

2025년 장기요양 재택의료센터 시범사업 세부 계획안

1 추진배경

- ☐ 살던 곳에서 건강한 노후를 보내실 수 있도록 충분히 지원하여 드리는 것이 어르신은 물론, 사회적으로도 바람직
- ☐ 병원이나 시설 대신 댁에서도 충분한 서비스를 받으실 수 있도록 방문진료·간호와 돌봄서비스를 제공하는 재택의료센터 추진

국정과제 49 100세 시대 일자리·건강·돌봄지원체계 강화

- (장기요양) 장기요양서비스 및 지역사회 노인 돌봄 강화
 - 의료와 돌봄을 통합적으로 제공할 수 있는 재택의료센터 등 확대 추진

2 사업개요

- ☐ (기간) '25.1.1.~'25.12.31. (필요시 연장가능)
- ☐ (주요내용) 의사(한의사)·간호사·사회복지사가 한 팀으로 장기요양 수급자* 가정을 방문하여 방문진료·간호, 돌봄서비스 연계 등 제공
 - * 장기요양 재가급여 이용자 중 거동이 불편하고 재택의료가 필요한 사람(1~2등급 우선)으로 의사가 판단한 경우

3 세부 운영 계획(안)

1. 업무수행요건

- ☐ 신청 요건
 - 시범사업 참여를 희망하는 의료기관이 있는 지방자치단체(시·군·구)가 지역 내 의료기관과 협약하여 건강보험공단에 신청
 - * 지자체는 지역 내 사정을 고려하여 참여기관을 1개소 이상 선정하여 신청할 수 있으며, 별도의 선정 절차를 거치지 않아도 무방(1개소 이상인 경우 우선순위 기재)

- 의료기관은 건강보험 일차의료 방문진료 수가 시범사업에 참여 중인 기관*으로, 의사(한의사)·간호사(임상경력 24개월 이상 또는 가정 전문간호사)·사회복지사 각 1인 이상으로 구성된 재택의료센터 업무 담당 팀이 있어야 함

* 의료기관은 참여기관 결과 공고 시점에 일차의료 방문진료 수가 시범사업 참여기관으로 선정되어 있어야 함

- 공공의료 수행을 주목적으로 설립·운영 중인 지방의료원 및 보건소, 보건의료원, 보건지소 참여 가능
- 단, '24년도 시범사업 참여기관 중 운영실적이 높은 참여기관* 및 공공의료기관(미운영기관 제외)은 사업의 연속성을 위해 심사 절차를 면제하여 '25년도 시범사업 참여 가능**

* 지자체를 통해 별도 안내 예정 (11월 13~15일 중)

** '25년도 시범사업 참여의사 있을 경우, '지속참여 신청서' 제출 필요 (p.4 참고)

□ 공통 업무

- 방문진료, 방문간호 및 기타 돌봄서비스 연계
 - 의사는 월 1회 이상 방문진료, 간호사는 월 2회 이상 방문간호를 제공하고 사회복지사는 수시상담 및 돌봄서비스 연계
- * 포괄평가를 위한 방문 시에는 의사, 간호사, 사회복지사 팀 단위 방문
- 초기 상담, 대상자 선정, 포괄평가, 환자별 케어플랜 수립, 서비스 제공, 정기적 모니터링 실시 등

2. 급여비용 지급 기준

□ 건강보험 방문진료 수가

- 방문진료 수가 시범사업 요건 충족 시 지급
 - 의원급뿐만 아니라, 지방의료원도 방문진료 수가 지급('24.11. 이후 예정)

- ①장기요양 1·2등급자 중 외상환자, ②의료기기 사용 중증재택 환자 본인부담률 인하(30→15%)* ('24.11. 이후 예정)

* 본인부담률 등 세부 제공 기준은 '일차의료 방문진료 시범사업 지침' 준용

□ 장기요양보험 추가

- (재택의료기본료) 의사·간호사·사회복지사로 구성된 다학제팀 운영, 의사 월 1회, 간호사 월 2회 방문 및 사례관리, 지역사회 자원 연계 환자 당 월 14만원 지급(본인부담 無)
- (지속관리료) 대상자에 대한 지속적 관리 유도를 위해 6개월 연속 재택의료기본료 청구 시 환자 당 6만원 지급(본인부담 無)
- (추가간호료) 월 2회 초과하는 간호는 지역 내 방문간호기관 연계 원칙, 환자 상태 등에 따라 직접 수행할 경우 방문건수 당 52,310원 지급(본인부담 15%), 월 3회까지 청구 가능

3. 추진일정

□ 시범사업 지방자치단체 공모·지정

- 시범사업 지정심사위원회 심사 (12월 중순)
- 시범사업 운영 지방자치단체 및 의료기관 지정·통보 (12월 중순)

□ 시범사업 매뉴얼 배포 및 교육

- (복지부·공단) 매뉴얼 배포, 의료기관 청구교육 (12월 말)
- (지방자치단체·공단) 대상자 모집을 위한 시범사업 홍보 (12월 말~)

□ 시범사업 사업 운영('25.1.1 ~ '25.12.31)

4. 기타 행정사항

□ 신청서 제출

○ (제출기간) '24.11.12.(화) ~ 12.3.(화) 18:00까지(기일 엄수)

* 서류접수 완료 건에 한해 지방자치단체 담당자에게 문자 회신 예정

○ (제출서류) 별지 양식 참고

- [별지 제1호] 장기요양 재택의료센터 시범사업 신청서 1부
 - [별지 제2호] 장기요양 재택의료센터 의료기관 지정 신청서 1부
 - [별지 제3호] 장기요양 재택의료센터 시범사업 운영 계획서 1부
 - 사회복지사 자격증(사본으로 반드시 제출)
 - 의료기관 개설신고서(법인의 경우 반드시 제출)
 - 의료인 면허(자격)증 등 증빙서류(별지 제2호, 행정정보 공동이용 미 동의자)
- * 선정된 기관은 추후 업무협약서, 보안서약서 등을 제출하여야 함(별도 안내 예정)

○ (제출방법) 지자체가 제출서류를 전자우편(00B6030@nhis.or.kr)으로 송부

※ 신청서는 반드시 공무원 업무 전용메일(korea.kr)로 제출

※ 제출서류는 PDF파일 1부로 변환하여 제출하고, PDF파일 제목은 참여 지방자치단체·의료기관명 기입
(예시: 장기요양 재택의료센터 시범사업_○○시_○○의원)

○ (결과발표) '24.12월 중순, 지방자치단체 및 의료기관에 개별통보 예정

※ '24년 참여기관 중 운영실적이 높은 기관 및 공공의료기관(미운영기관 제외)은 '25년 시범사업 참여를 위해 '지속참여 신청서' 제출 필요

◆ 대상 : 지속참여 신청서 제출 대상여부는 관할 지자체를 통해 안내 (11월 13~15일)

◆ 접수기간 : '24.11.12.(화) ~ 11.22.(금) 18:00까지(기일 엄수)

* 서류접수 완료 건에 한해 지방자치단체 담당자에게 문자 회신 예정

◆ 제출서류 : [별지 제4호] 장기요양 재택의료센터 지속참여 신청서 1부

* 별지 제1~3호 서식은 제출할 필요 없음

** 추후 업무협약서, 보안서약서 등을 제출하여야 함(별도 안내 예정)

◆ 제출방법 : 지방자치단체가 신청서를 국민건강보험공단 본부에 전자문서로 제출

- 지방자치단체와 의료기관 모두 참여 여부를 작성하여 제출

* 지방자치단체와 의료기관 모두 지속참여 의사가 있는 경우만 재지정 가능

- 제출서류는 PDF파일로 변환하여 제출, PDF파일 제목은 참여 지자체·의료기관명 기입
(예시: 장기요양 재택의료센터 시범사업_○○시_○○의원)

□ 기타사항

- 접수된 서류는 일체 반환하지 않으며, 선정되지 않은 신청서는 공모 종료일로부터 3개월 이내 모두 폐기함
- 시범사업 지역 심사 및 선정에 관한 세부사항은 공개하지 않음
- 이 계획에 의하여 지정받은 지방자치단체와 의료기관은 사업 시작 전까지 상호간에 업무협약을 체결해야 하며 사업평가를 위한 자료 요구나 현장 확인 요구 시 적극 협조하여야 함
- 문의처 : 국민건강보험공단 요양기준부 재택의료팀 (☎033-736-1915~8)

장기요양 재택의료센터 시범사업 신청서

(시·군·구 작성용)

지자체 현황				
주관부서(소속)		※ 노인(장기요양) 담당 부서 (지자체 사정에 따라 타 부서 수행 무방)		
주소				
담당자	직위1	※ 팀장·과장 등 관리자	직위2	※ 실무자
	성명1		성명2	
	전화번호 (휴대전화)		전화번호 (휴대전화)	
	전자우편		전자우편	
의료기관 현황				
일반 현황	기관명		기관기호	
	대표자명		면허번호	
	진료과		기관종별	① 의원 ②보건소 ③ 공공병원(의료원)
	전화번호 (휴대전화)		전자우편	
	주소			

위와 같이 장기요양 재택의료센터 시범사업을 신청합니다.

2024. 00. 00.

○○○ 시·군·구청장 홍길동

직인

보건복지부·국민건강보험공단 귀하

장기요양 재택의료센터 의료기관 지정 신청서

(의료기관 작성용)

[일반현황]									
의료기관	종별		☐ 의원 ☐ 보건소 ☐ 공공병원(의료원)						
	명칭					대표자			
	기관기호					연락처			
	소재지					개설일			
[신청인(개설자) 현황]									
법 인	법인명		법인등록번호			연락처		소재지	
대 표 자	성명	주민등록번호 (외국인등록번호)	면허번호	전문의 자격	자격번호	연락처			
[인력현황] 총 _____명									
의 사	계	명	간 호 사	계	명	사 회 복 지 사	계	명	
	일반의	명		간호사	명		사회복지사 1급	명	
	전문의	명		가정전문 간호사	명		사회복지사 2급	명	
							사회복지사 외	명	
[인력(의사) 상세 이력]									
연번	성명	주민등록번호	면허번호	전문의 자격	자격번호	전담여부	경력		
1						☐	____년 ____개월		
2						☐	____년 ____개월		
3						☐	____년 ____개월		
4						☐	____년 ____개월		
[인력(간호사, 사회복지사) 상세 이력]									
연번	성명	주민등록번호	면허(자격) 종류	면허(자격) 번호	가정전문 간호사여부	전담여부	경력		
1					☐	☐	____년 ____개월		
2					☐	☐	____년 ____개월		
3					☐	☐	____년 ____개월		
4					☐	☐	____년 ____개월		
[필수인력 추가 채용 계획]									
			☐ 의사 _____명 ☐ 간호사 _____명 ☐ 사회복지사 _____명						

※ 상세이력은 현재 직접 고용된 인력 중 재택의료센터 업무 전담 또는 겸임 수행 예정인 인력에 한해 작성

※ 경력 산출 시, 전일제로 근무한 이력만 산출하여 작성

※ 인력은 재택의료센터 신청 의료기관에서 직접 고용하여야 함

※ 채용계획을 선택한 경우 별지3호 서식에 해당 직종의 채용계획이 수립되어야 함

[관련 사업 참여 이력]				
방문 진료	참여 등록일		현재 활동여부	☐ 예 ☐ 아니오
	방문실적	※ '23.1 ~ '24.8월 누적건수		
장기 요양	사업 ①	장기요양 의사소견서 발급	현재 활동여부	☐ 예 ☐ 아니오
	발급건수	※ '23.1 ~ '24.8월 누적건수	활동경력	년 개월
	사업 ②	장기요양 계약의사	현재 활동여부	☐ 예 ☐ 아니오
	진료건수	※ '23.1 ~ '24.8월 누적건수	활동경력	년 개월
	사업 ③	방문간호지시서 발급	현재 활동여부	☐ 예 ☐ 아니오
	발급건수	※ '23.1 ~ '24.8월 누적건수	활동경력	년 개월
[지역사회 자원 연계 활용 계획]				
※ 사회복지사 업무 관련, 사회복지사 외 인력 활용 예정인 경우 반드시 작성하여 제출				
	기관구분	기관명	대표자	협력내용
1	장기요양기관	○○방문간호센터	이○○	추가 방문간호 협력
2	돌봄기관	○○시립복지관	박○○	도시락 서비스 등
3	의료기관	○○의료원	정○○	응급환자 지원 등

장기요양 재택의료센터 시범사업 참여를 위한 의료기관 지정 신청서를 위와 같이 제출합니다.

년 월 일

신청인(대표자)

(서명 또는 인)

보건복지부·국민건강보험공단 귀하

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 의료인·의료기사 면허를 확인하는 것에 동의합니다.

※ 동의하지 아니하거나 행정정보 공동이용을 통해 확인이 불가한 직종은 반드시 해당 면허증(또는 자격증) 사본을 제출해야 합니다.

신고인

(서명 또는 인)

장기요양 재택의료센터 시범사업 운영 계획서

재택의료센터 운영 계획 (의료기관작성)	1. 의료기관 내 재택의료팀 운영 계획	
	① 재택의료서비스 제공 계획	(필수기재)재택의료팀 전담 또는 겸임 등 운영방식에 따른 재택의료서비스 제공계획 작성(예. 겸임 운영 / 주 2회 외래, 주 3회 재택방문 등)
	② 재택의료팀 환자관리 계획	(필수기재)장기요양인정자의 건강관리를 위한 상시적 환자관리 계획 작성(예. 주기적 팀 회의 운영 및 의료서비스 제공, 환자 모니터링, 환자·가족의 상담 등)
	③ 간호사의 방문간호기관 협력방안	(필수기재)지역 내 장기요양 방문간호기관과의 협력 방안 등 작성(예. 방문간호지서서 발급, 수급자 방문간호 상담 등)
	④ 사회복지사의 자원연계 계획	(필수기재)자원연계 계획 작성(예. 활용 가능한 지역사회 자원, 통합사례회의 운영 계획 등)
	⑤ 기타	그 외, 운영계획 자율 작성
	2. 필수인력 추가 채용 계획	
	(채용 계획 있는 경우 필수기재)지정공고일 기준, 재택의료센터 인력기준을 충족하지 못하였으나 사업 참여를 위해 채용 진행 중이거나 계획이 있는 경우에 한해 작성 필수 - 채용 예정 직종 및 인원, 전담 또는 겸임, 채용기간, 채용 예정일 등 상세히 기재	
	3. 장애요인 및 극복방안	
	(필수기재)사업 운영 시 발생 가능한 장애요인 및 극복방안 제시(예. 대상자 미확보, 필수인력 퇴직 등 사업 미활성화에 대한 대응 방안)	
지자체 지원계획 (시·군·구 작성)	1. 재택의료센터 운영 지원방안	
	(필수기재)재택의료센터 운영을 위한 지자체 지원 계획 작성(예. 홍보, 대상자 발굴 및 연계 등)	
	2. 지역사회 자원 연계 활성화를 위한 협력체계 구축 방안	
	(필수기재)장기요양인정자의 지역사회 계속 거주 지원을 위한 지자체 - 재택의료센터 - 장기요양(돌봄)기관 간 협력체계 구축 및 지원 방안을 작성	
	3. 예산지원 계획	
	(예산지원이 있는 경우 기재)시범사업에 투입 예정인 지자체 예산, 시설, 장비 등이 있는 경우 예산규모, 지원기간 및 방식 등 예산 운영 계획 작성 ※ 수급자 본인부담금 지원은 불가	

※ 본 서식을 참고하여 지자체-의료기관 현황에 맞게 최대 3page 이내로 작성

