
통합재가서비스 운영 매뉴얼

2025. 3.



목 차

제1장 운영 매뉴얼

I. 사업개요	1
1. 추진배경	3
2. 사업근거	3
3. 운영체계	4
4. 사업 주요내용	5
II. 통합재가서비스 운영기준	6
1. 통합재가서비스 유형별 시설 및 인력기준	6
2. 통합재가서비스 제공방법 및 기준	9
3. 통합재가서비스 비용 산정	14
4. 통합재가서비스 비용 청구	19
III. 참여신청 및 철회	20
IV. 기타사항	21

목 차

제2장 다빈도 Q&A 22

제3장 서식

(별지 제1호) 통합재가서비스 참여신청서(기관용) 28

(별지 제1호의2) 통합재가서비스 제공기관 확인서 32

(별지 제2호) 통합재가서비스 선정기관 철회 신청서 33

(별지 제3호) 통합재가서비스 참여 신청 및 개인정보 수집·이용·제공
동의서(수급자용) 34

(별지 제3호의2) 통합재가서비스 신청 대리인 위임장 36

(별지 제4호) 장기요양급여 제공기록지(통합재가) 37

(별지 제5호) 사례회의 42

(별지 제6호) 통합재가 이동지원서비스 제공기록지 44

(별지 제7호) 통합재가서비스 장기요양급여비용 청구서 45

(별지 제8호) 통합재가서비스 장기요양급여비용 청구명세서 46

(사례관리 참고서식1) 욕구조사기록지 49

(사례관리 참고서식2) 프로그램관리자 및 사회복지사 업무수행 일지 54

(사례관리 참고서식3) 급여제공결과평가 56

별첨 청구서 및 청구명세서 작성요령 57

제1장 운영 매뉴얼

I. 사업개요

- 1. 추진배경
- 2. 사업근거
- 3. 운영체계
- 4. 사업 주요내용

통합재가서비스 [요약]

구 분	사 업 내 용
사업기간	○ 2025.3월 ~
사업운영	○ 보건복지부, 국민건강보험공단, 장기요양기관
사업개요	○ 하나의 기관에서 수급자의 욕구·상태에 따라 다양한 재가서비스 (주·야간보호, 요양, 목욕, 간호)를 전문인력(간호사, 물리·작업치료사, 사회복지사, 요양보호사)이 복합적으로 제공하는 서비스
사업대상	○ 장기요양 1~5등급 수급자 ※ (제외대상) 의료급여수급권자, 가족인 요양보호사로부터 방문요양급여를 제공받는 자, 타법령에 의한 간병급여를 제공받는 자, 주·야간보호 내 치매전담실 이용자, 노인장기요양보험법령에 따라 장기요양급여가 제한되는 자, 고시 제13조제7항제2호에 따른 추가산정 적용을 받는 자 등
서비스 유형 및 내용	○ (서비스 유형) 가정방문형 또는 주·야간보호형 ○ (서비스 내용) 사례관리를 통해 수급자의 욕구·상태를 반영하여, 서비스 유형에 따라 다양한 재가급여를 복합적으로 제공 ① (가정방문형) 방문간호 기반 방문간호, 방문요양, 목욕 등 통합 서비스 제공 ② (주·야간보호형) 주·야간보호 기반 주·야간보호(건강관리), 방문요양, 목욕 등 통합 서비스 제공
서비스 유형별 시설·인력기준	○ (시설기준) 노인복지법 시행규칙 별표 9를 준용 ○ (인력기준) 노인복지법 시행규칙 별표 9를 준용하되, 서비스 유형별 전문인력을 필수배치 ① (가정방문형) - 방문간호에 시설장을 제외한 간호사 1명 배치 - 방문요양에 수급자 수와 관계없이 사회복지사 1명 배치 ② (주·야간보호형) - 주·야간보호에 간호사, 물리(작업)치료사, 사무원을 각 1명 배치 - 주·야간보호 입소자 30명당 간호(조무)사 1명을 배치, 간호(조무)사 배치인력의 1/2 이상을 간호사로 배치 - 물리(작업)치료사는 월 기준 근무시간의 50%이상 근무한 경우 배치인력 1명으로 인정 - 주·야간보호의 요양보호사 인력은 「노인복지법 시행규칙」 별표 9에 따른 수급자 7명당 1명의 배치기준에서 1명을 추가 배치

구 분

사 업 내 용

서비스
제공 절차

- (초기면접 및 급여계약) 수급자 정보 수집, 통합재가서비스 제공내용 및 본인부담금 등 사전 안내 후 '통합재가서비스 참여 신청 및 개인정보 수집·이용·제공 동의서(수급자용, 별지 제3호)' 작성 및 급여계약
- (욕구조사) 수급자의 신체·질병·재활·인지·환경 및 욕구 등 조사
- (급여제공계획 수립) 개인별장기요양이용계획서와 욕구사정 결과를 바탕으로 급여제공 계획 수립
- (서비스 제공) 통합재가서비스를 제공한 후 장기요양 급여제공 기록지에 내용을 기재·관리
- (급여관리) 사례관리자는 급여제공의 적정성, 욕구 파악 등을 위해 월 1회 이상 급여관리 업무 수행
- (평가·종결) 사례관리자는 수급자에게 급여제공계획에 따른 급여가 제공되었는지 연 1회 이상 확인 및 평가
- (사례회의) 매월 모든 통합재가서비스 수급자를 대상으로 실시하고 결과를 작성 및 보관, 상세한 논의가 필요한 경우 월 1명 이상 상세 회의

※ 사례관리 업무절차

①	②	③	④	⑤	⑥
초기면접 및 급여계약	욕구조사	제공계획 수립	서비스 제공	급여관리	평가·종결
사례회의 (각 단계에서 실시 가능)					

급여비용

- 월정액 산정요건* 등 충족 시 월 한도액의 110~125% 지급
 - * 월정액 산정요건
 - ① (가정방문형) 방문간호 월2회 이상, 방문요양 월4회 이상, 목욕서비스 월1회 이상, 등급별 월 한도액의 95% 이상 제공
 - ② (주·야간보호형) 주·야간보호(건강관리) 월1회 이상, 방문요양 월1회 이상, 목욕서비스 월1회 이상, 등급별 월 한도액의 95% 이상 제공
 - 인센티브: 등급별 월 한도액의 15%
 - 월정액 산정요건을 충족하고 전문인력을 배치한 주·야간보호형 통합재가서비스 제공기관에 한함
 - 이동지원서비스 가산: 수급자별 1일 1회당 4,000원, 월 최대 2회
 - 월정액 산정요건이 충족된 주·야간보호형 통합재가서비스 제공기관에 한함
 - 월정액 산정요건을 충족한 경우에만 한시적본인부담금, 서비스 가산 산정
- 「통합재가서비스 운영 매뉴얼」을 따르며, 이 매뉴얼에서 정한 기준 이외의 사항은 고시(「장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시」) 적용

I

사업개요

1

추진배경

< 제3차 장기요양기본계획: “충분한 재가서비스 제공 및 서비스 다양화” >

- 수급자의 필요·욕구를 반영한 급여 이용 및 제공의 다양성 제고를 통해 집에서 충분한 장기요양서비스 혜택을 받을 수 있도록 통합재가서비스 확대

- 수급자의 재가생활 지속을 위해서는 다양한 재가급여를 복합 이용할 필요가 있으나, 재가급여 대부분은 1~2종의 급여만 제공

* 재가수급자의 78.7%가 1종의 급여만 이용, 58.7%가 방문요양만 이용('24.9.)

- 수급자 중심의 규모화·복합화된 서비스를 제공하고, 지역사회 및 의료 연계 등 사례관리를 실시하는 통합적 서비스 제공 체계 필요

2

사업근거

- 「노인장기요양보험법」 제23조(장기요양급여의 종류) 제3항, 제4항 (개정 '24.1.2., 시행 '25.1.3.)

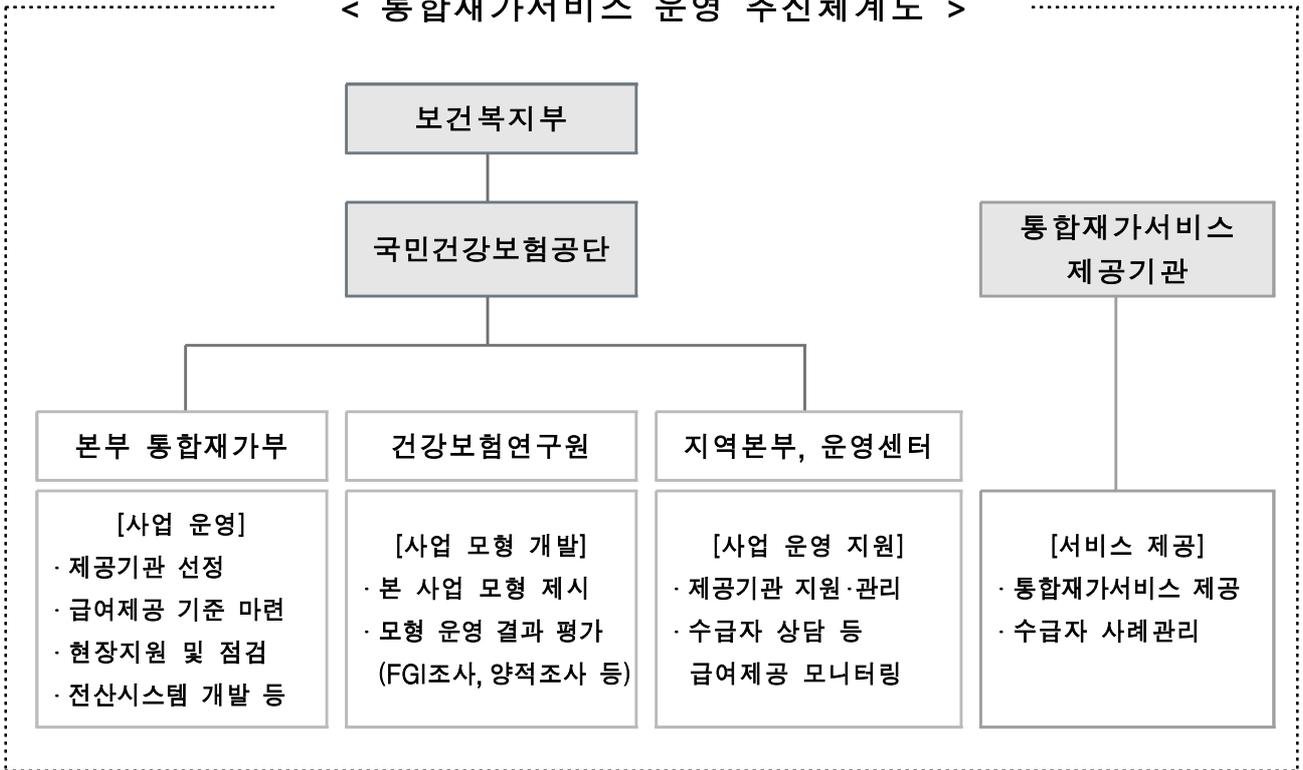
제23조 ③ 장기요양기관은 제1항제1호가목에서 마목까지의 재가급여 전부 또는 일부를 통합하여 제공하는 서비스를 제공할 수 있다

④ 제3항에 따라 통합재가서비스를 제공하는 장기요양기관은 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·운영 등의 기준을 준수하여야 한다

- 「노인장기요양보험법 시행규칙」 제19조의2(통합재가서비스 제공 기관의 인력, 시설 및 운영기준 등)(시행 '25.3.)

- 「장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시」 제13조(재가급여 월 한도액 및 산정 기준) 제7항제3호 및 제10항(시행 '25.3.)

< 통합재가서비스 운영 추진체계도 >



□ 수행주체별 주요 역할

- 보건복지부: 통합재가서비스 운영 총괄
- 국민건강보험공단: 통합재가서비스 운영 및 평가, 모델개발 등
 - (본부 통합재가부) 통합재가서비스 제공기관 선정, 통합재가서비스 급여제공 기준 마련, 제공기관 선정, 현장지원·점검, 종사자 교육·홍보 및 전산시스템 개발 등 사업 운영
 - (건강보험연구원) 사업 운영 모형 개발 및 평가
 - (지역본부, 운영센터) 제공기관 지원, 현장지원·점검, 종사자 교육·홍보 및 수급자 이용지원 상담 등
- 제공기관: 통합재가서비스 제공, 수급자 사례관리 등

4

사업 주요내용

○ 사업기간: '25.3월 ~

○ 사업대상: 장기요양 1~5등급 수급자

※ (제외대상) 의료급여수급권자, 가족인 요양보호사로부터 방문요양급여를 제공받는 자, 타법령에 의한 간병급여를 제공받는 자, 주·야간보호 내 치매 전담실 이용자, 노인장기요양보험법령에 따라 장기요양급여가 제한되는 자, 고시 제13조제7항제2호에 따른 추가산정 적용을 받는 자 등

○ 제공기관: 하나의 기관기호로 ①방문간호⊕방문요양, ②주·야간보호⊕방문요양 등 2종 이상의 급여를 제공하며, 시설·인력기준 등을 충족하여 통합재가서비스 제공기관으로 선정된 기관

○ 서비스내용: 사례관리를 통해 수급자의 욕구·상태를 반영하여, 서비스 유형에 따라 다양한 재가급여를 복합적으로 제공

- (가정방문형) 방문간호 기반 방문간호, 방문요양, 목욕 등 통합 서비스 제공
- (주·야간보호형) 주야간보호 기반 주야간보호(건강관리), 방문요양, 목욕 등 통합 서비스 제공

○ 급여비용: 월정액 산정요건 등 충족 시, 월 한도액의 110~125%* 지급

* 주·야간보호형의 경우 월정액 산정요건을 충족하고 전문인력(간호사, 물리(작업)치료사)을 배치한 경우 인센티브(월 한도액의 15%) 추가 지급

< 통합재가 기본수가(월정액) 및 인센티브 >

'25년 기준(단위: 원)

구분		1등급	2등급	3등급	4등급	5등급
일반 재가	월 한도액(100%)	2,306,400	2,083,400	1,485,700	1,370,600	1,177,000
통합 재가	월정액(㉠) (110%)	2,537,040	2,291,740	1,634,270	1,507,660	1,294,700
	인센티브(㉡) (15%)	345,960	312,510	222,850	205,590	176,550
	가정방문형 (110%)	2,537,040	2,291,740	1,634,270	1,507,660	1,294,700
	주야간보호형 (125%)	2,883,000	2,604,250	1,857,120	1,713,250	1,471,250
	서비스 가산	- 이동지원서비스 제공 시 1회당 4,000원(월 최대 2회)				

제1장 운영 매뉴얼

II. 통합재가서비스 운영기준

1. 통합재가서비스 유형별
시설 및 인력기준
2. 통합재가서비스 제공방법 및 기준
3. 통합재가서비스 비용 산정

II

운영기준

1

통합재가서비스 유형별 시설 및 인력기준

□ 서비스 유형

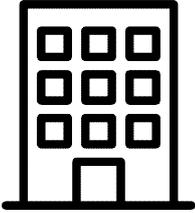
① 가정방문형

- 방문간호를 기반으로 방문간호, 방문요양, 목욕 등 통합서비스를 제공

 수급자 가정	 방문요양	 방문간호	 목욕서비스
---	---	--	--

② 주·야간보호형

- 주·야간보호를 기반으로 주·야간보호(건강관리), 방문요양, 목욕 등 통합서비스를 제공

 주·야간보호 기관	 주·야간보호	 방문요양	 목욕서비스
	 기능회복훈련	 이동지원서비스	 건강관리

□ 시설기준

① 가정방문형

- 「노인복지법 시행규칙」 별표 9의 방문간호 시설기준 준수

시설기준	사무실	통신설비, 집기 등 사업에 필요한 설비 및 비품	혈압계, 온도계 등 방문간호에 필요한 비품
	✓	✓	✓

② 주·야간보호형

- 「노인복지법 시행규칙」 별표 9의 주·야간보호(이용자 10명 이상) 시설기준 준수

시설기준	생활실	사무실	의료 및 간호실	프로그램실	물리(작업) 치료실
	✓	✓	✓	✓	✓
	식당 및 조리실	화장실	세면장 및 목욕실	세탁장 및 건조장	
	✓	✓	✓	✓	

□ 인력기준

통합재가서비스의 인력배치기준은 「통합재가서비스 운영 매뉴얼」을 따르며, 이 매뉴얼에서 정한 기준 이외에 다른 급여기준 및 급여비용 산정방법은 「장기요양급여 제공기준 및 산정방법 등에 관한 고시」를 준용함

① 가정방문형

- 「노인복지법 시행규칙」 별표 9의 인력기준 준수
- 방문간호에 시설장을 제외한 간호사 1명 배치
 - ※ 방문간호의 간호사(시설장 제외)가 월 2회 이상 간호서비스를 제공한 경우 간호사 1명을 배치한 것으로 인정
- 방문요양에 수급자 수와 관계없이 사회복지사 1명 배치
 - ※ 월 기준근무시간 충족

< 통합재가서비스 제공기관 및 일반기관의 인력배치기준 비교 >

구분	시설장	사회 복지사	간호 (조무)사	치과위생사	요양 보호사
통합재가 기관 (방문간호)	1명	1명 ※방문요양에 배치	1명 이상 (간호사 1명 필수)	1명 (구강 위생을 제공하는 경우로 한함)	15명 이상 (농어촌 지역의 경우 5명 이상) ※방문요양에 배치
[비교] 방문간호	1명		1명 이상	1명 (구강 위생을 제공하는 경우로 한함)	
방문요양	1명	1명 (15명 이상)			15명 이상 (농어촌 지역의 경우 5명 이상)

② 주·야간보호형

- 「노인복지법 시행규칙」 별표 9의 주·야간보호(이용자 10명 이상) 인력기준 준수
- 주·야간보호에 간호사, 물리(작업)치료사, 사무원을 각 1명 배치
 - ※ 월 기준근무시간 충족
- 주·야간보호 입소자 30명당 간호(조무)사 1명을 배치(계산 결과 소수점 이하는 반올림), 간호(조무)사 배치인력의 1/2 이상(소수점 이하 올림)을 간호사로 배치
 - ※ (예시) 주·야간 이용자 80명 → 간호(조무)사 3명 배치, 이 중 간호사 2명 이상 배치
- 물리(작업)치료사는 월 기준 근무시간의 50%이상 근무한 경우 배치인력 1명으로 인정
- 주·야간보호의 요양보호사 인력은 「노인복지법 시행규칙」 별표 9에 따른 수급자 7명당 1명의 배치기준에서 1명을 추가 배치
 - ※ (예시) 주·야간 이용자 21명 → 요양보호사 의무배치 3명 + 추가배치 1명 = 총 4명

< 통합재가서비스 제공기관 및 일반기관의 인력배치기준 비교 >

구분	시설장	사회 복지사	간호 (조무)사	물리(작업) 치료사	요양 보호사	사무원	조리원	보조원
통합재가 기관 (주·야간보호)	1명	1명 이상	이용자 30명당 1명 이상 (간호사 1명 필수)	1명	이용자 7명당 1명 (1명 추가)	1명	1명	1명
[비교] 주·야간보호 (10명이상)	1명	1명 이상	1명 이상		이용자 7명당 1명 이상 (치매전담실의 경우에는 4명당 1명 이상)	1명 (25명이상)	1명	1명

2 통합재가서비스 제공방법 및 기준

하나의 기관에서 수급자의 욕구·상태에 따라 다양한 재가서비스(주·야간보호, 방문요양, 목욕, 간호)를 전문인력(간호사, 물리·작업치료사, 사회복지사, 요양보호사)이 팀워크 체계에 기반하여 복합적으로 제공

□ 서비스 제공 절차

○ 사전안내 및 급여계약

- 통합재가서비스 제공기관은 수급자와의 급여계약 시 다음의 사항을 수급자 및 가족에게 사전에 안내 필요
 - 등급별 월정액 및 월정액 사용을 위한 필수서비스 제공 등 기준
 - 월정액이 산정된 경우 등급별 월 한도액의 100%에 해당하는 본인부담금 수급자 부담
 - 월정액이 산정되는 통합재가 수급자가 월 중 급여계약 종료 시 해당 월 중에는 다른 재가급여(기타 재가급여 제외) 이용 불가
- 통합재가서비스 제공기관은 급여계약 전에 통합재가서비스 참여 신청 및 개인정보 수집·이용·제공 동의서(수급자용, 별지 제3호)를 제출받아 보관

○ 급여제공계획서 작성 및 승인

- 통합재가서비스는 개인별장기요양이용계획서에 따라 필수서비스가 포함된 장기요양급여제공계획서를 작성하여 공단의 승인 받아 급여를 제공

※ 미승인 시 14일 이내 장기요양급여제공계획서를 재작성하여 공단에 재점검 요청

○ 서비스 제공

- 통합재가서비스를 제공한 후 장기요양급여제공기록지(통합재가, 별지 제4호)에 내용을 기재·관리. 이 서식은 장기요양급여제공 기록지로 대체 가능(시행규칙 별지 제12호~15호)

○ 사례관리

- 통합재가서비스 제공기관의 사회복지사 또는 간호사(이하 “사례관리자”라 한다)는 통합재가서비스 수급자 전원에 대하여 사례관리 실시
- 사례관리자는 사례관리 업무 수행 시 아래의 체계 준수

초기면접 및 급여계약 → 욕구조사 → 제공계획 수립 → 서비스 제공
→ 급여관리 → 평가·종결 → 사례회의(각 단계에서 실시 가능)

- 사례회의는 매월 모든 통합재가서비스 수급자를 대상으로 실시하고 결과를 작성 및 보관(별지 제5호)
 - (참석자) 사례관리자, 서비스 제공 관련 종사자, 수급자(보호자) 등
 - ※ 필요 시 기관장 등 종사자, 건보공단 참여 가능
 - (회의내용) 모든 수급자의 욕구 상태 등을 확인하고, 그 중 급여변경 및 기타 상세한 논의가 필요한 경우 월 1명 이상 상세 회의 실시
- 사례관리 및 사례회의 결과를 반영하여 장기요양급여제공계획서를 재작성 가능하며, 재작성된 계획서는 공단의 승인 필요
- 사례회의 등을 통하여 주기적 방문이 필요한 사람으로 결정된 통합재가 수급자에게는 1일 2회 이상 방문요양을 제공하도록 노력

□ 통합재가서비스 제공 기준

통합재가서비스의 제공기준 및 비용산정은 「통합재가서비스 운영 매뉴얼」을 따르며, 이 매뉴얼에서 정한 기준 이외에 다른 급여기준 및 급여비용 산정방법은 「장기요양급여 제공기준 및 산정방법 등에 관한 고시」를 준용함

○ 일반원칙

- 통합재가서비스 제공기관은 해당 월에 수급자에게 필요한 주·야간 보호, 방문요양, 목욕, 간호 등의 서비스를 월정액 범위 내에서 적정하게 제공
- 통합재가서비스는 기관기호가 동일한 기관에서 월단위(매월 1일~말일까지)로 급여를 제공하며, 월중 재가급여(기타 재가급여 제외)를 이용하지 않은 수급자는 해당 월에 통합재가서비스 개시 가능
- 월정액이 산정되는 통합재가 수급자는 월 한도액의 100%에 해당하는 본인부담금을 부담하고, 월 중 급여계약 종료 시 해당 월 중에는 다른 재가급여(기타 재가급여 제외) 이용 불가
- 통합재가 수급자가 월 중 장기요양등급이 변경되는 경우, 변경 전 또는 변경 후 등급 중 선택한 등급에 해당하는 월정액을 적용
- 장기근속 장려금 산정은 고시 세부사항 제4조의3(장기근속 장려금 산정을 위한 종사자 근무기간 및 근무시간 산정방법) 제2항제1호에도 불구하고, 방문요양 급여제공 시간은 실제 제공한 시간으로 산정
- 통합재가서비스 제공기관은 고시 제11조의2(인건비 지출비율)에 따른 인건비 지출비율을 준수하되, 통합재가서비스 비용은 고시 제11조의2(인건비 지출비율) 제1항의 장기요양급여비용에 포함하지 아니함

- 통합재가 수급자는 「노인장기요양보험법」 제40조 및 동법 시행령 제15조의8, 「장기요양 본인부담금 감경에 관한 고시」에 따라 비용의 일부를 부담

※ 다만, 월정액 중 월 한도액 100% 초과비용(월 한도액 10%)에 대한 본인 부담금(이하 “한시적 본인부담금”이라 한다)은 공단에서 부담하며, 월정액을 초과하여 이용한 비용은 수급자가 전액 부담

○ 제공기준

- 통합재가 수급자에게 다종의 재가급여(기타 재가급여 제외)를 복합하여 등급별 월 한도액의 100% 이상 제공할 수 있도록 노력하고 각 서비스 유형별 필수서비스를 모두 제공

① 가정방문형

- 방문간호 월2회 이상

※ 시설장, 가족인 간호사가 간호서비스를 제공하는 것은 불인정

- 방문요양 월4회 이상
- 목욕서비스(방문목욕 또는 몸씻기도움) 월1회 이상
- 등급별 월 한도액의 95% 이상

② 주·야간보호형

- 주·야간보호(건강관리*) 월1회 이상

* 급여제공기록지의 ‘건강관리’ 내용: 관찰 및 측정(혈압, 체온, 맥박, 호흡 측정, 신장, 체중, 가슴둘레(흉위) 등 측정), 건강관리(기초건강사정, 투약관리(먹는약 투여 및 도움·확인), 관절오그라듦 예방, 좌약 삽입, 감염간호 등)

- 방문요양 월1회 이상
- 목욕서비스(방문목욕 또는 몸씻기도움) 월1회 이상
- 등급별 월 한도액의 95% 이상

- 주·야간보호를 이용하는 5등급 통합재가 수급자에게는 고시 제17조(방문요양급여 제공기준) 제7항에도 불구하고 주·야간보호 이용시간과 관계없이 급여제공시간 전·후로 가정에서 방문요양 급여를 1일 2회의 범위 내에 1회 2시간까지 제공 가능
- 고시 제27조(방문간호급여 제공기준) 제3항에 따른 월 한도액과 관계없이 예방관리 등을 위한 방문간호급여 적용 불가
- 고시 제17조(방문요양급여 제공기준) 제6항에 따라 인지활동형 프로그램관리자는 월 1회 이상 급여제공 시간 중 수급자의 가정을 방문하여 업무를 수행

3

통합재가서비스 비용 산정

□ 공통사항

- (월정액) 각 서비스유형별 월정액 산정요건을 충족한 경우 등급별 월정액(등급별 월 한도액의 110%)을 산정
- (필수서비스 미제공 인정) 각 서비스유형별 다음 각 호를 모두 충족한 경우 필수서비스를 미제공하여도 월정액 산정요건을 충족한 것으로 인정함
 - 1) 필수서비스를 포함하여 급여계약을 체결하고, 급여가 개시되는 해당 월 전월 말일까지 공단에 급여계약 통보가 된 경우
 - 2) 해당 월 산정된 실제공금액¹⁾이 월 한도액의 95% 이상
 - 3) 다음 사유에 해당하는 경우
 - 통합재가 수급자의 사망 또는 입원
 - 천재지변
 - 통합재가 수급자의 감염병 진단 또는 자가격리

※ 감염병에 대한 진단서 또는 자가격리 통지서를 제출
- (원거리 교통비용) 방문요양, 방문간호 급여의 사례관리자가 급여관리 업무 수행 시 고시 제21조(원거리교통비용) 및 제22조(원거리교통비용 산정방법)에 따라 원거리교통비용을 산정

□ 월정액 산정요건

① 가정방문형

- 방문간호 월2회 이상
 - ※ 시설장, 가족인 간호사가 간호서비스를 제공하는 것은 불인정
- 방문요양 월4회 이상
- 목욕서비스(방문목욕 또는 몸씻기도움) 월1회 이상
- 등급별 월 한도액의 95% 이상

1) 산정총액 중 '고시 제13조(재가급여 월 한도액 및 산정 기준) 제2항에 따라 월 한도액에 포함되지 아니하는 금액'을 제외한 금액

② 주·야간보호형

- 주·야간보호(건강관리) 월1회 이상
- 방문요양 월1회 이상
- 목욕서비스(방문목욕 또는 몸씻기도움) 월1회 이상
- 등급별 월 한도액의 95% 이상

□ 급여비용 산정

① 가정방문형

- 월정액이 산정된 경우만 한시적본인부담금 공단 부담
- 월정액 산정요건이 미충족된 경우
 - 월 한도액 범위 내에서 제공된 각각의 재가급여 급여비용을 산정
 - 월 한도액의 100% 이상 급여를 제공해도 최대 월 한도액의 100%까지 급여비용을 산정
 - 한시적 본인부담금 공단이 부담하지 않음

② 주·야간보호형

- 월정액이 산정요건을 충족하고 전문인력(간호사, 물리(작업)치료사)를 배치한 경우만 인센티브(15%) 산정
- 월정액이 산정된 경우만 서비스 가산 산정 및 한시적본인부담금 공단 부담
- 월정액 산정요건이 미충족된 경우
 - 월 한도액 범위 내에서 제공된 각각의 재가급여 급여비용을 산정
 - 월 한도액의 100% 이상 급여를 제공해도 최대 월 한도액의 100%까지 급여비용을 산정
 - 인센티브(15%) 및 서비스 가산 미산정, 한시적 본인부담금 공단이 부담하지 않음

- 인센티브

- (산정방법) 주·야간보호형 기관이 월정액이 산정요건을 충족하고 전문인력(간호사, 물리(작업)치료사)*를 배치한 경우 인센티브(등급별 월 한도액의 15%)를 산정하며, 이때 10원 미만의 끝수가 있을 때에는 그 끝수는 계산하지 아니함

* 「노인장기요양보험법 시행규칙」 제23조제2항에 따른 겸직인 직원, 「근로기준법」 제74조의 출산전후휴가 중인 직원, 유산·사산휴가를 30일을 초과하여 사용 중인 직원, 제67조제2항 및 제3항에 따라 퇴사특례를 적용받는 직원은 불인정

- 서비스 가산

- (제공기준) 주·야간보호형 통합재가서비스 제공기관은 주·야간 보호 또는 방문요양 급여제공 시간 내에 지자체에 신고된 주·야간 보호 차량을 이용하여 통합재가 수급자의 외출, 병원방문 등의 이동지원서비스 제공하고, 이동지원서비스 제공기록지(별지 제6호)에 작성하여 보관

- 1) 수급자 1인에 대하여 전적으로 제공
- 2) 주·야간보호 급여제공 시간 내에는 병원동행에 한하여 제공
- 3) 주·야간보호 급여제공 시간 내 제공하는 경우 간호(조무)사, 사회복지사, 물리(작업)치료사, 또는 요양보호사가 동행
- 4) 방문요양 급여제공 시간 내 제공하는 경우 요양보호사가 동행
- 5) 동행하는 종사자 외 별도의 운전자가 차량을 운행하여야 함

※ 운전자는 이동지원서비스를 제공하는 급여종류에 신고된 인력 중 간호(조무)사, 사회복지사, 물리(작업)치료사, 요양보호사를 제외한 직종의 종사자로 함.

- (산정방법) 이동지원서비스 제공시 수급자별 1일 1회당(편도·왕복 구분 없음) 4,000원, 월 최대 2회까지 산정

□ 가산 및 감액 산정기준

○ 가산 및 감액 범위

- 고시 제52조(가산 및 감액 급여비용 범위 등) 제1항에도 불구하고, 통합재가서비스는 월정액이 산정되는 경우 월 한도액의 110% 범위 내의 비용에 고시의 가산 및 감액산정을 적용

※ 다만, 고시 제13조(재가급여 월 한도액 및 산정 기준) 제2항제2호 및 제5호에 해당하는 비용은 포함

○ 가산산정

- 가산산정 기준은 고시 제5장 제2절 급여비용 가산산정 기준 준용
 - 1) 인력추가배치 가산은 고시 제55조(인력추가배치 가산), 제56조(인력추가배치 가산 금액 등)를 준용. 이때, 일반실 입소자수에 주·야간보호를 이용한 통합재가 수급자를 포함하여 산정
 - 2) 통합재가서비스에서 고시 제56조(인력추가배치 가산 금액 등) 제1항의 해당 월 가산 기준금액이란 월 한도액의 110% 내에서 제공한 통합재가 수급자별 급여비용 합이 85%를 말함
 - 3) 고시 제56조(인력추가배치 가산 금액 등) 제1항 제2호 나목에 따른 물리(작업)치료사 가산 점수는 근무인원 1인이 월 기준 근무시간의 50% 이상 근무한 경우 0.7점을 산정할 수 있음
 - ※ 단, 해당 월 주·야간보호를 이용한 통합재가 수급자가 없는 경우에는 산정 불가
 - 4) 사례관리자가 급여관리 업무를 수행한 경우 고시 제57조(방문요양 사회복지사 등 배치 가산)에 해당하는 급여관리 업무를 수행한 것으로 인정
 - 5) 고시 제58조(방문요양 사회복지사 등 배치 가산 금액 등) 제1항 제1호의 입소자 수는 통합재가 수급자를 모두 포함

○ **감액산정**

- 감액산정 기준은 고시 제5장제3절 급여비용 감액산정 기준 준용

1) 고시 제65조(정원초과 감액), 제66조(인력배치기준 위반 감액), 제68조(전문인 배상책임보험 미가입 감액)의 감액사유가 발생한 경우 감액 후 실제공금액²⁾이 월 한도액의 95% 미만 산정 시 월정액을 산정하지 아니함

2) 주·야간보호형 통합재가서비스 제공기관이 주·야간보호 간호사 배치기준(1인 이상 의무배치, 1/2 이상 간호사 배치)을 위반할 경우 위반기간이 해당하는 월의 주·야간보호 이용 통합재가 수급자 전원에 대하여 인력 결원비율에 따라 다음과 같이 월정액을 산정

감액 사유	적용기준	결원비율	산정비율(%)
간호사 1/2 이상 미배치	간호사 배치기준	50% 이하	98
		50% 초과	95

3) 주·야간보호 간호사의 갑작스런 퇴사로 인해 인력배치기준을 위반하게 된 경우, 고시 제67조(인력배치기준 위반 감액산정 특례) 제2항, 제3항 및 제4항을 준용하여 퇴사특례 적용

2) 산정총액 중 ‘고시 제13조(재가급여 월 한도액 및 산정 기준) 제2항에 따라 월 한도액에 포함되지 아니하는 금액’을 제외한 금액

4

통합재가서비스 비용 청구

□ 서비스 비용 청구

- 비용 청구방법은 이 매뉴얼을 따르며, 이 매뉴얼에서 정한 기준 이외에 다른 청구 및 심사·지급업무 처리기준은 「장기요양급여 비용 청구 및 심사·지급업무 처리기준」을 준용
 - (청구시기) 급여제공월별로 통합하여 급여제공일이 속한 달의 다음달 6일부터 청구
 - (청구방법) 월별로 다음의 서류를 전자문서교환방식 또는 전산 매체로 공단에 제출
 - 1) 통합재가서비스 장기요양급여비용 청구서(별지 제7호)
 - 2) 통합재가서비스 장기요양급여비용 청구명세서(별지 제8호)
- ※ 통합재가서비스 장기요양급여비용 청구서 등 작성요령은 [별첨] 참고
- 「장기요양급여비용 청구 및 심사·지급업무 처리기준」 제10조 (청구서와 청구명세서 등의 구분) 제2항에도 불구하고, 통합재가서비스는 매뉴얼의 청구서 및 청구명세서에 따라 재가급여의 급여종류를 각각 구분하지 아니하고 월별로 통합 청구

제1장 운영 매뉴얼

III. 참여신청 및 철회

III

참여신청 및 철회

□ 참여신청

- (대상) 하나의 기관기호로 아래의 2종 이상 급여를 제공하며, 시설·인력기준 충족기관
 - ①가정방문형 방문간호⊕방문요양, ②주·야간보호형 주·야간보호⊕방문요양
 - ※ 가정방문형과 주·야간보호형 중 하나의 유형만 참여 가능
- (신청방법) 통합재가서비스 참여신청서(기관용, 별지 제1호)를 공단에 제출
 - ※ 신청기간, 선정기준 및 방법 등 세부사항은 별도 공고
- (기타) 공단은 통합재가서비스 제공기관으로 선정하는 경우 통합재가서비스 제공기관 확인서(별지 제1호의2)를 발급

□ 참여철회 및 선정취소

- 통합재가서비스 참여를 철회하고자 하는 경우, 철회 신청서(별지 제2호)를 지체 없이 공단에 제출
- 공단은 서비스 제공기준을 위반하거나, 통합재가서비스 수급자 수가 현저히 적은 경우 등 통합재가서비스 운영에 적합하지 아니하다고 인정되는 경우 해당 기관의 선정 취소 가능

제1장 운영 매뉴얼

IV. 기타사항

IV

기타사항

- 공단은 통합재가서비스 제공기관 인력배치 기준 및 급여관리 업무 적기 등록 준수 등을 전산 점검하고 미준수기관에 대한 관리감독 실시함
- 통합재가서비스 제공기관은 보건복지부, 공단이 사업 모니터링, 평가 등을 위해 방문하거나 관련 자료·급여조정을 요청하는 경우 반드시 응하여야 함
- 통합재가서비스를 받은 자 또는 통합재가서비스 비용을 받은 자에 대하여 부당이득의 발생 시 해당하는 금액을 징수함
- 장기요양기관 평가는 지방자치단체에서 지정받은 급여 종류별로 실시
- 통합재가서비스 제공기관의 평가가산 기준은 「장기요양기관 평가 방법 등에 관한 고시」를 준용
- 통합재가서비스 비용 중 월정액은 장기요양급여비용으로 지급
- 서비스 가산, 인센티브(15%), 한시적 본인부담금은 국민건강보험공단 사업비로 지급

제2장

다빈도 Q&A

1 시설 · 인력 등 운영기준

< 공통사항 >

Q1-1 통합재가서비스와 일반 재가급여와 다른 점이 무엇인가요?

- 통합재가서비스는 기관 내 전문인력(간호사, 물리(작업)치료사, 사회복지사, 요양보호사 등)의 팀워크 체계에 기반하여 사례관리를 통해 수급자의 상태 및 욕구 등을 반영한 적정 서비스를 제공하는 것입니다.

Q1-2 통합재가서비스 제공기관이 되면 모든 수급자에게 통합재가서비스를 제공해야 하나요?

- 아니요, 모든 수급자에게 통합재가서비스를 제공해야 하는 것은 아니며, 통합재가서비스 이용을 희망하는 수급자에게만 급여계약 전 통합재가서비스 참여신청 및 개인정보 수집·이용·제공동의서(수급자용, 별지 3호)를 제출받아 보관해야 합니다.

Q1-3 통합재가 수급자가 월 중 계약 종료 후 타 기관을 이용할 수 있나요?

- 네. 다만, 월정액 산정요건을 충족한 통합재가 수급자는 월 중 급여계약 종료 시 해당 월 중에는 다른 재가급여(기타 재가급여 제외)를 이용할 수 없습니다.
※ 통합재가서비스 제공기관은 위 사항을 수급자(보호자)에게 급여개시 전 안내

Q1-4 통합재가서비스 수급자가 병원에 입원 또는 천재지변으로 필수서비스를 제공하지 못한 경우 급여비용 산정은 어떻게 되나요?

- 필수서비스를 포함하여 급여계약을 체결하고, 급여가 개시되는 해당 월 전월 말일까지 공단에 급여계약이 통보가 된 경우(적기통보)
 - 실제 제공한 총 급여비용이 월 한도액의 95% 이상이면 필수서비스를 미제공하여도 월정액 산정요건을 충족한 것으로 인정합니다.

Q1-5

월정액 110%를 초과하여 서비스를 제공하였다면 초과액은 수급자가 부담하나요?

- 예, 통합재가급여는 월정액(월 한도액의 110%)까지만 산정하고, 월정액을 초과하는 금액은 「노인장기요양보험법」 제40조에 따라 수급자가 부담합니다.

Q1-6

통합재가서비스 예비사업Ⅱ에 참여하였던 기관입니다. 차량목록 가산과 방문간호 간호사 추가 가산은 폐지되었나요?

- 예, 통합재가서비스 예비사업Ⅱ에서 산정하던 차량목록 가산(수급자별 1회당 8,000원, 월 최대 4회)과 추가 지급하던 방문간호 간호사 가산금(간호사 방문당 가산 비용에 1회당 2,000원 추가 지급)은 폐지합니다.

< 가정방문형 >

Q1-7

방문간호의 시설장(관리책임자)이 간호사인데 간호사를 추가로 배치해야 하나요?

- 예, 가정방문형 통합재가서비스 제공기관은 시설장을 제외한 방문간호의 간호사가 월 2회 이상 간호서비스를 제공한 경우 간호사 1명을 배치한 것으로 인정합니다.

Q1-8

방문간호의 가족인 간호사 또는 간호조무사가 방문간호를 제공해도 월정액 산정요건의 방문간호 횟수로 인정되나요?

- 아니요, 월정액 산정요건을 충족하기 위해서는 간호사가 월 2회 이상 방문간호 서비스를 제공해야 합니다.
- 시설장, 가족인 간호사, 간호조무사는 인정하지 않습니다.

Q1-9

이미 방문요양에 사회복지사 1명이 근무중입니다. 가정방문형 통합재가 서비스 제공기관을 위해 방문요양에 사회복지사를 추가로 채용해야 하나요?

- 아니요, 가정방문형 통합재가서비스 제공기관은 수급자 수와 관계없이 방문요양에 사회복지사 1명을 배치해야하나, 방문요양 수급자가 15명 이상이라 이미 사회복지사 1명이 배치되어 있다면, 사회복지사를 추가로 채용하지 않아도 됩니다.

< 주·야간보호형 >

Q1-10 요양시설과 주·야간보호를 병설하고 있는 기관입니다. 이때 인력에 대하여 병설·겸직의 기준이 어떻게 되나요?

○ 병설·겸직의 기준은 「노인복지법 시행규칙」 별표9를 준용합니다.

Q1-11 주·야간보호 일반실 입소자 수에 통합재가서비스를 이용한 수급자도 포함될까요?

○ 예, 고시 제55조(인력추가배치 가산), 제56조(인력추가배치 가산 금액 등) 준용 시 일반실 입소자 수에 통합재가 수급자를 포함하여 산정합니다.

Q1-12 주·야간보호 현원이 53명인 경우 주·야간보호형 통합재가서비스 제공기관에 간호사나 간호조무사는 몇 명 배치해야 합니까?

○ 주·야간보호형 통합재가서비스 제공기관의 인력배치는 주·야간보호 현원 (통합재가 수급자⊕일반 주·야간보호 수급자)을 기준으로 산정하며, 현원이 53명인 경우, 간호인력을 2명 이상 배치하고 이 때 1명은 간호사로 필수배치 하여야 합니다.

구 분	현원	간호인력(간호사, 간호조무사)	간호사
주·야간보호형 통합재가서비스 제공기관	45명 미만	1명	1명
	45명 이상 75명 미만	2명	1명
	75명 이상 105명 미만	3명	2명
	105명 이상 135명 미만	4명	2명

Q1-13 주·야간보호에서 물리치료사를 필수인력으로 채용해야 하는데 시간제 인력으로 채용을 해도 될까요?

○ 네, 물리(작업)치료사를 필수인력으로 1명 채용해야 하며, 시간제 근무도 가능합니다. 이 때 월 기준근무시간의 50%이상 근무했을 경우 인력배치 기준을 충족 한 것으로 인정합니다.

- 단, 가산점수는 월 기준 근무시간 50% 이상 근무한 경우 0.7점, 100% 이상 근무한 경우 1.4점을 산정합니다.

○ 해당 월 주·야간보호를 이용한 통합재가 수급자가 없는 경우에는 가산 산정이 불가능합니다.

Q1-14

주·야간보호 기관에 소속된 요양보호사가 방문요양 서비스를 제공할 수 있나요?

- 주·야간보호에서 근무하는 요양보호사는 주·야간보호 이용 수급자에게 서비스를 제공하여야 합니다.
- 다만, 주·야간보호 근무시간 외에 방문요양 등 급여종류별로 인력 신고 후 서비스를 제공할 수 있습니다.
- ※ 방문요양, 방문목욕 서비스 제공시간은 주·야간보호 월 기준 근무시간에 미포함

Q1-15

주·야간보호형 통합재가서비스 제공기관의 주·야간보호 간호사가 갑자기 퇴사하게 되었습니다. 퇴사특례가 적용 되나요?

- 주·야간보호 간호사의 갑작스런 퇴사로 인해 주·야간보호형 통합재가서비스 제공기관이 인력배치기준을 위반하게 된 경우에는 고시 제67조(인력배치기준 위반 감액산정 특례) 제2항, 제3항 및 제4항의 기준을 준용하여 월정액 감액 산정의 특례를 적용받을 수 있습니다.
- 단, 필수서비스 미제공에 대한 특례는 적용되지 않으므로 간호(조무)사에 의한 간호서비스가 제공되어야 월정액을 산정 받을 수 있습니다.

Q1-16

인센티브(월 한도액의 15%)는 어떤 경우 지급되나요?

- 주·야간보호형 통합재가서비스 제공기관이 월정액 산정요건을 충족하고 전문인력(간호사, 물리(작업)치료사)*을 배치하여야 인센티브(월 한도액의 15%)를 추가 산정합니다.
- 따라서, 필수배치 인력에 대한 인건비 충족을 위해 주·야간보호형에 한하여 인센티브를 산정합니다.

* 「노인장기요양보험법 시행규칙」 제23조제2항에 따른 겸직인 직원, 「근로기준법」 제74조의 출산전후휴가 중인 직원, 유산·사산휴가를 30일을 초과하여 사용 중인 직원, 제67조제2항 및 제3항에 따라 퇴사특례를 적용받는 직원은 불인정

Q1-17

방문요양 중 이동지원서비스를 제공하려고 합니다. 주·야간보호에 신고된 차량을 이용하여 요양보호사가 혼자 제공할 수 있나요?

- 아니요, 이동지원서비스는 해당 급여종류에 소속되어 동행하는 급여제공인력 외 별도의 운전자가 차량을 운행하여야 합니다.
- 운전자는 해당 급여종류에 신고된 종사자가 수행하며, 간호(조무)사, 사회복지사, 물리(작업)치료사, 요양보호사 이외의 직종으로 신고된 인력이 수행할 수 있습니다.

구분	주·야간보호로 급여비용 청구	방문요양으로 급여비용 청구
동행자	주·야간보호에 소속된 요양보호사, 간호(조무)사, 사회복지사, 물리(작업)치료사	방문요양에 소속되어 해당 수급자에게 급여를 제공하는 요양보호사
운전자	주·야간보호에 소속된 시설장, 사무원, 운전보조원 등	방문요양에 소속된 시설장, 사회복지사, 사무원 등

- 통합재가서비스 제공기관은 이동지원서비스를 제공하기 전에 서비스 제공 과정에서 발생할 수 있는 사고 등에 대비하여 배상책임보험·자동차보험·운전자보험 등 적용여부에 대해 반드시 확인하고 서비스를 제공하시기 바랍니다.

2 기타사항

Q2-1

수급자의 참여 신청서 및 개인정보 수집·이용·제공 동의서를 공단에 제출하여야 하나요?

- 아니요, 공단에 별도 제출하지 않습니다. 별지 제3호 서식의 통합재가서비스 참여 신청 및 개인정보 수집·이용·제공 동의서는 통합재가서비스 제공기관에서 수급자에게 제출받아 보관합니다.

Q2-2

통합재가서비스도 전문인 배상책임보험을 가입해야되나요?

- 예, 통합재가서비스를 포함한 전체 수급자 또는 종사자를 기준으로 전문인 배상책임보험에 가입하여야 합니다.
 - 종사자로 가입하는 경우에는 해당 일에 실제 근무하는 전체 요양보호사, 간호(조무)사, 물리(작업)치료사, 사회복지사를 기준으로 가입하여야 합니다.

Q2-3

통합재가서비스 제공기관은 인건비 지출 비율을 준수하여야 하나요?

- 예, 통합재가서비스 제공기관도 고시 제11조의2(인건비 지출비율)에 따른 인건비 지출비율을 준수하여야 합니다.
 - 다만, 통합재가서비스 비용은 고시 제11조의2(인건비 지출비율) 제1항의 장기요양급여비용에 포함하지 않습니다.

제3장

서식

통합재가서비스 참여신청서(기관용)

※ 작성방법 및 유의사항(뒷면)을 읽고 작성하시기 바라며, 어두운 칸은 작성하지 않습니다.

※ []에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

(제1쪽)

접수번호	접수일자		
① 신청인 (대표자)	성명	생년월일	
	자택주소	전화번호	
② 기관명			
③ 법인등록번호	-	법인명	
④ 장기요양 기관기호			
⑤ 설립 형태	[]국가 []지방자치단체 []법인() []개인 []기타()		
⑥ 기관운영현황	[]방문요양 []방문목욕 []방문간호 []단기보호 []복지용구 제공 [] 주·야간보호 [] 주·야간보호시설 내 치매전담실 이용		
⑦ 소재지	주소		
	전화번호	팩스번호	전자우편주소
⑧ 참여 유형	[]주·야간보호형 통합재가서비스 제공기관		
	[]가정방문형 통합재가서비스 제공기관		

※ 국민건강보험공단은 통합재가서비스 업무와 관련하여 신청관련 개인정보를 수집·이용하고자 하오니, 아래 내용을 자세히 읽어 보신 후 동의여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

[개인정보 수집 및 이용 내역]

- 개인정보의 수집·이용 목적 : 통합재가서비스 신청 관리
 - * 통합재가서비스 : 하나의 기관에서 수급자의 욕구 및 상태에 맞추어 주·야간보호, 방문요양, 간호, 목욕 등 통합 제공
- 수집하려는 개인정보의 항목 : 신청인(대표자)의 성명, 생년월일, 자택주소, 전화번호
- 개인정보 보유 및 이용 기간 : **10년**
- 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 위 항목에 대한 동의를 거부할 경우 통합재가서비스 참여에 제한을 받을 수 있습니다.

위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하시겠습니까?

동의함 동의안함

본 기관은 통합재가서비스 목적 등을 충분히 이해하였으며, 「통합재가서비스 운영지침」에 따라 참여를 신청합니다.

년 월 일

신청인(대표자)

(서명 또는 인)

국민건강보험공단 이사장 귀하

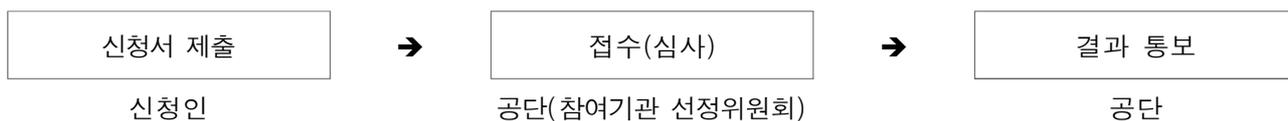
첨부서류	1. 일반현황을 적은 서류 1부 2. 시설현황을 적은 서류 1부
------	--

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

작성방법 및 유의사항

- ① 신청인(대표자)의 성명, 생년월일, 자택주소, 전화번호를 작성합니다.
- ② 통합재가서비스를 참여할 기관명을 작성합니다.
- ③ 통합재가서비스를 참여할 법인등록번호와 법인명을 작성합니다.
- ④ 통합재가서비스를 참여할 장기요양 기관기호를 작성합니다.
- ⑤ 귀 기관의 설립 형태를 작성합니다.
- ⑥ 귀 기관의 기관운영현황을 작성합니다.
- ⑦ 통합재가서비스를 참여할 기관에 대한 정보(주소, 전화번호, 팩스번호, 전자우편주소 등)를 작성합니다.
- ⑧ 귀 기관의 통합재가서비스 참여 유형을 작성합니다.

처 리 절 차



일 반 현 황

기관명				④ 입소(이용) 정원 및 현원	급여 종류 및 형태	정 원	현 원						
고유번호 (사업자 등록번호)													
설치신고 날짜													
					총 원	명	명						
직원현황	급여종류	총원	시설의 장 (관리 책임자)	자격(면허) 보유자									기 타
		명		소계	사회 복지사	의사	간호사	간호 조무사	치과 위생사	요양 보호사	물리 (직업) 치료사	영양사	
기관규모	대지 면적	m ²	건물 면적	m ²	소유 형태	1. 자가 2. 임대 3. 법인소유 4. 무상임대 5. 국가소유(위탁) 6. 지자체소유(위탁)							
홈페이지 주소													

시설(변경) 현황

[] 방문요양 [] 방문목욕 [] 방문간호 [] 단기보호 [] 복지용구
 [] 주·야간보호 [] 주·야간보호시설 내 치매전담실 이용()

시설 현황

구 분	침실 (생활실)	사무실	의료 및 간호사실	물리(작업) 치료실	프로 그램실	식당 및 조리실	화장 실	세면장 및 목욕 실	세탁장 건조장
개 소									

주·야간보호시설 내 치매전담실 시설 현황

※ 1인 생활실 및 프로그램실 설치 여부("○" 또는 "X")를 기재합니다.

구 분	1인 생활실	프로그램실
치매전담실()		
치매전담실()		

차량 현황(이송 및 방문목욕의 경우에만 작성합니다)

※ 차량 변경 또는 운행 종료 시 해당차량에 종료일을 기재합니다.

차량 연번	차량 종류	적재량	구입 연도	구입 방법	차량 제조사	차량명	개조 설계 및 시행사	취득가(천원)		차량구입 지원기관	차량 번호	등록일	종료일
								차량가	개조 비용				
차량1													
차량2													

1) 차량종류: ① 승합형 ② 탑형 ③ 버스 ④ 기타_____

2) 구입방법: ① 기증 ② 신규구매 ③ 중고구매 ④ 리스 ⑤ 기타_____

차량 내 장비현황 및 기타 장비 현황(방문목욕의 경우에만 작성합니다)

※ 해당 시설의 설치 여부를 "○" 또는 "X"로 기재합니다.

구분	욕조	이동 욕조	급수 탱크	급탕 장치	보일러 시설	샤워기 시설	리프트	입욕 장치	세탁기	기타
차량1										
차량2										
이동용 욕조	개									

제 호

통합재가서비스 제공기관 확인서

유 형: 주·야간보호형 가정방문형

장기요양기관명:

장기요양기관기호:

소재지:

장기요양기관의 장:

생년월일:

(법인의 대표자)

「통합재가서비스 운영지침」에 따라 통합재가서비스 제공기관으로 선정된 기관임을 위와 같이 확인합니다.

년 월 일

국민건강보험공단 이사장

직인

통합재가서비스 참여 신청 및 개인정보 수집·이용·제공 동의서(수급자용)

[참여신청서]

정보 주체 (수급자)	성명		전화번호	
	생년월일		주소	

- ① 통합재가서비스: 하나의 기관에서 수급자의 욕구 및 상태에 맞추어 주·야간보호, 방문요양, 간호, 목욕, 단기보호 등 통합적 서비스 제공
- ② 수급자 본인부담금: 통합재가서비스 비용이 산정된 수급자는 등급별 월 한도액의 100%에 해당하는 본인부담금을 부담함

[개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서]

통합재가서비스 참여를 위하여 아래의 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공에 대한 내용을 자세히 읽어 보신 후 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

1. 개인정보 수집·이용 내역

- ① 개인정보의 수집·이용 목적: 통합재가서비스 운영
- ② 수집하려는 개인정보의 항목: 성명, 생년월일, 전화번호, 주소
- ③ 개인정보 보유 및 이용 기간: **10년**
- ④ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 위 항목에 대한 동의를 거부할 경우 통합재가서비스 참여에 제한을 받을 수 있습니다.

위 개인정보 수집·이용에 동의하십니까?

동의함 동의안함

2. 민감정보 수집·이용 내역

- ① 민감정보의 수집·이용 목적: 통합재가서비스 운영
- ② 수집하려는 민감정보의 항목: **장기요양(인정번호, 인정등급, 인정유효기간)정보, 기관기호, 기관명, 본인부담률, 통합재가서비스 참여 중 이용한 장기요양급여내역(급여종류, 서비스종류, 이용 사유, 제공 인력, 제공 내용, 급여 비용, 이용 일시)**
- ③ 민감정보의 보유 및 이용 기간: **10년**
- ④ 위의 민감정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 위 항목에 대한 동의를 거부할 경우 통합재가서비스 참여에 제한을 받을 수 있습니다.

위 민감정보 수집·이용에 동의하십니까?

동의함 동의안함

3. 개인정보 제3자 제공 내역

- ① 개인정보를 제공받는 자: **국민건강보험공단, 보건복지부**
- ② 개인정보를 제공받는 자의 수집·이용 목적: **통합재가서비스 운영 및 평가**
- ③ 제3자가 제공받는 개인정보의 항목: 성명, 생년월일, 전화번호, 주소
- ④ 제3자의 개인정보 보유 및 이용 기간: **10년**
- ⑤ 위의 개인정보 제3자 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 위 항목에 대한 동의를 거부할 경우 통합재가서비스 참여에 제한을 받을 수 있습니다.

위 개인정보 제3자 제공에 동의하십니까?

동의함 동의안함

「통합재가서비스」 신청 대리인

위 임 장

수급자 (본인)	성명		생년월일	
	연락처			
	주소			

위 신청인(본인)은 아래의 대리인에게 「통합재가서비스」 참여 신청 및 개인정보 수집·이용·제공 동의서의 작성 및 제출을 위임합니다.

대리인	성명		생년월일	
	연락처			
	신청인과의 관계			

년 월 일

신청인(본인) 성명

(서명 또는 인)

※ 대리인의 범위는 노인장기요양보험법 제22조(장기요양인정 신청 등에 대한 대리) 및 민법 제779조(가족의 범위)에 따른 가족으로서 배우자, 직계혈족 및 형제자매, 생계를 같이하는 직계혈족의 배우자, 생계를 같이하는 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매를 뜻하며, 신청 시 본 위임장 및 가족관계 증빙서류를 제출하고 신분증(수급자, 대리인)을 제시하여야 합니다.

「통합재가서비스」 신청 대리 첨부서류	
제시	- 수급자(본인) 및 대리인의 신분증 제시
제출	- 수급자(본인)의 개인정보 수집·이용·제공 동의에 대한 위임장 제출 - 가족관계를 확인할 수 있는 증빙서류(가족관계증명서 등(3개월 이내)) 제출

장기요양급여 제공기록지(통합재가)

(앞쪽)

수급자명	생년월일	장기요양등급	장기요양인정번호			
장기요양기관명		장기요양기관기호				
수급자 상태	신체	<input type="checkbox"/> 와상 <input type="checkbox"/> 준와상 <input type="checkbox"/> 생활자립 <input type="checkbox"/> 정상 치매상태 <input type="checkbox"/> 중증 <input type="checkbox"/> 중등증 <input type="checkbox"/> 경도인지장애 <input type="checkbox"/> 정상				
	영양	<input type="checkbox"/> 저작곤란 <input type="checkbox"/> 연하곤란 <input type="checkbox"/> 소화불량 <input type="checkbox"/> 틀니(부분/전체) <input type="checkbox"/> 식사거부 <input type="checkbox"/> 기타()				
	배설	<input type="checkbox"/> 유치도뇨관 <input type="checkbox"/> 방광루 <input type="checkbox"/> 요루 <input type="checkbox"/> 장루 <input type="checkbox"/> 기저귀 <input type="checkbox"/> 변비 <input type="checkbox"/> 배뇨곤란				
	욕창	<input type="checkbox"/> 욕창부위() <input type="checkbox"/> 욕창관리 보조도구() <input type="checkbox"/> 욕창예방관리(<input type="checkbox"/> 체위변경, <input type="checkbox"/> 욕창예방도구사용)				
년 월 일		총시간: :	시작시간: :	종료시간: :		
구분	<input type="checkbox"/> 방문요양	<input type="checkbox"/> 방문간호	<input type="checkbox"/> 방문목욕	<input type="checkbox"/> 주·야간보호	<input type="checkbox"/> 단기보호	
이동서비스 제공여부 (차량번호)		□ ()				
신체 활동 지원	개인위생도움	세면, 구강청결 ()분	<input type="checkbox"/> 세면도움 <input type="checkbox"/> 구강청결 <input type="checkbox"/> 틀니손질 <input type="checkbox"/> 기타			
		몸단장 ()분	<input type="checkbox"/> 머리단장 <input type="checkbox"/> 손발톱 깎기 <input type="checkbox"/> 면도 <input type="checkbox"/> 이·미용 <input type="checkbox"/> 화장			
		옷갈아입기 ()분 / ()회수				
	몸씻기도움 ()분	<input type="checkbox"/> 전신입욕 <input type="checkbox"/> 샤워 <input type="checkbox"/> 머리감기				
	식사도움 ()분	<input type="checkbox"/> 먹여주기 <input type="checkbox"/> 식사도움 <input type="checkbox"/> 식사지도 <input type="checkbox"/> 튜브영양공급				
	식사 (종류 및 섭취량)	아침	<input type="checkbox"/> 일반식 (1/2이상, 1/2미만) <input type="checkbox"/> 다진식 (1/2이상, 1/2미만)			
			<input type="checkbox"/> 죽 (1/2이상, 1/2미만) <input type="checkbox"/> 유동식 (1/2이상, 1/2미만)			
		점심	<input type="checkbox"/> 일반식 (1/2이상, 1/2미만) <input type="checkbox"/> 다진식 (1/2이상, 1/2미만)			
			<input type="checkbox"/> 죽 (1/2이상, 1/2미만) <input type="checkbox"/> 유동식 (1/2이상, 1/2미만)			
		저녁	<input type="checkbox"/> 일반식 (1/2이상, 1/2미만) <input type="checkbox"/> 다진식 (1/2이상, 1/2미만)			
		<input type="checkbox"/> 죽 (1/2이상, 1/2미만) <input type="checkbox"/> 유동식 (1/2이상, 1/2미만)				
	간식	<input type="checkbox"/> 오전 (1/2이상, 1/2미만) <input type="checkbox"/> 오후 (1/2이상, 1/2미만)				
	경관식 ()ml, ()회					
	화장실이용하기 ()분	<input type="checkbox"/> 화장실()회 <input type="checkbox"/> 이동변기()회 <input type="checkbox"/> 기저귀교환()회 <input type="checkbox"/> 배변·배뇨도움()회				
	체위변경 ()분	<input type="checkbox"/> 변경()회				
이동도움 ()분	<input type="checkbox"/> 일어나았기()회 <input type="checkbox"/> 옮겨았기()회 <input type="checkbox"/> 보행도움()회 <input type="checkbox"/> 보행도움(보장구사용)()회 <input type="checkbox"/> 휠체어사용 도움()회					
신체기능유지·증진 ()분	<input type="checkbox"/> 관절구축예방 <input type="checkbox"/> 일어나 앓기 연습 도움 <input type="checkbox"/> 보행도움 <input type="checkbox"/> 서있기 연습 보조 <input type="checkbox"/> 기구사용 운동보조 <input type="checkbox"/> 보장구 이용 도움 <input type="checkbox"/> 복약도움					
변화상태	신체기능	<input type="checkbox"/> 호전 <input type="checkbox"/> 유지 <input type="checkbox"/> 악화	배변 변화	대변실수	회	
	식사기능	<input type="checkbox"/> 호전 <input type="checkbox"/> 유지 <input type="checkbox"/> 악화		소변실수	회	
	인지기능	<input type="checkbox"/> 호전 <input type="checkbox"/> 유지 <input type="checkbox"/> 악화				
	배변변화					
작성자 직종/성명	/ (서명)					
인지 활동 지원	인지자극활동 ()분	<input type="checkbox"/> 인지자극 프로그램 준비 <input type="checkbox"/> 프로그램 실행 <input type="checkbox"/> 준미물품 정리				
	일상생활 함께하기 ()분	<input type="checkbox"/> ※ 제공여부 체크				
	작성자 직종/성명	/ (서명)				
가사 지원	식사준비 ()분	<input type="checkbox"/> 식재료준비 <input type="checkbox"/> 음식조리 <input type="checkbox"/> 설거지 <input type="checkbox"/> 주방정리 <input type="checkbox"/> 기타()				
	청소 및 주변정돈 ()분	<input type="checkbox"/> 청소 및 주변정돈 <input type="checkbox"/> 침구정리 <input type="checkbox"/> 기타()				
	세탁 ()분	<input type="checkbox"/> 의복세탁 <input type="checkbox"/> 의복관리 <input type="checkbox"/> 침구 <input type="checkbox"/> 기타()				
	장보기 ()분	<input type="checkbox"/> 식료품 <input type="checkbox"/> 약품 <input type="checkbox"/> 의류 <input type="checkbox"/> 생필품 <input type="checkbox"/> 기타()				
	작성자 직종/성명	/ (서명)				

인지 관리 지원	행동변화대처	()분 <input type="checkbox"/> 망상 <input type="checkbox"/> 배회 <input type="checkbox"/> 수면장애 <input type="checkbox"/> 불결행동 <input type="checkbox"/> 폭력 <input type="checkbox"/> 환각 <input type="checkbox"/> 기타()					
	안전관리 도움	()분 <input type="checkbox"/> 생활공간 위험요소제거 <input type="checkbox"/> 공간분리 <input type="checkbox"/> 안정된 환경조성 <input type="checkbox"/> 기타()					
	일상생활 함께하기	()분 <input type="checkbox"/> ※ 제공여부 체크					
	작성자 직종/성명	/ (서명)					
정서 지원	말벗, 격려 등	()분 <input type="checkbox"/> 말벗 <input type="checkbox"/> 격려·위로 <input type="checkbox"/> 생활상의 문제상담 <input type="checkbox"/> 기타()					
	의사소통 도움	()분 <input type="checkbox"/> 책임기 <input type="checkbox"/> 의사전달대행 <input type="checkbox"/> 기타()					
	작성자 직종/성명	/ (서명)					
개인활동 지원	외출시 동행	()분 <input type="checkbox"/> 개인외출 <input type="checkbox"/> 산책 <input type="checkbox"/> 병원진료 <input type="checkbox"/> 관공서 <input type="checkbox"/> 기타()					
	작성자 직종/성명	/ (서명)					
건강 및 간호 관리	기본	혈압	/	맥박	체온		
	건강관리	()분 <input type="checkbox"/> 기초건강사정 <input type="checkbox"/> 투약관리 <input type="checkbox"/> 관절구축예방 <input type="checkbox"/> 좌약 삽입 <input type="checkbox"/> 감염간호 <input type="checkbox"/> 인지훈련 <input type="checkbox"/> 기타()					
	간호관리	()분 <input type="checkbox"/> 욕창 <input type="checkbox"/> 영양 <input type="checkbox"/> 배설 <input type="checkbox"/> 호흡기 <input type="checkbox"/> 투석 <input type="checkbox"/> 통증 <input type="checkbox"/> 당뇨발 <input type="checkbox"/> 구강 <input type="checkbox"/> 기타()					
	교육 및 상담	()분 <input type="checkbox"/> 건강교육 및 상담 <input type="checkbox"/> 치매돌봄 정보제공 <input type="checkbox"/> 기타()					
	의료기관 연계	()분 <input type="checkbox"/> 병의원 의뢰 <input type="checkbox"/> 방문간호지시서 의뢰 <input type="checkbox"/> 기타()					
	응급서비스	()분 <input type="checkbox"/> 외상 <input type="checkbox"/> 호흡곤란 <input type="checkbox"/> 의식소실 <input type="checkbox"/> 출혈 <input type="checkbox"/> 화상 <input type="checkbox"/> 기타()					
	작성자 직종/성명	/ (서명)					
기능 회복 훈련	신체·인지향상프로 그램	()분 <input type="checkbox"/> 맨손체조 <input type="checkbox"/> 타월체조 <input type="checkbox"/> 탄성밴드 운동 <input type="checkbox"/> 발마사지 <input type="checkbox"/> 회상훈련 <input type="checkbox"/> 음악활동 <input type="checkbox"/> 원예활동 <input type="checkbox"/> 종이접기 <input type="checkbox"/> 은행·관공서 등 방문 <input type="checkbox"/> 야외 나들이 <input type="checkbox"/> 영화감상 <input type="checkbox"/> 기타()					
	신체기능훈련	()분 <input type="checkbox"/> 관절운동범위 평가 <input type="checkbox"/> 근력증강운동 <input type="checkbox"/> 삼킴 운동 <input type="checkbox"/> 조화운동 <input type="checkbox"/> 팔기능·손가락 정교성 운동 <input type="checkbox"/> 지구력 훈련 <input type="checkbox"/> 기타()					
	기본동작훈련	()분 <input type="checkbox"/> 기본동작 평가 <input type="checkbox"/> 뒤집기 <input type="checkbox"/> 일어나기 <input type="checkbox"/> 앉아있기 <input type="checkbox"/> 일어서기 <input type="checkbox"/> 서있기 <input type="checkbox"/> 균형 <input type="checkbox"/> 이동 <input type="checkbox"/> 휠체어 조작 및 이동 <input type="checkbox"/> 보행 <input type="checkbox"/> 보장구 장착 <input type="checkbox"/> 기타()					
	일상생활동작훈련	()분 <input type="checkbox"/> 식사동작 <input type="checkbox"/> 배설동작 <input type="checkbox"/> 옷 갈아 입기동작 <input type="checkbox"/> 목욕동작 <input type="checkbox"/> 몸단장 동작 <input type="checkbox"/> 이동동작 <input type="checkbox"/> 요리동작 <input type="checkbox"/> 가사동작 <input type="checkbox"/> 기타()					
	인지기능향상훈련	()분 <input type="checkbox"/> 기억훈련 <input type="checkbox"/> 회상훈련 <input type="checkbox"/> 지각기능훈련 <input type="checkbox"/> 판단 및 집행기능훈련 <input type="checkbox"/> 기타()					
	물리치료	()분 <input type="checkbox"/> 온열치료 <input type="checkbox"/> 전기치료 <input type="checkbox"/> 수치료 <input type="checkbox"/> 견인치료 <input type="checkbox"/> 기타()					
	작업치료	()분 <input type="checkbox"/> 운동놀이 <input type="checkbox"/> 미술활동 <input type="checkbox"/> 놀이지도 <input type="checkbox"/> 도구적 일상생활수행동작 훈련 <input type="checkbox"/> 타이핑 <input type="checkbox"/> 기타()					
	작성자 직종/성명	/ (서명)					
가족 지원	제공방법	<input type="checkbox"/> 유선 <input type="checkbox"/> 대면 <input type="checkbox"/> 문자메시지(SMS) <input type="checkbox"/> 기타()					
	서비스 내용	<input type="checkbox"/> 상담 <input type="checkbox"/> 돌봄 기술 교육 <input type="checkbox"/> 정서적 지지 <input type="checkbox"/> 기타()					
	작성자 직종/성명	/ (서명)					
수시 대응 (원콜)	접수시간	()시 ()분 (※ 24시간 단위로 기록)					
	접수내용	<input type="checkbox"/> () 내용					
	대응조치	()분 <input type="checkbox"/> 전화상담 <input type="checkbox"/> 방문 <input type="checkbox"/> 병원동행 <input type="checkbox"/> 주수발자 연락 <input type="checkbox"/> 협력의 연계 <input type="checkbox"/> 기타()					
	작성자 직종/성명	/ (서명)					
이동지원서비스 제공여부	<input type="checkbox"/> 예 (※ 통합재가 이동지원서비스 제공기록지 작성)						
작성자 직종/성명	/ (서명)						
차량목록 제공여부	<input type="checkbox"/> 예 (※ 현행 방문목록 서식 작성)						
작성자 직종/성명	/ (서명)						

특이사항		
확인	시설장(관리책임자) 장기요양요원	(서명)
	수급자 또는 보호자	(서명)

유의사항

1. 이동서비스를 제공한 경우 √ 표를 하고 차량번호를 기록합니다.
2. 몸씻기도움을 제공한 경우 소요시간을 분단위로 기록하고 해당 제공방법에 √ 표를 합니다.
3. 식사는 해당 종류 □ 에 √ 표를 한 후, 해당 섭취량에 √ 표를 합니다.
4. 화장실 이용하기는 급여제공시간 동안의 소변·대변 총 횟수를 기록합니다(기저귀를 사용하는 경우, 기저귀 교환 횟수를 기록합니다).
5. 기능회복훈련은 개별기능훈련계획서를 작성합니다.
6. 수시대응은 접수내용 □ 에 √ 표를 한 후 내용을 기록합니다.
7. 이동지원서비스를 제공한 경우 √ 표를 하고 '통합재가 이동지원서비스 제공기록지' 를 작성합니다.
8. 차량목록을 제공한 경우 √ 표를 하고 현행 법정서식인 방문목록 급여제공기록지를 작성합니다.
9. 특이사항은 수급자의 상태변화 등이 있을 경우 조치사항 등을 기록합니다(여백 부족 시 별지 사용 가능합니다).
예) 설사를 해서 엉덩이 짓물러 파우더 바름, 미열이 있어 미온수로 닦아냄, 산책을 하고 나서 기분이 좋아짐 등
10. 각 항목별 서비스를 제공한 종사자가 작성자란에 직종 및 성명을 작성하고 서명을 합니다.
11. 그 밖의 서식은 현행 법정서식과 기관 고유서식을 활용합니다.

구분	세부내용	구분	세부내용
신체활동지원		개인활동지원	
개인 위생	세면도움	외출동행	외출시 동행, 장보기, 산책, 은행, 관공서, 병원 등 방문 시 부축 또는 동행(차량 이용 포함)하고 책임 귀가
	구강청결 도움	건강 및 간호관리	
	틀니손질 도움	관찰 및 측정	혈압, 체온, 맥박, 호흡 측정, 신장, 체중, 가슴둘레(흉위) 등 측정
	몸단장	건강관리	기초건강사정, 투약관리(먹는약 투여 및 도움·확인), 관절오그라들 예방, 좌약 삽입, 감염간호 등
	옷갈아 입기 도움	간호관리	욕창관리(욕창예방, 욕창간호 등), 영양관리[튜브영양공급, 비위관(鼻胃管, L-tube) 교환 등], 통증관리, 배설관리[소변배출관(도뇨관) 관리, 방광간호, 회음부 간호, 요루(요도셋길) 간호, 장루(창자셋길)간호, 배설간호 등], 당뇨발관리(당뇨발 간호, 상처관리 등), 호흡기간호(흡인 간호, 기관절개관 관리, 산소요법 관리 등), 투석간호, 구강간호(구강감염 예방 등)
몸씻기도움	교육 및 상담	자가주사 교육 및 관찰, 치매돌봄 정보제공 등	
식사도움	의료기관 연계	병의원 의뢰, 방문간호지시서 의뢰 등	
화장실 이용하기	응급 서비스	의식소실, 호흡곤란, 출혈, 외상, 화상 등 응급상황에 대한 대처	
이동도움	기능회복훈련		
신체기능의 유지·증진	신체·인지 기능 향상 프로그램	맨손체조, 타월체조, 탄성밴드 운동, 발마사지, 회상훈련, 음악활동, 원예활동, 종이접기, 은행·관공서 등 방문, 야외 나들이, 영회감상	
가사지원		신체기능 훈련	관절운동범위 평가, 근력증강운동, 삼킴운동, 팔기능·손가락정교성운동, 조화운동, 지구력 훈련
식사준비	기본동작 훈련	기본동작 평가, 뒤집기, 일어나기, 앉아있기, 일어서기, 서있기, 균형, 이동, 휠체어 조작 및 이동, 보행, 보장구 장착 등 지켜보기, 도움 제공	
청소 및 주변정돈	일상생활 동작훈련	식사동작, 배설동작, 옷 갈아 입기동작, 목욕동작, 몸단장동작, 이동 동작, 요리동작, 가사동작 등 훈련	
세탁	인지기능 향상훈련	기억전략 훈련, 시간차 회상훈련, 실생활에서의 지각 기능훈련, 판단 및 집행기능 훈련 등 인지기능향상을 위한 인지지원프로그램	
장보기	수급자를 위한 식료품, 약품, 의류, 생필품 등 장보기	물리치료	온열치료, 전기치료, 수치료, 견인요법 등
		직업치료	운동놀이, 미술활동, 놀이지도, 도구적 일상생활 수행동작 훈련, 타이핑 등

구분	세부내용	구분	세부내용
인지관리 및 정서지원		가족지원	
행동변화 대처	행동변화 감소도움 및 대처	가족지원	수급자의 가족을 위하여 유선, 대면, 문자 메시지 발송을 통한 상담, 돌봄 기술 교육, 정서적지지 등
안전관리	수급자 및 수발자 안전관리 도움		
말벗, 격려 등	말벗 및 격려·위로 등 정서적 지원, 생 활상의 문제 상담, 사회적 지지체계 연 계와 관계망 연결	수시대응(원콜)	
의사소통 도움	책읽기, 의사전달대행, 대화·편지·전 화 등의 방법으로 수급자의 욕구 파악 등	수시대응	서비스 제공 시간 외 야간 등의 수시적인 수급자 또는 수발자의 요청에 응대

사례회의

기관명		기관기호	
회의일시	. . . (: ~ :)	회의장소	

회의대상

연번	성명	장기요양인정번호	구분
			<input type="checkbox"/> 특이사항 없음 <input type="checkbox"/> 상세 회의
			<input type="checkbox"/> 특이사항 없음 <input type="checkbox"/> 상세 회의
			<input type="checkbox"/> 특이사항 없음 <input type="checkbox"/> 상세 회의
			<input type="checkbox"/> 특이사항 없음 <input type="checkbox"/> 상세 회의
			<input type="checkbox"/> 특이사항 없음 <input type="checkbox"/> 상세 회의
			<input type="checkbox"/> 특이사항 없음 <input type="checkbox"/> 상세 회의
			<input type="checkbox"/> 특이사항 없음 <input type="checkbox"/> 상세 회의
			<input type="checkbox"/> 특이사항 없음 <input type="checkbox"/> 상세 회의
			<input type="checkbox"/> 특이사항 없음 <input type="checkbox"/> 상세 회의
			<input type="checkbox"/> 특이사항 없음 <input type="checkbox"/> 상세 회의
			<input type="checkbox"/> 특이사항 없음 <input type="checkbox"/> 상세 회의
			<input type="checkbox"/> 특이사항 없음 <input type="checkbox"/> 상세 회의
			<input type="checkbox"/> 특이사항 없음 <input type="checkbox"/> 상세 회의
			<input type="checkbox"/> 특이사항 없음 <input type="checkbox"/> 상세 회의
			<input type="checkbox"/> 특이사항 없음 <input type="checkbox"/> 상세 회의
			<input type="checkbox"/> 특이사항 없음 <input type="checkbox"/> 상세 회의
			<input type="checkbox"/> 특이사항 없음 <input type="checkbox"/> 상세 회의
			<input type="checkbox"/> 특이사항 없음 <input type="checkbox"/> 상세 회의
총 계		명	

연번	00 ~ 00, 00 ~ 00
회의내용 및 결과	000 등 00명, 수급자 욕구 변화 및 급여제공계획 변경 없음

통합재가 이동지원서비스 제공기록지

수급자 성명	생년월일	장기요양등급	장기요양인정번호			
장기요양기관명		장기요양기관기호				
일정 관리	()년 월/일		/	/	/	
	급여종류(방문요양/주·야간보호)					
	편도 또는 왕복		<input type="checkbox"/> 편도 <input type="checkbox"/> 왕복			
	제공시간	서비스 제공시간		분	분	분
		시작시간		:	:	:
종료시간		:	:	:		
서 비 스 제 공	이동도움 보조기 이용	휠체어 사용	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		보행기(워커) 사용	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		지팡이 등 기타	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		부축도움	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	특이사항					
차량 운행 정보	차량 번호		-	-	-	
	승차거리		Km	Km	Km	
기타 사항	목적지	병원	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		관공서	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		친척 및 지인 방문	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		기타				
서명	장기요양요원 성명 (서명)					
	운전자 성명 (서명)					
	수급자 또는 보호자 성명 (서명)					

작성방법

1. 일정관리: 이동지원서비스를 제공한 일자 및 해당하는 급여종류를 작성하고, 이동지원서비스 시작(승차) 및 종료(하차)시간에 따른 서비스 제공시간을 작성합니다.
2. 서비스 제공: 이동도움 시 보조기를 사용한 경우 해당하는 보조기 에 √ 표를 합니다. 보조기 없이 부축도움만을 제공한 경우 부축도움 에 √ 표를 합니다. 특이사항은 급여제공 시 확인사항 및 조치사항 등을 기록합니다.
3. 차량 운행 정보: 지자체에 신고된 주·야간보호 차량 중 이동지원서비스에 이용한 차량번호, 승차거리를 작성합니다.
4. 기타(목적지): 해당하는 목적지 에 √ 표를 합니다.
5. 서명: 동행하여 직접 이동지원서비스를 제공한 장기요양요원, 실제 차량을 운행한 운전자, 서비스를 제공받은 수급자(보호자)의 성명 및 서명을 기재합니다.

유의사항

- ※ 동행하는 장기요양요원과 운전자는 반드시 이동지원서비스를 제공하고자 하는 급여종류에 신고한 인력으로 합니다.
- ※ 방문요양 급여제공 중 이동지원서비스를 제공하는 경우 방문요양의 요양보호사가 동행하여야 하며, 주·야간보호 급여제공 중 이동지원서비스를 제공하는 경우 주·야간보호의 간호(조무)사, 사회복지사, 물리(직업)치료사, 요양보호사가 동행하여야 합니다.

통합재가서비스 장기요양급여비용 청구명세서					청구 구분	<input type="checkbox"/> 1. 원청구 <input type="checkbox"/> 2. 추가청구 <input type="checkbox"/> 3. 보완청구								
기관기호		기관명칭		일련번호										
성명		생년월일		장기요양 인정번호										
수급자 구분	일반 <input type="checkbox"/>	본인부담 감경구분	일반 <input type="checkbox"/>		장기요양등급									
			기타 감경 <input type="checkbox"/>		본인부담률									
당월급여 개시일	총 급여일수		이용 횟수		장기요양인정 유효기간								
월정액 (110%)		월정액 인정 유무		월 한도액 비율		간호사 배치 충족여부	충족or미충족							
월 한도액 (100%)				필수서비스 충족 여부		간호사미배치 감액 비율	감액 적용 비율을 표시해주세요. (98% 또는 95%)							
원청구내용 ※ 보완 . 추가 청구 시에만 기재합니다		접수번호		일련번호		불능사유 코드								
장기요양 급여비용	급여비용 총액		산정총액 합계		총 감액금액		본인부담금		청구액		총 가산금액		가산 후 청구액	
특정내용	구분코드		기재내용											
주·야간보호 가산 현황	가산기준금	가산	접수	수급자수	금액	방문요양 목욕·간호 가산 현황	가산기준금	접수	수급자수	금액				
		인력추가												
		간호사 맞춤형												
단기보호 가산 현황	가산기준금	가산	접수	수급자수	금액									
		인력추가												
		간호사												
		야간직원												
		필요인력 맞춤형												

장기요양급여내용

기관기호		기관명칭											성명					생년월일																			
장기요양인정번호		장기요양등급											장기요양인정유효기간																								
코드	명칭	제공일	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	총횟수	단가	계	
		시작시간																																			
		종료시간																																			
이동서비스비																																					
단기보호서비스																																					
	장기 요양 요원	A																																			
		B																																			
		시작시간																																			
		종료시간																																			
장기요양요원 원거리교통비																																					
사회복지사 등 원거리교통비																																					
	장기 요양 요원	A																																			
		B																																			
		시작시간																																			
		종료시간																																			
		가족관계																																			
		친족여부																																			
		초과사유코드																																			
		목욕제공방법 차량목욕 가산																																			
	장기 요양 요원	A																																			
		B																																			
		간호사 여부																																			

욕구조사기록지

(5쪽 중 제1쪽)

※ 작성자는 최근 1개월 시점의 수급자 상태를 종합하여 작성하여 주시기 바랍니다.

※ [], □에는 해당되는 곳에 ✓ 표기를 합니다.

기관명	기관기호	작성일	년	월	일
작성자 성명	직종				
욕구조사 유형 [] 최초 [] 정기 [] 상태변화 [] 기타()					

1. 일반사항

수급자	성명	성별	[] 남	[] 여	
	장기요양인정번호 L	생년월일	(세)		
		장기요양등급	등급		
면담자	[] 수급자				
	[] 보호자	성명	주 수발자 여부		[] Y [] N

2. 일반적 건강상태

키/체중	키	cm	체중	kg	BMI
가. 보유질환	<input type="checkbox"/> 없음				
뇌신경계	<input type="checkbox"/> 뇌졸중(뇌출혈, 뇌경색증) <input type="checkbox"/> 치매 <input type="checkbox"/> 파킨슨병 <input type="checkbox"/> 우울증				
호흡·순환기계	<input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 협심증 <input type="checkbox"/> 심근경색증 <input type="checkbox"/> 천식 <input type="checkbox"/> 만성폐쇄성폐질환				
내분비·대사	<input type="checkbox"/> 당뇨 <input type="checkbox"/> 고지혈증				
근골격계	<input type="checkbox"/> 관절염(퇴행성·류마티스) <input type="checkbox"/> 골다공증 <input type="checkbox"/> 골절·탈골 등 사고로 인한 후유증				
비뇨생식기계	<input type="checkbox"/> 만성신부전 <input type="checkbox"/> 요로감염 <input type="checkbox"/> 만성방광염 <input type="checkbox"/> 전립선비대				
감각계	<input type="checkbox"/> 백내장 <input type="checkbox"/> 녹내장 <input type="checkbox"/> 난청 <input type="checkbox"/> 만성중이염 <input type="checkbox"/> 이명				
감염	<input type="checkbox"/> 결핵 <input type="checkbox"/> 음 <input type="checkbox"/> 다약제내성균(종류:)				
기타 질환	<input type="checkbox"/> 암(진단명:)				
	<input type="checkbox"/> 알레르기 () ※ 식품·약물·접촉성 알레르기 등				
	<input type="checkbox"/> 기타 ()				
나. 복용 및 의료이용	<input type="checkbox"/> 복용하는 약이 없음				
	<input type="checkbox"/> 정기적 약 복용 (사유: , 병원명: , 진료주기: 월 회)				
	<input type="checkbox"/> 비정기적 약 복용 (사유:)				
	<input type="checkbox"/> 수면장애로 인한 약 복용				
	<input type="checkbox"/> 기타 ()				
다. 구강과 영양상태					
1) 구강상태	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 틀니착용([]부분 []완전) <input type="checkbox"/> 잔존치아 없음 <input type="checkbox"/> 기타()				
2) 구강건강	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 구취/위생불량 <input type="checkbox"/> 잇몸출혈/통증 <input type="checkbox"/> 구강건조 <input type="checkbox"/> 기타()				
3) 식사형태	<input type="checkbox"/> 일반식 <input type="checkbox"/> 다진식 <input type="checkbox"/> 죽 <input type="checkbox"/> 유동식 <input type="checkbox"/> 경관영양 <input type="checkbox"/> 기타()				
	치료식	<input type="checkbox"/> 해당 없음 <input type="checkbox"/> 당뇨식 <input type="checkbox"/> 저염식 <input type="checkbox"/> 기타()			
	식사제공 유의사항 _____				
4) 영양상태	<input type="checkbox"/> 양호				
	<input type="checkbox"/> 불량	[] 식욕부진 [] 체중감소 [] 체중과다 [] 기타()			
라. 의견 및 판단근거					

7. 수급자의 가족 및 지지체계

가. 주거상태

1) 수급자의 주거형태	<input type="checkbox"/> 자택	<input type="checkbox"/> 노인요양시설(노인요양공동생활가정 포함)
	<input type="checkbox"/> 양로시설	<input type="checkbox"/> 요양병원 <input type="checkbox"/> 기타()
2) 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()

나. 수급자의 지지체계

1) 자녀	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 있음(아들 명, 딸 명)
2) 주 수발자	<input type="checkbox"/> 없음	
	<input type="checkbox"/> 있음	가) 주 수발자의 관계 [] 배우자 [] 자녀 [] 며느리·사위 [] 형제·자매 [] 손자녀 [] 부모 [] 친척 [] 기타()
		나) 주 수발자의 부양부담 [] 전혀 부담되지 않음 [] 아주 가끔 부담됨 [] 가끔 부담됨 [] 자주 부담됨 [] 항상 부담됨
3) 수급자의 사회적교류	하루종일 혼자있음	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
	가족 교류	<input type="checkbox"/> 주1~2회 <input type="checkbox"/> 월1~2회 <input type="checkbox"/> 분기1~2회 <input type="checkbox"/> 연1~2회 <input type="checkbox"/> 없음
	친구·이웃 교류	<input type="checkbox"/> 주1~2회 <input type="checkbox"/> 월1~2회 <input type="checkbox"/> 분기1~2회 <input type="checkbox"/> 연1~2회 <input type="checkbox"/> 없음

다. 현재 이용 중인 지역사회 자원

<input type="checkbox"/> 없음	
<input type="checkbox"/> 노인맞춤돌봄서비스(서비스 내용:)	
<input type="checkbox"/> 노인복지관	<input type="checkbox"/> 보건의료서비스(보건소, 치매안심센터 등)
<input type="checkbox"/> 식사지원(급식 및 도시락 배달 등)	<input type="checkbox"/> 이동지원서비스(차량지원, 무료택시 등)
<input type="checkbox"/> 주거지원서비스(도배, 장판, 주택개조 등)	<input type="checkbox"/> 이미용서비스
<input type="checkbox"/> 장애인활동지원서비스	<input type="checkbox"/> 종교단체 지원
<input type="checkbox"/> 기타 ()	

라. 의견 및 판단근거

8. 수급자가 거주하는 곳의 환경 ※ 시설급여기관은 해당하지 않습니다.

가. 수급자가 거주하는 곳의 층수 지층 1층 2층 3층 이상

나. 생활환경

주거환경	상태	주거환경	상태
1) 엘리베이터	<input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음	7) 주방 상태	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 불량
2) 실내·외 계단	<input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음	8) 화장실 위치	<input type="checkbox"/> 실내 <input type="checkbox"/> 실외
3) 실내 장애물(문턱)	<input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음	9) 좌변기	<input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음
4) 바닥·벽지	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 불량	10) 온수	<input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음
5) 냉·난방 및 환기	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 불량	11) 샤워기	<input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음
6) 조명	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 불량	12) 세면대	<input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음

다. 의견 및 판단근거

장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 세부사항 [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 잔존·유지	필요내용	
		제공방법	
보호자 상담			

급여 및 인지활동 프로그램 제공 확인	확인내용	
	조치사항	
	급여제공자 성명(인)*	
방문(상담)일시		. . . (: ~ :)
방문장소*		
급여제공 중 방문여부*		
방문불가 사유*		
방문자 성명(인)		

작성요령

1. 본 서식은 참고용 서식이나, 서식에서 제시하고 있는 내용을 포함하여야 합니다.
2. 본 서식은 인지활동형 프로그램을 위한 프로그램관리자, 방문요양기관을 포함한 가정방문 급여기관의 사회복지사, 간호(조무)사, 팀장급 요양보호사의 업무 수행을 위한 서식이며, 인지활동 프로그램제공 계획은 프로그램관리자만 작성합니다.
3. 항목별 작성 내용 예시는 다음과 같으며, 수급자 상태별 필요 내용을 더욱 상세하게 기재하도록 합니다.
 - 급여제공 계획 작성 예시
 - 급여목표 : 배뇨조절 등
 - 필요 급여내용 : 기저귀 사용을 줄이고 규칙적인 화장실 이용하기 등
 - 제공방법 : 배뇨 욕구 발생 시 화장실 이동 도움, 변기 사용 도움, 시간에 맞춰 배뇨훈련 등
 - 인지활동 프로그램제공 계획 작성 예시
 - 인지자극 : (필요내용) 사람지남력 악화 방지 등 (제공방법) 기억력 향상 워크북, 사진 보며 회상하기 등
 - 신체능력 잔존·유지 : (필요내용) 일상생활활동능력 유지 등 (제공방법) 음식조리 함께하기, 빨래하기 등
 - 보호자 상담 작성 예시
 - 치매환자의 특성 설명, 치매환자 지원을 위한 인프라 안내, 치매가족 고충 상담 등에 대하여 상세한 상담 내용 기재
 - 급여 및 인지활동프로그램 제공 확인 작성 예시
 - 확인내용 : 배뇨 욕구 발생 시 화장실 이동 요청, 회상프로그램에 적극적으로 참여, 퍼즐맞추기는 집중하지 못하고 수동적 자세 보여 난이도 조절 필요 등
 - 조치사항 : 교육, 상담, 간담회 등
4. 주·야간보호기관은 *가 표시된 항목을 작성하지 않습니다.

별첨

청구서 및 청구명세서
작성요령

□ 청구서 작성요령

- 급여비용총액: 합산된 본인부담금과 합산된 청구액을 더하여 기재
- 산정총액: 각 청구명세서상의 산정총액 합계를 모두 더하여 기재
- 감액금액: 각 청구명세서상의 총 감액금액을 모두 더하여 기재
- 가산금액: 각 청구명세서상의 총 가산금액을 합산하여 기재
- 수급자 구분: 일반대상자에 표기

□ 청구명세서 작성요령

- 수급자 구분: 일반에 표기
- 본인부담감경구분: 일반 또는 기타 감경에 표기
- 당월 급여개시일: 당월의 최초 급여개시일자를 기재
- 이용횟수: 서비스 이용횟수의 합을 기재
- 월정액: 수급자의 등급에 따른 월정액(월 한도액 110%)을 기재 월 중 등급이 변경된 경우, 수급자가 선택하여 적용한 등급의 월정액을 기재
- 월 한도액: 수급자의 등급에 따른 월 한도액을 기재. 월 중 등급이 변경된 경우, 수급자가 선택하여 적용한 월정액에 해당하는 등급의 월 한도액을 기재
- 월정액 인정 유무: 월 한도액 비율이 95(%) 이상이고, 필수서비스 충족 여부가 “Y”인 경우 “Y”를 기재. 월 한도액 비율이 95(%) 미만이거나 필수서비스 충족 여부가 “N”인 경우 “N”을 기재
- 월 한도액 비율: 월 한도액에 대한 서비스 제공량의 비율을 백분율로 기재(소수점 이하 절사). 서비스 제공량은 서비스 분류코드별 단가에 고시 제20조(방문요양 및 방문간호 급여비용 가산), 제33조(주·야간 보호 급여비용 가산) 및 제5장제3절 급여비용 감액산정 기준에 의해 산출된 산정금액의 소계를 합산하여 계산. 고시 제13조(재가급여 월 한도액 및 산정 기준) 제2항 각 호의 비용은 포함하지 않음

- 필수서비스 충족 여부: 가정방문형은 방문간호 월2회, 방문요양 월4회, 목욕서비스 월1회 이상 제공한 경우 “Y”, 제공하지 못한 경우 “N”으로 기재. 주·야간보호형은 주야간보호 월1회, 방문요양 월1회, 목욕서비스 월1회 이상 제공한 경우 “Y”, 제공하지 못한 경우 “N”으로 기재
- 간호사 배치 충족 여부(주·야간보호형 통합재가서비스 제공기관에 한함): 주·야간보호의 간호사 배치기준을 충족한 경우 “충족”, 충족하지 못한 경우 “미충족”으로 기재.
- 간호사 미배치 감액 비율(주·야간보호형 통합재가서비스 제공기관에 한함): 간호사 충족여부 “미충족” 시 해당하는 감액 적용 비율을 기재
- 급여비용 총액: 월정액이 산정된 경우 월정액에서 간호사 미배치 감액을 적용한 금액에 고시 제13조(재가급여 월 한도액 및 산정 기준) 제2항제2호 및 제5호에 따라 월한도액과 관계없이 이용한 급여비용과 수급자가 부담하지 아니하는 원거리교통비용, 사회복지사 등 원거리교통비용, 방문간호급여의 간호(조무)사 가산금, 주·야간보호급여의 이동서비스비용 및 목욕서비스 가산금, 방문간호지시서 발급비용, 종일 방문요양급여 가산금 등을 합산하여 10원 미만은 절사한 금액을 기재, 월정액이 산정되지 않은 경우에는 산정총액에 수급자가 부담하지 아니하는 원거리교통비용, 사회복지사 등 원거리교통비용, 방문간호급여의 간호(조무)사 가산금, 주·야간보호급여의 이동서비스비용 및 목욕서비스 가산금, 방문간호지시서 발급비용, 종일 방문요양급여 가산금 등을 합산하여 10원 미만은 절사한 금액을 기재

○ 산정총액 합계: 서비스 분류코드별 단가에 고시 제20조(방문요양 및 방문간호 급여비용 가산), 제33조(주·야간보호 급여비용 가산) 및 제5장 제3절 급여비용 감액산정 기준에 의해 산출된 산정금액의 소계를 합산하여 기재. 다만, 방문요양 및 방문간호급여의 원거리 교통비용, 방문간호급여의 간호(조무)사 가산금, 주·야간보호 급여의 이동서비스비용 및 목욕서비스 가산금, 방문간호지시서 발급비용, 종일 방문요양급여 가산금 등은 산정총액 합계에 포함하지 않음

○ 총 감액금액: '감액산정' 2)의 주·야간보호형 통합재가서비스 제공기관의 간호사 1/2 미배치 감액을 적용한 금액을 기재. 이때 10원 미만의 끝수가 있을 때에는 4사5입.

※ 단, 월 중 청구명세서를 분리하여 청구하는 경우에는 각 청구명세서의 10원 미만의 끝수를 4사5입하여 기재하되, 마지막 청구명세서에는 나머지 금액을 계산하여 기재

○ 본인부담금

- 월정액 산정: 월 한도액에 해당하는 금액과 고시 제36조(단기보호 급여 제공기준) 제3항 단서 및 제36조의3(장기요양 가족휴가제 급여비용 산정방법)에 따라 이용한 단기보호급여비용 및 장기요양 가족휴가제 급여비용을 합산한 금액에 수급자의 본인부담률을 곱한 금액을 기재, 이때 10원 미만은 절사

- 월정액 미산정: 산정총액 합계에서 고시 제27조(방문간호급여 제공기준) 제5항에 따라 제공되는 방문간호 급여비용을 제외한 금액에 수급자의 본인부담률을 곱한 금액을 기재, 이때 10원 미만은 절사

- 청구액: 급여비용 총액에서 본인부담금, 사업비 지출내역을 공제한 금액을 기재
- 총 가산금액: 급여종별 가산금액을 모두 합산하여 기재
- 가산 후 청구액: 청구액에 총 가산금액을 합산하여 기재
- 가산기준금: 수급자별 해당급여 산정총액의 85%를 기재. 이때 10원 미만의 끝수가 있을 때에는 4사5입
- 가산점수: 가산 및 감액 산정기준에서 정한 가산점수를 기재
- 가산금액: 고시 제5장 제2절 급여비용 가산 산정기준에 의하여 각각 산출. 이때 10원 미만의 끝수가 있을 때에는 4사5입
 - ※ 통합재가서비스의 가산금액은 <주·야간보호 급여>와 <방문요양·방문목욕·방문간호 급여>를 분리하여 산정. 이때 <방문요양·방문목욕·방문간호 급여>는 합산하여 가산금액을 산정.
- 특정내용: 청구내용에 대한 추가적 기술사항 등을 기재
- 장기요양급여내용: 급여종류·기관유형(급여형태)별 서비스 코드, 명칭, 제공일, 총횟수, 단가 등을 기재. 단, 방문요양, 방문목욕, 방문간호 급여의 경우 서비스를 제공한 장기요양요원의 성명, 생년월일을 동시 기재.

□ 특정내용 구분코드

- 「장기요양급여비용 청구 및 심사·지급업무 처리기준」 별표 1의 특정내용 구분코드를 준용
- 「장기요양급여비용 청구 및 심사·지급업무 처리기준」 별표 1의 특정내용 구분코드에도 불구하고, 통합재가 수급자는 구분코드 M103, M104, S316에 대해 아래와 같이 추가 적용

1) 명세서일련번호 단위

구분 코드	특정내용	특정내용 기재형식	작성요령 및 기재형식										
M 103	통합재가 서비스 월정액 산정요건 충족 사유	S(1)/X(700)	<p>필수서비스를 포함하여 급여계약 통보가 되었고 월 한도액 95% 이상 급여를 제공하였으나 다음의 사유로 필수서비스 미제공한 경우 기재</p> <p style="text-align: center;"><통합재가서비스 월정액 산정요건 충족 사유 코드></p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>구분코드</th> <th>내 용</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>수급자의 사망</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>수급자의 입원</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>천재지변</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>감염병 진단 또는 자가격리</td> </tr> </tbody> </table>	구분코드	내 용	1	수급자의 사망	2	수급자의 입원	3	천재지변	4	감염병 진단 또는 자가격리
구분코드	내 용												
1	수급자의 사망												
2	수급자의 입원												
3	천재지변												
4	감염병 진단 또는 자가격리												
M 104	통합재가 서비스 목욕서비스 제공 여부	S(1)/X(700)	<p>통합재가서비스 필수서비스 중 목욕서비스에 대해 해당 코드를 기재</p> <p style="text-align: center;"><필수서비스 제공요건 미충족 사유 코드></p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>구분코드</th> <th>내 용</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>방문요양 또는 주·야간보호 몸씻기 서비스 제공</td> </tr> </tbody> </table>	구분코드	내 용	1	방문요양 또는 주·야간보호 몸씻기 서비스 제공						
구분코드	내 용												
1	방문요양 또는 주·야간보호 몸씻기 서비스 제공												

2) 제공일 단위

구분 코드	특정내용	특정내용 기재형식	작성요령 및 기재형식
S 316	통합재가서비스 이동지원 서비스	ccyymmdd/9(1)/X(700)	통합재가서비스 수급자에게 이동지원서비스를 제공한 경우 제공일시, 운전자, 동행자, 직종, 차량번호, 제공사유를 기재