

보건복지부 공고 제2026-15호

장기요양 재택의료센터 시범사업 참여기관 공모를 다음과 같이 실시 하오니, 관련 지방자치단체·의료기관의 적극적인 참여를 바랍니다.

2026년 1월 6일

보건복지부장관

「장기요양 재택의료센터 시범사업」 참여 지방자치단체·의료기관 공모

1. 시범사업 목적

장기요양 수급자의 지역사회 계속 거주를 지원하기 위하여 방문 진료와 간호서비스를 제공하면서 지역사회의 자원과 연계하는 '장기요양 재택의료센터 시범사업'을 실시하고자 함

2. 사업개요

가. 사업내용 : 재가 장기요양수급자(1~2등급 우선) 대상 방문진료·간호서비스 제공 및 돌봄서비스 연계 제공

나. 사업기간 : '26.1.1. ~ '26.12.31. (필요시 연장)

3. 신청대상 및 절차

가. 신청요건

- 장기요양 재택의료센터 시범사업 참여를 희망하는 의료기관이 있는 지방자치단체(시·군·구)가 지역 내 의료기관과 협약하여 건강보험 공단에 신청

* 지방자치단체는 지역 내 사정을 고려하여 참여 의료기관을 1개소 이상 선정하여 신청할 수 있으며, **우선순위 기재 필수** (별도의 선정 절차를 거치지 않아도 무방)

○ 의료기관*은 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

* 군 지역(광역시 내 군지역 포함) 및 응급·분만·소득세법 상 의료취약지인 시 지역의 「의료법」제3조제2항제3호가목에 따른 병원급 참여 허용

** 의료기관은 최종 선정 시점에 일차의료 방문진료 수가 시범사업 참여기관으로 등록되어 있어야 함

- 공공의료 수행을 주목적으로 설립·운영 중인 지방의료원 및 보건소, 보건의료원, 보건지소 참여 가능

* 보건소, 보건의료원, 보건지소의 경우 방문진료료 수가 지급을 위해서는 일차의료 방문진료 수가 시범사업 참여기관으로 선정되어야 함(방문진료 수가 시범사업 참여 기관으로 선정되지 않더라도 재택의료센터 참여는 가능)

※ 방문진료 수가 시범사업 공모 기간 : '26.1월 중, 보건복지부 누리집 (www.mohw.go.kr) 내 공지사항 참고

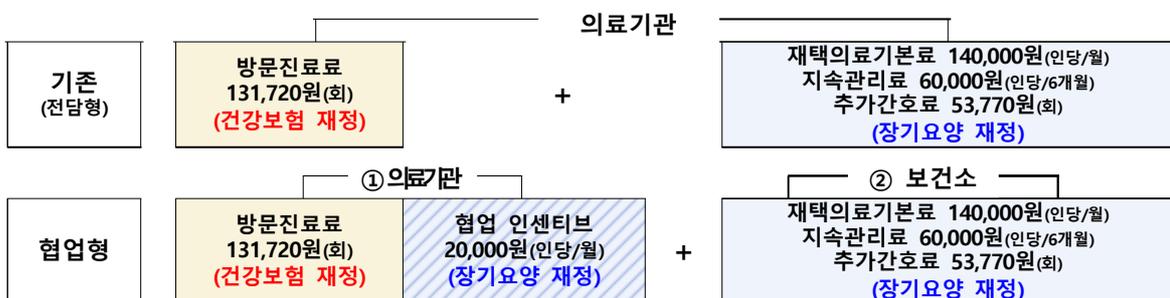
※ 공모기간 중 행정처분(업무정지, 자격정지 이상)이 진행 중인 의료기관 및 의료인은 신청 제외

○ 단, 군 지역(82개군) 또는 공모 시작 시점('26.1.6) 기준 재택의료센터가 지정되어 있지 않은 시·구 지역의 경우, 일차의료 방문진료 수가 시범사업 참여 의료기관(의원·병원)*의 의사와 보건소의 간호사·사회복지사로 팀을 구성하여 공동 참여 가능(의료기관-보건소 협업형)

* 동일 지역 내 의료기관 참여가 원칙이나, 참여를 희망하는 의료기관이 없는 경우 인접 지역 의료기관과 협업하여 참여 가능

< 의료기관-보건소 협업형 >

- (제공인력) (의료기관) 의사 + (보건소) 간호사·사회복지사
- (제공방법·기준) 의사 방문진료(월1회), 간호사 방문간호(월 2회), 사회복지사 자원 연계 등 기존 직종별 역할을 수행
+ (기관 간 협업) ▲포괄평가 및 케어플랜 수립, ▲사례회의를 통한 환자 상황 공유 필요
- (수가) 기존 수가에서 의료기관은 방문진료료, 보건소는 재택의료기본료 지급
- 의료기관은 방문진료 외 협업 인센티브 신설
⇒ 협업 인센티브(장기요양보험) : 수급자당 20,000원(월)



나. 재택의료센터 역할

- 포괄평가도구를 적용한 대상자 욕구평가
 - 케어플랜 수립 및 수행을 위한 사례회의
 - 대상자 포괄평가에 근거하여 케어플랜 수립, 통합돌봄 수행을 위한 지역사회 통합 사례회의 참가 등
 - 의사 월 1회 방문, 간호사 월 2회 방문, 사회복지사 수시 상담 등을 통한 재택의료서비스 제공
- ※ 구체적인 사항은 붙임 참고

다. 신청서 제출

- 접수기간 : '26.1.6.(화) ~ 1.28.(수) 18:00까지(기일 엄수)
- 제출서류 : 참여 모형을별 제출서류 + 공통 제출서류

1. 참여 모형별 제출서류

- ① 의료기관에서 의사·간호사·사회복지사 모두 고용하는 경우
 - [별지 제1호] 장기요양 재택의료센터 시범사업 신청서 1부
 - [별지 제2호] 장기요양 재택의료센터 의료기관 지정 신청서 1부
 - [별지 제3호] 장기요양 재택의료센터 시범사업 운영 계획서 1부
- ② 의료기관의 의사, 보건소의 간호사·사회복지사로 공동 운영하는 경우(보건소-의료기관 협업)
 - [별지 제4호] 장기요양 재택의료센터 시범사업 신청서(보건소-의료기관 협업) 1부
 - [별지 제5호] 장기요양 재택의료센터 의료기관(보건소-의료기관협업) 지정 신청서(의료기관) 1부
 - [별지 제6호] 장기요양 재택의료센터 의료기관(보건소-의료기관협업) 지정 신청서(보건소) 1부
 - [별지 제7호] 장기요양 재택의료센터 시범사업 운영 계획서(보건소-의료기관 협업) 1부

2. 공통 제출서류

- 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 : 지방자치단체가 신청서 등을 국민건강보험공단 본부 (요양자원실)에 전자문서로 송부
 - 제출서류(신청서, 계획서, 자격증 등)는 PDF파일 1부로 변환하여 제출하고, PDF파일 제목은 참여 지방자치단체·의료기관명 기입 (예시: 장기요양 재택의료센터 시범사업_○○시_○○의원)

4. 선정 절차

가. 선정기준

- 다학제팀 운영 방안, 서비스 적정 제공 가능성 등 운영계획서의 타당성, 지자체 및 지역 유관기관과 협력체계 구축 등 지역사회 내 협력 방안, 지역별 적정 분포 등을 종합적으로 평가

나. 선정방법 : 지역별 분포, 참여 이력 등 정량지표를 평가하여 지정 심사위원회에 상정 후, 지정심사위원회 심사

다. 결과발표 : '26.2월 중, 선정 지방자치단체 및 의료기관에 개별 통보 예정

라. 선정취소

- 재택의료센터 기본인력((한)의사·간호사·사회복지사) 채용을 예정 하였으나, '26.2.23.(월)까지 채용하지 못한 경우

5. 참여 지방자치단체 및 의료기관 준수사항

- 공모에 의하여 선정된 지방자치단체와 의료기관은 사업 시작 전까지 업무협약서를 제출하여야 함(별도 안내 예정)
- 사업에 참여하는 지방자치단체와 의료기관은 시범사업 지침을 준수하고, 시범사업의 성공적 수행을 위해 적극적으로 노력하여야 함
- 지방자치단체와 의료기관은 보건복지부가 시범사업 모니터링, 평가 및 연구과제 수행 등에 필요한 자료나 현장 확인 등을 요청한 경우 적극 협조하여야 함

6. 문의처 : 국민건강보험공단 요양급여개발부 재택의료팀 (☎033-736-1951~7)

〈 (붙임) 재택의료센터 역할 및 제공 서비스 〉

① 포괄평가도구를 적용한 대상자 욕구평가

- 대상자의 질병관리 상황, 기능장애 정도와 회복 및 재활가능성을 확인하기 위해 질병상태·기능상태·주거환경 등을 포괄적으로 평가

〈 포괄평가 항목 및 내용 〉

항목	내용
건강 및 질병 상태	해결을 호소하는 주요 문제 또는 증상 기능장애의 원인 질환 및 치료중인 동반질환 최근 1년 이내의 입원치료 여부 발생한 노년 증후군(최근 3개월) 등
신체상태	보행능력 및 근력, 영양상태 및 식사행위, 연하곤란 등
정신상태	정신 심리적 문제(인지기능, 우울증), 치매진단 및 문제행동 여부
신체·정신적 자립생활 가능성	의식수준, 신체·인지기능의 도움 필요 정도
의료처치 및 건강관리 욕구	vital sign(혈압, 맥박, 혈당, 산소포화도 등) 모니터링, 복약관리, 관절 및 근력재활, 욕창, 당뇨발, 배뇨, 통증 관리 등
사회·환경 평가	경제 상황, 사회관계, 주거환경 문제, 일상생활 도움 정도
서비스 이용현황	의료·장기요양·지역 돌봄 서비스 등 각종 서비스 이용·희망 유무

② 케어플랜 수립과 수행을 위한 사례회의

- 통합돌봄 수행을 위한 지역사회 통합 사례회의

- 포괄평가 항목 중 지역사회 연계 항목 정리
- 활용 가능한 지역사회 자원 담당자들과 통합 사례회의* 개최
- * 지자체별로 다르나, 통합지원회의, 지역사회보장협의체 등 지자체 협의체 활용

- 케어플랜 수립을 위한 팀 사례회의

- 대상자 포괄평가에 근거한 문제목록 검토하여, 해결 우선순위, 개입 방안(자체vs연계) 등 케어 플랜 수립
- 케어플랜에 따른 인력별(의사·간호사·사회복지사) 역할 분담

< 문제목록 설정 및 케어플랜 수립 예시 >

포괄평가 결과	문제목록 설정	케어플랜	주 역할인력
<ul style="list-style-type: none"> 의식수준 변화 복합만성질환 복용약물 부적절 최근 입원병력 	1) 질병관리 부실	질병관리 강화와 안정성 확보 - 질병상태 평가, 임상검사 수행, 복용약물 점검, 질병회복 촉진	의사
<ul style="list-style-type: none"> 노년증후군 발생 (최근 발생한 어지럼증, 낙상, 요실금, 수면변화, 식욕저하, 변비, 섬망 등) 	2) 건강상태 불안정	노년증후군 신속 해결 - 임상검사(탈수/전해질, 염증/감염병, 손상 등), 복용약물 변화, 수면장애, 기존질병 악화 등	의사
<ul style="list-style-type: none"> 기능장애 질환 후유증 (뇌졸중, 파킨슨, 골절 후유증, 마비 등) 	3) 신체기능 감퇴	회복 가능한 기능재활 적용 - 관절구축 예방, 혈액순환/신체 활동 강화, 재활서비스 연계 등	의사, 간호사, 사회복지사
<ul style="list-style-type: none"> 정신기능 저하 발생 (섬망, 우울, 경도인지장애 등) 	4) 정신기능 저하	인지기능 회복 서비스 - 선별검사 적용, 복용약물 점검, 수면/영양장애 확인, 치매센터 연계 등	간호사, 사회복지사, 의사
<ul style="list-style-type: none"> 다약제/부적절약 복용 갑작스런 노년증후군 신체/정신기능 변화 문제행동 발생 	6) 간호처치 및 질병관리 교육 부족	다약제 복용 억제 - 불필요/중복/부적절 약물 제외, 필수약물 추가 및 수정	간호사, 의사
<ul style="list-style-type: none"> 복합만성질환 치치욕구(욕창, 요실금, 수술창상, 절개관, 인공루, 주사요법 등) 	7) 노쇠 발생	치치욕구 해결 - 욕창/수술/피부손상 등 상처회복, 인공루 정기관리, 배뇨배변 훈련, 투약 및 주사관리, 교육 등	간호사, 의사
<ul style="list-style-type: none"> 신체기능 저하 발생 (보행능력, 근력, 영양 섭취 불량) 	8) 지역사회 돌봄욕구	노쇠극복 및 신체기능 강화 - 규칙적 운동, 영양(단백질) 제공, 약물조정, 질병안정화 등	사회복지사

③ 재택의료 서비스 제공

○ 의사 월 1회 정기방문

- (질병관리) 만성질환 관리, 약물조정, 투약처방, 교육 등
- (노년증후군) 섬망, 식욕부진, 어지럼증, 낙상 등 발생원인 확인 및 관리
- (기능재활) 보행능력, 관절구축 예방, 적정영양 등

○ 간호사 월 2회 정기방문

- (질병관리) 건강교육, 약물복용, 간호처치 등
- (기능재활) 일상생활기능 보호 적용, 환자 및 보호자 교육 등

○ 사회복지사 수시(부정기) 상담 및 방문

- 지역사회 연계 서비스 모니터링
- 대상자 및 보호자 욕구상황 검토 등

장기요양 재택의료센터 시범사업 신청서

(시·군·구 작성용)

지자체 현황				
주관부서(소속)		※ 노인(통합돌봄, 복지) 담당 부서 또는 보건소 (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 ② 한의원 ③ 지방의료원 ④ 보건소 등 ⑤ 보건의료원 ⑥ 병원
	전화번호 (휴대전화)		전자우편	
	주소			

위와 같이 장기요양 재택의료센터 시범사업을 신청합니다.

2026. 00. 00.

○○○ 시·군·구청장 또는

○○○ 시·군·구 보건소장 홍길동

직인

보건복지부·국민건강보험공단 귀하

[별지 제2호 서식]

장기요양 재택의료센터 의료기관 지정 신청서

(의료기관 작성용)

[의료기관 현황]				
종별	<input type="checkbox"/> 의원 <input type="checkbox"/> 한의원 <input type="checkbox"/> 지방의료원 <input type="checkbox"/> 보건소 등 <input type="checkbox"/> 보건의료원 <input type="checkbox"/> 병원			
기관 명칭	대 표 자	성명		
기관 기호		주민등록번호		
소재지		면허번호		
연락처		전문의 자격		
설립구분		<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 법인	자격번호	
법인	법인명	법인등록번호	연락처	소재지

[인력 상세 이력] 작성 요령

- ※ 현재 의료기관에 직접 고용된 인력 중 재택의료센터 업무 수행 예정인 인력에 한해 작성
- ※ 전담여부는 재택의료센터 업무만 전담으로 수행하는 경우에 한해 작성(외래 등 겸직 시 제외)
- ※ 경력 산출 시, 전일제로 근무한 이력만 산출하여 작성

[필수인력(의사) 상세 이력]							일반의 ___명	전문의 ___명
연번	성명	주민등록번호	면허번호	전문의 자격	자격번호	전담여부	경력	
1						<input type="checkbox"/>	___년 ___개월	
2						<input type="checkbox"/>	___년 ___개월	
3						<input type="checkbox"/>	___년 ___개월	

[필수인력(간호사) 상세 이력]							간호사 ___명	가정전문간호사 ___명
연번	성명	주민등록번호	면허 종류	면허 번호	가정전문간호사여부	전담여부	경력	
1					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___년 ___개월	
2					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___년 ___개월	
3					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___년 ___개월	

[필수인력(사회복지사) 상세 이력]							사회복지사1급 ___명	사회복지사2급 ___명
연번	성명	주민등록번호	자격 종류	자격 번호	전담여부	경력		
1					<input type="checkbox"/>	___년 ___개월		
2					<input type="checkbox"/>	___년 ___개월		
3					<input type="checkbox"/>	___년 ___개월		

[필수인력 추가 채용 계획] ※ 채용 계획이 있는 경우, 별지3호 서식에 해당 직종의 채용 계획 작성 필수

현재 필수인력이 채용되지 않은 경우, 추가 채용계획이 있습니까?

예 아니오

채용 예정 인원 ※ '예' 선택 시 기재	<input type="checkbox"/> 의사 ___명 <input type="checkbox"/> 간호사 ___명 <input type="checkbox"/> 사회복지사 ___명
----------------------------------	--

[선택 인력(물리치료사, 작업치료사, 영양사 등) 상세 이력]

※ 해당 인력은 필수인력에 해당하지 않으며, 기관에 근무 중인 경우 기재

연번	성명	주민등록번호	면허 종류	면허 번호	경력
1					___년 ___개월
2					___년 ___개월
3					___년 ___개월

[관련 사업 참여 이력]

방문 진료	참여 등록일		현재 활동여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
	방문실적	※ '24.10 ~ '25.9월 누적건수		
장기 요양	사업 ①	장기요양 의사소견서 발급	현재 활동여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
	발급건수	※ '24.10 ~ '25.9월 누적건수		
			활동경력	___년 ___개월
	사업 ②	장기요양 계약의사	현재 활동여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
	진료건수	※ '24.10 ~ '25.9월 누적건수		
			활동경력	___년 ___개월
	사업 ③	방문간호지시서 발급	현재 활동여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
	발급건수	※ '24.10 ~ '25.9월 누적건수		
			활동경력	___년 ___개월

[지역사회 자원 연계 활용 계획]

	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. 방문요양, 도시락배달, 복기관 프로그램 등 지역사회 자원 활용 계획, 복지기관·돌봄센터·방문요양기관 등 유관기관과 대상자 건강상태와 돌봄환경 논의 및 지원을 위한 사례회의 운영계획 등)
	⑤ 기타	그 외, 운영계획 자율 작성
2. 필수인력 추가 채용 계획		
(별지2호 서식 - 필수인력 추가 채용 계획을 작성한 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 - '26.2.23.(월)까지 채용 필요		
3. 장애요인 및 극복방안		
(선택기재) 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 지원 방안	
	(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 지원 및 관내 유관기관과 협의체 구성, 사례회의 운영 방안 작성		
3. 예산지원 계획		
(필수기재) 시범사업에 투입 예정인 지자체 예산, 시설, 장비 등 현물 및 현금 지원이 있는 경우 예산규모, 지원기간 및 방식 등 예산 운영 계획 작성		

※ 본 서식을 참고하여 지자체-의료기관 현황에 맞게 최대 3page 이내로 작성
 ※ 각종 신청서의 필수기재 사항을 누락한 경우 지정심의 대상에서 제외될 수 있음

장기요양 재택의료센터 시범사업 신청서(보건소-의료기관 협업)

(시·군·구 작성용)

지자체 현황				
주관부서(소속)		※ 노인(통합돌봄, 복지) 담당 부서 또는 보건소 (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				
의료 기관	기관명		기관기호	
	대표자명		면허번호	
	진료과		기관종별	① 의원 ② 한의원 ③ 병원
	전화번호 (휴대전화)		전자우편	
	주소			
보건소 현황				
주관부서(소속)				
주소				
담당자	직위1	※ 팀장·과장 등 관리자	직위2	※ 실무자
	성명1		성명2	
	전화번호 (휴대전화)		전화번호 (휴대전화)	
	전자우편		전자우편	

위와 같이 장기요양 재택의료센터 시범사업을 신청합니다.

2026. 00. 00.

○○○ 시·군·구청장 또는
○○○ 시·군·구 보건소장 홍길동

직인

보건복지부 · 국민건강보험공단 귀하

[별지 제5호 서식]

장기요양 재택의료센터 의료기관(보건소-의료기관 협업) 지정 신청서(의료기관)

(의료기관 작성용)

[의료기관 현황]							
종별	<input type="checkbox"/> 의원 <input type="checkbox"/> 한의원 <input type="checkbox"/> 병원						
기관 명칭				대표자	성명		
기관 기호					주민등록번호		
소재지					면허번호		
연락처					전문의 자격		
설립구분	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 법인				자격번호		
법인	법인명	법인등록번호		연락처		소재지	
[인력 상세 이력] 작성 요령							
※ 현재 의료기관에 직접 고용된 인력 중 재택의료센터 업무 수행 예정인 인력에 한해 작성							
※ 전담여부는 재택의료센터 업무만 전담으로 수행하는 경우에 한해 작성(외래 등 겸직 시 제외)							
※ 경력 산출 시, 전일제로 근무한 이력만 산출하여 작성							
[필수인력(의사) 상세 이력]				일반의 <u> </u> 명		전문의 <u> </u> 명	
연번	성명	주민등록번호	면허번호	전문의 자격	자격번호	전담여부	경력
1						<input type="checkbox"/>	<u> </u> 년 <u> </u> 개월
2						<input type="checkbox"/>	<u> </u> 년 <u> </u> 개월
3						<input type="checkbox"/>	<u> </u> 년 <u> </u> 개월
[필수인력 추가 채용 계획] ※ 채용 계획이 있는 경우, 별지7호 서식에 해당 직종의 채용 계획 작성 필수							
현재 필수인력이 채용되지 않은 경우, 추가 채용계획이 있습니까?							
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오							
채용 예정 인원				<input type="checkbox"/> 의사 <u> </u> 명			
※ '예' 선택 시 기재							
[선택 인력(물리치료사, 작업치료사, 영양사 등) 상세 이력]							
※ 해당 인력은 필수인력에 해당하지 않으며, 기관에 근무 중인 경우 기재							
연번	성명	주민등록번호	면허 종류	면허 번호		경력	
1						<u> </u> 년 <u> </u> 개월	
2						<u> </u> 년 <u> </u> 개월	
3						<u> </u> 년 <u> </u> 개월	
[관련 사업 참여 이력]							
방문 진료	참여 등록일			현재 활동여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		
	방문실적	※ '24.10 ~ '25.9월 누적건수					
장기 요양	사업 ①	장기요양 의사소견서 발급	현재 활동여부		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		

발급건수	※ '24.10 ~ '25.9월 누적건수	활동경력	년 개월
사업 ②	장기요양 계약의사	현재 활동여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
진료건수	※ '24.10 ~ '25.9월 누적건수	활동경력	년 개월
사업 ③	방문간호지시서 발급	현재 활동여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
발급건수	※ '24.10 ~ '25.9월 누적건수	활동경력	년 개월

[지역사회 자원 연계 활용 계획]

	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 불가능한 직종은 반드시 해당 면허증(또는 자격증) 사본을 제출해야 합니다.

신고인

(서명 또는 인)

[별지 제6호 서식]

장기요양 재택의료센터 의료기관(보건소-의원 협업) 지정 신청서(보건소)
(보건소 작성용)

[보건소 현황]			
명칭		대표자	
기관기호		연락처	
소재지		개설일	

[인력 상세 이력] 작성 요령

- ※ 현재 의료기관에 직접 고용된 인력 중 재택의료센터 업무 수행 예정인 인력에 한해 작성
- ※ 전담여부는 재택의료센터 업무만 전담으로 수행하는 경우에 한해 작성(외래 등 겸직 시 제외)
- ※ 경력 산출 시, 전일제로 근무한 이력만 산출하여 작성

[필수인력(간호사) 상세 이력]				간호사	가정전문간호사		
				___명	___명		
연번	성명	주민등록번호	면허 종류	면허 번호	가정전문 간호사여부	전담여부	경력
1					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___년 ___개월
2					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___년 ___개월
3					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___년 ___개월

[필수인력(사회복지사) 상세 이력]				사회복지사1급	사회복지사2급	
				___명	___명	
연번	성명	주민등록번호	자격 종류	자격 번호	전담여부	경력
1					<input type="checkbox"/>	___년 ___개월
2					<input type="checkbox"/>	___년 ___개월
3					<input type="checkbox"/>	___년 ___개월

[필수인력 추가 채용 계획] ※ 채용 계획이 있는 경우, 별지7호 서식에 해당 직종의 채용 계획 작성 필수

현재 필수인력이 채용되지 않은 경우, 추가 채용계획이 있습니까?

예 아니오

채용 예정 인원 ※ '예' 선택 시 기재	<input type="checkbox"/> 간호사 ___명 <input type="checkbox"/> 사회복지사 ___명
----------------------------------	---

[지역사회 자원 연계 활용 계획]

	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

장기요양 재택의료센터 시범사업 운영 계획서 [보건소-의료기관 협업]

재택의료센터 운영 계획 (의료기관작성)	1. 의료기관 내 재택의료팀 운영 계획	
	① 재택의료서비스 제공 계획	(필수기재)재택의료 전담 또는 겸임 등 운영방식에 따른 재택의료서비스 제공계획 작성(예. 겸임 운영 / 주 2회 외래, 주 3회 재택방문 등)
	② 재택의료팀 환자관리 계획 (보건소 협력 방안)	(필수기재)장기요양인정자의 건강관리를 위한 상시적 환자관리 계획 작성(예. 팀 회의 운영 및 의료서비스 제공, 기관 간 협업 방안, 환자 모니터링, 환자·가족의 상담 등)
	③ 기타	그 외, 운영계획 자율 작성
	2. 필수인력 추가 채용 계획	
<p>(별지5호 서식 - 필수인력 추가 채용 계획을 작성한 경우 필수기재)</p> <p>지정공고일 기준, 재택의료센터 인력기준을 충족하지 못하였으나 사업 참여를 위해 채용 진행 중이거나 계획이 있는 경우에 한해 작성 필수</p> <ul style="list-style-type: none"> - 채용 예정 직종 및 인원, 전담 또는 겸임, 채용기간, 채용 예정일 등 상세히 기재 - '26.2.23.(월)까지 채용 필요 		
3. 장애요인 및 극복방안		
<p>(선택기재)사업 운영 시 발생 가능한 장애요인 및 극복방안 제시(예. 대상자 미확보, 협업 추진 난항 등 사업 미활성화에 대한 대응 방안)</p>		
재택의료센터 운영 계획 (보건소작성)	1. 의료기관 내 재택의료팀 운영 계획	
	① 재택의료서비스 제공 계획	(필수기재)재택의료 전담 또는 겸임 등 운영방식에 따른 재택의료서비스 제공계획 작성(예. 겸임 운영 / 주 2회 외래, 주 3회 재택방문 등)
	② 재택의료팀 환자관리 계획 (의원 협력 방안)	(필수기재)장기요양인정자의 건강관리를 위한 상시적 환자관리 계획 작성(예. 팀 회의 운영 및 의료서비스 제공, 기관 간 협업 방안, 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. 방문요양, 도시락배달, 복지관 프로그램 등 지역사회 자원 활용 계획, 복지기관·돌봄센터·방문요양기관 등 유관기관과 대상자 건강상태와 돌봄환경 논의 및 지원을 위한 사례회의 운영계획 등)
	⑤ 기타	그 외, 운영계획 자율 작성
	2. 필수인력 추가 채용 계획	
<p>(별지6호 서식 - 필수인력 추가 채용 계획을 작성한 경우 필수기재)</p>		

	<p>지정공고일 기준, 재택의료센터 인력기준을 충족하지 못하였으나 사업 참여를 위해 채용 진행 중이거나 계획이 있는 경우에 한해 작성 필수</p> <ul style="list-style-type: none"> - 채용 예정 직종 및 인원, 전담 또는 겸임, 채용기간, 채용 예정일 등 상세히 기재 - '26.2.23.(월)까지 채용 필요
	<p>3. 장애요인 및 극복방안</p> <p>(선택기재)사업 운영 시 발생 가능한 장애요인 및 극복방안 제시(예. 대상자 미확보, 협업 추진 난항 등 사업 미활성화에 대한 대응 방안)</p>
<p>지자체 지원계획 (시·군·구 작성)</p>	<p>1. 재택의료센터 운영 지원 방안</p>
	<p>(필수기재)재택의료센터 운영을 위한 지자체 지원 계획 작성(예. 홍보, 대상자 발굴 및 연계 등)</p>
	<p>2. 지역사회 자원 연계 활성화를 위한 협력체계 구축 방안</p>
	<p>(필수기재)장기요양인정자의 지역사회 계속 거주 지원을 위한 지자체 - 재택의료센터 - 장기요양(돌봄)기관 간 협력체계 구축 지원 및 관내 유관기관과 협의체 구성, 사례회의 운영 방안 작성</p>
	<p>3. 예산지원 계획</p>
	<p>(필수기재)시범사업에 투입 예정인 지자체 예산, 시설, 장비 등 현물 및 현금 지원이 있는 경우 예산규모, 지원기간 및 방식 등 예산 운영 계획 작성</p>

- ※ 본 서식을 참고하여 지자체-의료기관 현황에 맞게 최대 3page 이내로 작성
- ※ 각종 신청서의 필수기재 사항을 누락한 경우 지정심의 대상에서 제외될 수 있음