저소득 고령자를 위한 지원주택의 서비스 유형 및 소요에 관한 연구

박은숙*·남원석**

A Study on Service Type and Needs of the Supportive Housing for the Elderly with Low Income

Eun-Sook Park*·Won-Seok Nam**

요약 : 이 연구는 저소득 고령자의 지역사회 계속거주 수단으로 지원주택 공급을 활성화하기 위해 해외사례를 중심으로 서비스 유형과 입주대상을 검토한 후 전국과 서울의 소요대상 가구를 추정하였다. 첫째, 지원주택은 주거와 서비스가 결합된 모든 주택으로, 최소한의 물리적 요건과 서비스코디네이터의 사례관리가 시행되어야 하며 건강상태에 따라 상주 관리인과 서비스 제공기관과의 접근성에 차이를 두도록 계획한다. 둘째, 소요가구 추정은 소득과 건강, 주거환경을 적용하여 2단계로 시행하였으며 건강 기준은 미국의 일상생활동작학(Activities of daily living, ADL)기준을 활용하였다. 연구 결과, 지원주택 소요가구는 전국 노인가구의 최소 1.33%, 최대 4.52%로 추정되었으며, 서울은 이보다 소폭 낮은 1.11%에서 3.54%로 확인됐다. 전체 소요가구는 평균 3개의 만성질환을 가진 80세 전후의 후기 고령가구이며, 직접적인 서비스 제공이 필요한 가구는 건강과 기능, 영양, 근력 상태가 낮은 특성을 보이는 것으로 분석되었다.

주제어 : 고령자, 저소득, 지원주택, 지원서비스 유형, 소요추정

ABSTRACT : The aim of this research was to review services type and housing targets on overseas cases and estimated the number of households required for nationwide and Seoul to provide supportive housing as a means of realizing the continuous residence of low-income elderly people in local communities. Firstly, the supportive housing was all houses in which housing and services were connected, and the case management by the service coordinator was performed with minimum physical requirements, and the accessibility between the resident manager and the service providing institution was planned to be different depending on the health condition. Secondly, estimates of need were implemented in two stages, applying income, health and residential environmental standards, and health criterion was utilized the Activities of Daily Living(ADL) standard in the United States. As a result, the number of households was estimated to be at least 1.33% and up to 4.52% of the elderly households, and Seoul is slightly lower from 1.11% to 3.54%. In addition, it was analyzed that the average the households in need were aged around 80 years old with three chronic disease, and those who needed direct service had low health, function, nutrition, and muscle strength conditions.

KeyWords : lderly, low income, supportive housing, type of support service, estimation of needs

* 서울대학교 환경계획연구소 객원연구원(Research Fellow, Planning Research Group, Seoul National University.)
** 서울연구원 연구위원(Research Fellow, The Seoul Institute.) 교신저자(E-Mail: nws@si.re.kr, TEL: 02-2149-1177)

I. 서론

1. 연구의 배경 및 목적

우리나라는 2026년에 전체 인구 중 65세 이상 인구 비중이 20%가 넘는 초고령사회로 진입이 예상된다. 또한 통계청(2019)의 장래가구추계에 따른 고령자 가구주 비율은 2020년 22.8%, 2030년 33.8%, 2047년에는 49.6%로 예측되고 있어 10년 후 주택 3채 중 1채, 30년내 2채 중 1채가 고령자 주택이 될 것으로 보인다. 이러한 추세는 베이비부머 세대[1]가 고령인구에 포함되기 시작하는 2020년부터 급격한 고령사회로의 진입이 예상되므로 고령자 주거에 대한 적극적 정책 대응이 필요하다.

고령자들은 경제 및 건강상의 이유로 주거 이동성이 낮은 편이고 살던 지역사회에서 계속 거주(Aging in Place; AIP)하고자 하는 욕구가 있다. 이러한 고령자 특징을 감안하여 정부의 고령자 주택정책은 자가 주택을 중심으로 주택개보수를 권장하고 있는데 저소득 고령자는 대부분 차가로서 임차인 원상복구 의무와 임차갱신에 따른 주거비 상승 우려로 물리적 및 경제적 거주 불안정 문제로부터 탈피하지 못하고 있다. 그 결과 우리나라 저소득 고령자들은 의학적 입원치료까지 필요하지 않음에도 불구하고 돌봄과 거주 문제를 동시에 해소할 수 있는 대안으로 시설입소를 선택한다.

우리나라는 그동안 고령자 부양책임이 가족 돌봄 영역에서 머물러 있었는데 최근 들어 대가족 해체 및 피라미드형 인구 분포로 재가 및 시설 돌봄과 같은 사회적 돌봄 영역이 확대되고 있다. 2007년 노인장기요양보험제도 도입으로 노인요양시설[2]은 증가했으나, 비교적 자립생활이 가능한 노인을 위한 주거복지시설 공급은 정체되었으며 지역내 주거복지시설이 없는 경우 노인의료복지시설로 입소할 수 있도록 규정하고 있어 제도적으로 주택이 필요한 고령자가 요양시설에 입소할 수밖에 없는 상황이다. 노인복지주택[3]은 「노인복지법 시행규칙[4]」에 따라 단독취사를 입주조건으로 하고 시설이용료 및 입주비 등을 공공에서 지원하지 않는다. 현재 일부 지자체에서 건설 및 운영을 지원하는 공공형 노인복지주택[5]이 운영되고 있는데 거주 노인의 건강기능 자립 비율이 90% 이상인 것으로 조사되었다(김유진외2, 2019). 제도적으로 노인복지주택은 지원서비스 필요성이 낮은 건강 노인에게 공급되고 더욱이 저소득층의 주거 대안으로 선택되기 어려운 환경이다. 이러한 제도 및 공급 환경을 종합하면 지원서비스를 필요로 하는 저소득 고령자는 단독주거가 불가능한 노인복지시설과 요양시설 입소가 유일한 대안이다.

---

1) 베이비부머들은 '55~'63년 출생, 약 723만명으로 인구의 14%로 2020년 베이비부머 세대의 맏형인 55년생이 노인으로 진입한다.

2) 노인요양시설은 노인의료복지시설로서 치매 · 중풍 등 노인성질환 등으로 심신에 상당한 장애가 발생하여 도움을 필요로 하는 노인을 입소시켜 급식 · 요양과 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 시설을 말한다.

3) 노인복지주택은 노인을 대상으로 급식, 주거의 편의 등을 제공할 목적으로 민간사업자가 전액 자부담으로 동 시설을 설치하고, 운영비는 입소 노인의 본인부담으로 조달하여 운영하는 노인주거복지시설이다.

4) 제14조제1항제2호에 따라 단독취사 등 독립된 주거생활을 하는데 지장이 없는 60세 이상의 자를 말한다.

5) 시행 사례로 세종시 밀마루와 성남시 아리움이 있다.

최근 공공주택 거주민의 고령화와 함께 공공주택 공급기관과 지방자치단체에서 기존 공공주택 유형에 일부 지원서비스를 결합한 공공실버주택 시범사업 등을 실시하고 있다. 그런데 현재 주거지원과 관련하여 제도적으로 명시되어 있지 않아 각 시행 주체별로 표준화되지 않는 지원서비스가 제공되고 있으며 재정 충당을 위해 민간기부금이 활용되기도 하고 입주대상에 대해서는 대부분 공공주택 입주자 모집 기준인 소득요건을 따르면서 우선 입주대상 가구는 모집공고 주체에 따라 독거노인[6], 만성질환자[7], 반지하 및 옥탑 거주자[8] 등 가구형태와 건강 및 주거환경 기준을 각각 개별적으로 제시하고 있다. 2018년 보건복지부 등 관계부처 합동으로 발표한 「지역사회 통합돌봄 기본계획」에서 서비스가 연계된 케어안심주택이라는 용어가 등장하며 부처별 칸막이를 낮춰 주택과 복지자원의 연계를 시도하였다는 점에서 정책적으로 의의가 있다. 그러나 여기에도 필요 서비스와 대상자 기준 및 규모 파악 등은 시범사업 후 논의과제로 남겨둔 상태이다. 즉 고령자실버주택 및 케어안심주택을 포함하여 정책적으로 지원주택 공급을 위해서는 서비스 욕구를 가진 고령가구에 대한 구체화가 필요하다. 이를 위해서는 먼저 고령자의 독립생활을 지원하는 주택에 대한 정의 및 성격을 정립하고 이에 부합하는 서비스와 대상가구를 설정하는 것이 논리적으로 적합한 절차이다. 이를 위해 이 연구는 두 가지에 초점을 맞춰 논지를 전개하고자 한다. 첫째, 지원주택 관련 선행연구와 해외정책에 대한 검토를 바탕으로 지원서비스 유형 및 입주대상에 대한 함의를 도출할 것이다. 둘째, 도출된 입주대상 기준을 활용하여 전국 및 서울의 지원주택 소요가구 규모와 가구특성을 분석할 것이다. 결론에서는 두 가지 분석을 종합하여 향후 지원주택 정책의 확대를 위한 과제를 제안하고자 한다.

2. 연구의 대상 및 방법

이 연구는 고령자 등 취약계층에 대한 서비스연계 주택인 지원주택 정책을 펼쳐온 영국과 미국을 중심으로 정의와 서비스 및 입주대상에 관한 문헌검토를 통해 수요자 측면의 배분을 중심으로 국내 저소득 고령자 지원주택의 정책 방향을 정립하도록 한다. 국내 저소득 고령자 주택은 공공에 의해 주로 추진되고 있는바, 공급 및 방식 등은 공공주택 공급정책을 준용하는 것을 전제한다. 앞선 문헌검토를 통해 도출된 지원서비스 유형과 입주대상 가구 기준을 기초로 건강 및 주거환경을 고려하여 2단계로 추정단계를 구분하고 전국 및 서울을 대상으로 입주대상이 되는 소요대상 가구를 추정한다. 이때 이 연구에서 노인의 건강기능 판단 기준으로 일상생활수행능력(Activities of daily living; ADL)을 활용하는데 국내 노인복지법을 근거로 한국보건사회연구원이 조사하고 보건복지부가 공표

6) 공공실버주택(성남)은 만65세 이상 무주택세대원이며, 배점기준이 연령배점(50점)과 단독세대주배점(50점)으로 구성된다.

7) 신내의료안심주택(서울 중랑구)은 '의료욕구판정대상자'로 만 65세이상 고령자 또는 만성질환관리제도 대상자(본태성 고혈압(I10) 진단서 또는 인슐린-비의존당뇨병(E11) 진단서 발급자)를 1순위 입주대상자로 하고 있다.

8) 보린주택(서울 금천구)은 해당 자치구 거주 65세 이상 홀몸노인 중 국민기초생활법상 생계 또는 의료급여 수급자로서 동일 신청자격에 대해 '① 지하·반지하·옥탑방·벌집 무주택 거주자 ② 공동 주택 생활 에 원만하게 어울려 지낼 수 있는 자 ③ 금천구 전입일이 빠른 자'를 기준으로 우선순위를 결정한다.

하는 노인실태조사[9]에 따르면 한국형 일상생활측정 항목은 일상생활동작수행능력(K-ADL)과 도구적일상생활동작수행능력(K-IADL)으로 구분된다. 따라서 이 연구에서는 국외 기준을 국내 노인실태조사 자료와 매칭하여 소요를 추정한다. 끝으로 고령자 지원주택 제도화를 위해 추정된 소요 가구특성과 지역사회서비스 이용에 대해 분석한다.

II. 선행연구 검토

지원주택[10]은 1960년대 초 미국에서 장애인에 대한 시설내 학대문제 해결을 위해 주택에 거주토록 하는 탈시설화(Deinstitutionalization)전략을 취하였으나 오히려 열악한 주거에 방치되고 도시재개발로 인해 노숙인으로 전락하는 등의 문제 해결을 위해 1987년 홈리스지원법(Homeless Assistance Act)에 처음 등장하였다. 그 이전부터 장애인과 고령자는 병리적 문제를 가진 집단으로 동일하게 취급되었으며 1960년대 저리로 공사비 대출을 시행하고 있었다. 이때까지 지원서비스에 대한 자금을 제공하지 않았지만 HUD는 세입자의 요구를 충족시키기 위한 서비스 계획 개발을 공급주체에게 요구하였으며 1987년 주택법에서 Section 162를 통해 장애인을 위해 자금조달 메커니즘의 일부를 변경하였다. 이처럼 일반가구에 비해 장애인 및 고령자는 신체 및 정신적 장애 또는 노쇠로 다양한 주거서비스 욕구(needs)를 가지므로 이들을 위한 주택 프로그램은 복지서비스(human service)와 주거지원(housing assistance)이 통합된 지원주택이어야 한다(Schwartz, 2010).

지원주택은 위험에 처해 장기간의 케어가 필요하나 집중적인 간호는 필요하지 않은 경우, 주거측면에서 해결하려는 것으로(Nancy and Caludia, 2008) 어떠한 구성이든 주거와 서비스가 결합된 주택유형이다. 일반적으로 공동체내 독립주거와 함께 커뮤니티기반의 지원서비스와 연계하거나(Rog, 2004), 급식과 가사노동지원, 지속적 건강 모니터링 등 지원서비스를 주택에서 받을 수 있는 주거형태의 포괄적 용어이며(American Association of Retired Persons, 2008), 지원주택은 거주자의 독립성(independence), 프라이버시(privacy), 자존감(dignity), 의사결정 능력(decision-making abilities)을 최대화시켜 줄 수 있는 주택으로 저소득층의 삶의 질을 보장한다는 차원에서도 공급이 강조된다(CMHC, 2000). 이러한 서비스는 거주자의 필요 및 선호의 변경에 따라 조정될 수 있고 지원주택 입주심사 과정 절차가 진행되긴 하지만 서비스 제공을 전제로 입주가 결정되지 않기 때문에 당사자 통제권이 높아 시설과 다르며, 시간제로 운영되는 재가서비스 체계와 다르게 일상적 지원을 받을 수 있다는 점에서 재가복지와 다르다.

---

9) 노인실태조사는 노인보건복지 정책 수립에 필요한 기초자료 및 기본지표 생산을 위해 2008년부터 3년 단위로 국가승인통계로 전국 65세 이상 노인 약 1만 명의 생활실태 및 복지욕구 등을 조사하고 있으며 7개의 ADL 항목과 10개의 IADL(Instrumental Activities of Daily Living)에 기초하여 파악한 건강기능상태를 조사하고 있다. ADL 도구는 옷입기, 세수하기, 목욕하기, 식사하기, 이동하기, 화장실출입, 대소변 조절의 7가지 문항을 포함하고, IADL 도구는 몸단장, 집안일, 식사준비, 빨래하기, 약 챙겨 먹기, 금전관리, 근거리 외출, 물건사기, ㄱ전화사용, 교통수단 이용의 10가지 문항을 포함한다.

10) 지원주택은 미국에서는 'Supportive Housing', 영국에서는 'Supported housing'이라는 용어로 사용되고 있다.

지원주택은 지원이 결합된 주택(housing with support)으로 서비스 제공 영역은 장애 기준 등을 충족하는 물리적 부분과 커뮤니티 알람 및 관리인과 같은 서비스 제공 부분으로 정의될 수 있는데 저소득 고령자를 위해서 부담 가능한 주택이어야 한다. Tinker(1997)은 서비스 지원주택인 보호주택의 서비스 제공과 관련하여 비영리기관이 공급주체인 경우 내부적으로 직원이 전담하지만 지자체가 공급하는 경우에는 주택 외부의 사회서비스 자원을 주로 활용하는 것으로 구분하였다(Jones, 2007). 즉 지원서비스는 주택 내·외부적으로 공급될 수 있으므로 지원주택 위치는 서비스 제공기관과의 접근성을 고려하여야 하며(Hannigan and Wagner, 2003), 독일에서는 250미터내 공간 배치를 권장하였다[11].

앞서 언급하였듯이 초기 미국의 지원주택은 고령자와 장애인이 모두 포함되었지만 1990년 National Affordable Housing Act에서 장애인 프로그램을 별도로 제정되었다. 두 수요층을 분리한 주요 목적은 새로운 공급 주체들이 자금조달을 위한 경쟁을 용이하게 하고 소규모 프로젝트 기회를 확대하기 위해서였으며 이를 통해 적합한 공모기준이 개발되게 되었다(AREA, 1995). 고령자는 장애인 등 다른 취약계층과 달리 지속 노화가 진행되어 특별한 치료를 통해 건강회복을 기대하기보다 예방적 차원의 케어가 필요하고 인구규모도 가장 큰 집단으로 정책적으로 개별화한 것으로 볼 수 있다.[12]

고령자 주거에 대한 AIP 이념이 처음 제기되었을 때는 '인생을 마칠 때까지'(until death) 지속적으로 거주하는 것을 의미하는 경향이 강했으나 이러한 의미는 약해지고 있으며, 오히려 '가능한 한'(as long as possible)이라는 단서가 붙는 경향이 나타나고 있으며(조아라, 2013; cf. Frank, 2001), 고령자의 지원주택 거주는 독립적인 생활지원을 통해 시설보호 이동을 지연 또는 예방하며 경제적으로도 요양시설(nursing home) 비용보다 65% 저렴하여 불필요한 요양시설 입소의 대안으로 제안되고 있다(Melissa, 2019). 영국의 대표적 지원주택인 보호주택은 의학 및 간호케어를 제공하지 않으며 특별 의료케어가 요구될 경우에는 요양시설로 이동이 적합하다고 추천하고 있다. 이러한 측면을 종합하면 고령자의 지원주택 거주는 요양시설 이전의 AIP 실현이라고 볼 수 있다.

국내 고령자 주거 관련 연구에서도 고령자의 신체 특성 및 수요를 고려하여 물리적 개선과 함께 주거지원이 포함된 노인생활가정 및 노인복지주택과 다세대 동거형 공공임대주택 공급과 복지관 인근에 소규모 공공임대주택 공급 등을 제안하여 왔다(홍형옥, 2000; 천현숙·강미나, 2012). 고령자 주거지원 기준과 관련하여 노인연령과 신체적 특성에 대한 고려가 필요하고(이수욱외2, 2012), 노인복지사업 효과 제고를 위해서 다차원적이며 복합적인 빈곤을 경험하는 고위험 집단[13]을 대상으로 비현금적 재화와 서비스를 제공하는 등의 집중적 지원이 필요하다는 주장이 있었다(김경혜·윤민석,

---

11) 류상오(2009)는 고령자의 보행한계시간(9.72분), 보행속도(0.67m/s)를 감안하면 반경 400m를 일상보행권으로 보았다.

12) 인구 비중이 가장 높아 고령자 지원주택 공급 비중이 가장 높은 유형임에도 불구하고 대부분의 지원주택 연구는 정신질환자, 약물 남용자 및 노숙자를 중심으로 수행되고 있는 편이다.

13) 여성, 후기고령, 저학력노인 그리고 독거 또는 기타 친인척이나 비혈연과 함께 사는 노인을 고위험 노인으로 분석하였다.

2013). 한편 실질적으로 고령자의 주거복지 소요 파악하고 노인과 지역사회를 연계하여 정보와 자원을 전달하고 배분하는 역할을 담당할 주거복지 사제도 양성화와(천현숙·강미나, 2012; 염혜실·권오정, 2014) 장기임대주택법의 실효성 제고를 위해 보건복지부와의 협업이 필요함이 강조되어왔다(여경수, 2011). 그러나 일반적으로 국내 노인주거복지시설 입소 및 공공주택 입주자는 기초생활보장수급자 위주의 소득을 기준으로 산정되고 장기공공임대주택의 경우 사회복지관과 주거복지센터를 중심으로 고령자에 대한 주거복지서비스 제공을 기반을 두고 있으나 「장기공공임대주택 입주자 삶의 질 향상 지원법」 시행령에 따르면 사업주체가 별도의 사회복지관 설치를 노력하여야 한다는 임의규정을 두고 있어 구속력이 낮으며 소요에 비해 공급이 부족하다는 주장이 있다(김유진외 2, 2017). 최근에는 공공실버주택 시범사업 시행으로 고령자 주택을 위한 건축설계 및 개조를 강조하는 연구(이연숙외 3, 2015)와 의료서비스 제공을 포함한 주거모델을 제안하는 보건복지 분야 연구가 진행되었다(김유진외 2, 2019).

그런데 앞선 해외연구에 따르면 지원주택은 불필요한 요양원 입소의 대안으로서 독립적인 생활지원을 위해 주택 내·외부에서 복지와 주거지원 서비스가 제공되며 지역내 사회서비스 자원도 활용되는 주택으로 정의되고 있다. 즉, 지원주택은 가능한 수준의 AIP 실현을 지향하는 것으로 요양시설도 여전히 상존하는 방식으로 정책이 마련되고 있다. 그동안 인구추계 및 공공주택 공급계획 연구들에서 고령자 가구 및 주택에 대한 수요를 추정하고 있으나 이 연구대상인 지원주택 소요를 직접적으로 추정한 연구는 시도되지 않고 있다. 이하에서는 이상의 지원주택 성격에 기초하여 지원서비스 및 입주대상, 소요추정 및 특성을 검토하도록 한다.

〈표 1〉 고령자주택의 지원서비스 유형

구 분	서비스	서비스 강도
보호주택	지원서비스 없음	낮음
보호주택 (관리인 포함)	지원서비스 있음	중간
높은수준 보호주택 (근접보호, 생활보조)	보호서비스 있음	높음 (보호)

출처: Pannel and Blood(2012)

Ⅲ. 해외 지원서비스 유형과 입주대상

1. 지원서비스 유형

영국의 경우 법률적으로 지원주택을 정의하고 있지 않으나 지역사회에서 가능한 독립적으로 거주할 수 있도록 주택에 지원(support) 및 케어(care) 서비스를 제공할 수 있는 모든 주택 계획(scheme)을 말하며 방문서비스(visiting support)와 관리인서비스(warden/scheme manager)를 고령자 지원서비스의 핵심으로 본다(DCLG and DWP, 2016).

고령자 주거 고문단(Elderly Accommodation Counsel)은 제공서비스에 따라 영국 고령자 지원주택을 〈표1〉과 같이 3개로 유형화하고 있다. 그에 따르면 첫째 상주관리인은 없지만 응급대응방문이 지원되는 주택(Housing without support), 둘째 일정시간 상주관리인이 배치되는 주택(Housing

with support), 셋째 집주인 또는 관리인에 의해 24시간 대응할 수 있는 특별관리(extra-care), 생활보조(assisted living), 밀집관리(close care) 등의 관리서비스(care services)를 지원하고 촉진하는 주택(Housing with care)으로 구분하고 있다. 그런데 높은수준 보호주택(very shelterd; VS)은 Extra Care Housing의 일종으로 지원 및 개인케어는 제공하지만 케어홈[14](care home) 수준의 서비스를 제공하지 않는다(Pannel and Blood, I, 2012).

보호주택은 세입자의 출입이 자유로운 주택으로 공용 라운지와 손님방과 같은 공용공간이 마련되어 있고 엘리베이터와 응급호출시스템이 갖추어져 있다. 영국의 보호주택은 25-30호 정도의 소규모로 기존 고령자 거주지 내에서 쉽게 이사할 수 있으며(Tinker, 1997), 노인들의 자립적인 생활촉진을 위해 가게, 병원, 공공기관, 대중교통을 이용할 수 있는 지역에 위치한다(Williams, 1986).

높은수준 보호주택은 일반 보호주택에 비해 관리기능이 강화된 주택으로 아파트(blocks of flats), 다세대주택(bungalow), 단지(villages) 등 다양한 주택 형태로 공급되고 식사는 구내에서 준비된 점심과 차로 제공되며 정기적인 사회활동은 직원이 구성하며 행사를 선택하고 준비하는데 입주자가 참여할 수 있다. 전담케어 및 지원팀은 주7일, 하루24시간 상주하고 개인관리, 약물치료, 관계유지, 정서적 지원 및 재산 유지에 도움을 줄 수 있다. 지명된 핵심 직원이 지원요구에 대해 논의하고 개인계획에 기록되며 플랜은 정기적으로 가족 및 지원팀원과 검토되며 국가의 Supporting people 프로그램의 보조를 받는 서비스제공자는 모니터링을 받는 것이 의무화되어 있다. 거주자는 소득 및 저축에 따라 임차료 전부 또는 일부에 대해 국가의 보조금인 Housing benefit의 지원을 보장받을 수 있으며 게스트룸 비용 등은 부과된다.

미국의 고령자 지원주택 제도는 도시개발주택청(HUD)의 지원서비스제공 자금 지원프로그램에서 찾아볼 수 있다(HUD, 2008). 각 프로그램의 명칭과 대상은 〈표2〉와 같으며 프로그램에 따라 대상자, 물리적 시설, 서비스 요건이 충족된 경우에 자금이 지원된다. Section202 주택규모는 1990년대에는 평균 50호, 2000년대는 42호 수준으로 작아지고 있지만 사실상 효율적 공급 규모는 없다(Perl, 2010). 공동주택 서비스코디네이터 (Multi-family Housing Service Coordinators: MHSC) 프로그램은 이동, 식사서비스, 가사도움, 약물 관리, 간호·치과의사·마사지사·미용사 방문, 사회활동 등 지역내 서비스가 연결되도록 연결을 보장하도록 서비스코디네이터를 할당하는 것이며 공동생활주거서비스(Congregate Housing Service Program: CHSP) 프로그램은 사례관리, 식사(최소 1일1식), 가사도움, 케어(personal care), 이동을 지원하는 서비스를 직접 제공하고 주택 개보수와 서비스코디네이터를 고용할 수 있게 한다. 가장 공급이 많은 서비스는 사례관리, 가사도움, 식사서비스, 개인지원, 이동지원 순인 것으로 조사되고 있다. 생활지원개조(Assisted Living Conversion Program : ALCP)프로그램은 24시간 위기대응, 영양 및 약물 감독, 1일3식 제공하는 서비스요구조건과 중앙 주방과 모든 입주민이 이용 가능한 라

14) 케어홈은 자격을 갖춘 간병인이 24시간 간호서비스를 제공하고 세탁, 옷 입히기, 화장실 가는 것, 식사, 일어나기 등 모든 행위를 도우며 정부로부터 감독을 받거나 등급이 매겨지는 주택이다.

운지 또는 레크레이션 공간과 장애인도 접근 가능한 화장실, 24시간 응급응답시스템 설치되는 건축 요구 조건을 충족시 공간 개조 및 가구가전 등 구매를 위한 자금을 신청할 수 있다. 이 프로그램으로 배정된 자금은 손잡이, 출입구 확장, 접근성 높은 기구 설치, 응급알람시스템 설치, 주방 및 식당, 레크레이션 공간 등의 공동 공간의 개조와 가구 및 기구 구매에 활용된다.

이러한 프로그램의 지원서비스 구성의 중심에는 서비스코디네이터가 있으며 서비스코디네이터는 부동산 소유자, 주택관리 회사, 공공주택회사, 주민협회 또는 공동체주택 단체가 고용 또는 계약한 사회 복지 직원으로 과거 서비스코디네이터는 사회 복지 전문가로 사회취약계층을 위한 정보 및 추천 자원을 연계하는 활동을 주로 하였는데 고령자 지원프로그램에서 식사, 이동, 가사, 건강 및 영양, 일자리 훈련 등의 서비스를 주선·연결하고 지원서비스 제공을 조정하고 저소득층 거주자를 위한 혜택 및 자격, 커뮤니티 기반 서비스에 접근하는 방법을 알려준다. 1990년 서비스코디네이터가 자금을 조성할 자격이 부여되고 2000년 서비스코디네이터가 종사하는 HUD 주택 인근의 고령자도 지원할 수 있도록 법[15]이 수정되었으며 서비스코디네이터 지원이 있는 경우 주택의 점유기간이 10% 길다는 분석결과가 있으며(Melissa, 2019) 공공주택 프로그램[16]에서도 서비스코디네이터에 대한 최소의 자격과 경험이 요구하고 있다.

〈표 2〉 고령자주택 지원서비스 프로그램 유형

프로그램	서비스 내용	서비스 강도
공동주택 서비스코디네이터 (MHSC)	서비스코디네이터의 서비스연계 (식사, 이동, 가사도움, 약물관리, 간호사·치과의사·마시지사·미용사 방문, 사회활동)	중간
공동생활 주거서비스 (CHSP)	직접서비스(식사, 이동, 가사도움, 사례관리, 개인케어), 서비스코디네이터, 리모델링	높음
생활지원개조 (ALCP)	시설설치(안전손잡이, 출입문 확장, 접근성 향상 시설, 응급알람시스템), 리모델링(부엌·식당 등 공용공간, 가구·기구 제공)	보호

지금까지 살펴본 고령자 지원서비스 내용을 종합하면 미국의 지원서비스는 기본적으로 서비스코디네이터 배정을 전제로 하고 직접서비스 제공, 리모델링, 서비스코디네이터를 포함하여 다차원적으로 지원되고 이보다 강화된 서비스 요건을 전제로 시설설치 및 리모델링 비용이 지원되며 있다고 볼 수 있다. 영국의 보호주택은 미국의 MHSC와 유사하게 중간단계의 서비스를 지원하고, 높은 수준의 보호주택은 미국의 CHSP 및 ALCP와 비슷한 케어를 지원하는 것으로 두 단계 유형으로 단순화시킬 수 있다. 또한 주택의 물리적 기준과 관련하여 보호주택은 다양한 주택형태를 적용되며 Section202 프로그램은 효율적 공급 규모를 제한하지 않고 있어 주택형태와 공급규모가 지원주택의 유형의 기준이 될 수 없으나 지원서비스 제공을 위한 공동식당 및 라운지, 게스트룸, 24시간 응급응답시스템 설치 여부 등은 서비스 수준과 연계된 건축 요구조건으로 제시되고 있다.

15) American Homeownership and Economic Opportunity Act of 2000

16) 공공주택에 서비스코디네이터 고용 등의 재원을 지원하는 Resident Opportunities and Self-Sufficiency Grant Program이 운영 중이다. 서비스코디네이터는 다음과 같은 7가지 자격요건을 갖추어야 한다(https://www.hudexchange.info/). ① 관련분야 학사학위 및 최소 2년의 서비스코디네이터 경력,② 저소득층을 위한 공공제도 혜택에 대한 지식, ③ 서비스코디네이터 관련 법적 책임 문제 경험, ④ 사례관리 제공 및 코칭 경험, ⑤ 여러 서비스 제공 업체와 협력하여 서비스 제공을 구성, 전략화 및 조정하는 능력, ⑥ 고객, 파트너/서비스제공자의 모집, 등록, 유지전략 경험, ⑦ 저소득층을 위한 효과적인 의사소통 전략 개발 경험

2. 입주대상 유형

영국의 보호주택은 대기자명부 제도를 기초로 운영하고 있는데 지방정부 및 주택협회에 따라 입주자격 기준(eligibility criteria)이 다를 수 있으나 일반적으로 〈표3〉과 같이 경제, 건강, 주거 부분에 대해 입주자격을 평가(assessing)하고 있다.[17] 지방정부 사례에 따르면 고령자 지원주택 입주 신청 대상가구는 60세 이상의 단독 또는 부부가구이며 개별적으로 입주자격 심사가 이루어지며, 노쇠한 경우 55세 이상자도 가능하다. 공무원(Housing Option Service, Social & Community Services)과 사례관리자(Scheme Managers)로 구성된 패널(A Joint Assessment Panel for Older Persons)이 지역내 지원주택을 신청한 신청자의 지원요구(support needs)를 평가한다. 패널은 신청자의 건강, 기능능력, 지원 네트워크(support network), 현재 거주의 위험 등과 관련 포인트(high priority points)를 가산하며 주거보다 건강 항목에 더 많은 배점을 부여하고 있다(Westminster, 2013).

〈표 3〉 보호주택 입주자격 평가시 고려사항

구분	고려 사항
경제	□ 민간임대주택의 주거비용이 부담스러워 공공지원 주택을 필요로 하는가?
건강	□ 질병이나 장애와 같은 의료 또는 사회적 도움을 받기 위해 주거이동이 필요한가? □ 케어제공을 받기 위해 가족근처로 이주하고 싶은가?
주거	□ 주거욕구에 적절한가?(계단, 화장실) □ 거주공간이 과밀한가?

출처: https://www.which.co.uk 활용하여 작성

미국의 Section202 프로그램 입주자격은 62세 이상 중위소득 50% 이하의 저소득 고령자이면 충분하지만 서비스지원 프로그램 대상이 되기 위해서는 건강 기준인 ADL 요건이 충족되어야 한다. ADL 기준은 독립생활 및 본인 스스로 케어하기 위해 필요로 하는 활동을 말하며 일반적으로 식사(Eating), 옷입기(Dressing), 씻기(Bathing), 앉기 및 걷기 등 외출하기, 외모 관리하기(Grooming), 관리활동(management)의 5가지로 구분하고 있는데 입주자는 스스로 음식 먹기, 옷입기, 외모관리와 같은 ADL 최소수준에 대해 독립적 수행능력을 갖추어야 하며 서비스제공자는 식사준비와 요리, 욕조 드나들기, 머리감는 활동을 지원할 수 있지만 일반적 수준 이상으로 개별화된 서비스를 언제라도 제공할 의무는 없다고 미국 연방정부는 규정하고 있다(24 CFR § 891.205). 지원주택 프로그램별 ADL 적용은 위의 5가지 중 1개 또는 2개 제한이 있는 경우 위험군(At-risk), 최소 3개 이상 제한이 있는 경우 노쇠(Frail)로 간주하고 이와 같은 내용을 종합하면 〈표4〉와 같다. CHSP 지원여부는 최소 한명의 의료 전문가를 포함한 3명으로 구성된 위원회에 의해 적격성이 판단된다.

〈표 4〉 고령자 주택 서비스 지원 대상 기준

구 분		대상 기준
경제·사회		□ 62세 이상 포함 가구(1~2인) □ 저소득가구(중위소득 50%이하)
건강	공동주택 서비스코디네이터	□ 위험(Risk) : ADL 1개 또는 2개 이상
	공동생활주거서비스, 생활지원개조	□ 노쇠(Frail) : ADL 3개 이상

출처: HUD(2008)의 내용을 활용하여 작성

17) 기존 보호주택에 거주하고 있는 사람도 포함할 수 있어 보호주택간 주거이동도 가능하다.

3. 소 결

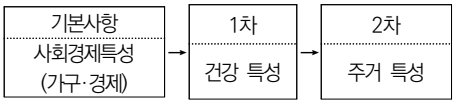
앞 절의 지원주택의 서비스 및 입주대상 유형에 관한 내용을 종합하여 국내에 적용 가능한 기준은 다음과 같이 요약할 수 있다. 첫째, 고령자를 위한 지원주택은 일생생활 지원을 통해 고령자의 독립주거를 지원하는 주택으로 주택 유형과 공급 규모에 대해 특별히 규정하고 있지 않지만 서비스제공을 위한 라운지와 같은 공용공간과 엘리베이터 등 무장애시설, 24시간 위기대응 시스템 설치를 대체로 요구하고 있다. 따라서 지원주택 공급기반 마련을 위해 기존 공공주택 및 도시재생 사업 등을 통해 활용될 수 있는 공공지원주택은 최소한 위의 3가지 조건을 충족할 경우 어떤 주택 유형이든 지원주택으로 활용될 수 있다. 둘째, 주거지원서비스는 서비스코디네이터에 의한 사례관리를 기본으로 하되, 입주가구의 의사에 따라 가사도움, 식사서비스, 개인지원, 이동지원과 사회활동 서비스도 포괄한다. 이때 일상생활 도움이 긴요한 입주자에게는 응급대응이 가능한 상주관리인과 최소 1일 1식 식사 등의 직접서비스 제공기반이 필요하다. 셋째, 지원주택 입주가구 선정은 소득 및 건강지원이 필요한 가구를 대상으로 하며 동일배점자의 경우에 주거환경을 가점으로 적용한다. 즉 건강기능을 배제한 채 주거환경만을 기준으로 입주 가구를 선정하지 않는다.

Ⅳ. 소요가구 추정 및 특성

1. 소요 추정

지원주택에 대한 소요는 일상생활의 도움을 필요 여부의 기준이 되는 건강을 기준으로 선정하고 이 중 동일순위 경쟁을 고려하여 2차로 주거기준을 적용하여 〈그림 1〉과 같이 2단계로 선정한다.

〈그림 1〉 소요가구 추정 절차



소요 가구의 사회적 기준은 공공주택 고령자주택 선정기준을 준용하여 65세 이상 고령자가 포함된 부부가구와 단독가구이며 경제적 수준은 국민임대주택 자산기준이하 및 도시근로자 평균소득 50%이하[18]이고 주거 안정성을 고려하여 무주택세대구성원을 대상으로 한다. 1차 기준인 건강기준은 미국 Section202에서 규정하고 있는 ADL 기준을 국내 노인실태조사 항목에 적용할 경우 K-ADL과 K-IADL이 포함된다. 스스로 음식 먹기, 옷입기, 외모관리와 같은 최소의 일상생활에 대해 독립수행능력을 갖추어야 한다는 Section202 기준을 국내 노인실태조사항목에 적용하면 국내 노인실태조사의 K-ADL 항목은 최소기준에 대부분 부합되어 완전자립 및 부분도움 상태이고 K-IADL 항목에 대해 도움이 필요하다고 응답한 대상을 선정한다.[19] 이때 K-IADL의 제약 정도에 따라 일상

18) 노인실태조사 가구경제상태 부문에 소득금액과 가계자산 및 부채현황이 조사되고 있다.

생활 도움 필요 그룹을 Support 그룹과 Care 그룹으로 구분한다. Support 그룹은 K-IADL 제약이 1~2개 정도이며 Care 그룹은 K-IADL 제약이 3개 이상인 일상생활 도움이 긴요한 입주자로 상주관리인에 의한 직접서비스 제공이 필요한 대상이다. 또한 2차 기준인 주거기준은 노인실태조사 자료상 옥탑, 지하 등 주거위치와 생활불편구조를 적용하며 이러한 기준은 〈표 5〉와 같다.

〈표 5〉 지원주택 입주 대상 기준

구 분		대상 기준
기본 사항	가구	▫ 65세 이상, 독거노인 또는 노인부부
	경제	▫ 일정 자산 수준 이하(국민임대주택) ▫ 도시근로자 평균소득(50%)이하 ▫ 무주택세대구성원
1차	건강	▫ K-IADL 1개~2개(Support 그룹) ▫ K-IADL 3개 이상(Care 그룹)
2차	주거	▫ 주거위치 또는 불편구조

이러한 기준을 노인실태조사 데이터 통계자료의 가구가중치에 적용한 소요가구 추정 결과는 〈표6〉과 같으며 직접서비스가 제공되는 지원주택 소요대상(Care그룹)은 전국 노인가구[20]의 1.33%에서 1.76%이며 서비스지원이 필요한 가구(Support이상 그룹)는 전국 노인가구의 3.18%에서 4.52%로 분석되었으며 서울의 경우 Care그룹이 1.11%에서 1.69%, Support 이상 그룹은 2.70%에서 3.54%로 나타났다. 전체적으로 전국보다 서울의 소요규모 비중이 약간 낮은 경향이 있으나 직접서비스가 필요한 Care 그룹은 유사한 수준으로 분석되었다. 지원주택 정책의 우선순위는 Care 그룹을 위해 지원주택 공급기반을 마련하는 것을 기준으로 삼을 수 있으나 지역별로 지역사회서비스 기반과 서비스제공 기관의 공급여건을 고려하여 예방적 차원에서 Support그룹을 위한 정책의 동시 시행도 현실적으로 타당하다.

〈표 6〉 지원주택 소요가구 추정 결과

구 분			Support	Care	Total
전국	1차	건강	2.76% (102,123)	1.76% (65,128)	4.52% (167,251)
	2차	주거	1.85% (68,630)	1.33% (49,157)	3.18% (117,787)
서울	1차	건강	1.84% (11,761)	1.69% (10,809)	3.54% (22,570)
	2차	주거	1.60% (10,189)	1.11% (7,069)	2.70% (17,258)

단위: ( ) 가구

2. 소요 가구 특성

건강상태에 따라 고령 가구주의 특성을 〈표7〉과 같이 구분하여 살펴보면 평균연령은 80세로 그룹간 차이는 없으며 가구원수는 Support그룹 1.28명, Care그룹 1.42명으로 나타났다. 이는 독거가구비율이 Support그룹 72%, Care그룹 58%이기 때문에 나타난 결과이며 부부 모두가 만 65세 이상인 노노케어 비중은 Support그룹 26.1%,

19) 고령자의 주거지원과 관련하여 국내·외적 정책환경의 차이는 존재할 수 있으나 고령자는 건강상태 변화에 따른 지원욕구는 유사하고 국내에서는 지원주택에 대한 개념이 시작되는 단계로 50년간 정책을 유지해온 해외사례의 건강기준을 활용함이 합리적이라는 판단이다. 다만, 본 건강기준은 최근 선진화된 기술영역으로 대체에 대한 고려까지 포함되어 있지 않다.

20) 노인실태조사(2014년) 마이크로 데이터 자료상 노인가구수 규모는 전국 3,702,704가구, 서울 638,463가구로 설정되어 있다.

Care그룹에서 39.6%로 나타났다. 고령 가구주의 문맹 비중은 Support그룹 43%, Care그룹 29%로 Care그룹보다 Support그룹에서 1.5배 가까이 높게 나타났다. 이러한 결과에 비추어보면 금전관리 및 물건 구매 결정 등에 있어서 가구주가 어려움을 가질 수 있을 것으로 보인다. 소요가구의 경제적 특성을 살펴보면 독거비중이 낮은 Care그룹에서 소득수준이 더 높았으며 총자산규모의 차이는 없는 것으로 나타났다.

〈표 7〉 소요가구의 특성(2차 그룹)

구 분		support n=157	care n=111	t-test t값 (p값)
항목	단위	평균	평균	
가구주연령	세	79.7	80.0	-0.405 (0.685)
가구원수	명	1.28	1.42	-2.456 (0.014)
독거가구	%	72.0	57.7	-
부부모두 노인가구	%	26.1	39.6	-
가구주학력 (문맹)	%	43	29	-3.75 (0.000)
월소득	만원	57	67	-2.760 (0.006)
자산수준	만원	931	1221	-1.019 (0.308)
건강상태	매우나쁨=5점	3.68	4.41	-5.132 (0.000)
만성질환수	개	3.03 (Std./1.68)	3.27 (Std./1.83)	-1.097 (0.273)
IADL	개	1.45 (Std./0.49)	4.85 (Std./1.81)	-22.265 (0.000)
도움여부	%	51	95	8.829 (0.000)
공적도움 여부	%	6	25	-4.505 (0.000)
영양관리상태(어려움)	%	22.3	72.1	9.301 (0.000)
근력상태	불가능=3점	1.33	1.80	-7.711 (0.000)
걷기어려움	전혀못함=4점	2.22	2.61	-3.720 (0.000)

주: 1·2차 특성 유사하여 최종그룹인 2차를 분석함

또한 소요가구의 건강상태를 살펴보면 Care그룹이 개인의 건강상태를 더 나쁘다고 생각하고 있지만 의사가 진단한 만성질환개수는 그룹간 차이 없이 평균 3개 수준으로 나타나 저소득 고령자에게 만성질환은 일반적 사항으로 이를 기준으로 일상생활 지원 정도를 판단하는 것이 적절하지 않을 수 있다. 건강행태 및 기능상태를 살펴보면 두 유형 구분의 기준이 되는 IADL 제약 개수는 Support 그룹 1.45개, Care그룹 4.85개이며 이와 관련하여 일상생활 도움을 받는 비중은 Support그룹 51%, Care그룹 95%로 나타났으며 가사간병서비스 및 요양보호사 등 공적도움 비중도 Support그룹 6%, Care그룹 25%로 나타났다. 소요가구의 영양관리상태와 관련 '장보고 음식만들고 식사하는 것이 감당하기 힘들 때도 있다'라고 응답한 비중은 Support그룹 22.3%, Care그룹 72.1%, 근력상태 관련 '의자나 침대에서 일어나기'와 '운동장 한바퀴(400m) 정도 걷기' 어려운 정도의 경우 모두 Support그룹보다 Care그룹에서 다소 어려움을 가지는 것으로 분석되었다. 소요 가구의 특성 결과들을 종합하면 지원주택 소요가구는 평균 80세 전후의 만성질환 3개를 가진 가구로 독거이외에 노노케어하는 부부가구를 포함한 정책 설계가 필요하다. 건강 및 기능, 영양, 근력상태 측면에서 Care그룹이 Support 그룹보다 직접지원서비스를 필요로 하는 대상임을 알 수 있다.

한편 소요가구의 의료 및 사회서비스와의 접근성, 사회서비스 이용과 관련해서는 보건소 및 병의원을 포함한 의료기관은 도보 30분내 비중이 60% 내외 수준이었으나 반대로 복지관은 도보 30분 이상이 70~80%이었으며 사회서비스 이용과 관련하여 90% 이상 대부분 이용하지 않는 것으로 〈표 8〉

과 같이 나타났다. 즉 저소득 고령자의 사회서비스 접근성과 이용빈도가 낮은 상황으로 지원주택 공급에 있어서 지역사회서비스 연계가 중요하다.

〈표 8〉 소요가구의 사회서비스 접근성 및 이용빈도

구 분		Support	Care
접근성 (도보30분미만)	의료기관	62.4%	58.6%
	노인복지관	24.8%	30.6%
	사회복지관 등	16.6%	21.6%
이용빈도 (미이용)	경로식당	93.0%	91.9%
	식사배달서비스	96.8%	95.5%
	사회복지관 등	96.8%	95.5%

Ⅴ. 결론

그동안 고령화와 관련하여 주택정책과 복지정책간 결합의 필요성은 지속되어 각 분야별로 다양한 형태의 주거대안들이 시도되었으나 복지분야에서는 시설 중심적 사고에서 탈피하지 못하고 주택분야에서는 공공주택 제도하에서 추진함에 따라 제도화의 어려움이 있었다. 최근 공공실버주택 및 케어안심주택이라는 명칭으로 고령자 지원주택에 관한 시범사업이 실시되고 있다. 그런데 이러한 지원주택 공급 제도화와 확대를 위해서는 지원서비스 유형과 소요 대상자에 대한 구체화를 필요로 한다. 이에 이 연구는 고령자의 독립생활을 지원하는 주택에 대한 정의 및 성격과 서비스 기준, 입주대상을 해외사례를 통해 검토하고, 이를 토대로 전국 및 서울의 소요대상 가구를 추정하였으며 주요 분석결과 및 시사점은 다음과 같다.

지원주택은 어떠한 방식이든 주거와 서비스가 결합된 주택으로 고령자에게 시설과 다른 주택으로 기능하는 공간이어야 하며 지역사회의 시설 및 기반이 확보되어 있는 경우 주택형태와 규모의 다양한 혼합이 가능하므로 공급 편의를 위해 물리적 형태를 획일화하기보다는 다원화에 초점을 맞출 필요가 있다. 지원주택의 서비스는 반자립 및 반의존 고령자의 독립생활을 지원하는 수준으로 불필요한 요양시설 입소의 대안으로 입주가구에게 부담가능한 주택이어야 한다. 지원주택 서비스는 공용공간과 엘리베이터 등 무장애시설, 24시간 위기대응 시스템 설치 등의 물리적 조건과 사례관리, 가사도움, 식사서비스, 개인지원, 이동지원과 사회활동 서비스가 제공되도록 한다. 이때 건강상태에 따라 상주관리인과 서비스 제공기관과의 접근성에 차이를 두도록 계획한다. 현재 국내 지역사회서비스는 접근성 및 이용빈도 측면에서 지원주택 공급기반이 미약한 상황으로 이의 구축을 전제로 지원주택 공급 유형 및 규모를 결정하여야 한다.

기존 고령자주택 시범사업에서 입주기준으로 제시된 주거열악 및 독거기준은 간접적으로 건강수준을 판단할 측정기준이 될 수 있으나 실질적인 일상생활 지원을 여부를 판단할 기준이라기 보기 어렵다. 따라서 소요가구는 소득 및 건강을 기준으로 우선 대상을 선정하며 동일순위 경쟁시 주거환경을 고려하도록 한다. 공공의 지원주택 소요가구 규모는 최소 1.3%에서 최대 4.5%로 추정되었으며, 서울의 지원가구 비중이 전국보다 소폭 낮은 것으로 나타나 상대적으로 공간 밀집도가 낮은 서울외 지역에서의 지원주택 공급이 시급할 것으로 보인다. 저소득 고령자 지원주택 소요가구의 평균

나이는 80세로 후기고령자이며 부부간 노노케어 비중도 높은 편이며 만성질환 여부는 최소기준으로 나타나, 앞으로 독립생활 지원을 판단할 수 있는 기준 및 배점 체계와 사례관리자 및 의료 전문가 등이 포함된 위원회가 적격성을 검토하는 운영체계 마련이 요구된다. 다만 이 연구에서 지원주택의 서비스 유형과 소요 추정 방식의 적정성 여부는 지역별 사회서비스 공급현황과 노인가구의 주거욕구, 스마트기술의 대체에 따라 달라질 수 있으므로 향후 고령가구의 건강 및 주거실태와 지역사회와 기술적 차원의 서비스 공급여건을 통합적으로 고려한 분석이 요구된다.

참고문헌

김경혜·윤민석, 2013,「서울시 노인 빈곤실태의 다차원적 진단과 대응방안」, 서울연구원.

김유진·박순미·박소정, 2017, "저소득 독거노인을 위한 지역사회 내 주거 대안에 관한연구: 노인주거복지 실무자들과의 초점 그룹 면담을 중심으로",「한국사회복지조사연구」, 52: 65~93.

김유진·박순미·박소정, 2019, "고령자의 에이징인플레이스를 위한 서비스 지원주거 모델 개발 연구",「보건사회연구」, 39(2): 65~102.

이수욱·박천규·최윤경, 2012,「초고령사회에 대비한 고령자 주거정책방향」, 국토정책 Brief, 383: 1~8.

이연숙·안창헌·장재우, 2015, "도시 저소득 노인가구의 주택개조 실태 및 요구 연구".「디자인융복합학회」, 13(5): 289~306.

여경수, 2011, "장기공공임대주택 입주자 삶의 질 향상 지원법 평가와 향후 과제",「한국부동산학회」, 47: 224~238.

염혜실·권오정, 2014, "노인1인가구를 위한 시니어 쉐어하우스 개발에 관한 연구",「한국주거학회지」, 25(6): 123~132.

조아라, 2013, "일본의 고령자 거주문제와 주거정책",「대한지리학회지」, 48(5): 709~727.

천현숙·강미나, 2012,「저소득층 독거노인가구의 주거지원 방안」, 국토개발연구원.

홍형옥, 2000, "노인공동생활주택에 대한 태도와 선호: 한국에서의 노인생활지원주택 개발 방향을 중심으로",「한국가정관리학회지」, 19(5): 147~166.

AARP, 2008, *The Policy Book: AARP Public Policies 2009-2010*, AARP.

AREA, 1995, *Evaluation of supportive Housing Programs for Persons with Disabilities*, Applied Real Estate Analysis Inc. Chicago Illinois.

CMHC, 2000, *Supportive Housing for Seniors*, Canada Mortgage and Housing Corporation.

DCLG and DWP, 2016, *Supported accommodation review*, Government Social Research.

Hannigan, T. and Wagner, S, 2003, *Developing the "support" in supportive housing*, Corporation for Supportive Housing.

HUD, 2008, *"Section202 Supportive Housing for the Elderly: Program Status and Performance Measurement"*, *Office of Policy Development and Research*.

Jones, A, 2007, *"The Role of Supportive Housing for Low-Income Seniors in Ontario"*, CPRN Research Report.

Melissa Harris, 2019, *HUD-Funded Service Coordination Programs*, 2019 ADVOCATES' GUIDE.

Nancy, W. and Claudia, E., 2008, *"Public Policy Initiatives Addressing Supportive Housing"*, Journal of Housing For the Elderly, 18(3): 81~113.

Pannel, J. and Blood, I., 2012, *Supported Housing*

for older people in the UK: An evidence review, Joseph Rowntree Foundation.

Perl, Libby, 2010, *Section 202 and Other HUD Rental Housing Programs for Low-Income Elderly Residents*, Congressional Research Service.

Rog, D. J., 2004, *"The Evidence on Supported Housing",* Psychiatric Rehabilitation Journal, 27(4): 334~344.

Schwartz, Alex F., 2010, *Housing Policy in the United States*, Routledge 2 edition.

Tinker, A, 1997, "*Housing for elderly people*", Reviews in Clinical Gerontology, 7(2): 171~176.

Westminster, 2013, *Housing Allocation Scheme,* City of Westminster.

Williams, G, 1986, *"Development niches and specialist housebuilders: An overview of private sheltered housing in Britain"*, Housing Studies, 5(1): 14~23.

https://www.which.co.uk

https://www.law.cornell.edu/cfr/text/24/891.205

https://www.hudexchange.info/

원 고 접 수 일 : 2020년 8월 26일
1 차 심 사 완 료 일 : 2020년 9월 28일
최 종 원 고 채 택 일 : 2020년 12월 4일