국민건강보험공단 공고 요양급여실 - 제2018 - 1호

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

2018년 5월 23일
국민건강보험공단 이사장

장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 세부사항 일부개정안

제12조제1항제1호가목 "제1항부터 제5항"을 "제1항, 제2항, 제4항 및 제5항"으로 하고, 같은 호 라목 "의료기관에 입원하여 유급병가인 경우"를 "인한 병가"로, "7일"을 "30일"로 한다.
같은 항 제2호에 마목을 다음과 같이 신설한다.
마. 「건강검진기본법」 제3조제3호에 의한 국가건강검진
같은 항 제3호 가목에 13)을 다음과 같이 신설한다.
13) 기타 공단 또는 지방자치단체에서 주관하는 장기요양 직무 관련 교육
같은 호 다목 "등"을 "외"로 변경하고, 라목을 삭제한다.
같은 조 제3항제2호 "입·퇴원 확인서 등 입·퇴원을 확인할 수 있는 자료"를 "처방전 등 사유를 증빙할 수 있는 자료. 다만 7일 이상의 연속적인 병가일 경우 진단서"로 변경한다.

별지 제22호 서식 뒤쪽, 제23호, 제24호 서식의 "관리책임자", 제24-2호 서식의 "시설장" 및 제26호 서식의 "관리책임자(시설장)"을 "시설장(관리책임자)"으로 한다.

부　　칙<요양급여실-제2018-1호, 2018. 5. 23.>

이 세부사항은 2018년 6월 1일부터 시행한다.

장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 세부사항 신・구조문 대비표

현 행	개 정 (안)	비 고
제12조(근무인원수 산정방법) ① 고시 제51조제4항에 따라 직원 1인의 월 기준근무시간에 다음 각 호의 사항을 포함한다. 1. 다음 각 목의 사항이 유급인 경우에 한해 1일 최대 8시간을 인정한다. 가. 「근로기준법」제60조 제1항부터 제5항에 의한 연차유급휴가 나. ~ 다. (생 략) 라. 직원의 질병 또는 부상으로 의료기관에 입원하여 유급병가인 경우 : 연간 7일 이내	제12조(근무인원수 산정방법) ① --. 1. ---. 가. ---------------------- 제1항, 제2항, 제4항 및 제5항------- 나. ~ 다. (현행과 같음) 라. ---------------------- 인한 병가 : -- 30일 --	근로기준법제60조제3항삭제에따른 연차유급휴가 근거조항변경 종사자 근무시간으로 인정하는 사유 중 병가 인정 일수확대, 인정요건을 외래등도 포함하

현 행	개 정 (안)	비 고
2. (생 략) 가. ~ 라. (생 략) <u>< 신 설 ></u>	2. (현행과 같음) 가. ~ 라. (현행과 같음) <u>마. 「건강검진기본법」 제3조제3호에 의한 국가건강검진</u>	여 완화 국가건강검진에 소요된 시간을 근무시간으로인정
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, 자격증 소지자에 대한 보수교육의 경우 관할 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 신고한 직종 관련인 경우에 한함 1) ~ 12) (생 략)	3. --. 가. -- 1) ~ 12) (현행과 같음)	
<u>< 신 설 ></u>	<u>13) 기타 공단 또는 지방자치단체에서 주관하는 장기요양 직무 관련 교육</u>	공단 또는 지자체 교육 참석 유도를 위해 교육 인정시
나. (생 략)	나. (현행과 같음)	

현 행	개 정 (안)	비 고
		간 확대
다. 가목 또는 나목에 해당하지 않는 교육 중 공단 또는 지방자치단체 등 외부기관에서 주관하는 전문성 강화 및 서비스 질 향상을 위한 직무 관련 교육. 이 경우 요양보호사, 사회복지사, 간호(조무)사, 물리(작업)치료사, 조리원, 위생원, 보조원(운전사)은 종사자 1인당 연간 16시간에 한하여 인정함	다. ---------------------- ---------------------------- ----- 외 ---------------- ---------------------------- ---------------------------- ---------------------------- ---------------------------- ---------------------------- ---------------------------- ---------	공단 또는 지자체 주관 외 외부기관 주관 교육 인정시간 규정
라. 치매전담형 장기요양기관 운영에 따른 종사자 치매전문교육	< 삭 제 >	제12조 제1항제3호다목 개정에 따라 중복조항 삭제
마. (생 략)	마. (현행과 같음)	
② (생 략)	② (현행과 같음)	
③ 장기요양기관은 직원의 근무일자 및 출퇴근시간 등이 기재된 근무일지를 작성보관하여야 하며, 다음 각 호의 사항은 근무일지 이외에 해당 증빙자료를 직원으로부터 제출받아 보관하	③ ------------------------- ---------------------------- ---------------------------- ---------------------------- ---------------------------- ----------------------------	

현 행	개 정 (안)	비 고
여야 한다. 1. (생 략) 2. 제1항제1호 라목 병가의 경우 <u>입·퇴원 확인서 등 입·퇴원을 확인할 수 있는 자료</u>	-------. 1. (현행과 같음) 2. ------------------------ <u>처방전 등 사유를 증빙할 수 있는 자료. 다만 7일 이상의 연속적인 병가일 경우 진단서</u>	병가 인정을 위한 증빙자료 기준 변경
④ (생 략)	④ (현행과 같음)	
[별지 제22호서식] (뒤쪽) 작성요령 및 유의사항 ① 차량종류(차량번호) : 이동서비스에 사용된 차량종류 및 차량번호를 적습니다. ② 수급자 성명 및 장기요양인정번호 : 이동서비스를 이용하는 수급자의 기본 정보를 적습니다. ③ 시작(실거주지,도착시간) : 주.야간보호급여 이용을 위해 수급자 실거주지에 도착한 시간을 표기하는 것으로 이동서비스비 지급대상으로 등록된 수급자의 실거주지에 도착했다면 실거주지 란에 "Y", 아니라면 "N"를 적습니다. 도착시간에는 실거주지 도착 시간을 적습니다. ④ 종료(실거주지,도착시간) : 주.야간보호급여 이용을 종료하고 수급자 실거주지에 모셔다드린 시간을 표기하는 것으로 이동서비스비 지급대상으로 등록된 수급자의 실거주지에 모셔다 드렸다면 실거주지 란에 "Y", 아니라면 "N"를 적습니다. 도착시간에는 실거주지에 모셔다드린 시간을 적습니다. ⑤ 이용구분 : 등록된 실거주지까지 1일 편도만 이동서비스가 제공되었을 경우 "1", 1일 왕복으로 이동서비스가 제공되었을 경우 "2"로 적습니다. ⑥ 확인 : 차량을 운행한 운전자 이름을 "운전자"란에 적습니다. 장기요양기관 <u>관리책임자</u> 등이 일지를 확인하고 "확인자"란에 서명합니다. ※ 장기요양기관 사정에 따라 상기 서식의 변경 사용은 가능하나, 서식에서 제시하고 있는 서비스제공일자, 차량(기종,번호), 수급자(성명,장기요양인정번호), 실거주지 및 도착시간, 이용구분, 확인(운전자,확인자)는 포함되야 합니다.	[별지 제22호서식] (뒤쪽) 작성요령 및 유의사항 ① 차량종류(차량번호) : 이동서비스에 사용된 차량종류 및 차량번호를 적습니다. ② 수급자 성명 및 장기요양인정번호 : 이동서비스를 이용하는 수급자의 기본 정보를 적습니다. ③ 시작(실거주지,도착시간) : 주.야간보호급여 이용을 위해 수급자 실거주지에 도착한 시간을 표기하는 것으로 이동서비스비 지급대상으로 등록된 수급자의 실거주지에 도착했다면 실거주지 란에 "Y", 아니라면 "N"를 적습니다. 도착시간에는 실거주지 도착 시간을 적습니다. ④ 종료(실거주지,도착시간) : 주.야간보호급여 이용을 종료하고 수급자 실거주지에 모셔다드린 시간을 표기하는 것으로 이동서비스비 지급대상으로 등록된 수급자의 실거주지에 모셔다 드렸다면 실거주지 란에 "Y", 아니라면 "N"를 적습니다. 도착시간에는 실거주지에 모셔다드린 시간을 적습니다. ⑤ 이용구분 : 등록된 실거주지까지 1일 편도만 이동서비스가 제공되었을 경우 "1", 1일 왕복으로 이동서비스가 제공되었을 경우 "2"로 적습니다. ⑥ 확인 : 차량을 운행한 운전자 이름을 "운전자"란에 적습니다. 장기요양기관 <u>시설장(관리책임자)</u> 등이 일지를 확인하고 "확인자"란에 서명합니다. ※ 장기요양기관 사정에 따라 상기 서식의 변경 사용은 가능하나, 서식에서 제시하고 있는 서비스제공일자, 차량(기종,번호), 수급자(성명,장기요양인정번호), 실거주지 및 도착시간, 이용구분, 확인(운전자,확인자)는 포함되야 합니다.	시설장, 관리책임자로 표현되어 있는 문구를 시설장(관리책임자)로 변경

현 행	개 정 (안)	비 고

현 행

[별지 제23호서식]

주ㆍ야간보호 목욕서비스 제공 일지

수급자 성명		장기요양 등급		장기요양 인정번호		관리책임자 성명(인)	

1주	제공일	. . .	시작시간	:	종료시간	:	소요시간	분	
	제공방법	☐ 전신입욕		☐ 목욕의자		☐ 침상			
	제공자	성명		직종		성명		직종	
	특이사항								
2주	제공일	. . .	시작시간	:	종료시간	:	소요시간	분	
	제공방법	☐ 전신입욕		☐ 목욕의자		☐ 침상			
	제공자	성명		직종		성명		직종	
	특이사항								
3주	제공일	. . .	시작시간	:	종료시간	:	소요시간	분	
	제공방법	☐ 전신입욕		☐ 목욕의자		☐ 침상			
	제공자	성명		직종		성명		직종	
	특이사항								
4주	제공일	. . .	시작시간	:	종료시간	:	소요시간	분	
	제공방법	☐ 전신입욕		☐ 목욕의자		☐ 침상			
	제공자	성명		직종		성명		직종	
	특이사항								

본 서식은 참고용 서식이나 서식에서 제시하고 있는 내용을 포함하여야 합니다.

[별지 제24호서식] (앞쪽)

프로그램 관리자 및 사회복지사 업무수행 일지

수급자 성명		장기요양 등급		장기요양 인정번호		수급자(보호자) 성명(인)	
						관리책임자 성명(인)	

욕구사정	① 신체상태		
	② 질병		
	③ 인지상태		
	④ 의사소통		
	⑤ 영양상태		
	⑥ 가족 및 환경		
	종 합		
급여제공 계획	급여목표		
	필요 급여내용		
	제공방법		
인지활동 프로그램 제공 계획	인지자극	필요내용	
		제공방법	
	신체능력 잔존ㆍ유지	필요내용	
		제공방법	
보호자 상담			

개 정 (안)

[별지 제23호서식]

주ㆍ야간보호 목욕서비스 제공 일지

수급자 성명		장기요양 등급		장기요양 인정번호		시설장 (관리책임자) 성명(인)	

1주	제공일	. . .	시작시간	:	종료시간	:	소요시간	분	
	제공방법	☐ 전신입욕		☐ 목욕의자		☐ 침상			
	제공자	성명		직종		성명		직종	
	특이사항								
2주	제공일	. . .	시작시간	:	종료시간	:	소요시간	분	
	제공방법	☐ 전신입욕		☐ 목욕의자		☐ 침상			
	제공자	성명		직종		성명		직종	
	특이사항								
3주	제공일	. . .	시작시간	:	종료시간	:	소요시간	분	
	제공방법	☐ 전신입욕		☐ 목욕의자		☐ 침상			
	제공자	성명		직종		성명		직종	
	특이사항								
4주	제공일	. . .	시작시간	:	종료시간	:	소요시간	분	
	제공방법	☐ 전신입욕		☐ 목욕의자		☐ 침상			
	제공자	성명		직종		성명		직종	
	특이사항								

본 서식은 참고용 서식이나 서식에서 제시하고 있는 내용을 포함하여야 합니다.

[별지 제24호서식] (앞쪽)

프로그램 관리자 및 사회복지사 업무수행 일지

수급자 성명		장기요양 등급		장기요양 인정번호		수급자(보호자) 성명(인)	
						시설장 (관리책임자) 성명(인)	

욕구사정	① 신체상태		
	② 질병		
	③ 인지상태		
	④ 의사소통		
	⑤ 영양상태		
	⑥ 가족 및 환경		
	종 합		
급여제공 계획	급여목표		
	필요 급여내용		
	제공방법		
인지활동 프로그램 제공 계획	인지자극	필요내용	
		제공방법	
	신체능력 잔존ㆍ유지	필요내용	
		제공방법	
보호자 상담			

현 행	개 정 (안)	비 고

현 행

[별지 제24-2호서식] (앞쪽)

치매전담형 프로그램 관리자 업무수행 일지
(　　)년 (　　)월

수급자 성명		장기요양등급		인정번호	L
프로그램 관리자 성명	(인)	<u>시설장</u> 성명	(인)		

욕구사정	① 신체상태		
	② 질병		
	③ 인지상태		
	④ 의사소통		
	⑤ 영양상태		
	⑥ 가족 및 환경		
	종 합		
프로그램 제공 계획	급여목표		
	기본 프로그램	필요내용	
		제공방법	
	집단 프로그램	필요내용	
		제공방법	

[별지 제26호서식]

프로그램 운영 기록지

프로그램명						장소					
일시	년 월 일 시 분 ~ 시 분										
진행자						참여자/현원 (참여율)	/ 명(%)				
준비물											
프로그램 진행과정											
전반적 평가											
수급자별 프로그램 평가											
연번	성 명	참여도			만족도			수행도			반응 및 특이사항
		상	중	하	상	중	하	상	중	하	
작성자 성명(인)						<u>관리책임자(시설장)</u> 성명(인)					

본 서식은 참고용 서식이나 서식에서 제시하고 있는 내용을 포함하여야 합니다.
주) 매일 제공하는 기본 프로그램은 위의 기록지를 작성하지 않으며, 가족지지 및 참여 프로그램으로 상담을 실시한 경우 수급자별 프로그램 평가는 작성하지 않습니다

개 정 (안)

[별지 제24-2호서식] (앞쪽)

치매전담형 프로그램 관리자 업무수행 일지
(　　)년 (　　)월

수급자 성명		장기요양등급		인정번호	L
프로그램 관리자 성명	(인)	<u>시설장(관리책임자)</u> 성명	(인)		

욕구사정	① 신체상태		
	② 질병		
	③ 인지상태		
	④ 의사소통		
	⑤ 영양상태		
	⑥ 가족 및 환경		
	종 합		
프로그램 제공 계획	급여목표		
	기본 프로그램	필요내용	
		제공방법	
	집단 프로그램	필요내용	
		제공방법	

[별지 제26호서식]

프로그램 운영 기록지

프로그램명						장소					
일시	년 월 일 시 분 ~ 시 분										
진행자						참여자/현원 (참여율)	/ 명(%)				
준비물											
프로그램 진행과정											
전반적 평가											
수급자별 프로그램 평가											
연번	성 명	참여도			만족도			수행도			반응 및 특이사항
		상	중	하	상	중	하	상	중	하	
작성자 성명(인)						<u>시설장(관리책임자)</u> 성명(인)					

본 서식은 참고용 서식이나 서식에서 제시하고 있는 내용을 포함하여야 합니다.
주) 매일 제공하는 기본 프로그램은 위의 기록지를 작성하지 않으며, 가족지지 및 참여 프로그램으로 상담을 실시한 경우 수급자별 프로그램 평가는 작성하지 않습니다