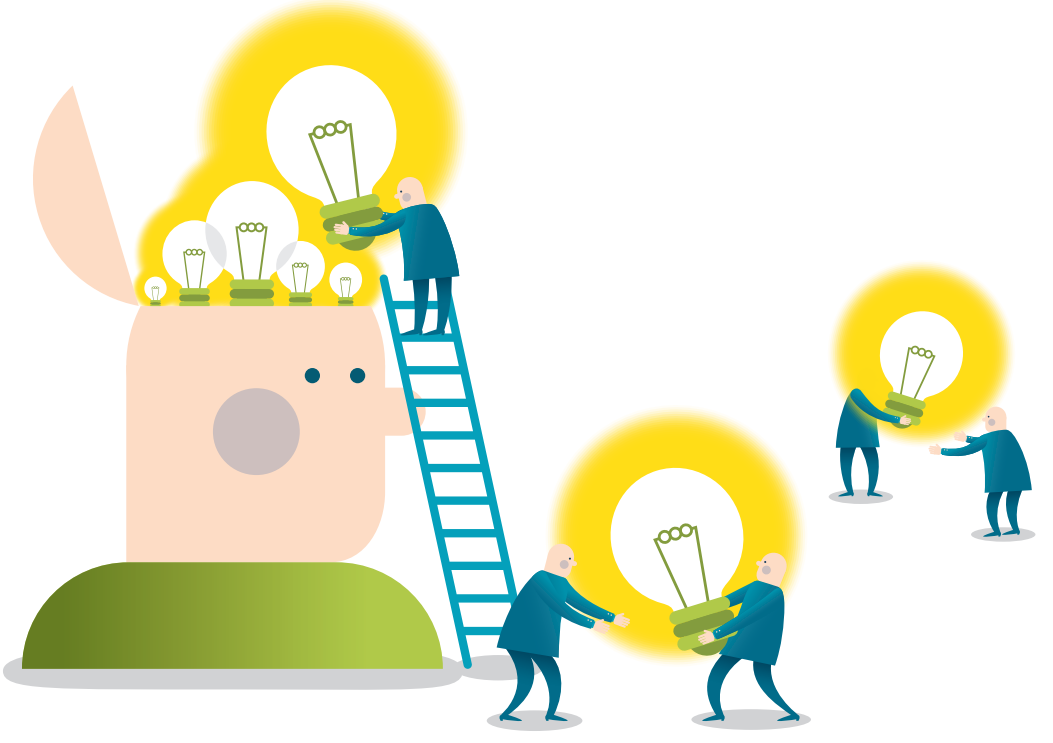
발 간 등 록 번 호
11-1352000-002200-01

www.mohw.go.kr

2018년
치매정책 사업안내

Ministry of Health and Welfare



보건복지부

신구조문대비표

❑ 치매안심센터 사업안내

구분	쪽	현재 사업안내	변 경	비고
사례 관리	전체	집중 사례관리	맞춤형 사례관리	
서식	전체	서식 번호 변경 및 서식 간소화에 따른 서식 통합		
동의서	전체	개인정보 조회 동의서 개인정보 처리 동의서 타기관 제공 동의서	개인정보 조회·처리·제공 동의서	
사례 관리	전체	사례 접수	사례관리 신청	
용어	전체	치매 고위험	경도인지장애 〈치매고위험군과 용어 혼동방지〉	
치매 안심 센터 운영 운영 기준	9	1. 운영기준 〈하단 추가〉	1. 운영기준 □ **치매안심통합관리시스템 사용 최적 PC 사양** ● PC 모니터 : 안심통합관리시스템 활용의 최적화를 위하여 해상도 1920 픽셀을 지원하는 제품 구입 권장 □ **치매안심통합관리시스템 사용 신청서 및 서약서 관리** ● 치매안심통합관리시스템을 이용을 위해서, 치매안심통합관리시스템 신청서 및 서약서를 작성하여 중앙치매센터 담당자 메일로 송부 □ **동의서 및 신청서 관련 보유 기간 및 보관 방법** ● 보유기간 : 각 보존기간([별첨1]동의서 및 신청서 관련 보유기간)에 따름 - 근거 : 공공기록물 관리에 관한 법률 시행령 제26조제1항 관련[별표1]	

구분	쪽	현재 사업안내	변 경	비고
			기록물의 보존기간별 책정 기준 및 의료법 시행규칙 제15조 제1항 기준에 준함 - 보관방법 : 전자문서 또는 종이문서로 비치·보존	
(인력 구성)	10	□ 인력 구성 ● 부센터장 - (자격) • (신규채용이 아닌 경우) 기존 치매 혹은 노인 보건 업무 담당자 〈하단 추가〉	□ 인력 구성 ● 부센터장 - (자격) • (신규채용이 아닌 경우) 기존 치매 혹은 노인 보건 업무 담당자 ※ 전문직종을 가진 공무원을 채용 또는 배치한 경우 치매안심센터 평가지표에 우대 가점 가능	
	10	● **팀장 및 팀원** - (원칙) 무기계약직 채용. 단, 3개월 범위 내 인턴 허용 - 시간선택제임기제 공무원 가능 * 기간제 근로자 한시적(채용기간 ~'17.12월, 근무기간 ~'18.6월까지) 채용 가능, 이후 무기계약직만 가능 (무기계약직 전환하는 경우 호봉, 가산점 우대 지자체 여건에 따라 허용)	● **팀장 및 팀원** - (원칙) 무기계약직 채용. 단, 3개월 범위 내 인턴 허용 - 시간선택제임기제 공무원 가능 〈하단 삭제〉	
	10	- (자격) (a) (신규채용인 경우) • (상담·등록관리팀) 간호사, 사회복지사(1급), 임상심리사 * 간호사 1인 필수 채용(응급상황 대처), 작업치료사의 경우 고령치매 작업치료사 교육 이수자 우대	- (자격) (a) (신규채용인 경우) • (상담·등록관리팀) 간호사, 사회복지사(1급), 임상심리사(정신보건 임상심리사 포함), 작업치료사 * 간호사 1인 필수 채용(응급상황 대처), 〈삭제〉	
	10	- 개소시점에 각 지자체 별로 주어진 인력 정원을 채우지 못 한 경우, 필수인력(간호사 1인 포함 총 5인 이상)을 조기검진, 등록관리팀에 우선적으로 배치	〈삭제〉	

구분	쪽	현재 사업안내	변 경	비고
	11	- 치매안심센터 종사자는 채용 후 보건복지부, 중앙치매센터 및 광역치매센터에서 시행하는 소정의 교육을 이수하도록 함	- 치매안심센터 종사자는 채용 후 보건복지부, 중앙치매센터 및 광역치매센터에서 시행하는 소정의 교육을 이수하도록 함(상시학습 반영 협조)	
(지역사회협의체)	11	2. 지역사회협의체 및 치매사례관리위원회 〈하단 신설〉 □ 치매사례관리위원회 ● 기능 : 집중사례관리 대상자 선정, 사례관리회의를 통한 맞춤형 서비스 계획 및 효과성 평가 등	2. 광역치매관리운영위원회, 지역사회협의체 및 치매사례관리위원회 □ 광역치매관리운영위원회 ● 기능 : 위원회는 지역사회 여건에 맞는 치매안심센터 운영모델별 정착 및 성공적 운영을 위해 광역치매센터와 치매안심센터간 사업 효율화 도모, 실적 보고 및 사업모니터링, 그밖에 센터장이 필요하다고 인정하는 사항에 대해 협의 ● 구성 : 시·도, 광역치매센터장, 광역내 치매안심센터장(또는 부센터장)으로 구성 - (위원장) 시·도 - (위원) 광역치매센터장, 치매안심센터장 ● 운영 : 반기별 1회 이상 개최 (필요시 상시 개최) □ 치매사례관리위원회 ● 기능 : 맞춤형사례관리 및 치매환자 쉼터 대상자 선정 및 연장 맞춤형 서비스 계획 및 효과성 평가 등	
치매안심센터 주요사업 상담 및 등록관리 사업	16	□ 상담절차 ● 심층 〈하단추가〉	□ 상담절차 ● 심층 ⓔ 데이터 이관 시 관련된 서류(신청서 및 동의서 등)의 처리 • 등록관리 대상자의 전출 등으로 인한 데이터 이관 시 대상자와 관련된 서류(신청서 및 동의서 등)를 전입하는 센터에 송부 • 서류의 송부 방법은 센터 내부의 방침에 따라 정하여 하도록 함	

구분	쪽	현재 사업안내	변 경	비고
(치매 지원 서비스 관리 사업-배회 가능 어르신 인식표 발급)	17	1.2 치매지원서비스 관리사업 1.2.1. 배회가능 어르신 인식표 발급 □ 대상 ● 〈생략〉 □ 배부기간 ● 〈생략〉 □ 발급단위 ● 〈생략〉 □ 신청 및 배부기관 ● 〈생략〉 □ 비용 ● 〈생략〉 □ 인식표 발급 절차 〈생략〉	1.2 치매지원서비스 관리사업 1.2.1. 배회가능 어르신 인식표 발급 □ 대상 ● 실종 위험이 있는 치매환자 및 만 60세 이상 어르신 □ 배부기간 ● 상시 □ 발급단위 ● 회당 인식표 1박스(인식표 80매), 보호자용 실종대응카드 1개 제공 □ 신청 및 배부기관 ● 발급대상자의 주민등록상 주소지 치매안심센터 □ 비용 ● 치매안심센터 사업비 □ 인식표 발급 절차 ● (신청) 발급대상자, 주보호자 및 주보호자 외 보호자의 '배회 어르신 인식표 신청서' [서식 1-6], '개인정보 조회·처리·제공 동의서' [서식 1-4] 치매안심센터 제출 ● (제출서류) - 발급대상자, 주보호자 및 주보호자 외 보호자의 신분증(사본 포함) 확인하여야 하고, 보호자임을 확인할 수 있는 서류(가족관계증명서 또는 대상자와의 관계가 확인되는 주민등록등본)를 제출 - 법정대리인이 보호자인 경우에는 법정대리인의 신분증(사본 포함)을 확인하고 후견등기부등본 제출 - 서류는 3개월 이내 발급된 원본 또는 사본 제출(신분증 사본 제외) * 기 제출한 서류(3개월 이내 발급된 원본 또는 사본)는 더 이상 제출하실 필요가 없음	

구분	쪽	현재 사업안내	변 경	비고
			* 신분증(사본 포함)으로는 주민등록증, 운전면허증, 여권, 의료급여증, 경로증, 기타 국가 및 지자체 공공기관, 위탁운영기관에서 발행한 신분증명서류 등 본인 여부를 확인할 수 있는 신분증명서 또는 서류가 해당 * 배회가능 어르신 당사자가 '배회가능 어르신 인식표 신청서'와 '개인정보 조회·처리·제공 동의서'에 직접 서명해야 함을 원칙으로 하나, 어르신 당사자 본인의 서명 또는 날인이 질환 등의 사유로 불가할 경우 대리인(보호자 혹은 성년후견인)이 서명 또는 날인 ● (시스템 등록) 치매안심통합관리 시스템에 신청 정보 등록 시 즉시 인식표 일련번호 부여 * 신청 정보 입력 시, 신규 또는 재발급 여부를 확인하여 재발급인 경우에는 이전에 부여된 신청 대상자의 인식표 일련번호와 새로 신청한 일련번호가 동일한지 확인 ● (인식표 수령) 치매안심센터는 선정된 업체로부터 제작된 인식표 수령 ● (인식표 배포) 치매안심센터는 인식표 발급이 완료되었음을 안내하고 인식표 발급대상자 및 발급대상자의 보호자에게 직접 전달	
(조호물품 제공)	21	1.2.3. 조호물품 제공 〈추가〉 □ **제공절차 및 관리** ● 위생소모품 공급 시 개인별 '위생소모품 제공 대장' [서식 1-10] 에 물품의 종류, 환자 성명, 수량 등을 기록하고 보호자가 직접 확인 서명	1.2.3. 조호물품 제공 □ **비용** ● 치매안심센터 사업비 □ **제공절차 및 관리** ● 위생소모품의 경우 위생소모품 지원 신청서 [서식 1-7] 및 위생소모품 제공 대장 [서식 1-8] 작성	

구분	쪽	현재 사업안내	변 경	비고
(치매 지원 서비스 안내 사업)	22	1.3.1 국가치매지원서비스 안내 □ 장기요양서비스 안내 〈하단추가〉 □ 노인돌봄종합서비스 안내 〈하단추가〉	1.3.1 국가치매지원서비스 안내 □ 장기요양서비스 안내 - [알림·자료실] → [서식 자료실] → [장기요양인정신청서 검색] → [다운로드] - 「노인돌봄종합서비스 신청서」는 행정복지센터(동주민센터)에서 구비하고 있으며, 신청서 작성보조 업무 또한 행정복지센터(동주민센터) 직원이 담당하고 있음을 안내	
	24	1.3.2. 지역사회 의료·복지 서비스 안내 〈하단추가〉	1.3.2. 지역사회 의료·복지 서비스 안내 - 치매안심센터 자체적으로 목록을 구성하여 안내문 작성 및 관리	
(치매 환자 집중 사례 관리 사업)	25	1.4. 치매환자 집중사례관리사업 □ 1단계 : 사례 접수 및 대상자 선정 (사례접수 후 1주 이내) □ **대상** - 만 75세 이상 노부부	1.4. 치매환자 맞춤형사례관리사업 □ 1단계 : 사례 관리 신청 및 대상자 선정 (사례관리 신청 후 2주 이내) □ **대상** - 만 75세 이상 노부부(둘 중 한 명 이상이 치매환자인 경우)	
	32	1.4. 치매환자 집중사례관리사업 □ 6단계 : 1차 종결 ● 1차 종결 평가서 작성 ● 1차 종결 평가에 따라 집중사례관리 연장 여부 심사	1.4. 치매환자 맞춤형 사례관리사업 □ 6단계 : 1차 종결 ● 1차 종결 평가서 작성 ● 만족도 조사 실시 - 맞춤형사례관리만족도조사설문지[서식 1-23] ● 1차 종결 평가에 따라 집중사례관리 연장 여부 심사	
치매 조기 검진 및 예방 관리 사업	35	2.1. 일반 조기검진 사업 〈하단추가〉	2.1 일반 조기검진 사업 □ **구비서류** ● 치매조기검진 신청서 [서식 2-1] ● 치매감별검사비 지원 신청서(검사비 지원 신청 시) [서식 2-3] ● 행정정보 공동이용 사전동의서(검사비 지원 신청 시) [서식 2-4]	

구분	쪽	현재 사업안내	변 경	비고
(일반 조기 검진 사업 - 선별 검사)	36	2.1.1. 선별검사 □ 검진 대상자 ● 치매안심센터 주소지 관할 거주 만 60세 이상 모든 노인 □ 검진 시행자 ● 치매전문교육을 받은 치매안심센터 직원 - 중앙치매센터에서 제공하는 MMSE-DS 온라인 교육영상*을 이수한자 • 〈생략〉 • 〈생략〉 □ 검진 도구 및 내용 ● 치매선별검사지' MMSE-DS [서식 1-②] □ 검진 결과에 따른 조치 ● 정상으로 분류된 경우 : '치매선별검사 결과 보고(정상) - 서면 또는 전화로 검진 결과 통보 ● 인지저하로 분류된 경우 : '치매선별 검사 결과 보고(인지저하) - 〈생략〉 - 〈생략〉 **□ 검진 결과지 보관 및 후속상담** ● 치매 선별 검사지를 대상자가 요청 시 발급*해야 하며, 자료는 회계연도 기준으로 하여 3년 보관함	2.1.1. 선별검사 □ 검진 대상자 ● 치매안심센터 주소지 관할 거주 만 60세 이상으로 치매로 진단받지 않은 모든 주민 □ 검진 시행자 ● 좌동 - 중앙치매센터 홈페이지에서 「[중앙] 직무심화공통(필수)과정-치매안심센터 종사자를 위한 치매 선별검사 수행 교육」 이수 □ 검진 도구 및 내용 ● 치매 선별용 한국어판 간이정신상태 검사지(MMSE-DS) [서식 2-2] □ 검진 결과에 따른 조치 ● 정상으로 분류된 경우 - 서면, 전화 혹은 대면 설명으로 검진 결과 통보 ● 인지저하로 분류된 경우 - 서면, 전화 혹은 대면 설명으로 검진 결과 통보 - 진단검사 안내·상담을 통해 검사 예약 **□ 검진 결과지 보관 및 후속상담** ● --------〈중략〉___ 자료는 회계연도 기준으로 하여 5년 보관〈보관 기한에 대해서는 별첨 참조〉	
(진단 검사)	38	2.1.2 진단검사 □ 검진 대상자 ● 치매안심센터 주소지 관할 거주 만 60세 이상 모든 노인으로, 〈생략〉 **□ 검진 장소** ● 치매안심센터 - (수행) 〈생략〉	2.1.2 진단검사 □ 검진 대상자 ● 치매안심센터 주소지 관할 거주 만 60세 이상으로, 치매로 진단받지 않은 모든 노인 대상, 〈생략〉 **□ 검진 수행 및 평가** ● (장소) 치매안심센터 - (수행) ____ 임상심리사(정신보건 임상심리사 포함)_____	

구분	쪽	현재 사업안내	변 경	비고
		- (평가) 협력의사 〈하단 추가〉	- (평가) 협력의사* ※ 협력의사 기본급 : 주 8시간 이상 근무하는 것을 원칙으로 하되, 월 2,116,000원 지급(급여는 지자체 여건에 따라 상향 조정 가능하며 사업비에서 지출 가능)	
(진단 검사)	39	□ 검진 도구 및 내용 ● _____치매신경인지검사,_____ □ 검진 결과에 따른 조치 ● '치매 고위험' 또는 '정상' 으로 진단 분류된 경우 - 등록 사업으로 연계하여 지속 관리 시행 • 치매고위험의 경우 연 1회, 정상인 경우 2년에 1회 선별검사 실시, 예방 프로그램 연계 및 정보 제공 □ 검진 결과 통보 ● 최종적인 결과는 검사를 시행한 의사가 직접 면담을 통해 설명 ● 대면 또는 전화가 필요한 경우 대상자 본인뿐만 아니라 가족에게도 설명	□ 검진 도구 및 내용 ● _____치매신경인지검사(CERAD-K 제 2판, SNSB Ⅱ, LICA 중 한 가지를 선택해서 시행),_____ □ 검진 결과에 따른 조치 ● '경도인지장애' 로 진단 분류된 경우 - 1년마다 진단검사 실시, 인지강화교실 연계 및 정보 제공 ● '정상' 으로 진단 분류된 경우 - 2년마다 선별검사 실시, 치매예방교실 연계 및 정보 제공 □ 검진 결과 통보 ● 협력의사가 직접적인 대면을 통해 진단을 내리고 최종적인 결과를 직접 설명 ● 필요한 경우 가족에게도 대면 또는 전화로 설명	
(고 위험군 집중 검진 사업 - 인지 저하자 집중 검진)	42 ~ 43	2.2.1. 인지저하자 집중검진 □ 검진 도구 및 내용 ● 치매선별검사지 MMSE-DS □ 검진 결과 해석 * MMSE-DS 진단검사 의뢰 점수'와 같거나 높은 경우 '정상' 으로 분류 ⇨ 치매고위험 등록관리대장에 기록 후 지속 관리 시행 (1년 마다 선별검사 실시, 치매예방 정보제공 및 프로그램 연계)	2.2.1. 인지저하자 집중검진 □ 검진 도구 및 내용 ● 치매 선별용 한국어판 간이정신상태 검사지(MMSE-DS) [서식 2-2] □ 검진 결과 해석 * MMSE-DS 진단검사 의뢰 점수'와 같거나 높은 경우 '정상' 으로 분류 ⇨ 2년마다 선별검사 실시, 치매예방 정보제공 및 프로그램 연계	

구분	쪽	현재 사업안내	변 경	비고
		* 'MMSE-DS 진단검사 의뢰 점수'에 제시된 점수 미만일 경우 '인지저하' 로 분류 ⇨ 진단검사 의뢰 및 고위험 대상으로 관리 지속 □ 검진 결과 통보 * '정상'으로 분류된 경우 : '치매선별검사 결과 보고(정상)' 서면 또는 전화로 검진 결과 통보	* 'MMSE-DS 진단검사 의뢰 점수'에 제시된 점수 미만일 경우 '인지저하' 로 분류 ⇨ 진단검사 안내·상담을 통해 검사 예약 □ 검진 결과 통보 * '정상'으로 분류된 경우 : '치매선별검사 결과 보고(정상)' 서면, 전화 혹은 대면으로 검진 결과 통보	
(독거노인 집중검진)	44	2.2.2. 독거노인 집중검진 〈하단 신설〉	2.2.2. 독거노인 집중검진 □ 검진 결과 해석 ● 'MMSE-DS 진단검사 의뢰 점수'를 기준으로 결과 해석 * 'MMSE-DS 진단검사 의뢰 점수'와 같거나 높은 경우 '정상' 으로 분류 ⇨ 1년마다 선별검사 실시, 치매예방 정보제공 및 프로그램 연계 * 'MMSE-DS 진단검사 의뢰 점수'에 제시된 점수 미만일 경우 '인지저하' 로 분류 ⇨ 진단검사 안내·상담을 통해 검사 예약	
	45	2.2.3. 만 75세 진입자 ※ 검진 예약, 검진도구 및 내용, 검진 결과 해석, 검진결과에 따른 조치 등은 상기 독거노인 집중검진 내용과 동일하므로 생략	2.2.3. 만 75세 진입자 ※ 검진 예약, 검진도구 및 내용, 검진 결과 해석, 검진결과에 따른 조치 등은 상기 인지저하자 내용과 동일하므로 생략	
(치매예방 관리사업)	46	2.3 치매예방 관리사업 2.3.1. 치매예방 콘텐츠 확산 □ 콘텐츠 소개 ※ 자세한 사항은 중앙치매센터 홈페이지, '치매체크'에서 치매예방수칙 3·3·3 확인 가능	2.3 치매예방 관리사업 2.3.1. 치매예방 콘텐츠 확산 □ 콘텐츠 소개 ※ 자세한 사항은 중앙치매센터 홈페이지, '치매체크'앱에서 확인 가능	

구분	쪽	현재 사업안내	변 경	비고
(치매예방관리사업 - 치매예방실천강화)	48~49	2.3.2. 치매예방 실천 강화 □ 치매예방교실 운영 ● 이용 연장은 6개월 단위로 갱신하며, 최장 2년까지 가능 〈하단 신설〉	2.3.2. 치매예방 실천 강화 □ 치매예방교실 운영 〈삭제〉 ● 참여인원 - 1교실 당 최대 20명, 치매안심센터 실정에 맞게 조정 가능 * 프로그램 참여인원 초과 시 치매선별검사 평가, 경제적 능력, 연령, 차상위 등 자체규정을 만들어 우선순위 체계 관리 ● 운영방법 - 회당 60분 이상, 주1회 이상 - 총 회기의 70% 이상, 6개월 이상 참여 권장 - 이용 대상자는 6개월을 기준으로 계속 이용을 원할 시 치매예방교실 연장 신청서 [2-11]를 작성하여 제출해야 하며, 최대 2년까지 연장할 수 있도록 함 - 치매예방교실 이용의 최대 기한 (2년)은 지역사회 내에 있는 모든 정상군 어르신을 대상으로 할 수 있게 하는 것을 기본 원칙으로 하되, 이용 신청자가 매우 소수이거나 대기자가 너무 많은 경우 센터별 상황에 따라 탄력적으로 운영 가능 - 참여자에게 사전·사후 평가를 위하여 (MMSE-DS, SGDS, SMCQ) 실시 - 다양한 예방정보를 대상자에게 제공. 치매안심센터 실정에 맞게 조정 - 프로그램 운영 후 치매예방교실 운영일지 [서식 2-11] 작성 * MMSE-DS(Mini Mental State Examination -Dementia Screening) * SGDS(Geriatric Depression Scale) * SMCQ(Subjective Memory complaints Questionnaires)	

<table>
<tr><th>구분</th><th>쪽</th><th>현재 사업안내</th><th>변 경</th><th>비고</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>[치매예방교실 교육 커리큘럼 예시]
<table>
<tr><th>회기</th><th>프로그램</th><th>시간
(분)</th></tr>
<tr><td colspan="3">사전준비 : 프로그램 참여자 모집 면담, 사전검사(MMSE-DS, SGDS, SMCQ)</td></tr>
<tr><td>1</td><td>프로그램 소개 및 안내
치매조기진단 및 예방의 필요성
치매예방수칙 333소개</td><td>60</td></tr>
<tr><td>2</td><td>치매예방운동법</td><td>60</td></tr>
<tr><td>3</td><td>‘치매체크’앱 사용법
(치매예방실적지수 등)</td><td>60</td></tr>
<tr><td>4</td><td>두근두근 뇌운동</td><td>60</td></tr>
<tr><td colspan="3">사후관리 : 사후검사MMSE-DS, SGDS, SMCQ) 면담, 프로그램 재참여 의사 확인</td></tr>
</table></td><td></td></tr>
<tr><td>(치매 고위험군 인지 강화)</td><td>50</td><td>2.3.3. 치매 고위험군 인지 강화
□ 대상
● 치매조기검진을 통해 치매고위험군으로 등록관리 중인 자</td><td>2.3.3. 치매 고위험군 인지 강화
□ 대상
● 치매선별검사 상 인지저하 자
● 경도인지장애로 최종 진단받은 자</td><td></td></tr>
<tr><td>치매 환자 쉼터 운영 사업</td><td>58</td><td>3. 치매환자쉼터 운영사업
3.2. 운영규정
□ 구비 서류
● 치매진단서 또는 소견서
〈하단 신설〉</td><td>3. 치매환자쉼터 운영사업
3.2. 운영규정
□ 구비 서류
● 치매진단서 또는 소견서
※ 진단서와 소견서 발급이 어려울 경우, 정확한 치매환자임을 판단 가능한 서류로 대체 가능(ex : 치매 질병분류코드와 치매치료제가 명시된 대상자의 처방전 등)</td><td></td></tr>
<tr><td>치매 가족 지원 사업 (돌봄 부담 분석 및 치매 환자 가족 상담)</td><td>65</td><td>4.1. 돌봄부담분석 및 치매환자가족 상담
□ 대상
● 관내 치매환자의 가족

□ 진행방법
- 돌봄부담 경감을 위한 서비스 연계를 위해 진행되는 단발성 상담(단, 돌봄</td><td>4.1. 돌봄부담분석 및 치매환자가족 상담
□ 대상
● 치매환자의 가족
- 치매환자의 가족은 환자 및 가족 본인의 거주지 모두에서 동반치매환자 보호서비스를 제외한 치매안심센터의 모든 가족지원 서비스 이용 가능
□ 진행방법</td><td></td></tr>
</table>

구분	쪽	현재 사업안내	변 경	비고
		부담 분석 시 PHQ-9의 점수가 5점 이상이거나 돌봄부담이 높은 경우 6개월 단위로 추적관리) 〈하단 신설〉	• PHQ-9 10점 이상의 심한 우울증 또는 문제행동(심한 기분변화, 공격적인 행동, 환청/망상 증상, 음주, 자살/자해 계획 또는 시도 등)으로 인하여 전문적 심리상담이 필요한 사례의 경우 지역 정신건강복지센터로 상담의뢰서를 작성하여 연계 • 정신건강복지센터로 연계 시 대상자로부터 개인정보 조회·처리·제공 동의서를 받아야 함	
(가족 교실 운영)	69	4.2. 가족교실 운영 □ 대상 ◉ 치매환자 가족 〈하단 신설〉	4.2. 가족교실 운영 □ 대상 ◉ 치매환자 가족 - 치매환자의 가족은 환자 및 가족 본인의 거주지 모두에서 동반치매환자 보호서비스를 제외한 치매안심센터의 모든 가족지원 서비스 이용 가능 - 동반치매환자보호서비스는 치매 환자가 등록된 치매안심센터에서만 이용 가능	
치매 인식 개선 및 교육 · 홍보 사업 (치매 극복 주간 및 치매 극복의 날 기념식)	80	5.1.1. 치매 극복 주간 및 치매 극복의 날 기념식 □ 일정 ◉ (치매극복주간) 치매극복의 날(9.21.) 전후 1주일간을 치매 극복 주간으로 지정하여 치매조기검진 활동 등 지역 주민을 대상으로 한 전방위적 치매인식 개선활동을 목표로 함 ◉ (치매 극복의 날 기념식) '치매극복의 날'로 지정된 9월 21일에 기념식을 개최하는 것을 원칙으로 하나 주말과 겹친다든지 장소 섭외에 어려움이 있다든지 할 경우 지자체에서 정한 치매극복주간 내로 변경 가능	5.1.1. 치매 극복 주간 및 치매 극복의 날 기념식 □ 일정 ◉ (치매극복주간) 각 지자체에서 치매 극복의 날(9.21.)을 포함한 치매극복 주간을 자유롭게 지정하여 검진 활동 등 지역주민을 대상으로 한 전방위적 치매인식개선활동을 목표로 함 ◉ (치매 극복의 날 기념식) '치매극복의 날'로 지정된 9월 21일에 기념식을 개최하는 것을 원칙으로 하나 주말과 겹친다든지 장소 섭외에 어려움이 있다든지 할 경우 지자체에서 정한 치매극복주간 내로 변경 가능	

구분	쪽	현재 사업안내	변 경	비고
		□ 진행방법 - 치매극복주간행사 계획서를 작성하여 광역치매센터에 제출 - 치매 극복 행사 준비·시행 및 결과보고 • 행사명·일시·장소·담당자 연락처 등 입력 • 행사 관련 기획서 및 결과보고서를 첨부파일로 업로드 ◉ (치매극복의 날 기념식) - 치매극복의 날에 기념식 개최하는 것이 원칙이나, 지자체 여건에 따라 해당일 전후 1주일 내 가능 - '치매안심통합관리시스템'에 행사 관련정보 입력	□ 진행방법 - 치매극복주간행사 계획 개요를 8월 마지막 주 금요일까지 치매안심통합 관리시스템에 입력하고 행사계획서는 관할 광역치매센터에 이메일로 제출 - 행사 종료 후 익일까지 치매안심통합 관리시스템에 결과 개요를 입력하고 일주일 이내로 관할 광역치매센터에 결과보고서를 이메일로 제출 ◉ (치매극복의 날 기념식) - 8월 마지막 주 금요일까지 치매안심 통합관리시스템에 기념식 계획 개요 입력하고 행사계획서는 관할 광역치매 센터에 이메일로 제출 - 기념식 종료 후 익일까지 치매안심통 합관리시스템에 결과 개요를 입력하고 일주일 이내로 관할 광역치매센터에 결과보고서를 이메일로 제출	
(치매 극복 걷기 대회)	81	5.1.2. 치매극복 걷기대회 □ 일정 ◉ 광역치매센터 사무국장 회의에서 행사일 결정(4~5월 중 실시), 광역별 사정에 따라 행사일 앞, 뒤로 한달 동안 개최 가능 □ 추진주체 - 치매 극복 걷기대회를 광역치매센터와 연합 또는 단독으로 진행이 가능하며, 중앙치매센터에서 행사 홍보 인쇄물 디자인을 개발하고 운영지침서를 작성하기 때문에 이에 대한 내용은 운영지침에 의거하여 실시 □ 진행방법 ◉ 일시 확정 및 장소섭외 - (일시확정) 광역치매센터 사무국장 회의에서 행사일 결정(4~5월 중 실시)	5.1.2. 한마음 치매극복 전국걷기 행사 □ 일정 ◉ 4~5월 중 실시 - 지역 사정 및 그 해의 선거일정에 따라 행사 일 전 후 한달 이내로 변경 가능 □ 추진주체 - 광역치매센터와 공동 혹은 단독으로 행사 진행가능 - 행사 운영지침 및 공통홍보물 디자인 시안은 해당년도 행사3개월 전까지 확정하여 중앙치매센터에서 광역치매 센터에 배포 - 치매안심센터는 광역치매센터에서 운영지침 및 시안을 전달받아 진행 □ 진행방법 ◉ 일시 확정 및 장소섭외 - (일시확정) 전년도 마지막 중앙치매 관리운영위원회에서 행사일 결정	

구분	쪽	현재 사업안내	변 경	비고
		● 행사 결과보고 ● 「치매안심통합관리시스템」에 행사 관련정보 입력 - 행사명·일시·장소·담당자 연락처 등 입력 - 행사 관련 기획서 및 결과보고서를 첨부파일로 업로드	● 행사 계획 및 결과보고 - 행사 계획의 개요를 2월말까지 '치매안심통합관리시스템'에 입력하고, 행사계획서는 관할 광역치매센터에 이메일로 제출 - 행사 결과의 개요를 행사 종료 후 익일까지 '치매안심통합관리시스템'에 입력하고, 행사결과보고서는 관할 광역치매센터에 이메일로 제출	
(치매 인식도 · 만족도 조사)	86	5.1.5. 치매 인식도·만족도 조사 □ 추진주체 ● 중앙치매센터 : 치매 인식도·만족도 조사 총괄, 보고서 발간 및 배부 ● 광역치매센터 : 치매안심센터 치매 인식도·만족도 조사 총괄, 취합, 광역보고서 발간 및 배부 □ 대상 ● 치매 인식도 조사 : 전 연령대 별 지역 주민 100명 ● 만족도 조사 : 치매안심센터 이용자 200명 〈하단 신설〉	5.1.5. 치매 인식도·이용자 만족도 조사 □ 추진주체 ● 중앙치매센터 : 전국 치매 인식도, 만족도 조사 총괄, 보고서 발간 및 배부 ● 광역치매센터 : 해당 광역 치매안심센터 치매 인식도, 만족도 조사 총괄, 취합, 광역 보고서 발간 및 배부 □ 대상 ● 치매 인식도 조사 : 만 19세 이상 지역 주민 OOO명 ● 이용자 만족도 조사 : 만 19세 이상 치매안심센터 이용자 OOO명 ※ 지역 규모 등에 따라 조사 대상 인원은 변경될 수 있음 □ 조사일정 ● 매년 10~11월(예정) ※ 조사 일정은 변경될 수 있음	
(치매 파트너 양성 사업)	95	5.2.3. 치매극복 선도단체 양성 [치매극복 선도단체 지정 요건] - 치매극복 선도기업 • 영리목적을 추구하는 독립적인 생산 경제단위 - 치매극복 선도기관 • 개인의 이익이 아니라 공적인 이익을 목적으로 하는 기관, 국가 또는 지방	5.2.3. 치매극복 선도단체 양성 [치매극복 선도단체 지정 요건] - 치매극복 선도기업 • 영리법인의 본점 및 지점, 외국법인의 본·지점 및 사무소 • 사업자등록증 분류코드 : 81, 84, 85, 86, 87 - 치매극복 선도기관 • 국가, 지방자치단체, 지방자치단체조합 • 사업자등록증 분류코드 : 83	

구분	쪽	현재 사업안내	변 경	비고
		자치단체의 공무를 수행하는 관공서·공기업·준정부기관까지 포함 - 치매극복 선도단체 • 법인격을 갖춘 단체 〈하단 신설〉	- 치매극복 선도단체 • 비영리법인의 본점 및 지점 • 사업자등록증 분류코드 : 82 • 제외 기준 : 중앙치매센터, 광역치매센터, 치매안심센터, 보건소 제외 ※ 치매극복 선도단체 지정사실을 영리목적으로 이용할 시에 치매극복 선도단체 지정이 박탈될 수 있으니 유의 ※ 보건복지부, 중앙치매센터, 광역치매센터, 치매안심센터, 보건소는 사업의 주체이므로 제외	
(지역사회 자원 강화 사업)	97	5.3.1. 지역사회 현황분석 □ 대상 ● 지역사회 행정구역 및 인구현황 □ 일정 ● 연 1회(연초) 조사 □ 추진주체 ● 광역치매센터 : 광역 단위 지역사회 현황 조사 취합 ● 치매안심센터 : 지역사회 현황 분석 (연 1회, 연초) □ 진행방법 ● 지역사회 일반현황 조사 - 행정자치부「지방자치단체 행정구역 및 인구현황」자료 분석 ● 지역사회 노인인구 수 - 통계청 인구자료 분석 ● 치매환자 수 - 중앙치매센터 홈페이지 통해 지역별 치매환자수 요청 □ 세부 내용 ● 지역사회 일반현황 - 지역의 면적, 행정구역 및 조직, 총 인구수 등	5.3.1. 지역사회 현황분석 〈삭제〉 □ 일정 ● 연 1회(1분기) 조사 □ 추진주체 ● 치매안심센터 : 지역사회 현황 분석 (연 1회, 1분기) □ 진행방법 ● 중앙치매센터 홈페이지를 통해 관련 자료 확인 □ 세부 내용 ● 지역사회 노인인구 수 ● 경도인지장애 유병현황 ● 치매 유병현황	

구분	쪽	현재 사업안내	변 경	비고
		● 지역사회 노인인구 수 - 전기 고령층(65세~74세) - 중기 고령층(75세~84세) - 후기 고령층(85세 이상) ● 경도인지장애 대상자 ● 치매환자 수 및 유병률 - 치매환자 수(초기, 중증) - 성별, 연령별 치매환자수(초로기 치매환자 포함) - 유형별 치매환자 현황 - 중증도별 치매환자 현황	- 성별, 연령별 치매환자 현황 - 유형별, 중증도별 치매환자 현황	
치매 노인 성년 후견 사업	101	6. 치매노인 성년후견사업 〈신설〉	6. 치매노인 성년후견사업 □ 사업 개요 ● 목적 - 치매노인의 사회활동 지원, 자기 결정권 존중, 인권보호를 위한 후견인 선임 지원(치매관리법 '18.9.20일 시행 예정) ● 주요내용 - 피후견인: 일상생활에서 의사결정 능력이 부족하여 의사결정의 대리나 지원이 필요한 치매환자, 권리를 적절하게 대변해 줄 가족이 없는 치매환자, 또는 별도의 조치가 없으면 권리침해의 위험이 상당한 치매환자 - 후견인: 향후 대통령령으로 정하는 요건을 갖춘 사람 또는 법인 - 후견심판: 지방자치단체의 장이 가정법원에 후견심판을 청구하되, 관련 기관·법인·단체의 장에게 후견인 후보자의 추천 의뢰 가능 - 비용지원: 국가와 지방자치단체가 후견인의 후견사무의 수행에 필요한 비용의 일부를 지원 가능 ※ 세부 사업지침은 추후 확정·통보 예정	신설

구분	쪽	현재 사업안내	변 경	비고
인사·복무 및 예산·회계 지침 (예산 편성)	109	Ⅵ. 인사·복무 및 예산·회계 지침 〈하단 신설〉 2. 예산·회계 지침	Ⅰ-6. 인사·복무 및 예산·회계 지침 2. 개인정보처리방침 □ 치매안심통합관리시스템 개인정보처리 방침(별첨2)에 따라 정보 관리 3. 예산·회계 지침	
	109	2.1.예산 편성 □ 예산 구성 ● 사업비(국비 80%, 지방비 20%) ※ 인건비는 전체 사업비 중 70% 이내를 원칙으로 함 □ 편성 기준 ● 주요내용 - 인건비·사업비·운영비 등으로 편성, 소요 예산별로 재원 명기 〈하단 추가〉 - (이하생략)	3.1.예산 편성 □ 예산 구성 ● 사업비 (국비 80%, 지방비 20%) (서울의 경우, 국비 50%, 지방비 50%) 〈삭제〉 □ 편성 기준 ● 주요내용 - 인건비·사업비·운영경비 등으로 편성, 소요 예산별로 재원 명기 〈하단 추가〉 • 인건비는 총예산의 70%이하로 편성 • 일반운영비, 업무추진비, 여비 등 운영경비는 합계가 총 예산의 15% 이하로 편성 - 좌동	
	111	□ 예산의 변경 및 전용 ● 예산의 전용 - 전용범위 : 단위사업간 편성 목의 금액을 동일 편성목이나 다른 편성목에 전용 가능 (예) 사업비, 기타 운영비 등 예산 편성목 간 전용가능)	□ 예산의 변경 및 전용 ● 예산의 전용 - 좌동	
	111	- 전용제한 : 전용 후 재전용 하거나 변경사용 할 수 없으며 인건비, 복지수당은 전용 불가 〈하단 추가〉 - 전용절차 : 항간 이상 전용 시 보건복지부의 승인을 얻도록 함	- 전용제한 • 전용 후 재전용 하거나 변경사용 할 수 없으며 인건비 전용 불가 • 인건비(70% 초과), 운영경비(15% 초과)는 한도 이상 전용 불가 - 전용절차 : 항간 이상 전용 시 시·도 협의 및 승인을 얻도록 함 • 전용제한에도 불구하고 불가피한 사유가 발생한 경우 시·도를 거쳐 보건복지부 승인을 받도록 함	

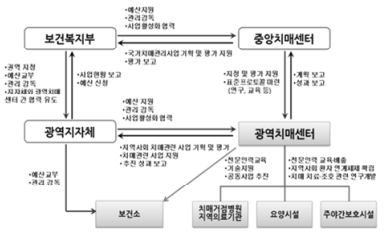
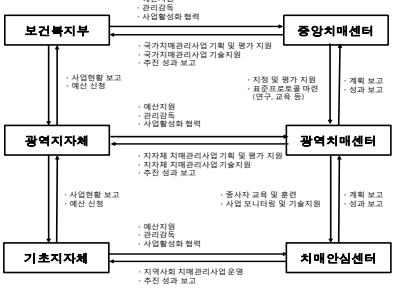
구분	쪽	현재 사업안내	변 경	비고
(세부 항목별 편성 · 집행 방법)	111	2.2. 세부 항목별 편성·집행 방법	3.2. 세부 항목별 편성·집행 방법 • 기본급은 [2018년 치매관리사업 종사자 기본급]을 따름 • 산후대체인력 : 기본급은 [2018년 치매관리사업 종사자 기본급]에서 제시된 해당자격에 기준하여 호봉을 산정하여 적용. 단, 육아휴직 당사자의 인건비 범위를 초과할 수 없음	

❑ 치매치료관리비지원사업 및 치매조기검진

구분	쪽	현재 사업안내	변 경	비고
치매 치료 관리비	275	Ⅱ. 지원 대상자 선정 및 등록 2. 대상자 선정 가. 대상자 선정 기준 ④ 소득기준 : 기준 중위소득 120% 이하인 경우 * 단, 3인 가구에 한해 전국가구 평균소득 100% 기준 유지 【'17년도 가구 규모별 소득기준】 (표 생략)	Ⅱ. 지원 대상자 선정 및 등록 2. 대상자 선정 가. 대상자 선정 기준 ④ 소득기준 : 기준 중위소득 120% 이하인 경우 * 단, 3인 가구에 한해 전국가구 평균소득 100% 기준 유지 【'18년도 가구 규모별 소득기준】 (표 생략)	
치매 치료 관리비	280	Ⅲ. 지원 내역 나. 지원 수준 ● 신청일 이후 해당 월에 약 처방 또는 진료비 발생이 확인된 경우에 한하여 지원(신청일 이전에 발생한 약제비와 진료비는 지원하지 않음)	Ⅲ. 지원 내역 나. 지원 수준 ● 신청일 ~~이후 해당 월에~~ 이 속한 월부터 발생한 약 처방 또는 진료비 발생이 확인된 경우에 한하여 지원 ~~(신청일 이전에 발생한 약제비와 진료비는 지원하지 않음)~~	
치매 조기 검진		2.1.2 진단검사 □ 검진장소 ● 치매안심센터 • (신설)	2.1.2 진단검사 □ 검진장소 ● 치매안심센터 • 경과규정 종료('18.6월) 후 진단검사는 치매안심센터에서 실시('18.7월~) * 센터가 아닌 곳에서 진단검사 실시 시 예산 미지원	

구분	쪽	현재 사업안내	변 경	비고
치매 조기 검진		2.1.2 진단검사 □ 검진장소 ● 치매안심센터 - (수행) 치매안심센터 직원인 임상심리사 또는 시행 훈련받은 간호사	2.1.2 진단검사 □ 검진장소 ● 치매안심센터 - (수행) 치매안심센터 직원인 (정신보건)임상심리사 또는 시행 훈련 받은 간호사	

❑ 광역치매센터 운영

구분	쪽	현재 사업안내	변 경	비고
지원 현황	305	● 광역치매센터 치매관리사업비 지원 - 내용 : 광역치매센터에 치매관리 사업운영을 위한 비용 지원	● 광역치매센터 치매관리사업비 지원 - 내용 : 광역치매센터에 치매관리 사업 운영을 위한 비용 지원 〈하단 추가〉 '17년 예산(국비) : 7,238백만원- 운영비 : 7,238백만원(연평균 6억원×17개소 ×국비보조율70%)	
기관별 역할	306	● 광역치매센터 - 광역자치단체의 치매관리사업계획 수립 및 시행 지원 - 광역자치단체 치매관리사업 관련 연구 및 조사 - 치매상담센터 및 「노인복지법」 제31조에 따른 노인복지시설 등에 대한 기술 지원 - 치매관련 시설·인프라 등 자원조사 및 연계체계 마련	● 광역치매센터 - 광역자치단체의 치매관리사업계획 수립 및 시행 지원 - 광역자치단체 치매관리사업 관련 연구 및 조사 - 치매안심센터 및 「노인복지법」 제31조에 따른 노인복지시설 등에 대한 기술 지원 - 치매관련 시설·인프라 등 자원조사 및 연계체계 마련	
추진 체계	307	추진체계도  	추진체계도  	

구분	쪽	현재 사업안내	변 경	비고
조직 구성	309	1) 조직구성 자원연계팀 : 치매상담센터와 요양시설 등에 기술지원 및 평가·관리, 치매관련 인적·물적 자원 조사 및 연계체제 구축	1) 조직구성 자원연계팀 : 치매안심센터와 요양시설 등에 기술지원 및 평가·관리, 치매관련 인적·물적 자원 조사 및 연계체제 구축	
	310	2) 운영위원회 ● (기능) 위원회는 광역치매 센터의 사업의 총괄 조정, 사업 계획의 검토, 예·결산, 실적 보고 및 사업평가, 조직운영, 그 밖에 센터장이 필요하다고 인정하는 사항에 대해 심의 ● (구성) 시도 담당 공무원, 수탁기관 담당자, 광역치매센터장, 광역치매 센터 사무국장 등으로 구성 ● (운영) 분기별 1회 이상 개최. 단 분기별 1회 시행할 경우 해당 지방 자치단체와 수시로 업무회의를 진행해야 함 〈하단 신설〉	2) 운영위원회 ● 운영위원회(광역치매센터 내 설치) - 〈생략〉 ● 광역치매관리운영위원회(광역과 광역 내 치매안심센터 간) - **(기능)** 위원회는 지역사회 여건에 맞는 치매안심센터 운영모델별 정착 및 성공적 운영을 위해 광역치매 센터와 치매안심센터간 사업 효율화 도모, 실적 보고 및 사업모니터링, 그밖에 센터장이 필요하다고 인정하는 사항에 대해 협의 - **(구성)** 시·도, 광역치매센터장, 광역내 치매안심센터장(또는 부센터장)으로 구성 • (위원장) 시·도 • (위원) 광역치매센터장, 치매안심 센터장 - **(운영)** 반기별 1회 이상 개최(필요시 상시 개최)	

구분	쪽	현재 사업안내	변 경	비고
인건비 편성 기준	316	1) 인건비 편성기준 ◉ 인건비는 하기의 기준에 의거 지급하되, 전체 예산의 50% 범위 내에서 지급 가능	1) 인건비 편성기준 ◉ 인건비는 하기의 기준에 의거 지급하되, 전체 예산의 60% 범위 내에서 지급 가능	
인건비 지급 기준	317	종사자 인건비 세부지급기준 2016년	종사자 인건비 세부지급기준 2018년	
수당 지급 기준	319	2017년 광역치매센터 종사자 수당 지급 기준	2018년 광역치매센터 종사자 수당 지급 기준	
사업비 지원 및 집행	321	**가. 광역치매센터 운영 및 사업비 지원** • 시도별 인구, 면적, 치매환자 수 등을 고려하여 광역치매센터 운영 및 사업비 차등 지원(~'16) 〈하단 추가〉	**가. 광역치매센터 운영 및 사업비 지원** • 시도별 인구, 면적, 치매환자 수 등을 고려하여 광역치매센터 운영 및 사업비 차등 지원(~'16) • '18년부터 각 광역치매센터 업무량(관할 치매안심센터 수 등 고려)을 반영하여 사업비 조정 예정	
예산의 편성	322	나. 치매관리사업 예산의 편성·집행 기준 ◉ 예산의 편성 • 인건비는 총 광역치매센터 예산의 50% 이하로 편성	나. 치매관리사업 예산의 편성·집행 기준 ◉ 예산의 편성 • 인건비는 총 광역치매센터 예산의 60% 이하로 편성	
예산 전용 기준	325	◉ 예산 전용 기준 - 항간 전용은 시·도를 통해 보건복지부의 사전승인을 득하여 실시하되, 업무추진비, 운영비, 시설비 간의 항간 전용은 시·도의 사전승인을 득하여 실시 * 단, 인건비(50%, 예산축소된 센터의 경우 '16년도에 한해 55%), 운영경비(15%) 한도 이상 전용 불가 - 동일 항내 목간 전용 : 시·도와 협의하여 센터장이 전용가능. 과목 전용 조서 작성 및 시·도에 보고	◉ 예산 전용 기준 - 항간 전용은 시·도의 사전 승인을 받아 실시 * 단, 인건비(60%), 운영경비(15%) 한도 이상 전용 불가 - 동일 항내 목간 전용 : 센터장이 전용 가능. 100만원 초과 시 과목 조서 작성 및 시·도에 보고	
운영 경비 기준	326	주요 운영경비 예산편성 및 집행기준 1급 강사, 3급 강사 - 기타 단체의 장이 인정하는 자 (행안부/시도 사전협의)	주요 운영경비 예산편성 및 집행기준 1급 강사, 3급 강사 - 기타 단체의 장이 인정하는 자 (시도 사전협의)	

구분	쪽	현재 사업안내	변 경	비고
역할	327	3) 치매상담센터 및 요양시설 등 기술지원 ● 보건소(치매상담센터)의 사업지침서 제작 및 담당자 교육 ● 치매 특화 병동·재가서비스 운영 방안, 전문시설 모델 개발 등 현장 중심의 서비스 컨텐츠 개발·지원	3) 치매안심센터 및 요양시설 등 기술지원 ● 보건소(치매안심센터)의 사업지침서 제작 및 담당자 교육 ● 치매 특화 병동·재가서비스 운영 방안, 전문시설 모델 개발 등 현장 중심의 서비스 컨텐츠 개발·지원	

❑ 공립요양병원 운영 및 치매기능보강사업

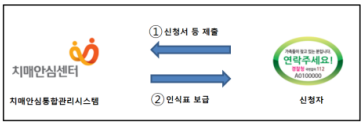
구분	쪽	현재 사업안내	변 경	비고
배경 및 목적	357	● 공립요양(치매)병원 확충 지원	● 공립요양병원 치매전문 확충을 지원 〈추가〉 ↘ 치매전문병동 • 치매환자에게 친화적인 환경으로 치매환자만을 위한 병동 • 치매환자의 정신행동증상의 대처에 효율적인 환경의 20~30병상 이상의 격리병동 • 신체적 상태에 대한 급성 대처를 위한 일반병실도 갖추어 대부분의 치매환자가 치매전문병동에 거주할 수 있도록 설계 * 실질적인 규모 및 구조는 각 병원의 규모와 실정에 맞게 계획·운영 • 치매환자를 전문적으로 케어할 수 있는 간호사 1인 이상이 주축이 되어 병동 운영 • 치매환자를 위한 집단 프로그램실, 가족을 위한 프로그램실 등 구비	
설치·운영	359	3) 인력기준 ● 「의료법 시행규칙」에 따른 요양 병원 인력 기준 준수 ● 치매환자 진료의 전문성 확보를 위하여 신경과 또는 정신건강 의학과 전문의 1인 이상 채용 ● 지역사회 치매환자·치매 고위험군 대상 프로그램을 실시하고, 보건 의료 및 사회복지 자원 연계 업무를 담당할 전담 인력	3) 인력기준 ● 치매전문병동 운영 의료인력 직종별 / 최소 기준 의사 / - 신경과 또는 정신과 전문의 1인 이상 확보(또는 확보계획 수립) 간호사 / - 병동 규모에 맞게 치매환자를 전문적으로 케어할 수 있는 적정 간호인력 확보 (3교대 시행) 물리치료사 / - 치매환자 치료와 장비 운영에 필요한 적정 인력 확보	개정

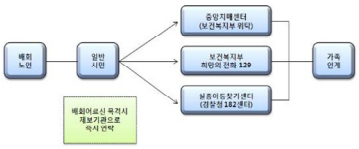
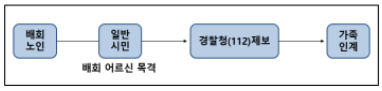
<table>
<tr><th>구분</th><th>쪽</th><th>현재 사업안내</th><th>변 경</th><th>비고</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>(간호사, 작업치료사, 사회복지사 중 1개 이상 자격 소지자) 1인 이상 채용</td><td><table><tr><th>직종별</th><th>최소 기준</th></tr><tr><td>작업 치료사</td><td>* 의료장비 운용에 필요한 치료사 미확보 또는 확보 계획이 없을 경우 장비 미지원</td></tr></table>「의료법 시행규칙」에 따른 요양병원 인력 기준 준수
● 치매분야 공공보건의료사업 운영인력
- 치매관리사업 거점기관으로서 기능 수행을 위한 전담인력 (간호사, 작업치료사, 사회복지사 중 1개 이상 자격 소지자) 1인 이상 채용
• 인지재활 프로그램의 실시 및 보건의료 및 사회복지 자원의 연계 등 업무 수행</td><td></td></tr>
<tr><td>공립 요양 병원 치매 기능 보강 사업</td><td>360</td><td>3 ‘치매전문병동’ 구축을 위한 기능 보강 예산 지원
이하중략</td><td>3 공립요양병원 치매기능보강사업
〈개정〉</td><td>본문 참고</td></tr>
<tr><td>서식</td><td>379</td><td>신설</td><td>신설</td><td>본문 참고</td></tr>
</table>

❑ 실종노인의 발생예방 및 찾기 사업

구분	쪽	현재 사업안내	변 경	비고
사업 개요	415	가. 사업 개요 ● 보급대상 : 치매 등으로 인하여 실종이 염려되는 어르신 ● 신청기간 : 연중 계속 ● 신청기관 : 시·군·구 보건소 치매상담(지원)센터 ● 보급비용 : 무료	가. 사업 개요 ● 발급대상 : 실종 위험이 있는 치매 환자 및 만60세 이상 어르신 ● 신청기간 : 상시 ● 신청기관 : 발급대상자의 주민등록상 주소지 치매안심센터 ● 발급단위 : 회당 인식표 1박스 (인식표 80매), 보호자용 실종 대응카드 1개 제공 ● 발급비용 : 치매안심센터 사업비	

구분	쪽	현재 사업안내	변 경	비고
	416	[인식표 및 실종대응카드 이미지] [인식표] [실종대응카드] 앞면 [실종대응카드] 뒷면	[인식표 및 실종대응카드 이미지] [인식표] [실종대응카드] 앞면 [실종대응카드] 뒷면	
노인 실종 예방 인식표 발급 사업	416	나. 인식표 보급 방법 ● 보급 희망자 : 시·군·구 보건소 치매상담(지원)센터로 신청서(동의서 포함) 〈참고 1〉 제출 ● 보건소 치매상담(지원)센터 : 지역 보건의료정보시스템(PHIS) 또는 **서울시 치매 관리사업 데이터베이스**에 신청자료 입력 ● 중앙치매센터 : 시스템 입력정보 확인 후 고유번호가 부여된 인식표, 실종대응카드 등을 제작하여 보건소 치매상담(지원)센터로 발송 ● 보건소 치매상담(지원) 센터 : 보급희망자에게 인식표 배부 등	나. 인식표 발급 절차 ● (신청) 발급대상자, 주보호자 및 주보호자 외 보호자의 '배회 어르신 인식표 신청서' [서식 1-6], '개인정보 조회·처리·제공 동의서' [서식 1-4] 치매안심센터 제출 ● (제출서류) - 발급대상자, 주보호자 및 주보호자 외 보호자의 신분증(사본 포함) 확인하여야 하고, 보호자임을 확인할 수 있는 서류(가족관계증명서 또는 대상자와의 관계가 확인되는 주민등록등본)를 제출 - 법정대리인이 보호자인 경우에는 법정대리인의 신분증(사본 포함)을 확인하고 후견등기부등본을 제출 - 서류는 3개월 이내 발급된 원본 또는 사본을 제출(신분증 사본 제외). * 기 제출한 서류(3개월 이내 발급된 원본 또는 사본)는 더 이상 제출하실 필요가 없음 * 신분증(사본 포함)으로는 주민등록증, 운전면허증, 여권, 의료급여증, 경로증, 기타 국가 및 지자체 공공기관, 위탁운영기관에서 발행한 신분증명서류 등 본인 여부를 확인할 수 있는 신분증명서 또는 서류가 해당 * 배회가능 어르신 당사자가 '배회가능 어르신 인식표 신청서'와 '개인정보 조회·처리·제공 동의서'에 직접 서명	

구분	쪽	현재 사업안내	변 경	비고
			해야 함을 원칙으로 하나, 어르신 당사자 본인의 서명 또는 날인이 질환 등의 사유로 불가할 경우 대리인(보호자 혹은 성년후견인)이 서명 또는 날인	
			● (시스템 등록) 〈치매안심통합관리 시스템〉에 신청 정보 등록 시 즉시 인식표 일련번호 부여 * 신청 정보 입력 시, 신규 또는 재발급 여부를 확인하여 재발급인 경우에는 이전에 부여된 신청 대상자의 인식표 일련번호와 새로 신청한 일련번호가 동일한지 확인 ● (인식표 수령) 치매안심센터는 선정된 업체로부터 제작된 인식표 수령 ● (인식표 배포) 치매안심센터는 인식표 발급이 완료되었음을 안내하고 인식표 발급대상자 및 발급대상자의 보호자에게 직접 전달	
노인 실종 예방 인식표 발급 사업	417		 ※ '지문 등 사전등록제도'(가칭) 치매안심센터 확대 예정	
	418	나. 지원 내용 ● 중앙치매센터 홈페이지 등, '집으로' 어플리케이션, 보호시설 등 관련기관, 지역신문 등 무료 홍보처 등을 통한 실종자 찾기 광고 및 등록서비스 제공 ● 실종노인을 찾기 위한 홍보물 무료 제작 지원 - 중앙치매센터 홈페이지 (www.nid.or.kr)의 실종치매노인지원 메뉴에 실종자 등록 후 개별지원 서비스 신청	나. 지원 내용 ● 중앙치매센터 홈페이지, 치매체크 어플리케이션, 보호시설, 지역신문 등 무료 홍보처를 활용하여 실종치매 노인 찾기 지원서비스 제공 ● 실종노인을 찾기 위한 홍보물 무료 제작 지원 - 중앙치매센터 홈페이지 (www.nid.or.kr)의 [지원]-[실종치매노인지원]메뉴에서 실종노인 전단지 신청하기	

구분	쪽	현재 사업안내	변 경	비고
		* 전단지 4천여장, 스티커 1천여장, 현수막 1개 등	* 전단지 4천여장, 스티커 1천여장 중 모두 또는 일부 신청 가능	
	420	※ 무연고노인 신상카드는 시설장이 중앙치매센터(www.nid.or.kr)에 직접 등록하며, 무연고 노인의 사진도 디지털카메라 등으로 촬영하여 함께 제출해야 함	※ 무연고노인 신상카드는 시설장이 중앙치매센터 홈페이지 (www.nid.or.kr) 또는 사회복지시설정보시스템을 통해 제출하며, 무연고 노인의 사진도 디지털카메라 등으로 촬영하여 함께 제출 해야 함 참고 7]	
실종 노인 찾기 지원	422	인식표를 통한 실종노인 찾기 과정  	인식표를 통한 실종노인 찾기 과정  	
	428	신상카드 제출방법 안내 ◪ 중앙치매센터(www.nid.or.kr)에 접속, 회원가입을 한 후 "실종치매 노인지원" 클릭, "무연고노인등록 하기"을 클릭하여 신상카드 내용을 상세하게 입력 ◪ 신상카드 입력 후 본 센터로 연락 (031-628-6733), 담당자가 신상카드 정보를 승인하면 등록 완료(※ 사진 파일 반드시 첨부) ◪ 홈페이지에 신상카드 등록하는 법 ① 중앙치매센터(www.nid.or.kr) 홈페이지 회원 가입 ② "실종치매노인지원" ➡ "무연고노인 등록하기" 클릭, 신상카드 입력 ③ 신상카드 양식 아래의 "확인" 버튼 누르면 입력 완료됨	1. 중앙치매센터 홈페이지를 통한 제출 ① 중앙치매센터 홈페이지 (www.nid.or.kr) 접속하여 회원가입 후 로그인 ② 홈페이지 상단 [지원] - [실종치매 노인지원] - [무연고노인 등록하기] 클릭 ③ 무연고노인 신상정보 입력 [홈페이지 등록방법] 2. 사회복지시설정보시스템을 통한 제출 ① 사회복지시설정보시스템에 무연고 노인 등록	

구분	쪽	현재 사업안내	변 경	비고
			- 정보연계시스템을 통해(경찰청 '프로파일링시스템' 경유) 중앙치매센터 '통합관리시스템'으로 신상카드 자동 제출 됨 * 관련근거 : 실종아동등의 보호 및 지원에 관한 법률 제8조(정보연계 시스템 등의 구축·운영)	

Contents

Ⅰ 치매안심센터 운영 _ 1

Ⅰ-1. 치매안심센터 소개 ····· 4

Ⅰ-2. 치매안심센터 설치 ····· 6

Ⅰ-3. 치매안심센터 운영 ····· 8

Ⅰ-4. 치매안심센터 주요사업 ····· 13

1. 상담 및 등록관리사업 ····· 13

1.1. 상담 ····· 15

1.2. 치매지원서비스 관리사업 ····· 17

1.2.1. 배회가능 어르신 인식표 발급 ····· 17

1.2.2. 치매치료관리비 지원 ····· 20

1.2.3. 조호물품 제공 ····· 21

1.3. 치매지원서비스 안내사업 ····· 22

1.3.1. 국가치매지원서비스 안내 ····· 22

1.3.2. 지역사회 의료·복지 서비스 안내 ····· 24

1.4. 치매환자 맞춤형사례관리사업 ····· 25

2. 치매조기검진 및 예방관리사업 ····· 33

2.1. 일반 조기검진 사업 ····· 34

2.1.1. 선별검사 ····· 36

2.1.2. 진단검사 ····· 38

2.1.3. 감별검사 ····· 40

2.2. 고위험군 집중검진 사업 ····· 41

2.2.1. 인지저하자 집중검진 ····· 42

2.2.2. 독거노인 집중검진 ····· 43

2.2.3. 만 75세 진입자 ····· 45

2.3. 치매예방 관리사업 ····· 45
2.3.1. 치매예방 콘텐츠 확산 ····· 45
2.3.2. 치매예방 실천 강화 ····· 47
2.3.3. 치매 고위험군 인지 강화 ····· 50

3. 치매환자쉼터 운영사업 ····· 55

3.1. 쉼터 설치 및 운영인력 ····· 56
3.2. 운영규정 ····· 56
3.3. 쉼터 제공 인지자극 프로그램 운영 ····· 60

4. 치매가족 지원사업 ····· 64

4.1. 돌봄부담분석 및 치매환자가족 상담 ····· 65
4.2. 가족교실 운영 ····· 69
4.3. 치매가족 자조모임 지원 ····· 72
4.4. 치매가족 카페 운영 ····· 75

5. 치매인식개선 및 교육·홍보사업 ····· 78

5.1. 치매인식개선 사업 ····· 78
5.2. 치매파트너 양성사업 ····· 88
5.3. 지역사회 자원 강화사업 ····· 97

6. 치매노인 성년후견사업 ····· 101

7. 치매안심센터 운영실적 분석 ····· 102

7.1. 치매관리사업 DB 자료 등록 및 분석·활용 ····· 102
7.2. 실적보고 및 성과평가 ····· 103

Contents

Ⅰ-5. 경과규정 - 치매안심센터 설치 운영단 ····· 106
Ⅰ-6. 인사·복무 및 예산·회계 지침 ····· 109
Ⅰ-7. 부록 - 서식 ····· 113

Ⅱ 치매검진사업 _ 253

Ⅲ 치매 치료관리비 지원사업 _ 269

Ⅲ-1. 사업개요 ····· 271
Ⅲ-2. 지원 대상자 선정 및 등록 ····· 274
Ⅲ-3. 지원 내역 ····· 280
Ⅲ-4. 행정 사항 ····· 282
(참고 및 별첨) ····· 284

Ⅳ 광역치매센터 운영 _ 301

Ⅳ-1. 광역치매센터 설치 및 운영 가이드라인 ····· 303
1. 추진배경 ····· 303
2. 추진목표 ····· 303

3. 지원 근거 ····· 303
4. 추진경과 및 지원 현황 ····· 304
5. 기관별 역할 ····· 305
6. 광역치매센터 추진체계 ····· 306
7. 설치 및 위탁 ····· 307
8. 시설 및 조직 ····· 318
9. 인력 및 근로기준 ····· 314
10. 보고 및 평가 ····· 320
11. 사업비 지원 및 집행 ····· 321

Ⅳ-2. 광역치매센터의 추진 사업 ····· 327
1. 광역치매센터의 역할 ····· 327
2. 치매관리사업 기획 ····· 329
3. 교육사업 ····· 330
4. 진단 및 조호 인프라 구축 및 네트워크 강화 ····· 333
5. 연구사업 ····· 334
6. 대국민 인식개선 사업 ····· 334
〔붙임 및 작성양식〕 ····· 336

Ⅴ 공립요양병원 운영 및 치매기능보강사업 _ 355

1. 배경 및 목적 ····· 357
2. 설치·운영 ····· 357

Contents

3. 공립요양병원 치매기능보강사업 ····· 360
〔절차별 제출서류 종합〕 ····· 379

Ⅵ 실종노인의 발생예방 및 찾기 사업 _ 413

1. 목적 ····· 415
2. 법적근거 ····· 415
3. 노인 실종예방 인식표 발급 사업 ····· 415
4. 실종노인 찾기 지원 ····· 418
5. 실종 및 무연고 노인 보호 ····· 419
〔참고자료〕 ····· 422

Ⅶ 치매관리법 _ 429

I

치매안심센터 운영

MINISTRY OF HEALTH & WELFARE

Ⅰ. 치매안심센터 운영

주요업무 흐름도

1단계	상담(기초 및 심층) ①치매 확진환자 → 등록 ②검진 희망자 → 조기검진 안내 ③단순 상담 → 정보제공	등록관리팀
2단계	2.1.1. 선별검사 정상 → 2년마다 선별검사 인지저하 → 고위험군으로 집중검진 대상	조기검진팀
3단계	2.1.2. 진단검사	조기검진팀
4단계	2.1.3. 감별검사	협약병원 의뢰

① 치매환자의 경우	1, 2~3. 치매지원서비스 안내 및 관리 1.4. 사례관리 3. 쉼터 4. 가족 지원	상담/등록관리팀 쉼터팀 가족지원팀
② 검진희망자의 경우	2.1. 조기검진 2.2. 고위험군 집중검진 2.3. 예방관리	조기검진팀 인식개선·홍보팀
③ 단순상담자 혹은 기타 지역주민	1. 정보 제공 2.3. 예방 관리 5. 인식개선 및 홍보	상담/등록관리팀 인식개선·홍보팀

Ⅰ-1 치매안심센터 소개

1 사업 목적

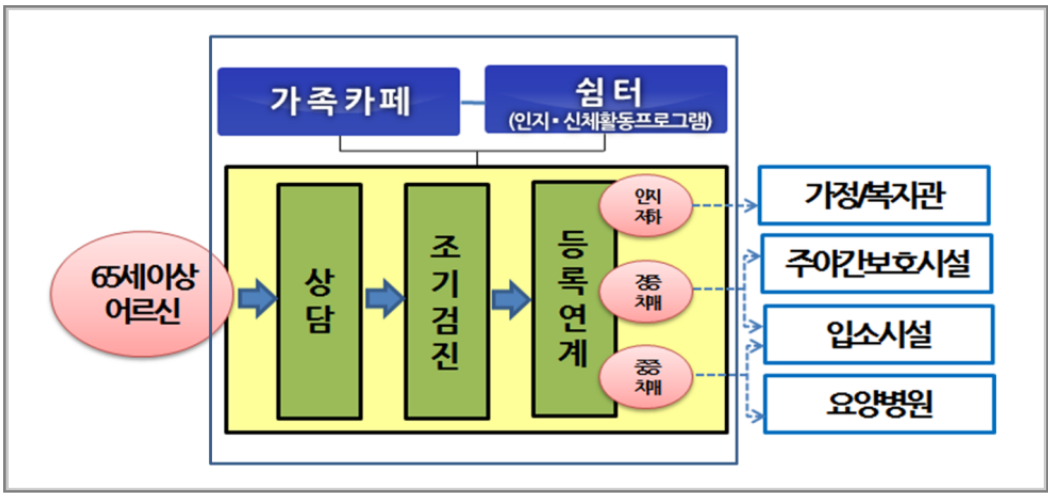
❑ 치매 예방, 상담, 조기진단, 보건·복지 자원 연계 및 교육 등 유기적인 「치매 통합관리 서비스」 제공으로 치매 중증화 억제 및 사회적 비용을 경감, 궁극적으로는 치매환자와 그 가족, 일반시민의 삶의 질 향상에 기여

2 추진 체계

추진주체	역 할
보건복지부	● 국가치매관리사업 총괄 및 전달체계 수립 및 관리·지원 ● 광역치매센터·치매안심센터 예산 지원 및 지도·감독 ● 광역치매센터·치매안심센터 운영지침 수립 ● 성과평가를 통한 사업 질 관리 및 운영 효율화 도모
중앙치매센터	● 국가치매관리사업 기획 및 연구 ● 광역치매센터 사업수행을 위한 기술 지원 ● 광역치매센터·치매안심센터 성과평가 수행 지원 ● 치매안심센터 운영지침 수립 지원 ● 치매안심센터 종사자 표준 교육과정 및 교재 개발 ● 광역치매센터·치매안심센터 간 연계 지원
광역지자체 (시도)	● 광역자치단체의 치매관리사업 시행계획 수립 및 시행 ● 광역치매센터 설치 및 운영 ● 광역치매센터 치매관리사업 지도 및 감독 ● 광역치매센터·치매안심센터 예산 교부 및 교부집행 관리 ● 광역치매센터 행정적·재정적 관리 및 지원 ● 치매안심센터 치매관리사업 지도 및 감독
광역치매센터	● 지역치매관리사업 기획 및 연구 ● 치매안심센터 사업수행을 위한 기술 지원 ● 치매안심센터 성과평가 수행 지원, 종사자 교육 및 훈련 ● 치매관련 자원 강화 및 연계체계 마련
기초지자체 (시군구 보건소)	● 치매안심센터의 치매관리사업 시행계획 수립 및 시행 ● 치매안심센터 설치 및 운영, 행정적 관리 및 지원
치매안심센터	● 상담 및 등록관리 사업 ● 조기검진 사업 ● 쉼터 운영 사업 ● 가족 지원 사업 ● 치매 인식개선·홍보 사업

3 치매안심센터 구성 및 기능

- **(치매안심센터)** 초기상담 및 치매조기검진, 1:1사례관리, 치매단기쉼터 및 치매카페 운영, 관련 서비스 안내 및 제공기관 연계



- 인지기능저하자 대상 **선별·진단검사** 실시, **상담** 후 대상자 등록, 욕구파악, 치매 어르신 및 가족 **맞춤형 서비스 제공계획 수립**
- 치매 어르신 및 가족들이 안심하고 살아가도록 **전담 코디네이터를 1:1로 매칭**하여 필요한 **서비스를 연계**하고, **전체 돌봄경로 관리**

- **(쉼터)** 상담 이후 서비스 연계 전까지 **초기 안정화**(3~6개월)를 위한 **단기이용시설인 치매단기쉼터 설치**

  * 초기 경증 치매어르신의 치매악화 지연을 위한 인지재활 프로그램, 상담·교육, 송영서비스 등 낮시간 보호 제공

  * 치매단기쉼터 표준 운영(안) : 정원 25명 내외, 전담인력 2~3명 배치

- **(카페)** 치매어르신이 쉼터를 이용하는 동안 **치매 가족**이 정보교환, 휴식, 자조모임 등을 할 수 있는 **치매카페를 설치**하여 **정서적 지지 기반 마련**

Ⅰ-2 치매안심센터 설치

1 설치 기준

❑ **설치주체** : 시장·군수·구청장

❑ **설치형태** : 통합형, 거점형, 방문형, 소규모형 중 한 가지 지자체에서 선택

❑ **설치방식**

- **시설 건물 기준** : 보건소 리모델링·증축·건물매입·공공기관 임대 등의 자치단체장 명의의 별도 공간

  ※ 설치방식(신·증축, 리모델링 등)에는 설치비 차이를 두지 않음

  - 민간건물 임대는 원칙적으로 허용하지 않으나 '19년도까지 예외적*으로 허용

    * 신축, 보건소 증·개축 등에 시간이 소요되는 경우. 이 경우 한시적 민간 건물 임대 시, 센터 운영비로 임대료 지출 허용

    ** 접근성 제고를 위해 설치비로 업무수행에 필요한 차량 구입 허용

- **시설 구성** : 로비, 사무실, 교육상담실, 검진실, 쉼터 및 가족카페

  - 치매 환자 및 가족에 대한 서비스*를 제공할 수 있는 공간 최소한 각 1개소 이상씩 마련

    * (쉼터) 인지·신체활동 프로그램, 상담·교육 등 낮시간 보호 (카페) 치매 가족의 정보교환, 휴식, 자조모임, 돌봄교육 등

  - 다만 한시적(최대 2년간, 자치단체장 소유의 별도 공간 마련을 위한 신·증축 완공 이전)으로 쉼터와 카페는 타 시설·센터와 겸용 허용

- **기타**

  - **(쉼터·카페 설치)** 쉼터와 카페는 쉼터 보호 중인 치매환자의 가족이 카페를 이용하는 것을 고려, 서로 근접한 장소에 설치

  - **(안전에 관한 사항)**

    • 비상재해대비시설 : 소방법 등 관계 법령에 따라 소화기구, 경보설비 및 비상구를

설치하여 화재 등 비상재해에 대비한 시설을 갖추고, 비상상황에 대비한 응급의약품, 위생재료 등을 구비

- 화장실 : 남자용과 여자용으로 구분하여 설치하되, 주 이용자인 고령층의 낙상 예방 등 안전 및 편의를 고려

❑ **설치비용** : 각 시·군·구별 치매환자수와 면적을 고려하여 차등 지원 (국고 보조율 80%)

2 시설 기준 (가이드 라인)

구 분			통합형	거점형	방문형	소규모형
주요서비스	공통		등록관리, 조기검진, 예방관리, 인식개선 및 홍보			
	쉼터	개소	1~2	2~4	1(소규모)	별도 설치 또는 기존 유관시설 연계·활용 (노인복지관 등)
		설치	별도설치 외 기존 자원 이용 가능	별도설치 외 기존 자원 이용 가능	지역사회 거점 공간방문 활용 (경로당, 마을회관 등)	
	카페	개소	1	1	1(소규모)	별도 설치 또는 기존 유관시설 활용
		기능	가족교실, 치매가족 자조모임, 돌봄부담분석, 정보교환 등			
시설	구성		사무실, 교육·상담실, 검진실, 쉼터 및 가족카페			
적합지역	규모		광역시, 대도시	중소도시	농어촌	도서지역, 소도시
	특성	면적	좁음	넓음	넓음	좁음
		노인인구	보통	높음	높음	다양
		접근성	높음(교통 편리)	낮음	낮음	다양
		유관자원	많음	보통	적음	보통

- 반드시 1㎡당 설치비를 150만원으로 설정한 규모 이상으로 설치하되, 설치면적 대비 90% 범위까지 설치 허용

※설치비 대비 설치면적 : 1㎡당 150만원 적용한 규모(예 : 설치비 12억원인 경우 설치면적 800㎡)

- 단, 지자체 여건에 따라 보건소 소유의 별도 공간 마련을 위하여 신증축*하는 경우 설치비 대비 설치면적을 70% 범위까지 허용

* 완전 리모델링인 경우 증축에 준함

3 경과 규정

❑ **기설치 센터 중 '18년에도 위탁이 유지되는 경우 '18년도 운영비를 민간위탁사업비로 변경 가능**

Ⅰ-3 치매안심센터 운영

1 운영 기준

❑ **운영주체** : 시장·군수·구청장

❑ **운영형태**

- (원칙) 직영 운영
  - 지역사회 치매관리사업의 전문적 수행을 위해 시장·군수·구청장은 「지역보건법」에 따른 보건소(이하 "보건소"라 한다)에 치매안심센터를 직접 설치하여 운영

❑ **운영시간** : 하루 8시간(09:00~18:00), 주 5일

❑ **시스템 운영** : 치매안심통합관리시스템으로 치매안심센터 업무 수행

□ **치매안심통합관리시스템 사용 최적 PC 사양**

- PC 모니터 : 안심통합관리시스템 활용의 최적화를 위하여 해상도 1920 픽셀을 지원하는 제품 구입 권장

□ **치매안심통합관리시스템 사용 신청서 및 서약서 관리**

- 치매안심통합관리시스템을 이용을 위해서, 치매안심통합관리시스템 신청서 및 서약서를 작성하여 중앙치매센터 담당자 메일로 송부

□ **동의서 및 신청서 관련 보유 기간 및 보관 방법**

- 보유기간 : 각 보존기간([별첨1]동의서 및 신청서 관련 보유기간)에 따름
  - 근거 : 공공기록물 관리에 관한 법률 시행령 제26조제1항 관련[별표 1] 기록물의 보존기간별 책정 기준 및 의료법 시행규칙 제15조 제1항 기준에 준함
  - 보관방법 : 전자문서 또는 종이문서로 비치·보존

❑ 조직구성

- **조직도**(예시)

※ 각 지자체 여건에 맞게 탄력적으로 운영하되, 최소 3개 팀 이상 구성

❑ 인력구성

- **센터장** : 보건소장 겸직
- **부센터장**
  - (자격)
    - (신규채용) 간호사, 사회복지사(1급), 임상심리사 자격 소지자로, 노인 관련 복지 또는 보건·의료 분야 5년 이상 경력자
    - (신규채용이 아닌 경우) 기존 치매 혹은 노인 보건 업무 담당자

      ※ 전문직종을 가진 공무원을 채용 또는 배치한 경우 치매안심센터 평가지표에 우대 가점 가능
- **팀장 및 팀원**
  - (원칙) 무기계약직 채용. 단, 3개월 범위 내 인턴 허용
  - 시간선택제임기제 공무원 가능
  - (경력)
    - (팀장) 노인복지 또는 보건·의료 분야 3년 이상 경력자로, 치매전문교육 이수자 우대
    - (팀원) 노인복지 또는 보건·의료 분야 경력자 우대
  - (자격)

    (a) (신규채용인 경우)
    - (상담·등록관리팀) 간호사, 사회복지사(1급), 임상심리사, 작업치료사
    - (조기검진팀) 간호사, 임상심리사(정신보건임상심리사 포함)
    - (쉼터지원팀) 간호사, 사회복지사(1급), 작업치료사

      * 간호사 1인 필수 채용(응급상황 대처)
    - (가족지원팀) 간호사, 사회복지사(1급), 임상심리사, 작업치료사
    - (인식개선·홍보팀) 간호사, 사회복지사(1급), 임상심리사, 작업치료사

    (b) (신규채용이 아닌 경우) 기존 치매 혹은 노인 보건 업무 담당자

      * 치매상담센터 또는 치매지원센터 직원이 고용승계된 경우에만 자격 기준 완화

팀 구분	팀 장	팀 원
상담/등록 관리팀	○ 간호사, 사회복지사(1급), 임상심리사, 작업치료사 ○ 노인복지 또는 보건·의료분야 3년 이상 경력자로 치매전문교육 이수자 우대	○ 간호사 또는 사회복지사(1급), 임상심리사, 작업치료사 ○ 노인복지 또는 보건·의료분야 경력자 우대
조기검진팀	○ 간호사, 임상심리사 (정신보건임상심리사 포함) ○ 노인복지 또는 보건·의료분야 3년 이상 경력자로 치매전문교육 이수자 우대	○ 간호사 또는 임상심리사 (정신보건임상심리사 포함) ○ 노인복지 또는 보건·의료분야 경력자 우대
쉼터지원팀	○ 간호사, 사회복지사(1급), 작업치료사 - 간호사 1인 필수 채용(응급상황 대처) ○ 노인복지 또는 보건·의료분야 3년 이상 경력자로 치매전문교육 이수자 우대	○ 간호사, 사회복지사(1급), 작업치료사 -간호사 1인 필수 채용(응급상황 대처) ○ 노인복지 또는 보건·의료분야 경력자 우대
가족지원팀	○ 간호사, 사회복지사(1급), 임상심리사, 작업치료사 ○ 노인복지 또는 보건·의료분야 3년 이상 경력자로 치매전문교육 이수자 우대	○ 간호사, 사회복지사(1급), 임상심리사, 작업치료사 ○ 노인복지 또는 보건·의료분야 경력자 우대
인식개선·홍보팀	○ 간호사, 사회복지사(1급), 임상심리사, 작업치료사 ○ 노인복지 또는 보건·의료분야 3년 이상 경력자로 치매전문교육 이수자 우대	○ 간호사, 사회복지사(1급), 임상심리사, 작업치료사 ○ 노인복지 또는 보건·의료분야 경력자 우대

※ 노인전문간호사 우대

- 치매안심센터 종사자는 채용 후 보건복지부, 중앙치매센터 및 광역치매센터에서 시행하는 소정의 교육을 이수하도록 함(상시학습 반영 협조)

2 광역치매관리운영위원회, 지역사회협의체 및 치매사례관리위원회

❑ 광역치매관리운영위원회

- **(기능)** 위원회는 지역사회 여건에 맞는 치매안심센터 운영모델별 정착 및 성공적 운영을 위해 광역치매센터와 치매안심센터간 사업 효율화 도모, 실적 보고 및 사업 모니터링, 그밖에 센터장이 필요하다고 인정하는 사항에 대해 협의
- **(구성)** 시·도, 광역치매센터장, 광역내 치매안심센터장(또는 부센터장)으로 구성

- (위원장) 시·도
- (위원) 광역치매센터장, 치매안심센터장

- **(운영)** 반기별 1회 이상 개최(필요시 상시 개최)

❑ 지역사회협의체

- 기능 : 지역사회 치매관리 사업의 성공적 수행을 위해 치매관련 전문가의 자문, 유관기관·단체의 협력 및 지원을 통한 치매자원 발굴, 다양한 자원 간 연계·협력
- **구성** : 위원장 1인을 포함하여 5인 이상 위원으로 구성
  - (위원장) 센터장
  - (위원) 아래에 해당하는 자 중에서 위원장이 위촉
    - 공공부문 위원 : 치매관련 분야 업무 담당 공무원
    - 민간부문 위원 : 치매관련 각 분야의 전문가, 치매관리사업을 수행하는 기관·단체 중 지역주민의 욕구를 대변하는 자
  - **횟수** : 연 2회 이상(부득이한 경우 서면회의 가능)

※ 관련 서식 : 지역사회협의체 위원 위촉 수락서 [운영서식 1-1], 지역사회협의체 위원 관리 [운영서식 1-2], 지역사회협의체 협력 회의 관리 [운영서식 1-3], 지역사회협의체 협력 회의록 [운영서식 1-4]

❑ 치매사례관리위원회

- **기능** : 맞춤형사례관리 및 치매환자쉼터 대상자 선정 및 연장, 맞춤형 서비스 계획 및 효과성 평가 등
- **구성** : 위원장 1인을 포함하여 4인 이상 위원으로 구성
  - (위원장) 협력의사
  - (위원) 치매안심센터 부센터장, 등록관리팀장, 해당 사례 담당자 등
- **횟수** : 월 2회 이상(대상자에게 개입 혹은 중재, 사회적 지원이 시급한 경우 상시, 부득이한 경우 서면회의 가능)

Ⅰ-4 치매안심센터 주요사업

1 상담 및 등록관리사업

❑ 개요

- 목적
  - 지역사회 거주 노인의 인지 건강상태에 따라 요구되는 다양한 관리서비스를 연속적으로 제공함으로써 치매노인 혹은 고위험군, 정상 노인의 삶의 질 증진
  - 치매환자 및 가족에게 치매관리서비스를 제공함으로써 치매환자의 삶의 질을 향상시키고 가족의 부양부담 경감
  - 치매고위험군 및 정상 노인에게 치매예방관리서비스를 제공함으로써 치매발생 감소 또는 지연
- 근거
  - 치매관리법 제3조 1항
  - 치매관리법 제10조, 제13조, 제17조, 제18조
- 추진주체
  - 중앙치매센터 : 등록·관리사업 지침 개발 및 제공, 치매안심통합관리시스템 구축 제공 및 자료관리, 국가검진 통계분석 기반 근거자료를 통해 사업 수행 지원 등
  - 광역치매센터 : 등록·관리사업 교육 및 기술지원, 통계 자료 집계 등
  - 치매안심센터 : 등록·관리사업 시행, 치매안심통합관리시스템 입력 및 정도 관리 등
- 주요내용
  - 치매·치매고위험군·정상군, 가족 등 등록관리
  - 대상별 맞춤 서비스 제공 및 연계, 맞춤형사례관리
  - 치매안심통합관리시스템 데이터 입력 및 통계 자료 확보

❑ 업무흐름도

업무	업무시행팀	업무시행시기 및 방식	업무제공대상	업무제공내용
상담 (기초)	- 등록관리팀	- 시기 : 센터 최초 접촉 시 - 방식 : 전화, 내소, 방문, 인터넷 등	- 누구나	- 기초상담 실시를 통해 방문자 주요정보, 방문목적 등 파악
↓				
상담 (심층)	- 등록관리팀	- 시기 : 기초상담 후 - 방식 : 내소 또는 방문	- 기초상담 마친 자	- 심층상담 실시를 통해 대상자 주요사항 등 파악
↓				
서비스 연계	- 등록관리팀	- 시기 : 심층상담 후 - 방식 : 사정 및 계획	- 심층상담 마친 자	- 치매 환자 및 가족 : 치매지원서비스, 치매환자쉼터, 집중사례관리, 가족지원서비스 등 - 고위험군 : 인지 강화프로그램 등 - 정상군 : 치매예방 프로그램 등 - 일반(진단 미상) : 치매 조기검진 등

※ 모든 수행업무는 치매안심통합관리시스템에 입력하도록 함

1.1. 상담

❑ 목적

- (기초) 치매 문제와 관련하여 전화, 내소, 방문, 인터넷 등을 통해 치매안심센터에 접촉한 자를 일차적으로 상담하여 관련 정보 제공 또는 서비스 연계 및 안내
- (심층) 치매 예방, 진단 등 치매관련 제반 서비스가 안내 및 제공될 수 있도록 대상자 주요정보 파악을 위한 상담

❑ 대상

- 관할 지역 주민, 지역 내에 거주하는 치매환자 가족

❑ 일정

- 상시

❑ 장소

- 주소지 관할 치매안심센터

❑ 상담 절차

- (기초) 치매안심센터에 접촉한 모든 지역주민(또는 관련 보호자)과 초기 상담
  - ‘기초상담 기록’ [서식 1-1] 입력
  - 심층상담 혹은 치매조기검진이 불필요한 경우 치매관련 자료(치매안심센터 리플릿 등) 및 정보 제공 후 종결
- (심층)
  (a) 기초상담을 마치고 심층상담에 동의한 자를 대상으로 주요정보 파악 후 치매안심통합관리시스템에 입력
    - ‘심층상담 기록’ [서식 1-2], ‘개인정보 조회·처리·제공 동의서’ [서식 1-4] 입력
  (b) 치매환자와 동행 또는 혼자 방문한 보호자를 대상으로 주요정보 파악 후에 치매안심통합관리시스템에 입력
    - ‘심층상담 기록(보호자용)’ [서식 1-3], ‘개인정보 조회·처리·제공 동의서’ [서식 1-4] 입력

(c) 심층상담 입력이 완료되면 개인별 파일을 생성한 후에 동의서, 증명서 등 관련 서류를 철하여 보관

- '등록관리 기록부' [서식 1-5] 입력

(d) 개인별 등록정보를 바탕으로 한 사정 및 세부관리 계획 수립

ⓐ 치매 환자 및 가족

- 치매지원서비스, 가족지원서비스 안내 및 제공
- 국가지원서비스, 지역사회지원서비스 안내
- 맞춤형사례관리대상자 선정 및 관리
- 치매관련 자료(치매안심센터 안내 리플릿, 나에게 힘이 되는 치매 가이드북 등) 안내 및 제공

ⓑ 치매 고위험군

- 1년 주기로 선별검사 실시 안내(치매안심통합관리시스템 통하여 차후 선별검사 실시 예정 한 달 전 자동 문자 발송됨을 안내)
- 치매안심센터 내 인지강화프로그램 연계
- 치매관련 자료(치매안심센터 안내 리플릿, 두근두근 뇌운동 등) 안내 및 제공

ⓒ 정상

- 2년 주기로 선별검사 실시 안내(치매안심통합관리시스템 통하여 차후 선별검사 실시 예정 한 달 전 자동 문자 발송됨을 안내)
- 치매안심센터 내 치매예방프로그램 연계
- 치매관련 자료(치매안심센터 안내 리플릿, 치매예방수칙 등) 안내 및 제공
- 관할 주소지 노인복지관의 치매예방교실 등 지역자원 연계

ⓓ 진단 미상(치매진단을 받은 적 없는 자)

- 치매조기검진 안내 및 연계
- 치매관련 자료(치매안심센터 안내 리플릿 등) 안내 및 제공

ⓔ 데이터 이관 시 관련된 서류(신청서 및 동의서 등)의 처리

- 등록관리 대상자의 전출 등으로 인한 데이터 이관 시 대상자와 관련된 서류(신청서 및 동의서 등)를 전입하는 센터에 송부
- 서류의 송부 방법은 센터 내부의 방침에 따라 정하여 하도록 함

1.2 치매지원서비스 관리사업

1.2.1. 배회가능 어르신 인식표 발급

❑ **목적**

- 배회증상으로 실종이 염려되는 치매환자와 어르신에게 실종예방 인식표(이하 인식표)를 보급하여 실종 시 치매환자의 조속한 발견과 복귀를 지원함으로써 치매환자를 안전하게 보호하고, 치매환자 가족의 복지 증진

❑ **대상**

- 실종 위험이 있는 치매환자 및 만 60세 이상 어르신

❑ **배부기간**

- 상시

❑ **발급단위**

- 회당 인식표 1박스(인식표 80매), 보호자용 실종대응카드 1개 제공

❑ **신청 및 배부기관**

- 발급대상자의 주민등록상 주소지 치매안심센터

❑ **비용**

- 치매안심센터 사업비

❑ **인식표 발급 절차**

- (신청) 발급대상자, 주보호자 및 주보호자 외 보호자의 '배회 어르신 인식표 신청서' [서식 1-6], '개인정보 조회 · 처리 · 제공 동의서' [서식 1-4] 치매안심센터 제출
- (제출서류)
  - 발급대상자, 주보호자 및 주보호자 외 보호자의 신분증(사본 포함) 확인하여야 하고, 보호자임을 확인할 수 있는 서류(가족관계증명서 또는 대상자와의 관계가 확인되는 주민등록등본)를 제출

- 법정대리인이 보호자인 경우에는 법정대리인의 신분증(사본 포함)을 확인하고 후견등기부 등본 제출
- 서류는 3개월 이내 발급된 원본 또는 사본 제출(신분증 사본 제외)

* 기 제출한 서류(3개월 이내 발급된 원본 또는 사본)는 더 이상 제출하실 필요가 없음

* 신분증(사본 포함)으로는 주민등록증, 운전면허증, 여권, 의료급여증, 경로증, 기타 국가 및 지자체 공공기관, 위탁운영기관에서 발행한 신분증명서류 등 본인 여부를 확인할 수 있는 신분증명서 또는 서류가 해당

* 배회가능 어르신 당사자가 '배회가능 어르신 인식표 신청서'와 '개인정보 조회·처리·제공 동의서'에 직접 서명해야 함을 원칙으로 하나, 어르신 당사자 본인의 서명 또는 날인이 질환 등의 사유로 불가할 경우 대리인(보호자 혹은 성년후견인)이 서명 또는 날인

- (시스템 등록) 치매안심통합관리시스템에 신청 정보 등록 시 즉시 인식표 일련번호 부여

* 신청 정보 입력 시, 신규 또는 재발급 여부를 확인하여 재발급인 경우에는 이전에 부여된 신청 대상자의 인식표 일련번호와 새로 신청한 일련번호가 동일한지 확인

- (인식표 수령) 치매안심센터는 선정된 업체로부터 제작된 인식표 수령
- (인식표 배포) 치매안심센터는 인식표 발급이 완료되었음을 안내하고 인식표 발급 대상자 및 발급대상자의 보호자에게 직접 전달

❑ 업무흐름도

업무	업무 시행팀	업무시행시기 및 방식	업무제공대상	업무제공내용
상담	- 등록 관리팀	- 시기 : 센터 등록상담 이후 - 방식 : 전화, 내소, 방문, 인터넷 등	- 실종 위험이 있는 치매환자 및 만 60세 이상 어르신	- 배회가능어르신 인식표 서비스의 신청 및 발급 절차 안내
↓				
신청	- 등록 관리팀	- 시기 : 센터 등록 이후 - 방식 : 내소, 방문	- 실종 위험이 있는 치매환자 및 만 60세 이상 어르신 중 인식표 신청 및 관련한 필수 개인정보제공에 동의한 경우	- 배회가능 어르신 인식표 신청서 작성 후 수취 - 개인정보 조회·처리·제공 동의서 등 작성 후 수취 - 담당자가 신청서에 기재된 내용을 치매안심통합관리시스템에 입력하여 인식표 신청 완료
↓				
발급	- 등록 관리팀	- 시기 : 신청한 인식표의 제작이 완료되어 해당 치매안심 센터의 인식표 업무 담당자가 수령한 경우 - 방식 : 내소, 방문	- 실종 위험이 있는 치매환자 및 만 60세 이상 어르신	- 담당자는 제작되어 온 인식표의 대상자 일련번호 확인 후, 해당 대상자(가족)에게 전달

※ 치매안심통합관리시스템 이용 필요

1.2.2. 치매치료관리비 지원

❑ 목적

- 저소득층 치매 환자에 대한 치매치료관리비 지원을 통해 환자가족의 경제적 부담 완화

❑ 업무흐름도

업무	업무시행팀	업무시행시기 및 방식	업무제공대상	업무제공내용
상담	등록관리팀	- 시기 : 치매환자로 등록된 자로서 본인이나 보호자가 지원을 원하는 경우 - 방식 : 전화, 내소, 방문 등	- 치매환자로 등록되고 본인이나 보호자가 지원을 원하는 자	- 치매치료관리비 대상자 선정 기준 및 신청 절차 안내
↓				
접수·선정	등록관리팀	- 시기 : 지원을 원하는 자가 신청서 및 구비서류를 제출하는 경우 - 방식 : 내소, 방문, DB입력 등	- 지원을 원하는 자	- 신청서 및 구비서류 접수 - 지원 자격 충족 여부를 확인하여 대상자 선정 - 국민건강보험공단 홈페이지 '요양기관 정보마당'을 통해 등록
↓				
지급	국민건강 보험공단	- 시기 : 지원 대상자로 선정된 자가 치매 치료를 한 경우 - 방식 : 대상자 계좌로 직접 지급	- 지원 대상자로 선정되고 치매 치료를 한 자	- 해당 지원 금액 한도 내 일괄 지급
↓				
관리	등록관리팀	- 시기 : 매 2년마다 소득기준 조사 시 - 방식 : 전화, 문자 발송 등	- 지원 대상자 중 정기 소득기준 조사일이 도래한 자	- 매 2년마다 지원자격 확인 - 국민건강보험공단 홈페이지 '요양기관 정보마당'을 통해 관리

※ 대상, 선정 방법, 선정기간 및 통보, 서식 등 치매치료관리비 사업 세부사항은 「2018년 치매관리사업 안내」 참고

1.2.3. 조호물품 제공

❑ **목적**

- 치매환자의 상태에 따라 돌봄에 필요한 물품을 무상공급 또는 대여하여 가족의 경제적 부담을 경감

❑ **대상**

- 보건소장이 치매 관리를 위하여 조호물품 제공이 필요하다고 인정하는 자는 시·군·구(보건소)별로 소득기준 등 자체기준을 정하여 시행

❑ **비용**

- 치매안심센터 사업비

❑ **조호물품 종류**

- 위생소모품
  - 기저귀, 방수매트, 식사용 에이프런, 미끄럼방지 양말 등
- 조호기구
  - 지자체 실정에 맞게 구비하여 제공(장기요양서비스 제공으로 유도)

❑ **제공방법**

- 위생소모품
- 조호기구
  - 대여기간 : 3개월 단위, 필요에 따라서 연장 가능
  - 대여방법 : 재가 치매환자에 한하여 무상공급 원칙

❑ **제공절차 및 관리**

- 보호자의 의견을 참고하되 평가를 통해 파악된 환자 상태와 문제의 종류 등을 고려하여 제공할 케어 물품의 종류와 수량 결정
- 위생소모품의 경우 위생소모품 지원 신청서 [서식 1-7] 및 위생소모품 제공 대장 [서식 1-8] 작성

- 대여 기구의 경우 조호기구 대여 신청서 [서식 1-9] 및 조호기구 대여 대장 [서식 1-10]을 작성
- 신청서 내용을 숙지하도록 한 뒤 보호자의 서명 확인 및 기구사용법과 기 사용한 대여물품은 깨끗이 정리·정돈 후 정해진 날짜에 반납하도록 보호자에게 안내

❑ **예산편성 한도**

- 치매안심센터의 원활한 운영을 위해 운영비 한도 내에서 지자체 여건에 따라 탄력적으로 수행

1.3. 치매지원서비스 안내사업

1.3.1. 국가치매지원서비스 안내

❑ **장기요양서비스 안내**

- 치매안심센터는 대상자의 서비스 신청 여부 확인
- 미신청이 확인된 경우, 치매안심센터는 대상자 또는 가족에게 서비스에 대한 세부 내용과 신청 절차 및 제출서류 안내
- 신청서는 국민건강보험관리공단 장기요양서비스 홈페이지에서 다운로드
  - [알림·자료실] → [서식 자료실] → [장기요양인정신청서 검색] → [다운로드]
- 업무 흐름도

업무	업무 시행팀	업무시행시기 및 방식	업무제공대상	업무제공내용
장기요양 서비스 신청여부 확인	등록 관리팀	- 시기 : 장기 요양 서비스 제공에 대한 문의가 들어 왔을 시 - 방식 : 대면 또는 유선상 확인	- 장기요양 서비스를 제공 받고자 하는 등록관리가 되어 있는 치매환자	- 현재 장기요양 서비스 신청/ 미신청 여부 확인 (건강보험공단 홈페이지)

장기요양 서비스 세부내용과 신청절차 및 제출서류 안내	등록 관리팀	- 시기 : 장기요양 서비스 등급 판정상태 확인 후 - 방식 : 대면 또는 유선상 안내	- 장기요양 서비스를 제공받고자 하는 등록관리 된 치매환자 중에서 현재 미신청자	- 등급에 따른 서비스의 세부내용 안내 - 신청절차 및 제출서류 안내
신청서 작성 보조	등록 관리팀	- 시기 : 신청자가 직접 신청서를 작성함에 있어 어려움이 있다고 판단될 경우 - 방식 : 대면	- 직접 신청서를 작성함에 있어 어려움을 겪는 자	- 신청서 작성 보조

❑ 노인돌봄종합서비스 안내

- 치매안심센터는 대상자의 서비스 신청 여부를 확인
  - 대상자와 거주지역 행정복지센터 또는 동주민센터(유선상 확인)
- 미신청이 확인된 경우, 치매안심센터는 대상자에게 행정복지센터 또는 동주민센터에서 지원하는 노인돌봄종합서비스를 안내
- 관련 서비스에 대한 세부 내용과 신청 절차 및 제출서류를 안내
  - 「노인돌봄종합서비스 신청서」는 행정복지센터(동주민센터)에서 구비하고 있으며, 신청서 작성보조 업무 또한 행정복지센터(동주민센터) 직원이 담당하고 있음을 안내
- 업무 흐름도

업무	업무 시행팀	업무시행시기 및 방식	업무제공대상	업무제공내용
노인돌봄 종합 서비스 신청자격 확인	등록 관리팀	-시기 : 노인돌봄종합 서비스 제공에 대한 문의가 들어 왔을 시 - 방식 : 대면 또는 유선상 확인	- 노인돌봄종합 서비스 제공을 받고자 하는 등록 관리된 치매환자	- 노인돌봄종합 서비스 신청여부 확인 (해당 동주민센터 또는 행정복지센터)

노인돌봄 종합 서비스 세부내용과 신청절차 안내	등록 관리팀	- 시기 : 노인돌봄종합 서비스 신청자격 확인 후 - 방식 : 대면 또는 유선상으로 확인	- 노인돌봄종합 서비스를 제공 받고자 하는 등록 관리된 치매 환자 중에서 현재 신청 자격이 되는 경우	- 서비스의 세부내용 안내 - 신청절차 및 제출서류 안내

1.3.2. 지역사회 의료·복지 서비스 안내

❑ **치매안심센터에 등록한 치매환자와 가족이 공공기관(주민센터 등) 또는 민간기관에서 의료·복지서비스를 제공받을 수 있도록 안내**

- 치매환자와 가족이 거주하는 지역과 가까운 기관을 우선적으로 안내
- 관련 서비스에 대한 세부 내용과 신청 절차 및 제출서류를 안내
  - 치매안심센터 자체적으로 목록을 구성하여 안내문 작성 및 관리

❑ **지역사회 의료·복지 자원 주기적 업데이트**

- 치매안심센터가 위치한 지역 및 근방 지역에 있는 의료·복지 자원을 「치매안심통합관리시스템」에 주기적으로 업데이트(반기별 1회)
  - 서비스 종료 사항 또는 추가된 서비스 내용 등을 파악
  - 관련 기관명, 기관에서 제공하는 서비스명, 서비스 제공기간, 담당자명 등을 반기별 1회 업데이트

❑ **업무 흐름도**

업무	업무 시행팀	업무시행시기 및 방식	업무제공대상	업무제공내용
지역사회 의료·복지 서비스 세부내용과 신청절차 안내	등록 관리팀	- 시기 : 지역사회 의료·복지 서비스 제공에 대한 문의 시 - 방식 : 대면 또는 유선상으로 확인	- 지역사회 의료·복지 서비스 제공을 원하는 자	- 서비스의 세부내용 안내 - 신청절차 및 제출서류 안내

1.4. 치매환자 맞춤형사례관리사업

❑ 목적

- 돌봄 사각지대에 있는 치매환자가 치매지원서비스에 대한 '교육이나 정보제공'만으로는 상황을 스스로 개선할 수 없는 경우, 치매지원서비스를 적극적으로 제공 및 연계하여 돌봄 사각지대를 해소

❑ 대상

- 치매안심센터에 등록된 치매환자 중에서 치매사례관리위원회가 다음 선정기준에 근거하여 맞춤형사례관리 대상자로 선정한 자
  - 선정기준
    - 치매환자이며, 돌봄 사각지대에 있고, 치매지원서비스에 대한 교육이나 정보 제공만으로는 상황을 스스로 해결할 수 없는 다음과 같은
  - 긴급복지지원이 필요하다고 판단되는 치매환자
  - 골절 및 중증질환 등으로 치매안심센터 방문이 어려운 치매환자
  - 만 65세 이상 독거 치매환자
  - 만 75세 이상 노부부(둘 중 한 명 이상이 치매환자인 경우)
  - 지역 내 장기요양기관에서 퇴소하여 가정으로 복귀하는 자 중 사례관리가 필요하다고 판단되어 의뢰된 자
  - 장기 요양등급 판정 후 등급탈락자 중 사례 관리의 필요성이 있다고 판단되어 의뢰된 자
  - 시/군/구청 사회복지과, 주민자치 센터, 통장, 부녀회, 지역사회 대표 등을 통해 사례관리가 필요하다고 판단되어 의뢰된 자
  - 기타 지역사회 협의체를 통해 의뢰된 자
  - 그 외 이와 같은 사항에 준하는 치매환자
  - 기타 지역사회 협의체를 통해 의뢰된 자

❑ 일정

- 연중상시

❑ 장소

- 주소지 관할 치매안심센터 또는 대상자 가정

❑ 기간

- 맞춤형사례관리 총 소요기간 : 최대 3년

❑ 업무 흐름도

업무	업무 시행팀	업무시행시기 및 방식	업무 제공대상	업무제공내용
사례관리 신청	등록 관리팀	- 시기 : 사례 의뢰 및 발굴 시 - 방식 : 접수된 사례를 치매 안심통합관리 시스템에 입력	- 의뢰 및 발굴된 사례를 접수	- 치매안심센터 미등록자 : 기초/심층 상담 및 등록 후, 사례관리 신청 - 치매안심센터 기등록자 : 사례관리 신청
↓				
신청서 및 동의서 확보	등록 관리팀	사례관리 신청 시	- 사례관리를 신청한 자	- 맞춤형사례관리 신청서 및 동의서 확보
↓				
대상자 선정 심사	등록 관리팀	사례관리 신청 후 2주 이내	- 접수된 사례	- 치매안심센터 맞춤형사례관리 대상자 선정 기준에 따라 심사 - 대상자 확정 - 대상자에게 맞춤형사례관리 대상자 선정여부 통보
↓				
초기 평가	등록 관리팀	사례관리 신청 후 3주 이내	- 맞춤형 사례관리 대상자로 등록된 자	- 평가영역에 따라 대상자의 욕구 및 문제를 사정 - 상황에 따라 초기면접 진행 - 초기평가서 작성
↓				
실행 계획 수립	등록 관리팀	사례관리 신청 후 4주 이내	- 맞춤형사례 관리 대상자	- 목표설정 및 실행계획 수립 - 필요에 따라 내부 또는 외부 사례회의 진행 (선택사항) - 맞춤형사례관리 계획표 작성

맞춤형 사례관리 서비스 제공	등록 관리팀	실행계획수립 이후 ~ 1차종결 이전까지	- 맞춤형사례 관리 대상자	- 맞춤형사례관리 계획에 따른 서비스 제공 - 맞춤형사례관리 일지 작성 - 맞춤형사례관리 지도·감독
단계 평가 (1/2/3차)	등록 관리팀	사례관리 신청 후 3/6/12개월 시점 * 1차평가 : 3개월 * 2차평가 : 6개월 * 차평가 : 12개월	- 맞춤형사례 관리 대상자	- 계획 달성 여부 점검 - 평가 결과에 따라 계획 수정이 필요한 경우, 계획 조정 - 단계평가서 작성
1차 종결	등록 관리팀	사례관리 신청 후 12개월 시점에 1차 종결	- 맞춤형사례 관리 대상자	- 맞춤형사례관리 목표 달성도 평가 - 1차 종결 평가에 따라 맞춤형사례관리 연장여부 심사 - 맞춤형사례관리 1차 종결 확정인 경우 : 만족도 조사 실시 - 연장확정인 경우 : 연장신청서 및 관련 동의서 확보 : 맞춤형사례관리 서비스 제공 연장 : 필요에 따라 맞춤형사례관리의 계획조정 및 재사정
사후 관리 및 추적 평가	등록 관리팀	- 사후관리 시점 : 1차 종결 시점을 주기로 1년마다 실시 - 사후관리 기간 : 1차 종결 이후 1~2년	- 맞춤형사례 관리 대상자	- 1차 종결 이후 안정화 여부 점검 (사후관리) - 사후관리에 대한 추적평가 - 재개입 필요성 여부 판단 - 추적평가서 작성
최종 종결	등록 관리팀	최종종결 시기 : 사례관리 신청 시점으로부터 3년 이내	- 맞춤형사례 관리 대상자	- 사례관리를 위한 대상자와 담당자간의 모든 협력활동 종료 - 최종종결평가서 작성

❑ 사업 절차

〔단계별 맞춤형 사례관리 절차〕

단 계	내 용
1단계 : 사례관리 신청 및 대상자 선정	● 사례관리 신청 ● 맞춤형사례관리 신청서 및 동의서 확보 ● 대상자 선정 기준 부합 여부 심사 ● 대상자 확정
2단계 : 초기평가	● 초기평가서 작성 ● 대상자 욕구 및 문제 사정
3단계 : 실행계획 수립	● 목표 설정 및 실행계획 수립 ● 필요에 따라 내부 또는 외부 사례회의 진행
4단계 : 맞춤형사례관리 서비스 제공	● 계획에 따른 서비스 제공 ● 맞춤형사례관리 지도 및 감독(슈퍼비전)
5단계 : 단계평가(1/2/3차)	● 계획 달성 여부에 대한 단계평가(1/2/3차) ● 평가결과에 따라 계획 수정이 필요한 경우 계획 조정
6단계 : 1차 종결	● 목표 달성도 평가 ● 1차 종결 및 맞춤형사례관리 연장 여부 심사 ● 1차 종결 또는 맞춤형사례관리 연장 확정 ● 만족도 조사
7단계 : 사후관리 및 추적평가	● 1차 종결 이후 안정화 여부 점검(사후관리) ● 사후관리에 대한 추적평가 ● 재개입 필요성 여부 판단
8단계 : 최종 종결	● 사례관리를 위한 대상자와 담당자간의 모든 협력활동 종료

❑ **1단계** : 사례 접수 및 대상자 선정(사례관리 신청 후 2주 이내)

단 계	내 용
사례관리 신청	● 의뢰 또는 발굴된 사례 접수 - [서식 1-11] 맞춤형사례관리 신청 ● 맞춤형사례관리 신청서 및 동의서 확보 - [서식 1-12] 맞춤형사례관리 신청서 - [서식 1-4] 개인정보 조회·처리·제공 동의서
대상자 선정심사	● 맞춤형사례관리 대상자 선정심사 (치매사례관리위원회) - [서식 1-13] 맞춤형사례관리 대상자 선정심사 회의록 ● 맞춤형사례관리 대상자 적합성 여부 결정
대상자 확정	● 맞춤형사례관리 대상자 확정 통보

● 의뢰 또는 발굴된 사례의 예
- 보건소 방문건강관리팀에서 의뢰된 자
- 치매안심요양병원 등 의료기관을 통해 의뢰된 자
- 지역 내 장기요양기관에서 퇴소하여 가정으로 복귀하는 자 중 사례관리가 필요하다고 판단되어 의뢰된 자
- 장기 요양등급 판정 후 등급탈락자 중 사례 관리의 필요성이 있다고 판단되어 의뢰된 자
- 시/군/구청 사회복지과, 주민자치 센터, 통장, 부녀회, 지역사회 대표 등을 통해 사례관리가 필요하다고 판단되어 의뢰된 자
- 기타 지역사회 협의체를 통해 의뢰된 자

❑ **2단계** : 초기평가(사례관리 신청 후 3주 이내)

● 맞춤형사례관리 초기평가 실시
- 평가영역에 따라 대상자의 욕구 및 문제 사정
- 평가영역은 환자에 따라 상이하게 시행 가능

- [서식 1-14] 맞춤형사례관리 초기평가서
- [서식 1-15] 맞춤형사례관리 초기평가 평가도구

❑ **3단계** : 실행계획 수립(사례관리 신청 후 4주 이내)

● 실행 목표 설정 및 계획 수립
- 대상자의 욕구 및 문제를 해결하기 위한 실행 목표 설정하고 구체적인 계획을 수립

● 맞춤형사례관리 계획표 작성
- [서식 1-16] 맞춤형사례관리 계획표

● 필요에 따라 내부 또는 외부 사례회의 진행(선택사항)
- [서식 1-17] 맞춤형사례관리 사례회의록

❑ **4단계** : 맞춤형사례관리 서비스 제공

● 건강관리
- 현재 복용 중인 약물을 파악하고, 정보를 제공
- 동반질병에 대한 파악과 상담 실시
- 의료진과 효과적인 의사소통을 하는지 확인하고 요령을 설명

● 일상생활관리
- 일상적인 케어에 어려움이 있는지 확인하고, 기본 케어기술을 교육
- 정신행동증상이 있는지 확인하고 대처요령을 교육
- 효과적인 의사소통을 하는지 확인하고 기본 요령을 설명
- 의미 있는 사회활동이 있는지 확인하고 격려

● 가정 내 안전관리
- 낙상과 사고방지를 위한 교육
  - 화장실 안전수칙
  - 약물 안전수칙
  - 부엌과 식당에서의 안전수칙
- 지역사회 자원을 동원한 주거환경 환경 개선

- 가족 상담, 가족교실 및 자조모임 제공
  - 센터 방문이 어려운 경우 방문형 가족지지프로그램 제공기관 연계
- 센터 내 서비스 제공
  - 치매안심센터 직접 서비스 제공
  - 센터로 방문이 가능한 대상자의 경우 쉼터 이용 독려
- 센터 외 서비스 연계
  - 대상자별 맞춤형 치매지원서비스 연계
    - 알짜정보 내비게이션을 통한 맞춤형 치매지원서비스 연계
  - 가정방문서비스 연계
    - 치매 자원봉사자 1:1 결연서비스 연계
    - 동주민센터 및 보건소 방문간호서비스와 연계
    - 독거노인 생활관리사 연계
  - 지역사회 의료·복지서비스 연계
    - 지역사회 자원조사에서 파악된 자원을 통해 건강, 일상생활, 안전, 사회생활 등 지원
  - 타 기관 서비스를 연계할 경우, 해당 기관에 의뢰하여 서비스를 연계
    - [서식 1-19] 서비스 의뢰서
- 맞춤형사례관리 서비스 제공 진행현황 기록
  - [서식 1-18] 맞춤형사례관리 일지
- 맞춤형사례관리 지도·감독(슈퍼비전)
  - 담당자는 해당 맞춤형사례관리에 대한 지도·감독(슈퍼비전)을 받음
  - 등록팀장 및 부센터장 또는 외부 전문가(교수진 등)가 지도·감독(슈퍼비전)을 행함
  - [서식 1-20] 맞춤형사례관리 지도·감독(슈퍼비전) 일지

❑ **5단계** : 단계 평가

- 1/2/3차 평가
  - 시기 : 사례관리 신청 이후 3/6/12개월 시점
  - 실행계획 이행여부 점검

- 평가 결과에 따라 계획 수정이 필요한 경우, 계획 조정
- 맞춤형사례관리 단계평가서 작성
  - [서식 1-21] 맞춤형사례관리 단계평가서

❑ **6단계** : 1차 종결

- 사례관리 신청 후 12개월 시점에 실시
  - 맞춤형사례관리 목표 달성도 평가
  - 대상자 변화 사항 평가
  - 사후관리 계획 수립
- 1차 종결 평가서 작성
  - [서식 1-22] 맞춤형사례관리 1차 종결 평가서
- 만족도 조사 실시
  - [서식 1-23] 맞춤형사례관리 만족도 조사 설문지
- 1차 종결 평가에 따라 맞춤형사례관리 연장 여부 심사(치매사례관리위원회)
  - [서식 1-12] 맞춤형사례관리 신청서(신청 유형 중 '연장 신청' 표기)
  - [서식 1-4] 개인정보 조회·처리·제공 동의서
  - [서식 1-24] 맞춤형사례관리 연장심사 회의록

❑ **7단계** : 사후관리 및 추적 평가(1차 종결 이후 1~2년)

- 사후관리
  - 1차 종결시점 이후 안정화 여부 점검
  - 필요에 따라 사후관리 계획 조정
  - 1차 종결 시점을 주기로 1년마다 실시
  - 사후관리 총 기간은 평균 1~2년이나, 대상자별로 상이할 수 있음
- 추적 평가
  - 사후관리 이행 여부 점검
  - 추적평가 결과, 재개입이 필요하다고 판단될 경우, 사례관리 재신청을 안내
  - 1차 종결시점을 주기로 1년마다 실시
  - 맞춤형사례관리 추적 평가서 작성
    - [서식 1-25] 맞춤형사례관리 추적 평가서

❑ **8단계** : 최종 종결(사례관리 신청 시점으로부터 3년 이내)

- 맞춤형사례관리를 위한 대상자와 담당자간의 모든 협력활동 종결
- 최종종결은 아래와 같은 경우에 해당함
  - 대상자에 의한 종결
    - 사망, 전출인 경우
    - 사례관리를 거부하는 경우
    - 상황 호전 등으로 맞춤형사례관리가 필요하지 않은 경우
  - 다른 서비스로 연계된 경우
    - 장기요양서비스, 치매안심요양병원 등으로 의뢰된 경우
    - 단, 요양시설 입소 혹은 병원 입원 치료 후 퇴소하는 경우 퇴소 후 재관리 대상으로 인정
  - 종결 절차에 따라 사례 최종 종결
- 맞춤형사례관리 최종 종결 평가서 작성
  - [서식 1-26] 맞춤형사례관리 최종 종결 평가서

2 치매조기검진 및 예방관리사업

❑ **목적**

- 일반 조기검진 : 지역사회 거주 노인을 대상으로 치매 조기검진을 실시하고 치매 및 고위험 노인을 조기에 발견·관리함으로써 치매를 예방하고 치매환자 및 그 가족들의 삶의 질 제고
- 고위험군 집중검진 : 치매조기검진사업을 통해 등록된 노인 및 지역사회의 치매 고위험군을 대상으로 집중검진을 실시하고 치매를 조기 발견하여 치매 유병률 감소

❑ **근거**

- 치매관리법 제11조
- 치매관리법 시행령 제8조(치매검진사업의 범위 등) 및 제9조(치매검진비용 지원대상자)
- 치매관리법 시행규칙 제3조(치매 검진방법 등)

❑ **추진주체**

- 중앙치매센터 : 치매 조기검진 지침 개발 및 제공, 치매안심통합관리시스템 고도화 및 자료관리, 국가 검진 통계 분석 등
- 광역치매센터 : 치매 조기검진사업 교육 및 기술지원, 지자체 검진 통계 등
- 치매안심센터 : 치매 조기검진사업 시행, 치매안심통합관리시스템 입력 및 정도 관리 등

2.1. 일반 조기검진 사업

❑ **사업 개요**

- 사업배경 및 필요성
  - 치매는 다양한 원인에 의해 발생되며 조기에 발견하여 적절히 치료할 경우 완치 또는 중증 상태로의 진행을 억제하거나 증상을 개선하는 것이 가능
  - 치매를 적절히 치료·관리하고 치매에 동반된 문제증상들을 개선시킬 경우 환자와 그 가족의 고통과 부담을 크게 경감시킬 뿐만 아니라 치매로 인한 사회적 비용 절감
- 주요내용
  - 선별검사 및 진단검사 수행
  - 감별검사 협약병원 의뢰

❑ 수행절차

※①, ③번의 자세한 사항은 1. 상담 및 등록관리 사업에서 확인 가능

❑ 구비서류

- 치매조기검진 신청서 [서식 2-1]
- 치매감별검사비 지원 신청서(검사비 지원 신청 시) [서식 2-3]
- 행정정보 공동이용 사전동의서(검사비 지원 신청 시) [서식 2-4]

2.1.1 선별검사

❑ **검진 대상자**

- 치매안심센터 주소지 관할 거주 만60세 이상으로 치매로 진단 받지 않은 모든 주민

※그 외, 만 60세 미만으로 인지능력이 현저히 저하되어 조기검진이 필요하다고 판단되는 경우 (모든 사업대상자 중 저소득 주민 우선 검진)

❑ **검진 시행자**

- 치매전문교육을 받은 치매안심센터 직원
  - 중앙치매센터 홈페이지에서 「[중앙]직무심화공통(필수)과정-치매안심센터 종사자를 위한 치매 선별검사 수행 교육」 이수

❑ **검진 주기**

- 정기적 : 선별검사 실시한 당해 연도부터 2년 마다 실시
- 비정기적 : 대상자의 상태가 급격히 악화 되는 등 사정 있을 경우, 당해 연도라도 반복 검사 실시 가능함

❑ **검진 장소**

- 주소지 관할 치매안심센터
  - 다만, 골절 및 중증질환 등 불가피한 경우 방문검진을 시행하며, 방문 검진 시 주변의 방해를 받지 않고 검진을 시행할 수 있는 공간 확보

❑ **검진 예약**

- 센터 방문 또는 전화 예약

❑ **검진 도구 및 내용**

- 치매 선별용 한국어판 간이정신상태검사지(MMSE-DS) [서식 2-2]

❑ 검진 결과 해석

- MMSE-DS 진단검사 의뢰 점수'를 기준으로 결과 해석

> * MMSE-DS 진단검사 의뢰 점수'와 같거나 높은 경우 '정상'으로 분류
> ➪ 등록관리 사업으로 연계하여 등록 후 지속 관리 시행
> (2년마다 선별검사 실시, 치매예방 정보제공 및 프로그램 연계)
> * MMSE-DS 진단검사 의뢰 점수'에 제시된 점수 미만일 경우 '인지저하'로 분류
> ➪ 진단검사 안내 또는 예약

❑ 검진 결과에 따른 조치

- 공 통
  - 치매안심센터 담당자는 해당 결과를 치매안심통합관리시스템에 입력
- 정상으로 분류된 경우
  - 서면, 전화 혹은 대면 설명으로 검진 결과 통보
- 인지저하로 분류된 경우
  - 서면, 전화 혹은 대면 설명으로 검진 결과 통보
  - 진단검사 안내·상담을 통해 검사 예약

❑ 검진 결과지 보관 및 후속상담

- 치매 선별 검사지를 대상자가 요청 시 발급*해야 하며, 자료는 회계연도 기준으로 하여 5년 보관함〈보관기한에 대해서는 별첨 참조〉

  * 본인 또는 가족 신분증, 가족관계증명서 등 확인 후 발급

- 검사 결과에 따라 정상은 치매예방법을 안내하고 선별검사를 주기적으로 실시할 수 있도록 하고, 인지저하는 진단검사를 받을 수 있게 상담

2.1.2 진단검사

❑ 검진 대상자

- 치매안심센터 주소지 관할 거주 만 60세 이상으로, 치매로 진단받지 않은 모든 노인 대상, 선별검사 결과 '인지저하'로 판정된 자, 치매 의심증상이 뚜렷한 자

  ※ 그 외, 만 60세 미만으로 치매 의심증상이 뚜렷하여 진단검사가 필요하다고 판단되는 경우 (모든 사업대상자 중 저소득 주민 우선 검진)

❑ 검진 수행 및 평가

- (장소) 치매안심센터
  - (수행) 치매안심센터 직원인 임상심리사(정신보건임상심리사 포함) 또는 시행훈련 받은 간호사
  - (평가) 협력의사*

  ※ 협력의사 기본급 : 주 8시간 이상 근무하는 것을 원칙으로 하되, 월 2,116,000원 지급(급여는 지자체 여건에 따라 상향 조정 가능, 사업비에서 지출 가능)

  • 협약병원(혹은 감별검사 위탁 중인 병원) 의사로, 신경과 또는 정신건강의학과 의사 중 위촉

  • 관내 신경과 혹은 정신건강의학과 전문의가 없는 경우 치매 전문 교육을 이수한 의사 중에서 위촉

  • 상기 사항을 충족하지 못할 경우, 보건소 내 치매 전문 교육을 이수한 의사 가능

  * (경과규정) 위 조건에도 불구하고 협력의사 위촉이 어려운 경우, '18.6월까지 진단검사 협약 병원 시행 가능

❑ 검진 절차(방법)

1단계	환자 면담(진료)			협력의사
2단계	진단검사 수행 (CERAD-K(N), SNSB, LICA)			임상심리사 또는 시행훈련받은 간호사
3단계	치매 임상 평가			협력의사
	㉮치매 확진	㉯경도인 지장애	㉰정상	
결과에 따른 조치	감별검사 의뢰	1년마다 진단검사	2년마다 선별검사	조기검진팀

❑ 검진 도구 및 내용

- 전문의 진찰, 치매척도 검사, 치매신경인지검사(CERAD-K 제 2판, SNSB Ⅱ, LICA 중 한 가지를 선택해서 시행), 일상생활척도검사 등 실시

❑ 검진 결과에 따른 조치

- 공 통
  - 치매안심센터 담당자는 해당 결과를 치매안심통합관리시스템에 입력

※ 진단 분류군 : ㉮ 치매 ㉯ 경도인지장애 ㉰ 정상

㉮ 치매 : DSM-5 치매 기준에 근거

㉯ 경도인지장애 : 현재 치매는 아니지만 인지기능 저하가 분명히 있는 경우로, 전문의 진찰 결과 치매 진행 예방 또는 인지기능저하의 개선을 위해 적극적인 관리 노력이 필요할 것으로 판단되는 상태(퇴행성 뇌질환 초기, 혈관성 인지손상뿐만 아니라, 우울증으로 인한 인지기능저하 상태, 신체적 원인에 의한 인지기능저하 상태 등 다양한 원인에 의한 기능저하 상태를 포괄하는 광의의 경도인지 장애 (MCI : Mild Cognitive Impairment)

㉰ 정상 : 상기한 치매 또는 치매 고위험에 해당하지 않는 경우에 진단 (경미한 건망증만 나타나는 경우도 포함됨)

- ‘치매’ 로 진단 분류된 경우
  - 원인(감별)검사 연계 ➪ 원인 확진 후 등록 사업 연계 ➪ 지속관리
- ‘경도인지장애’로 진단 분류된 경우
  - 1년마다 진단검사 실시, 인지강화교실 연계 및 정보 제공
- ‘정상’으로 진단 분류된 경우
  - 2년마다 선별검사 실시, 치매예방교실 연계 및 정보 제공

❑ **검진 결과 통보**

- 협력의사가 직접적인 대면을 통해 진단을 내리고 최종적인 결과를 직접 설명
- 필요한 경우 가족에게도 대면 또는 전화로 설명

2.1.3 감별검사

❑ **검진 대상자**

- 치매 진단검사 결과, 치매의 원인에 대한 감별검사가 필요한 자

❑ **검진 장소**

- 협약병원

❑ **검진 도구 및 내용**

- 치매 원인규명을 위한 혈액검사, 뇌 영상 촬영(CT 두부) 등 실시
- 연령·소득 기준에 모두 부합 시 감별검사 비용 지원(의원·병원·종합 병원급 상한 8만원, 상급종합병원 상한 11만원)
  - 지원한도 내에서 실비 지원
  - 연령기준 : 만 60세 이상인 자
  - 소득 기준 : 기준 중위소득 120% 이하인 자
    ※치매치료관리비 지원사업과 대상 기준 및 절차 동일
  - 기타 보건소장이 치매 예방 및 관리를 위하여 치매 조기검진이 필요하다고 인정하는 자는 시·군·구(보건소)별로 소득기준 등 자체기준을 정하여 시행

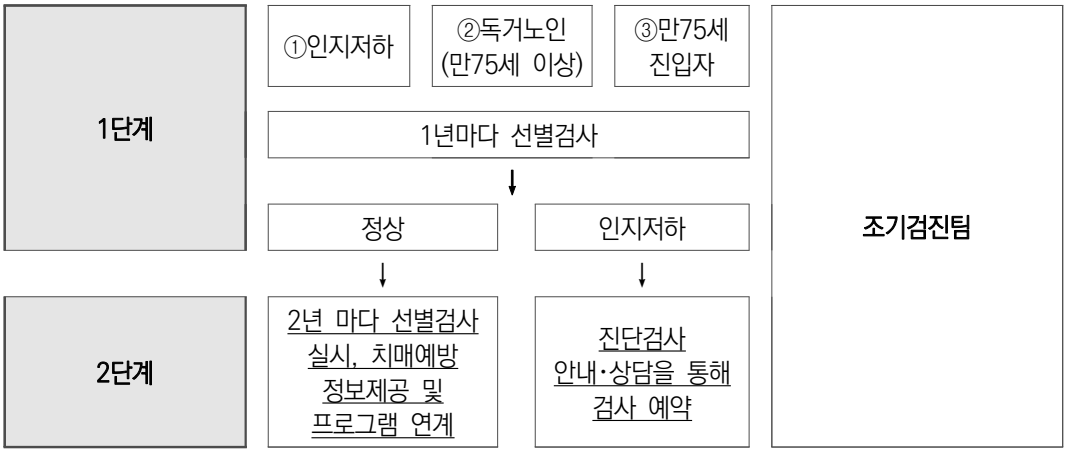
❑ **검진 결과에 따른 조치**

- 검진 결과에 따라 치매안심센터 내 사업 등 관련 사업 연계

2.2. 고위험군 집중검진 사업

❑ **사업 개요**

- 사업배경 및 필요성
  - 경도인지장애 대상자의 경우 정상인에 비해 치매에 걸릴 확률이 8배 이상
  - 치매 고위험군에 해당되는 독거노인, 75세 이상 고령 노인을 치매로 진행되지 않도록 치매예방 교육 및 상담 등의 집중 검사관리가 필요
- 추진주체
  - 중앙치매센터 : 고위험군 집중검진사업 지침 개발 및 제공, 치매안심통합관리시스템 고도화 및 관리, 국가 검진 통계 분석 등
  - 광역치매센터 : 고위험군 집중검진사업 교육 및 기술지원, 지자체 검진 통계 확보
  - 치매안심센터 : 고위험군 집중검진사업 시행, 치매안심통합관리시스템입력, 지역 검진 통계 확보
- 주요내용
  - 대상자별(인지저하자/만 75세 이상 독거노인/만 75세 진입자) 집중검진사업
- 업무 절차



2.2.1. 인지저하자 집중검진

❑ **검진 대상자**

- 치매선별검사 결과 '인지저하'로 분류되었으나 진단검사를 받지 않은 자
  - MMSE-DS 점수에 대한 정상 노인 기준 값을 기준으로 결과 해석
  ※'[표 2-1] MMSE-DS 진단검사 의뢰 점수'에 제시된 점수 미만일 경우 '인지저하'로 분류

❑ **검진 주기**

- 정기적 : 선별검사 실시한 다음해 1년 마다 실시
- 비정기적 : 대상자의 상태가 급격히 악화 되는 등 사정 있을 경우, 당해 연도라도 반복 검사 실시 가능

❑ **검진 장소**

- 내원검진 : 주소지 관할 치매안심센터
- 방문검진 : 내원검진을 원칙. 다만 골절·중증질환 등 건강상의 이유로 센터의 방문이 어려울 경우 방문검진 시행(단, 방문 검진 시 주변의 방해를 받지 않고 검진을 시행할 수 있는 공간 확보 필수)

❑ **검진 예약**

- 검사 안내
  - 집중검진 대상자임을 설명, 검사 내용 및 절차 안내
- 검사 예약
  - 센터 방문 또는 전화 예약

❑ **검진 도구 및 내용**

- 치매 선별용 한국어판 간이정신상태검사지(MMSE-DS) [서식 2-2]

❑ **검진 결과 해석**

- 'MMSE-DS 진단검사 의뢰 점수'를 기준으로 결과 해석

* MMSE-DS 진단검사 의뢰 점수'와 같거나 높은 경우 '정상'으로 분류
  ➪ 2년마다 선별검사 실시, 치매예방 정보제공 및 프로그램 연계
* 'MMSE-DS 진단검사 의뢰 점수'에 제시된 점수 미만일 경우 '인지저하'로 분류
  ➪ 진단검사 안내·상담을 통해 검사 예약

❑ 검진 결과에 따른 조치

- 치매안심센터 담당자는 해당 결과를 치매안심통합관리시스템에 입력
- 별도 관리 및 추적 관찰

❑ 검진 결과 통보

* '정상'으로 분류된 경우 : '치매선별검사 결과 보고(정상)'
  서면, 전화 혹은 대면으로 검진 결과 통보
* '인지저하'로 분류된 경우 : '치매선별검사 결과 보고(인지저하)'
  전화 또는 직접 설명을 통해 결과 통보

❑ 검진 결과지 보관 및 후속상담

- 치매 선별 검사지를 대상자가 요청 시 발급*해야 하며, 자료는 회계연도 기준으로 하여 5년 보관함〈보관기한에 대해서는 별첨 2 참조〉
  * 본인 또는 가족 신분증, 가족관계증명서 등 확인 후 발급
- 검사 결과에 따라 연도별 대상자 상태 추이 설명하고, 예방정보 및 프로그램 안내
- 추가 검사(진단, 감별)가 필요할 경우 검사내용 설명하고, 검사 받을 수 있도록 안내

2.2.2. 독거노인 집중검진

❑ 검진 대상자

- 만75세 이상 독거노인
  - 유관기관(독거노인종합지원센터, 주민센터 등)을 통해 치매안심센터 관할 지역에 주민등록상 동거자 유무에 상관없이 실제 혼자 살고 있는 75세 이상 독거노인 파악
- 치매조기검진을 한 번도 받지 못한 어르신을 우선 대상자로 선정

❑ 검진 주기

- 정기적 : 선별검사 실시한 다음해 1년 마다 실시
- 비정기적 : 대상자의 상태가 급격히 악화 되는 등 사정 있을 경우, 당해 연도라도 반복 검사 실시 가능

❑ 검진 장소

- 필요시 대상자의 가정을 방문하여 환자의 건강상태를 파악한 후 내원검진 혹은 방문검진 안내함
- 내원검진 : 주소지 관할 치매안심센터
- 방문검진 : 건강상의 이유로 센터 방문이 어려울 경우, 방문검진 시행
  ※단, 방문 검진 시 주변의 방해를 받지 않고 검진을 시행할 수 있는 공간 확보 필수

❑ 검진 예약

- 검사 안내
  - 집중검진 대상자임을 설명, 검사 내용 및 절차 안내
- 검사 예약
  - 환자의 건강상태에 따라 방문검진 혹은 내원검진 예약
  ※검진 도구 및 내용, 검진 결과에 따른 조치는 2.2.1 인지저하자 집중검진 내용 참고

❑ 검진 결과 해석

- ‘MMSE-DS 진단검사 의뢰 점수’를 기준으로 결과 해석

* ‘MMSE-DS 진단검사 의뢰 점수’와 같거나 높은 경우 ‘정상’으로 분류 ➪ 1년마다 선별검사 실시, 치매예방 정보제공 및 프로그램 연계 * ‘MMSE-DS 진단검사 의뢰 점수’에 제시된 점수 미만일 경우 ‘인지저하’로 분류 ➪ 진단검사 안내·상담을 통해 검사 예약

2.2.3. 만 75세 진입자

❑ **검진 대상자**

- 치매안심센터 주소지 관할 거주자 중 주민등록상 만 75세 진입 노인
  - 유관기관(주민센터 등)을 통해 치매안심센터 관할 지역 만 75세 진입한 어르신 파악
    - 주민센터와의 협업을 통해 1년에 2회 치매조기검진 홍보물 발송
- 치매조기검진을 한 번도 받지 못한 어르신을 우선 대상자로 선정

❑ **검진 시기**

- 대상자가 주민등록상 만 75세에 진입한 연도

❑ **검진 장소**

- 내원검진 : 주소지 관할 치매안심센터
- 방문검진 : 내원검진을 원칙. 다만 골절·중증질환 등 건강상의 이유로 센터의 방문이 어려울 경우 방문검진 시행(단, 방문 검진 시 주변의 방해를 받지 않고 검진을 시행할 수 있는 공간 확보 필수)

※ 검진 예약, 검진도구 및 내용, 검진결과 해석, 검진결과에 따른 조치 등은 상기 인지저하자 내용과 동일하므로 생략

2.3 치매예방 관리사업

2.3.1. 치매예방 콘텐츠 확산

❑ **목적**

- 건강 생활 실천과 치매 발생 위험 요인의 지속적 관리가 가능하도록 개발된 치매예방수칙 3·3·3, 치매예방운동법, 모바일 어플리케이션 '치매체크' 등 콘텐츠 보급

❑ **대상**

- 지역 주민

❑ 일정

- 연중상시

❑ 추진주체

- 중앙치매센터 : 연구를 통한 근거 기반 및 표준화된 치매예방 콘텐츠 개발·보급, 홍보 콘텐츠 기획·배포
- 광역치매센터 : 중앙치매센터에서 개발·기획한 콘텐츠 활용, 자체 치매예방 콘텐츠 개발, 영상·유인물 등의 형태로 홍보물 기획·제작하여 치매안심센터로 배포
- 치매안심센터 : 중앙·광역치매센터에서 제공받은 치매예방 콘텐츠를 직접 서비스 형태로 대상에게 배포 및 확산

❑ 콘텐츠 소개

- 치매예방과 관련된 다른 콘텐츠도 사용 가능(아래 콘텐츠는 예시)
- 치매예방수칙 3·3·3

  ※ 자세한 사항은 중앙치매센터 홈페이지, '치매체크' 앱에서 확인 가능

- 치매예방운동법
  - 치매예방운동은 과학적인 근거가 있는 동작으로 구성되어 있으며 일상생활에서 누구나 쉽게 따라할 수 있고 기억력과 걷기 수준, 인지기능과 근골격계 질환 유무에 따라 누구나 쉽게 맞춤형으로 실시 가능

    ① 뇌신경체조 : 대뇌신경을 자극하고 뇌의 혈액순환을 증가시켜 대뇌 피질의 활성화를 유도하여 인지기능을 향상시키는 동작

    ② 치매예방체조 : 뇌의 혈액순환 증가 및 인지기능을 향상시키는 유산소 운동

- 치매체크 어플리케이션
  - 중앙치매센터가 개발한 모바일 기반 어플리케이션 '치매체크'는 치매에 대한 다양한 정보 제공

  ※ 치매체크 어플리케이션 사용 매뉴얼 참조

❑ **콘텐츠 확산**

- 치매안심센터 홈페이지 게시, 방문자 대상 안내, 유관기관에 소개, 치매극복의 날 박람회 부스 운영, 치매파트너 교육, 치매안심센터 홍보 등 다양한 홍보 방안 모색
  - 중앙치매센터 홈페이지에 게시된 홍보물 이용시 '간행물 사용 서약서 [서식 5-14]'를 작성하여 중앙치매센터 간행물 관리자에게 제출 → 중앙치매센터의 간행물을 파일 형태로 내려받거나 해당 간행물의 저작권이 있는 업체를 연결받아 제작
  - 인쇄물 제작 시 소요량을 예측해 분기별 혹은 연도별로 사전 제작. 제작에 드는 비용은 치매안심센터 사업비 사용(신청 용도로만 자료 사용이 가능하며 자료의 편집 및 수정 불가)

2.3.2. 치매예방 실천 강화

❑ **목적**

- 치매 발생 위험 요인과 치매 발생 위험 정도를 정확히 파악하여 평소에 잘 관리하는 것이 치매 예방에 중요하므로 개인별 맞춤 치매 예방 실천 행동 강령 제시

❑ **대상 및 일정**

- 지역 주민/연중상시

❑ **추진주체**

- 중앙치매센터 : 치매예방실천지수 개발 및 '치매체크'를 통해 배포하고 관련 사용법 매뉴얼 제작
- 광역치매센터 : '치매체크' 홍보, 치매안심센터 직원들에게 직무교육 시 어플리케이션 사용법 및 사업 진행에 대해 교육
- 치매안심센터 : 지역 주민의 치매 위험 진단 및 치매 예방법 실천 장려

❑ **치매위험도 확인(치매예방실천지수)**

- '치매체크의 뇌건강 트레이너' 메뉴는 치매예방실천지수를 기반으로 제작되었으며 대상자의 치매 위험 정도를 알아보고 이를 바탕으로 개인별 맞춤형 치매예방실천 활동 제시

- 치매예방실천지수는 치매예방수칙 3·3·3을 기본으로 위험요인에 따라 우선 개선이 필요한 행동강령을 구성하여 제시
- 치매예방실천지수는 치매 발생 위험 요인 관리를 위하여 치매 위험 수준을 자각하고 평가할 수 있는 점수화된 실천 지표 제공

❑ 치매예방교실 운영

- 치매로 진단받거나 치매 고위험군 어르신을 제외한 일반 어르신을 대상으로 센터 사정에 맞게 치매예방을 위한 프로그램 운영
- 치매예방교실의 참여를 원하는 대상자에게는 치매예방교실 이용 신청서 [서식 2-6] 및 응급상황 대응지침 동의서 [서식 2-7], 개인정보 조회·처리·제공 동의서 [서식 1-4]를 작성

  * 기 제출한 서류가 있을 시, 구비서류에 대해 추가 제출하지 않아도 됨
- 저소득 및 가족이 치매환자인 경우, 치매예방교실의 이용과 대기순위에 대한 우선권을 부여
- 정상 어르신의 여건에 맞게 복지관과 같은 여러 타 기관 혹은 시설에서 운영하는 치매예방교실로 연계하여 이용할 수 있도록 독려
- 참여인원
  - 1교실 당 최대 20명, 치매안심센터 실정에 맞게 조정 가능

  * 프로그램 참여인원 초과 시 치매선별검사 평가, 경제적 능력, 연령, 차상위 등 자체규정을 만들어 우선순위 체계 관리
- 운영방법
  - 회당 60분 이상, 주1회 이상
  - 총 회기의 70% 이상, 6개월 이상 참여 권장
  - 이용 대상자는 6개월을 기준으로 계속 이용을 원할 시 치매예방교실 연장신청서 [서식 2-11]를 작성하여 제출해야 하며, 최대 2년까지 연장할 수 있도록 함
  - 치매예방교실 이용의 최대 기한(2년)은 지역사회 내에 있는 모든 정상군 어르신을 대상으로 할 수 있게 하는 것을 기본 원칙으로 하되, 이용 신청자가 매우 소수이거나 대기자가 너무 많은 경우 센터별 상황에 따라 탄력적으로 운영 가능

- 참여자에게 사전·사후 평가를 위하여(MMSE-DS, SGDS-K, SMCQ) 실시
- 다양한 예방정보를 대상자에게 제공. 치매안심센터 실정에 맞게 조정
- 프로그램 운영 후 치매예방교실 운영일지 [서식 2-11] 작성

* MMSE-DS(Mini Mental State Examination-Dementia Screening)

* SGDS-K(Short form of Geriatric Depression Scale-Korean version)

* SMCQ(Subjective Memory complaints Questionnaires)

[치매예방교실 교육 커리큘럼 예시]

회기	프로그램	시간(분)
사전준비 : 프로그램 참여자 모집, 면담, 사전검사(MMSE-DS, SGDS-K, SMCQ)		
1	프로그램 소개 및 안내 치매조기진단 및 예방의 필요성 치매예방수칙 333 소개	60
2	치매예방운동법	60
3	'치매체크'앱 사용법(치매예방실천지수 등)	60
4	두근두근 뇌운동	60
사후관리 : 사후검사(MMSE-DS, SGDS-K, SMCQ), 면담, 프로그램 재참여 의사 확인		

❑ 업무흐름도

업무	업무시행팀	업무시행시기 및 방식	업무제공대상	업무제공내용
상담	- 등록관리팀	- 시기 : 센터 최초 접촉 시, 일반 정상군 대상자가 치매예방 프로그램의 참여를 원하는 경우 - 방식 : 전화, 내소, 방문, 인터넷	- 관내 지역 주민 누구나	- 각 센터별 현재 운영되고 있는 치매예방교실 중 대상자에 해당하는 프로그램과 이용절차 안내
↓				
신청	- 치매 예방교실 운영팀	- 시기 : 치매예방교실 이용 상담 후 - 방식 : 내소, 방문	- 치매예방교실 이용 신청을 원하는 분	- 치매예방교실 이용신청서 및 응급상황 대응지침 동의서와 개인정보 조회·처리·제공 동의서를 작성하도록 함

				- 치매군이나 고위험군이 아닌 경우이므로 별도의 진단서류 필요없음
운영	- 치매 예방교실 운영팀	- 시기 : 치매예방교실 이용 신청(재신청) 후 - 방식 : 내소	- 치매예방 교실이용 신청 (재신청) 후 승인된 대상자	- 치매예방수칙3·3·3, 치매예방운동법, 치매체크 APP 등의 내용을 토대로 한 치매예방교실 운영 - 저소득 및 가족이 치매 환자인 경우, 치매예방 교실의 이용과 대기 순위에 대한 우선권을 부여함 - 각 센터별 현재 운영중인 치매예방교실 상황에 따라 탄력적으로 운영 하되, 대상자 별 이용은 1회 6개월을 이용 주기로 최장 2년을 넘지 않도록 함

2.3.3. 치매 고위험군 인지 강화

❑ **목적**

- 치매조기검진사업을 통해 발굴된 치매 고위험군에게 치매예방 콘텐츠 제공 및 실천 강화와 더불어 인지 훈련 프로그램 집체교육을 실시하여 인지 훈련의 필요성을 인식하게 하고 직접 인지 훈련을 받을 수 있는 기회를 제공, 대상자의 치매 발병 가능성을 감소시키고 발병 시기를 늦추는 효과를 기대

❑ **대상**

- 치매선별검사 상 인지저하 자
- 경도인지장애로 최종 진단받은 자

❑ **일정**

- 연중 상시

❑ 장소

- 치매안심센터(프로그램실 및 교육실 등)

❑ 추진주체

- 중앙치매센터 : 중앙치매센터가 개발한 인지 훈련 프로그램 보급 및 추가 개발 기획, 인지강화교실 운영 지침 작성 및 배포, 강사양성 교육 콘텐츠 제공
- 광역치매센터 : 치매안심센터 인지강화교실 운영관리, 모니터링 등
- 치매안심센터 : 인지강화교실 운영 및 관리

❑ 인지강화교실 운영

- 경도인지장애 등 고위험군은 인지 기능이 손상된 상태에서 인지 활동도 부족하기 때문에 그 기능이 더욱 악화되는데, 인지기능을 증진시키는 효과를 기대할 수 있는 인지 훈련 프로그램을 활용
- 중앙치매센터의 '(9988 똑똑한 신문읽기) 두근두근 뇌운동 통합본' 등 표준교재를 사용하고 회기별 훈련 내용을 특정하여 구체적으로 커리큘럼 작성
- 광역 및 안심센터에서 개발한 인지 강화 프로그램이나 관련 콘텐츠를 사용하여 치매안심센터 운영 실정에 맞추어 편집 사용

  ※ 광역치매센터에서 개발한 치매예방 프로그램은 각 기관에 문의하여 운영 매뉴얼 및 자료 공유받아 사용

- 치매예방교실에서 치매예방관련 정보제공(치매예방실천지수, 치매예방수칙 3·3·3, 치매예방운동 등)

  ① 참여자 모집

  - 참여자의 한글 독해, 신체활동 능력 등을 우선 파악한 후 등록관리 계획에 따라 인지강화교실에 적용 가능한 경우 연계
  - 인지강화교실에 참여를 원하는 대상자는 '인지강화교실 이용 신청서' [서식 2-9], '응급상황 대응지침 동의서' [서식 2-7], '개인정보 조회·처리·제공 동의서' [서식 1-4]를 작성하여 치매안심센터에 제출

    * 기 제출한 서류가 있을 시, 구비서류에 대해 추가 제출하지 않아도 됨

• '인지강화교실'은 치매고위험군 어르신을 대상으로 인지강화 프로그램을 진행하는 수업을 말하며, 해당 수업에 대한 명칭은 센터 내부 협의를 통해 수정 가능

② 참여 인원

• 1교실 당 최대 20명. 치매안심센터 실정에 맞게 조정 가능

※ 프로그램 참여인원 초과 시 치매상태 평가, 경제능력, 연령, 차상위 등 자체규정을 만들어 우선순위 체계 관리

③ 운영방법

- 회당 60분 이상, 주1회 이상
- 총 회기의 70% 이상, 6개월 이상 참여 권장

• 이용 대상자는 6개월을 기준으로 계속 이용을 원할 시 '인지강화교실 연장 신청서 [서식 2-10]'를 작성해 제출해야 하며, 최대 2년까지 연장할 수 있도록 함

• 인지강화교실 이용의 최대 기한(2년)은 지역사회 내에 있는 모든 치매고위험군 대상자가 할 수 있게 하는 것을 기본 원칙으로 하되, 이용 신청자가 매우 소수이거나 대기자가 너무 많은 경우 등의 센터별 상황에 따라 탄력적으로 운영 가능

• 참여자에게 사전·사후 평가를 위하여(MMSE-DS, SGDS-K, SMCQ) 실시

• 1, 2교시로 나누어 각 교시마다 다른 치매예방 방안을 제시하여 보다 다양한 예방정보를 대상자에게 제공. 치매안심센터 실정에 맞게 조정

• 프로그램 운영 후 '인지강화교실 운영일지 [서식 2-11]' 작성

• 동반치매환자 보호서비스를 제공 : 환자 가족이 가족교실에 참석하는 동안 치매 어르신의 안전한 돌봄 및 인지자극 프로그램 제공. 센터 내부 실정에 맞게 탄력적으로 운영 가능. 단, 기존 인지강화교실 운영에 차질이 없도록 일정 조정

[두근두근 뇌운동 인지강화교실 교육 커리큘럼 예시]

회기	1교시	2교시	시간(분)
사전준비 : 프로그램 참여자 모집, 면담, 사전검사(MMSE-DS, SGDS-K, SMCQ 등)			
1	프로그램 소개 및 안내 치매조기진단 및 예방의 필요성 치매예방수칙 333 소개	치매예방운동 치매체크 사용법 (치매예방실천지수)	90
2	치매체크 사용법(계속) 치매예방운동	두근두근 뇌운동 (지남력, 주의력/작업기억)	90
3	원예치료 치매예방운동	두근두근 뇌운동 (지남력, 집행기능/억제력/ 전환능력/순서결정)	90
4	음악치료 치매예방운동	두근두근 뇌운동 (지남력, 기억력/언어능력)	90
5	미술치료 치매예방운동	두근두근 뇌운동 (지남력, 주의력/작업기억)	90
6	원예치료 치매예방운동	두근두근 뇌운동 (지남력, 집행기능/억제력/ 전환능력/순서결정)	90
7	치매예방실천지수 확인(계속) 치매예방운동	두근두근 뇌운동 (지남력, 소근육운동기능)	90
8	음악치료 치매예방운동	두근두근 뇌운동 (지남력, 주의력/작업기억)	90
9	미술치료 치매예방운동	두근두근 뇌운동 (지남력, 기억력/언어능력)	90
10	원예치료 치매예방운동	두근두근 뇌운동 (지남력, 시공간능력)	90
11	음악치료 치매예방운동	두근두근 뇌운동 (지남력, 주의력/작업기억)	90
12	미술치료 치매예방운동	두근두근 뇌운동 (지남력, 집행기능/억제력/ 전환능력/순서결정)	90
13	치매예방실천지수 확인(계속) 치매예방운동	두근두근 뇌운동 (지남력, 시각 - 운동협응기능)	90
사후관리 : 사후검사(MMSE-DS, SGDS-K, SMCQ 등), 면담, 프로그램 재참여 의사 확인			

❑ 업무흐름도

업무	업무 시행팀	업무시행시기 및 방식	업무제공대상	업무제공내용
상담	- 등록 관리팀	- 시기 : 센터 최초 접촉 시, 고위험군 대상자가 인지강화 교실의 참여를 원하는 경우 - 방식 : 전화, 내소, 방문, 인터넷	- 센터 관할 지역에 거주하는 고위험군 대상자	- 인지강화교실 서비스 이용 절차 안내 - 인지강화교실 이용 등록에 필요한 구비서류 안내
↓				
신청	- 인지 강화교실 운영팀	- 시기 : 인지강화 교실 이용상담 후 - 방식 : 내소, 방문	- 인지강화교실 이용 신청을 원하는 분	- 인지강화교실 이용신청서 및 응급상황 대응지침 동의서와 개인정보 조회·처리·제공동의서작성 안내
↓				
운영	- 인지 강화교실 운영팀	- 시기 : 인지강화 교실 이용 신청(재신청) 후 - 방식 : 내소	- 인지강화교실 이용 신청(재신청) 후 승인된 대상자	- 두근두근 뇌운동 및 기타 광역/안심센터 에서 개발한 효과가 검증된 인지강화프로그램 이나 관련 콘텐츠를 이용한 과정 제공 - 총 인지강화교실 운영 횟수의 30%는 동반치매 환자 보호서비스의 운영을 고려하여 설계

3 치매환자쉼터 운영사업

❑ 개요

- 목적
  - 치매안심센터에 등록된 치매환자로서, 장기요양서비스를 포함한 국가 지원 서비스 신청 대기자, 미신청자를 대상으로 삶의 질 향상과 치매증상 악화를 방지하기 위해 운영
  - 낮시간 동안 치매환자를 보호하여 치매환자 및 가족의 삶의 질 향상 도모, 가족의 부양부담 경감
- 근거
  - 치매관리법 제 17조 4항(치매환자 및 가족 방문·관리)에 근거하여 치매환자를 대상으로 비약물적 요법을 시행, 관리
  - 치매관리법 제 17조 6항(그 밖에 시장·군수·구청장이 치매관리에 필요하다고 인정하는 업무)에 근거하여 노인장기요양서비스에서 충족하지 못 하는 대상에게 비약물적 치료, 돌봄 지원
- 배경 및 필요성
  - 치매환자의 치매악화를 방지하기 위해서 전문적인 인지건강프로그램과 돌봄 제공이 필요
  - 치매환자의 사회적 고립 및 외로움을 예방하기 위해서 가정에서 머물지 않고 쉼터를 방문함으로써 사회적 접촉 및 교류를 증진 가능
  - 치매환자를 돌보는 주보호자 및 가족의 소진과 부양부담 스트레스를 줄이고, 휴식을 제공하기 위해 낮 동안 경증치매환자를 보호해주는 쉼터 필요
- 주요내용
  - 설치 및 운영 인력
  - 운영 규정
  - 제공 서비스

3.1. 쉼터 설치 및 운영인력

❑ 설치

- 원활한 프로그램 운영이 가능하도록 각 지자체에서 대상자 수를 선정하고 쉼터 별도 공간 확보
- 실내의 채광, 조명 밝기, 온도, 습도, 환기 확인
- 이용하는 시설이 2층 이상인 경우 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진에 관한 법률」의 세부기준에 따른 경사로 또는 「승강기시설 안전관리법 시행규칙」에 따른 승객용 엘리베이터 설치 필수(다만, 민간임대 등으로 엘리베이터 설치가 불가능한 경우 2년 내 한시적 수용)

❑ 구비 장비

- 치매환자의 이동보조에 도움이 되는 휠체어, 워커 등
- 기본 건강상태를 체크할 수 있는 혈당기, 혈압기, 체온계 등
- 응급상황에 대비할 수 있는 응급키트 구비(심실세동기 등)

❑ 운영 인력

- 지도감독 : 치매안심센터 센터장
- 필수인력 : 간호사 1인(응급상황 대처), 작업치료사 1인(인지자극프로그램 운영)
- 선택인력 : 사회복지사, 간호사, 작업치료사 중 1인 이상

3.2. 운영규정

❑ 이용 대상

- 치매안심센터에 등록된 치매환자로, 장기요양서비스를 포함한 치매지원서비스를 신청했으나 아직 판정결과가 나오지 않은 대기자
  - <u>장기요양등급 판정을 받은 후, 장기요양서비스 이용대기자(단, 이 경우 치매사례 관리위원회의 결정에 따라 이용 가능)</u>

- 소득 기준에 따라 국민기초생활수급권자 및 차상위 계층 입소 우선
  - 기초생활수급자 〉 의료수급권자(차상위) 〉 일반 순(저소득 순)
- 독거나 노인부부 가구의 치매환자에게 우선권 부여
  - 독거 〉 노인부부 〉 배우자 없이 다른 가족과 거주 〉 배우자와 다른 가족과 거주
- 치매환자쉼터 이용인원의 30%는 저소득층, 독거, 노인부부 가구의 치매환자를 우선적 배정
- 대기인원이 생길 경우 조건과 상황에 따라 치매안심센터에서 판단하여 대기자 명부를 관리하고, 기존인원의 졸업 및 타 서비스 연계 등으로 이용이 종료되는 대상자가 나올 경우 대기 순번에 따라 참여할 수 있도록 할 것

❑ 이용 시간

- 주 5일 오전, 오후(3시간 이상) 운영하며, 센터 상황에 따라 탄력적으로 변동하여 운영 가능
- 오전반 : (예시) 09:30 ~ 12:30, 오후반 : (예시) 13:30 ~ 17:30

❑ 이용 기간

- 장기요양등급 미등급자는 등급판정을 받고 기타 치매지원서비스 연결시점까지로 한정
- 첫 이용날짜를 기준으로 최대 3개월을 기본으로 하며, 3개월 후 장기요양등급 재판정을 받도록 명시
- 원칙적으로 졸업 후 재신청 이용은 불가능. 재이용이 필요한 대상자는 치매사례관리위원회 심의 하에 연장 이용 할 수 있도록 함(연장 1회 당 3개월 연장, 최대 6개월 이내)

❑ 이용 정원

- 오전, 오후 각각 최대인원은 20명
  ※단, 공간과 인력의 여건이 되어 20명 이상 관리가 가능할 경우, 인원 초과 운영가능

❑ 이용 비용

- 무료

❑ 대상자 모집 및 선정 절차

- 대상자 모집
  - 지역사회 홍보
  - 등록관리팀 통해 지역 국민건강보험공단 등급판정외자 연계
- 대상자 선정 절차
  - 신청은 쉼터 직원이 치매환자의 가족 또는 보호자 상담을 통하여 예비신청 수취
  - 보호자가 치매환자를 동반하여 내방. 치매환자의 건강상태를 사정, 면담 진행
  - 치매환자의 건강상태, 보호사유, 구비서류 등을 검토한 뒤 선정심사를 거쳐 그 결과를 통보
- 재신청시, 해당 센터의 치매사례관리위원회가 심사하여 진행함
  - 재신청은 치매사례관리위원회의 심의기간을 고려하여 1차 쉼터 이용 종료일의 최소 2주 전까지 '치매환자쉼터 연장 신청서 [서식 3-2]'를 신청자가 작성하여 제출하도록 함
  - 쉼터 재신청 자격요건은 대상자의 소득 및 주거, 복지상황이 취약한 경우를 우선적으로 고려하고 해당 센터의 치매사례관리위원회가 1주 이내로 연장 여부를 결정하도록 함

❑ 예약 관리

- 치매환자쉼터의 대기자 명단 전체 이용자의 30%는 저소득층, 독거, 75세 이상 노인부부 가구의 치매환자를 우선배정하고, 별도로 예약 명부를 관리할 것

❑ 구비 서류

- 치매진단서 또는 소견서

  ※ 진단서와 소견서 발급이 어려울 경우, 정확한 치매환자임을 판단 가능한 서류로 대체 가능 (ex : 치매질병분류코드와 치매치료제가 명시된 대상자의 처방전 등)
- 치매환자쉼터 이용 신청서 [서식 3-1] : 신청 시 수취
- 치매환자쉼터 응급상황 대응지침 동의서 [서식 2-7] : 신청 시 수취
- 개인정보 조회·처리·제공 동의서 [서식 1-4] : 신청 시 수취

  ※ 소득기준 증명서류, 가족관계증명서는 필요할 경우 제출하도록 안내하고 수취

❑ 이용 수칙 및 책임

- 이용 대상자는 상호간에 화합, 협력하여 원활한 공동생활이 유지될 수 있도록 노력
- 이용 대상자 본인의 부주의로 인하여 발생한 문제는 본인 또는 가족에게 책임이 있음을 명시
- 서비스 이용은 예약제로 실시(단, 불가피할 경우 센터 상황에 따라 당일 이용 신청도 가능)

❑ 서비스 종결

- 이용의 종결은 치매지원서비스 연결시점까지이며, 최대 3개월 이내에 서비스를 종결함을 원칙으로 함
- 다음과 같은 경우 본 센터에서 종결 고지
  - 누적일수 30일 이상 불참 시 퇴소(15일 이상 불참 시 경고를 전화나 문자 등의 방법으로 알림)
  - 전염병 등의 질병으로 인하여 타 이용자에게 해가 되는 자
  - 신체기능 저하 및 행동장애로 본 쉼터 이용에 있어서 위험이 초래된다고 인정된 자
  - 직원의 보호를 거부, 지시에 불응하여 운영에 심각한 영향이 있다고 판단되는 경우
  - 명확한 일신상의 변화 등 사유 없이 이용시간을 5회 이상 어길 경우

❑ 사업 평가

- 대상자에 대해서는 최초 이용 전과 이용 후(3개월 뒤), 치매환자 기능상태 평가(MMSE-DS, GDS, SMCQ 등의 도구를 이용), 만족도 조사를 시행하고 동반 내원한 보호자 대상으로는 가족지원팀으로 연계

❑ 관련 문서 DB 기록

- 치매환자쉼터 이용연장심의표 [서식 3-3]
- 치매환자쉼터 운영일지 [서식 3-4]
- 치매환자쉼터 강사등록카드 [서식 3-5]

3.3. 쉼터 제공 인지자극 프로그램 운영

3.3.1. 인지재활 프로그램 운영(필수)

❑ **서비스 제공 원칙**

- 효과가 검증된 인지재활 프로그램을 운영(예시 : 반짝활짝 뇌운동, 참나무숲 인지재활 프로그램 등), 이하 예시는 '반짝활짝 뇌운동'의 예시임

❑ **개요**

- 전 세계에서 진행된 치매의 비약물 치료에 대한 연구결과들을 대상으로 총제적인 메타분석을 실시하여 실제 효과가 있는 것으로 나타난 운동치료, 현실인식훈련, 회상치료, 인지자극치료, 음악치료로 구성

❑ **시간표**

- 8주간 주 3회, 하루 3시간씩 실시할 수 있도록 구성된 프로그램

❑ **구성**

- 운동치료(24회기 / 30분)
- 현실인식훈련(24회기 / 30분)
- 인지훈련치료(24회기 / 30분)
- 회상치료(8회기 / 60분)
- 인지자극치료(8회기 / 60분)
- 음악치료(8회기 / 60분)

※구체적인 프로그램 내용은 중앙 및 광역치매센터에 확인

3.3.2. 기타 인지자극 프로그램(선택)

❑ **구성 및 내용**

- 경증치매환자의 인지기능 악화 방지, 기능 향상을 시킬 수 있는 다양한 종류의 비약물적 치료 프로그램 운영

- 개인 및 집단 치료 프로그램으로 센터의 인지자극 프로그램 운영담당자의 판단과 필요 상황에 맞게 선택하여 운영
- 프로그램 종류 : 작업치료, 원예치료, 음악치료, 미술치료, 운동치료 등

작 업 치 료

- 정의 : 신체적, 정신적 기능이 저하된 사람에게 의미 있는 치료적 활동(작업)을 통해 최대한 독립적으로 일상생활을 수행하고 능동적으로 사회생활에 참여함으로써 행복한 삶을 영위할 수 있도록 치료, 교육하는 보건의료의 한 전문 분야
- 프로그램 종류 : 컴퓨터 인지재활, 회상치료, 신체기능 증진활동, 기억력 및 현실인식 훈련

원 예 치 료

- 정의 : 식물을 통한 원예활동에 의해서 사회적, 교육적, 심리적 혹은 신체적 적응력을 기르고, 이로 말미암아 육체적 재활과 정신회복을 추구하여 삶의 질을 향상
- 프로그램 종류 : 모종심기, 누름꽃 공예, 수경식물 재배 등

음 악 치 료

- 정의 : 악기 연주, 노래 부르기, 작사 활동을 통해 언어능력, 주의력 등의 인지기능을 향상시키고, 불안, 우울을 감소시켜 사회적응을 높이는데 효과적인 치료
- 프로그램 종류 : 악기 연주하기, 노래 부르기, 창작 가사 쓰기 등

미 술 치 료

- 정의 : 미술 활동을 통해 감정이나 내면세계를 표현하고 기분의 이완과 감정적 스트레스를 완화시켜 공간지각 및 감퇴된 기억력 향상에 효과적인 치료
- 프로그램 종류 : 종이접기, 점토공예, 수채화 그리기 등

운 동 치 료

- 정의 : 개인의 신체적 상태에 적합한 신체활동을 근력과 균형능력 향상 또는 유지시킴으로써 낙상예방 및 정서적 안정에 도움을 주는 치료
- 프로그램 종류 : 실버요가, 단전호흡 및 치유운동

3.3.3 기타 프로그램 운영

❑ **정서지원 프로그램**

- 치매환자가 느끼는 불안감, 소외감, 외로움 등을 완화시켜 심리적으로 안정감을 주는 치유활동
- 감정 및 내면세계를 표현하는 활동을 통해 대상자의 불안, 우울, 스트레스 완화

❑ **건강지원 프로그램**

- 치매환자의 투약관리
- 혈압, 혈당, 영양상태 체크 등 기본 건강관리
- 보건소 및 지역 의료기관과 연계하는 등의 전문적, 실질적 의료 서비스 제공

❑ **치매환자 가족 대상 인지자극 프로그램 훈련**

- 가족이 환자를 대상으로 가정에서도 인지자극 프로그램을 진행할 수 있도록 교육
- 회기별 졸업생 가족 그룹 대상으로 인지자극 프로그램 숙련기회 제공

❑ **요일별 프로그램 구성**

- 각 요일별로 프로그램을 구성하여, 신체적·정신적 활동 역량을 유지·향상시키고, 역할이행과 습관화를 통해 일상생활의 주도성과 독립성 유지

요일	프로그램	목 표	내 용
월	'건강'이음	건강관리와 유지	일상생활에서 건강을 관리하고 유지하기 위한 활동
화	'관계'이음	가족·이웃과의 사회적 교류	상호교류적 상황에서 타인과 의사소통하고 적절한 사회적 관계를 유지하는 활동
수	'지역사회'이음	지역사회 적응과 교류	지역사회의 물적 인적 자원을 활용하여 여가활동과 사회 참여를 증진시키는 활동
목	'안전'이음	안전인식과 유지	물리적 환경의 위험요인을 인식하고 관리, 개선하기 위한 안전웰빙 활동
금	'습관'이음	일상생활과 역할 습관화	한 주간의 활동을 검토하고 개선사항을 반영하여 일상생활의 독립성과 역할을 유지하기 위한 습관화 활동

❑ 기타

- 지역의 상황에 맞게 송영서비스 제공

❑ 업무흐름도

업무	업무 시행팀	업무시행시기 및 방식	업무제공대상	업무제공내용
상담	- 등록 관리팀	- 시기 : 센터 최초 접촉 시, 장기요양서비스 나 노인돌봄 서비스를 받지 못하는 치매 환자 및 대상자 가 주간보호 서비스나 돌봄 서비스를 원하는 경우 - 방식 : 전화, 내소, 방문, 인터넷 등	- 센터 관할 지역에 거주, 치매진단을 받은 대상자로 장기요양서비스를 받지 못하는 분 - 낮 시간 동안의 치매환자 보호나 돌봄을 원하는 분	- 치매환자쉼터 이용절차 안내 - 쉼터 이용등록에 필요한 구비서류 안내
↓				
신청	- 치매환자 쉼터 운영팀	- 시기 : 치매환자 쉼터 이용상담 후 - 방식 : 내소, 방문	- 치매환자쉼터 이용 상담 후 이용신청을 원하는 분	- 치매환자쉼터 이용 신청서 및 응급상황대응 지침 동의서와 개인정보 처리 동의서를 작성 하도록 함 - 관련 진단확인 서류 수취
↓				
심사	- 치매 사례관리 위원회	- 시기 : 치매환자 쉼터 이용신청(재신청) 후 - 방식 : 신청결과 확정 시 전화, 문자 등을 통해 안내	- 치매환자쉼터 이용 신청(재신청) 대기자	- 치매안심센터에 등록된 치매환자로, 장기요양 서비스를 받지 못하고 있는 경우인지 확인 - 장기요양등급 인정자로, 치매사례관리위원회를 통해 쉼터 이용 서비스가 꼭 필요하다고 인정된 자 (단, 이 경우는 전체 이용자 중 30%이상 비율을 넘기지 않도록 함)

				- 소득 기준과 독거나 노인부부 가구의 치매 환자인지 확인 후 우선권을 부여함
운영	- 치매환자 쉼터 운영팀	- 시기 : 치매환자 쉼터 이용심사 승인 후 - 방식 : 내소	- 치매환자쉼터 이용(연장) 심의를 통과한 대상자	- 쉼터 제공 인지자극 프로그램 운영 - 기타 정서지원 및 건강지원 프로그램 운영 - 주 5일 오전, 오후(3시간 이상) 운영함을 원칙으로 하되, 센터 상황에 따라 탄력적으로 운영 가능함 - 대상자 별 최대 3개월을 기본 이용기간으로 하며, 3개월 후에는 요양등급 재판정을 받도록 함.

4 치매가족 지원사업

❑ 개요

- 목적
  - 치매환자 가족의 환자돌봄에 대한 지원을 통하여 환자가족의 치매에 대한 이해를 높이고 환자 돌봄부담 경감
- 근거
  - 치매관리법 제12조(치매환자의 가족지원 사업) 2항
  - 치매관리법 시행규칙 제3조의 2(치매환자가족 상담·교육 프로그램)
- 사업배경 및 필요성
  - 주 돌봄자의 심리건강 악화는 노인자살 및 노인학대로 이어질 수 있으며, 치매환자의 시설입소 가능성 고조에 영향

- 치매환자 가족의 심리 및 사회적 부담이 심각한 수준임에도 불구하고 이들의 지원·관리하는 서비스는 전무하여 구축 필요
- 치매환자 가족의 치매관련 교육과 훈련 부족은 치매환자 가족의 간병부담을 악화시키고 환자의 증상에도 부정적으로 영향을 미침

● 주요내용
- 치매환자 가족의 돌봄부담 분석
- 치매환자 가족 대상 직간접 상담 및 교육 서비스 운영
- 치매환자 가족 대상 서비스 연계

4.1. 돌봄부담분석 및 치매환자가족 상담

❑ 목적

● 치매환자 가족 상담을 통해 환자가족의 돌봄부담 요인을 파악하고 부담 경감에 적절한 서비스를 연계

❑ 대상

● 치매환자의 가족
- 치매환자의 가족은 환자 및 가족 본인의 거주지 모두에서 동반치매환자보호서비스를 제외한 치매안심센터의 모든 가족지원 서비스 이용 가능

❑ 장소

● 치매안심센터

❑ 진행방법

● 1:1 대면 상담
- 가족카페에 가족상담자가 1명 이상 상주
- 돌봄부담 경감을 위한 서비스 연계를 위해 진행되는 단발성 상담(단, 돌봄부담 분석 시 PHQ-9의 점수가 5점 이상이거나 돌봄부담이 높은 경우 6개월 단위로 추적관리)

- PHQ-9 10점 이상의 심한 우울증 또는 문제행동(심한 기분변화, 공격적인 행동, 환청/망상 증상, 음주, 자살/자해 계획 또는 시도 등)으로 인하여 전문적 심리상담이 필요한 사례의 경우 지역정신건강복지센터로 상담의뢰서를 작성하여 연계
- 정신건강복지센터로 연계 시 대상자로부터 개인정보 조회 · 처리 · 제공 동의서를 받아야 함

- 가족교실, 자조모임, 힐링프로그램 등 기타 가족지원사업 이용자를 대상으로 한 치매 및 환자돌봄에 대한 상담
- 상담 시 치매안심통합관리시스템에서 가족상담일지 [서식 4-1] 작성

● 상담내용

- 치매환자 가족의 돌봄부담 분석
- 치매지원서비스에 대한 정보제공
- 치매환자 돌봄 정보 제공
- 치매환자 가족의 고충 상담
- 가족카페 서비스 안내

● 돌봄부담 분석

- 돌봄부담분석을 진행하기 전 개인정보 조회·처리·제공 동의서 [서식 1-4] 작성
- 돌봄부담분석은 예약을 통해 진행
- 돌봄부담 및 부담 요인 평가 설문지 한글판 우울증 선별 도구(PHQ-9), 단축형 자릿 부양부담평가척도(S-ZBI), 신경정신행동검사-간편형(NPI-Q), 치매태도척도(DAS) [서식 4-3] ~ [서식 4-6] 작성
  - 검사결과는 치매안심통합관리시스템에 입력
  - 중앙치매센터 홈페이지 내 온라인자가심리검사(마음건강수첩)을 사용하여 사전에 돌봄부담 분석을 진행한 후 치매안심센터를 방문한 경우 온라인자가심리검사 결과를 가족상담에 사용. 단, 치매태도척도(DAS)는 다시 분석 진행하여 사용

● 제공 서비스

- 상담 내용에 따라 치매환자가족이 필요로 하는 서비스를 연계
  - 가족교실 신청을 원하는 경우 가족교실 이용 신청서 [서식 4-10] 및 개인정보 조회·처리·제공 동의서 [서식 1-4] 작성

• 가족교실 신청자가 가족교실 참여를 위하여 동반치매환자보호서비스 이용을 원할 경우 이에 대한 신청서 [서식 4-19] 및 응급상황 대응지침 동의서 [서식 2-7]도 함께 작성

❑ 업무흐름도 - 돌봄부담 분석

※ 돌봄부담 분석을 진행한 경우 아래 기준 점수를 참고하여 맞춤형 서비스 연계

업무	업무시행팀	업무시행시기 및 방식	업무제공대상	업무제공 내용
신청	- 등록관리팀 - 가족지원팀	- 시기 : 치매안심센터 최초 방문 시, 치매환자 가족이 서비스 이용을 원할 경우 - 방식 : 내소	- 치매환자 가족	- 치매안심센터 최초 등록 시 심층상담을 통한 돌봄부담 분석 권유 - 돌봄부담 분석 안내 및 이용 신청 - 돌봄부담 분석 일정 예약
			- 매칭되는 치매환자	- 치매안심센터 기등록된 치매환자인 경우에는 가족과 치매환자를 매칭 - 치매안심센터 미등록된 치매환자인 경우에는 등록관리팀에 연계하여 환자를 등록관리
↓				
상담	- 가족지원팀	- 시기 : 돌봄부담 분석 예약일 - 방식 : 내소	- 치매환자 가족	- 가족상담 및 돌봄부담 분석 검사 실시 * 온라인자가심리검사 또는 관련 플랫폼 내 돌봄부담분석 내 평가 서식지 활용
↓				
입력	- 가족지원팀	- 시기 : 돌봄부담 분석 후 - 방식 : 내소	- 치매환자 가족	- 가족상담 내용 입력 - 돌봄부담 분석 결과 입력
↓				
연계	- 가족지원팀	- 시기 : 돌봄부담 분석 후 - 방식 : 내소	- 치매환자 가족	- 돌봄부담 분석 결과 해설 - 치매안심센터 서비스 안내 및 이용 신청/예약

업무	업무시행팀	업무시행시기 및 방식	업무제공대상	업무제공 내용
				- 정신건강증진센터 상담 의뢰 - 치매 및 돌봄관련 정보 제공 - 치매상담콜센터 상담 안내 및 이용신청
기타				

	연계 목적	연계 서비스	점수기준
공통	• 치매환자가족의 부담경감 지원의 연속성 유지 • 가족지원 서비스 상시 제공	• 치매상담콜센터 • 등록관리팀 연계(치매환자 등록 및 환자지원 서비스 제공)	• PHQ-9≥5 • 점수에 관계없음
정보 지원	• 치매에 대한 정보 제공과 이해 향상 • 환자돌봄 역량 강화 • 활용 가능한 서비스에 대한 정보 제공	• 가족교실 소개 및 등록	• 점수에 관계없음
		• 치매 및 돌봄 관련 정보 제공 (마음 읽어주기, 치매체크, 나에게 힘이 되는 가이드북, 알짜정보 내비게이션, 등)	• NPI-Q 고통정도 2 이상인 항목이 있을 경우 • 점수에 관계없음
정서 지원	• 사회적 교류를 통한 우울감 감소 • 비약물적 요법 통한 기분 조절 • 전문적 심리상담	• 치매가족 자조모임 소개 및 등록	• PHQ-9≥5 • S-ZBI≥17
		• 가족카페 힐링프로그램	
		• 정신건강증진센터 상담의뢰	• PHQ-9≥10
돌봄 지원	• 치매관련 서비스 신청 • 치매환자의 인지건강 유지 및 가족의 셀프케어 지원	• 등록관리팀 연계(치매환자 등록 및 환자지원 서비스 제공)	• 치매환자 지원 서비스 신청을 원할 경우
		• 요양시설 이용을 하지 않고 재가 중인 환자인 경우 쉼터 연계	

4.2. 가족교실 운영

❑ 목적

- 체계적이고 구체적인 커리큘럼을 통해 치매환자 가족의 치매와 돌봄에 대한 이해를 높이고 돌봄역량 향상

❑ 대상

- 치매환자 가족
  - 치매환자의 가족은 환자 및 가족 본인의 거주지 모두에서 동반치매환자보호서비스를 제외한 치매안심센터의 모든 가족지원 서비스 이용 가능
  - 동반치매환자보호서비스는 치매환자가 등록된 치매안심센터에서만 이용 가능

❑ 일정

- 연중상시, 기수별 운영

❑ 장소

- 가족카페

❑ 추진주체

- 중앙치매센터 : 가족교실 콘텐츠 개발, 전국 가족교실 운영 지원 및 모니터링, 가족교실 강사 교육
- 광역치매센터 : 광역 내 가족교실 운영 지원 및 모니터링, 가족교실 운영자 교육
- 치매안심센터 : 가족교실 운영, 가족교실 참여자 관리

❑ 업무흐름도 - 가족교실

업무	업무시행팀	업무시행시기 및 방식	업무제공대상	업무제공 내용
신청	- 등록관리팀 - 가족지원팀	- 시기 : 치매안심센터 최초 방문 시, 치매환자 가족이 서비스 이용을 원할 경우 - 방식 : 내소	- 치매환자 가족 - 치매환자	- 가족교실 안내 및 이용 신청 - 가족교실 수강 신청 - 반치매환자보호서비스 안내 및 이용 신청 - 반치매환자보호서비스 응급상황 대응지침 동의서 작성
운영	- 가족지원팀	- 시기 : 가족교실 기수별 운영 기간 중 - 방식 : 내소	- 치매환자 가족 - 치매환자	- 가족교실 강의 준비 및 진행 - 수강인원 참여이력/출결 관리 - 사전/사후평가 진행 및 결과 입력 - 자조모임 독려모임 진행
기타	- 가족지원팀	- 시기 : 사업계획 시 - 방식 : 내소		- 연간 운영 계획 수립 및 운영현황 자료 입력 - 반치매환자보호서비스 담당자와 운영 계획 공유

※ 모든 수행업무는 치매안심통합관리시스템에 입력하도록 함

❑ 진행방법

- 운영회기 : 8회기(주 1회 2개월 과정 또는 주 2회 1개월 과정)
- 기수별 규모 : 10명 이내(치매안심센터 실정에 맞게 조정할 수 있음)
- 치매안심통합관리시스템을 통한 출결관리
- 주요내용
  - 치매알기 : 치매에 대한 올바른 이해, 정신행동증상, 치매 종류별 초기 증상, 치매의 위험요인, 치매 진단 및 치료와 관리

- 돌보는 지혜 : 치매환자와 가족의 마음 이해하기, 부정적 태도 극복하기, 치매환자와의 의사소통 방법 학습 및 응용, 치매환자의 남아있는 능력찾기, 치매환자 가족의 자기돌보기
- 알짜 정보 : 치매관련 서비스 및 제도 관련 정보 활용
- 회기별 내용은 '헤아림' 강사 교육지침서 확인

● 관련 서식 및 작성 시기

- 가족교실 신청 시 : 가족교실 이용신청서 [서식 4-10], 개인정보 조회·처리·제공 동의서 [서식 1-4]
  - 가족교실 등록 시 치매안심통합관리시스템에서 등록에 대한 안내 문자 발송
  - 가족교실 수강을 위해 동반치매환자보호서비스를 신청하는 경우 동반치매환자보호서비스 이용신청서 및 응급상황 대응지침 동의서 [서식 4-19], [서식 2-7] 작성
- 1회기 : 참여자 등록 정보, 서약서, 설문지 3가지(치매태도척도, 우울증 선별도구, 단축형 자릿 부양부담평가척도)
- 8회기 : 가족교실 만족도 평가, 설문지 3가지(치매태도척도, 우울증 선별도구, 단축형 자릿 부양부담평가척도)
- 회기별 : 가족 일지, 회기별 모임 만족도
- 관련서식([서식 4-3] ~ [서식 4-4], [서식 4-6], 서식 [4-10] ~ [4-15])및 만족도 평가 결과는 치매안심 통합관리시스템에서 다운로드 및 결과 입력
- 작성 시 유의사항
  - 모든 자료는 가능한 공란 없이 기재
  - 가족교실 진행 중간에 들어오는 참여자가 발생할 경우 참여 시점에 1회기 서식 작성

● 유의사항

- 1회기 운영 시 운영자 및 참여 가족과 가족교실 프로그램을 소개하여 참여자 간 관계 및 신뢰 형성 유도
- 7, 8회기 운영 시에는 자조모임 이름짓기, 리더 정하기, 치매상담콜센터 자조모임 전담상담사 콜지원 및 자조모임 온라인 페이지 안내 등 자조모임 관련 내용을 소개하여 가족교실 참여가족들의 자조모임 참여 독려
- 가족교실 등록은 최초 수강자(가족교실 수강 이력이 없는 자) 우선

- 1회기에 작성하는 설문 결과에 따라 가족상담, 힐링프로그램 등 기타 가족지원 서비스 연계

● 특이사항

- 가족교실은 '헤아림'을 기본으로 하되 커리큘럼이 있는 다른 프로그램(희망다이어리, 휴(休)식(識)공(共)간(看), 한국치매협회 치매가족 지지프로그램 등)으로 대체하여 운영 가능
- 가족교실 참여 기간 중 치매환자 돌봄이 필요한 가족은 동반치매환자보호서비스(치매안심센터 등록 치매환자만 가능)를 이용

4.3. 치매가족 자조모임 지원

❑ 목적

● 치매환자 가족 간 정서 및 정보 교류를 통해 심리적 부담 경감과 사회적 고립을 방지할 수 있도록 정기적 모임을 지원

❑ 대상

● 치매환자 가족 : 가족교실 수료자 혹은 교육은 신청하지 않았으나 자조모임에 참여하고 싶은 가족

❑ 일정

● 연중상시, 가족교실과 연계하여 추진(월 1회 이상 권장)

❑ 장소

● 자조모임 참여자간 모임이 용이한 장소(자조모임 실정에 맞게 결정)

● 가족카페

- 안심센터 가족카페에서 자조모임 진행을 원할 경우 장소 예약을 통해 이용

● 온라인 자조모임

- 온라인 자조모임 내 멤버채팅을 이용

❑ 업무흐름도 - 자조모임

업무	업무시행팀	업무시행시기 및 방식	업무제공대상	업무제공 내용
신청	- 등록관리팀 - 가족지원팀	- 시기 : 치매안심센터 최초 방문 시, 치매환자 가족이 서비스 이용을 원할 경우 - 방식 : 내소	- 치매환자 가족	- 자조모임 안내 및 이용 신청
↓				
등록	- 가족지원팀	- 시기 : 치매환자 가족의 자조모임 신청 시 - 방식 : 내소, 온라인	- 치매환자 가족	- 기존 자조모임 : 자조모임에 멤버 추가 및 해당 자조모임 리더 승인 요청 - 신규 자조모임 : 자조 모임 신규 등록 및 대기자 명단에 등록(4명 이상 모집된 경우 오픈)
↓				
운영 지원	- 가족지원팀	- 시기 : 자조모임 운영 기간 중 - 방식 : 내소, 온라인	- 치매환자 가족 자조모임	- 자조모임 독려모임 진행 - 가족카페 이용 예약, 다과 준비 - 치매관련 기사 제공 - 자조모임 결연 치매파트너 매칭 - 온라인 자조모임 등록 - 치매상담콜센터 자조모임 전담 상담사 지정 - 자조모임 리더와의 간담회 진행
↓				
종료	- 가족지원팀	- 시기 : 자조모임 종료 시 - 방식 : 온라인	- 치매환자 가족 자조모임	- 자조모임 상태 변경

※ 모든 수행업무는 치매안심통합관리시스템에 입력하도록 함

❑ 추진주체

- 중앙치매센터 : 자조모임 지원 기술지원, 치매상담콜센터 통한 자조모임 아웃바운드 관리
- 광역치매센터 : 광역지자체 내 치매안심센터 총 자조모임 집계 및 지원
- 치매안심센터 : 자조모임 실질 운영 지원, 자조모임 참여자 관리

❑ 진행방법

- 모집인원 : 10명 이내(치매안심센터 실정에 맞게 조정할 수 있음)
- 지원내용
  - 자조모임 등록 및 참여자 등록
    - 자조모임 참여를 원하는 환자가족이 4명 이상일 경우 신규모임 개설
    - 자조모임이 개설된 이후 기존 모임에 참여자 등록 시 해당 자조모임 리더의 승인이 필요
    - 자조모임에 참여자 등록 시 개인정보 조회·처리·제공 동의서 [서식 1-4] 작성
  - 자조모임 운영지원
    - 가족카페 모임장소 예약, 자료 출력 등 모임장소 세팅 지원
    - 가족카페 관리를 통한 간단한 다과 제공
    - 자조모임 진행 시 치매환자 가족들이 활용할 수 있는 치매관련 기사 및 정보제공
    - 치매환자 가족들의 요청이 있을 경우 자조모임 최초 1~2회 독려모임을 통한 자조모임 운영 정책 설정 지원(자조모임의 목적 및 모임 내용 등 설정)
  - 치매상담콜센터 자조모임 전담 상담사 지정
    - 자조모임 전담 상담사 배정을 위하여 자조모임 운영자문 및 지원 신청서[서식 4-16] 및 참여자정보(성명 및 연락처)를 치매상담콜센터로 전달
    - 자조모임에 배치된 치매상담콜센터 자조모임 전담 상담사를 통하여 참여 가족에 대한 전문적인 정서지원 및 치매관련 정보 제공
  - 자조모임 지원 치매파트너 등록(가능한 범위 내에서 치매안심센터 실정에 맞추어 진행 가능)
  - 온라인 자조모임 등록

- 자조모임별로 온라인 자조모임을 개설 및 홍보하여 자조모임 참여 가족의 치매환자 돌봄 및 상호 교류 지원
- 중앙치매센터 홈페이지를 통해 온라인 자조모임 등록
- 온라인 자조모임 등록 후 해당 자조모임에 대한 회원 추가는 자조모임에서 진행
- 온라인 자조모임 주요 기능 : 자조모임 참여 가족을 위한 봉사활동 신청, 게시판 상담 및 자조모임 참여가족 간 실시간 멤버채팅
- 온라인 자조모임 등록 및 관리 상세내용은 온라인 자조모임 시스템 사용 매뉴얼 확인

4.4. 치매가족 카페 운영 (치매가족 휴게실 운영)

❑ 목적

- 치매환자와 가족이 편안하게 방문하여 휴식을 취하며 다른 치매환자 및 가족과 교류할 수 있는 장소 제공
- 치매관련 정보 제공을 통해 치매에 관심이 있는 지역주민의 치매에 대한 인식개선 및 올바른 지식 함양 도모

❑ 대상

- 관내 치매환자의 가족구성원
- 관내 치매환자
- 치매에 대한 정보가 필요한 65세 이상 노인 거주자
  - 평소 지역사회 치매환자 가족을 위해 상시 개방(단, 가족교실, 자조모임 힐링프로그램 등 가족카페 정규프로그램 진행시는 제외)

❑ 일정

- 연중상시
  - 운영일 : 치매안심센터 휴일·공휴일 규정에 따름
  - 운영시간 : 10:00 ~ 17:00(오전·오후반 각 3시간 이상 운영 기본)

❑ 장소

- 가족카페

❑ 이용 비용

- 무료

❑ 추진주체

- 중앙치매센터 : 치매관련 콘텐츠 개발, 전국 가족카페 운영 지원 및 홍보, 치매가족 힐링프로그램 콘텐츠 개발 및 제공
- 광역치매센터 : 광역 내 가족카페 운영을 위한 지역 내 특화된 콘텐츠 지원 및 홍보
- 치매안심센터 : 가족카페 운영·관리, 치매가족 힐링프로그램 기획 및 운영

❑ 업무흐름도–치매가족 카페 운영

업무	업무시행팀	업무시행시기 및 방식	업무제공대상	업무제공 내용
신청	- 등록관리팀 - 가족지원팀	- 시기 : 관내 등록된 치매환자의 가족이 서비스 이용을 원할 경우 - 방식 : 내소	- 치매환자 가족 - 치매환자	- 가족카페 사용 안내 - 힐링프로그램 안내 및 이용 신청
↓				
운영	- 가족지원팀	- 시기 : 치매가족 카페 운영 관련하여 수시 - 방식 : 내소, 외부 운영 장소	- 치매환자 가족 - 치매환자	- 치매가족 카페 프로그램 및 일정 고지 - 치매가족 카페 내 물품 (치매관련 정보 및 다과) 비치 및 관리 - 힐링프로그램 선정 및 운영 계획 수립 - 힐링프로그램 강사 섭외
↓				
종료	- 가족지원팀	- 시기 : 치매가족 힐링프로그램 종료 시 - 방식 : 내소		- 힐링프로그램 운영일지 작성

※ 모든 수행업무는 치매안심통합관리시스템에 입력하도록 함

❑ 진행방법

- 가족카페 프로그램 일정 고지
  - 가족카페에서 진행되는 가족교실과 자조모임 및 힐링프로그램 일정을 매달 전월 마지막 주까지 확정하여 그 외 가족카페 이용가능시간에 대하여 고지
    - 가족카페 및 가족카페 온·오프라인 홍보 매체에 게시
- 힐링프로그램 진행
    - 힐링프로그램 이용자는 힐링프로그램 이용 신청서 [서식 4-17] 및 응급상황 대응 지침 동의서 [서식 2-7] 작성
    - 힐링프로그램은 치매환자 가족과 환자 본인이 모두 참여가능하며, 이용 신청서 및 응급상황 대응 지침 동의서는 개인별로 작성
  - 지역사회 특성에 맞게 진행
    - 힐링프로그램 관리 및 참여자 예약관리를 위하여 치매안심통합관리시스템에 힐링프로그램 일정, 정원, 강사 등 관련 내용 입력
  - 해당 프로그램의 모니터링 및 참여자 관리를 위하여 힐링프로그램 진행 후 힐링프로그램 운영일지를 작성 [서식 4-18]
- 힐링프로그램 홍보
  - 가족카페 운영 프로그램 진행 및 가족상담 시 직접 홍보
  - 치매안심센터 홈페이지 게시
  - 지역 소식지, 반상회보 등에 소개
  - 치매안심센터 홍보 시 함께 홍보
- 가족카페 내 물품 비치
  - 치매관련 정보 제공
    - 치매관련 도서 및 리플릿 비치
    - 치매관련 DVD, 인지재활 프로그램 교구 등 비치
  - 간단한 다과 및 음료 제공
    - 치매파트너플러스의 봉사활동을 통하여 다과 및 비품 관리 가능
    - 가족카페 방문자의 다과 및 음료 이용은 셀프서비스로 운영
    - 다과 및 음료는 가족카페에서 진행되는 가족교실 및 자조모임에서도 이용 가능

5 치매인식개선 및 교육·홍보 사업

5.1. 치매인식개선 사업

❑ 개요

- 목적
  - 치매인식개선 사업을 통해 일반 대중의 치매에 대한 경각심을 고취하고 치매에 대한 편견을 불식시켜 치매와 더불어 살아갈 수 있는 사회적 공감대를 형성 및 치매 친화적 환경 조성
- 근거
  - 치매관리법 제5조(치매극복의 날)
  - 치매관리법 17조 2항 3호(치매의 예방·교육 및 홍보)
- 배경 및 필요성
  - 치매에 대한 부정적인 낙인은 치매환자와 가족의 사회적 소외감, 박탈감, 무력감을 야기, 심리적 부담을 증가시키며 질병관리 역량과 서비스 접근성 저하를 초래하여 인식개선이 필요
  - 치매에 대한 낙인을 감소시키고 올바른 이해를 도모하기 위한 홍보 필요
  - 치매센터에서 진행하는 사업을 알리고 개발된 콘텐츠의 활용을 증대시키기 위한 홍보 필요
- 내용
  - 치매극복 주간행사 등 기념행사 개최
  - 치매인식개선 홍보, 치매안심센터 홈페이지 구축
  - 사업 기초 자료 활용을 위한 조사활동(치매인식도, 요구도, 만족도 조사)

● 추진체계

※ 행사는 지자체 여건을 고려 탄력적으로 시행

5.1.1. 치매 극복 주간 및 치매 극복의 날 기념식

❑ **목적**

● 치매 조기검사의 중요성 및 치매 예방을 위한 체험활동을 통해 지역사회 주민들에게 치매예방에 대한 정보와 치매예방의 중요성을 홍보

❑ **근거**

● 치매관리법 제5조(치매극복의 날)

❑ **대상**

● 치매환자와 가족, 치매관리사업 관계자, 지역주민 등

❑ 일정

- (치매극복주간) 각 지자체에서 치매극복의 날(9.21.)을 포함한 치매극복주간을 자유롭게 지정하여 검진 활동 등 지역주민을 대상으로 한 전방위적 치매인식개선 활동을 목표로 함
- (치매 극복의 날 기념식) '치매극복의 날'로 지정된 9월 21일에 기념식을 개최하는 것을 원칙으로 하나 주말과 겹친다든지 장소 섭외에 어려움이 있다든지 할 경우 지자체에서 정한 치매극복주간 내로 변경 가능

❑ 장소

- 관련기관과 협의하여 결정 : 상황에 따라 타 지역의 치매안심센터 또는 광역치매센터와 협동하여 진행 가능

❑ 추진주체

- 광역치매센터 : 행사 기획·시행
- 치매안심센터 : 행사 세부 기획(일정·장소·내용 계획 수립) 및 시행
  - 치매 극복 주간행사를 광역치매센터와 연합 또는 단독으로 진행이 가능하며, 치매 극복의 날 기념식과 같은 날 또는 일정기간과 장소를 별도로 진행도 가능, 세부 프로그램 운영은 지역사회 여건과 특색에 맞추어 진행

  ※중앙치매센터의 당해연도 치매극복의 날 행사 슬로건, 콘셉트 공유 가능

❑ 진행방법

- (치매극복주간) 치매 극복 주간행사 콘텐츠 개발, 계획서 작성·제출 및 결과 보고 등
  - 지역사회 여건에 맞추어 다양한 행사 진행 가능하며, 치매관련 정보 제공 및 치매 검진·상담의 경우 필수 진행
  - 치매극복주간행사 계획 개요를 8월 마지막 주 금요일까지 치매안심통합관리시스템에 입력하고 행사계획서는 관할 광역치매센터에 이메일로 제출
  - 행사 종료 후 익일까지 치매안심통합관리시스템에 결과 개요를 입력하고 일주일 이내로 관할 광역치매센터에 결과보고서를 이메일로 제출

- (치매극복의 날 기념식) 치매안심센터 단독 또는 광역치매센터와 연합하여 진행 가능(협의 필요), 일시 확정 및 장소 섭외 등
  - 치매극복의 날에 기념식을 개최하는 것이 원칙이나, 지자체 여건에 따라 지자체에서 정한 치매극복주간 내 일자로 변경 가능
  - 8월 마지막 주 금요일까지 치매안심통합관리시스템에 기념식 계획 개요 입력하고 행사계획서는 관할 광역치매센터에 이메일로 제출
  - 기념식 종료 후 익일까지 치매안심통합관리시스템에 결과 개요를 입력하고 일주일 이내로 관할 광역치매센터에 결과보고서를 이메일로 제출

5.1.2. 한마음 치매극복 전국걷기 행사

❑ **목적**

- 치매예방에 좋은 '걷기'를 실천하며 치매 극복을 기원하는 행사로 치매예방 정보 홍보 및 치매에 관심을 촉구

❑ **대상**

- 지역주민, 치매환자와 가족, 치매관리사업 관계자 등

❑ **일정**

- 4~5월 중 실시
  - 지역 사정 및 그 해의 선거일정에 따라 행사 일 전 후 한달 이내로 변경 가능

❑ **장소**

- 지자체 및 관련기관과 협의하여 결정

❑ **추진주체**

- 중앙치매센터 : 운영지침 작성 및 전달, 홍보 기획 및 실시, 사업평가
- 광역치매센터 : 행사 기획(일정·장소·내용 계획 수립), 프로그램 및 코스 구성
- 치매안심센터 : 행사 기획(일정·장소·내용 계획 수립) 및 부스 운영, 행사 참석자 모집

- 광역치매센터와 공동 혹은 단독으로 행사 진행가능
- 행사 운영지침 및 공통홍보물 디자인 시안은 해당년도 행사 3개월 전까지 확정하여 중앙치매센터에서 광역치매센터에 배포
- 치매안심센터는 광역치매센터에서 운영지침 및 시안을 전달받아 진행

❑ 진행방법

- 개최방식 결정
  - 치매안심센터 단독 또는 광역치매센터와 연합하여 진행할 수 있으며 협의하여 결정
- 일시 확정 및 장소섭외
  - (일시확정) 전년도 마지막 중앙치매관리운영위원회에서 행사일 결정, 광역별 사정에 따라 행사일 앞, 뒤로 한달 동안 개최 가능
  - (장소섭외) 참가 인원 수, 코스 등을 고려하여 지역 내 걷기대회 장소를 섭외하되 지자체와 협의하여 결정하고, 기존에 걷기대회가 진행된 장소를 중심으로 찾은 뒤, 장소 답사 진행
- 참석자 모집을 위한 홍보 및 사전 접수
  - (행사 홍보) 홈페이지, 공공기관 연계를 통한 홍보, SNS를 활용하여 홍보, 언론홍보(지역신문, 방송 등), 보도자료 배포, 유관기관 홍보, 치매안심센터 이용자 대상 홍보
  - (사전 접수) 홈페이지, 유선 등을 통해 사전 신청 접수
- 자원봉사자 모집 및 사전교육
  - (모집) 자원봉사자가 필요한 업무영역을 설정하고, 필요한 인원 수를 파악하여 자원봉사자 모집하며, 인근 지역 대학생과 동아리 중심으로 모집 진행
  - (사전교육) 담당 업무에 대해 명확하게 인지할 수 있도록 사전교육을 진행
- 프로그램 구성 및 걷기 코스 확정
  - (프로그램 구성) 구간별 이벤트를 진행하여 걷는 동안 지루하지 않고 끝까지 완주할 수 있도록 응원메시지 등을 구성
  - (코스 확정) 참가자의 인원과 연령, 소요시간을 고려하여 코스를 구성하고 사전 답사 진행

- 행사 준비
  - 개회식에 초대할 초청명부 작성 및 섭외, 다과 및 완주자 기념품 선정, 안전관리 지침 수립, 비상상황 대비책 마련
- 행사 진행
  - 등록 및 참가물품 배부 → 개회식 진행(개회사, 행사 개요 및 코스 안내 등) → 이벤트 및 준비체조 시행 → 코스 따라 걷기 → 폐회식
- 행사 결과보고

[2018 한마음 치매극복 전국걷기행사 프로그램 구성(예시)]

구 분	시 간	내용 및 프로그램
사전 준비	9:00 ~ 10:00	등록
	9:00 ~ 9:30	당일 사전 코스 점검 및 응급차량 확인
식전 행사	9:31 ~ 10:00	각 광역치매센터에서 기획
공식 행사	10:00 ~ 10:05	인사말
	10:06 ~ 10:30	치매예방운동법 실시 *필수
	10:31 ~ 12:00	걷기대회
식후 행사	12:01 ~ 12:10	폐회사 및 기념촬영

※ 전년도 한마음 치매극복 전국걷기행사 주요사항은 중앙치매센터 홈페이지 참조
※ [서식 5-1] 한마음 치매극복 전국걷기행사 운영지침
※ [서식 5-2] 한마음 치매극복 전국걷기행사 결과보고서

- 행사 계획 및 결과보고
  - 행사 계획의 개요를 2월말까지 '치매안심통합관리시스템'에 입력하고, 행사계획서는 관할 광역치매센터에 이메일로 제출
  - 행사 결과의 개요를 행사 종료 후 익일까지 '치매안심통합관리시스템'에 입력하고, 행사결과보고서는 관할 광역치매센터에 이메일로 제출

❑ 주요 추진일정

	일정	1월				2월				3월					4월				5월			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4
공지 및 제출	운영지침 배포																					
	인쇄물 신청서 배포																					
	장소 및 일시 제출																					
	부대행사 프로그램 내용 제출																					
	결과보고서 양식 배포																					
	결과보고서 제출																					
인쇄물	포스터 디자인 개발																					
	포스터 시안 결정																					
	웹 홍보용 포스터 개발																					
	인쇄물 별 디자인 개발																					
	인쇄물 제작 신청																					
	광역별 인쇄물 디자인 개발																					
	인쇄물 시안 검토																					
	인쇄물 제작																					
홍보	후원 요청																					
	광역 홈페이지 신청메뉴 개설 요청																					
	중앙 홈페이지 신청메뉴 개설																					
	공지사항, 안내/신청, 팝업																					
	SNS 홍보																					
	포털사이트 홍보																					
	보도자료 배포(중앙)																					
	보도자료 양식 배포 (광역용)																					

5.1.3. 치매인식개선 홍보

❑ **목적**

- 치매관련 서비스 및 치매안심센터 사업을 소개하여 지역주민이 정보와 서비스에 손쉽게 접근성을 향상

❑ **대상**

- 지역 주민

❑ **일정**

- 연중 상시

❑ **추진주체**

- 중앙치매센터 : 예방, 조기검진, 인식개선 관련 홍보 콘텐츠 기획 제공
- 광역치매센터 : 지역 특성화 치매관리사업 및 예방, 조기검진, 인식개선 관련 홍보 콘텐츠 기획 제공
- 치매안심센터 : 중앙치매센터 및 광역치매센터의 홍보 콘텐츠 활용한 홍보. 또는 지역주민센터·노인보건복지시설 등에 직접 홍보

❑ **진행방법**

- 언론매체활용 및 인터넷 홍보
- 옥외홍보 등 : 배너, 포스터, 전광판, 리플릿 등 인쇄물 발간, 홍보물품 제작 등

5.1.4. 치매안심센터 홈페이지 관리

❑ **목적**

- 치매와 지역주민을 연결하는 인터페이스 영역인 치매안심센터 홈페이지를 구축하여 지역주민의 치매 정보 접근성 향상

❑ **대상**

- 지역주민, 치매환자와 가족, 치매관리사업 관계자 등

❑ **일정**

- 연중 상시

❑ **추진주체**

- 중앙치매센터 : 홈페이지 기획·구축 및 유지관리
- 치매안심센터 : 홈페이지 콘텐츠 운영

❑ **진행방법**

- 치매예방 콘텐츠 제공
- 최신 치매 뉴스 업데이트
- 온라인 뉴스레터 발송

5.1.5. 치매 인식도·이용자 만족도 조사

❑ **목적**

- 치매안심센터 이용자들에게 제공된 서비스 이용 만족도를 조사하여 향후 서비스 향상을 위한 기초 자료로 활용하고, 지역 주민을 대상으로 치매 인식 정도를 파악하여 효율적인 교육 및 홍보의 기본 방향을 제시

❑ **추진주체**

- 중앙치매센터 : 전국 치매 인식도, 만족도 조사 총괄, 보고서 발간 및 배부
- 광역치매센터 : 해당 광역 치매안심센터 치매 인식도, 만족도 조사 총괄, 취합, 광역 보고서 발간 및 배부
- 치매안심센터 : 조사 시행 및 제출

❑ **대상**

- 치매 인식도 조사 : 만 19세 이상 지역 주민 OOO명
- 이용자 만족도 조사 : 만 19세 이상 치매안심센터 이용자 OOO명

※지역 규모 등에 따라 조사 대상 인원은 변경될 수 있음

❑ 조사일정

- 매년 10~11월(예정)
  ※조사 일정은 변경될 수 있음

❑ 조사 내용

- 치매 인식도 조사 : 일반적인 대상자의 특성, 주관적 자가 보고에 따른 치매지식 및 관심정도, 치매 인식도
- 이용자 만족도 조사 : 일반적인 대상자의 특성 및 치매안심센터 이용실태, 치매안심센터 서비스 이용 만족도

❑ 조사 도구

- 치매인식도 조사표 [서식 5-3], 치매안심센터 이용 만족도 조사표 [서식 5-4]를 활용

❑ 조사 방법

- 치매 인식도 조사 : 구조화된 설문지를 이용하여 전 연령대 지역주민 1:1 개별 면접조사
- 이용자 만족도 조사 : 구조화된 설문지를 이용하여 치매안심센터 이용자 1:1 개별 면접조사

❑ 조사 후 관리

- 치매관리 사업에 대한 인식도와 만족도 결과를 운영위원회의 치매안심센터 사업 평가 환류하여 차년도 사업수행에 활용

5.2. 치매파트너 양성사업

❑ 개요

- 목적
  - 치매파트너 양성으로 지역사회의 치매에 대한 부정적 인식 개선도모
  - 치매파트너 플러스 활동 장려를 통하여 건전한 돌봄문화 확산 및 치매 친화적 지역사회 조성
- 근거
  - 치매관리법 17조 2항 3호(치매의 예방·교육 및 홍보)
- 배경 및 필요성
  - 치매 환자의 존엄성과 안전한 삶을 보장하고 지역사회로부터 치매 환자와 가족의 고립을 방지하기 위해 지역사회 구성원의 치매환자에 대한 이해와 인식을 개선하고 옹호적 태도를 확립하는 것이 필요
  - 치매환자가족 옹호 및 지지활동자(치매파트너)와 자원봉사를 적극적으로 수행할 봉사자(치매파트너 플러스)를 양성하여 공공서비스에서 미치지 못하는 치매환자 가족 서비스 사각지대를 메우는 지역사회 치매 파수꾼이 필요
- 주요 내용
  - 치매파트너 양성 사업
  - 치매파트너 플러스 양성 사업
  - 치매극복 선도단체 지정 및 관리

5.2.1. 치매파트너 양성

❑ 대상 및 장소

- 지역 주민 대상/치매안심센터 내부 교육실 또는 외부 출장 강연

❑ 추진주체

- 중앙치매센터 : 치매파트너 사업 기획 및 총괄, 교육자료 개발, 홈페이지 운영·관리, 치매파트너 실적취합, 치매파트너 사업 홍보

- 광역치매센터 : 치매파트너 사업 진행, 치매파트너 홍보물 발행, 치매파트너 활동 모니터링, 사업 관련 자료 제공
- 치매안심센터 : 치매파트너 모집 및 양성, 치매파트너 정보제공 및 관리

❑ 내용

- 치매파트너(1단계 옹호형) : 초등학생 이상, 치매파트너 가입신청서를 작성하고 치매파트너 교육에 참여한 사람으로 치매에 대한 특별한 지식이 없어도 누구나 가입 가능하며 치매환자와 가족들을 이해하고 배려하기 위해 도움이 되는 내용을 학습

〔치매파트너 활동내용〕

명 칭	역 할	활동내용
치매파트너	배려하기	치매 어르신에게 먼저 다가가서 배려하기
	응원하기	온라인캠페인 참여 : 희망메시지 작성, SNS 확산 등 오프라인 캠페인 참여 : 치매극복의 날, 치매극복 걷기대회 등 행사 참여
	정보전달	치매예방 정보 : 치매예방 운동 및 수칙 등 치매검진 정보 : 치매체크 앱 활용, 치매조기검진 등 치매지식 검색 : 중앙치매센터 홈페이지, 치매 상담콜센터, 치매가이드북 등

❑ 진행방법

- 홍보 : 지역사회 주요 서비스 공급기관(주민센터, 경찰, 우체국, 소방서, 은행 등 관공서)과 학교(초·중등·대학)를 대상으로 치매파트너 사업에 대한 이해를 넓힐 수 있는 홍보
  - 치매파트너 홍보영상 활용 : 중앙치매센터 홈페이지 [자료실]에서 다운로드 가능
- 교육 : 치매파트너(1단계, 옹호형)
  - 온라인(웹교육) : 치매파트너 홈페이지(partner.nid.or.kr)를 안내하여 수강
  - 온라인('치매체크'App) : 치매체크App → 치매극복함께하기 → 치매파트너되기 메뉴 안내하여 수강
  - 오프라인(대중강연)
    - 중앙·광역치매센터에서 제공하는 치매파트너 표준 교육 자료를 활용하여 교육, 오프라인 교육은 기관으로 '찾아가는 교육'과 치매안심센터 내부에서 진행하는 '정기교육'으로 진행

- 교육 내용 : 우리나라 치매현황, 치매의 원인과 증상 및 치료, 치매환자와 가족 이해, 치매파트너의 역할과 활동 이해, 치매극복 캠페인 활동 방법

● 신청

- 온라인 : 치매파트너 홈페이지 / '치매체크App'에서 가입과 신청이 동시 진행
- 오프라인
  - 치매안심센터에서는 치매파트너 강의 진행 후 작성된 치매파트너 신청서·동의서를 취합하여 지정된 엑셀 서식에 입력하고, 치매파트너 관리자 페이지에서 파트너 등록([치매파트너 관리자페이지] → [교육] → [치매파트너] → [파트너대량등록 관리]에서 등록 후 명단검증 시행)
- 치매파트너 리플릿과 신청서 양식 [서식 5-5] ~ [서식 5-6]은 중앙·광역치매센터로부터 파일 수령이 가능하며, 제작은 개별 치매안심센터에서 제작

● 관리

- 치매파트너증 : 온라인 교육 수료 후에는 수료를 증명하는 치매파트너증이 자동 발급되며, 오프라인 교육의 경우 치매파트너 관리자 페이지에서 관리자가 출력하거나 치매파트너가 출력하도록 안내
- 치매파트너 DB관리 :
  ① 온라인/오프라인으로 등록한 치매파트너는 치매파트너 관리자페이지 → 통계 → 파트너 통계에서 확인할 수 있음
  ② 치매안심센터 플랫폼에서 치매파트너 전월 실적 자동으로 집계
- '치매체크'App 검진활동 봉사시간 인정 : '치매체크'App의 [치매위험체크] → [치매파트너가 검사해드리기]를 이용하여 로그인 후 검진활동을 한 경우, 1건당 1시간의 봉사시간을 인정하여 1365나 VMS를 통해 봉사시간 등록
- 정보제공 : 치매파트너에게 꾸준한 치매관련 정보와 서비스를 안내(뉴스레터 발송 등)하고, 치매파트너플러스 활동에 대해서 안내(SNS채널 활용)하여 자원봉사로 이어질 수 있도록 관리
- 기념품 : 치매파트너 캐릭터 '단비'를 활용한 기념품을 제작하여 치매파트너에게 배포, 캐릭터매뉴얼은 중앙·광역치매센터에서 제공받고 제작은 치매안심센터에서 부담

5.2.2. 치매파트너 플러스 양성

❑ **대상**

- 치매파트너

❑ **일정**

- 연중상시

❑ **장소**

- 치매안심센터 내부 교육실 또는 외부 출장 강연

❑ **추진주체**

- 중앙치매센터 : 치매파트너 플러스 사업 기획 및 총괄, 치매파트너 플러스 교육교재 개발, 전국 치매파트너 플러스 실적취합, 우수치매파트너·단체 시상 진행 등
- 광역치매센터 : 해당 지역 치매파트너 실적취합, 치매파트너 플러스 활동 모니터링 및 기술지원 등
- 치매안심센터 : 치매파트너 플러스 봉사활동 기획, 치매파트너 플러스 교육 및 등록, 봉사활동 운영·관리, 치매파트너 플러스 활동 사례 관리 등

❑ **내용**

- 치매파트너 플러스(2단계 봉사형)
  - 치매파트너 중 치매환자와 가족을 위해 적극적으로 봉사를 수행할 의지가 있는 경우 추가 보수교육을 받아 치매파트너 플러스가 될 수 있음
  - 일반인·학생 누구나 자원봉사가 가능한 사람은 참여 가능
  - 추가 보수교육을 받지 않았더라도, (1365나 VMS로 확인 가능한) 치매관련 봉사활동 4시간 이상이 확인되는 경우 치매파트너 플러스로 등록 가능

[치매파트너 플러스 활동내용]

명 칭	역 할	활동내용
치매파트너 플러스	봉사활동	치매체크 활용한 치매선별검사 활동 치매예방운동법 및 예방수칙 교육 치매가족교실, 자조모임 운영 보조 기타 치매관련 봉사 활동 등
치매가족 자조모임 결연 치매파트너	봉사활동	치매가족교실과 자조모임의 원활한 운영을 위해 운영실무자를 서포터로 지정 행정지원(장소섭외, 참석여부 확인, 자리·다과 세팅, 회의록 작성) 이동지원 서비스 가족교실 및 자조모임 운영시간 동안 치매환자 돌보기

❑ 진행방법

[치매파트너 플러스 활동 진행방법]

자원봉사 프로그램 개발	➪	자원봉사 교육내용 개발	➪	자원봉사 모집·교육 시행	➪	자원봉사 연계·배치	➪	자원봉사 시간인증 성과관리
• 지역사회 유관기관 협조하여 수요처 개발		• PPT, 영상 등 활용 • 필요시 실습교육 병행		• 치매환자와 가족을 직접 상대하는 활동의 경우 필요시 면접 시행		• 활동 내용에 따라 필요시 상해보험 가입		• VMS자원봉사 인증시스템, 1365나눔포털 활용 • 치매파트너DB 관리 • 자원봉사시간 통계관리

[자조모임 결연 치매파트너 플러스 활동 진행방법]

신청	➪	교육	➪	자조모임 결연	➪	활동실천
• 신청자격 : 치매 파트너 플러스 • 신청방법 : 담당 실무자에게 신청시 실무자가 배정 • 신청기간 : 자조 모임에서 봉사자 신청 시		• PPT, 영상등 활용 • 표준교육자료 배포 (중앙치매센터 제공)		• 실무자가 교육을 마친 치매파트너 플러스를 자조 모임에 배정(1개 자조모임에 5명 까지 가능)		• 활동 정보 및 내용은 자조모임 시스템을 통해 확인 • 봉사 후 직접 활동 등록 • 실무자가 확인 후 봉사시간 인증

- 자원봉사 프로그램 개발 : 치매안심센터 내에서 치매환자와 가족을 지원하는 다양한 사업(인지재활 프로그램, 치매환자가족교실, 자조모임, 치매카페 등)을 보조하는 자원봉사 프로그램 개발
- 자원봉사 교육내용 개발 : 봉사활동에 필요한 교육내용을 구성하고, 교육교재를 개발, 필요에 따라서는 이론교육 뿐만 아니라 실습교육 내용을 구성
- 자원봉사 모집·교육 시행 : 봉사활동에 필요한 교육을 진행하고, 자원봉사를 수행하면서 업무를 효과적으로 수행할 수 있도록 추후 보수 교육 진행 가능, 자원봉사가 필요한 업무영역을 세분화하고, 이에 따라 가장 적합한 자원봉사자를 섭외하기 위한 모집 전략을 수립하여 모집
- 치매파트너 플러스 등록 및 관리 : 치매파트너 관리자 페이지에서, 치매파트너와 동일한 방법으로 치매파트너 플러스도 지정된 엑셀 서식에 따라 등록, 관리
- 자원봉사 연계·배치 : 교육 이수자에 한하여 필요에 따라 봉사활동 적합성과 자질을 평가하는 면접을 진행한 후, 배치
- 자원봉사 시간인증·성과관리 : 계획된 자원봉사를 적절히 수행하고 있는지 지속적으로 모니터링, 상담 및 조정, 봉사활동 시간 인증, 활동에 대한 가치를 부여하고 감사를 표시하기 위해 우수 치매파트너상을 추천, 연말에 '치매파트너의 밤'과 같은 봉사자 격려의 장을 마련하여 활동에 대한 지지·격려, 우수 활동 사례를 언론홍보 등을 통해 알려 치매파트너플러스 활동의 가치 전파

5.2.3. 치매극복 선도단체 양성

❑ **목적**

- (치매극복 선도기업·기관·단체) 지정을 통해 치매극복을 위한 우리 사회의 노력에 다양한 사회 주체를 동참시켜 치매환자와 가족이 안심하고 생활할 수 있는 치매 친화적인 사회 문화 조성
- (치매극복 선도학교) 치매에 대한 정기적 교육과 학점이 인정되는 교과 과정 개발을 통해 재학생이 스스로 치매예방을 위해 힘쓸 뿐만 아니라 가정과 사회에서 치매 환자와 가족을 이해하고 응원하는 동반자 역할 확립

- (치매극복 선도도서관) 공공도서관 및 작은도서관을 기반으로 국민이 신뢰하고 접근이 용이한 지역사회 치매정보 허브 구축

❑ **대상**

- 기업, 기관, 단체, 학교, 대학, 공공도서관 등

❑ **일정**

- 연중상시

❑ **장소**

- 치매안심센터 내부 교육실 또는 외부 출장 강연

❑ **추진주체**

- 중앙치매센터 : 치매극복 선도단체 사업 기획 및 총괄, 사업 홍보, 실적취합, 우수 치매극복 선도단체 시상 진행
- 광역치매센터 : 치매극복 선도단체 지정, 치매극복 선도단체 활동 평가
- 치매안심센터 : 치매극복 선도단체 모집·교육·관리

❑ **내용**

- 치매극복 선도단체 지정 요건

[치매극복 선도단체 지정 요건]

구 분	요 건
치매극복 선도기업	• 영리법인의 본점 및 지점, 외국법인의 본·지점 및 사무소 • 사업자등록증 분류코드 : 81, 84, 85, 86, 87 • 기업 구성원 전체가 치매파트너 교육에 참여 • 기업의 노하우와 재능을 활용하여 치매극복 활동에 기여
치매극복 선도기관	• 국가, 지방자치단체, 지방자치단체조합 • 사업자등록증 분류코드 : 83 • 기관 구성원 전체가 치매파트너 교육에 참여 • 기관의 인프라와 재능을 활용하여 치매극복 활동에 기여
치매극복 선도단체	• 비영리법인의 본점 및 지점 • 사업자등록증 분류코드 : 82 • 제외 기준 : 중앙치매센터, 광역치매센터, 치매안심센터, 보건소 제외 • 단체 구성원 전체가 치매파트너 교육에 참여 • 단체의 인프라와 재능을 활용하여 치매극복 활동에 기여
치매극복 선도학교	• 치매파트너 교육에 전교생과 교직원이 참여하고 치매파트너로 등록 • 지정을 유지하기 위해서는 매년 신입생을 대상으로 추가교육 필요
치매극복 선도대학	• 최소 단과대학 이상의 규모에서 신청 가능 • 전문대학의 경우 최소 2개 이상의 학과에서 본 과정을 진행 • 정규교육과정(학점인정)에 치매 교육이 포함 • 해당 과목 수업 중 최소 2시간 이상 구성 • 일회성 교육이 아니라 매년 지속적으로 교육 실시
치매극복 선도도서관	• 공공도서관(작은도서관 포함) 및 민간도서관 • 독립된 치매도서코너를 설치·운영 • 치매도서코너 실치 및 도서관 담당자 치매파트너 교육 이수 필수
치매극복 봉사모임	• 동아리(동호회)등의 형태로 지역사회에서 치매관련 봉사를 실제 수행하고 있는 모임 • 구성원 전체가 치매파트너 교육 참여 • 치매극복 봉사모임은 5명 이상으로 구성, 연 6회 이상 정기적으로 활동한 모임에 한하여 인정함

※ 치매극복 선도단체 지정사실을 영리목적으로 이용할 시에 치매극복 선도단체 지정이 박탈될 수 있으니 유의

※ 보건복지부, 중앙치매센터, 광역치매센터, 치매안심센터, 보건소는 사업의 주체이므로 제외

❑ 진행방법

- 홍보 : 지역사회 주요 서비스 공급기관(주민센터, 경찰, 우체국, 소방서, 은행 등 관공서)과 학교(초·중등·대학)를 대상으로 치매극복 선도단체 지정사업 홍보
- 신청 : 치매극복 선도단체 신청서 작성하여 단체가 위치한 치매안심센터에 제출하고, 단체 지정을 위한 요건을 충족하는지 확인 후, 단체 교육 진행
  - 중앙·광역치매센터로부터 치매극복 선도단체 신청서를 수령 가능
  - 단체 유형에 따라 제출해야 하는 신청서가 상이함으로 서식을 참조하여 해당 유형에 맞는 서식 활용
- 교육 : 온라인 또는 오프라인으로 진행
  - 온라인(웹교육) : 치매파트너 홈페이지(partner.nid.or.kr)를 안내하여 수강
  - 오프라인(대중강연) : 중앙·광역치매센터에서 제공하는 치매파트너 표준 교육자료 활용하여 교육, 기관으로 '찾아가는 교육' 가능
- 등록 : 신청 및 교육 후 광역치매센터에 단체의 신청서와 함께 치매극복 선도단체 지정 요청, 광역치매센터 신청서 취합, 지정요건 수립 여부 확인하여 중앙치매센터에서 지정번호 수령하여 전달
  - 도서관의 경우, 신청 후에 치매도서코너에 배열할 치매관련 간행물을 치매안심센터에서 발송하고, 설치완료보고서를 도서관에서 치매안심센터로 제출완료 해야만 등록이 가능
- 지정 : 지정번호를 부여받은 치매안심센터는 현판을 제작하여 전달
  - (현판) 치매극복 선도단체로 지정되면 현판 수여, 현판디자인은 중앙·광역치매센터를 통해 수령하고, 현판은 치매안심센터에서 제작·전달

5.3. 지역사회 자원 강화사업

❑ 사업 개요

- 목적
  - 지역 내 치매인구에 대한 현황, 치매 유관 기관 서비스 조사 등을 통한 통합적인 사업 전략
  - 지역사회 자원 연계를 통한 효율적인 치매통합관리시스템 구축
  - 치매 사각지대 없이 원스톱으로 적절한 의료·복지 서비스 제공
- 근거
  - 치매관리법 제3조(국가 등의 의무) 3항
  - 치매관리법 제6조(치매관리종합계획의 수립 등) 2항 1호
- 사업배경 및 필요성
  - 산발적이고 분산되어 있는 치매관련 지역사회 인적·물적 자원을 통합하여 치매환자와 가족과 일반주민이 접하기 용이하도록 시스템 구축이 필요
  - 지역사회 치매자원 파악으로 연계자원 활동에 대한 체계 마련 필요
- 주요내용
  - 지역사회 현황 분석, 자원조사
  - 지역사회 협의체 협력사업 및 연계시스템 구축

5.3.1. 지역사회 현황분석

❑ 목적

- 지역사회 현황을 분석하여 치매안심센터 사업 및 지역사회 특화사업의 기초자료로 활용

❑ 일정

- 연 1회(1분기) 조사

❑ **추진주체**

- 광역치매센터 : 광역 단위 지역사회 현황 분석
- 치매안심센터 : 지역사회 현황 분석(연 1회, 1분기)

❑ **진행방법**

- 중앙치매센터 홈페이지를 통해 관련 자료 확인

❑ **세부 내용**

- 지역사회 노인인구 수
- 경도인지장애 유병현황
- 치매 유병현황
  - 성별, 연령별 치매환자 현황
  - 유형별, 중증도별 치매환자 현황

5.3.2. 지역사회 자원 조사 및 발굴

❑ **목적**

- 지역사회 내 인적·물적 자원을 조사하여 『치매안심통합관리시스템』에 관련 정보를 업데이트함으로써, 치매환자 및 가족에게 적절한 의료·복지 서비스를 원스톱 연계

❑ **대상**

- 지역사회 내 의료·복지기관 및 제공 서비스

❑ **일정**

- 지역사회 자원 조사·발굴 및 시스템 업데이트 : 상시

❑ **추진주체**

- 중앙치매센터 : 전국 지역사회 자원조사 데이터 통합 및 정도 관리
  ※『중앙치매센터 홈페이지』 '치매시설정보' 운영 예정

- 광역치매센터 : 광역 단위 지역사회 자원 조사 취합
- 치매안심센터 : 지역사회 자원 조사

❑ 진행방법

- 전화 및 방문을 통한 조사

❑ 세부 내용

- 지역사회 내 보건·의료기관 조사
  - 정신건강증진센터 및 보건소
  - 치매협약병원, 치매안심요양병원
  - 종합병원, 요양병원, 병의원 등 의료기관
- 지역사회 내 치매관련 시설
  - 장기요양기관
    - 주야간보호센터, 단기보호시설, 노인요양시설, 노인요양공동생활가정 등
    - 복지용구 사업소
  - 치매전담형 장기요양기관
    - 치매전담형 노인요양시설, 치매전담형 노인요양공동생활가정, 치매전담형 주·야간보호센터
- 지역사회 내 복지기관
  - 경로당, 노인종합복지관, 사회복지관, 노인교실 등 노인복지관련 기관
  - 노인보호전문기관
- 지역사회 내 의료·복지 서비스 조사
  - 안전지원 : 주거 환경, 독거노인 응급안전, 안전관리 등
  - 건강지원 : 방문건강관리서비스, 의료비 지원, 노인건강지원 등
  - 활동지원 : 인지 활동, 취미·여가 활동, 운동 프로그램 등
  - 일상생활지원 : 가사, 식사(도시락 배달), 교통이동 지원 등
  - 사회생활지원 : 노인일자리, 독거노인 친구 만들기, 자원봉사자 연계 등

- 지역사회 내 활용 가능한 인력 수
  - 치매파트너 수
  - 치매파트너 플러스 수
  - 치매전문인력 교육 이수자 수

5.3.3. 지역사회 연계강화

❑ **목적**

- 지역사회 협의체를 구성·운영하여 치매관련 기관 및 단체의 참여와 협력, 자원 연계를 통한 수요자 중심의 통합적 서비스 제공
- 지역사회 자원 연계, 서비스 조정·통합을 위한 연계시스템 구축을 통해 성공적 지역사회 치매관리사업 수행

❑ **추진주체**

- 중앙치매센터 : 지역사회협의체 운영지침, 연계시스템 가이드라인 제공, 지역사회 협력사업 모델 개발
- 광역치매센터 : 지역사회협의체 운영 지원, 지역치매특화사업을 활용하여 관련한 공공부문 위원 및 민간부문 위원을 치매안심센터에 추천 가능하고 해당 자원 활용이 가능하도록 콘텐츠 지원
- 치매안심센터 : 지역사회 자원 발굴, 지역사회협의체 운영 및 지역사회자원연계 활성화

❑ **세부 내용**

- 지역사회 자원 발굴
  - 지역사회 치매관련 다양한 자원 발굴
  - 다양한 지원연계 발굴을 위한 지역사회 기관과 협약 및 지속적인 관계망 형성으로 사업 활성화 도모
  - 지역사회 치매관련 필요한 자원 확충 노력

- 지역사회 협의체 협력
  - 공공과 민간영역의 협력적 파트너십 구축
  - 서비스 제공기간 간 연계·협력을 통해 서비스 중복·누락 방지
  - 치매사각지대 발굴 및 지원
  - 각 기관별 복지자원을 공유하고 네트워크 형성 도모
  - 지자체 상황에 맞는 지역사회 치매관리 시행계획 자문
  - 기타 지역사회 치매극복을 위한 공동협력
- 연계시스템 구축
  - 민·관 통합 연계시스템 구축 및 강화
  - 지역사회 자원연계를 통한 효율적인 치매환자관리 시스템 구축
  - 의료·복지 자원의 유기적 연계 시스템 구축

6 치매노인 성년후견사업

❑ 사업 개요

- 목적
  - 치매노인의 사회활동 지원, 자기결정권 존중, 인권보호를 위한 후견인 선임 지원 (치매관리법 개정으로 '18.9.20일 시행 예정)
- 주요내용
  - 피후견인 : 일상생활에서 의사결정능력이 부족하여 의사결정의 대리나 지원이 필요한 치매환자, 권리를 적절하게 대변해 줄 가족이 없는 치매환자, 또는 별도의 조치가 없으면 권리침해의 위험이 상당한 치매환자
  - 후견인 : 향후 대통령령으로 정하는 요건을 갖춘 사람 또는 법인
  - 후견심판 : 지방자치단체의 장이 가정법원에 후견심판을 청구하되, 관련 기관·법인·단체의 장에게 후견인 후보자의 추천 의뢰 가능
  - 비용지원 : 국가와 지방자치단체가 후견인의 후견사무의 수행에 필요한 비용의 일부를 지원 가능

※ 세부 사업지침은 추후 확정 및 통보 예정

7 치매안심센터 운영실적 분석

❑ 사업 개요

- 목적
  - 치매 조기검진사업 및 등록관리사업과 관련된 제반 자료를 DB화하여 사업의 효율성을 높이고 실시간으로 사업진행 상황을 평가, 분석, 보고함으로써 센터 사업의 효과성 향상
- 추진체계
  - 중앙치매센터
    - 치매안심통합관리시스템 고도화 및 자료 관리
    - 치매안심센터 평가지표 개발 및 평가수행 지원 등
  - 광역치매센터
    - 실적 취합·분석, 통계 등 직무관련 교육 및 기술 지원
    - 치매안심센터 평가수행 지원 등
  - 치매안심센터
    - 치매안심통합관리시스템 자료 입력 및 정도관리
    - 해당 자치구 데이터 분석, 보고 등
- 주요내용
  - 치매관리사업 DB 자료 등록 및 분석·활용
  - 실적보고 및 성과평가

7.1. 치매관리사업 DB 자료 등록 및 분석·활용

❑ 치매관리사업 DB 자료 등록

- 매월말까지 치매안심통합관리시스템에 관련 데이터 입력
  - 시설현황 : 독립시설, 공동운영 등
  - 대상자현황 : 만 60세 이상 노인 수, 전년도말 등록자수, 신규 등록자수, 퇴록자수, 독거노인 수 등

- 인력현황 : 직종별, 전담여부 등
- 예산현황 : 치매검진비, 치매치료관리비, 치매환자 사례관리 등
- 사업실적 : 치매조기검진사업, 치매치료관리비지원
- 기타 치매관리사업 : 상담실적, 인지재활프로그램, 치매가족교실, 치매가족 자조모임, 치매예방교육, 실종예방 배회인식표 등

● 치매관리사업 DB 자료 분석·활용
- 분기별 모니터링을 통한 사업진행 상황 평가
- DB 자료 분석을 통한 이슈 파악 및 개선점 논의(운영위원회)
- 차년도 사업계획 수립 시 개선사항 등 반영

7.2. 실적보고 및 성과평가

7.2.1. 실적보고

❑ **보고시기**

● 반기별 : 상반기(7월 20일), 하반기(익년 1월 20일)

❑ **보고방법**

● 치매안심센터는 치매안심센터 현황 및 실적서식 [서식 6-1]에 실적 입력 및 시·군·구, 시·도를 거쳐 보건복지부에 제출

7.2.2. 성과평가

❑ **평가목적**

● 국가치매관리사업 내실화 및 효과적인 사업방향 제시

● 치매안심센터의 운영의 질적 성장과 기관운영의 효율성 향상 도모

❑ **평가대상**

● 치매안심센터

❑ 평가내용

- 국가치매관리사업 및 지역치매관리사업 수행도
- 투입에 대한 산출결과의 적절성
- 세부사업별 달성도 등 평가지표에 의한 평가
- 해당 광역치매센터와의 협력도에 대한 평가
- 종사자 역량강화 관리에 대한 평가 등

❑ 평가방법

- 보건복지부에서 별도 통보한 「치매안심센터 평가 매뉴얼」에 따라, 치매안심센터는 시·군·구, 시·도를 거쳐 보건복지부에 제출

❑ 평가수행

- 중앙치매센터장은 성과평가 계획(안) 및 평가지표를 개발하고 보건복지부장관에 승인을 거쳐 최종 확정
- 중앙치매센터장 및 광역치매센터장은 평가수행을 기술적으로 지원

❑ 평가절차(안)

	절 차	내 용	일 정
평가 계획	치매안심센터 평가 매뉴얼 공표	▸ 보건복지부「치매안심센터 평가 매뉴얼」공표	전년도 11월
	평가대상기관 설명회	▸ 중앙치매센터는 광역치매센터를 대상으로 평가 설명회 개최	전년도 12월
성과 평가	평가자료 제출	▸ 치매안심센터는 광역치매센터에 평가자료 및 증빙자료 제출	차기 연도 1월
	평가위원회 구성	▸ 광역치매센터는 평가위원회 구성	차기 연도 1월
	평가자료 1차 심사	▸ 광역치매센터는 지표별 정량평가 및 정성평가 1차 심사 후 중앙치매센터에 심사결과 보고	차기 연도 1~3월
	평가자료 2차 심사	▸ 중앙치매센터는 지표별 정량평가 및 정성평가 2차 심사 후 보건복지부에 심사결과 보고	차기 연도 1~3월
환류 및 활용	이의신청 및 심의	▸ 평가 종료 후 평가결과에 대한 이의가 있는 경우 평가결과 통보 후 7일 이내 사업수행기관 대표자가 이의 신청서와 소명자료 제출	차기 연도 4월
	평가결과 공표	▸ 보건복지부 평가결과 공표	차기 연도 4월
	평가결과의 환류 및 활용	▸ 치매관리시행계획 등 평가위원 세부의견 전달로 추후 사업계획 시 반영 ▸ 우수 치매안심센터 포상 및 사업내용 공유를 통한 사업의 질 향상 도모 ▸ 지역특화사업, 정책 수립 등의 근거자료로 활용	차기 연도 4월

* 사업의 기간 및 특성에 따라 평가 프로세스는 가감될 수 있음

※ '18년도까지는 성과평가를 시범적으로 실시하되, 결과는 공개하지 않음

Ⅰ-5 경과규정 - 치매안심센터 설치 운영단

◈ (~'17.12) 보건소 기존 **치매상담센터 공간 및 신규인력을 확대**(간호사 1인 이상을 포함하여 총 5인 이상)하고, **상담·검진업무 등 수행**
◈ (~'18.6) **치매안심센터 전용 공간 확보 및 인력 채용, 정식개소·운영**

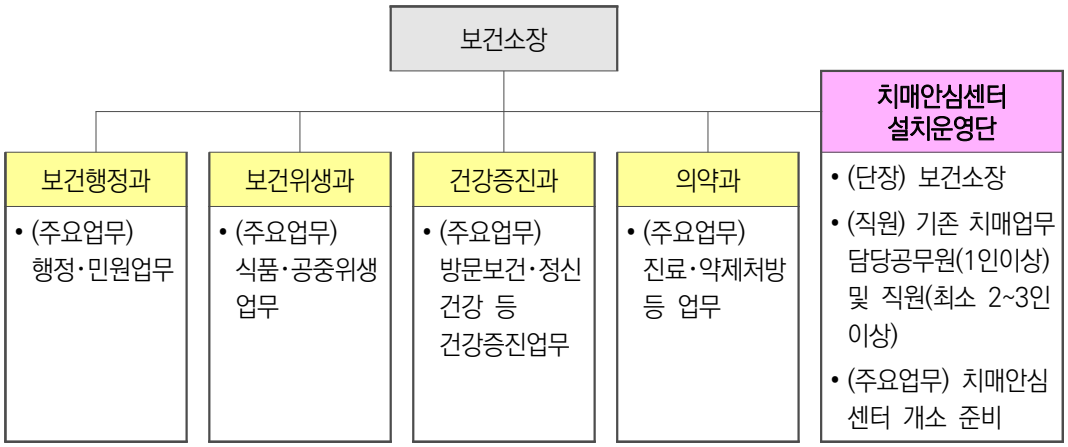
❑ 검토 배경

- 추경예산으로 **치매안심센터(205개) 설치비 및 운영비** 집행·이행중
  * (예산액) '17. 추경, 설치비 1,230억원 및 운영비 1개월분 188억원
- 시군구별 **「치매안심센터 설치운영단」**을 구성·운영하여 **신속한 센터 설치를 지원하고 필수적인 서비스 제공** 지원

❑ 운영단 구성 방안

- **(대상)** 치매안심센터 **신규 설치**해야 하는 보건소(205개소)
- **(기간)** **'17.10월**부터 **'18.3월***까지(6개월간)
  * '18.3월 까지 정식개소 하지 않는 경우, 복지부 협의 후 '18.6월까지 연장 운영
- **(구성·운영방법)** 보건소 내 **기존 과와 분리**하여 **한시조직**으로 설치
  - **보건소장**(단장)과 **기존 치매상담센터 치매업무 담당공무원*** **및 신규직원**(간호사 1인 이상 포함 5인 이상)으로 구성
    * 직원은 '17.11월까지는 보건소 내 조정을 통해 배치하고, '17.12월부터는 센터 운영비로 신규 채용하여 배치

[설치운영단 조직도(예시)]



❑ 운영단 운영 방안

- **(주요업무)** 치매안심센터 개소에 필요한 **제반 준비사항**(별도 공간마련 및 공사, 필요 물품구입, 인력채용 및 교육절차 등)
  - '17.12월까지 치매안심센터가 정식 개소되지 않는 경우, 운영단에서 센터를 **우선 설치*** 및 **개소**하여 운영(기본업무 수행)

    * 기존 치매상담센터 치매업무 담당공무원 및 신규직원(간호사 1인 이상 포함 5인 이상) 활용

    * 다만, 증평군, 계룡시, 울릉군은 간호사 1인 이상을 포함하여 2인이상 채용 가능

- **(우선개소)** 센터의 **기본업무** 수행을 위한 **시설·인력을 우선 구비**하여 개소·운영('17.12~)

치매안심센터 전체 업무(예시)

◈ 기본업무 : ① 치매 고위험군 및 치매노인·가족에 대한 상담, ② 치매조기검진 및 등록(정밀검진은 협약병원 수행 가능), ③ 기존 보건소 수행사업(치매치료관리비, 배회인식표, 조호물품 등), ④ 인식개선 및 교육 등

◈ 추가업무 : ① 등록 치매노인 1 : 1 사례관리, ② 치매노인 단기쉼터 운영, ③치매가족카페 운영, ④ 지역사회 자원연계 및 협력체계 구축 등

  - **(시설기준) 기본업무**에 필요한 공간*(상담·검진실, 사무실 등)부터 우선 설치·운영하고('17.12~), 쉼터·카페 등은 단계적 설치(~'18)

* 보건소 내외의 기존공간 및 타 업무(**정신보건센터 등**) 겸용공간 활용 가능
* 관내 복지부 유관기관(**국민건강보험공단 및 국민연금공단 등**) 지소의 공간 활용(적극 협조 예정)
* **민간건물 단기임대 가능**(신증축하는 경우에 한하여 공사 완료 시까지)

- **(인력기준) 기본업무** 수행에 필요한 최소인력*(간호사 2~3인)부터 우선 채용 ('17.12~), 이후 순차적으로 인력 확대(~'18)

* 보건소 내 「치매안심센터 설치운영단」으로 배치

- **(정식개소)** 이후 **전체 업무**(기본업무+추가업무) **수행**을 위한 **시설·인력을** 복지부가 제시한 기준까지 **단계적 확대**하여 개소(~'18)

Ⅰ-6 인사·복무 및 예산·회계 지침

1 인사·복무 지침

❑ 근로기준법, 지방공무원 복무규정 및 각 시·군·구 규정에 근거하여 관리

2 개인정보처리방침

❑ 치매안심통합관리시스템 개인정보처리방침(별첨 2)에 따라 정보 관리

3 예산·회계 지침

❑ 근거

- 치매관리법 제18조(비용의 지원)
- 보조금 관리에 관한 법률, 각 시·군·구 지방 보조금 관리조례

3.1. 예산 편성

❑ 예산 구성

- 사업비 : 국비 80%, 지방비 20%(서울의 경우, 국비 50%, 지방비 50%)

❑ 편성 기준

- 근거 : 지방자치단체 예산편성 운영기준
- 주요내용
  - 인건비·사업비·운영경비 등으로 편성, 소요 예산별로 재원 명기
    - 인건비는 총예산의 70%이하로 편성
    - 일반운영비, 업무추진비, 여비 등 운영경비는 합계가 총 예산의 15% 이하로 편성
  - 예산 분담비율은 각 재원 분담률로 하되, 추가 소요될 예산은 시·군·구의 지방비 확보 편성 권장
  - 인건비와 연구비 등 경직성 경비는 예산범위 이내에서 편성 및 집행(당초 계획 인력과 당해 회계연도 기준으로 집행 제한)

[세출예산 과목 구분(안)]

단위(회계)·세부사업	2018년 예산과목(편성목) 및 내역	금액(천원)
	천원	
정책사업		
정책기획사업	일반운영비 ○ 사무관리비 - ○ 행사운영비 - 업무추진비 ○ 시책추진업무추진비	
교육사업	일반운영비 ○ 사무관리비 - 강사료 - 교육사업 소모품 제작비	
행정운영경비		
인력운영비	인건비 ○ 보수 - 기본급 - 수당 - 퇴직적립금 - 4대보험료	
기본경비	일반운영비 ○ 사무관리비 - 사무용 종이류 - 임차료 ○ 공공운영비 - 공공요금 및 제세 - 연료비 - 시설장비유지비 - 차량유류비 여비 ○ 국내여비 업무추진비 ○ 기관운영업무추진비	

❑ **예산 집행**

- 근거 : 지방자치단체 세출예산 집행 기준(행정자치부)
- 책임 : 시·군·구청장
- 내용
  - 국가 또는 지방자치단체의 보조금은 목적 외 사용 및 임의사용을 금지하며 세출 예산과목 중 타당성 없는 예비비 편성 불가함
  - 월별 사업 잔액은 다음 월로 이행하여 지출하되, 당해년도 내에 집행을 완료해야 함
  - 기타 예산집행에 관한 사항은『보조금관리에 관한 법률』등 준용

❑ **예산의 변경 및 전용**

- 예산의 변경
  - 변경범위 : 동일 세부 사업 내 통계목 간 예산 변경사용
  - 변경절차 : 기관장의 내부 방침과 각 소관부서에 보고·승인 후 변경사용 가능
- 예산의 전용
  - 전용범위 : 단위사업간 편성 목의 금액을 동일 편성목이나 다른 편성 목에 전용 가능 (예) 사업비, 기타 운영비 등 예산 편성목 간 전용가능
  - 전용제한
    - 전용 후 재전용 하거나 변경사용 할 수 없으며 <u>인건비 전용 불가</u>
    - <u>인건비(70% 초과), 운영경비(15% 초과)는 한도 이상 전용 불가</u>
  - 전용절차 : 항간 이상 전용 시 <u>시·도 협의 및 승인</u>을 얻도록 함
    - <u>전용제한에도 불구하고 불가피한 사유가 발생한 경우 시·도를 거쳐 보건복지부 승인을 받도록 함</u>

3.2. 세부 항목별 편성·집행 방법

❑ **인건비**

- 기본급
  - 센터 직원 : 종사자별 기준에 의해 기본급 지급
    - <u>기본급은 [2018년 치매관리사업 종사자 기본급]을 따름</u>

• 산후대체인력 : 기본급은 [2018년 치매관리사업 종사자 기본급]에서 제시된 해당 자격에 기준하여 호봉을 산정하여 적용. 단, 육아휴직 당사자의 인건비 범위를 초과할 수 없음

※ 2017년 12월 1일 이후 신규 채용 산후대체인력에 한하여 적용함

- 근무 년수 (호봉) 산정 : 지자체 여건에 따라 탄력적으로 산정

※ 수당, 보수지급일 등 기타 사항은 각 지자체 자체 규정에 의함

[2018년 치매관리사업 종사자 기본급 기준]

(단위 : 천원/월)

직위 (호봉)	사업수행인력		
	부센터장/과장	팀 장	팀 원
1호봉	1,933	1,828	1,766
2호봉	2,024	1,886	1,828
3호봉	2,120	2,007	1,914
4호봉	2,218	2,159	2,004
5호봉	2,320	2,256	2,098
6호봉	2,425	2,360	2,196
7호봉	2,532	2,465	2,296
8호봉	2,640	2,576	2,398
9호봉	2,750	2,683	2,496
10호봉	2,856	2,785	2,590
11호봉	2,959	2,886	2,683
12호봉	3,042	2,965	2,757
13호봉	3,119	3,042	2,828
14호봉	3,192	3,113	2,895
15호봉	3,263	3,184	2,960
16호봉	3,329	3,245	3,020
17호봉	3,393	3,309	3,080
18호봉	3,453	3,368	3,135
19호봉	3,508	3,422	3,188
20호봉 이상	3,562	3,475	3,238

※ 경력 20년 초과 시 20호봉으로 책정

※ 공무원이 겸직하는 경우에는 공무원 급여 및 호봉기준에 따르도록 함

❑ 운영비 및 사업비

- 각 시·군·구가 준용하는 규정에 따름

Ⅰ-7 부록 - 서식

서식 목록

Ⅰ-3. 치매안심센터 운영

1. 운영 기준

[별첨 1] 동의서 및 신청서 관련 보유 기간

[별첨 2] 치매안심통합관리시스템 개인정보처리방침

2. 위원회 및 협의체

[운영서식 1-1] 지역사회협의체 위원 위촉 수락서

[운영서식 1-2] 지역사회협의체 위원 관리

[운영서식 1-3] 지역사회협의체 협력 회의 관리

[운영서식 1-4] 지역사회협의체 협력 회의록

Ⅰ-4. 치매안심센터 주요사업

1. 상담 및 등록관리사업

[서식 1-1] 기초상담 기록

[서식 1-2] 심층상담 기록

[서식 1-3] 심층상담 기록 [보호자용]

[서식 1-4] 개인정보 조회·처리·제공 동의서

[서식 1-5] 등록관리 기록부

[서식 1-6] 배회가능 어르신 인식표 신청서

[서식 1-7] 위생소모품 지원 신청서

[서식 1-8] 위생소모품 제공 대장

[서식 1-9] 조호기구 대여 신청서

[서식 1-10] 조호기구 대여 대장

[서식 1-11] 맞춤형사례관리 신청

[서식 1-12] 맞춤형사례관리 신청서

[서식 1-13] 맞춤형사례관리 대상자 선정심사 회의록

[서식 1-14] 맞춤형사례관리 초기평가서

[서식 1-15] 맞춤형사례관리 초기평가 평가도구

[서식 1-16] 맞춤형사례관리 계획표

[서식 1-17] 맞춤형사례관리 사례회의록

[서식 1-18] 맞춤형사례관리 일지

[서식 1-19] 서비스 의뢰서

[서식 1-20] 맞춤형사례관리 지도·감독(슈퍼비전) 일지

[서식 1-21] 맞춤형사례관리 단계평가서

[서식 1-22] 맞춤형사례관리 1차 종결 평가서

[서식 1-23] 맞춤형사례관리 만족도 조사 설문지

[서식 1-24] 맞춤형사례관리 연장심사 회의록

[서식 1-25] 맞춤형사례관리 추적평가서

[서식 1-26] 맞춤형사례관리 최종 종결 평가서

2. 치매조기검진 및 예방관리 사업

[서식 2-1] 치매조기검진 신청서

[서식 2-2] 치매 선별용 한국어판 간이정신상태검사지(MMSE-DS)

[서식 2-3] 치매감별검사비 지원 신청서

[서식 2-4] 행정정보 공동이용 사전 동의서

[서식 2-5] 치매 진단평가 의뢰서

[표 2-1] MMSE-DS 진단검사 의뢰 점수

[표 2-2] MMSE-DS 채점 기준

[서식 2-6] 치매예방교실 이용 신청서

[서식 2-7] 응급상황 대응지침 동의서

[서식 2-8] 치매예방교실 연장 신청서

[서식 2-9] 인지강화교실 이용 신청서

[서식 2-10] 인지강화교실 연장 신청서

[서식 2-11] 치매예방교실(인지강화교실) 운영일지

[서식 2-12] 치매예방교실(인지강화교실) 강사등록카드

3. 치매환자쉼터 운영사업

[서식 3-1] 치매환자쉼터 이용 신청서

[서식 3-2] 치매환자쉼터 연장 신청서

[서식 3-3] 치매환자쉼터 이용 연장 심의표

[서식 3-4] 치매환자쉼터 운영일지

[서식 3-5] 치매환자쉼터 강사등록카드

4. 치매가족 지원사업

[서식 4-1] 가족상담일지

[서식 4-2] (8삭제)

[서식 4-3] 돌봄부담분석 검사1-한글판 우울증 선별도구

[서식 4-4] 돌봄부담분석 검사2-단축형 자릿 부양부담평가척도

[서식 4-5] 돌봄부담분석 검사3-신경정신행동검사-간편형

[서식 4-6] 돌봄부담분석 검사4-치매태도척도

[서식 4-7] 돌봄부담분석 결과지

[서식 4-8] 정신건강증진센터 상담 의뢰서

[서식 4-9] 정신건강증진센터 상담의뢰 회신서

[서식 4-10] 가족교실 이용 신청서

[서식 4-11] 가족교실 참여자 등록 정보

[서식 4-12] 가족교실 서약서

[서식 4-13] 가족교실 만족도 평가

[서식 4-14] 회기별 만족도 설문지

[서식 4-15] 회기별 가족 일지

[서식 4-16] 자조모임 운영자문 및 지원 신청서

[서식 4-17] 힐링프로그램 이용 신청서

[서식 4-18] 힐링프로그램 운영일지

[서식 4-19] 동반치매환자보호서비스 이용 신청서

5. 치매인식개선 및 교육·홍보사업

[서식 5-1] 한마음 치매극복 전국걷기행사 운영지침

[서식 5-2] 한마음 치매극복 전국걷기행사 결과보고서

[서식 5-3] 치매인식도 조사표

[서식 5-4] 치매안심센터 이용만족도 조사표

[서식 5-5] 치매파트너 신청서 및 동의서(만14세이상)

[서식 5-6] 치매파트너 신청서 및 보호자 동의서(만14세미만)

[서식 5-7] 치매극복선도 기업·기관·단체 신청서

[서식 5-8] 치매극복 선도대학 신청서

[서식 5-9] 치매극복 선도학교(초·중·고) 신청서

[서식 5-10] 치매극복 선도 봉사모임 신청서

[서식 5-11] 치매극복 봉사모임 봉사활동보고서

[서식 5-12] 치매극복 선도도서관(부제 : 가치함께 도서관) 신청서

[서식 5-13] 치매도서코너 설치완료보고서

[서식 5-14] 간행물 사용 서약서

6. 치매안심센터 운영실적 분석

[서식 6-1] 치매안심센터 현황 및 실적서식

[기타서식 1] [개인정보보호법 시행규칙 별지 제8호] 개인정보 열람 요구서

[기타서식 2] [개인정보보호법 시행규칙 별지 제9호]
개인정보(열람, 일부열람, 열람연기, 열람거절)통지서

[기타서식 3] [개인정보보호법 시행규칙 별지 제10호]
개인정보(정정·삭제, 처리정지)요구에 대한 결과 통지서

[기타서식 4] [개인정보보호법 시행규칙 별지 제11호] 위임장

[기타서식 5] 개인정보 조회·처리·제공 동의서 위임장

[별첨 1] 동의서 및 신청서 관련 보유 기간

페이지	양식 명	보존 기간	근거
결과 관련	MMSE-DS (치매 선별용 한국어판 간이정신상태 검사)	5년	의료법 시행규칙 제15조(진료기록부 등의 보존) 제1항 5. 검사내용 및 검사소견 기록 : 5년에 준함
	한국판 노인 우울 척도 단축형(SGDS-K)		
	신경심리검사(CERAD-K)		
	신경심리검사(SNSB)		
	신경심리검사(LICA)		
	주관적기억감퇴 평가설문(SMCQ)		
	맞춤형사례관리 초기평가 평가도구 ※		
	한글판 우울증 선별도구(PHQ-9) ※		
	단축형 자릿 부양부담평가척도(S-ZBI) ※		
	신경정신행동검사-간편형(NPI-Q) ※		
	치매태도척도(DAS) ※		
의료비 관련	행정정보 공동이용 사전 동의서	치매검사비·치매치료관리비 지원 가능기간	(유사 법령) 암관리법 시행령 제10조 제4항에 따른 보건복지부 장관 고시(암환자의료비 지원사업 안내), 희귀질환 관리법 시행규칙 제6조 제3항에 따른 보건복지부 장관 고시(희귀질환자 의료비지원사업 안내)
	치매치료관리비지원신청서	치매치료관리비 지원 가능기간	
	치매 검사비 지원 신청서	치매검사비 지원가능기간	
동의서	지역사회협의체 위원 개인정보 수입·이용·제공 동의서	3년	공공기록물 관리에 관한 법률 시행령 제26조 제1항 관련 [별표 1] 3년 2호, 개인정보보호법 표준 개인정보처리방침 별표 1호 개인정보파일 보유 기간 책정기준표 3년 1호에 준함
	개인정보 조회·처리·제공 동의서 및 위임장	3년	
	응급상황 대응 지침 동의서	3년	

페이지	양식 명	보존 기간	근거
신청서	치매 진단평가 의뢰서 ※	3년	개인정보보호법 표준 개인정보처리방침 별표 1호 개인정보파일 보유 기간 책정 기준표 3년 1호에 준함
	가족교실 이용 신청서		
	동반치매환자보호서비스 이용 신청서		
	힐링프로그램 이용 신청서		
	치매환자쉼터 이용 신청서		
	인지강화교실 이용 신청서		
	치매예방교실 이용 신청서		
	인식표 신청서		
	맞춤형사례관리 신청서		
	위생소모품 지원 신청서		
	조호기구 대여 신청서		
	치매파트너 신청서 및 동의서(14세 이상)		
	치매파트너 신청서 및 동의서(14세 미만)		
	치매극복 선도단체 신청서		
	치매극복 선도대학 신청서		
	치매극복 선도학교 신청서		
	치매극복 선도도서관 신청서		
	치매극복 선도 봉사모임 신청서		
	간행물 사용 서약서		
의뢰서	각종 의뢰서 (서비스 의뢰서, 정신건강복지센터 상담 의뢰서, 정신건강복지센터 상담 의뢰 회신서 등)	1년	공공기록물 관리에 관한 법률 시행령 제26조 제1항 관련 [별표 1] 1년 1호, 개인정보보호법 표준 개인정보처리방침 별표 1호 개인정보파일 보유 기간 책정기준표 1년 1호에 준함
운영 관련 서식	운영일지 가족교실 회기별 만족도 맞춤형 사례관리 대상자 선정심사 회의록 맞춤형 사례관리 만족도 조사지 맞춤형 사례관리 연장심사 회의록	1년	개인정보보호법 표준 개인정보처리방침 별표 1호 개인정보파일 보유 기간 책정기준표 1년 1호에 준함

※ 표시된 일부 결과 관련 서식과 치매 진단평가 의뢰서는 문서상으로 작성될 경우에 한하여 위 보존기간이 적용됩니다.

[별첨 2] 치매안심통합관리시스템 개인정보처리방침

치매안심통합관리시스템 개인정보처리방침

치매안심통합관리시스템은 개인정보 보호법 제30조에 따라 치매안심통합관리시스템 정보 주체의 개인정보를 보호하고 이와 관련한 고충을 신속하고 원활하게 처리할 수 있도록 다음과 같이 개인정보처리방침을 수립·공개합니다.

제1조. 개인정보의 처리 목적 및 보유기간

① 치매안심통합관리시스템은 각종 치매지원서비스 지원 대상자 관리 및 치매안심통합관리시스템 운영 목적으로 필요에 의한 최소한의 개인정보를 수집하여 처리합니다. 처리한 개인정보는 목적이외의 용도로는 사용되지 않으며 이용목적이 변경되는 경우에는 개인정보보호법 제18조에 따라 별도의 동의를 받는 등 필요한 조치를 이행할 예정입니다.

② 치매안심통합관리시스템이 개인정보 보호법 제32조에 따라 처리하는 개인정보는 다음과 같이 소관업무에서 정한 최소한의 개인정보 항목만을 처리하며, 치매안심통합관리시스템 개인정보 정보주체로부터 개인정보를 수집시에동의받은 개인정보 보유·이용기간 내에 개인정보를 처리·보유합니다.

순번	개인정보 파일의 명칭	처리목적	개인정보파일에 기록되는 개인정보의 항목	보유·이용 기간
1	기초상담	치매 문제 관련 정보 제공 또는 서비스 연계 및 안내	성명, 성별, 나이, 연락처, 상담목적, 상담형태, 상담장소, 상담 대상자와의 관계, 이메일, 홈페이지 회원(치매안심포털서비스 가입여부)	퇴록 전까지
2	심층상담	치매 예방, 진단 등 치매관련 제반 서비스 안내 및 제공	PHIS 등록번호, 치매안심통합관리시스템 등록번호, 주민등록번호, 실명인증정보, 실제·주민등록상 나이, 교육년수, 읽고쓰기 능력, 주소, 거주상태, 결혼상태, 동거형태, 가구원수, 종교, 현재·과거 직업, 의료보장, 장기요양서비스, 노인돌봄종합서비스, 치매검사시행여부, 치매조기검진, 투약정보,	퇴록 전까지

순번	개인정보 파일의 명칭	처리목적	개인정보파일에 기록되는 개인정보의 항목	보유·이용 기간
			배회정보, 건강상태, 질병력, 대상자와의 관계, 동거여부, 돌봄 시간 등	
3	치매조기 검진	치매환자 및 고위험 치매환자의 조기 발견과 관리	대상자 성명, 주소, 연락처, 신청자성명, 대상자와의 관계, 신청자 연락처, 치매안심통합 관리시스템 등록번호, 안심센터 검진, 협약병원 검진 구분, 검사항목, 협약병원, 시행차수, 실제 나이, 교육년수 , 검사 일자, 검사 장소 검사 도구, 검사영역, 검사총점, 검사결과, 담당의사, 진단, 치매중증도, 감별검사항목, 치매원인분류, 검사비지원내용, 지원 금액, 협약병원 의뢰 내용, 의뢰자	퇴록 전까지
4	배회가능 어르신 인식표	배회증상으로 실종이 염려되는 치매환자대상 실종예방 인식표 보급과 관리	신청유형, 대상자정보(성명, 성별, 주민등록번호, 나이, 연락처, 주소, 사진), 주보호자정보(성명, 어르신과의 관계, 연락처, 이메일, 주소), 주보호자 외 보호자 정보(성명, 연락처), 인식표번호, 신청기관	퇴록 전까지
5	치매치료 관리비	치매치료관리비 지원 대상자 등록 과 관리	대상자성명, 주민등록번호, 주소, 연락처, 신청자 성명, 신청자 연락처, 대상자와의 관계, 치매치료관리비지원 수급경험, 계좌정보, 요양기관정보마당 등록일자, 의료비지원 수급 대상(보훈대상자의료지원, 의료급여본인부담금 상한제, 의료급여본인부담금보상제, 긴급복지 의료지원, 장애인의료비지원)	퇴록 전까지
6	맞춤형 사례관리	치매지원서비스 제공과 연계 목적의 등록과 관리	사례관리담당자성명, 사례관리 신청일자, 사례관리신청유형, 욕구 및 문제, 초기평가 일자, 초기평가결과, 보호자 주요정보, 서비스 계획정보(계획수립담당자성명, 수립일자, 실행 목표, 계획, 일자, 횟수 등), 사례회의록 정보, 지도·감독(슈퍼비전)일지정보, 사례관리일지 정보 등	퇴록 전까지

제2조. 개인정보의 제3자 제공에 관한 사항

① 치매안심통합관리시스템의 개인정보 이용 또는 제공은 소관업무를 수행하기 위한 최소한의 범위로 제한하며, 다른 법률에 따라 이용하거나 제3자에게 제공하는 경우를 제외하고는 개인정보의 보유목적 외의 목적으로 타 기관 및 타인에게 제공하지 않습니다.

② 치매안심통합관리시스템은 개인정보의 보유목적 외의 목적으로 처리정보를 이용하거나 다른 기관에 제공할 수 있습니다. 다만, 정보주체 또는 제3자의 권리와 이익을 부당하게 침해할 우려가 있다고 인정되는 때에는 제외합니다.

- 조약, 기타 국제협정의 이행을 위하여 외국정부 또는 국제기구에 제공하는 경우
- 통계작성 및 학술연구 등의 목적을 위한 경우로서 특정개인을 식별할 수 없는 형태로 제공하는 경우
- 정보주체 또는 그 법정대리인이 의사표시를 할 수 없는 상태에 있거나 주소불명 등으로 동의를 할 수 없는 경우로서, 정보주체 외의 자에게 제공하는 것이 명백히 정보주체에게 이익이 된다고 인정 되는 경우
- 범죄의 수사와 공소의 제기 및 유지에 필요한 경우 법원의 재판업무수행을 위하여 필요한 경우
- 개인정보보호위원회에서 심의를 거쳐 승인된 경우

③ 치매안심통합관리시스템은 개인정보를 정보주체외의 자에게 제공하는 때에는 개인정보를 수령한 자에 대하여 이용목적, 방법 등에 대하여 제한 또는 안전성 확보 조치를 강구하도록 요청합니다.

제3조. 개인정보처리의 위탁에 관한 사항

① 치매안심통합관리시스템은 원활한 개인정보 업무처리를 위하여 다음과 같이 개인정보 처리업무를 위탁하고 있습니다.

위탁업체	위탁 업무 내용	개인정보 항목	위탁 기간
㈜센텀인터넷	2018년도 치매안심통합관리플랫폼 기능 개선 및 유지관리	제1조 개인정보파일에 기록되는 개인정보의 항목	2018.1.1. ~ 2018.12.31

② 치매안심통합관리시스템은 위탁계약 체결 시 개인정보보호법 제25조에 따라 위탁업무 수행목적 외 개인정보 처리금지, 기술적·관리적 보호조치, 재 위탁 제한, 수탁자에 대한 관리·감독, 손해배상 등 책임에 관한 사항을 계약서 등 문서에 명시하고, 수탁자가 개인정보를 안전하게 처리하는지를 감독하고 있습니다.
③ 치매안심통합관리시스템은 위탁업무의 내용이나 수탁자가 변경될 경우에는 지체 없이 본 개인정보처리방침을 통하여 공개하도록 하겠습니다.

제4조. 개인정보의 안전성 확보조치에 관한 사항

치매안심통합관리시스템은 개인정보보호법 제29조에 따라 다음과 같이 개인정보의 안전성 확보에 필요한 기술적, 관리적, 물리적 조치를 하고 있습니다.

1. 개인정보 취급 직원의 최소화 및 교육
   개인정보를 취급하는 직원을 지정하고 담당자에 한정시켜 최소화 하여 개인정보를 관리 하는 대책을 시행하고 있습니다.
2. 정기적인 자체 점검 실시
   개인정보 취급 관련 안정성 확보를 위해 정기적으로 자체 점검을 실시하고 있습니다.
3. 내부관리계획의 수립 및 시행
   개인정보의 안전한 처리를 위하여 내부관리계획을 수립하고 시행하고 있습니다.
4. 개인정보의 암호화
   치매안심통합관리시스템의 개인정보는 비밀번호 암호화 등을 통하여 안전하게 저장 및 관리되고 있습니다. 중요한 데이터는 파일 및 전송 데이터를 암호화 하거나 파일 잠금 기능을 사용하는 등의 별도 보안기능을 사용하고 있습니다.
5. 해킹 등에 대비한 기술적 대책
   해킹이나 컴퓨터 바이러스 등에 의한 개인정보 유출 및 훼손을 막기 위하여 보안 프로그램을 설치하고 주기적인 갱신·점검을 하며 외부로부터 접근이 통제된 구역에 시스템을 설치하고 기술적·물리적으로 감시 및 차단하고 있습니다.
6. 개인정보에 대한 접근 제한
   개인정보를 처리하는 데이터베이스시스템에 대한 접근권한의 부여, 변경, 말소를 통하여 개인정보에 대한 접근통제를 위하여 필요한 조치를 하고 있으며 침입차단 시스템을 이용 하여 외부로부터의 무단 접근을 통제하고 있습니다.

7. 접속기록의 보관 및 위·변조 방지
   접속한 기록은 최소 6개월 이상 보관, 관리하고 있으며, 접속기록이 위변조 및 도난, 분실되지 않도록 보안기능을 사용하고 있습니다.
8. 문서보안을 위한 잠금장치 사용
   개인정보가 포함된 서류, 보조저장매체 등을 잠금장치가 있는 안전한 장소에 보관하고 있습니다.
9. 비인가자에 대한 출입 통제
   개인정보를 보관하고 있는 물리적 보관 장소를 별도로 두고 이에 대해 출입통제 절차를 수립, 운영하고 있습니다.

제5조. 정보주체의 권리, 의무 및 그 행사방법에 관한 사항

① 정보주체(만 14세 미만인 경우에는 법정대리인을 말함)는 언제든지 다음 각 호의 개인정보 보호 관련 권리를 행사할 수 있습니다.

1. 개인정보의 열람요구
2. 오류 등이 있을 경우 정정 요구
3. 삭제요구
4. 처리정지요구

② 제1항에 따른 권리 행사는 개인정보보호법 시행규칙 제8호 서식에 따라 작성 후 서면, 전자우편, 모사전송(FAX) 등을 통하여 하실 수 있으며, 치매안심통합관리시스템은 이에 대해 지체 없이 조치하겠습니다.

③ 정보주체가 개인정보의 오류 등에 대한 정정 또는 삭제를 요구한 경우에는 처리 완료 시까지 당해 개인정보를 이용 또는 제공하지 않습니다. 이 경우, 잘못된 개인정보를 이용 또는 제공한 경우 지체 없이 수정하겠습니다.

④ 제1항에 따른 권리 행사는 정보주체의 법정대리인이나 위임을 받은 자 등 대리인을 통하여 하실 수 있습니다. 이 경우 개인정보보호법 시행규칙 제11호 서식에 따른 위임장[기타서식 4]를 제출하셔야 합니다.

⑤ 개인정보 열람 및 처리정지 요구는 개인정보보호법 제35조 제5항, 제37조 제2항에 의하여 정보주체의 권리가 제한될 수 있습니다.

⑥ 개인정보의 정정 및 삭제 요구는 다른 법령에서 그 개인정보가 수집 대상으로 명시되어 있는 경우에는 그 삭제를 요구할 수 없습니다.

⑦ 정보주체의 권리에 따른 열람의 요구, 정정·삭제의 요구, 처리정지의 요구시 요구를 한 자가 본인이거나 정당한 대리인인지 확인합니다.

1. 주민등록증·운전면허증·여권, 의료급여증, 경로증, 기타 국가 및 지자체 공공기관, 위탁운영기관 발행 신분증명서류 등 본인 여부를 확인할 수 있는 신분증명서 또는 서류
2. 대리인을 통하여 요구한 경우에는 정보주체의 위임장과 인감증명서 또는 주민등록증·운전면허증·여권, 의료급여증, 경로증, 기타 국가 및 지자체 공공기관, 위탁운영기관 발행 신분증명서류 등 본인 여부를 확인할 수 있는 신분증명서 또는 서류로써 정보주체자의 위임을 받은 정당한 대리인임을 확인

⑧ 정보주체의 개인정보에 대한 열람, 정정, 삭제, 처리정지에 대한 요구를 받을 경우 개인정보 보호법 시행규칙 별지 제8호 서식에 의한 개인정보 열람, 요구서[기타서식 1]을 받은 날로부터 10일 이내에 요구사항을 처리하고 그 결과를 정보주체에게 통보합니다. 개인정보보호법에서 명기한 사유로 인하여 정보주체의 열람을 연기하거나 거절되는 경우에는 연기 또는 거절의 사유 및 이의제기방법을 개인정보보호법 시행규칙 별지 제9호 서식에 의한 개인정보(열람, 일부열람, 열람연기, 열람거절) 통지서[기타서식 2]로 발송하며 정당한 사유 없이 개인정보 열람 등을 거절할 경우 개인정보 보호책임자에게 이의를 제기 할 수 있습니다.

⑨ 정보주체의 요청에 의해 삭제되는 개인정보는 제6조의 개인정보의 파기 절차 및 방법에 따라 처리합니다.

제6조. 개인정보의 파기 절차 및 방법

① 치매안심통합관리시스템은 개인정보 보유기간의 경과, 처리목적 달성 등 개인정보가 불필요하게 되었을 때에는 지체 없이 해당 개인정보를 파기합니다.

② 치매안심통합관리시스템은 정보주체로부터 동의받은 개인정보 보유기간이 경과하거나 처리목적이 달성되었음에도 불구하고 다른 법령에 따라 개인정보를 계속 보존하여야 하는 경우에는, 해당 개인정보(또는 개인정보파일)를 별도의 데이터베이스(DB)로 옮기거나 보관 장소를 달리하여 보존합니다.

③ 개인정보 파기의 절차 및 방법은 다음과 같습니다.

1. 파기절차

치매안심통합관리시스템은 파기하여야 하는 개인정보에 대해 개인정보 파기계획을 수립하여 파기합니다. 치매안심센터는 파기 사유가 발생한 개인정보(또는 개인정보파일)를 선정하고, 치매안심통합관리시스템 운영기관 내 개인정보 보호책임자의 승인을 받아 개인정보(또는 개인정보파일)를 파기합니다.

2. 파기방법

치매안심통합관리시스템은 전자적 파일 형태로 기록·저장된 개인정보는 기록을 재생할 수 없도록 파기하며, 종이 문서에 기록·저장된 개인정보는 분쇄기로 분쇄하거나 소각하여 파기합니다.

제7조. 개인정보 보호책임자 및 담당자 연락처

① 치매안심통합관리시스템은 개인정보 보호책임자 및 담당자를 지정하고 있으며, 개인정보 처리와 관련한 정보주체의 개인정보보호 관련 문의 및 피해구제 등에 관한 사항은 개인정보 보호책임자 및 담당자에게 문의바랍니다.

구 분	성명	소속/직책	연락처
개인정보보호 책임자	변선정	중앙치매센터/부센터장	031-628-6838
개인정보보호 담당자	이옥진	중앙치매센터/선임연구원	031-628-6865

② 정보주체께서는 치매안심통합관리시스템의 모든 개인정보 보호 관련 문의, 불만처리, 피해구제 등에 관한 사항을 개인정보 보호책임자 및 담당부서로 문의하실 수 있습니다.

제8조. 정보주체의 권익침해에 대한 구제방법

① 정보주체는 개인정보침해로 인한 구제를 받기 위하여 아래의 기관에 대해 개인정보 침해에 대한 분쟁해결, 피해구제, 상담 등을 문의하실 수 있습니다.

- 개인정보 침해신고센터(privacy.kisa.or.kr) : (국번없이) 118
  - 한국인터넷진흥원 운영, 개인정보 침해사실 신고, 상담 신청
- 개인정보분쟁조정위원회(http : //www.kopico.go.kr) : (국번없이) 1833-6972
  - 개인정보 분쟁조정신청, 집단분쟁조정(민사적 해결)
- 대검찰청 사이버범죄수사단 : (국번없이) 1301(http : //www.spo.go.kr)
- 경찰청 사이버안전국 : (국번없이) 182(http : //www.ctrc.go.kr)

② 개인정보의 열람, 정정·삭제, 처리정지 등에 대한 정보주체의 요구에 대하여 치매안심통합관리시스템의 처분 또는 부작위로 인하여 권리 또는 이익을 침해 받은 자는 행정심판법이 정하는 바에 따라 행정심판을 청구할 수 있습니다.

제9조. 개인정보처리방침 적용에 관한 사항

이 개인정보 처리방침은 2017. 12. 1부터 적용됩니다.

[운영서식 1-1] 지역사회협의체 위원 위촉 수락서

지역사회협의체 위원 위촉 수락서

소속 성명

본인은 00치매안심센터 지역사회협의체 위원 위촉을 수락합니다.

위촉 기간 : 0000년 0월 00일 ~ 0000년 0월 00일

홍 길 동 (인)

00 치 매 안 심 센 터 귀 하

[운영서식 1-2] 지역사회협의체 위원 관리

지역사회협의체 위원 관리

연번	구분	성명	소속	직위	휴대폰	사무실	팩스	이메일	위촉 수락 여부	위촉 기간	회의 참석 횟수	위촉 수락서
	센터장/ 공공/ 민간								※수락/거부			

[운영서식 1-3] 지역사회협의체 협력 회의 관리

지역사회협의체 협력 회의 관리

연번	회의 일시	회의 제목	참석자	회의록 등록	SMS 발송
					※추후에 진행될 회의를 목록에 등록하면 위원들에게 자동으로 SMS 발송

[운영서식 1-4] 지역사회협의체 협력 회의록

지역사회협의체 협력 회의록

회의 제목	
회의 일시	
회의 장소	
참석자	
작성자	
회의 내용	

[서식 1-1] 기초상담 기록

기초상담 기록

담당자		상담일자	년 월 일

▣ 인적사항

대상자와의 관계(*)	○ 본인 ○ 배우자 ○ 딸 ○ 아들 ○ 며느리 ○ 사위 ○ 기타 친척 ○ 친구 ○ 이웃 ○ 간병인 ○ 가정 봉사원 ○ 가정부/파출부 ○ 성년후견인 ○ 기타 ( )		
성명(*)		성별(*)	○ 남 ○ 여
나이(*)		이메일	
연락처(*)	[휴대전화] [자택]	홈페이지 회원	○ 가입 ○ 미가입 ㄴ ○ 중앙치매센터 ○ 광역치매센터 ○ 치매파트너 홈페이지
상담목적	목적	□ 치매조기검진서비스를 받기 위해서 □ 치매환자지원서비스를 알기 위해서 □ 가족지원서비스를 알기 위해서 □ 인지강화프로그램을 참여하기 위해서 □ 치매예방프로그램을 참여하기 위해서 □ 치매관련 정보를 알고 싶어서 □ 기타( )	
상담형태	○ 내소 ○ 전화 ○ 인터넷 ○ 방문 ○ 기타( )		
상담장소	○ 치매안심센터 ○ 대상자 집 ○ 수탁병원 ○ 기타( )		
추가기록사항 (기타)			

[서식 1-2] 심층상담 기록

심층상담 기록

담당자		상담일자	년 월 일

▣ 주요정보

(사진)	PHIS 등록번호					
	성명		성별		주민등록번호	-
	실제 나이	세		호적 나이	세	
	학력(교육년수)(*)	년		읽고 쓰기	○ 문맹 ○ 읽기만 가능 ○ 읽고 쓰기 가능	
	이메일			연락처(*)	[휴대전화] [자택]	
	주소(*)	[우편번호] [주소] [상세주소]				
거주상태	○ 집 ○ 양로원 ○ 단기보호시설 ○ 장기요양시설 ○ 병원 ○ 기타 ( )					
결혼상태	○ 결혼 ○ 사별 ○ 별거 ○ 이혼 ○ 미혼 ○ 동거 ○ 기타 ( )					
동거형태(*)	○ 독거 ○ 배우자 ○ 배우자와 다른 가족 ○ 배우자 없이 가족만 ○ 친·인척 ○ 배우자는 아니나 동거인 ○ 치매환자인 보호자와 동거 ○ 기타( )					
종교	○ 기독교 ○ 불교 ○ 천주교 ○ 유교 ○ 무교 ○ 기타 ( )					
직업	현재 직업 : ○ 없음 ○ 있음 (기술 :)					
	과거 직업 : ○ 없음 ○ 있음 (기술 :)					
의료보장(*)	○ 건강보험 ○ 의료급여 1종 ○ 의료급여 2종 ○ 기타 보험( )					
장기요양서비스(*)	신청여부 : ○ 신청 ○ 신청한 적 없음 (사유 :) ○ 모름 └ ○ 1등급 ○ 2등급 ○ 3등급 ○ 4등급 ○ 5등급 ○ 등급외A ○ 등급외B ○ 등급외C ○ 등급 판정 신청 후 대기중 ○ 등급 판정 신청하였으나 거부당함(사유 :)					
	서비스 이용여부 : ○ 이용 ○ 이용 안함 (사유 :) └ □ 시설급여(노인요양시설) □ 시설급여(노인요양공동생활가정) □ 재가급여(방문요양) □ 재가급여(방문목욕) □ 재가급여(방문간호) □ 재가급여(주·야간보호) □ 재가급여(단기보호) □ 재가급여(복지용구) □ 가족요양비					
노인돌봄종합서비스(*)	신청여부 : ○ 신청 ○ 신청한 적 없음 (사유 :) ○ 모름					
	서비스 이용여부 : ○ 이용 ○ 이용 안함 (사유 :) └ □ 방문서비스 □ 단기가사서비스 □ 치매가족휴가지원서비스 □ 주간보호서비스					

▼ 치매진단

치매검사 시행여부	○ 받은 적 있음 └ 진단기관 : ○ 외부병원 : ____병원(____과) ○ 치매조기검진 : ____보건소 ▶ *치매조기검진 선별검사로* └ 검사일자 : ____ └ 검사결과 : ○ 치매 ○ 경도인지장애 ○ 정상 └ 치매중증도 : CDR____ / GDS____ └ 진단코드 : ____ └ 진단명 : □ 알츠하이머 치매 □ 혈관성 치매 □ 루이체 치매 □ 전측두엽 치매 □ 기타치매( ) ○ 받은 적 없음
	※ 관련 서류(진단서 또는 소견서) 확인여부 : ○ 확인 ○ 미확인
치매조기검진 선별검사	MMSE-DS : ____점 검사일자 : 년 월 검사결과 : ○ 정상 ○ 인지저하 ▶ *치매조기검진 진단검사로*
치매조기검진 진단검사	○ 받은 적 있음 └ 검사일자 : 년 월 └ 검사결과 : ○ 치매 ○ 경도인지장애 ○ 정상 └ 치매중증도 : CDR____ / GDS____ ▶ *치매조기검진 감별검사로* ○ 받은 적 없음 ○ 모름
치매조기검진 감별검사	○ 받은 적 있음 └ 검사일자 : 년 월 └ 진단코드 : ____ └ 진단명 : □ 알츠하이머 치매 □ 혈관성 치매 □ 루이체 치매 □ 전측두엽 치매 □ 기타치매( ) ○ 받은 적 없음 ○ 모름
투약정보	
복용여부	□ 복용하지 않음 □ 복용 중단함 (사유 :) □ 현재 복용 중 └ □ Donepezil □ Galantamine □ Rivastigmine □ Memantine □ Aspirin □ Cilostazol □ Clopidogrel □ Ticlopidine □ Triflusal □ Warfarin □ 기타( ) □ 모름
배회정보	
배회경험	○ 없음 ○ 있음 └ □ 가끔(주 1~4회) □ 습관적(주 5회 이상)
실종경험	○ 없음 ○ 있음 └ 실종 시 발견장소 : (주소) _____
배회가능 어르신 인식표	○ 발급 ○ 미발급

▼ 건강상태

신체 계측	키(cm)			체중(kg)		BMI	
	혈압(mmHg)		/	혈당		영양상태	○ 양호 ○ 불량
	보조기		☐ 지팡이 ☐ 청력보조기 ☐ 의치 ☐ 안경 ☐ 기타 ( )				
질병 상태	질병력	심혈관 질환	☐ 고혈압 ☐ 관상동맥질환 ☐ 만성 심부전 ☐ 부정맥/심방세동 ☐ 말초혈관질환 ☐ 고지혈증 ☐ 기타 ( )				
		호흡기 질환	☐ 폐결핵 ☐ 천식 ☐ 만성 폐색성 질환 ☐ 폐렴				
		신경정신 질환	☐ 뇌졸중 ☐ 경련성 질환 ☐ 두부외상 ☐ 파킨슨병				
		정신질환	☐ 우울장애 ☐ 정신증(조현병 등) ☐ 수면장애 ☐ 불안장애 ☐ 알코올 사용 장애 ☐ 기타물질 사용 장애(알코올을 제외한 물질) ☐ 기타 정신질환				
		소화기 질환	☐ 위염 ☐ 간염 ☐ 담석증				
		피부비뇨기 질환	☐ 전립선비대 ☐ 신부전 ☐ 욕창				
		근골격 질환	☐ 관절염 ☐ 골다공증 ☐ 고관절 골절 ☐ 기타 골절 (고관절 외)				
		악성종양	☐ 위암 ☐ 대장암 ☐ 갑상선암 ☐ 유방암 ☐ 간암 ☐ 폐암 ☐ 전립선암 ☐ 췌장암 ☐ 기타 악성종양				
		감각 저하	☐ 난청 ☐ 후각저하 ☐ 녹내장				
		감염	☐ 요로감염(지난30일간) ☐ 폐렴 ☐ 결핵				
		기타 질병	☐ 당뇨병 ☐ 갑상선 기능 항진 ☐ 갑상선 기능 저하 ☐ 비만 ☐ 기타( )				
		가족력	☐ 없음 ☐ 치매 ☐ 뇌졸중 ☐ 고혈압 ☐ 당뇨병 ☐ 기타 ( )				
생활 습관	음주	음주력	○ 평생 마신 적 없음 ○ 현재 마심 ○ 과거 마셨으나 현재 중단				
		기간	평생 동안 술을 마신 기간	만 세 ~ 만 세 (년)			
		횟수	1주일 평균 음주 횟수	회/주			
		음주량	1회 음주량(SU*)	SU/회			
		1SU (Standard Unit : 알코올 10~12g) : 맥주2잔, 소주 1잔, 양주 1잔, 와인 1잔, 막걸리 2잔 병당 SU : 맥주(500ml) 2, 소주(360ml) 8, 양주(750ml) 25, 와인(750ml) 8, 막걸리(750ml : 반되) 5					
	흡연	흡연력	○ 평생 피운 적 없음 ○ 현재 피움 ○ 과거 피웠으나 현재 중단				
		기간	평생 동안 담배를 피운 기간	만 세 ~ 만 세 (년)			
		흡연량	하루 흡연량(갑)	갑/일			
	운동	운동력	현재 꾸준히 하고 있는 운동이나 활동?	○ 없음 ○ 있음			
		운동량	가벼운 운동 (천천히 걷기, 산보)			일/1주일	시간/하루
			중간 운동 (빨리 걷기, 맨손체조, 농사일, 집안일 등)			일/1주일	시간/하루
			심한 운동 (달리기, 등산, 에어로빅, 자전거타기 등)			일/1주일	시간/하루

[서식 1-3] 심층상담 기록[보호자용]

심층상담 기록 (보호자용)

담당자		상담일자	년 월 일

▣ 주요정보

사진	성명(*)		성별(*)		주민등록 번호(*)	
	학력 (교육년수)	년	실제 나이	세	호적 나이	세
	연락처	[전 화] [휴대폰]				
	주소	[우편번호] [주소] [상세주소]				
대상자와의 관계	○ 배우자 ○ 딸 ○ 아들 ○ 며느리 ○ 사위 ○ 기타 친척 ○ 친구 ○ 이웃 ○ 간병인 ○ 가정 봉사원 ○ 가정부/파출부 ○ 성년후견인 ○ 기타 ( )					
동거여부	□ 동거 - 동거 시 돌봄시간 : _____ 시간(일) □ 동거 아님 - 평균 (주 / 월 / 년) _____ 회/ 대면 - 평균 (주 / 월 / 년) _____ 회/ 통화					
돌봄기간	년 개월					
구비서류 확인여부	○ 확인 ○ 미확인					
추가기록사항 (기타)						

[서식 1-4] 개인정보 조회·처리·제공 동의서

개인정보 조회·처리·제공 동의서

□ 동의자 성명 :	□ 생년월일 :
개인정보 조회 부문	**해당함 □ 해당없음 □**

※ 본 동의를 거부하시는 경우에는 각종 서비스 제공이 제한될 수 있습니다.

( )**치매안심센터**는 개인정보보호법에 명기된 관련 개인정보 규정 제15조, 제18조 제2항, 제19조, 제23조 및 제24조 및 지역보건법 제11조에 의거하여, 치매관리법 제11조, 제12조, 제17조, 노인복지법 제39조의10 및 제39조의11, 제55조의 3및 제55조의 4, 제61조의2, 시행규칙 제29조의13및 실종 아동 등의 보호 및 지원에 관한 법률 제3조, 제6조, 제8조 및 제8조의 2제8조의2에 의한 업무(상담, 검진, 의료비 지원, 실종 예방 등 각종 서비스 제공)처리를 위하여 아래와 같은 개인정보를 조회하고자 합니다.

공적 부조 및 사회서비스를 실시하는 협약병원, 국가기관, 지방자치단체 (업무의 위임·위탁기관을 포함) 등에서 조회하고자 하는데 동의하십니까?
동의함 □ 동의하지 않음 □

□ 개인정보에 대해 조회될 기관

해당하는 기관에 체크해 주세요.

보건소 협약 의료기관	동의함 □	동의하지 않음 □
국민건강보험공단	동의함 □	동의하지 않음 □
동 주민 센터	동의함 □	동의하지 않음 □
정신건강증진센터	동의함 □	동의하지 않음 □
광역치매센터	동의함 □	동의하지 않음 □
정신건강증진센터	동의함 □	동의하지 않음 □

□ 개인정보를 조회하는 자의 이용 목적

○ **(해당하는 기관)**이 보유한 개인정보를 조회하여 치매 관련 맞춤형 서비스 업무를 수행.

- 서비스 지원 대상자에 대해 적격 심사, 수혜 확인 및 부정·중복수급 확인
- 안전과 관련된 대상자의 실종 및 복귀 정보를 확인
- 서비스 의뢰 결과에 대하여 조회 및 확인

○ 치매안심센터 및 국가치매관리사업의 지원서비스 개발, 수요규모 파악, 서비스 만족도 조사 활용

□ 조회용 개인정보

○ 국가 및 지자체 산하 공공기관 및 위탁운영기관에서 수집, 관리하는 정보.

○ 고유식별정보

주민등록번호, 외국인등록번호 동의함 □ 동의하지 않음 □

○ 일반정보

가족관계 정보, 성명, 성별, 연락처, 나이, 주소, 치매치료비 지원 대상 계좌정보, 거주, 직업 동의함 □ 동의하지 않음 □

○ 민감정보

건강, 질병 및 장애에 대한 정보 (진단명, 치매치료약 처방 정보, 치료관련 프로그램명, 조기검진 결과 등) 동의함 □ 동의하지 않음 □

□ 조회 동의 유효 기간 및 조회자의 보유 및 이용기간

○ 상기 내용은 개인정보보호법 및 의료법을 기준으로 합니다.

○ 상기 개인정보는 치매안심통합관리시스템 퇴록시까지 보유합니다.

개인정보 처리 부문	해당함 □ 해당없음 □
※ 본 동의를 거부하시는 경우에는 각종 서비스 제공이 제한될 수 있습니다. (　　)치매안심센터는 개인정보보호법에 명기된 관련 개인정보 규정 제15조, 제18조 제2항, 제19조, 제23조 및 제24조 및 지역보건법 제11조에 의거하여, 치매관리법 제11조, 제12조, 제17조, 노인복지법 제39조의10 및 제39조의11, 제55조의 3및 제55조의 4, 제61조의2, 시행규칙 제29조의13및 실종 아동 등의 보호 및 지원에 관한 법률 제3조, 제6조, 제8조 및 제8조의 2제8조의2에 의한 업무(상담, 검진, 의료비 지원, 실종 예방 등 각종 서비스 제공)처리를 위하여 아래와 같은 개인정보를 조회하고자 합니다. 아래와 같은 개인정보를 수집·이용 및 제3자(중앙치매센터, 광역치매센터 및 치매상담 콜센터)에게 제공하고자 하는데, 동의하십니까?	동의함 □ 동의하지 않음 □
□ 개인정보 수집 및 이용 목적 귀하의 개인정보를 아래와 같은 목적으로 수집 및 이용합니다. ○ 치매안심센터에서 운영하는 각종 서비스 지원 및 관리 등록관리 치매조기검진 치매환자지원 (치매치료관리비, 조호물품, 치매환자쉼터, 집중사례관리) 치매가족지원 (돌봄부담분석, 가족교실, 자조모임, 힐링프로그램) 정상군 지원-치매예방교실 고위험군 지원-인지강화교실 실종 예방 및 실종 발생 시 찾기 지원 ○ 치매안심센터의 이용현황 및 관련 통계 산출 ○ 국가 및 지자체가 실시하는 공적부조, 사회서비스 부정·중복수급 예방 ○ 국가치매관리사업의 관리 및 평가를 위한 자료로서 활용 ○ 치매안심센터 등록자 기반의 전산정보처리, DB운영 및 보안 관리 ○ 치매안심센터에서 운영하는 각종 서비스 안내를 위한 우편물, 문자 및 이메일 발송 ○ 치매안심센터 및 국가치매관리사업의 지원서비스 개발, 수요규모 파악, 서비스 만족도 조사 활용 목적	동의함 □ 동의하지 않음 □ 동의함 □ 동의하지 않음 □ 동의함 □ 동의하지 않음 □ 동의함 □ 동의하지 않음 □ 동의함 □ 동의하지 않음 □ 동의함 □ 동의하지 않음 □ 동의함 □ 동의하지 않음 □
□ 개인정보 수집 및 이용 내용 ○ 고유식별정보 주민등록번호, 외국인등록번호 ○ 일반정보 가족관계 정보, 성명, 성별, 연락처, 나이, 주소, 치매치료비 지원 대상 계좌정보, 거주형태, 직업 ○ 민감정보 - 건강, 질병 및 장애에 대한 정보(진단명, 치매치료약 처방 정보, 치료관련 프로그램명, 조기검진 결과 등) - 공적부조, 사회 서비스 수혜 이력에 대한 정보 (건강.장기요양보험료 납부확인서(개인지역가입자/개인직장가입자), 건강보험자격확인서 등) - 안전에 대한 정보 (배회가능 어르신 인식표 신청 및 발급에 필요한 대상자, 보호자 및 신청기관의 기본 정보 등)	동의함 □ 동의하지 않음 □ 동의함 □ 동의하지 않음 □ 동의함 □ 동의하지 않음 □ 동의함 □ 동의하지 않음 □ 동의함 □ 동의하지 않음 □
개인정보 제공 (타기관) 부문	**해당함 □ 해당없음 □**
※ 본 동의를 거부하시는 경우에는 각종 서비스 제공이 제한될 수 있습니다. (　　)**치매안심센터**는 개인정보보호법에 명기된 관련 개인정보 규정 제15조, 제18조 제2항, 제19조, 제23조 및 제24조 및 지역보건법 제11조에 의거하여, 치매관리법 제11조, 제12조, 제17조, 노인복지법 제39조의10 및 제39조의11, 제55조의 3및 제55조의 4, 제61조의2, 시행규칙 제29조의13및 실종 아동 등의 보호 및 지원에 관한 법률 제3조, 제6조, 제8조 및 제8조의 2제8조의2에 의한 업무(상담, 검진, 의료비 지원, 실종 예방 등 각종 서비스 제공)처리를 위하여 아래와 같은 개인정보를 조회하고자 합니다. 이에 동의하십니까?	동의함 □ 동의하지 않음 □
□ 개인정보를 제공받는 기관	

보건소 협약 의료기관	동의함 □	동의하지 않음 □
복지관	동의함 □	동의하지 않음 □
동 주민 센터	동의함 □	동의하지 않음 □
경찰청	동의함 □	동의하지 않음 □
정신건강증진센터	동의함 □	동의하지 않음 □

□ 개인정보를 제공받는 자의 이용 목적
귀하의 개인정보를 아래와 같은 목적으로 제공합니다.

치매조기검진	동의함 □	동의하지 않음 □
치매환자지원-집중사례관리	동의함 □	동의하지 않음 □
실종예방 및 실종 발생 시 찾기 지원	동의함 □	동의하지 않음 □
전문심리상담	동의함 □	동의하지 않음 □

□ 제공할 개인정보 내용

○ (　　)**치매안심센터**로부터 수집된 정보.

○ 고유식별정보

주민등록번호, 외국인등록번호	동의함 □	동의하지 않음 □

○ 일반정보

가족관계 정보, 성명, 성별, 연락처, 나이, 주소, 치매치료비 지원 대상 계좌정보, 거주, 직업	동의함 □	동의하지 않음 □

○ 민감정보

치매조기검진에 필요한 건강 관련 정보 및 검진결과	동의함 □	동의하지 않음 □
집중사례관리 대상자의 건강 및 생활환경정보	동의함 □	동의하지 않음 □
실종예방 및 실종 시 찾기 위한 과정에 활용되는 배회가능 어르신 인식표 (세부)정보 (대상자, 보호자 및 신청기관 정보 등)	동의함 □	동의하지 않음 □
돌봄부담분석 결과 정보	동의함 □	동의하지 않음 □

본인은 지역보건법 제11조(보건소의 기능 및 업무), 개인정보보호법 제15조, 제17조, 제19조, 제23조, 제24조 및 동법 시행령 제18조, 제19조에 따른 개인정보, 민감정보, 고유식별 정보의 처리에 관하여 고지 받았으며, 이를 충분히 이해하고 그 처리에 동의합니다.

년　　월　　일

동의인 :　　(서명 또는 인)　　지원 대상자와의 관계 :　　(서명 또는 인)
(대리 동의 사유 :　　)

(　　)치매안심센터장 귀중

※ 보호자인 경우 대상자 및 보호자의 신분증 사본을 제출하여야 합니다. 또한 보호자임을 확인할 수 있도록 대상자와 보호자의 성명이 함께 기재된 가족관계증명서(3개월 이내 발급된 원본)를 제출하여야 합니다.

※ 법정후견인이 보호자인 경우에는 피후견인과 후견인 성명이 함께 기재된 후견등기부등본(3개월 이내 발급된 원본)과 가족관계증명서(3개월 이내 발급된 원본) 중 택일하여 제출하여야 합니다.

※ 대리인이 임의대리인일 경우, 대상자가 대리인에게 개인정보 처리에 관한 권한을 위임하였다는 내용과 함께 대상자의 서명 또는 날인이 기재된 위임장(3개월 이내 발급된 원본)을 제출하여야 합니다. 또한 대상자 및 대리인의 신분증 사본도 제출하여야 합니다.

※ 대리인이 법정대리인일 경우, 후견등기부등본(3개월 이내 발급된 원본)을 제출하여야 합니다. 또한 대상자 및 법정대리인의 신분증 사본도 제출하여야 합니다.

[서식 1-5] 등록관리 기록부

등록관리 기록부

성　　명
등록번호
연　　도

○○○ 치매안심센터

[서식 1-6] 배회가능 어르신 인식표 신청서

배회가능 어르신 인식표 신청서

사 진
* 어르신 실종 시 사진홍보에 사용됩니다.

등록번호	* 치매안심센터 작성

신청일자					
신청유형	☐ 신규신청 ☐ 재신청 (☐분실 ☐소진 ☐기타(　　))				
대상자 정보	성명			주민등록번호	
	나이			성별	
	전화번호			휴대전화	
	주소			우편번호	
보호자 정보 (필수입력)	성명			어르신과의 관계	
	전화번호			휴대전화	
	주소			우편번호	
	이메일				
보호자 외 긴급연락처 (선택입력)	긴급 연락처	성명		휴대전화	
		성명		휴대전화	
		성명		휴대전화	
신청 기관명	센터명			담당자	
	우편번호			전화번호	
	주소				

상기 본인(보호자)은 배회가능 어르신 실종예방 및 실종 시 빠른 가정 복귀를 위한 『배회가능 어르신 인식표』를 신청합니다.

대상자 :　　(서명 또는 인)　　보호자 :　　(서명 또는 인)
(대상자와의 관계 :　　)

년　　월　　일

OOO 치매 안심센터장 귀하

※ 대상자, 보호자 및 보호자 외 긴급연락처에 기입한 분들을 대상으로, 개인정보 조회·처리·제공 동의서를 치매안심센터에 제출하여야 합니다.

※ 대상자 및 보호자의 신분증 사본을 제출하여야 합니다. 또한 보호자임을 확인 할 수 있도록 대상자와 보호자의 이름이 함께 기재된 가족관계증명서 또는 주민등록등본을 제출하여야 합니다. (법정후견인이 보호자인 경우에는 피후견인과 후견인 이름이 함께 기재된 후견등기부등본 또는 가족관계증명서 또는 주민등록등본 (택1)을 제출하여야 합니다.)

※ 기 제출한 서류가 있을 시, 구비서류에 대해 제출하지 않아도 됩니다.

[서식 1-7] 위생소모품 지원 신청서

위생소모품 지원 신청서

대상자 성명		등록번호	
신청자 성명		대상자와의 관계	
주 소			
연락처	전화번호 :	휴대폰번호 :	
위생소모품 지원 경력	○ 신규 신청	○ 재신청	
위생소모품 지원 내용	예) ☐ 기저귀(월 1회, 2팩) ☐ 방수매트(연 1회, 1개) ☐ 식사용 에이프런(연 1회, 1개) ☐ 미끄럼방지 양말(연 1회, 2개) ※ 예산 사정에 따라 지원 내용이 변동될 수 있습니다.		

위생소모품 지원을 신청합니다.

년 월 일

대상자 : (서명 또는 인) 보호자 또는 대리인 : (서명 또는 인)

(대상자와의 관계 :)

(대리 신청 사유 :)

OOO치매안심센터장 귀하

※ 기 제출한 서류가 있을 시, 구비서류에 대해 제출하지 않아도 됩니다.

※ 보호자인 경우, 대상자 및 보호자의 신분증 사본을 제출하여야 합니다. 또한 보호자임을 확인 할 수 있도록 대상자와 보호자의 이름이 함께 기재된 가족관계증명서를 제출하여야 합니다. (법정후견인이 보호자인 경우 에는 피후견인과 후견인 이름이 함께 기재된 후견등기부등본 또는 가족관계증명서(택1)을 제출하여야 합니다.)

※ 대리인이 임의대리인일 경우, 대상자가 대리인에게 위생소모품 지원 신청을 위임함을 증명하는 위임장(대상자의 서명 또는 날인이 기재된)을 제출하여야 합니다. 또한, 대상자 및 대리인의 신분증 사본을 제출하여야 합니다.

※ 대리인이 법정대리인일 경우, 후견등기부등본을 제출하여야 합니다. 또한, 대상자 및 법정대리인의 신분증 사본을 제출하여야 합니다.

[서식 1-8] 위생소모품 제공 대장

위생소모품 제공 대장

등록번호 : **환자성명 :**

월별	날짜	보호자서명	위생소모품			
			기저귀	식사 에이프런	방수매트	미끄럼방지 양말
			단위 (개)	단위 (개)	단위 (개)	단위 (개)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

[서식 1-9] 조호기구 대여 신청서

조호기구 대여 신청서

대상자 성명		등록번호	
신청자 성명		대상자와의 관계	
주소			
연락처	전화번호 : 휴대폰번호 :		
신청 목적			
신청 유형	○ 신규 신청 ○ 재신청 ○ 연장 신청 (연장 횟수 :)		
최초 대여 일자			
대여 기간	20 . . . ~ 20 . . .		
신청 대여물품	예) □ 에어매트리스 □ 목욕의자 □ 욕창방지쿠션 □ 이동식 변기		

본 신청인은 대여한 조호기구를 신청한 목적 외에 사용하거나 사용 중 고장이나 분실이 있을 시에는 그 조호용품 가격에 해당하는 보상 및 수리 등 대여 기간(3개월 대여, 연장 가능) 중 발생하는 모든 문제에 대하여 책임이 있습니다.

년 월 일

대상자 : (서명 또는 인) 보호자 또는 대리인 : (서명 또는 인)
(대상자와의 관계 :)
(대리 신청 사유 :)

OOO치매안심센터장 귀하

※ 기 제출한 서류가 있을 시, 구비서류에 대해 제출하지 않아도 됩니다.
※ 보호자인 경우, 대상자 및 보호자의 신분증 사본을 제출하여야 합니다. 또한 보호자임을 확인 할 수 있도록 대상자와 보호자의 이름이 함께 기재된 가족관계증명서를 제출하여야 합니다. (법정후견인이 보호자인 경우에는 피후견인과 후견인 이름이 함께 기재된 후견등기부등본 또는 가족관계증명서(택1)을 제출하여야 합니다.)
※ 대리인이 임의대리인일 경우, 대상자가 대리인에게 조호기구 지원 신청을 위임함을 증명하는 위임장(대상자의 서명 또는 날인이 기재된)을 제출하여야 합니다. 또한, 대상자 및 대리인의 신분증 사본을 제출하여야 합니다.
※ 대리인이 법정대리인일 경우, 후견등기부등본을 제출하여야 합니다. 또한, 대상자 및 법정대리인의 신분증 사본을 제출하여야 합니다.

[서식 1-10] 조호기구 대여 대장

조호기구 대여 대장

등록번호 : **환자 성명 :**

월별	대여일	반납일	보호자 서명	조호기구 (재활보조기구)						
				에어 매트리스	목욕의자	욕창방지 쿠션	이동식 변기	휠체어	네발 지팡이	기타
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										

[서식 1-11] 맞춤형사례관리 신청

맞춤형 사례관리 신청

담당자		사례접수 일자	_____년 _____월 _____일

▣ 대상자 추가정보

유형	○ 긴급복지지원이 필요한 치매환자 ○ 골절 및 중증질환 등으로 치매안심센터 방문이 어려운 치매환자 ○ 만 65세 이상 독거 치매환자 ○ 만 75세 이상 노부부 ○ 지역 내 장기요양기관에서 퇴소하여 가정으로 복귀하는 자 ○ 장기요양 등급 탈락자 ○ 시/군/구청 사회복지과, 주민자치센터, 통장, 부녀회, 지역사회 대표 등을 통해 의뢰된 자 ○ 기타 지역사회 협의체를 통해 의뢰된 자 ○ 기타 ( )
욕구 및 문제	

[서식 1-12] 맞춤형사례관리 신청서

맞춤형 사례관리 신청서

대상자 성명		등록번호	
신청자	☐ 본인 ☐ 배우자 ☐ 딸 ☐ 아들 ☐ 며느리 ☐ 사위 ☐ 기타 친척 ☐ 친구 ☐ 이웃 ☐ 간병인 ☐ 가정 봉사원 ☐ 가정부/파출부 ☐ 그 외 동거인 ☐ 기타 ( )		
신청 유형	○신규 신청 ○연장 신청		

1. 본인은 귀 ○○○ 치매안심센터에 관한 소개와 맞춤형 사례관리 서비스의 과정 및 내용에 대한 설명을 충분히 듣고 이해했습니다.
2. 맞춤형 사례관리의 제반 규정과 일정을 지키도록 하겠습니다.
3. 본 신청서 작성일로부터 귀 치매안심센터에서 제공하는 맞춤형 사례관리 서비스를 신청합니다.
4. 맞춤형 사례관리 서비스를 위해 필요한 정보를 제공하는 등 제반활동에 함께 참여하겠습니다.

위와 같이 「맞춤형 사례관리」의 서비스 이용을 신청합니다.

년 월 일

대상자 : (서명 또는 인) 보호자 또는 대리인 : (서명 또는 인)

(대상자와의 관계 :)

(대리 신청 사유 :)

OOO 치매안심센터장 귀하

※ 기 제출한 서류가 있을 시, 구비서류에 대해 제출하지 않아도 됩니다.

※ 보호자인 경우, 대상자 및 보호자의 신분증 사본을 제출하여야 합니다. 또한 보호자임을 확인 할 수 있도록 대상자와 보호자의 이름이 함께 기재된 가족관계증명서를 제출하여야 합니다. (법정후견인이 보호자인 경우에는 피후견인과 후견인 이름이 함께 기재된 후견등기부등본 또는 가족관계증명서(택1)을 제출하여야 합니다.)

※ 대리인이 임의대리인일 경우, 대상자가 대리인에게 집중사례관리 신청을 위임함을 증명하는 위임장(대상자의 서명 또는 날인이 기재된)을 제출하여야 합니다. 또한, 대상자 및 대리인의 신분증 사본을 제출하여야 합니다.

※ 대리인이 법정대리인일 경우, 후견등기부등본을 제출하여야 합니다. 또한, 대상자 및 법정대리인의 신분증 사본을 제출하여야 합니다.

[서식 1-13] 맞춤형 사례관리 대상자 선정심사 회의록

맞춤형 사례관리 대상자 선정심사 회의록

※ 사례접수 후 2주 이내 실시하여야 함

심사일자	_____년 _____월 _____일					
심사장소						
회의록 작성자	(소속 및 직책) (성명)					
참석자	소속 및 직책					성 명
	치매사례관리위원회 위원장					
	치매안심센터 사무국장					
	치매안심센터 등록관리팀장					
	치매안심센터 집중사례관리 담당자					
심사 대상자 목록	번호	사례관리 신청일자	대상자	등록번호	심사 결과	비 고
	1	__년__월__일			□선정 □탈락	*탈락 시, 사유 기재*
	2	__년__월__일			□선정 □탈락	
	3	__년__월__일			□선정 □탈락	
	4	__년__월__일			□선정 □탈락	
	5	__년__월__일			□선정 □탈락	
	6	__년__월__일			□선정 □탈락	

[서식 1-14] 맞춤형 사례관리 초기평가서

맞춤형 사례관리 초기평가서

사례관리 신청일자	년 월 일	담당자		초기평가 평가일자	년 월 일

▣ 대상자 추가정보

유형	
욕구 및 문제	

▣ 보호자 주요정보

주보호자 정보	

▣ 초기평가 평가결과

초기평가 평가항목	해당 여부	항목별 평가도구
영역별 인지기능	○ 해당 없음 ○ 해당 있음	입력/열람
정신행동증상	○ 해당 없음 ○ 해당 있음	입력/열람
도구적 일상생활 동작	○ 해당 없음 ○ 해당 있음	입력/열람
신체 건강	○ 해당 없음 ○ 해당 있음	입력/열람
활동도	○ 해당 없음 ○ 해당 있음	입력/열람
영양 상태	○ 해당 없음 ○ 해당 있음	입력/열람
투약 현황	○ 해당 없음 ○ 해당 있음	입력/열람
처치 현황	○ 해당 없음 ○ 해당 있음	입력/열람
의료기관 이용현황 *(지난 3개월 기준)*	○ 해당 없음 ○ 해당 있음	입력/열람
돌봄 서비스 이용현황 *(지난 3개월 기준)*	○ 해당 없음 ○ 해당 있음	입력/열람
생활환경 위기도	○ 해당 없음 ○ 해당 있음	입력/열람
안전 위기도	○ 해당 없음 ○ 해당 있음	입력/열람
경제 위기도	○ 해당 없음 ○ 해당 있음	입력/열람
주조호자 주호부담	○ 해당 없음 ○ 해당 있음	입력/열람
특이사항	○ 해당 없음 ○ 해당 있음	입력/열람

초기평가 평가항목	해당 여부	항목별 평가도구
영역별 인지기능	○ 해당 없음 ○ 해당 있음	입력/열람

1	기억력 장애	1)없음						
		1)있음(시작 : 년 전)	2)					
2	지남력 장애	1)없음						
		1)있음(시작 : 년 전)	2)시간		3)장소		4)사람	
3	언어 장애	1)없음						
		1)있음(시작 : 년 전)	2)언어표현 장애		3)언어이해 장애			
4	치매중증도	CDR : ____ / GDS : _____	검사 일자	____년 __월 ___일				
5	기타 인지 장애							

정신행동증상	○ 해당 없음 ○ 해당 있음	입력/열람

총점	_____점/36점				
망상	환각	초조/공격성	우울	불안	들뜬 기분
무감동/무관심	탈억제	과민/불안정	이상운동	수면	식욕/식습관

도구적 일상생활 동작	○ 해당 없음 ○ 해당 있음	입력/열람

총점	관찰점수	_____/30점	추정점수	_____/30점	활용계수	_____/100

		관찰점수	추정점수
1	교통 이용		
2	근거리 외출		
3	물건 사기		
4	전화 사용		
5	가전제품 사용		
6	금전관리		
7	소지품 관리		
8	투약 관리		
9	가사 관리		
10	식사 준비		

신체 건강	○ 해당 없음 ○ 해당 있음	입력/열람

1	이환질병				
2	피부병변	병변 종류		병변 위치	
		특기 사항			
3	통증	빈도			
		최고강도		*예시 : 중증*	
		특기사항			

활동도	○ 해당 없음 ○ 해당 있음	입력/열람

1	사회활동						
2	운동	평소보다 숨이 많이 찬 운동		평소보다 숨이 약간 찬 운동		걷기	
3	낙상력	지난 3개월 간 낙상 횟수	____회	낙상 후유증			

영양 상태	○ 해당 없음 ○ 해당 있음	입력/열람

총점	_____점/14점	*예시 : 영양불량 위험 있음*			
음식섭취 감소 여부	심리적 스트레스나 급성질환	체중 감소 여부	BMI (체질량 지수)	이동능력	신경심리학적

투약 현황	○ 해당 없음 ○ 해당 있음	입력/열람

단골의사		단골기관		투약여부		파악여부	
투약정보		순응도		기타치료			
투약약품	약품명	단위 용량/제형	회당 투여량	경로	빈도		

처치 현황	○ 해당 없음 ○ 해당 있음	입력/열람

의료기관 이용현황 *(지난 3개월 기준)*	○ 해당 없음 ○ 해당 있음	입력/열람

단골의사		단골기관		
	병원 입원	응급실 방문	외래 방문	일반 의약품 구입
횟수				
총 비용				

돌봄 서비스 이용현황 *(지난 3개월 기준)*	○ 해당 없음 ○ 해당 있음	입력/열람

	1. 요양원 입소	2. 주야간 보호	3. 단기보호	4. 가정 방문간호	5. 가사 지원	6. 음식 배달
횟수						
총 비용						

	7. 목욕 서비스	8. 간병용품 대여/제공	9. 기타
횟수			
총 비용			

생활환경 위기도	○ 해당 없음 ○ 해당 있음	입력/열람

총점	_____점/12점	*예시 : 즉각개입 필요*	
1. 생활환경 열악	2. 안전상 문제	3. 신체활동상 어려움	4. 이웃과 갈등

안전 위기도	○ 해당 없음 ○ 해당 있음	입력/열람

총점	_____점/12점	*예시 : 즉각개입 필요*	
1. 함께 거주하는 가족 구성원이 2. 본인 또는 가족을 위협	2. 본인이 가족을 위협	3. 비동거 가족 또는 지인이 본이이나 가족을 위협	4. 응급상황 발생시 도움 받기 어려움

경제 위기도	○ 해당 없음 ○ 해당 있음	입력/열람

총점	_____점/9점	*예시 : 즉각개입 필요*
1. 돈이 없어서 어려움	2. 금전관리에 어려움	3. 빚과 관련된 문제 해결 어려움

주조호자 주호부담	○ 해당 없음 ○ 해당 있음	입력/열람

총점	_____점/48점	*예시 : 조호부담 매우 심함*

특이사항	○ 해당 없음 ○ 해당 있음	입력/열람

[서식 1-15] 맞춤형 사례관리 초기평가 평가도구

맞춤형 사례관리 초기평가 평가도구

평가 1. 영역별 인지기능 평가

1. 기억력 장애

1) 기억력 장애가 있습니까?	○아니오	○있음 (시작 : 년 전)
2) 기억력에 어떤 장애가 있습니까?	☐ 금방 있었던 일 망각 ☐ 과거의 중요한 일 망각	☐ 수 시간에서 수일 전 일 망각 ☐ 자신에 대한 기본 정보 망각

2. 지남력 장애

1) 지남력 장애가 있습니까?	○아니오	○있음 (시작 : 년 전)				
2) 시간지남력에 어떤 장애가 있습니까?	☐ 연도	☐ 월	☐ 일	☐ 요일	☐ 계절	☐ 밤낮
3) 장소지남력에 어떤 장애가 있습니까?	☐ 낯선 곳	☐ 익숙한 곳	☐ 집 근처	☐ 집 안		
4) 사람지남력에 어떤 장애가 있습니까?	☐ 가끔 보는 친구나 친척 ☐ 함께 사는 가족		☐ 자주 보는 친구나 친척 ☐ 주조호자			

3. 언어 장애

1) 언어 장애가 있습니까?	○아니오	○있음 (시작 : 년 전)		
2) 언어 표현에 어떤 장애가 있습니까?	☐ 이름대기	☐ 단어 떠올리기	☐ 발음	☐ 기타 ( )
3) 언어 이해에 어떤 장애가 있습니까?	☐ 책·신문	☐ 뉴스·드라마	☐ 일상 대화	☐ 간단한 지시

4. CDR 결과/ GDS 결과	치매중증도(CDR : ____ / GDS : _____)
검사일자	___년___월___일_

5. 기타 인지 장애

※ 기억, 지남력, 언어능력 이외의 다른 인지기능의 장애가 있으면 기술하세요.

평가 2. 정신행동증상 평가

지난 1개월 동안 조호자가 관찰한 정신행동증상을 평가합니다. 이 평가는 병이 난 후 새로 생긴 행동상의 변화를 평가하는 것입니다. 따라서, 현재 증상이 있더라도 병이 나기 전부터 있었던 증상이라면 "없다"라고 답해야 합니다.
❶ 경도 (증상이 있기는 하지만, 병나기 전에 비해서 큰 차이는 없다)
❷ 보통 (증상이 뚜렷하게 있으나, 병나기 전에 비해서 심한 변화는 아니다)
❸ 심함 (병나기 전에 비해서 매우 두드러지고 심한 변화이다)

문제 영역	질 문	심각도
망상	사람들이 무엇을 훔쳐갔다고 믿거나 자기를 해치려 한다고 믿고 있습니까?	⓪ 없음 ❶ 경도 ❷ 보통 ❸ 심함
환각	누군가에게 목소리를 듣는 것처럼 행동합니까? 사람이 없는데도 사람이 있는 것처럼 그 사람과 대화합니까?	⓪ 없음 ❶ 경도 ❷ 보통 ❸ 심함
초조/공격성	고집이 세졌습니까? 또는 주위 사람들이 도와주려 할 때, 도와주는 것을 저항할 때가 있습니까?	⓪ 없음 ❶ 경도 ❷ 보통 ❸ 심함
우울	슬퍼 보이거나 기분이 쳐져 있습니까? 울 때가 있습니까?	⓪ 없음 ❶ 경도 ❷ 보통 ❸ 심함
불안	보호자와 떨어져 있으면 불안해하거나 화를 냅니까? 다음과 같이 신경이 예민해 보이는 증상이 있습니까? 즉, 숨이 차다고 호소하거나 한숨을 쉬거나 느긋해 할 줄 모르고 매우 긴장되어 보이는 것 등을 말합니다	⓪ 없음 ❶ 경도 ❷ 보통 ❸ 심함
들뜬 기분	특별한 이유 없이 너무 행복해 보이거나 기분이 좋아 보입니까?	⓪ 없음 ❶ 경도 ❷ 보통 ❸ 심함
무감동/무관심	일상 생활에 대한 관심이 줄거나 다른 사람의 활동이나 계획에 대해서 흥미가 줄었습니까?	⓪ 없음 ❶ 경도 ❷ 보통 ❸ 심함
탈억제	충동적으로 행동합니까? 예를 들어, 모르는 사람에게 마치 잘 아는 것처럼 말을 잘 건냅니까? 또는 상대방의 기분을 생각하지 않고 말하거나 감정을 상하게 하는 말을 합니까?	⓪ 없음 ❶ 경도 ❷ 보통 ❸ 심함
과민/불안정	조바심을 내거나 쉽게 화를 냅니까? 예정된 일을 기다릴 때 또는 예정된 일이 늦어졌을 때 잘 참지 못합니까?	⓪ 없음 ❶ 경도 ❷ 보통 ❸ 심함
이상운동	반복적인 행동을 보입니까? 예를 들어, 특별한 목적 없이 집 안에서 왔다갔다하거나 단추나 그밖의 물건을 만지작 거리거나 장롱이나 서랍을 뒤지는 등 반복해서 하는 행동이 있습니까?	⓪ 없음 ❶ 경도 ❷ 보통 ❸ 심함
수면	밤에 자다가 주위 사람을 깨우거나 아침에 너무 일찍 일어나거나 또는 낮에 지나치게 낮잠을 많이 자는 행동을 보입니까?	⓪ 없음 ❶ 경도 ❷ 보통 ❸ 심함
식욕/식습관	체중이 줄거나 늘었습니까? 또는 좋아하는 음식의 종류가 바뀌었습니까?	⓪ 없음 ❶ 경도 ❷ 보통 ❸ 심함
	총 점	_____점/36점

※「NPI-Q : Neuropsychiatric Inventory Questionnaire」를 사용함

평가 3. 도구적 일상생활 동작 평가 *(지난 3개월 기준)*

1. 교통 이용	관찰 점수	추정 점수
⓪ 직접 운전을 하거나 대중교통을 이용하는데 장애가 없음. ❶ 도와주면 버스나 전철 등 대중교통을 이용할 수 있음. ❷ 도와주면 택시나 자가용을 이용할 수 있음. ❸ 교통 수단을 전혀 이용할 수 없음.	▼ 0 1 2 3	▼ 0 1 2 3
2. 근거리 외출		
⓪ 혼자 걸어서 횡단보도를 건너 슈퍼, 공원 등을 찾아다니는 등 외출에 장애가 없음. ❶ 아주 익숙한 몇 곳만 혼자서 다닐 수 있음. ❷ 아주 익숙한 곳도 도와주어야 다닐 수 있음. ❸ 근거리라도 전혀 외출할 수 없음.	▼ 0 1 2 3	▼ 0 1 2 3
3. 물건 사기		
⓪ 필요한 물건을 고르고 사는데 장애가 없음. ❶ 소액의 3-4 가지 물건은 스스로 고르고 돈을 지불하여 살수 있음. ❷ 소액의 3-4 가지 물건을 고르고 돈을 지불하는데도 도움이 필요함. ❸ 물건을 전혀 살수 없음.	▼ 0 1 2 3	▼ 0 1 2 3
4. 전화 사용		
⓪ 모르는 곳이라도 전화번호를 찾아서 거는 등 전화 사용에 장애가 없음. ❶ 잘 알고 있는 몇 개의 전화번호로만 전화를 걸 수 있음. ❷ 전화를 받을 수는 있지만 혼자서 걸지는 못함. ❸ 전화를 전혀 사용할 수 없음.	▼ 0 1 2 3	▼ 0 1 2 3
5. 가전제품 사용		
⓪ 가전제품을 적절하게 사용하는데 장애가 없음. ❶ 복잡한 기능은 사용할 수 없고 켜고 끄는 등 간단한 기능만 사용할 수 있음. ❷ 켜고 끄는 등의 간단한 기능도 도와주어야 사용할 수 있음. ❸ 기구를 전혀 사용할 수 없음.	▼ 0 1 2 3	▼ 0 1 2 3
6. 금전 관리		
⓪ 공과금납부, 은행예금, 용돈 등 금전 관리에 장애가 없음. ❶ 용돈이나 사소한 생활비 등 간단한 금전 관리는 혼자서 할 수 있음. ❷ 용돈이나 사소한 생활비 등 간단한 금전 관리도 도와주어야 할 수 있음. ❸ 금전을 전혀 관리할 수 없음.	▼ 0 1 2 3	▼ 0 1 2 3

7. 소지품 관리	관찰 점수	추정 점수
⓪ 소지품을 스스로 적절하게 관리하는데 장애가 없음. ❶ 소지품을 적절한 곳에 두고도 찾지 못하는 경우가 종종 있음. ❷ 소지품을 찾지 못하는 경우가 잦거나 엉뚱한 곳에 두는 경우가 종종 있음. ❸ 소지품을 전혀 관리할 수 없음.	▼ 0 1 2 3	▼ 0 1 2 3
8. 투약 관리		
⓪ 정해진 시간에 정해진 양을 복용하는데 장애가 없음. ❶ 시간과 양을 미리 알려주면 스스로 복용할 수 있음. ❷ 시간에 맞추어 약을 준비해주면 복용할 수 있음. ❸ 투약을 전혀 관리할 수 없음.	▼ 0 1 2 3	▼ 0 1 2 3
9. 가사 관리		
⓪ 가사 관리에 장애가 없음. ❶ 간단한 가사 관리(방 청소, 이불개기, 간단한 빨래, 못박기 등)는 스스로 할 수 있음. ❷ 간단한 가사 관리도 도와주어야 할 수 있음. ❸ 가사를 전혀 관리할 수 없음.	▼ 0 1 2 3	▼ 0 1 2 3
10. 식사 준비		
⓪ 식사 준비에 장애가 없음. ❶ 음식 솜씨가 나빠지거나 재료를 준비해 줘야 하는 등 식사 준비가 서툴러짐. ❷ 스스로 요리는 할 수 없지만 준비해 준 음식을 차리거나 데울 수는 있음. ❸ 식사를 전혀 준비할 수 없음.	▼ 0 1 2 3	▼ 0 1 2 3
총 점	_____ /30점	_____ /30점
활용계수 = 관찰점수 총점/추정점수 총점 X 100	_____/100	

※ 관찰점수 : 현재 직접 확인되는 능력을 점수 매김
※ 추정점수 : 현재 직접 확인되지는 않지만, 정보제공자가 환자의 능력을 추정하여 점수 매김
예) 금전관리를 상대배우자가 평생 해와서 평가할 수 없다면, 관찰점수를 3점으로 쓰고, 추정점수는 가족이 추측할 때 해당되는 점수를 씀.
※ 활용계수 = 10가지 항목의 관찰점수와 추정점수를 모두 채운 후, 「관찰점수 총점」을 「추측점수 총점」으로 나누어서 100을 곱함
※ 활용계수가 높아질수록, 도구적 일상생활 능력이 제한되는 것임
※ 「DCAP-IADL : Dementia Care Assesment Packet-Instrumental Activities of Daily Living」을 사용함
※ 도구적 일상생활능력(IADL)의 저하는 초기치매에서 나타남

평가 4. 신체 건강 평가

신체 건강 평가① 이환질병	
1. 심혈관 질환	☐ 고혈압 ☐ 관상동맥질환 ☐ 만성심부전 ☐ 부정맥/심방세동 ☐ 말초혈관질환 ☐ 고지혈증 ☐ 기타 ( )
2. 호흡기 질환	☐ 폐결핵 ☐ 천식 ☐ 만성 폐쇄성 폐질환 ☐ 폐렴
3. 신경 질환	☐ 뇌졸중 ☐ 경련성 질환 ☐ 두부외상 ☐ 파킨슨병
4. 정신 질환	☐ 우울장애 ☐ 정신증(조현병 등) ☐ 수면장애 ☐ 불안장애 ☐ 알코올 사용 장애 ☐ 기타 물질 사용 장애(알코올을 제외한 물질) ☐ 기타 정신질환
5. 소화기 질환	☐ 위염 ☐ 간염 ☐ 담석증
6. 피부비뇨기 질환	☐ 전립선비대 ☐ 신부전 ☐ 욕창
7. 근골격 질환	☐ 관절염 ☐ 골다공증 ☐ 고관절 골절 ☐ 기타 골절(고관절 외)
8. 악성종양	☐ 위암 ☐ 대장암 ☐ 갑상선암 ☐ 유방안 ☐ 간암 ☐ 폐암 ☐ 전립선암 ☐ 췌장암 ☐ 기타 악성종양
9. 감각 저하	☐ 난청 ☐ 후각저하 ☐ 녹내장
10. 감염	☐ 요로감염 (지난 30일간) ☐ 폐렴 ☐ 결핵
11. 기타 질병	☐ 당뇨병 ☐ 갑상선 기능 항진 ☐ 갑상선 기능 저하 ☐ 비만 ☐ 기타 ( )

신체 건강 평가② 피부 병변	
1. 병변 종류	☐ 없음 ☐ 압박성 궤양 ☐ 울혈성 궤양 ☐ 발진 ☐ 찰과상 ☐ 멍 ☐ 기타 ( )
2. 병변 위치	☐ 머리 ☐ 안면 ☐ 목 ☐ 흉부 ☐ 복부 ☐ 허리 ☐ 배부 ☐ 둔부 ☐ 팔 ☐ 손 ☐ 다리 ☐ 발 ☐ 기타 ( )
3. 특기 사항	

신체 건강 평가③ 통증										
1. 빈도	○ 지난 7일 동안 통증 없음									
	○ 지난 7일 동안 통증이 있으나 매일 나타나지는 않음									
	○ 지난 7일 동안 매일 하루 한번 정도의 통증 있음									
	○ 지난 7일 동안 매일 여러 차례 반복되는 통증 있음									
	○ 지난 7일 동안 지속되는 통증 있음									
2. 최고강도	경도			중등도		중증		심각함		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. 특기 사항										

※ 빈도 : 기본적으로 통증 여부의 평가는 환자의 자가보고에 따라야 함. 따라서 환자가 실어증이 있거나 인지기능 장애가 심각하여 적절한 보고를 할 수 없으면 검사가 불가능함.
하지만 일부 경우는 정보제공자 혹은 평가자가 직접환자의 행동 관찰을 통해 확인 할 수 있음.
통증이 있는 경우 흔히 보이는 행동은 얼굴을 찡그리는 증 표정변화, 울거나 이상한 소리를 자주 내는 등 음성변화, 노작성 호흡 등 호흡곤란 등을 들 수 있음.

※ 강도 : 환자가 보고하는 통증의 강도를 1–10까지의 척도로 표시함. 10은 환자가 생각할 수 있는 가장 심한 통증의 크기임

※ 「VAS : Visual Analogue Scale - 환자의 주관적 통증 평가도구」를 사용함

평가 5. 활동도 평가

1. 사회활동	○ 지난 7일 동안 전혀 없음 ○ 지난 7일 동안 1–2일 가족 외의 타인과 접촉 ○ 지난 7일 동안 3–4일 가족 외의 타인과 접촉 ○ 지난 7일 동안 5–6일 가족 외의 타인과 접촉 ○ 지난 7일 동안 매일 가족 외의 타인과 접촉	
2. 운동	1) 평소보다 숨이 많이 찬 운동	○하지 않음 ○30분 미만 ○60분 미만 ○60분 이상
	2) 평소보다 숨이 약간 찬 운동	○하지 않음 ○30분 미만 ○60분 미만 ○60분 이상
	3) 걷기	○하지 않음 ○1시간 미만 ○2시간 미만 ○2시간 이상
3. 낙상력	1) 지난 3개월 간 낙상 횟수	____회
	2) 낙상 후유증	○없음 ○걷기 두려워하는 등 정신적 충격 ○타박상 등 가벼운 외상 ○골절 등 중증 외상

평가 6. 영양상태 평가

1	지난 3개월 동안에 밥맛이 없거나, 소화가 잘 안되거나 씹고 삼키는 것이 어려워서 식사량이 줄었습니까?	2	지난 3개월 동안 몸무게가 줄었습니까?
	0) 예전보다 많이 줄었다. 1) 예전보다 조금 줄었다. 2) 변화없다.		0) 3kg이상의 체중 감소 1) 모르겠다 2) 1kg에서 3kg 사이의 체중 감소 3) 줄지 않았다.
3	집 밖으로 외출할 수 있습니까?	4	지난 3개월 동안 많이 괴로운 일이 있었거나, 심하게 편찮으셨던 적이 있으십니까?
	0) 외출할 수 없고, 집안에서도 주로 앉거나 누워서 생활한다. 1) 외출할 수는 없지만, 집에서는 활동을 할 수 있다. 2) 외출할 수 있다.		0) 예 1) 아니요
5	신경 정신과적 문제	6	체질량 지수(BMI) = {(몸무게(kg)/신장(m²)}
	0) 중증 치매나 우울증 1) 경증 치매 2) 특별한 증상 없음		0) BMI ≤ 19 1) 19 ≤ BMI ≤ 21 2) 21 ≤ BMI ≤ 23 3) BMI ≥ 23
7	평소에 어르신 댁에서 생활 하십니까?	8	매일 3종류 이상의 약을 드십니까?
	0) 아니요 1) 예		0) 예 1) 아니요

※「MNA-SF : Mini Nutritional Assessment Short Form - 간이 영양 평가」를 사용함
※총점 22점 이상 : [정상] 표시 / 15~21.5점 : [영양 불량위험] 표시 / 14.5점 이하 : [영양불량] 표시

평가 7. 투약현황 평가

3. 투약 여부	○없음 ○있음	4. 파악 여부	○ 전체 파악 ○ 일부 파악 ○ 파악 못함		
5. 투약 정보	☐ 처방전 ☐ 소견서/진단서 ☐ 환자 보고 ☐ 보호자 보고 ☐ 직접 확인				
6. 투약 약품	약품명	단위 용량/제형	회당 투여량	경로	빈도
7. 순응도	☐ 지시대로 복용 ☐ 상태에 따라 환자 혹은 가족이 조절 ☐ 지시대로 못 먹음				

평가 8. 처치 현황 평가

☐ 인공호흡기	☐ 산소 공급	☐ 기관절개 및 삽관	☐ 비위관 삽관	☐ 도뇨관 삽관
☐ 말초정맥 수액공급	☐ 중심정맥 수액공급	☐ 수혈	☐ 투석	☐ 기타 ( )

평가 9. 의료기관 이용현황 평가 *(지난 3개월 기준)*

1. 단골 의사	○없음 ○있음	2. 단골 기관	☐ 대학병원 ☐ 보건소/의료원 ☐ 병원 ☐ 의원 ☐ 한의원		
3. 병원 입원	1) 횟수	☐ 주 ___ /회	☐ 월 ___ /회	2) 총 비용	
4. 응급실 방문	1) 횟수	☐ 주 ___ /회	☐ 월 ___ /회	2) 총 비용	
5. 외래 방문	1) 횟수	☐ 주 ___ /회	☐ 월 ___ /회	2) 총 비용	
6. 일반 의약품 구입	1) 횟수	☐ 주 ___ /회	☐ 월 ___ /회	2) 총 비용	

평가 10. 돌봄 서비스 이용현황 평가 *(지난 3개월 기준)*

1. 요양원 입소	1) 횟수	☐ 주 ___ /회	☐ 월 ___ /회	2) 총 비용	
2. 주야간보호	1) 횟수	☐ 주 ___ /회	☐ 월 ___ /회	2) 총 비용	
3. 단기보호	1) 횟수	☐ 주 ___ /회	☐ 월 ___ /회	2) 총 비용	
4. 가정 방문간호	1) 횟수	☐ 주 ___ /회	☐ 월 ___ /회	2) 총 비용	
5. 가사 지원	1) 횟수	☐ 주 ___ /회	☐ 월 ___ /회	2) 총 비용	
6. 음식 배달	1) 횟수	☐ 주 ___ /회	☐ 월 ___ /회	2) 총 비용	
7. 목욕(이동목욕포함) 서비스	1) 횟수	☐ 주 ___ /회	☐ 월 ___ /회	2) 총 비용	
8. 간병용품 대여/제공	1) 횟수	☐ 주 ___ /회	☐ 월 ___ /회	2) 총 비용	
9. 기타					

평가 11. 생활환경 위기도 평가 : 거주지의 내외부적 환경 및 권익보장상의 위기정도 평가

1. 본인이나 가족의 안전과 건강에 해를 끼칠 정도로 거주하는 집의 생활환경이 열악하다. **☐ 화장실 ☐ 주방시설 ☐ 도배장판 ☐ 전기시설 ☐ 가스시설** **☐ 상하수도시설 ☐ 냉난방시설 ☐ 위생상태(곰팡이, 찌든 때, 방역불량, 배설물처리 불량, 쓰레기 등)** **☐ 창호/문짝 ☐ 주변 환경 ☐ 채광**
0) 해당사항이 0개인 경우 1) 해당사항이 1개인 경우 2) 해당사항이 2개인 경우 3) 해당사항이 3개 이상인 경우
2. 거주하는 집에 다음과 같은 안전상의 문제로 어려움을 겪고 있다. **· 히터나 전기장판 과열 · 전기선 누출 · 누수 · 가스누출 · 베란다 안전장치 미비** **· 방범장치 미비 · 침수 · 붕괴위험 · 그 외 기타 ( )**
0) 어려움이 없다. /해당사항 없음. 1) 어려움이 있으나 임시방편을 마련하였다. 2) 어려움이 있으나 대책을 마련 중에 있다. 3) 어려움이 있으나 대책 마련을 못하고 있다.
3. 거주하는 집에서 신체활동상에 어려움이 있다. **☐ 공간부족(휠체어 이동공간부족) ☐ 문턱 ☐ 안전바 미설치** **☐ 싱크, 찬장, 가구 등 높낮이 미조절 ☐ 욕실 미개조 ☐ 램프미설치**
0) 해당사항이 0개인 경우 1) 해당사항이 1개인 경우 2) 해당사항이 2개인 경우 3) 해당사항이 3개 이상인 경우
4. 주거 내·외부 환경 때문에 이웃과 갈등을 유발하고 있다.
0) 유발하고 있지 않다. / 해당사항 없음. 1) 유발하고 있으나 조정이 가능하다. 3) 유발하고 있다.
총 점 _____ / 12점

※ 경기대학교 사회복지학과 민소영 교수_자체 개발 도구를 사용함
: 공공사례관리 위기도 사정도구 개선연구_보건복지부 지역복지과_희망복지지원단 통합사례관리사업_2015
※ 1~3번 문항의 총점이 4점 이상이거나, 4번 문항이 3점인 경우 : [즉각 개입 필요] 표시

평가 12. 안전 위기도 평가 : 가족구성원 또는 외부인과의 관계에서 야기되는 기초적 신변보호상의 위기 정도 평가

1. 함께 거주하고 있는 가족구성원이 본인이나 가족을 위협하고 있거나 위협할 것 같다. **☐ 신체적 폭력 ☐ 정서적 폭력 ☐ 성적 폭력 ☐ 방임과 방치 ☐ 경제적 폭력**
0) 해당사항이 0개인 경우 3) 어느 하나라도 해당할 경우
2. 본인이 가족(비동거 가족포함)을 위협하고 있거나 위협할 것 같다. **☐ 신체적 폭력 ☐ 정서적 폭력 ☐ 성적 폭력 ☐ 방임과 방치 ☐ 경제적 폭력**
0) 해당사항이 0개인 경우 3) 어느 하나라도 해당할 경우
3. 비동거 가족, 친척, 친구, 이웃, 사회(학교, 직장 등) 등이 본인이나 가족을 위협하고 있거나 위협할 것 같다. **☐ 신체적 폭력 ☐ 정서적 폭력 ☐ 성적 폭력 ☐ 방임과 방치 ☐ 경제적 폭력**
0) 해당사항이 0개인 경우 3) 어느 하나라도 해당할 경우
4. 응급상황이 발생할 경우 도움을 받는데 어려움이 있다
0) 어려움이 없다 /해당사항 없음. 1) 도움을 요청할 지원체계는 있으나, 충분하지 않음 2) 응급 시 도움을 요청할 지원 체계는 있으나, 원만한 관계가 아님 3) 도움을 요청할 지원 체계가 전혀 없음 3) 응급상황을 인지하지 못한다.
총 점 _____ / 12점

※ 경기대학교 사회복지학과 민소영 교수_자체 개발 도구를 사용함
: 공공사례관리 위기도 사정도구 개선연구_보건복지부 지역복지과_희망복지지원단 통합사례관리사업_2015
※ 어느 한 문항이라도 3점인 경우 : [즉각 개입 필요] 표시

평가 13. 경제 위기도 평가 : 기본적인 생활에 필요한 경제적 문제 및 자산관리상의 위기정도 평가

1. 돈이 없어서 어려움을 겪고 있다. **☐ 돈이 없어 식사를 못하고 있거나 식료품 구입이 어렵다.** **☐ 공교육비를 기한 내 납부하지 못하고 있다.** **☐ 계절에 맞는 의복과 신발을 구입하지 못하고 있다.** **☐ 치료비가 없어서 본인이나 가족이 병원을 못 가고 있다.** **☐ 집세가 3개월 이상 밀려있다.** **☐ 안정적으로 살 수 있는 집이 없다(퇴거위험, 노숙, 비닐하우스, 쪽방, 고시원, 여관/여인숙, 찜질방, 쉼터 등).** **☐ 난방장치가 없거나, 난방비 때문에 추운 겨울에 난방을 사용하지 못하고 있다.** **☐ 공과금(사회보험료, 전화요금, 가스요금, 수도요금, 전기요금, 관리비 중 하나 이상)이 밀려있다.** **☐ 공과금 연체로 사회보험급여 자격정지, 전화중단, 가스차단, 단수, 단전 중하나 이상의 상태에 있다.**	
0) 해당사항이 0개인 경우 1) 해당사항이 1개인 경우 2) 해당사항이 2-3개인 경우 3) 해당사항이 4개 이상인 경우 / 1, 4, 5, 6, 9번에 하나라도 해당하는 경우	
2. 금전관리에 어려움이 있다.	
0) 어려움이 없다 / 해당사항 없음 1) 도움이 있을 경우 금전관리가 가능하다. 2) 수입보다 지출이 더 많다. 3) 금전관리 자체가 어렵다(개인 역량부족, 건강, 장애, 기타 사유)	
3. 빚과 관련된 문제를 해결하는데 어려움이 있다.	
0) 어려움이 없다 / 해당사항 없음 1) 빚은 있으나 갚아 나가고 있다. 2) 빚을 갚을 능력이 없거나, 빚 갚을 능력이 없으면서 계속해서 빚을 내고 있다. 3) 빚 갚을 능력이 없으며 지속적으로 채무 독촉을 받고 있다.	
총 점	_____ / 9점

※ 경기대학교 사회복지학과 민소영 교수_자체 개발 도구를 사용함
: 공공사례관리 위기도 사정도구 개선연구_보건복지부 지역복지과_희망복지지원단 통합사례관리사업_2015
※ 1번 문항이 3점이거나, 또는 3번 문항이 2점 이상인 경우 : [즉각 개입 필요] 표시

평가 14. 주조호자 조호부담 평가

	전혀 없다	거의 없다	가끔 있다	자주 있다	항상 있다
1. 어르신을 돌보는 일 때문에 당신 자신을 위한 시간이 충분하지 않다고 느끼십니까?	0	1	2	3	4
2. 어르신을 돌보는 일과 직장 및 가정에서의 책임 사이에서 스트레스를 받습니까?	0	1	2	3	4
3. 어르신과 함께 있으면 화가 납니까?	0	1	2	3	4
4. 어르신이 가족이나 친구들과의 관계에 부정적인 영향을 미친다고 생각하십니까?	0	1	2	3	4
5. 어르신과 함께 있으면 긴장됩니까?	0	1	2	3	4
6. 어르신을 돌보는 일 때문에 당신의 건강에 문제가 생겼다고 느끼십니까?	0	1	2	3	4
7. 어르신 때문에 당신이 원하는 만큼 사생활을 갖지 못한다고 느끼십니까?	0	1	2	3	4
8. 어르신을 돌보는 일 때문에 당신의 사회생활에 어려움이 생겼다고 느끼십니까?	0	1	2	3	4
9. 어르신을 돌본 이후 당신의 생활을 통제할 수 없다고 느끼십니까?	0	1	2	3	4
10. 어르신에게 무엇을 해 줘야 좋을지 모르겠다고 느끼십니까?	0	1	2	3	4
11. 어르신에게 더 많은 것을 해 줘야 한다고 느끼십니까?	0	1	2	3	4
12. 어르신을 돌보는 일을 더 잘할 수도 있었다고 느끼십니까?	0	1	2	3	4

총점
_____ / 48 점

※ 총점이 17점 이상인 경우 : [부양부담이 매우 심함] 표시

평가 15. 특이사항

[서식 1-16] 맞춤형사례관리 계획표

맞춤형 사례관리 계획표

초기평가 평가항목	실행목표	실행방안	시작일자	종료일자

[서식 1-17] 맞춤형사례관리 사례회의록

맞춤형 사례관리 사례회의록

회의 차수	_____차	회의 일자	___년 ___월 ___일	담당자	
회의 제목	*OOO의 사례관리 개입 방안 논의*				
회의 내용	*[대상 사례 개요]* *[주요 욕구 및 문제]*				
회의 결과	*[사례관리 개입 방안]* – – – – –				
내부참석자 (부서/직책/성명)	*1) 사무국장/ OOO* *2) 치매사례관리위원장/ OOO* *3) 치매사례관리위원/OOO* *4) 등록관리팀/ 팀장/ OOO* *5) 등록관리팀/ 사례관리사/ OOO*				
외부참석자 (소속/직책/성명)	*1) OOO구청 희망복지지원단/ 주무관/ OOO* *2) OOO동주민센터 OO팀/ 주무관/ OOO* *3) OOO노인종합복지관 사례관리팀/ 사례관리사/ OOO* *4) OOO대학교 사회복지학과/ 교수/ OOO*				
차기 회의 예정일시	(　　)차 :				

[서식 1-18] 맞춤형사례관리 일지

맞춤형 사례관리 일지

사례관리 신청일자	_____년 ____월 ____일	담당자	

실행 계획	실행기간		진행 현황	차기 실행 예정	
	시작일자	종료일자	실행 내용	예정 일자	내용

[서식 1-19] 서비스 의뢰서

서비스 의뢰서

기관명 : _____ 담당자 : _____귀하

대상자	성명			성별	□남 □여
	등록번호			나이	만 세
	거주지	주소			
		도로명 주소			
	연락처	휴대전화		가구 유형	□ 독거노인가구 □ 노인부부가구 □ 조손가구 □ 장애인 가구 □ 다문화가구
		자택			

사례요약	
의뢰내용	

본 기관의 대상자에게 전문적 서비스 제공을 통해 효과적인 문제해결을 지원하고자 위와 같이 의뢰하오니 협조하여 주시기 바랍니다.

_____년 _____월 _____일

의뢰기관명 : ○○○보건소(○○○ 치매안심센터)
담당자명 : _____
연 락 처 : _____

[서식 1-20] 맞춤형사례관리 지도·감독(슈퍼비전) 일지

맞춤형사례관리 지도·감독(슈퍼비전) 일지

<table>
<tr><td colspan="2">지도·감독(슈퍼비전) 차수</td><td>____차</td><td>지도·감독(슈퍼비전) 일자</td><td colspan="2">____년 ___월 ___일</td></tr>
<tr><td colspan="2">지도·감독(수퍼비전) 장소</td><td colspan="2"></td><td>담당자</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">참석자</td><td>지도·감독자
(슈퍼바이저)</td><td colspan="4">- ○○○대학교 사회복지학과 ○○○ 교수
- 한국사례관리학회 부학회장 ○○○교수
- ○○○노인종합복지관 사례관리팀 ○○○팀장</td></tr>
<tr><td>실무자</td><td colspan="4">김○○ 등록관리팀장, 박○○ 사례관리자, 정○○사례관리자</td></tr>
<tr><td colspan="2">지도·감독(슈퍼비전) 내용</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">비고</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="3" rowspan="5">차기 지도·감독(슈퍼비전) 계획</td><td>예정 일자</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">예정 참석자</td><td>지도·감독자
(슈퍼바이저)</td><td>-
-
-</td></tr>
<tr><td>실무자</td><td></td></tr>
<tr><td>예정 장소</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>비고</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

[서식 1-21] 맞춤형사례관리 단계평가서

맞춤형 사례관리 단계평가서 ____ 차

사례관리 신청 일자	___년___월___일	담당자		단계평가 평가일자	__년 ___월 __일

초기평가 평가항목	실행목표	실행 방안	실행방안 달성여부
			○ 달성 ○ 변경 ○ 진행중 ○ 미시행
			○ 달성 ○ 변경 ○ 진행중 ○ 미시행
			○ 달성 ○ 변경 ○ 진행중 ○ 미시행

총 평	
평가 결과	○ 실행지속 ○ 계획수정 필요 (사유 :)

[서식 1-22] 맞춤형사례관리 1차 종결 평가서

맞춤형 사례관리 1차 종결 평가서

사례관리 신청 일자	___년___월___일	담당자		1차종결 평가일자	___년 ___월 ___일

초기평가 평가항목	실행 목표	실행 방안	실행방안 달성여부	실행 목표별 달성도
			○ 달성 ○ 변경 ○ 진행중 ○ 미시행	_____점
			○ 달성 ○ 변경 ○ 진행중 ○ 미시행	_____점

※ 실행 목표별 달성도
- 전혀 달성하지 못함(0점) / 기대수준 이하로 달성(1점) / 기대한 정도의 목표 달성(2점) / 기대 이상의 목표달성(3점) 등 목표별 달성도 기록

총 평	
평가 결과	○ 종결 ○ 사례관리 연장 (사유 :)
종결 유형	○ 상황호전 (*상세히 기술*) ○ 거부 (사유 :) ○ 포기 (사유 :) ○ 연락두절 ○ 전출 ○ 사망 ○ 시설입소 ○ 장기입원 ○ 타 기관으로 이관 (기관명 :) (이관일 :) ○ 기타( )
사례관리 만족도 조사 시행 여부	○ 시행 안함 ○ 시행함

[서식 1-23] 맞춤형사례관리 만족도 조사 설문지

맞춤형 사례관리 만족도 조사 설문지

대상자		등록번호		담당자		조사 일자	___년___월___일

문항내용		전혀 그렇지 않다	별로 그렇지 않다	보통 이다	그런 편이다	매우 그렇다
서비스 내용	1. 당신을 담당하는 사례관리자가 사례관리 과정을 자세히 설명하여 주었습니까?					
	2. 당신이 받은 사례관리의 내용과 서비스면에서 만족합니까?					
	3. 사례관리 담당자는 당신을 존중하면서 사례관리 과정을 수행하였습니까?					
	4. 당신은 사례관리자의 전문성에 만족하십니까?					
	5. 사례관리 담당자는 당신의 욕구를 충분히 반영한 후 서비스를 제공하였습니까?					
	6. 사례관리서비스를 받고 난 이후 전반적으로 당신의 욕구해결에 도움이 되었습니까?					
	7. 당신이 요청한 부분에 대해 사례관리 담당자가 최대한 신속히 처리하려고 노력한다고 생각하십니까?					
	8. 사례관리 담당자의 각종 복지서비스 안내가 시기적으로 적절히 제공되었습니까?					
사례관리 담당자의 태도	1. 사례관리 담당자는 당신에게 친절하였습니까?					
	2. 사례관리 담당자와 의사소통이나 대화가 원활했다고 생각하십니까?					
	3. 사례관리 담당자는 당신에게 서비스를 제공하기 위해 충분한 사전 정보를 준비하고 있었다고 생각하십니까?					
	4. 당신은 사례관리 담당자에게 항상 편안한 마음으로 도움을 요청하였습니까?					

[서식 1-24] 맞춤형 사례관리 연장심사 회의록

맞춤형 사례관리 연장 심사 회의록

심사일자	_____년 _____월 _____일					
심사장소						
회의록 작성자	(소속 및 직책)			(성명)		
참석자	소속 및 직책			성명		
	(예시) 치매사례관리위원회 위원장					
	(예시) 치매안심센터 사무국장					
	(예시) 치매안심센터 등록관리팀장					
	(예시) 치매안심센터 맞춤형사례관리 담당자					
심사 대상자 목록	번호	사례관리 신청일자	대상자	등록번호	심사 결과	비고
	1	__년__월__일			○선정 ○탈락	*탈락 시, 사유 기재*
	2	__년__월__일			○선정 ○탈락	
	3	__년__월__일			○선정 ○탈락	
	4	__년__월__일			○선정 ○탈락	
	5	__년__월__일			○선정 ○탈락	
	6	__년__월__일			○선정 ○탈락	

[서식 1-25] 맞춤형 사례관리 추적평가서

맞춤형 사례관리 추적 평가서 ____ 차

사례관리 신청 일자	____ 년 __월 __일	1차종결 평가일자	____ 년 __월 __일
담당자		추적평가 평가일자	____ 년 __월 __일

초기평가 평가항목	실행 목표	실행 방안	실행방안 달성여부	사후관리 시행여부
			○ 달성 ○ 변경 ○ 진행중 ○ 미시행	○ 시행 ○ 미 시행
			○ 달성 ○ 변경 ○ 진행중 ○ 미시행	○ 시행 ○ 미 시행
			○ 달성 ○ 변경 ○ 진행중 ○ 미시행	○ 시행 ○ 미 시행

사후관리 세부내용	
총평	
평가 결과	○ 이상 없음 ○ 재개입 필요(사유 :)

[서식 1-26] 맞춤형 사례관리 최종 종결 평가서

맞춤형 사례관리 최종 종결 평가서

사례관리 신청 일자	___년___월___일	담당자		최종 종결평가 일자	___년 ___월 ___일

▣ 초기평가 평가항목 : _____

실행목표	실행 방안	실행방안 달성여부	실행 목표별 달성도	사후관리 시행여부
		○ 달성 ○ 변경 ○ 진행중 ○ 미시행	_____ 점	○ 시행 ○ 미 시행

▣ 초기평가 평가항목 : _____

실행목표	실행 방안	실행방안 달성여부	실행 목표별 달성도	사후관리 시행여부
		○ 달성 ○ 변경 ○ 진행중 ○ 미시행	_____ 점	○ 시행 ○ 미 시행

추적평가 평가결과	○ 이상 없음 ○ 재개입 필요
총 평	
최종 종결 평가 결과	○ 최종 종결 ○ 사례관리 재신청 필요 (사유 :)
종결 유형	○ 상황호전 (*상세히 기술*) ○ 거부 (사유 :) ○ 포기 (사유 :) ○ 연락두절 ○ 전출 ○ 사망 ○ 시설입소 ○ 장기입원 ○ 타 기관으로 이관 (기관명 :) (이관일 :) ○ 기타 ( )

[서식 2-1] 치매조기검진 신청서

치매조기검진 신청서

<table>
<tr><td>대상자 성명</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>주소</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>연락처</td><td colspan="4">(휴대전화 :　　)</td></tr>
<tr><td>신청자 성명</td><td></td><td rowspan="2">연락처</td><td>자택</td><td></td></tr>
<tr><td>대상자와의 관계</td><td></td><td>휴대전화</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="5">치매조기검진을 신청합니다.

년　　월　　일

대상자 :　　(서명 또는 인)
보호자 또는 대리인 :　　(서명 또는 인)
(대상자와의 관계 :　　)
(대리 신청 사유 :　　)</td></tr>
</table>

※ 기 제출한 서류가 있을 시, 구비서류에 대해 제출하지 않아도 됩니다.
※ 보호자인 경우, 대상자 및 보호자의 신분증 사본을 제출하여야 합니다. 또한 보호자임을 확인 할 수 있도록 대상자와 보호자의 이름이 함께 기재된 가족관계증명서를 제출하여야 합니다. (법정후견인이 보호자인 경우에는 피후견인과 후견인 이름이 함께 기재된 후견등기부등본 또는 가족관계증명서(택1)을 제출하여야 합니다.)
※ 대리인이 임의대리인일 경우, 대상자가 대리인에게 치매조기검진 신청을 위임함을 증명하는 위임장(대상자의 서명 또는 날인이 기재된)을 제출하여야 합니다. 또한, 대상자 및 대리인의 신분증 사본을 제출하여야 합니다.
※ 대리인이 법정대리인일 경우, 후견등기부등본을 제출하여야 합니다. 또한, 대상자 및 법정대리인의 신분증 사본을 제출하여야 합니다.

[서식 2-2] 치매 선별용 한국어판 간이정신상태검사지(MMSE-DS)

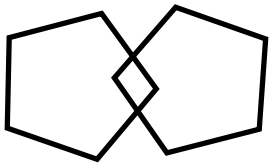
				시행차수	차
성명		성별		등록번호	
학력				실제 나이	
검사 일자	_____년 ____월 ____일			평가자	
검사 장소	□ 치매안심센터 □ 대상자 집 □ 기타( )				

치매 선별용 한국어판 간이정신상태검사

(Korea version of MMSE for Dementia Screening : MMSE-DS)

검사자는 **"지금부터 0 0 0님의 기억과 집중력을 알아보기 위해 몇 가지 질문을 드리겠습니다. 질문 중 몇 가지는 쉽지만 몇 가지는 어려울 수도 있습니다."** *라는 말로 검사를 시작한다.*

1. 올해는 몇 년도 입니까?	0	1
2. 지금은 무슨 계절입니까?	0	1
3. 오늘은 며칠입니까?	0	1
4. 오늘은 무슨 요일입니까?	0	1
5. 지금은 몇 월입니까?	0	1
6. 우리가 있는 이곳은 무슨 도/특별시/광역시입니까?	0	1
7. 여기는 무슨 시/군/구입니까?	0	1
8. 여기는 무슨 구/동/읍/면입니까?	0	1
9. 우리는 지금 이 건물의 몇 층에 있습니까?	0	1
10. 이 장소의 이름이 무엇입니까?	0	1
11. 제가 세 가지 물건의 이름을 말씀드리겠습니다. 끝까지 다 들으신 다음에 세 가지 물건의 이름을 모두 말씀해 보십시오. 그리고 몇 분 후에는 그 세 가지 물건의 이름들을 다시 물어볼 것이니 들으신 물건의 이름을 잘 기억하고 계십시오. 나무 자동차 모자 이제 000님께서 방금 들으신 3가지 물건 이름을 모두 말씀해 보세요.		
나무	0	1
자동차	0	1
모자	0	1

12. 100에서 7일 빼면 얼마가 됩니까?	0	1
거기에서 7을 빼면 얼마가 됩니까?	0	1
거기에서 7을 빼면 얼마가 됩니까?	0	1
거기에서 7을 빼면 얼마가 됩니까?	0	1
거기에서 7을 빼면 얼마가 됩니까?	0	1
13. 조금 전에 제가 기억하라고 말씀드렸던 세 가지 물건의 이름이 무엇인지 말씀하여 주십시오.		
나무	0	1
자동차	0	1
모자	0	1
14. (실제 시계를 보여주며) 이것을 무엇이라고 합니까?	0	1
(실제 연필을 보여주며) 이것을 무엇이라고 합니까?	0	1
15. 제가 하는 말을 끝까지 듣고 따라해 보십시오. 한 번만 말씀드릴 것이니 잘 듣고 따라 하십시오.		
간장공장공장장	0	1
16. 지금부터 제가 말씀드리는 대로 해 보십시오. 한 번만 말씀드릴 것이니 잘 들으시고 그대로 해 보십시오.		
제가 종이를 한 장 드릴 것입니다. 그러면 그 종이를 오른손으로 받아, 반으로 접은 다음, 무릎 위에 올려놓으십시오.		
오른손으로 받는다.	0	1
반으로 접는다.	0	1
무릎 위에 놓는다.	0	1
17. (겹친 오각형 그림을 가리키며) 여기에 오각형이 겹쳐져 있는 그림이 있습니다. 이 그림을 아래 빈 곳에 그대로 그려보십시오. 	0	1
18. 옷은 왜 빨아서 입습니까?	0	1
19. “티끌 모아 태산”은 무슨 뜻 입니까?	0	1
총 점		/30

[서식 2-3] 치매감별검사비 지원 신청서

치매감별검사비 지원 신청서

<table>
<tr><td>대상자 성명</td><td colspan="2"></td><td>주민등록번호</td><td colspan="2">-</td></tr>
<tr><td>주 소</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>연락처</td><td colspan="5">(휴대전화 :)</td></tr>
<tr><td>신청자 성명</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">연락처</td><td>자택</td><td></td></tr>
<tr><td>대상자와의 관계</td><td colspan="2"></td><td>휴대폰</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="6">치매감별검사비 지원을 신청합니다.

2018. . .

신청자명 : (인)</td></tr>
</table>

[서식 2-4] 행정정보 공동이용 사전 동의서

행정정보 공동이용 사전 동의서

1. 이용사무별 공동이용 행정정보(구비서류)

이용 사무(이용목적)	공동 용 행정정보	동의 여부 (동의 시 서명 또는 인)
치매감별검사비 지원	건강·장기요양보험료납부확인서 (개인_지역가입자)	
	건강·장기요양보험료납부확인서 (개인_직장가입자)	
	건강보험자격확인서	
	주민등록표 등·초본	

2. 이용기관의 명칭 : _____ 치매안심센터

3. 정보주체(본인)동의사항 등

○ 본인이 동의한 위 사무에 대한 행정정보를 이용기관이 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보 공동이용을 통해 「개인정보 보호법」 제23조에 따른 건강에 관한 정보나 같은 법 시행령 제19조에 따른 주민등록번호, 여권번호, 운전면허의 면허번호 또는 외국인등록번호가 포함된 행정정보를 처리하는데 동의합니다.

○ 본인이 동의한 위 사무에 대한 행정정보는 관련 지침(노인보건복지사업 안내)에 따른 대상자 적격 여부 확인을 위하여 이용기관이 주기적으로 공동 이용할 수 있으며, 그러한 경우 별도의 사전동의를 받지 않고 본 사전동의서 제출로 갈음하는 것에 동의합니다.

○ 만일 위 행정정보를 이용기관이 처리에 대해 본인이 동의를 하지 아니할 경우에도 불이익은 없습니다. 다만, 동의하지 아니한 경우에는 그 해당 부분에 대해서는 직접 서류를 제출하여야 합니다.

년 월 일

대상자 : (서명 또는 인) (법정)대리인 : (서명 또는 인)

(대상자와의 관계 :)

(대리 동의 사유 :)

[서식 2-5] 치매 진단평가 의뢰서

치매 진단평가 의뢰서

<table>
<tr><td>의뢰일자</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>의뢰기관</td><td colspan="2">○○○ 보건소(○○○ 치매안심센터)</td><td>담당자</td><td></td></tr>
<tr><td>검사비 지원 여부</td><td colspan="4">☐ 지원대상자 ☐ 일반대상자</td></tr>
<tr><td rowspan="3">대상자</td><td>성명</td><td></td><td>주민등록번호</td><td></td></tr>
<tr><td>연락처</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>주소</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>협약병원</td><td colspan="2">○○병원</td><td>담당자</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">의뢰 내용</td><td colspan="4">☐ 치매진단검사 1단계(신경심리평가)
☐ 치매진단검사 2단계(치매임상평가–전문의진료)
☐ 치매감별검사</td></tr>
<tr><td colspan="4">상기 검사를 의뢰 드리오니 진료 부탁드립니다.</td></tr>
<tr><td colspan="5">년 월 일

○○○ 보건소 (○○○ 치매안심센터장)</td></tr>
</table>

※ MMSE–DS 및 신경심리평가 결과지 첨부

[표 2-1] MMSE-DS 진단검사 의뢰 점수

MMSE-DS 진단검사 의뢰 점수

연령	성별	교육 연수			
		0-3년	4-6년	7-12년	≥13년
60~69세	남	20	24	25	26
	여	19	23	25	26
70~74세	남	20	23	25	26
	여	18	21	25	26
75~79세	남	20	22	25	25
	여	17	21	24	26
≥80세	남	18	22	24	25
	여	16	20	24	26

* 위 표에 제시된 점수 미만일 경우 진단검사로 의뢰함
* 60세 미만의 경우는 60~69세 연령기준을 준용

[표 2-2] MMSE-DS 채점 기준

MMSE-DS 채점 기준

시간지남력	
피검자가"모른다"고 대답할 때 바로 틀렸다고 채점하지 말고 "그래도 오늘이 몇 년/ 계절/ 몇 월/ 며칠/ 요일 같은지 말씀해보세요"와 같이 추측해서 대답할 수 있도록 독려해야 한다. 또 피검자가 두 가지 답을 대답하고, 그 중에 정답이 있는 경우에는 한 가지 답을 고르도록 지시한다.	
문항 1	• 정확하게 4자리 숫자로 대답하여야 정답으로 한다(1점) • 4가지를 모두 답하지 못하는 경우에는 구체적으로 대답하도록 재질문한다. 가령, 2009년을 "9년"과 같이 대답하는 경우 정확한 4자리 숫자로 대답하도록 한다. • 해당 연도를 정답으로 하며 '기축년'등은 오답으로 한다. 만약 피검자가 '기축년'이라고 한 것이 실제로 맞더라도 "숫자로 대답해 보세요"라고 재질문하여 숫자로 연도를 대답하는 경우에만 정답으로 한다.
문항 2	• 3, 4, 5월을 봄, 6, 7, 8월을 여름, 9, 10, 11월을 가을, 12, 1, 2월을 겨울로 한다(1점) • 간절기에는 최대 2주의 간격 범위에서 앞으로 올 계절 또는 지나간 계절을 대답하여도 정답으로 한다. "3월 9일"인 경우 "겨울"이라고 응답하여도 정답으로 한다. "8월 24일"인 경우 "가을"이라고 응답하여도 정답으로 한다.
문항 3	• 음력으로 사용하는 경우, 실제와 맞으면 정답으로 한다.
문항 4	• 반공일 : 토요일 • 요일에 대한 개념을 도와 줄때는 '월요일, 화요일, 수요일, 목요일, 금요일, 토요일, 일요일'을 모두 보기로 들어주고 특정 요일만 언급하지 않는다
문항 5	• 음력으로 월과 일이 맞으면 정답으로 한다. • 몇 월을 숫자 대신 정월 혹은 동짓달로 답하여도 정답으로 한다. • 참고 : 동짓달; 11월, 섣달 : 12월, 그믐 : 그 달의 마지막 날
장소지남력	
문항 6	• 맞으면 한 문항 당 1점씩 채점한다. • 검사장소의 행정구역에 따라 상위 3단위를 차례로 한 문항 당 하나씩 질문한다. • "도"의 개념을 이해하지 못하여 예를 들어 줄 경우에는 해당 도가 아닌 다른 2개의 도를 설명한다. 가령, 검사하는 장소가 "경기도"인 경우, "충청도, 전라도와 같은 도의 이름을 말씀하시면 됩니다. 여기는 무슨 도입니까?"라고 질문할 수 있다. • 북도와 남도를 정확하게 대답하여야 정답으로 하며, 구분하지 않고 답할 경우에는 확인하도록 한다. 가령, "충청도"라고 대답하는 경우, "충청북도인가요, 충청남도 인가요?"
문항 7	• "여기가 무슨 시, 무슨 구, 무슨 동입니까?"라고 한 번에 질문하면 안 된다.

문항 8	• 검사를 수행하는 행정 지역에 맞게 도/특별시/광역시, 시/군/구, 읍/면/동 중 한 가지씩만 선택하여 질문한다. • 검사를 시행하는 행정구역 순서에 따라 높은 행정구역에서부터 차례로 물어본다. 예를 들어, ①검사하는 장소가 "경기도 성남시 분당구 구미동 분당서울대학교병원"이라면, 6번 문제 "도", 7번 문제 "시", 8번 문제 "구"를 묻는다. ②검사하는 장소가 "서울특별시 종로구 연건동 서울대학교병원"이라면, 6번 문제 "특별시", 7번 문제 "구", 8번 문제 "동"을 묻는다. ③검사하는 장소가 "강원도 춘천시 효자동 춘천정신보건센터"이라면, 6번 문제 "도", 7번 문제 "시", 8번 문제 "동"을 묻는다.
문항 9	• 정확하게 답한 경우 정답으로 하며 두 개를 답한 경우 하나를 고르도록 지시한다.
문항 10	• 장소이름 : "병원", "보건소"와 같이 광범위한 대답은 오답으로 한다. • 정확한 이름이 아니더라도 통상적으로 허용되는 부분적인 이름은 정답으로 한다. • 해당 검사 장소의 검사자들이 정답으로 채택할 수 있는 것을 정하여 일관성 있게 사용하도록 한다.
기억력 **문항 11은 기억 등록, 문항 13은 기억 회상을 측정하는 문항이다. 문항 11 시행 후 간섭과제로 주의집중력을 측정하는 문항 12를 시행한 다음, 문항 13을 시행한다.**	
문항 11	• 정확하게 따라 말한 단어의 수를 점수로 채점한다.(3점 만점) • 반드시 첫 번째 시도에 성공적으로 따라 말한 단어의 수로 채점해야 한다. 반복시도에서 첫 반응보다 더 많은 단어수를 등록하더라도 점수에는 반영하지 않는다. • 반드시 '나무, '자동차', 모자' 세 단어를 한꺼번에 불러주고 따라 하도록 해야 한다. 피검자가 '나무'하면, '나무'하고, 단어 하나하나를 따라하는 경우가 많기 때문에 미리 지식할 때 '끝까지 듣고' 부분을 강조해야 한다. • 피검자가 세 단어를 모두 말하지 못하면, 같은 방법으로 두 번 더 따라 말하게 한다. 세 번째에도 실패하면 그냥 다음 문항으로 넘어간다.
주의집중력	
문항 12	• 답이 틀렸더라도 틀렸다는 표현은 하지 않고 계속한다. • 피검자가 "83"이라고 말했을 때 "83"에서 7을 빼면 이라고 하지 않는다. • 맞는 부분에 대하여 독립적으로 채점한다. 가령 100-7=92, 85...라고 대답하는 경우 85는 정답으로 한다. • 계산을 하지 못하는 경우에는 동일한 방식으로 10에서 3을 뺀다. 이 때는 채점에 반영하지 않는다. 첫 시행과 기억 회상 사이에 지연시간(약 1분 정도)를 유지한다. • 만약 첫 시행에서(100에서 7을 빼면)7을 뺄 수 없는 숫자를 답한 경우(예를 들어 '3'이라고 했다면) 다시 한 번 지시를 준다. • 문항이 끝나기 전에 7을 뺄 수 없는 숫자로 대답하면 중단하고 그 시점까지 수행을 기준으로 점수를 주며, 간단한 과제로 기억회상과의 지연시간(약 1분)을 유지한다.

문항 13	• 기억등록 단계에서 불러준 세 단어를 회상하는 것이며, 성공적으로 회상한 단어 수로 채점한다. • 힌트는 제공하지 않는다.
언어능력	
문항 14	• 외국어나 사투리로 대답하여도 확인하여 맞으면 정답으로 한다. • 사투리가 맞는지의 여부는 보호자에게 확인하도록 한다. • 실제 연필과 시계만을 사용해야 하므로 검사 전에 필히 도구들을 준비한다.
문항 15	• 한 번만 불러 준다는 내용을 강조하여 집중하여 듣도록 함 • 듣지 못했다고 해도 반복하여 불러주면 안됨 • 평소 말하는 속도로 또박또박 • 모두 정확하게 따라 해야 1점, 한 글자라도 틀리면 0점
실행능력	
문항 16	• 한 번만 불러 준다는 내용을 강조하여 집중하여 듣도록 한다. • 종이를 건네줄 때에는 책상 위에 놓지 말고 한 손으로 건네준다. • 지시할 때 '오른손', '반', '무릎 위'를 강조하여 말한다. • 오른손을 사용할 수 없는 피검자에게는 '왼손'으로 바꿔 지시한다. • 듣지 못했다거나 기억이 나지 않는다고 해도 지시를 반복해 주면 안 된다. • 피검자의 오른손을 보지 않고 지시하며 지시가 다 끝난 다음에 종이를 건네준다.
시공간구성 능력	
문항 17	• 다섯 개의 각이 잘 유지되어 있는 오각형 두 개가 겹쳐져, 가운데에 사각형이 만들어지면 그 크기나 위치에 관계없이 정답이다. • 정확한㎝ 각이 이루어지지 않더라도 변이 5개가 있으면 정답으로 하며, 각 변 사이 간격은 최대 0.3까지 가능하나 그 이상 벌어지는 경우에는 오답으로 한다. 〈참조1〉
판단 및 추상적 사고력	
문항 18	• "더러우니까", "깨끗하게 입으려고" 등의 위생과 청결에 대한 내용으로 답을 하면 정답으로 채점한다. • 문항을 이해하지 못하는 경우, "옷을 어째서 빨아 입나요?"라거나 "옷을 빨아서 입는 이유가 무엇인가요?"등으로 부연 설명할 수 있다.
문항 19 :	• 아무리 작은 것이라도 모이고 모이면 큰 것이 된다. **조그만 것을 모아 크게 된다. 아껴야 한다. 등의 내용이면 정답으로 채점한다.**

[서식 2-6] 치매예방교실 이용 신청서

치매예방교실 이용 신청서

성명	
신청자	☐ 본인 ☐ 배우자 ☐ 딸 ☐ 아들 ☐ 며느리 ☐ 사위 ☐ 기타 친척 ☐ 친구 ☐ 이웃 ☐ 간병인 ☐ 가정 봉사원 ☐ 가정부/파출부 ☐ 그 외 동거인 ☐ 기타 ( )
대상자와의 관계	☐ 본인 ☐ 배우자 ☐ 딸 ☐ 아들 ☐ 며느리 ☐ 사위 ☐ 기타 친척 ☐ 친구 ☐ 이웃 ☐ 간병인 ☐ 가정 봉사원 ☐ 가정부/파출부 ☐ 그 외 동거인 ☐ 기타 ( )
등록 프로그램	☐ ( ) ☐ ( ) ☐ 기타 :
지역사회 내 프로그램 운영시설 신청	☐ 신청 (*신청 및 연계한 지역사회 복지관 등을 적는다*) ☐ 미신청 (*기타 사유 적기*)

1. 치매예방교실의 제반 규정과 일정을 지켜야 합니다.
2. 치매예방교실의 프로그램에 성실히 참여하도록 합니다.
3. 개인질병으로 인한 사고, 센터 통학 시 발생하는 사고에 대한 책임은 센터에서 책임지지 않습니다.
4. 치매예방교실의 이용 기간과 인원은 한정되어 있으므로, 지역사회 내 관련 프로그램을 운영하는 기관(복지관, 타 센터 등)에 동시에 신청하여 연계기관에 본인의 차례가 됐을 시 치매예방교실의 이용이 종료되고 연계된 기관에서 수업을 받으셔야 합니다.

위와 같이 「치매예방교실」 이용을 신청합니다.

년 월 일

신청자 : (인)

OOO 치매안심센터장 귀하

[서식 2-7] 응급상황 대응지침 동의서

응급상황 대응지침 동의서

받으실 서비스	☐ 치매환자쉼터 ☐ 치매예방교실 ☐ 인지강화교실 ☐ 힐링프로그램 ☐ 동반치매환자보호서비스

▣ 대상자 주요정보

성명		등록번호	
성별	☐ 남 ☐ 여	거주지	

▣ 신청자 주요정보

성명		등록번호	
성별	☐ 남 ☐ 여	연락처	[전화] [휴대전화] [이메일]
거주지	[주소]		
대상자와의 관계	☐ 본인 ☐ 배우자 ☐ 딸 ☐ 아들 ☐ 며느리 ☐ 사위 ☐ 성년후견인 ☐ 기타 ( )		

▣ 응급발생 지침 내용

협약 의료기관명		협약 의료기관 연락처	
보호자 지정 의료기관명		보호자 지정 의료기관 연락처	

1. 사고 발생 시 '간호사'를 통한 응급조치, '간호사'가 없을 시 즉시 119에 신고
2. 소방서 119 연락을 통한 병원이송
   1) 협약 의료기관
   2) 보호자지정 의료기관
      두 기관을 모두 고려해 가장 가깝고 신속한 조치를 받을 수 있는 응급의료기관으로의 이송/조치를 동의합니다.
3. 보호자(가족) 연락 : 사건내용, 이송장소 안내를 통한 보호자 병원이동 조치
   (부재 시 메시지 – 사건발생시간, 조치방법, 현재 상황)
4. 환자 보호자 인계 후 종료

본인은 OOO 치매안심센터 이용 중 발생한 응급사고 시 응급조치가 신속히 이루어질 수 있도록 응급조치에 대한 위임을 아래와 같이 동의합니다.

년 월 일

대상자 : (서명 또는 인) 보호자 또는 대리인 : (서명 또는 인)
(대상자와의 관계 :)
(대리 동의 사유 :)

OOO보건소(OOO 치매안심센터장) 귀하

※ 보호자인 경우 대상자 및 보호자의 신분증 사본을 제출하여야 합니다. 또한 보호자임을 확인할 수 있도록 대상자와 보호자의 성명이 함께 기재된 가족관계증명서(3개월 이내 발급된 원본)를 제출하여야 합니다.
※ 법정후견인이 보호자인 경우에는 피후견인과 후견인 성명이 함께 기재된 후견등기부등본(3개월 이내 발급된 원본)과 가족관계증명서(3개월 이내 발급된 원본) 중 택일하여 제출하여야 합니다.
※ 대리인이 임의대리인일 경우, 대상자가 대리인에게 개인정보 처리에 관한 권한을 위임하였다는 내용과 함께 대상자의 서명 또는 날인이 기재된 위임장(3개월 이내 작성된 원본)을 제출하여야 합니다. 또한 대상자 및 대리인의 신분증 사본도 제출하여야 합니다.
※ 대리인이 법정대리인일 경우, 후견등기부등본(3개월 이내 발급된 원본)을 제출하여야 합니다. 또한 대상자 및 법정대리인의 신분증 사본도 제출하여야 합니다.

[서식 2-8] 치매예방교실 연장 신청서

치매예방교실 연장 신청서

성명	
신청자	☐ 본인 ☐ 배우자 ☐ 딸 ☐ 아들 ☐ 며느리 ☐ 사위 ☐ 기타 친척 ☐ 친구 ☐ 이웃 ☐ 간병인 ☐ 가정 봉사원 ☐ 가정부/파출부 ☐ 그 외 동거인 ☐ 기타 ( )
대상자와의 관계	☐ 본인 ☐ 배우자 ☐ 딸 ☐ 아들 ☐ 며느리 ☐ 사위 ☐ 기타 친척 ☐ 친구 ☐ 이웃 ☐ 간병인 ☐ 가정 봉사원 ☐ 가정부/파출부 ☐ 그 외 동거인 ☐ 기타 ( )
등록 프로그램	☐ ( ) ☐ ( ) ☐ 기타 :

1. 치매예방교실의 제반 규정과 일정을 지켜야 합니다.
2. 치매예방교실의 프로그램에 성실히 참여하도록 합니다.
3. 개인질병으로 인한 사고, 센터 통학 시 발생하는 사고에 대한 책임은 센터에서 책임지지 않습니다.
4. 치매예방교실의 이용 기간과 인원은 한정되어 있으므로, 지역사회 내 관련 프로그램을 운영하는 기관(복지관, 타 센터 등)에 동시에 신청하여 연계기관에 본인의 차례가 됐을 시 치매예방교실의 이용이 종료되고 연계된 기관에서 수업을 받으셔야 합니다.
5. 연장은 6개월 단위로 갱신하여야 하며 최장 2년까지 갱신 가능합니다.

위와 같이 「치매예방교실」 연장 이용을 신청합니다.

년 월 일

대상자 : (서명 또는 인) (법정)대리인 : (서명 또는 인)

(대상자와의 관계 :)

(대리 신청 사유 :)

OOO 치매안심센터장 귀하

[서식 2-9] 인지강화교실 이용 신청서

인지강화교실 이용 신청서

성명	
신청자	☐ 본인 ☐ 배우자 ☐ 딸 ☐ 아들 ☐ 며느리 ☐ 사위 ☐ 기타 친척 ☐ 친구 ☐ 이웃 ☐ 간병인 ☐ 가정 봉사원 ☐ 가정부/파출부 ☐ 그 외 동거인 ☐ 기타 ( )
대상자와의 관계	☐ 본인 ☐ 배우자 ☐ 딸 ☐ 아들 ☐ 며느리 ☐ 사위 ☐ 기타 친척 ☐ 친구 ☐ 이웃 ☐ 간병인 ☐ 가정 봉사원 ☐ 가정부/파출부 ☐ 그 외 동거인 ☐ 기타 ( )
등록 프로그램	☐ ( ) ☐ ( ) ☐ 기타 :

1. 인지강화교실의 제반 규정과 일정을 지켜야 합니다.
2. 인지강화교실의 프로그램에 성실히 참여하도록 합니다.
3. 개인질병으로 인한 사고, 센터 통학 시 발생하는 사고에 대한 책임은 센터에서 책임지지 않습니다.

위와 같이 「인지강화교실」 이용을 신청합니다.

년 월 일

대상자 : (서명 또는 인) (법정)대리인 : (서명 또는 인)

(대상자와의 관계 :)

(대리 신청 사유 :)

OOO 치매안심센터장 귀하

[서식 2-10] 인지강화교실 연장 신청서

인지강화교실 연장신청서

성명	
신청자	☐ 본인 ☐ 배우자 ☐ 딸 ☐ 아들 ☐ 며느리 ☐ 사위 ☐ 기타 친척 ☐ 친구 ☐ 이웃 ☐ 간병인 ☐ 가정 봉사원 ☐ 가정부/파출부 ☐ 그 외 동거인 ☐ 기타 ( )
대상자와의 관계	☐ 본인 ☐ 배우자 ☐ 딸 ☐ 아들 ☐ 며느리 ☐ 사위 ☐ 기타 친척 ☐ 친구 ☐ 이웃 ☐ 간병인 ☐ 가정 봉사원 ☐ 가정부/파출부 ☐ 그 외 동거인 ☐ 기타 ( )
등록 프로그램	☐ ( ) ☐ ( ) ☐ 기타 :

1. 인지강화교실의 제반 규정과 일정을 지켜야 합니다.
2. 인지강화교실의 프로그램에 성실히 참여하도록 합니다.
3. 개인질병으로 인한 사고, 센터 통학 시 발생하는 사고에 대한 책임은 센터에서 책임지지 않습니다.
4. 연장은 6개월 단위로 갱신하여야 하며 최장 2년까지 갱신 가능합니다.

위와 같이 「인지강화교실」 연장 이용을 신청합니다.

년 월 일

대상자 : (서명 또는 인) (법정)대리인 : (서명 또는 인)

(대상자와의 관계 :)

(대리 신청 사유 :)

OOO 치매안심센터장 귀하

[서식 2-11] 치매예방교실(인지강화교실) 운영일지

치매예방교실(인지강화교실) 운영일지

운영일지	년 월 일 요일
프로그램 명	☑ 00 프로그램 (10:00–11:00) (□사랑반 □소망반) □ ** 프로그램 □ xx 프로그램
강사	□ ○○○ □ * * * □ 기타 :
참석자 성명	*홍길동, 성춘향*
참석자수	총 _____ 명
강사	□ 상 □ 중 □ 하 □ 기타 :
참여도	□ 상 □ 중 □ 하 □ 기타 :
만족도	□ 상 □ 중 □ 하 □ 기타 :
비품사항	*(그날 운영된 프로그램에 사용되거나 필요했던 비품 관련 사항들에 대해 주관식 입력한다. Ex : 수량부족, 비품 재질 특성상 잘 부서져서 진행에 번거로움 등)*
비고	

※필요 시 교실 운영에 보조인력을 활용할 수 있음.
※성명을 입력해 선택하면 등록번호가 자동으로 내용 안에 써질 수 있도록 함.

[서식 2-12] 치매예방교실(인지강화교실) 강사등록카드

치매예방교실(인지강화교실) 강사등록카드

<table>
<tr><td>성명</td><td colspan="3">소속</td><td colspan="2">직위(급)</td><td colspan="2">생년월일</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">연락처</td><td>주소
(사무실)</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>전화번호</td><td colspan="3">(자택)</td><td colspan="3">(직장)</td></tr>
<tr><td>E-mail</td><td colspan="2"></td><td>휴대폰</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>과정명</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>교과목</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>은행명 및
계좌번호</td><td colspan="7">(00은행) 000-00-000000</td></tr>
<tr><td rowspan="2">학력</td><td colspan="2">학교</td><td colspan="2">학위</td><td colspan="3">전공과목</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">주요경력</td><td colspan="2">기간</td><td colspan="2">근무처</td><td colspan="3">직책</td></tr>
<tr><td colspan="2">0000.00 - 0000.00</td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>연구실적*</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>강의내역*
(최근 5년간)</td><td colspan="7"></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="2">개인정보
취급에 관한
동의</td><td colspan="2">• 개인정보 수집목적 : 강사등록, 강사비 지급
• 개인정보 수집항목 : 성명, 주민등록번호, 소속, 직급, 전화번호, 이메일, 은행명, 계좌번호, 학력, 경력, 연구실적, 강의내역
• 보유 및 이용기간 : 영구
• 동의거부 권리 및 불이익 내용
개인정보보호법 제15조에 따라서 개인정보 수집에 동의를 거부할 수 있으며, 개인정보 수집 항목을 입력하지 않을 경우 강사등록 및 강사비 지급의 서비스에 대하여 불이익을 받으실 수 있습니다.</td></tr>
<tr><td>☐ 동의함</td><td>☐ 동의하지 않음</td></tr>
<tr><td rowspan="2">고유식별
정보
수집동의</td><td colspan="2">• 강사등록 및 강사비 지급의 목적으로 고유 식별정보(주민등록번호)를 수집하고 있습니다.</td></tr>
<tr><td>☐ 동의함</td><td>☐ 동의하지 않음</td></tr>
<tr><td rowspan="2">사진·비디오
촬영 및
활용 동의</td><td colspan="2">• 강의 시 사진 및 비디오 촬영이 있으며 촬영된 자료는 치매안심센터에서 소유합니다. 또한 위 정보가 경기도 광역치매센터 홈페이지, 유튜브 채널 등의 매체를 통하여 제공됩니다.</td></tr>
<tr><td>☐ 동의함</td><td>☐ 동의하지 않음</td></tr>
</table>

[서식 3-1] 치매환자쉼터 이용 신청서

치매환자쉼터 이용 신청서

대상자 성명	
신청자	☐ 본인 ☐ 배우자 ☐ 딸 ☐ 아들 ☐ 며느리 ☐ 사위 ☐ 기타 친척 ☐ 친구 ☐ 이웃 ☐ 간병인 ☐ 가정 봉사원 ☐ 가정부/파출부 ☐ 그 외 동거인 ☐ 기타 ( )
등록 프로그램	☐ ( ) ☐ ( ) ☐ 기타 :

1. 치매환자쉼터의 제반 규정과 일정을 지켜야 합니다.
2. 치매환자쉼터의 프로그램에 성실히 참여하도록 합니다.
3. 개인질병으로 인한 사고, 센터 통학시 발생하는 사고 및 본인의 부주의로 인한 사고에 대한 책임은 센터에서 책임지지 않습니다.
4. 천재지변과 같은 불가항력적인 사고 발생 시, 센터에서 책임지지 않습니다.
5. 쉼터는 최대 3개월 기간 동안 이용함을 원칙으로 합니다.

위와 같이 「치매환자쉼터」 이용을 신청합니다.

년 월 일

대상자 : **(서명 또는 인)** **보호자 또는 대리인 :** **(서명 또는 인)**
(대상자와의 관계 :)
(대리 신청 사유 :)

OOO 치매안심센터장 귀하

※ 기 제출한 서류가 있을 시, 구비서류에 대해 제출하지 않아도 됩니다.
※ 보호자인 경우, 대상자 및 보호자의 신분증 사본을 제출하여야 합니다. 또한 보호자임을 확인 할 수 있도록 대상자와 보호자의 이름이 함께 기재된 가족관계증명서를 제출하여야 합니다. (법정후견인이 보호자인 경우에는 피후견인과 후견인 이름이 함께 기재된 후견등기부등본 또는 가족관계증명서(택1)을 제출하여야 합니다.)
※ 대리인이 임의대리인일 경우, 대상자가 대리인에게 치매환자쉼터 이용 신청을 위임함을 증명하는 위임장(대상자의 서명 또는 날인이 기재된)을 제출하여야 합니다. 또한, 대상자 및 대리인의 신분증 사본을 제출하여야 합니다.
※ 대리인이 법정대리인일 경우, 후견등기부등본을 제출하여야 합니다. 또한, 대상자 및 법정대리인의 신분증 사본을 제출하여야 합니다.

[서식 3-2] 치매환자쉼터 연장 신청서

치매환자쉼터 연장 신청서

대상자 성명	
신청자	☐ 본인 ☐ 배우자 ☐ 딸 ☐ 아들 ☐ 며느리 ☐ 사위 ☐ 기타 친척 ☐ 친구 ☐ 이웃 ☐ 간병인 ☐ 가정 봉사원 ☐ 가정부/파출부 ☐ 그 외 동거인 ☐ 기타 ( )
등록 프로그램	☐ ( ) ☐ ( ) ☐ 기타 :

1. 치매환자 쉼터의 제반 규정과 일정을 지켜야 합니다.
2. 치매환자쉼터의 프로그램에 성실히 참여하도록 합니다.
3. 개인질병으로 인한 사고, 센터 통학 시 발생하는 사고 및 본인의 부주의로 인한 사고에 대한 책임은 센터에서 책임지지 않습니다.
4. 천재지변과 같은 불가항력적인 사고 발생 시, 센터에서 책임지지 않습니다.
5. 쉼터는 최대 3개월 기간 동안 이용함을 원칙으로 합니다.

위와 같이 「치매환자쉼터」 연장 이용을 신청합니다.

년 월 일

대상자 : (서명 또는 인) 보호자 또는 대리인 : (서명 또는 인)

(대상자와의 관계 :)

(대리 신청 사유 :)

OOO 치매안심센터장 귀하

※ 기 제출한 서류가 있을 시, 구비서류에 대해 제출하지 않아도 됩니다.

※ 보호자인 경우, 대상자 및 보호자의 신분증 사본을 제출하여야 합니다. 또한 보호자임을 확인 할 수 있도록 대상자와 보호자의 이름이 함께 기재된 가족관계증명서를 제출하여야 합니다. (법정후견인이 보호자인 경우에는 피후견인과 후견인 이름이 함께 기재된 후견등기부등본 또는 가족관계증명서(택1)을 제출하여야 합니다.)

※ 대리인이 임의대리인일 경우, 대상자가 대리인에게 치매환자쉼터 연장 이용 신청을 위임함을 증명하는 위임장(대상자의 서명 또는 날인이 기재된)을 제출하여야 합니다. 또한, 대상자 및 대리인의 신분증 사본을 제출하여야 합니다.

※ 대리인이 법정대리인일 경우, 후견등기부등본을 제출하여야 합니다. 또한, 대상자 및 법정대리인의 신분증 사본을 제출하여야 합니다.

[서식 3-3] 치매환자쉼터 이용 연장 심의표

치매환자쉼터 이용 연장 심의표

<table>
<tr><td>대상자명</td><td colspan="3"></td><td>등록번호</td><td></td></tr>
<tr><td>거주지</td><td colspan="5">□집 □양로원 □단기보호시설 □장기요양시설 □병원 □기타
상세주소 입력(　　)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">전화번호</td><td>본인</td><td></td><td rowspan="2">신청자격</td><td colspan="2" rowspan="2">□저소득
□노인부부 □독거
□가족치매</td></tr>
<tr><td>보호자</td><td></td></tr>
<tr><td>가구소득</td><td colspan="5">□기준 중위소득 120% 이하 □기준 중위소득 120-160% 이하
□기준 중위소득 160% 이상</td></tr>
<tr><td>장기요양</td><td>등급유무</td><td colspan="4">□유 : (　)등급 □무 : (사유 :　　)</td></tr>
<tr><td colspan="2">신청인</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">신청일</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">신청사유</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">결과요약</td><td colspan="4">(주관식으로 대상자에 대한 이용 연장에 대한 결과사항들 기재)</td></tr>
<tr><td colspan="2">승인여부</td><td colspan="4">
<table>
<tr><td>센터장</td><td>부센터장</td><td>촉탁의사</td><td>팀장</td></tr>
<tr><td>□승인
□비승인</td><td>□승인
□비승인</td><td>□승인
□비승인</td><td>□승인
□비승인</td></tr>
<tr><td>서명</td><td>서명</td><td>서명</td><td>서명</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td colspan="2">평가</td><td colspan="4">□연장승인 □연장거부</td></tr>
</table>

[서식 3-4] 치매환자쉼터 운영일지

치매환자쉼터 운영일지

운영일자	년 월 일 요일
프로그램 명	
강사	
참석자	
도움 필요정도	□ 상 □ 중 □ 하
참여도	□ 상 □ 중 □ 하
만족도	□ 상 □ 중 □ 하
비고	

※필요 시 교실 운영에 보조인력을 활용할 수 있음.
※비고란 작성 시 운영에 해당되는 관련 사항들을 입력하는 란으로 활용 가능함.

[서식 3-5] 치매환자쉼터 강사등록카드

치매환자쉼터 강사등록카드

<table>
<tr><td>성명</td><td colspan="3">소속</td><td colspan="2">직위(급)</td><td colspan="2">생년월일</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">연락처</td><td>주소
(사무실)</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>전화번호</td><td colspan="3">(자택)</td><td colspan="3">(직장)</td></tr>
<tr><td>E-mail</td><td colspan="2"></td><td>휴대폰</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>과정명</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>교과목</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>은행명 및
계좌번호</td><td colspan="7">(00은행) 000-00-000000</td></tr>
<tr><td rowspan="2">학력</td><td colspan="2">학교</td><td colspan="2">학위</td><td colspan="3">전공과목</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">주요경력</td><td colspan="2">기간</td><td colspan="2">근무처</td><td colspan="3">직책</td></tr>
<tr><td colspan="2">0000.00 – 0000.00</td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>연구실적*</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>강의내역*
(최근 5년간)</td><td colspan="7"></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="2">개인정보
취급에 관한
동의</td><td colspan="2">• 개인정보 수집목적 : 강사등록, 강사비 지급
• 개인정보 수집항목 : 성명, 주민등록번호, 소속, 직급, 전화번호, 이메일, 은행명, 계좌번호, 학력, 경력, 연구실적, 강의내역
• 보유 및 이용기간 : 영구
• 동의거부 권리 및 불이익 내용
개인정보보호법 제15조에 따라서 개인정보 수집에 동의를 거부할 수 있으며, 개인정보 수집 항목을 입력하지 않을 경우 강사등록 및 강사비 지급의 서비스에 대하여 불이익을 받으실 수 있습니다.</td></tr>
<tr><td>☐ 동의함</td><td>☐ 동의하지 않음</td></tr>
<tr><td rowspan="2">고유식별
정보
수집동의</td><td colspan="2">• 강사등록 및 강사비 지급의 목적으로 고유 식별정보(주민등록번호)를 수집하고 있습니다.</td></tr>
<tr><td>☐ 동의함</td><td>☐ 동의하지 않음</td></tr>
<tr><td rowspan="2">사진·비디오
촬영 및 활용
동의</td><td colspan="2">• 강의 시 사진 및 비디오 촬영이 있으며 촬영된 자료는 치매안심센터에서 소유합니다. 또한 위 정보가 경기도 광역치매센터 홈페이지, 유튜브 채널 등의 매체를 통하여 제공됩니다.</td></tr>
<tr><td>☐ 동의함</td><td>☐ 동의하지 않음</td></tr>
</table>

[서식 4-1] 가족상담일지

가족상담일지

상담일자	년 월 일	상담 시간	: ~ : (분)
담당자			

상담 내용

상담 후 조치

☐ 돌봄부담 분석 예약 ☐ 가족교실 등록 ☐ 자조모임 등록 ☐ 힐링프로그램 등록 ☐ 환자 등록관리팀 연계 ☐ 치매관련 정보제공 (복수 체크 가능) ☐ 의료 정보 ☐ 복지 정보 ☐ 돌봄 기술 정보 ☐ 기타 ( ) ☐ 외부 자원연계

[서식 4-2] 삭제

[서식 4-3] 돌봄부담분석 검사1-한글판 우울증 선별도구

수검자 성명		등록번호	
상담자 성명		상담일자	

한글판 우울증 선별 도구 (Patient Health Questionnaire-9)

본 검사는 우울한 정도를 스스로 알아보기 위한 것입니다. 이 질문들이 확정된 진단을 위한 것은 아니지만 높은 점수가 나왔을 경우에는 우울증의 가능성이 높으므로, 더 정확한 평가를 위해서 병원에서 진료를 받아볼 것을 추천합니다.

지난 2주간, 얼마나 자주 다음과 같은 문제들로 곤란을 겪으셨습니까?
지난 2주 동안에 아래와 같은 생각을 한 날을 헤아려서 해당하는 숫자에 표시하세요.

지난 2주 동안에	없음	2,3일 이상	7일 이상	거의 매일
1. 기분이 가라앉거나, 우울하거나, 희망이 없다고 느꼈다.	0	1	2	3
2. 평소 하던 일에 대한 흥미가 없어지거나 즐거움을 느끼지 못했다.	0	1	2	3
3. 잠들기가 어렵거나 자주 깼다/혹은 너무 많이 잤다.	0	1	2	3
4. 평소보다 식욕이 줄었다/혹은 평소보다 많이 먹었다.	0	1	2	3
5. 다른 사람들이 눈치 챌 정도로 평소보다 말과 행동이 느려졌다/혹은 너무 안절부절 못해서 가만히 앉아있을 수 없었다.	0	1	2	3
6. 피곤하고 기운이 없었다.	0	1	2	3
7. 내가 잘못 했거나, 실패했다는 생각이 들었다/혹은 자신과 가족을 실망시켰다고 생각했다.	0	1	2	3
8. 신문을 읽거나 TV를 보는 것과 같은 일상적인 일에도 집중할 수가 없었다.	0	1	2	3
9. 차라리 죽는 것이 더 낫겠다고 생각했다/혹은 자해할 생각을 했다.	0	1	2	3

각 칸별로 점수를 더해주세요. [ ] + [ ] + [ ]

총 점 = [ ]

총점에 따른 결과보기

1-4	5-9	10-19	20-27
우울증 아님	가벼운 우울증	중간정도 우울증	심한 우울증

[서식 4-4] 돌봄부담분석 검사2-단축형 자릿 부양부담평가척도

단축형 자릿 부양부담평가척도(Short Zarit Burden Inventory)

수검자 성명		등록번호	
상담자 성명		상담일자	

어르신을 돌보면서 아래와 같은 느낌을 얼마나 느끼십니까? 옳고 그름이 없는 질문이니, 평소 느낌과 가장 가까운 답을 하나만 고르세요.

	전혀 없다	거의 없다	가끔 있다	자주 있다	항상 있다
1. 어르신을 돌보는 일 때문에 당신 자신을 위한 시간이 충분하지 않다고 느끼십니까?	0	1	2	3	4
2. 어르신을 돌보는 일과 직장 및 가정에서의 책임 사이에서 스트레스를 받습니까?	0	1	2	3	4
3. 어르신과 함께 있으면 화가 납니까?	0	1	2	3	4
4. 어르신이 가족이나 친구들과의 관계에 부정적인 영향을 미친다고 생각하십니까?	0	1	2	3	4
5. 어르신과 함께 있으면 긴장됩니까?	0	1	2	3	4
6. 어르신을 돌보는 일 때문에 당신의 건강에 문제가 생겼다고 느끼십니까?	0	1	2	3	4
7. 어르신 때문에 당신이 원하는 만큼 사생활을 갖지 못한다고 느끼십니까?	0	1	2	3	4
8. 어르신을 돌보는 일 때문에 당신의 사회생활에 어려움이 생겼다고 느끼십니까?	0	1	2	3	4
9. 어르신을 돌본 이후 당신의 생활을 통제할 수 없다고 느끼십니까?	0	1	2	3	4
10. 어르신에게 무엇을 해 줘야 좋을지 모르겠다고 느끼십니까?	0	1	2	3	4
11. 어르신에게 더 많은 것을 해 줘야 한다고 느끼십니까?	0	1	2	3	4
12. 어르신을 돌보는 일을 더 잘할 수도 있었다고 느끼십니까?	0	1	2	3	4

개인부담	역할부담	총점
/ 36	/ 12	/ 48

[서식 4-5] 돌봄부담분석 검사3-신경정신행동검사-간편형

신경정신행동검사-간편형
(Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire)

수검자 성명		등록번호	
상담자 성명		상담일자	

다음은 기억장애나 치매가 생긴 환자의 행동에 어떤 변화가 있는지에 대한 질문입니다.
다음과 같은 증상이 현재 있다고 하더라도 기억장애나 치매가 있기 전부터 있었던 증상이라면 없다고 답해야 합니다.

질문에 성실하게 답변하여 주십시오.

다음과 같은 증상들이 지난 달에 있었다면 "예"라고 답해 주시고, 그렇지 않으면 "아니오"로 답해 주십시오. 그리고 각 문항마다 증상의 심한 정도와 그로 인해서 가족들이 겪는 고통의 정도를 아래를 참고하여 표시해 주십시오.

가. 얼마나 심한가(심한 정도)

1=경함 : 증상이 있기는 하지만 병나기 전에 비해 큰 차이는 없다.
2=보통 : 증상이 뚜렷하게 있으나, 병나기 전에 비해 심한 변화는 아니다.
3=심함 : 병나기 전에 비해 매우 두드러지고 심한 변화이다.

나. 보호자의 고통 정도(환자의 이상행동 때문에 보호자가 느끼는 고통)

0=고통이 전혀 되지 않음.
1=매우 적음 : 약간 고통이 되기는 하지만, 문제가 되지 않는다.
2=경함 : 고통이 경한 편이고, 쉽게 극복할 수 있다.
3=보통 : 꽤 고통스럽고 때로는 극복하기 어렵다.
4=심함 : 고통을 극복하기 어렵다.
5=매우 심함 : 고통을 극복할 수 없다.

1. 망상	사람들은 무엇을 훔쳐 갔다고 믿거나 자기를 헤치려 한다고 잘못 믿고 있습니까?			
□예 □아니오	심한정도 :	1 2 3	고통정도 :	1 2 3 4 5
2. 환각	누군가의 목소리를 듣는 것처럼 행동합니까? 사람이 없는데도 사람이 있는 것처럼 그 사람과 대화합니까?			
□예 □아니오	심한정도 :	1 2 3	고통정도 :	1 2 3 4 5
3. 초조/공격성	고집이 세졌습니까? 또는 주위 사람들이 도와주려 할 때 도와주는 것을 저항할 때가 있습니까?			
□예 □아니오	심한정도 :	1 2 3	고통정도 :	1 2 3 4 5
4. 우울/낙담	슬퍼보이거나 기분이 쳐져 있습니까? 울 때가 있습니까?			
□예 □아니오	심한정도 :	1 2 3	고통정도 :	1 2 3 4 5
5. 불안	보호자와 떨어져 있으면 불안해하거나 화를 냅니까? 다음과 같이 신경이 예민해보이는 증상이 있습니까? 즉, 숨이 차다고 호소하거나 한숨을 쉬거나 느긋해 할줄 모르고 매우 긴장되어 보이는 것 등을 말합니다.			
□예 □아니오	심한정도 :	1 2 3	고통정도 :	1 2 3 4 5
6. 다행감/들뜬기분	특별한 이유 없이 너무 행복해 보이거나 기분이 좋아 보입니까?			
□예 □아니오	심한정도 :	1 2 3	고통정도 :	1 2 3 4 5
7. 무감동/들뜬기분	일상생활에 대한 관심이 줄거나 다른 사람의 활동이나 계획에 대해서 흥미가 줄었습니까?			
□예 □아니오	심한정도 :	1 2 3	고통정도 :	1 2 3 4 5
8. 탈억제	충동적으로 행동합니까? 예를 들어, 모르는 사람에게 마치 잘 아는 것처럼 말을 잘 건냅니까?			
□예 □아니오	심한정도 :	1 2 3	고통정도 :	1 2 3 4 5
9. 과민/불안정	조바심을 내거나 쉽게 화를 냅니까? 예정된 일을 기다릴 때 또는 예정된 일이 늦어졌을 때 잘 참지 못합니까?			
□예 □아니오	심한정도 :	1 2 3	고통정도 :	1 2 3 4 5
10. 이상 운동증상	반복적인 행동을 보입니까? 예를 들어 특별한 목적 없이 집 안에서 왔다갔다하거나 단추나 그 밖의 물건을 만지작거리거나 장롱이나 서랍을 뒤지는 등 반복해서 하는 행동이 있습니까?			
□예 □아니오	심한정도 :	1 2 3	고통정도 :	1 2 3 4 5
11. 수면/야간행동	밤에 자다가 주위 사람을 깨우거나 아침에 너무 일찍 일어나거나 또는 낮에 지나치게 낮잠을 많이 자는 행동을 보입니까?			
□예 □아니오	심한정도 :	1 2 3	고통정도 :	1 2 3 4 5
12. 식욕/식습관 변화	체중이 줄거나 늘었습니까? 또는 좋아하는 음식의 종류가 바뀌었습니까?			
□예 □아니오	심한정도 :	1 2 3	고통정도 :	1 2 3 4 5

총 점	**심한정도 :**		**고통정도 :**	

[서식 4-6] 돌봄부담분석 검사4-치매태도척도

치매 태도 척도(Dementia Attitudes Scale)

수검자 성명		등록번호	
상담자 성명		상담일자	

각 질문에 해당하는 가장 적절한 답을 골라 숫자에 표시하세요. 현재 치매환자를 돌보고 있지 않더라도 당신의 의견을 표시하면 됩니다.

	전혀 그렇지 않음						매우 그러함
1. 치매 노인을 돌보는 것은 보람있는 일이다.	1	2	3	4	5	6	7
2. 나는 치매 노인이 두렵다.	1	2	3	4	5	6	7
3. 치매 노인은 창조적일 수 있다.	1	2	3	4	5	6	7
4. 나는 치매 노인과 함께 있을 때 자신감이 있다.	1	2	3	4	5	6	7
5. 나는 치매 노인과 신체 접촉할 때 편안하다.	1	2	3	4	5	6	7
6. 나는 치매 노인에게 다가갈 때 불편하다.	1	2	3	4	5	6	7
7. 모든 치매 노인은 서로 다른 욕구가 있다.	1	2	3	4	5	6	7
8. 나는 치매에 대해 잘 알지 못한다.	1	2	3	4	5	6	7
9. 나는 초조해하는 치매환자는 피한다.	1	2	3	4	5	6	7
10. 치매 노인은 익숙한 물건을 주변에 두려한다.	1	2	3	4	5	6	7
11. 치매노인의 과거 생활을 아는 것이 중요하다.	1	2	3	4	5	6	7
12. 치매 노인과의 접촉에서 기쁨을 느낄 수 있다.	1	2	3	4	5	6	7
13. 나는 치매 노인과 함께 있을 때 편안하다.	1	2	3	4	5	6	7
14. 치매 노인도 즐겁게 살 수 있다.	1	2	3	4	5	6	7
15. 치매 노인도 다른 사람이 친절하게 대하는 것을 느낀다.	1	2	3	4	5	6	7
16. 나는 치매 노인을 어떻게 도울지 몰라 좌절감을 느낀다.	1	2	3	4	5	6	7
17. 내가 치매 노인을 돌보는 것은 생각해 본적도 없다.	1	2	3	4	5	6	7
18. 나는 치매 노인에 대한 대처 기술을 높게 평가한다.	1	2	3	4	5	6	7
19. 치매 노인의 삶을 향상시키기 위해 많은 일을 할 수 있다.	1	2	3	4	5	6	7
20. 문제행동은 치매 노인이 의사소통하는 한 가지 방식이다.	1	2	3	4	5	6	7

지식척도 총점	/ 140

[서식 4-7] 돌봄부담분석 결과지

돌봄부담분석 결과지

성 명		등록번호	
검사회차	회차 년 월 일	담당자	
돌봄부담분석 결과			
우울감 진단결과 / 27			
돌봄부담 진단결과 / 48			
정신행동증상부담 진단결과 / 60			
치매이해도 / 140			
비고			

[서식 4-8] 정신건강증진센터 상담 의뢰서

정신건강증진센터 상담 의뢰서

의뢰일 : 20 년 월 일

발신처	○○○ 보건소 (○○○치매안심센터) (연락처 : 000-000-0000)	담당자			
		연락처		팩스	
수신처		연락처		팩스	

대상자	성명		성별		연령	만 세
	주소		연락처			
	보장구분	☐ 기초생활수급자 ☐ 차상위계층 ☐ 해당 없음				
	의료보장	☐ 건강보험 ☐ 의료급여 1종 / 2종				
	정신과 치료력	☐ 없음 ☐ 중단 ☐ 있음 (진단명 : / 치료기관명 :)				
보호자	성명	(관계 :)	연락처			
	주소					
의뢰 대상자 현 상태 (중복체크 가능)		☐ 심한 우울감으로 인해 일상생활에 어려움이 있다. ☐ 심한 기분변화로 인해 정상적인 생활에 지장이 있다. ☐ 욕, 난폭한 행위 등의 공격적인 행동이 있다. ☐ 환청이나 망상이 있다. ☐ 음주로 인한 문제행동이 나타난다. ☐ 죽음이나 자살에 대한 반복적인 생각을 한다. ☐ 자살 및 자해 시도를 한 적이 있다. ☐ 구체적인 자살 계획(방법, 장소, 시간 등)을 세워놓은 상태이다.				
의뢰사유						

※ 돌봄부담분석 결과지, 개인정보 제공 동의서(타기관용) 첨부

[서식 4-9] 정신건강증진센터 상담의뢰 회신서

정신건강증진센터 상담의뢰 회신서

회신일 : 20 년 월 일

발신처		담당자			
		연락처		팩스	
수신처 (상담의뢰 기관)		담당자			
		연락처		팩스	

대상자	성명		성별		연령	만 세
	주소		연락처			
보호자	성명	(관계 :)	연락처			
	주소					
조치 및 결과	연계 프로그램	프로그램명		참여 기간		
		현재 참여 여부				
향후 계획						
기타						

※ 발신기관에서 사용하는 별도의 회신양식이 있을 경우 발신기관의 양식으로 회신 가능합니다.
※ 발신기관에서 작성한 대상자의 개인정보제공 동의서(타기관용)를 작성 및 첨부 바랍니다.

[서식 4-10] 가족교실 이용 신청서

가족교실 이용 신청서

성 명		등록번호	
대상자와의 관계	☐ 본인 ☐ 배우자 ☐ 딸 ☐ 아들 ☐ 며느리 ☐ 사위 ☐ 기타 친척 ☐ 친구 ☐ 이웃 ☐ 간병인 ☐ 가정 봉사원 ☐ 가정부/파출부 ☐ 그 외 동거인 ☐ 기타 ( )		
환자돌봄 서비스 신청	가족교실 수강을 동반치매환자보호 서비스를 신청합니다. ☐ 예 ☐ 아니오		

1. 가족교실의 제반 규정과 일정을 지키도록 하겠습니다.
2. 가족교실에 성실히 참여하겠습니다.
3. 개인질병으로 인한 사고, 센터 통학 시 발생하는 사고에 대한 책임은 센터에 이의를 제기하지 않겠습니다.

위와 같이 가족지원서비스의 이용을 신청합니다.

2018 년 월 일

신청자 : (인)

OOO 치매안심센터장 귀하

[서식 4-11] 가족교실 참여자 등록 정보

가족교실 참여자 등록 정보

등록 날짜	참여자 정보						치매 환자 관련 정보							참여 동기 주된 부담 문제 주요 관심 부분	비고
	이름	등록번호	학력	나이	성별	전화	관계	진단명	중등도	치료기간	동거 여부	비동거시			
												대면 빈도	통화 빈도		

[서식 4-12] 가족교실 서약서

서 약 서

헤아림에 참여하는 동안 서로를 배려하기 위한 다음의 규칙들을 성실하게 지킬 것을 서약합니다.

1. **비밀보장** 모임에서 나눈 이야기는 다른 사람에게 전하지 않겠습니다.
2. **경　　청** 다른 사람의 이야기를 잘 듣겠습니다.
3. **충고삼가** 다른 사람에 대해 섣부르게 판단하거나 충고하지 않겠습니다.
4. **자기개방** 나에 대해 솔직하게 개방하도록 노력하겠습니다.
5. **시간엄수** 규칙적으로 출석하고 시간을 지키겠습니다.

년　　월　　일

서 약 인　　성　명 :　　(인)

[서식 4-13] 가족교실 만족도 평가

가족교실 만족도 평가

참여자 성명		등록번호	
과정명		기수	
담당자 성명		작성일자	

* 가족교실 운영에 관하여 평가해 주십시오.

	매우 불만족	불만족	보통	만족	매우 만족
1. 일시	①	②	③	④	⑤
2. 장소	①	②	③	④	⑤
3. 교재	①	②	③	④	⑤
4. 내용	①	②	③	④	⑤
5. 진행	①	②	③	④	⑤
6. 다른 참여자와의 관계	①	②	③	④	⑤
7. 전체 프로그램	①	②	③	④	⑤

* 불만족, 매우 불만족으로 표시하신 경우, 그 이유를 간략히 적어주십시오.

* 가족교실을 통해 어떤 변화가 있었는지 평가해 주십시오.

	부정적으로 많이 변함	부정적으로 약간 변함	변화 없음	긍정적으로 약간 변함	긍정적으로 많이 변함
1. 치매에 대한 인식	①	②	③	④	⑤
2. 환자와의 관계	①	②	③	④	⑤
3. 자기 자신을 돌봄	①	②	③	④	⑤
4. 돌봄부담	①	②	③	④	⑤

* 가족교실의 필요성과 추천에 관한 의견을 다음 중 선택해 주십시오.

	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통이다	그렇다	매우 그렇다
1. 치매환자 돌봄에 있어 가족교실이 필요하다.	①	②	③	④	⑤
2. 가족교실 참여를 다른 가족에게 추천하겠다.	①	②	③	④	⑤

* 끝으로, 가족들의 기대에 더욱 부응하는 가족교실이 되도록 조언을 부탁드립니다.
지면이 부족하면 뒷면을 활용해주십시오. 감사합니다.

[서식 4-14] 회기별 만족도 설문지

회기별 만족도 설문지

모임 만족도 평가

날짜 : _____년 ____월 ____일

이름 : _____

* 오늘 모임에 대한 평가입니다. 정보 만족도, 분위기 만족도, 종합적 만족도에 해당하는 것을 골라 주세요.

1. 정보 만족도 ① 낮음 ② 보통 ③ 높음

2. 분위기 만족도 ① 낮음 ② 보통 ③ 높음

3. 종합적 만족도 ① 낮음 ② 보통 ③ 높음

* 바라는 점 등 기타 의견을 적어주십시오.

[서식 4-15] 회기별 가족 일지

헤아림 가족 일지

*** 1, 8회기 (날짜 :_____년 ___월 ___일)**

이름	치매 태도 척도 점수			전반적 인상 (태도, 기분에 대해 간략히 기술)	만족도 조사			비고
	안정 척도	지식 척도	총점		정보	분위기	종합	

*** ___회기 (날짜 :_____년 ___월 ___일)**

이름	전반적 인상 (태도, 기분에 대해 간략히 기술)	만족도 조사			비고
		정보	분위기	종합	

[서식 4-16] 자조모임 운영 자문 및 지원 신청서

자조모임 운영 자문 및 지원 신청서

신청서 작성하시어 치매상담콜센터 대표메일(nid9988@nid.or.kr)로 보내주시기 바랍니다.

기 관 명		
신 청 일 시		
가족자조 모임	명 칭	
	인 원 수	명 (명단 첨부)
	모임장소	
	모임일시	
	참고사항	
가족모임 대 표	성 함	
	연락처 (직통번호)	
	이메일	
담 당 자	성 함	
	연락처 (직통번호)	
	이메일	

※ 첨부 : 헤아림 참여자 등록 정보(헤아림 강사교육 지침서 289쪽)

※ <개인정보 조회·처리·제공 동의서> 수집 및 설명 시 치매상담콜센터에서 사례관리 지원을 위하여 개인정보 제공됨을 반드시 설명 해 주시기 바랍니다.

[서식 4-17] 힐링프로그램 이용 신청서

힐링프로그램 이용신청서

성명		등록번호	
대상자와의 관계	☐ 본인 ☐ 배우자 ☐ 딸 ☐ 아들 ☐ 며느리 ☐ 사위 ☐ 기타 친척 ☐ 친구 ☐ 이웃 ☐ 간병인 ☐ 가정 봉사원 ☐ 가정부/파출부 ☐ 그 외 동거인 ☐ 기타 ( )		

1. 힐링프로그램의 제반 규정과 일정을 지키도록 하겠습니다.
2. 힐링프로그램에 성실히 참여하도록 합니다.
3. 개인질병으로 인한 사고, 센터 통학 시 발생하는 사고에 대한 책임은 센터에서 책임지지 않습니다.

위와 같이 「힐링프로그램」 이용을 신청합니다.

년 월 일

신청자 : (인)

OOO 치매안심센터장 귀하

[서식 4-18] 힐링프로그램 운영일지

힐링프로그램 운영일지

프로그램명	
운영일시	년 월 일 요일 시 분 ~ 시 분
강사	(기관명 : 직함 :)
내용	

이름	출결관리	비고
	□ 출석 □ 결석 □ 조퇴	
	□ 출석 □ 결석 □ 조퇴	
	□ 출석 □ 결석 □ 조퇴	
	□ 출석 □ 결석 □ 조퇴	
	□ 출석 □ 결석 □ 조퇴	
	□ 출석 □ 결석 □ 조퇴	
	□ 출석 □ 결석 □ 조퇴	
	□ 출석 □ 결석 □ 조퇴	
	□ 출석 □ 결석 □ 조퇴	

[서식 4-19] 동반치매환자보호서비스 이용 신청서

동반치매환자보호서비스 이용 신청서

성 명	
신청자	☐ 본인 ☐ 배우자 ☐ 딸 ☐ 아들 ☐ 며느리 ☐ 사위 ☐ 기타 친척 ☐ 친구 ☐ 이웃 ☐ 간병인 ☐ 가정 봉사원 ☐ 가정부/파출부 ☐ 그 외 동거인 ☐ 기타 ( )
대상자와의 관계	☐ 본인 ☐ 배우자 ☐ 딸 ☐ 아들 ☐ 며느리 ☐ 사위 ☐ 기타 친척 ☐ 친구 ☐ 이웃 ☐ 간병인 ☐ 가정 봉사원 ☐ 가정부/파출부 ☐ 그 외 동거인 ☐ 기타 ( )
등록 프로그램	☐ ( ) ☐ ( ) ☐ 기타 :

1. 동반치매환자보호서비스의 제반 규정과 일정을 지켜야 합니다.
2. 동반치매환자보호서비스의 프로그램에 성실히 참여하도록 합니다.
3. 개인질병으로 인한 사고, 센터 통학 시 발생하는 사고에 대한 책임은 센터에서 책임지지 않습니다.

위와 같이 「동반치매환자보호서비스」 이용을 신청합니다.

년 월 일

신청자 : (인)

OOO 치매안심센터장 귀하

[서식 5-1] 한마음 치매극복 전국걷기행사 운영지침

한마음 치매극복 전국걷기대회 운영지침

□ 걷기대회 개요

○ 행사명 : 한마음 치매극복 전국걷기행사
○ 슬로건 : 치매 애(愛) 희망을 나누다
○ 일시 : 2018년 4월 14일(토)
○ 장소 : 해당 지역 강변, 공원 등 안전지대
○ 주최 : 보건복지부, 해당 시·도 기관, 중앙치매센터
○ 주관 : 치매안심센터
○ 대상 : 전 국민 누구나
○ 참석인원 : 각 치매안심센터 평균 1,000명 이상
※공동 주관 가능 : 공공기관 및 시·도 위탁기관 등

□ 주요 가이드라인 및 주의사항

○ 장소
- 행사 장소 : 각 치매안심센터에서 장소 지정
- 추천 장소 : 유동인구가 많고 교통이 편리한 곳(예 : 강변 및 공원 등)
- 걷기 구간 : 왕복 4km 내외(편도 2km)

○ 행사당일 일정표

구 분	시 간	내용 및 프로그램
사전 준비	9 : 00 ~ 10 : 00	등록
	9 : 00 ~ 9 : 30	당일 사전 코스 점검 및 응급차량 확인
식전 행사	9 : 30 ~ 10 : 00	각 치매안심센터에서 기획
공식 행사	10 : 00 ~ 10 : 05	인사말
	10 : 05 ~ 10 : 30	치매예방운동법 실시 *필수
	10 : 30 ~ 12 : 00	걷기대회
식후 행사	12 : 00 ~ 12 : 10	폐회사 및 기념촬영

※본 일정은 중앙치매센터에서 권장하는 식순으로 필수 프로그램을 제외하고 조정 가능

○ 프로그램

구 분	내 용
프로그램	○ 필수 프로그램 - 준비운동으로 '치매예방운동법' 실시(영상 상영 및 치매파트너 시연) ○ 권장 프로그램 - 치매파트너 다짐 제창 (* 자세한 내용은 치매파트너 홈페이지에서 확인 가능) - 치매파트너 홍보영상 "당신이 있어 행복합니다!" 시청 - '치매극복송' 합창 - '2016 치매극복 인식개선동영상' 상영
부대행사	○ 경찰청 지문등사전등록제 부스 운영

○ 제작물

구 분	내 용
종류	○ 공통 인쇄물 - 포스터 ○ 기타 - 공통 기념품(2016년, 2017년 : 손수건, 2018년 : 손수건) - 공통 기념품은 원하는 센터에서만 신청
중앙치매 센터	○ 인쇄물 시안 제작 - 포스터 디자인 업체 비딩 진행 - 각 광역치매센터 투표 후 포스터 디자인 선정 - 포스터 디자인 비용 부담 - 각 센터별 필요수량 취합 ○ 공통 기념품 제작 - 기념품 종류 선정 및 의견 수렴 - 기념품 시안 개발 - 기념품 수량 신청 접수 및 취합
치매안심 센터	○ 인쇄물 제작 - 각 치매안심센터 특성에 맞게 디자인 수정 * 공통 디자인을 크게 벗어나지 않는 범위 내 수정(텍스트 변경, 후원로고 수정 등) - 중앙치매센터에 행사 일정, 장소, 프로그램 내용 등 공유 - 인쇄물 제작 비용은 센터 자체 부담 * 중앙치매센터에서 지정한 인쇄업체에서 인쇄할 것 (저작권법에 의거한 무단 도용 및 타 업체 인쇄 금지) - 상기 인쇄물 외 추가 제작하는 인쇄물은 각 치매안심센터에서 자체적으로 제작 * 별도 지침 없음 ○ 공통 기념품 제작 - 중앙치매센터에서 공통기념품으로 선정된 손수건 디자인 전달 예정 - 기념품 제작 수량 신청 및 배송처 제출

○ 행사보험
- 행사 시 발생할 수 있는 개인, 대물 등의 사고에 대비해 행사보험 「영업배상책임보험」등과 같은 보험 상품 가입 권장

○ 후원
- 공통 후원사 : 중앙치매센터에서 섭외 진행
- 개별 후원사 섭외 : 각 치매안심센터에서 개별적으로 진행

※ 제약회사, 보험회사 등 치매와 관련된 이익 단체는 제외함

- 기재 방법 : 주최 → 주관 → 후원(공통) → 후원(개별) 순으로 기재

※ 후원 순서는 운영지침 순서 권장. 다만, 지역 내 우선순위 후원사가 있을시 공통 후원 로고와 순서 변경 가능

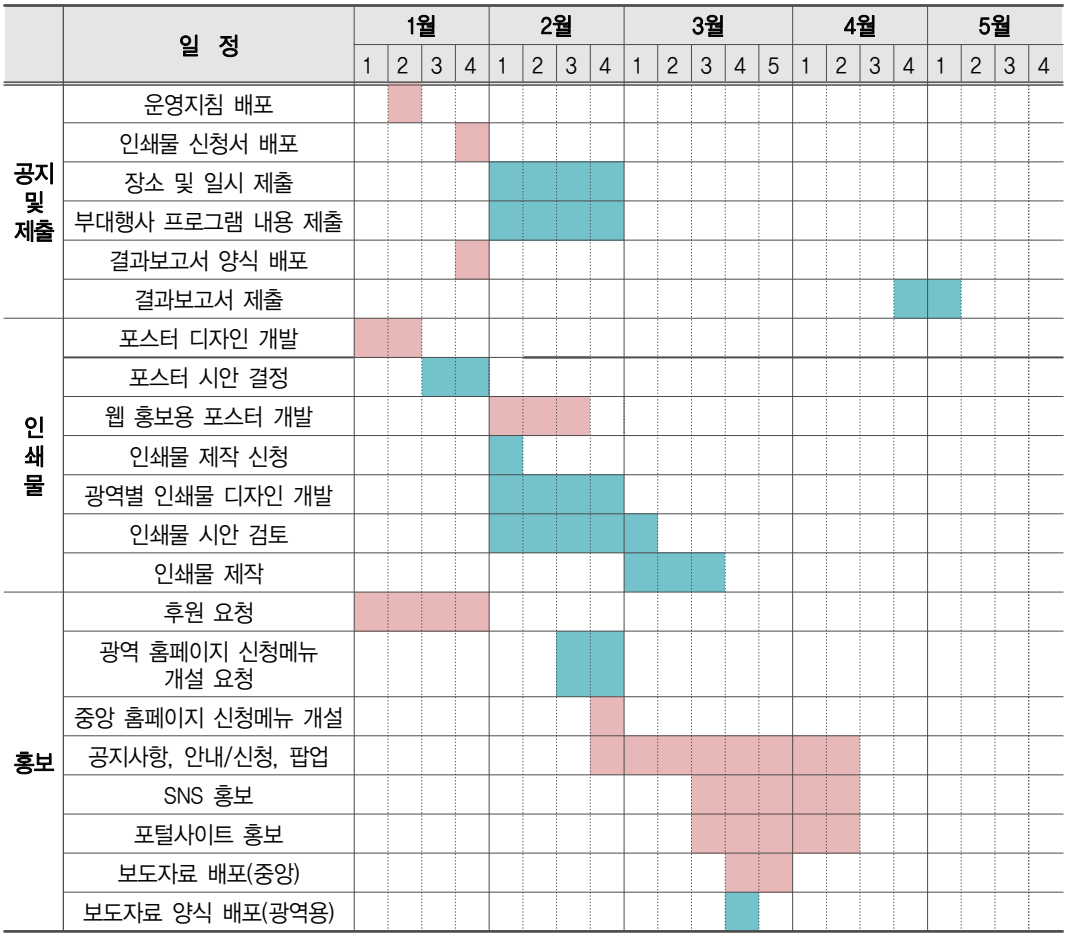
○ 응급상황 대처
- 행사 당일 구급차량 대기
- 걷기대회 개최 지역 관할 소방서, 경찰서에 사전에 행사를 알리고 당일 행사 진행에 대한 협조 요청

□ 홍보

영역	분류	세부 내용
온라인	홈페이지	○ 중앙치매센터 홈페이지 내 홍보 - 홈페이지 팝업창에 행사 내용 홍보 - 공지사항, 안내/신청 메뉴에 행사 내용 게시 - 홈페이지 '치매극복캠페인' 메뉴에 신청 안내 페이지 개설 ○ 치매안심센터 홈페이지 내 홍보 - 홈페이지 팝업창, 공지사항에 행사 내용 게시 - 중앙치매센터 홈페이지 '치매극복캠페인'의 신청 안내 페이지에 각 치매안심센터의 공지사항을 연동하여 신청 접수
	SNS	○ 중앙치매센터 SNS 활용 - 페이스북 등을 활용하여 행사 홍보 게시글 업로드 * 업로드 시 각 치매안심센터 계정 태그해서 올리기 (예시. 국립중앙치매센터님이 서울광역치매센터님 외 12명과 같이 있습니다.)
	배너광장 활용	○ 각 시·도 기관 홈페이지 내 배너광장 활용 - 각 치매안심센터에서 지역 시·도청 홈페이지 내 배너광장을 활용하여 행사 홍보 진행
	포털 사이트 홍보	○ 행사 정보 등록 - 한국관광공사 홈페이지에 행사 등록 시 행사 정보가 '네이버'에 업로드
	기타	○ 경기문화포털 - 경기문화포털의 이벤트 메뉴에 행사 정보 업로드 * 전국 단위의 행사 홍보가 이루어지는 곳임

영역	분류	세부 내용
오프라인	포스터 배포	○ 포스터 배포 - 해당 시·도 기관, 지역 내 노인 관련 기관, 대학교 등에 우편으로 배포 *추가로 별도 홍보 진행 가능
언론보도	보도자료	○ 보도자료 배포 (중앙치매센터) - 보건복지부, 중앙치매센터 내 홍보 채널에 일괄적으로 보도자료 배포 ○ 치매안심센터용 보도자료 양식 전달 - 중앙치매센터에서 작성한 양식을 바탕으로 각 치매안심센터에서 개별적으로 보도자료 작성하여 해당 관할 지자체 홍보처, 언론사 등에 보도자료 배포

□ 주요 추진일정



※ **분홍색** - 중앙치매센터, **하늘색** - 치매안심센터
※ 본 내용은 중앙치매센터에서 권장하는 일정으로 치매안심센터에서 일부 조정 가능
※ 일정을 비롯한 상기 운영 지침은 추후 변경될 수 있음

[서식 5-2] 한마음 치매극복 전국걷기행사 결과보고서

한마음 치매극복 전국걷기행사 결과보고서

□ 행사명

□ 일시

□ 장소(구간)

□ 프로그램(세부일정)

□ 부대행사(없을 경우 미기재)

□ 주최

□ 주관

□ 후원

□ 참가자(명수)

□ 홍보물(간행물 및 기념품 등)

□ 언론보도(건수)

□ 예산

□ 사진 (JPG, PNG의 원본파일로 첨부 바람)

- ❍ 행사장 메인 현수막과 참가자 단체 모습(*필수)
- ❍ 걷기행사 출발 장면(이벤트 보드를 넘는 장면)
- ❍ 걷기행사 중 걷기 장면(많은 참가자가 걷고 있는 장면)
- ❍ 선두주자가 센터 로고가 들어간 팻말 들고 있는 장면
- ❍ 기타 행사 스케치

□ 기타

- ❍ 참여자 반응(설문지 등)
- ❍ 실무자 의견(2018 치매극복 전국 걷기대회 개최 시 참고 예정)

[서식 5-3] 치매인식도 조사표

치매인식도 조사표

동의서

안녕하십니까?

치매안심센터에서는 치매문제를 효율적으로 해결하고 가족의 부양부담을 경감하기 위해 체계적이고 통합적인 치매관리서비스를 제공하고 있습니다.

본 설문조사는 치매에 대한 올바른 인식 형성을 위한 교육 및 홍보 자료를 만들기 위해 실시하는 '치매인식도' 조사입니다. 설문에 응답하신 내용은 비밀이 보장되며 연구목적 이외에는 결코 사용되지 않습니다. 본 조사에 관련해 궁금하신 점은 OOOO(조사주체·연락처 기입)으로 연락 주시면 자세히 설명 드리겠습니다.

1. *나는 설문에 대한 충분한 설명을 들었으며 연구자가 수집한 자료는 연구 목적으로만 사용될 것임을 명확하게 전달 받았습니다.*

2. *이 설문에 참여하는 것은 비용이 들거나 응답자 개인에게 위험하지 않으며, 연구자가 응답자의 익명을 보장하고, 설문참여 도중 참여 동의 의사를 취소할 수 있다는 사실에 대한 설명을 들었습니다.*

3. *나는 치매에 대한 올바른 인식 형성을 위한 교육 및 홍보 자료를 만들기 위해 실시하는 '치매인식도' 조사에 참여할 것을 자발적으로 동의합니다.*

위의 내용에 대해 충분한 설명을 듣고 이해하였으므로 본 설문 참여에 대해 자발적으로 동의합니다.

2018 년 월 일

참여인 서명 : _____ (인)

조사주체·연락처 기입

Ⅰ. 일반적 특성

1. 귀하의 성별은?
(1) 남자 (2) 여자

2. 귀하의 연령은? 만 _____세 (※ 만 19세 미만 설문 종료)

3. 귀하의 최종학력은?
(1) 초등학교 졸업 이하 (2) 중학교 졸업 (3) 고등학교 졸업 (4) 대학 재학/졸업
(5) 대학원 석사 졸업 (6) 대학원 박사 이상

4. 귀하의 거주지역은?
(1) 서울 (2) 부산 (3) 대구 (4) 인천 (5) 광주 (6) 대전 (7) 울산 (8) 세종 (9) 경기
(10) 강원 (11) 충북 (12) 충남 (13) 전북 (14) 전남 (15) 경북 (16) 경남 (17) 제주

5. 귀하의 직업은?
(1) 사무직 (2) 관리/경영직 (3) 기술/생산 (4) 전문직 (5) 자영업 (6) 농업 및 어업
(7) 판매/서비스직 (8) 가정주부 (9) 학생 (10) 무직 (11) 기타_____

6. 귀하의 가족이나 가까운 친척 중에 치매를 앓고 계신 분이 계십니까?
(1) 예 (6-1. 문항으로 이동) (2) 아니오 (7. 문항으로 이동)

6-1. 치매를 앓고 계신 분은 귀하와 어떤 관계입니까? (복수응답 가능)
(1) 친조부 (2) 친조모 (3) 외조부 (4) 외조모 (5) 아버지 (6) 어머니 (7) 형제자매
(8) 배우자 (9) 친인척 (10) 기타_____

7. 치매문제에 대하여 얼마나 관심이 있으십니까?

① 전혀 관심이 없다 ↔ ⑤ 매우 관심이 많다				
①	②	③	④	⑤

8. 치매에 대하여 얼마나 알고 있다고 생각하십니까?

① 전혀 모른다 ↔ ⑤ 매우 잘 알고 있다				
①	②	③	④	⑤

9. 치매와 관련된 정보를 접하신 적이 있으십니까?
(1) 있다 (→ 9-1.로 이동) (2) 없다(→ 10.로 이동)

9-1. 접하신 적이 있다면, 어디를 통해서입니까? 해당되는 것을 모두 골라 주세요.
(1) 신문 (2) 방송 (3) 인터넷 (4) 잡지 (5) 가족이나 친지
(6) 교육자료(책자, 리플렛 등) (7) 기타( )

Ⅱ. 치매 인식도

10. 다음은 치매에 대해 어떻게 생각하고 계신지 알아보기 위한 문항입니다. 부담 없이 아시는 대로 해당 칸에 정확하게 ∨표 해 주십시오.

내 용	전혀 그렇지 않음 ↔ 매우 그러함						
1. 치매 노인을 돌보는 것은 보람 있는 일이다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
2. 나는 치매 노인이 두렵다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
3. 치매 노인은 창조적일 수 있다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
4. 나는 치매 노인과 함께 있을 때 자신감이 있다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
5. 나는 치매 노인과 신체 접촉할 때 편안하다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
6. 나는 치매 노인에게 다가갈 때 불편하다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
7. 모든 치매 노인은 서로 다른 욕구가 있다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
8. 나는 치매에 대해 잘 알지 못한다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
9. 나는 초조해 하는 치매환자는 피한다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
10. 치매 노인은 익숙한 물건을 주변에 두려한다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
11. 치매 노인의 과거 생활을 아는 것이 중요하다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
12. 치매 노인과의 접촉에서 기쁨을 느낄 수 있다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
13. 나는 치매 노인과 함께 있을 때 편안하다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
14. 치매 노인도 즐겁게 살 수 있다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
15. 나는 치매 노인을 어떻게 도울지 몰라 좌절감을 느낀다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
16. 치매 노인도 다른 사람이 친절하게 대하는 것을 느낀다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
17. 내가 치매 노인을 돌보는 것은 생각해 본적도 없다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
18. 나는 치매 노인에 대한 대처 기술을 높게 평가한다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
19. 치매 노인의 삶을 향상시키기 위해 많은 일을 할 수 있다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
20. 문제행동은 치매 노인이 의사소통하는 한 가지 방식이다.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

- 설문에 응답해 주셔서 감사합니다.
- 혹시 빠진 문항이 없는지 다시 한 번 확인해 주시기 바랍니다 -

[서식 5-4] 치매안심센터 이용만족도 조사표

치매안심센터 이용만족도 조사표

동의서

안녕하십니까?

치매안심센터에서는 치매문제를 효율적으로 해결하고 가족의 부양부담을 경감하기 위해 체계적이고 통합적인 치매관리서비스를 제공하고 있습니다.

본 설문조사는 치매안심센터 이용자를 대상으로 치매관리사업 서비스에 대한 만족도를 파악하여 보다 질 높은 서비스를 제공하는 것을 목표로 하고 있습니다. 설문에 응답하신 내용은 비밀이 보장되며 연구목적 이외에는 결코 사용되지 않습니다. 본 조사에 관련해 궁금하신 점은 OOOO(조사주체·연락처 기입)으로 연락 주시면 자세히 설명 드리겠습니다.

1. *나는 설문에 대한 충분한 설명을 들었으며 연구자가 수집한 자료는 연구 목적으로만 사용될 것임을 명확하게 전달 받았습니다.*

2. *이 설문에 참여하는 것은 비용이 들거나 응답자 개인에게 위험하지 않으며, 연구자가 응답자의 익명을 보장하고, 설문참여 도중 참여 동의 의사를 취소할 수 있다는 사실에 대한 설명을 들었습니다.*

3. *나는 치매안심센터에 대한 '이용만족도' 조사에 참여할 것을 자발적으로 동의합니다.*

위의 내용에 대해 충분한 설명을 듣고 이해하였으므로 본 설문 참여에 대해 자발적으로 동의합니다.

2018 년 월 일

참여인 서명 : _____ (인)

조사주체·연락처 기입

Ⅰ. 일반적 특성

1. 귀하의 현재 거주지는 어디입니까?

시·도	시·군·구	읍·면·동	도로명주소

2. 귀하의 연령은? 만 _____세(※만 19세 미만 설문 종료)

3. 귀하의 성별은?
(1) 남자 (2) 여자

4. 귀하의 학력은?
(1) 초등학교 졸업 이하 (2) 중학교 졸업 (3) 고등학교 졸업 (4) 대학 재학/졸업
(5) 대학원 석사 졸업 (6) 대학원 박사 이상

5. 귀하의 직업은?
(1) 사무직 (2) 관리/경영직 (3) 기술/생산 (4) 전문직 (5) 자영업 (6) 농업 및 어업
(7) 판매/서비스직 (8) 가정주부 (9) 학생 (10) 무직 (11) 기타_____

6. 귀하의 가구 월 평균 소득은 대략 얼마입니까?
(1) 100만 원 미만 (2) 100~199만 원 (3) 200~299만 원 (4) 300~399만 원
(5) 400~499만 원 (6) 500만 원 이상

7. 의료보장형태는?
(1) 의료보험 (2) 의료급여 1종 (3) 의료급여 2종

8. 어느 분에 대한 문제로 센터를 이용하셨습니까? 해당되는 것은 모두 선택해 주십시오.
(1) 본인 (2) 배우자 (3) 부모 (4) 시부모 (5) 조부모
(6) 친척 (7) 친구 (8) 이웃 (9) 기타( )

9. 귀하께서는 치매안심센터 서비스에 대해 어느 정도 알고 계십니까?

① 전혀 모른다 ↔ ⑤ 매우 잘 알고 있다				
①	②	③	④	⑤

10. 치매안심센터 서비스를 받으신 기간은? _____ 년 _____ 개월

11. 치매안심센터 서비스는 월 몇 회 이용하고 있습니까? _____ 회

12. 치매안심센터를 어떻게 알게 되셨습니까? (복수응답 가능)
(1) 언론매체(신문, TV, 라디오 등) (2) 홍보물(책자, 엽서, 포스터 등)
(3) 캠페인 등 외부검진 (4) 보건소 (5) 친구 및 이웃의 소개
(6) 가족의 권유 (7) 복지관 또는 병원의 소개 (8) 이전에 검사 받은 적 있음
(9) 기타 _____

13. 치매안심센터에 오실 때 주로 어떤 방법으로 오십니까?
(1) 걸어서 (2) 치매안심센터 차량 (3) 대중교통 (4) 자가용
(5) 기타 _____

Ⅱ. 치매안심센터 이용만족도

1. 다음은 귀하께서 치매안심센터를 이용한 서비스가 있으면 "이용함"에, 없으면 "이용 안함"에 ∨표시 하여 주시고, 이용한 서비스에 대한 만족도를 체크하여 주십시오.

번호	서비스 내용		서비스 이용유무		서비스 만족도				
			이용함	이용 안함	매우 불만족	불만족	보통	만족	매우 만족
1	치매관련 상담 서비스				①	②	③	④	⑤
2	배회가능 어르신 인식표 발급				①	②	③	④	⑤
3	치매치료관리비 지원				①	②	③	④	⑤
4	조호물품 제공서비스	4-1. 위생소모품			①	②	③	④	⑤
		4-2. 조호기구			①	②	③	④	⑤
5	치매지원 서비스 안내	5-1. 국가치매지원서비스 안내			①	②	③	④	⑤
		5-2. 지역사회 의료/복지서비스 안내			①	②	③	④	⑤
6	치매환자 맞춤형 사례관리서비스				①	②	③	④	⑤
7	치매조기 검진	7-1. 선별검사			①	②	③	④	⑤
		7-2. 진단검사			①	②	③	④	⑤
		7-3. 감별검사			①	②	③	④	⑤
8	치매예방교실				①	②	③	④	⑤

번호	서비스 내용	서비스 이용유무		서비스 만족도				
		이용함	이용 안함	매우 불만족	불만족	보통	만족	매우 만족
9	인지강화교실			①	②	③	④	⑤
10	치매환자쉼터			①	②	③	④	⑤
11	치매환자가족 상담			①	②	③	④	⑤
12	가족교실			①	②	③	④	⑤
13	치매가족 자조모임			①	②	③	④	⑤
14	치매가족 카페			①	②	③	④	⑤
15	치매인식개선교육 및 행사(강연 등)			①	②	③	④	⑤

2. 아래 각각의 사항에 어느 정도 만족하시는지 체크해 주십시오.

2-1. 귀하가 이용한 치매안심센터의 접근성은 어떻습니까?(위치, 교통 등)

① 매우 접근성이 떨어짐 ↔ ⑤ 매우 접근성이 우수함				
①	②	③	④	⑤

2-2. 귀하가 이용한 치매안심센터의 편리성은 어떻습니까?
(서비스 이용 절차, 서비스 제공 공간 등)

① 매우 불편함 ↔ ⑤ 매우 우수함				
①	②	③	④	⑤

2-3. 귀하가 이용한 치매안심센터의 직원은 얼마나 전문적이었습니까?

① 전혀 전문적이지 않음 ↔ ⑤ 매우 전문적				
①	②	③	④	⑤

2-4. 귀하가 이용한 치매안심센터의 직원은 얼마나 친절합니까?

① 매우 불친절함 ↔ ⑤ 매우 친절함				
①	②	③	④	⑤

2-5. 귀하가 이용한 치매안심센터는 얼마나 귀하에게 도움이 되었습니까?

① 전혀 도움이 되지 않음 ↔ ⑤ 매우 도움이 되었음				
①	②	③	④	⑤

2-6. 귀하가 이용한 치매안심센터를 재이용하실 의사가 얼마나 되십니까?

① 전혀 재이용할 의사 없음 ↔ ⑤ 매우 재이용할 의사 있음				
①	②	③	④	⑤

2-7. 귀하가 이용한 치매안심센터를 다른 사람에게 얼마나 추천하고 싶으십니까?

① 전혀 추천하고 싶지 않음 ↔ ⑤ 매우 추천할 의사가 있음				
①	②	③	④	⑤

- 설문에 응답해 주셔서 감사합니다.
혹시 빠진 문항이 없는지 다시 한 번 확인해 주시기 바랍니다 -

[서식 5-5] 치매파트너 신청서 및 동의서(만14세이상)

치매파트너 신청서

치매파트너는 치매에 대한 이해를 바탕으로 일상에서 치매환자와 가족을
배려하는 따뜻한 동반자입니다.

본인은 '치매파트너'로서 치매가 있어도 불편하지 않은 대한민국을
만들어가기 위한 치매극복 활동에 적극 동참하겠습니다.

■ 개인인적사항

성명	성별 ☐ 남 ☐ 여
연락처	
직업군	☐ 초등학생 ☐ 중학생 ☐ 고등학생 ☐ 대학생 ☐ 치매관련 종사자 ☐ 환자가족 ☐ 일반인 (소속 ☐ 유 : / ☐ 무)
이메일	
연령	
관할센터	( ) 광역 ( ) 안심센터

년 월 일

성명 (서명 또는 인)

중앙치매센터장 귀하

[서식 5-6] 치매파트너 신청서 및 보호자 동의서(만14세미만)

치매파트너 신청서 (14세 미만)

치매파트너는 치매에 대한 이해를 바탕으로 일상에서 치매환자와 가족을
배려하는 따뜻한 동반자입니다.

본인은 '치매파트너'로서 치매가 있어도 불편하지 않은 대한민국을
만들어가기 위한 치매극복 활동에 적극 동참하겠습니다.

■ 개인인적사항

성명	성별 ☐ 남 ☐ 여
연락처	
직업군	☐ 초등학생 ☐ 중학생 ☐ 고등학생 ☐ 대학생 ☐ 치매관련 종사자 ☐ 환자가족 ☐ 일반인 (소속 ☐ 유 : / ☐ 무)
이메일	
연령	
관할센터	( ) 광역 ( ) 안심센터

년 월 일

본인 성명 (서명 또는 인)

법정대리인 성명 (서명 또는 인)

중앙치매센터장 귀하

치매파트너
개인정보 수집 · 이용 동의서 (14세 미만)

- 개인정보 수집 · 이용 내역
  - 치매파트너를 통합 관리하는 이력관리시스템 운영에 이용됩니다.
- 개인정보 수집 · 이용 항목
  - 필수항목 : 성명, 연령, 성별, 거주지, 연락처, 직업군, 이메일
- 개인정보 보유 및 이용기간
  - 치매파트너 탈퇴 또는 치매파트너 사업 종료시까지
- 개인정보의 동의 거부
  - 정보의 제공자는 상기 내용과 관련, 개인정보의 수집 · 이용에 대하여 거부하실 수 있습니다. 단, 필수항목 수집 동의를 거부 하실 때에는 치매 파트너 가입이 불가능합니다.

※ 중앙치매센터, 광역치매센터, 치매안심센터는 보건복지부 치매 관련 사업을 위해 관련 정보를 제공하고 있습니다. 이를 위해 중앙치매센터, 광역치매센터, 치매안심센터가 수집한 개인정보는 아래의 내용에 따라 중앙치매센터, 광역치매센터, 치매안심센터, 보건복지부에 제공됩니다.

상기 본인은 개인정보보호법 제15조 및 제17조에 따른 개인정보의 처리에 관하여 고지 받았으며, 이를 충분히 이해하고 개인정보를 수집 · 이용하는 데 동의합니다.

동의함 ☐ (체크표시)

[서식 5-7] 치매극복선도 기업·기관·단체 신청서

치매극복선도 기업·기관·단체 신청서

기업명 (기관명)				
설립연도			사업자등록번호 (고유번호)	
대표자				
소재지				
담당자	성명		직위	
	전화		FAX	
	E-mail			
치매극복 활동내용	*※ 활동내용 기재*			

대한민국 치매극복을 위한 노력에 적극 동참하기 위해「치매극복 기업」지정을 신청합니다.

2018 년 월 일

신청자(대표자) 직 인 (인)

치매안심센터장 귀하

〈치매극복선도 기업·단체·기관 신청 시 구비서류〉

1. 신청서 제출 공문 1부

[서식 5-8] 치매극복 선도대학 신청서

치매극복 선도대학 신청서

주관기관	대학명		대학구분	대학(국립, 공립, 사립)
	단과대학		사업자등록번호	
	설립연도		기관장	
	주 소			
총괄책임자	소 속		직 위	
	성명(한문)		Tel	
	E-mail		핸드폰	
실무책임자	소 속		직 위	
	성명(한문)		Tel	
	E-mail		핸드폰	
운영기간				

본 대학은「치매극복 선도대학」신청서를 붙임과 같이 제출하며, 지정이 결정될 경우 귀 기관과의 협약, 귀 기관이 정한 운영요령 등을 준수하여 성실하게 사업을 추진하고자 신청서를 제출합니다.

2018 년 월 일

총괄책임자 : (인)

OOO대학(교) 총장 : (직인)

치매안심센터장 귀하

〈치매극복선도대학 신청시 구비서류〉

1. 신청서 제출공문 1부
2. 운영계획서 1부
3. 사업자등록증 또는 법인등기부등본 1부

치매극복 선도대학 운영계획서

1. 치매 교육과정 운영계획서(요약)

과정명	
목표	
주요 교육내용	
기대효과	

2. 교육대상자 모집

가. 교육대상자

나. 교육인원 및 기간('18년)

(1) 교육인원 :　　명

(2) 교육기간 :　　월　　일 ~　　월　　일

다. 교육일정표

주차	주요 교육내용	교육시간	교수명	교육장소
1주차				
2주차				
⋮				

※강의계획서 첨부로 대체 가능

3. 교수의 학력 및 경력 현황

교과목명	교수명	소속기관 및 직위	학　력	경　력	비고

※학력은 최종학력을 기재하며, 경력은 최근 주요경력 2개 정도를 기술

[서식 5-9] 치매극복 선도학교(초·중·고) 신청서

치매극복 선도학교(초·중·고) 신청서

<table>
<tr><td>학교명</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>설립연도</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>교장명</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>학교주소</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">책임(지도)
교 사</td><td>성명</td><td></td><td>소속/직위</td><td></td></tr>
<tr><td>전화</td><td></td><td>FAX</td><td></td></tr>
<tr><td>E-mail</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="5">본 교는 광역치매센터가 실시하는 치매교육과정에 참여하여 대한민국 치매극복을 위한 노력에 적극 동참하기 위해「치매극복 선도학교」지정을 신청합니다.

2018 년 월 일

학교장 직 인 (인)

치매안심센터장 귀하</td></tr>
<tr><td colspan="5">〈치매극복선도학교 신청 시 구비서류〉
1. 신청서 제출 공문 1부</td></tr>
</table>

[서식 5-10] 치매극복 선도 봉사모임 신청서

치매극복 선도 봉사모임 신청서

<table>
<tr><td>모 임 명</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">모임회장</td><td rowspan="2">성 명</td><td rowspan="2"></td><td>핸드폰</td><td></td></tr>
<tr><td>E-mail</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">모임
부회장</td><td rowspan="2">성 명</td><td rowspan="2"></td><td>핸드폰</td><td></td></tr>
<tr><td>E-mail</td><td></td></tr>
<tr><td>봉사활동
지역</td><td colspan="2"></td><td>모임 평균
활동인원</td><td></td></tr>
<tr><td>모임 소개 및
지원동기</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>주요
활동내용</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="5">치매예방·인식개선 활동에 앞장서는「치매극복 선도 봉사모임」지정을 신청합니다.

2018 년 월 일

신청자(회장) 서 명 (인)

광역치매센터장 귀하</td></tr>
</table>

[서식 5-11] 치매극복 봉사모임 봉사활동보고서

치매극복 봉사모임 봉사활동보고서

❑ 00치매안심센터 봉사모임 현황

no	단체 (모임)명	대표자명	인원수 (재적)	지정일	활동기간	총활동횟수

※ 지정일은 치매극복 선도봉사모임으로 지정된 날짜를 의미함

❑ 봉사모임명 :

no	활동일시	활동내용
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

※ 봉사(단체)모임별로 1년 동안 이루어진 활동내용 작성, 별지 추가 작성 가능

[서식 5-12] 치매극복 선도도서관(부제 : 가치함께 도서관) 신청서

치매극복 선도도서관(부제 : 가치함께 도서관) 신청서

도서관명				
설립연도				
관장명				
도서관 주소				
신청자 정보	성명		소속/직위	
	전화		FAX	
	E-mail			

치매 친화적 환경조성에 앞장서며 대한민국 치매극복을 위해「치매극복 선도도서관(부제 : 가치함께 도서관)」지정을 신청합니다.

2018 년 월 일

도서관장 직 인 (인)

중앙(또는 광역)치매센터장 귀하

〈치매극복 선도도서관(부제 : 가치함께 도서관) 신청 시 구비서류〉

1. 신청서 제출 공문 1부
2. 신청서 1부

[서식 5-13] 치매도서코너 설치완료보고서

<table>
<tr><th colspan="5">치매도서코너 설치완료보고서</th></tr>
<tr><td>도서관명</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">담당자</td><td>성명</td><td></td><td>소속/직위</td><td></td></tr>
<tr><td>전화</td><td></td><td>FAX</td><td></td></tr>
<tr><td>주소</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>E-mail</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>치매파트너 교육
이수여부</td><td colspan="3">O, X
(홈페이지 ID :)
(교육 이수일자 : 년 월 일)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">설치
현황</td><td colspan="4">■ 주요내용
- 설치위치 : ex) 1층 로비
- 설치일자 : ex) 2018.1.1
- 설치유형 : 공간형 또는 서가형
- 비치목록
· 치매도서 : 00권 (목록 별도 제출)
· 간행물 : 00종
· 기타 :</td></tr>
<tr><td colspan="4">설치사진(대표사진 2개) *홈페이지에 업로드할 사진*</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>비 고</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

❑ 치매도서 목록

NO.	도서명	저자/역자	출판사

(중앙에서 제공한 치매도서 목록 외에도 치매와 관련된 도서를 치매도서코너에 함께 비치 바랍니다.)

[서식 5-14] 간행물 사용 서약서

간행물 사용 서약서

자료제공기관 (저작권자)	· 단 체 명 : 중앙치매센터 · 고유번호 : 144-82-60717 · 대　　표 : 김기웅 · 소 재 지 : 경기도 성남시 분당구 대왕판교로 670 유스페이스2 A-307

자료신청기관		
신청 자료의 표기	자 료 명	
	자료형태	
신청 자료의 용도		

자료신청기관은 위에 표시된 자료 형태의 신청자료(이하 '본건 신청자료'라 한다.)의 저작권자인 중앙치매센터(대표 김기웅)에 본건 신청 자료를 제공할 것을 신청하고 다음 사항을 숙지하고 준수할 것을 서약한다.

제1조 [본건 신청자료 사용 범위]

중앙치매센터는 자료신청기관에게 본건 신청 자료를 위에 기재한 용도에 따라 사용할 수 있도록 허락하고 자료신청기관은 위 허락 내용에 따라 본건 신청 자료를 사용할 수 있다.

제2조 [본건 신청자료 사용 제한]

① 본건 신청 자료의 저작권은 중앙치매센터에게 있다.

② 자료신청기관은 위에 기재한 용도로만 본건 신청 자료를 사용할 수 있으며, 중앙치매센터의 사전 동의 없이 본건 신청 자료를 수정, 복제하거나, 제 3자에게 판매, 전송, 배포, 임대, 공유할 수 없다.

③ 중앙치매센터의 사전 동의하여 '신청기관 로고 추가' 제작 시 기관 로고 삽입 순서는 다음과 같이 순서로 표기한다.

1. 보건복지부 - 중앙치매센터 - (신청기관)
2. 보건복지부 - 시/도 - 중앙치매센터 - (신청기관)

제3조 [사용 허락의 대가]

본건 신청자료는 치매를 극복하기 위한 홍보 및 교육 자료로 활용하기 위한 것으로 자료신청기관은 수익성 활동에 본건 신청 자료를 사용할 수 없으며, 자료신청기관이 본건 신청 자료를 공익성 활동에 사용함을 조건으로 본건 신청 자료의 사용료를 지급하지 않는다.

제4조 [사용 허락의 철회·취소 및 내용 변경]

① 자료신청기관이 본 서약서에서 정한 사항을 위반하였을 경우, 중앙치매센터는 서면에 의한 통지로 본건 신청자료 사용 허락을 철회 또는 취소하고, 본건 신청 자료의 반환 및 손해배상을 청구할 수 있다.

② 본 서약서의 내용을 변경하고자 할 때에는 중앙치매센터와 자료신청기관이 서면에 의한 합의로 변경할 내용을 정한다.

제5조 [해석 및 보완]

서약서에 명시되어 있지 아니한 사항에 대하여 또는 본 서약서의 해석상 이견이 있을 경우에는 저작권법, 민법 등을 준용하고 사회 통념과 조리에 맞게 해결한다.

자료 신청기관은 중앙치매센터에 본건 신청 자료의 제공을 신청하고, 위 사항을 숙지하였으며 이를 준수할 것을 서약한다.

년　　월　　일

자료신청 기관	· 기 관 명 : · 주　　소 : · 전화번호 : · 담 당 자 :　　(서명)

[서식 6-1] 치매안심센터 현황 및 실적서식

시도	시군구	보건소명	담당자				시설현황 ①		
			성명	전화번호	핸드폰	이메일	독립 시설	공동 운영	시설 없음

대상자 현황 ②												
만60세 이상 노인 수(명)		치매등록관리 대상자 현황										
		합계 (A+B−C)	전년대비 변동사항			성별		보험				개인정보 제공 등 동의서 수령자 수
60−64세	65세 이상		전년도말 등록자 수 (A)	신규 등록자 수 (B)	퇴록자 수 (C)	남	여	의료 급여	건강 보험			
								1종	2종	경감 대상자	일반	

인력현황 ③										
치매상담전문요원				치매안심센터 인력의 직종						치매 상담전문 요원교육 이수자
소계	전담	겸임	사례 관리사	의사	간호사	사회 복지사	임상 심리사	작업 치료사	기타	

예산현황 ④ (단위 : 천원)																								
합 계				치매검진비				치매치료관리비				치매노인 사례관리				치매안심센터 운영비				기타 치매 관리 사업 예산		통합건강증진 사업 전체			
소계	국고 (기금)	분권 교부세	지방비	국고 (기금)	지방비			국고 (기금)	지방비			국고 (기금)	지방비			국비	지방비			시도	시군구	국고 (기금)	지방비		
					소계	시도	시군구		소계	시도	시군구		소계	시도	시군구		소계	시도	시군구				소계	시도	시군구

치매안심센터 사업실적 ⑤																
치매조기검진사업																
치매검진실적				선별검사 인지기능 저하자 (명)	인지기능 저하자 중재 선별검사자 (명)	정밀검사중 치매 확진자 (명)		치매 고위험군 선별검사자(명)				고위험군 중 진단검사자 (명)	고위험군 중 확진자 (명)	협약병원		
														병원수	단가(원)	
합계	선별검사 (명수)	진단검사 (명수)	감별검사 (명수)			전체 (명)	경도 환자수 (명)	합계 (A+B−C)	75세 이상 독거 노인(A)	16년 75세 진입 노인(B)	둘다 해당 되는 노인 (중복자) (C)				진단	감별

치매안심센터 사업실적 ⑤								
치매치료관리비지원 (명)								
합계 (A+B+C)	의료급여(A)		건강보험(B)		12년도 이전 보건소장 인정자(C)			
	1종	2종	경감 대상자	일반	경증	초로기	기초노령	기타

치매안심센터 사업실적 ⑤											
기타 치매예방관리사업 실적											
상담실적		인지재활프로그램			치매가족교실			치매가족 자조모임		치매예방교육	
실인원	횟수	프로그램 개수	실인원	횟수	프로그램명	실인원	횟수	실인원	횟수	인원	횟수

치매안심센터 사업실적 ⑤												
기타 치매예방관리사업 실적												치매관련 지자체 특색사업
상담실적		인지재활프로그램			치매가족교실			치매가족 자조모임		치매예방교육		
실인원	횟수	프로그램 개수	실인원	횟수	프로그램명	실인원	횟수	실인원	횟수	인원	횟수	

[기타서식 1] [개인정보보호법 시행규칙 별지 제8호] 개인정보 열람 요구서

■ 개인정보 보호법 시행규칙 [별지 제8호서식] 〈개정 2017. 10. 19.〉

개인정보 열람 요구서

※ 아래 작성방법을 읽고 굵은 선 안쪽의 사항만 적어 주시기 바랍니다. (앞 쪽)

접수번호	접수일	처리기간 10일 이내

정보주체	성 명	전 화 번 호
	생년월일	
	주 소	
대리인	성 명	전 화 번 호
	생년월일	정보주체와의 관계
	주 소	
요구내용	[ ] 개인정보의 항목 및 내용 [ ] 개인정보 수집·이용의 목적 [ ] 개인정보 보유 및 이용 기간 [ ] 개인정보의 제3자 제공 현황 [ ] 개인정보 처리에 동의한 사실 및 내용	

「개인정보 보호법」 제35조제2항과 같은 법 시행령 제41조제3항에 따라 위와 같이 요구합니다.

년 월 일

요구인 (서명 또는 인)

행정안전부장관 귀하

작 성 방 법

1. '대리인'란은 대리인이 요구인일 때에만 적습니다.
2. '요구내용' 란은 열람하려는 사항을 선택하여 [√] 표시를 합니다. 표시를 하지 않은 경우에는 해당 항목의 열람을 요구하지 않은 것으로 처리됩니다.

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

[기타서식 2] [개인정보보호법 시행규칙 별지 제9호] 개인정보(열람, 일부열람, 열람연기, 열람거절)통지서

■ 개인정보 보호법 시행규칙 [별지 제9호서식]

개인정보 ([ ] 열람 [ ] 일부열람 [ ] 열람연기 [ ] 열람거절) 통지서

(앞 쪽)

수신자 (우편번호 : , 주소 :)

요구 내용	

열람 일시			열람 장소			
통지 내용 ([ ] 열람 [ ] 일부열람 [ ] 열람연기 [ ] 열람거절)						
열람 형태 및 방법	열람 형태	[ ]열람·시청	[ ]사본·출력물	[ ]전자파일	[ ]복제물·인화물	[ ]기타
	열람 방법	[ ]직접방문	[ ]우편	[ ]팩스	[ ]전자우편	[ ]기타
납부 금액	①수수료 원		②우송료 원		계(①+②) 원	
	수수료 산정 명세					

사 유	
이의제기방법	※ 개인정보처리자는 이의제기방법을 적습니다.

「개인정보 보호법」 제35조제3항·제4항 또는 제5항과 같은 법 시행령 제41조제4항 또는 제42조제2항에 따라 귀하의 개인정보 열람 요구에 대하여 위와 같이 통지합니다.

년 월 일

발 신 명 의 직인

210㎜×297㎜[신문용지 54g/㎡]

[기타서식 3] [개인정보보호법 시행규칙 별지 제10호] 개인정보(정정·삭제, 처리정지)요구에 대한 결과 통지서

■ 개인정보 보호법 시행규칙 [별지 제10호서식]

개인정보 ([ ] 정정·삭제, [ ] 처리정지) 요구에 대한 결과 통지서

수신자 (우편번호 : , 주소 :)

요구 내용	
□ 정정·삭제 □ 처리정지 조치 내용	
□ 정정·삭제 □ 처리정지 결정 사유	
이의제기방법	※ 개인정보처리자는 이의제기방법을 기재합니다.

「개인정보 보호법」 제36조제6항 및 같은 법 시행령 제43조제3항 또는 같은 법 제37조제5항 및 같은 법 시행령 제44조제2항에 따라 귀하의 요구에 대한 결과를 위와 같이 통지합니다.

년 월 일

발 신 명 의 직인

유의사항
개인정보의 정정·삭제 또는 처리정지 요구에 대한 결정을 통지받은 경우에는 개인정보처리자가 '이의제기방법'란에 적은 방법으로 이의제기를 할 수 있습니다.

210㎜×297㎜[신문용지 54g/㎡]

[기타서식 4] [개인정보보호법 시행규칙 별지 제11호] 위임장

■ 개인정보 보호법 시행규칙 [별지 제11호서식]

위 임 장

위임받는 자	성명	전 화 번 호
	생년월일	정보주체와의 관계
	주소	
위임자	성명	전화번호
	생년월일	
	주소	

「개인정보 보호법」 제38조제1항에 따라 위와 같이 개인정보의 (□ 열람, □ 정정·삭제, □ 처리정지)의 요구를 위의 자에게 위임합니다.

년 월 일

위임자 (서명 또는 인)

ㅇㅇㅇㅇ 귀하

210mm×297mm[인쇄용지(특급) 34g/㎡]

[기타서식 5] 개인정보 조회 · 처리 · 제공 동의에 관한 위임장

■ [별지 서식]

개인정보 조회·처리·제공 동의에 관한 위임장

위임받는 자	성명	전 화 번 호
	생년월일	정보주체와의 관계
	주소	
위임자	성명	전화번호
	생년월일	
	주소	

위 위임받는 자를 위임자의 대리인으로 정하여 지역보건법, 치매관리법, 노인복지법 및 실종 아동 등의 보호 및 지원에 관한 법률 에 의한 업무(상담, 검진, 의료비 지원, 실종 예방 등 각종 서비스 제공)처리를 위한 치매안심센터의 개인정보의 (□ 조회, □ 처리, □ 제공)에 관한 권한을 위임합니다.

년 월 일

위임자 (서명 또는 인)

( ) 치매안심센터장 귀하

210㎜×297㎜[인쇄용지(특급) 34g/㎡]

II

치매검진사업

MINISTRY OF HEALTH & WELFARE

Ⅱ. 치매 검진사업

- ‘치매안심센터 우선개소 및 검진업무 위탁허용’ 하는 경과규정 종료(’18.6월) 후 진단검사는 치매안심센터에서 실시(’18.7월)
- 치매안심센터에서 시행하는 진단검사의 경우 소득기준 없이 무료로 시행되며, 센터 외 기관에서 시행하는 경우 비용 미지원(’18.7.1일부터 적용)

1 목 적

- 치매의 위험이 높은 만 60세 이상 노인을 대상으로 치매 조기검진을 실시하고 치매환자를 조기에 발견·관리함으로써 치매노인 및 그 가족들의 삶의 질 제고
- 치매환자의 등록·관리를 통해 효과적으로 치매를 치료·관리

2 근거법령

- 치매관리법 제11조(치매검진사업)
- 치매관리법 시행령 제8조(치매검진사업의 범위)~제9조(치매검진비용 지원 대상자)
- 치매관리법 시행규칙 제3조(치매검진 방법 등)

3 사업개요

가. 배경 및 필요성

- 치매는 다양한 원인에 의해 발생되며 조기에 발견하여 적절히 치료할 경우 완치 또는 중증 상태로의 진행을 억제시키거나 증상을 개선하는 것이 가능함
- 치매를 적절히 치료관리하고 치매에 동반된 문제증상들을 개선시킬 경우 환자와

그 가족의 고통과 부담을 크게 경감시킬 뿐만 아니라 치매로 인한 사회적 비용도 절감할 수 있음

나. 기본방향

- 치매 조기검진 대상자의 확대를 통해 효과적으로 치매를 예방하고 치료·관리
- 치매 조기검진을 통해 발견된 치매노인에 대해서는 관련 기관간의 협력을 통해 적절한 치료·관리 서비스를 연계하여 지원

다. 사업의 연혁

- 2006년 치매 조기검진사업(민간단체 보조 사업으로 실시 : 한국치매협회)
  - 국민건강증진기금(200백만원), 사업목표량(선별검사 : 20,000명, 정밀검진 : 3,000명)
  - 실적 23,840명(선별검사 : 20,544명, 정밀검진 : 3,296명)
- 2007년 지방자치단체 보조사업으로 전환 : 87개 보건소, 60개 병원 참여
  - 국민건강증진기금 : 400백만원, 지방비 : 400백만원
  - 실적 99,638건(선별검사 87,912, 진단검사 9,431, 감별검사 2,295건)
- 2008년 치매검진사업 : 118개 보건소, 88개 병원 참여
  - 국민건강증진기금 : 400백만원, 지방비 : 400백만원
  - 실적 144,125건(선별검사 128,373건, 진단검사 및 감별검사 15,752건)
- 2009년 치매검진사업 : 191개 보건소, 151개 병원 참여
  - 치매진단검사 비용 인상 : 55,000원 → 80,000원
  - 국민건강증진기금 : 800백만원, 지방비 : 800백만원
- 2010년 치매검진사업 : 전국 모든 보건소로 확대 실시
  - 정밀 및 감별진단 : 32천명
  - 국민건강증진기금 : 1,280백만원, 지방비 : 1,280백만원
- 2012년 치매검진사업(2011년 사업 규모와 동일)
  - 정밀 및 감별진단 : 40천명
  - 국민건강증진기금 : 1,600백만원, 지방비 : 1,600백만원
- 2013년 치매검진사업

- 정밀 및 감별진단 : 40천명

※'13년부터 지역사회 통합건강증진사업에 포함

- 2014년 치매검진사업
  - 정밀 및 감별진단 : 52천명
  - 국민건강증진기금 : 국비 2,080백만원, 지방비 2,080백만원
- 2015년 치매검진사업
  - 정밀 및 감별진단 : 52천명
  - 국민건강증진기금 : 국비 2,080백만원, 지방비 2,080백만원(전년동)
- 2016년 치매검진사업
  - 정밀 및 감별진단 : 94천명
  - 국민건강증진기금 : 국비 2,080백만원, 지방비 2,080백만원(전년동)

라. 사업 주체 : 시·군·구(치매안심센터)

마. 검진비 부담 기관

구 분	검진비 부담
- 치매선별검사	치매안심센터 운영비 등
- 치매진단검사	
- 치매감별검사	통합건강증진사업 (국비 50%, 지방비 50%)

4 세부 사업내용

가. 검진 대상자 선정기준

- 선별검사 대상자 : 만 60세 이상 모든 노인
- 진단검사 및 감별검사 대상자
  - 연령기준 : 만 60세 이상인 자
  - 소득기준 : 기준 중위소득 120%이하인 자

* 단, 장애인의료비 지원 대상자는 검진비 지원 대상에서 제외
* 치매치료관리비 지원사업과 대상 기준 및 절차 동일

- 치매 치료관리비 지원사업의 [서식 3] 행정정보 공동이용 사전동의서 징구 등

● 기타 보건소장이 치매 예방 및 관리를 위하여 치매 조기검진이 필요하다고 인정하는 자는 시·군·구(보건소)별로 소득기준 등 자체기준을 정하여 시행

나. 사업수행 절차

1단계	선별검사 (MMSE-DS)	보건소
2단계	진단검사 (신경인지검사, 전문의 진료 등)	치매안심센터/ 협약병원
3단계	감별검사 (혈액 검사, 뇌 영상 촬영 등)	협약병원

● 치매선별검사 : 보건소 치매안심센터 운영비 등

- 선별검사내용 : 치매선별용 간이정신상태검사(MMSE-DS)
- 검사 시 주변의 방해를 받지 않도록 가능한 독립된 공간 확보
- 대상자에게 선별검사결과를 통지하고, 진단검사가 필요한 경우 협약병원에 검진 의뢰

* 선별검사 결과, 정밀검진이 필요한 경우에는 대상자의 동의 하에 보호자에게도 선별검사결과 및 정밀검진 안내

● 치매진단검사 : 치매안심센터 운영비 등

- 전문의 진찰, 치매척도검사, 치매신경인지검사, 일상생활척도검사 등 실시
- 결과 통지 : 협약병원 전문의는 진단검사 후 1개월 이내 검진 결과를 검진대상자(또는 가족)에게 알리고 해당 보건소에 결과 통보

● 치매감별검사 : 본 사업예산에서 비용 부담(국고와 지방비 각각 50%)

- 대상자 : 치매진단검사 결과 원인에 대한 감별검사가 필요한 자
- 검사비용 지원 항목 : CBC, 간기능검사, 신장기능검사, 갑상선 기능검사, 전해질검사, 매독, 요검사, 뇌영상 촬영(CT 두부)〈참고 1〉

※ 뇌 영상 촬영의 경우 CT(두부)가 아닌 MRI 촬영을 실시할 경우 CT(두부)에 해당하는 비용만 지원

- 〈참고 1〉 검사항목을 모두 실시하는 것을 원칙으로 하고, 검사를 추가로 실시하는 경우 소요비용은 이용자 본인 부담
- 동 검사비 지원과 관련, 시·군·구에서 별도 예산 확보가 가능한 경우 확보된 예산에 맞추어 수행 가능

다. 협약병원 지정 및 협약

- 협약병원 선정기준
  - 동 사업 수행 능력을 갖춘 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 등을 1인 이상 확보하고 있는 의료기관
  - 협약병원 전문의는 보건복지부가 지원하는 '치매 진료 의사 전문 교육', '치매'를 주제로 한 의사 보수교육 등을 이수하여야 하며, 미이수자의 경우 당해연도 교육을 이수하도록 조치(매년 재이수는 불필요)
  - 단, 관내 정신건강의학과 또는 신경과 전문의가 없을 경우 보건복지부가 지원하는 '치매 진료 의사 전문 교육'을 이수한 의사를 갖춘 의료기관을 협약병원으로 선정 가능
- 시·도는 협약병원이 치매진단검사, 감별검사를 할 수 있는 인적·물적 요건을 갖추었는지 여부를 확인한 후 협약병원 지정(CT촬영의 경우 타 병원과 연계하여 실시 가능)
  - 협약병원은 시·도, 시·군·구(보건소)와 협의 하에 복수 지정이 가능하며, 복수 지정 시 진단결과 보고 등 사업 관리에 유의할 것

  ※ 협약병원 변경시 보건복지부에 보고
- 보건소는 협약병원과 사전에 협약을 체결하여 사업의 신뢰성과 연속성 유지

라. 검진 방법 및 절차

〔치매선별검사〕

- 치매선별검사는 보건소의 주관 하에 간이정신상태검사(MMSE-DS) 실시
- 보건소 **'찾아가는 치매검사'** 실시
  - 도서벽지 등 취약지역에 보건소 방문이 어려운 독거노인, 취약계층노인, 치매 고위험군노인 등을 대상으로 경로당, 노인복지관, 노인회관, 보건예방교육 등을 통한 '찾아가는 치매검사'로 조기검진 확대 실시
  - 통합건강증진사업에서 방문건강관리 시 치매관련 건강관리는 간이정신상태검사(MMSE-DS)를 통한 치매선별검사로 일원화 실시

〔치매진단·감별검사〕

- 치매진단·감별검사는 치매안심센터 또는 협약병원에서 실시
  - 치매진단검사 대상자 선정기준 : 연령, 성별, 교육연수 등에 따른 정상노인의 간이정신상태 검사(MMSE-DS) 점수 미만에 해당되는 대상자

    ※[참고 2] 진단검사 의뢰점수 참고
- 협약병원 진료 시 의료급여 수급권자인 경우 반드시 진료의뢰서 지참
  - 의료급여수급권자의 경우 협약병원이 3차 병원인 경우에는 1차 의료기관 → 2차 의료기관 → 3차 의료기관을 순차적으로 거쳐야 하며, 반드시 진료의뢰서 지참
  - 의료급여수급권자가 병의원을 선택한 경우, 선택한 병·의원에서 진료의뢰서를 발급 받아야 함. 만약 선택 병·의원이 아닌 병·의원(보건소)에서 진료의뢰서를 발급받아 다른 의료기관에서 진료를 받을 경우 전액을 본인이 부담

    ※선택 병·의원 적용대상자가 선택 병·의원 진료절차를 위반하여 진료를 받은 경우 전액 본인 부담이 발생하니 유의하기 바람

마. 검진비용 지원범위

- 1인당 지원액 : 치매진단검사, 감별검사 비용
  - 진단검사(상한 8만원) : 진찰료, 치매척도검사비, 일상생활수행척도검사, 치매신경인지검사비 등 지원

- 감별검사(의원·병원·종합병원급 상한 8만원, 상급종합병원의 경우 상한 11만원) : 치매의 원인 규명을 위하여 감별검사(혈액검사, 뇌 영상 촬영 등)를 실시하는 경우 건강보험(또는 의료급여)체계에 따라 이용자의 본인부담금 지원

※ 감별검사비용은 급여항목으로 검사 각 항목 비용과 진찰료 등을 포함하여 본인 부담부분에 대해 지원범위 내 실비 지원(참고 1)

- 감별검사는 사업 목표량에 지장을 주지 않는 범위 내에서 보건소는 협약병원과 협의하여 검진비용을 산정. 단, 특별한 상황이 있을 경우 상한 지원 금액의 5%를 초과하지 않는 범위내에서 지원 가능함
- 검진비용 지원제한 : 진단검사 또는 감별검사 결과 최종 치매확진 판정(기준점수 이하)을 받지 않은 대상자는 일정기간 이후(ex 1~2년 정도) 검진비용 재지원 문의 시, 사전검사 결과와 대상자의 가정환경 및 소득수준, 보건소 관내 예산상황을 고려하여 균형적으로 판단하여 지원여부 결정

바. 검진비용 청구 및 지급 절차

- 검진비용 청구
  - 협약병원에서는 치매진단검사 및 감별검사 후 해당 보건소에 그 검진결과를 통보하고, 월별로 비용 청구
- 검진비용 지급절차
  - 치매진단검사와 감별검사를 실시한 협약병원에서 검진내역을 검진결과지(보건소 별도서식)를 제출하여 검진비용을 신청
  - 협약병원 비용 청구 시 개인별 진료내역을 첨부해야하며, 보건소 담당자는 내역에 따른 비용 지급(인당 정액 지급은 지양함)
  - 해당 보건소는 협약병원과 매월 협의된 지정 일에 치매 진단검사비 및 감별검사비 지급

※ 예산의 조기집행 및 집행현황 파악을 위하여 협약병원과 협약 시 사후 일괄 지급하는 방법은 지양

5 기관별 역할 및 실시 체계

가. 보건복지부

- 지침 시달, 예산 지원 등 사업 총괄

나. 시·도

- 보건소의 치매 조기검진사업 지도·감독
- 검진 인원 계획에 관하여 시·군·구(보건소)와 협의·조정
- 시·군·구와 협의하여 협약병원 선정
- 보조금 예산 확보, 시·군·구의 예산집행상황 점검, 시·군·구의 사업집행상황을 점검하여 시·군·구별 사업량 및 예산 조정

다. 시·군·구(보건소)

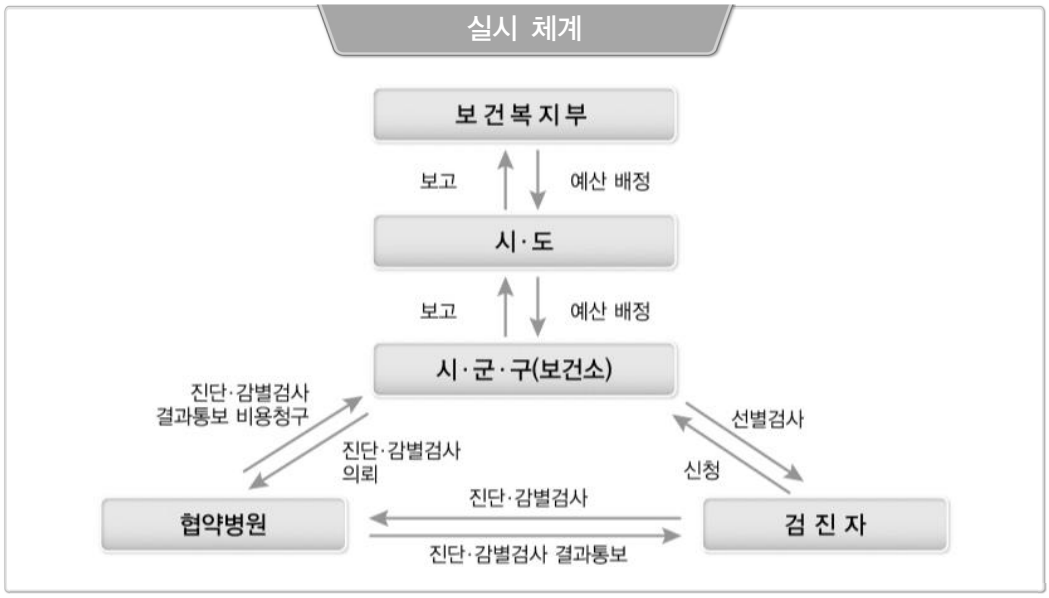
- 치매검진사업 자체계획 수립 및 시행
  - 시·군·구(보건소)별로 치매검진사업 자체계획을 수립하여 시행하고 협약병원과 사업수행을 위한 연계체계 구축
- 치매검진사업 실적관리(치매검진사업 대상자 관리 서식, [서식 1])
  - 대상자 정보란에 불필요한 개인정보 기재를 지양하고, 진단검사 시 대상자로부터 '개인정보 조회 · 처리 · 제공 동의서'를 수령(Ⅰ.치매안심센터 운영 [서식] 활용)
- 보조금 예산 확보, 예산 집행, 치매진단검사(감별검사)비용 지급, 향후 소요액 파악 및 조정 등
- 진단검사대상자의 협약병원 이용 지원, 협약병원의 사업 수행 지원, 사업 홍보 및 필요한 행정 지원 등

라. 협약병원

- 치매진단검사 수행, 검진내역 및 결과 보건소에 통보, 보건소 치매선별검사 및 등록

관리 지원

- 검진 후 예방관리 수행 및 지원 등



6 행정 및 협조사항

가. 홍보 및 교육 강화

- 보건소, 협약병원 등은 치매검진 대상자가 누락되지 않도록 치매검진 실시내용 등을 적극 홍보
- 보건소, 협약병원 등은 치매 예방·치료·관리를 위한 치매검진사업 홍보물 및 교육책자 등을 보급하고 교육
  - 노인 및 관계공무원 등을 대상으로 치매 관련 교육 연중 실시
  - 보건소, 협약병원 등은 치매검진 및 등록관리 관련 통계 및 실적을 성실히 집계하여 향후 치매관리체계 구축의 기초 자료로 활용할 수 있도록 노력
  - 중앙치매센터 및 광역치매센터의 요청이 있을 시 관련 통계 공유 요망

나. 실적 보고

- 치매선별검사, 진단검사, 감별검사 실적보고(보건소 → 시·도 → 보건복지부) : 반기 보고(7월 20일, 익년 1월 20일)
  - 치매안심센터 실적 보고 시 함께 보고(치매안심센터 실적 보고서식 이용)
- 보건소에서는 치매검진내역을 매월말까지 치매안심통합관리시스템에 입력

다. 검진결과에 따른 조치

- 치매군 : 치매환자 등록관리(장기요양보험서비스, 노인돌봄종합서비스, 치매치료관리비 지원, 인지재활프로그램, 조호물품제공, 치매인식표 보급 등 연계, 기타 치매 관련 정보제공)
- 정상군·치매위험군 : 치매예방프로그램과 연계

  ※특히 치매고위험군은 고혈압, 당뇨병, 비만, 고지혈증, 우울증 등 치료관리프로그램, 운동프로그램 등에 참여할 수 있도록 적극적으로 지원

라. 예산집행 결과 보고 및 정산

- 회계연도가 종료되면 '보조금 관리에 관한 법률'의 규정에 따라 예산집행 결과 및 정산내역을 차기연도 1월말까지 보건복지부에 보고

[서식 1]

치매검진사업 대상자 관리 서식

□ 대상자 정보

고유번호 :			작성일자 : 년 월 일		
성 명		생년월일		남□ 여□	
		실제생년월일		(양력, 음력)	
주 소					
연락처			(핸드폰 :)		
보호자	성명		연락처 (핸드폰)		대상자와의 관계
의료보장	□의료급여 1종 □의료급여 2종 □경감대상자 □건강보험				

□ 선별검사(MMSE-DS)

평가일	년 월 일	평가자	
점수		협약병원명	
검사결과	□인지저하 □정상	진단의뢰일	년 월 일
진단의뢰	□의뢰 □미의뢰		
치매위험군	□75세 이상 독거노인 □금년에 75세가 되는 노인(1940년생)		

□ 진단검사

평가일	년 월 일	평가자	
노인우울척도	□GDS-K □기타( )	주민등록번호	
신경심리겸사도구	□CERAD-K □SNSB □기타( )		
진단분류	□정상 □치매고위험군 □치매(상병분류기호 :) □기타( )		
치매의 정도	□CDR 또는 GDS( ) □경도 □중등도 □중증		
치매고위험군 분류 (복수체크 가능)	□퇴행성 치매위험 □혈관성 치매위험 □우울증 관련 인지저하 □기타 내과 질환 관련 인지저하 □기타 뇌질환/손상 관련 인지저하 □물질·약물관련 인지저하		

□ 감별검사

평가일	년 월 일	치매진단의사	
감별검사항목	□진단의학검사(혈액검사 등) □뇌영상 촬영 □기타( )		
치매진단분류	□알츠하이머 □혈관성 치매 □루이체 치매 □전측두엽 치매 □정상압 뇌수두증 □갑상선 기능저하 □경막하 혈종 □물질·약물 □주요 우울증 □파킨슨병 □기타 원인( )		

□ 검진 후 관리

정상	□노인건강프로그램 □기타( )
치매위험군	□인지재활프로그램 □기타( )
치매 (복수체크 가능)	□치매치료관리비지원 □노인장기요양보험서비스 - 요양시설 입소(시설명 :) - 재가서비스(방문요양, 방문간호, 방문목욕, 주야간보호, 단기보호) 연계 □노인돌봄서비스 □방문간호서비스 □인지재활프로그램 □조호물품 제공 서비스 □인식표 □치매가족모임 □기타( )

※ 치매상담센터 운영지침 [서식 3]호 '개인정보수집·이용 및 제공동의서'를 진단·감별검사 대상자로부터 수령할 것

[참고 1]

치매감별검사 비용 지원 항목

구 분	검 사 항 목
CBC (CompletebloodCount, 혈액성분검사)	백혈구수(나105)
	적혈구수(나104)
	혈색소(나101)
	헤마토크리트(나102)
	혈소판수(나106)
	백혈구백분율(나109가)
전해질 검사(5종)	소디움(나379가)
	포타슘(나379나)
	염소(나379다)
	총칼슘(나379마)
	인(나379라)
신장기능검사(2종)	혈중요소질소(나373)
	크레아티닌(나375)
간기능 검사(6종)	총단백정량(나220)
	알부민(나221)
	총빌리루빈(나372가)
	알칼리포스파타제(나260나)
	AST(SGOT)(나257)
	ALT(SGPT)(나258)
갑상선 기능검사(2종)	갑상선자극호르몬
	유리싸이록신(나334주)
혈당검사	당검사(정량)(나371나)
요산검사	요산(나378)
콜레스테롤 검사	총콜레스테롤(나241가)
매독검사	매독반응검사[정밀](나460-1)
요검사	요일반검사 10종(나3)
뇌영상 촬영	두부 CT
	PACS
진찰료	
영상 판독료	

※PACS, 영상 판독료의 경우 발생 시에만 지급
※본인부담금 10원 미만 단수는 절삭(다만, 의원, 보건소의 외래 등은 100원 미만 절삭)

[참고 2]

MMSE-DS 진단검사 의뢰 점수

연령	성별	교육 연수			
		0-3년	4-6년	7-12년	≥13년
60~69세	남	20	24	25	26
	여	19	23	25	26
70~74세	남	20	23	25	26
	여	18	21	25	26
75~79세	남	20	22	25	25
	여	17	21	24	26
≥80세	남	18	22	24	25
	여	16	20	24	26

* 위 표에 제시된 점수 미만일 경우 진단검사로 의뢰함
* 60세 미만의 경우는 60~69세 연령기준을 준용

Ⅲ

치매 치료관리비 지원사업

Ⅲ-1. 사업개요
Ⅲ-2. 지원 대상자 선정 및 등록
Ⅲ-3. 지원 내역
Ⅲ-4. 행정 사항

MINISTRY OF HEALTH & WELFARE

Ⅲ. 치매 치료관리비 지원사업

Ⅲ-1 사업개요

1 목 적

- 치매를 조기에, 지속적으로 치료·관리함으로써 효과적으로 치매증상을 호전시키거나 증상 심화를 방지하여 노후 삶의 질 제고 및 사회경제적 비용 절감에 기여
  - 치매 조기 약물치료 시 8년 후 요양시설 입소율 70% 감소
  - 중증 치매환자는 경도 치매환자에 비하여 약 7배의 경제적 부담 발생

2 근거법령

- 치매관리법 제12조(치매환자의 의료비 지원 사업)
- 치매관리법 시행령 제10조(의료비 지원 대상·기준 및 방법 등)

3 사업개요

가. 대상 : 치매치료제를 복용 중인 치매환자

나. 지원 내역 : 치매치료관리비 보험급여분 중 본인부담금
(치매약제비 본인부담금 + 약 처방 당일의 진료비 본인부담금)

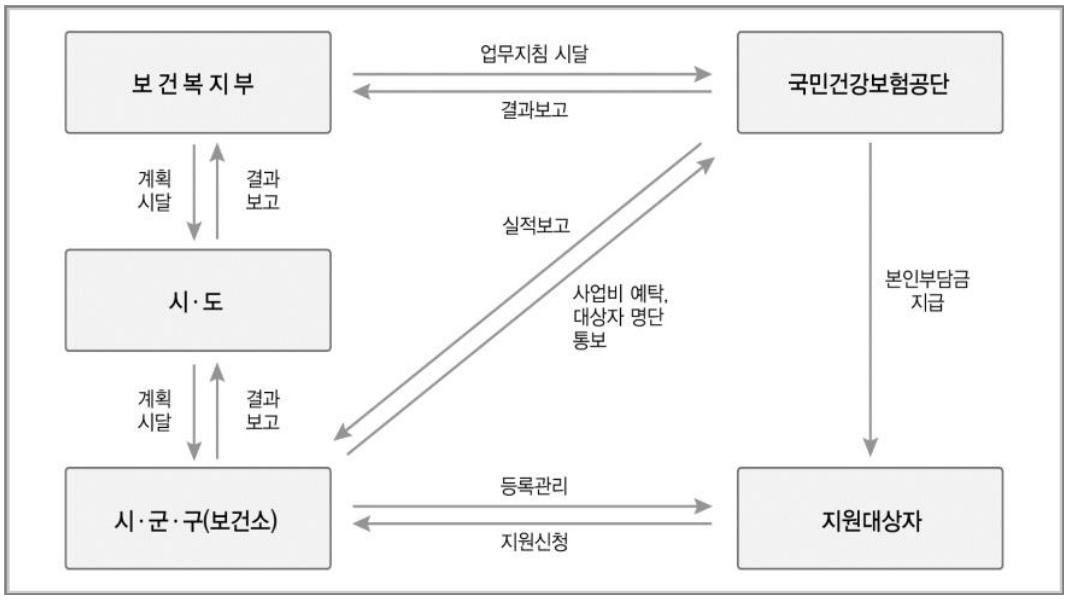
다. 기간 : 2018년 1월 1일~12월 31일

라. 지원 금액

- 사업기간 내 발생한 치매치료관리비 본인부담금 : 월 3만원(연 36만원) 상한내 실비 지원

마. 지급 방식 : 치료제 복용 개월 수에 따라 일괄 지급

4 사업수행 체계도



5 기관별 담당 업무

가. 보건복지부

- 치매치료관리비지원사업 계획 수립, 지침 시달 및 평가 등 사업 총괄
- 치매관리비 예탁금 지급 관리업무
  - 보조금 예산 확보 및 시·도 예산 집행 상황 점검
- 비용환수 등 사후처리 지침 수립 및 시달

나. 시·도

- 시·군·구 치매치료관리비지원사업 지도·감독
- 보조금 예산 확보 및 시·군·구 예산 집행 상황 점검
- 시·군·구 사업량 및 예산 조정
- 비용환수 등 사후처리 업무 총관리

다. 시·군·구(보건소)

- 치매치료관리비지원사업 자체계획 수립 및 시행
- 치매치료관리비지원 접수·선정 및 대상자 관리
- 예산 집행 상황 점검 및 조정
- 치매관리비 예탁금 지급 관리업무
  - (예탁금의 납입 등) 시·군·구는 치매관리비 지급에 필요한 예탁금을 매 분기 시작 전월(1, 3, 6, 9월) 25일까지 공단의 수납계좌에 입금하고, 그 내역을 공단에 통보
- 건보공단에서 사전지급제외처리 이후 보건소로 통보된 '최종 미환수대상자'에 대해 대상자 자격관리 및 비용환수 업무처리 실시

라. 국민건강보험공단

- 치매치료관리비 본인부담금 발생 내역 확인
- 예탁금 관리 및 집행
- 실적 관리
- 사전지급제외(전산상계처리) 가능자 비용환수 처리 및 대상자관리업무 등

Ⅲ-2 지원 대상자 선정 및 등록

1 지원 신청

가. 지원 신청을 할 수 있는 자

- 해당 지역 주민(주민등록 기준) 중 보건소(치매안심센터)에 치매환자로 등록된 자로서 치매치료관리비 지원을 받고자 하는 자

나. 신청 장소, 기간 및 방법

1) **신청 장소** : 주소지 관할 보건소

2) **신청 기간** : 연중 수시 접수

3) **신청 방법**

- 보건소(치매안심센터)에 치매치료관리비 지원 신청서 [서식 1호]를 작성하여 해당 구비서류와 함께 제출(방문 또는 우편 제출)

  ※타 지역 주민이 신청할 경우, 우편으로 주소지 관할 보건소에 신청 가능함을 안내할 것

- 치매치료관리비 지원을 필요로 하는 본인, 가족 또는 그 밖의 관계인, 보건소 치매안심센터 담당공무원 및 사회복지 담당공무원이 신청 가능

다. 신청 시 구비 서류

① 지원신청서 [서식 1호](인터넷으로 다운받아 작성 가능)

② 대상자 본인 명의 입금 통장 사본 1부

- 대상자와 가족 관계가 확인되는 가족의 통장 사본 제출 가능

③ 당해연도에 발행된 치매치료제가 포함된 약처방전 또는 약품명이 기재된 약국 영수증

- 보건소(치매안심센터)에서는 반드시 치매치료제에 대한 안내 제공

  ※주민등록등본, 건강보험증은 행정자치부 e-하나로 시스템 조회로 제출 생략, 단 동 시스템 이용시 전자정부법 제36조에 근거 [서식 3호] 행정정보 공동이용 사전 동의서를 대상자로부터 받을 것

2 대상자 선정

가. 대상자 선정 기준

〈다음의 ①~④ 기준을 모두 충족하는 자〉

① 연령기준 : 만 60세 이상인 자

- 초로기 치매환자는 예외적으로 선정가능하나, 이 경우에도 ②진단기준과 ③치료기준, ④소득기준은 반드시 충족해야 함

② 진단기준 : 의료기관에서 치매([별첨 1]의 상병코드 F00~F03, G30 중 하나 이상 포함)로 진단을 받은 치매환자

③ 치료기준

- 아래 치매치료제 성분이 포함된 약을 처방받은 경우

  ※ 치매치료제 성분 : Donepezil, Galantamine, Rivastigmine, Memantine

- 혈관성치매(F01)로 진단받은 환자는 치매치료제 성분 또는 아래 혈관성치매치료제 성분이 포함된 약을 처방받은 경우

  ※ 혈관성치매치료제 성분 : Aspirin, Cilostazol, Clopidogrel, Ticlopidine, Triflusal, Warfarin

④ 소득기준 : 기준 중위소득 120% 이하인 경우

* 단, 3인 가구에 한해 전국가구 평균소득 100% 기준 유지

['18년도 가구 규모별 소득기준]

(단위 : 천원)

가구원수	1인	2인	3인	4인	5인
기준 중위소득 120%	2,007	3,417	4,420	5,423	6,426

나. 대상자 선정 방법

- 보건소(치매안심센터)에 치매환자로 등록된 자 중에서 지원대상자 선정기준 (①연령기준, ②진단기준, ③치료기준, ④소득기준)에 적합한 자를 지원대상자로 선정

① 연령기준 : 만 60세 이상인 자

② 진단기준 : 의료기관에서 상병코드 F00~F03, G30 중 하나 이상으로 진단을 받은 자

• 반드시 보건소(치매안심센터)에 치매환자로 등록되어 있어야 지원 가능

※ 질병분류코드에 대한 자세한 사항은 통계청 '한국표준질병·사인분류' 참조 (통계청〈kostat.go.kr〉 → (최상단)통계분류 → 한국표준질병·사인분류 → 검색)

③ 치료기준 : 치매치료약 처방전 사본 또는 영수증을 기준으로 치매치료약 복용 여부 확인

※ 매월 업데이트되는 '약제급여목록표'에서 치매 치료약 해당 여부(품명, 용량, 제약회사명 등)를 반드시 확인 (약제급여목록표는 건강보험심사평가원 (www.hira.or.kr) → 의료정보 → 의약품 정보 → 자료공개에서 확인 가능)

④ 소득기준

• 의료급여수급자는 소득기준을 충족하는 것으로 판정

• 국민건강보험가입자 중 건강보험료 본인부과액이 다음의 〈치매치료관리비지원 대상 건강보험료 본인부과액 기준〉 이하인 자는 소득기준을 충족하는 것으로 판정

['18년도 치매치료관리비지원 대상 건강보험료 본인부과액 기준]

(단위 : 원)

가구원 수	1인	2인	3인	4인	5인	6인	7인	8인	9인
직장가입자	63,395	106,682	147,490	171,063	202,519	234,986	268,167	306,683	352,610
	(68,074)	(114,555)	(158,375)	(183,687)	(217,465)	(252,328)	(287,958)	(329,316)	(378,633)
지역가입자	45,733	117,211	167,711	192,273	225,054	260,122	291,169	326,539	363,427
	(49,108)	(125,861)	(180,088)	(206,463)	(241,663)	(279,319)	(312,657)	(350,638)	(390,248)

※( )안은 노인장기요양보험료 포함 금액

소득기준 판정 시 가구원의 수 산정방식

▷ 지원 대상자가 보험가입자와 함께 거주하는 경우

- 주민등록등본에 기재된 배우자, 직계존비속 및 직계존비속의 배우자를 가구원 수로 산정

※ 동 가구에 건강보험 가입자가 2인 이상인 경우, 가장 높은 보험료를 기준 보험료로 산정

※ 동 가구에 대상자선정을 위한 보험가입자 외, 함께 동거하는 다른 보험가입자가 있을 경우, 그 사람은 가구원산정에서 제외처리

▷ 지원 대상자가 보험가입자와 거주를 달리하는 경우

- 대상자의 건강보험증에 등재된 자를 가구원 수로 산정

(예시) 지원 신청을 한 치매노인이 따로 사는 아들의 건강보험증에 등재되어 있는 경우, 아들의 소득증명자료(건강보험료 부과확인서 등)를 제출받고, 아들의 건강보험증에 등재된 자를 가구원 수로 산정

▷ 본인납부금은 납부액(영수액)이 아닌 부과액 기준임

▷ 선정기준 건강보험료는 신청일 전월 부과액에 한함

- 건강보험료 본인부과액의 변동이 잦은 경우(ex 직업군인 등) 신청월 직전 12개월간 납부한 건강보험료를 평균하여 산정

▷ 신청일 기준 1개월 이내에 지역가입자에서 직장가입자로 전환된 경우에는 신청일 당월 부과액을 기준으로 함 (직장가입자에서 지역가입자로 전환된 경우도 마찬가지)

▷ 휴직자의 경우 - 휴직 직전 산정된 건강보험료 본인부과액을 확인하여 대상자 적격여부 판정

(예시) '15년 3월에 휴직하여 '15년 2월에 산정된 건강보험료가 가장 최근자료일 경우, '15년도 건강보험료 본인부과액 기준표를 확인(해당연도 지침)하여 소득기준 충족여부 확인

● 대상자 선정 제외 : 보훈대상자의료지원

- 보훈의료대상자 국가보훈처의 의료지원 제도로 보훈·위탁병원 이용 시 진료비 지원혜택을 받을 수 있으므로, 치매치료비 대상자선정('국가유공자증' 또는 '보훈대상자확인원'을 통해 신분확인)에서 제외처리
- 부적격 대상자로 선정 후 치매치료비가 지원되었다면, 바로 환수조치가 이루어질 수 있음을 신청인에게 사전안내하여 민원 발생을 최소화

● 중복 지원 제외 : 하단의 사업 대상자

㉮ 의료급여본인부담금상한제(의료급여법 시행령 제13조제6항)

㉯ 의료급여본인부담금보상제(의료급여법 시행령 제13조제5항)

㉰ 긴급복지의료지원

※ 중복지원이 확인되는 경우 상기의 사업에서 치매치료관리비를 정산, 단 대상자가 희망하는 경우 상기의 사업 수급을 선택할 수 있으며, 그 경우 치매치료관리비지원 사업에서 정산

㉱ 장애인 의료비 지원대상자 : 진료비를 제외한 약제비에 대해서만 지원(약국 처방·직접 조제에 한함)

※ '13년 3월부터 사회보장정보시스템(wish.go.kr)에서 장애인의료비지원 대상 확인 가능(권한 신청 요망)

※ 장애인 의료비 지원대상자의 요양기관 정보마당 등록방법은 추후 별도 안내

다. 대상자 선정기간 및 통보

- 관할 보건소(치매안심센터)는 신청자 중 지원대상자 선정기준에 따라 지원대상자 여부를 결정하여, 신청일로부터 14일 이내에 그 결과를 신청자에게 통보
  ※ 통보 방법은 치매치료관리비지원사업 대상자 선정 여부 통지서 [서식 2호]로 하되, 유선 또는 휴대폰 문자메시지, e-메일 등 이용 가능
- 단, 신청자의 자료제출 지연 등 조사에 시일을 요하는 특별한 사유가 있는 경우에는 30일 이내에 통지할 수 있으며, 이 경우 그 사유를 설명하여야 함

라. 대상자 지원자격 관리

- 지원대상자의 정기 소득기준 조사는 매 2년(격년)마다 실시하며, 상반기(1월~6월)에 선정된 대상자는 5~6월에, 하반기(7월~12월)에 선정된 대상자는 11~12월에 조사를 실시하되, 보건소에서 자체계획에 따라 소득조사 시점을 정할 수 있음
  * (예시) '17년도에 신청·지원받은 대상자는 '19년에 소득조사 실시, '17년 이전 지원자의 경우 가장 마지막으로 소득조사를 한 연도의 다다음해에 실시
  * 정기 소득조사 시기가 아니더라도 대상자가 소득기준을 초과함이 확인되었을 때는 다음달 1일자로 퇴록처리
- 소득조사 대상자가 연락두절 등의 사유로 소득조사가 불가능한 경우에는 요양기관 정보마당을 통해 '지급 정지' 처리
  * 단, 전화, 우편, 이메일, 홈페이지 공지 등 가능한 최대한 방식으로 소득조사 및 사전동의를 위한 안내 실시
    (추후에 소득자료 확인이 가능하게 되어 '지급 정지' 처리 당시에 소득기준을 충족한 것으로 판정될 경우, '지급 정지' 시점부터 발생한 치매치료관리비를 소급하여 지급하며, '지급 정지' 기간이 1년 이상 지속될 경우에는 퇴록 처리)
  * 보건소에서는 지원 신청서 접수 시에 신청자에 소득재조사 관련 사항을 미리 공지하여 연락처, 주소 등 변경 시 보건소에 통지하도록 안내
- 소득기준이 초과되어 대상자 퇴록처리를 해야 하는 경우, 조사 당월까지는 지급하고 다음달 1일자로 퇴록처리함
- '12년도 이전 보건소장 인정자(기초노령연금수급자)의 경우에도 원칙적으로 소득기준 충족 시에만 지원
  - 대상자가 자격변동 사항 확인을 위해 필요한 자료제출을 거부하는 경우 등에는 퇴록 처리

- 대상자 전출입 관련, 각 보건소에서는 매월 5일 이전까지 국민건강보험공단 요양기관정보마당(http://medi.nhis.or.kr≫치매대상자관리≫치매대상자 조회)에서 전입자를 파악하여 전출지 보건소에 지원대상자 관련 서류 사본 송부 요청
  - 전출지 보건소는 지원대상자 관련 서류를 전입지 보건소에 송부
  - 전입지 보건소에서는 전출지 보건소에서 소득기준으로 선정되지 않은 대상자(예 : 보건소장 인정자) 등에 대해 전입 시에 소득기준 등 지원자격 심사 가능
- 치매치료관리비 지원은 각 보건소별 예탁금 범위내에서 지원할 수 있으며, 초과할 경우 지원을 중지할 수 있음
- 사망자의 경우 국민건강보험공단에서 직권으로 전산으로 퇴록처리, 보건소는 치매치료관리비 지원 명단에서 퇴록처리함
- 국내에 거주하는 외국 국적 소유자의 경우 거소 확인 및 건강보험가입 현황이 정상적으로 유효하게 확인되면 지원 가능
- 배정된 예산보다 선정기준에 부합하는 신청자가 많을 경우, 지원 대상자의 10% 이내로 대기자 명단 작성 및 관리

Ⅲ-3 지원 내역

가. 지원 범위

- 치매 치료를 위한 진료 시 처방받은 약제에 대한 보험급여분의 본인부담 비용(약제 처방 시 진료비용 포함) 지원
  - 약제비용의 경우 동 처방약에 주성분이 Donepezil, Galantamine, Rivastigmine, Memantine 인 치매 치료약이 1개 이상 포함되거나, 혈관성치매(F01)로 진단받고 상기 치매 치료약 또는 주성분이 Aspirin, Cilostazol, Clopidogrel, Ticlopidine, Triflusal, Warfarin인 약이 1개 이상 포함되면 지원

    ※ 치매 치료약 해당 여부는 매월 업데이트되는 '약제급여목록표'에서 반드시 확인 (건강보험심사평가원 (www.hira.or.kr) → 의료정보 → 의약품정보 → 자료공개)
  - 진료비용 및 약제비용은 비급여 항목(상급 병실료, 특진료 등)을 제외한 보험급여분의 본인 부담 비용만을 지원

나. 지원 수준

- 월 3만원(연 36만원) 한도 내 당월 건강보험 본인부담금
  - 처방 개월 수에 따른 약제비와 진료비를 월 한도 내 실비로 일괄지급

    예) 3개월 치 약을 8만원에 구입 시, 3개월의 상한 금액인 9만원(3개월×월 상한3만원)이 한도가 되며, 실비인 8만원을 대상자에게 일괄지급
- 신청일이 속한 월에 발생한 약 처방 또는 진료비 발생이 확인된 경우에 한하여 지원

  ※ 지방자치단체 자체 예산이 확보된 경우 추가지원 가능, 단 이 경우에도 국비 지원 예산액은 동 지침에 근거하여 집행하여야 함

다. 지급 절차

- 건강보험공단 직접 지급
  - 건강보험공단을 통하여 해당 지원 금액 한도 내 일괄 지급을 원칙으로 함

    ※ '16년도 1월 청구분에 대한 치매치료관리비 지급 시점은 3월 말이며, 이후 매월 둘째, 네번째 목요일 지급 예정

    ※ 선정 대상자는 신청서 외 별도 청구 절차 불필요

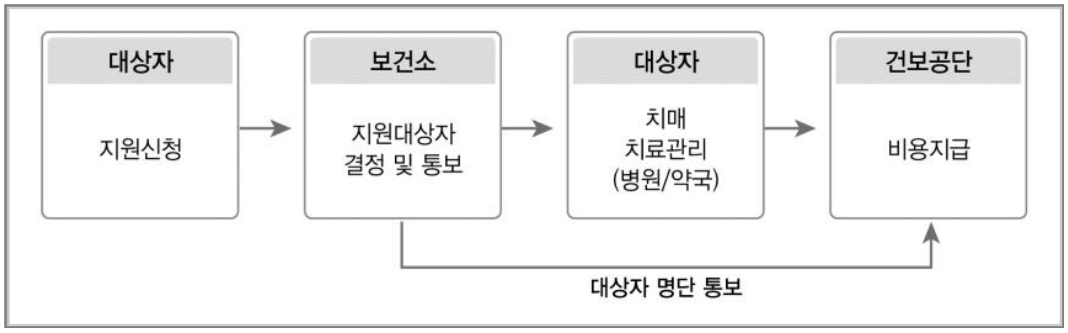
- 지급 대상자 명단은 보건소에서 건보공단 홈페이지 '요양기관 정보마당' 메뉴를 통해 관리

● 보건소에서의 수기 지급

- 대상자가 미지급된 '12년도 이전 치매치료관리비 영수증을 갖고 오거나, 병원·약국에서 '12년도 이전의 치매치료관리비를 청구한 경우 보건소에서 수기지급

※단, 해당연도 상한액을 넘지 않는 범위 내에서 지급 가능

[지급 절차 흐름도]



Ⅲ-4 행정 사항

1 예탁금 관리

가. 예탁금 수납

- 시·군·구 보건소는 매 분기 자금을 교부받는 즉시 각 보건소별로 부여된 가상계좌로 예탁〈참고 4 참조〉

나. 예탁금 집행 및 집행 상황 확인

- 국민건강보험공단은 시·군·구 보건소 단위로 예탁금을 별도 관리하고, 집행은 보건소별 예탁금 범위 내에서 운용
- 국민건강보험공단은 보건소 별 매월 치매치료관리비 지원 내역을 익월 5일까지 보건복지부에 통보하고, 보건복지부에서 각 시·도로 지원 내역 통보

다. 예탁금 결산 및 정산보고

- 국민건강보험공단은 예탁금에서 발생된 수입이자에 대해 연도말 결산시점에 각 지자체별로 정산하고, 예탁금에 반영함
- 예탁금은 공단의 재정과 구분 계리(공단회계 준용)
- 예탁금의 과부족이 발생하지 않도록 대상자 관리 및 예산집행 철저를 기할 것
  - 보건복지부에서는 시도별 월별 예산집행현황을 파악하여 정산 잔액 발생이 예산되는 곳과 부족액 발생이 예상되는 곳의 배정내역을 조정
  - 시도는 당해 연도 계획에 따라 예탁하였으나 사업비 집행이 초과하여 이루어진 시·군·구 보건소에 대하여 차기년도 예산배정 시 추가 배정하고, 집행된 사업비보다 초과해서 불입된 시·군·구 보건소는 초과된 금액만큼 감액 배정
- 회계연도가 종료되면 각 지자체는 「보조금 관리에 관한 법률」에 따라 예산집행 결과 및 정산 내역을 차기연도 1월 말까지 보건복지부에 보고

  ※각 지자체에서 건보공단으로의 예산집행 결과 및 정산내역 의미

라. 협조 사항

- 시·도는 시·군·구의 월별 집행 실적에 따라 시의적절하게 예산을 조정
- 각 보건소는 배정된 예산의 범위 내에서 신규 대상자를 선정할 것 : 예탁액 부족 시, 해당 보건소에 대해 정기 지급 곤란
- 보건소는 지원 대상자에게 정확한 정보 제공
  - '13년부터 치매치료관리비는 약 처방 개월 수에 따른 월 한도액 내에서 비급여 부분을 제외한 본인부담금 일괄 지급
- 보건소(치매안심센터)는 해당 지역주민을 대상으로 사업을 홍보하고, 치매검진 결과 치매 진단을 받은 대상자에게 치료관리비 지원 안내
- 보건소는 등록관리 중인 치매환자 중 치료관리비 지원 대상 여부를 파악하고, 사업 내용 안내
- 보건소는 치료관리비 지원 대상자 선정 결과에 관계없이 치매환자에 대한 등록관리 실시
  - 보건소 담당자는 치매치료비 지원대상자 정보를 '지역보건의료정보시스템(PHIS)'과 '건강보험공단', '요양기관 정보마당'에 함께 실적등록을 반드시 하도록 함
    * 보건소에서는 대상자 정보를 건강보험공단 '요양기관 정보마당'에 등록하지 않아 치매 치료관리비 지급이 누락되는 일이 없도록 주의
  - 예산소진 등으로 인하여 치매치료관리비 지원이 중단되는 경우 시·군·구 보건소 담당자가 건강보험공단으로부터 미지급 명단을 받아 치매치료관리비 지원 대상자들에게 사전안내가 될 수 있도록 함
- 보건소는 자체 예산으로 치매의 치료효과 및 치료의 필요성 등에 관하여 홍보 및 교육하고, 치매치료 관리비지원사업 홍보물 등 보급
  ※「보조금 관리에 관한 법률」 제22조(용도 외 사용 금지)에 따라 홍보비는 치매치료관리비 지원사업 예산으로 사용 불가

[참고 1]

[서식 1호] 치매치료관리비 지원 신청서

신청자				
성명		연락처	자택	
대상자와의 관계			직장	
지원 대상자				
성명		주민등록번호		
주 소	현주소 이전주소(재신청 시에만 기재)			
연락처	(휴대폰 :)			
보호자				
성명		연락처		
치매치료관리비 지원 경력	□ 지원받은 적 있음(보건소명 :) □ 지원받은 적 없음			
계좌번호				
□ 지원대상자 □ 비용관리자	은행 : 계좌번호 : (예금주 :)			

치매환자 등록관리 및 치매치료관리비 지원을 신청합니다.

OOOO. . .

신청자명 : (인)

보건소장 귀하

[참고 2]

[서식 2호] 치매치료관리비지원사업 대상 선정 여부 통지

※ 대상자로 선정된 경우에는 (가)의 양식에 의하여(내용 수정 가능), 대상자로 미 선정된 경우에는 (나)의 양식에 의하여 대상자 선정 여부를 통지하시기 바랍니다.

(가) 치매치료관리비지원사업 대상자 선정 통지

대상자 성명	
주 소	

OOO님은 OOOO년도 치매치료관리비지원사업
대상자로 선정되었음을 알려드립니다.

□ 복용하고 계신 약 중에서 Donepezil, Galantamine, Rivastigmine, Memantine 성분의 치매 치료제가 포함되어 있으면 건강보험공단을 통하여 의료기관에 납부하신 치매치료관리비 본인부담금(연간 36만원 상한)을 지원받으실 수 있습니다.

□ 혈관성치매(F01로 시작되는 질병코드)로 진단받은 경우에는 Aspirin, Cilostazol, Clopidogrel, Ticlopidine, Triflusal, Warfarin 성분의 약이 포함되어 있는 경우 치매치료제로 인정, 연간 36만원 한도 내의 본인부담금을 지원받으실 수 있습니다.

□ 금년 한해동안 위의 약을 복용하지 않은 경우 지원금이 입금되지 않을 수도 있음을 알려드립니다.

□ OOOO년 첫 지급일은 3월 말이며, 확정되는 대로 안내해 드릴 예정입니다.

※ 기타 문의사항은 000보건소(담당자 : 000)로 연락하여 문의하시기 바랍니다.
연락처 : 000)000-0000

(나) 치매치료관리비지원사업 대상자 미선정 통지

대상자 성명	
주 소	

OOO님은 OOOO년도 치매치료관리비지원사업
대상자로 선정되지 않았음을 알려드립니다.

※ 기타 문의사항은 000보건소(담당자 : 000)로 연락하여 문의하시기 바랍니다.
연락처 : 000)000-0000

[참고 3]

행정정보 공동이용 사전동의서

1. 이용사무별 공동이용 행정정보(구비서류)

이용 사무(이용목적)	공동이용 행정정보	동의여부 (동의시 서명 또는 인)
치매치료관리비 지원	건강·장기요양보험료납부확인서 (개인_지역가입자)	
	건강·장기요양보험료납부확인서 (개인_직장가입자)	
	건강보험자격확인서	
	주민등록표 등·초본	

2. 이용기관의 명칭 : _____ 보건소

3. 정보주체(본인)동의사항 등

○ 본인이 동의한 위 사무에 대한 행정정보를 이용기관이 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보 공동이용을 통해 「개인정보 보호법」 제23조에 따른 건강에 관한 정보나 같은 법 시행령 제19조에 따른 주민등록번호, 여권번호, 운전면허의 면허번호 또는 외국인등록번호가 포함된 행정정보를 처리하는데 동의합니다.

○ 본인이 동의한 위 사무에 대한 행정정보는 관련 지침(노인보건복지사업 안내)에 따른 대상자 적격 여부 확인을 위하여 이용기관이 주기적으로 공동이용할 수 있으며, 그러한 경우 별도의 사전 동의를 받지 않고 본 사전동의서 제출로 갈음하는 것에 동의합니다.

○ 만일 위 행정정보를 이용기관이 처리에 대해 본인이 동의를 하지 아니할 경우에도 불이익은 없습니다. 다만, 동의하지 아니한 경우에는 그 해당 부분에 대해서는 직접 서류를 제출하여야 합니다.

년 월 일

대상자 본인 성 명 : (서명 또는 인)
생년월일 :
전화번호 :

[참고 4]

치매치료관리비 가상계좌 번호(254개) 2018.1.1. 기준

○ 은행명/예금주 : 기업은행/국민건강보험공단

연번	보건소기호	시도명	보건소명칭	가상계좌 부여 번호
1	11700017	서울특별시	서울마포구보건소	047-670040-97-082
2	11700025	서울특별시	서울노원구보건소	047-670040-97-090
3	11700033	서울특별시	서울성북구보건소	047-670040-97-101
4	11700041	서울특별시	서울서대문보건소	047-670040-97-118
5	11700050	서울특별시	서울강동구보건소	047-670040-97-125
6	11700068	서울특별시	서울관악구보건소	047-670040-97-132
7	11700076	서울특별시	서울은평구보건소	047-670040-97-140
8	11700084	서울특별시	서울영등포보건소	047-670040-97-157
9	11700092	서울특별시	서울성동구보건소	047-670040-97-164
10	11700106	서울특별시	서울송파구보건소	047-670040-97-171
11	11700114	서울특별시	서울중랑구보건소	047-670040-97-189
12	11700122	서울특별시	서울종로구보건소	047-670040-97-196
13	11700131	서울특별시	서울동작구보건소	047-670040-97-207
14	11700149	서울특별시	서울강서구보건소	047-670040-97-214
15	11700157	서울특별시	서울중구보건소	047-670040-97-221
16	11700165	서울특별시	서울동대문보건소	047-670040-97-239
17	11700173	서울특별시	서울도봉구보건소	047-670040-97-246
18	11700181	서울특별시	서울용산구보건소	047-670040-97-253
19	11700190	서울특별시	서울강남구보건소	047-670040-97-261
20	11700203	서울특별시	서울서초구보건소	047-670040-97-278
21	11700211	서울특별시	서울양천구보건소	047-670040-97-285
22	11700220	서울특별시	서울구로구보건소	047-670040-97-292
23	11700238	서울특별시	서울강북구보건소	047-670040-97-303
24	11700246	서울특별시	서울광진구보건소	047-670040-97-311
25	11700254	서울특별시	서울금천구보건소	047-670040-97-328

연번	보건소기호	시도명	보건소명칭	가상계좌 부여 번호
26	21700010	부산광역시	부산중구보건소	047-670040-97-335
27	21700028	부산광역시	부산서구보건소	047-670040-97-342
28	21700036	부산광역시	부산동구보건소	047-670040-97-350
29	21700044	부산광역시	부산영도구보건소	047-670040-97-367
30	21700052	부산광역시	부산진구보건소	047-670040-97-374
31	21700061	부산광역시	부산동래구보건소	047-670040-97-381
32	21700079	부산광역시	부산수영구보건소	047-670040-97-399
33	21700087	부산광역시	부산사상구보건소	047-670040-97-400
34	21700095	부산광역시	부산해운대보건소	047-670040-97-417
35	21700109	부산광역시	부산사하구보건소	047-670040-97-424
36	21700117	부산광역시	부산금정구보건소	047-670040-97-431
37	21700125	부산광역시	부산강서구보건소	047-670040-97-449
38	21700133	부산광역시	부산기장군보건소	047-670040-97-456
39	21700141	부산광역시	부산남구보건소	047-670040-97-463
40	21700150	부산광역시	부산북구보건소	047-670040-97-471
41	21700168	부산광역시	부산연제구보건소	047-670040-97-488
42	37700243	대구광역시	대구달성군보건소	047-670040-97-495
43	37700316	대구광역시	대구동구보건소	047-670040-97-506
44	37700324	대구광역시	대구중구보건소	047-670040-97-513
45	37700332	대구광역시	대구남구보건소	047-670040-97-521
46	37700341	대구광역시	대구서구보건소	047-670040-97-538
47	37700359	대구광역시	대구수성구보건소	047-670040-97-545
48	37700367	대구광역시	대구북구보건소	047-670040-97-552
49	37700405	대구광역시	대구달서구보건소	047-670040-97-560
50	31700144	인천광역시	인천강화군보건소	047-670040-97-577
51	31700161	인천광역시	인천부평구보건소	047-670040-97-584
52	31700179	인천광역시	인천남구보건소	047-670040-97-591
53	31700187	인천광역시	인천동구보건소	047-670040-97-602
54	31700217	인천광역시	인천중구보건소	047-670040-97-610
55	31700241	인천광역시	인천옹진군보건소	047-670040-97-627

연번	보건소기호	시도명	보건소명칭	가상계좌 부여 번호
56	31700365	인천광역시	인천남동구보건소	047-670040-97-634
57	31700373	인천광역시	인천서구보건소	047-670040-97-641
58	31700519	인천광역시	인천계양구보건소	047-670040-97-659
59	31700527	인천광역시	인천연수구보건소	047-670040-97-666
60	36700011	광주광역시	광주광산구보건소	047-670040-97-673
61	36700142	광주광역시	광주북구보건소	047-670040-97-681
62	36700151	광주광역시	광주동구보건소	047-670040-97-698
63	36700258	광주광역시	광주서구보건소	047-670040-97-709
64	36700321	광주광역시	광주남구보건소	047-670040-97-716
65	34700013	대전광역시	대전대덕구보건소	047-670040-97-723
66	34700137	대전광역시	대전동구보건소	047-670040-97-731
67	34700153	대전광역시	대전서구보건소	047-670040-97-748
68	34700226	대전광역시	대전유성구보건소	047-670040-97-755
69	34700234	대전광역시	대전중구보건소	047-670040-97-762
70	38700042	울산광역시	울산울주군보건소	047-670040-97-770
71	38700123	울산광역시	울산중구보건소	047-670040-97-787
72	38700298	울산광역시	울산남구보건소	047-670040-97-794
73	38700301	울산광역시	울산동구보건소	047-670040-97-805
74	38700361	울산광역시	울산북구보건소	047-670040-97-812
75	34700099	세종특별자치시	세종시보건소	047-670040-97-820
76	31700012	경기도	부천시보건소	047-670040-97-837
77	31700021	경기도	시흥시보건소	047-670040-97-844
78	31700039	경기도	동두천시보건소	047-670040-97-851
79	31700047	경기도	의정부시보건소	047-670040-97-869
80	31700055	경기도	파주시보건소	047-670040-97-876
81	31700098	경기도	가평군보건소	047-670040-97-883
82	31700101	경기도	양주시보건소	047-670040-97-891
83	31700110	경기도	여주군보건소	047-670040-97-901
84	31700128	경기도	광주시보건소	047-670040-97-919
85	31700136	경기도	고양시덕양보건소	047-670040-97-926

연번	보건소기호	시도명	보건소명칭	가상계좌 부여 번호
86	31700152	경기도	광명시보건소	047-670040-97-933
87	31700195	경기도	수원권선구보건소	047-670040-97-941
88	31700209	경기도	화성시보건소	047-670040-97-958
89	31700225	경기도	용인처인구보건소	047-670040-97-965
90	31700250	경기도	성남수정구보건소	047-670040-97-972
91	31700276	경기도	이천시보건소	047-670040-97-980
92	31700284	경기도	안성시보건소	047-670040-97-997
93	31700292	경기도	김포시보건소	047-670041-97-008
94	31700306	경기도	포천시보건소	047-670041-97-015
95	31700314	경기도	양평군보건소	047-670041-97-022
96	31700322	경기도	안산단원보건소	047-670041-97-030
97	31700331	경기도	과천시보건소	047-670041-97-047
98	31700349	경기도	구리시보건소	047-670041-97-054
99	31700357	경기도	평택시평택보건소	047-670041-97-061
100	31700381	경기도	성남중원구보건소	047-670041-97-079
101	31700390	경기도	군포시보건소	047-670041-97-086
102	31700403	경기도	의왕시보건소	047-670041-97-093
103	31700411	경기도	오산시보건소	047-670041-97-104
104	31700438	경기도	하남시보건소	047-670041-97-129
105	31700446	경기도	남양주시보건소	047-670041-97-136
106	31700454	경기도	수원장안구보건소	047-670041-97-143
107	31700462	경기도	안양동안구보건소	047-670041-97-151
108	31700471	경기도	안양만안구보건소	047-670041-97-168
109	31700489	경기도	성남분당구보건소	047-670041-97-175
110	31700501	경기도	수원팔달구보건소	047-670041-97-190
111	31700535	경기도	고양일산서구보건	047-670041-97-201
112	31700543	경기도	안산상록수보건소	047-670041-97-218
113	31700551	경기도	용인기흥구보건소	047-670041-97-225
114	31700560	경기도	용인수지구보건소	047-670041-97-232
115	31700578	경기도	고양일산동구보건	047-670041-97-240

연번	보건소기호	시도명	보건소명칭	가상계좌 부여 번호
116	31700586	경기도	평택시송탄보건소	047-670041-97-257
117	31700594	경기도	수원영통구보건소	047-670041-97-264
118	31700616	경기도	남양주풍양보건소	047-670041-97-111
119	31770011	경기도	연천군보건의료원	047-670041-97-271
120	32700016	강원도	동해시보건소	047-670041-97-289
121	32700032	강원도	원주시보건소	047-670041-97-296
122	32700041	강원도	양양군보건소	047-670041-97-307
123	32700067	강원도	인제군보건소	047-670041-97-314
124	32700075	강원도	태백시보건소	047-670041-97-321
125	32700091	강원도	강원고성군보건소	047-670041-97-339
126	32700105	강원도	철원군보건소	047-670041-97-346
127	32700121	강원도	춘천시보건소	047-670041-97-353
128	32700130	강원도	홍천군보건소	047-670041-97-361
129	32700148	강원도	양구군보건소	047-670041-97-378
130	32700156	강원도	정선군보건소	047-670041-97-385
131	32700172	강원도	영월군보건소	047-670041-97-392
132	32700202	강원도	강릉시보건소	047-670041-97-403
133	32700211	강원도	횡성군보건소	047-670041-97-411
134	32700229	강원도	속초시보건소	047-670041-97-428
135	32700237	강원도	삼척시보건소	047-670041-97-435
136	32770014	강원도	화천군보건의료원	047-670041-97-442
137	32770022	강원도	평창군보건의료원	047-670041-97-450
138	33700010	충청북도	보은군보건소	047-670041-97-467
139	33700028	충청북도	단양군보건소	047-670041-97-474
140	33700052	충청북도	음성군보건소	047-670041-97-481
141	33700061	충청북도	옥천군보건소	047-670041-97-499
142	33700079	충청북도	청주상당구보건소	047-670041-97-500
143	33700125	충청북도	청주흥덕구보건소	047-670041-97-556
144	33700150	충청북도	청주서원구보건소	047-670041-97-571
145	33700176	충청북도	청주청원구보건소	047-670042-97-624

연번	보건소기호	시도명	보건소명칭	가상계좌 부여 번호
146	33700087	충청북도	영동군보건소	047-670041-97-517
147	33700095	충청북도	괴산군보건소	047-670041-97-524
148	33700109	충청북도	진천군보건소	047-670041-97-531
149	33700117	충청북도	충주시보건소	047-670041-97-549
150	33700141	충청북도	제천시보건소	047-670041-97-563
151	33700168	충청북도	증평군보건소	047-670041-97-588
152	34700030	충청남도	당진시보건소	047-670041-97-595
153	34700056	충청남도	금산군보건소	047-670041-97-606
154	34700072	충청남도	논산시보건소	047-670041-97-613
155	34700081	충청남도	홍성군보건소	047-670041-97-621
156	34700102	충청남도	예산군보건소	047-670041-97-638
157	34700145	충청남도	부여군보건소	047-670041-97-645
158	34700161	충청남도	천안서북구보건소	047-670041-97-652
159	34700188	충청남도	서천군보건소	047-670041-97-660
160	34700196	충청남도	아산시보건소	047-670041-97-677
161	34700200	충청남도	보령시보건소	047-670041-97-684
162	34700218	충청남도	공주시보건소	047-670041-97-691
163	34700242	충청남도	서산시보건소	047-670041-97-702
164	34700269	충청남도	계룡시보건소	047-670041-97-710
165	34700277	충청남도	천안동남구보건소	047-670041-97-727
166	34770011	충청남도	청양군보건의료원	047-670041-97-734
167	34770020	충청남도	태안군보건의료원	047-670041-97-741
168	35700017	전라북도	군산시보건소	047-670041-97-759
169	35700068	전라북도	진안군보건소	047-670041-97-766
170	35700076	전라북도	완주군보건소	047-670041-97-773
171	35700092	전라북도	익산시보건소	047-670041-97-781
172	35700114	전라북도	부안군보건소	047-670041-97-798
173	35700131	전라북도	남원시보건소	047-670041-97-809
174	35700173	전라북도	고창군보건소	047-670041-97-816
175	35700203	전라북도	전주시보건소	047-670041-97-823

연번	보건소기호	시도명	보건소명칭	가상계좌 부여 번호
176	35700220	전라북도	김제시보건소	047-670041-97-831
177	35700238	전라북도	정읍시보건소	047-670041-97-848
178	35770015	전라북도	순창군보건의료원	047-670041-97-855
179	35770023	전라북도	임실군보건의료원	047-670041-97-862
180	35770031	전라북도	장수군보건의료원	047-670041-97-870
181	35770040	전라북도	무주군보건소	047-670041-97-887
182	36700029	전라남도	순천시보건소	047-670041-97-894
183	36700037	전라남도	영암군보건소	047-670041-97-905
184	36700045	전라남도	목포시보건소	047-670041-97-912
185	36700088	전라남도	무안군보건소	047-670041-97-920
186	36700096	전라남도	해남군보건소	047-670041-97-937
187	36700100	전라남도	영광군보건소	047-670041-97-944
188	36700126	전라남도	강진군보건소	047-670041-97-951
189	36700169	전라남도	화순군보건소	047-670041-97-969
190	36700177	전라남도	신안군보건소	047-670041-97-976
191	36700185	전라남도	장흥군보건소	047-670041-97-983
192	36700193	전라남도	고흥군보건소	047-670041-97-991
193	36700215	전라남도	진도군보건소	047-670042-97-001
194	36700223	전라남도	담양군보건소	047-670042-97-019
195	36700231	전라남도	보성군보건소	047-670042-97-026
196	36700266	전라남도	나주시보건소	047-670042-97-033
197	36700274	전라남도	여수시보건소	047-670042-97-041
198	36700291	전라남도	함평군보건소	047-670042-97-058
199	36700312	전라남도	광양시보건소	047-670042-97-065
200	36700339	전라남도	장성군보건소	047-670042-97-072
201	36770019	전라남도	구례군보건의료원	047-670042-97-080
202	36770027	전라남도	곡성군보건의료원	047-670042-97-097
203	36770035	전라남도	완도군보건의료원	047-670042-97-108
204	37700014	경상북도	군위군보건소	047-670042-97-115
205	37700022	경상북도	포항남구보건소	047-670042-97-122

연번	보건소기호	시도명	보건소명칭	가상계좌 부여 번호
206	37700049	경상북도	문경시보건소	047-670042-97-130
207	37700057	경상북도	예천군보건소	047-670042-97-147
208	37700073	경상북도	봉화군보건소	047-670042-97-154
209	37700111	경상북도	성주군보건소	047-670042-97-161
210	37700138	경상북도	칠곡군보건소	047-670042-97-179
211	37700146	경상북도	고령군보건소	047-670042-97-186
212	37700154	경상북도	청도군보건소	047-670042-97-193
213	37700162	경상북도	포항북구보건소	047-670042-97-204
214	37700201	경상북도	영덕군보건소	047-670042-97-211
215	37700235	경상북도	의성군보건소	047-670042-97-229
216	37700251	경상북도	영주시보건소	047-670042-97-236
217	37700260	경상북도	김천시보건소	047-670042-97-243
218	37700278	경상북도	구미시보건소	047-670042-97-251
219	37700286	경상북도	안동시보건소	047-670042-97-268
220	37700294	경상북도	영양군보건소	047-670042-97-275
221	37700308	경상북도	경주시보건소	047-670042-97-282
222	37700375	경상북도	영천시보건소	047-670042-97-290
223	37700391	경상북도	상주시보건소	047-670042-97-301
224	37700413	경상북도	경산시보건소	047-670042-97-318
225	37700421	경상북도	구미선산보건소	047-670042-97-325
226	37700430	경상북도	울진군보건소	047-670042-97-332
227	37770012	경상북도	청송군보건의료원	047-670042-97-340
228	37770039	경상북도	울릉군보건의료원	047-670042-97-357
229	38700034	경상남도	진해시보건소	047-670042-97-364
230	38700051	경상남도	경남고성군보건소	047-670042-97-371
231	38700069	경상남도	사천시보건소	047-670042-97-389
232	38700077	경상남도	하동군보건소	047-670042-97-396
233	38700085	경상남도	의령군보건소	047-670042-97-407
234	38700107	경상남도	김해시보건소	047-670042-97-414
235	38700115	경상남도	마산시보건소	047-670042-97-421

연번	보건소기호	시도명	보건소명칭	가상계좌 부여 번호
236	38700131	경상남도	진주시보건소	047-670042-97-439
237	38700140	경상남도	창원시보건소	047-670042-97-446
238	38700182	경상남도	창녕군보건소	047-670042-97-453
239	38700191	경상남도	양산시보건소	047-670042-97-461
240	38700212	경상남도	함양군보건소	047-670042-97-478
241	38700221	경상남도	거창군보건소	047-670042-97-485
242	38700239	경상남도	합천군보건소	047-670042-97-492
243	38700247	경상남도	남해군보건소	047-670042-97-503
244	38700336	경상남도	밀양시보건소	047-670042-97-511
245	38700344	경상남도	거제시보건소	047-670042-97-528
246	38700352	경상남도	통영시보건소	047-670042-97-535
247	38700379	경상남도	함안군보건소	047-670042-97-542
248	38770024	경상남도	산청군보건의료원	047-670042-97-550
249	39700011	제주특별자치도	서귀포동부보건소	047-670042-97-567
250	39700020	제주특별자치도	제주시보건소	047-670042-97-574
251	39700038	제주특별자치도	제주서부보건소	047-670042-97-581
252	39700046	제주특별자치도	서귀포시보건소	047-670042-97-599
253	39700054	제주특별자치도	서귀포서부보건소	047-670042-97-600
254	39700062	제주특별자치도	제주동부보건소	047-670042-97-617

[별첨 1]

치매치료비지원 대상 질병

상병기호	한글명칭	영문명칭
F00	알츠하이머병에서의 치매	Dementia in Alzheimer's disease(G30.-+)
F000	조기발병 알츠하이머병에서의 치매	Dementia in Alzheimer's disease with early onset (G30.0+)
F000	알츠하이머병 2형	Alzheimer's disease, type 2
F000	초로성치매, 알츠하이머병	Presenile dementia, Alzheimer's type
F000	알츠하이머형의 일차성 퇴행성 치매, 초로성 발병	Primary degenerative dementia of the Alzheimer's type, presenile onset
F001	만기발병 알츠하이머병에서의 치매	Dementia in Alzheimer's disease with late onset (G30.1+)
F001	알츠하이머병 1형	Alzheimer's disease, type 1
F001	알츠하이머형의 일차성 퇴행성 치매, 노년발병	Primary degenerative dementia of the Alzheimer's type, senile onset
F001	알츠하이머형의 노년성 치매	Senile dementia, Alzheimer's type
F002	비정형 또는 혼합형의 알츠하이머병에서의 치매	Dementia in Alzheimer's disease, atypical or mixed type (G30.8+)
F002	비정형 치매 알츠하이머병	Atypical dementia, Alzheimer's type(G30.8+)
F009	상세불명의 알츠하이머병에서의 치매	Dementia in Alzhemer's disease, unspecified(G30.9+)
F01	혈관성 치매	Vascular dementia
F01	동맥경화성 치매	Arteriosclerotic dementia
F010	급성 발병의 혈관성 치매	Vascular dementia of acute onset
F011	다발-경색 치매	Multi-infarct dementia
F011	현저한 피질성 치매	Predominantly cortical dementia
F012	피질하 혈관성 치매	Subcortical vascular dementia
F013	혼합형 피질 및 피질하 혈관성 치매	Mixed cortical and subcortical vascular dementia
F018	기타 혈관성 치매	Other vascular dementia
F019	상세불명의 혈관성 치매	Vascular dementia, unspecified
F02	달리 분류된 기타 질환에서의 치매	Dementia in other diseases classified elsewhere

상병기호	한글명칭	영문명칭
F020	피크병에서의 치매	Dementia in Pick's disease (G31.0+)
F021	크로이츠펠트-야콥병에서의 치매	Dementia in Creutzfeldt-Jakob disease (A81.0+)
F022	헌팅톤병에서의 치매	Dementia in Huntington's disease (G10+)
F022	헌팅톤무도병에서의 치매	Dementia in Huntington's chorea
F023	파킨슨병에서의 치매	Dementia in Parkinson's disease (G20+)
F023	떨림마비에서의 치매	Dementia in paralysis agitans
F023	파킨슨증에서의 치매	Dementia in parkinsonism
F024	인체면역결핍바이러스병에서의 치매	Dementia in human immunodeficiency virus [HIV] disease (B22.0+)
F028	달리 분류된 기타 명시된 질환에서의 치매	Dementia in other specified diseases classified elsewhere
F028	뇌지질축적증에서의 치매	Dementia in cerebral lipidosis (E75.-+)
F028	뇌전증에서의 치매	Dementia in epilepsy (G40.-+)
F028	간렌즈핵변성에서의 치매	Dementia in hepatolenticular degeneration (E83.0+)
F028	과칼슘혈증에서의 치매	Dementia in hypercalcemia (E83.5+)
F028	후천성 갑상선기능저하증에서의 치매	Dementia in hypothyroidism, acquired (E01.-+, E03.-+)
F028	중독에서의 치매	Dementia in intoxications (T36-T65+)
F028	루이소체(들)(병)에서의 치매	Dementia in lewy body(ies) (disease)(G31.82†)
F028	다발경화증에서의 치매	Dementia in multiple sclerosis (G35+)
F028	신경매독에서의 치매	Dementia in neurosyphilis (A52.1+)
F028	나이아신결핍[펠라그라]에서의 치매	Dementia in niacin deficiency [Pellagra] (E52+)
F028	결절성 다발동맥염에서의 치매	Dementia in polyarteritis nodosa (M30.0+)
F028	전신홍반루푸스에서의 치매	Dementia in systemic lupus erythematosus (M32.-+)
F028	파동편모충증에서의 치매	Dementia in trypanosomiasis(B56.-+, B57.-+)
F028	비타민 B12결핍에서의 치매	Dementia in vitamin B12 deficiency (E53.8+)
F028	요독증에서의 치매	Dementia in uraemia(N18.5+)
F03	상세불명의 치매	Unspecified dementia
F03	초로성 치매 NOS	Presenile dementia NOS

상병기호	한글명칭	영문명칭
F03	일차성 퇴행성 치매 NOS	Primary degenerative dementia NOS
F03	노년성 치매 NOS	Senile dementia NOS
F03	우울형 또는 편집형 노년치매	Senile dementia, depressed or paranoid type
F03	노년정신병 NOS	Senile dementia psychosis NOS
G30	알츠하이머병	Alzheimer's disease
G30	노년 및 초로성 형태	Senile and presenile forms Alzheimer's disease
G300	조기발병을 수반한 알츠하이머병	Alzheimer's disease with early onset
G301	만기발병을 수반한 알츠하이머병	Alzheimer's disease with late onset
G308	기타 알츠하이머병	Other Alzheimer's disease
G309	상세불명의 알츠하이머병	Alzheimer's disease, unspecified
G31.00	행동변이 전두측두 치매, 전두측두 치매	Behavioral variant frontotemporal dementia
G31.82	루이소체 치매	Dementia with Lewy body
F10.7	알코올에 의한 치매	Alcoholic dementia

Ⅳ

광역치매센터 운영

Ⅳ-1. 광역치매센터 설치 및 운영 가이드라인
Ⅳ-2. 광역치매센터의 추진 사업

MINISTRY OF HEALTH & WELFARE

Ⅳ. 광역치매센터 운영

Ⅳ-1 광역치매센터 설치 및 운영 가이드라인

1 추진배경

- 치매관리법 시행('12.2.5) 및 국가치매관리종합계획 수립·시행('12.7~)에 따라 국가치매관리 정책을 지역실정에 맞게 확대·보급 필요
- 급증이 전망되는 지역내 치매 치료·돌봄기관에 대한 서비스 기술 지원 및 종사인력에 대한 교육·훈련을 수행할 인프라 절실

2 추진 목표

- 광역 시·도별로 역량있는 병원 등에 광역치매센터를 구축하여 지역사회 치매관리 사업의 내실있는 추진을 위한 기반 확보
- 지역사회 내 치매관리 서비스 기획 및 자원조사, 전문인력 육성, 인식개선을 위한 홍보, 연구기능 강화

3 지원 근거

- 치매관리법 제16조의2(광역치매센터의 설치), 제18조(비용의 지원), 제20조(위임과 위탁)

4 추진 경과 및 지원 현황

- 국립대병원에 설치된 노인보건의료센터(강원대, 충남대, 전북대, 경북대)에 권역치매센터 지정('12.4월)
- 광역치매센터 지정 및 설치비 지원
  - 사업대상자 공모, 선정 및 지정 절차를 거쳐 '13년 7월 국립대병원 등 총 11개소('12.4월 지정된 4개 권역치매센터 포함)를 광역치매센터로 지정하고 설치비 지원
  - 보조율 : 국고 70%

[광역치매센터 현황]

시도명	선정기관명	시도명	선정기관명
서울	서울대병원	강원	강원대병원
부산	동아대병원	충북	충북대병원
대구	경북대병원	충남	단국대병원
인천	가천대 길병원	전북	전라북도마음사랑병원
광주	조선대병원	전남	성가롤로병원
대전	충남대병원	경북	동국대경주병원
울산	동강병원	경남	경상대병원
세종	충남대병원	제주	제주대병원
경기	명지병원	총 17개소	

- 광역치매센터 치매관리사업비 지원
  - 내용 : 광역치매센터에 치매관리사업운영을 위한 비용 지원
- '13년 예산(국비) : 6,195백만원
  - 설치비 : 4,655백만원(9.5억원×7개소×국비보조율 70%)
  - 운영비 : 1,540백만원(연간 6억원×11개소×국비보조율 70%×4/12개월)
- '14년 예산(국비) : 4,620백만원
  - 운영비 : 4,620백만원(연간 6억원×11개소×국비보조율 70%)

- ’15년 예산(국비) : 5,978백만원
  - 설치비 : 1,148백만원(820백만원×2개소×국비보조율 70%)
  - 운영비 : 4,830백만원(연간 6억원×11개소×국비보조율 70%+연간 6억원×2개소×국비보조율 70%×3/12개월)
- ’16년 예산(국비) : 7,728백만원
  - 설치비 : 2,268백만원(810백만원×4개소×국비보조율 70%)
  - 운영비 : 5,460백만원(연평균 6억원×13개소×국비보조율 70%)
- ’17년 예산(국비) : 7,238백만원
  - 운영비 : 7,238백만원(연평균 6억원×17개소×국비보조율 70%)

5 기관별 역할

- 보건복지부
  - 국가치매관리사업 총괄 및 전달체계 수립 및 관리·지원
  - ‘광역치매센터 선정위원회’를 통해 광역치매센터 설치 시·도 선정
  - 광역치매센터 예산 지원 및 지도·감독
  - 광역치매센터 사업평가를 통한 사업질관리 및 운영 효율화 도모
- 지방자치단체
  - 치매관리법 제6조 제4항에 따라 매년 보건소·광역치매센터·공립요양병원 등을 포함한 치매관리에 관한 시행계획 수립·시행 및 평가
  - 광역치매센터 설치 및 운영
  - 광역치매센터 행정적·재정적 관리·지원
- 중앙치매센터
  - 치매연구사업에 대한 국내외의 추세 및 수요예측
  - 치매연구사업 계획의 작성
  - 치매연구사업 과제의 공모·심의 및 선정
  - 치매연구사업 결과의 평가 및 활용

- 재가치매환자관리사업에 관련된 교육·훈련 및 지원업무
- 치매관리에 관한 홍보
- 치매와 관련된 정보·통계의 수집·분석 및 제공
- 치매의 예방·진단 및 치료 등에 관한 신기술의 개발 및 보급
- 국가·지역 치매관리사업 간 연계 지원 및 광역치매센터 역량 강화 지원
- 그 박에 치매와 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 업무

● 광역치매센터
- 광역자치단체의 치매관리사업계획 수립 및 시행 지원
- 광역자치단체 치매관리사업 관련 연구 및 조사
- 치매안심센터 및 「노인복지법」 제31조에 따른 노인복지시설 등에 대한 기술 지원
- 치매관련 시설·인프라 등 자원조사 및 연계체계 마련
- 치매 관련 종사인력에 대한 교육·훈련
- 치매환자 및 가족에 대한 치매의 예방·교육 및 홍보
- 치매에 관한 인식 개선 홍보
- 그 밖에 보건복지부 장관이 정하는 국가치매관리사업

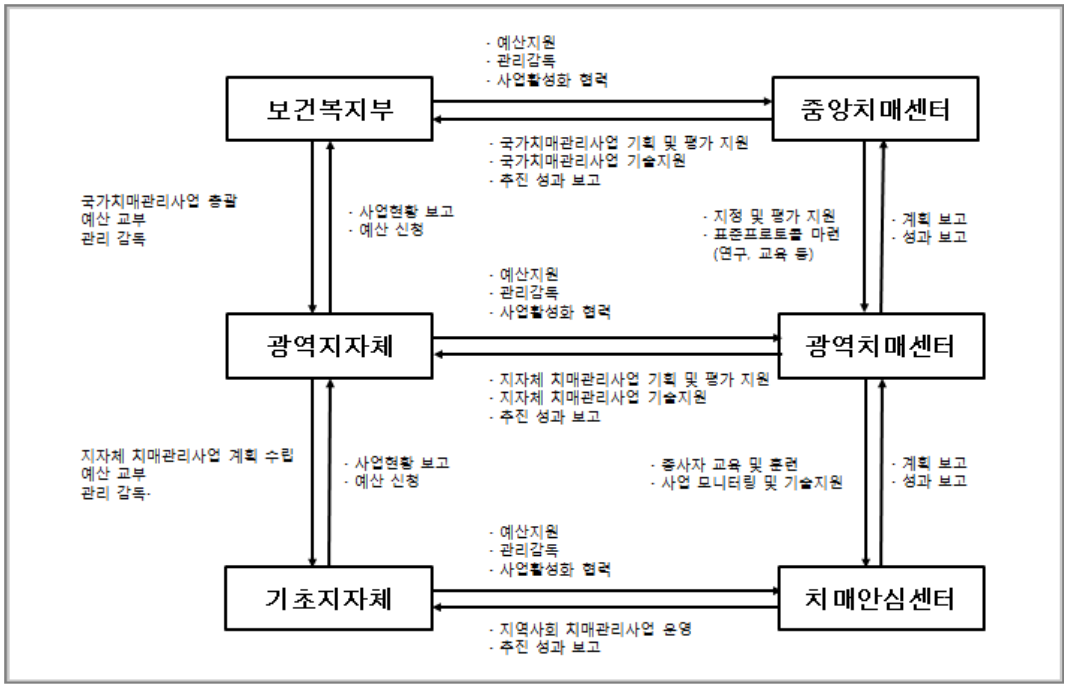
6 광역치매센터 추진체계

● 광역치매센터는 중앙치매센터, 시·도 및 시·군·구 보건소, 지역사회 의료기관과 협력하여 지역의 치매관리사업을 수행

● 중앙치매센터는 국가 치매관리사업의 중추적인 기관으로서 광역치매센터의 사업 수행을 기술적으로 지원

● 광역치매센터는 중앙치매센터와 유기적인 협조체계를 구축하여 치매와 관련한 지역 중심기관으로서의 역할 수행

● 광역치매센터는 광역 및 기초자치단체의 치매관련 대책 수립, 조사 및 교육훈련 등의 지원사업에 적극 참여



7 설치 및 위탁

가. 설치(법 제16조의2, 시행규칙 제7조의2)

- 설치주체 : 시·도지사(보건복지부장관과 협의)
- 설치기준 : 시행규칙 별표 2
  - 시설기준 : 사무실, 회의실, 교육·세미나실 등 마련
  - 직제기준 : 광역치매센터장, 사무국장을 두고, 정책기획, 교육홍보, 기술지원, 자원연계 등을 담당하는 팀을 구성·운영
  - 인력기준 : 광역치매센터장 1인(비상근 가능), 사무국장 1인, 팀원 5인 이상

  ※자세한 사항은 시설기준(p.8), 인력기준(p.12) 참조

나. 위탁(법 제16조의2, 시행규칙 제7조의2)

- 수탁기관 : 의료법 제3조제2항제3호의 병원급 의료기관

- 위탁절차 : 시 · 도지사는 미리 위탁의 기준, 절차 및 방법 등을 90일 이상 공고하고, 위탁 받으려는 자는 설치·운영기준을 갖춰 지자체 조례에 따라 위탁 신청
- 위탁기간 : 3년 이내
- 기타사항 :
  - 광역치매센터를 수탁 운영하는 경우 비영리법인 등 협력기관장 명의의 사업자 등록 및 운영(가능)
  - 설치자와 운영주체는 사업위탁관련 표준계약서(협약서)를 체결하고 각 1부씩 보관하도록 함
  - 사업의 연속성을 고려하여 수탁기관의 변경은 신중하게 추진하고 사업수행 인력은 고용승계 하도록 함

다. 위탁계약의 해지

- 시·도지사는 다음의 경우 광역치매센터의 위탁계약을 해지하고, 기지급한 보조금의 반환을 명할 수 있음
  - 보조금을 지정 외 다른 용도로 사용한 경우
  - 법령규정, 지침, 보조금 교부결정의 내용 또는 법령에 의한 보건복지부장관의 처분을 위반한 경우
  - 허위 신청이나 기타 부정한 방법으로 보조금을 교부받은 경우
  - 기타 사유로 사업기관에 더 이상 예산지원을 할 수 없다고 판단될 경우
  - 그 밖에 조례에서 정하는 경우
- 위탁계약의 해지에 관한 절차 및 방법은 지자체 조례에서 정하는 바에 따름

8 시설 및 조직

가. 시설기준(시행규칙 별표 2)

- 사업수행을 위하여 필요한 사무실, 회의실, 교육·세미나실 등을 마련
  * 위탁운영의 경우 기존 시설 활용 가능

- 위탁운영의 경우 위탁받은 기관 내 설치를 원칙으로 함
  - 다만, 공간 부족 등 부득이한 경우 시·도지사와 협의하여 기관 밖에 설치할 수 있음
    * 공공시설이나 민간건물(임대) 사용 가능
    * 기존 광역정신건강증진센터에 설치하는 경우 독립적 공간을 마련

※ 모 의료기관과 광역치매센터와의 관계

- 광역치매센터는 해당 의료기관과는 독립된 조직으로 분리
- 해당 의료기관은 소속 센터가 설치목적을 달성하고 조직의 안정성을 보장할 수 있는 충분한 공간, 위치, 자원이용에 대한 재량권을 보장하고 지원
- 전체 조직 내에서 광역치매센터가 원활히 업무를 수행할 수 있도록 광역치매센터와 센터장의 위상을 보장
- 해당 의료기관의 장과 광역치매센터 센터장은 본 지침과 사업계획서에 따른 인력계획과 조직정비계획을 수립 추진함으로써 광역치매센터의 목표를 달성하기 위한 기반 마련

나. 조직운영

1) 조직구성

- 정책기획팀, 자원연계팀, 교육홍보팀 등 3개팀(센터 규모 및 사정에 따라 변형 가능)으로 구성하고, 연구개발부는 위탁받은 병원의 조직·인력 활용 가능
  - 정책기획팀 : 지역사회 치매관리 계획 수립, 국가치매관리사업 실행 및 대내외 협력, 운영위원회·지역사회 치매협의체 등 운영
  - 자원연계팀 : 치매안심센터와 요양시설 등에 기술지원 및 평가·관리, 치매관련 인적·물적 자원 조사 및 연계체제 구축
  - 교육홍보팀 : 치매 전문인력 교육, 환자가족 교육 및 대중교육, 홍보자료 제작·발간 등
  - 연구개발부 : 치료·재활, 지역특성화 서비스·케어기법 등 연구개발, 치매예방·비약물요법 등 전국단위 연구과제에 참여, 연구개발부는 정신건강의학과, 신경과 및 재활의학과 전문의를 반드시 포함한 적정인력의 의사, 간호사, 약무직, 보건직, 사무직 확보 필요
- 광역정신건강증진센터에 위탁·운영하는 경우 광역치매센터의 조직 및 사업 운영은 광역정신건강증진센터와 독립적으로 추진

2) 운영위원회

- 운영위원회(광역치매센터 내 설치)
  - (기능) 위원회는 광역치매센터의 사업의 총괄 조정, 사업 계획의 검토, 예·결산, 실적보고 및 사업평가, 조직운영, 그 밖에 센터장이 필요하다고 인정하는 사항에 대해 심의
  - (구성) 시도 담당 공무원, 수탁기관 담당자, 광역치매센터장, 광역치매센터 사무국장 등으로 구성
  - (운영) 분기별 1회 이상 개최. 단 분기별 1회 시행할 경우 해당 지방자치단체와 수시로 업무회의를 진행해야 함
- 광역치매관리운영위원회(광역과 광역 내 치매안심센터 간)
  - **(기능)** 위원회는 지역사회 여건에 맞는 치매안심센터 운영모델별 정착 및 성공적 운영을 위해 광역치매센터와 치매안심센터간 사업 효율화 도모, 실적 보고 및 사업모니터링, 그밖에 센터장이 필요하다고 인정하는 사항에 대해 협의
  - **(구성)** 시·도, 광역치매센터장, 광역내 치매안심센터장(또는 부센터장)으로 구성
    - (위원장) 시·도
    - (위원) 광역치매센터장, 치매안심센터장
  - **(운영)** 반기별 1회 이상 개최(필요시 상시 개최)

3) 시·도 지역사회 치매협의체

- (목적) 지자체 치매 관련 전문가, 유관 기관·단체의 협력 및 지원을 통해, 지역사회의 다양한 자원을 연계하고, 보건과 복지의 통합적 관점에서 치매환자와 가족의 부담 경감에 기여하도록 '시도 지역사회 치매협의체(이하 "시도 치매협의체"라고 함)' 운영
- (근거) 「치매관리법」 시행규칙 제7조의2제1항에 따른 [별표 2]
- (구성방법) 위원장을 포함하여 20인 이내의 위원으로 구성
  - 위원장은 광역치매센터장으로 하고 협의체를 대표하며 운영 총괄. 다만, 시·도와의 협력체계를 강화하기 위하여 시·도 소속 공무원이 공동위원장이 될 수 있음
  - 위원은 다음 각 호에 대하여 위원장이 임명

지역사회 치매협의체 참여기관(예시)

① 시군구 보건소, 「국민건강보험법」 제 13조에 따른 국민건강보험공단 지사, 공립요양병원, 「노인복지법」 제39조의5 제②항에 따른 지역노인보호 전문기관, 장기요양기관(또는 장기요양기관 관련 협회·단체 지회), 치매가족(또는 치매가족 관련 협회·단체 지회)

② 치매 관련 직능단체(대한치매학회, 대한간호사협회, 재가노인복지협회, 요양보호사협회 등) 지회, 노인복지관(또는 한국노인종합복지관 협회 지회장), 대한노인회 시·도 연합회 또는 직할지회, 시·도생활체육회

③ 지방경찰청, 지방소방안전본부, 대한응급구조사협회 지회, 학교, 지역자원봉사센터, 공익재단(「공익법인의 설립·운영에 관한 법률」 제2조에 따른 공익법인) 또는 시민단체(「비영리민간단체지원법」 제2조에 따른 비영리민간 단체) 등 치매 관련 담당자

- (임기) 위원장 및 부위원장의 임기는 해당 직위의 임기와 동일
  - 위원의 임기는 3년으로 하며 연임가능, 단, 위원의 임기는 추천 기관의 해당 직위에 재직하는 기간으로 함
- (기능) 「치매관리법」 제6조에 따른 시도 치매관리시행계획의 수립·시행 및 평가에 관하여 자문 및 지원
  - 민관협력을 통해 '제3차 치매관리종합계획('16~'20)' 상 주요과제의 지역사회 확산 및 정착방안 논의

    ※ 2016년도 주요 논의과제(예시) : ①치매예방수칙 및 운동법 확산, ②지역주민 대상 치매교육·홍보 확대(치매극복선도 중고교 및 대학교 등), ③치매 파트너즈 모집·활용 및 치매안심마을 구축 방안, ④보건소 치매관리사업 운영 내실화, ⑤치매치료를 위한 공립요양병원 역할 강화 방안, ⑥온·오프라인 치매가족 교육 및 상담·자조모임 운영 활성화
  - 지자체 치매관리사업의 성공적 추진에 필요한 지역사회 치매관련 기관·단체의 참여와 협력 유도 및 추진

※ 지방자치단체의 장은 '시도 치매협의체'가 원활하게 운영되어 실제적인 협력이 이루어지도록 독려하고, 협의체의 자문결과를 반영하도록 적극 노력하여야 함

- (운영) 회의는 정기회의(반기별 1회)와 임시회의(필요 시)로 개최
  - 위원장은 회의 개최 7일전까지 각 위원에게 회의 일시, 장소, 안건 등을 통보(단, 긴급한 사유가 있는 경우, 회의일시 등을 회의 전날까지 통보 가능)

    ※ 임시회의는 불가피한 경우 서면회의 가능

- (수당지급) 출석위원 중 공무원이 아닌 자에 대하여는 예산범위 내에서 수당 등 필요한 경비를 지급할 수 있음
- 이 지침 외에 필요한 사항은 위원장이 회의를 통해 별도로 정함

4) 시·군·구 지역사회 치매협의체

- (목적) 지역사회 내 치매자원 발굴 및 서비스 제공기관 간 연계·협력으로 지역 치매자원의 효율적 활용체계를 조성하고, 수요자 중심의 통합적 치매관리서비스 제공기반을 마련하도록 지역사회보장협의체의 실무분과로 '치매노인 및 가족분과' 구성·운영
- (근거) 「사회보장급여의 제공 및 이용에 관한 법률」 제41조
- (구성 및 임기) 보건복지부에서 발간한 「2016 지역사회보장협의체 운영 안내」 참고

[**'치매노인 및 가족' 분과 구성·운영(안)**]

- **목적**
  - 지역사회의 치매 관련 기관·법인·단체·시설 간 연계협력 등을 위해 치매분과 구성·운영
- **구성**
  - 공공부문 위원 : 치매 관련 분야(보건 및 노인복지)의 업무를 담당하는 실무담당 공무원(팀장급)
  - 민간부문 위원 : 치매관리사업을 수행하는 기관·단체 중 지역주민의 욕구를 대변하는 서비스 공급자로 구성하고, 일선에서 복지대상자에게 직접 서비스를 제공하는 실무자 또는 전문가 등으로 구성
  - 위원 임기는 2년으로 하며, 연임 여부는 지역특성, 인적자원의 분포 등을 고려하여 정함
- **회의운영**
  - 실무분과 재적위원 3분의 1이상으로부터 요구가 있을 때 또는 실무분과장의 요구가 있을 때 회의 소집 가능
  - 지자체 상황에 맞추어 연 6회 이상 개최 권장

  ※ 치매노인 및 가족분과의 운영에 관한 세부적인 사항은 시·군·구 조례로 정할 수 있으며, 지역여건에 따라 탄력적으로 운영

- (기능) 「사회보장급여의 제공 및 이용에 관한 법률」 제41조에 따른 업무
  - 「치매관리법」 제6조에 따른 시·군·구 치매관리시행계획의 수립·시행 및 평가에 관하여 자문 및 지원

- 민관협력을 통해 '제3차 치매관리종합계획('16~'20)' 상 주요과제의 지역사회 확산 및 정착방안 논의

※ 2016년도 주요 논의과제(예시) : ①치매예방수칙 및 운동법 확산, ②지역주민 대상 치매교육·홍보 확대(치매극복선도 중고교 및 대학교 등), ③치매 파트너즈 모집·활용 및 치매안심마을 구축 방안, ④보건소 치매관리사업 운영 내실화, ⑤치매노인 실종방지 강화방안, ⑥온·오프라인 치매가족 교육 및 상담·자조모임 운영 활성화

- 시·군·구 단위에서 보건과 복지의 통합적 지원 및 협력강화 방안, 지역 민간자원 연계방안 마련

※ 지역사회보장협의체를 통하여 치매예방·진단·치료, 치매노인 돌봄 및 사회복지서비스, 치매가족지원 등을 통합적으로 제공할 수 있도록, 소관부서 및 분야 간 긴밀하게 협조하여야 함

「사회보장급여의 제공 및 이용에 관한 법률」

제41조(지역사회보장협의체) ① 시장·군수·구청장은 지역의 사회보장을 증진하고, 사회보장과 관련된 서비스를 제공하는 관계 기관·법인·단체·시설과 연계·협력을 강화하기 위하여 해당 시·군·구에 지역사회보장협의체를 둔다.

② 지역사회보장협의체는 다음 각 호의 업무를 심의·자문한다.

1. 시·군·구의 지역사회보장계획 수립·시행 및 평가에 관한 사항
2. 시·군·구의 지역사회보장조사 및 지역사회보장지표에 관한 사항
3. 시·군·구의 사회보장급여 제공에 관한 사항
4. 시·군·구의 사회보장 추진에 관한 사항
5. 읍·면·동 단위 지역사회보장협의체의 구성 및 운영에 관한 사항
6. 그 밖에 위원장이 필요하다고 인정하는 사항

③ 지역사회보장협의체의 위원은 다음 각 호의 사람 중 시장·군수·구청장이 임명 또는 위촉한다. 다만, 제40조제4항에 해당되는 사람은 위원이 될 수 없다.

1. 사회보장에 관한 학식과 경험이 풍부한 사람
2. 지역의 사회보장 활동을 수행하거나 서비스를 제공하는 기관·법인·단체·시설의 대표자
3. 「비영리민간단체지원법」 제2조의 비영리민간단체에서 추천한 사람
4. 제44조에 따른 복지위원의 대표자
5. 사회보장에 관한 업무를 담당하는 공무원

④ 지역사회보장협의체의 업무를 효율적으로 수행하기 위하여 지역사회보장협의체에 실무협의체를 둔다.

⑤ 보장기관의 장은 지역사회보장협의체의 효율적 운영을 위하여 필요한 인력 및 운영비 등 재정을 지원할 수 있다.

⑥ 제1항부터 제5항까지에 규정된 사항 외에 지역사회보장협의체, 실무협의체 및 읍·면·동 단위 지역사회보장 협의체의 조직·운영에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 해당 시·군·구의 조례로 정한다.

9 인력 및 근로기준

가. 배치 및 자격기준

1) 배치기준(시행규칙 별표 2)

- 광역치매센터장 : 1명을 둠. 위탁 운영시에는 위탁받은 기관의 지위와 겸직 가능. (이 경우, 주 2일 16시간 이상 근무). 하기 자격기준을 충족하는 자 중에서 시·도지사가 임명
- 사무국장 : 상근으로 1명을 둠.
- 팀원 : 5인 이상을 둠. 다만 광역자치단체별 치매관련 현황(치매환자 수, 치매지원센터 수, 치매관련 시설 수 등)을 고려하여 조정 가능

[광역지자체 별 인력규모*(권장사항)]

치매환자 수**	인력 규모	해당 지자체
5만 이상	8~9명	• 2개소 - 경기(8.6만), 서울(6.4만)
1만 이상 ~ 5만 미만	6~8명	• 12개소 - 경남(4.2만), 경북(4.0만), 전남(3.9만), 부산(3.7만), 전북(3.4만), 충남(2.8만), 대구(2.4만), 인천(2.0만), 충북(1.8만), 강원(1.6만), 광주(1.6만), 대전(1.2만)
1만 미만	5명	• 3개소 - 울산(0.8만), 제주(0.7만), 세종(0.2만)

* 센터장 및 연구개발부를 제외한 직원(사무국장, 팀원) 수
** 시도별 2015년 치매실진료인원(건보공단, 2016년)

2) 자격기준(시행규칙 별표 2)

- 광역치매센터장 : 다음의 어느 하나에 해당하는 사람 중, 노인 관련 보건복지분야에서 7년 이상의 경력이 있는 사람
  - 「의료법」에 따른 의료인
  - 「사회복지사업법」에 따른 사회복지사

- 「정신보건법」에 따른 정신보건전문요원
- 5급 이상 공무원으로서 국가 또는 지방자치단체에서 보건복지사업에 관한 행정 업무에 5년 이상 종사한 경력이 있는 사람

- 사무국장 : 치매관리법 제16조의2의제1항에 따른 업무수행에 필요한 분야의 학사 학위 이상 소지자 중 노인 관련보건복지분야에서 3년 이상 경력자
- 팀원1급 : 보건의료·복지·행정 분야 학사 또는 전문학사 학위 소지자로 해당분야 2년 이상 경력자

  * 단, 채용 공고 및 재공고 후에도 지원자 중 상기 자격을 갖춘 자가 없을 경우, 시·도와 협의 후 자격기준을 완화하여 공개채용 가능(이 경우 팀원 2급에 해당)

- 팀원2급 : 팀원1급의 자격요건을 충족하지 못한 자(기존의 미자격 팀원으로 채용된 자)

나. 지위와 역할

1) 광역치매센터장의 지위와 역할

- 센터장은 수탁기관을 대표하여 센터 운영 및 관리에 대한 전반적 책임업무를 수행
- 센터장은 광역치매센터의 설치목적을 달성하기 위해 치매관리사업 이 충실히 수행되도록 업무를 총괄하고 소속직원을 지휘·감독
- 센터장은 광역치매센터를 대외적으로 대표하며 효과를 극대화시키기 위해 소속병원, 소속대학(해당할 경우), 중앙치매센터와의 긴밀한 협조 및 네트워크 구축

2) 사무국장의 지위와 역할

- 사무국장은 광역치매센터의 업무를 실무적으로 총괄하고, 실무 대표로서의 대외적 기능 수행
- 사무국장은 팀간 업무 및 역할을 조정하고, 사업계획을 수립하고 사업 추진을 관리하며 행정 및 회계 업무를 지도

3) 팀원 역할

- 치매관리 사업 실무를 수행하고 행정기본 업무를 처리

다. 근무기준

- 광역치매센터장은 수탁기관의 여건에 따라 비상근 근무가 가능하며, 이 경우 주 2일(16시간) 이상 근무
  - 부득이한 사유가 있을 시 시·도지사의 결재를 득하여 통상적 근무시간(예 : 9시~18시)을 크게 벗어나지 않는 범위 내*에서 유연근무 가능

  * 예 : ① 월~목 09:00~13:00 근무, ② 월, 수 10:00~19:00 근무

- 광역치매센터 직원의 근로시간, 휴가 등 근로조건에 관한 사항은 근로기준법에서 정하는 바에 따르며, 동 법에 규정되지 않은 사항은 광역치매센터 자체 복무규정(있을 경우) 또는 위탁받은 기관의 복무규정에 따름
- 사업수행인력(상근인력)은 종사기간 중 광역치매센터 외의 타 기관에 종사(자격증 대여 포함)할 수 없음. 또한 외부기관 교육(주간대학원, 전문교육수련, 정기적인 외부강의 등)을 위해 근무시간 중 근무지를 이탈할 수 없음
- 근로기준법(제74조)에 따른 유급출산휴가 및 남녀고용평등법(제19조)에 따른 육아휴직을 보장하도록 하며, 육아휴직 대체인력에 대해 예산의 범위 내에서 인건비 지원이 가능함

  * 센터장은 휴가를 허가함에 있어 법정휴가일수를 보장하도록 하나, 휴가로 인하여 업무공백이 발생하지 않도록 조정할 수 있으며 업무 대행자를 지정(추가)하고 인수인계 등 필요한 조치를 취해야 함

라. 인건비 편성 및 지급 기준

1) 인건비 편성기준

- <u>인건비는 하기의 기준에 의거 지급하되, 전체 예산의 60% 범위 내에서 지급 가능</u>

  * 전체 예산(보조금 총액) 중 국비와 매칭된 지자체 예산 이외에 지자체에서 예산을 추가 지원 시 동 편성기준의 범위를 초과할 수 있음

2) 인건비 지급기준

- 광역치매센터장
  - 상근센터장 : 타 의료기관에 근무하지 않으며 광역치매센터장으로만 상근하는 경우, 매월 1,093,000원의 5배 범위 안에서 월지급액을 정하여 연봉계약이 가능함(단, 종사자 수당 지급기준 중 상여수당을 제외한 수당지급 및 4대보험 적용이 가능하며, 월지급액은 계약연봉의 1/12로 산정)

※ 정신건강증진센터장과 겸직 시 중복하여 월급을 지급할 수 없으며, 월급은 광역치매센터나 정신건강증진센터 중 선택하여 지급해야 함

- 비상근센터장 : 주 2일(16시간) 근무하는 비상근 센터장의 경우 매월 2,116,000원 범위 내에서, 주 3일(24시간) 근무하는 비상근 센터장의 경우 매월 3,139,000원 범위 내에서 수당으로 지급할 수 있음(퇴직금 없음)

※ 정신건강증진센터장과 겸직하더라도 중복하여 수당을 지급할 수 없으며 해당 근무일에 대한 수당은 광역치매센터나 정신건강증진센터 중 선택하여 지급해야 함

● 종사자 인건비 세부지급기준

- 상근·비상근 인력 모두 기본급은 2018년 광역치매센터 종사자 인건비 가이드라인 〈기본급, 표 1〉을 따르되, 수당은 〈표 2〉에 의거, 상근인력에게만 지급함
- 산후대체인력 : 기본급은 2018년 광역치매센터 종사자 인건비 가이드라인 〈기본급, 표 1〉에서 제시된 해당 자격에 기준하여 호봉을 산정하여 적용하고, 수당은 〈표 2〉를 기준으로 지급할 수 있음 단, 육아휴직 당사자의 인건비 범위를 초과할 수 없음

● 근무연수(호봉) 산정

- 광역치매센터의 근무년수에 따라 매년 1호봉씩 증가
- 치매관련기관의 근무경력 인정범위
  - 10할 인정 : 중앙치매센터, 타 광역치매센터 및 치매관리법 제17조에 의한 치매상담 (지원)센터, 군복무경력(무관후보생경력 제외)
  - 8할 인정 : 정신건강증진센터, 치매 관련 보건·의료기관* 및 요양·복지시설 근무경력, 노인정신보건관련기관(운영위원회에서 심의)

    * 병원 내 사회사업팀 등에서 치매관련 업무를 담당한 경우 포함
  - 6할 인정 : 치매와 직접 관련이 없는 기관(보건소, 타 사회복지시설, 병·의원) 근무경력

* 본 근무경력 인정범위는 국비집행 기준을 안내하는 공통규정으로서, 지자체는 예산사정 등에 따라 근무경력 인정범위에 있어 별도 규정을 둘 수 있음. 본 근무경력 인정범위보다 지자체의 인정범위가 넓을 경우 후자의 기준을 우선 적용함

  - 팀원2급의 경우, 광역치매센터 근무로 자격요건에 필요한 경력을 충족할 경우 자격자로 재임용 가능, 호봉 책정시 근무경력의 100%인정
- 정기 호봉승급일은 매월 1일에 하며, 입사 전과 입사 후의 근무경력을 합해 일정 호봉기준을 넘어설 경우 호봉이 승급됨

[표 1]

2018년 광역치매센터 종사자 기본급 지급기준

(단위 : 천원/월)

직위 (호봉)	사업수행인력		
	사무국장	팀원1급	팀원2급
1호봉	1,933	1,766	1,705
2호봉	2,024	1,828	1,771
3호봉	2,120	1,914	1,820
4호봉	2,218	2,004	1,850
5호봉	2,320	2,098	1,941
6호봉	2,425	2,196	2,032
7호봉	2,532	2,296	2,127
8호봉	2,640	2,398	2,220
9호봉	2,750	2,496	2,308
10호봉	2,856	2,590	2,396
11호봉	2,959	2,683	2,480
12호봉	3,042	2,757	2,549
13호봉	3,119	2,828	2,615
14호봉	3,192	2,895	2,678
15호봉	3,263	2,960	2,737
16호봉	3,329	3,020	2,795
17호봉	3,393	3,080	2,850
18호봉	3,453	3,135	2,903
19호봉	3,508	3,188	2,954
20호봉 이상	3,562	3,238	3,001

※경력 20년 초과 시 20호봉으로 책정

[표 2]

2018년 광역치매센터 종사자 수당 지급기준

(단위 : 천원/월)

수당의 종류	지급대상	지급액	지급회수 및 지급일
(1) 상여금 명절휴가비	전 종사자	봉급액의 120%	봉급액의 60%씩 연 2회, 설과 추석이 속한 달의 보수지급일(또는 설과 추석 전 15일이내에 센터장이 정한 날)
(2) 가족수당	전 종사자	배우자 40 기타 부양가족 20	세부기준은 아래 설명 참조
(3) 특수근무수당	팀원 사무국장	정액 50 정액 70	
(4) 시간외근무수당	연장근로를 한 종사자	시간당 통상임금* ×1.5	연장 근로 다음달 보수 지급일 (단, 12월은 당월에 지급)
(5) 휴일근무수당	휴일근로를 한 종사자	1일당 통상임금** ×1.5	휴일 근로 다음달 보수 지급일 (단, 12월은 당월에 지급)

* 시간당 통상임금 : (기본급 + 고정적·일률적으로 지급하는 수당) X 1/209
** 1일당 통상임금 : (기본급 + 고정적·일률적으로 지급하는 수당) X 1/26

※ 표 2에 따른 수당은 예산 범위 내에서 계상할 수 있음
※ 단, 시간외 근무 및 휴일 근무 시 센터장의 사전 승인 필요
※ 가족수당 지급 기준
1. 센터 사업수행인력(팀원·사무국장)으로서 부양가족이 있는 사람에게 가족수당을 지급하되, 부양가족 수는 4명 이내로 함
2. 부양가족이란 센터 사업수행인력(팀원·사무국장)과 주민등록표상 세대를 같이하는 사람으로서 부양가족의 범위는 '공무원 수당 등에 관한 규정' 참조

10 보고 및 평가

가. 사업계획 보고 및 변경

- 사업계획은 매년 1.31일까지 시·도를 거쳐서 보건복지부에 제출
  ※ 작성양식 : [붙임 1] 사업계획서
- 보건복지부는 사업의 타당성 및 효율성을 확보하기 위하여 광역치매센터의 사업계획서를 검토하고 그 결과를 각 광역치매센터에 통지
- 사업계획은 변경하지 않는 것을 원칙으로 하되 불가피한 경우 사업계획 변경승인 요청서를 작성하여, 시·도를 통해 보건복지부에 제출하여 승인을 받아야 함
  ※ 사업계획 변경은 당해연도 11월말까지 신청
- 사업계획 변경 승인을 받아야 하는 경우
  - 사업목표, 사업일정 등 주요사업내용의 변경
  - 인력확보 계획 및 건물 설계 변경
  - 사업비 변경
    - 주요사업계획의 변경으로 인한 사업비 변경
    - 추가 장비의 도입 및 집행잔액의 사용

나. 사업실적 보고

- 실적 보고 : 광역치매센터는 사업실적 추진현황을 반기별(상, 하반기)로 시·도에 보고하고 시·도는 이를 검토하여, 보건복지부에 제출(각각 7.30, 1.30까지)
  ※ 작성양식 : [붙임 3] 상반기실적보고서, [붙임 4] (하반기)종합실적보고서
- 수시 보고 : 시설의 완공, 고가장비의 도입, 사업비 정산 등 보건복지부 장관이 필요하다고 인정한 경우 사업실적의 보고를 요청할 수 있음
  - 지방자치단체장은 광역치매센터에 사업실적보고서 제출을 요청하고 지도·감독, 광역치매센터에서 제출한 사업실적보고서를 면밀히 검토하여 보건복지부장관에게 제출
- 보건복지부는 광역치매센터의 실적보고서를 중앙치매센터에서 검토, 분석하게 하여 정책에 활용할 수 있도록 함

다. 평가

- 평가대상 : 설치 후 1년 이상 경과한 광역치매센터
- 평가주기 : 매년
  - 보건복지부 요청에 따라 비정기적 수시평가 가능
- 평가 내용
  - 전년도 사업실적에 대하여 성과지표에 따라 평가하며, 구체적인 평가항목, 배점 등을 포함한 평가계획은 별도 문서로 통보
- 평가수행
  - 중앙치매센터장은 성과평가 계획(안)을 수립하고 보건복지부장관이 최종 확정
  - 보건복지부장관은 평가위원회를 구성하여 평가
  - 중앙치매센터장은 평가수행을 기술적으로 지원
- 평가방법 : 보건복지부에서 별도 통보한 「광역치매센터 평가 매뉴얼」에 따라, 광역치매센터는 평가자료를 시·도를 거쳐 보건복지부로 제출하고, 보건복지부는 평가자료를 제출받은 날로부터 1개월 이내에 평가 완료
  - 서류평가 원칙, 필요시 구두발표 평가 및 현지방문 평가 실시
- 평가 결과 활용
  - 평가 결과에 따른 우수기관 공표 등 인센티브 제공 가능
  - 평가 결과를 위탁사업자 선정 평가에 반영 가능

11 사업비 지원 및 집행

가. 광역치매센터 운영 및 사업비 지원

- 시도별 인구, 면적, 치매환자 수 등을 고려하여 광역치매센터 운영 및 사업비 차등 지원('16~)
  - '18년부터 각 광역치매센터 업무량(관할 치매안심센터 수 등 고려)을 반영하여 사업비 조정 예정

- 지원 절차
  - 광역치매센터는 시·도를 통해 지역 치매관리사업계획서 제출
  - 보건복지부장관은 광역치매센터가 예산지원의 목적을 달성할 수 있도록 사업계획서 작성에 대한 지도·지원 수행
  - 보건복지부장관은 광역치매센터 운영 및 사업비 지원 계획 수립하여 시·도 및 광역치매센터에 통보
  - 광역치매센터는 해당 시·도를 거쳐 국고보조금 교부를 신청
- 지원 범위 및 조건
  - 광역치매센터 운영 및 사업비 지원은 지역단위 치매관리사업 활성화를 위해 지방자치단체경상보조로 추진
  - 선정된 광역치매센터의 관할 지방자치단체는 지방비를 해당연도에 반드시 확보·지원해야 함
  - 광역치매센터 운영 및 사업비는 치매 예방, 치매 검진사업 활성화, 교육·홍보, 지역 치매환자 지원사업, 치매환자 조사사업, 치매환자 돌봄 시설 지원사업 등 국가치매관리사업 수행 및 지원에 필요한 비용 등으로 한정하여 사용
  - 광역치매센터 운영 및 사업비를 지원 받은 광역치매센터는 국가치매관리사업을 적극 추진하여야 하며, 사업 실적보고서 제출 및 평가 수행 등에 적극 협조

나. 치매관리사업 예산의 편성·집행 기준

- 예산의 편성
  - 광역치매센터 예산(국비 및 지자체 보조금 총액)은 인건비, 사업비, 운영비, 업무추진비, 시설비 등으로 편성
    - <u>인건비는 총 광역치매센터 예산의 60% 이하로 편성</u>
    - 운영비, 업무추진비, 시설비 등 운영경비는 합계가 총 예산의 15% 이하로 편성
    - 사업비는 주요사업별로 편성

[참고]

법인회계 세출예산과목구분

과목						내역
관		항		목		
01	사무비	11	인건비	111	급여	법인 임·직원에 대한 기본 봉급(기말·정근수당 포함)
				112	제수당	법인 임·직원에 대한 상여금 및 제수당(직종·직급별로 일정액을 지급하는 수당과 시간외근무수당·야간근무수당·휴일근무수당 등) 및 기타 수당
				113	일용잡급	일급 또는 단기간 채용하는 임시직에 대한 급여
				115	퇴직금 및 퇴직적립금	법인 임·직원퇴직급여제도에 따른 퇴직급여 및 퇴직적립금(충당금)
				116	사회보험 부담금	법인 임·직원의 사회보험(국민연금, 국민건강보험, 고용보험, 산업재해보상보험 등)부담금
				117	기타후생경비	법인 임·직원의 건강진단비·기타 복리후생에 소요되는 비용
		12	업무추진비	123	회의비	법인의 이사회·후원회 등 각종 회의의 다과비등에 소요되는 제경비
		13	운영비	131	여비	법인 임·직원의 국내·외 출장여비
				132	수용비 및 수수료	사무용품비·인쇄비·집기구입비(물건의 성질상 장기간 사용 또는 고정자산으로 취급되는 집기류는 212목에 계상)·도서구입비·공고료·수수료·등기료·운송비·통행료 및 주차료·소규모수선비·포장비등
				133	공공요금	우편료·전신전화료·전기료·상하수도료·가스료 및 오물수거료
				134	제세공과금	법령에 의하여 지급하는 제세(법인세·자동차세등), 협회가입비, 화재·자동차보험료, 기타 보험료
				135	차량비	차량유류대·차량정비유지비·차량소모품비
				136	연료비	보일러 및 난방시설연료비
				137	기타운영비	그 밖에 운영경비로 위에 분류되지 아니한 경비
02	재산조성비	21	시설비	212	자산취득비	법인운영에 필요한 비품구입비, 토지·건물·기타 자산의 취득비
				213	시설장비유지비	건물 및 건축설비(구축물·기계장치)·공구·기구·비품 수선비(소규모수선비는 132목에 계상) 기타 시설물의 유지관리비
03	사업비	31	일반사업비	311 · · ·	○○사업비 · · ·	광역치매센터가 시행하는 사업비

- 예산의 집행 및 회계관리
  - 예산의 집행책임
    - 수탁기관장에게 예산집행책임이 있고, 시·도지사가 지도·감독
  - 치매관리사업만을 위한 별도 통장을 광역치매센터장 또는 수탁기관장 명의로 개설하여 집행
  - 수탁기관 예산 배정·집행 등
    - 수탁기관은 매분기 시작 15일 이전에 다음 분기의 예산사용계획서를 해당 시·도에 제출하며, 시·도에서는 이 계획서를 검토하여 필요한 비용을 개설된 통장으로 매분기 시작 이전 일괄 지급하며, 분기별 사업 잔액은 다음 분기로 이월하여 집행함
    - 인터넷뱅킹이나 홈뱅킹을 통해서 집행 가능(예산에서 수수료 집행 가능)
    - 광역치매센터가 보건복지부 및 지방자치단체 지원 예산 외의 예산(사회복지공동모금회, 외부 연구비, 수탁기관의 지원금, 후원금 등)으로 추가사업을 수행하는 경우 시·도지사에게 보고하여야 함
    - 보건복지부 및 지방자치단체 지원 예산 외의 사업예산은 보건복지부 및 지방자치단체 지원 예산과 분리하여 결산하고, 이중 당해연도 집행잔액은 차기 년도 이월 사용 가능
    - 회계관리업무는 보건복지부 사회복지시설정보시스템(http://www.w4c.go.kr)과 e나라도움시스템 사용을 권장함
      - 장비의 유지관리, 전산운영 등 외부 위탁에 따른 제비용은 운영비에서 사용 가능
      - 기타 예산집행에 관련한 사항은 「보조금 관리에 관한 법률」, 「노인복지 민간단체 지원사업 집행지침」, 「지방자치단체를 당사자로 하는 계약에 관한 법률」 등을 우선 적용하고, 상기 법령 및 지침에 규정이 없는 사항은 시·도와 협의하여 집행
  - 회계구분
    - 회계연도는 정부의 회계연도(1.1~12.31)에 의함
    - 기관의 수입 및 지출의 발생, 자산 및 부채의 증감에 관하여서는 그 원인이 되는 사실이 발생한 날을 기준으로 하여 연도소속을 구분

※단, 그 사실이 발생한 날을 정할 수 없는 경우에는 그 사실을 확인 한 날을 기준으로 연도 소속 구분

(예) 전년도 10월에 추경예산으로 확정된 국고보조금이 다음해 2월에 입금되었을 경우 전년도 회계로 구분

- 회계 기록의 작성 및 보관
  - 예산 계획서 및 정산서 : 3년간 보관
  - 회계장부 : 3년간 보관
  - 재무회계관련 공문 : 3년간 보관

● 예산 전용 기준

- 항간 전용은 시·도의 사전 승인을 받아 실시

* 단, 인건비(60%), 운영경비(15%) 한도 이상 전용 불가

- 동일 항내 목간 전용 : 센터장이 전용가능. 100만원 초과 시 과목 전용조서 작성 및 시·도에 보고

● 정산보고

- 광역치매센터장은 예산 집행 실적을 관계증빙서류와 함께 다음해 1월 30일까지 시·도에 제출
- 시·도지사는 사업실적 및 적정성 여부를 검토하여 정산하고, 사업비의 집행잔액 및 이자발생액을 구분하여 매년 별도 통보하는 서식에 의거 보건복지부장관에게 보고

● 검사

- 보건복지부장관 및 지방자치단체장은 보조금 관리에 관한 법률 제36조의 규정에 따라 소속공무원으로 하여금 회계장부·서류 등을 검사하게 할 수 있음

[참고]

주요 운영경비 예산편성 및 집행기준

항 목		기 준	사용한도액	비고
강사료	특별강사	- 전·현직 장·차관(급) - 전·현직 대학총장(급) - 전·현직 국회의원, 대기업 총수(회장) - 기타 이에 준하는 사회저명인사	- 1시간 250,000원 - 초과 매시간당 150,000원	
	1급강사	- 대학 조교수 이상, 전문대학 부교수 이상 - 기업·기관 등의 책임급 연구원, 중역 - 판·검사, 변호사 등 전문자격증 소지자 - 3급 이상 공무원 및 박사학위를 소지한 4·5급 이상 공무원 - 기타 단체의 장이 인정하는 자(시도 사전협의)	- 1시간 180,000원 - 초과 매시간당 100,000원	
	2급강사	- 대학 전임강사 및 전문대학 조교수 - 4·5급 공무원 - 특별강사, 일반1 및 일반3을 제외한 강사	- 1시간 100,000원 - 초과 매시간당 70,000원	
	3급강사	- 전임이외의 외래시간강사 - 외국어·전산 등 학원강사 - 기타 단체의 장이 인정하는 자(시도 사전협의)	- 1시간 70,000원 - 초과 매시간당 40,000원	
	보조강사	- 각종 실기실습 보조요원	- 1시간 50,000원 - 초과 매시간당 30,000원	
	다수인 출강	- 2시간 미만	- 5인이하 27.5만원 - 6~10인 40만원 - 11이상 55만원	전통음악 및 무용 등 다수인의 참여
		- 2시간 이상	- 5인이하 35만원 - 6~10인 50만원 - 11이상 70만원	
회의참석비		- 2시간 이내 - 2시간 초과시(1일 1회에 한함)	- 100,000원 - 150,000원	세미나, 포럼등 참석비도 포함
단순인건비		1인 / 1일	- 40,000원	
원고료		A4용지 1매 기준 - 80columns × 20 lines - 글씨 크기 13포인트 - 문단간격 160%, 상하여백 15, 좌우여백 25 또는 300단어	- 15,000원	
교통비		- 시내여비(4시간 미만 소요시 50%) - 시외여비 · 교통비 · 식 비(1인 1식) · 숙박비(1인 1실)	- 20,000원 - 실비 - 7,000원 - 40,000원 한도 내 실비	

* 여비의 경우 기타 상기내용의 정해지지 않은 내용은 공무원여비규정에 준함

Ⅳ-2 광역치매센터의 추진 사업

1 광역치매센터의 역할

가. 기본적으로 지역 내 치매관리 사업 추진에 있어서 조력자 및 실행자 역할을 수행

1) 치매관리 사업 기획

- 「치매관리법」에 따라 광역 지자체별 특성에 맞는 연도별 치매관리사업 시행계획 수립 및 시행 지원
- 광역치매센터 운영위원회, 지역사회 치매협의체 구성 및 운영
- 국가치매관리사업의 이행 및 협조

2) 교육 사업

- 지역 내 치매 치료·보호 서비스를 제공하는 전문 인력 교육·훈련
  - 의사, 간호사, 시설종사자 등 직역별 치매 분야 종사 인력의 전문성 함양을 위한 이론·실기 교육 실시
  - 치매통합관리사업을 위한 워크숍, 집합교육의 지역별 실시
    * 교육 내용 중 협력기관에서의 실습, 실기 등 현장 실무 교육 포함
  - 치매 전문가 및 케어 코디네이터 양성

3) 치매안심센터 및 요양시설 등 기술지원

- 보건소(치매안심센터)의 사업지침서 제작 및 담당자 교육
- 치매 특화 병동·재가서비스 운영 방안, 전문시설 모델 개발 등 현장 중심의 서비스 콘텐츠 개발·지원
- 요양시설 등 평가도구 및 인센티브 제공방안 마련, 평가 실시

4) 자원조사 및 연계체계 마련

- 치매 환자가 이용 가능한 시설·인프라 등 조사 및 지역 자원 현황에 대한 DB구축, 안내서 발간통계관리
- 치매관련 센터·요양시설 등 적정 역할 수립 및 자원 간 연계 시스템 구축

5) 치매 연구

- 지역 정서 및 자원수준 등 지역 여건에 맞는 치매예방·인지재활 등 프로그램 개발 및 매뉴얼 보급
- 지역 치매환자 현황 및 보건의료 이용 등에 관한 분석·조사연구, 전국 단위 연구과제의 광역별 참여, 학술연구 지원*

  *'국가 치매연구 로드맵'에 따른 권역 내 치매 유병률 및 실태조사 실시, 치매 관련 전향적 코호트 연구 강화(대표성 있는 코호트 확보 및 코호트 DB구축, 관리·운영)

6) 치매 인식 개선 홍보사업

- 치매에 대한 부정적 인식 개선 캠페인, 치매극복의 날 행사
- 국가 및 지자체 치매관리사업 홍보 및 각종 안내 자료 제작·배포

나. 중앙치매센터와 연계한 광역치매센터 역량강화 전략 추진

- 중앙치매센터의 치매관리사업의 기획 및 평가, 운영 경험과 노하우 교류를 통한 광역치매센터 치매관리사업의 활성화를 기대
- 중앙치매센터 및 타 광역치매센터와 다기관 임상연구 또는 공동연구 수행 등을 통한 치매관련 연구의 극대화를 기대

  * 국가치매관리 워크숍 참여(연 1회)

  * 중앙치매관리운영위원회 참여

[중앙치매관리운영위원회]

- 구성
  - 위원장 : 중앙치매센터장이 겸직
  - 위원 : 중앙치매센터장 및 부센터장, 광역치매센터장
- 기능
  - 국가치매관리종합계획 및 중앙치매센터가 추진하는 국가치매관리사업의 성공적 추진 전략 수립
  - 광역치매센터가 추진하는 광역치매관리 실행계획의 성공적 추진을 위한 전략, 정보 및 성과 교류
  - 중앙치매센터, 광역치매센터 및 지역치매자원 간 국가치매관리체계의 성공적 구축 및 운영을 위한 전략 수립
  - 기타 국가 및 광역치매관리사업 관련 사안 토의
- 운영
  - 정기회의 : 반기 당 1회
  - 비정기회의 : 필요 시 위원장이 소집 가능

2 치매관리사업 기획

가. 목적

- 국가치매관리종합계획이 지역사회에서 성공적으로 구현될 수 있는 지역 특성에 적합한 치매관리 실행계획 수립
- 보건복지부-중앙치매센터와 지역사회의 치매서비스 전달체계를 연결하는 광역단위 인프라 구축

나. 주요 과업

- 광역단위 치매관리사업 기획
- 치매관리법 / 국가치매관리종합계획에 의거한 광역 치매관리 실행계획 기획

다. 사업 지침

- 국가치매관리종합계획의 광역단위 구체적 실현방안 강구
- 각 지자체 및 서비스 전달체계가 치매관리법 및 국가치매관리종합계획에 대한 올바른 이해를 가지고 사업을 수행할 수 있는 광역단위 기술지원 및 자문, 평가 방안
- 대국민 치매인식개선 홍보활동에 있어 국가치매관리종합계획에 명시된 목적달성을 위한 전략 및 자원연계, 홍보체계 확립 방안
- 표준화된 치매전문인력교육과정을 이용한 광역단위 치매전문인력교육과정 운영 계획
- 광역치매관리 워크숍 개최를 통한 지역사회 치매센터의 역량 강화 전략
- 광역단위 지역사회 내 통합서비스 망 구축을 위한 민관협력 / 지역사회 네트워크 강화 방안
- 전국단위 연구사업의 적극 참여 및 지역특성화 서비스 개발 연구 계획 수립

3 교육사업

가. 목적

- 권역 내 직역별 치매 분야 종사인력의 전문성 함양 및 효율적 치매통합관리사업 수행을 위한 교육과 정보교환의 장 제공

나. 주요 과업

- 해당 광역 내 치매관리 전문 직역별 교육
  - 의사, 간호사, 시설종사자 등 치매 관련 종사 직역별 교육 수요 파악 및 교육 계획 수립 및 실시
- 효율적 치매통합관리사업 수행을 위한 광역단위 워크숍의 계획 및 실시

다. 사업 지침

- 이론과 현장실천 전문지식에 대한 요구가 동시 충족되는 교육 콘텐츠 구성
  - 광역지자체 내의 협력기관을 적극 활용하여 이론과 실기 두 분야의 전문지식 요구가 동시 충족될 수 있는 교육 프로그램을 기획 및 실시
- 표준화된 치매교육과정 운영
  - 보건복지부 및 중앙치매센터가 개발 배포하는 표준화된 교육 콘텐츠와 커리큘럼 이용 지역치매관리를 위해 필요한 특성화 교육 콘텐츠 및 커리큘럼 병행

라. 과업 지시

- 치매전문교육 광역단위 홍보
  - 보건복지부에서 실시하는 '치매전문교육'의 실시계획 및 세부내용을 각 광역단체에 홍보하고 적극적 참여를 도모하여 치매관련 종사인력 전문성과 서비스의 질을 향상
  - 각 광역치매센터는 보건복지부와 중앙치매센터에서 수립하는 치매전문교육 일정과 커리큘럼을 해당 지자체의 치매서비스 전달체계와 공유하고, 참가 방법 등을 안내
- 광역 지자체 내 치매인력 집체교육 계획 및 실시
  - 각 광역치매센터는 연1회 해당 센터의 직원 및 지역사회의 치매관련 인력을 대상으로 한 치매인력 집체교육안을 수립 및 중앙치매센터에 보고 및 실시
  - 광역별 교육실시계획은 중앙치매관리운영위원회 토의를 거쳐 확정하며, 우수 교육 커리큘럼 및 실시현황 등을 당해연도 평가에 반영

    ※ 요양보호사 및 프로그램 관리자 교육
  - 보건복지부 별도 지침에 따라 계획 수립 및 시행

    ※ 시·도에서는 치매관련 인력의 적극적인 교육 참여를 위하여 광역치매센터의 치매교육 과정이 지역사회 통합건강증진사업교육으로 인정받을 수 있도록 한국보건복지 인력개발원의 교육 과정 심의를 받는 등 조치 필요

[통합건강증진사업교육 개요 및 심의절차]

1 교육개요

- 교육대상 : 통합건강증진사업 담당 공무원 및 서비스제공인력
- 의무교육이수기준
  - 통합건강증진사업교육*을 14시간 이상 교육이수

    * 통합건강증진사업교육 :

    ① 한국보건복지인력개발원 건강증진사업 해당 교육

    ② 질병관리본부 및 국립재활원에서 직접 실시하는 교육

    ③ 그 외 교육과정심의위원회의 사전 심의를 통과한 교육(목록은 별도 공지)
    (단, 위 기관에서 실시한 교육이라 하더라도 지침설명회, 워크숍, 성과대회, 세미나, 사이버교육, 해외연수, 포럼을 통합건강증진사업교육 인정에서 제외)
  - 공무원 및 신규 서비스제공인력은 한국보건복지인력개발원이 진행하는 필수교육(보건소장/보건소중간관리자/보건소실무자/신규자교육/시도담당자 교육)을 반드시 이수해야 함

2 교육과정 심의

- 심의대상
  - 통합건강증진사업교육으로 인정받고자 하는 중앙(보건복지부, 질병관리본부, 국립재활원) 및 시도 건강증진사업 교육과정
- 절차 및 방법

  1) 연간 교육계획 수립 및 제출 : 시도는 시도에서 주관할 연간 교육운영 계획(안)을 수립하여 이를 매년 2월말까지 한국보건복지인력개발원으로 공문 제출

  ※ 상세 제출기한은 한국보건복지인력개발원의 별도공지 확인 필요

  2) 연간 교육운영계획(안)에 따른 각 교육과정별로 교육실시 2~3개월 전까지 한국보건복지인력개발원에 교육심의 신청

  ※ 심의절차 : ① 매월 마지막주 월요일까지 교육과정 심의요청서 접수 → ② 심의위원회 구성 및 개최 → ③ 심의결과 통보(심의접수(마감일기준) 후 15일이내)

  ※ 매월 접수마감일을 기준으로 교육시작일이 2~3개월 전인 과정에 한해 접수 및 심의 예정
- 심의내용(안) : 교육과정 목적 및 목표, 교육대상 및 교육방법, 교육내용 및 교과목, 참여강사 인적사항, 교육일정/장소/시간/인원 등 교육과정 편성(안) 기준에 부합하는지 여부
- 심의결과통보 : 심의결과는 '인정', '수정후인정', '불인정'으로 통보되며, 이중 '수정후인정'은 통보받은 날로부터 10일이내 보완사항을 제출 후 재심의를 받아야함

  ※ 기존 승인 받은 내역에 대한 수정이 있을 시, 교육과정 시작 전에 변동내역 알림 및 추가 승인을 받아야 함

4 진단 및 조호 인프라 구축 및 네트워크 강화

가. 목적

- 지역사회 내 자원들의 통합치매관리사업 추진여건 조성을 위해 서비스 전달체계 간의 유기적 인프라를 구축하고, 각 자원간의 네트워크 체계를 강화

나. 주요 과업

- 치매안심센터 및 요양시설 등 기술지원
  - 보건소(치매안심센터) 사업지침서 개발 및 담당자 교육, 사업 수행 지원 및 성과 관리
  - 치매특화병동, 재가서비스, 치매전문 시설 모델 등 현장 중심의 통합서비스 콘텐츠 개발 및 지원
- 자원조사 및 연계체계 마련
  - 해당 광역지자체 내의 치매 시설, 인프라 등의 현황 파악 및 파악된 정보에 대한 DB를 구축
  - 파악된 지역사회 내 치매관리 자원에 대한 적정 역할 수립 및 효율적 서비스 연계 방안 강구

다. 사업 지침

- 광역 지자체 내 서비스 전달체계 기술지원 및 평가방안 수립
  - 보건소(치매안심센터) 등에 대한 적극적 기술지원 및 컨텐츠 개발 방안
  - 예하 전달체계에 대한 정성·정량적 평가방안 및 결과 활용방안 마련
- 광역 지자체 내 자원조사 계획 및 자원연계전략 수립
  - 자원조사 및 DB구축 방안 강구 및 차후 자원연계전략 및 활용방안 제시
- 지역 특색을 고려한 협진체계 구축 모델 개발 계획 제시
  - 치매거점병원과 치매서비스 전달체계 활용을 통한 치매특화 협진체계 모델 개발 및 임상진료 가이드라인 마련 계획

5 연구사업

가. 목적

- 광역치매센터의 연구역량 증진 및 중앙-광역간 연구네트워크 공조를 통한 치매관련 연구의 국가적 역량 강화

나. 주요 과업

- 지역 여건에 적합한 치매 서비스 모델 개발을 위한 지역특화 연구
  - 지역 여건에 맞는 프로그램 개발, 효과성 검증 및 시범운영 등
- 전국 단위 연구과제 참여 및 지원
  - 국가 치매연구 로드맵에 따른 유병률, 실태조사, 전향적 연구 참여
- 기타 중앙치매관리운영위원회의 결정에 의해 실시의 필요성이 인정된 연구 활동

다. 사업 지침

- 시지역 특성화 치매관리서비스 개발 연구
  - 시범사업 형태로 수행하여 효과를 검증할 수 있는 형태의 치매관리서비스 개발 및 수행
  - 연구 결과는 당해 연도 국가치매관리워크숍에서 발표
- 전국 단위 연구과제 참여 및 지원
  - 보건복지부 또는 중앙치매센터가 주관하는 전국 단위 치매관련 연구의 참여센터로 지정될 경우 보건복지부 또는 중앙치매센터의 연구 지침에 따라 연구 수행
  - 연구 결과는 당해 연도 국가치매관리워크숍에서 발표

6 대국민 인식개선 사업

가. 목적

- 치매환자 및 가족은 물론, 일반 국민에게 치매에 대한 올바른 인식재고 및 맞춤형 정보를 제공하여 국민의 치매에 대한 인식개선을 도모

나. 주요 과업

- 대상별 맞춤형 치매정보제공 및 인식개선 전략 수립
  - 치매환자, 치매가족 및 조호자, 일반국민 등 치매에 대한 인식차가 현저할 수 있는 각각의 대상에 대한 맞춤형 정보제공 방안 강구
- 광역별 연중 캠페인 계획 수립 및 실시
  - 광역단위 특성을 고려한 다양한 치매인식개선 및 국가치매관리사업 홍보 캠페인 계획 수립
- 지역사회 자원연계를 통한 홍보효과 극대화 방안 강구
  - 각 지역 내 노인복지시설, 자원봉사단체와의 연계 및 서포터즈 구성 및 민관협력 공조 등을 통해 홍보활동에 국민의 직접 참여를 도모하고, 이를 통한 치매인식 개선 극대화 전략 수립
- 국가치매관리계획에 명시된 중앙 차원 치매인식개선 홍보행사 공동 주관
  - 각 광역치매센터는 전국단위의 치매인식개선 행사(예 : 치매극복의 날 등)의 개최 등에 있어 중앙치매센터와 함께 상기 행사 등을 공동주최 할 의무를 가짐
  - 중앙행사 공동주관에 대한 세부지침은 중앙치매관리운영위원회의 결정에 의함

다. 사업 지침

- 효율적 인식개선을 위한 광역 맞춤형 홍보방안 수립
  - 지역의 인구사회학적 특성, 치매에 대한 인식 수준 등을 고려한 대상별 맞춤형 정보전달 전략
  - 국민의 직접 참여 및 지역사회의 적극적인 동참을 유도할 수 있는 홍보방안 강구
  - 지역단위의 치매관리사업에 대한 정보제공 및 홍보를 위한 안내 자료 제작 및 배포 계획
  - 중앙치매센터가 기 제작한 홍보 콘텐츠의 적극적 활용

〈붙임 1〉 OO 광역치매센터 사업계획서

_____년 사업계획서

<table>
<tr><td>사 업 명</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td>사업수행
기 관 명</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">사 업
책 임 자</td><td>성 명</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">직급/직위</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">소 속
부 서</td><td rowspan="2" colspan="2"></td><td>전화</td><td></td><td>FAX</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">E-MAIL</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>사 업
협력기관</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">예 상
사 업 비</td><td colspan="2">총 계</td><td colspan="2">기 금</td><td colspan="2">자 체 예 산</td><td rowspan="3">총 참 여
인 원 수</td><td rowspan="3">명</td></tr>
<tr><td colspan="2">천원</td><td colspan="2">천원</td><td colspan="2">천원</td></tr>
<tr><td>총
사업기간</td><td colspan="6">2018. . . ~ (개월)</td></tr>
<tr><td colspan="9">위와 같이 2018년도 ○○○○ 광역치매센터 사업계획서를 제출합니다.

년 월 일

기관장 서 명 (인)</td></tr>
<tr><td colspan="9">○○○○ 지사 귀하(지자체명)</td></tr>
<tr><td colspan="9">사업담당부서
담당자 이름 : 연락처(Tel. , Fax.)
사업기관 주소 :</td></tr>
</table>

요 약 문

사 업 명				
사업책임자 (소속기관)				
사 업 비	총 계	기금(국고)	자체예산	기 타
	천원	천원	천원	천원
총 사업기간	2018. . . – . . (총 개월)			
사 업 내 용 요 약				

※. 사업계획서 작성요령

○ 사업계획서는 각 사업수행기관장의 책임 하에 작성하여 제출

○ 사업을 협력단체와 같이 수행할 경우 **주관사업기관으로 지정된 단체**는 협력사업기관의 사업계획을 단순 취합하기보다는 사업계획에 대한 종합적인 수립, 참여 단체간의 역할분담, 사업평가 등 **해당 사업의 종합적 사업계획서**를 작성해야 함.

○ 요약문은 사업주관기관이 **전체 사업에 대하여** 작성하여 **하나의 요약문**만 제출함.

사 업 명 : _____

1. 사업의 필요성

* 필요성에 대해 기술

2. 사업 내용

가. 사업의 목표

* 사업을 통하여 달성하고자 하는 최종목표에 대하여 기술

나. 사업대상

* 사업대상의 현황 및 특성 분석, 사업 대상 선정 근거 및 방법 등 기술

다. 세부사업 계획 및 추진방법

* 세부 사업별로 구체적으로 기술

* 구체적인 사업추진 내용, 성과목표 달성하기 위한 활동 및 성과관리 방안(성과 목표 및 성과지표 달성하기 위한 자료 수집전략 등)을 자세히 기술(양식 1) 참고

라. 사업예산 및 확보방안

1) 사업비 총액 :

* 산출내역은 (양식 2) 참고하여 작성, 첨부

2) 조달방안

- 정부보조 총 _____원
  - ・국　고 :
  - ・지방비 :
- 수익자부담금 :
- 제3자 기부 또는 협찬금 :
- 기관 자부담 :

마. 사업추진일정(양식 3 참고)

3. 사업의 기대효과 및 활용방안

〈양식 1〉

성 과 관 리 방 안

투입	활동	산출	성과관리방안				
			성과	성과지표	목표치	근거자료	수집방법

※ 사업의 특성에 따라 위의 표를 수정하여 사용 가능함

※ 위의 표를 참고하여 사업의 목적에 대하여 사업의 특성에 맞게 작성

- 투입 : 사업의 목적을 달성하기 위해 투입한 자원은 무엇인가? 예산, 인력, 시설, 장비 및 교육자료 등
- 활동 : 사업의 목적을 달성하기 위하여 자원을 활용하여 무엇을 하였는가?
- 산출 : 사업의 목적을 달성하기 위해 여러 가지 활동을 통해 나타난 결과물은 무엇인가? 양과 기간 등을 구체적으로 명시
- 성과 : 여러 활동들을 통해 달성하고자 했던 것은 무엇인가?
- 성과지표 : 이러한 성과를 확인할 수 있는 평가지표는 무엇인가?
- 목표치 : 사업을 통해 달성하고자 했던 목표수준은 어느 정도였는가?
- 달성도 : 목표수준을 100%로 하였을 경우 실제 달성한 정도는?
- 근거자료 : 성과를 확인할 수 있는 자료는 무엇인가?

〈양식 2〉

※ 작성요령

- 보조금(국비 + 지방비) 예산에 한해 작성하며, 자부담 예산이 있는 경우 별도 표로 작성
- 항목별로 산출근거를 명확하게 제시(가급적 '물량 × 단가'로 제시)

예산편성내역 (예시)

(단위 : 천원)

비 목 명		산출내역	금액 (천원)	비율(%)	
				구분	전체
인건비					
업무추진비					
운영비					
시설비					
사업비	*교육사업*				
	진단 및 조호 인프라 구축 및 네트워크 강화				
	연구사업				
	대국민인식개선 사업				
	기타				
전체 총액					100

〈양식 3〉

사업추진 일정표

□ 2018년도

사 업 내 용	월 별												비고
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	

〈양식 4〉

사업 수행인력 편성

구 분	성 명	소속기관 및 부서	직 위	전 공 및 학 위			근무기간 (개월)
				전공분야	학위명	연 도	

※ 사업인력은 구분란에 해당사업에 참여하는 기존인력과 해당 사업을 위한 신규인력, 자문인력을 구분하여 표시
※ 근무기간은 해당사업을 수행한 기간(혹은 자문위원 경우 자문기간)을 표시

〈붙임 2〉 OO광역치매센터 상반기 실적보고서

Ⅰ. 계획 대비 추진실적

시기	사 업 계 획	시기	추 진 실 적	비고
○월		○월		
· · ·		· · ·		

〈작성요령〉

○ 사업계획 및 추진시기는 기 제출한 사업계획서상의 내용과 일치되게 작성하며 추진실적은 가급적 계량적 수치를 제시하여 작성

- 사업계획과 추진실적의 차이가 있을 경우에는 그 사유를 비고란에 기재

Ⅱ. 예산집행실적

※ 작성요령

- 보조금(국비 + 지방비) 예산에 한해 작성하며, 자부담 예산이 있는 경우 별도 표로 작성
- 항목별로 산출근거를 명확하게 제시(가급적 '물량 × 단가'로 제시)

(단위 : 천원)

비 목 명		예산액 (A)	집행액 (B)	집행 잔액	집행률(%) (B/A*100)	집행내역 상세
인건비						
업무추진비						
운영비						
시설비						
사업비	교육사업					
	진단 및 조호 인프라 구축 및 네트워크 강화					
	연구사업					
	대국민인식 개선사업					
	기타					
총 액						

Ⅲ. 사업추진상의 애로사항 및 개선·건의사항

〈붙임 3〉 OO광역치매센터 종합실적보고서

Ⅰ. 사업개요 *(1쪽 이내)*

단 체 명			
사 업 명			
사업기간	2018. . . ~ . . .		
사 업 비	총 백만원	보 조 금	백만원 (%)
		자 부 담	백만원 (%)
사업목적	❍ (사업의 목적을 요약하여 기재) - -		
사 업 추진방법	❍ (사업목적설정) ❍ (목적달성을 위한 활용기법)		
추진실적	❍ (추진실적을 요약하여 기재)		
사업성과	❍ (사업을 완료함으로써 국가, 기업, 시민사회, 시민 등에 미치는 효과를 구체적으로 기재)		
성과(물) 활용계획	❍ (사업을 통하여 나타난 성과 또는 성과물을 향후 어떻게 활용할 것인가에 대한 계획)		

Ⅱ. 사업추진 방법 *(2쪽 이내)*

1. 사업목적의 설정방법

(사업대상계층, 사업대상지역, 실물적 서비스제공, 의식변화 등을 서술·개조식으로 기술)

2. 목적달성을 위한 활용기법

❍ 실제사업주체(사업단체, 연대단체, 자원봉사단체, 협조단체, 후원단체 등)와

❍ 문제해결을 위한 접근방법【(기초조사(Survey), 교육, 회의, 워크샵, 컨퍼런스(대회), 박람회, 캠페인 인터넷활용, 자료집제작·배포 등】 등을 사업추진 전략에 맞게 기술

Ⅲ. 계획 대비 추진실적 *(3쪽 이내)*

시 기	사 업 계 획	시 기	추 진 실 적	비고
○월		○월		
· · ·		· · ·		

〈작성요령〉

○ 사업계획 및 추진시기는 기 제출한 사업계획서상의 내용과 일치되게 작성하며 추진실적은 가급적 계량적 수치를 제시하여 작성

- 사업계획과 추진실적의 차이가 있을 경우에는 그 사유를 비고란에 기재

Ⅳ. 사업추진성과 *(2쪽 이내)*

※ 단체회원 또는 외부단체의 참여정도, 사업에 대한 홍보실적, 투입 대비 산출의 비교분석, 사회적 파급효과, 사업에 대한 만족도 조사결과 등의 내용이 포함되도록 작성

〈작성요령〉

- ❍ 보조금 지원사업 성과를 종합적인 시각에서 구체적으로 기술하되, 보다 체계적인 설명을 위해 수 개의 하위 목표를 설정하여 논리적으로 기술
- ❍ 사업추진의 전·후 대비를 통한 비교평가 형태로 작성
- ❍ 작성형식은 서술·개조식으로 객관화된 자료제시(계량 수치화된 자료 활용)

Ⅴ. 예산집행실적

※ 작성요령

- 보조금(국비 + 지방비) 예산에 한해 작성하며, 자부담 예산이 있는 경우 별도 표로 작성
- 항목별로 집행내역을 구체적으로 제시

(단위 : 천원)

비 목 명		예산액 (A)	집행액 (B)	집행잔액	집행률(%) (B/A*100)	집행내역 상세
인건비						
업무추진비						
운영비						
시설비						
사업비	교육사업					
	진단 및 조호 인프라 구축 및 네트워크 강화					
	연구사업					
	대국민인식 개선사업					
	기타					
총액						

Ⅵ. 자체평가 *(2쪽 이내)*

○ 사업추진결과 잘된 점

○ 예상외 변수 등으로 부진한 점, 사업추진상 문제점 및 애로사항 등

○ 지원사업으로 인하여 얻은 참여단체나 사회적 효과
(가급적 그 사례를 구체적으로 예시)

○ 향후 사업추진을 위한 자체 발전 방안 등

Ⅶ. 개선·건의사항 *(1쪽 이내)*

〈붙임 4〉 예산과목 전용조서 서식

과 목 전 용 조 서

과 목			전 용 연월일	예산액 (1)	전용액 (2)	예산현액 (1+2=3)	지출액 (4)	불용액 (3−4)	전용사유
관	항	목							

3106-68일
87.5.29 승인

190㎜×268㎜
(신문용지 54g/㎡)

V

공립요양병원 운영 및 치매기능보강사업

MINISTRY OF HEALTH & WELFARE

V. 공립요양병원 운영 및 치매기능보강사업

1 배경 및 목적

- 치매환자에 대한 전문적인 집중 치료를 제공하여 치매질환의 악화방지 및 치매환자 가족의 부담경감을 목표로 공립요양병원에 치매전문병동 확충을 지원

치매전문병동

- 치매환자에게 친화적인 환경으로 치매환자만을 위한 병동
- 치매환자의 정신행동증상의 대처에 효율적인 환경의 20~30병상 이상의 격리병동
- 신체적 상태에 대한 급성 대처를 위한 일반병실도 갖추어 대부분의 치매환자가 치매전문병동에 거주할 수 있도록 설계
  * 실질적인 규모 및 구조는 각 병원의 규모와 실정에 맞게 계획·운영
- 치매환자를 전문적으로 케어할 수 있는 간호사 1인 이상이 주축이 되어 병동 운영
- 치매환자를 위한 집단 프로그램실, 가족을 위한 프로그램실 등 구비

- '11년 12월 「노인복지법」 개정으로 '노인전문병원'이 폐지됨에 따라 「의료법」에 따른 '요양병원'으로만 기능(단, 기존 노인전문병원으로 허가받은 병원의 경우 경과조치로 종전의 노인복지법 규정에 적용을 받음)
- 「치매관리법」 시행('12.2.5.)에 따른 치매관리체계를 구축하고, 치매환자 및 가족 지원 확대를 위하여 공립요양병원의 공공보건의료 기능 재정립

2 설치·운영

1) 설치 기준

- 의료기관의 종별 구분 : 「의료법」 제3조제2항의 요양병원
- 시설기준 및 규격

- 「의료법시행규칙」에 따른 요양병원 시설기준 및 규격을 갖추어야 함

● 설치주체 및 운영자

- BTL 방식 이전에 설립된 병원의 경우 설치주체 및 소유권자는 시·도지사 또는 시장·군수가 되며, 소유권자가 직접 운영 할 수 없는 경우에는 의료법인 등 민간 사업자에게 위탁 운영할 수 있음

> **기존의 공립치매병원 신축사업은 '08년부터 BTL 사업방식으로 전환되었으며, BTL 사업에서는 민간사업자(SPC)가 설계, 자금조달, 건설, 운영(유지보수 등)을 담당할 수 있음**
>
> ※ BTL 사업 : 민간사업자가 자금조달하여 사회기반시설을 건설(Build)한 후, 국가·지자체로 소유권을 이전(Transfer)하고, 국가·지자체 등에 시설의 임대서비스를 제공(Lease)하여 투자비를 회수하는 사업방식

● 명칭사용

- 병원 명칭은 "시·도립(또는 군립)요양병원"으로 함. 단, '노인전문병원'으로 허가받아 운영 중인 요양병원의 경우에 한하여 기존 "시·도립(또는 군립) 노인전문병원" 명칭을 계속 사용
- 위탁을 받아 운영하는 법인의 명칭을 사용할 수 없음

2) 운영 원칙

● 입원 시 치매환자, 의료급여환자 우선 선정

- 전체 입원환자 중 치매환자의 비율 2/3 이상 유지

● 지역 보건의료 및 사회복지 자원 연계체계 구축

● 아래에 제시한 공공보건의료사업을 보건소 치매안심센터와 연계하여 수행

[공립요양병원에서의 치매 분야 공공보건의료사업]

- 지역사회 치매환자·치매고위험군 대상 프로그램 실시
- 치매검진사업 참여
- 저소득층 치매환자 입원비 경감
- 광역치매센터와의 협력 연구
- 치매 인식개선사업

3) 인력 기준

- 치매전문병동 운영 의료인력

직종별	최소 기준
의사	- 신경과 또는 정신과 전문의 1인 이상 확보(또는 확보계획 수립)
간호사	- 병동 규모에 맞게 치매환자를 전문적으로 케어할 수 있는 적정 간호인력 확보 (3교대 시행)
물리치료사	- 치매환자 치료와 장비 운영에 필요한 적정 인력 확보 * 의료장비 운용에 필요한 치료사 미확보 또는 확보 계획이 없을 경우 장비 미지원
작업치료사	

「의료법 시행규칙」에 따른 요양병원 인력 기준 준수

- 치매분야 공공보건의료사업 운영인력
  - 치매관리사업 거점기관으로서 기능 수행을 위한 전담인력 (간호사, 작업치료사, 사회복지사 중 1개 이상 자격 소지자) 1인 이상 채용
    - 인지재활 프로그램의 실시 및 보건의료 및 사회복지 자원의 연계 등 업무 수행

4) 위탁·운영 및 예산 집행

- 지자체의 여건에 맞추어 조례, 규칙 등을 제정
- 위탁계약 체결
  - 위탁목적, 위탁기간, 수탁기관의무, 계약 위반 시의 책임 등을 구체적으로 명시
  - 치매관리사업의 안정적·지속적 추진을 위하여 위탁기간 보장

    ※「공유재산및물품관리법」 제21조(사용·수익허가기간) ① 〈중략〉 기부채납의 경우에는 공유 재산으로 받아들인 후 무상사용을 허가받은 날부터 기부채납된 재산의 가액을 연간 사용료로 나눈 기간 이내로 한다.
  - 귀책사유가 수탁기관에 기인하는 경우 계약 해지 가능
- 공공보건의료사업의 충실한 이행을 위하여 「공공보건의료에관한법률」 제10조에 따른 무상 대부 또는 무상수익허가 가능
- 운영에 대한 정기적 감사 실시

3 공립요양병원 치매기능보강사업

1) 사업개요

- 사 업 명 : 공립요양병원 치매기능보강사업
- 사업목적 및 내용
  - 공립요양병원에 치매전문병동 확충
  - 공립요양병원의 치매기능 보강
- 사업대상 : 공립요양병원이 설치된 광역 및 기초 자치단체(사업선정 기관)
- 지원예산 : 국비 800백만원(2018년)
- 지원조건 : 국비 50%, 지방비 50%
- 지원근거
  - 치매관리법 제3조(국가 등의 의무)
  - 공공보건의료에 관한 법률 제6조(공공보건의료기관의 설치·운영), 제7조(공공보건의료기관의 의무), 제17조(공공보건의료 수행기관의 준수사항 등)

※ 치매안심요양병원 기능보강사업(2017년 추경사업)
- 지원예산 : 국비 60,480백만원
- 지원조건 : 국비 80%, 지방비 20%

2) 지원분야

가. 시설보강

- 치매환자에게 양질의 의료 및 치매관리 서비스를 제공하는 공공의료기관의 역할 수행을 위한 치매전문병동 구축 등 병동 증·개축 또는 기존 시설물 개선
- 지원내역
  - 치매환자의 행동심리증상 집중 치료를 위한 치매전문병동 확충
  - 치매환자 비약물 치료프로그램 운영을 위한 프로그램실 등 확충

• 병동 증·개축, 리모델링* 등에 소요 되는 시설비(설계, 감리비 포함), 단, 토지 매입비, 손실 등으로 인한 보상비 등은 지원 제외

*「건축법」 제2조 및 같은 법 시행령 제2조의 정의에 따름

나. 장비보강

- 치매환자 진료 및 케어 역량 강화를 위한 노후 의료장비 교체 또는 신규 의료장비 확충
- 지원내역
  - 치매전문병동 내 입원환자 관리를 위한 필수 의료장비
  - 치매환자 행동심리증상 조절을 위한 인지·신체 재활장비
  - 치매환자 진료·케어에 직접 사용되는 장비

3) 지원기준

가. 공통기준

- 기능보강사업을 수행하는 의료기관은 사업이 운영되기 전까지 사업지침의 시설·장비·인력기준을 충족시켜야 하며, 향후 전체 병상의 2/3 수준을 치매 병상으로 운영하여야 함
- 시설·장비 보강은 치매전문병동으로 확충으로 인해 증설되는 병동 및 병상에 필요한 시설·장비 우선지원(치매전문병동 운영에 관계없는 시설·장비는 지원 제외)

※ 지원불가 항목
- 비고정 가구 및 집기류 등 비품(테이블·의자 등 가구, TV·PC·음향장비·안마기 등 전자제품, PC용 컴퓨터 프로그램, 주방용품, 냉난방기, 기념품, 차량 등)
- 입원치료와 관련이 없는 검사장비 등
- 단, 매트·배회감지기·낙상방지 시스템 등 치매환자 케어 및 상두대·붙박이장 등 시설·장비 운영에 필요한 경우는 인정

- 기능보강사업을 수행하는 의료기관은 행동심리증상을 동반한 치매환자에 대한 집중치료기능을 수행(치매전문병동 시범사업과 연계)
- 치매안심요양병원 지역으로 선정된 지자체(광역 및 기초자치단체)는 병원이 원활히 운영될 수 있도록 관련 정책 연계 등을 추진해야 함

- 시설, 장비 지원기준 충족을 위해 사업계획의 수정이 필요한 경우 **총 지원금액 내에서 시설, 장비 예산 비율 조정 가능**하고, **변경된 내용으로 심의 신청**함

나. 시설기준

- 필수 시설기준

구분	실 명	비 고
치매 안심 전문 병동	입원실	- 행동심리증상 집중 치료를 위한 20~30병상 이상의 치매환자 전용 병동 - 출입통제가 가능한 폐쇄병동 - 6인실 이하, 병상 간 이격거리는 최소 1.5m(증개축), 1m(리모델링) 이상 - 병실 별 전용 화장실 및 환기설비 설치
	공용거실 (데이룸)	- 환자 규모에 맞게 충분한 면적으로 확보 - 입원실(개인 영역)과는 분리하되, 유기적 관계를 고려하여 배치 - 일반주택의 거실과 같은 일상생활 (개인적 및 사회적인 활동) 유지를 고려한 공간구성 - 충분한 채광을 고려한 배치 및 창문 계획
	프로그램실 (다목적실)	- 치매전문병동 전용 프로그램실(치매전문병동 내 설치) - 개인, 집단 및 소그룹의 인지치료, 회상치료, 가족 프로그램이 용이한 공간구성 * 프로그램실의 실수, 규모 등은 병원 실정에 맞게 계획 운영
	간호사 스테이션	- 치매전문병동 전용의 간호사스테이션 - 치매환자 통제 및 관찰이 용이한 위치에 설치 - 간호사 업무 및 감염관리에 필요한 부속실 설치(오염물처리실, 청결물실, 간호사탈의실, 상담실 등)
	목욕실	- 병상이 들어가고 보조 인력에 의한 목욕이 가능한 공간 확보 - 적정한 온도의 온수가 지속적으로 공급 - 욕조를 설치할 경우 욕조에 환자의 전신이 잠기지 않는 깊이로 고려

* 기타 의료법상의 시설기준을 준수해야 함
* 상기 기준은 의료기관 여건에 따라 달리 적용 될 수 있음(단, 심의 시 타당성을 인정한 경우에 한함)

● 권장 시설기준

구 분	세 부 사 항
병동(병실) (생활공간)	- 가정과 같은 안락하고 편안한 분위기 연출(쇼파, 테이블 등) - 일반병동과 구획되어 설치(일률적인 폐쇄 병동식은 최대한 지양) - 복잡하지 않은 소규모 유닛트 형태의 구성 (10~20명 이내) - 치매환자가 구애받지 않은 휴게공간 조성(가능한 경우 개인전용공간 설치) - 운동 및 작업치료용 공간 구성(보조자가 없이 수행할 수 있는 공간의 구성) - 일률적이고 획인적인 병실구성에 탈퇴(출입문구성, 질감, 색채의 다양성) - 빛의 효과를 줄 수 있는 조명시설로 교체(편안한 조명, 취침조명과 센서조명 등) - 색채변화 : white. Yellow, beige green 위주에서 peach toen, soft apricot으로 변화 (yellow-orange 등) - 응급시 도움이 필요할 때 사용할 경보시설(병상, 휴게실, 화장실, 배회공간, 복도 등) 구성 - 실내의 색채, 가구, 조명, 마감 등 세심한 부분까지 고려 - 환자관리용 감시카메라 설치
배회공간의 구성 (원예치료공간과 병행)	- 빛, 물, 나무, 꽃 등과 같은 자연친화적인 요소의 셋팅(대나무숲, 화단, 분수대, 조명) - 실외 외부공간의 활용은 인력이 상시 배치되지 못함으로 최대한 안정성을 확보하여 조성 - 환자의 안정성을 확보한 배회공간을 구성하되 이동 중 휴식이 가능한 여건 조성 - 노인노화에 따른 행동을 배려하는 것으로 거주공간과 자연스럽게 이어 질수 있는 구조 - 배회공간의 활용을 통한 산책, 운동(적정활동)을 통해 야간 불면증 개선 - 자연과 어울려 질수 있는 공간구성 및 원예치료공간과 병행설치 가능 - 공간구성 중 애완동물을 활용 가능
다감각 환경프로그램 공간조성 (심리안정실 역할수행)	- 병동을 조명, 색채, 입체적, 영상적, 음향설비 등을 통한 감각적 환경구성 - 별도의 심리안정실 구획 및 설치가능 - 일부 바닥에 지압타일을 설치하여 보행연습시 자극적 효과 극대화 - 치매치료견, 잉꼬, 대형수조(물고기) 활용
침실, 식사공간, 화장실 분리	- 입원환자 중 특히, 와상환자에 대한 최소한의 공간 분리 필요 - 침대에서 식사와 배변을 같이 하는 것을 지양 - 공용 공간 중 간이 배식대와 식사 준비를 위한 공간 확보
회상프로그램 공간 조성	- 추억을 회상할 수 있는 공간 및 시설물 설치(장독, 문갑, 고전책자, 음반, 카메라 등 전자제품) - 소규모 모형 제작 전시(초가집, 들마루, 인형, 옛날음식 등) - 개인별 회상 사진 전시 공간 구성(가족들과 같이할 수 있는)
일상생활기능 유지공간 조성	- 여러 환자가 같이 모여서 식사할 수 있는 공간 - 개인별 사생활 유지 공간(개인별 액자, 사진 전시공간-디지털화 가능) - 일상생활기능 유지를 위한 반복 훈련 가능 공간

구 분	세 부 사 항
원예 치료공간 조성 (동물치료공간 병행가능)	- 원예는 생명을 매개체로 하여 생명을 다루는 치료법(성장, 개화, 결실)으로 오감 자극 - 녹색과 동행하는 삶의 중요성 인식할 수 있음 - 주거 환경뿐만 아니라 직장, 도시 내의 "녹색의 쾌적성(green amenity)을 통한 삶의 질 향상 - 치료 효과 : 지적, 사회적, 정서적, 신체적 - 용기재배, 수경재배, 관엽식물관리, 채원, 화단가꾸기, 꽃을 이용한 장식만들기 등
애완견 심리치료	- 애완견을 통한 치료적 효과, 기능적 효과, 상호신뢰 관계 형성의 효과 등의 심리치료 효과가 있음 - 노인들이 개에게 말을 걸거나 만지려고 하는 행위가 재활치료에 도움이 되며 무표정했던 노인이 개와 접하면서 웃음을 띠게 되었으며 개가 치매노인들과 함께 있음으로 해서 가정적이고 윤기 있는 생활 환경이 형성
일광욕실 설치 (채광 중요)	- 욕창의 예방과 햇볕이 최대한 들어올 수 있도록 설치 - 항상 접근 가능한 옥외 공간 가능 - 일광욕을 할 수 있는 의자 및 편의 도구 설치
기타 치매환자 관리 환경 조성	[화장실] - 환자의 눈높이에 화장실 표구 부착 - 잠금 장치는 밖에서 열수 있는 걸로 부착 - 센서 부착, 물온도 조절이 용이한 수도꼭지 - 벽장설치(비누, 세제 등은 별도 보관) - 세면대 부착된 거울은 가림 커튼을 설치하여 환자들이 필요에 따라 가릴 수 있도록 하고, 세면대는 휠체어 사용자가 사용할 수 있는 다리 없는 세면대 설치 [욕실] - 바닥은 미끄럼 방지 타일 혹은 피쳐플로어링(주방 바닥제) 등으로 교체 - 급탕 자동 온도 조절장치 부착 및 최대온도는 40℃까지 가능하게하고 따뜻한 분위기 조성(자동 목욕기, 기계욕조 기피현상) [휴게실] - 같이 식사할 수 있는 다목적 테이블 구비 - 혼자서 할 수 있는 작업치료 및 운동 치료용품 비치 [기타] - 치매환자 인식가능 칩 부착(경고장치 연계) - 낙상예방 시설물 등

다. 장비기준

- 기능보강사업을 수행하는 의료기관은 아래의 장비 목록을 참고하여 신청하며, 적합성 및 추진계획을 평가하여 지원

- 장비기준에 따라 장비 목록 변경이 발생하는 경우, 총 지원금액 내에서 장비비를 시설비로 전환할 수 있음

* 현재 인력 확보 또는 향후 충원계획 수립, 향후 인력 미확보 시 지원금액을 환수조치 할 수 있음

구 분	장비명 (권고)	비 고
병실	네블라이저 (Nebulizer)	-
	다목적 흡입기	-
	목욕 침대 및 의자	-
	보행 보조 장비 (워커)	-
	심전도기 (E.K.G)	-
	수액자동주입기 (infusion pump)	-
	제세동기	-
	산소포화도 측정기	-
	신장체중계	-
	스트레쳐	-
	이동형 폴대 (Iv pole)	-
	카트 (드레싱)	-
	카트 (응급)	-
	카트 (의약품)	-
	환자용 침대	전동 침대
	환자감시장치 (Bedside Monitor)	-
	혈압계	-
	휠체어	-
재활치료	인지재활 장비 (전산화 장비 포함)	장비를 운용할 수 있는 재활의학과 전문의 및 작업치료사를 갖춘 경우
	작업치료 장비	
기타	배식카	-

4) 사업절차

가. 사업추진체계

- 보건복지부(치매정책과)에서는 치매안심요양병원 기능보강사업 계획 수립, 예산 확보, 사업 진행 등을 총괄

- 국립중앙의료원 공공보건의료지원센터(이하 '지원센터'라 함)는 사업계획서 검토 및 심의, 사업 전반의 관리 및 평가 등의 실무 업무 담당

[그림 1] 공립요양병원 치매기능사업 추진체계

나. 사업 추진 절차

사업단계	사업절차	주관 기관
사업 대상기관 선정	사업지침 및 일정 확정	보건복지부
	사업 공모 및 사업계획서 제출	(공모)보건복지부 (제출)지자체/사업대상기관
	사업계획서 평가 / 지원대상 선정	보건복지부(지원센터)
	사업대상기관별 지원금액 및 사업내용 확정 통보	보건복지부
국고 보조금 신청 및 교부	국고 보조금 신청 및 교부	(신청)지자체/사업대상기관 (교부)보건복지부
	수정사업계획서 제출	지자체/사업대상기관
사업 시행·관리	수정사업계획서 검토, 승인·통보	보건복지부(지원센터)
	시설계획 / 장비계획 심의 신청	지자체/사업대상기관
	시설계획 / 장비계획 심의 승인·통보	보건복지부(지원센터)
사업실적 관리	사업수행상황 보고 (매분기)	지자체/사업대상기관
	사업완료 실적보고 제출	지자체/사업대상기관
	실적보고 검토 / 보조금 정산 확정 / 결과통지	보건복지부(지원센터)

다. 국고보조금 신청 및 관리

- 사업대상기관 및 지방자치단체는 보건복지부에서 통보한 보조금 예산의 확정통지에 근거하여 서약서, 국고보조금 교부신청서를 첨부하여 보건복지부에 제출함

  * 〈별지 제1호 서식〉 국고보조금 교부신청서

- 보건복지부는 제출 자료 검토 후 국고보조금을 교부함
  - 보건복지부는 관련 자료 검토를 지원센터에 요청할 수 있음
  - 보건복지부는 관련 자료 검토를 지원센터에 요청할 수 있음

- 국고보조금의 반환 및 선정 취소
  - 보건복지부장관은 다음의 경우 선정(지정)을 취소하고, 보조금의 반환을 명할 수 있음
    - 보조금을 다른 용도로 사용한 경우
    - 법령의 규정, 보조금 교부결정의 내용 또는 법령에 의한 보건복지부장관의 처분을 위반한 경우
    - 허위신청이나 그 밖에 부정한 방법으로 보조금의 교부를 받은 경우
    - 계획된 기일을 경과하고도 정당한 이유 없이 사업수행에 착수하지 않거나 사업기한 내에 완료하지 못할 것이 명백하다고 인정되는 등 중대한 사유로 인해 사업을 수행할 수 없는 경우
    - 보고된 사업비 등 사업집행 실적 보고가 허위인 경우
    - 심의 승인되지 않은 사업을 임의로 추진한 경우
    - 그 밖에 공립요양병원 치매기능보강사업 목적에 반하는 중대한 사유가 있는 경우
- 국고보조금의 관리 및 집행

〈일반사항〉

  - 사업 수행 의료기관은 교부 받은 국고 및 지자체 보조금을 별도 계정으로 분리하여 관리함

- 사업비는 사업계획서의 사업비 집행계획에 따라 집행하여야 함
- 사업비는 해당 회계연도 내에 집행하는 것을 원칙으로 하며 불가피한 경우를 제외하고 2회계연도를 초과하여 이월 할 수 없음

〈집행잔액 및 이자액 관리〉

- 보조사업자는 보조사업이 완료된 때에는 집행된 보조금을 정산하여 집행잔액, 보조금으로 발생한 이자를 함께 반납해야 함
- 단, 아래 사유로 발생한 이자는 국고반납대상이 아님(보조사업자가 지방자치단체의 장인 경우에 한함)
  - 보조금 관리에 관한 법률(시행령 제13조)의 "불가피한 사유로 발생한 이자"
  - 보조사업자가 사업수행 의료기관에 간접보조금으로 집행한 경우 간접보조금으로 발생한 이자
- 사업목적을 달성하고 사업이 완료된 경우에는 사업계획변경 등을 통해 집행 잔액을 사용할 수 없음

〈구비서류〉

- 사업비 집행 증빙서류는 세금계산서 등 청구서에 따라 집행된 온라인 지급증빙서, 신용카드 영수증, 금전등록기 영수증 처리를 원칙으로 함
  - 계약에 의한 사업비 집행의 경우는 계약서 사본 첨부
  - 불가피한 경우에 한하여 5만원 이하의 간이영수증 인정
- 다음의 지출증빙서류는 5년간 보관하도록 함
  - 사업비 사업명세서
  - 별도 계정의 입출금 내역
  - 현금출납원장
  - 사업비 예금이자 발생 및 집행내역서
  - 관련 증빙자료(세금계산서, 영수증) 등

〈기타〉

- 시설 및 의료장비 구매 시 업체 선정은 일반경쟁입찰을 통해 실시
  - '국가를 당사자로 하는 계약에 관한 법률' 등 계약관계 법령을 참조(조달청 홈페이지 - 계약 규정)하여 경쟁입찰을 통해 사업자 선정

- 동 지침에서 규정하지 않은 사항은 '보조금 관리에 관한 법률' 등 예산 회계 관계 법의 규정에 따름

● 시설 및 장비의 처분

- 시설, 장비 등 국고보조금에 의하여 취득하거나 그 효용이 증가된 재산을 감가상각 내용연수 이내에 처분, 양도, 교환 또는 대여하거나 담보로 제공하는 경우에는 보건복지부장관의 사전 승인을 받아야 함(경미한 변경은 제외)
- 보건복지부장관의 승인을 받아야 하는 감가상각 내용연수 이내 자산은 법인세법 시행령(28조) 및 시행규칙(15조)의 상한 기준에 따름

● 수정사업계획서 제출

- 보건복지부로부터 시설·장비계획의 심의를 승인받은 사업대상기관은 승인받은 내용을 추가하여 기존 사업계획서를 수정·보완함
- 사업대상기관은 수정사업계획서를 지방자치단체를 경유하여 보건복지부에 제출하고, 보건복지부는 수정사업계획서를 검토하여 사업계획서 수정·보완이 완료되었을 경우 해당 지방자치단체 및 사업대상기관에 통보
- 사업대상기관은 보건복지부의 수정사업계획 승인 후 사업을 착수 할 수 있음

라. 사업 시행 및 관리 절차

- 사업계획의 변경
- 승인받은 사업계획은 변경하지 않는 것을 원칙으로 하되, 불가피한 경우 사업계획 변경 승인 요청서를 작성하여 보건복지부장관의 승인을 받아야 함
  * 〈별지 제2호 서식〉 사업계획 변경 승인 요청서
- 보건복지부장관의 사업계획 변경 승인을 받아야 하는 경우
  - 부지 및 사업위치 변경
  - 사업 범위, 지원예산 등 내용 변경
  - 기타 보건복지부장관의 승인이 필요하다고 판단되는 경우
  * 경미한 변경은 제외
- 보건복지부는 관련 자료 검토를 공공보건의료지원센터에 요청할 수 있음

[그림 4] 사업계획 변경 절차

가) 시설 부문 관리

(1) 설계단계 관리

- 사업대상 기관은 사업계획서에 부합하는 건축설계 도서를 작성하고, 설계심의 완료 후 공사를 진행함
  * 설계심의가 승인되지 않으면 입찰, 공사 등의 추후작업을 진행할 수 없음

- 심의 요구 시에는 각 단계별 해당되는 제출 양식 및 관련 첨부서류를 구비하여야 함
- 심의단계에서 제시한 수정·보완이 필요한 부분은 반영하여야 하며, 제반 여건상 수정이 불가피할 경우에는 그 사유를 첨부하여 이의신청을 하여야 함
- 기관에 설치하는 주요 장비의 정확한 사양 및 시설조건 등을 구체적으로 작성하여 건축 설계 시 이들 정보를 설계자에게 제공함으로써 장비와 건축이 연계될 수 있어야 함

⑵ 시설설계 심의 절차

- (지자체) 사업대상기관의 심의신청서와 관련서류를 검토하여 보건복지부로 제출
- (사업수행기관) 기본설계 완성되거나, 승인된 설계내용이 변경되는 경우 시설설계 심의 신청서와 관련 첨부서류를 구비하여 지자체 검토 후 보건복지부에 심의요청
  - 심의결과 '불승인'의 경우, 심의결과에 대한 제반여건 수정·보완 및 불가능한 경우 타당한 사유를 첨부하여 제출하며, 검토결과 타당성이 인정될 경우 다음단계 진행
  - 승인받은 시설계획을 변경할 경우도 심의 승인을 받아야 하며 변경절차도 동일함
  - 심의가 승인되지 않으면 시설공사를 진행할 수 없음

  * 〈별지 제3호 서식〉 시설설계 심의신청서

- (공공의료센터) 보건복지부의 검토요청에 따라 시설설계 심의신청서의 실무내용 확인·심사 후 보건복지부로 검토결과보고서 제출
- (보건복지부) 공공보건의료센터 검토 결과 등 을 토대로 시설설계를 승인하며 하여 해당 자지단체 및 사업대상기관에 통보

[그림 5] 시설설계 및 장비계획 심의 절차

나) 장비 부문 관리

(1) 장비 계획 심의 절차

- 사업대상기관은 장비를 구매하기 전 장비계획에 대한 심의 등의 절차를 거쳐야 함
- 사업대상기관은 장비계획 심의 신청서 및 관련 첨부서류를 구비하여 지방자치단체를 경유하여 보건복지부에 구매 계획 심의를 요청함

  *〈별지 제4호 서식〉 장비계획 심의 신청서
- 보건복지부는 지원센터에 의료장비 심의를 지시하고, 지원센터는 심의결과를 보건복지부에 보고
- 보건복지부는 공공보건의료센터의 심의결과를 토대로 장비구매계획을 승인하고, 해당 지방자치단체 및 사업대상기관에 통보
- 심의결과 '불승인'의 경우 '장비계획 심의신청서'와 관련 첨부서류를 구비하여 보건복지부에 재심의를 요청하고, 보건복지부는 재심의 후 결과를 해당 지방자치단체 및 사업대상기관에 통보
- 장비계획 심의 결과에 대하여 제반 여건상 수정·보완이 불가능할 경우 타당한 사유를 첨부하여 보건복지부에 제출하고, 검토 결과 타당성이 인정될 경우 다음 단계 사업을 진행할 수 있음

- 사업대상기관이 승인받은 장비를 변경하고자 할 경우에도 보건복지부의 장비계획 심의를 거쳐야 함
  - 장비계획 변경 심의 절차는 장비계획 심의 절차와 동일함
- 심의가 승인되지 않으면 장비를 구매할 수 없음

(2) 기타사항(A/S, 관리라벨 등)

- 사업대상기관은 신규로 구입하는 장비에 대해서는 반드시 A/S에 관한 계획을 수립하여야 하며, 장비 구매 계약 시 계약서에 관련 내용을 분명히 포함시켜야 함 (예 : 하자보증보험증권, 이행보증증권, 제조자의 사후관리각서 요구 등)
- 공립요양병원 기능보강사업 예산으로 구매한 장비는 기타 장비와 구분되도록 각각 관리 라벨 등을 붙여 표식토록 함
- 입찰 등 장비 업체 선정과정에서 동일 기종 국산의료장비가 있음에도 입찰 조건 제한 등으로 국산장비업체가 참여하지 못하는 경우가 발생하지 않도록 함
- 사업대상기관 및 지방자치단체는 의료장비 구매, 시설공사 수행과정에서 뇌물 및 리베이트 수수가 발생하지 않도록 철저히 관리해야 함

(3) 사업실적 관리절차

(가) 분기별 집행현황 보고

- 사업대상기관은 분기별 집행현황 보고서를 지방자치단체를 경유하여 보건복지부에 제출해야 함
  - 보건복지부는 지원센터로 하여금 집행실적에 대한 조사 및 검토를 수행하게 할 수 있음

  * 〈별지 제5호 서식〉 수행상황 보고서(분기별 집행보고)

- 분기별 집행현황보고는 3월말, 6월말, 9월말, 12월말 기준으로 익월 15일까지 제출하여야 함

(나) 현지점검

- 보건복지부는 '보조금 관리에 관한 법률'에 따라 국고지원사업 수행기관을 현지 방문하여 국고보조금 집행 및 관리실태를 점검하고 지원목적에 따라 실제 사용여부를 확인할 수 있음

㈐ 완료 실적보고

〈완료사업 실적보고〉

- 사업대상기관은 사업완료 후 2개월 이내에 완료실적 보고서를 지방자치단체를 경유하여 보건복지부에 제출해야 함
  - 보건복지부는 지원센터로 하여금 완료보고에 대한 조사 및 검토를 수행하게 할 수 있음

  *〈별지 제6호 서식〉 완료실적 보고서

- 사업 완료는 지원목적을 달성하고 별도계좌에서 해당 사업비가 마지막으로 지출 된 시점을 기준으로 함
- 보건복지부는 완료실적보고서 검토결과를 바탕으로 보조금 정산을 확정하고 해당 지방자치단체에 결과를 통보함
- 잔여사업비는 총 사업비를 기준으로 국비와 지방비 지원 비율에 따라 정산함

〈사업 실적보고(회계연도내 집행이 완료되지 않은 경우)〉

- 신규 선정 대상기관 중 회계연도 내에 운영비 집행은 완료하였으나 부득이한 사유로 시설공사 및 장비구매를 완료하지 못한 경우,
  - ‘국고보조금 이월승인 요청서’를 해당연도 11월 말까지 제출
  - ‘실적보고서(회계연도내 미완료)’를 1월 15일까지 제출(해당연도 12월말 기준)

  *〈별지 제7호 서식〉 국고보조금 이월승인 요청서

  *〈별지 제8호 서식〉 실적보고서(회계연도내 미완료)

  - 이월승인 요청은 시설·장비 심의절차에 따름
- 이와 별도로 보건복지부장관은 필요한 경우 별도의 사업실적 보고를 요청할 수 있음

[그림 6] 시설·장비 완료 등 보고 절차

다) 실적평가

- 보건복지부는 국고지원사업의 효율적 관리와 지원에 위해 제출된 실적을 공공보건의료지원센터를 통해 평가·관리할 수 있음
- 실적평가는 차기연도 국고지원사업 평가에 반영할 수 있음

라) 패널티

- 패널티 적용범위를 시·도로 확대 적용
  - 공립요양병원 사업 관리가 부실하여 패널티를 받게 되면, 해당 의료기관 소재 시·도 전체 요양병원이 국고보조사업 지원 제한
- 당해 연도 지원 불가
  - 국고지원사업계획서에 허위사실을 기재한 경우
  - 이전년도 국고지원사업계획서에 허위사실이 발견된 경우
- 차기 연도 지원 불가
  - 심의 승인되지 않은 사업을 임의로 추진한 경우
  - 회계연도 기준 2개년 이내 사업이 완료되지 않은 경우(단, 사업지연의 정당한 사유가 인정되는 경우 패널티 적용 제외)
  - 실적보고를 누락하거나 보고된 사업비 등 사업집행 실적 보고가 허위인 경우

- 교부된 국고보조금의 환수
  - 정당한 사유없이 교부일로부터 1년 이내에 사업을 개시하지 않은 경우

5) 중요재산 등록

가. 중요재산 등록

- 국고보조금을 받은 의료기관은 다음 각 호에 해당하는 중요재산(구입가격 5백만원 이상의 물품)을 취득하는 경우 취득 후 15일 이내에 아래의 서식으로 중요재산 현황을 보건복지부장관에게 보고하여야 하며, 반기별로 변동 현황을 수정 보고해야 함

  *〈별지 제9-1호 서식〉 중요재산 현황

- 현재액은 시장에서 형성된 가격으로 하며, 시장가격이 없는 경우에는 전문성 있는 평가인의 평가에 의하여 결정된 가격으로 한다. 이 경우 전문성 있는 평가인이란 자산평가업무에 대한 전문지식, 경험 및 평가대상 자산과 관련된 시장에 대한 충분한 지식을 보유하고 있는 사람을 말함
- 재평가는 공정가액과 장부금액의 차이가 공정가액의 30%를 초과할 경우에 실시함. 다만, 차액이 1억원 이하일 경우에는 그러하지 아니함

나. 중요재산 처분의 제한

- 국고보조를 받은 의료기관은 해당 보조사업을 완료한 후에도 보건복지부 장관의 승인 없이 중요재산에 대하여 다음 각호의 행위를 하여서는 아니 됨

  가) 보조금의 교부 목적에 위배되는 용도에 사용

  나) 양도, 교환, 대여

  다) 담보의 제공

- 위 항의 규정에도 불구하고 「보조금법 시행령」 제16조에 따라 다음 각 호에 해당하는 경우에는 보건복지부 장관의 승인 없이 위 항의 각 호에 해당하는 행위를 할 수 있음

  가) 「보조금법」 제18조제2항의 수익반환 조건부 교부결정에 따라 보조사업자가 보조금의 전부에 해당하는 금액을 국가에 반환하는 경우

나) 보조금 교부 목적과 해당 재산의 내용연수를 고려하여 보건복지부장관이 정하는 기간이 지난 경우. 다만, 교부조건에 처분 제한기간의 정함이 없는 경우 해당 재산의 통상적인 내용연수까지는 재산처분을 제한한 것으로 간주

다) 지방자치단체가 보조금 또는 간접보조금으로 취득한 재산인 경우. 다만, 승계 취득은 포함되지 않으며, 제2호의 기간이 미경과한 재산을 처분하는 경우에는 보건복지부장관과 반드시 협의

다. 중요재산의 부기등기

- 국고보조사업을 받은 의료기관은 「보조금법」 제35조의2제1항에 따라 중요재산 중 부동산에 관한 소유권 등기를 할 때에는 다음 각 호의 사항을 표기내용으로 하는 부기등기(附記登記)를 하여야 함

가) 해당 부동산은 보조금을 지원받아 취득하였거나 그 효용가치가 증가한 재산이라는 사항

나) 보조금 교부 목적과 해당 부동산의 내용연수를 고려하여 중앙관서의 장이 정한 기간이 지나지 아니하였음에도 그 부동산을 보조금의 교부 목적에 위배되는 용도에 사용, 양도, 교환, 대여 및 담보로 제공하려는 경우에는 보건복지부장관의 승인을 받아야 한다는 사항

- 보조사업자 등이 제1항의 부기 등기하고자 할 때에는 아래의 서식에 따른 보조금이 지원된 부동산 증명서를 관할 등기소에 제출하여야 함

  * 〈별지 제9-2호 서식〉 보조금이 지원된 부동산 증명서

- 보조사업자 등이 「보조금법」제35조의2제3항에 따라 부기등기를 말소하고자 할 때에는 아래의 서식에 따른 부기등기 말소대상 부동산 증명서를 관할 등기소에 제출하여야 함

  * 〈별지 제9-3호 서식〉 부기등기 말소 대상 부동산 증명서

- 보조사업자 등이 제1항의 의무를 위반한 경우 보조금법 제30조 제1항 제2호 및 같은 법 제30조제2항 제2호에 따라 보조금 교부결정 취소 등의 시정조치를 할 수 있음

절차별 제출서류 종합

구 분		제출자료		페이지	제출처
1. 사업대상 선정절차 - 사업계획서 제출서류					
2. 예산신청 및 교부절차 - 예산신청 및 교부절차 제출서류					
의료기관 ↓ 기초자치 ↓ 광역자치		• 국고보조금 교부신청서 • 서약서	• 별지 제1호 • 별지 제1-1호	p.379 p.380	보건복지부
3. 사업시행 및 관리절차 - 기술심의 및 보고					
의료기관 ↓ 기초자치 ↓ 광역자치	공통	• 사업계획 변경 승인 요청서(변경 발생 시)	• 별지 제2호	p.381	보건복지부
	시설	• 시설설계 심의 신청서 • 시설설계 심의신청 내용	• 별지 제3호 • 별지 제3-1호	p.382 p.383	보건복지부
	장비	• 장비계획 심의 신청서 • 장비계획 심의신청 내용 • 장비별 사양서 • 장비활용 계획서	• 별지 제4호 • 별지 제4-1호 • 별지 제4-2호 • 별지 제4-3호	p.386 p.387 p.389 p.390	보건복지부
4. 실적 보고					
의료기관 ↓ 기초자치 ↓ 광역자치	실적	• 수행상황 보고서(분기별 집행보고) • 분기별 집행현황 • 완료실적 보고서 • 시설공사 완료보고 내용 • 장비구매 완료보고 내용 • 국고보조금 이월승인 요청서 • 국고보조금 이월 세부명세 • 실적 보고서(회계연도 내 미완료) • 집행내역서(회계연도 내 미완료)	• 별지 제5호 • 별지 제5-1호 • 별지 제6호 • 별지 제6-1호 • 별지 제6-2호 • 별지 제7호 • 별지 제7-1호 • 별지 제8호 • 별지 제8-1호	p.391 p.392 p.394 p.395 p.400 p.403 p.404 p.405 p.406	보건복지부
	중요재산	• 중요재산 현황 • 보조금이 지원된 부동산 증명서 • 부기등기 말소 부동산 증명서	• 별지 제9-1호 • 별지 제9-2호 • 별지 제9-3호	p.408 p.409 p.410	보건복지부

〈별지 제1호 서식〉

○○년도 국고보조금 교부신청서

의료기관명		의료기관장명	
소 재 지			
국고보조 사업명			
사 업 목 적			
사 업 내 용			
사 업 기 간	20 . . ~ 20 . .		

사업의 총 소요경비

(단위 : 천원)

합 계	국 비	지방비		기타 (자부담)
		광역	기초자치	

보조금 관리에 관한 법률 제16조 및 동법시행령 제7조의 규정에 따라 위와 같이 국고보조금의 교부를 신청합니다.

첨부 1. 서약서
2. (수정)사업계획서
3. 사업계획서 요약(1~3장)

20 년 월 일

신 청 자 (인)

보건복지부장관 귀하

〈별지 제1-1호 서식〉

서 약 서

ㅇㅇ병원장은 정부가 추진하는 **「치매안심요양병원 기능보강 사업」**의 설립목적에 적극 부응하기 위하여 아래의 준수사항을 이행할 것을 서약합니다.

준 수 사 항

1. ㅇㅇ병원장은 보건복지부의 「치매안심요양병원 기능보강 지침(이하 '사업안내'이라 한다)」에 의하여 사업계획을 수립·시행한다.

2. 치매전문병동 설립 추진에 따른 사업비는 제1항의 보건복지부와의 협의 및 사업안내에 의하여 집행·관리하고, 사업계획 및 집행계획에 변경이 있을 때는 사전에 보건복지부장관의 승인을 받아야 한다.

3. 치매안심요양병원 기능보강사업 관련 사업비는 별도의 계정으로 분리하여 관리한다.

4. 보건복지부장관은 다음의 경우 선정을 취소하고, 보조금의 반환을 명할 수 있다.
   - 보조금을 다른 용도로 사용한 경우
   - 법령의 규정, 보조금 교부결정의 내용 또는 법령에 의한 보건복지부장관의 처분을 위반한 경우
   - 허위의 신청이나 기타 부정한 방법으로 보조금을 교부 받은 경우

5. 기타 치매안심요양병원 기능보강 사업의 역할과 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 사항을 준수한다.

20 . . .

서 약 자 : ㅇ ㅇ ㅇ 병 원 장 인

보건복지부장관 귀하

〈별지 제2호 서식〉

사업계획 변경 승인 요청서

<table>
<tr><td rowspan="2">의료
기관</td><td>의료기관명</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>의료기관장명</td><td></td><td>전화/FAX</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">사업
기간</td><td colspan="2" rowspan="2">20 . . ~ 20 . .</td><td rowspan="2">총 사업비</td><td rowspan="2">총계</td><td rowspan="2">국비</td><td colspan="2">지방비</td><td rowspan="2">기타</td></tr>
<tr><td>광역</td><td>기초
자치</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">변경
내용
(별지
첨부)</td><td colspan="2">변경 전</td><td colspan="2">변경 후</td><td colspan="3">변경사유</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

치매전문병동 관련 OO 병원 치매안심요양병원 기능보강 사업 추진과 관련하여 다음 사항에 대한 계획을 변경하고자 하오니 승인하여 주시기 바랍니다.

20 년 월 일

신청인 (인)

보건복지부장관 귀하

〈첨부서류〉

1. 사업변경 사유서
   ※ 변경사유는 변경하고자 하는 이유를 충분히 인지할 수 있도록 기술하여야 하며, 이를 위해 필요한 제반 설명 자료 및 도면(변경 전, 후) 첨부
2. 추진경과 및 세부 추진일정

〈별지 제3호 서식〉

시설설계 심의 신청서

의료기관	공사명						
	의료기관명				전화/FAX		
설계자	성명				사무소명		
	주소				전화		
현황	위치				건축면적		㎡
	지역				지구/지목		
	연면적			㎡	층수		지상 층, 지하 층
	주차대수				구조		
사업비	시설	국비		천원	의료장비	국비	천원
		지방비	광역	천원		지방비 광역	천원
			기초	천원		지방비 기초	천원
		기타		천원		자부담	천원
		총계		천원		총계	천원
사업계획	사업 위치 (의료기관 내 위치)				공사 면적		증축 ㎡, 개보수 ㎡
	공사종류 (해당란은 모두 ○표시)			신축, 수직증축, 수평증축, 별동증축, 개보수	사업내용		(확충 병상수 등)
공사일정	착공예정일			년 월 일	준공예정일		년 월 일

위의 사항과 같이 OO요양병원 치매전문병동의 시설설계 심의를 신청합니다.

20 년 월 일

신청인 (인)

보건복지부장관 귀하

〈첨부서류〉
1. 시설설계 심의신청 내용(별지 제3-1호 서식)
2. 공사부분 현황사진, 각 실별 면적표, 치매전문병동이 설치된 건물의 전체 각층 평면도
3. 변경 전후 배치도, 평면도, 입면도, 주단면도, 설비계획 개요, 가구 및 의료장비 배치도 등 기본도면 각 1부(PDF 파일로 제출)
4. 기존건물에 대한 증축 및 구조변경인 경우 안전진단확인서 1부

〈별지 제3-1호 서식〉

시설설계 심의 신청 내용

1) 사업개요

(단위 : 천원)

구 분		수정 사업계획	기본설계 내용	변경 사유
대지위치				
사업비(시설비)				
공종(신축, 증축, 개보수 등)				
사업기간				
공사면적	증축			
	개보수			

2) 추진 경과

구 분	일자	비 고
예산교부일[1]	- 광역 - 기초	
설계자 계약일		
기본설계 완료일		
실시설계 완료일(예정일)		
착공(예정일)		
완공(예정일)		

1) 예산을 나눠 교부 받은 경우 각각의 일자를 모두 기입
- 광역 : 광역단체에서 기초단체에 예산을 교부한 날/ 기초 : 기초단체에서 사업수행기관에 예산을 교부한 날

3) 사업내용

□ 건축개요

구 분		사업 전	기본설계	비 고
대지면적				
건축면적(건폐율)				법정 %
연면적(용적률)				법정 %
층수				
주차대수				법정 대
조경면적				법정 %
병상수	계			
	치매전문병동			
	일반요양병동			

□ 시설계획

구분		현재		변경후	
		실명	면적(㎡)	실명	면적(㎡)
본관	2F	병동(76병상), 진료실, 프로그램실, 원장실, 세탁실	1,171.08	변경없음	1,171.08
	1F	일반병동(60병상), 진료실, 물리치료실, 접수/원무, 사회사업실	1,171.08	치매전문병동(70병상), 진료실, 물리치료실, 접수/원무, 사회사업실	1,600.08
	B1F	주방, 식당, 세탁실, 기계실, 전기실, 창고	555.71	주방, 식당, 세탁실, 기계실, 전기실, 창고	555.71
소계		136병상	2,897.87	146병상	3,326.87
별관	2F	–	–	치매전문병동(36병상), 프로그램실	420.03
	1F	–	–	외래진료실(3), 프로그램실	420.03
소계		–	–	36병상	840.06
합계		136병상	2,897.87	182병상	4,166.93

□ 세부 공사내용

건물 구분	층	공사유형	공사면적 (㎡)	공사 내용
본관	4층	증축		
본관	3층	리모델링		
				건축, 설비(기계, 전기, 소방) 등 각 분야별 공사 범위 및 내용을 구체적으로 작성(설비장비 교체가 포함된 경우 주요 장비명 등 기입)

4) 의료인력 계획

구분	전공/역할	현재	변경후	확보 또는 예정시기
전문의	신경과			
	정신건강의학과			
	재활의학과			
간호사	( )층 치매병동			
	( )층 치매병동			
의료기사	물리치료사			
	작업치료사			
기타	사회복지사			
	요양보호사			

5) 사업비 내역

(단위 : 천원)

예산 구성				
구분	계	국비	지방비	기타
수정 사업계획				
심의 신청				
시설비 상세내역				
합계	공사비	설계비	감리비	부대비 등

공사비 상세내역		
공사구분	기본설계 금액	비고
건축		
기계		
소방		
전기		
통신		
기타		
공사비 합계		

〈별지 제4호 서식〉

장비계획 심의 신청서

<table>
<tr><td rowspan="2">의료
기관</td><td colspan="2">의료기관명</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">의료기관장명</td><td></td><td colspan="2">전화/FAX</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">사업
내역</td><td rowspan="3">구매
대수</td><td>권고
의료장비</td><td></td><td rowspan="3">구매
금액</td><td>권고
의료장비</td><td></td></tr>
<tr><td>목록 외
의료장비</td><td></td><td>목록 외
의료장비</td><td></td></tr>
<tr><td>계</td><td></td><td>계</td><td></td></tr>
</table>

위의 사항과 같이 OO병원 치매전문병동의 장비구매에 대한 심의를 신청합니다.

20 년 월 일

신청인 (인)

보건복지부장관 귀하

〈첨부서류〉

1. 장비 심의신청 내용 1부 〈제4-1호 서식 참고〉
2. 장비별 사양서 1부 〈제4-2호 서식 참고〉
3. 장비 활용 계획서 1부 〈제4-3호 서식 참고〉
4. 복수의 견적서

〈별지 제4-1호 서식〉

장비 심의 신청 내용

1) 사업개요

(단위 : 천원)

구 분		수정사업계획	장비 심의	변경 사유
사업비(장비비)				
사업기간				
신청장비	장비종류			
	수량			

2) 추진 경과

구 분	일 자	비 고
예산교부일[1]		
입찰공고일(예정일)		
계약완료일(예정일)		
완료일(예정일)		

1) 예산을 나눠 교부 받은 경우 각각의 일자를 모두 기입

3) 의료인력 계획

구분	전공/역할	현재	변경후	확보 또는 예정시기
전문의	신경과			
	정신건강의학과			
	재활의학과			
간호사	( )층 치매병동			
	( )층 치매병동			
의료기사	물리치료사			
	작업치료사			
기타	사회복지사			
	요양보호사			

4) 사업비 내역

(단위 : 천원)

구 분	계	국비	지방비	기타
수정 사업계획				
심의 신청				

5) 장비구매 목록

(단위 : 천원)

장비명 (한글, 영문 모두 표기)		기존 보유 대수	수정 사업계획			심의 신청			
			구매 대수	단가	예정가격	구매 대수	단가	예정 가격	설치실명
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
총 계									

〈별지 제4-2호 서식〉

장비별 사양서

장비명	대수	사용자 (직책)	필수기능 사양 (A/S 계획 포함)
자동혈압측정기	*2*		*- 자동보정가압기술 : 피검자의 맥박을 감지하여 자동으로 커프의 가압치를 조절.* *- 인체공학적 슬림디자인 : 양팔 측정가능* *- 4가지 출력양식* *- 측정방법 : Oscillometric* *- 압력 : 0-300mmHg 맥박 : 30-200plus/m* *- 정확도 : 압력 : 3mmHg 또는 2%* *- 에너지절약 : 마지막 측정 3분 후 자동으로 에너지 절약 모드로 전환* *- 안전 레버를 누르면 커프 이완* *- 화면타입 : LED(수축, 이완, 맥박, 시간 표시)* *(1년 무상 A/S)*

1) 각각의 장비에 대하여 작성하여야 함
2) 각각의 장비에 대한 복수의 견적서 첨부

〈별지 제4-3호 서식〉

장비 활용 계획서(500만원 이상 장비별 작성)

1. 신청 장비
   - 장비명

2. 지역사회 요구도와 장비구매의 필요성

3. 해당 의료장비와 관련한 기존 진료실적(구체적 자료에 근거)

4. 장비의 운영 계획(장비구매 시점 기준)
   - 장비 이용 대상자
   - 예상 진료 건수(건수 설정 근거 제시)

5. 의료인력
   - 전문 인력과 보조 인력으로 나누어 기술

6. 장비의 지속적 활용을 위한 계획(향후 5년간 계획)

7. 장비 구입으로 기대되는 효과

8. 동일 장비 보유 의료기관 현황 및 실적(관내)

〈별지 제5호 서식〉

치매안심요양병원 기능보강사업 수행상황 보고서(분기별 집행보고)

의료기관	사업년도	0000년	전화/FAX	
	의료기관명		사업연도	0000년

사업비 구성 (단위 : 원)

구분	합계	국비	지방비		의료기관 부담	비고 (이자)
			광역	기초		
시설비						
장비비						
합계						

지출액[1] 구성 (단위 : 원, 국비기준)

합계	시설비	장비비	기타

위의 사항과 같이 ○○병원의 분기별 집행현황을 보고합니다.

20 년 월 일

보고자[2] (인)

보건복지부장관 귀하

〈첨부서류〉
1. 분기별 집행현황(별지 5-1호 서식)

1) 지출액은 「국비와 지방비를 합한 총 지출액」에 국고보조비율(80%~50%) 곱한 금액
2) 보고자는 광역자치단체의장 명 기입

〈별지 제5-1호 서식〉

(　　)년 치매안심요양병원 기능보강사업 분기별 집행현황

사업수행기관 :　　병원

○ 총괄 내역 (단위 : 원)

구성					
구분	국비	지방비		의료기관 부담	국비 이자액
		광역	기초		
예산액	A	B	C	D	E
집행액	A1	B1	C1	D1	—
집행잔액	A-A1	B-B1	C-C1	D-D1	E

집행내역				
구분	국비			
	예산	집행액	집행률(%)	집행잔액
1. 시설비	F1	G1	G1/F1	F1-G1
2. 장비비				
총계	F		100.0	

○ 사업추진현황 (단위 : 원)

비목	예산 교부일[1]	교부금액	심의 승인일	착공일/ 장비계약일	완료 예정일	현재 진행상황
1. 시설비	광역 :					*공정율 00% 현재 00공사 중*
	기초 :					
2. 장비비	광역 :					*00종 00대 중 00종 00대 구매완료*
	기초 :					

1) 예산 교부일 : (광역) 광역단체에서 기초단체에 예산을 교부한 일자 (기초) 기초단체에서 사업수행기관에 예산을 교부한 일자

○ 세부 집행내역 (단위 : 원)

비목	번호	일자	집행액	내용
1. 시설비	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	소계		F1	—
2. 장비비	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	소계		F2	—

* 항목별 세부내용 모두 기재함(5행 초과 가능)

〈별지 제6호 서식〉

치매안심요양병원 기능보강사업 완료실적 보고서

의료기관	사업년도	0000년	전화/FAX	
	의료기관명		사업기간	0000년 00월 – 0000년 00월

사업비 구성 (단위 : 원)

구분	합계	국비	지방비		기타 (자부담)	비고 (국비 이자)
			광역	기초		
시설비						
장비비						
합계						

지출액[1] 구성 (단위 : 원, 국비기준)

합계	시설비	장비비	기타

반납액[2] 구성 (단위 : 원, 국비기준)

합계	시설비	장비비	국비 이자	기타

○○병원의 완료실적 보고를 제출합니다.

20 년 월 일

보고자[3] (인)

보건복지부장관 귀하

〈첨부서류〉
1. 시설공사 완료보고 내용(별지 제6-1호 서식)
2. 장비구매 완료보고 내용(별지 제6-2호 서식)
3. 별도계좌 통장사본 및 지출 증빙서류(세금계산서)

1) 지출액은 「국비와 지방비를 합한 총 지출액」에 국고보조비율인 80%를 곱한 금액
2) 반납액은 「의료기관 부담을 제외한 총 사업비」에 국고보조비율인 80%를 곱한 금액에서 지출액을 뺀 것
3) 보고자는 광역자치단체의장 명 기입

〈별지 제6-1호 서식〉

시설공사 완료보고 내용

1. 사업개요

(단위 : 원)

구 분		승인 내용	착공 내용	완료 내용	변경 사유
대지위치					
사업비(시설비)					
공종(신축, 증축, 리모델링 등)					
사업기간					
공사면적	증축				
	리모델링				

2. 추진 경과

구 분		일 자	비 고
예산교부일[1]		광역 : 기초 :	
설계	심의 승인일		
	설계 완료일		
	건축허가일		
착공	입찰공고일		
	계약완료일		
	착공일		
공사 및 완공	사용승인일(준공일)		
	완료일[2]		

1) 예산을 나눠 교부 받은 경우 각각의 일자를 모두 기입
 - 광역 : 광역단체에서 기초단체에 예산을 교부한 날/ 기초 : 기초단체에서 사업수행기관에 예산을 교부한 날
2) 해당 사업비가 마지막으로 지출된 시점

3. 사업내용

□ 건축개요

구 분		사업 전	기본설계	비 고
대지면적				
건축면적(건폐율)				법정 %
연면적(용적률)				법정 %
층수				
주차대수				법정 대
조경면적				법정 %
병상수	계			
	치매전문병동			
	일반요양병동			

□ 시설계획

구분		현재		변경후	
		실명	면적(㎡)	실명	면적(㎡)
본관	2F	병동(76병상), 진료실, 프로그램실, 원장실, 세탁실	1,171.08	변경없음	1,171.08
	1F	일반병동(60병상), 진료실, 물리치료실, 접수/원무, 사회사업실	1,171.08	치매전문병동(70병상), 진료실, 물리치료실, 접수/원무, 사회사업실	1,600.08
	B1F	주방, 식당, 세탁실, 기계실, 전기실, 창고	555.71	주방, 식당, 세탁실, 기계실, 전기실, 창고	555.71
소계		136병상	2,897.87	146병상	3,326.87
별관	2F	–	–	치매전문병동(36병상), 프로그램실	420.03
	1F	–	–	외래진료실(3), 프로그램실	420.03
소계		–	–	36병상	840.06
합계		136병상	2,897.87	182병상	4,166.93

□ 세부 공사내용

건물 구분	층	공사유형	공사면적 (㎡)	공사 내용
본관	4층	증축		
본관	3층	리모델링		
				건축, 설비(기계, 전기, 소방) 등 각 분야별 공사 범위 및 내용을 구체적으로 작성(설비장비 교체가 포함된 경우 주요 장비명 등 기입)

□ 준공 사진

구분	실명	사업 전	사업 후
준공사진 (주요실)			

4. 의료인력 계획

구분	전공/역할	현재	변경후	확보 또는 예정시기
전문의	신경과			
	정신건강의학과			
	재활의학과			
간호사	( )층 치매병동			
	( )층 치매병동			
의료기사	물리치료사			
	작업치료사			
기타	사회복지사			
	요양보호사			

5. 집행 내역

□ 총괄

(단위 : 원)

지원예산(교부금액)			이자 발생액	집행금액				집행잔액	
계	국비	지방비		계	교부금 (국도비)	이자	자부담	교부금 (국도비)	이자

□ 분야별 집행 내역

(단위 : 원)

예산 구성			
계	국비	지방비	기타

시설비 상세내역					
구분	계	공사비	설계비	감리비	부대비 등
실시설계					
착공					
완료					

공사비 상세내역				
공사구분	착공(입찰) 금액	설계변경 금액	완료금액	비고
건축				
기계				
소방				
전기				
통신				
기타				
공사비 합계				

□ 사업비 증감 사유

(단위 : 원)

공사 구분	착공 금액	완료 금액	변경 사항(착공 대비)			
			변경 전 내용	변경 후 내용	변경금액	사유
			계			
			계			

□ 세부지출내역

(단위 : 원)

지출내용(적요)	지출처	지출금액				지출 일자	계약 방식
		지출계	보조금	이자	자부담		
합계							

* 계약방식은 수의, 일반경쟁(조달입찰), 지명경쟁 등으로 기재

〈첨부서류〉

○ 준공검사서, 준공도면 (배치도, 평면도, 입면도, 단면도 등 주요 도서를 PDF파일로 제출)

〈별지 제6-2호 서식〉

장비구매 완료보고 내용

1. 사업개요

(단위 : 원)

구 분	승인 계획	완료	비고
사업명			
사업비			
장비종류(수량)			
사업기간			

2. 추진 경과

구 분		일자	비고
예산교부일[1]		광역 : 기초 :	
심의	장비계획 승인일		
	장비변경 승인일		
업체선정	입찰공고일		
	계약완료일		
완료	검수완료일		
	완료일[2]		

1) 예산을 나눠 교부 받은 경우 각각의 일자를 모두 기입
 - 광역 : 광역단체에서 기초단체에 예산을 교부한 날/ 기초 : 기초단체에서 사업수행기관에 예산을 교부한 날
2) 해당 사업비가 마지막으로 지출된 시점

3. 집행 내역

□ 총괄

(단위 : 원)

지원예산(교부금액)			이자 발생액	집행금액				집행잔액	
계	국비	지방비		계	교부금 (국도비)	이자	자부담	교부금 (국도비)	이자

□ 세부지출내역

(단위 : 원)

지출내용(적요)	지출처	지출금액				지출 일자	계약 방식
		지출계	보조금	이자[3]	자부담		
계							
합계							

* 계약방식은 수의, 일반경쟁(조달입찰), 지명경쟁 등으로 기재

4. 의료인력 계획

구분	전공/역할	현재	변경후	확보 또는 예정시기
전문의	신경과			
	정신건강의학과			
	재활의학과			
간호사	( )층 치매병동			
	( )층 치매병동			
의료기사	물리치료사			
	작업치료사			
기타	사회복지사			
	요양보호사			

5. 구매완료 내용

(단위 : 천원)

구분	최초승인			변경승인[1]		구매완료		설치 장소[3]	구매 방법[4]	변경 사유
	장비목록	수량	금액	수량	금액	수량	금액			
1	A장비	1	xx,xxx	2	xx,xxx	2	xx,xxx			
2	B장비	1	xx,xxx	–	–	–	–			
3	C장비	1	xx,xxx	1	xx,xxx	1	xx,xxx			
4	D장비**[추가]**	–	–	2	xx,xxx	2	xx,xxx			
5	E장비**[추가]**	–	–	1	xx,xxx	1	xx,xxx			
6	F장비**[승인외장비]**[2]	–	–	–	–	1	xx,xxx			
합계	예산액 (국비+지방비)	3	xx,xxx	6	xxx,xxx	7	xxx,xxx			

1) 장비변경 심의에 의해 승인된 장비 기입
2) 승인 외 장비를 구매하였을 경우 상기 예시와 같이 장비명 옆에 표기
3) 설치장소는 구체적으로 기입 (ex : 분만실(본관 2층), 외래진료실(본관 1층) 등)
4) 구매방법란에는 입찰 및 계약방법(수의, 일반경쟁(조달입찰), 지명경쟁 등)을 기재하고 수의계약 시 근거사유를 제시

〈첨부서류〉

○ 장비 구매 계약서, 사양서, A/S보증보험증권

〈별지 제7호 서식〉

국고보조금 이월승인 요청서

1. 보조사업 개요

중앙관서명	보건복지부	보조사업 유형	자치단체자본보조
보조사업명			
사업내용	* 사업 목적, 지원대상, 사업내용 등을 기재		
사업기간	20 . . .~ .	사업비 부담 비율	국비 00% (지방비 00%, 자부담 0%)
보조사업자	기관·단체명		
	주 소 (연락처)		

2. 보조사업 추진 현황(0000.00월 말 기준)

□ 보조금 집행 현황

(단위 : 천원)

국비 수령액	집행액	집행 잔액	불용 예상액	이월* 요청액

* 이월 : 예산을 당해 회계연도내에 집행하지 않고 다음 연도에 지출하는 것

□ 현재까지 추진 상황(추가 설명이 필요한 경우 별도 첨부)

○

□ 집행상 애로사항(문제점)

○ 애로사항

○ 그간 조치결과

3. 이월 요청 사항

□ 이월예산 집행 및 사업 종료시한 :

□ 이월 사유

(불가피한 사유를 구체적으로 명확하게 기재하고, 세부명세는 별도 첨부)

〈별지 제7-1호 서식〉

국고보조금 이월 세부명세(자치단체보조사업)

(단위 : 천원)

보조사업명	보조사업자명		사업 내용	추진경과 (공정률%)	이월액			
					명시이월액		사고이월액	
	보조사업자	간접 보조사업자			이월액	이월사유	이월액	이월사유
계								
치매안심 요양병원 기능보강사업	○○도지사 또는 시장	○○○시장 (○○○시설, ○○병원등)						

* 명시이월 : 예산의 성질상 연도내 지출을 못할 것으로 예상되어 다음연도로 이월할 수 있다고 미리 예산 의결을 거쳐 정한 사업
* 사고이월 : 재난재해로 인한 사업기간 부족, 공사기간 부족, 입찰공고 후 장기간 소요, 사업자 선정 지연, 기타 불가피한 사유 기재

〈별지 제8호 서식〉

치매안심요양병원 기능보강사업 실적 보고서(회계연도내 미완료)

의료기관	사업년도	0000년	전화/FAX	
	의료기관명		사업기간	0000년 00월 – 0000년 00월

사업비 구성 (단위 : 원)

구분	합계	국비	지방비		의료기관 부담	비고 (이자)
			광역	기초		
시설비						
장비비						
합계						

지출액[1] 구성 (단위 : 원, 국비기준)

합계	시설비	장비비	기타

이월액[2] 구성 (단위 : 원, 국비기준)

합계	시설비	장비비	이자	기타

○○병원의 사업 실적보고를 제출합니다.

20 년 월 일

보고자[3] (인)

보건복지부장관 귀하

〈첨부서류〉
1. 시설·장비비 집행내역서(별지 제8-1호 서식)

1) 지출액은 「국비와 지방비를 합한 총 지출액」에 국고보조비율(50~80%)을 곱한 금액
2) 이월액은 다음연도에 집행할 총 금액에 국고보조비율인 80%를 곱한 금액
3) 보고자는 광역자치단체의장 명 기입

〈별지 제8-1호 서식〉

치매안심요양병원 기능보강사업 집행내역서
(회계연도내 미완료)

사업수행기관 : 병원

○ 총괄 내역 (단위 : 원)

구성						
구분		국비	지방비		의료기관 부담	국비 이자액
			광역	기초		
예산액		A	B	C	D	E
집행액		A1	B1	C1	D1	—
집행잔액	계	A-A1	B-B1	C-C1	D-D1	E
	이월액	A2	B2	C2	D2	—
	불용액	A-A1-A2	B-B1-B2	C-C1-C2	D-D1-D2	E

집행내역						
구분	국비					
	예산	집행액	집행율(%)	집행잔액		
				계	이월액	불용액
1. 시설비	F1	G1	G1/F1	F1-G1		
2. 장비비						
총계	F		100.0			

○ 사업추진현황 (단위 : 원)

비목	예산 교부일[1]	교부금액	심의 승인일	착공일/ 장비계약일	완료 예정일	현재 진행상황
1. 시설비	광역 :					*공정율 00% 현재 00공사 중*
	기초 :					
2. 장비비	광역 :					*00종 00대 중 00종 00대 구매완료*
	기초 :					

1) 예산 교부일 : (광역) 광역단체에서 기초단체에 예산을 교부한 일자 (기초) 기초단체에서 사업수행기관에 예산을 교부한 일자

○ 세부 집행내역 (단위 : 원)

비목	번호	일자	집행액	내용
1. 시설비	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	소계		F1	—
2. 장비비	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	소계		F2	—

* 항목별 세부내용 모두 기재함(5행 초과 가능)

〈별지 제9-1호 서식〉

○○년도 국고보조금 취득 중요재산 현황

중앙관서명		보건복지부
세부사업명		*공립요양병원 치매기능보강사업*
재산명		
유형		
목적(용도)		
주소	시도	
	상세주소	
면적(㎡)		
내역	수량	
	단위	
취득가액		
현재가액		
보조금유형		
취득일자		
처분제한기간(일자)		
소유자구분		

부기등기 기재사항 (예시)	이 재산은 보조금 관리에 관한 법률, 보건복지부 소관 국고보조금 관리 규정 등에 의한 국고보조금 지원 재산이므로 보조금 집행자(00시·도지사) 승인없이 20 년 0월 00일까지 다른 용도 사용, 양도, 교환 또는 담보로 제공하거나 이를 압류할 수 없다.

* 시설의 경우 해당 시설에 투입된 대략적인 공사금액 등을 작성

1) 기입대상 : 국고보조금이 투입된 500만원 이상(개당 단가) 부동산과 그 종물(從物)_시설 및 장비
2) 취득금액 : 동일 재산(장비)의 경우 총 수량이 아닌 개당 금액
3) 현재가액 : 기획재정부장관이 정하는 현재가액(보조금관리에 관한 법률 시행령 제15조 2항). 현재가액 정보가 모호한 경우 취득금액으로 작성
4) 처분제한기간 : 영구/반영구/년.월.일 같이 세가지 형태 중 하나 필수 입력. 물품을 처분한 경우 "처분"이라고 작성 및 처분일자 작성

〈별지 제9-2호 서식〉

보조금이 지원된 부동산 증명서

보조사업 개요	
보조사업명	
보조사업자	기관명/이름 : 사업자 등록번호 : 주 소 :

부기등기(附記登記) 대상 부동산	
주 소	
물 건[1]	명칭 : 면적(㎡) :
사후관리 기간	당초 : 연 월 일 ~ 연 월 일 변경 : 연 월 일 ~ 연 월 일

이 부동산은 「보조금 관리에 관한 법률」 제35조의2에 따른 부기등기(附記登記) 대상임을 증명합니다.

년 월 일

보조금을 지원하는 기관의 장 직인

유의사항

1. 물건의 명칭은 토지(부지명), 건물(건물명)을 기재 / (예) 토지(○○리 마을회관부지), 건물(○○리 마을회관)
2. 해당 등기소에서는 이 부동산의 등기서류에 "이 부동산(건물, 토지)은 보조금이 지원되어 있으며, ○○○○년 ○○월 ○○일까지는 보조금을 지원한 보건복지부장관의 승인 없이 보조금의 교부 목적에 위배되는 용도에 사용, 양도, 교환, 대여 및 담보의 제공을 할 수 없다."라는 내용의 문구를 부기하여 주시기 바랍니다.

〈별지 제9-3호 서식〉

부기등기 말소 대상 부동산 증명서

보조사업 개요	
보조사업명	
보조사업자	기관명/이름 : 사업자 등록번호 : 주소 :

부기등기(附記登記) 말소 대상 부동산	
주 소	
물 건[1]	명칭 : 면적(㎡) :
말소 사유	
사후관리기간	당초 : 연 월 일 ~ 연 월 일 변경 : 연 월 일 ~ 연 월 일

이 부동산은 「보조금 관리에 관한 법률」 제35조의2에 따른 부기등기(附記登記) 말소 대상 부동산임을 증명합니다.

년 월 일

중앙관서의 장 직인

VI

실종노인의 발생예방 및 찾기 사업

MINISTRY OF HEALTH & WELFARE

Ⅵ. 실종노인의 발생예방 및 찾기 사업

1 목적

- 정당한 사유 없이 사고 또는 치매 등의 사유로 인하여 보호자로부터 이탈된 “실종노인”의 조속한 발견과 복귀를 지원함으로써, 노인을 안전하게 보호하고, 실종노인 가정의 복지 증진에 이바지

2 법적근거

- 노인복지법 제39조의10 및 제39조의11조, 제55조의 3 및 제55조의 4, 제61조의2, 시행규칙 제29조의13
- 실종 아동 등의 보호 및 지원에 관한 법률

3 노인 실종예방 인식표 발급 사업 [참고1], [참고2]

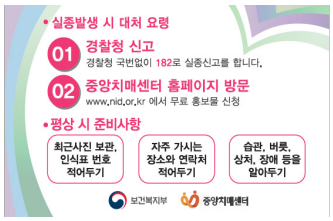
가. 사업 개요

- 발급대상 : 실종 위험이 있는 치매환자 및 만60세 이상 어르신
- 신청기간 : 상시
- 신청기관 : 발급대상자의 주민등록상 주소지 치매안심센터
- 발급단위 : 회당 인식표 1박스(인식표 80매), 보호자용 실종대응카드 1개 제공
- 발급비용 : 치매안심센터 사업비

[인식표 및 실종대응카드 이미지]

[인식표]

[실종대응카드] 앞면



[실종대응카드] 뒷면

나. 인식표 발급 절차

- (신청) 발급대상자, 주보호자 및 주보호자 외 보호자의 '배회 어르신 인식표 신청서' [서식 1-6], '개인정보 조회·처리·제공 동의서' [서식 1-4] 치매안심센터 제출
  - (제출서류)
    - 발급대상자, 주보호자 및 주보호자 외 보호자의 신분증(사본 포함) 확인하여야 하고, 보호자임을 확인할 수 있는 서류(가족관계증명서 또는 대상자와의 관계가 확인되는 주민등록등본)를 제출
    - 법정대리인이 보호자인 경우에는 법정대리인의 신분증(사본 포함)을 확인하고 후견등기부등본을 제출
    - 서류는 3개월 이내 발급된 원본 또는 사본을 제출(신분증 사본 제외).

* 기 제출한 서류(3개월 이내 발급된 원본 또는 사본)는 더 이상 제출하실 필요가 없음

* 신분증(사본 포함)으로는 주민등록증, 운전면허증, 여권, 의료급여증, 경로증, 기타 국가 및 지자체 공공기관, 위탁운영기관에서 발행한 신분증명서류 등 본인 여부를 확인할 수 있는 신분증명서 또는 서류가 해당

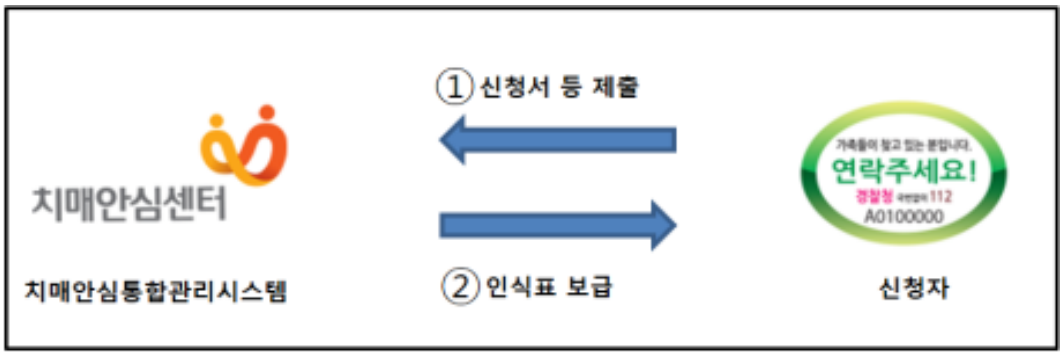
* 배회가능 어르신 당사자가 '배회가능 어르신 인식표 신청서'와 '개인정보 조회·처리·제공 동의서'에 직접 서명해야 함을 원칙으로 하나, 어르신 당사자 본인의 서명 또는 날인이 질환 등의 사유로 불가할 경우 대리인(보호자 혹은 성년후견인)이 서명 또는 날인

- (시스템 등록) 〈치매안심통합관리시스템〉에 신청 정보 등록 시 즉시 인식표 일련번호 부여

  * 신청 정보 입력 시, 신규 또는 재발급 여부를 확인하여 재발급인 경우에는 이전에 부여된 신청 대상자의 인식표 일련번호와 새로 신청한 일련번호가 동일한지 확인

- (인식표 수령) 치매안심센터는 선정된 업체로부터 제작된 인식표 수령

- (인식표 배포) 치매안심센터는 인식표 발급이 완료되었음을 안내하고 인식표 발급 대상자 및 발급대상자의 보호자에게 직접 전달



※ '지문 등 사전등록제도'(가칭) 치매안심센터 확대 예정

4 실종노인 찾기 지원

가. 사업 개요

- 지원대상 : 실종노인의 가족
- 지원기간 : 연중
- 수행기관 : 중앙치매센터
- 지원비용 : 무료

나. 지원 내용

- 중앙치매센터 홈페이지, '치매체크'애플리케이션, 보호시설, 지역신문 등 무료 홍보처를 활용하여 실종치매노인 찾기 지원서비스 제공
- 실종노인을 찾기 위한 홍보물 무료 제작 지원
  - 중앙치매센터 홈페이지(www.nid.or.kr)의 [지원] - [실종치매노인지원] 메뉴에서 실종노인 전단지 신청하기
    * 전단지 4천여장, 스티커 1천여장, 현수막 1개 중 모두 또는 일부 신청 가능
- 치매상담콜센터(1899-9988)를 통한 실종노인 가족상담 지원

[스티커]

[전단지]

[현수막]

5 실종 및 무연고 노인 보호

가. 사업 개요

- 지원대상 : 실종 및 무연고 노인
- 지원기간 : 연중
- 지원내용 : 가족을 찾지 못한 **실종노인** 또는 **무연고 노인**에 대하여 보호시설에 입소 지원하고, 무연고노인 신상카드 등 DB 구축을 통해 보호·관리 및 가족찾기 등 지원

나. 기관별 역할 및 협조사항

- **보건복지부**
  - 실종 및 무연고 노인보호사업 총괄
- **지방자치단체**(실종노인 담당부서)
  - **미신고 보호행위 신고접수**(노인복지법 제39조의10) : 정당한 사유 없이 사고 또는 치매 등의 사유로 인하여 보호자로부터 이탈된 **실종노인**을 경찰관서 또는 지자체장에게 신고하지 아니하고 보호할 수 없음

    ※ 위반 시 5년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하의 벌금 부과
  - **관계 장소 출입·조사**(노인복지법 제39조의11) : **실종노인**의 발견을 위하여 필요한 때에는 보호시설장 또는 종사자에게 필요한 보고 또는 자료 제출을 명하거나 관계 장소에 출입하여 노인 또는 관계인을 조사하거나 질문을 하게 할 수 있음

    ※ 위계 또는 위력을 행사하여 공무원의 출입 또는 조사를 거부하거나 방해한 자, 3년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금
  - **보호시설 무연고 노인 신상카드 제출 독려 및 관리**(노인복지법 제39조의10) : 관내 보호시설에 **무연고노인** 입소 시 시설장 및 담당자가 지방자치단체 및 중앙치매센터로 지체없이 신상카드를 제출하도록 독려 [참고 4]

    ※ 보호시설에서 제출받은 신상카드 보관 및 관리, 중앙치매센터에 신상카드 사본 제출
  - 중앙치매센터는 매년 6월 관내 **사회복지시설의 무연고 노인과 중앙치매 센터에서 관리하고 있는 실종자를 대조 확인**하여 매년 7월말까지 보건복지부에 결과 보고 (필요시 경찰관서와 협조)

※ 사회복지시설의 범주 : 「사회복지사업법」 제2조3호에 따른 사회복지시설 및 이에 준하는 시설, 인가신고 등을 하지 아니하고 노인을 보호하는 시설 포함(보호시설)

- **보호시설**
  - 보호시설의 장 또는 종사자는 그 직무를 수행하면서 **무연고 노인**임을 알게 된 때에는 지체 없이 **'무연고노인 신상카드**[참고 4]'를 작성하여 지방자치단체장과 중앙치매센터장에게 제출하여야 함

    ※ 무연고노인 신상카드 작성 대상 : 지자체의 장이 보호조치하거나 보호시설의 장이 보호 하는 대상자 중 ①가족으로부터 이탈된 노인, ②법적으로 연고자나 보호자가 없는 노인, ③법적으로는 연고나 보호자가 있는 것으로 파악되나 장기간 보호자가 파악되지 않거나 연락이 끊긴 노인

    ※ 무연고노인 신상카드는 시설장이 중앙치매센터 홈페이지(www.nid.or.kr) 또는 사회복지시설 정보시스템을 통해 제출하며, 무연고 노인의 사진도 디지털카메라 등으로 촬영하여 함께 제출해야 함[참고 7]

    ※ 무연고노인 신상카드 미제출시, 200만원 이하의 과태료 부과
  - 보호시설의 장은 **무연고노인의 명단**(치매증상 유무 표시)을 년 4회(3·6·9·12월 기준)의 다음달 15일까지 지방자치단체와 중앙치매센터에 제출[참고 5]

    ※ 이 명단 중 입소 시 신상카드를 제출하지 않은 무연고노인 신상카드는 명단 제출 시 첨부 요망
  - 보호시설의 장은 **무연고노인의 전원 및 퇴소 등 변동사항**을 지방자치단체와 중앙치매센터에 년 4회(3·6·9·12월 기준)의 다음달 15일까지 제출[참고 6]
- **중앙치매센터**(보건복지부 위탁기관, T. 031-628-6733)
  - 보호시설 및 지방자치단체로부터 무연고노인 신상카드 및 변동사항 접수
  - 보호시설 무연고노인의 신상DB 구축
  - 사회복지시설의 무연고 노인 및 중앙치매센터의 실종자 명단 간 대조 확인 및 보건복지부에 결과 보고

다. 실종 및 무연고노인 보호 절차

〈사 례〉

경찰관 A씨는 순찰 중 매우 추운 날씨에도 불구하고 몇 시간째 길에서 배회하는 노인 B씨를 발견함. 얼핏 보아도 B씨의 행색이 매우 허름하고 상당 기간 일정한 거주지 없이 지낸 것으로 보이며 치매 또는 정신질환 등이 있는 것처럼 보였음. B씨를 그냥 지나칠 수 없었던 경찰관 A씨는 배회노인 B씨와 함께 파출소에 돌아와서 B씨의 지문조회 등 신원을 확인하고 가족에게 인계하고자 하였으나, 일정한 거주지나 가족을 찾을 수 없었음

- 경찰은 보건의료기관이나 공공구호기관에 긴급 구호를 요청하거나 경찰관서에 24시간 이내로 보호 가능

경찰관직무집행법 제4조(보호조치 등) ① 경찰관은 수상한 행동이나 그 밖의 주위 사정을 합리적으로 판단해 볼 때 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 것이 명백하고 응급구호가 필요하다고 믿을 만한 상당한 이유가 있는 사람(이하 "구호대상자"라 한다)을 발견하였을 때에는 보건의료기관이나 공공구호기관에 긴급구호를 요청하거나 경찰관서에 보호하는 등 적절한 조치를 할 수 있다.

1. 정신착란을 일으키거나 술에 취하여 자신 또는 다른 사람의 생명·신체·재산에 위해를 끼칠 우려가 있는 사람
2. 자살을 시도하는 사람
3. 미아, 병자, 부상자 등으로서 적당한 보호자가 없으며 응급구호가 필요하다고 인정되는 사람. 다만, 본인이 구호를 거절하는 경우는 제외한다.

② 제1항에 따라 긴급구호를 요청받은 보건의료기관이나 공공구호기관은 정당한 이유 없이 긴급구호를 거절할 수 없다.

③ 경찰관은 제1항의 조치를 하는 경우에 구호대상자가 휴대하고 있는 무기·흉기 등 위험을 일으킬 수 있는 것으로 인정되는 물건을 경찰관서에 임시로 영치(領置)하여 놓을 수 있다.

④ 경찰관은 제1항의 조치를 하였을 때에는 지체 없이 구호대상자의 가족, 친지 또는 그 밖의 연고자에게 그 사실을 알려야 하며, 연고자가 발견되지 아니할 때에는 구호대상자를 적당한 공공보건의료기관이나 공공구호기관에 즉시 인계하여야 한다.

⑤ 경찰관은 제4항에 따라 구호대상자를 공공보건의료기관이나 공공구호기관에 인계하였을 때에는 즉시 그 사실을 소속 경찰서장이나 지방해양경비안전관서의 장에게 보고하여야 한다. 〈개정 2014.11.19.〉

⑥ 제5항에 따라 보고를 받은 소속 경찰서장이나 지방해양경비안전관서의 장은 대통령령으로 정하는 바에 따라 구호대상자를 인계한 사실을 지체 없이 해당 공공보건의료기관 또는 공공구호기관의 장 및 그 감독행정청에 통보하여야 한다. 〈개정 2014.11.19.〉

⑦ 제1항에 따라 구호대상자를 경찰관서에서 보호하는 기간은 24시간을 초과할 수 없고, 제3항에 따라 물건을 경찰관서에 임시로 영치하는 기간은 10일을 초과할 수 없다.

- 단기간 일시보호가 필요할 경우, 보건복지부에서 발간한 「노숙인 등의 복지사업 안내」 지침 등에 따라 노숙인 보호 조치 관례에 의거하여 조치

[참고 1]

인식표를 통한 실종노인 찾기 과정

▶ 일반 시민이 배회 어르신을 발견했을 경우

① 고유번호가 부여 된 인식표 부착여부 확인

② 경찰청(112)로 즉시 제보

③ 경찰관은 배회 어르신 정보 확인 후 가족 인계 또는 집으로 복귀 지원

▶ 경찰이 배회 어르신을 발견했을 경우

① 고유번호가 부여 된 인식표 부착여부 확인

② 배회 어르신 정보 확인 후 가족 인계 또는 집으로 복귀 지원

[참고 2]

노인복지법 실종노인 관련 조항

제39조의10(실종노인에 관한 신고의무 등)

① 누구든지 정당한 사유 없이 사고 또는 치매 등의 사유로 인하여 보호자로부터 이탈된 노인(실종노인)을 경찰관서 또는 지방자치단체의 장에게 신고하지 아니하고 보호하여서는 아니 된다.

② 노인복지시설(「사회복지사업법」 제2조제4호에 따른 사회복지시설 및 사회복지시설에 준하는 시설로서 인가·신고 등을 하지 아니하고 노인을 보호하는 시설을 포함)의 장 또는 그 종사자는 그 직무를 수행하면서 실종노인임을 알게 된 때에는 지체 없이 보건복지부령으로 정하는 신상카드를 작성하여 지방자치단체의 장과 해당 업무를 수행하는 기관의 장에게 제출하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 실종노인의 발생예방, 조속한 발견과 복귀를 위하여 다음 각 호의 업무를 수행하여야 한다. 이 경우 보건복지부장관은 노인복지 관련 법인이나 단체에 그 업무의 전부 또는 일부를 위탁할 수 있다.

1. 실종노인과 관련된 조사 및 연구
2. 실종노인의 데이터베이스 구축·운영
3. 그 밖에 실종노인의 보호 및 지원에 필요한 사항

④ 경찰청장은 실종노인의 조속한 발견과 복귀를 위하여 다음 각 호의 사항을 시행하여야 한다. 이 경우 제2호 및 제3호는 치매노인에 한정한다.〈신설 2011.6.7〉

1. 실종노인에 대한 신고체계의 구축 및 운영
2. 실종노인의 발견을 위한 수색 및 수사
3. 실종노인의 발견을 위한 노인과 그 가족의 유전자검사의 실시
4. 그 밖에 실종노인의 발견과 복귀를 위하여 필요한 사항

⑤ 제4항제3호에 따른 유전자검사의 실시와 그 밖에 실종노인의 발견 등에 관하여는 「실종아동등의 보호 및 지원에 관한 법률」 제11조부터 제16조까지 및 제18조(제1호는 제외한다)를 준용한다. 이 경우 "실종아동등"은 "실종노인"으로 본다. 〈신설 2011.6.7〉

제39조의11(조사 등)

② 경찰청장, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 실종노인의 발견을 위하여 필요한 때에는 보호시설의 장 또는 그 종사자에게 필요한 보고 또는 자료제출을 명하거나 소속 공무원으로 하여금 보호시설에 출입하여 관계인 또는 노인에 대하여 필요한 조사 또는 질문을 하게 할 수 있다.

제55조의3(벌칙)

다음의 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 5년 이하의 징역 또는 1천500만 원 이하의 벌금에 처한다.

2. 제39조의10제1항을 위반하여 정당한 사유 없이 신고하지 아니하고 실종노인을 보호한 자

제55조의4(벌칙)

다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 3년 이하의 징역 또는 1천 만 원 이하의 벌금에 처한다.

2. 위계 또는 위력을 행사하여 제39조의11제2항에 따른 관계공무원의 출입 또는 조사를 거부하거나 방해한 자

※ 시행규칙 제29조의4(실종노인 신상카드) - 신상카드 양식 첨부
법 제39조의10제2항의 신상카드는 별지 제20호의8서식에 따른다.

제61조의2(과태료)

② 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 자는 200만원 이하의 과태료를 부과한다.

1. 제39조의10 제2항을 위반하여 신상카드를 제출하지 아니한 자

[참고 3]

보호시설 무연고노인 신상카드 서식

신 상 카 드

※[ ]에는 해당되는 곳에 ✓표를 합니다.

구분	[ ]신원확인 [ ]신원불명			발생당시 사진
	182신고 [ ]유 [ ]무			
	[ ]실종 [ ]가출 [ ]기타 : ( )			
	[ ]남 [ ] 여			
인적 사항	성명	주민등록번호	연령 세 ([ ]추정 [ ]확실)	
	주소			
	기타			
	발생일시	발생장소		
보호자	성명	주민등록번호		
	주소	전화번호(이동전화번호)		
신체 및 외적 사항	신장	㎝		
	얼굴형	[ ]둥근형 [ ]긴형 [ ]삼각형 [ ]역삼각형 [ ]네모형		
	체격	[ ]야윔 [ ]보통 [ ]비대		
	두발	[ ]장발 [ ]단발 [ ]삭발 / [ ]곱슬 [ ]파마 [ ]커트		
	착의사항	상의	하의	신발
	그 밖의 신체특징			
특이 사항				
조치 사항	연월일	조치내용		
	보호시설(가정)명	주소		
신고자	신고일자	성명 (서명 또는 인)		
	소속기관	전화번호	e-mail	

[참고 4]

무연고노인 신상카드 제출자 명단

시설명 : _____ 주소(전화) : _____

번호	성명	성별	주민등록번호	나이 (추정)	입소일	치매 여부	신상카드 제출여부
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

※ 위 서식에 맞게 엑셀파일로 정리하여 제출 요망

[참고 5]

신상카드 변동사항 보고 서식

시설명 : _____

번호	성명	성별	주민등록 번호	변동사항 내용	변동 일자	신상카드 제출유무 (입소만 해당)	전원 시설명	조치 일시
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								

※ 메일로 제출할 경우, 위 양식을 엑셀로 작성하여 제출 요망.
("변동내용" 란에는 무연고노인의 사망, 전원, 퇴소 등의 사유와 조치일시 기록)
※ 담당자와 연락처, 주소 등이 변경된 경우 아래 서식을 함께 제출

시설명	담당자명	대표이메일	전화번호	팩스번호	주소	비고

[참고 6]

신상카드 제출방법 안내

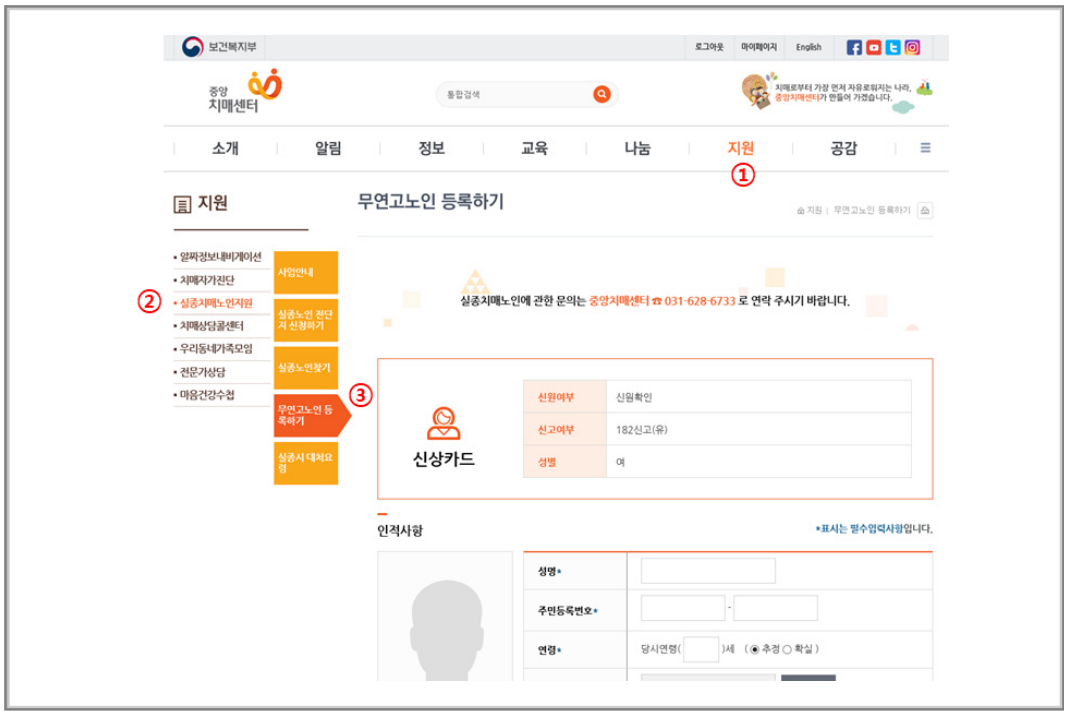
1. 중앙치매센터 홈페이지를 통한 제출

① 중앙치매센터 홈페이지(www.nid.or.kr) 접속하여 회원가입 후 로그인

② 홈페이지 상단 [지원] - [실종치매노인지원] - [무연고노인 등록하기] 클릭

③ 무연고노인 신상정보 입력

[홈페이지 등록방법]



2. 사회복지시설정보시스템을 통한 제출

① 사회복지시설정보시스템에 무연고노인 등록

- 정보연계시스템을 통해(경찰청 '프로파일링시스템' 경유) 중앙치매센터 '통합관리시스템'으로 신상카드 자동 제출 됨

* 관련근거 : 실종아동등의 보호 및 지원에 관한 법률 제8조(정보연계시스템 등의 구축·운영)

VII

치매관리법

MINISTRY OF HEALTH & WELFARE

Ⅶ. 치매관리법

치매관리법	치매관리법 시행령	치매관리법 시행규칙
제1장 총칙		
제1조(목적) 이 법은 치매의 예방, 치매환자의 진료·요양 및 치매퇴치를 위한 연구 등에 관한 정책을 종합적으로 수립·시행함으로써 치매로 인한 개인적 고통과 피해 및 사회적 부담을 줄이고 국민건강증진에 이바지함을 목적으로 한다.	**제1조(목적)** 이 영은 「치매관리법」에서 위임된 사항과 그 시행에 필요한 사항을 규정함을 목적으로 한다.	**제1조(목적)** 이 규칙은 「치매관리법」 및 같은 법 시행령에서 위임된 사항과 그 시행에 필요한 사항을 규정함을 목적으로 한다.
제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. 1. "치매"란 퇴행성 뇌질환 또는 뇌혈관계 질환 등으로 인하여 기억력, 언어능력, 지남력(指南力), 판단력 및 수행능력 등의 기능이 저하됨으로써 일상생활에서 지장을 초래하는 후천적인 다발성 장애를 말한다. 2. "치매환자"란 치매로 인한 임상적 특징이 나타나는 사람으로서 의사 또는 한의사로부터 치매로 진단받은 사람을 말한다. 3. "치매관리"란 치매의 예방과 진료·요양 및 조사·연구 등을 말한다.		

치매관리법	치매관리법 시행령	치매관리법 시행규칙
제3조(국가 등의 의무) ① 국가와 지방자치단체는 치매관리에 관한 사업(이하 "치매관리사업"이라 한다)을 시행하고 지원함으로써 치매를 예방하고 치매환자에게 적절한 의료서비스가 제공될 수 있도록 적극 노력하여야 한다. ② 국가와 지방자치단체는 치매환자를 돌보는 가족의 부담을 완화하기 위하여 노력하여야 한다. <신설 2015.1.28.> ③ 국가와 지방자치단체는 치매와 치매예방에 관한 국민의 이해를 높이기 위하여 교육·홍보 등 필요한 시책을 마련하여 시행하여야 한다. <신설 2015.1.28.> ④ 「의료법」에 따른 의료인, 의료기관의 장 및 의료업무 종사자는 국가와 지방자치단체가 실시하는 치매관리사업에 적극 협조하여야 한다. <개정 2015.1.28.>		
제4조(다른 법률과의 관계) 치매관리 및 치매환자에 대한 지원에 관하여는 다른 법률에 특별한 규정이 있는 경우를 제외하고는 이 법에서 정하는 바에 따른다.		
제5조(치매극복의 날) ① 치매관리의 중요성을 널리 알리고 치매를 극복하기 위한 범국민		

치매관리법	치매관리법 시행령	치매관리법 시행규칙
적 공감대를 형성하기 위하여 매년 9월 21일을 치매극복의 날로 한다. ② 국가와 지방자치단체는 치매극복의 날 취지에 부합하는 행사와 교육·홍보 사업을 시행하여야 한다.		
제2장 치매관리종합계획의 수립·시행 등		
제6조(치매관리종합계획의 수립 등) ① 보건복지부장관은 제7조에 따른 국가치매관리위원회의 심의를 거쳐 치매관리에 관한 종합계획(이하 "종합계획"이라 한다)을 5년마다 수립하여야 한다. 종합계획 중 대통령령으로 정하는 중요한 사항을 변경하는 경우에도 또한 같다. ② 종합계획에는 다음 각 호의 사항이 포함되어야 한다. <개정 2015.1.28.> 1. 치매의 예방·관리를 위한 기본시책 2. 치매검진사업의 추진계획 및 추진방법 3. 치매환자의 치료·보호 및 관리 4. 치매에 관한 홍보·교육 5. 치매에 관한 조사·연구 및 개발 6. 치매관리에 필요한 전문인	**제2조(치매관리종합계획의 중요한 사항)** 「치매관리법」(이하 "법"이라 한다) 제6조제1항 후단에서 "대통령령으로 정하는 중요한 사항"이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사항을 말한다. 1. 치매의 예방·관리를 위한 기본시책 2. 치매관리에 필요한 전문인력의 육성 **제3조(치매관리종합계획의 수립·통보 등)** ① 보건복지부장관은 법 제6조제1항에 따른 치매관리에 관한 종합계획을 5년마다 수립하여 시행될 해의 전년도 9월 30일까지 관계 중앙행정기관의 장, 특별시장·광역시장·도지사·특별자치도지사(이하 "시·도지사"라 한다) 및 시장·군수·구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하	

치매관리법	치매관리법 시행령	치매관리법 시행규칙
력의 육성 7. 치매환자가족에 대한 지원 8. 그 밖에 치매관리에 필요한 사항 ③ 보건복지부장관은 확정된 종합계획을 관계 중앙행정기관의 장, 특별시장·광역시장·도지사·특별자치도지사(이하 "시·도지사"라 한다) 및 시장·군수·구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)에게 통보하여야 한다. ④ 관계 중앙행정기관의 장, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 종합계획에 따라 매년 치매관리에 관한 시행계획(이하 "시행계획"이라 한다)을 수립·시행 및 평가하여야 한다. ⑤ 보건복지부장관, 관계 중앙행정기관의 장, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 종합계획 또는 시행계획을 수립·시행하기 위하여 필요한 경우에는 관계 기관·단체·시설 등에 자료제공 및 업무협조를 요청할 수 있다. 이 경우 협조요청을 받은 관계 기관 등은 특별한 사유가 없는 한 이에 따라야 한다. ⑥ 종합계획의 수립과 시행계획의 수립·시행 및 평가에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.	같다)에게 통보하여야 한다. ② 법 제6조제4항에 따른 치매관리에 관한 시행계획(이하 "시행계획"이라 한다)의 효율적인 수립·시행 및 평가를 위하여 보건복지부장관은 시행계획 수립지침과 평가지침을 정하여 관계 중앙행정기관의 장, 시·도지사 및 시장·군수·구청장에게 통보하여야 한다. ③ 관계 중앙행정기관의 장, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 제2항에 따른 시행계획 수립지침에 따라 소관별로 다음 해의 시행계획을 수립하여 매년 12월 31일까지 보건복지부장관에게 제출하여야 한다. ④ 관계 중앙행정기관의 장, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 제2항에 따른 시행계획 평가지침에 따라 지난해 시행계획의 추진실적을 평가하고 그 결과를 매년 3월 31일까지 보건복지부장관에게 제출하여야 한다.	
제7조(국가치매관리위원회) 보건	**제4조(국가치매관리위원회의 구**	

치매관리법	치매관리법 시행령	치매관리법 시행규칙
복지부장관은 종합계획 수립 및 치매관리에 관한 중요 사항을 심의하기 위하여 보건복지부장관 소속으로 국가치매관리위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다.	**성 및 위원의 임기)** ① 보건복지부장관은 법 제7조에 따른 국가치매관리위원회(이하 "위원회"라 한다) 위원의 과반수를 치매 관련 전문단체의 추천을 받아 임명하거나 위촉하여야 한다. ② 위촉 위원의 임기는 3년으로 하며, 한 차례만 연임할 수 있다. ③ 위원의 사임 등으로 인하여 새로 위촉된 위원의 임기는 전임위원 임기의 남은 기간으로 한다. **제5조(위원회의 운영 등)** ① 위원장은 위원회를 대표하며, 위원회의 업무를 총괄한다. ② 위원장이 부득이한 사유로 직무를 수행할 수 없을 때에는 위원장이 지명하는 위원이 그 직무를 대행한다. ③ 위원장은 보건복지부장관이나 위원 3분의 1 이상이 요구할 때 또는 위원장이 필요하다고 인정할 때에 위원회의 회의를 소집하고, 그 의장이 된다. ④ 위원회의 회의는 재적위원 과반수의 출석으로 개의(開議)하고, 출석위원 과반수의 찬성으로 의결한다. ⑤ 제1항부터 제4항까지에서 규정한 사항 외에 위원회의 운영 등에 필요한 사항은 위	

치매관리법	치매관리법 시행령	치매관리법 시행규칙
	원회의 의결을 거쳐 위원장이 정한다.	
제8조(위원회의 구성) ① 위원회는 위원장 1명을 포함한 15명 이내의 위원으로 구성한다. ② 위원장은 보건복지부차관이 된다. ③ 위원은 치매에 관한 학식과 경험이 풍부한 사람 중에서 보건복지부장관이 임명 또는 위촉한다. ④ 그 밖에 위원회의 구성·조직 및 운영에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.	**제6조(간사)** 위원회의 사무를 처리하기 위하여 위원회에 간사 1명을 두며, 간사는 보건복지부 소속 공무원 중에서 보건복지부장관이 지명한다. **제7조(수당 등)** 위원회의 회의에 출석한 위원에게는 예산의 범위에서 수당·여비와 그 밖에 필요한 경비를 지급할 수 있다. 다만, 공무원인 위원이 그 소관 업무와 직접 관련하여 출석하는 경우에는 그러하지 아니하다.	
제9조(위원회의 기능) 위원회는 다음 각 호의 사항을 심의한다. 1. 국가치매관리 체계 및 제도의 발전에 관한 사항 2. 종합계획의 수립 및 평가에 관한 사항 3. 연도별 시행계획에 관한 사항 4. 치매관리사업의 예산에 관한 중요한 사항 5. 그 밖에 치매관리사업에 관한 중요한 사항으로서 위원장이 심의에 부치는 사항		
제3장 치매연구사업 등		
제10조(치매연구사업) ① 보건		

치매관리법	치매관리법 시행령	치매관리법 시행규칙
복지부장관은 치매의 예방과 진료기술의 발전을 위하여 치매 연구·개발 사업(이하 "치매연구사업"이라 한다)을 시행한다. ② 치매연구사업에는 다음 각 호의 사항이 포함되어야 한다. 1. 치매환자의 관리에 관한 표준지침의 연구 2. 치매 관련 의료 및 복지서비스에 관한 연구 3. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 사업 ③ 보건복지부장관은 치매연구사업을 추진할 때 학계·연구기관 및 산업체 간의 공동연구사업을 우선 지원하여야 한다. ④ 보건복지부장관은 치매연구사업에 관한 국제협력의 증진을 위하여 노력하고 선진기술의 도입을 위한 전문인력의 국외파견 및 국내유치 등의 방안을 마련하여야 한다. ⑤ 보건복지부장관은 「의료법」 제3조제2항에 따른 종합병원(이하 "종합병원"이라 한다), 「사회복지사업법」 제2조제3호에 따른 사회복지법인, 그 밖의 보건의료 및 복지 관련 단체로 하여금 치매연구사업을 실시하게 할 수 있다. ⑥ 치매연구사업 지원에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.		**제2조(치매연구사업의 범위)** 「치매관리법」(이하 "법"이라 한다) 제10조제2항제3호에서 "보건복지부령으로 정하는 사업"이란 다음 각 호의 사업을 말한다. 1. 치매 관련 교육 2. 치매 관련 정책 연구 3. 그 밖에 보건복지부장관이 법 제3조제1항에 따른 치매관리사업(이하 "치매관리사업"이라 한다)의 시행을 위하여 필요하다고 인정하는 연구사업

치매관리법	치매관리법 시행령	치매관리법 시행규칙
제11조(치매검진사업) ① 보건복지부장관은 종합계획에 따라 치매를 조기에 발견하는 검진사업(이하 "치매검진사업"이라 한다)을 시행하여야 한다. ② 치매검진사업의 범위, 대상자, 검진주기 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. ③ 치매의 검진 방법 및 절차 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.	**제8조(치매검진사업의 범위 등)** ① 법 제11조제1항에 따른 치매검진사업(이하 "치매검진사업"이라 한다)에는 다음 각 호의 사업이 포함되어야 한다. 1. 치매검진사업 대상자의 선정 및 통보 2. 치매검진사업 대상자에 대한 검사 및 진단 3. 치매검진사업 대상자에 대한 검진비 지급 4. 치매검진에 대한 홍보 5. 치매검진 프로그램의 개발 및 관리 6. 치매검진의 질 관리 ② 치매검진사업의 대상자는 다음 각 호의 사람으로 한다. 1. 「국민건강보험법」 제5조에 따른 건강보험가입자 및 피부양자 2. 「의료급여법」 제3조에 따른 의료급여수급권자 ③ 치매검진사업의 검진주기는 6개월로 한다.	**제3조(치매의 검진 방법 등)** ① 법 제11조제1항에 따른 치매검진사업의 대상자에 대한 검진은 치매 가능성이 높은 대상자를 가려내기 위한 선별검사와 치매진단을 위한 정밀검사로 구분하여 실시한다. ② 제1항에 따른 치매 검진의 검사 항목, 검사 비용, 판정 기준 등 치매검진에 필요한 세부 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.
④ 국가는 치매검진을 받는 사람 중 「의료급여법」에 따른 의료급여수급자 및 대통령령으로 정하는 건강보험가입자에 대하여 그 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.	**제9조(치매검진비용 지원 대상자)** 법 제11조제4항에서 "대통령령으로 정하는 건강보험가입자"란 「국민건강보험법」 제5조에 따른 건강보험가입자 및 피부양자 중에서 소득과 재산 등을 기준으로 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 이하인 사람으로 한다.	

치매관리법	치매관리법 시행령	치매관리법 시행규칙
제12조(치매환자의 의료비 지원 사업) ① 국가와 지방자치단체는 치매환자의 경제적 부담 능력을 고려하여 치매 치료 및 진단에 드는 비용을 예산에서 지원할 수 있다. ② 제1항에 따른 의료비 지원의 대상·기준 및 방법 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.	**제10조(의료비 지원 대상·기준 및 방법 등)** ① 법 제12조제1항에 따른 의료비를 지원받을 수 있는 사람은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람 중에서 소득과 재산 등이 보건복지부장관이 매년 정하여 고시하는 기준 이하인 사람으로 한다. 1.「국민건강보험법」 제5조에 따른 건강보험가입자 및 피부양자 중 치매환자 2.「의료급여법」 제3조에 따른 의료급여수급권자 중 치매환자 ② 제1항에 따라 의료비를 지원받으려는 사람은 관할 보건소장에게 지원 신청을 하여야 한다. ③ 제2항에 따른 의료비 지원 신청을 받은 보건소장은 관계 기관에 의료비 지원 대상자의 소득·재산 등에 관한 자료제출을 요청할 수 있다. ④ 의료비의 지원한도액, 지원기간 및 지원절차 등 세부적인 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.	
제12조의2(치매환자의 가족지원 사업) ① 국가와 지방자치단체는 치매환자의 가족을 위한 상담·교육 프로그램을 개발·보급하여야 한다. ② 제1항에 따른 상담·교육		**제3조의2(치매환자가족 상담·교육 프로그램)** 국가와 지방자치단체는 법 제12조의2에 따른 치매환자의 가족을 위한 상담·교육 프로그램에 다음 각 호의 내용을 포함시켜야

치매관리법	치매관리법 시행령	치매관리법 시행규칙
프로그램의 개발·보급 및 지원 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. [본조신설 2015.1.28.]		한다. 1. 치매에 대한 인식 개선 2. 치매지원서비스 정보 및 치매환자 돌봄 정보 제공 3. 치매환자 가족의 고충 상담 4. 치매환자 가족 자조(自助) 모임의 구성·운영 [본조신설 2015.12.15.]
제12조의3(성년후견제 이용지원) ① 지방자치단체의 장은 치매환자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여 후견인을 선임할 필요가 있음에도 불구하고 자력으로 후견인을 선임하기 어렵다고 판단되는 경우에는 그를 위하여 「민법」에 따라 가정법원에 성년후견개시, 한정후견개시 또는 특정후견의 심판을 청구할 수 있다. 1. 일상생활에서 의사를 결정할 능력이 충분하지 아니하거나 매우 부족하여 의사결정의 대리 또는 지원이 필요하다고 볼 만한 상당한 이유가 있는 경우 2. 치매환자의 권리를 적절하게 대변하여 줄 가족이 없는 경우 3. 별도의 조치가 없으면 권리침해의 위험이 상당한 경우 ② 지방자치단체의 장이 제1항에 따라 성년후견개시, 한정후견개시 또는 특정후견의 심판을 청구할 때에는 대통령		

치매관리법	치매관리법 시행령	치매관리법 시행규칙
령으로 정하는 요건을 갖춘 사람 또는 법인을 후견인 후보자로 하여 그 사람 또는 법인을 후견인으로 선임하여 줄 것을 함께 청구하여야 한다. ③ 지방자치단체의 장은 치매환자의 치료·보호 및 관리와 관련된 기관·법인·단체의 장에게 제2항에 따른 후견인 후보자를 추천하여 줄 것을 의뢰할 수 있다. ④ 국가와 지방자치단체는 제1항 및 제2항에 따라 선임된 후견인의 후견사무의 수행에 필요한 비용의 일부를 예산의 범위에서 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 지원할 수 있다. ⑤ 제1항부터 제4항까지의 규정에 따른 후견제 이용지원의 요건, 후견인 후보자의 자격 및 추천 절차, 후견인 후견사무에 필요한 비용 지원 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. [본조신설 2017.9.19.] **제13조(치매등록통계사업)** 보건복지부장관은 치매의 발생과 관리실태에 관한 자료를 지속적이고 체계적으로 수집·분석하여 통계를 산출하기 위한 등록·관리·조사 사업(이하 "치매등록통계사업"이라 한다)을 시행하여야 한다.		

치매관리법	치매관리법 시행령	치매관리법 시행규칙
제14조(역학조사) ① 보건복지부장관은 치매 발생의 원인 규명 등을 위하여 필요하다고 인정하는 때에는 역학조사를 실시할 수 있다. ② 제1항에 따른 역학조사의 실시 시기·방법 및 내용 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.		**제4조(역학조사의 실시 시기·방법 및 내용)** ① 법 제14조에 따른 역학조사는 보건복지부장관이 치매관리사업의 시행, 치매관리에 관한 연구에 대한 지원 및 정책의 근거자료의 제시 등을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 실시한다. ② 제1항에 따른 역학조사를 하기 위하여 법 제16조제1항에 따른 중앙치매센터(이하 "중앙치매센터"라 한다)에 중앙역학조사반을 둔다. ③ 제1항에 따른 역학조사에는 다음 각 호의 사항이 포함되어야 한다. 1. 치매환자의 성별, 나이 및 증상 2. 치매의 종류 및 중증도 3. 그 밖에 조사 대상의 인구학적·경제학적·사회학적 특성에 관한 사항
제15조(자료제공의 협조 등) ① 보건복지부장관은 치매환자를 진단·치료하는 의료인 또는 의료기관, 「국민건강보험법」에 따른 국민건강보험공단 및 건강보험심사평가원, 관계 중앙행정기관의 장, 지방자치단체의 장, 공공기관의 장, 그 밖에 치매에 관한 사업을 하는 법인·단체에 대하여 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 제13조의 치매등록통계사업,		**제5조(자료 제출 등의 요구 방법)** 보건복지부장관은 법 제15조제1항에 따라 자료의 제출이나 의견의 진술 등을 요구할 때에는 사용 목적·기한 및 방법 등을 적은 서면으로 하여야 한다.

치매관리법	치매관리법 시행령	치매관리법 시행규칙
제14조의 역학조사에 필요한 자료의 제출이나 의견의 진술 등을 요구할 수 있다. 이 경우 자료의 제출 등을 요구받은 자는 특별한 사유가 없으면 이에 따라야 한다. ② 보건복지부장관이 제1항에 따라 요구할 수 있는 자료는 특정 개인을 알아볼 수 없는 형태의 자료에 한정한다.		
제16조(중앙치매센터의 설치) ① 보건복지부장관은 치매관리에 관한 다음 각 호의 업무를 수행하게 하기 위하여 중앙치매센터를 설치·운영할 수 있다. <개정 2015.1.28.>		**제6조(중앙치매센터의 설치·운영 및 위탁)** ① 법 제16조제1항에 따른 중앙치매센터의 설치기준 및 운영기준은 별표 1과 같다. <개정 2015.12.15.> ② 법 제16조제2항에 따라 중앙치매센터의 설치·운영을 위탁받으려는 기관은 별지 제1호서식에 다음 각 호의 서류를 첨부하여 보건복지부장관에게 그 업무의 위탁을 신청하여야 한다. <개정 2015.12.15.> 1. 별표 1에 따른 시설 및 인력 등의 현황 2. 운영계획서 ③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 위탁받으려는 기관이 별표 1의 설치기준 및 운영기준을 충족한 경우 중앙치매센터의 설치·운영을 위탁할 수 있다. <개정 2015.12.15.> ④ 제3항에 따른 위탁기간은 3년 이내로 한다. <개정 2015.12.15.> ⑤ 보건복지부장관은 법 제16

치매관리법	치매관리법 시행령	치매관리법 시행규칙
		조제2항에 따라 중앙치매센터의 설치·운영을 위탁하려면 미리 위탁의 기준, 절차 및 방법 등을 90일 이상 공고하여야 한다. <신설 2015.12.15.> [제목개정 2015.12.15.]
1. 치매연구사업에 대한 국내외의 추세 및 수요 예측 2. 치매연구사업 계획의 작성 3. 치매연구사업 과제의 공모·심의 및 선정 4. 치매연구사업 결과의 평가 및 활용 5. 삭제 <2015.1.28.> 6. 재가치매환자관리사업에 관련된 교육·훈련 및 지원 업무 7. 치매관리에 관한 홍보 8. 치매와 관련된 정보·통계의 수집·분석 및 제공 9. 치매와 관련된 국내외 협력 10. 치매의 예방·진단 및 치료 등에 관한 신기술의 개발 및 보급 11. 그 밖에 치매와 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 업무 ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 중앙치매센터의 설치·운영을 그 업무에 필요한 전문인력과 시설을 갖춘 「의료법」 제3조제2항제3호의 병원급 의료기관에 위탁할 수 있다. <신설 2015.1.28.> ③ 제1항에 따른 중앙치매센		**제7조(치매연구사업 수행 절차 등)** ① 중앙치매센터는 법 제16조제1항제1호부터 제4호까지의 업무를 수행하기 위하여 매년 법 제10조제1항에 따른 치매연구사업(이하 "치매연구사업"이라 한다)에 관한 시행계획과 지침을 수립하여 보건복지부장관의 승인을 받아야 한다. ② 치매연구사업의 연구과제는 다음 각 호의 구분에 따른다. 1. 공모과제: 공모에 의하여 심의·선정된 과제 2. 지정과제: 보건복지부장관이 필요하다고 인정하여 발굴·기획하고, 주관 연구기관과 주관 연구책임자를 지정하는 과제

치매관리법	치매관리법 시행령	치매관리법 시행규칙
터의 설치·운영 및 제2항에 따른 위탁 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2015.1.28.> [제목개정 2015.1.28.]		
제16조의2(광역치매센터의 설치) ① 시·도지사는 치매관리에 관한 다음 각 호의 업무를 수행하게 하기 위하여 보건복지부장관과 협의하여 광역치매센터를 설치·운영할 수 있다. 1. 치매관리사업 계획 2. 치매 연구 3. 치매상담센터 및 「노인복지법」 제31조에 따른 노인복지시설 등에 대한 기술 지원 4. 치매 관련 시설·인프라 등 자원조사 및 연계체계 마련 5. 치매 관련 종사인력에 대한 교육·훈련 6. 치매환자 및 가족에 대한 치매의 예방·교육 및 홍보 7. 치매에 관한 인식 개선 홍보 8. 그 밖에 보건복지부장관이 정하는 치매 관련 업무 ② 시·도지사는 제1항에 따른 광역치매센터의 설치·운영을 그 업무에 필요한 전문인력과 시설을 갖춘 「의료법」 제3조제2항제3호의 병원급 의료기관에 위탁할 수 있다. ③ 제1항에 따른 광역치매센터의 설치·운영 및 제2항에 따른 위탁 등에 필요한 사항		**제7조의2(광역치매센터의 설치·운영 및 위탁)** ① 법 제16조의2제1항에 따른 광역치매센터의 설치기준 및 운영기준은 별표 2와 같다. ② 법 제16조의2제2항에 따라 광역치매센터의 설치·운영을 위탁받으려는 기관은 특별시·광역시·도·특별자치도(이하 "시·도"라 한다)의 조례로 정하는 바에 따라 특별시장·광역시장·도지사·특별자치도지사(이하 "시·도지사"라 한다)에게 그 업무의 위탁을 신청하여야 한다. ③ 시·도지사는 제2항에 따라 광역치매센터의 설치·운영을 위탁받으려는 기관이 별표 2의 설치기준 및 운영기준을 충족한 경우 광역치매센터의 설치·운영을 위탁할 수 있다. ④ 제3항에 따른 위탁기간은 3년 이내로 한다. ⑤ 시·도지사는 법 제16조의2제2항에 따라 광역치매센터의 설치·운영을 위탁하려면 미리 위탁의 기준, 절차 및 방법 등을 90일 이상 공고하여야 한다.

치매관리법	치매관리법 시행령	치매관리법 시행규칙
은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 정한다. [본조신설 2015.1.28.]		[본조신설 2015.12.15.]
제17조(치매상담센터의 설치) ① 시·군·구의 관할 보건소에 치매예방 및 치매환자 관리를 위한 치매상담센터(이하 "치매상담센터"라 한다)를 설치한다. ② 치매상담센터는 다음 각 호의 업무를 수행한다. 1. 치매환자의 등록·관리 2. 치매등록통계사업의 지원 3. 치매의 예방·교육 및 홍보 4. 치매환자 및 가족 방문·관리 5. 치매조기검진 6. 그 밖에 시장·군수·구청장이 치매관리에 필요하다고 인정하는 업무 ③ 치매상담센터의 인력기준 및 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.		**제8조(치매상담센터의 인력 기준 등)** ① 법 제17조제1항에 따른 치매상담센터에는 법 제17조제2항 각 호의 업무를 전담할 인력을 1명 이상 두어야 한다. ② 제1항에 따른 전담 인력은 보건소장이 보건소에 배치된 「의료법」 제2조제1항에 따른 의사·한의사·간호사 또는 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제17조에 따른 정신건강전문요원 중에서 지정한다. <개정 2017.5.30.> ③ 제1항에 따른 전담 인력은 치매환자의 등록 등에 관한 사항을 별지 제3호서식의 치매환자 등록카드에 기록하고 관리하여야 한다.
제17조의2(치매상담전화센터의 설치) ① 보건복지부장관은 치매예방, 치매환자 관리 등에 관한 전문적이고 체계적인 상담 서비스를 제공하기 위하여 치매상담전화센터를 설치할 수 있다. ② 치매상담전화센터는 다음 각 호의 업무를 수행한다.		**제9조(치매상담전화센터의 설치·운영)** ① 법 제17조의2제1항에 따른 치매상담전화센터의 설치기준 및 운영기준은 별표 3과 같다. ② 법 제17조의2제3항에 따라 치매상담전화센터를 위탁받으려는 기관·법인·단체는 별지 제2호서식의 치매상담전

치매관리법	치매관리법 시행령	치매관리법 시행규칙
1. 치매에 관한 정보제공 2. 치매환자의 치료·보호 및 관리에 관한 정보제공 3. 치매환자와 그 가족의 지원에 관한 정보제공 4. 치매환자의 가족에 대한 심리적 상담 5. 그 밖에 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 치매 관련 정보의 제공 및 상담 ③ 보건복지부장관은 제1항에 따른 치매상담전화센터의 설치·운영을 그 업무에 필요한 전문인력과 시설을 갖춘 「의료법」 제3조제2항제3호의 병원급 의료기관, 치매 관련 전문기관·법인·단체 등에 위탁할 수 있다. ④ 제1항에 따른 치매상담전화센터의 설치·운영 및 제3항에 따른 위탁 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. [본조신설 2015.1.28.]		화센터 위탁 신청서에 다음 각 호의 서류를 첨부하여 보건복지부장관에게 그 업무의 위탁을 신청하여야 한다. 1. 별표 3에 따른 시설 및 인력 등의 현황 2. 운영계획서 ③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 치매상담전화센터의 설치·운영을 위탁받으려는 기관·법인·단체가 별표 3의 설치기준 및 운영기준을 충족한 경우 치매상담전화센터의 설치·운영을 위탁할 수 있다. ④ 제3항에 따른 위탁기간은 3년 이내로 한다. ⑤ 보건복지부장관은 법 제17조의2제3항에 따라 치매상담전화센터의 설치·운영을 위탁하려면 미리 위탁의 기준, 절차 및 방법 등을 90일 이상 공고하여야 한다. [본조신설 2015.12.15.]
제4장 보칙 **제18조(비용의 지원)** ① 국가와 지방자치단체는 치매관리사업을 수행하는 자에 대하여 다음 각 호에 해당하는 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다. <개정 2015.1.28.> 1. 제10조에 따른 치매연구사업, 제11조에 따른 치매검진		

치매관리법	치매관리법 시행령	치매관리법 시행규칙
사업, 제12조의2에 따른 치매환자의 가족지원 사업, 제13조에 따른 치매등록통계사업 및 제14조에 따른 역학조사 수행에 드는 비용 1의2. 제16조 및 제16조의2에 따른 중앙치매센터 및 광역치매센터의 설치·운영에 드는 비용 1의3. 제17조의2에 따른 치매상담전화센터의 설치·운영에 드는 비용 2. 치매관리사업에 대한 교육·홍보에 드는 비용 3. 치매관리사업에 필요한 전문인력의 교육·훈련에 드는 비용 4. 치매관리사업을 수행하는 법인·단체의 교육 및 홍보사업에 드는 비용 ② 제1항에 따른 비용 지원의 기준·방법 및 절차에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.		
제19조(비밀누설의 금지) 이 법에 따라 치매관리사업에 종사하거나 종사하였던 자는 업무상 알게 된 비밀을 누설하여서는 아니 된다.		
제20조(위임과 위탁) ① 이 법에 따른 보건복지부장관 또는 시·도지사의 권한은 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 일부를 시·도지사 또는 시장·	**제11조(위임과 위탁)** ① 법 제20조제1항에 따라 보건복지부장관은 다음 각 호의 권한을 시·도지사에게 위임한다. 1. 제8조제1항제1호에 따른 치	

치매관리법	치매관리법 시행령	치매관리법 시행규칙
군수·구청장에게 위임할 수 있다. ② 이 법에 따른 보건복지부장관, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장의 권한은 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 일부를 치매관리사업을 수행할 수 있는 법인·단체 등에 위탁하여 시행할 수 있다.	매검진사업 대상자의 선정 및 통보 2. 제8조제1항제3호에 따른 치매검진사업 대상자에 대한 검진비 지급 ② 법 제20조제2항에 따라 보건복지부장관은 다음 각 호의 업무를 법 제16조에 따른 중앙치매센터에 위탁한다. 1. 법 제14조에 따른 역학조사 2. 제8조제1항제5호에 따른 치매검진 프로그램의 개발 및 관리 3. 제8조제1항제6호에 따른 치매검진의 질 관리	
제5장 벌칙 **제21조(벌칙)** 제19조를 위반하여 비밀을 누설한 자는 2년 이하의 징역 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.		
부 칙 <제11013호, 2011.8.4.> ① (시행일) 이 법은 공포 후 6개월이 경과한 날부터 시행한다. ② (치매상담센터에 대한 경과조치) 종전의 「노인복지법」 제29조의2에 따라 설치·운영 중인 치매상담센터는 이 법에 따른 치매상담센터로 본다.	**부 칙** <제23580호, 2012.2.1.> 이 영은 2012년 2월 5일부터 시행한다.	**부 칙** <제106호, 2012.2.3.> **제1조(시행일)** 이 규칙은 2012년 2월 5일부터 시행한다. **제2조(다른 법령의 개정)** 노인복지법 시행규칙 일부를 다음과 같이 개정한다. 제11조 및 제12조를 각각 삭제한다.

치매관리법	치매관리법 시행령	치매관리법 시행규칙
③ (다른 법률의 개정) 노인복지법 일부를 다음과 같이 개정한다. 제1조의2제3호를 다음과 같이 하고, 제6조제3항, 제29조 및 제29조의2를 각각 삭제한다. 3. "치매"란 「치매관리법」 제2조제1호에 따른 치매를 말한다. **부 칙** <제13112호, 2015.1.28.> 이 법은 공포 후 6개월이 경과한 날부터 시행한다. **부 칙** <제14896호, 2017.9.19.> 이 법은 공포 후 1년이 경과한 날부터 시행한다.		**부 칙** <제373호, 2015.12.15.> 이 규칙은 공포한 날부터 시행한다. **부 칙** <제497호, 2017.5.30.> (정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행규칙) **제1조(시행일)** 이 규칙은 2017년 5월 30일부터 시행한다. **제2조**부터 **제10조**까지 생략 **제11조(다른 법령의 개정)** ①부터 ⑪까지 생략 ⑫ 치매관리법 시행규칙 일부를 다음과 같이 개정한다. 제8조제2항 중 "「정신보건법」 제7조에 따른 정신보건전문요원"을 "「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제17조에 따른 정신건강전문요원"으로 한다. **제12조** 생략