

병원 기반 방문 간호 서비스 연계 매뉴얼



Contents

1. 병원 기반 방문 간호 서비스 연계 매뉴얼의 필요성 및 목적

5

가. 필요성	6
나. 목적	10

2. 병원 기반 방문 간호 서비스 연계 개요

11

가. 병원 기반 방문 간호 서비스 연계 개요	12
나. 암환자 입장에서의 병원 기반 방문 간호 서비스 연계 개요	14
다. 병원에서 진행되는 방문 간호 서비스 연계 개요	15
라. 방문 간호 센터에서 진행되는 방문 간호 서비스 연계 개요	16

3. 병원 기반 방문 간호 서비스 연계 관련 기본 정보

19

가. 방문 간호 센터 연계 대상자	20
나. 방문 간호 서비스 이용자	24
다. 장기요양급여 수급자의 방문 간호 서비스 이용 절차	24
라. 장기요양급여 수급자 외 대상의 방문 간호 서비스 이용 절차	30

4. 방문 간호 서비스 이용 시 비용

33

가. 서류 발급 비용	34
나. 방문 간호 서비스 방문 당 이용 비용	34
다. 방문 간호 서비스 월 이용 한도액	35
라. 방문 간호 서비스 이용 비용의 본인 부담률	37

5. 방문 간호 서비스 내용

39

부록 1.	의사소견서 제출 제외대상 섬·벽지지역	41
부록 2.	장기요양인정 점수 산정 방식	47
부록 3.	원거리교통비 점수 산출 기준	67

서식 1. 퇴원 계획 관련 서식

69

서식 1-1. 간호 서비스 요구도 평가지 (예시)	70
서식 1-2. 퇴원 계획 기록지 (예시)	72

서식 2. 장기요양급여 수급자 관련 서식

77

서식 2-1. 장기요양인정신청서 (갱신, 변경, 급여 종류 및 내용 변경)	78
서식 2-2. 장기요양급여 제공시기 예외 적용 신청서	80
서식 2-3. 의사소견서 발급 의뢰서	82
서식 2-4. 의사소견서	83
서식 2-5. 장기요양인정서	87
서식 2-6. 표준장기요양이용계획서	88
서식 2-7. 복지용구급여 확인서	89
서식 2-8. 방문간호지시서	90
서식 2-9. 장기요양기관 입소이용신청서 (신규, 갱신, 변경, 해지)	92
서식 2-10. 장기요양기관 입소이용의뢰서	93
서식 2-11. 장기요양급여 계약통보서	94
서식 2-12. 장기요양급여 제공 계획서	96
서식 2-13. 장기요양급여 제공기록지 (방문간호)	98

서식 3. 장애인 활동지원급여 수급자 관련 서식

101

서식 3-1. 활동지원수급자격결정통지서	102
서식 3-2. 표준급여이용계획서	105
서식 3-3. 방문간호지시서	106
서식 3-4. 활동지원급여 수요조사카드 (예시)	107
서식 3-5. 활동지원급여 제공계획서	110
서식 3-6. 활동지원급여 제공 일정표 (예시)	112
서식 3-7. 활동지원급여 제공·이용 계약서 (예시)	114
서식 3-8. 개인정보 수집, 이용 및 제공 동의서	117
서식 3-9. 활동지원급여 상호협력 동의서	118
서식 3-10. 활동지원급여 제공기록지 (방문간호)	120

서식 4. 병원에 제공하는 방문 간호 서비스 기록지 (예시)

121

1

병원 기반 방문 간호 서비스 연계 매뉴얼의 필요성 및 목적

가. 필요성

나. 목적

1. 병원 기반 방문 간호 서비스 연계 매뉴얼의 필요성 및 목적

가. 필요성

✓ 치료 후 지속적인 관리가 필요한 암환자의 증가¹⁾

- 암발생자수는 1999년 101,603명에서 2017년 232,255명으로 증가하였습니다. 2017년도 암발생자 중 65세 이상 암발생자가 차지하는 비율은 약 46.9%였습니다.
※ 2014년도 암발생자 중 65세 이상 암발생자가 차지하는 비율은 약44.5%임.
- 최근 5년간 (2013-2017) 발생한 암환자의 5년 상대생존율은 70.4%로 10명 중 7명 이상은 5년 이상 생존하는 것으로 추정되고 있으며, 과거 (1993-1995)의 모든 암 5년 상대생존율 42.9%에 비해 최근으로 오면서 암 상대생존율은 증가하고 있습니다.
- 전국단위 암발생통계를 산출하기 시작한 1999년부터 2017년까지 암유병자는 총 1,867,405명이었고, 이는 2017년 우리나라 국민 28명당 1명이 암유병자라는 것을 의미합니다. 특히, 65세 이상의 암유병자는 전체 암유병자의 약 44.2%를 차지하고 있습니다.
※ 암유병자 수: 1999년 1월 1일부터 2017년 12월 31일까지 암을 진단받은 환자 중 2018년 1월 1일 기준 생존해 있는 암환자 수로 정의되며, 암 치료를 받고 있는 환자뿐 아니라 완치된 암환자도 포함되어 있음. 다중원발암 환자의 경우는 중복으로 계산됨.
- 암발생자 수의 증가 및 암생존율의 증가로 인해 암유병자 수도 증가하고 있으며, 실제로 연도별로 암유병자수는 다음과 같습니다.

| 시기에 따른 암유병자 수 (단위, 명) |

연도	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
암유병자 수	960,654	1,097,253	1,234,879	1,370,049	1,464,935	1,464,935	1,611,487	1,739,951

※ 2014년도 암유병자수: 1999년 1월 1일부터 2014년 12월 31일까지 암을 진단받은 환자 중 2015년 1월 1일 기준 생존해 있는 암환자 수로 정의되며, 암 치료를 받고 있는 환자뿐 아니라 완치된 암환자도 포함되어 있음. 다중원발암 환자의 경우는 중복으로 계산됨.

1) 국가암정보센터 cancer.go.kr

2) Lee JE, Shin DW, Cho BL. The current status of cancer survivorship care and a consideration of appropriate care model in Korea. Korean J Clin Oncol. 2014; 10: 58-62.

3) Kim EJ, Hyun JS, Han JH, Kim NH. Analysis of nursing needs of home-dwelling breast cancer patients based on counseling contents. J Korean Public Health Nurs. 2016; 30(3): 420-433.

4) Kim DE, et al. Qualitative study of cancer survivor's needs related to survival stages. Health Soc Welfare Review. 2019; 39(4): 356-395.

✓ 암 치료 중 및 치료 후의 간호 요구 ^{2) 3) 4)}

- 암환자는 원발암의 재발 및 합병증 관리뿐 아니라, 이차암 예방 및 검진, 암 이외 동반질환 관리, 생활습관 관리 등이 필요하며, 또한 암 진단 이후 우울, 불안 등의 심리사회적 문제를 경험하기 때문에 포괄적인 건강 관리가 필요합니다.
- 재가 암 환자의 간호 요구 내용에는 증상 관리 요구 즉 항암 치료 중 증상 관리, 수술 후 증상 관리, 기타 체중 및 식이 조절 관리에 대한 내용이 있으며, 이 외에도 수술, 항암 치료, 검사, 보조 치료 및 일상생활 관련한 정보 요구와 정서적 간호와 같은 지지적 간호 요구가 있습니다.

| 재가암 환자의 간호 요구도 |

영역	세부 영역	내용
증상 관리	항암 치료 증상 관리	● 항암제 부작용 ● 항암 치료 중 식이섭취 ● 항암주사부위 관리 ● 구내염 및 치주질환관리 ● 변비 및 치질 관리 ● 관절통 및 대상포진 관리
	수술 후 증상 관리	● 상처 관리 ● 림프부종 관리 ● 통증 관리
	기타 체중 및 식이조절 관리	● 체중 조절 어려움 ● 식이 조절 어려움
정보 제공	수술	● 유방 성형 ● 2차 수술 과정과 비용 ● 이후 치료 일정 ● 수술 부위 상처 관리 ● 배액관 관리
	투약	● 항호르몬제 복용 후 부작용 관리 ● 진통제 복용 방법 ● 항우울제 복용 방법 ● 수면제 복용 방법 ● 항호르몬제 복용 방법 ● 대체 음식과 약물 복용 ● 부종치료제 복용 방법 ● 항바이러스 약제 복용 방법 ● 비타민 복용 방법
	항암 치료	● 항암제 주사 일정 ● 가발 구입 경로 및 대여

영역	세부 영역	내용
정보 제공	항암 치료	● 항암 포트나 히크만 시술 과정 ● 민간 요법과 항암 치료 후 성기능
	검사	● 수술 후 검사 ● 수술 일정 ● 골밀도 검사 방법 및 필요성 ● 다른 부위의 암검진 방법 ● 백혈구 검사 필요성
	보조 치료	● 방사선 치료 ● 표적 치료 일정 ● 비용 ● 부작용
	일상 생활	● 변비 관리 ● 폐렴 ● 물리 치료 ● 치과 치료 ● 예방 주사
지지적 중재	정서적 지지	● 치료에 대한 긍정적 사고 격려 ● 적극적, 긍정적 생활태도 격려 ● 검사 결과에 대한 신속한 설명 ● 최근 추적 검사 설명 ● 성공적 치료 사례 설명
	사회적 지지	● 자조 모임 소개 ● 자가 관리 격려 및 가족 내 지지 격려 ● 직장 생활지지 ● 친목 활동 및 취미 활동

- 또한 암환자의 생존 단계에 따라 암환자와 보호자가 경험하는 필요와 사회적 지지의 요구 내용 중 방문 간호 서비스로 충족 가능한 간호 요구에는 치료 접근성 향상, 정보 요구, 가족 간병의 어려움 및 재가 요양 정보 요구가 있습니다.

| 생존 단계에 따른 암환자와 보호자의 요구 내용 |

단계	주제	내용
초기 생존 단계	의료적 필요	● 치료 접근성 향상
	의료비 부담	● 산정특례제도 혜택 경험 ● 비급여 영역의 지출 부담 ● 치료 부작용 관리 비용
	정보 요구	● 치료제 선택 정보 요구 ● 치료제 급여 정보 요구

단계	주제	내용
초기 생존 단계	간병 부담	● 가족 간병의 어려움 ● 간병인 서비스 이용 부담 ● 보호자 심리사회서비스 요구
	노동 참여	● 직장 생활 유지 어려움 ● 치료와 직장 생활 병행 지원 요구
장기 생존 단계	의료비 부담	● 산정특례 기간 만료 후 의료비 부담 ● 장기적 비용 지출로 생계 어려움
	정보 요구	● 재가 요양 정보 요구
	노동 참여	● 직장 복귀의 어려움 ● 취업 지원 요구
	사회 복귀	● 재사회화 프로그램 요구

✓ 암환자의 지역 사회 기반의 방문 간호 서비스 이용의 필요성⁵⁾

- 최근 고속철도의 대중화와 수도권 중심의 도로망 확충은 암환자의 서울 지역을 중심으로 한 대형병원들에 대한 접근성이 높혀 많은 암환자의 유치를 가능하게 하였으며, 이는 의료진과 상승 작용을 내며 훌륭한 암 치료결과로 나타나게 되어 국내 암환자의 치료에 있어서 대형병원 쏠림 현상이 발생하고 있습니다.
- 하지만, 병원 평가 내용을 건강보험심사평가원이 공개하면서 진료비 감소와 입원기간 단축이라는 목적과 대기환자 수 감소와 병실회전을 증가를 통한 병원 수익 증대를 위하여 중요한 치료만 입원해서 진행할 수 있는 상황이 되어 가고 있습니다. 이에 대형병원에서는 암수술, 항암치료, 방사선치료, 표적치료 등의 직접적인 암치료에 집중하고 있습니다.
- 이러한 직접적인 암 치료에 집중하고 있는 대형병원 쏠림 현상은 암환자의 조기 퇴원으로 인한 빈번한 외래 방문은 암환자의 간접 의료비용이 증가하는 요인이 되고 있으며, 집중 치료 후 피로감이 높아져 있는 상황에서의 이동은 암환자와 암환자를 돌보는 가족에게까지 상당한 부담을 주고 있습니다.
- 이러한 상황에서 주 치료 병원과 멀리 떨어진 지역에 거주하고 있는 암환자의 경우, 집중 치료를 마친 후 지역 의료기관을 이용한 협업은 암환자의 관리에 있어서 이상적인 시스템이라 볼수 있습니다. 이중 이동 자체가 어려운 암환자의 관리는 방문 간호 서비스를 통해 가능합니다.

5) Kim KS. Polarization of cancer patient management. J Korean Med Assoc. 2017; 60 (3): 223-227.

✓ 장기요양보험제도의 재가급여사업의 방문 간호 서비스 이용 현황

- 현재 방문 간호 센터를 이용하기 위해서는 암환자 또는 가족이 직접 장기요양보험제도를 알아보고 신청하고 있으면서, 건강보험관리공단을 통해 관련 절차를 진행하면서 관련 서류를 직접 준비하고 있는 상황입니다.
- 이러한 과정에서 암환자와 가족은 방문 간호 서비스를 받기까지 번거로운 행정 절차의 부담과 많은 시간을 소요하고 있는 상황입니다.
- 이에, 주 치료 병원에서 방문 간호 서비스 이용에 대해 암환자와 가족과 상의하여 퇴원 시에 방문 간호 서비스 이용을 위한 연계 절차를 진행하는 것이 암환자의 퇴원 후 장기 관리를 위한 효율적인 방안입니다.
- 이러한 맥락에서 기존에 암환자와 가족이 퇴원 후에 방문 간호 서비스 이용을 위한 의사 결정과 절차 수행을 직접 하는 대신에 병원에서 퇴원 전에 방문 간호 서비스에 대한 설명을 듣고 이용 절차를 밟는 방안이 필요합니다.

나. 목적

✓ 본 병원 기반 방문 간호 서비스의 연계 매뉴얼의 작성 목적은 다음과 같습니다.

- 암환자의 방문 간호 서비스 요구 시 병원에서 퇴원 전에 관련 절차를 조기에 진행할 수 있도록 매뉴얼을 제시합니다.
- 지역사회 기반의 방문 간호 서비스 제공을 위해 주 치료 병원 및 방문 간호 센터의 각 역할을 제안합니다.
- 연계 매뉴얼을 통해 관련 각 기관과 대상자 간의 원활한 의사소통을 기대합니다.
- 매뉴얼에 따른 지역 사회 방문 간호 서비스 이용을 통해 효율적인 암환자 관리를 도모합니다.

2

병원 기반 방문 간호 서비스 연계 개요

가. 병원 기반 방문 간호 서비스 연계 개요

나. 암환자 입장에서의 병원 기반 방문 간호 서비스 연계 개요

다. 병원에서 진행되는 방문 간호 서비스 연계 개요

라. 방문 간호 센터에서 진행되는 방문 간호 서비스 연계 개요

2. 병원 기반 방문 간호 서비스 연계 개요

※ 병원 기반 방문 간호 서비스 연계 개요는 장기요양급여 수급자를 기준으로 작성한 것입니다. 장애인 활동지원급여 수급자인 경우 방문 간호 서비스 이용 절차가 다르므로, 본문 내용 중 '3.의 라. 장기요양급여 수급자 외 대상의 방문 간호 서비스 이용 절차'를 참조 바랍니다.

가. 병원 기반 방문 간호 서비스 연계 개요

✓ 병원 기반의 방문 간호 서비스 연계는 병원에서부터 그 절차를 시작합니다.

- **1단계:** 퇴원 시 암환자의 간호 요구도와 간호 환경을 평가하여 방문 간호 서비스의 필요성을 확인합니다.
- **2단계:** 방문 간호 서비스가 필요하지만, 장기요양보험제도의 재가급여 대상자인지에 대한 신청 자격을 확인합니다.
- **3단계:** 환자 (또는 보호자)의 동의하에 신청 절차를 지원합니다.
- **4단계:** 퇴원 시에 장기요양인정 신청 이후 진행되는 사항에 대해 설명하고, 이후 필요한 의사소견서[서식 2-4]를 제공합니다.

※ 퇴원 시에 거주지 근처에 위치해 있는 방문 간호 센터를 검색하여 방문 간호 서비스를 받을 방문 간호 센터를 결정할 수도 있으며, 이 시점부터 방문 간호 센터와 연계가 시작됩니다.

✓ 병원에서 장기요양인정 신청을 하고 나면 국민건강보험공단에서 등급 판정 과정을 진행하며, 등급 판정 결과를 받기까지 약 30일 정도 소요됩니다.

- **1단계:** 국민건강보험공단의 장기요양인정 조사단이 신청자 거주지에 방문하여 인정조사를 실시합니다.

※ 인정조사단에게 퇴원 시에 받은 의사소견서[서식 2-4]를 제출합니다.

- **2단계:** 등급판정위원회에서 등급을 판정합니다.
- **3단계:** 국민건강보험공단은 신청자에게 장기요양인정서[서식 2-5] 및 표준장기요양이용계획서[서식 2-6]를 통보합니다.

✓ 국민건강보험공단으로부터 장기요양인정서[서식 2-5] 및 표준장기요양이용계획서[서식 2-6]를 받은 암환자 (또는 보호자)는 퇴원 시에 미리 검색하여 연락해 놓은 방문 간호 센터에 방문 간호 서비스를 신청합니다.

✓ 암환자로부터 방문 간호 서비스 제공을 신청 받은 방문 간호 센터는 방문 간호 서비스 제공 전에 필요한 서류와 암환자 정보를 확인하여 방문 간호 서비스를 제공합니다.

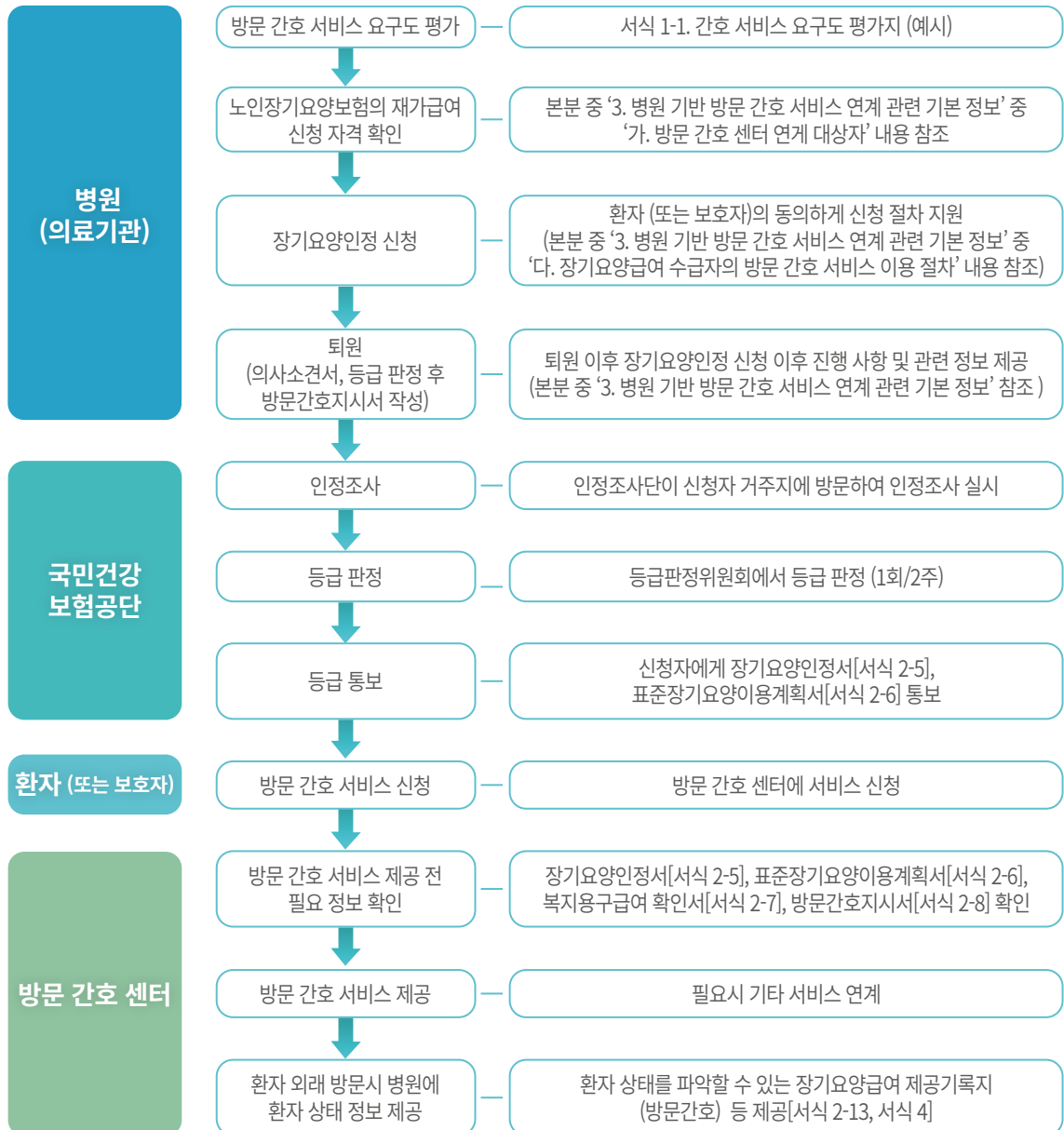
- **1단계:** 서비스 신청을 받은 방문 간호 센터는 방문 간호 서비스를 제공하기 전에 필요한 정보 및 서류를 확인합니다.

※ 암환자의 주 치료 병원 또는 암환자의 추후 관리를 담당하고 있는 병원에서 방문간호지시서[서식 2-8]를 받기를 권장합니다. 퇴원 시에 방문간호지서 작성에 대해 미리 의료진과 논의합니다.

- **2단계:** 방문간호사는 방문간호지시서에 따라 방문 간호 서비스를 제공합니다.

- **3단계:** 암환자가 외래 진료를 위해 병원 방문시 병원에 재공한 방문 간호 서비스의 내용과 이에 따른 암환자의 건강 상태에 대한 정보를 관련 서식[서식 2-13, 서식 4]을 통해 제공합니다.

| 병원 기반 방문 간호 서비스 연계 흐름도 |



나. 암환자 입장에서의 병원 기반 방문 간호 서비스 연계 개요

✔ 주 치료 병원에서 퇴원 전에 방문 간호 서비스에 대해 설명을 듣고 방문 간호 서비스를 신청할 것인지 아닌지를 결정합니다.

- **1단계:** 퇴원 전에 병원에서 간호 서비스 요구도 평가지[서식 1-1] 작성을 요청하면 이를 작성합니다.

※ 방문 간호 서비스가 필요한지를 판단할 수 있는 기본적인 조사입니다.

- **2단계:** 간호 서비스 요구도 평가 결과와 노인장기요양보험 제도에서의 방문 간호 센터 이용에 대한 설명을 듣습니다.

- **3단계:** 장기요양인정신청에 대해 가족과 논의 후 신청 여부에 대해 의사결정을 합니다.

- **4단계:** 장기요양신청을 하기로 결정을 한다면 퇴원 시에 의료진의 도움을 받아 장기요양인정신청을[서식 2-1] 하고, 향후 필요한 의사소견서[서식 2-4]를 요청하여 받아 놓습니다. 또한 미리 거주지 근처에서 방문 간호 서비스를 제공하는 방문 간호 센터를 검색하여 연락해 놓는 것도 좋습니다.

※ 병원과 건강보험공단간에 네트워크가 연결되어 있는 경우, 작성된 의사 소견서는 요양인정 신청과 동시에 전산상으로 전달할 수도 있습니다. 그럼에도 불구하고 원본 의사소견서는 갖고 있는 것을 권장합니다.

- **5단계:** 퇴원 후에 자택에 있으면 국민건강보험공단에서 장기요양보험 인정조사 실사를 나옵니다. 이때 의사소견서를 인정조사단에게 전달합니다. 장기요양 신청 시 이미 의사소견서를 제출했다면 인정조사단에게 따로 제출할 필요는 없습니다.

※ 장기요양 인정 조사는 암환자가 일상생활 활동을 하는데 얼마나 어려움이 많은지를 평가합니다.

- **6단계:** 국민건강보험공단으로부터 인정 조사 평가 내용을 토대로 한 판정위원회의 결과에 따라 장기요양인정서[서식 2-5] 및 표준장기요양이용계획서[서식 2-6],를 통보 받습니다.

※ 장기요양등급이 나오지 않을 수도 있습니다.

- **7단계:** 국민건강보험공단으로부터 받은 통보 내용과 방문간호지시서[서식 2-8],를 사전에 연계된 또는 서비스를 제공받고자 하는 방문 간호 센터에 제출하면서 서비스를 신청합니다.

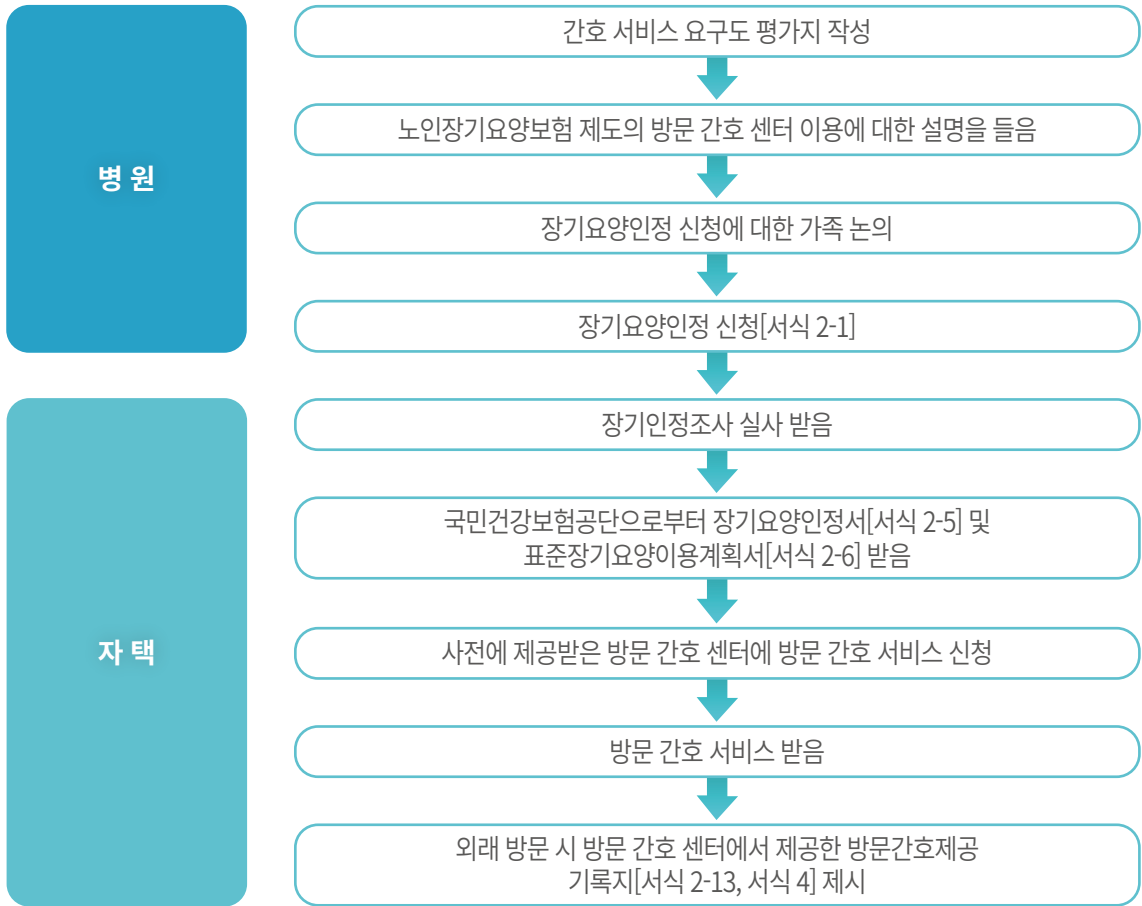
※ 장기요양등급이 나오면 병원에 연락하여 방문간호지시서를 방문 간호 센터에 보내도록 하거나, 방문 간호 센터에서 직접 의료진을 통해 방문간호지시서를 받도록 퇴원 전에 방문간호지시서에 대해 의료진과 논의합니다.

- **8단계:** 방문 간호 서비스를 받습니다.

- **9단계:** 외래 방문 시 방문 간호 센터에서 제공한 ‘방문간호제공 기록지[서식 2-13, 서식 4]’를 지참하여 진료 시 의료진에게 제출합니다.

※ 의료진의 판단에 따라 필요시 새로운 방문간호지시서를 받을 수도 있습니다.

| 환자 입장에서 본 병원 기반의 방문 간호 서비스 연계 흐름도 |



다. 병원에서 진행되는 방문 간호 서비스 연계 개요

- ✓ 병원에서는 퇴원 예정인 암환자의 간호 요구도를 평가하여 방문 간호 서비스 필요 여부를 판단하여 암환자 (또는 보호자)의 의사 결정에 따라 방문 간호 서비스 이용을 위한 신청 절차를 지원하고 관련 서류를 준비합니다.

- **1단계:** 퇴원 시 암환자의 간호 서비스 요구도[서식 1]를 평가합니다.

- **2단계:** 암환자의 치료 일정 및 건강 상태에 따라 가정간호 또는 방문 간호 서비스가 필요한지 내부 논의를 합니다.

※ 예를 들어, 가정간호 서비스 지역이 아닌 경우, 방문 간호 서비스를 고려하고, 환자의 경제 상태를 고려하여 내부 논의를 합니다. 내부적으로 방문 간호 서비스 제공이 필요하다고 판단할 수 있는 기준이 있으면 그 기준을 따릅니다.

- **3단계:** 방문 간호 서비스가 필요하다고 내부적으로 논의 된 경우, 암환자 (또는 보호자)에게 방

문 간호 서비스에 대해 설명합니다.

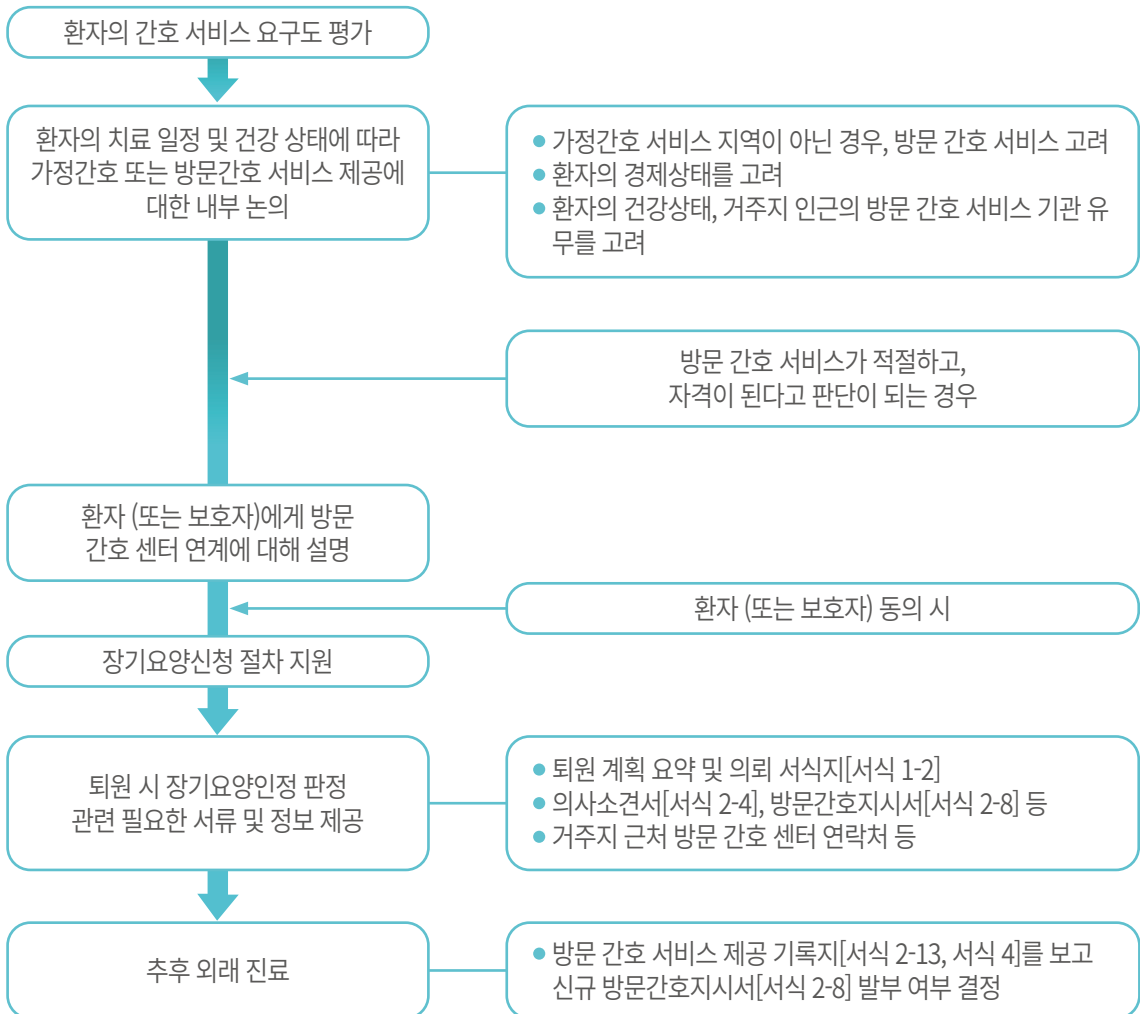
※ 장기요양보험 제도, 신청 자격, 받을 수 있는 간호 서비스, 비용, 신청 절차 및 관련 서류 등에 대해 상세하게 설명을 합니다.

- **4단계:** 암환자 (또는 보호자) 동의 시, 장기요양신청 절차를 지원합니다.

- **5단계:** 퇴원 시 장기요양인정 판정 관련하여 필요한 서류 및 정보를 충분히 제공합니다.

- **6단계:** 추후 외래 진료 시 방문 간호 서비스 제공 기록지[서식 2-13, 서식 4]를 참조하여 방문간호지시서[서식 2-8]를 새로 작성할 것인지를 판단하여 발부합니다.

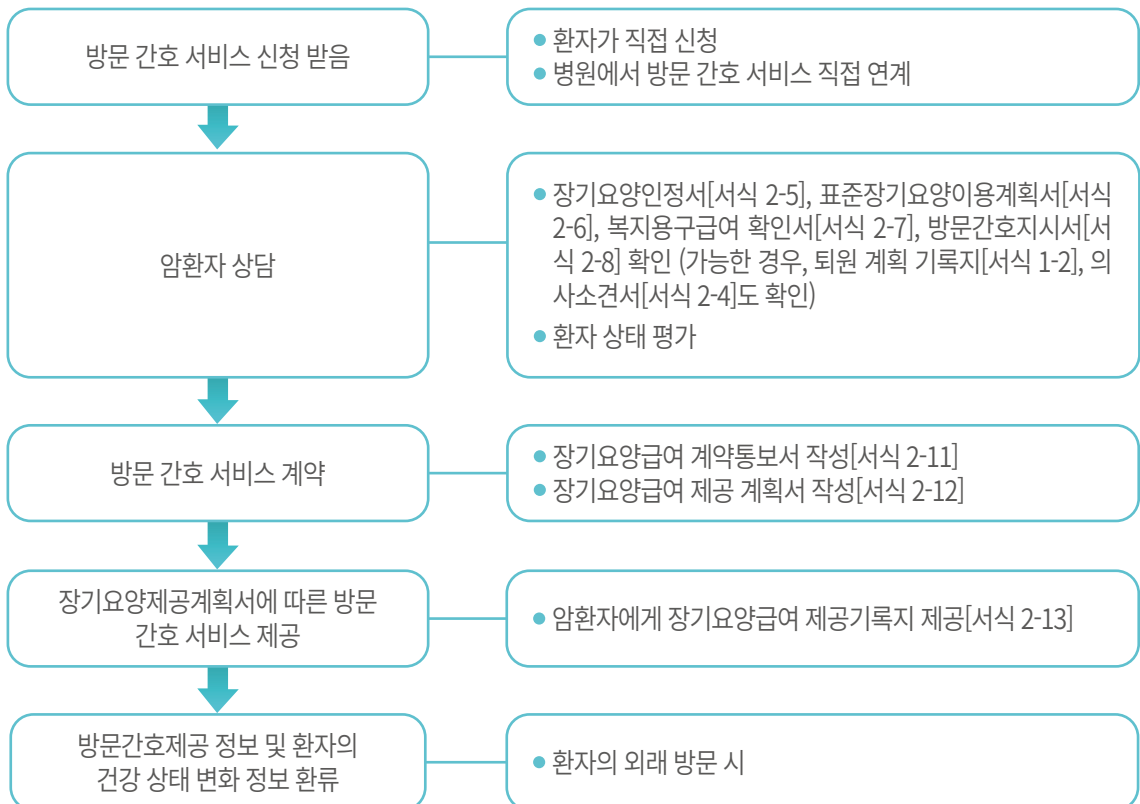
| 병원에서 진행되는 방문 간호 서비스 연계 흐름도 |



라. 방문 간호 센터에서 진행되는 방문 간호 서비스 연계 개요

- ✓ 방문 간호 센터는 암환자 또는 병원으로부터 서비스 신청을 받을 수 있으며, 이후 암 환자의 영양등급 인정 과정을 모니터링 하면서 방문 간호 서비스를 제공하기 위한 준비를 합니다.
 - **1단계:** 장기요양 등급 판정을 받은 환자로부터 직접 서비스 신청을 받거나, 암환자가 영양 등급 판정을 받기 전에 병원으로부터 사전에 연락을 받을 수도 있습니다.
 - ※ 장기요양 등급 판정 전에 서비스 신청 관련 문의를 받은 경우, 영양 등급 판정 과정을 모니터링 할 수도 있습니다.
 - **2단계:** 암환자가 장기요양 등급 판정을 받고 서비스 신청 연락을 하면 방문 간호 서비스 제공 전에 필요한 서류를 확인하고 암환자 (또는 보호자) 또는 병원에 연락하여 구비합니다.
 - **3단계:** 방문 간호 서비스 제공 전에 병원에서 제공한 퇴원 계획 기록지[서식 1-2], 의사소견서[서식 2-4], 방문간호지시서[서식 2-8] 등을 참고하여 환자 상태를 평가합니다.
 - **4단계:** 평가 내용을 토대로 하여 방문 간호 서비스를 제공합니다.
 - **5단계:** 암환자의 외래 진료 일정에 맞추어 제공한 방문간호의 내용과 암환자의 건강 상태 변화 정보를 기록한 기록지[서식 2-13, 서식 4]를 암환자를 통해 또는 병원에 직접 제공합니다.

| 방문 간호 센터에서 진행되는 방문 간호 서비스 연계 흐름도 |



3

병원 기반 방문 간호 서비스 연계 관련 기본 정보

가. 방문 간호 센터 연계 대상자

나. 방문 간호 서비스 이용자

다. 장기요양급여 수급자의 방문 간호 서비스 이용 절차

라. 장기요양급여 수급자 외 대상의 방문 간호 서비스 이용 절차

3. 병원 기반 방문 간호 서비스 연계 관련 기본 정보

※ 방문 간호 서비스는 방문 간호 센터에서 제공되므로 이하 방문 간호 서비스를 제공하는 기관을 일컬어 방문 간호 센터 (또는 센터)로 기술합니다.

가. 방문 간호 센터 연계 대상자

✓ 방문 간호 센터 연계 대상자란 퇴원 후 집에서 간호 서비스를 받고자 하는 암환자 중 의료기관에서 방문 간호 센터로 연계 가능한 대상으로 다음 4가지 유형에 해당하는 대상자를 말합니다.

- 장기요양급여 수급자
- 장기요양급여 수급자 이외의 자 중 고령 기초수급권자
- 장애인 활동지원급여 수급자
- 실비 이용자

1) 장기요양급여 수급자

- 고령 (만 65세 이상) 및 노인성 질병으로 일상생활 수행이 어려운 이들을 위한 사회보장제도인 노인장기요양보험제도를 통해 방문 간호 서비스를 이용하는 자를 말합니다.

| 장기요양급여의 구분 |

- 시설급여: 요양시설에 장기간 입소한 자에게 신체활동 지원
- 재가급여: 방문요양 / 방문목욕 / 방문간호 제공, 주야간보호, 단기보호, 복지용구 구입 또는 대여
- 특별현금급여: 섬벽지 거주자 등에게 가족요양비 지급

● 장기요양급여 대상자⁶⁾

- 고령 또는 노인성 질병으로 6개월 이상의 기간 동안 혼자서 일상생활 수행이 어려운 암환자로서 장기요양인정 절차를 통해 장기요양등급 (1등급-5등급 또는 인지지원등급) 판정을 받아 장기요양급여를 받는 자를 말합니다.

● 장기요양급여 신청 대상자⁷⁾

- 장기요양급여 인정을 받고자 하는 대상으로 다음의 자격기준에서

6) 급여 대상자: 사회보장제도 상에서 규정하는 서비스 중 국가로부터 서비스를 제공 받는 자

7) 급여 신청 대상자: 사회보장제도 서비스 이용 신청 자격을 갖춘 자

- 가)와 나)의 자격 요건을 만족하거나
- 가)와 다)의 자격 요건을 만족하는 자를 말합니다.

| 장기요양급여 신청 자격기준 및 자격요건 |

자격기준	자격요건
가) 사회보장	● 노인장기요양보험가입자* 및 그 피부양자 또는 ● 의료급여 수급권자**
나) 연령	● 65세 이상
다) 질환	● 노인성 질병***이 있는 자

*국민건강보험가입자는 자동으로 노인장기요양보험가입자가 됩니다.

**의료급여 수급권자의 경우 국민건강보험가입자에서 제외되지만 국가 및 지방자치단체의 부담으로 노인장기요양보험 적용대상이 됩니다.

| 의료급여법에 따른 의료급여 수급권자의 구분 |

의료급여 수급권자 (「의료급여법」 제3조2항 및 동법 시행령 제3조)			
1종 수급권자		2종 수급권자	
국민기초 생활보장 수급권자	● 근로무능력가구 ● 결핵질환, 희귀난치성질환 등록자 ● 중증질환 (암환자*, 중증화상환자만 해당) 등록자 ● 시설수급자 *「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」[별표 3] “중증질환자 산정특례대상” 중 “암환자”인 경우임 (상병 번호: C00-C97, D00-D09, D32-D33, D37-D48)	국민기초생활보장 수급권자 중 1종 의료급여 수급대상 이 아닌 가구	
행려환자	- 다음 4가지 조건 모두 충족할 것 ● 일정한 거주지가 없는 자 ● 행정관서에 의하여 병원에 이송된 자 ● 의사의 진단서상에 응급의료를 받은 응급환자라는 사실 확인이 가능한 자 ● 부양의무자가 없거나 부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나 부양을 기피하는 것으로 파악된 자		
타법적용자	<table><tr><td> ● 이재민 ● 의상자 및 의사자의 유족 ● 입양아동 (18세 미만) ● 국가유공자 </td><td> ● 중요무형문화재의 보유자 ● 북한이탈주민 ● 5.18민주화운동관련자 ● 노숙인 </td></tr></table>		● 이재민 ● 의상자 및 의사자의 유족 ● 입양아동 (18세 미만) ● 국가유공자
● 이재민 ● 의상자 및 의사자의 유족 ● 입양아동 (18세 미만) ● 국가유공자	● 중요무형문화재의 보유자 ● 북한이탈주민 ● 5.18민주화운동관련자 ● 노숙인		

***노인성 질병은 치매, 뇌혈관성질환, 파킨슨 병 등 대통령령으로 정하는 질병 (「노인장기요양보험법」 시행령 [별표 1] <개정 2016. 11. 8.> 기준)을 의미합니다.

| 장기요양인정 신청 자격기준 중 노인성 질병의 종류 |

구분	질병명	질병코드
한국표준 질병·사인 분류 ⁸⁾	가. 알츠하이머병에서의 치매	F00
	나. 혈관성 치매	F01
	다. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매	F02
	라. 상세불명의 치매	F03
	마. 알츠하이머병	G30
	바. 지주막하출혈	I60
	사. 뇌내출혈	I61
	아. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
	자. 뇌경색증	I63
	차. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
	카. 대뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	타. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
	파. 기타 뇌혈관질환	I67
	하. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
	거. 뇌혈관질환의 후유증	I69
	너. 파킨슨병	G20
	더. 이차성 파킨슨증	G21
	러. 달리 분류된 질환에서의 파킨슨증	G22
	머. 기저핵의 기타 퇴행성 질환	G23
	버. 중풍후유증 (中風後遺症)	U23.4
	서. 진전 (振顫) ⁹⁾	R25.1

● 장기요양급여 신청 제외 대상자

- 재가돌봄서비스 이용 대상자

- 장애인 활동지원급여 수급자

※ 신청 제외 대상자는 방문 간호 서비스를 받을 수 없다는 의미가 아니고 장기요양급여 수급자의 자격으로 방문 간호 서비스를 받을 수 없다는 의미입니다.

2) 장기요양급여 수급자 이외의 자 중 고령 기초수급권자¹⁰⁾

- 장기요양급여 수급자 자격 요건에 맞지 않지만 의료수급권자가 아닌 국민기초생활보장수급권자 중 고령 (만 65세 이상) 암환자는 지자체의 재정 지원을 통해 방문 간호 서비스를 받을 수 있습니다.

8) 질병명 및 질병코드는 「통계법」 제22조에 따라 고시된 한국표준질병사인분류에 따름

9) 진전은 보건복지부장관이 정하여 고시하는 범위로 함

10) 기초수급권자란 국민기초생활수급권자를 의미합니다.

3) 장애인 활동지원급여 수급자

- 혼자 일상생활과 사회생활을 하기 어려운 「장애인복지법」상 모든 등록 장애인이 활동지원급여 신청을 통해 활동지원 수급자격을 얻게 될 때 활동지원급여의 한 종류로 방문 간호 서비스를 이용할 수 있습니다.
 - 단, 장애인 활동지원급여를 받는 도중 만 65세가 되면 노인장기요양보험 가입자로 수급 내용이 변경 됩니다.
 - 이 때 장기요양등급 신청을 하여
 - 장기요양등급 판정을 받게 되면 장기요양보험 수급자로 방문 간호 서비스를 받을 수 있고,
 - 장기요양 등급외 판정을 받은 경우, 장애인 활동지원급여 수급자의 자격으로 방문 간호 서비스를 받을 수 있습니다.
- 장애인 활동지원급여 수급자 중 방문 간호 서비스 신청 제외 대상
 - 「노인장기요양보험법」 제2조제1호에 따른 노인등¹¹⁾에 해당하는 자
 - 「국민기초생활 보장법」 제32조에 따른 보장시설에 입소 중인 자
 - ※ 보장시설: 장애인 거주시설 / 노인복지시설 및 노인의료복지시설 / 아동복지시설 및 통합시설 / 정신질환자사회복귀시설 및 정신요양시설 / 노숙인재활시설 및 노숙인요양시설 / 기타 보건복지부령이 정하는 시설
 - 「의료법」 제3조에 따른 의료기관에 30일 초과하여 입원 중인 자
 - 「장애인복지법」 제32조의2에 따른 장애 등록한 재외동포 및 외국인
 - 교정시설 또는 치료 감호시설에 수용중인 경우
 - 그 밖에 다른 법령 (또는 정부 예산)에 따라 활동지원급여와 비슷한 급여를 받고 있는 또는 수급자격이 있는 사람
 - 가사간병방문지원, 장애아가족양육지원, 노인맞춤돌봄서비스 및 기타 이에 준하는 재가돌봄 서비스 등
 - 단, 발달재활서비스는 동시에 이용 가능

4) 실비 이용자

- 위의 1) ~ 3) 대상자에 해당하지 않는 자 중 비용의 전액을 본인이 부담하여 방문 간호 서비스를 이용하고자 하는 암환자

11) ‘노인등’이란 장기요양급여 인정 신청 대상자를 의미합니다.

나. 방문 간호 서비스 이용자

- 방문 간호 서비스 신청 자격을 갖춘 암환자 중 퇴원한 의료기관(병원) 혹은 퇴원 후 가정에서 서비스 신청 후 일정한 기준 및 절차에 의해 이용 자격을 얻은 자로서 다음 경우에 해당합니다.

- 장기요양등급(1등급~5등급 또는 인지지원등급) 판정을 받은 자 중 재가급여를 이용하는 암환자
- 국민기초생활수급권자 중 고령(만 65세 이상) 암환자
- 만 65세 미만의 장애인 활동지원급여 수급자 암환자
- 만 65세 이상 장애인 활동지원급여 수급자 중 장기요양 등급외 판정을 받은 암환자
- 실비 이용자

다. 장기요양급여 수급자의 방문 간호 서비스 이용 절차

장기요양인정 신청 방법

- 신청인: 본인 또는 대리인

| 대리인의 유형에 따른 장기요양인정 신청 시 증빙서류 |

대리인의 유형	내용	증빙서류
가족, 친족, 그 밖의 이해관계인	● 가족: 「민법」 제779조에 따른 가족으로서 배우자, 직계혈족, 형제자매, 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매 ● 친족: 「민법」 제777조에 따른 친족으로서 8촌 이내 혈족, 4촌 이내 인척 및 배우자 ● 이해관계인: 가족, 친족을 제외한 이웃 등 그 밖의 자	대리인 신분증
「사회복지사업법」에 따른 사회복지전담 공무원	● 본인 또는 가족의 동의를 얻어 관할 지역 안에 거주하는 자에 대하여 대리	공무원 신분증
시장·군수·구청장이 지정하는 자	● 가족, 친족, 이해관계인 또는 사회복지전담 공무원이 본인 또는 가족의 동의를 얻지 못하는 경우 시장 군수 구청장이 지정하는 자	대리인 지정서, 대리인 신분증

- 신청방법: 방문, 우편, 팩스, 인터넷

- 65세 이상만 인터넷 신청 가능하며, 공인인증절차를 거쳐야 합니다.

※ 인터넷으로 신청 가능한 대리인: 대리인이 신청인 본인과 주민등록상 동일 세대의 직계 혈족, 동일 건강보험증에 등록된 가입자 또는 피부양자인 경우

- 제출서류: 장기요양인정신청서[서식 2-1] (공통), 의사소견서[서식 2-4] (또는 노인성 질병을 확인할 수 있는 진단서), 신분증 (대리인 신청의 경우 대리인 증빙서류)

※ 대리인 신청시, 가족 관계 증명서 (또는 대리인 지정서) 및 대리인 본인의 신분증을 제출해야 합니다.

| 장기요양인정 신청 종류에 따른 신청 시기 및 제출 서류 |

종류	신청 사유	신청 시기	제출 서류
인정 신청	최초로 장기요양인정을 신청 하는 경우	신청자격을 가진 자가 장기요양 급여를 받고자 하는 경우	- 장기요양인정신청서 - 의사소견서
갱신 신청	장기요양인정 유효기간 종료가 예정된 경우	유효기간 종료 90일전부터 30일전	- 장기요양인정 갱신 신청서 - 의사소견서
등급 변경 신청	장기요양급여를 받고 있는 동안 신체적·정신적 상태의 변화가 있는 경우	변경사유 발생 시	- 장기요양등급 변경신청서 - 의사소견서
급여종류·내용 변경 신청	급여 종류·내용 변경을 희망하는 경우	급여종류·내용변경 사유 발생시	- 장기요양 급여 종류 및 내용 변경 신청서 - 사실 확인서 (제출 필요 시)
이의 신청	통보 받은 장기요양인정 등급에 이의가 있는 경우	처분이 있는 날로부터 90일 이내	- 이의신청서 - 사실 입증 서류

장기 요양 신청 관련 기타 사항

- 의사소견서[서식 2-4] 미제출자는 인정조사 후 공단직원이 안내한 의사소견서 발급의뢰서[서식 2-3]에 따라 제출기한 내 (등급 판정을 받기 전까지)에 의사소견서를 제출해야 합니다. 만약 의사소견서를 갖고 있다면 인정조사 시 인정조사시 인정조사단에게 제출해도 됩니다.
- 「노인장기요양보험법」시행령 제6조에 의해 신청인의 심신상태나 거동상태 등이 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 '거동불편자'¹²⁾에 해당하는 자 또는 도서·벽지 지역 거주자[부록 1]는 서류 제출 제외자에 해당합니다.
- 병/의원에서 의사소견서를 인터넷으로 직접 등록하는 경우 신청인은 제출하지 않아도 됩니다.
- 퇴원 전에 비급여로 의사소견서를 발급 받은 후, 요양 등급 판정을 받게 되면 환불이 됩니다. 이에 의사소견서를 받기 위해 퇴원 후에 다시 병원을 방문하기보다는 퇴원 시에 의사소견서를 발급 받는 것을 권장합니다.
- 서울지역 공단 지사 중 강남동부지사, 강남북부지사, 서초북부지사, 영등포북부지사, 광산출장소는 운영센터가 없어 장기요양 신청서 접수 이외의 장기요양 상담 및 업무가 불가능합니다.

12) ① 장기요양 1등급을 받을 것으로 예상되는 자

② 장기요양 2등급을 받을 것으로 예상되는 자 중, 조사항목 중 신체기능영역의 '방 밖으로 나오기'가 완전도움이며, '체위 변경하기, 일어나 앉기, 옮겨 앉기' 항목의 기능자립정도의 합계 점수가 6점 이상인 자

✓ 인정조사

- 간호사, 사회복지사, 물리치료사 등 자격이 있는 국민건강보험공단 직원 (인정조사단)이 신청인 가정 등에 방문하여 장기요양인정조사표[부록 2]에 따라 심신상태 등 확인 후 요양 인정 점수를 산출합니다.
- 장기요양인정조사표의 구성 및 그 내용은 다음과 같습니다.

| 장기요양인정조사표의 구성 및 영역 |

구성	조사 영역
일반사항	신청 종류, 조사원, 신청인, 참석인, 주거상태 등 인정조사 기본사항
장기요양 인정·욕구사항	① 신체기능 (기본적 일상생활기능) 영역 13개 항목 ② 사회생활기능 (수단적 일상생활기능) 영역 10개 항목 ③ 인지기능영역 10개 항목 ④ 행동변화영역 22개 항목 ⑤ 간호처치영역 10개 항목 ⑥ 재활영역 10개 항목 ⑦ 복지요구 ⑧ 지원형태 ⑨ 환경평가 ⑩ 시력·청력상태 ⑪ 질병 및 증상

✓ 등급 판정 (장기요양등급판정위원회)

- 심의 자료 제출: 공단은 장기요양등급판정위원회에 장기요양인정조사단의 조사결과서 (장기요양 인정조사표[부록 2]), 신청서[서식 2-1], 의사소견서[서식 2-4], 그 밖의 심의에 필요한 자료를 제출합니다.
- 장기요양등급판정위원회 구성: 의료인, 사회복지사, 공무원, 그 밖의 장기요양에 관한 학식과 경험이 풍부한 전문가 등으로 구성합니다.
- 장기요양등급판정위원회의 역할: 인정조사 결과와 의사소견서 등을 토대로 장기요양 등급을 판정합니다.
※ 등급 판정을 위한 장기요양인정점수 산정 방식은 부록 2. 참조
- 등급 판정 기간: 신청일로부터 30일 이내 (필요 시 30일 기간 연장)

| 장기요양등급 |

장기요양 등급구분	세부내용
1등급	심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 전적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 95점 이상인 자

장기요양 등급구분	세부내용
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 일정부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 51점 이상 60점 미만인 자
5등급	치매 (「노인장기요양보험법」 시행령 제2조에 따른 노인성 질병에 해당하는 치매로 한정) 환자로서 장기요양인정 점수가 45점 이상 51점 미만인 자
인지지원등급	치매 (「노인장기요양보험법」 시행령 제2조에 따른 노인성 질병에 해당하는 치매로 한정) 환자로서 장기요양인정 점수가 45점 미만인 자

✓ 등급 통보

- 국민건강보험공단에서 등급판정위원회로부터 등급 판정 심의가 완료된 즉시 신청자에게 그 결과를 알려야 합니다.
- 등급외자: 등급 판정을 받지 못한 신청인에게 그 내용 및 사유를 통보합니다.
- 등급자: 등급 판정을 받은 신청인에게는 장기요양인정서[서식 2-5], 표준장기요양이용계획서[서식 2-6], 복지용구급여 확인서[서식 2-7]를 전달합니다.
- ※ 장기요양인정서에는 장기요양등급, 장기요양급여의 종류 및 내용, 그 밖의 장기요양급여에 관한 보건복지부령으로 정한 사항을 포함하고 있습니다.

✓ 방문 간호 서비스 계약 과정

- 방문 간호 서비스 신청 전 상담 (필수 아님)
 - 국민건강보험공단으로부터 장기요양기관 정보, 급여이용 설명 등에 대해 담당자와의 종합적 상담을 받습니다.
 - 병원 기반 방문 간호 서비스 연계인 경우, 서비스 신청 전 상담은 병원에서 진행하기도 합니다.
- 방문 간호 센터 선택
 - 노인장기요양보험 홈페이지 (www.longtermcare.or.kr)를 확인하거나 장기요양기관 직접 방문하여 제공되는 급여내용 및 비용 등에 대해 상담한 후 서비스 받을 기관을 선택합니다.
 - 병원 기반 방문 간호 서비스 연계인 경우, 병원에서 정보를 제공할 수도 있습니다.
- 암환자 (또는 보호자)는 방문 간호 센터와 급여계약 전에 다음의 서류를 준비해야 하며, 방문 간호 센터는 이를 확인하여야 합니다.

- 공통서류: 장기요양인정서[서식 2-5], 표준장기요양이용계획서[서식 2-6], 복지용구급여 확인서[서식 2-7], 방문간호지시서[서식 2-8]
- 추가서류*: 장기요양기관 입소이용의뢰서[서식 2-10], 본인부담금 감경대상자 증명서 (의료급여증 또는 의료급여증명서)
- ※ 의료급여 수급권자에 해당

- 방문 간호 센터와의 계약 체결 절차

- 표준장기요양이용계획서[서식 2-6]에 따라 급여종류와 이용횟수를 결정
- 장기요양급여계약서 작성

| 장기요양급여 수급자의 방문 간호 서비스 계약 시 유의 사항 |

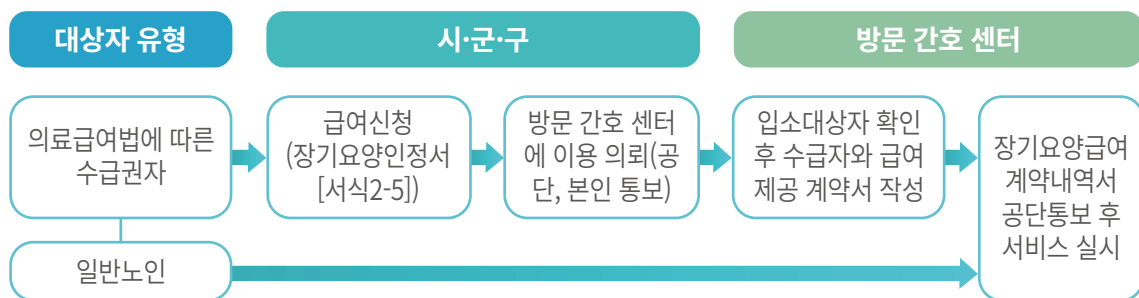
계약 시 포함 사항	• 계약 당사자 • 계약 기간 • 장기요양급여의 종류, 내용, 비용 • 비급여 대상: 식사재료비, 이미용비, 상급침실 이용에 따른 추가 비용 등 • 항목별 비용
계약 시 유의 사항	• 계약서는 2부 작성하여, 방문 간호 서비스 이용자와 방문 간호 센터 각각 1부씩 보관 • 의료급여 수급권자의 경우 계약서 사본을 사본을 시·군·구에 제출 (지자체 판단에 따라 생략 가능)

- 방문 간호 센터는 장기요양급여 계약통보서[서식 2-11] 및 급여 제공계획서[서식 2-12]를 공단에 통보

| 급여제공계획 재작성이 필요한 경우 |

- 장기요양급여를 재계약 하는 경우 (갱신, 등급변경, 급여중단 후 재계약 등)
- 수급자의 기능 상태와 욕구 변화를 확인한 경우
- 급여제공계획의 서비스 필요 내용이 달라진 경우
- 공단과의 사례회의를 통한 급여제공계획 변경이 필요한 경우
- 연 1회 정기 욕구조사 결과 반영한 급여제공계획 변경이 필요한 경우
- 표준장기요양이용계획서가 변경된 경우, 단, 기능상태, 욕구, 서비스 내용 이외의 단순 재발급은 재작성 하지 않음

✓ 장기요양급여 수급권자 중 의료급여 수급권자의 방문 간호 서비스 계약 과정



- 국민기초생활보장법에 따른 의료급여 수급자 및 기타 의료급여 수급권자는 관할 시·군·구에서 입소 이용 신청 및 승인 후 급여계약을 진행합니다.
- 절차: 주소지를 관할하는 특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 이용신청 (장기요양기관 입소이용 신청서[서식 2-9]를 작성하여 읍·면·동 주민자치센터에서 대리 접수 가능) → 시·군·구 입소여부 및 입소시설 결정 → 신청인 및 당해시설에 통지 (장기요양기관 입소이용의뢰서[서식 2-10])

✓ 방문 간호 서비스 이용

- 장기요양급여 수급권자인 암환자는 장기요양급여 제공 계획서[서식 2-12]에 따라 방문 간호 서비스를 받고, 제공 받은 방문 간호 서비스의 내용을 장기요양급여 제공기록지[서식 2-13]를 통해 확인합니다.
- 방문 간호 센터는 방문간호지시서 및 환자 상태 평가에 따라 작성한 장기요양급여 제공 계획서[서식 2-12]를 토대로 방문 간호 서비스를 제공한 후 암환자에게 장기요양급여 제공기록지[서식 2-13]를 제공합니다.
- 제공 주기: 주 1회 (단, 재가급여전자관리시스템으로 전송한 경우는 월 1회)
- 제공 방법: 수급자 또는 보호자에게 직접 또는 재가급여전자관리시스템을 통해 제공하여야 합니다.

| 방문 간호 서비스가 즉시 제공 되어야 하는 예외 적용 사항 |

- 대상자: 돌볼 가족이 없는 경우
- 내용: 신청서 제출 날부터 장기요양인정서[서식 2-5] 도달되는 날까지의 기간 중 장기요양급여 받을 수 있습니다.
- 절차: 공단에 추가 신청양식 작성하여 제출 (장기요양급여 제공 시기 예외 적용 신청서[서식 2-2]) -> 신청을 받은 공단은 요건 확인 후 예외적용대상으로 결정하였을 때 해당 수급자에게 장기요양인정서 유효기간을 변경 기재하여 통보

라. 장기요양급여 수급자 외 대상의 방문 간호 서비스 이용 절차

장기요양급여 수급자 이외의 자 중 고령 기초수급권자

- 신청: 시·군·구에 이용신청을 문의합니다.
※ 읍·면·동 주민자치센터에서 접수 가능
- 대상자 결정: 해당 시·군·구에서 이용여부 및 이용시설 결정하여 해당 시설에 서비스 이용을 의뢰합니다.
- 대상자는 방문간호지시서[서식 2-8]를 발급 받은 후 방문 간호 센터와 계약 체결하여 서비스를 이용합니다.
- 고령 기초수급권자의 상태 및 생활 환경 등으로 즉시 서비스 제공이 필요한 경우는 '방문 간호 서비스가 즉시 제공되어야 하는 예외 적용 사항'으로 간주하여 장기요양등급 판정 또는 서비스 이용 여부 결정 등을 위한 시간을 고려하여 우선 서비스를 제공하고 그 내용을 시·군·구청장에게 보고합니다.

장애인 활동지원급여 수급자

- 방문간호지시서[서식 3-3]를 발급받은 후 방문 간호 센터와 계약 체결하여 서비스를 이용합니다. 방문 간호 센터는 장애인에게 활동지원 서비스를 제공하는 활동지원 기관 중의 하나입니다.
※ 장애인 활동지원급여 신청절차 등 장애인 활동지원 사업에 대한 자세한 사항은 「2020 장애인활동지원 사업안내」를 참고할 것
- 장애인 활동지원급여 수급자의 방문 간호 서비스 이용 절차는 다음과 같습니다.

| 장애인 활동지원급여 수급자의 방문 간호 서비스 이용 절차 |



- 접수: 방문 간호 서비스를 받고자 하는 방문 간호 센터에 활동지원수급자격결정통지서[서식 3-1] 및 표준급여이용계획서[서식 3-2], 방문간호지시서[서식 3-3]를 제시한 후 해당 센터에 유선 연락 또는 방문하여 급여 이용 신청을 합니다.

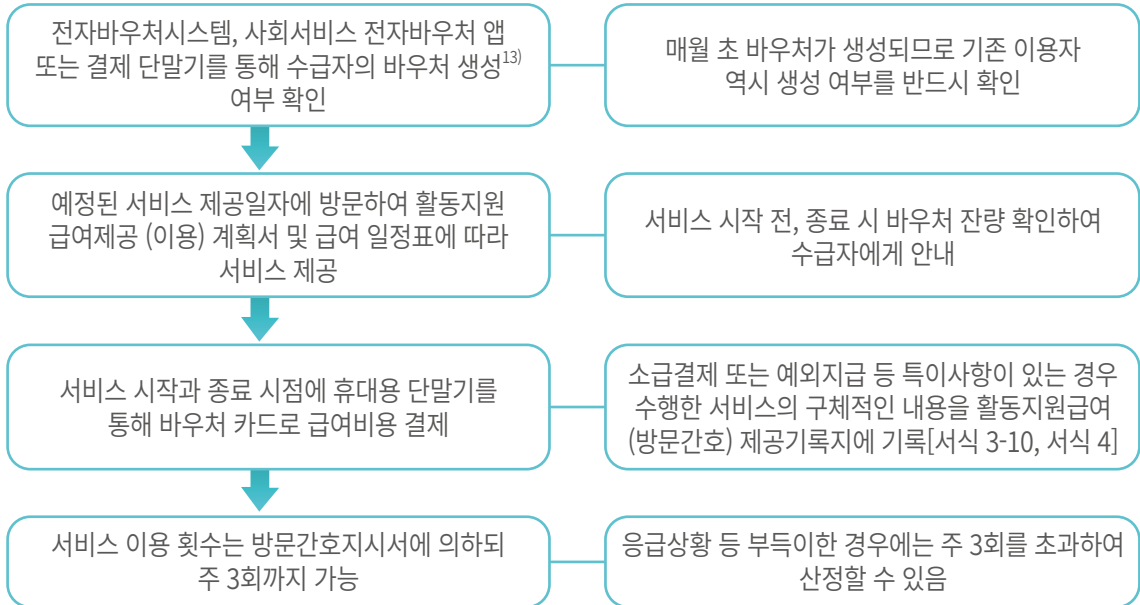
- 상담: 방문 간호 센터는 신청자의 희망, 현재의 곤란한 상태 등을 활동지원급여 수요조사카드 [서식 3-4], 방문간호지시서의 내용을 통해 파악하여 신청자 및 가족과 함께 구체적인 급여 제공 계획을 수립합니다. 또한, 신청자 본인과 가족의 욕구가 충돌할 경우 장애인 본인의 의사를 우선 고려하며 수급자 본인에 대한 급여 제공을 원칙으로 합니다.
 - 급여제공계획: 총비용, 본인부담금을 수급자에게 안내하고, 최종 결정된 사항으로 활동지원급여 제공계획서[서식 3-5] 및 급여 제공 일정표[서식 3-6]를 작성하여 신청자에게 제공합니다.
 - 방문 간호 서비스 제공 계약 체결: 방문 간호 센터는 계약 체결시 필요한 서류를 사전에 확인하여야 하며, 계약서[서식 3-7]를 작성하여 간인 처리 후 1부는 활동지원급여 제공계획서[서식 3-5] 및 급여 제공 일정표[서식 3-6]와 함께 신청자에게 제공하고, 1부는 방문 간호 센터에서 보관합니다.
※ 활동지원기관 (방문 간호 센터)은 계약 체결 시 장애인활동지원 홈페이지 (www.ableservice.or.kr), 팩스, 우편 등으로 지체 없이 국민연금공단에 활동지원급여 제공계획서 제출
 - 방문 간호 서비스 제공 전 확인 사항: 신청자 본인 여부, 활동지원급여의 구간 및 월 한도액, 수급자격 및 수급자격 결정의 유효기간, 표준급여이용계획서[서식 3-2], 방문간호지시서[서식 3-3]
 - 방문 간호 서비스 제공: 신청자의 바우처 생성 여부를 확인한 후 방문 간호 서비스를 제공합니다. 신청의 상태변화 등으로 당초의 방문간호지시서[서식 2-8]와 다른 내용의 간호, 처치 등이 필요한 경우 방문간호지시서 발급의사와 상의한 후 지시에 따라 간호를 시행하며, 반드시 그 내용을 활동지원급여 제공기록지[서식 3-10, 서식 4]에 기재하여야 합니다.
- 작성 및 준비해야 하는 서류

| 장애인 활동지원급여 수급자의 방문 간호 서비스 계약에 필요한 서류 |

신청자	방문 간호 센터
● 활동지원수급자격결정통지서[서식 3-1] ● 표준급여이용계획서[서식 3-2] ● 방문간호지시서[서식 3-3]	● 활동지원급여 수요조사 카드[서식 3-4] ● 활동지원급여 제공계획서[서식 3-5] ● 활동지원급여 제공 일정표[서식 3-6] ● 개인정보 수집, 이용 및 제공 동의서[서식 3-8]

- 방문간호지시서[서식 3-3]는 의사가 작성합니다.
- 공동 작성: 활동지원급여 제공·이용 계약서[서식 3-7], 활동지원급여 상호협력 동의서[서식 3-9] (신청자 (또는 보호자), 활동지원사, 활동지원기관이 공동 작성 및 보관)

| 장애인 활동지원급여 수급자 대상 방문 간호 서비스 제공 절차 |



※ 동일 기관 내에서 급여 종류 또는 횟수 변경할 때 급여 인정시간 범위 내에서 급여 종류·횟수 변경 가능

※ 복수의 기관으로부터 급여를 제공 받는 수급자가 활동지원기관별로 급여 이용량 (횟수, 시간)을 조정할 경우 당해 기관들과 새로운 활동지원급여 제공계획서 및 급여 일정표를 작성

✓ 실비이용자

- 방문간호지시서[서식 2-8]를 발급받은 후 방문 간호 센터와 계약 체결하여 서비스를 이용합니다.

13) 수급자가 월 한도액 내에서 바우처 카드 및 결제 단말기를 통해 서비스 이용 비용 결제가 가능하도록 ‘바우처 포인트’로 지원하는 것을 의미하며 매월 본인부담금을 납부한 경우에만 바우처가 생성됩니다.

4

방문 간호 서비스 이용 시 비용

가. 서류 발급 비용

나. 방문 간호 서비스 방문 당 이용 비용

다. 방문 간호 서비스 월 이용 한도액

라. 방문 간호 서비스 이용 비용의 본인 부담률

4. 방문 간호 서비스 이용 시 비용

※ 방문 간호 서비스 이용 비용은 매년 달라집니다. 참고하시기 바랍니다.

가. 서류 발급 비용

| 서류 종류 및 발급 기관 종류에 따른 서류 발급 비용 (1회당) |

종류		의료기관 (보건의료원 포함)	보건소, 보건지소
의사소견서		37,590원	23,460원
치매진단 관련 보완서류		52,840원	42,410원
방문간호지시서	대상자의 의료기관 방문	19,990원	5,310원
	의사의 가정 방문	63,030원	11,460원

- ✓ 공단에서 '의사소견서 발급 의뢰서[서식 2-3]' 없이 의사소견서[서식 2-4]를 발급 받는 경우에는 발급비용 전액을 신청인이 부담해야 합니다.
- ✓ 의료기관에 '의사소견서 발급 의뢰서[서식 2-3]' 없이 의사소견서[서식 2-4]를 발급 받는 경우에는 발급비용 전액을 신청인이 부담해야 합니다.
 - 다음의 경우 의사소견서 발급 시 본인이 전액 부담한 금액 중 본인부담 금액을 제외한 나머지 금액 (공단부담금)을 공단에 청구 가능합니다.
 - 장기요양급여 수급자로 결정된 경우
 - 장기요양등급변경신청에 의해 등급이 변경된 경우
 - 장기요양인정신청을 최초로 신청 또는 갱신 신청하는 경우

나. 방문 간호 서비스 방문 당 이용 비용

| 이용 시간에 따른 방문 간호 서비스 이용 비용 |

이용 시간	비용
30분 미만	36,110원
30분 이상 60분 미만	45,290원
60분 이상	54,490원

- ✓ 방문 간호 서비스 이용 비용은 1회 방문 시 이용 시간에 따라 책정되며, 서비스 제공 인력(간호사, 간호조무사 등)의 이동에 소요되는 교통비를 포함합니다. (단, 원거리교통비용은 별도로 산정할 수 있음)
 - ✓ 방문간호 급여비용은 처치에 사용된 유치도뇨관, 기관지삽입관, 거즈 등의 재료비와 검사료(가정에서 직접 시행되는 검사)가 포함된 기준입니다.
 - ✓ 장기요양급여 1~5등급 수급자 중 인정조사표 '간호처치 영역'의 증상유무에서 '있다'란에 하나 이상 표시된 자는 월 1회에 한하여 월 이용 한도액과 관계없이 예방관리 등을 위한 방문간호급여의 이용이 가능하며, 이 경우 수급자는 본인부담금을 부담합니다.
 - ✓ 서비스 이용 시간에 따라 다음과 같이 비용은 가산 적용됩니다.
 - 18시 이후 22시 이전에 서비스 이용 시 이용 비용의 20%가 가산됩니다.
 - 22시 이후 6시 이전에 서비스 이용 시 이용 비용의 30%가 가산됩니다.
 - 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일 및 「근로자의 날 제정에 관한 법률」에 따른 근로자의 날에 서비스 이용 시 이용 비용의 30%가 가산됩니다.
- ※ 가산을 적용하는 경우 해당 급여제공일자 또는 시간에 급여제공이 필요한 사유를 장기요양급여 제공계획서 또는 급여제공기록지에 기재해야 합니다.

다. 방문 간호 서비스 월 이용 한도액¹⁴⁾

- ✓ 장기요양급여 수급자의 월 이용 한도액

| 장기요양급여 수급자의 등급별 월 이용 한도액 |

등급	월 한도액	등급	월 한도액
1등급	1,498,300원	4등급	1,173,200원
2등급	1,331,800원	5등급	1,007,200원
3등급	1,276,300원	인지지원등급	566,600원

- 월 한도액을 초과한 경우 초과 비용은 수급자가 전액 부담해야 합니다.
- 월 한도액에 포함되지 않는 비용은 다음과 같습니다.

14) 월 이용 한도액은 장기요양급여 수급자의 재가급여와 장애인 활동지원급여 수급자의 전체 활동지원급여 이용을 기준으로 책정된 금액임

- 원거리교통비용
- 방문요양급여 또는 방문목욕급여를 이용하는 1~5등급 수급자 중 인정조사표 ‘간호처치 영역’의 증상유무의 ‘있다’란에 하나 이상 표시된 자의 예방관리 등을 위한 방문간호급여비용 (월 1회에 한함)
- 최초 1~5등급 판정된 치매수급자의 방문간호급여비용 (등급 받은 날부터 60일 이내, 총 4회 범위 내, 월 2회까지 이용 가능)
- 방문간호급여의 간호 (조무)사 가산금
- 의사소견서 및 방문간호지시서 발급 비용

| 원거리교통비용 적용 |

■ 적용대상

- 「가족요양비 지급 및 의사소견서 제출 제외대상 섬·벽지지역 고시」 [별표1]에 따른 지역에 거주하는 자 (부록 1. 참조)

■ 산정 기준 및 방법

- 원거리교통비용은 제공기관의 신청에 따라 산정하며 그 비용은 수급자가 부담하지 않음
- 원거리교통비용 적용대상 수급자의 실 거주지부터 운영중인 가장 가까운 제공기관까지의 거리에 따라 다음의 표와 같이 방문 당 산정
- 섬지역 내에 방문요양 또는 방문간호 기관이 없는 경우 거리에 관계없이 다음의 표 중 ③의 급여비용을 1일 원거리교통비용으로 산정
- 수급자를 방문한 종사자가 수급자와 가족이거나 5km 미만의 거리에 거주하고 있는 경우 산정하지 않음
- 비용 산정을 위한 신청, 중단 및 변경 절차 등은 공단 이사장이 정함

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

✓ 장애인 활동지원급여 수급자의 월 이용 한도액

| 장애인 활동지원급여 수급자의 구간별 월 이용 한도액 |

구간	종합점수	월 한도액
1구간	465점 이상	6,480,000원
2구간	435점 이상 ~ 465점 미만	6,075,000원
3구간	405점 이상 ~ 435점 미만	5,670,000원
4구간	375점 이상 ~ 405점 미만	5,265,000원
5구간	345점 이상 ~ 375점 미만	4,860,000원

구간	종합점수	월 한도액
6구간	315점 이상 ~ 345점 미만	4,455,000원
7구간	285점 이상 ~ 315점 미만	4,050,000원
8구간	255점 이상 ~ 285점 미만	3,645,000원
9구간	225점 이상 ~ 255점 미만	3,240,000원
10구간	195점 이상 ~ 225점 미만	2,835,000원
11구간	165점 이상 ~ 195점 미만	2,430,000원
12구간	135점 이상 ~ 165점 미만	2,025,000원
13구간	105점 이상 ~ 135점 미만	1,620,000원
14구간	75점 이상 ~ 105점 미만	1,215,000원
15구간	42점 이상 ~ 75점 미만	810,000원
특례	42점 미만	635,000원

- 장애인 활동지원급여 수급자는 종합점수에 따른 구간별로 월 한도액에 해당하는 바우처가 지급되며, 월 한도액 범위 내에서 방문간호지시서를 발급받고 방문 간호 서비스를 이용할 수 있습니다.
- 월 한도액을 초과한 경우 초과 비용은 이용자가 전액 부담해야 합니다.

라. 방문 간호 서비스 이용 비용의 본인 부담률

장기요양급여 수급자의 비용 본인부담률

| 장기요양급여 수급자의 본인부담률 |

내용	기초생활 수급자	의료급여 수급권자	차상위 감경대상자	보험료 감경대상자		일반 대상자
				보험료순위 25%이하	보험료순위 50%이하	
의사소견서, 방문간호지시서 발급	0%	10%				20%
장기요양급여 이용	0%	6%			9%	15%

- 보통은 의사소견서 및 방문간호지시서 발급 비용의 20%, 장기요양급여 비용의 15%에 해당하는 금액이 본인부담금으로 발생합니다.
- 기초생활수급자가 아닌 저소득층 대상자는 의사소견서 및 방문간호지시서 발급 본인부담금의 50% 금액, 장기요양급여 본인부담금의 40% 또는 60% 차등 감경한 금액을 부담합니다.
- ※ 기초생활수급자가 아닌 의료급여 수급권자, 차상위 감경대상자, 천재지변 등 생계곤란자, 보험료 감경 대상자에 해당함
- ※ 보험료 감경 대상자 자격에 대한 내용은 「장기요양 본인부담금 감경에 관한 고시」 참조

✔ 기초생활수급자는 본인 부담이 없습니다.

✔ 장애인 활동지원급여 수급자의 비용 본인부담률

| 장애인 활동지원급여 수급자의 바우처 본인부담률 |

	생계의료급여 수급자	차상위 계층	기준중위소득			
			70% 이하	120% 이하	180% 이하	180% 초과
본인 부담율	0%	정액 (20,000원)	4%	6%	8%	10%

- 장애인 활동지원급여 수급자는 매월 초 일정액의 본인부담금을 납부하였을 때 월 한도액의 바우처가 생성됩니다.
- 일반적으로 수급자의 구간별로 기준중위소득에 따라 본인부담률이 차등 적용됩니다.
※ 당해 본인부담금 상한액은 직전년도 12월 31일에 적용되는 「국민연금법」 제51조제1항제1호에 따른 금액의 100분의 7에 해당하는 금액으로 정하며, 2020년의 경우 164,900원임
- 기초수급자가 아닌 의료급여 수급권자, 차상위 계층의 바우처 본인부담금은 2만원의 정액이 부과됩니다.
- 「국민기초생활보장법」에 따른 생계급여 수급자 또는 의료급여 수급자는 본인부담금이 없습니다.

✔ 실비이용자는 장기요양급여 대상자가 아니므로 전액 본인이 부담합니다.

5

방문 간호 서비스 내용

5. 방문 간호 서비스 내용

✔ 「장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시」에 따른 방문간호급여 (방문 간호 서비스)의 내용은 다음과 같습니다.

- 의사, 한의사 또는 치과의사의 방문간호지시서에 따른 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 지원합니다.
- 예방·관리적 간호행위를 제공합니다.
 - 기본관리: 건강상태 확인, 활력징후 및 혈당 측정, 지남력 평가 등
 - 교육 및 상담: 통증관리, 식이관리, 감염관리, 구강관리, 투약관리, 보호자 교육 등
 - 신체훈련: 관절구축 예방 및 근력 강화, 낙상예방, 운동교육 등
 - 의뢰 및 검사: 의료기관 의뢰, 장기요양기관 연계, 기초검사 등

✔ 방문간호지시서, 장기요양급여 제공 계획서 및 방문간호급여제공 매뉴얼에 따른 방문 간호 서비스의 내용은 다음과 같습니다.

- 아래 표에 제시된 직접 서비스 외의 각 서비스에 해당하는 교육·상담을 보호자나 수급자를 대상으로 수행합니다.
- 또한, 방문 간호 서비스의 급여제공 내용에 해당하는 서비스 중 수급자가 필요로 하는 서비스를 추가적으로 제공할 수 있으며, 이에 대한 내용은 장기요양급여 제공기록지에 기록합니다.

대분류	중분류	소분류
기본건강관리	건강상태 확인	활력징후 측정, 혈당 및 요당 검사, 건강 상태 관찰
기본 간호	위생 관리	구강 간호, 특수 구강 간호, 눈·귀·코 간호
신체 훈련	관절 구축	능동적 및 수동적 관절 가동범위 운동
	이동 장애	보행 관리
질병 관리	투약 관리	약물 관리, 투약 이행 관리
	통증 관리	통증 사정, 온·냉 요법
	감염 예방	감염 예방
	호흡기 간호	기관지관 흡입 및 관리, 산소 요법, 기관지 절개관 관리, 인공호흡기 관리
	상처 관리	단순 및 염증성 상처 치료, 발 관리, 봉합사 제거
	욕창	욕창 예방 및 간호
인지 훈련	인지기능 장애	인지기능 평가 및 강화
영양 관리	영양관리	영양상태 확인, 체액 관리, 연하기능 강화, 경관영양 식이 제공, 비위관 교환 및 관리
배설 관리	배뇨 장애	단순 도뇨, 유치도뇨관 삽입 및 관리, 배뇨 훈련, 방광 세척, 인공 방광 관리, 요루 관리
	배변 장애	관장, 장루 간호

1

부록

의사소견서 제출 제외대상 섬·벽지지역

■가족요양비 지급 및 의사소견서 제출 제외대상 섬·벽지지역 고시 [별표2] <개정 2019. 9. 27.>

✓ 섬지역

시도	시군구	읍면동	섬명
경기	안산시	풍도동	풍도, 육도
	화성시	우정읍	국화도, 입파도
경남	거제시	둔덕면	화도
		사등면	고개도
		일운면	내도, 외도, 지심도
		장목면	이수도
	고성군	삼산면	와도
		하일면	자란도
	남해군	미조면	조도, 호도
		상주면	노도
	사천시	동서동	마도, 신도, 신수도, 저도
		서포면	별학도, 월등도, 진도
	진주시	판문동	귀곡도
	창원시	구산면	실리도
		웅천동	우도
		진동면	송도, 수우도, 양도
		태평동	잠도
	통영시	광도면	입도, 저도
		도산면	연도, 읍도
		사량면	상도, 수우도, 하도
		산양읍	곤리도, 만지도, 송도, 연대도, 오곡도, 오비도, 저도, 추도, 학림도
		욕지면	갈도, 국도, 납도, 두미도, 봉도, 상노대도, 연화도, 우도, 초도, 하노대도
		용남면	수도, 어의도, 지도
		한산면	가왕도, 매물도, 비산도, 비진도, 소매물도, 용초도, 장사도, 좌도, 죽도, 추봉도, 한산본도
경북	울릉군	울릉읍, 서면, 북면	독도, 울릉도, 죽도
인천	강화군	삼산면	미법도, 서검도
		서도면	말도, 불음도, 아차도, 주문도
	서구	신현원창동	세어도
	옹진군	대청면	대청도, 소청도

시도	시군구	읍면동	섬명
인천	대청면	덕적면	굴업도, 덕적도, 문갑도, 백야도, 소야도, 울도, 지도
		백령면	백령도
		북도면	모도, 시도, 신도, 장봉도
		연평면	대연평도, 소연평도
		자월면	대이작도, 소이작도, 승봉도, 자월도
전남	고흥군	과역면	미덕도, 진지도
		금산면	연흥도
		남양면	우도
		도양읍	득량도, 상화도, 시산도, 하화도
		도화면	죽도
		봉래면	수락도, 애도
		포두면	첨도
	목포시	유달동	달리도, 외달도, 울도
	무안군	망운면	탄도
		해제면	저도
	보성군	별교읍	장도, 지주도, 해도
	신안군	도초면	도초도, 동소우이도, 서소우이도, 우이도, 죽도
		비금면	비금도, 상수치도, 하수치도
		신의면	고사도, 기도, 신의도, 평사도
		안좌면	박지도, 반월도, 사치도, 요령도
		암태면	당사도, 초란도
		압해읍	가란도, 고이도, 노대도, 대식도, 마산도, 매화도, 소식도, 외안도, 장마도, 황마도, 효지도
		임자면	부남도, 수도, 임자도, 재원도
		장산면	마진도, 막금도, 백야도, 울도, 장산도
		증도면	대기점도, 병풍도, 소기점도, 소악도, 화도
		지도읍	대포작도, 선도, 소포작도, 어의도, 울도
		하의면	개도, 능산도, 대야도, 문병도, 신도, 옥도, 장병도, 장재도, 하의도
		흑산면	가거도, 다물도, 대둔도, 만재도, 상태도, 영산도, 장도, 중태도, 하태도, 홍도, 흑산도
	여수시	남면	금오도, 나발도, 대두라도, 대횡간도, 부도, 소두라도, 소횡간도, 수향도, 안도, 연도
		돌산읍	송도
		삼산면	거문도, 광도, 동도, 서도, 소거문도, 손죽도, 초도, 평도
		삼일동	삼간도

시도	시군구	읍면동	섬명
전남	여수시	월호동	대경도, 소경도, 야도
		울촌면	대늑도, 소늑도, 송도

▼ 벽지지역

시도	시군구	읍면동	벽지지역 (리,마을)	도로명주소
강원	강릉시	강동면	언별리 (단경골)	단경로 928-9~1237
		연곡면	삼산리 (부연동)	부연동길 579~1056, 부연동1길 17~96-12
	고성군	간성읍	흘리	흘리길 2~245-6, 흘리1길 119~137-1, 흘리령길 3~398, 흘리령1길 60~203
강원	고성군	현내면	마달리	건봉사로 747-6~747-12, 마달1길 1-12~90, 마달2길 11~89-3, 백두대간로 775-19~1041, 유천쌍계길 53~245
			명호리	동해대로 9375~9386, 통일전망대로 452~457-3
			배봉리	배봉길 2~14, 백두대간로 1097~1251
			화곡리	백두대간로 574-63~699, 죽화로 366-6~371
	삼척시	가곡면	풍곡리 (덕풍)	덕풍길 984-99~1113
		노곡면	개산리	개산길 430-424~549-33
		하장면	중봉리 (턱골, 소내)	중봉당골길 760-109~767, 중봉당골길 1127-85~1159
	양구군	양구읍	상무룡리	상무룡로 393~798, 남발길 513, 간척월명로1863번길 327, 서호길 15-257~173
	양양군	서면	오색리	대청봉길 1
		현북면	면옥치리 (달아치)	노루골길 384~456, 면옥치길 127~518, 송이로 1485~1516
			법수치리 (윗마을)	법수치길 850~1176
			어성전리 (가잔동)	부연동길 1303~1459-30
		기린면	진동리	곰배령길 1~240
	인제군	북면	용대리	백담로 1220~1925
		상남면	미산리	개인약수길 1~550
			상남리	자포대길 1~550-148
	정선군	북평면	숙암리 (단임)	단임길 397~1207-53, 숙암장재터길 58~221
		신동읍	덕천리 (연포)	연포길 397~794
		여량면	구절리	불당길 10, 불당길 100~120, 자개길 24-15, 자개길 196~690
		임계면	도전리 (내도전)	내도전길 460~745
			임계리 (평양촌)	노루마당길 37~270-47, 평양마을길 178~651

시도	시군구	읍면동	벽지지역 (리,마을)	도로명주소
강원	정선군	화암면	북동리 (한바위)	함바위길 66~406
	춘천시	동면	신이리 (연엽골, 우무골)	연엽골길 690~818-16, 우무골길 1~130
			품걸리	야시대로 1387~1740, 품걸길 8-10~482
			품안리 (곧은골)	품안리길 1-1~78
		북산면	대곡리	더운샘길 32~102
			대동리 (동막골)	대동길 222-66~327
			물로리 (갈골, 삽다리골, 절골)	갈골길 62~272, 삽다리길 14~66, 물로길 48~549, 절골길 6~167
			부귀리 (부귀터골)	텃골길 15~343
			조교리	원동조교로 204~676-30
			청평리	삼막길 534~663
	평창군	대관령면	용산리 (위곧은골, 윗노삼동)	올림픽로 1062-6~1076-5, 원복길 608-14~645-4
			유천리 (선바위)	원복길 542-6~593-14
		봉평면	유포리 (벌막, 축덕)	수림대길 698~714-66
		진부면	봉산리 (모리재, 봉두곶리, 발왕동, 지칠지)	신기봉산로 1030~1414-78
	홍천군	내면	방내리	여차동길 20~1024, 여차동길386번길 6-7~76, 여차동길499번길 16~59
			울전리	내린천로 638~704, 문바위길 119-18~176, 살둔길 3~47, 밤바치길431번길 40~60
	화천군	간동면	방천리	간척월명로 573-1~1490-69, 갓골길 154~478, 신내길 1~125, 운수길 135~508
		화천읍	동촌리	호음로 987-9~1347, 비수구미길 461~2056, 평화로 2393~3518
경남	함양군	마천면	강청리	백무동로 373
경북	경산시	용성면	매남리 (구룡마을)	구룡마을길 38-9~272, 구룡마을길58길 10~24-1
	영주시	단산면	마락리	영단로 1236-1~1522-4
		부석면	남대리	영부로 847-3~1199-24, 영부로890번길 17~236
	울진군	근남면	구산리 (원심, 오르마)	왕피천로 762-1~784, 원심길 125~145
		금강송면	광회리	전곡1길 108~431

시도	시군구	읍면동	벽지지역 (리,마을)	도로명주소
경북	울진군	금강송면	왕피리	거리고길 5~99, 동수골길 548~576, 병위길 10~84, 양지길 46~72, 왕피길 589~1762-8, 한내길 108~339
			전곡리 (원곡)	전곡2길 255~311
	청송군	안덕면	근곡리 (안낫실)	헌실날실길 397-46~423
울산	울주군	언양읍	대곡리 (한실)	한실길 205~309
전북	임실군	운암면	금기리 (시랑골)	금기길 326~342-209
전북	임실군	운암면	마암리	청운2길 219~227
			운정리 (범어)	운정길 63~506-6
			월면리 (월면)	월면길 398-6~422
			지천리 (지천)	지천길 343~437-12
			청운리 (거둔이, 박실)	청운1길 352~384, 청운2길 82~125-8
충북	옥천군	군북면	용호리	용호길6~71
	제천시	청풍면	방흥리	호반로 2408~2471
			오산리	호반로 2065~2275, 호반로1길 10~33
			진목리	갈골만지길 61~62, 호반로 2276

※ 벽지지역 해당 여부가 리·마을에 의할 때와 도로명 주소에 의할 때가 다른 경우나 도로명 주소가 확인이 어려운 경우 등에는 리·마을 기준을 우선으로 한다.

2

부록

장기요양인정 점수 산정 방식

✓ 1단계: 인정조사단이 장기요양인정조사표 작성

■ 노인장기요양보험법 시행규칙 [별지 제5호서식] <개정 2019. 9. 27.>

장기요양인정조사표

※ [] 에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

(제1쪽 앞면)

1. 일반사항

① 구분	[] 장기요양인정신청		[] 갱신신청		[] 등급변경신청		[] 이의신청	
② 조사원	성명				소속 (지사)			
	조사장소				조사일시			
③ 신청인 (본인)	성명					생년월일		
	전화번호					도시·벽지 대상자	[] 도시지역	[] 벽지지역
	주민등록지							
	실제 거주지							
	장기요양등급					인정유효기간		
	보호자 또는 주 수발자 성명 (관계)	()				보호자 또는 주 수발자 전화번호		
④ 참석인	성명			신청인과의 관계			전화번호	
⑤ 주거상태	[] 자택 [] 노인요양시설 [] 단기보호시설 [] 양로시설 [] 요양병원 [] 기타 병·의원 [] 기타 ()							
⑥ 동거인	현재 신청인과 동거하는 자에 대해 복수표시 가능							
	[] 독거 [] 손자녀	[] 부부 [] 친척	[] 부모 [] 친구·이웃	[] 자녀 (며느리, 사위 포함) [] 입소시설 관계자 [] 기타 ()				
⑦ 현재 받고 있는 급여 (과거 3개 월간 평균 횟수·일수 기록)	재가급여	[] 방문요양 (회/주) [] 방문목욕 (회/주) [] 방문간호 (회/주)			[] 단기보호 (일/주) [] 주·야간보호 (일/주) [] 주·야간보호시설 내 치매전담실 이용 (일/주) [] 복지용구 (구입·대여)			
	시설급여	[] 노인요양시설 [] 노인요양공동생활가정			[] 노인요양시설 내 치매전담실 [] 치매전담형 노인요양공동생활가정			
	특별 현금급여	[] 가족요양비			[] 특례요양비 [] 요양병원간병비			
	그 밖의 서비스	[] 노인돌봄서비스 [] 보건소사업 () [] 치매상담센터			[] 가사간병방문도움 [] 개인간병인 [] 기타 ()			
⑧ 희망급여 종류	현재 신청인이 희망하는 급여에 대해 복수표시 가능							
	재가급여	[] 방문요양 [] 방문목욕 [] 방문간호 [] 단기보호 [] 주·야간보호 [] 주·야간보호시설 내 치매전담실 이용 [] 복지용구 (구입·대여)						
	시설급여	[] 노인요양시설 [] 노인요양시설 내 치매전담실 [] 노인요양공동생활가정 [] 치매전담형 노인요양공동생활가정						
	특별 현금급여	[] 가족요양비 [] 특례요양비 [] 요양병원간병비						
	1순위 희망급여종류 및 내용							

⑨ 등급외 판정 시 희망 서비스 (등급외 판정 시 지역사회 자 원 연계를 위한 참고자료 입니 다.)	[] 노인돌봄서비스	[] 보건소 사업	[] 노인 일자리 사업
	[] 치매상담센터	[] 주거개선사업	[] 무료진료연계
	[] 급식 및 도시락 반찬	[] 건강운동교실	[] 가사간병방문도움
	[] 활동보조	[] 목욕·이미용	[] 여가, 문화, 교육
	[] 말벗	[] 기타 ()	[] 거부
⑩ 등록장애	※장애의 종류 및 등급 기록		

〈참고사항〉

2. 장기요양인정·욕구사항

- 신청인의 기능상태 등에 대한 정보를 종합하여 다음의 해당란에 √ 표로 표시함.
○ 각 항목 아래의 빈칸에 특기사항을 기록함.

가. 신체기능 (기본적 일상생활 기능) 영역

1) 최근 한 달간의 상황을 종합하여 일상생활에서 다음과 같은 동작을 할 때 다른 사람의 도움을 받는 정도를 평가하여 해당란에 √ 표로 표시함.

항 목	기능 자립 정도		
	완전 자립	부분 도움	완전 도움
① 옷 벗고 입기			
② 세수하기			
③ 양치질하기			
④ 목욕하기			
⑤ 식사하기			
⑥ 체위 변경하기			
⑦ 일어나 앉기			
⑧ 옮겨 앉기			
⑨ 방 밖으로 나오기			
⑩ 화장실 사용하기			
⑪ 대변 조절하기			
⑫ 소변 조절하기			
⑬ 머리감기			

2) 일상생활 자립도

장애노인 (와상도)	[] 정상	[] 생활 자립	[] 준 와상 상태	[] 완전 와상 상태
치매노인 (인지증)	[] 자립	[] 불완전 자립	[] 부분 의존	[] 완전 의존

나. 사회생활기능 (수단적 일상생활 기능) 영역

최근 한 달간의 상황을 종합하여 일상생활에서 다음과 같은 동작을 할 때 다른 사람의 도움을 받는 정도를 평가하여 해당란에 √ 표로 표시함.

항 목	기능 자립 정도		
	완전 자립	부분 도움	완전 도움
① 집안일 하기			
② 식사 준비하기			
③ 빨래하기			
④ 금전 관리			
⑤ 물건 사기			
⑥ 전화 사용하기			
⑦ 교통수단 이용하기			
⑧ 근거리 외출하기			
⑨ 몸 단장하기			
⑩ 약 챙겨먹기			

다. 인지기능 영역

최근 한 달간의 상황을 종합하여 신청인이 보였던 증상에 √ 표로 표시함.

항 목	증 상 여 부	
	예	아니오
① 방금 전에 들었던 이야기나 일을 잊는다.		
② 오늘이 몇 월 며칠인지 모른다.		
③ 자신이 있는 장소를 알지 못한다.		
④ 자신의 나이와 생일을 모른다.		
⑤ 지시를 이해하지 못한다.		
⑥ 주어진 상황에 대한 판단력이 떨어져 있다.		
⑦ 의사소통이나 전달에 장애가 있다.		
⑧ 계산을 하지 못한다.		
⑨ 하루 일과를 이해하지 못한다.		
⑩ 가족이나 친척을 알아보지 못한다.		

라. 행동변화 영역

최근 한 달간의 상황을 종합하여 신청인이 보였던 증상에 √ 표로 표시함.

항 목	증 상 여 부	
	예	아니오
① 사람들이 무엇을 훔쳤다고 믿거나 자기를 해하려 한다고 잘못 믿고 있다.		
② 헛것을 보거나 환청을 듣는다.		
③ 슬퍼 보이거나 기분이 처져 있으며 때로 울기도 한다.		
④ 밤에 자다가 일어나 주위 사람을 깨우거나 아침에 너무 일찍 일어난다. 또는 낮에는 지나치게 잠을 자고 밤에는 잠을 이루지 못한다.		
⑤ 주위사람이 도와주려 할 때 도와주는 것에 저항한다.		
⑥ 한군데 가만히 있지 못하고 서성거리거나 왔다 갔다 하며 안절부절 못한다.		
⑦ 길을 잃거나 헤맨 적이 있다. 외출하면 집이나 병원, 시설로 혼자 들어올 수 없다.		
⑧ 화를 내며 폭언이나 폭행을 하는 등 위협적인 행동을 보인다.		
⑨ 혼자서 밖으로 나가려고 해서 눈을 땔 수가 없다.		
⑩ 물건을 망가뜨리거나 부순다.		
⑪ 의미 없거나 부적절한 행동을 자주 보인다.		
⑫ 돈이나 물건을 장롱같이 찾기 어려운 곳에 감춘다.		
⑬ 옷을 부적절하게 입는다.		
⑭ 대소변을 벽이나 옷에 바르는 등의 행위를 한다.		
⑮ 가스불이나 담뱃불, 연탄불과 같은 화기를 관리할 수 없다.		
⑯ 혼자 있는 것을 두려워하여 누군가 옆에 있어야 한다.		
⑰ 이유 없이 크게 소리치고 고함을 친다.		
⑱ 공공장소에서 부적절한 성적 행동을 한다.		
⑲ 음식이 아닌 물건 등을 먹는다.		
⑳ 쓸데없이 간섭하거나 참견한다.		
㉑ 식습관 및 식욕변화를 보이거나 이유 없이 식사를 거부한다.		
㉒ 귀찮을 정도로 불어서 따라 다닌다.		

마. 간호처치 영역

최근 2주간의 상황을 종합하여 해당란에 √표로 표시함.

항 목	증 상 여 부		항 목	증 상 여 부	
	예	아니오		예	아니오
① 기관지 절개관 간호			⑥ 암성통증 간호		
② 흡인			⑦ 도뇨 (導尿) 관리		
③ 산소요법			⑧ 장루 (창자샐길) 간호		
④ 욕창 간호			⑨ 투석 간호		
⑤ 경관 영양			⑩ 당뇨발 간호		

※ 암성통증 간호에 해당되지 않는 통증이 있을 경우 특기사항에 기록함.

※ 당뇨발 간호에 해당되지 않는 상처가 있을 경우 특기사항에 기록함.

바. 재활 영역

반드시 각 항목을 신청인이 직접 수행하도록 한 후 해당란에 √표로 표시함.

항 목	운동장애 정도		
	운동장애 없음	불완전 운동장애	완전 운동장애
① 우측상지			
② 좌측상지			
③ 우측하지			
④ 좌측하지			
항 목	관절제한 정도		
	제한 없음	한쪽관절 제한	양관절 제한
⑤ 어깨관절			
⑥ 팔꿈치관절			
⑦ 손목 및 수지관절			
⑧ 엉덩관절			
⑨ 무릎관절			
⑩ 발목관절			

사. 복지용구

현재 보유하고 있거나, 이용하기를 희망하는 복지용구의 해당란에 √ 표로 표시함.

용구	보유	희망	용구	보유		희망	
				구입	대여	구입	대여
① 기관지 절개관 간호			⑪ 수동휠체어				
② 목욕의자			⑫ 전동침대				
③ 성인용 보행기			⑬ 수동침대				
④ 안전손잡이			⑭ 욕창예방 매트리스				
⑤ 미끄럼 방지용품 *			⑮ 이동 욕조				
⑥ 간이변기 (간이대변기·소변기)			⑯ 목욕리프트				
⑦ 지팡이			⑰ 배회감지기				
⑧ 욕창예방 방석			⑱ 경사로				
⑨ 자세변환 용구							
⑩ 요실금 팬티							

* 미끄럼 방지용품: 미끄럼방지매트, 미끄럼방지액, 미끄럼방지양말

※ 신청인이 필요하다고 생각하지만 급여이용을 희망하지 않거나 그 밖에 의견이 있다면 특기사항에 기록함.

아. 지원형태

① 주 수발자	☐ 없음 ☐ 배우자 ☐ 부모 ☐ 자녀(며느리, 사위 포함) ☐ 손자녀 ☐ 친척 ☐ 친구·이웃 ☐ 간병인 ☐ 자원봉사자 ☐ 기타 ()						
② 주 수발자의 도움영역	☐ 신체기능 ☐ 사회생활기능 ☐ 정서적 지지						
③ 하루 종일 혼자 있음	☐ 예			☐ 아니오			

자. 환경 평가

주거 상황이 건강에 해롭거나 지내기 어려운 환경을 만드는지 평가

(조명, 바닥 상태, 욕실 및 화장실 환경, 부엌 환경, 냉방과 난방, 개인안전, 환기 등)

① 조명 (눈부심, 그림자, 스위치 위치 등)	☐ 양호	☐ 불량
② 바닥과 벽지 (마룻바닥, 벽지상태)	☐ 양호	☐ 불량
③ 계단 (계단 난간 위치)	☐ 양호	☐ 불량
④ 주방 (가스기구, 조리기구 위치)	☐ 양호	☐ 불량
⑤ 문턱 여부 (현관, 방, 화장실)	☐ 유	☐ 무
⑥ 난방과 환기 (적정수준의 온도와 환기)	☐ 양호	☐ 불량
⑦ 화장실 세면대 설치 여부	☐ 유	☐ 무
⑧ 좌변기 여부	☐ 유	☐ 무
⑨ 온수 여부	☐ 유	☐ 무
⑩ 욕조 여부	☐ 유	☐ 무

차. 시력·청력 상태

① 시력 상태	☐ 가. 정상 ☐ 나. 1미터 떨어진 달력은 읽을 수 있으나 더 먼 거리는 보이지 않는다. ☐ 다. 눈앞에 근접한 글씨는 읽을 수 있으나 더 먼 거리는 보이지 않는다. ☐ 라. 거의 보이지 않는다. ☐ 마. 보이는지 판단 불능
② 청력 상태	☐ 가. 정상 ☐ 나. 보통의 소리를 듣기도 하고, 못 듣기도 한다. ☐ 다. 큰 소리는 들을 수 있다. ☐ 라. 거의 들리지 않는다. ☐ 마. 들리는지 판단 불능

카. 질병 및 증상

신청인이 현재 앓고 있는 질병 또는 증상에 대해 해당란에 √ 표로 표시함.

① 질병 및 증상	☐ 가. 없음 ☐ 나. 치매 ☐ 다. 중풍 (뇌졸중) ☐ 라. 고혈압 ☐ 마. 당뇨병 ☐ 바. 관절염 (퇴행성, 류마티스) ☐ 사. 요통, 좌골통 (디스크탈출증, 척수관협착증) ☐ 오. 일상생활에 지장이 있을 정도의 호흡곤란 (심부전, 만성폐질환, 천식) ☐ 자. 난청 ☐ 차. 백내장, 녹내장 등 시각 장애 ☐ 카. 골절, 탈골 등 사고로 인한 후유증 ☐ 테. 암 (진단명:) ☐ 피. 기타 (진단명:)
② 주요 질병 및 증상 ①에서 파악된 내용 가운데 신청인의 현재 기능상태 저하에 가장 직접적인 원인이 되고 비중이 높은 항목 한 가지 만 √ 표로 표시함.	☐ 가. 치매 ☐ 나. 중풍 ☐ 다. 치매 + 중풍 ☐ 라. 고혈압 ☐ 마. 당뇨병 ☐ 바. 관절염 ☐ 사. 요통, 좌골통 ☐ 오. 일상생활에 지장이 있을 정도의 호흡곤란 ☐ 자. 난청 ☐ 차. 백내장, 녹내장 등 시각 장애 ☐ 카. 골절, 탈골 등 사고로 인한 후유증 ☐ 테. 암 ☐ 피. 기타 (진단명:) ※1가지 진단명만 적으십시오.

✓ 2단계: 인정조사단의 장기요양인정조사표를 바탕으로 환자 평가

- 5개 영역 52개 항목 평가

| 장기요양인정점수 조사 항목 |

영역	항목		
신체기능 (기본적 일상생활 기능, 12항목)	• 옷벗고 입기 • 세수하기 • 양치질하기 • 식사하기	• 목욕하기 • 체위변경하기 • 일어나 앉기 • 옮겨앉기	• 방밖으로 나오기 • 화장실 사용하기 • 대변 조절하기 • 소변 조절하기
인지기능 (7항목)	• 단기 기억장애 • 지시불인지 • 날짜불인지	• 상황판단력 감퇴 • 장소불인지	• 의사소통/전달장애 • 나이/생년월일 불인지
행동변화 (14항목)	• 망상 • 서성거림, 안절부절못함 • 물건 망가트리기 • 환청, 환각 • 길을 잃음	• 돈/물건감추기 • 슬픈상태, 울기도함 • 폭언, 위협행동 • 부적절한 웃입기 • 불규칙수면, 주야혼돈	• 밖으로 나가려함 • 대/소변 불결행위 • 도둑에 저항 • 의미가 없거나 부적절한 행동
간호처치 (9항목)	• 기관지절개관 간호 • 경관영양 • 도뇨관리	• 흡인 • 욕창간호 • 장루간호	• 산소요법 • 암성통증간호 • 투석간호
재활 (10항목)	운동장애 (4항목)	관절제한 (6항목)	
	• 우측상지 • 우측하지 • 좌측상지 • 좌측하지	• 어깨관절 • 팔꿈치관절 • 손목 및 수지관절	• 고관절 • 무릎관절 • 발목관절

- 영역별 조사항목 평가 기준

| 영역별 조사항목 점수표 |

5개 영역 (52개 항목)	영역별 조사항목의 판단기준		점수
신체기능 영역 (기본적 일상생활기능, 12항목)	기능자립정도	완전자립	1
		부분도움	2
		완전도움	3
인지기능 영역 (7항목)	증상여부	예	1
		아니오	0
행동변화 영역 (14항목)	증상여부	예	1
		아니오	0
간호처치 영역 (9항목)	증상유무	있다	1
		없다	0

5개 영역 (52개 항목)	영역별 조사항목의 판단기준		점수
재활 영역 (10항목)	운동장애정도	운동장애없음	1
		불완전 운동장애	2
		완전 운동장애	3
	관절제한정도	제한없음	1
		한쪽관절장애	2
		양관절장애	3

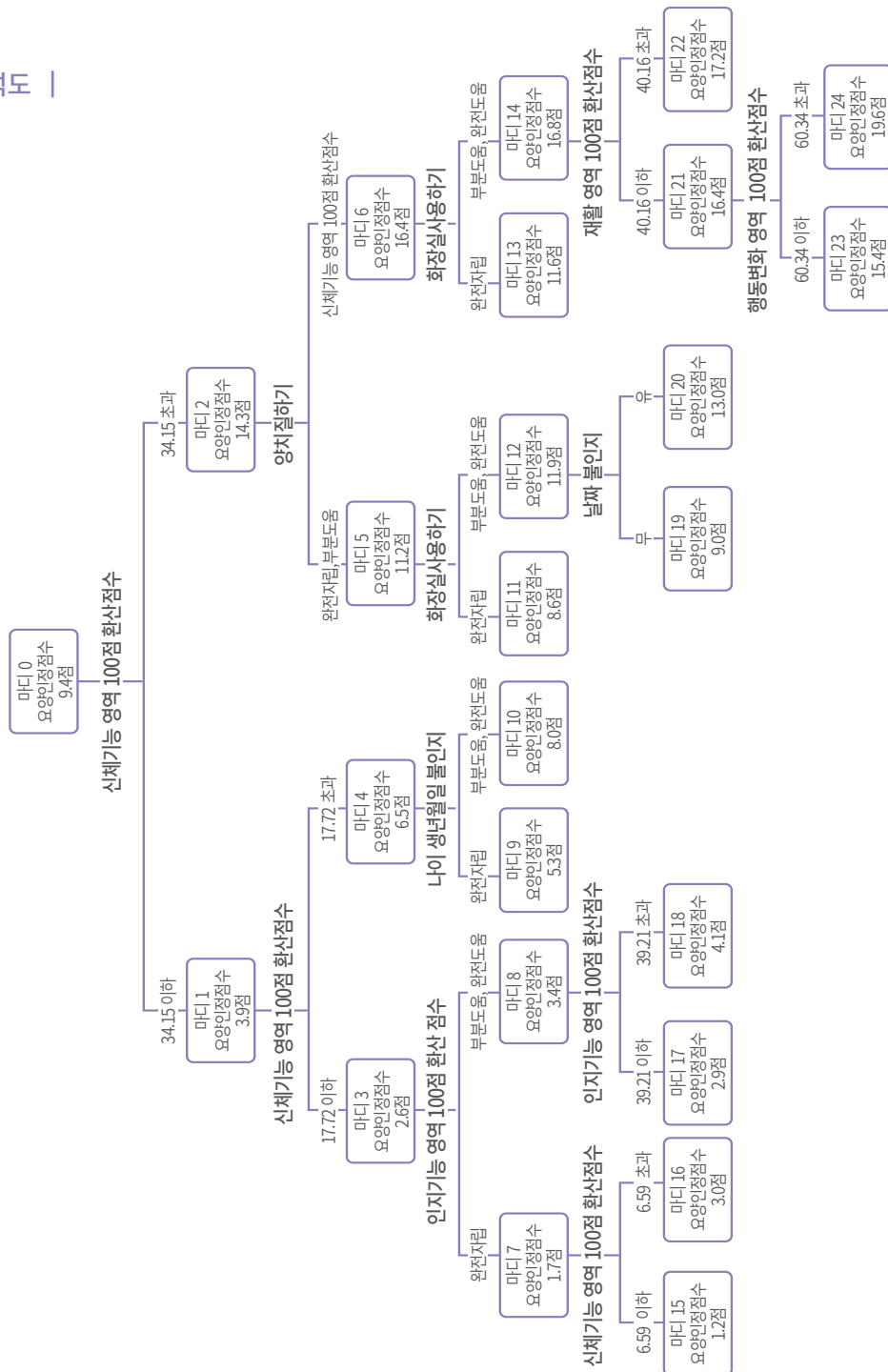
- 영역별 점수의 합계를 100점 환산 점수로 변환

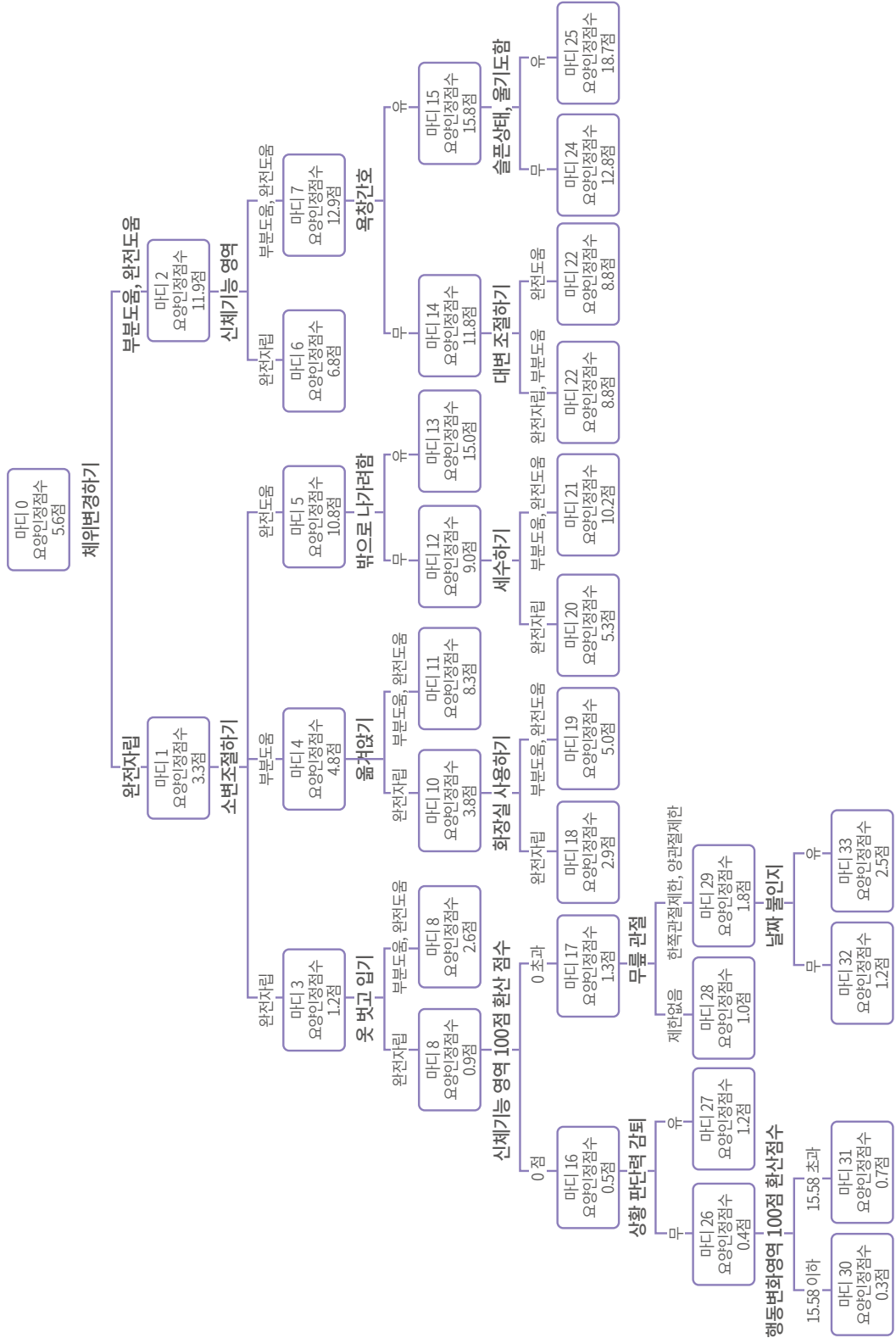
| 영역별 환산 점수 |

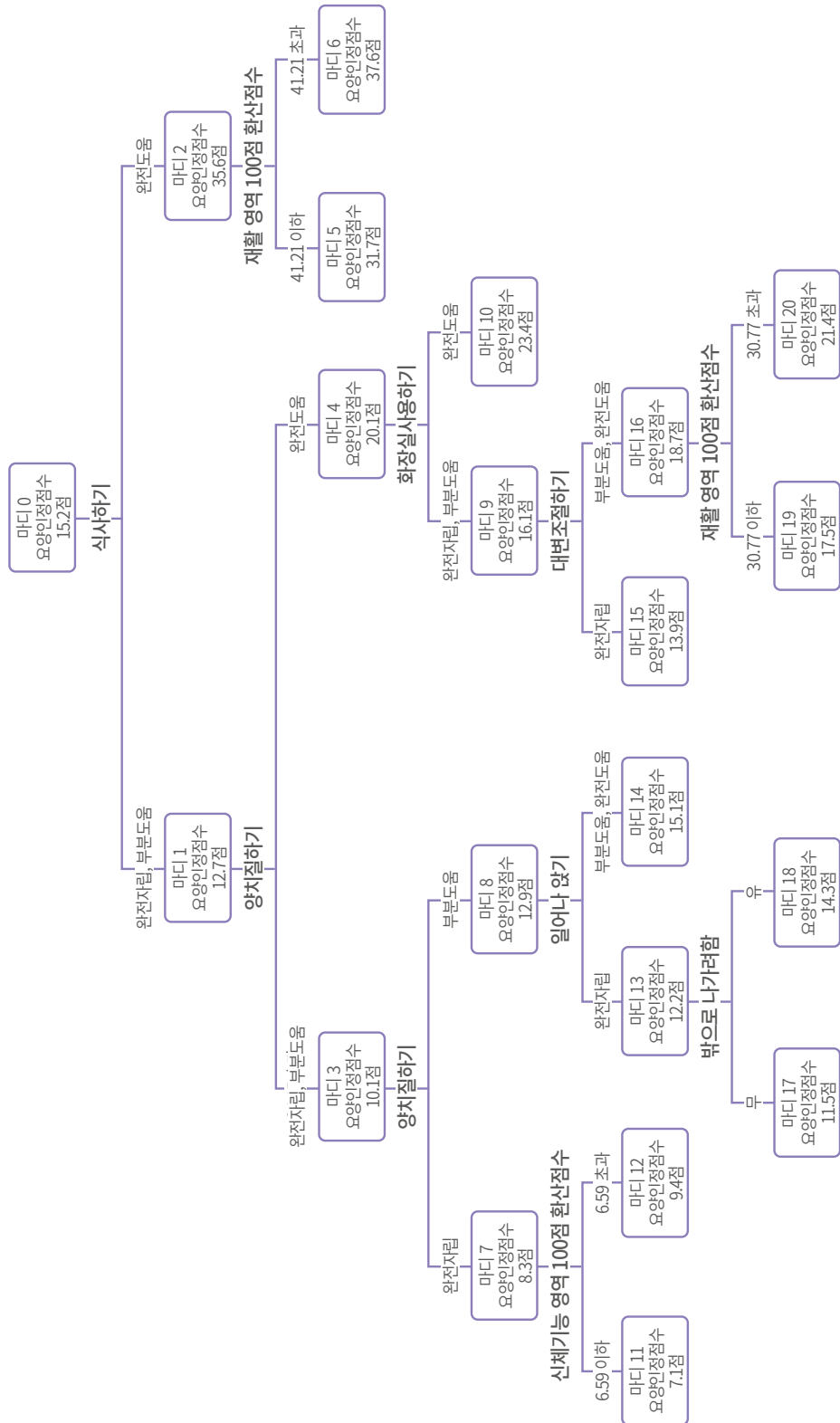
신체기능		인지기능		행동변화		간호처치		재활	
원점수	환산점수	원점수	환산점수	원점수	환산점수	원점수	환산점수	원점수	환산점수
12	.00	0	.00	0	.00	0	.00	10	.00
13	13.19	1	19.71	1	15.58	1	19.84	11	11.51
14	22.24	2	33.81	2	25.55	2	36.90	12	19.43
15	28.04	3	44.61	3	32.10	3	47.84	13	24.72
16	32.38	4	54.78	4	37.29	4	55.81	14	28.93
17	35.92	5	65.71	5	41.80	5	62.53	15	32.62
18	38.96	6	80.06	6	45.95	6	68.98	16	36.06
19	41.68	7	100.0	7	49.94	7	76.11	17	39.46
20	44.18			8	53.93	8	85.86	18	42.96
21	46.52			9	58.08	9	100.0	19	46.69
22	48.76			10	62.59			20	50.72
23	50.93			11	67.80			21	54.97
24	53.06			12	74.37			22	59.20
25	55.17			13	84.37			23	63.19
26	57.30			14	100.0			24	66.93
27	59.46							25	70.53
28	61.71							26	74.16
29	64.06							27	78.07
30	66.59							28	82.75
31	69.36							29	89.57
32	72.50							30	100.0
33	76.22								
34	81.02								
35	88.40								
36	100.0								

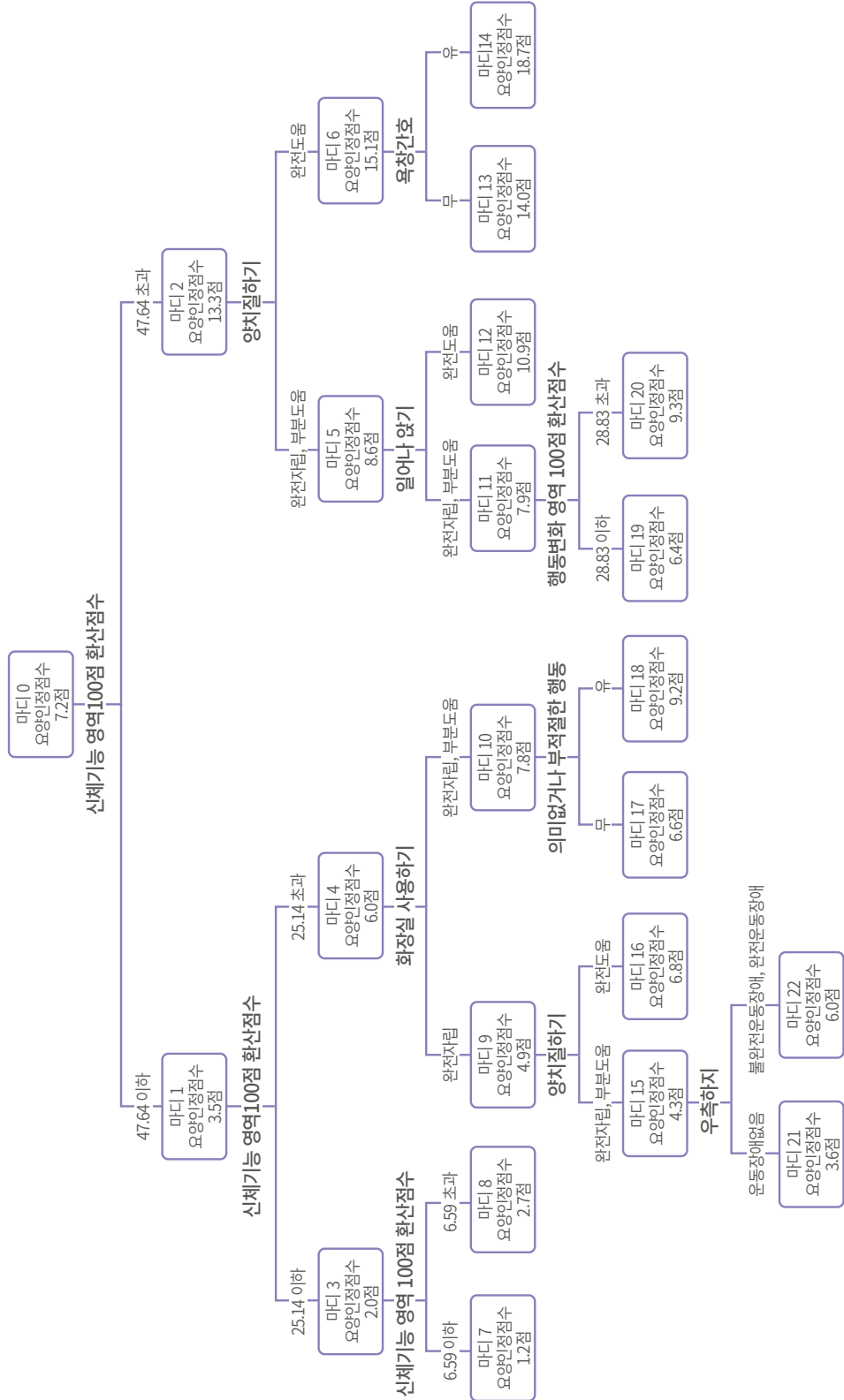
- 52개 항목에 대한 조사 결과 및 영역별 100점 환산 점수를 수형분석도에 적용하여 8개의 서비스군*
별 해당 영양인정점수를 산출하고, 각 영양인정점수를 합산하여 신청인의 장기요양인정 점수를 산정
※ 8개 서비스군: 청결, 배설, 식사, 기능보조, 행동변화대응, 간접지원, 간호처치, 재활훈련
- 수형분석도

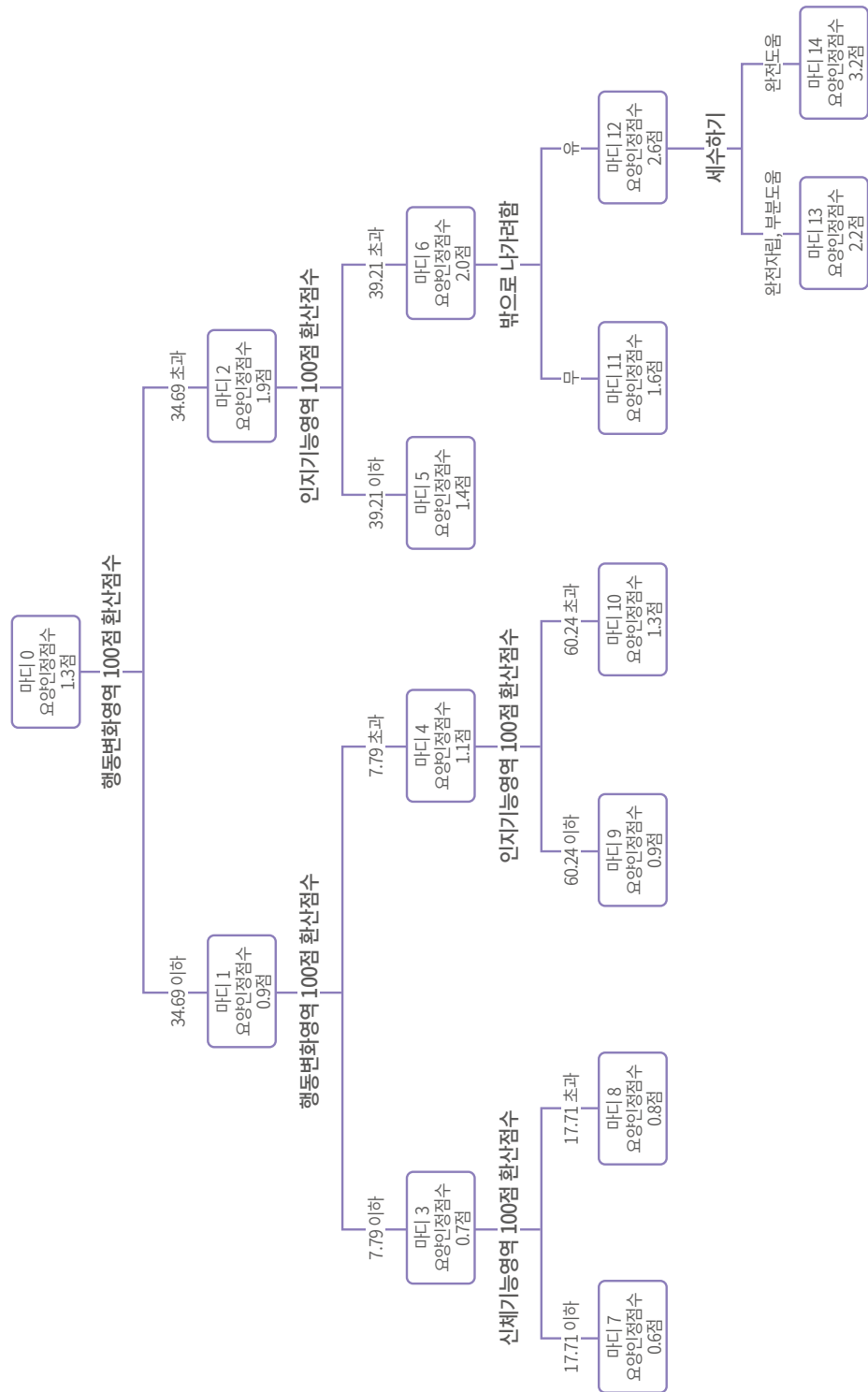
청결 수형분석도 |

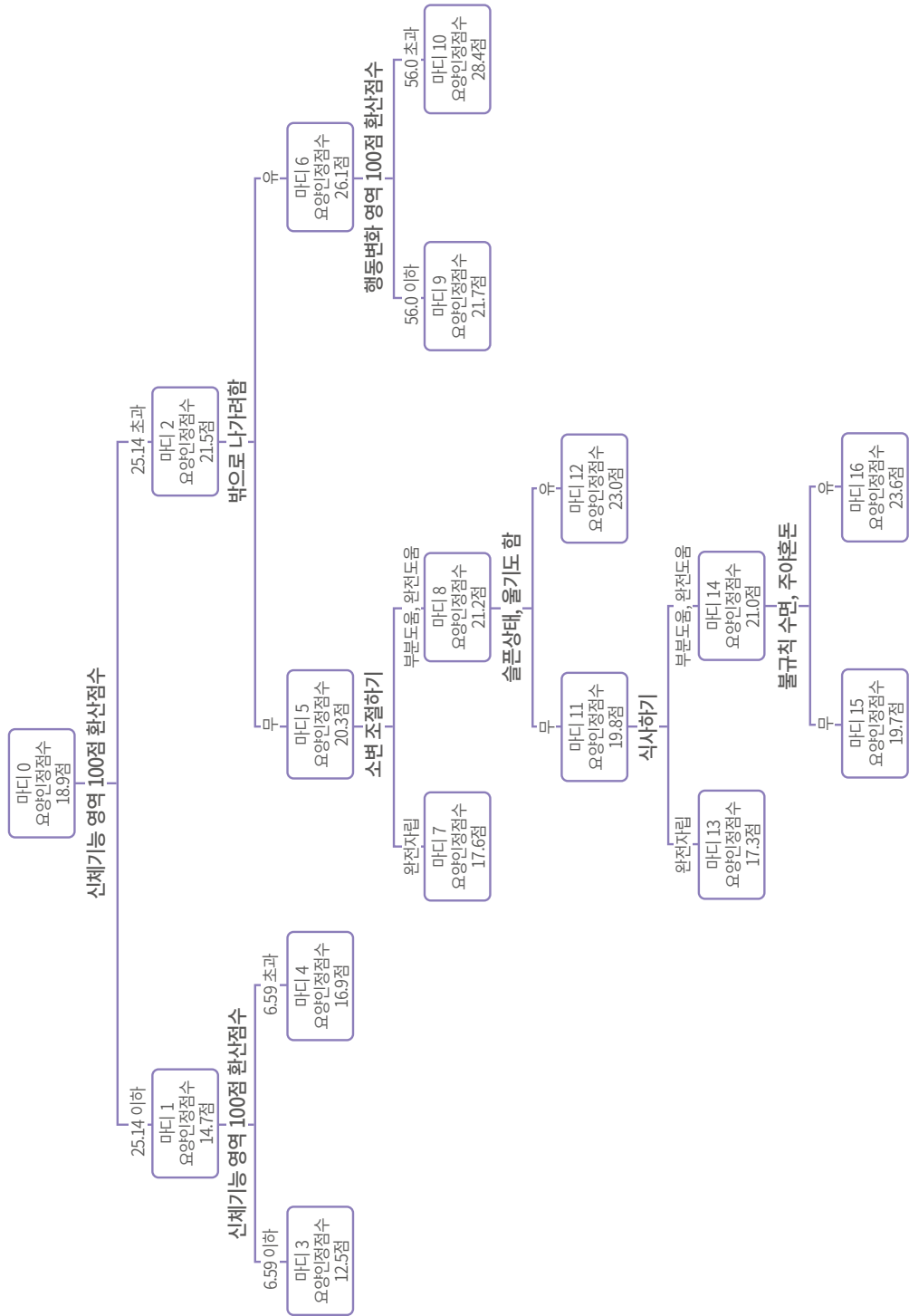


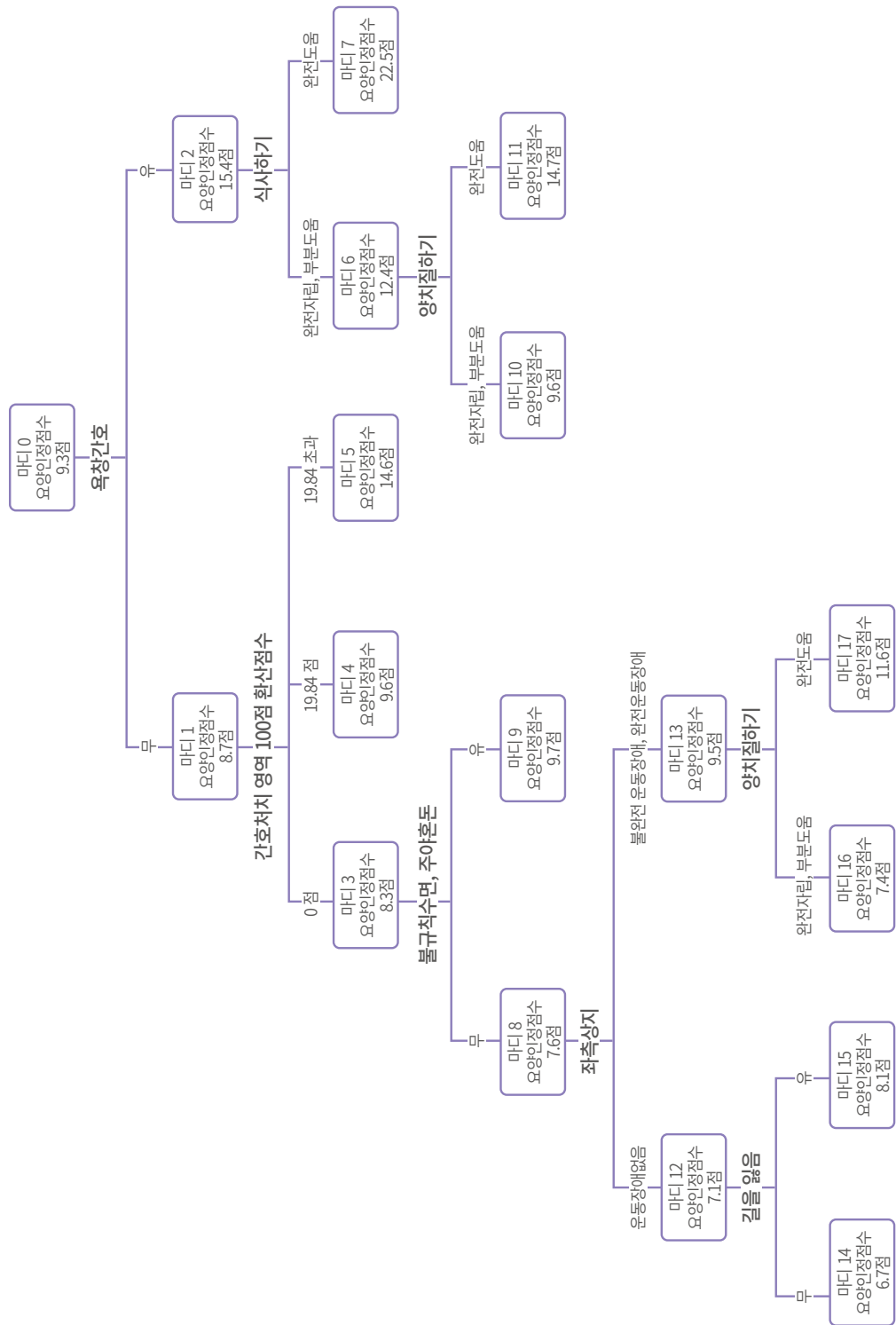


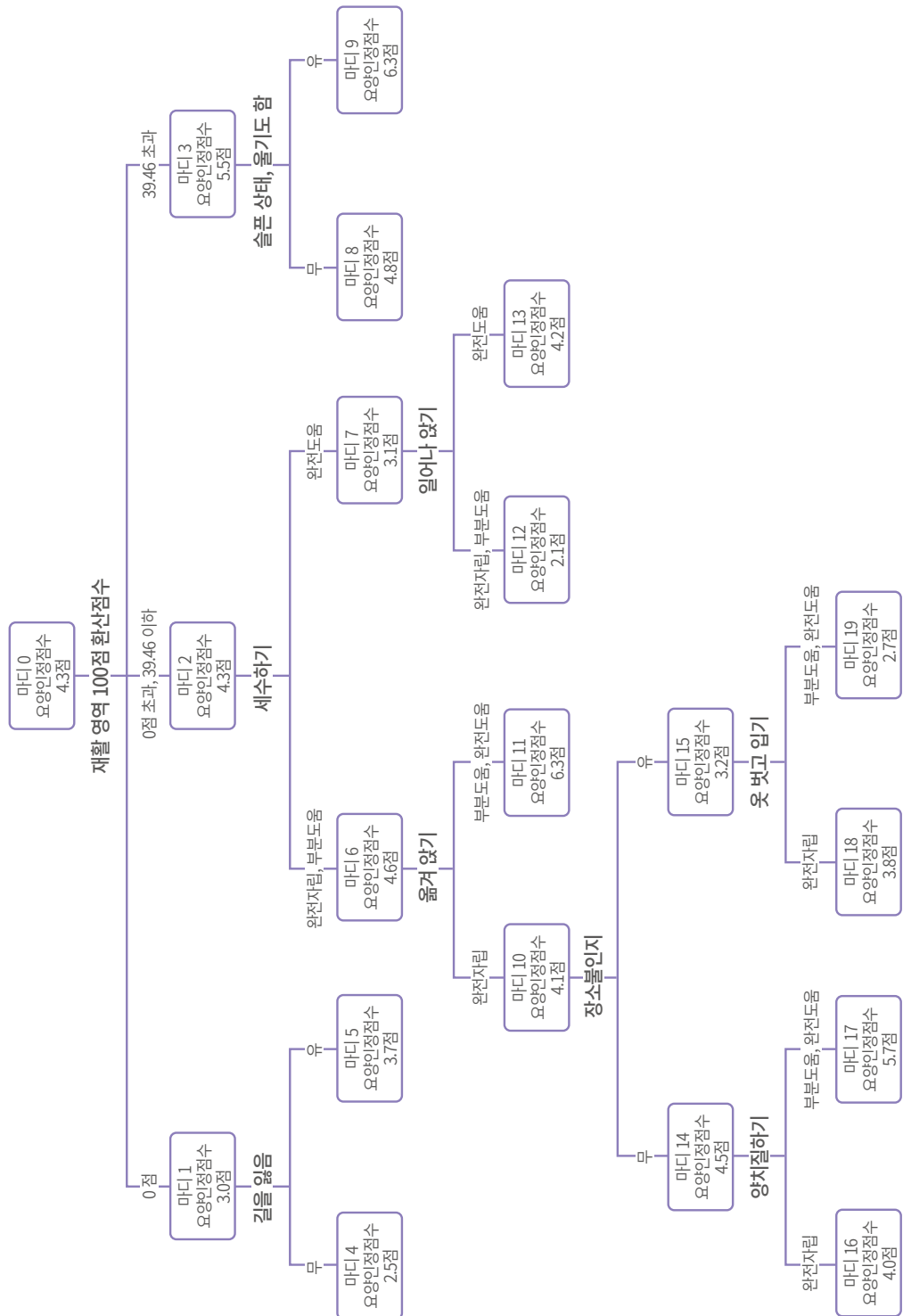












3

부록

원거리교통비 점수 산출 기준

방문요양 및 방문간호 원거리교통비 점수산출 기준

1. 섬지역

기 준 요 소	1 점	2 점	3 점	4 점	5 점
㉠ 가장 가까운 육지항구까지의 정기여객선 운항소요시간	1시간 미만	1시간 이상 2시간 미만	2시간 이상 3시간 미만	3시간 이상 4시간 미만	4시간 이상
㉡ 선착장까지의 거리	2km 미만	2km 이상 3km 미만	3km 이상 4km 미만	4km 이상 5km 미만	5km 이상
㉢ 1일 정기여객선 운항횟수	10회 이상	6회 이상 9회 이하	3회 이상 6회 미만	1회 이상 3회 미만	1회 미만
㉣ 가장 가까운 방문요양 (간호) 기관까지의 거리	6km 미만	6km 이상 11km 미만	11km 이상 16km 미만	16km 이상 21km 미만	21km 이상

※ 1) ㉠, ㉡, ㉢, ㉣ 거리측정은 수급자의 실거주지를 기준으로 하며, 연륙교의 설치로 육지화가 되어 있는 지역 및 섬지역 내 방문요양 (간호)기관이 있는 경우 육지지역의 기준 적용

2) ㉣의 가장 가까운 방문요양 (간호)기관까지의 거리는 실제 운영하는 기관을 기준으로 함

2. 육지지역

기 준 요 소	1 점	2 점	3 점	4 점	5 점	비 고
㉠ 가장 가까운 대중교통수단 이용지점까지의 거리	2km 미만	2km 이상 3km 미만	3km 이상 4km 미만	4km 이상 5km 미만	5km 이상	*방문요양은 6km 이상인 경우, 1km 당 1점씩 가산
㉡ 1일 대중교통 운행횟수 (편도)	8회 이상	6회 이상 8회 미만	4회 이상 6회 미만	2회 이상 4회 미만	1회 이하	-
㉢ 가장 가까운 방문요양 (간호) 기관까지의 거리	5km 미만	5km 이상 10km 미만	10km 이상 15km 미만	15km 이상 20km 미만	20km 이상	*방문간호는 25km 이상인 경우 5km 당 1점씩 가산

※ 1) ㉠, ㉡, ㉢ 거리측정은 수급자의 실거주지를 기준으로 함.

2) ㉡의 1일 대중교통 운행횟수 측정 시 수급자의 주소지 반경 1km 이내에 버스 정류장이 2개 이상인 경우에는, 그 중 버스운행 횟수가 가장 많은 버스 정류장의 운행 횟수를 반영

3) ㉢의 가장 가까운 방문요양 (간호)기관까지의 거리는 실제 운영하는 기관을 기준으로 함.

1

서식

퇴원 계획 관련 서식

서식 1-1. 간호 서비스 요구도 평가지 (예시)

서식 1-2. 퇴원 계획 기록지 (예시)

서식 1-1. 간호 서비스 요구도 평가지 (예시)

✓ 간호 서비스 요구도 (총 6개 영역, 48개 항목)

- 각 항목에 대한 도움의 필요 정도를 3점 척도 (도움 불필요, 부분적 도움 필요, 완전 도움 필요)로 평가함

영역	항목	도움 불필요	부분적 도움 필요	완전 도움 필요
신체적 증상	통증			
	기운이 없거나 피곤함			
	호흡의 불편감 (기침, 숨찬 증상 등)			
	배변의 문제 (설사, 변비 등)			
	배뇨의 문제 (요실금, 빈뇨, 잔뇨감 등)			
	소화불량			
	손, 발 저림이나 감각이상			
	오심이나 구토			
	외모의 변화 (탈모, 피부문제 등)			
	식욕부진이나 체중감소			
	부종			
	발열			
	출혈			
자가격리	치료기구나 장비사용			
	장루, 요루, 도뇨관 등의 관리			
	배액관 관리			
	상처관리			
	재활 및 운동수행			
	식사관리			
	동반질환 (혈압, 당뇨, 관절염 등) 관리			
일상생활 활동	옷 입고 벗기			
	샤워나 목욕하기			
	음식섭취 (먹거나 마시기 등)			
	가사 활동 (식사준비, 청소, 빨래 등)			

영역	항목	도움 불필요	부분적 도움 필요	완전 도움 필요
일상생활 활동	침상에 눕거나 일어나기			
	화장실 이동 및 이용			
	보행, 산책 및 근거리 외출			
정보적	가능한 신체활동의 정도에 대한 정보			
	병원에 방문해야 하는 증상에 대한 정보			
	문의할 수 있는 병원의 담당자와 연락처에 대한 정보			
	본인의 질병상태나 치료계획에 대한 정보			
	약물의 복용방법이나 작용, 부작용에 대한 정보			
	식생활 (먹을 수 있는 음식과 피할 음식)에 대한 정보			
	병원 방문일 및 검사에 대한 정보			
정신적	암 치료 (항암화학요법, 방사선, 수술 등)의 합병증 관리방법에 대한 정보			
	불면			
	우울			
	불안 및 걱정			
	기억력 및 집중력의 저하			
	병원 방문 시 교통편			
	경제적 부담 (소득저하, 치료비 등)			
사회적	본인을 돌봐줄 사람 (간병, 집안일 등)			
	본인이 돌봐야 할 가족 (노부모, 자녀 등)			
	암 진단 후 가족관계의 어려움			
	병원으로부터 추후 관리 (전화상담, 방문 등)			
	지역사회의 건강지원서비스 (방문간호, 요양, 일상생활 지원 등)			
	직업 활동의 조절 (휴직, 병가, 복직 등)			
	암환자를 위한 국가의 정책적인 지원 (일자리, 돌봄, 치료비 등)			

서식 1-2. 퇴원 계획 기록지 (예시)

✓ 퇴원 후 암환자 연계를 위한 의학적 건강 상황 및 건강 상태 기록지

환자 기본 정보	등록번호:	성별:	생년월일:	년	월	일		
	환자명:	나이:	진료과:	담당의:				
	병실:		입원일:	년	월	일		
	평가일:	년	월	일	퇴원예정일:	년	월	일
	주소:	전화번호:						
의학적 건강 상황	진단명	☐ 암 (원발암: 이차암:) ☐ 전이 () 재발 ()		진단코드				
	입원 중 암치료	☐ 수술 ☐ 항암화학요법 ☐ 방사선 ☐ 호르몬치료 ☐ 기타 () 수술 이외 암관련 치료 항목이 있다면 추가						
	수술일	년			월	일	수술명	
	동반질환 (과거력)	☐ 무 ☐ 유 ☐ 고혈압 ☐ 당뇨 ☐ 간질환 ☐ 심장질환 ☐ 고지혈증 ☐ 뇌질환 ☐ 결핵 ☐ 암 ☐ 기타 () 입원 중 BP, FBS						
	(있다면) 과거 암치료	☐ 수술 ☐ 항암화학요법 ☐ 방사선 ☐ 호르몬치료 ☐ 기타 () 입원 중 BP, FBS						
	현재 복용 약물	- 약명, 용법, 용량 - 약물 알려지 ()						
	전신상태	ECOG: 입원시 / 퇴원시 (평가시)						
	영양상태	입원시	키: cm/ 체중: kg/BMI: kg/m ²					
		퇴원시	키: cm/ 체중: kg/BMI: kg/m ²					
	현재 거치 중인 카테터/배액관 (위치, 배액량, 시행 일자)	식이섭취	☐ 경구섭취 (FULL/약간 저하/매우 저하/ 금식) ☐ 장관 영양 ☐ 정맥 영양					
☐ Foley catheter ☐ L-tube ☐ PCD ☐ Chest tube ☐ PICC ☐ JP ☐ Hemovac ☐ PTBD ☐ PCN ☐ Chemoport ☐ 기타 (종류: /시행일자: 년 월 일)		(시행일자	년	월	일)			
		(시행일자	년	월	일)			
		(시행일자	년	월	일)			
		(시행일자	년	월	일)			
		(시행일자	년	월	일)			
		(시행일자	년	월	일)			
		(시행일자	년	월	일)			
		(시행일자	년	월	일)			
		(시행일자	년	월	일)			

의학적 건강 상황	생활습관 (입원전상태)	흡연 ☐ 무 ☐ 유 (기간: / 흡연양: /day) ☐ 중단시기 (년 월 일) ☐ 금연상담원함
		음주 ☐ 무 ☐ 유 (기간: 년/1회 음주량: 잔/횟수 /주) ☐ 중단시기 (년 월 일) ☐ 금주상담원함
		운동 ☐ 무 ☐ 유 (운동종류: 걷기, 달리기, 자전거, 등산, 헬스, 기타: 회/주)
건강상태평가 의사 및 간호사	상처관리	☐ 무 ☐ 유 ☐ 지역병원 연계 ☐ 가정간호 연계 ☐ 자가 ☐ 기타
	통증관리	☐ 무 ☐ 유 (부위: /NRS (0-10):) 입원 중 통증 조절 약물 (종류: /용량: /용법:) ☐ 지역병원 연계 ☐ 가정간호 연계 ☐ 자가 ☐ 기타
	동반질환관리	☐ 무 ☐ 유 (위의 항목 참조) ☐ 지역병원 연계 ☐ 가정간호 연계 ☐ 자가 ☐ 기타
	장루관리	☐ 무 ☐ 유 (위의 항목 참조) ☐ 지역병원 연계 ☐ 가정간호 연계 ☐ 자가 ☐ 기타
	배액관 관리	☐ 무 ☐ 유 (위의 항목 참조) ☐ 지역병원 연계 ☐ 가정간호 연계 ☐ 자가 ☐ 기타
	수면장애	☐ 무 ☐ 유 (약물 복용: 무, 유) ☐ 지역병원 연계 ☐ 가정간호 연계 ☐ 자가 ☐ 기타
	의식	☐ 무 ☐ 섬망 (증상: /이유:) ☐ 지역병원 연계 ☐ 가정간호 연계 ☐ 자가 ☐ 기타

환자 기본정보	등록번호:	성별:	생년월일: 년 월 일	
	이름:	나이:	진료과:	담당의:
	병실:		입원일: 년 월 일	
	평가일		퇴원예정일: 년 월 일	
	주소:		전화번호:	

퇴원 계획 요약 및 지역사회 의뢰 (다학제)

의사	치료계획	이후 암 치료 계획: ex) 수술 병리 결과 확인 후 추가 치료 결정	
		다음 외래 방문일: 년 월 일	
		다음 외래 방문 시 검사 항목:	
		동반질환관리 (혈압, 당뇨 등)	
		☐ 지역병원 연계	☐ 자가
		☐ 가정간호 연계	☐ 기타
		통증 관리	
		☐ 지역병원 연계	☐ 자가
☐ 가정간호 연계	☐ 기타		
금연/금주 관리: ☐ 상담 연계			
치료 요약지 발행: ☐ 예 ☐ 아니오			
간호사	문제목록	☐ 해당 없음	☐ 일상생활 활동
		☐ 신체적 증상	☐ 정보적
		☐ 자가 관리	☐ 정신적
간호사	교육계획	1. 치료 내용과 상처 관리 (샤워 포함) 2. 다음 외래 일정과 외래 방문 시 검사 항목 3. 외래 재방문 날짜 4. 복약 교육 5. 영양 (식사), 운동, 생활습관 (필요시 장루관리) 교육 6. 병원에 방문해야 할 응급 상황에 대한 증상과 문의사항이 있을 경우, 방법 및 원내 연락처 7. 필요한 서류 요청 (예, 입퇴원 확인서, 진단서, 의무기록 사본 등) 방법	
	보건의료 서비스 연계		

사회복지사	강점	☐ 퇴원 후 안정적인 주거 환경 ☐ 퇴원 후 좋은 지지 네트워크 ☐ 재정적으로 안정적 ☐ 의사소통이 원활함 ☐ 기타: _____																	
	장벽	☐ 재정적 어려움 ☐ 의사소통의 어려움 ☐ 신체 장애 ☐ 인지 장애 ☐ 가족 또는 친구 네트워크의 부재 ☐ 돌봄 책임에 대한 염려 ☐ 기타: _____																	
	욕구	☐ 사회적 고립 ☐ 재정적 압박 ☐ 교통 ☐ 정보 이해 ☐ 주거 ☐ 음식 ☐ 공과금 ☐ 돌봄 책임 ☐ 고용																	
	의뢰	의뢰 일시: 년 월 일 피드백 필요: ☐ 예 ☐ 아니오 우선순위: ☐ 긴급 지원 (사유: _____) ☐ 긴급 지원 아님 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">의뢰 기관</th> <th style="width: 33%;">서비스 유형 (코드)</th> <th style="width: 33%;">담당자 및 연락처</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			의뢰 기관	서비스 유형 (코드)	담당자 및 연락처												
	의뢰 기관	서비스 유형 (코드)	담당자 및 연락처																
결과	결과 확인: 년 월 일 의사 소통: ☐ 위와 동일 ☐ 새로운 실무자 ※ 아래 비교란에 담당자 이름 및 연락처를 기록하시오 의뢰 결과: ☐ 성공 ☐ 대기 ☐ 거절 ※ 거절 사유 또는 대안을 비교란에 기록하시오.																		
비고																			

2

서식

장기요양급여 수급자 관련 서식

서식 2-1. 장기요양인정신청서 (갱신, 변경, 급여 종류 및 내용 변경)

서식 2-2. 장기요양급여 제공시기 예외 적용 신청서

서식 2-3. 의사소견서 발급 의뢰서

서식 2-4. 의사소견서

서식 2-5. 장기요양인정서

서식 2-6. 표준장기요양이용계획서

서식 2-7. 복지용구급여 확인서

서식 2-8. 방문간호지시서

서식 2-9. 장기요양기관 입소이용신청서 (신규, 갱신, 변경, 해지)

서식 2-10. 장기요양기관 입소이용의뢰서

서식 2-11. 장기요양급여 계약통보서

서식 2-12. 장기요양급여 제공 계획서

서식 2-13. 장기요양급여 제공기록지 (방문간호)

서식 2-1. 장기요양인정신청서 (갱신, 변경, 급여 종류 및 내용 변경)

■ 노인장기요양보험법 시행규칙 [별지 제1호의2서식] <개정 2019. 10. 24.>

[] 장기요양인정 신청서 [] 장기요양등급 변경신청서
[] 장기요양인정 갱신신청서 [] 장기요양 급여종류·내용 변경신청서

※ 뒤쪽의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하시기 바라며, 어두운 란은 신청인이 적지 않습니다.

(앞쪽)

접수번호	접수일	처리기간	30일
신청인 (수급자)	① 성명		② 주민등록번호
	③ 주민등록지		
	④ 실거거주지 (※ 주민등록지와 동일할 경우 작성을 생략합니다)		
	⑤ 전화번호		휴대전화
대리인	⑥ 성명		⑦ 주민등록번호
	⑧ 주소		
	⑨ 전화번호		휴대전화
	⑩ 유형	1. [] 가족 [] 친족 [] 이해관계인 (신청인과의 관계:) 2. [] 사회복지전담공무원 3. [] 치매안심센터의 장 (신청인이 치매환자인 경우로 한정합니다) 4. [] 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 지정한 사람	
보호자	[] 보호자 있음 [] 보호자 없음 ※ 대리인과 보호자가 동일할 경우 작성을 생략합니다 ⑪ 성명: ⑫ 신청인과의 관계: ⑬ 전화번호:		
우편물 수령지	⑭ 수령인	[] 신청인 (본인) [] 보호자 (대리인과 동일할 경우)	
	⑮ 수령지	[] 주민등록지 [] 실거주지 [] 보호자주소지 ※ 보호자주소지를 선택하는 경우에만 기재하며, 대리인과 보호자가 동일할 경우에는 작성을 생략합니다.	

⑯ 변경신청 사유

- ⑰ 1. 신청인 전염성 질환 보유 여부 [] 예 [] 아니오
2. 정신 질환 보유 여부 [] 예 [] 아니오

「노인장기요양보험법」 제13조, 제20조부터 제22조까지, 같은 법 시행규칙 제2조, 제8조 및 제9조에 따라 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

대리인 (서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

첨부서류	1. 신분증 가. 본인이 신청하는 경우: 본인의 신분증 1부 나. 대리인이 신청한 경우 ① 가족, 친족 또는 이해관계인: 대리인의 신분증 1부 ② 사회복지전담공무원: 공무원임을 증명하는 신분증 1부 ③ 치매안심센터의 장 (신청인이 치매환자인 경우로 한정합니다): 대리인의 신분증 및 치매안심센터의 장임을 증명하는 서류 각 1부 ④ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 지정한 자: 별지 제9호서식의 대리인 지정서 1부
	2. 별지 제2호서식의 의사소견서 1부 (신청서와 함께 제출하지 않고 추후에 제출할 수 있으며, 「노인장기요양보험법 시행령」 제6조에 해당하는 경우와 급여종류·내용 변경신청 시에는 제출하지 않습니다) 3. 노인성 질병을 확인할 수 있는 진단서 등 증명서류 1부 (65세 미만인 사람으로서 장기요양인정신청 시에 별지 제2호서식의 의사소견서를 제출하지 않은 경우에만 해당합니다)

작성방법 및 유의사항

〈작성방법〉

신청서명은 해당하는 곳에 √ 표 합니다.

※ 65세 미만인 사람은 다음의 노인성 질병이 있는 경우에만 신청할 수 있습니다.

- 치매 (F00*, F01, F02*, F03), 알츠하이머병 (G30), 뇌혈관질환 (I60~I67, I68*, I69), 파킨슨병 (G20), 이차성 파킨슨증 (G21), 달리 분류된 질환에서의 파킨슨증 (G22*), 기저핵의 기타 퇴행성 질환 (G23)
- 중풍후유증 (U23.4) 및 진전 (R25.1)
 - 장기요양인정 신청: 장기요양인정을 받으려고 신청하는 경우
 - 장기요양인정 갱신신청: 장기요양인정을 받은 사람이 장기요양급여를 계속 받으려고 유효기간이 끝나기 이전 갱신신청 하는 경우
 - 장기요양등급 변경신청: 장기요양인정을 받은 사람의 심신상태가 호전되거나 악화되어 등급을 변경하려는 경우
 - 장기요양 급여종류·내용 변경신청: 장기요양급여의 종류·내용을 변경하려는 경우

①~⑤: 신청인의 성명, 주민등록번호, 주민등록지, 실제거주지 (주민등록주소와 다른 경우), 전화번호를 적습니다.

※ 신청인 (본인) 란에는 장기요양급여를 받고자 하는 사람을 적습니다.

※ 실제거주지는 방문조사 및 등급판정 결과 등 각종 우편물 수령지이므로 추후 실제거주지 변경이 있는 경우 공단에 신고하여야 합니다.

⑥~⑨: 대리인의 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호를 적습니다.

※ 해당하는 경우에만 적습니다.

⑩: 대리인의 유형을 1~3번 중 해당되는 곳에 √ 표 합니다.

1. 가족, 친족, 이해관계인: 신청인과의 관계를 적습니다.

- 가족: 「민법」 제779조에 따른 가족으로서 배우자, 직계혈족, 형제자매, 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매

- 친족: 「민법」 제777조에 따른 친족으로서 8촌 이내 혈족, 4촌 이내 인척, 배우자

- 이해관계인: 가족, 친족을 제외한 이웃 등 그 밖의 사람

2. 사회복지전담공무원: 「사회복지사업법」에 따른 사회복지전담공무원

3. 치매안심센터의 장 (신청인이 치매환자인 경우로 한정합니다): 「치매관리법」에 따른 치매안심센터의 장

4. 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 지정한 사람: 가족, 친족, 이해관계인 또는 사회복지전담공무원이 장기요양인정 신청 등을 할 수 없는 경우 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 지정한 사람

⑪~⑬: 보호자 유무에 √ 표 하고 보호자의 성명, 신청인과의 관계, 전화번호를 적습니다.

※ 보호자가 대리인과 동일하거나 보호자가 없는 경우 작성을 생략합니다.

⑭~⑮: 우편물 수령인 및 수령지를 선택하여 주시고 우편물을 수령할 주소를 기재하여 주시고, 추후 수령지 변경을 희망할 경우 공단에 신고하여야 합니다.

※ 우편물 수령자는 신청인 (본인) 또는 보호자에 한정합니다.

⑯: 장기요양등급 또는 급여종류·내용의 변경을 신청한 경우에는 사유를 간략하게 적습니다.

⑰: 신청인의 전염성 질환 및 정신 질환 보유 여부에 √ 표 합니다 (최근 6개월 이내 전염성 질환 및 정신 질환으로 치료를 받았거나 치료 중인 경우 표시합니다).

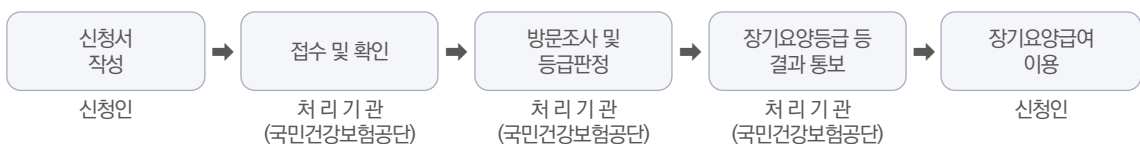
〈유의사항〉

①: 장기요양인정, 갱신 신청을 하는 경우 공단이 제공한 의사소견서 발급의뢰서를 의료기관에 제출하여야 합니다.

②: 장기요양 수급자로 결정되면 다른 법령에 따른 사회보장급여의 중복수급이 제한될 수 있습니다.

③: 「노인장기요양보험법」제15조제4항에 따라 거짓이나 그 밖의 부정한 방법 등으로 장기요양인정을 받은 것으로 의심되는 경우 공단은 인정조사를 실시하여 다시 등급판정을 할 수 있습니다.

처리 절차



서식 2-2. 장기요양급여 제공시기 예외 적용 신청서

■ 노인장기요양보험법 시행규칙 [별지 제18호서식] <개정 2019. 10. 24.>

장기요양급여 제공시기 예외 적용 신청서

※ 뒤쪽의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하시기 바라며, 색상이 어두운 란은 적지 않고, [] 에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다. (앞쪽)

접수번호		접수일		처리기간	14일
신청인 (수급자)	① 성명			② 생년월일	
	③ 주소			④ 전화번호	
	⑤ 신청 사유	[] 주거를 같이 하는 가족이 없는 경우			⑥ 장기요양인정번호
		[] 주거를 같이 하는 가족이 미성년자 또는 65세 이상의 노인 외에는 없는 경우			
대리인	⑦ 성명				⑧ 주민등록번호
	⑨ 유형	1. 가족·친족·이해관계인 (신청인과의 관계:)			2. 사회복지전담공무원
		3. 치매안심센터의 장 (수급자가 치매환자인 경우로 한정합니다)			4. 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 지정한 자
	⑩ 주소				
	⑪ 전화번호 (휴대전화)			전자우편주소	

「노인장기요양보험법」 제27조제2항 및 같은 법 시행규칙 제21조제1항에 따라 장기요양인정 신청서를 제출한 날부터 장기요양급여를 받기 위하여 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

대리인 (서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

신청 (신고)인 제출서류	1. 동거가족이 있어도 실질적으로 주거를 같이 하지 아니하는 경우: 읍·면·동장의 확인서 등 신청사유를 입증할 수 있는 서류 2. 대리인 관련서류 가. 가족, 친족 또는 이해관계인: 대리인의 신분증 1부 나. 사회복지전담공무원: 공무원임을 증명하는 신분증 1부 다. 치매안심센터의 장 (수급자가 치매환자인 경우로 한정합니다): 대리인의 신분증 및 치매안심센터의 장임을 증명하는 서류 각 1부 라. 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 지정한 자: 별지 제9호서식의 대리인 지정서 1부	수수료 없음
담당 직원 확인사항	주민등록표 등본	
행정정보 공동이용 동의서		

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 직원이 「전자정부법」 제36조제2항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 담당 직원 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다.

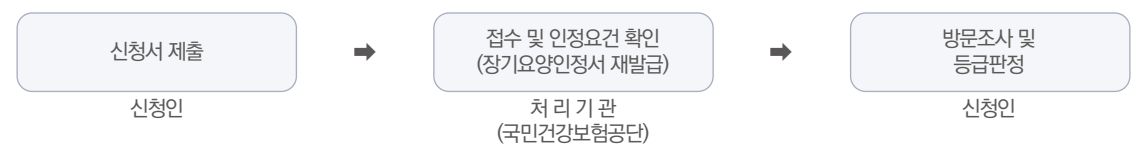
※ 동의하지 않는 경우에는 신청인 (대리인)이 직접 관련 서류를 제출해야 합니다.

신청인 (대리인) (서명 또는 인)

작성방법 및 유의사항

- ① ~ ④: 장기요양인정신청서를 제출한 날부터 장기요양급여를 받으려는 수급자의 성명, 생년월일, 주소, 전화번호를 적습니다.
- ⑤: 수급자가 장기요양인정신청서를 제출한 날부터 장기요양급여를 받으려는 해당 신청사유에 √ 표 합니다.
- ⑥: 장기요양인정번호를 적습니다.
- ⑦·⑧: 대리인의 성명, 주민등록번호를 적습니다.
※ 해당하는 경우에만 적습니다.
- ⑨: 대리인의 유형을 1 ~ 3번 중 해당되는 곳에 ○표 합니다.
1. 가족, 친족, 이해관계인: 신청인과의 관계를 적습니다.
 - 가족: 「민법」 제779조에 따른 가족으로서 배우자, 직계혈족, 형제자매, 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매
 - 친족: 「민법」 제777조에 따른 친족으로서 8촌 이내 혈족, 4촌 이내 인척, 배우자
 - 이해관계인: 이웃 등 가족, 친족을 제외한 그 밖의 자
 2. 사회복지전담공무원: 「사회복지사업법」에 따른 사회복지전담공무원
 3. 치매안심센터의 장 (수급자가 치매환자인 경우로 한정합니다): 「치매관리법」에 따른 치매안심센터의 장
 4. 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 지정한 자: 가족, 친족, 이해관계인 또는 사회복지전담공무원이 장기요양인정신청 등을 할 수 없는 경우 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 지정하는 자
- ⑩·⑪: 대리인의 주소, 전화번호, 전자우편주소를 적습니다.

처 리 절 차



서식 2-3. 의사소견서 발급 의뢰서

■ 노인장기요양보험법 시행규칙[별지 제3호서식] <개정 2019. 6. 12.>

의사소견서 발급의뢰서

※ 색상이 어두운 란은 적지 않습니다.
※ []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

발급번호	보완 서류 제출 필요	[] 에	[] 아니오
※ 보완 서류: 장기요양인정 신청자에 대하여 국민건강보험공단이 치매진단의 확인이 필요하다고 판단하여 추가로 요청하는 치매진단과 관련된 서류로서, 보건복지부장관이 정하는 양식에 따라 추가로 작성한 서류			
발급대상자	생년월일		
주 소			
본인 부담금	☐ 일반 (20%) ☐ 저소득층·생계곤란자 경감대상자 (10%) ☐ 「의료급여법」 제3조제1항제1호 외의 규정에 따른 의료급여를 받는 사람 (10%) ☐ 「의료급여법」 제3조제1항제1호에 따른 의료급여를 받는 사람 (면제)		

「노인장기요양보험법」 제13조제1항·제20조제1항 및 같은 법 시행규칙 제2조제3항에 따라 위와 같이 의사소견서 발급을 의뢰합니다.

년 월 일

국민건강보험공단이사장

직인

※ 「노인장기요양보험법 시행규칙」 제4조제4항에 따라 의료기관에서는 상기 발급의뢰서를 지참한 분에 대하여 의사소견서 발급비용 중 본인이 부담하여야 하는 비용은 본인에게 받고, 나머지 비용은 국민건강보험공단에 청구하여야 합니다.

서식 2-4. 의사소견서

■ 노인장기요양보험법 시행규칙 [별지 제2호서식] <개정 2019. 9. 27.>

의사소견서

※ 색상이 어두운 란은 담당의사가 적지 않습니다

(제1쪽 앞면)

접수번호	접수일	유효기간	발급일부터 30일
------	-----	------	-----------

※ 담당의사는 소견서 내용을 빠짐없이 작성하여 주시기 바랍니다.

신청인 (본인)	성명	주민등록번호
	주소	(전화번호:)
발급 구분	[] 65세 이상자 [] 65세 미만자	

※ 65세 미만자만 기입하며, 해당하는 질병에 √ 표를 합니다.

구분	질병명	질병코드
한국표준질병·사인분류	가. 알츠하이머병에서의 치매	[] F00*
	나. 혈관성 치매	[] F01
	다. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매	[] F02*
	라. 상세불명의 치매	[] F03
	마. 알츠하이머병	[] G30
	바. 지주막하출혈	[] I60
	사. 뇌내출혈	[] I61
	아. 기타 비외상성 두개내출혈	[] I62
	자. 뇌경색증	[] I63
	차. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	[] I64
	카. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	[] I65
	타. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	[] I66
	파. 기타 뇌혈관질환	[] I67
	하. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	[] I68*
	거. 뇌혈관질환의 후유증	[] I69
	너. 파킨슨병	[] G20
	더. 이차성 파킨슨증	[] G21
	러. 달리 분류된 질환에서의 파킨슨증	[] G22*
	머. 기저핵의 기타 퇴행성 질환	[] G23
	버. 중풍후유증	[] U23.4
	서. 진전 (震顫)	[] R25.1

※ 1. 해당 의사소견서는 장기요양급여를 받기 위하여 장기요양등급판정위원회에 제출하기 위한 용도로만 활용 가능하며, 다른 용도로는 활용할 수 없습니다.

2. 65세 미만자 중 상기 질병에 해당하는 경우에만 장기요양인정 신청자격이 인정됩니다.

* 신청인이 다른 진단서 등에 의해 노인성 질병임을 이미 진단받아 장기요양인정 신청자격을 인정받은 경우에는 위 진단표를 작성하지 않을 수 있습니다.

3. 65세 미만자 중 상기 질병에 해당하는 경우에는 뒷면의 사항을 빠짐없이 작성하여 주시고, 상기 질병에 해당하지 않는 경우에는 뒷면의 사항을 작성하지 않습니다.

4. 상기 질병에 해당하지 않는 경우에는 진찰료 등 실비는 공단이 부담하지 아니하고 전액 신청인 (본인)이 부담하여야 하며, 상기 질병에 해당하는 경우에도 진찰료 외에 진단에 드는 검사비용 등은 신청인 (본인)이 부담하여야 합니다.

5. 노인성 질병의 진단은 위 진단표 외의 진단서 등으로도 할 수 있습니다.

1. 장애의 직접적인 원인이 되는 질병·부상에 대한 의견

가. 기능장애 원인 진단명 및 발병 연월일

- 1) _____ 발병 연월일 (년 월 일경)
- 2) _____ 발병 연월일 (년 월 일경)
- 3) _____ 발병 연월일 (년 월 일경)

나. 상기 질환에 대한 현재 치료내용

다. 향후 상태의 변동 가능성

[] 호전 가능 [] 현 상태 유지 [] 악화 가능 [] 알 수 없음

■ 판단 이유:

2. 심신상태에 관한 의견

가. 신체상태

1) 근 력

구분	좌측						우측					
상지	(5	4)	(3	2)	(1	0)	(5	4)	(3	2)	(1	0)
하지	(5	4)	(3	2)	(1	0)	(5	4)	(3	2)	(1	0)

2) 관절운동 범위

상지	[] 정상	제한 (어깨관절 []좌 []우, 팔꿈치관절 []좌 []우, 손목·손가락관절 []좌 []우)										
하지	[] 정상	제한 (엉덩관절 []좌 []우, 무릎관절 []좌 []우, 발목관절 []좌 []우)										
관절의 통증		[] 없음 [] 있음 (부위:)										
요양서비스 제공 시 관절 움직임을 제한할 필요가 있는지 여부		[] 없음 [] 있음										
사지결손		[] 없음 [] 있음 (부위:)										

3) 운동상태

보행	[] 가능	[] 부분적 가능	[] 불가능
실조* 또는 운동이상 (진전 등)	[] 없음	[] 있음	[] 평가할 수 없음
서동증**	[] 없음	[] 있음	[] 평가할 수 없음
요양서비스 제공 시 보행을 제한할 필요가 있는지 여부	[] 없음		[] 있음
	제한 이유:		

* 신체 움직임의 부조화 여부

** 신체 동작의 속도가 비정상적으로 느리거나 육체 및 정신적 반응이 둔한 것

나. 정신상태

1) 인지기능

의사소통 능력	[] 정상	[] 부분적 기능	[] 불가능
단기 기억력	[] 정상	[] 경미한 장애	[] 심한 장애
장기 기억력	[] 정상	[] 경미한 장애	[] 심한 장애
장소 인지력***	[] 정상	[] 경미한 장애	[] 심한 장애
판단력	[] 정상	[] 경미한 장애	[] 심한 장애

*** 장소에 대해 올바르게 인식하는 능력

2) 문제행동 유무

[] 없음				
[] 있음	[] 망상	[] 환각	[] 수면장애	[] 서성거리며 안절부절 못함
	[] 길을 잃음	[] 공격적, 파괴적 행동	[] 밖으로 나가려 함	[] 돈/물건 등 감추기
	[] 부적절한 옷 입기	[] 불결한 행동	[] 거부증	[] 우울 기분
	[] 그 밖의 특이 증상:			

다. 일상생활 자립도

장애노인	[] 정상	[] 생활자립	[] 준 외상상태	[] 완전 외상상태
치매노인	[] 자립	[] 불완전자립	[] 부분의존	[] 완전의존

3. 의료적 처치 필요항목

기관지 절개	[] 없음	[] 있음	도뇨관	[] 없음	[] 있음
욕창	[] 없음	[] 있음	장루 (창자샐길)	[] 없음	[] 있음
경관 영양	[] 없음	[] 있음	당뇨발 및 그에 준하는 피부질환	[] 없음	[] 있음
암성 통증 및 그에 준하는 통증	[] 없음	[] 있음	기타 ()	[] 없음	[] 있음
비고					

※ 해당 항목의 중증도 등을 상세하게 기록하여 주시기 바랍니다.

- 예시) • 통증: 부위, 통증조절방법, 원인
 • 욕창 · 피부질환: 부위, 경과 등

4. 치료 및 장기요양에 관한 의견

가. 향후 발생가능성이 높은 의학적 문제

[] 넘어짐 · 골절	[] 심폐기능 악화	[] 욕창
[] 흡인성 폐렴	[] 탈수 · 영양장애	[] 기타 ()

나. 가장 적절한 장기요양서비스 (특히 필요성이 높은 것에 표시하여 주시기 바랍니다)

[]	방문요양 (기능장애로 일상생활이 어려워 장기요양을 위해 요양보호인력의 방문보호가 필요함)
[]	방문목욕 (거동이 어려운 상태로 신체위생을 위한 목욕이 필요함)
[]	방문간호 (보다 전문적인 간호인력의 정기적인 모니터링과 처치가 필요함)
[]	주간 또는 야간보호 (혼자 두면 상태가 악화되거나 문제가 발생할 수 있으므로 주·야간보호가 필요함)
[]	단기보호 (1 ~ 3 개월 정도의 간호관리 및 장기요양이 필요함)
[]	복지옹구 (일상생활과 재활을 위한 복지옹구가 필요함)
[]	시설서비스 (요양시설 등 입소가 필요함)

다. 의학적 치료의 필요성 여부

[] 장기요양서비스 이전에 의학적 치료가 필요함
[] 장기요양서비스와 의학적 치료가 병행되어야 함
[] 의학적 치료가 반드시 필요하지는 않음 (판단이유: _____)

5. 그 밖의 특기사항

※ 1) 장기요양인정서 및 표준장기요양이용계획서 작성 시 필요한 의학적 의견 등을 적되, 전문의 등에게 별도로 의견을 요청한 경우에는 그 내용 및 결과도 모두 적습니다.

2) 장기요양인정 신청자에 대하여 국민건강보험공단이 치매진단의 확인이 필요하다고 판단하여 치매진단과 관련된 보완 서류를 추가로 요청하는 경우에는 보건복지부장관이 정하는 양식에 따라 해당 서류를 추가로 작성하여야 합니다.

6. 의사소견서 발급비용과 관련된 정보

발 급 일:	년	월	일
의사 · 한의사 성명:			
			(서명 또는 인)
의사 · 한의사 면허번호: 제			호
의료기관명 (건강보험요양기관기호):			
			(직인)
의료기관 주소:			전화번호:

서식 2-5. 장기요양인정서

■ 노인장기요양보험법 시행규칙 [별지 제6호서식] <개정 2019. 6. 12.>

발급번호:

발행일:

장기요양인정서

성 명		생년월일	
장기요양 인정번호		장기요양등급	
유효기간		장기요양급여의 종류 및 내용	
장기요양등급 판정위원회 의견			

관리지사	전화 번호
주소	홈페이지 www.longtermcare.or.kr

국민건강보험공단이사장

직인

수급자 안내사항

1. 수급자가 장기요양급여를 받기 위해서는 장기요양기관에 장기요양인정서를 제시하여야 합니다.
2. 「노인장기요양보험법」 제40조에 따라 「의료급여법」 제3조제1항제1호에 따른 의료급여를 받는 사람은 본인부담금이 면제되고, 「의료급여법」 제3조제1항제1호 외의 규정에 따른 의료급여를 받는 사람은 본인부담금이 60% 경감됩니다.
3. 장기요양급여는 월 한도액 범위 내에서 이용이 가능하며, 이를 초과하는 비용 및 비급여비용은 본인이 전액 부담합니다.
4. 장기요양보험료를 6회 이상 납부하지 아니하면 장기요양급여를 받을 수 없습니다.
5. 장기요양인정 등급판정결과에 대해 이의가 있는 경우 통보를 받은 날로부터 90일 이내에 공단에 증명서류를 첨부하여 심사청구할 수 있습니다.
6. 장기요양인정의 갱신신청을 하려는 경우에는 유효기간이 끝나기 90일 전부터 30일 전까지의 기간 동안에 공단에 신청해야 합니다.
7. 장기요양급여의 종류 및 내용이「가족요양비」인 경우 「노인장기요양보험법」 제27조의2 및 같은 법 시행규칙 제21조의3에 따라 지급계좌를 특별현금급여수급계좌로 신청·변경 할 수 있습니다.
8. 「노인장기요양보험법」 제15조제4항에 따라 거짓이나 그 밖의 부정한 방법 등으로 장기요양인정을 받은 것으로 의심되는 경우 공단은 인정조사를 실시하여 다시 등급판정을 할 수 있습니다.

서식 2-6. 표준장기요양이용계획서

■ 노인장기요양보험법 시행규칙[별지 제7호서식] <개정 2019. 6. 12.>

장기요양인정번호 L0000000000 - (이용계획서번호)

표준장기요양이용계획서

본 서식은 수급자가 장기요양급여를 원활히 이용할 수 있도록 발급하는 이용계획서로 장기요양기관과 급여계약 체결 시 제시하시기 바랍니다.

성명					생년월일		
장기요양등급			등급		인정유효기간		
재가급여 (월 한도액)			1개월당	원	본인부담율 (%) ※ 발급일 기준	재가	%
시설급여	노인요양시설	일반	1일당	원			
		치매전담실 가형	1일당	원			
		치매전담실 나형	1일당	원			
	노인요양공동생활가정	일반	1일당	원		시설	%
		치매전담형	1일당	원			
장기요양 필요영역		장기요양 욕구		장기요양 목표	장기요양 필요내용		
수급자 희망급여							
유의사항							
장기요양 이용계획 및 비용 (급여비용 기준일: 0000-00-00)							
급여종류	횟수			장기요양급여비용		본인부담금	
	주			회	원	원	
	월			회	원	원	
합계					원	원	
복지용구							
☎ 000-0000-0000		지사		담당자			

국민건강보험공단이사장

직인

서식 2-7. 복지용구급여 확인서

■ 복지용구 급여범위 및 급여기준 등에 관한 고시 [별지 제1호서식] <개정 2020. 2. 28.>

복지용구 급여확인서

① 수급자 일반사항			
수급자성명		생년월일	
장기요양등급		생년월일	
유효기간			
연한도액 적용구간			
② 복지용구 급여내용			
구 분	구입품목	대여품목	
사용이 가능한 복지용구			
사용이 불필요한 복지용구			
발행일 현재 제공받은 복지용구			

발행일자:

국민건강보험공단 이사장 (직인)

전화번호:

주 소:

홈페이지: www.longtermcare.or.kr

유의 사항

- 수급자는 연한도액 적용구간 동안 공단부담금 및 본인부담금을 포함하여 160만원 내에서 복지용구를 이용할 수 있습니다.
- 위 품목 중 발행일 현재 타 법령 또는 복지용구로 이미 급여된 품목은 그 사용 가능 햇수동안 같은 품목을 구입하거나 대여 받을 수 없습니다.
- 시설급여 (입소기간) 기간 중에는 복지용구 급여가 제한되며, 의료기관 (병,의원 등)에 입원한 기간 동안에는 전동침대, 수동침대, 이동욕조, 목욕리프트의 급여가 제한됩니다.
- 연한도액 적용구간 내에는 안전손잡이 10개, 미끄럼방지양말 6켤레, 미끄럼방지매트·미끄럼방지자켓 5개, 간이변기 (간이대변기·간이소변기) 2개, 자세변환용구 5개, 요실금팬티 4개, 경사로 (실내용) 6개 까지 구입이 가능합니다.
- 수급자의 신체기능상태 변화 등으로 품목 변경을 원하는 경우 공단에 별지 제2호 서식 복지용구 추가급여신청서를 제출하면, 공단이 이를 확인하고 인정한 경우 사용 가능 햇수 이내라도 급여를 제공 받을 수 있습니다.
- 갱신 등 인정신청 결과 신체기능상태 변화로 현재 사용 중인 품목이 사용 불필요한 품목으로 변경될 수 있습니다.

서식 2-8. 방문간호지시서

■ 노인장기요양보험법 시행규칙 [별지 제29호서식]

발급번호*		유효기간	발급일부터 180일	
방문간호지시서 (의사·한의사용)		수급자	성명	
			주민등록번호	
			장기요양인정번호	
		본인 부담금	방문여부	장기요양등급
[] 환자내원 [] 의사방문				
[] 일반 (20%) [] 저소득층·생계곤란 경감대상자 (10%) [] 「의료급여법」 제3조제1항제1호 외의 규정에 따른 의료급여를 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 _____ [] 중심정맥영양 [] 경관영양: _____ cc/일, 열량: _____ cal/일 [] L-tube [] Gastrostomy tube (튜브사이즈, 일에 1회 교환)		
	배뇨관리	[] (Foley/Cystostomy/CIC) (사이즈, 일에 1회 교환)		
	호흡관리	[] 방광세척 [] 방광훈련 [] 요루관리 [] 인공항문 [] 인공방광 [] 산소 _____ l/min [] 기관지절개관 (사이즈, 일에 1회 교환)		
	상처관리	[] 인공호흡기 [] 흡인 (① oro & nasal ② intra-tracheal) [] 외과적 상처 Dressing (부위 빈도 _____ 회/주) [] 봉합사제거 _____ 월 _____ 일		
	욕창 Dressing (부위 빈도 _____)			
	기타 ()			

위와 같이 지시합니다.

년 월 일

의사성명:

(서명 또는 인)

의사면허번호:

의료기관명 (건강보험요양기관기호):

전화번호:

의료기관 주소:

팩스번호:

* 발급번호: 요양기관기호-연도번호-일련번호 순으로 적으시기 바랍니다.

예) 00000000-0101-0001

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

■ 노인장기요양보험법 시행규칙 [별지 제30호서식]

※ 발급번호		유효기간	발급일부터 180일	
방문간호지시서 (치과의사용)		수급자	성명	
			주민등록번호	
			장기요양인정번호	
			장기요양등급	
본인 부담금	☐ 일반 (20%) ☐ 저소득층·생계곤란 경감대상자 (10%) ☐ 「의료급여법」 제3조제1항제1호 외의 규정에 따른 의료급여를 받는 사람 (10%) ☐ 「의료급여법」 제3조제1항제1호에 따른 의료급여를 받는 사람 (면제)	방문부	☐ 환자내원 ☐ 의사방문	
질병명				
수급자 상태 및 주소 내용				
검사처방	☐ 치면세균막 검사 기타:		투약처방	
		※ 방문간격: 주 회		
교육, 상담, 의뢰, 유의사항 등	☐ 치면 세균막 관리 교육 - 칫솔사용법, 칫솔, 치약, 보조구강위생용품 기타:			
투여중인 약제의 용량·용법				
필요한 방문간호 서비스에 √ 표시	☐ 전문가치면세정술 ☐ 치간청결물리요법 ☐ 치면세마 ☐ 불소도포 ☐ 치주처치 ☐ 의치관리 ☐ 상처·구내염처치 (부위 빈도 _____ 회/주) ☐ 수술 후 처치 ☐ 기타처방:			
위와 같이 지시합니다.				
의사성명:		(서명 또는 인)		
의사면허번호:				
의료기관명 (건강보험요양기관기호):		전화번호:		
의료기관 주소:		팩스번호:		
* 발급번호: 요양기관기호-연도번호-일련번호 순으로 적으시기 바랍니다. 예) 00000000-0101-0001				

서식 2-9. 장기요양기관 입소이용신청서 (신규, 갱신, 변경, 해지)

■ 노인장기요양보험법 시행규칙 [별지 제10호서식] <개정 2019. 10. 24.>

장기요양기관 입소·이용신청서 ([] 신규신청 [] 갱신 [] 변경 [] 해지)

※ []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

접수번호		접수일자		처리기간		7일 이내	
신청인	성명			생년월일			수급자와의 관계
	주소						
	전화번호	(휴대전화:)					
수급자	성명			주민등록번호			
	장기요양 등급			장기요양인정번호			
	주소						
	전화번호	(휴대전화:)					
	입소·이용 희망 장기요양기관						
	구분	☐ 「의료급여법」 제3조제1항제1호에 따른 의료급여를 받는 사람 ☐ 「의료급여법」 제3조제1항제1호 외의 규정에 따른 의료급여를 받는 사람					

「노인장기요양보험법 시행규칙」 제16조에 따라 장기요양기관 입소·이용을 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인: (서명 또는 인)

※ 신청인이 수급자 본인·가족, 사회복지전담공무원, 치매안심센터의 장 (수급자가 치매환자인 경우로 한정합니다). 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 지정한 자 외의 이해관계인인 경우에는 수급자의 동의를 받아야 합니다.

수급자 (또는 보호자): (서명 또는 인)

○○ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하

신청인 제출서류	장기요양인정서 사본	수수료 없음
담당 공무원 확인사항	1. 주민등록표 등·초본 2. 「의료급여법」 제3조제1항제1호에 따른 의료급여를 받는 사람의 경우 의료급여 수급자 증명서, 「의료급여법」 제3조제1항제1호 외의 규정에 따른 의료급여를 받는 사람의 경우 의료보호증	

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용 및 사회복지통합전산망을 통하여 위의 담당 공무원 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다.

※ 동의하지 않거나 확인이 되지 않는 경우에는 수급자 (또는 보호자)가 직접 관련 서류를 제출해야 합니다.

수급자 (또는 보호자): (서명 또는 인)

처 리 절 차



서식 2-10. 장기요양기관 입소이용의뢰서

■ 노인장기요양보험법 시행규칙 [별지 제10호의2서식] <개정 2019. 10. 24.>

장기요양기관 입소 · 이용의뢰서

발급번호		발급일	
신청인 (수급자)	성명	생년월일	
	장기요양등급	장기요양인정번호	
	주소		
	전화번호 (휴대전화)		
보호자	성명	신청인과의 관계	전화번호
대리인	성명	주민등록번호	
	유형	1. 가족 · 친족 · 이해관계인 (신청인과의 관계:)	2. 사회복지전담공무원
		3. 치매안심센터의 장 (신청인이 치매환자인 경우 로 한정합니다)	4. 특별자치시장 · 특별자치도지사 · 시장 · 군수 · 구청장이 지정한 자
	주소		
	전화번호 (휴대전화)		
비용 부담주체	특별자치시 · 특별자치도 · 시 · 군 · 구		협약번호
급여개시일			

「노인장기요양보험법 시행규칙」 제16조에 따라 위 수급자의 귀 장기요양기관 입소 · 이용을 의뢰합니다.

년 월 일

○○ 특별자치시장 · 특별자치도지사 · 시장 · 군수 · 구청장

직인

장기요양기관장 귀하

※ 특별자치시 · 특별자치도 · 시 · 군 · 구 담당과:
〈입소 · 이용의뢰 장기요양기관 현황〉

담당자:

전화번호:

- 장기요양기관 명칭:
- 장기요양기관 기호:
- 장기요양기관 주소:
- 장기요양기관 전화번호:

서식 2-11. 장기요양급여 계약통보서

■ 노인장기요양보험법 시행규칙 [별지 제11호서식] <개정 2019. 6. 12.>

장기요양급여 계약통보서 (방문요양, 방문목욕, 방문간호, 복지용구)

※ 뒤쪽의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하시기 바라며, 색상이 어두운 란은 적지 않습니다.

(앞쪽)

접수번호		접수일자							
① 수급자	수급자 성명						생년월일		
	장기요양등급						장기요양인정번호		
② 계약 당사자	장기요양기관명						장기요양기관기호		
	계약자 성명						수급자와의 관계		
	전화번호 (휴대전화번호)						계 약 일		
	급여개시일						계약기간		
③ 급여 계약 내용	급여 종류								
	월	일	이용시간	급여 비용	횟수/월	금액/월	요양보호사/간호사		
		~	~				성명	자격/면허번호	수급자와의 관계
		~	~						
	합계		(원)						
	④ 복지용구 계약 내용	품목명	제품명	복지용구 표준코드	급여방식		판매일 또는 대여기간	금액	
				구입	대여				
합계		(원)							
⑤ 비급여 계약 내용	항목	기간	단가/일	개수 (또는 횟수)/월		금액			
	합계	(원)							

「노인장기요양보험법 시행규칙」 제16조에 따라 수급자와 체결한 계약 내용을 국민건강보험공단에 통보합니다.

년 월 일

장기요양기관의 장 (대표자)

(서명 또는 인)

담당자:

연락처:

전자우편주소:

국민건강보험공단 이사장 귀하

작성방법

- ① 수급자: 수급자 성명, 생년월일, 장기요양등급, 장기요양인정번호를 적습니다.
- ② 계약당사자
 - 장기요양기관명, 장기요양기관기호를 적습니다.
 - 계약자의 성명, 수급자와의 관계, 전화번호 (휴대전화번호)를 적습니다.
 - 계약일: 계약을 체결한 날짜를 적습니다.
 - 급여개시일: 수급자와 장기요양기관이 최초로 급여계약을 체결한 후 급여지급을 시작한 날짜를 적습니다.
 - 계약기간: 급여종류별 전체 계약기간 (계약 시작일과 종료일)을 적습니다.
- ③ 급여계약내용
 - 급여종류: 수급자와 계약이 체결된 급여를 종류별로 작성합니다.
 - 월: 전체 계약기간 중 서비스 제공월을 적습니다.
 - 일: 해당 월의 서비스 제공일을 적습니다. 서비스 이용시간과 서비스제공 요양보호사 (간호사)가 동일한 경우에는 한 줄에 기록합니다.
 - 이용시간: 서비스 제공 시작시간과 종료시간을 24시간 단위로 적습니다 (예: 18:00 ~ 20:00).
 - 급여비용: 보건복지부장관이 고시한 장기요양 급여비용을 방문당 또는 시간당, 1일당 등 해당하는 급여비용으로 적습니다.
 - 횟수/월: 해당 급여비용의 월 제공횟수를 적습니다.
 - 금액/월: 급여비용별 월 횟수에 대한 총 급여비용을 적습니다.
 - 요양보호사/간호사: 급여를 제공한 요양보호사/간호사의 성명과 자격/면허번호를 적습니다. 2명이 방문한 경우에는 2명을 모두 적습니다 ("수급자와의 관계"에는 수급자의 배우자, 수급자의 직계혈족 및 형제자매, 수급자의 직계혈족의 배우자, 수급자의 배우자의 직계혈족 및 수급자의 배우자의 형제자매에 해당하는 요양보호사가 방문요양 및 방문목욕 급여를 제공하는 경우에만 그 관계를 적습니다).
 - 합계: 계약기간 내 월별 금액의 합계를 적습니다.
- ④ 급여제공계획
 - 급여제공계획은 급여개시 전 수급자의 기능상태와 욕구 및 표준장기요양이용계획서를 반영하여 작성 (재작성)하고, 수급자 (보호자)에게 설명한 후 동의를 받아 공단으로 통보하여야 합니다.
 - 목표: 장기요양급여 제공으로 얻고자 하는 종합적인 효과를 적습니다.
 - 장기요양 필요영역: 표준장기요양이용계획서의 영역과 급여제공에 필요한 영역을 적습니다.
 - 장기요양 세부목표: 세부 제공내용으로 얻고자 하는 수급자의 기능상태 향상 또는 욕구해결 등의 효과를 적습니다.
 - 장기요양 필요내용: 표준장기요양이용계획서의 장기요양 필요내용 또는 제공할 급여내용을 적습니다.
 - 세부 제공내용: 급여내용의 세부적인 내용을 적습니다. (예시: 옷 갈아입기 도움 → 옷 준비와 상의 단추 채우기 도움)
 - 횟수/시간: 세부 제공내용의 일간 (주간, 월간, 수시 등) 제공 횟수와 급여를 제공하는 데 소요되는 시간을 적습니다.
 - 작성자: 급여제공계획 작성자의 직종과 성명을 적습니다.
 - 급여제공계획서 적용기간: 해당 급여제공계획서에 따라 급여를 제공하는 기간을 적습니다.
- ⑤ 복지용품 계약내용
 - 품목명, 제품명: 「복지용품 품목별 제품목록 및 급여비용 등에 관한 고시」에 명시된 품목명과 제품명을 적습니다.
 - 복지용품표준코드: 제공 제품의 복지용품 바코드표를 확인하여 제품코드 및 제조번호를 포함한 복지용품표준코드를 적습니다.
 - 급여방식: 해당 제품의 구입 또는 대여 여부에 따라 √ 표를 합니다.
 - 판매일 또는 대여기간: 구입인 경우 판매일을 적고, 대여인 경우 대여기간 (시작일과 종료일)을 적습니다.
 - 금액: 제품별로 구입인 경우 판매일에 판매한 제품의 급여비용을 적고, 대여인 경우 대여기간에 해당하는 총 급여비용을 적습니다.
 - 합계: 제품별 총 금액의 합계를 적습니다.
- ⑥ 비급여 계약내용
 - 항목: 「노인장기요양보험법 시행규칙」 제14조제1항에 따른 비급여 항목을 적습니다.
 - 기간: 해당 비급여 항목에 대한 제공기간을 적습니다.
 - 단가/일: 해당 비급여 항목의 일일 단가를 적습니다.
(예시: 1식 당 식재료비가 1,500원이고 1일 3식일 경우, 단가는 4,500원으로 작성)
 - 개수 또는 횟수/월: 비급여 항목별 개수 또는 횟수를 적습니다.
 - 금액, 합계: 항목별 총 금액과 총 금액의 합계를 적습니다.

⑥유의사항

1. 급여종류별로 각각의 장기요양급여 계약통보서를 작성합니다.
2. 같은 월에 다른 급여비용의 동일한 급여를 이용할 경우 "③급여계약내용"에서 줄을 바꿔서 작성하며, 작성란이 부족할 경우에는 다른 장에 이어서 작성합니다.

서식 2-12. 장기요양급여 제공 계획서

■ 노인장기요양보험법 시행규칙 [별지 제11호의3서식] <신설 2019. 6. 12.>

장기요양급여 제공 계획서 (방문요양, 방문목욕, 방문간호)

※ 뒤쪽의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하시기 바라며, 색상이 어두운 란은 적지 않습니다.

(앞쪽)

접수번호		접수일					
① 수급자	수급자 성명	생년월일					
	전화번호 (휴대전화번호)						
	장기요양등급	장기요양인정번호					
	장기요양 인정유효기간	표준장기요양이용 계획서 번호					
② 동의자	성명	수급자와의 관계					
	전화번호 (휴대전화번호)	동의일					
③ 장기요양기관	장기요양기관명	장기요양기관기호					
④ 급여제공 계획 작성	장기요양급여 종류	장기요양급여 계약일	장기요양급여 계약기간	장기요양급여 제공 계획서 적용기간	작성일	통보일	
	방문요양						
	방문목욕						
	방문간호						
⑤급여제공계획 내용							
목표	방문요양						
	방문목욕						
	방문간호						
급여종류	장기요양 필요영역	장기요양 세부목표	장기요양 필요내용	세부 제공내용	횟수	시간	작성자
종합의견	총괄 확인자						

「노인장기요양보험법」 제27조 및 같은 법 시행령 제13조, 같은 법 시행규칙 제21조의2에 따라 수급자 의 장기요양급여 제공 계획서 내용을 국민건강보험공단에 통보합니다.

년 월 일

장기요양기관의 장 (대표자)

(서명 또는 인)

동의자

(서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

작성방법

※ 급여제공계획은 표준장기요양이용계획서의 급여종류 범위 내에서 수급자의 기능상태 및 욕구 등을 고려하여 급여으로 통보해야 합니다.

① 수급자: 수급자 성명, 생년월일, 전화번호, 장기요양등급, 장기요양인정번호, 장기요양 인정유효기간, 표준장기요양 이용계획서 번호를 적습니다.

② 동의자

- 해당 급여제공계획에 동의하는 사람의 성명, 수급자와의 관계, 전화번호 (휴대전화번호)를 적습니다. 다만, 수급자와 동의자가 같은 사람일 경우 작성을 생략할 수 있습니다.
- 동의일: 해당 급여제공계획 내용에 대해 동의한 날짜를 적습니다.

③ 장기요양기관

- 장기요양기관명, 장기요양기관번호를 적습니다.

④ 급여제공계획 작성

- 급여종류: 수급자와 계약이 체결되어 작성하고자 하는 급여제공계획서의 급여를 종류별로 작성합니다.
- 급여계약일: 수급자와 장기요양기관이 최초로 급여계약을 체결한 날짜를 적습니다.
- 계약기간: 급여종류별 전체 계약기간 (계약 시작일과 종료일)을 적습니다.
- 적용기간: 급여종류별 급여제공계획서에 따라 실제 급여를 제공하는 기간 (시작일과 종료일)을 적습니다.
- 작성일: 급여제공계획서의 실제 작성 날짜를 적습니다.
- 통보일: 급여제공계획서의 실제 공단 통보날짜를 적습니다.

⑤ 급여제공계획 내용

- 목표: 장기요양급여 제공으로 얻고자 하는 종합적인 효과를 적습니다.
- 장기요양 필요영역: 표준장기요양이용계획서의 영역과 급여제공에 필요한 영역을 적습니다.
- 장기요양 세부목표: 세부 제공내용으로 얻고자 하는 수급자의 기능상태 향상 또는 욕구해결 등의 효과를 적습니다.
- 장기요양 필요내용: 표준장기요양이용계획서의 장기요양 필요내용 또는 제공할 급여내용을 적습니다.
- 세부 제공내용: 급여내용의 세부적인 내용을 적습니다. (예시: 옷 갈아입기 도움 → 옷 준비와 상의 단추 채우기 도움)
- 횟수/시간: 세부 제공내용의 일간 (주간, 월간, 수시 등) 제공 횟수와 급여를 제공하는 데 소요되는 시간을 적습니다.
- 작성자: 급여제공계획 작성자의 직종과 성명을 적습니다.
- 종합의견: 급여제공계획에 따른 서비스 제공에 필요한 사항으로 직접 서비스제공자와 가족 등이 공유할 내용 및 유의 사항 등 표준장기요양이용계획서의 필요내용과 다르게 급여를 제공하는 경우 그 사유를 적습니다.
- 총괄 확인자: 급여제공계획서에 대한 총괄 관리자 (목표달성 확인, 모니터링 등 역할 수행자)의 직종과 성명을 적습니다.

유의사항

1. 급여종류별 또는 기관별로 장기요양급여 제공 계획서 작성합니다.
2. 복지용구에 대한 급여제공계획서는 작성하지 않습니다

서식 2-13. 장기요양급여 제공기록지 (방문간호)

■ 노인장기요양보험법 시행규칙 [별지 제14호서식] <개정 2019. 6. 12.>

장기요양급여 제공기록지 (방문간호)

(앞쪽)

장기요양기관기호			장기요양기관명			장기요양등급		
수급자 성명			생년월일			장기요양인정번호		
방문간호지시서	의료기관 명칭		발급일		유효기간		의사면허번호	
							주 회	
년	월	일	시작시간	:	종료시간	:	총시간	:
기본			혈압	/	맥박		체온	
내용	건강관리 (분)	☐ 관절오그라들 예방 ☐ 투약관리 ☐ 기초건강관리 ☐ 인지훈련						
	간호관리 (분)	☐ 욕창관리 ☐ 영양관리 ☐ 통증관리 ☐ 배설관리 ☐ 당뇨발관리 등 ☐ 호흡기간호 ☐ 투석간호 ☐ 구강간호						
특이사항								
확인	장기요양요원 성명	(서명 또는 인)			수급자 또는 보호자 성명	(서명 또는 인)		
년	월	일	시작시간	:	종료시간	:	총시간	:
기본			혈압	/	맥박		체온	
내용	건강관리 (분)	☐ 관절오그라들 예방 ☐ 투약관리 ☐ 기초건강관리 ☐ 인지훈련						
	간호관리 (분)	☐ 욕창관리 ☐ 영양관리 ☐ 통증관리 ☐ 배설관리 ☐ 당뇨발관리 등 ☐ 호흡기간호 ☐ 투석간호 ☐ 구강간호						
특이사항								
확인	장기요양요원 성명	(서명 또는 인)			수급자 또는 보호자 성명	(서명 또는 인)		
년	월	일	시작시간	:	종료시간	:	총시간	:
기본			혈압	/	맥박		체온	
내용	건강관리 (분)	☐ 관절오그라들 예방 ☐ 투약관리 ☐ 기초건강관리 ☐ 인지훈련						
	간호관리 (분)	☐ 욕창관리 ☐ 영양관리 ☐ 통증관리 ☐ 배설관리 ☐ 당뇨발관리 등 ☐ 호흡기간호 ☐ 투석간호 ☐ 구강간호						
특이사항								
확인	장기요양요원 성명	(서명 또는 인)			수급자 또는 보호자 성명	(서명 또는 인)		

작성방법 및 유의사항

1. 기본: 수급자의 혈압, 맥박, 체온을 적습니다.
2. 내용: 건강관리, 간호관리의 급여제공시간은 각 세부항목의 급여제공시간을 합산하여 적습니다.
 - 가. 건강관리: 관찰오그라들 예방, 투약관리 (먹는약 투여 및 도움·확인, 바르는 약 도포 및 좌약 삽입, 자가주사 교육 및 관찰, 기초건강관리 (관찰 및 기초건강사정, 감염간호, 치매돌봄 정보제공, 교육 및 상담, 의료기관 의뢰 등), 인지훈련 (인지기능장애 완화를 위한 훈련 제공)
 - 나. 간호관리: 욕창관리 (욕창예방, 욕창간호 등), 영양관리[튜브영양공급, 비위관 (鼻胃管, L-tube)교환 등], 통증관리, 배설관리 [소변배출관 (도뇨관) 관리, 방광간호, 회음부 간호, 요루 (요도샐길) 간호, 장루 (창자샐길)간호, 배설간호 등], 당뇨병관리 (당뇨발 간호, 상처관리 등), 호흡기간호 (흡인 간호, 기관절개관 관리, 산소요법 관리 등), 투석간호, 구강간호 (구강감염 예방 등)
3. 특이사항: 수급자 상태, 처치내용 또는 가족 상담·교육 내용 등을 자세히 적습니다.

예) 욕창부위 및 소독 (dressing) 빈도, 방광훈련 방법, 가족 지지체계 및 지역사회 자원 등 상담

3

서식

장애인 활동지원급여 수급자 관련 서식

서식 3-1. 활동지원수급자격결정통지서

서식 3-2. 표준급여이용계획서

서식 3-3. 방문간호지시서

서식 3-4. 활동지원급여 수요조사카드 (예시)

서식 3-5. 활동지원급여 제공계획서

서식 3-6. 활동지원급여 제공 일정표 (예시)

서식 3-7. 활동지원급여 제공·이용 계약서 (예시)

서식 3-8. 개인정보 수집, 이용 및 제공 동의서

서식 3-9. 활동지원급여 상호협력 동의서

서식 3-10. 활동지원급여 제공기록지 (방문간호)

서식 3-1. 활동지원수급자격결정통지서

■ 사회보장급여관련 공통서식에 관한 고시 [별지 제6호서식] <개정 2020.4.1>

사회보장급여 ☐ 결정 (적합) ☐ 결정 (대상제외) 통지서 ☐ 변경·정지 중지 상실

(3쪽 중 1쪽)

신청인/ 세대주	성명		생년월일		전화번호	
	주소				휴대전화	
					전자우편	
	신청내용	신청구분		급여·서비스 내용		
비고						

1. 귀하가 신청한 사회서비스 조사·심의 결과 사회서비스 이용권 (바우처) 대상자로 결정되었음을 알려드립니다.

〈공통〉

지원대상		사회서비스명	정부지원액 (월)	본인부담금 (월)
대상자 성명	생년월일			
본인부담금납부계좌		이용권 유효기간	지원내역	

장애인활동지원수급자인 경우

활동지원등급	등급	종합점수	점
결정 급여	☐ 활동지원급여	☐ 특별지원급여	☐ 긴급활동지원
월 한도액	월	원	원
		원	원
		원	원
본인부담금	월	원	
본인부담금 납부계좌			
급여개시일			
유효기간	. . . ~ . . .		
수급자격심의위원회회의건			

* 서비스 제공기관: 이용안내문 참조

발달장애인 주간활동 및 방과후활동 서비스 수급자인 경우

이용 서비스	☐ 발달장애인 주간활동 서비스 ☐ 청소년 발달장애학생 방과후활동 서비스
서비스이용시간	[] 시간
급여개시일	
유효기간	. . . ~ . . .

2. 사회서비스 이용권 발급 안내

- 사회서비스를 이용하기 위해서는 「국민행복카드」가 필요합니다.

※ 희망e카드를 보유하고 계신 분은 향후 이용권 재발급 신청시까지 희망e카드를 계속 사용하실 수 있으며, 이미 국민행복카드를 보유하고 계신 분도 기존 카드로 금번에 대상자로 결정된 서비스를 이용하실 수 있습니다.

- 국민행복카드를 보유하고 있지 않은 분은 카드사* 영업점 (은행, 우체국, 카드센터 등)을 방문하거나, 홈페이지 접속 또는 콜센터에 전화하여 국민행복카드를 신청하면 됩니다.

* BC카드 (IBK기업은행, NH농협, SC제일은행, 경남은행, 광주은행, 대구은행, 부산은행, 수협은행, 우리은행, 전북은행, 제주은행, 우체국), 롯데카드, 삼성카드

- 다만, 카드를 통한 국민행복카드 발급이 부적절한 경우에는 예외적으로 사회보장정보원에서 국민행복카드가 발급될 수 있습니다.
- 궁금한 사항은 사회보장정보원 대표번호 1566-3232 (단축 4번) 또는 보건복지상담센터 (129)로 문의하시기 바랍니다.

3. 본인부담금 납부

사회서비스 이용권을 이용하기 위해서는 사업별로 지정된 방법으로 본인부담금을 매월 말일까지 납부해야 합니다.

- 가사·간병방문지원사업, 장애인활동지원사업: 사회보장정보원 지정 계좌
- 산모·신생아 건강관리 지원사업, 지역사회서비스, 기타 사회서비스: 제공기관 지정 계좌
- ※ 장애인활동지원사업의 본인부담금은 「장애인활동 지원에 관한 법률 시행규칙」 제37조에 따라 활동지원급여에서만 산정되고, 특별지원급여에서는 면제됩니다. 또한, 긴급활동지원 대상자 및 「국민기초생활 보장법」에 따른 생계급여 또는 의료급여 수급자는 본인부담금이 면제됩니다.
- 또한, 장애인활동지원사업의 차상위계층 또는 「의료급여법」에 따른 수급자의 본인부담금은 시행규칙 [별표 6]에 따라 활동지원급여의 4% 미만에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액이 됩니다.
- ※ 발달장애인 주간활동서비스나 방과후활동 서비스의 경우 본인부담금이 없습니다.

4. 서비스 개시 및 이용

사회서비스 이용권 (국민행복카드) 수령 후 지정된 계좌에 본인부담금을 납부하면 다음달 1일부터 서비스를 이용할 수 있습니다.

- 장애인활동지원급여 이용 시 월 한도액 범위 내에서 활동보조, 방문목욕, 방문간호 이용이 가능하며, 이를 초과하는 비용은 본인 부담합니다.
- 장애인활동지원 수급자인 발달장애인이 주간활동서비스 수급자가 되는 경우 장애인활동지원급여가 일부 감액될 수 있습니다.
- 저소득층 기저귀·조제분유 지원사업의 바우처 포인트는 영아 기준으로 생성되며, 포인트가 지급된 날부터 저소득층 기저귀·조제분유 지원사업 ‘구매처에서 지원대상 품목 (기저귀 또는 기저귀와 조제분유 (조제유식 포함))을 국민행복카드로 구매하실 수 있습니다.
- 저소득층 기저귀·조제분유 지원사업의 구매처에서는 국민행복카드를 이용하여 지원대상 품목 뿐만 아니라 구매처에서 판매 중인 모든 상품을 구매할 수 있습니다. 다만, 지원품목 외의 구매품목에 대한 비용은 이용자 본인에게 청구됩니다. 또한, 지원품목의 구매금액이 지급된 바우처 포인트를 초과하는 경우, 초과금액은 이용자 본인에게 청구됩니다.
- ※ 바우처 포인트 잔여현황 및 구매처는 전자바우처 홈페이지 (www.socialservice.or.kr) 또는 “국민행복카드 해당 카드사 콜센터”에서 확인할 수 있습니다.
- 여성청소년 보건위생물품 지원사업의 바우처 포인트는 여성청소년 기준으로 생성되며, 포인트가 지급된 날부터 여성청소년 보건위생물품 지원사업 구매처에서 지원대상 품목 (생리대)을 국민행복카드 (신청서 상의 신청인, 청소년 본인 명의 국민행복카드)로 구매하실 수 있습니다.
- 여성청소년 보건위생물품 지원사업의 구매처에서는 국민행복카드를 이용하여 지원대상 품목 뿐만 아니라 구매처에서 판매 중인 모든 상품을 구매할 수 있습니다. 다만, 지원품목 외의 구매품목에 대한 비용은 이용자 본인에게 청구됩니다. 또한, 지원품목의 구매금액이 지급된 바우처 포인트를 초과하는 경우, 초과금액은 이용자 본인에게 청구됩니다.
- ※ 바우처 포인트 잔여현황 및 구매처는 “전자바우처 홈페이지 (www.socialservice.or.kr)” 또는 “사회보장정보원 콜센터 (1566-3232)”에서 확인할 수 있습니다.

5. 지원제한

지역사회서비스투자사업은 1인당 연간 2개 서비스까지 지원받을 수 있습니다.

6. 이용자 준수사항

- 사회서비스 이용권은 반드시 이용자 본인이 보관·관리하여야 하며, 제공인력 또는 제3자가 소지하게 해서는 안됩니다.
- 서비스 이용도중 신청자격의 변동이 발생한 경우에는 즉시 시·군·구 (읍·면·동 주민센터)에 신고해야 하며, 신고하지 않거나 허위로 신고한 경우 서비스 제공이 중단되거나 부당하게 지급받는 서비스 비용이 환수될 수 있습니다.

- 사회서비스 이용권을 위법·부당하게 이용한 경우 법에 의거 형사 처벌을 받을 수 있습니다.
- 지역사회서비스투자사업과 가사·간병방문지원사업은 연속하여 2개월 간 서비스를 이용하지 않은 경우 자격이 시·군·구청장 직권으로 중지될 수 있습니다.
- 이용자 신고내용, 행정기관 확인조사 결과, 사회서비스 이용권 제공계획 변경 등에 따라 이용자 자격 또는 서비스 내용이 변경될 수 있습니다.
- 장애인활동지원 수급자격을 갱신하고자 할 경우에는 이용권 유효기간이 끝나기 90일 전부터 30일 전까지의 기간에 특별자치시 특별자치도 시 군 구에 신청하여야 합니다.
- 「장애인활동 지원에 관한 법률」 제19조제3항에 따라 「국민기초생활 보장법」 제32조에 따른 보장시설에 입소한 경우, 금고 이상의 실형을 선고 받고 「형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률」의 교정시설, 「치료감호 등에 관한 법률」의 치료감호시설에 수용중인 경우, 해외체류기간이 60일 이상 지속 된 경우 및 「의료법」 제3조의 의료기관에 30일을 초과하여 입원 중인 경우, 「장애인복지법」 제32조의3에 따라 장애인등록이 취소된 경우 및 다른 법령에 의하여 활동지원급여와 비슷한 급여를 받는 경우에는 활동지원급여 제공이 중단되며, 「장애인활동 지원에 관한 법률」 제19조제1항 및 제2항에 의거 활동지원급여를 받고 있거나 받을 수 있는 사람이 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 수급자로 선정 된 경우와 제42조 및 제43조에 따른 자료의 제출 및 질문 검사요구를 거부 방해 기피하거나 거짓 자료를 제출한 경우에는 활동지원급여가 중단됩니다
- 저소득층 기저귀·조제분유 지원사업의 지원을 받는 기간 동안 차상위계층 등 보유자격의 상실, 영아의 사망, 연락처 변경 등 인적사항에 변동이 있을 경우 14일 이내에 보건소로 신고하여야 하며, 변동 내용에 따라 지원금액 또는 부가서비스 수혜 여부 등에 변경이 있을 수 있습니다.
- 저소득층 기저귀·조제분유 지원사업을 통해 구매한 기저귀 및 조제분유는 동 가정의 영아양육에만 사용되어야 하며, 다른 용도나 방법으로 사용하는 경우, 지원금 전액이 환수될 수 있습니다.
- 여성청소년 보건위생물품 지원사업의 지원을 받는 기간 동안, 청소년의 사망, 수급자 자격 변동 등 지원자격 변동사항이 있는 경우 14일 이내 읍면동주민센터로 신고하여야 하며, 변동내용에 따라 바우처 포인트 사용이 정지될 수 있습니다.
- 여성청소년 보건위생물품 지원사업을 통해 구매한 생리대 등 보건위생물품을, 다른 용도나 방법으로 사용하는 경우, 지원금 전액이 환수될 수 있습니다.

서식 3-2. 표준급여이용계획서

■ 장애인활동 지원에 관한 법률 시행규칙 [별지 제1호서식] <개정 2019. 7. 1.>

표준급여이용계획서

수급자	성명		생년월일	
	활동지원등급		주소	
활동지원급여의 월 한도액 및 본인부담금	활동지원급여의 월 한도액		월 원	
	본인부담금		월 원	
급여이용계획 및 급여비용	급여 종류		횟수	
	활동 보조	신체활동지원	월 회 (시간/회)	원
		가사활동지	월 회 (시간/회)	원
		사회활동지원	월 회 (시간/회)	원
		그 밖의 제공서비스	월 회 (시간/회)	원
	방문목욕	월 회 (시간/회)	원	
	방문간호	월 회 (시간/회)	원	
	합 계	원		
종합 소견				

년 월 일

국민연금공단 이사장

직인

안내사항

1. 이 계획서는 수급자의 심신상태 등에 따라 적절히 활동지원급여가 제공될 수 있도록 수급자와 활동지원기관이 활동지원급여 제공 계약을 체결할 때에 참고로 이용할 수 있는 계획서입니다.
2. 이 계획서의 변경을 희망하는 경우에는 국민연금공단에 상담·문의해야 합니다.

※ 상담·문의: 국민연금공단

자사 담당자 성명:

전화:

전자우편:

서식 3-3. 방문간호지시서

■ 장애인활동 지원에 관한 법률 시행규칙 [별지 제3호서식] <개정 2019. 7. 1.>

방문간호지시서 (의사 · 한의사용)

발급번호 (요양기관기호 - 연도 - 일련번호)		발급일	유효기간 발급일부터 1년
수급자	성명	생년월일	활동지원등급
수급자 상태	질병명	방문 여부	[] 환자내원 [] 의사방문
	수급자 상태 및 주요 호소 내용		
처방 내용	필요한 처치 처방 ※ 방문 간격: 주 회	필요한 처치 검사	
	주사 · 투약 처방	교육, 상담, 의뢰, 유익사항 등	
	투여 중인 약제의 용량 · 용법		
현재 장착 · 사용 중인 의료기기	영양관리 [] 일반식 [] 특별식 () [] 중심정맥영양 [] 튜브영양공급 (용량: cc/일, 열량: cal/일) [] 비위관 (鼻胃管, L-tube) [] 위 삽입관 (Gastrostomy tube) (튜브 사이즈: , 빈도: 일에 1회 교환)		
	배뇨관리 [] 소변배출관 (도뇨관) / 방광창범술 (Cystostomy) / 청결간헐적소변배출 (CIC) (튜브 사이즈: , 빈도: 일에 1회 교환) [] 방광세척 [] 방광훈련 [] 요도셋길 (요루)관리 [] 인공항문 [] 인공방광		
	호흡관리 [] 산소 (l/min) [] 기관지 절개관 (튜브 사이즈: , 빈도: 일에 1회 교환) [] 인공호흡기 [] 흡인 ① 입과 코 (oro & nasal) ② 기관내 (intra-tracheal)		
	상처관리 [] 외과적 상처 소독 (Dressing) (부위: 빈도 회/주) [] 봉합사제거 (날짜: 월 일)		
	욕창 소독 (Dressing) (부위: , 빈도:)		
	그 밖의 사항 ()		

위와 같이 방문간호를 지시합니다.

년 월 일

의사 성명:

(서명 또는 인)

의사면허번호:

의료기관명:

의료기관 주소:

전화번호:

팩스번호:

■ 장애인활동 지원에 관한 법률 시행규칙 [별지 제4호서식] <개정 2019. 7. 1.>

방문간호지시서 (치과의사용)

발급번호 (요양기관기호 - 연도 - 일련번호)		발급일	유효기간 발급일부터 1년
수급자	성명	생년월일	활동지원등급
수급자 상태	질병명	방문 여부	[] 환자내원 [] 의사방문
	수급자 상태 및 주요 호소 내용		
검사 처방	☐ 치면 세균막 검사 ☐ 그 밖의 검사 () ※ 방문 간격: 주 회		투약 처방
	투여 중인 약제의 용량 · 용법		
교육, 상담, 의뢰, 유의사항 등	☐ 치면 세균막 관리 교육 - 칫솔 사용법, 칫솔 · 치약 및 보조 구강위생용품 사용 안내 등 ☐ 그 밖의 사항 ()		
필요한 처치 처방	☐ 전문가 치면 세정술 ☐ 치간 청결 물리요법 ☐ 치면 세마 ☐ 불소 도포 ☐ 치주 처치 ☐ 틀니 관리 ☐ 상처 · 구내염 처치 (부위: , 빈도: 회/주) ☐ 수술 후 처치 ☐ 그 밖의 처치 ()		

위와 같이 방문간호를 지시합니다.

년 월 일

의사 성명: (서명 또는 인)

의사면허번호:

의료기관명:

의료기관 주소:

전화번호:

팩스번호:

활동지원급여 수요조사카드 (예시)

주거환경 (주된 거주지)	주소	주민등록상			
		실제 거주지	* 주민등록 상 거주지와 동일할 경우 “상동”으로 표기		
	건물	형태	☐ 단독주택 ☐ 아파트 ☐ 연립·다세대주택 ☐ 기타 ()		
		면적	방 개, 베란다 (☐ 유 ☐ 무)		
		층수	(층)	엘리베이터 유무	☐ 유 ☐ 무
	수급자 이용공간		☐ 방 개 (m ²) ☐ 거실 (m ²) ☐ 화장실 (m ²) ☐ 주방 (m ²)		
	교통수단 접근성		☐ 지하철 ☐ 버스(배차간격 00분) ☐ 택시 ☐ 도보 (대중교통 정거장에서 도보 이동 시간 00분) ☐ 자가용 차량 (주차 가능 여부 ☐ 가능 ☐ 불가능 ☐ 어려움) ☐ 기타 ()		
애완동물		☐ 있음 (종류) ☐ 없음 * 주의사항: (작성예시: 낯선 사람을 보면 짖거나 공격성을 보임)			
건강상태 *수급자의 상태에 따라 추가 또는 변경가능	신체불편사항		☐ 와상상태로 손가락 등 신체의 일부도 전혀 움직일 수 없는 상태 ☐ 와상상태이나 스스로 손가락 등 신체의 일부를 움직일 수 있는 상태 ☐ 대부분 와상상태로 지내고 스스로 몸을 움직일 수 있으나 타인의 도움 없이는 이동할 수 없는 상태 ☐ 스스로 신변처리가 어려워 도움이 필요한 상태 ☐ 보조기구 등을 이용하여 스스로 이동할 수 있는 상태 ☐ 인공호흡기 사용 (☐ 24시간 ☐ 불규칙 ☐ 기타) ☐ 석션 등 전문 의료처치가 필요한 상태		
	의사소통 및 인지 능력		☐ 상대의 의사 파악 정도 (☐ 상 ☐ 중 ☐ 하) ☐ 언어 표현 능력 (☐ 상 ☐ 중 ☐ 하) ☐ 다른 의사표현 수단이 있음 (☐ 예 ☐ 아니오) ☐ 위험을 인지함 (☐ 상 ☐ 중 ☐ 하) ☐ 도발적 행동을 보임 (☐ 상 ☐ 중 ☐ 하) ☐ 돌발행동을 보임 (☐ 상 ☐ 중 ☐ 하) ☐ 공간인지능력이 있어서, 스스로 길을 찾을 수 있음 (☐ 상 ☐ 중 ☐ 하) ☐ 집 주소나 보호자 연락처를 알고 있음 (☐ 예 ☐ 아니오)		
	흡연 여부		☐ 비흡연자 ☐ 흡연자		
	이용 보조기구		(예: 전동휠체어)		
	특이사항 (보유질병 등)		* 수급자의 전염병 보유 여부 등 확인		

활동지원급여 수요조사카드 (예시)

(2쪽 중 2쪽)

가구여건	가구구성원 수	○명 (☐ 1인가구 ☐ 조부/모 ☐ 부/모 ☐ 배우자 ☐ 형제/자매 ☐ 자녀 ☐ 친척 ☐ 기타)	
	가구구성원의 사회활동	* 부모의 직장 생활 (출·퇴근 시간) * 수급자가 다른 가구구성원 없이 혼자 있는 시간 등	
	자녀수	○명 (○세, ○세, ○세)	
수급자의 사회활동	직장명	(직장명) (주소:)	
		출근시간	퇴근시간
		☐ 이동수단 ☐ 대중교통 ☐ 자가용 차량 ☐ 통근버스 ☐ 도보 ☐ 기타	
	학교명	(학교명) (주소:)	
		등교시간	하교시간
		☐ 이동수단 ☐ 대중교통 ☐ 자가용 차량 ☐ 통학버스 ☐ 도보 ☐ 기타	
	여가활동 등	* 활동 사항 (주간 시간대) 및 지인·이웃 관계 * 낮 병동, 재활센터, 문화센터 등 이동지원이 필요한 주간 활동 등	
장애인 활동지원 욕구조사	☐ 가사활동 (1일 시간) ☐ 신변처리 (1일 시간) ☐ 이동보조 (1일 시간) ☐ 기타 (1일 시간)		
	활동지원사 출퇴근시간		출근시간 퇴근시간
	야간 서비스	필요 사유	
		월 필요시간	○ 시간/일
		지원 방법	☐ 야간 상주 ☐ 필요 시 요청 ☐ 기타 ()
	활동지원인력의 요건	성별	☐ 여 ☐ 남
		흡연여부	☐ 비흡연자 ☐ 흡연자 ☐ 무방
연령대		☐ 20대 ☐ 30대 ☐ 40대 ☐ 50대 ☐ 60대 ☐ 기타	
다른 복지서비스 이용현황		* 장애인활동지원 외에 이용하고 있는 복지서비스 내용	
특이사항	* 피해야할 음식, 알러지 반응, 선호하는 음식 등 수급자 또는 보호자의 특별 요구사항 * 수급자의 성격, 서비스 제공 시 주의 사항 등 * 수급자의 가족 중 전염병 보유여부 등		

면담일자: 20 . .

면담원 성명:

〈유의사항〉

- ① 동 수요조사카드의 작성 전에 수급자는 개인정보의 수집·이용 및 제공 동의서를 먼저 작성하여 주시기 바랍니다.
- ② 동 수요조사카드 및 카드에 기록된 내용에 대해서 면담원 및 장애인활동지원사업 업무 담당자는 비밀을 유지하여주시고, 장애인활동지원사업 업무 담당자 외에는 열람할 수 없도록 기관 대외비로 관리하여 주시기 바랍니다.

서식 3-5. 활동지원급여 제공계획서

■ 장애인활동 지원에 관한 법률 시행규칙 [별지 제5호서식] <개정 2019. 7. 1.>

활동지원급여 제공계획서

※ 뒤쪽의 작성방법을 참고하시기 바랍니다.

(앞쪽)

① 수급자	성명		주민등록번호			
	활동지원등급		전화번호			
② 계약자	활동지원기관명		활동지원기관번호			
	계약자 성명					
	수급자와의 관계		전화번호 (휴대전화번호)			
③ 계약 개요	계약일		급여개시일			
	계약기간 (급여종류별)					
④ 급여계약 내용	급여 종류		횟수	급여비용	활동지원인력	
					성명	교육이수증/자격증/ 면허증번호
	활동 보조	신체활동지원	월 회 (시간/회)	월 원		
		가사활동지원	월 회 (시간/회)	월 원		
		사회활동지원	월 회 (시간/회)	월 원		
		그 밖의 제공서비스	월 회 (시간/회)	월 원		
	방문목욕		월 회 (시간/회)	월 원		
	방문간호		월 회 (시간/회)	월 원		
	합계			월 원		

「장애인활동 지원에 관한 법률 시행규칙」 제13조제6항에 따라 수급자와 작성한 계약서의 내용을 위와 같이 제출합니다.

활동지원기관의 장 (대표자)

년 월 일
(서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

안내사항

1. 이 계획서는 수급자와 활동지원급여 제공 계약을 체결하거나 계약 내용을 변경한 경우에 작성합니다.
2. 이 계획서와 관련한 문지는 아래로 해 주시기 바랍니다.

활동지원기관 담당자 성명: 전화: 전자우편:

작성방법

② 계약자

활동지원기관명과 활동지원기관번호를 적습니다.

계약자 (수급자 또는 수급자의 대리인)의 성명, 수급자와의 관계 및 전화번호 (휴대전화번호)를 적습니다.

③ 계약 개요

계약일: 수급자와 활동지원기관이 최초로 급여 제공 계약을 체결한 날짜를 적습니다.

급여개시일: 수급자와 활동지원기관이 최초로 급여 제공 계약을 체결한 후 급여를 시작한 날짜를 적습니다.

계약기간: 급여 종류별로 전체 계약기간 (계약 시작일과 종료일)을 적습니다.

④ 급여계약 내용

횟수: 해당 급여 (서비스)의 월 제공 횟수를 적습니다.

시간: 해당 급여 (서비스)의 1회당 제공 시간을 적습니다.

급여비용: 해당 급여 (서비스)의 월 급여비용을 적습니다.

활동지원인력: 급여 (서비스)를 수행하는 활동지원인력의 성명과 교육이수증/자격증/면허증번호 (활동지원사는 교육이수증의 번호, 요양보호사·사회복지사 및 간호조무사는 자격증의 번호, 간호사는 면허증의 번호를 말합니다)를 적습니다. 두 명 이상이 방문하는 경우에는 각각의 성명과 교육이수증/자격증/면허증번호를 모두 적습니다.

합계: 급여비용별 월 급여비용을 합하여 적습니다.

서식 3-6. 활동지원급여 제공 일정표 (예시)

급여제공 일정표 (월) (예시-활동지원사 1인 투입 시)

수급자 성명		수급자 생년월일	
급여종류		활동지원인력명	○○○

일	월	화	수	목	금	토
		1	2	3	4 활동보조 (9:00-12:00) 휴게시간 (12:00-12:30) 활동보조 (12:30-15:30)	5
6	7	8 활동보조 (9:00-12:00) 휴게시간 (12:00-12:30) 활동보조 (12:30-15:30)	9	10	11 활동보조 (9:00-12:00) 휴게시간 (12:00-12:30) 활동보조 (12:30-15:30)	12
13	14	15 활동보조 (9:00-12:00) 휴게시간 (12:00-12:30) 활동보조 (12:30-15:30)	16	17	18 활동보조 (9:00-12:00) 휴게시간 (12:00-12:30) 활동보조 (12:30-15:30)	19
20	21	22 활동보조 (9:00-12:00) 휴게시간 (12:00-12:30) 활동보조 (12:30-15:30)	23	24	25 활동보조 (9:00-12:00) 휴게시간 (12:00-12:30) 활동보조 (12:30-15:30)	26
27	28	29 활동보조 (9:00-12:00) 휴게시간 (12:00-12:30) 활동보조 (12:30-15:30)	30	31		

년 월 일

담당자: (서명 또는 인)

수급자: (서명 또는 인)

※ 매월 작성하여 기관 보관. (보관기간: 작성일로부터 3년)

※ 활동지원기관 및 활동지원사와 수급자 및 보호자(가족)이 협의하여 매월 5일 이전까지 작성.

급여제공 일정표 (월) (예시-활동지원사 2인 투입 시)

수급자 성명		수급자 생년월일	
급여종류		활동지원인력명	○○○

일	월	화	수	목	금	토
		1	2	3	4	5
					활동보조 ○○○ (9:00-12:30) 활동보조 △△△ (12:30-16:30)	
6	7	8	9	10	11	12
		활동보조 ○○○ (9:00-12:30) 활동보조 △△△ (12:30-16:30)			활동보조 ○○○ (9:00-12:30) 활동보조 △△△ (12:30-16:30)	
13	14	15	16	17	18	19
		활동보조 ○○○ (9:00-12:30) 활동보조 △△△ (12:30-16:30)			활동보조 ○○○ (9:00-12:30) 활동보조 △△△ (12:30-16:30)	
20	21	22	23	24	25	26
		활동보조 ○○○ (9:00-12:30) 활동보조 △△△ (12:30-16:30)			활동보조 ○○○ (9:00-12:30) 활동보조 △△△ (12:30-16:30)	
27	28	29	30	31		
		활동보조 ○○○ (9:00-12:30) 활동보조 △△△ (12:30-16:30)				

년 월 일

담당자: (서명 또는 인)

수급자: (서명 또는 인)

※ 매월 작성하여 기관 보관. (보관기간: 작성일로부터 3년)

※ 활동지원기관 및 활동지원사와 수급자 및 보호자(가족)이 협의하여 매월 5일 이전까지 작성.

서식 3-7. 활동지원급여 제공·이용 계약서 (예시)

활동지원급여 제공·이용 계약서 (예시)

○ 수급자 (갑)

성 명: (서명 또는 인) 생년월일:

주 소:

연락처:

○ 대리인 (보호자)

성 명: (서명 또는 인) (“갑”과의 관계:)

주 소:

연락처: (E-mail:)

○ 활동지원기관 (을)

기관명: (대표자: 인)

주 소:

○ 계약기간: 년 월 일 ~ 년 월 일

○ 급여종류, 내용 및 비용은 “활동지원급여 제공계획서”[별지 제23호 서식]와 같다.

상기 당사자 (이하 “갑”, “을”이라 한다) 또는 대리인은 다음 계약내용에 의거하여 “활동지원급여 제공·이용 계약서”를 작성하고 기명날인 후, “활동지원급여 제공계획서”와 함께 각각 1부씩 보관한다.

제1조 (급여 제공)

- ① “을”은 2020 장애인활동지원 사업안내 (이하 “사업안내”이라 한다)에 따라, “갑”의 가사지원, 일상생활 및 사회활동에 필요한 활동보조 또는 방문목욕, 방문간호를 “활동지원급여 제공계획서 (일정표 포함)”와 같이 제공한다.
- ② “을”은 활동지원급여가 지속적으로 충실하게 보장될 수 있도록 활동지원인력을 모집하여 배치한다.
- ③ “을”은 활동지원수급자격결정결정통지서 및 표준급여이용계획서상의 급여종류와 내용의 범위 내에서 급여 수급자와 협의하여 작성한 “활동지원급여 제공계획서”를 참고하여 급여제공계획을 수립하여 급여를 제공하고, 제공한 급여내용을 단말기로 실시간 결제시 입력한다. 부득이한 경우 그 사유를 기재하고 활동지원급여 제공기록지에 기입한다.
- ④ “갑”은 “을”이 파견한 활동지원인력에게 「근로기준법」 상 근로 및 휴게시간 관련 제 규정을 준수하여 업무를 지시하여야 한다.

제2조 (계약기간 및 계약의 만료 등)

- ① 이 계약의 효력기간은 상기의 기간동안 발생하며, 당사자간 협의에 따라 계약기간을 변경할 수 있다.
- ② 이 계약은 “갑”의 해약 통지나 사망 등으로 종료된다.
- ③ 이 계약은 다음 각 호에 해당하는 경우 해약할 수 있다.
 1. “갑”이 계약 해지를 통지한 때. 다만, 해약의 통지는 14일 전에 하여야 한다.
 2. “을”이 활동지원급여 제공을 지속할 수 없는 부득이한 사유가 발생하여 이를 “갑”에게 통지한 때. 다만, 해약의 통지는 14일 전에 하여야 한다.
- ④ 30일 초과하여 병원 입원, 60일 이상의 해외체류, 시설입소 등의 경우에는 이 계약의 효력을 정지할 수 있다.
- ⑤ 법령 또는 국가예산에 의해 노인장기요양서비스, 가사간병방문서비스, 노인맞춤돌봄서비스, 기타 이에 준하는 재가서비스를 이용하는 자는 이 급여의 수급자가 될 수 없으므로 계약을 할 수 없다.

제3조 (급여비용)

- ① 급여비용은 관련 고시 및 보건복지부 사업안내에 명시된 기준 단가에 의한다.
- ② 급여비용중 활동지원급여의 구간별 바우처 월 한도액을 초과하여 추가 구매하고자 하는 경우 그 비용은 “을”의 청구에 의해 “갑”이 지급한다.

제4조 (급여 내용의 변경)

- ① 급여 제공과정에서 “을” (활동지원인력을 포함한다)의 부주의 또는 실수로 인하여 계약서에 기록된 사항을 충족시키지 못하거나 “갑”의 합리적인 요구사항을 충족시키지 못하는 경우 “을”은 “갑”의 요구에 따라 급여내용을 변경할 수 있다. 다만, 계약서에 포함되지 않은 요구사항은 급여내용의 변경사항으로 보지 아니한다.
- ② 계약기간, 급여 내용 및 비용 조정 등 주요 내용이 변경되는 경우에는 “갑”, “을”은 동 “활동지원급여 제공·이용 계약서” 및 “활동지원급여 제공 계획서”를 다시 작성하여 기명날인 후, 각각 1부씩 보관한다.

제5조 (통지사항)

- ① “을”은 “갑”에 대한 급여 제공에 있어 응급상황 등 필요한 경우 대리인에게 연락을 취하여야 한다.
- ② “갑”의 대리인은 대리인의 주소 또는 연락처 등이 변경되었거나 한정후견·성년후견개시의 심판 또는 파산선고 등을 받아 “갑”의 보호 의무를 다하지 못할 사유가 발생하였을 때는 즉시 서면으로 “을”에게 통지하여야 한다.
- ③ “을”은 “갑”의 상태변화 등 급여의 변경사유가 발생 시에는 “갑”이 변경신청 등을 할 수 있도록 조치하여야 한다.

제6조 (개인정보 보호의무)

- ① “을”은 “갑”의 개인정보를 관계 규정에 따라 보호하여야 한다.

- ② “을”은 활동지원급여 제공에 필요한 “갑”의 개인정보 자료를 수집하고 활용하며 동 자료를 지자체, 사회보장정보원, 국민연금공단 등에게 관계 규정에 따라 제출할 수 있다.
- ③ “을”의 개인정보 수집 및 활용에 대한 “갑”의 승낙은 “개인정보 수집, 이용 및 제공 동의서”를 서면으로 한다.
- ④ “갑”은 “을”이 수집·관리하는 본인의 개인정보에 대해 알 권리가 있다.

제7조 (손해배상책임)

- ① 급여 실시 중에 “을” (활동지원인력을 포함한다)의 귀책사유로 인하여 발생한 “갑”의 손해에 대하여는 “을”은 “갑”에게 배상한다. 다만, 천재지변, 제3자의 귀책사유로 인한 손해에 대해서는 배상책임을 지지 아니한다. “갑”이 “을”에게 손해를 끼친 경우에도 또한 같다.
- ② “활동지원기관”은 손해배상책임을 이행하기 위하여 관련 보험에 가입하고 배상범위 및 면책사유 등 중요사항을 전담인력 및 활동지원인력이 숙지하도록 하여야 하며 이를 “갑”에게도 통지하여야 한다.

제8조 (분쟁해결방법)

- ① 본 이용계약과 관련하여 발생한 분쟁에 대하여 “갑”과 “을”이 합의에 따라 원만히 처리하며, 만약 당사자간 합의에 도달하지 못한 경우에는 관련 법규나 관례에 따른다.
- ② 필요시 보건복지부 또는 지자체에서 직권으로 중재 조정할 수 있다.

서식 3-8. 개인정보 수집, 이용 및 제공 동의서

개인정보 수집, 이용 및 제공 동의서			
수급자	성 명		주민등록번호
	주 소	(전화번호:)	
보건복지부, 국민연금공단 및 사회보장정보원은 「장애인활동 지원에 관한 법률 시행령」 제30조의2 (민감정보 및 고유식별정보의 처리) 및 「개인정보 보호법」 제15조 (개인정보의 수집·이용)에 의거하여 민감정보 및 고유식별정보를 수집합니다.			
☐ 개인정보 수집 항목 ☐ 고유식별정보: 주민등록번호, 외국인등록번호 ☐ 개인정보: 성명, 주소, 연락처, 이메일, 가족관계 정보 ☐ 민감정보: 질병 관련 이력 ☐ 공적정보: 사회보험 가입정보, 입퇴원기록, 출입국기록 등 활동지원급여의 제공과 관련한 정보			
☐ 개인정보 수집 및 이용 목적 ☐ 이용자 매칭, 바우처의 지불·정산 및 만족도조사 업무 수행에 활용 ☐ 사회서비스 전자바우처 제도 관련 본인 확인절차 ☐ 서비스 제공을 위한 바우처 카드 제작 및 배송 ☐ 서비스 결제 수행 및 우편물·휴대전화 문자메세지 발송 ☐ 급여 신청 및 조사, 허위·초과결제, 활동지원서비스 제공 제한 대상 조회 등 사회서비스 전자바우처 급여 이용 관리에 활용 ☐ 기타 사회서비스 전자바우처 제도 운영에 필요한 자료로 활용			
☐ 개인정보 보유 및 이용기간 ☐ 상기 개인정보는 장애인활동지원급여 이용 기간 동안 수집, 보유 및 이용됩니다. ☐ 다만, 사회서비스 전자바우처 제도 운영, 보조금 부정수급 조사 등 이용목적이 분명한 경우는 이용 종료 후에도 개인정보를 보유할 수 있음을 안내하여 드립니다.			
☐ 동의를 거부할 권리 및 거부 시 불이익 ☐ 상기 내용은 사회서비스 전자바우처 업무와 지원을 위해 필요한 최소한의 정보에 해당하며 그 내용에 관하여 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의 거부에 따른 불이익은 없음. 다만, 특정 급여의 경우 제공이 제한될 수 있음을 알려드립니다.			
☐ 개인정보 수집 및 이용에 관한 동의 「개인정보 보호법」 등 관련 법률에 의거, 개인정보 수집 및 이용에 동의하십니까? ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음			
☐ 중요한 개인정보 수집에 관한 별도 동의 ☐ 고유식별정보 수집에 관한 동의 보건복지부, 국민연금공단 및 사회보장정보원은 사회서비스 제공을 위하여 다음과 같은 목적으로 고유식별정보 (주민등록번호 등) 을 수집하고 있습니다. - 사회서비스 전자바우처 제도 관련 서비스 제공 및 본인 확인절차 - 급여 신청, 허위·초과결제 등 사회서비스 전자바우처 적정급여 관리에 활용 - 사회서비스 제공업무의 지방자치단체 관리·감독을 위한 신상·자격·면허 보고 및 정보제공 ※ 고유식별정보 수집에 동의하십니까? ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음			
☐ 개인정보의 제3자 제공에 관한 동의 보건복지부는 사회서비스 제공을 위하여 수집한 개인정보를 아래의 내용과 같이 제공하고 있습니다. - 사회서비스 이용자에게 대한 지방자치단체 관리·감독을 위한 정보제공 - 부당청구 심사 및 부정수급 조사를 위한 관련 기관의 제공 - 서비스 제공을 위한 바우처 카드 제작 및 배송을 위한 정보제공 - 서비스 결제 수행 및 우편물·휴대전화 문자메세지 발송을 위한 정보제공 ※ 제3자 제공에 동의하십니까? ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음			
「개인정보 보호법」에 명시된 법률상의 개인정보처리자가 준수하여야 할 개인정보보호 규정을 준수하며, 관련 법령에 의거하여 수급자의 권익보호에 최선을 다하고 있으며 동의한 이용 목적 외에는 사용하지 않을 것을 약속드립니다.			

20 년 월 일
급여 신청자 (대리인): _____
(서명 또는 인)

서식 3-9. 활동지원급여 상호협력 동의서

활동지원급여 상호협력 동의서

이 동의서는 수급자와 활동지원인력 상호간의 권리와 의무를 명시하여 인격 존중과 신뢰 구축을 바탕으로 원활한 활동지원급여 이용이 이루어질 수 있도록 하기 위한 것입니다.

I. 수급자의 권리와 의무

1. 수급자는 활동지원급여를 이용함에 있어서 본인의 권리를 이해하고 행사하여야 합니다.
 - 수급자는 활동지원기관과 활동지원인력을 선택할 수 있습니다.
 - 수급자는 활동지원기관과의 협의하에 작성한 활동지원급여 제공계획서의 범위 안에서 급여의 구체적인 내용을 요청할 수 있습니다.
 - 수급자는 활동지원급여를 이용함에 있어 본인의 인권을 침해당하지 않고 보호받을 권리가 있습니다.
2. 수급자는 활동지원급여를 이용함에 있어서 본인의 의무를 준수해야 합니다.
 - 활동지원급여는 수급자 본인에 대한 급여에 한정하며, 별도의 계약 없이 지원 수급자가 아닌 가족의 발래, 대청소 등의 급여는 제공하지 않습니다.
 - 수급자는 서면 또는 구두로 협의되지 않은 급여를 활동지원인력에게 요구해서는 안됩니다.
 - 수급자는 활동지원인력의 인격을 최대한 존중하고, 상대방의 신뢰관계를 저해할 수 있는 언행이나 행동 및 가족의 지나친 개입은 삼가야 합니다.
 - 수급자의 자격이나 욕구에 영향을 주는 어떠한 변화 (이사, 소득, 보험 자격, 급여 관리능력 등)가 발생하면 빠른 시일 내에 활동보조지원인력 및 담당자에게 알려 주십시오.
 - 활동지원인력에 대한 교체를 요구할 경우에는 교체일 최소 14일 이전에 요청하여야 합니다.
 - 수급자는 근로기준법 상 근로 및 휴게시간 관련 제 규정을 준수하여 활동지원인력에게 업무를 지시하여야 합니다.

II. 활동지원인력의 권리와 의무

1. 활동지원인력은 활동지원급여를 제공함에 있어서 본인의 권리를 이해하고 행사하여야 합니다.
 - 활동지원급여는 수급자 본인에 대한 급여에 한정하며, 별도의 계약 없이 지원 대상자가 아닌 가족의 발래, 대청소 등의 급여는 제공하지 않습니다.
 - 활동지원인력은 수급자가 서면 또는 구두로 협의되지 않은 급여를 무리하게 요구하는 경우 이를 거부할 수 있습니다.
 - 활동지원인력은 활동지원기관으로부터 인건 침해를 당하지 않도록 보호받을 권리가 있습니다.
 - 활동지원인력은 이용자와 협의하여 휴게시간을 갖되, 이용자가 근로기준법에서 정한 근로 및 휴게시간 관련 제 규정에 반하는 급여를 무리하게 요구하는 경우 이를 거부할 수 있습니다.

2. 활동지원인력은 활동지원급여를 제공함에 있어서 본인의 의무를 준수해야 합니다.

- 활동지원인력은 수급자의 선택과 자율적인 판단을 존중하고, 수급자가 직면한 상황과 장애 특성을 최대한 이해하며 상호협조 하에 바람직한 급여 제공이 이루어지도록 노력하여야 합니다.
- 활동지원인력이 부득이한 사정으로 급여 제공을 중단하고자 할 경우에는 중단일 14일 이전에 이용자 및 활동지원기관에 통보하여야 합니다. 특별한 사유 없이 사전 통보의무를 이행하지 않을 경우 활동지원기관으로부터 불이익을 받을 수 있습니다.

작성일자: 20 년 월 일

○ 급여 수급자

성명: _____ (서명 또는 인)

○ 활동지원인력

성명: _____ (서명 또는 인)

○ 급여 수급자 보호자

성명: _____ (서명 또는 인)

○ 활동지원기관

기관명: _____

성명: _____ (서명 또는 인)

서식 3-10. 활동지원급여 제공기록지 (방문간호)

■ 장애인활동 지원에 관한 법률 시행규칙 [별지 제13호서식] <개정 2019. 7. 1.>

활동지원급여 제공기록지 (방문간호)

활동지원기관	기관명		활동지원기관번호	
수 급 자	성명	생년월일		활동지원등급
	주소 (전화번호:)			

방문간호 지시서	의료기관명	발급일	유효기간	의사면허번호	방문 횟수 주 회
-------------	-------	-----	------	--------	--------------

년 월 일	총 급여 제공 시간		간호사, 간호조무사 또는 치과위생사 성명	(인 또는 서명)
	시작			(인 또는 서명)
	종료		본인 또는 보호자 성명	(인 또는 서명)

특이사항

년 월 일	총 급여 제공 시간		간호사, 간호조무사 또는 치과위생사 성명	(인 또는 서명)
	시작			(인 또는 서명)
	종료		본인 또는 보호자 성명	(인 또는 서명)

특이사항

년 월 일	총 급여 제공 시간		간호사, 간호조무사 또는 치과위생사 성명	(인 또는 서명)
	시작			(인 또는 서명)
	종료		본인 또는 보호자 성명	(인 또는 서명)

특이사항

4

서식

병원에 제공하는 방문 간호 서비스 기록지 (예시)

✓ 방문 간호 서비스 제공 기록지 (예시)

성명	홍 0 동	제공급여 유형		급여종류	이용횟수	이용시간	담당간호사
		통합재가급여 / 재가급여 / 장애인 활동지원급여 등		방문간호	주 2회	60분	
필요영역	장기요양 필요내용	세부제공 내용 (급여제공계획)			주기	제공일/시간	
건강관리	투약관리 지도	공단	◦ 내복약 등 투약에 관한 교육 및 관리, 가족에 대한 지도 등		필요시		
		센터	◦ 약물의 효능효과 및 부작용에 대한 교육		방문시		
			◦ 협력의 병의원에 대한 자문 및 전달		필요시		
	투약 및 주사	공단	◦ 경구약 투여 및 도움 확인		방문시		
	관절구축 예방운동	공단	◦ 관절구축 예방운동 등		방문시		
		센터	◦ 능동적/수동적 관절가동범위 평가		초기1회		
			◦ 관절구축 예방운동 - 목운동, 어깨운동, 팔꿈치운동, 손목운동, 손가락 운동, 다리운동, 발목운동, 발가락운동		방문시		
			◦ 가정용 재활운동기구 이용 - 저주파기, 공기압 마사지기 외		방문시		
	관절 및 신체기능 측정	공단	◦ 혈압, 체온, 맥박, 호흡 측정		방문시		
			◦ 신장, 체중측정 등		월 1회		
	기초건강사정 건강교육 및 상담	공단	◦ 식이요법, 약물요법		방문시		
		센터	◦ 위험도 평가 - 낙상, 욕창		초기1회 년1회		
			◦ 기능 추가 평가 - ADL, IADL		초기1회 년1회		
			◦ 피부상태 평가 - 눈, 귀, 코, 회음부, 두피 위생		초기1회 년1회		
			◦ 생애전환기 건강검진 진행여부 협조 - 검진 후 관리		필요시		
	감염간호	공단	◦ 손 씻기 및 감염관리 교육		방문시		
			◦ 깨끗한 환경관리 및 지도 등		방문시		
		센터	◦ 예방접종 확인 및 예방접종 협조 - 인플루엔자, 폐렴구균, 대상포진		초기1회 방문시		
	의사진료 및 보조	공단	◦ 진찰, 투약처방		필요시		
			◦ 타 병원 진료의뢰 등에 대한 보조		필요시		
	검사 및 기타 처치	공단	◦ 혈당검사 등		방문시		
		센터	◦ 혈압, 혈당 체크리스트 작성		방문시		

✓ 기관 연계 기록지 (예시)

작성일자	의뢰인 (작성자)	센터명	센터 연락처	
기본사항				
성명	주소			
장기요양 등급	서비스 제공 기간 (시작일 ~ 종료일)	법적생년월일/연령		
보호자 성명	이용자와의 관계	보호자 연락처		
이용자 상태 및 서비스 (급여) 제공 내용				
심신기능 상태	일상생활 수행능력	☐ IADL 일부제한 ☐ IADL 모두제한 ☐ ADL 일부제한 ☐ ADL 모두제한		
	신체적인 특징	시력	☐ 정상 ☐ 큰글씨만보임 ☐ 희미하게보임 ☐ 전혀안보임	
		청력	☐ 정상 ☐ 크게말해야함 ☐ 귀에대고말함 ☐ 전혀안들림	
		언어	☐ 이해함 ☐ 겨우이해함 ☐ 이해어려움 ☐ 전혀이해못함	
		수면	☐ 잘잠 ☐ 자기어려움 ☐ 극도로불면	
		식욕	☐ 왕성 ☐ 보통 ☐ 식욕저하	
		배변	☐ 보통 ☐ 변비 ☐ 설사자주함	
		알레르기	☐ 없음 ☐ 있음	
	대화·소통 정보	☐ 의사소통가능 ☐ 때때로불명확 ☐ 의사소통불가능 ☐ 잘모름		
추가설명				
건강상태	장애여부	☐ 없음 ☐ 시각장애/약시 ☐ 청각장애		
		☐ 편마비 ☐ 정신지체 ☐ 기타		
	질환명			
	이용 중인 의료기관			
	투약상황			
	종합소견			
서비스 (급여) 제공 내용				
특이사항				

병원 기반 방문 간호 서비스 연계 매뉴얼

발 행 일	2020년 12월
발 행 처	국립암센터, 한국방문간호사회
대표전화	1577-8899
홈페이지	www.ncc.re.kr
디 자 인	(주)카피코
비 매 품	본 책자는 국립암센터 공익적암연구사업 암환자 토달헬스케어연구단의 연구 (NCC-1911273)로 제작되었으며, 사전 승인 없이 내용의 무단 복제 및 배포를 금합니다. 국가암정보센터 홈페이지(www.cancer.go.kr) 에서 책자의 내용을 전자형태(PDF)로 확인할 수 있습니다.
