

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 협행화(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

국민건강보험공단 공고 요양기획실 제2025 -33호

「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.

장기근속 장려금 지급내역서

(년 월)

기관번호		기관명	
------	--	-----	--

()월 장기근속 장려금 지급내역

연번	청구일자	급여제공연월	심사결정내역			지급확인
			종사자명	생년월일	지급금액	
						<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

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 불가합니다.
-

제4조의6을 다음과 같이 신설한다.

제4조의6(농·어촌 인력수급취약지역 지원금 산정을 위한 종사자 근무시간 산정 방법) 고시 제11조의8제4항에 따라 고시 제11조의8제1항제3호에 해당하는 종사자의 근무시간은 제4조의3제2항 각 호의 기준을 준용하여 산정 한다. 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

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

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 × 0.3 × 30 ÷ 240 |
| ② 22:30~24:00 : 고시 제18조 표 ‘가-3’ 급여비용 × 0.3 × 90 ÷ 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 × 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 |

제5조 제3항 단서 중 “적용되는 서비스 제공한 시간”을 “적용시간”으로 하며, 표 안의 내용을 다음과 같이 한다.

- | |
|--|
| ① 기본수가 × 0.3 × 22시~06시 사이, 일요일 서비스 제공한 시간(분) ÷ <u>급여 제공시간</u> (720분) |
| ② 기본수가 × 0.5 × 유급휴일, 근로자의 날 서비스 제공한 시간(분) ÷ <u>급여 제공시간</u> (720분) |

제6조 제3항 중 “제21조 제1항”을 “제21조 제1항 및 제22조 제4항”으로 한다.

제7조 제1항 중 “산정한다.”를 “산정하고, ‘가산 산정비율’은 고시 제33조 제1항에 따라 해당 가산 적용시간이 속하는 가산비율을 적용한다.”로 하고, 같은 항의 표를 다음과 같이 한다.

▣ 삭 제

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

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) |

▼

- 가산금액 = [고시 제31조 표 ‘라-4’ 급여비용] × 0.2 × 60 ÷ 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) |

▼

- 가산금액 = [고시 제31조 표 ‘라-4’ 급여비용] × 0.2 × 240 ÷ 600

제7조 제2항 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, “제 60조를 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 의미 하며, 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 제24호의 3서식을 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"/> 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"/> 잣은 설사	<input type="checkbox"/> 변비	
	<input type="checkbox"/> 변의 느끼지 못함	<input type="checkbox"/> 기타()			
라. 일상생활기능	※ ① 혼자 할 수 있음, ② 지시(준비)도움, ③ 직접(부축)도움, ④ 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"/> 판단력 저하			
	<input type="checkbox"/> 지남력 저하([]시간, []장소, []사람) <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 급여종별 상담내용 모두 기재

7. 향후계획 및 기타사항

※ 통합재가서비스 제공기관은 유의사항 및 세부계획에 급여종별 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) 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

- 직접 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

- 프로그램관리자가 전월 수립한 프로그램 제공계획에 따라 실제 제공한 내용을 요양보호사 및 수급자(보호자)와 면담을 통해 확인하고 작성합니다.
- 제공계획: 프로그램관리자가 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 적정하게 제공되고 있는지 확인하고, 계획변경 세부내용이나 조치계획에 대해 작성합니다.
(예시: 통합재가서비스 제공계획(급여종류별 급여내용)변경, 사례관리 회의 실시, 지역사회지원연계 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 시설장(관리책임자) 성명	(서명) (서명)

2. 욕구조사

가. 보유질환	<input type="checkbox"/> 없음			
	<input type="checkbox"/> 있음()			
나. 영양상태	<input type="checkbox"/> 양호	[] 식욕부진	[] 체중감소	[] 체중과다
	<input type="checkbox"/> 불량	[] 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
	누운 상태에서 몸 일으켜 앉기	<input type="checkbox"/> 혼자수행	<input type="checkbox"/> 지시(준비)도움	<input type="checkbox"/> 직접(부축)도움
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 ※ ① 혼자 할 수 있음, ② 지시(준비)도움, ③ 직접(부축)도움, ④ 전혀 수행할 수 없음

구분	확인	구분	확인
1) 식사하기	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③	3) 양치질하기(틀니관리)	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③
2) 세수하기	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③	4) 화장실(이동변기) 사용하기	<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)		
	<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()			
3) 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"/>	
	가) 보행	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
나. 신체상태	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	가) 위생관리	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	나) 일상생활수행 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 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
주야간보호	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 프로그램 관리자만 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 급여종별 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 <input type="checkbox"/> 기타		
내용			

7. 향후계획 및 기타사항

※ 통합재가서비스 제공기관은 유의사항 및 세부계획에 급여종별 조치계획 등 작성

수급자 욕구 및 상태 변화	<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		

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

- 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, 맷돌체조, 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 적정하게 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.(통합재가서비스를 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 시설장(관리책임자) 성명	(서명) (서명)

2. 욕구조사

가. 보유질환	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음()				
	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 불량 [] 식욕부진 [] 체중감소 [] 체중과다 [] 기타()				
나. 영양상태	불량	[] 식욕부진	[] 체중감소	[] 체중과다	
		[] 기타()			
다. 신체상태					
1) 보행상태	<input type="checkbox"/> 자립보행 가능 <input type="checkbox"/> 부축해주면 보행 가능 <input type="checkbox"/> 보행 불가	<input type="checkbox"/> 보장구를 사용하여 자립보행 가능 <input type="checkbox"/> 보장구를 사용하여 부축을 받아 보행 가능			
2) 신체기능	바닥에 앓은 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 앓기	<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

* ① 혼자 할 수 있음, ② 지시(준비)도움, ③ 직접(부축)도움, ④ 전혀 수행할 수 없음

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

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 나) 신체기능	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
다. 일상생활	다) 배뇨 · 배변기능	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	가) 위생관리 나) 일상생활수행	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <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
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 급여종별 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 급여종별 조치계획 등 작성

수급자 욕구 및 상태 변화	<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		

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 제공되며, 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 적정하게 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

현 행	개 정 안
<u><신 설></u>	<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>
<u>제4조의4 (생 략) (제4조의4를 제4조의5로 이동)</u>	<u>제4조의5 (현행 제4조의4와 같음)</u>
<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> <u>1. 통합재가서비스 급여비용 산정방법 및 지급기준</u> <u>2. 기타 세부적인 사항은 공단이사장이 별도로 정한다.</u>	<u><삭 제></u>

<신 설>

제5조(방문요양, 방문간호 및 종일 방문요양 급여비용 가산 계산방법) ① 고시 제20조제2항에 따라 급여비용 가산 계산방법은 1회 급여제공 시간 내에서 가산 적용 시간대(22시 이후~06시 이전)와 가산 미적용 시간대(22시 전 또는 06시 후)가 중복되는 경우 급여비용은 급여제공시간에 해당하는 기본 급여비용과 다음과 같이 산출한 가산금액을 합하여 산정하고, 구체적인 사항은 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 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.

제5조(방문요양, 방문간호 및 종일 방문요양 급여비용 가산 계산방법) 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. (생 략)

3. 삭 제

<신 설>

<신 설>

② 고시 제19조제5항에 해당하는 경우에는 급여비용을 2회로 분할하여 각각의 급여제공 시간에 대하여 제1항의 기준을 적용한다.

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

1. -----

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

2. (현행과 같음)

3. 삭 제

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

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

② -----

---.

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

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

① 산재
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

① 산재
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

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

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

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

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.

③ -----

---. ----- 적용시간-----

-----.

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 급여 제공을
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 급여 제공을
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 표준급여 제공시간(08
시부터 22시까지) 범위 내에서
실제 제공한 시간으로 한다.

예시) 주·야간보호 급여 제공을

■ 삭 제

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

- 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)

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

제11조(프로그램관리자 업무수행 일
지 작성방법) ① 고시 제17조제6
항, 제30조제5항, 제6항 및 제72조
제2항제2호에 따라 프로그램관리
자가 프로그램 제공 계획 수립 등
업무를 수행한 경우 그 내용을 각
각 별지 제24호서식 및 제24호의2
서식에 작성·보관한다.

② • ③ 삭 제

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 휴
가 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)

- 가산금액 = [고시 제31조 표 ‘라-5’ 급여비용] × 0.2
× 240 ÷ 780

제11조(프로그램관리자 업무수행 일
지 작성방법) ① -----

----- 제24호의2서
식, 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) (생 략)

라. · 마. (생 략)

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. (생 략)

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. (생 략)

<신 설>

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

	<u>선거법」에 따른 투표 참 가 시간</u>
3. 근로시간 중에 참여한 교육 및 출장 등이 다음 각 목의 사항에 해당하는 경우 1일 8시간 내에서 실제 소요된 시간으로 한다.	3. ----- ----- ----- ----- -----. 가. ----- -----
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) (생 략)	1) (현행과 같음)
2) 「의료법」 및 「간호조무사 및 의료유사업자에 관한 규칙」에 따른 의료인 및 보건의료인 보수교육	2) ----- --- 「간호법」----- ----- ----- 간호조무사----- -
3) ~ 14) (생 략)	3) ~ 14) (현행과 같음)
나. ~ 사. (생 략)	나. ~ 사. (현행과 같음)
② ~ ⑤ (생 략)	② ~ ⑤ (현행과 같음)
제17조(방문요양기관 사회복지사 등 배치 가산을 위한 업무수행 등) ① 고시 제57조제5항에 따라 가정방문급여기관의 가산대	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 (생 략)

제19조(맞춤형서비스제공 가산을 위한 세부 제공방법 등) ① ~ ③ (생략)

<신 설>

다만, 규칙 별표1에 따라 주·야간보호형 통합재가서비스 제공기관이 주·야간보호를 월 10일 이상 이용하는 수급자에 대하여 가정방문을 갈음하여 주·야간보호 제공 시간 중에 급여 관리 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 이
상 충족 시 1일 1회 제공할 것

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. (생 략)

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.

-----.

-----. ----- 종사

자-----

-----.

1. 방문요양급여 또는 방문간호

급여----- 않은 해당 종사자-----

-----.

2. (현행과 같음)

<삭 제>

[별지 제11호의4서식] 신설

장기근속 장려금 지급내역서										
(년 월)										
기관번호	기관명									
()월 장기근속 장려금 지급내역										
연 번	청구일자	급여제공 연월	심사결정내역							
			종사 자명	생년 월일	지급 금액	지급확인				
					<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

작성요령 및 주의사항

- ① 장기근속 장려금 지급내역서는 심사·접수번호 별로 제출하여야 합니다.
- ② 장기근속 장려금 지급내역은 심사결정내역 기준으로 장기근속 장려금 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 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	<input type="checkbox"/> 급여제공 중 방문 <input type="checkbox"/> 급여제공 외 시간 방문 <input type="checkbox"/> 기타()
방문불가 사유	방문장소	<input type="checkbox"/> 수급자 자택 <input type="checkbox"/> 기타장소()
	□ 사망 □ 입원 □ 월 중 급여제공 종료 □ 기타()	
	내용	
	방문자 성명	(서명) 시설장 성명 (서명)
2. 청구조사		
가. 보유질환	<input type="checkbox"/> 알음 <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"/> 보행에 주면 보행 가능 <input type="checkbox"/> 보행 불가	<input type="checkbox"/> 보장구를 사용하여 자립보행 가능 <input type="checkbox"/> 보장구를 사용하여 부족을 받아 보행 가능
2) 신체기능	바닥에 앉은 상태에서 일어나기 누운 상태에서 풀 잊으기 앓기	<input type="checkbox"/> 혼자수행 <input type="checkbox"/> 치사(준비)도움 <input type="checkbox"/> 적립(부족)도움 전해 수행할 수 없음 <input type="checkbox"/> 혼자수행 <input type="checkbox"/> 치사(준비)도움 <input type="checkbox"/> 적립(부족)도움 전해 수행할 수 없음
3) 배뇨기능	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 요의 느끼지 못함	<input type="checkbox"/> 요실금 <input type="checkbox"/> 배뇨 곤란(배뇨 시 통증, 배뇨지연 등) <input type="checkbox"/> 기타()
4) 배변기능	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 변의 느끼지 못함	<input type="checkbox"/> 변의 느끼지 못함 <input type="checkbox"/> 변실금 <input type="checkbox"/> 찾은 설사 <input type="checkbox"/> 변비 <input type="checkbox"/> 기타()
라. 일상생활기능	※ [] 혼자 할 수 있음, [] 치사(준비)도움, [] 적립(부족)도움, [] 전혀 수행할 수 없음	
구분	혼인	구분 확인
1) 식사하기	[] [] [] 3) 양치질하기(물나온리)	[] [] []
2) 세수하기	[] [] [] 4) 화장실(이동변기) 사용하기	[] [] []
마. 인지 및 행동증상		
1) 인지기능	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 기억력 저하([] 단기, [] 장기) <input type="checkbox"/> 판단력 저하	<input type="checkbox"/> 지남력 저하([] 시간, [] 장소, [] 사람) <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"/> 죽거	
	배우자	<input type="checkbox"/> 자녀 <input type="checkbox"/> 여느리 - 사위 <input type="checkbox"/> 형제 - 자매
	손자녀	<input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 친척 <input type="checkbox"/> 기타()

[별지 제24호서식]

[별지 제24호서식] <개정 2026. 1. 1.>

가정방문급여(통합재가서비스 포함) 급여관리 업무수행 일지

(공통) 방문요양 인지활동형 프로그램관리자 업무수행 일지

()년 ()월

1. 기본정보		
수급자	성명	장기요양인정번호 장기요양등급
방문정보	방문일시	<input type="checkbox"/> 급여제공 중 방문 <input type="checkbox"/> 급여제공 외 시간 방문 <input type="checkbox"/> 기타()
방문불가 사유	방문장소	<input type="checkbox"/> 수급자 자택 <input type="checkbox"/> 기타장소()
	□ 사망 □ 입원 □ 월 중 급여제공 종료 □ 기타()	
	내용	
	방문(확인)자 성명	(서명) 시설장(관리책임자) 성명 (서명)
2. 청구조사		
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"/> 보행에 주면 보행 가능 <input type="checkbox"/> 보행 불가	<input type="checkbox"/> 보장구를 사용하여 자립보행 가능 <input type="checkbox"/> 보장구를 사용하여 부족을 받아 보행 가능
2) 신체기능	바닥에 앉은 상태에서 일어나기 누운 상태에서 풀 잊으기 앓기	<input type="checkbox"/> 혼자수행 <input type="checkbox"/> 치사(준비)도움 <input type="checkbox"/> 적립(부족)도움 전해 수행할 수 없음 <input type="checkbox"/> 혼자수행 <input type="checkbox"/> 치사(준비)도움 <input type="checkbox"/> 적립(부족)도움 전해 수행할 수 없음
3) 배뇨기능	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 요의 느끼지 못함	<input type="checkbox"/> 요실금 <input type="checkbox"/> 배뇨 곤란(배뇨 시 통증, 배뇨지연 등) <input type="checkbox"/> 기타()
4) 배변기능	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 변의 느끼지 못함	<input type="checkbox"/> 변의 느끼지 못함 <input type="checkbox"/> 변실금 <input type="checkbox"/> 찾은 설사 <input type="checkbox"/> 변비 <input type="checkbox"/> 기타()
라. 일상생활기능	※ [] 혼자 할 수 있음, [] 치사(준비)도움, [] 적립(부족)도움, [] 전혀 수행할 수 없음	
구분	혼인	구분 확인
1) 식사하기	[] [] [] 3) 양치질하기(물나온리)	[] [] []
2) 세수하기	[] [] [] 4) 화장실(이동변기) 사용하기	[] [] []
마. 인지 및 행동증상		
1) 인지기능	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 기억력 저하([] 단기, [] 장기) <input type="checkbox"/> 판단력 저하	<input type="checkbox"/> 지남력 저하([] 시간, [] 장소, [] 사람) <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"/> 죽거	
	배우자	<input type="checkbox"/> 자녀 <input type="checkbox"/> 여느리 - 사위 <input type="checkbox"/> 형제 - 자매
	손자녀	<input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 친척 <input type="checkbox"/> 기타()

[별지 제24호의2서식]

[별지 제24호의2서식] <개정 2025. 7. 1.>

주·야간보호 및 치매전담형 프로그램관리자 업무수행 일지			
()년 ()월		(일련)	
1. 기본정보			
수급자 성명	장기요양등급	인정번호	L
프로그램관리자 성명	(서명)	시설장(관리책임자) 성명	(서명)
2. 욕구조사			
가. 보유질환	<input type="checkbox"/> 알лер <input type="checkbox"/> 있음() <input type="checkbox"/> 암호		
나. 영양상태	<input type="checkbox"/> 불량 [] 식욕부진 [] 체중감소 [] 체중과다 <input type="checkbox"/> 기타()		
다. 신체상태			
1) 보행상태	<input type="checkbox"/> 자립보행 가능 <input type="checkbox"/> 부족해 주변 보행 가능 <input type="checkbox"/> 보행 불가	<input type="checkbox"/> 보장구를 사용하여 자립보행 가능 <input type="checkbox"/> 보장구를 사용하여 부족을 받아 보행 가능	
2) 신체기능	바닥에 앉은 상태에서 일어서기 흐트수행 지시(준비)도움 직접(부족)도움 전혀 수행할 수 없음 에서 일어서기 흐트수행 지시(준비)도움 직접(부족)도움 전혀 수행할 수 없음	<input type="checkbox"/>	
3) 배뇨기능	<input type="checkbox"/> 암호 <input type="checkbox"/> 요실금 <input type="checkbox"/> 오의 느끼지 못함 <input type="checkbox"/> 기타()	<input type="checkbox"/> 배뇨곤란(배뇨 시 통증, 배뇨지연 등) <input type="checkbox"/> 찾은 설사 <input type="checkbox"/> 변비 <input type="checkbox"/> 변의 느끼지 못함 <input type="checkbox"/> 기타()	
4) 배변기능	<input type="checkbox"/> 암호 <input type="checkbox"/> 변설금 <input type="checkbox"/> 찾은 설사 <input type="checkbox"/> 변비 <input type="checkbox"/> 변의 느끼지 못함 <input type="checkbox"/> 기타()		
라. 일상생활기능	* <input type="checkbox"/> 흐트 할 수 있음, <input type="checkbox"/> 자시(준비)도움, <input type="checkbox"/> 직접(부족)도움, <input type="checkbox"/> 전혀 수행할 수 없음 확인 구분	<input type="checkbox"/> 1) ① ② ③ 3) 양처질하기(돌니관리) <input type="checkbox"/> 2) ① ② ③ 4) 화장실(이동변기) 사용하기 <input type="checkbox"/> ① ② ③	
마. 인지 및 행동증상	<input type="checkbox"/> 암호 <input type="checkbox"/> 기억력 저하([단기, [장기]) <input type="checkbox"/> 판단력 저하 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 복기 <input type="checkbox"/> 동거인	<input type="checkbox"/> 지남력 저하([시간, [장소, [사람]) <input type="checkbox"/> 이해력 저하 <input type="checkbox"/> 주의력 저하 <input type="checkbox"/> 있음() <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 실신상태 및 환경변화 * 이전과 비교하여 확실						
실신상태 구분		유지	악화	호전	판단근거	
가. 식사 및 영양상태	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
나. 신체상태	<input type="checkbox"/> 가) 보행 <input type="checkbox"/> 신체기능 <input type="checkbox"/> 배뇨·배변기능 <input type="checkbox"/> 위생관리 <input type="checkbox"/> 일상생활수행	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
다. 일상생활 기능	<input type="checkbox"/> 인지기능 <input type="checkbox"/> 행동증상 <input type="checkbox"/> 가족 및 생활환경 <input type="checkbox"/> 기타 및 종합의견	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
라. 개인기록 및 제공내용 확인						
구분	필로내용	제공방법	계획에 따른 금여제공 확인내용			
기본프로그램		<input type="checkbox"/> 원도내용 <input type="checkbox"/> 제공여부 <input type="checkbox"/> 미제공 <input type="checkbox"/> 사유	<input type="checkbox"/> 수급자 반응 <input type="checkbox"/> 및 특이사항 <input type="checkbox"/> 모니터링			
집단프로그램		<input type="checkbox"/> 제공 <input type="checkbox"/> 미제공				
5. 프로그램 제공일정	월	화	수	목	금	토
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	()		
	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						
수급자 목록	<input type="checkbox"/> 서비스 목록 변화 있음 <input type="checkbox"/> 변화 없음					
및 상세 변화	<input type="checkbox"/> 수급자 실신상태 등 변화 있음					
급여제공계획	<input type="checkbox"/> 급여제공계획 유지					
재작성 여부	<input type="checkbox"/> 유후조사 재설시 및 급여제공계획서 재작성					
급여제공 관련 유의사항 및 세부계획						

[별지 제24호의2서식]

[별지 제24호의2서식] <개정 2026. 1. 1.>

(3쪽 중 제1쪽)

주야간보호기관 인지활동형 프로그램관리자 업무수행 일지			
()년 ()월			

1. 기본정보

수급자	성명	장기요양면접번호	
직설일자	년 월 일	작성자 성명	(서명)

2. 욕구조사

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

3. 신체상태

1) 보행상태	<input type="checkbox"/> 자립보행 가능 <input type="checkbox"/> 부족해 주변 보행 가능 <input type="checkbox"/> 보행 불가	<input type="checkbox"/> 보장구를 사용하여 자립보행 가능 <input type="checkbox"/> 보장구를 사용하여 부족을 받아 보행 가능
2) 신체기능	바닥에 앉은 상태에서 흐트수행 지시(준비)도움 직접(부족)도움 전혀 수행할 수 없음 에서 일어서기 흐트수행 지시(준비)도움 직접(부족)도움 전혀 수행할 수 없음	<input type="checkbox"/>
3) 배뇨기능	<input type="checkbox"/> 암호 <input type="checkbox"/> 요실금 <input type="checkbox"/> 오의 느끼지 못함 <input type="checkbox"/> 기타()	<input type="checkbox"/> 배뇨곤란(배뇨 시 통증, 배뇨지연 등) <input type="checkbox"/> 찾은 설사 <input type="checkbox"/> 변비 <input type="checkbox"/> 변의 느끼지 못함 <input type="checkbox"/> 기타()
4) 배변기능	<input type="checkbox"/> 암호 <input type="checkbox"/> 변설금 <input type="checkbox"/> 찾은 설사 <input type="checkbox"/> 변비 <input type="checkbox"/> 변의 느끼지 못함 <input type="checkbox"/> 기타()	
라. 일상생활기능	* <input type="checkbox"/> 흐트 할 수 있음, <input type="checkbox"/> 자시(준비)도움, <input type="checkbox"/> 직접(부족)도움, <input type="checkbox"/> 전혀 수행할 수 없음 구분 확인	<input type="checkbox"/> 1) ① ② ③ 3) 양처질하기(돌니관리) <input type="checkbox"/> 2) ① ② ③ 4) 화장실(이동변기) 사용하기 <input type="checkbox"/> ① ② ③
마. 인지 및 행동증상	<input type="checkbox"/> 암호 <input type="checkbox"/> 기억력 저하([단기, [장기]) <input type="checkbox"/> 판단력 저하 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 복기 <input type="checkbox"/> 동거인	<input type="checkbox"/> 지남력 저하([시간, [장소, [사람]) <input type="checkbox"/> 이해력 저하 <input type="checkbox"/> 주의력 저하 <input type="checkbox"/> 있음() <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()

(3쪽 중 제2쪽)

3. 수급자의 실신상태 및 환경변화 * 이전과 비교하여 확실

실신상태 구분		유지	악화	호전	판단근거(구체적 변화 내용)	
기. 식사 및 영양상태	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
나. 신체상태	<input type="checkbox"/> 가) 보행 <input type="checkbox"/> 신체기능 <input type="checkbox"/> 배뇨·배변기능 <input type="checkbox"/> 위생관리 <input type="checkbox"/> 일상생활수행	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
다. 일상생활 기능	<input type="checkbox"/> 인지기능 <input type="checkbox"/> 행동증상 <input type="checkbox"/> 가족 및 생활환경 <input type="checkbox"/> 기타 및 종합의견	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

4. 금여제공 계획 및 내용 확인 * 주야간보호형 통합자거서비스 제공기관이 길수 직선

구분	제공계획		계획에 따른 금여제공 확인내용		
	필모내용	제공방법	필모내용	제공여부	미제공 사유
주 신체기능			<input type="checkbox"/> 제공		
야 인지기능			<input type="checkbox"/> 미제공		
간 프로그램			<input type="checkbox"/> 제공		
보 사용처음			<input type="checkbox"/> 제공		
호 프로그램			<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

제공계획	계획에 따른 금여제공 확인내용			정후 제공계획
	필모내용	제공여부	제공 확인내용	
인지자극 활동	<input type="checkbox"/> 제공 <input type="checkbox"/> 미제공			
일상생활 함께하기	<input type="checkbox"/> 제공 <input type="checkbox"/> 미제공			

6. 수급자(보호자) 상담

필 중 회의 출석유무를 경우, 각 금여종류별 상당내용 모두 기재	
일시	년 월 일(:)
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	
수급자 목록	<input type="checkbox"/> 서비스 목록 변화 있음 <input type="checkbox"/> 변화 없음
및 상세 변화	<input type="checkbox"/> 수급자 실신상태 등 변화 있음
급여제공계획	<input type="checkbox"/> 급여제공계획 유지
재작성 여부	<input type="checkbox"/> 유후조사 재설시 및 급여제공계획서 재작성
급여제공 관련 유의사항 및 세부계획	<input type="checkbox"/> 유후조사 재설시 및 급여제공계획서 재작성

작성요령

1. 기본정보

- 수급자: 수급자의 성명, 장기요양인정번호를 적습니다.
- 프로그램관리사 성명: 프로그램 관리자의 성명을 작성하고 서명합니다.
- 시설장(관리책임자) 성명: 시설장(관리책임자)의 성명을 작성하고 서명합니다.
- 2. 목구조사
 - 보유질환, 영양상태, 신체상태, 일상생활기능, 인지 및 행동증상은 최근 1개월간의 상태를 종합하여 작성합니다.
 - 3. 수급자의 신체상태 및 환경변화
 - 이전 상태와 비교하여 최근 수급자의 상태 변화를 유지, 악화, 호전으로 평가하고 판단근거를 작성합니다.
 - 4. 프로그램 제공계획 및 제공내용 확인
 - 면담을 통해 금여제공계획서에 따라 제공한 내용을 확인하고 작성합니다.
 - 필요내용, 제공방법: 금여제공계획서의 내용에 따라 수급자에게 제공되는 금여의 필요내용과 제공방법을 작성합니다.
 - 1) 기본 프로그램은 현실인식훈련(개인정보, 시남력훈련 등), 운동요법 등을 예일 제공
 - 작성이상
 - (필수내용) 반복적인 훈련으로 지능적 악화 방지, 일상생활활동 유지 등
 - (제공방법) 워크북 등 활용하여 개인정보, 시남력을 향상 등
 - 2) 힐다 프로그램은 육아활동, 인지자극훈련 등을 매일 제공되며, 매주 5일 이상 전용기(프로그램관리자, 외부강사, 관리자적 소지자)에 의해 제공
 - 작성이상
 - (필수내용) 전문적이고 다양한 활동으로 신체·인지기능 유지·증진 등
 - (제공방법) 육아활동(인도·데리기), 외부연주, 명상노래, 국악기학 등을 활용한 회식활동 등), 회식활동, 인지자극훈련
 - 필요내용 저작여부: 필요내용의 제공 또는 이재증 증상을 확인하여 첨부 합니다.
 - 계획에 따른 금여제공 확인내용: 금여제공 후에 매일 수급자의 반응 및 특이사항(수혈정도, 상태변화 등 종합적인 평가)과 요양보호사·모니터링(프로그램 제공) 제공사·문제점·조치사항 등 내용을 기재합니다.
 - 5. 프로그램 제공일정
 - 매월 일회의 제공일자별로 기본, 절단 프로그램에 대한 구체적인 프로그램명을 기재합니다.
 - 6. 수급자(보호자) 상담
 - 일시와 상담방법(유선, 내방 등), 금여제공에 대한 수급자(보호자) 요구사항, 특이사항 등)의 의견 및 금여제공 관련 안내한 시황 등을 작성합니다.
 - 7. 항후계획 및 기타사항
 - 수급자 요구 확인: 상담을 통해 수급자의 욕구 및 신체상태 변화 여부를 확인하여 첨부 합니다.
 - 금여제공계획 재작성 여부: 금여제공계획서의 재작성 여부를 판단하여 첨부 합니다.
 - 금여제공 관련 유의사항 및 세부계획: 금여제공 시 유의사항과 재급계획 등 작성하지 못한 내용을 추가로 작성합니다.

유의사항

- 본 서식은 참고용 서식이나 서식에서 제외하고 있는 내용을 포함하여야 합니다.
- 목구조사 및 프로그램 제공계획 등은 배달 금여제공 전에 작성합니다.
- 본 서식은 인지활동형 프로그램을 위한 프로그램관리자, 사회복지사, 간호(초무)사, 텁玷급 요양보호사의 업무수행을 위한 서식이며, 인지활동형 프로그램 제공계획은 프로그램관리자만 작성합니다.
- 작성란이 부족한 경우에는 다른 장에 이어서 작성합니다.

작성요령

(3쪽 중 제3쪽)

- 2025/12/04 13:
1. 기본정보
 - 수급자: 수급자 성명, 장기요양인정번호, 장기요양등급을 적습니다.
 - 작성일자: 업무수행일자를 작성한 날짜를 기재합니다.
 - 작성자: 성명·프로그램 관리자 또는 금여관리 업무 수동자의 성명을 작성하고 서명합니다.
 - 시설장(관리책임자) 성명: 시설장(관리책임자)의 성명을 작성하고 서명합니다.

2. 목구조사

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

3. 수급자의 신체상태 및 환경변화

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

4. 금여제공 계획 및 내용 확인

- 품질제기서비스 제공기준에 따라 제공한 내용을 확인하고 작성합니다.

5. 금여제공 계획 및 내용 확인

- 품질제기서비스 제공기준에 따라 제공한 내용을 확인하고 작성합니다.

6. 수급자 반응 및 특이사항

- 필요내용: 금여제공 내용을 확인하고, 단계별로 제공 계획을 확인하고 작성합니다.

7. 인지활동형 프로그램 제공 계획 및 내용 확인

- 품질제기서비스 제공기준에 따라 제공한 내용을 확인하고 작성합니다.

8. 제공계획

- 품질제기서비스 제공기준에 따라 제공한 내용을 확인하고 작성합니다.

9. 수급자 반응 및 특이사항

- 필요내용: 금여제공 내용을 확인하고, 단계별로 제공 계획을 확인하고 작성합니다.

10. 수급자(보호자) 상담

- 일시와 상담방법(유선, 내방 등), 금여제공에 대한 수급자(보호자) 요구사항, 특이사항 등)의 의견 및 금여제공 관련 안내한 시황 등을 작성합니다.

11. 항후계획 및 기타사항

- 수급자 요구 확인: 상담을 통해 수급자의 욕구 및 신체상태 변화 여부를 확인하여 첨부 합니다.

12. 금여제공계획 재작성 여부

- 금여제공계획 재작성 여부: 금여제공계획서의 재작성 여부를 판단하여 첨부 합니다.

13. 세부계획

- 세부계획: 수급자의 특성, 요구, 기능상태 등을 종합적으로 고려하여 프로그램 제공계획을 수립합니다.

14. 수급자(보호자) 상담

- 일시와 상담방법(유선, 내방 등), 금여제공에 대한 수급자(보호자) 요구사항, 특이사항 등)의 의견 및 금여제공 관련 안내한 시황 등을 작성합니다.

15. 항후계획 및 기타사항

- 수급자 요구 확인: 상담을 통해 수급자의 욕구 및 신체상태 변화 여부를 확인하여 첨부 합니다.

16. 금여제공계획 재작성 여부

- 금여제공계획 재작성 여부: 금여제공계획서의 재작성 여부를 판단하여 첨부 합니다.

17. 세부계획

- 세부계획: 수급자의 특성, 요구, 기능상태 등을 종합적으로 고려하여 프로그램 제공계획을 수립합니다.

18. 유의사항

- 본 서식은 주야간(보호) 인지활동형 프로그램 관리자의 업무수행을 위한 서식입니다.

2. 다만, 품질제기서비스 제공기준(제공기준) 제7조 제1항 및 제7조 제2항에 따른 금여관리 업무로 인정됩니다.(통합제기 서비스를 제공하는 주야간(보호) 내 치매정답실은 별도 제24호제3 서식에 금여관리 업무내용 함께 작성)

3. 본 서식은 참고용 서식이나 서식에서 제외하고 있는 내용을 포함하여야 합니다.

4. 작성란이 부족한 경우에는 다른 장에 이어서 작성합니다.

[별지 제24호의3서식] 신설

[별지 제24호의3서식] <개정 2026. 1. 1.>

치매전당형 기관 프로그램관리자 업무수행 일지

()년 ()월

1. 기본정보

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

2. 목구조사

가. 보유질환	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음()
나. 영양상태	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 불량 <input type="checkbox"/> 불평

3. 신체상태

1) 신체상태	<input type="checkbox"/> 자립보행 가능 <input type="checkbox"/> 부족하여 주의 보행 가능 <input type="checkbox"/> 보행 불가	<input type="checkbox"/> 보장구를 사용하여 자립보행 가능 <input type="checkbox"/> 보장구를 사용하여 부족을 받아 보행 가능
2) 신체기능	<input type="checkbox"/> 바닥에 앉은 상태에서 움직이기 앙기 <input type="checkbox"/> 누운 상태에서 움직이기 앙기	<input type="checkbox"/> 혼자수행 지시(준비) 도움 직접(부축) 도움 전혀 수행할 수 없음

4) 행동기능

3) 배뇨기능	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 오의느끼지 못함 <input type="checkbox"/> 오의느끼지 못함	<input type="checkbox"/> 배뇨곤란(배뇨 시 통증, 배뇨지연 등) <input type="checkbox"/> 기타()
4) 변화기능	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 변화의 느끼지 못함	<input type="checkbox"/> 찾은 실사 <input type="checkbox"/> 변화 <input type="checkbox"/> 기타()

5) 일상생활기능

구분	확인	구분	확인
1) 식사하기	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③	3) 양지침하기(홀니관리)	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③
2) 세수하기	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③	4) 화장실(이동반기) 사용하기	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③

6) 인지 및 행동증상

가. 인지기능	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 기억력 저하([]단기, []장기) <input type="checkbox"/> 판단력 저하 <input type="checkbox"/> 이해력 저하	<input type="checkbox"/> 자발적 저하([]시간, []장소, []사람) <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"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 친구 <input type="checkbox"/> 손녀	<input type="checkbox"/> 머느리·사위 <input type="checkbox"/> 친척 <input type="checkbox"/> 기타()

<p style="text-align: right;">(3쪽 중 제2쪽)</p> <p>3. 수급자의 심신상태 및 환경변화</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">심신상태 구분</th> <th colspan="3">※ 최신 상담내용과 비교하여 작성</th> </tr> <tr> <th>유지</th> <th>악화</th> <th>호전</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>가. 식사 및 영양상태</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> (가) 보행</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>나. 신체상태</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> 나) 신체기능</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> 다) 배뇨·변기기능</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>다. 일상생활</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> 가) 위생관리</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> 기능</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>리. 인지기능</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>미. 행동증상</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>비. 기죽 및 생활환경</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>사. 기타 및 종합의견</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>4. 프로그램 제공 계획 및 내용 확인</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">구분</th> <th colspan="2">제공계획</th> <th colspan="3">계획에 따른 금여제공 확인내용</th> </tr> <tr> <th>필요내용</th> <th>제공방법</th> <th>필요내용 제공여부</th> <th>미제공 사유</th> <th>수금자 반응 및 복이사항</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>기본프로그램</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>요양보호사 모니터링</td> </tr> <tr> <td>집단프로그램</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>5. 프로그램 제공 일정</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>프로그램명</th> <th>월</th> <th>화</th> <th>수</th> <th>목</th> <th>금</th> <th>토</th> <th>일</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1주</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>기본 집단</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2주</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>기본 집단</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3주</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>기본 집단</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4주</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>기본 집단</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5주</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>기본 집단</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>6. 수급자(보호자) 상담</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="5">※ 월 총 1회 통합상담한 경우 각 금여종류별 상담내용 모두 기재</th> </tr> <tr> <th>일시</th> <th>년</th> <th>월</th> <th>일</th> <th>:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>방법</td> <td><input type="checkbox"/> 방문</td> <td><input type="checkbox"/> 내방</td> <td><input type="checkbox"/> 전화</td> <td><input type="checkbox"/> 문자</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 기타</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>내용</td> <td colspan="4"></td> </tr> </tbody> </table> <p>7. 향후계획 및 기타사항</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">※ 통합제기서비스 제공기관은 유의사항 및 세부계획에 금여종류별 조치계획 등 확성</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>수급자 욕구 및 상태 변화</td> <td><input type="checkbox"/> 서비스 욕구 변화 있음 <input type="checkbox"/> 변화 없음</td> </tr> <tr> <td>급여제공계획</td> <td><input type="checkbox"/> 수급자 심신상태 등 변화 있음</td> </tr> <tr> <td>제작상 어려움</td> <td><input type="checkbox"/> 금여제공계획 유지</td> </tr> <tr> <td>급여제공 관련 유의사항 및 세부계획</td> <td><input type="checkbox"/> 욕구조사 재실시 및 급여제공계획서 제작성</td> </tr> </tbody> </table>	심신상태 구분	※ 최신 상담내용과 비교하여 작성			유지	악화	호전	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) 신체기능	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	다) 배뇨·변기기능	<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"/>	기능	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	리. 인지기능	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	미. 행동증상	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	비. 기죽 및 생활환경	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	사. 기타 및 종합의견	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	구분	제공계획		계획에 따른 금여제공 확인내용			필요내용	제공방법	필요내용 제공여부	미제공 사유	수금자 반응 및 복이사항	기본프로그램	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	요양보호사 모니터링	집단프로그램	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		프로그램명	월	화	수	목	금	토	일	1주								기본 집단								2주								기본 집단								3주								기본 집단								4주								기본 집단								5주								기본 집단								※ 월 총 1회 통합상담한 경우 각 금여종류별 상담내용 모두 기재					일시	년	월	일	:	방법	<input type="checkbox"/> 방문	<input type="checkbox"/> 내방	<input type="checkbox"/> 전화	<input type="checkbox"/> 문자		<input type="checkbox"/> 기타				내용					※ 통합제기서비스 제공기관은 유의사항 및 세부계획에 금여종류별 조치계획 등 확성		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	제작상 어려움	<input type="checkbox"/> 금여제공계획 유지	급여제공 관련 유의사항 및 세부계획	<input type="checkbox"/> 욕구조사 재실시 및 급여제공계획서 제작성	<p style="text-align: right;">(3쪽 중 제3쪽)</p> <p>작성요령</p> <p>1. 기본정보</p> <ul style="list-style-type: none"> - 수급자: 수급자 성명, 청기요양인정번호, 청기요양증급을 적습니다. - 작성일자: 업무수행일자를 적습니다. 날짜를 기재합니다. - 이용자 정보: 프로그램 관리사 또는 간호사의 암수, 수동자의 성명을 적습니다. 시설장(관리책임자) 성명: 시설장(관리책임자)의 성명을 작성합니다. - 욕구조사 - 보건복지부, 영양관리, 신체상태, 일상생활 가능 등은 최근 1개월간의 실력을 종합하여 작성합니다. - 수급자의 심신상태 및 환경변화 - 이용상태와 비교하여 최근 수급자의 상태 변화를 유지, 악화, 호전으로 평가하고 판단근거에 구체적 변화 내용을 적습니다. <p>2. 프로그램 제공 계획 및 내용 확인</p> <ul style="list-style-type: none"> - 단락별 풀체 금여제공 및 전자상정 프로그램 제공계획에 따라 제공한 내용을 확인하고 작성합니다. - 필요내용, 제공방법: 선형·마이크로제작형 등 수급자에게 제공되는 금여의 필요내용과 제공방법을 작성합니다. <p>3. 기본 프로그램 편집 및 확장</p> <ul style="list-style-type: none"> - 편집방법: 기본 프로그램 편집(기본정보, 지침역훈련 등), 운동요법 등을 매일 제공 - 작성방식 <ul style="list-style-type: none"> (필요내용) 복식적인 허용으로 자녀·학부모·친구·친척·성인·성인보호자·성인간호사·성인간호보호자·성인간호사·성인간호보호자 등 (제공방법) 풀체 제공(모두 다리기, 배기연주, 엿보노래, 국악기 등)·음악 활용(모두 다리기, 배기연주, 엿보노래, 국악기 등) 활용한 회상활동 등, 회상활동, 친구와 함께 활동 - 필요내용 제공여부: 금여제공 후, 필요내용의 제공 또는 미제공 여부를 확인하여 기재합니다. - 미제공 여부: 제작에 있어 제작하지 않은 경우 그 사유를 작성합니다. - 수급자 반응 및 평가사항: 매월 수급자의 수령정도, 상태변화 등 종합적인 평가에 대해 작성합니다. - 오망보호사 모니터링: 프로그램 제공시·분석시·조사사항 등 오망보호사에 대한 내용을 작성합니다. <p>4. 프로그램 제작 및 일정</p> <ul style="list-style-type: none"> - 매월 담당의 제공일자별로 기본, 집단 프로그램에 대한 구체적인 프로그램일정을 기재합니다. <p>5. 수급자(보호자) 상담</p> <ul style="list-style-type: none"> - 일상화상(상담방법(전화, 내방 등), 금여제공에 대한 수급자(보호자) 요구사항, 특이사항 등) 의견 및 금여제공 관련 안내문 시장 등을 작성합니다. <p>6. 향후계획 및 기타사항</p> <ul style="list-style-type: none"> - 수급자 욕구 확인: 상담을 통해 수급자의 욕구 및 심신상태 변화 여부를 확인하여 기재합니다. - 금여제공계획 제작상 어려움: 금여제공계획서의 제작상 어려움을 판단하여 기재합니다. - 금여제공계획 제작상 어려움: 금여제공계획서의 제작상 어려움을 판단하여 기재합니다. - 간호제공 관련 유의사항 및 세부계획: 적정 서비스 제공을 위해 필요한 내용, 계획 등 추가 기재가 필요한 경우 내용을 작성합니다. - 통합제기서비스를 이용하는 수급자의 경우에는, 해당 같은 수급자의 욕구와 기능 상태에 따라 제작간이를 통합하여 적절하게 제공하고 있는지 확인하고, 기산을 적용받고자 하는 금여종류별 계획변경 서부내용이나 조치계획에 대한 구분하여 각각 작성합니다. <p>(예시): 통합제기서비스 제공계획(금여종류별 금여내용)변경, 사회관리 회의 실시, 지역사회자원연계 등)</p> <p>유의사항</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. 본 서식은 치매진단형 기관의 프로그램관리자 업무수행을 위한 서식입니다. 2. 다만, 통합제기서비스 제공기�이 주민간호호 내 치매진단실을 월 10일 이상 이용하는 수급자에 대하여 사회복지사, 간호(조무)사가 본 서식을 범용로 작성하는 경우 고지서 457쪽에 따른 금여관리 업무로 인정됩니다. 3. 본 서식은 참고용 서식이나 서식에서 제외하고 있는 내용을 포함하여야 합니다. 4. 작성방법이 부족한 경우에는 다른 장이 이어서 작성합니다.
심신상태 구분		※ 최신 상담내용과 비교하여 작성																																																																																																																																																																																																								
	유지	악화	호전																																																																																																																																																																																																							
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) 신체기능	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																							
다) 배뇨·변기기능	<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"/>																																																																																																																																																																																																							
기능	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																							
리. 인지기능	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																							
미. 행동증상	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																							
비. 기죽 및 생활환경	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																							
사. 기타 및 종합의견	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																							
구분	제공계획		계획에 따른 금여제공 확인내용																																																																																																																																																																																																							
	필요내용	제공방법	필요내용 제공여부	미제공 사유	수금자 반응 및 복이사항																																																																																																																																																																																																					
기본프로그램	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	요양보호사 모니터링																																																																																																																																																																																																					
집단프로그램	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																						
프로그램명	월	화	수	목	금	토	일																																																																																																																																																																																																			
1주																																																																																																																																																																																																										
기본 집단																																																																																																																																																																																																										
2주																																																																																																																																																																																																										
기본 집단																																																																																																																																																																																																										
3주																																																																																																																																																																																																										
기본 집단																																																																																																																																																																																																										
4주																																																																																																																																																																																																										
기본 집단																																																																																																																																																																																																										
5주																																																																																																																																																																																																										
기본 집단																																																																																																																																																																																																										
※ 월 총 1회 통합상담한 경우 각 금여종류별 상담내용 모두 기재																																																																																																																																																																																																										
일시	년	월	일	:																																																																																																																																																																																																						
방법	<input type="checkbox"/> 방문	<input type="checkbox"/> 내방	<input type="checkbox"/> 전화	<input type="checkbox"/> 문자																																																																																																																																																																																																						
	<input type="checkbox"/> 기타																																																																																																																																																																																																									
내용																																																																																																																																																																																																										
※ 통합제기서비스 제공기관은 유의사항 및 세부계획에 금여종류별 조치계획 등 확성																																																																																																																																																																																																										
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																																																																																																																																																																																																									
제작상 어려움	<input type="checkbox"/> 금여제공계획 유지																																																																																																																																																																																																									
급여제공 관련 유의사항 및 세부계획	<input type="checkbox"/> 욕구조사 재실시 및 급여제공계획서 제작성																																																																																																																																																																																																									