

## 독일의 새 장기요양 평가판정도구 시안에 관한 고찰

남 현 주  
(가천대학교)

독일은 현행 평가판정도구가 대상자의 장기요양필요성을 확정하는데 한계가 있다는 비판적 논의를 인정하고, 시간개념을 대체하면서 대상자의 기능상태 뿐만 아니라 전체적이고 포괄적인 관점을 고려하는 모듈화 된 평가시스템을 도입하고자 시안을 마련하였다. 이 시안이 장기요양보험조합 연방총연합회가 2011년 발표한 '장기요양필요성 확정을 위한 새로운 평가판정도구'(Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit = NBI)이다. 본 연구의 목적은 NBI의 구조와 내용을 분석하고, 이에 대한 평가와 시사점을 도출하는 것이다. NBI의 이론적 근거가 되는 새로 정립된 장기요양필요성의 개념과, 이를 토대로 설계된 NBI의 구조와 내용, 그리고 무엇보다 NBI 안의 핵심기제인 '새로운 평가판정어세스먼트'(neues Begutachtungsassessment = NBA)의 모듈화 구조는 독일 학계와 정부의 장기요양보험 제도개혁의 의지를 잘 보여준다. 특히 장기요양필요성을 사정하는데 기본이 되는 시간개념의 한계를 인정하고 이를 새로운 시스템 개발을 통해 보완하려는 NBI 연구자들의 노력은 제도의 성숙한 정착을 모색하는 과정에서 요양인정점수의 객관성과 타당성을 제고하려는 우리나라 연구자들에게도 분명 시사하는 바가 크다. 비록 요양인정점수를 포기하지 않더라도, 도구의 한계를 극복하고 개선하기 위해서는 새로운 시스템을 고민하는 다른 나라의 경험을 참고할 필요가 있다. 독일의 NBI 시안은 시대적 요청에 부합하는 적절성 내지 타당성을 도구가 어느 정도 담보해야 하는지 현 시점에서 고민할 필요가 있음을 우리에게 시사하고 있다.

주요용어: 독일장기요양보험, 평가판정도구, 평가판정어세스먼트, 요양인정점수

이 논문은 2013년도 가천대학교 교내연구비 지원에 의한 결과물임(GCU-2013-R400).

■ 투고일: 2013.10.31    ■ 수정일: 2013.12.20    ■ 게재확정일: 2014.1.16

## I. 서론

장기요양보험에서 대상자의 선정을 위한 평가판정기준의 합리성과 객관성을 확보하는 것은 제도 자체의 신뢰성뿐만 아니라 사회보험으로서 제도의 정당성을 확보하는데 관건이다. 이를 위해 장기요양보험조합 연방총연합회(Spitzenverband Bund der Pflegekassen), 질병보험조합 총연합회 소속 의료지원단(Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen: MDS), 개별 질병보험 의료지원단(Medizinischer Dienst der Krankenkasse: MDK)들의 대표자, 그리고 연방노동사회부가 공동으로 협의하여 명확한 평가판정지침을 개발하기로 합의하였다. 그 결과 1997년 3월 21일 ‘사회법전 제11권에 따른 장기요양필요성 평가판정을 위한 장기요양보험조합 연방총연합회의 지침’(Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches)이 마련되었다.

1997년 이후 수차례 수정 보완된 지침의 발전과정을 살펴보면 장기요양대상자 평가판정과 관련하여 다음과 같은 몇 가지 중요한 사실들을 확인할 수 있다.

우선 현재 유효한 평가판정의 핵심기준은 사회법전 제11권에 규정된 “장기요양필요성”의 개념이다. 이는 크게 네 영역(신체청결/영양/이동/가사관리)으로 범주화될 수 있는 요수발 일상생활활동의 종류, 수발빈도, 수발시간대, 수발시간량으로 환산되는 도움욕구를 의미한다. 여기서 무엇보다 수발시간량은 등급판정을 결정하는 핵심요인이다. 계량화할 수 있는 수발시간량을 기준으로 장기요양필요성을 확정하고자 했던 이유는 평가판정의 절차와 결과에 대한 객관성과 통일성을 확보하기 위함이었다.

그러나 이미 지침의 도입 초기부터 평가판정기준에 대한 비판이 있어 왔다. 비판의 핵심은 사회법전 제11권 제14-15조에 정의된 장기요양필요성의 개념이 너무 지나치게 신체위주 수발조치 중심으로 협소하게 정의되어 급변하는 현대인의 생활방식과 환경에 부합하지 못하다는 것이다. 이러한 비판과 관련하여 2009년 수정 보완된 지침에는 하나의 중요한 변화를 확인할 수 있다. 단순히 객관적인 수발시간량에 근거하는 등급판정만이 아니라, 이와 별도로 치매같이 정신적·인지적 장애로 인해 발생하는 일상생활수행능력의 제약정도에 대한 심사가 추가된 것이다(Diakonie, 2009: 15-16). 이러한 보완과정은 전체적으로 볼 때 독일의 현행 평가판정도구가 “한편으로 ADL위주의 요수발 일상생활활동의 종류/수발빈도/수발시간대/수발시간소비량을 측정하여 장기요양필요성을

사정하고, 다른 한편으로 이와 별도로 치매나 정신질환 등 인지기능 장애와 문제행동으로 일상생활수행능력이 제약되는 정도를 측정하여 ADL 위주의 평가에 보완적 기능을 수행하는”, 이른바 ‘이원화된 구조’(남현주, 2012: 60)를 갖게 되는 계기가 되었다.

그러나 독일의 평가판정도구가 비판에 직면하여 단계적 수정보완의 과정을 거쳐 처음 시작할 때의 기본체계를 유지하면서 현재의 이원적 구조를 취하게 되었음에도 불구하고 비판에 대한 보다 근본적인 해결책을 찾고자 하는 노력은 계속되었다. 이러한 노력의 대표적 사례가 장기요양보험조합 연방총연합회가 2011년 발표한 ‘장기요양필요성 확정을 위한 새로운 평가판정도구’(Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit=이하 NBI로 약칭)이다. 이 새로운 평가판정도구 시안은 장기요양보험 개혁을 준비하는 과정에서 독일 연방보건부가 장기요양보험조합 연방총연합회에 의뢰하여 추진한 3단계에 걸친 모델프로젝트<sup>1)</sup>의 주요 연구결과물중 하나이다. 사회법전 제11권 제53a조에 의하면 독일의 모든 주에 통일적으로 적용되는 평가판정도구의 설계와 시행은 MDS와 개별 MDK들의 지원 하에 장기요양보험조합 연방총연합회가 수행하는 과제이다. 때문에 2006년 연방보건부는 연방총연합회로 하여금 장기요양보험 발전을 모색하는 차원에서 새 평가판정도구를 개발하도록 요청한 것이다. 연방보건부가 소집한 위원회의 보고서에서도 밝힌 바와 같이 NBI는 장기요양 평가판정에 관한 법과 정책을 결정함에 있어서 입법자를 학문적으로 지원하는 연구보고서의 성격을 갖고 있다(BMG, 2009). 즉, NBI의 목적은 개혁에 부합하는 새로운 장기요양필요성의 개념과 이를 확정할 수 있는 새로운 평가판정도구를 개발함으로써 장기적인 장기요양보험 발전을 위한 정책결정의 학적 토대를 마련하는 것이다. 물론 아직까지 NBI의 내용은 현행 평가판정도구에 반영되어 있지 않지만, 시안의 내용을 보면 독일에서 개혁의 차원에서 근본적인 패러다임의 변경까지 요구하는 현안문제가 무엇이며, 이에 대한 해결방안이 어떠

1) 모델프로젝트는 크게 3단계로 진행되었다. 첫 번째 단계(2006년 11월~2007년 2월)는 기존의 장기요양필요성 개념과 평가판정도구를 분석·평가하는 사전연구단계로 빌레펠트대학교 장기요양학연구소(Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld)가 연구책임을 맡았다(Wingenfeld et. al., 2007). 두 번째 단계(프로젝트의 제1단계: 2007년 7월- 2008년 2월)는 새로운 평가판정도구를 개발하는 단계로 빌레펠트 대학교 장기요양학연구소와 베스트팔렌-리페 질병보험 의료지원단(MDK Westfalen-Lippe)이 공동으로 작업에 참여하였다(Wingenfeld et. al., 2008). 세 번째 단계(프로젝트의 제2단계: 2008년 3월~2008년 10월)는 새로 개발한 평가판정도구 시안을 평가하는 단계로 MDS와 브레멘 대학교 공공보건장기요양연구소(das Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen=IPP)가 책임을 맡았다.

한 형태로 평가판정도구 시안에 반영되어 있는지 확인할 수 있다.

본 연구의 목적은 이러한 NBI의 구조와 내용을 분석하고, 이에 대한 평가와 시사점을 도출하는 것이다. 이를 위하여 우선 NBI의 이론적 근거가 되는 새로 정립된 장기요양필요성의 개념을 살펴보고, 이를 토대로 설계된 NBI의 구조와 내용, 그리고 무엇보다 NBI안의 핵심기제인 '새로운 평가판정어세스먼트'(neues Begutachtungsassessment=이하 NBA로 약칭)의 모듈화 구조를 분석할 것이다. 따라서 NBI를 분석하는 이론적 틀은 모델 프로젝트 1단계 사업에서 이루어진 기존 장기요양필요성 개념의 분석결과(Wingenfeld et. al., 2007)를 토대로 한 새로운 장기요양필요성의 개념을 제공한다. 본 연구에서는 새롭게 정의된 장기요양필요성 개념이 어떠한 학문적 논의를 통하여 독일 내에서 새로운 판정도구의 이론적 틀로서 기능하게 되었는지 분석하고, 이를 토대로 새 장기요양필요성 개념을 NBI의 8개 모듈화 구조를 파악하는 분석틀로 활용할 것이다. 물론 NBI가 독일의 현행 평가판정도구를 개선하려는 시안이며, 독일과 우리나라의 현행 도구도 많은 차이가 있기 때문에, NBI의 분석을 통해 우리나라의 도구에 대한 시사점을 도출하는 것은 그리 쉬운 일이 아니다. 그러나 장기요양필요성을 사정하는데 기본이 되는 시간개념의 한계를 인정하고 이를 새로운 시스템 개발을 통해 보완하려는 NBI 연구자들의 노력은 요양인정점수의 객관성과 타당성을 제고하려는 우리나라 연구자들에게도 분명 시사하는 바가 클 것이다. 물론 현행 우리나라 요양인정점수와 현행 독일의 수발시간 사이에는 근본적인 차이가 있다(남현주, 2012). 이러한 차이는 두 나라 평가도구체계의 근본적 차이이기도 하다. 그러나 본 연구에서 주목하고자 하는 것은 독일이 수발시간으로 장기요양욕구를 측정하는 것에서 벗어나 새로운 측정방식을 모색하고 있다는 것이다. 이러한 학문적 주목은 한국과 독일의 근본적인 평가체계의 차이를 이미 파악하고 전제하는 것이기 때문에 우리나라 요양인정점수의 무차별 지양을 의도하고 있지 않다. 다만 본 연구에서 의도하는 것은 수발시간의 한계를 감지하고 새로운 평가패러다임을 도입하고자 하는 독일의 사례를 그들의 이론적 틀을 토대로 분석함으로써 우리나라 평가도구의 생산적 발전에 기여할 수 있는 장기요양학적 자료를 제공하는 것이다. 이러한 맥락에서 본 연구는 NBI의 분석을 통해 독일 장기요양 평가판정정책의 흐름을 파악하고, 이에 따르는 기대효과와 문제점을 분석함으로써 차후 우리나라 장기요양 평가판정정책의 개선을 위한 이론적 토대를 마련하는데 기여하고자 한다.

## II. 새로운 시안의 이론적 근거로서 장기요양필요성 개념

### 1. 현행 장기요양필요성 개념에 대한 비판적 논의

독일의 현행 장기요양 평가판정도구의 이론적 근거가 되는 것은 사회법전 제11권에 명시된 장기요양필요성의 개념이다. 장기요양필요성이란 신체적·정신적·심리적 질병 또는 장애로 인하여 매일 규칙적으로 반복되는 일상생활활동을 수행하는데 지속적으로 -최소 6개월 이상- 상당한 도움이 필요한 상태를 말한다(MDS, 2009: 42). 장기요양필요성을 확정하고 장기요양등급을 판정하는 핵심기준은 질병이나 장애의 위중함이 아니라, 오직 활동성의 구체적 손상 내지 약화에서 비롯되는 대상자의 개인적 도움욕구이다(MDS, 2009: 42-43). 이때 도움욕구는 법적으로 정의된 4개 영역(신체청결/영양/이동/가사관리)의 일상생활활동에 한하여 평가자가 측정한 수발시간에 의해 계량화된다.

그런데 사회법전 제11권에 명시된 장기요양필요성의 개념과 이를 근거로 만들어진 현행 평가판정도구에 관해서는 이미 장기요양보험 제도 도입 초기부터 비판적 논의가 있어왔다.

첫 번째 비판의 핵심은 사회법전에 명시된 장기요양필요성의 개념이 일방적으로 신체 기능적 관점에서만 정의되어 일상생활활동이라는 기본수발영역에 한정되어 있다는 것이다(Bartholomeyczik, 2004). 장기요양필요성의 개념이 이처럼 협소하게 정의된 이유는 장기요양보험의 특수성과 무관하지 않다. 질병보험과 달리 장기요양보험은 필요한 모든 급여를 재정적으로 지원하는 수요충족(Bedarfsdeckung)의 원칙이 아니라 보험료유안정성(Beitragsstabilität)의 원칙을 따른다(Simon, 2010). 따라서 장기요양보험은 모든 사회보험 영역에 통일적으로 적용되는 장기요양필요성의 개념이 아니라 급여청구권의 조건을 법적으로 충족하는 최소한의 개념을 설정하고 있다(Roller, 2007). 이런 의미에서 장기요양보험이 전제하는 장기요양필요성의 개념은 기본수발 영역에서 도움을 필요로 하는 신체적으로 노쇠한 대상자의 도움욕구를 우선시하는 사회정책적 이해를 내포하고 있다(Dörr, 2003: 7). 그러나 신체기능위주의 기본수발 영역에 한정된 협의의 장기요양필요성 개념은 예컨대 의사소통이나 사회적 참여와 같은 인간생활의 본질적 영역에 속하는 부분을 도외시하고, 기본수발 영역을 넘어서 인지적·심리적 장애를 겪는 대상자의 도움욕구를 제대로 고려하지 못하는 문제를 안고 있다. 그 결과 치매와 같이 인지적·심리적 장애로 일상

생활에 제약을 받는 노인과 아동의 경우 그들의 상태에 부합하는 적절한 지원을 받을 수 없게 되고(MDS, 1998: 75; MDS, 2000: 3; Wingefeld, 2007: 7), 인지적·심리적 장애가 증명되었음에도 불구하고 신체기능의 제약이 증명되지 않아 장기요양급여를 받지 못하는 이른바 “회색지대”(Grauzone)가 생기게 되었다(Gutzmann et al., 2000).

현행 장기요양필요성 개념에 대한 두 번째 비판은 도움욕구를 측정하는 핵심기준이 수발빈도와 수발주기를 고려한 수발시간량이라는 점이다. 사실 독일의 현행 평가판정시스템에서 수발시간이라는 물리적 측정요인은 상반된 의미를 갖고 있다(BMG, 2009: 44-45). 한편으로 장기요양보험에서 수발(장기요양: Pflege)은 시간적 규모에 따라 지원되는 급여서비스임이 분명하다. 장기요양 대상자가 필요로 하는 추가적 재정지원 또한 필요한 도움서비스의 시간적 규모에 의해 정해질 수밖에 없다. 이런 의미에서 장기요양보험이 보장하는 도움욕구는 수발시간이라는 측정요인과 불가분의 관계에 있다. 그러나 다른 한편으로 물리적 시간요인은 인지적·심리적 장애에 의해 생기는 도움욕구를 장기요양필요성의 개념 안에 포함시키자는 2008년 장기요양보험 개혁의 핵심목표를 수행하는데 적합하지 않다는 지적이 있다. 왜냐하면 예컨대 자해성향이나 공격성을 갖고 있는 치매노인의 경우 비록 치매정도가 경미하다 하더라도 돌발상황을 예방하기 위해서는 일반적 감독(지켜보기)이 필요한데, 이럴 경우 일반적 감독은 시간으로 계산할 수 없고 보통 하루 종일 필요하기 때문이다. 현행 평가판정시스템에서는 하루 종일 도움이 필요할 경우 장기요양 3등급(최중증)에 해당하지만, 현행 시스템에서는 단순히 치매노인을 하루 종일 지켜보아야 한다는 이유만으로는 3등급을 받을 수 없게 되어 있다. 따라서 시간요인을 평가판정의 핵심기준으로 정하는 것은 예방과 재활 그리고 수발의 과정적 개입을 포함하는 장기요양의 포괄적 의미를 단순히 ‘분단위 수발’(Minutenpflege)로 축소하는 결과를 가져왔다(BMG, 2009: 45).

현행 장기요양필요성 개념에 대한 세 번째 비판은 장기요양학적 관점에서 지적할 수 있는 한계이다. 현행 평가판정시스템에서 수발시간량을 측정하는 데에는 “재가서비스에서의 도움욕구”가 기준이 된다. 이는 시설수발보다 재가수발을 우선하는 독일의 장기요양정책과 무관하지 않다. 이런 이유로 사회법전은 수발시간량을 측정함에 있어서 수발이 가정에서 가족이나 비전문수발자에 의해 이루어지는 것을 전제하고 있다(사회법전 제11권 제14조 제3항 제1문). 그런데 이럴 경우 시간요인은 대상자의 특성만을 고려할 뿐 수발자의 특성은 배제할 수밖에 없다(MDS, 2009: 43). 또한 수발시간으로 도움욕

구를 측정하는 것이 얼핏 보기에는 용이하고 검증 가능한 것으로 보이지만, 자세히 살펴 보면 학문적 근거도 미약하고(Grieshaber, 1997; Maidhof et al., 1999; Gerber, 2005; Bükler, 2005) 검증방식에 있어서도 방법적 문제가 있다(Bartholomeyczik et al., 2001; Simon, 2004; Braatz & Gansweid, 2005)는 지적이 끊임없이 제기되고 있다. 사실 장기요양을 필요로 하는 대상자의 도움욕구는 단순히 수발시간으로 평가하기에는 매우 복잡한 요인들을 내포하고 있다. 여기에는 수발의 목표, 수발자의 특성, 수발자-대상자 관계의 품질, 대상자의 개인적 욕구, 수발환경, 보조구사용 등 여러 요인들이 복합적으로 작용하고 있다. 그런데 과연 시간요인만으로 이러한 복합요인들이 평가판정에 고려될 수 있는지는 매우 의문스럽다. 결국 장기요양학적 관점에서 볼 때 시간요인을 근거로 장기요양필요성을 확정하는 독일의 현행 평가판정시스템의 한계는 도움욕구를 단순히 신체기능의 개인적 제약의 물리적 규모로 간주하기 때문에 장기요양서비스를 하나의 사회적 상호작용의 과정으로 이해하지 못하는데 있다고 할 수 있다.

## 2. 새로운 장기요양필요성 개념의 정립

기존의 장기요양필요성 개념과 이를 근거로 설계된 현행 평가판정도구에 대한 비판적 논의는 독일에서 장기요양필요성 개념의 근본적인 재정립과 이에 부합하는 새로운 평가판정도구의 개발을 촉구하는 계기가 되었다. 이에 연방보건부는 개혁을 준비하는 과정의 일환으로 장기요양보험 연방총연합회에 장기요양필요성의 새로운 사회법적 개념을 검토하고 이 개념의 재정립을 위한 권고안을 마련하도록 요청하였다. 그 결과 장기요양보험 연방총연합회가 주관하고 빌레펠드 대학교 장기요양학연구소가 실질적 연구책임을 맡은 모델프로젝트 1단계 사업(사전연구단계)이 진행되었고, 사업결과는 연구보고서의 형태로 제출되었다. 이 보고서에서는 독일뿐만 아니라 여러 나라의 연구결과를 토대로 장기요양필요성의 개념을 분석하고, 이 개념이 실제 평가판정에 적용될 수 있는 가능성을 평가하는 작업이 이루어졌다(Wingenfeld et al., 2007: 20-50). 이를 통해 보고서는 NBI의 구조와 내용을 규정하는 새로운 장기요양필요성의 개념을 학문적으로 정립하게 되었고, 결국 NBI의 이론적 토대가 되었다.

1단계 사업보고서에 따르면, 건강상 장애는 신체기능상 장애의 원인이 되며 인간의 신체적 또는 심리적 부담을 초래할 수 있다. 이때 장애의 결과를 자립적으로 보완할

수 있는 능력이 부족해질 경우 타인의 도움에 대한 의존성이 발생한다. 보고서는 이러한 타인의 도움에 대한 의존성이 발생할 때 비로소 장기요양필요성이 발생한다고 규정하고 있다. 즉, 건강상의 이유로 발생하는 '자립성의 손상'이 장기요양필요성을 규정하는 핵심 범주가 되는 것이다. 보고서는 장기요양필요성을 규정함에 있어서 국제적으로 합의된 사회정책적 관점에 따라 '자립성의 손상'(기능적 의존성)과 "타인의 도움"을 두 가지 핵심관점으로 규정하고, 장기요양필요성의 개념을 일상생활활동의 영역뿐만 아니라 간병이나 돌봄 요구에 필요한 활동영역, 그리고 일반적인 생활영역에까지 확장하여 규정하고 있다.

이러한 이론적 배경에서 새롭게 정의된 장기요양필요성의 개념은 다음과 같다. 장기요양필요성은 ①신체적 또는 심리적 손상, 신체적 또는 인지적/심리적 기능의 장애, 건강상의 이유로 발생하는 부담 또는 어려움 등을 상쇄하거나 극복할 수 있는 개인의 '여력과 가능성'(Ressourcen)이 쇠진하여, ②지속적(dauerhaft) 또는 잠정적(vorübergehend)으로 ③일상생활활동을 자립적으로 수행하고, 질병상태를 자립적으로 극복하거나, 또는 일상생활영역과 사회적 참여영역에서 자립적으로 생활을 영위해 나갈 수 있는 상태에 있지 못하여, ④결과적으로 타인의 도움에 의존해야만 하는 상태를 말한다(GKV-Spitzenverband, 2011: 50-51; Wingenfeld et al., 2007: 43; 이윤경 외, 2012a: 45).

이러한 네 가지 요인들을 살펴보면 장기요양필요성의 개념이 시대적 상황에 부합하는 포괄적 개념정의의 요구에 따라 지금까지 사회법전에 명시된 신체기능의 차원뿐만 아니라 인지적·심리적·사회적 차원을 수발욕구의 범위에 포함시키고 있음을 알 수 있다. 이때 '자립성의 손상'과 '타인의 도움에 대한 의존성'을 결정짓는 요인은 수발시간량으로 계량화될 수 있는 신체기능의 제약뿐만 아니라, 자기조정과 사회참여를 제한하는 인지적·심리적 손상까지 포함된다. 이러한 개념적 범위의 확장은 기존의 개념이 고려하지 않는 다양한 차원의 관점들, 즉 심리적 문제상황, 인지적 능력, 의사소통 및 사회적 참여, 다양한 질병극복 등의 차원이 중요한 관점으로 고려되고 있음을 의미한다(이윤경 외, 2012a: 45). 이처럼 새롭게 정의된 장기요양필요성의 개념은 수발욕구의 현상을 이론적으로 설명하고 수발욕구에 대한 지원계획의 다양한 차원을 규정함으로써 새로운 평가판정도구의 개발에 중요한 이론적 역할을 수행하였다. 이하에서는 이러한 이론적 개념을 사회정책적 차원에서 현실화하는 새로운 평가판정도구 시안의 내용을 살펴보고자 한다.

### Ⅲ. 새로운 장기요양 평가판정도구 시안의 분석

#### 1. NBI의 구조와 그 안의 핵심부문인 ‘새 평가판정어세스먼트’(NBA)

1단계 사업보고서의 결과를 토대로 연방보건부는 장기요양보험 연방총연합회로 하여금 새로운 평가판정도구를 개발하는 2단계 사업을 진행하도록 하였다. 이 사업은 빌레펠트 대학교 장기요양학연구소와 베스트팔렌-리페 질병보험 의료지원단의 공동연구로 진행되었다. NBI는 이 2단계 사업의 연구결과로 개발된 새로운 장기요양 평가판정도구의 시안을 말한다.

NBI는 크게 4단계의 부분으로 구성되어 있다(GKV-Spitzenverband, 2011: 41-42; 이윤경 외, 2012a: 46-48). 1단계는 정보확인 단계로 기존의 평가판정양식서의 내용과 마찬가지로 신청자와 평가환경에 대한 정보, 병력, 거주·생활상태, 부양상황을 조사하는 부문이다. 2단계는 평가자의 소견 단계로 기존의 양식서와 마찬가지로 평가자가 증빙서류의 심사 외에 신청자의 상해와 손상 정도를 스스로 기술하는 부문이다. 3단계는 NBI를 기존의 평가판정양식서와 차별화하는 결정적인 부문으로 장기요양필요성을 확정하고 등급을 판정하는 “새로운 평가판정어세스먼트”(NBA)의 단계이다. 4단계는 기존의 양식서와 같은 결과보고와 권고의 단계이다.

NBA는 장기요양필요성의 확정과 등급판정을 목적으로 하는 NBI의 핵심부분이며, 동시에 구조와 내용에 있어서 NBI를 기존의 평가판정도구와 차별화해주는 주요부분이다. 현행 평가판정도구는 한편으로 수발시간값을 측정하고, 다른 한편으로 이를 보완하는 Screening과 Assessment의 장치를 두는 구조를 갖고 있다(남현주, 2012). 반면 NBA는 새롭게 설계된 모듈화구조를 채택함으로써 장기요양필요성을 체계적이고 통일적으로 사정하는 동시에 기존의 평가판정시스템에서 고려하지 않던 다양한 차원을 포괄하도록 설계되었다. NBI를 현행 평가판정도구와 전적으로 차별화시키는 핵심부분이 NBA이기 때문에 이하에서는 NBA의 구조와 내용을 집중적으로 분석할 것이다.

## 2. “새로운 평가판정어세스먼트”(NBA)의 구조분석

NBA의 구조적 특징은 모듈화이다. 모듈(Modul)이란 하나의 단위개념으로, 그 밑에 장기요양필요성의 세부 내용들을 하부항목(Subskalen)으로 두는 부분단위영역을 의미한다(이윤경 외, 2012a: 48). 따라서 모듈은 장기요양필요성을 확정하는데 있어서 내용적으로 구분되는 각각의 관점영역을 표시한다. NBA는 총 8개의 모듈로 구성되어 있는데, 그 내용은 다음과 같다(GKV-Spitzenverband, 2011: 42): ①이동성/운동성, ②인지 능력 및 의사소통능력, ③행동방식과 심리적 문제상황, ④자기돌봄, ⑤질병 및 치료 관련 요구와 부담을 감당할 수 있는 능력, ⑥일상생활의 영위와 사회적 접촉, ⑦집 밖에서의 활동, ⑧가사운영.

NBA를 구성하는 8개 모듈은 각각 여러 개의 하부항목을 갖고 있다. 평가자는 각 하부항목마다 개별적인 평가점수를 부여하고, 이 평가점수들의 총합을 토대로 각 모듈마다 평가판정등급을 매긴다. 그리고 8개의 모듈 별로 얻어진 등급판정결과를 토대로 최종적인 전체 등급판정이 이루어진다. 각 모듈별로 평가판정등급이 산출되는 과정은 다음과 같다.

### 가. 모듈1: 이동성/운동성

이동성/운동성은 신청자가 짧은 거리를 이동하거나 자세를 바꿀 수 있는 능력 모두를 포괄한다. 모듈1은 5개의 하부항목(①침대 위에서 자세변경, ②안정적인 앉은 자세 유지, ③앉은 자세에서 일어나기/자리 바꾸기, ④집 안에서의 이동, ⑤계단 오르기)으로 구성되며, 각 하부항목에 대한 평가점수는 0점에서 3점까지 4단계로 나눈다.<sup>2)</sup> 단계별 점수의 의미는 “0점-자립적, 1점-대체로 자립적, 2점-대체로 비자립적, 3점-비자립적”으로 평가된다. 모듈1의 5개 하부항목에 대해 각각 0점에서 3점까지 4단계의 점수로 평가된 결과들의 총합을 토대로 모듈1 전체의 평가판정결과는 다음과 같이 다섯 단계로 나눈다: 0점-자립적; 1~3점-자립성의 미미한 손상; 4~6점-경증정도 손상; 7~9점-중증정도 손상; 10~15점-완전한/지속적인 자립성의 상실.

<sup>2)</sup> 이하 8개 모듈의 평가시스템에 대해서는 표를 이용하여 기술하는 것이 독자의 이해에 도움이 되리라 예상되지만, 학술지의 엄격한 원고분량제한 때문에 부득이하게 서술의 형식을 취했음을 알리는 바이다.

이동성/운동성 모듈은 오직 신체적 움직임만을 고려한다. 여기서 중요한 것은 장기요양필요성을 확정하는 기준이 신체적 또는 인지적·심리적 기능장애나 기타 건강에 영향을 미치는 문제의 정도, 또는 (현행 평가판정도구처럼) 비전문 수발인력에 의해 필요한 수발시간량이 아니라는 것이다(남현주, 2012). 여기서 장기요양필요성의 확정기준은 ‘타인의 도움에 대한 의존성’으로 해석되는 ‘자립성의 손상’이다. 따라서 장애가 있지만 보조도구 사용을 통해 자립적 이동과 운동이 가능할 경우 ‘자립적’이라 판정한다(GKV-Spitzenverband, 2011: 61).

#### 나. 모듈2: 인지능력 및 의사소통능력

NBA는 인지능력 및 의사소통능력을 장기요양필요성을 판정함에 있어서 개인이 갖고 있는 개별능력의 핵심영역으로 간주한다. 모듈2에서는 특정한 일상생활영역에서의 개별적 활동성이 아니라 전반적으로 자립성의 손상을 초래하는 기초적인 정신기능의 장애가 평가대상이다. 따라서 여기서는 일반적 감독과 돌봄과 같은 심리사회적 지원에 대한 욕구를 고려하고, 예방적 차원에서 위험성을 측정하거나 재활능력을 측정하는 것이 중요하다.

모듈2는 부분I(8개 항목)과 부분II(3개 항목)로 구성되어 있다. **부분I**의 항목은 ①가까운 주변인물 인지능력, ②공간 정향능력, ③시간 정향능력, ④기억력, ⑤단계적으로 진행되는 일상생활수행능력, ⑥일상생활관련 결정능력(예: 날씨에 맞는 의복착용 결정, 장보기, 주변 사람 부르기 등 활동의 결정능력), ⑦사태와 정보의 파악능력, ⑧위험 인지능력이다. **부분II**의 항목은 의사소통과 관련한 ⑨기본욕구의 표현능력, ⑩수발시 요구사항 이해능력, ⑪대화참여능력이다.

모듈2의 11개 하부항목에 대한 평가점수는 4단계(0-3점)로 나눈다. 단계별 점수의 의미는 “0점-인지·의사소통능력 있음; 1점-대체적으로 있음; 2점-미비하게 있음; 3점-없음”이다. 각 항목에 대해 평가된 결과들의 총합을 토대로 모듈2 전체의 평가등급을 크게 다섯 단계(0점-인지능력의 장애 없음; 1~4점-미미한 장애; 5~8점-경증정도 장애; 9~13점-중증정도 장애; 14~24점-완전한/지속적인 상실)로 나눈다.

NBA 시안에서는 모듈2의 11개 하부항목 중 의사소통의 관점을 다룬 부분II를 제외한 부분I의 8개 항목(①-⑧항)의 점수총합만을 고려하고 있다. 연구과정에서는 나머지 3개 항목(⑨-⑪항) 또한 점수총합에 넣어야 할 것인지에 대한 물음이 제기되었지만, 사전모

의테스트 결과 두 번째 부분의 3개 항목의 점수결과도 앞의 8개 항목의 점수총합의 결과와 유사함을 발견하고, ⑨-⑪항은 점수계산에서 제외해도 무방하다고 판단하였다 (GKV-Spitzenverband, 2011: 67-68).

### 다. 모듈3: 이상행동방식과 정신적 문제상황

독일에서 생활시설 입소자의 50~80%에 이르는 비율이 치매노인이다. NBA는 이상행동방식과 정신적 문제상황을 치매노인이 증가하는 독일의 상황에서 중요한 측정모듈로 판단하고 있다. 여기에는 이상행동이 우선적으로 비합리적이고 파괴적인 질병증상이 아니라, 오히려 조절되지 않는 문제상황을 의미있게 표현하고 장애를 갖고 있는 사람의 의사를 알려주는 메시지로 해석되어야 한다는 생각이 전제되어 있다. 따라서 모듈3은 이상행동방식과 정신적 문제상황의 평가를 통하여 정신적 장애가 있는 치매노인의 지원에 기여하고자 한다.

모듈3의 13개의 하부항목은 다음과 같다: ①기계적인 이상반복행동, ②야간소란, ③자해행위, ④물건파괴, ⑤타인에 대한 공격행위, ⑥언어적 폭력, ⑦기타 특이한 언어적 행동(예: 비명, 탄식), ⑧수발 또는 기타 지원조치에 대한 거부, ⑨환각/착란, ⑩공포, ⑪의욕상실, 감정상태의 저하, 우울증, ⑫사회적으로 적절하지 못한 행동<sup>3)</sup>, ⑬그 밖의 적절하지 못한 태도(대변 문힘 등).

이상행동방식과 정신적 문제상황은 속성상 자립성의 정도를 나타내는 등급으로 측정되기 힘들다. 따라서 모듈3의 각 하부항목에 대한 평가는 문제행동의 빈도수에 따라 4단계로 나눈다(0점~없음; 1점~드뭄(2주 안에 1~2회); 3점~자주(1주에 한 번 또는 여러 번, 매일은 아님); 5점~매일). 모듈1, 2와 달리 모듈3에서는 3단계와 4단계에 부여하는 점수값이 다르다(각각 3점과 5점). 몇몇 하부항목의 경우에는 부여하는 점수를 특별히 높게 책정한다. 이 경우는 ②항과 ③항에 해당한다. 그 이유는 ‘야간소란’과 ‘자해 및 공격행위’의 경우 빈도수와 상관없이 이미 그 자체로 경증이상의 현저한 지원노력이 요구되기 때문이다. 따라서 ②항과 ③항의 경우 같은 빈도수의 다른 항목의 이상행동들 보다는 높은 점수(최고 10점까지)를 줄 수 있다(GKV-Spitzenverband, 2011: 73). 이러

<sup>3)</sup> 지나치게 거리낌 없는 행동, 지나치게 주의를 요구하는 행동, 적절하지 못한 웃입기, 부적절한 성적 접촉 시도.

한 맥락에서 매일 일어나는 야간소란이나 자주(1주에 한번 이상, 그러나 매일은 아님) 일어나는 자해 및 공격행위의 경우는 자동적으로, 다시 말해 다른 이상행동의 점수와 상관없이 모듈3의 전체 평가판정등급 가운데 최고등급으로 판정된다.

모듈3의 13개 하부항목에 대해 각각 4단계의 점수로 평가된 결과들의 총합점수를 토대로 모듈3 전체의 평가등급은 다섯 단계로 구분된다(0점-자기조정능력의 장애 없음; 1~2점-미미한 장애; 3~4점-경증정도 장애; 5~6점-중증정도 장애; 6점 초과-최중증정도 장애).

모듈3의 등급은 '자기조정능력의 장애정도를 판정한 것이다. 이러한 등급판정의 기준에 따르면 '최중증정도의 장애' 등급의 기준이 '6점 초과'로 낮기 때문에 이론적으로 가능한 총 점수는 75점<sup>4)</sup>이나 됴에도 불구하고, 예컨대 2개 항목의 이상행동이 매일 일어나기만 하면 최중증정도의 장애등급을 받을 수 있다. 이처럼 최고등급의 기준점수가 낮기 때문에 혹시 너무 많은 신청자들이 쉽게 최고등급판정을 받지 않을까 하는 물음이 제기되었지만, 사전모의테스트 결과 최고등급을 판정받는 비율은 전체의 14%에<sup>5)</sup> 불과했다(GKV-Spitzenverband, 2011: 75).

#### 라. 모듈4: 자기돌봄

모듈4는 가사관리활동을 제외하고 사회법전 제11권에 규정된 장기요양필요성 개념에 근거하여 수행되는 수발관련영역 전체를 포괄한다. 모듈4는 크게 4개 영역으로 구분된 총 12개 항목으로 구성되어 있다(**신체청결영역**: ①상체 앞부분 씻기, ②면도, 빗질, 치아관리, 틀니관리, ③치부(성기부분) 씻기, ④샤워 또는 목욕; **탈의/착의영역**: ⑤상의 입고 벗기, ⑥하의 입고 벗기; **영양영역**: ⑦먹기에 좋게 음식물 준비/음료 따르기, ⑧먹기/경관영양 여부, ⑨마시기/경관영양 여부; **배설영역**: ⑩화장실 이용, ⑪소변실금의 결과 처리하기, 도뇨관 사용능력, ⑫대변실금의 결과 처리하기, 인공항문사용능력).

모듈4에서는 현재 사용하고 있는 평가도구와 달리 자기돌봄 관련 일상행위를 수발하는데 필요한 수발시간량을 측정하지 않는다. 현행 평가도구의 경우 장기요양필요성의 판정기준이 신청인의 개인적 수발상황과 직접적으로 연관된 수발시간량이기 때문에 가

4) ②항과 ③항에서 가능한 최고점수가 각각 10점, 그리고 그 밖의 나머지 11개 항에서 받을 수 있는 최고점수 각 5점을 합하면 이론적으로 75점이 나옴.

5) 장애없음(60%), 미미한 장애(11%), 경증정도 장애(9%), 중증정도 장애(6%), 최중증정도 장애(14%).

능한 세부적인 일상생활영역의 개별활동들에 대한 수발시간량을 계산하는 것이 관건이다. 그래서 예컨대 '씻기'의 경우 현행도구에서는 9가지 활동<sup>6)</sup>으로 세분하여 각 활동에 대한 수발시간량을 계산하는 반면(남현주, 2012: 42), NBA에서는 '씻기'에 해당하는 신체청결영역을 4가지 하부항목으로 제한하고 세부 활동들을 하나의 항목에 통합하고 있다. 그래서 면도, 빗질, 치아관리, 틀니관리를 하나의 항목으로 통합하여 이러한 일상생활활동에 대한 자립성의 정도를 측정하는 것이다. 이러한 변화가 가능한 것은 NBA의 평가기준이 개별 일상생활활동에 대한 수발시간량의 총합이 아니라, 비슷한 어려움의 정도를 갖고 있는 일상생활활동군에서 확인되는 신청인의 자립성 정도이기 때문이다.

모듈4는 하부항목들에 대해 0점에서 3점까지 4단계로 나누어 점수를 매기고, 이와 별도로 인공적 영양, 실금의 여부, 도뇨관이나 인공항문 사용에 관한 항목은 특별히 구체적인 답변을 기입하도록 하고 있다. 모듈4의 각 하부항목에 부여하는 4단계 평가점수와 그 의미는 다음과 같다: 0점-자립적, 1점-대체로 자립적, 2점-대체로 비자립적, 3점-비자립적.<sup>7)</sup>

각 항목의 비중은 해당 수발내용의 지원규모에 의해 결정된다. 이에 따르면 '영양 영역'의 수발은 다른 영역의 수발보다 지원규모가 크다고 보고(37.5%), 반면 '탈의/착의 영역'의 수발은 다른 영역에 비해 상대적으로 지원규모가 작다고(12.5%) 본 것이다. '신체청결 영역'과 '배설 영역'은 비슷한 수준(25.0%)의 비중으로 간주한다.<sup>8)</sup>

6) 전체 신체 씻기, 부분 신체 씻기(상체), 부분 신체 씻기(하체), 부분 씻기 손/얼굴, 샤워하기, 목욕, 칫솔질하기, 머리빗기, 면도하기.

7) 점수와 별도로 ⑧항과 ⑨항에는 경관영양여부에 대해, ⑪항과 ⑫항에서는 도뇨관이나 인공항문 사용 여부에 대해 표시하도록 함.

8) 이러한 판단을 검증하기 위해 NBA의 연구자들은 두 개의 연구보고서를 참조하였다. 그 중 하나는 2002년 '노르드라인-베스트팔렌 보고서'이다(Wingenfeld, Schnabel, 2002). 이 보고서는 27개의 생활시설에서 700명이 넘는 입소자를 대상으로 다양한 수발서비스의 데이터를 분석하였다. 이 보고서에 따르면 신체청결영역에서 입소자 한 명당 하루 평균 수발시간은 13.4분이고, 배설영역에서는 12.1분, 탈의/착의영역에서는 7.5분이 소요되었다(Wingenfeld, Schnabel, 2002: 65). 이러한 연구결과에 따르면 신체청결영역과 배설영역의 수발시간규모는 비슷한 수준인 반면, 탈착의영역의 수발규모는 낮은 것으로 나타났다. NBA는 이러한 경험적 데이터와 연구결과를 토대로 각 항목들에 대한 비중과 점수값을 책정하였다. 이 밖에 NBA는 각 영역의 비중 계산을 위한 기본자료로 2001년 '수발욕구 심사판정을 위한 시간량지침 연구'(Bartholomeyczik, 2001)도 활용하였다.

표 1. 모듈4의 하부항목들의 비중과 이를 고려하여 매긴 점수값

영역	하부항목 수	비중	최고점수값 (영역별 총합)	각 항목별 점수값
신체청결 영역	4	25.0%	12	3-3-3-3
탈의/착의 영역	2	12.5%	6	3-3
영양 영역	3	37.5%	18	3-6-9
배설 영역	3	25.0%	12	6-3-3
총계	12	100.0%	48	-

주: 영양 영역에서 경관영양은 고려하지 않음.

자료: GKV-Spitzenverband(2011). p.80.

이와 같은 기본적인 비중의 차이를 고려하여 각 항목의 최고점수값을 계산하면 그 총합이 48점이다. 그런데 여기서 인공영양의 형태에 따라 추가적인 가산점이 있다. 즉, 경관영양을 수행할 경우 경관영양의 빈도에 따라 0점(가끔씩)에서 12점(전적으로 경관영양에 의존)까지 가산점을 부과한다. 그러나 경관영양 실시로 인한 가산점을 부과할 경우, ⑦항 ‘떡기에 좋게 음식물 준비/음료 따르기에 대한 점수는 부여하지 않는다. 그 이유는 이러한 점수감산을 통해 오히려 가산점을 얻기 위해 너무 쉽게 경관영양으로 전환하려는 경향을 억제할 수 있기 때문이다. 결국 경관영양의 가산점(+최고12점)과 이에 따른 ⑦항에서의 감해진 점수(-3점)로 인하여 모듈4에 부여할 수 있는 점수의 총합은 48점이 아니라 57점이 된다. 이러한 57점 총점 기준으로 모듈4의 전체 평가등급은 5개 등급으로 나눈다: 0점-자립적; 1~9점-자립성의 미미한 손상; 10~24점-경증정도 손상; 25~39점-중증정도 손상; 40점 이상-완전하고 지속적인 자립성의 손상.

표 2. 모듈4의 평가판정결과와 현행 등급판정결과의 비교분석

	현행 0등급	현행 1등급	현행 2등급	현행 3등급	총계(100%)
장애 없음	4	-	-	-	4
미미한 장애	14	4	-	-	18
경증정도장애	5	29	1	-	35
중증정도장애	-	1	24	-	25
지속적 자립성손상	-	-	5	13	

자료: GKV-Spitzenverband(2011). p.83.

모듈4의 항목들은 현행 평가도구에서 수발시간량을 계산하는 기본수발영역의 항목과 일치한다. 그런데 시뮬레이션을 통해 기존 평가도구로 등급판정(0-3등급)한 결과와 모듈4의 판정결과를 비교해 보면 다음의 표와 같이 보다 세분화된 측정효과를 확인할 수 있다.

#### 마. 모듈5: 질병 및 치료 관련 요구사항과 부담을 감당할 수 있는 능력

모듈5에서는 질병과 치료에 관련된 조치와 부담을 감당하고 대처하는데 있어서 신청인의 자립성을 평가한다. 따라서 이 영역은 새로 정립된 장기요양필요성 개념의 주요 요인 중 “자립적 질병극복”의 영역에 해당한다.

모듈5의 하부항목은 총 4개 영역으로 구분된다. 1영역: ①약, ②주사, ③정맥주입 영양공급, ④석션 또는 산소호흡기, ⑤문지르기, 냉온찜질팩사용, ⑥신체상태의 측정 및 해석, ⑦신체장착 보조기구의 사용(예, 틀니, 압박붕대 등); 2영역: ⑧붕대교환/상처 치료, ⑨스토마(인공도뇨관/인공항문)로 인한 상처의 치료, ⑩규칙적인 카테터의 삽입, 관장법의 사용, ⑪가정에서의 치료조치(예, 운동연습, 호흡운동 등); 3영역: ⑫시간적·기술적으로 집중을 요하는 조치(예, 혈액투석), ⑬병원방문, ⑭다른 의료/치료시설의 방문(3시간까지), ⑮시간적으로 연장된 의료/치료시설의 방문(3시간 이상), 장애아동을 위한 교육/치료조치(Frühförderung)를 위해 시설에 방문(아동의 경우에만 해당); 4영역: ⑯다이어트 또는 다른 생활습관을 지킴에 있어서 자립성.

모듈5의 4개 영역구분의 기준은 조치에 필요한 수발량이다. 1영역으로 구분된 항목들은 일상적으로 몇 분 안에 수행되고 하루에도 수차례 실시되는 조치들이다. 2영역의 경우에는 매일 실시하기도 하지만, 1영역 항목들의 빈도수와 비교하면 그렇게 자주 일어나지 않는 항목들이다. 3영역의 항목들은 다른 영역과 비교할 때 수발노력이 많이 드는 조치들이며, 병원이나 치료시설 방문을 위해 대부분 집을 나서야 하는 경우가 많다.

모듈5는 질병 및 치료와 관련된 다양한 조치들을 포괄하고 있다. 그러나 다른 모듈들과 달리 모듈5에서는 아주 극소수의 몇몇 하부항목만이 해당하는 경우가 대부분이다. 그렇기 때문에 모듈5의 하부항목에 대한 점수는 방법적으로 다른 모듈에서와는 다르게 매겨진다. 우선 모듈5에서는 다른 모듈에서와는 달리 일반적으로 해당하는 극소수 몇몇 항목들만이 중요한 역할을 하기 때문에 평가를 위해서는 해당 활동수행의 빈도수가 중

요한 기준이 된다. 따라서 어떤 활동이 자립적으로 수행되지 못할 경우, 그 활동수행을 위한 타인의 도움이 얼마나 자주 필요한지를 하루 단위, 일주일 단위, 한 달 단위 등으로 표시한다. 이와 함께 타인의 도움이 장기적으로(6개월 이상) 또는 단순히 단기적으로(6개월 이하) 필요한지도 확인한다. 이러한 측정결과를 토대로 모듈5의 하부항목들에 부여하는 평가점수는 아래 표3과 같이 0점에서 3점까지 4단계로 나뉜다.

4단계로 점수를 받은 항목들의 4개 영역점수를 총합하면, 총점은 이론상 12점이 된다. 이를 기준으로 모듈5의 전체 평가판정등급은 5단계(0점-자립적; 1점-자립성의 미미한 손상; 2~3점-경증정도 손상; 4~5점-중증정도 손상; 6~12점-타인에 대한 지속적인 의존성)로 나뉜다.

모듈5에서는 질병과 치료 때문에 생기는 부담의 정도와 자립성의 정도를 동시에 고려하기 때문에 여기서의 자립성정도는 다른 모듈에서 확인하는 자립성의 정도와 어느 정도 다르게 해석된다. 예컨대 심각한 인지적 장애를 갖고 있어 다른 모듈에서 자립성의 손상이 심각하다고 평가되었다 하더라도 해당 신청인의 질병 및 치료 관련 조치와 부담이 단순히 약 복용에만 한정된 경우라면 모듈5에서 신청인의 자립성 손상 정도는 미미한 것으로 판정한다. 반면 일상생활수행능력이 비교적 자립적이지만 질병 및 치료와 관련해서 복잡하고 많은 조치와 부담이 있는 경우 자립성의 손상 정도를 심각한 것으로 판정한다.

표 3. 모듈5의 영역별 하부항목에 대한 평가점수와 그 의미

하부영역	평가점수	의미	평가점수	의미
1영역	0점	하루 1회 이하 가끔씩	1점	하루 1-3회
	2점	하루 4-8회	3점	하루 8회 이상
2영역	0점	주 1회 이하 가끔씩	1점	주 1회 이상 여러 번
	2점	하루 1-2회	3점	최소한 하루 3회 이상
3영역 <sup>(i)</sup>	0점	1 - 4.3점	1점	4.3 - 8.6점
	2점	8.6 - 12.9점	3점	12.9점 이상
4영역	0점	해당 사항 없음/필요하지 않거나 또는 자립적	1점	대체로 자립적
	2점	대체로 비자립적	3점	비자립적

주: 여기서 6개월 이하의 단기적 도움요구의 경우는 제외됨.

(i) 매주 병원/치료시설방문의 경우 4.3점(장애아동의 시설방문도 동일함).

매달 병원방문의 경우 1점(장애아동의 시설방문도 동일함).

매주 오래 걸리는 방문이나 시간·기술적으로 집중을 요하는 조치(예: 혈액투석)의 경우 8.6점.

매달 오래 걸리는 방문이나 시간·기술적으로 집중을 요하는 조치(예: 혈액투석)의 경우 2점.

## 바. 모듈6: 일상생활의 영위와 사회적 접촉

모듈6은 지금까지 독일 장기요양보험에서 제외됐던 일상생활영역을 평가한다. 모듈6을 구성하고 있는 6개의 하부항목은 ①하루일과의 계획과 변화에 대한 적응, ②휴식과 수면, ③소일거리 하기, ④미래 지향적 계획 세우기, ⑤타인과의 직접적 접촉을 통한 상호작용, ⑥주변 사람들 외의 타인과의 접촉을 형성하고 유지하기이다. 모듈6의 각 항목에 부여하는 평가점수는 4단계(0점-자립적; 1점-대체로 자립적; 2점-대체로 비자립적; 3점-비자립적)이다. 모듈6의 6개 하부항목에 대해 각각 4단계의 점수로 평가된 결과들의 총합 점수를 토대로 모듈6 전체 평가판정등급은 다섯 단계로 나뉜다(0점-자립적; 1~3점-자립성의 미미한 손상; 4~6점-경증정도 손상; 7~11점-중증정도 손상; 12~18점-완전한/지속적인 자립성의 상실).

## 사. 모듈7: 집 밖에서의 활동

모듈7은 크게 두 영역으로 구성되어 있다. 1영역에는 집 밖에서 이루어지는 이동성의 다양한 관점들이 포함되어 있고, 2영역에는 '국제기능·장애·건강분류'(ICF)<sup>9)</sup>에 명시된 '의미 있는 생활영역'과 '공동체적·사회적·시민적 삶'을 영위하는데 중요한 항목들이 포함되어 있다. 1영역에는 ①집에서 나오는 이동, ②집 혹은 시설 밖에서의 이동(예, 도보 또는 휠체어사용), ③근거리의 경우 대중교통 이용, ④승용차/택시 안에서 동승이 있고; 2영역에는 ⑤문화, 종교, 스포츠 행사에 참여, ⑥학교, 유치원, 직장, 장애인을 위한 작업장, 주간보호시설의 방문, ⑦다른 사람들과 함께 그 밖의 행위에 참여가 있다.

모듈7의 하부항목에 대한 평가점수는 1영역과 2영역에서 다른 방법으로 매긴다. 1영역의 경우 측정도구에서 묻는 질문란의 표현이 항목마다 약간씩 차이는 있지만 기본적으로는 0점에서 3점까지 4단계(0점-자립적, 1점-대체로 자립적, 2점-대체로 비자립적, 3점-비자립적)로 나누어 점수를 매긴다. 반면 2영역의 경우에는 4단계 구분을 단순화시켜 2단계로 나눈다. 활동참여가 비자립적이지만 도움을 통하면 참여할 수 있는 경우에만 2점을 부여하고 나머지 모든 특징(예컨대, 측정도구 답변란에 자립적, 도움이 있어도 참여불가능, 아예 참여욕구 없음 등)은 0점 처리한다.

<sup>9)</sup> International Classification of Functioning, Disability and Health.

모듈7에서는 우선 1영역의 경우 4개 항목의 점수를 더하는 대신- 전체평균값을 0점에서 3점으로 계산하고, 2영역(3개 항목)의 경우에는 각 항목마다 최고 2점씩 총 6점이 될 수 있도록 계산한다. 그래서 모듈7에서 나올 수 있는 최대값은 3점(1영역 평균값)과 6점(2영역 3개 항목 총합 점수)을 합하여 총 9점이다. 모듈7의 전체 평가판정등급은 이 총점 9점을 근거로 다섯 단계(0점-자립적; 1점-자립성의 미미한 손상; 2~3점-자립성의 경증정도 손상; 4~5-자립성의 중증정도 손상; 6~9점-완전한/지속적인 자립성의 상실)로 나눈다.

#### 아. 모듈 8: 가사운영

모듈8은 현행 평가도구에서 고려하고 있는 가사관리영역이다. 그러나 이와 함께 일상의 일과를 수행하는데 필요한 일처리도 포함되어 있다. 모듈8을 구성하고 있는 7개 하부항목은 ①매일 장보기, ②간단한 식사준비, ③간단한 집안정리 및 청소, ④힘든 집안정리 및 청소, ⑤가사관리서비스의 이용, ⑥재정적 일처리, ⑦관공서 일처리이다. 이 하부항목에는 각각 0~3점이 부여된다(0점-자립적, 1점-대체로 자립적, 2점-대체로 비자립적, 3점-비자립적).

모듈8의 7개 항목에 대해 각각 0~3점까지 4단계의 점수로 평가된 결과들의 총합을 토대로 전체의 평가판정등급은 다섯 단계(0점-자립적; 1~5점-자립성의 미미한 손상; 6~10점-자립성의 경증정도 손상; 11~15점-자립성의 중증정도 손상; 16~21점-완전한/지속적인 자립성의 상실)로 나눈다.

### 3. 8개 모듈의 평가결과를 토대로 한 NBA의 전체 등급판정 시스템

지금까지 본 바와 같이 NBA는 8개 모듈의 각 하부항목들을 개별적으로 평가하고, 그 결과를 토대로 모듈별 등급을 5등급으로 판정하였다. 8개 모듈별로 얻어진 결과를 토대로 NBA는 최종적으로 전체 등급을 판정한다. 그런데 NBA의 종합판정시스템에서는 '장기요양필요성'과 '도움필요성'을 구분하여, 전자의 장기요양필요성의 등급판정은 모듈1~6의 결과를 종합하여 결정하고, 후자의 도움필요성의 등급판정은 모듈7~8의 결과를 종합하여 결정한다.

### 가. 도움필요성(Hilfebedürftigkeit)의 등급판정

NBI는 평가시스템에서 장기요양필요성의 등급판정 외에 도움필요성의 등급도 판정한다. 이때 도움필요성은 장기요양필요성과 달리 가사운영이나 집 밖에서의 활동에서 타인의 도움을 필요로 하는 상태로서의 '자립성의 정도'만을 의미한다. 따라서 도움필요성은 장기요양의 수발적 성격을 갖지 않고 가사관리지원이나 상담적 성격의 사회적 지원과 관계한다(GKV-Spitzenerband, 2011: 110). ICF를 고려하여 총5단계의 등급으로 구분된 모듈7과 8의 결과를 각각 0점에서 4점까지 환산하고 두 모듈 환산점수의 합계(가능한 최고총점 8점)를 내서 도움필요성의 총 등급을 1등급(1~2점), 2등급(3~4점), 3등급(5~8점)으로 구분한다.

### 나. 장기요양필요성(Pflegebedürftigkeit)의 등급판정

NBA에서 장기요양필요성은 건강의 이유로 제약된 자립성의 손상정도를 의미하기 때문에 도움필요성과 달리 모듈1~6까지의 판정결과를 토대로 확정된다. 그런데 모듈1~6의 판정결과를 고려함에 있어서 6개 모듈의 평가결과를 동일한 비율로 반영하지 않는다. 전체 점수(100)에서 해당 모듈의 반영비중과 모듈 내 개별점수별 반영비중은 다음과 같이 달리 정한다.

표 4. 모듈 별 점수결과의 반영 비중

모듈	비중(%)	모듈 내 등급별 점수 비중(%)				
		자립적	경증정도	중증정도	최중증정도	완전의존
1	10	0	2.5	5	7.5	10
2 & 3	15	0	3.75	7.5	11.25	15
4	40	0	10	20	30	40
5	20	0	5	10	15	20
6	15	0	3.75	7.5	11.25	15

자료: GKV-Spitzenverband(2011). p.126.

이처럼 모듈별 점수반영 비중의 차이를 두는 이유는 다음과 같다. 모듈4(자기돌봄)의 영역은 현재 시행하고 있는 평가판정도구에서 사회법전 제11권에 근거한 장기요양필요성을 확정하는데 사용하는 대부분의 평가항목들을 포함하고 있다. 이만큼 모듈4의 내용은 중요한 비중을 차지하며, 사실상 다른 모듈들의 점수 반영 비중을 정하는 기준이 된다. 따라서 NBA의 연구자들은 모듈4의 비중을 결코 40% 미만으로 낮게 책정할 수 없었다. 모듈1(이동성)의 비중이 10%인 이유는 모듈4(자기돌봄)의 비중과의 비례관계를 1:4로 보기 때문이다. 즉, 이동에 필요한 수발도움량은 자기돌봄의 영역에서 필요한 수발도움량에 비하면 1/4, 즉 25%가 적절하다고 판단한 것이다. '인지 및 행동방식'영역(모듈 2와 3)과 '일상생활의 계획과 사회접촉'영역(모듈 6)의 비중은 각각 15%로 총 30%로 한정하였다. 그렇지 않을 경우 순전히 신체적 장애로 수발이 필요한 자의 도움욕구가 상대적으로 낮게 평가될 수 있기 때문이다. 모듈5(질병 및 치료 관련 요구에 대한 감당능력)의 비중은 전체의 20%로 모듈4의 비중의 절반으로 정했다. 모듈5의 비중은 모듈6(일상생활계획/사회적 접촉)의 비중(15%)보다 약간 높게 책정된 것이다. 이러한 계산의 근거는 경험적 데이터를 토대로 수발욕구와 서비스급여구조를 연구한 '노르드라인-베스트팔렌 보고서'의 결과이다(Wingenfeld, Schnabel, 2002). 각 모듈마다 정해진 차등의 비중을 감안하여 100점 만점으로 점수를 계산하고 산출된 점수에 따라 전체 판정등급을 크게 5등급으로 나누면 다음과 같다.

표 5. 장기요양필요성의 전체 판정등급과 해당 점수 기준

전체 판정등급	등급의 의미	총점 기준
1등급(P1)	자립성의 미미한 손상	10~29
2등급(P2)	자립성의 경증정도 손상	30~49
3등급(P3)	자립성의 중증정도 손상	50~69
4등급(P4)	자립성의 최중증정도 손상	70 이상
5등급(P5)(i)	특별한 필요상황	4등급 + 그 밖의 특수한 필요 상황

주: <sup>(i)</sup> 5등급(P5)의 경우는 원래 의료집중적인 돌봄과 지속적인 모니터링이 필요한 경우로 특히 어린이의 경우가 이에 해당한다.

## IV. 평가 및 시사점

지금까지 살펴본 새로운 장기요양필요성의 개념과 이를 토대로 설계된 NBI의 구조, 그리고 그 안의 핵심기제인 NBA의 분석을 토대로 다음과 같은 평가와 시사점을 도출할 수 있다.

1) NBA는 기존의 평가판정도구와 달리 시간수발량이 아니라 자립성의 정도와 그에 종속된 타인에 대한 도움욕구를 통하여 장기요양필요성의 정도를 측정한다. 연구자들은 현행 도구에서처럼 세 가지 기본수발영역(신체청결/영양/이동)<sup>10)</sup>에 한정된 세부 항목별 분단위 수발량을 일일이 측정할 필요가 없다고 판단하고, 새로운 장기요양필요성의 개념에 근거하여 자립성의 정도에 근본적 의미를 갖는 대상자의 모든 능력과 일상활동을 모듈화 된 구조 안에서 파악하도록 NBA를 설계하였다. 그 결과 NBA는 장기요양필요성을 확정하는데 본질적인 다양한 관점들을 기존 도구보다 포괄적으로 망라하고 있다는 평가를 받고 있다.

실제로 NBA와 현행 도구의 등급판정결과를 비교한 MDS와 IPP 연구보고서<sup>11)</sup>의 시뮬레이션에 따르면 유의미한 차이를 확인할 수 있다(아래 표6 참조). 예컨대 현행 도구에서 0등급판정을 받은 사람들 가운데 상당수가 NBA에서 1등급(236명)과 2등급(100명) 판정을 받았고, 현행 1등급 판정자 중에서도 304명은 NBA 2등급에, 226명은 NBA 3등급 판정을 받았다. 현행 2등급 판정자들 중 150명과 151명은 각각 NBA 3등급과 4등급 판정을 받았으며, 현행 3등급의 경우도 마찬가지로 각각 75명과 32명이 NBA 4등급과 5등급 판정을 받았다. 결국 NBA가 포괄적 관점에서 모듈화 구조의 평가시스템을 운영하고 등급도 5단계로 세분화함으로써 현행 도구가 확정하지 않은 경우도 등급에 반영하는 효과를 내고 있음을 알 수 있다.

10) 현행 도구에서는 기본수발 영역에서 제외된 가사관리영역의 도움욕구는 등급인정에 직접적으로 영향을 미치지 못한다.

11) 연방보건부의 모델프로젝트 세 번째 단계(프로젝트 제2단계)의 연구로 MDS와 브레멘 대학교 공공보건장기요양연구소(IPP)가 책임을 맡았다(각주1 참조). 이 연구의 보고서는 2008년 출간되었다(MDS, IPP, 2008).

표 6. NBA와 현행 도구의 등급판정결과 시뮬레이션 비교

	NBA0등급	NBA1등급	NBA2등급	NBA3등급	NBA4등급	NBA5등급	합계
현행0등급	26	236	100	8	0	0	370
현행1등급	0	96	304	226	17	2	645
현행2등급	0	5	45	150	151	8	359
현행3등급	0	0	2	5	75	32	114
Härtefall <sup>(1)</sup>	0	0	0	0	1	1	2
합계	26	337	451	389	244	43	1490

주: <sup>(1)</sup> Härtefall이란 3등급의 최종증 판정을 받은 장기요양필요자 가운데 '특별히 많은 수발이 필요한 경우'를 말한다. 대표적인 예로는 암이나 에이즈 말기, 뇌사, 위중한 하반신불수나 사지마비, 매우 심각한 치매, 영아의 심각한 발달장애 등 시설에서 집중적인 수발이 필요한 경우이다(MDS, 2009: 77; 남현주, 2012: 45).

자료: MDS, IPP(2008). p.72.

그러나 이러한 평가를 내리기에는 주의가 요구된다. 현행 도구와 NBA는 각기 상이한 장기요양필요성의 개념을 근거로 설계되었기 때문에 각 등급에 부합하는 대상자의 도움욕구를 일방적으로 동일시해서 단순 비교할 수는 없기 때문이다. 또한 시안에서는 NBA 1등급의 경우 급여청구권을 인정하지 않기로 했기 때문에(MDS, IPP, 2008: 91) 현행 1등급을 NBA 1등급과 동일시할 수는 없다. 실제로 시뮬레이션 결과 현행 3등급(최종증)의 경우가 오히려 NBA 2등급 판정을 받은 경우도 2명 있었다. 그러나 연구결과에 따르면 NBA에 의해 오히려 낮은 단계의 등급판정을 받은 사람들의 경우 그들이 동질적인 그룹을 형성하지는 않는 것으로 나타났다. 이들은 자신들의 개인적 도움욕구의 특성에 따라 모듈화 된 구조의 평가시스템에서 낮은 등급으로 판정되었기 때문에 여기서 어떤 집단적인 불이익을 유추할 수는 없다는 것이다(MDS, IPP, 2008: 106). 그러므로 전체적으로 보아 NBA가 포괄적 관점을 고려하여 현행 도구보다 다양한 도움욕구를 평가에 반영하고 있다는 것은 통계결과를 통해서 확인할 수 있다. NBA의 이러한 특성은 독일의 평가판정 정책의 흐름을 확인하는 지표로 해석될 수 있다.

2) 또한 NBA는 모듈화 구조 안에 인지적·심리적 장애에 대한 조사를 수행하도록 하고 합리적 근거를 토대로 각 모듈의 비중을 반영하도록 함으로써 신체기능적 장애에 중점을 둔 현행 도구와 비교하여 형평성을 확보하는데 기여하였다고 할 수 있다. 특히 현행 도구에서는 Screening과 Assessment를 통해 '일상생활수행능력제한자'로 인정은 받

았지만 정작 등급판정을 받지 못한 사람들의 80%가 등급판정을 받게 되었다(MDS, IPP, 2008: 109). 인지적·심리적 장애에 대한 조사내용도 합리적이란 평가를 받고 있는데, 실제로 NBA의 모듈2와 모듈3의 내용은 국제적으로 인정된 '초기 치매와 우울의 변별검사'(TFDD)의 내용과 89% 일치하였다(BMG, 2009: 53).

3) NBA가 장기요양필요성을 현행 도구보다 포괄적으로 고려하기 때문에 장기요양보험의 급여지출 또한 현행 도구를 사용할 때보다 많을 것이라는 예측이 가능하다. MDS와 IPP 연구보고서의 예상시나리오에 따르면 NBA를 사용할 경우 현행 도구와 비교해서 등급판정자의 수도 증가하고, 장기요양보험의 급여도 약 34억 유로 추가 지출될 것으로 예상하였다(표 7 참조). 등급판정자 수의 경우 중증등급(NBA 4, 5등급)으로 갈수록 두드러지게 증가하고, NBA 2등급에서는 오히려 감소하는 경향을 보였다. NBA 2등급이 감소하는 현상은 현행 0-1등급 판정자들이 NBA 1-2등급으로 분산되기 때문으로 해석된다. 결국 NBA가 포괄적 관점들을 고려함으로써 현행 도구보다 대체적으로 등급판정을 상향조정하는 효과를 낳았고, 이는 급여지출의 규모를 증가시키는 것으로 풀이된다.

표 7. 현행 도구와 NBA의 예상 등급판정자수와 예상급여지출

(기준: 명, 십억유로)

	총판정자수	현행1등급	현행1등급	현행1등급	Härtefall	급여지출
현행 도구	1,964,288	1,044,008	672,283	242,153	5,844	17.8
	총판정자수	NBA2등급	NBA3등급	NBA4등급	NBA5등급	급여지출
NBA	2,023,242	777,461	683,003	483,126	84,652	21.2

자료: MDS, IPP(2008). p.104.

이러한 사실은 새로운 도구의 도입을 결정해야 할 정책결정자들에게는 중요한 문제이다. 여기서 장기요양필요성의 정도를 반영한 판정등급과 이에 부합하는 급여지출(급여 청구권)을 적절히 매개하는 것이 관건이다. 한편으로는 개혁취지에 부합하는 등급판정이 보장되어야 하고, 다른 한편으로는 이에 따르는 재정적 결과를 예측하고 실현가능성을 제고해야 한다. 그래서 연구자들은 NBA의 기본취지를 살리면서 동시에 지출부담을 조정하기 위하여 급여지출에 영향을 미치는 직접적 요인이 도구의 내용보다 오히려 급여 청구권을 갖는 등급의 구간별 점수기준임에 착안하였다. 실제로 MDS와 IPP 연구보고서는 NBA의 기본구조를 전제로 추가 지출규모를 줄일 수 있도록 등급구간별 기준점수

를 조정하는 여러 시나리오를 작성하여 연방보건부에 제출하였다(MDS, IPP, 2008: 94-107; MDS, 2009: 59). 실제로 독일정부가 어떠한 정책적 결정을 할 것인지 추후 관심을 갖고 지켜볼 일이다. 특히 우리나라는 노인장기요양보험 도입 이후 정착하는 과정에서 노인인구대비 장기요양서비스 수급자의 적정규모에 대해 진지하게 고민하고 있으며, 이와 더불어 요양인정점수 하한선의 추가 조정계획을 갖고 있다. 이러한 상황에서 독일의 노력은 중요한 시사점을 제공해 준다고 하겠다.

4) NBA는 등급판정을 내리면서 '장기요양필요성'과 '도움필요성'을 구분하였다. 그러나 정작 등급판정에서 중요한 것은 모듈1-6을 토대로 판정하는 장기요양필요성의 등급이다. 그렇게 보면 굳이 장기요양필요성과 도움필요성을 구분하고 모듈7-8을 토대로 도움필요성의 등급을 매기는 것이 과연 필요한지 묻지 않을 수 없다. 실제로 NBA를 통해 도움필요성을 판정받는 사람들 거의 모두가 장기요양필요성이 있는 것으로 판정되고 있다(MDS, IPP, 2008: 111). 따라서 도움필요성의 등급을 따로 판정하는 것은 모듈1-6에서 이미 NBA의 포괄적 관점들이 고려되고 있음을 전제할 때 그 필요성의 의심된다. 다만 모듈7-8이 문제상황과 위험을 확인하고 필요한 수발과 예방 및 재활 계획을 수립하는 데 중요한 정보를 제공하기 때문에 그러한 의미로의 필요성은 인정할 수 있을 것이다.

5) 현재 사용되고 있는 도구 자체를 비교할 경우 우리나라와 독일은 장기요양필요성을 확정함에 있어서 가족 및 사회적 지원이나 소득수준이 아니라 대상자의 기능상태를 주 측정대상으로 삼는다는 점에서 공통점을 갖는다. 이때 대상자의 기능상태는 필요한 장기요양 서비스의 제공량을 나타내는 시간개념으로 측정된다. 우리나라의 경우 이 시간개념은 통계적으로 개발된 요양인정점수이고, 독일의 경우에는 수발시간량이다. 그런데 본 연구에서 확인한 바와 같이 독일은 수발시간량이라는 물리적 시간개념이 대상자의 장기요양필요성을 확정하는데 한계가 있다는 비판적 논의를 인정하고, 시간개념을 대체하면서 대상자의 기능상태 뿐만 아니라 전체적이고 포괄적인 관점을 고려하는 모듈화 된 평가시스템을 도입하고자 시안을 마련하였다. 그렇다면 독일의 경우에 비추어 우리나라에서 사용하고 있는 요양인정점수는 어떠한가?

우리나라에서는 제도의 성숙한 정착을 모색하는 과정에서 도구개편에 대한 논의가 비교적 활발하게 진행되어 왔지만(강임옥 외, 2008; 김찬우, 2007; 김찬우, 2009; 이윤경 외, 2012a; 임정기, 2005; 임정기, 2006; 임정기 외, 2009), 요양인정점수 자체에

대한 비판적 논의는 이루어지지 않았다. 흥미로운 것은 최근 우리나라 평가판정도구의 타당성을 NBA의 적용결과와 비교하는 방식으로 검증하는 연구가 이루어진 것이다(이윤경 외, 2013). 두 나라의 도구를 동일대상자 551명에게 적용하여 평가결과를 비교한 이 연구에 의하면, 상이한 측정변수에도 불구하고 요양필요도 점수의 상관성이 정적 관계를 보이는 것으로 나타났다. 더욱이 이 연구에서 장기요양서비스를 받을 수 있는 우리나라 1-3등급 비율이 전체 대상자의 76.4%로 나타났는데, 본 연구에서 인용한 MDS와 IPP 시뮬레이션(표 6 참조) 결과를 보면 독일에서 장기요양서비스를 받을 수 있는 NBA 2-5등급 판정자의 비율도 전체 대상자 1490명 중 75%임을 알 수 있다. 물론 상이한 그룹을 대상으로 한 별개의 통계결과를 단순 비교하는 것이 조심스럽긴 하지만, 서비스를 받을 수 있는 대상자의 비율이 두 개의 시뮬레이션 통계에서 비슷한 수치를 나타내고 있는 것은 주목할 만하다.

대상자의 기능상태와 요양필요시간과의 관계에서 개발된 알고리즘을 통해 산정된 요양인정점수는 우리나라의 실정에서 평가판정의 객관성을 확보하는데 기여하였다. 또한 NBA의 결과와 비교해도 그 타당성을 검증받고 있다. 그러나 노인장기요양제도의 성숙한 정착을 위해 대상자의 확대를 합리적으로 모색하는 과정에서 요양인정점수의 한계가 무엇인지는 고민할 필요가 있다. 물론 우리나라 요양인정점수는 보험제도를 적용하면서 요양욕구를 비용개념(수가)과 접목시켜 측정하는 방식으로 채택된 것이다. 따라서 요양욕구와 비용체계의 상관관계는 우리나라 요양인정점수에서 매우 중요한 요인이다. 현재 추진 중인 점수하한선의 조정이나 치매환자의 대상자 확대 같은 노력도 이러한 상관관계의 조정에서 나온 정책적 결단이라고 해석할 수 있다. 반면 독일의 경우에는 수발시간량의 사용이 한계가 있음을 인식하고 몇 차례 도구의 수정보완(특히 Screening과 Assessment의 도입)을 거쳐 결국 새로운 평가체계의 도입을 모색하기에 이르렀다. 이러한 독일의 발전 과정은 우리나라와는 다른 체계의 특성 때문이기도 하다. 우리나라의 경우 도구의 객관성과 타당성을 검증하는 노력이 계속되고 있는 상황에서, 중점은 요양욕구와 비용 사이의 관계를 타당성과 효율성을 제고하는 방향으로 조정하는 것에 놓여 있다. 물론 독일도 비용요인을 고려하지 않을 수는 없다. 본 연구에서 분석한 바와 같이 독일의 NBI 시안은 등급별 구간의 조정을 통해 비용요인을 통제하고자 한다. 그러나 본 연구에서 주목하는 것은 기존의 수발시간개념으로 측정하기 부족하다고 판단되는 장기요양욕구를 적절히 측정하기 위하여 8개 모듈이라는 새로운 평가구조를 설계했다는 것이다. 따라서 NBI에

대한 평가는 우선적으로 -욕구와 비용관계에 중점을 두고 있는 우리나라와 달리- 유럽복지국가의 장기요양학적 차원에서 욕구측정의 합리성 제고라는 차원에서 접근해야 할 것이다. 그리고 이러한 NBI 시안이 독일에서 앞으로 어떻게 채택되고 실행될 것이지 확인하는 것이야말로 독일 장기요양정책을 평가하는데 가장 적절한 기준이라고 판단된다. 이러한 맥락에서 본 연구는 독일 평가판정도구 시안에 대한 분석연구를 토대로 독일 장기요양정책의 향방을 가늠하는 사회정책적 연구의 기능을 수행할 것이라 기대하는 바이다.

남현주는 오스트리아 비엔나국립대학교에서 사회경제학 석·박사학위를 받았으며, 현재 가천대학교 사회복지학과에서 교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 노인정책, 장기요양이며, 현재 독일 장기요양보험과 오스트리아의 장기요양수당제도 등을 연구하고 있다.

(E-mail: hjmnam@gachon.ac.kr)

## 참고문헌

---

- 강임옥, 이정석, 권진희, 한은정, 이용갑(2008). 노인장기요양보험 인정조사와 평가지표의 연계성 개발 - 인정조사도구의 재구성. 서울: 국민건강보험공단.
- 김욱(2010). 노인장기요양보험의 치매노인지원 연구 - 독일수발보험지원을 통한 시사점. 정신보건과 사회사업, 35(8), pp.295-319.
- 김찬우(2007). 노인수발보험제도 1차 시범사업 평가 · 판정체계 고찰. 사회복지연구, 32, pp.237-267.
- 김찬우(2009). 노인장기요양보험제도의 평가판정도구와 기준에 관한 고찰: 요양시설의 서비스 제공시간과 입소노인의 기능상태관계를 중심으로. 노인복지연구, 43, pp.35-58.
- 남현주(2012). 독일의 현행 장기요양 평가판정도구에 대한 고찰. 한독사회과학회, 22(4), pp.31-68.
- 이윤경, 김세진, 남현주, 김홍수, 서동민(2012a). 노인장기요양욕구필요도 측정방식 개발. 서울: 한국보건사회연구원.
- 이윤경, 외 13명(2012b). 장기요양등급판정도구개편에 관한 연구. 서울: 국민건강보험공단, 한국보건사회연구원, 가톨릭대학교.
- 이윤경, 김세진(2013). 한국 장기요양대상자 선정도구의 타당성 검토: 독일의 새로운 장기요양대상자 선정도구 적용 결과 비교. 한국사회복지정책학회 2013 춘계학술대회 자료집, pp.31-36.
- 임정기(2005). 우리나라 노인요양제도의 평가판정도구에 관한 고찰 - 외국사례에 대한 비교분석을 중심으로. 보건사회연구, 25(2), pp.173-220.
- 임정기(2006). 노인요양욕구사정도구에 대한 국가 비교 연구. 한국사회복지조사연구, 15, pp.47-79.
- 임정기, 최명민, 김욱, 김연수, 백경원, 박인규(2009). 우리나라 노인장기요양보험 등급판정 기준에 대한 등급판정위원의 인식조사 - Q 방법론의 적용-. 한국사회복지조사연구, 22, pp.111-142.
- Bartholomeyczik, S., Hunstein, D., Koch, V., Zegelin-Abt, A. (2001). *Zeitrichtlinien zur Begutachtung des Pflegebedarfs*. Evaluation der Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung. Frankfurt a. M.: Mabuse.

- Bartholomeyczik, S. (2004). Assessment als Operationalisierung von Pflegebedürftigkeit. *Pflege Aktuell*, 58(1), pp.8-13.
- Braatz, F., Gansweid, B. (2005). Beurteilung von Pflegebedürftigkeit aus methodologischer Sicht. In: Gaertner, Thomas; Mittelstaedt, Gert von(Hg.): Die soziale Pflegeversicherung. Erfahrungen der MDK-Gemeinschaft in der Begutachtung, Qualitätsprüfung und Beratung - Bilanz und Ausblick -. Münster: Daedalus Verlag, S. pp.179-187.
- BMAS-Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2010). *Übersicht über das Sozialrecht*. Nürnberg.
- BMG-Bundesministerium für Gesundheit (2009). *Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs*. Berlin.
- Büker, Ch. (2005). Problematik der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit bei Kindern. *Kinderkrankenpflege*, 24(10), pp.409-412.
- Diakonie (2009). Gegenüberstellung der Formulargutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI vom 11.05.2006 und vom 08.06.2009., Diakonisches Werk der EKD.
- Dörr, M. (2003). Pflegebedürftigkeit ist nicht gleich Pflegebedarf. *Pflegen ambulant*, 14(3), pp.6-7.
- Gerber, H. (2005). Die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung. *Der medizinische Sachverständige*, 101(6), pp.185-187.
- GKV-Spitzenverband (2011). *Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit*. Schriftreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung Band 2, Berlin.
- Griehaber, U. (1997). Zeitkorridore stoßen auf Kritik. *Forum Sozialstation*, 21(87), pp.19-20.
- Gutzmann, H., Metzler, P., Schmidt, K.-H (2000). Werden psychische Erkrankungen in der Vergabe von Pflegestufen nach dem Pflegeversicherungsgesetz hinreichend berücksichtigt? Evaluation mit Hilfe einer neuen Skala zur

- Beurteilung der Pflegebedürftigkeit von Senioren (BPS). *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 33, pp.488-494.
- Maidhof, R., Pirk, O., Winkel, M., Hartung, J. (1999). Es geht auch anders. Ein neues Instrument zur Begutachtung der Pflegestufen? *Gesundheitswesen*, 61(8/9), pp.380-384.
- MDS-Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (1998). *Pflegerbericht des Medizinischen Dienstes Berichtszeitraum*.
- MDS (2000). *Pflegerbericht des Medizinischen Dienstes*. Berichtszeitraum 1999/2000.
- MDS (2009). *Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI*. Buch des Sozialgesetzbuches.
- MDS, IPP-Institut für Public Health und Pflegeversicherung Universität Bremen, (2008). Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstrumentes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI, Abschlussbericht, Hauptphase2.
- Roller, S. (2007). Pflegebedürftigkeit. Eine Analyse der §§ 14, 15 SGB XI mit ihren rechtlich-systematischen und pflegewissenschaftlichen Bezügen. Baden-Baden: Nomos.
- Simon, M. (2004). Die Begutachtung im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung. Kritische Anmerkungen zur Validität der Ergebnisse. *Journal of Public Health*, Jg. 12, S. pp.218-228.
- Simon, M. (2010). *Das Gesundheitssystem in Deutschland*. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. Bern: Hans Huber.
- Wingenfeld, K., Schnabel, E. (2002). *Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen*. Eine Untersuchung im Auftrag des Landespflegeausschusses Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.
- Wingenfeld, K. (2007). Der Begriff der Pflegebedürftigkeit aus pflegewissenschaftlicher Perspektive. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 38(10), pp.6-18.

Wingenfeld, K., Büscher, A., Schaeffer, D. (2007). Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten. Überarbeitete, korrigierte Fassung. Studie im Rahmen des Modellprogramms nach §8 Abs. 3 SGB XI. Im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen.

## **A Study on the New Assessment Tool for Determining Eligibility for Long-term Care in Germany**

**Nam, Hyun Joo**  
(Gachon University)

---

In recognition of the criticism that the current tool is limited in terms of assessing the need for a long-term care, Germany introduced a measure to adopt the modular assessment system that replaces the existing concept of time and considers not only the functional condition of the care recipient but also the comprehensive perspectives. This measure is 'Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit (NBI; the new assessment tool for determining eligibility for long-term care)', announced by Federal Association of Long-term Care in 2011. The purpose of this study is to analyze the structure and key points of the NBI for assessment and implications. The determination of the German academia and government to reform the long-term care insurance system can clearly seen in the newly defined concept of the 'Pflegebedürftigkeit' - the theoretical basis of the NBI - as well as the structure and content designed based on the concept, not to mention the modular structure of 'the new assessment' - the key element of the NBI. What is particularly notable with the NBI is that the designers have accepted the limitations of the time concept, which is fundamental to the long-term care eligibility evaluation, and have developed the new system to fill the gap. This is an element to be noted by the Korean researchers who seek to enhance objectivity and feasibility of the eligibility score while working toward adopting a more dependable system. Even if the decision is made that the eligibility score stays, it will be useful to refer to the experiences of other countries with the new system in order to overcome the limitations of the tools. Germany's experience with the NBI provides a perspective that it is necessary to ponder on the extent to which the tool warrants the appropriateness or feasibility to respond to the call of times.

---

**Keywords: Long-term Care Insurance, Assessment System, New Assessment Tool in Germany, Eligibility Score for the Long-term Care Need**