

## 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 세부사항

제정 2009. 1.16. 공고 제2009-5호  
개정 2009. 7.24. 공고 제2009-93호  
개정 2009. 9.15. 공고 제2009-109호  
개정 2009.11.17. 공고 제2009-137호  
개정 2009.12. 8. 공고 제2009-164호  
개정 2010. 2.25. 공고 제2010-37호  
개정 2010. 5.10. 공고 제2010-83호  
개정 2011. 1.14. 공고 제2011-6호  
개정 2011. 7.29. 공고 제2011-157호  
개정 2011.10.19. 공고 제2011-204호  
개정 2011.12.20. 공고 제2011-254호  
개정 2012.10.29. 공고 제2012-214호  
개정 2012.12.24. 공고 제2012-269호  
개정 2013. 4.12. 공고 제2013-93호  
개정 2013.10.31. 공고 제2013-244호  
개정 2013.12.17. 공고 제2013-271호  
개정 2014. 6.27. 공고 제2014-163호  
개정 2014.10. 6. 공고 제2014-249호  
개정 2015. 7. 30. 공고 제2015-185호  
개정 2015. 11. 30. 공고 제2015-299호  
개정 2016. 4. 21. 공고 제2016-112호  
개정 2016. 7. 6. 공고 제2016-189호  
개정 2016. 12.29. 공고 제2016-347호  
개정 2017. 5.26. 공고 제2017-191호  
개정 2017. 8.22. 공고 제2017-260호  
개정 2018. 1.12. 공고 제2018-13호  
개정 2018. 5.23. 공고 요양급여실-제2018-1호  
개정 2018. 6.28. 공고 요양급여실-제2018-2호  
개정 2018. 12.26. 공고 요양급여실-제2018-8호

개정 2019. 6.26. 공고 요양기준실-제2019- 1호  
개정 2019. 12.27. 공고 요양기준실-제2019- 2호  
개정 2020. 12.22. 공고 요양기준실-제2020- 1호  
개정 2021. 4.20. 공고 요양기준실-제2021- 1호  
개정 2021.12.24. 공고 요양기준실-제2021- 2호  
개정 2022. 3.29. 공고 요양기준실-제2022- 1호  
개정 2022.12.28. 공고 요양기준실-제2022- 2호  
개정 2023.12.29. 공고 요양기준실-제2023- 1호  
개정 2024. 6.28. 공고 요양기준실-제2024- 1호  
개정 2024.12.31. 공고 요양기준실-제2024- 2호  
개정 2025. 2.28. 공고 요양기획실-제2025- 4호  
개정 2025. 6.30. 공고 요양기획실-제2025-12호  
개정 2025. 12.31. 공고 요양기획실-제2025-33호

## 제1장 총 칙

**제1조(목적)** 이 기준은 「장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시」(이하 ‘고시’라 한다)에 따른 세부사항을 정함을 목적으로 한다.

## 제2장 장기요양기관 및 종사자의 준수사항

**제2조(급여제공기록지 제공 방법 등)** ① 고시 제7조제3항에 따라 급여제공기록지는 수급자 또는 보호자에게 방문, 우편, 모사전송 등의 방법으로 제공하여야 한다. 다만, 전자적으로 열람이 가능한 경우도 제공한 것으로 본다.

② 제1항에 따라 급여제공기록지를 제공하여야 하나, 가족 요양보호사가 가족인 수급자에게 급여를 제공하는 경우에는 제공하지 아니할 수 있다. 다만, 수급자(보호자)의 요청이 있는 경우에는 제공하여야 한다.

### 제3조 < 삭 제 >

### 제4조 < 삭 제 >

**제4조의2(인건비 지출내역 제출 방법 등)** 고시 제11조의3제3항에 따라 장기요양기관의 장은 매월 급여비용 청구 시 인건비 지출내역을 별지 제11호의2서식으로 제출하여야 한다.

**제4조의3(장기근속 장려금 산정을 위한 종사자 근무기간 및 근무시간 산정방법)** ① 고시 제11조의4제3항제8호에 따라 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 기관기호가 동일한 장기요양기관에서 계속 근무한 것으로 본다. 다만, 이 경우에는 근무기간에 산입하지 아니한다.

1. 「산업재해보상보험법」 제37조제1항에 따른 업무상의 재해로 근무하지 못한 경우
2. 「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」 제19조의2에 따른 육아기 근로시간 단축으로 인하여 월 120시간(고시 제11조의4제1항제2호에 해당하는 종사자는 월 60시간) 미만 근무한 경우
3. 「근로기준법」 제23조제1항에 따른 구제명령이 확정된 부당해고 등의 기간 동안 근무하지 못한 경우

② 고시 제11조의4제7항에 따라 종사자의 근무기간 및 근무시간은 장기요

양급여비용 청구 시 공단에 신고한 자료를 기준으로 산정한다. 이 경우 고시 제11조의4제2항제2호에 따른 근무시간은 다음 각 호와 같이 적용한다.

1. 방문요양의 요양보호사, 방문간호의 간호(조무)사, 치과위생사의 근무시간 산정은 고시 제18조, 제28조제1항 및 제36조의3제2항에 해당하는 각 급여비용의 최저시간을 적용한다.
2. 방문목욕의 요양보호사 근무시간 산정은 급여제공시간이 40분 이상 60분 미만은 40분을, 60분 이상은 60분을 적용한다.
3. <삭 제>

**제4조의4(장기근속 장려금 지급내역 제출 방법 등)** 고시 제11조의4제10항에 따라 장기요양기관의 장은 매월 급여비용 청구 시 전월 공단에서 지급받은 장기근속 장려금에 대해 해당 종사자에게 지급한 내역을 별지 제11호의4 서식으로 제출하여야 한다.

**제4조의5(선임 요양보호사 업무수행 일지 작성방법)** 선임 요양보호사가 고시 제11조의6제2항의 업무를 수행한 경우, 그 내용을 고시 제11조의6제3항에 따라 별지 제11호의3서식에 작성·보관한다.

**제4조의6(농어촌 인력수급취약지역 지원금 산정을 위한 종사자 근무시간 산정방법)** 고시 제11조의8제4항에 따라 고시 제11조의8제1항제3호에 해당하는 종사자의 근무시간은 제4조의3제2항 각 호의 기준을 준용하여 산정한다. 다만, 고시 제11조의8제2항에 따른 ‘가족’에 해당하는 수급자에게 가정방문급여를 제공하는 경우, 그 급여제공시간은 제외하여 산정한다.

### 제3장 재가급여 제공기준 및 급여비용 산정방법

#### 제5조(방문요양, 방문간호 및 종일 방문요양 급여비용 가산 계산방법) ①

고시 제20조제2항에 따라 급여비용 가산 계산방법은 1회 급여제공 시간 내에서 가산 적용 시간과 가산 미적용 시간이 중복되는 경우 급여비용은 급여제공시간에 해당하는 기본 급여비용과 다음과 같이 산출한 가산금액을 합하여 산정하고, 구체적인 사항은 다음 각 호와 같다.

■ 삭 제  
■ 삭 제

$$\text{기본 급여비용} \times \text{가산 산정비율} \times \frac{\text{가산 적용시간(분)}}{\text{급여 제공시간(분)}}$$

1. ‘기본 급여비용’이란 총 급여 제공시간(가산 적용시간과 미적용시간의 합)에 따라 급여비용으로 산정하는 금액(가산 전 금액)을 말하고, ‘가산 산정비율’은 고시 제20조제1항에 따라 해당 가산 적용시간이 속하는 가산비율을 적용한다
2. ‘가산 적용시간’이란 가산 적용 시간대에 실제 급여를 제공한 시간을 말한다.
3. <삭 제>
4. ‘급여 제공시간’은 고시 제18조 및 제28조의 표에 따른 각 급여비용의 최저시간을 말한다.
5. ‘가산 적용시간’이 ‘급여 제공시간’을 초과할 때는 기본 급여비용의 가산

산정비율만을 적용한다.

- ② 고시 제19조제5항에 해당하는 경우에는 급여비용을 2회로 분할하여 각각의 급여제공 시간에 대하여 제1항의 기준을 적용한다.

예시1) 방문요양 급여제공을 18:00에 시작하여 24:00에 종료한 경우(360분)

- ① 최초 270분

  - 급여 제공시간 240분(기본 급여비용 : 고시 제18조 표 ‘가-8’ 급여비용)
  - 가산 적용시간 30분(22:00~22:30)

② 2회째 90분

  - 급여 제공시간 90분(기본 급여비용 : 고시 제18조 표 ‘가-3’ 급여비용)
  - 가산 적용시간 90분(22:30~24:00)



- ① 삭 제

22:00~22:30 : 고시 제18조 표 ‘가-8’ 급여비용  $\times 0.3 \times 30 \div 240$

② 22:30~24:00 : 고시 제18조 표 ‘가-3’ 급여비용  $\times 0.3 \times 90 \div 90$

예시2) 방문요양 급여제공을 공휴일 18:00에 시작하여 다음 날 02:00에 종료한 경우(480분)

- ① 최초 240분

  - 급여 제공시간 240분(기본 급여비용 : 고시 제18조 표 ‘가-8’ 급여비용)
  - 가산 적용시간 240분(18:00~22:00)

② 2회째 240분

  - 급여 제공시간 240분(기본 급여비용 : 고시 제18조 표 ‘가-8’ 급여비용)
  - 가산 적용시간 240분(22:00~02:00)



- ① 18:00~22:00 : 고시 제18조 표 ‘가-8’ 급여비용  $\times 0.5 \times 240 \div 240$

② 22:00~24:00 : 고시 제18조 표 ‘가-8’ 급여비용  $\times 0.5 \times 120 \div 240$

24:00~02:00 : 고시 제18조 표 ‘가-8’ 급여비용  $\times 0.3 \times 120 \div 240$

③ 고시 제36조의3제2항제4호에 따른 종일 방문요양 급여비용 가산 계산 방법은 다음과 같다. 다만, 가산 **적용시간**은 최대 12시간(720분) 범위 내에서 실제 제공한 시간으로 한다.

- ① 기본수가 × 0.3 × 22시~06시 사이, 일요일 서비스 제공한 시간(분) ÷ 급여 제공시간(720분)

② 기본수가 × 0.5 × 유급휴일, 근로자의 날 서비스 제공한 시간(분) ÷ 급여 제공시간(720분)

### 제6조(방문요양 및 방문간호급여 원거리교통비용 신청, 중단 및 변경절차 등)

① 고시 제22조제5항에 따라 원거리교통비용 적용신청, 중단 및 변경 절차는 다음과 같다.

- 방문요양기관 및 방문간호기관은 원거리교통비용을 지급받고자 할 경우 공단에 별지 제12호서식 또는 별지 제13호서식에 따라 전자문서교환방식으로 신청을 하여야 한다.
- 방문요양기관 및 방문간호기관은 수급자의 주소지 이전 등의 사유로 원거리교통비용 적용대상이 중단되거나 변경이 발생한 경우 발생한 날부터 7일 이내에 공단에 별지 제14호서식에 따라 중단·변경 신고를 하여야 한다.
- 공단은 제1호 및 제2호에 따라 신청서 또는 중단·변경 신고서가 접수되면 적용여부 등을 확인한 후 그 결과를 접수일부터 7일 이내에 별지 제15호서식에 따라 장기요양기관에 통보하여야 한다. 공단은 장기요양기관이 제2호에 따른 중단·변경 신고를 하지 아니하는 경우에도 이를 처리할 수 있으며, 그 내용을 별지 제16호서식에 따라 지체없이 장기요양기관에 통보하여야 한다.

4. 방문요양기관 및 방문간호기관은 급여제공자가 변경된 경우 별지 제17호 서식에 따라 변경신고를 하여야 한다.

② 원거리교통비용 적용기간은 장기요양기관이 신청을 한 날부터 중단(변경)일의 전일까지로 한다. 이 경우 ‘중단일’은 마지막 서비스를 제공한 날의 다음날을 말한다.

③ 고시 제21조제1항 및 제22조제4항에도 불구하고 수급자 사이의 거리가 5km미만의 거리에 거주하는 2인 이상의 수급자에게 동일한 날짜에 급여를 제공한 경우 원거리교통비는 1인의 수급자에 대하여만 산정한다.

### 제7조(주·야간보호 급여비용 가산 계산방법) ① 고시 제33조제2항에 따라

주·야간보호 급여비용 가산 계산방법은 제5조제1항 각 호를 준용하며, 1회 급여제공 시간 내에서 가산 적용 시간대(18시 이후 ~ 22시 이전)와 18시 전 가산 미적용 시간대가 중복되는 경우 급여비용은 급여제공시간에 해당하는 기본 급여비용과 다음과 같이 산출한 가산금액을 합하여 산정하고, ‘가산 산정비율’은 고시 제33조제1항에 따라 해당 가산 적용시간이 속하는 가산비율을 적용한다.

■ 삭 제

$$\text{기본 급여비용} \times \text{가산 산정비율} \times \frac{\text{가산 적용시간(분)}}{\text{급여 제공시간(분)}}$$

예시1) 주·야간보호 급여제공을 9:00에 시작하여 19:00에 종료한 경우

- 급여 제공시간 600분(기본 급여비용 : 고시 제31조 표 '라-4' 급여비용)  
- 가산 적용시간 60분(18:00~19:00)



- 가산금액 = [고시 제31조 표 '라-4' 급여비용] × 0.2 × 60 ÷ 600

예시2) 주·야간보호 급여제공을 11:00에 시작하여 23:30에 종료한 경우

- 급여 제공시간 600분(기본 급여비용 : 고시 제31조 표 '라-4' 급여비용)  
- 가산 적용시간 240분(18:00~22:00)



- 가산금액 = [고시 제31조 표 '라-4' 급여비용] × 0.2 × 240 ÷ 600

② 천재지변 등 부득이한 사정으로 연속하여 다음날까지 계속 급여를 제공한 경우 급여 제공시간은 표준급여제공시간(08시부터 22시까지) 범위 내에서 실제 제공한 시간으로 한다.

예시) 주·야간보호 급여제공을 09:00에 시작하여 24:00에 종료한 경우

- 급여 제공시간 780분(기본 급여비용 : 고시 제31조 표 '라-5' 급여비용)  
- 가산 적용시간 240분(18:00~22:00)



- 가산금액 = [고시 제31조 표 '라-5' 급여비용] × 0.2 × 240 ÷ 780

**제8조(주·야간보호급여 이동서비스비용 신청·중단절차 등)** ① 고시 제34조제5항에 따라 이동서비스비용 신청, 중단 및 변경절차는 다음과 같다.

1. 주·야간보호기관은 이동서비스비용을 지급받고자 할 경우 공단에 별지 제18호서식에 따라 전자문서교환방식으로 신청을 하여야 한다.

2. 주·야간보호기관은 수급자의 급여이용 종료, 실거주지 변경 등의 사유로 이동서비스비용 적용대상이 중단되거나 변경이 발생한 경우 발생한 날부터 7일 이내에 공단에 별지 제19호서식에 따라 중단·변경 신고를 하여야 한다.

3. 공단은 제1호 및 제2호의 규정에 따라 신청서 또는 중단·변경신고서가 접수되면 적용여부 등을 확인한 후 그 결과를 접수일로부터 7일 이내에 별지 제20호서식에 따라 주·야간보호기관에 통보하여야 한다.

4. 공단은 주·야간보호기관이 제2호에 따른 이동서비스비용 중단·변경 신고를 하지 아니하는 경우에도 이를 확인하여 처리할 수 있으며, 그 내용을 별지 제21호서식에 따라 지체없이 해당 주·야간보호기관에 통보하여야 한다.

② 이동서비스비용 적용기간은 주·야간보호기관이 신청을 한 날부터 중단(변경)일의 전일까지로 한다. 이 경우 '중단일'은 마지막 서비스를 제공한 날의 다음날을 말한다.

③ 이동서비스비용은 수급자별로 1일 1회에 한하여 산정하되 동일 수급자가 동일한 날에 2개 이상의 주·야간보호기관을 이용하여 이동서비스가 각각 이루어진 경우에는 주·야간보호기관별로 이동거리 기준에 해당하는 금액을 산정한다. 다만, 동일한 날에 이동거리가 변경된 경우 변경된 이동거리는 다음날부터 적용한다.

④ 주·야간보호기관의 장은 이동서비스를 제공한 경우 별지 제22호서식에 따

라 그 내용을 기재하여 보관하여야 한다.

**제9조(주·야간보호급여 목록서비스 제공 일지 작성방법)** 고시 제35조제3항에 따라 주·야간보호기관의 장은 목록서비스 제공 등에 대한 내용을 별지 제23호서식 주·야간보호 목록서비스 제공 일지에 작성·보관한다.

#### **제10조 <삭 제>**

**제11조(프로그램관리자 업무수행 일지 작성방법)** ① 고시 제17조제6항, 제30조제5항, 제6항 및 제72조제2항제2호에 따라 프로그램관리자가 프로그램 제공 계획 수립 등 업무를 수행한 경우 그 내용을 각각 별지 제24호서식 및 제24호의2서식, 제24호의3서식에 작성·보관한다.

② <삭 제>

③ <삭 제>

④ 고시 제72조제2항제3호 및 제73조제3항에 따라 프로그램을 제공한 경우 그 내용을 별지 제26호서식에 작성·보관한다.

### **제4장 급여비용의 가산 및 감액산정 기준**

#### **제1절 급여비용 가산 및 감액산정 일반원칙**

**제12조(근무인원수 산정방법)** ① 고시 제51조제4항에 따라 직원 1인의 월 기준 근무시간에 다음 각 호의 사항을 포함한다.

1. 다음 각 목의 사항이 유급인 경우에 한해 1일 최대 8시간을 인정한다.

가. 「근로기준법」 제60조에 의한 연차 유급휴가

나. 「근로기준법」 제74조에 의한 출산전후휴가 또는 유산·사산휴가 중 유급으로 하는 최초 60일(한번에 둘 이상 자녀를 임신한 경우 75일). 이 경우 적용기간은 공휴일, 근로자의 날 및 토요일을 포함하여 연속적으로 계산

다. 경조사가 유급인 경우 휴가 시작일은 사유 발생일부터 3일 이내(공휴일, 근로자의 날 및 토요일 포함)로 하되, 분할 사용 불가(경조사휴가 기간 중 종사자의 휴무일이 포함된 경우에는 휴가일수에 산입하지 않음)

1) 본인의 결혼 : 5일

2) 자녀의 결혼 : 1일

3) 본인·배우자의 부모 또는 배우자의 사망 : 5일

4) 본인·배우자의 조부모 또는 외조부모의 사망 : 2일

5) 자녀 또는 그 자녀의 배우자의 사망 : 3일

6) 본인·배우자의 형제·자매 사망 : 1일

라. 직원의 질병 또는 부상으로 인한 병가 : 연간 30일 이내

마. 「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」 제18조의2에 의한 배우자 출산 휴가 : 20일(출산일로부터 120일 이내 사용하되, 3회에 한정하여 나누어 사용 가능)

바. 가목이 적용되지 않는 종사자(시설장 포함)의 휴가 : 「근로기준법」 제60조제1항부터 제4항, 제7항을 준용함

사. 「근로기준법」 제60조제2항에 따라 근무기간이 1년 미만인 종사자에게 발생할 연차 유급휴가 중 발생 이전 미리 사용한 연차 유급휴가 : 3일 이내(미리 사용한 연차 유급휴가 발생 전 퇴직 또는 적은 일수의 연차 유급휴가가 발생한 경우에 초과 사용한 연차 유급휴가는 근무시간에서 제외) 다만, 다음의 사항을 모두 충족하는 경우에 한함

- 1) 대표자와 종사자 간 사전합의한 경우
- 2) 종사자의 요청에 의한 경우
- 3) 돌봄 공백이 발생하지 않는 경우

아. 「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」 제18조의3에 의한 난임치료휴가 중 유급인 최초 2일

2. 다음 각 목의 사유가 유급인 경우 1일 8시간 내에서 실제 소요된 시간으로 하며 가목, 나목, 바목의 경우 1일 최대 2시간으로 한다.

가. 「근로기준법」 제75조에 의한 수유 시간

나. 「근로기준법」 제74조제7항에 의한 임신부 근로 단축시간

다. 「근로기준법」 제10조에 의한 공민권 등의 행사

라. 「모자보건법」 제10조 및 동법 시행규칙 제5조제1항에 의한 임신부의 건강진단

마. 「건강검진기본법」 제3조제3호에 의한 국가건강검진, 「산업안전보건법」에 따른 특수건강진단

바. 「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」 제19조의2에 의한 육아기 근로단축 시간

사. 다목이 적용되지 않는 종사자(시설장 포함)의 「예비군법」에 따른 예비군 훈련, 「민방위기본법」에 따른 민방위 훈련, 「공직선거법」에 따른 투표 참가 시간

3. 근로시간 중에 참여한 교육 및 출장 등이 다음 각 목의 사항에 해당하는 경우 1일 8시간 내에서 실제 소요된 시간으로 한다.

가. 다음의 어느 하나에 해당하는 경우. 다만, 2)부터 5)까지 해당하는 보수교육의 경우 관할 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 신고한 직종 관련인 경우에 한함

- 1) 「사회복지사업법」에 따른 사회복지사 보수교육
- 2) 「의료법」 및 「간호법」에 따른 의료인 및 간호조무사 보수교육
- 3) 「의료기사 등에 관한 법률」에 따른 의료기사 보수교육
- 4) 「국민영양관리법」 또는 「식품위생법」에 따른 보수교육
- 5) 「노인장기요양보험법」에 따른 요양보호사 보수교육
- 6) 「산업안전보건법」에 따른 안전·보건 교육
- 7) 「화재의 예방 및 안전관리에 관한 법률」에 따라 선임된 소방안전관

리자 등 교육

- 8) 「전기사업법」에 따른 전기안전관리자 교육
- 9) 「석면안전관리법」에 따른 석면건축물안전관리인 교육
- 10) 「승강기 안전관리법」에 따른 승강기 안전관리자 교육
- 11) 「실내공기질 관리법」에 따른 실내공기질 관리에 관한 교육
- 12) 「사회복지자원봉사관리규정」에 따른 사회복지자원봉사 인증관리요원 교육
- 13) 기타 타 법에서 규정한 사회복지시설 운영과 관련한 교육
- 14) 공단, 중앙행정기관, 지방자치단체에서 주관하는 장기요양기관 종사자 대상 교육

나. 「노인장기요양보험법」 제54조에 따른 장기요양급여 평가 지표에 제시되어 있는 교육. 다만, 지표에서 제시하고 있는 해당 기관유형 및 직종 관련인 경우에 한함

다. 가목 또는 나목에 해당하지 않는 교육 중 공단 또는 지방자치단체 외 외부기관에서 주관하는 전문성 강화 및 서비스 질 향상을 위한 직무 관련 교육. 이 경우 요양보호사, 사회복지사, 간호(조무)사, 물리(작업)치료사, 조리원, 위생원, 보조원(운전자)은 종사자 1인당 연간 16시간에 한하여 인정함

라. <삭 제>

마. 장기요양 직무 관련 해외연수. 이 경우 연간 7일 이내에 실제 소요된 시간에 대하여 1일 최대 8시간에 한하여 인정함

바. 고시 제36조의2제8항에 따라 주·야간보호 또는 단기보호기관의 간호(조무)사가 종일 방문요양급여를 이용하는 수급자의 가정을 방문하는 경우 1일 8시간 내에서 실제 소요된 시간 인정

사. 다목의 교육시간에는 자격 취득 및 자기계발을 목적으로 하는 교육, 직무 관련 없는 해외연수, 사기 진작을 위한 체육행사 또는 기념식 등에 참여한 시간은 포함하지 아니함

② 「근로기준법」 제55조제2항에 따른 유급휴일 근무로 인해 월 기준 근무시간을 초과하는 종사자의 경우, 유급휴일 근무로 초과된 근무시간을 회계연도(해당년도 1월1일부터 12월31일까지로 한다) 중 유급휴일 일자별 1일 최대 8시간 내에서 이월하여 근무시간으로 포함할 수 있다. 이 경우 이월한 근무시간은 분할하여 사용할 수 없다.

③ 고시 제51조제1항과 관련하여 종사자별 예정된 근무일정에 따라 변경 없이 규칙적으로 근무하였으나, 월 기준 근무시간을 충족하지 못하는 경우 다음 제1호, 제2호에 해당하고, 월 중 근무한 일수가 15일 이상 및 근무시간이 160시간 이상일 때 1인으로 인정한다. 다만, 예정된 근무일정에 따른 휴무일에 제1항 및 제2항에 따른 근무시간이 인정되는 경우 해당월은 적용하지 아니한다.

1. 야간근무를 포함한 1일 3교대, 1일 2교대 근무형태로 근무한 요양보호

사 및 간호(조무)사

2. 특정요일에 휴무하는 종사자

3. <삭 제>

④ 장기요양기관은 직원의 근무일자 및 출·퇴근시간 등이 기재된 근무일지를 작성·보관하여야 하며, 다음 각 호의 사항은 근무일지 이외에 해당 증빙자료를 직원으로부터 제출 또는 서명을 받아 보관하여야 한다.

1. 제1항제1호 및 제2호의 사유를 입증할 수 있는 증빙자료(사망신고서, 출생신고서 등) 및 가족관계를 증빙할 수 있는 자료

2. 제1항제1호 라목 병가의 경우 각 일자별 증빙자료 또는 병가 사용일에 적용되는 치료기간이 명시된 소견서 등(단, 7일 이상 연속적인 병가는 진단서 필수)

3. 제1항제3호의 사유를 입증하기 위하여 별지 제25호서식 및 별지 제25호의2서식을 참고하여 교육시간 관리 대장, 해외연수 결과 보고서 작성 및 교육이수증 등 제출

4. 제2항을 적용한 경우 「근로기준법」 제55조제2항에 따른 근로자대표와 서면 합의한 증빙자료 및 별지 제27호서식을 참고하여 작성한 유급휴일 근무 관리대장

⑤ 공단은 장기요양기관이 제출한 입소자 보호현황 또는 종사자 근무현황 등에 대하여 사실과 다르다는 점을 확인한 경우 해당 급여비용을 지급하지 아니하거나 기 지급된 급여비용을 환수할 수 있다.

## 제2절 급여비용 가산산정 기준

### 제13조 <삭 제>

**제13조의2(정원초과 시 가산점수 산정방법)** ① 고시 제54조제2항에 따라 정원초과 감액이 적용되는 시설급여기관, 주·야간보호기관 및 단기보호기관의 경우 정원초과 발생일을 제외한 해당 월 급여 제공일수의 비율(소수점 둘째자리 이하 절사)을 기준으로 각 가산점수를 다음 식에 따라 산정한다.

$$\text{가산점수} \times \{1 - (\text{정원초과일수} / \text{급여제공일수})\}$$

② 제1항에 따른 가산점수의 적용은 고시 제56조제1항을 준용한다.

③ 인력추가배치 가산점수는 직종별 가산점수의 합을 기준으로 한다.

**제14조(가산기관 등 관리를 위한 세부기준 등)** ① 고시 제54조제6항 및 제73조제4항에 따라 장기요양 서비스 모니터링을 위한 서비스 모니터단 구성·운영 등에 관한 구체적인 사항은 공단 이사장이 정한다.

② 고시 제54조제7항에 따라 가산기관 관리를 위하여 공단은 장기요양기관의 동의가 있는 경우 가산을 적용받은 장기요양기관의 정보(기관명, 가산내용 등)를 공단 홈페이지에 공개할 수 있으며 구체적인 사항은 공단 이사장이 정한다.

### 제15조 <삭 제>

## 제16조 <삭 제>

### 제17조(방문요양기관 사회복지사 등 배치 가산을 위한 업무수행 등) ①

고시 제57조제5항에 따라 가정방문급여기관의 가산대상이 되는 사회복지사, 간호(조무)사, 팀장급 요양보호사 수에 따라 수급자를 배분(사회복지사 등 1인당 수급자 15명 이상)하여 업무를 수행하여야 하며, 업무수행 내용을 별지 제24호서식을 참고하여 작성하고 보관한다. 다만, 규칙 별표1에 따라 주·야간보호형 통합재가서비스 제공기관이 주·야간보호를 월 10일 이상 이용하는 수급자에 대하여 가정방문을 갈음하여 주·야간보호 제공 시간 중에 급여관리 업무를 수행하는 경우에는 별지 제24호의2서식(주·야간보호 내 치매전담실은 별지 제24호의3서식)을 참고하여 작성하고 보관한다.

② 제1항에 따라 가정방문급여기관의 가산대상이 되는 사회복지사, 간호(조무)사, 팀장급 요양보호사는 지정받은 기관 소재지에서 근무해야 하며, 근무시간이 월 기준 근무시간에 미치지 못하는 경우 근무인원 수 산정방법은 다음 각 호와 같다.

1. 고시 제57조제1항 단서에 따라 배치한 사회복지사 근무인원 수는 고시 제51조제3항을 준용한다.
2. 추가배치한 종사자의 근무인원 수는 고시 제51조제3항에도 불구하고 다른 직종 종사자들의 근무시간을 합산하여 월 기준 근무시간으로 나눈 값에 소수점 이하 절사한다.

③ 제2항제2호에 따라 근무인원 수를 산정한 경우 고시 제58조제1항제3호에도 불구하고 가산점수는 다음 각 호와 같이 산정한다.

1. 사회복지사가 포함되어 근무인원 수를 산정한 경우 가산점수는 근무한 사회복지사 수에 따라 1.2점을 적용하고 나머지는 1점을 적용한다.
2. 간호(조무)사와 팀장급 요양보호사의 근무시간을 합산한 경우 1인당 1점을 적용한다.

④ 고시 제58조제2항의 사회복지사 등 배치 가산을 위한 방문비율은 방문한 수급자 수를 전체 수급자 수로 나눈 값에 소수점 이하는 절사한다. 이 경우 수급자는 고시 제57조제1항에 따른 수급자를 말한다.

**제18조(야간직원배치 가산을 위한 인력수 등 계산방법) ①** 고시 제60조제4항에 따라 야간 및 주간에 배치한 인력수의 계산방법은 다음 각 호와 같다.

1. 야간배치 인력수는 해당월의 각 일자별 22시부터 다음날 06시 사이에 근무한 요양보호사와 간호(조무)사의 실 근무시간을 합산하여 7로 나눈 수를 급여제공일수로 나누어 계산한다. 이 경우 소수점 이하는 절사한다.
2. 주간배치 인력수는 해당 월의 각 일자별 06시부터 22시까지 근무한 요양보호사와 간호(조무)사의 실 근무시간 및 제12조제1항에 따른 근무시간을 합산하여 14로 나눈 수를 급여제공일수로 나누어 계산한다. 이 경우 소수점 이하는 절사한다.

② 고시 제60조제1항제2호가목에 따른 입소자 수 계산 시 소수점 이하는 반 올림한다.

**제19조(맞춤형서비스제공 가산을 위한 세부 제공방법 등)** ① 고시 제62조 제1항에 따라 프로그램 제공횟수는 일 단위로 산정하며 맞춤형 프로그램은 외부강사가 제공하여야 하고, 다음 각 호를 충족하여야 한다.

1. 월요일부터 일요일까지 제공
2. 09시부터 18시 사이에 제공

② <삭 제>

③ 제1항에 따라 맞춤형 프로그램을 제공할 경우 장기요양기관의 장은 다음 각 호의 규정을 준수하여야 한다.

1. 맞춤형 프로그램은 기관별로 프로그램을 제공하여야 한다. 다만, 병설하는 기관이 동시에 프로그램을 운영하는 경우에는 한 개 기관이 제공한 것으로 본다.
2. 장기요양기관에서 월 기준 근무시간 이상 근무하는 종사자는 외부강사로 맞춤형 프로그램을 제공할 수 없다.
3. 프로그램에 대한 수급자별 참여도·만족도 평가 등을 수행하고, 별지 제26호서식 프로그램 운영 기록지를 참고하여 평가결과 등을 작성·보관하여야 한다.

④ 맞춤형 프로그램을 수급자 심신상태에 따라 동일한 날에 그룹별로 실시한 경우 그룹별 제공시간을 합하여 총 60분 이상 충족 시 1일 1회 제공한 것으로 인정한다.

로 인정한다.

### 제3절 급여비용 감액산정 기준

**제20조** <삭 제>

**제21조(퇴사특례 적용을 위한 근무기간 세부기준)** ① 고시 제67조제2항 및 제3항에 따라 퇴사특례를 적용받기 위한 근무기간은 특례적용 사유발생 당시 해당 직종으로서 같은 장기요양기관에서 근무한 기간을 말한다. 다만, 다음 각 호 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 같은 장기요양기관으로 본다.

1. 대표자가 같은 상태에서 기관기호 또는 기관유형이 변경된 경우
2. 합병 또는 포괄적 양수·양도 등으로 인하여 직원에 대한 포괄적 고용승계가 이루어진 경우

② 고시 제67조제2항제2호에 따른 ‘적극적인 채용노력’은 해당 특례 적용 직종에 대한 채용 공고 및 면접 등 종사자 채용을 위한 구인 활동을 의미하며, 이는 증빙서류를 통해 확인되어야 한다.

**제22조(전문인 배상책임보험 가입 여부 판단 등)** ① 고시 제69조제3항에 따라 전문인 배상책임보험은 해당 급여제공일에 각 호를 모두 충족한 경우(계약 변경 포함) 가입한 것으로 본다. 감액산정은 급여제공일에 적용되는 계약 내용에 따라 가입일자별로 적용한다.

1. 보험적용 인원 및 보험기간

2. 보험적용 인원에 대한 보험료 납입

② 가정방문급여를 2인의 종사자가 제공하는 경우 종사자별로 각각 전문인 배상책임보험을 가입하여야 한다. 2인 중 1인의 종사자가 전문인 배상책임보험에 가입하지 아니한 경우 다음 각 호에 따라 감액산정한다.

1. 방문요양급여 또는 방문간호급여는 전문인 배상책임보험을 가입하지 않은 해당 종사자가 제공한 급여에 대하여 급여비용의 90%를 산정한다.
2. 방문목욕급여는 다음에 해당하는 금액을 공제하고 급여비용을 산정한다.

$$\text{해당일 급여비용} \times 1/2 \times 10\%$$

③ <삭 제>

**제22조의2(치매전문교육 과정별 교육시간 및 교육대상별 이수과정)** ① 고

시 제77조에 따라 치매전문교육과정 구성은 다음 각 호와 같다.

1. 요양보호사 과정 : 요양보호사과목
2. <삭 제>
3. 프로그램관리자 과정 : 요양보호사과목, 프로그램관리자과목
4. <삭 제>

② <삭 제>

③ 치매전문교육의 과목별 차시 및 시험 시간은 다음 각 호와 같다.

1. 요양보호사과목 : 이론 및 실기 39차시, 시험 1시간

2. <삭 제>

3. 프로그램관리자과목 : 이론 및 실기 8차시, 시험 1시간

④ 종사자별 이수해야 하는 제1항의 치매전문교육과정은 다음 각 호와 같다.

1. 시설장 및 프로그램관리자 : 제1항제3호
2. 요양보호사 : 제1항제1호

⑤ <삭 제>

⑥ <삭 제>

## 제5장 가족요양비

**제23조(가족요양비 지급 세부기준 등)** 고시 제79조의2제2항에 따른 가족요양비 지급을 위한 세부기준은 다음 각 호와 같다.

1. 법 제24조제1항제1호에 해당하는 자는 가족요양비 지급 신청일을 기준으로 주소와 실거주지가 동일하여야 한다.
2. 요양제공자는 수급자와 같은 광역지방자치단체(특별시, 광역시, 특별자치시, 도, 특별자치도) 또는 같은 생활권 내에 거주하는 가족, 친족, 이웃 등으로 한다.
3. 제2호에 따른 요양제공자는 수급자의 가정 등에서 신체활동·가사활동 지원 등 방문요양에 상당하는 급여를 제공하여야 한다.

**부 칙 <제2015-299호, 2015.11.30.>**

제1조(시행일) 이 세부사항은 2016년 1월 1일부터 시행한다. 다만, 제15조 및 제18조는 2016년 3월 1일부터 시행한다.

제2조(주·야간보호 이용자의 월한도액 추가 산정에 대한 부득이한 사유에 관한 경과조치) 고시 제2015-202호 부칙 제1조 단서조항 중 제13조제7항과 관련하여 주·야간보호 이용자의 월한도액 추가 산정에 대한 부득이한 사유에 관한 규정은 2016년 2월 29일까지 종전의 규정을 적용한다.

제3조(근무인원 계산 및 근무인원 계산에 관한 특례, 입소자 증가에 따른 급여비용 산정특례에 관한 경과조치) 고시 제2015-202호 부칙 제1조 단서조항 중 제51조제3항, 제67조제1항 및 제3항과 관련하여 근무인원 계산 및 근무인원 계산에 관한 특례, 입소자 증가에 따른 급여비용 산정특례에 관한 규정은 2016년 2월 29일까지 종전의 규정을 적용한다.

제4조(방문요양기관 사회복지사 가산을 위한 업무수행에 관한 경과조치) 고시 제2015-202호 부칙 제1조 단서조항 중 제57조제2항과 관련하여 방문요양기관 사회복지사 가산을 받기위한 업무수행에 관한 규정은 2016년 2월 29일까지 종전의 규정을 적용한다.

**부 칙 <제2016-112호, 2016.4.21.>**

제1조(시행일) 이 세부사항은 2016년 4월 1일부터 시행한다. 다만, 제4조제2항 제1호의 개정규정은 2015년 4월 1일부터 소급하여 적용한다.

**부 칙 <제2016-189호, 2016.7.6.>**

이 세부사항은 2016년 7월 1일부터 시행한다. 다만, 고시 제2016-121호 부칙 제1조 및 제2조 단서조항에 따라 1등급부터 4등급까지의 수급자에게 인지활동형 프로그램을 제공하기 위한 업무수행일지 작성은 2016년 9월 1일부터 적용하며, 제11조제2항은 2016년 8월 31일까지 고시 제42조제8항의 규정을 적용하며, 2016년 9월 1일부터는 고시 제19조제9항의 규정을 적용한다.

**부 칙 <제2016-347호, 2016.12.29.>**

이 세부사항은 2017년 1월 1일부터 시행한다.

**부 칙 <제2017-191호, 2017.5.26.>**

제1조(시행일) 이 세부사항은 2017년 6월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 제4조제4항제3호 개정규정은 2017년 4월 1일부터 적용하고,  
제17조제2항 및 제3항의 규정은 2017년 3월 1일 급여제공분부터 적용한다.

**부 칙<제2017-260호, 2017.8.22.>**

이 세부사항은 2017년 10월 1일부터 시행한다.

**부 칙<제2018-13호, 2018.1.12.>**

제1조(시행일) 이 세부사항은 공고한 날부터 시행한다.

제2조(경과조치) 2018년 1월 1일부터 이 세부사항 시행 전까지의 급여제공  
기준 및 급여비용 산정방법 등은 이 세부사항에 따른다.

제3조(적용례) 제4조의3제1항 규정은 2017년 10월 1일부터 적용한다.

**부 칙<요양급여실-제2018-1호, 2018.5.23.>**

이 세부사항은 2018년 6월 1일부터 시행한다.

**부 칙<요양급여실-제2018-2호, 2018.6.28.>**

제1조(시행일) 이 세부사항은 2018년 7월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 제12조제1항제3호마목 개정규정은 2018년 1월 1일부터 적용한다.

**부 칙<요양급여실-제2018-8호, 2018.12.26.>**

이 세부사항은 2019년 1월 1일부터 시행한다.

**부 칙<요양기준실-제2019-1호, 2019.6.26.>**

이 세부사항은 2019년 7월 1일부터 시행한다.

**부 칙<요양기준실-제2019-2호, 2019.12.30.>**

제1조(시행일) 이 세부사항은 2020년 1월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 제12조제1항제1호마목의 규정은 2019년 10월 1일부터 적용한  
다.

**부 칙 <요양기준실-제2020-1호, 2020.12.22.>**

제1조(시행일) 이 세부사항은 2021년 1월 1일부터 시행한다. 다만, 제22조의2  
규정은 2020년 12월 1일부터 소급하여 적용한다.

**부 칙 <요양기준실-제2021-1호, 2021.4.20.>**

제1조(시행일) 이 세부사항은 2021년 5월 1일부터 시행한다. 다만, 제20조(결원수 및 결원비율 계산방법)는 2021년 10월 1일부터 적용한다.

**부 칙 <요양기준실-제2021-2호, 2021.12.24.>**

제1조(시행일) 이 세부사항은 2022년 4월 1일부터 시행한다.

**부 칙 <요양기준실-제2022-1호, 2022.3.29.>**

제1조(시행일) 이 세부사항은 2022년 1월 1일부터 시행한다.

**부 칙 <요양기준실-제2022-2호, 2022.12.28.>**

이 세부사항은 2023년 1월 1일부터 시행한다.

**부 칙 <요양기준실-제2023-1호, 2023.12.29.>**

제1조 이 세부사항은 2024년 1월 1일부터 시행한다.

제2조(치매전문교육 이수과정에 대한 특례) 2023년 12월 31일까지 종전의 제

22조의2제1항에 따른 방문요양 과정 또는 시설 과정을 이수한 경우에는 요양보호사 과정을 이수한 것으로 본다.

**부 칙 <요양기준실-제2024-1호, 2024.6.28.>**

이 세부사항은 2024년 7월 1일부터 시행한다.

**부 칙 <요양기준실-제2024-2호, 2024.12.31.>**

제1조(시행일) 이 세부사항은 2025년 1월 1일부터 시행한다. 시행 전에 제공된 장기요양급여 비용산정에 대해서는 행위 당시의 규정에 따른다.

**부 칙 <요양기획실-2025-제4호, 2025.2.28.>**

제1조(시행일) 이 세부사항은 2025년 3월 1일부터 시행한다.

**부 칙 <요양기획실-2025-제12호, 2025.6.30.>**

제1조(시행일) 이 세부사항은 2025년 7월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 제12조제1항제1호마목의 개정규정은 2025년 2월 23일부터 소급

적용한다.

[별지 제1호서식] <삭 제>

부 칙 <요양기확실-제2025-33호, 2025.12.31.>

이 세부사항은 2026년 1월 1일부터 시행한다.

[별지 제2호서식] <삭 제>

[별지 제3호서식] <삭 제>

[별지 제4호서식] <삭 제>

[별지 제5호서식] <삭 제>

[별지 제6호서식] <삭 제>

[별지 제7호서식] <삭 제>

[별지 제8호서식] <삭 제>

[별지 제9호서식] <삭 제>

[별지 제9호의2서식] <삭 제>

[별지 제10호서식] <삭 제>



작성요령 및 주의사항

① 인건비 지출비를 계산에 필요한 장기요양급여비용은 자동 산출됩니다.

② 가산금을 포함한 해당 월의 공단부담금이 자동 생성됩니다.

③ 장기요양급여비용으로 계산한 본인부담금이 자동 산출됩니다.

④ 인건비 지출비율 산정에서 제외되는 급여비용이 자동 산출됩니다.

⑤ 실제 인건비를 지출한 인원수(추가배치인력, 겸직 포함)를 입력합니다.

※ 퇴직특례 등으로 실제 근무하지 않은 인원은 제외

⑥ 장기요양요원에게 실제로 지출한 일체의 임금(추가배치한 인력에 대한 임금 포함)을 입력합니다.

※ 기본급여, 제수당(연장근로수당, 명절수당, 시간외수당, 야간근로수당 등), 처우개선비 등을 포함한 세전금액

⑦ 직종별 사회보험 기관부담금을 입력합니다.

⑧ 직종별 퇴직적립금을 입력합니다.

⑨ 겸직 직원이 있는 경우에만 체크합니다.

※ 노인복지법 시행규칙 별표9. 5-나-4), 6-나-2)에서 정한 겸직 직원

⑩ 병설 기관에서 겸직 직원에게 실제로 지출한 인건비를 입력합니다.

※ 겸직 직원에게 지출한 임금, 사회보험 기관부담금 및 퇴직적립금 일괄 기재

⑪ 겸직 직원에게 실제로 인건비를 지출한 기관의 급여유형을 선택합니다.

⑫ 장기요양기관에서 입력한 인건비 총액이 자동 산출됩니다.

⑬ ‘⑤~⑪’ 항목을 모두 입력하면 인건비 지출비율이 자동 산출됩니다.

⑭ 매월 ‘⑤~⑪’ 항목을 모두 입력하면 연간 인건비 지출비율이 자동 산출됩니다.

- 45 -

[별지 제11호의3서식] <신설 2024.1.1.>

(앞쪽)

선임 요양보호사 업무수행 일지

|          |  |        |     |
|----------|--|--------|-----|
| 근무일자     |  | 업무수행시간 | (분) |
| 선임 요양보호사 |  | 시설장    | (인) |

|            |                 |     |  |         |   |  |
|------------|-----------------|-----|--|---------|---|--|
| 업무수행<br>내용 | 급여제공기술<br>지도    | 대상자 |  | 소요시간(분) | 분 |  |
|            |                 |     |  |         |   |  |
|            | 급여제공기록<br>확인·점검 | 대상자 |  | 소요시간(분) | 분 |  |
|            |                 |     |  |         |   |  |
|            | 갈등중재·<br>고충상담   | 대상자 |  | 소요시간(분) | 분 |  |
|            |                 |     |  |         |   |  |
| 특이사항       |                 |     |  |         |   |  |
| 종합평가       |                 |     |  |         |   |  |

- 46 -

## 작성요령

- 본 서식은 참고용 서식이나, 서식에서 제시하고 있는 내용을 포함하여야 합니다.
- 본 서식은 고시 제11조의6에 따른 선임 요양보호사가 신체활동지원 및 일상생활지원 등을 제공하면서 요양보호사 등에게 장기요양급여 제공기술 지도 등의 업무를 수행한 경우에 작성합니다.
- 항목별 작성방법은 다음과 같으며, 선임 요양보호사의 업무수행 내용, 특이사항 등을 상세히 기재하도록 합니다.
  - 업무수행 일지는 선임 요양보호사별로 업무를 수행한 일자마다 작성을 하고, 업무수행 내용 작성을 완료한 경우, 해당일자에 선임 요양보호사 업무를 수행한 총 시간을 분 단위로 ‘업무 수행시간(분)’란에 기재합니다.
  - 장기요양기관의 시설장은 작성이 완료된 일지의 기재내용을 확인하고, 서명합니다.
  - 업무수행 세부내용
    - (급여제공기술 지도) 요양보호사 등에게 급여제공계획을 고려하여 각 수급자별 신체·인지 상태, 특성 등을 안내하고, 그에 따른 적절한 급여제공 방법이나 기술을 지도한 경우 업무수행 내용을 작성
    - (급여제공기록 확인·점검) 장기요양급여 제공기록지 등 요양보호사의 급여제공과 관련한 각종 서식의 기록이 작성 목적에 부합하게 기록되었는지 확인·점검한 경우 업무수행 내용을 작성
    - (갈등중재·고충상담) 요양보호사와 입소자 간 갈등 또는 요양보호사 업무 중 발생하는 갈등, 불편사항 등에 대해 선임 요양보호사로서 1차적으로 상담, 갈등 중재를 한 경우 업무수행 내용을 작성
  - 대상자: 선임 요양보호사가 장기요양급여 제공기술 지도 등을 수행한 대상자를 기재합니다.
    - ※ 업무수행 대상자 성명을 기재하며, 다수를 대상으로 업무수행을 한 경우 ‘○○○ 등 5명’으로 기재
  - 소요시간: 해당일자의 선임 요양보호사 업무 수행에 소요된 시간을 ‘분 단위’로 기재합니다. (예시) 20분, 60분, 70분 등
  - 특이사항: 선임 요양보호사 업무를 수행하면서 특이사항이 발생한 경우, ‘특이사항’란에 그 내용을 기재합니다.
  - 종합평가: 선임 요양보호사 업무수행에 대한 결과, 종합적인 평가내용 등을 ‘종합평가’란에 기재합니다.

## 장기근속 장려금 지급내역서

(     년     월 )

| 기관기호                                                                                                                                                                                                                                   |      | 기관명    |        |      |      |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------|--------|------|------|-----------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                        |      |        |        |      |      |                             |
| (     )월 장기근속 장려금 지급내역                                                                                                                                                                                                                 |      |        |        |      |      |                             |
| 연번                                                                                                                                                                                                                                     | 청구일자 | 급여제공연월 | 심사결정내역 |      |      | 지급확인                        |
|                                                                                                                                                                                                                                        |      |        | 종사자명   | 생년월일 | 지급금액 |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                        |      |        |        |      |      | <input type="checkbox"/> 지급 |
|                                                                                                                                                                                                                                        |      |        |        |      |      | <input type="checkbox"/> 지급 |
|                                                                                                                                                                                                                                        |      |        |        |      |      | <input type="checkbox"/> 지급 |
|                                                                                                                                                                                                                                        |      |        |        |      |      | <input type="checkbox"/> 지급 |
| 총 금액                                                                                                                                                                                                                                   |      |        |        |      |      |                             |
| <p>「장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시」 제11조의4제10항에 따른 장기근속 장려금 지급내역을 제출합니다.</p> <p style="text-align: right;">년     월     일</p> <p style="text-align: right;">대표자 :     (서명 또는 인)</p> <p style="text-align: right;">국민건강보험공단 이사장 귀하</p> |      |        |        |      |      |                             |

- ① 장기근속 장려금 지급내역서는 심사 접수번호 별로 제출하여야 합니다.
- ② 장기근속 장려금 지급내역은 심사결정내역 기준으로 장기근속 장려금 지급 대상인 인원에 대해 생성됩니다.
- ③ 장기근속 장려금 지급확인에 필요한 청구일자, 급여제공연월, 심사결정내역은 자동으로 생성됩니다.
- ④ 실제 장기근속 장려금을 지급한 인원에 대해 지급확인에 체크하며, 지급금액은 사회보험기관부담금, 퇴직적립금 등을 포함한 세전금액입니다.
- ⑤ 생성된 인원에 대해 모두 지급확인이 되어야 지급내역서 제출이 가능합니다.  
※ 한 건이라도 미 체크 시 제출이 불가능합니다.

| <b>원거리교통비용 신청서 (육지지역)</b>                                                       |                               |  |                                                            |  |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--|------------------------------------------------------------|--|
| 급여 구분                                                                           | <input type="checkbox"/> 방문요양 |  | <input type="checkbox"/> 방문간호                              |  |
| 수 급 자                                                                           | 성명                            |  | 장기요양인정번호                                                   |  |
|                                                                                 | 주소<br>(실거주지)                  |  | 전화번호                                                       |  |
| 신청인<br><small>(장기요양기관)</small>                                                  | 명칭                            |  | 기호                                                         |  |
|                                                                                 | 주소                            |  | 전화번호                                                       |  |
| 종사자                                                                             | 성명                            |  | 자격(면허)번호                                                   |  |
|                                                                                 | 주소<br>(실거주지)                  |  | 전화번호                                                       |  |
| 원거리 정보                                                                          | ㉓ 가장 가까운 대중교통 수단 이용지점까지의 거리   |  | ㉔ 1일 대중교통 운행 편도 횟수                                         |  |
|                                                                                 | Km                            |  | 회                                                          |  |
|                                                                                 |                               |  | ㉕ 수급자 실거주지로부터 가장 가까운 방문요양 (간호)기관까지의 거리                     |  |
|                                                                                 |                               |  | Km                                                         |  |
| 「장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시」 제22조제5항에 의한 원거리교통비용을 신청합니다.                  |                               |  |                                                            |  |
|                                                                                 |                               |  | 년    월    일                                                |  |
| 대표자 :                                                                           |                               |  | (서명 또는 인)                                                  |  |
| 국민건강보험공단 이사장 귀하                                                                 |                               |  |                                                            |  |
| 원거리 정보 기재할 때 유의사항                                                               |                               |  | 담당직원 확인사항                                                  |  |
| ① 거리측정은 수급자의 실거주지를 기준으로 합니다.<br>② 거리는 인터넷 등으로 출발지와 도착지 주소를 설정하여 최단경로를 기준으로 합니다. |                               |  | 기관 소재지 및 수급자 실거주지, 기관이 기재해 온 원거리 정보 등을 확인하여 수급자별 원거리 점수 산출 |  |

| 원거리교통비용 신청서 (섬지역)                                                                                                                                         |                                   |             |                                                            |                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 급여 구분                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 방문요양     |             | <input type="checkbox"/> 방문간호                              |                                        |
| 수 급 자                                                                                                                                                     | 성명                                |             | 장기요양인정번호                                                   |                                        |
|                                                                                                                                                           | 주소<br>(실거주지)                      |             | 전화번호                                                       |                                        |
| 신청인<br>(장기요양기관)                                                                                                                                           | 명칭                                |             | 기호                                                         |                                        |
|                                                                                                                                                           | 주소                                |             | 전화번호                                                       |                                        |
| 종사자                                                                                                                                                       | 성명                                |             | 자격(면허)번호                                                   |                                        |
|                                                                                                                                                           | 주소<br>(실거주지)                      |             | 전화번호                                                       |                                        |
| 원거리 정보                                                                                                                                                    | ㉮ 가장 가까운 육지 항구까지의 정기 여객선 운항 소요 시간 | ㉮ 선착장까지의 거리 | ㉮ 1일 정기여객선 운항 횟수                                           | ㉮ 수급자 실거주지로부터 가장 가까운 방문요양 (간호)기관까지의 거리 |
|                                                                                                                                                           | 시간                                | Km          | 회                                                          | Km                                     |
| 수급자(실거주지)부터 종사자(실거주지)까지의 거리                                                                                                                               |                                   |             | Km                                                         |                                        |
| 「장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시」 제22조제5항에 의한 원거리교통비용을 신청합니다.                                                                                            |                                   |             |                                                            |                                        |
| <div style="text-align: right;">년 월 일</div> <div style="text-align: center;">대표자 : (서명 또는 인)</div> <div style="text-align: center;">국민건강보험공단 이사장 귀하</div> |                                   |             |                                                            |                                        |
| 원거리 정보 기재할 때 유의사항                                                                                                                                         |                                   |             | 담당직원 확인사항                                                  |                                        |
| ① 소요시간 및 거리측정은 수급자의 실거주지를 기준으로 하며, 연륙교의 설치로 육지화 되어 있는 지역은 제외됩니다.<br>② 거리는 인터넷 등으로 출발지와 도착지 주소를 설정하여 최단경로를 기준으로 합니다.                                       |                                   |             | 기관 소재지 및 수급자 실거주지, 기관이 기재해 온 원거리 정보 등을 확인하여 수급자별 원거리 점수 산출 |                                        |

| 원거리교통비용 중단(변경) 신고서                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                               |  |                               |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--|-------------------------------|--|
| 급여 구분                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 방문요양 |  | <input type="checkbox"/> 방문간호 |  |
| 수 급 자                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 성명                            |  | 장기요양인정번호                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 주소<br>(실거주지)                  |  | 전화번호                          |  |
| 장기요양기관                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 명칭                            |  | 기호                            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 주소                            |  | 전화번호                          |  |
| 상기 수급자에 대한 원거리교통비용 중단(변경) 사유가 발생하였기에 이를 신고합니다.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                               |  |                               |  |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>중단(변경) 사유</div> <div>사유발생일</div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> 수급자의 실거주지 변경<br/> <input type="checkbox"/> 수급자와 종사자간 가족관계<br/> <input type="checkbox"/> 수급자와 종사자간 5Km미만 거리에 거주<br/> <input type="checkbox"/> 기타 ( )                         </div> </div> |                               |  |                               |  |
| * 사유발생일은 주소지 변경 다음날, 해당 종사자가 급여를 제공하기 시작한 날임.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                               |  |                               |  |
| <div style="text-align: right;">년 월 일</div> <div style="text-align: center;">대표자 : (서명 또는 인)</div> <div style="text-align: center;">국민건강보험공단 이사장 귀하</div>                                                                                                                                                                                                                                                          |                               |  |                               |  |

| 원거리교통비용 (적용, 적용불가) 통보서                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                             |          |          |                                                                                                                                                                     |      |     |  |  |         |                                                                  |     |  |  |                                                                                                                                                                     |     |    |  |          |  |     |  |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----|--|--|---------|------------------------------------------------------------------|-----|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|--|----------|--|-----|--|---|
| 급여 구분                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 방문요양 <input type="checkbox"/> 방문간호 |          |          |                                                                                                                                                                     |      |     |  |  |         |                                                                  |     |  |  |                                                                                                                                                                     |     |    |  |          |  |     |  |   |
| 수급자                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 성명                                                          |          | 장기요양인정번호 |                                                                                                                                                                     |      |     |  |  |         |                                                                  |     |  |  |                                                                                                                                                                     |     |    |  |          |  |     |  |   |
| 장기요양기관                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 명칭                                                          |          | 기호       |                                                                                                                                                                     |      |     |  |  |         |                                                                  |     |  |  |                                                                                                                                                                     |     |    |  |          |  |     |  |   |
| <p>귀 기관의 원거리교통비용 적용신청에 대한 결과를 다음과 같이 통보합니다.</p> <table><tr><th>적용여부</th><th colspan="3">적 용</th><th>적용불가 사유</th></tr><tr><td rowspan="4"><input type="checkbox"/> 적용<br/><br/><input type="checkbox"/> 적용불가</td><td colspan="2">일 자</td><td></td><td rowspan="4"><input type="checkbox"/> 원거리 점수 미달<br/><input type="checkbox"/> 가족관계<br/><input type="checkbox"/> 5Km미만 거리에 거주<br/><input type="checkbox"/> 기타(                      )</td></tr><tr><td rowspan="2">종사자</td><td>성명</td><td></td></tr><tr><td>자격(면허)번호</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">교통비</td><td>원</td></tr></table> <p>* 상기 종사자가 급여를 제공한 경우에만 원거리교통비용이 적용됨.</p> <p style="text-align: right;">년 월 일</p> <p style="text-align: center;">국민건강보험공단 이사장 (직인)</p> <p>* 주소 : 관할운영센터 주소<br/>* 전화 : 관할운영센터 담당부서 전화번호</p> |                                                             |          |          |                                                                                                                                                                     | 적용여부 | 적 용 |  |  | 적용불가 사유 | <input type="checkbox"/> 적용<br><br><input type="checkbox"/> 적용불가 | 일 자 |  |  | <input type="checkbox"/> 원거리 점수 미달<br><input type="checkbox"/> 가족관계<br><input type="checkbox"/> 5Km미만 거리에 거주<br><input type="checkbox"/> 기타(                      ) | 종사자 | 성명 |  | 자격(면허)번호 |  | 교통비 |  | 원 |
| 적용여부                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 적 용                                                         |          |          | 적용불가 사유                                                                                                                                                             |      |     |  |  |         |                                                                  |     |  |  |                                                                                                                                                                     |     |    |  |          |  |     |  |   |
| <input type="checkbox"/> 적용<br><br><input type="checkbox"/> 적용불가                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 일 자                                                         |          |          | <input type="checkbox"/> 원거리 점수 미달<br><input type="checkbox"/> 가족관계<br><input type="checkbox"/> 5Km미만 거리에 거주<br><input type="checkbox"/> 기타(                      ) |      |     |  |  |         |                                                                  |     |  |  |                                                                                                                                                                     |     |    |  |          |  |     |  |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 종사자                                                         | 성명       |          |                                                                                                                                                                     |      |     |  |  |         |                                                                  |     |  |  |                                                                                                                                                                     |     |    |  |          |  |     |  |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                             | 자격(면허)번호 |          |                                                                                                                                                                     |      |     |  |  |         |                                                                  |     |  |  |                                                                                                                                                                     |     |    |  |          |  |     |  |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 교통비                                                         |          | 원        |                                                                                                                                                                     |      |     |  |  |         |                                                                  |     |  |  |                                                                                                                                                                     |     |    |  |          |  |     |  |   |

| 원거리교통비용 중단 통보서                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                             |  |          |  |       |     |                                                                                                                                                                                                                                        |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--|----------|--|-------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 급여 구분                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 방문요양 <input type="checkbox"/> 방문간호 |  |          |  |       |     |                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| 수급자                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 성명                                                          |  | 장기요양인정번호 |  |       |     |                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| 장기요양기관                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 명칭                                                          |  | 기호       |  |       |     |                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| <p>상기 수급자에 대한 원거리교통비용 적용이 다음과 같이 중단됨을 알려드리니<br/>참고하시기 바랍니다.</p> <table><tr><th>중단 사유</th><th>중단일</th></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 수급자 주소지 변경<br/><input type="checkbox"/> 수급자와 종사자간 가족관계<br/><input type="checkbox"/> 수급자와 종사자간 5Km미만 거리에 거주<br/><input type="checkbox"/> 직권중단(수시확인, 정기확인)<br/><input type="checkbox"/> 기타 (                      )</td><td></td></tr></table> <p style="text-align: right;">년 월 일</p> <p style="text-align: center;">국민건강보험공단 이사장 (직인)</p> <p>* 주소 : 관할운영센터 주소<br/>* 전화 : 관할운영센터 담당부서 전화번호</p> |                                                             |  |          |  | 중단 사유 | 중단일 | <input type="checkbox"/> 수급자 주소지 변경<br><input type="checkbox"/> 수급자와 종사자간 가족관계<br><input type="checkbox"/> 수급자와 종사자간 5Km미만 거리에 거주<br><input type="checkbox"/> 직권중단(수시확인, 정기확인)<br><input type="checkbox"/> 기타 (                      ) |  |
| 중단 사유                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 중단일                                                         |  |          |  |       |     |                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| <input type="checkbox"/> 수급자 주소지 변경<br><input type="checkbox"/> 수급자와 종사자간 가족관계<br><input type="checkbox"/> 수급자와 종사자간 5Km미만 거리에 거주<br><input type="checkbox"/> 직권중단(수시확인, 정기확인)<br><input type="checkbox"/> 기타 (                      )                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                             |  |          |  |       |     |                                                                                                                                                                                                                                        |  |

|               |                               |  |                               |  |
|---------------|-------------------------------|--|-------------------------------|--|
| 장기요양요원 변경 신고서 |                               |  |                               |  |
| 급여 구분         | <input type="checkbox"/> 방문요양 |  | <input type="checkbox"/> 방문간호 |  |
| 수 급 자         | 성명                            |  | 장기요양인정번호                      |  |
|               | 주소<br>(실거주지)                  |  | 전화번호                          |  |
| 장기요양기관        | 명칭                            |  | 기호                            |  |
|               | 주소                            |  | 전화번호                          |  |

상기 수급자에게 급여를 제공하는 장기요양요원이 변경되었기에 다음과 같이 신고합니다.

|      |          |  |      |  |
|------|----------|--|------|--|
| 변경 전 | 성명       |  |      |  |
|      | 자격(면허)번호 |  | 전화번호 |  |
|      | 주소(실거주지) |  |      |  |
| 변경 후 | 성명       |  | 변경일자 |  |
|      | 자격(면허)번호 |  | 전화번호 |  |
|      | 주소(실거주지) |  |      |  |

\* 변경일자는 해당 장기요양요원이 급여를 제공하기 시작한 날임.

년 월 일

대표자 : (서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

|                    |                                           |                                                      |                                                       |                                            |     |
|--------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----|
| 주·야간보호 이동서비스비용 신청서 |                                           |                                                      |                                                       |                                            |     |
| 수 급 자              | 성명                                        |                                                      | 장기요양인정번호                                              |                                            |     |
|                    | 주소<br>(실 거주지)                             |                                                      | 전화번호                                                  |                                            |     |
|                    | 이동서비스<br>시작일<br>(적용일)                     |                                                      |                                                       |                                            |     |
| 장기요양기관             | 명칭                                        |                                                      | 기관기호                                                  |                                            |     |
|                    | 주소                                        |                                                      | 전화번호                                                  |                                            |     |
| 이동서비스<br>거리        | <input checked="" type="checkbox"/> 5Km미만 | <input checked="" type="checkbox"/> 5Km이상<br>~10Km미만 | <input checked="" type="checkbox"/> 10Km이상<br>~20Km미만 | <input checked="" type="checkbox"/> 20Km이상 | 실거리 |
|                    | <input type="checkbox"/> 830원             | <input type="checkbox"/> 2,630원                      | <input type="checkbox"/> 5,230원                       | <input type="checkbox"/> 8,630원            | Km  |

「장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시」 제34조제5항에 따라 이동서비스비용을 신청합니다.

년 월 일

대표자 : (서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

|                                                                                 |                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 이동서비스 거리 정보 기재할 때 유의사항                                                          | 담당직원 확인사항                                       |
| ① 거리측정은 수급자의 실거주지를 기준으로 합니다.<br>② 거리는 인터넷 등으로 출발지와 도착지 주소를 설정하여 최단거리를 기준으로 합니다. | 기관 소재지 및 수급자 실거주지 등 기관이 기재해 온 이동서비스 거리 정보 등을 확인 |

| 주야간보호 이동서비스비용 중단(변경) 신고서 |              |  |          |  |
|--------------------------|--------------|--|----------|--|
| 수 급 자                    | 성명           |  | 장기요양인정번호 |  |
|                          | 주소<br>(실거주지) |  | 전화번호     |  |
| 장기요양기관                   | 명칭           |  | 기관기호     |  |
|                          | 주소           |  | 전화번호     |  |

상기 수급자에 대한 이동서비스비용 중단(변경) 사유가 발생하였기에 이를 신고합니다.

| 중단(변경) 사유                                                                                                                                                                                                   | 중단(변경) 적용일 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> 수급자 급여이용 종료<br><input type="checkbox"/> 수급자 사망<br><input type="checkbox"/> 수급자 실거주지 변경<br><input type="checkbox"/> 최단거리 변경<br><input type="checkbox"/> 기타 (                      ) |            |

년 월 일

대표자 :                      (서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

| 주야간보호 이동서비스비용 (적용, 적용불가) 통보서 |    |  |          |  |
|------------------------------|----|--|----------|--|
| 수 급 자                        | 성명 |  | 장기요양인정번호 |  |
| 장기요양기관                       | 명칭 |  | 기관기호     |  |

귀 기관의 이동서비스비용 적용신청에 대한 결과를 다음과 같이 통보합니다.

| 적용여부                                                             | 적 용     |   | 적용불가 사유                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------|---------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 적용<br><br><input type="checkbox"/> 적용불가 | 일 자     |   | <input type="checkbox"/> 실거주지 불일치<br><input type="checkbox"/> 급여 미계약<br><input type="checkbox"/> 기타(                      ) |
|                                                                  | 이동서비스비용 | 원 |                                                                                                                             |

년 월 일

국민건강보험공단 이사장 (직인)

\* 주소 : 관할운영센터 주소  
\* 전화 : 관할운영센터 담당부서 전화번호

| 주야간보호 이동서비스비용 중단 통보서                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |  |          |  |         |       |                                                                                                                        |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--|----------|--|---------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 수 급 자                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 성명    |  | 장기요양인정번호 |  |         |       |                                                                                                                        |  |
| 장기요양기관                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 명칭    |  | 기관기호     |  |         |       |                                                                                                                        |  |
| <p>상기 수급자에 대한 이동서비스비용 적용이 다음과 같이 중단됨을 알려드리니 참고하시기 바랍니다.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 20px 0;"> <tr> <th style="width: 60%;">적용중단 사유</th> <th style="width: 40%;">적용중단일</th> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> 급여계약 만료 및 해지<br/> <input type="checkbox"/> 수급자 사망<br/> <input type="checkbox"/> 기타 (            )                 </td> <td style="height: 100px;"></td> </tr> </table> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">                     년      월      일                 </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">                     국민건강보험공단 이사장 (직인)                 </div> |       |  |          |  | 적용중단 사유 | 적용중단일 | <input type="checkbox"/> 급여계약 만료 및 해지<br><input type="checkbox"/> 수급자 사망<br><input type="checkbox"/> 기타 (            ) |  |
| 적용중단 사유                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 적용중단일 |  |          |  |         |       |                                                                                                                        |  |
| <input type="checkbox"/> 급여계약 만료 및 해지<br><input type="checkbox"/> 수급자 사망<br><input type="checkbox"/> 기타 (            )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       |  |          |  |         |       |                                                                                                                        |  |
| * 주소 : 관할운영센터 주소<br>* 전화 : 관할운영센터 담당부서 전화번호                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |  |          |  |         |       |                                                                                                                        |  |

| 이 동 서 비 스 일 지               |  |  |  |      |  | 확인 |  | 운전자 | 확인자 |
|-----------------------------|--|--|--|------|--|----|--|-----|-----|
| 20    년    월    일 (    요일 ) |  |  |  |      |  |    |  |     |     |
| 차량종류                        |  |  |  | 차량번호 |  |    |  |     |     |

| 연<br>번 | 수급자<br>성명 | 장기요양<br>인정번호 | 시    작 |      | 종    료 |      | 이용<br>구분 | 비고 |
|--------|-----------|--------------|--------|------|--------|------|----------|----|
|        |           |              | 실거주지   | 도착시간 | 실거주지   | 도착시간 |          |    |
| 1      |           |              |        | :    |        | :    |          |    |
| 2      |           |              |        | :    |        | :    |          |    |
| 3      |           |              |        | :    |        | :    |          |    |
| 4      |           |              |        | :    |        | :    |          |    |
| 5      |           |              |        | :    |        | :    |          |    |
| 6      |           |              |        | :    |        | :    |          |    |
| 7      |           |              |        | :    |        | :    |          |    |
| 8      |           |              |        | :    |        | :    |          |    |
| 9      |           |              |        | :    |        | :    |          |    |
| 10     |           |              |        | :    |        | :    |          |    |
| 11     |           |              |        | :    |        | :    |          |    |
| 12     |           |              |        | :    |        | :    |          |    |
| 13     |           |              |        | :    |        | :    |          |    |
| 14     |           |              |        | :    |        | :    |          |    |
| 15     |           |              |        | :    |        | :    |          |    |
| 16     |           |              |        | :    |        | :    |          |    |
| 17     |           |              |        | :    |        | :    |          |    |
| 18     |           |              |        | :    |        | :    |          |    |
| 19     |           |              |        | :    |        | :    |          |    |
| 20     |           |              |        | :    |        | :    |          |    |
| 특이사항   |           |              |        |      |        |      |          |    |
|        |           |              |        |      |        |      |          |    |

장기요양기관명

(뒤쪽)

작성요령 및 유의사항

- ① 차량종류(차량번호) : 이동서비스에 사용된 차량종류 및 차량번호를 적습니다.
  - ② 수급자 성명 및 장기요양인정번호 : 이동서비스를 이용하는 수급자의 기본 정보를 적습니다.
  - ③ 시작(실거주지,도착시간) : 주야간보호급여 이용을 위해 수급자 실거주지에 도착한 시간을 표기하는 것으로 이동서비스비 지급대상으로 등록된 수급자의 실거주지에 도착했다면 실거주지 란에 “Y”, 아니라면 “N” 를 적습니다. 도착시간에는 실거주지 도착 시간을 적습니다.
  - ④ 종료(실거주지,도착시간) : 주야간보호급여 이용을 종료하고 수급자 실거주지에 모셔다드린 시간을 표기하는 것으로 이동서비스비 지급대상으로 등록된 수급자의 실거주지에 모셔다 드렸다면 실거주지 란에 “Y”, 아니라면 “N” 를 적습니다. 도착시간에는 실거주지에 모셔다드린 시간을 적습니다.
  - ⑤ 이용구분 : 등록된 실거주지까지 1일 편도만 이동서비스가 제공되었을 경우 “1”, 1일 왕복으로 이동서비스가 제공되었을 경우 “2”로 적습니다.
  - ⑥ 확인 : 차량을 운행한 운전자 이름을 “운전자”란에 적습니다. 장기요양기관 시설장(관리책임자) 등이 일지를 확인하고 “확인자”란에 서명합니다.
- ※ 장기요양기관 사정에 따라 상기 서식의 변경 사용은 가능하나, 서식에서 제시하고 있는 서비스제공일자, 차량(기종,번호), 수급자(성명,장기요양인정번호), 실거주지 및 도착시간, 이용구분, 확인(운전자,확인자)는 포함되어야 합니다.

[별지 제23호서식]

주야간보호 목욕서비스 제공 일지

|           |  |            |  |              |  |                         |  |
|-----------|--|------------|--|--------------|--|-------------------------|--|
| 수급자<br>성명 |  | 장기요양<br>등급 |  | 장기요양<br>인정번호 |  | 시설장<br>(관리책임자)<br>성명(인) |  |
|-----------|--|------------|--|--------------|--|-------------------------|--|

|    |      |                                                                                         |      |    |      |    |      |    |
|----|------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------|----|------|----|------|----|
| 1주 | 제공일  | . . .                                                                                   | 시작시간 | :  | 종료시간 | :  | 소요시간 | 분  |
|    | 제공방법 | <input type="checkbox"/> 전신입욕 <input type="checkbox"/> 목욕의자 <input type="checkbox"/> 침상 |      |    |      |    |      |    |
|    | 제공자  | 성명                                                                                      |      | 직종 |      | 성명 |      | 직종 |
|    | 특이사항 |                                                                                         |      |    |      |    |      |    |

|    |      |                                                                                         |      |    |      |    |      |    |
|----|------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------|----|------|----|------|----|
| 2주 | 제공일  | . . .                                                                                   | 시작시간 | :  | 종료시간 | :  | 소요시간 | 분  |
|    | 제공방법 | <input type="checkbox"/> 전신입욕 <input type="checkbox"/> 목욕의자 <input type="checkbox"/> 침상 |      |    |      |    |      |    |
|    | 제공자  | 성명                                                                                      |      | 직종 |      | 성명 |      | 직종 |
|    | 특이사항 |                                                                                         |      |    |      |    |      |    |

|    |      |                                                                                         |      |    |      |    |      |    |
|----|------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------|----|------|----|------|----|
| 3주 | 제공일  | . . .                                                                                   | 시작시간 | :  | 종료시간 | :  | 소요시간 | 분  |
|    | 제공방법 | <input type="checkbox"/> 전신입욕 <input type="checkbox"/> 목욕의자 <input type="checkbox"/> 침상 |      |    |      |    |      |    |
|    | 제공자  | 성명                                                                                      |      | 직종 |      | 성명 |      | 직종 |
|    | 특이사항 |                                                                                         |      |    |      |    |      |    |

|    |      |                                                                                         |      |    |      |    |      |    |
|----|------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------|----|------|----|------|----|
| 4주 | 제공일  | . . .                                                                                   | 시작시간 | :  | 종료시간 | :  | 소요시간 | 분  |
|    | 제공방법 | <input type="checkbox"/> 전신입욕 <input type="checkbox"/> 목욕의자 <input type="checkbox"/> 침상 |      |    |      |    |      |    |
|    | 제공자  | 성명                                                                                      |      | 직종 |      | 성명 |      | 직종 |
|    | 특이사항 |                                                                                         |      |    |      |    |      |    |

본 서식은 참고용 서식이나 서식에서 제시하고 있는 내용을 포함하여야 합니다.

**가정방문급여(통합재가서비스 포함) 급여관리 업무수행 일지**  
**(공통) 방문요양 인지활동형 프로그램관리자 업무수행 일지**

( )년 ( )월

**1. 기본정보**

|            |                                                                                                                             |                                                                  |                                                                             |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 수급자        | 성명                                                                                                                          | 장기요양인정번호                                                         |                                                                             |
|            |                                                                                                                             | 장기요양등급                                                           |                                                                             |
| 방문정보       | 방문일시                                                                                                                        | 년 월 일( : )                                                       | <input type="checkbox"/> 급여제공 중 방문<br><input type="checkbox"/> 급여제공 외 시간 방문 |
|            | 방문장소                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 수급자 자택 <input type="checkbox"/> 기타장소( ) |                                                                             |
| 방문불가 사유    | <input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 입원 <input type="checkbox"/> 월 중 급여제공 종료 <input type="checkbox"/> 기타( ) |                                                                  |                                                                             |
|            | 내용                                                                                                                          |                                                                  |                                                                             |
| 방문(확인)자 성명 |                                                                                                                             | (서명)                                                             | 시설장(관리책임자) 성명 (서명)                                                          |

**2. 욕구조사**

|         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 가. 보유질환 | <input type="checkbox"/> 없음<br><input type="checkbox"/> 있음( )                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| 나. 영양상태 | <input type="checkbox"/> 양호<br><input type="checkbox"/> 불량 [ ] 식욕부진 [ ] 체중감소 [ ] 체중과다 [ ] 기타( )                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |
| 다. 신체상태 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |
| 1) 보행상태 | <input type="checkbox"/> 자립보행 가능 <input type="checkbox"/> 보장구를 사용하여 자립보행 가능<br><input type="checkbox"/> 부축해주면 보행 가능 <input type="checkbox"/> 보장구를 사용하여 부축을 받아 보행 가능<br><input type="checkbox"/> 보행 불가                                                                                                              |  |  |  |
| 2) 신체기능 | 바닥에 앉은 상태에서 일어서기 <input type="checkbox"/> 혼자수행 <input type="checkbox"/> 지시(준비)도움 <input type="checkbox"/> 직접(부축)도움 <input type="checkbox"/> 전혀 수행할 수 없음<br>누운 상태에서 몸 일으켜 앉기 <input type="checkbox"/> 혼자수행 <input type="checkbox"/> 지시(준비)도움 <input type="checkbox"/> 직접(부축)도움 <input type="checkbox"/> 전혀 수행할 수 없음 |  |  |  |
| 3) 배뇨기능 | <input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 요실금 <input type="checkbox"/> 배뇨곤란(배뇨 시 통증, 배뇨 지연 등)<br><input type="checkbox"/> 요의 느끼지 못함 <input type="checkbox"/> 기타( )                                                                                                                                      |  |  |  |
| 4) 배변기능 | <input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 변실금 <input type="checkbox"/> 잦은 설사 <input type="checkbox"/> 변비<br><input type="checkbox"/> 변의 느끼지 못함 <input type="checkbox"/> 기타( )                                                                                                                           |  |  |  |

라. 일상생활기능 ※ ① 혼자 할 수 있음, ② 지시(준비)도움, ③ 직접(부축)도움, ④ 전혀 수행할 수 없음

|         |     |                   |     |
|---------|-----|-------------------|-----|
| 구분      | 확인  | 구분                | 확인  |
| 1) 식사하기 | ①②③ | 3) 양치질하기(틀니관리)    | ①②③ |
| 2) 세수하기 | ①②③ | 4) 화장실(이동변기) 사용하기 | ①②③ |

마. 인지 및 행동증상

|         |                                                                                                                                                                                                                                      |                             |                                 |                                |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| 1) 인지기능 | <input type="checkbox"/> 양호<br><input type="checkbox"/> 기억력 저하([ ]단기, [ ]장기) <input type="checkbox"/> 지남력 저하([ ]시간, [ ]장소, [ ]사람)<br><input type="checkbox"/> 판단력 저하 <input type="checkbox"/> 이해력 저하 <input type="checkbox"/> 주의력 저하 |                             |                                 |                                |
|         | 2) 행동증상<br><input type="checkbox"/> 없음<br><input type="checkbox"/> 있음( )                                                                                                                                                             |                             |                                 |                                |
| 바. 동거인  | <input type="checkbox"/> 독거                                                                                                                                                                                                          |                             |                                 |                                |
|         | <input type="checkbox"/> 배우자                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 자녀 | <input type="checkbox"/> 며느리·사위 | <input type="checkbox"/> 형제·자매 |
|         | <input type="checkbox"/> 손자녀                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 부모 | <input type="checkbox"/> 친척     | <input type="checkbox"/> 기타( ) |

**3. 수급자의 심신상태 및 환경변화**

※ 직전 방문상태와 비교하여 작성

|              |            |                          |                          |                          |                 |
|--------------|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|
| 심신상태 구분      |            | 유지                       | 악화                       | 호전                       | 판단근거(구체적 변화 내용) |
| 가. 식사 및 영양상태 |            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |
| 나. 신체상태      | 가) 보행      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |
|              | 나) 신체기능    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |
| 다. 일상생활 기능   | 다) 배뇨·배변기능 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |
|              | 가) 위생관리    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |
|              | 나) 일상생활수행  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |
| 라. 인지기능      |            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |
| 마. 행동증상      |            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |
| 바. 가족 및 생활환경 |            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |
| 사. 기타 및 종합의견 |            |                          |                          |                          |                 |

**4. 급여제공 계획 및 내용 확인**

※ 가산이 적용되는 급여관리 업무(통합재가서비스 포함) 수행 시 필수 작성

|      |      |      |                                                             |         |        |
|------|------|------|-------------------------------------------------------------|---------|--------|
| 급여종류 | 제공계획 |      | 계획에 따른 급여제공 확인내용                                            |         |        |
|      | 필요영역 | 필요내용 | 필요내용 제공여부                                                   | 제공 확인내용 | 미제공 사유 |
| 방문요양 |      |      | <input type="checkbox"/> 제공<br><input type="checkbox"/> 미제공 |         |        |
| 방문목욕 |      |      | <input type="checkbox"/> 제공<br><input type="checkbox"/> 미제공 |         |        |
| 방문간호 |      |      | <input type="checkbox"/> 제공<br><input type="checkbox"/> 미제공 |         |        |

**5. 인지활동형 프로그램 제공 계획 및 내용 확인**

※ 인지활동형 프로그램관리자만 필수 작성

|            |      |                                                             |         |        |         |
|------------|------|-------------------------------------------------------------|---------|--------|---------|
| 인지활동형 프로그램 | 제공계획 | 계획에 따른 급여제공 확인내용                                            |         |        | 향후 제공계획 |
|            |      | 필요내용 제공여부                                                   | 제공 확인내용 | 미제공 사유 |         |
| 인지자극활동     |      | <input type="checkbox"/> 제공<br><input type="checkbox"/> 미제공 |         |        |         |
| 일상생활 함께하기  |      | <input type="checkbox"/> 제공<br><input type="checkbox"/> 미제공 |         |        |         |

**6. 수급자(보호자) 상담**

※ 월 중 1회 통합상담한 경우, 각 급여종류별 상담내용 모두 기재

**7. 향후계획 및 기타사항**

※ 통합재가서비스 제공기관은 유의사항 및 세부계획에 급여종류별 조치계획 등 작성

|                     |                                                                                       |               |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 수급자 욕구 확인           | <input type="checkbox"/> 서비스 욕구 변화 있음 <input type="checkbox"/> 변화 없음                  |               |
|                     | <input type="checkbox"/> 수급자 심신상태 등 변화 있음                                             |               |
| 급여제공계획 재작성 여부       | <input type="checkbox"/> 급여제공계획 유지<br><input type="checkbox"/> 욕구조사 재실시 및 급여제공계획서 재작성 |               |
| 급여제공 관련 유의사항 및 세부계획 |                                                                                       |               |
| 수급자(보호자) 성명 (서명)    |                                                                                       | 급여제공자 성명 (서명) |

## 작성요령

## 1. 기본정보

- 수급자: 수급자 성명, 장기요양인정번호, 장기요양등급을 적습니다.
- 방문정보: 방문일시, 방문장소 및 급여제공 중 방문여부를 작성합니다.
- 방문불가 사유: 수급자의 가정에 방문하지 못한 경우, 그 사유에 √표를 하고 내용(사망일시, 입원일시, 급여제공 종료일자 등 상세내용)을 작성합니다.
- 방문(확인)자 성명: 수급자의 가정에 방문한 기관 종사자(방문이 불가한 경우는 확인자)의 성명을 작성하고 서명합니다.
- 시설장(관리책임자) 성명: 해당 급여종류의 시설장(관리책임자)의 성명을 작성하고 서명합니다.

## 2. 욕구조사

- 보유질환, 영양상태, 신체상태, 일상생활기능, 인지 및 행동증상은 최근 1개월간의 상태를 종합하여 작성합니다.
- 동거인은 방문 당시를 기준으로 작성합니다.

## 3. 수급자의 심신상태 및 환경변화

- 직전 방문상태와 비교하여 최근 수급자의 상태 변화를 유지, 악화, 호전으로 평가하고 판단근거에 구체적 변화 내용을 작성합니다.

## 4. 급여제공 계획 및 내용 확인

- 고시 제57조에 따른 급여관리 업무 수행자는 가산을 적용받고자 하는 급여종류별 매월 1회 이상 급여제공 시간 중에 수급자의 가정을 방문하여 사전 수립된 계획 대비 해당 월에 제공된 급여 확인 내용을 작성합니다.
- 급여제공자(요양보호사 등) 및 수급자(보호자)와 면담을 통해 급여제공계획서에 따라 제공한 내용을 확인하고 작성합니다.
- 필요영역, 필요내용: 급여제공계획서의 내용에 따라 수급자에게 제공되는 급여의 필요영역과 필요내용을 작성합니다.
- 필요내용 제공여부: 필요영역과 필요내용에 따른 제공 또는 미제공 여부를 확인하여 √표 합니다.
- 제공 확인내용: 계획서에 따라 제공된 경우 제공한 내용을 확인하여 그 내용을 작성합니다.
- 미제공 사유: 계획서의 필요영역과 필요내용을 제공하지 않은 경우 작성합니다.

## 5. 인지활동형 프로그램 제공 계획 및 내용 확인

- 프로그램 관리자가 전월 수립한 프로그램 제공계획에 따라 실제 제공한 내용을 요양보호사 및 수급자(보호자)와 면담을 통해 확인하고 작성합니다.
- 제공계획: 프로그램 관리자가 전월에 수립한 인지자극활동 및 일상생활 함께하기 활동계획을 작성합니다.
- 필요내용 제공여부: 전월에 수립한 계획의 제공 또는 미제공 여부를 확인하여 √표 합니다.
- 제공 확인내용: 계획에 따라 제공한 경우 제공 내용을 확인하여 작성합니다.
- 미제공 사유: 계획에 따라 제공하지 않은 경우 그 사유를 작성합니다.
- 향후 제공계획: 수급자의 특성, 욕구, 기능상태를 종합적으로 고려하여 프로그램 제공계획을 수립합니다.

## 6. 수급자(보호자) 상담

- 방문 시 수급자의 특성, 급여제공에 대한 수급자(보호자)의 의견 및 급여제공과 관련한 안내사항 등을 작성하되, 월 중 1회 방문하여 통합상담한 경우에는 각 급여종류별 수행한 상담내용을 모두 기재합니다.

## 7. 향후계획 및 기타사항

- 수급자 욕구 확인: 상담을 통해 수급자의 욕구 및 심신상태 변화 여부를 확인하여 √표 합니다.
- 급여제공계획 재작성 여부: 급여제공계획서의 재작성 여부를 판단하여 √표 합니다.
- 급여제공 관련 유의사항 및 세부계획: 적정 서비스 제공을 위해 필요한 내용, 계획 등 추가 기재가 필요한 경우 내용을 작성합니다.
  - ※ 통합재가서비스를 이용하는 수급자인 경우에는, 해당 칸에 수급자의 욕구와 기능 상태에 따라 재가급여를 통합하여 적절하게 제공되고 있는지 확인하고, 계획변경 세부내용이나 조치계획에 대해 작성합니다.  
(예시: 통합재가서비스 제공계획(급여종류별 급여내용)변경, 사례관리 회의 실시, 지역사회자원연계 등)

## 유의사항

- 본 서식은 방문요양급여를 포함한 가정방문급여 기관의 사회복지사, 간호(조무)사, 팀장급 요양보호사의 급여관리 업무수행 및 방문요양 인지활동형 프로그램관리자 업무수행을 위한 서식입니다.
- 본 서식은 참고용 서식이나 서식에서 제시하고 있는 내용을 포함하여야 합니다.
- 작성란이 부족한 경우에는 다른 장에 이어서 작성합니다.

## 주야간보호기관 인지활동형 프로그램관리자 업무수행 일지

( )년 ( )월

## 1. 기본정보

|      |       |               |      |
|------|-------|---------------|------|
| 수급자  | 성명    | 장기요양인정번호      |      |
|      |       | 장기요양등급        |      |
| 작성일자 | 년 월 일 | 작성자 성명        | (서명) |
|      |       | 시설장(관리책임자) 성명 | (서명) |

## 2. 욕구조사

|         |                                                                        |                                                                                                                                        |                                                 |                             |
|---------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------|
| 가. 보유질환 | <input type="checkbox"/> 없음                                            |                                                                                                                                        |                                                 |                             |
|         | <input type="checkbox"/> 있음( )                                         |                                                                                                                                        |                                                 |                             |
| 나. 영양상태 | <input type="checkbox"/> 양호                                            |                                                                                                                                        |                                                 |                             |
|         | <input type="checkbox"/> 불량                                            | [ ] 식욕부진 [ ] 체중감소 [ ] 체중과다<br>[ ] 기타( )                                                                                                |                                                 |                             |
| 다. 신체상태 |                                                                        |                                                                                                                                        |                                                 |                             |
| 1) 보행상태 | <input type="checkbox"/> 자립보행 가능                                       |                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 보장구를 사용하여 자립보행 가능      |                             |
|         | <input type="checkbox"/> 부축해주면 보행 가능<br><input type="checkbox"/> 보행 불가 |                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 보장구를 사용하여 부축을 받아 보행 가능 |                             |
| 2) 신체기능 | 바닥에 앉은 상태에서 일어시기                                                       | <input type="checkbox"/> 혼자수행 <input type="checkbox"/> 지시(준비)도움 <input type="checkbox"/> 직접(부축)도움 <input type="checkbox"/> 전혀 수행할 수 없음 |                                                 |                             |
|         | 누운 상태에서 몸 일으켜 앉기                                                       | <input type="checkbox"/> 혼자수행 <input type="checkbox"/> 지시(준비)도움 <input type="checkbox"/> 직접(부축)도움 <input type="checkbox"/> 전혀 수행할 수 없음 |                                                 |                             |
| 3) 배뇨기능 | <input type="checkbox"/> 양호                                            | <input type="checkbox"/> 요실금                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 배뇨곤란(배뇨 시 통증, 배뇨지연 등)  |                             |
|         | <input type="checkbox"/> 요의 느끼지 못함                                     | <input type="checkbox"/> 기타( )                                                                                                         |                                                 |                             |
| 4) 배변기능 | <input type="checkbox"/> 양호                                            | <input type="checkbox"/> 변실금                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 잦은 설사                  | <input type="checkbox"/> 변비 |
|         | <input type="checkbox"/> 변의 느끼지 못함                                     | <input type="checkbox"/> 기타( )                                                                                                         |                                                 |                             |

라. 일상생활기능 ※ ① 혼자 할 수 있음, ② 지시(준비)도움, ③ 직접(부축)도움, ④ 전혀 수행할 수 없음

| 구분      | 확인      | 구분                | 확인      |
|---------|---------|-------------------|---------|
| 1) 식사하기 | ① ① ② ③ | 3) 양치질하기(틀니관리)    | ① ① ② ③ |
| 2) 세수하기 | ① ① ② ③ | 4) 화장실(이동변기) 사용하기 | ① ① ② ③ |

## 마. 인지 및 행동증상

|         |                                                                                                    |                             |                                                                |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 1) 인지기능 | <input type="checkbox"/> 양호                                                                        |                             |                                                                |
|         | <input type="checkbox"/> 기억력 저하([ ]단기, [ ]장기) <input type="checkbox"/> 지남력 저하([ ]시간, [ ]장소, [ ]사람) |                             |                                                                |
| 2) 행동증상 | <input type="checkbox"/> 판단력 저하 <input type="checkbox"/> 이해력 저하 <input type="checkbox"/> 주의력 저하    |                             |                                                                |
|         | <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음( )                                         |                             |                                                                |
| 바. 동거인  | <input type="checkbox"/> 독거                                                                        |                             |                                                                |
|         | <input type="checkbox"/> 배우자                                                                       | <input type="checkbox"/> 자녀 | <input type="checkbox"/> 며느리·사위 <input type="checkbox"/> 형제·자매 |
|         | <input type="checkbox"/> 손자녀                                                                       | <input type="checkbox"/> 부모 | <input type="checkbox"/> 친척 <input type="checkbox"/> 기타( )     |

**3. 수급자의 심신상태 및 환경변화**

※ 직전 상담내용과 비교하여 작성

| 심신상태 구분      |            | 유지                       | 악화                       | 호전                       | 판단근거(구체적 변화 내용) |
|--------------|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|
| 가. 식사 및 영양상태 |            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |
| 나. 신체상태      | 가) 보행      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |
|              | 나) 신체기능    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |
| 다. 일상생활 기능   | 다) 배뇨·배변기능 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |
|              | 가) 위생관리    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |
| 라. 인지기능      | 나) 일상생활수행  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |
| 마. 행동증상      |            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |
| 바. 가족 및 생활환경 |            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |
| 사. 기타 및 종합의견 |            |                          |                          |                          |                 |

**4. 급여제공 계획 및 내용 확인**

※ 주야간보호형 통합재가서비스 제공기관만 급여관리 업무로 필수 작성

| 구분    | 제공계획       |      | 계획에 따른 급여제공 확인내용                                            |         |        |
|-------|------------|------|-------------------------------------------------------------|---------|--------|
|       | 필요내용       | 제공방법 | 필요내용 제공여부                                                   | 제공 확인내용 | 미제공 사유 |
| 주야간보호 | 신체기능 프로그램  |      | <input type="checkbox"/> 제공<br><input type="checkbox"/> 미제공 |         |        |
|       | 인지기능 프로그램  |      | <input type="checkbox"/> 제공<br><input type="checkbox"/> 미제공 |         |        |
|       | 사회적응 프로그램  |      | <input type="checkbox"/> 제공<br><input type="checkbox"/> 미제공 |         |        |
|       | 방문요양·목욕·간호 |      | <input type="checkbox"/> 제공<br><input type="checkbox"/> 미제공 |         |        |

**5. 인지활동형 프로그램 제공 계획 및 내용 확인**

※ 인지활동형 프로그램관리자만 필수 작성

| 인지활동형 프로그램 | 제공계획 | 계획에 따른 급여제공 확인내용                                            |         |        | 향후 제공계획 |
|------------|------|-------------------------------------------------------------|---------|--------|---------|
|            |      | 필요내용 제공여부                                                   | 제공 확인내용 | 미제공 사유 |         |
| 인지자극활동     |      | <input type="checkbox"/> 제공<br><input type="checkbox"/> 미제공 |         |        |         |
| 일상생활 함께하기  |      | <input type="checkbox"/> 제공<br><input type="checkbox"/> 미제공 |         |        |         |

**6. 수급자(보호자) 상담**

※ 월 중 1회 통합상담한 경우, 각 급여종류별 상담내용 모두 기재

| 일시 | 년 월 일( : )                                                                                                                                  | 상담대상자 성명 | ( ) |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|
| 방법 | <input type="checkbox"/> 방문 <input type="checkbox"/> 내방 <input type="checkbox"/> 전화 <input type="checkbox"/> 문자 <input type="checkbox"/> 기타 | 및 관계     |     |
| 내용 |                                                                                                                                             |          |     |

**7. 향후계획 및 기타사항**

※ 통합재가서비스 제공기관은 유의사항 및 세부계획에 급여종류별 조치계획 등 작성

|                     |                                                                                                                                     |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 수급자 욕구 및 상태 변화      | <input type="checkbox"/> 서비스 욕구 변화 있음 <input type="checkbox"/> 변화 없음                                                                |
| 급여제공계획 재작성 여부       | <input type="checkbox"/> 수급자 심신상태 등 변화 있음<br><input type="checkbox"/> 급여제공계획 유지<br><input type="checkbox"/> 욕구조사 재 실시 및 급여제공계획서 재작성 |
| 급여제공 관련 유의사항 및 세부계획 |                                                                                                                                     |

**작성요령**

## 1. 기본정보

- 수급자: 수급자 성명, 장기요양인정번호, 장기요양등급을 적습니다.
- 작성일자: 업무수행일지를 작성한 날을 기재합니다.
- 작성자 성명: 프로그램 관리자 또는 급여관리 업무 수행자의 성명을 작성하고 서명합니다.
- 시설장(관리책임자) 성명: 시설장(관리책임자)의 성명을 작성하고 서명합니다.

## 2. 욕구조사

- 보유질환, 영양상태, 신체상태, 일상생활 기능 등은 최근 1개월간의 상태를 종합하여 작성합니다.

## 3. 수급자의 심신상태 및 환경변화

- 이전 상태와 비교하여 최근 수급자의 상태 변화를 유지, 악화, 호전으로 평가하고 판단근거에 구체적 변화 내용을 작성합니다.

## 4. 급여제공 계획 및 내용 확인

- 통합재가서비스 제공기관의 사회복지사, 간호(조무)사는 전월 급여제공 전에 작성된 제공계획에 따라 수급자에게 제공되는 급여의 필요내용과 제공방법을 작성하고, 면담을 통해 제공 결과를 확인하고 작성합니다.(통합재가서비스를 이용하는 수급자의 급여종류별 해당 내용을 모두 작성)

| 구분       | 필요내용(예시)                                                      | 제공방법(예시)                             |
|----------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 신체기능프로그램 | 신체기능 회복 및 유연성 증진, 근력유지를 위한 운동, 관절구축 및 기능저하 예방 훈련, 심신이완 및 긴장완화 | 맨손체조, 세라밴드 운동, 매트체조, 아로마 마사지 등       |
| 인지기능프로그램 | 반복훈련으로 지남력 악화 방지, 과거 회상으로 기억력 향상 도모, 감각자극 통한 문제행동 조절 등        | 기억력 향상 워크북, 회상활동, 수공예활동, 규칙 게임 등     |
| 사회적응프로그램 | 사회적 소속감 증대를 위한 지역사회 연계 활동 등                                   | 마을 산책, 동네 장보기 체험, 생일잔치, 지역사회 행사 참여 등 |

- 필요내용 제공여부: 급여제공 후, 필요내용의 제공 또는 미제공 여부를 확인하여 √표 합니다.

- 제공 확인내용: 계획에 따라 제공된 경우 제공한 내용을 확인하여 그 내용을 작성합니다.

- 미제공 사유: 계획에 따라 제공하지 않은 경우 그 사유를 작성합니다.

## 5. 인지활동형 프로그램 제공 계획 및 내용 확인

- 프로그램관리자가 전월 수립한 프로그램 계획에 따라 제공한 내용을 확인하고 요양보호사 및 수급자 면담을 통해 작성합니다.
- 제공계획: 프로그램 관리자 전월에 수립한 인지자극활동 및 일상생활 함께하기 활동계획을 작성합니다.
- 필요내용 제공여부: 전월에 수립한 계획의 제공 또는 미제공 여부를 확인하여 √표 합니다.
- 제공 확인내용: 계획에 따라 제공한 경우 제공 내용을 확인하여 작성합니다.
- 미제공 사유: 계획에 따라 제공하지 않은 경우 그 사유를 작성합니다.
- 향후 제공계획: 수급자의 특성, 욕구, 기능상태를 종합적으로 고려하여 프로그램 제공계획을 수립합니다.

## 6. 수급자(보호자) 상담

- 일시와 상담방법(전화, 내방 등), 급여제공에 대한 수급자(보호자) 요구사항, 특이사항 등의 의견 및 급여제공과 관련한 안내한 사항 등을 작성합니다.

## 7. 향후계획 및 기타사항

- 수급자 욕구 확인: 상담을 통해 수급자의 욕구 및 심신상태 변화 여부를 확인하여 √표 합니다.
- 급여제공계획 재작성 여부: 급여제공계획서의 재작성 여부를 판단하여 √표 합니다.
- 급여제공계획 재작성 여부: 급여제공계획서의 재작성 여부를 판단하여 √표 합니다.
- 급여제공 관련 유의사항 및 세부계획: 적정 서비스 제공을 위해 필요한 내용, 계획 등 추가 기재가 필요한 경우 내용을 작성합니다.
- ※ 통합재가서비스를 이용하는 수급자의 경우에는, 해당 칸에 수급자의 욕구와 기능 상태에 따라 재가급여를 통합하여 적절하게 제공되고 있는지 확인하고, 가산을 적용받고자 하는 급여종류별 계획변경 세부 내용이나 조치계획에 대해 구분하여 각각 작성합니다.
- (예시: 통합재가서비스 제공계획(급여종류별 급여내용) 변경, 사례관리 회의 실시, 지역사회자원연계 등)

**유의사항**

- 본 서식은 주야간보호 인지활동형 프로그램관리자의 업무수행을 위한 서식입니다.
- 다만, 통합재가서비스 제공기관이 주야간보호를 월 10일 이상 이용하는 수급자에 대하여 사회복지사, 간호(조무)사가 본 서식을 별도 작성하는 경우 고시 제57조에 따른 급여관리 업무로 인정됩니다.(통합재가 서비스를 제공하는 주야간보호 내 치매전담실은 별지 제24호의3 서식에 급여관리 업무내용 함께 작성)
- 본 서식은 참고용 서식이나 서식에서 제시하고 있는 내용을 포함하여야 합니다.
- 작성란이 부족한 경우에는 다른 장에 이어서 작성합니다.

# 치매전담형 기관 프로그램관리자 업무수행 일지 ( )년 ( )월

## 1. 기본정보

|      |       |               |      |
|------|-------|---------------|------|
| 수급자  | 성명    | 장기요양인정번호      |      |
|      |       | 장기요양등급        |      |
| 작성일자 | 년 월 일 | 작성자 성명        | (서명) |
|      |       | 시설장(관리책임자) 성명 | (서명) |

## 2. 욕구조사

|         |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                        |                                                |                             |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------|
| 가. 보유질환 | <input type="checkbox"/> 없음                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                        |                                                |                             |
|         | <input type="checkbox"/> 있음( )                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                        |                                                |                             |
| 나. 영양상태 | <input type="checkbox"/> 양호                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                        |                                                |                             |
|         | <input type="checkbox"/> 불량                                                                                                                                                                           | [ ] 식욕부진 [ ] 체중감소 [ ] 체중과다<br>[ ] 기타( )                                                                                                |                                                |                             |
| 다. 신체상태 |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                        |                                                |                             |
| 1) 보행상태 | <input type="checkbox"/> 자립보행 가능 <input type="checkbox"/> 보장구를 사용하여 자립보행 가능<br><input type="checkbox"/> 부축해주면 보행 가능 <input type="checkbox"/> 보장구를 사용하여 부축을 받아 보행 가능<br><input type="checkbox"/> 보행 불가 |                                                                                                                                        |                                                |                             |
|         | 바닥에 앉은 상태에서 일어서기                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 혼자수행 <input type="checkbox"/> 지시(준비)도움 <input type="checkbox"/> 직접(부축)도움 <input type="checkbox"/> 전혀 수행할 수 없음 |                                                |                             |
|         |                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 혼자수행 <input type="checkbox"/> 지시(준비)도움 <input type="checkbox"/> 직접(부축)도움 <input type="checkbox"/> 전혀 수행할 수 없음 |                                                |                             |
| 2) 신체기능 | 누운 상태에서 몸 일으켜 앉기                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 혼자수행 <input type="checkbox"/> 지시(준비)도움 <input type="checkbox"/> 직접(부축)도움 <input type="checkbox"/> 전혀 수행할 수 없음 |                                                |                             |
|         |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                        |                                                |                             |
| 3) 배뇨기능 | <input type="checkbox"/> 양호                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 요실금                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 배뇨곤란(배뇨 시 통증, 배뇨지연 등) |                             |
|         | <input type="checkbox"/> 요의 느끼지 못함                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 기타( )                 |                             |
| 4) 배변기능 | <input type="checkbox"/> 양호                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 변실금                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 잦은 설사                 | <input type="checkbox"/> 변비 |
|         | <input type="checkbox"/> 변의 느끼지 못함                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 기타( )                 |                             |

라. 일상생활기능 ※ ① 혼자 할 수 있음, ② 지시(준비)도움, ③ 직접(부축)도움, ④ 전혀 수행할 수 없음

| 구분      | 확인      | 구분                | 확인      |
|---------|---------|-------------------|---------|
| 1) 식사하기 | ① ① ② ③ | 3) 양치질하기(틀니관리)    | ① ① ② ③ |
| 2) 세수하기 | ① ① ② ③ | 4) 화장실(이동변기) 사용하기 | ① ① ② ③ |

마. 인지 및 행동증상

|         |                                               |                             |                                                                 |
|---------|-----------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 1) 인지기능 | <input type="checkbox"/> 양호                   |                             |                                                                 |
|         | <input type="checkbox"/> 기억력 저하([ ]단기, [ ]장기) |                             | <input type="checkbox"/> 지남력 저하([ ]시간, [ ]장소, [ ]사람)            |
|         | <input type="checkbox"/> 판단력 저하               |                             | <input type="checkbox"/> 이해력 저하 <input type="checkbox"/> 주의력 저하 |
| 2) 행동증상 | <input type="checkbox"/> 없음                   |                             |                                                                 |
|         | <input type="checkbox"/> 있음( )                |                             |                                                                 |
| 바. 동거인  | <input type="checkbox"/> 독거                   |                             |                                                                 |
|         | <input type="checkbox"/> 배우자                  | <input type="checkbox"/> 자녀 | <input type="checkbox"/> 며느리·사위 <input type="checkbox"/> 형제·자매  |
|         | <input type="checkbox"/> 손자녀                  | <input type="checkbox"/> 부모 | <input type="checkbox"/> 친척 <input type="checkbox"/> 기타( )      |

## 3. 수급자의 심신상태 및 환경변화

※ 직전 상담내용과 비교하여 작성

| 심신상태 구분      |            | 유지                       | 악화                       | 호전                       | 판단근거(구체적 변화 내용) |
|--------------|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|
| 가. 식사 및 영양상태 |            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |
|              | 가) 보행      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |
|              | 나) 신체기능    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |
| 나. 신체상태      | 다) 배뇨·배변기능 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |
|              | 다. 일상생활 기능 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |
|              | 가) 위생관리    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |
| 다. 일상생활 기능   | 나) 일상생활수행  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |
|              | 라. 인지기능    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |
|              | 마. 행동증상    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |
| 바. 가족 및 생활환경 |            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |
| 사. 기타 및 종합의견 |            |                          |                          |                          |                 |

## 4. 프로그램 제공 계획 및 내용 확인

| 구분     | 제공계획 |      | 계획에 따른 급여제공 확인내용                                            |        |               |            |
|--------|------|------|-------------------------------------------------------------|--------|---------------|------------|
|        | 필요내용 | 제공방법 | 필요내용 제공여부                                                   | 미제공 사유 | 수급자 반응 및 특이사항 | 요양보호사 모니터링 |
| 기본프로그램 |      |      | <input type="checkbox"/> 제공<br><input type="checkbox"/> 미제공 |        |               |            |
| 집단프로그램 |      |      | <input type="checkbox"/> 제공<br><input type="checkbox"/> 미제공 |        |               |            |

## 5. 프로그램 제공 일정

| 프로그램명    | 월 | 화 | 수 | 목 | 금 | 토 | 일 |
|----------|---|---|---|---|---|---|---|
| 1주 기본 집단 |   |   |   |   |   |   |   |
| 2주 기본 집단 |   |   |   |   |   |   |   |
| 3주 기본 집단 |   |   |   |   |   |   |   |
| 4주 기본 집단 |   |   |   |   |   |   |   |
| 5주 기본 집단 |   |   |   |   |   |   |   |

## 6. 수급자(보호자) 상담

※ 월 중 1회 통합상담한 경우 각 급여종류별 상담내용 모두 기재

|    |                                                                                                                                             |          |     |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|
| 일시 | 년 월 일( : )                                                                                                                                  | 상담대상자 성명 | ( ) |
| 방법 | <input type="checkbox"/> 방문 <input type="checkbox"/> 내방 <input type="checkbox"/> 전화 <input type="checkbox"/> 문자 <input type="checkbox"/> 기타 | 및 관계     |     |
| 내용 |                                                                                                                                             |          |     |

## 7. 향후계획 및 기타사항

※ 통합재가서비스 제공기관은 유의사항 및 세부계획에 급여종류별 조치계획 등 작성

|                     |                                                                                     |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 수급자 욕구 및 상태 변화      | <input type="checkbox"/> 서비스 욕구 변화 있음 <input type="checkbox"/> 변화 없음                |
| 급여제공계획 재작성 여부       | <input type="checkbox"/> 급여제공계획 유지 <input type="checkbox"/> 욕구조사 재 실시 및 급여제공계획서 재작성 |
| 급여제공 관련 유의사항 및 세부계획 |                                                                                     |

**작성요령**

## 1. 기본정보

- 수급자: 수급자 성명, 장기요양인정번호, 장기요양등급을 적습니다.
- 작성일자: 업무수행일지를 작성한 날을 기재합니다.
- 작성자 성명: 프로그램 관리자 또는 급여관리 업무 수행자의 성명을 작성하고 서명합니다.
- 시설장(관리책임자) 성명: 시설장(관리책임자)의 성명을 작성하고 서명합니다.

## 2. 욕구조사

- 보유질환, 영양상태, 신체상태, 일상생활 기능 등은 최근 1개월간의 상태를 종합하여 작성합니다.

## 3. 수급자의 심신상태 및 환경변화

- 이전 상태와 비교하여 최근 수급자의 상태 변화를 유지, 악화, 호전으로 평가하고 판단근거에 구체적 변화 내용을 작성합니다.

## 4. 프로그램 제공 계획 및 내용 확인

- 면담을 통해 급여제공 전 작성된 프로그램 제공계획에 따라 제공한 내용을 확인하고 작성합니다.
- 필요내용, 제공방법: 전월 급여제공계획에 따라 수급자에게 제공되는 급여의 필요내용과 제공방법을 작성합니다.

## 1) 기본 프로그램은 현실인식훈련(개인정보, 지남력훈련 등), 운동요법 등을 매일 제공

## ▪ 작성예시

(필요내용) 반복적인 훈련으로 지남력 악화 방지, 일상생활활동 유지 등  
(제공방법) 워크북 등 활용하여 개인정보, 지남력 훈련 등

## 2) 집단 프로그램은 음악활동, 인지자극훈련 등을 매일 제공하되, 매주 5일 이상 전문가(프로그램관리자, 외부강사, 관련자격 소지자)에 의해 제공

## ▪ 작성예시

(필요내용) 전문적이고 다양한 활동으로 신체·인지기능 유지·증진 등  
(제공방법) 음악활동(민요 따라하기, 악기연주, 옛날노래, 국악가락 등을 활용한 회상활동 등), 회상활동, 인지자극훈련

- 필요내용 제공여부: 급여제공 후, 필요내용의 제공 또는 미제공 여부를 확인하여 √표 합니다.
- 미제공 사유: 계획에 따라 제공하지 않은 경우 그 사유를 작성합니다.
- 수급자 반응 및 특이사항: 매일 수급자의 수행정도, 상태변화 등 종합적인 평가에 대해 작성합니다.
- 요양보호사 모니터링: 프로그램 제공시 문제점, 조치사항 등 요양보호사에 대한 내용을 작성합니다.

## 5. 프로그램 제공 일정

- 매월 달력의 제공일자별로 기본, 집단 프로그램에 대한 구체적인 프로그램명을 기재합니다.

## 6. 수급자(보호자) 상담

- 일시와 상담방법(전화, 내방 등), 급여제공에 대한 수급자(보호자) 요구사항, 특이사항 등의 의견 및 급여 제공 관련 안내한 사항 등을 작성합니다.

## 7. 향후계획 및 기타사항

- 수급자 욕구 확인: 상담을 통해 수급자의 욕구 및 심신상태 변화 여부를 확인하여 √표 합니다.
- 급여제공계획 재작성 여부: 급여제공계획서의 재작성 여부를 판단하여 √표 합니다.
- 급여제공계획 재작성 여부: 급여제공계획서의 재작성 여부를 판단하여 √표 합니다.
- 급여제공 관련 유의사항 및 세부계획: 적정 서비스 제공을 위해 필요한 내용, 계획 등 추가 기재가 필요한 경우 내용을 작성합니다.

※ 통합재가서비스를 이용하는 수급자의 경우에는, 해당 칸에 수급자의 욕구와 기능 상태에 따라 재가급여를 통합하여 적절하게 제공되고 있는지 확인하고, 가산을 적용받고자 하는 급여종류별 계획변경 세부내용이나 조치계획에 대해 구분하여 각각 작성합니다.

(예시: 통합재가서비스 제공계획(급여종류별 급여내용)변경, 사례관리 회의 실시, 지역사회자원연계 등)

**유의사항**

1. 본 서식은 치매전담형 기관의 프로그램관리자 업무수행을 위한 서식입니다.
2. 다만, 통합재가서비스 제공기관이 주야간보호 내 치매전담실을 월 10일 이상 이용하는 수급자에 대하여 사회복지사, 간호(조무)사가 본 서식을 별도 작성하는 경우 고시 제57조에 따른 급여관리 업무로 인정됩니다.
3. 본 서식은 참고용 서식이나 서식에서 제시하고 있는 내용을 포함하여야 합니다.
4. 작성란이 부족한 경우에는 다른 장에 이어서 작성합니다.

**[별지 제25호서식]****교육시간 관리 대장**

|   |        |  |        |           |
|---|--------|--|--------|-----------|
| 1 | 교육일자   |  | 교육시간   | : ~ : ( ) |
|   | 교육명    |  | 교육장소   |           |
|   | 주요내용   |  | 주관처    |           |
|   | 종사자 성명 |  | 종사자 직종 |           |
|   | 근거     |  | 비고     |           |

|   |        |  |        |           |
|---|--------|--|--------|-----------|
| 2 | 교육일자   |  | 교육시간   | : ~ : ( ) |
|   | 교육명    |  | 교육장소   |           |
|   | 주요내용   |  | 주관처    |           |
|   | 종사자 성명 |  | 종사자 직종 |           |
|   | 근거     |  | 비고     |           |

|   |        |  |        |           |
|---|--------|--|--------|-----------|
| 3 | 교육일자   |  | 교육시간   | : ~ : ( ) |
|   | 교육명    |  | 교육장소   |           |
|   | 주요내용   |  | 주관처    |           |
|   | 종사자 성명 |  | 종사자 직종 |           |
|   | 근거     |  | 비고     |           |

|   |        |  |        |           |
|---|--------|--|--------|-----------|
| 4 | 교육일자   |  | 교육시간   | : ~ : ( ) |
|   | 교육명    |  | 교육장소   |           |
|   | 주요내용   |  | 주관처    |           |
|   | 종사자 성명 |  | 종사자 직종 |           |
|   | 근거     |  | 비고     |           |

본 서식은 참고용 서식이나 서식에서 제시하고 있는 내용을 포함하여야 합니다.  
‘근거’란에는 외부기관의 교육참여요청 문서번호 등을 기재하거나 이수증 등을 구비합니다.

(앞쪽)

|                                 |  |      |  |
|---------------------------------|--|------|--|
| 해외연수 결과 보고서                     |  |      |  |
| 기관명                             |  | 기관기호 |  |
| 해외연수<br>대상자(직종)                 |  |      |  |
| 연수국가                            |  |      |  |
| 연수기간                            |  |      |  |
| 연수목적<br>(구체적으로 작성)              |  |      |  |
| 연수결과<br>(증빙자료 첨부:<br>항공권, 사진 등) |  |      |  |

(뒤쪽)

|         |    |     |     |      |    |
|---------|----|-----|-----|------|----|
| 해외연수 일정 |    |     |     |      |    |
| 일자      | 시간 | 출발지 | 도착지 | 연수내용 | 비고 |
|         |    |     |     |      |    |
|         |    |     |     |      |    |
|         |    |     |     |      |    |
|         |    |     |     |      |    |
|         |    |     |     |      |    |
|         |    |     |     |      |    |
|         |    |     |     |      |    |
|         |    |     |     |      |    |
|         |    |     |     |      |    |
|         |    |     |     |      |    |
|         |    |     |     |      |    |
|         |    |     |     |      |    |
|         |    |     |     |      |    |

| 프로그램 운영 기록지  |     |     |       |   |     |              |                     |     |         |   |           |  |
|--------------|-----|-----|-------|---|-----|--------------|---------------------|-----|---------|---|-----------|--|
| 프로그램명        |     |     |       |   |     | 장소           |                     |     |         |   |           |  |
| 일시           |     |     | 년 월 일 |   |     | 시 분 ~        |                     |     | 시 분     |   |           |  |
| 진행자          |     |     |       |   |     | 참여자/현원 (참여율) |                     |     | / 명( %) |   |           |  |
| 준비물          |     |     |       |   |     |              |                     |     |         |   |           |  |
| 프로그램<br>진행과정 |     |     |       |   |     |              |                     |     |         |   |           |  |
| 전반적 평가       |     |     |       |   |     |              |                     |     |         |   |           |  |
| 수급자별 프로그램 평가 |     |     |       |   |     |              |                     |     |         |   |           |  |
| 연번           | 성 명 | 참여도 |       |   | 만족도 |              |                     | 수행도 |         |   | 반응 및 특이사항 |  |
|              |     | 상   | 중     | 하 | 상   | 중            | 하                   | 상   | 중       | 하 |           |  |
|              |     |     |       |   |     |              |                     |     |         |   |           |  |
|              |     |     |       |   |     |              |                     |     |         |   |           |  |
|              |     |     |       |   |     |              |                     |     |         |   |           |  |
|              |     |     |       |   |     |              |                     |     |         |   |           |  |
|              |     |     |       |   |     |              |                     |     |         |   |           |  |
|              |     |     |       |   |     |              |                     |     |         |   |           |  |
|              |     |     |       |   |     |              |                     |     |         |   |           |  |
|              |     |     |       |   |     |              |                     |     |         |   |           |  |
|              |     |     |       |   |     |              |                     |     |         |   |           |  |
|              |     |     |       |   |     |              |                     |     |         |   |           |  |
| 작성자 성명(인)    |     |     |       |   |     |              | 시설장(관리책임자)<br>성명(인) |     |         |   |           |  |

| 작성요령                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. 본 서식은 참고용 서식이나 서식에서 제시하고 있는 내용을 포함하여야 합니다.</p> <p>주) 정기적 프로그램을 운영한 경우에 작성하며, 가족지지 및 참여프로그램으로 상담을 실시한 경우 수급자별 프로그램 평가는 작성하지 않습니다.</p> <p>※ 고시 제30조, 제36조, 제43조의 각 급여종류별 급여제공 기준에서 상시적으로 제공하도록 한 건강관리 등은 제외</p> <p>2. 프로그램 제공 후 지체 없이 작성하여야 하며, 항목별 작성 내용 예시는 다음과 같으며, 프로그램 진행과정 및 수급자별 반응 및 특이사항은 상세히 기재하도록 합니다.</p> <p>1) 본 서식은 해당 기관에 소속된 시설장, 사회복지사, 프로그램관리자, 치매전문요양보호사가 작성하도록 합니다.</p> <p>(단, 치매전담형 장기요양기관의 경우 실제 급여를 제공한 종사자가 작성)</p> <p>2) 진행자 : 프로그램관리자(시설장 포함), 치매전문요양보호사 또는 외부강사 등 실제 프로그램 진행자를 기재</p> <p>3) 프로그램 진행과정 : 프로그램 제공계획에 따라 필요내용과 구체적 제공방법 등 운영방법을 기재</p> <p>4) 전반적 평가 : 프로그램 제공 후 프로그램에 대한 전반적인 반응과 프로그램 효과 등을 기재</p> <p>5) 반응 및 특이사항 : 수급자별 참여정도, 만족정도, 수행정도, 상태변화, 흥미 등 종합적인 평가를 기재</p> |

| 유급휴일 근무 관리대장     |                |             |             |    |              |           |            |     |     |
|------------------|----------------|-------------|-------------|----|--------------|-----------|------------|-----|-----|
| (            ) 년 |                |             |             |    |              |           |            |     |     |
| 장기요양기관명          |                |             | 장기요양기관기호    |    |              |           |            |     |     |
| 연번               | 해당 일자          |             | 종사자<br>(직종) | 성명 | 해당 월(유급휴일)   |           |            | 서명  |     |
|                  | 근무일자<br>(유급휴일) | 사용 예정<br>일자 |             |    | 월 기준<br>근무시간 | 실<br>근무시간 | 이월<br>가능시간 | 종사자 | 시설장 |
| 1                |                |             |             |    |              |           |            |     |     |
| 2                |                |             |             |    |              |           |            |     |     |
| 3                |                |             |             |    |              |           |            |     |     |
| 4                |                |             |             |    |              |           |            |     |     |
| 5                |                |             |             |    |              |           |            |     |     |
| 6                |                |             |             |    |              |           |            |     |     |
| 7                |                |             |             |    |              |           |            |     |     |
| 8                |                |             |             |    |              |           |            |     |     |
| 9                |                |             |             |    |              |           |            |     |     |
| 10               |                |             |             |    |              |           |            |     |     |
| 11               |                |             |             |    |              |           |            |     |     |
| 12               |                |             |             |    |              |           |            |     |     |
| 13               |                |             |             |    |              |           |            |     |     |
| 14               |                |             |             |    |              |           |            |     |     |
| 15               |                |             |             |    |              |           |            |     |     |

| 작 성 요 령                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>1. 본 서식은 참고용 서식이나 서식에서 제시하고 있는 내용을 포함하여야 합니다.</p> <p>2. 고시 제20조제1항제4호에 따른 유급휴일에 근무한 종사자 중 해당 월에 월 기준 근무시간을 초과한 근무자에 한하여 작성합니다.</p> <p>3. 이월가능 시간은 최대 8시간 범위 내에서 작성합니다.</p> <p>4. 「근로기준법」 제55조제2항에 따라 근로자대표와 서면 합의한 증빙자료는 본 관리대장과 함께 별도 보관하여야 합니다.</p> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |