

노인수발보험제도 평가 · 판정체계의 평가 및 개선방안

An evaluation on the screening system of
Korean public long-term care system



김찬우 가톨릭대학교 교수

본 글은 지난 2003년부터 시작된 평가판정 체계개발과 관련된 연구결과와 수발보험제도 1차 시범사업 자료에 의한 평가를 근거로 하여 2차 시범사업에 사용되어질 체계를 보완하는 목적으로 실시된 2006년 연구결과를 중심으로 작성되었다. 본 고의 중요한 목적은 수발보험 평가판정체계에 대한 정확한 이해와 쟁점들을 짚어보는 데 있다. 우리나라 노인수발보험제도는 '수발인정시간'을 기준으로 하여 등급판정을 실시하고 있다. 본 연구는 그간의 연구를 종합하여 5개 요양육구 영역에서 44개 항목을 평가하도록 정하였으며, 동시에 기존 시설에서 조사한 1분 타임스디와 기능평가자료를 통해 생성된 수발인정시간을 기준으로 수발인정 등급을 5개의 등급으로 구분하여 정책에 활용될 수 있도록 제시하였다.

본 글은 지난 2003년부터 시작된 평가판정 체계개발과 관련된 연구결과와 수발보험제도 1차 시범사업 자료에 의한 평가를 근거로 하여 2차 시범사업에 사용되어질 체계를 보완하는 목적으로 실시된 2005년 연구¹⁾ 결과를 중심으로 작성되었다. 본 고의 중요한 목적은 수발보험 평가판정체계에 대한 정확한 이해와 쟁점들을 짚어보는 데 있다.

1차 시범사업에 사용된 평가판정 체계에 대한 평가가 충분히 이루어지기에는 시범사업 대상이나 제도 실행상의 제약이 제기 될 수 있

나, 본 고에서는 지금까지의 논의를 재점검하고 보다 나은 도구 개발에 초점을 둔다.

이를 위해 우선 서두에서는 평가판정도구와 체계에 대한 지금까지 연구를 정리하고 평가판정체계에 대한 평가 분석을 논의하고, 다음으로 새로운 개선 방안에 대해 살펴보기로 하겠다.

1) 본 고의 내용은 2006년 6월에 발간된 선우덕 외 『노인수발보험제도 시범사업평가연구(1차)』(한국보건사회연구원·보건복지부)을 근거하여 작성되었다. 보다 더 자세한 논의와 통계적 절차, 기법 등은 이 보고서를 참조하기 바란다.

1. 1차 시범사업에 사용된 평가판정체계 절차

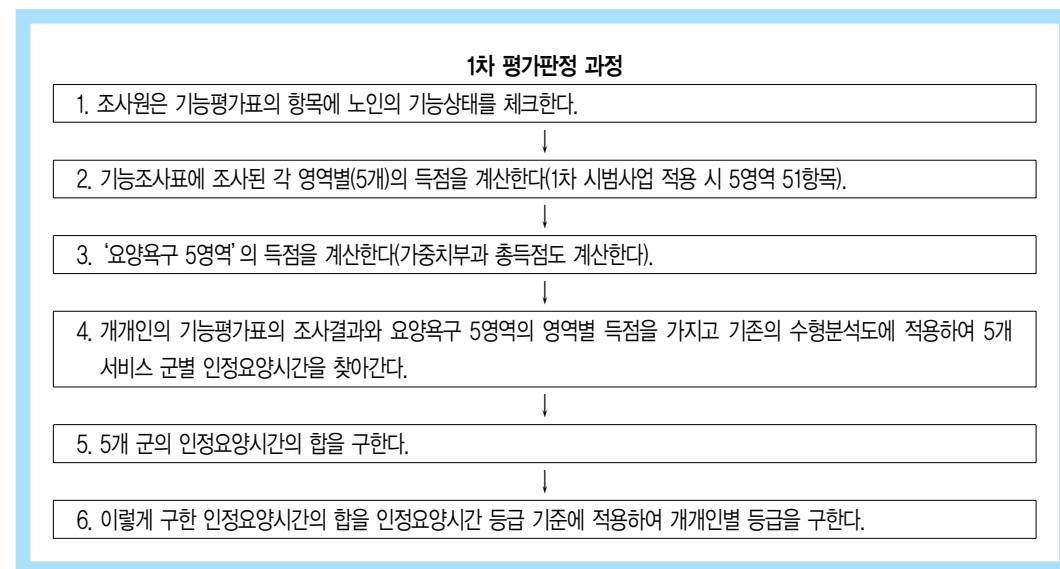
본 고에서는 기본적인 평가판정도구의 전제들은 지속적으로 유지되는 것으로 하고 장기요양 재원조달을 보험방식으로 접근하고 있는 독일, 일본, 우리나라 시범사업 제도간의 비교를 통해 장단점을 파악해 보았다.

전반적인 평가는 다음에 제시된 여러 영역별로 기준을 마련하고 그 내용을 정리하였다.

첫째, 도구가 지속적으로 수정 및 보완 중에 있으므로 개선내용은 조사에 의해 실제적으로 수정가능한 내용에 초점을 두었다.

둘째, 우리나라 도구의 평가를 위해 일본과 독일의 평가판정체계를 필요에 따라 비교하여 외국의 사례와 우리나라 도구에 대한 비교를 할 수 있게 하였다.

그림 1. 시범사업에 적용된 1차 평가판정 체계 절차



셋째, 사용된 도구의 독창성과 1차 시범사업 대상이 수급자로 한정되어 발생하는 비교자료의 제한이 있을 수 있으나 시범사업의 운용에서 제기되는 문제점들을 중심으로 평가가 이루어졌다.

2. 1차 시범사업 주요 영역 평가

1) 외국 도구와의 비교분석에 의한 우리나라 평가도구의 평가

우선 전반적인 평가도구의 평가를 위해 독일, 일본과 우리나라 평가판정도구를 여러 측면에서 비교하면 <표 1>과 같다.

표 1. 독일·일본 및 우리나라 평가판정도구 비교

	독 일	일 본	우리나라(시범사업)
평가 초점	기능상태	기능상태와 수발부담	기능상태와 수발부담
평가조사에 사용된 영역 및 항목수	총 4개영역 21항목 (크게 ADL 과 IADL로 구분됨) - 개인위생(7개) - 영양섭취(2개) - 이동영역(6개) - 가사지원(6개)	총 7개영역 65항목 + 특별의료 12항목 - 마비구축(9개) - 이동(7개) - 복합동작(3개) - 특별요양(7개) - 신변(10개) - 의사소통(10개) - 문제행동(19개)	총 5개영역 51개 항목 - ADL(12개) - 인지(8개) - 문제행동(10개) - 간호처치(11개) - 마비구축(10개)
가중치	- 영역별로 가중치는 없음 - 항목별로 정해진 수발시간을 가중치로 볼 수 있음.	- 영역별이 아닌 각 항목의 응답에 가중치를 부과	- 항목에 의한 가중치는 없으며 영역별로 가중치를 별도 부과
등급기준	- 각 항목마다 수발시간을 정해 이 시간의 합을 기준으로 3등급으로 구분 - 일본과 달리수발시간은 기능상태의 평가에 의해 발생	- 수발부담을 종속변수로 하여 기능상태에 의한 수형분석을 통해 구해진 '인정요양시간'에 의해 5개 등급으로 구분	일본과 동일한 기준 단, 인정요양시간의 합이 4개 서비스군 시간의 합임(일본은 8개 군).
평가판정 주체	- MDK직원, 수발전문인력, 의사 (필요시 동시에 방문) - 아동, 장애인의 경우는 별도 인력 요 - 판정은 MDK 의사와 수발인력	- 1차 평가는 시정촌 사례관리자 - 판정은 개호인정심사회	- 건보공단의 수발관리사 1차평가 - 판정은 지역의 평가판정위원회
장점	- 항목 수의 간결성 - 평가의 전문성	- 객관적 체계에 의한 요양욕구 판정	- 객관적 체계에 의한 요양욕구 판정
단점	- 주관적 판단에 의한 이의신청률 과('97년 6.9%) 재심사신청률 (동년 31.4%) - 의사의 평가비용	- 많은 항목수에 따른 긴 평가시간 - '인정요양시간'의 개념에 대한 모호성	- 많은 항목수에 따른 긴 평가시간 - '인정요양시간'의 개념에 대한 모호성

위의 <표 1>에서 정리된 방식으로 각 국가별 특징을 정리해 보면 다음과 같다.

첫째, 독일의 방식은 각 직간접 수발 및 가사 지원 시간을 결정해 놓고 이를 합한 방식으로

필요수발시간을 결정하는 방식으로 이 방식은 수형분석을 통한 '인정요양시간'의 개념 없이도 사용가능하다. 그러나 독일 방식은 각 항목마다 전문가에 의한 심층적 평가가 이루어지

로 평가를 위한 의료 전문가의 교육과 전문성 인정이 사회적으로 전제되어야 하며 또한 평가 판정 항목에 대한 의료 전문가의 재량(discretion)이 상당히 강화될 가능성이 강하다고 볼 수 있다. 또 전문적인 평가가 항목별로 이루어지므로 실제 평가에 소요되는 시간이 항목 수와 비례한다고 보기 어려우며 주관적인 판단의 여지가 일본 방식보다 상대적으로 높아 제도 실행 후 이의제기율이 상대적으로 높다.

둘째, 현재 시범사업의 방식은 일본의 평가 판정체계와 유사한 점이 있는 데 일본 방식의 장점과 우리나라 도구에서 좀 더 보완하여 적용하기 위해서는 아래와 같은 사항이 고려되어야 하겠다.

첫째, 현재 시범사업의 평가체계 방식을 유지하기 위해서는 수행분석의 안정성을 위해 다양한 항목들과 서비스 군 분류가 필요하겠다. 둘째, 시범사업에 사용되는 5개 영역은 노인요양요구와 관련 전문가들에 의해 중요하다고 인정되는 영역으로 구성되어 있으나 시범사업결과에 의하면 문제행동이나 인지기능, 재활영역이 등급판정에 미치는 영향이 미비한 것으로 나타났다. 셋째, 한 영역 안에서 항목간의 적합도는 일치하나 기능평가 지침서와 실제 평가상의 적용에 어려운 항목들이 발생하여 신뢰도와 타당도 면에서 문제되는 항목들이 발견되고 있는 것으로 나타났다.

결론적으로 위에서 제기된 논의는 평가 영역이나 항목의 적정성은 독일 방식(기능평가 위주)과 일본 방식(기능평가 + 수발부담)의 장

단점을 충분히 고려한 후 결정할 필요가 있음을 보여주며 이를 보완하는 방식으로 도구가 개선되어야 하겠다. 동시에 1차 시범사업 방식에서 발생하는 일부 문제는 수행분석의 불안정성에서 기초하는 것이 많아 조사항목 수를 수정하고 타임스터디 자료를 추가 확보하여 안정성을 높인 후 양 국가 방식을 다시 비교해볼 필요가 있음이 제기되었다.

2) 수발인정 대상자 선정기준 및 등급간 분류의 적절성 평가

이 부문의 평가 기준을 정하는 일은 실제 도구 실행을 하지 않은 상태에서 한계가 있다. 일반적으로 볼 때 가장 중요한 평가 기준은 각 등급마다 기능상태별로 뚜렷한 차이를 보이는 가하는 점이다. 그러나 일본과 우리나라의 등급 판정 기준인 수발인정시간(아래 표 2 참조)은 기능상태와 수발부담의 조합으로 이루어짐으로 쉽게 기능 상태의 차이로만 보기가 힘들다는 점이 등급판정 기준에 대한 평가가 쉽지 않다는 점이다. 또, 등급의 결정은 국가의 장기요양제도 지출과 관련되는 문제로 등급판정이 실제 정책에 반영되어 실행되어질 때 발생할 수 있는 재정부담과 관련되어 있다. 이러한 사항들을 고려하여 논의를 하면 아래와 같다.

국가별 현행 수발서비스 대상자 등급판정 기준을 정리한 것이 <표 2>가 된다. 앞서도 언급되었듯이 일본과 우리나라의 '수발인정시간'은 기능상태를 서비스군별 서비스 제공시

간에 대입시켜 구축된 개념으로 독일의 실제 수발필요시간과는 다른 개념이다. 즉, 독일의 경우는 전문 기능평가자가 상태를 사정할 때 필요한 시간을 바로 정해주고, 우리나라와 일본의 경우는 조사자의 평가를 통계적 기법에 의해 인정시간으로 환산시켜주는 방식이다.

일본과 한국의 비교에서도 전체적으로 우리나라의 인정시간이 적으나 이것은 사용된 자료의 차이에 의한 등급 구분을 위한 것이고 실제 수발시간이나 수가를 결정할 때는 다른 기제들이 작용하여 결정된다는 점이다.

또 독일의 경우는 등급구분이 시간에 의한 것이 아니고 1일 한 영역 또는 수 개 영역에서 1일 1회, 두가지 이상의 기초수발일에 타인 도움 필요(1등급), 1일 3회 이상(2등급), 24시간(3등급)의 수발 행태와 빈도에 의해 나누어지게 되며 <표 2>에 나타난 시간은 등급에 필요한 수발지원 시간이라는 점을 다시 강조해 둔다.

3. 1차 시범사업 평가내용

1) 65세 이상자 중 수발 서비스 인정자 분포 비교

시범사업과 연구모형간의 65세 이상자 중 수발서비스 인정자 분포를 비교해 보면 <표 3>과 같다.

<표 3>을 통해 보면 전반적으로 실제 시범사업의 등급별 비중이 높게 나타나고 있는데 그 이유를 추측해보면 다음 두 가지로 볼 수 있다.

첫째, 연구모형은 전국노인 대상으로 추계되었으나 1차 시범사업은 기초생활수급자 노인들에게만 적용되었다는 점이다. 즉, 기초생활수급자의 건강상태 및 기능상태가 일반노인보다 상대적으로 낮다는 점을 감안하여 비교를 해 볼 때 상대적으로 요양요구가 기초생활수급자 노인이 높다는 점을 고려하여야 하겠다.

둘째, 제도의 실시에 따른 제도 지원자의 증

표 2. 각 국가별 수발서비스 대상자 선정 기준*

등급	우리나라(1차 시범사업) 수발인정시간	일본(2004년 4월) 인정요양시간	독일 필요수발시간
1등급	90분 이상	110분 이상	240분(기초수발) +60분(가사지원)
2등급	70분 이상 90분미만	90~110분	120분(기초수발) +60분(가사지원)
3등급	50분 이상 70분미만	70~90분	45분(기초수발) + 45분(가사지원)
4등급	40분 이상 50분미만	50~70분	
요양지원	35분 이상 40분미만	32~50분**	

* 실제 일본은 5등급이 최종증인 상태고 독일은 3등급이 최종증 상태이나 우리나라의 기준에 의해 1등급을 최종증으로 하여 정리하였음.

** 일본은 5등급과 "요지원" 등급을 두고 있다. '요지원 등급'의 기준은 25분에서 32분미만 까지임.

표 3. 등급별 수발인정자 분포

등급	시범사업지역('06.3 월말 현재)		연구 모형	
	등급별(%)	누적(%)	등급별(%)	누적(%)
1등급	1.3	1.3	0.7	0.7
2등급	1.8	3.1	0.6	1.3
3등급	3.6	6.7	1.4	2.7
4등급	3.8	10.5	2.1	4.8
요양지원	7.6	18.1	7.3	12.1

주: 1) 연구모형은 한국보건사회연구원 정책보고서(2005-18) P.224 기준임.
 ⇒ 시범사업 진행 2006년 3월말 현재 총인정자 비율은 18.1%로 연구모형 12.1%에 비해 6%높게 나타남.
 ※ 모형은 전국노인을 기준으로 설계되었으나, 시범사업은 수급자에 한정해 실시됨.

가 및 응답의 변화현상을 고려할 수 있다. 즉, 연구모형에 사용된 측정은 제도 실행과 상관없이 평가된 것이나 본 시범사업에서는 제도의 혜택을 위한 응답의 변화가 예상된다. 예를 들어 요양시설의 경우 수가반영의 혜택을 얻기 위해 상대적으로 중증 등급에 대한 인정을 원하는 신청자가 높다고 볼 수 있다.

2) 시설요양자의 시설별 신청자 대비 수발 서비스 인정자 비교

두 번째로 살펴본 사항은 요양시설의 입소자에 대한 등급을 연구모형과 1차 시범사업결과와 비교하였다(표 4 참조). 즉, 실제 상대적으로 중증인 대상이 입소한 요양시설간의 등급을 비교하여 연구모형이 적절이 설계되었는가를 살펴보는 것이다. <표 4>에서 제시되었듯이

표 4. 시설별 신청자 대비 수발서비스 인정자 비교(모형대비)

등급	요양시설(%)		전문요양시설(%)	
	시범사업	연구모형	시범사업	연구모형
계	100.0	100.0	100.0	100.0
1등급	6.0	6.1	20.0	19.3
2등급	13.1	7.3	24.5	17.4
3등급	24.1	14.1	34.1	24.2
4등급	17.6	18.0	11.8	16.7
요양지원	24.5	28.1	6.1	13.1
등급 외	14.7	26.3	3.5	9.4

주: 1) 연구모형은 한국보건사회연구원 정책보고서(2005-18) P.224 기준임.
 2) 시범사업 결과는 6개 시범지역의 2006년 3월말 실적 기준
 ⇒ 시범사업 결과는 요양, 전문요양시설 모두 하위등급보다 상위등급(2, 3등급)에서 모형보다 높게 나타남.

시설대상자의 경우 연구모형과 시범사업은 큰 차이가 보이지는 않으며, 최종증 등급이 전문요양에 많고, 중증 및 경증 등급이 요양시설에 많은 것은 전반적으로 연구모형에서 설계된 등급구분이 큰 무리가 없다고 보여진다.

시설 입소자의 등급분포는 2, 3등급에 차이를 보이는 데 이것은 앞서서도 지적되었듯이 등급에 따른 수가반영에 따라 보다 더 중증 등급으로의 응답 영향을 끼친 것으로 볼 수 있겠다. 따라서 2등급과 3등급의 등급 구분 기준에 대해 보다 심도 있는 연구가 필요하며 이를 개선해야 할 필요성이 제기 된다. 요양시설과 전문요양의 차이는 현재 법적 기준과 실제 노인의 입소기준이 일치하지 않는 경우가 많아 연구모형의 등급간 비율이 정확하지 못하다고 볼 수도 있다. 즉 전문요양이 요양시설보다 상대적으로 중증의 대상자를 입소해야 하나 실제 분포에는 법적 기준과 차이가 있음을 알 수 있다.

3) 평가판정절차

이 부문에 대한 평가는 현재 1차 평가판정조사원의 평가판정도구 사용, 2차 평가판정위원회의 판정회의 체계로 구성되어 있는 평가판정절차에 있어 등급판정의 적절성에 대해 살펴보는 것이다. 구체적으로 등급판정절차의 평가는 다음과 같은 두 가지 기준에 의해 살펴볼 수 있겠다.

(1) 평가판정절차관련 기준

- 첫째, 판정절차간의 등급변동사항(1, 2차 판정률 비교)
- 둘째, 평가판정에 따른 이의제기율에 대한 평가
- 최종등급의 결정은 2차 평가판정위원회를 거쳐서 확정된다. 평가판정위원들간의 이견이

표 5. 2차 판정 결과

('06.3월말 기준, 단위: 명(%))

구분	기존 입소자 및 이용자						신규	계
	시설		재가					
	전문요양	요양	가파	주간	단기	기타		
계	425(100.0)	449(100.0)	922(100.0)	52(100.0)	16(100.0)	158(100.0)	1,633(100.0)	3,655(100.0)
1등급	86(20.2)	28(6.2)	15(1.6)	-	1(6.3)	6(3.8)	32(1.9)	168(4.6)
2등급	108(25.4)	60(13.4)	16(1.7)	1(1.9)	2(12.3)	6(3.8)	29(1.8)	222(6.1)
3등급	142(33.4)	107(23.8)	55(6.0)	2(3.9)	3(18.8)	22(13.9)	111(6.8)	442(12.1)
4등급	51(12.0)	80(17.8)	145(15.7)	9(17.3)	3(18.8)	39(24.7)	149(9.1)	476(13.0)
요양지원	23(5.4)	108(24.1)	375(40.7)	26(50.0)	3(18.8)	58(36.7)	352(21.6)	945(25.8)
등급외	15(3.5)	66(14.7)	316(34.3)	14(26.9)	4(25.0)	27(17.1)	960(58.8)	1,402(38.4)

주: 2차 판정 결과는 신청자 중에서 평가판정위원회의 심의를 거쳐 2차 판정이 완료된 건

없는 경우는 1차 도구에서 제시된 등급이 그대로 적용되나 보다 자세한 논의가 필요한 경우는 다양한 전문분야에서 선정된 위원들 간의 논의를 통해 확정된다. <표 5>을 통해 나타난 결과를 볼 때 1차 시범사업 중 2006년 3월말 기준으로 2차 판정 처리 건수는 총 3,665건으로 처리 수준은 총 99.97%로 나타났다.

전반적으로 이러한 두 번에 걸친 판정은 서비스 신청자의 욕구를 다양하게 반영할 수 있는 기제로 나타났다. 다만, 평가판정도구에 대한 위원들의 이해가 차이를 보이거나, 평가판정 항목의 전문분야간 이해의 차이가 주요 문제점으로 지적되었다. 이 중 전자의 경우는 제도 실시 초기 위원회에서 많이 제기되었으나 점차로 줄어들었으며, 후자의 경우는 평가판정 항목의 객관성을 향상하는 쪽으로 도구의 개선을 통해 해결될 수 있겠다.

이의신청률은 평가판정체계를 전반적으로 평가할 수 있는 중요한 지표로 최종적으로 전체신청자 대비 등급을 받은 신청자가 본인의 등급에 대해 이의를 제기하는 비율을 의미한다. <표 6>에 나타난 2005년 11월 현재 시범사업 등급판정의 이의신청률은 1.7%로 상당히 낮음을 알 수 있다. 그러나 이 낮은 비율은 본 제도가 수급자에게 우선 적용되어 지원신청자들이 요양서비스의 소비자로서의 인식이 낮은 것에서 비롯된 것으로 볼 수 있겠다.

독일의 경우는 일차적인 이의신청률(재심사 신청)이 제도 초기에 1997년 31.4%, 1998년 34.9%로 나타났고, 2차적 이의제기율이 각각

6.9%, 6.7%인 것으로 나타나 제도 초반에 중요한 이슈로 등장하였다(공적노인요양보장제도 실행위원회, 2005). 앞서 국가별 비교에서 제기되었듯이 전문가에 의한 평가의 문제점으로 대두되고 있다.

우리나라에서도 이러한 비율은 제도 초기에는 제도에 대한 이해부족과 높은 기대로 인해 상당히 높으리라 예상되고 제도 정착에 따라 차츰 감소할 것으로 보여진다. 아직 도구가 완전히 보완되지 않은 상태에서 일반노인에게까지 확대 실시 될 2차 시범사업에서는 적어도 7~10%의 이의신청률이 예상된다.

(2) 평가판정절차에 대한 전반적 평가

지금까지 논의된 평가판정절차 관련 지표들을 통해 전반적인 평가를 살펴보면 다음과 같다. 첫째, 2차판정에 의한 등급변경률이 1.1%로 낮고 동시에 등급변경의 폭이 큰 경우(2등급 이상)는 상당히 낮은 것으로 나타나 도구에 의한 1차 평가판정이 적절히 이루어지고 있는 것으로 나타났다.

둘째 이러한 결과는 평가판정도구의 신뢰성이나 타당성이 높아서 생길 수도 있는 결과이지만, 아직 평가판정위원들의 평가판정 행위에 대한 충분한 이해 부족으로 등급판정의 정확도 보다는 업무처리의 신속화에 의해 발생될 소지가 있는 것으로 평가된다. 따라서 2차사업에서도 지속적인 모니터링이 필요하다고 보여진다. 또 판정위원들의 평가항목과 영역에 대한 동의

표 6. 시범사업 지역별 이의 신청률

('05.11월말 기준)

시범사업지역	이의신청 건수	이의신청률(%) (2차판정건수 대비)	비고 (이의신청 사유 등 특기사항 기재)
계	58	1.7	A시설에서의* 대리이의신청
광주동부	9	2.6	
수원동부	-	-	
수원서부	24	4.5	
강릉	20	5.0	
부여	1	0.1	
안동	4	0.6	
제주	-	-	

주: * 수원서부의 경우 한 요양시설에서 수가 적용 불이익 등을 염려하여 본인 또는 가족의 의사와는 관계없이 시설장이 대리 이의신청하는 경우가 발생하여 상대적으로 높은 이의제기율을 보임.

를 이끌어 낼 수 있는 도구의 수정이 필요하다고 보겠다.

셋째, 이의제기율 역시 낮은 편이나 앞서 언급되었듯이 대상자가 수급자로서 등급판정에 개인적 혜택의 차이가 크지 않는 신청자들이 많아 이 비율도 2차 시범사업에서는 중요한 지수로 지속적 관찰이 필요하겠다.

결론적으로 판정주체와 절차에 있어서 현 시범사업 방식이 큰 문제점은 없는 것으로 평가되며, 적용대상이 보편화 되는 2차사업에서 지속적인 모니터링과 연구가 필요하겠다.

2006년에 실시된 평가판정도구 개발관련 연구 결과를 비교 정리한 것이다. 2006년 연구결과에 대한 자세한 논의를 다음에서 본격적으로 다루겠다. 기본적으로 평가판정도구 개발에 사용된 전제와 논리는 유사하며 영역 및 항목의 적절성, 도구의 효율성, 등급판정의 객관성 등이 중요한 기준으로 도구 개선이 진행되었다.

우선 앞부분에서는 평가도구 항목에 대해 논의하고 다음으로 등급판정에 관해 논의가 이어지겠다.

2) 평가판정 항목 선정 및 '요양욕구 5영역' 특점 개발

(1) 최종항목 선정

<표 8>은 기능영역별로 최종 선정된 항목들이다. 도구의 간결성과 포괄성 및 종합성을 동

4. 평가판정 체계 개선방안

1) 지금까지 연구결과 비교

<표 7>은 지금까지 두 차례 실시된 연구와

표 7. 지금까지의 연구결과 및 2006년도 조사 비교

	2003년도 연구결과	2004년도 연구결과	2006년 연구결과
분석대상 및 표본수	요양시설거주노인 919명	2003년 조사 919명 2004년 시설조사 2036명 2004년 전국노인조사 3278명 총 6233명	2004년도 자료 + 2005년 시범사업 대상노인(1641명) + 시범사업지역거주노인 (5370명) 총 13244명
조사에 사용된 항목수	73개(실제 분석에는 70개가 사용되었음)	64개	60개
항목선정에 사용된 주요기준	- 통계적 기법: Rasch 모형 - 전문가 의견	- 통계적 기법: Rasch 모형 - 전문가 의견 - 문항내용의 객관성 및 정확성	- 통계적 기법: Rasch 모형 - 전문가 의견 - 문항내용의 객관성 및 정확성 - 시범사업 평가
평가도구 최종항목 영역 및 항목수	총 62개(신체 11, 인지 8 문제형 동 22, 간호 11, 재활 10)	총 51개(신체 12, 인지 8, 문제형 동 10, 간호 11, 재활 10)	총 44개(신체 12, 인지 5, 문제형 동 10, 간호 7, 재활 10)
요양욕구 5영역 득점	Rasch 모형에 의한 100점환산	Rasch 모형에 의한 100점환산 (환산점수 수정)	Rasch 모형에 의한 100점환산 (환산점수 수정)
등급판정 기준	수발인정시간	수발인정시간	수발인정시간
인정요양시간 산출방법	수형분석(5대 서비스군 분석)	수형분석 - 변수 및 세부기법 - 4대 서비스군으로 수정	수형분석 - 직접수발군을 세분하여 총 7대 서비스 군으로 수정
등급최종안	5등급, 시설거주분포를 기준	5등급안과 3등급 안 제시 전국노인요양대상자 규모를 기준 1등급을 35분 이상으로 규정	등급기준 및 간격을 재조정하여 5등급으로 함

시에 추구하는 것은 도구개발의 중요한 도전이다. 지난 두 차례의 연구결과 후 항상 이 부분에서 많은 전문가 집단으로부터 문제가 제기된 것은 사실이다. 특히 종합적인 노인의 기능을 포함시키는 장기요양 욕구의 평가도구를 일원화 시키는 일은 영역별 전문가로부터 이견을 가져올 수 있는 한계가 있다. 그럼에도 불구하고 노인수발보험제도의 등급판정논리와 맞추어 효과적이고 효율적인 도구를 개발하는 것도 중요한 정책적 과제로 볼 수 있다. 이 최종항목

에 제외되는 항목들은 수발서비스지원(케어 매니지먼트)과정에서 욕구사정항목으로 추가되어 여전히 요양욕구사정의 중요 기능을 담당하게 된다.

최종항목 선정은 선행연구와 비슷하게, 항목 간 적합도 및 난이도(Rasch 모형), 전문가 의견, 조사상의 객관성 등이 이용되었으며, 지금까지의 분석결과 다양한 의견을 수렴하여 최종적으로 결정된 항목들은 <표 8>과 같다.

표 8. 최종 선정된 기능평가항목

영역	항목	
신체기능영역	(1) 옷 벗고 입기 (2) 세수하기 (3) 양치질하기 (4) 목욕하기 (5) 식사하기 (6) 체위변경하기	(7) 일어나 앉기 (8) 옮겨 타기(앉기) (9) 방밖으로 나오기 (10) 화장실 사용하기 (11) 대변 조절하기 (12) 소변 조절하기
	인지기능영역(5항목)	문제행동영역(10항목)
인지·정신기능영역	(1) 방금 전에 들었던 이야기나 일을 잊는다 (2) 오늘이 몇 월인지 지금이 어느 계절인지 모른다 (3) 자신이 있는 장소를 알지 못한다 (6) 지시를 이해하지 못한다 (8) 주어진 상황에 대한 판단력이 떨어져 있다	(1) 절도상해 위협(망상) (2) 환각이나 환청 (3) 슬픈상태 울기도함 (4) 불규칙수면 주야혼돈 (6) 서성거림, 안절부절 못함 (7) 길을 잃음 (8) 폭언, 위협행동 (10) 밖으로나가려고함 (18) 돈 물건 감추기 (19) 부적절한 웃임기
	마비(4항목)	구축 (6항목)
재활욕구영역	(1) 우측상지 마비 (2) 좌측상지 마비 (3) 우측하지 마비 (4) 좌측하지 마비	(5) 어깨관절 (6) 팔꿈치관절 (7) 손목 및 수지관절 (8) 고관절 (9) 무릎관절 (10) 발목관절
	(1) 기관지절개관 간호 (2) 흡인 (3) 산소요법 (4) 욕창간호	(5) 경관영양 (8) 도뇨관리 (9) 장루간호
간호처치욕구	(1) 집안일 (2) 식사준비 (3) 교통수단이용하기	(4) 물건사기 (6) 약행겨먹기

주: * ()안의 번호는 분석에 사용된 번호임.

(2) 등급판정기준 개선
 ① 수발인정시간
 수발인정시간에 대해서는 2004년도 공적요양 기획단 보고서(p190~205)와 2005년 한국보건사회연구원의 “공적노인요양보장제도 평가판정체계 및 급여수가 개발(p210~227)”에서 자세히 논의되었다. 기본적으로 노인수발보험 평가판정도구 개발연구의 세 가지 핵심 개념(기능상태, 실제 제공서비스 양, 두 개념을 조합

한 제 3의 기준)중 기능상태와 실제제공 서비스의 양과는 비례적이라 보기는 어렵다는 데서 두 가지 개념을 조합한 제 3의 기준이 필요하다. 노인수발보험제도에서는 수발필요도의 기준을 시간의 개념에 의해 평가하기로 하였는데, 이 때 제 3의 기준이 수발인정시간이 된다(공적노인요양기획단, 2004). 수발인정시간은 실제서비스 시간과 기능상태 척도에 사용된 많은 항목들을 종합적으로 반영하여 구성된 시간으로 등급판정의 객관성과 체계성을 높일 수 있도록 고안되었다. 이 수발인정시간의 구체적 형성과정을 통해 그 개념에 대해 자세히 논의해보겠다.

2006년도 조사의 가장 큰 특징 중 한 가지는 추가적으로 시설거주 노인 909명의 자료를 확보하여 기존 타임분석자료 919명분과 추가되어 총 1824명에 대한 수형분석이 수행되었다. 수형분석은 수발인정시간의 산출근거로 활용되는 데 지금까지는 919명의 자료만을 활용하였으나 이 번 조사에 보다 많은 대상의 서비스 시간을 확보할 수 있었다.

② 4개 서비스 군에서 7개 서비스 군으로 서비스 군이라 함은 요양시설에서 제공되는 다양한 서비스를 유형별로 분류하여 그룹화한 것을 의미한다. 전체 서비스 수발인정시간은 각 서비스 군별 수발인정 시간의 합으로 나타난다. 서비스 군은 서비스 유형 분류를 반영하였다. 본 연구에서는 기존의 4대 서비스군 중 특히 신체수발시간의 경우를 보다 세분하였다.

기존의 서비스 제공자가 대상에게 직접적인 도움을 바로 주는 경우(직접수발)를 구체적인 서비스 내용에 따라 위생시간, 목욕시간, 식사시간 및 의사소통/기능증진보조 시간으로 세분하였다. 청소, 환경 및 물품관리, 세탁 등의 간접수발을 가사지원시간으로 분류하였다. 이러한 분류로 총수발인정시간을 구성하는 시간은 7개 서비스 군이 구성되었다.

③ 총 수발인정시간
 본 연구에서는 총 수발인정시간이 4개 서비스 군에서 7개서비스군의 합으로 구해졌다.
 총 수발인정시간 = 위생수발 수발인정 시간 + 목욕수발 수발인정시간 + 식사수발인정 시간 + 의사소통 및 기능증진보조 인정시간 + 가사지원인정시간 + 간호처치 수발인정시간 + 기능훈련 수발인정시간

5. 2004년 분석결과 요약 및 전년도 결과와의 비교

앞서 언급되었듯이 2006년도 본 연구의 중 요목적은 1차 시범사업에서 사용된 기능평가 도구의 타당성과 신뢰성을 검증해보고 항목 선정과 등급판정 기준에 대한 수정정보완을 해나가는 것이다. 지금까지 논의한 여러 분석들의 결과를 시범사업 도구와 비교·요약하면 <표 10>과 같다.

첫째, 본 연구의 분석자료는 기존자료에 새

표 9. 최종안 등급분포

등급	등급간 요양인정시간 기준	요양시설	전문요양시설	재가노인	전국노인 (시설+재가)	
		분포	분포	분포	분포	누계
1	90분 이상	25.6	50.1	0.4	0.6	0.6
2	70분 이상 90분미만	9.2	18.5	0.6	0.7	1.2 ¹⁾
3	50분 이상 70분미만	23.5	22.5	1.8	1.9	3.2 ²⁾
4	45분 이상 50분미만	6.7	3.7	1.3	1.3	4.4
5	40분 이상 45분미만	17.4	4.2	8.0	8.1	12.5

주: 1) 시설 0.5%, 2) 재가 99.5% 적용

로 추가된 자료를 추가하여 기능평가자료 총 13,244명 노인의 자료를 통해 항목이 결정되었다.

둘째, 본 연구에서 추가로 조사된 타임스터디 자료 중 시설노인 904명이 기존 919명의 자료와 병합하여 총 1,824명에 대한 수형분석결과를 토대로 수발인정시간이 정해졌다.

셋째, 기능평가 항목의 수정을 위해 Rasch 모형을 적용하여 문항 적합도와 전문가의견 및 문항내용의 객관성 및 정확성을 기준으로 최종 44개 항목이 최종적으로 확정되었다.

넷째, Rasch 모형의 결과로 나타난 ‘요양욕구 5영역’ 득점을 새롭게 수정하였다.

다섯째, 실제 제공서비스 시간을 2004년 4개 서비스 군에서 2004년 7개 군으로 분류한 후

각 서비스군의 서비스 제공시간을 44개 기능평가 항목과 요양욕구 5영역의 가중치 부과점을 가지고 수형분석하여 각 서비스군별 수발인정시간의 분포를 구했다. 그리고 각 서비스군별 수발인정시간을 합쳐 개인별 총 수발인정시간을 구했다.

여섯째, 개개인의 인정시간의 분포를 통해 여러 가지 판정 안을 제시하여 개개인의 등급 분포를 구할 수 있었다.


마지막으로 이렇게 구해진 수발인정시간 40분을 시작으로 하여 <표 9>에 제시된 최종 안을 확정 짓고 이 안을 기준으로 전국 노인수발보험제도 대상의 분포를 추계할 수 있게 되었다. 

표 10. 지금까지의 연구결과 및 2006년도 최종안 비교

	2003년도 연구결과	1차 시범사업적용 연구모형	2006년 연구결과 (2차 시범사업 적용연구모형)
분석대상 및 표본수	요양시설거주노인 919명	2003년 조사 919명 2004년 시설조사 2036명 2004년 전국노인조사 3278명 총 6233명	2004년도 자료 + 2005년 시범사업 대상노인(1641명) + 시범사업지역거주노인 (5370명) 총 13244명
항목선정에 사용된 주요기준	- 통계적 기법: Rasch 모형 - 전문가 의견	- 통계적 기법: Rasch 모형 - 전문가 의견 - 문항내용의 객관성 및 정확성	- 통계적 기법: Rasch 모형 - 전문가 의견 - 문항내용의 객관성 및 정확성 - 1차 시범사업 평가
평가도구 최종 항목 영역 및 항목수	총 62개(신체 11, 인지 8 문제행동 22, 간호 11, 재 활 10)	총 51개 (신체 12, 인지 8, 문제 행동 10, 간호 11, 재활 10)	총 44개 (신체 12, 인지 5, 문제행동 10, 간 호 7, 재활 10)
요양육구 5영역 득점계산 기법	Rasch 모형에 의한 100 점환산	Rasch 모형에 의한 100점환산 (환산점수 수정)	Rasch 모형에 의한 100점환산 (환산점수 수정)
등급판정 기준	수발인정시간	수발인정시간	수발인정시간
인정요양시간 산출방법	수형분석(5대 서비스군 분석)	수형분석 - 변수 및 세부기법 - 4대 서비스군으로 수정	수형분석 - 직접수발군을 세분하여 총 7대 서비스 군 으로 수정
등급최종안	5등급, 시설거주분포를 기준	5등급안과 3등급안 제시 전국노인요양대상자 규모를 기준 1등급을 35분 이상으로 규정	등급기준 및 간격을 재조정 하여 5등급으로 함