

노인장기요양보호제도의 비교국가적 연구
- 요양대상자의 평가·판정체계를 중심으로 -
A Comparative Study on Long-term Care Systems
of the Elderly in Foreign Countries
- Focused on Assessment and Classification Systems of Care Recipient -

황재영 (대구한의대 산학협력단 복지환경센터 부소장)

고완자 (경기대학교 사회과학연구소 상임연구원)

The purpose of this study is to give implication to develop Korean long-term care assessment and classification systems by analyzing foreign systems comparatively. This study attempts to explore recent issues associated with the implementation of long-term care system and with ways to improve the performance of long-term care services in foreign countries. And then this study reviewed long-term care assessment and classification systems of Japan, Germany, United State, United Kingdom and Australia.

Now to conclude, Korean long-term care assessment and classification systems should to being consider not only assessing need of long term care but also evaluating clinical function, care plan, and benefit.

키워드 : 노인장기요양보호, 요양대상자 평가·판정체계, 장기요양서비스

Key Words : long-term care systems of the elderly, assessment and classification systems, care recipient, long-term care services

I. 서론

우리나라는 인구고령화 및 평균수명의 지속적인 증가와 저출산현상에 따라 2018년에 65세 이상 노인인구가 14.3%(7,162,000명)로 고령사회가 되며, 2026년에는 20.8%(10,357,000명)로 초고령사회에 진입할 것으로 전망되고 있다(통계청, 2005). 이와 같이 급속히 진행되는 고령화로 인해 치매, 중풍 등 장기요양서비스가 필요한 노인이 2006

년 현재 전체 노인의 166,000여명(3.1%)으로 빠르게 증대되고 있으며, 노인인구의 연간 진료비는 지난 10년에 비해 4.7배, 급여비는 약 2배 수준으로 증가된 것으로 나타났다.¹⁾

또한 핵가족화, 이혼율 증가, 결혼률과 출산율 저하, 여성의 경제·사회활동 확대, 노인환자 보호기간의 장기화(평균 2년) 등 여러 가지 요인이 나타나게 되면서 개인 및 가정에서의 요양보호는 한계에 도달함에 따라 노인장기요양서비스의 사회적 요구가 증대되고 있다.

이러한 사회적 요구에 따라 정부는 '08년 7월부터 노화 및 노인성 질환 등으로 인하여 혼자 힘으로 일상생활을 영위하기 어려운 노인 등에게 시설이나 재가서비스를 제공하는 노인장기요양보험제도를 시행할 예정이다. 노인장기요양보험제도의 도입을 앞두고 시행과정에서 정책의 실효성을 높이고, 아울러 정부재정의 낭비 예방을 위한 제도의 효율적 운영방안 마련이 필요한 실정이다.

본 연구는 노인장기요양보장제를 실시하고 있는 주요 선진국가들 중에서 일본, 독일, 미국, 영국, 호주를 선정하여 장기요양대상자 평가·판정체계에 대한 비교분석을 통해 그 시사점을 파악하고자 한다. 또한 향후 우리나라의 노인장기요양보험제도 시행에 대응하여 요양대상자 평가·판정제도의 운영상의 개선방향과 정책적 함의를 파악하는 데에 목적이 있다.

Ⅱ. 노인장기요양보호에 관한 이론적 배경

1. 노인장기요양보호의 개념

노인장기요양보호는 우리나라를 비롯한 세계 여러 나라에서 초래되고 있는 급속한 인구고령화 추세에 따라 노인이 일상생활을 하는데 있어서 필요한 모든 도움을 장기간에 걸쳐 제공하는 서비스로서 최근 부각되고 있는 사회정책의 주요 이슈 중의 하나이다.

노인장기요양보호에 대한 개념은 국가 또는 학자마다 다양한 정의를 내리고 있다.

Eutis 등은 장기요양보호를 만성질환이나 신체적인 장애로 인하여 스스로를 돌보지 못하는 사람들에게 제공되는 서비스로 정의하고 있다(Eutis, et al., 1982).

1) 65세 이상 1인당 연간진료비는 1996년 382,076원에서 2006년 1,804,583원으로 10년간 4.7배가 증가하였고, 2006년 65세이상 연간급여비는 1,374,566원으로 나타났다. 노인인구의 의료기관 의료이용은 1996년 15.68일에서 2006년 38.49일로 대폭 증가하였으며, 입원의 경우 65~74세는 1996년 2.21일에서 2006년 3.96일로 1.8배 증가하였으나, 75세 이상은 1996년 1.98일에서 2006년 8.07일로 4배 이상 급격하게 증가한 것으로 나타났다(국민건강보험공단, 2006).

OECD(1996)에서는 통합적이고 포괄적인 관점에서 장기요양서비스를 만성질환 등의 의존상태에 있는 노인 또는 생활상의 장애를 지닌 노인에게 6개월 이상의 장기간에 걸쳐서 일상생활 수행능력을 도와주기 위하여 제공되는 보건의료 및 복지 등 모든 형태의 보호 서비스라고 밝히고 있다. 미국 의회보고서(1997)는 기능적 제약이나 만성적 건강문제를 가진 사람과 지속적 건강보호나 일상활동에 도움이 필요한 사람에게 제공되는 여러 종류의 재활적·의료적·사회지원적 서비스를 장기요양서비스로 규정하고 있다.

김진수(2005)는 장기요양보호서비스의 개념은 국가와 학자마다 다르나 질병과 구분하며, 장애와도 구분되는 수발의 의미를 근본으로 대상을 규정하고 있다고 밝히고 있다. 즉 사회보장에 있어서 질병은 의료적 치료의 대상으로 판단하고 있으며, 장애는 의학적 치료가 종결된 이후 남은 휴유증을 기준으로 판단하는 차이를 가지고 있으며, 요양보호는 질병과 장애와는 다른 접근으로 거동불편이라는 점에서 별도의 개념을 도입하고 있다고 주장한다. 장기요양보호는 동질의 서비스군이라기보다는 극히 낮은 수준의 자가 간호 지원으로부터 장기적인 집중 치료에 이르기까지 여러 이질적인 서비스를 포함하는 개념이기 때문에 어떤 서비스를 누가 제공하느냐에 따라 매우 다양하다.

우리나라에서 노인장기요양보호란 신체적, 지적, 정신적인 질병 등으로 인해 의존상태에 있는 노인 또는 생활상의 장애를 지닌 노인에게 장기간(6개월 이상)에 걸쳐서 일상생활 수행능력을 도와주기 위해 제공되는 보건·의료·요양·복지 등의 서비스를 의미한다. 또한 우리나라의 경우 장기요양시설은 서비스가 어디에서 이루어지느냐에 따라 크게 시설서비스와 재가서비스로 구분하고 있다.

2. 노인장기요양보호의 국제적 경향과 주요쟁점

노인장기요양보호와 관련하여 1990년대 이후 OECD국가들을 중심으로 공적 장기요양보호체계의 도입 및 개혁에 있어서 결정적 진보가 이루어졌다(OECD, 2005: 20-21). 이러한 노력은 다양한 방향으로 진행되었는데, 우선 체계의 보편성 강화를 위한 노력이 괄목할만하게 진행되었다. 일반조세에 기반하여 제한적인 장기요양보호를 제공하던 많은 국가들에서는 수급자격 결정에 부가되던 자산조사 기준을 완화하는 방식으로 체계 개편을 추진하였으며, 독일과 일본, 룩셈부르크, 네델란드 등의 국가들에서는 사회보험이라는 새로운 해결책을 통해 체제개혁을 시도하였다. 또한 공적 장기요양보호 제정이 낮으며 시설을 통해 제공되는 제한된 요양보호서비스에 국한되어 있던 한국, 헝가리, 멕시코 등의 국가들에서도 공적 장기요양보호체계의 대폭적인 확충을 위한 논의가 진행 중에 있다(OECD, 2005: 20-30).

이와 같은 공적 장기요양보호체계의 보편성 강화를 위한 개혁 이외에도 지난 10~

20년간 장기요양서비스를 구성하는 다양한 서비스 연계를 통한 요양보호 연속망(continuum of care) 구축, 소비자주의 강화 등을 위한 개혁이 진행되어 오고 있다. 장기요양보호는 여타 건강 관련 서비스나 사회서비스, 가족이나 친구들에 의해 제공되는 사적 서비스와 함께 많은 개혁과 변화를 필요로 하며, 재화와 장기요양에 대한 환자와 그 가족들에 대한 서비스 만족도를 높이고 비효율적인 자원운명을 개선하는 것이다(최은영 외, 2005: 46-47).

장기요양보호와 관련한 최근 OECD국가들의 또 다른 변화 중 하나는 소비자 지향주의(consumer-direction)의 강조로 인한 서비스대상자의 공적 서비스들의 선택의 폭을 넓혀 나가는 데에 있다. 과거 공적 요양서비스는 대상자들을 환자나 복지수급자로 규정하고 한정적인 서비스를 지정하는 성향이 강했다. 그러나 오늘날 다양한 재가요양서비스의 확대와 다양한 욕구충족 전략은 대상을 요양서비스의 소비자로서 여기고, 케어플랜의 선택에 초점을 둔다. 특히 최근 현금급여(cash benefit)의 증가 추세는 이러한 선택을 가능하게 하고 있다(최은영 외, 2005: 175).

보편적인 노인장기요양보호서비스가 시작되면 시설에서 불필요하게 요양을 받는 사람을 줄이는 것이 중요하며, 가정과 지역사회에 기반한 요양 제공을 위해 서비스의 적절한 혼합이 필요하며, 최근 배우자와 함께 사는 노인인구가 증가하는 추세를 고려할 때 가족내에서의 비공식적 케어도 중요한 자원이라 할 수 있다. 따라서 장기요양의 공식 서비스는 집, 지역사회, 시설 등에서 다양하게 제공되는데, 집에서 요양서비스를 받는 사람들을 지원하기 위해 현금급여 프로그램이 여러 나라에서 개발되는 것도 이러한 맥락에서 볼 수 있다.

요컨대, 최근 OECD국가를 중심으로 노인장기요양보호체계의 보편성 강화를 위한 개혁과 다양한 장기요양보호 구성 서비스의 연계를 통해 요양보호 연속망을 구축하기 위한 개혁, 소비자주의 강화를 위한 개혁 등이 진행되어 오고 있다. 또한 이러한 장기요양보호체계 개혁의 진행과정에서 비공식적 장기요양보호에 대한 보상과 지원을 위한 개혁도 수반되었다는 점을 지적할 수 있다(김철주·홍성대, 2007: 235).

그리고 OECD국가를 중심으로 최근 노인장기요양보호제도의 개혁을 논의하는 과정에서 나타난 주요쟁점은 다음과 같다(최은영 외, 2005: 49-50).

첫째, 독일의 경우 지방정부의 공공부조 예산의 재정적 압박을 줄이기 위한 의도가 있었고, 요양대상자와 요양제공자의 상황을 향상시키고 시설보호를 대신하여 재가보호를 촉진하려는 노력을 기울였다. 급여의 물가연동이 없고 요양서비스의 범위가 제한적인 이슈로 제기되었으며, 재정의 지속가능성 역시 확실치 않은 상황이다.

둘째, 일본은 가정에서 노인을 요양할 능력이 줄어들면서 병원입원 노인이 증가하는 상황이었다. 병원과 요양시설이 재가서비스 보다 비용이 많이 들기 때문에 개호보험의 도입을 통해 의료보험의 건전성을 도모하려는 논의가 이루어졌다.

셋째, 네델란드는 본인부담금 지불규정상의 불평등을 감소시킬 필요가 있었고, 이용

자의 편의와 유연하게 운영되는 비용효과적인 서비스를 제공해야 할 요구에 직면하고 있다. 또한 대상자를 확대하고 서비스 범위를 포괄적으로 확장하는 과정에서 중장기적으로 요양서비스의 비용에 대한 통제 여하가 주요 쟁점으로 등장하고 있다.

Ⅲ. 우리나라와 선진외국의 장기요양대상자 평가·판정체계

우리나라와 일본, 독일, 미국, 영국, 호주 등 선진외국의 장기요양대상자 평가·판정체계를 살펴보면 다음과 같다.

1. 우리나라의 장기요양대상자 평가·판정체계

우리나라의 장기요양대상자 평가·판정 관련 주요 연구는 2003년도 공적노인요양보장기획단의 연구(2004)와 2004년도 한국보건사회연구원의 연구(정경희 외, 2005)가 수행되었다.

1) 2003년도 공적노인요양보장기획단의 평가·판정체계에 대한 연구

2003년도 공적노인요양보장기획단이 수행한 연구에서 설정된 노인요양 평가·판정도구의 설계에 대한 기본전제는 다음과 같다(정경희 외, 2005: 194-195).

첫째, 공적노인요양 평가·판정은 노인의 요양서비스 욕구를 포괄적으로 평가하여 합리적인 결정을 내릴 수 있어야 한다. 따라서 개발되는 공적노인요양 평가·판정도구는 노인의 요양서비스 필요도를 설명할 수 있는 대표적인 핵심항목으로 구성되어야 하며 포괄적이어야 한다.

둘째, 공적노인요양 평가·판정도구는 신뢰도와 타당도, 현실적합성을 갖추어야 한다.

셋째, 공적노인요양 평가·판정도구는 서비스 필요도를 대표할 수 있는 객관적인 기준(수발시간)을 갖추어야 한다.

넷째, 공적노인요양 평가·판정도구는 보편적 노인의 요양욕구에 대한 평가이므로 노인의 기능과 관련된 서비스 필요도를 측정할 수 있는 평가항목에만 의존한다.

다섯째, 공적노인요양 평가·판정도구는 요양급여와 연동되어야 하며, 노인의 요양서비스 계획에 사용될 수 있어야 한다.

여섯째, 시설이나 재가에서 모두 공통적으로 사용할 수 있는 단일화된 평가·판정도구를 개발한다.

2003년도 공적노인요양보장기획단의 연구는 외국의 평가판정체계를 고찰하고 이를

통해 한국의 상황에 적합한 평가·판정 체계를 개발한 것이라고 할 수 있다. 그리고 시설입소 노인 919명에 대한 기능평가조사와 수발시간을 측정하기 위한 1분 타임스터디가 실행되었으며, 이 연구를 바탕으로 기본적인 평가·판정체계의 방향과 내용이 결정되었다(김영숙, 2006: 66).

2) 2004년도 한국보건사회연구원의 연구

2004년도 한국보건사회연구원이 수행한 연구의 주요내용을 요약하면 다음과 같다(김영숙, 2006: 66-67).

첫째, 2003년도 공적노인요양보장기획단에서 개발된 기능평가 도구를 사용하여 수집된 자료는 전체 6,233명이며, 이 자료에는 2003년도 시설조사 919명, 2004년도의 시설조사 2,036명과 전국 노인실태조사 3,278명의 자료가 포함되어 있다.

둘째, 2003년도에 개발된 기능평가 도구를 2003년도에 포함시키지 않았던 요양시설 거주노인에게 적용하여 신뢰도와 타당도를 검증하였다.

셋째, 2004년도 전국노인실태조사에 기능평가 조사를 병행하여 전국적인 분포를 살펴볼 수 있게 되어 전국노인의 요양욕구의 규모를 추계하였다.

넷째, 2004년도에 실시된 노인요양보장제도 관련 공청회 및 여러 학술대회, 전문가들의 의견을 수렴하여 도구의 최종항목들이 수정·보완되었다.

2003년도 공적노인요양보장기획단의 연구와 2004년도 한국보건사회연구원의 연구결과를 요약·비교해보면 <표 1>과 같다.

<표 1> 2003년도와 2004년도 연구결과의 비교

구 분	2003년도 연구결과	2004년도 연구결과
분석 대상 및 표본수	요양시설거주노인 919명	2003년 조사 919명 2004년 시설조사 2,036명 2004년 전국노인조사 3,278명 총 6,233명
조사에 사용된 기능평가도구 항목수	73개(실제 분석에는 70개가 사용되었음)	64개
항목선정에 사용된 주요기준	통계적 기법: Rasch모형 전문가의견	통계적 기법: Rasch모형 전문가의견 문항내용의 객관성 및 정확성
평가도구 최종항목 영역 및 항목 수	총62개(신체 11, 인지8, 문제행동 22, 간호 11, 재활 10)	총51개(신체 12, 인지8, 문제행동(행동변화) 10, 간호 11, 재활10)
요양욕구 5영역 득점	Rasch모형에 의한 100점 환산	Rasch모형에 의한 100점 환산 (환산점수 수정)
등급판정 기준	인정요양시간	인정요양시간 총 인정요양시간에서 행정 관련 시간을 제외시킴
인정요양시간 산출방법 등급최종안	수형분석 5등급, 시설거주분포 기준	수형분석(변수 및 세부기법 수정) 5등급안과 3등급안 제시 전국 노인요양대상자 규모 기준 1등급을 35분 이상으로 규정

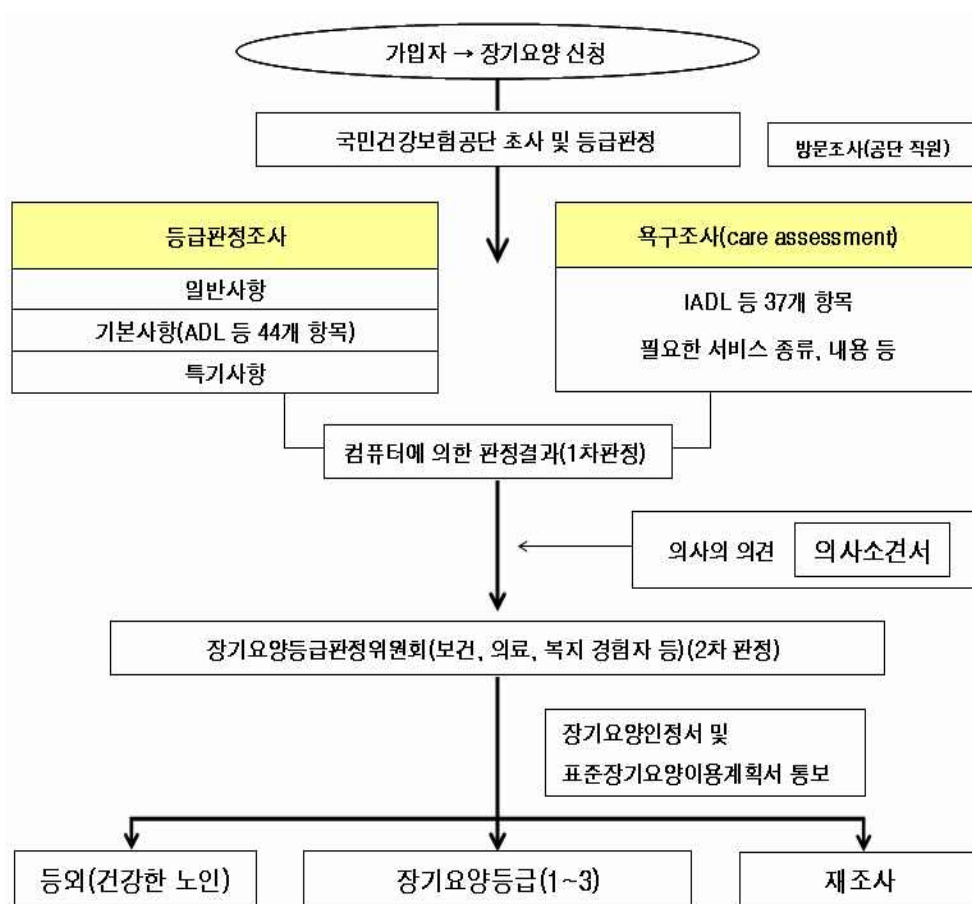
자료: 정경희 외, 2005.

3) 요양대상자 평가·판정 체계

공적노인요양보장기획단과 한국보건사회연구원의 두 차례에 걸친 연구에 의해 개발된 평가·판정 도구는 노인의 기능상태와 수발부담이 동시에 고려되었으며, 우리나라에서 사용된 여러 도구들과 달리 종합적으로 노인의 요양욕구를 사정하는 장점이 있다.

2007년 5월 현재 노인장기요양보험제도 도입과 관련하여 장기요양대상자 등급판정 체계는 아래의 <그림 1>과 같다.

<그림 1> 장기요양대상자 등급판정체계

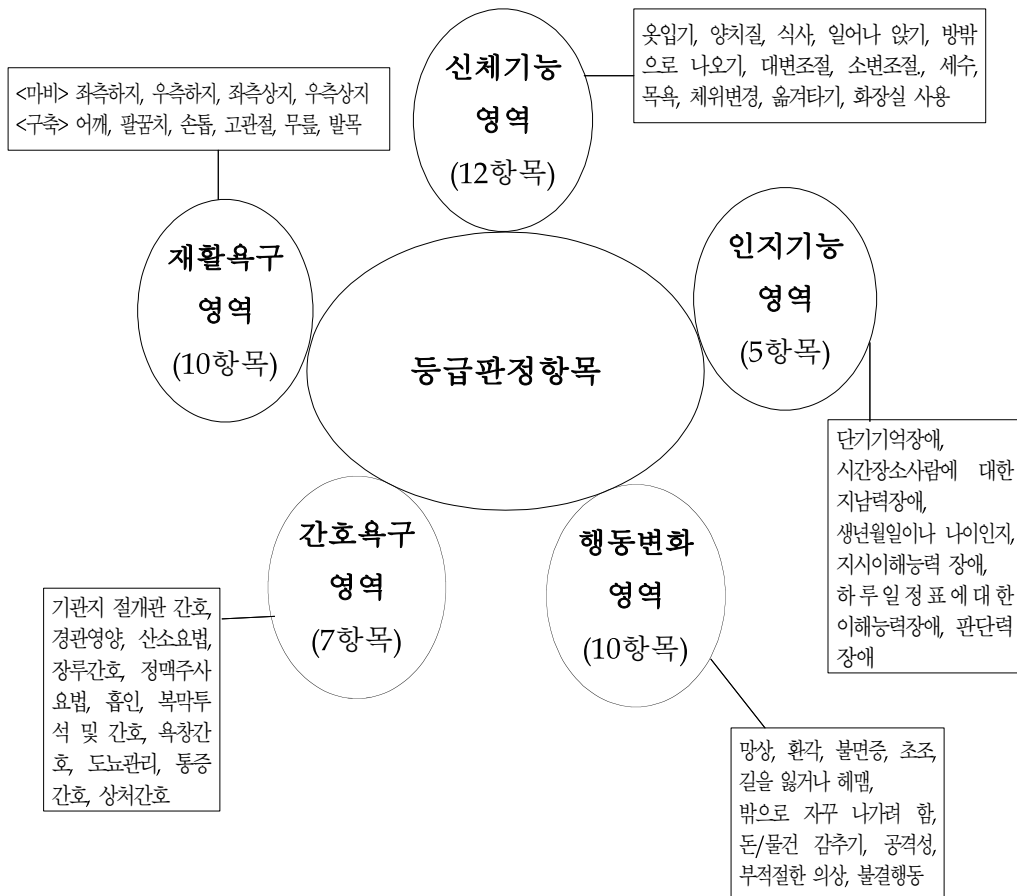


자료: 한국보건산업진흥원, 2007.

2007년 5월 현재 장기요양대상자 수발등급 판정항목은 아래의 <그림 2>에서 보는 바와 같이 신체적 기능상태 12개 항목 이외에 인지기능 5개 항목, 문제행동(행동변화) 10개 항목, 간호욕구 7개 항목, 재활욕구 10개 항목의 5개 영역, 44개 문항으로 구성되어 있다. 이러한 장기요양대상자 평가·판정체계는 최초 개발 당시보다 인지기능영

역, 문제행동 영역 문항이 축소되어 치매노인에 대한 변별력이 떨어진다는 문제점이 제기된 바 있고, 향후 장기요양대상자 등급판정과 관련하여 판정항목의 조정, 판정절차의 개선 등 평가·판정체계의 제도적 보완이 필요하다.

<그림 2> 요양대상자 수발등급판정 항목(5개 영역 44개 항목)



자료: 한국보건산업진흥원, 2007.

2. 선진외국의 장기요양대상자 평가·판정체계

본 연구에서는 선진외국의 장기요양보호와 관련하여 요양대상자 평가·판정체계에 대한 사례를 일본, 독일, 미국, 영국, 호주를 중심으로 살펴보고자 한다.

1) 일본

일본의 개호보험제도와 관련하여 요양대상자의 요개호 인정체계는 컴퓨터에 의한 1

차 판정과 주치의 의견서, 가족상황 등의 일반적 사항, 특기사항 등을 기준으로 한 2차 판정으로 이루어진다(공적노인요양보장추진기획단, 2004; 김영숙, 2006: 68-69).

(1) 요양대상자(요개호) 인정체계의 기본요건

일본개호보험제도의 요개호 인정시스템은 첫째, 과학적인 근거를 바탕으로 한 시스템일 것, 둘째, 전문가뿐만 아니라 국민전체가 알기 쉽고 납득할 수 있는 지표일 것, 셋째, 개호를 행하는데 드는 수고(양이나 시간)를 대표하는 지표일 것, 넷째, 본인의 심신상태나 생활능력에만 의존하며 그 이외의 정신적 부담 및 가족관계 등에는 의존하지 않을 것, 다섯째, 시설이나 재가 등의 장소에 영향을 받지 않을 항목으로 판정이 행하여져야 할 것 등의 5가지 요구사항을 고려해서 개발된다.

이러한 요구사항 아래 첫 번째 과학적인 근거를 바탕으로 한 시스템을 개발하기 위하여 컴퓨터에 의한 1차 판정을 실시한다. 1차 판정은 인정조사항목 73항목과 심신상태 7지표의 득점, 5개의 개호서비스군별 시간을 계산하여 개호시간을 산출한 후, '요개호 인정 기본시간'에 맞추어 요개호 등급을 결정한다.

통계적인 방법을 통해 각 항목의 득점과 이론적 개호시간을 산출해 내는데, 이러한 수치는 계량화되어 있으므로 비교가능하며, 가시화할 수 있고 주관성을 배제할 수 있다는 이점이 있다. 요개호 인정은 개호보험 급부대상이 되는 고령자에게 개호서비스를 선택하기 위한 중요한 정보자료가 되며, 개호보험 피보험자 또는 고령자 가족들에게는 개호서비스의 적절성 여부 판단 자료, 케어매니저에게는 개호 서비스 계획을 작성하기 위한 자료, 행정 담당자에게는 개호서비스를 평가하는 참고자료가 된다.

요개호 인정 도구는 고령자의 심신상태나 생활능력만을 조사하는 내용으로 이루어져 있으며, 시설서비스나 재가서비스 등의 장소에 영향을 받지 않을 항목으로 판정이 행하여지는 것으로 확정된다.

(2) 요양대상자(요개호) 인정체계의 기본개념

일본의 요개호 인정체계는 채용과 운영제도가 복잡할 뿐만 아니라 특히 지금까지 모든 외국에서도 그 예가 없는 '요개호 인정'이라는 데이터를 분석한 결과 나타난 수리모델을 기초로 한 시스템을 포함하고 있으며, 간호의 임상 등에서 많이 사용해 온 간호도와 병상의 중증도, 혹은 치매도와 외상도 등의 각종 측정도구와는 다른 개념으로 구성되어 있다.

요개호 인정체계는 고령자의 '기능평가'가 아닌 '개호서비스 필요도'가 기준이라는 점이 매우 중요하며, 필요한 '개호 서비스 정도'라는 기준은 고령자를 '누워만 있는 사람', '치매 그리고 치매로 문제행동이 있는 사람', '치매로 문제행동이 없는 사람'이라는

결정만을 특징적으로 보는 방법에 대한 문제의식에서 출발하고 있다. 이것은 “00가 나쁘다”라는 것이 아니고 “어떠한 개호가 필요한가”라는 관점에서 평가한다는 것이다.

고령자를 문제의 유무라는 관점에서 보는 것이 아니고 고령자에게 필요한 서비스는 무엇인가라는 관점에서 만들어진 요개호 인정체계는 완전히 새로운 사고방식에 기준한 체계이다.

(3) 요양대상자(요개호) 인정 단계 및 절차

요개호 대상자에 대한 기능평가 및 판정체계는 컴퓨터 1차 판정과 주치의 의견서, 가족상황 등의 일반적 사항, 특기사항을 기준으로 한 2차 판정의 두 가지 단계로 이루어지고 있다.

첫째, 1단계에서는 요개호 인정조사표를 가지고 조사원이 신청자의 가정이나 시설에서 설문조사²⁾를 실시하고, 조사원에 의해 기입된 조사지와 주치의의 의견서를 토대로 1차적으로 PC프로그램을 통해서 전반적인 기능상태 수준을 판정하게 된다.

둘째, 2단계는 보건, 의료 및 복지 부문 전문가로 구성된 개호인정심사회³⁾에 의한 평가·판정 과정으로서 고령자의 심신상태에 관한 실태조사와 1차로 컴퓨터에 의한 판정결과와 주치의의 의견서를 중심으로 대상자를 평가하고 있다.

요개호인정은 장기요양서비스의 필요도, 즉 어느 정도의 장기요양서비스가 제공될 필요가 있는가를 판단하기 위한 것이기 때문에 반드시 해당자의 질병중환 정도나 필요도의 고저와는 일치하지 않는 경우가 있다. 장기요양서비스의 필요도 판정은 객관적이고, 공평한 판정을 실시하기 위해서 컴퓨터에 의한 1차 판정과 이것을 원안으로 하여 보건, 의료 및 복지 분야 전문가가 실시하는 2차 판정으로 구성되어 있다.

컴퓨터에 의한 1차 간병수발시간의 판정은 방문조사의 결과를 기초로 이미 산정해 놓은 「1분간 타임스터디 데이터」에 따라 추계한다. 개호인정심사회에서는 1차 판정결과를 원안으로 하여 요개호도별로 나타난 복수의 상태 실례 중에서 개별노인의 상태에 유사한 하나 또는 복수의 시례를 선택하고, 이에 속하는 구분에 따라 최종판정을 하고 있다.

최종판정에서는 주치의 의견서나 특기사항의 기재내용에서 특히 간병수발에 수행된

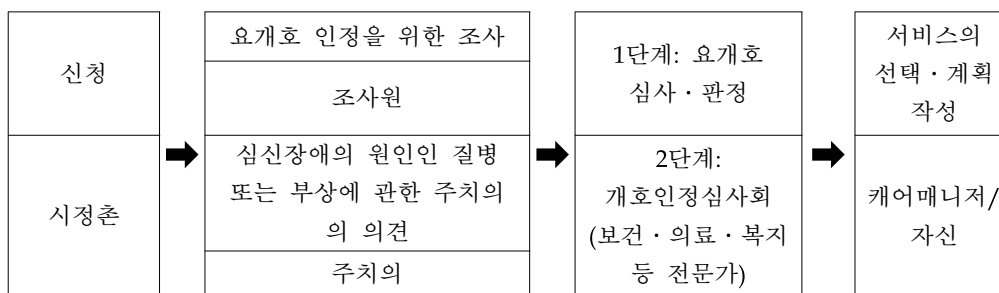
2) 신청은 기본적으로 각 시정촌에 하고, 도도부현에서 연수를 받은 인정조사원이 피보험자에게 79개 항목에 걸쳐서 질의응답형식으로 조사하며, 시정촌은 지정거택개호지원사업자에게 조사를 의뢰할 수 있다.

3) 개호인정심사회는 시정촌마다 설치되어 있는데, 전문가 확보와 같은 문제로 시정촌 단독으로 설치할 수 없는 경우에는 시정촌이 공동으로 설치할 수 있으며, 도도부현이 시정촌의 위탁을 받아서 도도부현에 설치하는 것도 가능함. 심사위원은 요개호자 등의 보건, 의료 및 복지에 관한 학식경험자 중에서 대략적으로 5명 정도로 구성되어 있음. 심사회의 기능은 요개호 상태에 대한 심사판정업무를 하고, 그 결과를 시정촌에 통지하는데 필요에 따라서 피보험자의 요양에 관한 의견이나 인정의 유효기간에 대한 의견을 첨부할 수 있다.

노력이 명백하게 밝혀지는 경우에는 이에 기초로 한 1차 판정결과가 변경될 수 있도록 하고 있다. 전체적으로 요양등급은 1개의 요지원상태 등급과 5개의 장애(요개호상태) 등급으로 구분되어 있으며, 대체로 1, 2등급은 경증상태의 장애, 3, 4등급은 중증상태의 장애, 5등급은 최중증상태의 장애 정도를 나타내는 것으로 간주한다.

일본의 요양대상자의 평가·판정체계는 아래의 <그림 3>과 같다.

<그림 3> 일본의 요양대상자 평가·판정체계



자료: 정경희 외(2005). 공적노인요양보장제도 평가·판정체계 및 급여·수가 개발.
한국보건사회연구원, p.228.

요컨대, 일본의 요양대상자 평가·판정체계는 이원화되어 있으며, 1차적으로는 방문을 통한 설문응답으로 요개호도가 결정이 되고, 2차적으로 1차에 의한 판정결과와 주치의 의견서를 중심으로 개호심사위원회에서 최종적으로 평가하는 체계로 구성된다. 특히 2차적으로 최종 요개호를 결정하는 심사위원회의의 위원구성을 보면 의사가 반드시 포함되어 있는 특징을 나타내고 있다.

2) 독일

(1) 요양대상자 평가·판정체계 개요

독일의 건강보험 회사들은 특별한 의학적 치료나 재활 필요성 등에 대한 정보를 제공하는 독립적인 의료 서비스를 제공하는데, 요양대상자의 평가 및 등급 판정은 ‘의료보험의 메디칼 서비스’ (Medizinischer Dienst der Krankenkassen: MDK)에 위탁하고 있다.⁴⁾

장기요양보험의 피보험자 또는 피부양자가 장기요양보험의 수급을 받으려면 MDK 평가가 필수적이며, 각 장기요양금고는 전국 8개의 법정질병보험으로부터 포괄적인 조사 및 결정을 의뢰받은 MDK에 요개호상태의 유무와 개호등급의 결정을 의뢰하고

4) 독일의 건강보험회사들은 특별한 의학적 치료나 재활 필요성 등에 대한 정보를 제공하는 독립적인 서비스를 제공하는데, 이와 같은 서비스를 MDK(Medizinischer Dienst der Krankenkassen)라고 지칭하며, MDK평가는 장기요양보험의 피보험자 또는 피부양자가 장기요양보험의 수급을 받기 위해 필수적이다(임정기, 2005: 181).

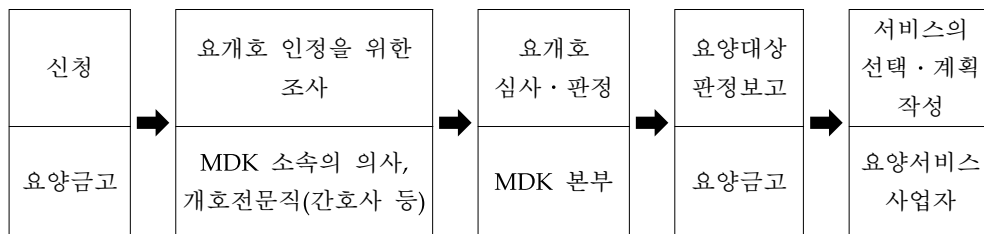
있다.

MDK에서는 소속된 의사 또는 간호전문직(간호사 등)중에서 담당자를 선정하고, 신청자의 가정에 파견하여 방문 면접조사를 실시하고 있다. 이러한 방문 면접조사의 결과를 토대로 MDK본부에서는 그 내용을 검토한 후, 간호등급과 필요한 간호의 종류 등을 판정하여 개별 장기요양금고에 보고하는 체계로 이루어진다.

독일의 요양보험 수급 여부 평가를 위해 별도의 기구나 인력은 존재하지 않으며 건강보험 인력(MDK에 소속된 의사나 간호사)이 중심이 되어 행해지고, 필요에 따라 다른 전문직이 참가하고 있다. MDK에 소속된 의사 중 10년 이상 경력의 전문의이고 1년간 법률 이론 및 요개호 인정 서식 내용 등에 대한 강습 과정을 수료한 사람만이 장기요양보험 수급 대상자 여부를 판정할 수 있는 자격을 가진다. 가족주치의는 예비대상자나 가족으로부터 평가 판정에 대한 압력을 받을 수 있으므로 평가 판정에는 포함시키지 않는다.

독일의 요양대상자의 평가·판정체계는 아래의 <그림 4>와 같다.

<그림 4> 독일의 요양대상자 평가·판정체계



자료: 정경희 외(2005). 공적노인요양보장제도 평가·판정체계 및 급여·수가 개발. 한국보건사회연구원, p.229.

(2) 요양대상자 평가항목

요양대상자 평가 항목은 15개의 일상생활 동작과 6개의 가사활동으로 구성되어 있으며,⁵⁾ 각각의 일상생활 동작은 신체 부위, 일상생활 동작 보조의 구체적인 과정 등에 따라 다시 세부 항목으로 분류된다. 일상생활 동작의 세부 평가항목은 지원/부분적으로 도움/전적으로 도움/감독/안내 등 다섯 가지의 범주로 평가하며, 각각의 세부 항목에는 소요되는 시간의 구간이 정해져 있다.

(3) 요양대상자 평가항목

독일의 요양보험 수급 여부 판정에는 필요한 도움만이 고려될 뿐 질병이나 장애는

5) 15개의 일상생활기능평가항목은 씻기, 샤워하기, 목욕하기, 양치질하기, 머리빗기, 면도, 대소변 배설, 음식준비, 음식물섭취, 기상/취침, 옷입고 벗기, 걸기, 서있기, 계단오르기, 집/간병 시설 드나들기 등이며, 6개의 가사활동항목은 장보기, 요리, 집청소, 설거지, 집난방, 세탁 등

전혀 고려하지 않는다. 장기요양보험에서의 대상자등급을 총 3개(1등급: 높은 요양서비스 욕구, 2등급: 중증 요양서비스 욕구, 3등급: 최종중 요양서비스 욕구)의 등급으로 분류하고 있는데, 대체로 ADL(Activities of Daily Living)과 IADL(Instrumental Activities of Daily Living)수행의 어려움 정도 및 도움의 빈도가 감안된 간병수발시간을 기준으로 중증도를 구분하고 있다.

3) 미국

(1) 요양대상자 평가·판정체계 개요

장기요양제도는 크게 급성케어와 장기요양의 통합(integration of acute and long-term care), 재정과 전달체계의 통합(integration of financing and service delivery) 및 재가와 시설의 통합이라는 목표 아래 시설중심의 기존 장기요양제도의 대대적인 개혁을 목표로 변화해가는 주요 전환기에 있다(김찬우, 2005).

의료적 성향이 강한 요양서비스는 Medicare를 통해 지원되고, 시설중심의 요양서비스에는 Medicaid가 주요역할을 수행하고 있으며, 요양대상자에 대한 평가판정체계는 서비스 유형별로 차이를 보이고 있다. 공적 장기요양보험체계는 갖추고 있지 않으나, 연방 및 주정부에서 공적 서비스를 제공하고 있는데, 장기요양대상자의 선정방식은 다음과 같은 특징을 갖고 있다.

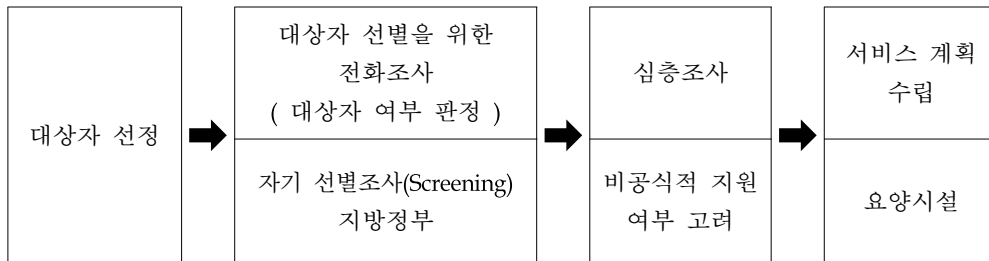
평가·판정은 대상자의 특성에 대한 정보를 중증도에 따라 자원이용량을 구분하여 자원필요군을 분류하는 중증도 분류시스템(case-mix system)을 근거로 하고, 이를 바탕으로 재정시스템에서 수가를 책정하여 장기요양급여에 대한 보상을 정하고 있다. 일률적인 장기요양대상자 선정기준을 갖고 있지는 않지만, 너싱홈(nursing home) 입소자의 종합적인 평가와 급여 및 수가 산정을 위해 개발된 MDS(Minimum Data Set)가 보편적인 기능상태 평가기준으로 인정받게 되면서 일부 주에서는 이를 모체로 한 1차적인 선별조사(screening) 방법을 개발하여 사용하고 있다.

요양대상자 평가·선정에 있어서 주정부에 따라 각각 특성을 갖고 있고 차이가 있지만, 기본적인 구조는 유사하다. MI Choice의 경우 1차 대상자 판정을 목적으로 하는 전화조사를 통한 선별조사와 서비스 수준을 제시하는 것을 목적으로 하는 직접 면접조사의 2단계로 구성된다(최병호 외, 2004).

전화조사는 자세한 평가가 필요한 대상자를 선정하는데 목표를 두며, 심층조사가 필요한 대상으로 선정된 경우 직접 면접조사를 실시하는데, 조사목적은 케어계획을 수립하는 것이다. 이러한 면접조사는 간호사와 사회복지사로 이루어진 평가팀이 가정을 방문하여 MDS-HC를 이용하여 평가하고 이에 기초하여 서비스수준(Level of Care: LOC)을 결정하게 된다.

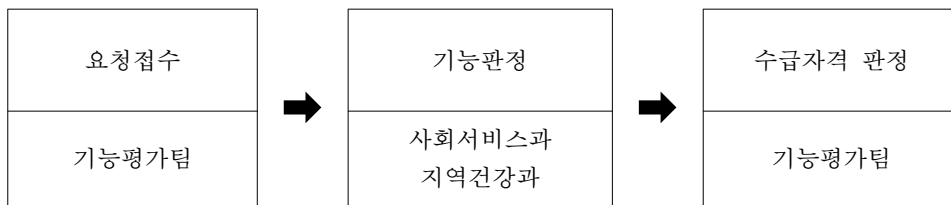
미국의 미시간주와 버지니아주의 요양대상자 평가·판정체계는 아래의 <그림 5>와 <그림 6>과 같다.

<그림 5> 미국의 요양대상자 평가체계(미시간주)



자료: 정경희 외(2005). 공적노인요양보장제도 평가·판정체계 및 급여·수가 개발. 한국보건사회연구원, p.230.

<그림 6> 미국의 요양대상자 평가체계(버지니아주)



자료: 정경희 외(2005). 공적노인요양보장제도 평가·판정체계 및 급여·수가 개발. 한국보건사회연구원, p.230.

(2) 주정부의 요양대상자 평가·판정 기준과 도구

① 주정부의 장기요양대상자 판정 기준

장기요양대상자 평가에는 각 주마다 의료 및 간호 필요도, 인지장애, 신체장애, ADL, IADL, 비공식 지원 등의 다양한 기준과 방법이 사용되고 있으며(O'Keeffe, 1996), 자격기준은 크게 세 가지로 분류된다(공적노인요양보장기획단, 2004).

첫째, 특정 요인에 대해 평가도구를 사용하여 점수화하는 경우(6개 주)

둘째, 특정 요인에 대한 장애 개수를 사용하는 경우(19개 주)

셋째, 케어수준에 대한 정의 및 지침에 따라 자격을 정하는 경우(17개 주)로 전문가의 판단이 가장 크게 작용한다.

한편 코네티컷, 아이오와, 미시건, 남캐롤라이나의 4개 주에서는 선별조사(screening) 도구를 통한 1차적인 판정을 거친 후 추가로 심층적인 평가 여부를 결정하고 있다.

② MDS(Minimum Data Set)

원래 RAI(Resident Assessment Instrument)⁶⁾라고 불리는 요양시설 입소자에 대한 종합적 평가 도구의 일부분으로 사용된 MDS는 요양시설 입소자의 기능상태를 평가하기 위한 도구로 개발되었으며, MDS의 자료를 바탕으로 대상자 기능상태의 경중도에 따른 자원필요군을 분류(RUG: Resource Utilization Group)한 후 수가산정과 연결시키는 방법이 널리 이용되고 있다.

MDS 평가도구는 질적 지표(quality indicators), 결과 측정도구(outcome measures), 케어계획 수립(care planning), 수가산정(case-mix funding systems), 대상자 선정기준(placement and eligibility criteria for single point entry systems) 등에 활용되고 있으며, 사용되는 시설에 따라 여러 종류로 구분되고 요양시설 환자의 기초 건강평가를 목적으로 사용되는 MDS(nursing home)와 지역사회용 평가도구로 개발된 MDS-HC가 있다(Morris et al., 1997).

③ RUG(Resource Utilization Groups)-III

MDS를 바탕으로 구성된 RUG는 대상자의 중증도(case-mix)를 평가하는 방법으로 요양시설 환자의 특성에 따라 분류한 군으로 자원이용도를 설명해주며, 다음과 같은 3가지 특징을 갖고 있다(Fries et al., 1994).

- 첫째, RUG는 유사한 자원을 이용하는 환자군을 분류하며,
- 둘째, 환자분류는 환자의 특성에 관한 정보만을 이용하고,
- 셋째, 환자군 내에서는 동질성을 유지하면서 환자군 간에는 통계적으로 유의한 차이를 보여준다.

RUG-III는 장기요양시설 입소자들을 자원이용량이 유사한 군으로 분류하는 체계이며, MDS항목 중 자원이용군 분류에 반드시 필요한 108개 문항에 기초하여 임상특성에 따라 7개의 대분류군으로 분류한 후 각각의 대분류군 안에서 일상활동수준(Ability of Daily Living: ADL)에 따라 중분류하고, 다시 분류군의 특성에 따라 우울 여부 및 재활간호서비스 수를 기준으로 세분류하여 최종 44개군으로 구성되어 있다(Carpenter et al., 1995; CMS, 2002).

RUG-III 분류체계는 재활집중군 14개군, 진료집중군 3개군, 특수치료군 3개군, 복합증후군 6개군, 인지장애군 4개군, 행동장애군 4개군, 신체기능저하군 10개군으로 총 44

6) RAI는 요양시설 입소자의 포괄적이고 종합적인 건강기능평가와 이에 따른 케어계획의 수립, 평가에 활용하기 위해 개발된 규격화 및 표준화된 지침이며(CMS, 2002), 평가도구(MDS), 입소자 평가프로토콜(Resident Assessment Protocols, RAPs), 사용지침서(utilization guidelines)의 3가지로 구성되어 있다.

개 군으로 구성된다.

4) 영국

(1) 요양대상자 평가·판정체계 개요

장기요양대상자 판정을 위한 단일화된 평가 도구는 없지만 지역사회보호법(Community Care Act)에 따라 1993년부터 장기요양보호에 대한 책임이 지방정부로 이전되어 지방정부는 각자 지역특성에 적합한 평가도구를 개발하거나 기존 도구를 선정하여 활용하고 있다(정영숙, 2006: 71).

2001년에 수립된 노인을 위한 국가서비스 준거틀(National Service Framework for Old People)은 노인의 건강과 사회적 보호서비스에 대해 전국적으로 일관성 있는 기준을 마련하려는 시도로 단일사정과정(Single Assessment Process: SAP)을 집행하고 있다.

(2) 단일사정과정(Single Assessment Process: SAP)

SAP는 노인의 건강과 사회적 보호서비스를 전국적으로 일관성과 기준을 마련하려는 시도이며, 단일한 평가도구를 제공하기보다는 단일사정개요(Single Assessment Summary)⁷⁾에 제시된 내용을 담을 수 있는 평가도구를 지역실정에 맞게 개별적으로 사용할 수 있도록 하고 있다.

SAP는 각 개인별 노인에게 표준화된 사정정보를 한 곳에 모으고 노인의 정보수집이 중복되지 않음과 동시에 관련 전문가 간에 정보를 공유하여 단일사정과정의 일부로 사정 후 이어지는 요양보호계획을 수립할 수 있도록 하는 것이다. SAP의 SAS는 표준화된 사정 정보인 기본 개인정보, 욕구와 건강, 보호계획의 개요 등 3가지 세트로 구성되어 있으며, 노인의 상태에 따라 접촉사정(contact assessment), 개괄적 사정(overview assessment), 전문가 사정(specialist assessment), 포괄적 사정(comprehensive assessment)을 수행하게 된다.

5) 호주

(1) 요양대상자 평가·판정체계 개요

장기요양서비스를 위한 입소자 평가도구인 Resident Classification System(RCS)은

7) 단일사정개요(Single Assessment Summary)는 지역 국민보건서비스(National Health Service: NHS)기관이 지역노인의 상황을 파악하고, 보호계획을 세울 수 있도록 자료를 확보하기 위해서 단일사정과정(Single Assessment Process: SAP)을 집행할 수 있도록 보건국(Department of Health)에서 건본으로 설계한 것이다.

대상자 평가와 등급, 등급에 의한 급여가 일원화되어 있는 단일모델이다. 요양시설 입소자 평가도구는 욕구중심(need-based)모델로서 RCS를 통해 모든 장기요양보호대상 노인들은 하나의 서비스 등급에 속하게 되며, 이에 따라 정부의 급여보조 수준을 결정한다.

RCS에 사용되는 평가항목은 대상자의 서비스욕구 전체를 고려하는 것은 아니며, 서비스의 총비용의 차이를 결정하는 주요항목으로 구성되어 있다. RCS의 기본원칙으로는 첫째, 대상자의 욕구가 다르면 그들의 서비스 수준도 다르다는 점, 둘째, 정부의 보조금도 대상자의 상대적 서비스 욕구를 반영하는 8가지 범주를 기초로 제공되며 대상자의 경제상태에 따라 결정된다.

RCS는 여러 해 동안 장기요양보호 노인에 대한 재정체계를 만드는 과정에서 나타난 결과이다. RCS가 개발되기 이전(1997년 10월 이전)까지는 시설(Aged Care Home) 입소자의 기능평가와 등급판정을 위해 5등급으로 구성된 Resident Classification Instrument(RCI)를 사용하였고, Hostel과 Personal Care의 평가와 등급판정을 위해서는 Personal Care Assessment Instrument(PCAI)를 사용하였다.

RCI는 다양한 기능수행능력과 간호 및 신체수발 욕구에 관련된 사항을 평가하는 항목으로 구성되었으며, RCI등급은 간호시간의 소요 여하에 따라 결정된다. RCI의 평가 및 등급체계는 평가체계가 이원화되어 있다는 점이며, 치매노인에 대한 정부급여 수준의 부적절성과 시설입소자의 독립성을 향상시키기 위한 인센티브가 없는 것 등의 문제점들이 제기되어 새로운 대상자 평가도구라고 할 수 있는 Resident Classification Scale(RCS)가 개발되었다.

(2) RCS의 주요내용

RCS의 특징으로는 첫째, 대상자가 어디에 있든지 지속적인 케어를 보장할 수 있으며, 둘째, 치매를 가진 환자의 케어비용을 제대로 인식하여 수가에 반영되었으며, 셋째, RCS하의 정부지원은 대상자의 욕구를 중심으로 책정하도록 설계되어 있다.

장기요양보호 노인들의 케어수준을 결정하기 위한 절차는 다음과 같다(임정기, 2005: 190-191).

첫째, 대상노인들은 Aged Care Assessment Team(ACAT)에 의해 선별조사(screening)를 받아야 하며, 건강관련 전문인력으로 구성된 ACAT는 대상노인에 대한 시설서비스 또는 지역서비스의 필요 여부를 승인한다.

둘째, ACAT는 대상자에 대한 의학적·신체적·정신적·사회적 환경을 평가 및 케어수준의 정도와 적합도 등을 결정하고, 대상자의 사정을 위해 RCS Instrument와는

다른 보다 포괄적인 도구를 이용한다.

셋째, 요양대상자가 시설에 입소하게 되면 시설 입소자의 케어욕구에 대한 평가는 21일에 걸쳐 이루어지며, 이 결과에 따라 대상자의 케어플랜이 만들어지고 입소자 평가가 끝나고 입소 후 2개월 이내에 입소자 분류에 대한 신청서가 RCS 지침서에 따라 만들어진다. 대상자 분류는 12개월 동안 유효하며, 입소자가 시설을 떠나는 경우와 노인의 서비스 욕구가 변화되었을 경우 및 병원 입원의 경우는 무효가 되며, 기존의 대상자에게는 재평가를 실시하여 신청서를 제출한다.

RCS는 상대적 자원배분 도구로서 모두 20개 항목으로 구성되고, 각각의 항목은 4점 척도로 측정되며, RCS에 의한 평가결과에 따라 장기요양보호 대상노인은 8개의 등급(1등급은 가장 높음, 8등급은 가장 낮음)으로 나누어지는데, 높은 수준의 서비스가 요구될수록 더 많은 정부지원이 이루어지며 8등급에 대한 정부지원은 거의 없다.

RCS의 문제점으로는 설계와 실행의 2가지 관점으로 나누어 살펴볼 수 있다(임정기, 2005: 192).

첫째, 설계의 문제점으로는 RCS가 장기요양노인의 욕구를 포괄적으로 평가하지 못하고 있다는 RCS가 노인의 문제행동과 관련된 서비스 욕구를 적절히 반영하고 있지 않은 점을 들 수 있다.

둘째, 실행의 문제점으로는 RCS 수가급여 요구의 변화율이 높다는 점, RCS가 케어플랜을 작성하는데 적절한 포괄적인 정보를 포함하고 있지 않다는 점, RCS와 관련된 문서작업이 너무 과다하다는 점 등을 지적할 수 있다.

IV. 선진외국의 국가별 장기요양대상자 평가·판정체계 비교

1. 노인장기요양 평가·판정체계의 국가별 비교

앞에서 살펴본 바와 같이 선진외국의 노인요양대상자 평가·판정체계는 국가별로 노인요양보장체계에 따라 평가·판정 도구가 다양한 특성을 반영하여 개발되었다고 할 수 있다. 일본, 독일, 미국, 영국, 호주의 장기요양대상자 평가·판정체계 비교한 결과를 장기요양체계, 평가·판정도구, 도구의 기능, 평가목적, 평가기관 및 평가자(평가주체), 등급 및 중증도 분류 기준, 수가와와의 관계, 요양계획(care plan)과의 관계, 평가·판정체계 등 주요 사안별로 구분하여 정리해보면 <표 2>와 같이 나타낼 수 있다.

<표 2> 국가별 노인장기요양 및 평가·판정 체계 비교

분류 \ 국가	일본	독일	미국	영국	호주
장기요양체계	별도의 보험제도를 통해 급여 제공	별도의 보험제도를 통해 현금 및 현물 서비스 제공	의료제도 내에서의 요양수가 지급	NHS 또는 조세제도를 통해 장기요양대상자에게 요양서비스 제공	요양시설 운영자에게 정부가 수가 지원
평가판정 도구	전국적으로 통일된 요개호 인정사정 도구	전국적으로 통일된 등급판정 도구	전국적으로 통일된 도구는 사용되지 않으나 주로 MDS를 활용	단일사정개요(SAS)에 따라 지역별 평가도구 개발, 공통적으로 개인정보, 욕구와 건강, 보호계획 등 포함, 인정사정 도구는 CAT와 MDS-HC	전국적으로 통일된 케어 욕구 20개 항목, 시설입소자 분류체계(RCS)
도구의 기능	법적 급여대상자 판정 도구	법적 급여대상자 판정 도구	노인의 기능평가 및 욕구 사정 도구	욕구사정 도구	시설입소자 기능평가 및 등급판정 도구
평가 목적	개호대상 인정 및 등급 판정	수발대상 여부 및 등급 판정	시설입소자의 특성에 맞는 서비스 제공 및 수가지급 기준	지역사회의 노인 평가	시설입소자 등급판정에 따른 수가 지급
평가기관 및 평가자(평가주체)	시정촌 사례관리자	건강보험공단(MDK) 의사 및 간호사	지방정부 및 각 요양시설	지역 NHS기관	각 요양시설
등급 및 중증도	6등급	3등급	중증도에 따른 7개 대분류 44개군 분류	없음	8등급
등급 및 중증도 분류 기준	이론화된 개호시간	도움빈도가 감안된 기준 수발시간	측정된 케어시간	없음	수발시간에 대한 점수화
수가와외의 관계	인정사정항목 평가를 통해 서비스군별 수발시간으로 등급결정, 이에 따라 수가 지급	수발보험 평가판정도구를 통해 나온 수발시간으로 등급 결정, 이에 따라 수가 지급	MDS를 통해 서비스 이용별 노인의 특성 분류(RUG)마련, 이에 따라 수가지급	없음	RCS평가를 통해 점수에 의해 등급결정, 이에 따라 수가 지급
요양계획(care plan)과의 관계	법적으로 규정한 별도의 욕구사정 도구를 사용하여 계획 작성	노인요양시설에서 별도의 사정도구를 사용하여 계획 작성	MDS가 포괄적 욕구사정 도구로 이에 따른 계획 작성	SAS에 의해 계획 수립	ACAT에서 별도 규정된 욕구사정 도구 사용, 이에 따른 계획 작성
평가판정체계	현재 제공되고 있는 서비스에 따른 노인(요양대상자)분류 체계, 요개호 인정도구는 서비스의 필요 여부를 파악케하는 평가체계	전문가에 의한 노인기능평가 위주로 실시, 요양급여 대상자 선정 및 등급화는 기능수행 도움에 대한 수발시간에 의한 평가체계	현재 제공되는 서비스에 따른 노인(요양대상자) 분류체계	요양대상자 선정 및 등급 관련 평가체계가 아닌 지역사회 노인의 기능을 평가하고 적절한 보호를 받을 수 있도록 고안된 매뉴얼 형식	입소 노인의 기능평가 및 등급 평가판정, 핵심적인 케어욕구를 기반으로 하지만 포괄적이지는 않으며, 절대적 기준이 아닌 상대적 평가체계

2. 분석결과의 시사점 및 함의

일본, 독일, 미국, 영국, 호주의 장기요양대상자 평가·판정체계 비교 분석한 결과를 통해 나타난 시사점과 함의를 파악하면 다음과 같다.

첫째, 일본과 독일의 경우는 사회보험의 형식으로 대상자를 판정하기 위한 평가도구를 개발하였으므로 개인의 기능제한에 의한 도움 필요성을 우선 기준으로 하고 있다. 기타 개인의 인구사회학적 정보 및 수발자의 부담과 같은 주관적 요소는 포함되지 않거나 2차 판정시 고려되는 요소들인데 이는 노인요양보장체계가 요양욕구를 가진 노인이라면 누구나 급여를 받을 수 있도록 하는 보편적 제도의 이념을 따르는 것이라고 할 수 있다.

또한 일본과 독일은 기능제한에 따른 수발시간을 대상자 선정 및 등급의 기준으로 삼고 있는데, 이런 방식은 임상적 기능제한과 수발도움의 경중이 완전히 일치하지 않는 경우까지 포함할 수 있으며, 보다 중요하게 수발욕구의 기준을 공통적으로 중요하게 간주하였다. 그러나 독일의 경우에는 의사에 의한 1시간 정도의 면접조사로 요개호도를 판정하여 개호 필요도 보다는 의학적 소견에 치우치기 쉽고 1회 평가에 의해 요개호자의 일상생활상의 개호필요를 파악하는 것이 어렵다는 지적이 있다(임정기, 2005: 200).

둘째, 미국의 경우는 보편적 공적노인요양보장체계는 갖추고 있지 않기 때문에 일률적인 장기요양대상자 선정기준을 갖추고 있지 않으나, 의료보험 및 의료보호 대상자의 급여와 수가산정을 위해 MDS의 자료를 바탕으로 대상자의 기능상태의 경중도에 따른 자원필요군을 분류(RUG)한 후 수가산정과 연결시키는 방법이 널리 이용되고 있다. 자원필요에 따라 환자를 분류하여 서비스를 제공하는 것은 일본의 요개호 인정체계와 유사하다고 할 수 있다.

특히 자원필요에 따른 환자분류체계의 개발에 있어서 일본의 요개호 인정체계 개발과정과 같이 서비스 제공인력의 1분 타임스터디(time-study)방식을 공유하고 있다는 점에서 매우 유사한 체계라고 할 수 있다.

셋째, 영국의 경우는 노인요양보장대상자를 선정하는 단일화된 평가도구가 존재하지 않으며, 단일사정개요(SAS)에 의해 각 사정도구에 포함될 기준을 제시하고 있을 뿐이다. 그리고 각 지방정부는 지역사회 노인의 기능을 평가하여 적절한 서비스를 제공하고자 하는 요양계획(care plan)수립에 사용하고 있다.

넷째, 호주의 경우는 요양욕구 중심의 평가체계라고 할 수 있는데, 다른 국가와는 특이하게 요양대상자의 경제적 수준이 요양욕구에 포함된다. 이는 경제적 욕구중심의 사회복지서비스가 보편화되어 있는 호주의 역사적 유산과도 관련이 있다. 또한 요양

대상자의 도움 필요도를 수발시간으로 측정하여 8등급으로 나누고 있다. 그러나 평가 도구는 장기요양서비스 대상노인 욕구를 포괄적으로 평가하지 못하여 노인의 욕구수준에 맞는 정부의 수가지원이 적절히 이루어지 어려운 문제점을 가진 것으로 평가되고 있다. 이러한 이슈와 함께 호주는 RCS를 대체할 수 있는 새로운 시스템의 모색으로 RAI2-RUGⅢ를 고려하고 있다.

이상에서 국가별 노인장기요양 및 평가·판정체계를 비교 분석한 결과를 종합해보면, 노인요양보장체계의 평가·판정도구는 전체 노인요양보장체계가 가지고 있는 이념을 전제로 개발되어야 하며, 노인의 기능상태 평가, 서비스의 수준, 수가산정 시스템이 일관성을 유지한 틀로 설정되는 것이 바람직하다고 볼 수 있다.

먼저 전반적인 노인장기요양보장체계의 근본이념에 근거해서 우리나라 노인요양대상자 평가·판정 도구 및 기준은 개개인의 요양욕구가 가장 우선시 되어야 한다. 여기서 요양욕구란 개인의 기능제한 정도에 따라 서비스를 제공하는 것이 아니라 서비스의 필요도에 따라 서비스를 제공해야 된다는 것이다. 따라서 노인장기요양대상자의 평가·판정에 있어서 노인의 기능상태 평가는 단순히 임상적 평가가 아니라 요양서비스 욕구를 대표할 수 있어야 하고 객관적 요소로서 파악할 수 있는 것이어야 한다.

이와 같은 요양서비스 욕구를 대표할 수 있는 평가·판정체계를 개발하기 위해서는 서비스의 자원이용량에 대한 조사가 이루어져야 할 것이며, 아울러 현재의 자원이용량을 대표할 수 있는 기능상태에 대한 평가 도구 및 기준 등이 우선적으로 개발되어야 한다. 또한 요양서비스 욕구를 대표할 수 있는 평가항목은 현재 대부분의 나라에서 채택한 수발시간을 근거로 객관적이고 합리적인 인정 체계로 개발되어야 할 것이다(임정기, 2005: 201-204).

V. 결 론

우리나라의 보건복지 정책 및 서비스는 그 동안 여러 가지 변화를 거듭해왔으나, 아직까지 보건복지서비스의 수준은 잔여적 접근에서 탈피하지 못하고 있는 것이 현실이다. 2008년 7월 시행될 예정인 노인장기요양보험제도는 기존의 사회보험체계와 공생을 의미하며, 사회복지서비스의 근간을 변화시킬 수 있는 중요한 계기가 될 것이다.

지금까지 노인장기요양보호와 관련하여 많은 논의와 연구가 진행되어 왔다. 노인장기요양보험제도의 시행에 앞서 현재 1차 및 2차 시범사업이 추진되었고 3차 시범사업이 추진 중에 있다. 이러한 시범사업의 추진결과를 여러 차원에서 평가하여 향후 장

기요양대상자의 수발등급 판정도구, 수가 보완, 법규정상의 급여 종류 등 장기요양제도의 전반적인 사항에 대한 지속적인 보완이 필요하다.

이상에서 살펴본 바와 같이 선진외국과 우리나라의 노인장기요양대상자 평가·판정체계를 비교 분석한 결과를 유추해 볼 때, 향후 장기요양대상자의 평가·판정체계의 설계 방향 및 과제를 제시하면 다음과 같다.

첫째, 노인장기요양대상자 평가·판정은 다양한 사회적 환경변화 요인에 대응할 수 있어야 하며, 노인의 요양서비스 욕구를 정확히 측정할 수 있어야 한다. 단순히 노인의 질병 및 기능상태의 중증도를 파악하는 임상적 측정도구가 아닌 급여내용과 연동되는 평가체계로써 장기요양제도의 서비스 필요도에 따른 욕구 등을 평가·측정하는 체계가 되어야 할 것이다.

둘째, 요양서비스의 필요도를 설명할 수 있는 핵심적 요소를 중심으로 간단명료하게 구성되어야 하며, 요양서비스의 필요도를 대표할 수 있는 객관적 기준(수발시간)을 갖추어야 할 것이다. 즉 요양대상자에 대한 서비스의 내용과 양(시간)을 예측할 수 있도록 간단하고 명확한 모델이 바람직하다.

셋째, 객관적인 기준의 설정을 통해 과학적이고 합리적인 평가·판정체계를 갖추어야 할 것이다. 일본의 평가·판정 사례를 살펴본 바와 같이 과학적 근거를 바탕으로 한 시스템을 개발하기 위해 컴퓨터에 의한 판정을 실시하고, 컴퓨터에 의해 요양인정 항목의 득점과 개호시간을 산출한 후 등급을 결정하는 체계로 구성되어 있다. 따라서 우리나라의 경우도 노인장기요양보험제도의 평가·판정체계도 요양대상자 등급판정 기준 등을 계량화하고, 가능한 주관성을 배제하고 객관적인 기준 및 틀을 확보해야 할 것이다.

넷째, 장기요양대상자 평가·판정체계는 전문가 및 실무자뿐만 아니라 일반국민 전체가 이해하기 쉽고 납득할 수 있는 지표여야 한다. 요양대상자 평가결과는 급여대상 노인에게 개호서비스를 선택하는 중요한 정보자료가 되며, 피보험자나 노인의 가족들에게 서비스가 적절한지 판단할 수 있는 자료가 되어야 한다. 또한 케어매니저 등 요양서비스제공 담당자에게는 요양계획을 마련하기 위한 자료가 되며, 행정담당자에게는 요양서비스를 평가하는 데에 참고자료가 되어야 할 것이다.

요컨대, 인구고령화시대를 눈앞에 둔 현 시점에서 향후 우리나라의 노인장기요양보호제도의 추진방향은 빠르게 변화해가는 보건·의료·복지·사회·경제적 환경에 적절히 대응하고, 노인인구의 다양한 특성이 고려하여 통합적·연계적 서비스 제공 차원에서 장기요양정책이 수립되어야 할 것이다.

참고문헌

- 공적노인요양보장추진기획단·보건복지부. (2004). 「공적노인요양보장체계 개발연구 (Ⅰ),(Ⅱ)」.
- 공적노인요양보장제도 실행위원회·보건복지부. (2005). 「공적노인요양보장제도 실시 모형 개발 연구」.
- 공적노인요양보장제도 실행위원회·보건복지부. (2005). 「독일 수발보험 자료집」.
- 공적노인요양보장제도 실행위원회·보건복지부. (2005). 「일본 개호보험 자료집」.
- 국민건강보험공단. (2006). 「노인수발보험제도 제2차 수발인정·서비스 지원 세부 매뉴얼」.
- 국민건강보험공단. (2006). 2006 건강보험주요통계.
- 권순만. (2003). 독일의 장기요양제도. 「한국노년학연구」. 제12호.
- 김영숙. (2006). 「노인수발보험제도와 재가노인케어매니지먼트」. 서울: 교육과학사.
- 김은영·전경자. (2003). 노인 장기요양서비스 유형별 비용분석. 「한국노년학」. 제23권 제2호.
- 김진수. (2005). 「한국의 노인요양보험과 정책과제: 서울시의 조정역할을 위한 정책과제를 중심으로」. 사회복지정책학회 한·일 국제학술심포지엄.
- 김찬우. (2005). 미국 장기요양제도의 변천과 케어매니지먼트의 등장에 관한 연구. 「사회복지연구」. 제26권(겨울호).
- 김창엽. (2003). 공적 노인요양 보장제도의 지불보상과 수가. 「노인정신의학」. 제7권 제2호.
- 김철주·홍성대. (2007). OECD국가 노인장기요양보호 체계 개혁방향: 비공식적 장기요양보호에 대한 보상 및 지원 제도화를 중심으로. 「노인복지연구」. 제35권 봄호.
- 김홍수·권순만·김선민. (2002). 환자 및 시설 특성이 장기요양 서비스 이용 노인의 자원소모량에 미치는 영향. 「보건행정학회지」. 제12권 제1호.
- 보건복지부. (2007). 「노인보건복지사업 안내」.
- 보건복지부a. (2005). 「노인수발보장법안 공청회 자료집」.
- 보건복지부b. (2005). 「노인복지시설 현황」.
- 보건복지부c. (2005). 「노인복지법령집」.
- 보건복지부. (2006). 「2006년 의료기관 및 병상 현황」.
- 선우덕 외. (2001). 「노인장기요양보호 욕구실태조사 및 정책방안」. 서울: 한국보건사회연구원.

- 선우덕 외. (2003). 「공적 노인요양보호체계 발전방안 연구: 노인기능평가도구의 개발·적용, 시설기능 재정립 및 재원운용계획 중심」. 서울: 한국보건사회연구원.
- 신의철 외. (2006). 「노인요양보장제도의 제공체계에 관한 연구. 서울: 대한의사협회 의료정책연구소.
- 신호철 외. (2002). 한국형 노인건강상태 평가 도구의 개발. 「가정의학회지」. 제23권 제4호.
- 유선주·장현숙·배성권. (2003). 「장기요양보호 노인의 간병·일상활동 지원인력 수급 및 관리운영체계 구축」. 서울: 한국보건산업진흥원.
- 유인영·조소영. (2003). 재가노인의 케어요구 사정과 케어요구군 분류에 관한 연구. 「한국노년학」. 제23권 제3호.
- 임정기. (2005). 우리나라 노인요양보장제도의 평가관정 도구에 관한 고찰: 외국사례에 대한 비교분석을 중심으로. 「보건사회연구」. 제25권 제2호.
- 장현숙 외. (2006). 「방문보건사업 모니터링 및 활성화방안 개발」. 서울: 한국보건산업진흥원.
- 정경희 외. (2001). 「장기요양보호대상 노인의 수발실태 및 복지욕구: 2001년도 전국 노인장기요양보호서비스 욕구조사」. 서울: 한국보건사회연구원.
- 정경희 외. (2005). 「공적노인요양보장제도 평가·관정 체계 및 급여·수가 개발」. 서울: 한국보건사회연구원·보건복지부.
- 차홍봉. (2004). 「노인요양보험제도의 도입과 노인요양시설의 발전방향」. 한림대학교 사회복지대학원 보건복지포럼 자료집.
- 최은영 외. (2005). 「OECD국가의 노인장기요양서비스체계 비교와 정책적 함의」. 서울: 한국보건사회연구원.
- 한국가정간호학회. (2004). 「호주의 가정간호와 노인요양제도」. 가정간호학회 해외연수 보고서.
- 한국보건산업진흥원. (2007). 「노인장기요양보험제도 도입에 따른 보건기관의 역할 및 향후방안」. 제76회 보건산업진흥포럼자료.
- 황재영·고완자. (2005). 고령사회의 노인문제와 노인의 개념 및 특성에 관한 이론적 고찰. 「한국지방행정학보」. 제2권 제2호.
- 보건복지부 홈페이지(www.mohw.go.kr)
- 통계청 홈페이지(www.nso.go.kr)
- Aged Care Evaluation and Management Advisors Ltd. (2002). *A Review of The Resident Classification Scale Situation Analysis Report*.
- Center for Medicare & Medicaid Service. (2001). *Appropriateness of Minimum*

- Nurse Staffing Ratios in Nursing Home. Phase II Study.
- Cms. (2002). Long-Term Care Resident Assessment Instrument. *User's Manual, Version 2.0*. Centers for Medicare and Medicaid Services.
- Fox P., Maslow K., Zhang X. (1999). Long-Term Care Eligibility Criteria for People with Alzheimer's Disease. *Health Care Financing Review*. 20(4).
- Fries, B. E., Schneider, D. P., Foley, W. J., Gavazzi, M., Burke, R., & Cornelius, E. (1994). Refining a Case-Mix Measure for Nursing Homes: Resource Utilization Groups(Rug-Iii). *Medical Care*, 32(7).
- Grimaldi, P. L. (2002). Prospective Per Diem Rates for Skilled Nursing Care. *Journal of Health Care Finance*, 28(3).
- Hicks, L. L., Rantz, M. J., Petroski, G. F., Madsen, R. W., Conn, V. S., Mehr, D. R., & Porter, R. (1997). Assessing Contributors to Cost of Care in Nursing Homes. *Nursing Economics*, 15(4).
- O'Brien, J., Saxberg, B., & Smith, H. (1983). For-Profit or Not For-Profit Homes: Does It Matter? *The Gerontologist*, 23.
- O'Keeffe J. (1996). Determining The Need for Long-Term Care Services: An Analysis of Health and Functional Eligibility Criteria in Medicaid Home and Community Based Waiver Programs. American Association of Retired Persons.
- Ramsey, I. R. (1994). Activity-Based Costing for Hospitals. *Hospital and Health Service Administration*, 39(3).
- Schneider, D. P., Fries, B. E., Foley, W. J., Diamond, M., & Gormley, W. J. (1988). Case Mix for Nursing Home Payment: Resource Utilization Groups, Version 2.0. *Health Care Financing Review*, Dec(Spec).
- Tilly, J., Black, K., & Ormond, B. (2003). State Experiences with Minimum Nursing Staff Ratios for Nursing Facilities: Findings from Case Studies of Eight States. U. S. Department of Health and Human Services.
- Ulmann, S. G. (1981). Assessment of Facility Quality and Its Relationship of Facility Size in the Long-Term Health Care Industry. *The Gerontologist*, 21(1).
- Who. (2003). Key Policy Issues in Long-Term Care.
- Wiener, J., Liu, K., & Schieber, G. (1986). Case-Mix Differences between Hospital-Based and Freestanding Skilled Nursing Facilities: A Review of the

26 「한국지방행정학보」 제4권 제1호

Evidence. *Medical Care*, 24(12).

Wodchis, W. P. (1998). Applying Activity-Based Costing in Long-Term Care. *Healthcare Management Forum*, 11(4).