

BOK 이슈노트

2026년 2월 10일

초고령사회와 생애말기 필수산업의 활성화

장시령

한국은행 경제연구원 미시제도연구실 과장
Tel. 02-759-5431
srchang@bok.or.kr

추성윤

한국은행 조사국 거시분석팀 조사역
Tel. 02-759-4211
sychoo@bok.or.kr

이동원

한국은행 경제연구원 미시제도연구실 실장
Tel. 02-759-5404
dolee@bok.or.kr

1. 급속한 초고령사회 진입으로 사망 전 1~2년의 중증 돌봄과 임종 준비가 필요한 생애 말기 고령인구가 빠르게 증가하고 있다. 해당 인구는 2001년 14.8만명에서 2025년 29.2만명으로 늘었고, 2050년에는 63.9만명(2025년 대비 약 2.2배)으로 확대될 전망이다.
2. 이에 따라 장기요양·돌봄·장례 등 생애말기 필수 서비스에 대한 수요가 급증하고 있으나, 현행 공급 구조와 제도가 이를 안정적으로 뒷받침할 수 있을지 점검이 시급하다. 본고는 법률적·행정적 제약으로 공급 부족이 두드러진 노인요양시설과 화장시설을 중심으로 수급 문제를 진단하고 개선 방안을 모색한다. 나아가 그 시사점을 생애말기 필수산업 전반으로 확장하여 정책적 함의를 도출한다.
3. 먼저 수요 측면에서는 고령화에 따른 잠재 수요 증가에 더해 정책적 지원 확대, 가족 돌봄 기능 약화, 사회적 인식 변화가 맞물리며 시설 이용이 급증하고 있다. 노인요양시설의 경우 2008년 이후 중증 돌봄이 필요한 '생애말기 고령인구'와 '일상생활활동 제약 고령인구'가 각각 연평균 3.6%, 4.2% 늘어난 데 비해, 입소현원은 연평균 8.0%로 2배 빠르게 증가했다. 화장시설도 2000년 이후 사망자수(연평균 1.5%)보다 화장건수의 증가세(6.0%)가 빠르게 늘며, 화장률은 2000년 33.5%에서 2024년 94.0%로 급등해 장례 방식의 표준으로 정착했다.
4. 반면 공급 측면에서는 양적 확대에도 불구하고 수요자가 체감하는 '유효 공급'이 여전히 제약을 받고 있는 상황이다. 노인요양시설의 입소정원은 2008년 이후 연평균 8.4% 증가했으나, 선호도 높은 국민건강보험공단 평가 A·B등급 시설은 38%에 그친 데다 인력 기준 위반(24.9%)이나 적정 배설 서비스 미흡(28.5%) 등 기본적인 기준을 충족하지 못하는 시설도 적지 않다. 이로 인해 A등급 시설은 1년 이상 대기가 발생하는 반면 하위 시설은 정원 미달을 겪는 양극화가 나타나고 있다. 화장시설 역시 일시적 수요 급증이나 팬데믹 대응에 한계를 보이고 있다. 그 결과 '3일차 화장률'은 2019년 86.2%에서 2022년 73.6%로 하락 후, 2025년 75.5%에 머물러 코로나19 이전 수준을 회복하지 못하였다.

5. 특히 수요가 집중된 서울, 부산 등 대도시권에서 오히려 공급 기반이 취약한 '지역 간 수요-공급 mismatch'가 전체 수급 불균형을 주도하고 있다. 서울과 전북을 비교하면, 2024년 노인요양시설 잔여정원(정원 - 현원)은 서울이 생애말기 고령인구수 대비 3.4%로 거의 포화 상태인 반면 전북은 12.4%로 여유가 있다. 2024년 화장시설 가동여력(적정가동건수 - 실제 화장건수)도 서울은 사망자수 대비 -11.7%로 과부하 상태인 반면 전북은 116.2%에 달한다.
6. 이러한 수급 불균형은 생애말기 삶의 질과 존엄한 마무리를 위협하고, 사회 전체의 손실과 부담으로 이어진다. 노인요양시설 부족은 중증 노인의 비자발적 타 지역 이주를 초래하는 등 가족의 돌봄 부담 증가와 노동시장 이탈로 이어진다. 화장시설 부족 역시 3일장 차질, 원정 화장 증가 등 장례 절차상의 불편을 초래하고 위생·방역 관리 측면에서도 부담이 된다.
7. 노인요양시설 및 화장시설의 수급 불균형은 법률적·행정적 제약으로 인해 수요가 집중된 지역일수록 비용 대비 공급자의 편익이 낮아지는 '인센티브 불일치'에서 비롯된다.
- (노인요양시설) '일당 정액수가제'가 지역별 부동산 비용 격차를 충분히 반영하지 못해 대도시권의 진입 비용이 크게 높다. 실제로 토지·건물 소유 의무에 따른 기회비용을 고려할 경우, 서울은 월 8백만원 적자(비급여 수입 제외)인 반면 경남은 2천만원 흑자인 구조적 모순이 발생한다. 이로 인해 대도시권은 수요가 충분해도 신규 진입이 억제되고 공급이 비대도시권으로 편중된다. 실증분석에서도 지가가 10% 높을수록 잔여 정원 비율(1~2등급자수 대비)은 2.3%p 감소하고, 비용 절감으로 평가점수(부동산 고비용 지역 기준)가 0.14점 낮아지는 것으로 추정된다.
 - (화장시설) '혜택 전체 공유·비용 일부 집중' 구조로 인한 님비현상이 발생하고, 그 결과 행정적 제약이 강화되면서 수요지에서의 설치 장벽이 크게 높아진다. 님비현상은 서울추모공원(14년 분쟁)이나 하남시(백지화) 사례처럼 공급을 지연시키고, 지자체의 신중한 대응으로 이어져 신고제임에도 민간 진입이 제약되어 전국 62개소 중 61개소가 공설인 구조를 낳고 있다. 실증분석 결과 면적당 선거인수가 절반이면 설치 확률은 2배 높아졌다. 이러한 입지 왜곡은 결국 주민의 피해로 되돌아오는 '부메랑 효과'를 초래해, 면적당 선거인수가 10% 많은 지역일수록 '3일차 화장률'은 0.7%p 낮아지는 것으로 추정된다.
8. 노인요양시설과 화장시설의 확충을 위해서는 공공의 체계적 관리 하에 규제 체계를 정비하고 인센티브 구조를 재검토함으로써 민간 참여를 확대할 필요가 있다. 향후 25년간 생애말기 고령인구가 2배 증가하는 상황에서 공공 재정만으로는 한계가 분명하다. 정부는 관리·감독과 취약계층 지원에 집중하고, 인프라 확충과 서비스 혁신은 민간에 맡겨 급증하는 수요를 '사회적 부담'이 아닌 '산업적 기회'로 전환해야 한다.

- (노인요양시설) 요양 서비스는 현행과 같이 공적으로 보장하되 토지·건물 소유에 따른 기회비용인 귀속임대료(Imputed Rent)는 법정 비급여 항목으로 분리하여 이용자가 부담하도록 하는 방안을 고려할 필요가 있다. 이를 통해 대도시의 높은 부동산 비용이 보전되어 도심 내 안정적 공급을 유도할 수 있다. 또한 일부 이용자의 부담을 보완하기 위해 '사전 저축 제도'나 '주택연금 연계' 등 방안을 병행하고, 비용에 상응하는 질을 담보하기 위해 시설 이동 장벽을 보다 낮추는 제도적 장치도 강화해야 한다.
- (화장시설) '병원 장례식장 내 소규모 화장시설' 도입을 검토해야 한다. 이는 기존 공간을 활용한 대도시 내 소규모·분산형 공급 방식으로 심리적 거부감과 혜택 전체 공유·비용 일부 집중 구조를 완화할 수 있다. 또한 '임종·장례·화장'을 한 공간에서 마무리하여 유족 편의를 높이고, 시설 분포의 불균형을 완화하여 지역 갈등도 줄여준다. 이를 위해 엄격한 환경·안전 기준을 통해 사회적 신뢰를 확보하는 동시에, 설치를 제약하는 의료법 및 용도지역 관련 규제를 정비하고, 설치비 및 기술 지원 등을 통해 민간 공급 생태계 조성을 뒷받침할 필요가 있다.

9. 본고의 분석은 생애말기 필수산업 전반의 활성화를 위해 다음과 같은 정책적 전환이 필요함을 시사한다. 첫째, 정부는 관리·감독과 안전망 구축에 집중하고, 민간은 공급 주체로서 자본과 효율성을 발휘하는 '산업적 관점'의 접근이 요구된다. 둘째, 시장 진입장벽 제거와 인센티브 구조 개편 등 '규제 정비'가 필수적이다. 셋째, 이해관계가 복잡하더라도 개혁이 지연될 경우 미래 세대에 막대한 부담이 전가되므로 '선제적 공급 확충'이 시급하다.

- 본 자료의 내용은 한국은행의 공식견해가 아니라 집필자 개인의 견해라는 점을 밝힙니다. 따라서 본 자료의 내용을 보도하거나 인용할 경우에는 집필자명을 반드시 명시하여 주시기 바랍니다.
- 본 보고서 작성과 관련하여 유익한 논평을 해주신 한국보건사회연구원 이윤경 선임연구위원, 국회입법조사처 김은정 입법조사관께 감사드립니다. 그리고 보고서 작성에 많은 도움을 주신 한국은행 경제연구원 이재원 원장, 나승호 부원장, 임호성 부원장, 조태형 前부원장, 이인로 차장, 그리고 원내세미나 참석자들도 감사드립니다. 아울러 기초 자료 수집과 정리에 큰 도움을 준 황현하 인턴에게도 감사를 전합니다.



핵심 결과와 시사점 (Key messages)

초고령사회와 생애말기¹⁾ 필수산업의 활성화

	노인요양시설	화장시설
역할 · 기능	24시간 전문 돌봄을 통해, 생애말기 고령자의 마지막 삶을 지원	장례 절차의 단계로, 삶의 존엄한 마무리를 지원
현황 · 문제점	고령화 속도보다 시설 수요가 더 빠르게 증가	
	입소현원: 5.7만명 (2008) → 19.4만명 (2024)	화장건수: 8.3만건 (2000) → 33.7만건 (2024)
	① 고령화 요인 <기여도: 46%> ② 사회적 환경 요인 <기여도: 54%> (노인장기요양보험 도입, 가족 돌봄 기능 약화, 입소에 대한 부정적 인식 약화 등)	① 고령화 요인 <기여도: 26%> ② 사회적 환경 요인 <기여도: 74%> (화장 장려 정책, 핵가족화, 화장에 대한 선호 확산 등)
	고령화 속도에 맞춰 공급이 확대 그러나 수요자가 체감하는 유효 공급은 부족	
공급	서비스 품질 한계 ■ 평가 A·B등급 시설 38%	가동여력 부족 ■ 일시적 수요 급증·팬데믹 대응력 취약 ■ 3일차 화장률: 86.2% (2019) → 75.5% (2025)
	지역 간 수요-공급 미스매치가 전체 수급 불균형을 주도	
지역 간 불균형	(양) 대도시권 잔여정원 부족 (질) 대도시권 평가점수 낮음	(양) 대도시권 가동여력 부족 (질) 대도시권 3일차 화장률 낮음
제도 원인	법률적·행정적 제약 → 수요 집중 지역에서 비용 대비 낮은 공급자 편익	
	일당 정액수가제가 부동산 비용 격차 미반영 → 대도시권의 높은 진입 비용	님비현상 + 행정적 제약 → 대도시권의 높은 설치 장벽
실증 분석	■ 지가 10% ↑ → 잔여정원 비율 2.3%p ↓ ■ 지가 10% ↑ → 평가점수 0.14점 ↓	■ 면적당 선거인수 절반 ↓ → 설치 확률 2배 ↑ ■ 면적당 선거인수 10% ↑ → 3일차 화장률 0.7%p ↓
대응 방안	민간: 자본과 효율성을 활용해 공급 & 정부: 관리·감독과 취약계층 지원	
	「귀속임대료의 비급여화」 ■ 전국 단일 수가와 지역별 부동산 비용 괴리 해소	「병원 장례식장 내 소규모 화장시설 설치」 ■ 님비현상과 행정적 제약 완화
	수요가 높은 대도시권을 중심으로 양적·질적 공급 확대	
시사점	① 공공과 민간의 역할 분담을 전제로 한 산업적 관점 접근 필요 ② 법률적·행정적 장벽 제거 ③ 선제적 공급 확충의 적극 추진 필요	

주 1) 생애말기 정의: 노화나 질병으로 남은 수명이 제한되는 삶의 마지막 단계(사망 전 약 1년)
 생애말기 고령인구수: 14.8만명 (2001) → 29.2만명 (2025) → 63.9만명 (2050)

1. 검토 배경

1. '생애말기'는 노화나 질병으로 의학적 회복이 거의 불가능해지고 남은 수명이 제한되는 삶의 마지막 단계를 의미한다. WHO에 따르면 2021년 기준 한국인의 기대수명은 83.8세, 건강수명은 72.5세로 약 10년의 유병기간이 존재한다. 그러나 이 기간의 상당 부분은 만성질환 관리만으로도 일상생활이 가능하므로 전체가 생애말기에 해당하지는 않는다. 실질적인 생애말기는 와상 생활이나 비위관(콧줄)을 통한 영양 공급¹⁾ 등으로 삶의 질이 급격히 저하되고 임종을 고려하게 되는 시점이다(표 1.1). 김승희 의원실(2019)에 따르면 노인요양시설 및 요양병원의 평균 입원일수는 2018년 기준 707일로, 이를 고려하면 생애말기는 대략 사망 전 1~2년으로 볼 수 있다²⁾. 이 시기에는 의료적 처치의 목표가 '치유'에서 '돌봄 및 임종 준비'로 전환된다. 따라서 생애말기는 장기요양과 돌봄, 가족과의 이별 등으로 정서적·경제적 어려움이 커지는 동시에, 인간으로서 삶을 존엄하게 마무리해야 하는 중요한 시기이다.

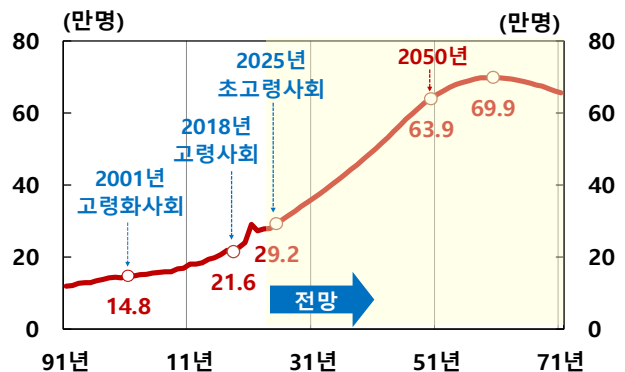
생애말기는 사망 전 1~2년의 기간

급속한 고령화로 생애말기 고령인구가 빠르게 증가

[표 1.1] 노화로 인한 유병기간 단계

	① 만성질환 공존기	② 의존성 심화기	③ 생애 말기
상태	<ul style="list-style-type: none"> 만성질환 진단 약물관리 등을 통해 일상생활 가능 	<ul style="list-style-type: none"> 신체·인지기능 저하 독립적 생활이 어려워짐 	<ul style="list-style-type: none"> 의학적 처치로 회복 불가 와상 상태
특징	<ul style="list-style-type: none"> '건강수명'에서 제외 실제 삶의 질은 양호 	<ul style="list-style-type: none"> 간헐적 돌봄 필요 장기요양등급을 받기 시작 	<ul style="list-style-type: none"> 전적인 돌봄 필요 임종 임박 시 호스피스 필요

[그림 1.1] 생애말기 고령인구수¹⁾²⁾



주: 1) 1년 후 질병으로 사망하는 65세 이상 인구로 간주 (사고, 자살 등 외인사는 제외)

2) 24년 이후 수치는 14~23년 질병 사망 비중이 동일하게 유지된다고 가정하여 산출

자료: 국가데이터처 사망원인통계, 장래인구추계

2. 우리나라는 유례없이 빠른 속도로 '초고령사회'에 진입하며 생애말기 고령인구가 급증하고 있다. 지난해 65세 이상 인구 비중은 초고령사회 기준인 20%를 처음으로 넘어섰다. 이는 2018년 14%를 넘겨 '고령사회'에 진입한 지 불과 7년 만의 변화로, 11년이 소요된 일본보다도 빠른 속도이다³⁾. 이 과정에서 65세 이상 인구는 연평균

1) 2022년 장기요양실태조사에 따르면, 노인요양시설의 주요 이용 대상인 장기요양 1등급자는 신체 기능 측면에서 거동이 불가능한 와상 상태가 78.7%로 대부분을 차지하였다. 또한 식사 형태에서는 경관 유동식의 비중이 48.1%로 가장 높게 나타났다.

2) 「제1차 호스피스·연명의료 종합계획」(보건복지부 2019)도 생애말기를 환자, 가족, 의료진이 질환의 경과상 삶의 제한성을 인지하는 시기로 규정하며, 이를 사망 전 약 1~2년으로 정의하고 있다.

3) 우리나라와 일본의 고령사회·초고령사회 진입연도와 65세 이상 인구 규모는 다음과 같다.

5.2% 늘어 일본(3.5%)보다 가파른 증가세를 나타냈다. 이러한 급격한 고령화는 생애 말기 고령인구의 증가로 직결된다. 65세 이상 인구가 질병으로 사망하기까지 1년을 생애말기로 간주⁴⁾할 경우, 해당 인구는 2001년 14.8만명에서 2025년 29.2만명으로 2.0배 증가한 것으로 추산된다(그림 1.1). 향후에도 1차 베이비붐 세대(1955~63년생) 뿐만 아니라 2차 베이비붐 세대(1964~74년생)까지 고령층에 편입하면서 2050년에는 63.9만명에 달해 2025년 대비 2.2배 늘어날 것으로 예상된다. 이에 따라 전체 인구에서 생애말기 고령인구가 차지하는 비중도 2025년 0.6%에서 2050년 1.4%로 크게 확대될 전망이다. 물론 예방의료를 통해 생애말기 기간을 일부 단축할 수는 있겠지만 노쇠와 임종 자체를 피할 수는 없다. 특히 와상, 치매 등 중증 질환에 취약한 초고령 인구의 급증이 이러한 추세를 주도할 것으로 보인다⁵⁾.

3. 이에 따라 삶의 질 유지와 존엄한 마무리를 지원하는 생애말기 관련 상품 및 서비스 수요가 크게 확대될 전망이다. 생애말기는 완화의료 등 의료적 처치만으로는 해결하기 어려운 복합적인 요구가 당사자와 가족에게 집중되는 시기이다. 당사자에게는 식사, 배변, 이동 등 일상생활 지원뿐만 아니라, 죽음에 대한 불안과 사회적 고립감을 완화할 정서적 지원이 필수적이다. 그리고 연명의료, 장례, 유산 등에 대한 자기 결정권을 보장받고자 하는 요구도 크다. 가족 또한 24시간 돌봄을 대체할 전문 서비스는 물론, 임종 전후의 장례 절차와 유품 정리, 상속 법률 자문 등을 필요로 한다. 특히 죽음에 대한 논의를 금기시하던 경향이 약화되고 자녀 수 감소, 1인 가구 증가 등 가족 구조가 변화함에 따라 장기요양, 자산 정리, 장례 계획 등 생애 마지막을 미리 설계하는 ‘웰다잉’^{Well-dying} 수요가 빠르게 늘어날 것으로 보인다(신지영 외 2024).

4. 생애말기 관련 산업은 이러한 수요 확대에 힘입어 빠르게 성장할 가능성이 크며, 이는 고령화로 인한 사회적·경제적 부담을 낮추는 한편 성장잠재력 저하 완화에 기여할 것으로 보인다. 이미 생애말기 고령인구의 신체 기능 저하를 보완하는 건강 및 의료 시장의 성장세가 뚜렷하다. 삼킴 장애 노인을 위한 점도 조절 식품, 성인용 기저귀, 재택 의료기기 등이 대표적이다. ‘고령친화용품 제조업 실태조사’에 따르면 고령친화 건강·의료용품의 국내 매출은 2011년 6.8천억원에서 2023년 2.1조원

	한 국			일 본		
	진입연도	65세 이상 규모	65세 이상 비중	진입연도	65세 이상 규모	65세 이상 비중
▶ 고령사회	2018년	740만명	14.4%	1994년	1,771만명	14.1%
▶ 초고령사회	2025년	1,051만명	20.6%	2005년	2,591만명	20.3%

자료: 국가데이터처 주민등록연앙인구, UN

4) 이 방법은 질병으로 인한 사망이 노화와 무관할 가능성을 반영하지 못해, 생애말기 고령인구 규모를 과다 추계할 수 있는 한계가 있다. 보다 엄밀한 대안으로 국민건강보험 원시자료 등을 활용해 사인을 노쇠(senility)로 한정하는 방식이 있다. 그러나 임상 현장에서는 노환으로 사망하더라도 폐렴, 심부전 등 선행 사인을 기재하는 경우가 많아 이 방식은 과소 추계의 위험이 있다.

5) 2023년 치매역학조사에 따르면 치매 유병률은 65~69세 5.0%, 75~79세 10.7%, 85세 이상 21.2%로, 연령이 높아질수록 뚜렷하게 상승하는 경향을 보였다.

으로 연평균 10%의 높은 성장세를 나타냈다. 초고령사회에 먼저 진입한 일본에서는 임종을 미리 준비하는 ‘종활’⁶⁾ 문화가 확산하며 관련 시장이 다양하게 발달해 있다. 사전 장례 예약 및 묘지 투어, 유품 정리 및 특수 청소, 디지털 유산 관리, 그리고 재산 현황, 부고 명단 등을 미리 남겨두는 ‘엔딩노트’ 서비스가 활성화되어 있다. 아울러 생애말기 고령인구의 증가는 돌봄 로봇, 바이오 신약 등 첨단 산업의 혁신을 가속화하는 수요 기반으로 작용할 수 있다(Acemoglu·Linn 2004, Acemoglu·Restrepo 2022). 무엇보다 축적된 자산과 지속적인 경제활동을 바탕으로 주체적 소비를 이어가는 베이비붐 세대의 높은 구매력은 웰다잉 수요와 맞물려 생애말기 산업의 성장을 뒷받침할 것이다.

5. 그러나 노인요양시설 및 화장시설 등 일부 생애말기 필수산업은 법률적·행정적 제약에 따른 진입장벽으로 공급이 수요를 따라가지 못해, 생애말기 고령인구와 가족의 부담을 키울 것이라는 우려가 크다. 방문·원격 진료, 호스피스, 유언대용신탁, 봉안시설 등 다양한 영역에서 공급 부족 우려가 지적되는 가운데, 특히 최근에는 노인요양시설과 화장시설을 둘러싼 사회적 논의가 두드러지고 있다. 노인요양시설의 경우, 수가는 전국적으로 동일함에도 불구하고 토지와 건물을 직접 소유해야만 설립할 수 있는 규제에 의해 부동산 비용이 높은 지역을 중심으로 공급이 부족하다는 지적이 일부 제기되고 있다. 이에 정부는 임차 기반 시설의 허용⁷⁾을 검토했으나, 입소자의 주거 안정성 저해, 기존 시설과의 형평성 문제, 69%(2024년)에 달하는 개인사업자의 상권 침해 등에 따른 반발로 논쟁이 지속되고 있다. 화장시설 역시 코로나19 확산 시기 ‘화장 대란’을 계기로 공급 부족의 심각성이 크게 부각되었다. 그러나 지역 사회의 거센 반대와 행정적·법률적 제약 등으로 신규 시설의 건립이 난항을 겪고 있다. 노인요양시설은 삶의 ‘마지막 과정’을, 화장시설은 ‘존엄한 마무리’를 책임지는 핵심 생애말기 필수산업인 만큼, 안정적인 공급 체계의 구축은 더 이상 미룰 수 없는 시급한 과제이다.

6. 이에 본고는 대표적인 생애말기 필수산업인 노인요양시설과 화장시설을 중심으로 현황과 문제점을 진단하고, 이를 바탕으로 정책 대안을 모색하는 한편 생애말기 필수산업 전반의 활성화에 대한 정책적 함의를 도출하고자 한다. 이를 위해 2장에서는 두 산업의 수급 현황과 주요 문제점을 살펴보고, 3장에서는 그 원인을 심층 분석한다. 이어 4장에서는 구체적인 정책 방안과 기대효과를 제시하며, 마지막으로 5장에서는 전체 논의를 정리하고 생애말기 필수산업 전반에 대한 시사점을 제시한다.

6) 「인생의 끝(終)을 위한 활동(活)」의 줄임말로, 2009년 일본의 한 주간지에서 처음 사용되며 유행어가 되었다.

7) 정부는 「보험사의 요양서비스사업 진출 활성화를 위한 간담회」(금융위원회 2021), 「제3차 장기요양기본계획」(보건복지부 2023), 「생명보험사, 건설사 등과 고령자 주택, 요양시설 및 돌봄서비스 육성을 위한 개선 대책 논의」(저출산고령사회위원회 2024) 등을 통해 특정 지역 소재, 재무건전성 확보, 비영리법인 등 일정 요건을 충족하는 노인요양시설에 대해 임차 운영을 허용하는 방안을 검토해 왔다.

2. 노인요양시설 및 화장시설의 현황 및 문제점

7. 노인요양시설과 화장시설은 생애말기 고령인구를 위한 필수 인프라이나, 급증하는 고령화 수요를 공급이 효과적으로 뒷받침하지 못하고 있다. 이 장에서는 노인요양시설과 화장시설의 역할과 중요성을 간략히 살펴본 후, 두 시설의 문제점을 진단하고 이에 따른 경제·사회적 비용을 분석한다.

생애말기 필수산업으로서 노인요양시설 및 화장시설의 중요성

8. 노인요양시설은 삶의 '마지막 과정'을, 화장시설은 '존엄한 마무리'를 담당하는 핵심 생애말기 필수산업이다. 고령층의 돌봄·의료 및 장사(葬事)와 관련해 다양한 산업이 존재하는데, 그중 노인요양시설은 생애말기 고령인구에게 전문적인 상시 돌봄을 제공하고 화장시설은 존엄하게 삶을 마무리할 수 있도록 지원한다(표 2.1).

노인요양시설은 삶의 '마지막 과정'을, 화장시설은 '존엄한 마무리'를 담당

[표 2.1] 고령층의 돌봄·의료 및 장사 관련 산업

① 만성질환 공존기	② 의존성 심화기 - 장기요양 3~5등급	③ 생애말기 - 장기요양 1~2등급		
		치유불가기	임종 임박	임종
<ul style="list-style-type: none"> 일반병원 만성질환관리 예방의료 	<ul style="list-style-type: none"> 재가노인복지시설 방문요양 방문간호 주야간보호 	<ul style="list-style-type: none"> 노인요양시설 노인요양공동생활가정 요양병원 	<ul style="list-style-type: none"> 호스피스 완화의료 연명의료 	<ul style="list-style-type: none"> 장례식장 화장시설 봉안시설

9. 노인요양시설은 중증 치매·뇌졸중 등 노인성 질환으로 일상생활 수행이 어려운 고령자를 대상으로, 의학적 치료보다는 상시적 돌봄을 제공하는 기관이다. 생애말기 고령인구는 와상 상태, 삼킴 장애, 인지 저하 등으로 24시간 돌봄이 필요하며, 심리적 불안과 사회적 고립을 동반하는 경우도 많아 비전문가인 가족이 돌보기에는 한계가 존재한다. 노인요양시설은 요양보호사, 간호사, 사회복지사 등 전문 인력을 통한 체계적인 돌봄과 안전한 생활 환경을 제공하는 사회적 안전망으로서의 기능을 수행한다. 「노인장기요양보험법」상 일상생활에서 '전적으로' 또는 '상당 부분' 다른 사람의 도움이 필요한 장기요양 1~2등급자가 입소 대상이며, 상대적으로 경증인 3~5등급의 재가급여 대상자도 가족 돌봄이 곤란하거나 치매로 문제를 일으키는 경우에는 예외적으로 입소가 허용된다. 최근 '지역사회 중심 통합돌봄체계 강화' 정책⁸⁾으로 재가 돌봄이 강화될 예정이나, 상시적 돌봄이 필요한 고령인구의 증가로

8) 정부는 「지역사회 중심 통합돌봄체계 강화방안」(관계부처 합동 2025)을 통해 2030년까지 재가 장기요양보호수급자 비율(2023년 8.1%)을 OECD 평균(10.2%) 수준으로 끌어올릴 계획이다.

노인요양시설의 중요성은 여전하다. 유사한 돌봄·의료 시설이 존재하며, 노인요양시설과의 차이는 다음과 같다⁹⁾.

- **(노인요양공동생활가정)** 장기요양 1~2등급자를 대상으로 상시 돌봄을 제공하는 ‘노인의료복지시설’이라는 점은 동일하나, 법적 정원이 9명 이하인 소규모 시설로 가정적 환경을 지향한다. 토지·건물 소유권 확보 및 축택의 배치 의무가 없고 시설 구비 기준 등이 완화되어 있다. 2024년 기준 노인의료복지시설 입소현원 중 노인요양시설이 93.9%, 노인요양공동생활가정이 6.1%를 차지하여, 노인요양시설의 비중이 크게 높다.
- **(재가노인복지시설)** 시설에 입소하지 않고 자택에 거주하는 장기요양 수급자를 대상으로, 방문요양·방문목욕·방문간호 등의 서비스를 제공하거나 주·야간보호를 일정 시간 동안 지원하는 시설이다. 주로 장기요양 3~5등급자가 이용한다.
- **(요양병원)** 노인요양시설이 노인복지법에 따른 ‘돌봄’을 목적으로 노인장기요양보험을 적용받는 것과 달리, 의료법에 따른 ‘치료’를 목적으로 국민건강보험을 적용받으며 장기요양등급 없이도 입원할 수 있다.

10. 화장시설은 유해나 유골을 불에 태워 고인을 엄숙히 떠나보내는 장례 의례의 공간이자 필수적인 방역 인프라이다. 유족이 고별실에서 운구부터 화로 안치까지의 과정을 직접 지켜보며 마지막 인사를 나눌 수 있도록 지원한다. 또한 화장 후 유골을 수습해 인도하는 절차를 엄숙하게 진행함으로써 유가족의 애도 과정을 돕는다. 또한 화장은 이용 비용이 상대적으로 낮고 수목장, 산골^{散骨}, 유골 보석화^{memorial stone} 등 다양한 장례 방식을 가능하게 한다. 한편 기능적으로는 유해를 신속하고 위생적으로 관리·안치해 부패와 감염 위험을 최소화하며, 특히 코로나19와 같은 전염병 유행 시 핵심적인 방역 기능을 수행한다. 과거에는 묘지 확산으로 인한 국토 잠식이 심각했으나, 2001년 ‘시한부 매장제도’(최대 60년) 도입 등 화장 장려 정책을 계기로 화장은 친환경적이고 효율적인 국토 활용 방식으로 자리 잡았다.

노인요양시설 및 화장시설의 특징

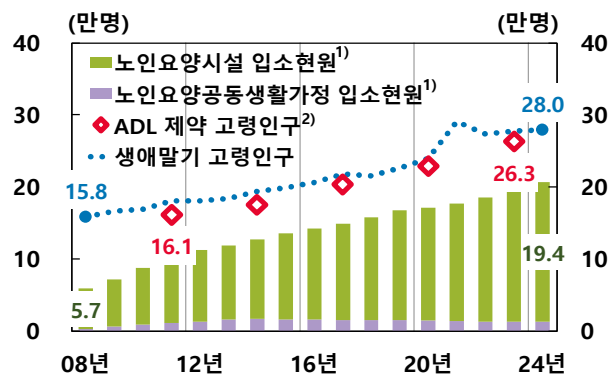
11. ① 수요는 생애말기 고령인구 증가에 더해 정책적 지원, 가족 구조 변화, 사회적 인식 전환 등의 영향으로 가파르게 늘어나고 있으나, ② 수요자가 체감하는 ‘유효 공급’은 이에 미치지 못하고 있다. ③ 특히 수요가 집중된 지역일수록 공급 여건이 취약한 ‘지역 간 수요-공급 mismatch’가 전체 수급 불균형을 주도하고 있다.

▶ [수요] 인구 고령화에 더해 사회적 환경 변화로 가파르게 증가

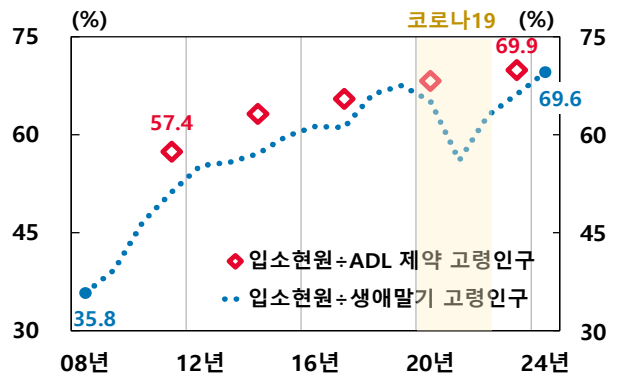
⁹⁾ 노인요양시설은 일반적으로 「요양원」으로 불리며, 이로 인해 「양로원」으로 지칭되는 양로시설과 혼동되는 경우가 많다. 양로시설은 건강상 큰 문제가 없어 스스로 일상생활이 가능한 고령층을 위한 노인복지법상 「노인주거복지시설」로서, 주로 독거노인 등 취약계층이 이용한다는 점에서 노인요양시설과 구별된다.

12. 노인요양시설과 화장시설의 수요는 인구 구조에 따른 '잠재적 총량'과 사회적 환경에 따른 '이용 강도'에 의해 결정된다. 먼저 잠재적 총량(잠재 수요)은 고령인구 규모를 핵심 기반으로 형성되며, 노인요양시설의 경우 가정 내 돌봄이 어려운 중증 노인 인구가, 화장시설의 경우 사망자수 자체가 수요의 총량을 이룬다. 다음으로 이용 강도는 잠재 수요가 실제 이용으로 이어지는 비율을 의미하며, 다양한 사회적 요인의 영향을 받는다. 노인요양시설의 이용 강도는 장기요양 정책, 가족의 돌봄 여력, 시설에 대한 사회적 인식 등의 영향을 받으며, 화장시설의 경우에는 장사 정책과 장례 문화 등이 이용 양태에 중요한 역할을 한다.

실제 이용 규모가 잠재 수요보다 2배 빠르게 증가 **잠재 수요 대비 입소현원 비율이 크게 상승**
 [그림 2.1] 노인요양시설 잠재 수요 및 입소현원 [그림 2.2] 노인요양시설 잠재 수요 대비 입소현원 비율¹⁾



주: 1) 2010년은 선형보간법으로 추정
 2) 노인실태조사 원시자료로 산출. 다만 원시자료가 없는 2011년과 2014년은 노인실태조사와 주민등록인구현황 통계치를 결합해 시산
 자료: 국가데이터처, 보건복지부, 노인실태조사 원시자료, 자체 시산



주: 1) 코로나19 팬데믹 시기의 생애말기 고령인구가 과다 추산되었을 가능성에 유의할 필요
 자료: 국가데이터처, 보건복지부, 노인실태조사 원시자료, 자체 시산

13. 노인요양시설과 화장시설의 실제 이용 규모는 인구 구조 변화로 형성되는 잠재 수요보다 빠른 속도로 증가하였다.

■ **(노인요양시설)** 실질적인 잠재 수요를 파악하기 위해서는 단순한 고령인구 규모가 아니라, 와상 여부나 거동 불편 등 기능 상태를 반영한 지표를 살펴볼 필요가 있다. 이를 위한 대표적인 지표로는 앞서 살펴본 '생애말기 고령인구'와 함께 '일상생활활동(activities of daily living) 제약 고령인구'(이하 ADL 제약 고령인구)가 있다. 전자는 질병으로 사망하기 1년 전이라는 기준을 통해 중증 돌봄 필요성을 간접적으로 보여주는 반면, 후자는 식사, 배설, 목욕 등 7개 필수 활동¹⁰⁾ 가운데 3개 이상에서 타인의 도움이 필요한지를 기준으로 중증 상태를 직접 측정한다. 미국의 선행연구에 따르면 ADL 제약 고령인구는 건강한 노인에 비해 시설 입소 확률이 3.3배, 사망 확률이 1.7배 높은 것으로 분석된다(Gaugler et al. 2007, Hurd et al.

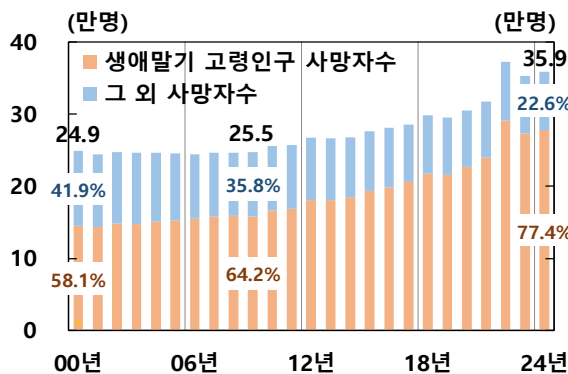
10) 2008년부터 3년 주기로 실시되는 노인실태조사는 옷 입기, 세수·양치, 목욕, 식사, 이동, 화장실 이용, 대소변 조절 등 7개 항목을 기준으로 노인의 일상생활활동 수행능력을 조사한다. 다만 2008년 조사는 일상생활활동 제약을 공표 방식이 이후 조사와 달라 기준을 일관되게 적용할 수 없어, 2011년 이후 자료만 활용하였다.

2001)¹¹⁾. 이러한 생애말기 고령인구와 ADL 제약 고령인구는 2008년 이후 각각 연평균 3.6%, 4.2% 증가하였다(그림 2.1). 이와 비교해 실제 이용 규모를 보여주는 ‘노인요양시설 입소현원’은 연평균 8.0%(노인의료복지시설은 8.1%) 늘어나, 잠재 수요 증가의 2배를 상회하였다. 그 결과 생애말기 고령인구 대비 입소현원 비율은 2008년 35.8%에서 2024년 69.6%로 크게 상승했으며, ADL 제약 고령인구 대비 입소현원 비율도 2011년 57.4%에서 2023년 69.9%로 확대되었다(그림 2.2).

- **(화장시설)** 우선 화장의 잠재 수요인 사망자수는 2000년 24.9만명에서 2024년 35.9만명으로 연평균 1.5% 증가했으며, 이는 생애말기 고령인구의 급증이 주도한 결과다(그림 2.3). 같은 기간 생애말기 고령인구의 사망은 연평균 2.8% 증가한 반면, 그 외 인구의 사망은 연평균 1.0% 감소했다. 이에 따라 전체 사망자 가운데 생애말기 고령인구가 차지하는 비중은 2000년 58.1%에서 2024년 77.4%로 크게 확대되었다. 주목할 점은 사망자수의 증가 속도와 실제 화장건수 간의 격차다. 화장건수(일반시신 기준)는 2000년 8.3만건에서 2024년 33.7만건으로 연평균 6.0% 증가해, 사망자수 증가율의 약 4배에 달했다(그림 2.4). 그 결과 화장률은 2000년 33.5%에서 2024년 94.0%로 급격히 상승하였다.

생애말기 고령인구가 전체 사망자 증가를 주도

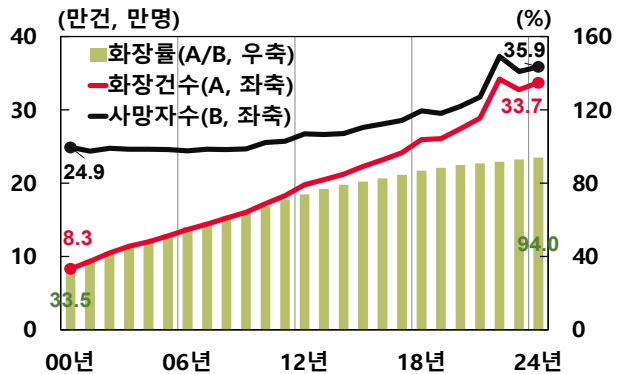
[그림 2.3] 사망자수



자료: 국가데이터처

화장건수는 사망자수보다 4배 높은 증가세

[그림 2.4] 화장건수¹⁾ 및 화장률²⁾



주: 1) 개장 유골 등은 제외한 일반시신 기준

2) 2024년은 잠정치

자료: 보건복지부, 국가데이터처

14. 이처럼 노인요양시설과 화장시설의 잠재 수요가 실제 이용으로 빠르게 전환된 배경에는 정책적 지원, 가족 구조 변화, 사회·문화적 인식 전환 등이 복합적으로 작용하였다. 이러한 사회적 환경 요인은 2008~2024년 노인요양시설 입소현원 증가의 54%, 2000~2024년 화장건수 증가의 74%를 기여한 것으로 분석된다¹²⁾.

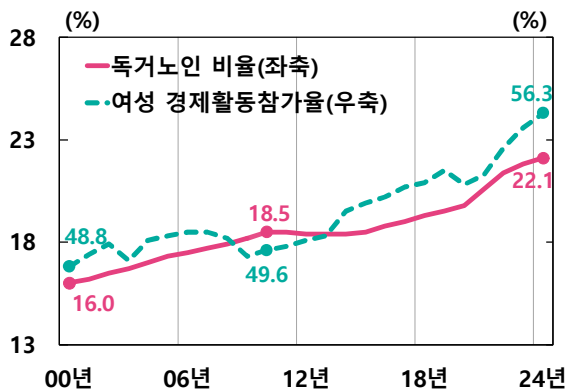
11) 노인실태조사 원시자료 분석 결과, 2023년 기준 국내 장기요양 1~2등급 판정자의 63.2%가 ADL 제약 고령인구에 해당해, 해당 집단이 시설 수요의 핵심 계층임을 확인할 수 있다.

12) 노인요양시설 입소현원의 증가분을 생애말기 고령인구수와 생애말기 고령인구 대비 노인요양시설 입소현원 비율의 기여도로 분해하고, 화장건수의 증가분을 사망자수와 화장률의 기여도로 분해하여 산출한 결과다.

- **(노인요양시설)** 중증 돌봄이 필요한 노인의 시설 입소는 세 가지 사회적 변화로 인해 더욱 가속화되고 있다. 첫째, 제도적 지원 확대에 따른 경제적 접근성의 개선이다. 2008년 「노인장기요양보험」 도입으로 시설 이용 비용의 80%가 공적으로 지원되면서, 이용 계층은 고소득층 중심에서 중·저소득층까지 폭넓게 확대되었다. 둘째, 가족 돌봄 기능의 구조적 약화이다. 65세 이상 고령인구 가운데 독거노인 비율은 2000년 16.0%에서 2024년 22.1%로 증가했으며, 같은 기간 여성의 경제활동참가율도 48.8%에서 56.3%로 상승해 가족의 돌봄 여력은 크게 축소되었다(그림 2.5). 셋째, 사회적 인식의 전환이다. 시설 입소를 둘러싼 부정적 인식은 과거에 비해 약화되었다. 부모 부양을 가족의 책임으로 보는 인식은 2006년 63.4%에서 2024년 18.2%로 급감했고, 자녀 세대가 직접 수발을 들 것이라는 기대 또한 2008년 45.5%에서 2022년 28.1%로 낮아졌다(그림 2.6). 대신 전문적 돌봄이 환자와 가족 모두에게 유익하다는 인식이 확산되고 있다. 이윤경 외(2020)의 설문조사에 따르면, 50세 이상 중고령층의 85.8%가 시설 이용 의향을 보였으며, 그 주된 이유로는 ‘가족에게 부담을 주기 싫어서’(66.7%)가 가장 많이 꼽혔다.

가족의 돌봄 여력이 크게 축소

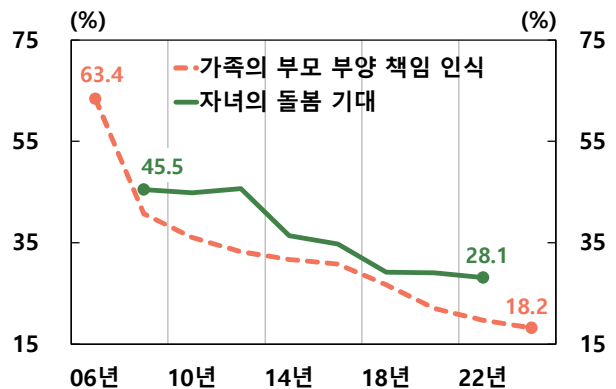
[그림 2.5] 독거노인 비율¹⁾ 및 여성 경제활동참가율



주: 1) 65세 이상 1인가구수 ÷ 65세 이상 인구 × 100
자료: 국가데이터처

노인요양시설 입소에 대한 부정적 인식이 약화

[그림 2.6] 가족의 부모 부양 책임 인식¹⁾ 및 자녀의 돌봄 기대²⁾



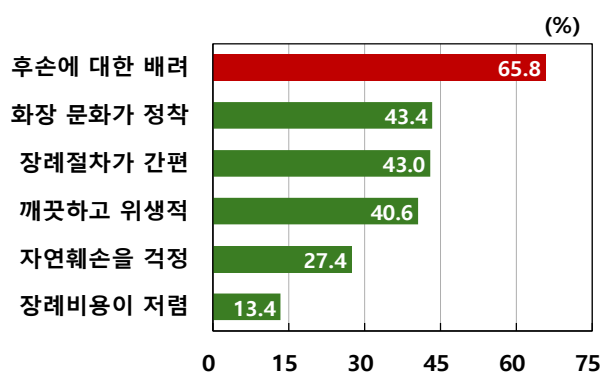
주: 1) 부모의 노후 생계를 가족이 돌봐야 한다고 응답한 비중(13세 이상 대상, 2년 주기로 조사)
2) 일상생활 수행 시 장기적 도움이 필요할 때 자녀 세대 도움을 기대한다고 응답한 비중(65세 이상 대상, 2년 주기로 조사)
자료: 국가데이터처, 고령화연구패널 원시자료, 자체 시산

- **(화장시설)** 지난 20여 년간 화장이 장례의 표준으로 정착한 배경에는 세 가지 사회적 변화가 작용했다. 첫째, 정책적 지원에 따른 구조적 전환이다. 급격한 도시화로 묘지 공간이 고갈되면서 매장지의 지속 가능성이 약화되자, 정부는 「장사 등에 관한 법률」을 통해 장례 문화를 화장 중심으로 유도해 왔다. 화장료 감면, 시한부 매장제도 시행 등도 화장을 표준 장례 방식으로 정착시키는 데 기여했다. 둘째, 가족 구조와 생활 양식의 변화이다. 자녀 수 감소와 1인 가구 확산으로 전통적인 선산 관리와 제사 문화가 약화되었으며, 자녀에게 묘지 관리 부담을 전가

하지 않으려는 부모 세대의 인식이 화장 선택을 가속화했다. 실제로 화장 희망 이유에 대한 설문조사에서 ‘후손에 대한 배려’가 65.8%로 가장 높게 나타났다(그림 2.7). 셋째, 사회·문화적 인식의 전환이다. 매장 중심의 관습에서 벗어나 화장의 위생적인 이미지와 수목장 등 친환경 장례에 대한 선호가 확산되었다. 종교계의 수용 확대와 장례 절차의 간소화·실용화 추세로 화장은 보편적 선택으로 인식되었다. 특히 코로나19 팬데믹을 거치며 위생 관리에 대한 인식이 강화되면서 이러한 변화는 더욱 공고해졌다. 그 결과 국가데이터처 사회조사에서, 화장 선호 비중은 2001년 62.2%에서 2025년 92.5%로 크게 확대되었다(그림 2.8).

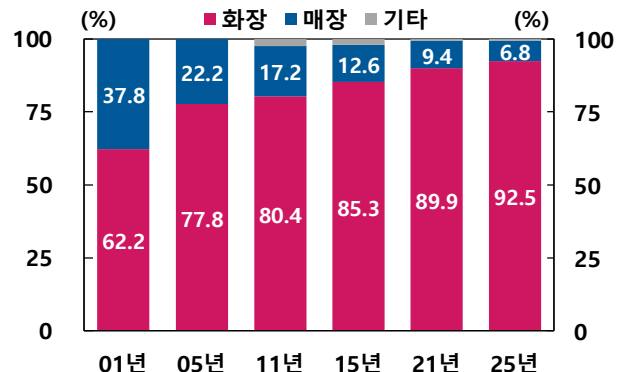
자녀에게 묘지 관리 부담을 주지 않으려는 의향이 높음 화장 선호 비중이 큰 폭으로 확대

[그림 2.7] 화장을 희망하는 이유¹⁾



주: 1) 화장을 희망하는 1,354명을 대상으로 조사. 최대 3개까지 응답
자료: 제3차 장사시설 수급 종합계획(보건복지부 2023)

[그림 2.8] 선호하는 장례 방법¹⁾



주: 1) 2010년 이전은 갤럽, 2011년 이후는 국가데이터처 사회조사 조사결과임
자료: 갤럽, 국가데이터처 사회조사

15. 향후에도 노인요양시설과 화장시설의 수요는 잠재적 총량의 확대와 이용 강도 상승이 동시에 작용하며 견조한 증가세를 지속할 것으로 전망된다.

- **(노인요양시설)** 노인요양시설 수요 전망을 위해 우선 잠재 수요를 나타내는 ADL 제약 고령인구는 코호트 요소법(Cohort Component Method)으로 추계하였다¹³⁾. 다음으로 이용 강도를 나타내는 ‘ADL 제약 고령인구 대비 노인요양시설 입소현원 비율’은 로지스틱 함수를 적용해 2050년경 80.0% 수준까지 상승하되 장기적으로는 증가세가 완만해질 것으로 가정하였다. 이는 독거노인 비율이 2024년 22.1%에서 2050년 26.1%로 확대되면서 가족 내 돌봄 여력이 구조적으로 약화되고, 시설 이용에 대한 사회적 수용성 또한 계속 높아질 것으로 판단한 데 따른 것이다¹⁴⁾. 분석 결과, 실제 이용 규모인 노인요양시설 입소현원은 2024년 19.4만명에서 2050년 53.3만명으로 약 2.7배 늘어날 것으로 전망된다(그림 2.9).

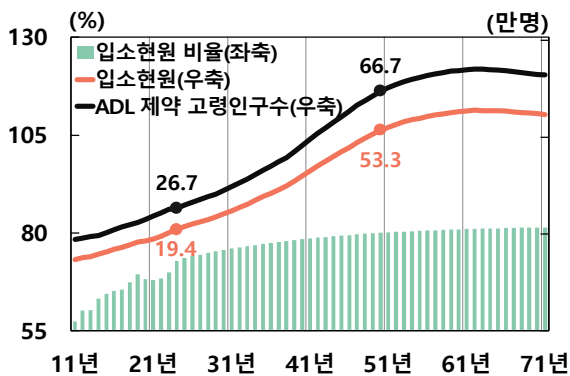
13) 이 기법은 성별·출생연도별 인구집단의 특성을 반영하여 일상생활활동 제약 상태로의 진입률을 추정한다. 이를 통해 연령 효과뿐만 아니라 세대 간 건강 수준 차이, 성별 기대수명 격차 등 코호트 효과를 함께 고려한다. 코호트 요소법을 활용한 ADL 제약 고령인구 전망은 <별첨 1>을 참고하기 바란다.

14) 정책 환경 측면에서는 ‘지역사회 중심 통합돌봄체계 강화방안’ (관계부처 합동 2025)에 따른 재가 돌봄 확대가 시설 수요를 일부 억제할 가능성이 있다. 반면 의료·요양 필요도 통합 판정체계 도입에 따른 요양병원 입원 제한은 중증 노인의 시설 유입을 확대하는 요인으로 작용할 것으로 보인다.

- **(화장시설)** 화장시설 수요 전망을 위해 우선 잠재 수요인 사망자수는 국가데이터처의 '장례추계인구'를 활용하였다¹⁵⁾. 다음으로 이용 강도를 나타내는 화장률은 로지스틱 함수를 적용해 2050년경 99.1% 수준까지 상승하되 장기적으로는 증가세가 완만해질 것으로 전제하였다. 2024년 기준 우리나라 화장률은 94.0%로 이미 세계 상위권에 해당하나, 일본(99.97%, 2022년), 홍콩(96.96%, 2023년), 대만(96.76%, 2017년) 등 주요국 사례를 고려할 때 여전히 추가적인 상승 여력이 존재한다고 판단하였다¹⁶⁾. 분석 결과, 화장건수(개장 유골 제외)는 2024년 33.7만건에서 2050년 67.9만건으로 약 2배 증가할 것으로 전망된다(그림 2.10).

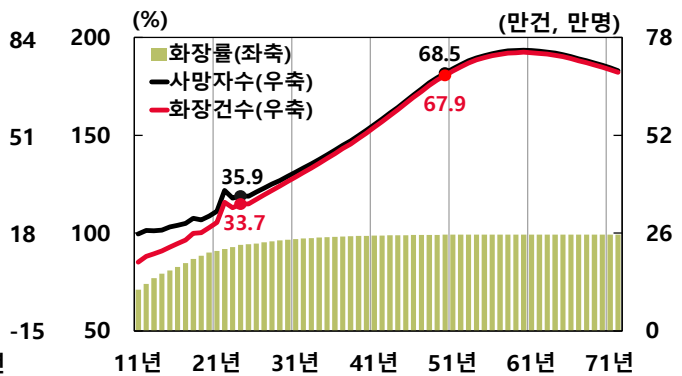
향후 노인요양시설 입소 수요는 건조한 증가세 지속 향후 25년간 화장 수요는 2배 증가할 전망

[그림 2.9] 노인요양시설 입소현원 전망



자료: 노인실태조사 원시자료, 국가데이터처 장래인구추계, 보건복지부 노인복지시설현황, 자체 시산

[그림 2.10] 화장건수¹⁾ 전망²⁾



주: 1) 개장 유골 등은 제외한 일반시신 기준

2) 사망자수는 중위 추계 기준

자료: 보건복지부 화장통계, 국가데이터처 사망원인통계, 자체 시산

▶ [공급] 수요자가 실제로 체감하는 '유효 공급'은 부족

16. 노인요양시설과 화장시설의 공급은 잠재 수요의 증가 추세에 맞춰 확대되어 온 것으로 평가된다.

- **(노인요양시설)** 노인요양시설의 공급 수준은 '입소정원'과 '요양보호사 기준 최대 수용인원'으로 파악할 수 있다. 요양보호사 기준 최대 수용인원은 「노인복지법 시행규칙」 제22조의 '노인의료복지시설의 시설기준 및 직원배치기준'을 적용하여 산출하였다¹⁷⁾. 분석 결과, 2008~2024년 동안 노인요양시설 입소정원은 연평균 8.4%(노인의료복지시설 8.5%) 증가했으며, 요양보호사 기준 최대 수용인원 또한 연평균 14.6%의 높은 증가율을 기록했다(그림 2.11). 이는 같은 기간 잠재 수요인 생애말기 고령인구와 ADL 제약 고령인구의 증가율을 2배 이상 웃도는 수준이다.

15) 장례추계인구는 코호트 특성에 따른 사망률 차이를 반영한 전망치를 제공한다.

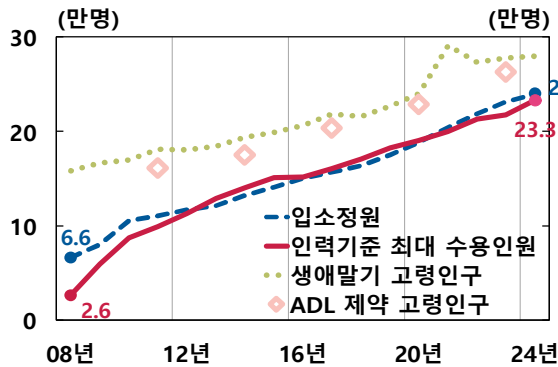
16) 주요국 화장률 통계는 www.cremation.org.uk에서 수집하였다.

17) 2024년 기준 요양보호사 1인이 담당할 수 있는 최대 수급자수는 노인요양시설 2.3명(22.10월 이전 2.5명), 노인요양공동생활가정 3명이다. 여기에 전체 요양보호사 수를 곱하여 최대 수용인원을 시산하였다. 다만 요양보호사 통계가 시설 유형별로 구분되지 않는 한계를 고려하여, 노인요양공동생활가정을 포함하여 살펴보았다.

- **(화장시설)** 화장시설의 공급 수준은 화장로수를 기준으로 산출한 ‘화장시설 적정가동건수’를 통해 분석하였다. 해당 지표의 산출 방식은 ‘제3차 장사시설 수급 종합계획’의 방법을 준용하였다. 구체적으로 시설별로 예비 화장로 1기를 제외한 전체 가용 화장로수에 기당 일일 적정가동 횟수인 3.5회를 적용하였다¹⁸⁾. 총연간 공급량은 여기에 연간 일수를 곱한 뒤, 개장 유골 화장 비중(10%)을 제외하여 일반 시신 기준으로 산출했다. 분석 결과, 2012~2024년 동안 화장시설 적정가동건수는 연평균 2.3% 증가하였다(그림 2.12). 이는 같은 기간 사망자수가 연평균 2.5% 증가한 것과 유사한 흐름이다.

노인요양시설 공급은 잠재 수요보다 높은 증가세

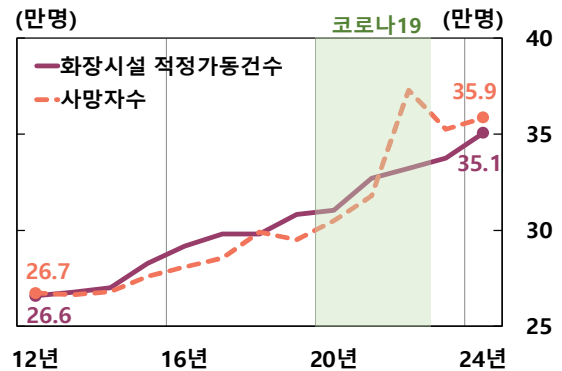
[그림 2.11] 노인요양시설 입소정원 및
요양보호사 기준 최대 수용인원¹⁾



주: 1) 노인의료복지시설 기준. 2024년 기준 요양보호사 1명이 담당할 수 있는 최대 수급자수는 노인요양시설 2.3명(22.10월 이전 2.5명), 노인요양공동생활가정 3명인 점을 이용해 산산
자료: 보건복지부, 국민건강보험공단, 노인실태조사 원시자료, 자체 산산

화장시설 공급은 사망자수에 상응하는 증가세

[그림 2.12] 연간 화장시설 적정가동건수¹⁾



주: 1) 2013년 적정가동건수는 선형보간법으로 추정
자료: 보건복지부, 장사정보서비스시스템, 국가데이터처, 자체 산산

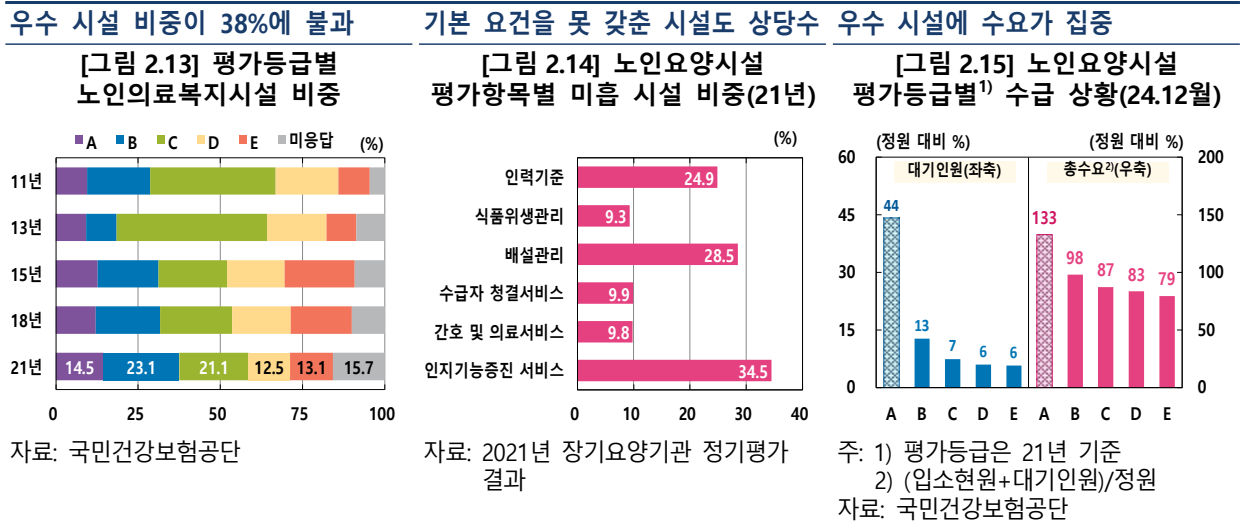
17. 그러나 노인요양시설은 서비스 품질의 한계로, 화장시설은 가동여력 부족으로 인해 수요자가 실제로 체감하는 ‘유효 공급’은 제약을 받고 있는 상황이다.

- **(노인요양시설)** 노인요양시설의 ‘서비스 질’은 수요자의 기대에 못 미치고 있다. 국민건강보험공단의 장기요양기관(시설급여) 평가 결과에 따르면, 2021년 기준(최근 공표) 전체 시설 가운데 B등급(우수) 이상은 38%에 불과하며, C등급(양호)까지 포함하더라도 59%에 그쳤다¹⁹⁾(그림 2.13). 이는 수요자가 선호하는 상위 등급 시설이 구조적으로 부족함을 의미한다. 또한 기본적인 기준을 충족하지 못하는 시설도 적지 않은 것으로 확인된다. 평가항목별로 인력 기준 위반(24.9%), 적정 배설 서비스 미제공(28.5%), 의료 서비스 미흡(9.8%) 등 기본 요건도 부족한 사례

18) 화장로는 대차(카트) 투입 방식으로 가열과 냉각이 반복되는 구조이므로, 설비 내구성 유지를 위해 적정 가동 횟수의 준수가 권장되는 점을 감안하여 3.5회를 적용하였다. 한편 2024년 기준 전국 화장로(400로) 중 338로가 운영 중이며 62로는 예비 화장로로서 전체 화장시설 수(62개)와 동일하다(보건복지부 장사업무 통계).

19) 국민건강보험공단은 장기요양급여 내용을 A(최우수), B(우수), C(양호), D(보통), E(미흡)의 5개 등급으로 평가하고 그 결과를 공개하고 있다. 또한 C~D등급 기관에 대해서는 사후관리를 통해 서비스 개선을 유도하고, 최하위인 E등급 기관에는 컨설팅을 실시한 후 수시평가를 재실시하고 있다(국민건강보험공단 2023).

가 일부 확인되었다(그림 2.14). 더불어 2024년 노인학대 발생장소를 보면, 노인요양시설 등 노인의료복지시설의 비중이 7.9%로 요양병원(0.9%) 등 여타 기관에 비해 크게 높았다²⁰⁾. 이러한 품질 격차는 “좋은 시설이 아니면 입소하지 않겠다”는 선택 행태를 강화하며, 시설 간 수급 불균형을 심화시키고 있다. 실제로 2024년 12월 기준 A등급 노인요양시설은 대기인원이 정원 대비 44%에 달해, 입소까지 1년 이상 기다려야 하는 상태에 놓여 있다(그림 2.15)²¹⁾.



- **(화장시설)** 현재 화장시설은 일시적 수요 급증이나 예기치 못한 보건 위기에 유연하게 대응할 수 있는 ‘가동여력’이 충분하지 않은 상황이다. 화장 수요가 오전에 선호되면서 하루 중 특정 시간대에 수요가 집중되는 현상이 나타난다. 또한 화장 수요는 환절기 사망자 증가와 같은 계절적 요인에 더해, 개장 유골 화장²²⁾ (2024년 비중 14.3%)이 한식이나 윤달 등 특정 시기에 집중되는 특성으로 인해 변동성이 크다. 또한 코로나19와 같은 국가적 보건 위기에 대비하기 위해서도 화장로의 예비력 확보는 필수적이다. 그러나 월별 기준으로 보면 화장건수가 이미 시설의 적정가동건수에 근접하거나 이를 초과하는 사례가 빈번하게 발생하고 있다(그림 2.16). 특히 2021년 이후 신규 시설 건립보다는 화장로 증설이나 야간 연장 운영²³⁾과 같은 제한적 대응이 주를 이루면서, 적정가동건수와 실제 화장건수 간 차이인 가동여력은 지속적으로 축소되는 추세다(그림 2.16, 2.17). 결과적으로 기존 시설을 한계 수준까지 가동²⁴⁾하게 되어 설비 고장 위험도 높아지고 있다.

20) 2024년 발생장소별 노인학대 신고건수는 다음과 같다.

	가정 내	노인의료복지시설	요양병원	공공장소	재가노인복지시설	노인주거복지시설
신고건수	6,323	566	61	61	51	29
(비 중)	(88.2)	(7.9)	(0.9)	(0.9)	(0.7)	(0.4)

자료: 2024 노인학대 현황보고서

21) 대기인원 지표는 사망자 포함 등의 이유로 실제 수요를 과대 반영할 수 있으나, 이러한 한계는 평가등급과 무관하게 공통적으로 적용된다. 따라서 상대적 수급 상황을 보여주는 지표로서의 의미는 유지된다.

22) 정부는 국토 이용의 효율성을 제고하기 위해 화장장려금 지급 등을 통해 개장 유골 화장을 유도하고 있다.

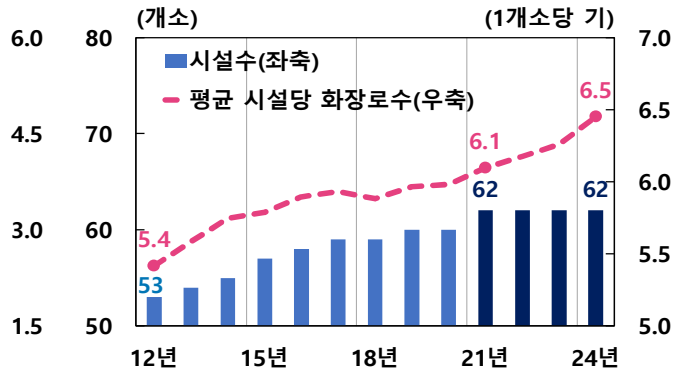
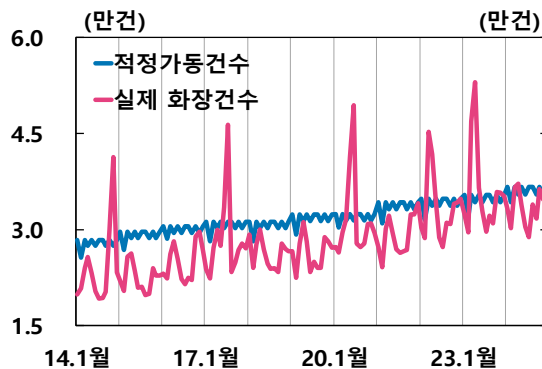
23) 일례로 서울시립송화원은 2024년 1월부터 운영 마감 시간을 2시간 연장하여 17시 30분에서 19시 30분으로 조정하였으며, 수요가 집중되는 달에는 이를 21시 30분까지 추가로 연장하고 있다.

실제 화장건수가 적정가동건수를 빈번히 초과

신규 시설 건립보다는 화장로 증설로 대응

[그림 2.16] 월간 화장시설 적정가동건수와 실제 화장건수¹⁾

[그림 2.17] 화장시설수 및 시설당 화장로수



주 : 1) 2024년은 잠정치
자료: 보건복지부

자료: 보건복지부

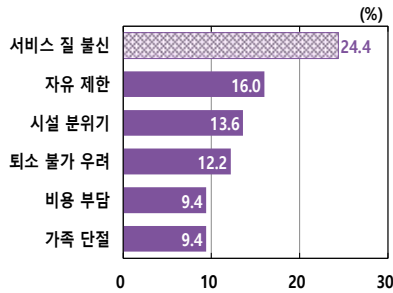
18. 이러한 유효 공급 부족으로 노인요양시설은 대체 시설로의 불필요한 이동을, 화장시설은 장례 절차 전반의 지연과 불편을 초래하며, 수요자 기대와 필요를 충족하는 데 한계를 드러내고 있다.

- **(노인요양시설)** 서비스 질에 대한 불신은 시설 전반에 대한 부정적 인식을 강화하고, 일부 수요가 요양병원으로 이동하는 배경으로 작용하고 있다. 이윤경 외(2020)에 따르면 노인요양시설 이용을 기피하는 가장 큰 이유는 '서비스 질에 대한 불신'으로, 응답 비중은 24.4%에 달했다(그림 2.18). 이러한 인식은 단순한 선호 차원을 넘어, 요양병원으로의 불필요한 이동을 초래한다. 2022년 기준 시설급여 이용 대상인 장기요양 1~2등급자 가운데 25.4%는 장기요양급여를 이용하지 않았으며, 그 이유로 병원을 대안으로 고려했다는 응답이 60.0%로 가장 높았다(그림 2.19). 그 결과 2024년 기준 장기요양 1~2등급자의 요양병원 거주 비율은 22.5%에 이르러, 노인요양시설 거주 비율(29.5%)과 거의 대등한 수준이다.
- **(화장시설)** 화장시설의 가동여력 부족은 유족의 불편을 가중시키는 한편, 재난 등 대규모 수요 발생 시 국가 대응 역량에도 부담으로 작용할 가능성이 있다. 예약 적체로 인해 유족의 추모 시간이 단축되고, 기피 시간대인 늦은 오후나 야간에 화장이 진행되는 사례도 빈번하다. 특히 우리나라 장례 관행인 '3일장'마저 차질을 빚고 있다. 사망일(1일차)을 기준으로 3일차에 화장을 마치는 비율인 '3일차 화장률'은 2019년 86.2%에서 2022년 73.6%로 하락했으며, 2025년에도 75.5%에 그쳐 팬데믹 이전 수준을 회복하지 못하고 있다(그림 2.20). 코로나19 확산으로 3일차 화장률이 20.0%까지 하락했던 2022년의 이른바 '화장 대란' 사례는, 감염병 등 비상 상황에 대비해 화장시설의 가동 여력을 안정적으로 확보할 필요성을 시사한다.

24) 서울추모공원은 2022년 코로나19 확산 시기에 화장로 1기당 일일 처리 횟수를 최대 8.3회까지 확대 운영한 바 있으며, 2025년 8월에도 5.6회를 처리하고 있다(중앙일보 허정원·이수민 2022, 서울특별시 2025).

서비스 질에 대한 불신이 높음

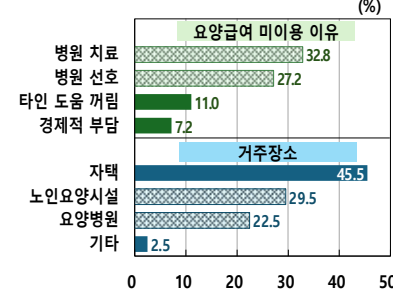
[그림 2.18] 노인요양시설 이용을 희망하지 않는 이유¹⁾



주: 1) 50~67세 연령층에 설문 조사
자료: 이윤경 외(2020)

중증 돌봄 수요가 요양병원으로 이탈

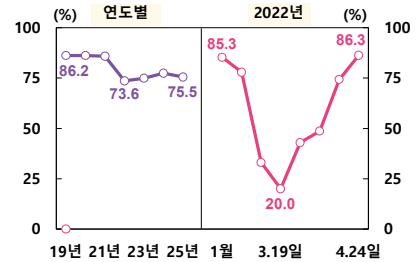
[그림 2.19] 장기요양 1~2등급자의 요양급여 미이용 이유¹⁾와 거주장소



주: 1) 1~2등급자 중 요양급여 미이용자 대상. 1~2순위 응답을 합산하여 응답비중을 산출
자료: 2022년 노인장기요양실태조사, 2024년 노인장기요양보험 통계연보

장례 문화의 근간인 3일장이 차질

[그림 2.20] 3일차 화장률



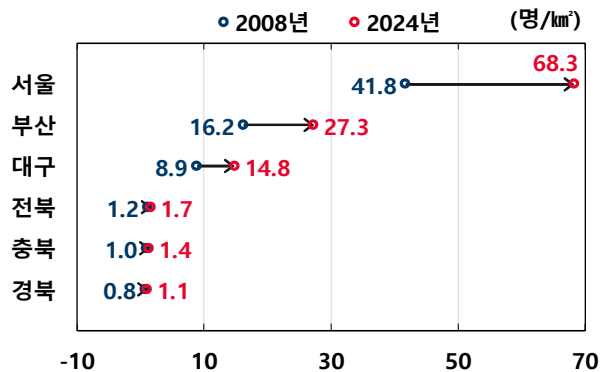
자료: 한지아 의원실(2024), 동아일보(김소영 2025), 보건복지부, 제3차 장사시설 수급 종합계획 (보건복지부 2023)

▶ [지역 불균형] 수급 문제의 핵심은 '지역 간 수요-공급 미스매치'

19. 수요 측면에서 보면, 서울, 부산 등 대도시권이 전북, 경북 등 비대도시권에 비해 규모가 클 뿐만 아니라 증가 속도 또한 더 가파르다. 서울과 전북을 비교하면, 노인요양시설 수요 지표인 '면적당 생애말기 고령인구수'는 2024년 기준 서울이 68.3명/㎢로 전북(1.7명/㎢)의 40배에 달했으며, 2008~2024년 증가폭도 서울이 26.5명/㎢로 전북(0.5명/㎢)을 크게 상회했다(그림 2.21). 이러한 쏠림은 화장 수요 지표인 '면적당 사망자수'에서도 동일하게 나타나, 2024년 기준 서울은 87.1명/㎢로 전북(2.1명/㎢)의 41배에 달했고, 2000~2024년 증가폭 역시 22.1명/㎢로 전북(0.3명/㎢)보다 컸다(그림 2.22).

노인요양시설 수요는 대도시권에 집중

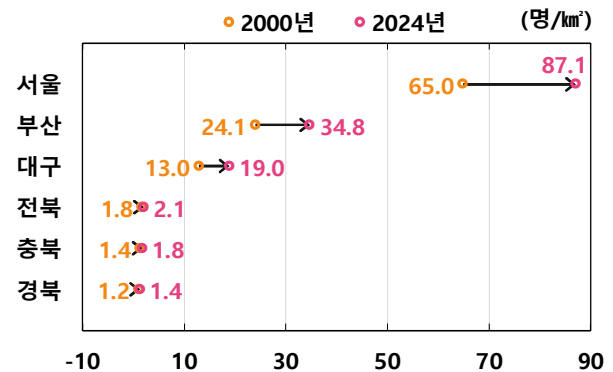
[그림 2.21] 주요 시도별 면적당 생애말기 고령인구수¹⁾



주: 1) 대구의 면적은 군위군 편입(23.7월) 이전 기준
자료: 국토교통부, 국가데이터처

화장 수요는 대도시권이 빠르게 증가

[그림 2.22] 주요 시도별 면적당 사망자수¹⁾



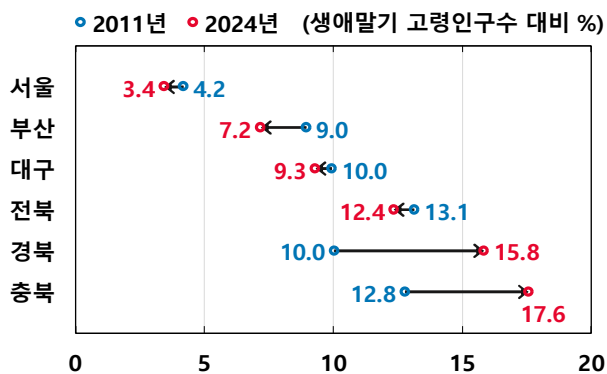
주: 1) 대구의 면적은 군위군 편입(23.7월) 이전 기준
자료: 국토교통부, 국가데이터처

20. 반면 공급 기반은 수요가 집중된 대도시권이 비대도시권에 비해 상대적으로 더 많은 제약에 직면해 있다.

- **(노인요양시설)** 대도시권은 ① 양적 공급의 제약과 ② 상대적으로 낮은 서비스 질이라는 부담을 동시에 안고 있다. 우선 양적 측면을 살펴보기 위해 ‘생애말기 고령인구수 대비 노인요양시설 잔여정원 비율’을 살펴보았다. 여기서 잔여정원(정원-현원) 비율은 해당 지역에서 중증 노인이 노인요양시설에 얼마나 원활하게 입소할 수 있는지를 나타내는 지표이다. 그 결과, 2024년 기준 잔여정원 비율은 서울이 3.4%로 전북(12.4%)에 비해 낮은 수준을 보였다(그림 2.23). 또한 서비스의 질 측면에서도 지역 간 차이가 관찰된다. 시도별 분석 결과, ‘면적당 생애말기 고령인구수’가 증가할수록 국민건강보험공단의 ‘전체 노인의료복지시설 평가점수’는 역(-)의 상관관계가 나타났다(그림 2.24).

대도시권의 공급 기반이 부족

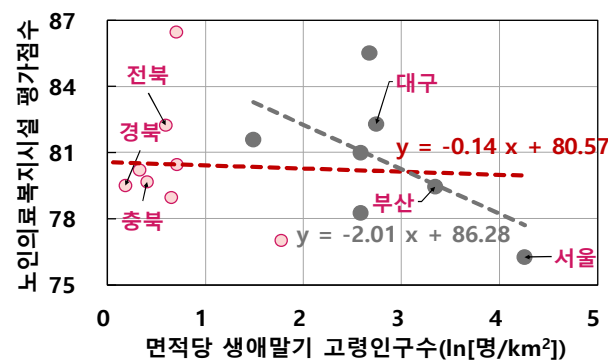
[그림 2.23] 주요 시도별 노인요양시설 잔여정원



자료: 보건복지부, 국민건강보험공단, 국가데이터처

수요가 높을수록 서비스 질이 하락

[그림 2.24] 면적당 생애말기 고령인구수¹⁾²⁾ 및 노인의료복지시설 평가점수³⁾(21년)

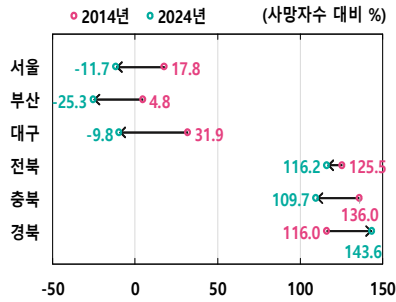


주 : 1) 회색 점은 대도시권을 의미
 2) 대구의 면적은 군위군 편입(23.7월) 이전 기준
 3) 공공·비영리 시설은 제외
 자료: 국토교통부, 국가데이터처, 국민건강보험공단

- **(화장시설)** 대도시권은 만성적인 초과 수요로 과부하 상태인 반면, 비대도시권은 충분한 여유 역량을 보유하고 있다. 2024년 기준 ‘사망자수 대비 화장시설 가동여력 비율’은 서울이 -11.7%로, 실제 화장건수가 시설의 적정가동건수를 초과한 것으로 나타났다(그림 2.25). 반면 전북은 116.2%의 높은 가동여력으로 수요를 충분히 감당하고 있었다. 월별 기준에서도 서울은 2023년을 전후해 상시적인 수요 초과 상태인 반면, 전북은 충분한 여력으로 일시적 수요 변동을 유연하게 흡수하는 모습이다(그림 2.26). 이러한 공급 여력 차이는 유족의 장례 절차에 직결되는 ‘3일차 화장률’ 격차로 이어진다. 시도별 분석 결과, ‘면적당 사망자수’가 증가할수록 ‘3일차 화장률’이 하락하는 역(-)의 상관관계가 확인된다(그림 2.27).

대도시권은 과부하 상태

[그림 2.25] 주요 시도별 화장시설 가동여력¹⁾

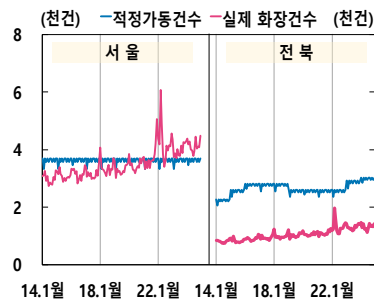


주 : 1) 화장시설 적정가동건수 - 실제 화장건수

자료: 보건복지부, 국가데이터처

최근 서울은 상시 과부하 상태

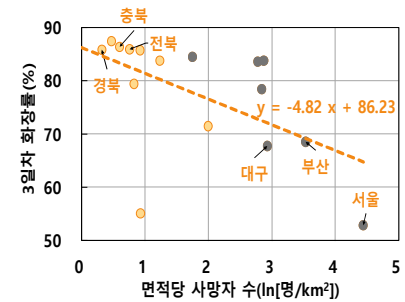
[그림 2.26] 월간 화장시설 적정가동건수와 실제 화장건수



자료: 보건복지부

수요가 높을수록 3일차 화장률이 하락

[그림 2.27] 시도별 면적당 사망자수¹⁾²⁾ 및 3일차 화장률(23년)



주 : 1) 회색 점은 대도시권을 의미

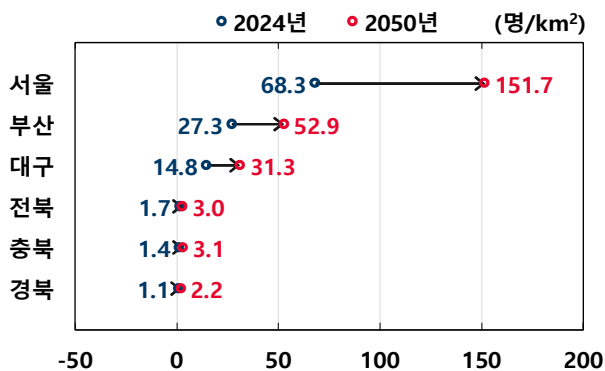
2) 대구의 면적은 군위군 편입(23.7월) 이전 기준

자료: 국토교통부, 국가데이터처, 한자아 의원실(2024)

21. 향후에도 현행 수요·공급 구조가 유지될 경우, 지역 간 수급 불균형은 중장기적으로 확대될 가능성이 있다. 2024년 주민등록인구통계에 따르면 대도시권 거주 비중은 80세 이상이 39.0%로 65~80세(43.0%)나 55~64세(42.7%)보다 낮다. 이는 향후 세대 교체가 진행됨에 따라 대도시권의 수요가 비대도시권보다 큰 폭으로 증가할 가능성이 있음을 시사한다. 실제로 2024~2050년 동안 서울의 '면적당 생애말기 고령인구수'는 83.4명/km² 늘어나 전북(1.3명/km²) 대비 60.7배나 높은 증가폭이 예상된다(그림 2.28). 화장 수요 지표인 '면적당 사망자수' 역시 서울은 76.5명/km² 늘어나 전북(1.1명/km²)보다 69.5배 높은 증가폭을 나타낼 것으로 예측된다(그림 2.29).

향후에도 노인요양시설 입소 수요는 대도시권에 집중

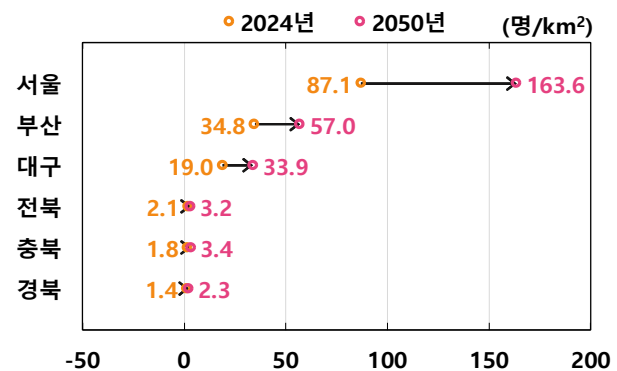
[그림 2.28] 지역별 면적당 생애말기 고령인구수 전망¹⁾



주: 1) 대구의 면적은 군위군 편입(23.7월) 이전 기준
자료: 국토교통부, 국가데이터처, 자체 시산

향후에도 대도시권 화장 수요가 큰 폭으로 증가

[그림 2.29] 지역별 면적당 사망자수 전망¹⁾

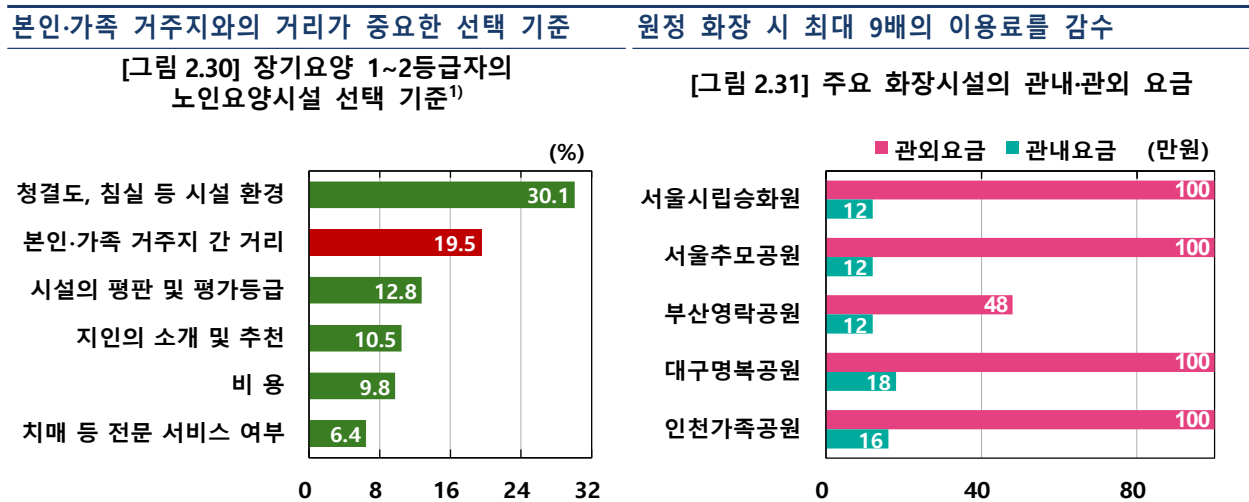


주: 1) 대구의 면적은 군위군 편입(23.7월) 이전 기준
자료: 국토교통부, 국가데이터처

노인요양시설 및 화장시설의 수급 불균형으로 인한 비용

22. 개인 차원에서 수급 불균형은 비자발적 타 지역 이주와 원정 화장을 유발하는 등 생애말기 고령인구의 삶의 질을 저하시키고 존엄한 마무리를 저해한다.

- **(노인요양시설)** 입소 지연이 장기화되면 고령자는 전문적 돌봄을 받을 수 없어 낙상, 욕창, 영양 결핍 등 건강 악화 위험에 노출될 수 있다. 하루 3~4시간만 제공되는 재가서비스로 해결되지 않는 돌봄 공백²⁵⁾을 메우기 위해 가족이 돌봄 부담을 전담하면 신체적·정서적 소진, 이른바 ‘간병 번아웃’에 노출될 가능성이 커진다. 실제로 이영욱(2020)에 따르면 가족 돌봄 제공자의 삶의 질은 평균보다 2.7% 낮았으며, 주 10시간 이상 돌봄 경우 3.9%까지 하락했다. 특히 수요가 높은 대도시권 내 공급 부족은 고령자를 생활권에서 연고 없는 외곽 지역으로 내모는 비자발적 이주를 초래하기도 한다²⁶⁾. 실제로 2022년 장기요양실태조사 원시자료를 분석한 결과, 장기요양 1~2등급자의 노인요양시설 선택 기준에서 거주지와의 거리(19.5%)는 시설 환경(30.1%)과 함께 가장 중요한 항목으로 꼽혔다(그림 2.30).
- **(화장시설)** 유가족에게 장례 기간 연장, 비용 급증, 심리적 압박이라는 부담을 동반하며, 고인을 존엄하게 떠나보낼 권리를 제약한다. 무엇보다도 애도에 집중해야 할 시간에 유가족이 예약 경쟁과 이동 부담에 노출되면서 정서적 고통이 가중된다. 특히 관내 시설이 없는 지역의 유가족은 장거리 이동에 따른 시간 소요와 육체적 피로는 물론, 최대 8배의 이용료까지 감수해야 한다(그림 2.31)²⁷⁾²⁸⁾.



주: 1) 본인 또는 직계가족이 요양급여 결정 주체인 경우
 자료: 2022년 장기요양실태조사 원시자료, 자체 시산

자료: 보건복지부 e하늘 화장예약시스템

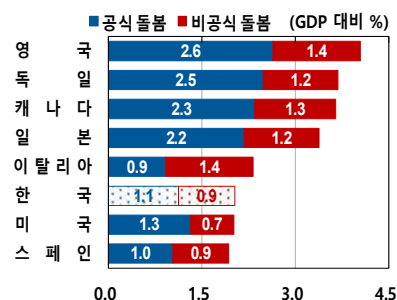
- 25) 2022년 장기요양실태조사에 따르면, 재가급여 수급자 가족의 주요 불만 사유는 이용시간 부족(75.1%)으로 가장 높은 비중을 차지했다.
- 26) 시설 입소를 결정한 가족들은 이왕이면 접근성이 좋은 곳에 모셔 자주 볼 수 있기를 희망한다(박재병 2025).
- 27) 2022년 기준 전국 지자체(229개 시군구) 중 약 31%가 관내에 화장시설을 보유하지 않고 있다. 「장사 등에 관한 법률」 제23조에 의거 각 지방자치단체는 시설 이용료를 다른 지역의 주민과 구분하여 부과할 수 있다.
- 28) 타 지역 거주자는 화장시설 예약 순위에서 밀려 늦은 시각에 화장을 하게 되는 경우가 많다. 서울시립승화원의 경우 관외 거주민(서울, 고양, 파주 이외)은 14:10~15:50(13회차)에만 예약이 가능하다.

23. 이러한 문제들은 결국 돌봄 가족의 노동시장 이탈과 장례 절차 전반의 지연·불편으로 이어져, 사회 전체의 경제적·사회적 손실과 부담을 유발한다.

- **(노인요양시설)** 노인요양시설 부족은 돌봄 가족의 노동시장 이탈과 소득 손실을 초래해 경제 성장을 저해하는 등 경제적·사회적 비용을 유발한다. 이영욱(2020)에 따르면 가족 돌봄 제공자의 취업 확률은 6.2%p 낮고 은퇴 확률은 4.8%p 높은 것으로 나타났다²⁹⁾. 특히 비공식 돌봄은 가족 돌봄 청년, 이른바 '영 케어러'^{young carer}가 늘어날 가능성을 높이며 이들이 노동시장 진입 단계에서부터 배제되는 결과를 초래한다. 2022년 가족돌봄청년 실태조사에 따르면, 영 케어러는 주당 평균 21.6시간을 돌봄에 할애하면서 학업 및 취업 준비 기회를 놓치고 있는 것으로 나타났다. 채민석 외(2024)는 이와 같은 비공식 돌봄의 기회비용이 GDP의 0.9%에 달하는 것으로 추정하였다(그림 2.32). 주요 선진국 역시 비공식 돌봄의 기회비용이 GDP의 0.7~1.4%로, 전체 장기요양 비용의 33.3~66.7%를 차지하는 '숨겨진 비용'으로 추정하였다. 이러한 손실은 다시 재정 악화와 노인요양시설 공급 제약으로 이어져, 가족의 노동시장 이탈과 사회적 부담을 가속화할 수 있다(그림 2.33).

비공식 돌봄 비용이 GDP의 1% 내외 노인요양시설 부족이 악순환 초래 미설치 지자체는 화장료를 별도 지원

[그림 2.32] 비공식 돌봄 비용¹⁾을 포함한 장기요양 비용²⁾³⁾

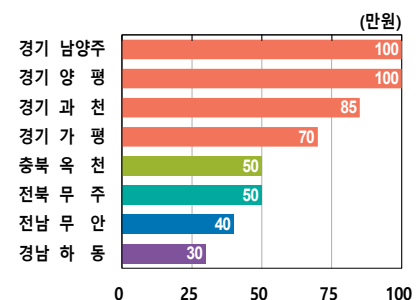


주: 1) 공식 돌봄 비용은 OECD(2023) 기준
 2) 한국 비공식 돌봄 비용은 채민석 외(2024)의 2022년 평균임금 기준. 여가 비용은 미반영
 3) 주요국 비공식 돌봄 비용은 Gruber-McGarry(2023) 기준
 자료: OECD(2023), 채민석 외(2024), Gruber-McGarry(2023)

[그림 2.33] 노인요양시설 부족의 경제적 악순환



[그림 2.34] 화장시설 미설치 지자체의 화장지원금¹⁾



주: 1) 실제 비용이 지원금 이하인 경우, 실비만 지급
 자료: 한국장례문화진흥원

- **(화장시설)** 장례 절차 전반의 지연과 불편은 경제적·사회적 손실을 초래한다. 장례 기간의 연장은 유가족의 생업 복귀를 지연시켜 휴업, 영업 손실 등 생산성 저하로 이어진다. 또한 장거리 운구와 대기시간 증가는 장례비 상승은 물론 교통 혼잡과 같은 외부비용도 확대시킨다. 또한 재정 운영의 비효율도 문제다. 시설이 없는 지자체는 인프라 확충 대신 타 지역 시설 이용료를 지원하는 임시방편에 예

29) 미국에서도 사적 돌봄을 주로 담당하는 여성은 간병 시작 후 고용률이 3~4%p 하락하고 소득도 4~6% 감소하는 것으로 분석된다(Maestas et al. 2024).

산을 투입하고 있다(그림 2.34). 더욱이 팬데믹이나 대형 재난 발생 시 국가 대응 체계 전반에 부담이 가중될 수 있다.

3. 노인요양시설 및 화장시설 수급 문제의 원인

24. 노인요양시설과 화장시설의 수급 불균형은 법률적·행정적 제약 등으로 인해 수요가 집중된 지역일수록 비용 대비 공급자의 편익이 낮아지는 인센티브 불일치에서 비롯된다. 이 장에서는 노인요양시설과 화장시설을 중심으로, 이러한 인센티브 불일치가 어떻게 형성되고 수요가 집중된 대도시권에서 공급 부족으로 이어지는지를 제도적·구조적 측면에서 살펴본다.

노인요양시설 - 부동산 비용 격차 미반영에 따른 수요지 설치 비용 상승

25. 노인요양시설은 고령층의 취약성을 고려하여 정부가 단일 구매자로서 민간 공급자를 관리하는 ‘준시장’^{quasi-market} 체계로 운영된다. 장기요양 서비스는 위기 상황에서 급히 이용되는 데다 사전에 품질을 충분히 평가하기 어려운 경험재적 성격을 지니고 있어, 근본적으로 ‘정보 비대칭’ 문제가 발생한다. 여기에 고령층은 기능·인지 저하로 인해 시설 선택을 가족 등 대리인에게 의존하는 경우가 많고, 입소 이후에는 심리적·물리적 제약으로 인해 다른 시설로 이동하기 어려운 잠금 효과까지 더해진다. 이러한 특성으로 인해 시장 자율에만 의존할 경우 서비스 질 저하나 과도한 요금 부과가 발생할 우려가 크다. 또한 장기요양 시장은 장기적인 돌봄 부담과 높은 비용 수준 때문에 ‘노인 파산’ 가능성을 내포하고 있다³⁰⁾. 이와 같은 구조에서 민간보험에만 의존할 경우 고위험군만 가입하는 역선택이 누적되어 시장이 쉽게 붕괴할 수 있다. 이에 따라 정부는 전 국민 의무가입 방식의 사회보험을 통해 위험을 분산시키고, 동시에 규제 권한을 가진 단일 구매자로서 시장에 개입한다.

26. 이러한 준시장 체계에서 현재 정부는 입소자의 장기요양등급과 이용일수에 따라 모든 시설에 동일한 금액을 지급하는 ‘일당 정액수가제’를 적용하고 있다³¹⁾. 정부는 장기요양등급 판정을 통해 수요를 엄격히 통제하는 가운데 고정된 수가로 서비

30) 미국의 경우 2019년 기준 사립 요양시설 1인실의 연간 비용 중간값은 10.2만 달러를 상회하며, 이는 고령 가구 연간 소득 분포의 하위 90%를 초과하는 수준이다. 이는 중위 자산을 보유한 고령층조차 약 2년이면 자산이 고갈될 정도로, 상당수가 감당하기 어려운 수준이다(Gruber · McGarry 2023).

31) 2026년 노인요양시설 및 노인요양공동생활가정의 1일당 수가는 장기요양등급별로 다음과 같다.

(원)			
장기요양등급	1등급	2등급	3~5등급
▶ 노인요양시설	93,070	86,340	81,540
▶ 노인요양공동생활가정	74,590	69,210	63,800

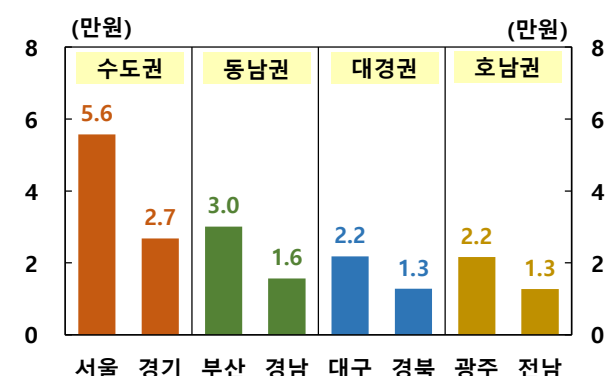
주: 1) 입소자 본인부담금은 수가의 20%

스를 구매함으로써 시장 경쟁을 유도한다. 이와 같이 가격 경쟁이 불가능한 구조에서 민간 공급자는 수익 극대화를 위해 비용을 절감하거나, 서비스 품질을 높여 이용자를 확보하는 전략을 택하게 된다. 이에 정부는 비용 절감에 따른 서비스 질 저하를 방지하고자 가격 기제 대신 행정 규제를 통해 품질을 관리한다. 구체적으로 '토지·건물 소유권 확보 의무', 인력·시설의 최소 구비 기준 규정 등 기본 규제를 적용하는 한편, 구비 기준 초과 달성 시 가산금 지급, 일부 비급여 항목 허용 등 유인 장치도 병행하고 있다. 이러한 일당 정액수가제는 계량화가 어려운 돌봄 서비스의 속성을 반영하는 동시에, 과잉 서비스 제공이나 재정 팽창을 억제하고, 서비스 양극화를 방지하여 제도의 공공성을 유지하는 역할을 한다.

27. 그러나 현행 정액수가제는 지역 간 부동산 비용의 차이를 충분히 반영하지 못하는 측면이 있다. 2025년 3/4분기 중대형 상가 임대료(1층 기준)를 통해 지역별 부동산 비용 격차를 살펴보면, 서울은 m²당 5.6만원으로 경기(2.7만원)에 비해 2배 이상 높다(그림 3.1). 비수도권에서도 부산은 m²당 3.0만원으로 인접한 경남(1.6만원)의 약 2배에 달하는 등 주요 광역시는 인근 지역보다 부동산 비용이 현저히 높은 상황이다. 이러한 지역 간 부동산 비용 격차는 '토지·건물 소유권 확보 의무'와 맞물려 노인요양시설 설립 시 부담해야 하는 초기 자본비용의 차이를 확대하는 구조적 요인으로 작용한다. 현행 '노인의료복지시설의 시설기준 및 직원배치기준'에 따르면 시설 설치자는 해당 토지와 건물의 소유권을 확보해야 하며, 설치 목적 외 용도로는 지당권 설정이 금지된다. 또한 설치 목적에 따른 지당권 설정의 경우도 피담보채권액과 입소보증금의 합계가 건설원가의 80퍼센트를 초과할 수 없다.

지역별로 부동산 비용이 큰 편차를 보임

[그림 3.1] 지역별 중대형 상가¹⁾ 임대료²⁾(25.3/4분기)



주: 1) 3층 이상이거나 연면적 330m²(약 100평) 초과 상가
2) 월세 환산임대료로 1층 기준
자료: 한국부동산원

서울은 부동산 비용으로 정상적 수익 창출이 어려움

[표 3.1] 노인요양시설의 월간 수익 구조(정원 30명)

	서울	강남	경기	부산	경남
▶매출(A) ¹⁾²⁾	8,343				
- 1등급 입소자	1일당 9.3 × 15명 × 31일 = 4,328				
- 2등급 입소자	1일당 8.6 × 15명 × 31일 = 4,015				
▶최소비용(B)	9,158	9,767	7,112	7,345	6,326
- 최소인건비	8,343 × 62.5% = 5,214				
- 최소임대료(a×b)	3,944	4,552	1,897	2,131	1,112
· 면적기준(a)	1명당 23.6m ² × 30명 = 708m ²				
· m ² 당 월 임대료 ³⁾ (b)	5.6	6.4	2.7	3.0	1.6
▶최대수익(A-B)	-815	-1,424	+1,231	+997	+2,017

주: 1) 장기요양 1~2등급 입소자를 절반씩 유치했다고 가정
2) 장기요양급여는 26년 기준
3) m²당 월 임대료는 25.3/4분기 중대형 상가 기준
자료: 자체 시산

28. 부동산 비용의 지역 간 편차가 수가에 반영되지 않는 인센티브 구조로 인해, 고령층이 많아 수요가 충분하나 부동산 비용이 높은 대도시권에서는 노인요양시설

공급이 제약을 받는 구조가 형성된다. 노인요양시설 운영에는 인력 고용, 식자재, 의료소모품 등 운영비뿐만 아니라 안전시설 설치, 숙식 제공용 집기 구비, 리모델링 등 시설 투자비까지 다양한 비용이 발생하며, 대부분 항목에 대해 서비스 질 유지 목적의 최소 기준이 법령으로 구체적으로 규정되어 있다. 예를 들어 인력의 경우 입소정원 규모에 맞춰 간호·요양 인력을 의무적으로 배치³²⁾해야 하며, 보험급여의 일정 비율 이상을 인건비로 집행하도록 규정한 ‘인건비 지출비율’³³⁾도 준수해야 한다. 시설 측면에서도 입소자 1인당 23.6㎡(약 7평) 이상의 면적을 확보해야 한다. 이러한 기준은 ‘토지·건물 소유권 확보 의무’와 맞물려 사업자가 5층 내외 규모의 건물과 토지를 소유하고 단독으로 사용할 수 있어야 함을 의미한다(박재병 2025). 따라서 대도시권에서는 높은 토지·건물 매입비로 인한 금융비용과 기회비용이 발생한다.

29. 실제로 노인요양시설의 수익 구조를 개략적으로 시산해 보면, 대도시권에서는 높은 비용으로 인해 경영 이익이 크게 발생하기가 어렵다는 점이 드러난다. 장기요양 1~2등급 입소자를 각각 절반씩 유치한 정원 30명 규모의 시설을 가정할 경우, 2026년 기준 수가(1등급 93,070원, 2등급 86,340원)를 적용한 월 매출은 전국 공통으로 8,343만원이다(표 3.1). 또한 2025년 7월 고시된 ‘인건비 지출비율’인 62.5%를 적용하면 인건비로 최소 5,214만원을 지출해야 하며, 이 역시 지역별 차이가 없다. 그러나 ‘토지·건물 소유권 확보 의무’에 따른 자본비용을 임대료 수준의 기회비용으로 환산해 반영하면 지역 간 수익성 격차는 뚜렷이 관찰된다. 사업자는 입소자 1인당 23.6㎡ 이상의 면적 기준에 따라 최소 708㎡의 시설 면적을 확보해야 한다. 이를 기준으로 2025년 3/4분기 중대형 상가 임대료를 적용하면, 경남은 월 1,112만원의 비용이 반영되어 2,017만원의 흑자가 발생한다. 반면 서울은 월 3,944만원의 비용이 발생하여 815만원의 적자가 나게 되며, 특히 서울 강남은 부담이 더욱 커져 월 1,424만원에 달하는 적자가 발생한다. 물론 시설이 반드시 상업 중심지에 위치해야 하는 것은 아니므로 중대형 상가 임대료가 자본비용을 완전히 대체한다고 보기는 어렵다. 또한 중요한 추가 수익원인 상급 침실 이용료 등 비급여 항목³⁴⁾이 분석에서 제외된 점도 고려해야 한다. 그럼에도 불구하고 소모품 등 기타 비용을 제외한 단순 시산만으로도 현행 구조하에서 대도시권 내 공급이 상대적으로 불리함을 보여준다.

30. 이와 같이 수가와 비용이 다른 인센티브 불일치로 인해 부동산 비용이 높은 지역에서 노인요양시설 양적 공급이 부족해지는 점은 실증분석을 통해서도 확인된다. 2016~2024년 시군구별 장기요양 1~2등급자수³⁵⁾ 대비 노인요양시설 잔여정원 비율의 결정요인을 공간패널모형^{spatial panel data model}으로 분석하였다³⁶⁾. 그 결과, 지

32) 「노인의료복지시설의 시설기준 및 직원배치기준」의 「6. 직원의 배치 기준」

33) 「장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시」의 제11조의2

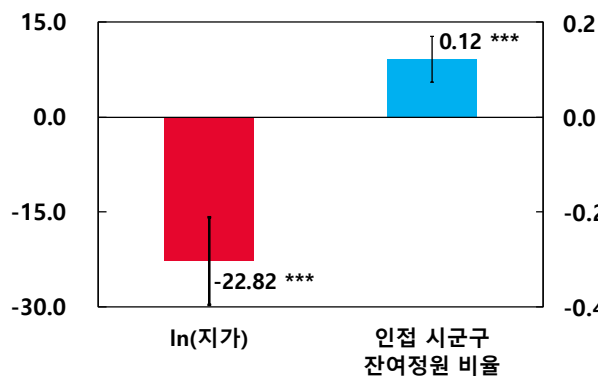
34) 현재 「노인장기요양보험법 시행규칙」 제14조에 근거하여 노인요양시설은 식사재료비, 상급 침실(1~2인실) 이용료, 이미용비, 그 외 보건복지부 고시 비용에 한해 비급여 항목으로 청구할 수 있다.

35) 생애말기 고령인구수는 시군구별 자료를 확보하기 어려웠다. 이에 따라 노인요양시설 잠재 수요 지표로서 장기요양 1~2등급자수를 대신 활용하였다.

가³⁷⁾가 10% 높을수록 잔여정원 비율이 약 2.3%p 감소하는 것으로 추정되었다(그림 3.2). 즉, 장기요양 1~2등급자 천명인 지역에서 23명의 입소정원이 감소함을 의미한다. 이러한 결과는 부동산 비용이 높을수록 시설 운영자의 투자 회수 가능성이 낮아져 공급이 제약되는 것으로 해석할 수 있다. 아울러 인접 지역의 잔여정원 비율이 10%p 낮아질 경우 해당 지역의 잔여정원 비율도 1.2%p 감소하는 것으로 나타났다. 이러한 지역 간 상호작용^{spatial dependence}은 지가가 높은 지역의 초과 수요가 지역 내에서 해소되지 못하고 인근으로 이동할 수 있음을 보여준다. 결론적으로 생애말기 고령인구가 적시에 가까운 곳에서 시설요양 서비스를 이용하기 어려운 환경이 조성되고 있음을 시사한다.

지가가 높을수록 노인요양시설 잔여정원이 감소

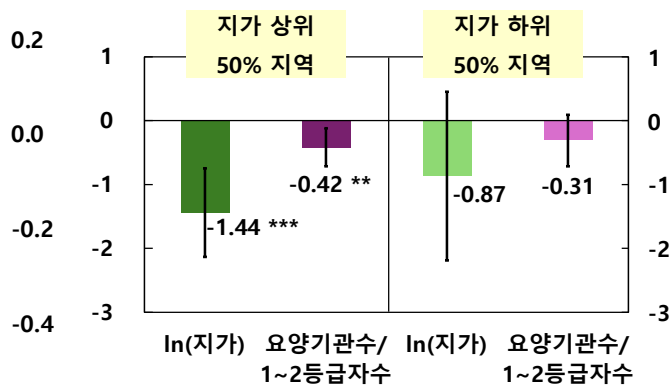
[그림 3.2] 지역별 지가¹⁾와 노인요양시설 잔여정원 비율²⁾ 간 관계 - 공간패널모형 추정결과³⁾⁴⁾



주: 1) 표준지 공시지가는 로그 변환
2) 해당 지역의 장기요양 1~2등급자수 대비(%)
3) 2016~2024년 전국 시군구를 대상으로 분석
4) 막대는 계수 추정치, 수직선은 90% 신뢰수준을 의미
자료: 자체 시산

지가가 높을수록 시설평가점수가 낮음

[그림 3.3] 지역별 지가¹⁾와 노인의료복지시설 평가점수²⁾ 간 관계 - 단순회귀모형 추정결과³⁾⁴⁾



주: 1) 표준지 공시지가는 로그 변환
2) 2021년 기준 국민건강보험공단 노인의료복지시설 평가점수를 시군구별로 평균
3) 요양기관은 시설요양 서비스를 제공하는 노인요양시설, 노인요양공동생활가정 및 요양병원을 의미
4) 막대는 계수 추정치, 수직선은 90% 신뢰수준을 의미
자료: 자체 시산

31. 아울러 부동산 비용이 높은 지역에서는 서비스의 질이 저하되는 경향도 관찰된다. 대도시권에 위치한 시설은 과도한 자본비용으로 수익성 확보가 어려워 서비스 개선에 투입할 재원이 한정된다. 사업자는 인건비나 재료비 등 운영비를 절감하여 수지를 맞추려 하고, 이는 곧 서비스 질 저하로 이어진다. 또한 높은 부동산 가격은 노인요양시설의 진입장벽을 높여 경쟁을 제한함으로써 기존 사업자의 서비스 개선 유인을 약화시킬 수 있다. 실제로 2021년 국민건강보험공단의 노인의료복지시설 평가점수를 시군구 단위 회귀모형으로 분석한 결과, 지가 상위 50% 지역은 지가가 10%

36) 공간패널모형은 여러 지역을 여러 시점에 걸쳐 관측한 패널자료를 실증 분석하기 위한 계량경제 모형으로, 지역 간의 상호작용(spatial dependence)을 반영한다는 특징을 갖는다. 분석 방법, 변수 구성, 데이터 출처 등은 <별첨 2>를 참조하기 바란다.

37) 상업용 부동산 임대동향조사는 시군구 단위의 자료가 제공되지 않아, 부동산 비용 지표로 한국부동산원의 표준지 공시지가를 활용하였다.

높을수록 평가점수가 0.14점 유의하게 낮아지는 것으로 추정되었다³⁸⁾(그림 3.3). 이는 경쟁 여건(장기요양 1~2등급자수 대비 요양기관수)을 통제했을 때, 부동산 고비용 지역에서는 부동산 비용 상승이 서비스 질 하락으로 이어짐을 실증적으로 보여준다.

화장시설 - 님비현상 · 행정적 제약에 따른 수요지 설치 장벽 강화

32. 화장시설은 지역 사회에서 대표적인 기피 시설로 인식되고 있다. 이는 정서적 거부감과 환경·경제적 우려가 복합적으로 작용한 결과다. 우선 생활권 내에 유해를 화장하는 시설이 존재한다는 사실 자체가 심리적 불편을 초래한다. 죽음을 금기시하는 문화가 열어졌음에도 이를 상징하는 공간에 대한 거부감은 여전히 남아 있다. 또한 소각 과정에서 매연, 분진, 악취 등 유해 물질이 발생할 수 있다는 불신이 깊다. 최신 정화 기술의 발전으로 ‘무색·무취·무연’에 가까운 운영이 가능해졌음에도 불구하고, 건강 피해에 대한 우려는 쉽게 사라지지 않고 있다. 여기에 운구 행렬로 인한 교통 혼잡, 시설 주변의 침울한 분위기 등 현실적 불편도 지적된다. 무엇보다 지역 이미지 손상에 따른 부동산 가치 하락 가능성이 핵심 우려로 작용한다.

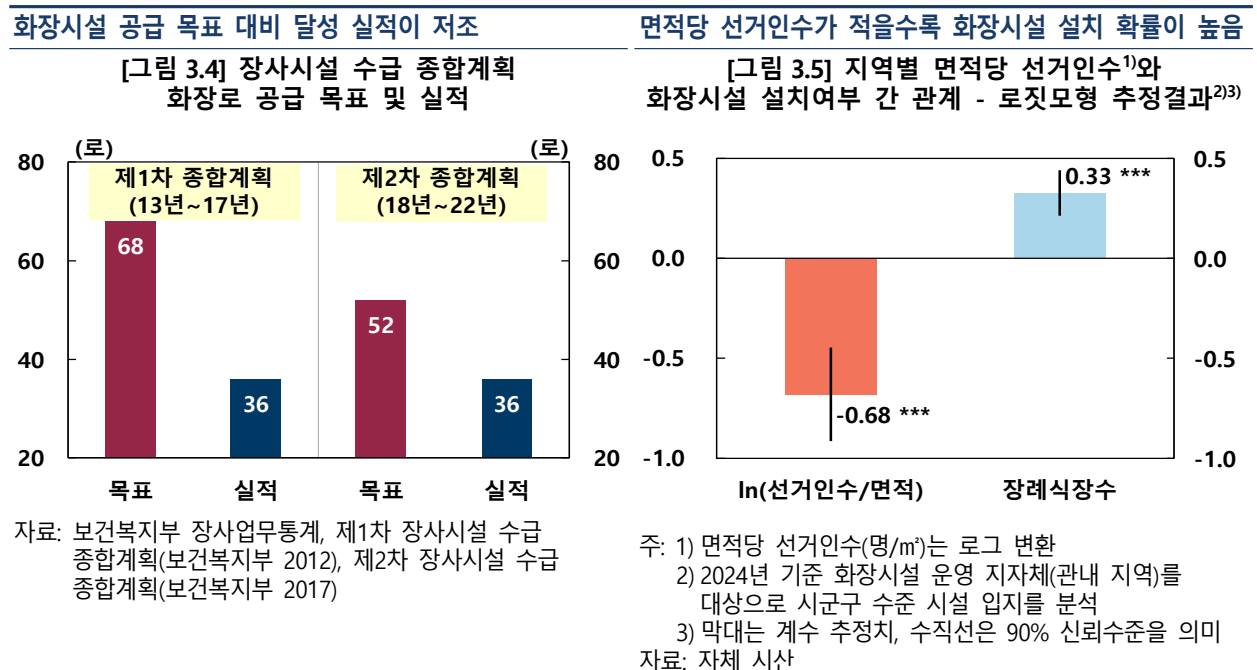
33. 이러한 부정적 인식은 사회 전체가 화장시설의 혜택을 공유하는 반면 비용은 입지 지역에 집중되는 구조로 인해 님비현상으로 표출되고 있다. 화장시설은 임종 지원, 공중보건 확보, 국토의 효율적 활용 등 편익을 사회 전체에 폭넓게 제공한다. 반면 환경 우려, 생활 불편, 지역 이미지 손상 등 비용은 설치 지역 주민에게만 집중된다. 이로 인해 지역 주민은 상대적 박탈감을 느껴 집단적으로 반대 의사를 표출하게 되고, 지자체는 민원, 시위 등 정치적 부담을 떠안게 된다. 특히 신규 설치의 어려움을 고려해 시설이 대규모로 조성되는 경향은 이러한 비용 집중을 더욱 심화시킨다. 결국 화장시설을 둘러싼 님비현상은 단순한 지역 이기주의가 아니라 특정 집단에 비용이 편중되는 상황에 대한 합리적 대응으로 볼 수 있다.

34. 이 같은 님비현상은 심각한 사회적 갈등과 행정적 제약을 유발하여, 화장시설의 적기 공급을 저해하고 있다. 실제로 주민 반대와 보상 문제로 건립이 지연되거나 무산되는 사례가 빈번하다. 1998년 사업을 시작한 서울추모공원은 14년간의 법적 분쟁 끝에 2012년에야 개원하였고, 2006년 추진된 하남시 화장시설은 사상 초유의 시장 주민소환투표³⁹⁾까지 겪으며 2008년 백지화되었다. 더욱이 님비현상은 지자체의 신중한 대응으로 이어져 민간의 시장 진입을 제약하는 주요 요인으로 작용한다. 현행 ‘장사 등에 관한 법률’은 신고만으로 민간 화장시설 설치를 허용하고 있다. 그러나 실제로는 주민 반대를 우려한 지자체의 판단으로 민간의 시장 진입이 제한적인 상황이다. 일례로 2018년 양평군에서 한 재단법인이 사설 화장시설 설치를 신고했으

38) 분석 방법, 변수 구성, 데이터 출처 등은 <별첨 3>을 참조하기 바란다.

39) 2007년 12월 12일 시장에 대한 주민소환투표가 사상 처음으로 실시되었으나 투표율이 유권자 3분의 1에 미달해 개표 요건을 충족하지 못함에 따라 자동 부결되었다.

나, 군은 주민 반대를 이유로 이를 불허했다. 이후 행정소송에서도 ‘국토의 계획 및 이용에 관한 법률’상 용도지역 제한에 대한 지자체의 재량권을 인정해 불허 처분이 정당하다는 판결이 내려졌다. 이러한 행정적 제약으로 인해 전국 화장시설 62개소 중 61개소가 공공 운영에 의존하는 쏠림 구조가 고착화되었다⁴⁰⁾. 결과적으로 정부가 5년 단위의 ‘장사시설 수급 종합계획’을 통해 공급 목표를 수립·추진하며 공급 확대를 적극 도모하고 있음에도, 실제 달성률은 1차 52.9%, 2차 69.2%에 그쳐 여전히 시설 확충이 지체되고 있다(그림 3.4).



35. 특히 화장시설이 수요가 집중된 대도시권이 아니라 사회적 영향력이 약한 인구 희소 지역에 입지하는 경향을 보이고 있다. 도시계획 측면에서 화장시설은 장례식장·병원과의 거리, 도로 접근성, 기반시설과의 연계성 등을 고려할 때 대도시 내에 위치하는 것이 효율적일 수도 있다. 그러나 실제 입지는 주민들이 민원과 소송 등을 통해 정치적 압력을 행사할 수 있는 ‘집단행동’^{collective action} 역량에 크게 좌우된다(Hamilton 1993). 즉, 인구 밀집 지역은 화장 수요가 높음에도 사회적 영향력이 강하므로, 지자체는 결국 갈등 비용이 낮은 외곽 지역을 선택하게 된다.

36. 실제로 사회적 영향력이 약할수록 화장시설 설치 가능성이 높아지는 점은 실증분석을 통해서도 확인된다. 2024년 기준 화장시설 설치 지자체(관내 지역)를 대상으로 시설 입지와 면적당 선거인수 간의 관계를 로짓모형으로 분석하였다⁴¹⁾. 여기서 면적당 선거인수는 ‘1인 1표’ 원칙에 따라 관할 면적 대비 표가 많을수록 사회적

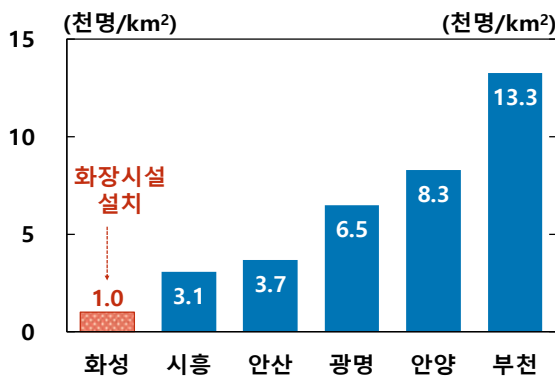
40) 민간 화장시설로는 전남 곡성의 「청계원」이 유일하나, 이 또한 개장 유골 전용 시설이다.

41) 분석 방법, 변수 구성, 데이터 출처 등은 <별첨 4>를 참조하기 바란다.

영향력이 커짐을 반영한다. 분석 결과, 면적당 선거인수가 10% 작을 때 화장시설 설치 오즈_{odds}(미설치 확률 대비 설치 확률 비율)는 $7.4\%(=0.9^{-0.68}-1)$ 상승하는 것으로 추정되었다(그림 3.5). 이는 화장 수요(장례식장수)를 통제한 상태에서 면적당 선거인수가 절반 수준으로 감소하면 설치 확률이 약 2배로 높아짐을 의미한다⁴²⁾. 실제로 6개 지자체(화성, 시흥, 안산, 광명, 안양, 부천)가 공동 건립한 화성 함백산추모공원 사례에서도 화성의 면적당 선거인수가 가장 작은 것으로 나타나, 사회적 영향력이 입지 선정의 주요 배경임을 뒷받침한다(그림 3.6).

사회적 영향력이 약한 화성에 화장시설이 설치

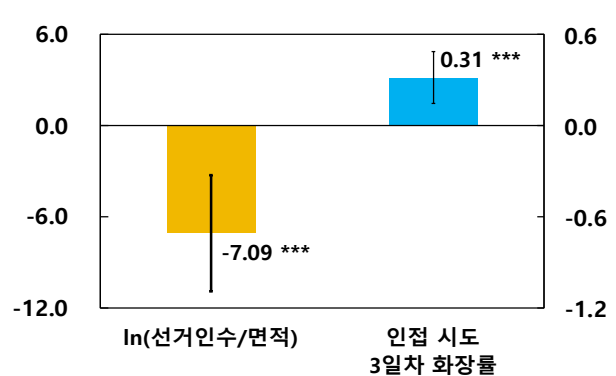
[그림 3.6] 함백산추모공원 공동 건립 지자체의 면적당 선거인수¹⁾



주: 1) 군포는 건립 이후인 2023년 추가 참여
 자료: 국토교통부, 중앙선거관리위원회 제8회 전국동시지방선거 읍면동별 개표결과

면적당 선거인수가 많을수록 3일차 화장률이 낮음

[그림 3.7] 지역별 면적당 선거인수¹⁾와 3일차 화장률¹⁾ 간 관계 - 공간패널모형 추정결과²⁾³⁾



주: 1) 면적당 선거인수(명/km²)는 로그 변환, 3일차 화장률은 % 기준
 2) 2019~2023년 17개 광역자치단체를 대상으로 분석
 3) 막대는 계수 추정치, 수직선은 90% 신뢰수준을 의미
 자료: 자체 시산

37. 님비현상에 따른 입지 왜곡은 시설 건립을 반대했던 지역 주민이 결국 시설 부족의 피해를 겪게 되는 '부메랑 효과'를 초래하며, 사회 전체 차원에서도 비효율을 확대시키는 요인으로 작용한다. 화장시설이 외곽으로 밀려나면서, 미설치 지역 거주민은 제때 장례를 치르지 못하거나 원거리 이동에 따른 시간·비용을 감수해야 한다. 실제로 2019~2023년 광역자치단체별 3일차 화장률을 공간패널모형으로 분석한 결과, 면적당 선거인수가 10% 많을수록 3일차 화장률은 0.7%p 낮아지는 것으로 추정되었다⁴³⁾(그림 3.7). 이러한 비효율은 개인의 불편에 그치지 않는다. 외곽 입지는 불필요한 이동 비용과 교통 혼잡을 야기할 뿐만 아니라, 시설 운영 측면에서도 물류 비용 상승 등의 부작용을 낳는다. 나아가 시설 부족 지역의 '원정 화장'은 다른 지역의 수급 불균형까지 심화시킨다. 실증분석에서도 인접 지역의 3일차 화장률이 1%p 낮을 경우 해당 지역의 3일차 화장률도 0.3%p 유의하게 낮아, 이러한 지역 간 연관성이 확인된다.

42) 면적당 선거인수(로그변환치 기준)가 평균 수준일 때 화장시설 설치 확률은 10.8%로 추정된다. 만약 면적당 선거인수가 평균의 절반 수준으로 감소할 경우 설치 확률은 20.4%로 2배 정도 상승하게 된다.

43) 분석 방법, 변수 구성, 데이터 출처 등은 <별첨 5>를 참조하기 바란다.

4. 노인요양시설 및 화장시설의 공급 확충 방안

38. 노인요양시설과 화장시설의 공급 확충을 위해서는, 공공의 체계적 관리 하에서 민간의 자본과 운영 효율성을 활용할 수 있도록 규제를 정비하는 방향에서 해법을 모색할 필요가 있다. 이 장에서는 노인요양시설과 화장시설을 중심으로 민간 참여를 확대하기 위한 규제·인센티브 재설계 방안과 그 기대효과를 제시한다.

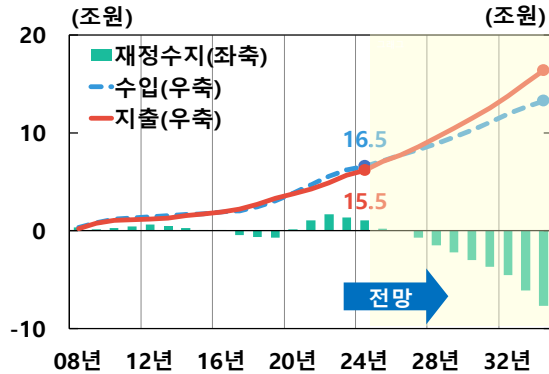
정책방향 - 법률적·행정적 제약 정비를 통한 산업 활성화

39. 노인요양시설과 화장시설의 공급을 민간 자율에만 맡길 경우 심각한 부작용이 발생할 수 있어 정부의 적극적인 관리가 필요하다. 앞서 언급했듯이, 노인요양시설은 ‘정보 비대칭’으로 인해 소비자가 서비스 품질을 사전에 정확히 파악하기 어렵다. 이 때문에 시장 원리에만 의존하면 사업자가 인력, 식자재 등 필수 비용을 절감하여 수익을 확보하는 데 치중하기 쉽다. 이는 서비스 질 저하는 물론 노인 권익 침해와 같은 사회적 문제로 이어질 수 있다. 또한 가족의 경제활동 지원이나 의료 시스템 부담 완화 등 사회적 편익이 가격에 반영되지 않아 공급 부족이 발생할 가능성이 높다. 화장시설 역시 넘비현상에 따른 주민 갈등과 부지 확보난이 민간 사업자에게 높은 진입장벽으로 작용한다. 아울러 수익성이 낮은 지역의 공급 부족, 지역 독점에 따른 과도한 요금, 환경·안전 설비 미비 등 국민 후생을 저해하는 문제도 발생할 수 있다. 따라서 두 시설의 안정적 운영과 공공성 확보를 위해 정부의 관여는 필수적이다.

40. 그러나 급증하는 수요를 정부가 전적으로 감당하기에는 재정적·운영적 한계가 크다. 향후 25년간 생애말기 고령인구가 2배 이상 늘어날 것으로 예상되는 상황에서, 부지 확보부터 운영까지 모든 비용을 공공 재원으로 충당하는 것은 미래 세대에 과도한 재정 부담을 전가할 위험이 있다. 이미 장기요양보험 지출은 2008년 제도 도입 이후 2024년까지 연평균 25.6%의 높은 증가세를 이어가고 있다(그림 4.1). 향후 10년간도 연평균 10.2% 증가하여, 2027년에는 재정수지가 구조적 적자로 전환되고 2030년에는 누적준비금(2024년 4.1조원)이 완전히 고갈될 전망이다(국회예산정책처, 박선아 2025). 화장시설의 경우에도 원가가 34만원 정도임에도 이용료는 10만원 내외에 그쳐, 수요 증가가 국고 보조 부담으로 직결되고 있다(주현정 2024). 실제로 서울시 화장시설을 운영하는 서울시설공단 추모시설운영처의 순지출예산은 2016년 84억원에서 2025년 337억원으로 연평균 16.7% 증가했다(그림 4.2). 운영 역량의 한계도 뚜렷하다. 공공 부문은 절차의 복잡성으로 인해 돌봄 수요 급증과 치매, 재활 등 수요의 다변화에 신속히 대응하는 데 제약이 존재한다. 화장시설 역시 막대한 설비 투자를 행정조직만으로 적기에 해결하기에는 정치적·행정적 부담이 크다. 결국 정부 주도의 공급 방식만으로는 필수 서비스의 지속 가능성을 담보하기 어렵다.

장기요양보험 지출은 높은 증가세 지속 전망

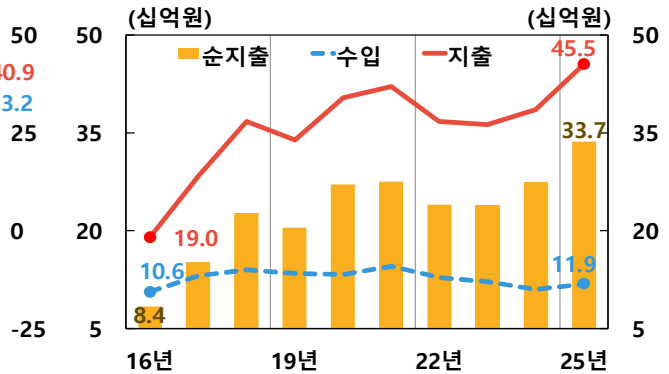
[그림 4.1] 노인장기요양보험 재정 규모



자료: 국민건강보험공단, 국회예산정책처(박선아 2025)

서울시 장사시설 순지출예산이 가파르게 증가

[그림 4.2] 서울시시설공단 추모시설운영처 순지출예산¹⁾²⁾



주: 1) 편성액 기준

2) 2025년 화장료 수입은 78억원으로 전체 수입의 66%를 차지

자료: 서울시시설공단 추모시설운영처

41. 따라서 정부는 관리·감독과 취약계층 지원 등 공공의 역할에 충실하되, 법률적·행정적 제약의 정비를 통해 민간의 자본과 효율성을 활용하는 '산업적 관점'의 정책 접근을 고려할 필요가 있다. 정부는 엄격한 관리와 재정 지원을 통해 노인요양시설과 화장시설의 품질, 접근성, 형평성을 보장해야 한다. 동시에 시설 확충과 서비스 혁신의 영역에서는 민간이 주도적으로 참여할 수 있도록 '시장 조성자'로서의 역할에 집중해야 한다. 특히 수요가 높은 지역일수록 비용 부담이 확대되어 오히려 기대 수익이 낮아지는 인센티브 불일치를 해소함으로써, 급증하는 돌봄·장례 수요를 '사회적 부담'이 아닌 '산업적 기회'로 전환할 필요가 있다.

- **(노인요양시설)** 대도시권 내 노인요양시설 공급을 확대하기 위해서는 전국 단일 수가와 지역별 부동산 비용 간의 괴리를 해소하는 것이 급선무이다. OECD(2024)는 돌봄 서비스의 접근성, 경제성, 품질을 동시에 확보하기 위해 가격·품질 정보 공개, 시장 감시 강화, 불필요한 진입 규제 완화를 제안하였으며, 특히 지역 간 비용 차이를 반영하지 못하는 현행 단일 수가 체계는 대도시권 민간 진입을 제약하는 핵심 장벽이므로 합리적 조정이 필요하다.
- **(화장시설)** 공공 중심의 공급 구조에서 벗어나 민간 참여를 확대하기 위해서는 '혜택 공유 - 비용 집중' 문제를 완화하는 제도 정비가 요구된다. 이는 ① 설치 지역의 비용 부담 완화, ② 설치 지역의 혜택 확대, ③ 비설치 지역과의 비용 분담 등으로 나누어 볼 수 있다. 다만 지금까지의 논의는 주로 공공 사업 추진 과정에서 갈등 관리에 초점이 맞춰져 있어, 민간 자본의 참여를 촉진하는 데에는 일정한 제약이 있었던 것으로 평가된다. 이에 따라 민간 공급을 보다 효과적으로 유도할 수 있는 구체적인 제도 정비 방안을 모색할 필요가 있다.

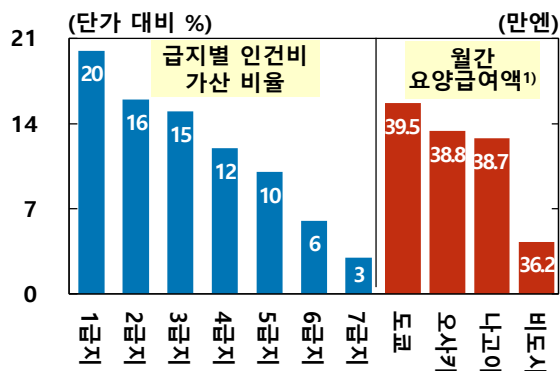
노인요양시설 확충 방안 - 귀속임대료^{imputed rent} 비급여화

42. 부동산 비용의 지역 간 편차가 수가에서 반영되지 않는 인센티브 불일치를 완화해 노인요양시설을 확충하기 위한 방안으로 '귀속임대료 비급여' 도입을 적극 검토할 필요가 있다. 이는 '요양비'와 '거주비'를 분리하고, 토지·건물 소유로 인한 기회비용인 귀속임대료를 법정 비급여 항목으로 지정하여 이용자가 부담하도록 하는 방식이다. 이 제도가 도입되면 이용자는 가족과의 거리나 생활권, 경제적 여건에 맞춰 주거 환경을 보다 폭넓게 선택할 수 있다. 또한 고비용 지역에 과도한 공공 재정이 투입되는 데 따른 지역 간 형평성 논란을 완화하고 장기요양보험 재정 악화를 방지할 수 있다.

43. 주요 선진국도 방식은 다르지만, 부동산 비용의 지역별 편차를 제도적으로 보정함으로써 대도시권 내 돌봄 서비스의 안정적 공급과 공평한 접근을 유도하고 있다(OECD/WHO 2021). 네덜란드는 우리나라와 유사하게 일당 포괄수가제를 적용하면서도, 도시 지역에는 추가 가산금^{markup}을 지급한다(Bakx et al. 2020). 가산금은 보건의료청이 설정한 가격 범위 내에서 지역 구매 사무소와 공급자 간 협상을 통해 결정되며, 전국 단일 요율의 한계를 보완하고 대도시권 요양시설의 안정적 운영을 지원한다. 일본 또한 도쿄 등 대도시와 지방 간 비용 격차를 반영하기 위해 '지역구분' ^{地域区分} 등급제를 운영하고 있다(厚生労働省 老健局 2023). 고비용 지역에 인건비를 기준으로 수가를 가산하는데, 대도시는 통상 부동산 비용도 높기 때문에 이러한 조정은 부동산 비용을 간접적으로 보전하는 효과를 갖는다(그림 4.3). 독일의 경우 돌봄비용은 장기요양보험이 부담하되, 건축비·임대료에 해당하는 투자비용^{Investitionskosten}은 입소자가 부담하는 구조를 채택하고 있다(Geyer et al. 2023). 투자비용은 지역별 협상을 통해 시장 가격에 맞춰 책정되므로, 지역 간 편차가 자연스럽게 반영된다.

일본은 고비용 지역에 대해 수가를 상향 조정

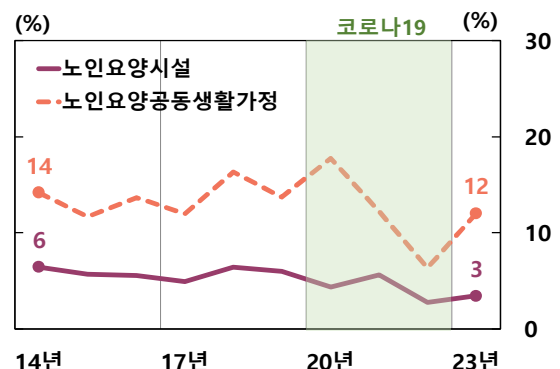
[그림 4.3] 일본 개호보험의 급지별 수가 가산 비율 및 주요 지역별 월간 요양급여액¹⁾(24년)



주: 1) 중증인 요개호 5등급자의 1개월 최대 급여액 기준
자료: 일본 후생노동성

임차가 허용된 노인요양공동생활가정 폐업률이 높음

[그림 4.4] 노인의료복지시설 폐업률¹⁾²⁾



주: 1) 해당연도 폐업기관/해당연도 활동기관
2) 18~19년, 21~23년은 국민건강보험공단 폐업기관 현황을 이용하여 자체 시산
자료: 최도자 의원실(2018), 이희승 외(2021), 국민건강보험공단, 자체 시산

44. 귀속임대로 비급여화는 ‘노인요양시설 임차 운영 허용’에 따르는 주거 불안정과 돌봄의 공공성 저해 우려를 해소할 수 있는 보다 합리적인 대안이다. 그동안 토지·건물 소유와 운영을 분리하는 임차 운영 방식⁴⁴⁾을 허용해야 한다는 요구가 제기되어 왔다. 그러나 임차 운영은 초기 투자비용을 낮출 수는 있어도 ‘수가-비용 불일치’ 문제를 근본적으로 해소하지 못한다. 더 나아가, 시설의 안정적 운영을 저해하는 여러 부작용을 초래할 가능성이 크다. 우선 사업자 파산이나 시설 매각 시 입소자가 강제 퇴소될 위험이 있어, 주거권이 직접적으로 침해될 수 있다. 실제로 임차 운영이 허용된 노인요양공동생활가정의 폐업률은 노인요양시설에 비해 높은 수준을 지속해 이러한 위험을 뒷받침한다(그림 4.4). 영국에서는 최대 요양시설 운영업체였던 Southern Cross Healthcare가 ‘매각 후 재임차’^{Sale & Leaseback} 모델로 전환한 이후 임차료 급등을 감당하지 못해 2012년 파산하면서, 대규모 돌봄 위기를 초래한 사례도 존재한다. 또한 사모펀드 등 투기성 자본 유입에 따른 부작용도 우려된다. 임차료, 이차비용 등을 과다 책정한 뒤 특수관계자에게 이전하는 터널링^{tunneling}을 통해 공적자금을 유출하거나, 수익 극대화를 위해 서비스 질을 떨어뜨릴 위험이 높아진다. 미국을 대상으로 한 실증연구에 따르면, 요양시설 이익의 68%가 특수관계자로 이전되었으며, 사모펀드 소유 시설의 사망률은 간호 인력 부족 등의 영향으로 평균 대비 11%⁴⁵⁾ 높은 것으로 나타났다(Gandhi·Olenski 2024, Gupta et al. 2024). 그러나 본고가 제안하는 ‘귀속임대로 비급여화’는 토지·건물 소유권 확보 의무를 유지함으로써 주거 안정성을 담보한다. 동시에 부동산을 이미 소유한 기존 사업자에게도 동일한 비급여 혜택을 적용함으로써 형평성 논란을 최소화하고 정책 수용성을 높일 수 있다.

45. 다만 귀속임대로의 비급여 전환은 일부 대도시권에서 시설 이용 비용 상승으로 이어질 소지가 있는 만큼, 이에 대한 보완책으로 ‘사전 저축 제도’나 ‘주택연금 연계’ 등의 방안을 함께 검토할 필요가 있다. 베이비붐 세대 등 신규 고령층은 축적된 자산 등을 바탕으로 이전 세대에 비해 재정적 여력이 상대적으로 크며, 장기요양서비스에 대해 추가 비용을 지불할 의향이 있다는 응답도 81.9%에 달하는 것으로 조사되었다(한국보건사회연구원, 이윤경 외 2020). 그럼에도 불구하고 보험 가입 등을 통한 개인 차원의 사전 대비는 전반적으로 미흡하다. 이는 장기요양을 막연한 미래 위험으로 인식하거나 돌봄 상황 자체를 심리적으로 회피하려는 이른바 ‘장기요양보험 퍼즐’^{insurance puzzle} 현상 때문으로 분석된다(Brown·Finkelstein 2011). 따라서 개인이 사전에 실질적인 지불 능력을 갖추 수 있도록 하는 제도적 장치가 필요하다. 청·장년기부터 국민연금과 연계한 장기요양 전용 계정이나 민간 신탁을 통해 비급여 항목에 사용될 비용을 적립하고, 고령층 자산이 부동산에 편중된 점을 고려해 주택연금 수령액의 일부를 비급여 항목으로 연계하는 방안을 검토할 수 있다.

44) 노인요양시설 임차 운영은 장기요양제도 도입 초기에 허용되었으나 2010년 금지된 바 있다. 이미진·전용호(2024)는 임차 운영이 허용된 당시에도 대도시권 공급 확충 효과가 미미했던 것으로 평가하였다.

45) 동 추정치는 사모펀드 소유 요양시설이 건강 위험이 낮은 환자를 유치하는 경향, 즉 선택 편향을 통계적으로 보정한 결과이다.

46. 아울러 귀속임대료를 비급여로 전환할 경우 일부 시설의 비용 부담이 증가할 수 있으므로 이에 상응하는 서비스 질 개선이 이루어지도록 관리·감독을 강화하고, 입소자가 원할 경우 시설 간 이동이 원활히 이루어질 수 있도록 제도적 장치를 보완할 필요가 있다. 현재 국민건강보험공단은 시설 평가 결과를 공개함으로써 공급자와 소비자 간 정보 비대칭을 완화하고 품질 경쟁을 유도하고 있다. 그러나 공급자가 실제 서비스 개선보다는 점수 관리에 치중하거나, 평가에 불리한 중증 입소자를 기피하는 등 한계도 존재한다. 이를 보완하기 위해 입소자 또는 가족의 요청 시 시설 이동이 원활히 이루어지도록 지원을 더욱 강화할 필요가 있다. 즉, 불만이 있어도 기존 시설에 남아야 했던 이용자가 실질적으로 ‘발로 하는 선택’^{vote with their feet}을 행사할 수 있는 환경을 조성해야 한다. 구체적으로 이용자 피드백 시스템을 구축하고, 대체 시설 추천과 입소자 기록 공유 등 행정 절차를 더욱 간소화하는 방안 등을 고려할 수 있다. 이를 통해 보다 낮은 행정 비용으로 시장 자율에 기반한 서비스 질 개선을 유도할 수 있을 것이다.

화장시설 확충 방안 - 병원 장례식장 내 소규모 화장시설 도입

47. 화장시설의 ‘혜택 공유 - 비용 집중’ 구조를 완화하기 위한 방안으로 민간 주도의 소규모·분산형 화장시설 도입을 고려할 수 있다. 이는 다음과 같이 세 가지 경로를 통해 님비현상과 행정적 제약을 완화할 수 있다. 첫째, 설치 지역의 비용 부담을 실질적으로 낮출 수 있다. 대규모 시설 대신 1~2기 규모의 소규모 시설을 도입하면 교통량 증가나 소음 등으로 인한 주민의 심리적 거부감을 줄일 수 있다. 둘째, 설치 지역에 주민 혜택을 연계할 수 있다. 소규모 시설은 대규모 공공시설에 비해 운영 방식과 이용 조건을 지역 여건에 맞게 조정하기 용이해, 주민 대상 우선 이용이나 비용 감면 등 맞춤형 혜택 설계가 상대적으로 수월하다. 셋째, 지역별로 비용을 보다 합리적으로 분담시킬 수 있다. 획일적인 ‘1지자체 1화장시설’ 원칙에서 벗어나 수요가 많은 대도시권 등에 소규모로 분산 설치하면, 수혜 지역이 비용을 직접 부담하게 되어 지역 간 갈등을 줄일 수 있다.

48. 해외에서는 민간 주도의 소규모·분산형 화장시설 운영이 보편화된 국가는 다수 존재한다. 네덜란드는 1990년대 초 장례협동조합, 보험회사 등 민간의 진입을 허용한 이후, 서비스와 이용 경험을 중시하는 ‘소규모 부티크 화장시설’^{Boutique Crematorium}이 확산되었다. 이들 시설은 우수한 건축미와接客 서비스^{hospitality}를 통해 혐오감을 완화하고 유족에게 정서적 위로를 제공하는 데 초점을 둔다(표 4.1). 미국에서는 화장 산업이 일종의 소매 서비스로 인식되고 있다. 장례업체 중 약 30%가 화장시설을 보유·운영하는 방식을 채택하고 있으며(CMA 2019), 비교적 완화된 규제 속에서 소규모 화장시설이 지역사회와 공존하는 구조가 정착되어 있다. 호주 사례 역시 교외

지역의 추모공원이나 묘지 내에 중소형 화장시설을 분산 배치해, 유족에게 경건한 ‘채플 경험’을 제공하는 데 중점을 두고 있다.

네덜란드는 민간 주도의 부티크 화장시설 중심			병원 장례식장 내 화장시설은 충분한 수익성이 기대				
[표 4.1] 네덜란드 부티크 화장시설의 특징 ¹⁾			[표 4.2] 화장시설별 소요 시간 및 비용 비교				
비교항목	네덜란드 부티크 화장시설	우리나라 화장시설	장례식장	중랑구 A 병원	포천시 B 병원		
▶ 운영주체	- 민간 중심	- 지자체 중심	⇒ 화장시설	서초구 공공시설	서초구 공공시설	포천시 B 병원	
▶ 운영철학	- 개인화, 이용 경험	- 효율성, 공공성	⇒ 안치장소	포천시 C 봉안당			
▶ 규모	- 소규모 - 화장로 1~2기	- 대규모 - 화장로 10기 이상	▶ 소요시간	4시간	2.5시간	4.5시간	2시간
▶ 시설	- 추모 중심 - 호텔, 카페 분위기 - 소규모 추모 공간 제공	- 기능 중심 - 관공서, 공장 분위기 - 대합실 제공	- 이동시간	1.5시간 (93km)	1시간 (62km)	2시간 (147km)	0.5시간 (14km)
▶ 가격구조	- 선택 옵션별 다층화	- 공공요금 성격	- 화장시간	1.5시간	1.5시간	1.5시간	1.5시간
▶ 부대시설	- 케이터링 제공	- 구내식당 및 매점	- 화장대기시간 ²⁾	1시간	·	1시간	·
			▶ 화장·이동비용 ¹⁾	112만원	112만원	210만원	210만원
			- 리무진(운구) ³⁾	50만원	·	60만원	·
			- 버스(대형) ⁴⁾	50만원	45만원	50만원	40만원
			- 화장비	12만원	67만원	100만원	170만원

주: 1) Respectrum Crematories, Hart van Berkelland Crematorium 등 화장시설 홈페이지를 참고해 구성

주: 1) 이동비용은 중앙보훈병원 장의차량요금표로 산정
2) 예약시간 30분 전 사전 접수(의무사항) 및 종료 후 정리 시간을 포함
3) 리무진은 화장시설 이동시에만 이용
4) 버스는 경유지가 있을 경우 추가요금을 징수

자료: 중앙보훈병원, 자체 시산

49. 우리나라 여건을 고려할 때 민간 주도의 소규모·분산형 화장시설의 한 형태로 서 ‘병원 장례식장 내 소규모 화장시설 도입’은 실효성 높은 방안이다⁴⁶⁾. 먼저, 설치 지역의 비용 부담을 낮출 수 있다. 영구차 출입이 일상적인 병원 장례식장의 특성상 추가 민원 발생 가능성이 낮고, 기존 공간을 활용함으로써 입지 선정 과정에서의 갈등도 최소화된다. 무엇보다도, 설치 지역에 귀속되는 혜택을 확대할 수 있다. 임종부터 장례, 화장까지를 한 장소에서 마무리하여 유족의 이동 부담과 비용을 절감시킨다. 실제로 정부는 이러한 편익을 종합적으로 고려하여, 2010년 도심 외곽의 전문 장례식장 내 소규모 화장시설 설치를 허용하며 화장 인프라 확충을 도모한 바 있다⁴⁷⁾. 또한 함백산추모공원 등 장례식장·화장시설·추모시설을 통합하여 장례 절차의 효율성과 이용 편의성을 높이는 종합 장사시설이 조성되고 있다. 특히 병원 장례식장은 의료비 감면 등 의료기관과의 연계성을 통해 장례·화장 이용자에 대한 다양한 추가적인 혜택을 제공할 수 있다. 마지막으로, 병원 인프라는 이미 지역 전반에 걸쳐 다수 분포해 있어, 지역별로 분산 설치하는 데도 유리하다. 2024년 기준 전국적으로 빈소 5개 이상 및 안치 10구 이상을 가진 병원 장례식장이 162개소가 있다.

46) 2003년에도 서울시가 종합병원 및 종교시설에 소규모 화장시설을 설치할 수 있도록 관련 부처에 법 개정을 요구한 바 있다.

47) ① 의료기관 부속이 아닌 민간 장례식장이, ② 공설 화장시설이 없는 지역에서, ③ 일정 기준(위생·주거환경 영향 등)을 충족하는 경우 화장로 설치를 허용하였다(보건복지부 2010). 다만 전문 장례식장 내 화장시설 설치가 제도적으로 가능해졌음에도 불구하고, 실제 설치 사례는 확인되지 않는다.

50. 병원 장례식장 내 소규모 화장시설은 안정적인 수요와 충분한 수익성을 기대할 수 있어 병원 입장에서 도입 유인이 크다. 앞서 살펴본 것처럼 현재 공공 화장 시설은 시설비⁴⁸⁾를 포함한 원가 34만원보다 낮은 10만원 정도(관내 기준)의 이용료를 받고 있다. 그럼에도 불구하고 병원 내 화장시설은 이동 시간과 비용 절감, 차별화된 서비스 제공 등을 통해 필수 운영비를 반영한 합리적 요금을 책정하더라도 충분한 경쟁력을 확보할 수 있다. 이를 확인하기 위해 병원 장례식장을 거쳐 고인을 화장한 뒤 포천시 C봉안시설에 안치하는 사례를 가정하여 비용을 시산해 보면 다음과 같다(표 4.2).

- 먼저 공공 화장시설을 보유한 서울시 중랑구 소재 A병원의 경우이다. 인근 서초구 서울추모공원을 이용할 경우 발생하는 이동·대기 시간을 고려하면, 병원 내 시설을 이용할 때 1.5시간을 절약할 수 있다. 또한 서울추모공원 경유에 따른 리무진 및 버스 추가 비용이 55만원이므로, 병원이 화장 비용을 서울 시민 요금인 12만원보다 높은 67만원으로 책정하더라도 유족의 총비용은 동일하다. 이는 병원에 원가 대비 2배 수준의 수익을 제공한다.
- 공공 화장시설이 없는 포천시 소재 B병원의 경우 수익성은 더욱 높다. 가장 가까운 서울추모공원을 이용할 때 발생하는 이동·대기 시간 2.5시간을 절약할 수 있다. 또한 추가 교통비 70만원과 관외 화장 요금 100만원을 고려하면 병원이 원가의 5배 수준인 170만원을 받더라도 유족의 총비용 부담은 동일하다. 동시에 시간 효율성은 크게 개선된다.
- 여기에 의료·장례 서비스와의 결합 판매^{bundling}, 소규모 추모 공간 제공 등 차별화된 서비스를 추가할 경우 부가가치는 더욱 확대될 수 있다. 일본 도쿄의 민간 화장시설이 공설보다 2배 정도 비싼 요금에도 불구하고 성업 중인 사례는, 편의성과 서비스 질이 확보된다면 충분한 시장성이 있음을 보여준다⁴⁹⁾.

51. 따라서 '혜택 공유-비용 집중'의 불균형을 심화시켜 화장시설 공급을 저해하는 법적 제약은 과감히 정비할 필요가 있다. 앞서 살펴본 바와 같이 민간 화장시설은 법적으로 건립이 가능하지만, 실제로는 '국토의 계획 및 이용에 관한 법률'에 따른 지자체의 판단 여지 등으로 인해 설치가 제한적인 상황이다. 특히 병원 장례식장 내 화장시설의 경우 법적 장벽은 더욱 높다. '의료법'은 장례식장만 의료법인의 부대사업으로 허용하고 화장시설은 제외하고 있으며, '교육환경 보호에 관한 법률'은 대학병원이나 학교 인근 병원 내 화장시설 설치를 원칙적으로 금지하고 있다. 그러나 현대 화장 기술은 친환경 설비와 관리 시스템을 통해 환경적 우려를 충분히 해소할 수 있는 수준으로 발전한 만큼, 대도시 내 시설 설치를 가로막는 규제는 정비되어야 한다.

48) 화장로 설치 비용은 1기당 3억원 수준이다(원시연 2022).

49) 일본 도쿄 23구에는 공공 화장시설 2개소 외에 사설 화장시설 7개소가 운영되고 있다. 사설 화장시설의 기본 이용료는 약 90만 원 수준으로, 공공 화장시설(44~59만 원)에 비해 대체로 두 배 내외로 높은 편이다.

52. 다만 병원 장례식장 내 소규모 화장시설에 대한 사회적 수용성을 확보하기 위해서는 엄격한 환경·안전 기준과 투명한 절차 확립이 필수적이다. 최첨단 친환경 화장로 도입을 의무화하고, 시설 지하화 등을 통해 물리적·심리적 혐오 요인을 최소화하도록 정책적으로 유도해야 한다. 아울러 오염물질 배출을 실시간으로 검증하는 시스템을 도입하고, 환경영향평가 결과를 정기적으로 공개하도록 법제화할 필요가 있다. 이와 함께 갈등 관리를 위한 제도적 장치도 중요하다. 님비현상 초기 보상안을 제시하더라도 이를 도덕적 매수로 인식해 오히려 반발하지만, 시간이 경과하면 경제적 실익을 고려해 수용하게 되는 이른바 ‘보상 순환’^{compensation cycle} 경향이 존재한다(Frey et al. 1996). 이는 단기적 반발에 흔들리지 않고 인내심 있게 설득을 지속할 필요가 있음을 시사한다.

기대효과 - 시나리오 분석

53. 선행된 실증분석 결과를 바탕으로, 귀속임대로 비급여화와 병원 장례식장 내 소규모 화장시설 도입이 노인요양시설 및 화장시설 공급 확충에 미치는 효과를 계량적으로 추정하고자 한다. 구체적으로 노인요양시설 부문에서는 부동산 비용 반영이 시장 진입 유인에 미치는 영향을 분석하고, 화장시설 부문에서는 소규모 분산 설치를 통한 사회적 갈등 비용 감소가 시설 입지에 미치는 영향을 시뮬레이션한다.

▶ [노인요양시설] 귀속임대로 비급여화의 공급 확충 효과

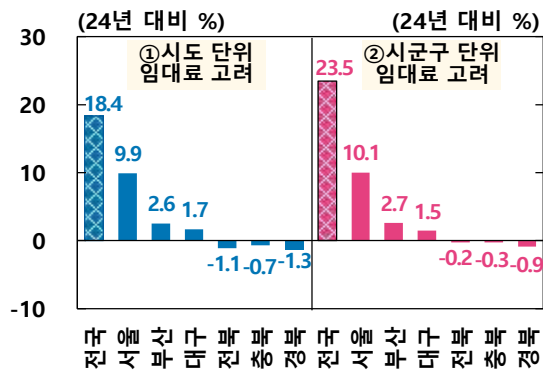
54. 귀속임대로 비급여화의 정책 효과를 분석하기 위해, ① 시도별 평균 부동산 비용을 고려하는 경우, ② 시군구별 평균 부동산 비용을 고려하는 경우의 두 가지 시나리오를 설정하였다. 본 분석에서는 전체 급여 총액을 현행 수준에서 유지하도록 부동산 비용을 전국 중간값을 기준으로 재정산하여 지역별로 비용 보전 또는 증가가 발생하는 구조를 가정하였다. 이에 따라 기준값을 상회하는 지역에서는 시설 운영자 입장에서 부동산 비용 부담이 완화되는 반면, 이용자 입장에서는 그 부담이 비급여를 통해 증가하는 구조이다. 한편 토지·건물 소유에 따른 기회비용이 어느 정도 고려될지는 세부적인 정책 설계에 따라 달라질 수 있다. 일본과 같이 전국을 광역 단위로 구분하는 방식은 전국 단일 수가보다는 현실적이나, 개별 시설 간 차이를 온전히 반영하지 못한다. 반면 요양비와 주거비를 완전히 분리하고 귀속임대료를 시세대로 반영할 경우 100% 고려될 수 있다. 이에 앞선 실증분석 결과(그림 3.2, 3.3)를 활용하여 노인요양시설 공급이 어느 정도 확충되는지를 추정하였다.

55. 분석 결과, 귀속임대로 비급여화는 노인요양시설 입소정원을 2024년 대비 18.4~23.5% 확대할 것으로 추정되었다(그림 4.5). 이는 총지급액 중립을 전제로 수가와 실제 비용 간의 불일치를 해소하는 자원 배분의 효율화만으로 상당한 공급 확충 효

과를 거둘 수 있음을 시사한다. 시나리오별로는 지역 간 부동산 비용 격차를 보다 정밀하게 반영하는 ‘시군구 단위 고려(시나리오 ②, 23.5%)’가 ‘시도 단위 고려(시나리오 ①, 18.4%)’보다 높은 공급 증대 효과를 보였다. 지역별로 보면, 지가가 낮은 지역에서는 운영비용 부담이 커지면서 입소정원이 감소하였다. 반면 대도시권 등 지가가 높은 지역에서는 기회비용 보전이 현실화되며 공급이 증가하였다. 특히 지가가 높은 지역에 시설입소 수요가 더 집중되어 있어 증가폭이 상대적으로 컸다. 결과적으로 지가가 높은 지역의 증가분이 지가가 낮은 지역의 감소분을 상쇄하면서 전체적으로는 입소정원이 순증하게 나타났다.

입소정원을 18.4~23.5% 확대

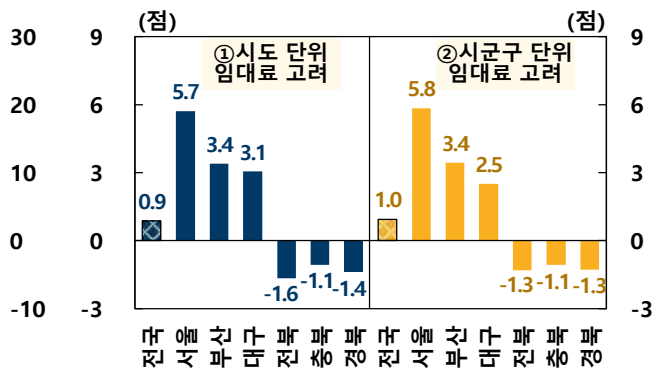
[그림 4.5] 귀속임대료 비급여화의 노인요양시설 입소정원 확충 효과



자료: 자체 시산

시설 평가점수를 0.9~1.0점 제고

[그림 4.6] 귀속임대료 비급여화의 노인요양시설 평가점수 제고 효과



자료: 자체 시산

56. 또한 귀속임대료 비급여화는 서비스 질을 나타내는 평가점수를 평균적으로 0.9~1.0점 상승시킬 것으로 기대되었다(그림 4.6). 양적 효과와 마찬가지로 질적 측면에서도 지역별 비용 편차를 보다 정밀하게 반영하는 ‘시군구 단위 고려’(시나리오 ②, 1.0점)가 ‘시도 단위 고려’(시나리오 ①, 0.9점)보다 서비스 질 개선 효과가 더 뚜렷하였다. 지역별로 살펴보면, 부동산 비용 하위 50% 지역은 재원 재분배 과정에서 운영비용 부담이 증가하면서 평가 점수가 하락했으나, 비용 변화에 대한 서비스 질의 탄력성이 낮아 하락폭은 제한적이었다. 반면 부동산 비용 상위 50% 지역은 탄력성이 높아 평가 점수가 상대적으로 큰 폭으로 상승하였으며, 이 증가분이 하위 지역의 감소분을 상쇄하면서 전체적인 서비스 질 향상을 견인하였다.

▶ [화장시설] 병원 장례식장 내 소규모 화장시설 도입의 공급 확충 효과

57. 병원 장례식장 내 소규모 화장시설 도입의 정책 효과를 분석하기 위해, ① 님비현상의 사회적 영향력이 읍면동 수준으로 축소되는 경우와 ② 그 영향력이 완전히 소멸하는 경우의 두 가지 시나리오를 설정하였다. 현재 화장시설은 통상 지자체 당 1개의 대형 시설로 설치되어, 민원이 시군구 전반에 걸쳐 광범위하게 발생하는

경향이 있다. 병원 장례식장 내 소규모 화장시설은 이러한 갈등 구조를 변화시킬 수 있으나, 갈등 저감 효과는 주민 혜택 제공이나 시설 지하화 등 구체적인 제도 설계에 따라 달라질 수 있다. 도입 시 님비현상이 읍면동 단위로 국한될 경우(시나리오 ①) 지자체장이 체감하는 사회적 영향력은 기존의 '관할 면적당 전체 선거인 수'에서 '관할 면적당 읍면동 선거인 수' 수준으로 감소할 것이다. 만약 병원 연계 혜택 등으로 사회적 거부감이 해소될 경우(시나리오 ②) 그 영향력은 거의 '0'에 수렴할 수 있다. 본 분석에서는 앞선 실증분석 결과(그림 3.5)를 활용하여 사회적 영향력(선거인 수) 감소폭에 따라 화장시설 설치 확률이 어떻게 변화하는지를 분석하고, 이를 토대로 화장시설 공급이 어느 정도 확충되는지를 추정하였다⁵⁰⁾.

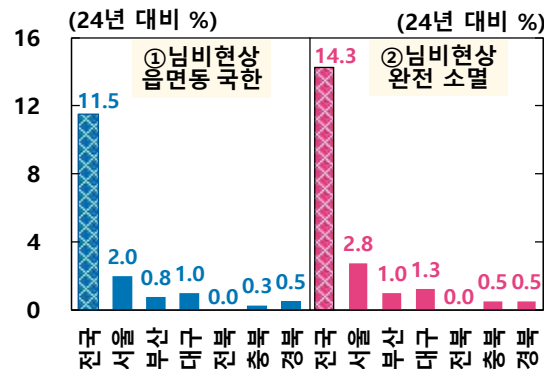
58. 분석 결과, 병원 장례식장 내 소규모 화장시설 도입은 전체 화장로 공급량을 2024년 대비 11.5~14.3% 확대할 것으로 추정되었다(그림 4.7). 이는 '제3차 장사시설 수급 종합계획'의 확충 목표인 52기 가운데 약 88.4~109.6%를 달성할 수 있는 규모이다. 시나리오별로는 사회적 영향력이 완전히 소멸하는 경우(시나리오 ②, 14.3%)가 읍면동 수준으로 축소되는 경우(시나리오 ①, 11.5%)보다 공급 확충 효과가 더 크게 나타났다. 지역별로는 관할 면적 대비 선거인 수가 많아 기존에 사회적 영향력이 강했던 지역일수록 화장로 공급 증가폭이 컸다. 이는 해당 지역에 활용 가능한 병원 장례식장 인프라가 풍부했기 때문이다.

화장로 공급량을 11.5~14.3% 확대

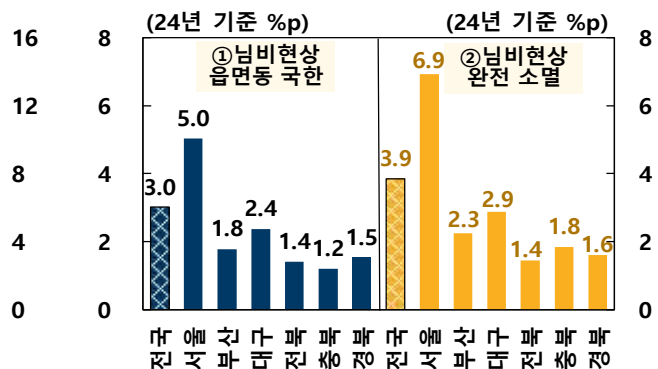
3일차 화장로를 3.0~3.9%p 제고

[그림 4.7] 병원 장례식장 내 소규모 화장시설 도입의 화장로 공급 확충 효과

[그림 4.8] 병원 장례식장 내 소규모 화장시설 도입의 3일차 화장로를 제고 효과



자료: 자체 시산



자료: 자체 시산

50) 구체적인 방식은 다음과 같다. 먼저 사회적 영향력(선거인 수) 감소에 따른 지역별 화장시설 설치 확률의 한계 증가분을 산출하였다. 시나리오 ①에서는 일정 요건(빈소 5개 이상 및 안치 10구 이상)을 충족하는 병원 장례식장을 대상으로, 해당 시설이 위치한 시군구 내에서 가장 큰 읍면동의 선거인 수를 사회적 영향력의 기준 값으로 사용하였다. 2024년 기준 전국 599개 병원 장례식장 가운데 이러한 요건을 충족하는 시설은 총 162 개소이다. 시나리오 ②에서는 비선형 로짓모형의 특성을 고려하여, 사회적 영향력이 95% 수준으로 감소하는 경우를 가정하여 설치 확률의 한계 증가분을 계산하였다. 이후 각 시나리오에서 산출된 설치 확률의 한계 증가분에 병원 장례식장 수를 곱하여, 추가적으로 공급될 것으로 예상되는 화장로 규모를 도출하였다. 이때 대형 병원(37개소, 빈소 10개 이상 또는 안치 20구 이상, 단 공실은 안치 15구 이상)에는 각 2기의 화장로가, 그 외 병원(125개소)에는 각 1기의 화장로가 설치되는 것으로 가정하였다.

59. 또한 병원 장례식장 내 소규모 화장시설 도입은 3일차 화장률을 전국적으로 2024년 대비 3.0~3.9%p 제고하여 유족의 불편을 크게 완화할 것으로 추정되었다⁵¹⁾ (그림 4.8). 화장로 공급량 분석 결과와 마찬가지로, 사회적 영향력이 완전히 소멸하는 경우(시나리오 ②, 3.9%p)가 읍면동 수준으로 축소되는 경우(시나리오 ①, 3.0%p)보다 개선 효과가 더 크게 나타났다. 특히 이 정책은 설치 지역의 3일차 화장률을 높이는 직접적 효과뿐만 아니라, 인접 지역의 시설 포화도를 낮추는 간접적 효과를 통해서도 전국적인 3일차 화장률 상승에 기여한다.

5. 맺음말

60. 본고는 유례없이 빠른 고령화로 생애말기 돌봄 및 장례 수요가 크게 증가하는 상황에서, 법률적·행정적 제약으로 양질의 공급이 부족한 노인요양시설과 화장시설을 중심으로 문제점을 진단하고 실효적인 공급 확충 방안을 모색하였다. 대도시권의 공급 제약과 지역 간 수요-공급 mismatch는 노인요양시설의 경우 부동산 비용 격차를 반영하지 못하는 획일적 수가 체계에서, 화장시설의 경우 넘비현상과 행정적 제약에 따른 입지 왜곡에서 비롯된 것으로 나타났다. 이에 본고는 법률적·행정적 제약의 정비를 통해 민간 참여를 활성화할 필요성을 제기하고, 구체적인 방안으로 노인요양시설의 ‘귀속임대로 비급여화’와 화장시설의 ‘병원 장례식장 내 소규모 시설 도입’을 제시하였다.

61. 노인요양시설 및 화장시설에 대한 본고의 분석은 방문·원격 진료, 호스피스, 유언대용신탁, 봉안시설 등 생애말기 필수산업 전반의 활성화와 관련해 다음과 같은 정책적 함의를 시사한다.

- 첫째, 생애말기 필수산업을 활성화하기 위해서는 공공과 민간의 명확한 역할 분담을 전제로 민간 참여를 활성화하는 산업적 관점의 정책 접근이 필수적이다. 급격한 고령화로 수요는 증가하는 반면 세수 확보는 어려워지는 상황에서, 정부 재정만으로 관련 수요를 감당하기에는 분명한 한계가 존재한다. 특히 공공 주도의 공급 방식은 부지 확보와 운영의 적시성 측면에서 구조적 제약을 갖는다. 반면 민간은 자본 동원과 운영 효율성, 신속한 투자 집행에서 비교우위를 가지며, 투명한 정보 공개와 감독하에서 민간 간 경쟁은 서비스 품질 향상과 이용자 선택권 확대를 동시에 가능하게 한다. 과거 비체계적이던 장례 문화를 전문적 서비스 시스템으로 혁신한 상조업계의 사례는 이러한 민간 역량의 효과를 잘 보여준다(박

51) 화장시설 설치 확률은 시군구 단위로 분석된 반면(그림 3.5), 3일차 화장률은 자료 제약으로 인해 시도 단위에서 분석되었다(그림 3.7). 이에 따라 본 절에서 제시하는 3일차 화장률의 기대효과는 사회적 영향력 감소에 대한 두 가지 시나리오에서 산출된 시도별 화장로 공급 규모(그림 4.7)가 실제로 각 시도에 공급되었을 경우를 가정하여 계산한 한계 효과를 의미한다.

재병 2025). 결론적으로 정부는 엄격한 관리·감독과 사각지대 없는 안전망 구축에 집중하고, 민간이 핵심 공급 주체로 기능하는 이원화 전략을 적극 추진해야 한다.

- **둘째, 시장 진입을 저해하는 법률적·행정적 장벽을 제거하고 왜곡된 인센티브 구조를 바로잡는 규제 정비가 필요하다.** 중장기 수요 급증이 확실시되는 상황에서, 경직된 인허가 절차와 획일적인 기준은 만성적인 공급 부족과 지역 간 불균형을 초래한다. 특히 과도한 진입장벽은 혁신 기업의 참여를 차단하고, 비용 절감이나 규제 회피에만 집중하는 사업자만을 남겨 이른바 ‘레몬 마켓’^{Lemon Market} 현상을 유발한다. 이는 결국 서비스 질 저하로 이어진다. 물론 안전 확보, 인권 보호, 공공성 유지를 위한 정부의 관리·감독은 필수적이다. 그러나 서비스 품질과 무관하게 진입 비용만 높이고 투자 불확실성을 키우는 비생산적 행정 장벽은 과감히 정비할 필요가 있다. 시설, 공간, 인력 관련 규제를 실질적 필요 수준에 맞게 개선하여 과도한 초기 투자 부담을 완화하고, 경쟁 친화적 환경 조성 및 사후 품질 관리에 정책의 초점을 둘 필요가 있다.
- **셋째, 생애말기 필수산업은 이해관계가 복잡하게 얽혀 구조 개혁이 어려운 대표적인 분야이지만, 고령층의 존엄성 보장과 재정의 지속 가능성, 미래 세대의 부담 완화를 위해 사회적 대타협에 기반한 선제적 공급 확충이 시급하다.** 2060년에는 인구 100명 중 2명이 사망을 앞두는 다사^{多死} 사회로 진입할 전망이다. 시설 건립과 전문 인력 양성에는 장기간이 소요되므로, 즉각적인 투자가 선행되지 않으면 급증하는 수요에 효과적으로 대응하기 어렵다. 특히 일본에서 고령화 대응으로 노인의 집단적 선택이 언급되어 사회적 논란이 된 사례는, 제도적 준비 부족이 극단적인 세대 갈등으로 비화할 수 있음을 보여준다. 이러한 점에 비추어 기존 사업자, 지역 주민 등 이해관계자의 반발을 우려해 개혁을 지연한다면, 향후 감당하기 어려운 막대한 사회적 비용을 치르게 될 것이다. 따라서 국민 모두가 존엄한 삶의 마무리를 준비할 수 있는 지속 가능한 시스템을 구축하기 위해 선제적 공급 확충을 적극 추진해야 한다.

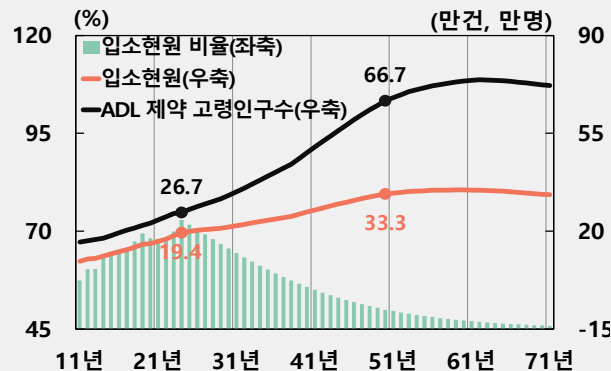
참고 1 노인요양시설 및 화장시설 확충 방안 관련 추가 고려사항

먼저 노인요양시설 확충을 위한 귀속임대로 비급여화와 관련해 추가로 고려할 사항을 살펴본다.

- (지역사회 계속거주 정책과의 상충 여부) 귀속임대로 비급여화를 통한 도심 내 노인요양시설 확대가 정부의 지역사회 계속거주(Age in Place) 기조와 상충하는가?
 귀속임대로 비급여화를 통한 도심 내 노인요양시설 확대는 지역사회 계속거주(Age in Place) 정책과 대립하기보다 상호보완적이다. 우선, 재가와 시설 요양은 건강 상태에 따라 선택하는 연속적인 돌봄 단계이다. 양질의 재가 서비스가 있다면 자택 거주를 선호할 것이므로, 시설 확충이 재가 기피를 유발한다고 보기는 어렵다. 다음으로, 도심 시설은 재가 돌봄이 한계에 달했을 때 외곽 이주 부담을 덜어주는 중요한 안전망이다. 이는 기존 생활권 내에서 지속적인 돌봄을 가능하게 하여 실질적인 지역사회 계속거주를 뒷받침한다. 마지막으로, 고령화에 따른 시설 수요 증가는 불가피하다. 일상생활활동(ADL) 제약 고령인구 대비 노인요양시설 입소현원 비율을 2023년 69.9%에서 2050년 49.9%로 20%p 줄일 수 있다고 가정하더라도, 해당 고령인구 급증으로 인해 입소 수요는 2024년 19.4만 명에서 2050년 33.3만 명으로 약 1.7배 증가할 것으로 추정된다(그림 1). 따라서 도심 시설 확충은 증가하는 필수 수요에 대응하고 안정적인 노후를 지원하는 현실적인 대안이다.

이용률이 줄어도 고령인구 급증으로 수요는 증가

[그림 1] 노인요양시설 입소현원 전망



자료: 노인실태조사 원시자료, 국가데이터처 장래인구추계, 보건복지부 노인복지시설현황, 자체 시산

■ (이용자 부담 증가 우려) 귀속임대료 비급여화는 대도시 이용자의 부담을 과도하게 증가시키는가?

귀속임대료 비급여화는 단순한 부담 증가가 아니라, 비용 합리화를 통해 공급 부족을 해소하고 선택권을 보장하는 과정이다. 우선, 대도시 거주자는 대부분 소득과 자산 수준이 상대적으로 높아 중요한 서비스 질 요소인 입지 편의성에 대한 비용을 감당할 여력이 충분하다. 이는 편익에 비례해 비용을 지불하는 수익자 부담 원칙에 부합하며, 민간 투자를 유인해 시설 공급을 촉진하는 계기가 된다. 다음으로, 현재의 도심 시설 부족은 고령자를 외곽으로 내몰거나 불필요한 요양병원 입원을 유발하고 있다. 이는 ‘보편주의’, 즉 동일 요양 필요에 대한 동일 보장 원칙과 오히려 상충하는 결과이다. 따라서 비용의 현실화는 이러한 사회적 기회비용을 줄이고 실질적인 요양 기회를 제공하는 필수 조치이다. 마지막으로, 공적 자원 배분의 효율성을 높인다. 한정된 재원을 임대료 보전 대신 서비스 질 개선과 취약계층 지원에 집중함으로써 제도의 지속 가능성을 강화할 수 있다.

■ (시설 이용 양극화 우려) 귀속임대료 비급여화가 고소득층 위주의 공급 편중과 저소득층의 도심 이탈을 초래하는가?

귀속임대료 비급여화는 양극화를 심화시키기보다 획일적 수가로 인한 도심 이탈 문제를 해결하는 상생 방안이다. 우선, 도심 시설 부족은 소득과 무관하게 노인의 선택권을 제약한다. 비급여화를 통해 공급이 확대되면, 비용을 부담하더라도 가족 인근에서 돌봄을 받고자 하는 수요를 충족시킬 수 있다. 다음으로, 비용부담 측면에서는 지역 간 형평성을 제고한다. 주거비 자부담 전환 시 지가가 낮은 지역은 부담이 감소할 수 있어, 대도시에 편중된 공적 지원 구조를 개선하는 효과가 있다. 마지막으로, 절감된 재원은 저소득층 지원에 집중적으로 재투입될 수 있다. 이는 시장 기제로 공급난을 해소하고 취약계층의 주거 안정을 지원하여 공공성을 강화할 수 있다.

다음으로 병원 장례식장 내 소규모 화장시설 도입에 관한 추가 고려사항을 논의한다.

■ (공공성 훼손 우려) 장사시설의 공공성이 우선되어야 하는데, 민간 참여 확대가 이를 훼손하지 않는가?

화장시설의 민간 참여 확대는 공공성 훼손이 아니라, 병원처럼 필수 인프라로서의 기능을 강화하고 지속 가능성을 확보하는 방안이다. 우선, 화장시설의 산업화는 단순 영리 추구가 아닌 공급 방식의 개선이다. 특히 민간을 통한 소형·무연·무취 기술 도입은 공간 효율을 높이고 만성적인 공급 부족을 해소하는 실질적인 대안이 될 수 있다. 다음으로, 이는 혐오시설에 대한 인식을 개선하고 접근성을 높여 화장 대란 같은 공공성 실패를 예방한다. 시민의 불편을 해소하는 것이야말로 진정한 공공성의 실현일 것이다. 마지막으로, 의료부터 화장까지 이어지는 원스톱 서비스는 유족의 부담과 사회적 비용을 절감한다. 적체로 인한 비자발적 장례 연장을 막아 실질적인 편익을 제공하는 공공 서비스의 고도화로 볼 수 있다.

■ **(비용 부담 확대 가능성) 병원 화장 시설 도입 시 이용료가 급등하지는 않을까?**

병원 내 화장시설 도입은 이용료 급등을 초래하기보다, 공공과 민간의 공존을 통해 전체 장례 비용을 효율화하는 효과가 있다. 우선, 공설 화장장이 시장에서 강력한 가격 억제 기능을 수행한다. 저렴한 공설 요금이 소비자의 선택 기준이 되므로, 민간 시설의 독점적인 가격 인상은 구조적으로 어렵다. 다음으로, 화장 단가가 다소 높더라도 총 장례 비용은 오히려 감소할 수 있다. 유족의 부담을 가중시키는 주원인은 화장 적체로 인한 장례 기간 연장이다. 시설 확충으로 3일장이 정상화되면 불필요한 추가 비용이 줄어든다. 마지막으로, 소비자의 선택권을 보장하는 투 트랙(Two-track) 공급 체계로 전환된다. 비용 효율성을 중시하는 이용자와 편의성을 선호하는 이용자 모두를 만족시키며, 건전한 경쟁을 통해 서비스 질을 높이는 계기가 될 것이다.

■ **(주민 수용성 우려) 주거지 인근에 설치하면 주민 반대가 더 거세지지 않겠는가?**

주거지 인근 설치에 대한 우려는 소규모화와 민간의 혁신적 접근 방식을 통해 충분히 완화할 수 있다. 우선, 시설 소규모화로 인한 건축적 은폐가 가능하다. 병원 지하 등 유휴 공간을 활용해 외부 노출을 최소화하면 시각적 거부감과 혐오 인식을 차단할 수 있다. 다음으로, 첨단 기술 도입으로 환경 우려를 불식시킬 수 있다. 플라즈마 연소 등 무연·무취 기술은 냄새와 오염 문제를 완벽하게 해결하여 주거지 내 설치를 가능하게 한다. 마지막으로, 주민에게 실질적 혜택을 제공하여 인식을 개선할 수 있다. 이용료 감면, 우선 이용권, 병원 진료 연계 등 체감 가능한 인센티브는 기피 시설을 필수 공공 인프라로 수용하는 기회가 될 것이다.

■ **(민간 확대 부작용 우려) 전문 장례식장이나 종교시설로 화장시설 설치가 확대될 경우 부작용은 없는가?**

민간 화장시설 확대는 무분별한 허용이 아니라 부족한 인프라를 해결하기 위한 새로운 민간 협력 모델이다. 우선, 입지 중심의 진입 규제를 엄격한 성능 규제로 전환하면 난립을 막을 수 있다. 무연·무취 등 고도화된 환경 및 운영 기준을 충족한 시설만 허용되므로 부작용을 차단할 수 있다. 다음으로, 이는 공적 예산을 절감하고 필수 인프라를 신속히 확충하는 효율적인 대안이다. 많은 재정이 필요한 공공 주도 방식과 달리, 민간 자원을 활용해 만성적인 화장 적체와 급증하는 수요에 즉각 대응할 수 있다. 마지막으로, 획일적인 절차를 넘어 추모와 치유가 결합된 존엄한 이별 의식을 가능하게 한다. 이러한 질적 성장은 혐오 시설이라는 사회적 인식을 개선하고 성숙한 장사 문화를 정착시키는 데 기여할 것이다.

별첨 1 코호트 요소법을 활용한 일상생활활동 제약 고령인구 전망

코호트 요소법은 성별·연령별 일상생활활동(ADL) 제약 상태로의 진입률을 산출하고, 이를 바탕으로 코호트의 연령 증가에 따른 ADL 제약 고령인구의 비중을 추정하는 방법이다. 구체적인 추정 절차는 다음과 같다.

- ① **(기초 비중 산출)** 노인실태조사 원시자료를 활용하여 성별·연령별 ADL 제약 고령인구 비중을 산출한다. 조사가 3년 주기로 실시됨을 고려하여 연령 구간은 3세 단위(65세 이상)로 설정하였다.
- ② **(진입률 산출)** 앞서 산출한 비중을 토대로 인구 집단별 다음 시점(3년 후)의 ADL 제약 상태 진입률을 계산한다. 상세한 진입률 산출 방식은 하단 수식을 따른다.
- ③ **(미래 비중 추정)** 산출된 진입률을 적용하여 미래 기간에 대해 연령대별 코호트 교체에 따른 ADL 제약 고령인구 비중을 추정한다. 본 분석에서는 추정의 불확실성을 최소화하기 위해 최근 3회 조사(2017, 2020, 2023년) 자료로 도출한 두 시점 간 진입률의 평균값을 적용하였다.
- ④ **(최종 인구수 산출)** 마지막으로 장래인구추계 전망치를 대입하여 전체 ADL 제약 고령인구수를 산출한다.

ADL 제약 상태 진입률은 x 세 시점에는 정상이었으나 $x+1$ 세에 새롭게 제약 상태로 진입한 인구의 비율로 산출된다. 이를 구체적으로 살펴보면, $t+1$ 년에 $x+1$ 세가 되어 신규 진입한 인구수 $ADL_{t+1,x+1}^{new}$ 는 다음과 같다.

$$ADL_{t+1,x+1}^{new} = (POP - ADF_{t,x}) - (POP - ADL_{t+1,x+1}) = [(1 - PR_{t,x}) - (1 - PR_{t+1,x+1})] \times POP$$

여기서 POP 은 해당 코호트의 전체 인구수, $ADL_{t,x}$ 는 ADL 제약 고령인구수, $PR_{t,x}$ 는 ADL 제약 고령인구 비중($ADL_{t,x}/POP$)을 의미한다. 따라서 ADL 제약 상태 진입률($ENTRY$)은 $ADL_{t+1,x+1}^{new}$ 를 x 세의 정상 상태 인구수로 나누어 산출된다.

$$\begin{aligned} ENTRY &= \frac{ADL_{t+1,x+1}^{new}}{POP - ADL_{t,x}} \\ &= [(1 - PR_{t,x}) - (1 - PR_{t+1,x+1})] \times \frac{POP}{POP - ADL_{t,x}} = \frac{(1 - PR_{t,x}) - (1 - PR_{t+1,x+1})}{1 - PR_{t,x}} \\ \Rightarrow ENTRY &= \frac{PR_{t+1,x+1} - PR_{t,x}}{1 - PR_{t,x}} \end{aligned}$$

최종적으로 미래의 ADL 제약 고령인구 비중을 추정할 때는 위의 식을 변형한 아래의 식을 사용하였다.

$$PR_{t+1,x+1} = PR_{t,x} + ENTRY(1 - PR_{t,x})$$

별첨 2 지역별 지가와 노인요양시설 잔여정원 비율 간 관계에 대한 공간패널모형 분석

지가가 노인요양시설 수급에 미치는 영향을 분석하기 위해, 다음과 같은 공간계량모형을 활용하였다. 공간계량모형(spatial econometric model)은 지역의 고유 특성(지가 등)이 미치는 영향뿐 아니라, 인접 지역의 영향도 함께 고려할 수 있다. 기존 패널모형에 인접 지역으로부터의 영향을 반영하는 $\sum_{j=1}^n w_{ij}y_{jt}$ 이 포함된 것이 특징이다.

$$y_{it} = \alpha_i + \lambda \sum_{j=1}^n w_{ij}y_{jt} + \beta x_{it} + Z_{it}\gamma + \mu_t + \varepsilon_{it} \quad i = 1, \dots, n, \quad t = 1, \dots, T$$

여기서 아래첨자 i 는 지역, t 는 연도를 나타낸다. y_{it} 는 종속변수로 잔여정원 비율을 사용하였다. 설명변수 중에서는 x_{it} 는 핵심 요인, Z_{it} 는 통제 변수, ε_{it} 은 알려진 특성 이외의 결정요인, α_i 와 μ_t 는 각각 개별(지역), 시간(연도) 고정효과를 의미한다. 공간가중행렬은 인접 여부인 경우만을 고려하였다. 추정법은 최대우도법(Maximum Likelihood Estimation)을 사용하였다. 각 변수의 정의와 출처는 다음과 같다.

[표 1.1] 노인요양시설 시군구별 분석 이용 데이터

분류	이용 자료	자료 형태
노인요양시설 수급	▶잔여정원 비율 = (정원-현원)/장기요양 1~2등급 인정자 수	level (%)
① 공급 측면 특성	▶종사자 수	log
② 수요 측면 특성	▶65세 이상 인구 수(단위인구 당)	log
	▶요양병원 수	level
③ 핵심 요인	▶지가(단위면적(m ²)당 평균 표준지공시지가)	log
④ 지역 고유 특성	▶고정효과(Two-way fixed effects)	
⑤ 주변 지역으로부터의 영향	▶인접 시군구의 노인요양시설 수급	level

자료: 보건복지부, 국토교통부, 국가데이터처

추정 결과, ① 종사자수 수가 많을수록, ② 고령화 속도가 느릴수록, ③ 대체 시설이 많을수록, ④ 지가가 낮을수록, ⑤ 인접 지역의 잔여정원이 많을수록, 잔여정원 비율이 높아지는 것으로 나타났다.

[표 1.2] 공간패널모형 추정 결과

	종속변수 = 잔여정원 비율
종사자 수	10.7657*** (1.7909)
65세 이상 인구 수	-31.7764*** (7.3494)
요양병원 수	1.4946*** (0.2862)
지가(地價)	-22.8208*** (4.2117)
인접 시군구의 공급여력	0.1219*** (0.0298)
개별 및 시간 고정효과	Yes
N	2,061
R-sq	0.738

주: 1) () 내는 표준오차, *, **, ***는 각각 10%, 5%, 1% 수준에서 유의함을 의미

2) 개별 고정효과는 시군구별로 분류, 시간 고정효과는 연도

별첨 3 지역별 지가와 노인의료복지시설 평가점수 간 관계에 대한 회귀모형 분석

지가가 노인의료복지시설의 평가에 미치는 영향을 살펴보기 위해, 횡단면 자료를 이용한 단순회귀분석을 수행하였다. 분석 대상은 전국 229개 시군구 단위의 기초자치단체이며, 분석 연도는 본 연구 시점에서 활용 가능한 장기요양기관(시설급여) 평가 자료 중 가장 최근에 시행된 2021년으로 설정하였다. 각 변수의 정의와 출처는 다음과 같다.

[표 1.1] 노인의료복지시설 평가점수 요인 시군구별 분석 이용 데이터

분류	이용 자료	자료 형태
종속변수	▶ 장기요양기관(시설급여) 정기평가(2021년) 결과中 평가총점	level
핵심 설명변수	▶ 지가(단위면적(m ²)당 평균 표준지공시지가)	log
통제변수	▶ 공급 수준 지표(노인의료복지시설 및 요양병원 수/장기요양 1~2등급 인정자 수)	level
	▶ 재정자립도	level
	▶ 「30인 이상 시설」이 차지하는 비중	level
	▶ 「개인이 운영하는 시설」이 차지하는 비중	level

자료: 보건복지부, 국가데이터처, 국토교통부

추정 결과, 지가 상위 50% 지역(115개 시군구)에서는 지가가 10% 상승하면 평가점수가 0.14점 하락하는 것으로 나타난다. 다만, 지가 하위 50% 지역에서는 지가 상승이 서비스 질 저하로 이어지는 통계적으로 유의한 관계가 관찰되지 않는다. 이는 지가가 높은 지역에서는 부동산 비용 증가가 서비스 질을 직접적으로 제약하는 반면, 상대적으로 낮은 지역에서는 인력 수급 여건, 보건의료 인프라 등 지가 외의 요인이 서비스 질에 영향을 미칠 여지가 있기 때문으로 해석될 수 있다. 또한, 지가 상위 50% 지역(115개 시군구)에서는 공급 수준 지표가 부정적으로 영향을 미치는 것으로 나타났다.

[표 1.2] 단순회귀모형 추정 결과

	종속변수 = 지가 상위 50% 시군구의 노인의료복지시설 평가점수	종속변수 = 지가 하위 50% 시군구의 노인의료복지시설 평가점수
지가	-1.4407*** (0.4239)	-0.8686 (0.8063)
공급 수준 지표	-0.4172** (0.1810)	-0.3116 (0.2461)
재정자립도	-0.0413 (0.0357)	0.2828** (0.1173)
대형(30인 이상) 시설 비중	4.8923** (2.6509)	4.742* (2.6837)
개인 운영 시설 비중	0.0450 (2.0173)	-2.3442 (2.612)
N	229	
R-sq	0.155	

주: 1) () 내는 표준오차, *, **, ***는 각각 10%, 5%, 1% 수준에서 유의함을 의미
2) 상수항 포함

별첨 4 지역별 면적당 선거인수와 화장시설 설치 여부 간 관계에 대한 로짓모형 분석

사회적 영향력이 화장시설 설치에 미치는 영향을 분석하기 위해, 로지스틱 회귀분석(logistic regression)을 활용하였다. 로지스틱 모형은 화장시설의 설치 여부와 같이 결과가 이항 변수로 관측되는 경우, 설치확률을 0과 1 사이에서 추정할 수 있어 본 분석의 목적에 적합하다. 관내에 시설이 설치된 지역과 설치되지 않은 지역이 공존한다는 점에 주목하여, 관내 시설이 설치된 전국 159개 시군구의 횡단면 자료를 활용해 지역 간 설치 여부 차이를 설명하고자 하였다. 모형은 다음과 같다.

$$P(y_i = 1|x_i, z_i) = \Lambda(\alpha + \beta x_i + \gamma z_i), \quad \Lambda(\psi) = \frac{1}{1 + \exp(-\psi)}$$

여기서 $\Lambda(\cdot)$ 는 로지스틱 누적분포함수(logistic CDF)이며, 아래첨자 i 는 시군구 단위의 기초자치단체를 나타낸다. y_i 는 종속변수로 화장시설 설치 여부(설치=1, 미설치=0)이며, x_i 는 핵심 설명변수인 사회적 영향력 지표, z_i 는 통제변수로 화장시설 설치 여부에 영향을 미칠 수 있는 지역별 특성을 의미한다. 통제변수 중 '장례식장 수'는 지역의 장사 관련 인프라 및 화장 서비스의 잠재 수요를 반영하는 대리변수로 해석할 수 있다. 각 변수의 정의와 출처는 다음과 같다.

[표 1.1] 화장시설 시군구별 분석 이용 데이터

분류	이용 자료	자료 형태
종속변수	▶ 화장시설 설치 여부(설치=1, 미설치=0)	level
핵심 설명변수	▶ 사회적 영향력 지표 (제8회 지방선거 선거인 수/면적)	log
통제변수	▶ 장례식장 수	level
	▶ 재정자립도	level

자료: 보건복지부, 국가데이터처, 중앙선거관리위원회

추정 결과, ① 장례식장 수가 많을수록, ② 사회적 영향력이 낮을수록, ③ 재정자립도가 높을수록, 화장시설 설치 확률이 높아지는 것으로 나타났다.

[표 1.2] 로지스틱 회귀모형 추정 결과

	종속변수 = 화장시설 설치 여부	
사회적 영향력 지표	-0.6804*** (0.1425)	-0.1386#
장례식장 수	0.3265*** (0.0691)	0.0665#
재정자립도	0.0520** (0.0210)	0.0106#
N	159	
R-sq	0.315	

주: 1) () 내는 표준오차, *, **, ***는 각각 10%, 5%, 1% 수준에서 유의함을 의미
2) 상수항 포함하며, #는 표본 평균값에서 계산한 한계효과(marginal effects)를 의미

별첨 5 지역별 면적당 선거인수와 3일차 화장률 간 관계에 대한 공간패널모형 분석

사회적 영향력이 3일차 화장률에 미치는 영향을 분석하기 위해, 다음과 같은 공간계량모형을 활용하였다. 공간계량모형(spatial econometric model)은 지역의 고유 특성(사회적 영향력 등)이 미치는 영향뿐 아니라, 인접 지역의 영향도 함께 고려할 수 있다. 기존 패널모형에 인접 지역으로부터의 영향을 반영하는 $\sum_{j=1}^n w_{ij}y_{jt}$ 이 포함된 것이 특징이다.

$$y_{it} = \alpha_g + \lambda \sum_{j=1}^n w_{ij}y_{jt} + \beta x_{it} + Z_{it}\gamma + \varepsilon_{it} \quad i = 1, \dots, n, \quad t = 1, \dots, T$$

여기서 아래첨자 i 는 지역, t 는 연도를 나타낸다. y_{it} 는 종속변수로 3일차 화장률을 사용하였다. 설명변수 중에서는 x_{it} 는 핵심 요인, Z_{it} 는 지역별 특성(통제변수), ε_{it} 은 알려진 특성 이외의 결정요인, α_g 은 그룹고정효과를 의미한다. 공간가중행렬은 인접 여부인 경우만을 고려하였다. 추정법은 최대우도법(Maximum Likelihood Estimation)을 사용하였다. 각 변수의 정의와 출처는 다음과 같다.

[표 1.1] 화장시설 시도별 분석 이용 데이터

분류	이용 자료	자료 형태
화장시설 수급	▶ 3일차 화장률	level (%)
① 공급 측면	▶ 화장로 수	level
② 수요 측면	▶ 사망자 수(단위인구 100명당)	level
	▶ 종합병원 수	level
③ 핵심 요인	▶ 사회적 영향력 지표(선거인 수/면적)	log
④ 지역 고유 특성	▶ 서울, 수도권 및 광역시권 그룹	
⑤ 주변 지역으로부터의 영향	▶ 인접 시도의 화장시설 수급	level

주: 선거인단 수는 2019년에 만 19세 이상 인구, 2020년부터는 만 18세 이상 인구를 사용(「공직선거법」 개정, 2019.12월)
자료: 보건복지부, 국토교통부, 국가데이터처

추정 결과, ① 화장로가 증설될수록, ② 사망률이 낮아질수록, ③ 사회적 영향력이 낮을수록, ④ 주변 지역의 3일차 화장률이 높아질수록, 3일차 화장률이 높아지는 것으로 나타났다.

[표 1.2] 공간패널모형 추정 결과

	종속변수 = 3일차 화장률
화장로 수	0.4357*** (0.1490)
사망자 수(단위인구 100명당)	-24.7311*** (7.8118)
종합병원 수	-0.0186 (0.1217)
사회적 영향력 지표	-7.0935*** (2.3349)
인접 시도의 3일차 화장률	0.3143*** (0.1044)
그룹 고정효과	Yes
N	85
R-sq	0.327

주: 1) () 내는 표준오차, *, **, ***는 각각 10%, 5%, 1% 수준에서 유의함을 의미
2) 그룹 고정효과는 서울, 수도권 및 광역시권으로 분류

참고문헌

- 권혜진. (2026). [팩트체크] 화장장 못 구해서 4일장 치른다?...‘화장 대란’ 가능성 있다. 연합뉴스. 2026년 1월 26일.
- 김소영. (2025). [단독] “화장장 못 구해서” 3일장 힘든 시대... 부산 21% - 서울 46% 그쳐. 동아일보. 2025년 4월 1일.
- 김승희 의원실. (2019). 요양 시설서 생애 마지막 2년 보내 [보도자료]. 2019년 10월 14일.
- 박선아. (2025). 노인장기요양보험 지출 증가요인 및 시사점. NABO FOCUS 제113호. 국회예산정책처.
- 박재병. (2025). 실버웨이브. 클라우드나인.
- 부산시설공단. (2024). [현장기획] 부산영락공원 노후시설 개선하고...친환경 장례문화 속도낸다 [보도자료]. 2024년 3월 25일.
- 서울특별시. (2025). ‘서울추모공원’ 화장로 늘린다... 11기→15기, 하루 평균 85건 화장 가능 [시정뉴스]. 2025년 8월 12일.
- 신지영, 김수경, 최소영, 백주하, 오종민, & 최지연. (2024). 미래 사회 대비를 위한 웰다잉 논의의 경향과 과제. 연구보고서 2024-24. 한국보건사회연구원.
- 원시연. (2022). 초고령사회 대비 화장(火葬)시설 설치현황과 과제. 이슈와 논점 제1947호. 국회입법조사처.
- 이미진, & 전용호. (2024). 노인요양시설 임차허용의 위험: 영국 Southern Cross 사망사건의 교훈 [토론회 발제자료]. 엄태영 국회의원실. 2024년 4월 22일.
- 이영욱. (2020). 고령화시대에 노인돌봄을 위한 가족과 정부의 역할분담. KDI Policy Study 2020-06. 한국개발연구원.
- 이윤경, 김세진, 임정미, 남현주, 황재영, 이희정, 손희숙, & Hashimoto, T. (2020). 노인의 요양 욕구 다양화와 노인요양시설 특성화 전략 개발. 연구보고서 2020-47. 한국보건사회연구원.
- 이희승, 류재현, 이정석, 권진희, & 선정연. (2021). 장기요양기관 특성 심층분석 연구. 연구보고서 2021-1-0021. 국민건강보험공단 건강보험연구원.
- 주현정. (2024). 원가분석을 이용한 제주특별자치도 장사시설의 운영수지 분석. 기업과혁신연구, 47(3).
- 채민석, 이수민, & 이하민. (2024). 돌봄서비스 인력난 및 비용 부담 완화 방안. BOK 이슈노트 제2024-6호. 한국은행.
- 최도자 의원실. (2018). 장기요양기관 설립, 폐업 현황.

한지아 의원실. (2024). 시도별 3일차 화장률 현황.

허정원, & 이수민. (2022). 지방선 10일장까지...서울 화장로 1기에 28만명, 예견된 악몽. 중앙일보. 2022년 4월 8일.

Acemoglu, D., & Linn, J. (2004). Market size in innovation: Theory and evidence from the pharmaceutical industry. *The Quarterly Journal of Economics*, 119(3), 1049 – 1090.

Acemoglu, D., & Restrepo, P. (2022). Demographics and automation. *The Review of Economic Studies*, 89(1), 1 – 44.

Bakx, P., Schut, E., & Wouterse, B. (2020). Price setting in long-term care in the Netherlands. Erasmus School of Health Policy and Management (ESHPM), Erasmus University Rotterdam.

Brown, J. R., & Finkelstein, A. (2011). Insuring long-term care in the United States. *Journal of Economic Perspectives*, 25(4), 119 – 142.

Competition and Markets Authority(CMA). (2019). Funerals market investigation: International comparisons. Consultative Working Paper; 30 January 2019. CMA.

Frey, B. S., Oberholzer-Gee, F., & Eichenberger, R. (1996). The old lady visits your backyard: A tale of morals and markets. *Journal of Political Economy*, 104(6), 1297 – 1313.

Gandhi, A., & Olenski, A. (2024). Tunneling and hidden profits in health care. NBER Working Paper No. 32258. National Bureau of Economic Research.

Gaugler, J. E., Duval, S., Anderson, K. A., & Kane, R. L. (2007). Predicting nursing home admission in the U.S: A meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 7, 13.

Genworth. (2019). Cost of care survey. Genworth Financial.

Geyer, J., Börsch-Supan, A. H., Haan, P., & Perdrix, E. (2023). Long-term care in Germany. NBER Working Paper No. 31870. National Bureau of Economic Research.

Gruber, J., & McGarry, K. M. (2023). Long-term care around the world. University of Chicago Press.

Gupta, A., Howell, S. T., Yannelis, C., & Gupta, A. (2024). Owner incentives and performance in healthcare: Private equity investment in nursing homes. *The Review of Financial Studies*, 37(4), 1029 – 1077.

Hamilton, J. T. (1993). Politics and social costs: Estimating the impact of collective action on hazardous waste facilities. *The RAND Journal of Economics*, 24(1), 101 – 125.

Hurd, M. D., McFadden, D., & Merrill, A. (2001). Predictors of mortality among the elderly.

Themes in the economics of aging, 171 - 198. University of Chicago Press.

Maestas, N., Messel, M., & Truskinovsky, Y. (2024). Caregiving and labor supply: New evidence from administrative data. *Journal of Labor Economics*, 42(S1), S183 - S218.

OECD. (2023). *Health at a glance 2023: OECD indicators*. OECD Publishing.

OECD. (2024). *Competition and regulation in the care industry*. OECD Roundtables on Competition Policy Papers No. 315. OECD Publishing.

OECD/WHO. (2021). *Pricing long-term care for older persons*. OECD Publishing.

厚生労働省 老健局. (2023). 社会保障審議会 介護給付費分科会 (第224回) 資料 6 地域区分. 厚生労働省.