면에서만 다루도록 함.

12) 당초 입주기간은 기본 1년으로 하되 생활실태가 양호할 경우 1년을 더 연장해 최장 2년간 거주하도록 하였음. 그러나 2000년 실태조사에 따라 정해진 입주기간이 전세자금마련에 실질적인 효과를 주지 못하는 점을

으로써 노숙의 악순환을 방지하고자 마련된 주거지원정책임.

- 1998년 노숙인이 급증하면서 임시보호시설인 쉼터가 생겨나게 되었고 1999년부터 쉼터입소자 중 일정수준의 저축과 일자리가 유지되는 사람들에게 일정기간 주거공간을 제공하는 ‘자활의 집’이라는 전세지원을 도입하였음.
- 시군구청장이 전세계약을 맺고 노숙인쉼터에서 초기입주자 관계설정 및 지속적인 사례관리를 담당하도록 하여 운영하도록 했음. 쉼터시설장의 추천을 받아 연고지생활실태조사와 쉼터생활실태를 고려 후 선정심의위원회 심의를 거쳐 입주를 확정하는 절차. 2007년 10월말현재까지의 지원현황은 아래와 같음.

<표 1> 연도별 자활의 집 지원현황

연도	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007*	합계
지원가구수	22	22	23	12	4	11	13	12	8	127

주 : 2007년의 경우 10월말 기준임

자료 : 2007 서울시 자활의집 지원계획

- 자활의 집은 아동이 포함된 가족노숙인, 혹은 가족결합의 가능성이 높은 노숙인에게 쉼터퇴소 후 주거경로를 제시했다는 점에서 고무적인 정책으로 평가됨.
 - 다만 노숙인의 대부분을 차지하는 남성단신노숙인에게는 적합한 정책이 아니었다는 점, 운영기관의 사후지원(사례관리)의 단절도 한계로 지적된 바 있음.
- 2002년 이후 지원대상가구가 급감한 데에는 전세권설정의 어려움, 저금리로 인한 전세주택의 월세전환 등(4천만원 선의 보증금으로 적당한 전체주택을 계약하는 것이 어려움)이 기인함.
 - 2008년 서울시가 발표한 <노숙인보호사업계획>에는 “임대주택 등 독립주거공간 입주 기회 확대사업”으로 방향을 돌리고¹³⁾ 예산도 삭감¹⁴⁾하여 자활의 집에 대한 공급은 더욱 감소할 것으로 예상됨.
 - 2004년 지원센터의 자활의집 만족도조사 결과에 따르면 입주자의 만족도, 퇴소이후의 경로 모두 긍정적으로 응답되고 있음. 따라서 자활의 집 축소 결정 이전에 해당 사업에 대한 전반적인 평가가 선행되어야 할 것임.
- 노숙인의 개별적 특성과 가구상황을 고려했을 때, 쉼터 이후 주거선택지의 다양성을 확보한다는 점에 있어서 정책의 축소보다는 유지 혹은 확대를 위한 제도의 보완책이 요구되며 이에 전세권설정에 대한 조항 삭제¹⁵⁾, 전세보증금 지원기준 상승 등이 필요

고려, 2000년 하반기부터는 기본2년, 최장 4년까지 거주할 수 있도록 하였음.

- 13) “...지금 전세주택을 확보하는 데 굉장히, 전세권설정이 현실적으로 굉장히 어렵습니다. 그 다음에 보통 4천에서 5천, 지금은 5,6천을 줘야 전세를 얻을 수 있습니다. 거기에 들어가는 인원이 두 사람 정도 노숙인이 들어갈 수 밖에 없습니다. 그런데 SH공사 재개발임대주택을 저희들과 협조해본 결과 보증금 1천2백만원 정도만 있으면 어느때고 재개발임대주택이 여유가 있습니다. 그래서 전세주택을 얻는 예산 가지고 재개발임대주택의 보증금제도로 활용하면 그만큼 더 많은 주거를 확보할 수 있다는...”(2008년 복지국 업무보고 속기록 중 자활의 집 축소방침에 대한 시의원 질의에 대한 자활지원과의 응답내용)
- 14) 2008년 서울시 사업내용별 예산편성안을 보면, 07년도 3억2천으로 편성되었던 것을 20가구대상, 2억원으로 조정하였음(2007 서울시 행정사무감사자료, 2007예결산위원회제출자료)
- 15) 전세권 설정을 하려면 구청 세무과에 가서 등록세 고지세를 발급 받아 은행에 돈을 내고 법원에 등기를 신청을 해야 함. 또 갈 때에는 집주인이 등기필증, 인감증명서, 인감도장, 안 가면 위임장을 내줘야 등기가 가능하며, 가는 사람은 주민등록등본과 도장을 지참해야 함. 그런데, 집주인이 서류 자체를 잘 안주기 때문에 등기를 하고 싶어도 못하는 경우가 많은 것이 사실임. 전세권 설정을 꼭 하지 않아도 전입신고하고 확정일자를 받

하다고 봄.

- 최근 수급가구나 차상위계층 등 저소득 일반가구에 공급되는 주택공사의 '기존주택전세임대주택'의 경우 전세권설정을 생략하고 확정일자로 대체하였을 뿐만 아니라 지원한도액을 2007년 하반기부터 가구당 5천만원에서 7천만원으로 증액한 점을 본다면, 기존정책을 무조건 폐지할 것이 아니라 실효성을 거두기 위한 보완책을 만들어가야 할 것임.

2) 월세지원사업

- 이사업은 2000년도에 서울지역 노숙인쉼터입소노숙인 중 일정금액의 보증금을 저축하고 있거나 정기적인 소득이 있어 월세부담이 가능한 사람들을 대상으로 월30만원 한도 내에서 최고 15만원까지 6개월 동안 지원한 사업임.
- 노숙인다시서기지원센터의 시범사업으로 진행된 것으로 쉼터추천 후 대상자를 결정, 매월 정기적인 상담을 실시하고 임대인에게 월세의 50%를 지원하는 형식을 갖추고 있음.
- 사업수행 1년경과 지원건수 6건뿐이었는데, 이와 같이 호응을 얻지 못했던 가장 큰 이유에는 민간임대주택에서의 월세부담과 기타 공과금부담이 독립된 민간임대주택(보증부월세)보다는 쉼터를 택하게 했다고 함.

3) 단신계층용매입임대주택

- 단신계층용매입임대주택은 아파트형공공임대주택공급 일변도와 그로 인한 슬럼화, 택지부족 등 부정적인 결과를 배제하고자 하는 정부정책 변화 아래 도입된 노숙인주거지원정책임.
- 자활의 집 외 쉼터이후 주거경로를 찾던 단신노숙인지원단위의 요구와 공공임대주택정책의 변화의지가 만나면서 2006년부터 단신계층용매입임대주택 시범사업이 시작되었음.
- 입주대상자는 자활의지가 높고 객관적으로 자활할 여건이 갖추어졌다고 판단되는¹⁶⁾ 노숙인, 쪽방거주자(함께 입주할 필요가 있는 가족이 있는 경우 가족포함), 기초생활보장사업안내의 '주거가 일정하지 않은 취약계층'¹⁷⁾임.
- 다중주택과 다가구주택 등을 활용하며 정부가 운영기관을 선정하고 운영기관의 협의아래 적절한 주택을 물색, 매입하여 공급함. 운영기관은 노숙인쉼터 혹은 상담보호센터를 운영하는 단체와 노숙인 등 주거취약계층 보호사업을 3년 이상 수행한 단체로 한하고 있으며, 운영기관은 입주자자격, 선정절차, 퇴거요건, 임대료징수 등 운영에 필요한 자체운영규정을 둠.
- 단신계층용매입임대주택의 추진현황은 아래와 같음

<표 2> 단신계층용매입임대주택 추진 현황(2007년말 현재)

아서 살면 전세권 등기를 해놓으면 실거주하는 것으로 보므로 굳이 전세권설정을 할 필요는 없다고 판단됨.

16) 자활의지 및 여건은 복지부가 시행하는 <노숙인 보호사업안내>에 의한 자활의 집 사업 입주대상자 기준 및 요건을 준용해 판단함.

17) 기초생활보장법 상 '주거가 일정하지 않은 취약계층'에는 비닐하우스 및 판자촌 거주자, 쪽방 등 거주자, 노숙자쉼터 거주자, 갱생보호시설 거주자 등이 포함됨.

구분	운영기관	매입주택			공급주택		
		동수	호수	계약시기	동수	호수	계약시기
서울	아침을 여는 집	1	15	07.10	1	6	07.12
	구세군 충정로사랑방	4	45	05. 9 06. 6 06.11 07.	3	37	07. 2 07. 6 07. 8 07.12
	행복한 우리집	1	8	06. 8	1	8	06.11
	흰돌회	1	7	06. 8	1	7	06.12
	다시서기상담보호센터	1	7	06. 9	1	7	07. 2

구분	운영기관	매입주택			공급주택		
		동수	호수	계약시기	동수	호수	계약시기
인천	내일을 여는 집	-	-		-		
경기	해뜨는 집	1	16	06.10	1	16	07. 1
부산	금정 희망의 집	2	11	07.10	2	11	07. 3
대전	대전홈리스지원센터	1	18	06.12	1	18	07. 9
	대전쪽방상담소	1	10	07. 8		-	(협의중)
대구	대구노숙인상담지원센터	1	18	06.12	1	18	07.7
합계	11개기관	14	155	-	11	114	

출처: 대한주택공사. 남철관(2007), “노숙인 주거지원의 현황과 과제”, 2007 서울시노숙인정책 토론회자료집에서 재인용.

- 이 사업은 안정된 주거확보책이 부재한 노숙인 등이 포함되면서 단신노숙인의 쉼터 이후 주거경로확보라는 측면에서 쉼터의 정체현상을 극복할 수 있는 기반이 마련되었음¹⁸⁾. 뿐만 아니라 기존 공공임대주택의 입주대상자¹⁹⁾ 주거확보가 가장 시급한 노숙인을 포괄했다는 점에서 진일보한 정책으로 판단됨.
- 이 사업은 시행 후 1년여를 경과하면서 몇 가지 과제를 던져주고 있음.
 - 1인가구의 증가에 따른 원룸수요확대, 도심지 개발열기에 따른 부동산가격상승 등으로 감정평가에 의한 매입방식에 제한이 있음. 따라서 상당수 운영체는 매입의 어려움으로 실입주가 예정보다 늦어지고 있음²⁰⁾.
 - 11개의 운영체가 쉼터 혹은 상담보호센터와 매입임대주택을 동시에 지원하고 있으며, 임대료연체에 대한 부담을 안고 있고 각 동에 의무적으로 관리인력을 입주토록 하고 있어 운영상 부담을 안고 있음. 이러한 부담의 완화와 사업의 원활한 추진을 위해서는 운영주체 확대 역시 필요함. 그런데 복지부, 건교부, 지자체 모두 운영기관 추가지정과 관련된 어떤 공식적인 결정도 내리지 않고 무관심한 상황임.
 - 쉼터 및 관련기관단체의 한계. 안정된 일자리가 없는 상황 하에 주거확보는 또 다른 불안을 만드는 것. 따라서 쉼터생활의 지속보다는 쉼터 이후 주거확보가 지역정착

18) 쉼터에서 어느 정도 경제적자립의 기반을 갖추었는가가 관건이 될 것이며, 여기에는 일자리확보와 유지도 중요한 변수가 되나 그것을 차치하고, 주거안정의 측면에서만 얘기하자면 분명 탈노숙과 주거안정의 경로확보에 일조한 사업임에는 틀림없음.

19) 기존 공공임대주택입주자는 수급자, 모부자가정, 장애, 재개발세입자, 청약저축가입자 등이었음.

20) 일부는 주공의 일반매입임대주택 공급물량으로 확보한 주택의 운영권을 넘겨받아 신속한 입주가 가능하기도 했음.

을 도모하는 것이기는 하나 주거유지를 위해서는 일자리확보가 수반되어야 함. 즉 no home no job의 고리를 끊는 지원책이 필요함.

- 입주운영체들을 중심으로 대상자 선정부터 입주자지원까지의 전과정에 대한 논의가 있어야 함. 이후 주거상향을 피하기 위한 대책도 모색해야 함. 따라서 그간의 사례를 모아내고 활성화할 수 있는 방식을 만들어가야 할 때임.
- 산발적인 주거정보의 정리 및 창구의 일원화 필요. 주택현황, 공가발생현황, 임대료 수준, 해당운영체 등의 정보가 한눈에 파악될 수 있도록 정보가 공유되어야 함. 이는 입주자들에게도 공개, 공유되어야 할 것임.

4) 임시주거비지원을 통한 노숙인사회복지 지원사업(이하 임시주거비지원사업)

□ 임시주거비지원사업 거리노숙인을 대상으로 수행되는 한시적 월세를 지원사업으로 민간의 자체자원을 동원한 사업임.

- 전국실직노숙인대책종교시민단체협의회가 사회복지공동모금회에 사업계획서를 제출하였고, 공식명칭인 ‘임시주거비지원을 통한 노숙인 사회복지지원사업’(이하 임시주거비지원사업)이 시작됨. 2006년도 10개의 핵심수행기관과 1개의 개별수행기관이 사업을 수행한 바 있고, 2007년도에는 12개의 핵심수행기관과 3개의 개별수행기관이 참여하여 사업을 진행했음²¹⁾.

□ 각 수행 기관은 대상자를 발굴하고 주거를 확보하며, 수급절차나 장애진단 등을 지원하고 사후서비스로서 사례관리를 수행함.

- 임시주거비지원사업에서는 지원대상의 순위를 1순위 노숙 혹은 노숙위기에 처한 여성 및 모부자가족, 2순위 고령, 장애, 질병으로 인해 자력으로 주거를 확보할 능력이 없는 사람, 3순위 기초생활수급권 전환이 가능한 사람, 4순위는 노숙경험이 짧고 단기간의 개입으로 노숙탈피가 가능한 사람으로 정하고²²⁾,
- 이들에게 1회 20만원 수준에서 최대 3회에 걸친 월세를 지원, 동시에 주민등록복원이나 장애인 등록이 필요할 경우 지원비를 제공함. 또한 당장의 생필품이 없는 경우에 대비 생활용품비를 1회에 한해 제공함. 그리고 주거지원 이후 지속적인 사례관리를 통해²³⁾ 주거유지 및 지역사회에 정착할 수 있도록 할 것을 목적으로 함²⁴⁾.

□ 결과 2006년도에는 400여명의 거리노숙인 및 거리노숙의 위기에 처한 사람들이, 2007년도에는 640여명이 월세지원을 받은 것으로 집계되었으며, 해가 거듭될수록 거리노숙인의 호응은 높아지고 있는 추세임. 실질적으로 거리노숙인수 감소의 효과도 있었음²⁵⁾.

□ 이 사업은 쉼터라는 시설경로를 통하지 않고서도 독립적인 주거를 확보하게 한 것으

21) 핵심수행기관은 전담인력을 지원받아 사업을 수행하는 기관을 말하며, 개별수행기관은 전담인력에 대한 지원 없이 사업수행하는 기관임. 전실노협은 주간과 야간에 대상자 발굴을 비롯해 원활한 서비스 연계가 가능한 지를 고려해 사업수행기관을 선정하였음.

22) 사업을 수행하는 기관 혹은 단체별로 지원의 순위를 굳이 두지 않는 경우도 있음. 다만 한정된 자원을 활용하는데 있어서 우선순위를 둔 것임.

23) 월세지원 이후 최소 6회 정도의 사례관리를 기본으로 하고 있다. 노숙인의 경우 지역사회에 발을 딛는 순간, 노숙으로 떨어지는데 작용했던 혹은 노숙생활을 하면서 발생했던 다양한 문제가 드러나는 경우가 있음. 이에 대처하기 위해서는 2-3회 가량의 월세지원만으로 해결되지 않으며, 해결해야 하는 문제들(명의도용, 의료 지원, 저축 등 생활관리, 일자리알선, 움주대응 등)이 문제해결을 위한 사례관리가 필요함.

24) 이를 위해 2차년도부터 임시주거비지원사업 수행기관을 대상으로 정착지원프로그램을 공모하여 지역정착을 도모하기도 하였음.

25) 다시서기지원센터 자료에 의하면 거리노숙인의 수가 2006년 이후 600명-700명 선에 머물고 있는데, 여기에는 임시주거비지원사업, 서울시일자리찾기사업 등이 거리노숙인수 증가를 억제한 것으로 파악하고 있음.

로서 거리노숙인의 선택지를 하나 더 늘리게 되었다는 점, 특히 20만원가량의 월세마련이 어려운 거리노숙인의 경우 한시적으로나마 월세를 제공함으로써 거리생활을 탈피하게(혹은 거리로의 유입을 막았었다는)했고 지역정착의 발판을 마련했다는 점에 의의를 둘 수 있음.

- 또한 공공부조 지원대상의 사각지대를 해소했고²⁶⁾, 주민등록복원, 장애등록 지원 등 생활의 최소 필요조건을 갖추게 했다는 점 등을 긍정적인 부분으로 평가되고 있음.
- 뿐만 아니라 지역 내 복지자원의 네트워크가 노숙인지원자를 중심으로 꾸려지고 지역사회 공공복지전달체계가 가진 노숙인에 대한 편견을 일정정도 해소했으며, 이전과는 달리 대상의 발굴부터 신속한 대응에 이르기까지 민간의 노숙인지원활동 역량이 구축되어간다는 점도 성과임.

□ 현재 임시주거비지원사업은 사회복지공동모금회 3년 기획사업으로 운영되고 있음. 때문에 사업을 수행했던 단위에서는 사업의 지속성확보와 확장에 대한 고민을 갖고 있음²⁷⁾.

- 사업수행과정을 통해 누적된 주거자원 즉 쪽방이나 고시원이 거처로 활용되고 있는 상황과 주거로서 갖추어야 할 요건에 대한 고민, 생활지원에 관한 기술, 지역자원을 동원한 경험을 모아내야 할 것임.

5) 쪽방 등 최저주거기준 미달가구에 대한 주거지원사업

□ 정부는 쪽방거주민에 대해 노숙인정책의 일환으로서 ‘잠재적인 노숙인’, 혹은 ‘보이지 않는 노숙인’으로 간주하고 2001년 쪽방상담소에 대한 지원금을 국가지원 사업 내 예산으로 편성하여 쪽방거주민 생활지원을 도모해 왔으나²⁸⁾ 이들을 대상으로 하는 별도의 주거지원정책을 마련한 바는 없었음. 아래 표는 쪽방지원정책의 변천을 간략히 정리한 것임.

<표 3> 쪽방지원대책의 변천

년도	중앙정부의 쪽방지원대책 내용	비고
1999년	- 노숙인 정책의 일환으로 쪽방에 대한 관심 두기 시작 - 서울지역을 중심으로 쪽방실태조사 실시	- 서울시 중구, 종로구, 영등포구 지역실태조사 실시
2000년	- 쪽방상담소 3개소(서울종로구, 중구, 부산동구) 시범운영: 취업알선, 의료 서비스 등 상담 등 수행 - 편의시설 추가 설치: 간이화장실과 간이목욕시설 설치 - 안전사고방지를 위한 방화 및 전기점검 실시 - 지역 푸드뱅크 연계 - 연구기관에 지원책 의뢰	- 해당구청과의 협의를 통해 편의시설설치, 재해방지책 마련 - 국무조정실에 의해 고시원 등에 대한 안전관리대책 마련 지시됨(복지부관할)

26) 1차년도와 2차년도에 걸친 자료분석을 보면 월세지원이 종료된 이후 주거를 지속적으로 유지한 비율이 75%를 상회하며 이들 중 대부분은 일반수급과 조건부과수급을 통해 공공부조에 편입할 수 있었음.거리노숙상황에서만 보자면 월세지원사업은 거리노숙의 탈출구로, 공공부조에의 편입경로로서 의의를 지닌다고 할 수 있음.

27) 이미 공공에 사업에 대한 제안을 한바 있으나 정책적인 흡수를 고려하지 않는 상태임.

28) 기본서비스와 부가서비스로 구분하여, 전자에는 편의시설 서비스 제공, 상담 및 조사활동, 기초생활수급자 선정, 취업알선, 주민등록복원 등, 건강검진 및 의료지원, 안전점검 및 안전지도를 위한 화재예방 교육 실시를, 후자에는 거리노숙인을 위한 야간 임시숙소 운영, 푸드뱅크 등을 활용한 무료급식, 도시락 배달 서비스, 무연고자 장례 수행 등을 그 내용으로 담았음.

2001년	- 쪽방상담소 확대 설치: 10개소 - 기초생활보장 특별보호 대책으로 사회취약계층 안전망 마련, 쪽방거주자 포함.	
2002년	- 쪽방상담소 11개소로 확대: 서울5개소, 인천2개소, 부산2개소, 대전1개소, 대구1개소 설치로 현재 수준 구축됨.	- 서울시 연말연시 동절기 지원대책으로서 거리노숙인 쪽방 이용료 지급: 노숙인다시서기지원센터에서 사업 수행
2003년	- 건교부 주거환경개선사업 장기과제로서 임시주거지 형태의 레고블럭형 주택을 쪽방거주자 등 취약계층에게 공급 방안 검토	- 서울시 영등포구 쪽방 200여개 철거됨. 2차 철거 예정 발표. - 고시원의 주거공간화로 인한 문제 대두, 숙박형 고시원은 보건복지부 관할로 지정되었으나 관계법령 마련하지 않음.
2004년	- 복지부 부산진구·대구·대전쪽방상담소에 공중보건의 배치	- 고시원 등 신종다중이용업에 대한 개선책 마련 지시(복지부관할), 상업지역 내 숙박형 고시원을 공중위생 관리법에 의한 '숙박업'으로 신고하고 주거지역내 숙박형 고시원은 독서실로 전환하도록 행정지도.
2005년	-건교부 다가구주택 등 매입임대지침 및 전세임대지침 시행 발표	- 서울시 남대문5가동 철거단행400감소 - 서울시 영등포2동 철거단행80여개감소 - 서울시 소방방재본부 서울시내 쪽방 파악
2006년	- 다중이용업소소방법 개정안 시행예정이었으나, 다시 1년 연기됨	- 인권위 영등포쪽방지역 철거시 주거이전비 미지급에 대한 평등권침해 결정 - 송파구 잠실동, 안산시 고시원 화재발생 - 서울시소방방재본부 주택화재경보기 무료 지급
2007년	- 5월 총리주재 관련부처 회의를 통해 최저주거기준미달가구 기본대책 발표, 임대주택제공과 저리전세자금 지원계획 밝힘. - 8월 건교부 쪽방·비닐하우스촌 주거실태조사 보고서(표본조사) 실시 - 9월 건교부와 행자부 쪽방·비닐하우스 등 불량주택 거주극빈층에 대한 국민임대아파트, 다가구주택 공급 방침 발표	- 4월 서울시 중구 남대문5가동 쪽방 화재 발생 - 9월 영등포2가동 철거 완료 - 10월 종로지역 쪽방거주민에게 시범적으로 임대주택4호 우선 공급
2008년		- 복지부, 고시원을 새로운 업종으로 제도화하는 방안을 검토할 것을 요구, 공중위생 관리법에 고시원업을 신설해 관리하도록 결정함 ²⁹⁾

출처: 김선미(2007), 쪽방거주민 욕구에 부응하는 거주지원책모색, 쪽방재생포럼 토론회자료집 보완

29) 2008년 4월 복지부는 고시원을 새로운 업종으로 제도화하는 방안을 검토할 것을 요구하고 있다고 함. 복지부 관계자에 따르면 복지부 주관 하에 관계부처 및 지자체 등이 참석해 고시원 관리에 필요한 합리적인 개선방안 마련 회의 개최 결과 공중위생관리법에 고시원업을 신설해 관리하도록 결정했다는 것. 그러나 아직 환기시설 기준이라든지 창문에 대한 건설기준에 대한 법적제제는 포함되지 않은 상태임. 이와 관련 복지부 관계자는 “고시원업소의 시설 및 설비를 위생적이고 안전하게 관리하는 개정에 대해 계속 노력할 예정”이며

- 이 사업은 2007년 6월 총리주재 국정현안정책회의에서 <쪽방·비닐하우스 거주가구 등 최저주거기준 미달가구 지원대책>이 확정되면서 시작됨.
 - 2009년까지 ‘쪽방이나 비닐하우스촌에 거주하는 1만1천여가구에 대해 1인가구의 경우 원룸형 임대주택을 공급하거나, 가족을 구성한 경우 다가구나 국민임대 등 다양한 임대주택을 제공, 혹은 저리의 전세자금지원하기로 함
 - 이를 위해 2009년까지 원룸형 임대주택 6600호, 다가구매입과 전세임대 및 소형국민임대용 각각 1천호를 공급하고 전세자금지원 2000호도 지정, 1만6만호의 공급 계획을 발표하기에 이룸. 2007년 7600호를 시작으로 2008년에는 2000호, 2009년에는 2000호를 각각 짓거나 지원할 방침을 밝혔을 뿐만 아니라 나머지 최저주거기준에 미달하는 가구는 소득분위와 미달유형 등을 감안해 맞춤형 임대주택공급, 주택개량 등을 통해 2017년까지 단계적으로 해소할 것을 발표했다.
 - 사업시행자인 주공이 당해 10월 종로구 쪽방지역에 거주하던 4가구에 대해 시범입주를 실시한 바있고³⁰⁾. 입주이사 확인조사를 통해 근년 이주를 희망하는 주민들에게 공급신청안내서를 발송하였고 현재 일부주민은 임대차계약을 마친 상태임.
 - 시행기관인 주공의 발표에 따르면 매입임대주택(다가구, 원룸형 등)은 약30㎡, 화장실과 취사장이 갖춰진 곳으로 보증금 100만원에 월임대료는 8만원선이며, 쪽방거주민이 임대주택으로 이전할 경우 입주후 근로능력자에게는 일자리알선, 근로무능력자에게는 정부지원과는 별도로 종교단체, 사회복지단체와 연계해 관리하겠다고 함.
- 이 정책은 그간 주거취약계층임에도 불구하고 정부의 주택정책에서 소외되어 왔던 쪽방 등 최저주거기준미달가구 소위 불량주택 거주민에 대한 별도의 주거지원책으로서 상당한 의의를 지님. 공급주택형태도 다양하고 물량도 상당해 시행과정만 원활하면 획기적인 정책이 될 것이라 사료됨.
- 시행과정 이후 현재까지 보인 몇 가지 문제점과 과제는 다음과 같음.
 - 충분한 준비과정이 생략된 채 신속한 추진만을 꾀해 추진과정에서 정확한 정보도 제공되지 못했을 뿐더러 쪽방거주민의 주민특성과 주민의지와는 무관하게 지자체와 관련기관을 통해 이주권유가 주를 이루고 있음.
 - 쪽방지역 대부분이 지구단위계획, 재정비촉진구역, 주거환경정비사업 등으로 개발을 앞두고 있어 주민의 입장에서는 주거가 불안한 상태지만 공공개발사업시 보상책에 대해서는 정확한 정보가 제공되지 않고 있으며 이런 상황에서 등장한 임대주택지원은 단지 지역을 해소할 대책으로 활용될 수 있을 것으로 사료됨.
 - 쪽방 등의 주거공간 개선은 쾌적한 주거생활을 영위하기 위해 필요한 작업임. 거주민의 의사와 무관하게 일시해소를 위한 이주는 지양되어야 하며 지역재생의 측면에서 현주거지역에서의 개보수도 고민되어야 함. 여기에는 쪽방의 사회적 유효성³¹⁾

“이번 개정안의 통과 이후로 추가규정을 계속 마련할 것”이라고 함

30) 이에 주택공사는 2007년 10월 시범입주를 시작했음. 그러나 미처 보증금을 마련하지 못한 가구가 다수여서 당초 예상과는 달리 네가구만 이주했음. 당시 입주자모집을 앞두고 수요조사를 실시했으나 공급계획에 대한 구체적인 공지나 임대주택 입주자격, 임대보증금, 부대비용, 강제퇴거에 대한 설명 등이 주어지지 않아 수요자를 혼란에 빠뜨렸다고 실무자들은 전함.

31) 쪽방은 사회·경제적인 지위의 하향과정에 만나게 되는 최단의 주거로서 노숙방지 역할을 함. 뿐만 아니라, 최근 민간에 의해 수행되고 있는 ‘임시주거비지원사업’은 쪽방의 탈노숙자원으로서의 높은 활용도를 보인바 있음. 또한 결핵노숙인보호사업 역시 진료소 인근 쪽방을 활용(2004년도부터 3년간 350여명 보호)하고 있음. 따라서 노숙예방 혹은 거리노숙 해소의 수단이 됨으로써 사회적으로 유효성을 갖는다고 말할 수 있겠음.

에 대한 인정이 있어야 함.

- 그런데 우리나라의 쪽방과 고시원은 이를 규정하는 법률이 없어 규제와 관리로부터 방치되어 거주민의 위생, 건강, 생활상의 문제가 날로 심각해 가고 있는 상황이며 그나마 접근가능한 저렴주거 또한 소리소문없는 철거가 단행되고 있음³²⁾.
- 노숙인과 쪽방거주민을 지원하는 기관 및 단체간의 연대의 필요성, 그를 바탕으로 하는 ‘주거취약계층 주거지원정책’의 통합의 필요성을 제기하고자 함.
- 즉 주거상실 혹은 주거불안계층으로서 대상의 유사성, 공급가능한 주택의 유형의 유사성, 이주 이후 입주자지원의 성격 유사성을 볼 때 노숙인, 쪽방(고시원 포함) 등 분절적인 개별사업진행방식을 넘어서는 민-민의 협력이 필요함. 이러한 과정을 통해 민간이 주체가 되는 매입 등을 조성하고 운영하는 사회주택(social housing) 형식이 도모할 수 있을 것임.

□ 이상에서 살펴본 노숙인주거지원의 내용을 간략히 표로 나열해보면 아래와 같음.

<표 4> 노숙인 주거지원사업의 내용

년도	사업명	주체	대상	거주기간	비고
2000	자활의집	공공/민간	쉽터노숙인	4년	가족단위노숙인 호응 좋음 축소방침, 재개발임대로 전환
2001	서울시 월세지원사업	공공/민간	쉽터노숙인	-	월세의 50%6개월간지원 폐지
2004	결핵노숙인쪽방보호사업		거리노숙인		서울역진료소사업, 쪽방10 개실운영. 3년간 360여명 보호
2006	단신계층용매입임대주택	공공/민간	쉽터노숙인 쪽방거주자	6년	시범사업300호 미달한 상 태 일자리관련 쉽터에서의 병 목현상 보임
2006	임시주거비지원을 통한 노숙인사회복귀지원사업	민간/민간	거리노숙인	-	거리노숙인 감소효과 있음 2008년 만료사업
2007	쪽방 등 최저주거기준 미달가구에 대한 주거지 원사업	공공/민간	쪽방거주자	6년	현재 쪽방지역 자체에 대한 계획, 설비시설확충, 쪽방매입 및 개보수에 대한 계획 없음.

3. 노숙인 주거지원을 생각하다

- 노숙(homeless)이라는 상태가 의미하듯이 노숙문제의 1차적 대응은 주거에 있음. 외환위기 이후 노숙인지원 10년을 거치으면서 구축된 주거지원정책은 상담보호센터→쉽터(혹은 부랑인시설)→자활의 집의 단선구도였음.
- 쉽터의 정체, 소규모쉽터 통폐합정책, 자활의 집 축소방안 등 기존 노숙인지원체계의 담보 혹은 퇴보상황 하에서 주거권에 대한 인식 신장, 주거복지의 개념 부각은 노숙인에 대한 민간차원의 주거지원활동들을 모색하게 했음. 이러한 맥락에서 쉽터

32) 임대주택공급안이 숨가쁘게 발표되는 가운데, 2005년도 6월 서울 남대문로5가동에 위치한 400여개의 쪽방이 도시환경정비사업에 의해 철거되었으며, 2007년 8월에는 영등포2동 쪽방지역 철거가 마무리 되어 총 280여개의 쪽방이 사라졌음. 뿐만 아니라 2007년에는 4월 서울시 중구 남대문5가동 쪽방 화재 발생으로 2명 사망, 3명부상을 당하는 사고도 발생했고, 쪽방처럼 사용되는 저렴주거인 고시원에서도 2006년7월 서울시 송파 고시원, 안산시 고시원 등의 화재로 8명 사망 15명 부상하는 사고가 연이어졌음.

개념을 확장해 시설보다는 ‘주거’ 가깝도록 하려는 시도³³⁾, 무보증월세를 독립주거로 확보하고 유지하도록 지원하고자 하는 시도³⁴⁾가 보여졌음.

- 한편 정부의 공공임대주택정책 방향선회와 노숙인주거지원의 욕구가 만나면서 다양한 매입임대주택이 도입되어 사업시행 1년여를 경과하고 있음.
- 현재 노숙인 주거지원을 목표로 시도되는 사업들은 과거 쉼터위주의 정책과 비교할 때 정책적 차원이나 민간의 경험축적에 있어서 매우 고무적임. 여기서는 이 과정에서 반드시 짚고 가야 할 몇 가지 지점을 논하며 줄이고자 함.
 - 주거상향을 염두에 둔 기존 주거정책 탐색
 - 현재 시범사업으로 진행되는 노숙인지원사업에서의 공공임대주택을 성공적으로 수행함과 동시에 이후 주거상향을 고려한 기존 주거정책에 관심을 지속해가야 함³⁵⁾ 뿐만 아니라 쉼터라는 시설 이후 주거경로와 확장이라는 측면에서 주거자원확보와 정보의 탐색은 중요함. 이는 주거취약계층에게 주거상향의 비전을 제시하는 데 필요한 작업임.
 - 아울러 산재된 정보(공공임대주택이나 민간임대주택 모두)를 취합해 제공하는 곳과 주거복지활동을 수행할 활동가(혹은 실무자)교육을 지속할 수 있는 곳이 필요함.
 - 부담가능한 저렴주거, 장기임대주택의 물량확보
 - 최근 노숙인과 쪽방거주민등을 지원대상에 포함한 주거지원정책들에는 공공임대주택의 위상이 불명확함. 즉 지원대상도 특별한 기준을 고려한 것이 아니라 거처를 중심으로 나열되어 있고, 단기간 임대 후 분양전환되는 단기임대에 치중되어 있음. 특히 취약계층의 주거안정을 위해서는 장기임대주택의 물량확대가 고려되어야함.
 - 동시에 저렴주거해속책도 재고해야할 부분임. 현재와 같은 쪽방지역 전면철거방식과 개발정책은 또 다른 형태의 쪽방과 고시원을 양산하고 흩어내는 것임.
 - 일본과 미국의 경우, 제도적 차원에서 언급하고 지역대책과 관련해 해결방향을 수립하고 있음. 일본은 간이숙박소에 대해 공공부문에서 주거로 적절한 건물에 대해 ‘여관업법’ 및 ‘여관업법 시행령’으로 제도적·위생적인 관리와 적절한 규제를 적용하고 있으며, 미국은 SRO(Single Room Occupancy)의 저렴주거로서의 순기능을 인정하고 SRO호텔을 보전·개보수비용 역시 제도적으로 지원하며 적절한 임대료수준 책정하고 주택품질기준 등 엄격한 기준을 갖추고 있음³⁶⁾.
 - 지역사회를 기반으로 하는 거주지원 실현
 - 단순히 주거(주택)만을 제공하는 것을 넘어서야 함. 즉 주거지원을 확장한 거주지원이 필요한 것임. 이러한 맥락에서 임시주거비지원사업 등 지역을 기반으로 노숙인을 지원했던 단위들의 경험들을 모아내고 자원을 정리할 필요가 있음. 뿐만 아니라

33) 본 글에서 다루지는 않았으나 노숙인복지와 인권을 실천하는 사람들의 사랑방, 영등포한울타리사람들이 이에 해당함.

34) 임시주거비지원사업이 이에 해당함.

35) 단신계층용매입임대 외에도 노숙인을 포함한 대상에 적합한 기존 주거정책으로는 영구임대주택, 기존주택매입임대주택, 기존주택전세임대주택 등이 있으며 주택임차자금지원프로그램으로 저소득영세민전세자금대출 등이 있음. 실제 노숙인지원현장에서는 해당 정책이나 프로그램에 대해 구체적인 정보를 제공하는 곳이 드뭄.

36) 1980년대 홈리스의 사회적 문제가 불어진 이후 뉴욕, 샌프란시스코 등에서는 각각 방 6개당 1개, 방10개당 1개의 욕실 및 화장실 설치를 조건으로 SRO를 인정했음. 또한 개보수에 대한 자금지원으로 뉴욕의 경우 SRO대출 프로그램을 실시했으며, 연방정부의 경우 1981년 개보수를 위한 섹션8을 통해 자금을 지원한 바 있음.

지원대상사례를 모아 유형화함으로써 사례관리의 체계화를 꾀할 수 있을 것임.

- 또한 사업수행 과정에 노숙위기에 놓인 사람들이 발굴 되었다는 점을 놓치지 말고³⁷⁾ 노숙예방전략으로 주거빈곤층 전부를 포괄해야 함. 즉 상태로서의 노숙을 나열(홈리스)함으로써 ‘노숙인’과 ‘쫓방거주민’이 다른 사람들이고 ‘부랑인’과 ‘노숙인’이 다른 사람들이라는 분절적인 사고를 극복하고 “주거(집)”에 대한 사회적 인식제고를 끌어낼 필요가 있음.
- 민간부문 활동성과에 대한 공공부문의 인정, 활성화 토대 준비
- 서비스의 보편화를 위해서는 민간의 성과를 공공부문이 인정하고 제도적으로 뒷받침할 필요가 있음. 현재 우리나라 민간의 노숙인지원에는 토대가 조성되면 더 활력을 펼 수 있을 만큼의 경험을 축적한 사업이 있음. 임시주거비지원사업이나 결핵노숙인의 쫓방보호사업 그것.
- 민간의 지원활동과 공공의 제도화에 있어서 함의를 얻을 만한 정책으로는 영국의 서포팅피플프로그램(Supporting People Program).
 - 지원대상은 광범위한 사회취약계층에 포괄되어, 노숙위기에 처한 사람 혹은 거리노숙인, 출소자, 신체·정신적 장애가 있는 사람, 가정폭력 위협에 처한 사람, 알콜과 약물 문제를 가진 사람, 10대 미혼부모, 노인, 청년, HIV와 AIDS환자 등이며
 - 이러한 취약계층이 보다 독립적으로 살고 ‘자신의 거처’를 유지하면서³⁸⁾ 노숙인이 되는 것을 예방하고, 노숙위기에 놓인 사람들이 독립된 주거생활로 쉽게 전환할 수 있도록 돕는 것을 목적으로 함.

37) 임시주거비지원사업이나 본 글에서 언급하지 않았으나 주거복지센터의 사업수행 내용을 보면, 지역사회 내에 월세체납으로 노숙위기에 처한 사례를 어렵지 않게 접하게 됨.

38) 서포팅피플프로그램은 그래서 ‘지원이 연관된 주거(housing related support)’ 라고 불리기도 함. 이는 서비스의 주요 목적이 지원대상이 자신의 거처에서 독립적인 주거를 유지하며 개인의 능력을 발전시키고 지속하는 것에 있기 때문임. 구체적인 내용은 서종균외(2006), 영국임차인지원생활지원체계에 대한 연구를 보기 바람.

참고문헌 및 자료

- 김선미(2007), 주거지원에서 거주지원(지역사회정착지원)으로, 2006년 임시주거비지원을 통한 노숙인 사회복귀 지원사업 보고서, 전국실직노숙인대책종교시민단체협의회. pp.125~151.
- 김선미(2007), 쪽방주민 욕구에 부응하는 거주지원책 모색, 쪽방주민의 주거안정을 위한 열린 포럼 자료집. pp.1~37.
- 김윤이(2005), 미국의 SRO주택을 활용한 단신홈리스 주거지원의 경험, 「도시와 빈곤」, 통권 77호, pp.128~162.
- 남철관(2007), 노숙인 주거지원의 현황과 과제, 2007서울시 노숙인정책토론회자료집.
- 서울시행정사무감사자료(2007)
- 서종균외(2006), 영국임차인지원생활지원체계에 대한 연구, 한국도시연구소.
- 이태진외(2007), 노숙인정책의 평가와 개선방안, 한국보건사회연구원.
- 전국실직노숙인대책종교시민단체협의회(2007), 2007년 임시주거비지원을 통한 노숙인 사회복귀지원사업보고서



사단법인 인도주의실천의사협의회

서울시 종로구 이화동 26-1 엘림빌딩 3층(우)110-500
T.02-766-6024 | F.02-766-6025 |
www.humanmed.org | inyeeh@kornet.net