

강남장손복지센터

장기요양급여 이용계약에 관한 사항

제12조 【계약기간】

1. 서비스 계약기간은 장기요양 인정서의 유효기간으로 하며, 유효기간 만료 시 다시 재계약을 해야 한다.
2. 통합재가서비스 계약은 기관과 대상자(또는 보호자)가 계약서에서 명시한 계약종료일 1개월 전까지 계약연장에 대한 의사를 표시함으로써 일반계약서와 통합재가계약서를 새로 작성할 수 있다.
3. 단, 새로 계약을 체결하지 아니하더라도 기관과 대상자(또는 보호자) 양측이 재계약 포기(거부)의사를 밝히지 아니하고, 계약서상에 '계약기간 자동연장'에 대한 항목이 명시되어있는 경우에는 명시된 기간만큼 계약기간이 자동 연장되는 것으로 간주한다.

제13조 【계약의 목적】

기관과 대상자(보호자)는 서비스 이용계약을 통해 계약 당사자가 가지는 권리와 의무의 발생 및 변경, 소멸을 명확히 함으로써 양질의 서비스 제공과 이를 성실히 이행하기 위함에 있다.

제14조 【이용계약】

1. 기관과 대상자 간의 서비스 이용계약은 대상자 본인이 체결하는 것을 원칙으로 한다. 단, 대상자의 의사표시가 어려울 경우 “대상자의 가족(보호자) 및 친척을 포함한 법적대리인”(이하 ‘보호자’라 함)과 계약이 가능하다.
2. 기관은 다음 각 호의 순서에 따라 이용계약을 체결한다.
 - ① 기관은 대상자의 「노인장기요양보험법」의 장기요양인정서, 개인별장기요양이용계획서를 확인하여 장기요양 등급을 받은 대상자임을 확인한다. 단, 대상자(보호자)가 본 서류를 제시하지 못한 경우에는 노인장기요양보험 홈페이지에서 자격을 확인할 수 있다.
 - ② 기관과 대상자(보호자)는 장기요양급여제공 개시 전에 “장기요양급여제공 계약서(이하 ‘계약서’라 함)” 2부를 작성하고 날인하여 계약을 체결하고 기관과 대상자(보호자) 각각 1부씩 보관한다.

제15조 【월 이용료 및 그 밖의 비용 부담】

1. 월 이용료는 본인부담금(급여)과 비급여로 구성되며 본인부담금은 대상자의 본인부담률에 따른다.
2. “급여서비스”란 노인장기요양보험 급여에 해당하는 방문요양·방문목욕·방문간호를 말하고 “비급여”란 장기요양 급여범위를 벗어난 추가서비스 대가로서 기관이 자율 책정·공시하는 비용을 말한다.
3. 월 이용료는 「노인장기요양보험법」 제40조에 의거 장기요양급여비용의 15%를 부담하는 것을 원칙으로 하며, 동법 40조 2항의 기초생활수급자는 본인부담금을 부담하지 아니한다.
4. 본인부담금의 일부를 감경 받는 대상자일 경우 동법 제40조 4항에 따라 차등하여 감경할 수 있으며, 본인부담금의 산정방법, 감경절차 및 감경방법 등에 관한 사항은 보건복지부령에 따른다.
5. 월 이용료 및 그 밖의 비용은 **[별표1]**과 같다.

(단, 노인장기요양보험법 개정법에 따라 매해 변경될 수 있다.)

6. 월 이용료 외 다음에 명시한 그 밖의 비용(비급여)은 대상자(보호자)가 전부 부담한다.
 - ① 장기요양급여의 월 한도액을 초과하는 장기요양급여 비용
 - ② 대상자(보호자)의 신청에 따라 전액 자부담으로 계약한 내용이 있을 경우 그 비용
 - ③ 병원 이용에 따른 병원비 및 급여제공 중 계약내용에 해당되지 않는 기타 비용

제16조 【신원인수인의 권리 및 의무】

대상자는 서비스 이용계약 시 대리인(이하 ‘보호자’에 포함)을 지정하여야 하며, 대상자가 지정한 **보호자(또는 보증인)**는 신원인수인으로서 다음의 권리와 의무를 가진다.

1. 신원인수인의 권리

- ① 대상자가 서비스 제공계획에 따른 적절한 서비스를 제공받고 있는지 확인할 권리
- ② 장기요양 서비스와 관련된 급여비용 및 그 내역에 대해 알 권리
- ③ 기관이 실시하는 만족도조사, 방문상담 등을 통하여 서비스 질을 평가하고, 시정을 요구할 수 있는 권리

2. 신원인수인의 의무

- ① 대상자의 서비스제공과 관련한 자료제공을 기관으로부터 요청받았을 경우 이를 제공할 의무
- ② 대상자의 월 이용료 등 본인부담 비용을 부담할 의무
- ③ 대상자의 인적사항 변경 등에 대한 즉시 통보 의무
- ④ 장기출장 등으로 인해 보호자 의무를 이행하기 어려울 경우 대리인 선정 의무

제17조 【계약해지】

1. 계약 해제·해지는 서면·유선·카카오톡 등 기록 가능한 방식으로 요청할 수 있다.
2. 기관은 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 계약을 즉시 해제 또는 해지할 수 있다
 - ① 수급자의 건강악화, 입원, 요양시설 입소 등 서비스 지속 불가 상황
 - ② 계약기간이 만료되거나 사망한 경우
 - ③ 감염병의 예방및관리에 관한 법률에 따른 감염병환자로 감염의 위험성이 있는 경우로 판정될 경우
 - ④ 대상자의 건강상의 이유로 서비스 이용이 어려울 때
 - ⑤ 이용계약시 제시된 이용안내를 정당한 이유없이 따르지 않는 등 서비스 제공에 심각한 지장을 줄 때
 - ⑥ 폭행, 욕설, 성폭력, 금품요구 등 지나친 문제행동과 증상으로 종사자 보호가 필요한 경우
 - ⑦ 이용료(본인부담금)를 장기간 납부하지 않는 경우
 - ⑧ 허위·위·변조 서류 제출, 계약 위반, 부정수급 우려가 있는 경우
 - ⑨ 서비스 범위를 현저히 벗어나는 요구가 지속되는 경우
 - ⑩ 기타 본 사업의 운영에 지장을 초래하여 종결이 필요하다고 인정되는 대상자
3. 대상자(보호자)가 계약해지를 원하거나, 본 조 계약해지에 해당하는 대상자의 경우 기관은 서면으로 계약해지를 통보하거나 통보가 어려운 경우 구두 상으로 명확한 해지 의사를 전달한다.
4. 대상자(보호자)의 신변상 문제로 인해 서비스를 이용할 수 없게 된 경우 3개월의 유예기간을 둔다.
5. 본 조항에 따라 계약해지 처리된 대상자가 다시 기관과 계약할 경우에는 신규계약과 같은 절차를 이행하여야 한다.

제6장 이용료 등 비용에 대한 변경 방법 및 절차

제18조 【이용료 등 비용에 대한 변경방법】

다음 각 호의 요건에 해당될 경우 기관은 대상자(보호자)와 협의를 거쳐 이용료를 변경할 수 있다.

- ① 장기요양등급이 변경된 경우
- ② 본인부담률이 변동(감경)된 경우
- ③ 보건복지부 고시 개정으로 급여비용 기준이 변경된 경우
- ④ 급여종류 및 급여제공시간이 변경된 경우
- ⑤ 계약기간이 만료되어 재계약하는 경우

제19조 【이용료 등 비용에 대한 변경절차】

기관은 이용료 및 비용 변경 시 관련 법령과 수가 기준을 준수하며, 변경사유 발생시 수급자(보호자)에게 사전 안내·설명·동의 절차와 협의를 거쳐 변경내용을 적용한다.

- ① 변경사유 발생: 수가고시 개정, 등급변경 통보, 서비스내용 변경 등 비용변경 사유 발생
- ② 변경내용 검토: 변경된 수가·본인부담률·급여범위 확인, 실제 적용금액 산정
- ③ 사전안내와 협의: 변경적용 최소 7일 이전 대상자(보호자)에게 전화설명, 문자·카카오톡, 방문, 등 사전 안내하고 협의한다.
- ④ 변경절차는 유효기간의 변경 등의 계약서(표준약관) 또는 변경계약서에 변경된 사항을 기록하고 수급자(보호자)와 기관 각 1부씩 보관한다.

제7장 서비스의 내용과 그 비용부담

제20조 【서비스 제공의 기본원칙】

수급자의 욕구·상태에 맞춘 개별 맞춤형 서비스를 제공하며, 인권과 안전을 최우선으로 한다.

1. **인권보호:** 기관은 성별, 연령, 건강상태 및 장애, 경제적 능력, 종교 및 정치적 신념 등을 이유로 서비스 과정에서 대상자를 차별 또는 학대해서는 안 된다.
2. **자기결정:** 서비스 이용계약 및 종결, 제공받을 서비스의 선택, 사회참여 및 종교생활 등에 있어서 대

상자 본인의 자기결정권과 선택권을 최대한 존중한다.

3. **자립생활:** 대상자의 잔존기능, 장점 및 자원을 파악하여 가능한 한 대상자 스스로 자신의 삶을 영위할 수 있도록 지원한다.
4. **사례관리:** 대상자의 욕구 및 문제, 장점과 자원에 대한 정확한 사정을 바탕으로 개인별로 차별화된 서비스계획의 수립하여 급여를 제공한다.
5. **비밀보장:** 기관은 대상자의 사생활을 존중하고, 업무상 지득한 대상자의 개인정보를 누설하여서는 아니 된다.
6. **기록의 공개:** 기관은 대상자의 생활 및 제공하는 장기요양서비스에 관한 모든 내용을 상세히 관찰하여 정확히 기록하며, 대상자(또는 보호자)가 요구할 경우 그 기록을 공개하여야 한다.
7. **부당청구 금지:** 기관은 대상자의 요구와 문제, 기능 상태를 고려하여 적정 수준의 서비스를 제공하여야 하며, 과다한 서비스 제공 또는 부당청구를 하여서는 아니 된다.
8. **관련 법령 및 규정의 준수:** 기관은 「노인복지법」, 「노인장기요양보험법」 및 관련 규정을 준수한다.

제21조 【서비스 제공의 절차】

1. **신청접수:** 전화 또는 신청자가 내방하여 접수하며, 장기요양인정서 등을 통해 장기요양수급자 여부를 확인한다.
2. **욕구사정:** 급여계약 의사가 있는 대상자에게는 관리책임자 또는 관리자(사회복지사)가 대상자 가정에 사전 방문해 낙상위험측정기록지, 욕창위험측정기록지, 욕구사정기록지, 인지기능검사를 이용하여 대상자의 종합적인 상황과 대상자 및 보호자의 욕구를 파악한다. 본 업무는 계약체결 이후 서비스제공 중이라 하더라도 대상자 및 보호자를 대상으로 년 1회 이상 실시한다.
3. **계약체결:** 기관과 대상자(또는 보호자)는 제15조【이용계약】에 따라 계약을 체결한다.
4. **제공계획:** 대상자의 표준장기요양이용계획서와 본조 제2항에서 작성한 기록지를 토대로 장기요양급여제공계획서(이하 ‘급여제공계획서’라 함)를 작성·수립한다.
5. **제공계획 통보:** 기관은 대상자(또는 보호자)에게 서비스 제공계획 수립을 알리고, 공단에 계약내역을 통보한다.
6. **서비스제공:** 기관은 급여제공계획서 및 계약 내용에 따라 매월 구체적인 서비스제공 계획을 수립하여 서비스제공일정표(이하 ‘서비스제공일정표’라 함)를 작성하여, 서비스제공 전 대상자(또는 보호자)에게 제공한다. 서비스제공일정표에 따라 방문일에 대상자 가정에 방문하면 급여제공계획서에 따라 서비스를 제공하고 그 내역을 노인장기요양보험법시행규칙 급여제공기록지에 자세하게 기록·작성한다.
7. **대상자관리:** 작성한 급여제공기록지를 주1회(태그사용자는 월1회) 수급자(또는 보호자)에게 제공하며, 급여제공기록지 제공 대장에 기록한다. 또한, 대상자의 담당 요양보호사는 매주 1회 이상 대상자의 상태변화를 상태변화기록지에 기록하고, 관리자는 대상자의 신체 및 정신적 상태와 욕구사항 등의 파악을 위해 매월1회 이상 대상자 가정에 방문하여 상담일지 또는 사회복지사 업무수행일지를 이용하여 방문상담을 실시한다.
8. **사후관리:** 기관은 서비스제공에 대한 만족도 및 건의사항을 수시로 접수하여 급여제공과정에 반영한다.
9. **기록관리:** 모든 서비스 제공은 표준서식에 따라 기록·보관하며, 기록은 최소 5년간 보존한다.
10. **품질관리:** 정기적인 모니터링과 만족도 조사를 실시하여 품질 개선에 반영한다.
11. **태그관리:** 태그 오류 발생 시 요양보호사는 즉시 센터에 연락하며, 센터는 원격지원 후 필요 시 수기기록을 인정하고 전산등록을 지원한다.

제22조 【서비스 제공내용】

본 기관은 [방문요양, 방문목욕, 방문간호, 종일방문, 통합재가] 서비스를 대상자에게 제공하며, 대상자별 구체적 서비스 제공 내용은 급여제공계획서에 따른다.

1. 방문요양서비스 제공 내용은 다음과 같다.

- ① 신체활동지원: 세면도움, 구강청결도움, 식사도움, 몸단장, 옷 갈아 입기도움, 머리 감기도움, 몸 씻기 도움, 화장실 이용하기, 이동도움, 체위변경, 신체기능의 유지·증진
- ② 인지활동지원: 인지자극 활동, 일상생활 함께하기
- ③ 인지관리지원: 인지 행동변화 관리 등
- ④ 정서지원: 의사소통 도움, 말벗, 격려 등
- ⑤ 가사 및 일상생활지원: 개인활동지원, 식사준비, 청소 및 주변정돈, 세탁

2. 방문목욕서비스 제공 내용은 다음과 같다.

- ① 요양보호사 2인 이상이 대상자의 가정을 방문하여 욕조를 활용한 전신입욕 등의 방법으로 제공

- ② 목욕준비, 입욕 시 이동보조, 몸 씻기, 머리 감기기, 옷 갈아입히기, 목욕 후 주변정리 포함
- ③ 방문목욕은 몸 씻기 과정에서 발생할 수 있는 대상자의 수치심 등을 고려하여 동성의 요양보호사를 배정하는 등 대상자의 인권을 보호하기 위해 노력하여야 한다.

3. 방문간호서비스 제공 내용은 다음과 같다.

- ① 의사, 한의사 또는 치과의사의 방문간호지시서에 따른 간호, 진료의 보조, 구강위생
- ② 기본관리: 건강상태 확인, 활력징후 및 혈당 측정, 지남력 평가 등
- ③ 교육 및 상담 : 통증관리, 식이관리, 감염관리, 구강관리, 투약관리, 보호자 교육 등
- ④ 신체훈련 : 관절구축 예방 및 근력 강화, 낙상예방, 운동교육 등
- ⑤ 의뢰 및 검사 : 의료기관 의뢰, 장기요양기관 연계, 기초검사 등

4. 가족휴가제 종일방문요양 제공 내용은 다음과 같다.

가족휴가제 종일방문요양은 1~5등급, 인지지원 등급자를 대상으로 요양보호사가 1일 12시간 이상 가정을 방문하여 신체활동, 일상생활, 인지·정서 및 안전관리를 제공함으로써 보호자의 돌봄부담 완화와 휴식을 지원하는 서비스입니다.

5. 통합재가서비스 제공 내용은 다음과 같다.

통합재가서비스는 방문요양, 방문간호, 방문목욕 등을 수급자의 상태에 맞게 통합 제공하고, 사회복지사가 사례관리를 통해 서비스 연계·조정을 수행함으로써 재가 생활의 안정성과 돌봄의 연속성을 확보하는 서비스입니다.

6. 부가서비스(비급여) 제공 내용은 다음과 같다.

병원·민원 동행보조, 추가 활동보조, 월한도액초과활동, 특수소모품 제공 등 급여범위 외 서비스로서 사전 고지·동의 후 제공한다.

제23조 【비용부담의 원칙】

- 1. 장기요양보험 급여비용은 국민건강보험공단이 정한 수가에 따르며, 대상자는 급여비용의 일정 비율을 본인부담금으로 부담한다.
- 2. 본인부담률은 관련 법령 및 고시에 따라 일반대상자 15%, 경감대상자 9% 또는 6%, 기초생활수급자 본인부담금 면제로 적용된다.
- 3. 비급여 비용은 장기요양 급여범위에 포함되지 않는 항목은 비급여로 구분하고 비급여 항목 및 비용은 사전 안내 후 동의를 받아 적용한다.

제24조 【특별한 보호를 필요로 하는 경우 그 서비스 기준과 비용】

- 1. 대상자가 '특별한 보호를 필요로 하는 경우'라 함은 대상자의 질병이 심각하거나 거동이 전혀 되지 않아 24시간 보호자의 보호가 필요한 경우를 말한다.
- 2. 제1항과 같은 경우 기관은 대상자(보호자) 및 관계기관과의 협의를 거쳐 대상자를 입주간병(종일 방문요양), 병원에 입원, 기타 적절한 조치를 취할 수 있도록 한다.
- 3. 이 때 발생하는 비용은 대상자(보호자) 본인부담이 원칙이나 관계기관 협의를 거쳐 대상자(보호자)의 본인부담을 최소화할 수 있도록 협력한다.

제8장 서비스 제공자의 배상책임 및 면책범위

제25조 【전문인배상책임보험의 가입】

기관은 급여제공 시 발생할 수 있는 비고의적 사고에 대비하여 서비스를 제공하고 있는 종사자에 대하여 “상해보험 보험사의 전문인배상책임보험(이하 ‘배상책임보험’이라 함)”에 반드시 가입한다.

제26조 【배상책임의 원칙】

- 1. 종사자가 업무수행 중 고의 또는 과실로 이용자(또는 제3자)에게 손해를 입힌 경우, 기관은 관계 법령에 따라 사용자로서 배상책임을 부담한다.
- 2. 종사자가 기관의 지휘·감독을 벗어나 사적용무를 수행하다 발생한 손해는 면책에 따른다.
- 3. 종사자 개인의 중대한 과실로 기관이 손해를 배상한 경우, 기관은 법령이 허용하는 범위에서 종사자에게 구상할 수 있다.

제27조 【배상범위】

1. 인적손해: 사망·부상·후유장해 등 신체상 피해에 대한 치료비, 간병비, 위자료, 기타 손해(소득상실액 등) 중 법령상 인정되는 범위.
2. 물적손해: 이용자 또는 제3자의 재물(가재도구, 보조기구 등)에 발생한 직접손해 및 그 수리에 필요한 통상비용.
3. 특별손해: 손해발생 당시 통상 예견 가능하였던 범위 내에서만 배상한다.
4. 공제·과실상계: 피해자의 과실, 선행질환, 기존손상 등이 손해에 기여한 경우 그 비율만큼 공제한다.

제28조 【금지행위 및 준수사항】

1. 종사자는 법령상 허용되지 않은 의료행위, 폭언·폭행, 금품수수, 개인정보 무단열람·반출 등 금지행위를 하여서는 아니 된다.
2. 이용자(보호자)는 서비스 계약, 안전수칙, 감염예방수칙, 투약·식이 지시 등 기관의 합리적 안내에 협조하여야 한다.
3. 전항의 의무 불이행으로 인한 손해는 과실상계한다.

제29조 【서비스제공자의 배상책임】

1. 서비스 제공계획에 따른 급여제공 중 요양보호사의 과실로 인하여 대상자의 신체적 상해를 초래한 경우 대상자(또는 보호자)는 기관에 손해배상을 청구할 수 있다.
2. 요양요원의 과실로 상해 또는 사고가 발생했을 경우 그에 대한 손해배상을 위해 기관은 대상자 가족과 긴밀히 협력하여 해결방안을 도모하고, 기관이 가입한 전문인배상책임보험에 따라 신속한 보상이 이루어질 수 있도록 한다.
3. 대상자 가정의 물품을 파손한 경우 기관 및 요양보호사는 그에 상응하는 보상을 치른다.
4. 기타 발생한 사고에 대해서는 관련 법규에 따른다.

제30조 【배상보험의 면책범위】

다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우, 기관은 고의 또는 중대한 과실이 없는 한 배상책임을 지지 아니한다.

1. 이용자(보호자)의 고의·중대한 과실, 허위·누락된 건강정보 제공, 안전수칙, 의료지시, 계약조건 위반으로 인한 손해
2. 정당한 지휘·감독 및 주의의무를 다한 상태에서 발생한 우발적 사고로, 통상적 방법으로 예방이 불가능했던 경우
3. 서비스 제공시간 이외에 발생한 사고 및 상해
4. 통상적 사용에 따른 마모·변색 등 감가상각성 손해 또는 소모품의 자연 소모
5. 귀중품·현금 등 고가물품을 사전신고, 보관의무를 이행하지 아니하여 발생한 분실·훼손
6. 대상자(보호자)의 고의나 직접적인 부주의로 인해 상해를 입었을 경우
7. 특이 질환을 가지고 있던 대상자가 갑작스러운 발작증세로 인해 입원 또는 사망했을 경우
8. 천재지변, 국가비상사태, 예측 불가능·회피 불가능한 불가항력으로 인한 손해
9. 법령상 기관에 책임이 면제되는 기타 사유

【별지1】 장기요양인정 등급

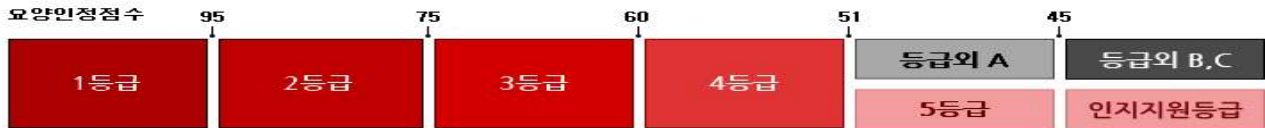
1. 자격 : 장기요양보험가입자 및 그 피부양자, 의료급여수급권자
2. 대상 : 만65세 이상 또는 만65세 미만으로 노인성 질병을 가진 자
* 노인성질병 : 치매, 뇌혈관성질환, 파킨슨 병 등 대통령령으로 정하는 질병 * 장애인 활동지원 급여를 이용 중이거나 이용을 희망하는 경우 장기요양등급이 인정되면 장애인 활동지원 신청 또는 급여가 제한된다. (장애인활동지원 문의 : 국민연금공단 ☎ 1355)
* 단, 장애인 활동지원 신청 또는 급여 이용의 목적으로 인정된 장기요양등급은 포기할 수 있도록 등급포기절차 신설('15.9.1 시행)
3. 등급판정 기준

등급판정은 "건강이 매우 안좋다", "큰 병에 걸렸다." 등과 같은 주관적인 개념이 아닌 "심신의 기능상태

에 따라 일상생활에서 도움(장기요양)이 얼마나 필요한가?"를 지표화한 장기요양인정점수를 기준으로 합니다. 장기요양인정점수를 기준으로 다음과 같은 6개 등급으로 등급판정을 합니다.

장기요양 등급	심신의 기능상태
1등급	심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 전적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 95점 이상인자
2등급	심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 상당 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 75점 이상 95점 미만인 자
3등급	심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 60점 이상 75점 미만인 자
4등급	심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 일정 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 51점 이상 60점 미만인 자
5등급	치매환자로서(노인장기요양보험법 시행령 제2조에 따른 노인성 질병으로 한정) 장기요양인정 점수가 45점 이상 51점 미만인 자
인지지원등급	치매환자로서(노인장기요양보험법 시행령 제2조에 따른 노인성 질병으로 한정) 장기요양인정 점수가 45점 미만인 자

4. 장기요양인정점수 구간별 장기요양인정등급



■ 재가장기요양급여 단가 및 급여제공계획표 (2026년)

[표1] 장기요양등급별 월 한도액 및 본인부담율

장기요양등급	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지지원등급	본인부담율
월 한도액	2,512,900	2,331,200	1,528,200	1,409,700	1,208,900	676,320	일반대상자 : 15% 경감대상자 9%, 6% 기초수급권자 : 0% 1-2등급: 8시간 8회 ● 가족케어 15,000원(1h)x20일 =30만원 31,500원(90분)x31 일=996,500원
통합재가 (110%)	2,764,190	2,564,320	1,681,020	1,550,670	1,329,790		
급여시간 (3시간)	44회+@4,020	40회+@50,400	26회+@46,680	24회+@41,220	21회+11,480	주야간보호	
(4시간)	35회+@60,100	33회+@18,560					
최대연장	8회(8h)	8회(8h)	4회(8h)	4회(8h)	없음		
종일방문	24회	24회	24회	24회	24회	24회	
본인부담금(15%)	376,935	349,680	229,230	211,455	181,335		
본인부담금(통합)	414,628	384,648	252,153	232,600	199,468		

[표2] 방문요양서비스의 급여비용 산정기준 (금액, 원)

분류(이상)	주간	본인부담금 (15%)	시간당	야간/심야
가족케어	30분	17,450	2,618	* 시급(1 2등급): 13,500원+중증수당@6,000 * 시급(3 4 5등급): 13,500원 ※ 제공한 급여에 대한 가산 - 야간 : 18~22시에 20% 가산 - 심야 : 22~06시에 30% 가산 - 휴일 : 공휴일/근로자날 30% 가산
	60분(1h)	25,320	3,798	
	90분(1.5h)	34,120	5,118	
	120분(2h)	43,430	6,515	
3,4,5등급	150분(2.5h)	50,640	7,596	
	180분(3h)	57,020	8,553	
1,2등급	210분(3.5h)	63,530	9,530	
	240분(4h)	70,080	10,512	

[표3] 방문목욕서비스의 급여비용 산정기준

분류	금액(원)	본인부담금(15%)
방문목욕 차량을 이용한 경우(차량 내 목욕)	88,990	13,349
방문목욕 차량을 이용한 경우(가정 내 목욕)	80,230	12,035
방문목욕 차량을 이용하지 아니한 경우(차량 미 이용)	50,100	7,515

[표4] 방문간호서비스의 급여비용 산정기준

분류	금액(원)	본인부담금(15%)
15분 ~ 30분 미만	42,880	6,432
30분 ~ 60분 미만	53,770	8,066
60분 이상	64,690	9,704

■ 강남장손복지센터 센터장에 바란다. -네이버 톡톡 (<http://naver.me/xD6kEzys>)