제7장 이용계약에 관한 사항

제65조 (기본사항)

1. 센터는 수급자(또는 보호자)와의 계약체결 시 노인장기요양보험제도에서 설명해야 하는 기본사항에 대해서 반드시 자료 및 설명을 제공해야 한다.

   1) 센터의 일반 정보
   2) 제공서비스 유형
   3) 서비스 시간 및 횟수
   4) 본인 비용부담
   5) 등급 등에 관한 사항
2. 센터에서 계약체결 시에는 반드시 수급자(또는 보호자)와 체결하는 것을 원칙으로 한다.
3. 계약 후에 변경되는 내용에 대해서는 반드시 수급자(또는 보호자)와 사전 협의 하에 진행해야 하며 정당한 사유 없이 서비스 제공에 대한 요구를 거절할 수 없다.

제66조 (계약기간)

1. 계약 당사자는 계약 체결 시 그 기간을 명시하여야 한다.
2. 계약 기간은 장기요양인정서의 유효기간 범위 내로 한다.
3. 장기요양 인정 갱신 및 등급변경 등으로 인정서 유효기간이 변경되거나 수가 변경 등으로 급여비용 변경되었을 경우 재계약함(계약변경)을 원칙으로 한다.
4. 계약기간이 남아 있는 경우라 하더라도 수급자의 장기요양등급(등외 판정), 인정서 만료의 경우에는 계약이 자동 해지되며, 또한 대상자가 병원 입원 또는 요양원 입원 시, 대상자 또는 보호자가 계약 해지를 원할 경우 해지할 수 있다.
5. 이용자(또는 보호자)는 계약만료 1개월 전까지 계약연장에 대한 의사를 표시함으로써 계약서를 재작성한다. 단, 새로 계약을 체결하지 아니하더라도 시설과 이용자(또는 보호자) 양측이 재계약 포기(거부의사)를 밝히지 아니하고, 계약서 상에 '계약기간 자동연장'에 대한 항목이 명시되어 있는 경우에는 계약기간이 자동 연장되는 것으로 간주한다.
6. 대상자가 요양보호사에게 성폭행 및 성희롱이 발생하거나 심한 수치심을 주어 보호사에게 심적으로 스트레스가 발생한 경우에는 기관이 계약 해지를 요구할 수 있다.
7. 계약을 체결하고 본 계약체결을 증명하기 위하여 쌍방이 계약서를 작성 날인 후 각 1부씩 보관키로 한다.

제67조 (이용계약)

1. 센터와 수급자 간의 서비스 이용계약은 수급자 본인이 체결하는 것을 원칙으로 한다. 단, 수급자의 의사표시가 어려울 경우 "수급자의 가족(보호자) 및 친척을 포함한 법적대리인"(이하 '보호자'라 함)과 계약이 가능하다.

2. 센터는 수급자(또는 보호자)가 제시하는 장기요양인정서와 개인별장기요양이용계획서를 확인하여야 한다. 단, 필요한 경우 국민건강보험공단 홈페이지를 통해 확인할 수 있다.
3. 센터는 수급자(또는 보호자)에게 수급자의 기능상태 평가와 욕구평가를 하고, 평가내용을 바탕으로 서비스의 목표를 설정하고 구체적인 서비스의 내용과 횟수, 비용을 결정한다. 서비스제공계획을 수립할 때는 국민건강보험공단이 작성한 제2항 제1호의 개인별장기요양 이용계획서를 바탕으로 한다.
4. 계약 체결시 장기요양급여이용표준약관 2부를 작성하여 날인하며, 각 1부씩 보관한다. (계약을 변경하고자 하는 경우에도 동일한 과정을 따른다).
5. 센터장은 상기 계약사항을 장기요양급여계약관리대장에 기록관리 한다. 센터와 처음 계약 체결 된 수급자는 “수급자관리카드”를 작성하고 독립된 보관함을 만들어 수급자에게 제공되는 서비스제공과 관련하여 생성되는 서류를 다른 수급자와 구분될 수 있도록 관리를 한다.
6. 센터는 계약을 체결하거나 계약서의 내용을 변경한 경우에는 지체없이 장기요양급여 계약통보서를 팩스나 공단이 운영하는 전자문서교환방식을 통하여 공단에 통보하고, 시행규칙 제18조에 따라 그 내용을 급여제공기록지에 기재.관리하고 수급자에게 제공하여야 한다.
7. 센터는 매월 근무현황표를 작성하여 대상 가정에 발송한다.
8. 센터는 수급자와 장기요양급여 계약을 체결하거나 계약의 내용을 변경한 경우 규칙 제16조제4항에 따라 지체없이 장기요양 급여계약통보서를 공단에 통보한다.

제68조 (이용 서비스의 항목과 절차)

1. 센터는 이용자의 건강관리를 위하여 촉탁의, 간호사, 요양보호사, 기타 직책의 모든 직원은 임무를 성실히 수행하여야 한다.
2. 의료서비스를 통하여 건강상태파악과 철저한 치료를 통한 건강한 생활유지 및 질병 예방에 힘쓴다.
3. 센터 이용자에 대하여 그 건강상태에 따라 적절한 훈련 및 휴식을 하도록 하며 항상 청결을 유지하고 위생관리를 철저히 한다.
4. 센터 이용자가 치료를 받아야 할 시는 즉시 의료기관에 의뢰하여 적절한 치료를 받아야하며 치료에 필요한 건강기록부 작성 및 질병에 대처를 할 수 있도록 사전에 건강관리를 철저히 한다.
5. 주기적으로 혈압, 혈당, 맥박, 체온, 체중확인을 하여 신체 변화를 관찰 기록하고 건강검진을 받도록 한다.
6. 센터 이용자에게 인지,여가등 적절한 프로그램을 제공하고 이용자 상태 변화에 따른 사례관리를 실시하여야 한다.
7. 비급여 품목 비용에 대하여는 상시 확인이 가능하도록 하고 별도의 계좌로 관리하여 이를 이용자 및 보호자에게 고지하여야 한다.

제69조 (월 이용료 및 그 외 비용 부담액/ 본인 일부 부담비율)

1. 월 이용료
 1) 월이용료는 본인 일부 부담금과 비급여로 구성되며, 노인장기요양보험법의 관련 규정을 따른다.
 2) 노인장기요양보험법에 의거한 당해 장기요양급여비용의 100분의 15%와 비급여 비용을 합산한 금액을 본인부담으로 한다. (단, 동법에 의거 본인부담금의 일부 감경대상자일 경우 100분의 60% 또는 40%와 비급여 비용을 합산한 금액을 본인부담으로 한다. 감경절차 및 감경방법은 보건복지부령에 따라 처리한다.)
 3) 기초생활수급자의 경우에는 전액 국가가 지원한다.

2. 재가급여는 수급자가 가족과 함께 생활하면서 가정에서 장기요양을 하는 데 도움을 주는 방법으로 제공하여야 하며, 수급 자가의 재가급여 월 한도액 범위 내에서 급여제공 계획을 수립하여 비용 대비 효과적인 방법으로 제공하여야 한다.

▶ 재가급여 월 한도액(복지용구 제외) - 2024년 기준

장기요양등급 월 한도액(원)	본인부담율	
1등급	2,069,900	일반 수급자: 15% 의료 수급자: 6% 경감 수급자: 6% 또는 9% 기초생활수급자: 0%
2등급	1,869,600	
3등급	1,455,800	
4등급	1,341,800	
5등급	1,151,600	
인지지원등급	643,700	

제70조 (급여비용)

1. 방문요양 급여비용/방문당

1) 방문요양의 급여 비용은 1회 방문당 급여제공시간에 따라 산정한다.

(2024년 기준)

분류	급여비용	(원)
가-1	30분 이상	16,630
가-2	60분 이상	24,120

가-3	90분 이상	32,510
가-4	120분 이상	41,380
가-5	150분 이상	48,520
가-6	180분 이상	54,320
가-7	210분 이상	60,530
가-8	240분 이상	66,770

3. 방문목욕 급여비용-방문당

1) 방문목욕 급여 비용은 다음과 같다.(2024년 기준)

분류	급여비용(원)
방문목욕차량을 이용한 경우(차량 내 목욕)	84,670
방문목욕차량을 이용한 경우(가정 내 목욕)	76,340
방문목욕차량을 이용하지 아니한 경우	47,670

2) 서비스 제공시간은 1시간(60분)으로 제한되며, 장기요양등급 등에 관계없이 1회 방문당 수가가 동일하게 산정된다.
3) 2인 이상의 요양보호사가 방문하여 서비스를 제공한다.
4) 방문목욕차량 이용 시 수가는 이동욕조, 급탕기, 호스 등 제반 장비가 모두 탑재된 특수 차량을 이용하여 가정을 방문, 목욕서비스를 제공할 때 적용된다.
5) 방문목욕차량 미이용 시 수가는 이동욕조, 목욕의자, 세면용품 등 목욕용 장비, 용품 등을 휴대하고 가정을 방문, 목욕서비스를 제공할 때 적용됨

제71조 (방문요양 및 방문목욕 급여 제공시 금지항목)

1. 급여를 제공 시 다음 각 호의 행위를 하여서는 아니 된다.
 1) 수급자의 가족을 위한 행위
 2) 수급자 가족의 생업을 지원하는 행위
 3) 그 밖의 수급자의 일상생활에 지장이 없는 행위

제72조 (동일시간 중복급여 제공금지)

1. 규칙 제17조 및 「고시」 제14조에 따라 수급자는 재가급여, 시설급여, 특별현금급여를 중복하여 받을 수 없다. 다만 가족요양비 수급자 중 기타 재가급여를 받는 경우에는 그러하지 아니하다.
2. 수급자는 동일한 시간에 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주·야간보호 또는 단기보호

급여를 2가지 이상 받을 수 없다. 다만, 응급처치, 수급자 상태로 인한 보조자 필요 등 수급자의 원활한 급여이용을 위해 부득이한 경우에 한해 방문요양급여와 방문간호급여, 방문목욕급여와 방문간호급여는 함께 제공할 수 있다.

3. 제2항 단서에 따른 동일시간 중복급여를 제공한 경우 그 부득이한 사유를 급여제공 기록지에 기재하여야 한다.

제73조 (가정방문급여 일반원칙)

1. 가정방문급여는 수급자의 가정(가정집 등 수급자의 사적인 공간)에서 수급자에게 제공하는 것을 원칙으로 한다. 다만, 수급자의 신체활동, 가사활동 또는 일상생활 지원과 직접적인 관련이 있는 병원동행, 식사준비를 위한 시장보기, 관공서 방문 등 특별한 사유가 있는 경우에는 가정이 아닌 곳에서도 급여를 제공할 수 있으나, 수급자의 여행(수련회, 나들이 등) 또는 취미활동에 동행하는 것은 그러하지 아니하다.
2. 가정방문급여는 해당 방문시간 동안 수급자 1인에 대하여 전적으로 제공하여야 한다.
3. 제2항에도 불구하고 다음 각 호에 해당하는 경우에는 2인 이상의 수급자에게 동시 또는 순차적으로 급여를 제공할 수 있다. 이 경우 급여비용은 장기요양요원이 급여를 제공한 시간을 수급자별로 배분하여 산정한다. 다만, 인지활동형 방문요양급여는 2인 이상의 수급자에게 동시 또는 순차적으로 급여를 제공할 수 없다.
   1) 동일 가정에 거주하는 수급자 간의 관계가 「장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시」 제23조제1항에 따른 가족 및 자녀의 배우자의 직계혈족, 자녀의 배우자의 형제자매인 경우
   2) 동일 가정에 거주하는 수급자 2인 이내
4. 가정방문급여는 수급자와 요양보호사의 관계가 가족이 아님에도 불구하고, 요양보호사가 수급자 2인 이상과 동일 가정에 동거하면서 급여를 제공하여서는 아니된다.
5. 가정방문 급여비용의 산정은 수급자를 기준으로 적용하며 수급자 이외의 자에 대한 급여비용은 산정하지 아니한다.

제74조 (재가급여 제공시간 등)

1. 가정방문급여의 급여제공 시간은 간호사(또는 치과위생사, 간호조무사)·요양보호사가 수급자의 가정에 도착했을 때부터 필요한 서비스를 제공하기 위한 준비, 서비스의 제공 및 마무리에 소요된 총 시간을 말하며, 주·야간보호급여의 급여제공시간은 장기요양요원 등이 수급자를 모셔가기 위해 수급자의 가정에 도착했을 때부터 서비스 제공 후 다시 수급자의 가정에 도착한 시간까지로 한다.
2. 가정방문급여 및 주·야간보호 급여비용은 장기요양요원 등의 이동에 소요되는 교통비를 포함한다.

3. 원거리 교통비용은 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시 제21조에 의해 산정할 수 있다.

방문요양 및 방문간호급여의 원거리교통비용은 제22조의 원거리 교통비용 적용대상 수급자의 실 거주지부터 운영중인 가장 가까운 방문요양 및 방문간호기관까지의 거리에 따라 다음의 표와 같이 방문당 산정한다. 다만, 수급자를 방문한 종사자가 수급자와 가족이거나 5km 미만의 거리에 거주하고 있는 경우에는 산정하지 아니한다

분류번호	거 리	금액(원)
거-1	5km 이상 10km 미만	3,400
거-2	10km 이상 15km 미만	5,100
거-3	15km 이상 20km 미만	6,800
거-4	20km 이상 25km 미만	8,500
거-5	25km 이상 30km 미만	10,200
거-6	30km 이상 35km 미만	11,900
거-7	35km 이상	13,600

제75조 (인지활동형 방문요양급여)

1. 방문요양급여는 요양보호사가 신체활동지원(세면, 목욕, 식사도움, 체위변경 등), 인지활동지원, 인지관리지원, 정서지원, 가사 및 일상생활지원(취사, 청소, 세탁 등) 등을 수급자의 기능상태 및 욕구 등을 반영하여 적절하게 제공한다.
2. 정서지원은 1회 방문 당 최대 60분 범위 내에서 제공한다.
3. 법 제13조제1항에 따른 의사 또는 한의사의 소견서(이하"의사소견서"라 한다)에 치매 상병이 있거나 최근 2년이내 치매진료내역이 있는 1등급부터 5등급까지 수급자(이하 "1~5등급 치매수급자"라 한다.)에게는 인지기능 악화방지 및 잔존능력 유지를 위한 인지활동형 방문요양급여를 제공할 수 있다.
   이 경우 주 3회 또는 월 12회 이상 제공할 수 있도록 노력한다.

제76조 (신원인수인의 권리·의무)

1. 신원인수인의 권리

1) 입소당사자의 상태에 대해 정보를 요청할 권리가 있다.
2) 서비스 제공내용에 대해 설명을 요구할 권리가 있다.
3) 서비스 제공 계약에 따른 권리를 주장할 수 있다.
4) 입소자의 상태변화에 따른 서비스를 변경 요청할 권리가 있다.

2. 신원인수인의 의무

1) 입소 전 입소자의 상태 및 건강상의 문제에 대하여 요양에 필요한 정보를 숨김없이 제공해야 한다.
2) 입소당사자의 상태를 알릴 수 있는 연락처를 제공해야 한다. 연락처 변경 시 즉각 변경된 연락처를 제공해야 한다.

3) 신원인수인의 신변에 변화가 있을 경우 고지할 의무가 있다.(해외이주, 금치산 또는 파산선고 등으로 의무를 다하지 못할 사유 발생 시)
4) 입소당사자의 상태변화 시 본 기관의 요청에 따라 서비스 내용의 변경에 동의해야 한다.

제77조 (계약의 해제·해지)

1. 다음 각 호의 요건에 해당될 경우에는 수급자(보호자)와의 계약을 해지할 수 있다.

1) 수급자의 생명이 위험하거나 사망하였을 때
2) 수급자의 건강진단결과 법정 전염병 소지자 또는 보균자로 판명될 때
3) 2회 이상 이용료를 납부하지 아니하고 연체하였을 때
4) 폭행, 욕설, 성폭력 및 성희롱에 관한 행동으로 요양보호사가 돌보기 어렵고, 위험을 초래할 수 있다고 인정될 때
5) 수급자가 행동의 불안정 및 타 질환발생, 안전사고의 위험 등으로 요양서비스 제공이 어려울 경우
6) 수급자(어른신)의 배회성 또는 폭력성 등 심한 치매나 성격상 문제로 요양보호사 업무에 막대한 지장을 줄때
7) 10일 이상 입원을 하였을 때
단, 수급자(어르신)나 보호자의 요청으로 계약 해제를 유보한 경우에는 초과 유보 일수에 대해(보험료를 포함) 수납액 전액을 지불하는 조건으로 계약의 해제를 유보할 수 있다.
8) 수급자의 건강과 관련한 중요한 정보를 고의적으로 숨긴 것이 드러났을 때
9) 이용자가 고의로 시설물을 파괴 및 훼손하였을 때
10) 기타 이 계약 이행이 어렵다고 인정될 경우

2. 수급자(또는 보호자)가 종결을 원하거나, 위 1.에 해당하는 경우 수급자(또는 보호자)와 센터는 장기요양급여제공종결(계약해지)통보서를 작성하여 통보하고, 서면 통보가 어려운 경우 구두 상으로 명확한 해지 의사를 해지 예정일 15일 전까지 전달한다.
3. 수급자(또는 보호자)가 특별한 통보 없이 1개월 이상 이용을 중단할 시 센터는 계약을 해지할 수 있다.
4. 수급자(어르신)의 신변상 문제로 인해 서비스를 이용할 수 없게 된 경우 1개월의 유예기간을 둘 수 있다(연 2회 가능). 만일 서비스 이용 유예기간이 2회를 초과할 시에 센터는 계약을 해지할 수 있다.
5. 제77조 1. 에 따라 계약해지 처리된 수급자(어르신) 또는 보호자와 시설이 다시 계약할 경우에는 신규계약과 같은 절차를 이행하여야 한다.