

1. 개정이유

「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」 개정에 따른 인용 조항을 수정 반영하고, 급여관리 업무 활성화를 위해 관련 서식을 개정하고자 함.

2. 주요내용

- 가. 배우자 출산휴가 및 난임치료휴가 근무시간 인정 확대(제12조)
- 나. 서식 개정(별지 제24호 및 제24호의2 서식)

3. 참고사항

- 가. 관계법령 : 해당사항 없음
- 나. 예산조치 : 별도조치 필요 없음
- 다. 합 의 : 해당기관 없음
- 라. 기 타 : 신·구조문대비표, 별첨

국민건강보험공단 공고 요양기획실 제2025 - 12호

「장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 세부사항」을 다음과 같이 개정·공고합니다.

2025년 6 월 30 일

국민건강보험공단 이사장

장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 세부사항 일부개정안

장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 세부사항 일부를 다음과 같이 개정한다.

제4조의5 각 호 외의 부분 중 “다음과”를 “다음 각 호와”로 한다.

제12조제1항제1호마목 중 “배우자의”를 “배우자”로, “10일(출산일로부터 90일)”을 “20일(출산일로부터 120일)”로, “1회”를 “3회”로 하고, 같은 호 아목 중 “1일”을 “2일”로 하며, 같은 항 제3호가목14) 중 “기타 공단”을 “공단”으로 한다.

별지 제24호서식 및 별지 제24호의2서식을 각각 다음과 같이 개정한다.

3. 수급자의 심신상태 및 환경변화 ※ 직전방문상태와 비교하여 작성

심신상태 구분		유지	악화	호전	판단근거
가. 식사 및 영양상태		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
나. 신체상태	가) 보행	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	나) 신체기능	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	다) 배뇨·배변기능	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
다. 일상생활 기능	가) 위생관리	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	나) 일상생활수행	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
라. 인지기능		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
마. 행동증상		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
바. 가족 및 생활환경		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
사. 기타 및 종합의견					

4. 급여제공계획 및 제공내용 확인

급여종류	필요영역	필요내용	계획에 따른 급여제공 확인내용		
			필요내용 제공여부	제공 확인내용	미제공 사유
방문요양			<input type="checkbox"/> 제공 <input type="checkbox"/> 미제공		
방문목욕			<input type="checkbox"/> 제공 <input type="checkbox"/> 미제공		
방문간호			<input type="checkbox"/> 제공 <input type="checkbox"/> 미제공		

5. 인지활동형프로그램 제공내용 확인

인지활동형 프로그램	제공계획	계획에 따른 급여제공 확인내용			향후 제공계획
		필요내용 제공여부	제공 확인내용	미제공 사유	
인지자극활동		<input type="checkbox"/> 제공 <input type="checkbox"/> 미제공			
일상생활 함께하기		<input type="checkbox"/> 제공 <input type="checkbox"/> 미제공			

6. 수급자(보호자) 상담

7. 향후계획 및 기타사항

수급자 욕구 확인	<input type="checkbox"/> 서비스 욕구 변화 있음 <input type="checkbox"/> 수급자 심신상태 등 변화 있음	<input type="checkbox"/> 변화 없음
급여제공계획 재작성 여부	<input type="checkbox"/> 급여제공계획 유지 <input type="checkbox"/> 욕구조사 재 실시 및 급여제공계획서 재작성	
급여제공 관련 유의사항 및 세부계획		

수급자(보호자) 성명	(서명)	급여제공자 성명	(서명)
-------------	------	----------	------

작성요령

1. 기본정보

- 수급자: 수급자의 성명, 장기요양등급, 장기요양인정번호를 적습니다.
- 방문정보: 방문일시, 방문장소 및 급여제공 중 방문여부를 적습니다.
- 방문불가 사유: 수급자의 가정에 방문하지 못한 경우, 그 사유에 √표를 하고 내용(사망일시, 입원일시, 급여제공 종료 일자 등 상세내용)을 작성합니다.
- 방문자 성명: 수급자의 가정에 방문한 기관 종사자의 성명을 작성하고 서명합니다.
- 시설장 성명: 시설장의 성명을 작성하고 서명합니다.

2. 욕구조사

- 보유질환, 영양상태, 신체상태, 일상생활기능, 인지 및 행동증상은 최근 1개월간의 상태를 종합하여 작성합니다.
- 동거인은 방문 당시를 기준으로 작성합니다.

3. 수급자의 심신상태 및 환경변화

- 직전 방문상태와 비교하여 최근 수급자의 상태 변화를 유지, 악화, 호전으로 평가하고 판단근거를 작성합니다.

4. 급여제공계획 및 제공내용 확인

- 요양보호사 및 수급자와 면담을 통해 급여제공계획서에 따라 제공한 내용을 확인하고 작성합니다.
- 필요영역, 필요내용: 급여제공계획서의 내용에 따라 수급자에게 제공되는 급여의 필요영역과 필요내용을 작성합니다.
- 필요내용 제공여부: 필요영역과 필요내용의 제공 또는 미제공 여부를 확인하여 √표 합니다.
- 제공 확인내용: 계획서에 따라 제공된 경우 제공한 내용을 확인하여 그 내용을 작성합니다.
(예시: 당뇨관리가 필요하여 당뇨식 준비 및 제공 도움, 수급자와 함께 주 1회 외출하여 장보기 도움 제공 등)
- 미제공 사유: 계획서의 필요영역과 필요내용을 제공하지 않은 경우 작성합니다.
(예시: 수급자의 급여제공시간이 오후로 세면도움 미제공, 치매증상으로 수급자가 옷 갈아입기 도움을 거부함 등)

5. 인지활동형프로그램 제공내용 확인

- 프로그램관리자가 전월 수립한 급여제공계획에 따라 제공한 내용을 확인하고 작성합니다.
- 제공계획: 프로그램관리자 전월에 수립한 인지자극활동 및 일상생활 함께하기 활동계획을 작성합니다.
(예시: 기억력 향상 워크북, 사진 보며 회상하기, 음식조리 함께하기 등)
- 필요내용 제공여부: 전월에 수립한 계획의 제공 또는 미제공 여부를 확인하여 √표 합니다.
- 제공 확인내용: 계획에 따라 제공한 경우 제공 내용을 확인하여 작성합니다.
(예시: 회상 프로그램에 적극적으로 참여 등)
- 미제공 사유: 계획에 따라 제공하지 않은 경우 그 사유를 작성합니다.
(예시: 퍼즐 맞추기는 집중하지 못하고 수동적 자세 보여 난이도 조절 필요 등)
- 향후 제공계획: 수급자의 특성, 욕구, 기능상태를 종합적으로 고려하여 프로그램 제공계획을 수립합니다.

6. 수급자(보호자) 상담

- 방문 시 수급자의 특성, 급여제공에 대한 수급자(보호자)의 의견 및 급여제공 관련 안내한 사항 등을 작성합니다.

7. 향후계획 및 기타사항

- 수급자 욕구 확인: 상담을 통해 수급자의 욕구 및 심신상태 변화 여부를 확인하여 √표 합니다.
- 급여제공계획 재작성 여부: 급여제공계획서의 재작성 여부를 판단하여 √표 합니다.
- 급여제공 관련 유의사항 및 세부계획: 급여제공 시 유의사항과 제공계획 등 작성하지 못한 내용을 추가로 작성합니다.

유의사항

1. 본 서식은 참고용 서식이나 서식에서 제시하고 있는 내용을 포함하여야 합니다.
2. 본 서식은 인지활동형 프로그램을 위한 프로그램관리자, 방문요양기관을 포함한 가정방문급여 기관의 사회복지사, 간호(조무)사, 팀장급 요양보호사의 업무 수행을 위한 서식이며, 인지활동형 프로그램 제공계획은 프로그램관리자만 작성합니다.
3. 작성란이 부족한 경우에는 다른 장에 이어서 작성합니다.

3. 수급자의 심신상태 및 환경변화 ※ 이전과 비교하여 작성

심신상태 구분	유지	악화	호전	판단근거
가. 식사 및 영양상태	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
나. 신체상태	가) 보행	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	나) 신체기능	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	다) 배뇨·배변기능	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
다. 일상생활 기능	가) 위생관리	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	나) 일상생활수행	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
라. 인지기능	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
마. 행동증상	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
바. 가족 및 생활환경	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
사. 기타 및 종합의견				

4. 프로그램 제공계획 및 제공내용 확인

급여목표		계획에 따른 급여제공 확인내용				
구분	필요내용	제공방법	필요내용 제공여부	미제공 사유	수급자 반응 및 특이사항	요양보호사 모니터링
기본프로그램			<input type="checkbox"/> 제공 <input type="checkbox"/> 미제공			
집단프로그램			<input type="checkbox"/> 제공 <input type="checkbox"/> 미제공			

5. 프로그램 제공일정

프로그램명	월	화	수	목	금	토	일
1주	기본						
	집단						
2주	기본						
	집단						
3주	기본						
	집단						
4주	기본						
	집단						
5주	기본						
	집단						

6. 수급자(보호자) 상담

일시	년 월 일 (:)	상담자 성명 및 관계	()
방법	<input type="checkbox"/> 방문 <input type="checkbox"/> 내방 <input type="checkbox"/> 전화 <input type="checkbox"/> 문자 <input type="checkbox"/> 기타		
내용	연락처		

7. 향후계획 및 기타사항

수급자 욕구 및 상태 변화	<input type="checkbox"/> 서비스 욕구 변화 있음 <input type="checkbox"/> 변화 없음 <input type="checkbox"/> 수급자 심신상태 등 변화 있음
급여제공계획 재작성 여부	<input type="checkbox"/> 급여제공계획 유지 <input type="checkbox"/> 욕구조사 재 실시 및 급여제공계획서 재작성
급여제공 관련 유의사항 및 세부계획	

작성요령

1. 기본정보

- 수급자: 수급자의 성명, 장기요양등급, 장기요양인정번호를 적습니다.
- 프로그램관리자 성명: 프로그램 관리자의 성명을 작성하고 서명합니다.
- 시설장(관리책임자) 성명: 시설장(관리책임자)의 성명을 작성하고 서명합니다.

2. 욕구조사

- 보유질환, 영양상태, 신체상태, 일상생활기능, 인지 및 행동증상은 최근 1개월간의 상태를 종합하여 작성합니다.

3. 수급자의 심신상태 및 환경변화

- 이전 상태와 비교하여 최근 수급자의 상태 변화를 유지, 악화, 호전으로 평가하고 판단근거를 작성합니다.

4. 프로그램 제공계획 및 제공내용 확인

- 면담을 통해 급여제공계획서에 따라 제공한 내용을 확인하고 작성합니다.
- 필요내용, 제공방법: 급여제공계획서의 내용에 따라 수급자에게 제공되는 급여의 필요내용과 제공방법을 작성합니다.

1) 기본 프로그램은 현실인식훈련(개인정보, 지남력훈련 등), 운동요법 등을 매일 제공

▪ 작성예시

(필요내용) 반복적인 훈련으로 지남력 악화 방지, 일상생활활동 유지 등
(제공방법) 워크북 등 활용하여 개인정보, 지남력 훈련 등

2) 집단 프로그램은 음악활동, 인지자극훈련 등을 매일 제공하되, 매주 5일 이상 전문가(프로그램관리자, 외부 강사, 관련자격 소지자)에 의해 제공

▪ 작성예시

(필요내용) 전문적이고 다양한 활동으로 신체·인지기능 유지·증진 등
(제공방법) 음악활동(민요 따라하기, 악기연주, 옛날노래, 국악가락 등을 활용한 회상활동 등), 회상활동, 인지자극훈련

- 필요내용 제공여부: 필요내용의 제공 또는 미제공 여부를 확인하여 √표 합니다.

- 계획에 따른 급여제공 확인내용: 급여제공 후에 매월 수급자의 반응 및 특이사항(수행정도, 상태변화 등 종합적인평가)과 요양보호사 모니터링(프로그램 제공시 문제점, 조치사항 등) 내용을 기재합니다.

5. 프로그램 제공일정

- 매월 달력의 제공일자별로 기본, 집단 프로그램에 대한 구체적인 프로그램명을 기재합니다.

6. 수급자(보호자) 상담

- 일시와 상담방법(유선, 내방 등), 급여제공에 대한 수급자(보호자) 요구사항, 특이사항 등의 의견 및 급여 제공 관련 안내한 사항 등을 작성합니다.

7. 향후계획 및 기타사항

- 수급자 욕구 확인: 상담을 통해 수급자의 욕구 및 심신상태 변화 여부를 확인하여 √표 합니다.
- 급여제공계획 재작성 여부: 급여제공계획서의 재작성 여부를 판단하여 √표 합니다.
- 급여제공 관련 유의사항 및 세부계획: 급여제공 시 유의사항과 제공계획 등 작성하지 못한 내용을 추가로 작성합니다.

유의사항

1. 본 서식은 참고용 서식이나 서식에서 제시하고 있는 내용을 포함하여야 합니다.
2. 욕구조사 및 프로그램 제공계획 등은 매월 급여제공 전에 작성합니다.
3. 본 서식은 인지활동형 프로그램을 위한 프로그램관리자, 사회복지사, 간호(조무)사, 팀장급 요양보호사의 업무 수행을 위한 서식이며, 인지활동형 프로그램 제공계획은 프로그램관리자만 작성합니다.
4. 작성란이 부족한 경우에는 다른 장에 이어서 작성합니다.

부 칙

제1조(시행일) 이 세부사항은 2025년 7월 1일부터 시행한다.

제2조(적용례) 제12조제1항제1호마목의 개정규정은 2025년 2월 23일부터 소급 적용한다.

신 · 구조문대비표

현 행	개 정 안
<p>제4조의5(통합재가서비스 월 한도액 추가산정 및 지급기준 등) 고시 제13조제7항제3호 및 같은 조 제10항에 따른 월 한도액 추가산정 및 지급기준 등 구체적인 사항은 <u>다음과 같다</u>.</p> <p>1. 2. (생략)</p>	<p>제4조의5(통합재가서비스 월 한도액 추가산정 및 지급기준 등) - ----- ----- ----- ----- <u>다음 각 호와</u> ----- ----- -----.</p> <p>1. 2. (현행과 같음)</p>
<p>제12조(근무인원수 산정방법) ① 고시 제51조제4항에 따라 직원 1인의 월 기준 근무시간에 다음 각 호의 사항을 포함한다.</p> <p>1. 다음 각 목의 사항이 유급인 경우에 한해 1일 최대 8시간을 인정한다.</p> <p>가. ~ 라. (생략)</p> <p>마. 「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」 제18조의2에 의한 <u>배우자의 출산 휴가 : 10일</u> (<u>출산일로부터 90일</u> 이내 사용하되, <u>1회</u>에 한정하여 나누어 사용 가능)</p> <p>바. 사. (생략)</p>	<p>제12조(근무인원수 산정방법) ① ----- ----- -----.</p> <p>1. ----- ----- -----.</p> <p>가. ~ 라. (현행과 같음)</p> <p>마. ----- ----- <u>배우자</u> ----- <u>20일</u> <u>(출산일로부터 120일</u> ----- ----- <u>3회</u>----- -----</p> <p>바. 사. (현행과 같음)</p>

아. 「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」 제18조의3에 의한 난임치료휴가 중 유급인 최초 1일

2. (생략)

3. 근로시간 중에 참여한 교육 및 출장 등이 다음 각 목의 사항에 해당하는 경우 1일 8시간 내에서 실제 소요된 시간으로 한다.

가. 다음의 어느 하나에 해당하는 경우. 다만, 2)부터 5)까지 해당하는 보수교육의 경우 관할 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 신고한 직종 관련인 경우에 한함

1) ~ 13) (생략)

14) 기타 공단, 중앙행정기관, 지방자치단체에서 주관하는 장기요양기관 중 사자 대상 교육

나. ~ 사. (생략)

② ~ ⑤ (생략)

아.-----

- 2일

2. (현행과 같음)

3. -----

-----.

가. -----

1) ~ 13) (현행과 같음)

14) 공단, -----

나. ~ 사. (현행과 같음)

② ~ ⑤ (현행과 같음)

[별지 제24호서식]

[별지 제24호서식]

6쪽

프로그램관리자 및 사회복지사 업무수행 일지					
수급자 성명		장기요양 등급	장기요양 인정번호	수급자(보호자) 성명(인) 자필장 (관리책임자) 성명(인)	
욕구사정	① 신체상태				
	② 질병				
	③ 인지상태				
	④ 의사소통				
	⑤ 영양상태				
	⑥ 가족 및 환경				
총 합					
급여제공 계획	급여목표				
	필요 급여내용				
제공방법					
인지활동 프로그램 제공 계획	인지자극	필요내용			
	신체능력 강화·유지	필요내용			
			제공방법		
			제공방법		
보호자 상담					

(위쪽)

급여 및 인지활동 프로그램 제공 확인	확인내용	
	조치사항	
	급여제공자 성명(인)*	
	방문(상담)일시	()년 ()월 ()일 ~ ()일
방문장소*		
급여제공 중 방문여부*		
방문불가 사유*		
방문자 성명(인)		
작성요령		
1. 본 서식은 참고용 서식이나, 서식에서 제시하고 있는 내용을 포함하여야 합니다.		
2. 본 서식은 인지활동형 프로그램을 위한 프로그램관리자, 방문요양기관을 포함한 가정방문 급여기관의 사회복지사, 간호(조무)사, 팀장급 요양보호사의 업무 수행을 위한 서식이며, 인지활동 프로그램제공 계획은 프로그램관리자만 작성합니다.		
3. 항목별 작성 내용 예시는 다음과 같으며, 수급자 상태별 필요 내용을 더욱 상세하게 기재하도록 합니다.		
○ 급여제공 계획 작성 예시		
- 급여목표 : 배뇨조절 등		
- 필요 급여내용 : 기저귀 사용을 줄이고 규칙적인 화장실 이용하기 등		
- 제공방법 : 배뇨 속도 발생 시 화장실 이동 도움, 변기 사용 도움, 시간에 맞춰 배뇨훈련 등		
○ 인지활동 프로그램제공 계획 작성 예시		
- 인지자극 : (필요내용) 사람지남력 강화 방지 등 (제공방법) 기억력 향상 워크북, 사진 보며 회상하기 등		
- 신체능력 강화유지 : (필요내용) 일상생활활동능력 유지 등 (제공방법) 음식조리 함께 하기, 팔뚝하기 등		
○ 보호자 상담 작성 예시		
- 지체장애자의 특성 설명, 지체장애자 지원을 위한 인프라 안내, 지체가족 고충 상담 등에 대하여 상세한 상담 내용 기재		
○ 급여 및 인지활동프로그램 제공 확인 작성 예시		
- 확인내용 : 배뇨 속도 발생 시 화장실 이동 요청, 화장프로그램에 적극적으로 참여, 꾸준 맞추기는 걸음까지 못하고도 수동적 자제 보여 난이도 조절 필요 등		
- 조치사항 : 교육, 상담, 상담, 간담회 등		
4. 주야간보호기관은 가 표시된 항목을 작성하지 않습니다.		

[별지 제24호서식]

[별지 제24호 서식] <개정 0000. 00. 00.>

가정방문형 프로그램관리자 및 사회복지사 업무수행 일지

면적 6쪽(6쪽)

1. 기본정보		면적 6쪽(6쪽)																					
수급자	성명	장기요양인정번호																					
		장기요양등급																					
방문일시	()년 ()월 ()일 ()시 ()분 ~ ()시 ()분		<input type="checkbox"/> 급여제공 중 방문 <input type="checkbox"/> 급여제공 외 시간 방문																				
방문장소	<input type="checkbox"/> 수급자 자택 <input type="checkbox"/> 기타장소()																						
방문불가 사유	<input type="checkbox"/> 사안 <input type="checkbox"/> 일회 <input type="checkbox"/> 최종 급여제공 종료 <input type="checkbox"/> 기타()																						
내용																							
방문자 성명	(서명)	실질장 성명	(서명)																				
2. 욕구조사																							
가. 부유질환	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음()																						
나. 발달장애	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 [] 식욕부진 [] 체중감소 [] 체중과다 [] 기타()																						
다. 신체장애																							
1) 보행장애	<input type="checkbox"/> 자외발할 가능 <input type="checkbox"/> 보조구를 사용하여 자외발할 가능 <input type="checkbox"/> 보조구를 사용하여 보행에 어려움 <input type="checkbox"/> 보행 불가능																						
2) 신체기능	<table border="0" style="width:100%;"> <tr> <td>바깥에 양손 실패에서 떨어뜨리기</td> <td><input type="checkbox"/> 손가락</td> <td>지시(문자)이름</td> <td><input type="checkbox"/> 손가락</td> <td>적립(문자)이름</td> <td><input type="checkbox"/> 손가락</td> <td>적립(문자)이름</td> <td><input type="checkbox"/> 손가락</td> <td>적립(문자)이름</td> <td><input type="checkbox"/> 손가락</td> </tr> <tr> <td>바닥에 양손 실패에서 떨어뜨리기</td> <td><input type="checkbox"/> 손가락</td> <td>지시(문자)이름</td> <td><input type="checkbox"/> 손가락</td> <td>적립(문자)이름</td> <td><input type="checkbox"/> 손가락</td> <td>적립(문자)이름</td> <td><input type="checkbox"/> 손가락</td> <td>적립(문자)이름</td> <td><input type="checkbox"/> 손가락</td> </tr> </table>			바깥에 양손 실패에서 떨어뜨리기	<input type="checkbox"/> 손가락	지시(문자)이름	<input type="checkbox"/> 손가락	적립(문자)이름	<input type="checkbox"/> 손가락	적립(문자)이름	<input type="checkbox"/> 손가락	적립(문자)이름	<input type="checkbox"/> 손가락	바닥에 양손 실패에서 떨어뜨리기	<input type="checkbox"/> 손가락	지시(문자)이름	<input type="checkbox"/> 손가락	적립(문자)이름	<input type="checkbox"/> 손가락	적립(문자)이름	<input type="checkbox"/> 손가락	적립(문자)이름	<input type="checkbox"/> 손가락
바깥에 양손 실패에서 떨어뜨리기	<input type="checkbox"/> 손가락	지시(문자)이름	<input type="checkbox"/> 손가락	적립(문자)이름	<input type="checkbox"/> 손가락	적립(문자)이름	<input type="checkbox"/> 손가락	적립(문자)이름	<input type="checkbox"/> 손가락														
바닥에 양손 실패에서 떨어뜨리기	<input type="checkbox"/> 손가락	지시(문자)이름	<input type="checkbox"/> 손가락	적립(문자)이름	<input type="checkbox"/> 손가락	적립(문자)이름	<input type="checkbox"/> 손가락	적립(문자)이름	<input type="checkbox"/> 손가락														
3) 타노기	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 ()																						
4) 타노기	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 ()																						
라. 발달장애	※ 인지력 향상 가능, ※ 인지력 향상() 가능, ※ 인지력 향상() 가능, ※ 인지력 향상() 가능																						
1) 인지력 향상	구분	구분	구분																				
2) 세우하기	() () () ()	3) 앉혀놓기() () () ()	() () () ()																				
4) 화장실(이동)하기	() () () ()	5) 세우하기	() () () ()																				
다. 인지 및 활동능력	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음																						
가. 인지기능	<input type="checkbox"/> 기억력 저하() () () () () <input type="checkbox"/> 판단력 저하 <input type="checkbox"/> 이해력 저하 <input type="checkbox"/> 추론력 저하																						
나. 활동능력	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음()																						
바. 불거림	<input type="checkbox"/> 폭거 <input type="checkbox"/> 비위자 <input type="checkbox"/> 자해 <input type="checkbox"/> 어수선 사위 <input type="checkbox"/> 합계 : 자해 <input type="checkbox"/> 손자녀 <input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 친척 <input type="checkbox"/> 기타()																						
210m x 297m [4상지(80/70) 또는 4상지(80/70)]																							

3. 수급자의 심신상태 및 환경변화		면적 6쪽(6쪽)	
심신상태 구분	특징	악화	호전
가. 식사 및 영양섭취	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
나. 신체장애	가) 보행	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
다. 발달장애	나) 신체기능	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
라. 인지기능	다) 타노기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
마. 활동능력	가) 일상생활	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
바. 가족 및 생활환경	나) 일상생활수행	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
사. 기타 및 불행사건	라. 인지기능	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	마. 활동능력	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	바. 가족 및 생활환경	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 급여제공계획 및 제공내용 확인			
급여종류	필요내용	제공내용	계획에 따른 급여제공 확인내용
방문요양		<input type="checkbox"/> 제공 <input type="checkbox"/> 미제공	계획에 따른 급여제공 확인내용
방문특수		<input type="checkbox"/> 제공 <input type="checkbox"/> 미제공	계획에 따른 급여제공 확인내용
방문간호		<input type="checkbox"/> 제공 <input type="checkbox"/> 미제공	계획에 따른 급여제공 확인내용
5. 인지활동프로그램 제공내용 확인			
인지활동형 프로그램	제공계획	계획에 따른 급여제공 확인내용	항목 제공계획
	필요내용	제공 확인내용	미제공 사유
인지지원활동	<input type="checkbox"/> 제공 <input type="checkbox"/> 미제공		
일상생활 활동하기	<input type="checkbox"/> 제공 <input type="checkbox"/> 미제공		
6. 수급자(보호자) 상담			
7. 향후계획 및 기타사항			
수급자 요구	<input type="checkbox"/> 서비스 요구 변경 있음 <input type="checkbox"/> 변화 없음		
확인	<input type="checkbox"/> 수급자 심신상태 등 변화 있음		
급여제공계획	<input type="checkbox"/> 급여제공계획 유지 <input type="checkbox"/> 급여제공계획 수정		
장안상태	<input type="checkbox"/> 욕구조사 필요시 등 급여제공계획서 재작성		
급여제공 중단	<input type="checkbox"/> 사유사유 등		
후의사항 등			
수급자(보호자) 성명	(서명)	급여제공자 성명	(서명)
210m x 297m [4상지(80/70) 또는 4상지(80/70)]			

[별지 제24호의2서식]	[별지 제24호의2서식]																												
[별지 제24호의2서식] (알쪽)	[별지 제24호의2서식] (알쪽)																												
치매전담형 프로그램관리자 업무수행 일지 ()년 ()월	주야간보호 및 치매전담형 프로그램관리자 업무수행 일지 ()년 ()월																												
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>수급자 성명</td> <td>장기요양등급</td> <td>인정번호</td> <td>L</td> </tr> <tr> <td>프로그램관리자 성명</td> <td>(인)</td> <td>시설장(관리책임자) 성명</td> <td>(인)</td> </tr> </table>	수급자 성명	장기요양등급	인정번호	L	프로그램관리자 성명	(인)	시설장(관리책임자) 성명	(인)	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>수급자 성명</td> <td>장기요양등급</td> <td>인정번호</td> <td>L</td> </tr> <tr> <td>프로그램관리자 성명</td> <td>(서명)</td> <td>시설장(관리책임자) 성명</td> <td>(서명)</td> </tr> </table>	수급자 성명	장기요양등급	인정번호	L	프로그램관리자 성명	(서명)	시설장(관리책임자) 성명	(서명)												
수급자 성명	장기요양등급	인정번호	L																										
프로그램관리자 성명	(인)	시설장(관리책임자) 성명	(인)																										
수급자 성명	장기요양등급	인정번호	L																										
프로그램관리자 성명	(서명)	시설장(관리책임자) 성명	(서명)																										
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td rowspan="7">욕구사정</td> <td>① 신체상태</td> <td></td> </tr> <tr> <td>② 질병</td> <td></td> </tr> <tr> <td>③ 인지상태</td> <td></td> </tr> <tr> <td>④ 의사소통</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑤ 영양상태</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑥ 가족 및 환경</td> <td></td> </tr> <tr> <td>총 합</td> <td></td> </tr> </table>	욕구사정	① 신체상태		② 질병		③ 인지상태		④ 의사소통		⑤ 영양상태		⑥ 가족 및 환경		총 합		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td rowspan="7">프로그램 제공 계획</td> <td>급여목표</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">기본 프로그램</td> <td>필요내용</td> <td></td> </tr> <tr> <td>제공방법</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">집단 프로그램</td> <td>필요내용</td> <td></td> </tr> <tr> <td>제공방법</td> <td></td> </tr> </table>	프로그램 제공 계획	급여목표		기본 프로그램	필요내용		제공방법		집단 프로그램	필요내용		제공방법	
욕구사정		① 신체상태																											
		② 질병																											
		③ 인지상태																											
		④ 의사소통																											
		⑤ 영양상태																											
		⑥ 가족 및 환경																											
	총 합																												
프로그램 제공 계획	급여목표																												
	기본 프로그램	필요내용																											
		제공방법																											
	집단 프로그램	필요내용																											
		제공방법																											

[별지 제24호의2서식]	[별지 제24호의2서식]																												
[별지 제24호의2서식] (알쪽)	[별지 제24호의2서식] (알쪽)																												
치매전담형 프로그램관리자 업무수행 일지 ()년 ()월	주야간보호 및 치매전담형 프로그램관리자 업무수행 일지 ()년 ()월																												
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>수급자 성명</td> <td>장기요양등급</td> <td>인정번호</td> <td>L</td> </tr> <tr> <td>프로그램관리자 성명</td> <td>(인)</td> <td>시설장(관리책임자) 성명</td> <td>(인)</td> </tr> </table>	수급자 성명	장기요양등급	인정번호	L	프로그램관리자 성명	(인)	시설장(관리책임자) 성명	(인)	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>수급자 성명</td> <td>장기요양등급</td> <td>인정번호</td> <td>L</td> </tr> <tr> <td>프로그램관리자 성명</td> <td>(서명)</td> <td>시설장(관리책임자) 성명</td> <td>(서명)</td> </tr> </table>	수급자 성명	장기요양등급	인정번호	L	프로그램관리자 성명	(서명)	시설장(관리책임자) 성명	(서명)												
수급자 성명	장기요양등급	인정번호	L																										
프로그램관리자 성명	(인)	시설장(관리책임자) 성명	(인)																										
수급자 성명	장기요양등급	인정번호	L																										
프로그램관리자 성명	(서명)	시설장(관리책임자) 성명	(서명)																										
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td rowspan="7">욕구사정</td> <td>① 신체상태</td> <td></td> </tr> <tr> <td>② 질병</td> <td></td> </tr> <tr> <td>③ 인지상태</td> <td></td> </tr> <tr> <td>④ 의사소통</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑤ 영양상태</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑥ 가족 및 환경</td> <td></td> </tr> <tr> <td>총 합</td> <td></td> </tr> </table>	욕구사정	① 신체상태		② 질병		③ 인지상태		④ 의사소통		⑤ 영양상태		⑥ 가족 및 환경		총 합		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td rowspan="7">프로그램 제공 계획</td> <td>급여목표</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">기본 프로그램</td> <td>필요내용</td> <td></td> </tr> <tr> <td>제공방법</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">집단 프로그램</td> <td>필요내용</td> <td></td> </tr> <tr> <td>제공방법</td> <td></td> </tr> </table>	프로그램 제공 계획	급여목표		기본 프로그램	필요내용		제공방법		집단 프로그램	필요내용		제공방법	
욕구사정		① 신체상태																											
		② 질병																											
		③ 인지상태																											
		④ 의사소통																											
		⑤ 영양상태																											
		⑥ 가족 및 환경																											
	총 합																												
프로그램 제공 계획	급여목표																												
	기본 프로그램	필요내용																											
		제공방법																											
	집단 프로그램	필요내용																											
		제공방법																											

(뒤쪽)

프로그램 제공 일정							
프로그램명	월	화	수	목	금	토	일
1주	기본						
	집단						
2주	기본						
	집단						
3주	기본						
	집단						
4주	기본						
	집단						
5주	기본						
	집단						

프로그램 제공확인	수급자 반응 및 특이사항	
	요양보호사 모니터링	
보호자 상담	일시·방법	
	내용	

작성요령	
1. 본 서식은 참고용 서식이나, 서식에서 제시하고 있는 내용을 포함하여야 합니다.	
2. 욕구사정은 매월 급여제공 전에 작성합니다.	
3. 프로그램 제공 계획은 매월 급여제공 전에 작성하여야 하며, 항목별 작성 내용 예시는 다음과 같으며, 수급자 상태별 필요내용 등을 상세히 기재하도록 합니다.	
1) 기본 프로그램은 현실인식훈련(개인정보, 지남력훈련 등), 운동요법 등을 매월 제공 - 작성예시 • (필요내용) 반복적인 훈련으로 지남력 악화 방지, 일상생활활동 유지 등 • (제공방법) 워크북 등 활용하여 개인정보, 지남력 훈련 등	
2) 집단 프로그램은 음악활동, 인지자극훈련 등을 매월 제공하되, 매주 5일 이상 전문가(프로그램관리자, 외부강사, 관련 자격 소지자)에 의해 제공 - 작성예시 • (필요내용) 전문적이고 다양한 활동으로 신체·인지기능 유지·증진 등 • (제공방법) 음악활동(민요따라하기, 악기연주, 옛날노래, 국악가락 등을 활용한 회상활동 등), 회상활동, 인지자극훈련	
4. 프로그램 제공 일정은 매월 달력의 제공일자별로 기본, 소그룹, 집단 프로그램에 대한 구체적인 프로그램명을 기재합니다.	
5. 프로그램 제공 확인은 급여제공 후에 매월 수급자의 반응 및 특이사항(수행정도, 상태변화 등 종합적인 평가)과 요양보호사 모니터링(프로그램 제공시 문제점, 조치사항 등) 내용을 기재합니다.	
6. 보호자 상담은 일시와 상담방법(유선, 내방 등), 상담내용을 상세히 기재합니다.	

(뒤쪽)

3. 수급자의 심신상태 및 환경변화						
심신상태 구분	유지	악화	호전	판단근거		
가. 식사 및 영양상태	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
나. 신체상태	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
다. 일상생활 기능	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
라. 인지기능	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
마. 행동증상	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
바. 가족 및 생활환경	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
사. 기타 및 종합평가	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

4. 프로그램 제공계획 및 제공내용 확인						
구분	필요내용	제공방법	필요내용 제공여부	이제공 사유	수급자 반응 및 특이사항	요양보호사 모니터링
기본프로그램			<input type="checkbox"/> 제공 <input type="checkbox"/> 미제공			
집단프로그램			<input type="checkbox"/> 제공 <input type="checkbox"/> 미제공			

5. 프로그램 제공일정							
프로그램명	월	화	수	목	금	토	일
1주	기본						
	집단						
2주	기본						
	집단						
3주	기본						
	집단						
4주	기본						
	집단						
5주	기본						
	집단						

6. 수급자(보호자) 상담			
일시	년 월 일 (:)	상담자 성명 및 관계	()
방법	<input type="checkbox"/> 방문 <input type="checkbox"/> 내방 <input type="checkbox"/> 전화 <input type="checkbox"/> 문자 <input type="checkbox"/> 기타	연락처	
내용			

7. 향후계획 및 기타사항	
수급자 욕구 및 상태 변화	<input type="checkbox"/> 서비스 욕구 변화 있음 <input type="checkbox"/> 변화 없음
급여제공계획	<input type="checkbox"/> 수급자 심신상태 등 변화 있음 <input type="checkbox"/> 급여제공계획 유지
재작성 여부	<input type="checkbox"/> 욕구조사 재 실시 및 급여제공계획서 재작성
급여제공 관련 유의사항 및 세부계획	

작성요령	
1. 기본정보	<ul style="list-style-type: none"> - 수급자: 수급자의 성명, 장기요양등급, 장기요양인정번호를 적습니다. - 프로그램관리자 성명: 프로그램 관리자의 성명을 작성하고 서명합니다. - 시설장(관리책임자) 성명: 시설장(관리책임자)의 성명을 작성하고 서명합니다.
2. 욕구조사	<ul style="list-style-type: none"> - 포괄적인, 영양상태, 신체상태, 일상생활기능, 인지 및 행동증상은 최근 1개월간의 상태를 종합하여 작성합니다.
3. 수급자의 심신상태 및 환경변화	<ul style="list-style-type: none"> - 이전 상태와 비교하여 최근 수급자의 상태 변화를 유지, 악화, 호전으로 평가하고 판단근거를 작성합니다.
4. 프로그램 제공계획 및 제공내용 확인	<ul style="list-style-type: none"> - 연달을 통해 급여제공계획서에 따라 제공한 내용을 확인하고 작성합니다. - 필요내용, 제공방법: 급여제공계획서의 내용에 따라 수급자에게 제공되는 급여의 필요내용과 제공방법을 작성합니다.
5. 프로그램 제공일정	<ul style="list-style-type: none"> 1) 기본 프로그램은 현실인식훈련(개인정보, 지남력훈련 등), 운동요법 등을 매월 제공 • 작성예시 (필요내용) 반복적인 훈련으로 지남력 악화 방지, 일상생활활동 유지 등 (제공방법) 워크북 등 활용하여 개인정보, 지남력 훈련 등 2) 집단 프로그램은 음악활동, 인지자극훈련 등을 매월 제공하되, 매주 5일 이상 전문가(프로그램관리자, 외부강사, 관련자격 소지자)에 의해 제공 • 작성예시 (필요내용) 전문적이고 다양한 활동으로 신체·인지기능 유지·증진 등 (제공방법) 음악활동(민요따라하기, 악기연주, 옛날노래, 국악가락 등을 활용한 회상활동 등), 회상활동, 인지자극훈련
6. 수급자(보호자) 상담	<ul style="list-style-type: none"> - 필요내용 제공여부: 필요내용의 제공 또는 미제공 여부를 확인하여 기록 합니다. - 계획에 따른 급여제공 확인내용: 급여제공 후에 매월 수급자의 반응 및 특이사항(수행정도, 상태변화 등 종합적인평가)과 요양보호사 모니터링(프로그램 제공시 문제점, 조치사항 등) 내용을 기재합니다.
7. 향후계획 및 기타사항	<ul style="list-style-type: none"> 1) 프로그램 제공일정
8. 보호자 상담	<ul style="list-style-type: none"> - 일시와 상담방법(유선, 내방 등), 급여제공에 대한 수급자(보호자) 요구사항, 특이사항 등의 의견 및 급여 제공 관련 안내 사항 등을 작성합니다.
9. 향후계획 및 기타사항	<ul style="list-style-type: none"> - 수급자 욕구 확인: 상담을 통해 수급자의 욕구 및 심신상태 변화 여부를 확인하여 기록 합니다. - 급여제공계획 재작성 여부: 급여제공계획서의 재작성 여부를 판단하여 기록 합니다. - 급여제공 관련 유의사항 및 세부계획: 급여제공 시 유의사항과 제공계획 등 작성하지 못한 내용을 추가로 작성합니다.
유의사항	
1. 본 서식은 참고용 서식이나 서식에서 제시하고 있는 내용을 포함하여야 합니다.	
2. 욕구조사 및 프로그램 제공계획 등은 매월 급여제공 전에 작성합니다.	
3. 본 서식은 인지활동용 프로그램에 위한 프로그램관리자, 사회복지사, 간호(조)사, 워킹코치, 요양보호사의 업무 수행을 위한 서식이며, 인지활동용 프로그램 제공계획은 프로그램관리자만 작성합니다.	
4. 작성일이 부족한 경우에는 다른 장에 이어서 작성합니다.	

<p>부칙(제 2025-4호, 2025.2.28.)</p> <p>제1조(시행일) 이 세부사항은 2025년 3월 1일부터 시행한다.</p>	<p>부칙(제 2025-12호, 2025.6.30.)</p> <p>제1조(시행일) 이 세부사항은 2025년 7월 1일부터 시행한다.</p> <p>제2조(적용례) 제12조제1항제1호마목의 개정규정은 2025년 2월 23일부터 소급 적용한다.</p>
--	---