

1. 개정이유

‘26년 개정되는 고시 주요내용을 반영하여 세부사항도 함께 정비하고자 함

2. 주요내용

가. 장기근속 장려금 지급내역 제출 방법 신설(안 제4조의4 및 별지 제11호의4 서식 신설)

나. 농어촌 인력수급취약지역 지원금 신설에 따른 종사자 근무시간 명시(안 제4조의6)

다. 방문요양, 방문간호, 종일 방문요양, 주·야간보호 급여비용 가산방식 개선(안 제5조, 제7조)

라. 원거리교통비용 산정 기준 문구 명확화(안 제6조)

마. 근로기준법이 적용되지 않는 종사자 유급휴가 신설, 예비군 훈련 등 근무시간 인정기준 신설 및 보수교육 근거 법률 현행화(안 제12조)

바. 맞춤형서비스제공 가산 적용기준 완화(안 제19조)

사. 퇴사특례 적용을 위한 세부기준 마련(안 제21조)

아. 가정방문급여 전문인 배상책임보험 가입 대상 명확화(안 제22조)

자. 서식 개정 및 관련 조항 정비(안 제11조, 제17조, 별지 제24호, 제24호의2 서식 개정 및 제24호의3 서식 신설)

3. 기타사항

○ 신·구조문대비표, 별지 서식

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

2025년 12월 31일

국민건강보험공단 이사장

장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 세부사항 일부개정안

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

제4조의5를 삭제하고, 제4조의4를 제4조의5로 하며, 제4조의4 및 별지 제11호의4서식을 다음과 같이 신설한다.

제4조의4(장기근속 장려금 지급내역 제출 방법 등) 고시 제11조의4제10항에 따라 장기요양기관의 장은 매월 급여비용 청구 시 전월 공단에서 지급받은 장기근속 장려금에 대해 해당 종사자에게 지급한 내역을 별지 제11호의4서식으로 제출하여야 한다.

작성요령 및 주의사항

- ① 장기근속 장려금 지급내역서는 심사 접수번호 별로 제출하여야 합니다.
- ② 장기근속 장려금 지급내역은 심사결정내역 기준으로 장기근속 장려금 지급 대상인 인원에 대해 생성됩니다.
- ③ 장기근속 장려금 지급확인에 필요한 청구일자, 급여제공연월, 심사결정내역은 자동으로 생성됩니다.
- ④ 실제 장기근속 장려금을 지급한 인원에 대해 지급확인에 체크하며, 지급금액은 사회보험기관부담금, 퇴직적립금 등을 포함한 세전금액입니다.
- ⑤ 생성된 인원에 대해 모두 지급확인이 되어야 지급내역서 제출이 가능합니다.
※ 한 건이라도 미 체크 시 제출이 불가능합니다.

제4조의6을 다음과 같이 신설한다.

제4조의6(농·어촌 인력수급취약지역 지원금 산정을 위한 종사자 근무시간 산정방법) 고시 제11조의8제4항에 따라 고시 제11조의8제1항제3호에 해당하는 종사자의 근무시간은 제4조의3제2항 각 호의 기준을 준용하여 산정한다. 다만, 고시 제11조의8제2항에 따른 ‘가족’에 해당하는 수급자에게 가정방문급여를 제공하는 경우, 그 급여제공시간은 제외하여 산정한다.

제5조제1항 각 호 외의 부분 중 “시간대(22시 이후~06시 이전)와”를 “시간과”로, “시간대(22시 전 또는 06시 후)가”를 “시간이”로 하고, 같은 항 제1호 중 “말한다.”를 “말하고, ‘가산 산정비율’은 고시 제20조제1항에 따라 해당 가산 적용시간이 속하는 가산비율을 적용한다.”로 하며, 같은 항에 제4호 및 제5호를 각각 다음

과 같이 신설한다.

4. ‘급여 제공시간’은 고시 제18조 및 제28조의 표에 따른 각 급여비용의 최저 시간을 말한다.

5. ‘가산 적용시간’이 ‘급여 제공시간’을 초과할 때는 기본 급여비용의 가산 산정비율만을 적용한다.

같은 항 표를 다음과 같이 한다.

■ 삭 제
■ 삭 제
$\text{기본 급여비용} \times \text{가산 산정비율} \times \frac{\text{가산 적용시간(분)}}{\text{급여 제공시간(분)}}$

같은 조 제2항 중 예시1) 예시2)표를 다음과 같이 한다.

예시1) 방문요양 급여제공을 18:00에 시작하여 24:00에 종료한 경우(360분)

① 최초 270분
- 급여 제공시간 240분(기본 급여비용 : 고시 제18조 표 ‘가-8’ 급여비용)
- 가산 적용시간 30분(22:00~22:30)
② 2회째 90분
- 급여 제공시간 90분(기본 급여비용 : 고시 제18조 표 ‘가-3’ 급여비용)
- 가산 적용시간 90분(22:30~24:00)



① 삭 제
22:00~22:30 : 고시 제18조 표 ‘가-8’ 급여비용 $\times 0.3 \times 30 \div 240$
② 22:30~24:00 : 고시 제18조 표 ‘가-3’ 급여비용 $\times 0.3 \times 90 \div 90$

예시2) 방문요양 급여제공을 공휴일 18:00에 시작하여 다음 날 02:00에 종료한 경우(480분)

① 최초 240분
- 급여 제공시간 240분(기본 급여비용 : 고시 제18조 표 ‘가-8’ 급여비용)
- 가산 적용시간 240분(18:00~22:00)
② 2회째 240분
- 급여 제공시간 240분(기본 급여비용 : 고시 제18조 표 ‘가-8’ 급여비용)
- 가산 적용시간 240분(22:00~02:00)



① 18:00~22:00 : 고시 제18조 표 ‘가-8’ 급여비용 $\times 0.5 \times 240 \div 240$
② 22:00~24:00 : 고시 제18조 표 ‘가-8’ 급여비용 $\times 0.5 \times 120 \div 240$
24:00~02:00 : 고시 제18조 표 ‘가-8’ 급여비용 $\times 0.3 \times 120 \div 240$

제5조제3항 단서 중 “적용되는 서비스 제공한 시간”을 “적용시간”으로 하며, 표 안의 내용을 다음과 같이 한다.

- | |
|---|
| ① 기본수가 $\times 0.3 \times 22\text{시}-06\text{시}$ 사이, 일요일 서비스 제공한 시간(분) \div <u>급여 제공시간(720분)</u>
② 기본수가 $\times 0.5 \times$ 유급휴일, 근로자의 날 서비스 제공한 시간(분) \div <u>급여 제공시간(720분)</u> |
|---|

제6조제3항 중 “제21조제1항”을 “제21조제1항 및 제22조제4항”으로 한다.

제7조제1항 중 “산정한다.”를 “산정하고, ‘가산 산정비율’은 고시 제33조제1항에 따라 해당 가산 적용시간이 속하는 가산비율을 적용한다.”로 하고, 같은 항의 표를 다음과 같이 한다.

■ 삭 제

$$\text{기본 급여비용} \times \text{가산 산정비율} \times \frac{\text{가산 적용시간(분)}}{\text{급여 제공시간(분)}}$$

예시1)의 표를 다음과 같이 한다.

- | |
|---|
| - <u>급여 제공시간</u> 600분(기본 급여비용 : 고시 제31조 표 ‘라-4’ 급여비용)
- 가산 적용시간 60분(18:00~19:00) |
|---|



- <u>가산금액</u> = [고시 제31조 표 ‘라-4’ 급여비용] $\times 0.2 \times 60 \div 600$
--

예시2)의 표를 다음과 같이 한다.

- | |
|--|
| - <u>급여 제공시간</u> 600분(기본 급여비용 : 고시 제31조 표 ‘라-4’ 급여비용)
- 가산 적용시간 240분(18:00~22:00) |
|--|



- <u>가산금액</u> = [고시 제31조 표 ‘라-4’ 급여비용] $\times 0.2 \times 240 \div 600$

제7조제2항 중 “총 급여 제공시간”을 “급여 제공시간”로 하고, 같은 항의 표를 다음과 같이 한다.

- 급여 제공시간 780분(기본 급여비용 : 고시 제31조 표 '라-5' 급여비용)
- 가산 적용시간 240분(18:00~22:00)



$$\text{가산금액} = [\text{고시 제31조 표 '라-5' 급여비용}] \times 0.2 \times 240 \div 780$$

제11조제1항 중 “제24호의2서식”을 “제24호의2서식, 제24호의3서식”로 한다.

제12조제1항제1호다목 1)부터 6)까지 외의 부분 중 “불가”를 “불가(경조사 휴가 기간 중 종사자의 휴무일이 포함된 경우에는 휴가일수에 산입하지 않음)”로 하고, 같은 호 바목 중 “대표자인 시설장”을 “종사자(시설장 포함)”로, “제60조를 준용하되, 직종 변경이력이 있는 경우에는 최종 신고수리일자를 기준으로 계속 근로 기간을 산정”을 “제60조제1항부터 제4항, 제7항을 준용함”으로 하며, 같은 항 제2호에 사목을 다음과 같이 신설하고, 같은 항 제3호가목2) 중 “「간호조무사 및 의료유사업자에 관한 규칙」”를 “「간호법」”로, “보건 의료인”을 “간호조무사”로 한다.

사. 다목이 적용되지 않는 종사자(시설장 포함)의 「예비군법」에 따른 예비군 훈련, 「민방위기본법」에 따른 민방위 훈련, 「공직선거법」에 따른 투표 참가 시간

제17조제1항에 단서를 다음과 같이 신설한다.

다만, 규칙 별표1에 따라 주·야간보호형 통합재가서비스 제공기관이 주·야간보호를 월 10일 이상 이용하는 수급자에 대하여 가정방문을 갈음하여 주·야간보호 제공 시간 중에 급여관리 업무를 수행하는 경우에는 별지 제24호의2서식(주·야간보호 내 치매전담실은 별지 제24호의3서식)을 참고하여 작성하고 보관한다.

제19조에 제4항을 다음과 같이 신설한다.

④ 맞춤형 프로그램을 수급자 심신상태에 따라 동일한 날에 그룹별로 실시한 경우 그룹별 제공시간을 합하여 총 60분 이상 충족 시 1일 1회 제공한 것으로 인정한다.

제21조 제목 외의 부분을 제1항으로 하고, 같은 조 제1항(종전의 제목 외의 부분) 제1호 중 “기관유형”을 “기관기호 또는 기관유형”으로 하며, 같은 조에 제2항을 다음과 같이 신설한다.

② 고시 제67조제2항제2호에 따른 ‘적극적인 채용노력’은 해당 특례 적용 직종에 대한 채용 공고 및 면접 등 종사자 채용을 위한 구인 활동을 의미하며, 이는 증빙서류를 통해 확인되어야 한다.

제22조제2항 각 호 외의 부분 전단 중 “2인의 요양보호사가 방문요양급여 또는 방문목욕급여를”을 “가정방문급여를 2인의 종사자가”로, “요양보호사별”을 “종사자별”로 하고, 같은 항 각 호 외의 부분 후단 중 “요양보호사”를 “종사자”로 하며, 같은 항 제1호 중 “방문요양급여”를 “방문요양급여 또는 방문간호급여”로, “아니한 해당 요양보호사”를 “않은 해당 종사자”로 하고, 같은 항 제2호를 다음과 같이 하며, 같은 조 제3항을 삭제한다.

2. 방문목욕급여는 다음에 해당하는 금액을 공제하고 급여비용을 산정한다.

별지 제24호서식, 별지 제24호의2서식을 다음과 같이 변경하고, 별지 제24호의3서식을 신설한다.

가정방문급여(통합재가서비스 포함) 급여관리 업무수행 일지
(공통) 방문요양 인지활동형 프로그램관리자 업무수행 일지

()년 ()월

1. 기본정보

수급자	성명	장기요양인정번호	
		장기요양등급	
방문정보	방문일시	년 월 일(:)	<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"/> 사망 <input type="checkbox"/> 입원 <input type="checkbox"/> 월 중 급여제공 종료 <input type="checkbox"/> 기타()		
	내용		
방문(확인)자 성명		(서명)	시설장(관리책임자) 성명
			(서명)

2. 욕구조사

가. 보유질환	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음()			
나. 영양상태	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 불량 [] 식욕부진 [] 체중감소 [] 체중과다 [] 기타()			
다. 신체상태				
1) 보행상태	<input type="checkbox"/> 자립보행 가능 <input type="checkbox"/> 보장구를 사용하여 자립보행 가능 <input type="checkbox"/> 부축해주면 보행 가능 <input type="checkbox"/> 보장구를 사용하여 부축을 받아 보행 가능 <input type="checkbox"/> 보행 불가			
2) 신체기능	바닥에 앉은 상태에서 일어서기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	누운 상태에서 몸 일으켜 앉기	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) 배뇨기능	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 요실금 <input type="checkbox"/> 배뇨곤란(배뇨 시 통증, 배뇨 지연 등) <input type="checkbox"/> 요의 느끼지 못함 <input type="checkbox"/> 기타()			
4) 배변기능	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 변실금 <input type="checkbox"/> 잦은 설사 <input type="checkbox"/> 변비 <input type="checkbox"/> 변의 느끼지 못함 <input type="checkbox"/> 기타()			
라. 일상생활기능 ※ 0 혼자 할 수 있음, 1 지시(준비)도움, 2 직접(부축)도움, 3 전혀 수행할 수 없음				
구분		확인	구분	확인
1) 식사하기		0 1 2 3	3) 양치질하기(틀니관리)	0 1 2 3
2) 세수하기		0 1 2 3	4) 화장실(이동변기) 사용하기	0 1 2 3
마. 인지 및 행동증상				
1) 인지기능	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 기억력 저하([]단기, []장기) <input type="checkbox"/> 지남력 저하([]시간, []장소, []사람) <input type="checkbox"/> 판단력 저하 <input type="checkbox"/> 이해력 저하 <input type="checkbox"/> 주의력 저하			
2) 행동증상	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음()			
바. 동거인	<input type="checkbox"/> 독거 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 자녀 <input type="checkbox"/> 며느리·사위 <input type="checkbox"/> 형제·자매 <input type="checkbox"/> 손자녀 <input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 친척 <input type="checkbox"/> 기타()			

3. 수급자의 심신상태 및 환경변화

※ 직전 방문상태와 비교하여 작성

심신상태 구분		유지	악화	호전	판단근거(구체적 변화 내용)
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. 급여제공 계획 및 내용 확인

※ 가산이 적용되는 급여관리 업무(통합재가서비스 포함) 수행 시 필수 작성

급여종류	제공계획		계획에 따른 급여제공 확인내용		
	필요영역	필요내용	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. 인지활동형 프로그램 제공 계획 및 내용 확인

※ 인지활동형 프로그램관리자만 필수 작성

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

※ 월 중 1회 통합상담한 경우, 각 급여종류별 상담내용 모두 기재

7. 향후계획 및 기타사항

※ 통합재가서비스 제공기관은 유의사항 및 세부계획에 급여종류별 조치계획 등 작성

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: 수급자 성명, 장기요양인정번호, 장기요양등급을 적습니다.
- 방문정보: 방문일시, 방문장소 및 급여제공 중 방문여부를 작성합니다.
- 방문불가 사유: 수급자의 가정에 방문하지 못한 경우, 그 사유에 √표를 하고 내용(사망일시, 입원일시, 급여제공 종료 일자 등 상세내용)을 작성합니다.
- 방문(확인)자 성명: 수급자의 가정에 방문한 기관 종사자(방문이 불가한 경우는 확인자)의 성명을 작성하고 서명합니다.
- 시설장(관리책임자) 성명: 해당 급여종류의 시설장(관리책임자)의 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 판단근거에 구체적 변화 내용을 작성합니다.

4. 급여제공 계획 및 내용 확인

- 고시 제57조에 따른 급여관리 업무 수행자는 가산을 적용받고자 하는 급여종류별 매월 1회 이상 급여제공 시간 중에 수급자의 가정을 방문하여 사전 수립된 계획 대비 해당 월에 제공된 급여 확인 내용을 작성합니다.
- 급여제공자(요양보호사 등) 및 수급자(보호자)와 면담을 통해 급여제공계획서에 따라 제공한 내용을 확인하고 작성합니다.
- 필요영역, 필요내용: 급여제공계획서의 내용에 따라 수급자에게 제공되는 급여의 필요영역과 필요내용을 작성합니다.
- 필요내용 제공여부: 필요영역과 필요내용에 따른 제공 또는 미제공 여부를 확인하여 √표 합니다.
- 제공 확인내용: 계획서에 따라 제공된 경우 제공한 내용을 확인하여 그 내용을 작성합니다.
- 미제공 사유: 계획서의 필요영역과 필요내용을 제공하지 않은 경우 작성합니다.

5. 인지활동형 프로그램 제공 계획 및 내용 확인

- 프로그램 관리자가 전월 수립한 프로그램 제공계획에 따라 실제 제공한 내용을 요양보호사 및 수급자(보호자)와 면담을 통해 확인하고 작성합니다.
- 제공계획: 프로그램 관리자가 전월에 수립한 인지자극활동 및 일상생활 함께하기 활동계획을 작성합니다.
- 필요내용 제공여부: 전월에 수립한 계획의 제공 또는 미제공 여부를 확인하여 √표 합니다.
- 제공 확인내용: 계획에 따라 제공한 경우 제공 내용을 확인하여 작성합니다.
- 미제공 사유: 계획에 따라 제공하지 않은 경우 그 사유를 작성합니다.
- 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 급여제공과 관련한 안내사항 등을 작성하되, 월 중 1회 방문하여 통합상담한 경우에는 각 급여종류별 수행한 상담내용을 모두 기재합니다.

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: 적정 서비스 제공을 위해 필요한 내용, 계획 등 추가 기재가 필요한 경우 내용을 작성합니다.
- ※ 통합재가서비스를 이용하는 수급자인 경우에는, 해당 칸에 수급자의 욕구와 기능 상태에 따라 재가급여를 통합하여 적절하게 제공되고 있는지 확인하고, 계획변경 세부내용이나 조치계획에 대해 작성합니다.
(예시: 통합재가서비스 제공계획(급여종류별 급여내용)변경, 사례관리 회의 실시, 지역사회자원연계 등)

유의사항

1. 본 서식은 방문요양급여를 포함한 가정방문급여 기관의 사회복지사, 간호(조무)사, 팀장급 요양보호사의 급여관리 업무수행 및 방문요양 인지활동형 프로그램관리자 업무수행을 위한 서식입니다.
2. 본 서식은 참고용 서식이나 서식에서 제시하고 있는 내용을 포함하여야 합니다.
3. 작성란이 부족한 경우에는 다른 장에 이어서 작성합니다.

주야간보호기관 인지활동형 프로그램관리자 업무수행 일지

()년 ()월

1. 기본정보

수급자	성명	장기요양인정번호	
		장기요양등급	
작성일자	년 월 일	작성자 성명	(서명)
		시설장(관리책임자) 성명	(서명)

2. 욕구조사

가. 보유질환	<input type="checkbox"/> 없음		
	<input type="checkbox"/> 있음()		
나. 영양상태	<input type="checkbox"/> 양호		
	<input type="checkbox"/> 불량	[] 식욕부진 [] 체중감소 [] 체중과다 [] 기타()	

다. 신체상태

1) 보행상태	<input type="checkbox"/> 자립보행 가능 <input type="checkbox"/> 보장구를 사용하여 자립보행 가능		
	<input type="checkbox"/> 부축해주면 보행 가능 <input type="checkbox"/> 보장구를 사용하여 부축을 받아 보행 가능		
2) 신체기능	<input type="checkbox"/> 보행 불가		
	바닥에 앉은 상태에서 일어서기	<input type="checkbox"/> 혼자수행 <input type="checkbox"/> 지시(준비)도움 <input type="checkbox"/> 직접(부축)도움 <input type="checkbox"/> 전혀 수행할 수 없음	
3) 배뇨기능	누운 상태에서 몸 일으켜 앉기	<input type="checkbox"/> 혼자수행 <input type="checkbox"/> 지시(준비)도움 <input type="checkbox"/> 직접(부축)도움 <input type="checkbox"/> 전혀 수행할 수 없음	
	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 요실금	<input type="checkbox"/> 배뇨곤란(배뇨 시 통증, 배뇨지연 등)	
4) 배변기능	<input type="checkbox"/> 요의 느끼지 못함	<input type="checkbox"/> 기타()	
	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 변실금	<input type="checkbox"/> 잦은 설사	<input type="checkbox"/> 변비
라. 일상생활기능	<input type="checkbox"/> 변의 느끼지 못함	<input type="checkbox"/> 기타()	

※ 0 혼자 할 수 있음, 1 지시(준비)도움, 2 직접(부축)도움, 3 전혀 수행할 수 없음

구분	확인	구분	확인
1) 식사하기	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	3) 양치질하기(틀니관리)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
2) 세수하기	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	4) 화장실(이동변기) 사용하기	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

마. 인지 및 행동증상

1) 인지기능	<input type="checkbox"/> 양호		
	<input type="checkbox"/> 기억력 저하([]단기, []장기) <input type="checkbox"/> 지남력 저하([]시간, []장소, []사람)		
2) 행동증상	<input type="checkbox"/> 판단력 저하 <input type="checkbox"/> 이해력 저하 <input type="checkbox"/> 주의력 저하		
	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음()		
바. 동거인	<input type="checkbox"/> 독거		
	<input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 자녀	<input type="checkbox"/> 며느리·사위	<input type="checkbox"/> 형제·자매
	<input type="checkbox"/> 손자녀 <input type="checkbox"/> 부모	<input type="checkbox"/> 친척	<input type="checkbox"/> 기타()

3. 수급자의 심신상태 및 환경변화

※ 직전 상담내용과 비교하여 작성

심신상태 구분		유지	악화	호전	판단근거(구체적 변화 내용)
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. 급여제공 계획 및 내용 확인

※ 주야간보호형 통합재가서비스 제공기관만 급여관리 업무로 필수 작성

구분		제공계획		계획에 따른 급여제공 확인내용		
		필요내용	제공방법	필요내용 제공여부	미제공 사유	수급자 반응 및 특이사항
주 야 간 보 호	신체기능 프로그램			<input type="checkbox"/> 제공 <input type="checkbox"/> 미제공		
	인지기능 프로그램			<input type="checkbox"/> 제공 <input type="checkbox"/> 미제공		
	사회적응 프로그램			<input type="checkbox"/> 제공 <input type="checkbox"/> 미제공		
	방문요양·목욕·간호			<input type="checkbox"/> 제공 <input type="checkbox"/> 미제공		

5. 인지활동형 프로그램 제공 계획 및 내용 확인

※ 인지활동형 프로그램관리자만 필수 작성

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

※ 월 중 1회 통합상담한 경우, 각 급여종류별 상담내용 모두 기재

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

7. 향후계획 및 기타사항

※ 통합재가서비스 제공기관은 유의사항 및 세부계획에 급여종류별 조치계획 등 작성

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: 수급자 성명, 장기요양인정번호, 장기요양등급을 적습니다.
- 작성일자: 업무수행일지를 작성한 날을 기재합니다.
- 작성자 성명: 프로그램 관리자 또는 급여관리 업무 수행자의 성명을 작성하고 서명합니다.
- 시설장(관리책임자) 성명: 시설장(관리책임자)의 성명을 작성하고 서명합니다.

2. 욕구조사

- 보유질환, 영양상태, 신체상태, 일상생활 기능 등은 최근 1개월간의 상태를 종합하여 작성합니다.

3. 수급자의 심신상태 및 환경변화

- 이전 상태와 비교하여 최근 수급자의 상태 변화를 유지, 악화, 호전으로 평가하고 판단근거에 구체적 변화 내용을 작성합니다.

4. 급여제공 계획 및 내용 확인

- 통합재가서비스 제공기관의 사회복지사, 간호(조무)사는 전월 급여제공 전에 작성된 제공계획에 따라 수급자에게 제공되는 급여의 필요내용과 제공방법을 작성하고, 면담을 통해 제공 결과를 확인하고 작성합니다.(통합재가서비스를 이용하는 수급자의 급여종류별 해당 내용을 모두 작성)

구분	필요내용(예시)	제공방법(예시)
신체기능프로그램	신체기능 회복 및 유연성 증진, 근력유지를 위한 운동, 관절구축 및 기능저하 예방 훈련, 심신이완 및 긴장완화	맨손체조, 세라밴드 운동, 매트체조, 아로마 마사지 등
인지기능프로그램	반복훈련으로 지남력 악화 방지, 과거 회상으로 기억력 향상 도모, 감각자극 통한 문제행동 조절 등	기억력 향상 워크북, 회상활동, 수공예활동, 규칙 게임 등
사회적응프로그램	사회적 소속감 증대를 위한 지역사회 연계 활동 등	마을 산책, 동네 장보기 체험, 생일잔치, 지역사회 행사 참여 등

- 필요내용 제공여부: 급여제공 후, 필요내용의 제공 또는 미제공 여부를 확인하여 √표 합니다.
- 미제공 사유: 계획에 따라 제공하지 않은 경우 그 사유를 작성합니다.
- 수급자 반응 및 특이사항: 매월 수급자의 수행정도, 상태변화 등 종합적인 평가에 대해 작성합니다.

5. 인지활동형 프로그램 제공 계획 및 내용 확인

- 프로그램관리자가 전월 수립한 프로그램 계획에 따라 제공한 내용을 확인하고 요양보호사 및 수급자 면담을 통해 작성합니다.
- 제공계획: 프로그램관리자 전월에 수립한 인지자극활동 및 일상생활 함께하기 활동계획을 작성합니다.
- 필요내용 제공여부: 전월에 수립한 계획의 제공 또는 미제공 여부를 확인하여 √표 합니다.
- 제공 확인내용: 계획에 따라 제공한 경우 제공 내용을 확인하여 작성합니다.
- 미제공 사유: 계획에 따라 제공하지 않은 경우 그 사유를 작성합니다.
- 향후 제공계획: 수급자의 특성, 욕구, 기능상태를 종합적으로 고려하여 프로그램 제공계획을 수립합니다.

6. 수급자(보호자) 상담

- 일시와 상담방법(전화, 내방 등), 급여제공에 대한 수급자(보호자) 요구사항, 특이사항 등의 의견 및 급여제공과 관련한 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.
- 급여제공계획 재작성 여부: 급여제공계획서의 재작성 여부를 판단하여 √표 합니다.
- 급여제공 관련 유의사항 및 세부계획: 적정 서비스 제공을 위해 필요한 내용, 계획 등 추가 기재가 필요한 경우 내용을 작성합니다.

※ 통합재가서비스를 이용하는 수급자의 경우에는, 해당 칸에 수급자의 욕구와 기능 상태에 따라 재가급여를 통합하여 적절하게 제공되고 있는지 확인하고, 가산을 적용받고자 하는 급여종류별 계획변경 세부내용이나 조치 계획에 대해 구분하여 각각 작성합니다.

(예시: 통합재가서비스 제공계획(급여종류별 급여내용) 변경, 사례관리 회의 실시, 지역사회자원연계 등)

유의사항

1. 본 서식은 주야간보호 인지활동형 프로그램관리자의 업무수행을 위한 서식입니다.
2. 다만, 통합재가서비스 제공기관이 주야간보호를 월 10일 이상 이용하는 수급자에 대하여 사회복지사, 간호(조무)사가 본 서식을 별도 작성하는 경우 고시 제57조에 따른 급여관리 업무로 인정됩니다.(통합재가 서비스를 제공하는 주야간보호 내 치매전담실은 별지 제24호의3 서식에 급여관리 업무내용 함께 작성)
3. 본 서식은 참고용 서식이나 서식에서 제시하고 있는 내용을 포함하여야 합니다.
4. 작성란이 부족한 경우에는 다른 장에 이어서 작성합니다.

치매전담형 기관 프로그램관리자 업무수행 일지

()년 ()월

1. 기본정보

수급자	성명	장기요양인정번호	
		장기요양등급	
작성일자	년 월 일	작성자 성명	(서명)
		시설장(관리책임자) 성명	(서명)

2. 욕구조사

가. 보유질환	<input type="checkbox"/> 없음		
	<input type="checkbox"/> 있음()		
나. 영양상태	<input type="checkbox"/> 양호		
	<input type="checkbox"/> 불량	[] 식욕부진 [] 체중감소 [] 체중과다 [] 기타()	

다. 신체상태

1) 보행상태	<input type="checkbox"/> 자립보행 가능 <input type="checkbox"/> 보장구를 사용하여 자립보행 가능			
	<input type="checkbox"/> 부축해주면 보행 가능 <input type="checkbox"/> 보장구를 사용하여 부축을 받아 보행 가능			
	<input type="checkbox"/> 보행 불가			
2) 신체기능	바닥에 앉은 상태에서 일어서기	<input type="checkbox"/> 혼자수행 <input type="checkbox"/> 지시(준비)도움 <input type="checkbox"/> 직접(부축)도움 <input type="checkbox"/> 전혀 수행할 수 없음		
	누운 상태에서 몸 일으켜 앉기	<input type="checkbox"/> 혼자수행 <input type="checkbox"/> 지시(준비)도움 <input type="checkbox"/> 직접(부축)도움 <input type="checkbox"/> 전혀 수행할 수 없음		
3) 배뇨기능	<input type="checkbox"/> 양호	<input type="checkbox"/> 요실금	<input type="checkbox"/> 배뇨곤란(배뇨 시 통증, 배뇨지연 등)	
	<input type="checkbox"/> 요의 느끼지 못함		<input type="checkbox"/> 기타()	
4) 배변기능	<input type="checkbox"/> 양호	<input type="checkbox"/> 변실금	<input type="checkbox"/> 잦은 설사	<input type="checkbox"/> 변비
	<input type="checkbox"/> 변의 느끼지 못함		<input type="checkbox"/> 기타()	

라. 일상생활기능 ※ 0 혼자 할 수 있음, 1 지시(준비)도움, 2 직접(부축)도움, 3 전혀 수행할 수 없음

구분	확인	구분	확인
1) 식사하기	0 1 2 3	3) 양치질하기(틀니관리)	0 1 2 3
2) 세수하기	0 1 2 3	4) 화장실(이동변기) 사용하기	0 1 2 3

마. 인지 및 행동증상

1) 인지기능	<input type="checkbox"/> 양호			
	<input type="checkbox"/> 기억력 저하([]단기, []장기)		<input type="checkbox"/> 지남력 저하([]시간, []장소, []사람)	
	<input type="checkbox"/> 판단력 저하		<input type="checkbox"/> 이해력 저하	<input type="checkbox"/> 주의력 저하
2) 행동증상	<input type="checkbox"/> 없음			
	<input type="checkbox"/> 있음()			
바. 동거인	<input type="checkbox"/> 독거			
	<input type="checkbox"/> 배우자	<input type="checkbox"/> 자녀	<input type="checkbox"/> 며느리·사위	<input type="checkbox"/> 형제·자매
	<input type="checkbox"/> 손자녀	<input type="checkbox"/> 부모	<input type="checkbox"/> 친척	<input type="checkbox"/> 기타()

3. 수급자의 심신상태 및 환경변화

※ 직전 상담내용과 비교하여 작성

심신상태 구분		유지	악화	호전	판단근거(구체적 변화 내용)
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 제공 계획 및 내용 확인

구분	제공계획		계획에 따른 급여제공 확인내용			
	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 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							

6. 수급자(보호자) 상담

※ 월 중 1회 통합상담한 경우 각 급여종류별 상담내용 모두 기재

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

7. 향후계획 및 기타사항

※ 통합재가서비스 제공기관은 유의사항 및 세부계획에 급여종류별 조치계획 등 작성

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: 수급자 성명, 장기요양인정번호, 장기요양등급을 적습니다.
- 작성일자: 업무수행일지를 작성한 날을 기재합니다.
- 작성자 성명: 프로그램 관리자 또는 급여관리 업무 수행자의 성명을 작성하고 서명합니다.
- 시설장(관리책임자) 성명: 시설장(관리책임자)의 성명을 작성하고 서명합니다.

2. 욕구조사

- 보유질환, 영양상태, 신체상태, 일상생활 기능 등은 최근 1개월간의 상태를 종합하여 작성합니다.

3. 수급자의 심신상태 및 환경변화

- 이전 상태와 비교하여 최근 수급자의 상태 변화를 유지, 악화, 호전으로 평가하고 판단근거에 구체적 변화 내용을 작성합니다.

4. 프로그램 제공 계획 및 내용 확인

- 면담을 통해 급여제공 전 작성된 프로그램 제공계획에 따라 제공한 내용을 확인하고 작성합니다.
- 필요내용, 제공방법: 전월 급여제공계획에 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: 급여제공 후, 필요내용의 제공 또는 미제공 여부를 확인하여 √표 합니다.
- 미제공 사유: 계획에 따라 제공하지 않은 경우 그 사유를 작성합니다.
- 수급자 반응 및 특이사항: 매월 수급자의 수행정도, 상태변화 등 종합적인 평가에 대해 작성합니다.
- 요양보호사 모니터링: 프로그램 제공시 문제점, 조치사항 등 요양보호사에 대한 내용을 작성합니다.

5. 프로그램 제공 일정

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

6. 수급자(보호자) 상담

- 일시와 상담방법(전화, 내방 등), 급여제공에 대한 수급자(보호자) 요구사항, 특이사항 등의 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.
- 급여제공계획 재작성 여부: 급여제공계획서의 재작성 여부를 판단하여 √표 합니다.
- 급여제공 관련 유의사항 및 세부계획: 적정 서비스 제공을 위해 필요한 내용, 계획 등 추가 기재가 필요한 경우 내용을 작성합니다.

※ 통합재가서비스를 이용하는 수급자의 경우에는, 해당 칸에 수급자의 욕구와 기능 상태에 따라 재가급여를 통합하여 적절하게 제공되고 있는지 확인하고, 가산을 적용받고자 하는 급여종류별 계획변경 세부내용이나 조치계획에 대해 구분하여 각각 작성합니다.

(예시: 통합재가서비스 제공계획(급여종류별 급여내용)변경, 사례관리 회의 실시, 지역사회자원연계 등)

유의사항

1. 본 서식은 치매전담형 기관의 프로그램관리자 업무수행을 위한 서식입니다.
2. 다만, 통합재가서비스 제공기관이 주야간보호 내 치매전담실을 월 10일 이상 이용하는 수급자에 대하여 사회복지사, 간호(조무)사가 본 서식을 별도 작성하는 경우 고시 제57조에 따른 급여관리 업무로 인정됩니다.
3. 본 서식은 참고용 서식이나 서식에서 제시하고 있는 내용을 포함하여야 합니다.
4. 작성란이 부족한 경우에는 다른 장에 이어서 작성합니다.

부 칙

이 세부사항은 2026년 1월 1일부터 시행한다.

신 · 구조문대비표

현행	개정안
<p><u><신 설></u></p>	<p><u>제4조의4(장기근속 장려금 지급내역 제출 방법 등) 고시 제11조의4제10항에 따라 장기요양기관의 장은 매월 급여비용 청구시 전월 공단에서 지급받은 장기근속 장려금에 대해 해당 종사자에게 지급한 내역을 별지 제11호의4 서식으로 제출하여야 한다.</u></p>
<p><u>제4조의4 (생략) (제4조의4를 제4조의5로 이동)</u></p>	<p><u>제4조의5 (현행 제4조의4와 같음)</u></p>
<p><u>제4조의5(통합재가서비스 월 한도액 추가산정 및 지급기준 등) 고시 제13조제7항제3호 및 같은 조 제10항에 따른 월 한도액 추가산정 및 지급기준 등 구체적인 사항은 다음 각 호와 같다.</u></p>	<p><u><삭 제></u></p>
<p><u>1. 통합재가서비스 급여비용 산정방법 및 지급기준</u></p>	
<p><u>2. 기타 세부적인 사항은 공단 이사장이 별도로 정한다.</u></p>	

<신 설>

제5조(방문요양, 방문간호 및 중
 일 방문요양 급여비용 가산 계
 산방법) ① 고시 제20조제2항에
 따라 급여비용 가산 계산방법은
 1회 급여제공 시간 내에서 가산
 적용 시간대(22시 이후~06시
 이전)와 가산 미적용 시간대(22
 시 전 또는 06시 후)가 중복되
 는 경우 급여비용은 급여제공시
 간에 해당하는 기본 급여비용과
 다음과 같이 산출한 가산금액을
 합하여 산정하고, 구체적인 사
 항은 다음 각 호와 같다.

- 삭 제
 ■ 22:00~06:00

$$\text{기본 급여비용} \times 0.3 \times \frac{\text{가산 적용시간(분)}}{\text{총 급여 제공시간(분)}}$$

제4조의6(농·어촌 인력수급취약
 지역 지원금 산정을 위한 종사
 자 근무시간 산정방법) 고시 제
 11조의8제4항에 따라 고시 제11
 조의8제1항제3호에 해당하는 종
 사자의 근무시간은 제4조의3제2
 항 각 호의 기준을 준용하여 산
 정한다. 다만, 고시 제11조의8제
 2항에 따른 ‘가족’에 해당하는
 수급자에게 가정방문급여를 제
 공하는 경우, 그 급여제공시간
 은 제외하여 산정한다.

제5조(방문요양, 방문간호 및 중
 일 방문요양 급여비용 가산 계
 산방법) ① -----

 --- 시간과 -----
 ----- 시간이 ---

 -----.

- 삭 제
 ■ 삭 제

$$\text{기본 급여비용} \times \text{가산 산정비율} \times \frac{\text{가산 적용시간(분)}}{\text{급여 제공시간(분)}}$$

1. ‘기본 급여비용’이란 총 급여
제공시간(가산 적용시간과 미
적용시간의 합)에 따라 급여
비용으로 산정하는 금액(가산
전 금액)을 말한다.

2. (생략)

3. 삭제

<신설>

<신설>

② 고시 제19조제5항에 해당하
는 경우에는 급여비용을 2회로
분할하여 각각의 급여제공 시간
에 대하여 제1항의 기준을 적용
한다.

예시1) 방문요양 급여제공을 18:
00에 시작하여 24:00에 종료한
경우(360분)

1. -----

----- 말하고, ‘가산 산정
비율’은 고시 제20조제1항에
따라 해당 가산 적용시간이
속하는 가산비율을 적용한다.

2. (현행과 같음)

3. 삭제

4. ‘급여 제공시간’은 고시 제18
조 및 제28조의 표에 따른 각
급여비용의 최저시간을 말한
다.

5. ‘가산 적용시간’이 ‘급여 제공
시간’을 초과할 때는 기본 급
여비용의 가산 산정비율만을
적용한다.

② -----

-----.

- ① 최초 270분
- 총 급여 제공시간 270분(기본 급여비용 : 고시 제18조 표 '가-8' 급여비용)
 - 가산 적용시간 30분(22:00~22:30)
- ② 2회째 90분
- 총 급여 제공시간 90분(기본 급여비용 : 고시 제18조 표 '가-3' 급여비용)
 - 가산 적용시간 90분(22:30~24:00)



- ① 삭 제
- 22:00~22:30 : 고시 제18조 표 '가-8' 급여비용 × 0.3 × 30 ÷ 270
- ② 22:30~24:00 : 고시 제18조 표 '가-3' 급여비용 × 0.3 × 90 ÷ 90

예시2) 방문요양 급여제공을 공
휴일 18:00에 시작하여 다음 날
02:00에 종료한 경우(480분)

- ① 최초 240분
- 총 급여 제공시간 240분(기본 급여비용 : 고시 제18조 표 '가-8' 급여비용)
 - 가산 적용시간 240분(18:00~22:00)
- ② 2회째 240분
- 총 급여 제공시간 240분(기본 급여비용 : 고시 제18조 표 '가-8' 급여비용)
 - 가산 적용시간 240분(22:00~02:00)



- ① 18:00~22:00 : 고시 제18조 표 '가-8' 급여비용 × 0.5 × 240 ÷ 240
- ② 22:00~24:00 : 고시 제18조 표 '가-8' 급여비용 × 0.5 × 120 ÷ 240
- 24:00~02:00 : 고시 제18조 표 '가-8' 급여비용 × 0.3 × 120 ÷ 240

③ 고시 제36조의3제2항제4호
에 따른 종일 방문요양 급여비
용 가산 계산 방법은 다음과 같
다. 다만, 가산 적용되는 서비스
제공한 시간은 최대 12시간(720
분) 범위 내에서 실제 제공한
시간으로 한다.

- ① 최초 270분
- 급여 제공시간 240분(기본 급여비용 : 고시 제18조 표 '가-8' 급여비용)
 - 가산 적용시간 30분(22:00~22:30)
- ② 2회째 90분
- 급여 제공시간 90분(기본 급여비용 : 고시 제18조 표 '가-3' 급여비용)
 - 가산 적용시간 90분(22:30~24:00)



- ① 삭 제
- 22:00~22:30 : 고시 제18조 표 '가-8' 급여비용 × 0.3 × 30 ÷ 240
- ② 22:30~24:00 : 고시 제18조 표 '가-3' 급여비용 × 0.3 × 90 ÷ 90

- ① 최초 240분
- 급여 제공시간 240분(기본 급여비용 : 고시 제18조 표 '가-8' 급여비용)
 - 가산 적용시간 240분(18:00~22:00)
- ② 2회째 240분
- 급여 제공시간 240분(기본 급여비용 : 고시 제18조 표 '가-8' 급여비용)
 - 가산 적용시간 240분(22:00~02:00)



- ① 18:00~22:00 : 고시 제18조 표 '가-8' 급여비용 × 0.5 × 240 ÷ 240
- ② 22:00~24:00 : 고시 제18조 표 '가-8' 급여비용 × 0.5 × 120 ÷ 240
- 24:00~02:00 : 고시 제18조 표 '가-8' 급여비용 × 0.3 × 120 ÷ 240

③ -----

--. ----- 적용시간-----

-----.

- ① 기본수가 $\times 0.3 \times 22\text{시}-06\text{시}$ 사이, 일요일 서비스 제공한 시간(분) \div 총 급여 제공시간(720분)
- ② 기본수가 $\times 0.5 \times$ 유급휴일, 근로자의 날 서비스 제공한 시간(분) \div 총 급여 제공시간(720분)

제6조(방문요양 및 방문간호급여 원거리교통비용 신청, 중단 및 변경절차 등) ①·② (생략)

③ 고시 제21조제1항에도 불구하고 수급자 사이의 거리가 5km 미만의 거리에 거주하는 2인 이상의 수급자에게 동일한 날짜에 급여를 제공한 경우 원거리교통비는 1인의 수급자에 대하여만 산정한다.

제7조(주·야간보호 급여비용 가산 계산방법) ① 고시 제33조제2항에 따라 주·야간보호 급여비용 가산 계산방법은 제5조제1항 각호를 준용하며, 1회 급여제공 시간 내에서 가산 적용 시간대(18시 이후~22시 이전)와 18시 전 가산 미적용 시간대가 중복되는 경우 급여비용은 급여제공 시간에 해당하는 기본 급여비용과 다음과 같이 산출한 가산금액을 합하여 산정한다.

- ① 기본수가 $\times 0.3 \times 22\text{시}-06\text{시}$ 사이, 일요일 서비스 제공한 시간(분) \div 급여 제공시간(720분)
- ② 기본수가 $\times 0.5 \times$ 유급휴일, 근로자의 날 서비스 제공한 시간(분) \div 급여 제공시간(720분)

제6조(방문요양 및 방문간호급여 원거리교통비용 신청, 중단 및 변경절차 등) ①·② (현행과 같음)

③ --- 제21조제1항 및 제22조 제4항-----

-----.

제7조(주·야간보호 급여비용 가산 계산방법) ① -----

----- 산정하고, ‘가산 산정비율’은 고시 제33조제1항

에 따라 해당 가산 적용시간이
속하는 가산비율을 적용한다.

■ 18:00~22:00

$$\text{기본 급여비용} \times 0.2 \times \frac{\text{가산 적용시간(분)}}{\text{총 급여 제공시간(분)}}$$

예시1) 주·야간보호 급여제공을
09:00에 시작하여 19:00에 종료
한 경우

- 총 급여 제공시간 600분(기본 급여비용 : 고시 제31조 표 '라-4' 급여비용)
- 가산 적용시간 60분(18:00~19:00)

$$\text{가산} : \text{고시 제31조 표 '라-4' 급여비용} \times 0.2 \times 60 \div 600$$

예시2) 주·야간보호 급여제공을
11:00에 시작하여 23:30에 종료
한 경우

- 총 급여 제공시간 750분(기본 급여비용 : 고시 제31조 표 '라-4' 급여비용)
- 가산 적용시간 240분(18:00~22:00)

$$\text{가산} : \text{고시 제31조 표 '라-4' 급여비용} \times 0.2 \times 240 \div 750$$

② 천재지변 등 부득이한 사정
으로 연속하여 다음날까지 계속
급여를 제공한 경우 총 급여 제
공시간은 표준급여제공시간(08
시부터 22시까지) 범위 내에서
실제 제공한 시간으로 한다.

예시) 주·야간보호 급여제공을

■ 삭 제

$$\text{기본 급여비용} \times \text{가산 산정비율} \times \frac{\text{가산 적용시간(분)}}{\text{급여 제공시간(분)}}$$

- 급여 제공시간 600분(기본 급여비용 : 고시 제31조 표 '라-4' 급여비용)
- 가산 적용시간 60분(18:00~19:00)

$$\text{가산금액} = [\text{고시 제31조 표 '라-4' 급여비용}] \times 0.2 \times 60 \div 600$$

- 급여 제공시간 600분(기본 급여비용 : 고시 제31조 표 '라-4' 급여비용)
- 가산 적용시간 240분(18:00~22:00)

$$\text{가산금액} = [\text{고시 제31조 표 '라-4' 급여비용}] \times 0.2 \times 240 \div 600$$

② -----

----- 급여 제공
시간-----

-----.

09:00에 시작하여 24:00에 종료
한 경우

- 총 급여 제공시간 780분(기본 급여비용 : 고시 제31조 표 '라-5' 급여비용)
- 가산 적용시간 240분(18:00~22:00)

$$\text{가산} : \text{고시 제31조 표 '라-5' 급여비용} \times 0.2 \times 240 \div 780$$

제11조(프로그램관리자 업무수행 일시 작성방법) ① 고시 제17조제6항, 제30조제5항, 제6항 및 제72조 제2항제2호에 따라 프로그램관리자가 프로그램 제공 계획 수립 등 업무를 수행한 경우 그 내용을 각각 별지 제24호서식 및 제24호의2서식에 작성·보관한다.

②·③ 삭제

④ (생략)

제12조(근무인원수 산정방법) ① 고시 제51조제4항에 따라 직원 1인의 월 기준 근무시간에 다음 각 호의 사항을 포함한다.

1. 다음 각 목의 사항이 유급인 경우에 한해 1일 최대 8시간을 인정한다.

가.·나. (생략)

다. 경조사가 유급인 경우 휴가 시작일은 사유 발생일 부터 3일 이내(공휴일, 근

- 급여 제공시간 780분(기본 급여비용 : 고시 제31조 표 '라-5' 급여비용)
- 가산 적용시간 240분(18:00~22:00)

$$\text{가산금액} = [\text{고시 제31조 표 '라-5' 급여비용}] \times 0.2 \times 240 \div 780$$

제11조(프로그램관리자 업무수행 일시 작성방법) ① -----

----- 제24호의2서식, 제24호의3서식-----.

④ (현행과 같음)

제12조(근무인원수 산정방법) ① -----

-----.

1. -----
-----.

가.·나. (현행과 같음)

다. -----

로자의 날 및 토요일 포함)
로 하되, 분할 사용 불가

1) ~ 6) (생략)

라.·마. (생략)

바. 가목이 적용되지 않는 대
표자인 시설장의 휴가 :
「근로기준법」 제60조를
준용하되, 직종 변경이력
이 있는 경우에는 최종 신
고수리일자를 기준으로 계
속 근로 기간을 산정

사.·아. (생략)

2. 다음 각 목의 사유가 유급인
경우 1일 8시간 내에서 실제
소요된 시간으로 하며 가목,
나목, 바목의 경우 1일 최대 2
시간으로 한다.

가. ~ 바. (생략)

<신설>

----- 불가

(경조사 휴가 기간 중 종사
자의 휴무일이 포함된 경
우에는 휴가일수에 산입하
지 않음)

1) ~ 6) (현행과 같음)

라.·마. (현행과 같음)

바. ----- 종사
자(시설장 포함)-----

- 제60조제1항부터 제4항,
제7항을 준용함

사.·아. (현행과 같음)

2. -----

-----.

가. ~ 바. (현행과 같음)

사. 다목이 적용되지 않는 종
사자(시설장 포함)의 「예
비군법」에 따른 예비군
훈련, 「민방위기본법」에
따른 민방위 훈련, 「공직

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) (생략)
- 2) 「의료법」 및 「간호조무사 및 의료유사업자에 관한 규칙」에 따른 의료인 및 보건의료인 보수교육

3) ~ 14) (생략)

나. ~ 사. (생략)

② ~ ⑤ (생략)

제17조(방문요양기관 사회복지사 등 배치 가산을 위한 업무수행 등) ① 고시 제57조제5항에 따라 가정방문급여기관의 가산대

선거법」에 따른 투표 참가 시간

3. -----

-----.

가. -----

1) (현행과 같음)

- 2) -----
---- 「간호법」-----

----- 간호조무사-----
-

3) ~ 14) (현행과 같음)

나. ~ 사. (현행과 같음)

② ~ ⑤ (현행과 같음)

제17조(방문요양기관 사회복지사 등 배치 가산을 위한 업무수행 등) ① -----

상이 되는 사회복지사, 간호(조무)사, 팀장급 요양보호사 수에 따라 수급자를 배분(사회복지사 등 1인당 수급자 15명 이상)하여 업무를 수행하여야 하며, 업무수행 내용을 별지 제24호서식을 참고하여 작성하고 보관한다. (단서 신설)

② ~ ④ (생략)

제19조(맞춤형서비스제공 가산을 위한 세부 제공방법 등) ① ~

③ (생략)

<신설>

-----.

다만, 규칙 별표1에 따라 주·야간보호형 통합재가서비스 제공기관이 주·야간보호를 월 10일 이상 이용하는 수급자에 대하여 가정방문을 갈음하여 주·야간보호 제공 시간 중에 급여성리 업무를 수행하는 경우에는 별지 제24호의2서식(주·야간보호 내 치매전담실은 별지 제24호의3서식)을 참고하여 작성하고 보관한다.

② ~ ④ (현행과 같음)

제19조(맞춤형서비스제공 가산을 위한 세부 제공방법 등) ① ~

③ (현행과 같음)

④ 맞춤형 프로그램을 수급자 심신상태에 따라 동일한 날에 그룹별로 실시한 경우 그룹별 제공시간을 합하여 총 60분 이상 충족 시 1일 1회 제공한 것

제21조(퇴사특례 적용을 위한 근무기간 세부기준) 고시 제67조 제2항 및 제3항에 따라 퇴사특례를 적용받기 위한 근무기간은 특례적용 사유발생 당시 해당 직종으로서 같은 장기요양기관에서 근무한 기간을 말한다. 다만, 다음 각 호 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 같은 장기요양기관으로 본다.

1. 대표자가 같은 상태에서 기관유형이 변경된 경우

2. (생략)

<신설>

제22조(전문인 배상책임보험 가입 여부 판단 등) ① (생략)

② 2인의 요양보호사가 방문요양급여 또는 방문목욕급여를 제공하는 경우 요양보호사별로 각

으로 인정한다.

제21조(퇴사특례 적용을 위한 근무기간 세부기준) ①-----

-----.

1. ----- 기관기호 또는 기관유형-----

2. (현행과 같음)

② 고시 제67조제2항제2호에 따른 ‘적극적인 채용노력’은 해당 특례 적용 직종에 대한 채용 공고 및 면접 등 종사자 채용을 위한 구인 활동을 의미하며, 이는 증빙서류를 통해 확인되어야 한다.

제22조(전문인 배상책임보험 가입 여부 판단 등) ① (현행과 같음)

② 가정방문급여를 2인의 종사자가 -----
----- 종사자별-----

각 전문인 배상책임보험을 가입하여야 한다. 2인 중 1인의 요양보호사가 전문인 배상책임보험에 가입하지 아니한 경우 다음 각 호에 따라 감액산정한다.

1. 방문요양급여는 전문인 배상책임보험을 가입하지 아니한 해당 요양보호사가 제공한 급여에 대하여 급여비용의 90%를 산정한다.

2. (생략)

③ 시설급여기관, 주·야간보호 및 단기보호기관이 종사자 기준으로 보험에 가입하는 경우, 해당 일에 근무하는 요양보호사, 간호(조무)사, 물리(작업)치료사, 사회복지사에 대하여 가입하여야 한다.

-----, ----- 종사자-----

-----.

1. 방문요양급여 또는 방문간호급여----- 않은 해당 종사자-----

-----.

2. (현행과 같음)

<삭제>

[별지 제11호의4서식] 신설

장기근속 장려금 지급내역서						
(년 월)						
기관기호		기관명				
()월 장기근속 장려금 지급내역						
연 번	청구일자	급여제공 연월	심사결정내역			지급확인
			종사 자명	생년 월일	지급 금액	
						<input type="checkbox"/> 지급
						<input type="checkbox"/> 지급
						<input type="checkbox"/> 지급
						<input type="checkbox"/> 지급
총 금액						

「장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시」 제11조의4제10항에 따른 장기근속 장려금 지급내역을 제출합니다.

년 월 일

대표자 : (서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

뒤쪽

작성요령 및 주의사항

- ① 장기근속 장려금 지급내역서는 심사 접수번호 별로 제출하여야 합니다.
- ② 장기근속 장려금 지급내역은 심사결정내역 기준으로 장기근속 장려금 지급 대상인 인원에 대해 작성됩니다.
- ③ 장기근속 장려금 지급확인에 필요한 청구일자, 급여제공연월, 심사결정내역은 자동으로 생성됩니다.
- ④ 실제 장기근속 장려금을 지급한 인원에 대해 지급확인에 체크하며, 지급금액은 사회보험기관부담금, 퇴직적립금 등을 포함한 세전금액입니다.
- ⑤ 생성된 인원에 대해 모두 지급확인이 되어야 지급내역서 제출이 가능합니다. 후 한 건이라도 미 체크 시 제출이 불가합니다.

[별지 제24호서식]

[별지 제24호서식] <개정 2025. 7. 1.>

가정방문형 프로그램관리자 및 사회복지사 업무수행 일지

(3쪽 중 제1쪽)

1. 기본정보	
수급자	성명 장기요양인정번호 장기요양등급
방문정보	방문일시 ()년 ()월 ()일 ()시 ()분 ()초 방문장소 □ 수급자 자택 □ 기타장소() □ 급여제공 중 방문 □ 급여제공 외 시간 방문 방문불가 사유 □ 사망 □ 입원 □ 월 중 급여제공 종료 □ 기타() 내용 방문자 성명 (서명) 시설장 성명 (서명)
2. 욕구조사	
가. 보류질환	□ 없음 □ 있음()
나. 영양상태	□ 양호 □ 불량 [] 식욕부진 [] 체중감소 [] 체중과다 [] 기타()
다. 신체상태	
1) 보행상태	□ 자립보행 가능 □ 보장구를 사용하여 자립보행 가능 □ 부축해주면 보행 가능 □ 보장구를 사용하여 부축을 받아 보행 가능 □ 보행 불가
2) 신체기능	바닥에 앉은 상태에서 일어나기 □ 혼자수행 □ 지시(준비)도움 □ 직접(부축)도움 □ 전혀 수행할 수 없음 누운 상태에서 몸 일으켜 앉기 □ 혼자수행 □ 지시(준비)도움 □ 직접(부축)도움 □ 전혀 수행할 수 없음
3) 배뇨기능	□ 양호 □ 요실금 □ 배뇨관리(배뇨 시 통증, 배뇨지연 등) □ 의의 느끼지 못함 □ 기타()
4) 배변기능	□ 양호 □ 변실금 □ 잦은 설사 □ 변비 □ 변의 느끼지 못함 □ 기타()
라. 일상생활기능	
구분	확인
1) 식사하기	01 02 03
2) 세수하기	01 02 03
3) 양치질하기(틀니관리)	01 02 03
4) 화장실(이동변기) 사용하기	01 02 03
마. 인지 및 행동증상	
1) 인지기능	□ 양호 □ 기억력 저하([] 단기, [] 장기) □ 지남력 저하([] 시간, [] 장소, [] 사람) □ 판단력 저하 □ 이해력 저하 □ 주의력 저하
2) 행동증상	□ 없음 □ 있음()
바. 동거인	
□ 독거	
□ 배우자	□ 자녀 □ 며느리·사위 □ 형제·자매
□ 손자녀	□ 부모 □ 친척 □ 기타()

[별지 제24호서식]

[별지 제24호서식] <개정 2026. 1. 1.>

(3쪽 중 제1쪽)

가정방문급여(통합재가서비스 포함) 급여관리 업무수행 일지 (공통) 방문요양 인지활동형 프로그램관리자 업무수행 일지

()년 ()월

1. 기본정보	
수급자	성명 장기요양인정번호 장기요양등급
방문정보	방문일시 ()년 ()월 ()일 ()시 ()분 ()초 방문장소 □ 수급자 자택 □ 기타장소() □ 급여제공 중 방문 □ 급여제공 외 시간 방문 방문불가 사유 □ 사망 □ 입원 □ 월 중 급여제공 종료 □ 기타() 내용 방문(확인)자 성명 (서명) 시설장(관리책임자) 성명 (서명)
2. 욕구조사	
가. 보류질환	□ 없음 □ 있음()
나. 영양상태	□ 양호 □ 불량 [] 식욕부진 [] 체중감소 [] 체중과다 [] 기타()
다. 신체상태	
1) 보행상태	□ 자립보행 가능 □ 보장구를 사용하여 자립보행 가능 □ 부축해주면 보행 가능 □ 보장구를 사용하여 부축을 받아 보행 가능 □ 보행 불가
2) 신체기능	바닥에 앉은 상태에서 일어나기 □ 혼자수행 □ 지시(준비)도움 □ 직접(부축)도움 □ 전혀 수행할 수 없음 누운 상태에서 몸 일으켜 앉기 □ 혼자수행 □ 지시(준비)도움 □ 직접(부축)도움 □ 전혀 수행할 수 없음
3) 배뇨기능	□ 양호 □ 요실금 □ 배뇨관리(배뇨 시 통증, 배뇨지연 등) □ 의의 느끼지 못함 □ 기타()
4) 배변기능	□ 양호 □ 변실금 □ 잦은 설사 □ 변비 □ 변의 느끼지 못함 □ 기타()
라. 일상생활기능	
구분	확인
1) 식사하기	01 02 03
2) 세수하기	01 02 03
3) 양치질하기(틀니관리)	01 02 03
4) 화장실(이동변기) 사용하기	01 02 03
마. 인지 및 행동증상	
1) 인지기능	□ 양호 □ 기억력 저하([] 단기, [] 장기) □ 지남력 저하([] 시간, [] 장소, [] 사람) □ 판단력 저하 □ 이해력 저하 □ 주의력 저하
2) 행동증상	□ 없음 □ 있음()
바. 동거인	
□ 독거	
□ 배우자	□ 자녀 □ 며느리·사위 □ 형제·자매
□ 손자녀	□ 부모 □ 친척 □ 기타()

3. 수급자의 심신상태 및 환경변화

※ 직전 방문상태와 비교하여 여신

(각 항목 5점씩)

심신상태 구분	유지	악화	호전	판단근거
가. 식사 및 영양상태	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
나. 신체상태	가) 보형 나) 신체기능 다) 배뇨·배변기능	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
다. 일상생활 기능	가) 일상생활 나) 일상생활수행	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
라. 인지기능	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
마. 활동증상	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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. 인지활동형 프로그램 제공내용 확인

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

6. 수급자(보호자) 상담

7. 향후계획 및 기타사항

수급자 욕구	<input type="checkbox"/> 서비스 욕구 변화 있음 <input type="checkbox"/> 변화 없음 <input type="checkbox"/> 수급자 심신상태 중 변화 있음
확인	
급여제공계획	<input type="checkbox"/> 급여제공계획 유지 <input type="checkbox"/> 욕구조사 재실시 및 급여제공계획서 재작성
자랑설 여부	
급여제공 관련 유의사항 및 세부계획	
수급자(보호자) 설명	(서명)
급여제공자 설명	(서명)

2009. 5. 29. 30. [수급자] (수급자) (수급자) (수급자)

210mm x 297mm [복합지(80g/㎡) 또는 동등성(80g/㎡)]

작성요령

- 기본정보
 - 수급자: 수급자의 성명, 장기요양등급, 장기요양필요분포를 적습니다.
 - 방문정보: 방문일시, 방문장소 및 급여제공 중 방문여부를 적습니다.
 - 방문정보 사유: 수급자의 가정에 방문하지 못한 경우, 그 사유에 대해 설명하고 내용(사망일시, 입원일시, 급여제공 종료 일자 등 상세내용)을 작성합니다.
 - 방문일자 설명: 수급자의 가정에 방문한 일자(수급자의 생일일)를 적습니다.
 - 시설장 설명: 시설장 설명을 작성하고 서명합니다.
- 욕구조사
 - 욕구조사: 방문일시, 신체상태, 일상생활기능, 인지 및 활동증상 등 최근 1개월간의 상태를 종합하여 작성합니다.
 - 출거일: 방문 일자 기준으로 작성합니다.
- 수급자의 심신상태 및 환경변화
 - 직전 방문상태와 비교하여 최근 수급자의 상태 변화를 유지, 악화, 호전으로 평가하고 판단근거를 작성합니다.
- 급여제공계획 및 제공내용 확인
 - 요양보호사 및 수급자와 면담을 통해 급여제공계획서에 따라 제공한 내용을 확인하고 작성합니다.
 - 필요영역, 필요내용: 급여제공계획서의 내용에 따라 수급자에게 적용한 급여의 필요영역과 필요내용을 작성합니다.
 - 필요영역: 제공여부: 필요영역과 필요내용의 제공 또는 미제공 여부를 확인하여 (표 합니다.
 - 필요내용: 제공여부: 필요영역과 필요내용의 내용에 따라 수급자에게 제공되는 급여의 필요영역과 필요내용을 작성합니다.
 - 제공 확인내용: 계획에 따라 제공한 경우 제공 내용 확인하여 (표 합니다.
 - 미제공 사유: 계획에 따라 제공하지 않은 경우 그 사유를 작성합니다.
 - (예시: 필요영역(가) 제공하여 필요는 없어 제공 종료, 수급자와 함께 주 (회) 출퇴근하여 필요는 없어 제공 종료)
 - 미제공 사유: 계획에 따라 제공하지 않은 경우 그 사유를 작성합니다.
 - (예시: 미제공 사유는 입원일시, 출퇴근 종료, 기타 사유에 의해 제공 종료)
 - 향후 제공계획: 수급자의 욕구, 욕구, 기능상태를 종합적으로 고려하여 프로그램 제공계획을 수립합니다.
- 수급자(보호자) 상담
 - 방문 시 수급자의 욕구, 급여제공에 대한 수급자(보호자) 의견 및 급여제공 관련 안내사항 등을 작성합니다.
- 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: 작성 서비스 제공을 위해 필요한 내용, 계획 등 추가 기재가 필요한 경우 내용을 작성합니다.
 - ※ 종합복지서비스를 이용하는 수급자인 경우에는, 해당 칸에 수급자의 욕구와 기능 상태에 따라 재가급여를 통합하여 적절하게 제공되고 있는지 확인하고, 계획상 세부내용이나 조치계획에 대해 작성합니다.
 - (예시: 종합복지서비스 제공계획(급여제공형) 급여내용(종합, 사례관리 회 회 실시, 지역사회지원연계 등))

210mm x 297mm [복합지(80g/㎡) 또는 동등성(80g/㎡)]

3. 수급자의 심신상태 및 환경변화

※ 직전 방문상태와 비교하여 작성

(각 항목 5점씩)

심신상태 구분	유지	악화	호전	판단근거(구체적 변화 내용)
가. 식사 및 영양상태	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
나. 신체상태	가) 보형 나) 신체기능 다) 배뇨·배변기능	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
다. 일상생활 기능	가) 일상생활 나) 일상생활수행	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
라. 인지기능	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
마. 활동증상	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. 급여제공 계획 및 내용 확인

※ 가인이 적용되는 급여관리 업무(통합복지서비스 포함) 수행 시 필수 작성

급여종류	제공계획		계획에 따른 급여제공 확인내용		
	필요영역	필요내용	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. 인지활동형 프로그램 제공 계획 및 내용 확인

※ 인지활동형 프로그램관리자만 필수 작성

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 참여하기		<input type="checkbox"/> 제공 <input type="checkbox"/> 미제공			

6. 수급자(보호자) 상담

※ 방문 중 1회 통합상담한 경우, 각 급여종류별 상담내용 모두 기재

7. 향후계획 및 기타사항

※ 통합복지서비스 제공기관은 유의사항 및 세부계획에 급여제공형 조치계획 등 작성

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 재실시 및 급여제공계획서 재작성			
급여제공 관련 유의사항 및 세부계획				
수급자(보호자) 설명		(서명)	급여제공자 설명	(서명)

작성요령

- 기본정보
 - 수급자: 수급자 성명, 장기요양필요분포, 장기요양등급을 적습니다.
 - 방문정보: 방문일시, 방문장소 및 급여제공 중 방문여부를 작성합니다.
 - 방문정보 사유: 수급자의 가정에 방문하지 못한 경우, 그 사유에 대해 설명하고 내용(사망일시, 입원일시, 급여제공 종료 일자 등 상세내용)을 작성합니다.
 - 방문(확인)자 설명: 수급자의 가정에 방문한 기준 종사자(방문)이 불가한 경우는 확인자의 설명을 작성하고 서명합니다.
 - 시설장(관리책임자) 설명: 해당 급여종류의 시설장(관리책임자)의 설명을 작성하고 서명합니다.
- 욕구조사
 - 욕구조사: 방문일시, 신체상태, 일상생활기능, 인지 및 활동증상 등 최근 1개월간의 상태를 종합하여 작성합니다.
 - 출거일: 방문 일자 기준으로 작성합니다.
- 수급자의 심신상태 및 환경변화
 - 직전 방문상태와 비교하여 최근 수급자의 상태 변화를 유지, 악화, 호전으로 평가하고 판단근거에 구체적 변화 내용을 작성합니다.
- 급여제공 계획 및 내용 확인
 - 고시 제57조(가)에 따른 급여관리 업무 수행자는 가산점 적용대상자가 아닌 급여종류별 매월 1회 이상 급여제공 시간 중 수급자의 가정을 방문하여 사전 수립한 계획 대비 해당 월에 제공된 급여 확인 내용을 작성합니다.
 - 급여제공(요양보호사) 중 수급자(보호자)와 면담을 통해 급여제공계획서에 따라 제공한 내용을 확인하고 작성합니다.
 - 필요영역, 필요내용: 급여제공계획서의 내용에 따라 수급자에게 제공되는 급여의 필요영역과 필요내용을 작성합니다.
 - 필요영역: 제공여부: 필요영역과 필요내용에 따른 제공 또는 미제공 여부를 확인하여 (표 합니다.
 - 필요내용: 제공여부: 필요영역과 필요내용의 내용에 따라 수급자에게 제공되는 급여의 필요영역과 필요내용을 작성합니다.
 - 제공 확인내용: 계획에 따라 제공한 경우 제공한 내용을 확인하여 (표 합니다.
 - 미제공 사유: 계획상의 필요영역과 필요내용을 제공하지 않은 경우 작성합니다.
- 인지활동형 프로그램 제공 계획 및 내용 확인
 - 프로그램관리자가 전할 수립한 프로그램 제공계획에 따라 실제 제공한 내용을 요양보호사 및 수급자(보호자)와 면담을 통해 확인하고 작성합니다.
 - 제공계획: 프로그램관리자가 전할 수립한 인지자극활동 및 일상생활 참여하기 활동계획을 작성합니다.
 - 필요내용: 제공여부: 전할 수립한 계획의 제공 또는 미제공 여부를 확인하여 (표 합니다.
 - 제공 확인내용: 계획에 따라 제공한 경우 제공 내용을 확인하여 작성합니다.
 - 미제공 사유: 계획에 따라 제공하지 않은 경우 그 사유를 작성합니다.
 - 향후 제공계획: 수급자의 욕구, 욕구, 기능상태를 종합적으로 고려하여 프로그램 제공계획을 수립합니다.
- 수급자(보호자) 상담
 - 방문 시 수급자의 욕구, 급여제공에 대한 수급자(보호자)의 의견 및 급여제공과 관련한 안내사항 등을 작성하며, 월 중 1회 방문하여 통합상담한 경우에는 각 급여종류별 수행한 상담내용을 모두 기재합니다.
- 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: 작성 서비스 제공을 위해 필요한 내용, 계획 등 추가 기재가 필요한 경우 내용을 작성합니다.
 - ※ 종합복지서비스를 이용하는 수급자인 경우에는, 해당 칸에 수급자의 욕구와 기능 상태에 따라 재가급여를 통합하여 적절하게 제공되고 있는지 확인하고, 계획상 세부내용이나 조치계획에 대해 작성합니다.
 - (예시: 종합복지서비스 제공계획(급여제공형) 급여내용(종합, 사례관리 회 회 실시, 지역사회지원연계 등))

유의사항

- 본 서식은 방문요양급여를 포함한 가정방문급여 기관의 사회복지사, 간호(조무사), 방문간호 요양보호사의 급여관리 업무수행 및 방문요양 인지활동형 프로그램관리자 업무수행을 위한 서식입니다.
- 본 서식은 참고용 서식이나 서식에서 제시하고 있는 내용을 포함하여야 합니다.
- 작성인이 부록한 경우에는 다른 장에서 작성합니다.

[별지 제24호의2서식]

[별지 제24호의2서식] <개정 2026. 1. 1.>

주야간보호기관 인지활동형 프로그램관리자 업무수행 일지

()년 ()월

1. 기본정보

수급자	성명	장기요양인정번호	
		장기요양등급	
작성일자	년 월 일	작성자 성명	(서명)
		시설장(관리책임자) 성명	(서명)

2. 욕구조사

가. 부유질 환	<input type="checkbox"/> 없음	
	<input type="checkbox"/> 있음()	
	<input type="checkbox"/> 양호	
나. 영양상태	<input type="checkbox"/> 불량	[] 식욕부진 [] 체중감소 [] 체중과다

다. 신체상태

1) 모형상대	<input type="checkbox"/> 자료법률 가능 <input type="checkbox"/> 목적해주면 모형 가능 <input type="checkbox"/> 불필요 불가	<input type="checkbox"/> 모정규를 사용하여 자료법률 가능 <input type="checkbox"/> 모정규를 사용하여 목적을 받아 모형 가능
2) 신제기능	비대응에 맞춘 신제에서 일어난지 누운 신제에서 불 일지 때가	혼자수행 지시(준비)도움 직접(부족)도움 전혀 수행할 수 없음
3) 태도기능	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 양의 느려지 못할	<input type="checkbox"/> 오실금 <input type="checkbox"/> 배고픈(태도 느슨, 태도있지 등)
4) 배법기능	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 법의 느려지 못할	<input type="checkbox"/> 번갈 <input type="checkbox"/> 맞은 설사 <input type="checkbox"/> 변비 ()

라. 일상생활기능

1) 식사하기	① ① ② ③	3) 양치질하기(물관리)	① ① ② ③
2) 세수하기	① ① ② ③	4) 화장실(이동변기) 사용하기	① ① ② ③

마. 인지 및 행동준상

□ 위

1) 인지기능	<input type="checkbox"/> 알함	<input type="checkbox"/> 기억력 저하([단기, [장기]	<input type="checkbox"/> 지남력 저하([시간, [장소, [사람]
	<input type="checkbox"/> 판단력 저하	<input type="checkbox"/> 이해력 저하	<input type="checkbox"/> 주의력 저하

바. 동거인

<input type="checkbox"/> 배우자	<input type="checkbox"/> 자녀	<input type="checkbox"/> 며느리·사위	<input type="checkbox"/> 형제·자매
<input type="checkbox"/> 손자녀	<input type="checkbox"/> 부모	<input type="checkbox"/> 친척	<input type="checkbox"/> 기타()

3. 수급자의 심신상태 및 환경변화

(3쪽 중 제2쪽)

	심신상징 구분	유지	약화	호전	평단군기(구체적 변화 내용)
가. 식사 및 영양상태		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
나. 신체상태	가) 보형	<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. 행동동향상		<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		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. 급여제공 계획 및 내용 확인 ※ 주야간보호형 통합자가서비스 제공기관인 급여권의 업무에 필수 적성

구분		제공계획		계획에 따른 급여제공 확인내용		
		필요내용	제공방법	필요내용 제공여부	미지급 사유	수급자 반응 및 특이사항
주 아 간 보 호	신체기능 프로그램		<input type="checkbox"/> 제공 <input type="checkbox"/> 미제공			
	인지기능 프로그램		<input type="checkbox"/> 제공 <input type="checkbox"/> 미제공			
	사회적응 프로그램		<input type="checkbox"/> 제공 <input type="checkbox"/> 미제공			
			<input type="checkbox"/> 제공 <input type="checkbox"/> 미제공			
			<input type="checkbox"/> 제공 <input type="checkbox"/> 미제공			
			<input type="checkbox"/> 제공 <input type="checkbox"/> 미제공			
발문요양-목적 강화				<input type="checkbox"/> 제공 <input type="checkbox"/> 미제공		

5. 인지활동형 프로그램 제공 계획 및 내용 확인

인지활동영 프로그램	재공계획	계획에 따른 급여제공 확인내용			향후 재공계획
		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

일시	년 월 일(:)	상당대상자 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			

7. 향후계획 및 기타사항

7. 향후계획 및 기타사항		※ 통합재가서비스 제공기관 유의사항 및 세부계획에 급여종류별 조치계획을 작성	
수급자 욕구	<input type="checkbox"/> 서비스 욕구 변화 있음	<input type="checkbox"/> 변화 없음	
유리 상태 변화	<input type="checkbox"/> 수급자 심신상태 중 변화 있음		
급여제공계획	<input type="checkbox"/> 급여제공계획 유지		
재작성 여부	<input type="checkbox"/> 욕구조사 재실시 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. 목구조사
- 보육질환, 영양상태, 신체상태, 일상생활기능, 인지 및 행동증상은 최근 1개월간의 실태를 종합하여 작성합니다.
3. 수급자의 심신상태 및 환경변화
- 이전 상태와 비교하여 최근 수급자의 상태 변화를 인지, 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 현실분석후원(개인정보, 자능력훈련 등), 운동요법 등을 매일 제공
• 작성예시
(필요내용) 반복적인 훈련으로 지능력 악화 방지, 일상생활활동 유지 등
(제공방법) 워크북 등 활용하여 개인정보, 지능력 훈련 등
2) 집단 프로그램은 음악활동, 인지 자극훈련 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, 악기 연주, 옛날노래, 국악기학 등)을 활용한 학습활동 등, 회상활동, 인지 자극훈련
- 필요내용 제공여부: 필요내용의 제공 또는 미제공 여부를 확인하여 '√'로 합니다.
- 계획에 따른 급여제공 확인내용: 급여제공 후에 매일 수급자의 반응 및 특이사항(수행정도, 상태변화 등 종합적인 평가)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 등)의 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 '√'로 합니다.
- 급여제공계획 재작성 여부: 급여제공계획서의 재작성 여부를 판단하여 '√'로 합니다.
- 급여제공계획 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 매일 급여제공 전에 작성합니다.
3. 본 서식은 인지활동형 프로그램을 위한 프로그램관리자, 사회복지사, 간호(조무)사, 협정급 요양보호사의 업무 수행을 위한 서식이며, 인지활동형 프로그램 제공계획은 프로그램관리자만 작성합니다.
4. 작성만이 부족한 경우에는 다른 장에 이어서 작성합니다.

작성요령
1. 기본정보
- 수급자: 수급자 성명, 장기요양인정번호, 장기요양등급을 적습니다.
- 작성일자: 업무수행일자를 작성한 날을 기재합니다.
- 작성자 성명: 프로그램 관리자 또는 급여관리 업무 수행자의 성명을 작성하고 서명합니다.
- 시설장(관리책임자) 성명: 시설장(관리책임자)의 성명을 작성하고 서명합니다.
2. 욕구조사
- 보육질환, 영양상태, 신체상태, 일상생활 기능 등은 최근 1개월간의 실태를 종합하여 작성합니다.
3. 수급자의 심신상태 및 환경변화
- 이전 상태와 비교하여 최근 수급자의 상태 변화를 인지, 악화, 호전으로 평가하고 판단근거에 구체적 변화 내용을 작성합니다.
4. 급여제공 계획 및 내용 확인
- 통합재가서비스 제공기관의 사회복지사, 간호(조무)사는 전월 급여제공 전에 작성된 제공계획에 따라 수급자에게 제공되는 급여의 필요내용과 제공방법을 작성하고, 면담을 통해 제공 결과를 확인하고 작성합니다.(통합재가서비스를 이용하는 수급자의 급여종류별 해당 내용을 모두 작성)
구분
신체기능프로그램
인지기능프로그램
사회적응프로그램
필요내용 제공여부
미제공 사유
수급자 반응 및 특이사항
5. 인지활동형 프로그램 제공 계획 및 내용 확인
- 프로그램관리자(가) 전월 수행한 프로그램 계획에 따라 제공한 내용을 확인하고 요양보호사 및 수급자 면담을 통해 작성한다.
- 제공계획: 프로그램관리자 전월 수행한 인지 자극활동 및 일상생활 함양하기 활동계획을 작성합니다.
- 필요내용 제공여부: 전월 수행한 계획의 제공 또는 미제공 여부를 확인하여 '√'로 합니다.
- 제공 확인내용: 계획에 따라 제공한 경우 제공 내용을 확인하여 작성한다.
- 미제공 사유: 계획에 따라 제공하지 않은 경우 그 사유를 작성한다.
- 향후 제공계획: 수급자의 특성, 욕구, 기능상태를 종합적으로 고려하여 프로그램 제공계획을 수립한다.
6. 수급자(보호자) 상담
- 일시와 상담방법(전화, 내방 등), 급여제공에 대한 수급자(보호자) 요구사항, 특이사항 등의 의견 및 급여 제공과 관련한 안내한 사항 등을 작성합니다.
7. 향후계획 및 기타사항
- 수급자 욕구 확인: 상담을 통해 수급자의 욕구 및 심신상태 변화 여부를 확인하여 '√'로 합니다.
- 급여제공계획 재작성 여부: 급여제공계획서의 재작성 여부를 판단하여 '√'로 합니다.
- 급여제공계획 재작성 여부: 급여제공계획서의 재작성 여부를 판단하여 '√'로 합니다.
- 급여제공 관련 유의사항 및 세부계획: 적정 서비스 제공을 위해 필요한 내용, 계획 등 추가 기재가 필요한 경우 내용을 작성합니다.
※ 통합재가서비스를 이용하는 수급자의 경우에는, 해당 권에 수급자의 욕구와 기능 상태에 따라 재가급여를 종합하여 적절하게 제공하고 있는지 확인하고, 가산분 적용받고자 하는 급여종류별 계획변경 세부내용이나 조치 계획에 대해 구분하여 각각 작성합니다.
(예시: 통합재가서비스 제공계획(급여종류별 급여내용) 변경, 사례관리 회의 실시, 지역사회자원 연계 등)
유의사항
1. 본 서식은 주야간보호 인지활동형 프로그램관리자의 업무수행을 위한 서식입니다.
2. 다만, 통합재가서비스 제공기관이 주야간보호를 할 10일 이상 이용하는 수급자에 대하여 사회복지사, 간호(조무)사가 본 서식을 별도 작성하는 경우 고시 제57조에 따른 급여관리 업무로 인정됩니다.(통합재가 서비스를 제공하는 주야간보호 내 치매전달받은 복지 제2호외의 서식에 급여관리 업무내용 함께 작성)
3. 본 서식은 참고용 서식이나 서식에서 제시하고 있는 내용을 포함하여야 합니다.
4. 작성만이 부족한 경우에는 다른 장에 이어서 작성합니다.

[별지 제24호의3서식] 신설

[별지 제24호의3서식] <개정 2026. 1. 1.>

치매전담형 기관 프로그램관리자 업무수행 일지	
()년 ()월	
1. 기본정보	
수급자	성명
작성일자	년 월 일
2. 목구조사	
가. 보육질환	없음 있음() 양호
나. 영양상태	[] 식욕부진 [] 체중감소 [] 체중과다 [] 불량 [] 기타()
다. 신체상태	1) 보행상태 2) 신체기능 3) 배뇨기능 4) 배변기능
라. 일상생활기능	구분 확인
1) 식사하기	2) 세수하기
3) 양치질하기(물나관리)	4) 화장실(이동변기) 사용하기
마. 인지 및 행동증상	
1) 인지기능	2) 행동증상
바. 동거인	

3. 수급자의 심신상태 및 환경변화 ※ 직전 상담내용과 비교하여 작성 (3쪽 중 제2쪽)

심신상태 구분	유지	악화	호전	판단근거(구체적 변화 내용)
가. 식사 및 영양상태	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
가) 보행	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
나. 신체상태	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
나) 산재가능	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
다. 일상생활	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
가) 위생관리	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
가) 능력	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. 프로그램 제공 계획 및 내용 확인

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

5. 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						

6. 수급자(보호자) 상담 ※ 월 중 1회 통합상담한 경우 각 급여종류별 상담내용 모두 기재

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

7. 합동계획 및 기타사항 ※ 통합재가서비스 제공기관은 유의사항 및 세부계획에 급여종류별 조치계획을 작성

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

(3쪽 중 제3쪽)

작성요령

- 기본정보
 - 수급자: 수급자 성명, 장기요양인정번호, 장기요양등급을 적습니다.
 - 작성일자: 업무수행일자를 작성한 날을 기재합니다.
 - 작성자 성명: 프로그램 관리자 또는 급여관리 업무 수행자의 성명을 작성하고 서명합니다.
 - 사업장(관리책임자) 성명: 시설장(관리책임자)의 성명을 작성하고 서명합니다.
- 욕구조사
 - 보통질화, 영양상태, 신체상태, 일상생활 기능 등은 최근 1개월간의 상태를 종합하여 작성합니다.
- 수급자의 심신상태 및 환경변화
 - 이전 상태와 비교하여 최근 수급자의 상태 변화를 유지, 악화, 호전으로 평가하고 판단근거에 구체적 변화 내용을 작성합니다.
- 프로그램 제공 계획 및 내용 확인
 - 연단을 통해 급여제공 전 작성된 프로그램 제공계획에 따라 제공한 내용을 확인하고 작성합니다.
 - 필요내용, 제공방법: 전월 급여제공계획에 따라 수급자에게 제공되는 급여의 필요내용과 제공방법을 작성합니다.
 - 기본 프로그램은 전실인식훈련(개인정보, 자살예방 등), 운동요법 등을 매일 제공
 - 작성예시
 - (필요내용) 반복적인 훈련으로 지능력 악화 방지, 일상생활활동 유지 등
 - (제공방법) 워크북 등 활용하여 개인정보, 지능력 훈련 등
 - 집단 프로그램은 공익활동, 인지자극훈련 등을 매일 제공하되, 매주 5일 이상 전통가(프로그램관리자, 의무장사, 관련직역 소지자)에 의해 제공
 - 작성예시
 - (필요내용) 전통적이고 다양한 활동으로 신체 인지기능 유지 증진 등
 - (제공방법) 음악활동(민요 따라하기, 악기연주, 옛날노래, 국악가락) 등을 활용한 회상활동 등, 회상활동, 인지자극훈련
 - 필요내용 제공여부: 급여제공 후, 필요내용의 제공 또는 미제공 여부를 확인하여 기록 합니다.
 - 미제공 사유: 계획에 따라 제공하지 않은 경우 그 사유를 작성합니다.
 - 수급자 반응 및 확인사항: 매일 수급자의 수행정도, 상태변화 등 종합적인 평가에 대해 작성합니다.
 - 요양보호사 모니터링: 프로그램 제공시 문제점, 조치사항 등 요양보호사에 대한 내용을 작성합니다.
- 프로그램 제공 일정
 - 매월 달력의 제공일자별로 기본, 집단 프로그램에 대한 구체적인 프로그램명을 기재합니다.
- 수급자(보호자) 상담
 - 일시와 상담방법(전화, 내방 등), 급여제공에 대한 수급자(보호자) 요구사항, 확인사항 등의 피견 및 급여제공 관련 안내한 사항 등을 작성합니다.
- 합동계획 및 기타사항
 - 수급자 욕구 확인: 상담을 통해 수급자의 욕구 및 심신상태 변화 여부를 확인하여 기록 합니다.
 - 급여제공계획 재작성 여부: 급여제공계획서의 재작성 여부를 판단하여 기록 합니다.
 - 급여제공계획 재작성 사유: 급여제공계획서의 재작성 여부를 판단하여 기록 합니다.
 - 급여제공 관련 유의사항 및 세부계획: 작성 서비스 제공을 위해 필요한 내용, 계획 등 추가 기재가 필요한 경우 내용을 작성합니다.
 - ※ 통합재가서비스를 이용하는 수급자의 경우에는, 해당 간에 수급자의 욕구와 기능 상태에 따라 재가급여를 통합하여 작성하게 제공하고 있는지 확인하고, 가산을 적용받고자 하는 급여종류별 계획변경 사유내용이나 조치계획에 대해 구분하여 기재 작성합니다.
 - (예시: 통합재가서비스 제공계획(급여종류별 급여내용)변경, 사제관리 회의 실시, 지역사회지원연계 등)

유의사항

- 본 서식은 치매전담팀 기관의 프로그램관리자 업무수행을 위한 서식입니다.
- 다만, 통합재가서비스 제공기관이 주민보호 내 치매전담팀을 월 10일 이상 이용하는 수급자에 대하여 사제관리, 간호(조리사)가 본 서식을 별도 작성하는 경우 고시 제24호에 따른 급여관리 업무로 인정됩니다.
- 본 서식은 참고용 서식이나 서식에서 제시하고 있는 내용을 포함하여야 합니다.
- 작성방법이 부족한 경우에는 다른 장에 이어서 작성합니다.