

## 장기요양 서비스의 보장성 분석\*

김태일\*\* · 최혜진\*\*\*

### 요약

본 연구는 OECD 국가 간 비교와 노인실태조사 자료 분석을 통해 장기요양 서비스의 보장성을 분석하였다. 이를 위해 돌봄 욕구가 있는 노인들의 자발적인 신청여부와 사적 돌봄의 충분성을 기준으로 사각지대를 새롭게 정의하고, 이 정의에 따른 사각지대 규모를 분석하였다. 이 과정에서 노인실태조사의 대표성 부족 문제를 보정한 추정치를 제시하였다. 그리고 OECD 국가 간 비교를 통해 한국 장기요양 서비스의 대상자 포괄성과 급여 충분성을 평가하였다. 또한, 국가 간 비교 분석결과와 미시자료 분석결과를 결합하여, 다른 국가와 비교되는 한국의 장기요양 서비스의 특성을 도출하고 해석하였다. 아울러 이런 작업을 통하여 장기요양 서비스 개선을 위한 정책적 시사점을 도출하였다.

**주요어:** 장기요양서비스, 보장성, 사각지대, 포괄성, 노인실태조사

\* 이 논문은 2016년 대한민국 교육부와 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임 (NRF-2016S1A3A2923475). 이 논문은 보건복지부 의뢰로 수행된 프로젝트(사회보장제도 성인·노인 돌봄 분야 기본평가)의 연구결과와 보고서의 일부를 보완, 수정하여 논문형식으로 재구성한 것임.

\*\* 고려대학교 교수(tikim@korea.ac.kr)

\*\*\* 연세대학교 복지국가연구센터 연구교수(choihj.jean@gmail.com)

## 1. 서론

지난 20년 동안 한국사회의 고령화는 빠르게 진행되었는데, 이와 함께 ‘사회적 돌봄’에 대한 인식도 크게 바뀌었다. 노인 돌봄은 전통적으로 가족의 역할이었으나, 가족 기능이 약화되면서 사회적 개입에 대한 요구가 확대되었다. 이에 따라 2008년부터 노인장기요양보험제도가 시행되었다. 자산조사를 거치지 않는 보편적 제도인 노인장기요양보험제도의 도입은 노인 돌봄의 공공성 강화에 획기적인 전환을 가져왔다. 하지만, 그럼에도 불구하고 장기요양보험제도가 본연의 기능과 역할을 충실히 수행하고 있는가에 대해서는 지속적인 비판이 있었다.

이러한 비판 중 하나는 제도가 여전히 목표한 돌봄 대상을 충분히 포괄하지 못해서 사각지대가 상당히 크다는 점이다(김찬우 2008; 2014; 김희연 2008; 임성욱 2010; 이진숙, 박진화 2012; 이세진 2017). 기존 논의들은 장기요양보험제도의 자격 기준이 신체적 장애에 중점을 두고 있어서 정신/인지 장애가 상대적으로 배제되고 있으며, 집행 과정에서 접근성 제약으로 인해 자격을 갖췄지만, 실제 제도를 이용하지 못하는 경우가 발생하고 있다고 지적하고 있다.

장기요양보험 제도 도입 이후 최근까지 보장성 강화는 정부의 중요한 정책목표였다. 이에 정부는 수급 기준을 꾸준히 완화해왔으며 치매특별등급 및 인지지원등급을 신설하였다. 하지만 여전히 수급 자격을 갖췄으나 접근성 제약으로 이용하지 못하는 경우가 존재할 수 있다. 이는 어떤 제도든 이상(제도의 취지)과 현실(집행)이 완전히 일치할 수는 없기 때문이다. 아무리 장기요양보험 제도의 수급 기준을 완화하고 접근성을 높이려고 노력해도 배제되는 사람은 있기 마련이다.

따라서, 사각지대 논의에 있어서 중요한 것은 사각지대가 존재한다는 자체가 아니라 그 규모가 어느 정도이며, 그 정도와 원인이 ‘문제’가 될 정도로 심각한가일 것이다. 하지만 기존연구들은 사각지대(혹은 보장성 미흡)가 크다고 지적하고 있지만, 그 규모가 어느 정도이며, 왜 발생하는지, 그에 따른 정책문제(정책적 시사점)는 무엇인지를 구체적으로 분석하고 논의하는데는 미흡하다.

본 연구는 이러한 기존연구의 미흡한 부분을 메우려 한다. 즉 장기요양보험제도의 보장성(혹은 사각지대) 실태를 구체적으로 분석하고 이를 통해 정책적 시사점을 제공하려고 한다. 이를 위해 본 연구는 다음과 같은 분석을 수행하고 시사점을 논의한다.

첫째, 장기요양제도의 보장성 혹은 사각지대의 개념과 범위를 정의한다. “사각지대”는 특정 욕구를 지녔으나 관련 제도의 혜택을 받지 못하는 집단을 지칭하는 개념으로 통상 보장성의 반대 개념으로 논의되었다(서정희, 백승호, 2014). 복지제도 중 소득보장 분야는 사각지대의 개념과 범위가 명확하다. 예를 들어 국민기초생활보장제도의 경우 소득이 최저생계비에 기준에 미

달해서 수급 자격이 되지만 급여를 받지 못하면 사각지대에 해당한다. 하지만 돌봄 분야는 이러한 기준을 그대로 적용하는 데 논란의 여지가 있다. 돌봄은 옷 입기, 화장실 가기, 목욕하기 등 개인적인 서비스를 포함하기 때문에, 수급 기준을 충족하더라도 타인보다는 가족의 돌봄을 받기를 원해서 수급을 신청하지 않는 경우가 있다. 비록 돌봄 욕구가 있다 하더라도 개인의 선호 때문에 서비스를 이용하지 않는다면, 이런 경우를 모두 제도의 사각지대로 규정하기는 어렵다. 본 연구에서는 돌봄 서비스의 특성을 반영하여 장기요양보험 제도의 사각지대를 정의하고 범위를 정하는 분석틀을 제시한다.

둘째, 한국과 다른 OECD 국가들의 장기요양보험 수급률과 제공인력 규모를 비교한다. 뒤의 논의에도 나오지만 돌봄서비스의 경우, 어느 정도 서비스가 충분한지에 대해 객관적인 기준을 세우기 어려워서 적정성 판단이 쉽지 않다. 이러한 경우, 다른 국가들과의 비교를 통해 상대적인 보장성 수준을 판단할 수 있다. 이에 본 연구에서도 OECD 국가들과의 비교를 통해 한국의 보장성 수준을 판단한다. 수급률은 포괄성(장기요양 서비스를 수급하는 집단의 크기)을 판단하기 위해, 그리고 제공인력 규모는 충분성(수급자당 제공되는 서비스량)을 판단하기 위해 적용한다.

셋째, 2017년 노인실태조사 자료를 이용하여 포괄성과 충분성의 구체적인 양상을 규명한다. OECD 국가 간 비교는 거시자료를 적용한 상대 비교인 데 비해, 이 분석에서는 미시자료를 적용해서 본 연구에서 정의하는 사각지대의 정의에 따른 포괄성 수준을 측정하고 실제 수급자가 느끼는 충분성을 평가한다. 넷째, 이상의 분석으로부터 정책적 시사점을 도출한다.

1장인 서론에 이은 2장에서는 사각지대(보장성)의 개념과 범위를 정의하며 3장에서 OECD 국가 간 비교 분석을 다룬다. 그리고 4장에서는 노인실태조사 자료 분석을 다루며 끝으로 5장에서 3장과 4장의 분석을 통한 정책적 시사점을 논의한다.

## 2. 노인돌봄제도의 보장성과 사각지대 선행연구

### 1) 보장성과 사각지대의 개념

보장성은 의료보험이나 공공부조와 같은 사회급여를 중심으로 발달한 개념으로 해당 제도의 적용 범위 또는 혜택 수준을 논의하는 데 활용되어왔다. 기존연구에서 보장성은 두 개의 차원으로 구분되어 접근된다. 하나는 욕구가 있는 사람을 수급자로 포함하는 정도(포괄성)이고 또 하나는 수급자에게 제공되는 서비스가 욕구를 충족하는 정도(충분성)이다. 사각지대는 보장

성의 역의 개념, 즉 보장성이 충족되지 않은 상태를 의미한다. 사각지대 역시 적용 범위와 급여 수준을 모두 포함한다(석재은 2003, 2006; 김수봉 외, 2005; 이용하, 2004; 노혜진 2016; 신영석 외 2016; 강신욱 2017).

포괄성 개념은 다시 법적 포괄성(legal coverage)과 실질적 포괄성(effective coverage)으로 구분할 수 있다. 법적 포괄성은 법규로 규정하고 있는 적용대상을 포함하는 정도를 지칭한다. 따라서 법적 포괄성의 역의 개념으로서 법적 사각지대(혹은 제도적 배제)는 수급자격이 지나치게 엄격해서 욕구가 있지만, 제도적으로 수급자격이 부여되지 않는 것을 가리킨다.<sup>1)</sup> 실질적 포괄성은 법적인 수혜대상이 실제로 제도의 적용을 받는 경우를 의미한다. 따라서 이의 역의 개념으로 실질적 사각지대(혹은 실질적 배제)는 법규상 적용대상에 포함되지만, 실제로는 급여를 수급하지 못하는 것을 의미한다(ILO 2010; 구인회, 백학영, 2008; 이광석 2008). 그러므로 실질적 사각지대는 법적 사각지대의 부분집합이 된다.

실질적 사각지대가 발생하는 이유는 수요측 요인과 공급측 요인으로 구분할 수 있다. 수요측 요인으로는 수급요건을 갖추었지만 원하지 않아서 급여를 신청하지 않는 경우, 해당 서비스의 존재나 신청절차 등을 몰라서 혹은 알지만 신청할 여건이 안되는 경우(예. 거동 불편 등으로 직접 신청하지 못하는데 대신 신청해줄 사람도 없는 경우) 등이 있다.<sup>2)</sup> 공급측 요인은 기관이 자격심사를 이행하지 않거나 불공정하게 재량권을 행사하는 등의 이유로 발생한다. 그리고 돌봄 서비스의 경우는 가까운 거리에 서비스 제공기관이 없어서 신청했지만 수급하지 못하는 경우도 이에 해당한다.<sup>3)</sup>

한편 수급을 받더라도 욕구에 비해 불충분한 급여가 제공된다면 제도가 적절히 기능한다고 보기는 어렵다. 따라서, 급여의 보편성과 함께 급여수준이 적절한가도 사각지대의 주요 하위 개념으로 제시된다(석재은 2003, 신영석 2005, 김원섭 2013, 노혜진 2016). 지금까지의 논의를 종합하면, 보장성 혹은 사각지대의 개념(정의와 범위)은 다음과 같이 나타낼 수 있다.<sup>4)</sup>

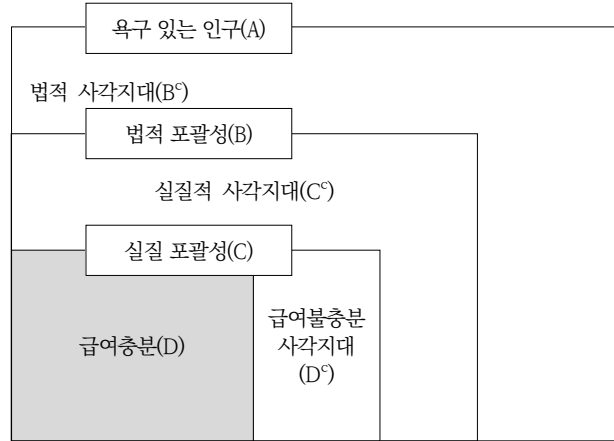
1) 법적 사각지대를 분석한 연구의 예로는 김희연(2013), 김은하·이희중(2012) 등을 들 수 있다.

2) 이소정(2013)은 서비스의 존재를 몰라 이용하지 못하는 경우와 인지는 하지만 접근 방법을 몰라 이용하지 못하는 경우를 각각 비인지 사각지대와 접근성 사각지대로 구분하고, 서비스에 대해 알고 있고, 이용해 본 경험이 있으나 불만족 등의 이유로 향후 이용의사가 사라진 집단을 불만족 집단으로 구분하였다.

3) Hernanz et al.(2004)는 자격있는 개인이 급여를 청구하지 않아서 발생하는 사각지대를 1차 사각지대(primary non take-up), 자격있는 개인이 신청했으나 거절된 경우를 2차 사각지대(secondary non take-up)로 구분하였다.

4) 그림에서 다음의 관계가 성립한다.  $A=B+Bc$ ,  $B=C+Cc$ ,  $C=D+Dc$

[그림 1] 보장성과 사각지대 개념



법적 포괄성에 관해서는, 장기요양보험 도입 이후 최근까지 수급 기준이 엄격하며 지적/인지적 장애에 대한 고려가 부족하다는 점이 꾸준히 지적되어왔다(예. 김찬우 2009; 임성욱 2010; 유승현, 이혜승 2012; 이윤경 외 2012).<sup>5)</sup> 선우덕(2012)은 법적 포괄성과 실질적 포괄성을 모두 적용하여 장기요양보험의 사각지대를 분석하였다. 구체적으로 가입자 범위, 신청범위, 장기요양인정 범위, 그리고 이용제한으로 인한 사각지대로 구분하여 분석하였다. 김찬우(2014)는 실질적 포괄성의 개념을 적용하여 중증 도움 필요자 중 약 2%의 사각지대가 존재하며, 경증 차상위계층은 다른 소득계층에 비해 사각지대에 처할 위험이 큰 것으로 분석하였다. 김희연(2008)은 시범사업 등에서 대상자 범위는 (노인 중) 12%~15%가 적정하다고 논의되었던 것을 근거로 현재 약 7-10%의 사각지대가 있다고 주장하였다. 이 연구에서의 사각지대는 법적 인 것과 실질적인 것이 모두 포함된 것으로 볼 수 있다.

장기요양보험의 실질적 사각지대를 분석한 선행연구들을 보면 신청하면 수급자격을 받을 것으로 기대되지만 신청을 안 해서 서비스를 이용하지 않는 사람을 모두 사각지대에 포함하고 있다. 하지만 본 연구진의 견해는 다소 다르다. 본 연구진은 이 범주에 해당하는 사람 중에서 일부는 사각지대에서 제외해야 한다고 생각한다. 이하에서는 왜 그렇게 생각하는지, 그렇다면 본 연구진이 정의하는 사각지대의 범위는 무엇인지에 대해 논의한다.

5) 예를 들면 이윤경 외(2012)에서는 7가지 국가통계조사를 활용하여 인정점수와 기능장애 간의 관계를 분석하였는데, 신체적 장애의 경우 기능 악화에 따라 인정점수가 비례적으로 증가하지만, 인지적 장애는 인정점수와의 상관관계가 낮음을 밝혔다.

## 2) 본 연구의 사각지대 정의와 분석방법

장기요양 수급자격을 결정하는 인정점수는 청결, 배설, 식사, 기능보조, 행동대응, 간접지원, 간호처치, 재활훈련의 8개 영역군 52개 항목을 조사한 후 특정 알고리즘(수형도, Tree regression 방식)을 적용하여 산출한다. 2017년 기준 장기요양보험 수급권의 최저기준은 51점 이상인데, 치매가 있을 경우는 45점 이상인 사람도 5등급 인정을 받아 수급권을 획득한다.

장기요양제도의 법적 및 실질적 포괄성 판단을 위한 기준으로 본 연구에서는 노인실태조사 자료에 제시된 개개인의 일상생활수행(ADL) 능력 수준을 이용한다. 노인실태조사에서는 ADL을 옷 입기, 세수·양치질·머리감기, 목욕 또는 샤워하기, 차려 놓은 음식 먹기, 누웠다 일어나 방 밖으로 나가기, 화장실 출입과 대소변 후 닦고 옷 입기, 대소변 조절하기의 7개 항목에 대해 ‘완전히 자립적으로 수행(1)’, ‘부분적인 도움이 필요(2)’, ‘전체적으로 완전한 도움이 필요(3)’의 3점 척도로 측정하고 있다.

본 연구에서는 장기요양서비스를 받기 위한 돌봄 욕구선을 ADL 항목 2개 이상의 ‘부분적인 도움 필요’로 설정하였다.<sup>6)</sup> ADL 항목 2개 이상으로 돌봄 욕구선을 설정한 이유는 다음과 같다. ADL 항목 2개 이상의 ‘부분적인 도움 필요’는 자립적 삶을 영위할 수 없는 상태를 정의하는 일반적 기준이다. 예를 들면 ADL과 IADL(수단적 일상생활수행능력) 지표를 개발한 Katz는 일상생활수행능력의 제약 정도에 따라 4가지 욕구 카테고리(O, A, B, C)를 제시하였는데, ADL 2개 이상의 장애가 있는 A 카테고리부터 돌봄이 필요한 상태로 정의하였다(Katz et al., 1970). 또한, 독일은 2개 이상의 ADL 장애를 장기요양 서비스 수급권 발생 기준으로 정했다. 구체적으로 가장 낮은 등급인 Care level I이 하루에 한 번 이상 ADL 2개 이상의 장애가 있는 사람으로 최소 하루 90분 이상의 도움을 요구하며 이 중 45분이 ADL 장애와 관련된 도움이 필요한 사람으로 정의하였다(Schulz, 2010).

이러한 돌봄 욕구선이 법적 포괄성에 부합하는지 판단하려면 현행의 장기요양 수급자격 판정 기준과 ADL 항목 2개 이상 제약 기준을 비교해야 한다. 장기요양 등급 판정기준을 보면 3등급(인정점수 60-75점 미만)은 ‘부분적 다른 사람 도움 필요’이고 4등급(인정점수 51-60점 미만)은 ‘일정 부분 다른 사람 도움 필요’이다. 그런데 식사하기와 양치하기와 같은 기본적인 ADL 활동에 부분적인 제약이 있다고 가정하고 인정점수 산출 알고리즘(수형도)을 적용하면 대략 51-55점 수준의 점수가 도출된다. 따라서 현행의 장기요양 수급자격 판정 기준은 ADL 항목 2

6) ADL 항목의 특성상 1개 항목이라도 ‘완전 도움 필요’면 적어도 2개 이상의 항목에서 ‘부분적인 도움 필요’에 해당할 것이다. 그런데 노인실태조사의 ADL 제약 응답자 표본을 분석해 보니 1개 항목에서만 ‘완전 도움 필요’라고 응답한 경우가 존재했다. 이 경우는 실제로는 2개 이상의 항목에서 부분 도움 필요일 것으로 판단하여 대상으로 포함하였다.

개 이상 제약 기준에 비해 낮다고 하기 어렵다.

기존 연구들도 장기요양보험 시행 초기에는 장기요양 인정등급 기준의 엄격함을 지적하였으나 인정점수 51점 이상으로 기준이 완화된 2013년 이후는 신체적 제약 기준이 엄격하다는 지적은 찾기 어렵다. 인지/정신적 제약에 대한 고려가 미흡하다는 것도 2013년 이후 경증 치매질환에 대해 5등급을 부여하고 2018년부터는 45점 미만 치매환자에 대한 인지지원등급을 신설하였기 때문에 상당히 완화되었다. 물론 이러한 치매 질환의 포함만으로 인지/정신적 장애로 인한 돌봄 욕구에 대한 고려가 충분한가는 논란이 되는데 이에 대해서는 뒤에서 다시 논의한다.

ADL 항목 2개 이상의 제약이 있으면서 장기요양 서비스를 수급하지 않는 집단은 ①장기요양 등급신청을 했으나 등급 내 판정을 받지 못한 경우와 ②장기요양 등급신청을 하지 않은 경우로 구분할 수 있다. 등급신청을 하지 않은 경우는 그 이유에 따라 다시 ③해당 서비스에 대한 정보 부재 혹은 신청할 여건이 제약된 경우, ④원하지 않아서 신청 안 한 경우로 구분할 수 있다.<sup>7)</sup>

전술했듯 현행의 장기요양 수급자격 판정 기준은 ADL 항목 2개 이상 제약보다 엄격하다고 보기 어렵다. 따라서 ①에 해당하는 경우는 자격 기준의 엄격성으로 발생하는 법적 사각지대가 아닌 판정의 타당성에 문제가 있는 것으로 실질적 사각지대에 해당할 것이다. ③의 경우도 실질적 사각지대에 해당한다. 논란이 되는 것은 원하지 않아서 신청을 안 한 ④의 경우이다.

돌봄 서비스는 화장실 이용, 목욕과 같은 매우 개인적인 서비스이기 때문에 타인의 도움을 꺼리는 사람들이 있을 수 있다. 그래서 가족으로부터 충분한 서비스를 받는 상황에서 별도의 공적 서비스를 원하지 않을 수 있다. 이러한 돌봄 서비스의 특성으로 인해 다수의 서구국가에서 가족 돌봄은 공적 돌봄체계의 일부에 편입되어, 돌봄을 제공하는 가족을 지원하는 제도가 구축되어 있다. 한국도 장기요양 수급자격을 갖춘 노인에게 가족이 돌봄을 제공하면 일정 급여를 지급하는 '가족인 요양' 제도를 갖추고 있다. 그러나 돌봄을 제공하는 가족이 요양보호사 자격이 있어야 하며, 다른 직업이 없어야 하고, 하루 1시간의 급여비만 인정되는 등의 제약으로 인해 가족이 돌봄을 제공하더라도 이를 이용하지 않는 경우가 많다. 그래서 본 연구진은 가족 돌봄을 받으면서 본인이 원해서 장기요양 등급판정 신청을 하지 않은 경우(즉 '가족인 요양'을 이용하지 않는 경우)를 모두 사각지대에 포함하는 것은 타당하지 않다고 판단한다.

본 연구에서는 장기요양 서비스 신청을 하지 않은 이유와 사적 돌봄 도움의 충분성 여부에 따라 실질적 사각지대를 정의한다. 우선 장기요양 서비스 욕구가 존재하지만(ALD 제약 2개 이상이지만) 서비스의 존재나 신청절차에 대한 정보 부재 또는 비용이 부담되어 신청하지 않은 경우는 비자발적 비수급자로 정의한다. 반면에 타인으로부터 돌봄을 받는 것을 꺼리거나 현재

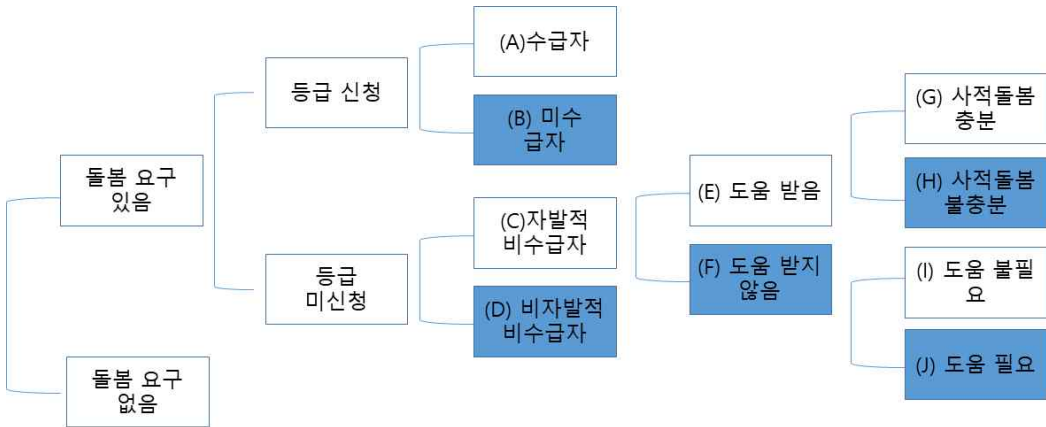
7) 장기요양 등급 내 판정을 받았으나 제공기관의 제약 등으로 서비스를 수급하지 않는 경우도 가능하지만 실제로는 매우 적다. 그리고 노인실태조사 자료에는 이런 경우는 조사되지 않고 있다. 따라서 이런 경우는 제외한다.

받는 사적 돌봄 수준이 충분해서 혹은 스스로 일상생활을 영위할 수 있어서 필요없다고 생각하는 사람들은 자발적 비수급자로 구분한다.

자발적 비수급자는 제도의 사각지대에 놓여 있다고 하기는 어렵다. 물론 장기요양서비스의 목적 중 하나가 가족의 부담을 덜어주는 것이라는 점에서 돌봄을 받는 당사자들의 의사만으로 사각지대가 아니라고 판단할 수 없다는 비판이 가능하다. 또한, 우리나라는 사적 돌봄이 공적 돌봄을 대신해 중요한 기능을 하지만 독일, 스웨덴 등과 같이 별도의 교육, 급여, 휴가지원 등이 충분하지 않다는 점에서 여전히 사각지대라고 할 만한 측면은 있다.

이에 따라 본 연구는 자발적 비수급자를 제외하는 경우와 포함하는 경우의 사각지대를 모두 제시하고 논의한다. 각 경우의 사각지대의 범주는 [그림 2]에 제시되어 있다.

[그림 2] 본 연구에서의 포괄성과 사각지대 정의



돌봄욕구를 가지고 있으며 등급신청을 하여 공적돌봄체계를 통해서 돌봄을 받는 사람들은 포괄성 측면에서 사각지대가 아니다. 욕구를 가지고 있어 등급을 신청하였으나 수급자격에 탈락한 사람들은 실질적 사각지대로 볼 수 있다. 자발적 사유로 공적돌봄을 신청하지 않은 사람 가운데 사적돌봄을 충분히 받고 있는 사람은 비록 욕구가 있다고 해도 사각지대라고 보기 어렵다. 반면, 사적돌봄은 충분하지만 서비스에 대한 무지나 접근성 제한 등 비자발적인 이유로 장기요양서비스를 신청하지 않은 사람(D), 자발적 사유로 인해 어떠한 도움도 받고 있지 않은 사람(F)과 타인에게 도움을 받고 싶지 않아 사적돌봄을 받고 있으나 돌봄의 수준이 충분치 않은 사람(H), 자발적인 이유로 도움을 받고 있지 않으나 실질적으로 도움이 필요한 사람(J)은 사각지대라고 볼 수 있다.



### 3. 한국과 OECD 국가의 비교

#### 1) 포괄성(수급률)

[표 1]에는 한국의 장기요양서비스 수급률 관련 통계가 제시되어 있다. 장기요양서비스 시행 이후 최근까지 신청률, 인정률, 수급률은 꾸준히 상승해왔음을 알 수 있다. 2008년 7.0%였던 신청률은 2017년 12.6%까지 높아졌으며, 인정률(등급 내 판정을 받은 비율)도 예외적으로 높았던 시행 초기를 제외하면 역시 꾸준히 상승했다. 2010년 67.8%였던 인정률은 2017년 78.1%로 증가하였다. 이렇게 인정률이 높아진 것은 인정등급 기준이 꾸준히 완화된 법적인 포괄성이 확대되었기 때문이다. 장기요양 등급 내 판정기준은 2008년 55점 이상에서 2012년 53점 이상, 2013년 51점 이상, 2014년 45점 이상으로 완화된 것이다. 신청률과 인정률이 높아짐에 따라 수급률(65세 이상 노인 인구 대비 수급자 비율)도 계속 높아졌는데,<sup>8)</sup> 시행 첫해인 2008년 2.9%였던 수급률은 다음 해인 2009년 5.5%로 그 다음 해인 2010년에는 6.4%로 크게 증가하였다. 그리고 2015년 이후 매년 0.4%p 정도 상승하였는데 이는 고령화 심화 및 치매특별등급 시행 등 보장성 강화 정책의 적용 결과인 것으로 판단된다.

[표 1] 장기요양서비스 대상자 현황

(단위: 명, %)

연도	노인인구 (A)	신청자 (B)	등급 판정자 (C)	등급 인정자 (D)	수급자 (E)	노인인구대비 신청률 (B/A)	판정대비 인정률 (D/C)	노인인구대비 수급률 (E/A)
2008	5,086,195	355,526	265,371	214,480	149,656	7.0	80.8	2.9
2009	5,286,383	522,293	390,530	286,907	291,389	9.9	73.5	5.5
2010	5,448,984	622,346	465,777	315,994	348,561	11.4	67.8	6.4
2011	5,644,758	617,081	478,446	324,412	360,073	10.9	67.8	6.4
2012	5,921,977	643,409	495,445	341,788	369,587	10.9	69.0	6.2
2013	6,192,762	685,852	535,328	378,493	399,591	11.1	70.7	6.5
2014	6,462,740	736,879	585,386	424,572	433,779	11.4	72.5	6.7
2015	6,719,244	789,024	630,757	467,752	475,382	11.7	74.2	7.1
2016	6,940,396	848,829	681,006	519,850	520,043	12.2	76.3	7.5
2017	7,310,835	923,543	749,809	585,287	578,867	12.6	78.1	7.9

주1) 노인인구는 65세 이상 인구를 의미하며 건강보험 적용인구 기준임.

주2) 판정자는 신청자 중 등급 내 혹은 등급외 판정을 받은 사람이며(각하자 등 제외), 인정자는 장기요양등급 내 인정자를 의미함

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계연보, 각년도

8) 등급 내 판정을 받은 사람은 대부분 서비스를 이용하므로 수급률과 인정률은 거의 동일하다고 할 수 있다.

이와 같은 우리나라의 장기요양 서비스 수급률 수준을 다른 OECD 국가들과 비교해 보자. [표 2]의 왼쪽에는 65세 이상 인구 대비 수급자 비중이, 오른쪽에는 80세 이상 인구 대비 수급자 비중이 제시되어 있다. 65세는 일반적으로 노인을 규정하는 연령 기준이지만, 돌봄 욕구를 비교하는 데는 다소 한계를 가진다. 돌봄 욕구는 65세 중에서도 고연령대일수록 큰데, 65세 이상에서의 연령분포는 국가별로 다르기 때문이다. 그리고 건강수명도 국가별로 다른데, 이 역시 국가 간 돌봄 욕구 차이를 가져온다. 각 국가의 수급률 비교를 통해 한국의 상대적 보장성 수준을 판단하려면 이러한 연령분포 및 건강수명 차이에 따른 욕구 차이를 통제하는 것이 필요하다. 즉 동일한 욕구에 대해 얼마나 보장하고 있는가로 판단해야 한다. 물론 각 국가의 욕구 차이를 모두 통제하기는 어렵다. 그래서 차선으로 80세 이상 인구 대비 수급률을 비교하는 것이다. 80세는 일반적으로 후기 고령기를 규정하는 연령 기준이다. 60대 및 70대 중반까지는 고령에 의한 돌봄 욕구는 크지 않으며 80세가 지나면서 돌봄 욕구가 높게 나타난다(OECD, 2013). 따라서 80세 이상 인구 중에서 국가별 돌봄 욕구의 차이가 65세 이상 인구 중에서의 돌봄 욕구 차이보다 훨씬 작을 것이다.

65세 이상을 기준으로 하면, 23개 국가의 수급률 평균은 12.7%이다. 한국은 7.8%로서 비교 대상인 23개 OECD 국가 중에서 포르투갈(2.0%) 다음으로 낮으며 평균의 61% 수준이다. 수급률이 가장 낮은 2개국인 포르투갈과 한국, 그리고 가장 높은 2개국인 이스라엘과 스위스를 제외하면 나머지 국가들은 9%-16% 사이에 놓여 있다.

80세 이상을 기준으로 하면 OECD 21개국의 수급률 평균은 33.0%이다. 한국은 22.9% 수준으로 비교 대상 21개국 중에서 6번째로 낮으며 평균의 70% 수준이다. 장기요양서비스 수급률은 여전히 낮은 편이지만, 65세 이상을 기준으로 했을 때보다는 격차가 상당히 줄었다. 수급률이 최하위인 포르투갈을 제외하고 그다음으로 낮은 하위 5개국의 수급률은 21%-23%로 거의 동일한 수준이다. 한편, 시설과 재가의 비율을 보면 65세 이상 기준으로는 한국은 1:2 수준으로 OECD 평균과 거의 비슷하며, 80세 이상 기준으로는 OECD 평균에 비해 재가 서비스 이용 비중이 다소 낮다.

[표 2] OECD 국가 장기요양서비스 이용자 규모

(단위: %)

65세 이상 인구 대비 비중			80세 이상 인구 대비 비중				
	시설	재가	전체		시설	재가	전체
스위스	5.8	16.6	22.4	스위스	16.7	36.1	52.8
이스라엘	1.8	18.7	20.5	이스라엘	5.0	47.1	52.1
벨기에	8.8	7.5	16.3	덴마크	12.7	34.0	46.7
노르웨이	4.5	11.4	15.9	스웨덴	13.3	29.7	43.0
덴마크	3.9	11.6	15.5	네덜란드	13.9	28.8	42.7
스웨덴	4.5	10.9	15.4	노르웨이	13.4	28.3	41.7
뉴질랜드	4.5	9.5	14.0	벨기에	24.0	17.2	41.2
독일	4.1	9.5	13.6	뉴질랜드	14.6	26.4	41.0
네덜란드	4.6	8.7	13.3	독일	11.4	22.4	33.8
캐나다	4.2	8.6	12.8	호주	19.7	13.9	33.6
룩셈부르크	5.4	7.3	12.7	일본	7.4	24.6	32.0
일본	2.7	9.8	12.5	룩셈부르크	16.0	15.9	31.9
헝가리	3.0	9.3	12.3	핀란드	13.1	17.8	30.9
호주	6.3	5.7	12.0	캐나다	12.4	17.3	29.7
슬로베니아	4.9	6.5	11.4	슬로베니아	12.6	15.5	28.1
핀란드	4.7	6.5	11.2	한국	8.6	14.3	22.9
영국	4.2	6.9	11.1	헝가리	7.4	14.2	21.6
에스토니아	5.0	5.7	10.7	스페인	4.7	16.7	21.4
프랑스	4.1	6.0	10.1	에스토니아	9.4	11.7	21.1
미국	2.4	7.5	9.9	미국	6.1	14.9	21.0
스페인	1.9	7.1	9.0	포르투갈	2.5	1.6	4.1
한국	2.6	5.2	7.8				
포르투갈	1.2	0.8	2.0				
평균	4.1	8.6	12.7	평균	11.7	21.4	33.0

주1) 전체자료 2016년 기준, 단, 영국은 2004년, 슬로베니아 및 네덜란드는 2015년 자료.

주2) 일본은 재가요양 이용자의 경우 2006년 자료이고, 덴마크의 경우 시설요양은 2014년, 재가요양은 2012년 자료임. 벨기에의 경우 시설요양은 2014년, 재가요양은 2004년 자료임.

자료: OECD, 2017

## 2) 충분성

국가 간 장기요양 서비스의 충분성(수급자에게 제공되는 서비스의 욕구 충족 수준)을 비교하는 데는 인력(수급자 대비 서비스 제공인력 수)과 자원(수급자 대비 지출 규모) 지표가 사용될 수 있다. 장기요양 같은 돌봄 서비스 제공량은 상당 부분 제공시간에 비례하며 제공시간은 대체로 제공인력 규모에 비례한다. 물론 제공시간은 제공인력 당 근로시간에 의해서도 달라진

다. OECD 통계에서는 제공인력 당 근로시간 차이를 통제하기 위해 (근로시간 차이를 통제하지 않은) 실제 제공인력 규모 이외에 풀타임 상시근로(FTE:full time equivalent) 기준의 인력 규모도 제공하고 있다. FTE는 실제 제공인력 규모(Head Count라고 함)를 전일제 상시 근로(주5일 하루 8시간 12개월 근무) 기준으로 환산한 것이다. 가령 1인이 하루 4시간씩 주3일 근무하였다면 FTE로 환산하면  $0.3(=0.5*0.6)$ 인이 된다. 따라서 FTE 기준의 수급자당 제공인력 규모를 비교하는 것은 수급자당 서비스 제공량을 비교하는 것과 유사하다.

인력 이외에 자원(수급자당 지출액)도 서비스 제공량의 유효한 대리변수가 될 수 있다. 하지만 본 연구에서는 이를 활용하지 않는다. 그 이유는 다음과 같다. OECD가 제공하고 있는 자원 통계는 국내 행정통계와 기준이 다른 것으로 판단되었기 때문이다. OECD에서 제공하는 우리나라의 장기요양 공공지출 규모는 2016년 기준 GDP 대비 0.9%(약 14.7조원)이다. 그런데 실제 우리나라의 2016년도 장기요양보험 급여지출액은 GDP 대비 0.27%(약 4.4조원)이다. OECD 통계는 장기요양과 관련된 모든 의료적 처치 및 예방 활동에 소요된 지출까지 포함한다. 따라서 여기에는 장기요양병원 급여지출 및 그 밖의 비용이 포함되며 장기요양 서비스의 충분성을 비교하려는 목적에는 적합하지 않다.

[표 3]에는 한국의 재가와 시설급여의 서비스 제공인력 및 시설 현황이 제시되어 있다. 이 표에서 재가 현황은 전체 장기요양서비스 제공인력, 시설, 수급자 수에서 시설급여 제공인력, 시설, 수급자 수를 제외함으로써 구한 것이다. 따라서 재가와 시설에 중복된 경우는 모두 시설급여로 포함했음에 주의해야 한다. 이 표를 보면, 2014년부터 2017년까지 장기요양 서비스 제공인력과 시설이 계속 증가했지만 수급자 수는 그보다 더 빨리 증가했다. 예를 들어 재가의 경우 2014년-2017년 사이에 제공인력은 33.6%가 증가한 데 비해 수급자 수는 42.9%가 증가했다. 이에 따라 수급자당 제공인력과 시설 수는 다소 감소하였다.

[표 3] 장기요양 서비스 공급 현황

(단위: 명)

	연도	인력 수	시설 수	수급자 수	수급자 100명당 제공인력수	수급자 100명당 제공시설수
재가	2014	219,773	11,672	264,855	83.0	4.4
	2015	245,843	12,917	295,225	83.3	4.4
	2016	265,578	14,211	330,669	80.3	4.3
	2017	293,525	15,073	378,392	77.6	4.0
시설	2014	73,116	4,871	168,924	43.3	2.9
	2015	79,103	5,085	180,157	43.9	2.8
	2016	78,664	5,187	189,374	41.5	2.7
	2017	83,659	5,304	200,475	41.7	2.6

수급자 100인당 서비스 제공인력 통계는 해석에 있어 주의가 필요하다. 이 통계는 풀타임/파트타임을 구분하지 않고 제공인력을 모두 포함하였을 뿐 아니라 해당 연도 내에 한 번이라도 서비스를 제공한 인력은 모두 포함하였기 때문이다. 따라서 수급자 100명당 제공인력이 2017년 기준 재가급여 78명, 시설급여 42명이라는 것이, 요양보호사 1인이 담당하는 수급자가 재가는 1.25명, 시설은 2.4명이라는 의미는 아니다. 시설의 경우는 수급자 2.5명당 요양보호사 1인이 법정 기준이므로 큰 차이가 없을 것으로 판단되나, 재가의 경우는 요양보호사에 따라 담당하는 수급자 인원의 편차가 상당히 있을 것이다.

이제 한국의 서비스 제공인력 규모 다른 OECD 국가들과 비교하자. 이를 위해서는 2개의 표를 제시한다. 하나는 65세 인구 대비 제공인력 규모이며 따른 하나는 제공인력당 수급자 규모이다. 본 연구의 목적인 급여 충분성을 비교하는 데는 제공인력당 수급자 규모가 더 적절하지만, 65세 인구 대비 제공인력 규모도 나름의 의미를 지니므로 함께 제시하였다. 제공인력 통계를 제공하는 국가는 많지 않아서 비교국가 수는 11개이다.

[표 4]는 65세 이상 인구 100명당 서비스 제공인력 규모를 보여주고 있다(Head Count 기준). 한국은 3.5명인데 이는 헝가리 2.2명 다음으로 낮은 수준이며 캐나다와 유사하다. 스웨덴은 12.4명으로 다른 국가들에 비해 매우 많다.<sup>9)</sup> 제공인력을 요양보호사와 간호사로 구분해서 비교하면 한국은 특히 간호사 규모가 매우 낮는데, 전체 제공인력에서 간호사 비중을 보더라도 한국은 5.7%로서 스웨덴과 함께 특이하게 비중이 낮은 편이다. 간호사와 달리 한국의 요양보호사 규모는 그렇게 작지 않다. 65세 인구 100명 당 3.3인데 이는 독일, 헝가리, 캐나다보다 높은 수준이다. 간호사 규모가 매우 작은 데 비해 요양보호사 규모는 그렇게 작은 편이 아니라는 것은 시설급여보다 재가급여에서 더욱 두드러진다.

재가급여의 경우 한국의 요양보호사 규모는 2.4명인데, 비교 대상 국가 중에서 한국보다 규모가 큰 국가는 일본밖에 없다. 이에 비해 간호사 규모는 0.0명(실제로는 0.04명임)으로 다른 국가들에 비해 매우 작다. 시설급여의 경우 한국의 요양보호사 규모는 0.9명인데, 예외에 해당하는 헝가리를 제외하면, 우리나라의 간호사 규모는 0.1명으로 다른 국가들에 비해 매우 낮다. 한국을 제외한 다른 국가들의 평균 간호사 규모와 평균 요양보호사 규모의 비율을 구하면, 재가급여는 36:68이고 시설급여는 42:58이다. 이에 비해 한국은 재가급여는 2:98이고 시설급여는 10:90이다. 재가와 시설 모두 다른 국가들에 비해 간호사 규모가 작지만 재가급여에서 격차가 더욱 심함을 알 수 있다.

9) 스웨덴은 재가와 시설이 구분 제시되어 있지 않아서 전체만 제시하였다.

[표 4] 장기요양 서비스 제공인력 국제비교: 65세 인구 100명당 규모

(단위: %)

국가	전체			재가			시설		
	간호사+ 요양보호사	간호사	요양 보호사	간호사+ 요양보호사	간호사	요양 보호사	간호사+ 요양보호사	간호사	요양 보호사
스웨덴	12.4	0.7	11.7	-	-	-	-	-	-
덴마크	8.1	3.9	4.2	3.2	1.6	1.6	4.9	2.3	2.6
스위스	8.1	4.8	3.3	2.9	1.8	1.1	5.2	3	2.2
네덜란드	8	2.2	5.8	3.1	0.8	2.3	4.9	1.4	3.5
호주	6.2	1.3	4.9	2.2	0.2	2	4	1	2.9
일본	5.9	0.9	4.9	4.5	0.6	3.8	1.4	0.3	1.1
미국	5.7	1.6	4.1	2.6	0.5	2	3.1	1.1	2
독일	5.1	2.7	2.3	1.9	1.1	0.8	3.2	1.6	1.6
캐나다	3.6	1.3	2.4	0.5	0.3	0.2	3.2	1	2.2
한국	3.5	0.2	3.3	2.4	0.0	2.4	1	0.1	0.9
헝가리	2.2	2	0.2	0.9	0.8	0.1	1.3	1.3	0.2

자료: OECD stat.

[표 2]에 제시하였듯 한국의 장기요양 서비스 수급률은 시설과 재가 모두 다른 국가들에 비해 낮음에도 재가급여 서비스를 제공하는 요양보호사 규모는 오히려 크다. 이러한 상황은 다음 두 가지 중 하나, 혹은 둘 다에 해당할 수 있다. 첫째, 한국은 풀타임 상시 근로가 아닌 파트타임 혹은 비상시 근로를 하는 요양보호사가 많다. 둘째, 한국은 요양보호사가 수급자 1인당 상대적으로 장시간 돌봄을 제공한다. 이 두 가지 가능성 중 어느 것에 해당하는가를 파악하기 위해 제공인력을 풀타임 상시근로기준(FTE)으로 환산하여, FTE 기준 제공인력 1인당 수급자 수를 산출하였다. 전술했듯 FTE 기준으로 환산하면 제공인력 당 근로시간 차이가 통제된다. 그래서 실제 제공인력(Head Count) 차이에는 첫째와 둘째 요인이 모두 해당할 수 있지만, FTE 기준 제공인력 차이에는 첫째 요인은 제외되며 둘째 요인의 효과만 남는다.

다음의 [표 5]는 FTE로 환산한 제공인력 1인당 수급자 규모를 보여준다. 제공인력 1인당 수급자 수는 '수급자 대비 제공인력'의 역수로 산출한다. FTE 환산율은 Head Count 대비 FTE의 비율을 나타내는데 이 비율이 높을수록 풀타임 상시근로 비중이 높음을 의미한다. 풀타임/파트타임, 상시/비상시 등 요양보호사의 근로시간 차이에 의한 영향이 어느 정도인가를 알기 위하여 근로시간 차이를 보정하지 않은 Head Count 기준의 실제 제공인력 1인당 수급자 규모도 함께 제시하였다.<sup>10)</sup>

10) 이 11개국에는 에스핑 앤더슨 등의 복지국가 유형 분류에 따른 보수주의, 자유주의, 동아시아 국가들은 포함되어 있으나 북유럽 시민주의는 빠져있다. 그런데 북유럽 시민주의는 다른 유형의 국가들에 비해 사회서비스가 발달한 것으로 알려져 있다. OECD에는 스웨덴과 노르웨이에 대해 시설과 재가를 구분하지 않은 전체에

[표 5] Head Count와 FTE에 의한 제공인력당 담당 수급자 수

	시설급여			재가급여		
	FTE 환산율	1인당 담당 인원		FTE 환산율	1인당 담당 인원	
		Head Count	FTE		Head Count	FTE
호주	0.64	1.56	2.43	0.58	3.17	5.52
오스트리아	0.80	1.40	1.75	0.58	4.50	7.70
독일	0.74	1.47	2.00	0.67	6.44	9.59
이스라엘	0.90	1.81	2.01	0.76	2.35	3.08
일본	0.88	1.94	2.21	0.58	2.76	4.74
한국	0.97	2.65	2.72	0.54	2.22	4.14
룩셈부르크	0.83	1.07	1.29	0.83	4.19	5.03
뉴질랜드	0.71	1.25	1.77	0.43	5.26	12.29
포르투갈	0.63	2.57	4.10	0.43	6.31	14.62
스위스	0.64	1.17	1.82	0.43	7.93	18.58
미국	0.62	0.91	1.48	0.46	3.59	7.75
평균	0.76	1.46	1.96	0.57	3.76	6.38

주) 뉴질랜드는 2006년, 독일과 룩셈부르크는 2015년, 일본의 재가는 2006년 자료임.  
 자료: OECD stat.

[표 5]는 흥미로운 정보들을 담고 있다. 우선 FTE 환산율을 보면, 시설급여의 FTE 환산율 평균은 0.76, 재가급여는 0.57이다. 시설에서 서비스를 제공하는 인력의 풀타임 상시근로 비중이 수급자 가정을 방문하여 제공하는 인력에 비해 높다는 것은 상식적인 결과이며 우리나라에서도 마찬가지로 패턴이 나타난다.<sup>11)</sup> 그런데 한국은 다른 나라에 비해 시설과 재가급여의 FTE 환산율 차이가 매우 크다. 시설급여의 FTE 환산율은 평균보다 상당히 높은 데 비해 재가급여의 FTE 환산율은 평균보다 다소 낮다. 따라서 시설급여 제공인력의 풀타임 상시근로 비중은 매우 높은 편인데 비해 재가급여 제공인력의 풀타임 상시근로 비중은 낮은 편임을 알 수 있다.

대한 통계는 제시하고 있다. 이를 보면 (시설과 재가를 합한) 전체 FTE 환산율은 스웨덴 0.75, 노르웨이 0.81이다. 이에 비해 <표 5>에 제시한 11개국의 전체 FTE 환산율 평균은 0.68이다(한국 0.67). 그리고 FTE로 환산한 제공인력 1인당 수급자 규모는 스웨덴 2.3, 노르웨이 2.4명이다. 이에 비해 11개국 평균은 4.0명이다(한국 3.5명). 따라서 비록 시설과 재가급여를 구분하지 않은 전체에 대한 통계지만, 사민주의 국가들은 다른 국가들에 비해 장기요양 서비스 제공인력의 풀타임 비중이 높고 담당 수급자 수가 상당히 적다는 것을 알 수 있다.

11) OECD 홈페이지에서 제공하고 있는 한국통계를 보면 2016년 기준 수급자 수는 재가급여 366,920명, 시설급여 184,549명으로 되어있다. 그런데 <표 3>을 보면 2016년 기준 수급자 수는 재가급여 330,669명, 시설급여 189,374명으로 다소 다르지만 차이가 크지는 않다. 한편 OECD 홈페이지에서 제공하고 있는 한국의 제공인력 규모는 Head Count 기준으로 재가급여 16,5503명, 시설급여 69,665명이다. 그런데 <표 4>를 보면 2016년 기준 제공인력 규모는 재가급여 26,5578명, 시설급여 78,664명이다. 수급자 수와 달리 제공인력 규모는 차이가 상당히 크다. 특히 재가급여의 차이가 심하다. 이는 통계 산출 기준 차이인 것으로 짐작된다. <표 3>의 제공인력 통계는 1년 동안 한 번이라도 서비스를 제공한 인력은 모두 포함하고 있다. OECD 통계의 기준은 확실하지는 않지만, 아마도 특정 시점에 존재하는 제공인력을 산정한 것으로 짐작된다.

다음으로 FTE 기준 제공인력 1인당 수급자 규모를 보면, 시설급여의 경우 평균이 1.96명인데 한국은 2.72명으로 평균의 138.8%로서 평균보다 38.8% 정도 더 많은 인원을 담당하고 있다. 비교 대상 11개국 중에서 한국보다 제공인력 1인당 담당 수급자 수가 많은 국가는 포르투갈이 유일하다. 재가급여는 시설급여와 반대의 모습을 보인다. 재가급여의 평균이 6.38명인데 한국은 4.14명으로 평균의 64.5%, 즉 평균보다 35.5% 정도 더 적은 인원을 담당하고 있다. 비교 대상 11개국 중에서 한국보다 담당 수급자 수가 적은 국가는 이스라엘이 유일하다.

담당 수급자 수 비교의 함의는 시설급여와 재가급여가 다소 다르다. 시설급여는 요양시설 병상에 있는 장기요양 환자를 돌보는 것으로서 상시 돌봄을 제공한다. 그래서 담당 수급자 수가 많다는 것은 그만큼 수급자 당 상시 돌봄의 강도가 약하다는 것을 의미한다. 이에 비해 재가급여는 상시 돌봄이 아니라 수급자 가정에 방문하여 필요한 서비스를 제공하는 것이다. 재가급여의 담당 수급자 수가 적다는 것은 그만큼 수급자 1인당 제공되는 돌봄 시간이 많다는 것을 의미한다. 실제로 재가급여의 경우 한국은 통상 요양보호사 1인이 한 수급자의 집에 가서 하루에 허용되는 시간(예. 3시간) 동안 계속 돌봄을 제공한다. 그래서 풀타임으로 근무하더라도 하루에 2인 정도를 담당한다. 이에 비해 네덜란드, 영국, 독일 등 서구국가에서는 요양보호사 1인이 짧은 시간(예. 30분-1시간) 간격으로 여러 수급자의 집을 방문해서 식사 수발 등 필요한 돌봄을 제공한다. Head Count가 아닌 FTE 기준으로 제공인력 1인당 담당 수급자 수가 적다는 것은 거의 이러한 돌봄 행태 차이에 기인할 것으로 판단된다.<sup>12)</sup>

한편 뉴질랜드, 포르투갈, 스위스의 재가급여 FTE 기준 담당 수급자 수는 매우 많다. 아무리 요양보호사 1인이 여러 집을 옮겨가면서 짧은 시간 동안 필요한 서비스만 제공한다고 해도 지나치게 많다고 판단된다. 특히 스위스가 그렇다. 이처럼 담당 수급자 수가 지나치게 많은 국가의 경우는 통계의 오류인지, 아니면 실제로 그런 것인지, 실제로 그렇다면 어떻게 서비스를 제공하고 있는지 등에 대한 추가적인 연구가 필요할 것이다.

12) 이러한 해석에서 주의할 점은 여기의 제공인력은 요양보호사와 간호사를 합한 것이라는 점이다. <표 5>에 제시하였듯 한국은 다른 국가들에 비해 시설과 재가급여 모두 간호사 수가 매우 적다. 따라서 요양보호사만을 기준으로 했을 때와 간호사를 포함했을 때 제공인력당 담당 수급자 수의 비교 결과는 달라진다. 간호사를 제외한 요양보호사만을 기준으로 한다면 다른 국가들의 요양보호사 1인당 담당 수급자 수는 한국보다 더 많이 늘어날 것이다. 물론 간호사가 적다는 것은 그만큼 간호사가 제공하는 (요양보호사와는 차별화되는) 서비스를 적게 받음을 의미한다.



## 4. 노인실태조사 분석

### 1) 노인실태조사 자료 특성과 한계

미시자료 분석에는 2017년 노인실태조사를 활용한다. 노인실태조사는 노인복지법에 따라 3년마다 실시되는 법정조사이다. 2017년 자료는 6월 12일~8월 28일 기간 동안 전국 934개 조사구의 65세 이상 10,299명(대리응답 226명 포함)에 대한 직접면접조사로 이뤄졌다. 조사대상자로부터 직접 응답을 받는 것이 원칙이나, 대상자가 집에 거주하지 않거나 응답하기 어려운 상황(예. 요양시설 입소, 와병 등)이면 대상자와 가장 가까운 가족이 대리 응답한다. 이러한 조사 방식으로 인해 노인실태조사는 노인 돌봄 현황을 파악하는 데는 대표성에 문제가 발생할 수 있다. 노인이 가구에 부재한 경우나 집에 있더라도 와병 등으로 직접 응답이 곤란한 경우에는 가족이 대리 응답해야 하는데, 가족이 대리 응답해야 할 상황이면 노인이 직접 응답하는 경우에 비해 응답 회피율이 높을 것이기 때문이다.

2017년 노인실태조사의 대리 응답률은 2.1%인데, 노인실태조사의 대리 응답률과 대리 응답 사유를 보면 요양시설 입소에 의한 대리 응답 비중은 전체응답자 대비 0.31%였다. 그런데 앞서 제시된 [표 3]에서 2017년 65세 이상 노인 인구 대비 요양시설 이용률은 약 2.7%였다. 따라서 요양시설에 있는 노인은 실제보다 과소대표 되었음을 알 수 있다. 한편, 2017년 노인실태조사에서 장기요양서비스 등급을 신청해서 등급 내 판정을 받은 노인은 (65세 이상 노인 중) 4.0%이다. 그런데 [표 1]을 보면 2017년의 실제 장기요양등급을 받은 노인 비율(혹은 장기요양서비스 수급자)은 7.9%로 두 배 가까이 된다. 따라서 노인실태조사 자료에서 거동불편으로 인해 장기요양서비스를 신청한 노인들은 실제보다 과소 대표되어 있음을 알 수 있다. 그러므로 이 자료를 이용하여 장기요양서비스의 포괄성을 분석할 때는 이러한 한계에 주의해야 한다. 이 문제에 대해서는 뒤에서 상세하게 다룬다.

### 2) 포괄성 분석

전술했듯 본 연구에서는 현행 장기요양 서비스의 법적 포괄성(법적 자격요건이 돌봄이 필요한 사람을 포괄하고 있는 정도)은 낮지 않다고 판단한다. 문제는 실질적 포괄성이다. 이를 평가하려면 장기요양서비스 욕구가 있는 노인 중 대상자 혹은 수급자 비율을 분석해야 한다.<sup>13)</sup> 본

13) 노인실태조사에는 대상자가 아닌 수급자 통계가 제시되어 있는데, 장기요양 대상자와 수급자는 개념상 다르다. 대상자 중에서 실제 수급을 신청해서 받아야 수급자가 된다. 그러나 통계를 보면 등급 내 판정으로 장기요양 서비스 대상자가 되면 거의 전부 수급을 신청하고 받는다. 따라서 실제로는 대상자와 수급자가 거의 일

연구는 장기요양서비스 욕구가 있는 노인을 ADL 2개 항목 이상 완전자립이 아닌 경우로 정의하였고, [표 6]에는 이 정의에 해당하는 노인 중 장기요양 서비스 대상자 비율이 제시되어 있다.

**[표 6] 거동 불편자 중 장기요양서비스 대상자 비율**

	전체			신청자만		
	장기요양 대상	장기요양 대상 아님	계	장기요양 대상	장기요양 대상 아님	계
빈도(명)	244	194	438	244	26	270
비율(%)	55.7	44.3	100.0	90.4	9.6	100.0

ADL 제약 2개 이상이면서 장기요양 서비스 등급인정 신청을 한 노인들을 기준으로 하면 약 90%가 장기요양대상자이다. 나머지 10%인 26명 중 17명은 등급외 판정을 받았으며 9명은 등급판정 결과를 알 수 없다. 이들은 아직 절차가 진행 중이어서 등급판정 결과가 나오지 않았거나 아니면 응답하지 않았을 것이다. 등급판정 결과를 알 수 없는 9명의 경우를 제외하고 신청자 중 등급 내 판정 비율(장기요양 서비스 대상자 비율)을 구하면 93.5%가 된다.

전술했듯이 현행의 장기요양 등급 내 판정기준은 ADL 제약 2개 이상보다 엄격하다고 보기는 어렵다. 따라서 ADL 제약 2개 이상인 사람이 요양등급을 신청하면 대체로 등급 내 판정을 받게 된다. 그런데 100%가 아닌 93.5%로 나왔다면 두 가지 가능성이 존재한다. 노인실태조사에서 ADL 제약 2개 이상이라고 응답했지만 실제의 거동 불편 정도는 그보다 낮거나, 장기요양 등급판정이 기준보다 엄격하게 이루어졌기 때문일 것이다. 둘 중 어느 가능성이 더 클지는 알 수 없다.<sup>14)</sup>

한편 ADL 제약 2개 이상인 노인 전체를 기준으로 하면 약 56%가 장기요양서비스 대상자이다. 신청자만을 대상으로 했을 때와 차이가 큰 것은 ADL 제약 2개 이상이지만 장기요양서비스를 신청하지 않은 사람이 많기 때문이다. 이들은 168명으로 ADL 제약 2개 이상인 노인의 38.4%이다. 2장에서 논의하였듯 포괄성(실질적 사각지대)을 판단하려면 장기요양 서비스를 신청하지 않은 사람들의 신청 안 한 이유와 사적 돌봄의 충분도를 파악해야 한다.

[표 7]에는 ADL 제약이 2개 이상이지만 장기요양서비스를 신청하지 않은 사람들의 미신청 이유가 제시되어 있다. [표 6]에서 미신청자는 168명인데 이 중 미신청 이유를 밝힌 사람은 134명이다.

치한다.

14) 응답오류, 즉 판정등급을 잘못 답하거나 코딩했을 수도 있지만, 이는 논외로 한다.

**[표 7] 장기요양서비스. 미신청 이유**

장기요양 등급 미신청 이유		빈도	비율(%)
①	건강이 양호해서(도움이 필요 없어서)	13	9.7
②	노인장기요양보험에 대해 알지 못해서	28	20.9
③	건강상태가 불량하지만, 등급인정을 받지 못할 것 같아서	24	17.9
④	타인의 도움을 받고 싶지 않아서	51	38.1
⑤	비용이 부담될 것 같아서	14	10.5
⑥	현재 이용하는 서비스로 충분해서	4	3.0
계		134	100.0

[표 7]의 미신청 사유 중에서 ①과 ⑥은 2장에서 논의한 ‘자발적 비수급자’에 해당하며 사각지대에서 제외된다(그림 2의 (C)에 해당). ②와 ⑤는 2장에서 논의한 ‘비자발적 비수급자’에 해당하며 사각지대에 포함된다(그림 2의 (D)에 해당). 문제는 ③과 ④이다.<sup>15)</sup> 이들은 자발적 비수급자이다. 하지만 돌봄 욕구가 존재한다. 따라서 2장의 논의에 따라 현재 다른 경로로 도움을 받고 있는지, 그 도움이 충분한지를 따져봐야 한다. ③과 ④에 해당하는 75명의 돌봄 서비스 이용행태는 [표 8]에 제시되어 있다.

**[표 8] 장기요양서비스 신청 안 한 사람의 돌봄 서비스 이용행태**

돌봄 여부	사유	빈도(명)	비율(%)
돌봄 받지 않음	도움이 필요 없어서	1	1.3%
	필요하지만, 가족 등에게 부담 주기 싫어서	1	1.3%
돌봄 받음	개인 간병인·가사도우미 등 사적 피고용인	1	1.3%
	가족·친지 돌봄	72	96.0%
계		75	100.0%

[표 8]을 보면 ③과 ④에 해당하는 사람들은 대다수(96.0%)가 가족·친지의 돌봄을 받고 있음을 알 수 있다.<sup>16)</sup> 돌봄을 받지 않는 사람 중 ‘도움이 필요 없기 때문’은 사각지대에서 제외되며(그림 2의 (I)에 해당), ‘필요하지만, 가족 등에게 부담 주기 싫어서’는 사각지대에 포함된다(그림 2의 (J)에 해당).<sup>17)</sup> 그리고 돌봄을 받는 사람들은 돌봄 충족도에 따라 [그림 2]의 (G) 또는 (H)에 해당

15) ③는 본인의 판단으로 등급신청을 하지 않은 것은 같지만 그 이유가 심사에서 떨어질 것 같다는 것이므로 ④와는 경우가 다소 다르다. 하지만 역시 신청할 수 있음에도 하지 않은 것이므로 자발적 비수급자에 해당한다.

16) 가족친지의 돌봄을 받는다고 응답한 72명 중 1명만이 친지의 돌봄을 받으며 나머지 71명은 모두 가족의 돌봄을 받고 있었다.

17) <표 8>에서 ‘도움이 필요 없어서’라고 응답한 사람은 <표 7>에서 ‘④ 타인의 도움을 받고 싶지 않아서’라고 응답했지만, 엄밀히는 ‘① 건강이 양호해서(도움이 필요 없어서)’에 해당할 것이다.

할 것이다. [표 8]에서 돌봄을 받는 사람들 73명의 돌봄 충족도는 [표 9]에 제시되어 있다.

**[표 9] 사적 돌봄을 받는 사람들의 돌봄 충족도**

도움의 충분도	빈도(명)	비율(%)
매우 충분하다	2	2.7
충분하다	49	67.1
보통이다	11	15.1
부족하다	10	13.7
매우 부족하다	1	1.4
계	73	100.0

사적 돌봄을 받는 사람 중 70%는 돌봄이 충분하다고(매우 충분+충분) 응답했으며 돌봄이 부족하다고 응답한 경우(부족하다+매우 부족하다)는 15.1%이다. 2장의 논의에 따라 실질적 사각지대를 넓게 정의하면 사적 돌봄을 받는 사람 모두가 사각지대에 속하지만, 좁게 정의하면 이들 중 돌봄이 부족하다고 응답한 15.1%만이 사각지대에 속한다. [표 8]과 [표 9]의 결과를 종합하여 재구성하면 [표 10]을 얻을 수 있다.<sup>18)</sup>

**[표 10] 노인돌봄사각지대 추정 결과 : 도움 충분성 기준**

장기요양 서비스 대상 여부			빈도(명)	비율(%)		
대상임			244	55.7%		
대상 아님	신청 후 탈락	다른 공적 서비스 이용		11	2.5%	
		①공적 서비스 배제		15	3.4%	
	신청 안함	자발적 비수급자	돌봄 받음	②사적돌봄&충분	83	18.9%
			돌봄 안 받음	③사적돌봄&부족	14	3.2%
		비자발적 비수급자	돌봄 불필요	17	3.9%	
			돌봄 필요	1	0.2%	
	⑤ 비자발적 비수급자			53	12.1%	
계			438	100.0%		

ADL 제약이 2개 이상으로 장기요양서비스를 신청하였으나 탈락한 경우 중 다른 어떤 공적 돌봄도 받지 못하는 경우(①), 자발적 비수급자로서 사적 돌봄을 받고 있지만 돌봄이 부족한 경우(③), 자발적 비수급자로서 돌봄이 필요하지만 받지 않고 있는 경우(④), 비자발적 비수급자(⑤)는 사각지대에 속한다. 이 네 경우를 합친 비율은 18.9%이다. 따라서 이에 근거하여 판단한다면 장기요양 서비스의 포괄성은 대략 81% 정도라고 할 수 있다. 그런데 사각지대를 넓게 해

18) 신청 후 탈락자의 공적 서비스 이용 여부 및 미신청자의 미신청 사유와 돌봄 행태에는 미응답 자료가 존재한다. 미응답 자료의 경우 응답한 자료의 분포대로 배정함으로써 총 빈도수를 맞췄다.

석해서 돌봄 욕구가 있지만 공적 돌봄 서비스를 받지 못하는 경우를 모두 사각지대인 것으로 해석한다면 ②사적으로 충분한 돌봄을 받는 경우도 사각지대에 포함된다. 이 경우 사각지대의 규모는 37.9%가 되며 포괄성은 약 62%가 된다.

이러한 분석결과는 노인실태조사가 대표성을 가진 자료라는 가정하에서 도출된 것이다. 하지만 앞에서 지적한 바와 같이 노인실태조사에서는 거동불편 정도가 심한 노인은 과소 대표되어 있다. 이러한 과소 대표된 측면을 보정한다면 위에서 제시된 수치보다는 사각지대가 감소할 것이다. 그렇다면 얼마나 줄어들까? 이를 정확히 알기는 어려우나 합리적인 가정을 통한 논리적인 추정은 가능하다.

노인실태조사가 65세 이상 노인을 충실히 대표하려면 현재의 표본에 과소 대표된 표본이 추가되어야 한다. 현재 노인실태조사 표본에서 과소 대표되었기 때문에 추가되어야 할 표본은 대체로 거동불편 정도가 심한 사람들일 것이다. 여기서 추가되어야 할 표본은 세 집단( $\alpha+\beta+\gamma$ )으로 구성된다. 집단  $\alpha$ 는 장기요양 재가급여 수급자,  $\beta$ 는 장기요양 시설급여 수급자,  $\gamma$ 는 비수급자면서 거동이 불편한 사람으로 정의하자. 노인실태조사 표본에서 장기요양 재가급여 수급자, 시설급여 수급자, 비수급자의 규모는 각각 372명, 34명, 9,893명이다. 그리고 행정통계에서 재가급여 수급자, 시설급여 수급자, 비수급자의 비율은 각각 5.2%, 2.7%, 92.1%이다. 따라서  $(372+\alpha):(34+\beta):(9,893+\gamma)=5.2:2.7:92.1$ 이 되어야 한다.

본 연구의 목적인 포괄성 추정과 관련해서는  $\alpha$ ,  $\beta$ ,  $\gamma$ 의 규모 자체보다  $(\alpha+\beta+\gamma)$  중 ADL 제약이 2개 이상인 집단의 규모, 그리고 그 집단의 장기요양 수급률을 파악해야 한다. 추정을 위해 본 연구는 다음과 같은 가정을 활용한다. 먼저,  $(\alpha+\beta+\gamma)$ 의 모집단은 거동불편으로 인하여 과소 대표된 집단이기 때문에 이 집단은 모두 ADL 제약이 1개 이상이라고 가정해도 무리가 없을 것이다.  $(\alpha+\beta+\gamma)$ 에서  $\beta$ 는 시설급여 수급자 집단의 표본인데, 시설급여 수급자는 거동이 크게 제약되어 있기 때문에  $\beta$ 에 속하는 사람은 모두 ADL 제약이 2개 이상인 것으로 간주한다.<sup>19)</sup> 정리하면  $\beta$ 는 모두 ADL 제약이 2개 이상,  $\alpha$ 와  $\gamma$ 는 ADL 제약이 1개 이상이라고 가정한다.

그렇다면 노인실태조사 표본에서  $(\alpha+\gamma)$ 에 해당하는 사람 중 ADL 제약이 2개 이상인 비율은 얼마나 될까? 노인실태조사 표본에서 시설수급자를 제외한 ADL 제약이 1개 이상인 집단 중 ADL 제약이 2개 이상인 비율은 45.9%이다.  $(\alpha+\gamma)$ 는 거동불편으로 과소 대표된 집단을 대표하므로, 노인실태조사 표본에서의 비율인 45.9%보다는 높을 것이다. 마찬가지로  $(\alpha+\gamma)$ 에서 재가 수급자 비율, 즉  $\alpha/(\alpha+\gamma)$ 도 노인실태조사 표본에서 시설수급자를 제외한 ADL 제약이 1개 이상인 집단의 재가급여 수급률인 34.1%보다는 높을 것이다. 그리고  $(\alpha+\gamma)$  중 ADL 제약이 2개

19) 노인실태조사에서 시설급여 수급자라고 한 34명 중 32명(94.1%)이 ADL 제약이 2개 이상이었다. ADL 제약 2개 미만으로 응답한 2명은 아마도 응답 오류일 것으로 짐작된다.

이상인 집단의 재가급여 수급률도 동일 조건의 노인실태조사 표본에서의 수급률인 52.2%보다는 높을 것이다.  $\alpha/(\alpha+\gamma)$ 을 최소인 34.1%로 가정하자. 이 경우  $(372+\alpha):(34+\beta):(9893+\gamma)=5.2:2.7:92.1$ 를 충족하려면  $\alpha=209$ ,  $\beta=268$ ,  $\gamma=405$ 가 되어야 한다. 가정에 따라  $\beta=268$ 명은 모두 ADL 제약이 2개 이상이다. 그리고  $\alpha+\gamma=614$ 명 중 ADL 제약이 2개 이상인 집단의 비율을 최소로 잡으면 45.9%인 282명이 된다. 또한, 이 282명의 재가수급률을 최소인 52.2%로 잡으면 ADL 제약이 2개 이상인 집단에서 재가수급자는 147명이고 비수급자는 135명이 된다. 따라서  $(\alpha+\beta+\gamma)$ 에서 ADL 제약이 2개 이상인 집단 중 재가수급자는 147명, 시설수급자는 268명, 비수급자는 135명이며 장기요양 서비스 수급률은 75.5%가 된다.

물론 이 수급률은 여러 가지 가정하에서 도출된 것이며 가정이 바뀌면 수급률이 달라진다.  $\alpha/(\alpha+\gamma)$ 이 높아지면 수급률은 높아진다.  $\alpha+\gamma$  중 ADL 제약이 2개 이상인 집단의 비율이 높아지면 수급률은 낮아진다. 그리고 ADL 제약이 2개 이상인 집단의 재가급여자 비율이 높아지면 수급률은 높아진다. 이러한 조건들을 모두 고려하면 장기요양 서비스 수급률 추정치인 75.5%는 최소한의 추정치라고 할 수 있을 것이다. 이러한 분석결과를 토대로 [표 10]에 재가수급자 147명, 시설수급자 268명, 비수급자 135명을 추가하여 재구성하면 [표 11]과 같다. 장기요양 서비스 대상이 아닌 집단의 행태(신청했으나 탈락한 비율, 다른 공적 서비스 이용률, 사적 돌봄의 충분도, 돌봄 필요도, 비자발적 비수급)는 [표 10]에서와 동일하다고 가정했다.

[표 11] 보정된 거동불편 노인의 돌봄 서비스 이용

장기요양 서비스 대상 여부			빈도(명)	비율(%)		
대상인			659	66.7%		
대상 아님	신청 후 탈락	다른 공적 서비스 이용		19	1.9%	
		①공적 서비스 배제		25	2.6%	
	신청 안함	자발적 비수급자	돌봄 받음	②사적돌봄&충분	141	14.2%
				③사적돌봄&부족	24	2.4%
		돌봄 안 받음	돌봄 불필요	29	2.9%	
			④돌봄 필요	2	0.2%	
	비자발적 비수급자		90	9.1%		
계			988	100.0%		

[표 11]에서 ①신청 탈락자로 다른 어떤 공적 돌봄도 받지 못하는 경우, ③자발적 비수급자이지만 사적 돌봄이 부족한 경우, ④자발적 비수급자로서 돌봄 필요하나 못 받고 있는 경우, ⑤비자발적 비수급자의 네 경우를 합친 사각지대 비율은 14.2%이며, 이에 근거하여 판단한다면 장기요양 서비스의 포괄성은 대략 86% 정도이다. 그리고 사각지대를 넓게 정의해서 돌봄 욕구가

있지만 공적 돌봄 서비스를 받지 못하는 경우를 모두 사각지대인 것으로 간주해서 ②사적으로 충분한 돌봄을 받는 경우도 사각지대에 포함하면, 사각지대의 규모는 28.5%가 되며 포괄성은 약 72%가 된다.

한편 돌봄 욕구를 충족하고 있는 자발적 비수급자를 제외한 사각지대 14.2%에 대해 원인별 규모를 보면, 42.6%는 장기요양보험 제도를 잘 몰라서 그리고 21.5%는 비용이 부담되기 때문이라고 응답했다([표 7]의 미신청사유 및 [표 11]의 비자발적비수급자 규모로부터 계산). 장기요양보험 제도가 시행된 지 10년 정도 지났으며 장기요양보험의 본인부담액이 그리 크지 않음을 고려할 때, 이러한 결과는 다소 뜻밖이다. 이에 대해서는 좀 더 정확한 실태 파악과 그에 따른 적절한 정책 대응이 요구된다.

## 2) 충분성 분석

급여불충분 사각지대는 포괄성 사각지대와 달리 공적 급여를 이미 받고 있는 사람이 충분한 도움을 받고 있는지를 평가하는 것이다. [표 12]에는 장기요양서비스를 받고 있는 사람들의 도움 충분도가 제시되어 있다. 이 표에는 두 집단의 결과가 제시되어 있는데 하나는 (본 연구의 분석대상인) ADL 제약 2개 이상인 수급자이고 또 하나는 전체 수급자이다. 두 집단의 결과는 유사하다. 도움이 부족하다고 응답한 경우(부족+매우부족)는 ADL 제약 2개 이상인 수급자에서는 28%, 전체 수급자에서는 24% 정도이다. 따라서 장기요양 서비스 수급자 중에서 1/4 정도는 급여 불충분 사각지대에 속한다고 할 수 있다.

[표 12] 장기요양서비스 수급자의 도움 충분도 인식

도움 충분도	ADL 제약 2이상 수급자		전체 수급자	
	빈도(명)	비율(%)	빈도(명)	비율(%)
매우충분	4	3.3	6	2.5
충분	68	55.7	142	58.4
보통	16	13.1	37	15.2
부족	28	23.0	51	21.0
매우부족	6	4.9	7	2.9
계	122	100.0	243	100.0

노인실태조사는 급여 충분성은 묻고 있으나, 불충분하다고 응답한 사람에 대해 그 이유를 조사하지 않고 있다. 그래서 차선책으로 본 연구에서는 장애인실태조사 결과를 활용한다. 장애

인실태조사는 장애인복지법에 따라 장애 인구 및 장애 출현율을 파악하고 장애인의 생활실태 및 복지 욕구를 파악하기 위해 3년마다 이뤄지는 조사이다. 이 조사에서는 장기요양서비스 이용자의 도움 충분성 및 불충분하다고 응답한 사람에 대해 그 이유도 조사하고 있다.<sup>20)</sup> 이 조사에서 파악한 도움 불충분 이유는 [표 13]과 같다.

**[표 13] 거동불편 노인의 도움 부족 이유**

도움 부족 이유	빈도(명)	비율(%)
심한 장애로	11	9.6
가족이 도와주는 데 한계가 있어서	2	1.7
지원시간이 부족해서	85	73.9
요양보호사 업무가 아니라 서비스를 받지 못해서	11	9.6
응급상황 대비	5	4.4
외부활동을 위해서	1	0.9
계	115	100.0

이 결과를 보면 서비스 지원시간 부족이 도움이 불충분하다고 응답한 가장 중요한 이유(73.9%)임을 알 수 있다.<sup>21)</sup> 도움 충분도는 당사자가 평가하는 것이므로 재가급여 수급자만 응답하였다. 그런데 3장의 FTE 환산 제공인력 규모의 OECD 국가 비교에 의하면 한국의 재가급여 제공시간은 다른 국가들에 비해 높은 편으로 추정된다. 따라서 한국 재가급여의 돌봄 제공시간의 절대적 시간이 부족하다고 보기는 어렵다. 그보다는 전술했듯 요양보호사 1인이 짧은 시간 간격으로 여러 수급자의 집을 방문해서 필요한 돌봄을 제공함으로써 동일 시간의 제공이라도 보다 적절히 욕구에 대처하는 것, 특별히 장시간 돌봄이 필요하다고 인정되는 경우에는 현행 규정보다 장시간 돌봄 제공을 가능하게 하는 것 등 재가급여 제공 방식의 다양화를 통해서 효과성을 높이는 것이 필요한 것으로 판단된다.

20) 이 조사에서는 49.1%가 도움이 불충분하다고 응답(매우부족 5.1%, 부족 44.0%)해서 노인실태조사에 비해 불충분하다는 응답률이 매우 높다. 그러나 다음과 같은 이유로 인해 장애인실태조사의 결과와 노인실태조사의 결과는 직접 비교할 수 없다. 장애인실태조사는 (도움 충분도를 매우충분, 충분, 부족, 매우부족의 4점 척도로 조사하였지만 노인실태조사는 '보통'을 포함한 5점 척도이다. 또한 장애인실태조사는 모집단이 장애인이지만 노인실태조사는 전체 노인이다. 이처럼 척도와 모집단이 다르므로 두 조사의 결과를 직접 비교할 수는 없다.

21) 이에 더하여 '심한 장애' 혹은 '가족이 도와주는 데 한계가 있어서'의 응답 역시 현재 제공 받는 공적급여량이 충분치 않음을 의미한다고 볼 수도 있다.



## 5. 분석결과와 정리와 시사점 논의

지금까지의 분석을 바탕으로, 본 연구의 주요 발견과 학술적 의의, 그에 따른 정책적 시사점을 정리하여 제시하면 다음과 같다.

첫째, 본 연구는 사각지대 개념의 정교화에 기여하였다. 사각지대를 다룬 기존 연구들은 사각지대에 대한 문제를 제기하면서도 사각지대의 규모를 언급하지 않거나 사각지대를 추정한 연구에서도 통상 돌봄 욕구가 있지만 공적돌봄체계에서 배제된 경우를 모두 사각지대에 포함하였다(선우덕 2012; 김찬우 2014). 그러나 돌봄 서비스는 현금급여와 달리 개인의 선호가 강하게 반영되기 때문에 서비스를 이용하지 않는 사람 전부를 사각지대에 포함하기는 어렵다. 즉, 비록 돌봄 욕구가 있더라도 가족 등이 적절한 돌봄 서비스를 제공하고 있고 타인의 돌봄을 원치 않아서 장기요양 서비스를 신청하지 않은 경우도 사각지대로 볼 것인지는 논란이 된다. 본 연구는 수급신청의 자발성과 사적돌봄의 충분성을 기준으로 사각지대를 보다 정교하게 정의하였다.

둘째, 이러한 정의에 따라 장기요양서비스 사각지대 현황을 실증 분석하였다. 전체 노인을 모집단으로 거동 불편도와 장기요양서비스 수급 상황을 조사하는 노인실태조사는 장기요양서비스 사각지대를 추정할 수 있는 유일한 자료이다. 하지만 거동 불편도가 심한 노인은 과소 대표되는데 이는 장기요양서비스 사각지대(포괄성) 분석에는 치명적인 한계가 된다. 본 연구에서는 이러한 과소 대표성을 보정하는 방법을 제안하고, 이에 따라 대표성 보정 후 사각지대를 추정하였다. 그 결과 돌봄 욕구를 충족하고 있는 자발적 비수급자를 제외할 경우, 사각지대 비율은 14.2% 정도로 나타났다. 사각지대의 원인을 보면, 42.6%는 장기요양보험 제도를 잘 몰라서 그리고 21.5%는 비용이 부담되기 때문이라고 응답했는데, 이에 대해서는 보다 정확한 실태 파악과 그에 따른 적절한 정책 대응이 요구된다.

셋째, 한국과 다른 OECD 국가들의 수급률 및 제공인력규모를 비교하였다. 한국의 수급률은 OECD 국가들 중에서는 낮은 편에 해당한다. 80세 이상을 기준으로 했을 때 OECD 21개국 수급률 평균의 70% 수준이다. 제공인력 당 담당인원수의 경우 시설급여는 한국이 OECD 평균에 비해 높았지만, 재가급여는 매우 낮았다. 재가급여의 제공인력 당 담당인원이 적다는 것은 그만큼 수급자 1인당 제공되는 돌봄 시간이 많다는 것을 의미한다. 본 연구에서는 그 이유 중 중요한 것으로 한국은 요양보호사 1인이 한 수급자의 집에서 하루에 허용되는 시간 동안 계속 돌봄을 제공하는 데 비해, 다른 국가는 요양보호사 1인이 짧은 시간 간격으로 여러 수급자의 집을 방문해서 필요한 돌봄을 제공하기 때문임을 들었다. 이는 재가급여의 효과성에 중요한 의미를 지닌다.

넷째, 재가급여의 충분성을 분석한 결과 수급자의 1/4 정도는 부족하다고 응답했는데 그 이유는 대부분 돌봄 제공시간이 짧다는 것이었다. OECD 국가 비교에서 한국의 재가급여 제공시간이 결코 적지 않은 것으로 나타났음에도 수급자의 상당수가 제공시간이 짧다고 평가하는 것은, 돌봄 제공의 평균시간을 늘리는 것보다는 제공방식의 다양화를 통해서 효과성을 높이는 것이 필요함을 시사한다. 예를 들면, 다른 국가들처럼 요양보호사 1인이 짧은 시간 간격으로 여러 수급자의 집을 방문해서 필요한 돌봄을 제공하는 것, 특별히 장시간 돌봄이 필요하다고 인정되는 경우에는 현행 규정보다 장시간 돌봄 제공을 가능하게 하는 것 등이 필요할 것이다.

끝으로 본 연구의 한계와 향후 추가적인 연구가 필요한 사항을 논의한다. 앞서 제시한 분석 결과에서 의아하게 생각될 수 있는 점은 장기요양 서비스 수급률(포괄성)에 있어서 비교연구 결과와 미시연구 결과에서 차이가 있다는 점이다. 노인실태조사 자료의 분석에 따르면 돌봄 욕구가 있는 사람의 85% 이상은 장기요양 서비스를 수급한다. 하지만 한국의 장기요양서비스 수급률은 OECD 수급률 평균의 70% 수준이다. 다른 OECD 국가들도 돌봄 욕구가 있는 사람들 모두에게 급여를 제공하지는 못할 것이다. 그렇다면 이러한 격차는 왜 발생한 것일까? 이에 대해서는 두 개의 설명이 가능하다.

하나는 한국의 장기요양서비스 수급 기준이 다른 OECD 국가들에 비해 좁다는 것이다. 2장에서 논의했듯 현행 장기요양서비스 판정에서 일상생활 수행을 위한 신체적 능력 기준은 엄격한 편이 아니다. 본 연구진은 다른 연구에서 독일, 일본과 한국의 기준을 비교했는데, 그 연구에서도 한국의 신체적 능력 기준은 두 국가에 비해 엄격하지 않은 것으로 나왔다. 그런데 [표 2]를 보면 독일과 일본의 수급률은 OECD 평균과 거의 일치하는데 한국은 70% 수준이다. 본 연구진은 독일, 일본과의 비교연구에서 한국은 신체적 제약에 대한 기준은 엄격하지 않지만 인지/정신적 제약에 대한 기준은 엄격할 수 있다고 판단했다. 실제 우리나라의 장기요양인정조사표를 분석하면 뚜렷이 나타나는데, 우리나라의 인정조사표는 신체적 장애수준은 민감하게 포착하지만, 인지장애는 그렇지 못하다(이윤경 외 2012; 김태일 외 2018). 즉 독일과 일본에 비해 낮은 수급률의 한 이유는 인지/정신적 제약에 대한 수급인정이 제한적이기 때문일 것으로 짐작할 수 있다.

또 하나는 한국은 다른 국가들과는 달리 요양병원이 장기요양 서비스의 기능을 상당 부분 담당하고 있다는 것이다. 김태일 외(2018)는 OECD 국가들의 요양병원과 요양시설 규모를 비교 분석하였다. 분석결과를 보면 노인 1,000명당 병상수가 요양시설의 경우 OECD 평균보다 적었지만, 요양병원은 압도적인 1위였다(한국은 34.1개, 다른 OECD 국가 평균은 2.9개). 이에 대해 일부 전문가는 한국의 장기요양체계는 재가급여보다는 시설급여를 강조한다고 비판하며 최근 추진 중인 커뮤니티 케어 사업을 통해 재가서비스 확대에 초점을 두어야 한다고 주장한

다. 그런데 [표 2]에서 나타나듯이, 실제 한국의 시설급여 대 재가급여의 비중은 OECD 평균과 큰 차이가 없다. 즉, 시설급여가 지나치게 높다고 판단하기 어렵다. [표 2]에서 요양병원의 절반 혹은 1/3 정도라도 실재는 요양시설의 기능을 하고 있다고 가정하고 이를 시설급여에 포함하면 한국의 시설급여 수급률은 OECD 평균과 유사하거나 더 높아진다. 이러한 사실로부터 한국은 다른 OECD 국가들에 비해 재가기관에서의 돌봄 제공보다는 시설입소를 강조하며, 시설입소의 상당 부분을 요양시설이 아닌 요양병원이 담당하고 있다고 유추할 수 있다.

물론 이러한 두 가지 가능성은 다양한 분석결과로부터 추론한 것이며, 실제로 그런가를 판단하려면 추가적인 실태분석 연구가 필요하다. 이에 관한 실태분석은 한국의 장기요양서비스 체계의 근간에 대한 물음에 답하는 것이 될 수 있다. 이러한 문제 제기 자체도 본 연구의 또 하나의 기여라고 생각한다.

## ■ 참고문헌 ■

- 강신욱(2017). 한국 소득보장제도군의 효과성 평가. 한국사회정책, 24(1), 213-237.
- 구인회, 백학영(2008). 사회보장의 사각지대: 실태와 영향요인. 사회보장연구, 24(1), 175-204.
- 김수봉 외(2005). 사회보험 사각지대 해소방안 연구, 한국보건사회연구원.
- 김태일 외(2018). 사회보장제도 성인·노인 돌봄 분야 기본평가, 보건복지부.
- 김은하, 이희종(2012). 기초생활보장 사각지대 프로파일 분석. 한국보건복지정보개발원.
- 김원섭(2013). 국민연금 사각지대와 해소방안 연구, 복지 사각지대 현황과 해결방안, 한국재정학회·한국조세연구원 공동 정책세미나, 1-42.
- 김제선, 손병돈(2010). 사각지대에 대한 사회복지학적 분석. 비판과 대안을 위한 사회복지학회 학술대회 발표논문집, 188-207.
- 김찬우(2008). “노인돌봄서비스 수요 추정 고찰”. 사회복지정책, 34 163-190.
- 김찬우(2009). 노인장기요양보험제도의 평가판정도구와 기준에 관한 고찰: 요양시설의 서비스 제공시간과 입소노인의 기능상태관계를 중심으로. 노인복지연구, 43 35-60.
- 김찬우(2014). 노인장기요양보험제도의 사각지대 규명과 해소 방안에 대한 고찰. 한국정책학회보, 23(2), 121-144.
- 김희연(2008). 노인장기요양보험 사각지대의 노인보호 방안. GRI Policy Brief. 경기개발연구원.
- 김희연(2013). 사각지대 해소를 위한 지역중심의 복지체계 구축. 이슈 & 진단(81), 1-25.
- 노혜진(2016). 한국 사회서비스의 사각지대 실태. 사회복지연구, 47(1), 179-204.
- 동아일보 2014/12/24 40개 정책중 13개 '소통 부족' 낙제점 URL: <http://news.donga.com/3/all/20141224/68745521/1> (2019년 1월 18일 접속)
- 박노옥 이태화 김찬우 외(2011). 노인장기요양보험제도 운영에 따른 성과분석. 한국조세연구원.
- 보건복지부 (2018) 제2차 장기요양기본계획(2018-2022).
- 서정희, 백승호(2014). 사회보험의 법적 사각지대. 노동정책연구, 14(3), 37-78.
- 석재은(2003). 공적연금의 사각지대: 실태, 원인과 정책방안. 한국사회복지학, 통권 53, 285-309.
- 석재은(2006). 공적연금 사각지대 실태 및 원인. 경제사회발전노사정위원회.
- 선우덕(2012). 장기요양보험의 사각지대 개선방안. 보건복지포럼, 50-58.
- 신영석 외(2005). 사회보장 사각지대 해소, 보건복지정책 혁신과제. 한국보건사회연구원·보건복지정책혁신단.
- 신영석 외(2016) 사회보험 사각지대 실태 및 개선 방향, 한국보건사회연구원.
- 유승현, 이해승(2012). 노인장기요양체계의 서비스 연계성 분석. 한국행정학보, 46(4), 127-155.
- 이광석(2008). 국민연금 지역가입자의 사각지대 해소에 관한 연구. 한국사회와 행정연구, 19(3), 173~201.
- 이용하(2004). 국민연금 사각지대 해소문제. 연금포럼, 분호, 4-10, 국민연금연구원.
- 이윤경, 김세진, 남현주, 김홍수, 서동민 (2012) 인장기요양 욕구필요도 측정방식 개발, 한국보건사회연구원.
- 이진숙, 박진화(2011). 시장원리 확대를 통한 노인장기요양서비스의 효과성 평가. 보건사회연구, 31(4), 5-33.

- 이호용, 문용필(2017). 인구 고령화에 따른 노인장기요양보험 재정전망. *사회보장연구*, 33(2), 129-151.
- 임성옥(2010). 노인장기요양보험제도의 시행에 따른 쟁점과 문제점에 대한 고찰: 등급판정체계를 중심으로. *사회복지정책*, 37, 245-266.
- 최혜지(2015) 2015년 노인복지 예산(안) 평가, 참여연대. URL: <http://www.peoplepower21.org/Welfare/1231430> (2019년 1월 18일 접속)
- Currie, J. (2004). The take up of social benefits (No. w10488). National Bureau of Economic Research.
- Fujimura, M. (1998). Welfare state, middle class and welfare society. *Japanese Sociological Review*, 49 (3), 352-371.
- Hernanz, V., Malherbet, F., & Pellizzari, M. (2004). Take-Up of welfare benefits in OECD countries.
- Holzmann, R., Robalino, D. A., & Takayama, N. (Eds.). (2009). Closing the coverage gap: Role of social pensions and other retirement income transfers. The World Bank.
- ILO. (2010). World Social Security Report 2010/11: Providing Coverage in Time of Crisis and Beyond. ILO Publication.
- Katz, S., Downs, T. D., Cash, H. R., & Grotz, R. C. (1970). Progress in development of the index of ADL. *The gerontologist*, 10(1\_Part\_1), 20-30.
- OECD. (2013). A Good Life in Old Age? OECD Publisher.
- Schulz, E. (2010). The long-term care system for the elderly in Germany. Centre for European Policy Studies.

◀ Abstract ▶

## Long term care service coverage in Korea

Taeil Kim\* & Hyejin Choi\*\*

We evaluate the coverage of long-term care insurance (LTCI) using the National Survey of Senior Citizen 2017. We estimate the coverage gap by suggesting a new definition of coverage gap using the motivation of service access and sufficiency of the service amount. The motivation of service access is construed as whether the elderly with statutory care needs are willing to use public care service. The sufficiency of the service is defined as whether the amount of service available is adequate. Specific adjustments are also made to correct the non-representativeness of the sample. Besides micro level analysis, we also implemented a comparative analysis using OECD data to provide comparative implication on the coverage gap. By combining the result of the micro level analysis and comparative analysis, we evaluate the characteristics of the coverage of the LTCI in Korea. Finally, we consider the theoretical and practical implications of these findings.

**Key words:** Long term care service, Elderly care, Coverage, National Survey of Senior

◆ 2019. 2. 7. 접수 / 2019. 4. 3. 1차수정 / 2019. 4. 4. 게재확정

---

\* Professor, Department of Public Administration, Korea University. (tikim@korea.ac.kr)

\*\* Researcher, Institute for Welfare State Research, Yonsei University, (choihj.jean@gmail.com)