

---

---

# 우리나라 노인요양보장제도의 평가판정 도구에 관한 고찰<sup>1)</sup>

- 외국사례에 대한 비교분석을 중심으로 -

임정기\*

---

---

본 연구는 2008년 도입될 노인요양보장제도의 근간이 되는 대상자 등급판정 도구를 고찰해 봄으로써, 노인의 장기요양욕구에 적절히 대처할 수 있는 체계와 그 체계를 효과적이고 효율적으로 수행하기 위해 고려되어야 할 점을 살펴보는 데 그 목적이 있다.

공적 요양보장제도가 사회적 정당성을 갖추기 위해서는 요양보호대상자의 판정 기준 및 절차에 대해 객관성과 합리성이 절대적으로 요구되어진다. 특히 공적요양보장제도가 조세제도에 의해서 자산조사 및 특정 욕구를 기준으로 제공되는 공적부조의 형태 보다는 보험제도에 의해 보편적 욕구를 기준으로 제공될 때 요양보호대상자 선정기준의 공평성이 더욱 중요하다고 할 수 있다. 또한 요양인정 평가판정도구는 단순히 대상노인의 욕구를 평가하는 도구일 뿐만 아니라 대상노인의 임상적 기능평가에서부터, 서비스 계획과 자원(수가)의 분배까지 함께 고려되는 체계를 갖추어야 할 것이다.

따라서, 본 연구는 노인요양보장제도를 실시하고 있는 주요 국가의 대상자 선정 평가판정체계 및 욕구사정도구를 비교 분석하여 우리나라의 평가판정도구 및 체계 개발에 있어 시사점을 도출하였다. 외국 제도의 비교분석결과를 바탕으로 전체 노인요양제도 내에서 평가판정도구가 자리 잡아야 하는 목표와 성격, 그리고 이러한 목표와 기본 성격을 실행할 수 있는 체계 및 내용에 대한 분석, 그리고 향후 고려되어야 할 부분에 대한 논의로 구성하였다.

우리나라의 평가판정도구에서 향후 고려되어야 할 점으로는 첫째, 평가판정도구의 신뢰도 및 타당도를 검증작업이 계속 이루어져야 할 것이며, 둘째, 평가판정도구와 노인욕구사정도구 및 케어플랜과의 관계를 정립할 필요가 있다. 셋째, 노인사정도구의 자율화와 표준화의 장·단점을 파악하여, 제도의 효율성 및 비용효과성 면에서 정책결정자가 적정수준에서 결정할 필요가 있다. 넷째, 평가판정도구와 관련하여 평가판정체계의 확립을 위한 논의들이 이루어져야 할 것이다 등으로 요약할 수 있다.

**주요용어 : 노인요양보장제도, 평가판정도구, 욕구사정도구, 노인기능평가**

---

\* 한국보건사회연구원 주임연구원

## I. 서론

우리나라는 세계에서 유례없는 압축적인 고령화 과정을 겪으면서 치매나 중풍 등 요양보호가 필요한 노인 역시 급격히 증가하고 있는 추세이다. 그러나, 핵가족화, 여성의 사회참가율 증가 등을 통해 그동안 가정에 의해 사적돌봄으로 의존해 왔던 요양보호는 한계에 도달했으며, 의학기술의 발달로 평균수명이 증가하여 보호기간은 매우 장기화되고 있다. 이러한 변화 속에서 우리나라의 노인이 이용할 수 있는 시설은 절대적으로 부족한 실정이며, 현재의 기초생활보장 수급자 또는 저소득층 위주의 정책은 보편적 노인의 요양부담 문제에 효율적으로 대처하기에는 미흡한 수준이라고 할 수 있다.

따라서, 이러한 문제의식 속에서 정부는 2008년부터 장기요양이 필요한 노인에게 국가와 사회가 공동으로 책임지는 공적노인요양보장제도를 실시하고자 추진 중에 있다. 그러나, 공적노인요양보장제도가 사회적 합의를 거쳐 정당성을 가지기 위해서는 여전히 많은 논의가 필요하다. 우선 국가가 제공하는 요양보장서비스의 재원 문제와 이를 실제로 실시할 때 소요

1) 요양대상자를 선정하기 위한 평가판정도구 주로 노인의 기능상태 및 기능관련 욕구 중심으로 이루어져 있는데, 도구가 추구하는 기본 전제에 따라 그 쓰임새를 달리하고 있다. 일본 및 독일과 같은 공적요양제도를 갖추고 있는 나라는 서비스 필요도를 중심으로 한 대상자 선정 및 등급판정도구로 적용되며, 호주와 싱가포르 같이 요양시설 서비스 및 수가와 관련된 경우에는 등급판정과 관련된 제한된 노인 기능 및 욕구를 평가하는 것으로 적용되며, 그 외 미국과 영국의 경우에는 노인의 기능상태에 대한 포괄적 욕구사정도구로 적용된다. 따라서, 노인의 기능을 평가하는 도구는 각 제도가 어떤 목적하에 사용되는냐에 따라 서로 다른 용어로 명명되며, 그 성격을 달리하게 된다. 이에 본 연구에서는 노인기능평가도구를 평가판정도구라 명명하며, 비교관점에서 사용하는 각국의 노인기능평가도구는 그 제도의 성격에 따라 평가판정도구 또는 기능상태 및 욕구사정도구로 각각 달리 명명하고자 한다.

되는 인력 및 시설 등의 인프라 문제, 요양보장제도에서 흡수할 수 있는 대상자 선정의 문제, 제공급여의 내용, 수가, 그리고 전달체계 등에 대해 면밀히 검토할 필요가 있다. 2005년 현재 정부가 입법예고한 “노인수발보장법”(안)의 내용을 살펴보면, 일단 노인요양보장제도를 제 5의 사회보험 형식을 통해 재원조달을 실시할 것이라는 큰 틀을 정해놓고 있다. 또한 노인요양보장제도 시범사업을 통해 대상자 선정과 서비스 제공 및 수가의 적정성을 검토 중에 있다.

본고는 공적노인요양보장제도가 실시될 때, 현장에서 직접적으로 가장 많이 접하게 될 대상자 선정도구를 중심으로, 노인요양보장제도가 노인의 장기요양요구에 적절히 대처할 수 있는 체계와 그 체계를 효과적이고 효율적으로 수행하기 위해 고려되어야 할 점을 고찰해 보는데 그 목적이 있다.

공적 요양보장제도가 사회적 정당성을 갖추기 위해서는 요양보호대상자의 판정 기준 및 절차에 대해 객관성과 합리성이 절대적으로 요구되어진다. 특히 공적요양보장제도가 조세제도에 의해서 자산조사 및 특정 욕구를 기준으로 제공되는 공적부조의 형태 보다는 보험제도에 의해 보편적 욕구를 기준으로 제공될 때 요양보호대상자 선정기준의 공평성이 더욱 중요하다고 할 수 있다. 또한 요양인정 평가판정도구는 단순히 대상노인의 욕구를 평가하는 도구일 뿐만 아니라 대상노인의 임상적 기능평가에서부터, 서비스 계획과 자원(수가)의 분배까지 함께 고려되는 체계를 갖추어야 할 것이다.

따라서, 본고는 우선 노인요양보장제도의 근간이 되는 대상자 선정의 평가판정도구에서 고려되어야 할 내용으로 전체 제도 내에서 평가판정도구가 자리잡아야 하는 기본 전제와 이러한 기본 전제를 실행할 수 있는 체계 및 내용에 대한 분석, 그리고 향후 고려되어야 할 부분에 대한 논의로 구성하고자 한다.

연구방법에서는 노인요양보장제도를 실시하고 있는 주요 국가의 평가판정체계를 우리나라의 체계와 비교분석하기 위한 문헌연구 방법을 주로 활용하였다. 노인요양보장체계에 대한 각국 정부의 공식문헌 및 연구문헌 등

이 주로 사용되었으며, 각종 행정자료와 관련부처 홈페이지에 대한 면밀한 검토가 이루어졌다. 나아가 분석대상국의 노인요양 평가관정체계가 산발적인 나열 또는 소개에 그치지 않고 종합적인 비교검토가 가능하도록 공통된 분석틀을 이용하였다. 이를 통해 노인요양 평가관정체계의 쟁점 및 향후 과제 등을 논의하였다.

본고는 주로 외국의 경험을 비교 분석하여 우리나라의 실정에 맞는 평가관정도구를 개발하는데 기초자료를 제공해 줄 수 있다는데 그 의의를 가진다.

## II. 선진국의 노인기능 및 요양욕구 평가·관정도구

### 1. 일 본

일본의 요개호 인정체계를 이해하기 위해서는 무엇보다 요개호 인정이라는 기본개념을 이해할 필요가 있는데 요개호 인정은 고령자의 '기능평가'가 아닌 '개호서비스 필요도'가 기준이라는 점이 매우 중요하며 이는 "00가 나쁘다"라는 것이 아니고 "어떠한 개호가 필요한가"라는 평가를 한다는 것이다. 따라서, 일본의 개호보험제도 내에서 요양 대상자 평가관정도구는 고령자를 문제의 유무라는 관점에서 보는 것이 아니고 고령자에게 필요한 서비스는 무엇인가라는 관점에서 만들어진 체계이다. 따라서, 현재 고령자에게 제공되는 개호서비스 내용과 양을 통해 고령자를 분류한다는 방법을 채택하였다.

일본의 요개호 인정 시스템은 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 정신

적 부담 및 가족관계 등에는 의존하지 않을 것, 다섯째, 시설이나 재가 등의 장소에 영향을 받지 않을 항목으로 관정이 행하여져야 할 것 등의 5가지 기본전제를 가지고 개발되었다(京極高宣, 小室豊允監修, 2001).

이러한 기본전제를 실행하기 위한 구체적 내용은 다음과 같다.

첫 번째 과학적인 근거를 바탕으로 한 시스템을 개발하기 위하여 일본은 컴퓨터에 의한 1차 관정을 실시한다. 1차 관정은 인정조사항목 73항목과 심신상태 7지표의 득점, 그리고 5개의 개호서비스군별 시간을 계산하여 개호시간을 산출한 후, '요개호 인정 기본시간'에 맞추어 요개호 등급을 결정하게 된다. 통계적인 방법을 통해 각 항목의 득점과 이론적 개호시간을 산출해 내는데, 이러한 수치는 계량화되어 있으므로 비교가능하며 가시화할 수 있고, 주관성을 배제할 수 있다는 잇점이 있다.

두 번째, 전문가뿐만 아니라 국민전체가 알기 쉽고 납득할 수 있는 지표가 되기 위하여, 고령자 및 가족, 그리고 케어메니저 및 행정가 등이 쉽게 이해하고 활용가능하게 하였다. 즉, 일본의 요개호 인정은 개호보험 급부 대상이 되는 고령자에게 개호서비스를 선택하기 위한 중요한 정보자료가 되며, 개호보험 피보험자 또는 고령자 가족들에게는 개호서비스가 적절한지를 판단하게 하는 자료가 된다. 또한 케어메니저에게는 개호 서비스 계획을 작성하기 위한 자료가 되며, 행정 담당자에게는 개호서비스를 평가하는데 참고자료가 된다. 예를 들어, 일본의 요개호 인정조사 결과는 직접생활개조, 간접생활개조, 문제행동관련, 기능훈련(재활) 관련, 의료·간호 관련 서비스의 5개 개호서비스별 시간으로 수치화 된다. 따라서, 이러한 인정 시스템을 통해 고령자가 어느 개호서비스의 시간이 많이 필요한지를 파악할 수 있으며, 이에 따라 우선적으로 개호시간이 많이 드는 서비스를 구입할 수 있다는 것이다. 또한 고령자 가족은 제공받는 개호서비스와 인정시스템의 결과를 비교하면서 개호서비스의 우선순위와 서비스 계획에 대해 의뢰할 수 있으며, 서비스 내용의 적절성에 대해 판단할 수 있다. 케어메니저의 경우에는 요개호 인정시스템의 여러 가지 정보를 개호 서비스 계획에 연결하여 고령자 및 가족이 만족시킬 수 있는 능력을 배양할 수

있다. 행정 담당자는 인정 정보를 통해 어떤 개호서비스가 적절한지를 판단하여 개호서비스 계획에 대한 평가를 실시할 수 있게 된다. 이와 같이 일본의 요개호 인정은 다양한 이해관계에 따라 여러 가지 이용방법이 있다고 할 수 있다(筒井孝子, 1999).

세 번째, 개호를 행하는 시간을 대표할 수 있는 지표를 구성하기 위하여, 상세한 실태조사의 데이터와 이 데이터에 질서를 부여하는 새로운 통계방법을 도입하였다. 우선, 일본은 1995년 관정도구 개발을 위해 질 높은 개호서비스를 제공하는 시설을 대상으로 입소자들에게 제공되는 개호내용과 그에 소요되는 시간, 그리고 고령자의 기능 사정을 실시하였다. 이 때 조사된 결과는 323종류의 개호서비스를 실시하는 것으로 나타났으며, 이러한 개호서비스와 고령자의 상태를 조사한 결과 71개의 요인<sup>2)</sup>을 조합하여 제공된 개호내용과 그 양(시간)을 예측할 수 있는 이론이 만들어졌다. 1996년 재택 고령자에 대한 조사에서도 71개의 요인으로 그 타당성을 검증하였다. 따라서, 현재 사용하고 있는 개호시간은 이에 따른 '이론적인 추계시간'으로 현재까지 약 5만명의 데이터가 모아진 실증적 데이터를 기준으로 그 대표성을 가진다고 할 수 있다. 또한 각 항목은 1998년 모델사업에서 모아진 16만명의 데이터를 통해 질문군마다의 패턴을 유형화하여 고령자 특성에 맞는 이론적 시간을 계산해 내는 지표로 확정하였다.

네 번째, 일본의 요개호 인정도구는 고령자의 심신상태나 생활능력만을 조사하는 내용으로 이루어졌다. 처음 일본은 요개호 인정도구에 요개호 부담도 및 부담감의 수량화를 시도하였으나, 1995년 조사에서 개호내용의 양과 부담감이 정확히 일치하지 않아 현장 및 관련단체의 반대로 인정조

사에 포함되지 못했다. 특히 재가 보호 대상자의 경우 고령자의 상태보다는 어떤 개호서비스를 제공하느냐가 부담에 영향을 미친다는 결과가 뚜렷하게 나타났다. 또한 일본의 요개호 인정도구는 전국적 공통기준을 가지고 공정하고 공평해야 한다는 기준에 의해 주관적 요인으로 작용할 수 있는 부담감 및 부양부담의 특성을 감안할 수 있는 가족관계 등은 인정기준에 포함시키지 않고 있다.

다섯 번째, 일본의 요개호 인정도구는 1995년 시설과 재가를 분리하여 개발하는 것이 좋다는 주장에서 처음 검토되었다. 그러나, 시설과 재가를 분리하여 그 기준이 상이한데 대한 혼동이 전체 체계에 위배된다는 의견에 의해 시설이나 재가 등의 장소에 영향을 받지 않을 항목으로 판정이 행하여지는 것으로 확정되었다. 즉, 고령자가 시설과 재택이라는 장소에 따라 요개호도가 다를 가능성이 있다는 구조는 개호보혜제도상 적절하지 않다는 것과 개호부담독점이라는 주관적인 내용을 가미하는 것은 객관적인 평가를 해야하는 요개호도 인정에는 적합하지 않다는 것 때문이었다.

일본 요개호인정 체계를 간단히 요약해보면 우선 일본 개호시설에서 제공하고 있는 개호서비스를 1분간 타임스터디를 통해 코드화한 결과 323개의 조합이 만들어졌고, 이를 다시 쌍대척도법<sup>3)</sup>으로 분석한 결과를 바탕으로 5개의 개호 서비스군이 나타났다. 이 5개 서비스를 종속변수로 하고, 이를 설명할 수 있는 요인변수로 73개로 항목을 선정하였으며, 이것이 현재의 컴퓨터 1차 판정에 사용되는 인정조사항목이다. 개호서비스별 시간을 추계하는 방법으로 이루어진 수형모델(tree model)이 개발되었는데, 수형분석(tree regression)은 73항목을 독립변수로 하고, 개호서비스 시간을 종속변수로 하여 개호서비스 시간의 값이 될 수 있는대로 균등하게 되도록 73항목의 패턴을 모델화하는 방법이다.

2) 2003년 현재 요개호 인정조사항목은 기존의 73개 항목에 대하여 6항목을 첨가하고 12항목을 제거하여 67항목으로 수정되었으나, 본 연구에서 사용되는 항목은 자료의 제한으로 인해 73개 항목에 대한 설명으로 일관하고자 한다. 참고로 제거된 항목은 ① 양다리틀 모으고 앉아있기, ② 욕조출입, ③ 한쪽 손을 앞가슴까지 올리기, ④ 노의, ⑤ 변의, ⑥ 배뇨 후 처리하기, ⑦ 배변 후 처리하기, ⑧ 단추 채우기, ⑨ 양말 신고 벗기, ⑩ 실내청소, ⑪ 주위의 무관심, ⑫ 성격미혹(迷惑)행위이고, 추가된 항목은 ① 이동하기, ② 음료수 마시기, ③ 배뇨, ④ 배변, ⑤ 전화사용하기, ⑥ 의사전달이다.

3) 쌍대척도법이란 연속변수에 대한 주성분분석을 서열변수용으로 확장한 방법의 하나로써, 이 방법에 의해 73개 항목은 7지표로 그룹화되었다. 이 때 각 항목은 범주독점값 가지게 되는데, 이 범주독점값은 가장 상태가 좋은 경우 100점, 가장 나쁜 경우 0점이 되도록 기준화되어 있다.

현재 일본 개호보험제도의 요개호 인정체계는 컴퓨터 1차 판정과 주치의 의견서, 가족상황 등의 일반적 사항, 특기사항 등을 기준으로 한 2차판정으로 이루어진다. 컴퓨터에 의한 1차 판정절차에는 ① 인정조사표의 67개 항목의 조사결과와 ② 조사결과에 대한 득점, ③ 이 득점을 사용하여 만들어진 '심신상태 7지표'의 득점(중간평가점수), ④ 5개의 개호서비스별 시간, ⑤ 12개의 특별 의료항목 체크상황과 체크된 항목의 시간을 합계한 수치가 필요하며 2차 판정은 보건·의료·복지 전문가로 구성된 '개호인정심사회'에서 판정이 이루어진다.

인정조사표에 의한 개호시간 계산은 직접생활개조서비스(5개의 서비스 시간을 합한 것)+간접생활개조서비스+문제행동대응서비스+재활서비스+의료·간호케어서비스(+특별의료항목의 시간을 합한 것)로 계산되며, 1차 판정결과 요개호 인정기준시간에 맞는 개호도가 판명된다. 컴퓨터에 의한 1차 판정이 끝나면, '개호인정심사회'에서 합의제에 의해 전문가 판정을 행하게 되는 2차판정을 실시하는데, 2차 판정에서는 '요개호등급별 기능상태의 예외'를 감안하여 최종적으로 판단된다. 2차 판정에서는 주치의 의견서, 인정조사표(특기사항), 중간평가항목의 평균득점, 일상생활 자립도에 의한 요개호도별 분포, 1차 판정자료의 5개의 지표가 사용되며, 1차 판정 내용이 부정확하였을 경우 재심사를 실시하던가 필요에 따라 주치의 및 조사원에게 조회한 후 기본조사 결과의 일부를 수정할 수 있다.

일본의 요개호도의 정도를 나타내는 요개호 인정기준 시간은 요지원, 요개호 1에서 요개호 5등급으로 나뉘어져 있으며, 요지원 상태를 요개호 상태가 될 수 있는 예방적 차원으로 보험대상에 포함시킨 것이 매우 특징적이라고 할 수 있다. 그러나, 요지원 비용과 관련하여서는 여전히 비용효과의 측면에서 논란이 많다.

## 2. 독 일

독일의 등급판정은 '의료보험의 메디칼 서비스(Medizinischer Dienst der Krankenversicherung: MDK)<sup>4)</sup>에 위탁하였다. MDK는 각 주의 질병금고연합회가 설치한 공법인으로 질병금고의 사업에 관련된 의학적 심사와 의료상의 문제에 관한 조언 등을 하는 임무를 맡고 있다. 수발보험 실시 후 요양 인정에 관한 심사가 MDK에 새로운 업무로 추가된 것이다.

기본 평가판정 체계는 각 장기요양금고가 전국 8개의 법정질병보험으로부터 포괄적인 조사 및 결정을 의뢰받은 MDK에 요개호상태의 유무와 개호등급의 결정을 의뢰하고, MDK 소속 의사 또는 개호전문직(간호사 등)이 신청자의 가정에 파견되어 면접조사를 실시한 후, 본부에서 그 내용을 검토, 개호등급과 필요한 개호의 종류 등을 판정하여 개별 장기요양금고에 보고하는 체계로 이루어진다.

따라서, 요양보험 수급여부 평가를 위한 별도의 기구나 인력은 존재하지 않으며 건강보험 인력(MDK에 소속된 의사나 간호사)이 중심이 되어 행해지고, 필요에 따라 다른 전문직도 참가하게 되어 있다. 그러나 실제로는 1인의 의사가 행하는 것이 대부분이라고 전해진다. 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 예비 대상자나 가족으로부터 평가 판정에 대한 압력을 받을 수 있으므로 평가 판정에는 전혀 포함시키지 않는다.

심사의 내용은 고령자의 병력과 주치의의 진단서도 포함되는데, 먼저 MDK의 스텝(대부분은 의사)이 가정 혹은 시설을 방문해서 행하는 면접조

4) 독일의 건강보험 회사들은 특별한 의학적 치료나 재활 필요성 등에 대한 정보를 제공하는 독립적인 서비스를 제공하는데, 이와 같은 서비스를 MDK(Medizinischer Dienst der Krankenkassen)라고 지칭하며, 이 MDK 평가는 장기요양보험의 피보험자 또는 피부양자가 장기요양보험의 수급을 받기 위해 필수적이다.

사를 근거로 심사를 한다. 면접조사에서 요양 대상자의 상태뿐 만 아니고, 가족에 의한 개호상태와 개호에 필요한 보조와 주거 상황 등에 대해서도 조사가 이루어진다. 단 인정에 불복할 경우는 이의신청을 할 수 있고, 다시 그 재결정에도 불복할 경우는 사회재판소에 제소할 수 있다.

독일은 방문조사에 의해 요양 대상자의 생활상태를 파악하고, 요양 상태의 유무와 수발 등급의 인정이 행해지도록 되어 있는데도 불구하고, MDK 담당의사의 방문조사는 아무리해도 의학적 소견에 치우치기 쉽다. 또 1회 방문으로 요개호자의 일상생활상의 개호 필요를 파악하는 것은 어렵고, 비교적 판단하기 쉬운 신체적 장애에 중점이 놓여져 치매노인이 불리하게 취급당할 가능성이 높다. 따라서, 의사의 감정서를 기준으로 하여 질병금고의 인정이 행해지는 체계는 그 인정결과에 대해 요양 대상자와 가족 뿐만 아니라, 수발 전문직과 현장 복지사들에게도 심하게 비판받고 있다. 제도 초기에는 이와 같이 행해지는 의사에 의한 인정상태를 불복하는 경우가 상당히 많았다고 한다<sup>5)</sup>. 이 때문에 MDK는 판정항목에 대한 상세한 매뉴얼의 작성과 연수를 철저히 시행하는 등 대책을 차차로 강구하고 있다.

이상과 같이 독일에서는 의사가 1시간 정도의 면접조사로 요개호도를 판정하는, 전문가에 의한 인정의 구조를 채용하고 있으며, 일본과 같이 컴퓨터에 의한 1차 판정이나 전문직과 학식 있는 경험자들이 참여하여 인정 심사회에서 합의제로 결정하는 2차 판정도 존재하지 않는다.

평가 항목은 15개의 일상생활 동작과 6개의 가사활동으로 구성되어 있으며<sup>6)</sup>, 각각의 일상생활 동작은 신체 부위, 일상생활 동작 보조의 구체적인 과정 등에 따라 다시 세부 항목으로 분류된다. 일상생활 동작의 세부

평가 항목은 지원/부분적으로 도움/전적으로 도움/감독/안내 등 다섯 가지의 범주로 평가되며 각 세부 항목에는 소요되는 시간의 구간이 정해져 있다.

질병이나 장애가 아닌 필요한 도움만이 고려되는 독일의 공적장기요양 보험 수급 여부 판정에는 대상자등급을 총 3개의 등급으로 분류하고 있는데, 대체적으로 ADL과 IADL 수행의 어려움 정도 및 도움의 빈도가 감안된 간병수발시간을 기준으로 중증도를 구분한다. 예를 들면, 1등급(경증)은 간병수발시간이 하루에 90분이상 3시간미만 필요한 자(일상생활 동작에서 45분이상, 가사 활동에서 45분이상 필요), 2등급(중증)은 간병수발 시간이 하루에 3시간이상 5시간미만 필요한 자(일상생활 동작에서 2시간 이상, 가사 활동에서 1시간이상 필요), 그리고 3등급(최중증)은 간병수발 시간이 하루에 5시간이상 필요한 자(일상생활 동작에서 4시간이상, 가사 활동에서 1시간이상 필요)로 하고 있다.

〈표 1〉 독일의 공적 장기요양보험의 요양서비스 등급

등급	요양서비스 욕구의 정도	간병수발 필요시간	ADL의 도움빈도	IADL의 도움빈도
1등급	높은 요양서비스 욕구	하루에 90분~3시간미만	1일 최소 1회	1주일에 수차례
2등급	중증 요양서비스 욕구	하루에 3시간~5시간미만	1일 최소 3회 이상	"
3등급	최중증 요양서비스 욕구	하루에 5시간 이상	하루 종일 도움 필요	"

자료: 선우덕 외(2003), 「공적 노인요양보호체계 발전방안 연구」, 재인용.

### 3. 미 국

장기요양체계의 원활한 운영을 위해서는 대상자 평가시스템, 중증도 분류시스템, 수가산정 시스템이 갖추어져야 한다. 대상자 평가시스템(patient assessment system)이란 장기요양 대상자를 일정한 기준에 따라 평가하

5) 本澤巴代子: 공적 개호보험- 독일의 선례를 배우다. p88, 일본평론사, 1996.

6) 15개의 일상생활기능평가항목은 씻기, 샤워하기, 목욕하기, 양치질하기, 머리빗기, 면도, 대소변 배설, 음식준비, 음식물 섭취, 기상/취침, 옷입고 벗기, 걷기, 서있기, 계단오르기, 집/간병시설 드나들기 등이며, 6개의 가사활동항목은 장보기, 요리, 집청소, 설거지, 집난방, 세탁 등이다.

여 대상자를 선정하는 것을 말한다. 중증도 분류시스템(case-mix system)은 평가시스템에서 이루어진 대상자의 특성에 대한 정보를 중증도에 따라 자원이용량을 구분하여 자원필요군을 분류하는 역할을 한다. 이를 바탕으로 재정시스템(financing system)에서는 수가를 책정하여 장기요양급여에 대한 보상률을 정하게 된다.

미국의 경우 공적장기요양보험체계는 갖추고 있지 않으나 연방정부와 주정부에서 공적 서비스를 제공하고 있다. 장기요양 대상자를 크게 ① 노인, ② 만성 신체질환자, ③ 정신질환자, ④ 정신지체 및 발달 장애자, ⑤ HIV 감염자 및 AIDS 환자, ⑥ 만성질환자 및 특수 의료 필요가 인정되는 소아 등으로 구분하고 있다(Fox 등, 1999). 기본적으로 장기요양 필요도가 높은 사람에게 지역사회 서비스 제공을 통하여 시설입소를 예방 또는 지연하는데 정책의 초점이 맞추어져 있다. 또 미국의 장기요양시스템은 역사적으로 시설중심으로 발전해 왔다. 이에 따라 장기요양 대상자 선정기준 또한 너싱홈(nursing home) 입소자격에 준하고 있다.

미국은 일률적인 장기요양 대상자 선정기준을 갖고 있지 않다. 각 주마다 건강상태와 기능상태에 대한 다양한 평가기준을 마련하여 대상자를 판정하고 있다. 실제로 장기요양 대상자 평가에는 각 주마다 다양한 기준과 방법이 사용되고 있다(O'Keeffe, 1996). 의료 및 간호 필요도, 인지장애, 신체장애, ADL, IADL, 비공식적 지원 등에 대한 항목들을 평가하여 자격기준을 정하고 있다.

자격기준은 크게 세 가지로 분류된다. 첫째, 특정 요인에 대해 평가도구를 사용하여 점수화하는 경우(6개 주), 둘째, 특정요인에 대한 장애개수를 사용하는 경우(19개 주), 셋째, 케어수준에 대한 정의 및 지침에 따라 자격을 정하는 경우(17개 주)이다. 모든 결정은 전문가의 판정에 의존하고 있으나, 세 번째 방법을 채택하고 있는 주의 경우 전문가 판단이 가장 크게 작용하게 된다. 한편 코네티컷, 아이오와, 미시건, 남캐롤라이나 4개 주에서는 선별조사(screening) 도구를 통한 일차적인 판정을 먼저 거친 후 결과에 따라 추가로 심층적인 평가여부를 결정하고 있다.

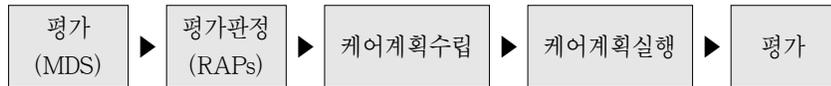
한편 너싱홈 입소자의 종합적인 평가와 급여 및 수가 산정을 위해 개발된 Minimum Data Set(MDS)가 보편적인 기능상태 평가기준으로 인정받게 되면서 일부 주에서는 이를 모체로 한 일차적인 선별조사(screening) 방법을 개발하여 사용하고 있다. Minimum Data Set(MDS)은 요양시설 입소자의 기능상태를 평가하기 위한 도구로 개발되었는데, 이 MDS의 자료를 바탕으로 대상자의 기능상태의 경증도에 따른 자원필요군을 분류(Resource Utilization Group, RUG)한 후 수가산정과 연결시키는 방법이 널리 이용되고 있다. MDS는 원래 RAI(Resident Assessment Instrument)라 불리는 요양시설 입소자에 대한 종합적 평가도구의 일부분이다. 1987년 미 의회의 종합예산타결안(Omnibus Budget Reconciliation Act(OBRA) of 1987) 내 요양시설 개혁법(Nuring Home Reform Act)에 의해 RAI의 개발이 승인되었다(Hawes 등, 1995; Morris 등, 1997b). 이 법에서는 메디케어(Medicare)와 메디케이드(Medicaid)에서 인증한 모든 요양시설에 있는 입소자의 상태에 따라 통일된, 규격화된, 그리고 포괄적인 평가를 하도록 명시하고 있다. 이에 따라 1990년 10월 1일부터 요양시설환자에 대한 평가가 본격적으로 시행되었다(Murphy 등, 1996).

RAI는 요양시설 입소자의 포괄적이고 종합적인 건강기능평가와 이에 따른 케어계획의 수립, 평가에 활용하기 위해 개발된 규격화 및 표준화된 지침이다(CMS, 2002). RAI는 다학제간 팀적 접근을 강조하며 환자의 삶의 질을 향상하기 위한 문제해결 중심적 접근방법을 채택하고 있다(그림 1 참조).

RAI는 평가도구(MDS), 입소자 평가프로토콜(Resident Assessment Protocols, RAPs), 사용지침서(utilization guidelines)의 세 가지로 구성되어 있다. MDS는 장기요양시설 입소자의 포괄적 평가를 위한 스크리닝, 임상 및 기능상태, 문제정의 및 분류방법을 포함하고 있다. RAPs는 MDS를 바탕으로 구조화된 문제중심적 형태로 18가지 종류가 있으며 개인별 사회, 의학, 심리적 문제를 파악함으로써 케어계획을 수립하는데 도움을

준다. 또한 주요문제(triggers)를 명시하고 있어 기능상태의 문제가 발생할 소지가 있는 입소자를 발견, 평가하도록 되어 있다. 사용지침서에는 RAI의 사용법에 대한 자세한 정보가 기술되어 있다.

[그림 1] RAI 과정



MDS 평가의 목적은 첫째, 요양시설에 있는 환자들에게 양질의 의료서비스를 제공한다. 둘째, 환자들로 하여금 신체적, 정신적, 심리사회적으로 최상의 기능수준을 유지하도록 한다. 셋째, 평가는 일상적 진료행위와 연계되어 사용할 수 있어야 한다는 것이다.

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 있다.

MDS는 사용되는 시설에 따라 여러 종류로 구분된다. MDS(Nursing Home)는 모체가 되는데 개정작업을 거쳐 1995년부터 MDS 2.0이 널리 사용되고 있다(Morris 등, 1997b). 현재 MDS의 3차 개정판(version 3.0)의 개발이 진행 중에 있다. 이 밖에 MDS Home Care(MDS-HC), MDS Mental Health(MDS-MH), MDS Acute Care(MDS-AC), MDS Post-Acute Care(MDS-PAC), MDS Assisted Living(MDS-AL) 등 서비스와 시설종류별로 여러 도구들이 개발되었거나 현재 개발 중에 있다.

MDS(Nursing Home)는 요양시설의 환자를 대상으로 기초건강평가를 목적으로 사용된다. 평가내용은 심리사회적 안녕, 진단 및 질병, 피부질환, 인지기능, 의사소통, 청력, 시력, 정서 및 문제행동, 영양 및 식이, 신체기능(ADL), 실금, 특수치료 등 다양한 영역에 대해 400개 이상의 항목으

로 이루어져 있다.

MDS Home Care(MDS-HC)는 지역사회용 평가도구로 1993년 1월 interRAI 연구진에 의해 개발되었다(Morris 등, 1997a). 조사방법은 노인과 수발자에 대한 직접조사, 가정에서 대상자 직접관찰, 기타 건강관련자료 수집 등 포괄적인 정보를 수집한다. MDS-HC는 간호사, 사회복지사, 의료기사, 의사 등 전문가가 평가를 하도록 되어 있다. 실제 평가는 두 시점으로 나누어 7~14일 내 2회 동안 정보를 수집할 수 있도록 하여 조사에 대한 대상자의 부담을 최소화하고 있다. MDS 측정시간은 평균 1시간에서 1시간 15분 정도 걸리는 것으로 보고하고 있다.

MDS-HC의 기초평가영역인 기초정보군에는 건강평가정보, 인지양상, 의사소통/청력 양상, 시력양상, 정서와 행동 양상, 사회적 기능, 지원서비스, 신체적인 기능(IADL과 ADL), 지난 7일간 배설조절, 질병진단, 건강상태와 예방적 조치, 영양/수분상태, 치아상태, 피부상태, 환경평가, 서비스 이용, 투약 등이 포함된다.

MDS-HC 항목의 절반가량(47.1%)이 요양시설 평가도구인 MDS 2.0 문항을 그대로 사용하고 있으며 이외에 재가노인 평가에 보다 적합한 항목과 측정도구를 추가로 개발하여 조사항목에 포함시키고 있다. MDS-HC에서는 MDS 항목을 상당수 그대로 적용함으로써 시설과 재가 평가자료의 연계를 가능케 해주고 있다.

MDS와 함께 RAI에는 Resident Assessment Protocols(RAPs)이 포함되어 있다. RAPs는 요양시설 환자들의 기능상태에 영향을 미치는 18 영역에 대한 상세한 평가를 할 수 있도록 구성되어 있다.

MDS-HC도 기초평가영역의 일부항목을 중심(triggers)으로 추가적인 자세한 평가를 필요로 하는 위험요인이 있는 대상자를 찾아낼 수 있다. Clinical Assessment Protocols(CAPs)는 이러한 주요문제(trigger problems)가 발견된 환자를 대상으로 추가적인 평가와 맞춤형 케어계획을 수행하기 위한 일반지침을 제시하고 있으며 총 30영역으로 구성되어 있다.

MDS를 바탕으로 구성된 RUG는 대상자의 중증도(case-mix)를 평가하는 방법으로 이용된다. RUG는 요양시설 환자의 특성에 따라 분류한 군으로 자원이용도를 설명해주며 세 가지 특징을 갖고 있다(Fries 등, 1994). 첫째, RUG는 유사한 자원을 이용하는 환자군을 분류한다(classification)<sup>7)</sup>. 둘째, 환자분류에는 환자의 특성에 관한 정보만을 이용한다. 시설의 소유주, 장소, 인력 등 시설의 특성에 관련된 정보는 제외된다. 셋째, 환자군 내에서는 동질성을 유지하면서 환자군 간에는 통계적으로 유의한 차이를 보여준다.

RUG는 case-mix 방법이 갖추어야 하는 임상적, 통계적, 행정적 원칙 등 세 가지 조건을 만족하도록 개발되었다. 첫째, 다양한 환자상태 반영, 임상적으로 의미있는 군으로 구분되도록 임상적 원칙을 견지하였다. 둘째, 통계적 원칙인 통계모델의 적합성(adequacy of fit), 통계방법의 적절성, 자원이용의 분산에 대한 설명력 등을 중시했다. 셋째, 행정적 조건으로 긍정적/부정적 유인(negative/positive incentives), 객관적 심사 가능(ability to be audited), 분류조작에 대응(resilience against gaming), 신뢰도/타당도 등이 포함된다.

RUG-III 분류를 위해 24시간 동안 간호인력의 케어시간과 1주일간의 치료인력 케어시간을 측정한다. 시간 측정에는 초기개발단계에서는 stop watch를 사용하였으나 이후에는 computerized wands를 이용하였다. 모든 병동의 간호인력에 대해 자신의 케어시간을 24시간 동안 측정한다. 간호사와 간호조무사의 케어시간에는 환자의 직접케어에 소요된 직접시간과 이와 관련된 간접시간(케어계획을 위한 회의, 의사 또는 가족과의 상담, 의무기록 등)이 포함된다. 여러 명의 환자들과 보낸 시간도 개인환자에게로 할당하여 직종별 시간을 계산한다. 신체재활, 작업재활, 언어치료, 사회사

7) 이와는 대조적인 방법으로 환자 개인의 특성이나 제공되는 서비스에 따라 특정 가중치를 부여하는 회귀(regression) 방식이 있다. 그러나 회귀방법은 복잡한 통계적 상호작용을 계산하는 것이 용이하지 않은 단점을 갖고 있다. 즉 일부 특성이 특정 환자에게만 중요하다는 것이 문제점으로 지적되고 있다.

업, 교통, 의사방문, 종교 등과 같이 자주 행해지지 않는 케어활동에 대해서는 1주일을 기준으로 시간을 측정한다. RUG-III는 전체(요양과 치료) 자원이용량(per diem cost)의 55.5%의 분산을 설명하는 것으로 알려져 있다.

RUG-III는 7개의 대분류의 44개의 소분류군으로 이루어져 있다. RUG-III(version 5.12)는 MDS 항목 중 108개를 사용하여 환자를 분류한다. 7대분류는 재활집중군(rehabilitation), 진료집중군(extensive services), 특수진료군(special care), 복합중후군(clinically complex), 인지장애군(impaired cognition), 행동장애군(behaviour disturbance), 체력약화군(reduced physical functions)으로 이루어져 있다. 이러한 7대분류는 일상생활능력점수, 진료집중서비스 수, 우울증 여부, 재활간호서비스 수에 따라 세분류되어 44개 군을 이루게 된다.

#### 4. 호 주

호주의 장기요양서비스를 위한 입소자 평가도구인 Resident Classification System(이하 RCS)은 대상자 평가와 등급, 등급에 의한 급여가 일원화되어 단일모델이다. 호주의 입소자 평가도구는 '욕구중심(NEED-BASED)' 모델로서, RCS를 통해 모든 장기요양보호 대상 노인들은 하나의 서비스 등급에 속하게 되며, 이에 따라 정부의 급여보조수준을 결정받게 된다. RCS에 사용되는 평가항목은 대상자의 서비스욕구 전체를 다 고려하는 것은 아니며, 오히려 서비스 총 비용의 차이를 결정하는 주요항목으로 구성되어 있다.

RCS의 기본 원칙으로는 첫째, 대상자의 욕구가 다르다면 그들의 서비스 수준도 다르다는 점과 둘째로, 정부의 보조금도 대상자의 상대적 서비스 욕구를 반영하는 8가지 범주를 기초로 제공되며, 대상자의 경제상태에 따라 결정된다는 점이다.

RCS는 호주에서 여러해 동안 장기요양보호 노인에 대한 재정체계를

만드는 축적된 노력의 결과로, RCS가 개발되기 이전, 즉 1997년 10월 1일 이전까지는 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 신체수발욕구에 관련된 사항을 평가하는 항목으로 구성이 되어 있었으며, RCI 등급은 간호시간을 얼마나 필요로 되느냐에 따라 정해졌다. RCI 1등급은 RCI 5등급보다 약 3배가 넘는 간호 및 수발시간이 필요하며, 따라서 정부의 수가도 3배 정도의 차이로 결정이 되어 있었다.

그러나, 이들 평가 및 등급체계는 평가체계가 이원화되어 있다는 점, 치매노인에 대한 정부급여수준의 부적절성과 시설입소자의 독립성을 향상시키기 위한 인센티브가 없는 것 등의 문제점들이 제기되어 새로운 대상자 평가도구가 개발되게 되었다. 그 연구는 호주의 429개의 시설에 있는 20,000여명의 노인을 대상으로 수행되었으며, 그 결과, 22개의 문항으로 구성된 단일 등급체계인 Resident Classification Scale(RCS)가 개발되었다.

RCS의 특징으로 첫째, 대상자가 어디에 있든지 지속적인 케어를 보장할 수 있으며, 둘째, 치매를 가진 환자의 케어비용을 제대로 인식하여 수가에 반영되었으며, 셋째, RCS하의 정부지원은 대상자의 욕구를 중심으로 책정이 되도록 설계가 되어있다는 점이다.

호주에서 장기요양보호노인들의 케어수준을 결정하기 위해서는 먼저, 대상노인들은 AGED CARE ASSESSMENT TEAM(ACAT)에 의해 스크리닝을 받아야 하는데, ACAT는 건강전문인력으로 구성이 되어 있고, 대상노인이 시설서비스를 받아야 할지, 지역사회 서비스를 받을지를 승인해 준다.

이와 같은 케어를 받기 위해서는 대상자는 심각한 케어 욕구를 가지고 있어야 한다. 시설케어의 경우, 대상자는 시설케어를 필요로 하는 신체적,

의학적, 사회적, 정신적 욕구를 가지고 있어야 하며, 이러한 욕구는 비시설 케어 서비스로는 충족될 수 없는 것이어야 한다. 따라서 ACAT는 이러한 결정을 하기위해 대상자의 의학적, 신체적, 정신적, 사회적 환경을 평가하며, 또한 대상자가 높은 수준의 케어가 필요한지, 낮은 수준의 케어가 적합한지도 결정한다. 그러나 대상자의 사정을 위해 ACAT가 사용하는 도구는 RCS INSTRUMENT와는 다른 좀 더 포괄적인 도구를 이용한다.

다음 노인대상자가 시설에 입소하게 되면, 입소자의 케어욕구에 대한 평가는 21일에 걸쳐 이루어지며 이 결과에 따라 대상자의 케어플랜이 만들어진다. 입소자 평가가 끝나고 입소한지 2개월안에 입소자 분류에 대한 신청서가 RCS 지침서에 따라 만들어 지게 된다. 대상자 분류는 12개월 동안 유효하며, 또는 입소자가 시설을 떠날 때, 노인의 서비스 욕구가 완전히 변했을 때, 병원입원으로 인한 경우에는 무효가 되며, 기존의 대상자에게는 재평가를 실시하여 신청서를 제출한다. 새로운 대상자가 노인시설에 입소하게 되면, 재정지원 분류를 위해 3단계의 절차를 밟게 된다.

- ① 평가(Assessment): 대상자의 능력과 케어욕구에 대한 평가가 서면으로 이루어진다.
- ② 케어 플랜(Care Planning): 대상자의 욕구를 충족시킬 수 있고, 대상자의 기능을 유지하고 촉진시킬 수 있는 전략을 결정한다. 전략과 중재는 대상자의 케어플랜에 명확히 쓰여 있어야 한다.
- ③ 제출 케어플랜이 완성된 후에 대상자 분류를 위한 신청서가 만들어지고 department of health and ageing의 주 또는 지역 담당자에게 제출한다.

기존의 대상자의 경우에, 서비스제공자는 정부가 재정지원 목적을 위해 대상자를 재분류하도록 두 단계의 절차를 밟아야 한다.

- ① 재평가: 만약 입소자가 매년의 재평가나 케어상태의 변화 때문에 재분류되기 위해서는 입소자에 대한 평가와 문서화 작업이 이루어져야 한다.
- ② 제출 신청서가 완성되었으면, 완성된 신청서는 department of

health and ageing의 주 또는 지역 담당자에게 제출한다.

③ 대상자 분류는 12개월 동안 유효하며, 또는 입소자가 시설을 떠날 때, 노인의 서비스 욕구가 완전히 변했을 때, 병원입원으로 인한 경우에는 무효가 된다.

RCS는 상대적 자원분배 도구로서 모두 20개의 항목으로 구성되고, 각각의 항목은 4점 척도로 측정이 된다. RCS에 의한 평가결과에 따라 장기요양보호 대상 노인은 8개의 등급으로 나누어지는데(1: 가장 높음, 8: 가장 낮음), 높은 수준의 서비스가 요구될수록, 더 많은 정부지원이 이루어지며 8등급에 대한 정부 지원은 거의 없다.

RCS와 관련된 문제점으로는 설계의 문제와 실행의 문제점으로 나누어 볼 수 있는데, 설계의 문제점으로 RCS가 장기요양노인의 욕구를 포괄적으로 평가하지 못하고 있다는 점과, RCS가 노인의 문제행동과 관련된 서비스욕구를 적절히 반영하고 있지 않은 점이다. RCS 실행의 문제점으로 RCS 수가급여 요구의 변화율이 높다는 점과, RCS가 케어플랜을 작성하는데 적절한 포괄적인 정보를 포함하고 있지 않다는 점, 그리고 RCS와 관련된 문서작업이 너무 과다하다는 점 등이라고 할 수 있다.

〈표 2〉 RCS 평가도구

평가 항목	A	B	C	D
1. 의사 소통	0.00	0.28	0.36	0.83
2. 이동성	0.00	1.19	1.54	1.82
3. 식생활	0.00	0.67	0.75	2.65
4. 개인 위생	0.00	5.34	14.17	14.61
5. 화장실 이용	0.00	5.98	10.65	13.70
6. 소변 관리	0.00	2.22	3.82	4.19
7. 대변 관리	0.00	3.32	5.72	6.30
8. 일상생활과제에 대한 이해와 수행	0.00	0.79	1.11	3.40
9. 배회와 방해적인 행동	0.00	0.80	1.58	4.00
10. 언어적인 방해 행동이나 소음 유발	0.00	1.19	1.75	4.60
11. 신체적인 공격성	0.00	2.34	2.69	3.05

〈표 2〉 계속

평가 항목	A	B	C	D
12. 정서적인 의존	0.00	0.28	1.50	3.84
13. 자신과 주변사람에 대한 위협	0.00	1.11	1.54	1.98
14. 기타 문제 행동	0.00	0.91	1.82	2.61
15. 사회적, 정서적지지-입주자	0.00	0.95	1.98	3.01
16. 사회적, 정서적지지-가족과 친구	0.00	0.28	0.55	0.91
17. 투약	0.00	0.79	8.55	11.40
18. 전문적, 복합적인 간호 절차의 시행	0.00	1.54	5.54	11.16
19. 각종 치료요법의 시행	0.00	3.64	6.10	7.01
20. 기타 서비스	0.00	0.71	1.46	2.93

〈표 3〉 대상자 등급을 정하기 위한 점수기준

점수범위	분류수준
81.01 ≤	LEVEL 1
69.61-81.00	LEVEL 2
56.01-69.60	LEVEL 3
50.01-56.00	LEVEL 4
39.81-50.00	LEVEL 5
28.91-39.80	LEVEL 6
10.61-28.90	LEVEL 7
0-10.60	LEVEL 8

주: level 8의 경우에는 정부지원이 없음.

High care residents: level 1~4(nursing home level care)

Low care residents: level 5~8(hostel level care)

## 5. 싱가포르

1997년 현재 싱가포르의 65세 이상 노인인구는 전체의 7.0%에 달하며 2030년에는 18.4%에 달할 것으로 예측되고 있다.

싱가포르 노인개호의 원칙은 노인의 건강증진과 질병예방사업을 통해 지역사회에서 적절하고 활동적으로 지낼 수 있게 하는 것이다. 질병이나 장

애가 발생한 경우에도 가능한 지역사회 내에서 개호를 하도록 하고 시설 입소는 최후의 방법으로 생각한다.

싱가폴 정부는 개호서비스의 제공을 민간기관에 맡기고 있으며 정부는 보건교육과 외래 혹은 병실에서의 급성 진료의 제공을 담당한다. 특히 자원복지기관(Voluntary welfare organizations)은 노인의 건강관리에 중요한 역할을 담당하며 정부는 노인서비스를 직접 제공하기 보다는 서비스의 방향을 제시하고, 이들 기관을 격려하고 지원(경제적 지원을 포함)하여 노인 서비스의 대부분을 해결하도록 하고 있다. 이러한 정책은 두 가지 이유 때문이다.

첫째, 정부에 의해 제공된 서비스는 국민들의 “권리”로 간주되며, 결국 국민들은 더 많은 것을 요구하게 되기 때문이며, 둘째, 이러한 서비스들은 돈으로도 살 수 없는 개호제공자의 동기부여와 열정이 필요한데 자원복지 기관이 이를 충족해 주기 때문이다.

싱가폴에는 현재 49개의 요양원(nursing home)이 있는데 그 중 25개는 사설기관이며 24개는 자원복지기관이다. 이 시설에 들어가기 위해서는 우선 입소기준을 만족해야 한다. 이 기준을 만족한 사람은 사회사업가가 평가한 신청서를 작성하여 제출한다. 정부에서 제공하는 보조금의 액수는 가족 조사를 통해 결정한다.

### 1) 일반적 기준

- ① 연령: 뇌졸중, 합병증을 동반한 당뇨병, 두부나 척추 손상과 같이 간호가 필요한 환자(특히 노인)
- ② 입원기간: 단기 혹은 장기
- ③ 비용

### 2) 육체적, 정신적 상태

환자는 뇌졸중, 합병증을 동반한 당뇨병, 두부나 척추 손상, 치매와 같은 만성 질환의 결과로 육체적 혹은 정신적 장애를 갖고 있어야 하며 다음과 같은 개호를 필요로 한다.

- ① 장기간의 일상적인 간호(경관영양, 통증 완화, 상처 드레싱)
- ② 일상생활활동에 대한 보조

환자는 거동이 부자연스럽거나 휠체어나 침대에서 벗어나지 못해야 한다.

### 3) 가족의 지원

환자는 돌볼 사람이 없거나 있더라도 간호를 제공할 수 없어야 한다.

입소자 평가 양식(Resident Assessment Form)은 요양원 입소자의 육체적·정신적 요구도를 평가하는 것으로 점수 배정은 시간측정(time motion study)에 의해 결정된 자료에 기초해 이루어져 있다. 응답은 일상적인 개호요구도에 기초해 작성(일시적인 부가 요구는 고려하지 않음)한다. 새로 입소하는 모든 사람은 입소 1~2일 안에 의사에 의한 평가를 받아야 하며, 2주후(입소자가 안정되고 요구도를 더 잘 평가할 수 있을 때) 다시 정확히 평가한다.

입소자 평가(Resident Assessment)는 가동성(mobility), 식사(feeding), 화장실 사용(toileting), 정용(整容)과 위생(grooming and hygiene), 간호처치(treatment), 사회적 정서적 욕구, 착란(confusion), 정신과적 문제 등을 종합적으로 평가하게 구성되어 있으며 총점에 따라 4등급으로 입소자 상태를 구분하고 있다.

이러한 9가지 항목에서 산출된 점수를 합산하여 아래의 표에 근거해 등급을 정한다.

〈표 4〉 등급을 정하기 위한 점수범위

등 급	총 점수
I (가장 독립적)	6점 이하
II	7~24점
III	25~48점
IV	48점 초과

## 6. 영 국

영국은 장기요양보호 대상자를 평가하기 위해 단일화된 평가도구가 없다. 1990년 제정된 지역사회보호법(Community Care Act)에 따라 1993년부터 장기요양보호에 대한 책임이 지방정부로 이전되어 지방정부는 각 자 지역에 맞는 평가도구를 개발 혹은 기존의 도구를 선정하여 사용해 왔다. 2001년 만들어진 노인을 위한 국가서비스준거틀(National Service Framework for Old people)은 단일사정과정(Single Assessment Process:SAP)<sup>8)</sup>을 집행하도록 하고 있다. 단일사정과정은 노인의 건강과 사회적 보호서비스를 전국적으로 일관성과 기준을 마련하려는 시도이다. 단일사정과정에서는 단일한 평가도구를 제공하기보다는 단일사정개요(Single Assessment Summary)<sup>9)</sup>에 제시된 내용을 모두 담을 수 있는

8) 영국은 노인을 위한 국가서비스준거틀(National Service Framework for Old people)에 따라 지역단위의 보건과 사회체계 내에서 지역노인들에게 더 나은 보호와 더 나은 결과를 가져오기 위해 단일사정과정을 진행해야 한다. 이 과정에서 서비스의 표준화를 추구하여 질을 향상하고 지역간 서비스의 편차를 줄이려는 노력을 하고 있다. 이에 대한 실행은 단일사정과정을 통해 성취하고자 하였고, 실질적 사정정보 수집을 위해 지방정부에서 기본으로 사용할 수 있는 견본인 단일사정개요를 만들어냈다. 현재의 단일사정개요는 완전히 개발된 것이 아니고 지방정부의 활용을 통해 10년 동안 수정되면서 지방정부에서 공통적으로 사용할 수 있도록 개발된 것이다.

9) 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 기본으로 설계한 것이다.

평가도구를 지역에 맞게 개별적으로 사용할 수 있도록 하고 있다. 그러나, 지역에서 사용하는 사정도구와 측정도구는 보건국(Department of Health)에서 인정받아야 한다. 현재 인정된 사정도구는 없으나 CAT(Cambridgeshire Assessment Tool)와 MDS-HC가 보건부 인정을 받은 상태이다. 단일사정개요는 각 지방에서 자체 사정도구와 측정도구를 선정하려고 할 경우 참고하도록 하고 있다. 단일사정개요에서 얻어지는 정보는 최소한의 것으로 지방정부에서 상세한 정보나 다른 형태의 자료를 더 첨가할 수는 있어도 단일사정개요의 정보는 삭제할 수 없다.

단일사정과정은 사정과정을 통해 정보를 수집하고 평가하여, 보건 및 서비스 접근성을 높이고 지역적 편차없는 서비스를 제공하려는 목적을 가지고 있다. 이를 위해 지역을 거쳐 공통적으로 수집되어야 할 최소한의 정보의 질과 양을 제시하는 단일사정개요를 개발하고 있다. 단일사정개요가 노인의 서비스제공여부나 제공되어야 할 서비스를 결정하는 판정기준을 제시해 주지 않지만, 이를 결정할 근거정보와 서비스제공을 위한 전문가들간의 정보공유를 통해 노인의 욕구가 노인입장에서 전달되도록 하는데 공헌하고 있다.

단일사정개요에 담긴 정보는 노인의 상황을 완전히 알 수 있기에는 최소한의 것이지만, 개별 지방정부에서 필요한 정보를 첨가하도록 하고 있으며 이를 바탕으로 보호계획을 세우고 있기 때문에 일종의 서비스제공을 위한 판정정보를 제공한다고 하겠다.

또한 단일사정개요에 필요한 정보를 수집하기 위해 NHS에서 인정된 척도나 측정도구를 개별 지방정부가 정할 수 있게 한다. 그리고 방향, 원칙과 성취되어야 할 과업을 제시하고 사정 평가에 의한 서비스제공여부는 지방정부의 몫으로 남겨두고 있다. 국가차원의 공통적인 평가기준을 제시하기보다 지역 노인의 특성에 따른 사정내용으로 국가적으로 표준화된 서비스제공을 도모하려는 시도를 하고 있다.

단일 사정개요는 표준화된 사정 정보인 기본 개인정보, 욕구와 건강, 보호계획의 개요 등의 3가지 세트에 구성되어 있으며, 노인의 상태에 따라

접촉사정(contact assessment), 개괄적 사정(overview assessment), 전문가 사정(specialist assessment), 포괄적 사정(comprehensive assessment)을 하도록 하고 있다.

이러한 단일사정개요는 단일사정 과정의 특성으로 제시된 사람중심의 접근, 표준화된 접근, 결과중심 접근의 3가지 접근을 원칙으로 삼고 있으며, 지역을 거쳐 공통적으로 수집되어야 할 최소한의 정보의 질과 양을 제시하도록 개발되어졌다.

단일사정개요가 노인의 서비스제공여부나 제공되어야 할 서비스를 결정하는 판정기준을 제시해 주지 않지만, 이를 결정할 근거정보와 서비스제공을 위한 전문가들간의 정보공유를 통해 노인의 욕구가 노인입장에서 전달되도록 하는데 공헌하고 있다.

단일사정개요는 각 개별 노인별로 표준화된 사정정보를 한 곳에 모을 수 있어야 하며, 노인의 정보 수집이 중복되지 않으면서 관련 전문가간에 정보를 공유하게 하고, 단일사정과정의 일부로 사정 후 이어지는 보호계획을 세울 수 있게 하기 위한 것이다.

사정에 의해 나온 보호계획개요는 사정된 노인을 위한 종합적인 보호 목표와 처리되어야 할 욕구, 현재 제공되고 있는 서비스의 부호화된 목록 그리고 보호 조정자나 주요 실행가의 이름을 포함해야 한다. 보호계획에 포함되는 서비스들은 다음과 같다.

- 가족이나 다른 보호자들의 지원(Support from family or other carers)
- 재가 보호(Home care)
- 자신의 집에서 휴식보호(Respite care in own home)
- 간호사 방문(Visiting nurses)
- 식사 배달(Delivered meals)
- 일상생활을 돕기 위한 장비(Equipment to assist daily living)
- 수용시설의 적응과 향상(Adaptations / improvements to accommodation)

- 물리치료(Physiotherapy)
- 대화와 언어 치료(Speech and language therapy)
- 작업치료(Occupational therapy)
- 영양사(Dietitians)
- 발 치료(Chiropody / podiatry)
- 치과 진료(Dental care)
- 데이센터이용(Attendance at day centre)
- 낮병원이용(Attendance at day hospital)
- 교통(Transport)
- 외래 진료(Attendance at out-patients clinic)
- 병원이나 케어 홈에서의 중간 보호(Intermediate care in hospital or care home)
- 집으로부터 떨어진 케어홈이나 다른 세팅에서의 휴식보호(Respite care in a care home or other setting away from home)
- 케어홈에서의 다른 일시적 체류(Other temporary stay in a care home)
- 케어홈의 영구적 입소(Permanent admission to a care home)
- 간호보호가 제공되는 케어홈의 영구적 입소(Permanent admission to a care home which provides nursing care)

기관들은 위에 제시된 보호 계획의 모든 자료를 기록해야 한다. 모든 자료가 단일사정개요에서 요구되는 것은 아니지만, 그럼에도 불구하고 접근하기 쉽도록 준비되어야 하며, 서비스 사용자에게 주어질 수 있도록 준비되어야 한다.

## 7. 국가간 비교

앞서 외국의 노인요양대상자 판정관련 도구를 살펴본 결과, 각 나라별 노인요양보장체계에 따라 평가 및 판정도구 역시 각각의 특징을 가지며

개발된 것을 알 수 있다. <표 5>는 앞서 논의된 각국의 장기요양 제도의 특징을 평가판정 중심으로 비교해 본 것이다.

일본 및 독일의 경우에는 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 따르고 있기 때문이라 할 수 있다. 또한 일본 및 독일의 경우에는 기능제한에 따른 수발시간을 대상자 선정 및 등급의 기준으로 삼고 있는데, 이런 방식은 임상적 기능제한과 수발 도움의 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. 또한 독일은 일본과 같은 컴퓨터에 의한 1차 판정이나 전문가에 의한 2차 판정도 존재하지 않아 의사에 의한 인정상태를 불복하는 경우가 상당히 많다(荳井孝子, 2000).

반면, 미국의 경우에는 보편적 공적노인요양보장체계는 갖추고 있지 않기 때문에 일률적인 장기요양대상자 선정기준을 갖추고 있지 않으나, 의료보험 및 의료보호 대상자의 급여 및 수가산정을 위해 MDS가 보편적 기능상태 평가기준으로 사용된다. 이 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 있어 일본의 요개호인정체계 개발과정과 같이 서비스 제공인력의 1분 time-study 방식을 공유하고 있다는 점에서 매우 유사한 체계라고 할 수 있다.

호주의 경우 역시 요양욕구중심의 평가체계라고 할 수 있는데, 다른 나라와 특이하게 대상자의 경제적 수준이 요양욕구에 포함 된다. 이는 경제적 욕구중심의 사회복지서비스가 보편화 되어있는 호주의 역사적 유산과도 관련이 있다. 또한 호주 역시 도움필요도를 수발시간으로 측정하여 8등급으로 나누고 있다. 그러나, 호주의 평가도구는 장기요양노인의 욕구를 포괄적으로 평가하지 못하여 노인의 욕구수준에 맞는 정부의 수가지원이 적절히 이루어질 수 없다는 문제점을 가진 것으로 평가되고 있다. 이러한 이슈와 함께 호주는 RCS를 대체할 수 있는 새로운 시스템의 모색으로 RAI2-RUGⅢ를 고려하고 있다.

싱가폴의 평가·판정도구는 시설입소자의 기능을 평가하고 등급화하여 적절한 서비스를 제공하고자 하는 목적이므로, 노인요양보장 대상자 선정과는 성격이 다소 상이하다고 볼 수 있다. 그러나, 등급화의 과정에서 나타난 점수체계는 다른 나라의 평가체계와 유사하다. 즉, 입소자의 기능제한에 대한 도움필요성(요구도)을 측정하고 있으며, 각 점수는 서비스 시간측정에 의해 결정된 자료에 기초하기 때문이다.

영국 및 덴마크의 경우에는 노인요양보장대상자를 선정하는 단일화된 평가도구가 존재하지 않는다. 단 영국의 경우에는 단일사정개요(SAS)에 의해 각 사정도구에 포함될 기준을 제시하고 있을 뿐이다. 영국과 덴마크의 각 지자체는 지역사회 노인의 기능을 평가하여 적절한 서비스를 제공하고자 하는 요양계획(Care Plan) 수립에 사용하고 있다.

이상의 결과를 종합해 보면, 노인요양보장체계의 평가·판정도구는 전체 노인요양보장체계가 가지고 있는 이념을 전제로 개발되어야 하며, 노인 기능평가, 서비스 수준, 수가 산정 시스템이 일관성있는 틀로 갖추어져야 한다.

먼저 전체 노인요양보장체계의 이념을 통해서 우리나라 노인요양대상 평가·판정도구는 개인의 요양욕구가 가장 우선시 되어야 한다는 것이다. 요양욕구란 기능제한 정도에 따라 서비스를 제공하는 것이 아니라, 서비스 필요도에 따라 서비스를 제공해야 된다는 것이다. 따라서, 노인요양보

〈표 5〉 국가간 노인요양 평가판정도구 비교

분류	국가	호주	영국	싱가폴
장기요양체계		요양시설 운영자에게 정부가 수가를 지원	NHS 또는 조세제도를 통해 장기요양대상자에게 요양서비스 제공	시설입소자에게 사회 서비스 제공
평가도구		전국적으로 통일된 케어 욕구 20개 항목. 시설 입소자 분류체계 (RCS)	단일사정개요(SAS)에 따라 지역별 평가도구 개발. 공통적으로 개인정보, 욕구와 건강, 보호계획 등 포함. 인정사정도구는 CAT와 MDS-HC임.	전국적으로 통일된 기능평가 9개 항목. 시설 입소자 평가양식(RAF)
도구의 기능		시설입소자 기능평가 및 등급판정도구	욕구사정도구	시설입소자 기능평가 및 등급 판정도구
평가목적		시설입소자 등급판정에 따른수가 지급	지역사회 노인 평가	시설입소 등급판정에 따른 수가지급
평가기관 및 평가자		각 요양시설	지역 NHS 기관	각 요양시설의 의사
등급 및 증증도		8등급	×	4등급
등급 및 증증도 분류기준		수발시간을 점수화	×	수발시간을 점수화
수가와외의 관계		RCS 평가를 통해 점수에 의해 등급결정. 이에 따라 수가지급	×	RAF 평가를 통해 점수에 의해 등급결정. 이에 따라 보조금 지급
케어플랜과의 관계		ACAT에서 별도의 규정된 욕구사정도구 사용. 이에 따라 작성.	SAS에 의해 계획수립	별도의 논의 없음.
평가체계		입소된 노인의 기능평가 및 등급을 평가함. 핵심적인 케어욕구를 기반으로 하나, 포괄적이지 못함. 절대적 기준이 아니라 상대적 평가 도구임.	요양대상자 선정 및 등급관련 평가도구가 아님. 지역사회 노인의 기능을 평가하고 적절한 보호를 받을 수 있도록 고안된 매뉴얼 형식임.	대상자 선정평가항목이 아니라, 시설입소자 기능평가항목임. 기능평가는 수발시간에 의한 점수를 통해 최종 등급이 확정됨. 서비스와 직접적으로 연계되지 않음.

〈표 5〉 계속

분류	국가	일본	독일	미국
장기요양체계		별도의 보험제도를 통해 서비스 급여 제공	별도의 보험제도를 통해 현금 및 현물 서비스 제공	의료제도 내에서의 요양수가 지급
평가도구		전국적으로 통일된 요개호 인정사정도구	전국적으로 통일된 등급판정도구	전국적으로 통일된 도구는 가지고 있지 않으나, 주로 MDS를 활용
도구의 기능		법적 급여 대상자 판정 도구	법적 급여 대상자 판정 도구	노인기능평가 및 욕구 사정도구
평가목적		개호대상 인정 및 등급 판정	수발대상 여부 및 등급 판정	시설입소자의 특성에 맞는 서비스 제공 및 수가지급기준
평가기관 및 평가자		시정촌 사례관리자	건강보험공단 의사 및 간호사	지방정부 및 각 요양 시설
등급 및 증증도		6등급	3등급	증증도에 따른 7개 대 분류 44개 군분류
등급 및 증증도 분류기준		이론화된 개호시간	도움빈도가 감안된 기준 수발시간	추정된 케어시간
수가와외의 관계		인정사정항목 평가를 통해 서비스군별 수발시간으로 등급 결정. 이에 따라 수가 지급	수발보험 평가판정도구를 통해 나온 수발시간으로 등급 결정. 이에 따라 수가 지급	MDS를 통해 서비스 이용별 노인 특성 분류 체계(RUG) 마련. 이에 따라 수가 지급
케어플랜과의 관계		법적으로 규정한 별도의 욕구사정도구를 사용하여 계획 작성함.	노인요양시설에서 별도의 사정도구를 사용하여 계획을 작성함.	MDS가 포괄적 욕구사정도구로 이에 따라 계획을 작성함.
평가체계		현재 제공되고 있는 서비스에 따라 노인분류체계를 가짐. 따라서 요개호 인정도구는 어떤 서비스가 필요한지를 파악하게 하는 평가도구임.	전문가에 의한 노인기능평가 위주로 실시됨. 그러나, 요양급여 대상자 선정 및 등급화는 기능수행도움에 대한 수발시간에 의해 판정됨.	일본과 같이 현재 제공되고 있는 서비스에 따라 노인분류체계를 가짐.

장체계의 평가·관정도구의 노인기능평가는 단순히 임상적 평가가 아니라 요양 서비스 욕구를 객관적으로 나타낼 수 있는 평가도구여야 한다는 것이다.

이러한 요양서비스 욕구를 대표할 수 있는 평가도구를 개발하기 위해서는 요양서비스의 자원이용량에 대한 조사가 이루어져야 할 것이며, 현재의 자원이용량을 대표할 수 있는 기능평가도구가 우선 개발되어야 할 것이다. 또한 서비스 욕구를 대표할 수 있는 평가항목은 현재 대부분의 나라에서 채택한 수발시간을 근거로 객관적이고 합리적인 인정체제로 개발되어야 할 것이다.

### Ⅲ. 우리나라 노인요양보장제도 평가관정도구의 목표와 성격

우리나라 노인요양보장제도의 평가도구는 공적요양보장제도를 실시하고 있는 외국의 사례와 기존의 노인기능평가도구를 충분히 검토하여 그 목표와 성격에 있어 다음과 같은 기본전제를 가져야 할 것이다.

첫째, 공적노인요양 평가·관정은 노인의 요양 서비스 욕구를 측정할 수 있어야 할 것이다. 공적노인요양제도의 평가관정도구는 단순히 노인의 질병 및 기능의 중증도를 파악하는 임상적 측정도구가 아니라 급여내용과 연동되는 평가체계로써, 요양제도의 서비스 필요도에 따른 욕구를 측정하는 요양인정 평가도구여야 한다.

독일의 경우에는 전문가에 의한 노인기능평가로 수발필요도를 측정하고 있으며, 일본의 경우에는 수발시간을 근거로 수발필요도를 측정하고 있다. 미국의 경우에도 MDS항목을 통해 자원배분량(서비스 소모량)을 근거로 수가급여를 책정하고 있다. 따라서, 공적노인요양제도 평가관정 결과는 서비스 계획 및 급여내용과 연계되어야 할 것이다.

둘째, 요양평가관정도구는 포괄적인 기능평가 및 욕구사정도구라기 보다는 서비스 필요도를 설명할 수 있는 핵심항목으로 간명하게 구성되어야 할 것이다. 즉, 요양인정 평가관정도구는 서비스 내용 및 양(시간)을 예측할 수 있는 가장 간명한 모델(parsimonious model)이 효과적이라고 할 수 있다. 일본의 경우에도 요양인정도구개발과정에서 노인에 대한 포괄적 기능사정도구를 모두 사용하여(예: MDS 등) 서비스 내용과 양을 예측하는 73개 항목을 선정하였다.

셋째, 서비스 필요도를 대표할 수 있는 객관적 기준(수발시간)을 갖추어야 한다. 서비스 필요도에 대한 객관적 기준은 전 세계적으로 수발시간으로 대체하고 있다. 예를 들어 독일의 경우에도 최중증의 요양서비스가 높은 욕구를 측정하는데 있어 수발시간 5시간이상을 기준으로 하며, 일본의 경우에는 110분이상으로 하고 있다. 미국 RUG의 경우에도 간호인력과 치료인력의 케어시간으로 개발하였으며, 호주의 경우에도 노인기능 평가도구의 가중치 적용에 있어 케어시간을 기반으로 하였다. 싱가포르의 경우에도 케어시간을 기준으로 등급관정도구가 개발되었다.

또한, 시간을 대표할 수 있는 지표를 구성하기 위해서는 상세한 실태조사 데이터와 이 데이터에 질서를 부여하는 통계기법이 개발되어야 할 것이다. 일본의 경우 16만명의 데이터를 통해 질문군마다의 패턴을 유형화하여 고령자 특성에 맞는 이론적 시간을 계산해 내는 지표를 확정하였으며, 미국의 경우에도 간호인력 및 치료인력에 대해 24시간 케어시간을 조사해 서비스군별 자원이용량(시간)에 속하는 환자군을 분류하는 통계기법을 사용하였다. RUG III의 개발에는 7개 주의 요양시설 입소자 7,658명을 대상으로 150만불 이상의 비용이 소요되었다.

넷째, 객관적 기준을 통하여 과학적이고 합리적인 평가체계를 갖출 수 있어야 할 것이다. 일본의 경우에는 과학적인 근거를 바탕으로 한 시스템을 개발하기 위해 컴퓨터에 의한 관정을 실시하고, 컴퓨터에 의해 요양인정항목의 득점과 개호시간을 산출한 후 등급을 결정하게 된다. 이러한 수치는 계량화되어 있으므로 비교가능하며, 가시화할 수 있고 주관성을 배제

할 수 있다. 미국, 호주 등도 표준화된 통계 시스템으로 대상노인의 기능평가에서 대상자 선정 및 케어플랜에 이르기까지 과학적으로 관리하고 있으며, 이는 보호의 지속성을 위해서도 필요하다.

다섯째, 보편적 노인의 요양욕구에 대한 평가이므로, 노인의 기능과 관련된 서비스 필요도를 측정할 수 있는 평가항목만을 기준으로 삼아야 한다. 보험제도를 채택하는 독일, 일본, 미국(메디케어) 등 노인의 기능평가 및 요양인정평가는 노인의 기능과 관련된 객관적 자료만 사용하고 노인의 인구사회학적 특성이나 수발자의 주관적 부담 등은 제외되거나 2차 판정 또는 케어플랜과 관련한 정보로만 다루어져야 한다. 일본의 경우 장애 정도와 주관적 부담도 등은 요개호 인정시간과 상관관계가 높지 않은 것으로 나타나 제외되었다. 반면, 조세제도를 채택하는 호주와 영국의 경우에는 need-based와 target-group에 초점을 맞추어 사회서비스가 제공되므로 경제상황 등이 고려된다.

따라서, 우리나라가 재정운용방식을 보험형식으로 채택하느냐 또는 조세형식으로 채택하느냐에 따라요양인정 평가도구의 항목 역시 달라질 수 있는데, 2005년 현재 정부가 제시한 제도의 형태는 사회보험의 보편적 욕구에 대해 서비스를 제공하고자 하기 때문에 판정도구 역시 기능적 요소만을 포함해야 할 것이다.

여섯째, 시설이나 재가에서 모두 공통적으로 사용할 수 있는 단일화된 평가판정도구를 개발해야 할 것이다. 일본의 경우, 재가와 시설을 나누어 평가도구를 개발하였으나 이후 사회보험제도의 기준으로 단일화된 평가도구가 요구되었다. 따라서, 보험제도를 도입할 경우에는 요양대상자가 재가를 선택하든, 시설을 선택하든 동일한 잣대로 요양 필요도가 측정되어야 할 것이다.

일곱째, 평가판정도구는 전문가뿐만 아니라 국민 전체가 알기 쉽고 납득할 수 있는 지표여야 한다. 요양평가결과는 급여대상 노인에게 개호 서비스를 선택하는 중요한 정보 자료가 되며, 피보험자나 노인의 가족들에게 서비스가 적절한지를 판단하게 하는 자료가 되며, 또한 케어메니저에게는

개호서비스계획을 작성하기 위한 자료가 되며, 행정 담당자에게는 서비스를 평가하는데 참고자료가 되어야 할 것이다.

예를 들어 일본의 요개호 인정시스템의 경우 노인은 5개의 개호 서비스 결과를 통해 어느 개호서비스의 시간이 많이 필요한지에 따라 우선적으로 개호서비스를 구입할 수 있으며, 노인의 가족은 제공받는 개호서비스와 인정시스템의 결과를 비교하면서 개호서비스의 우선순위와 서비스 계획에 대해 의뢰할 수 있으며, 서비스 내용의 적절성을 판단할 수 있다. 케어메니저의 경우에는 요개호 인정시스템의 여러가지 정보를 개호 서비스 계획에 연결하여 노인 및 가족이 만족시킬 수 있는 능력을 배양할 수 있으며, 행정담당자는 인정 정보를 통해 어떤 개호 서비스가 적절한지를 판단하여 개호 서비스 계획에 대한 평가를 실시할 수 있게 된다(岡井孝子, 1999).

여덟째, 요양인정 평가판정도구는 단순히 대상노인의 서비스 욕구만을 평가하는 도구일 뿐만 아니라 대상노인의 임상적 기능평가에서부터, 서비스 계획과 자원(수가)의 분배까지 함께 고려되는 체계를 갖추어야 할 것이다. 이는 단순히 서비스 필요도에 따른 등급판정으로 끝나는 것이 아니라, 서비스 계획 및 급여제공과 연계되는 도구여야 하며, 또한 이 평가도구에 의한 급여의 제공이 합리적인 수가를 가져올 수 있는 체계를 갖추어야 한다는 것을 의미한다.

미국의 MDS의 경우 노인의 포괄적 기능사정에서부터 서비스 계획(RAPs, CAPs), 수가체계(RUG)까지 연동되어 있으며, RAPs, CAPs는 MDS의 평가결과를 토대로 알고리즘에 따라 대상자의 문제가 산출되도록 하는 것이다. 즉, MDS 결과를 논리적으로 재구성하면 CAPs 항목에서 문제가 있는지 여부를 판단할 수 있다. RAPs는 18개, CAPs는 30개로 이루어져 있으며 개인별 사회, 의학, 심리적 문제를 파악함으로써 케어 계획을 수립하는데 도움을 준다.

호주의 경우에도 AGED CARE ASSESSMENT TEAM(ACAT)에 의해 포괄적 욕구사정을 받은 후 케어플랜을 제출하여 시설 및 재가 등의 서비스로 나뉘어지고, 시설 입소 후 RCS를 통해 요양등급 및 수가가

책정되어 재정지원을 받는다. 그러나, 현재 RCS와 관련된 가장 큰 이슈는 RCS가 MDS처럼 포괄적 욕구사정에 의해 등급판정 및 수가를 지급받지 못하고 있다는 점이다. RCS는 기본적으로 재정분류 체계이지만, 케어 플랜 도구로 활용되고 있는데, 현재 호주에서는 ACAT에서 받는 포괄적 욕구사정의 내용과 RCS를 통합하고자 하는 움직임이 나타나고 있다.

이러한 움직임은 일본에서도 나타나고 있다. 일본의 요양인정도구는 서비스 필요도에 따라 서비스군별 상대적 욕구 및 우선순위 등의 서비스 제공계획을 세울 수 있다. 예를 들어 직접생활개조서비스 군의 시간이 길면 방문개호의 신체개호형을 주로하여 서비스 계획을 검토하고, 간접생활개조서비스 군의 시간이 길면 방문개호의 가사형이라고 불리는 방문개호 서비스를 주로 검토할 수 있다. 또한 수형분석에서 나타난 특성을 가지고 00분 이상의 입욕 서비스가 필요하다고 나타나 있으면 그 결과로부터 방문입욕 서비스 주 1회를 받는 그룹이라고 계획할 수 있다. 따라서, 일본 역시 요개호 인정도구가 수가를 지급하는 기준이 되는 등급판정도구이며 동시에 케어 플랜 도구로 활용되고 있다고 할 수 있는데, 고령자의 포괄적인 욕구를 사정하기에는 한계를 가진다. 일본의 경우에는 주로 케어매니저에 의해 케어플랜을 작성하는데, 케어플랜은 평가도구와 별도로 후생성이 인정하는 사정도구<sup>10)</sup>에 의해 작성되고 있다. 각 사정도구의 선택은 거택개호지원사업소가 결정할 수 있다.

#### IV. 쟁점 및 향후 과제

공적노인요양보장대상 평가·판정도구의 체계는 노인요양보장체계가 구체화되어 그 이념 및 기본전제가 공유된 후 확정될 수 있을 것이다.

노인요양보장대상 선정 평가·판정체계를 개발 및 수정 보완하는데 있어 향후 고려되어야 할 점들로는, 첫째, 평가판정도구에 대한 신뢰도 및 타당도를 높여야 한다. 우리나라 평가판정도구의 각 영역은 전문가의 의견 수렴과 공청회 등을 통하여 내용 타당도(content validity) 및 액면 타당도(face validity)를 높였다<sup>11)</sup>. 그러나, 기존의 평가도구등과의 비교분석 등을 통한 기준 타당도(criterion validity) 및 수렴 타당도(convergent validity) 등이 검증되지 못해 타당도에 있어 논란의 여지가 있으며, 또한 예측 타당도(predictive validity)를 검증할 조사연구 등이 필요하다. 예를 들어, MDS 및 기타 노인의 기능평가와의 비교분석, 타 정신기능평가도구와의 비교분석 등이 이루어져야 할 것이다.

신뢰도 조사에 있어서도 내적일치도만을 검증하였는데, 이후 조사자간 신뢰도(inter-rater reliability) 및 조사-재조사 신뢰도(test-retest reliability) 등의 외적 일치도를 검증할 수 있는 연구가 수행되어야 할 것이다. 둘째, 평가판정도구와 노인욕구사정도구 및 케어플랜과의 관계를 정립할 필요가 있다. 현재 요양인정평가도구와 노인사정도구(care assessment)의 단일화의 주장과 분리화의 주장이 대립되고 있다. 여기서 분명히 파악해야 하는 것은, 요양인정평가도구(독일, 일본, 호주 등)와 노인의 기능평가 및 욕구사정도구(미국의 MDS 등)는 기본전제가 다른 도

10) 일본의 사정도구는 주로 MDS-HC·CAPs, 포괄적 자립지원 프로그램, 일본개호복지사회 방식, 일본 사회복지사회 방식, 일본판 성인·고령자용 어세스먼트와 케어플랜 기록용지 세트방법, 전국사회복지협의회 방식 등을 사용한다.

11) 이에 대한 자세한 내용은 김찬우 외(2004), “공적노인요양보장체계 평가·판정도구 개발”을 참조하라.

구라는 것이다. 즉, 영양 수가와 연동되어 영양(수발)필요도를 요구하는 도구는 매우 간명하게 구성되며(요양필요도를 예측하는 가장 강력한 설명변수로 이루어짐), 노인의 포괄적 기능평가 및 욕구사정도구는 노인의 개별 욕구에 대한 사정(assessment)을 바탕으로 적절한 서비스를 제공하고자 하는 목적을 가진다.

장기요양제도 평가관정체계의 기본적 논리는 공통적으로 노인의 기능평가 및 욕구사정→케어계획수립→서비스제공→수가로 연결되는 과정이다. 따라서, 현재의 노인 기능평가(또는 요양대상자 선정도구)에서 케어계획이 수립되어야 하며 이를 근거로 적절한 서비스가 제공되고 서비스별 수가가 제공되어야 할 것이다. 예를 들어, MDS에서 trigger를 통해 문제영역을 선정하고, 일본의 요양인정도구를 통해 문제영역을 선정하듯이 기존의 평가관정도구를 활용하여 문제영역별로 재구성할 수 있도록 해야 할 것이다.

그러나, 평가도구는 개별 노인의 욕구를 적절히 반영하지 못하므로 다시 포괄적 사정도구를 이용해 개별욕구를 평가하는 것이 보다 효과적으로 보고 있는 입장도 있다(호주의 ACAT에 이루어지는 사정도구는 RAS와 다름, 일본의 경우에도 MDS-HC를 사정도구로 사용하는 경우가 많음).

따라서, 노인요양관정도구와 욕구사정도구의 분리와 단일화는 제도의 효과성 및 비용효율성을 면밀히 검토하고 제도에서 수용할 수 있는 적정선을 결정할 필요가 있다.

셋째, 노인사정도구의 자율화와 표준화의 문제가 제기된다. 노인의 기능사정도구는 그 자체로써 직접적으로 공적노인요양제도의 대상자 선정 및 급여제공의 근거가 되지는 않는다. 단지 케어플랜의 근거가 되며 케어플랜의 제출이 급여를 제공받는 근거가 된다. 호주를 제외하고는 공식적이고 단일화된 사정도구를 사용하지 않으며, 미국의 경우에도 MDS를 대체로 많이 사용하는 편이나 법적으로 규정하고 있지는 않다. 다만 수가와 관련하여 RUG를 법적으로 인정할 뿐이다. 일본의 경우에도 요양인정도구와 별개로 케어 사정도구는 후생성이 인정하는 여러가지 양식이 있고 이 중 하나를 선택하여 사용할 수 있다. 영국의 경우에도 단일사정개요에서 기본

적으로 포함되어야 할 내용만 규정하고 있다.

우리나라의 경우 이미 노인복지법에 의해 사회서비스를 제공받고 있는 시설 거주자 및 재가 거주자의 경우 각 시설에서 사용하고 있는 포괄적 사정도구에 의해 기본적인 평가를 받고 서비스 계획을 세우고 있다. 케어 사정도구를 자율화 할 경우, 시설간 편차가 존재할 수 있으나 최소한의 질 관리를 통해 통제해 준다면, 오히려 시설간 창의성을 발휘하고 경쟁력을 갖출 수 있는 계기도 될 수 있다. 제도가 모든 것을 다 규제하기 보다는 국가와 공공, 민간, 그리고 기타 비영리기관 등의 역할을 재분배하여 자연스런 경쟁체계를 갖출 필요도 있다. 케어 사정도구 역시 제도의 효율성 및 비용효과성 면에서 논란의 여지가 존재하며, 이는 정책결정자가 적정수준에서 결정할 필요가 있다.

넷째, 평가관정도구와 관련하여 평가관정체계의 확립을 위한 논의들이 이루어져야 할 것이다. 현재 요양인정도구로 사용되어지는 평가항목은 1차적으로 컴퓨터로 요양등급을 판정하며, 의사소견서 및 노인의 일반사항 및 특기사항 등을 중심으로 2차적으로 요양등급을 판정하여 최종적으로 등급 판정을 하게 되어 있다. 여기서 요양관리원에 의한 판정도구의 평가점수가 과연 전문가인 의사가 하는 평가점수간의 관계가 얼마나 신뢰적인가를 판단해야 할 것이며, 의사소견서의 활용이 일본과 같이 cross-check여야 하는지, 상호보완적인 형태여야 하는지를 판단해야 할 것이다. 의사소견서를 활용한다면, 주체와 비용제공에 대한 검토에 대한 논의 역시 필요하다. 또한 기능평가로 인한 서비스 필요도 외 기타 노인의 사회인구학적 특성은 어떻게 고려되어야 하는지를 정밀하게 판단하여 평가체계를 확립할 필요가 있다.

평가도구의 사용과 평가체계에 있어 고려해야 할 또 하나는 케어메니저의 역할이다. 노인요양제도에 있어 케어메니저의 역할은 이론적으로나 실천적으로 매우 중요하다. 그러나, 제도에서 흡수할 수 있는 역할의 범위는 차이가 날 수 있으며, 이에 따라 케어메니저의 소속기관 및 자격제도 등의 제도화 내용은 달라 질 수 있다.

노인요양보장제도와 관련하여 많은 논의들이 이루어져 왔다. 또한 2008년 도입될 제도에 앞서 1차 시범사업이 진행되고 있다. 그러나, 여전히 짊고 넘어가야 할 많은 난제들이 있으며, 이제는 정책적 판단들이 이루어져야 할 것이다. 이러한 판단은 제도적 큰 틀 안에서 결정되어야 할 것이며, 이론적으로나 경험적으로 우리나라의 실정에 맞는 제도화의 내용을 가져올 수 있어야 할 것이다.

## 참 고 문 헌

- 강수진·최성혜·이병화 등, 한국판 「Instrumental Activities of Daily Living」의 타당도와 신뢰도, 『대한신경과학회지』 2002;20(1):8~14.
- 김미숙, 『일본과 한국의 노인복지정책에 있어서 공적부양과 가족부양에 관한 비교연구』, 동경도립대학교 박사학위논문, 2001.
- 노용균, 『포괄적 노인평가』, 노인병 2000; 4 Suppl 2: 205~11.
- 노인장기요양보호정책기획단, 『노인 장기요양보호의 종합대책 수립방안 연구』, 한국보건사회연구원, 2000.
- 박광준, 「일본개호보험도입의 논의」, 『한국사회복지정책논총』 제 9집, 1997
- 박광준·안홍순·최성재·황성철 외, 『고령화 사회와 노인복지』, 세종출판사, 1999.
- 박종한·조성완·손형석, 『노인 기능 상태 평가의 신뢰도』, 신경정신의학 1995; 34(2): 475~480.
- 석재은, 『노인장기요양보호의 공급주체간 역할분담 유형에 관한 비교연구』, 이화여자대학교 박사학위논문, 1999.
- 선우덕·석재은·최병호·신윤정·원장원·노용균·김옥수·조소영·임정기·이윤경·유원선, 『공적 노인요양보호체계 발전방안 연구: 노인 기능평가도구의 개발·적용, 시설기능 재정립 및 재원운용계획 중심』, 한국보건사회연구원, 2003.
- 선우덕·정경희·오영희·조애저·석재은, 『노인 장기요양보호 욕구실태 조사 및 정책방안』, 한국보건사회연구원, 2001.
- 신호철·김철환·조비룡·원장원·송상욱·박영규·윤영호·정승필, 「한국형 노인 건강 상태 평가 도구의 개발」, 『가정의학회지』, 2002;23(4):440~457.
- 원장원·노용균·김수영·조비룡·이영수, 『한국형 일상생활지표(K-ADL)의 타당도 및 신뢰도』, 노인병 2002; 6(2): 98~106.

- 원장원 · 노용균 · 선우덕 · 이영수, 『한국형 도구적 일상생활활동 측정도구의 타당도 및 신뢰도』, 노인병 2002; 6(4): 273~280.
- 원장원 · 양금열 · 노용균 · 김수영 · 이은주 · 윤종률 등, 『한국형 일상생활 활동 측정도구와 한국형 도구적 일상생활활동 측정도구의 개발』, 노인병 2002;6(2):107~120.
- 원장원, 『포괄적 평가의 항목』, 노인병 2000; 4 suppl 2: 213~219.
- 정경희 · 조애저 · 오영희 · 선우덕, 『장기요양보호대상 노인의 수발실태 및 복지욕구』, 한국보건사회연구원, 2001.
- 채선희 · 지은림 · 백순근 · 설현수, 『문항반응이론의 이론과 실제』, 서울: 서현사, 2003.
- 최종후 · 한상태 · 강현철 · 김은석 · 김미경 · 이성건, 『Answer Tree 3.0을 이용한 데이터 마이닝 예측 및 활용』, 서울, SPSS 아카데미, 2002.
- 황경성 · 김용택, 『일본의 고령자보건복지』, 학지사, 2001.
- 介護保険研究會 監修, 『介護保険 認定調査員 핸드북』, 中央法規, 2003.
- 尙井孝子, 『要介護認定』, 日本看護協會出版會, 1999.
- \_\_\_\_\_, 「요개호인정시스템 개발과정」, 『보건부잡지』, 제56권 제4호, 2000.
- \_\_\_\_\_, 「요개호인정에서의 1차 판정 시스템」, 『보건부잡지』, 제56권 제2호, 2000, Modeling, 3, 50~61.
- Aged Care Evaluation and Management Advisors Ltd.(2002). A Review of the Resident Classification Scale Situation Analysis Report.
- Bartholomew, D., Steele, F., Moustaki, I., & Galbraith, J.(2002), The Analysis and Interpretation of Multivariate Data for Social Scientists, New York, A CRC Press Company
- CMS. Long-term care Resident Assessment Instrument, User's manual, version 2.0, Centers for Medicare and Medicaid Services; 2002.
- Department of Health and Ageing(10.4. 2002). Submission to the Aged Care Evaluation and Management Advisors on the Resident Classification Scale Review.
- Department of Health and Ageing(2. 2003). Resident Classification Scale Review.
- Doble, S. E. & Fisher, A. G.(1998). The dimensionality and validity of the older Americans resources and services(OARS) activities of daily living(ADL) scale. journal of Outcome Measurement, 2, 4~24.
- Fillenbaum GG, Smyer MA. The development, validity, and reliability of the OARS multidimensional functional assessment questionnaire. J of Gerontology 1981;36(4):428~434.
- Fox P, Maslow K, Zhang X. Long-term care eligibility criteria for people with Alzheimer's disease. Health Care Financing Review 1999;20(4):67~85.
- Fries BE, Hawes C, Morris JN, Phillips CD, Mor V, Park PS. Effect of the national Resident Assessment Instrument on selected health conditions and problems. Journal of the American Geriatrics Society 1997;45:994~1001.
- Fries BE, Schneider DP, Foley WJ, Gavazzi M, Burke R, Cornelius E. Refining a case-mix measure for nursing homes: Resource Utilization Groups(RUG-III). Medical Care 1994;32:668~685.
- Fries BE, Shugarman LR, Morris JN, Simon S, James M. A screening system for Michigan's home-and community-based long-term care programs. Gerontologist 2002;42:462~474.
- Green, K. E.(1996). Dimensionality analyses of complex data. Structural Equation Modeling, 3, 50~61.
- Hawes C, Morris JN, Phillips CD, Mor V, Fries BE, Nonemaker S. Reliability estimates for the Minimum Data Set for nursing home

- resident assessment and care screening(MDS). *Gerontologist* 1995;35:172~178.
- Hirdes JP. The MDS/RAI series of instruments: an integrated health information system for long-term care, home care, acute care, mental health and post-acute care. Canadian Collaborating Centre, InterRAI. 1997. inerRAI. 재가노인 기능상태 평가 매뉴얼. (주)한국 의료컨설팅:2002.
- Hong, Sehee & Wong, E.(2005 출판예정). Rasch Rating Scale modeling of Beck Depression Inventory. *Educational and Psychological Measurement*.
- Hong, Sehee, Kim, B., & Wolfe, M.(2005 출판예정). Revision of the European American Values Scale for Asian Americans using the Item Response Theory. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*.
- [Http://www.agedcare.org.au/factsheets](http://www.agedcare.org.au/factsheets)
- [Http://www.health.gov.au/pubs/budget](http://www.health.gov.au/pubs/budget) 96
- <http://www.mhlw.go.jp>
- Katz S, Chinn AB, et al. Multidisciplinary study of illness in aged persons. I. Methods and preliminary results. *J of Chron. Dis* 1958;7(4):332~345.
- Katz S, Chinn AB, et al. Multidisciplinary study of illness in aged persons. II. New Classification of functional status in activities of daily living. *J of Chron. Dis* 1959;9(1):55~62.
- Kim, B. & Hong, Sehee.(2004). A Psychometric Revision of the Asian Values Scale using the Rasch Model. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*.
- Landi F, Onder G, Tua E, Carrara B, Zuccala G, Gambassi G, Carbonin P, Bernabei R. Impact of a new assessment system, the MDS-HC, on function and hospitalization of homebound older people: a controlled clinical trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 2001;49:1288~1293.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9(3) : 179~86.
- Linacre, J. M. & Wright, B. D.(2000). *A user's guide to WINSTEPS*. Mesa Press
- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel index. *Maryland State Medical Journal* 1965(Feb) : 61~65.
- Mor V, Branco K, Fleishman J, Hawes C, Phillips C, Morris J, Fries B. The structure of social engagement among nursing home residents. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 1995;50:P1~P8.
- Mor V, Intrator O, Fries BE, Phillips C, Teno J, Hiris J, Hawes C, Morris J. Changes in hospitalization associated with introducing the Resident Assessment Instrument. *Journal of the American Geriatrics Society* 1997;45:1002~1010.
- Morris JN, Fries BE, Steel K, Ikegami N, Bernabei R, Carpenter GI, Gilgen R, Hirdes JP, Topinkova E. Comprehensive clinical assessment in community setting: applicability of the MDS-HC. *Journal of the American Geriatrics Society* 1997;45:1017~1024.(a)
- Morris JN, Nonemaker S, Murphy K, Hawes C, Fries BE, Mor V, Phillips C. A commitment to change: revision of HCFA's RAI. *Journal of the American Geriatrics Society* 1997;45:1011~1016.(b)
- Murphy KM, Morris JN, Fries BE, Zimmerman DR. The Resident Assessment Instrument: implications for quality, reimbursement, and research. *Generations* 1995-1996(Winter):43~46.
- O'Keeffe J. 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; 1996.

Phillips CD, Morris JN, Hawes C, Fries BE, Mor V, Nennstiel M, Iannacchione V. Association of the Resident Assessment Instrument (RAI) with changes in function, cognition, and psychosocial status. Journal of the American Geriatrics Society 1997;45:986~993.

Voelkl JE, Galecki AT, Fries BE. Nursing home residents with severe cognitive impairments: predictors of participation in activity groups. Therapeutic Recreation Journal 1996(First Quarter):27~40.

---

### Summary

## A Review on Assessment and Classification Instrument in Korean Long Term Care System.

- focused on comparative analysis of foreign system-

*Jeong Gi Lim*

---

The purpose of this study is to give implications to develop Korean long-term care assessment and classification instrument by analyzing foreign instrument comparatively.

This study analyzed long-term care assessment and classification instruments of Japan, Germany, United State, Austria, United Kingdom and Singapore.

Throughout object of countries, these are founded. First of all, it is different that the purpose and using of instrument is adopted in each system in each country. Some countries adopt public system for long term care(ex, Japan, Germany, and Austria), they use instrument as classification just for care needs, so their instrument is composed parsimonious items. Other countries that have not public system for long term care adopt instrument as comprehensive needs assessment about clinical function.

But they have common logic throughout every countries, when they related to benefit, the instruments are developed by service need(resource utilizing) that operationalize service(care) time.

Considering Points in developing Korean long-term care assessment and classification instrument are First, it should be verified reliability and validity of instrument by getting continuous and numerous datum, Second it needs to be taken a triangular position about relationship among

classification of grade, need assessment for functional status and care plan. Third it needs to be decided to adequate level of efficiency and effectiveness about using compulsive or self-regulation instruments, and Forth, related to instrument, it should be discussed about long-term care assessment and classification system.

Finally, Korean instrument should to being consider not only assessing need of long term care but also evaluating clinical function, care plan, and benefit.