



별지 서식·양식·표·참고 등

I. 치매안심센터 운영	
- 서식 및 양식 모음	1
II. 광역치매센터 운영	
- 서식 및 양식 모음	137
III. 치매안심병원 및 공립요양병원 운영 등	
- 서식 및 양식 모음	179
IV. 치매공공후견사업 안내	
- 서식 및 양식 모음	343

I 치매안심센터 운영 - 서식 및 양식 모음

→ 서식 목록

III-3. 치매안심센터 운영

1. 지역사회협의체 및 치매사례관리위원회

- [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
- [운영서식 1-5] 지역사회협의체 위원 개인정보 수집·이용·제공 동의서
- [운영서식 1-6] 치매사례관리위원회 외부위원 위촉 수락서
- [운영서식 1-7] 치매사례관리위원회 외부위원 개인정보 수집·이용·제공 동의서

III-4. 치매안심센터 주요사업

1. 상담 및 등록관리사업

- [서식 1-1] 심층상담 기록지(대상자용)
- [서식 1-2] 심층상담 기록지(보호자용)
- [서식 1-3] 개인정보 수집 및 이용·제공 동의서(대상자, 가족, 후견인)
- [서식 1-4] 개인정보 수집·이용·제공 동의서(가족·후견인 외 보호자용)
- [서식 1-5] 등록관리 기록부

2. 치매조기검진

- [서식 2-1] 인지선별검사(CIST)
- [서식 2-2] 치매 조기검진 결과 열람 및 사본발급 동의서
- [서식 2-3] 인지선별검사결과 요약지
- [서식 2-4] 치매 검사비 지원 신청서
- [서식 2-5] 치매검사비 지원여부 결과 통지서
- [서식 2-6] 치매 검사 의뢰서

3. 치매환자 맞춤형 사례관리

- [서식 3-1] 맞춤형사례관리 신청
- [서식 3-2] 맞춤형사례관리 신청서
- [서식 3-3] 맞춤형사례관리 초기평가서
- [서식 3-4] 맞춤형사례관리 초기평가 평가도구
- [서식 3-5] 맞춤형사례관리 대상자 선정심사 회의록
- [서식 3-6] 맞춤형사례관리 계획표
- [서식 3-7] 맞춤형사례관리 사례회의록
- [서식 3-8] 맞춤형사례관리 일지
- [서식 3-9] 맞춤형사례관리 지도·감독(슈퍼비전) 일지
- [서식 3-10] 맞춤형사례관리 주기별 평가서
- [서식 3-11] 맞춤형사례관리 1차 종결 평가서
- [서식 3-12] 맞춤형사례관리 만족도 조사 설문지
- [서식 3-13] 맞춤형사례관리 연장심사 회의록
- [서식 3-14] 맞춤형사례관리 추적 평가서
- [서식 3-15] 맞춤형사례관리 최종 종결 평가서

3-1. 참고

- [참고 1] 치매환자 투약문제 알고리즘
- [참고 2] 치매환자 정신행동증상(망상, 환각, 공격성, 우울 등) 문제 알고리즘
- [참고 3] 치매환자 학대/방임의 문제 알고리즘
- [참고 4] 치매환자 의/식/주 문제 알고리즘
- [참고 5] 치매환자 장기요양 서비스 필요 알고리즘
- [참고 6] 치매환자 가족 및 보호자의 돌봄 부담 알고리즘
- [참고 7] 치매환자 병원동행 서비스 필요 알고리즘
- [참고 8] 치매환자 경제위기 알고리즘
- [참고 9] 치매환자 생활안전 위기 알고리즘
- [참고 10] 치매환자 기타 복합적 문제(만성질환 또는 중독이나 배회 관련문제) 알고리즘

4. 예방관리사업

- [서식 4-1] 단축형 노인우울척도 검사(SGDS-K)
- [서식 4-2] 주관적 기억감퇴 평가 설문지(SMCQ)
- [서식 4-3] 치매예방교실 이용 신청서
- [서식 4-4] 응급상황 대응을 위한 개인정보 수집·이용 동의서

- [서식 4-5] 인지강화교실 이용 신청서
- [서식 4-6] 치매예방교실(인지강화교실) 운영일지
- [서식 4-7] 만족도 평가(치매예방교실, 인지강화교실, 치매환자쉼터)
- [서식 4-8] 외부강사 개인정보 수집·이용·제공 동의서

5. 치매환자쉼터

- [서식 5-1] 치매환자쉼터 이용 신청서
- [서식 5-2] 치매환자쉼터 이용(선정, 연장) 심의표
- [서식 5-3] 치매환자쉼터 운영일지

6. 치매지원서비스 관리사업

- [서식 6-1] 배회가능 어르신 인식표 신청서
- [서식 6-2] 조호물품 지원 신청서
- [서식 6-3] 조호물품 수령 확인 대장
- [서식 6-4] 치매치료관리비 지원 신청서
- [서식 6-5] 치매치료관리비지원사업 대상 선정 여부 통지
- [서식 6-6] 행정정보 공동이용 사전동의서
- [서식 6-7] 보훈의료대상자 자격확인 개인정보 조회 동의서

7. 치매가족 및 보호자 지원사업

- [서식 7-1] 돌봄부담분석 검사1-한글판 우울증 선별도구
- [서식 7-2] 돌봄부담분석 검사2-단축형 자릿 부양부담평가척도
- [서식 7-3] 돌봄부담분석 검사3-신경정신행동검사-간편형
- [서식 7-4] 돌봄부담분석 검사4-치매태도척도
- [서식 7-5] 돌봄부담분석 결과지
- [서식 7-6] 가족교실 이용 신청서
- [서식 7-7] 가족교실 서약서
- [서식 7-8] 가족교실 최종만족도 평가
- [서식 7-9] 가족교실 운영일지
- [서식 7-10] 힐링프로그램 이용 신청서
- [서식 7-11] 힐링프로그램 운영일지
- [서식 7-12] 힐링프로그램 최종만족도 평가
- [서식 7-13] 동반치매환자보호서비스 이용 신청서
- [서식 7-14] 동반치매환자보호서비스 운영일지

8. 치매파트너 사업

- [서식 8-1] 치매파트너 신청서 및 동의서(만 14세이상)
- [서식 8-2] 치매파트너 신청서 및 보호자 동의서(만 14세 미만)
- [서식 8-3] 치매극복선도기업·기관·단체 신청서
- [서식 8-4] 치매극복선도대학 신청서
- [서식 8-5] 치매극복선도학교(초·중·고) 신청서
- [서식 8-6] 치매극복선도도서관(부제 : 가치함께 도서관) 신청서
- [서식 8-7] 치매도서코너 설치완료보고서
- [서식 8-8] 치매안심가맹점 신청서
- [서식 8-9] 간행물 사용 서약서

9. 치매안심마을 사업

- [서식 9-1] 치매안심마을 지역 선정 활용 양식
- [서식 9-2] 치매안심마을 지역 자원 조사 양식
- [서식 9-3] 치매안심마을 치매인식도 설문조사 양식
- [서식 9-4] 치매안심마을 운영 결과보고서 양식

10. 지역사회자원강화

- [서식 10-1] 서비스 의뢰서
- [서식 10-2] 서비스 의뢰 회신서
- [서식 10-3] 공립요양병원 서비스 의뢰서

11. 기타

- [기타서식 1] 개인정보 (열람, 정정·삭제, 처리정지) 요구서
- [기타서식 2] 개인정보(열람, 일부열람, 열람연기, 열람거절) 통지서
- [기타서식 3] 개인정보(정정·삭제, 처리정지)요구에 대한 결과 통지서
- [기타서식 4] 개인정보 열람, 정정·삭제, 처리정지 요구 위임장
- [기타서식 5] 개인정보 처리에 관한 위임장

[운영서식 1-1] 지역사회협의회 위원 위촉 수락서

지역사회협의회 위원 위촉 수락서

소속 성명

본인은 00치매안심센터 지역사회협의회 위원 위촉을 수락합니다.

위촉 기간 : 0000년 0월 00일 ~ 0000년 0월 00일

홍길동 (인)

00 치매안심센터 귀하

지역사회협의회체 협력 회의록

회의 제목			
회의 일시		작성자	
회의 장소			
참석자			
회의 내용			

[운영서식 1-6] 치매사례관리위원회 외부위원 위촉 수락서

치매사례관리위원회 외부위원 위촉 수락서

소속_____

성명_____

본인은 ()치매안심센터

치매사례관리위원회 외부위원 위촉을 수락합니다.

위촉 기간 : 0000년 0월 00일 ~ 0000년 0월 00일

홍길동 (인)

() 치매안심센터 귀하

치매사례관리위원회 외부위원 개인정보 수집·이용·제공 동의서

본 치매안심센터에서는 치매사례관리위원회 위원 관리와 관련하여 귀하의 개인정보를 아래와 같이 수집·이용 및 제3자 제공을 하고자 합니다. 다음의 내용을 자세히 읽으신 후 동의 여부를 체크, 서명하여 주시기 바랍니다.

□ 개인정보 수집·이용 동의 내역

수집·이용 항목	수집·이용 목적	보유기간
성명, 소속(사무실), 직위, 연락처	위원 위촉 수락여부, 기간, 회의참석횟수, 수락서 확인	위원 위촉 기간 종료 후 5년

※ 귀하가 제공한 개인정보는 치매사례관리위원회 위원 관리 업무에만 활용되며, 위 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부하실 경우 원활한 치매사례관리위원회 위원 관리를 할 수 없어 위원 활동에 제한을 받으실 수 있습니다.

☞ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? 동의 미동의

□ 개인정보 제3자 제공 내역

제공받는 자	제공 목적	제공 항목	보유기간
보건복지부, 중앙치매센터, 광역치매센터, 타 치매안심센터, 광역시·도, 시군구	위원 자격 확인	성명, 소속(사무실), 직위, 연락처	위원 위촉 기간 종료 후 5년

※ 귀하가 제공한 개인정보는 치매사례관리위원회 위원 관리 업무에만 활용되며, 위 개인정보 제공에 대한 동의를 거부하실 경우 원활한 치매사례관리위원회 위원 관리를 할 수 없어 위원 활동에 제한을 받으실 수 있습니다.

☞ 위와 같이 개인정보를 제3자에게 제공하는데 동의하십니까? 동의 미동의

본인은 본 “개인정보의 수집·이용·제3자 제공 동의서” 내용을 읽고 명확히 이해하였으며, 이에 동의합니다.

년 월 일

본인:

(서명 또는 인)

() 치매안심센터장 귀하

▼ 치매진단

치매검사	
치매검사여부*	<input type="radio"/> 받은 적 있음 L 진단기관 : <input type="radio"/> 외부병원 : _____ 병원(_____ 과) 진단의사 : _____ <input type="radio"/> 치매조기검진 : _____ 보건소 L 진단결과 : <input type="radio"/> 치매 <input type="radio"/> 경도인지장애 <input type="radio"/> 정상 L 진단일자 : _____년 _____월 _____일 L 치매중증도 : CDR_____ / GDS_____ L 진단코드 : _____ / 진단명 : _____ <input type="radio"/> 받은 적 없음 <input type="radio"/> 모름
치매진단서류	<input type="checkbox"/> 진단서 <input type="checkbox"/> 소견서 <input type="checkbox"/> 처방전(질병코드+약제이름 함께 기재)
치료·투약정보(치매진단자에 한함)	
치료력	<input type="radio"/> 치료받지 않음 <input type="radio"/> 치료 중단함 (사유 : _____) <input type="radio"/> 현재 치료 중
약제복용여부	<input type="radio"/> 복용하지 않음 <input type="radio"/> 복용 중단함 (사유 : _____) <input type="radio"/> 현재 복용 중 L 복용하는 약 : <input type="checkbox"/> Donepezil <input type="checkbox"/> Galantamine <input type="checkbox"/> Rivastigmine <input type="checkbox"/> Memantine <input type="checkbox"/> Aspirin <input type="checkbox"/> Cilostazol <input type="checkbox"/> Clopidogrel <input type="checkbox"/> Ticlopidine <input type="checkbox"/> Triflusal <input type="checkbox"/> Warfarin <input type="checkbox"/> 기타(_____) <input type="checkbox"/> 모름 L 복용시작일 : _____년 _____월

▼ 건강상태

신체 계측	키(cm)		체중(kg)		BMI	
	혈압(mmHg)	/	혈당		영양상태	<input type="radio"/> 양호 <input type="radio"/> 불량
	보조기	<input type="checkbox"/> 지팡이 <input type="checkbox"/> 청력보조기 <input type="checkbox"/> 의치 <input type="checkbox"/> 안경 <input type="checkbox"/> 기타 (_____)				
질병 상태	질병력	심혈관 질환	<input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 관상동맥질환 <input type="checkbox"/> 만성 심부전 <input type="checkbox"/> 부정맥/심방세동 <input type="checkbox"/> 고지혈증 <input type="checkbox"/> 기타 (_____)			
		신경정신 질환	<input type="checkbox"/> 뇌졸중 <input type="checkbox"/> 경련성 질환 <input type="checkbox"/> 두부의상 <input type="checkbox"/> 파킨슨병			
		정신질환	<input type="checkbox"/> 우울장애 <input type="checkbox"/> 정신증(조현병 등) <input type="checkbox"/> 수면장애 <input type="checkbox"/> 불안장애 <input type="checkbox"/> 알코올 사용 장애 <input type="checkbox"/> 기타 정신질환			
		악성종양	<input type="checkbox"/> 위암 <input type="checkbox"/> 대장암 <input type="checkbox"/> 갑상선암 <input type="checkbox"/> 유방암 <input type="checkbox"/> 간암 <input type="checkbox"/> 폐암 <input type="checkbox"/> 전립선암 <input type="checkbox"/> 췌장암 <input type="checkbox"/> 기타 악성종양			
		감염	<input type="checkbox"/> 요로감염(지난30일간) <input type="checkbox"/> 폐렴 <input type="checkbox"/> 결핵			
		기타 질병	<input type="checkbox"/> 당뇨병 <input type="checkbox"/> 갑상선 기능 항진 <input type="checkbox"/> 갑상선 기능 저하 <input type="checkbox"/> 비만 <input type="checkbox"/> 난청 <input type="checkbox"/> 기타(_____)			
	치매가족력	<input type="radio"/> 없음 <input type="radio"/> 있음				
생활 습관	음주	음주력	<input type="radio"/> 평생 마신 적 없음 <input type="radio"/> 현재 마심 <input type="radio"/> 과거 마셨으나 현재 중단			
		기간	평생 동안 술을 마신 기간	만 세 ~ 만 세 (_____ 년)		
		횟수	1주일 평균 음주 횟수	회/주		
		현재음주량	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	<input type="radio"/> 평생 피운 적 없음 <input type="radio"/> 현재 피움 <input type="radio"/> 과거 피웠으나 현재 중단			
		기간	평생 동안 담배를 피운 기간	만 세 ~ 만 세 (_____ 년)		
		현재흡연량	하루 흡연량(개피)	개피/일		
	운동	운동력	현재 꾸준히 하고 있는 운동이나 활동? <input type="radio"/> 없음 <input type="radio"/> 있음			
		운동량	가벼운 운동 (천천히 걷기, 산보)			일/1주일
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] 개인정보 수집 및 이용·제공 동의서(대상자, 가족, 후견인)

개인정보 수집 및 이용·제공 동의서(대상자, 가족, 후견인)

이름		생년월일	
----	--	------	--

개인정보 수집 및 이용에 관한 고지사항

※ 개인정보보호법 제15조제1항제2호에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 수집 및 이용합니다.

개인정보 수집 및 이용에 관한 사항 안내

개인정보 처리사유	<ul style="list-style-type: none"> • 치매검진사업에 관한 사무 • 치매환자의 의료비 지원사업에 관한 사무 • 성년후견제 이용지원에 관한 사무 • 공립요양병원 운영 위탁에 관한 사무 • 치매 관련 상담 및 조기검진, 치매환자의 등록관리, 단기쉼터 운영 및 가족지원에 관한 사무 • 치매안심센터 각종 서비스 안내
개인정보 항목	성명, 성별, 학력, 연락처, 나이, 주소, 가족관계, 주민등록번호 , 외국인등록번호 , 거주·동거형태, 의료보장, 소득수준, 장기요양등급, 보호대상, 결혼상태, 직업, 사진, 치매치료비지원 대상 계좌정보 (치매 치료비 지원 신청시), 건강보험자격확인, 공적 부조·사회서비스 수혜 이력 정보, 건강·장기요양보험료 납부확인(지역가입자/직장가입자), 안전에 대한 정보(배회가능 어르신 인식표 신청 및 발급에 필요한 대상자, 보호자 및 신청기관의 기본 정보 등)
수집 근거	치매관리법 시행령 제14조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)

개인정보 제3자 제공 부문 (필수)

개인정보 제3자 제공에 관한 사항

제공받는 기관	보건소 및 협약 의료기관, 복지관, 동 주민센터, 시군구청, 경찰청, 정신건강복지센터, 국민건강보험공단, 사회보장정보원, 장기요양기관, (주)NICE, 중앙치매센터, 광역치매센터 및 치매상담콜센터, 타 지역 치매안심센터, 행정안전부, 공립요양병원, 도로교통공단, 노인복지시설
제공목적	치매조기검진, 치매환자지원, 실종예방 및 실종 발생 시 찾기 지원, 전문심리상담, 퇴원환자 관리, 운전면허 정기적성검사(갱신), 서비스 의뢰
제공하는 항목	성명, 주민등록번호 , 외국인등록번호 , 성별, 연락처, 생년월일(나이), 주소, 치매치료비지원 대상 계좌정보, 거주, 직업, 사진, 가족관계, 맞춤형사례관리 대상자 생활환경정보, 실종예방 및 실종 시 찾기 위한 과정에 활용되는 배회가능 어르신 인식표(세부) 정보(대상자, 보호자 및 신청기관 정보 등), 돌봄부담분석 결과정보, 한국형 노인우울척도 결과정보, 선별검사 결과정보, 신경심리평가 결과정보, 치매임상평가 의견서, 치매안심센터 등록정보, 치매안심센터 이용 내역(상담 및 사례관리내역)
보유기간	퇴록 시 까지
<p>※ 개인정보 제공에 동의를 거부하실 수 있으며, 거부 시 치매관련 서비스 업무 제공이 제한될 수 있습니다. ※ 대상자의 등본상 주소지 관할 또는 서비스 관할 치매안심센터 변경하는 경우 별도의 동의없이 관할 치매안심센터에 귀하의 정보를 이전할 수 있습니다.</p>	
위와 같이 민감정보 조회에 동의하십니까? 동의 <input type="checkbox"/> 미동의 <input type="checkbox"/>	

[서식 1-4] 개인정보 수집·이용·제공 동의서(가족·후견인 외 보호자용)

개인정보 수집·이용·제공 동의서(가족·후견인 외 보호자)

개인정보 수집·이용 동의 부문 (필수)		
<input type="checkbox"/> 개인정보 수집 및 이용에 대한 사항		
수집·이용 항목	수집·이용 목적	보유기간
대상자와의 관계, 성명, 성별, 연락처, 나이, 주소, 치매치료비지원 대상 계좌정보 (치매 치료비 지원 신청서), 사진	기초상담, 심층상담, 자원연계, 보호자상담, 돌봄부담분석, 가족교실, 힐링프로그램, 자조모임, 치매안심센터 서비스 안내	준영구
※ 귀하가 제공한 개인정보는 치매안심센터에서 운영하는 "대상자 가족 외의 보호자"에 대한 지원 업무에만 활용되며, 위 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부하실 경우 원활한 업무지원을 할 수 없어 치매안심센터 이용에 제한을 받으실 수 있습니다.		
위와 같이 개인정보 조희에 동의하십니까? 동의 <input type="checkbox"/> 미동의 <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 개인정보(민감정보) 수집 및 이용에 대한 사항		
개인정보 처리사유	개인정보 항목	수집근거
<ul style="list-style-type: none"> 치매환자의 의료비 지원사업에 관한 사무 공립요양병원 운영 위탁에 관한 사무 치매 관련 상담 및 조기검진, 치매환자의 등록관리, 단기쉼터 운영 및 가족지원에 관한 사무 	주민등록번호, 외국인등록번호	치매관리법 시행령 제14조
※ 귀하가 제공한 개인정보는 치매안심센터에서 운영하는 "대상자 가족 외의 보호자"에 대한 지원 업무에만 활용되며, 위 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부하실 경우 원활한 업무지원을 할 수 없어 치매안심센터 이용에 제한을 받으실 수 있습니다.		
위와 같이 개인정보 조희에 동의하십니까? 동의 <input type="checkbox"/> 미동의 <input type="checkbox"/>		

개인정보 이용 부문 (선택)		
<input type="checkbox"/> 개인정보 이용에 관한 사항		
이용 항목	이용 목적	보유기간
이름, 생년월일, 연령, 성별, 연락처, 서비스 이용목록, 교육년수, 치매안심센터 등록일, 동거형태	서비스 만족도 조사	만족도 조사 종료시 까지
※ 개인정보 이용에 동의를 거부하실 수 있으며, 거부 시 치매관련 서비스 제공에 제한이 없습니다		
위와 같이 개인정보 수집 및 이용에 동의하십니까? 동의 <input type="checkbox"/> 미동의 <input type="checkbox"/>		

※ 본인은 지역보건법 제11조(보건소의 기능 및 업무), 개인정보보호법 제15조, 제17조, 제19조에 따른 개인정보 처리에 관하여 고지 받았으며, 이를 충분히 이해하고 그 처리에 동의합니다.

※ 대상자의 등본상 주소지 관할 또는 서비스 관할 치매안심센터 변경하는 경우 별도의 동의없이 관할 치매안심센터에 귀하의 정보를 이전할 수 있습니다.

등록관리 기록부

성 명
등록번호
연 도

() 치매안심센터

인지선별검사 (CIST)

Cognitive Impairment Screening Test

“안녕하세요. 지금부터 _____님의 기억력과 사고능력을 살펴보기 위한 질문들을 드리겠습니다.
생각나는 대로 최선을 다해 답변해 주시면 됩니다.”

지남력	시간	1. 오늘 날짜를 말씀해주세요.			
		(1) 올해는 몇 년도입니까?	0	1	
		(2) 지금은 몇 월입니까?	0	1	
		(3) 오늘은 며칠입니까?	0	1	
	(4) 오늘은 무슨 요일입니까?	0	1		
장소	2. 지금 __님이 계신 여기는 어디인가요? 이 장소가 어디인지 말씀해 주세요.	0	1		
기억력	기억 등록	3. 지금부터 외우셔야 하는 문장 하나를 불러드리겠습니다. 끝까지 잘 듣고 따라 해 보세요.	점수 없음 (단, 순서 상관없이 대상자가 말한 단어에 ○표)		
		(1차 시행) 민수는 / 자전거를 타고 / 공원에 가서 / 11시부터 / 야구를 했다			
		잘 하셨습니다. 제가 다시 한번 불러드리겠습니다. 이번에도 다시 여쭙어 볼테니 잘 듣고 따라 해 보세요.			
		(2차 시행) 민수는 / 자전거를 타고 / 공원에 가서 / 11시부터 / 야구를 했다			
		제가 이 문장을 나중에 여쭙보겠습니다. 잘 기억하세요.			
주의력	숫자 바로 따라 말하기	4. 제가 불러드리는 숫자를 그대로 따라 해 주세요. (대상자가 잘 이해하지 못하는 경우) 제가 1-2-3 하고 부르면, 똑같이 1-2-3 이렇게 말씀해 주세요.			
		(1) 6 - 9 - 7 - 3	0	1	
	(2) 5 - 7 - 2 - 8 - 4	0	1		
	거꾸로 말하기	5. 제가 불러드리는 말을 끝에서부터 거꾸로 따라 해 주세요. (대상자가 잘 이해하지 못하는 경우) 000님 (대상자 이름) 이름을 거꾸로 하면 000 이렇게 되지요? 마찬가지로 제가 부르는 말을 거꾸로 말씀해 주세요.			
금수강산	0	1			
시공간 기능	도형 모사 (그림1)	6. (그림을 가리키며) 여기 점을 연결하여 그린 그림이 있습니다. 이 그림과 똑같이 되도록 (아래 반응 공간을 가리키며) 같은 위치에 그려보세요. 점을 연결해서 그리시면 됩니다.	0	1	2

집행 기능	시각추론1 (그림2)	7. 여기 모양들이 정해진 순서로 나옵니다. 모양들을 보면서 어떤 순서로 나오는지 생각해 보세요. 자(도형을 왼쪽부터 하나씩 가리키며), 네모, 동그라미, 세모, 네모, 빈칸, 세모. 그렇다면 여기 빈칸에는 무엇이 들어가야 할까요?	0	1	
	시각추론2 (그림3)	8. (맨 앞 그림을 가리키며) 여기 네 칸 중의 한 칸에 별이 하나 있습니다. (두 번째 그림을 가리키며) 별이 이렇게 다른 위치로 이동합니다. 어떤 식으로 이동하는지 잘 생각해 보십시오. (마지막 반응 칸을 가리키며) 여기서 네 칸 중에 별이 어디에 위치하게 될까요?	0	1	
	언어추론 (그림4)	9. 카드에 숫자와 계절이 하나씩 적혀 있습니다. '1-봄-2-여름~' 이렇게 연결되어 나갑니다. (화살 표시된 빈칸을 가리키며) 여기는 무엇이 들어갈 차례일까요?	0	1	2
기억력	기억회상/ 재인	10. 제가 조금 전에 외우라고 불러드렸던 문장을 다시 한번 말씀해 주세요. [조금 전에 외우라고 불러드렸던 문장(한 문장의 이야기)을 말씀해 보세요.]			
		기억회상(각 2점)	재인(기억회상 과제에서 회상하지 못한 항목만 시행, 각 1점)		
		민수 []	제가 아까 어떤 사람의 이름을 말했는데 누구일까요? 영수 [] 민수 [] 진수 []		
		자전거 []	무엇을 타고 갔습니까? 버스 [] 오토바이 [] 자전거 []		
		공원 []	어디에 갔습니까? 공원 [] 놀이터 [] 운동장 []		
		11시 []	몇 시부터 했습니까? 10시 [] 11시 [] 12시 []		
		야구 []	무엇을 했습니까? 농구 [] 축구 [] 야구 []		
		언어 기능	이름대기 (그림5)	11. 여기 있는 이 그림의 이름을 말씀해 주세요. 이것은 무엇입니까?	
(1) 칫솔 [대상자 반응: _____]	0			1	
(2) 그네 [대상자 반응: _____]	0			1	
(3) 주사위 [대상자 반응: _____]	0		1		
이해력	12. 제가 말씀드리는 대로 행동으로 그대로 보여주십시오. 박수를 두 번 치고, 주먹을 쥐세요.	0	1		
집행 기능	유창성	13. 지금부터 제가 그만이라고 말할 때까지 과일이나 채소를 최대한 많이 이야기 해 주세요. 준비되었지요? 자, 과일이나 채소 이름을 말씀해 주세요. 시작!			
		[반응기록/제한 시간 1분] 0-8개: 0점 / 9-14개: 1점 / 15개 이상: 2점	_____개		
			0	1	2

[서식 2-3] 인지선별검사결과 요약지

인지선별검사 결과 요약지

성명		성별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여		
등록번호		학력(년)	(_____ 년)		
주민등록 생년월일	년 월 일	만 세	실제 생년월일	년 월 일	만 세
검사 일자	_____ 년 _____ 월 _____ 일				

문항번호	문항내용	문항별 점수
1	지남력	/ 5
2	주의력	/ 3
3	시공간기능	/ 2
4	집행기능	/ 6
5	기억력	/ 10
6	언어기능	/ 4

총 점		/ 30점
결 과	<input type="checkbox"/> 정상	인지기능이 정상수준입니다. 건강한 인지기능을 유지하실 수 있도록 평소에 치매예방수칙 준수와 고혈압, 당뇨, 고지혈증 등 만성질환 관리를 잘 하시고, 치매안심센터의 안내에 따라 정기적으로 치매조기검진을 받으시기 바랍니다.
	<input type="checkbox"/> 인지저하	인지기능이 다소 저하되어 있습니다. 인지저하라도 모두 치매로 인한 것은 아니니 너무 염려하지 마시고, 치매안심센터의 안내에 따라 치매진단검사를 받으시기 바랍니다.

※ 검사결과는 실제 생년월일을 기준으로 판정함

20__년 ____월 ____일

_____ 치매안심센터장 000 (인)

치매 검사 의뢰서

의뢰기관	○○○ 병원	담당자	(연락처) - -	
의뢰요청기관	○○○ 치매안심센터	담당자	(연락처) - -	
대상자 정보	성명	주민등록번호		
	연락처	주소		
	검사비 지원여부	<input type="checkbox"/> 지원대상자 <input type="checkbox"/> 미지원대상자		
		지원가능 상한금액	원	
		비용지급처	(센터명) ○○○도 ○○○시 ○○○구 치매안심센터	
			(주소지)	
(담당자연락처) (E-MAIL)				
질병 및 과거력				
치매 검사내역 요약				
1. 선별검진				
검진일	년 월 일	시행장소	①치매안심센터 ②대상자 집 ③기타()	
검진 도구	<input type="checkbox"/> CIST	점수	_____ 점 <input type="checkbox"/> 인지저하 <input type="checkbox"/> 정상	
2. 진단검사 1단계 (신경심리검사)				
검진일	년 월 일	시행기관	①치매안심센터 ②협약병원	
검진 도구	<input type="checkbox"/> CERAD-K <input type="checkbox"/> LICA <input type="checkbox"/> SNSB-II <input type="checkbox"/> SNSB-C			
3. 진단검사 2단계 (치매임상평가)				
검진일	년 월 일	검진 의사		
검진 기관	① 치매안심센터 ② 협약병원			
진단 분류	① 치매 ② 경도인지장애 ③ 정상			
CDR	_____ 점	GDS	_____ 점	
<input type="checkbox"/> 종합소견 별첨 여부 : <input type="checkbox"/> CIST 결과 요약지 1부. <input type="checkbox"/> 신경심리평가 결과지 1부. <input type="checkbox"/> 치매임상평가 의견서 1부. 				
의뢰 내용	<input type="checkbox"/> 치매진단검사 1단계(신경심리평가) <input type="checkbox"/> 치매진단검사 2단계(치매임상평가-전문의원료) <input type="checkbox"/> 치매감별검사			
상기 검사를 의뢰 합니다. 의뢰일 년 월 일 ○○○○ 치매안심센터장(직인)				

맞춤형사례관리 신청

신청자		사례관리 신청일자	__년 __월 __일
-----	--	-----------	-------------

대상자 추가정보

유형	응급상황
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 심한 망상/환각, 배회, 이식증 등으로 자해/타해의 위험이 큰 자 <input type="radio"/> 학대로 인해 자해/타해위험이 큰 자 <input type="radio"/> 신체기능 저하로 허약성 수준이 매우 높은 자 <input type="radio"/> 의식주 해결이 시급한 자 <input type="radio"/> 그 외 응급관리가 필요한 자
	인구학적 특성
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 독거 치매환자 <input type="radio"/> 부부 치매환자 <input type="radio"/> (치매환자를 포함한) 만 75세 이상 노부부
	상황적 특성
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 치매로 인해 복합적인 문제가 동반된 자 <input type="radio"/> 돌봄의 사각지대에 있는 자 <input type="radio"/> 긴급복지지원이 필요하다고 판단된 자 <input type="radio"/> 기초생활 수급자 <input type="radio"/> 초기 치매환자 집중관리서비스 대상자 <input type="radio"/> 다음의 대상자 중 사례관리 위원회에서 사례관리가 필요하다고 판단된 자 <ul style="list-style-type: none"> - 경제적 사각지대에 놓여 경제적 지원이 필요한 자 - 시/군/구청 사회복지과, 복지관, 주민자치 센터, 통장, 부녀회, 지역사회 대표 등을 통해 사례관리가 필요하다고 판단되어 의뢰된 자 - 기타 지역사회보장협의체를 통해 의뢰된 자 - 지역 내 장기요양기관에서 퇴소하여 가정으로 복귀하는 자 중 사례관리가 필요하다고 판단되어 의뢰된 자
욕구 및 문제	

맞춤형사례관리 초기평가서

사례관리 신청일자	년	월	일	초기평가 평가일자	년	월	일	담당자	
-----------	---	---	---	-----------	---	---	---	-----	--

▣ 대상자 추가정보

유형	
욕구 및 문제	

▣ 보호자 주요정보

주보호자 정보	
---------	--

▣ 초기평가 평가결과

초기평가 평가항목	해당 여부	항목별 평가도구
영역별 인지기능	● 해당 있음	입력/열람
정신행동증상	● 해당 있음	입력/열람
도구적 일상생활 동작	● 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 있음	입력/열람
안전 위기도	● 해당 있음	입력/열람
경제 위기도	● 해당 있음	입력/열람
주보호자 주호부담	○ 해당 없음 ○ 해당 있음	입력/열람
특이사항	○ 해당 없음 ○ 해당 있음	입력/열람

초기평가 평가항목	해당 여부	항목별 평가도구
영역별 인지기능	● 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 있음	입력/열람
--------	---------	-------

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

도구적 일상생활 동작	● 해당 있음	입력/열람
-------------	---------	-------

총점	____ /33	'해당없음' 문항 수	____ /11
평점 : 총점/(11-'해당없음' 문항 수)			____

1	시장보기, 쇼핑	
2	교통수단 이용	
3	돈 관리	
4	기구 사용과 집안 일하기	
5	음식준비	
6	전화사용	
7	약복용	
8	최근 기억	
9	취미 생활	
10	텔레비전 시청	
11	집안 수리	

신체 건강	○ 해당 없음 ○ 해당 있음	입력/열람
-------	-----------------	-------

1	이환질병				
	자가관리 가능여부				
2	피부병변	병변 종류		병변 위치	
		특기 사항			
		자가관리 가능여부			
3	통증	빈도			
		최고강도		예시 : 중증	
		특기사항			
		적극적 증재필요 여부			

활동도	○ 해당 없음 ○ 해당 있음	입력/열람
-----	-----------------	-------

1	사회활동				
2	운동	평소보다 숨이 많이 찬 운동		평소보다 숨이 약간 찬 운동	견기
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	체중감소 여부	이동 능력	심리적 스트레스나 급성질환	신경심리 학적	BMI (체질량 지수)	cc (종아리둘레)

투약 현황	○ 해당 없음 ○ 해당 있음	입력/열람
-------	-----------------	-------

투약필요 여부		투약여부		파악여부	
투약정보		순응도		기타치료	
투약약품	약품명	단위 용량/제형	회당 투여량	경로	빈도

처치 현황	○ 해당 없음 ○ 해당 있음	입력/열람
-------	-----------------	-------

처치필요 여부		처치여부	
처치종류			

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
-------------------------	-----------------	-------

필요돌봄서비스 이용여부						
	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 있음	입력/열람
----------	---------	-------

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

안전 위기도	● 해당 있음	입력/열람
--------	---------	-------

총점	_____점/12점	예시 : 즉각개입 필요	
1. 함께 거주하는 가족 구성원이 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 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
------	-----------------	-------

--

■ 실행계획 수립시 참고 알고리즘(참고 3-1)

초기평가 평가항목	해당 여부	연계 알고리즘
영역별 인지기능	○ 해당 없음 ● 해당 있음	참고 1, 2, 5, 6
정신행동증상	○ 해당 없음 ● 해당 있음	참고 1, 2, 3, 10
도구적 일상생활 동작	○ 해당 없음 ● 해당 있음	참고 1, 4, 6
신체 건강	○ 해당 없음 ● 해당 있음	참고 1, 2, 7, 10
활동도	○ 해당 없음 ● 해당 있음	-
영양 상태	○ 해당 없음 ● 해당 있음	참고 2, 3, 4
투약 현황	○ 해당 없음 ● 해당 있음	참고 1, 2
처치 현황	○ 해당 없음 ● 해당 있음	-
의료기관 이용현황 (지난 3개월 기준)	○ 해당 없음 ● 해당 있음	참고 7
돌봄 서비스 이용현황 (지난 3개월 기준)	○ 해당 없음 ● 해당 있음	참고 5, 6
생활환경 위기도	○ 해당 없음 ● 해당 있음	참고 4, 9
안전 위기도	○ 해당 없음 ● 해당 있음	참고 3
경제 위기도	○ 해당 없음 ● 해당 있음	참고 5, 8
주조호자 조호부담	○ 해당 없음 ● 해당 있음	참고 2, 3, 5, 6, 7
특이사항	○ 해당 없음 ● 해당 있음	-

※ 초기평가 평가항목별 1개 문항이라도 해당사항이 있으면(문제가 있으면) 총점과 상관없이 연계 알고리즘을 참고할 수 있음
 예시) 영역별 인지기능 평가항목에서 첫 번째 문항인 '기억력 장애가 있습니까?'만 '있음' 해당되어도 지역사회 서비스 연계에 [참고 1, 2, 5, 6]을 참고할 수 있음

맞춤형사례관리 초기평가 평가도구

평가 1. 영역별 인지기능 평가

▶ 1문항이라도 장애가 있는 경우 [참고 1, 2, 5, 6] 활용 가능

1. 기억력 장애	
1) 기억력 장애가 있습니까?	<input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> 있음 (시작 : 년 전)
2) 기억력에 어떤 장애가 있습니까?	<input type="checkbox"/> 금방 있었던 일 망각 <input type="checkbox"/> 수시간에서수일전일 망각 <input type="checkbox"/> 과거의 중요한 일 망각 <input type="checkbox"/> 자신에 대한 기본 정보 망각
2. 지남력 장애	
1) 지남력 장애가 있습니까?	<input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> 있음 (시작 : 년 전)
2) 시간지남력에 어떤 장애가 있습니까?	<input type="checkbox"/> 연도 <input type="checkbox"/> 월 <input type="checkbox"/> 일 <input type="checkbox"/> 요일 <input type="checkbox"/> 계절 <input type="checkbox"/> 낮
3) 장소지남력에 어떤 장애가 있습니까?	<input type="checkbox"/> 낯선 곳 <input type="checkbox"/> 익숙한 곳 <input type="checkbox"/> 집 근처 <input type="checkbox"/> 집 안
4) 사람지남력에 어떤 장애가 있습니까?	<input type="checkbox"/> 가끔 보는 친구나 친척 <input type="checkbox"/> 자주 보는 친구나 친척 <input type="checkbox"/> 함께 사는 가족 <input type="checkbox"/> 주조호자
3. 언어 장애	
1) 언어 장애가 있습니까?	<input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> 있음 (시작 : 년 전)
2) 언어 표현에 어떤 장애가 있습니까?	<input type="checkbox"/> 이름대기 <input type="checkbox"/> 단어 떠올리기 <input type="checkbox"/> 발음 <input type="checkbox"/> 기타 ()
3) 언어 이해에 어떤 장애가 있습니까?	<input type="checkbox"/> 책·신문 <input type="checkbox"/> 뉴스·드라마 <input type="checkbox"/> 일상 대화 <input type="checkbox"/> 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

▶ 1개 영역이라도 증상이 있는 경우 총점 상관없이 [참고 1, 2, 3, 10] 활용 가능

지난 1개월 동안 보호자가 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.

- ① 경도 (증상이 있기는 하지만, 병나기 전에 비해서 큰 차이는 없다)
- ② 보통 (증상이 뚜렷하게 있으나, 병나기 전에 비해서 심한 변화는 아니다)
- ③ 심함 (병나기 전에 비해서 매우 두드러지고 심한 변화이다)

문제 영역	질 문	심각도
망상	사람들이 무엇을 훔쳐갔다고 믿거나 자기를 해치려 한다고 믿고 있습니까?	① 없음 ① 경도 ② 보통 ③ 심함
환각	누군가에게 목소리를 듣는 것처럼 행동합니까? 사람이 없는데도 사람이 있는 것처럼 그 사람과 대화합니까?	① 없음 ① 경도 ② 보통 ③ 심함
초조/ 공격성	고집이 세졌습니까? 또는 주위 사람들이 도와주려 할 때, 도와주는 것을 저항할 때가 있습니까?	① 없음 ① 경도 ② 보통 ③ 심함
우울	슬퍼 보이거나 기분이 처져 있습니까? 울 때가 있습니까?	① 없음 ① 경도 ② 보통 ③ 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	① 없음 ① 경도 ② 보통 ③ 심함
들뜬 기분	특별한 이유 없이 너무 행복해 보이거나 기분이 좋아 보입니까?	① 없음 ① 경도 ② 보통 ③ 심함
무감동/ 무관심	일상 생활에 대한 관심이 줄거나 다른 사람의 활동이나 계획에 대해서 흥미가 줄었습니까?	① 없음 ① 경도 ② 보통 ③ 심함
탈억제	충동적으로 행동합니까? 예를 들어, 모르는 사람에게 마치 잘 아는 것처럼 말을 잘 건넵니까? 또는 상대방의 기분을 생각하지 않고 말하거나 감정을 상하게 하는 말을 합니까?	① 없음 ① 경도 ② 보통 ③ 심함
과민/ 불안정	조바심을 내거나 쉽게 화를 냅니까? 예정된 일을 기다릴 때 또는 예정된 일이 늦어졌을 때 잘 참지 못합니까?	① 없음 ① 경도 ② 보통 ③ 심함
이상행동	반복적인 행동을 보입니까? 예를 들어, 특별한 목적 없이 집 안에서 왔다갔다하거나 단추나 그밖의 물건을 만지작거리거나 장롱이나 서랍을 뒤지는 등 반복해서 하는 행동이 있습니까?	① 없음 ① 경도 ② 보통 ③ 심함
수면	밤에 자다가 주위 사람을 깨우거나 아침에 너무 일찍 일어나거나 또는 낮에 지나치게 낮잠을 많이 자는 행동을 보입니까?	① 없음 ① 경도 ② 보통 ③ 심함
식욕/ 식습관	체중이 줄거나 늘었습니까? 또는 좋아하는 음식의 종류가 바뀌었습니까?	① 없음 ① 경도 ② 보통 ③ 심함
	총 점	_____점/36점

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

평가 3. 한국형 도구적 일상생활동작평가(K-IADL)

▶ 1개 항목이라도 도움이 필요한 경우 총점 상관없이 [참고 1, 4, 6] 활용 가능

항목	0	1	2	3	
1. 시장보기, 쇼핑 상점에 가서 계획한 물건들을 잊지 않으며 돈계산에 실수 없이 구매합니까?	혼자 가능	약간 도움이 필요	많은 도움이 필요	불가 능	해당 없음
2. 교통수단 이용 대중교통을 이용하거나 스스로 운전해서 길을 잃지 않고 목적지에 갑니까?	혼자 가능	약간 도움이 필요	많은 도움이 필요	불가 능	해당 없음
3. 돈 관리 용돈을 관리하고, 은행에 가서 저축을 하는 등의 돈과 관련된 일을 처리합니까?	혼자 가능	약간 도움이 필요	많은 도움이 필요	불가 능	해당 없음
4. 기구 사용과 집안 일하기 진공청소기, 다리미 등의 기구들을 잘 다루고 일상적인 집안 일 (예: 청소, 화초 물주기, 설거지)을 예전처럼 말끔하게 합니까?	혼자 가능	약간 도움이 필요	많은 도움이 필요	불가 능	해당 없음
5. 음식준비 적절한 식사를 계획하여 재료를 준비하고, 예전과 같이 맛있게 음식을 만듭니까?	혼자 가능	약간 도움이 필요	많은 도움이 필요	불가 능	해당 없음
6. 전화사용 필요한 전화번호를 수첩에서 찾거나 기억하여 전화를 겁니까?	혼자 가능	약간 도움이 필요	많은 도움이 필요	불가 능	해당 없음
7. 약 복용 시간과 용량을 지켜 약을 먹습니까?	혼자 가능	약간 도움이 필요	많은 도움이 필요	불가 능	해당 없음
8. 최근 기억 약속, 어제의 일 또는 다른 사람에게 전달해야 할 전화 내용을 등을 기억합니까?	혼자 가능	약간 도움이 필요	많은 도움이 필요	불가 능	해당 없음
9. 취미 생활 종교, 독서, 바둑, 장기, 화투, 산책, 등산 운동 등의 예전에 하던 취미를 그대로 잘 수행합니까?	혼자 가능	약간 도움이 필요	많은 도움이 필요	불가 능	해당 없음
10. 텔레비전 시청 집중해서 텔레비전을 보며 그 내용을 이해합니까?	혼자 가능	약간 도움이 필요	많은 도움이 필요	불가 능	해당 없음
11. 집안 수리 못박기나 전구 끼우기 같은 집안 잡일을 수행합니까?	혼자 가능	약간 도움이 필요	많은 도움이 필요	불가 능	해당 없음

총점	_____ /33	‘해당없음’ 문항 수	_____ /11
평점 : 총점/(11-‘해당없음’ 문항 수)		_____	

※ 평점 0.43점을 기준으로 미만이면 정상, 이상이면 그 정도에 따라 인지장애가 일상생활에 미치는 것으로 평가

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										
적극적 중재 필요 여부	<input type="checkbox"/> 필요 <input type="checkbox"/> 불필요									

※ 빈도 : 기본적으로 통증 여부의 평가는 환자의 자가보고에 따라야 함. 따라서 환자가 실어증이 있거나 인지기능장애가 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

<p>1. 사회활동</p>	<p>○ 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</p>
<p>2. 운동</p>	<p>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</p>
<p>3. 낙상력</p>	<p>1) 지난 3개월 간 낙상 횟수 _____회 2) 낙상 후유증 ○없음 ○걸기 두려워하는 등 정신적 충격 ○타박상 등 가벼운 외상 ○골절 등 중증 외상</p>

평가 6. 영양상태 평가

▶ 총점 상관없이 [참고 2, 3, 4] 활용 가능

	지난 3개월 동안에 밥맛이 없거나, 소화가 잘 안되거나 씹고 삼키는 것이 어려워서 식사량이 줄었습니까?
1	0) 예전보다 많이 줄었다. 1) 예전보다 조금 줄었다. 2) 변화없다.
	지난 3개월 동안 몸무게가 줄었습니까?
2	0) 3kg이상의 체중 감소 1) 모르겠다 2) 1kg에서 3kg 사이의 체중 감소 3) 줄지 않았다.
	집 밖으로 외출할 수 있습니까?
3	0) 외출할 수 없고, 집안에서도 주로 앉거나 누워서 생활한다. 1) 외출할 수는 없지만, 집에서는 활동을 할 수 있다. 2) 외출할 수 있다.
	지난 3개월 동안 많이 피로운 일이 있었거나, 심하게 편찮으셨던 적이 있으십니까?
4	0) 예 2) 아니요
	신경 정신과적 문제
5	0) 중증 치매나 우울증 1) 경증 치매 2) 특별한 증상 없음
	체질량 지수(BMI) = {(몸무게(kg)/신장(m ²)} ※ 체질량 지수를 모를 경우, [6-2]로 가세요.
6-1	0) BMI ≤ 19 1) 19 ≤ BMI ≤ 21 2) 21 ≤ BMI ≤ 23 3) BMI ≥ 23
	종아리 둘레(Calf circumference, cm) ※ [6-1]을 응답하신 분은 [6-2]를 하실 필요가 없습니다.
6-2	0) CC < 31 3) CC ≥ 31
총 점	_____ / 14점

평가 7. 투약현황 평가

▶ 치매 관련 투약이 필요한 상황인 경우 [참고 1, 2] 활용 가능

1. 투약 필요 여부	<input type="radio"/> 있음 <input type="radio"/> 없음	2. 투약여부	<input type="radio"/> 복용 <input type="radio"/> 미복용		
2. 파악 여부	<input type="radio"/> 전체 파악 <input type="radio"/> 일부 파악 <input type="radio"/> 파악 못함				
3. 투약 정보	<input type="checkbox"/> 처방전 <input type="checkbox"/> 소견서/진단서 <input type="checkbox"/> 환자 보고 <input type="checkbox"/> 보호자 보고 <input type="checkbox"/> 직접 확인				
4. 투약 약품	약품명	단위 용량/제형	회당 투여량	경로	빈도
5. 순응도	<input type="checkbox"/> 지시대로 복용 <input type="checkbox"/> 상태에 따라 환자 혹은 가족이 조절 <input type="checkbox"/> 지시대로 못 먹음				

평가 8. 처치 현황 평가

▶ 병원동행 서비스 필요 여부가 판단되는 경우 [참고 7] 활용 가능

1. 처치필요 여부	<input type="radio"/> 있음 <input type="radio"/> 없음	2. 처치여부	<input type="radio"/> 처치 <input type="radio"/> 비처치
3. 처치 종류	<input type="checkbox"/> 인공호흡기 <input type="checkbox"/> 산소 공급 <input type="checkbox"/> 기관절개 및 삽관 <input type="checkbox"/> 비위관 삽관 <input type="checkbox"/> 도뇨관 삽관 <input type="checkbox"/> 말초정맥 수액공급 <input type="checkbox"/> 중심정맥 수액공급 <input type="checkbox"/> 수혈 <input type="checkbox"/> 투석 <input type="checkbox"/> 기타 ()		

평가 9. 의료기관 이용현황 평가 (지난 3개월 기준)

▶ 병원동행 서비스 필요 여부가 판단되는 경우 [참고 7] 활용 가능

1. 단골 의사	<input type="radio"/> 없음 <input type="radio"/> 있음	2. 단골 기관	<input type="radio"/> 없음 <input type="radio"/> 있음		
			<input type="checkbox"/> 대학병원 <input type="checkbox"/> 보건소/의료원 <input type="checkbox"/> 병원 <input type="checkbox"/> 의원 <input type="checkbox"/> 한의원		
3. 병원 입원	1) 횟수	<input type="checkbox"/> 주 ___ /회	<input type="checkbox"/> 월 ___ /회	2) 총 비용	
4. 응급실 방문	1) 횟수	<input type="checkbox"/> 주 ___ /회	<input type="checkbox"/> 월 ___ /회	2) 총 비용	
5. 외래 방문	1) 횟수	<input type="checkbox"/> 주 ___ /회	<input type="checkbox"/> 월 ___ /회	2) 총 비용	
6. 일반 의약품 구입	1) 횟수	<input type="checkbox"/> 주 ___ /회	<input type="checkbox"/> 월 ___ /회	2) 총 비용	

평가 10. 돌봄 서비스 이용현황 평가 (지난 3개월 기준)

▶ 장기요양판정 및 보호자 유무에 따라 [참고 5, 6] 활용 가능

필요 돌봄서비스 이용여부	<input type="checkbox"/> 이용 <input type="checkbox"/> 미이용				
1. 요양원 입소	1) 횟수	<input type="checkbox"/> 주 ___ /회	<input type="checkbox"/> 월 ___ /회	2) 총 비용	
2. 주야간보호	1) 횟수	<input type="checkbox"/> 주 ___ /회	<input type="checkbox"/> 월 ___ /회	2) 총 비용	
3. 단기보호	1) 횟수	<input type="checkbox"/> 주 ___ /회	<input type="checkbox"/> 월 ___ /회	2) 총 비용	
4. 가정 방문간호	1) 횟수	<input type="checkbox"/> 주 ___ /회	<input type="checkbox"/> 월 ___ /회	2) 총 비용	
5. 가사 지원	1) 횟수	<input type="checkbox"/> 주 ___ /회	<input type="checkbox"/> 월 ___ /회	2) 총 비용	
6. 음식 배달	1) 횟수	<input type="checkbox"/> 주 ___ /회	<input type="checkbox"/> 월 ___ /회	2) 총 비용	
7. 목욕(이동목욕포함) 서비스	1) 횟수	<input type="checkbox"/> 주 ___ /회	<input type="checkbox"/> 월 ___ /회	2) 총 비용	
8. 간병용품 대여/제공	1) 횟수	<input type="checkbox"/> 주 ___ /회	<input type="checkbox"/> 월 ___ /회	2) 총 비용	
9. 기타					

평가 12. 안전 위기도 평가: 가족구성원 또는 외부인과의 관계에서 야기되는 기초적 신변 보호상의 위기정도 평가

▶ 총점과 상관없이 확대 및 방임의 정황이 있는 경우 [참고 3] 활용 가능

1. 함께 거주하고 있는 가족구성원이 본인이나 가족을 위협하고 있거나 위협할 것 같다. <input type="checkbox"/> 신체적 폭력 <input type="checkbox"/> 정서적 폭력 <input type="checkbox"/> 성적 폭력 <input type="checkbox"/> 방임과 방치 <input type="checkbox"/> 경제적 폭력	
0) 해당사항이 0개인 경우 3) 어느 하나라도 해당할 경우	
2. 본인이 가족(비동거 가족포함)을 위협하고 있거나 위협할 것 같다. <input type="checkbox"/> 신체적 폭력 <input type="checkbox"/> 정서적 폭력 <input type="checkbox"/> 성적 폭력 <input type="checkbox"/> 방임과 방치 <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 신체적 폭력 <input type="checkbox"/> 정서적 폭력 <input type="checkbox"/> 성적 폭력 <input type="checkbox"/> 방임과 방치 <input type="checkbox"/> 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

▶ 계획적인 소비가 이루어지지 못하는 등 경제적 문제가 있다고 판단되는 경우 [참고 5, 8] 활용 가능

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

▶ 총점과 상관없이 [참고 2, 3, 5, 6, 7] 활용 가능

	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 3-5] 맞춤형사례관리 대상자 선정심사 회의록

맞춤형사례관리 대상자 선정심사 회의록

※ 사례접수 후 3주 이내 실시하여야 함

심사일자	_____년__월__일		심사장소				
참석자	소속 및 직책		성명	소속 및 직책		성명	
심사 대상자 목록	번호	사례관리 신청일자	대상자	등록번호	심사 결과	담당자	비고
	1	_____년__월__일			<input type="checkbox"/> 선정 <input type="checkbox"/> 탈락 <input type="checkbox"/> 보류		탈락, 보류 시, 사유 기재
	2	_____년__월__일			<input type="checkbox"/> 선정 <input type="checkbox"/> 탈락 <input type="checkbox"/> 보류		
	3	_____년__월__일			<input type="checkbox"/> 선정 <input type="checkbox"/> 탈락 <input type="checkbox"/> 보류		
	4	_____년__월__일			<input type="checkbox"/> 선정 <input type="checkbox"/> 탈락 <input type="checkbox"/> 보류		
	5	_____년__월__일			<input type="checkbox"/> 선정 <input type="checkbox"/> 탈락 <input type="checkbox"/> 보류		
	6	_____년__월__일			<input type="checkbox"/> 선정 <input type="checkbox"/> 탈락 <input type="checkbox"/> 보류		
	7	_____년__월__일			<input type="checkbox"/> 선정 <input type="checkbox"/> 탈락 <input type="checkbox"/> 보류		

◎ 종합 회의내용(비고)

[서식 3-6] 맞춤형사례관리 계획표

맞춤형사례관리 계획표

초기평가 평가항목	실행목표	실행방안	시작일자	종료일자

[서식 3-8] 맞춤형사례관리 일지

맞춤형사례관리 일지

개입일자	__년__월__일	담당자		작성일자	__년__월__일
------	-----------	-----	--	------	-----------

실행 내용

센터 내 서비스 제공

▼ 전화 방문 내소 기타

센터 외 서비스 연계

기관명	서비스명	담당자명	담당자 연락처	연계일	관리방법 (전화/방문/ 기타)	관리일

비고

[서식 3-9] 맞춤형사례관리 지도·감독(슈퍼비전) 일지

맞춤형사례관리 지도·감독(슈퍼비전) 일지

지도·감독(슈퍼비전) 차수	___차	지도·감독(슈퍼비전) 일자	___년 ___월 ___일
지도·감독(슈퍼비전) 장소			담당자
대상자			등록번호
참석자	지도·감독자 (슈퍼바이저)		
	실무자		
지도·감독(슈퍼비전) 내용			
비고			

[서식 3-10] 맞춤형사례관리 주기별 평가서

맞춤형사례관리 주기별 평가서

_____ 차

평가일자	_____ 년 ____ 월 ____ 일	담당자	
------	-----------------------	-----	--

초기평가 평가항목	실행 목표	실행 방안	실행방안 시행여부	실행 목표별 달성도
			<input type="radio"/> 시행 <input type="radio"/> 미시행	<input type="radio"/> 달성 <input type="radio"/> 미달성 _____ 점
			<input type="radio"/> 시행 <input type="radio"/> 미시행	<input type="radio"/> 달성 <input type="radio"/> 미달성 _____ 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

평가의견	
평가결과	<input type="radio"/> 실행지속 <input type="radio"/> 종결 <input type="radio"/> 목표달성 <input type="radio"/> 사망 <input type="radio"/> 전출 <input type="radio"/> 거부 <input type="radio"/> 시설입소 <input type="radio"/> 장기입원 <input type="radio"/> 타 기관으로 이관(기관명: _____)(이관일: _____) <input type="radio"/> 기타(사유: _____)

[서식 3-11] 맞춤형사례관리 1차 종결 평가서

맞춤형사례관리 1차 종결 평가서

평가일자	_____년 ____월 ____일	담당자	
------	--------------------	-----	--

초기평가 평가항목	실행 목표	실행 방안	실행방안 시행여부	실행 목표별 달성도
			<input type="radio"/> 시행 <input type="radio"/> 미시행	<input type="radio"/> 달성 <input type="radio"/> 미달성 _____ 점
			<input type="radio"/> 시행 <input type="radio"/> 미시행	<input type="radio"/> 달성 <input type="radio"/> 미달성 _____ 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

평가의견	
평가결과	<input type="radio"/> 연장 <input type="radio"/> 관리군 변경 <input type="radio"/> 종결 <input type="radio"/> 목표달성 <input type="radio"/> 사망 <input type="radio"/> 전출 <input type="radio"/> 거부 <input type="radio"/> 시설입소 <input type="radio"/> 장기입원 <input type="radio"/> 타 기관으로 이관(기관명: _____)(이관일: _____) <input type="radio"/> 기타(사유: _____)
사례관리 만족도 조사 시행 여부	<input type="radio"/> 시행함 <input type="radio"/> 시행 안함

맞춤형사례관리 만족도 조사 설문지

대상자		등록번호		담당자	
응답자		조사일자	__년__월__일		

문항내용		전혀 그렇지 않다	별로 그렇지 않다	보통이다	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?					

맞춤형사례관리 연장 심사 회의록

심사일자	_____년__월__일		심사장소					
참석자	소속 및 직책		성명	소속 및 직책		성명		
심사 대상자 목록	번호	사례관리 신청일자	대상자	등록번호	심사 결과	분류 결과	담당자	비고
	1	_____년__월__일			<input type="checkbox"/> 선정 <input type="checkbox"/> 탈락 <input type="checkbox"/> 보류	<input type="checkbox"/> 집중 <input type="checkbox"/> 일반		<i>탈락, 보류 시, 사유 기재</i>
	2	_____년__월__일			<input type="checkbox"/> 선정 <input type="checkbox"/> 탈락 <input type="checkbox"/> 보류	<input type="checkbox"/> 집중 <input type="checkbox"/> 일반		
	3	_____년__월__일			<input type="checkbox"/> 선정 <input type="checkbox"/> 탈락 <input type="checkbox"/> 보류	<input type="checkbox"/> 집중 <input type="checkbox"/> 일반		
	4	_____년__월__일			<input type="checkbox"/> 선정 <input type="checkbox"/> 탈락 <input type="checkbox"/> 보류	<input type="checkbox"/> 집중 <input type="checkbox"/> 일반		
	5	_____년__월__일			<input type="checkbox"/> 선정 <input type="checkbox"/> 탈락 <input type="checkbox"/> 보류	<input type="checkbox"/> 집중 <input type="checkbox"/> 일반		
	6	_____년__월__일			<input type="checkbox"/> 선정 <input type="checkbox"/> 탈락 <input type="checkbox"/> 보류	<input type="checkbox"/> 집중 <input type="checkbox"/> 일반		
	7	_____년__월__일			<input type="checkbox"/> 선정 <input type="checkbox"/> 탈락 <input type="checkbox"/> 보류	<input type="checkbox"/> 집중 <input type="checkbox"/> 일반		

◎ 종합 회의내용(비고)

맞춤형사례관리 추적 평가서

_____ 차

평가일자	_____ 년 ____ 월 ____ 일	담당자	
------	-----------------------	-----	--

초기평가 평가항목	실행 목표	실행 방안	실행방안 시행여부	실행 목표별 달성도
			<input type="radio"/> 시행 <input type="radio"/> 미시행	<input type="radio"/> 달성 <input type="radio"/> 미달성 _____ 점
			<input type="radio"/> 시행 <input type="radio"/> 미시행	<input type="radio"/> 달성 <input type="radio"/> 미달성 _____ 점
			<input type="radio"/> 시행 <input type="radio"/> 미시행	<input type="radio"/> 달성 <input type="radio"/> 미달성 _____ 점

사후관리 계획	
의견	
평가결과	<input type="radio"/> 이상 없음 <input type="radio"/> 재개입 필요(사유 : _____)

맞춤형사례관리 최종 종결 평가서

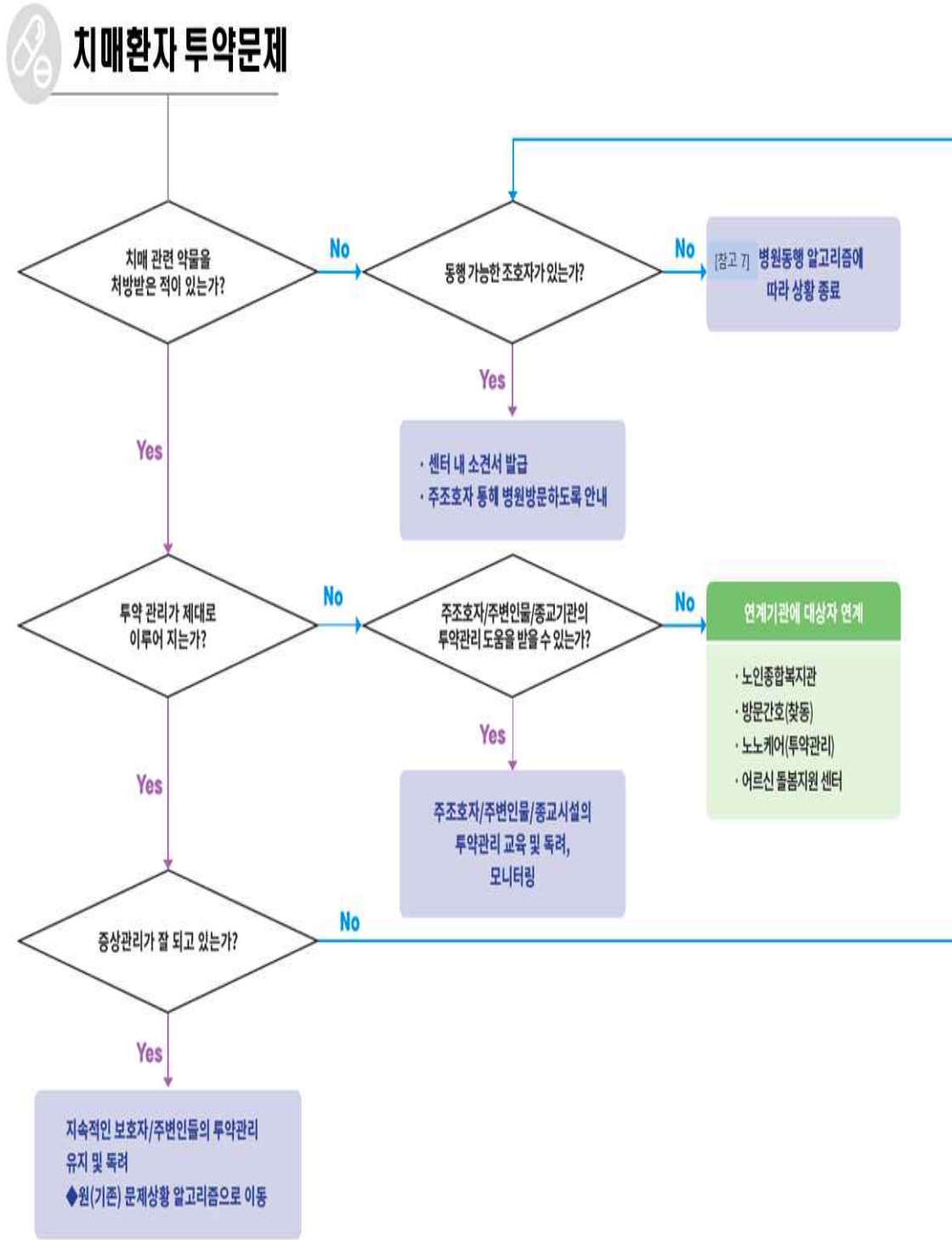
평가일자	__년 __월 __일	담당자	
------	-------------	-----	--

초기평가 평가항목	실행 목표	실행 방안	실행방안 시행여부	실행 목표별 달성도
			<input type="radio"/> 시행 <input type="radio"/> 미시행	<input type="radio"/> 달성 <input type="radio"/> 미달성 ____ 점
			<input type="radio"/> 시행 <input type="radio"/> 미시행	<input type="radio"/> 달성 <input type="radio"/> 미달성 ____ 점
			<input type="radio"/> 시행 <input type="radio"/> 미시행	<input type="radio"/> 달성 <input type="radio"/> 미달성 ____ 점

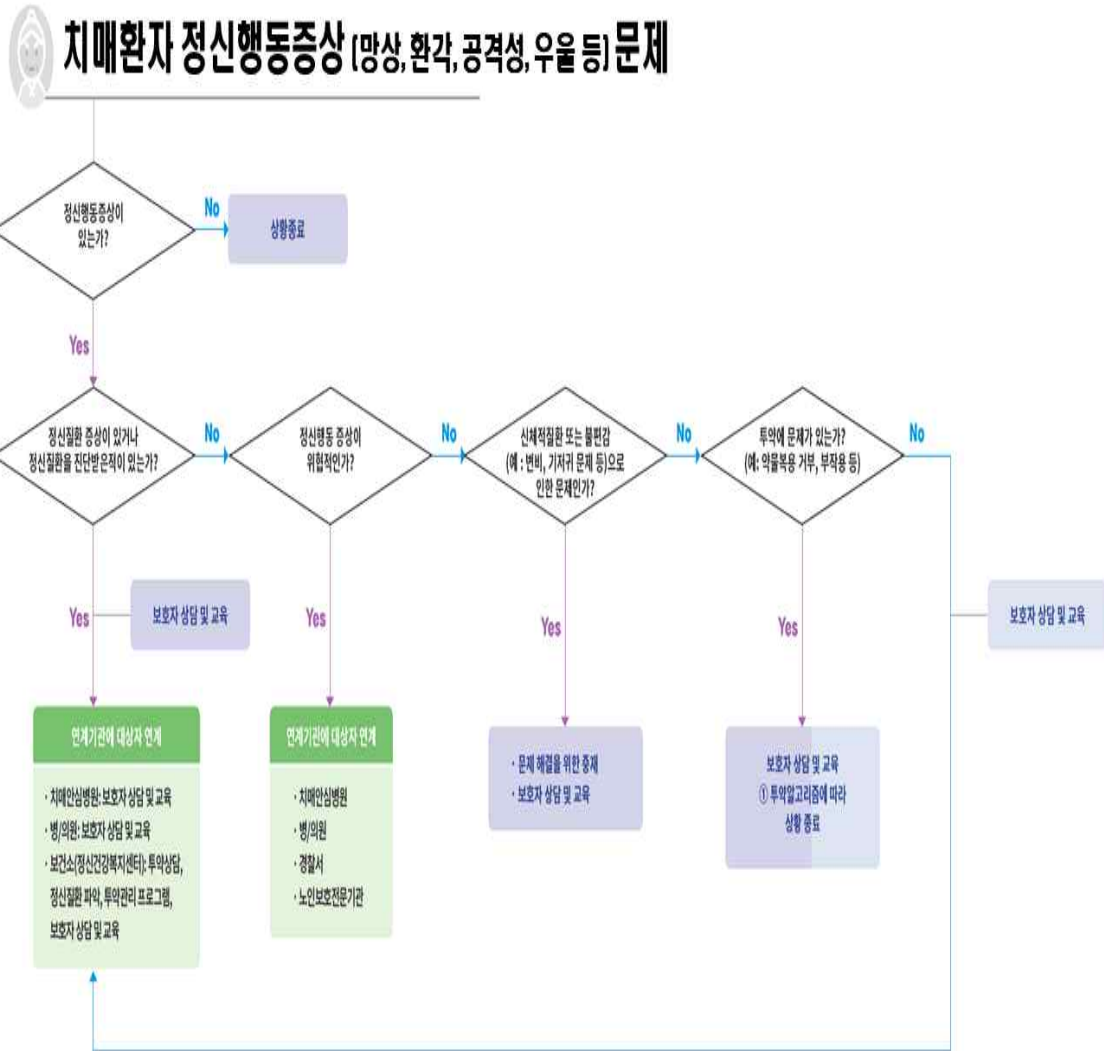
※ 실행 목표별 달성도

- 전혀 달성하지 못함(0점) / 기대수준 이하로 달성(1점) / 기대한 정도의 목표 달성(3점) / 기대 이상의 목표달성(4점)
등 목표별 달성도 기록

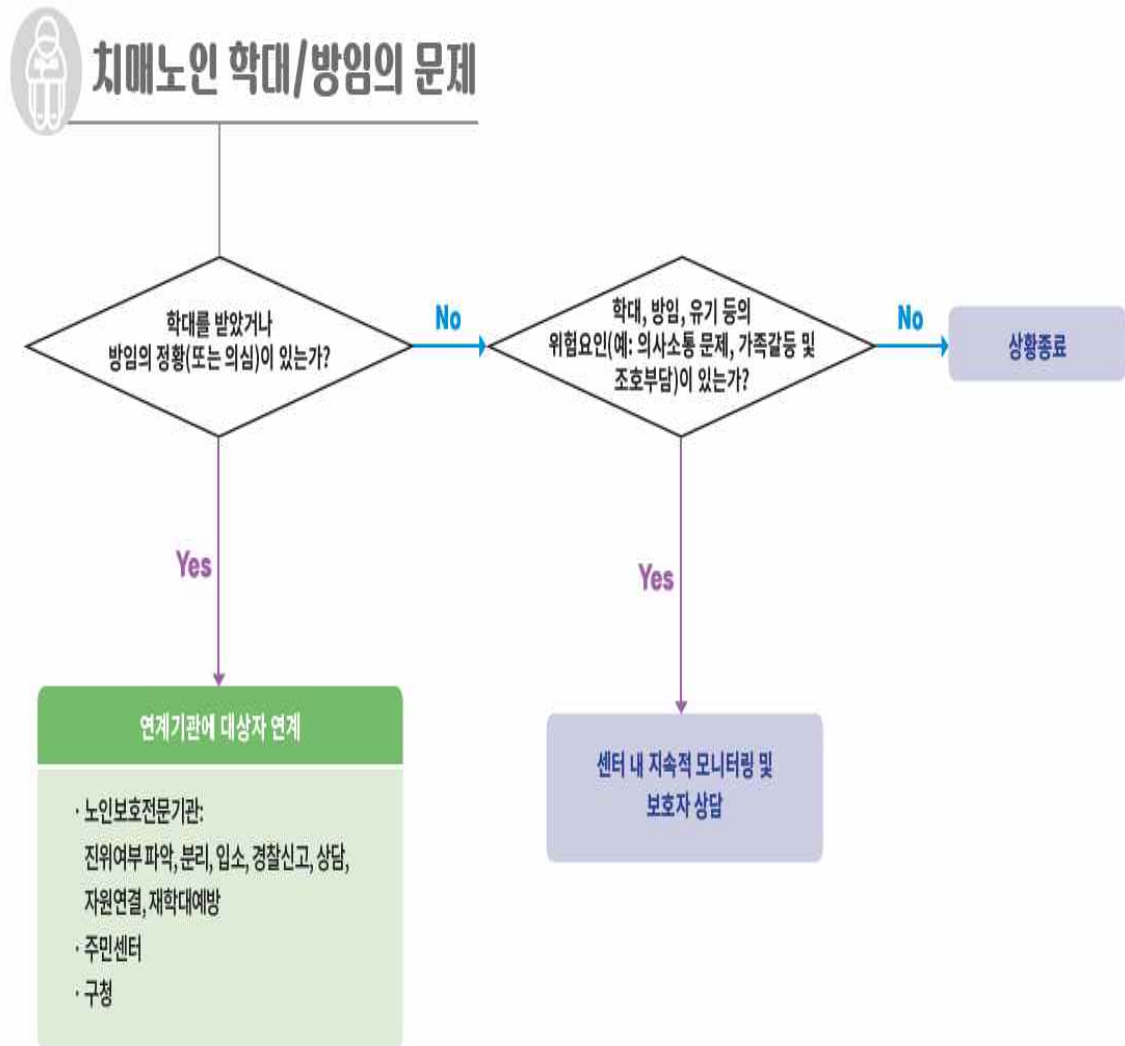
평가 의견	
평가결과	<input type="radio"/> 종결 <input type="radio"/> 목표달성 <input type="radio"/> 사망 <input type="radio"/> 전출 <input type="radio"/> 거부 <input type="radio"/> 시설입소 <input type="radio"/> 장기입원 <input type="radio"/> 타 기관으로 이관(기관명: _____)(이관일: _____) <input type="radio"/> 기타(사유: _____)



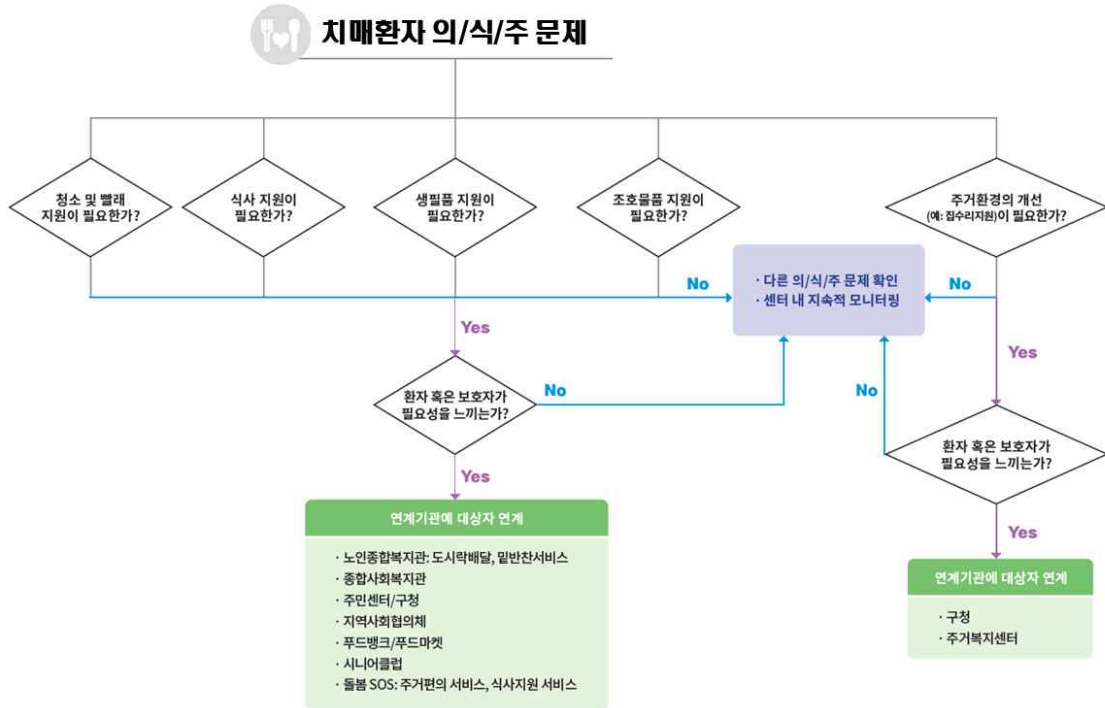
[참고 2] 치매환자 정신행동증상(망상, 환각, 공격성, 우울 등) 문제 알고리즘



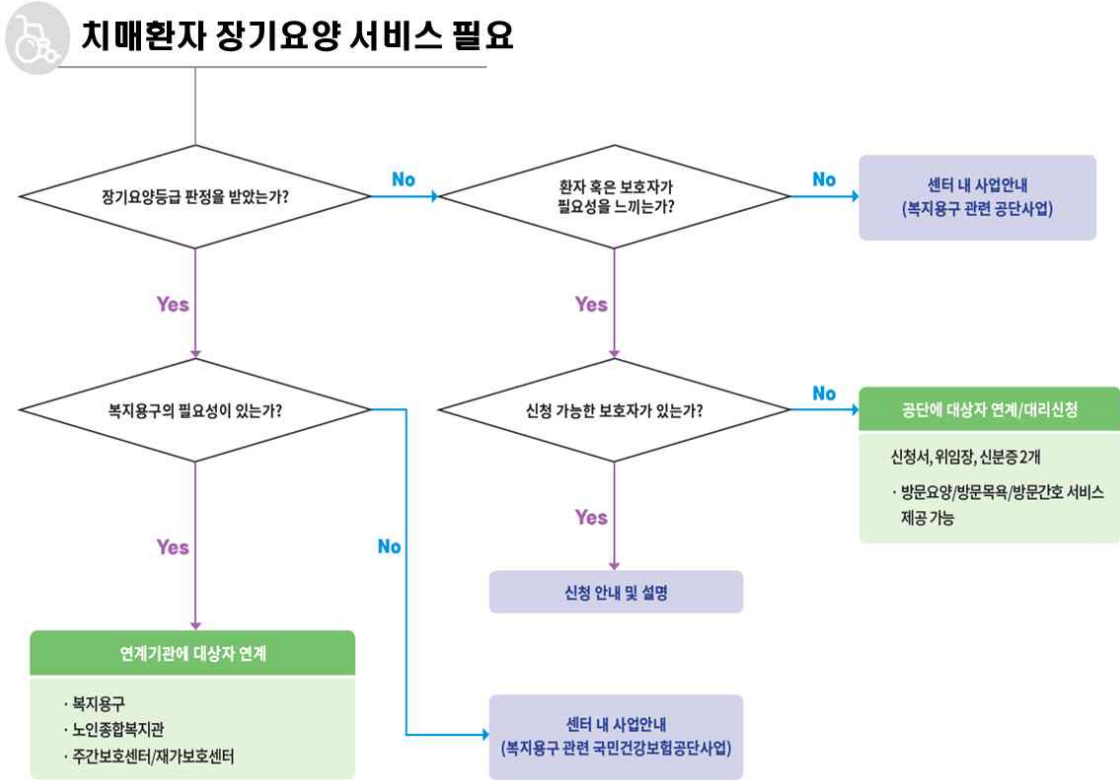
[참고 3] 치매환자 학대/방임의 문제 알고리즘



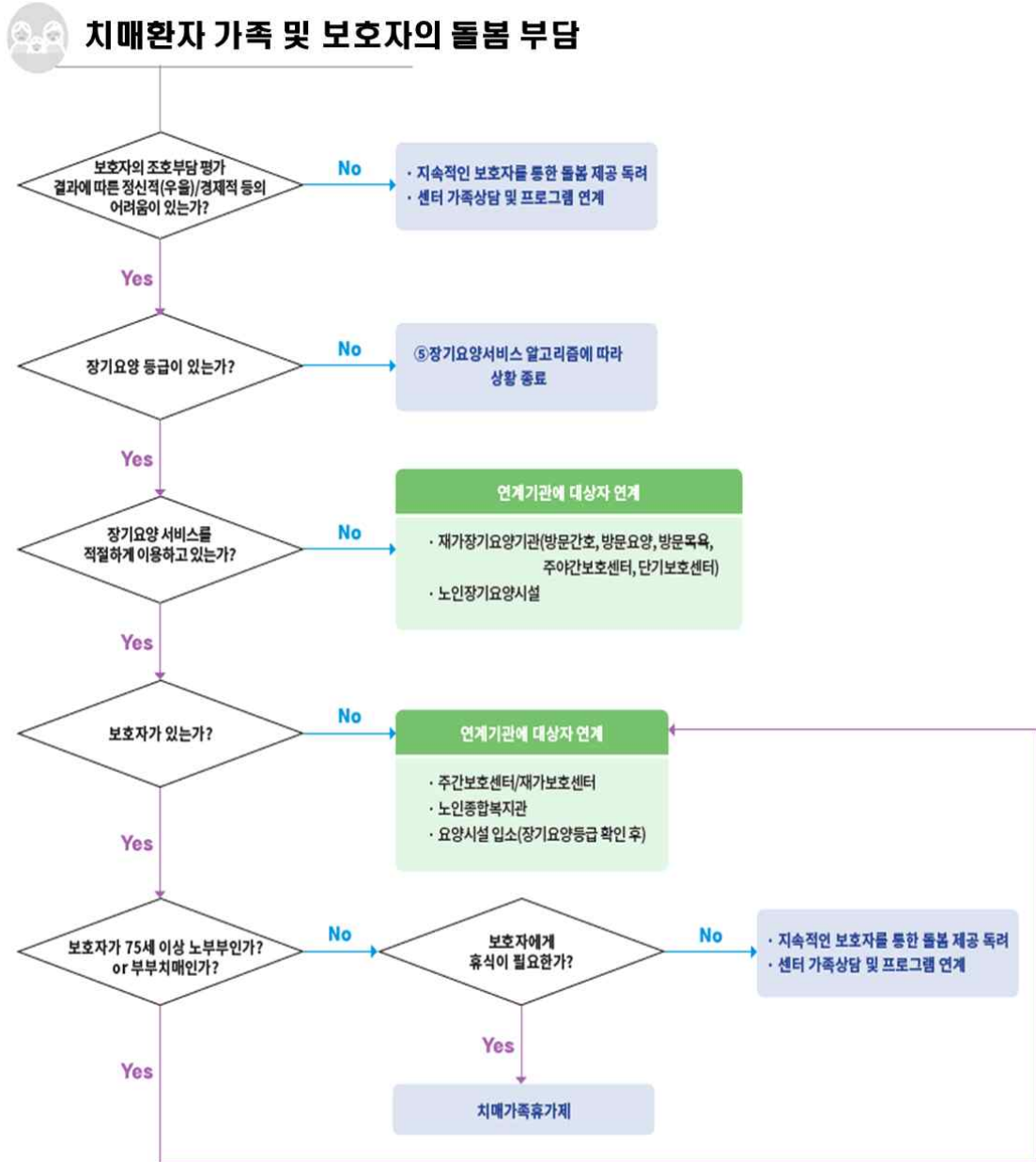
[참고 4] 치매환자 의/식/주 문제 알고리즘



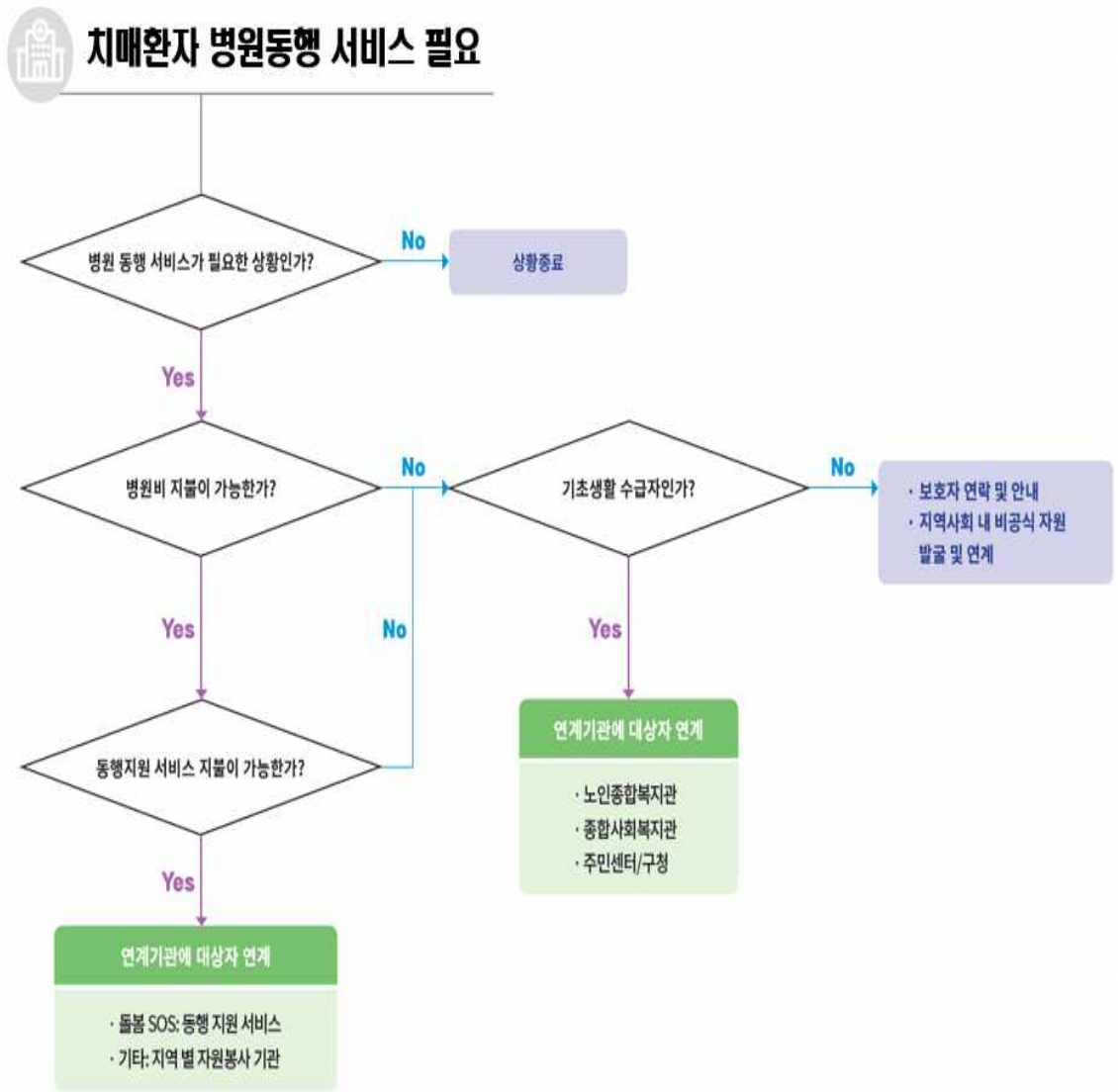
[참고 5] 치매환자 장기요양 서비스 필요 알고리즘



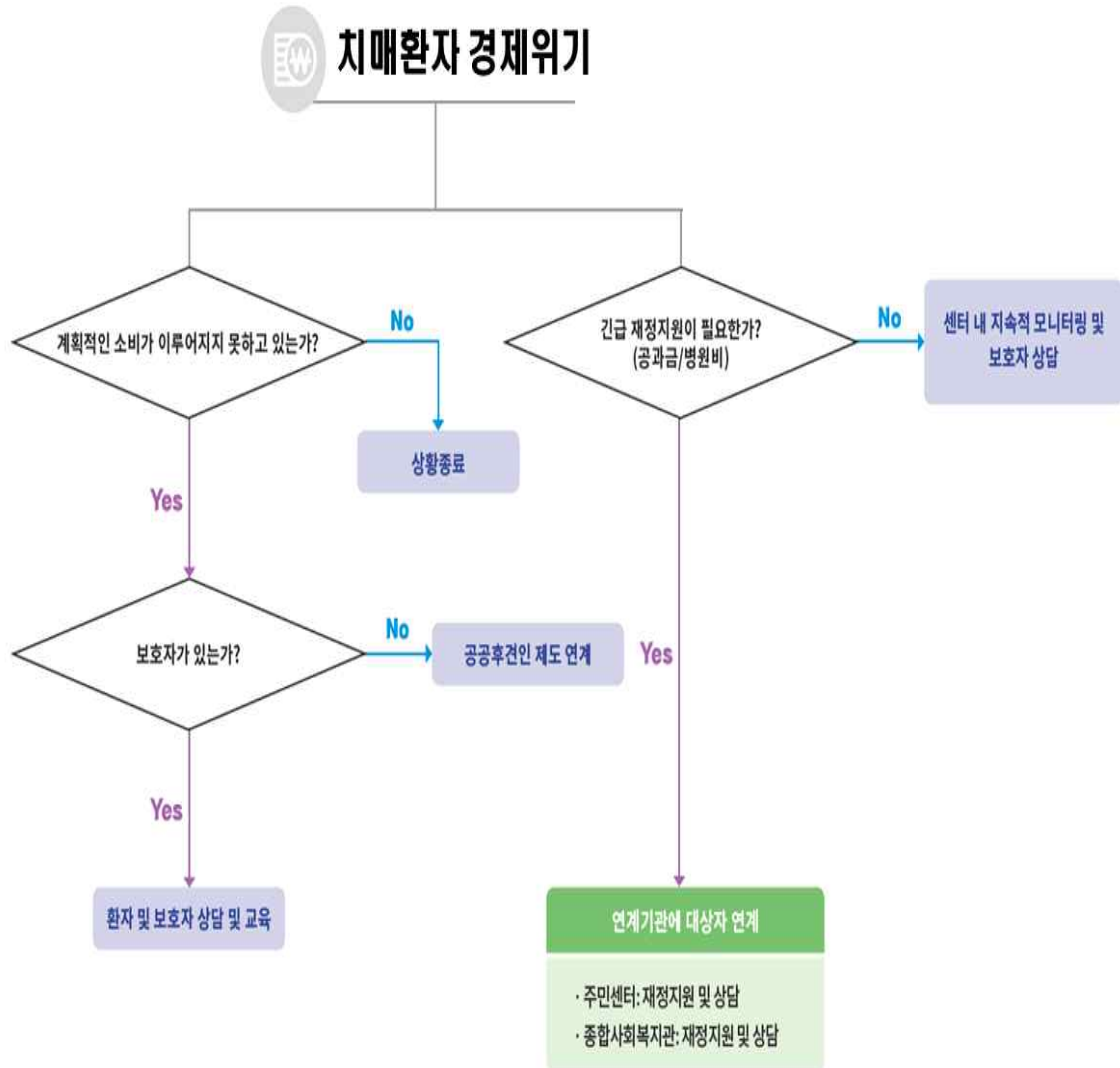
[참고 6] 치매환자 가족 및 보호자의 돌봄 부담 알고리즘



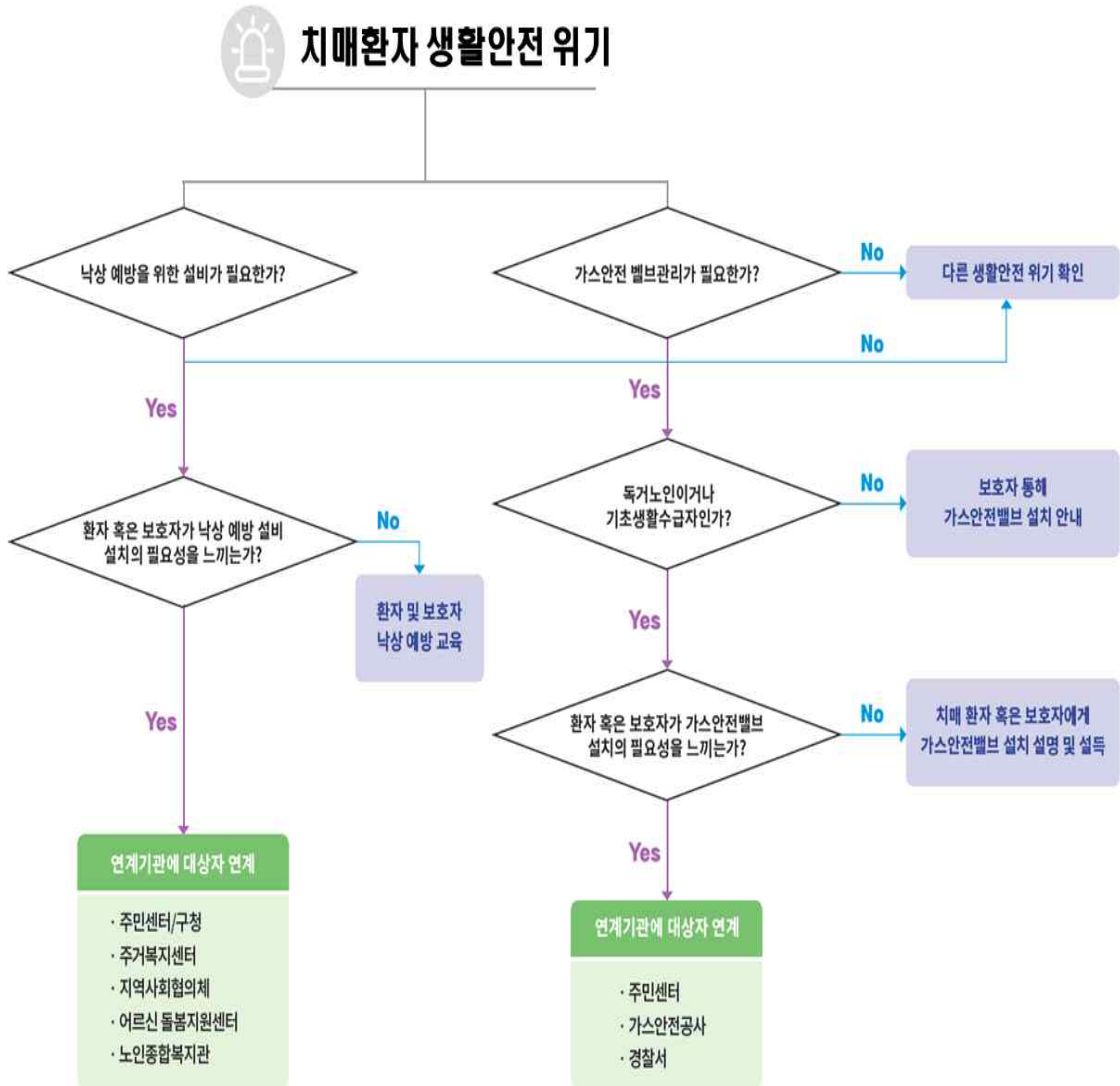
[참고 7] 치매환자 병원동행 서비스 필요 알고리즘



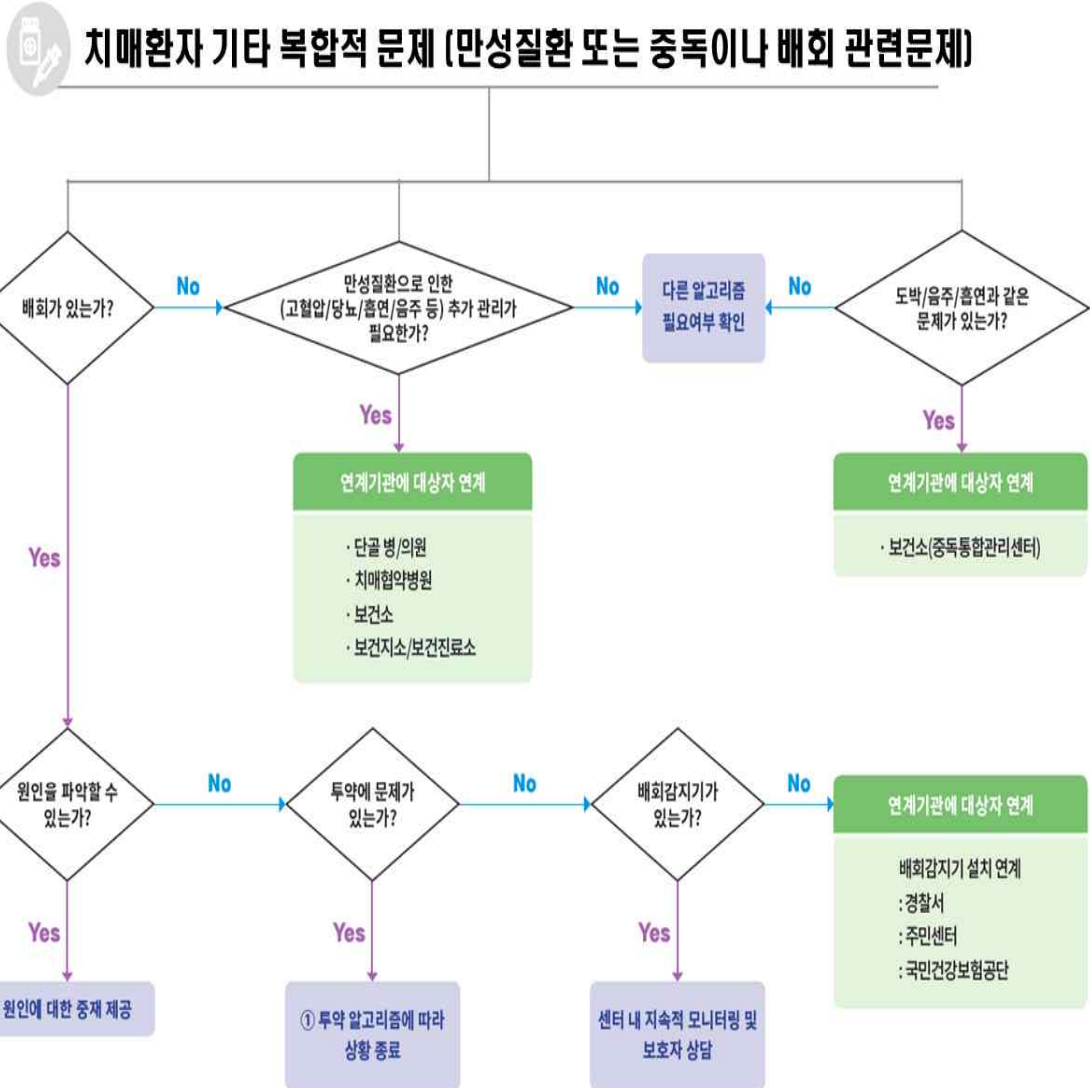
[참고 8] 치매환자 경제위기 알고리즘



[참고 9] 치매환자 생활안전 위기 알고리즘



[참고 10] 치매환자 기타 복합적 문제(만성질환 또는 중독이나 배회 관련문제) 알고리즘



[서식 4-2] 주관적 기억감퇴 평가 설문지(SMCQ)

주관적 기억감퇴 평가 설문

(Subject Memory Complain Questionnaire: SMCQ)

이름: _____ 연령: _____ 성별: 남 / 여 작성일: _____ 년 월 일

질 문	응답	
	아니오	네
1. 당신은 기억력에 문제가 있습니까?		
2. 당신의 기억력은 10년 전에 비해 저하되었습니까?		
3. 당신은 기억력이 동년의 다른 사람들에 비해 나쁘다고 생각합니까?		
4. 당신은 기억력 저하로 일상생활에 불편을 느끼십니까?		
5. 당신은 최근에 일어난 일을 기억하는 것이 어렵습니까?		
6. 당신은 며칠 전에 나눈 대화 내용을 기억하는 것이 어렵습니까?		
7. 당신은 며칠 전에 한 약속을 기억하는 것이 어렵습니까?		
8. 당신은 친한 사람의 이름을 기억하기 어렵습니까?		
9. 당신은 물건 둔 곳을 기억하기 어렵습니까?		
10. 당신은 이전에 비해 물건을 자주 잃어버립니까?		
11. 당신은 집 근처에서 길을 잃은 적이 있습니까?		
12. 당신은 가게에서 사려고 하는 두, 세가지 물건 이름을 기억하기 어렵습니까?		
13. 당신은 가스불이나 전기불 끄는 것을 기억하기 어렵습니까?		
14. 당신은 자주 사용하는 전화번호(자신 혹은 자녀의 집)를 기억하기 어렵습니까?		
총 점	점	

※ 점수가 높을수록 주관적 기억감퇴가 심한 것을 의미합니다.

[서식 4-3] 치매예방교실 이용 신청서

치매예방교실 이용 신청서

등록번호			
프로그램명	<input type="checkbox"/> () (시작일 :)		
	<input type="checkbox"/> () (시작일 :)		
대상자	성명		생년월일
	주소		
	연락처	자택 :	휴대전화 :
신청자	신청자 구분	<input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 대리인	
	대상자와의 관계	<input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 딸 <input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 손자 <input type="checkbox"/> 손녀 <input type="checkbox"/> 사위 <input type="checkbox"/> 며느리 <input type="checkbox"/> 형제 <input type="checkbox"/> 부 <input type="checkbox"/> 모 <input type="checkbox"/> 조부 <input type="checkbox"/> 조모 <input type="checkbox"/> 친인척() <input type="checkbox"/> 성년후견인 <input type="checkbox"/> 친구 <input type="checkbox"/> 이웃 <input type="checkbox"/> 간병인 <input type="checkbox"/> 기타()	
	대리 동의 사유 (*본인 이외 신청 시에만 작성)	<input type="checkbox"/> 신체, 정신적 장애로 약정 내용을 이해 못함 <input type="checkbox"/> 본인이 승낙에 관한 권한을 특정인에게 위임함 <input type="checkbox"/> 기타()	
	성명		
	연락처	자택 :	휴대전화 :
신청유형	<input type="checkbox"/> 신규 <input type="checkbox"/> 연장신청		
1. 치매예방교실의 제반 규정과 일정을 지켜야 합니다. 2. 치매예방교실의 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.			
위와 같이 「치매예방교실」 이용을 신청합니다. 년 월 일 신청자 : (서명 또는 인) () 치매안심센터장 귀하			

- ※ 본인(대상자)가 신청서를 위임할 수 있는 경우
 - 제출서류: 치매예방교실 이용 신청서(서식4-3), 개인정보 처리에 관한 위임장(기타서식5)
 - 확인사항: 대상자 및 대리인(대리신청자)의 신분증
- ※ 본인(대상자)가 신청서를 위임할 수 없는 경우
 - 1) 신청자가 가족, 후견인, 시설제직자일 경우
 - 제출서류: 치매예방교실 이용 신청서(서식4-3)
 - 확인사항: 대상자 및 대리인(대리신청자)의 신분증
 - (가족) 대상자와 관계가 확인되는 가족관계증명서 또는 주민등록등·초본
 - (후견인) 후견등기사항증명서
 - (시설제직자) 제직증명서 및 대상자 입원확인서
 - 2) 신청자가 대상자, 가족, 후견인 외 임의대리인일 경우
 - 제출서류: 치매예방교실 이용 신청서(서식4-3), 개인정보 처리에 관한 위임장(기타서식5)
 - 확인사항: 대상자 및 임의대리인(대리신청자)의 신분증
- ※ 신청서 및 동의서 작성 후 사본을 요구할 경우에 사본을 교부
- ※ 신분증(사본 포함)으로는 주민등록증, 운전면허증, 여권, 의료급여증, 경로증, 기타 국가 및 지자체 공공기관, 위탁운영기관 발행 신분증명서류 등 본인 여부를 확인할 수 있는 신분증명서 또는 서류가 해당
- ※ '후견인'은 성년후견제도의 '법정후견인', '임의후견인'을 모두 의미

위와 같이 개인정보 수집·이용하는데 동의하십니까? 동의 미동의

구분	응급상황 대상자	보호자
성명		
서명		

() 치매안심센터장 귀하

※ 본인(대상자)가 신청서를 위임할 수 있는 경우

- 제출서류: 응급상황 대응지침 동의서(서식4-4), 개인정보 처리에 관한 위임장(기타서식5)
- 확인사항: 대상자 및 대리인(대리신청자)의 신분증

※ 본인(대상자)가 신청서를 위임할 수 없는 경우

1) 신청자가 가족, 후견인, 시설재직자일 경우

- 제출서류: 응급상황 대응지침 동의서(서식4-4)
- 확인사항:
 - 대상자 및 대리인(대리신청자)의 신분증
 - (가족) 대상자와 관계가 확인되는 가족관계증명서 또는 주민등록등·초본
 - (후견인) 후견등기사항증명서
 - (시설재직자) 재직증명서 및 대상자 입원확인서

2) 신청자가 대상자, 가족, 후견인 외 임의대리인일 경우

- 제출서류: 응급상황 대응지침 동의서(서식4-4), 개인정보 처리에 관한 위임장(기타서식5)
- 확인사항: 대상자 및 임의대리인(대리신청자)의 신분증

※ 신청서 및 동의서 작성 후 사본을 요구할 경우에 사본을 교부

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

※ '후견인'은 성년후견제도의 '법정후견인', '임의후견인'을 모두 의미

[서식 4-5] 인지강화교실 이용 신청서

인지강화교실 이용 신청서

등록번호			
프로그램명	<input type="checkbox"/> () (시작일 :)		
	<input type="checkbox"/> () (시작일 :)		
대상자	성명		생년월일
	주소		
	연락처	자택 : _____	휴대전화 : _____
신청자	신청자 구분	<input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 대리인	
	대상자와의 관계	<input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 딸 <input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 손자 <input type="checkbox"/> 손녀 <input type="checkbox"/> 사위 <input type="checkbox"/> 며느리 <input type="checkbox"/> 형제 <input type="checkbox"/> 부 <input type="checkbox"/> 모 <input type="checkbox"/> 조부 <input type="checkbox"/> 조모 <input type="checkbox"/> 친인척() <input type="checkbox"/> 성년후견인 <input type="checkbox"/> 친구 <input type="checkbox"/> 이웃 <input type="checkbox"/> 간병인 <input type="checkbox"/> 기타()	
	대리 동의 사유 (*본인 이외 신청 시에만 작성)	<input type="checkbox"/> 신체, 정신적 장애로 약정 내용을 이해 못함 <input type="checkbox"/> 본인이 승낙에 관한 권한을 특정인에게 위임함 <input type="checkbox"/> 기타()	
	성명		
	연락처	자택 : _____	휴대전화 : _____
신청유형	<input type="checkbox"/> 신규 <input type="checkbox"/> 연장신청		
1. 인지강화교실의 제반 규정과 일정을 지켜야 합니다. 2. 인지강화교실의 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.			
위와 같이 「인지강화교실」 이용을 신청합니다. _____ 년 _____ 월 _____ 일 신청자 : _____ (서명 또는 인) () 치매안심센터장 귀하			

※ 본인(대상자)가 신청서를 위임할 수 있는 경우

- 제출서류: 인지강화교실 이용 신청서(서식4-5), 개인정보 처리에 관한 위임장(기타서식5)
- 확인사항: 대상자 및 대리인(대리신청자)의 신분증

※ 본인(대상자)가 신청서를 위임할 수 없는 경우

1) 신청자가 가족, 후견인, 시설재직자일 경우

- 제출서류: 인지강화교실 이용 신청서(서식4-5)
- 확인사항:
 - 대상자 및 대리인(대리신청자)의 신분증
 - (가족) 대상자와 관계가 확인되는 가족관계증명서 또는 주민등록등·초본
 - (후견인) 후견등기사항증명서
 - (시설재직자) 재직증명서 및 대상자 임원확인서

2) 신청자가 대상자, 가족, 후견인 외 임의대리인일 경우

- 제출서류: 인지강화교실 이용 신청서(서식4-5), 개인정보 처리에 관한 위임장(기타서식5)
- 확인사항: 대상자 및 임의대리인(대리신청자)의 신분증

※ 신청서 및 동의서 작성 후 사본을 요구할 경우에 사본을 교부

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

※ '후견인'은 성년후견제도의 '법정후견인', '임의후견인'을 모두 의미

[서식 4-7] 만족도 평가(치매예방교실, 인지강화교실, 치매환자쉼터)

만족도 평가(치매예방교실, 인지강화교실, 치매환자쉼터)

제공 서비스	<input type="checkbox"/> 치매예방교실 <input type="checkbox"/> 인지강화교실 <input type="checkbox"/> 치매환자쉼터		
대상자성명		등록번호	
프로그램명			
담당자성명		작성일자	

* 프로그램 운영에 관하여 평가해 주십시오.					
	매우 불만족	불만족	보통	만족	매우 만족
1. 일시는 만족스러웠습니까?	①	②	③	④	⑤
2. 장소는 만족스러웠습니까?	①	②	③	④	⑤
3. 강사는 만족스러웠습니까?	①	②	③	④	⑤
4. 프로그램 내용은 만족스러웠습니까?	①	②	③	④	⑤
5. 종합적으로 만족스러웠습니까?	①	②	③	④	⑤
* 불만족, 매우 불만족으로 표시하신 경우, 그 이유를 간략히 적어주십시오.					
* 프로그램을 통해 본인에게 어떤 변화가 있었는지 평가해 주십시오.					
	부정적으로 많이 변함	부정적으로 약간 변함	변화 없음	긍정적으로 약간 변함	긍정적으로 많이 변함
1. 일상생활 수행력이 향상되었다.	①	②	③	④	⑤
2. 삶의 활력이 향상되었다.	①	②	③	④	⑤
3. 인지 능력이 향상되었다.	①	②	③	④	⑤
* 부정적 또는 변화 없음으로 표시하신 경우, 그 이유를 간략히 적어주십시오.					

치매환자쉼터 이용([]선정, []연장) 심의표

대상자명		등록번호	
거주 상태	구분	<input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 시설 <input type="checkbox"/> 기타() ↳ <input type="checkbox"/> 주거복지시설 : <input type="checkbox"/> 양로시설(양로원) <input type="checkbox"/> 노인공동생활가정 <input type="checkbox"/> 노인복지주택 ↳ <input type="checkbox"/> 장기요양시설 : <input type="checkbox"/> 노인요양시설 <input type="checkbox"/> 노인요양공동생활가정 ↳ <input type="checkbox"/> 노인보호전문기관(학대피해노인쉼터) ↳ <input type="checkbox"/> 병원 : <input type="checkbox"/> 요양병원 <input type="checkbox"/> 기타병원	
	상세주소		
전화번호	본인	보호자	(관계 :)
신청자격	동거 형태	소득수준	<input type="checkbox"/> 건강보험 <input type="checkbox"/> 기초생활보장 수급자 <input type="checkbox"/> 차상위계층 <input type="checkbox"/> 일반 저소득자
장기요양 서비스	등급	<input type="checkbox"/> 유 : ()등급 <input type="checkbox"/> 무	
	서비스신청	<input type="checkbox"/> 미신청 <input type="checkbox"/> 신청 후 대기중 <input type="checkbox"/> 해당없음	
노인맞춤돌봄서비스		<input type="checkbox"/> 미신청 <input type="checkbox"/> 신청 후 대기중 <input type="checkbox"/> 해당없음	
신청구분		<input type="checkbox"/> 이용 선정 신청 <input type="checkbox"/> 이용 연장 신청	
쉼터 이용 선정/연장 신청사유			
결과요약		(주관식으로 대상자에 대한 이용 결정 및 연장에 대한 결과사항들 기재)	
평가		<input type="checkbox"/> 선정 <input type="checkbox"/> 탈락 <input type="checkbox"/> 보류	
		※ 탈락/보류 사유()	

치매환자쉼터 운영일지

운영일자	년	월	일	요일	
프로그램명					
프로그램 내용					
강사	<input type="checkbox"/> 내부강사() <input type="checkbox"/> 외부강사()				
참석자수	총 명 / 정원 명				
참석자성명	출석여부	참여도	도움필요정도	이해도	비고
	<input type="checkbox"/> 출석 <input type="checkbox"/> 결석	<input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음	<input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음	<input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음	
	<input type="checkbox"/> 출석 <input type="checkbox"/> 결석	<input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음	<input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음	<input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음	
	<input type="checkbox"/> 출석 <input type="checkbox"/> 결석	<input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음	<input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음	<input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음	
	<input type="checkbox"/> 출석 <input type="checkbox"/> 결석	<input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음	<input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음	<input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음	
	<input type="checkbox"/> 출석 <input type="checkbox"/> 결석	<input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음	<input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음	<input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음	
	<input type="checkbox"/> 출석 <input type="checkbox"/> 결석	<input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음	<input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음	<input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음	
비품사항	(그날 운영된 프로그램에 사용되거나 필요했던 비품 관련 사항들에 대해 주관식 입력 Ex : 수량부족, 비품 재질 특성상 잘 부서져서 진행에 번거로움 등)				
비고					

※ 필요 시 교실 운영에 보조인력을 활용할 수 있음.

※ 비고란 작성 시 운영에 해당되는 관련 사항들을 입력하는 란으로 활용 가능함.

※ 대상자 입력란 추가하여 작성 가능.

[서식 6-1] 배회가능 어르신 인식표 신청서

배회가능 어르신 인식표 신청서

등록번호	* 치매안심센터 작성
------	-------------

신청유형	<input type="checkbox"/> 신규신청 <input type="checkbox"/> 재신청 (<input type="checkbox"/> 분실 <input type="checkbox"/> 소진 <input type="checkbox"/> 기타_____)					
대상자	성명		성별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	생년월일	
	주소					
	연락처	(자택)	(휴대전화)			
	신청구분	<input type="checkbox"/> 치매환자 <input type="checkbox"/> 만 60세 이상 어르신				
	보호자 유무	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무				
주보호자 정보 (필수 입력)	성명		이메일			
	대상자와의 관계	<input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 딸 <input type="checkbox"/> 손자 <input type="checkbox"/> 손녀 <input type="checkbox"/> 사위 <input type="checkbox"/> 며느리 <input type="checkbox"/> 형제 <input type="checkbox"/> 부 <input type="checkbox"/> 모 <input type="checkbox"/> 조부 <input type="checkbox"/> 조모 <input type="checkbox"/> 후견인 <input type="checkbox"/> 친인척()				
	연락처	(자택)	(휴대전화)			
	주소					
주보호자 외 보호자 정보 (선택입력)	성명		휴대전화			
	성명		휴대전화			
	성명		휴대전화			
신청자	신청자 구분	<input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 대리인				
	성명		휴대전화			
	대상자와의 관계	<input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 딸 <input type="checkbox"/> 손자 <input type="checkbox"/> 손녀 <input type="checkbox"/> 사위 <input type="checkbox"/> 며느리 <input type="checkbox"/> 형제 <input type="checkbox"/> 부 <input type="checkbox"/> 모 <input type="checkbox"/> 조부 <input type="checkbox"/> 조모 <input type="checkbox"/> 후견인 <input type="checkbox"/> 친인척() <input type="checkbox"/> 친구 <input type="checkbox"/> 이웃 <input type="checkbox"/> 간병인 <input type="checkbox"/> 기타()				
	대리 동의 사유	<input type="checkbox"/> 신체, 정신적 장애로 약정 내용을 이해 못함 <input type="checkbox"/> 본인이 승낙에 대한 권한을 특정인에게 위임함 <input type="checkbox"/> 기타 ()				
실종을 예방하고 실종 후 발견 시 빠른 가정 복귀를 위한 『배회가능 어르신 인식표』 를 신청합니다. 년 월 일 () 치매안심센터장 귀하						

- ※ 본인(대상자)가 신청서를 위임할 수 있는 경우
 - 제출서류: 인식표 신청서(서식6-1), 개인정보 조회·수집 및 이용·제공 동의서(서식1-3), 개인정보 처리에 관한 위임장(기타서식5)
 - 확인사항: 주보호자 확인을 위한 가족관계증명서 혹은 주민등록등·초본, 대상자 및 대리인(대리신청자)의 신분증
- ※ 본인(대상자)가 신청서를 위임할 수 없는 경우
 - 1) 신청자가 가족, 후견인, 시설제직자일 경우
 - 제출서류: 인식표 신청서(서식6-1), 개인정보 조회·수집 및 이용·제공 동의서(서식1-3)
 - 확인사항
 - 주보호자 확인을 위한 가족관계증명서 혹은 주민등록등·초본, 대상자 및 대리인(대리신청자)의 신분증,
 - (가족) 위의 사항 외 추가 확인사항 없음
 - (후견인) 후견등기사항증명서
 - (시설제직자) 재직증명서 및 대상자 입원확인서
 - 2) 신청자가 대상자, 가족, 후견인 외 임의대리인일 경우
 - 제출서류: 인식표 신청서(서식6-1), 개인정보 조회·수집 및 이용·제공 동의서(서식1-3), 개인정보 처리에 관한 위임장(기타서식5)
 - 확인사항: 주보호자 확인을 위한 가족관계증명서 혹은 주민등록등·초본, 대상자 및 임의대리인(대리신청자)의 신분증
- ※ 신청서 및 동의서 작성 후 사본을 요구할 경우에 사본을 교부
- ※ 신분증(사본 포함)으로는 주민등록증, 운전면허증, 여권, 의료급여증, 경로증, 기타 국가 및 지자체 공공기관, 위탁운영기관 발행 신분증명서류 등 본인 여부를 확인할 수 있는 신분증명서 또는 서류가 해당
- ※ '후견인'은 성년후견제도의 '법정후견인', '임의후견인'을 모두 의미

[서식 6-3] 조호물품 수령 확인 대장

조호물품 수령 확인 대장

대상자/등록번호: 중안심/21-1234567

제공일자	제공품목							수령자		확인자 (직원)	확인방법
	인지강화/ 인지재활용품	미끄럼방지용품 (매트/양말/ 테이프)	약달력 및 약보관함	보호대 (고관절/ 무릎/허리)	요실금팬티 (일회용/ 다회용)	기저귀 (걸기저귀/ 속기저귀)	물티슈				
(수량)	위생매트	방수매트	식사용 에이프런	욕창예방용품 (쿠션/ 방석/크림)	노린스샴푸	간이변기	기타				

보호자 연락처: 000-0000-0000

[서식 6-4] 치매치료관리비 지원 신청서

등록번호	
------	--

치매치료관리비 지원 신청서

대상자	성명	
	주소	
	연락처	자택 : _____ 휴대전화 : _____
신청자	신청자 구분	<input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 대리인
	대상자와의 관계	<input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 딸 <input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 손자 <input type="checkbox"/> 손녀 <input type="checkbox"/> 사위 <input type="checkbox"/> 며느리 <input type="checkbox"/> 형제 <input type="checkbox"/> 부 <input type="checkbox"/> 모 <input type="checkbox"/> 조부 <input type="checkbox"/> 조모 <input type="checkbox"/> 친인척() <input type="checkbox"/> 성년후견인 <input type="checkbox"/> 친구 <input type="checkbox"/> 이웃 <input type="checkbox"/> 간병인 <input type="checkbox"/> 기타()
	대리 동의 사유 (※ 본인 이외 신청 시에만 작성)	<input type="checkbox"/> 신체, 정신적 장애로 약정 내용을 이해 못함 <input type="checkbox"/> 본인이 승낙에 관한 권한을 특정인에게 위임함 <input type="checkbox"/> 기타()
	성명	
	연락처	
※ 소득조사, 계좌지급요류 등 연락두절 상황에 대비하여 보호자 연락처 2개 이상 기재		
가족1	성명	
	대상자와의 관계	<input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 딸 <input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 손자 <input type="checkbox"/> 손녀 <input type="checkbox"/> 사위 <input type="checkbox"/> 며느리 <input type="checkbox"/> 형제 <input type="checkbox"/> 부 <input type="checkbox"/> 모 <input type="checkbox"/> 친인척()
	연락처	자택 : _____ 휴대전화 : _____
가족2	성명	
	대상자와의 관계	<input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 딸 <input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 손자 <input type="checkbox"/> 손녀 <input type="checkbox"/> 사위 <input type="checkbox"/> 며느리 <input type="checkbox"/> 형제 <input type="checkbox"/> 부 <input type="checkbox"/> 모 <input type="checkbox"/> 친인척()
	연락처	자택 : _____ 휴대전화 : _____
※ 해약계좌, 압류계좌, 타행이체거래불가계좌, 행복지킴이통장(압류방지통장)은 등록 불가		
계좌정보	<input type="checkbox"/> 지원대상자	은행: _____ 계좌번호: _____
	<input type="checkbox"/> 비용관리자	예금주명: _____ (대상자와의 관계: _____)
위와 같이 치매치료관리비 지원을 신청합니다.		
_____년 _____월 _____일		
신청자: _____ (서명 또는 인)		
() 치매안심센터장 귀하		

- ※ 본인(대상자)가 신청서를 위임할 수 있는 경우
- 제출서류: 치매치료관리비 지원 신청서(서식6-4), 개인정보 처리에 관한 위임장(기타서식5)
 - 확인사항: 대상자 및 대리인(대리신청자)의 신분증
- ※ 본인(대상자)가 신청서를 위임할 수 없는 경우
- 1) 신청자가 가족, 후견인, 시설제직자일 경우
 - 제출서류: 치매치료관리비 지원 신청서(서식6-4)
 - 확인사항:
 - 대상자 및 대리인(대리신청자)의 신분증
 - (가족) 대상자와 관계가 확인되는 가족관계증명서 또는 주민등록등·초본
 - (후견인) 후견등기사항증명서
 - (시설제직자) 제직증명서 및 대상자 임원확인서
 - 2) 신청자가 대상자, 가족, 후견인 외 임의대리인일 경우
 - 제출서류: 치매치료관리비 지원 신청서(서식6-4), 개인정보 처리에 관한 위임장(기타서식5)
 - 확인사항: 대상자 및 임의대리인(대리신청자)의 신분증
- ※ 신청서 및 동의서 작성 후 사본을 요구할 경우에 사본을 교부
- ※ 신분증(사본 포함)으로는 주민등록증, 운전면허증, 여권, 의료급여증, 경로증, 기타 국가 및 지자체 공공기관, 위탁운영기관 발행 신분증서류 등 본인 여부를 확인할 수 있는 신분증명서 또는 서류가 해당
- ※ '후견인'은 성년후견제도의 '법정후견인', '임의후견인'을 모두 의미

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	
<p>000님은 0000년도 치매치료관리비지원사업 대상자로 선정되었음을 알려드립니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 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.</p> <p><input type="checkbox"/> 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.</p> <p><input type="checkbox"/> 금년 한해동안 위의 약을 복용하지 않은 경우 지원금이 입금되지 않을 수도 있음을 알려드립니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 0000년 첫 지급일은 3월 말이며, 확정되는 대로 안내해 드릴 예정입니다.</p> <p>※ 기타 문의사항은 000보건소(담당자 : 000)로 연락하여 문의하시기 바랍니다. 연락처 : 000)000-0000</p>	

(나) 치매치료관리비지원사업 대상자 미선정 통지

대상자 성명	
주 소	
<p style="text-align: center;">000님은 0000년도 치매치료관리비지원사업 대상자로 선정되지 않았음을 알려드립니다.</p> <p>※ 기타 문의사항은 000보건소(담당자 : 000)로 연락하여 문의하시기 바랍니다. 연락처 : 000)000-0000</p>	

행정정보 공동이용 사전 동의서				
1. 이용기관 명칭 : _____ 치매안심센터				
2. 이용사무(목적) (해당하는 이용사무에 <input checked="" type="checkbox"/> 표기해주시기 바랍니다.) <input type="checkbox"/> 치매검사비 지원 <input type="checkbox"/> 치매치료관리비 지원				
3. 공동이용 행정정보(구비서류)				
연번	행정정보명			
1	건강·장기요양보험료납부확인서(개인_지역가입자)			
2	건강·장기요양보험료납부확인서(개인_직장가입자)			
3	건강보험자격확인서			
4	주민등록표 등·초본			
4. 정보 주체(본인) 동의사항				
○ 본인은 위 사무의 처리를 위하여 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보 공동이용을 통해 이용기관의 업무처리담당자가 전자적으로 본인의 구비서류(공동이용 행정정보)를 확인하는 것에 동의합니다.				
○ 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 처리하는 데 동의합니다.				
* 만일, 본인이 위 행정정보 이용에 대해 동의를 하지 아니할 경우에도 불이익은 없습니다. 다만, 동의하지 아니한 경우에는 해당 구비서류를 제출하여야 합니다.				
5. 동의인 인적사항				
성명		연락처	자택	
주민등록번호	-		휴대전화	
동의일		년	월	일
동의인		(서명 또는 인)		
* 대리인 동의 시 대리인		(서명 또는 인)		
동의인과의 관계()		
대리 동의 사유()		
() 치매안심센터장 귀하		

- ※ 작성인이 대상자, 가족, 후견인일 경우
 - 제출서류
 - 행정정보공동이용사전동의서
 - 대상자와 가족(대리인으로 명시된 자)의 관계가 확인되는 가족관계증명서 또는 주민등록등·초본(보호자가 후견인일 경우, 후견등기사항증명서)
 - 확인사항
 - 대상자 및 대리신청자(대리인으로 명시된 자)의 신분증
- ※ 작성인이 대상자, 가족, 후견인 외 임의대리인일 경우
 - 제출서류
 - 행정정보공동이용사전동의서
 - ‘개인정보 처리에 관한 위임장’ [기타서식5]
 - 확인사항
 - 대상자 및 임의대리인(대리인으로 명시된 자)의 신분증
- ※ 신청서 및 동의서 작성 후 사본을 요구할 경우에 사본을 교부
- ※ 신분증(사본 포함)으로는 주민등록증, 운전면허증, 여권, 의료급여증, 경로증, 기타 국가 및 지자체 공공기관, 위탁운영기관 발행 신분증명서류 등 본인 여부를 확인할 수 있는 신분증명서 또는 서류가 해당

개인정보 조회 사전 동의서

1. 처리하는 사무의 명칭 : 치매치료비 지원

2. 수집·이용·제공하는 개인정보

- 항목 : 성명, 생년월일, 보훈번호, 국가유공자(가족)여부
- 목적 : 치매치료비 지원 대상 여부 확인

■ 위 개인정보와 관련하여 보건소장이

(개인정보 수집·이용) 본인의 위 개인정보를 한국보훈복지의료공단 등 해당기관으로부터 관련 정보통신망(보훈환자 자격확인 시스템)을 제공받아 확인하는 것에 대하여

동의함 동의하지 않음

(개인정보 제공) 위 사무처리를 위해 한국보훈복지의료공단(국가보훈처 포함)이 위 개인정보를 관련 정보통신망(보훈환자 자격확인 시스템)을 통하여 지방자치단체 보건소장에 제공하는 것에 대하여

동의함 동의하지 않음

■ 위 사무 처리와 관련하여

(개인정보 이용·제공 알림) 위 동의 사항에 대해 「개인정보 보호법」 제17조 제2항 및 제18조 제3항에 따른 안내로 같음하는 것에 대하여

동의함 동의하지 않음

(민감정보 및 고유식별정보 처리) 본인은 「개인정보 보호법」 제23조 및 제24조에 따른 고유식별정보(생년월일)에 관하여 고지를 받았으며, 이를 충분히 이해하고 처리하는 것에 대하여

동의함 동의하지 않음

(보유 및 이용기간) 귀하의 위 개인정보는 치매치료비 지원 대상 여부 확인 용도 이외에는 사용되지 않으며, 지원 대상 여부 확인 후 폐기됩니다.

※귀하는 개인정보의 이용·수집 및 제공, 민감정보 등 처리에 대한 동의를 거부할 수 있습니다. 단, 동의하지 않을 경우에는 치매치료비 지원 대상 여부 확인을 위한 보훈환자 자격확인 시스템 사용이 불가능하며 본 업무처리를 위하여 관련 증빙자료를 직접 제출하여야함을 알려드립니다.

년 월 일

위 동의인 성명 : (서명 또는 인)

보건소장 귀하

[서식 7-1] 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 깬다/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

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
/ 36

역할부담
/ 12

총점
/ 48

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 해치려 한다고 잘못 믿고 있습니까?			
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	심한정도 :	1 2 3	고통정도 :	0 1 2 3 4 5
2. 환각	누군가의 목소리를 듣는 것처럼 행동합니까? 사람이 없는데도 사람이 있는 것처럼 그 사람과 대화합니까?			
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	심한정도 :	1 2 3	고통정도 :	0 1 2 3 4 5
3. 초조/공격성	고집이 세졌습니까? 또는 주위 사람들이 도와주려 할 때 도와주는 것을 저항할 때가 있습니까?			
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	심한정도 :	1 2 3	고통정도 :	0 1 2 3 4 5
4. 우울/낙담	슬퍼보이거나 기분이 처져 있습니까? 울 때가 있습니까?			
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	심한정도 :	1 2 3	고통정도 :	0 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.			
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	심한정도 :	1 2 3	고통정도 :	0 1 2 3 4 5
6. 다행감/들뜬기분	특별한 이유 없이 너무 행복해 보이거나 기분이 좋아 보입니까?			
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	심한정도 :	1 2 3	고통정도 :	0 1 2 3 4 5
7. 무감동/ 무관심	일상생활에 대한 관심이 줄거나 다른 사람의 활동이나 계획에 대해서 흥미가 줄었습니까?			
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	심한정도 :	1 2 3	고통정도 :	0 1 2 3 4 5
8. 탈억제	충동적으로 행동합니까? 예를 들어, 모르는 사람에게 마치 잘 아는 것처럼 말을 잘 건넵니까?			
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	심한정도 :	1 2 3	고통정도 :	0 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?			
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	심한정도 :	1 2 3	고통정도 :	0 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?			
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	심한정도 :	1 2 3	고통정도 :	0 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?			
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	심한정도 :	1 2 3	고통정도 :	0 1 2 3 4 5
12. 식욕/식습관 변화	체중이 줄거나 늘었습니까? 또는 좋아하는 음식의 종류가 바뀌었습니까?			
<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	심한정도 :	1 2 3	고통정도 :	0 1 2 3 4 5
총 점	심한정도 :		고통정도 :	

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 그려함
	1	2	3	4	5	6	7	
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	/ 70							
안정척도	/ 70							
총 점	/ 140							

[서식 7-5] 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 7-6] 가족교실 이용 신청서

가족교실 이용 신청서

등록번호			
프로그램명	□ ()		
대상자 (보호자)	성명		생년월일
	주소		
	연락처	주택 :	휴대전화 :
신청자	신청자 구분	□본인 □대리인	
	대상자와의 관계	<input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 딸 <input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 손자 <input type="checkbox"/> 손녀 <input type="checkbox"/> 사위 <input type="checkbox"/> 며느리 <input type="checkbox"/> 형제 <input type="checkbox"/> 부 <input type="checkbox"/> 모 <input type="checkbox"/> 조부 <input type="checkbox"/> 조모 <input type="checkbox"/> 친인척() <input type="checkbox"/> 성년후견인 <input type="checkbox"/> 친구 <input type="checkbox"/> 이웃 <input type="checkbox"/> 간병인 <input type="checkbox"/> 기타()	
	대리 동의 사유 (※본인 이외 신청시에만 작성)	<input type="checkbox"/> 신체, 정신적 장애로 약정 내용을 이해 못함 <input type="checkbox"/> 본인이 승낙에 관한 권한을 특정인에게 위임함 <input type="checkbox"/> 기타()	
	성명		
	연락처	주택 :	휴대전화 :
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. 4. 천재지변과 같은 불가항력적인 사고 발생 시, 센터에서 책임지지 않습니다.			
위와 같이 가족지원서비스의 이용을 신청합니다. 년 월 일 신청자 : (서명 또는 인) () 치매안심센터장 귀하			

- ※ 본인(대상자)가 신청서를 위임할 수 있는 경우
 - 제출서류: 가족교실 이용 신청서(서식7-6), 개인정보 처리에 관한 위임장(기타서식5)
 - 확인사항: 대상자 및 대리인(대리신청자)의 신분증
- ※ 본인(대상자)가 신청서를 위임할 수 없는 경우
 - 1) 신청자가 가족, 후견인, 시설재직자일 경우
 - 제출서류: 가족교실 이용 신청서(서식7-6)
 - 확인사항:
 - 대상자 및 대리인(대리신청자)의 신분증
 - (가족) 대상자와 관계가 확인되는 가족관계증명서 또는 주민등록등·초본
 - (후견인) 후견등기사항증명서
 - (시설재직자) 재직증명서 및 대상자 입원확인서
 - 2) 신청자가 대상자, 가족, 후견인 외 임의대리인일 경우
 - 제출서류: 가족교실 이용 신청서(서식7-6), 개인정보 처리에 관한 위임장(기타서식5)
 - 확인사항: 대상자 및 임의대리인(대리신청자)의 신분증
- ※ 신청서 및 동의서 작성 후 사본을 요구할 경우에 사본을 교부
- ※ 신분증(사본 포함)으로는 주민등록증, 운전면허증, 여권, 의료급여증, 경로증, 기타 국가 및 지자체 공공기관, 위탁운영기관 발행 신분증명서류 등 본인 여부를 확인할 수 있는 신분증명서 또는 서류가 해당
- ※ '후견인'은 성년후견제도의 '법정후견인', '임의후견인'을 모두 의미

서 약 서

헤이럼에 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 선부르게 판단하거나 충고하지 않겠습니다.
4. **자기개방** 나에 대해 솔직하게 개방하도록 노력하겠습니다.
5. **시간엄수** 규칙적으로 출석하고 시간을 지키겠습니다.

년 월 일

서약인 성명 : (인)

[서식 7-8] 가족교실 최종만족도 평가

가족교실 최종만족도 평가

참여자 성명		등록번호	
과정명		회차	
담당자 성명		작성일자	

* 가족교실 운영에 관하여 평가해 주십시오.

	매우 불만족	불만족	보통	만족	매우 만족
1. 일시는 만족스러웠습니까?	①	②	③	④	⑤
2. 장소는 만족스러웠습니까?	①	②	③	④	⑤
3. 강사는 만족스러웠습니까?	①	②	③	④	⑤
4. 프로그램 내용은 만족스러웠습니까?	①	②	③	④	⑤
5. 종합적으로 만족스러웠습니까?	①	②	③	④	⑤

* 불만족, 매우 불만족으로 표시하신 경우, 그 이유를 간략히 적어주십시오.(FREE TXT)

* 가족교실을 통해 어떤 변화가 있었는지 평가해 주십시오.

	부정적으로 많이 변함	부정적으로 약간 변함	변화 없음	긍정적으로 약간 변함	긍정적으로 많이 변함
1. 치매에 대한 인식이 향상되었다.	①	②	③	④	⑤
2. 환자와의 관계가 개선되었다.	①	②	③	④	⑤
3. 자기 자신을 돌볼 수 있게 되었다.	①	②	③	④	⑤

* 부정적 또는 변화 없음으로 표시하신 경우, 그 이유를 간략히 적어주십시오.

[서식 7-10] 힐링프로그램 이용 신청서

힐링프로그램 이용신청서

등록번호			
프로그램명			
대상자 (보호자)	성명		생년월일
	주소		
	연락처	자택 :	휴대전화 :
대상자 (치매환자)	성명		등록번호
	주소		
	연락처	자택 :	휴대전화 :
신청자	신청자 구분	<input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 대리인	
	대상자와의 관계	<input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 딸 <input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 손자 <input type="checkbox"/> 손녀 <input type="checkbox"/> 사위 <input type="checkbox"/> 며느리 <input type="checkbox"/> 형제 <input type="checkbox"/> 부 <input type="checkbox"/> 모 <input type="checkbox"/> 조부 <input type="checkbox"/> 조모 <input type="checkbox"/> 친인척() <input type="checkbox"/> 성년후견인 <input type="checkbox"/> 친구 <input type="checkbox"/> 이웃 <input type="checkbox"/> 간병인 <input type="checkbox"/> 기타()	
	대리 동의 사유 (※본인 이외 신청 시에만 작성)	<input type="checkbox"/> 신체, 정신적 장애로 약정 내용을 이해 못함 <input type="checkbox"/> 본인이 승낙에 관한 권한을 특정인에게 위임함 <input type="checkbox"/> 기타()	
	성명		
	연락처	자택 :	휴대전화 :
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. 4. 천재지변과 같은 불가항력적인 사고 발생 시, 센터에서 책임지지 않습니다.			
위와 같이 「힐링프로그램」 이용을 신청합니다. 년 월 일 신청자 : (서명 또는 인) () 치매안심센터장 귀하			

- ※ 본인(대상자)가 신청서를 위임할 수 있는 경우
 - 제출서류: 힐링프로그램 이용 신청서(서식7-10), 개인정보 처리에 관한 위임장(기타서식5)
 - 확인사항: 대상자 및 대리인(대리신청자)의 신분증
- ※ 본인(대상자)가 신청서를 위임할 수 없는 경우
 - 1) 신청자가 가족, 후견인, 시설제직자일 경우
 - 제출서류: 힐링프로그램 이용 신청서(서식7-10)
 - 확인사항:
 - 대상자 및 대리인(대리신청자)의 신분증
 - (가족) 대상자와 관계가 확인되는 가족관계증명서 또는 주민등록등·초본
 - (후견인) 후견등기사항증명서
 - (시설제직자) 재직증명서 및 대상자 입원확인서
 - 2) 신청자가 대상자, 가족, 후견인 외 임의대리인일 경우
 - 제출서류: 힐링프로그램 이용 신청서(서식7-10), 개인정보 처리에 관한 위임장(기타서식5)
 - 확인사항: 대상자 및 임의대리인(대리신청자)의 신분증
- ※ 신청서 및 동의서 작성 후 사본을 요구할 경우에 사본을 교부
- ※ 신분증(사본 포함)으로는 주민등록증, 운전면허증, 여권, 의료급여증, 경로증, 기타 국가 및 지자체 공공기관, 위탁운영기관 발행 신분증명서류 등 본인 여부를 확인할 수 있는 신분증명서 또는 서류가 해당
- ※ '후견인'은 성년후견제도의 '법정후견인', '임의후견인'을 모두 의미

힐링프로그램 최종만족도 평가

참여자 성명		등록번호	
과정명		회차	
담당자 성명		작성일자	

* 힐링프로그램 운영에 관하여 평가해 주십시오.

	매우 불만족	불만족	보통	만족	매우 만족
1. 일시는 만족스러웠습니까?	①	②	③	④	⑤
2. 장소는 만족스러웠습니까?	①	②	③	④	⑤
3. 강사는 만족스러웠습니까?	①	②	③	④	⑤
4. 프로그램 내용은 만족스러웠습니까?	①	②	③	④	⑤
5. 종합적으로 만족스러웠습니까?	①	②	③	④	⑤

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

동반치매환자보호서비스 이용 신청서

등록번호				
대상자	성명		생년월일	
	주소			
	연락처	자택 :	휴대전화 :	
신청자	신청자 구분	<input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 대리인		
	대상자와의 관계	<input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 딸 <input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 손자 <input type="checkbox"/> 손녀 <input type="checkbox"/> 사위 <input type="checkbox"/> 며느리 <input type="checkbox"/> 형제 <input type="checkbox"/> 부 <input type="checkbox"/> 모 <input type="checkbox"/> 조부 <input type="checkbox"/> 조모 <input type="checkbox"/> 친인척() <input type="checkbox"/> 성년후견인 <input type="checkbox"/> 친구 <input type="checkbox"/> 이웃 <input type="checkbox"/> 간병인 <input type="checkbox"/> 기타()		
	이용 프로그램	<input type="checkbox"/> 가족교실 <input type="checkbox"/> 자조모임 <input type="checkbox"/> 힐링프로그램		
	대리 동의 사유 (*본인 이외 신청 시에만 작성)	<input type="checkbox"/> 신체, 정신적 장애로 약정 내용을 이해 못함 <input type="checkbox"/> 본인이 승낙에 관한 권한을 특정인에게 위임함 <input type="checkbox"/> 기타()		
	성명			
	연락처	자택 :	휴대전화 :	
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. 4. 천재지변과 같은 불가항력적인 사고 발생 시, 센터에서 책임지지 않습니다.				
위와 같이 「동반치매환자보호서비스」 이용을 신청합니다. 년 월 일 신청자 : (서명 또는 인) () 치매안심센터장 귀하				

※ 본인(대상자)가 신청서를 위임할 수 있는 경우

- 제출서류: 동반치매환자보호서비스 이용 신청서(서식7-13), 개인정보 처리에 관한 위임장(기타서식5)
- 확인사항: 대상자 및 대리인(대리신청자)의 신분증

※ 본인(대상자)가 신청서를 위임할 수 없는 경우

1) 신청자가 가족, 후견인, 시설제직자일 경우

- 제출서류: 동반치매환자보호서비스 이용 신청서(서식7-13)
- 확인사항:
 - 대상자 및 대리인(대리신청자)의 신분증
 - (가족) 대상자와 관계가 확인되는 가족관계증명서 또는 주민등록등·초본
 - (후견인) 후견등기사항증명서
 - (시설제직자) 재직증명서 및 대상자 입원확인서

2) 신청자가 대상자, 가족, 후견인 외 임의대리인일 경우

- 제출서류: 동반치매환자보호서비스 이용 신청서(서식7-13), 개인정보 처리에 관한 위임장(기타서식5)
- 확인사항: 대상자 및 임의대리인(대리신청자)의 신분증

※ 신청서 및 동의서 작성 후 사본을 요구할 경우에 사본을 교부

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

※ '후견인'은 성년후견제도의 '법정후견인', '임의후견인'을 모두 의미

[서식 7-14] 동반치매환자보호서비스 운영일지

동반치매환자보호서비스 운영일지

프로그램명	
운영기간	년 월 일 ~ 월 일 (시 분 ~ 시 분)
보호서비스 제공일자	년 월 일 (시 분 ~ 시 분)
보호서비스 담당자	

이름	출결관리	도움필요정도	비고	보호자 성명
	<input type="checkbox"/> 출석 <input type="checkbox"/> 결석 <input type="checkbox"/> 조퇴	<input type="checkbox"/> 상 <input type="checkbox"/> 중 <input type="checkbox"/> 하		
	<input type="checkbox"/> 출석 <input type="checkbox"/> 결석 <input type="checkbox"/> 조퇴	<input type="checkbox"/> 상 <input type="checkbox"/> 중 <input type="checkbox"/> 하		
	<input type="checkbox"/> 출석 <input type="checkbox"/> 결석 <input type="checkbox"/> 조퇴	<input type="checkbox"/> 상 <input type="checkbox"/> 중 <input type="checkbox"/> 하		
	<input type="checkbox"/> 출석 <input type="checkbox"/> 결석 <input type="checkbox"/> 조퇴	<input type="checkbox"/> 상 <input type="checkbox"/> 중 <input type="checkbox"/> 하		
	<input type="checkbox"/> 출석 <input type="checkbox"/> 결석 <input type="checkbox"/> 조퇴	<input type="checkbox"/> 상 <input type="checkbox"/> 중 <input type="checkbox"/> 하		
	<input type="checkbox"/> 출석 <input type="checkbox"/> 결석 <input type="checkbox"/> 조퇴	<input type="checkbox"/> 상 <input type="checkbox"/> 중 <input type="checkbox"/> 하		
	<input type="checkbox"/> 출석 <input type="checkbox"/> 결석 <input type="checkbox"/> 조퇴	<input type="checkbox"/> 상 <input type="checkbox"/> 중 <input type="checkbox"/> 하		
	<input type="checkbox"/> 출석 <input type="checkbox"/> 결석 <input type="checkbox"/> 조퇴	<input type="checkbox"/> 상 <input type="checkbox"/> 중 <input type="checkbox"/> 하		

치매파트너

개인정보 수집·이용 동의서

■ 개인정보 수집·이용 내역

- 치매파트너를 통합 관리하는 이력관리시스템 운영에 이용됩니다.
- 치매 관련 정보 및 센터 소식 전송에 이용됩니다. (문자 및 이메일 수신 동의 선택 시)

■ 개인정보 수집·이용 항목

- 필수항목: 성명, 전화번호, 성별, 연령대, 직업군, 관할센터
- 선택항목: 이메일, 소속

■ 개인정보 보유 및 이용기간

치매파트너 탈퇴 또는 치매파트너 사업 종료 시까지

■ 개인정보 동의 거부

정보의 제공자는 상기 내용과 관련, 개인정보의 수집 이용에 대하여 거부하실 수 있습니다. 단, 필수항목 수집 동의를 거부하실 때에는 치매파트너 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 보건복지부에 제공됩니다.

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

동의함 (체크표시)

치매파트너 신청서(만 14세 미만)

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

본인은 '치매파트너'로서 치매가 있어도 불편하지 않은 대한민국을 만들기 위한 치매극복활동에 적극 동참하겠습니다.

■ 개인인적사항

*성명

*전화번호 ()-()-()

문자 수신동의(선택) (체크 시 치매관련 정보, 센터 소식 등을 받으실 수 있습니다.)

이메일 @

이메일 수신동의(선택) (체크 시 치매관련 정보, 센터 소식 등을 받으실 수 있습니다.)

*성별 남 여

*연령대 10대 이하 20대~30대 40~50대 60대
 70대 이상

*직업군 초등학생 중학생 고등학생 대학생
 치매관련 종사자 치매환자 가족 일반인

소속

*관할센터 () 광역 () 안심센터

년 월 일

본인 성명 (서명 또는 인)

법정대리인 성명 (서명 또는 인)

중앙치매센터장 귀하

치매파트너

개인정보 수집·이용 동의서

■ 개인정보 수집·이용 내역

- 치매파트너를 통합 관리하는 이력관리시스템 운영에 이용됩니다.
- 치매관련 정보 및 센터 소식 전송에 이용됩니다. (문자 및 이메일 수신 동의 선택 시)

■ 개인정보 수집·이용 항목

- 필수항목: 성명, 전화번호, 성별, 연령대, 직업군, 관할센터
- 선택항목: 이메일, 소속

■ 개인정보 보유 및 이용기간

치매파트너 탈퇴 또는 치매파트너 사업 종료 시까지

■ 개인정보 동의 거부

정보의 제공자는 상기 내용과 관련, 개인정보의 수집 이용에 대하여 거부하실 수 있습니다. 단, 필수항목 수집 동의를 거부하실 때에는 치매파트너 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 보건복지부에 제공됩니다.

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

동의함 (체크표시)

치매극복선도기업·기관·단체 신청서

기관명				사업자등록번호 (고유번호)	
대표자				설립연도	
주 소					
대표 신청자 (담당자)	성 명		직 위		
	연락처		이메일		
치매극복 활동내용	※ 활동내용 기재(홈페이지 반영)				
<치매극복선도기업·단체·기관 신청 시 구비서류> 1. 신청서 제출 공문 1부 2. 사업자등록증(고유번호증) 1부					
대한민국 치매극복을 위한 노력에 적극 동참하기 위해 「치매극복선도기업·기관·단체」 지정을 신청합니다. ※ 치매극복선도기업·기관·단체 지정사실을 영리목적으로 이용할 시에 지정이 박탈될 수 있음을 확인하였습니다.					
2021 년 월 일					
신청자(대표자)			직 인 (인)		
치매안심센터장 귀하					

개인정보 수집 및 이용·제공 동의서

■ 개인정보 수집 및 이용

치매안심센터는 '치매극복선도단체' 사업의 운영을 위해 아래와 같은 개인정보를 수집하고 있습니다.

1. 개인정보 수집·이용 목적: 치매극복선도단체 등록·관리 운영
2. 수집하려는 개인정보 항목: 성명, 직위, 연락처, 이메일
3. 개인정보의 보유 및 이용기간: 치매극복선도단체 사업 종료 시 까지

■ 제 3자 정보 제공 동의

중앙치매센터, 광역치매센터, 치매안심센터는 보건복지부 치매 관련 사업을 위해 관련 정보를 제공하고 있습니다. 이에 따라 치매안심센터가 수집한 개인정보는 사업운영, 사후관리 등을 위해 아래의 내용에 따라 제 3자에게 제공됩니다.

1. 제공받는 기관: 보건복지부, 중앙치매센터, 관할 광역치매센터
2. 개인정보 수집·이용 목적: 치매극복선도단체 등록·관리 운영
3. 수집하려는 개인정보 항목: 성명, 직위, 연락처, 이메일
4. 개인정보의 보유 및 이용기간: 치매극복선도단체 사업 종료 시 까지

※ 개인정보 제공에 동의를 거부하실 수 있으며, 거부 시 치매극복선도단체 가입이 불가능합니다.

개인정보 수집 및 이용·제공에 동의함 예 / 아니오

신청인 : (인)

개인정보 수집 및 이용·제공 동의서

■ 개인정보 수집 및 이용

치매안심센터는 '치매극복선도단체' 사업의 운영을 위해 아래와 같은 개인정보를 수집하고 있습니다.

1. 개인정보 수집·이용 목적: 치매극복선도단체 등록·관리 운영
2. 수집하려는 개인정보 항목: 성명, 직위, 연락처, 이메일
3. 개인정보의 보유 및 이용기간: 치매극복선도단체 사업 종료 시 까지

■ 제 3자 정보 제공 동의

중앙치매센터, 광역치매센터, 치매안심센터는 보건복지부 치매 관련 사업을 위해 관련 정보를 제공하고 있습니다. 이에 따라 치매안심센터가 수집한 개인정보는 사업운영, 사후 관리 등을 위해 아래의 내용에 따라 제 3자에게 제공됩니다.

1. 제공받는 기관: 보건복지부, 중앙치매센터, 관할 광역치매센터
2. 개인정보 수집·이용 목적: 치매극복선도단체 등록·관리 운영
3. 수집하려는 개인정보 항목: 성명, 직위, 연락처, 이메일
4. 개인정보의 보유 및 이용기간: 치매극복선도단체 사업 종료 시 까지

※ 개인정보 제공에 동의를 거부하실 수 있으며, 거부 시 치매극복선도단체 가입이 불가능합니다.

개인정보 수집 및 이용·제공에 동의함 예 / 아니오

신청인 : (인)

치매극복선도대학 운영계획서

1. 치매 교육과정 운영계획서(요약)

과정명	
목표	
주요 교육내용	
기대효과	

2. 교육대상자 모집

가. 교육대상자

나. 교육인원 및 기간('22년)

- (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

개인정보 수집 및 이용·제공 동의서

■ 개인정보 수집 및 이용

치매안심센터는 '치매극복선도단체' 사업의 운영을 위해 아래와 같은 개인정보를 수집하고 있습니다.

1. 개인정보 수집·이용 목적: 치매극복선도단체 등록·관리 운영
2. 수집하려는 개인정보 항목: 성명, 직위, 연락처, 이메일
3. 개인정보의 보유 및 이용기간: 치매극복선도단체 사업 종료 시 까지

■ 제 3자 정보 제공 동의

중앙치매센터, 광역치매센터, 치매안심센터는 보건복지부 치매 관련 사업을 위해 관련 정보를 제공하고 있습니다. 이에 따라 치매안심센터가 수집한 개인정보는 사업운영, 사후 관리 등을 위해 아래의 내용에 따라 제 3자에게 제공됩니다.

1. 제공받는 기관: 보건복지부, 중앙치매센터, 관할 광역치매센터
2. 개인정보 수집·이용 목적: 치매극복선도단체 등록·관리 운영
3. 수집하려는 개인정보 항목: 성명, 직위, 연락처, 이메일
4. 개인정보의 보유 및 이용기간: 치매극복선도단체 사업 종료 시 까지

※ 개인정보 제공에 동의를 거부하실 수 있으며, 거부 시 치매극복선도단체 가입이 불가능합니다.

개인정보 수집 및 이용·제공에 동의함 예 / 아니오

신청인 : (인)

개인정보 수집 및 이용·제공 동의서

■ 개인정보 수집 및 이용

치매안심센터는 ‘치매극복선도단체’ 사업의 운영을 위해 아래와 같은 개인정보를 수집하고 있습니다.

1. 개인정보 수집·이용 목적: 치매극복선도단체 등록·관리 운영
2. 수집하려는 개인정보 항목: 성명, 직위, 연락처, 이메일
3. 개인정보의 보유 및 이용기간: 치매극복선도단체 사업 종료 시 까지

■ 제 3자 정보 제공 동의

중앙치매센터, 광역치매센터, 치매안심센터는 보건복지부 치매 관련 사업을 위해 관련 정보를 제공하고 있습니다. 이에 따라 치매안심센터가 수집한 개인정보는 사업운영, 사후관리 등을 위해 아래의 내용에 따라 제 3자에게 제공됩니다.

1. 제공받는 기관: 보건복지부, 중앙치매센터, 관할 광역치매센터
2. 개인정보 수집·이용 목적: 치매극복선도단체 등록·관리 운영
3. 수집하려는 개인정보 항목: 성명, 직위, 연락처, 이메일
4. 개인정보의 보유 및 이용기간: 치매극복선도단체 사업 종료 시 까지

※ 개인정보 제공에 동의를 거부하실 수 있으며, 거부 시 치매극복선도단체 가입이 불가능합니다.

개인정보 수집 및 이용·제공에 동의함 예 / 아니오

신 청 인 : (인)

개인정보 수집 및 이용·제공 동의서

■ 개인정보 수집 및 이용

치매안심센터는 '치매안심가맹점' 사업의 운영을 위해 아래와 같은 개인정보를 수집하고 있습니다.

1. 개인정보 수집·이용 목적: 치매안심가맹점 등록·관리 운영
2. 수집하려는 개인정보 항목: 성명, 직위, 연락처, 이메일
3. 개인정보의 보유 및 이용기간: 치매안심가맹점 사업 종료 시 까지

■ 제 3자 정보 제공 동의

중앙치매센터, 광역치매센터, 치매안심센터는 보건복지부 치매 관련 사업을 위해 관련 정보를 제공하고 있습니다. 이에 따라 치매안심센터가 수집한 개인정보는 사업운영, 사후관리 등을 위해 아래의 내용에 따라 제 3자에게 제공됩니다.

1. 제공받는 기관: 보건복지부, 중앙치매센터, 관할 광역치매센터
2. 개인정보 수집·이용 목적: 치매안심가맹점 등록·관리 운영
3. 수집하려는 개인정보 항목: 성명, 직위, 연락처, 이메일
4. 개인정보의 보유 및 이용기간: 치매극복선도단체 사업 종료 시 까지

※ 개인정보 제공에 동의를 거부하실 수 있으며, 거부 시 치매안심가맹점 가입이 불가능합니다.

개인정보 수집 및 이용·제공에 동의함 예 / 아니오

신 청 인 : (인)

[서식 9-1] 치매안심마을 지역 선정 활용 양식

치매안심마을 지역 선정 활용 양식

○ 지역별 현황 조사

시군구	행정구역 (리, 동)	총 인구 수	노인 인구 수	추정 치매환자 수	등록 치매 환자 수	치매안심센터 접근성	사업 실현가능성
서울시 중구	신당동	24,000명	5,000명	700명	250명	15km	높음

○ 선정 지역: (서울시 중구 신당동)

○ 지역 선정 이유(선정배경)

선정배경 :

(치매안심마을 지역 선정 이유를 서술형으로 작성하시고, 아래 해당사항에 모두 체크해 주세요)

서울시 중구 신당동 인구는 총 24,000명으로 지난해에 비해 감소하였으나, 상대적으로 노인인구가 많음. 또한, 동 지역은 타 지역보다 노인인구와 추정 치매환자 수가 많으나, 등록된 치매환자 수와 비율은 낮음

이와 더불어 치매안심센터와의 접근성이 낮으나 주민의 욕구도가 높으며 사업 실현가능성이 높고 지역주민 참여의지 및 협조도가 높아 치매안심마을 운영 지역으로 필요하고, 그 효과가 높을 것으로 기대되어 선정함

<input type="checkbox"/> 주민 적극성 높음	<input type="checkbox"/> 주민 요구도 높음	<input type="checkbox"/> 노인 인구 수 많음
<input type="checkbox"/> 치매환자 수 많음	<input type="checkbox"/> 등록 치매환자 수 많음	<input type="checkbox"/> 등록 치매환자 수 적음
<input type="checkbox"/> 치매안심센터 접근성 높음	<input type="checkbox"/> 치매안심센터 접근성 낮음	<input type="checkbox"/> 자원투입다양성 높음
<input type="checkbox"/> 사업확산 가능성 높음	<input type="checkbox"/> 취약지역	<input type="checkbox"/> 기타

치매안심마을 자원 목록

구분	기관명	담당자 이름	연락처	비고
공공기관				
민간기관				
자율적 주민단체				
개인				
기타				

[서식 9-3] 치매안심마을 치매인식도 설문조사 양식

치매 인식도 설문조사	ID			
--------------------	-----------	--	--	--

안녕하세요.
 치매안심센터는 치매안심마을 지역주민들을 대상으로 치매 인식 및 태도에 관한 조사를 실시하고 있습니다. 본 조사 결과는 치매안심마을 사업 운영에 활용될 예정입니다.
 본 응답은 통계 처리 등 조사목적 외에는 절대 사용되지 않음을 알려드리며, 응답 내용은 통계법 33조에 의해 비밀이 보장됩니다.

1. 기본 정보

문1. 00님의 기본정보에 대해서 질문드리겠습니다.

번호	문항	응답				
1	00님의 성별은 무엇입니까?	①남		②여		
2	00님의 연령대는 무엇입니까?	①10대 이하	②20~30대	③40~50대	④60대	⑤70대 이상
3	00님의 직업군은 무엇입니까?	①초등	②중등	③고등	④대학생	
		⑤치매관련 종사자		⑥치매환자 가족		⑦일반인
4	치매안심마을에 대해 들어보신 적이 있습니까?	①예			②아니오	

2. 치매 태도

문2. 00님의 치매 태도에 대해 질문드리겠습니다. 1점 매우 아니다부터 4점 매우 그렇다로 응답 부탁드립니다.

번호	문항	매우 아니다	아니다	그렇다	매우 그렇다
1	나는 치매에 대해 잘 알고 있다.	①	②	③	④
2	나는 치매 환자가 두렵다.	①	②	③	④
3	치매 환자를 돌보는 것은 보람 있는 일이다.	①	②	③	④
4	치매 환자도 기쁨과 슬픔을 느낀다.	①	②	③	④
5	치매 환자의 가족은 절망스러울 것이다.	①	②	③	④
6	나는 치매 환자와 가까이 하고 싶지 않다.	①	②	③	④
7	치매 환자의 문제 행동도 충분히 조절 가능하다.	①	②	③	④
8	나는 치매환자가 도움을 요청하면 최선을 다해 도울 것이다.	①	②	③	④

9	치매가 있어도 충분히 행복하게 살 수 있다.	①	②	③	④
10	치매 환자도 존중받을 권리가 있다.	①	②	③	④
11	나는 치매환자와 연관되고 싶지 않다.	①	②	③	④
12	치매가 있다는 것은 부끄러운 일이다.	①	②	③	④
13	주변에 치매환자가 있다면, 치매 지원 서비스를 받을 수 있도록 도와줄 것이다.	①	②	③	④

3. 치매 인식

문3. 00님의 치매 인식에 대해 질문드리겠습니다. 예, 아니오로 응답 부탁드립니다.

번호	문항(정답)	예	아니오
1	치매는 뇌질병이다.	①	②
2	치매의 가장 주된 원인은 알츠하이머병이다.	①	②
3	뇌졸중은 치매로 이어질 수 있다.	①	②
4	지나친 음주는 치매를 유발할 수 있다.	①	②
5	머리를 다치면 치매에 걸리기 쉽다.	①	②
6	노년기에 성격이 변하게 되면 치매를 의심해보아야 한다.	①	②
7	우울증과 치매는 흔히 같이 나타난다.	①	②
8	오래 전 일을 잘 기억하고 있으면 치매가 아니다..	①	②
9	치매 환자에게는 항상 문제행동이 동반된다.	①	②
10	치매 진단을 받기 위해서는 신경심리검사와 뇌영상검사를 거쳐야 한다.	①	②
11	치매는 종류에 따라 완치가 가능할 수 있다.	①	②
12	규칙적으로 운동하면 치매를 예방할 수 있다.	①	②
13	고혈압/고혈당/고지혈증을 잘 치료하면 치매를 예방할 수 있다.	①	②
14	치매 진단을 받게 되면 인지기능개선제를 복용해야 한다.	①	②
15	조기 진단과 치료를 받으면 치매 악화를 지연시킬 수 있다.	①	②
16	치매안심센터에서 치매선별검사를 받을 수 있다.	①	②
17	치매 환자는 장기요양서비스 대상에 해당되지 않는다.	①	②
18	치매 환자는 데이케어센터를 이용할 수 있다.	①	②
19	치매 환자의 의사 결정을 돕기 위해 성년후견인을 지정할 수 있다.	①	②
20	치매 환자는 모두 요양원에 입소해야 한다.	①	②

[서식 9-4] 치매안심마을 운영 결과보고서 양식

시도/ 치매안심센터	○○도/ ○○군 치매안심센터	담당자 이름	
담당자 연락처		담당자 E-Mail	
지역명 (행정구역 등)	○○군 ○○면 ○○리	치매안심마을 설치일자	0000-00-00
사업기간			
사업내용	<ul style="list-style-type: none"> ○ 추진배경 및 필요성 (※ 치매안심마을 지역현황, 선정배경 등 기술) ○ 사업목적 및 목표 ○ 사업추진일정 및 전략 ○ 사업추진내용 및 성과 등 (※ 치매안심마을명, 지역자원 조사, 주민설명회, 협약기관, 협약식, 운영위원회 구성 및 회의운영, 치매인식개선 교육 및 홍보, 사회활동 지원 프로그램 운영 등 기술) ○ 기대효과 		
자체평가	운영 시 잘된 점, 미흡한 점, 어려운 점 등 자유롭게 기술		
사업사진	치매안심마을 사업 관련 사진 및 설명 첨부 (5장~10장 이내)		

※ 현재(2022.12.31) 치매안심마을 운영수를 기준으로 결과보고서 개별 작성

[서식 10-2] 서비스 의뢰 회신서

서비스 의뢰 회신서

회신일 : 20 년 월 일

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

대상자	성명		성별		연령	만	세
	주소		연락처				
조치 및 결과							
향후 계획							
기타							

※ 발신기관에서 사용하는 별도의 회신양식이 있을 경우 발신기관의 양식으로 회신 가능합니다.

공립요양병원 서비스 의뢰서

기관명				담당자		
성명				성별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	
나이	만	세		동거형태	ex. 독거, 동거, 노인부부	
주소						
연락처	본인	휴대전화			주택	
	보호자	휴대전화			주택	
유형	<input type="checkbox"/> 급성으로 치매증상이 악화되어 의학적 평가가 필요한 치매환자 <input type="checkbox"/> 행동심리증상(BPSD)이 악화되어 전문적 약물 및 비약물적 치료가 필요한 치매환자(자신과 타인에 위해를 가할 가능성이 있는 상태) <input type="checkbox"/> 섬망(급성 혼란상태)이 동반된 치매환자					
치매 검사내역 요약						
1. 선별검진						
검진일	년	월	일	시행장소	①치매안심센터 ②대상자 집 ③기타()	
검진 도구	<input type="checkbox"/> CIST			점수	_____ 점 <input type="checkbox"/> 인지저하 <input type="checkbox"/> 정상	
2. 진단검사 1단계 (신경심리검사)						
검진일	년	월	일	시행기관	①치매안심센터 ②협약병원	
검진 도구	<input type="checkbox"/> CERAD-K <input type="checkbox"/> LICA <input type="checkbox"/> SNSB-II <input type="checkbox"/> SNSB-C					
3. 진단검사 2단계 (치매임상평가)						
검진일	년	월	일	검진 의사		
검진 기관	① 치매안심센터 ② 협약병원					
진단 분류	① 치매 ② 경도인지장애 ③ 정상					
CDR	_____ 점			GDS	_____ 점	
<input type="checkbox"/> 종합소견 <div style="float: right; margin-top: 10px;"> 별첨 여부 : <input type="checkbox"/> CIST 결과 요약지 1부. <input type="checkbox"/> 신경심리평가 결과지 1부. <input type="checkbox"/> 치매임상평가 의견서 1부. </div>						
의뢰 내용						

[기타서식 1] 개인정보 (열람, 정정·삭제, 처리정지) 요구서

개인정보 ([]열람, []정정·삭제, []처리정지) 요구서

※ 아래 작성방법을 읽고 굵은 선 안쪽의 사항만 적어 주시기 바랍니다.

(앞 쪽)

접수번호	접수일	처리기간 10일 이내
정보 주체	성 명	전 화 번 호
	생년월일	
	주 소	
대리인	성 명	전 화 번 호
	생년월일	정보주체와의 관계
	주 소	
요구 내용	[] 열람	[] 개인정보의 항목 및 내용 [] 개인정보 수집·이용의 목적 [] 개인정보 보유 및 이용 기간 [] 개인정보의 제3자 제공 현황 [] 개인정보 처리에 동의한 사실 및 내용
	[] 정정·삭제	※ 정정·삭제하려는 개인정보의 항목과 그 사유를 적습니다.
	[] 처리정지	※ 개인정보의 처리정지를 원하는 대상·내용 및 그 사유를 적습니다.

「개인정보 보호법」 제35조제1항·제2항, 제36조제1항 또는 제37조1항과 같은 법 시행령 제41조제1항, 제43조제1항에 또는 제44조1항에 따라 위와 같이 요구합니다.

년 월 일

요구인

(서명 또는 인)

() 치매안심센터장 귀하

작성방법

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/m²) 또는 중질지(80g/m²)]

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

개인정보 ([] 정정·삭제, [] 처리정지) 요구에 대한 결과 통지서

수신자 우편번호 : , 주소 :)

요구 내용	
<input type="checkbox"/> 정정·삭제 <input type="checkbox"/> 처리정지 조치 내용	
<input type="checkbox"/> 정정·삭제 <input type="checkbox"/> 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.

210mm×297mm[신문용지 54g/m²]

[기타서식 4] 개인정보 열람, 정정·삭제, 처리정지 요구 위임장

개인정보 열람, 정정·삭제, 처리정지 요구 위임장

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)

() 치매안심센터장 귀하

210mm×297mm[인쇄용지(특급) 34g/m²]

Ⅱ 광역치매센터 운영 - 서식 및 양식 모음

→ 서식 목록

광역치매센터 설치 및 운영 가이드라인

[붙임 1] OO 광역치매센터 사업계획서

[붙임 2] OO광역치매센터 상반기 실적보고서

[붙임 3] OO광역치매센터 종합실적보고서

[붙임 4] 예산과목 전용조서 서식

0000년도 광역치매센터 사업계획서

0000. 00

※ 계획 수립 시 본 작성서식의 틀과 내용은 가급적 준수하여 작성하되, 필요에 따라 서식의 순서 및 내용은 일부 추가·변경하여 작성 가능(전체 사업계획서는 가급적 120페이지를 넘지 않도록 작성)

(광역치매센터 로고)

()년 사업계획서

사업명					
사업수행 기관명					
사업 책임자	성명			직급/직위	
	소속 부서		전화		FAX
			E-MAIL		
사업 협력기관					
예상 사업비	총계	기금	자체예산	총참여 인원수	명
	천원	천원	천원		
총 사업기간	2022. . . ~ (개월)				
<p>위와 같이 2022년도 ○○○○ 광역치매센터 사업계획서를 제출합니다.</p> <p style="text-align: center;">년 월 일</p> <p style="text-align: center;">기관장 서명(인)</p>					
○○○○ 지사 귀하(지자체명)					
<p>사업담당부서</p> <p>담당자 이름 : 연락처(Tel. , Fax.)</p> <p>사업기관 주소 :</p>					

요 약 문

사 업 명				
사업책임자 (소속기관)				
사 업 비	총 계	기금(국고)	자체예산	기 타
	천원	천원	천원	천원
총 사업기간	2022. . . - . . . (총 개월)			
사 업 내 용 요약				

목 차 (예시)

I. 기본 현황

1. 지역사회 현황분석

II. 운영 계획

1. 조직·인력
2. 예산

III. 사업 계획

1. 정책지원
2. 연구
3. 기술지원
4. 교육·홍보
5. 네트워크 구축
6. 기타사업

I

기본 현황

- ※ 계획 수립 시 본 작성서식의 틀과 내용은 가급적 준수하여 작성하되, 필요에 따라 서식의 순서 및 내용 변경·추가하여 작성 가능
- ※ 제4차 치매관리종합계획 및 시·도 치매관리시행계획을 연계·반영한 계획 수립 노력 필요

1. 지역사회 현황분석

- 지역사회 치매 관련 현황, 지역수요 조사, 전년도 사업결과 등 다양한 현황자료를 종합 분석하여 지역사회 문제 및 개선방향 도출
- * 현황분석 결과는 전략 수립을 위한 유의미한 내용 중심으로 기술. 나열식 기술은 지양하며, 현황분석을 통해 도출된 내용을 근거하여 각 사업의 목표치 제시

□

○

2. 기타

- 계획 수립 시 필요한 기타자료(필요에 따라 자유롭게 활용)
- * 전년도 사업결과에 대한 환류 등

□

○

II

운영 계획

1. 조직·인력

1.1. 사업추진 체계

- 시·도 치매관리사업 전달체계, 광역치매센터 사업추진 체계 등

추진주체	기능 및 역할

<관련 평가지표> 조직·인력 운영 계획의 적절성

1. 사업 추진체계의 적정성

- 추진주체를 명확히 제시하고, 사업목적 달성과 내용 실현에 적합한 기관의 기능 및 역할을 설정하였는가?

1.2. 조직 현황

- 홈페이지 또는 기존 공개된 조직도 제시

(예시)



1.3. 인력 현황

(예시)

구분(팀명)	직 위	성 명	담당업무	전 공 및 학 위			입사일
				전공분야	학위명	연 도	

1.4. 직원 역량강화 교육

(예시)

구분	교육주제
내부교육	
외부교육	

<관련 평가지표> 조직·인력 운영 계획의 적절성

2. 인력 운영의 적절성

- 사업별로 담당업무를 명확히 구분하고, 직원의 역량강화를 위한 교육활동을 계획하였는가?
- * 다양한 교육활동(내부교육, 외부교육, 워크샵(심포지엄) 등)

Ⅲ

사업 계획

<사업 총괄표>

분야	세부사업	성과지표	목표치
정책지원 (0개 사업)			
연구 (0개 사업)			
기술지원 (0개 사업)			
교육·홍보 (0개 사업)			
네트워크 구축 (0개 사업)			
기타 (0개 사업)			

1. 정책지원

- ※ 계획 수립 시 본 작성서식의 틀과 내용은 가급적 준수하여 작성하되, 필요에 따라 서식의 순서 및 내용 변경·추가하여 작성 가능
- ※ 사업의 분야는 6가지(①정책지원 ② 연구, ③기술지원, ④교육·홍보, ⑤네트워크 구축, ⑥기타사업)로 구분하여 세부사업을 기획구성
- ※ 제4차 치매관리종합계획 및 시·도 치매관리시행계획을 연계·반영한 계획 수립 노력 필요

- 사업개수만큼 작성(공통 사업계획 양식)
- 아래 양식에서 부족한 내용은 추가하여 작성(표 삽입 등)

1.1. 사업명

종합계획 (시행계획) 연계	<input type="checkbox"/> Y (OO계획, 과제명: _____) <input type="checkbox"/> N				
사업의 필요성	※ 지역사회 현황분석에서 분석한 자료를 토대로 작성하며, 본 사업이 필요함을 간략히 기술 (전반적인 현황분석은 '1.1 지역사회 현황분석'에서 다루고, 해당 내용은 유의미한 결과를 요약 제시)				
사업 목표	※ 현황분석에서 도출한 문제점 등과 연계하여 목표 수립, 목표치의 설정근거 제시(성과지표는 산출지표 또는 결과지표 중심으로 설정 권장) 예시)				
	성과지표명(단위)	목표치	목표치 산출근거	측정산식	자료원
	교육이수율(%)	80.0	지난 3년간 실적 평균	교육이수자÷ 교육대상자	교육이력관리 시스템
	OO프로그램 활용율(%)	70.0	전년도 프로그램 활용율 50.0%	프로그램 활용 센터 수÷치매안심센터 수	내부자료
사업내용 (추진계획)	※ 세부 사업추진을 위한 추진전략 및 계획을 구체적으로 작성 (대상, 기간, 내용, 방법 4가지 요건 중심으로 작성)				
연계·협력	※ 지역 내·외 기관 및 단체, 민간자원 등과 연계·협력 방안				

추진일정	구 분	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12										
모니터링 계획	<p>※ 모니터링은 당초 계획한대로 사업이 진행되고 있는지 확인하는 것으로, 사업의 정기적인 모니터링을 통해 사업수행 중 발생 가능한 애로사항(장애요인), 환경 변화 등에 대응할 수 있도록 계획을 수립함</p> <p>예시)</p> <p>- 모니터링 계획</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>구분</th> <th>내용</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>모니터링 방법</td> <td>분기별 팀 회의에서 체크리스트로 확인</td> </tr> <tr> <td>모니터링 내용</td> <td>활동내용 실행 정도, 일정 준수 여부, 참여자 만족도 등</td> </tr> </tbody> </table>													구분	내용	모니터링 방법	분기별 팀 회의에서 체크리스트로 확인	모니터링 내용	활동내용 실행 정도, 일정 준수 여부, 참여자 만족도 등				
구분	내용																						
모니터링 방법	분기별 팀 회의에서 체크리스트로 확인																						
모니터링 내용	활동내용 실행 정도, 일정 준수 여부, 참여자 만족도 등																						
사업예산	<p>※ 해당 항목 작성</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>총액</th> <th>국비</th> <th>지방비</th> <th>기타예산</th> <th>비고</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2,000 천원</td> <td>1,400 천원</td> <td>600 천원</td> <td>외부예산 등</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>													총액	국비	지방비	기타예산	비고	2,000 천원	1,400 천원	600 천원	외부예산 등	
총액	국비	지방비	기타예산	비고																			
2,000 천원	1,400 천원	600 천원	외부예산 등																				

<관련 평가지표> 사업계획 수립의 적절성

1. 종합계획(시행계획)과 사업 목적·내용의 연계성

- 치매관리종합계획(시행계획)의 실행과제 내용과 사업 목적·내용의 연계성이 분명한가?

2. 현황 분석 및 목표 설계의 적합성

- 근거 기반 자료를 통해 지역현황을 진단하고, 지역현황에 맞는 성과지표(목표)를 선정하였는가?

- * 국가승인통계자료(지역사회 건강조사 등), 지역통계, 주민수요 결과, 전년도 평가결과 등 근거가 명확한 현황자료를 활용하여 지역 건강문제 및 건강사각지대, 취약계층 현황을 파악하여야 함
- * 성과지표(목표)의 목표치는 논리적으로 타당하게 설정하고, 비율 등 수치화하여 표현되어야 함

3. 사업목표치의 타당성

- 목표치 설정의 근거가 명확하게 제시되어 있고, 목표치가 사업별 추진내용을 고려하여 발전적으로 설정되었는가?
- * 목표치는 타당한 설정 방법(추세분석, 지역 간 비교, 전국 수준 비교 등)을 통해 산출하고, 그 근거와 설명을 논리적으로 기술함
- * 자동적으로 달성 가능한 목표치보다 사업별 추진내용을 고려하여 목표치를 설정하되, 지나치게 높거나, 낮게 설정하지 않아야 함

4. 사업내용의 적절성

- 사업특성을 고려하여 사업을 기획하고, 목표에 맞는 다양한 사업전략을 수립하였는가?
- * 다양한 관점에서 사업특성(사업대상, 기간, 대·내외환경 및 수요자 요구 등)을 고려하여 사업이 기획되어야 함
- * 사업대상(표적집단), 목적 및 목표달성을 위해 요구되는 다양한 사업전략으로 접근하여야 함

2. 연구

2.1. 사업명

종합계획 (시행계획) 연계	<input type="checkbox"/> Y (OO계획, 과제명: _____) <input type="checkbox"/> N				
사업의 필요성	※ 지역사회 현황분석에서 분석한 자료를 토대로 작성하며, 본 사업이 필요함을 간략히 기술 (전반적인 현황분석은 '1.1 지역사회 현황분석'에서 다루고, 해당 내용은 유의미한 결과를 요약 제시)				
사업 목표	※ 현황분석에서 도출한 문제점 등과 연계하여 목표 수립, 목표치의 설정근거 제시(성과지표는 산출지표 또는 결과지표 중심으로 설정 권장) 예시)				
	성과지표명(단위)	목표치	목표치 산출근거	측정산식	자료원
	교육이수율(%)	80.0	지난 3년간 실적 평균	교육이수자÷ 교육대상자	교육이력관리 시스템
	OO프로그램 활용율(%)	70.0	전년도 프로그램 활용율 50.0%	프로그램 활용 센터 수÷치매안심센터 수	내부자료

사업내용 (추진계획)	※ 세부 사업추진을 위한 추진전략 및 계획을 구체적으로 작성 (대상, 기간, 내용, 방법 4가지 요건 중심으로 작성)												
연계·협력	※ 지역 내·외 기관 및 단체, 민간자원 등과 연계·협력 방안												
추진일정	구 분	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
모니터링 계획	※ 모니터링은 당초 계획한대로 사업이 진행되고 있는지 확인하는 것으로, 사업의 정기적인 모니터링을 통해 사업수행 중 발생 가능한 애로사항(장애요인), 환경 변화 등에 대응할 수 있도록 계획을 수립함 예시) - 모니터링 계획												
	구분	내용											
	모니터링 방법	분기별 팀 회의에서 체크리스트로 확인											
	모니터링 내용	활동내용 실행 정도, 일정 준수 여부, 참여자 만족도 등											
사업예산	※ 해당 항목 작성												
	총액	국비	지방비	기타예산	비고								
	2,000 천원	1,400 천원	600 천원	외부예산 등									

3. 기술지원

3.1. 사업명

종합계획 (시행계획) 연계	<input type="checkbox"/> Y (OO계획, 과제명:) <input type="checkbox"/> N												
사업의 필요성	※ 지역사회 현황분석에서 분석한 자료를 토대로 작성하며, 본 사업이 필요함을 간략히 기술 (전반적인 현황분석은 '1.1 지역사회 현황분석'에서 다루고, 해당 내용은 유의 미한 결과를 요약 제시)												

사업 목표	※ 현황분석에서 도출한 문제점 등과 연계하여 목표 수립, 목표치의 설정근거 제시(성과지표는 산출지표 또는 결과지표 중심으로 설정 권장) 예시)																																																															
	성과지표명(단위)	목표치	목표치 산출근거				측정산식			자료원																																																						
	교육이수율(%)	80.0	지난 3년간 실적 평균				교육이수자÷ 교육대상자			교육이력관리 시스템																																																						
OO프로그램 활용율(%)	70.0	전년도 프로그램 활용율 50.0%				프로그램 활용 센터 수÷치매안심센터 수			내부자료																																																							
사업내용 (추진계획)	※ 세부 사업추진을 위한 추진전략 및 계획을 구체적으로 작성 (대상, 기간, 내용, 방법 4가지 요건 중심으로 작성)																																																															
연계·협력	※ 지역 내·외 기관 및 단체, 민간자원 등과 연계·협력 방안																																																															
추진일정	<table border="1"> <thead> <tr> <th>구 분</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> <th>7</th> <th>8</th> <th>9</th> <th>10</th> <th>11</th> <th>12</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>												구 분	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																																							
	구 분	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																																																			
모니터링 계획	※ 모니터링은 당초 계획한대로 사업이 진행되고 있는지 확인하는 것으로, 사업의 정기적인 모니터링을 통해 사업수행 중 발생 가능한 애로사항(장애요인), 환경 변화 등에 대응할 수 있도록 계획을 수립함 예시) - 모니터링 계획																																																															
	구분	내용																																																														
	모니터링 방법	분기별 팀 회의에서 체크리스트로 확인																																																														
모니터링 내용	활동내용 실행 정도, 일정 준수 여부, 참여자 만족도 등																																																															
사업예산	※ 해당 항목 작성																																																															
	총액	국비	지방비	기타예산				비고																																																								
	2,000 천원	1,400 천원	600 천원	외부예산 등																																																												

4. 교육·홍보

4.1. 사업명

종합계획 (시행계획) 연계	<input type="checkbox"/> Y (OO계획, 과제명: _____) <input type="checkbox"/> N												
사업의 필요성	※ 지역사회 현황분석에서 분석한 자료를 토대로 작성하며, 본 사업이 필요함을 간략히 기술 (전반적인 현황분석은 '1.1 지역사회 현황분석'에서 다루고, 해당 내용은 유의미한 결과를 요약 제시)												
사업 목표	※ 현황분석에서 도출한 문제점 등과 연계하여 목표 수립, 목표치의 설정근거 제시(성과지표는 산출지표 또는 결과지표 중심으로 설정 권장) 예시)												
	성과지표명(단위)	목표치	목표치 산출근거			측정산식			자료원				
	교육이수율(%)	80.0	지난 3년간 실적 평균			교육이수자÷교육대상자			교육이력관리 시스템				
OO프로그램 활용율(%)	70.0	전년도 프로그램 활용율 50.0%			프로그램 활용 센터 수÷치매안심센터 수			내부자료					
사업내용 (추진계획)	※ 세부 사업추진을 위한 추진전략 및 계획을 구체적으로 작성 (대상, 기간, 내용, 방법 4가지 요건 중심으로 작성)												
연계·협력	※ 지역 내·외 기관 및 단체, 민간자원 등과 연계·협력 방안												
추진일정	구 분	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
모니터링 계획	※ 모니터링은 당초 계획한대로 사업이 진행되고 있는지 확인하는 것으로, 사업의 정기적인 모니터링을 통해 사업수행 중 발생 가능한 애로사항(장애요인), 환경 변화 등에 대응할 수 있도록 계획을 수립함 예시) - 모니터링 계획												
	구분	내용											
	모니터링 방법	분기별 팀 회의에서 체크리스트로 확인											
모니터링 내용	활동내용 실행 정도, 일정 준수 여부, 참여자 만족도 등												
사업예산	※ 해당 항목 작성												
	총액	국비	지방비	기타예산		비고							
	2,000 천원	1,400 천원	600 천원	외부예산 등									

5. 네트워크 구축

5.1. 사업명

종합계획 (시행계획) 연계	<input type="checkbox"/> Y (OO계획, 과제명: _____) <input type="checkbox"/> N												
사업의 필요성	※ 지역사회 현황분석에서 분석한 자료를 토대로 작성하며, 본 사업이 필요함을 간략히 기술 (전반적인 현황분석은 '1.1 지역사회 현황분석'에서 다루고, 해당 내용은 유의미한 결과를 요약 제시)												
사업 목표	※ 현황분석에서 도출한 문제점 등과 연계하여 목표 수립, 목표치의 설정근거 제시(성과지표는 산출지표 또는 결과지표 중심으로 설정 권장) 예시)												
	성과지표명(단위)	목표치	목표치 산출근거			측정산식			자료원				
	교육이수율(%)	80.0	지난 3년간 실적 평균			교육이수자÷교육대상자			교육이력관리 시스템				
OO프로그램 활용율(%)	70.0	전년도 프로그램 활용율 50.0%			프로그램 활용 센터 수÷치매안심센터 수			내부자료					
사업내용 (추진계획)	※ 세부 사업추진을 위한 추진전략 및 계획을 구체적으로 작성 (대상, 기간, 내용, 방법 4가지 요건 중심으로 작성)												
연계·협력	※ 지역 내·외 기관 및 단체, 민간자원 등과 연계·협력 방안												
추진일정	구 분	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
모니터링 계획	※ 모니터링은 당초 계획한대로 사업이 진행되고 있는지 확인하는 것으로, 사업의 정기적인 모니터링을 통해 사업수행 중 발생 가능한 애로사항(장애요인), 환경 변화 등에 대응할 수 있도록 계획을 수립함 예시) - 모니터링 계획												
	구분	내용											
	모니터링 방법	분기별 팀 회의에서 체크리스트로 확인											
모니터링 내용	활동내용 실행 정도, 일정 준수 여부, 참여자 만족도 등												
사업예산	※ 해당 항목 작성												
	총액	국비	지방비	기타예산		비고							
	2,000 천원	1,400 천원	600 천원	외부예산 등									

6. 기타

6.1. 사업명

종합계획 (시행계획) 연계	<input type="checkbox"/> Y (OO계획, 과제명: _____) <input type="checkbox"/> N												
사업의 필요성	※ 지역사회 현황분석에서 분석한 자료를 토대로 작성하며, 본 사업이 필요함을 간략히 기술 (전반적인 현황분석은 '1.1 지역사회 현황분석'에서 다루고, 해당 내용은 유의미한 결과를 요약 제시)												
사업 목표	※ 현황분석에서 도출한 문제점 등과 연계하여 목표 수립, 목표치의 설정근거 제시(성과지표는 산출지표 또는 결과지표 중심으로 설정 권장) 예시)												
	성과지표명(단위)	목표치	목표치 산출근거			측정산식			자료원				
	교육이수율(%)	80.0	지난 3년간 실적 평균			교육이수자÷교육대상자			교육이력관리 시스템				
OO프로그램 활용율(%)	70.0	전년도 프로그램 활용율 50.0%			프로그램 활용 센터 수÷치매안심센터 수			내부자료					
사업내용 (추진계획)	※ 세부 사업추진을 위한 추진전략 및 계획을 구체적으로 작성 (대상, 기간, 내용, 방법 4가지 요건 중심으로 작성)												
연계·협력	※ 지역 내·외 기관 및 단체, 민간자원 등과 연계·협력 방안												
추진일정	구 분	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
모니터링 계획	※ 모니터링은 당초 계획한대로 사업이 진행되고 있는지 확인하는 것으로, 사업의 정기적인 모니터링을 통해 사업수행 중 발생 가능한 애로사항(장애요인), 환경 변화 등에 대응할 수 있도록 계획을 수립함 예시) - 모니터링 계획												
	구분	내용											
	모니터링 방법	분기별 팀 회의에서 체크리스트로 확인											
모니터링 내용	활동내용 실행 정도, 일정 준수 여부, 참여자 만족도 등												
사업예산	※ 해당 항목 작성												
	총액	국비	지방비	기타예산		비고							
	2,000 천원	1,400 천원	600 천원	외부예산 등									

[붙임 2] 00광역치매센터 상반기 실적보고서

I. 계획 대비 추진실적

시기	사업계획	시기	추진실적	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

0000년도 광역치매센터 종합실적보고서

0000. 00.

※ 종합실적보고서 작성 시 본 작성서식의 틀과 내용은 가급적 준수하여 작성하되, 필요에 따라 서식의 순서 및 내용은 일부 추가·변경하여 작성 가능

(광역치매센터 로고)

사업개요 (2페이지 이내 작성)

단 체 명			
사 업 명			
사업기간	2021. . . ~ 2021. . .		
사 업 비	총 천원	보 조 금	천원 (%)
		자 부 담	천원 (%)
사업목적	○ - - * (사업의 목적 간단히 요약하여 기재)		
추진실적	○ 정책지원 및 연구 - ○ 자원연계 ○ 사업지원 ○ 교육 ○ 기타 * (추진실적 간단히 요약하여 기재)		
사업성과	○ - - * (사업을 완료함으로써 지역, 시민사회, 치매관리사업, 시민, 치매환자 및 가족 등에 미치는 효과 기재)		
성과(물) 활용계획	○ - - * (사업을 통하여 나타난 주요성과 또는 성과물을 4차 종합계획, 시행계획 또는 지역 치매 관리사업 발전에 향후 어떻게 활용할 것인가에 대한 계획·방안 기재)		

목 차 (예시)

1. 당초 계획 대비 주요 변경사항
2. 사업 총괄표
3. 정책지원 및 연구
 - 3.1 사업명1
 - 3.2 사업명2
4. 자원연계
5. 사업지원
6. 교육
7. 기타사업
8. 자체평가 및 향후 개선 방안
9. 인력확보 현황
10. 예산집행 실적

1

당초 계획 대비 주요 변경사항

- 필요시 작성(당초 계획 대비 변경사항이 없으면 미작성. 해당 영역 삭제 후 '사업총괄표'를 목차1로 수정하여 작성)
- 주요 사업 중 목표 및 성과지표가 크게 변동된 사항 등 주요 변경사항을 요약하여 작성

□

○

2

사업 총괄표

- 각 영역별 세부사업 추진실적을 요약하여 작성(사업수행 실적은 목표 대비 달성률을 비교할 수 있도록 작성)

분야	세부사업	성과지표	실적 및 달성도	
			목표	실적
정책지원 및 연구 (0개 사업)	1) 0000 운영 시범사업 연구 [신규]			
	2) 0000 현황조사 [강화]			
	3) 0000 사업 [기존]			
자원연계 (0개 사업)				
사업지원 (00개 사업)				
교육 (0개 사업)				
기타 (0개 사업)				

<관련 평가지표> 사업 성과지표 목표달성도

* 산출식

조사문항	산출식
성과지표 목표달성률	$\frac{\text{성과지표 목표달성률 합계}}{\text{총 성과지표 수}}$

3

정책지원 및 연구

※ 종합실적보고서 작성 시 본 작성서식의 틀과 내용은 가급적 준수하여 작성하되, 필요에 따라 서식의 순서 및 내용 변경·추가하여 작성 가능

※ 사업의 분야는 5가지(①정책지원 및 연구, ②자원연계, ③사업지원, ④교육, ⑤기타사업)로 구분하여 세부사업을 기획구성

- 사업개수만큼 작성(공통 추진실적 양식, **사업별 5페이지 이내 작성**)
- 아래 양식에서 부족한 내용은 추가하여 작성(표 삽입 등)

3.1 사업명

종합계획 (시행계획) 연계	<input type="checkbox"/> Y (OO계획, 과제명: _____) <input type="checkbox"/> N		
사업목적	<ul style="list-style-type: none"> ■ ■ 		
추진내용	※ 최소한 분기별로 작성 요망. 사업 추진절차에서 기술한 내용에 대해 단계별 세부 내용 기술하며 변경된 사항에 대해서는 간단하게 변경사유 작성		
	추진 일정	세부 추진 내용	변경사유
		-	
연계협력	■ 사업 수행주체		
	추진주체	주요 역할	
	OO시	-	
	OO치매안심센터	-	
OO공립요양병원	-		
모니터링 결과	※ 모니터링은 사업이 계획대로 진행이 되었는지 확인하는 것으로, 정기적인 모니터링을 통해 사업수행 중 발생한 애로사항(장애요인), 환경변화에 적극 대응하여 사업이 원활히 추진될 수 있도록 노력한 부분 등을 기술		

	-				
	기간	모니터링 내용	모니터링 결과		
성과목표 달성도	<p>* '21년도 추진계획 상의 성과목표, 지표와 일치하게 작성. 단, '당초 계획 대비 변경 사항'에 변경된 목표 작성한 경우 수정된 내용으로 작성(성과목표 및 지표 변경 시 또는 성과목표 미달성시 사유 작성)</p> <p>* 성과지표 달성여부 확인을 위한 자료 확보방법 및 출처 명시</p>				
	성과지표	목표(A)	실적(B)	달성률(B/A)	미달성(변경) 사유
	치매환자등록률(%)	70	75	1.1	
	컴퓨터 프로그램 지원(개소)	5개소	5개소	1.0	
	측정산식 (측정방법)	<p>(예시)</p> <p>- 치매안심센터에 등록된 환자 수(ANSYS) / 60세 이상 추정 치매환자 수(중앙치매센터)</p> <p>- 컴퓨터 프로그램 지원 치매안심센터 수(내부자료) / 지역 내 치매안심센터 수</p>			
목표치 설정근거	<p>(예시)</p> <p>- 2020년 기준 3% 상향 설정(ANSYS)</p> <p>- 지역 내 치매안심센터 수</p>				
예산집행 실적	구분	2021년 최종예산(A)	2021년 집행예산(B)	집행률(%) (B/A)	
	사업비 총액(단위: 천원)	2,000 천원	2,000 천원	100%	

<관련 평가지표> 사업 추진활동의 적정성

1. 지역자원 연계·협력 노력

- 사업전략에 맞는 지역사회 자원을 발굴·투입하였고, 지역사회 자원이 각 역할을 가지고 사업에 참여하였는가?

* 사업전략과 관련이 있는 지역사회 자원을 적절히 발굴하고, 지속적, 자발적 참여가 이루어질 수 있도록 노력하여야 함

* 기술된 지역사회 자원이 해당사업에 실질적인 역할을 가지고 활동하여야 함

2. 사업계획 대비 운영 충실도

- 계획된 사업이 원활히 운영될 수 있도록 노력하였고, 계획된 목표 달성을 위해 사업이 실제 충실히 운영되었는가?

4

자원연계

※ 종합실적보고서 작성 시 본 작성서식의 틀과 내용은 가급적 준수하여 작성하되, 필요에 따라 서식의 순서 및 내용 변경·추가하여 작성 가능

※ 사업의 분야는 5가지(①정책지원 및 연구, ②자원연계, ③사업지원, ④교육, ⑤기타사업)로 구분하여 세부사업을 기획구성

- 사업개수만큼 작성(공통 추진실적 양식, **사업별 5페이지 이내 작성**)
- 아래 양식에서 부족한 내용은 추가하여 작성(표 삽입 등)

4.1 사업명

종합계획 (시행계획) 연계	<input type="checkbox"/> Y (OO계획, 과제명: _____) <input type="checkbox"/> N		
사업목적	<ul style="list-style-type: none"> ■ ■ 		
추진내용	<p>* 최소한 분기별로 작성 요망. 사업 추진절차에서 기술한 내용에 대해 단계별 세부 내용 기술하며 변경된 사항에 대해서는 간단하게 변경사유 작성</p>		
	추진 일정	세부 추진 내용	변경사유
		-	
연계협력	<ul style="list-style-type: none"> ■ 사업 수행주체 		
	추진주체	주요 역할	
	OO시	-	
	OO치매안심센터	.	
OO공립요양병원	.		
모니터링 결과	<p>* 모니터링은 사업이 계획대로 진행이 되었는지 확인하는 것으로, 정기적인 모니터링을 통해 사업수행 중 발생한 애로사항(장애요인), 환경변화에 적극 대응하여 사업이 원활히 추진될 수 있도록 노력한 부분 등을 기술</p> <p>○</p> <p>-</p>		

	기간	모니터링 내용		모니터링 결과	
성과목표 달성도	<p>* '21년도 추진계획 상의 성과목표, 지표와 일치하게 작성. 단, '당초 계획 대비 변경 사항'에 변경된 목표 작성한 경우 수정된 내용으로 작성(성과목표 및 지표 변경 시 또는 성과목표 미달성시 사유 작성)</p> <p>* 성과지표 달성여부 확인을 위한 자료 확보방법 및 출처 명시</p>				
	성과지표	목표(A)	실적(B)	달성률(B/A)	미달성(변경) 사유
	치매환자등록률(%)	70	75	1.1	
	컴퓨터 프로그램 지원(개소)	5개소	5개소	1.0	
	측정산식 (측정방법)	<p>(예시)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 치매안심센터에 등록된 환자 수(ANSYS) / 60세 이상 추정 치매환자 수(중앙치매센터) - 컴퓨터 프로그램 지원 치매안심센터 수(내부자료) / 지역 내 치매안심센터 수 			
목표치 설정근거	<p>(예시)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2020년 기준 3% 상향 설정(ANSYS) - 지역 내 치매안심센터 수 				
예산집행 실적	구분	2021년 최종예산(A)	2021년 집행예산(B)	집행률(%) (B/A)	
	사업비 총액(단위: 천원)	2,000 천원	2,000 천원	100%	

- ※ 종합실적보고서 작성 시 본 작성서식의 틀과 내용은 가급적 준수하여 작성하되, 필요에 따라 서식의 순서 및 내용 변경·추가하여 작성 가능
- ※ 사업의 분야는 5가지(①정책지원 및 연구, ②자원연계, ③사업지원, ④교육, ⑤기타사업)로 구분하여 세부사업을 기획구성

- 사업개수만큼 작성(공통 추진실적 양식, **사업별 5페이지 이내 작성**)
- 아래 양식에서 부족한 내용은 추가하여 작성(표 삽입 등)

5.1 사업명

종합계획 (시행계획) 연계	<input type="checkbox"/> Y (OO계획, 과제명: _____) <input type="checkbox"/> N		
사업목적	<ul style="list-style-type: none"> ■ ■ 		
추진내용	* 최소한 분기별로 작성 요망. 사업 추진절차에서 기술한 내용에 대해 단계별 세부 내용 기술하며 변경된 사항에 대해서는 간단하게 변경사유 작성		
	추진 일정	세부 추진 내용	변경사유
		-	
연계협력	■ 사업 수행주체		
	추진주체	주요 역할	
	OO시	-	.
	OO치매안심센터	-	.
OO공립요양병원	-	.	
모니터링 결과	※ 모니터링은 사업이 계획대로 진행이 되었는지 확인하는 것으로, 정기적인 모니터링을 통해 사업수행 중 발생한 애로사항(장애요인), 환경변화에 적극 대응하여 사업이 원활히 추진될 수 있도록 노력한 부분 등을 기술 ○ -		

	기간	모니터링 내용		모니터링 결과	
성과목표 달성도	<p>* '21년도 추진계획 상의 성과목표, 지표와 일치하게 작성. 단, '당초 계획 대비 변경 사항'에 변경된 목표 작성한 경우 수정된 내용으로 작성(성과목표 및 지표 변경 시 또는 성과목표 미달성시 사유 작성)</p> <p>* 성과지표 달성여부 확인을 위한 자료 확보방법 및 출처 명시</p>				
	성과지표	목표(A)	실적(B)	달성률(B/A)	미달성(변경) 사유
	치매환자등록률(%)	70	75	1.1	
	쉼터 프로그램 지원(개소)	5개소	5개소	1.0	
	측정산식 (측정방법)	<p>(예시)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 치매안심센터에 등록된 환자 수(ANSYS) / 60세 이상 추정 치매환자 수(중앙치매센터) - 쉼터 프로그램 지원 치매안심센터 수(내부자료) / 지역 내 치매안심센터 수 			
목표치 설정근거	<p>(예시)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2020년 기준 3% 상향 설정(ANSYS) - 지역 내 치매안심센터 수 				
예산집행 실적	구분	2021년 최종예산(A)	2021년 집행예산(B)	집행률(%) (B/A)	
	사업비 총액(단위: 천원)	2,000 천원	2,000 천원	100%	

※ 종합실적보고서 작성 시 본 작성서식의 틀과 내용은 가급적 준수하여 작성하되, 필요에 따라 서식의 순서 및 내용 변경·추가하여 작성 가능

※ 사업의 분야는 5가지(①정책지원 및 연구, ②자원연계, ③사업지원, ④교육, ⑤기타사업)로 구분하여 세부사업을 기획구성

- 사업개수만큼 작성(공통 추진실적 양식, **사업별 5페이지 이내 작성**)
- 아래 양식에서 부족한 내용은 추가하여 작성(표 삽입 등)

6.1 사업명

종합계획 (시행계획) 연계	<input type="checkbox"/> Y (OO계획, 과제명: _____) <input type="checkbox"/> N																	
사업목적	<ul style="list-style-type: none"> ■ ■ 																	
추진내용	<p>* 최소한 분기별로 작성 요망. 사업 추진절차에서 기술한 내용에 대해 단계별 세부 내용 기술하며 변경된 사항에 대해서는 간단하게 변경사유 작성</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>추진 일정</th> <th>세부 추진 내용</th> <th>변경사유</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>-</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>.</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>-</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>.</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			추진 일정	세부 추진 내용	변경사유		-			.			-			.	
	추진 일정	세부 추진 내용	변경사유															
		-																
	.																	
	-																	
	.																	
연계협력	<p>■ 사업 수행주체</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>추진주체</th> <th>주요 역할</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OO시</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>OO치매안심센터</td> <td>.</td> </tr> <tr> <td>OO공립요양병원</td> <td>.</td> </tr> </tbody> </table>			추진주체	주요 역할	OO시	-	OO치매안심센터	.	OO공립요양병원	.							
	추진주체	주요 역할																
	OO시	-																
	OO치매안심센터	.																
OO공립요양병원	.																	
모니터링 결과	<p>* 모니터링은 사업이 계획대로 진행이 되었는지 확인하는 것으로, 정기적인 모니터링을 통해 사업수행 중 발생한 애로사항(장애요인), 환경변화에 적극 대응하여 사업이 원활히 추진될 수 있도록 노력한 부분 등을 기술</p> <p>○</p>																	

	-				
	기간	모니터링 내용	모니터링 결과		
성과목표 달성도	<p>* '21년도 추진계획 상의 성과목표, 지표와 일치하게 작성. 단, '당초 계획 대비 변경 사항'에 변경된 목표 작성한 경우 수정된 내용으로 작성(성과목표 및 지표 변경 시 또는 성과목표 미달성시 사유 작성)</p> <p>* 성과지표 달성여부 확인을 위한 자료 확보방법 및 출처 명시</p>				
	성과지표	목표(A)	실적(B)	달성률(B/A)	미달성(변경) 사유
	치매환자등록률(%)	70	75	1.1	
	쉼터 프로그램 지원(개소)	5개소	5개소	1.0	
	측정산식 (측정방법)	<p>(예시)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 치매안심센터에 등록된 환자 수(ANSYS) / 60세 이상 추정 치매환자 수(중앙치매센터) - 쉼터 프로그램 지원 치매안심센터 수(내부자료) / 지역 내 치매안심센터 수 			
	목표치 설정근거	<p>(예시)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2020년 기준 3% 상향 설정(ANSYS) - 지역 내 치매안심센터 수 			
예산집행 실적	구분	2021년 최종예산(A)	2021년 집행예산(B)	집행률(%) (B/A)	
	사업비 총액(단위: 천원)	2,000 천원	2,000 천원	100%	

※ 종합실적보고서 작성 시 본 작성서식의 틀과 내용은 가급적 준수하여 작성하되, 필요에 따라 서식의 순서 및 내용 변경·추가하여 작성 가능

※ 사업의 분야는 5가지(①정책지원 및 연구, ②자원연계, ③사업지원, ④교육, ⑤기타사업)로 구분하여 세부사업을 기획구성

- 사업개수만큼 작성(공통 추진실적 양식, **사업별 5페이지 이내 작성**)
- 아래 양식에서 부족한 내용은 추가하여 작성(표 삽입 등)

7.1 사업명

종합계획 (시행계획) 연계	<input type="checkbox"/> Y (OO계획, 과제명: _____) <input type="checkbox"/> N																	
사업목적	<ul style="list-style-type: none"> ■ ■ 																	
추진내용	<p>* 최소한 분기별로 작성 요망. 사업 추진절차에서 기술한 내용에 대해 단계별 세부 내용 기술하며 변경된 사항에 대해서는 간단하게 변경사유 작성</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>추진 일정</th> <th>세부 추진 내용</th> <th>변경사유</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>-</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>.</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>-</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>.</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			추진 일정	세부 추진 내용	변경사유		-			.			-			.	
	추진 일정	세부 추진 내용	변경사유															
		-																
	.																	
	-																	
	.																	
연계협력	<p>■ 사업 수행주체</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>추진주체</th> <th colspan="2">주요 역할</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OO시</td> <td>-</td> <td>.</td> </tr> <tr> <td>OO치매안심센터</td> <td>-</td> <td>.</td> </tr> <tr> <td>OO공립요양병원</td> <td>-</td> <td>.</td> </tr> </tbody> </table>			추진주체	주요 역할		OO시	-	.	OO치매안심센터	-	.	OO공립요양병원	-	.			
	추진주체	주요 역할																
	OO시	-	.															
	OO치매안심센터	-	.															
OO공립요양병원	-	.																
모니터링 결과	<p>※ 모니터링은 사업이 계획대로 진행이 되었는지 확인하는 것으로, 정기적인 모니터링을 통해 사업수행 중 발생한 애로사항(장애요인), 환경변화에 적극 대응하여 사업이 원활히 추진될 수 있도록 노력한 부분 등을 기술</p> <p>○</p> <p>-</p>																	

	기간	모니터링 내용		모니터링 결과	
성과목표 달성도	<p>* '21년도 추진계획 상의 성과목표, 지표와 일치하게 작성. 단, '당초 계획 대비 변경 사항'에 변경된 목표 작성한 경우 수정된 내용으로 작성(성과목표 및 지표 변경 시 또는 성과목표 미달성시 사유 작성)</p> <p>* 성과지표 달성여부 확인을 위한 자료 확보방법 및 출처 명시</p>				
	성과지표	목표(A)	실적(B)	달성률(B/A)	미달성(변경) 사유
	치매환자등록률(%)	70	75	1.1	
	쉼터 프로그램 지원(개소)	5개소	5개소	1.0	
	측정산식(측정 방법)	<p>(예시)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 치매안심센터에 등록된 환자 수(ANSYS) / 60세 이상 추정 치매환자 수(중앙치매센터) - 쉼터 프로그램 지원 치매안심센터 수(내부자료) / 지역 내 치매안심센터 수 			
목표치 설정근거	<p>(예시)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2020년 기준 3% 상향 설정(ANSYS) - 지역 내 치매안심센터 수 				
예산집행 실적	구분	2021년 최종예산(A)	2021년 집행예산(B)	집행률(%) (B/A)	
	사업비 총액(단위: 천원)	2,000 천원	2,000 천원	100%	

※ 사업 모니터링 및 자체평가를 통해 도출된 사항을 바탕으로 향후 사업에 적용할 수 있는 개선 방안 도출 필요

※ 향후 개선 방안은 추후 차년도 사업계획에 반영 필요

- 자체평가 시 성공요인, 부진요인 및 연내 사업운영하면서 발생한 애로사항 등을 바탕으로 향후 개선 방안 작성
- 향후 기대되는 효과와 활용전략(방안) 등이 나타날 수 있도록 작성(4페이지 이내 작성)

□

○

<관련 평가지표> 사업 추진활동의 적정성

3. 자체평가 및 환류의 충실성

- 사업을 수행하는 과정, 결과에 대해 의미있는 자체평가를 도출하고, 내용을 바탕으로 향후 개선방안을 도출하였는가?

9

인력 확보현황

※ 작성요령

- 2021년 치매정책 사업안내 '광역지자체 별 인력규모(권장사항)' 참조
- 월별 특이사항 비교에 작성. 비교 내용은 관련 자료 확인하여 인정

□ 권장 인력 규모 수 : 00 명

구분	사무국장	팀장	팀원	총 인력(명)	비고
1월	1	2	4	7	
2월	1	2	4	7	
3월	1	2	4	7	
4월	1	2	4	7	
5월	1	2	4	7	
6월	1	2	3	6	
7월	1	2	3	6	
8월	1	2	4	7	
9월	1	2	4	7	
10월	1	2	4	7	
11월	1	2	4	7	
12월	3	4	4	7	

<관련 평가지표> 인력 충족율

* 산출식

조사문항	산출식
인력 충족율	$\frac{\text{월별 확보 직원 수 평균 ()명}}{\text{2021년 최소 인력기준 권고안 ()명}} \times 100$

[붙임 4] 예산과목 전용조서 서식

과 목 전용 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

190mm×268mm
(신문용지 54g/m²)

Ⅲ 치매안심병원 및 공립요양병원 운영 등(서식 등)

→ 서식 목록

- <별지 제1호 서식> 치매안심병원 지정신청서
- <별지 제2호 서식> 치매안심병원 운영계획서
- <별지 제3호 서식> 치매안심병원 지정기준 확인서
- <별지 제4호 서식> 치매 관련 의료서비스 시행계획 및 시행결과
- <별지 제5호 서식> 치매안심병원 변경신고서
- <별지 제6호 서식> 00시·도(시·군·구) 치매안심병원 지정기준 검토의견서
- <별지 제6-1호 서식> 공립요양병원 운영 표준 위·수탁계약서
- <별지 제7호 서식> 20__ 공립요양병원 기능보강사업 사업계획서
- <별지 제8호 서식> 20__년도 국고보조금 교부신청서
- <별지 제9호 서식> 서약서
- <별지 제10호 서식> 사업계획 변경 승인 요청서
- <별지 제11호 서식> 시설설계 심의 신청서
- <별지 제12호 서식> 시설설계 심의 신청 내용
- <별지 제13호 서식> 장비계획 심의 신청서
- <별지 제14호 서식> 장비 심의 신청 내용
- <별지 제15호 서식> 장비별 사양서
- <별지 제16호 서식> 장비 활용 계획서(500만원 이상 장비별 작성)
- <별지 제17호 서식> 공립요양병원 기능보강사업 수행상황 보고서(분기별 집행보고)
- <별지 제18호 서식> ()년 공립요양병원 기능보강사업 분기별 집행현황
- <별지 제19호 서식> 공립요양병원 기능보강사업 완료실적 보고서
- <별지 제20호 서식> 시설공사 완료보고 내용
- <별지 제21호 서식> 장비구매 완료보고 내용
- <별지 제22호 서식> 국고보조금 이월승인 요청서
- <별지 제23호 서식> 국고보조금 이월 세부명세(자치단체보조사업)
- <별지 제24호 서식> 공립요양병원 기능보강사업 실적 보고서(회계연도 내 미완료)
- <별지 제25호 서식> 공립요양병원 기능보강사업 집행내역서(회계연도 내 미완료)

- <별지 제26호 서식> ○○년도 국고보조금 취득 중요재산 현황
- <별지 제27호 서식> 보조금이 지원된 부동산 증명서
- <별지 제28호 서식> 부기등기 말소 대상 부동산 증명서
- <별지 제29호 서식> 성과평가 실적 양식
- <별지 제30호 서식> 일상생활 복귀 지원 등 신청서
- <별지 제31호 서식> 퇴원계획서
- <별지 제32호 서식> 사업비 정산
- <별지 제33호 서식> 00시·도(시·군·구) 공립요양병원 공공사업 예산집행 적절성
검토의견서
- <별지 제34호 서식> 치매안심센터 등록의뢰서
- <별지 제35호 서식> 공립요양병원 공공사업 사업계획서

<별지 제1호 서식>

치매안심병원 지정신청서

접수번호	접수일	처리기간:	2개월	
신청 의료기관	의료기관명	설립구분	설립일자	요양기관 번호
	주소			
	대표자 성명			주요 진료과목(2개 이내)
	담당자	성명	부서명	직책
		전화번호		팩스번호

「치매관리법」 제16조의4 및 같은 법 시행규칙 제7조의6제2항에 따라 위와 같이 치매안심병원의 지정을 신청합니다.

년 월 일

신청자

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

첨부서류	1. 치매안심병원 운영계획서 2. 별표 2의2에 따른 치매안심병원 지정기준을 갖추었음을 확인할 수 있는 서류	수수료 없음
------	---	-----------

행정정보 공동이용 동의서

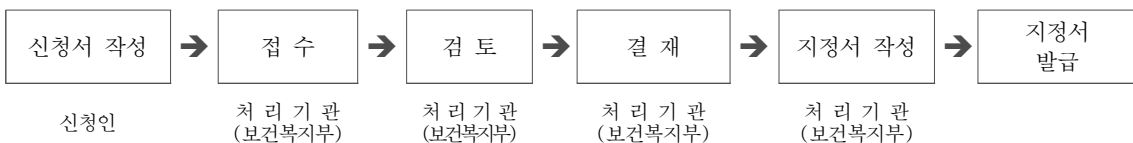
본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 의료기관 개설허가증을 확인하는 것에 동의합니다.

* 동의하지 않는 경우에는 신청자 본인이 직접 관련 서류를 제출해야 합니다.

신청자

(서명 또는 인)

처리 절차



<별지 제2호 서식>

치매안심병원 운영계획서

1. 표지 및 제출문

(뒷면)

(앞면)

<table border="1" style="width: 100%;"><thead><tr><th style="text-align: center;">지방자치단체</th></tr></thead><tbody><tr><td>지자체 : 담당부서 : 담당자 성명 : 직책 : 전화번호 : 휴대폰번호 : 이메일 :</td></tr><tr><th style="text-align: center;">병원</th></tr><tr><td>주소 : 전화번호 : 팩스번호 : 원장 성명 : 책임자 성명 : 담당자 성명 : 직책 : 전화번호 : 휴대폰번호 : 이메일 : (HWP 14 point 고딕체)</td></tr></tbody></table>	지방자치단체	지자체 : 담당부서 : 담당자 성명 : 직책 : 전화번호 : 휴대폰번호 : 이메일 :	병원	주소 : 전화번호 : 팩스번호 : 원장 성명 : 책임자 성명 : 담당자 성명 : 직책 : 전화번호 : 휴대폰번호 : 이메일 : (HWP 14 point 고딕체)	20_ 치매안심병원 운영계획서 ○○병원	<p>20_ 년 ○○병원 치매안심병원 운영계획서</p> <p>(18 point 가는 헤드라인)</p> <p>20_. 00 (16 point 견명조)</p> <p>○○병원 (중고딕 15)</p>
지방자치단체						
지자체 : 담당부서 : 담당자 성명 : 직책 : 전화번호 : 휴대폰번호 : 이메일 :						
병원						
주소 : 전화번호 : 팩스번호 : 원장 성명 : 책임자 성명 : 담당자 성명 : 직책 : 전화번호 : 휴대폰번호 : 이메일 : (HWP 14 point 고딕체)						

* 담당자 성명, 주소, 전화번호(병원 대표번호가 아닌, 담당자 직통번호) 등 반드시 명기

제 출 문

○○병원의 「치매안심병원」 지정을 위한 운영계획서를 붙임과 같이 제출합니다.

<붙임>

1. ○○병원 「치매안심병원」 운영계획서 5부
2. ○○병원 「치매안심병원」 운영계획서(한글파일 포함)가 담긴 CD 또는 USB 2개

20 . .

신청기관명 : 직인

책임자 : 직인

보건복지부 장관 귀하

2. 운영계획 요약서

○○ 병원 (○○시·도, ○○시·군·구)			
1. 일반현황(00년 00월, 제출 전월 기준)			
병원 전경		치매안심병동 사진	
설립형태		병상수	000허가병상 기준(제출 전월기준)
병원 종별 구분	요양병원	병상가동률	00.0%(제출 전년도)
건축연도	0000년 00월	직원수	000명(전문의 00명)
대지면적	00,000m ²	의사등급	0등급(제출 전월기준)
건축규모	지상0층, 지하0층	간호등급	0등급(제출 전월기준)
건물연면적	00,000m ²	응급지정	지역응급의료기관
진료과목수	00개과	수련지정	인턴(), 레지던트()
의료기관 인증	인증제 종류 : 요양병원, 인증 연월일 : 00.00.00.		
2. 치매안심병원 개요			
병동 위치 및 병상수	<ul style="list-style-type: none"> - 치매안심병원 총 00병상 · 00건물 00층 00병동(00병상수) · 00건물 00층 00병동(00병상수) 		

3. 지역 일반 현황 (병원이 위치한 해당 기초자치단체 기준)

■ 인구현황 (20__~20__, 제출전 최근 3개년 자료 기준)

20__			20__			20__		
인구 (명)	노인인구 (명)	노인인구 비율(%)	인구 (명)	노인인구 (명)	노인인구 비율(%)	인구 (명)	노인인구 (명)	노인인구 비율(%)

■ 치매환자현황 (20__~20__, 제출전 최근 3개년 자료 기준)

20__			20__			20__		
인구 (명)	치매환자 (명)	치매환자 비율(%)	인구 (명)	치매환자 (명)	치매환자 비율(%)	인구 (명)	치매환자 (명)	치매환자 비율(%)

■ 의료기관 공급현황 (20__, 제출 전년 기준)

상급종합병원		종합병원		병원		요양병원	
기관수	병상수	기관수	병상수	기관수	병상수	기관수	병상수

4. 일반 현황

■ 병원 일반 현황

병원명	수탁기관명	수탁기간	최초 건축연도	경과연도

■ 수탁기관 연혁

--

■ 병원 연혁

--

■ 건축 개요

구분	내용	비고	구분	내용	비고
대지면적	000m ²	-	건축 규모	지상0층, 지하0층	-
건축면적	000m ²	-	건물수	총 00개 건물	-
건폐율	00%	법정 00%	주차대수	00대	법정 00대
연면적	000m ²	-	조경면적	000m ² (00%)	법정 00%
용적률	00%	법정 00%	-	-	-

■ 병상 현황 (00년 00월, 제출 전월말 기준)

허가병상 총계	일반	치매전문병동	중환자	정신	기타

■ 층별 주요시설

구분	내용		면적(㎡)
본관	2F	병동(76병상), 진료실, 프로그램실, 원장실, 세탁실	1,171.08
	1F	일반병동(60병상), 진료실, 물리치료실, 접수/원무, 사회사업실	1,171.08
	B1F	주방, 식당, 세탁실, 기계실, 전기실, 창고	555.71
소계	136병상		2,897.87
별관	2F	-	-
	1F	-	-
	소계	-	
합계	136병상		2,897.87

* 의료시설이 포함된 병원 내 모든 건물(본관, 신관, 별관 등)에 대하여 작성

■ 진료과 (00년 00월, 제출 전월말 기준)

- 각 과별 전문의 수 기입(치과, 한방과는 일반의 포함)

구분	사남인과	소아청소년과	내과	신경과	정신건강의학과	신경외과	한방신경정신과	외과	정형외과	흉부외과	성형외과	마취통증의학과	안과	이비인후과	피부과	비뇨기과	영상의학과	방사선종양학과	병리과	진단검사의학과	재활의학과	결핵과	가정의학과	핵의학과	직업환경의학과	응급의학과	치과	한방과	계
전문의																													
일반의																													
계																													

■ 인력현황 (00년 00월, 제출 전월말 기준)

구분		현재	비고
의사	전문의	명	
	레지던트	명	
	인턴	명	
	일반의	명	
	의사 등급	등급	
약사	약사	명	
	약국보조인력	명	
간호사	간호등급	등급	
	간호사	명	
	간호조무사	명	
	보조원(자격증 없음)	명	
의료기사 등	임상병리사	명	
	방사선사	명	
	물리치료사	명	
	작업치료사	명	
	치과기공사	명	
	치과위생사	명	
	의무기록사	명	
	사회복지사	명	
	기타	명	
행정관리	사무직	명	
	기술직	명	
	전산직	명	
	의공직	명	
	기타	명	
총계	-	명	

■ 병원 전체 조직도

■ 진료 실적 (20__~20__, 제출전 최근 3개년 결산서 기준 작성)

구분	20__	20__	20__
병상 가동율(병원 전체 병상)	00%	00%	00%
입원 실인원*	00명	00명	00명
입원 연인원**	00명	00명	00명
외래 환자	00명	00명	00명

* 실인원 : 입원한 실제 환자수 (예, A가 3박4일 입원한 경우 1명)

** 연인원 : 입원한 환자 재원일수 (예, A가 3박4일 입원한 경우 4명)

■ 국고보조사업 내역 (시설, 장비 분야 최근 5개년)

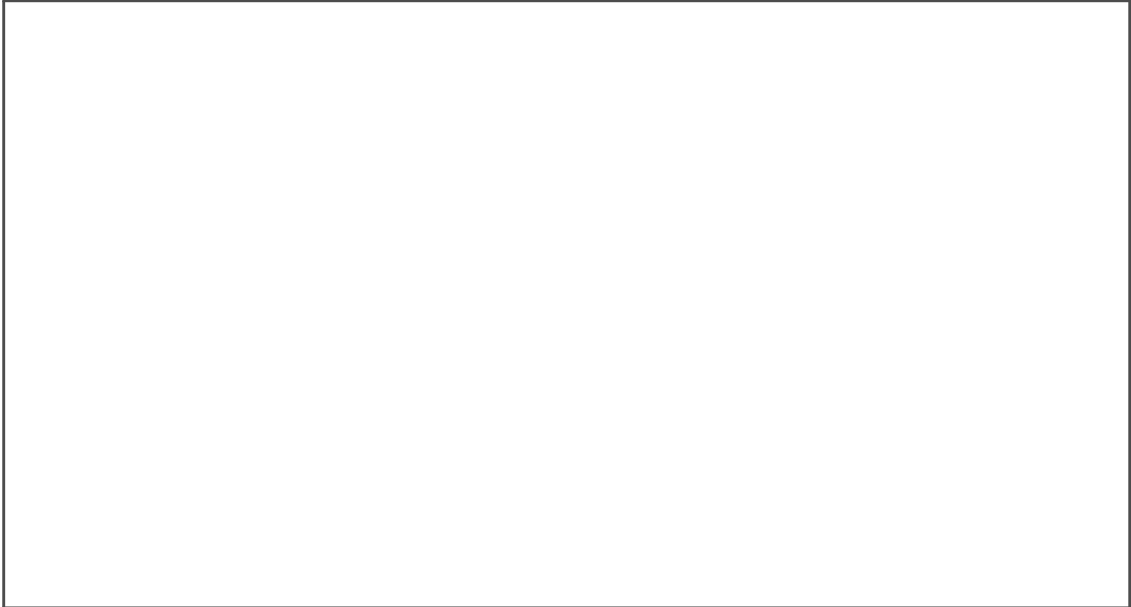
사업선정 연도	사업 구분*	사업예산			사업내용(지원기관 포함)
		국비	지방비	계	

* 사업구분 : 신축, 시설(증·개축), 의료장비로 구분

5. 운영계획

1) 추진배경 및 목표

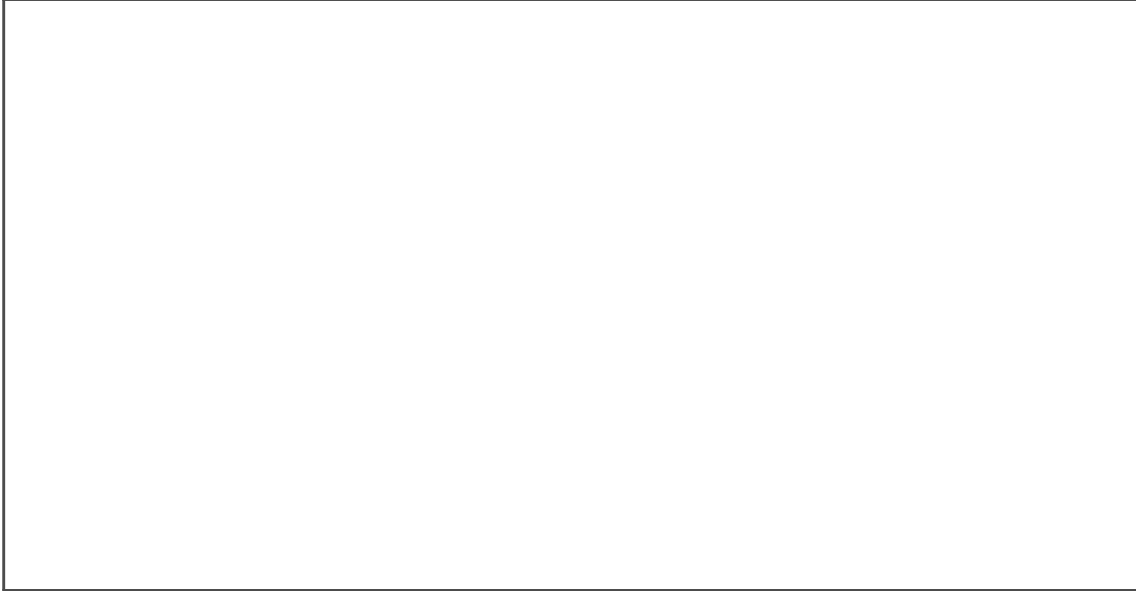
가. 추진배경 및 필요성



나. 사업운영 목표



다. 사업추진 의지



라. 기대 효과



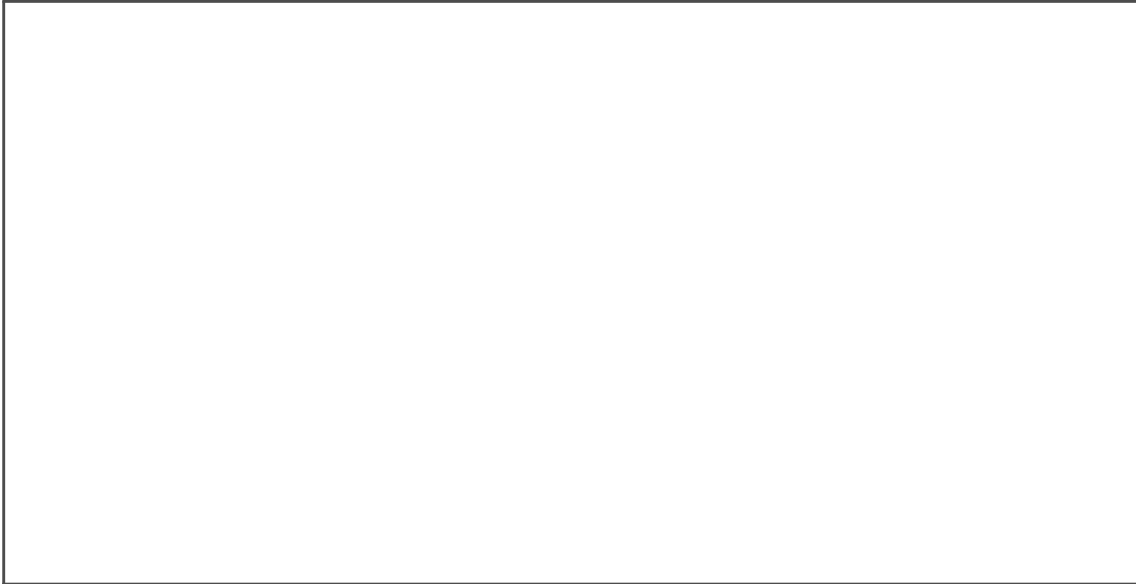
2) 치매 관련 의료서비스의 제공 및 이용 현황



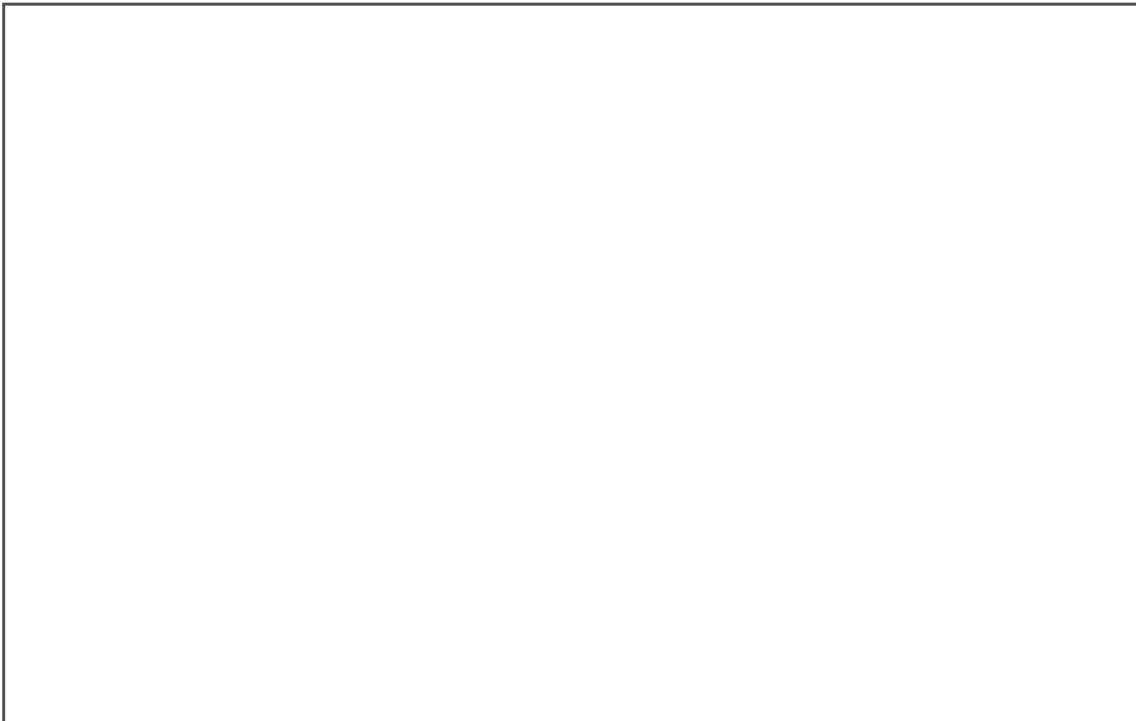
3) 치매 관련 의료서비스 제공을 위한 인력, 시설, 장비의 운영계획



4) 치매환자의 치료·보호 및 관리와 관련된 기관·법인·단체와의 협력 및 연계 방안



5) 기타 치매 관련 의료서비스 제공 계획 (치매환자 프로그램 계획 등)



치매안심병원 지정기준 확인서

1. 시설 기준

1) 치매안심병원(병동) 현황

번호	건물 구분	층 구분	병동 구분	병상수	면적	현재 설치 여부	
						설치 완료	설치 예정
1	본관	5층	51병동	50병상	1,520㎡	○	
2	신관						○
-	합계	00개 층	00개 병동	00병상	00,000㎡		

2) 치매안심병동별 시설기준 충족여부 (병동별 작성)

00건물 0층 00병동 (치매안심병동 00병상)					
구분	세부기준	적용 또는 미적용 사항	자체점검		
			충족	미충족	예정
일반기준	의료법 제 36조제1호 의료기관의 종류에 따른 시설기준 및 규격		○		
	의료법 제 36조제2호 의료기관의 안전관리시설 기준			○	
	병상, 목욕실, 화장실에 간호사 호출장치				○
	복도, 계단, 화장실, 목욕실에 안전손잡이				
	휠체어, 보행보조기 등을 보관할 수 있는 공간				
치매안심 병동	행동심리증상을 집중치료를 위한 치매환자 전용의 병동				
	병상수는 30개 이상 60개 이하	00병상	○		
	일반병동과 구분되고 출입통제 가능				
	조명, 색채, 영상, 음향 등을 이용하여 행동심리증상을 완화하기 위한 환경				
	환자의 안정성을 고려한 공간				
	4인실 이하의 입원병실, 요양병원의 경우 6인실 이하의 입원병실				
	행동심리증상 집중치료를 위한 1인용 입원병실 1개 이상	2개 설치	○		
	입원병실의 벽과 바닥은 충격흡수가 가능한 소재				

00건물 0층 00병동 (치매안심병동 00병상)					
구분	세부기준	적용 또는 미적용 사항	자체점검		
			충족	미충족	예정
	입원병실마다 화장실				
	입원병실마다 흡인기, 산소발생기 및 환기시설				
공용거실	치매안심병동당 1개 이상				
	환자수를 고려하여 충분한 면적 확보				
	병실과 분리하되, 병실에서 접근하기 쉬운 위치에 배치				
	환자들이 모여 식사할 수 있는 공간				
	채광이 충분한 곳에 배치				
프로그램실	2개 치매안심병동당 1개	1개 설치	○		
	치매환자 전용 시설로 운영할 수 있도록 치매안심병동 안에 설치				
	개인·집단·소그룹 인지치료, 회상치료 및 가족 프로그램을 운영할 수 있는 공간				
	프로그램에 필요한 도구를 수납할 수 있는 시설				
간호사실	치매안심병동의 각 층마다 1개 이상				
	치매환자를 보호·관찰하기 쉬운 위치				
	간호 및 감염관리에 필요한 간호사 탈의실, 오염물처리실, 청결물실, 처치실				
상담실	치매안심병동 안에 치매환자 전용 상담실 1개 이상				
목욕실	2개 치매안심병동당 1개 이상				
	문턱, 미끄럼 방지 바닥, 목욕침대가 들어갈 수 있는 넓이, 보조인이 목욕을 도울 수 있는 넓이, 준비실				
다목적 프로그램실	병원 내 1개 이상				
	환자가 접근하기 쉬운 위치에 설치				
	음악활동, 미술활동, 원예활동, 회상활동 등의 인지자극 프로그램을 진행할 수 있는 공간				
	치매안심병동 내 프로그램실과 별도				

* '미적용 사항'의 경우 적용 가능여부 및 적용 예정시기를 포함하여 기입

3) 시설 도면 (건물별 배치도, 층별 평면도 작성)

* 원자료(autocad에서 pdf로 저장) 형식의 도면 파일을 CD 또는 USB에 제출

가. 건축 도면(배치도, 층별 평면도(전층))

배치도

- 이미지 파일 2MB 이하로 삽입
- 병원 내 모든 건물이 나오도록 작성
- 차량, 보행자 진출입 확인

00건물 지하1층 평면도

- 이미지 파일 2MB 이하로 삽입
- 실명(필수)이 명확하게 잘 보이도록 작성할 것

00건물 지상3층 평면도 - 치매안심병동(00병상)

- 이미지 파일 2MB 이하로 삽입
- 실명(필수)이 명확하게 잘 보이도록 작성할 것
- 병상배치 필수(계획 병상수와 도면의 병상수 합이 일치하여야 함)

2. 장비 기준

1) 치매안심병동별 장비기준 충족여부 (병동별 작성)

00건물 0층 00병동 (치매안심병동 00병상)						
번호	장비명	기준	적용 또는 미적용 사항	자체점검		
				충족	미충족	예정
1	소독 등 처치용 카트	병동당 1개 이상	2대	○		
2	배식차(일반병동과 공용 사용 가능)	병동당 1개 이상				
3	신장체중계	병동당 1개 이상				
4	심전도기(E.K.G.)	병동당 1개 이상				
5	응급용 카트	병동당 1개 이상				
6	이동용 침대	병동당 1개 이상				
7	자동심장충격기	병동당 1개 이상				
8	의약품용 카트	병동당 2개 이상				
9	작업치료 도구	병동당 3세트 이상				
10	환자모니터링장치(bedside monitor)	병동당 4개 이상				
11	환자용 침대	병상당 1개				
12	보행 보조 장비(워커)	2개 병상당 1개 이상				
13	의료용 분무기 (medical nonventilatory nebulizer)	5개 병상당 1개 이상				
14	이동형 폴대(iv pole)	5개 병상당 1개 이상				
15	혈압계	6개 병상당 1개 이상				
16	휠체어	6개 병상당 1개 이상				
17	목욕 침대	20개 병상당 1개 이상				
18	목욕 의자	20개 병상당 1개 이상				
19	산소포화도 측정기	20개 병상당 1개 이상				
20	수액자동주입기(infusion pump)	20개 병상당 1개 이상				

* '미적용 사항'의 경우 적용 가능여부 및 적용 예정시기를 포함하여 기입

2) 장비 배치도(치매안심병동별 1페이지로 작성)

00건물 지상3층 평면도 - 치매안심병동(00병상)	번호	장비명	대수
	1	소독 등 처치용 카트	
	2	배식차	
	3	신장체중계	
	4	심전도기(E.K.G.)	
	5	응급용 카트	
	6	이동용 침대	
	7	자동심장충격기	
	8	의약품용 카트	
	9	작업치료 도구	
	10	환자모니터링장치	
	11	환자용 침대	
	12	보행 보조 장비(위커)	
	13	의료용 분무기	
	14	이동형 폴대(iv pole)	
	15	혈압계	
	16	휠체어	
	17	목욕 침대	
	<p>- 이미지 파일 2MB 이하로 삽입 - 실명(필수) 및 장비번호가 명확하게 잘 보이도록 작성할 것 - 병상배치 필수(계획 병상수와 도면의 병상수 합이 일치하여야 함)</p>	18	목욕 의자
19		산소포화도 측정기	
	20	수액자동주입기	

3. 인력 기준

1) 인력 확보 및 운영 계획

구분	전공/역할	현재 인력	확보 예정인력	확보 계획
전문의	신경과			
	정신건강의학과			
	신경외과			
	한방신경정신과			
간호인력	()층 치매병동	간호사		
		간호조무사		
		정신건강간호사, 노인전문간호사 또는 치매전문교육 이수간호사		
		간호사		
	()층 치매병동	간호사		
		간호조무사		
		정신건강간호사, 노인전문간호사 또는 치매전문교육 이수간호사		
		간호사		
의료기사 등	작업치료사			
	임상심리사			
	정신건강사회복지사			
	물리치료사			
기타				

* 확보 예정인의 경우 채용 가능시기를 포함하여 기입

2) 치매안심병동 인력기준 충족여부

구분	기준	자체점검			
		충족	미충족	예정	
전문의	<ul style="list-style-type: none"> 신경과 전문의, 신경외과 전문의, 정신건강의학과 또는 한방신경정신과 전문의 1명 이상 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 치매 관련 의사나 신경과 전문의, 신경외과 전문의 또는 정신건강의학과 전문의와의 협진체계를 갖출 것 				
간호인력	<ul style="list-style-type: none"> 치매안심병동에서 치매환자 전담 인력 24시간 운영체계 요양병원 외의 경우 신청일 직전 분기의 평균 병상수가 평균 간호사 수의 2.5배 미만 요양병원의 경우 신청일 직전 분기의 평균 입원환자 수가 간호사·간호조무사 수의 4.5배 미만 정신건강간호사, 노인전문간호사, 또는 보건복지부장관이 인정하는 치매전문교육 과정을 이수한 간호사 1명 이상 				
	치료사	<ul style="list-style-type: none"> 치매환자를 전담하는 작업치료사 1명 이상 			
	심리사 사회복지사	<ul style="list-style-type: none"> 임상심리사, 또는 정신건강사회복지사 1명 이상 (임상심리사 비상근 가능) 			

3) 필수 인력 전원의 적격성을 증명하는 서류

가. 전문의 (인원별 작성)

번호	진료과	성명	재직기간	전담	겸임	예정
1						
2						
3						

번호	진료과	성명	재직기간	전담	겸임	예정
1						
<p>- 의사 면허증</p> <p>- 해당병원 소속 및 치매전문병동 업무수행을 증명할 수 있는 자료</p> <p>1) 인사발령 공문 또는 업무지시서</p> <p>2) 치매전문병동 처방내역 등</p> <p>- 이미지 파일 2MB 이하로 삽입</p>						

번호	근무지			성명	직위	재직기간	전담	겸임	예정
	건물명	층수	병동						
1									
<p>- 간호사 면허증</p> <p>- 치매전문병동소속 및 24시간 운영체제를 증빙할 수 있는 자료</p> <p>1) 인사발령 공문 또는 업무지시서</p> <p>2) 3교대 근무표 등</p> <p>- 이미지 파일 2MB 이하로 삽입</p>									

다. 치료사, 심리사, 사회복지사 등 (인원별 작성)

번호	직종 구분	성명	직위	재직기간	전담	겸임	예정
1	작업치료사						
2	임상심리사						
3	정신건강 사회복지사						

번호	직종 구분	성명	직위	재직기간	전담	겸임	예정
1							

- 면허증 또는 자격증
- 치매전문병동 소속임을 증빙할 수 있는 자료
 - 1) 인사발령 공문 또는 업무지시서
 - 2) 작업치료사의 프로그램진행일지, 임상심리사의 심리검사 처방수행 일지 등
- 이미지 파일 2MB 이하로 삽입

4. 기타 서류

1) 의료기관 개설신고증명서 또는 개설허가증

* '치매안심병원 지정신청서'의 행정정보 공동이용 동의서에 동의하지 않은 경우 제출

(2MB 이하의 증명서류 파일 첨부)

2) 의료기관 인증서

(2MB 이하의 인증서 파일 첨부)

치매 관련 의료서비스 시행계획 및 시행결과

1. 일반현황

○○ 병원 (○○시/군, ○○시/군/구)			
1. 일반현황(00년 00월, 제출 전월 기준)			
병원 전경		치매안심병동 사진	
설립형태		병상수	000허가병상 기준(제출 전월기준)
병원 종별 구분	요양병원	병상가동률	00.0% (제출 전년도)
건축연도	0000년 00월	직원수	000명(전문의 00명)
대지면적	00,000m ²	의사등급	0등급(제출 전월기준)
건축규모	지상0층, 지하0층	간호등급	0등급(제출 전월기준)
건물연면적	00,000m ²	응급지정	지역응급의료기관
진료과목수	00개과	수련지정	인턴(), 레지던트()
의료기관 인증	인증제 종류 : 요양병원, 인증 연월일 : 00.00.00.		
2. 치매안심병원 개요			
병동 위치 및 병상수	- 치매안심병원 총 00병상 · 00건물 00층 00병동(00병상수) · 00건물 00층 00병동(00병상수)		

2. 지정기준 충족 현황 (제출 전월 기준)

□ 시설 기준

1) 치매안심병원(병동) 현황

번호	건물 구분	층 구분	병동 구분	병상수	면적	현재 운영 여부	
						운영	미운영
1	본관	5층	51병동	50병상	1,520m ²	○	
2	신관						○
-	합계	00개 층	00개 병동	00병상	00,000m ²		

2) 치매안심병동별 시설기준 충족 여부 (병동별 작성)

00건물 0층 00병동 (치매안심병동 00병상)					
구분	세부기준	적용 또는 미적용 사항	자체점검		
			충족	미충족	예정
일반기준	의료법 제 36조제1호 의료기관의 종류에 따른 시설기준 및 규격		○		
	의료법 제 36조제2호 의료기관의 안전관리시설 기준			○	
	병상, 목욕실, 화장실에 간호사 호출장치				○
	복도, 계단, 화장실, 목욕실에 안전손잡이				
	휠체어, 보행보조기 등을 보관할 수 있는 공간				
치매안심 병동	행동심리증상을 집중치료를 위한 치매환자 전용의 병동				
	병상수는 30개 이상 60개 이하	00병상	○		
	일반병동과 구분되고 출입통제 가능				
	조명, 색채, 영상, 음향 등을 이용하여 행동심리증상을 완화하기 위한 환경				
	환자의 안정성을 고려한 공간				
	4인실 이하의 입원병실, 요양병원의 경우 6인실 이하의 입원병실				
	행동심리증상 집중치료를 위한 1인용 입원병실 1개 이상	2개 설치	○		

00건물 0층 00병동 (치매안심병동 00병상)					
구분	세부기준	적용 또는 미적용 사항	자체점검		
			충족	미충족	예정
	입원병실의 벽과 바닥은 충격흡수가 가능한 소재				
	입원병실마다 화장실				
	입원병실마다 흡인기, 산소발생기 및 환기시설				
공용거실	치매안심병동당 1개 이상				
	환자수를 고려하여 충분한 면적 확보				
	병실과 분리하되, 병실에서 접근하기 쉬운 위치에 배치				
	환자들이 모여 식사할 수 있는 공간				
	채광이 충분한 곳에 배치				
프로그램실	2개 치매안심병동당 1개	1개 설치	○		
	치매환자 전용 시설로 운영할 수 있도록 치매안심병동 안에 설치				
	개인·집단·소그룹 인지치료, 회상치료 및 가족 프로그램을 운영할 수 있는 공간				
	프로그램에 필요한 도구를 수납할 수 있는 시설				
간호사실	치매안심병동의 각 층마다 1개 이상				
	치매환자를 보호·관찰하기 쉬운 위치				
	간호 및 감염관리에 필요한 간호사 탈의실, 오염물처리실, 청결물실, 처치실				
상담실	치매안심병동 안에 치매환자 전용 상담실 1개 이상				
목욕실	2개 치매안심병동당 1개 이상				
	문턱, 미끄럼 방지 바닥, 목욕침대가 들어갈 수 있는 넓이, 보조인이 목욕을 도울 수 있는 넓이, 준비실				
다목적 프로그램실	병원 내 1개 이상				
	환자가 접근하기 쉬운 위치에 설치				
	음악활동, 미술활동, 원예활동, 회상활동 등의 인지자극 프로그램을 진행할 수 있는 공간				
	치매안심병동 내 프로그램실과 별도				

* '미적용 사항'의 경우 적용 가능여부 및 적용 예정시기를 포함하여 기입

□ 장비기준

1) 치매안심병동별 장비기준 충족여부 (병동별 작성)

00건물 0층 00병동 (치매안심병동 00병상)						
번호	장비명	기준	적용 또는 미적용 사항	자체점검		
				충족	미충족	예정
1	소독 등 처치용 카트	병동당 1개 이상	2대	○		
2	배식차(일반병동과 공용 사용 가능)	병동당 1개 이상				
3	신장체중계	병동당 1개 이상				
4	심전도기(E.K.G.)	병동당 1개 이상				
5	응급용 카트	병동당 1개 이상				
6	이동용 침대	병동당 1개 이상				
7	자동심장충격기	병동당 1개 이상				
8	의약품용 카트	병동당 2개 이상				
9	작업치료 도구	병동당 3세트 이상				
10	환자모니터링장치(bedside monitor)	병동당 4개 이상				
11	환자용 침대	병상당 1개				
12	보행 보조 장비(워커)	2개 병상당 1개 이상				
13	의료용 분무기(medical nonventilatory nebulizer)	5개 병상당 1개 이상				
14	이동형 폴대(iv pole)	5개 병상당 1개 이상				
15	혈압계	6개 병상당 1개 이상				
16	휠체어	6개 병상당 1개 이상				
17	목욕 침대	20개 병상당 1개 이상				
18	목욕 의자	20개 병상당 1개 이상				
19	산소포화도 측정기	20개 병상당 1개 이상				
20	수액자동주입기(infusion pump)	20개 병상당 1개 이상				

* '미적용 사항'의 경우 적용 가능여부 및 적용 예정시기를 포함하여 기입

□ 인력기준

1) 인력 확보 및 운영 계획

구분	전공/역할		인원수	명단(성명)	비고
전문의	신경과				
	정신건강의학과				
	신경외과				
	한방신경정신과				
	재활의학과				
	소계				
간호인력	()층 치매병동	간호사			
		간호조무사			
		정신건강간호사, 노인전문간호사 또는 치매전문교육 이수간호사			
	()층 치매병동	간호사			
		간호조무사			
		정신건강간호사, 노인전문간호사 또는 치매전문교육 이수간호사			
소계					
의료기사 등	작업치료사				
	임상심리사				
	정신건강사회복지사				
	소계				
기타					
합계					

2) 치매안심병동 인력기준 충족여부

구분	기준	자체점검		
		충족	미 충족	예정
전문의	- 신경과 전문의, 신경외과 전문의, 정신건강의학과 또는 <u>한방 신경정신과 전문의 1명 이상</u>			
간호인력	- 치매안심병동에서 치매환자 전담 인력			
	- 24시간 운영체계			
	- 요양병원 외의 경우 신청일 직전 분기의 평균 병상수가 평균 간호사 수의 2.5배 미만			
	- 요양병원의 경우 신청일 직전 분기의 평균 입원환자 수가 간호사·간호조무사 수의 4.5배 미만			
	- 정신건강간호사, 노인전문간호사, 또는 보건복지부장관이 인정하는 치매전문교육 과정을 이수한 간호사 1명 이상			
치료사	- 치매환자를 전담하는 작업치료사 1명 이상			
심리사 사회복지사	- 임상심리사, 또는 정신건강사회복지사 1명 이상 (임상심리사 비상근 가능)			

* '미충족'의 경우 충족 예정시기를 포함하여 기입

3. 시행계획 (해당년도 20__년 1월~20__년 12월)

□ 사업목표

목표명	목표량	목표 설정근거	비고
□ 치매환자 지역사회 (가정, 요양시설 포함) 복귀율 증가	치매퇴원환자 지역사회 복귀율 80%	전년도 수치대비 10% 상향	
□ 행동심리증상(BPSD) 치매환자 비율 상향	행동심리증상 환자 입원비율 60%	전년도 비율대비 5% 상향 (전년도 평균 55%)	
□ 평균재원일수	평균 95일	전년도 재원일수 대비 5일 (5%) 감소 (전년도 평균 100일)	
□			

□ 세부계획

1) 치매 관련 의료서비스의 제공 및 이용 현황

가. 지역현황

지역의 인구 변화율, 노인인구 비율, 치매등록 환자 수 등 지역 현황을 기술

나. 지역 내 치매관련 의료이용 현황

지역 내 치매관련 의료서비스 제공 기관 및 이용 현황 등을 기술

다. 지역 현황에 따른 발전전략

지역 내 치매관련 의료서비스 제공 및 이용현황 문제점, 그에 따른 치매안심병원으로서의 기능 및 역할 등 발전방안 기술

2) 치매 관련 의료서비스 제공을 위한 인력·시설·장비의 운영계획

가. 인력 운영계획

--

나. 시설 운영계획

--

다. 장비 운영계획

--

3) 치매환자의 치료·보호 및 관리와 관련된 기관·법인·단체와의 협력 및 연계 방안

가. 지자체 및 치매안심센터와의 협력 및 연계방안

나. 기타 법인 단체와의 협력 및 연계방안

4) 그 밖에 치매 관련 의료서비스 제공에 필요한 사항

4. 시행결과 (전년도 20__년 1월~20__년 12월)

시행결과 종합

구성	기 제출 시행계획(전년도)	시행결과(전년도)
1. 치매 관련 의료서비스의 제공 및 이용 현황	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. 치매 관련 의료서비스 제공을 위한 인력·시설·장비의 운영계획	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. 치매환자의 치료·보호 및 관리와 관련된 기관·법인·단체와의 협력 및 연계 방안	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. 그 밖에 치매 관련 의료서비스 제공에 필요한 사항	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

* 전년도 시행계획 항목별로 시행결과를 구체적으로 작성

* 치매안심병원 시행계획 및 시행결과 검토의견서 반영 여부 구체적으로 작성

□ 사업성과(전년도 기준)

1) 성과목표 달성도

전년도 목표지표	목표 (A)	실적 (B)	달성률(%) (B/A)	미달성 사유

2) 주요실적

전년도 목표지표		내용	비고
치매환자 입원 환자수	연인원수		
	실인원수		
치매환자 퇴원 환자수			
병상 가동률(%)			

□ 자체평가

구 분	내 용
우수한 점 (잘된 점)	□ □ □
문제점 (부족한 점)	□ □ □
개선방안	□ □ □

<별지 제5호 서식>

치매안심병원 변경신고서

신고인 (치매안심 병원)	명 칭		지정번호	
	주 소		전화번호	
	대표자 성명		요양기관 기호	
변경신청 내 용	변경사항*	변 경 전	변 경 후	
	소재지			
	대표자			
	시설			
	장비			
	인력			

「치매관리법」 제16조의4 및 같은 법 시행규칙 제7조의6에 따른 치매안심병원의 변경사항을 신고합니다.

년 월 일

신고인

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

제출서류 변경사항을 확인할 수 있는 서류

※ 변경사항의 항목은 병원별 사정에 맞도록 변경 가능

<별지 제6호 서식>

00시·도(시·군·구) 치매안심병원 지정기준 검토의견서

신청기관	지자체	
	광역자치단체	기초자치단체
00병원	000시·도	000시·군·구

구분	검토의견
1. 치매안심병원 지정 필요성	
2. 시설·장비·인력기준 충족여부 검토	
3. 운영계획 적절성	
4. 종합의견	

<별지 제6-1호 서식>

공립요양병원 운영 표준 위·수탁계약서

000지방자치단체의 장(이하 “위탁자”라 한다)과 000(이하 “수탁자”라 한다)은 공립요양병원 운영 및 병원시설의 관리 위탁과 관련하여 다음과 같이 위·수탁계약(이하 “본 위탁계약”이라 한다)을 체결한다.

제1조(목적)

이 계약서는 치매관리법 제16조의3 규정에 따라 위탁자가 치매 등 노인성 질병을 가진 지역주민에 대한 의료사업을 수행하기 위하여 설치한 의료법 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(이하 “병원”이라 한다)의 운영업무의 수행과 위탁재산인 공립요양병원 시설의 관리를 수탁자에게 위탁함에 있어 필요한 제반 사항과 당사자 쌍방이 준수하여야 할 사항을 규정함을 목적으로 한다.

제2조(기본원칙)

- ① 위탁자와 수탁자는 상호 대등한 지위에서 본 위탁계약을 체결하여 상호 이익 존중 및 신의성실의 원칙에 따라 이행하며, 불공정 계약이 되지 않도록 한다.
- ② 위탁자와 수탁자는 본 위탁계약의 이행에 있어서 「치매관리법」, 「공유재산 및 물품관리법」(이하 “공유재산법”이라 한다) 등 관련 법령의 규정을 준수하여야 한다.
- ③ 이 계약은 위탁자와 수탁자간의 공립요양병원 운영에 있어 필요한 위·수탁계약에 관한 기본사항을 정한 계약으로서, 이 계약의 내용과 배치되는 타 계약에 대해서는 이 계약에 의한 내용을 우선하여 적용한다.

제3조(위탁 사무)

이 계약에 의한 위탁사무의 내용은 다음 각 호와 같다.

1. 치매 및 노인성 질환 환자의 진료 및 요양병원 운영에 대한 계획 수립 및 시행
2. 치매 및 노인성 질환 환자의 외래·입원진료와 단·장기적인 요양 서비스
3. 치매 및 노인성 질환 환자의 관리
4. 치매 및 노인성 질환 환자의 임상·역학적 조사연구
5. 지역사회 치매관리사업에 대한 지원 및 자문
6. 치매 및 노인성 질환에 대한 교육 및 홍보

7. 위 1호 내지 6호외에 치매 및 노인성 질환과 관련된 사업
8. 그밖에 치매 및 노인성 질환 환자의 진료와 요양 등 공립요양병원 운영에 필요하여 위탁자가 요구하는 사항

제4조(위·수탁 대상 목적물)

위탁자는 수탁자에게 아래의 공유재산(이하 “위탁재산”이라 한다)을 관리위탁한다.

1. 위치 : 00시·도 00 (면적 : 부지 _____㎡ 및 시설물 연면적 _____㎡)

* 위치도 및 도면 첨부

2. 시설물 명칭 : 000 병원

3. 장비 및 비품 : 별지 목록

제5조(위탁기간 및 갱신)

① 공립요양병원 운영의 위탁기간은 _____년 _____월 _____일부터 _____년 _____월 _____일까지 (또는 그 위탁을 받은 날부터 5년간) 5년으로 한다.

② 위탁자는 치매관리법 제16조의3제2항 및 같은 법 시행규칙 제7조의3에 따라 국립중앙의료원에서 실시한 운영평가 결과를 고려하여 5년 단위로 위탁계약을 갱신할 수 있다.

③ 위탁계약의 갱신 시 치매관리법 및 공립요양병원의 도입취지 및 위탁사무의 안정성, 갱신에 대한 신뢰보호의 필요성 등을 종합적으로 고려하여 결정한다.

④ 수탁자는 위탁기간 갱신 의사가 있는 경우 위탁만료일 3개월 전까지 위탁자에게 계약갱신의 의사를 표시하여야 한다

⑤ 위탁자는 「치매관리법」 제16조의3제4항에 따라 수의계약을 하고자 하는 경우 제4항에 따른 수탁자의 계약갱신 의사표시에 대하여 특별한 사정이 없는 한 위탁계약만료일 1개월 전까지 계약갱신 가능여부를 수탁자에게 통보하여야 한다.

⑥ 위탁자는 제14조의 해지사유가 있는 경우 계약 갱신을 거절할 수 있다.

⑦ 그 밖에 계약의 갱신 사유 및 절차 등에 관한 사항은 위탁자와 수탁자가 상호 협의하여 정할 수 있다.

제6조(병원의 운영 원칙)

① 수탁자는 병원을 직영으로 운영하여야 하고, 위탁재산을 치매환자 및 노인성 질환 환자의 진료 및 요양 등 제3조에서 정한 위탁업무 이외의 목적에 사용하지 못한다.

② 수탁자는 환자 진료 및 환자의 권리를 존중하고, 진료의 질 향상과 쾌적한 환경조성

을 위해 노력하여야 하며, 병원을 유지 및 운영함에 있어 선량한 관리자로서의 의무를 다하여야 한다.

- ③ 수탁자는 병원의 운영에 있어 「의료법」 제반규정을 준수하여야 한다.
- ④ 수탁자가 제1항에 위반하여 위탁업무 이외의 목적으로 병원을 사용한 경우 위탁자는 계약을 해지할 수 있다.

제7조(위탁재산의 사용)

위탁자는 「공공보건의료에 관한 법률」 제10조에 따라 위탁재산을 수탁자에게 무상으로 대부하거나 사용·수익하게 할 수 있다.

제8조(위탁재산의 관리)

- ① 수탁자는 위탁재산의 연간 관리상황을 다음 연도 1월 31일까지 위탁자에게 보고해야 한다.
- ② 수탁자는 위탁자의 승인 없이 위·수탁 대상 목적물을 임의로 철거, 반출 또는 변형하지 못한다.
- ③ 수탁자는 위탁재산을 선량한 관리자의 주의의무를 다하여야 하고, 위탁재산의 유지, 관리에 대한 책임을 지며, 이에 소요되는 경비를 부담한다.

제9조(위탁재산의 전대)

- ① 수탁자는 본 위탁계약 및 병원 운영의 목적에 위반되지 아니하는 범위에서 위탁재산의 일부를 제3자에게 전대(轉貸)할 수 있다.
- ② 수탁자는 미리 위탁자의 승인을 받아 이용료를 징수하여 이를 관리에 드는 경비에 충당하거나, 그 행정재산의 효율적 관리 등으로 인하여 이용료 수입이 증대된 경우 그 증대된 수입의 전부 또는 일부를 관리위탁을 받은 자의 수입으로 할 수 있다.

제10조 (위탁재산의 양도 및 담보제공 금지)

- ① 수탁자는 위탁재산을 양도 또는 교환하거나 담보물건으로 제공할 수 없다.
- ② 수탁자가 전 1항의 규정에 위반하여 위탁재산을 양도 또는 교환, 담보물건으로 제공하는 경우 위탁자는 계약을 해지할 수 있다.

제11조(인력 및 시설·장비의 기준)

- ① 수탁자는 병원에 「의료법 시행규칙」 제38조에 따른 의료인과 그 밖에 환자진료를 위하여 필요한 인력을 배치하여야 한다.

② 수탁자는 병원에 위탁재산 외에 「의료법 시행규칙」 제34조에 따른 시설과 그 밖에 필요한 시설·장비 및 의약품 등을 확보하여야 한다.

제12조(의료수가)

- ① 병원의 의료수가는 「국민건강보험법」 등 관련 규정에 의하여 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 산정한 금액으로 한다.
- ② 제1항의 기준을 적용받지 아니하는 항목에 관한 의료수가는 수탁자가 위탁자의 승인을 얻어 따로 정할 수 있다.

제13조(회계)

- ① 병원의 운영에 따른 모든 경비는 수탁자가 부담한다. 다만 위탁자는 병원 운영에 필요한 경우 예산의 범위 안에서 운영비 등 병원의 운영에 소요되는 비용의 일부를 수탁자에게 지원할 수 있다.
- ② 병원운영은 병원의 정관 및 회계규정에 의하되 독립채산제로 운영하고, 회계연도는 정부의 회계연도를 준용한다.
- ③ 수탁자는 회계연도 종료 후 2개월 이내에 위탁자가 지정하는 공인회계사의 회계 결산검사를 받아야 하며, 공인회계사가 작성한 감사증명서를 위탁자에게 제출하여야 한다.
- ④ 수탁자는 병원 운영으로 발생한 이익금을 병원의 운영을 위한 용도에 한하여 사용하여야 한다. 다만 본 위탁계약 종료시 발생한 잉여금의 처리에 관하여는 위탁자와 수탁자가 별도로 정할 수 있다.
- ⑤ 제4항에 따라 잉여금을 정산하는 경우 위탁자는 수탁자가 기부 채납한 재산의 규모, 위탁기간 동안 병원의 운영을 위해 부담한 비용, 수탁자의 노력으로 형성된 유·무형의 자산 등을 종합적으로 고려한다.

제14조(계약의 해지)

- ① 위탁자와 수탁자는 계약기간 중이라도 상호간의 합의로써 계약을 해지할 수 있다.
- ② 위탁자는 수탁자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 위탁계약을 해지할 수 있다. 다만, 제1호에 해당하는 경우에는 위탁계약을 해지하여야 한다.
 - 1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 위탁계약을 체결한 경우
 - 2. 위탁자의 승인 없이 위탁재산의 원상을 변경한 경우
 - 3. 위탁재산을 양도하거나 담보물건으로 제공한 경우
 - 4. 부도, 파산, 해산, 의료인의 면허자격 정지 또는 취소, 의료업에 관한 허가 정지 또는

취소 등의 사유로 공립요양병원의 위탁 운영이 곤란하다고 인정되는 경우

5. 「치매관리법」 제16조 제2항에 따른 운영평가를 정당한 사유 없이 거부·방해 또는 기피한 경우
 6. 「치매관리법」 제16조 제6항에 따른 위탁자(지방자치단체의 장)의 시정 요구를 정당한 사유 없이 이행하지 아니한 경우
 7. 그 밖에 위탁계약 내용에 포함된 계약 해지 사유가 발생한 경우
- ③ 위탁자는 제1항에 따라 위탁계약을 해지하려면 수탁자에게 미리 의견진술의 기회를 주어야 한다.
- ④ 위탁자는 제1항에 따라 위탁계약을 해지하는 경우 해지 사유를 기재한 서면으로 해지통보를 하여야 한다.

제15조(재산의 반환)

위탁기간이 만료되거나 제14조의 규정에 의하여 위탁이 해지된 때에는 수탁자는 위탁자에게 위탁재산을 지체없이 반환하여야 한다.

제16조(책임 및 보험가입)

- ① 수탁자는 위탁재산의 관리 및 병원을 운영하면서 발생하는 사고에 대하여 민·형사상의 모든 책임을 진다.
- ② 수탁자는 협약 체결 후 1개월 이내에 위탁시설 및 장비에 대해 위탁자를 피보험자로 하는 손해보험과 배상책임보험 등에 가입하여야 하고, 그 보험증서를 위탁자에게 제출하여야 한다.

제17조(지도·감독 및 운영평가 등)

- ① 수탁자는 매년 병원 운영에 필요한 사업계획서, 위탁재산의 사용, 관리에 관한 사항 및 예산안을 수립하여 회계연도 개시 60일 전까지 위탁자에게 제출하여야 한다.
- ② 위탁자는 수탁자의 병원 운영 성과에 대해 평가를 실시할 수 있고, 평가 결과를 다음년도 병원운영계획에 반영하도록 요구할 수 있다.
- ③ 위탁자는 수탁자에게 병원의 운영과 관련한 자료의 제출 또는 설명을 요구할 수 있고, 수탁자는 합리적 이유가 없는 한 위탁자의 요구에 응하여야 한다.

제18조(계약의 해석 및 분쟁의 해결)

- ① 위탁자와 수탁자는 이 계약에 명시되지 아니한 사항 또는 계약의 해석에 관한 사항에 다툼이 있는 경우에는 우선적으로 서면상의 자료에 따르며, 자료가 없는 경우에는

상호 협의하여 해결한다.

② 위 제1항에도 불구하고 분쟁이 발생한 경우 소송에 의해 해결한다.

제19조(관할 법원)

본 위탁계약과 관련된 소송은 위탁자가 소재하는 지역의 관할 법원에 제기하여야 한다.

제20조(특약사항)

기타 본 위탁계약에서 정하지 아니한 사항에 대하여는 위탁자와 수탁자가 합의하여 별도의 특약을 정할 수 있다.

제21조(준용)

본 위탁계약에서 정하지 아니한 사항은 「치매관리법」, 「공유재산 및 물품관리법」, 조례, 규칙 등 행정재산의 위탁 및 관리 관련 법령 및 규정에 따른다.

이 계약의 체결을 증명하기 위하여 계약서 2통을 작성하여 위탁자와 수탁자는 서명 날인한 후 각각 1통씩 보관한다.

20 년 월 일

“위탁자” 주 소

상 호

대표자

①

“수탁자” 주 소

성 명

①

<별지 제7호 서식>

1. 사업계획서 작성 양식

20__ 공립요양병원 기능보강사업 사업계획서

□ 표지 및 제출문

(뒷면)

(앞면)

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">지방자치단체</th> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> 지자체 : 담당부서 : 담당자 성명 : 직책 : 전화번호 : 휴대폰번호 : 이메일 : </td> </tr> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">병원</th> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> 주소 : 전화번호 : 팩스번호 : 원장 성명 : 책임자 성명 : 담당자 성명 : 직책 : 전화번호 : 휴대폰번호 : 이메일 : </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">(HWP 14 point 고딕체)</td> </tr> </table>	지방자치단체	지자체 : 담당부서 : 담당자 성명 : 직책 : 전화번호 : 휴대폰번호 : 이메일 :	병원	주소 : 전화번호 : 팩스번호 : 원장 성명 : 책임자 성명 : 담당자 성명 : 직책 : 전화번호 : 휴대폰번호 : 이메일 :	(HWP 14 point 고딕체)	2019 공립요양병원 기능보강사업 사업계획서 ○○병원	<h2 style="margin: 0;">20__ 년 ○○병원</h2> <h3 style="margin: 0;">공립요양병원</h3> <h3 style="margin: 0;">기능보강사업 사업계획서</h3> <p style="margin: 10px 0;">(18 point 가는 헤드라인)</p> <h2 style="margin: 0;">20__. 00</h2> <p style="margin: 0;">(16 point 견명조)</p> <h2 style="margin: 0;">○○병원</h2> <p style="margin: 0;">(중고딕 15)</p>
지방자치단체							
지자체 : 담당부서 : 담당자 성명 : 직책 : 전화번호 : 휴대폰번호 : 이메일 :							
병원							
주소 : 전화번호 : 팩스번호 : 원장 성명 : 책임자 성명 : 담당자 성명 : 직책 : 전화번호 : 휴대폰번호 : 이메일 :							
(HWP 14 point 고딕체)							

* 담당자 성명, 주소, 전화번호(병원 대표번호가 아닌, 담당자 직통번호) 등 반드시 명기

제 출 문

20__년도 ○○병원의 「공립요양병원 기능보강사업」 사업계획서를 붙임과 같이 제출합니다.

붙임

1. ○○병원 「공립요양병원 기능보강사업」 사업계획서 5부
2. ○○병원 「공립요양병원 기능보강사업」 사업계획서(한글파일, 도면 포함)가 담긴 CD 또는 USB 2개

20__ . .

보건복지부 장관 귀하

㉔ 사업계획 요약서

○○ 병원 (○○시/군)						
1. 일반현황						
병원 전경			병동 사진			
설립형태	시도립, 시립, 도립, 군립		병상수	허가병상 기준		
병원구분	요양병원		치매환자 병상수	허가병상 기준		
건축연도	0000년 00월		병상가동률	00.0% (전년도 기준)		
대지면적	00m ²		치매병상 가동률	00.0% (전년도 기준)		
건축규모	지상0층, 지하0층		직원수	000명(전문의 00명)		
건물연면적	00m ²		의사등급	0등급(전년도 기준)		
진료과목수	00개과		간호등급	0등급(전년도 기준)		
2. 사업 개요						
사업명	○○병원 기능보강사업					
사업비 (천원)	구분	합계	국비	지방비	기타 ()	
	시설비	설계비				
		감리비				
		공사비				
		계				
	장비비					
합계						
사업내용	사업기간	20__ ~ 20__				
	시설	사업부지(위치)	00 건물 00층~00층			
		시설 공사면적	증축 : 000m ²	리모델링 : 000m ²		
		확충병상수	사업범위 : 00병상 사업전후 변화 : 00병상 → 00병상			
장비	○○ 장비외 ○종 ○○대					

※ 시설·장비 사업 중 해당사항만 작성

○○ 병원 (○○시/군)

3. 사업계획 요약 (1~2페이지 분량으로 작성)

항 목		요약내용	관련 페이지
지원 타당성	사업목적 및 기능 설정의 타당성		
	지원 시급성 및 운영 지속성		
시설	필수 시설 기준 충족 가능성		
	시설계획의 타당성 (부지, 규모, 면적, 세부계획 등)		
장비	필수 장비 기준 충족 가능성		
	의료장비계획의 타당성 (장비 종류, 사양 등)		
인력	필수 인력 기준 충족 가능성		
	규모 및 기능 대비 인력 확보계획의 타당성		
의료서비스 및 지역연계	의료서비스 제공계획의 적절성		
	지역사회 단체와의 협력 및 연계 적절성		
사업비	사업비 및 사업일정 타당성		

③ 지역 일반 현황

■ 인구현황 (20__~20__, 제출 전 최근 3개년 기준)

20__			20__			20__		
인구 (명)	노인인구 (명)	노인인구 비율(%)	인구 (명)	노인인구 (명)	노인인구 비율(%)	인구 (명)	노인인구 (명)	노인인구 비율(%)

■ 치매환자현황 (20__~20__, 제출 전 최근 3개년 자료 기준)

20__			20__			20__		
인구 (명)	치매환자 (명)	치매환자 비율(%)	인구 (명)	치매환자 (명)	치매환자 비율(%)	인구 (명)	치매환자 (명)	치매환자 비율(%)

■ 의료기관 공급현황 (20__년 12월 기준, 제출전년도 기준)

상급종합병원		종합병원		병원		요양병원	
기관수	병상수	기관수	병상수	기관수	병상수	기관수	병상수

④ 일반 현황

■ 병원 일반 현황

병원명	수탁기관명	수탁기간	최초 건축연도	경과연도

■ 건축 개요

구분	내용	비고	구분	내용	비고
대지면적	000m ²	-	건축 규모	지상0층, 지하0층	-
건축면적	000m ²	-	건물수	총 00개 건물	-
건폐율	00%	법정 00%	주차대수	00대	법정 00대
연면적	000m ²	-	조경면적	000m ² (00%)	법정 00%
용적률	00%	법정 00%	-	-	-

■ 병상 현황

허가병상 총계	일반	치매전문*	중환자	기타

* 허가병상 중 치매전문병상으로 사용하는 병상

■ 치매전문병동 현황

총 구분	병상수	면적
합계		

■ 진료과 (20__년 12월 31일, 제출전년도 기준)

- 각 과별 전문의 수 기입(치과, 한방과는 일반의 포함)

구분	산부인과	소아청소년과	내과	신경과	정신건강의학과	신경외과	한방신경정신과	외과	정형외과	흉부외과	성형외과	마취통증의학과	안과	이비인후과	피부과	비뇨기과	영상의학과	방사선종양학과	병리과	진단검사의학과	재활의학과	결핵과	가정의학과	핵의학과	직업환경의학과	응급의학과	치과	한방과	계
전문의																													
일반의																													
계																													

■ **인력현황** (20__년 12월 31일, 제출전년도 기준)

구분		현재	비고
의사	전문의	명	
	레지던트	명	
	인턴	명	
	일반의	명	
	의사 등급	등급	
약사	약사	명	
	약국보조인력	명	
간호사	간호등급	등급	
	간호사	명	
	간호조무사	명	
	보조원(자격증 없음)	명	
의료기사 등	임상병리사	명	
	방사선사	명	
	물리치료사	명	
	작업치료사	명	
	치과기공사	명	
	치과위생사	명	
	의무기록사	명	
	사회복지사	명	
	기타	명	
행정관리	사무직	명	
	기술직	명	
	전산직	명	
	의공직	명	
	기타	명	
총계	-	명	

■ 진료 실적 (20__~20__) (제출 전 최근 3개년 결산서 기준)

구분		20__	20__	20__
병상 가동율	병원 전체 병상	00%	00%	00%
	치매전문 병상***	00%	00%	00%
실인원*	입원 환자 전체	00명	00명	00명
	치매 환자	00명	00명	00명
	치매전문 비율	00%	00%	00%
연인원**	입원 환자 전체	00명	00명	00명
	치매 환자	00명	00명	00명
	치매 환자 비율	00%	00%	00%
외래 환자		00명	00명	00명

* 실인원 : 입원한 실제 환자수 (예, A가 3박4일 입원한 경우 1명)

** 연인원 : 입원한 환자 재원일수 (예, A가 3박4일 입원한 경우 4명)

*** 치매전문 병상 보유 시 작성

■ 국고보조사업 내역 (시설, 장비 분야 최근 5개년)

사업선정 연도	사업 구분*	사업예산			사업내용
		국비	지방비	계	

* 사업구분 : 신축, 시설(증·개축), 의료장비로 구분

㉔ 사업 운영계획

1) 추진배경 및 목표

가. 추진배경 및 필요성



나. 사업 추진 시급성



다. 사업운영 목표

--

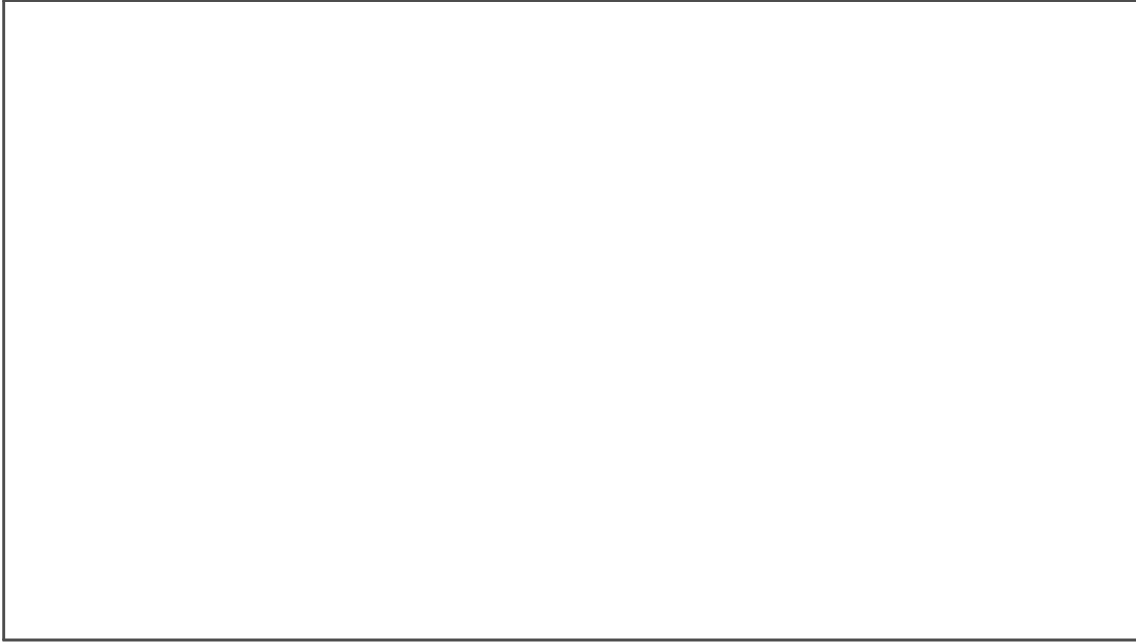
라. 사업추진 의지

<p>- 병원 :</p> <p>- 지방자치단체 :</p>

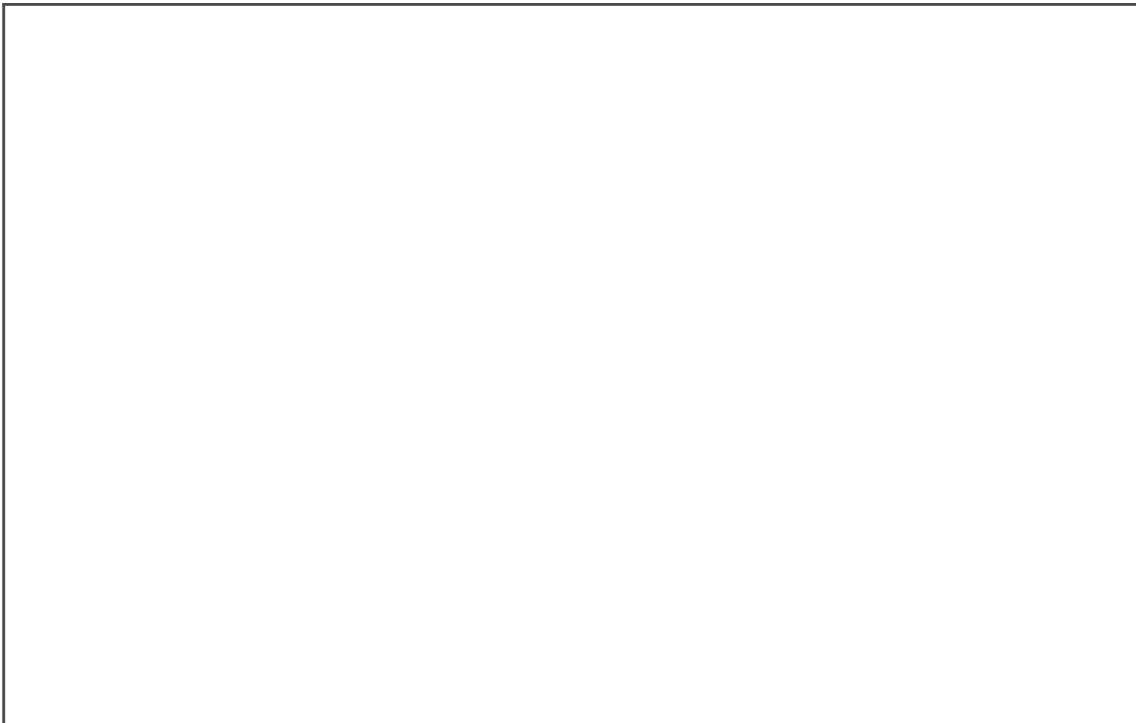
마. 기대 효과

--

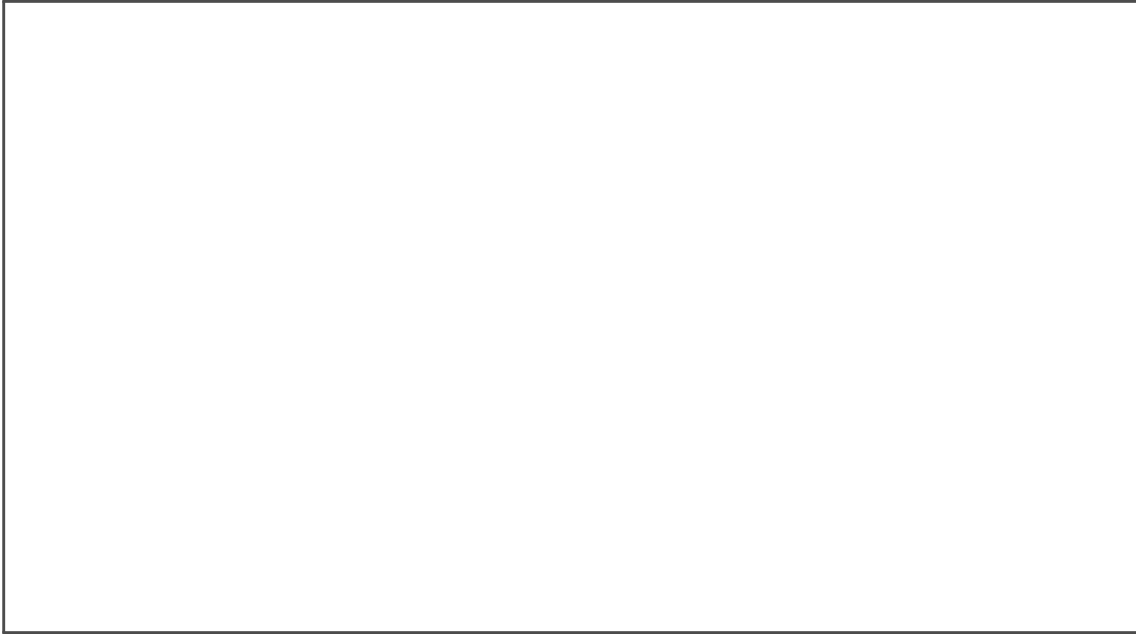
2) 치매 관련 의료서비스의 제공 및 이용 현황



3) 치매 관련 의료서비스 제공을 위한 인력, 시설, 장비의 운영계획



4) 치매환자의 치료·보호 및 관리와 관련된 기관·법인·단체와의 협력 및 연계 방안



5) 기타 치매 관련 의료서비스 제공 계획 (치매환자 프로그램 계획 등)



다. 사업규모 및 예산 추계 근거

구분	내 용				
치매전문 병상수	- 병상수 설정 사유 및 타당성(구체적으로 작성)				
공사면적	- 공사면적 설정 사유 및 타당성(구체적으로 작성)				
소요비용 추계	구분	산출근거 및 산출식	소요금액 (단위:천원)	비고	
	설계비				
	감리비				
	공사비	리모델링			
		증축			
계	-				

라. 세부 공사내용

건물구분	층	공사 유형	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)

마. 층별 주요 변경내용 (예시)

구분	현재		변경후		
	내용	면적(m ²)	내용	면적(m ²)	
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	

* 병원 실정에 맞게 건물을 구성하여 병원 시설 내용(본관, 신관, 별관 등)이 빠짐없이 작성되도록 할 것

바. 사업 일정

구분	2019년											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	○											
		○	○	○	○							

사. 공사 중 대체공간 계획

--

아. 현재 건축 도면(배치도, 층별 평면도(전층))

00병원 현재 배치도

- 이미지 파일 2MB 이하로 삽입

00병원 현재 지하1층 평면도

- 이미지 파일 2MB 이하로 삽입
- 실명(필수)이 명확하게 잘 보이도록 작성할 것
- 병상배치 필수(허가병상수와 도면의 층별 병상수 합이 일치하여야 함)

자. 변경후 건축 도면(배치도, 층별 평면도(전층))

00병원 변경후 배치도

- 이미지 파일 2MB 이하로 삽입
- 변경내용을 알 수 있도록 도면에 표현

00병원 변경후 지하1층 평면도

- 이미지 파일 2MB 이하로 삽입
- 실명(필수)이 명확하게 잘 보이도록 작성할 것
- 병상배치 필수(허가병상수와 도면의 층별 병상수 합이 일치하여야 함)
- 변경내용을 알 수 있도록 도면에 표현

차. 도면 및 사진

※ 도면은 원자료 형식의 PDF파일로 CD 또는 USB에 제출

① 병원 전체 배치도

- 차량, 보행자 진출입 확인을 위함

② 병원 본관 전층 평면도 (사업범위가 본관이 아닐 경우, 본관+해당건물)

- 사업범위와 다른 실들(타 진료시설 등)과의 관계 및 동선을 파악하기 위함

③ 사업범위 변경 전후 비교 평면도

- 변경 전 대비 변경 후 계획을 통하여 병상 운영계획 등을 파악하기 위함
(공사범위 표시, 변경전후 병상 배치 표시)

7) 시설기준

가. 치매전문병동 현황

번호	건물 구분	층 구분	병동 구분	병상수	면적	현재 설치 여부	
						설치 완료	설치 예정
1	본관	5층	51병동	50병상	1,520m ²	○	
2	신관						○
-	합계	00개 층	00개 병동	00병상	00,000m ²		

나. 시설기준 충족여부 (병동별 작성)

00건물 0층 00병동 (치매전문병동 00병상)						
구분	세부기준	적용 또는 미적용 사항	자체점검			
			충족	미충족	예정	
일반기준	의료법 제 36조제1호 의료기관의 종류에 따른 시설기준 및 규격		○			
	의료법 제 36조제2호 의료기관의 안전관리시설 기준			○		
	병상, 목욕실, 화장실에 간호사 호출장치				○	
	복도, 계단, 화장실, 목욕실에 안전손잡이					
	휠체어, 보행보조기 등을 보관할 수 있는 공간					
치매전문 병동	행동심리증상을 집중치료를 위한 치매환자 전용의 병동					
	병상수는 30개 이상 60개 이하	00병상	○			
	일반병동과 구분되고 출입통제 가능					
	조명, 색채, 영상, 음향 등을 이용하여 행동심리증상을					

00건물 0층 00병동 (치매전문병동 00병상)					
구분	세부기준	적용 또는 미적용 사항	자체점검		
			충족	미충족	예정
	완화하기 위한 환경				
	환자의 안정성을 고려한 공간				
	4인실 이하의 입원병실, 요양병원의 경우 6인실 이하의 입원병실				
	행동심리증상 집중치료를 위한 1인용 입원병실 1개 이상	2개 설치	○		
	입원병실의 벽과 바닥은 충격흡수가 가능한 소재				
	입원병실마다 화장실				
	입원병실마다 흡인기, 산소발생기 및 환기시설				
공용거실	치매안심병동당 1개 이상				
	환자수를 고려하여 충분한 면적 확보				
	병실과 분리하되, 병실에서 접근하기 쉬운 위치에 배치				
	환자들이 모여 식사할 수 있는 공간				
	채광이 충분한 곳에 배치				
프로그램실	2개 치매안심병동당 1개	1개 설치	○		
	치매환자 전용 시설로 운영할 수 있도록 치매안심병동 안에 설치				
	개인·집단·소그룹 인지치료, 회상치료 및 가족 프로그램을 운영할 수 있는 공간				
	프로그램에 필요한 도구를 수납할 수 있는 시설				
간호사실	치매안심병동의 각 층마다 1개 이상				
	치매환자를 보호·관찰하기 쉬운 위치				
	간호 및 감염관리에 필요한 간호사 탈의실, 오염물처리실, 청결물실, 처치실				
상담실	치매안심병동 안에 치매환자 전용 상담실 1개 이상				
목욕실	2개 치매안심병동당 1개 이상				
	문턱, 미끄럼 방지 바닥, 목욕침대가 들어갈 수 있는 넓이, 보조인이 목욕을 도울 수 있는 넓이, 준비실				
다목적 프로그램실	병원 내 1개 이상				
	환자가 접근하기 쉬운 위치에 설치				
	음악활동, 미술활동, 원예활동, 회상활동 등의 인지 자극 프로그램을 진행할 수 있는 공간				
	치매안심병동 내 프로그램실과 별도				

※ ‘미적용 사항’의 경우 적용 가능여부 및 적용 예정시기를 포함하여 기입

8) 장비 계획

가. 사업개요


사업비 (천원)	구분	합계	국비	지방비	기 타 ()	
	장비비					
사업내용	사업기간	20__ ~ 20__				
	건축연도 / 경과연수	0000년 / 00년				
	장비	사업부지(위치)	00 건물 00층~00층			
		구분	현재	변경후		
		병상수				
		치매전문 병상수				
사업내용	0000장비 등 총 0종 0대					

나. 장비 세부계획 (단위 : 천원)

우선 순위	장비명 (한글, 영문 모두 표기)	현재 보유 장비*		구매 장비목록			월평균 예상건수	구매 방법	구매 사유	설치장소	
		보유 대수	구입 연도	구매 대수	단가	예정 가격				총	실명
1	환자용 침대	12	2008	15	1,000	15,000	30	일반 경쟁	신규	4	병실
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
총계					-		-	-	-	-	-

* '현재 보유장비'는 치매전문(예정)병동에 활용 가능한 장비에 한하여 기입

다. 장비 배치도(치매전문병동별 1페이지로 작성)

OO건물 지상3층 평면도 - 치매전문병동(00병상)	번호	장비명	대수
	1	소독 등 처치용 카트	
	2	배식차	
	3	신장체중계	
	4	심전도기(E.K.G.)	
	5	응급용 카트	
	6	이동용 침대	
	7	자동심장충격기	
	8	의약품용 카트	
	9	작업치료 도구	
	10	환자모니터링장치	
	11	환자용 침대	
	12	보행 보조 장비(워커)	
	13	의료용 분무기	
	14	이동형 폴대(iv pole)	
	15	혈압계	
	16	휠체어	
	17	목욕 침대	
	18	목욕 의자	
<ul style="list-style-type: none"> - 이미지 파일 2MB 이하로 삽입 - 실명(필수) 및 장비번호가 명확하게 잘 보이도록 작성할 것(세부 장비계획의 장비 번호와 일치해야 함) - 병상배치 필수(허가병상수와 도면의 층별 병상수 합이 일치하여야 함) 	19	산소포화도 측정기	
	20	수액자동주입기	

① 장비 사양서

우선 순위	장비명 (한글, 영문 모두 표기)	구매 대수	필수 기능 사양
1	환자용 침대	15	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
총계			-

② 장비 활용 계획서 (단가 500만원 이상 장비별 작성)

의 료 장 비 활 용 계 획 서

1. 신청 장비

장비번호	장비명
	- 장비명(국문, 영문 모두 표기) - 모델명(제조원, 수입원 표기)

2. 지역사회 요구도와 장비구매의 필요성

3. 해당 의료장비와 관련한 기존 진료실적

4. 장비의 운영 계획*

- 장비 이용 대상자
- 예상 진료 건수 (객관적 자료에 근거하여 추산)

5. 의료 인력

- 전문 인력과 보조 인력으로 나누어 기술

6. 장비의 지속적 활용을 위한 계획 (향후 5년간 지속적인 활용을 위한 계획)

7. 장비 구입으로 기대되는 효과

다. 사업 일정

구분	20__년											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	○											
		○	○	○	○							

라. 본 사업 신청 관련 병원내부 의료장비 구매심의위원회 회의록 사본

- 이미지 파일 2MB 이하로 삽입

마. 기존 보유 장비 현황

배치장소		장비명 (한글, 영문 모두 표기)	보유 대수	구입 연도	월평균 이용건수	단가 (천원)
층	실명					
		1				
		2				
		3				
		4				
		5				
		6				
		7				
		8				
		9				
		10				
		11				
		12				
		13				
		14				

※ 단가 100만원 이상 장비 작성

9) 장비기준 충족여부 (병동별 작성)

00건물 0층 00병동 (치매전문병동 00병상)							
번호	장비명	기준	적용사항		자체점검		
			기 보유	신규 추가	충족	미 충족	예정
1	소독 등 처치용 카트	병동당 1개 이상	2대		○		
2	배식차(일반병동과 공용 사용 가능)	병동당 1개 이상					
3	신장체중계	병동당 1개 이상					
4	심전도기(E.K.G.)	병동당 1개 이상					
5	응급용 카트	병동당 1개 이상					
6	이동용 침대	병동당 1개 이상					
7	자동심장충격기	병동당 1개 이상					
8	의약품용 카트	병동당 2개 이상					
9	작업치료 도구	병동당 3세트 이상					
10	환자모니터링장치(bedside monitor)	병동당 4개 이상					
11	환자용 침대	병상당 1개					
12	보행 보조 장비(워커)	2개 병상당 1개 이상					
13	의료용 분무기 (medical nonventilatory nebulizer)	5개 병상당 1개 이상					
14	이동형 폴대(iv pole)	5개 병상당 1개 이상					
15	혈압계	6개 병상당 1개 이상					
16	휠체어	6개 병상당 1개 이상					
17	목욕 침대	20개 병상당 1개 이상					
18	목욕 의자	20개 병상당 1개 이상					
19	산소포화도 측정기	20개 병상당 1개 이상					
20	수액자동주입기(infusion pump)	20개 병상당 1개 이상					

10) 인력 계획

가. 인력 확보 및 운영 계획

구분	전공/역할	현재 인력	확보 후 인력	확보 계획
전문의	신경과			
	정신건강의학과			
	신경외과			
	한방신경정신과			
	재활의학과			
간호인력	()층 치매병동	간호사		
		간호조무사		
		정신건강간호사, 노인전문간호사 또는 치매전문교육 이수간호사		
	()층 치매병동	간호사		
		간호조무사		
		정신건강간호사, 노인전문간호사 또는 치매전문교육 이수간호사		
의료기사 등	작업치료사			
	임상심리사			
	정신건강사회복지사			
	물리치료사			
기타				

11) 인력기준 충족여부

구분	기준	자체점검		
		충족	미 충족	예정
전문의	- 신경과 전문의, 신경외과 전문의, 정신건강의학과 또는 한방신경정신과 전문의 1명 이상			
간호인력	- 치매안심병동에서 치매환자 전담 인력			
	- 24시간 운영체계			
	- 요양병원 외의 경우 신청일 직전 분기의 평균 병상수가 평균 간호사 수의 2.5배 미만			
	- 요양병원의 경우 신청일 직전 분기의 평균 입원환자 수가 간호사·간호조무사 수의 4.5배 미만			
치료사	- 치매환자를 전담하는 작업치료사 1명 이상			
심리사 사회복지사	- 임상심리사, 또는 정신건강사회복지사 1명 이상(임상심리사 비상근 가능)			

※ '미충족'의 경우 충족 예정시기를 포함하여 기입

<별지 제8호 서식>

20__년도 국고보조금 교부신청서

의료기관명		의료기관장명		
소재지				
국고보조 사업명				
사업목적				
사업내용				
사업기간	20 . . . ~ 20 . . .			
사업의 총 소요경비				
(단위:천원)				
합계	국비	지방비		기타 ()
		광역	기초자치	
<p>보조금 관리에 관한 법률 제16조 및 동법시행령 제7조의 규정에 따라 위와 같이 국고보조금의 교부를 신청합니다.</p> <p>첨부 1. 서약서 2. (수정)사업계획서 3. 사업계획서 요약(1~3장)</p> <p style="text-align: center;">20 년 월 일</p> <p style="text-align: right;">신청자 (인)</p> <p style="text-align: center;">보건복지부장관 귀하</p>				

서 약 서

○○병원장은 정부가 추진하는 「공립요양병원 기능보강사업」의 설립목적에 적극 부응하기 위하여 아래의 준수사항을 이행할 것을 서약합니다.

준 수 사 항

1. ○○병원장은 보건복지부의 「공립요양병원 기능보강 지침(이하 ‘사업안내’이라 한다)」에 의하여 사업계획을 수립·시행한다.
2. 사업비는 제1항의 보건복지부와 협의 및 사업안내에 의하여 집행·관리하고, 사업계획 및 집행계획에 변경이 있을 때는 사전에 보건복지부 장관의 승인을 받아야 한다.
3. 공립요양병원 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 공립요양병원 기능보강사업의 역할과 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 사항을 준수한다.

20 . . .

서 약 자 : ○ ○ ○ 병 원 장 인

보건복지부장관 귀하

<별지 제12호 서식>

시설설계 심의 신청 내용

1) 사업개요

(단위: 천원)

구분	수정 사업계획	기본설계 내용	변경 사유
대지위치			
사업비(시설비)			
공종(신축, 증축, 개보수 등)			
사업기간			
공사면적	증축		
	개보수		

2) 추진 경과

구분	일자	비고
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

구분	사업 전(현재)	기본설계	비고
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)

□ 치매전문병동 실 구성 현황 (병동별 작성)

00건물 0층 00병동							
번호	실명	면적	병상수	번호	실명	면적	병상수
1	1인실-1	000.0㎡	1병상				
2	5인실-1		5병상				
3	5인실-2		5병상				
4	복도						
5	프로그램실-1						
6							
7							
8							
					합계	00,000.0㎡	00병상

4) 의료인력 계획

구분	전공/역할		현재	변경후	확보 또는 예정시기
전문의	신경과				
	정신건강의학과				
	신경외과				
	<u>한방신경정신과</u>				
	재활의학과				
간호인력	()층 치매병동	간호사			
		간호조무사			
		정신건강간호사, 노인전문간호사 또는 치매전문교육 이수간호사			
	()층 치매병동	간호사			
		간호조무사			
		정신건강간호사, 노인전문간호사 또는 치매전문교육 이수간호사			
의료기사 등	작업치료사				
	임상심리사				
	정신건강사회복지사				
	물리치료사				
기타					

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				

6) 시설 도면 (건물별 배치도, 층별 평면도 작성) - 원자료(autocad에서 pdf로 저장)
형식의 도면 파일을 CD 또는 USB에 제출

배치도

- 이미지 파일 2MB 이하로 삽입
- 병원 내 모든 건물이 나오도록 작성
- 차량, 보행자 진출입 확인

00건물 지하1층 평면도

- 이미지 파일 2MB 이하로 삽입
- 실명(필수)이 명확하게 잘 보이도록 작성할 것
- 병상배치 필수(허가병상수와 도면의 층별 병상수 합이 일치하여야 함)

00건물 지상3층 평면도 - 치매전문병동(00병상)

- 이미지 파일 2MB 이하로 삽입
- 실명(필수)이 명확하게 잘 보이도록 작성할 것
- 병상배치 필수(허가병상수와 도면의 층별 병상수 합이 일치하여야 함)

<별지 제14호 서식>

장비 심의 신청 내용

1) 사업개요

(단위: 천원)

구분		수정사업계획	장비 심의	변경 사유
사업비(장비비)				
사업기간		. . . ~ ~ . . .	
신청장비	장비종류	00 종	00 종	
	수량	00 대	00 대	

2) 추진 경과

구분	일자	비고
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			
	신경외과			
	<u>한방신경정신과</u>			
	재활의학과			
간호인력	()층 치매병동	간호사		
		간호조무사		
		정신건강간호사, 노인전문간호사 또는 치매전문교육 이수간호사		
	()층 치매병동	간호사		
	간호조무사			
	정신건강간호사, 노인전문간호사 또는 치매전문교육 이수간호사			
의료기사 등	작업치료사			
	임상심리사			
	정신건강사회복지사			
	물리치료사			
기타				

4) 사업비 내역

(단위: 천원)

구분	계	국비	지방비	기타
수정 사업계획				
심의 신청				

5) 장비구매 목록


(단위: 천원)

장비 번호	장비명 (한글, 영문 모두 표기)	기존 보유 대수*	구입 연도	수정 사업계획			심의 신청					
				구매 대수	단가	예정 가격	구매 대수	단가	예정 가격	설치 실명	설치 총수	
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
총계		-	-		-			-		-		-

* 기존보유대수는 치매전문(예정)병동에 활용 가능한 장비대수에 한하여 기입

* 설치실명은 장비배치도의 실명과 동일하게 기입

6) 장비 배치도(치매전문병동별 1페이지로 작성)

00건물 지상3층 평면도 - 치매전문병동(00병상)	번호	장비명	대수
	1	소독 등 처치용 카트	
	2	배식차	
	3	신장체중계	
	4	심전도기(E.K.G.)	
	5	응급용 카트	
	6	이동용 침대	
	7	자동심장충격기	
	8	의약품용 카트	
	9	작업치료 도구	
	10	환자모니터링장치	
	11	환자용 침대	
	12	보행 보조 장비(워커)	
	13	의료용 분무기	
	14	이동형 폴대(iv pole)	
	15	혈압계	
	16	휠체어	
	17	목욕 침대	
	<p>- 이미지 파일 2MB 이하로 삽입 - 실명(필수) 및 장비번호가 명확하게 잘 보이도록 작성할 것 - 병상배치 필수(허가병상수와 도면의 층별 병상수 합이 일치하여야 함)</p>	18	목욕 의자
19		산소포화도 측정기	
20	수액자동주입기		

장비별 사양서

장비 번호	장비명	대수	활용인력 (직책 등)	필수기능 사양 (특징, 필수사양, 구성, A/S 계획 포함)
1	(예시) 자동혈압측정기	2	간호사 (팀장)	(기입예시) - 자동보정가압기술 : 피검자의 맥박을 감지하여 자동으로 컵의 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 컵 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

장비 활용 계획서(500만원 이상 장비별 작성)

1. 신청 장비

- 장비명/ 장비번호

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

<별지 제17호 서식>

4. 실적보고

공립요양병원 기능보강사업 수행상황 보고서(분기별 집행보고)						
의료기관	사업년도	20__년		전화/FAX		
	의료기관명			사업연도	20__년	
사업비 구성 (단위:원)						
구분	합계	국비	지방비		기타 ()	비고 (이자)
			광역	기초		
시설비						
장비비						
합계						
지출액 ¹⁾ 구성 (단위:원, 국비기준)						
합계	시설비	장비비	기타			
<p>위의 사항과 같이 ○○병원의 분기별 집행현황을 보고합니다.</p> <p style="text-align: center;">20__년__월__일</p> <p style="text-align: right;">보고자²⁾ (인)</p> <p>보건복지부장관 귀하</p>						
<p><첨부서류></p> <p>1. 분기별 집행현황(별지 18호 서식)</p>						

1) 지출액은 「국비와 지방비를 합한 총 지출액」에 국고보조비율인 50%를 곱한 금액

2) 보고자는 광역자치단체의장 명 기입

<별지 제18호 서식>

()년 공립요양병원 기능보강사업 분기별 집행현황

사업수행 지자체 :

사업수행기관 :

○ 총괄 내역

(단위: 원)

구성						
구분	계	국비	지방비		기타 ()	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						

○ 예산교부 현황(해당분기까지 누적)

(단위: 원)

번호	교부 받은 일자	교부 받은 금액 ¹⁾	비고
1			
2			
3			
계			

1) 사업수행 기관(지자체 또는 의료기관)이 해당 분기까지 교부 받은 금액

○ 사업추진현황(해당분기까지 누적)

(단위: 원)

구분	심의승인 일	설계 완료일	착공일	장비 계약일	완료 예정일	현재 진행상황
1. 시설비						공정율 00% ex) 현재 00공사 중, 현재 설계공모 실시 중 (00.00월~00.00월)
2. 장비비						00종 00대 중 00종 00대 구매완료
3. 세부 추진현황	○ (00.00.00.) 지방재정투자심사 완료 ○ (00.00.00.) ○ (00.00.00.)					

○ 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 제19호 서식>

공립요양병원 기능보강사업 완료실적 보고서						
의료기관	사업년도	20__년		전화/FAX		
	의료기관명			사업기간	20__년 00월 - 20__년 00월	
사업비 구성 (단위:원)						
구분	합계	국비	지방비		기타 ()	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		
<p>○○병원의 기능보강사업 완료실적 보고를 제출합니다.</p> <p style="text-align: center;">20__년__월__일</p> <p style="text-align: right;">보고자³⁾ (인)</p> <p>보건복지부장관 귀하</p>						
<p><첨부서류></p> <p>1. 시설공사 완료보고 내용 (별지 제20호 서식)</p> <p>2. 장비구매 완료보고 내용 (별지 제21호 서식)</p> <p>3. 별도계좌 통장사본 및 지출 증빙서류(세금계산서)</p>						

- 1) 지출액은 「국비와 지방비를 합한 총 지출액」에 국고보조비율인 50%를 곱한 금액
- 2) 반납액은 「의료기관 부담을 제외한 총 사업비」에 국고보조비율인 50%를 곱한 금액에서 지출액을 뺀 것
- 3) 보고자는 광역자치단체의장 명 기입

<별지 제20호 서식>

시설공사 완료보고 내용

1. 사업개요

(단위: 원)

구분	승인 내용	착공 내용	완료 내용	변경 사유
대지위치				
사업비(시설비)				
공종(신축, 증축, 리모델링 등)				
사업기간				
공사면적	증축			
	리모델링			

2. 추진 경과

구분	일자	비고
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

구분	사업 전	기본설계	비고
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(70병상), 진료실, 물리치료실, 접수/원무, 사회사업실	1,171.08	치매전문병동(60병상), 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				
	신경외과				
	한방신경정신과				
	재활의학과				
간호인력	()층 치매병동	간호사			
		간호조무사			
	()층 치매병동	정신건강간호사, 노인 전문간호사 또는 치매 전문교육 이수간호사			
		간호사			
		간호조무사			
		정신건강간호사, 노인 전문간호사 또는 치매 전문교육 이수간호사			
의료기사 등	작업치료사				
	임상심리사				
	정신건강사회복지사				
	물리치료사				
기타					

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				지출일자	계약방식
		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 제21호 서식>

장비구매 완료보고 내용

1. 사업개요

(단위: 원)

구분	심의 승인	구매 완료	비고
사업명			
사업비			
장비종류(수량)			
사업기간			

2. 추진 경과

구분	일자	비고
예산교부일 ¹⁾	광역: 기초:	
심의	장비계획 승인일	
	장비재심의 승인일 ²⁾	
업체선정	입찰공고일	
	계약완료일	
완료	검수완료일	
	완료일 ³⁾	

1) 예산을 나눠 교부 받은 경우 각각의 일자를 모두 기입

- 광역 : 광역단체에서 기초단체에 예산을 교부한 날/ 기초 : 기초단체에서 사업수행기관에 예산을 교부한 날

2) 장비 재심의(2차 이상) 해당기관 작성. 해당 없을 시 - 표기

3) 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				지출일자	계약방식
		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			
	신경외과			
	한방신경정신과			
	재활의학과			
간호인력	() 층 차매	간호사		
		간호조무사		
	병동	정신건강간호사, 노인전문간호사 또는 치매전문교육 이수간호사		
		간호사		
	() 층 차매	간호사		
		간호조무사		
병동	정신건강간호사, 노인전문간호사 또는 치매전문교육 이수간호사			
	의료기사 등	작업치료사		
임상심리사				
정신건강사회복지사				
물리치료사				
기타				

5. 구매완료 내용

(단위:천원)

구분	심의승인			재심의승인 ¹⁾		구매완료		설치 장소 ³⁾	구매 방법 ⁴⁾	변경사유
	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[승인의장비] ²⁾	-	-	-	-	1	XX,XXX			
합계	예산액 (국비+지방비)	3	XX,XXX	6	XXX,XXX	7	XXX,XXX			

- 1) 장비계획 재심의(2차)에 의해 승인된 장비 기입
- 2) 승인 외 장비를 구매하였을 경우 상기 예시와 같이 장비명 옆에 표기(없을 시, - 표기)
- 3) 설치장소는 구체적으로 기입 (ex : 프로그램실(본관 2층), 간호사실(본관 3층) 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 제22호 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 제23호 서식>

국고보조금 이월 세부명세(자치단체보조사업)

(단위: 천원)

보조 사업명	보조사업자명		사업 내용	추진 경과 (공정률%)	이월액			
	보조 사업자	간접 보조 사업자			명시이월액		사고이월액	
					이월 액	이월 사유	이월 액	이월 사유
계								
공립요양 병원 기능보강 사업	○○ 도지사 또는 시장	○○○ 시장 (○○○ 시설, ○○ 병원 등)						

* 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 제25호 서식>

공립요양병원 기능보강사업 집행내역서(회계연도 내 미완료)

사업수행 지자체 :

사업수행기관 :

○ 총괄 내역

(단위: 원)

구성						
구분	계	국비	지방비		기타 ()	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			

○ 예산교부 현황(누적금액)

(단위: 원)

번호	사업수행 기관	교부 받은 일자	교부 받은 금액1)	비고
1				
2				
3				
계				

1) 사업수행 기관(지자체 또는 의료기관)이 회계연도 말까지 교부 받은 금액

○ 사업추진현황

(단위: 원)

구분	심의승인일	설계완료일	착공일	장비계약일	완료예정일	현재 진행상황
1. 시설비						공정율 00% ex) 현재 00공사 중, 현재 설계공모 실시 중 (00.00월~00.00월)
2. 장비비						00종 00대 중 00종 00대 구매완료
3. 세부 추진현황	○ (00.00.00.) 지방재정투자심사 완료 ○ (00.00.00.) ○ (00.00.00.)					

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 제26호 서식>

○○년도 국고보조금 취득 중요재산 현황

중앙관서명	보건복지부	
세부사업명	공립요양병원 기능보강사업	
재산명		
유형		
목적(용도)		
주소	시도	
	상세주소	
면적(m ²)		
내역	수량	
	단위	
취득가액		
현재가액		
보조금유형		
취득일자		
처분제한기간(일자)		
소유자구분		
부기등기 기재사항 (예시)	이 재산은 보조금 관리에 관한 법률, 보건복지부 소관 국고보조금 관리규정 등에 의한 국고보조금 지원 재산이므로 보조금 집행자(00시·도지사) 승인없이 20년 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 제27호 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(m ²):	
	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 제29호 서식>

성과평가 실적 양식

사업 수행기관	00000 병원	
기관 작성자	성 명 : 000	소속/직위 : 공공의료사업팀 사회복지사
	연락처 : 000-0000-0000	e-mail : 0000 @ 00. 00
지자체 담당자	성 명 : 000	소속/직위 : 보건행정과 주사
	연락처 : 000-0000-0000	e-mail : 0000 @ 00. 00
국 고 교부일	0000년 00월 00일	

※ 작성기준 : 해당연도

1. 병원 일반 현황

설 립 형 태	도립, 시립, 군립, 구립	
허 가 병상수	전년도 12월 기준 심평원 신고 기준	
치매관리현황	치매안심병원*	지정 (O , X) , 지정일: 0000.00.00
		총 (3)개 병동, (000)병상
	치매전문병동**	지정 (O , X) , 운영일: 0000.00.00
		총 (3)개 병동, (000)병상
	전문 진료과목	신경과(), 신경외과(), 정신건강의학과()
퇴원치매환자수	해당연도 치매환자 퇴원 실인원수	

* 치매안심병원이란? 치매관리법 제16조의4에 따라 치매의 진단과 치료요양 등 치매 관련 의료서비스를 전문적이고 체계적으로 제공하기 위하여 필요한 인력 시설 및 장비를 갖추었거나 갖추 능력이 있다고 인정하여 보건복지부 장관이 지정한 기관을 말함.

** 치매전문병동이란? 2017년 이후 국고지원 기능보강사업으로 전문적 치매환자 치료를 위한 시설·장비·인력기준에 맞는 치매 환자 전용 병동

2. 인력 및 조직 구성

□ 사업팀 구성 및 운영현황

- 사업팀 운영 : 구성 (O/X), 총 00 명
- 사업팀 팀장 : 지정 (O/X), 직종(*신경과전문의*)
- 사업 전담인력 : 확보 (O/X), 직종(*사회복지사*)

연번	직위	성명	직종	면허 (자격)	해당사업 수행기간 (개월)	전담/ 겸임	채용구분*	인건비 수령여부** (O/X)
1	<i>사업 팀장</i>	<i>홍길동</i>	<i>의사</i>	<i>신경과전 문의</i>	<i>2000.1.1.~ 2000.00.00. (0개월)</i>	<i>겸임</i>	<i>기존인력</i>	
2	<i>사업 팀원</i>	<i>김영수</i>	<i>간호사</i>					
3	<i>사업 팀원</i>	<i>000</i>	<i>사회 복지사</i>			<i>전담</i>		<i>0</i>
4								
5								
6								
7								

* 채용구분은 기존인력, 신규채용, 타부서 채용(이전)으로 구분함

** 인건비수령여부는 본 사업으로 지급 시 O표기

*** 근거자료 별도제출 : 인사발령(임용, 면직) 관련 증빙 서류, 근무 명령(간호 duty 표 등), 인건비 지급 명세서(개인통장 이체내역)

□ **협약체 구성 및 운영현황**(*병원이 주체로 운영하고 있는 협약체 내용만 작성)

○ 협약체 운영 : (*O/X*), 총 *00* 개

○ 협약체 구성

협약체명	협약체 목적	참여기관	협약체결	협약건수
0000	지역사회 치매관리사업논의	1) 00치매안심센터	<i>O/X</i>	반기별 협의 총(4)건
		2) 00복지관		
△△△			<i>O/X</i>	총()건
<p><공문 등 협약체 구성을 확인할 수 있는 증빙 자료 첨부> (위촉장 및 협약체결서, 협약체 회의록, 관련 공문, 방명록 등)</p> <p>- 이미지 파일은 2mb 이내로 첨부</p>				

3. 예산투입 및 집행

□ 예산집행률

(단위: 원)

지원예산(교부금액)				집행금액			집행율 (%)	집행잔액	
계	국비	지방비	이자 발생액	계	교부금 (국도비)	이자		교부금 (국도비)	이자
<i>A</i>				<i>B</i>			$B/A \times 100$		

00시·도(시·군·구) 공립요양병원 공공사업
예산집행 적절성 검토의견

검토의견
(지자체 작성)

4. 필수사업 수행 실적

□ 퇴원치매환자 일상생활 복귀 지원

○ 병원규모 당(병상수당) 사업수행 건수

구분	사업수행건수	허가병상수 (전년도 12월 기준)	병원규모 당 사업수행건수
퇴원지원계획 수립·시행	A	E	$(A+B+C+D) \div E$
거주지 이동지원	B		
거주지 생활관리	C		
보호자 교육 및 심리지원	D		

○ 제공환자 비율

구분	제공 실인원수	총 퇴원 치매환자 수	제공환자 비율
퇴원지원계획 수립·시행	a	F (사망퇴원 및 의료기관 으로 퇴원 시 제외, 중복카운트 불가)	$(a+b+c+d) \div F$
거주지 이동지원	b		
거주지 생활관리	c		
보호자 교육 및 심리지원	d		

구분	연번	환자명	수행일자	사업수행 내용	비고	
퇴원지원계획 시행 건수	1	홍길동	00년 0월 00일	(유선상담)		
			00년 0월 00일	(방문간호)		
			00년 0월 00일	(방문지도)		
	2	김갑을				
	3					

	4						
	5						
	6						
합계	실인원수	<i>a</i>	총 수행건수	<i>A</i>	-	-	
거주지 이동지원 건수	1						
	2						
	3						
합계	실인원수	<i>b</i>	총 수행건수	<i>B</i>	-	-	
거주지 생활관리 건수	1						
	2						
합계	실인원수	<i>c</i>	총 수행건수	<i>C</i>	-	-	
보호자 교육 및 심리지원 건수	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
	6						
합계	실인원수	<i>d</i>	총 수행건수	<i>D</i>	-	-	

* 항목별 세부내용 모두 기재함(3행 초과 가능)

* 퇴원지원계획 수립은 모든 퇴원치매환자 대상으로 실시되어야하며 실적보고시 일괄제출

* 퇴원환자 명단 별도 첨부(퇴원일, 진단명 확인 가능 자료)

□ 병원 내 치매환자 및 가족지원

구분	운영여부	수행 내용			비고
치매환자 비약물치료 지원 운영	운영 O/X	프로그램 명	실시횟수	참여환자 수	
		원예치료	주0회/ 총20회	120명	
		프로그램 운영	00회/주		
보호자 자조모임 및 여가지원 운영	운영 O/X	지원 건	실시횟수	참여보호자 수	
		집단상담	2회	20명	
		여가지원	5회		
		총 실시횟수	00회/연		
치매환자 가족지원 온라인 공간 운영(전문의 Q&A코너 포함)	개설 O/X	전문의 Q&A 응답 건수 : 총 00 건 주요 내용 : 자유롭게 기술			
<p><치매환자 가족 지원 및 치매환자 지원 운영을 증빙할 수 있는 자료 첨부> (자조모임 결과보고서, 프로그램 일지, 온라인 공간 캡처 화면 등)</p> <p>- 이미지 파일은 2mb 이내로 첨부</p>					

□ 치매 친화적 환경조성

○ 치매 친화적 환경조성 사례 (사례별 작성)

연번	환경조성 장소	사례 내용		비고
1	치매전문병동 내 공용거실(4F)	치매환자를 위한 특화공간조성		사례 내용을 자유롭게 기술
		치매환자 입원 병동 안전환경 조성		
		치매환자 입원 병동 환경개선	✓	
		치매환자의 인지기능 향상을 위한 물품 설치		
<p><사례 사진 첨부></p> <p>- 이미지 파일은 2mb 이내로 첨부</p>				
연번	환경조성 장소	사례 내용		비고
1	치매전문병동 내 복도(4F)	치매환자를 위한 특화공간조성		사례 내용을 자유롭게 기술
		치매환자 입원 병동 안전환경 조성	✓	
		치매환자 입원 병동 환경개선		
		치매환자의 인지기능 향상을 위한 물품 설치		
<p><사례 사진 첨부></p> <p>- 이미지 파일은 2mb 이내로 첨부</p>				

□ 치매인식 개선사업 지원

○ 치매안심센터의 치매관련 행사 지원 (사례별 작성)

연번	일자	지원 내용	비고
1	'00년 00월 00일	지원 내용을 자유롭게 기술	
<p><관련 공문서 및 사진 첨부> (치매인식개선 결과보고서, 관련 공문 등)</p> <p>- 이미지 파일은 2mb 이내로 첨부</p>			
연번	일자	지원 내용	비고
2	'00년 00월 00일	지원 내용을 자유롭게 기술	
<p><관련 공문서 및 사진 첨부> (치매인식개선 결과보고서, 관련 공문 등)</p> <p>- 이미지 파일은 2mb 이내로 첨부</p>			

○ 치매환자 학대 예방 교육 시행 (사례별 작성)

연번	일자	시행 내용	대상
1	'00년 00월 00일	지원 내용을 자유롭게 기술	직원
<p><관련 공문서 및 사진 첨부> (치매환자 학대 예방 교육 결과보고서, 관련 공문 등)</p> <p>- 이미지 파일은 2mb 이내로 첨부</p>			
연번	일자	지원 내용	비고
2	'00년 00월 00일	지원 내용을 자유롭게 기술	보호자
<p><관련 공문서 및 사진 첨부> (치매환자 학대 예방 교육 결과보고서, 관련 공문 등)</p> <p>- 이미지 파일은 2mb 이내로 첨부</p>			

<치매환자 학대 발생 시 보고 매뉴얼>

<관련 공문서 및 사진 첨부>

□ 유관기관 협력사업 수행

○ 치매관련 협력 사업 (사례별 작성)

연번	공동수행 기관명	수행 내용	비고
1	00요양병원, 00치매안심센터, 000복지관 등 3개소	수행 내용을 자유롭게 기술	
<p><관련 공문서 첨부> (사업체계도, 사업결과보고서, 관련 공문 등)</p> <p>- 이미지 파일은 2mb 이내로 첨부</p>			
연번	공동수행 기관명	수행 내용	비고
2	00요양병원, 00치매안심센터, 000복지관 등 3개소	수행 내용을 자유롭게 기술	
<p><관련 공문서 첨부> (사업체계도, 사업결과보고서, 관련 공문 등)</p> <p>- 이미지 파일은 2mb 이내로 첨부</p>			

□ 치매환자 치매안심센터 연계

○ 치매안심센터에 치매퇴원환자 이용(등록)실적 (사례별 작성)

연번	퇴원 환자명	퇴원일자	치매안심센터 이용(등록)일자	치매안심 센터명	환자 주소지	연계 내용
1		'00년 00월 00일 (병원에서 퇴원일 기입)	'00년 00월 00일 (치매안심센터에 이용(등록)일 기입)	000치매 안심센터	000도 00시(군) 00구 00동(읍·면)	
<p><관련 공문서 및 증빙서류 첨부> (등록회신서 또는 등록확인서)</p> <p>- 이미지 파일은 2mb 이내로 첨부</p>						
연번	퇴원 환자명	퇴원일자	치매안심센터 이용(등록)일자	치매안심 센터명	환자 주소지	연계 내용
2		'00년 00월 00일 (병원에서 퇴원일 기입)	'18년 00월 00일 (치매안심센터에 이용(등록)일 기입)	000치매 안심센터	000도 00시(군) 00구 00동(읍·면)	
<p><관련 공문서 및 증빙서류 첨부> (등록회신서 또는 등록확인서)</p> <p>- 이미지 파일은 2mb 이내로 첨부</p>						

○ 치매안심센터와 치매환자 연계 등을 포함한 업무 협약 체결

연번	치매안심센터명	일자	협약 내용	비고
1		'00년 00월 00일 (체결일자 작성)		
<p><관련 공문서 및 증빙서류 첨부> (협약체결서, 회의록, 관련 공문 등)</p> <p>- 이미지 파일은 2mb 이내로 첨부</p>				
연번	치매안심센터명	일자	협약 내용	비고
1		'00년 00월 00일 (체결일자 작성)		
<p><관련 공문서 및 증빙서류 첨부> (협약체결서, 회의록, 관련 공문 등)</p> <p>- 이미지 파일은 2mb 이내로 첨부</p>				

○ 광역 및 시·군·구 지역사회 치매협의체 참여

연번	치매안심센터명	일자	협의체 참여 내용	비고
1	00광역 치매센터	'00년 00월 00일 (체결일자 작성)		
<p><관련 공문서 및 증빙서류 첨부> (위촉장, 회의록, 관련 공문 등)</p> <p>- 이미지 파일은 2mb 이내로 첨부</p>				
연번	치매안심센터명	일자	협의체 참여 내용	비고
1	00군 치매안심센터	'00년 00월 00일 (체결일자 작성)		
<p><관련 공문서 및 증빙서류 첨부> (위촉장, 회의록, 관련 공문 등)</p> <p>- 이미지 파일은 2mb 이내로 첨부</p>				

□ 지역기반 협진체계 구축 운영

연번	협진체계 구축 기관명	수행 내용	비고
1		수행 내용을 자유롭게 기술	
<p><관련 증빙자료 첨부> (사업체계도, 협진수행 증빙자료 등)</p> <p>- 이미지 파일은 2mb 이내로 첨부</p>			
연번	협진체계 구축 기관명	수행 내용	비고
2		수행 내용을 자유롭게 기술	
<p><관련 증빙자료 첨부> (사업체계도, 협진수행 증빙자료 등)</p> <p>- 이미지 파일은 2mb 이내로 첨부</p>			

<별지 제30호 서식>

일상생활 복귀 지원 등 신청서

※ []에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

(앞면)

접수번호	접수일자
------	------

환자 (본인)	성명	
	주민등록번호(외국인등록번호 또는 국내거소신고번호)	성별 []남 []여
	사회보장 []수급자 []차상위계층 []기타	휴대전화
	주소	전화번호

법정 대리인 또는 보호자	성명	환자(본인)과의 관계	주민등록번호(외국인등록번호 또는 국내거소신고번호)
	주소		전화번호

[서비스 신청]

서비스 종류	추가 서비스
[] 퇴원지원계획 수립·시행	[] 치매안심센터 연계
[] 거주지 이동 지원	
[] 거주지 생활관리	
[] 보호자 교육 및 심리지원	[] 치매안심센터 연계
[] 병원내 치매환자 가족 지원	[] 치매안심센터 연계

[환경개선 및 보조장치 비용을 지원받으려는 경우]

※ 기초생활수급자, 차상위계층, 독거노인(병원 협의체 인정)만 지원 가능합니다.

계좌번호	은행명	예금주명
------	-----	------

[신청인 제출서류]

1. 주민등록등본 1부(독거노인 필수)
 2. 기초수급자 또는 차상위계층 등 서비스지원 대상 여부 확인을 위한 공적서류 또는 증명서 1부(독거노인 제외)
- ※ 모든 서류는 신청일 기준 1개월 이내 발급받은 경우만 유효

위 사항은 사실과 다름이 없음을 확인하고 서비스 지원을 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

병원장 귀하

개인정보 수집 및 이용·제공 동의서

□ 동의자 성명 :

□ 주민등록번호 :

본 병원은 개인정보보호법에 명기된 관련 개인정보보호 규정에 의거, 일상생활 복귀 지원 등 서비스 제공을 위하여 아래와 같은 개인정보를 수집·이용하며, 서비스 이용 관련 공공기관 및 단체에 동 개인정보를 제공합니다.

□ 개인정보 수집·제공 항목

- 인적사항 : 성명, 주민등록번호, 주소, 연락처, 건강상태, 「국민기초생활 보장법」에 따른 수급자 또는 차상위계층 해당 여부, 기타 서비스 제공을 위하여 병원에서 인정하는 취약계층 해당 여부
- 관련사항 : 퇴원지원계획 수립·시행, 거주지 이동 지원, 거주지 생활관리, 보호자 교육 및 심리지원, 병원내 치매환자 가족 지원

□ 개인정보 수집 및 이용·제공 목적

귀하의 개인정보를 아래와 같은 목적으로 수집 및 이용·제공합니다.

- 퇴원지원계획 수립·시행, 거주지 이동 지원, 거주지 생활관리, 보호자 교육 및 심리지원, 병원내 치매환자 가족 지원 서비스 제공
- 퇴원지원계획 수립·시행, 보호자 교육 및 심리지원, 병원내 치매환자 가족 지원 관련 서비스를 장기요양서비스 신청·제공기관 및 치매안심센터 등 유관기관에서 제공하는 서비스와 연계

□ 개인정보 보유 및 이용기간

- 상기 내용은 개인정보보호법을 기준으로 함
- 상기 개인정보의 이용목적 소멸 시까지 보유

□ 개인정보 제공기관 및 제공방법

- 서비스 제공 병원, 장기요양서비스 신청·제공기관, 치매안심센터
- 상기 기관의 업무 담당자가 관련 자료송부 또는 시스템에 입력

※상기 내용과 관련, 개인정보 수집 동의에 거부하실 수 있으며, 거부 시 각종 서비스 제공이 제한됩니다.

상기명 본인은 “개인정보보호법” 및 관련 법령에 의거하여 개인정보 수집 및 이용·제공에 동의합니다.

년 월 일

동의인 :

(서명)

지원 대상자와의 관계 :

* 대리인이 서명할 경우, 사유 기재

<별지 제32호 서식>

사업비 정산

○ 총괄 (단위: 원)

구분	사업비(국비+지방비)		
	예산	집행액	집행잔액
1. 인건비	A1	B1	A1-B1
1) 000 (해당직원 이름 기입)			
2. 운영비	A2	B2	A2-B2
1) 일반수용비	a1	b1	a1-b1
2) 공공요금 및 제세, 임차료	a2	b2	a2-b2
3) 복리후생비	a3	b3	a3-b3
3. 여비	A3	B3	A3-B4
4. 업무추진비	A4	B4	A4-B4
5. 일반연구비	A5	B5	A5-B5
6. 기타	A6	A6	A6-B6
총계	A	B	A-B

인건비		치매친화적 환경조성 비용	
총예산의 <u>60%</u> 이상 사용불가		전담인력의 인건비를 제외한 총예산의 <u>30%</u> 이상 사용불가	
집행액	A1	집행액	C
기준금액	$X=A*0.6$	기준금액	$Y=(A-A1)*0.3$
부적정집행금액	A1-X	부적정집행금액	C-Y

○ 세부 집행내역 (단위: 원)

비목	번호	집행일자	집행액	지출처	집행(지출)내용
1. 인건비	1				
	2				
	전담인력 인건비 소계		A1		
	1				
	2				
	치매안심병원 추가인력 인건비 소계		A2		
	1				
	2				
	기타인력 인건비 소계		B		
인건비 총계			A1+A2+B		
비목	번호	집행일자	집행액	지출처	집행(지출)내용
2. 운영비	1				
	2				
	환경조성 일반수용비 소계		C	-	-
	1				
	2				
	환경조성 외 일반수용비 소계		D	-	-
	1) 일반수용비 소계		C+D		
	1				
	2				
	2) 공공요금 및 제세, 임차료 소계		E		
	1				
	2				
	3)복리후생비 소계		F		
	2, 운영비 총계		C+D+E+F		
3. 여비	1				
	2				
	근무지내 출장 여비 소계		G		
	1				
	2				
	근무지의 출장 여비 소계		H		
3. 여비 총계		G+H			
4. 업무추진비	1				
	4. 업무추진비 총계		I		
5. 일반연구비	1				
	5. 일반연구비 총계		J		
6. 기타	1				
	6. 기타 총계		J		
총계				-	-

* 사업비 지출내역 모두 기재할 것

* 사업비 정산보고서 번호와 증빙자료의 폴더번호가 일치하도록 할 것

<별지 제33호 서식>

00시·도(시·군·구) 공립요양병원 공공사업
예산집행 적절성 검토의견서

신청기관	지자체	
	광역자치단체	기초자치단체
00병원	000시·도	000시·군·구

구분	사업비(국비+지방비)			검토의견 (지자체 작성)		비고
	최종사업 계획 승인 예산	집행액	집행 잔액	사업범위 외 집행 건명	금액	
1. 인건비	A1	B1	A1-B1			
1) 000 (해당직원 이름 기입)						
2. 운영비	A2	B2	A2-B2			
1) 일반수용비	a1	b1	a1-b1			
2) 공공요금 및 제세, 임차료	a2	b2	a2-b2			
3) 복리후생비	a3	b3	a3-b3			
3. 여비	A3	B3	A3-B4			
4. 업무추진비	A4	B4	A4-B4			
5. 일반연구비	A5	B5	A5-B5			
6. 기타	A6	A6	A6-B6			
총계	A	B	A-B	총액		-

<별지 제34호 서식>

치매안심센터 등록의뢰서

등록기관	_____ 치매안심센터	담당자	(연락처)	
1. 주요정보				
성명		성별	<input type="checkbox"/> 남	<input type="checkbox"/> 여
주민등록번호	-			
실제 나이	_____ 세	호적 나이	_____ 세	
학력(교육년수)	_____ 년	읽고 쓰기	<input type="checkbox"/> 문맹 <input type="checkbox"/> 읽기만 가능 <input type="checkbox"/> 읽고 쓰기 가능	
연락처	휴대전화:	자택:		
서비스 이용 주소				
주민등록등본 주소	<input type="checkbox"/> 서비스 이용 주소와 동일			
2. 기본사항				
거주상태	<input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 입원 <input type="checkbox"/> 기타(_____)			
동거형태	<input type="checkbox"/> 독거 <input type="checkbox"/> 동거 <input type="checkbox"/> 노인부부 <input type="checkbox"/> 배우자 및 가족 <input type="checkbox"/> 치매환자 <input type="checkbox"/> 기타			
의료보장	<input type="checkbox"/> 건강보험 <input type="checkbox"/> 의료급여1종 <input type="checkbox"/> 의료급여2종 <input type="checkbox"/> 미가입			
소득수준	<input type="checkbox"/> 기초생활수급자 <input type="checkbox"/> 차상위계층 <input type="checkbox"/> 해당없음			
장기요양등급	<input type="checkbox"/> 등급없음 <input type="checkbox"/> 1등급 <input type="checkbox"/> 2등급 <input type="checkbox"/> 3등급 <input type="checkbox"/> 4등급 <input type="checkbox"/> 5등급 <input type="checkbox"/> 인지지원등급 <input type="checkbox"/> 등급외A <input type="checkbox"/> 등급외B <input type="checkbox"/> 등급외C <input type="checkbox"/> 모름			
보훈대상	<input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 미해당 <input type="checkbox"/> 모름			
3. 평가결과				
행동심리증상(NPI-Q)	<input type="checkbox"/> 해당 없음 <input type="checkbox"/> 해당 있음			
증상 발생 항목 개수	_____ 개			
필수평가항목	증상유무	심한정도(1~3)	고통정도(0~5)	
망상				
환각				
초조(안절부절못함)/공격성				
탈억제				
과민/기분불안정				
이상 운동 행동				
수면/야간행동				
섬망(K-DRS)	<input type="checkbox"/> 해당 없음 <input type="checkbox"/> 해당 있음			
점 수	심각도 점수: _____ / 39점		총 점수: _____ / 46점	
일상생활능력				

<별지 제35호 서식>

**공립요양병원 공공사업
[치매환자지원프로그램] 사업계획서**

2022. .

00병원

목 차

제1장 기관 현황 / 1

제2장 조직 및 인력 / 2

제3장 지역 사회 현황 / 4

제4장 사업 추진 계획 / 0

- 1. 총괄 0
- 2. 사업별 세부계획 0
 - 1) 퇴원 치매환자 일상생활 복귀 지원 0
 - 2) 병원내 치매환자 및 가족 지원 0
 - 3) 치매 친화적 환경 조성 0
 - 4) 치매 인식개선 사업 지원 0
 - 5) 지역 내 연계·협력사업 0

제5장 예산 집행 계획 / 0

1 기관 현황

병원 일반 현황 (0000.00.00 기준)

사업수행기관		00000병원																												
관할 지자체		00시·도 00과				담당자	000(직위) (연락처 000-0000-0000)																							
일반현황	설립형태	도립, 시립, 군립, 구립				건축년도	0000.00.00,																							
	병상수	허가병상수	심평원 신고 기준		의료기관 인증	인증연월일: 00.00.00.																								
		가동병상수		직원수	의사등급	간호등급																								
		병상가동률																												
	진료과목수 (개), 총 의사수(명) 심평원 신고 기준																													
	진료과목	신경과	신경외과	정신건강의학과	내과	외과	산부인과	가정의학과	정형외과	흉부외과	성형외과	마취통증의학과	안과	이비인후과	피부과	비뇨기과	영상의학과	방사선종양학과	병리과	진단검사의학과	재활의학과	결핵과	핵의학과	직업환경의학과	응급의학과	치과	한방과	일반의	계	
	의사수																													

치매 병동 현황

치매안심병원*		치매전문병동**	
지정 (O , X) , 지정일: 0000.00.00		운영 (O , X) , 운영일: 0000.00.00	
병동/병상수	2층 밝은병동(00병상)	병동/병상수	2층 밝은병동(00병상)
	3층 00병동(00병상)		3층 00병동(00병상)
	4층 00병동(00병상)		4층 00병동(00병상)
	총 (0)개 병동, (000)병상		총 (3)개 병동, (000)병상

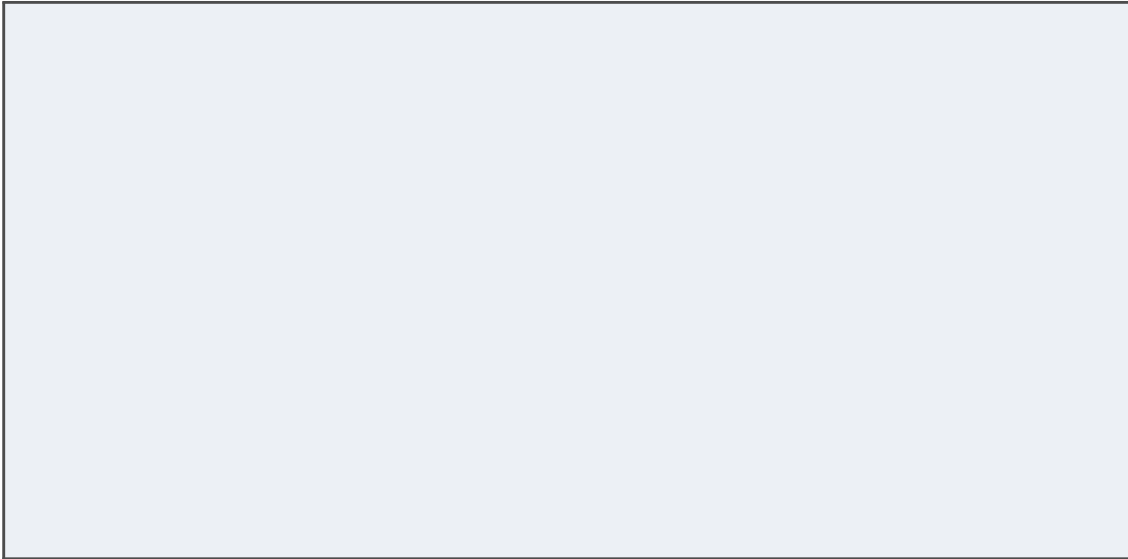
* 치매안심병원이란? 치매관리법 제16조의4에 따라 치매의 진단과 치료요양 등 치매 관련 의료서비스를 전문적이고 체계적으로 제공하기 위하여 필요한 인력 시설 및 장비를 갖추었거나 갖추 능력이 있다고 인정하여 보건복지부 장관이 지정한 기관을 말함.

** 치매전문병동이란? 2017년 이후 국고지원 기능보강사업으로 전문적 치매환자 치료를 위한 시설·장비·인력기준에 맞는 치매 환자 전용 병동

2 조직 및 인력

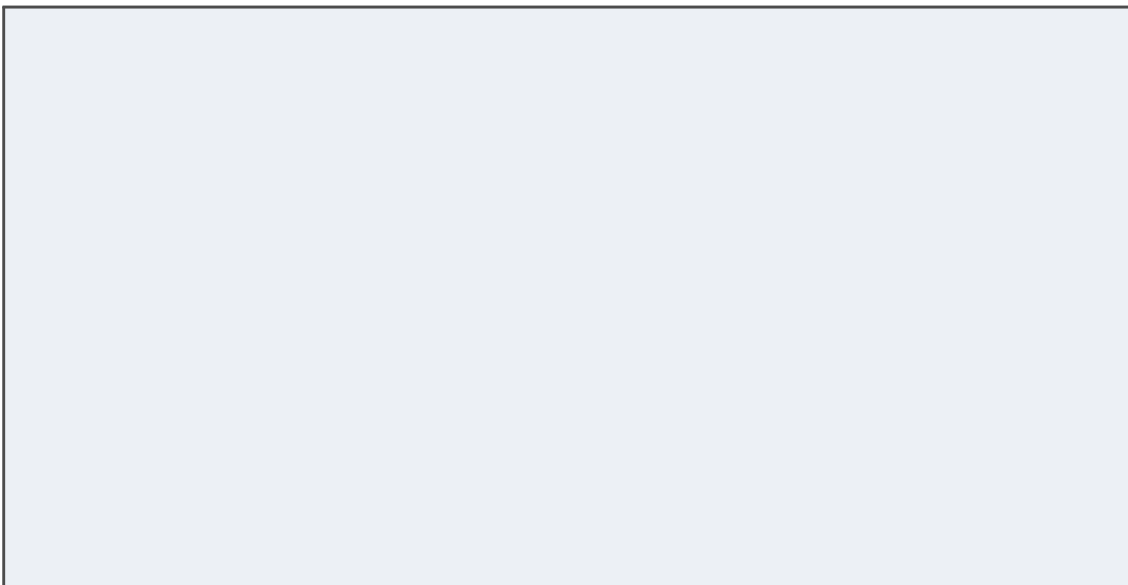
□ 기관 조직도

○ 사업(전담)팀의 병원 내 위치·속

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for drawing a diagram showing the location of the project team within the hospital.

□ 사업팀 운영체계

○ 사업(전담)팀의 체계도

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for drawing a diagram of the project team's operational system.

□ 사업팀 인력배치

○ 사업(전담)팀 구성 총 0명, 신경과 전문의 / 행정총괄 사업팀장 지정

no.	직위	성명	직종(면허)	역할	참여유형	인건비 수령여부
1	사업팀장	ooo	신경과전문의	사업총괄	(전담, 겸임)	(O, X)
2	사업팀원	ooo	사회복지사	사업운영 전담		
3				사업지원(방문간호)		
4				사업지원(예산집행)		
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

※ 참여유형: (전임) 상용근로자로 근로시간의 70% 이상을 해당 업무수행에 사용하는 인력, (겸임) 해당 업무 이외의 업무를 함께 맡아 수행

※ 인건비수령여부 : 본 사업으로 지급 시 O표기

3 치매환자 의료서비스 제공 현황

□ 치매환자 이용 현황 (2021.1월부터 2021현재 기준)

<입원현황>

구분	계 (000명상)	일반병동 (00명상)	치매전문병동 (00명상)
치매환자 입원 환자 수	000명	000명	000명
치매환자 평균 재원 기간	000일	000일	000일

<치매환자 현황>

구분	계	건강보험 가입자	의료급여 수급권자	기타
일반병동	000명	000명	000명	000명
치매전문병동	000명	000명	000명	000명


<지역 주민 이용 현황>

구분	계	관할 지자체 주민	타 지자체 주민
일반병동	000명		
치매전문병동	000명		

※ 공립요양병원 및 치매전문병동의 입원환자 관련 현황을 확인하는 자료로 의료기관의 보유정보를 활용하여 항목, 표는 자유롭게 수정 가능

□ **협의체 구성 및 운영**

○ 사업협의체 구성(협의체 명, 내용, 참여기관, 운영 계획 등)



4 사업 추진 계획

[총 괄]

□ 전년도 필수사업 수행 실적

사업구분	수행실적
퇴원치매환자 일상생활 복귀 지원	- -
병원 내 치매환자 가족지원	- -
치매 친화적 환경조성	- - -
지역 내 연계·협력 사업 (치매인식개선 사업 포함)	- - -

□ 2022년도 치매 공공 사업 성과 목표 및 중점 사업

구분	내용
성과목표	<p>(예1) 치매환자 일상생활 복귀 지원율 전년 대비 3% 증가 * 일상생활 복귀 지원율 = 지역사회 복귀 환자(가정)/치매환자 퇴원 환자</p> <p>(예2) 치매전문병동 평균 재원기간 감소 * ('21년) 120일 → ('22년) 100일</p> <p>(예3) 치매전문병동 만족도 조사 결과 90점 이상 * 치매전문병동 이용자 및 보호자 대상 만족도 조사 실시결과</p>
기관 중점 (특화) 사업	- - -

□ 사업 총괄계획

사업구분	세 부 사 업 명	사업대상	사업목표 (목표실적)	비고 (전년실적*)	
퇴원치매환자 일상생활 복귀 지원	1) 퇴원계획 수립 시행	(예시: 퇴원치매환자)			
	2) 거주지 이동 지원				
	3) 거주지 생활 관리				
	4) 보호자 교육 및 심리지원				
병원내 치매환자 및 가족지원	병원 내 치매환자 지원	1) 치매환자 비약물치료 지원			
	병원 내 치매환자 가족지원	1) 보호자 자조모임 운영			
		2) 보호자 여가활동 지원			
		3) 치매환자 가족지원 전문의 상담			
		4) 전문의 Q&A 코너 운영			
	치매친화적 환경조성	1) 특화공간 조성			
		2) 안전 환경 조성			
3) 환경개선					
4) 기타					
치매인식 개선사업 지원	지역사회 치매인식 개선사업	1) 치매안심센터 행사 지원			
		2) 자체 기획 행사 수행			
	치매환자 학대예방 교육시행	1) 치매환자 학대 예방 교육	(예시) 원내 종사자, 또는 치매 환자 가족	(예시) 4회	
		2) 치매환자 학대 예방 지킴이단 운영	(예시) 직원, 간병인 및 치매환자보호자 등)		
		3) 치매환자 학대 발생 보고 매뉴얼 마련			
지역내 연계·협력 사업	유관기관 협력사업 수행	1) "0000 0000"			
		2) "0000 0000"			
		3)			
	치매환자 치매안심센 터 연계	1) 치매안심센터 치매퇴원환자 연계			
		2) 치매안심센터 업무협약			
		2) 광역 및 지역사회 협의체 참여			
	지역기반 협진체계 구축운영	1) 지역 기반 협진체계 구축	예시) 광역치매센터, 지역내 전문의 협진 체계 구축	(예시) 20건 이상 상시 체계구축	

* 전년도 실적이 있는 경우 작성

[사업별 세부계획]

※ 세부 사업이 한 개 이상인 경우, 업무 수만큼 아래 표를 추가하여 작성

퇴원치매환자 일상생활 복귀지원

세부사업명	(예시: ①퇴원계획 수립 시행)			
대 상				
목 표				
필 요 성				
추진 계획 (사업 내용)				
사업 예산	총 (원) <small>* 총금액은 지원금과 자체 예산의 합산금액 * 지원금: 국비, 지방비</small>	<input type="checkbox"/> 지원금 (원), <input type="checkbox"/> 자체 예산 (원)		
		비목	세목	예산액(*지원금만 작성)

추진 일정	구 분											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
업무수행 인력	부 서	직 종	인원	역 할							참여유형	
											전임, 겸임	
연계·협력	<p>(예시) 치매환자 지역사회 복귀에 따른 지역 관할 광역치매센터 및 치매안심센터와 퇴원계획 공동수립, 치매안심센터 맞춤형 사례관리 의뢰</p>											

병원 내 치매환자 및 가족 지원

병원 내 치매환자 지원

세부사업명	(예시: ①치매환자 비약물치료 지원 운영)		
대 상			
목 표			
필 요 성			
추진 계획 (사업 내용)			
사업 예산	총 (원) * 총금액은 지원금과 자체 예산의 합산금액 * 지원금: 국비, 지방비	<input type="checkbox"/> 지원금 (원), <input type="checkbox"/> 자체 예산 (원)	
		비목	세목
		예산액(*지원금만 작성)	

추진 일정	구 분											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
업무수행 인력	부 서	직 종	인원	역 할				참여유형				
								전임, 겸임				

○ 병원 내 치매환자 가족 지원

세부사업명	(예시: ①치매환자보호자 자조 모임 운영)			
대 상				
목 표				
필요성				
추진 계획 (사업 내용)				
사업 예산	총 (원) * 총금액은 지원금과 자체 예산의 합산금액 * 지원금: 국비, 지방비	<input type="checkbox"/> 지원금 (원), <input type="checkbox"/> 자체 예산 (원)		
		비목	세목	예산액(*지원금만 작성)

추진 일정	구 분											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
업무수행 인력	부 서	직 종	인원	역 할							참여유형	
											전임, 겸임	

□ 치매 친화적 환경 조성

세부사업명	(예시: ①치매환자를 위한 특화 공간 조성)
대 상	
목 표	
필요성	
추진 계획 (사업 내용)	조성 장소 현황
	조성 장소 및 현황 설명(현황사진) (예시: 치매전문병동 3층, 프로그램실)

추진 계획 (사업 내용)	구성 내용												
	<ul style="list-style-type: none"> • (목적: , , ,) • (활용: , , ,) • (기대효과: , , ,) 												
사업 예산	총 (원)	□ 지원금 (원), □ 자체 예산 (원)											
		비목	세목								예산액(*지원금만 작성)		
		* 총금액은 지원금과 자체 예산의 합산금액											
		* 지원금: 국비, 지방비											
추진 일정	구 분												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
업무수행 인력	부 서	직 종	인원	역 할							참여유형		
											전임, 겸임		

치매 인식 개선 사업 지원

○ 지역사회 치매인식 개선 사업 지원

세부사업명	(예시: ①치매안심센터 치매관련 행사 지원)			
대 상				
목 표				
필 요 성				
추진 계획 (사업 내용)				
사업 예산	총 (원) * 총금액은 지원금과 자체 예산의 합산금액 * 지원금: 국비, 지방비	<input type="checkbox"/> 지원금 (원), <input type="checkbox"/> 자체 예산 (원)		
		비목	세목	예산액(*지원금만 작성)

추진 일정	구 분											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
업무수행 인력	부 서	직 종	인원	역 할							참여유형	
										전임, 겸임		
연계·협력												

○ 치매환자 학대 예방 교육 시행

세부사업명	(예시: ①치매환자 학대 예방교육 시행)			
대 상	(예시) 공립요양병원내 종사자, 치매환자 가족			
목 표	(예시) 치매전문병동 등 공립요양병원내 치매환자 학대 발생 사전 예방 강화 지역사회 실종 치매 노인의 발견과 안전한 지역사회 복귀 지원			
필요성	(예시) 치매환자의 경우 인지능력 저하로 타인과의 소통이 어렵거나 문제행동으로 인한 학대 위험이 높으며 시설 등에서의 치매환자의 학대 신고가 증가하고 있음 치매환자의 경우 배회 위험이 높아 지역사회 치매환자 보호 안전망 구축 필요			
추진 계획 (사업 내용)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 치매환자 학대 예방을 위한 종사자, 치매가족 대상 교육 실시 <ul style="list-style-type: none"> - 원내 종사자 대상 노인 학대 예방 교육을 정기적으로 실시 - 치매환자 가족 대상 노인 학대 예방 교육 및 치매환자 문제행동시 대응교육 실시 ○ 원내 치매 환자 학대 예방 지킴이(점검단) 운영 <ul style="list-style-type: none"> - 치매전문병동 및 병원내 치매 환자 학대 예방을 위한 점검단을 구성하여 정기적인 병원내 학대 위험 상황을 사전에 살피고 필요한 조치 실시 ○ 치매환자 학대 신고자 포상금 제도 운영 <ul style="list-style-type: none"> - 원내 치매환자 학대 신고를 하고, 노인보호기관의 조사 결과 학대로 판정되는 경우 신고자에게 최대 100 만원 포상금 지급 - 이와 관련 원내 신고체계 구축(신고서 양식 마련, 신고접수체계 마련) ○ 지역사회 실종 치매환자 일시 보호 요청시 지원 <ul style="list-style-type: none"> - 시도(시군구), 치매안심센터에서 실종 치매 환자 일시보호 요청시 검진 등 건강관리 및 병상 지원 - 치매안심센터, 시도와 실종 치매 노인 발생시 연계체계 구축 			
사업 예산	총 (원)	□ 지원금 (원), □ 자체 예산 (원)		
		비목	세목	예산액(*지원금만 작성)
	* 총금액은 지원금과 자체 예산의 합산금액 * 지원금: 국비, 지방비			

추진 일정	구 분											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	(예시) 치매환자 학대 예방 교육 실시											
	(예시) 치매환자 학대 예방 지침이 구성운영											
	(예시) 치매환자 학대 신고 체계 구축											
업무수행 인력	(예시) 시도(시군구), 치매안심센터 치매 실증노인 일시보호체계 구축											
	부 서	직 종	인원	역 할							참여유형	
											전임, 겸임	

□ 치매환자 치매안심센터 연계

세부사업명	(예시: ①지역사회 치매협의체 참여)			
대 상				
목 표				
필요성				
추진 계획 (사업 내용)				
사업 예산	총 (원) * 총금액은 지원금과 자체 예산의 합산금액 * 지원금: 국비, 지방비	□ 지원금 (원), □ 자체 예산 (원)		
		비목	세목	예산액(*지원금만 작성)

추진 일정	구 분											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
업무수행 인력	부 서	직 종	인원	역 할				참여유형				
								전임, 겸임				

□ 지역기반 협진체계 구축 운영

세부사업명	(예시: ①지역 기반 협진체계 구축)			
대 상	(예시) 광역치매센터, 지역 내 신경과, 신경외과, 또는 정신건강의학과 전문의			
목 표	(예시) 치매 진료 경험이 풍부한 지역 내 전문의와의 협진체계 구축을 통해 공립요양병원의 치매 환자 진료 전문성 강화			
필요성	행동심리증상(BPSD)이 심한 환자의 집중치료를 위하여 전문의의 환자 평가, 관리 및 자문 필요			
추진 계획 (사업 내용)	<p>○ 지역사회 연계 협력체계 구축</p> <ul style="list-style-type: none"> - 공립요양병원과의 협의체 구성 및 운영(회의 개최 등) - 지역사회 협진 병원 및 치매 관련 전문의 발굴·연계 - 지역별 특성에 맞는 환자 연계 조정 및 모니터링 <p><지역 기반 협진체계(안)></p> <p>○ 의사-의사 협진 네트워크 구축</p> <ul style="list-style-type: none"> - 광역협의체 의료기관과 공립요양병원 간 협진 네트워크 회의 개최 - 의료진 간 의사소통 및 진료 정보 공유 지원(주기적 소통 체계 마련 및 모니터링) <p>○ 치매전문병동 등에 입원 중인 치매환자의 상태에 따라 전문의 협진 실시</p>			
사업 예산	총 (원)	□ 지원금 (원), □ 자체 예산 (원)		
	* 총금액은 지원금과 자체 예산의 합산금액	비목	세목	
	* 지원금: 국비, 지방비	(예시) 운영비	회의비	예산액(*지원금만 작성)
		(예시) 운영비	협진진료지원비	

추진 일정	구 분											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	(예시) 협진 체계 구축											
	(예시) 협진 체계 운영 정기 회의 실시											
	(예시) 지역내 전문의와 의학 세미나 실시											
(예시) 협진 실시(필요시)												
업무수행 인력	부 서											
	직 종		인원		역 할					참여유형		
										전임, 겸임		

5 예산 집행 계획

※ 자체 예산을 제외한 지원금(국비·지방비) 만 기재

비목	세목	세부내역	단가							예산액	비고	
			단가	x	1명	x	월	100	%			=
인건비	인건비	전담인력급여	단가	x	1명	x	월	100	%	=		
		겸임인건비	단가	x	1명	x	월	40	%	=		*치매안심병원만 작성
		성과급				x				=		
운영비	복리후생비	전담인력 4대보험 등 기관부담금	예시) 50,000			x	12			=	600,000	
		소모품				x				=		
	일반수용비	도서 등 구입비				x				=		
		인쇄비				x				=		
		안내, 홍보물 기념품 등 제작비				x				=		
		회의 및 자문수당				x				=		
		강사비				x				=		
		교육운영비				x				=		
	공공요금 및 제세	우편요금				x				=		
		업무용 휴대전화 통신요금				x				=		
임차료					x				=			
여비	국내여비	근무지내				x				=		
		근무지외				x				=		
업무추진비	업무추진비	식음료 및 연회비				x				=		
					x				=			
					x				=			
일반연구비	일반연구비	전산 프로그램 개발비용				x				=		
기타	기타				x					=		
합계						x				=		

지방자치단체

지 자 체 :

담당부서 :

담 당 자 : (성명) , (직책)

전화번호 :

이 메 일 :

00 요양병원

주 소 :

담당부서 :

책 임 자 :

담 당 자 :

전화번호 :

이 메 일 :

IV 치매공공후견 사업안내 - 서식 및 양식 모음

→ 서식 목록

- <서식 1-1> 치매공공후견인 지원서
- <서식 1-2> 치매공공후견법인 지원서
- <서식 1-3> 후견인 후보자 개인정보 제공 동의서
- <서식 1-4> 치매공공후견인 후보자 위촉장
- <서식 2-1> 공공후견사업 지원대상자 확정 사례회의 요청서
- <서식 2-2> 후견 필요성 판단기준표
- <서식 2-3> 후견유형 판단기준표
- <서식 2-4> 후견인의 권한 결정을 위한 판단 기준표
- <서식 2-5> 사건본인(치매어르신) 개인정보 제공 동의서
- <서식 2-6> 사건본인(치매어르신) 관련서류 - 위임장(후견등기 등)
- <서식 2-7> 사건본인(치매어르신) 관련서류 - 위임장(주민등록등본 등)
- <서식 2-8> 비밀유지 서약서
- <서식 2-9> 치매공공후견인 후보자 추천 요청서
- <서식 2-10> 치매공공후견인 후보자 추천서
- <서식 3-1> 후견심판청구 동의서(사건본인)
- <서식 3-2> 후견심판 청구에 대한 본인의 의향 확인서
- <서식 3-3> 후견심판청구 동의서(이해관계인)
- <서식 3-4> 후견인 업무 수행 의향서
- <서식 3-5> 소제기부존재확인서
- <서식 3-6> 사회조사보고서
- <서식 3-7> 후견계획서
- <서식 3-8> 후견감독계획서
- <서식 3-9> 소송위임장
- <서식 4-1> 후견인 월 정기보고서
- <서식 4-2> 금전지출내역서
- <서식 4-3> 후견활동내역서

- <서식 4-4> 피후견인 욕구확인서
- <서식 4-5> 후견감독사무보고서
- <서식 4-6> 후견 지속여부 조사서
- <서식 4-7> 후견인 업무 포기 의향서
- <서식 4-8> 후견인 활동비 지급 안내서(예시)

<서식 1-1> 치매공공후견인 지원서

치매공공후견인 지원서(예시)

		접수번호		
성명		전화번호	자택	
주민등록번호	(만 세)		휴대폰	
			가족연락처	
주소				
기초생활수급자 여부	<input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 비해당(의료급여 수급권자 2종 포함) (✓)			
기초연금수급 여부	<input type="checkbox"/> 수급 <input type="checkbox"/> 미수급 <input type="checkbox"/> 해당없음 (만 60 ~ 64세) (✓)			
건강보험직장가입 해당 유무	<input type="checkbox"/> 해당(직장가입자) <input type="checkbox"/> 비해당(지역가입자 및 피부양자) (✓)			
장기요양등급판정여부	<input type="checkbox"/> 등급 있음(급) <input type="checkbox"/> 등급 없음 (✓)			
최종학력	<input type="checkbox"/> 무학 <input type="checkbox"/> 초졸 <input type="checkbox"/> 중졸 <input type="checkbox"/> 고졸 <input type="checkbox"/> 전문대 졸 <input type="checkbox"/> 대졸 이상			
외부교육이수사항	교육과정명	교육기간	교육시행기관	
경력사항	직장명	활동기간	담당업무	
자격증 및 면허증	자격증	취득년도	취득기관	
<p>○ 본인은 치매관리법 제12조의3에 따라 치매공공후견사업 참여를 위해 위와 같이 신청합니다.</p> <p>○ 본 광역치매센터와 보건복지부 및 후견인으로 활동하게 되는 지역의 지방자치단체는 활동비 지급 및 참여자 관리(교육이수, 후견활동) 등 해당 업무처리와 관련해 귀하의 고유식별정보(주민등록번호) 또는 민감정보(개인정보보호법 제23조에 따른 건강에 관한 정보, 같은법 시행령 제18조의제2호에 따른 범죄경력자료)가 포함된 자료를 치매관리법 시행령 제15조, 개인정보보호법 제24조, 제24조의2 및 제15조제1항의2·3, 제17조제2항에 따라 처리할 수 있습니다.</p> <p>○ 「공공기록물관리예관법」 시행령 제26조제1항에 의거, 귀하께서 제출하신 신청서 및 관련서류 5년간 보존됩니다.</p> <p>○ 본인은 사업 참여 제외조건 및 부정확한 참여로 인한 제재사항에 대해 충분히 숙지하였음을 확인합니다.</p> <p>○ 본인은 치매공공후견사업에 참여하고자 신청하며, 위 기재내용이 사실임을 서약합니다.</p>				
년 월 일 지원자 성명 (서명) (수행기관장) 귀하				
상담자 종합의견				
년 월 일 상담자 성명 (서명)				
※ 해당 광역치매센터 사정에 맞추어 서식 내용을 변경할 수 있습니다.				

<서식 1-2> 치매공공후견법인 지원서

치매공공후견법인 지원서(예시)

		접수번호	
법인명(단체명)		사무실	
사업자등록번호		연락처	핸드폰
대표자		이메일	
주소 (사업장소재지)			
후견교육 이수사항	교육과정명	교육시행기관	교육기간
후견업무 수행이력	수행업무내용		업무수행기간
전담인력 보유현황	자격 요건		보유 인원(명)
	「변호사법」에 따른 변호사		
	사회복지사 1급 및 후견실무경력 1년 이상		
	법원으로부터 후견인으로 선임되어 1년 이상 활동		
후견 관련 업무를 수행하는 법인에서 1년이상 근무			
<p>○ 본 법인은 치매관리법 제12조의3에 따라 치매공공후견사업 참여를 위해 위와 같이 신청합니다.</p> <p>○ 광역치매센터와 보건복지부 및 후견법인으로 활동하게 되는 지역의 지방자치단체는 활동비 지급 및 참여자 관리(교육이수, 후견활동) 등 해당 업무처리와 관련해 귀하의 고유식별정보(주민등록번호) 또는 민감정보(개인정보보호법 제23조에 따른 건강에 관한 정보, 같은법 시행령 제18조의제2호에 따른 범죄경력자료)가 포함된 자료를 치매관리법 시행령 제15조, 개인정보보호법 제24조, 제24조의2 및 제15조제1항의2·3, 제17조제2항에 따라 처리할 수 있습니다.</p> <p>○ 「공공기록물관리예관법률」 시행령 제26조제1항에 의거, 제출하신 신청서 및 관련서류 5년간 보존됩니다.</p> <p>○ 본 법인은 사업 참여 제외조건 및 부정확한 참여로 인한 제재사항에 대해 충분히 숙지하였음을 확인합니다.</p> <p>○ 본 법인은 치매공공후견사업에 참여하고자 신청하며, 위 기재내용이 사실임을 서약합니다.</p> <p style="text-align: center;">년 월 일</p> <p style="text-align: center;">지원 법인 대표자 (인) (수행기관장) 귀하</p>			
상담자 종합의견			
년 월 일 상담자 성명 (서명)			
※ 해당 광역치매센터 사정에 맞추어 서식 내용을 변경할 수 있습니다.			

후견인 후보자 개인정보 수집·이용 동의서

00광역치매센터(치매안심센터)에서는 「개인정보보호법」 제15조, 제17조, 제22조, 제24조에 의거, 개인정보 및 고유식별정보 수집·이용 또는 제공하고자 할 경우, 「치매관리법」 시행령 제15조에 따라 행정정보(가족관계등록전산정보, 주민등록표등·초본)를 확인할 경우에는 정보주체의 동의를 받아야 합니다. 치매공공후견 사업의 수행을 위해 아래의 내용을 충분히 숙지하신 후 동의여부를 본인이 직접 해당란에 체크, 서명하여 주시기 바랍니다.

| 개인정보 수집·이용 동의

수집하는 개인정보 항목	개인정보 수집 및 이용 목적	개인정보의 보유 및 이용 기간
성명, 본(본관), 성별, 출생연월일, 주소, 연락처, 이메일 주소, 학력, 교육이수사항, 경력, 자격증 및 면허증, 신용도 판단정보, 후견등기 여부, 가족의 성명, 가족의 성별, 가족의 출생연월일, 사회보장급여(기초생활, 기초연금) 수급 여부, 장기요양수급 여부, 건강보험 가입 유형 <small>※ 위 항목 중 불필요한 개인정보는 삭제, 필요한 개인정보는 추가 기입</small>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 후견심판청구 ■ 후견업무 수행 ■ 후견감독 수행 ■ 활동비 지급, 교육 등 기타 후견인 관리 	최초 등록일로부터 후견종료 시까지
※ 귀하는 개인정보의 수집·이용에 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 필수항목에 대한 동의를 거부할 경우 치매공공후견사업에 따른 지원에 제한을 받으실 수 있습니다.		
▶ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의		

| 고유식별정보 수집·이용 동의

수집하는 개인정보 항목	개인정보 수집 및 이용 목적	개인정보의 보유 및 이용 기간
주민등록번호	<ul style="list-style-type: none"> ■ 후견심판청구 ■ 후견업무 수행 ■ 후견감독 수행 ■ 활동비 지급, 교육 등 기타 후견인 관리 	최초 등록일로부터 후견종료 시까지
※ 귀하는 개인정보의 수집·이용에 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 필수항목에 대한 동의를 거부할 경우 치매공공후견사업에 따른 지원에 제한을 받으실 수 있습니다.		
▶ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의		

| 개인정보 제3자 제공에 관한 동의

치매공공후견인 후보자 위촉장(예시)

제 20 -** 호

위 촉 장

치매공공후견인 후보자 : ○ ○ ○

위 사람은 치매관리법 제12조의3 및 치매공공후견사업 지침에 따라 치매공공후견인 후보자로 선발되어 후견인 후보자 양성교육을 이수 완료하고 치매공공후견인 후보자로 위촉 되었으므로 이 증서를 수여합니다.

20 . . .

○ ○ 광역치매센터장

치매공공후견인 활동에 대한 안내

○○○ 광역치매센터는 후견인 후보자 _____ 에게 아래와 같이 치매공공후견인 활동에 대해 안내 드립니다.

1. 위촉기간

20 년 월 일부터 20 년 12월 31일

2. 후견인 활동 안내

후견인 후보자는 치매안심센터에서 치매환자에 대한 후견인으로 선정되고, 해당 지방자치단체장의 후견심판청구가 가정법원의 심리절차를 통해 최종 확정되면 후견인으로 활동하게 됨.

3. 후견활동 주요 사항

- 활동기간: 후견심판결정이 확정된 이후부터 후견종료 시까지
- 활동장소: 후견심판결정 후 피후견인 주소지(거소) 지역
- 사무내용: 피후견인 재산관리, 사회활동 등 법률행위 및 자기결정권 행사 지원, 피후견인 인권 보호 등 가정법원이 결정한 사무 및 대리권 범위 내 후견활동수행 (1인당 최대 피후견인 3명까지 지원가능)
 - 매월 후견감독을 수행하는 치매안심센터에 정기보고서 제출 및 사례회의 참석
 - 피후견인 방문 횟수 등 사무수행 내용은 치매안심센터와 협의 후 수행
 - 기타 법원이 부여한 후견인 사무 수행 및 연 1회 후견사무보고서 관할 법원에 제출

4. 활동비

- 후견인 활동비는 가정법원의 후견결정 확정 후 후견인 활동을 하게 되면 해당 치매안심센터에서 지급함.

※ 활동비 지급 기준: 지원하는 피후견인 인원내 따라 활동비 지급

- 피후견인 1인 20만원 / 2인 30만원 / 3인 40만원

5. 기타사항

- 후견감독기관(치매안심센터 등)은 후견인이 타인을 대리 참여시키는 등 허위 및 부정한 방법으로 후견인 활동을 수행한 경우 후견인 변경을 할 수 있으며, 기 지급된 활동비는 전액 환수조치 할 수 있음.
- 후견인 후보자와 관련한 후견심판청구가 가정법원의 심리를 통해 기각 되거나, 후견인 후보자가 업무를 수행 할 수 있는 법적요건을 갖추지 못한 경우, 피후견인의 후견심판 청구에 대한 동의의사가 변경되거나 주소지 변경으로 인해 후견심판청구를 취하하게 되는 경우 등 법원의 결정을 통해 후견인으로 최종 확정되지 못하면 후견인으로서 활동을 할 수 없음.
- 후견인 후보자가 후견심판청구 이후 후견감독기관(치매안심센터 등)의 지시를 불이행 하거나, 불참, 지각 등 후견사무수행에 지장을 초래할 경우, 법원에 후견인 변경신청을 할 수 있으며, 법원의 결정으로 후견인이 변경될 경우 후견활동이 중단됨.
- 법원의 후견심판결정이 확정된 이후 후견인으로 활동하게 되면 후견인은 후견 기간 동안 임의로 후견활동을 중단할 수 없으며, 후견인이 후견 활동을 중단하고자 한다면 사전에 후견감독기관(치매안심센터)에 활동 중단 의사를 통지해야 함(단, 가정법원의 후견인변경절차가 완료되어야 후견 등기사항이 변경됨).
- 피후견인의 주소지 변경 등으로 인해 광역치매센터 관할지역을 벗어나는 경우 후견 활동이 중단될 수도 있음.

20 년 월 일

후견인 후보자 _____ 은 상기 사항을 확인하였으며, 후견인 후보자로서 위와 같은 내용에 동의합니다.

후견인 후보자 _____ 서명 :

※ 해당 광역치매센터 사정에 맞추어 서식 내용을 변경할 수 있습니다.

<서식 2-1> 공공후견사업 지원대상자 확정 사례회의 요청서

공공후견사업 지원대상자 확정 사례회의 요청서 (긴급 <input type="checkbox"/>)			
접수번호		신청일자	20 . . .
1. 신청인 정보			
분류	대상자 발굴 기관 <input type="checkbox"/> 치매안심센터 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/>		
소속		담당자	
E-Mail		연락처 (핸드폰)	
2. 사례회의 요청 내용			
대상자 정보	이름 () 생년월일 () 성별 ()		
구비서류	<input type="checkbox"/> 개인정보제공동의서 () <input type="checkbox"/> 위임장 () <input type="checkbox"/> 후견유형판단기준 () <input type="checkbox"/> 후견필요성 판단기준 () <input type="checkbox"/> 기타		
대상자 및 특징	※ 별지 사용 가능		
위의 내용에 근거하여 사례회의를 요청합니다. 20 . . .			
신청인 :			

<서식 2-2> 후견 필요성 판단기준표

※ 치매공공후견대상자 선정을 위한 사례회의시 참고할 수 있도록, 요양시설, 병원, 독거노인센터, 노인보호전문기관 등 발굴기관에서 작성

■ 어르신 정보

- 이름 : _____ 생년월일 : _____ 성별 : _____

- 거주지 : _____

■ 독거 여부

내용	해당여부	비고
실질적(주민등록과 무관)으로 혼자 생활하는 노인	<input type="checkbox"/>	
노인 부부(1인이 치매, 다른 1인이 돌보고 있으나 돌봄 사정이 점차 열악해지는 경우)	<input type="checkbox"/>	
노인이외에 다른 동거인이 있는지 여부(친족 등)	<input type="checkbox"/>	

■ 소득수준

기초생활수급자 <input type="checkbox"/>	차상위(중위 50% 이내) <input type="checkbox"/>	기타 <input type="checkbox"/>
----------------------------------	---	-----------------------------

■ 치매 여부

항목	내용	비고
의료진으로부터 치매진단을 받은 경우	CDR 기준 정도 <input type="checkbox"/>	
	중등도 <input type="checkbox"/>	
	중증 <input type="checkbox"/>	
의료진으로부터 치매진단을 받지 않았지만 치매 의심이 있는 경우	<input type="checkbox"/>	

■ 학대, 방임, 자기방임 여부

	내용	평가 (0-5)
학대	누군가로부터 신체적, 정신적 혹은 감정적인 피해를 입고 있다.	
	누군가로부터 재산적 피해를 입은 적이 있고 가까운 장래 그런 피해를 입을 위험이 있다.	
	누군가로부터 위협, 모욕, 신체적 폭행, 성폭행을 당한 적이 있고, 가까운 장래 그런 피해를 입을 위험이 있다.	
	과잉 약물치료를 받거나, 필요한 약물을 복용하지 않고 있다.	
	누군가가 우편, 메일 등을 검열하거나 주거에 침입하거나 사생활(사적) 자유를 침해하고 있다.	
	누군가 방문객의 접근을 차단하고 있다.	
	기타(직접 기재)	
방임	(보호, 후원, 안내 또는 주의 환기를 해야 할 사람(가족 또는 친족 등)이 보호, 후원 등을 하지 않음으로써 비교적 단기간 내에 다음 사항이 발생할 수 있는 경우. 이하 동일)	
	심각한 신체적, 정신적, 감정적 피해를 입었거나 입을 위험이 있다.	
	누군가로부터 재산적 피해를 입었거나 입을 위험이 있다.	
	위협, 모욕, 신체적 폭행, 성폭행의 위협에 노출되어 있다.	
	약물치료 등을 제대로 받을 수 없거나 약물치료 등을 적절히 받을 수 없는 위험에 처해 있다.	
	사생활의 자유가 침해될 위험에 처해 있다.	
	타인에 의한 적절한 방문이 이루어지지 않을 위험에 처해 있다.	
기타(직접 기재) :		
자기방임	(자기를 돌보지 않음으로써 다음 각 사항이 발생하거나 발생할 위험이 있는 경우. 이하 동일)	
	심각한 신체적, 정신적 위험이 초래되거나 초래될 가능성이 있다.	
	적지 않은 재산적 피해를 입을 위험이 있다.	
	매우 비위생적인 환경에서 생활하고 있다.	
	질병, 상처 등을 치료하지 않고 있다.	
	영양 결핍상태로 고통을 받아 신체적 혹은 정신적 건강이 심하게 손상될 가능성이 있다.	
	자신이나 타인에게 심각한 신체적 손상을 유발할 가능성이 있다.	
	타인에게 상당한 재산적 손실 혹은 손해를 야기할 가능성이 있다.	
질병, 상처 등으로 인해 자신의 재산을 제대로 관리할 수 없게 될 가능성이 있다.		
기타(직접 기재)		

주: 0. 해당사항 없음, 1. 아주 낮음 ~ 5. 매우 높음

■ 학대, 방임, 자기방임의 개연성

항목	정도 (0-5)	비고
주거공간의 관리 상태가 불량하다 (파손, 청소불량, 곰팡이, 누수 등)		
식사를 잘 챙겨 들지 않는다 (하루 1식 이하, 반찬 부실, 영양가 부실)		
공과금 납부 등의 관리가 잘 되지 않는다 (연체 관리비 등).		
타인이나 기구의 도움 없이는 거동하는 데 불편함이 있다.		
질병의 의심이 있는데 병원에 가지 않거나 병원에 가는 것을 주저한다.		
주변과의 교류가 거의 없다.		
왕래하는 가족 또는 친족이 1인 내지 2인에 불과한데, 방문 회수는 월 1회 이하이다.		
의사소통에 어려움이 있다		
종합적 판단		

주: 0. 해당사항 없음, 1. 아주 낮음 ~ 5. 매우 높음

■ 종합적 판단

<서식 2-3> 후견유형 판단기준표

※ 치매공공후견대상자 선정을 위한 사례회의시 참고할 수 있도록, 요양시설, 병원, 독거노인센터, 노인보호전문기관 등 발굴기관에서 작성

- 원칙적으로 특정후견을 기본으로 하되, 예외적으로 법률적 지원이 지속적으로 필요하거나 신상 관련 중요한 행위를 법률지원으로 대리해야 한다고 판단되는 경우 한정후견 검토

■ 어르신 정보

- 이름 : _____ 생년월일 : _____ 성별 : _____

- 거주지 : _____

■ 법률적 지원 필요성

법률지원 영역	내용	정도 (0-5)
재산관리 영역	요양원 입소비용 충당을 위해 주거를 처분(주택매매, 임대차해지 등)할 필요가 있는 경우(한정후견 지원검토)	
	요양비 마련을 위해 금융자산을 인출, 이체 등 관리(해지 및 신규 금융거래이용 포함)할 필요가 있는 경우	
	타인에 대해 채권을 추심하거나 채무를 이행하는 사무를 처리할 필요가 있는 경우(한정후견 지원검토)	
	관리되지 않는 재산(배우자 또는 자녀를 상속한 재산 포함)의 관리 및 처분이 필요한 경우(한정후견 지원검토)	
	기타 :	
신상보호 영역	요양원 또는 요양병원 입소계약을 체결하거나 입소동의를 대리할 필요가 있는 경우(단, 지자체-사회복지담당직원-의 권한으로 가능한 경우는 제외)	
	의료행위의 직접적 결과로 생명, 신체에 중대한 영향을 미칠 수 있을 때 그 의료행위에 동의 여부를 결정하는 것(한정후견 지원 검토)	
	요양 서비스 및 통상의 의료서비스 계약의 체결 또는 동의	
	반드시 확인하여야 할 우편 등의 열람	
	기타 :	
수단적	공법상의 신청행위(주민등록등본 발급, 가족관계등록부 발급, 인감증명서	

법률지원 영역	내용	정도 (0-5)
영역	발급, 기타 서류 발급)가 필요한 경우(단, 지자체가 직권으로 가능한 경우에는 제외)	
	개인정보가 포함된 서류발급의 신청행위(진단서, 연금수급권증명서, 예금잔고증명서 발급 등)가 필요한 경우	
	기타 :	

주: 0. 해당사항 없음, 1. 아주 낮음 ~ 5. 매우 높음

■ 종합적 판단

<서식 2-4> 후견인의 권한 결정을 위한 판단 기준표

※ 치매공공후견대상자 선정을 위한 사례회의시 참고할 수 있도록, 요양시설, 병원, 독거노인센터, 노인보호전문기관 등 발굴기관에서 작성

■ 건강에 관한 사항

의사결정 사항	정도 (0-5)
<input type="checkbox"/> 혼자서 치료를 받으러 갈 수 있는가?	
<input type="checkbox"/> 의사가 제안한 치료행위의 직접적 결과 생명 또는 신체에 중대한 영향을 미칠 수 있는가?	
<input type="checkbox"/> 의료진이 제안한 치료행위를 이유 없이 거부하거나 동의의 의사표시를 하기 어렵거나 여타의 이유로 따르지 않는가?	
<input type="checkbox"/> 기타 건강 관련 사무에 관한 의사결정(구체적으로 기술)	

■ 주거에 관한 사항

의사결정 사항	정도 (0-5)
<input type="checkbox"/> 거동이 가능하다면 현재 살고 있는 곳에서 계속 거주하기를 희망하는가?	
<input type="checkbox"/> 주거 관리(청소, 수리 등 포함)를 스스로 하기 어려운가?	
<input type="checkbox"/> 현재 또는 가까운 장래에 요양시설 등에 입소할 필요가 있는가?	
<input type="checkbox"/> 요양시설 입소 등의 이유로 주거 부동산을 처분할 필요가 있는가? (임대차계약의 해지 등 포함)	

■ 공법상의 행위에 대한 사항

의사결정 사항	정도 (0-5)
<input type="checkbox"/> 일반적 공법상의 행위(주민등록 신청, 갱신, 주민등록발급, 인감증명서 발급, 가족관계등록부 등등)를 할 필요가 있는가?	
<input type="checkbox"/> 사회복지수급 관련 행위(기초연금, 기초생활보장급여, 노인장기요양등급신청, 요양서비스 제공계약 등등)를 신청할 필요가 있는가	
<input type="checkbox"/> 기타 관공서 등을 상대로 한 의사표시(구체적으로 기술)	

■ 일상생활에 관한 사항

의사결정 사항	정도 (0-5)
<input type="checkbox"/> 통장관리(예금통장개설, 변경, 해지), 예금관리 목적 체크카드발급과 해지 등을 지원할 필요가 있는가?	
<input type="checkbox"/> 휴대폰 등 통신서비스 이용계약의 체결, 변경, 해지를 지원할 필요가 있는가?	
<input type="checkbox"/> 일상생활에 필요한 물건이나 서비스 구입을 지원할 필요가 있는가?	
<input type="checkbox"/> 기타 일상생활에 관한 사무(구체적으로 기술)를 지원할 필요가 있는가?	

■ 미래설계에 관한 사항

의사결정 사항	정도 (0-5)
<input type="checkbox"/> 본인의 의사소통이 가능하고 사전의료지시서, 사전요양지시서를 작성하는 것이 필요한가?	
<input type="checkbox"/> 일상생활, 치료, 요양 목적으로 사용할 금전으로서, 사회보장급여나 그에 상당하는 금전을 선택하여 안정적으로 사용하도록 지원할 필요가 있는가?	

주: 0.해당사항 없음, 1.지원이 필요하지 않음 ~ 5.지원이 매우 필요함

<서식 2-5> 사건본인(치매어르신) 개인정보 제공 동의서

치매공공후견 사업을 위한 개인정보 수집·이용 동의서

00치매안심센터에서는 「개인정보보호법」 제15조, 제17조, 제18조, 제22조, 제23조, 제24조에 의거, 개인정보, 고유식별정보 및 민감정보 수집·이용 또는 제공하고자 할 경우, 「치매관리법」 시행령 제15조에 따라 행정정보(가족관계등록전산정보, 주민등록표등·초본)를 확인할 경우에는 정보주체의 동의를 받아야 합니다. 치매공공후견 사업의 수행을 위해 아래의 내용을 충분히 숙지하신 후 동의여부를 본인이 직접 해당란에 체크, 서명하여 주시기 바랍니다.

| 개인정보 수집·이용 동의

수집하는 개인정보 항목	개인정보 수집 및 이용 목적	개인정보의 보유 및 이용 기간
<p>성명, 본(본관), 성별, 출생연월일, 주소, 연락처, 이메일 주소, 주요 경력, 재산 내역, 거주 현황, 후견등기 여부, 가족관계 및 혼인관계에 관한 사항, 가족의 성명, 가족의 성별, 가족의 출생연월일</p> <p><small>* 위 항목 중 불필요한 개인정보는 삭제, 필요한 개인정보는 추가 기입</small></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 후견심판청구 ■ 후견업무 수행 	<p>최초 등록일로부터 후견종료 시까지</p>
<p>※ 귀하는 개인정보의 수집·이용에 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 필수항목에 대한 동의를 거부할 경우 치매공공후견사업에 따른 지원에 제한을 받으실 수 있습니다.</p>		
<p>▶ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의</p>		

| 고유식별정보 수집·이용 동의

수집하는 개인정보 항목	개인정보 수집 및 이용 목적	개인정보의 보유 및 이용 기간
<p>주민등록번호, 가족(친족)의 주민 등록번호</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 후견심판청구 ■ 후견업무 수행 ■ 후견감독 수행 	<p>최초 등록일로부터 후견종료 시까지</p>
<p>※ 귀하는 개인정보의 수집·이용에 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 필수항목에 대한 동의를 거부할 경우 치매공공후견사업에 따른 지원에 제한을 받으실 수 있습니다.</p>		
<p>▶ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의</p>		

<서식 2-6> 사건본인(치매어르신) 관련서류 - 위임장(후견등기 등)

위 임 장 (1)

수임인(위임받는 사람)

성 명 :

주민등록번호 :

주 소 :

연 락 처 :

위임인(위임하는 사람)

성 명 :

주민등록번호 :

주 소 :

연 락 처 :

위 위임인 ○○○는(은) 아래 행위에 관한 권한을 위 수임인 _____

에게 위임합니다.

- 아 래 -

「후견등기에 관한 법률」 제15조 및 「후견등기에 관한 규칙」 제31조제3항, 제32조에 따른 후견 등기사
항증명서의 발급 신청서 제출 및 수령 또는 후견등기신청서등의 열람 신청서 제출 및 열람 등에 관한
일체의 행위

20 년 월 일

위 위임인 _____ (인 또는 서명)

※ 첨부서류 : 위임인의 신분증명서 사본 1부

※ 유의사항

- 위 서식은 개인정보제공동의서에 동의한 분들에 대해서만 받도록 함
- 타인의 서명 또는 인장의 도용 등으로 허위의 위임장을 작성하여 증명서의 신청 또는 수령한 경우에는 「형법」 제231조 등에 따라 5년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금형에 처해지므로 각별히 유의하여야 함

<서식 2-7> 사건본인(치매어르신) 관련서류 - 위임장(주민등록등본 등)

출발 시점	출발할 시점의 주민등록증, 여권, 주민등록증 등 신분증(사실)
입원 등록일 해당시점	간호사비 「주민등록증·사실증명서」 제13조제1항 각 호제 어느 하나에 해당하여 유죄로 인정된 경우에 해당
출발일과 입원일 중 한쪽	
<p>출발한 주민등록증의 '출발' 또는 '출' 표시의 고지(고지) 전까지 출원하여 입원 등록하여 「신체검사법」 제36조제1항에 의해 출원일부터 출원일 다음 날까지 입원 등록한 주민등록증 확인하는 것에 동의합니다.</p> <p>※ 입원 등록증의 확인에 동의하지 아니하는 경우에는 입원 등록을 할 수 없습니다.</p> <p style="text-align: right;">신청인 (서명/인)</p>	
입원 사실	
<p>1. 주민등록증 '출발' 또는 '출' 표시 고지(고지) 전까지 주민등록증 확인을 거부하는 주민등록증 등 신분증(사실) 확인하지 않음.</p> <p>2. 다른 사람의 출원 또는 입원 등록을 도와주거나 출원하는 것에 동의하고 입원 등록 거부로, 최종적인 입원 등록 확인은 「입원」 및 「입원」 제36조 제1항에 의함.</p> <p>3. 「신체검사법」 제36조제1항에 의해 주민등록증 '출발' 또는 '출' 표시 고지(고지) 전까지 입원 등록을 거부하지 않음.</p> <p>4. 「신체검사법」 제36조제1항에 의해 주민등록증 '출발' 또는 '출' 표시 고지(고지) 전까지 입원 등록을 거부하지 않음.</p> <p>5. 「신체검사법」 제36조제1항에 의해 주민등록증 '출발' 또는 '출' 표시 고지(고지) 전까지 입원 등록을 거부하지 않음.</p> <p>6. 「신체검사법」 제36조제1항에 의해 주민등록증 '출발' 또는 '출' 표시 고지(고지) 전까지 입원 등록을 거부하지 않음.</p> <p>7. 「신체검사법」 제36조제1항에 의해 주민등록증 '출발' 또는 '출' 표시 고지(고지) 전까지 입원 등록을 거부하지 않음.</p> <p>8. 「신체검사법」 제36조제1항에 의해 주민등록증 '출발' 또는 '출' 표시 고지(고지) 전까지 입원 등록을 거부하지 않음.</p> <p>9. 「신체검사법」 제36조제1항에 의해 주민등록증 '출발' 또는 '출' 표시 고지(고지) 전까지 입원 등록을 거부하지 않음.</p> <p>10. 「신체검사법」 제36조제1항에 의해 주민등록증 '출발' 또는 '출' 표시 고지(고지) 전까지 입원 등록을 거부하지 않음.</p> <p>11. 「신체검사법」 제36조제1항에 의해 주민등록증 '출발' 또는 '출' 표시 고지(고지) 전까지 입원 등록을 거부하지 않음.</p> <p>12. 「신체검사법」 제36조제1항에 의해 주민등록증 '출발' 또는 '출' 표시 고지(고지) 전까지 입원 등록을 거부하지 않음.</p> <p>13. 「신체검사법」 제36조제1항에 의해 주민등록증 '출발' 또는 '출' 표시 고지(고지) 전까지 입원 등록을 거부하지 않음.</p> <p>14. 「신체검사법」 제36조제1항에 의해 주민등록증 '출발' 또는 '출' 표시 고지(고지) 전까지 입원 등록을 거부하지 않음.</p> <p>15. 「신체검사법」 제36조제1항에 의해 주민등록증 '출발' 또는 '출' 표시 고지(고지) 전까지 입원 등록을 거부하지 않음.</p> <p>16. 「신체검사법」 제36조제1항에 의해 주민등록증 '출발' 또는 '출' 표시 고지(고지) 전까지 입원 등록을 거부하지 않음.</p> <p>17. 「신체검사법」 제36조제1항에 의해 주민등록증 '출발' 또는 '출' 표시 고지(고지) 전까지 입원 등록을 거부하지 않음.</p> <p>18. 「신체검사법」 제36조제1항에 의해 주민등록증 '출발' 또는 '출' 표시 고지(고지) 전까지 입원 등록을 거부하지 않음.</p> <p>19. 「신체검사법」 제36조제1항에 의해 주민등록증 '출발' 또는 '출' 표시 고지(고지) 전까지 입원 등록을 거부하지 않음.</p> <p>20. 「신체검사법」 제36조제1항에 의해 주민등록증 '출발' 또는 '출' 표시 고지(고지) 전까지 입원 등록을 거부하지 않음.</p>	

※ 사건본인의 주민등록등본, 가족관계증명서, 기본증명서 등 서류 발급은 주민센터 발급 서식을 활용하여 진행해야 함.

<서식 3-1> 후견심판청구 동의서(사건본인)

※ 치매어르신 본인이 후견심판을 청구하는 것에 동의한다는 것을 법원에 증명하기 위한 서류

후견심판청구 동의서
(사건본인(치매어르신)용)

○ 사건본인

성명: (인/서명) 생년월일/성별:

주소:

연락처:

상기 당사자는(지방자치단체장)이 본인을 위해 후견심판청구를 진행하는 것에 대해 동의합니다.

년 월 일

<서식 3-2> 후견심판 청구에 대한 본인의 의향 확인서

※ 치매어르신 본인이 '후견심판청구 동의서'를 작성하지 못할 경우 치매안심센터 담당자가 대신 작성

후견심판 청구에 대한 본인의 의향 확인서

(사건본인(치매어르신)의 의사를 확인한 사람용.
치매어르신의 동의여부를 확인하기 어려운 경우)

_____는(은) 사건 본인인 _____씨에게 가정법원의 판사님이 후견인을 선임
해서 본인의 의사결정을 지원하도록 하는 '공공후견지원사업'을 이용해도 좋은지 이해하기 쉽도록
설명했고, 사건본인은 이에 대해 정서적인 거부감을 보이지 않았습니다.

년 월 일

첨부 : 1. 사건본인의 사진자료

사건본인의 의향을 확인한 사람: (인/서명)

- 소속 및 직위:

- 생년월일/성별:

<서식 3-3> 후견심판청구 동의서(이해관계인)

※ 치매어르신(배우자, 직계혈족, 형제자매, 기타 동거하는 친족 등)이 있고 그로부터 동의서를 받을 수 있는 경우 사용

후견심판청구 동의서

(이해관계인용)

○ 이해관계인

성명: (인/서명) 생년월일/남·녀:

주소:

연락처:

사건본인과의 관계:

상기 당사자는(지방자치단체장)이 사건본인을 위해 후견심판청구를 진행하는 것에 대해 동의합니다.

년 월 일

_____ (인감도장)

첨부 : 이해관계자의 인감 증명서 1부

<서식 3-4> 후견인 업무 수행 의향서

※ 후견인으로서 직무를 수행하고 싶다는 의사를 나타내는 서류로 후견인 후보후보자가 작성 후 제출

후견인 업무 수행 의향서

(후견인후보자(지원자)용)

성명: (인/서명) 주민등록번호:

주소:

연락처:

상기 당사자는 _____(지방자치단체장)께서 청구하는 후견심판사건에서 후견인으로 활동하기를 희망하며, 피후견인에게 어떠한 활동비도 청구하지 않을 것입니다.

년 월 일

<서식 3-5> 소제기부존재확인서

소제기부존재확인서

성 명

주 소

주민등록번호

연 락 처

상기 본인 및 상기 본인의 배우자와 직계혈족은 본 후견심판청구의 사건본인인 ○○○(*****-*****)
에게 소를 제기한 사실이 없으며, 사건본인 ○○○으로부터 소를 제기당한 사실도 없음을 확인합니다.

20 . .

이름 : (인)

치매어르신 공공후견인 선임을 위한
사건본인과 후견인후보자에 관한 사회조사보고서

청구인	지자체의 장	OO 도 △△시장		
	주소			
	본인과의 관계	사건본인 주소지 관할 지방자치단체의 장		
사건본인	성명	000	생년월일/남·녀	
	주소			

<작성자> 이 부분의 작성은 치매 환자를 발굴한 기관의 담당자가 현장을 직접 방문해서 작성하기 바랍니다. 사건본인의 위임을 받아 또는 본인이 직접 주민등록등본, 가족관계등록부와 기본증명서, 제적등본, 기초생활수급자증명서, 장애등록증, 진단서, 후견등기부존재증명서 등을 발급받아 사회조사보고서 작성에 참고하기 바랍니다.

작성자의 성명(서명) : _____ 생년월일/남·녀 : _____ /

소속 및 직위(또는 본인과의 관계) : _____

주소 : _____ (☎ _____)

<작성에 도움을 주신 분>

성명: _____ 직위: _____ 연락처: _____ (☎ _____)

I. 사건본인의 일반현황

<p>[후견심판사건의 신청에 대한 사건 본인의 동의여부]</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> 동의를 받았음 <input type="checkbox"/> 동의를 받지 않았음: 이 경우 특별한 이유 (예시: 동의능력이 없음) </p> <p>※ 후견에 관해 알기 쉽게 설명한 후 본인의 동의를 받아 진행하는 것이 원칙임. 긴급한 필요가 있거나 본인과의 의사소통이 거의 불가능한 경우에는 본인의 의향확인서 서류를 받도록 함.</p>	
--	--

1. 사건본인의 인적 사항

성명	000	생년월일	19XX. XX. XX
성별	남 <input type="checkbox"/> 여 <input checked="" type="checkbox"/>	연락처 (전화번호등)	000-0000-0000
주소			
후견이 개시되었는지	<input checked="" type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 (예일 경우, 언제 : 후견인 성명: 후견인 연락처:)		

* 후견 개시 여부는 후견등기부존재증명서를 통해 확인함.

2. 사건본인의 간단 이력(주위로부터 듣거나 알고 있는 사항을 중심으로)

이 력 (과거 및 현재 직업, 활동경력 등)	내 용
19XX - 19XX	00 회사 재직
19△△ - 19△△	00 교회 집사
20★★ - 20★★	00복지원 자원봉사

* 사건본인이 과거 어떤 직업을 가지고 있었는지, 현재 어떤 직업이나 활동을 하는지를 알면 사건본인을 더 잘 이해할 수 있기 때문에 작성함.

4. 사건본인에 대한 복지지원 현황(해당영역에 체크하고 구체적인 금액을 명기)

현금 지원	<input type="checkbox"/> 장애인연금 (월 천원) <input type="checkbox"/> 장애수당 (월 천원) <input type="checkbox"/> 기초생활보장급여 (월 천원) <input checked="" type="checkbox"/> 기초연금 (월 천원)	<input type="checkbox"/> 의료비 지원 <input type="checkbox"/> 부부장애수당(지역특화) (월 천원) <input type="checkbox"/> 월세장애수당(지역특화) (월 천원) <input type="checkbox"/> 기타현금지원()
복지 서비스 지원	<input type="checkbox"/> 장애인활동지원(월 시간) <input checked="" type="checkbox"/> 노인장기요양보험지원(월 시간) <input type="checkbox"/> 노인돌봄종합서비스	<input type="checkbox"/> 가사간병방문서비스 <input type="checkbox"/> 지역사회서비스 투자사업() <input type="checkbox"/> 기타()
사회 보험	<input type="checkbox"/> 국민연금(월 천원) <input type="checkbox"/> 공무원(군인/사학)연금(월 천원)	<input type="checkbox"/> 산재보험(월 천원)

5. 자산영역(본인의 자산 및 본인이 가족을 부양할 경우 피부양자의 자산)

예금관리	<input type="checkbox"/> 본인 관리 <input type="checkbox"/> 타인관리 <input type="checkbox"/> 타인 관리일 경우 관리자와 본인의 관계:		
사회보장급여관리	<input type="checkbox"/> 본인 관리 <input type="checkbox"/> 타인관리 <input type="checkbox"/> 타인 관리일 경우 관리자와 본인의 관계:		
기타 자산관리	<input type="checkbox"/> 본인 관리 <input type="checkbox"/> 타인관리 <input type="checkbox"/> 타인 관리일 경우 관리자와 본인의 관계:		
월 수입 (본인)	공적이전소득	<input checked="" type="checkbox"/> 총액	* 월 만원
	위 4. 복지지원(공공부조 및 사회보험)의 합계액(공무원 기제)		
	사적이전소득	<input type="checkbox"/> 급여(중증일감)	* 월 만원
		<input type="checkbox"/> 외부지원금(부양의무자, 민간단체)	* 월 원
<input type="checkbox"/> 개인연금		* 월 원	
	<input type="checkbox"/> 사보험	* 월 원	
피부양가족 별도수입	월수입(총액)	원	공적이전소득(3. 항목을 작성한 공무원이 기제) 원
월 지출	<input type="checkbox"/> 집월세	* 월 원	
	<input type="checkbox"/> 세금 (수도, 전기요금)	* 월 원	
	<input type="checkbox"/> 교통/통신비	* 월 원	
	<input checked="" type="checkbox"/> 일상생활비	* 월 원	
	<input type="checkbox"/> 기타()	* 월 원	
	<input type="checkbox"/> 부양가족을 위한 지출	* 월 원	
	<input type="checkbox"/> 사회복지지원서비스(복지지원참조)		

자 산 (본인)	유동자산		<input type="checkbox"/> 현금 : <input checked="" type="checkbox"/> 예금: 000 만원 <input type="checkbox"/> 보증금/전세금 : <input type="checkbox"/> 정기에·적금(적립액): <input type="checkbox"/> 사보험적립액 :	
	<input checked="" type="checkbox"/> 부동산 : 000 만원 (부동산 소유하고 있을시 해당 부동산 시가)			
	<input type="checkbox"/> 자동차:		<input type="checkbox"/> 시가 있는 귀금속 :	
	<input type="checkbox"/> 기타자산 :			
	피부양가족 자산	유동자산	원	고정자산
채 무 (본인)	<input checked="" type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음: 채무금액 ()만원 <input type="checkbox"/> 상환기간 : 까지			
기타사항(본인 및 부양가족(=배우자, 직계존비속)의 자산, 월소득, 월지출 등에 관한 사항)				

6. 사건 본인의 가족 관계에 대한 정보(가족관계등록부와 대조하여 작성)

성명	관계	생년월일	직업	연락처	동거여부

사건 본인과 가족 간의 관계 (가족의 자산정도, 사건 본인을 돌볼 역량 (고령, 장애 등 참조) 등에 관한 사항)	- 사건본인은 가족관계증명서 상의 아들 000(1970년)이 있으나, 배다른 자녀로 관계가 소원하며, 000주민센터에서 연락을 취하였으나 사건본인을 돌볼 역량이 없음을 확인함. - 사건본인 명의의 전세계약금 000만원이 있으며, 예금으로 500만원이 있음. 매달 노령기초연금으로 매월 00만원을 받고 있음.
---	--

사실상 보호자가 있을 때 인적사항	성 명		본인과의 관계	
	연락처		기타사항	
개인력 및 가족력 정보제공자				

II. 사건본인 지원의 필요성에 관한 사항

1. 일상생활, 치료, 요양 등에서의 특성

구분	내용		
예금 관리	1. 체크카드 사용여부: 불가능 2. 신용카드 사용여부: 불가능 3. 통장 거래 역량 : 부분적으로 가능할 것(지원 필요) 4. 온라인뱅킹 이용여부 : 불가능 5. 현금 사용여부 : 지원이 있으면 가능(금전의 사용도는 알지만 금액의 가치를 명확하게 알지 못함. 그러나 소액으로 자신의 필수품 등의 구입 등의 현금사용은 지원이 있으면 가능) 6. 기타 :		
일상 생활 동작	1. 보행 : 주변 사물을 집으며 보행은 가능함. 고령으로 인하여 넘어질 위험이 있어 부축하여 걸기도 함 2. 식사 : 독립적인 식사준비 불가능. 3. 착탈의 : 가능하나, 많이 힘들. 4. 용변 : 어려움. 보행이 원활하지 않아 부축 등 필요. 5. 의사소통 : 본인의 욕구에 대해 이야기할 수 있음. 그러나 최근에 일어난 일에 대해 기억 못하고 주로 과거의 이야기를 함. 그러나		
현재 건강 상태	1. 질환 : 고혈압 2. 약복용 : 고혈압, 영양제 3. 외상 : X 4. 중독 : X 5. 시각문제 : 양쪽 눈 모두 백내장 수술함(2008년 경이라고 함) 6. 청각문제 : 큰 소리를 잘 듣지 못하심 7. 기타(그 외 건강 및 신체상태) : X		
사건 본인의 최근 사회활동 또는 지원 내역	기간	기관명	내용
	2020-00-00	000주민센터	가정방문상담
	2020-00-00	000돌봄센터	사례관리
대인관계 및 정서적 특성	- 낯선 사람에게 거부감 있음. - 점점 보행 등을 힘들어해서 집밖으로 잘 나가려고 하지 않고, 사례관리 등을 위해 주민센터 혹은 인근 도움을 위한 사람들이 방문하는 것에도 거부감 있음.		
강 점	낯선 사람들에게 경계가 있으나, 친하게 지내는 아파트 지인들과는 지금은 연락이 끊긴 부인과 딸에 대한 이야기를 하는 등 자신의 과거에 대한 이야기를 종종 한다고 함.		
약 점	치매인지도 낮고 고집이 강함.		
기 타			

기능종류	불편정도	불편없음	조금불편	많이불편	불가능	지원제공상태			
						충분	보통	불충분	지원없음
일상 활동 능력	이닦기		○				○		
	목욕하기		○				○		
	옷입기/벗기		○				○		
	용모손질		○				○		
	용변보기			○			○		
	장보기			○			○		
	식사준비						○		
	식사하기		○				○		
	청소/설거지			○			○		
	세탁					○	○		
	누워서 앉기			○			○		
	앉아서 서기			○			○		
	화장실 가기			○			○		
	보행			○			○		
	휠체어 이동		○				○		
교통수단 이동				○		○			

2. 자기결정권 행사 관련 영역

영역	의사소통지원 없이 스스로 결정할 수 있음	의사소통지원이 있으면 스스로 결정할 수 있음	의사소통이 거의 불가능하기 때문에 별도의 방법이 필요함
예금 관리		지원 있으면 가능	
치매 기타 통상의 질병 치료		지원 있으면 가능 소통 어느정도 가능. 그러나 치매인지도가 낮음.	
주거에 관한 사항			지원이 있어도 어려움
사회보장급여이 신청 및 관리		지원 있으면 가능.	
일상용품의 구입	현금으로 스스로 구입가능		
모임 기타 활동에 관한 사항		지원 있으면 의사표현 가능하지만, 낯선 곳에 가는 것을 완강하게 거부하기는 함.	

3. 대인관계에서의 특성

번호	항목	특성	기타
1	낯선 사람이 얘기를 걸거나 도움을 주려고 할 때의 반응	낯선 사람과의 경계 심함.	
2	친숙한 사람이 얘기를 걸거나 도움을 주려고 할 때의 반응	친숙하게 다가갈 수 있음.	
3	병원에서 진찰을 받거나 치료를 받을 때의 반응	거부반응 있음.	
4	노인복지관, 노인정 기타 모임에 참석할 때의 반응	어울리지 않고, 경계심 많으며 사람이 많아지면 거칠어지기도 함.	
5	은행 관공서 등을 방문하였을 때의 반응	경계심 있음.	
6	외출하였을 때의 반응(길을 잃거나 신호등 준수)	기존에 친숙하던 사람의 도움이 있으면 거부없이 잘 따라와 주는 등 폭력적이거나 거부반응은 많지 않으나 외출을 별로 좋아하지 않음.	
7	기타 특성		

4. 의사소통 방식

* 일상생활, 치료, 요양, 예금인출, 사회보장급여 신청과 관리 등 사건본인을 위한 지원에 관한 사항에 관한 의사소통에 한정하여 파악

① 언어 소통에서의 특성

특징
<input type="checkbox"/> 성인 간의 통상적 대화 수준으로 얘기하더라도 의사소통이 가능하다.
<input type="checkbox"/> 간단한 문장으로 얘기할 때 의사소통이 더 원활하다. (예. 식사 하셨어요? 물 드릴까요?)
<input type="checkbox"/> 단어 또는 몸짓 등으로 얘기하여야 의사소통이 원활하다. (예. 가방? 밥? 물?)
* 기타사항 :

② 의사소통에서의 특히 유의할 점(후견심판절차, 후견활동 등에 참고 목적)

항목	내용
라벨이 형성되어 있지 않을 경우	경계심 많음.
문장, 단어 등의 이해에서 유의할 점	‘좋아’라는 표현은 하지만, 싫은 것은 ‘싫다’라는 표현을 정확하게 하지 않음.
몸짓, 표정 등의 이해에서 유의할 점	

5. 사건본인의 인간적 특성(사건본인의 인간적 감정 이해를 통해 욕구, 희망 이해 목적)

항목	내용
사건본인의 과거 직업에 대한 회상	본인이 은행에서 근무한 것에 대한 자부심이 대단히 큼.
가족(배우자, 자녀, 부모 등)에 대한 회상	딸의 어린시절 이야기를 자주 하심.
신념체계(종교, 대 사회적 인식, 기타)에 대한 회상 또는 진술	
사건본인의 대인관계에 대한 회상	
기타	

6. 사건본인의 욕구, 희망, 감정에 대한 이해

항목	내용
예금관리	현금으로 물건을 사는 것을 좋아하심.
일상용품의 구입	담배를 피우지 않으시는데, 담배를 지속적으로 구입하심. 기타 고혈압이 있으신데 과자를 좋아하심. 담배와 함께 지속적으로 구입을 원하심. 집에도 담배와 과자가 많이 있음.
사회보장급여의 신청과 관리	사회보장급여 등을 독립적으로 신청하거나 관리하는 것은 불가능. 그러나 본인은 항상 현금을 가지고 있는 것을 좋아하시고 이에 소액의 금액을 가지고 쓰시는 것은 가능할 것으로 보임.
치료(치매 치료를 포함)	병원 방문 등은 친숙한 사람들과의 이동등은 순조로우나, 담당자가 변경되는 등 낯선 사람이 있으면 극도로 경계를 하심. 치료를 위한 병원방문도 친숙한 사람이나 장소만을 선호 기타 치료와 관련된 부분은 아직까지는 순조롭게 따라 오심.
거주 및 요양	지역사회에서 지속적으로 거주하고 싶어 하심. 요양원 등 사람 많은 곳에 가는 것을 싫어하심.
대인관계	

Ⅲ. 복지수요 및 의사결정지원 또는 대리가 필요하다고 판단되는 영역

1. 복지지원 및 서비스 욕구

* 복지지원 등을 받지 않지만, 필요한 경우 또는 추가지원이 필요한 경우에만 해당사항 기술

현금지원	<input type="checkbox"/> 장애인연금 <input type="checkbox"/> 장애수당 <input type="checkbox"/> 기초생활보장급여 <input type="checkbox"/> 기초노령연금 <input type="checkbox"/> 의료비 지원 <input type="checkbox"/> 장애아동수당(본인의 자녀)	<input type="checkbox"/> 양육수당(본인의 자녀) <input type="checkbox"/> 자녀학비지원 <input type="checkbox"/> 부부장애수당(지역특화) <input type="checkbox"/> 월세장애수당(지역특화)(월 천원) <input type="checkbox"/> 기타현금지원((월 천원))	
복지 서비스지원	<input type="checkbox"/> 장애인활동지원(월 시간) <input type="checkbox"/> 노인장기요양보험지원(월 시간) <input type="checkbox"/> 노인돌봄종합서비스 <input type="checkbox"/> 가사간병방문서비스 <input type="checkbox"/> 산모신생아도우미서비스 <input type="checkbox"/> 지역사회서비스 투자사업() <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 장	<input type="checkbox"/> 애아동가족양육지원(자녀) <input type="checkbox"/> 보육료지원(자녀) <input type="checkbox"/> 장애아동재활치료(자녀) <input type="checkbox"/> 언어발달지원(자녀) <input checked="" type="checkbox"/> 기타(요양원)	
사회보험	<input type="checkbox"/> 국민연금	<input type="checkbox"/> 산재보험	
기 타 지 원	보장구지원	<input type="checkbox"/> 장애인보조기구 교부대여 <input type="checkbox"/> 보장구지원	<input type="checkbox"/> 보장구 건강보험급여
	주거지원	<input type="checkbox"/> 주택지원 <input type="checkbox"/> 주거자금지원	<input type="checkbox"/> 주거환경개선 <input type="checkbox"/> 주거안전택수리
	교양교육	<input type="checkbox"/> 교양취미 <input type="checkbox"/> 노인대학 <input type="checkbox"/> 정보화교육	<input type="checkbox"/> 자격증취득 <input type="checkbox"/> 학습지도 <input type="checkbox"/> 언어습득
	여가문화 지원	<input type="checkbox"/> 문화체험 <input type="checkbox"/> 여행,나들이	<input type="checkbox"/> 생활체육
	기타지원		

2. 의사결정지원 또는 대리가 필요한 영역

* 지원이 있어야 의사결정을 할 수 있는 경우 및 의사결정능력이 일부라도 없다고 판단되면 대리가 필요한 영역으로 분류. 각 질문은 예시임. 이를 참조해서 기술하면 됨. 좌측 예를 참조해서 우측도 기술하면 됨

구분	의사결정 지원이 필요한 영역	의사결정 대리가 필요한 영역
건강에 관한 사항	<input checked="" type="checkbox"/> 현재 병원을 다니는데 의사결정에 지원이 필요한지? <input type="checkbox"/> 병원을 다녀야 하는데 의사결정에 지원이 필요한지?	<input type="checkbox"/> 의사소통이 거의 불가능하여 병원치료 및 입원에서 계약의 대리가 필요한지?
	<input type="checkbox"/> 입원이나 병원 치료 여부를 결정하는 데 의사결정지원이 필요한지? (입원수술, 퇴원수술, 수술 또는 치료에서의 동의 등)	<input type="checkbox"/> 의사소통이 거의 불가능하여 병원 치료, 입원에서의 동의를 대신할 필요가 있는지?
	※ 의사결정 지원이 필요하다고 생각하는 이유? <input type="checkbox"/> 아픈 곳이 어디인지를 스스로 설명하기 어렵고 어떤 질환이 있는지 설명을 듣더라도 쉽게 설명하지 않으면 이해하기 어려움.	※ 대리가 필요하다고 생각하는 이유? <input type="checkbox"/> 의사소통이 거의 불가능하고 본인의 희망이나 욕구를 파악하기 위해서는 장기간의 관찰이 필요함. 그 사이에는 대리권 행사가 불가피해 보임.
거소에 관한 사항	<input type="checkbox"/> 거주하는 곳의 임대차계약을 해지하고 새로운 주거를 위해 임대차계약을 체결해야 하는 일에 의사결정지원이 필요한지? <input checked="" type="checkbox"/> 임대차는 아니지만, 주거장소를 변경해야 하는데 의사결정지원이 필요한지?	<input type="checkbox"/> 의사소통이 거의 불가능하여 주거와 관련한 계약체결, 변경, 해지의 대리권이 필요한지?
	<input checked="" type="checkbox"/> 스스로 집청소나 관리를 할 수 없기 때문에 활동보조인 계약의 체결 등을 통해 거소 관리가 필요한데, 이 사무처리를 위한 의사결정지원이 필요한지?	<input type="checkbox"/> 의사소통이 거의 불가능하여 주거 관리를 목적으로 하는 계약(활동보조서비스의 신청 포함)을 체결하기 어렵기 때문에 이를 대리할 필요가 있는가?
	<input checked="" type="checkbox"/> 복지시설 및 요양시설 선택 및 관련 계약의 체결에서 의사결정지원이 필요한지?	<input type="checkbox"/> 의사소통이 거의 불가능하여 복지시설 및 요양시설 선택 및 관련 계약의 체결에서 계약체결을 대리할 필요가 있는가?
	<input type="checkbox"/> 기타 주거 관련 사무 처리에 의사결정지원이 필요한지?	<input type="checkbox"/> 의사소통이 거의 불가능하여 기타 주거 관련 사무 처리에서의 대리가 필요한지?
	※ 의사결정 지원이 필요하다고 생각하는 이유? <input type="checkbox"/> 현재는 보행이 어느정도 가능하나 집안일을 독립적으로 진행하기는 어려움. 또한 임대아파트이기는 하지만 임대료 등이 관리가 제대로 되지 않아 체납액도 많은 상황임. 이에 향후 거소를 옮길수 있는 가능성이 있어 지원이 필요함. 또한 향후 요양원 등으로 이전해야 할 수 있는 상황이 있을수도 있음. 이에 거소관련 지원 필요.	※ 대리가 필요하다고 생각하는 이유? <input type="checkbox"/> 의사소통이 거의 불가능하고 본인의 희망이나 욕구를 파악하기 위해서는 장기간의 관찰이 필요함. 그 사이에는 대리권 행사가 불가피해 보임.

구분	의사결정 지원이 필요한 영역	의사결정 대리가 필요한 영역
공법상의 행위에 대한 사항	<input type="checkbox"/> 일반적 공법상의 행위(가령 주민등록의 신청, 갱신, 주민등록등본발급 등)와 관련하여 의사결정지원이 필요한지?	<input checked="" type="checkbox"/> 일반적 공법상의 신청행위(가령 주민등록의 신청, 갱신, 주민등록등본발급 등)가 필요한데, 의사소통이 거의 불가능하여 대리가 필요한지
	<input checked="" type="checkbox"/> 사회복지수급 관련 행위(국민기초생활보장법 관련 신청, 장애연금 관련 신청, 기초노령연금 관련 신청, 기타 사회복지급여 및 서비스의 신청 등)에서 의사결정지원이 필요한지?	<input checked="" type="checkbox"/> 사회복지수급 관련 신청 및 수령 행위 (국민기초생활보장법 관련 신청, 장애연금 관련 신청, 기초노령연금 관련 신청, 기타 사회복지급여 및 서비스의 신청 등) 등이 필요한데, 의사소통이 거의 불가능하여 대리가 필요한지?
	※ 의사결정 지원이 필요하다고 생각하는 이유. 특히 의사결정을 대리하는 것이 필요하다고 생각되는 경우 그 이유? <input type="checkbox"/> 사건본인이 지원이 있으면 간단한 호불호를 표현할 정도의 의사표현은 가능함. 그러나 사회복지수급과 관련한 각종 신청행위를 직접적으로 실행하기는 어려움. 이에 가능하면 의사결정지원을 하되, 신청 절차 진행 등 구체적인 신청행위는 대리하는 것일 필요.	※ 대리가 필요하다고 보는 이유?
일상 생활에 관한 사항	<input checked="" type="checkbox"/> 일상 생활비관리를 잘 하지 못하기 때문에 의사결정지원이 필요한지?	<input checked="" type="checkbox"/> 일상 생활비 관리가 필요한데, 의사소통이 거의 불가능하여 대리권이 필요한지? (통장개설, 이체, 해지 등 포함)
	<input type="checkbox"/> 일상 생활용품 및 서비스의 구매 결정을 잘하지 못하기 때문에 의사결정지원이 필요한지?	<input type="checkbox"/> 일상 생활용품 및 서비스의 구매에서의 대리가 필요한지?
미래 설계와 관련된 부분	<input type="checkbox"/> 신탁계약체결을 희망하는지, 이를 지원할 필요가 있는지?	<input type="checkbox"/> 신탁계약체결이 필요하고 본인도 거부하지 않는데 이를 대리할 필요가 있는지?
	<input type="checkbox"/> 사건본인이 사전요양지시서를 작성하기를 희망하는지, 그 작성을 지원할 필요가 있는지?	
기타	<input type="checkbox"/> 글을 읽을 줄 몰라서 공문서 등의 서신을 관리하지 못하므로 이 분야의 의사결정지원이 필요한지?	현재는 의사소통이 가능하고 본인의 욕구나 희망을 확인할 방법이 있으나 후견개시 이후 가까운 장래(1년 내지 2년 이내)에 의사소통이 매우 어려울 위험성이 높다고 판단되어 위 행위에 대해 대리권이 필요하다고 사료됨.

※ 위 항목을 기재할 때에는 특히 후견이 필요한지 여부에 초점을 맞추시기 바람. 한편 당해 사항(위 건강, 주거 등등)에 대해 의사결정능력에 장애가 있어서 지원이 있어야 의사결정을 할 수 있는지, 지원이 있더라도 스스로 할 수 없거나 매우 어려운 경우에는 대리가 필요하다고 판단할 수 있음.

IV. 후견에 대한 사건본인의 희망

※ 의사소통능력의 정도에 따라 다르겠지만 후견이라는 용어를 사용하지 않고, 쉬운 말로 본인의 의사를 확인하거나 본인의 감정이나 정서를 확인하는 것을 권장함. 의사확인인지 아니면 감정 또는 정서의 확인인지는 구분할 것. 후견인은 사건 본인이 필요로 하는 여러 가지 정보를 수집해서 전달하는 역할, 사건 본인이 필요로 하는 여러 가지 정보를 설명해 주는 역할, 사건 본인이 결정한 사항을 다른 사람에게 전달하는 역할, 사건 본인이 스스로 결정하기 어려울 때 나를 대신하여 의사결정을 하는 일 등을 하는 사람으로 설명하면 됩니다.

1. 후견인에 대한 희망

1) 사건본인은 희망하는 후견인이 있나요?

___○___ 예
_____ 아니요

2) 본인이 희망하는 후견인이 있다면 누구인가요?

3) 본인이 희망하는 후견인과의 관계는? (사건본인과의 관계 또는 알고 있었던 기간 등)

OOO은(는) OO시(군·구) 치매안심센터 공공후견사업단 소속 직원으로서 사회조사보고서 작성의 시점 이전부터 사건본인을 매주 1회 방문하여 친밀한 관계가 형성되어 있음.

2. 후견업무에 대한 사건본인의 희망

1) 본인은 후견인이 어떤 일을 도와 주었으면 하나요?

병원 치료 및 입원동의, 자산관리, 전세계약 중지, 은행업무 위임

2) 후견인이 본인을 도와주거나 대신하여 의사결정지원을 해 줄 수 있으면 하는 일 (해당부분 체크)

___○___ 의료 관련 사항 (의료에서 본인의 의사결정을 전달하는 일, 의료계약을 대리하는 일 등)

___○___ 주거 (주거 결정에 관한 본인의 의사결정을 전달하는 일, 거주 관련 계약을 대리하는 일 등)

- _____ 대인관계
- _____ 사회활동에 참여하는 일
- _____ 교육 관련 활동
- __○__ 사회복지급여 및 서비스와 관련된 사무
- __○__ 사회복지급여를 관리하거나 서비스 이용에 관한 사무
- __○__ 기타(재산(통장)관리)

3) 후견인이 후견사무를 처리할 때 특별히 희망하는 내용

※ 이 부분의 작성에서는 다음을 참고하세요.

가령 반드시 내게 먼저 내용을 설명해 줄 것, 월 몇 회 방문해 줄 것, 통장관리 등등이 사건 본인의 희망사항의 예일 수 있습니다.

3. 후견감독인에 대한 희망

1) 후견인의 활동을 지원하고, 필요하면 적절한 감독권한을 행사할 수 있는 감독인을 선임하도록 신청하고자 합니다. 괜찮을까요?

2) 후견감독인으로 누가 적당할까요?

사건본인의 희망여부를 확인하기 어려운 경우

사유 :

V. 총괄보고서

※ 사회조사보고서를 토대로 요점을 간단히 기술하는 형식으로 작성함.

1. 사건본인의 인적 사항

성명		생년월일/남·녀	
주소			
등록기준지			

2. 사건본인의 상태와 일반현황

가. 질병 유형, 발견시기, 장기요양등급판정 사항 :

사건본인은 2013년 00월 00일 000병원 의사 000로부터 질병명은 알츠하이머형의 노년성 치매로 인지기능장애 진단 받고 지속적인 약물치료 및 경과 관찰 필요하다는 진단 받음. 2017년 00월 00일 장기노인요양보험 2등급 인정을 받았음.(장애진단서 및 사회조사보고서 사건본인의 일반현황 I3 부분 참조).

나. 사건본인의 생활 및 현황 일반(질병, 주거환경, 일상생활, 등 포함) :

사건본인은 치매 이외에 2008년쯤 양쪽 눈에 백내장이 생겨, 수술을 한적이 있으며, 고혈압 및 난청이 있어 크게 이야기해야 함. 사건본인은 벽을 짚으면서 천천히 움직이는 정도의 보행은 가능하지만, 독립적인 식사준비나 착탈의, 용변 등의 처리는 지원이 있어야 가능함. 의사소통의 경우는 본인의 '싫다' '좋다'의 호불호를 표현하는 것은 가능하지만 어려운 용어나 설명은 어려움. 현재는 기초수급액으로 48만원의 지원받고 있으며, 본인의 담배 및 소소한 지출비용으로 20만원 정도를 지출하고 있음. 또한 현재 사건본인이 거주하고 있는 아파트 임대료가 월 12만원인데, 현재 몇 개월째 제때 금액을 납입하지 못해 200만원이 체납되어 있는 상황임.(사회조사보고서 사건본인의 일반현황 I(사건본인의 일반현황 부분). II(사건본인 지원의 필요성에 관한 부분) 참조)

다. 가족관계 등(부양, 동거 등 포함):

사건본인은 현재 독거로 임대아파트에 거주 중. 가족관계등록부상 배우자 김00(70세), 딸 정00(37세)가 있음. 그러나 배우자와는 연락두절 상태이며, 딸은 결혼하였으나 당사자를 도울 수 없다는 의사를 표명했다고 함(00주민센터 가족방문상담 당시). (가족관계등록부 및 사회조사보고서 II. 5. 사건본인의 가족관계에 대한 정보 부분 참조)

라. 후견 개시 여부:

없음.

3. 사건본인에게 필요한 사무처리와 사건본인의 사무처리능력 (어떤 지원이 필요한지의 관점에서 부족한 부분 기술)

1) 사무영역

가. 소득(사회복지지원포함), 기타 생활비 충당내용(가족의 부양 포함) :

사건본인은 기초수급비로 매달 48만원의 사회수당을 받고 있으며, 거주하고 있는 임대아파트의 보증금 500만원, 예금 500만원의 소득 있음. 또한 기타 매월 지출이 20만원 정도를 담배 및 기타 소소한 지출비로 사용하고 있음. (사회조사보고서 I. 사건본인의 일반현황 부분 참조)

나. 병원치료와 관련된 사항 :

사건본인은 현재 치매 진단을 받은 후 고혈압 등이 있으나, 현재 병원 치료와 관련된 직접적인 사항은 없음.(사회조사보고서 I. 사건본인의 일반현황 부분 참조)

2) 사건 본인에게 지원이 필요한 영역과 자기결정권 행사 방법과 지원의사결정 등

가. 일상신체활동, 치료, 요양 관련 영역 :

사건본인은 벽 등을 잡으며 보행을 하고 있어 부축 등은 필요함. 또한 식사 및 목욕, 착탈의, 용변 등 일상신체생활에서 독립적인 활동은 어려움. 다만 지원이 있으면 가능한 정도로 완전하게 불가능한 것은 아님.(사회조사보고서 II. 사건본인 지원의 필요성에 관한 사항 부분 참조)

나. 자기결정권 행사 능력 :

예금관리, 사회보장급여 신청과 관리, 치료, 요양 등에 관한 구체적인 이해는 불가능. 그러나 자신이 현재 살고 있는 집에서 계속 살고 싶다는 등의 호불호 표현이 가능. 본인이 직접적으로 신청행위 등을 이행하지는 못하더라도 현 상황에서는 기본적인 감정이나 욕구 파악이 가능. 이에 의사결정을 지원할 수 있다면 어렵지 않은 사무는 의사 확인하여 최대한 자기결정권 추론이 가능.

다. 자기결정권 행사의 방식 :

성인간의 통상적인 방식으로는 대화가 불가능 함. 그러나 단순한 문장이나 단어 등으로 본인의 의사 확인 가능함.

라. 본인과의 소통에서 특히 유의할 점 :

대인관계에서 낯선 사람과의 대면을 어려워하거나, 심한 경우 과격해질때도 있음. 이에 의사결정지원시 의사확인 과정 등에도 꾸준한 라벨 형성 필요.

3) 사무 후원의 필요성

가. 사무후원 필요성의 원인 및 위험성(일상생활·활동범위에 관한 일반적인 내용) :

사건본인 독거의 치매환자로 지역사회에서 살아왔음. 하지만 현재는 치매가 중등도로 진행된 상태임. 이에 일상생활에 필요한 물품과 서비스 구매 등의 사무를 스스로 시기에 맞게 처리하는 것이 어려움. 또한 식사 및 청결유지 등 아직은 불편하지만 보행이 되고 있지만 향후 적절한 지원이 필요.

나. 사회보장수급 관련 :

사건본인은 치매진단을 받았음에도 노인장기요양보험서비스를 이용하지 않고 있으며, 기타 기초수급비용 이외의 사회서비스에 접근하지 못하고 있음. 이에 현재보다 훨씬 안정적이고 위생적인 일상생활을 등을 영위할 수 있도록 사회복지서비스 정보 등을 제공하고 이러한 서비스 신청 및 일련의 이용절차를 지원할 필요가 있음. 결과적으로 사건본인이 적시에 적절한 사회복지서비스를 이용하지 못하고 있는 상황임.

다. 의료서비스 이용지원 :

사건본인은 치매 뿐만 아니라, 고혈압 그리고 몇 년 전에 수술한 백내장 등의 병력이 있음. 이에 향후 인지기능의 저하와 의사소통이 더 어려워질 것이므로, 미리 본인의 질병의 진행상황과 의료계획을 수립할 필요가 있음. 현재도 노인장기요양 2등급으로 중등 수준으로 사건본인에게는 현재가 자신의 질병 상태를 확인하고 의료서비스 이용계획 및 의료행위에 대한 사무를 처리할 수 있는 시기이므로, 최대한 본인의 의사를 확인하여 의료서비스 사무를 지원할 필요가 있음.

라. 거소관련 사무지원 :

사건본인이 현재 임대아파트에 거주중이며, 보증금 800만원 월 12만원의 임대료를 지출하고 있음. 그러나 현재 제때 임대료를 납입하지 못하고 있음. 또한 주택의 청결상태 등을 스스로 유지하기 어려운 상황임. 이에 현재 거주지의 임대료 지출의 납입 등을 정리하고 청결유지 등을 지원할 필요가 있음. 또한 현재는 지역사회에 거주하고 있으나 향후 치매상황이 더욱 나빠지는 것을 대비하여 본인의 의사를 확인하여 미리 요양원 등 본인의 거소관련 각종 계약 체결 등에 관한 사무를 지원할 필요가 있음.

마. 일상생활비 관리 지원 :

사건본인은 기초수급비와 소액의 예금으로 생계를 유지하고 있음. 사건본인은 자신에게 필요한 일상 생활비가 얼마인지 그리고 적절하게 지출되고 있는지 명확하게 인지하는 것이 불가능. 이에 공공부조 등의 통장관리 등 일상생활에 필요한 필요경비 지출의 사무를 처리하도록 하여 사건본인의 보다 안정적인 일상생활 대비할 수 있도록 지원할 필요 있음. 이를 위해 일상생활에 필요한 사회서비스 계약 체결 등에 대한 대리권, 예금관리 대리권 및 관련사무 지원 필요.

바. 공법상의 신청행위(복지지원의 신청, 주민등록관련 업무 등)의 기회 :

위 사회서비스 신청 및 대리행위를 위하여 사건본인 명의의 각종 서류 발급 사무 필요. 이에 공법상 신청행위의 사무 지원과 필요에 따라 대리권이 필요.

사. 미래설계의 지원 :

사건본인의 의사소통이 성인간의 대화만큼 원활하지는 않으나, 본인의 좋고 싫음에 대한 의사표현이 가능한 수준임. 이에 주거, 치료, 요양 등에 대한 본인의 욕구 등에 대한 선호도에 부합하는 미래 계획을 수립할 수 있도록 지원해 주는 것이 필요.

4. 후견의 목표 및 후원할 사무 및 부여할 대리권

가. 후견의 목표	사건본인은 지역사회에서 혼자서 살아 왔음. 알츠하이머형 노년성 치매 중등 정도이며 일상생활, 예금관리, 요양, 치료, 기타 사회보장수급권의 관리 등 자기 결정권에 대한 의사확인인 가능한 정도임. 그러나 사건본인이 자기결정권을 행사함에 있어서 타인에게 전달하는 과정이 원활하지 못한 면이 있음. 이에 사건 본인의 의사 및 욕구, 감정을 최대한 확인하여 본인의 미래를 스스로 설계할 수 있도록 지원하는 것이 필요. 이러한 제반 사정을 고려하여 사건본인에게 적절한 사무후원을 통해서 사건본인이 현재 영위하고 있는 생활에서 최대한 위험을 예방 하고 미래를 설계할 수 있도록 지원하는 것이 후견의 목표임.
나. 후원할 사무	일상생활 지원 치료에 관한 지원 사회보장수급권 관리 지원 거소관련 지원 공법상의 신청행위 관련 지원 미래설계 지원(사전의료·요양지시서, 의료 및 요양 관련 동의권의 대리행사 대리인 지정서, 신탁계약체결 지원 등)
다. 대리권	예금관리 관련

	병원 치료나 입원 계약 관련
	사회보장수급권 신청 관련
	거소관련 계약체결 관련
	공법상의 신청행위 관련
	기타(공공부조등으로 취득한 금전의 신탁계약 체결)
라. 사건본인의 후견 희망 여부	희망함

5. (특정) 후견인 후보자에 관한 사항

- 1) 후견인 후보자에 관한 기본사항(성명, 주소, 주민등록번호, 직업) :
 - 가) 성명 :
 - 나) 주소 :
 - 다) 생년월일/남·녀 :
 - 라) 직업 :
- 2) 후견인 후보자의 경력 등(경력, 공공후견인이 되고자 하는 동기, 유사사업참여 등) :
- 3) 후견인 후보자 양성 교육프로그램 참여여부 :
- 4) 후견인 결격 사유 등 : 없음
- 5) 사건본인의 후견인 후보자에 대한 희망여부 : 희망함
- 6) 사건 본인이 후견인 활동비를 지불할 경제적 능력이 있는지 여부 : 없음

작성자 성명		생년월일/남녀	
소속 및 직위	000 치매안심센터 소속		
작성일, 기타 특이사항			

후견계획서

※ 후견계획서는 후견인 후보자가 사회조사보고서를 작성한 담당자(생활관리사 등)의 협조를 받아 작성

작성일	년 월 일		
작성자	성 명		사건본인과의 관계
	소속/직위		연락처

사건 본인

성명 :
 생년월일/성별 :
 주소 : (주민등록등본상의 주소)

후견인 후보자

성명 :
 생년월일/성별 :
 주소 :

수입받고자 하는 후견사무의 내용(아래 부분은 예시임)

- 사무의 후원(의사결정의 지원) 및 대리

구분(필요한 영역에 체크)	
(위 II 3.에서 체크한 내용을 토대로 의사결정능력이 불완전하다면 지원이 필요하다고 볼 수 있음)	
건강에 관한 사항	<input type="checkbox"/> 현재 병원을 다니는데 의사결정에 지원이 필요한지? <input type="checkbox"/> 병원을 다녀야 하는데 의사결정에 지원이 필요한지? <input type="checkbox"/> 입원이나 병원 치료 여부를 결정하는 데 의사결정지원이 필요한지? (입원수속, 퇴원수속, 수술 또는 치료에서의 동의 등) ※ 의사결정 지원이 필요하다고 생각하는 이유. 특히 의사결정을 대리하는 것이 필요하다고 생각되는 경우 그 이유?
거소에 관한 사항	<input type="checkbox"/> 거주하는 곳의 임대차계약을 해지하고 새로운 주거를 위해 임대차계약을 체결해야 하는 일에 의사결정지원이 필요한지? <input type="checkbox"/> 임대차는 아니지만, 주거장소를 변경해야 하는데 의사결정지원이 필요한지?

구분(필요한 영역에 체크) (위 II 3.에서 체크한 내용을 토대로 의사결정능력이 불완전하다면 지원이 필요하다고 볼 수 있음)	
거소에 관한 사항	<input type="checkbox"/> 스스로 집 청소나 관리를 할 수 없기 때문에 활동보조인 계약의 체결 등을 통해 거소 관리가 필요한데, 이 사무처리를 위한 의사결정지원이 필요한지?
	<input type="checkbox"/> 복지시설 및 요양시설 선택 및 관련 계약의 체결에서 의사결정지원이 필요한지?
	<input type="checkbox"/> 기타 주거 관련 사무 처리에 의사결정지원이 필요한지?
	※ 의사결정 지원이 필요하다고 생각하는 이유. 특히 의사결정을 대리하는 것이 필요하다고 생각되는 경우 그 이유?
교육, 여가에 관한 사항	<input type="checkbox"/> 각종 교육 및 여가활동(재활프로그램, 직업훈련프로그램, 자조모임 등)을 결정하는 데 의사결정지원이 필요한지?
	※ 의사결정 지원이 필요하다고 생각하는 이유. 특히 의사결정을 대리하는 것이 필요하다고 생각되는 경우 그 이유?
공법상의 행위에 대한 사항	<input type="checkbox"/> 일반적 공법상의 행위(주민등록의 신청, 갱신, 주민등록등본발급 등)와 관련하여 의사결정지원이 필요한지? 주민등록등본 등을 왜 발급받아야 하는지를 잘 이해하지 못하기 때문에 이 부분의 의사결정을 지원해 줄 필요가 있음. 경우에 따라서는 대리신청을 할 필요가 있음.
	<input type="checkbox"/> 사회복지수급 관련 행위(국민기초생활보장법 관련 신청, 장애연금 관련 신청, 기초노령연금 관련 신청, 기타 사회복지급여 및 서비스의 신청 등)에서 의사결정 지원이 필요한지? 사회복지급여의 의미, 어떻게 신청하는지 등을 잘 이해하지 못하기 때문에 관련된 정보수집과 신청에서의 의사결정을 지원하고 경우에 따라 대리할 필요가 있음.
	※ 의사결정 지원이 필요하다고 생각하는 이유. 특히 의사결정을 대리하는 것이 필요하다고 생각되는 경우 그 이유?

구분(필요한 영역에 체크) (위 II 3.에서 체크한 내용을 토대로 의사결정능력이 불완전하다면 지원이 필요하다고 볼 수 있음)	
일상생활에 관한 사항	<input type="checkbox"/> 일상 생활비 관리를 잘 하지 못하기 때문에 의사결정지원이 필요한지? 생활비관리에서 의사결정지원이 필요함
	<input type="checkbox"/> 일상 생활용품 및 서비스의 구매 결정을 잘하지 못하기 때문에 의사결정지원이 필요한지? 서비스구매에서 의사결정지원이 필요함
	<input type="checkbox"/> 글을 읽을 줄 몰라서 공문서 등의 서신을 관리하지 못하므로 이 분야의 의사결정지원이 필요한지? 글을 잘 읽을 줄 모르기 때문에 공문서 관련 서신을 이해하는 데 의사결정지원이 필요함.
	<input type="checkbox"/> 경제적, 신체적, 성적으로 학대, 피해를 입을 위험이 높아서 대인관계의 유지에 의사결정지원이 필요한지?
	※ 의사결정 지원이 필요하다고 생각하는 이유. 특히 의사결정을 대리하는 것이 필요하다고 생각되는 경우 그 이유?
기타 (위에서 열거한 것 이외에 본인을 위한 의사결정지원이나 대리가 필요하다고 생각되는 영역 또는 사항을 기술)	

■ 의사결정을 지원 또는 대리할 때(후견사무의 수행)의 계획

○ 후견의 목표

○ 후견인이 후원할 사무

1) 일상생활용품 등의 구입

2) 사회복지서비스이용 계약의 체결

3) 기타사항 : (예 : 통장관리, 거소관련 사무지원 등)

○ 후견인이 대리권한을 보유할 때 행사 방법 및 계획

1) 사건 본인 명의의 통장개설 및 관리행위

2) 사회복지급여 및 사회서비스 이용에 관한 대리권

3) 공공기관, 의료기관, 통장개설은행 등이 보유한 개인 관련 정보신청대리권

■ 후견인으로서의 적격성에 대한 확인서

- 후견인후보자는 후견제도에 관한 교육을 받은 적이 있는지?

- 후견인후보자는 다음 각 항목에 대해 확인함

- ① 성범죄 관련 전과(징역, 금고, 선고유예, 구류, 벌금, 몰수 등의 처벌을 받은 것)가 없음
- ② 배임 및 횡령 등 재산과 관련한 범죄의 전과가 없음
- ③ 상해, 폭행, 유기, 학대, 감금, 협박 등과 관련하여 전과가 없음
- ④ 명예훼손, 신용 침해, 비밀누설 등과 관련하여 전과가 없음

후견감독계획서

- 후견감독인이 되기를 희망하는 0000시(군·구)는 000이 후견인으로 선임되고, 0000시(군·구)가 후견 감독인으로 선임될 경우 다음과 같이 후견사무를 지원하고 감독하기로 계획하고 그 내용에 대해 합의함.
- 후견인은 후견사무를 처리할 때 모르는 사항, 의문 나는 사항이 있으면 언제라도 연락해서 지문을 구할 수 있고, 후견감독인은 그 자문에 응해 적절한 지도를 해 주기로 함.
- 후견인은 후견감독인의 지침을 토대로 정기적으로 후견사무처리 결과보고서를 제출하도록 함.
- 후견감독인은 후견인에 대한 지원과 감독의 원활한 처리를 위해 중앙지원단, 광역지원단, 후견인 후보자 양성교육 기관 등에게 후견인 교육을 위한 지원, 지도를 요청할 수 있음.
- 후견인은 후견이 종료한 경우, 후견종료와 관련한 사무를 지체 없이 처리한 후, 그 결과를 후견감독인에게 보고하고, 아울러 피후견인의 개인 신상에 관한 서류 일체를 감독인에게 반환함.
- 후견업무 수행 중 취득한 피후견인에 대한 개인정보는 (가정)법원, 후견감독인, 후견감독인으로부터 후견 업무 지원의 권한을 위임받은 기관 이외에는 일체 제공하지 않고, 이를 그 밖의 사람에게 누설하였을 경우 처벌을 받더라도 이의가 없음을 약속함.

후견감독인 후보자 _____ (서명 또는 인)

후견인 후보자 _____ (서명 또는 인)

<서식 4-3> 후견활동내역서

(00월) 치매공공후견인 활동내역 (월별작성)

○ 후 견 인 :

활동일자	활동시간	활동내용	활동확인	
			후견인	담당자
일				
일				
일				
일				
일				
일				
일				
일				
일				
일				
일				

※ 본인은 활동내역이 사실과 틀림없음을 확인하였습니다. 사실과 다를 시에는 활동 중지 및 지급된 활동비의 환수조치가 있을 수 있음에 동의합니다.

<서식 4-4> 피후견인 욕구확인서

* 피후견인 거주이전, 시설입소 등 필요시 작성

피후견인 욕구확인서		
방문일 시		방문장소
본인의 욕구, 희망, 선호도 파악	1. 거주관련 2. 일상생활 관련 3. 의료 관련 4. 미래설계 5. 기타	
본인에 게 지원이 필요한 부분	1. 재산 관련 2. 신상 관련 3. 공법상의 신청행위 4. 미래설계	
후견인 의 지원계 획	1. 법률자문 요청 2. 사례회의 요청	
지원 실행 내용	경위	내용
	사례회의 결과	
	실행 내용 및 결과	

<서식 4-5> 후견감독사무보고서

기본 후견감독사건 사건번호	후견 개시 사건이 아닌 후견감독으로 사건번호 기재 (예: 2020후감00 특정후견감독(기본))
-----------------------	---

기 본 사 항

감독 대상 기간		후견 종류	<input type="checkbox"/> 성년후견 <input type="checkbox"/> 한정후견 <input checked="" type="checkbox"/> 특정후견 <input type="checkbox"/> 임의후견 <input type="checkbox"/> 미성년후견
피 후 견 인			
성 명		주민등록번호	
주 소	우편번호 (-) 해당주소, 우편번호, 연락처 기입	연락처	☎
후 견 인			
성 명		주민등록번호	
주 소	우편번호 (-) 해당주소, 우편번호, 연락처 기입	연락처	☎
피후견과 관계	특정후견인	주소변경여부	<input checked="" type="checkbox"/> 변경사항 없음 <input type="checkbox"/> 변경사항 있음
복 수 후 견 인			
성 명		주민등록번호	
주 소	우편번호 (-) 해당주소, 우편번호, 연락처 기입	연락처	☎
피후견과 관계		주소변경여부	<input type="checkbox"/> 변경사항 없음 <input type="checkbox"/> 변경사항 있음
후 견 감 독 인			
단체명 (대표자)		사업자 등록번호	00000-00-0000
주 소	우편번호 (-) 해당주소, 우편번호, 연락처 기입	연락처	☎
피후견인과 관계	피후견인 주소지 관할 지방자치단체	후견인과 관계	-
감 독 경 과			
감독 일시	감독 대상	감독 장소 및 방법	
감독을 한 날짜, 시간 기입	특정후견인 000	후견사무보고서 검토, 후견인 면담, 후견활동 장소 방문, 회의 등	

감 독 내 용

	감 독 항 목	그 렇 다	보 통	아 니 다
신 상 보 호	■ 후견인이 피후견인의 거주상황을 잘 파악하고 있다.			
	■ 후견인이 피후견인과 정기적인 접촉을 하고 있다.			
	■ 후견인이 피후견인의 신체 및 정신 건강상태를 잘 파악하고 있다.			
	■ 후견인이 피후견인의 건강에 대한 적절한 조치를 하고 있다.			
	■ 후견인이 간호, 주거확보, 의료, 재활 등의 후견 서비스를 제공하였다.			
	■ 후견인이 피후견인의 보호계획을 적절하게 세우고 있다.			
	■ 피후견인에 대한 후견인의 방치는 관찰되지 않았다.			
재 산 관 리	■ 피후견인에 대한 후견인의 학대는 관찰되지 않았다.			
	■ 후견인이 피후견인의 재산상황을 잘 파악하고 있다.			
	■ 피후견인의 정기수입에 대해 잘 파악하고 있다.			
	■ 피후견인의 정가지출에 대해 잘 파악하고 있다.			
	■ 피후견인의 수입누락이 관찰되지 않았다.			
	■ 지출항목이 적절하다.			
	■ 후견인의 개인 지출이 관찰되지 않았다.			
일 반	■ 후견인의 재산 횡령이 관찰되지 않았다.			
	■ 후견인이 정해진 기한 내에 보고서를 제출하였다.			
	■ 후견인이 피후견인의 후견사무를 계속하기를 원하고 있다.			
	■ 후견인이 후견활동에 적극적이다.			
	■ 후견인이 감독에 협조적이다.			
	■ 피후견인 및 관계인의 불만이 관찰되지 않았다.			
	■ 후견인 변경의견이 관찰되지 않았다.			
	※ 후견인 변경의견이 관찰된 경우 아래 내용을 작성합니다.			
■ 변경 의사	<input type="checkbox"/> 후견인 <input type="checkbox"/> 피후견인 <input type="checkbox"/> 관계인			
■ 변경 사유				
※ 후견인의 신상보호, 재산관리, 일반사무 활동에 대한 감독의견을 다음과 같이 작성합니다.				

감 독 내 용

신 상 보 호

재 산 관 리

중 합 의 건

위와 같이 후견감독사무보고서를 제출합니다.

20

후 견 감 독 인

(서명 또는 날인)

특정후견 지속여부 조사서

작성자 : (소속 :) / 작성일 : . . .

응답자 : 피후견인 후견인(, ,) 기타 ()

1. 사건 기본정보

사건 내용	사건번호	20**년 ****	개시일	종료 예정일	
피 후 견 인	성명		생년월일	. . . (세)	성별 <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여
	연락처		장애유형 /등급	장애/ 급	거주 형태 <input type="checkbox"/> 재가 <input type="checkbox"/> 시설 <input type="checkbox"/> 기타 ()
후 견 인	성명		생년월일	. . . (세)	성별 <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여
	연락처		후견인 유형	<input type="checkbox"/> 제3자 <input type="checkbox"/> 가족	교육 수료기 관
관련 기관	공공후견인 교육기관		감독기관	센터	<input type="checkbox"/> 중앙 <input type="checkbox"/> 지역()

2. 특정후견 개시 이후 변경사항(법원으로부터 판결, 허가를 받은 사항)

질문	선택	'예'라고 응답한 경우, 결정내용 또는 이유를 기재
1) 후견인 변경이 있었나요?	<input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예	
2) 감독인 변경이 있었나요?	<input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예	
3) 후견사무 범위(지원 또는 대리권 사항)변경이 있었나요?	<input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예	

4. 현재 특정후견 사무의 목표달성 정도

1) 특정후견 사무(지원) : 심판결정문에 기록된 사무

현재상황	①사무종결 ④지원체계 연결예정	②스스로 가능 ⑤후견계속지원	③지원체계 확보
------	---------------------	--------------------	----------

연번	사무의 내용	현재상황	작성자의견
1	의료서비스 이용에 관한 사무 후원		현재 상황에 대한 기술 등
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
기타	※ 판결문에 명시되지 않았지만 지원한 사무에 대한 내용		

2) 특정후견인 대리권 범위 : 심판결정문에 기록된 대리권

현재상황	①사무종결 ④지원체계 연결예정	②스스로 가능 ⑤후견계속지원	③지원체계 확보
------	---------------------	--------------------	----------

연번	사무의 내용	현재상황	작성자의견
1	의료서비스 신청 및 이용계약체결에 관한 대리권		현재 상황에 대한 기술 등
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
기타	※ 판결문에 명시되지 않았지만 지원한 사무에 대한 내용		

4. 사무후원 필요여부

※ 지원필요 : 후견인이 피후견인의 결정이나 사무처리에 지원을 해야 하는 경우

대리필요 : 후견인이 피후견인을 대리하여 직접 처리해야 하는 경우(지원, 대리 중복체크 가능)

지원 필요	대리 필요	필요사무에 (✓) 표시	구체적 내용 서술
		은행업무 지원(예금계좌 개설 및 해지, 계좌이체 및 출금, 체크카드 발급, 예금관련 정보조회 등)	
		일상생활비 관리 지원(계획적인 금전관리 등)	
		의료서비스 이용 지원(정신병원 입퇴원 포함)	
		공법상 행위 사무 지원(주민등록등초본, 가족관계 등록부, 개인신상에 관한 제반 서류 발급 등)	
		인감증명서 발급 사무 지원 (사유 :)	
		주거마련과 관련된 정보탐색 및 계약체결 지원 (공공임대아파트 신청, 주거이동에 따른 계약, 아파트 매수 등)	
		사회복지급여 및 사회복지서비스 신청 및 이용 (공적서비스, 여가서비스, 사회복지시설 연계 등)	
		권리피해 상황 시 형사절차 및 민사적 구제절차 진행 사무(고소, 증거수집, 형사기록 열람신청, 형사합의, 변호사 수입계약 체결 등)	
		기타	

5. 피후견인의 안전망 조력자

성명	연락처	거주지/소재지	피후견인과의 관계	지원내용 구체적 기술(만남의 횟수, 요일, 지원방법, 의사소통, 연락 방법 등)

6. 특정후견 지속 여부 판단에 대한 조사자의 의견

지속여부 판단	() 종료필요	() 재신청 필요
	<input type="checkbox"/> 특정후견 기한만료에 의한 종료 필요 <input type="checkbox"/> 피후견인의 희망에 의한 종료 필요	<input type="checkbox"/> 특정후견 사무 계속지원 필요 <input type="checkbox"/> 새로운 후견사무지원 필요
종합의견		

작성자()은/는 (. . .) 종료되는 특정후견 사건의 지속여부를 위와 같이 조사하였으며
본 사례는 (종료/ 재신청)이/가 필요하다고 판단됩니다.

2000년 월 일

작성자 : (서명)

후견인 업무 포기 의향서

1. 성 명 : (인)

2. 생년월일 :

3. 주 소 :

4. 연 락 처 :

상기 당사자는 사건번호 20 후개 관련하여 후견인으로 활동 하였으나, 개인적인 사정으로 인해 더 이상 후견인으로 활동할 수 없게 되어 후견인 업무 포기 의향서를 제출 합니다.

20 년 월 일

○○ 시·군·구청장 귀하

또는 (○○시·군·구 ○○ 치매안심센터장 귀하)

<서식 4-8> 후견인 활동비 지급 안내서(예시)

후견인 활동비 지급 안내서 (예시)

○○○ 치매안심센터는 후견인 후보자 _____ 에게 아래와 같이 치매공공후견인 활동과 관련한 활동비 지급에 대해 안내 드립니다.

1. 후견인 활동비 지급 기준

- 후견심판청구가 법원의 청구인용 결정 이후 확정되어 후견인이 활동을 시작할 때부터 지급
- 지급 금액 : 지원하는 피후견인 인원 에 따라 활동비 지급
- 피후견인 1인 : 20만원 / 2인 : 30만원 / 3인 : 40만원
- 지급 시기 : 후견인이 후견활동 후, 월 정기보고서 등을 후견감독기관(치매안심센터 등)에 제출하며 후견감독기관이 활동사항 등을 확인하고 지급

2. 지급 방법

- 후견인 후보자가 지정한 아래의 예금계좌로 지급
- 예금주명 : _____ 금융기관명 _____ 계좌번호 _____
- 후견인 후보자는 예금계좌 통장사본을 치매안심센터에 제출

3. 기타사항

- 후견인후보자는 법원의 후견결정 이전에 치매안심센터의 요청에 따라 후견인 후보자로서 활동하는 경우 치매안심센터에서 정한 활동시간에 따른 활동비를 지급 받을 수 있음.

20 년 월 일

후견인 후보자 _____은 상기 사항을 확인하였으며, 위와 같은 내용에 동의합니다.

후견인 후보자 _____ 서명 :