제 3 장 이용자 모집 방법

제4조 〔 이용 대상자 및 이용절차 〕

①이용대상자

65세 이상 노인 또는 65세 미만 노인성 질병을 가진 자로서 거동이 현저히 불편하여 등급판정 위원회로부터 1~5등급의 판정을 받은 자를 대상으로 한다.

②이용절차

이용신청 및 등급판정 →자격확인 →서류확인(개인별장기이용계획서, 본인부담감경 대상자여부) →서비스 이용 계약(급여계획, 급여계약서) → 급여제공(요양보호사 파견 및 서비스 실시)→ 모니터링 등 서비스 관리

③이용정원

관계 법령에 의거하여 방문요양과 방문목욕은 서비스 정원을 정하지 아니하고 법에 따른 절차에 의해 서비스를 제공한다.

제5조 〔 이용자 모집 방법 〕

방문요양 및 방문목욕의 서비스 대상 어르신 모집은 다음과 같다.

①직접방문 또는 대상자 방문상담

②지역사회 내 각종 경로행사 및 경로당 방문 홍보활동

③노인장기요양 대상이 될 수 있는 대상자의 가정을 방문하여 상담과 클라이언트 욕구조사를 실시하여 방문요양과 방문목욕 서비스 상담실시

④유관기관과 연계하여 관내 서비스 대상자를 파악

⑤노인장기요양보험 대상과 등급, 혜택, 요양서비스 내용이 수록된 전단지와 홍보물을 제작하여 관공서 및 기관에 비치 홍보

⑥센터 홈페이지 및 블로그, 키워드 검색광고 등의 온라인을 통한 기관 및 급여 종류별 제공내용(방문요양) 홍보활동 실시

⑦노인장기요양보험 홈페이지를 통한 홍보

제6조 〔 구비서류 〕

이용의뢰나 대상자 또는 가족의 이용 신청 시 다음 각 호의 서류를 제출하여야 한다.

①장기요양급여 계약서 1부

②장기요양급여 기록지

제7조 〔 사례관리 〕

대상자에 대한 개별적인 사례관리를 다음 각 호의 절차에 의해 실시한다.

①이용의뢰자 신청 시, 상담을 통해 7일 이내로 서비스 제공여부를 결정하고 그 결과를 전화, 구두, 서면 등으로 통보한다.

②대상자의 문제규명, 제공서비스, 목표를 설정한다.

③서비스의 계획이행과 대상자의 욕구변화를 정기적으로 점검하고 대상자의 만족도와 변화를 측정하기 위한 평가를 실시한다. 〔 서비스기록표, 사례평가서 〕

④서비스 목표달성 및 사망, 이주 등 종결사유 발생 시 대상자 또는 그 보호자에게

전화, 구두, 서면 등으로 사전 고지하고 Refer, 자료관리 등 사후관리를 철저히 한다.

제8조 〔 관련문서의 비치 〕

센터는 다음 각 호의 서류를 비치하도록 한다.

①업무관련서류 〔 업무일지, 서비스별 일지 〕

②사례관리 관련서류

③기타업무 관련서류

④재무회계 관련서류

제 4 장 이용계약에 관한 사항

제9조 〔 계약의 목적 및 서비스 이용계약 〕

〔 계약의 목적 〕

65세 이상 노인 또는 65세 미만 노인성 질병을 가진 자로서 거동이 현저히 불편하여 노인장기요양보험 등급판정 위원회로부터 1~5등급의 판정을 받은 노인장기요양보험 수급자로 정신적, 신체적인 이유로 독립적인 일상생활을 영위하기 어려운 노인을 대상으로 요양보호사를 파견하여 필요한 각종 서비스를 제공하여 노인 어르신들에게 안정적이고 건강한 삶을 영위하게 함을 목적으로 한다.

계약을 통하여 발생할 수 있는 계약당사자 간의 분쟁을 미연에 방지하고 정확한 안내와 설명으로 한층 더 질 높은 서비스를 제공한다.

〔 서비스 이용계약 〕

① 계약은 이용자와 체결하는 것을 원칙으로 한다. 단, 이용자의 의사표시가 불가능할 경우에는 이용자의 가족(보호자), 친척을 포함한 법적대리인과 계약이 가능하다.

②기관은 다음 각 호의 순서에 따라 이용계약을 체결한다.

ㄱ. 계약당사자는 이용계약 시 다음 각 호의 서류를 구비하여야한다.
단, 대상자(또는 보호자)가 본 서류를 제시하지 못한 경우에는 국민건강보험 공단에 전화 또는 인터넷을 이용하여 자격을 확인할 수 있다.

-.장기요양인정서 1부

-.개인별장기요양이용계획서 1부

-.개인정보활용동의서 1부

-.급여계획서 1부

-.급여계약서 2부를 작성하여 각각 보관한다.

ㄴ. 기관과 수급자는 장기요양급여제공 개시 전에 다음의 내용이 명시된 장기 요양급여 제공계약서 2부를 작성하여 날인하고 기관과 대상자가 각각 보관한다.
(계약을 변경하고자 하는 경우에도 동일한 과정을 따른다)

- 계약당사자(서명 포함)
- 계약일자 및 계약기간
- 계약목적
- 장기요양급여의 종류, 내용 및 월이용료 및 기타 비용부담액 비용
- 신원인수인의 권리 의무
- 계약의 해제

제10조 (계약기간)

①계약기간은 서비스를 제공받기 위해 계약서에 명시하되, 수급자의 장기요양 인정서 유효기간 범위로 한다.단, 대상자 또는 보호자가 원할 경우 협의를 거쳐 명시한 기간으로 한다.

②계약서에 명시한 계약종료일 1개월 전까지 계약연장에 대한 의사를 표시함으로써 계약서를 새로 작성할 수 있다.

②계약기간의 종료 시에는 고객이 계약기간 연장을 희망하는 경우 센터의 심의를 거쳐 재계약 할 수 있으며 센터와 이용자가 재계약 거부의사를 밝히지 아니한 경우 계약기간이 자동 연장되는 것으로 간주한다.

제11조 (월 이용료 및 그 밖의 비용 부담액)

①월 이용료는 국민건강보험공단으로부터 재가급여를 지급받는 장기요양급여 수가로 하며 수급자로부터 본인부담금 15%를 받고, 나머지 85%는 공단에 청구한다.

②기초생활수급자는 공단에 100% 청구하고, 차상위 계층에게는 본인부담금으로 9%, 6%를 청구하고, 나머지 92.5%는 공단에 청구한다.

③그 밖의 비용 부담액은 관련 법규에서 정한 금액으로 할 수 있다.

제12조 (이용자의 책임 이행)

서비스 합의서에 다음 각 호의 내용을 기재하고 대상자 또는 가족이 책임이행에 동의하여야 한다.

①센터의 서비스 실시에 적극적으로 협력한다.

②이용자 계약서에 기재된 사항의 변경 시에는 반드시 센터에 통보한다.

③서비스 제공시 발생 될 수 있는 비고의적인 사고나 부상에 대해 센터에 책임을 묻지 않는다.

④분실, 파손, 부상 등의 사고를 미연에 예방하며, 사고 발생 시 센터에 책임을 묻지 않는다.

제13조 (신원인수인의 권리와 의무)

신원인수장소는 대상자 거주지 가정으로 하며 주민등록증 등 신원인수인을 확인하고 대상자의 건강상태를 점검하는 등 인수인계에 철저를 기하여야 한다.

①신원인수인의 권리는 다음과 같다.
가. 수급자와 관련된 장기요양급여 및 비급여 서비스 내역에 대하여 알 권리가 있다.
나. 수급자의 간호와 재활치료에 관한 상세 내역을 요청할 권리가 있다.
다. 수급자가 쾌적하고 적절한 처우를 받고 있는지 참관할 권리가 있다.
라. 수급자의 처우개선을 요청할 수 있는 권리가 있다.
②신원인수인의 의무는 다음과 같다.
가. 수급자에 관한 건강 및 기타 필요한 자료를 제공할 의무가 있다.
나. 수급자의 월 이용료 등 수급자비용을 부담할 의무가 있다.
다. 인적사항 등 변경 시 즉시 통보할 의무가 있다.
라. 장기출장 등으로 보호자 의무이행이 어려울시 대리인을 선정할 의무가 있다.
마. 수급자가 병원 입원 시, 간호 및 간병, 입퇴소 절차, 비용 등을 부담할 의무가 있다.

제14조 [계약의 해제]

이용규칙 및 센터 운영에 피해를 주거나 민, 형사상의 문제를 야기할 시는 계약기간 중이라도 다음 각 호의 요건에 해당될 경우에는 수급자 또는 보호자에게 계약을 해지할 수 있다.

1. 수급자의 생명이 위험하거나 사망하였을 때
2. 수급자의 건강진단 결과 「감염병의예방 및 관리에 대한 법률」에 따른 감염병 환자로서 감염의 위험성이 있는 경우로 판정될 때
3. 3회 이상 본인부담금 등 이용료를 납부하지 아니하고 연체하였을 때
4. 기관 내에서 기관규칙이나 기관관계자의 정당한 조치에 따르지 않는 등 기관운영 또는 타 수급자의 생활에 지장을 줄 때
5. 배회성 또는 폭력성 등 심한 치매나 성격상 문제자로 일상생활에 막대한 지장을 줄 때
6. 어르신의 건강과 관련한 중요한 정보를 고의적으로 숨긴 것이 드러났을 때

제 5 장 이용료 등 비용에 대한 변경 방법 및 절차 등에 관한 사항

제15조 [이용료 비용의 변경 및 절차]

①기관은 재가서비스 제공관련 매월 서비스제공계획을 수립하여 수급자(보호자)의 승인을 득하고 본인이 부담해야 할 금액을 고지한다.
②서비스제공 중 계획을 변경할 때는 요양보호사와 협의 후 기관에 보고하고 지침에 의거 변경된 서비스를 제공한다,
단 변경 서비스 관련 추가로 발생하는 부담금은 수급자(보호자)에게 통보한다.
③이용료 비용의 변경 절차는 관련 법 조항에 따른다.
④다음 각 호의 요건에 해당될 경우 기관은 대상자 또는 보호자와 협의를 거쳐 이용료를 변경할 수 있다.

(1) 노인장기요양보험 대상자의 등급이 변경된 경우
(2) 노인장기요양보험 급여수가 기준이 변경된 경우
(3) 이용계약서상의 계약기간이 만료되어 재계약하는 경우

(4) 노인장기요양보험 대상자의 본인부담률이 변경된 경우

⑤제4항에 해당하는 경우 기관은 변경된 내용에 대하여 대상자(또는 보호자)와 협의를 거쳐 제9조에 따라 계약서를 새로 작성 · 이행한다.

제 6 장 서비스의 내용과 그 비용의 부담에 관한 사항

제16조 (서비스 내용)

방문요양서비스에서 제공하는 신체활동지원서비스, 가사 및 일상생활지원서비스, 정서지원서비스, 방문목욕 서비스에서 제공하는 목욕서비스, 기타 대상자에게 필요한 서비스를 파악하여 제공할 수 있다.

구 분	사 업 내 용
방문요양 서비스	가. 신체활동지원서비스 세면도움, 구강관리, 식사도움, 머리감기기, 몸 씻기, 몸단장, 옷 갈아입히기, 체위변경, 이동도움, 화장실 이용하기, 배설도움, 신체기능의 유지증진등 나. 정서지원: 의사소통 도움 등(말벗, 격려, 위로 등, 사회적지지 체계연계와 관계망연결, 비상연락망 준비 등) 다. 인지활동지원: 인지자극활동, 일상생활함께하기, 라. 인지관리지원: 인지행동변화 관리 등 마. 가사 및 일상생활지원: 식사준비, 청소 및 주변정돈, 세탁 등, 개인활동지원 (외출 시 동행, 장보기, 산책, 은행, 관공서(업무대행), 병원 등 방문시 부축 또는 동행하고 책임귀가)
기타	센터는 기타 대상자에게 필요한 서비스를 파악하여 제공 할 수 있다.

제17조 (비용의 부담에 관한 사항)

기관이 제공하는 서비스 이용료는 다음과 같으며, 아래에 명시되지 않은 내용은 노인장기요양보험법, 공단의 고시 및 관련규정에 따른다.

1. 대상자 등급에 따른 월 한도액 및 본인부담금
   ① 기관은 산정된 총 수가금액 중에서 본인부담금(총 수가금액 본인부담율)을 대상자로부터 받고, 본인부담금을 제외한 나머지(공단부담금)를 공단으로 청구하여 지급받는다.
   ② 대상자의 장기요양등급별 월 한도액과 본인부담율은 공단고시에 따른다.
   ③ 재가급여 월 한도액의 적용기간은 매월 1일부터 말일까지로 한다.
   ④ 월 중간에 대상자의 요양등급이 변경되는 경우에는 높은 등급의 월 한도액을 적용한다.
   ⑤ 대상자는 요양등급별 월 한도액 범위 내에서 서비스를 이용하여야 하며, 한도액을 초과한 비용은 전액 본인이 부담하여야 한다.

2. 방문요양서비스의 급여비용 산정기준

① 방문요양서비스의 급여비용은 1회 방문 당 제공시간을 기준으로 하며, 산정기준은 공단고시에 따른다.

② 방문요양서비스는 급여제공을 개시한 시각에 따라 가산할 수 있다. 단, 야간·심야·휴일 가산이 중복되는 경우에는 중복 가산하지 아니한다.

제18조【 본인부담금 납입 】

1. 기관은 매달 대상자에게 서비스 제공 후 익월 1일까지 항목 등에 따라 이용자가 납부해야 할 본인부담금을 고지한다.
2. 대상자 또는 보호자는 매월 5일까지, 이전 달에 제공받은 서비스 내역에 대한 본인부담금을 납부하여야 한다.
3. 본인부담금 징수는 대상자 및 보호자가 기관의 계좌에 온라인 송금하는 것을 기본으로 하며, 온라인 송금이 불가능할 경우 요양보호사가 수금하여 기관에 납부한다.
4. 기관은 본인부담금 납입 확인 즉시 이를 증명하는 영수증을 이용자 및 보호자에게 발행한다.

제19조【 기타 비용부담 】

1. 노인성질환자 또는 가족의 신청에 따라 전액 자부담으로 기관과 계약한 이용자는 매월 실비를 납부하여야 한다.
2. 기타 급여제공 중 발생하는 비용은 대상자 부담을 원칙으로 한다.

제20조【특별한 보호를 필요로 하는 경우와 서비스 기준과 그 비용에 관한 사항】

1. 특별한 보호를 필요로 하는 경우
   특별한 보호를 필요로 하는 경우라 함은 질환의 정도로 깊어 졌거나 거동이 전혀되지 않아 24시간 보호자의 보호가 필요한 경우에는 관계기관의 협의를 거쳐 병원에 입원시키거나 기타 적절한 조치를 취해야 한다.
2. 이때 발생되는 비용은 본인 부담이 원칙이나 관계기관의 협의를 거쳐 본인 부담을 최소한으로 한다.

제 7 장 서비스 제공자의 배상책임 및 면책 범위에 관한 사항

제21조【 서비스 제공자의 배상책임 】

1. 센터의 서비스 제공자가 대상자에게 서비스 제공 중 신체적인 피해가 발생했을 경우 아래의 사항에 따라 처리한다.

①서비스 제공자가 서비스를 제공하던 중에 대상자의 신체에 피해를 끼쳤을 경우 대상자와 대상자의 가족은 센터에 배상책임에 관한 손해배상(상해보험 청구)을 청구할 수 있다.

②서비스 제공자의 과실로 상해 또는 사고가 발생했을 경우 그에 대한 손해배상 책임이 있다.
③기관은 대상자 가족과 긴밀히 협력하여 해결방안을 도모하고, 기관이 가입한 전문인배상 책임보험에 따라 신속한 보상이 이루어질 수 있도록 하여 문제해결에 최선을 다한다.
④대상자 가정의 물품이 파손된 경우 기관 및 서비스 제공자는 그에 상응하는 보상을 한다. 서비스 제공시간 이외에 발생한 사고 및 상해에 대해서는 기관은 책임을 지지 아니한다.
⑤기타 발생한 사고에 대해서는 관련 법규에 따른다.

제22조 (서비스 제공자의 면책범위)

센터 서비스 제공자사의 면책범위는 다음과 같다.
①대상자가 직접적인 부주의로 인해 다쳤을 경우에는 서비스 제공자에게 책임을 묻지 않는 다. 다만, 서비스 제공자는 이러한 피해가 발생치 않도록 주의 산만한 대상자를 잘 관리한다.
②특이 질환을 가지고 있는 대상자의 경우 갑작스런 발작증세로 입원이나 사망 시에는 정확한 규명을 내려 피해 원인을 밝힐 때까지는 서비스 제공자와 센터에 책임을 묻지 않는다.
③기타 이외의 사고 발생 사항들에 대해서는 관련 법규를 참고하여 자문을 구하고 처리한다.

제23조 (배상책임보험의 가입)

1. 배상책임보험의 가입

센터는 미래에 발생할 사고에 대비하여 서비스 제공자에게 상해보험 보험사의 전문인배상책임보험에 가입한다.