

2020

정책개발 연구용역

최종보고서

국공립 노인장기요양시설 확충이
민간노인요양서비스에 미치는
영향에 대한 연구용역



서울살림포럼

사단법인 생활정치연구소

제 출 문

서울특별시의회 서울살림포럼 귀하

이 보고서를 「국공립 노인장기요양시설 확충이 민간노인요양서비스에 미치는 영향에 대한 연구용역」의 최종보고서로 제출합니다.

2020. 12.

- 연구기관 : (사)생활정치연구소
- 책임연구원 : 손 산 ((사)생활정치연구소, 연구위원)
- 연구원 : 김 서용 ((사)생활정치연구소, 부소장)
- 보조연구원 : 손 준혁 ((사)생활정치연구소, 부소장)
신 동욱 ((사)생활정치연구소, 연구원)

(요약문)

국공립 노인장기요양시설 확충이 민간노인요양서비스에 미치는 영향에 대한 연구용역

(사)생활정치연구소 손 산

요 약

본 연구의 목적은 2020년부터 2030년까지의 서울시 노령인구 변화 및 장기요양서비스의 수요를 추정하는 것임.

통계청의 장래 인구 추계 및 건강보험공단의 노인장기요양보험 실태조사 등의 정보를 활용해 마코프 매트릭스(Markov Matrix)를 이용, 서비스 수요를 예측함.

2020년부터 2030년에 이르는 기간 동안 서울시의 장기요양보호 서비스를 필요로 하는 인구 규모는 2020년 6만 명 수준에서 시작해 2030년에 이르면 약 9만 명 수준으로 그 수요가 증가할 것으로 전망됨.

서울시의 시설 장기요양 서비스는 514개 기관 15,054명의 정원으로 운영되고 있음. 시설 소유권 차원에서 살펴보면 지자체 소유의 시설이 34개소로 6.6%, 법인 소유가 91개소 17.7%, 개인 소유가 388 개소 75.5%, 기타가 1개소로 0.2%의 점유율을 보이고 있음. 평균 8.8명의 정원을 가진 공동생활가정을 제외하면, 노인요양 시설이 대부분의 시설 요양의 수요를 충당하고 있음.

노인요양시설의 기관별 분담률을 살펴보면 개인 소유 시설이 53.2%, 뒤이어 법인이 31.0%, 공공 소유가 15.6%의 분담률을 보여주고 있음. 평균적 시설 규모는 법인이 가장 큰 평균 83.3명의 수용 능력을 보여주고 있으며, 뒤이어 자치단체 소유가 평균 79.6명, 개인 소유가 평균 46.4명의 수용 능력을 보여주고 있음.

시설 입소 현황은 2018년 기준 202개소 11,622명으로 정원 11,909명 보다 약간 높은 입소율을 보여주고 있음.

요 약

현재의 기관 요양 정원인 12,328명 수준에서 장기요양기관 건립이 멈춘다면 2020년대에는 평균 9,037명의 시설 입소 대기자가 발생할 것으로 예측됨.

2030년까지 현재의 수용 분담 수준인 국공립 15%, 법인 30%, 개인 55%를 가정해 살펴보면, 2030년까지 국공립은 28개소, 법인 77개소, 380개소의 추가 건립이 필요함. 현재 규모의 국공립 요양시설을 매해 2.8개소씩 지어야 도달 가능한 정책 목표임.

우리 사회가 가진 일반적 신념 중 하나는 국공립 시설을 통해서만이 시설의 확충은 물론 서비스의 질도 개선될 것이라 믿는 것임.

국공립시설 확충 주장은 다른 무엇보다도 장기요양서비스 일반에 대한 문제 제기의 성격이 짙음. 『2019년도 장기요양실태조사』에 따르면, 서비스 이용자는 운영 주체의 문제보다는 서비스 제공 기간에 따른 선호도 분포가 존재할 뿐임.

장기요양 시장은 보험 수가를 통해 운영됨. ‘서울요양원’의 경우, 건립에 정부 예산 269억 원을 지원받고도 영업이익은 2017년 - 1억 7천 8백만 원, 2018년 - 2억 7천 4백만 원, 2019년 - 4억 3천 5백만 원의 적자를 기록했음. 같은 수준의 서비스를 민간이 제공할 경우 그 적자폭은 더욱 커질 것으로 예상됨.

민간 주도의 치매전담형 노인요양시설이 쉽게 늘어나지 않는 이유는 일반 노인요양시설보다 설립 조건이 까다롭기 때문임. 민간이 적자가 예상되는 상황 속에서 자기자본을 들여 까다로운 설치 조건을 충족시킬 유인책이 없음.

따라서 현행 수가 체계의 개선이 시급한 과제임.

영국과 독일의 경우, 장기요양보험서비스 수급자 중 많은 수의 사람이 요양서비스를 직접 이용하는 대신 직불금 형태의 현금 급여를 받고 있음. “현금 급여” 정책은 공식적인 요양 서비스의 부재에 대한 보상책으로 제공되기 보다는, 일가친척이나, 친구 또는 이웃에 의한 즉, 비공식적 돌봄에 대한 사회적 인정과 이의 보상책으로 등장함.

요 약

현금 급여는 비공식 요양 서비스 제공자들을 제도 안으로 끌어들이는 점에서 주목할 만 함.

2003년부터 영국 정부가 도입한 ‘특별 관리 주택’ 프로그램 및 독일의 “요양 센터” 역시 주목할 필요성이 있음. 우리의 다인실 위주의 장기요양 시설은 배우자가 있는 수급자의 접근을 원천적으로 차단함. 영국이 시행중인 ‘특별 관리 주택’은 배우자와의 생활이 가능한 형태임.

독일의 “요양 센터”는 장기요양서비스의 지역 허브로 작동하며, 현금 급여의 품질 관리 및 재가 시설 장기 요양 서비스의 품질 관리 역할과 정보 교류의 장으로 활용되고 있음.

소유권에 따른 공공성 구분 방식(핵심 모델)은 손쉬운 접근성에 비해 국공립=공공 대 민간=영리추구라는 이분법에 너무 쉽게 빠짐. 이 모델에 따르면 어떤 조직이라 할지라도 그 소유권에 따라 공적이거나 사적임. 교육의 경우만 놓고 보더라도 이 구분을 적용하면 심각한 정책적 오류에 빠짐. 공립학교든 사립학교든 교육이라는 측면에서 바라보면 공공성을 가짐.

공공성에 대한 차원 모델 접근법은 조직 소유권에 기반한 구분이 아닌, 조직과 조직이 거래할 수 있는 가능성을 제공한다는 점임. 차원 모델은 그 조직의 소유권이 불분명한 하이브리드 조직, 비즈니스 조직과 유사한 정부 기관 등을 인정.

단순히 국공립 요양시설 건립을 통해 요양서비스의 공공성을 찾기에선 우리가 처해 있는 상황이 매우 급박함. 민간이던 공적 자원이든 가용 자원을 적극적으로 사용하는 지혜가 필요한 시점임.

목 차

I. 서론	1
II. 서울시 장래 인구 추계 및 장기요양보험 수요 예측을 위한 주요 변수	6
1. 서울의 인구	6
가. 시도별 총인구의 변화	6
나. 시도별 합계 출산율과 총이동률	7
다. 시도별 기대수명	9
2. 서울의 장래 인구 추계 결과	10
가. 시도별 출생아수 및 시도별 이동률 추계	10
나. 시도별 총인구 추계	12
다. 시도별 65세 이상 고령인구 추계	18
3. 장기요양보험 수요예측을 위한 주요 변수	18
가. 장기요양보험 등급판정 기준	19
나. 우리나라 노인들의 치매 유병률	22
III. 서울시 장기요양시설 수요 및 요양시설 공급 현황	28
1. 장기요양급여 수요추정	29
2. 수요 산출 결과	31
3. 장기요양보호시설의 공급 적정선	34

IV. 국공립 노인장기요양시설과 공공성	38
1. 공공성 강화와 국공립 노인요양시설	38
2. 영국의 교훈: 사회 안전망으로의 장기요양제도	39
가. 공적 장기요양보호제서비스의 수요 및 공급 수준	41
나. 영국의 기관 요양	42
3. 독일의 장기요양제도	44
V. 결론	48
1. 사회복지에서 공공성은 무엇을 뜻하는가?	48
가. 공공성에 대한 “핵심 모델” 접근법	49
나. 공공성에 대한 “차원 모델” 접근법	50
참고문헌	52

표 차례

〈표 1〉 노인장기요양보험제도와 기존 노인복지서비스체계 비교표	3
〈표 2〉 시도별 총인구, 2000~2017년	7
〈표 3〉 시도별 순이동률 추이, 2000~2018년	8
〈표 4〉 시도별 기대수명 추이, 2000~2018년	9
〈표 5〉 시도별 출생아수 (중위추계), 2020~2047년	10
〈표 6〉 시도간 이동률 추계결과(중위), 2017~2047년	11
〈표 7〉 시도별 기대수명 추계결과(중위), 2017, 2047년	12
〈표 8〉 시도별 총인구 (중위추계), 2020~2047년	14
〈표 10〉 시도별 고령인구 및 구성비, 2017~2047년	17
〈표 10〉 서울의 고령인구 추계, 2020년부터 2047년까지	18
〈표 11〉 우리나라 노인인구의 치매유병률 및 치매환자 수 연도별 추계	23
〈표 12〉 서울시 노인인구의 치매유병률 및 치매환자 수 연도별 추계	24
〈표 13〉 장기요양보험 신청 및 인정 현황	28
〈표 14〉 2019년 서울시 장기요양보험 신청 및 인정 현황	28
〈표 15〉 각 그룹별 인정등급 현황 (서울시 2016~2019년)	31
〈표 16〉 인정 조사 결과로 보여진 각 그룹별 변동률	32
〈표 17〉 그룹별 변동률에 따른 마코프 매트릭스(Markov Matrix)	33
〈표 18〉 서울시의 장기요양보호서비스 수요 예측	34
〈표 19〉 서울시 장기요양시설 현황 (2019년 현재)	35
〈표 20〉 서울시 소재 장기요양시설 소유 주체별 분류	35
〈표 21〉 서울의 고령인구 추계 및 요양시설 입소 대기 수요	37
〈표 22〉 2006-07년 특정일 기준, 장기요양서비스 유형 및 수혜 예상 노인 수	42
〈표 23〉 요양원 유형	43

그림 차례

〈그림 1〉 시도별 합계출산율 추이(1997-2018p)	8
〈그림 2〉 시도별 기대수명, 2008년, 2017년	9
〈그림 3〉 시도별 생산연령인구 증감률, 2017년 대비 2047년	13
〈그림 4〉 시도별 고령인구 증감률, 2017년 대비 2047년	15
〈그림 5〉 시도별 85세 이상 인구 구성비, 2017년 및 2047년	16
〈그림 6〉 영역별 심신상태를 나타내는 52개 항목	19

I. 서론

1981년이다. “노인의 질환을 사전예방 또는 조기 발견하고 질환 상태에 따른 적절한 치료·요양으로 심신의 건강을 유지하고, 노후의 생활 안정을 위하여 필요한 조치를 강구”하기 위해 『노인복지법』이 제정된 것이 말이다(노인복지법, 제 1조). 그로부터 26년 후, 2007년. “고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등에게 제공하는 신체활동 또는 가사 활동 지원 등의 장기요양급여에 관한 사항을 규정하여 노후의 건강증진 및 생활 안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어 줌으로써 국민의 삶의 질을 향상하도록” 『장기요양보호법』이 제정되었다(장기요양보호법, 제 1조).

노인복지법 제정 논의가 시작된 것이 1972년이고 보면(조선일보, 1972), 관련 논의가 시작된 지 꼭 35년 만에 노인복지와 장기요양을 아우르는 법률 체계를 완성한 것이다. 고령화율이라는 변수를 하나 넣어 바다 건너 일본의 경우와 비교해보자. 일본이 『노인복지법(老人福祉法)¹⁾』을 제정한 해가 1963년이고, 1960년 당시 일본의 고령화율은 5.7%, 1965년 6.3%였다. 그리고 우리의 『장기요양보호법』과 유사한 『개호보험법(介護保險法)²⁾』은 1997년에 제정되었으며, 『개호보험법』이 시행된 2000년, 고령화율은 17.4% 수준이었다(總務省統計局, 2020). 반면 우리나라는 관련법 제정 당시 고령화율은 1972년 3.1%, 1981년 3.9%, 1990년 5.1%, 2000년 7.2%, 2005년 9.0%, 2007년 18.7%로 급상승한다(통계청, 2019).

일본과 달리 우리는 고령화율이 비교적 낮았던 1972년부터 노인복지법 제정 논의가 이루어졌다. 당시 우리 사회의 평균 수명이 68세였던 것에 비춰보면 ‘노인의 날’ 제정과 같은 다분히 정치적 동기가 앞섰던 듯하다. 그럼에도 국가 주도의 노인복지 문제의 환기는 인구의 고령화와 이에 따른 정책적 현안들에 대해 추세적으로 대응하는 우를 범하지 않도록 했다. UN에 따르면, 고령화율이 7% 이상이면 해당 국가를 고령화사회로 분류한다. 또한 고령화율이 14% 이상이면 고령사회, 다시 20% 이상까지 올라가면 해당 국가를 후기고령사회 또는 초고령사회로 구분하고 있다(박정호, 2015). UN의 구분법을 따르면 우리 사회는 2000년대 들어 고령화사회를 넘어 고령사회로 진입

1) 일본의 노인복지법은 “노인복지에 관한 원리를 명확히 함과 동시에, 노인에 대해 그 심신의 건강 유지 및 생활 안정을 위해 필요한 조치를 강구함으로써 노인의 복지를 도모하는 것”을 목적으로 제정되었다(일본 노인복지법, 제 1조).

2) 개호보험법은 “나이가 많아짐에 따라 발생하는 심신의 변화에서 기인하는 질병 등에 의해 개호(간병)가 필요한 상태에 놓여 목욕, 배설, 식사 등의 개호(간병)와 기능훈련, 간호 및 요양상의 관리 그 밖의 의료를 필요로 하는 자 등에 대하여 ... 개호보험제도를 마련하고, 이를 행하는데 필요한 보험급여 등에 관한 필요 사항을 정하고, 이를 통해 국민의 보건의료향상 및 복지증진을 도모하는 것”을 목적으로 제정되었다(일본 개호보험법, 제 1조).

한 것으로 보인다.

본 연구는 저출산·고령화가 급속도로 진행된 상황에서 시행된 “노인장기요양서비스”에 대해 살펴보고자 한다. 앞서 『장기요양보호법』의 목적으로도 언급되었지만, 노인장기요양서비스는 고령으로 인해 발생할 수 있는 신체적·인지적 기능 저하에 사회적으로 대처하기 위해 만들어졌다. 고령으로 인한 질환으로 자립적인 삶을 영위할 수 없는 노인들에게 보건의료서비스 및 일상생활지원 서비스를 공적 부조 방식을 가미한 사회적 보험의 형태로 제공한다.

노인장기요양서비스는 제공되는 서비스의 내용에 따라, 그리고 서비스 제공 주체 및 서비스 제공 장소에 따라 나누어 볼 수 있다. 먼저 요양보호 노인이 필요로 하는 서비스는 대인보호서비스(personal care service), 건강보호서비스(health care service), 사회보호서비스(social care service)로 나눌 수 있다. 대인보호서비스는 주로 일상 생활상의 기본활동을 지원한다. 즉 식사, 배설, 목욕, 일상생활 등에 대한 서비스를 가리킨다. 건강보호서비스는 건강 관리, 간호, 투약 관리, 재활 훈련 등의 서비스를 가리킨다. 사회보호서비스는 주로 일상생활과 관련되는 세탁, 청소, 요리, 집안일, 사회관계, 심리, 문제해결 등의 서비스를 포함한다(이윤경, 2009).

다음으로 요양서비스를 누가 제공하느냐에 따라 대가를 지불하는 공식 보호자(formal carer, payed care-taker)와 대가를 지불하지 않는 비공식 보호자(informal carer, unpaid care-taker)로 나눌 수 있다. 대가를 지불하는 공식 보호는 기관에 소속되어 요양 보호 서비스를 제공하는 사람을 가리킨다. 대가를 지불하지 않는 비공식 보호는 혈연, 지연과 같은 사적인 관계를 통해 요양보호를 제공하는 사람을 가리킨다.

마지막으로, 재가 서비스는 서비스 제공자가 요양 보호 서비스를 원하는 대상의 자택을 방문하여 제공하는 찾아가는 요양보호 서비스이며, 시설 요양은 요양 보호를 원하는 사람이 요양 시설에 입주해 케어를 받는 요양원(nursing home)을 가리킨다.

『장기요양보호법』에 의거한 노인장기요양서비스는 국민건강보험의 운영과 유사한 방식으로 운영된다. 나아가 제도 운영의 효율성 도모를 위해 보험자와 관리운영기관을 국민건강보험공단으로 일원화하고 있다. 또한 사회보험에 국고지원을 가미한 방식을 채택하고 있고, 65세 미만의 장애인은 수급 대상자에서 제외하여 노인 중심으로 운영되고 있다.

장기요양보험제도는 “65세 이상의 노인 또는 65세 미만의 자로서 치매·뇌혈관성 질환 등 노인성 질병이 있는 자 중 6개월 이상 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정되는 자”를 수급 대상으로 하고 있다(건강보험, 홈페이지). 노인성 질병이 없는 65세 미만의 일반적인 장애인은 장기요양보험 수급 대상에서 제외된다.

나아가 『노인복지법』 상의 요양 서비스는 국민기초생활보장수급자 등 특정한 저소득층 대상으로 국가 또는 지방자치단체가 공적부조방식으로 서비스를 제공하는 형태로 운영되고, 『장기요양보험법』 상의 요양 서비스는 소득에 관계없이 운영되는데, 심신기능의 상태를 고려한 요양 필요도에 따라서 서비스 제공 여부를 판단하고, 장기요양인정을 받은 자에게 서비스를 제공하여 보다 보편적 체계라는 차이점을 가진다. 아래의 <표 1>은 노인장기요양보험제도와 기존 노인복지서비스체계를 비교한 것이다.

<표 1> 노인장기요양보험제도와 기존 노인복지서비스체계 비교표

구분	기존 노인복지서비스 체계	노인장기요양보험
관련법	- 노인복지법	- 노인장기요양보호법
서비스 대상	- 저소득층 위주(국민기초생활보장 수급자 포함) - 특정 대상 한정 (선택적)	- 보편적 제도 - 치매 등 노인성 질환을 가진 자와 장기요양이 필요한 노인
서비스 선택	- 공급자 위주(지방자치단체장의 판단)	- 수급자와 부양가족의 선택에 따른 서비스 제공
재원	- 정부 및 지방자치단체 부담	- 국가 및 지방자치단체 부담금 - 장기요양보험료 - 이용자 본인 부담금

(출처: 국민건강보험 홈페이지)

<표 1>에서 언급되어 있다시피 노인장기요양보험제도는 보편적 제도로 설계되어 있다. 장기요양보험료 납부 대상은 『국민건강보험법』 제 5조에 따른 대상과 동일하지만 건강보험과는 달리, 노인장기요양보험의 보험 대상자가 장기요양보험의 혜택을 받기 위해서는 기초자치단체에 설치된 “등급판정위원회”로부터 장기요양서비스의 필요도를 1~5등급에 걸친 판정을 받아야 한다. 이 판정을 기준으로 노인장기요양서비스의 수급 자격이 결정된다. 본 연구에선 보험 대상자의 인정 등급을 주요 변수로 삼아 노인장기요양보험 수급자 규모를 예측하고자 한다(국민건강보험, 홈페이지).

마지막으로 서론에서 짚고 넘어가야 할 것이 하나 더 있다. 2008년 7월부터 시행된 우리의 노인요양보험사업은 공공인프라가 전무한 상황에서 시작되었다. 2007년 기준 총 2,594개 소였던 요양 시설·재가 담당 기관은 2008년 10월 초에 9,541개소로 폭발적으로 증가했다. 특히 제도가 시행된 7월 한 달 동안 4천여 개소의 기관들이 신규로 생겨났을 정도로 민간에 전폭적으로 맡겨져 있다(김삼권, 2008).

2008년 “전국요양보호사협회”와 박은수 민주당 의원이 개최한 “요양현장 실태보고 및 노인장기요양보험 제도개선방안 토론회”에서 최경숙 전국요양보호사협회 부회장은 “민간기관의 난립함에 따라 과도한 이용자 유치 경쟁과 요양기관 간 담합, 부당청구로 인한 보험재정 낭비, 인건비 절감 등 요양보호사의 노동조건 저하를 통한 이윤창출 등으로 요양현장은 불법과 편법이 난무하고 있다”고 지적했을 정도로 사업 초기 민간 사업자에 대한 의존도는 극심했다.

민간이 자율적 경쟁을 통해 서비스의 질을 향상시킬 것이라 믿었던 정부의 예상은 여지없이 빗나갔다. 인력·시설 등 최소한의 기준만 충족하면 민간사업자도 돌봄시장에 진출할 수 있도록 허용한 결과, 돌봄 시장 장벽이 낮아지며 개인주택에 방문요양센터를 마련하는 곳도 있었다. 또한 수가를 통해 운영되는 구조이다 보니, 장기요양기관이 영업이익을 내기 위해 과당경쟁이 발생할 수밖에 없었다. 자연스럽게 서비스의 질은 떨어지고 노인장기요양보험의 공공성 확보 방안이 논의될 수밖에 없었다.

그렇다면, 국공립 노인장기요양시설의 건립이 노인장기요양보험에 따른 돌봄 산업의 서비스 질 향상을 담보하는 방안이 될 수 있을까? 만일 그렇다면 그렇지 않아도 영세한 민간노인요양서비스에 미치는 영향은 어떻게 될 것인가? 본 연구는 노인장기요양 서비스 장래 수요를 통해 서비스 수요가 돌봄 시장에 미칠 영향을 가늠해보고자 한다.

노인장기요양서비스의 장래 상황을 가늠해보기에 앞서, 2019년 현재 우리가 처한 상황부터 간단히 살펴보자. 국민건강보험에 따르면, ‘2019년 기준 한국의 노인장기요양 시설은 노인요양공동생활가정까지 포함하면 전국시설 정원은 모두 191,699명이고 입소노인 수는 시설정원의 90% 미만’(국민건강보험공단, 2019)으로 당장 장기요양 입소 서비스 시설은 부족해 보이지는 않는다.

그러나 코로나 사태로 경험했듯이, 노인들이 생활하는 장기요양시설은 입소율이 85%만 넘어도 감염병과 같은 사태에 매우 심각한 위협에 노출되게 된다. 코로나 사태가 언제쯤이나 진정될지 그리고 향후 이와 같은 감염병이 잦아들 것이란 보장이 없는 상

황에서 현재와 같은 입소율(90% 미만)에 마냥 손 놓고 있을 수는 없다. 더군다나 앞으로 노인인구의 증가 속도가 매우 빠를 것으로 예측되는 지금, 현재와 같은 노인돌봄 서비스의 증가 추세는 향후 서비스에 대한 수요를 충족시키지 못할 가능성이 매우 크다.

특히 국공립시설의 비중이 낮은 우리의 현실은 정책 입안자들을 매우 수동적으로 반응할 수밖에 없는 위치에 놔둔다. 아무리 국가가 요양 수가를 통한 가격통제 장치를 적극적으로 사용한다고 할지라도, 수요가 공급을 앞서게 되면 그만큼 국가 정책이 민간에 끼치는 영향력은 줄어들게 된다.

이러한 이유로, 본 연구는 향후 노인장기요양보험 수급자의 변동 추이를 예측하고자 한다. 그리고 이 변동 추이에 기반해 돌봄 시장의 적정 규모를 추산하고자 한다. 마지막으로 돌봄 시장의 사회적 성격을 공공성이라는 관점에서 조망하고자 한다. 특히 “민간=영리”, “국공립=공공성”이라는 이분법적 구별에 대해 살펴보고자 한다.

본 연구는 2021년부터 2030년까지 서울시의 노인장기요양서비스 수요가 얼마나 발생할 것인지, 위에서 언급한 다양한 요소를 고려할 때 어떠한 형태의 요양 시설이 얼마나 공급되어야 하는지 그리고 공급의 적정량은 얼마 만큼인지를 산정해보고자 한다.

II. 서울시 장래 인구 추계 및 장기요양보험 수요 예측

1. 서울의 인구

통계청은 『2017~2047년 장래인구특별추계 시·도편』에서 2034년 서울시의 인구가 900만 명 이하로 뚝 떨어질 것이라는 예측을 발표했다(통계청 2019). 비단 서울만이 아닌 전국에서 인구의 자연 감소가 시작될 것이라는 우울한 전망치도 함께 내놨다. 조선 중기까지 인구 10만 수준의 성곽도시였던 서울은 17세기 상업의 발달과 함께 인구 20만의 도시로 성장하였으며, 일제로부터 해방되던 1945년 서울은 인구 90만을 상회하는 도시로 발전했다.

1950년 후반부터 서울은 급격한 성장을 경험한다. 시골을 떠나 서울로의 인구 집중은 서울이라는 도시 구자 자체를 그 근본에서부터 바꿔 놓았다. 1960년대 서울시는 인구 200만 시대에 접어들었으며, 70년대 초에 600만을 그리고 70년대 말에는 인구 800만을 넘어서는 거대도시로 변모했다. 1980년대초 주택건설 500만호 건설이라는 정책 목표는 1989년, ‘천만 수도 서울’이라는 표현을 만들어낸다.

서울시 인구는 1394년 서울이 조선의 수도가 된 이래 줄어든 적이 없었다. 그러던 서울 인구가 1990년 1,060만을 정점으로 점점 감소하게 된다. 그렇다면 2030년 서울의 인구는 어떻게 변화해 있을까? 장래 인구 추계는 미래의 출생, 사망, 인구 이동을 고려한 추론을 통해 만들어진다. 우리가 경험하고 있는 지속적인 출산율 하락은 서울시 인구의 출산율 상승도 기대하기 힘들게 만든다. 반면, 사망률의 감소는 인구의 평균 수명을 지속적으로 늘리는데 기여한다. 또한 부동산 가격의 상승은 서울로의 인구 유입을 억제함과 동시에 수도권으로의 인구 유출 기제로 작동한다. 이런 조건 아래에서 서울 인구는 점차 감소하며 고령화 될 것이다.

가. 시도별 총인구의 변화

이제 통계청이 발표한 ‘2017~2047년 장래인구특별추계’를 통해 서울 인구의 면면을 살펴보자. 아래의 <표 2>는 2000년에서 2017년에 이르는 기간의 시도 인구의 변화를 나타낸 것이다.

〈표 2〉 시도별 총인구, 2000~2017년

(단위: 만 명)

	2000	2005	2010	2015	2016	2017
전 국	4,701	4,818	4,955	5,101	5,122	5,136
서 울	1,008	1,003	1,009	994	984	977
부 산	373	359	348	345	345	342
대 구	253	251	248	247	246	246
인 천	252	258	272	288	291	292
광 주	138	145	149	151	150	150
대 전	140	147	152	154	154	153
울 산	104	107	110	116	117	116
세 종	-	-	-	19	23	27
경 기	915	1,063	1,162	1,242	1,260	1,279
강 원	152	149	149	152	152	152
충 북	149	148	152	159	160	161
충 남	188	192	208	210	213	215
전 북	193	182	180	184	184	183
전 남	203	185	178	180	180	180
경 북	277	265	263	268	268	268
경 남	304	311	322	333	334	334
제 주	52	54	55	60	62	63

(출처 : 통계청(2019), 시도별 장래인구추계(2017-2047년))

나. 시도별 합계출산율과 순이동율

서울 인구의 지속적인 감소는 지속적인 출산율 감소와 부동산 가격 폭등과 같은 인구 외적 요인에 기인한 수도권으로의 인구 유출에 기인한 듯하다. 아래의 〈그림 1〉과 〈표 3〉는 시도별 합계출산율과 순이동률을 나타낸 것이다. 서울은 전국에서 가장 낮은 출산율과 가장 높은 순유출률을 보여주고 있다.

〈그림 1〉 시도별 합계출산율 추이(1997-2018p)



(출처 : 통계청(2019), 『2017~2047년 장래인구특별추계 시·도편』)

〈표 3〉 시도별 순이동률 추이, 2000~2018년

(단위: %)

	2000	2005	2010	2014	2015	2016	2017	2018	5년 평균	3년 평균
서울	-0.5	-0.5	-1.1	-0.9	-1.4	-1.4	-1.0	-1.1	-1.2	-1.2
부산	-1.1	-1.0	-0.8	-0.4	-0.4	-0.6	-0.8	-0.8	-0.6	-0.7
대구	-0.1	-1.0	-0.5	-0.6	-0.5	-0.4	-0.5	-0.6	-0.5	-0.5
인천	0.5	0.4	0.1	0.3	0.3	0.2	-0.1	-0.0	0.2	0.0
광주	0.0	-0.5	0.2	-0.2	-0.6	-0.5	-0.6	-0.4	-0.5	-0.5
대전	0.6	0.2	-0.1	-0.6	-1.4	-0.7	-1.1	-1.0	-0.9	-0.9
울산	0.3	0.0	-0.3	0.2	0.0	-0.7	-1.0	-1.1	-0.5	-0.9
세종	-	-	-	24.2	29.0	13.2	13.3	10.6	16.5	12.3
경기	2.0	1.6	1.2	0.5	0.8	1.1	0.9	1.3	0.9	1.1
강원	-0.7	-0.8	0.0	0.1	0.3	0.1	0.1	-0.3	0.1	0.0
충북	-0.3	-0.3	0.4	0.2	0.1	0.3	0.1	0.3	0.2	0.3
충남	-0.4	0.3	0.8	0.5	0.5	0.7	0.9	0.5	0.6	0.7
전북	-1.1	-1.3	-0.1	-0.1	-0.2	-0.2	-0.4	-0.8	-0.3	-0.5
전남	-1.6	-1.0	-0.5	0.0	0.2	-0.2	-0.2	-0.4	-0.1	-0.3
경북	-0.9	-0.4	-0.1	0.0	0.0	-0.1	-0.2	-0.3	-0.1	-0.2
경남	-0.3	0.2	0.1	0.2	0.2	0.1	0.1	-0.2	0.1	-0.0
제주	-0.4	-0.1	0.1	1.9	2.3	2.3	2.2	1.3	2.0	1.9

(출처 : 통계청(2019), 『2017~2047년 장래인구특별추계 시·도편』)

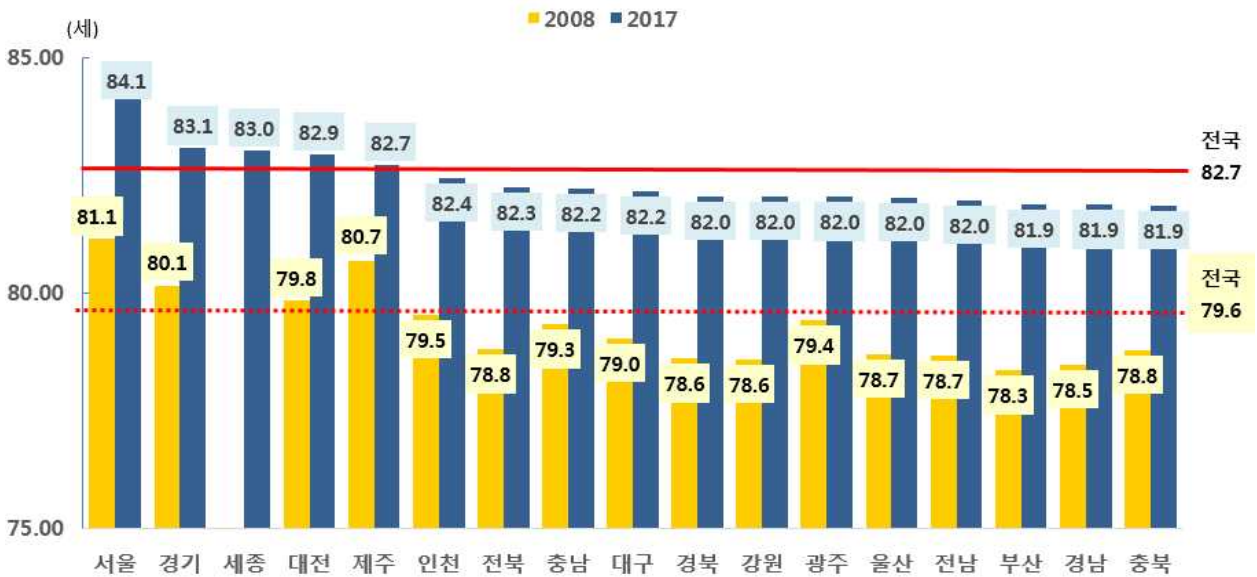
전국 합계출산율은 등락을 반복하다가 2015년 이후 지속적으로 감소하여 2018년^{*} 1.0명 미만(0.98명)으로 떨어졌다. 서울은 부산과 전국 최저 출산율을 경쟁하다 2018년(추정) 전국 최저 출산율인 0.76명을 기록하고 있다. 통계청(2019)에 따르면 인구의

총이동(률)은 인구고령화 등으로 인해 점차 감소하는 추세이며, 2017년 총이동률은 1980년 이후 최저 수준이었다가 2018년 소폭 상승하고 있다고 한다. 특히 경기도는 세종시와 제주도를 제외하면 꾸준한 인구 유입세를 보여주고 있다.

다. 시도별 기대수명

마지막으로 사망률과 인구고령화를 살펴볼 수 있는 기대수명 지표를 살펴보자. 통계청(2019)은 대부분의 시도에서 저연령층 사망확률의 감소폭이 대체적으로 둔화되고 있으며, 75세 이상 고령층 사망확률 감소폭은 커지고 있다고 밝히고 있다. <그림 2>와 <표 4>는 시도별 기대수명과 그 추이를 나타내고 있다.

<그림 2> 시도별 기대수명, 2008년, 2017년



(출처 : 통계청(2019), 『2017~2047년 장래인구특별추계 시·도편』)

<표 4> 시도별 기대수명 추이(남녀 전체), 2005~2017년

(단위: 세)

	최대-최소	전국	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
2005	2.9	78.2	79.8	77.4	78.0	78.0	78.3	78.8	77.1	-	78.7	77.4	77.3	77.6	77.6	77.4	77.2	76.9	78.7
2008	2.8	79.6	81.1	78.3	79.0	79.5	79.4	79.8	78.7	-	80.1	78.6	78.8	79.3	78.8	78.7	78.6	78.5	80.7
2011	2.5	80.6	82.0	79.7	80.0	80.1	80.2	80.7	79.6	-	81.1	80.2	79.6	80.6	80.1	79.7	79.6	79.7	81.4
2014	2.3	81.8	83.0	81.0	81.4	81.4	81.4	82.0	80.7	81.3	82.2	80.9	81.2	81.3	81.4	81.2	81.1	80.9	82.1
2017	2.3	82.7	84.1	81.9	82.2	82.4	82.0	82.9	82.0	83.0	83.1	82.0	81.9	82.2	82.3	82.0	82.0	81.9	82.7

(출처 : 통계청(2019), 『2017~2047년 장래인구특별추계 시·도편』)

이상에서 살펴본 바와 같이 서울은 전국에서 가장 오래 살고, 가장 출산을 적게 하며, 다른 지역으로 가장 많은 사람을 내보내고 있다. 그렇다면 앞으로 서울시의 인구는 어떻게 변화할까? 그리고 이번 연구의 주제인 서울시의 고령인구는 어떻게 변화할까?

2. 서울의 장래 인구 추계 결과

가. 시도별 출생아수 및 시도별 이동률 추계

먼저 0.98명이라는 낮은 출산율로부터 도출된 장래의 출산 이동수를 살펴보자. 통계청(2019)은 2021년을 최저점으로 점차 회복할 것으로 전망했다. 2017년 1.05명이던 전국의 합계출산율 역시 2021년 0.86명까지 낮아진 후 다시 상승하여 2047년 1.27명 수준에 도달할 것으로 예측했다. 서울의 출산율만 따로 떼어 살펴보면 2017년에서 0.84명, 2032년 0.94명, 2047년 1.04명으로 전국에서 가장 낮을 것으로 내다봤다.

〈표 5〉 시도별 출생아수 (중위추계), 2020~2047년

(단위: 천 명)

연도	출생아수																	
	전국	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
2020	292	50	15	12	17	8	9	7	4	83	7	10	14	9	9	14	19	4
2021	290	49	15	12	17	8	9	7	4	83	7	10	14	9	9	14	19	4
2022	300	52	15	12	18	8	9	7	4	87	7	10	15	9	9	14	19	5
2023	312	55	16	12	18	9	9	7	4	90	8	10	15	9	9	14	19	5
2024	324	58	16	13	19	9	10	7	4	94	8	11	16	10	10	15	20	5
2025	335	61	17	13	20	9	10	7	4	98	8	11	16	10	10	15	20	5
2026	346	63	17	14	20	10	11	8	5	101	9	12	17	10	10	15	20	5
2027	356	66	18	14	21	10	11	8	5	104	9	12	17	10	10	16	21	5
2028	361	67	18	14	21	10	11	8	5	106	9	12	17	11	10	16	21	6
2029	360	67	18	14	21	10	11	8	5	106	9	12	17	10	10	15	21	6
2030	358	67	18	14	21	10	11	8	5	106	9	12	17	10	10	15	20	6
								...										
2035	327	61	16	13	19	9	10	7	4	98	8	10	15	9	9	14	19	5
								...										
2040	295	55	15	11	18	8	9	6	4	89	7	9	14	8	8	12	17	5
								...										
2045	275	51	14	10	16	7	8	6	4	83	7	9	13	8	7	11	16	5
2046	269	50	13	10	16	7	8	6	4	82	6	9	13	7	7	11	15	4
2047	263	49	13	10	16	7	8	6	4	80	6	8	12	7	7	11	15	4

*출생아수는 특정연도 7월에서 다음 해 6월까지의 추정치

(출처 : 통계청(2019), 『2017~2047년 장래인구특별추계 시·도편』)

또한 시도간 이동률은 2017년 4.7%에서 2047년 3.5%까지 감소할 전망이다. 특히 서울은 순유출의 방향성이 추계 기간 중 계속 유지되는 모습을 보여주고 있다. 수도권인 경기도 역시 추계 기간 중 계속적인 순유입의 방향성을 보여주다가 2039년에야 순유출로 방향 전환할 것으로 통계청(2019)은 예측하고 있다.

〈표 6〉 시도간 이동률 추계결과(중위), 2017~2047년

		2017	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2047
시도간 이동률(%)		4.7	4.6	4.4	4.1	3.9	3.7	3.5	3.5
순이동자수 (천명)	서울	-123	-78	-59	-54	-42	-34	-33	-31
	부산	-30	-23	-12	-8	-5	-5	-3	-2
	대구	-14	-12	-10	-7	-6	-5	-4	-3
	인천	0	2	7	6	5	5	5	5
	광주	-8	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-3
	대전	-17	-11	-7	-5	-3	-3	-2	-2
	울산	-12	-10	-5	-5	-5	-4	-4	-4
	세종	35	14	10	8	6	5	5	5
	경기	155	111	45	24	7	-4	-11	-14
	강원	-0	2	6	8	9	9	9	9
	충북	3	5	5	6	6	6	5	5
	충남	15	13	11	11	10	9	8	8
	전북	-10	-7	-1	2	4	4	5	5
	전남	-5	-3	4	6	7	9	9	9
	경북	-6	-4	4	6	7	8	9	9
	경남	3	-1	2	2	1	2	2	2
제주	14	8	7	5	4	3	2	2	

(출처 : 통계청(2019), 『2017~2047년 장래인구특별추계 시·도편』)

나. 시도별 총인구 추계

먼저 기대 수명의 변화부터 살펴보자. 통계청(2019)은 우리 국민의 기대수명에 대해 2017년 82.7세에서 2047년 87.8세로 5.1세 증가할 것으로 내다봤다. 서울시민의 2047년 기대수명은 88.8세로 전국에서 가장 높고, 울산이 86.6세로 가장 낮을 것으로 예측했다. 또한 남녀 기대수명 차이 역시 2017년 시도평균 6.0세에서 2047년 4.0세로 감소할 것으로 내다봤다.

〈표 7〉 시도별 기대수명 추계결과(중위), 2017, 2047년

(단위: 세)

	남녀전체		남자		여자		남녀차이(여자-남자)	
	2017	2047	2017	2047	2017	2047	2017	2047
전국	82.7	87.8	79.7	85.8	85.7	89.8	6.0	4.0
서울	84.1	88.8	81.2	86.9	87.0	90.6	5.8	3.7
부산	81.8	87.2	78.9	85.2	84.8	89.1	6.0	3.9
대구	82.1	87.4	79.2	85.4	85.1	89.4	5.9	4.0
인천	82.4	87.4	79.2	85.4	85.6	89.4	6.3	4.0
광주	82.0	87.1	79.3	85.4	84.7	88.8	5.4	3.4
대전	82.9	87.9	80.4	86.2	85.4	89.6	5.0	3.4
울산	82.0	86.6	79.0	84.7	84.9	88.5	5.8	3.8
세종	83.0	87.2	80.0	85.3	86.0	89.1	6.0	3.8
경기	83.0	88.0	80.4	86.2	85.7	89.8	5.3	3.5
강원	82.0	87.5	78.4	85.2	85.6	89.8	7.3	4.6
충북	81.8	87.2	78.7	85.2	84.9	89.2	6.1	4.1
충남	82.2	87.7	78.8	85.5	85.5	89.8	6.6	4.4
전북	82.2	87.6	78.9	85.5	85.5	89.6	6.6	4.1
전남	81.9	87.4	78.3	84.9	85.5	89.8	7.2	4.9
경북	82.0	87.3	78.5	85.1	85.4	89.5	6.9	4.4
경남	81.8	87.1	78.5	85.0	85.1	89.2	6.6	4.2
제주	82.7	88.2	78.7	86.0	86.7	90.4	8.0	4.4

(출처 : 통계청(2019), 『2017~2047년 장래인구특별추계 시·도편』)

통계청의 『장래인구특별추계: 2017-2047』에 따르면 2017년 대한민국의 총인구는 5,136만 명에서 2028년까지 증가하여, 2028년 5,194만 명을 정점으로 감소세를 보여 주며, 2047년 4,891만 명으로 감소할 것으로 전망된다. 그리고 수도권 인구는 2017년 2,548만 명(총인구의 49.6%)에서 늘어 2032년 2,650만 명(51.1%)을 정점으로 감소하다, 2047년 2,526만 명(51.6%)에 이를 것으로 전망하고 있다.

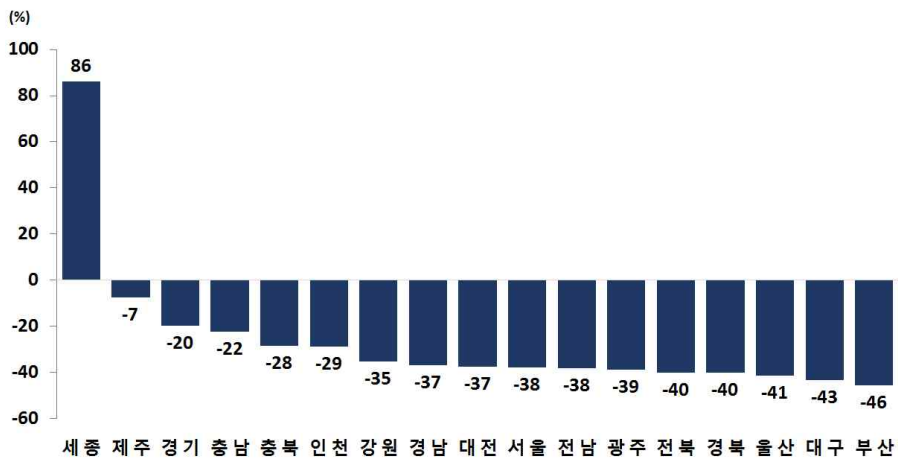
시도별로 살펴보면 2017년 대비해서 2047년에는 서울, 부산 등의 11개 시도 총인구가 감소하고, 경기, 세종 등 6개 시도의 총인구는 증가할 것으로 전망된다. 특히 서울의 인구는 2017년 977만 명에서 30년 후인 2047년 832만 명으로 감소할 전망이다. 반대로 수도권인 경기도의 인구는 2017년 1,279만 명에서 늘어나 2036년 1,445만 명 수준을 정점으로 감소세를 이어가, 2047년에는 1,399만명에 이를 전망이다.

그리고 생산연령인구(15~64세)도 2047년부터는 세종을 제외하고 모든 지역에서 줄어들 것으로 전망했다. 통계청은 향후 30년간 감소하는 생산연령인구가 약 1200만 명에 달할 것으로 내다봤다.

2017년과 대비해서 2047년의 생산연령인구 감소율이 가장 높을 것으로 예상되는 두 개 지역은 부산과 대구였고, 감소율은 각각 -45.6%, -43.3%로 나타났다. 같

은 기간 서울은 279만 명(37.9%) 감소할 것으로 예상됐다. 예외적으로 세종에서만 16만 명(86.1%)의 생산연령인구가 늘어날 전망이다. 당연한 얘기이지만 중위연령(전체 인구가 한 줄 섰을 때 중간에 서 있는 사람의 나이)은 급격하게 높아질 전망이다. 2047년에 중위연령이 가장 높아질 것으로 전망되는 곳은 전남 지역이 63.1세, 경북 지역이 62.1세, 강원 지역이 61.9세 등이다. 앞의 세 지역에선 인구의 절반 이상이 60세 이상의 고령인구로 채워질 것이란 뜻이다. 현재 가장 젊은 도시로 나타난 세종의 중위연령도 2047년(50.1세)에는 50세를 넘기게 된다.

〈그림 3〉 시도별 생산연령인구 증감률, 2017년 대비 2047년



(출처 : 통계청(2019), 『2017~2047년 장래인구특별추계 시·도편』)

〈표 8〉 시도별 총인구 (중위추계), 2020~2047년

(단위: 천 명)

연도	총인구																	
	전국	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
2020	51,781	9,602	3,344	2,419	2,951	1,488	1,500	1,140	349	13,405	1,515	1,632	2,204	1,792	1,764	2,655	3,350	670
2021	51,822	9,543	3,313	2,405	2,957	1,481	1,491	1,133	365	13,554	1,513	1,636	2,219	1,781	1,755	2,645	3,349	680
2022	51,846	9,488	3,283	2,390	2,962	1,473	1,483	1,126	380	13,689	1,511	1,641	2,233	1,770	1,747	2,635	3,346	689
2023	51,868	9,439	3,260	2,376	2,972	1,466	1,475	1,123	396	13,785	1,512	1,645	2,245	1,762	1,741	2,629	3,344	698
2024	51,888	9,394	3,237	2,362	2,981	1,459	1,469	1,120	411	13,875	1,512	1,649	2,256	1,754	1,737	2,622	3,343	707
2025	51,905	9,352	3,215	2,348	2,990	1,452	1,462	1,117	425	13,959	1,513	1,653	2,268	1,747	1,732	2,617	3,340	715
2026	51,920	9,312	3,194	2,334	3,000	1,445	1,457	1,114	438	14,038	1,514	1,657	2,279	1,741	1,728	2,611	3,338	723
2027	51,933	9,273	3,173	2,322	3,008	1,438	1,452	1,110	450	14,111	1,515	1,662	2,290	1,735	1,724	2,606	3,335	731
2028	51,942	9,234	3,153	2,309	3,017	1,432	1,447	1,107	462	14,179	1,516	1,666	2,301	1,729	1,721	2,601	3,331	738
2029	51,941	9,195	3,133	2,297	3,025	1,425	1,443	1,103	474	14,240	1,518	1,670	2,311	1,724	1,718	2,596	3,327	744
2030	51,927	9,156	3,113	2,284	3,031	1,419	1,438	1,099	484	14,294	1,519	1,674	2,320	1,718	1,715	2,591	3,321	751
2035	51,630	8,954	3,011	2,218	3,048	1,383	1,415	1,072	531	14,445	1,523	1,685	2,352	1,691	1,696	2,556	3,276	775
2040	50,855	8,731	2,887	2,138	3,031	1,340	1,386	1,035	564	14,388	1,513	1,678	2,357	1,654	1,669	2,499	3,198	787
2045	49,574	8,451	2,743	2,043	2,978	1,287	1,345	989	587	14,139	1,487	1,651	2,336	1,607	1,631	2,421	3,090	787
2046	49,253	8,387	2,713	2,022	2,963	1,275	1,335	978	591	14,067	1,480	1,643	2,327	1,595	1,622	2,403	3,065	786
2047	48,911	8,320	2,682	2,000	2,947	1,263	1,325	968	595	13,988	1,472	1,635	2,318	1,583	1,611	2,383	3,038	784

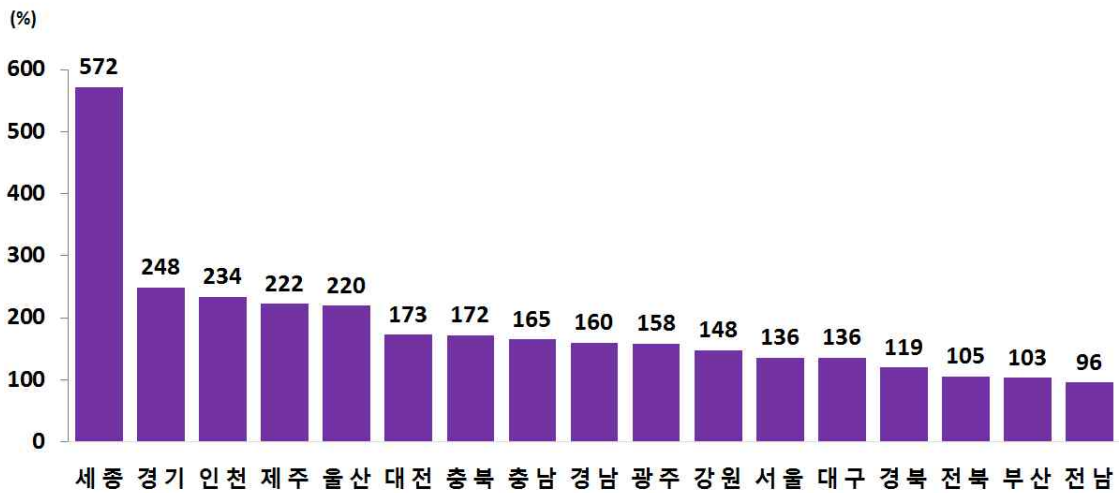
(출처 : 통계청(2019), 『2017~2047년 장래인구특별추계 시·도편』)

다. 시도별 65세 이상 고령 인구 추계

전국의 65세 이상 고령자 인구는 2017년에 707만명(13.8%), 2025년도가 되면 1,000만명을 넘어, 2047년에는 1,879만명(38.4%)에 이를 것으로 통계청(2019)은 내다봤다. 통계청은 베이비부머가 65세 이상에 진입하는 2020년부터 고령인구가 급증하여 2017년 대비하여 2047년의 고령인구는 1,172만명(165.9%) 증가하게 될 것으로 예측했다.

시도별로 살펴보면 2017년 전남의 고령인구 비중이 21.5%로 가장 높았고, 세종이 9.2%로 가장 낮았었다. 하지만 2047년에는 경기와 제주를 제외한 7개 도와 부산 지역에서 65세 이상 고령자 인구의 비중이 40%를 초과하기에 이를 것으로 전망됐다. <그림 4>는 시도별 고령인구 증감률을 2017년과 대비시켜 나타낸 것이다.

<그림 4> 시도별 고령인구 증감률, 2017년 대비 2047년



(출처 : 통계청(2019), 『2017~2047년 장래인구특별추계 시·도편』)

초고령인구(85세 이상)는 2017년 60만 명(1.2%)에서 2047년 366만 명(7.5%)으로 30년간 306만 명(6.3%p)이 증가할 것으로 나타났다. 2017년 기준 초고령인구 비중은 전남이 2.2%, 인구수는 3만 9천 명으로 가장 높고 울산은 0.7%, 인구수는 8천명으로 가장 낮았으나, 2047년에 이르면 세종(4.5%)을 제외한 16개의 시도에서 6%를 초과할 것으로 나타났다.

〈그림 5〉 시도별 85세 이상 인구 구성비, 2017년 및 2047년



(출처 : 통계청(2019), 『2017~2047년 장래인구특별추계 시·도편』)

〈표 10〉 시도별 고령인구 및 구성비, 2017~2047년

지 역	65세 이상 인구 전체(만명)							85세 이상 인구 전체(만명)						
	'17년	'25년	'35년	'45년	'47년	2017년 대비 2047년		'17년	'25년	'35년	'45년	'47년	2017년 대비 2047년	
						증감	증감률(%)						증감	증감률(%)
전 국	707	1,051	1,524	1,833	1,879	1,172	165.9	59.8	111.6	176.4	325.7	366.3	306.4	512.3
서울	129	186	254	298	305	176	135.9	9.0	17.3	30.6	54.9	60.9	51.8	573.9
부산	54	78	100	109	110	56	102.9	3.8	7.1	12.0	21.1	23.1	19.3	509.6
대구	34	49	69	78	79	46	135.6	2.4	4.9	7.8	14.1	15.8	13.3	545.4
인천	33	55	87	108	111	78	233.7	2.8	5.3	9.2	18.5	21.2	18.4	651.3
광주	18	26	38	45	46	28	157.8	1.5	2.6	4.3	7.4	8.3	6.8	463.6
대전	18	27	39	47	48	31	172.7	1.5	2.8	4.5	8.5	9.6	8.1	541.5
울산	11	19	30	35	36	25	219.6	0.8	1.4	2.5	5.2	5.9	5.1	664.2
세종	2	5	10	15	17	14	572.1	0.2	0.5	0.9	2.2	2.7	2.4	1048.8
경기	142	238	379	478	494	352	248.4	12.0	23.8	40.9	80.5	91.5	79.5	660.4
강원	27	39	55	65	66	40	147.5	2.6	4.7	6.6	12.3	13.8	11.3	441.6
충북	24	36	53	65	66	42	171.9	2.2	4.2	5.9	11.2	12.8	10.5	467.9
충남	35	49	71	90	93	58	164.7	3.6	6.6	9.2	16.4	18.7	15.1	425.2
전북	34	44	59	68	70	36	105.0	3.4	5.8	8.1	13.1	14.5	11.1	329.5
전남	39	48	63	74	75	37	95.9	3.9	6.6	8.6	13.8	15.3	11.4	290.0
경북	49	67	92	106	108	59	119.4	4.8	8.5	11.5	20.3	22.7	17.9	374.9
경남	48	72	104	123	126	77	159.9	4.4	7.8	11.5	21.5	24.2	19.9	454.7
제주	9	13	21	28	29	20	222.3	0.9	1.7	2.5	4.7	5.3	4.4	483.6
수도권	304	479	720	884	910	605	199.0	23.9	46.4	80.6	153.9	173.6	149.7	626.6
중부권	106	155	228	282	290	184	172.7	10.1	18.7	27.1	50.6	57.5	47.4	470.5
호남권	99	131	180	215	220	121	121.5	9.7	16.7	23.5	38.9	43.4	33.7	348.4
영남권	197	286	396	452	459	262	133.3	16.2	29.7	45.3	82.2	91.8	75.6	467.7

구성비, 증감(% , %p)

전 국	13.8	20.3	29.5	37.0	38.4	24.7	1.2	2.2	3.4	6.6	7.5	6.3
서울	13.2	19.9	28.4	35.3	36.6	23.4	0.9	1.9	3.4	6.5	7.3	6.4
부산	15.8	24.4	33.4	39.7	41.0	25.2	1.1	2.2	4.0	7.7	8.6	7.5
대구	13.7	21.1	31.2	38.4	39.7	26.0	1.0	2.1	3.5	6.9	7.9	6.9
인천	11.4	18.4	28.4	36.3	37.8	26.4	1.0	1.8	3.0	6.2	7.2	6.2
광주	12.0	18.0	27.3	35.2	36.6	24.6	1.0	1.8	3.1	5.8	6.6	5.6
대전	11.6	18.4	27.7	35.0	36.4	24.8	1.0	1.9	3.2	6.3	7.2	6.2
울산	9.7	17.3	28.2	35.6	37.0	27.3	0.7	1.3	2.3	5.3	6.1	5.4
세종	9.2	11.6	18.3	26.0	27.8	18.5	0.9	1.2	1.8	3.8	4.5	3.6
경기	11.1	17.0	26.2	33.8	35.3	24.2	0.9	1.7	2.8	5.7	6.5	5.6
강원	17.6	25.6	35.9	43.6	45.0	27.4	1.7	3.1	4.4	8.3	9.4	7.7
충북	15.2	21.6	31.4	39.1	40.6	25.4	1.4	2.5	3.5	6.8	7.8	6.4
충남	16.3	21.5	30.4	38.4	40.0	23.7	1.7	2.9	3.9	7.0	8.1	6.4
전북	18.5	25.2	34.7	42.5	43.9	25.4	1.8	3.3	4.8	8.1	9.2	7.3
전남	21.5	27.4	37.1	45.3	46.8	25.4	2.2	3.8	5.1	8.4	9.5	7.3
경북	18.4	25.7	36.1	43.9	45.4	27.0	1.8	3.2	4.5	8.4	9.5	7.7
경남	14.5	21.4	31.7	39.8	41.4	26.9	1.3	2.3	3.5	7.0	8.0	6.7
제주	14.0	18.5	26.9	34.9	36.6	22.6	1.4	2.3	3.3	5.9	6.8	5.4
수도권	11.9	18.2	27.2	34.6	36.0	24.1	0.9	1.8	3.0	6.0	6.9	5.9
중부권	15.0	21.2	30.3	38.0	39.5	24.5	1.4	2.6	3.6	6.8	7.8	6.4
호남권	17.3	23.2	32.5	40.5	42.0	24.7	1.7	3.0	4.2	7.3	8.3	6.6
영남권	15.1	22.6	32.6	40.0	41.5	26.4	1.2	2.4	3.7	7.3	8.3	7.1

이번에는 본 연구의 주제인 서울시의 고령인구만 따로 떼어내어 살펴보자. 2020년도 148만 명 수준이던 서울시의 고령인구 규모는 매년 약 1%씩 늘어나 2030년 221만 9천 명에 이르고, 2035년 254만 명, 2046년엔 300만 명을 넘을 것으로 예측된다.

〈표 10〉 서울의 고령인구 추계, 2020년부터 2047년까지

연도	서울시 고령인구 추계 (천명)			
	합계	65~74세	75~84세	85세 이상
2020	1,480	898	467	115
2021	1,549	948	475	125
2022	1,621	981	503	136
2023	1,697	1,022	528	148
2024	1,775	1,067	547	161
2025	1,862	1,120	568	173
2026	1,950	1,187	577	187
2027	2,017	1,218	594	205
2028	2,095	1,260	614	221
2029	2,153	1,281	641	230
2030	2,219	1,291	689	240
...				
2035	2,540	1,329	905	306
...				
2040	2,827	1,354	1,076	396
...				
2045	2,980	1,291	1,140	549
2046	3,014	1,278	1,150	587
2047	3,048	1,271	1,168	609

(출처 : 통계청(2019), 『2017~2047년 장래인구특별추계 시·도편』)

3. 장기요양보험 수요예측을 위한 주요 변수

이제 우리의 연구 주제인 노인장기요양보험과 관련된 변수들을 살펴볼 차례다. 서론에서 살펴보았듯이 노인장기요양보험제도는 보편적 제도로 설계되어 있다. 장기요양보험료 납부 대상은 『국민건강보험법』 제 5조에 따른 대상과 동일하지만 건강보험과는 달리, 노인장기요양보험의 보험 대상자가 장기요양보험의 혜택을 받기 위해서는 기초자치단체에 설치된 “등급판정위원회”로부터 장기요양서비스의 필요도를 1~5등급에 걸친 판정을 받아야 한다. 이 판정을 기준으로 노인장기요양서비스의 수급 자격이 결정된다.

가. 장기요양보험 등급판정 기준

2008년 7월에 도입된 노인장기요양보험제도는 등급판정 기준에 관한 복지부 고시를 통해 장기요양보험 적용대상자를 선발한다. 아래 <그림 6>는 신체기능, 인지기능, 행동변화, 간호처치, 재활 영역을 아우르는 52개 평가 항목을 보여주고 있다. 본 연구에 선 먼저 일상생활활동을 나타내는 12개 항목 중 어떠한 변수가 장기요양서비스의 대상자 선정에 중요한 영향을 미치고 있는지 살펴보았다. 이를 위해 한국보건사회연구원이 실시한 『2006년도 노인기능상태조사』를 이용하였다.

<그림 6> 영역별 심신상태를 나타내는 52개 항목

영역	항목		
신체기능 (기본적 일상생활기능) (12항목)	·옷 벗고 입기 ·세수하기 ·양치질하기 ·목욕하기	·식사하기 ·체위변경하기 ·일어나 앉기 ·움겨 앉기	·방 밖으로 나오기 ·화장실 사용하기 ·대변 조절하기 ·소변 조절하기
인지기능 (7항목)	·단기 기억장애 ·날짜불인지 ·장소불인지 ·나이·생년월일 불인지	·지시불인지 ·상황 판단력 감퇴 ·의사소통·전달 장애	
행동변화 (14항목)	·망상 ·환각, 환청 ·슬픈 상태, 울기도 할 ·불규칙수면, 주야혼돈 ·도움에 저항	·서성거림, 안절부절못함 ·길을 잃음 ·폭언, 위협행동 ·밖으로 나가려함 ·물건 망가트리기	·의미 없거나 부적절한 행동 ·돈·물건 갈취기 ·부적절한 옷 입기 ·대소변 불결행위
간호처치 (9항목)	·기관지 절개관 간호 ·흡인 ·산소요법	·목창간호 ·경관 영양 ·알성통증간호	·도뇨관리 ·장루간호 ·루석간호
재활 (10항목)	운동장애(4항목)		관절제한(6항목)
	·우측상지 ·우측하지 ·좌측상지 ·좌측하지	·어깨관절, 팔꿈치관절, 손목 및 수지관절, 고관절, 무릎관절, 발목관절	

(출처 : 보건복지부 고시 제2018-146호(2018.7.23.))

보사연의 조사에 따르면 “장기요양서비스 이용자(1,176명) 중 가장 많은 57.4%의 사람들이 목욕하기에 완전도움이 필요하다고 응답하였으며, 다음으로 화장실 사용하기 (31.2%), 옷 벗고 입기(28.9%), 소변 조절하기(27.7%) 순으로 완전도움이 필요하다고 응답”하였다.

재가서비스 이용자 중에는 가장 많은 “54.2%가 목욕하기에 완전도움이 필요하다고 응답하였으며, 그 다음으로 옷 벗고 입기(28.3%) 화장실 사용하기(26.7%) 등의 순으로 완전도움이 필요하다고 반면에 시설서비스 이용자 중 68.9%가 목욕하기에 완전도움이 필요하다고 응답하였으며, 그 다음으로 화장실 사용하기(47.5%), 소변 조절하기(43.6%), 대변 조절하기(43.2%) 순”으로 완전도움이 필요하다고 응답하였다.

각각의 일상생활활동에서 완전한 도움이 필요한 사람의 비율을 시설서비스 이용자와 재가서비스 이용자 간에 비교해보면, 모든 활동의 시설서비스 이용자 비율이 높았다. 특히 화장실 사용하기에서 재가 서비스 사용자에게 비해 20.8%p(대변 조절 22%p; 소변 조절 20.3%p)만큼이나 차이가 난다. 즉, 일상생활을 영위하기 힘들수록 시설 서비스를 선호하는 것을 알 수 있다.

보사연의 실태조사에선 일상생활활동장애 뿐만 아니라 서비스 신청 노인들의 앓고 있는 질병 또한 등급판정에 영향을 미치고 있는 것으로 파악됐다. 특히 시설서비스 이용의 가장 중요한 질병요인은 치매로 지적되고 있었다. 치매를 포함해 많은 노인들이 앓고 있는 질병으로 암, 당뇨병, 고혈압, 중풍·뇌졸중·뇌혈관 질환, 관절염 등 6개 질병이 있다. 이 중에서 가장 많은 장기요양서비스 이용자가 앓고 있는 질병은 고혈압 질환으로 56.5%였고, 관절염은 52.2%였다. 다음으로 치매가 42.1%, 뇌졸중·중풍·뇌혈관 질환은 39.6% 등의 순이었다.

이를 시설서비스와 재가서비스 이용자로 나누어서 살펴보면, 재가서비스 이용자와 다르게 시설서비스 이용자 중에서 치매 질환을 앓고 있는 노인이 68.5%나 되어 무척 많은 것을 알 수 있다. 또한 재가서비스 이용자 중에서 노인 치매 질환 비율이 34.7%임을 고려하면 그 차이가 매우 커서 통계적으로도 유의하다 할 수 있을 것이다.

또한 복지부가 수행한 『2019년도 장기요양 실태조사』에 따르면, 서비스 이용자가 가지고 있는 만성질환의 개수는 평균 3.4개였고, 만성질환이 없다고 말한 수급자는 전체의 1%에 불과했으며, 3개라고 말한 수급자는 26.0%, 2개는 21.8%, 5개 이상은 21.3% 등으로 나타났다. 남성보다 여성 수급자의 만성질환 개수가 많았다. 75~79세와 85~89세의 연령대 수급자의 평균 만성질환 개수가 3.5개로 나타나 가장 많았다. 65세 미만 수급자의 만성질환 개수는 2.8개, 90세 이상 수급자의 만성질환 개수는 3.0개로 다른 연령대에 비해 적게 나타났다.

장기요양인정등급을 보면, 3등급 수급자는 3.5개 4등급 수급자는 3.4개로 만성질환

개수가 상대적으로 많았으며, 1등급 수급자와 인지지원등급 수급자는 만성질환 개수가 2.9개로 상대적으로 적게 나타났다. 급여유형별로 방문요양 수급자가 평균적으로 3.6개, 방문간호수급자가 3.4개, 방문목욕 수급자가 3.3개로 만성질환 개수가 많이 나타났으며, 단기보호 수급자는 2.8개, 노인요양시설 수급자는 3.1개로 나타나 만성질환 평균 개수가 상대적으로 적었다.

치매 질환이 있는 수급자의 만성질환 평균 개수는 3.5개였으며, 치매가 없는 수급자의 만성질환 평균 개수는 3.1개로 나타났다. 장기요양수급자의 주요한 만성질환을 보면, 전체 수급자에서 고혈압 질환자가 60.3%로 나타나 가장 많았다. 다음 순으로 치매가 57.2%였고, 당뇨병이 29.3%였다. 관절염이나 류마티즘 질환자는 27.8%였고, 뇌졸중은 25.8%였다. 고혈압이 있는 수급자의 특성을 보면, 남성보다 여성의 비율이 높게 나타났으며, 80대 수급자와 대도시 거주 수급자의 고혈압 유병률이 높았다.

장기요양인정등급에서는 3등급과 4등급을 받은 인정자의 고혈압 비율이 높았고, 방문요양, 방문목욕 이용자, 단기보호, 그리고 치매 질환이 없는 수급자의 고혈압 비율이 상대적으로 높게 나타났다. 치매 질환자의 경우, 남성 수급자보다는 여성 수급자의 치매유병률이 높았고, 80세 이상의 수급자, 중소도시에 거주하고 있는 수급자 비율도 높았다. 5등급 수급자와 인지지원등급 수급자의 치매 비율도 높았다.

노인요양시설을 이용하는 수급자와 노인요양공동생활가정의 80.0% 이상이 치매 질환을 가지고 있었으며, 단기보호와 주야간보호를 이용하는 수급자는 각각 70.0%, 77.8%로 나타났다. 당뇨병은 여성 수급자보다 남성 수급자가 많았고, 65~69세 수급자, 대도시 거주 수급자가 더 많은 것으로 나타났다.

장기요양인정등급별로 보면, 5등급 수급자와 인지지원등급 수급자 유병률이 높았고, 급여유형의 경우 노인요양시설을 이용하는 수급자와 노인요양공동생활가정의 유병률이 높았다. 특히 치매를 가지고 있는 수급자의 당뇨병 유병률은 치매 질환 진단을 받지 않은 수급자보다 상대적으로 높았다. 관절염과 류마티즘 관절염은 남성보다 여성이 높게 나타났고, 85~89세와 90세 이상 수급자에서는 30% 이상이 앓고 있었으며, 급여유형에서는 방문요양과 방문목욕 서비스를 이용하는 수급자 집단에서 상대적으로 높게 나타났다.

뇌졸중은 수급자 중에서 여성보다 남성이 더 많이 앓았고, 연령대가 낮을수록 뇌졸중 유병률이 높게 나타났다. 농어촌 지역 거주 수급자가 다른 지역에 거주하는 수급자보

다 뇌졸중 유병률이 낮았고, 1등급 수급자의 경우 뇌졸중 비중이 높았다. 급여유형별로 방문요양과 방문간호를 이용하는 수급자는 뇌졸중 비율이 상대적으로 높았고, 치매를 앓고 있는 수급자의 뇌졸중 비율은 치매 질환이 없는 수급자보다 높은 것으로 나타났다.

그렇다면 우리나라 노인들의 치매 유병률은 어느 정도인가?

나. 우리나라 노인들의 치매 유병률

치매는 환자 본인만이 아니라 보호자에게도 정신적, 육체적, 경제적으로 막대한 부담을 일으키며, 국가적 차원에서도 환자에게 소요되는 의료비용은 상당하다. 최근에 시행된 전국규모의 치매역학조사(복지부, 『2016년 전국치매역학조사』)에서 치매 환자 보호자 4명 중 3명은 심각한 경제적, 신체적 및 정신적 부담을 경험하고 있으며, 치매 환자 1명을 돌보면서 연 564만원 상당을 지출하고 있는 것으로 나타났다. 국가 전체로 보면 연간 2조 3천 8백억 원이 소요되는 것으로 추산된다.

하지만, 이렇게 큰 사회경제적 부담에도 불구하고 치매 질환이 진단된 이후 인지기능 저하를 이전 수준으로 회복하는 치료법은 아직 없으며, 오직 치매 질환의 위험 요인을 사전에 조절하여 발병률을 낮추고, 최대한 이른 시점에서 진단을 하고, 그에 맞는 적절한 개입을 통해 경과 속도를 저하 시키는 방법이 현실적으로 시행 가능한 치매 대응책이다.

『2016년 전국 치매역학조사』를 통해 확인된 치매 유병률은 60세 이상 한국 노인에서 6.86%이며, 장래인구추계로 추산한 2017년 현재, 추정 치매환자 수와 추정 치매유병률은 각각 723,319명(남성 272,336명, 여성 450,983명)와 7.06%에 이른다. 65세 이상 한국 노인의 치매 유병률은 9.50%로, 장래인구추계를 적용한 2017년 치매환자 수는 703,968명(남성 254,765명, 여성 449,203명), 추정 치매 유병률은 9.95%으로 추산된다.

나아가 60세 이상 노인의 2017년 알츠하이머 치매유병률이 4.97%로 전체 치매의 72.4%를 차지하였고, 혈관성 치매가 0.76%로 전체 치매 중 11.1%였으며, 기타치매는 1.13%로 전체 치매의 16.5%를 차지하고 있다. 65세 이상 노인의 2017년 알츠하이머 치매유병률은 7.07%로 전체 치매의 74.4%를 차지하였고, 혈관성 치매가 0.83%로 8.7%를 차지하였으며, 기타치매는 1.60%로 전체 치매의 16.9%를 차지하여 60세 이상 노인과 유사한 양상을 보이고 있다.

2017년 60세 이상 노인의 치매는 최경도, 경도, 중등도, 중증으로 분류되고 각각 전체 치매의 47.4%, 28.1%, 21.3%, 3.2%로 나타났고, 65세 이상 노인은 각각 48.4%, 27.6%, 21.9%, 2.1%로 나타나 60세, 65세 이상 모두 최경도 및 경도 치매가 전체 치매의 약 75%를 차지하고 있다고 추정된다.

시설입소 노인인에 대한 표본구성의 한계를 감안해야겠지만, 재가노인에 한정하여 중증도별 유병률을 재산출한 결과, 60세 이상의 경우 최경도 치매(48.7%), 경도 치매(27.0%), 중등도 치매(21.8%), 중증 치매(2.4%)로 나타났고, 65세 이상의 경우 최경도 치매(49.9%), 경도 치매(26.4%), 중등도 치매(22.4%), 중증 치매(1.2%)로 나타났다.

향후 60세 이상 치매유병률을 추산해보면 2017년에 7.06%를 시작으로, 2020년에 7.20%가 되고, 2030년에 8.10%, 2040년에는 10.51%로 10%를 넘었고, 2050년에 13.80%로 추정된다. 65세 이상 노인 인구의 치매유병률은 좀 더 높은데, 2017년에 9.95%를 시작으로 2020년에 바로 10%를 넘어 10.29%, 2030년에 10.56%가 되고, 2040년에 12.71%, 2050년에는 16.09%에 이를 것으로 추산되는 것으로 나타났다.

치매부양부담 측면에서 65세 이상의 치매 질환 노인 1명을 돌봐야하는 생산가능 인구를 보여주는 치매의존비를 살펴보자. 2016년에 약 55명의 생산가능인구가 1명의 치매 질환자를 돌봤다면, 2046년에는 약 10명당 1명의 치매 질환자를, 2058년에는 약 7명당 1명의 치매 질환자를 돌봐야 하는 것으로 나타나. 장래 치매환자가 증가할수록 생산가능인구의 부양부담이 점차 증가할 것으로 예상된다. 이를 표로 나타내면 아래의 <표 11>와 같다.

<표 11> 우리나라 노인인구의 치매유병률 및 치매환자 수 연도별 추계

구분	2017	2018	2019	2020	2021	2025	2030	2040	2050	
60+	치매유병률	7.06%	7.15%	7.18%	7.20%	7.15%	7.56%	8.10%	10.51%	13.80%
	치매환자(명)	723,319	769,710	813,475	860,187	900,971	1,109,773	1,393,851	2,200,412	3,047,646
65+	치매유병률	9.95%	10.15%	10.28%	10.29%	10.25%	10.32%	10.56%	12.71%	16.09%
	치매환자(명)	703,986	748,946	791,229	836,833	876,096	1,083,977	1,367,651	2,176,558	3,026,593

(출처 : 보건복지부 (2017). 2016년 전국치매 역학조사)

아래의 <표 12>은 2020년부터 2030년까지의 서울시 노인인구의 치매 유병률 및 치매 환자 수 연도별 추계이다.

〈표 12〉 서울시 노인인구의 치매유병률 및 치매환자 수 연도별 추계

항목					노인인구현황	치매환자 유병현황		경도인지장애 환자유병현황	
시점	시도	행정구역	성별	연령별	노인인구수	치매환자		경도인지장애 환자	
						환자수	유병률	환자수	유병률
2020	서울특별시	서울특별시	전체	65~69세	510,690	7,041	1.38%	92,620	18.13%
2020	서울특별시	서울특별시	전체	70~74세	387,346	14,907	3.85%	83,479	21.55%
2020	서울특별시	서울특별시	전체	75~79세	290,235	34,027	11.72%	42,236	14.55%
2020	서울특별시	서울특별시	전체	80~84세	176,770	36,680	20.75%	84,729	47.93%
2020	서울특별시	서울특별시	전체	85세이상	114,564	45,079	39.35%	25,467	22.22%
2020	서울특별시	서울특별시	전체	60세이상	2,187,068	141,929	6.49%	431,215	19.71%
2020	서울특별시	서울특별시	전체	65세이상	1,479,605	137,733	9.31%	328,530	22.2%
2021	서울특별시	서울특별시	전체	65~69세	549,325	7,566	1.38%	99,759	18.16%
2021	서울특별시	서울특별시	전체	70~74세	399,083	15,354	3.85%	85,992	21.54%
2021	서울특별시	서울특별시	전체	75~79세	287,253	33,698	11.73%	41,868	14.57%
2021	서울특별시	서울특별시	전체	80~84세	187,623	38,861	20.71%	89,983	47.95%
2021	서울특별시	서울특별시	전체	85세이상	125,233	49,513	39.54%	27,800	22.19%
2021	서울특별시	서울특별시	전체	60세이상	2,280,844	149,332	6.55%	451,590	19.79%
2021	서울특별시	서울특별시	전체	65세이상	1,548,517	144,994	9.36%	345,402	22.3%
2022	서울특별시	서울특별시	전체	65~69세	576,230	7,934	1.38%	104,700	18.16%
2022	서울특별시	서울특별시	전체	70~74세	405,238	15,591	3.85%	87,317	21.54%
2022	서울특별시	서울특별시	전체	75~79세	297,744	34,965	11.74%	43,508	14.61%
2022	서울특별시	서울특별시	전체	80~84세	205,038	42,380	20.67%	98,402	47.99%
2022	서울특별시	서울특별시	전체	85세이상	136,295	54,120	39.71%	30,219	22.17%
2022	서울특별시	서울특별시	전체	60세이상	2,351,636	159,334	6.78%	470,436	20%

2022	서울특별시	서울특별시	전체	65세이상	1,620,545	154,989	9.56%	364,145	22.47%
2023	서울특별시	서울특별시	전체	65~69세	606,962	8,359	1.38%	110,243	18.16%
2023	서울특별시	서울특별시	전체	70~74세	414,797	15,962	3.85%	89,393	21.55%
2023	서울특별시	서울특별시	전체	75~79세	307,207	36,113	11.76%	45,005	14.64%
2023	서울특별시	서울특별시	전체	80~84세	220,662	45,544	20.64%	105,948	48.01%
2023	서울특별시	서울특별시	전체	85세이상	147,641	58,881	39.88%	32,693	22.14%
2023	서울특별시	서울특별시	전체	60세이상	2,435,921	169,263	6.95%	490,954	20.15%
2023	서울특별시	서울특별시	전체	65세이상	1,697,269	164,860	9.71%	383,282	22.58%
2024	서울특별시	서울특별시	전체	65~69세	637,953	8,788	1.38%	115,831	18.15%
2024	서울특별시	서울특별시	전체	70~74세	429,406	16,521	3.85%	92,526	21.54%
2024	서울특별시	서울특별시	전체	75~79세	321,326	37,765	11.75%	47,048	14.64%
2024	서울특별시	서울특별시	전체	80~84세	225,289	46,511	20.65%	108,161	48%
2024	서울특별시	서울특별시	전체	85세이상	160,812	64,400	40.05%	35,567	22.11%
2024	서울특별시	서울특별시	전체	60세이상	2,499,351	178,315	7.13%	504,980	20.2%
2024	서울특별시	서울특별시	전체	65세이상	1,774,786	173,985	9.8%	399,133	22.48%
2025	서울특별시	서울특별시	전체	65~69세	656,897	9,045	1.38%	119,338	18.16%
2025	서울특별시	서울특별시	전체	70~74세	463,398	17,822	3.85%	99,821	21.54%
2025	서울특별시	서울특별시	전체	75~79세	337,372	39,658	11.75%	49,421	14.64%
2025	서울특별시	서울특별시	전체	80~84세	230,915	47,663	20.64%	110,869	48.01%
2025	서울특별시	서울특별시	전체	85세이상	173,405	69,698	40.19%	38,312	22.09%
2025	서울특별시	서울특별시	전체	60세이상	2,571,231	188,146	7.32%	521,796	20.29%
2025	서울특별시	서울특별시	전체	65세이상	1,861,987	183,887	9.88%	417,762	22.43%
2026	서울특별시	서울특별시	전체	65~69세	685,688	9,441	1.38%	124,587	18.16%
2026	서울특별시	서울특별시	전체	70~74세	501,228	19,271	3.84%	107,944	21.53%

2026	서울특별시	서울특별시	전체	75~79세	348,186	40,929	11.75%	51,004	14.64%
2026	서울특별시	서울특별시	전체	80~84세	228,407	47,157	20.65%	109,657	48%
2026	서울특별시	서울특별시	전체	85세 이상	186,641	75,272	40.33%	41,195	22.07%
2026	서울특별시	서울특별시	전체	60세 이상	2,637,381	196,219	7.44%	535,667	20.31%
2026	서울특별시	서울특별시	전체	65세 이상	1,950,150	192,070	9.85%	434,387	22.27%
2027	서울특별시	서울특별시	전체	65~69세	689,232	9,502	1.38%	124,996	18.13%
2027	서울특별시	서울특별시	전체	70~74세	528,386	20,316	3.84%	113,793	21.53%
2027	서울특별시	서울특별시	전체	75~79세	355,409	41,764	11.75%	52,018	14.63%
2027	서울특별시	서울특별시	전체	80~84세	238,737	49,304	20.65%	114,605	48%
2027	서울특별시	서울특별시	전체	85세 이상	204,808	82,932	40.49%	45,152	22.04%
2027	서울특별시	서울특별시	전체	60세 이상	2,700,120	207,943	7.7%	551,255	20.41%
2027	서울특별시	서울특별시	전체	65세 이상	2,016,572	203,818	10.11%	450,564	22.34%
2028	서울특별시	서울특별시	전체	65~69세	700,638	9,671	1.38%	126,862	18.1%
2028	서울특별시	서울특별시	전체	70~74세	559,617	21,524	3.85%	120,554	21.54%
2028	서울특별시	서울특별시	전체	75~79세	366,036	42,993	11.75%	53,514	14.61%
2028	서울특별시	서울특별시	전체	80~84세	247,922	51,215	20.66%	119,004	48%
2028	서울특별시	서울특별시	전체	85세 이상	221,083	89,809	40.62%	48,694	22.02%
2028	서울특별시	서울특별시	전체	60세 이상	2,767,632	219,256	7.92%	567,378	20.5%
2028	서울특별시	서울특별시	전체	65세 이상	2,095,296	215,212	10.27%	468,628	22.36%
2029	서울특별시	서울특별시	전체	65~69세	690,048	9,534	1.38%	124,775	18.08%
2029	서울특별시	서울특별시	전체	70~74세	591,359	22,752	3.85%	127,421	21.54%
2029	서울특별시	서울특별시	전체	75~79세	380,890	44,740	11.75%	55,693	14.62%
2029	서울특별시	서울특별시	전체	80~84세	260,458	53,778	20.65%	125,041	48%
2029	서울특별시	서울특별시	전체	85세 이상	230,353	93,615	40.64%	50,729	22.02%

2029	서울특별시	서울특별시	전체	60세이상	2,848,832	228,599	8.02%	585,769	20.56%
2029	서울특별시	서울특별시	전체	65세이상	2,153,108	224,419	10.42%	483,659	22.46%
2030	서울특별시	서울특별시	전체	65~69세	678,254	9,388	1.38%	122,329	18.03%
2030	서울특별시	서울특별시	전체	70~74세	612,363	23,558	3.85%	131,936	21.54%
2030	서울특별시	서울특별시	전체	75~79세	413,878	48,621	11.75%	60,535	14.62%
2030	서울특별시	서울특별시	전체	80~84세	274,685	56,709	20.65%	131,876	48%
2030	서울특별시	서울특별시	전체	85세이상	240,175	97,733	40.69%	52,872	22.01%
2030	서울특별시	서울특별시	전체	60세이상	2,922,984	240,242	8.22%	602,923	20.62%
2030	서울특별시	서울특별시	전체	65세이상	2,219,355	236,009	10.63%	499,549	22.5%

(출처 : 보건복지부 (2017). 2016년 전국치매 역학조사)

III. 서울시 장기요양시설 수요 및 요양 시설 공급 현황

『2019 노인장기요양통계연보』에 따르면 장기요양보험 누적 신청자 수는 2019년 12월말 기준 총 1,113,093명이며, 총 인정자는 772,206명(노인인구의 9.6%)이다. 신청자 대비 인정율은 83.1%이며, 인정자수는 2018년 대비 15.1%, 2017년 대비 31.9% 증가한 것으로 나타났다(국민건강보험 2020).

〈표 13〉 장기요양보험 신청 및 인정 현황

(단위 : 명)

구 분	2015	2016	2017	2018	2019
노인인구 (65세이상)	6,719,244	6,940,396	7,310,835	7,611,770	8,003,418
신청자	789,024	848,829	923,543	1,009,209	1,113,093
판정자 (등급내+등급외)	630,757	681,006	749,809	831,512	929,003
인정자 (판정 대비 인정률)	467,752 (74.2%)	519,850 (76.3%)	585,287 (78.1%)	670,810 (80.7%)	772,206 (83.1%)
노인인구 대비 인정률	7.0%	7.5%	8.0%	8.8%	9.6%

(출처: 국민건강보험 2020)

범위를 서울시로 좁혀보면 154,360명이 신청하여 127,060명이 인정을 받았다. 신청자 대비 인정률은 82.3%로 이는 전국 인정률보다 0.8%p 낮았다. 이를 등급별로 살펴보면 아래 〈표 14〉와 같다.

〈표 14〉 2019년 서울시 장기요양보험 신청 및 인정 현황

(단위 : 명)

서울시	계	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지지원 등급	등급외
인정자	127,060	8,532	14,194	34,600	42,006	9,296	2,109	16,323
신청자	154,360	-	-	-	-	-	-	-

(출처: 국민건강보험 2020)

다음 절에서 상술하겠지만 서울시의 127,060명의 인정자 중 요양 급여를 받을 수

있는 인정자는 인정등급 1~3등급까지의 사람들인 관계로 2019년 한 해 동안 발생한 서울시의 노인장기요양시설의 산술적 수요자는 57,362명이다. 이 수치는 인정자 대비 45.1%, 급여 신청자 대비 37.2%, 서울시 2019년 노인인구 (140만 2천 명) 대비 4.1%를 보여주고 있다. 그렇다면 2030년 서울시의 요양 급여 수요는 어떻게 될까?

1. 서울시 노인장기요양급여 수급자 수요추정

장기요양 급여를 받기 위해서는 등급판정이 필수적이다. 등급판정은 『노인장기요양보호법』 제 15조 제2항 및 『노인장기요양보호법시행령』 제 7조에 의해 5개 등급으로 나뉘어지며, ‘1등급에서 3등급까지의 3개 등급’은 『노인장기요양보호법』에 의한 시설 이용이 가능하지만, 4등급, 5등급은 시설 이용 없는 급여 서비스만을 받는다. 본 연구는 적정 수준의 ‘노인장기요양시설’의 확보를 위한 수요치를 추정하는 것이 목표임으로, 수요치 추정을 위해선 1, 2, 3등급자의 규모만 필요로 한다.

『노인장기요양보호법』 및 『노인장기요양보호법시행령』에 의한 등급 분류는 개인의 건강 상태와 그 개인이 처해 있는 상황 속에서 판단된다. 하지만 개인의 건강 상태와 상황은 언제나 가변적이다. 시간의 흐름 속에서 한 개인의 건강 상태는 좋아졌다 나빠지기를 반복할 수도 있고, 계속 안 좋을 수도 계속 건강할 수도 있다. 따라서 노인장기요양급여 수급자의 규모는 먼저 시간의 흐름 속에서 ‘가변성’이라는 특징을 갖는다.

이 ‘가변성’이라는 특징은 ‘등급 분류’와 만나 ‘집단 간 전이’의 형태로 표출된다. 흔히 우리는 ‘남자보다 여자가 오래 산다’라고 말하곤 한다. 가장 개인적인 차원에서 발생하는 ‘죽음’의 문제를 ‘남자’와 ‘여자’라는 생물학적 차이를 기반으로 한 분류를 통해 일반화한 표현이다. 하지만 ‘남자’와 ‘여자’라는 생물학적 분류는 자연적 전이 가능성이 없는 분류이다. 이 표현을 증명하기 위해서는 전체 인구를 ‘남자’와 ‘여자’로 분류한 뒤 각각의 평균 연령을 구해보면 된다. 이 경우, 그룹별 전이 가능성은 없다. 하지만 예를 들어 ‘부자였다 가난해진 사람들이 일반적으로 빨리 죽는다’는 표현을 생각해보자. 이 말을 증명하기 위해서는 ‘부자’와 ‘가난한 사람’을 분류한 다음 각 그룹의 ‘전이 가능성’을 구해야 한다. 우리의 경우도 마찬가지이다.

서울시 노인장기요양급여 수급자 규모를 추정하기 위해서는 앞서 말한 ‘인정등급’ 간의 전이 가능성을 구해야 한다. 즉, 건강한 노인이 질환 등의 영향으로 수급자가 될 확률을 수급자 등급별 전이 가능성까지 염두에 두고 구해야 한다는 말이다. 본 연구에선

‘등급판정’ ‘1등급’부터 ‘3등급’까지와 4,5등급을 포함한 ‘건강한 노인’이라는 분류를 사용하였다. 그렇다면 그룹별 전이 가능성을 어떻게 구할 것인가?

앞서 우리는 서울시의 노인인구를 총 4개의 그룹으로 나눌 것이라 제안했다. 또한 『노인장기요양법』 상의 인정심사의 유효기간은 2020년까지는 1년이었기에 시간에 따른 세부 분류는 필요치 않다. 이를 수식으로 나타내보자. 예측 기준연도를 0으로 하고, 각 그룹별 변화를 매해 되풀이되는 인정심사를 통해 추정 목표연도인 n 시점으로 나타내면, 각 그룹의 상태인 X_n 은 아래와 같은 형태로 정의할 수 있다.

$$P\{X_{n+1}=j, X_n=i, X_{n-1}=i_{n-1}, \dots, X_0=i_0\} = p_{ij}, \quad i, j = 1, \dots, 4$$

여기서 p_{ij} 는 상태 i 가 인정심사를 통해 상태 j 로 전이된 것을 뜻한다. 상태 간의 변화는 그 각각의 전이 가능성을 기반으로 아래와 같은 확률 행렬(전이행렬 또는 마코프 매트릭스 Markov Matrix)을 통해 표현할 수 있다.

$$P_x = \begin{bmatrix} p_{11}^x & p_{12}^x & \dots & p_{14}^x \\ p_{21}^x & p_{22}^x & \dots & p_{24}^x \\ p_{31}^x & p_{32}^x & \dots & p_{34}^x \\ p_{41}^x & p_{42}^x & \dots & p_{44}^x \end{bmatrix}$$

이 행렬을 풀어 설명하면, p_{ij}^x 는 전이행렬 P_x 의 (i, j) 성분으로, 상태 i 에 있는 x 성분의 사람이 1년 후 인정심사에서 상태 j 에 있을 전이확률을 나타낸다.

$$p_{ij}^x = P\{x+1 \text{년, 상태 } j/x\text{성분, 상태 } i\}, \quad i, j = 1, \dots, 4$$

x 성분 자리에 계속해서 y, z 과 같은 특정 성분들을 추가해 예측 시나리오를 다양하게 만들 수도 있다. 현재와 같이 노인장기요양사업에 대한 데이터가 충분치 못한 경우, 우리는 각 성분의 구성 요소들을 다른 함수를 통해 예측해야만 하고 그렇게 된다면 추정해야만 하는 모수의 수가 너무 많아져 추정치의 신뢰도 문제가 발생하게 된다. 따라서 본 연구는 한 그룹이 가진 특징을 가장 단순화시켜 살펴볼 것이다.

노인장기요양 사업은 65세 미만인 사람들에게 대해 ‘등급 외’ 판정도 내리고 있기는 하지만, 65세 이상의 노인을 대상으로 시행되는 사업이다. 예측 모형을 65세 이상의 사

람들로 한정시킨다면, 나이는 더 이상의 변수가 되지 못한다. 각 개인들의 건강 상태 역시 매해 되풀이되는 인정심사를 통해 유형화되기 때문에, 인정심사 자료만을 사용하면 이 역시도 변수가 되지 못한다. 더군다나 노인성 질환은 그 특성상 호전될 확률이 낮거나 매우 더디게 나타난다. 성별의 차이는 그 생물학적 특성상 성별 그룹 간의 전이는 0으로 나타나겠지만, 각 성별을 분리해 살펴본다면 예측의 정확도를 높일 수 있을 것이라 판단된다. 사망률 관련해서는 데이터의 미비(‘장기요양 중 사망’이라는 데이터 항목의 부존재)와 함께 본 연구에서 사용할 통계청의 장래인구추계 데이터에 이미 반영되어 있는 관계로 고려의 대상이 아니다.

따라서, 본 연구에서는 성별에 따른 확률 분포만을 이용해 2030년까지의 서울시 노인인구 중 『노인장기요양보호법』 상의 인정심사 인정등급 변화를 추적하고자 한다.

2. 수요 산출 결과

이제 우리가 계산해야 할 그룹은 총 8개이다. 인정등급 1등급에서 3등급, 그리고 판정의 등급과 건강한 사람들을 포함, 남자 4 그룹과 여자 4 그룹이 그것이다. 아래 <표15>은 2016년도부터 2019년도까지 서울시의 노령 인구를 8개 그룹으로 분류한 것이다.

〈표 15〉 각 그룹별 인정등급 현황 (서울시 2016~2019년)

년도	서울시			남				여			
	고령인수	남	여	1등급	2등급	3등급	판정의	1등급	2등급	3등급	판정의
2016	1,239,118	547,298	691,820	2,678	3,503	9,068	532,049	5,584	9,338	21,413	655,485
2017	1,292,108	570,960	721,148	2,749	3,659	9,548	555,004	5,806	9,832	21,969	683,541
2018	1,345,035	594,814	750,221	2,787	3,928	10,089	578,010	6,005	10,100	22,919	711,197
2019	1,401,752	619,818	781,934	2,791	3,908	10,484	602,635	5,741	10,286	24,116	741,791

(국민건강보험 2018, 2019, 2020)

이들 각 그룹을 편의상 남자는 M으로 여자를 F로, 그리고 판정의 등급자 및 건강한 사람을 4로 하여, M1부터 F4라 이름 붙인다.

또한 『2017년도 장기요양보험 통계연보』 를 이용해 각 그룹 간의 변동 상태를 추정

할 수 있는 데이터를 확보할 수 있었다(국민건강보험 2018).

〈표 16〉 인정 조사 결과로 보여진 각 그룹별 변동률

	신규	등급유지	타등급유입
M1	0.20808	0.74282	0.04911
M2	0.21891	0.70702	0.07406
M3	0.26665	0.70339	0.02995
M4	0.03381	0.95864	0.00755
F1	0.11712	0.82019	0.06269
F2	0.14026	0.77838	0.08137
F3	0.20183	0.76294	0.03523
F4	0.03047	0.95895	0.01058

(자료출처: 국민건강보험 2018)

이 변동률 데이터를 이용해 아래와 같은 마코프 매트릭스(Markov Matrix)를 구할 수 있다. 하지만 여기서 구한 마코프 매트릭스는 위의 변동률 데이터를 약간 수정한 것이다.

수정을 위한 가정은 다음과 같다: ① 장기요양보험 통계 연보의 데이터에서 구한 각 그룹 별 타 등급 유입 변동률은 어느 그룹에서 얼마나 이동했는지를 나타내지 않고 전체 타 등급에서 이동한 비율만 보여준다. 따라서 이번 추정에선 이를 그룹별로 분배하기 위해 ‘타 등급 유입’을 해당 등급의 바로 아래 단계에서 이동한 것으로 가정했다. 이런 가정의 배경에는 해당 등급 노인들의 건강 및 처한 여건이 갑자기 좋아지지 않으라는 점이 한몫했다. ② 신규 등급 판정자에 대한 변동률 역시 약간의 가공을 거쳤다. M4 및 F4 그룹은 이미 통계청의 추정을 통해 인구 변동이 기산되었기에, M4 및 F4 그룹에 대해선 ‘신규 등급’을 통한 유입을 ‘등급 유지’ 항목과 통합 했다.

〈표 17〉 그룹별 변동율에 따른 마코프 매트릭스(Markov Matrix)

	M1	M2	M3	M4	F1	F2	F3	F4
M1	0.74282	0.04911	0	0.20808	0	0	0	0
M2	0	0.70702	0.07406	0.21891	0	0	0	0
M3	0	0.02995	0.70339	0.26665	0	0	0	0
M4	0	0	0.00755	0.99245	0	0	0	0
F1	0	0	0	0	0.82019	0.06269	0	0.11712
F2	0	0	0	0	0	0.77838	0.08137	0.14026
F3	0	0	0	0	0	0.03523	0.76294	0.20183
F4	0	0	0	0	0	0	0.01058	0.98942

이제 우리는 위 데이터를 이용해 2020년부터 2030년까지의 서울시 노령인구 변화 및 장기요양서비스의 수요를 예측할 수 있다. 노령인구 변화는 통계청의 장래인구 추계를 따랐다. 아래 〈표 18〉은 2020년부터 2030년에 이르는 기간 동안 서울시의 장기요양보호 서비스의 수요를 예측한 것이다. 2020년 6만 명 수준에서 시작해 2030년에 이르면 약 9만 명 수준으로 그 수요가 증가할 것으로 전망된다.

〈표 18〉 서울시의 장기요양보호서비스 수요 예측

년도	1등급			2등급			3등급			합계
	소계	남	여	소계	남	여	소계	남	여	
2020	7,793	2,339	5,454	13,515	3,445	10,069	41,196	12,801	28,395	62,504
2021	8,157	2,448	5,709	14,145	3,606	10,539	39,858	13,398	29,719	65,418
2022	8,536	2,562	5,974	14,802	3,774	11,029	41,711	14,021	31,100	68,459
2023	8,936	2,682	6,254	15,496	3,951	11,546	43,666	14,678	32,558	71,669
2024	9,347	2,805	6,542	16,209	4,132	12,076	45,674	15,353	34,055	74,963
2025	9,805	2,943	6,862	17,003	4,335	12,668	47,912	16,105	35,724	78,637
2026	10,268	3,082	7,187	17,807	4,540	13,267	50,176	16,866	37,412	82,353
2027	10,621	3,188	7,434	18,418	4,696	13,723	51,901	17,446	38,698	85,183
2028	11,032	3,311	7,721	19,131	4,877	14,254	53,908	18,121	40,194	88,477
2029	11,337	3,403	7,935	19,660	5,012	14,648	55,400	18,622	41,307	90,927
2030	11,685	3,507	8,178	20,263	5,166	15,097	57,098	19,193	42,573	93,714

물론 위 예측치의 모든 인원이 노인장기요양보호서비스를 이용하는 것은 아니다. 『2019 장기요양 실태조사』에 따르면, 수급자의 22.5%가 서비스 이용을 한 번도 하지 않은 것으로 나타났다. 또한 시설 입소와 같은 경우, 입소 결정을 가족이 대신하는 비율이 80.5%에 이르러 서비스 이용 빈도는 더 내려갈 것으로 예측된다(보건복지부 2019). 그렇다면 이와 같은 서비스 수요를 감당하기 위한 적정 시설 규모는 어떻게 될까?

3. 장기요양보호시설의 공급 적정선

서론에서도 서술하였듯이 노인장기요양서비스는 오로지 민간 인프라에 기대서 시작되었다. 2007년 총 2천522 개소였던 요양시설 및 재가요양 시설은 2019년 약 10배 늘어난 2만 4천 953개소로 성장했으며, 2019년도 말 기준, 전국적으로 재가 장기요양기관 수 19,410개소, 시설 장기요양기관 5,543개소의 현황을 보여준다(국민건

강보험 2020). 아래 <표 19>는 2019년 말 현재, 서울시 소재 장기요양시설의 현황을 보여준다.

<표 19> 서울시 장기요양시설 현황 (2019년 현재)

구분		단위	
서울시 합계		기관수(개소)	3,504
		정원(명)	27,951
재가	소계	기관수(개소)	2,990
		정원(명)	12,897
	방문요양	기관수(개소)	2,308
	방문목욕	기관수(개소)	1,913
	방문간호	기관수(개소)	139
	주야간보호	기관수(개소)	444
		정원(명)	12,327
	단기보호	기관수(개소)	50
		정원(명)	570
	복지용구	기관수(개소)	324
시설	소계	기관수(개소)	514
		정원(명)	15,054
	노인요양시설	기관수(개소)	204
		정원(명)	12,328
	노인요양공동생활가정	기관수(개소)	310
		정원(명)	2,726

(자료 출처: 국민건강보험 2020)

또한 서울시 소재 장기요양기관을 소유, 운영 주체별로 분류해 보면 아래의 <표 20>와 같다.

<표 20> 서울시 소재 장기요양시설 소유 주체별 분류

	합계		재 가						
			소계		방문요양	방문목욕	방문간호	주야간보호	
	기관	정원	기관	정원	기관	기관	기관	기관	정원
계	3,504	27,951	2,990	12,897	2,308	1,913	139	444	12,327
지자체	107	3,914	73	1,561	5	2	-	70	1,561
법인	581	9,743	490	5,075	251	205	30	191	5,054

개인	2,807	14,265	2,419	6,261	2,045	1,699	109	183	5,712
기타	9	29	8	-	7	7	-	-	-
	재가			시설					
	단기보호		복지용구	소계		노인요양시설		공동생활가정	
	기관	정원	기관	기관	정원	기관	정원	기관	정원
계	50	570	324	514	15,054	204	12,328	310	2,726
지자체	1	-	-	34	2,353	29	2,309	5	44
법인	2	21	73	91	4,668	52	4,329	39	339
개인	47	549	250	388	8,004	122	5,661	266	2,343
기타	-	-	1	1	29	1	29	-	-

(자료 출처: 국민건강보험 2020)

서울시의 시설 장기요양 서비스는 514개 기관 15,054명의 정원으로 운영되고 있다. 시설 소유권 차원에서 살펴보면 지자체 소유의 시설이 34개소로 6.6%, 법인 소유가 91개소 17.7%, 개인 소유가 388 개소 75.5%, 기타가 1개소로 0.2%의 점유율을 보이고 있다. 평균 8.8명의 정원을 가진 공동생활가정을 제외하면, 노인요양시설이 대부분의 시설 요양의 수요를 충족하고 있다.

노인요양시설의 기관별 분담률을 살펴보면 개인 소유 시설이 53.2%, 뒤이어 법인이 31.0%, 공공 소유가 15.6%의 분담률을 보여주고 있다. 평균적 시설 규모는 법인인 가장 큰 평균 83.3명의 수용 능력을 보여주고 있으며, 뒤이어 자치단체 소유가 평균 79.6명, 개인 소유가 평균 46.4명의 수용 능력을 보여주고 있다.

시설 입소 현황은 2018년 기준 202개소 11,622명으로 정원 11,909명 보다 약간 높은 입소율을 보여주고 있다. 하지만, 『2019 장기요양 실태조사』 결과에 따르면, 평균 입소 기간이 2.8년인 관계로 이미 포화상태를 보이고 있다고 봐도 무방하다(국민건강보험 2020). 특히 이번 코로나 사태에서 경험했듯이 병상 점유율이 85%를 넘기면 극히 위험한 상태에 직면하기도 한다. 한 연구에 따르면 요양병원 입원 환자의 41%가 180일 이상 입원 환자인 통계도 있기에(전보영 외 2016), 시설 요양의 경우는 180일 이상의 장기 요양이 50% 이상을 상회하리라 추측된다.

그렇다면 2021~2030년 사이 서울에선 얼마만큼의 입소 수요가 발생할 것인가? 현재의 기관 요양 정원인 12,328명 수준에서 장기요양기관 건립이 멈춘다면 2020년에는 평균 9,037명의 시설 입소 대기자가 발생할 것으로 예측된다. 2030년까지 장기요양시장에서 국공립이 차지하는 수용인원 분담률을 현재의 2배인 약 30%³⁾까지

끌어올린다면, 국공립 요양 시설 정원을 현재의 정원 대비 약 3.7배 끌어올려야 한다 (표 21 참조). 하지만 이는 적어도 서울시에서는 정책적으로 추진 불가능한 일이다.

왜냐하면 2020년 현재, 서울시의 국공립 노인 요양 시설은 29개 기관, 수용 인원 2,309명에 불과하기 때문이다. ‘국공립 30%’라는 정책 목표를 추진하기 위해선, 현재 규모(현재 서울시 소재 국공립 요양시설의 평균 수용인원은 69.2명이다)의 요양원을 향후 10년 동안, 매해 9개소씩 건립해야 하는 까닭이다.

〈표 21〉 서울의 고령인구 추계 및 요양시설 입소 대기 수요

	1~2등급 합계 (예측치)	장기요양수요 (예측치의 77.5%)	입소대기수요 (‘20년 현 정원 기준)	수용인원대비(%) (‘20년 현 정원대비)
2020	24,785	19,209	4,154	-27.6
2021	25,941	20,104	5,050	-33.5
2022	27,147	21,039	5,985	-39.8
2023	28,419	22,025	6,971	-46.3
2024	29,726	23,037	7,984	-53.0
2025	31,183	24,167	9,113	-60.5
2026	32,656	25,309	10,254	-68.1
2027	33,779	26,178	11,125	-73.9
2028	35,085	27,191	12,137	-80.6
2029	36,056	27,943	12,889	-85.6
2030	37,161	28,800	13,746	-91.3

현재의 수용 분담 수준인 국공립 15%, 법인 30%, 개인 55%를 가정해 살펴보자. 수용 규모 및 대기 시간 역시 현재와 같다는 가정 하에 신규 시설 건립 규모를 살펴보면, 2030년까지 국공립은 28개소, 법인 77개소, 380개소의 추가 건립이 필요하다. 민간은 차치하고라도, 현재 규모의 국공립 요양시설을 매해 2.8개소씩 지어야 도달 가능한 정책 목표이다. 이 또한 상당히 벅찬 정책 추진 목표가 된다. 만일 민간이 부족한 공급 부분을 메꿔주지 못한다면 분담률 15%도 도달 불가능한 정책 목표가 된다. 그렇다면 어떠한 방식으로 부족한 장기요양기관을 설립할 것인가?

3) 국공립 시설의 수용 분담율을 30%까지 높이자는 주장은 주로 시민사회에서 나오지만, 왜 30%인지에 대한 판단 근거는 찾아보기 힘들다. 당위적 차원의 문제제기로 보여진다.

IV. 국공립 노인장기요양시설과 공공성

1. 공공성 강화와 국공립노인요양시설

우리 사회가 가진 일반적 신념 중 하나는 국공립 시설을 통해서만이 시설의 확충은 물론 서비스의 질도 개선될 것이라 믿는 것이다. 노인장기요양서비스도 마찬가지이다. 국공립 시설만 확충하면 사회적 비용도 절감되고, 지역별 시설의 불균형적 분포로 인한 접근성 문제의 개선 등이 이루어질 수 있는 것일까?

하나하나 되짚어보자. 국공립시설 확충 주장은 다른 무엇보다도 시설요양서비스 일반에 대한 문제 제기의 성격이 짙다. 국공립시설 확충을 통해 민간 공급 시장에 일종의 메기 효과를 불러 넣어 돌봄 서비스에 긍정적인 파급효과를 가져올 수 있다라는 주장이 있다. 하지만 공급 부족 시장에서 이러한 주장은 설 자리를 잃어버린다. 앞서 인용한 『2019년도 장기요양실태조사』의 결과만 보더라도, 서비스 이용자는 운영 주체의 문제보다는 서비스 제공 기간에 따른 선호도 분포가 존재할 뿐이다(건강보험공단 2020).

더군다나 장기요양 시장은 보험 수가를 통해 운영된다. ‘서울요양원’의 사례를 통해 이 문제를 접근해보자. ‘서울요양원’은 2014년 11월, 강남구 세곡동에 국민건강보험이 직접 건립하고 운영하는 국내 유일의 요양원이다. 이 요양원을 짓는데 정부는 공단에 토지비 104억 원과 건축비 152억 원 등, 정부 예산 269억 원을 지원했다. 요양원 건립에 자기자본을 전혀 들이지 않은 ‘서울요양원’이지만, 영업이익은 2017년 - 1억 7천 8백만 원, 2018년 - 2억 7천 4백만 원, 2019년 - 4억 3천 5백만 원에 이른다(서울요양원 요약손익계산서, 2020년 1/4분기). 이 말은 현행 수가 체계에서 ‘서울요양원’ 수준의 서비스를 제공한다면 운영 주체가 누가 되었건 발생할 적자 폭이 기도 하다.

더군다나 수가를 통한 요양 서비스 가격통제 기능이 작동하는 장기요양서비스 시장에, 건축비 등 시설 투자비용의 대부분을 부담하는 민간 돌봄 서비스 사업자들이 적자를 감수하고 시장에 진입해야 할 다른 이유가 있는가? 2014년 전국적으로 4, 871개소였던 입소생활시설은 5년이 지난 지금까지도 5,543개소 수준으로밖에 성장하지 못했음이 이를 증명한다.

둘째, 요양병원과 입소요양시설의 상관관계 속에서 국공립 요양시설 확충을 생각해 볼 수 있다. 즉, 국민건강보험법 상의 요양병원과 노인장기요양보험법 상의 요양시설과의

차이에 주목해서 살펴보자. 건강보험은 진입 장벽이 전혀 없다. 반면 요양시설은 등급 심사를 거쳐야 한다. 특히, '90일 이상 요양병원 입소자 중 치매를 앓는 장기요양등급 인정자는 42,819명으로 이는 전체 노인 중 0.6%에 해당된다'(이윤경 외, 2017: 129)는 주장 앞에선 인정등급자가 왜 요양병원에 '장기 입원 중'인지 설명할 필요가 있다. 치매 환자들이 노인요양시설이 아닌 요양병원을 찾는 이유는 여러 가지가 있겠지만 노인요양시설의 서비스가 요양병원이 제공하는 서비스에 미치지 못한다는 점을 꼽아 볼 수 있다. 이는 비단 대중들이 요양시설에 갖는 부정적인 인식 차원의 문제가 아니다. 오히려 반대로 생각해 볼 여지가 있다.

민간 시장에서 치매전담형 노인요양시설이 쉽게 늘어나지 않는 이유는 일반 노인요양 시설보다 설립 조건이 까다롭기 때문이다. 민간이 적자가 예상되는 상황 속에서 자기 자본을 들여 까다로운 설치 조건을 충족시킨다고 할지라도, 보험수가로 인한 보상은 크지 않다.

민간 서비스 제공자의 유입이 없는 부분에 국공립 요양서비스의 제공은 필수적이다. 치매 전담형 노인요양시설의 확충이 이에 해당된다. 국공립 치매 전담 노인요양시설 확충은 단순히 건강보험 환자에서 노인장기요양 수급자로의 자격 전환만을 뜻하지 않는다. 불필요한 의료 자원의 낭비를 막는다는 차원에서의 접근이 필요하다. 만일 시장을 통해 치매 전담형 돌봄 서비스가 제대로 공급되지 않는다면 공공 공급이 하나의 대안일 수 있다. 하지만 이것보다도 먼저 개선되어야 할 부분은 현행 수가 체계의 개선이다.

마지막으로, 시설 수급의 불균형 문제를 떠올릴 수 있다. 지역적으로 장기요양시설의 분포는 고르지 못하다. 서울만 하더라도 각 구별 편차가 심하다. 대한민국 전체로 확대해서 살펴볼지라도 지역 편차는 매우 심하다. 물론 국공립 시설의 확충을 통해 이를 극복하려 노력할 수도 있겠지만, 모든 시군구가 동일한 접근권을 갖는 것은 불가능한 일일뿐더러 바람직하지도 않다. 단순히 지역별 불균형의 문제를 요양 시설의 개수 또는 수용 인원수로 접근할 문제는 아니다. 시장이 작동하지 않는다면 먼저 그 이유를 찾아야만 한다. 의료시장의 경우만 살펴보다라도, 전국적인 빅5 쏠림 현상이 발생하는 배경에는 단순히 접근권 문제를 넘어서는 무엇인가가 있음을 주목할 필요가 있다.

요약하면, 민간 요양 서비스가 진입하기 힘든 치매 전담 장기요양 서비스와 같은 부분에 국공립 요양 서비스의 등장은 필수적이다. 하지만 현행 수가 체계의 개선을 통해 민간 부분의 요양 시장 유입을 보다 활성화시킬 필요성이 존재한다. 영국의 사례를 통해 이 문제를 좀 더 적극적으로 살펴보자.

2. 영국의 교훈: 사회 안전망으로서의 장기요양제도

영국의 장기요양(LTC) 제도는 요양비를 부담할 능력이 되지 않는 처지에 놓인 사람들만을 지원하는 '안전망' 유형의 시스템으로 특징지어질 수 있다(Fernandez et al., 2009). 영국의 장기요양제도는 극빈층의 요구만을 만족시켜왔던 초기 복지 시스템에서 노인장기요양서비스 요구와 발맞추기 위해 인정 등급(means test)을 완화함으로써 점진적으로 발전해 왔다(Ikegami and Campbell, 2002). 이러한 기원 덕분에, 대부분의 영국 사람들조차 이해하지 못하는 복잡한 시스템을 갖게 되었다.

현행 영국의 장기요양제도의 기본 철학은 비의료적 장기요양에 대한 일차적인 책임을 개인이나 가족에게 부여한다. 평균 수준 미만의 소득과 자산을 가진 개인들만이 인정 등급(the means-tested level)을 받아 공적 자금을 지원받을 수 있으며, 특히 가족의 도움과 같은 비공식적 요양을 받을 수 없는 독거 노인들을 중심으로 서비스를 제공한다(예: Pickard 2001 참조). 영국의 장기요양체계는 그간 많은 토론이 있었음에도, 요양 서비스가 필요한 모든 사람에게 무료로 서비스를 제공한다는 원칙과 인정 기준의 변화를 제외하고는 거의 변하지 않고 있다.

영국에서 장기요양서비스는 일반적으로 가정 업무(예: 쇼핑 및 식사 준비), 개인 관리 업무(예: 목욕 및 옷 입기), 요양 보호(nursing care)를 말한다. 많은 노인이 장기요양서비스 대신 직불금 형태의 현금 급여를 받고 있다. 가정에 거주하는 노인을 위한 대부분의 장기요양 서비스는 가족과 같은 비공식 보호자가 담당한다(Pickard et al., 2000). 공식 서비스는 지방 자치단체의 사회 복지 서비스, 지역 보건 당국의 서비스 및 독립적인 (영리 및 비영리) 거주 요양 서비스, 요양원, 재가 서비스 및 주간 보호 서비스를 포함한 다양한 기관에서 제공한다. 장기요양서비스는 국민건강보험서비스(NHS), 지방자치단체, 자선 단체 및 개인 부담금을 통해 그 재원을 조달한다. 의료 서비스는 국민건강보험서비스에 따라 무료이나, 대부분의 공식적인 장기요양서비스는 사회복지의 영역으로 간주되어 엄격한 인정 등급이 요구된다. 또한 요양 서비스가 필요한 장애인들과 사회복지서비스에 따른 생활 보호 대상자들은 인정 등급과는 별도로 장기요양서비스를 받을 수 있다.

영국의 공적 요양 서비스의 수혜자들은 그들이 속해 있는 가구 유형과 밀접한 관련이 있다. (Arber et al., 1988; McNamee et al., 1999; Evandrou, 2005). 일반적으로 혼자 사는 노인이 다른 사람, 즉 가족과 함께 사는 노인들보다 공적 요양 서비스를 받을 가능성이 더 높다(Evandrou, 2005). 장애가 있는 노인들의 경우도 마

찬가지이다. 일반적으로 가족의 도움과 같은 비공식적인 요양 서비스를 받을 수 있는 경우, 공적 요양 서비스 의존율은 크게 떨어진다.

실제로, 영국의 장기요양서비스는 공적 서비스 인정 등급을 결정할 때 비공식적 요양 서비스가 제공될 수 있는지 여부를 고려한다. 이에 따른 당연한 결과지만, 지난 20년 동안 영국의 정부 정책은 비공식적 요양 보호자들에 대한 지원이 강조되어 왔다 (Beesley, 2006).

현재 정부 정책은 가족과 같은 비공식적인 요양 보호자들이 계속해서 요양 서비스를 제공할 수 있도록 '요양 보호자 지원 서비스'를 전략적으로 채택하고 있다 (HM Government, 2008). 1990년대 중반 이후부터 실질적이고 정기적인 요양 서비스를 제공하는 요양 보호자는 지역 당국으로부터 자신이 제공하는 서비스의 필요성에 대해 인정 평가를 요구할 수 있게 되었으며, 2001년부터는 요양 보호자 자격으로 장기요양서비스의 수혜자가 될 권리가 주어졌다(Beesley, 2006). 그러나 소수의 '초과 (heavy duty)' 요양 보호자만이 평가를 받고, 그 중 약 10%만이 요양 보호자 지원 서비스를 받는다 (Beesley, 2006). 그러나 영국의 비공식적 요양 보호자에게 제공되는 가장 중요한 유형의 지원은 지난 20년간 다듬어진 요양 보호자 지원 서비스가 아닌 '보호자 수당'과 같은 현금 지원 서비스였다.

가. 공적 장기요양보호서비스의 수요 및 공급 수준

2010년에 행해진 한 연구에 따르면, 2006-07년 특정일을 기준으로 영국에서 요양 보호서비스를 받는 노인의 수(예측치)는 아래의 표와 같다.

〈표 22〉 2006-07년 특정일 기준, 장기요양서비스 유형 및 수혜 예상 노인 수

장기요양서비스 유형	수혜 예상 노인 수	노인 인구 대비 비율
주간 보호	93,000	1.15
식사 보조	229,000	2.83
자치단체 운영 재가 요양	293,000	3.62
임시 보호	24,000	0.30
민간 재가 요양	150,000	1.86
자치단체 운영 요양 보호	445,000	5.50
직불금	18,000	0.22
전문 요양보호사	101,000	1.25
장비 보조	136,000	1.68
민간 입주 요양원	179,000	2.21
공립 입주 요양원	22,000	0.27
요양원	127,000	1.57
장기 입원	9,000	0.11
기관 요양 총계	337,000	4.17

(출처, 영국 보건부 2008, 6)

나. 영국의 기관 요양

영국에서는 세 가지 유형의 기관요양 서비스가 제공되고 있다: 거주 요양원, 요양원 및 장기 입원 (2002년 4월부터 거주 요양원과 요양원의 공식적인 구분은 제거됨). 일부 거주 요양원은 지역 당국에 의해 운영되지만, 대부분의 거주 요양 시설과 모든 요양원들은 민간 부문에 속해 있다.

요양원은 요양 보호 및 개인 보호를 제공하는 반면, 거주 요양원은 개인 보호만을 제공한다. 장기 입원은 국민건강서비스(NHS)의 일부로 다뤄진다. 장기 입원 환자 수는 지속적으로 감소해 오고 있으며, 현재는 매우 낮은 수준으로 관리되고 있다. 또한 장기와 단기 입원 사이의 중간 수준의 입원 서비스가 도입됨에 따라 이의 이용이 장기 입원의 대안이 될 가능성이 높다.

최근 몇 년 동안 민간이 운영하는 요양원의 수는 증가하고 있으며, 자원 봉사 부문의 수는 감소하고 있다. 또한 기업 및 큰 시설을 보유한 개인들의 증가가 요양원 시장에

서 나타나고 (Philpot, 2008). 2008년 현재, 영국에는 총 361,164개의 요양 시설 중 10,383개의 등록 요양원이 존재한다. 노인요양시설에 거주하는 사람의 약 40% 이상이 치매로 인한 입주로 나타나며, 이에 대한 대책을 수립할 필요성이 있는 것으로 확인되었다(CSCI, 2009). 기관에서 요양중인 노인들의 평균 장애도 역시 증가하는 것으로 나타났다 (Darton et al. 2006). 덕분에 요양 기관들은 서비스 이용자의 관리 요구의 증가와 기존 충족 비용 문제를 호소하고 있다. 즉, 지역 당국이 지불하는 요금이 요양원 비용의 상승을 따라잡지 못하고 있어, 요양원들이 문을 닫아야 할지도 모른다는 우려를 낳고 있다.

〈표 23〉 요양원 유형

요양원 유형	비율
민간 요양원	73.6%
자치단체 설립 요양원	6.1%
자원봉사단체 설립 요양원	18.0%
국민건강보험서비스(NHS) 설립 요양원	0.9%
기타	1.4%

(출처: CSCI 2009: 58)

2003년 영국 정부는 노인들의 주거, 요양 및 보호 요구를 충족시키기 위해, 노인들이 자신의 숙소에서 독립성을 유지할 수 있도록 공동 주택 개념의 '특별 관리 주택' 개발 기금을 도입하였다. 대부분의 특별 관리 주택 제도는 사회 복지 시설, 식당, 주간보호소, 중급 수준의 요양보호 등과 같은 다양한 서비스와 시설을 제공한다. 특별 관리 주택의 거주자는 집을 임차해 거주하거나 소유하거나 부분적으로 소유하여, 서비스 이용자의 금융 자산을 보호할 수 있게 한다. 특별 관리 주택의 이용자들은 자신들이 미래에 요양 보호가 필요할 수 있다는 예상 속에 특별관리 주택으로 이주한다 (Darton et al., 2008).

2008년 영국에는 41,200개 미만의 특별 관리 주택이 있다. (Elderly Accommodation and Counsel, 2008) 이러한 주택 중 많은 수가 부부가 거주하기 때문에 거주자 수는 주택의 수 보다 더 많을 것이다(Darton et al., 2008). 이 주택 중 77%는 지방 당국 또는 사회적 소유 형태의 주택을 서비스 이용자가 임대해 사용하고 있으며, 나머지는 서비스 이용자 직접 소유이다(Elderly Accommodation and Counsel, 2008).

3. 독일의 장기요양제도

독일의 장기요양보험법(Pflegeversicherungsgesetz)은 개인의 보편적 권리라는 측면과 사회적 안전망이라는 두 개의 측면이 함께 얽혀 있는 구조이다. 독일의 장기요양보험 제도는 개인 및 가족의 책임에 사회적 책임을 더해 이들의 균형을 맞추고자 노력을 기울여 왔다. 이러한 접근법의 연원은 대규모 사회보장제도가 수립된 19세기 비스마르크 시절까지 거슬러 올라갈 수 있을 것이다. 1994년의 독일의 『장기요양보험법』은 1883년의 『건강보험법』, 1884년의 『사고보험법』, 1889년의 『거동 불가능자 및 고령자법』, 1927년의 『실업보험법』에 더해, 사회보장제도의 “다섯 번째 축”이 되었다. 독일의 『장기요양보호법』은 노인성 질병으로 인한 신체적, 심리적, 재정적 부담을 줄이는 것을 목표로 하고 있다. 독일의 장기요양보험은 국민의 89%를 국가 운영의 장기요양보험 프로그램에 가입시키고 나머지 11%를 민간 장기요양보험에 가입시키고 있다.

독일의 장기요양보험은 독일 특유의 정치적 문화적 요인, 특히 보수적인 복지 국가 전통에 의해 형성되었다. 이러한 전통은 주 정부들과 노동계 그리고 기업들이 ‘독일’이라는 사회 구조를 유지할 수 있도록 서로 긴밀히 협력하도록 만들었다(Esping-Andersen, 1990). 그러나 점증하는 노인 요양의 책임을 주 정부에만 지우기에는 노인요양의 부담이 너무 커져 버렸다. 결국 독일 『장기요양보험법』의 핵심은 16개 독일 각 주(Länder)의 재정 부담을 덜어주는 것이 핵심 목표가 되었다(Cueellar & Wiener, 2000, Götze & Rothgang, 2015b). 연방정부와 주 정부가 공동 출자하는 미국 메디케어(Medicare) 프로그램과는 달리, 법 제정 이전 독일 주들은 장기요양 비용을 전적으로 부담했었다. 이러한 비용 부담 책임은 통일 비용의 부담과 더불어 룬더의 재정을 심하게 압박했었다(Heilemann & Rappen, 1997). 주 정부로부터 올라오는 이러한 정치적 압력으로 인해, 장기요양보험법은 지난 20년 동안 17건의 법안이 발의되는 등, 정당 간 정치적 논쟁의 원천이 되었다(Campbell & Morgan, 2005, Gotze & Rothgang, 2015a).

말할 것도 없이 독일 사회가 가진 인구학적 압력도 노인장기요양법의 시행에 대단히 중요한 역할을 수행했다. 특히, 여성의 역할 변화와 출산율 저하로 인해 장기요양보험의 필요성은 물론 가족 간에 일어나던 비공식 간병(informal care)의 이용가능성 감소에 대처하는 것을 목표로 했다.

실제로 독일인 65세 이상의 비율은 1995년 16%에서 2014년 21%로 2050년엔 32% 증가한 2천 3백여만 명 수준으로 증가할 것으로 예상된다(Statistisches Fundesamt, 2015). 이렇게 노인들의 수가 극적으로 증가한다는 것은 노인장기요양보험 수급자의 증가를 의미한다. 노령화와 요양보호 사이의 상관 관계는 추정만 할 수 있지만(Maisonneve & Martins, 2013) 장기요양보험 수급자 수는 2013년 2백 60만 명에서 2050년, 약 4백 50만 명 수준으로 증가할 것으로 예상된다(Statistisches Fundesamt, 2015).

이러한 점증하는 요구에도 불구하고 독일 정부는 장기요양 프로그램을 설계하면서 ‘국가적, 사회적 책임’만을 일방적으로 강조한 것이 아니라, 가족 책임, 여성의 역할, 세대 간 연결성, 국가와 시장 사이의 적절한 관계 등을 고민하고 이에 대한 답변을 내놓으려고 고민했다(Theobald, 2012b).

전통적으로, 독일 사회 정책에서 가족은 매우 강한 역할을 수행해 왔다. 장기요양보험 역시 이러한 고민의 연장선에서 기획되었다. 즉, 노인의 요양에 가족들이 점점 더 많은 스트레스를 받고 있다는 인식이 법의 형태로 표출된 것이다. 장기요양은 단순히 노인의 문제가 아니라 전 연령 및 세대에 걸친 문제라는 인식이 법의 형태로 정리되었다(Cullar and Wiener, 2000).

독일의 사회 보험 모델에서 가장 중요한 것은 “보충성(subsidiarity)” 개념이다. 이 개념이 의미하는 바는 사회적 형평성과 소비자 선택 사이의 균형을 맞추기 위해 국가 시스템이 시장 지향성과 공존한다는 것이다. 책임은 주정부와 함께 지역 건강보험 및 민간 장기요양보험사들과 가족들에게 위임되어 있다(Theobald, 2012a).

보충성 원리에 따라 운영되는 독일의 장기요양보험 제도는 우리와 비슷하게 정부가 서비스 공급 가격을 통제하고 있다. 결국 제공되는 요양 서비스의 질을 통해 서비스 공급자들 사이의 경쟁을 장려하고 있는 셈이다. 재가 요양 서비스의 경우 64%의 서비스 제공자가 영리 목적의 사업자이며, 오직 1%만이 공공 소유이고, 나머지 제공자들은 비영리단체이다. 더군다나 장기요양서비스가 최우선으로 신경쓰는 부분이 ‘환경에 제약이 없어야 한다’는 점인 관계로 수급자의 과반수를 넘는 69%인 2백 73만여 명의 사람이 가정에서 요양 서비스를 받았다(Statistisches Fundesamt, 2015). 그러나, 시설 요양이 재가 요양보다 비용이 더 드는 관계로 비용면에서는 재가 요양과 시설 요양 비용이 엇비슷하게 들었다.

독일의 장기요양 서비스는 법 제정 당시(1995년), 약 4,000개의 재가 및 지역공동

체 요양 서비스 공급자들로 시작했으나 2013년 그 수는 12,800여 개로 증가했으며, 시설 요양 서비스 공급자들 역시 같은 기간 4,300여 개소에서 13,030여 개소(동독 포함)로 증가해 장기 요양 서비스 공급 인프라를 완성했다. 여기에 덧붙여, 2008년 장기요양보험 개혁은 소위 "요양 센터(Pflegestützpunkte)"라고 불리는 것을 도입했다. "요양 센터"는 장기요양보험 수급자 및 그 가족들에게 필요한 정보를 제공하고, 그 지역의 관계 기관들과 협력의 장을 제공한다.

장기요양급여는 급여 수급자가 필요한 요양 서비스를 받고 이 서비스가 품질 기준을 충족할 수 있도록 법적으로 보장된다. 관계 당국의 핵심적 정책 수행 목표는 요양 급여가 급여 수급자의 이익을 대변할 수 있도록 하는 것이다. 서비스 공급 가격을 정부가 협상해 관련 종사자들의 보수뿐만 아니라 성과 품질도 일정한 수준을 유지하도록 만드는 것이 핵심이다. 따라서 수급자들은 서비스 공급 기관 중 어느 것을 선택할지라도 큰 차이를 느끼지 못한다.

요양보험 운용사는 인가된 서비스 제공업체에 대해 보험 수가로 보상하고, 현금 급여 수급자들에게는 현금으로 지급한다. 현금 급여는 공식적 서비스 부재의 대안으로 제공되기 보다는 일가친척이나, 친구 또는 이웃에 의한 간병 서비스를 인정하고 보상하기 위해 만들어졌다. 실제로, 현금 급여 사용자들은 가족 구성원의 돌봄을 매우 강하게 선호하고, 낯선 타인에 의해 제공되는 돌봄 서비스를 싫어하는 것으로 나타났다.

대부분의 재가 요양 서비스 이용자들(2010년 기준 78%)은 공식적인 서비스 제공 기관보다는 현금 급여를 선택하지만, 이 비율은 1995년의 88%에서 감소했다. 현금만 지급되는 요양급여 지출도 82%에서 62%로 감소했는데, 이는 더 많은 수급자들이 현금과 현물 급여 조합을 선택했기 때문이다. 현금 급여는 종종 종교 단체의 지역사회 자원봉사자에게 보조금을 지급하는 방식으로 사용되기도 한다(Bundesministerium für Gesundheit, 2011).

현금 급여는 소득으로 계산되지 않기 때문에 세금이 면제된다. 현금 급여자가 필요한 요양을 받고 있으며 학대, 방치 또는 재정적으로 이용되지 않도록 상담 센터에서 6개월마다 (장애인의 경우 3개월마다) 품질 모니터링을 받는다(BMG, 2011).

영국과 독일 역시 민간 요양기관의 의존도가 높다. 영국의 경우, 장기요양에 대한 접근은 아직도 사회적 안전망 제공 수준에 머물러 있다. 그럼에도 불구하고 영국과 독일

정부가 보여주고 있는 “현금 급여” 정책은 우리에게 시사하는 바가 크다. 현금 급여가 공식적 서비스 부재에 대한 보상책으로 제공되기 보다는 일가친척이나, 친구 또는 이웃에 의한 간병 서비스를 인정하고 보상하기 위해 만들어졌다는 점이 시사하는 바가 크다.

2003년부터 영국 정부가 도입한 ‘특별 관리 주택’ 프로그램은 우리에게 시사하는 바가 크다. 특히 4인실 위주로 설계된 장기요양 시설은 배우자가 있는 수급자의 접근을 원천적으로 차단한다. 또한 비공식 요양 서비스 제공자들을 제도 안으로 끌어들이는 점 역시 주목할 만한 일이다.

독일 정부가 도입한 “요양 센터”를 통한 서비스 품질 관리 또한 주목할만하다. 지역사회와 민간 및 관계 당국을 아우르는 사랑방 역할 속에서 교류되는 정보는 서비스의 질을 높이는데 많은 도움이 될 것이다.

V. 결론

1. 사회복지에서 공공성은 무엇을 뜻하는가?

간단한 질문들이 흔히 그렇듯이, 사람들은 질문에 만족스러운 답을 제공해야 한다는 압박감을 느낀다. 우리의 경우도 마찬가지이다. “공공 기관과 민간 기관은 서로 어떻게 다른 것인가?” “공공성 퍼즐(publicness puzzle)”이라 불리는 공공 기관과 민간 기관의 차이에 대한 이 질문은 지난 몇 세기 동안 수많은 연구자들을 괴롭혀 왔다(Rainey, Backoff, and Levine 1976; Perry and Rainey 1988). “공공성 퍼즐”을 다른 방식으로 표현하면 어떤 민간 기관이 놓여 있는 공적 맥락이 그 기관의 행동에 영향을 미치는지 여부에 대한 질문을 던지는 것이다(Bozeman 1987). 공공성 퍼즐이 던지는 일련의 문제들은 정치적 그리고 행정적 규범들의 핵심적 질문들과도 일치한다. 즉, 이 퍼즐은 법적, 제도적, 조직적 맥락에서 한 조직의 기능 및 책임을 어떻게 부여할 것인가라는 규범적 질문과 매우 밀접한 관련을 맺고 있는 것이다.

20세기 말, “신경제 조직(new economics of organization)” 이론에 사로잡힌 조직 이론가들은 거래 비용과 대리인 이론에 근거한 대체 이론들을 내놓기 시작했다. 이러한 접근법들은 지금까지도 여전히 영향력이 있지만, 경제적 근거들을 등한시하는 입장에 우려의 눈길을 보내고 있는 “재산권적 접근법들(property rights approaches)”과 많은 공통점을 가지고 있다.

공공성 퍼즐에 대한 전통적인 이론 지침은 조직의 구조 및 경영 문제들에 대해 별다른 지침을 제공하지 못하고 있다. 마찬가지로, 사회학과 산업 심리학이 지배하는 주류 조직 이론 또한 실천적 지침을 내놓고 있지 못한 실정이다.

레이니 (Rainey)가 지적하고 있듯이, “우리 경제는 다음과 같은 가정, 즉 정부에 의해 통제되는 활동과 시장에 의해 통제되는 활동은 그 차이가 매우 크다는 가정에 그 기반을 두고 있다. 하지만 대부분의 경영학 문헌들은 이러한 차이를 의미 없거나 오히려 해로운 것으로 취급하고 있다”(1989, 229).

“공공성 퍼즐”에 대한 해법은 답보 상태에 놓여 있으며, 적어도 부분적으로는 공공 기관 또는 공공 조직을 시장과 연결 지을 수 있는 이론을 개발하지 못한 탓이기도 하다. 모(Moe)는 전통적인 행정학적 접근법들이 정치와 행정이라는 잘못된 이분법적 틀에 갇혀 자신들을 바깥 세상과 연결해주는 조직 외적인 정치와 경제의 힘을 무시하고 있

다고 지적한다 (1991).

“공공성”이라는 말은 그 쓰임에 정부조직을 지칭할 수도, 공익 사업을 담당하는 조직 또는 공공재적 특성을 가진 재화 또는 용역을 지칭할 수도 있다. 이렇게 말한다고 해서 공공성에 대한 수많은 문헌을 검토한 다음 이렇게 말하는 것도 아니다. 오히려 그 반대이다. 이 장에서 그려질 공공성은 “핵심 모델(core model)”/ “차원 모델 (dimensional model)”, 즉 어떤 조직이 공적 소유인지 사적 소유인지에 기초한 “핵심 모델”과 조직 외부에 존재하는 제 정치 세력들이 만들어 내는 권위에 기초한 “차원 모델”과의 비교를 통해 공공성을 그려낼 뿐이다.

가. 공공성에 대한 “핵심 모델” 접근법

대부분의 행정학 전공자들은, 그리고 공공 정책 전공자들은 “핵심 모델” 접근법에 매력을 느낄 것이다. 기본적으로 “핵심 모델” 접근법은 공공 기관과 민간 조직 사이에 본질적인 차이가 있으며, 이러한 차이가 법률적 유형(즉 정부 소유 대 개인 소유)에 기초한 간단한 구별로도 별 어려움 없이 포착될 수 있다는 것을 의미한다. 이 접근법의 핵심 가정은 조직을 누가 소유하고 있느냐는 법률적 질문을 통해 간단하지만 그럼에도 불구하고 강력한 구별을 제공한다는 것이다.

“핵심 모델” 접근법은 여러 가지 장점을 가지고 있다. 우선 공공 기관 및 민간 기관에서 고위직을 경험한 사람들은 “공공 기관과 민간 기관은 다른 모든 중요하지 않은 관점에서는 똑같다”는 세이어(Sayre 1953)의 견해에 동의한다. 그리고 이들은 마찬가지로 “정부 행정은 다른 모든 민간 행정 업무들과는 달리 정부 외부에서는 거의 그 존재조차도 모른다”(Appleby 1945, 7)는 말에도 동의한다. 많은 현대 학자들(Lynn 1981; Alison 1979; Warwick 1975)은 핵심 모델이 내포하고 있는 이러한 경험에 기반한 구분의 타당성을 인정하고 있다.

“핵심 모델” 접근법의 가장 인상적인 단면은 소유권에 기초한 공공과 민간이라는 구분이 다른 방면에서도 잘 작동한다는 것이다. 하지만 핵심 모델 접근법의 단점은 쉽게 극복될 성질의 것이 아니다. 핵심 모델 접근법은 예외를 인정할 방법이 없다. 이 모델에 따르면 어떤 조직이라 할지라도 그 소유권에 따라 공적이거나 사적이어야 한다. 하지만 바로 이러한 단순함이 다른 영역보다 더 심각한 문제를 제기한다. 초등학교와 중학교를 생각해 보라. 우리는 쉽게 이들 학교를 공립 또는 사립으로 그룹화할 수 있다. 하지만 정부 보조금만으로 운영되는 사립학교는 공립학교와 본질적인 차이가 없다.

대규모 정부 자금이 투하되는 연구 및 기술 개발 조직 같은 경우, “핵심 모델” 접근법을 통한 구분은 그 의미를 잃어버린다. 하이브리드 조직에 있어서 공공 또는 민간의 의미는 종종 훨씬 더 모호하다. “핵심 모델”을 통한 조직 연구는 경험주의에 가깝고 이론적인 설명이 부족한 경향이 있다.

나. 공공성에 대한 “차원 모델” 접근법

“차원 모델” 접근법에는 “핵심 모델” 접근법이 가지고 있는 개념적 명확성이 없다. “차원 모델”의 기본 개념은 공공성이 단일 개별 속성이 아니라 외부적으로 부과된 정치적 권위가 그들에게 영향을 미치는 정도에 따라 어떤 조직(정부, 기업, 비영리 또는 하이브리드)이든 공공적일 수 있다는 것이다.

보즈만(Bozeman 1984, 1987)은 “차원 모델”이 보여주는 공공성이 조직 자원 관리 프로세스에 보다 적합하고 목표 설정, 구조화 및 설계, 조직 유지와 같은 기타 기본 조직 활동 등에 대해서도 고려하는 것을 제안한다. 보즈만의 차원 모델에 따르면, 극소수의 아주 복잡한 조직만이 순수하게 공공적이거나 사적일 수 있다고 주장한다. 대신, 대부분의 조직들은 공공과 민간의 혼합체를 통해 영향을 받는다고 한다. 공공성이 조직의 정식 법적 지위와 무관하게 작동한다면, 다 같은 정부 기관이라 할지라도 어떤 기관은 다른 기관보다 “더 공공적”일 수 있고, 어떤 민간 기업조직은 다른 민간 기업조직보다도 “더 사적”일 수 있다.

공공-민간 조직에 대한 핵심 모델 접근법의 경우와 마찬가지로, 차원 모델 접근법 역시 장점과 단점을 모두 가지고 있다. 차원 모델 접근 방식의 가장 큰 장점은 “순수한 유형”이 아닌 조직과 조직이 거래할 수 있는 가능성을 제공한다는 점이다. 차원 모델은 하이브리드 조직, 부문이 불분명하고, 비즈니스 조직과 유사한 정부 기관, 그리고 정치권이 민간 조직에 미치는 영향 등을 다룰 수 있다. 아마도 차원 모델의 가장 중요한 단점은 훨씬 더 복잡하다는 것이다.

본 연구는 이러한 “차원 모델”이 보여주는 공공성을 대안적 체계로 받아들인다. 이 말은 영양보호 서비스의 공공성 강화는 단순히 국공립 시설의 확충으로만 이루어질 수 없다는 뜻이다. 급격한 고령화라는 외부적 과제와 영양보호 서비스의 질 향상이라는 내부적 과제 앞에서, 국공립시설 확충이라는 단순한 정책 목표를 내어놓는 대신에 민간이 쉽게 진입하지 못하는 곳부터 차근차근 풀어나가는 지혜를 발휘해야 할 것이다.

특히 독일의 체계를 배울 필요성이 있다. 독일의 장기영양보호서비스는 민간 주도형

공사혼합형인 까닭이다.

〈 참고 문헌 〉

■ 연구논문

- 권정택(2007). “노인요양시설의 공공인프라 확충방안 연구 - 연기금을 중심으로” 연세대학교 행정대학원 사회복지 전공 석사논문.
- 김미혜 · 이은영 · 박지혜 · 김민경(2009). “장기요양보장 인프라 확대정책의 집행요인에 관한 연구 - 노인요양시설을 중심으로 -”. 사회복지연구 40(3): 5-40.
- 김유진 · 박순미 · 박소정(2019). “고령자의 에이징 인 플레이스(Aging in Place)를 위한 서비스 지원 주거모델 개발 연구” 보건사회연구 39(2), 65-102.
- 김유진 · 박순미(2019). “저소득 노인을 위한 주거대안으로서 공공형 노인복지주택의 성과에 관한 탐색적 연구” 노인복지연구 74(1), 223-252.
- 김진수 · 선우덕 · 이기주 · 최인덕 · 이호용(2013). 요양병원과 요양시설의 역할정립 방안 연구: 연계방안을 중심으로, 한국보건사회연구원.
- 박정호 (2015). “고령화사회, 고령사회, 초고령사회”, KDI 경제정보센터.
- 석재은 · 임정기 · 전용호 · 김욱 · 최선희 · 이기주 · 정은진(2015). 장기요양보험의 공공성 강화 방안, 보건복지부 · 한국노인복지학회.
- 선우덕 · 이윤경 · 김진수 · 유근춘 · 석재은 · 강임욱 · 양찬미 · 이은진(2012). 제1차 장기요양기본계획 수립방안 연구, 보건복지부 · 한국보건사회연구원.
- 소영진(2008). “공공성의 개념적 접근” 윤수재 · 이민호 · 채종현 편저. 새로운 시대의 공공성 연구, 32-63. 한국행정연구원.
- 양난주(2014). “영리 · 비영리 노인장기요양시설의 차이와 동형화에 대한 연구” 한국사회복지행정 16(1), 179-207.
- 유재연(2015). “지역사회 장기요양서비스 공급에 따른 장기요양시설 충족률” 보건사회연구 35(1), 330-362.
- 윤홍식(2012). “사회서비스 정책과 공공성: 공공성을 둘러싼 논쟁과 적용” 참여연대 사회복지위원회 보편적 복지 확대를 위한 공공성 강화 방안 자료집, 7-40.
- 이기주 · 석재은(2019). “노인장기요양보험 공급의 시장화에 대한 연구: 서비스 질과 비용에 미치는 영향을 중심으로” 사회보장연구 35(1), 103-128.
- 이미진 · 주은선(2016). “국공립 노인장기요양시설 확대를 위한국민연금기금 투자 방안” 비판사회정책 51, 41-91.
- 이미진(2012). “노인장기요양과 공공성 증진을 위한 정책 과제” 참여연대 사회복지위원회 보편적 복지 확대를 위한 공공성 강화 방안 자료집, 41-79.
- 이미진(2015). “미국 장기요양 옴부즈맨 프로그램의 현황 및 성과에 대한 문헌연구”

- 노인복지연구 67, 133-166.
- 이윤경 · 정형선 · 석재은 · 송현중 · 서동민 · 이정석 외. 제 2차 장기요양 기본계획 수립 연구, 보건복지부 · 한국보건사회연구원.
- 이재완 · 최인덕(2014). “노인장기요양보험 인정자, 필요 인프라 증가추세 및 정책대응” 비판사회정책 43, 7-46.
- 이호용 · 문용필 · 나영균(2017). 중장기 노인장기요양보험 재정추계 모형개발 연구, 건강보험정책연구원.
- 전용호(2012). “영국과 독일의 노인 장기요양서비스의 시장화와 그 결과: 이용자 관점에서의 평가를 중심으로” 보건사회연구 32(2), 143-169.
- 주보혜(2019). “치매노인 주거지원정책의 현황과 과제” 보건복지포럼 276, 59-73.
- 주은선 · 김진석 · 이미진 · 이진석 · 원종현(2015). 국민연금 기금의 공공사회서비스 인프라투자, 국민연금연구원 용역보고서.
- 최은희 · 김은지 · 정수연 · 양난주(2011). 노인장기요양보험제도가 가족에 미치는 영향 연구, 한국여성정책연구원.
- 황도경 · 신영석 · 이윤경 · 최병호 · 김찬우 · 박금령 · 김은아(2015). 노인의료와 요양서비스 수요 분석 및 공급체계 다양화 연구, 한국보건사회연구원.

■ 정부 보고서

- 국민건강보험 (2018). 2017노인장기요양보험통계연보. 국민건강보험공단, 원주.
- 국민건강보험 (2019). 2018노인장기요양보험통계연보. 국민건강보험공단, 원주.
- 국민건강보험 (2020). 2019노인장기요양보험통계연보. 국민건강보험공단, 원주.
- 국민건강보험공단(2009). “2009년 2월 23일 보도자료: 공공 노인장기요양시설 선포 뚜렷”
- 국민건강보험공단(2015). 2014 노인장기요양보험 통계연보.
- 국민건강보험공단(2019). “장기요양기관현황” 건보, 2019.3.31.
- 국민건강보험공단(2019). 2018 노인장기요양보험 통계연보.
- 국민건강보험공단(2019). 노인장기요양보험 통계월보 2019 8월호.
- 보건복지부(2017). “2018-2022 제 2차 장기요양 기본계획(안)”
- 보건복지부(2018). “2018년도 제 2차 장기요양위원회 안건”
- 서울대학교 보건대학원 · 국민건강보험공단(2011). 지속가능한 노인장기요양보험 재정추계.
- 참여연대 사회복지위원회(2015). “노인장기요양보험법 개정안 보도자료”
- 통계청(2019). 장래인구특별추계.

통계청(2019) “시도별 장래인구추계(2017-2047년)”

■ 홈페이지 및 언론자료

서울요양원 홈페이지: www.서울요양원.kr <http://www.longtermcare.or.kr/npbs/index.jsp>

조선일보(1972). “노인복지법 마련”, 조선일보 (12월 30일)

■ 법령 및 기타자료

『介護保険法』 <https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=409AC000000123>

『노인복지법』

『노인장기요양보호법 시행령』

『노인장기요양보호법』

『老人福祉法』 https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=82111000&dataType=0&pageNo=1

總務省統計局 (2020). 第70回 日本統計年鑑. 東京: 日本.

■ 영문자료

Aaronson, W. E., Zinn, J. S., and Rosko, M. D.(1994). “Do-for-profit and not-for-profit nursing homes behave differently?”, *Gerontologist* 34(6), 775-786.

Allison, Graham T., Jr. (1979). “Public and Private Management: Are They Fundamentally Alike in All Unimportant Respects?” Paper presented at the Public Management Research Conference, Brookings Institution, Washington, D.C., November 19-20.

Appleby, P.H. (1945). *Big Democracy*. New York: Knopf.

Arber, S., G.N. Gilbert and M. Evandrou, (1988), “Gender, household composition and receipt of domiciliary services by elderly disabled people”, *Journal of Social Policy*, Vol. 17, No. 2, pp. 153-75.

Beesley, L. (2006), *Informal Care in England*, King’s Fund, London

(www.kingsfund.org.uk).

- Benerjee, A.(2013). "The regulatory trap: Reflection on the vicious cycle of regulation in Canadian residential care." In G. Meagher & Szebehely, M. (eds.), "Marketisation in Nordic Countries: a Research Report on Legislation, Oversight, Extent and Consequences", 203-216. Stockholm Studies in Social Work 30.
- Bozeman, B. (1984 "Dimensions of 'Publicness': An Approach to Public Organization Theory." In Barry Bozeman and Jeffrey Straussman, eds. *New Directions in Public Administration*. Monterey, Calif.: Brooks/Cole, 46-62.
- Bozeman, B. (1987). *All Organizations Are Public: Bridging Public and Private Organization Theory*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2011). *Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung*. Munich, Germany: Author. Retrieved from http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/2011_03_Zahlen_und_Fakten_Pflegeversicherung.pdf
- Campbell, A. L., & Morgan, K. J. (2005). Federalism and the politics of old-age care in Germany and the United States. *Comparative Political Studies*, 38(8), 887 - 914. doi: 10.1177/0010414005277575
- Commission for Social Care Inspection (CSCI) (2008), *Cutting the Cake Fairly: CSCI review of eligibility criteria for social care*, CSCI, Newcastle.
- Cuellar, A. E., & Wiener, J. M. (2000). Can social insurance for longterm care work? The experience of Germany. *Health Affairs*, 19(3), 8 - 25. doi: 10.1377/hlthaff.19.3.8
- Cuellar, A. E., & Wiener, J. M. (2000). Can social insurance for longterm care work? The experience of Germany. *Health Affairs*, 19(3), 8 - 25. doi: 10.1377/hlthaff.19.3.8
- Darton, R., J. Forder, A. Bebbington, A. Netten, A.-M. Towers and J. Williams (2006), *Analysis to Support the Development of the Relative Needs Formula for Older People: Final Report*, PSSRU Discussion Paper 2265/3, Personal Social Services Research Unit, University of Kent, Canterbury.

- Darton, R., T. Bäumker, L. Callaghan, J. Holder, A. Netten and A.-M. Towers (2008), Evaluation of the Extra Care Housing Funding Initiative: Initial Report, PSSRU Discussion Paper 2506/2, Personal Social Services Research Unit, University of Kent, Canterbury.
- Elderly Accommodation Counsel (EAC) (2008), Statistics on Housing with Care in England, EAC, London (<http://www.extracarehousing.org.uk/downloads/extracare/housingWithCareStatsAug2008.pdf>).
- Esping-Andersen, G. (1990). The Three Worlds of Welfare Capitalism. Princeton, NJ: Princeton University Press. Retrieved from <http://press.princeton.edu/titles/4558.html>
- Evandrou, M. (2005), "Health and Social Care", in Office for National Statistics (ed.), Focus on Older People, London: The Stationery Office, pp. 51-65.
- Fernández, J.-L., J. Forder, B. Truckeschitz, M. Rokosova and D. McDaid (2009), How can European states design efficient, equitable and sustainable funding systems for long-term care for older people?, Policy Brief No. 11, World Health Organisation Europe, Copenhagen.
- Gotze, R., & Rothgang, H. (2015a). Fiscal and social policy: financing long-term care in Germany. In K. P. Comanje (Ed.), Financing high medical risks: Discussions, developments, problems and solutions on the coverage of the risk of long-term care in Norway, Germany and the Netherlands since 1945 in European perspective. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Götze, R., & Rothgang, H. (2015b). Fiscal and social policy: financing long-term care in Germany. In K. P. Comanje (Ed.), Financing high medical risks: Discussions, developments, problems and solutions on the coverage of the risk of long-term care in Norway, Germany and the Netherlands since 1945 in European perspective. Chicago: University of Chicago Press.
- Grabowski, D. C., and Hirth, R. A.(2003). "Competitive spillovers across non-profit and for-profit nursing homes.", Journal of

Health Economics 22, 1-22.

- Heilemann, U., & Rappen, H. (1997). The Seven Year Itch? German Unity from a Fiscal Viewpoint (Economics Studies Program No. AICGS Research Report No. 6). Washington, DC. Retrieved from <http://webdoc.gwdg.de/ebook/lf/2003/aicgs/publications/PDF/sevenyearitch.pdf>
- HM Department of Health (2008). Community Care Statistics 2007-08: Referrals, Assessments and Packages of Care for Adults, England, National Summary, Health and Social Care Information Centre, London.
- HM Government (2008), Carers at the Heart of 21st-Century Families and Communities. "A Caring System on your Side. A Life of your Own", DH Publications, London.
- Ikegami, N. and J.C. Campbell (2002), "Choices, policy logics and problems in the design of longterm care systems", Social Policy and Administration, Vol. 36, No. 7, pp. 719-734.
- Kariso, O., and Anttonen, A.(2013). "Marketisation of eldercare in Finland legal frames, outsourcing practices and the rapid growth of for-profit services.", In G. Meagher and M. Szebehely (eds.). "Marketisation in Nordic Countries: a Research Report on Legislation, Oversight, Extent and Consequences", 85-126. Stockholm Studies in Social Work 30.
- Lynn, L.E. (1981). Managing the Public's Business. New York: Basic Books.
- Maisonneuve, C. D. La., & Martins, J. O. (2013). Public spending on health and long-term care: a new set of projections. OECD Economic Policy Papers, No. 6. Retrieved from http://www.oecd.org/eo/growth/Health_FINAL.pdf
- McGregor, M. J. and Ronald, L. A.(2011). "Residential long-term care for Canadian seniors. Nonprofit, for-profit or does it matter?", IRPP study.
- McNamee, P., B.A. Gregson, D. Buck, C.H. Bamford, J. Bond and K. Wright (1999), "Costs of formal care for frail older people in England: The resource implications study of the MRC cognitive function and ageing study (RIS MRC CFAS)", Social Science &

- Medicine, Vol. 48, No. 3, pp. 331-341.
- OECD(2017). "OECD Health Statistics".
- Perry, J., and Rainey, H. (1988) "The Public-Private Distinction in Organization Theory: A Critique and Research Strategy." *Academy of Management Review* 13: 182-201.
- Philpot, T. (ed.) (2008), *Residential care: A positive future*, Residential Forum, Surrey.
- Pickard, L. (2001). "Carer Break or Carer Blind? Policies for Informal Carers in the UK", *Social Policy and Administration*, Vol. 35, No. 4, pp. 441-458.
- Rainey, H. (1989) "Public Management: Recent Research on the Political Context and Managerial Roles, Structures, and Behaviors." *Journal of Management* 15:2: 229-50.
- Rainey, H. (1991). *Understanding and Managing Public Organizations*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Rainey, H.G.; Backoff, R.W.; and Levine, C.H. (1976) "Comparing Public and Private Organizations." *Public Administration Review* 36:2:233-46.
- Sayre, W.S. (1953). "Premises of Public Administration. " *Public Administration Review* 18:102-3.
- Statistisches Bundesamt. (2015). *Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Retrieved from https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001159004.pdf?__blob=publicationFile
- Theobald, H. (2012a). Combining welfare mix and new public management: The case of long-term care insurance in Germany. *International Journal of Social Welfare*, 21(Suppl.1), 1 - 10. doi: 10.1111/j.1468-2397.2011.00865.x
- Theobald, H. (2012b). Home-based care provision within the German welfare mix. *Health & Social Care in the Community*, 20(3), 274 - 82. doi: 10.1111/j.1365-2524.2012.01057.x
- Theobald, H. (2012b). Long-term Care Insurance in Germany Assessments, benefits, care arrangements and funding. Institute

for Futures Studies. Retrieved from
http://econpapers.repec.org/RePEc:hhs:ifswps:2011_013
Warwick, Donald P. (1975) A Theory of Public Bureaucracy.
Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

(판권지)

국공립 노인장기요양시설 확충이 민간노인요양서비스에 미치는 영향에 대한 연구용역

제안단체 : 서울특별시의회 서울살림포럼

홈페이지 : <http://www.smc.seoul.kr>

연 락 처 : 서울특별시 중구 덕수궁길 15 서울특별시의회 의원회관(입법담당관)

연구기관 : 사단법인 생활정치연구소

책임연구 : 손 산

연 락 처 : 02-782-3042

관리번호 : 의연단20-32

- ※ 본 학술연구용역보고서의 지식재산권은 서울특별시의회와 용역수행자가 공동으로 소유하며, 내용은 서울특별시의회의 공식적인 견해와 다를 수 있음을 알려드립니다.
(지식재산권은 서울특별시의회와 용역수행자가 공동으로 소유하며, 용역수행자가 복제, 배포, 개작, 전송 등의 사용을 할 수 있음)