

1. 개정이유

장기요양위원회 의결에 따라 복지용구 품목이 확대되어 장기요양 인정조사표 내 이용 및 희망 품목에 반영하고, 장기요양 급여제공기록지 수급자(보호자) 서명란은 수급자 심신장애, 보호자 부재 등 생략이 가능한 사유를 규정하고 이에 따라 서명 생략이 가능하도록 제도 운영을 현실화하기 위함이며, 장기요양 기관 지정 유효기간(6년) 도입하는 법 개정('19.12.12. 시행) 이후 첫 지정 유효기간 도래 및 지정 갱신심사 시행에 따라 신청 및 심사 편의를 위해 노인장기요양 보험법 시행규칙의 지정(갱신)신청서 서식 내용 일부를 개정하고자 함

2. 주요내용

- 가. 장기요양 인정조사표 내 이용 및 희망 복지용구 품목 신설(안 서식 제5호)
- 나. 장기요양급여 제공기록지(방문요양, 방문목욕, 방문간호) 유의사항 내 서명 생략 사유 규정(안 서식 제12, 13, 14호)
- 다. 지정신청과 갱신신청 구분 등 장기요양기관 지정(갱신)신청서 서식 개정 (안 서식 제19호)

3. 참고사항

- 가. 관계법령 : 생 략
- 나. 예산조치 : 별도조치 필요 없음
- 다. 합 의 : 해당기관 없음
- 라. 기 타 : 1) 별첨

2) 입법예고(9999. 12. 31. ~ 12. 31.) 결과, 특기할 사항 없음

보건복지부령 제 호

노인장기요양보험법 시행규칙 일부개정령안

노인장기요양보험법 시행규칙 일부를 다음과 같이 개정한다.

별지 제5호, 별지 제12호, 별지 제13호, 별지 제14호, 별지 제19호 서식을 각각 별지와 같이 한다.

부 칙

이 규칙은 공포한 날부터 시행한다.

장기요양인정조사표

※ []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

(제1쪽 앞면)

1. 일반사항

① 구분	[] 장기요양인정신청 [] 갱신신청 [] 등급변경신청 [] 심사청구					
② 조사원	성명			소속(지사)		
	조사장소			조사일시		
③ 신청인 (본인)	성명			생년월일		
	전화번호			도시·벽지 대상자	[] 도서지역 [] 벽지지역	
	주민등록지					
	실제 거주지					
	장기요양등급			인정유효기간		
	보호자 또는 주 수발자 성명(관계)	()		보호자 또는 주 수발자 전화번호		
④ 참석인	성명		신청인과의 관계		전화번호	
⑤ 주거상태	[] 자택 [] 노인요양시설 [] 단기보호시설 [] 양로시설 [] 요양병원 [] 기타 병·의원 [] 기타()					
⑥ 동거인	현재 신청인과 동거하는 자에 대해 복수표시 가능					
	[] 독거 [] 손자녀	[] 부부 [] 친척	[] 부모 [] 친구·이웃	[] 자녀(며느리, 사위 포함) [] 입소시설 관계자 [] 기타()		
⑦ 현재 받고 있는 급여 (과거 3개월간 평균 횟수·일수 기록)	재가급여	[] 방문요양(회/주) [] 방문목욕(회/주) [] 방문간호(회/주)		[] 단기보호(일/주) [] 주·야간보호(일/주) [] 주·야간보호시설 내 치매전담실 이용(일/주) [] 복지용구(구입·대여)		
	시설급여	[] 노인요양시설 [] 노인요양시설 내 치매전담실 [] 노인요양공동생활가정 [] 치매전담형 노인요양공동생활가정				
	특별 현금급여	[] 가족요양비 [] 특례요양비 [] 요양병원간병비				
	그 밖의 서비스	[] 노인돌봄서비스 [] 가사간병방문도움 [] 보건소사업() [] 개인간병인 [] 치매상담센터 [] 기타()				
⑧ 희망급여 종류	현재 신청인이 희망하는 급여에 대해 복수표시 가능					
	재가급여	[] 방문요양 [] 방문목욕 [] 방문간호 [] 단기보호 [] 주·야간보호 [] 주·야간보호시설 내 치매전담실 이용 [] 복지용구(구입·대여)				
	시설급여	[] 노인요양시설 [] 노인요양시설 내 치매전담실 [] 노인요양공동생활가정 [] 치매전담형 노인요양공동생활가정				
	특별 현금급여	[] 가족요양비 [] 특례요양비 [] 요양병원간병비				
	1순위 희망급여종류 및 내용					
⑨ 등급외 판정 시 희망 서비스 (등급외 판정 시 지역사회 자원 연계 위한 참고자료입니다.)	[] 노인돌봄서비스 [] 보건소 사업 [] 노인 일자리 사업 [] 치매상담센터 [] 주거개선사업 [] 무료진료연계 [] 급식 및 도시락 반찬 [] 건강운동교실 [] 가사간병방문도움 [] 활동보조 [] 목욕·이미용 [] 여가, 문화, 교육 [] 말벗 [] 기타() [] 거부					
⑩ 등록장애	※장애의 종류 및 정도 기록					

<참고사항>

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

2. 장기요양인정 · 욕구사항

○ 신청인의 기능상태 등에 대한 정보를 종합하여 다음의 해당란에 √표로 표시함.

○ 각 항목 아래의 빈칸에 특기사항을 기록함.

가. 신체기능(기본적 일상생활 기능) 영역

- 1) 최근 한 달간의 상황을 종합하여 일상생활에서 다음과 같은 동작을 할 때 다른 사람의 도움을 받는 정도를 평가하여 해당란에 √표로 표시함.

항 목	기능 자립 정도		
	완전 자립	부분 도움	완전 도움
① 옷 벗고 입기			
② 세수하기			
③ 양치질하기			
④ 목욕하기			
⑤ 식사하기			
⑥ 체위 변경하기			
⑦ 일어나 앉기			
⑧ 옮겨 앉기			
⑨ 방 밖으로 나오기			
⑩ 화장실 사용하기			
⑪ 대변 조절하기			
⑫ 소변 조절하기			
⑬ 머리감기			

2) 일상생활 자립도

장애노인(와상도)	[] 정상	[] 생활 자립	[] 준 와상 상태	[] 완전 와상 상태
치매노인(인지증)	[] 자립	[] 불완전 자립	[] 부분 의존	[] 완전 의존

※ 신청인의 평소 일상생활 자립정도를 종합하여 각각의 항목 해당란에 √표로 표시함.

나. 사회생활기능(수단적 일상생활 기능) 영역

최근 한 달간의 상황을 종합하여 일상생활에서 다음과 같은 동작을 할 때 다른 사람의 도움을 받는 정도를 평가하여 해당란에 √표로 표시함.

항 목	기능 자립 정도		
	완전 자립	부분 도움	완전 도움
① 집안일 하기			
② 식사 준비하기			
③ 빨래하기			
④ 금전 관리			
⑤ 물건 사기			
⑥ 전화 사용하기			
⑦ 교통수단 이용하기			
⑧ 근거리 외출하기			
⑨ 몸 단장하기			
⑩ 약 챙겨먹기			

다. 인지기능 영역

최근 한 달간의 상황을 종합하여 신청인이 보였던 증상에 √표로 표시함.

항 목	증 상 여 부	
	예	아니오
① 방금 전에 들었던 이야기나 일을 잊는다.		
② 오늘이 몇 월 며칠인지 모른다.		
③ 자신이 있는 장소를 알지 못한다.		
④ 자신의 나이와 생일을 모른다.		
⑤ 지시를 이해하지 못한다.		
⑥ 주어진 상황에 대한 판단력이 떨어져 있다.		
⑦ 의사소통이나 전달에 장애가 있다.		
⑧ 계산을 하지 못한다.		
⑨ 하루 일과를 이해하지 못한다.		
⑩ 가족이나 친척을 알아보지 못한다.		

라. 행동변화 영역

최근 한 달간의 상황을 종합하여 신청인이 보였던 증상에 √표로 표시함.

항 목	증 상 여 부	
	예	아니오
① 사람들이 무엇을 훔쳤다고 믿거나 자기를 해하려 한다고 잘못 믿고 있다.		
② 헛것을 보거나 환청을 듣는다.		
③ 슬퍼 보이거나 기분이 처져 있으며 때로 울기도 한다.		
④ 밤에 자다가 일어나 주위 사람을 깨우거나 아침에 너무 일찍 일어난다. 또는 낮에는 지나치게 잠을 자고 밤에는 잠을 이루지 못한다.		
⑤ 주위사람이 도와주려 할 때 도와주는 것에 저항한다.		
⑥ 한군데 가만히 있지 못하고 서성거리거나 왔다 갔다 하며 안절부절 못한다.		
⑦ 길을 잃거나 헤맨 적이 있다. 외출하면 집이나 병원, 시설로 혼자 들어올 수 없다.		
⑧ 화를 내며 폭언이나 폭행을 하는 등 위협적인 행동을 보인다.		
⑨ 혼자서 밖으로 나가려고 해서 눈을 땔 수가 없다.		
⑩ 물건을 망가뜨리거나 부순다.		
⑪ 의미 없거나 부적절한 행동을 자주 보인다.		
⑫ 돈이나 물건을 장롱같이 찾기 어려운 곳에 감춘다.		
⑬ 옷을 부적절하게 입는다.		
⑭ 대소변을 벽이나 옷에 바르는 등의 행위를 한다.		
⑮ 가스불이나 담뱃불, 연탄불과 같은 화기를 관리할 수 없다.		
⑯ 혼자 있는 것을 두려워하여 누군가 옆에 있어야 한다.		
⑰ 이유 없이 크게 소리치고 고함을 친다.		
⑱ 공공장소에서 부적절한 성적 행동을 한다.		
⑲ 음식이 아닌 물건 등을 먹는다.		
⑳ 쓸데없이 간섭하거나 참견한다.		
㉑ 식습관 및 식욕변화를 보이거나 이유 없이 식사를 거부한다.		
㉒ 귀찮을 정도로 붙어서 따라 다닌다.		

마. 간호처치 영역

최근 2주간의 상황을 종합하여 해당란에 √표로 표시함.

항목	증상 유무		항목	증상 유무	
	있다	없다		있다	없다
① 기관지 절개관 간호			⑥ 암성통증 간호		
② 흡인			⑦ 도뇨(導尿) 관리		
③ 산소요법			⑧ 장루(창자샐길) 간호		
④ 욕창 간호			⑨ 투석 간호		
⑤ 경관 영양			⑩ 당뇨발 간호		

※ 암성통증 간호에 해당되지 않는 통증이 있을 경우 특기사항에 기록함.

※ 당뇨발 간호에 해당되지 않는 상처가 있을 경우 특기사항에 기록함.

바. 재활 영역

반드시 각 항목을 신청인이 직접 수행하도록 한 후 해당란에 √표로 표시함.

항목	운동장애 정도		
	운동장애 없음	불완전 운동장애	완전 운동장애
① 우측상지			
② 좌측상지			
③ 우측하지			
④ 좌측하지			

항목	관절제한 정도		
	제한 없음	한쪽관절 제한	양관절 제한
⑤ 어깨관절			
⑥ 팔꿈치관절			
⑦ 손목 및 수지관절			
⑧ 엉덩관절			
⑨ 무릎관절			
⑩ 발목관절			

사. 복지용구

현재 보유하고 있거나, 이용하기를 희망하는 복지용구의 해당란에 √표로 표시함.

용구	보유	희망	용구	보유		희망	
				구입	대여	구입	대여
① 이동변기			⑮ 수동휠체어				
② 목욕의자			⑯ 전동침대				
③ 성인용 보행기			⑰ 수동침대				
④ 안전손잡이			⑱ 욕창예방 매트리스				
⑤ 미끄럼 방지용품 *			⑲ 이동 욕조				
⑥ 간이변기(간이대변기·소변기)			⑳ 목욕리프트				
⑦ 지팡이			㉑ 배회감지기				
⑧ 욕창예방 방석			㉒ 경사로				
⑨ 자세변환 용구			㉓ 이승보조기기				
⑩ 요실금 팬티			㉔ 기타()				
㉑ 구강세척기							
㉒ 기저귀센서							
㉓ 배회감지기(태그형)							
㉔ 고관절보호대							

* 미끄럼 방지용품: 미끄럼방지매트, 미끄럼방지액, 미끄럼방지양말

※ 신청인이 필요하다고 생각하지만 급여이용을 희망하지 않거나 그 밖에 의견이 있다면 특기사항에 기록함.

아. 지원형태

① 주 수발자	[]없음 []배우자 []부모 []자녀(며느리, 사위 포함) []손자녀 []친척 []친구·이웃 []간병인 []자원봉사자 []기타()	
② 주 수발자의 도움영역	[]신체기능 []사회생활기능 []정서적 지지	
③ 하루 종일 혼자 있음	[]예	[]아니오

자. 환경 평가

주거 상황이 건강에 해롭거나 지내기 어려운 환경을 만드는지 평가
(조명, 바닥 상태, 욕실 및 화장실 환경, 부엌 환경, 냉방과 난방, 개인안전, 환기 등)

① 조명(눈부심, 그림자, 스위치 위치 등)	[]양호 []불량
② 바닥과 벽지 (마룻바닥, 벽지상태)	[]양호 []불량
③ 계단(계단 난간 위치)	[]양호 []불량
④ 주방(가스기구, 조리기구 위치)	[]양호 []불량
⑤ 문턱 여부(현관, 방, 화장실)	[]유 []무
⑥ 난방과 환기(적정수준의 온도와 환기)	[]양호 []불량
⑦ 화장실 세면대 설치 여부	[]유 []무
⑧ 좌변기 여부	[]유 []무
⑨ 온수 여부	[]유 []무
⑩ 욕조 여부	[]유 []무

차. 시력·청력 상태

① 시력 상태	☐ ㄱ. 정상
	☐ ㄴ. 1미터 떨어진 달력은 읽을 수 있으나 더 먼 거리는 보이지 않는다.
	☐ ㄷ. 눈앞에 근접한 글씨는 읽을 수 있으나 더 먼 거리는 보이지 않는다.
	☐ ㄹ. 거의 보이지 않는다.
	☐ ㅁ. 보이는지 판단 불능
② 청력 상태	☐ ㄱ. 정상
	☐ ㄴ. 보통의 소리를 듣기도 하고, 못 듣기도 한다.
	☐ ㄷ. 큰 소리는 들을 수 있다.
	☐ ㄹ. 거의 들리지 않는다.
	☐ ㅁ. 들리는지 판단 불능

카. 질병 및 증상

신청인이 현재 앓고 있는 질병 또는 증상에 대해 해당란에 √표로 표시함.

① 질병 및 증상	☐ ㄱ. 없음
	☐ ㄴ. 치매
	☐ ㄷ. 중풍(뇌졸중)
	☐ ㄹ. 고혈압
	☐ ㅁ. 당뇨병
	☐ ㅂ. 관절염(퇴행성, 류마티스)
	☐ ㅅ. 요통, 좌골통(디스크탈출증, 척수관협착증)
	☐ ㅇ. 일상생활에 지장이 있을 정도의 호흡곤란(심부전, 만성폐질환, 천식)
	☐ ㅈ. 난청
	☐ ㅊ. 백내장, 녹내장 등 시각 장애
	☐ ㅋ. 골절, 탈골 등 사고로 인한 후유증
	☐ ㅌ. 암(진단명:)
	☐ ㅍ. 기타 (진단명:)

② 주요 질병 및 증상

①에서 파악된 내용 가운데 신청인의 현재 기능상태 저하에 가장 직접적인 원인이 되고 비중이 높은 항목 한 가지만 √표로 표시함.

☐ ㄱ. 치매	☐ ㄴ. 중풍	☐ ㄷ. 치매 + 중풍
☐ ㄹ. 고혈압	☐ ㅁ. 당뇨병	☐ ㅂ. 관절염
☐ ㅅ. 요통, 좌골통		
☐ ㅇ. 일상생활에 지장이 있을 정도의 호흡곤란		
☐ ㅈ. 난청	☐ ㅊ. 백내장, 녹내장 등 시각 장애	
☐ ㅋ. 골절, 탈골 등 사고로 인한 후유증		☐ ㅌ. 암
☐ ㅍ. 기타 (진단명:) ※1가지 진단명만 적으십시오.		

장기요양급여 제공기록지(방문요양)

(앞쪽)

수급자 성명		생년월일		장기요양등급		장기요양인정번호			
장기요양기관명				장기요양기관기호					
일정 관리	제 공 시 간	()년 월/일	/	/	/	/	/	/	/
		총시간	분	분	분	분	분	분	분
		시작시간	:	:	:	:	:	:	:
		종료시간	:	:	:	:	:	:	:
서 비 스 제 공	신체 활동 지원								
		개인위생(옷갈아입기, 세면, 구강청결, 몸단장 도움 등)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		몸 씻기 도움	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		식사 도움 (영양관리 등)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		체위변경	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		이동 도움(보행, 보장구사용 등 도움)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		화장실이용하기	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	인지활동 지원	제공시간	분	분	분	분	분	분	분
		인지자극활동	분	분	분	분	분	분	분
		일상생활 함께하기	분	분	분	분	분	분	분
	인지관 리지원	인지행동변화 관리 등	분	분	분	분	분	분	분
	정서지 원	의사소통 도움 등 말벗, 격려	분	분	분	분	분	분	분
	가사 및 일상생활 지원	식사준비, 청소 및 주변정리 정돈, 세탁 등	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		개인활동지원 (외출시 동행 등)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		제공시간	분	분	분	분	분	분	분
변화 상태	신체기능	①호전 ②유지 ③악화	①②③	①②③	①②③	①②③	①②③	①②③	①②③
	식사기능	①호전 ②유지 ③악화	①②③	①②③	①②③	①②③	①②③	①②③	①②③
	인지기능	①호전 ②유지 ③악화	①②③	①②③	①②③	①②③	①②③	①②③	①②③
	배변변화	대변 실수 횟수	회	회	회	회	회	회	회
		소변 실수 횟수	회	회	회	회	회	회	회
특이 사항	/								
	/								
서명	장기요양요원 성명 (서명)								
	수급자 또는 보호자 성명 (서명)								

210mm×297mm[백상지 80g/㎡(재활용품)]

(뒤쪽)

구분	세부내용	구분	세부내용
신체활동 지원		인지활동 지원(인지활동형 방문요양)	
세면도움	얼굴과 목, 손 씻기 등, 사용 물품 정리, 세면대까지의 이동 포함	인지자극 활동	인지자극 프로그램 준비, 교재 또는 도구를 활용하여 프로그램 실행, 준비물품 정리
구강청결 도움	구강청결(양치질 등), 양치 지켜보기, 가글액·물 양치, 틀니손질, 필요물품 준비 및 사용물품의 정리	일상생활 함께하기	잔존기능 유지·향상을 위한 수급자와 함께 신체활동, 개인활동 및 가사활동을 수행
식사도움	식사 차리기, 식사보조, 구토물 정리	인지관리 지원	
몸 단장	머리단장, 손발톱 깎기, 면도, 면도지켜 보기, 화장하기, 필요물품 준비 및 사용물품의 정리	인지행동 변화 관리 등	행동변화 감소도움 및 대처, 수급자 및 수발자 안전관리 도움, 정서적 안정과 생활의욕 향상 도움, 인지기능향상을 위한 인지활동 지원 등
옷 갈아입기 도움	의복준비(양말, 신발 포함), 지켜보기 및 지도, 겹옷 및 속옷 갈아입히기, 의복정리	정서 지원	
머리 감기 도움	세면대까지의 이동보조 포함, 머리감기, 머리 말리기, 필요물품 준비 및 사용물품의 정리	의사소통 도움, 말벗, 격려 등	의사소통 도움, 말벗 및 격려·위로 등 정서적 지원, 사회적 지지체계 연계와 관계망 연결, 비상연락망 준비 등 안부확인을 위한 방문 및 생활상의 문제 상담, 대화·편지·전화 등의 방법으로 수급자의 욕구 파악 및 의사 전달 대행
몸 씻기 도움	욕실이동과 몸 씻기 준비, 입욕준비, 입욕 시 이동보조, 몸 씻기(샤워 포함), 옷 갈아입히기, 사용물품 정리	가사 및 일상생활지원	
화장실 이용하기	화장실 이동지원, 이동변기 사용 도움, 배뇨·배변도움, 지켜보기, 기저귀 교환, 용변 후 처리지원, 필요물품 준비 및 사용물품의 정리	개인활동 지원	외출시 동행, 장보기, 산책, 은행, 관공서, 병원 등 방문 시 부축 또는 동행(차량 이용 포함)하고 책임 귀가
이동도움	침대에서 휠체어로 옮겨 타기, 보행도움, 보조기구(보장구)를 이용한 도움	식사준비, 청소 및 주변정돈, 세탁	수급자를 위한 음식물 조리, 설거지, 주방정리, 청소 및 주변정리 정돈, 의복세탁 및 관리
체위변경	체위변경, 일어나 앉기 도움		
신체기능의 유지·증진	관절오그라들 예방활동, 보행 및 서있기 연습 보조, 기구사용운동보조, 보장구 이용 도움, 복약도움		

유의사항

1. 일정관리란, 서비스제공란에 날짜 및 급여제공시간을 기록합니다.
2. 변화상태란에 √ 표를 하고, 배변변화란은 실수횟수를 기록합니다(기저귀를 사용하는 경우 교환 횟수를 기록합니다).
3. 인지활동형 방문요양을 제공하는 경우 인지활동지원란에 급여제공시간을 기록하고 특이사항란에 프로그램 운영내용을 자세히 기록합니다.
4. 특이사항란은 급여제공시 확인한 사항 및 조치사항 등을 기록합니다(여백 부족 시 별지 사용 가능합니다).

예) 엉덩이 짓물러 파우더 바름, 혈액투석 받으러 병원 동행함 등

5. 서명은 제공받은 장기요양급여에 대해 확인이 가능한 수급자(또는 보호자)가 합니다. 다만, 자필서명이 불가능한 수급자의 사정(심신장애 등) 및 보호자의 사정(부재, 심신장애 등)이 있는 경우 생략할 수 있으며 서명란에 그 사유를 기재합니다.

장기요양급여 제공기록지(방문목욕)

(앞쪽)

수급자 성명		생년월일		장기요양등급		장기요양인정번호	
장기요양기관명				장기요양기관기호			
()년 월 일		총시간	분	시작시간	:	종료시간	:
차 량	차량 이용 ※ 차량번호 ()	[] 차량내 목욕		[] 가정내 목욕			
	차량 미이용	[] 가정내(이동식)욕조		[] 장기요양기관		[] 대중목욕탕	
제공 방법		[] 전신 입욕		[] 침상		[] 목욕의자	
상 태 확 인	목욕 전	[] 배뇨·배변		[] 욕창		[] 얼굴색·피부색	
	목욕 후	[] 얼굴색·피부색		[] 몸단장		[] 주변정리	
특이 사항							
서명	장기요양요원 성명	(서명)		수급자 또는 보호자		(서명)	
		(서명)		성명			
()년 월 일		총시간	분	시작시간	:	종료시간	:
차 량	차량 이용 ※ 차량번호 ()	[] 차량내 목욕		[] 가정내 목욕			
	차량 미이용	[] 가정내(이동식)욕조		[] 장기요양기관		[] 대중목욕탕	
제공 방법		[] 전신 입욕		[] 침상		[] 목욕의자	
상 태 확 인	목욕 전	[] 배뇨·배변		[] 욕창		[] 얼굴색·피부색	
	목욕 후	[] 얼굴색·피부색		[] 몸단장		[] 주변정리	
특이 사항							
서명	장기요양요원 성명	(서명)		수급자 또는 보호자		(서명)	
		(서명)		성명			
()년 월 일		총시간	분	시작시간	:	종료시간	:
차 량	차량 이용 ※ 차량번호 ()	[] 차량내 목욕		[] 가정내 목욕			
	차량 미이용	[] 가정내(이동식)욕조		[] 장기요양기관		[] 대중목욕탕	
제공 방법		[] 전신 입욕		[] 침상		[] 목욕의자	
상 태 확 인	목욕 전	[] 배뇨·배변		[] 욕창		[] 얼굴색·피부색	
	목욕 후	[] 얼굴색·피부색		[] 몸단장		[] 주변정리	
특이 사항							
서명	장기요양요원 성명	(서명)		수급자 또는 보호자		(서명)	
		(서명)		성명			

유의사항

1. 차량이용인 경우 차량 내 또는 가정 내 목욕 여부를 √표를 하고, 차량번호를 기록, 차량 미이용인 경우 제공장소(가정, 장기요양기관, 대중목욕탕)에 √표를 합니다.
2. 제공방법란은 해당 사항에 √표를 합니다.
3. 상태확인란은 목욕 전·후 해당 사항을 확인한 경우 √표를 합니다.
4. 특이사항란은 급여제공 시 관찰한 수급자의 상태 등을 자세히 기록합니다(여백 부족 시 별지 사용가능합니다).

예) 발진, 창백, 멍 등 피부상태, 욕창발생 부위, 오한, 발열 여부, 상태변화 시 조치사항 등

5. 서명은 제공받은 장기요양급여에 대해 확인이 가능한 수급자(또는 보호자)가 합니다. 다만, 자필서명이 불가능한 수급자의 사정(심신장애 등) 및 보호자의 사정(부재, 심신장애 등)이 있는 경우 생략할 수 있으며 서명란에 그 사유를 기재합니다.
-

장기요양급여 제공기록지(방문간호)

(앞쪽)

장기요양기관기호			장기요양기관명			장기요양등급		
수급자 성명			생년월일			장기요양인정번호		
방문간호지시서	의료기관 명칭	발급일	유효기간	의사면허번호	방문횟수			
					주 회			
년 월 일	시작시간	:	종료시간	:	총시간	:		
기본	혈압	/	맥박		체온			
내용	건강관리(분)	☐ 관절오그라들 예방 ☐ 투약관리 ☐ 기초건강관리 ☐ 인지훈련						
	간호관리(분)	☐ 욕창관리 ☐ 영양관리 ☐ 통증관리 ☐ 배설관리 ☐ 당뇨발관리 등 ☐ 호흡기간호 ☐ 투석간호 ☐ 구강간호						
특이사항								
확인	장기요양요원 성명	(서명 또는 인)	수급자 또는 보호자 성 명	(서명 또는 인)				
년 월 일	시작시간	:	종료시간	:	총시간	:		
기본	혈압	/	맥박		체온			
내용	건강관리(분)	☐ 관절오그라들 예방 ☐ 투약관리 ☐ 기초건강관리 ☐ 인지훈련						
	간호관리(분)	☐ 욕창관리 ☐ 영양관리 ☐ 통증관리 ☐ 배설관리 ☐ 당뇨발관리 등 ☐ 호흡기간호 ☐ 투석간호 ☐ 구강간호						
특이사항								
확인	장기요양요원 성명	(서명 또는 인)	수급자 또는 보호자 성 명	(서명 또는 인)				
년 월 일	시작시간	:	종료시간	:	총시간	:		
기본	혈압	/	맥박		체온			
내용	건강관리(분)	☐ 관절오그라들 예방 ☐ 투약관리 ☐ 기초건강관리 ☐ 인지훈련						
	간호관리(분)	☐ 욕창관리 ☐ 영양관리 ☐ 통증관리 ☐ 배설관리 ☐ 당뇨발관리 등 ☐ 호흡기간호 ☐ 투석간호 ☐ 구강간호						
특이사항								
확인	장기요양요원 성명	(서명 또는 인)	수급자 또는 보호자 성 명	(서명 또는 인)				

210mm×297mm[백상지 80g/㎡(재활용품)]

작성방법 및 유의사항

1. 기본: 수급자의 혈압, 맥박, 체온을 적습니다.

2. 내용: 건강관리, 간호관리의 급여제공시간은 각 세부항목의 급여제공시간을 합산하여 적습니다.

가. 건강관리: 관절오그라들 예방, 투약관리(먹는약 투여 및 도움·확인, 바르는 약 도포 및 좌약 삽입, 자가주사 교육 및 관찰, 기초건강관리(관찰 및 기초건강사정, 감염간호, 치매돌봄 정보제공, 교육 및 상담, 의료기관 의뢰 등), 인지훈련(인지기능장애 완화를 위한 훈련 제공)

나. 간호관리: 욕창관리(욕창예방, 욕창간호 등), 영양관리[튜브영양공급, 비위관(鼻胃管, L-tube) 교환 등], 통증관리, 배설관리[소변배출관(도뇨관) 관리, 방광간호, 회음부 간호, 요루(요도샛길) 간호, 장루(창자샛길)간호, 배설간호 등], 당뇨발관리(당뇨발 간호, 상처관리 등), 호흡기간호(흡인 간호, 기관절개관 관리, 산소요법 관리 등), 투석간호, 구강간호(구강감염 예방 등)

3. 특이사항: 수급자 상태, 처치내용 또는 가족 상담·교육 내용 등을 자세히 적습니다.

예) 욕창부위 및 소독(dressing) 빈도, 방광훈련 방법, 가족 지지체계 및 지역사회 자원 등 상담

4. 서명은 제공받은 장기요양급여에 대해 확인이 가능한 수급자(또는 보호자)가 합니다. 다만, 자필서명이 불가능한 수급자의 사정(심신장애 등) 및 보호자의 사정(부재, 심신장애 등)이 있는 경우 생략할 수 있으며 서명란에 그 사유를 기재합니다.

장기요양기관 지정(갱신)신청서

※ 뒤쪽의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하시기 바라며, 색상이 어두운 란은 적지 않습니다.

※ []에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

(제1쪽 앞면)

접수번호	접수일	처리기간	30일
신청인 (대표자)	①성명	②주민등록번호	
	③주소	④전화번호	
⑤신청사항	[]지정 []갱신		
⑥기관명			
⑦법인등록번호	-	⑧법인명	
⑨고유번호 (사업자등록번호)			
⑩설립 형태	[]국가 []지방자치단체 []법인() []개인 []기타()		
⑪기관유형 (급여종류 및 형태)	시설	노인요양시설 노인요양 공동생활시설 재가 복지시설	[]노인요양시설 []노인요양시설 내 치매전담실 가형 []노인요양시설 내 치매전담실 나형 []노인요양공동생활가정 []치매전담형 노인요양공동생활가정 []방문요양 []방문목욕 []방문간호 []단기보호 []복지용구 제공 [] 주 · 야간보호 [] 주 · 야간보호시설 내 치매전담실 이용
⑫소재지	주소		
	전화번호	팩스번호	전자우편주소

「노인장기요양보험법」 제31조, 제32조의4 및 같은 법 시행규칙 제23조, 제24조에 따라 장기요양기관
의 지정(갱신)을 신청합니다.

년 월 일
(서명 또는 인)

신청인(대표자)

특별자치시장 · 특별자치도지사 · 시장 · 군수 · 구청장 귀하

첨부서류	1. 일반현황·인력현황 및 시설현황을 적은 서류 각 1부(갱신의 경우 일반현황만 제출합니다) ※ 각 서류는 이 서식 제2쪽부터 제6쪽까지의 양식에 작성하여 제출합니다. 2. 사업계획서 및 운영규정 각 1부(지정 시에만 제출합니다) 3. 사업자등록증 또는 고유번호증 사본 1부(지정 시에만 제출하며, 특별자치시장·특별자치도지 사·시장·군수·구청장이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 확인할 수 있는 경우에는 그 확인으로 첨부서류 제출을 갈음합니다)	수수료 없 음
------	---	----------------

위 본인은 장기요양기관의 대표자로서 장기요양기관의 운영에 관하여 「노인장기요양보험법」 제35조 및 제35조의2
에서 정한 법적 의무를 다할 것과 장기요양기관으로 지정받은 후 「노인장기요양보험법」 제34조에 따라 국민건강보
험공단이 운영하는 인터넷 홈페이지(www.longtermcare.or.kr)에 장기요양기관회원으로 가입하여 장기요양급여의
내용, 시설·인력 등의 현황자료 등을 성실히 게시할 것을 서약하며, 본인이 홈페이지에 게시한 정보가 변경되거나
사실과 다를 경우에는 공단이 이를 확인하여 직접 수정하는 것에 동의합니다.

신청인(대표자)

(서명 또는 인)

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

작성방법 및 유의사항

① ~ ④ 신청인(대표자)의 성명, 주민등록번호, 주소 및 전화번호를 적습니다.

⑤ 신청사항을 표기합니다.

⑥ 지정(갱신)받으려는 기관의 명칭을 적습니다.

⑦ · ⑧ 기관의 운영형태가 법인일 경우 법인등록번호 및 법인명을 적습니다.

⑨ 기관의 고유번호 또는 사업자등록번호를 적습니다.

⑩ 운영 중인 기관의 설립 형태를 표기합니다.

※ 법인의 경우 ()에 재단법인, 사단법인, 의료법인, 사회복지법인, 종교법인 및 학교법인 등 그 형태를 구체적으로 적습니다.

※ 복지용구를 제공하는 경우 기타 ()란에 의료기기판매(임대)업으로 표기합니다.

⑪ 장기요양기관의 유형 및 해당 기관에서 제공하고자 하는 장기요양급여의 종류 및 형태를 모두 표시합니다(중복으로 표시할 수 있습니다).

⑫ 기관의 주소, 전화번호, 팩스번호 및 전자우편주소를 정확하게 적습니다.

처 리 절 차

지정(갱신)신청서 제출



접수 및 검토
(지정서 발급)



지정서 수령

신청인

처 리 기 관
(특별자치시 · 특별자치도 ·
시 · 군 · 구)

신청인

일 반 현 황

① 기관명				급여 종류 및 형태		정 원						
				총 원		명						
② 장기요양 기관기호			④ 입소(이용) 정원									
③ 설치신고	설치신고일											
날짜	지정일											
⑤ 직원현황	총 원	시설의 장 (관리 책임자)	자격(면허) 보유자									기 타
			소계	사회 복지사	의사	간호사	간호 조무사	치과 위생사	요양 보호사	물리 (작업) 치료사	영양사	
	명											
⑥ 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)				
⑦ 홈페이지 주소												

작성방법 및 유의사항

- ① 기관의 명칭을 적습니다.
- ② 특별자치시·특별자치도·시·군·구에서 기관기호를 적습니다. 다만, 변경지정 신청을 할 때 첨부 서류로 이 서식을 활용하는 경우에는 변경지정 신청을 하는 사람이 기관기호를 적습니다.
- ③ 설치신고증명서에 적힌 설치신고 날짜와 장기요양기관 지정서 상의 지정일자(적용)를 적습니다.
※ 장기요양기관 지정서가 발급되지 않은 기관의 경우 설치신고일만 적습니다.
- ④ 입소(이용)정원을 급여 종류별로 적습니다.
※ 급여 종류 및 형태는 다음 중 해당되는 것을 적습니다.
노인요양시설, 노인요양시설 내 치매전담실 가형, 노인요양시설 내 치매전담실 나형, 노인요양공동생활가정, 치매전담형 노인요양공동생활가정, 주·야간보호, 주·야간보호시설 내 치매전담실 이용
- ⑤ 기관에 근무하는 총 직원 수, 시설의 장(관리책임자) 및 면허증 또는 자격증 보유인원 현황을 적습니다.
※ 방문간호를 제공하는 장기요양기관의 경우 다음의 조건을 충족하는 인력의 현황을 적습니다.
- 간호사: 2년 이상의 간호업무경력이 있는 간호사
- 간호조무사: 3년 이상의 간호보조업무경력이 있는 간호조무사로서 보건복지부장관이 지정한 교육기관에서 소정의 교육을 이수한 자
※ 기타에는 자격증 또는 면허증이 없는 직원의 현황을 적습니다.
- ⑥ 기관의 대지면적 및 건물면적을 적고 그 소유형태에 "○" 표시를 합니다.
- ⑦ 기관이 운영 중인 홈페이지 주소를 적습니다.
※ 기관유형(급여 종류 및 형태)별 장기요양기관의 인력 또는 시설현황이 변경되었을 경우 일반현황과 각각의 인력 또는 시설현황을 함께 제출해야 합니다.

급여종류 · 형태 및 기관 유형	노인요양시설	[] 노인요양시설 [] 노인요양시설 내 치매전담실 가형() [] 노인요양시설 내 치매전담실 나형()
	노인요양공동생활시설	[] 노인요양공동생활가정 [] 치매전담형 노인요양공동생활가정
	재가노인복지시설	[] 방문요양 [] 방문목욕 [] 방문간호 [] 단기보호 [] 복지용품 제공 [] 주 · 야간보호 [] 주 · 야간보호시설 내 치매전담실 이용()

– 20 –

작성방법 및 유의사항

① 다음의 직종 중에서 해당하는 것의 번호를 적습니다.

1. 시설장(관리책임자), 2. 사무국장, 3. 사회복지사, 4. 의사, 5. 계약의사, 6. 간호사, 7. 간호조무사,
8. 치과위생사, 9. 물리치료사, 10. 작업치료사, 11. 요양보호사, 12. (삭제), 13. (삭제), 14. 영양사, 15. 사무원, 16. 조리원, 17. 위생원, 18. 관리인, 19. 보조원 운전사, 20. 기타, 21. 프로그램관리자

②·③ 해당 인력의 이름 및 주민등록번호를 적습니다.

④ 자격증 또는 면허의 종류를 적습니다.

※ 자격(면허)의 종류는 다음과 같습니다.

1. 사회복지사 1급, 2. 사회복지사 2급, 3. 사회복지사 3급, 4. 의사, 5. 방문간호전담 간호사,
6. 방문간호전담 외의 간호사, 7. 방문간호전담 간호조무사, 8. 방문간호 외의 간호조무사, 9. 치과위생사,
10. 물리치료사, 11. 작업치료사, 12. 요양보호사, 13. 영양사, 14. 기타

※ 한 사람이 여러 개의 자격증을 보유한 경우에는 근무 직종과 가장 연관된 자격증 한 가지만 신고합니다. 다만, 방문요양, 방문목욕, 방문간호 급여를 제공하는 경우에는 서비스와 관련된 자격(면허)증을 모두 신고합니다.

⑤ 자격증 또는 면허의 번호를 적습니다.

⑥ 자격증 또는 면허를 취득한 날짜를 연월일로 적습니다.

⑦ 근무형태를 전임, 겸임 또는 시간제로 구분하여 적습니다.

⑧ 입사, 퇴사, 휴직 또는 복직한 날짜를 연월일로 적습니다.

⑨ 해당 기관 내에서 급여의 종류별로 인사이동이 발생한 경우 그에 따른 근무 시작일 및 근무 종료일을 연월일로 적습니다.

⑩ 노인요양시설 내 치매전담실, 치매전담형 노인요양공동생활가정, 주·야간보호시설 내 치매전담실의 경우, 해당 시설의 장, 프로그램관리자 및 요양보호사가 보건복지부장관이 정하여 고시하는 치매전문교육을 이수하였는지 여부를 "○" 또는 "X"로 적습니다.

※ 급여의 형태별로 인력(변경) 현황의 서식을 각각 구분하여 작성합니다. 예를 들어, 노인요양시설 내 치매전담실 가형과 노인요양시설 내 치매전담실 나형 각 1개씩의 치매전담실을 운영하는 시설의 경우, 2장의 인력(변경)현황서에 각각의 인력현황을 작성하여 제출하여야 합니다.

※ 장기요양기관으로 지정받으려는 노인요양시설 또는 주·야간보호시설에서 치매전담실을 다수 운영하고 있는 경우에는 해당되는 유형에 √ 표시를 하고, () 부분에 해당 치매전담실 번호를 적습니다. 예를 들어, 치매전담실 가형 3개실 및 나형 2개실을 운영하고 있는 경우에는 []₂₁ 치매전담실 가형" 또는 "치매전담실 나형"에 √ 표시를 하고, 그 뒤에 해당 치매전담실 번호를 ()에 적습니다.

시설(변경) 현황(시설급여의 경우)

[] 노인요양시설 [] 노인요양시설 내 치매전담실 가형() [] 노인요양시설 내 치매전담실 나형()
 [] 노인요양공동생활가정 [] 치매전담형 노인요양공동생활가정

시설 현황									
구 분	침실 (생활실)	사무실	의료 및 간호사실	물리(작업) 치료실	프로 그램실	식당 및 조리실	화장실	세면장 및 목욕실	세탁장 건조장
개 소									

침실 현황						
구 분	1인실	2인실	3인실	4인실	특별침실	기타
개 소						

노인요양시설 내 치매전담실 시설 현황

※ 해당 시설의 설치 여부를 "○" 또는 "X"로 기재합니다.

구 분 급여형태	침실	공동거실	화장실	간이욕실 (세면대 포함)	옥외공간
치매전담실 ()형()					
치매전담실 ()형()					
치매전담실 ()형()					
치매전담실 ()형()					

노인요양시설 내 치매전담실 침실 현황

※ 해당 시설의 개수를 기재합니다.

구 분 급여형태	1인실	2인실	3인실	4인실	특별침실	기타
치매전담실 ()형()						
치매전담실 ()형()						
치매전담실 ()형()						
치매전담실 ()형()						

치매전담형 노인요양공동생활가정 시설현황

※ 해당 시설의 설치 여부를 "○" 또는 "X"로 기재합니다.

구 분	공동거실	옥외공간
설치 여부		

