

방문간호지시서 작성안내 협조문

수신 병·의원 원장님

제목 노인장기요양보험 수급권자 방문간호지시서 작성안내

1. 보건복지가족부에서는 2008년 7월 1일부터 치매중풍 등 노인성 질병 등으로 거동이 불편한 국민들을 대상으로 노인장기요양보험제도를 실시하고 있습니다.
2. 초진환자 발급가능: 기존에 병원 진료 이력이 없던 환자라도 의사가 문진 등을 통해 확인한 정보를 토대로 방문간호지시서 발급이 가능합니다. (공단 Q&A발체)
3. 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시에 따라 방문간호지시서 발급비용에 진찰료가 이미 포함되어 있고 지시서 1부는 5년간 보관합니다.
4. 동 제도와 관련하여 방문간호지시서 작성부분에 대한 주요사항을 다음과 같이 안내하오니, 진료업무에 참고하시기 바랍니다.

▶다 음◀

방문간호지시서	<ul style="list-style-type: none"> 노인장기요양보험법 제23조 제1항제1호다목에 따라 장기요양요원인 간호사 등이 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등 방문간호 급여를 제공하기 위하여 의사·한의사 또는 치과의사가 수급자에게 직접 진찰하고 발급하는 지시서 	
유효기간	<ul style="list-style-type: none"> 발급일로부터 180일 수급자의 상태변화 있을 시 유효기간내에도 변경발급 가능 	
서식 및 포함내용	<ul style="list-style-type: none"> 「노인장기요양보험법 시행규칙」 별지 제29호서식 및 제30호서식 전반적인 상태, 진단명, 간호서비스 내용, 방문간격 (주 회) 	
지시서 내 용	필요처치검사	Check V/S, BST(당노인 경우), 인지기능평가 등
	교육,상담,의뢰 유의사항 등	건강관리, 투약관리, Insulin투약관리
		L-tube change, 경관영양교육, 영양관리
		Foley catheter, Cystostomy cath. change
		Pressure Injury dressing, 욕창예방간호
		ROM, 삼킴재활, 근력운동
		장루, 요루관리
		기관절개관 교환관리, Suction교육 & 시행
		상처관리: PCN, DM foot, PTBD등 Dressing
		필요시 foley catheter삽입 (꼬리뼈욕창 시 추가)
		L-tube 빠지면 재삽입 (비위관삽입 시 추가)

▶ 2024년도 방문간호지시서 발급비용 (1회당)

「의료법」에 따른 의료기관	급여비용	구분 (개인별 장기이용계획서에 본인부담금 표시)	장기요양급여비	
			본인부담금 비율	본인 부담금
대상자가 의료기관을 방문하는 경우	21,860	일반: 15%	20%	₩ 4,372
		「감경」: 6%, 9%	10%	₩ 2,186
		국민기초생활수급권자	면제	-
의사가 가정을 방문하는 경우	68,970	일반: 15%	20%	₩ 13,794
		「감경」: 6%, 9%	10%	₩ 6,897
		국민기초생활수급권자	면제	-

▶ 청구절차 및 작성요령

1. 청구절차

• 의료기관

- 청구시기 : 월단위로 청구하되 **발급일이 속하는 다음 달의 1일부터** 청구
- 청구방법 : 전자문서 교환방식 또는 서면청구

※ 공단홈페이지(www.nhic.or.kr) → 분야별 업무사트 → 요양기관정보마당 → 회원서비스
→ 노인장기 → 노인장기요양보험(방문간호) → 장기요양대상자조회 → 성명·인정관리번호
입력 → 조회 → 발급대상자(수급자)정보 확인 가능 → 방문간호지시서 청구 명세서입력
→ 청구서 생성 및 전송

2. 작성요령

- 청구인 및 작성자 : 의료기관의 대표자
- 소멸시효 : 발급일로부터 3년 이내에 청구
- 서류보존 : 지시서발급비용 관련서류는 5년간 보존

(1부는 수급권자에게 교부하고, 1부는 의료기관에서 보관하여야 함)

- 비용지급 : 의료기관의 대표계좌로 입금 (**청구 후 30일 이내 지급**)

방문간호지시서 작성요령 및 유의사항

- ① 발급번호: 요양기관기호-연도번호-일련번호순으로 기재한다
예) 115*****-0807-0001
- ② 수급권자의 성명, 주민번호, 장기요양인정번호, 장기요양등급을 기재한다.
- ③ 일반(20%): 65세이상의 노인, 65세미만의 노인성 질환자인 경우 표시한다
의료급여 수급권자(10%): 의료수급권자인 경우 표시한다
저소득층·생계곤란 경감대상자(10%): 저소득층, 생계곤란 경감대상자인 경우 표시한다
국민기초생활보장 수급권자(면제): 국민기초생활보장수급권자인 경우 표시한다
- ④ 환자내원: 수급권자가 병·의원에 내원하여 발급한 경우 표시한다
의사방문: 의사가 수급권자를 방문하여 발급한 경우 표시한다
- ⑤ 수급권자의 질병명을 한글로 기재한다
- ⑥ 수급권자의 상태와 불편을 호소하는 내용을 자세히 기재한다
- ⑦ 투약이 필요한 경우는 처방내용을 기재한다. (추후 처방전발급 시)
- ⑧ 기타란에는 방문간호 서비스를 제공하는 간호사에게 지시한 교육상담 및 유의사항이 있으면 기재한다
- ⑨ 투약중인 약제가 있는 경우 용량 및 용법 등을 기재한다.
- ⑩ 처치가 필요한 항목이 있으면 표시하고, 방문횟수를 별도로 각각 기재한다.
- ⑪ 진료의사 성명, 면허번호, 요양기관기호, 연락처, 주소 등을 기재한다.

발급번호		유효기간	발급일부터 180일
방문간호지시서(의사·한의사용)		수급자	성명
			주민등록번호
			장기요양인정번호
			장기요양등급
본인	☐ 일반(20%) ☐ 저소득층·생계곤란 경감대상자(10%) ☐ 「의료급여법」 제3조제1항제1호 외의 규정에 따른 의	방문 여부	☐ 환자내원 ☐ 의사방문
부담금	료급여를 받는 사람(10%) ☐ 「의료급여법」 제3조제1항제1호에 따른 의료급여를 받는 사람(면제)		

질병명

수급자 상태 및 주 호소 내용

필요처치처방	※ 방문간격: 주 회	필요처치검사	
주사·투약 처방		교육, 상담, 의뢰 유의사항 등**	

투여중인 약제의 용량·용법	
필요한 방문간호 서비스에 √ 표시	영양관리 ☐ 일반식 ☐ 특별식 _____ ☐ 튜브영양공급 : _____cc/일, 열량 : _____cal/일 ☐ 비위관(鼻胃管, L-tube) ☐ 위삽입관(gastrostomy tube): 튜브사이즈 , 일 1회 교환 배뇨관리 ☐ [소변배출관(foley)/방광창념술(cystostomy)/청결간헐적소변배출(clean intermittent catheterization, CIC): 사이즈 , 일 1회 교환 ☐ 방광세척 ☐ 방광훈련 ☐ 요루(요도셋길)관리 ☐ 인공항문 ☐ 인공방광 호흡관리 ☐ 산소 ____ℓ/min ☐ 기관지절개관(사이즈 , 일 1회 교환) ☐ 인공호흡기 ☐ 흡인[① 입과 코(oro & nasal) ② 기관내(intra-tracheal)] 상처관리 ☐ 외과적 상처 소독(Dressing) (부위 빈도 ____회/주) ☐ 봉합사제거__월__일 욕창 소독(dressing) (부위 빈도) 기타 ()

위와 같이 지시합니다.

년 월 일

의사성명: (서명 또는 인)

의사면허번호:

의료기관명(건강보험요양기관기호):

전화번호:

의료기관 주소:

팩스번호:

※ 발급번호sms 요양기관기호-연도번호-일련번호 순으로 적으시기 바랍니다.

예) 00000000-0101-0001

※ 장기요양 5등급 수급자의 경우 건강관리, 가족상담 등의 내용을 작성하여 주시기 바랍니다.

방문간호지시서 **견본**

■ 노인장기요양보험법 시행규칙 [별지 제29호서식] <개정 2019. 6. 12.>

발급번호		유효기간	발급일부터 180일
방문간호지시서(의사·한의사용)		수급자	성명 김수급자 주민등록번호 380314- 장기요양인정번호 L인정번호기록 장기요양등급 4
본인	[☒] 일반(20%) [☐] 저소득층·생계곤란 경감대상자(10%) [☐] 「의료급여법」 제3조제1항제1호 외의 규정에 따른 의	방문 여부	[☐] 환자내원 [☒] 의사방문 *해당사항에 체크
부담금	료급여를 받는 사람(10%) [☐] 「의료급여법」 제3조제1항제1호에 따른 의료급여를 받 는 사람(면제)		
질병명 HTN, Osteoporosis, Urinary incontinence, Pressur Injury			
수급자 상태 및 주 호소 내용 General weakness, Poor oral intake			
필요처치처방	넉넉히 (횟수 초과이용시 환수) * 방문간격: 주 5 회	필요처치검사	check V/S, BST(DM시)
주사·투약 처방		교육, 상담, 의뢰 유의사항 등**	신체훈련, 욕창치료 및 예방 foley catheter교환
투여중인 약제의 용량·용법		self po) 노바스크, 악토넬, 하루날	
필요한 방문간호 서비스에 √ 표시	영양관리 [☐] 일반식 [☐] 특별식 _____ [☐] 튜브영양공급 : _____cc/일, 열량 : _____cal/일 [☒] 비위관(鼻胃管, L-tube) * 빠지면 재삽입 - 이 문구를 넣어주세요. [☐] 위삽입관(gastrostomy tube): 튜브사이즈 , 30 일에 1회 교환		
	배뇨관리 [☒] [소변배출관(foley)/방광창냄술(cystostomy)/청결간헐적소변배출(clean inter mittent catheterization, CIC): 사이즈 16 , 14 일에 1회 교환		
	[☐] 방광세척 [☐] 방광훈련 [☐] 요루(요도셋길)관리 [☐] 인공항문 [☐] 인공방광		
	호흡관리 [☐] 산소 ___ℓ/min [☐] 기관지절개관(사이즈 , 일에 1회 교환) [☐] 인공호흡기 [☐] 흡인[① 입과 코(oro & nasal) ② 기관내(intra-tracheal)]		
	상처관리 [☐] 외과적 상처 소독(Dressing) (부위 빈도 ___회/주) [☐] 봉합사제거___월___일		
욕창 소독(dressing) (부위 coccyx 빈도 주 5회) * PRN) 소변줄 삽입 후 교체 14일에 1회			
기타 () - 소변으로 상처악화우려시 요청			

위와 같이 지시합니다.

2024 년 3 월 1 일

의사성명: (서명 또는 인)

의사면허번호:

의료기관명(건강보험요양기관기호):

전화번호:

의료기관 주소:

팩스번호:

※ 발급번호 sms 요양기관기호-연도번호-일련번호 순으로 적으시기 바랍니다.

예) 00000000-0101-0001

※ 장기요양 5등급 수급자의 경우 건강관리, 가족상담 등의 내용을 작성하여 주시기 바랍니다.