

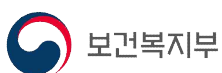
발 간 등 록 번 호

G000A34-2024-71



치매관리주치의 시범사업 지침

2024. 7.



차 례 CONTENTS

I. 사업 개요	2
II. 사업 주요내용	6
III. 사업 등록 및 교육 운영	14
IV. 요양급여비용 산정 및 청구방법	20
V. 정보시스템 이용방법	34
VI. 시범기관 준수사항	51
VII. 시범사업 평가	53

차례 CONTENTS

[별지 서식]

1. 참여 신청서(의료기관용)	56
2. 참여 약정서(의료기관용)	57
3. 보안 서약서(의료기관용)	59
4. 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의(의료기관용)	60
5. 변경/해지 요청서(의료기관용)	62
6. 참여 신청서(환자용)	63
7. 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의(환자용)	64
8. 이용 변경/해지 신청서(환자용)	67
9. 정보시스템 수정요청서	68
10. 환자관리 서식	69
11. 치매안심센터 등록·서비스 의뢰서	84
12. 치매안심센터 등록·서비스 의뢰 회신서	85

[별첨1] 시범사업 관련 질의응답	86
--------------------------	----

[별첨2] 치매안심센터 운영 현황	102
--------------------------	-----

[별첨3] 다제약물관리사업 개요	108
-------------------------	-----

치매관리주치의 시범사업 지침

- I. 사업 개요
- II. 사업 주요내용
- III. 사업 등록 및 교육 운영
- IV. 요양급여비용 산정 및 청구방법
- V. 정보시스템 이용방법
- VI. 시범기관 준수사항
- VII. 시범사업 평가

I 사업 개요

1. 추진 배경 및 목적

가. 추진 배경

- 인구고령화 등에 따른 치매환자수의 증가로 의료·요양비용 등 관련 사회적·경제적 부담이 크게 증가
- 치매 발병 초기(경증)부터 적절한 치료를 받는 경우, 경증 기간을 더 길게 유지시킬 수 있어 치매 예방·관리가 매우 중요
- 또한 치매 환자는 치매 증상 및 고령으로 인해 노인성 및 만성 질환 등 건강문제의 적절한 대처·관리가 어려움에 따라 치료·관리 지속을 위한 의료적 개입이 필요

나. 목적

- ‘치매관리주치의’ 시범사업 제도 도입을 통해 치매환자가 지역 사회에 거주하면서 치매와 그 외 건강문제까지 꾸준히 치료·관리 하여 건강 및 삶의 질을 유지·증진시킬 수 있는 의료체계 구축
- 치매 치료·관리의 지속성을 높여 치매 중증화 지연
- 치매 및 만성질환관리 등 포괄적 의료서비스 제공
- 치매 환자 및 보호자 교육·상담을 통한 치매 치료 효과성 제고
- 지역사회 자원 연계·활용 등 통합적이고 질 높은 치료 환경 조성

2. 근거 법령

- 「보건의료기본법」 제44조(보건의료 시범사업)
- 「국민건강보험법」 제41조5(방문요양급여)
- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조의3(방문요양급여 실시 사유)

3. 수행 주체별 역할

가. 보건복지부

시범사업에 관한 주요 정책 결정 등 시범사업 총괄

나. 중앙치매센터

참여기관 및 의사의 신청 접수·등록 등 관리 실무 지원, 치매전문 교육 운영, 교육·상담 매뉴얼 개발 및 보급, 시범사업 홍보, 지역사회사업 연계 관리 등 시범사업 운영 지원

다. 건강보험심사평가원(이하, 심사평가원)

수가·급여기준 개발, 시범사업 운영지침 관리, 시범사업 참여 병·의원 정보 제공, 요양급여비용 심사·모니터링, 사업평가, 정보시스템 구축 및 운영 등 시범사업 운영 및 지원

라. 국민건강보험공단(이하, 건보공단)

요양급여비용 지급 등

마. 치매안심센터

치매관리주치의가 의뢰한 치매 환자의 등록·관리 지원, 인지자극프로그램 제공, 지역사회 자원 연계, 필요 시 치매관리주치의와 방문진료 동행 등
치매관리주치의 시범사업 참여기관 지원

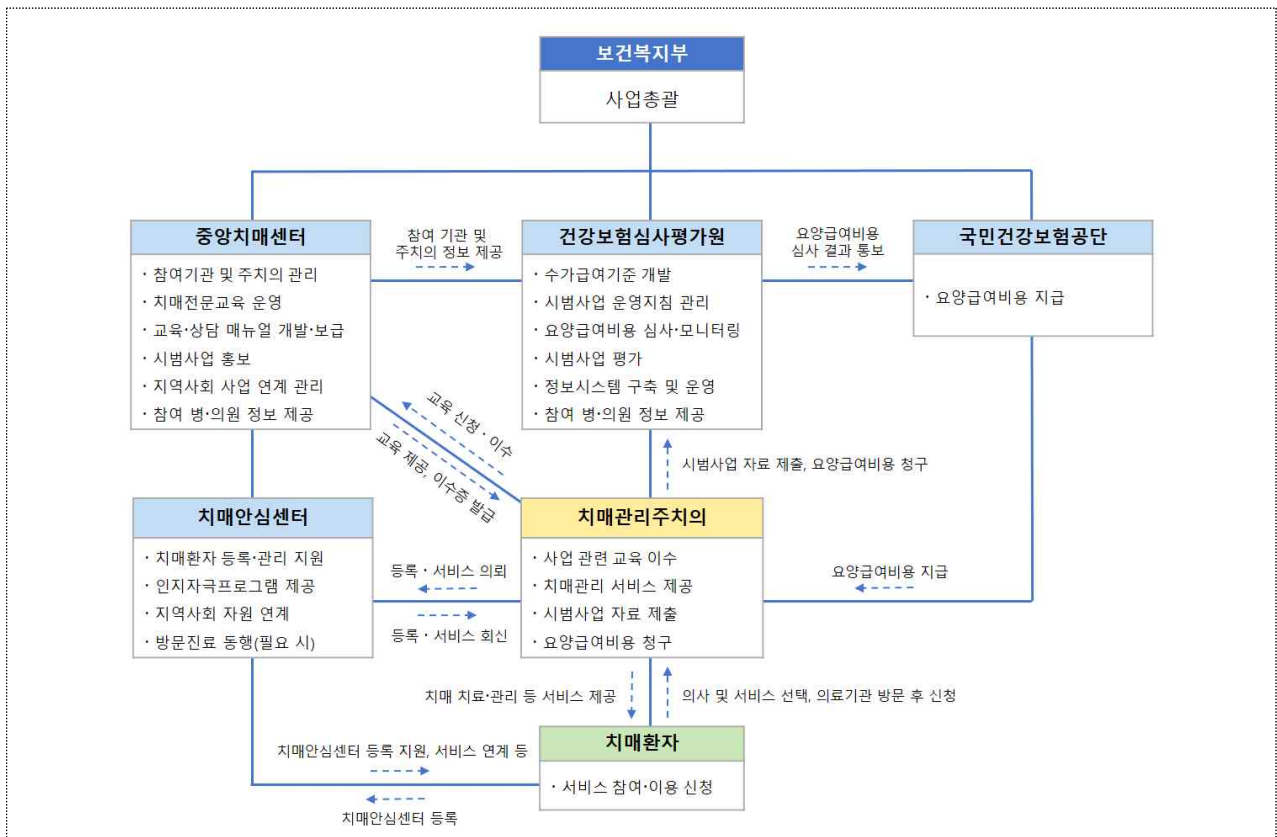
※ 지역 내 치매관리주치의 시범사업 참여기관 안내 등

바. 시범사업 참여기관(치매관리주치의 소속 의료기관)

시범사업 교육 및 치매전문교육(해당 시) 이수, 시범사업 참여 치매 환자에게 치료·관리 서비스 제공, 치매관리주치의 정보시스템에 서비스 내역 등록·관리, 요양급여비용 청구 등

4. 추진 체계도 및 절차

가. 추진 체계도



나. 사업단계별 각 기관 역할 및 추진 절차

사업단계	사업 내용	주관기관
시범사업 참여 공모 및 승인	사업참여 기관 및 의사 공모	보건복지부
	참여지역 선정	보건복지부, 중앙치매센터
	시범사업 참여기관 및 치매관리주치의 승인·통보	보건복지부, 중앙치매센터
	시범사업 참여과정 및 치매전문교육 운영·관리	보건복지부, 중앙치매센터
	치매관리주치의 참여기관 현황 관리	심사평가원
시범사업 시행 준비	시범사업 준비 총괄·관리	보건복지부
	시범사업 운영 및 지원, 수가 개발 등	심사평가원
	정보시스템 구축·운영	심사평가원
	시범사업 참여 의료기관 대상 설명회 및 대국민 홍보	보건복지부, 중앙치매센터, 심사평가원
시범사업 수행	치매관리주치의 시범사업 환자 등록 및 서비스 제공	시범사업 참여기관
	필요시 치매안심센터 서비스 연계	참여기관, 치매안심센터
자료제출 및 급여비용 청구·지급	포괄평가 및 종합관리계획 등 평가자료 제출	시범사업 참여기관
	요양급여비용 청구	시범사업 참여기관
	요양급여비용 심사	심사평가원
	요양급여비용 지급	건보공단
시범사업 평가	사업 운영 현황 및 실적보고	심사평가원
	성과평가	보건복지부

Ⅱ 사업 주요내용

1. 치매관리주치의 시범사업 개요

가. 사업명

치매관리주치의 시범사업

나. 사업 개요

치매관리주치의가 환자평가를 통해 치료·관리 계획을 수립하고, 계획에 따라 치매 및 기타 질환 치료·관리

다. 시범사업 기간

시범사업 시작일로부터 2년간('24.7월~'26.6월)으로 하되, 사업성과에 따라 필요시 단축 또는 연장 가능

라. 사업 대상

1) 치매관리주치의

- 보건복지부 공고 기준에 따라 선정된 의사로 치매관리주치의 시범사업 교육을 이수하고 치매관리주치의로 등록된 다음의 의사

- 신경과 또는 정신건강의학과 전문의
- 치매전문교육을 이수한 의사

- 치매관리주치의는 다음의 의료기관에 소속된 경우에만 참여 가능

- 「의료법」 제3조제2항제1호가목의 '의원'(보건의료원 제외)
- 「의료법」 제3조제2항제3호의 '병원급(치과병원, 한방병원 제외) 의료기관' 중 치매안심센터 협약병원, 광역치매센터 운영병원

2) 대상 환자

치매 진단을 받은 외래 진료 이용자(입원 중인 환자 제외)

* 치매 질병코드 : F00, F01, F02, F03, G30, G31.00, G31.01, G31.02, G31.03, G31.04, G31.82

마. 사업 대상 등록 절차

1) 치매관리주치의 등록

보건복지부 참여 지역 및 의료기관(의사) 승인·통보* 된 의료기관 및 의사에 한하여 심사평가원 “보건의료자원통합신고포털”(이하, 자원신고포털)에 반영

* 시범사업 교육(공통), 치매전문교육(신경과, 정신건강의학과 전문의 제외) 이수자

2) 대상 환자 등록

치매관리주치의는 외래 방문한 환자에게 시범사업에 대하여 충분히 설명하고, 환자 동의 시 심사평가원의 “치매관리주치의 정보시스템 (http://aq.hira.or.kr/hira_mc)”에 등록

- 다만, 「일차의료 만성질환관리 사업」 참여기관의 경우, 대상환자는 「일차의료 만성질환관리 사업」과 「치매관리주치의 시범사업」 동시 등록 불가

바. 서비스 유형

치매환자가 외래 진료시, 다음의 유형 중 하나를 선택

구분	치매전문관리	통합관리 (치매전문관리+일반건강관리)
대상자	치매를 진단받은 환자	만성질환(고혈압, 당뇨병 등) 관리를 함께 받기 원하는 치매 환자
치매관리 주치의	신경과 또는 정신건강의학과 전문의, 치매전문교육 이수 의사	신경과 또는 정신건강의학과 전문의, 치매전문교육 이수 의사 중 일차의료 만성질환관리 사업 참여 의사
서비스 제공 의료기관	의원 , 치매안심센터 협약 또는 광역치매센터 운영 병원·종합병원 * 광역치매센터 운영 상급종합병원 포함	일차의료 만성질환관리 사업 참여 의원
서비스 내용	치매관리 계획 수립·제공, 치매 교육·상담, 환자관리, 방문진료(의원만 해당) ※ 치매안심센터 연계, 진료 의뢰·회송, 기타 지역사회 서비스 연계 등	치매전문관리 제공 서비스 + 만성질환(고혈압·당뇨병 등) 일반건강관리

1) 치매 전문관리

- (서비스) 치매 관련 치료·관리 서비스 제공

- 치매의 특성을 고려한 포괄평가(중증도, 돌봄유무, 치매약제 및 복용기간 등) 결과를 토대로, 적절한 치매질환 관리 계획 수립
- 환자상태·약물복용 여부 등 확인, 환자 및 보호자 대상 치매 단계별·주요 행동증상별 대처법 등 교육·상담 제공
- 문제행동증상(BPSD* 등) 수준 및 환자 상황(거동불편 등)에 따라 방문진료(의원급 한정) 실시

* 행동심리증상(BPSD) : 공격성, 망상, 배회 등 치매에 동반되는 여러 증상

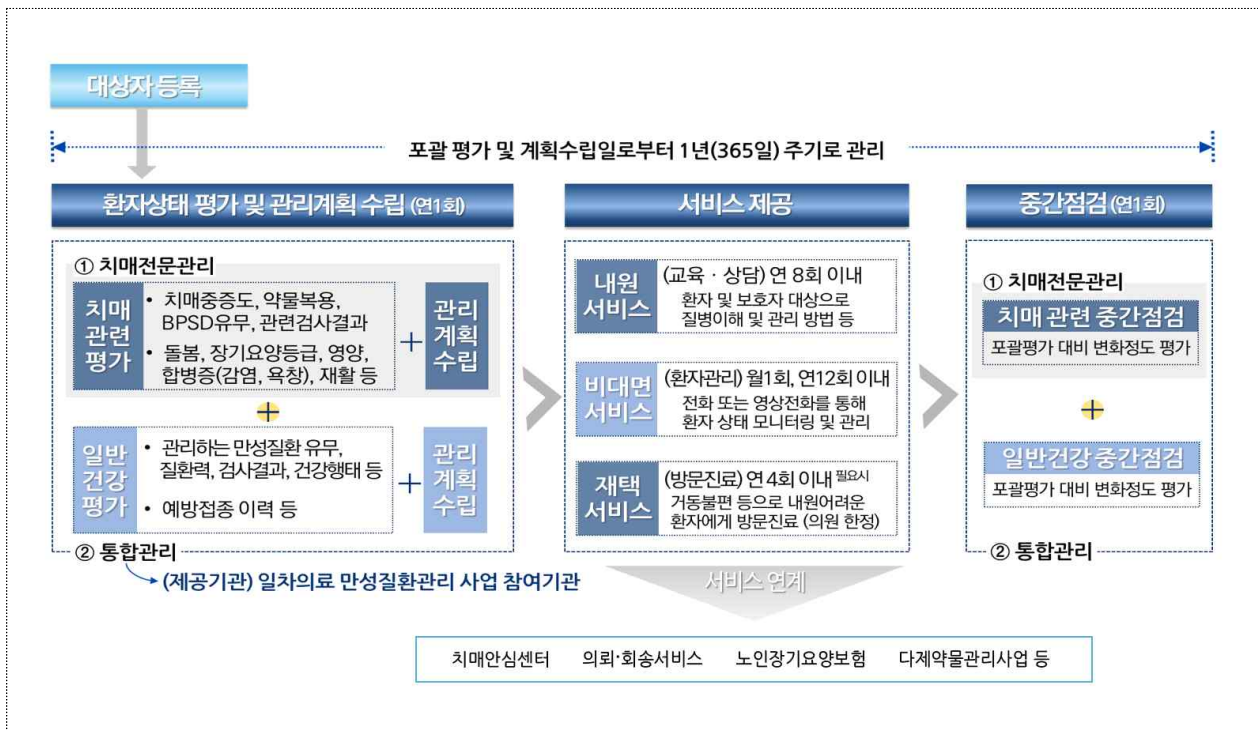
2) 통합관리 (치매전문관리 + 일반건강관리)

- (서비스) 치매전문관리 + ‘만성질환 및 전반적 건강문제 관리’

- 치매전문관리와 함께 만성질환(고혈압·당뇨병 등) 및 전반적 건강 문제에 대해 포괄평가하고, 이를 토대로 환자의 복합질환에 대한 적절한 진료, 검사 및 관리(다제약물 관리 등) 제공
- 환자 상황에 따라 관련 생활습관 등 교육·상담 제공
- 통합관리는 체계적 만성질환관리가 가능하도록 「일차의료 만성질환관리 사업」 참여 의원에서만 제공 가능

사. 서비스 내용

< 치매관리 서비스 프로세스 >



1) 환자상태 포괄평가

- 최초 방문시 및 연 1회 환자상태를 포괄적으로 평가
- (치매전문관리) 치매 관련 검사 결과(치매 중증도 등), 치매치료제 복용 여부, 종류 및 기간, 낙상 또는 욕창 발생 여부, 개인의 생활여건(돌봄 유무, 장기요양등급 등) 등을 확인·평가
- (통합관리) 치매전문관리 평가와 함께 고혈압·당뇨병 등의 만성질환 및 전반적 건강문제를 평가

2) 관리계획 수립 및 안내

- 평가결과를 토대로 서비스 내용, 서비스 제공 횟수 등 환자 맞춤형 치료·관리 계획을 수립하여 환자에게 종합관리계획서 제공

□ 포괄평가 기반의 환자 맞춤형 치료·관리 계획 수립 및 제공

- (목적) 치매는 원인 질환 및 악화 요인이 다양하므로, 환자별로 관련 생활습관(운동·식생활 등), 사회활동 등을 고려한 치료·관리 계획을 수립하여 서비스를 제공함으로써 치료·관리 효과성 제고
- (내용) 약물 처방, 비약물 프로그램 이용(예: 치매안심센터 인지자극프로그램), 심리·정서 관리(우울증 스크리닝 검사, 전문의 의뢰 등), 합병증 예방·관리 등 환자 상황에 따라 필요한 계획을 수립하여 제공

3) 교육·상담 및 관리

- (교육·상담) 관리 계획에 따라 환자 및 보호자의 질병에 대한 이해도, 질환 관리 방법 등에 대한 교육·상담을 대면으로 제공

- (환자관리) 환자에게 전화 또는 화상통화를 활용하여 비대면으로 환자 상태를 모니터링하고, 환자 상태를 고려한 관리 방법 및 필요시 지역 사회 서비스 연계 안내 등의 서비스를 제공

□ 교육·상담 및 관리

- (목적) 의사의 설명을 통해 환자 및 보호자에게 치매에 대한 정확한 정보를 전달하여 질환에 대한 이해도를 높이고, 적극적 치료 환경 조성
- (내용) 발생 가능한 응급 상황 및 대처법, 합병증 예방·관리법, 치매환자 지원 서비스(치매안심센터, 노인장기요양보험제도 등) 이용 방법 등

4) 중간 점검

- 평가 및 계획수립 4개월 이후, 관리계획의 이행정도 및 질환관리 중간 점검·평가가 필요한 경우 실시

5) 방문진료

- 거동불편 등 사유로 내원이 어려운 치매 환자를 대상으로 방문 진료 서비스를 제공

※ 방문진료 참여 신청을 한 의사 및 의료기관(의원급 한정)에서 제공

※ 타 시범사업의 방문진료와 동일한 날 중복 실시 불가

- 의원의 치매관리주치의가 환자의 가정을 방문하여 교육·상담 및 간단한 검사·처치, 처방 등을 제공(교육·상담료 별도 산정 불가)
- 필요시 치매관리주치의는 치매안심센터와 협력하여 간호사, 사회복지사 등과 팀을 구성하여 방문진료 실시 가능(다만, 치매안심센터 인력은 수가 산정불가)

□ 방문진료 세부 서비스 내용

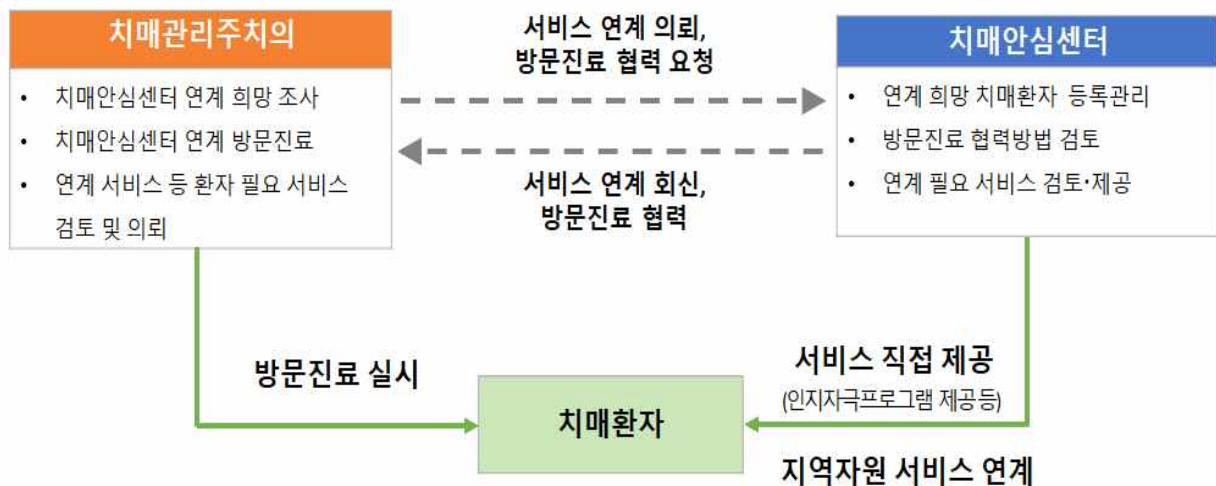
- (진찰) 문진, 시진, 청진, 타진, 촉진 등을 실시
- (처방) 경구약, 연고, 좌약 등에 대한 처방
- (질환관리) 만성질환, 단순한 급성·아급성 질환 등에 대한 관리
- (검사) 혈압계, 산소포화도측정기, 이경 등을 활용한 기본검사 등
- (의뢰) 필요 시 적절한 전문 의료기관으로의 의뢰
- (교육상담) 질병 상태 및 관리계획에 대한 환자·보호자 교육 실시
- (기타) 검체 채취, 투약, 주사, 응급처치 등에 대한 교육 등

6) 타 서비스 연계

○ 치매안심센터 등록·서비스 의뢰

- 환자가 치매안심센터 등록에 동의하는 경우, 환자의 기본정보를 치매안심센터에 전달하여 관련 등록·서비스 의뢰

<시범사업 기관별 역할>



□ 치매안심센터 연계·등록 시 제공 서비스

- (목적) 진료과정에서 치매환자의 상태 및 복지서비스 필요도 등을 고려하여 치매안심센터 연계를 통해 지역사회 자원을 활용하여 치료관리의 효과성 제고
- (내용) 지역자원 서비스 연계, 방문진료 필요 시 치매안심센터와 협력 등
 - (서비스 연계) 치매관리주치의는 환자 희망 시 치매안심센터*의 서비스 의뢰 가능
 - * 치매안심센터는 인지자극프로그램(치매환자쉼터) 등 서비스 직접 제공 또는 치매안심병원, 장기요양보험등급 대리 신청 등 지역자원 서비스 연계 가능
 - (방문진료) 치매환자 상태(거동불편 등) 및 필요도 등에 따라 치매관리주치의는 치매안심센터와 협력하여 간호사, 사회복지사 등과 팀을 구성하여 방문진료 실시 가능
- (절차) 치매관리주치의는 치매안심센터 등록·서비스 안내* → 환자 동의 시, 메일·FAX 등으로 치매안심센터에 서비스 의뢰(별지 제11호 서식) → 치매안심센터는 환자를 상담하고 필요 서비스 제공 또는 지역자원 연계 → 치매안심센터는 치매관리주치의에게 서비스 제공 결과 등을 작성하여 의뢰 회신서 발송(별지 제12호 서식)
 - * 치매안심센터 상황에 따라 제공 서비스가 달라질 수 있음을 안내

○ 의료기관 간 의뢰·회송

- 치매환자의 집중치료, 정밀검사 등을 위해 상급의료기관으로 의뢰가 필요한 경우, 「협력기관간 진료의뢰·회송 시범사업」 등 활용

※ 심사평가원의 진료의뢰·회송 중계시스템 활용(<http://ef.hira.or.kr>)

○ 다제약물 관리사업 연계

- 다약제 복용 치매환자로서 추가적인 약물관리가 필요하다고 판단 시, 건보공단이나 지자체 차원의 ‘다제약물 관리사업’ 등 연계*·활용** 가능

* 건보공단 지역본부나 지자체를 통하거나, 환자에게 안내하여 연계 가능

** 유형에 따라 내원 및 방문 진료 모두에 활용할 수 있으며, 다제약물 관리사업의 환자 분석 결과는 반드시 주치의에 공유되어야 함

※ 다제약물관리사업 개요와 시범지역 목록 등 현황은 [별첨3] 참조

○ 노인장기요양보험*, 치매안심병원** 등 필요 시 지역사회 서비스 안내

* 치매환자는 장기요양보험 대상자(인지지원등급 이상)에 해당되므로 필요한 경우, 건보공단 장기요양운영센터로 안내

** 중증 치매환자 및 이상행동증상이 심한 치매 환자의 집중치료를 위해 정부에서 지정

Ⅲ 사업 등록 및 교육 운영

1. 치매관리주치의 등록

가. 치매관리주치의 등록

- (대상) 시범사업 선정 지역의 승인*된 의료기관 및 의사
 - * 시범사업 교육(공통), 치매전문교육(신경과, 정신건강의학과 전문의 제외) 이수자
- (등록절차) 시범사업 참여 의료기관 및 의사 중 보건복지부가 승인 통보한 대상에 한하여 심사평가원 자원신고포털에 반영

나. 치매관리주치의 및 의료기관 변경·해지 절차

- (대상) 변경·해지*를 원하는 의사 및 소속 의료기관
 - * 근무기관 변경(대표자, 주소지, 요양기호, 요양기관명 변경), 방문진료 참여 변경, 시범사업 참여 해지 등
 - (변경절차) ‘치매관리주치의 변경/해지 요청서(의료기관용)’(별지 제5호 서식)를 작성하여 중앙치매센터로 이메일(nid_cm@nmc.or.kr) 또는 팩스(FAX 02-6260-3108) 제출 → 중앙치매센터에서 확인 후 심사평가원 및 요양기관에 통보 → 변경(해지) 기관 현황 심사평가원 확인 후 반영
 - (신청기간) 사유발생일로부터 2주* 이내
 - * 지연 신고된 기간은 소급 적용 불가
 - (처리기간) 요청서 접수 후 2주 이내
- ※ (유의사항) 폐업 및 퇴사 시 심사평가원 자원신고포털에서 자동철회 됨에 따라 관리를 지속하기 위해서는 중앙치매센터로 변경 요청 후 재승인 절차 필요

2. 사업 대상자(치매환자) 등록

가. 대상자 등록

○ (대상) 치매 진단 환자

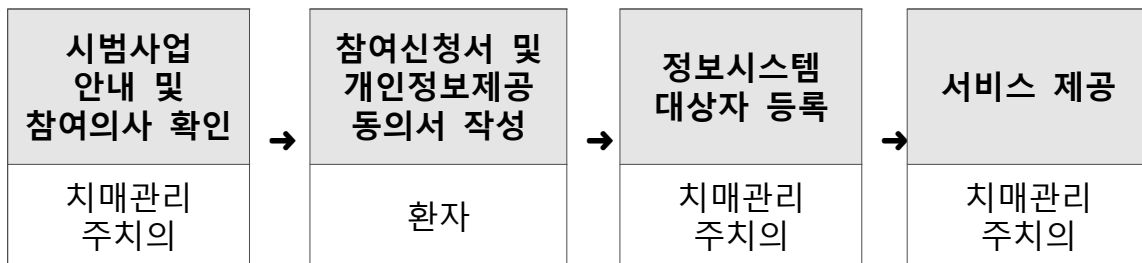
- 「일차의료 만성질환관리 사업」과 동시 등록 불가

○ (등록 방법)

- 1) 참여 신청 환자를 대상으로 ‘치매관리주치의 시범사업 참여 신청서 (환자용)’(별지 제6호 서식), ‘개인정보수집·이용 및 제3자 제공 동의서 (환자용)’(별지 제7호 서식) 내용 안내 및 관련 서식 작성*

* 서면으로 작성하며 해당 의료기관에서 보관

- 2) 심사평가원 “치매관리주치의 정보시스템(http://aq.hira.or.kr/hira_mc)”에 대상자 등록



나. 대상자 등록 정보 변경·해지

○ (등록 정보 변경) 환자의 요청*에 따른 시범사업 등록정보 변경

* 거주지 변경 등으로 인한 ①관리기관주치의 변경, ②서비스 유형 변경, ③주치의 변경
(①번의 경우, 혼란 방지를 위해 변경 후 의료기관에서 변경 전 의료기관으로 대상자 변경 사실 안내 권고)

- ‘치매관리주치의 이용 변경/해지 신청서(환자용)’(별지 제8호 서식) 및 ‘개인정보수집·이용 및 제3자 제공 동의서(환자용)*’(별지 제7호 서식) 작성** 후 정보시스템의 관련 정보 변경

* 관리기관을 변경하는 경우 작성

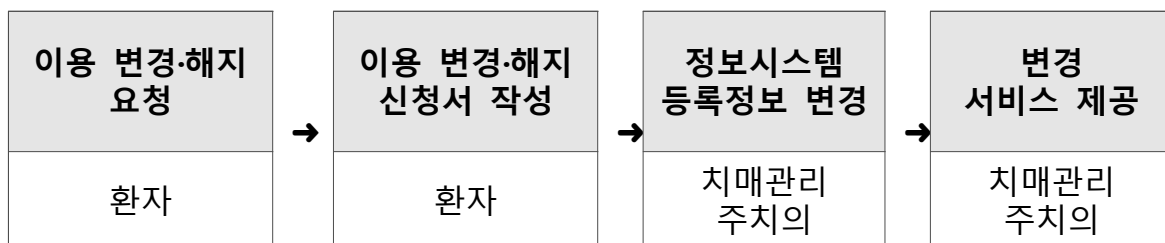
** 서면으로 작성하며 해당 의료기관에서 보관

※ (유의사항) 지속적 관리를 위해 관리기관 및 치매관리주치의 변경은 환자 관리 주기 내 1회 실시

○ (등록해지) 환자가 서비스 해지를 요청한 경우

- ‘치매관리주치의 이용 변경/해지 신청서(환자용)’(별지 제8호 서식) 작성* 후 정보시스템의 환자등록을 해지

* 서면으로 작성하며 해당 의료기관에서 보관



3. 방문진료 제공 신청

가. 신청 기준

- 의원에 소속된 치매관리주치의

나. 신청 방법

- 방문진료를 실시하고자 하는 의사는 시범사업 참여 신청시 방문 서비스 제공 신청

다. 유의사항

- 폐업 신고 및 퇴사 시 심사평가원 자원신고포털에서 자동철회 됨에 따라 서비스를 지속하기 위해서는 서비스 참여 재신고 필요
- 방문진료 서비스 변경·해지를 원하는 의사 및 소속 의료기관은 '치매관리주치의 변경/해지 요청서(의료기관용)'(별지 제5호 서식)에 방문서비스 참여 여부 재작성하여 중앙치매센터로 이메일(nid_cm@nmc.or.kr) 또는 팩스(FAX 02-6260-3108) 제출 필요

4. 필수교육 이수 및 신고

가. 치매전문교육(치매진료의사 전문화 교육)

- (목적) 치매환자 및 보호자에게 양질의 서비스를 제공할 수 있도록 전문가 양성을 위한 의사 인력의 역량 및 전문성 강화
- (대상) 시범사업 선정 지역의 신경과 및 정신건강의학과 전문의 외 모든 참여의사(과거 이수자 미해당)
 - * 과거 이수자는 별도 이수증 제출 필요
- (교육과정) 총 4개 모듈
 - 모듈1. 치매 관련 정책과 제도의 이해
 - 모듈2. 치매의 진단
 - 모듈3. 치매의 치료와 관리
 - 모듈4. 치매진료관리 실습/평가
 - * 모듈1~4의 전체 교육과정과 시험을 포함한 모든 과정을 이수한 경우에만 교육 수료 인정
- (교육방법) 온라인 교육(모듈 1), 오프라인 교육(모듈 2~4)
- (신청 및 이수)
 - (신청) '국가치매교육' 홈페이지에서 교육 신청
 - * 국가치매교육 홈페이지(edu.nid.or.kr) → 회원가입 및 로그인 → 찾고있는 교육명에 '의사' 검색 → '[의사대상] 치매진료의사 전문화 교육' 신청
 - (이수) 교육참여 확인 후 '국가치매교육' 홈페이지에서 이수증 발급
 - * 과거 이수자의 이수여부 확인은 해당 주관 학회에 문의

나. 시범사업 교육

- (목적) 치매관리주치의 시범사업 소개, 시범사업 수가 산정 및 청구 방법, 치매관리주치의 등록 등 시범사업 참여에 필요한 전반의 내용과 사업에 대한 이해 증진을 위한 교육
- (대상) 시범사업 선정 지역의 모든 참여의사
- (교육과정) 총 1~2시간의 공통교육 과정
- (교육방법) 온라인 또는 오프라인 교육
 - * 수강방법은 대상자에게 별도 안내 예정
- (신청 및 이수)
 - (신청) '국가치매교육' 홈페이지에서 교육 신청
 - * 국가치매교육 홈페이지(edu.nid.or.kr) → 회원가입 및 로그인 → 찾고있는 교육명에 '치매관리주치의' 검색 → '치매관리주치의 시범사업 교육' 신청
 - (이수) 교육참여 확인 후 '국가치매교육' 홈페이지에서 이수증 발급

IV 요양급여비용 산정 및 청구방법

1. 요양급여 기준

가. 급여의 담당

(1) 요양급여의 담당

- 보건복지부장관이 승인한 '시범사업 참여 기관'(이하 '시범기관'이라고 한다)이 요양급여를 실시한다.

(2) 요양급여의 대상자

- 「국민건강보험법」에 의한 가입자 또는 피부양자 및 「의료급여법」에 의한 수급권자 또는 부양의무자 중 요양급여를 받고자 시범기관에 내원하여, 시범사업에 대해 충분한 설명을 듣고 '환자 참여 신청서(별지 제6호 서식)' 및 '개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서(별지 제7호 서식)'를 작성한 치매환자를 대상으로 한다.

나. 요양급여의 범위 및 비용부담

(1) 요양급여의 범위

- 「국민건강보험법 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조제1항에 의한 '요양급여의 적용기준 및 방법' [별표1]에 따르며, 요양급여의 범위는 동 규칙 제9조제1항에 의한 '비급여 대상' [별표2]를 제외한 일체의 것으로 한다.

(2) 요양급여의 비용부담

- 본 지침 'IV 3. 요양급여목록 및 상대가치점수'에 분류된 항목에 한하여 건강보험 가입자 또는 피부양자는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 20을 본인이 부담한다.
- 차상위 본인부담경감 대상자 및 의료급여 수급권자는 「국민건강보험법」 제44조 및 동법 시행령 제19조제1항, 「의료급여법」 제10조 및 동법 시행령 제13조제1항의 규정을 따른다.
- 「국민건강보험법 시행령」[별표2], 「의료급여법 시행령」[별표1] 및 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따른 본인부담 경감 대상자는 특정기호에 따른 본인부담률을 적용한다.
- 그 외 요양급여의 부담은 「국민건강보험법」 제44조 및 동법 시행령 제19조제1항, 「의료급여법」 제10조 및 동법 시행령 제13조제1항의 규정을 따른다.

2. 산정지침

가. 치매관리료

- 1) 치매관리료는 시범사업에 대하여 충분히 설명을 듣고 ‘환자 참여 신청서’(별지 제6호 서식) 및 ‘개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서’(별지 제7호 서식)를 작성한 등록 환자에게 치매관리(만성질환관리를 함께 실시한 경우도 포함한다.)를 실시한 경우에 산정한다.
- 2) 치매관리료는 포괄평가 및 계획수립료, 중간점검료, 환자관리료, 교육·상담료, 방문진료료로 구성된다.
- 3) 치매관리료는 외래진료 시 산정한다.
- 4) 치매관리료는 요양기관 종별가산을 및 공휴·야간 등 각종 가산을 적용하지 아니한다.
- 5) 치매관리료는 치매관리주치의 정보시스템*에 관련 내용 등을 작성한 경우에 산정한다.
* (경로) 시범사업 자료제출시스템(http://aq.hira.or.kr/hira_mc) > 시범사업 서식관리 > 재택의료 시범사업 > 치매관리주치의 시범사업
- 6) 치매관리료 외 별도로 이루어진 진찰료, 검사료, 처치료 등은 건강보험 요양급여비용 산정기준에 따라 별도 산정한다. (다만, 방문진료료의 경우 별도 산정기준에 따름)
- 7) 포괄평가 및 계획수립료 산정 이후부터 중간점검료, 환자관리료, 교육·상담료, 방문진료료를 산정한다.

나. 포괄평가 및 계획수립료

- 1) 포괄평가 및 계획수립료는 치매관리주치의가 참여환자의 질환 관리를 위해 포괄적으로 평가하고, 연간 관리계획을 수립하여 치매 환자에게 종합관리계획서를 제공한 경우 산정한다.
- 2) 포괄평가 및 계획수립료의 가.치매전문관리는 치매 관련 치료·관리를 위해 치매 평가, 약물처방 여부, 심리·정서 상태 파악, 관련 합병증 예방·관리, 지역사회 연계 필요 여부 등의 환자 상태를 파악하여 관리계획을 수립한 경우 산정한다.
- 3) 포괄평가 및 계획수립료의 나.통합관리는 의원에 한하여 치매 전문관리와 함께 고혈압·당뇨병 등 만성질환이나 전반적 건강 문제(일반건강관리)를 포괄적으로 평가하여 관리계획을 수립한 경우 산정한다.
- 4) 치매전문관리에서 통합관리로 서비스 유형을 변경하는 경우에는 일반건강관리에 해당하는 항목을 평가 및 계획수립 후 나.‘주’의 소정점수를 산정한다.

다. 중간점검료

- 1) 중간점검료는 치매관리주치의가 포괄평가 및 계획수립 후 4개월이 경과한 시점부터 환자의 관리계획 이행정도 및 질환관리 상태를 점검·평가하여 기록하고, 환자관리를 위해 그 결과를 환자에게 제공한 경우 산정한다.
- 2) 중간점검료는 연간 1회 이내로 산정한다.

라. 환자관리료

- 1) 환자관리료는 치매관리주치의가 환자의 요구 및 필요도에 따라 환자에게 전화 또는 화상통화를 이용하여 관리를 실시한 경우 산정한다.
- 2) 환자상태확인(치매 증상 변화 등), 약물 복용 및 부작용 여부, 심리 상태 및 증상 확인, 행동심리증상으로 인한 최근 입원 및 응급실 방문 여부, 보호자를 포함한 정서적 지원, 지역사회 서비스 연계 등의 환자 상태 모니터링 및 안내 등에 대해 양방향 소통이 이루어진 경우 산정한다.
- 3) 환자관리료는 월 1회, 연간 12회 이내로 산정한다.

* '월' 단위는 매월 1일부터 말일까지를 기준으로 함

마. 교육·상담료

- 1) 교육·상담료는 치매관리주치의가 환자 및 보호자를 대상으로 치매, 만성질환 등 환자의 질환 및 관리에 대한 교육을 1:1 대면으로, 10분 이상 제공한 경우 산정한다.
- 2) 교육·상담료는 1일 1회, 연간 8회 이내로 산정한다.

바. 방문진료료

- 1) 방문진료료는 방문서비스 참여를 신청한 의원의 치매관리주치의가 거동불편 등 부득이한 사유로 내원이 어려운 치매환자의 가정을 방문하여 치매전문관리 또는 통합관리를 실시한 경우 산정한다.
- 2) 방문진료료는 치매관리주치의가 방문한 경우에 산정하며, 이 경우 진찰료 및 교통비는 별도 산정하지 않는다.

- 가) '방문진료료Ⅰ'은 방문진료 시 발생하는 행위·약제 및 치료재료 등에 대한 비용을 포함하며, 이 경우 행위·약제 및 치료재료 등에 대한 수가는 별도 산정할 수 없다.
- 나) '방문진료료Ⅱ'는 방문진료 시 발생하는 행위·약제 및 치료재료 등을 포함하지 않으며, 이 경우 방문진료료 외 별도로 이루어진 행위·약제 및 치료재료 등은 건강보험 및 의료급여 요양(의료) 급여비용 산정기준에 따라 별도 산정할 수 있다.
- 4) 방문진료료와 교육·상담료는 동시 산정할 수 없다.
- 5) 방문진료료는 연간 4회 이내로 산정한다.

3. 급여목록 및 상대가치점수

(점수당 단가: '24년 의원 93.6원, 병원급 81.2원)

분류번호	코드	분류	점수	금액(원)
치매 관리료		1. 포괄평가 및 계획수립료		
		가. 치매전문관리		
	IB641	(1) 의원	526.38	49,270
	IB642	(2) 병원급 이상	606.77	49,270
	IB643	나. 통합관리_의원	684.29	64,050
	IB644	주. 치매전문관리에서 통합관리로 변경된 경우에는 157.91점을 별도 산정한다	157.91	14,780
		2. 중간점검료		
		가. 치매전문관리		
	IB651	(1) 의원	293.76	27,500
	IB652	(2) 병원급 이상	338.67	27,500
	IB653	나. 통합관리_의원	381.89	35,740
		3. 환자관리료		
	IB661	가. 의원	111.91	10,470
	IB662	나. 병원급 이상	128.94	10,470
		4. 교육·상담료		
	IB671	가. 의원	164.19	15,370
	IB672	나. 병원급 이상	189.29	15,370
		5. 방문진료료_의원		
	IB681	가. 방문진료료 I	1,377.81	128,960
	IB682	나. 방문진료료 II	958.51	89,720

4. 요양급여비용 청구방법

치매관리주치의 시범사업의 요양급여비용 청구방법이며, 이 지침에서 정하고 있지 아니한 사항은 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 의한다.

- 가. [요양급여비용 청구 및 자료제출 매체] 정보통신망 또는 전산 매체로 요양급여비용을 청구한다.
- 나. [청구시기] 치매관리료는 요양급여비용 청구 가능 시점으로부터 2개월 이내에 청구한다.
- 다. [심사청구서] 시범사업내역(치매관리료 내역)과 비 시범사업내역(다른 진료내역)의 심사청구서는 구분 없이 하나의 심사청구서로 작성한다.
- 라. [명세서의 구분 및 작성방법] 동일 수진자에 대해 본 지침에서 정한 요양급여목록에 해당하는 요양급여비용은 다른 요양급여내역과 분리하여 의과 외래 요양급여비용명세서에 연이어서 각각 작성한다.
- 마. [특정내역 기재] 시범사업(치매관리료) 청구명세서의 명일련단위 특정내역 구분코드(MT002)란에 특정기호 'S045'(치매관리주치의 시범사업 대상청구건)을 기재하여 청구한다.

5. 명세서 작성요령

가. 명세서 일반내역

항목	세부작성요령
요양급여일수	<input type="checkbox"/> 해당 요양급여비용 명세서의 요양급여를 받은 실 일수를 기재한다.
내원일수	<input type="checkbox"/> 내원하여 진료를 받은 실 일수를 기재한다. 다만, 동일 날 시범사업 내역과 비시범사업 내역을 모두 실시하는 경우 반드시 분리하여 청구하여야 하며, 시범사업 명세서의 총내원 일수를 “0”으로 기재한다.

나. 명세서 상병내역

항목	세부작성요령
내원일자	<input type="checkbox"/> 외래 요양급여비용 명세서의 진료일자를 기재한다. - 포괄평가 및 계획수립료의 경우 연간 관리계획을 수립하여 환자에게 종합계획서를 교부한 일자를 기재한다. - 중간점검료는 중간점검을 실시한 일자를 기재한다. - 환자관리료는 월별로 청구하는 수가로, 청구 시 내원일자는 월단위 마지막 실시한 일자를 기재한다. - 교육·상담료는 교육·상담을 실시한 일자를 기재한다. - 방문진료료는 방문진료를 실시한 일자를 기재한다.

다. 명세서 진료내역

항목	세부작성요령																																																																																																																								
치매관리료	<div><input type="checkbox"/> “01항 03목 응급 및 회송료 등”란에 기재하고, ‘특정내역란’에 특정 기호 “S045”을 기재한다.</div>																																																																																																																								
1) 포괄평가 및 계획수립료	<div><div>(예시1) 의원의 치매관리주치의가 내원한 등록 치매환자에게 치매전문 관리 포괄평가를 실시하고 그에 따른 계획수립, 그 결과를 안내 받은 경우</div><table><tr><th>항</th><th>목</th><th>코드구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr><tr><td>01</td><td>03</td><td>1</td><td>IB641</td><td>49,270</td><td>1</td><td>1</td><td>49,270</td></tr><tr><td colspan="8">특정내역기재란</td></tr><tr><td colspan="2">발생단위구분</td><td colspan="2">줄번호</td><td colspan="2">특정내역구분</td><td colspan="2">특정내역</td></tr><tr><td colspan="2">1</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">MT002</td><td colspan="2">S045</td></tr></table></div> <div><div>(예시2) 의원의 치매관리주치의가 내원한 등록 치매환자에게 통합관리 (치매전문관리 및 일반건강관리)를 위해 포괄평가를 실시하고 그에 따른 계획수립, 그 결과를 안내받은 경우</div><table><tr><th>항</th><th>목</th><th>코드구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr><tr><td>01</td><td>03</td><td>1</td><td>IB643</td><td>64,050</td><td>1</td><td>1</td><td>64,050</td></tr><tr><td colspan="8">특정내역기재란</td></tr><tr><td colspan="2">발생단위구분</td><td colspan="2">줄번호</td><td colspan="2">특정내역구분</td><td colspan="2">특정내역</td></tr><tr><td colspan="2">1</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">MT002</td><td colspan="2">S045</td></tr></table></div> <div><div>(예시3) 등록 치매환자가 치매전문관리에 대한 포괄평가 및 계획수립한 이후 추가로 일반건강관리도 함께 관리받기를 희망하여, 의원의 치매관리주치의가 통합관리로 서비스 유형을 변경 후 일반건강 관리 포괄평가 및 계획수립 완료한 경우</div><table><tr><th>항</th><th>목</th><th>코드구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr><tr><td>01</td><td>03</td><td>1</td><td>IB644</td><td>14,780</td><td>1</td><td>1</td><td>14,780</td></tr><tr><td colspan="8">특정내역기재란</td></tr><tr><td colspan="2">발생단위구분</td><td colspan="2">줄번호</td><td colspan="2">특정내역구분</td><td colspan="2">특정내역</td></tr><tr><td colspan="2">1</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">MT002</td><td colspan="2">S045</td></tr></table></div>	항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액	01	03	1	IB641	49,270	1	1	49,270	특정내역기재란								발생단위구분		줄번호		특정내역구분		특정내역		1				MT002		S045		항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액	01	03	1	IB643	64,050	1	1	64,050	특정내역기재란								발생단위구분		줄번호		특정내역구분		특정내역		1				MT002		S045		항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액	01	03	1	IB644	14,780	1	1	14,780	특정내역기재란								발생단위구분		줄번호		특정내역구분		특정내역		1				MT002		S045	
	항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액																																																																																																																	
	01	03	1	IB641	49,270	1	1	49,270																																																																																																																	
	특정내역기재란																																																																																																																								
발생단위구분		줄번호		특정내역구분		특정내역																																																																																																																			
1				MT002		S045																																																																																																																			
항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액																																																																																																																		
01	03	1	IB643	64,050	1	1	64,050																																																																																																																		
특정내역기재란																																																																																																																									
발생단위구분		줄번호		특정내역구분		특정내역																																																																																																																			
1				MT002		S045																																																																																																																			
항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액																																																																																																																		
01	03	1	IB644	14,780	1	1	14,780																																																																																																																		
특정내역기재란																																																																																																																									
발생단위구분		줄번호		특정내역구분		특정내역																																																																																																																			
1				MT002		S045																																																																																																																			

항목	세부작성요령																																								
2) 중간점검료	(예시1) 의원의 치매관리주치의가 내원한 등록 치매환자에게 치매전문 관리 중간점검을 실시한 경우																																								
	<table><tr><th>항</th><th>목</th><th>코드구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr><tr><td>01</td><td>03</td><td>1</td><td>IB651</td><td>27,500</td><td>1</td><td>1</td><td>27,500</td></tr><tr><td colspan="8">특정내역기재란</td></tr><tr><td colspan="2">발생단위구분</td><td colspan="2">줄번호</td><td colspan="2">특정내역구분</td><td colspan="2">특정내역</td></tr><tr><td colspan="2">1</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">MT002</td><td colspan="2">S045</td></tr></table>	항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액	01	03	1	IB651	27,500	1	1	27,500	특정내역기재란								발생단위구분		줄번호		특정내역구분		특정내역		1				MT002		S045	
	항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액																																	
01	03	1	IB651	27,500	1	1	27,500																																		
특정내역기재란																																									
발생단위구분		줄번호		특정내역구분		특정내역																																			
1				MT002		S045																																			
(예시2) 의원의 치매관리주치의가 내원한 등록 치매환자에게 통합관리 (치매전문관리 및 일반건강관리)를 위해 포괄평가 및 계획수립한 이후, 중간점검을 실시한 경우																																									
	<table><tr><th>항</th><th>목</th><th>코드구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr><tr><td>01</td><td>03</td><td>1</td><td>IB653</td><td>35,740</td><td>1</td><td>1</td><td>35,740</td></tr><tr><td colspan="8">특정내역기재란</td></tr><tr><td colspan="2">발생단위구분</td><td colspan="2">줄번호</td><td colspan="2">특정내역구분</td><td colspan="2">특정내역</td></tr><tr><td colspan="2">1</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">MT002</td><td colspan="2">S045</td></tr></table>	항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액	01	03	1	IB653	35,740	1	1	35,740	특정내역기재란								발생단위구분		줄번호		특정내역구분		특정내역		1				MT002		S045	
항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액																																		
01	03	1	IB653	35,740	1	1	35,740																																		
특정내역기재란																																									
발생단위구분		줄번호		특정내역구분		특정내역																																			
1				MT002		S045																																			
3) 환자관리료	(예시) 의원의 치매관리주치의가 등록 치매환자에게 전화 또는 화상통화를 이용하여 비대면 환자관리를 실시한 경우																																								
	<table><tr><th>항</th><th>목</th><th>코드구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr><tr><td>01</td><td>03</td><td>1</td><td>IB661</td><td>10,470</td><td>1</td><td>1</td><td>10,470</td></tr><tr><td colspan="8">특정내역기재란</td></tr><tr><td colspan="2">발생단위구분</td><td colspan="2">줄번호</td><td colspan="2">특정내역구분</td><td colspan="2">특정내역</td></tr><tr><td colspan="2">1</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">MT002</td><td colspan="2">S045</td></tr></table>	항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액	01	03	1	IB661	10,470	1	1	10,470	특정내역기재란								발생단위구분		줄번호		특정내역구분		특정내역		1				MT002		S045	
	항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액																																	
01	03	1	IB661	10,470	1	1	10,470																																		
특정내역기재란																																									
발생단위구분		줄번호		특정내역구분		특정내역																																			
1				MT002		S045																																			

항목	세부작성요령																																																								
4) 교육·상담료	(예시1) 의원의 치매관리주치의가 내원한 등록 치매환자에게 교육·상담을 실시한 경우																																																								
	<table><tr><th>항</th><th>목</th><th>코드구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr><tr><td>01</td><td>03</td><td>1</td><td>IB671</td><td>15,370</td><td>1</td><td>1</td><td>15,370</td></tr><tr><td colspan="8">특정내역기재란</td></tr><tr><td colspan="2">발생단위구분</td><td colspan="2">줄번호</td><td colspan="2">특정내역구분</td><td colspan="2">특정내역</td></tr><tr><td colspan="2">1</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">MT002</td><td colspan="2">S045</td></tr></table>	항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액	01	03	1	IB671	15,370	1	1	15,370	특정내역기재란								발생단위구분		줄번호		특정내역구분		특정내역		1				MT002		S045																	
	항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액																																																	
	01	03	1	IB671	15,370	1	1	15,370																																																	
특정내역기재란																																																									
발생단위구분		줄번호		특정내역구분		특정내역																																																			
1				MT002		S045																																																			
(예시2) 등록된 치매환자가 중증난치질환자 산정특례 대상으로, 의원의 치매관리주치의가 교육·상담을 실시한 경우	<table><tr><th>항</th><th>목</th><th>코드구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr><tr><td>01</td><td>03</td><td>1</td><td>IB671</td><td>15,370</td><td>1</td><td>1</td><td>15,370</td></tr><tr><td colspan="8">특정내역기재란</td></tr><tr><td colspan="2">발생단위구분</td><td colspan="2">줄번호</td><td colspan="2">특정내역구분</td><td colspan="2">특정내역</td></tr><tr><td colspan="2">1</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">MT002</td><td colspan="2">V800</td></tr><tr><td colspan="2">1</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">MT002</td><td colspan="2">S045</td></tr><tr><td colspan="2">1</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">MT014</td><td colspan="2">1234567890</td></tr></table>	항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액	01	03	1	IB671	15,370	1	1	15,370	특정내역기재란								발생단위구분		줄번호		특정내역구분		특정내역		1				MT002		V800		1				MT002		S045		1				MT014		1234567890	
항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액																																																		
01	03	1	IB671	15,370	1	1	15,370																																																		
특정내역기재란																																																									
발생단위구분		줄번호		특정내역구분		특정내역																																																			
1				MT002		V800																																																			
1				MT002		S045																																																			
1				MT014		1234567890																																																			
5) 방문진료료	(예시1) 의원의 치매관리주치의가 등록 치매 환자에게 방문진료료Ⅰ을 실시한 경우																																																								
	<table><tr><th>항</th><th>목</th><th>코드구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr><tr><td>01</td><td>03</td><td>1</td><td>IB681</td><td>128,960</td><td>1</td><td>1</td><td>128,960</td></tr><tr><td colspan="8">특정내역기재란</td></tr><tr><td colspan="2">발생단위구분</td><td colspan="2">줄번호</td><td colspan="2">특정내역구분</td><td colspan="2">특정내역</td></tr><tr><td colspan="2">1</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">MT002</td><td colspan="2">S045</td></tr></table>	항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액	01	03	1	IB681	128,960	1	1	128,960	특정내역기재란								발생단위구분		줄번호		특정내역구분		특정내역		1				MT002		S045																	
	항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액																																																	
	01	03	1	IB681	128,960	1	1	128,960																																																	
특정내역기재란																																																									
발생단위구분		줄번호		특정내역구분		특정내역																																																			
1				MT002		S045																																																			
(예시2) 의원의 치매관리주치의가 등록 치매 환자에게 방문진료료Ⅱ을 실시한 경우	<table><tr><th>항</th><th>목</th><th>코드구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr><tr><td>01</td><td>03</td><td>1</td><td>IB682</td><td>89,720</td><td>1</td><td>1</td><td>89,720</td></tr><tr><td colspan="8">특정내역기재란</td></tr><tr><td colspan="2">발생단위구분</td><td colspan="2">줄번호</td><td colspan="2">특정내역구분</td><td colspan="2">특정내역</td></tr><tr><td colspan="2">1</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">MT002</td><td colspan="2">V810</td></tr><tr><td colspan="2">1</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">MT002</td><td colspan="2">S045</td></tr><tr><td colspan="2">1</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">MT052</td><td colspan="2">12345678910</td></tr></table>	항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액	01	03	1	IB682	89,720	1	1	89,720	특정내역기재란								발생단위구분		줄번호		특정내역구분		특정내역		1				MT002		V810		1				MT002		S045		1				MT052		12345678910	
항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액																																																		
01	03	1	IB682	89,720	1	1	89,720																																																		
특정내역기재란																																																									
발생단위구분		줄번호		특정내역구분		특정내역																																																			
1				MT002		V810																																																			
1				MT002		S045																																																			
1				MT052		12345678910																																																			

라. 특정내역 구분코드 작성요령

구분코드	특정내역	작성요령 및 기재형식
MT002	특정기호	<p>◆ 치매관리료를 산정하는 경우 “S045”을 기재</p> <p>◆ 기재형식: X(4)</p> <p>(예시) 치매관리료를 산정할 경우</p> <p>MT002 S045</p>

6. 보완 및 추가청구

가. 보완청구

- 의료기관이 요양급여비용을 청구하였으나, 심사평가원에서 심사불능 처리한 건에 대하여는 해당사유를 보완하여 청구한다.

나. 추가청구

- 의료기관이 요양급여비용을 지급 받은 명세서 중 진료내역의 일부가 당초 청구 시 누락된 경우에는 누락된 진료내역만을 추가 청구한다.

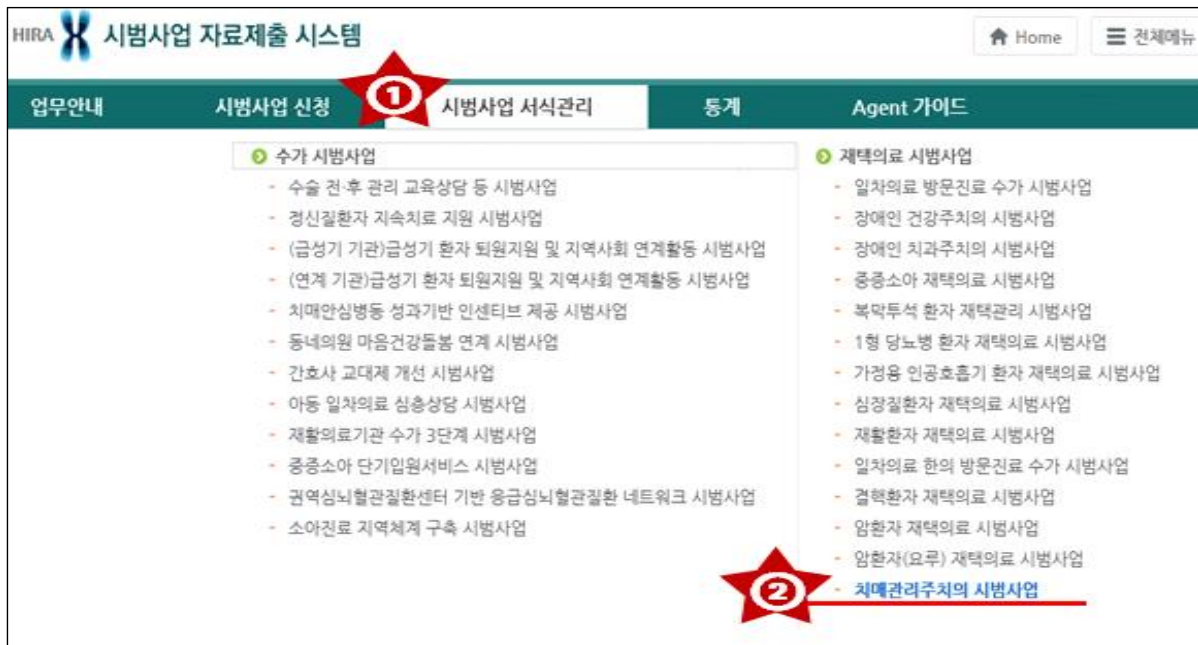
다. 보완·추가청구 시 기재하는 구분코드 및 청구방법은 “요양급여 비용 청구방법 심사청구서·명세서서식 및 작성요령”에 따른다.

V 정보시스템 이용방법

1 정보시스템 접속

가. 접속 경로

- ① 시범사업 자료제출 시스템(http://aq.hira.or.kr/hira_mc) 접속 및 공인인증서 로그인
- ② [시범사업 서식관리]-[재택의료 시범사업]-[치매관리주치의 시범사업] 선택



나. 화면구성

- (공지사항) 시범사업 관련 공지사항 게시
- (대상자관리 및 서비스제공) 참여 환자 등록 및 서비스 제공 내역 입력
- (청구 가능 내역 조회) 대상자별 서비스 입력 및 청구가능 내역 조회
- (교육상담 목록) 교육·상담용 자료 조회 및 다운로드

2 대상자 등록

가. 경로

- [시범사업 서식관리]-[재택의료 시범사업]-[치매관리주치의 시범사업]-[대상자관리 및 서비스 제공] 선택

나. 입력 방법

1) 대상자 등록

① [대상자등록] 클릭

② 환자 주민등록번호 입력 후 '확인' 버튼 클릭

☞ 「일차의료 만성질환관리 사업」 중복 참여 및 기등록 대상 여부 확인

③ 등록 정보 입력

- (주치의 이름) 환자 담당 주치의 성명 입력
- (주치의 면허번호) 환자 담당 주치의 면허번호 입력
- (환자 이름) 환자 성명 입력
- (환자 연락처) 환자 연락처 입력(자택 또는 휴대전화 등)
- (환자 최종학력) 환자 최종학력 입력
- (환자 주소) 환자 주소 및 상세주소 입력
- (서비스유형) '치매전문관리' 또는 '통합관리' 중 선택
 - ※ '통합관리' 유형은 「일차의료 만성질환관리 사업」 참여기관만 선택 가능
- (시범사업 참여일자) 직접 입력(YYYY-MM-DD) 또는 달력 클릭하여 입력

④ [등록] 클릭

☞ 환자 동의서* 수집 여부 확인

* 사업 최초 참여시 '참여 신청서'(별지 제6호 서식), '개인정보 수집·이용 및 제3차 제공 동의'(별지 제7호 서식) 작성 필요

⑤ 목록에서 대상자 등록 내용 확인

① '대상자 관리 및 서비스 제공' 화면 - 대상자 등록 클릭

② 주민등록번호 확인 → ③ 등록 정보 입력 → ④ [등록] 클릭

< 중복 참여 여부 확인 메시지 >

< 환자 동의서 작성 여부 확인 메시지 >

⑤ '대상자 관리 및 서비스 제공' 화면 - 목록에서 대상자 등록 내용 확인

연번	등록 구분	변경 여부	변경일자	변경사유		연락정보		서비스 유형	환자 기본 정보				수진자 일련번호	서비스 제공 내역						서비스 연장			
				기관 변경	주치의 변경	서비스 변경	주치의		연회 번호	환자명	생년 월일	연락처		사업 참여 일자	관리 주기	치매전문관리	통합관리	중간점검	교육 상담		환자 관리	방문 진료	서비스이용기간(1년)
1	진행	N		N	N	N	김희사	77777	치매전문관리	test	8000001*****	02-0000-0000	20240603	202406100003	1	신규				신규	-	-	-

3 서비스제공 내역 입력

가. 경로

- [시범사업 서식관리]-[재택의료 시범사업]-[치매관리주치의 시범사업]-[대상자관리 및 서비스 제공] 선택

나. 입력 방법

1) 공통 사항

- 서식별 필수항목(*)이 모두 입력된 상태에서 최종제출 가능
- 서식 내 ☐ 항목은 복수 선택, ○ 항목은 단일 선택 가능
- 임시저장 시 수정이 가능하나, 최종제출 후에는 수정 불가

2) 포괄평가

- ① 서비스유형별 활성화 된 [포괄평가] 신규 버튼 클릭
- ② [시행일] 포괄평가 실시일자 직접 입력 또는 달력 선택
- ③ [치매관리유형(중증도)] 치매중증도 정보 입력
 - ※ GDS 또는 CDR 중 1개 항목은 필수 입력 사항
- ④ 포괄평가 항목 입력
- ⑤ [임시저장] 입력 내용 임시로 저장 시 클릭
- ⑥ [최종제출] 작성완료 시 클릭

연번	등록 구분	변경 여부	변경 일자	변경 사유		입력 정보		서비스 유형	환자 기본 정보			수진자 일련번호	서비스 제공 내역				서비스 연결								
				기초 변경	주치의 변경	서비스 변경	주치의		연회 번호	환자명	생년 월일		연락처	사업 종여 일자	치매전문의 관리	통합관리		중간점검	교육 상담	환자 관리	방문 진료	서비스이용기간(1년)			
1	진행	N		N	N	N	김미자	77777	치매전문의	test	8000001*	02-0000-0000	20240603	202406100003	1	신규	-	-	-	신규	-	-	-	-	-

연번	등록 구분	변경 여부	변경 일자	변경 사유		인력 정보		서비스 유효성	원자 기본 정보				수전자 입원번호	서비스 제공 내역					서비스 이용기간(1년)	서비스 현황				
				기관 변경	주치의 변경	서비스 변경	주치의		면허 번호	원자명	생년 월일	면허처		사업 참여 일자	관리 주가	치매전문료 가	통합관리 가	중간점검			교육 성립	원자 관리	방문 진료	
1	진료	N	N	N	N	N	김희서	77777	통솔관리	test2	9000002*****	033-000-0000	20240603	202406100004	1	포괄평가 가	포괄평가 가	개회수집	신규	신규	-	-	-	-

기초정보

치매주치의	이름	<input type="text" value="김익사"/>	연혁번호	<input type="text" value="77777"/>	
	이름	<input type="text" value="test"/>	주민등록번호	<input type="text" value="800000"/> - <input type="text" value="1****"/>	연락처
환자	최종학력	<input type="text" value="고등학교 졸업"/>	주소	<input type="text" value="광명특별자치도"/> <input type="text" value="임주시"/> <input type="text" value="혁신로 60"/>	
	서비스유형	<input type="text" value="치매전문관리"/>	계회수립일자	<input type="text" value="2024-06-03"/>	

포괄평가

시행일

A 치매관리유형 ※ *는 필수입력 항목입니다. 그 외는 해당사항에 체크하여 입력합니다

☐ 시행일자 MMSE() 점
☐ 시행일자 GDS(Global Deterioration Scale)
☐ 시행일자 CDR(Clinical Dementia Rating)
 ※ GDS 또는 CDR 필수 입력
☐ 경증 치매환자 ☐ 중증 치매환자

B 치매전문관리 ※ *는 필수입력 항목입니다. 그 외는 해당사항에 체크 또는 입력합니다

1 치매진단(KCD 기준) 상병코드 / 진단명 / 진단시기 년 월

☐ 있음
☐ 없음

2.1 구동종자 유무 *

☐ 없음
☐ 있음

2 개인요인

☐ 있음
☐ 없음

2.2 구동종자 동반 유무

☐ 있음
☐ 없음

2.3 노인장기 요양등급

☐ 있음
☐ 없음

- ① 서비스유형별 활성화 된 [계획수립] 신규 버튼 클릭
- ② [시행일] 계획수립 실시일자 직접 입력 또는 달력 선택
- ③ 계획수립 항목 입력
 - ‘관리계획목록’ 항목 선택 후, ‘세부관리 계획’ 입력
- ④ [임시저장] 입력 내용 임시로 저장 시 클릭
- ⑤ [최종제출] 작성완료 시 클릭
- ⑥ [계획서 출력] 최종제출 후 클릭

- 

4) 중간점검

※ 중간점검은 계획수립 실시 4개월 이후, 연도별 1회 실시 가능

- ① [중간점검] 신규 버튼 클릭
- ② [시행일] 중간점검 실시일자 직접 입력 또는 달력 선택
- ③ 중간점검 항목 입력
 - 항목 내 서식 선택 후, '중간점검 결과' 입력
- ④ [임시저장] 입력 내용 임시로 저장 시 클릭
- ⑤ [최종제출] 작성완료 시 클릭

① [중간점검] 신규 버튼 클릭

연번	등록 구분	변경 여부	변경 일자	변경 사유		입력 정보		서비스 유형	항자 기본 정보			수강자 입원번호	서비스 제공 내역					서비스 현장						
				기초 변경	주치의 변경	서비스 변경	주치의		면허 번호	환자명	생년 월일		연락처	사업 참여 일자	관리 주기	치매전문관리	통합관리		추진 점검	교육 성당	환자 관리	방문 지도	서비스이용기간(1년)	
1	진행	N		N	N	N	김희서	77777		치매전문관리	test	8000000-1*****	02-0000-0000	20240603	20240610003	1	작성완료	작성완료	작성완료	0	0	0	2024.06.03 ~ 2025.06.02	

② [시행일] 입력 → ③ 중간점검 항목 입력

기초정보

치매주치의	이름	김익사	연혁번호	77777
	이름	test	주민등록번호	800000 - 1***** 연락처 02-0000-0000
환자	최종학력	고등학교 졸업	주소	강원특별자치도 원주시 학신로 60
	서비스유형	치매전문관리	계획수립일자	2024-06-03

치매관리유형

☐ 시행일자 MMSE() 점
☒ 시행일자 2024-05-01 GDS(Global Deterioration Scale) 1
☐ 시행일자 CDR(Clinical Dementia Rating)

☒ 경증 치매환자 ☐ 중증 치매환자

중간점검

시행일

B 치매전문관리 *는 필수입력 항목입니다. 그 외는 해당사항에 체크 또는 입력합니다

1 치매진단(KCD 기준) 상병코드 / 진단명 / 진단시기 년 월

2.1 주동병자 유무 *

☐ 없음
☒ 있음

<input type="checkbox"/> 파우자	<input type="checkbox"/> 말	<input type="checkbox"/> 아들	<input type="checkbox"/> 며느리	<input type="checkbox"/> 사위	<input type="checkbox"/> 친척	<input type="checkbox"/> 친구
<input type="checkbox"/> 이웃	<input type="checkbox"/> 간병인	<input type="checkbox"/> 생활지원사	<input type="checkbox"/> 가사도우미	<input type="checkbox"/> 성년후견인		
<input type="checkbox"/> 기타 50자리 내외로 입력하세요.						

2 개인요인

2.2 주동병자 동거 유무
※ 주동병자 있는 경우

☐ 비동거 ☒ 동거

2.3 노인장기요양등급

☐ 없음 ☐ 있음 등급:

5) 교육·상담

※ 교육·상담료는 1일 1회 이내, 연도별 8회 실시 가능

- ① [교육·상담] 0 (누적실시횟수) 클릭
- ② [작성 차수] 주기별 작성 차수 순차적으로 입력
- ③ [시행일] 교육·상담 실시일자 직접 입력 또는 달력 선택
- ④ 교육·상담 항목 입력
- ⑤ [임시저장] 입력 내용 임시로 저장 시 클릭
- ⑥ [최종제출] 작성완료 시 클릭

① [교육·상담] 0(실시횟수) 클릭

연번	등록구분	변경여부	변경일자	변경사유	인력정보	서비스유형	환자 기본 정보			수진자 입원번호	서비스 제공 내역				교육 성공 여부	방문 여부	서비스이용기간(1년)	서비스 연장							
							환자명	생년 월일	연락처		관리 구기	치매전문관리	통합관리	중간관리					교과 심평						
1	전통	N		N	N	N	김기사	77777	치매전문관리	test	800000-1*****	02-0000-0000	20240603	202406100003	1	특성완도	작성완료	-	-	작성완료	0	0	0	2024.06.03 - 2025.06.02	

② [작성 차수] 주기별 작성 차수 순차적으로 선택

차수	시행일	작성상태
1	--	신규
2	--	신규
3	--	신규
4	--	신규
5	--	신규
6	--	신규
7	--	신규
8	--	신규

③ [시행일] 입력 → ④ 교육·상담 항목 입력

치매관리유형

시행일자: -- MMSE() 점

시행일자: 2024-05-01 GDS(Global Deterioration Scale) 1

시행일자: -- CDR(Clinical Dementia Rating)

* 결측 치매환자 출생 치매환자

교육·상담 ① *는 필수입력 항목입니다 ③ *는 해당사항에 체크 또는 입력합니다

시행일

1. 교육시간(분) * 분

2. 보조자 동반 여부 * ☐ 아니요 ☐ 예

3-1. 대분류 3-2. 소분류

☐ 일반 치매관리 치매의 원인과 증상, 치매를 일으키는 질환의 종류와 단계별 증상, 치매 예방치료의 이해, 치매 악화치료의 이해, 치매관리 서비스 안내, 치매환자를 위한 의사소통기술의 이해

기타 서비스 내용으로 입력하십시오

6) 환자관리

※ 환자관리료는 월 1회 이내, 연도별 12회 실시 가능

- ① [환자관리] 0 (누적실시횟수) 클릭
- ② [작성 차수] 주기별 작성 차수 순차적으로 입력
- ③ [시행일] 환자관리 실시일자 직접 입력 또는 달력 선택
- ④ 환자관리 항목 입력
- ⑤ [임시저장] 입력 내용 임시로 저장 시 클릭
- ⑥ [최종제출] 작성완료 시 클릭

① [환자관리] 0(실시횟수) 클릭

연번	등록 구분	변경 여부	변경 일자	변경 사유	연락처 정보	서비스 유무	환자 기본 정보				수진자 일련번호	서비스 제공 내역				교육 담당	환자 관리	서비스 이용기간(1년)	서비스 연장					
							환자명	생년월일	연락처	사업 참여 일자		관리 주기	치매전문관리	통합관리	중간점검									
1	진행	N	N	N	N	김희사	77777	치매전문관리	test	800000-1*****	02-0000-0000	20240603	202406100003	1	작성완료	작성완료	-	-	작성완료	1	0	0	2024.06.03 - 2025.06.02	

② [작성 차수] 주기별 작성 차수 순차적으로 선택

차수	시행일	작성상태
1	-- --	신규
2	-- --	신규
3	-- --	신규
4	-- --	신규
5	-- --	신규
6	-- --	신규

③ [시행일] 입력 → ④ 환자관리 항목 입력

치매관리유형	
<input type="radio"/> 시행일자 <input checked="" type="radio"/> 시행일자 <input type="radio"/> 시행일자	MMSE() 점 GDS(Global Deterioration Scale) 1 CDR(Clinical Dementia Rating)
* 경증 치매환자 중증 치매환자	
환자관리 *는 필수입력 항목입니다 * 해당사항에 체크 또는 입력합니다	
시행일 -- --	
1. 시행방법* <input type="radio"/> 전화 <input type="radio"/> 영상통화	
2. 시작시간* -- -- 시 -- 분	
3. 소요시간(분)* -- 분	
4. 주요관리내용* <div> <input type="checkbox"/> 환자상태 확인(어제 관련 증상 등) <input type="checkbox"/> 약물 복용 및 부작용 확인 <input type="checkbox"/> 심리상태 확인 및 우울, 불안 등 증상관리 <input type="checkbox"/> 인지기능장애(BPSD)로 인한 최근 입원 및 응급실 방문 여부 <input type="checkbox"/> 보호자를 포함한 정서적 지원 <input type="checkbox"/> 지역사회 복지 서비스 이용 확인 및 안내 <input type="checkbox"/> 기타 50자의 내역로 입력하세요 </div>	

7) 방문진료

※ 방문진료료는 1일 1회 이내, 연도별 4회 실시 가능

- ① [방문진료] 0 (누적 실시횟수) 클릭
- ② [작성 차수] 주기별 작성 차수 순차적으로 입력
- ③ [시행일] 방문진료 실시일자 직접 입력 또는 달력 선택
- ④ 방문진료 항목 입력
- ⑤ [임시저장] 입력 내용 임시로 저장 시 클릭
- ⑥ [최종제출] 작성완료 시 클릭

① [방문진료] 0 (누적 실시횟수) 클릭

연번	등록 구분	변경 여부	변경일자	변경사유		연락정보		서비스 유형	환자 기본 정보				수치자 일련번호	서비스 제공 내역				교육 성당	환자 관리	방문 진료	연속기간(1년)	서비스 현황		
				기관 변경	주치의 변경	서비스 변경	주치의 변경		연락처	환자명	생년 월일	연락처		사업 참여 일자	관리 주기	치매전문관리	통합관리						포괄평가	개별수업
1	진단	N	N	N	N	N	김희사	77777	치매전문관리	test	800000-1*****	02-0000-0000	20240603	202406100003	1	원상관리	작성완료	-	작성완료	1	1	0	2024.06.03 ~ 2025.06.02	

② [작성 차수] 주기별 작성 차수 순차적으로 선택

방문진료

차수	시행일	작성상태
1	--	신규
2	--	신규
3	--	신규
4	--	신규

③ [시행일] 입력 → ④ 방문진료항목 입력

치매관리유형

시행일자

MMSE() 점

치매중증도

GDS(Global Deterioration Scale)

CDR(Clinical Dementia Rating)

경증 치매환자

중증 치매환자

방문진료

시행일

1. 거동불편 유형*

2. 방문진료 시간*

목적

임시저장

최종제출

4 대상자 정보 변경

가. 경로

- [시범사업 서식관리]-[재택의료 시범사업]-[치매관리주치의 시범사업]-[대상자관리 및 서비스 제공]-[대상자 정보 변경]

※ 대상자 관리 기관 변경은 [대상자 등록]에서 대상자 정보 입력

나. 입력 방법

1) 환자 정보 변경

① [대상자 정보 변경] 클릭

② 변경 정보 입력

- 환자 이름, 환자 연락처, 환자 최종학력, 환자 주소

③ [변경일자] 변경일자 직접 입력 또는 달력 선택

④ [변경] 클릭

☞ 변경 여부 확인

⑤ 목록에서 대상자 변경 내용 확인

※ 환자 정보 변경은 신규 줄 생성되지 않고, 기존 줄의 정보가 변경됨

① [대상자 정보 변경] 클릭

															대상자 등록		대상자 정보 변경		대상자 종료		예약저장	

2) 주치의 정보 변경

① [대상자 정보 변경] 클릭

② 변경 정보 입력

- (주치의 이름) 환자 담당 주치의 성명 입력
- (주치의 면허번호) 환자 담당 주치의 면허번호 입력

③ [변경일자] 변경일자 직접 입력 또는 달력 선택

④ [변경] 클릭

☞ 변경 여부 확인

☞ 환자 동의서* 수집 여부 확인

* '치매관리주치의 이용 변경/해지 신청서(별지 제8호 서식)' 작성 필요

⑤ 목록에서 대상자 변경 내용 확인

① [대상자 정보 변경] 클릭

														대상자 등록		대상자 정보 변경		대상자 종료		약분처방				
연번	등록구분	변경여부	변경일자	변경사유		인력정보		서비스유형	환자 기본 정보				수진자 알면번호	서비스 제공 내역					서비스 연장					
				가관 번호	주치의 번호	서비스 번호	주치의 번호		면허 번호	환자명	생년 월일	연락처		사업 참여 일자	관리 주거	치매전문관리	통합관리	포괄평가		개회수입	포괄평가	개회수입	중간점검	교육 상담
1	진행	N		N	N	N	김의사	77777	치매전문관리	test4	600000-4-*****	010-0000-0000	20230401	202406110002	1	작성완료	작성완료	-	-	진행	0	0	0	2023.04.01 ~ 2024.03.31

② 정보 변경 입력 → ③ [변경일자] 입력

치매관리주치의 대상자 정보변경

②

치매주치의

이름

최의사

면허번호

12121

환자

이름

test4

주민등록번호

600000 - 4*****

연락처

010-0000-0000

최종학력

고등학교 졸업

주소

강원특별자치도

원주시

상세 주소

혁신로 60

③

서비스유형

치매전문관리

사업사업 참여일자

2023-04-01

④

변경

③

변경일자

⑤ 목록에서 대상자 변경 내용 확인

5	연번	등록구분	변경여부	변경일자	변경사유		인력정보		서비스유형	환자 기본 정보				수진자 일련번호	관리 주기	서비스 제공 내역				교육· 상담	환자 관리	방문 진료	서비스이용기간(1년)	서비스 연장	
					가관 변경	주치의 변경	서비스 변경	주치의		면허 번호	환자명	생년 월일	연락처			사업 종류 코드	치매전문관리		통합관리						
																	포괄평가	개별수업	포괄평가						개별수업
1	진행	Y	20230403	N	Y	N	최의사	12121	치매전문관리	test4	600000-4*****	010-0000-0000	20230401	202406110002	1	작성완료	작성완료	-	-	진행	0	0	0	2023.04.01	2024.03.31
2	종단	N		N	N	N	김의사	77777	치매전문관리	test4	600000-4*****	010-0000-0000	20230401	202406110002	1	작성완료	작성완료	-	-	진행	0	0	0	2023.04.01	2024.03.31

3) 서비스유형 변경

① [대상자 정보 변경] 클릭

② 변경 정보 입력

- (서비스유형) 현재 관리 중인 서비스 외 타 서비스유형 선택

※ '통합관리' 유형은 「일차의료 만성질환관리 사업」 참여기관만 선택 가능

② [변경일자] 변경일자 직접 입력 또는 달력 선택

④ [변경] 클릭

☞ 변경 여부 확인

☞ 환자 동의서* 수집 여부 확인

* '치매관리주치의 이용 변경/해지 신청서(별지 제8호 서식)' 작성 필요

⑤ 목록에서 대상자 변경 내용 확인

① [대상자 정보 변경] 클릭

															대상자 등록		대상자 정보 변경		대상자 종료		약생처장				
연번	등록 구분	변경 여부	변경일자	변경사유		인력정보		서비스 유형	환자 기본 정보				수진자 일련번호	서비스 제공 내역					서비스 현황						
				기관 변경	주치의 변경	서비스S 변경	주치의		변회 번호	환자명	생년 월일	연락처		사업 참여 일자	관리 주가	치매전문관리	개회수입	통합관리		중간점검	교육·상담	환자 관리	방문 진료	서비스이용기간(1년)	
1	전환	N		N	Y	N	최의사	12121	치매전문관리	test4	6000000-4*****	010-0000-0000	20230401	202406110002	1	<input checked="" type="checkbox"/> 활성관리	<input checked="" type="checkbox"/> 통합관리	<input checked="" type="checkbox"/> 포괄평가	<input checked="" type="checkbox"/> 개회수입	<input checked="" type="checkbox"/> 신규	0	0	0	2023.04.01 ~ 2024.03.31	

② 정보 변경 입력 → ③ [변경일자] 입력

치매관리주치의 대상자 정보변경

대상자 정보 변경

치매주치의

이름

최의사

연번번호

12121

환자

이름

test4

주민등록번호

600000 - 4*****

연락처

010-0000-0000

최종학력

고등학교 졸업

주소

강원특별자치도

원주시

상세 주소

혁신로 60

서비스유형

치매전문관리

사업사업 참여일자

2023-04-01

변경일자

- -

변경

⑤ 목록에서 대상자 변경 내용 확인

연번	등록 구분	변경 여부	변경일자	변경사유		인력정보		서비스 유형	환자 기본 정보				서비스 제공 내역					서비스 현황					
				기초 변경	주치의 변경	서비스 변경	주치의		연희 번호	환자명	생년 월일	연락처	사업 등록 번호	수진자 일련번호	관리 주기	치매전문관리	통합관리		중간검정	교육·상담	환자 관리	방문 진료	서비스이용기간(1년)
1	전환	Y	20230402	N	N	Y	최의사	12121	통합관리	test4	600000-4*****	010-0000-0000	20230401	202406110002	1	치매전문관리	통합관리	중간검정	교육·상담	환자 관리	방문 진료	서비스이용기간(1년)	서비스 현황
2	종단	Y		N	Y	N	최의사	12121	치매전문관리	test4	600000-4*****	010-0000-0000	20230401	202406110002	1	치매전문관리	통합관리	중간검정	교육·상담	환자 관리	방문 진료	서비스이용기간(1년)	서비스 현황

※ 관리주기 내 서비스유형이 변경되는 경우, 기존 서식 작성내용 연계

- (치매전문관리→통합관리) '일반건강관리' 항목 추가 기입 필요
- (통합관리→치매전문관리) 추가 기입 불필요

⑤ 목록에서 대상자 등록 내용 확인

연번	등록 구분	변경 사유	변경 일자	변경 사유		인원정보		서비스 유형	원자 기본 정보				수전자 발원번호	서비스 제공 내역				교육 상당	환자 관리	방문 치료	서비스이용기간(1년)	서비스 연장			
				가정 방문	주치의 방문	서비스 방문	주치의 방문		연회 번호	환자명	생년 월일	연차차		사업 일자	관리 주기	치매관리 관리	통합관리						중간검진		
																								포괄평가	개학수업
1	종단	N	N	N	N	N	Y	최사희	12121	통합관리	test4	600000-1*****	010-0000-0000	20230401	202406110002	1	-	-	각성훈련	각성훈련	신규	0	0	0	2023.04.01 ~ 2024.03.31

5 서비스 연장

가. 경로

- [시범사업 서식관리]-[재택의료 시범사업]-[치매관리주치의 시범사업]-[대상자관리 및 서비스 제공]

나. 입력 방법

- ① 서비스 이용 기간(1년) 만료로 [연장] 버튼 활성화 → [연장] 클릭
- ② 서비스 연장 여부 확인
 - ※ (주의) 연장시 이전 관리주치의 서비스 내역 입력 불가
- ③ 대상자 등록 정보 확인 후 [연장] 클릭
- ④ 목록에서 대상자 연장 내용 확인

① [연장] 클릭

환자 기본 정보																								
변경사유				연락처정보		서비스 유형		환자 정보				수진자 일련번호		서비스 제공 내역				기타 정보						
연번	등록 구분	변경 여부	변경일자	기각 변경	주치의 변경	서비스 변경	주치의	연락처	환자명	생년월일	연락처	사업 참여 일자	환자번호	관리 주기	치매전문관리	통합관리	중간점검	교육 상담	환자 관리	발문 진료	서비스이용기간(1년)	서비스 연장		
1	완료	N		N	N	N	김희사	77777	치매전문관리	test5	999999-3-*****	033-000-0000	20230101	202406250002	1	확성완료	확성완료	-	신규	0	0	0	20230101 ~ 20231231	연장

② 연장 여부 및 대상자 정보 확인

치매관리주치의 연장 팝업

연장 시, 이전 관리주치의 서비스 내역 입력이 불가합니다.
대상자의 치매관리주치의 서비스를 연장하시겠습니까?

2

치매관리주치의 등록 정보 확인

○ 대상자 연장

치매주치의 이름 김희사 연혁번호 77777

환자 이름 test5 주민등록번호 999999 - 3***** 확인

연락처 033-000-0000 최종학력 고등학교 졸업

주소 강원특별자치도 원주시

상세 주소 혁신로 60

서비스유형 치매전문관리 사업사업 참여일자 2023-01-01

3

③ 목록에서 대상자 연장 내용 확인

연번	등록 구분	변경 여부	변경일자	변경사유		연락처 정보		서비스 유형	환자 기본 정보				수진자 일련번호	서비스 제공 내역						서비스 연장					
				기초	주치의	서비스	주치의		연락처	환자명	생년월일	연락처		사업 참여 일자	관리 주기	치매전문관리	통합관리	중간점검	교육 상담		환자 관리	발문 진료	서비스이용기간(1년)		
1	진행	N		N	N	N	김희사	77777	치매전문관리	test5	999999-3-****	033-000-0000	20230101	202406250003	2	신규	-	-	신규	-	-	-	-	-	
2	종단	N		N	N	N	김희사	77777	치매전문관리	test5	999999-3-****	033-000-0000	20230101	202406250002	1	확성완료	확성완료	-	-	신규	0	0	0	20230101 ~ 20231231	연속

6 시범사업 참여종료

가. 경로

- [시범사업 서식관리]-[재택의료 시범사업]-[치매관리주치의 시범사업]-[대상자관리 및 서비스 제공]

나. 입력 방법

1) 사업 참여종료

① 대상 환자 선택 후, [대상자 종료] 버튼 클릭

☞ 사업 참여종료 여부 확인

* '치매관리주치의 이용 변경/해지 신청서(별지 제8호 서식)' 작성 필요

※ (주의) 종료 시 서비스 내역 입력 불가

② 목록에서 대상자 종료 내용 확인

① 대상 환자 선택 후, [대상자 종료] 버튼 클릭

		대상자 등록		대상자 정보 변경		대상자 종료		백신저장	
연번	등록 구분	변경 여부	변경일자	변경사유	인력정보	서비스 유형	환자 기본 정보	수진자 일련번호	서비스 제공 내역
				기관 변경	주치의 변경	서비스 변경	환자명	생년월일	연락처
					주치의 번호	면허 번호	사업 참여 일자		
1	진행	Y	20240613	Y	N	N	나희사	99999	통합관리
							test4	6000000-4*****	010-0000-0000
							20230401	202406110002	1
									관리 주기
									치매전문관리
									통합관리
									중간점검
									교육·상담
									환자 관리
									방문 진료
									서비스이용기간(1년)
									서비스 연장

1

발시지창

치매관리주치의 시범사업 참여종료시 기존의 등록정보는 서비스 '중단' 되어 더이상 이용이 불가합니다.

환자(또는 보호자)가 동의하십니까?

확인

취소

② 변경 정보 입력 → ③ [변경] 클릭

		대상자 등록		대상자 정보 변경		대상자 종료		백신저장	
연번	등록 구분	변경 여부	변경일자	변경사유	인력정보	서비스 유형	환자 기본 정보	수진자 일련번호	서비스 제공 내역
				기관 변경	주치의 변경	서비스 변경	환자명	생년월일	연락처
					주치의 번호	면허 번호	사업 참여 일자		
1	중단	Y	20240613	Y	N	N	나희사	99999	통합관리
							test4	6000000-4*****	010-0000-0000
							20230401	202406110002	1
									관리 주기
									치매전문관리
									통합관리
									중간점검
									교육·상담
									환자 관리
									방문 진료
									서비스이용기간(1년)
									서비스 연장

7 청구 가능 내역 조회

가. 경로

- [시범사업 서식관리]-[재택의료 시범사업]-[치매관리주치의 시범사업]-[청구 가능 내역 조회] 선택

나. 목적

- [청구 가능 내역 조회] 화면에서 입력한 서비스 제공 내역 중 작성 완료 정보를 조회하여 청구 가능한 급여코드 확인

다. 조회 방법

- ① 조회기간 직접 입력 또는 달력을 선택하여, 날짜별 내역 조회
- ② 의사면허번호를 입력하여, 주치의별 내역 조회
- ③ 환자명 또는 주민등록번호를 입력하여, 환자별 내역 조회

※ 청구시 [청구 가능 내역 조회]의 급여코드 및 시행일 확인 후 청구 필요

조회기간

2024-06-05 ~ 2024-06-05

의사면허번호

77777

환자명

test

주민등록번호

800000 - 1 *****

조회

총: 1 건

엑셀저장

연번	주치의명	면허번호	환자명	관리주기	서비스유형	환자주민번호	시행일	급여코드	금액	횟수	급여의종류
1	김의사	77777	test	1	치매전문관리	800000-1*****	20240605	IB641	49,270	1	보통평가 및 계통수립료-치매전문관리(의원)

VI 시범기관 준수사항

1. 시범사업 목적 달성 노력

- 가. 치매관리주치의는 치매환자의 질병 및 건강, 치매관리를 위한 양질의 서비스와 포괄적 관리 제공을 통해 시범사업 목적 달성을 위해 노력하여야 한다.
- 나. 치매관리주치의는 주기적으로 치매환자의 건강상태를 평가하고 개별적 특성을 고려한 맞춤형 관리계획을 수립하고, 교육·상담 등 치매환자에게 필요한 서비스를 제공하여 합병증 및 중증화 방지하여 건강지표를 개선하도록 노력하여야 한다.

2. 요양급여 안내

- 가. 시범사업 참여 의료기관은 치매관리주치의 시범사업에 참여하는 치매환자(이하 "참여환자"라고 한다)에게 시범사업의 내용 및 요양급여에 대하여 적절한 안내 및 동의를 구하여야 한다.
- 나. 시범사업 참여 의료기관은 당해 기관이 치매관리주치의 시범기관인 점과 시범사업 대상 및 수가, 환자 본인부담 내역 등 주요사항을 참여환자 또는 보호자가 보기 쉬운 장소(외래 게시판, 진료비 수납 창구 등)에 적절한 방법으로 게시하여야 한다.

3. 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서 보관

시범사업 참여 의료기관 및 치매관리주치의는 참여환자 및 보호자에게 시범사업에 대하여 충분히 설명하고 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서를 받아 보관하여야 한다.

4. 자료제출 의무

시범사업 참여 의료기관은 치매관리주치의 시범사업 수행에 따라 생성된 자료를 보건복지부 및 심사평가원이 시범사업에 대한 모니터링, 평가 및 연구과제 수행 등에 필요하여 요청 시 지체 없이 제출하여야 한다.

5. 제제 조치 등

- 가. 시범기관은 시범사업 운영지침 등에서 정하는 요양급여 및 산정기준을 위반하여 착오, 허위, 기타 부당한 방법으로 관련 수가를 지급받은 경우에는 그 금액의 전부를 공단에 반환하여야 한다.
- 나. 공단 및 심사평가원은 위 사항에 대하여 확인 점검 및 자료제출을 요구할 수 있다. 이 경우 시범기관은 이에 적극적으로 협조할 의무가 있으며, 이를 거부하는 경우에는 관련 수가 등 지급을 유예하거나 지급하지 아니할 수 있다.
- 다. 시범기관이 가~나목에 의하여 공단으로부터 반환명령을 받고도 반환하지 아니한 때에는 공단이 시범기관에 지급하여야 할 금액이 있는 경우 그 지급을 정지하거나 요양급여비용 등이 있을 때에는 반환하지 않은 금액과 상계할 수 있다.
- 라. 보건복지부는 시범기관이 시범사업 운영지침 등에서 정한 기준을 준수하지 않을 경우, 시범기관에 대해 시범사업 중단 등의 조치를 취할 수 있다.
- 마. 심사평가원 및 공단은 시범기관이 가목의 사유에 해당한 때 또는 참여약정서의 내용과 상이하게 시범사업을 운영하는 등의 사유로 금액을 지원하는 것이 불합리하다고 판단될 경우에는 시범기관의 시범사업 중단 등의 조치를 보건복지부에 요청할 수 있다.

VII 시범사업 평가

1. 평가주체

시범사업 평가는 보건복지부에서 주관하여 연구용역 등을 통해 진행

2. 평가내용

가. 시범사업 효과 및 수용성

- 시범사업 실적을 파악하고 환자별 관리 현황 분석을 통해 효과성 평가
- 시범기관(치매관리주치의) 및 환자의 만족도, 참여도 등을 파악하여 시범사업의 수용성 평가

나. 시범모형의 타당성 및 확대 가능성 평가

- 시범사업의 수가 수준, 보험자·환자 부담 수준, 서비스 제공 내용 등을 고려한 사업 모형 타당성 평가
- 의료기관의 사업 참여율 및 유지율, 대상 환자의 서비스 참여도, 지역사회 연계 활성화 수준 등을 분석하여 사업 확대 가능성 평가

다. 기타 시범사업 평가를 위해 필요하다고 판단되는 사항

3. 평가방법

요양급여비용 청구·지급자료, 진료기록(정보시스템 점검 서식 등), 요양기관별 소요비용 자료 등 분석 및 모니터링, 필요시 시범기관 방문, 설문조사 등

4. 평가관련 자료 제출

시범기관은 평가 및 만족도조사와 관련하여 진료기록부, 관련 모니터링 자료, 진료비 계산서 등 필요한 자료 제출을 요구받을 때 이를 지체 없이 제출하여야 함.

별 지 서 식 모 음

- [별지 제1호 서식] 참여 신청서(의료기관용)
- [별지 제2호 서식] 참여 약정서(의료기관용)
- [별지 제3호 서식] 보안 서약서(의료기관용)
- [별지 제4호 서식] 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의(의료기관용)
- [별지 제5호 서식] 변경/해지 요청서(의료기관용)
- [별지 제6호 서식] 참여 신청서(환자용)
- [별지 제7호 서식] 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의(환자용)
- [별지 제8호 서식] 이용 변경/해지 신청서(환자용)
- [별지 제9호 서식] 정보시스템 수정요청서
- [별지 제10호 서식] 환자관리서식
- [별지 제11호 서식] 치매안심센터 등록·서비스 의뢰서
- [별지 제12호 서식] 치매안심센터 등록·서비스 의뢰 회신서

[별지 제2호 서식] 참여 약정서(의료기관용)

치매관리주치의 시범사업 참여 약정서(의료기관용)

기 관 명 :

요양기호 :

위 기관은 치매관리주치의 시범사업(이하 “시범사업”) 참여기관(이하 “참여기관”)으로서 다음 각 호의 사항을 성실히 이행할 것을 약속하며, 이를 준수하지 않을 경우 관련 수가 반환 및 참여기관 선정 취소 등 보건복지부의 조치를 감수할 것을 서약하고 본 약정서를 제출합니다.

1. 의무 및 협조

- 가. 참여기관은 시범사업이 성공적으로 수행될 수 있도록 최선의 노력을 다하여야 하며, 시범사업과 관련하여 보건복지부가 협조 등을 요청하면 적극 협력하여야 한다.
- 나. 참여기관은 각호의 사항을 준수하여야 하며, 그 밖에 보건복지부의 요청 사항에 대해 적극 협조하여야 한다.
- ① 참여기관은 보건복지부의 시범사업 운영지침 등에서 정한 기준에 따라 성실하게 시범사업을 운영하여야 한다.
 - ② 참여기관은 시범사업 수행에 따라 생성된 관련 자료를 보건복지부가 시범사업에 대한 점검, 모니터링, 평가 및 연구과제 수행 등에 필요하여 요청할 때에는 지체 없이 제출하여야 한다. 또한 위와 같은 사유로 해당 참여기관 출입을 요청하거나 관련 서류의 열람 등을 요구할 때에는 이에 적극 협조하여야 한다.
 - ③ 참여기관은 시범사업 참여 환자와 그 보호자가 알 수 있도록 서비스 제공 이전에 본인부담, 제공 서비스 등 시범사업 내용을 설명하고 환자의 동의를 받아야 한다.

2. 고용계약 체결 및 관련 서류 제출 등

참여기관은 시범사업에 참여하는 의사의 고용 및 소속 관련 서류를 보관하고 관련 서류 제출을 요구받는 경우 지체 없이 제출하여야 한다.

3. 시범사업 참여의 중단

참여기관은 시범사업 기간 중 폐업하거나 국민건강보험법 제98조제1항에 따른 업무정지 처분을 받는 등 관계 법령에 따라 시범사업을 수행할 수 없는 사유가 발생한 때, 보건복지부가 시범사업 참여 철회를 요청한 경우에는 해당 기간 동안 시범사업 참여가 중단된다.

4. 제재조치 등

- 가. 보건복지부는 시범사업 수행에 대한 지도점검 및 평가 등을 위하여 필요하다고 인정하는 때에는 해당 참여기관을 출입하거나 관련 서류의 열람·제출 등을 요구할 수 있다.

- 나. 보건복지부는 참여기관이 시범사업 운영지침 등에서 정한 기준을 준수하지 않을 경우, 참여기관에 대해 시범사업 중단 등의 조치를 취할 수 있다.
- 다. 참여기관은 시범사업 운영지침 등의 기준을 위반하여 관련 금액 등을 지급받은 경우에는 그 금액의 전부를 국민건강보험공단에 반환하여야 한다.
- 라. 참여기관은 착오, 허위 기타 부당한 방법으로 지급받은 금액에 대해 지체 없이 국민건강보험공단에 반환하여야 한다.
- 마. 국민건강보험공단은 다~라목에 따른 확인점검 및 자료제출을 요구할 수 있다. 이 경우 참여기관은 이에 적극 협조할 의무가 있으며, 이를 거부하는 경우에는 관련 금액 등을 지급하지 아니할 수 있다.
- 바. 참여기관이 다~라목에 의하여 국민건강보험공단으로부터 반환명령을 받고도 반환하지 아니한 때에는 국민건강보험공단이 참여기관에 지급하여야 할 금액이 있는 경우 그 지급을 정지하거나 요양급여비용 등이 있을 때에는 반환하지 않은 금액과 상계할 수 있다.
- 사. 건강보험심사평가원 및 국민건강보험공단은 참여기관이 다~마목의 사유에 해당한 때 또는 이행약정서의 내용과 상이하게 시범사업을 운영하는 등의 사유로 금액을 지원하는 것이 불합리하다고 판단될 경우에는 참여기관의 시범사업 중단 등의 조치를 보건복지부에 요청할 수 있다.

5. 준용

이 참여약정서에 명기되지 아니한 사항에 대해서는 관계 법령, 시행지침 그 밖에 사회통념상 합리적인 기준에 따라 처리한다.

년 월 일

기관장 (직인)

보 건 복 지 부 장 관 귀 하

[별지 제3호 서식] 보안서약서(의료기관용)

보안서약서

본인은 ‘치매관리주치의 시범사업’(이하 ‘시범사업’)을 수행함에 있어 다음 사항을 준수할 것을 서약합니다.

- 가. 본인은 시범사업을 수행함에 있어 취득한 개인정보 및 자료를 시범사업 수행 및 관련 자료 제출 목적으로만 사용하며, 기타 목적으로 사용하지 않는다.
- 나. 본인은 시범사업 수행과 관련하여 취득한 개인정보 및 자료는 시범사업 참여 중에는 물론 시범사업이 참여가 종료된 후에라도 유출하거나 개인정보 및 자료에 대해 누설하지 않는다.

20 년 월 일

서 약 자

기 관 명 :

성 명 :

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

[별지 제4호 서식] 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의(의료기관용)

「치매관리주치의 시범사업」 참여를 위한
개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의(의료기관용)

「치매관리주치의 시범사업」 참여와 관련하여 아래와 같이 개인정보를 수집·이용하고 제3자에게 제공하고자 하오니, 수집·이용 및 제3자 제공에 대한 내용을 자세히 읽어 보신 후 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

가. 개인정보 수집·이용에 관한 동의

개인정보의 수집·이용 목적	사업참여 관리를 위한 본인 및 기관 식별, 사업참여 의료기관 대상자 확인, 사업운영 및 관리, 사업안내 및 홍보
개인정보 항목	기관명, 요양기관기호, 요양기관종별, 표시과목, 주소, 요양기관 전화번호, 휴대전화번호, 의사면허번호, 전문의번호, 대표자 성명
개인정보 보유 및 이용기간	5년

※ 상기 모든 정보는 가명처리 후 통계분석 및 정책연구에 활용 가능합니다.

※ 귀하는 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 동의를 거부할 경우 시범사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.

☒ 위와 같이 개인정보 수집·이용에 동의하십니까? ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

나. 개인정보의 제3자 제공에 관한 동의

개인정보를 제공하는 자	개인정보를 제공받는 자의 이용목적	제공하는 개인정보의 항목	개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용기간
보건복지부	사업 총괄 및 운영, 관리 및 평가	기관명, 요양기관기호, 요양기관종별, 표시과목, 주소, 전화번호, 휴대전화번호, 의사면허번호, 전문의번호, 대표자 성명	5년
중앙치매센터, 국민건강보험공단, 치매안심센터	사업 운영, 관리 및 평가		5년
건강보험심사평가원	사업 운영, 관리 및 평가, 진료비 심사 및 시스템 운영		5년

※ 귀하는 위의 개인정보 제3자 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 동의를 거부할 경우 사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.

☞ 위와 같이 개인정보 제3자 제공에 동의하십니까? ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

상기 본인은 「개인정보 보호법」 관련 법규에 의거하여 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공에 관한 동의여부에 관하여 최종 확인하였습니다.

년 월 일

의료기관명

작성자(성명)

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

[별지 제6호 서식] 참여 신청서(환자용)

치매관리주치의 시범사업 참여 신청서(환자용)

신청인	성명		주민(외국인) 등록번호	
	주소		휴대전화번호	
	신청 서비스 유형	<input type="checkbox"/> 치매전문관리 <input type="checkbox"/> 통합관리		
치매관리주치의*	성명		면허번호	

* 해당 주치의가 작성

※ 아래 시범사업 서비스를 위해 성명, 주민등록번호, 주소, 휴대전화번호를 수집하며, 주민등록번호는 국민건강보험법 시행령 제81조에 의해 수집합니다.

■ 사업 서비스 내역

케어플랜 수립	포괄평가(선별검사, 임상검사, 문진 등)
	맞춤형 치료·건강관리 계획 수립
중간점검	관리 계획 이행정도 및 질환관리 상태 점검
환자관리 (전화, 화상통화)	치매질환 관리, 일반건강관리 및 가족 교육
	환자 상태 모니터링 등
	맞춤형 질환 관리 상담
교육·상담	질환관리 및 생활습관개선
방문진료	치매질환 관리, 일반건강관리

위와 같이 치매관리주치의 서비스를 신청합니다.

년 월 일
신청인 (서명 또는 인)

치매관리주치의 시범사업 참여기관 _____ 귀중

[별지 제7호 서식] 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의(환자용)

**「치매관리주치의 시범사업」 참여를 위한
개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의(환자용)**

참여환자 성명		생년월일	
---------	--	------	--

「치매관리주치의 시범사업」 참여와 관련하여 아래와 같이 개인정보를 수집·이용·이용하고 제3자에게 제공하고자 하오니, 수집·이용 및 제3자 제공에 대한 내용을 자세히 읽어 보신 후 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

가. 개인정보 수집·이용에 관한 동의

개인정보를 제공받는 자	치매관리주치의 시범사업 참여 의료기관
개인정보의 수집·이용 목적	치매관리주치의 시범사업 서비스 제공(포괄평가 및 계획수립, 중간점검, 환자관리, 교육·상담, 방문진료, 안내 서비스)
개인정보 항목	성명, 성별, 휴대전화번호, 주소
개인정보 보유 및 이용기간	5년

※ 귀하는 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 동의를 거부할 경우 시범사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.

☞ 위와 같이 개인정보 수집·이용에 동의하십니까? ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

나. 민감정보 수집·이용에 관한 동의

민감정보를 제공받는 자	치매관리주치의 시범사업 참여 의료기관
민감정보의 수집·이용 목적	치매관리주치의 시범사업 서비스 제공(포괄평가 및 계획수립, 중간점검, 환자관리, 교육·상담, 방문진료, 안내 서비스)
수집하는 민감정보의 항목	<u>상병명, 과거력, 합병증, 환자상태, 임상수치 등 진료내역, 요양급여청구가능내역(수가코드) 및 횡수, 사업 이용 내역(포괄평가 및 계획수립료, 중간점검료, 환자관리료, 교육·상담료, 방문진료, 정보시스템 입력 내용)</u>
민감정보 보유 및 이용기간	5년

※ 귀하는 위의 민감정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 동의를 거부할 경우 사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.

☞ 위와 같이 민감정보 수집·이용에 동의하십니까? ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

다. 개인정보 제3자 제공에 관한 동의

제공받는 기관	제공 목적	제공항목	보유 및 이용기간
<u>보건복지부</u>	<u>사업 총괄 및 운영, 사업 관리 및 평가</u>	성명, 성별, 휴대전화번호, 주소	<u>5년</u>
<u>중앙치매센터, 치매안심센터</u>	<u>사업운영 및 이용 관리</u>		
<u>건강보험심사평가원</u>	<u>사업운영 및 정보시스템 운영·관리, 수 가 및 요양급여기준 개발, 요양급여비용 심사 및 평가</u>		
<u>국민건강보험공단</u>	<u>요양급여비용 지급</u>		

※ 귀하는 위의 개인정보 제3자 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 동의를 거부할 경우 사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.

☞ 위와 같이 개인정보 제3자 제공에 동의하십니까? ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

라. 민감정보 제3자 제공에 관한 동의

제공받는 기관	제공 목적	제공항목	보유 및 이용기간
<u>보건복지부</u>	<u>사업 총괄 및 운영, 사업 관리 및 평가</u>	<u>중증도</u> <u>지역사회 연계 희망 여부</u>	<u>5년</u>
<u>중앙치매센터, 치매안심센터</u>	<u>사업운영 및 이용 관리</u>		
<u>건강보험 심사평가원</u>	<u>사업운영 및 정보시스템 운영·관리, 수가 및 요양급여기준 개발, 요양급여 비용 심사 및 평가</u>	<u>상병명, 과거력, 합병증, 환자 상태, 임상수치 등 진료내역, 요양급여청구기능내역(수가 코드) 및 횟수, 사업 이용 내역(포괄평가 및 계획수립료, 중간점검료, 환자관리료, 교육 상담료, 방문진료, 정보시스템 입력 내용)</u>	

※ 귀하는 위의 민감정보 제3자 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 동의를 거부할 경우 사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.

☞ 위와 같이 민감정보 제3자 제공에 동의하십니까? ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

마. 고유식별정보 처리고지사항

※ 「개인정보 보호법」 제24조, 제24조의2에 따라 아래와 같이 고유식별정보를 처리합니다.

고유식별정보의 수집·이용목적	치매관리주치의 시범사업 서비스 제공(포괄평가 및 계획수립, 중간점검, 환자 관리, 교육·상담, 방문진료, 안내 서비스)
수집하는 고유식별정보의 항목	<u>주민등록번호, 외국인등록번호</u>
처리근거	국민건강보험법 제14조, 제63조 및 동법 시행령 제81조

바. 미성년자(만 14세 미만)의 개인정보, 민감정보 수집·이용·제3자 제공 동의

(환자가 만 14세 미만 아동인 경우 필수)

환자(성명:)의 법정대리인으로서 개인정보 수집·이용·제3자 제공에 관하여 동의 하십니까? ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

법정 대리인	성명	(서명 또는 인)	전화번호	
--------	----	-----------	------	--

※ 법정대리인을 증명할 수 있는 서류(가족관계증명서, 주민등록등본)가 확인 가능하여야 함

※ 상기 모든 정보는 가명처리 후 통계분석 및 정책연구에 활용 가능합니다.

※ 상기 본인은 「개인정보 보호법」 관련 법규에 의거하여 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공에 관한 동의여부에 관하여 최종 확인하였습니다.

년 월 일

환자와의 관계

성 명 (서명 또는 인)

치매관리주치의 시범사업 참여기관 _____ 귀중

[별지 제9호 서식] 정보시스템 수정요청서

치매관리주치의 시범사업
정보시스템 수정요청서

기관 정보*	요양기호		전화번호	
	요양기관명			
대상자 정보*	대상자 성명		대상자 생년월일	
	대상자 성별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여		
서식명	실시일자 (현재 입력된 일자)	청구여부	수정방법	사유
<input type="checkbox"/> 포괄평가 및 계획수립	년 월 일	<input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예	작성완료 상태변경 (임시저장)	
<input type="checkbox"/> 중간점검	년 월 일	<input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예		
<input type="checkbox"/> 환자관리	년 월 일	<input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예		
	년 월 일	<input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예		
<input type="checkbox"/> 교육·상담	년 월 일	<input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예		
	년 월 일	<input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예		
<input type="checkbox"/> 방문진료	년 월 일	<input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예		
<input type="checkbox"/> 기타				

* 수정이 필요한 서식을 체크한 뒤, 관련 정보(일자, 청구여부, 사유)를 필수 입력
위와 같이 정보시스템 입력 내용을 수정 요청합니다.

년 월 일
 신청인 _____ (인)

건강보험심사평가원장 귀하

[별지 제10호 서식] 환자관리 서식

□ 등록정보




A. 등록정보			
1 치매관리주치의 성명*		2 치매관리주치의 면허번호*	
3 환자 성명*		4 환자 주민등록번호*	
5 환자 연락처*		6 최종 학력*	
7 환자 주소*			
8 서비스 유형*	○치매전문관리 ○통합관리		
		9 시범사업 참여일자*	

□ 포괄평가 / 중간점검

○ 치매전문관리

B. 치매전문관리		
1 실시일자*	_____년 _____월 _____일	
2 치매관리 유형 (중증도)* * 포괄평가시 필수	<input type="radio"/> 경증 치매환자 <input type="radio"/> 중증 치매환자 <input type="checkbox"/> 시행일자 (_____년 _____월 _____일) MMSE (_____점) <input type="checkbox"/> 시행일자 (_____년 _____월 _____일) GDS(Global Deterioration Scale) (_____점) <input type="checkbox"/> 시행일자 (_____년 _____월 _____일) CDR(Clinical Dementia Rating) (_____점) ※ GDS 또는 CDR 필수 입력	
3 치매진단(KCD 기준)*	질병코드 / 진단명 (/) 진단시기 (_____년 _____월)	
4 개인요인	3.1 주돌봄자 유무*	<input type="radio"/> 없음 <input type="radio"/> 있음 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 딸 <input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 며느리 <input type="checkbox"/> 사위 <input type="checkbox"/> 친척 <input type="checkbox"/> 친구 <input type="checkbox"/> 이웃 <input type="checkbox"/> 간병인 <input type="checkbox"/> 생활지원사 <input type="checkbox"/> 가사도우미 <input type="checkbox"/> 성년후견인 <input type="checkbox"/> 기타()
	3.2 주돌봄자 동거 유무 * 주돌봄자 있는 경우	<input type="radio"/> 비동거 <input type="radio"/> 동거
	3.3 노인장기요양등급*	<input type="radio"/> 없음 <input type="radio"/> 있음 (등급:_____ ▼)
5 치매치료 약물 복용*	4.1 치매치료 약물 복용 여부*	<input type="radio"/> 없음 <input type="radio"/> 있음 <input type="checkbox"/> Donepezil (아리셉트정 등) (○ 경구제 ○ 패취제) <input type="checkbox"/> Memantine (에빅사정 등) ※ 중복 선택 가능 <input type="checkbox"/> Rivastigmine (엑셀론캡슐 등) (○ 경구제 ○ 패취제) <input type="checkbox"/> Galantamine (레미닐피알서방 캡슐 등) <input type="checkbox"/> 기타 ()
	4.2 투여기간 * 약물복용 시 필수	(년 개월)
	4.3 부작용 여부 * 약물복용 시 필수	<input type="radio"/> 없음 <input type="radio"/> 있음 <input type="checkbox"/> 오심/구토/설사 <input type="checkbox"/> 식욕저하/체중감소 <input type="checkbox"/> 소화성 궤양

		<input type="checkbox"/> 두통 <input type="checkbox"/> 어지럼증 <input type="checkbox"/> 불안/초조 <input type="checkbox"/> 우울 <input type="checkbox"/> 환각/هل분/공격성 <input type="checkbox"/> 불면/진전 <input type="checkbox"/> 서맥/부정맥 <input type="checkbox"/> 발진/발한 <input type="checkbox"/> 가려움 <input type="checkbox"/> 요실금 <input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 피로/졸림 <input type="checkbox"/> 기타 ()																																																										
6 치매 중증도 * 중간점검 시 대상자 상태 변화가 있을 때는 필수 작성	<input type="checkbox"/> 시행일자 (0000-00-00 ㉸) MMSE (.....점) <input type="checkbox"/> 시행일자 (0000-00-00 ㉸) GDS(Global Deterioration Scale) (▼점) <input type="checkbox"/> 시행일자 (0000-00-00 ㉸) CDR(Clinical Dementia Rating) (▼점) ※ CDR 2점 이상 또는 GDS 5점 이상인 경우 중증																																																											
7 인지기능 장애에 따른 행동심리증상(BPSD)*	5.1 인지기능 장애에 따른 행동심리증상(BPSD) 유무*	<input type="radio"/> 없음 <input type="radio"/> 있음 ㉸ ※ 중복 선택 가능 <input type="checkbox"/> 우울 <input type="checkbox"/> 불안 <input type="checkbox"/> 망상 <input type="checkbox"/> 환각 <input type="checkbox"/> 밤낮 바뀜 <input type="checkbox"/> 배회 <input type="checkbox"/> 길을 잃음 <input type="checkbox"/> 공격적, 파괴적 행동 <input type="checkbox"/> 돈/물건 등 감추기 <input type="checkbox"/> 부적절한 옷 입기 <input type="checkbox"/> 불결한 행동 <input type="checkbox"/> 거부 및 저항 <input type="checkbox"/> 무감동/무기력 <input type="checkbox"/> 성적 무절제 <input type="checkbox"/> 욕하기 <input type="checkbox"/> 그 밖의 특이증상()																																																										
	5.2 BPSD 조절 약물 복용 여부* * BPSD 있는 경우	<input type="radio"/> 없음 <input type="radio"/> 있음 ㉸ <input type="checkbox"/> 항정신병 약제 <input type="checkbox"/> 항경련제 <input type="checkbox"/> 항우울제 <input type="checkbox"/> 항불안제 <input type="checkbox"/> 기타 ()																																																										
8 심리평가 (한글판 PHQ-9)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>문항</th> <th>전혀 아니다</th> <th>여러 날 동안</th> <th>일주일 이상</th> <th>거의 매일</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. 일하는 것에 대한 흥미나 재미가 거의 없다.</td> <td>○0</td> <td>○1</td> <td>○2</td> <td>○3</td> </tr> <tr> <td>2. 가라앉는 느낌, 우울감 혹은 절망감을 느낀다.</td> <td>○0</td> <td>○1</td> <td>○2</td> <td>○3</td> </tr> <tr> <td>3. 잠들기 어렵거나 자주 깨어난다 / 혹은 잠을 너무 많이 잔다.</td> <td>○0</td> <td>○1</td> <td>○2</td> <td>○3</td> </tr> <tr> <td>4. 피곤하다고 느끼거나 기력이 저하되었다.</td> <td>○0</td> <td>○1</td> <td>○2</td> <td>○3</td> </tr> <tr> <td>5. 식욕이 줄었다. / 혹은 너무 많이 먹는다.</td> <td>○0</td> <td>○1</td> <td>○2</td> <td>○3</td> </tr> <tr> <td>6. 나 자신이 나쁜 사람이라고 느낀다. 혹은 나 자신을 실패자라고 느끼거나 나 때문에 자신은 물론 가족이 불행하게 되었다고 느낀다.</td> <td>○0</td> <td>○1</td> <td>○2</td> <td>○3</td> </tr> <tr> <td>7. 신문을 읽거나 TV를 볼 때 집중하기 어렵다.</td> <td>○0</td> <td>○1</td> <td>○2</td> <td>○3</td> </tr> <tr> <td>8. 남들이 알아챌 정도로 거동이나 말이 느려졌다. / 또는 반대로 너무 초조하고 안전부절못해서 평소보다 많이 돌아다니고 서성거린다.</td> <td>○0</td> <td>○1</td> <td>○2</td> <td>○3</td> </tr> <tr> <td>9. 나는 차라리 죽는 것이 낫겠다고 생각했다. / 혹은 어떤 식으로든 스스로를 자해하려고 생각한다.</td> <td>○0</td> <td>○1</td> <td>○2</td> <td>○3</td> </tr> <tr> <td colspan="2">총점</td> <td colspan="3">..... / 총 27 점</td> </tr> </tbody> </table>					문항	전혀 아니다	여러 날 동안	일주일 이상	거의 매일	1. 일하는 것에 대한 흥미나 재미가 거의 없다.	○0	○1	○2	○3	2. 가라앉는 느낌, 우울감 혹은 절망감을 느낀다.	○0	○1	○2	○3	3. 잠들기 어렵거나 자주 깨어난다 / 혹은 잠을 너무 많이 잔다.	○0	○1	○2	○3	4. 피곤하다고 느끼거나 기력이 저하되었다.	○0	○1	○2	○3	5. 식욕이 줄었다. / 혹은 너무 많이 먹는다.	○0	○1	○2	○3	6. 나 자신이 나쁜 사람이라고 느낀다. 혹은 나 자신을 실패자라고 느끼거나 나 때문에 자신은 물론 가족이 불행하게 되었다고 느낀다.	○0	○1	○2	○3	7. 신문을 읽거나 TV를 볼 때 집중하기 어렵다.	○0	○1	○2	○3	8. 남들이 알아챌 정도로 거동이나 말이 느려졌다. / 또는 반대로 너무 초조하고 안전부절못해서 평소보다 많이 돌아다니고 서성거린다.	○0	○1	○2	○3	9. 나는 차라리 죽는 것이 낫겠다고 생각했다. / 혹은 어떤 식으로든 스스로를 자해하려고 생각한다.	○0	○1	○2	○3	총점	 / 총 27 점		
	문항	전혀 아니다	여러 날 동안	일주일 이상	거의 매일																																																							
	1. 일하는 것에 대한 흥미나 재미가 거의 없다.	○0	○1	○2	○3																																																							
	2. 가라앉는 느낌, 우울감 혹은 절망감을 느낀다.	○0	○1	○2	○3																																																							
	3. 잠들기 어렵거나 자주 깨어난다 / 혹은 잠을 너무 많이 잔다.	○0	○1	○2	○3																																																							
	4. 피곤하다고 느끼거나 기력이 저하되었다.	○0	○1	○2	○3																																																							
	5. 식욕이 줄었다. / 혹은 너무 많이 먹는다.	○0	○1	○2	○3																																																							
	6. 나 자신이 나쁜 사람이라고 느낀다. 혹은 나 자신을 실패자라고 느끼거나 나 때문에 자신은 물론 가족이 불행하게 되었다고 느낀다.	○0	○1	○2	○3																																																							
	7. 신문을 읽거나 TV를 볼 때 집중하기 어렵다.	○0	○1	○2	○3																																																							
	8. 남들이 알아챌 정도로 거동이나 말이 느려졌다. / 또는 반대로 너무 초조하고 안전부절못해서 평소보다 많이 돌아다니고 서성거린다.	○0	○1	○2	○3																																																							
9. 나는 차라리 죽는 것이 낫겠다고 생각했다. / 혹은 어떤 식으로든 스스로를 자해하려고 생각한다.	○0	○1	○2	○3																																																								
총점	 / 총 27 점																																																										
※ PHQ-9 결과해석 (0-4점) 우울증상 없음 (5-9점) 가벼운 우울증상 (10-19점) 중간정도 우울증상 (20점 이상) 심한 우울증상 ※ 9번 문항의 점수가 1점 이상인 경우 자살 위험군으로 집중관리가 필요함																																																												
9 도구적 일상생활 수행능력 (K-IADL)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>문항</th> <th>혼자 가능</th> <th>약간 도움이 필요</th> <th>많은 도움이 필요</th> <th>불가능</th> <th>해당 없음</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. 시장보기 상점에 가서 상점에 가서 계획한 물건들을 잊지 않으며 돈 계산에 실수 없이 구매합니까?</td> <td>○0</td> <td>○1</td> <td>○2</td> <td>○3</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td>2. 교통 수단 이용 대중교통을 이용하거나 스스로 운전해서 길을 잃지 않고 목적지에 갑니까?</td> <td>○0</td> <td>○1</td> <td>○2</td> <td>○3</td> <td>○</td> </tr> </tbody> </table>					문항	혼자 가능	약간 도움이 필요	많은 도움이 필요	불가능	해당 없음	1. 시장보기 상점에 가서 상점에 가서 계획한 물건들을 잊지 않으며 돈 계산에 실수 없이 구매합니까?	○0	○1	○2	○3	○	2. 교통 수단 이용 대중교통을 이용하거나 스스로 운전해서 길을 잃지 않고 목적지에 갑니까?	○0	○1	○2	○3	○																																					
	문항	혼자 가능	약간 도움이 필요	많은 도움이 필요	불가능	해당 없음																																																						
1. 시장보기 상점에 가서 상점에 가서 계획한 물건들을 잊지 않으며 돈 계산에 실수 없이 구매합니까?	○0	○1	○2	○3	○																																																							
2. 교통 수단 이용 대중교통을 이용하거나 스스로 운전해서 길을 잃지 않고 목적지에 갑니까?	○0	○1	○2	○3	○																																																							

	<div> <div>3. 돈 관리 용돈을 관리하고, 은행에 가서 저축을 하는 등의 돈과 관련된 일을 처리합니까?</div> <div>○0 ○1 ○2 ○3 ○</div> </div> <div> <div>4. 기구 사용과 집안일 하기 진공청소기, 다리미 등의 기구들을 잘 다루고 일상적인 집안 일예 청소, 화초 물주기, 설거지)을 예전처럼 말끔하게 합니까?</div> <div>○0 ○1 ○2 ○3 ○</div> </div> <div> <div>5. 음식 준비 적절한 식사를 계획하여 재료를 준비하고, 예전과 같이 맛있게 음식을 만듭니까?</div> <div>○0 ○1 ○2 ○3 ○</div> </div> <div> <div>6. 전화 사용 필요한 전화번호를 수첩에서 찾거나 기억하여 전화를 겁니까?</div> <div>○0 ○1 ○2 ○3 ○</div> </div> <div> <div>7. 약 복용 시간과 용량을 지켜 약을 먹습니까?</div> <div>○0 ○1 ○2 ○3 ○</div> </div> <div> <div>8. 최근 기억 약속, 어제의 일 또는 다른 사람에게 전달해야 할 전화 내용 등을 기억합니까?</div> <div>○0 ○1 ○2 ○3 ○</div> </div> <div> <div>9. 취미 생활 종교, 독서, 바둑, 장기, 화투, 산책 등산, 운동 등의 예전에 하던 취미를 그대로 잘 수행합니까?</div> <div>○0 ○1 ○2 ○3 ○</div> </div> <div> <div>10. 텔레비전 시청 집중해서 텔레비전을 보며 그 내용을 이해합니까?</div> <div>○0 ○1 ○2 ○3 ○</div> </div> <div> <div>11. 집안 수리 못박거나 전구 끼우기 같은 집안 잡일을 수행합니까?</div> <div>○0 ○1 ○2 ○3 ○</div> </div>																					
10 신경심리검사	<div> <div>총점</div> <div>...../33점</div> <div>해당없음 개수</div> <div>...../11개</div> </div> <div> <div>평점: 총점 /(11-해당없음 개수)</div> <div>.....점</div> </div> <div> <div>※ 0에 가까울수록 독립적임</div> <div>K-IADL < 0.4인 경우 도구적 일상생활능력에 장애 없음으로 판정</div> </div> <div> <div><input type="checkbox"/> SNSB (.....)</div> <div><input type="checkbox"/> CERAD(K) (.....)</div> <div><input type="checkbox"/> LICA (.....)</div> <div><input type="checkbox"/> 기타 (.....)</div> </div>																					
11 합병증 관리(육창) * 중증인 경우 필수	<div>○없음</div> <div>○있음 </div> <table border="1" data-bbox="635 1370 1369 1675"> <tr> <td rowspan="4">위 치</td><td>○occiput</td><td>○ear</td><td>○scapula</td></tr> <tr> <td>○sacrum</td><td>○elbow</td><td>○trochanter</td></tr> <tr> <td>○iliac crest</td><td>○patella</td><td>○malleolus</td></tr> <tr> <td>○heels</td><td>○toes</td><td>○그 외 (.....)</td></tr> <tr> <td>크기</td><td colspan="3">(.....)cm × (.....)cm (길이×너비)</td></tr> <tr> <td>단계</td><td colspan="3"> ○1단계: 피부손상 없는 비창백성 홍반 ○2단계: 피부 일부 손상 또는 물집 ○3단계: 지방조직이 보일 정도의 완전 피부소실 ○4단계: 근육/뼈가 보일 정도의 완전 피부소실 ○미분류단계: 깊이 측정 불가 </td></tr> </table>	위 치	○occiput	○ear	○scapula	○sacrum	○elbow	○trochanter	○iliac crest	○patella	○malleolus	○heels	○toes	○그 외 (.....)	크기	(.....)cm × (.....)cm (길이×너비)			단계	○1단계: 피부손상 없는 비창백성 홍반 ○2단계: 피부 일부 손상 또는 물집 ○3단계: 지방조직이 보일 정도의 완전 피부소실 ○4단계: 근육/뼈가 보일 정도의 완전 피부소실 ○미분류단계: 깊이 측정 불가		
위 치	○occiput		○ear	○scapula																		
	○sacrum		○elbow	○trochanter																		
	○iliac crest		○patella	○malleolus																		
	○heels	○toes	○그 외 (.....)																			
크기	(.....)cm × (.....)cm (길이×너비)																					
단계	○1단계: 피부손상 없는 비창백성 홍반 ○2단계: 피부 일부 손상 또는 물집 ○3단계: 지방조직이 보일 정도의 완전 피부소실 ○4단계: 근육/뼈가 보일 정도의 완전 피부소실 ○미분류단계: 깊이 측정 불가																					
12 합병증 관리(감염) * 중증인 경우 필수	<div>○없음</div> <div>○있음 </div> <div> <input type="checkbox"/> 요로감염 (지난 3개월간) <input type="checkbox"/> 폐렴 <input type="checkbox"/> 기타(.....) </div>																					
13 낙상경험	<div>○없음</div> <div>○있음 </div> <div> (최근) 발생시기 (.....년) 지난 1년간 낙상 횟수 (.....회) 낙상 후 결과 ○염좌·좌상 ○골절 </div>																					

14 재활관리(보행 기능) * 중증인 경우 필수	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ○ 0 (보행불가) ○ 1 (Level1 의존적 보행) ○ 2 (Level2 의존적 보행) </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ○ 3 (감독하 독립적 보행) ○ 4 (평평한 면에서 독립적 보행) ○ 5 (독립적 보행가능) </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">0 (보행불가)</td><td>걷지 못함 또는 2명 이상 도움 필요</td></tr> <tr> <td>1 (Level1 의존적 보행)</td><td>Walker 보행(지지없이) 지지대나 무개이동과 균형에 도움을 줄 1명으로부터 계속적인지지 필요</td></tr> <tr> <td>2 (Level2 의존적 보행)</td><td>치료사가 최대 보조하여 장비없이 보행, 균형과 조화에 도움 줄 1명으로부터 지속적, 간헐적지지 필요</td></tr> <tr> <td>3 (감독하 독립적 보행)</td><td>구두의 감독필요, 신체적 접촉 없이 1명이 도와주기위해 대기</td></tr> <tr> <td>4 (평평한 면에서 독립적 보행)</td><td>평평한 바닥 가능하나 계단, 경사대, 울퉁불퉁한 바닥면에서 도움 필요</td></tr> <tr> <td>5 (독립적 보행가능)</td><td>지켜보는 사람없이 가능</td></tr> </table>	0 (보행불가)	걷지 못함 또는 2명 이상 도움 필요	1 (Level1 의존적 보행)	Walker 보행(지지없이) 지지대나 무개이동과 균형에 도움을 줄 1명으로부터 계속적인지지 필요	2 (Level2 의존적 보행)	치료사가 최대 보조하여 장비없이 보행, 균형과 조화에 도움 줄 1명으로부터 지속적, 간헐적지지 필요	3 (감독하 독립적 보행)	구두의 감독필요, 신체적 접촉 없이 1명이 도와주기위해 대기	4 (평평한 면에서 독립적 보행)	평평한 바닥 가능하나 계단, 경사대, 울퉁불퉁한 바닥면에서 도움 필요	5 (독립적 보행가능)	지켜보는 사람없이 가능
0 (보행불가)	걷지 못함 또는 2명 이상 도움 필요												
1 (Level1 의존적 보행)	Walker 보행(지지없이) 지지대나 무개이동과 균형에 도움을 줄 1명으로부터 계속적인지지 필요												
2 (Level2 의존적 보행)	치료사가 최대 보조하여 장비없이 보행, 균형과 조화에 도움 줄 1명으로부터 지속적, 간헐적지지 필요												
3 (감독하 독립적 보행)	구두의 감독필요, 신체적 접촉 없이 1명이 도와주기위해 대기												
4 (평평한 면에서 독립적 보행)	평평한 바닥 가능하나 계단, 경사대, 울퉁불퉁한 바닥면에서 도움 필요												
5 (독립적 보행가능)	지켜보는 사람없이 가능												
15 영양상태 및 식사행위 * 중증인 경우 필수	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">6개월 이내 체중감소 여부</td><td> ○아니오 ○예 (최근 6개월 이내 3kg 이상 감소) ○알 수 없음 </td></tr> <tr> <td>식사행위</td><td> ○가능 ○혼자 가능 ○일부 도와주면 가능 ○혼자 불가능 </td></tr> <tr> <td>연하곤란 및 영양방법</td><td> ○없음 ○있음 ○연하곤란식 ○유동식 ○비위관 ○ 위루관 </td></tr> </table>	6개월 이내 체중감소 여부	○아니오 ○예 (최근 6개월 이내 3kg 이상 감소) ○알 수 없음	식사행위	○가능 ○혼자 가능 ○일부 도와주면 가능 ○혼자 불가능	연하곤란 및 영양방법	○없음 ○있음 ○연하곤란식 ○유동식 ○비위관 ○ 위루관						
6개월 이내 체중감소 여부	○아니오 ○예 (최근 6개월 이내 3kg 이상 감소) ○알 수 없음												
식사행위	○가능 ○혼자 가능 ○일부 도와주면 가능 ○혼자 불가능												
연하곤란 및 영양방법	○없음 ○있음 ○연하곤란식 ○유동식 ○비위관 ○ 위루관												
F. 중간점검													
1 중간점검 결과* ※ 중간점검시 필수													

○ 통합관리

B. 치매전문관리		
1 실시일자*	_____년 _____월 _____일	
2 치매관리 유형 (중증도)* * 포괄평가시 필수	<input type="radio"/> 경증 치매환자 <input type="radio"/> 중증 치매환자 <input type="checkbox"/> 시행일자 (_____년 _____월 _____일) MMSE (_____점) <input type="checkbox"/> 시행일자 (_____년 _____월 _____일) GDS(Global Deterioration Scale) (_____점) <input type="checkbox"/> 시행일자 (_____년 _____월 _____일) CDR(Clinical Dementia Rating) (_____점) ※ GDS 또는 CDR 필수 입력	
3 치매진단(KCD 기준)*	질병코드 / 진단명 (_____ / _____) 진단시기 (_____년 _____월)	
4 개인요인	3.1 주돌봄자 유무*	<input type="radio"/> 없음 <input type="radio"/> 있음 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 딸 <input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 며느리 <input type="checkbox"/> 사위 <input type="checkbox"/> 친척 <input type="checkbox"/> 친구 <input type="checkbox"/> 이웃 <input type="checkbox"/> 간병인 <input type="checkbox"/> 생활지원사 <input type="checkbox"/> 가사도우미 <input type="checkbox"/> 성년후견인 <input type="checkbox"/> 기타(_____)
	3.2 주돌봄자 동거 유무 * 주돌봄자 있는 경우	<input type="radio"/> 비동거 <input type="radio"/> 동거
	3.3 노인장기요양등급*	<input type="radio"/> 없음 <input type="radio"/> 있음 (등급:_____▼)
5 치매치료 약물 복용*	4.1 치매치료 약물 복용 여부*	<input type="radio"/> 없음 <input type="radio"/> 있음 <input type="checkbox"/> Donepezil (아리셉트정 등) (<input type="radio"/> 경구제 <input type="radio"/> 패취제) <input type="checkbox"/> Memantine (에빅사정 등) ※ 중복 선택 가능 <input type="checkbox"/> Rivastigmine (엑셀론캡슐 등) (<input type="radio"/> 경구제 <input type="radio"/> 패취제) <input type="checkbox"/> Galantamine (레미닐피알서방 캡슐 등) <input type="checkbox"/> 기타 (_____)
	4.2 투여기간 * 약물복용 시 필수	(_____ 년 _____ 개월)
	4.3 부작용 여부 * 약물복용 시 필수	<input type="radio"/> 없음 <input type="radio"/> 있음 <input type="checkbox"/> 오심/구토/설사 <input type="checkbox"/> 식욕저하/체중감소 <input type="checkbox"/> 소화성 궤양 <input type="checkbox"/> 두통 <input type="checkbox"/> 어지럼증 <input type="checkbox"/> 불안/초조 <input type="checkbox"/> 우울 <input type="checkbox"/> 환각/홍분/공격성 <input type="checkbox"/> 불면/진전 <input type="checkbox"/> 서맥/부정맥 <input type="checkbox"/> 발진/발한 <input type="checkbox"/> 가려움 <input type="checkbox"/> 요실금 <input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 피로/졸림 <input type="checkbox"/> 기타 (_____)
6 치매 중증도 * 중간점검 시 대상자 상태 변화가 있을 때는 필수 작성	<input type="checkbox"/> 시행일자 (0000-00-00 ㉔) MMSE (_____점) <input type="checkbox"/> 시행일자 (0000-00-00 ㉔) GDS(Global Deterioration Scale) (_____ ▼점) <input type="checkbox"/> 시행일자 (0000-00-00 ㉔) CDR(Clinical Dementia Rating) (_____ ▼점) ※ CDR 2점 이상 또는 GDS 5점 이상인 경우 중증	
7 인지기능 장애에 따른 행동심리증상(BPSD)*	5.1 인지기능 장애에 따른 행동심리증상(BPSD) 유무*	<input type="radio"/> 없음 <input type="radio"/> 있음 ※ 중복 선택 가능 <input type="checkbox"/> 우울 <input type="checkbox"/> 불안 <input type="checkbox"/> 망상 <input type="checkbox"/> 환각 <input type="checkbox"/> 밤낮 바뀔 <input type="checkbox"/> 배회 <input type="checkbox"/> 길을 잃음 <input type="checkbox"/> 공격적, 파괴적 행동 <input type="checkbox"/> 돈/물건 등 감추기 <input type="checkbox"/> 부적절한 옷 입기 <input type="checkbox"/> 불결한 행동 <input type="checkbox"/> 거부 및 저항 <input type="checkbox"/> 무감동/무기력 <input type="checkbox"/> 성적 무절제 <input type="checkbox"/> 욕하기 <input type="checkbox"/> 그 밖의 특이증상(_____)

	5.2 BPSD 조절 약물 복용 여부* * BPSD 있는 경우	○없음 ○있음 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 항정신병 약제 <input type="checkbox"/> 항경련제 <input type="checkbox"/> 항우울제 <input type="checkbox"/> 항불안제 <input type="checkbox"/> 기타 ()																																																																												
8 심리평가 (한글판 PHQ-9)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>문항</th> <th>전혀 아니다</th> <th>여러 날 동안</th> <th>일주일 이상</th> <th>거의 매일</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. 일하는 것에 대한 흥미나 재미가 거의 없다.</td> <td>○0</td> <td>○1</td> <td>○2</td> <td>○3</td> </tr> <tr> <td>2. 가라앉은 느낌, 우울감 혹은 절망감을 느낀다.</td> <td>○0</td> <td>○1</td> <td>○2</td> <td>○3</td> </tr> <tr> <td>3. 잠들기 어렵거나 자주 깨어난다 / 혹은 잠을 너무 많이 잔다.</td> <td>○0</td> <td>○1</td> <td>○2</td> <td>○3</td> </tr> <tr> <td>4. 피곤하다고 느끼거나 기력이 저하되었다.</td> <td>○0</td> <td>○1</td> <td>○2</td> <td>○3</td> </tr> <tr> <td>5. 식욕이 줄었다. / 혹은 너무 많이 먹는다.</td> <td>○0</td> <td>○1</td> <td>○2</td> <td>○3</td> </tr> <tr> <td>6. 나 자신이 나쁜 사람이라고 느낀다. 혹은 나 자신을 실패자라고 느끼거나 나 때문에 자신은 물론 가족이 불행하게 되었다고 느낀다.</td> <td>○0</td> <td>○1</td> <td>○2</td> <td>○3</td> </tr> <tr> <td>7. 신문을 읽거나 TV를 볼 때 집중하기 어렵다.</td> <td>○0</td> <td>○1</td> <td>○2</td> <td>○3</td> </tr> <tr> <td>8. 남들이 알아챌 정도로 거동이나 말이 느려졌다. / 또는 반대로 너무 초조하고 안전부절못해서 평소보다 많이 돌아다니고 서성거린다.</td> <td>○0</td> <td>○1</td> <td>○2</td> <td>○3</td> </tr> <tr> <td>9. 나는 차라리 죽는 것이 낫겠다고 생각했다. / 혹은 어떤 식으로든 스스로를 자해하려고 생각한다.</td> <td>○0</td> <td>○1</td> <td>○2</td> <td>○3</td> </tr> <tr> <td>총점</td> <td colspan="4">/ 총 27 점</td> </tr> </tbody> </table> <p>※ PHQ-9 결과해석 (0-4점) 우울증상 없음 (5-9점) 가벼운 우울증상 (10-19점) 중간정도 우울증상 (20점 이상) 심한 우울증상 ※ 9번 문항의 점수가 1점 이상인 경우 자살 위험군으로 집중관리가 필요함</p>						문항	전혀 아니다	여러 날 동안	일주일 이상	거의 매일	1. 일하는 것에 대한 흥미나 재미가 거의 없다.	○0	○1	○2	○3	2. 가라앉은 느낌, 우울감 혹은 절망감을 느낀다.	○0	○1	○2	○3	3. 잠들기 어렵거나 자주 깨어난다 / 혹은 잠을 너무 많이 잔다.	○0	○1	○2	○3	4. 피곤하다고 느끼거나 기력이 저하되었다.	○0	○1	○2	○3	5. 식욕이 줄었다. / 혹은 너무 많이 먹는다.	○0	○1	○2	○3	6. 나 자신이 나쁜 사람이라고 느낀다. 혹은 나 자신을 실패자라고 느끼거나 나 때문에 자신은 물론 가족이 불행하게 되었다고 느낀다.	○0	○1	○2	○3	7. 신문을 읽거나 TV를 볼 때 집중하기 어렵다.	○0	○1	○2	○3	8. 남들이 알아챌 정도로 거동이나 말이 느려졌다. / 또는 반대로 너무 초조하고 안전부절못해서 평소보다 많이 돌아다니고 서성거린다.	○0	○1	○2	○3	9. 나는 차라리 죽는 것이 낫겠다고 생각했다. / 혹은 어떤 식으로든 스스로를 자해하려고 생각한다.	○0	○1	○2	○3	총점	/ 총 27 점																				
문항	전혀 아니다	여러 날 동안	일주일 이상	거의 매일																																																																										
1. 일하는 것에 대한 흥미나 재미가 거의 없다.	○0	○1	○2	○3																																																																										
2. 가라앉은 느낌, 우울감 혹은 절망감을 느낀다.	○0	○1	○2	○3																																																																										
3. 잠들기 어렵거나 자주 깨어난다 / 혹은 잠을 너무 많이 잔다.	○0	○1	○2	○3																																																																										
4. 피곤하다고 느끼거나 기력이 저하되었다.	○0	○1	○2	○3																																																																										
5. 식욕이 줄었다. / 혹은 너무 많이 먹는다.	○0	○1	○2	○3																																																																										
6. 나 자신이 나쁜 사람이라고 느낀다. 혹은 나 자신을 실패자라고 느끼거나 나 때문에 자신은 물론 가족이 불행하게 되었다고 느낀다.	○0	○1	○2	○3																																																																										
7. 신문을 읽거나 TV를 볼 때 집중하기 어렵다.	○0	○1	○2	○3																																																																										
8. 남들이 알아챌 정도로 거동이나 말이 느려졌다. / 또는 반대로 너무 초조하고 안전부절못해서 평소보다 많이 돌아다니고 서성거린다.	○0	○1	○2	○3																																																																										
9. 나는 차라리 죽는 것이 낫겠다고 생각했다. / 혹은 어떤 식으로든 스스로를 자해하려고 생각한다.	○0	○1	○2	○3																																																																										
총점	/ 총 27 점																																																																													
9 도구적 일상생활 수행능력 (K-IADL)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>문항</th> <th>혼자 가능</th> <th>약간 도움이 필요</th> <th>많은 도움이 필요</th> <th>불가능</th> <th>해당 없음</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. 시장보기 상점에 가서 상점에 가서 계획한 물건들을 잊지 않으며 돈 계산에 실수 없이 구매합니까?</td> <td>○0</td> <td>○1</td> <td>○2</td> <td>○3</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td>2. 교통 수단 이용 대중교통을 이용하거나 스스로 운전해서 길을 잃지 않고 목 적지에 갑니까?</td> <td>○0</td> <td>○1</td> <td>○2</td> <td>○3</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td>3. 돈 관리 용돈을 관리하고, 은행에 가서 저축을 하는 등의 돈과 관련 된 일을 처리합니까?</td> <td>○0</td> <td>○1</td> <td>○2</td> <td>○3</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td>4. 기구 사용과 집안일 하기 진공청소기, 다리미 등의 기구들을 잘 다루고 일상적인 집안 일에 청소, 화초 물주기 설거지 등을 예전처럼 말끔하게 합니까?</td> <td>○0</td> <td>○1</td> <td>○2</td> <td>○3</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td>5. 음식 준비 적절한 식사를 계획하여 재료를 준비하고, 예전과 같이 맛있게 음 식을 만듭니까?</td> <td>○0</td> <td>○1</td> <td>○2</td> <td>○3</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td>6. 전화 사용 필요한 전화번호를 수첩에서 찾거나 기억하여 전화를 겁니까?</td> <td>○0</td> <td>○1</td> <td>○2</td> <td>○3</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td>7. 약 복용 시간과 용량을 지켜 약을 먹습니까?</td> <td>○0</td> <td>○1</td> <td>○2</td> <td>○3</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td>8. 최근 기억 약속, 어제의 일 또는 다른 사람에게 전달해야 할 전화 내용 등을 기억합니까?</td> <td>○0</td> <td>○1</td> <td>○2</td> <td>○3</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td>9. 취미 생활 종교, 독서, 바둑, 장기, 화투, 산책, 등산, 운동 등의 예전에 하던 취미를 그대로 잘 수행합니까?</td> <td>○0</td> <td>○1</td> <td>○2</td> <td>○3</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td>10. 텔레비전 시청 집중해서 텔레비전을 보며 그 내용을 이해합니까?</td> <td>○0</td> <td>○1</td> <td>○2</td> <td>○3</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td>11. 집안 수리 못박기나 전구 끼우기 같은 집안 잡일을 수행합니까?</td> <td>○0</td> <td>○1</td> <td>○2</td> <td>○3</td> <td>○</td> </tr> </tbody> </table>						문항	혼자 가능	약간 도움이 필요	많은 도움이 필요	불가능	해당 없음	1. 시장보기 상점에 가서 상점에 가서 계획한 물건들을 잊지 않으며 돈 계산에 실수 없이 구매합니까?	○0	○1	○2	○3	○	2. 교통 수단 이용 대중교통을 이용하거나 스스로 운전해서 길을 잃지 않고 목 적지에 갑니까?	○0	○1	○2	○3	○	3. 돈 관리 용돈을 관리하고, 은행에 가서 저축을 하는 등의 돈과 관련 된 일을 처리합니까?	○0	○1	○2	○3	○	4. 기구 사용과 집안일 하기 진공청소기, 다리미 등의 기구들을 잘 다루고 일상적인 집안 일에 청소, 화초 물주기 설거지 등을 예전처럼 말끔하게 합니까?	○0	○1	○2	○3	○	5. 음식 준비 적절한 식사를 계획하여 재료를 준비하고, 예전과 같이 맛있게 음 식을 만듭니까?	○0	○1	○2	○3	○	6. 전화 사용 필요한 전화번호를 수첩에서 찾거나 기억하여 전화를 겁니까?	○0	○1	○2	○3	○	7. 약 복용 시간과 용량을 지켜 약을 먹습니까?	○0	○1	○2	○3	○	8. 최근 기억 약속, 어제의 일 또는 다른 사람에게 전달해야 할 전화 내용 등을 기억합니까?	○0	○1	○2	○3	○	9. 취미 생활 종교, 독서, 바둑, 장기, 화투, 산책, 등산, 운동 등의 예전에 하던 취미를 그대로 잘 수행합니까?	○0	○1	○2	○3	○	10. 텔레비전 시청 집중해서 텔레비전을 보며 그 내용을 이해합니까?	○0	○1	○2	○3	○	11. 집안 수리 못박기나 전구 끼우기 같은 집안 잡일을 수행합니까?	○0	○1	○2	○3	○
문항	혼자 가능	약간 도움이 필요	많은 도움이 필요	불가능	해당 없음																																																																									
1. 시장보기 상점에 가서 상점에 가서 계획한 물건들을 잊지 않으며 돈 계산에 실수 없이 구매합니까?	○0	○1	○2	○3	○																																																																									
2. 교통 수단 이용 대중교통을 이용하거나 스스로 운전해서 길을 잃지 않고 목 적지에 갑니까?	○0	○1	○2	○3	○																																																																									
3. 돈 관리 용돈을 관리하고, 은행에 가서 저축을 하는 등의 돈과 관련 된 일을 처리합니까?	○0	○1	○2	○3	○																																																																									
4. 기구 사용과 집안일 하기 진공청소기, 다리미 등의 기구들을 잘 다루고 일상적인 집안 일에 청소, 화초 물주기 설거지 등을 예전처럼 말끔하게 합니까?	○0	○1	○2	○3	○																																																																									
5. 음식 준비 적절한 식사를 계획하여 재료를 준비하고, 예전과 같이 맛있게 음 식을 만듭니까?	○0	○1	○2	○3	○																																																																									
6. 전화 사용 필요한 전화번호를 수첩에서 찾거나 기억하여 전화를 겁니까?	○0	○1	○2	○3	○																																																																									
7. 약 복용 시간과 용량을 지켜 약을 먹습니까?	○0	○1	○2	○3	○																																																																									
8. 최근 기억 약속, 어제의 일 또는 다른 사람에게 전달해야 할 전화 내용 등을 기억합니까?	○0	○1	○2	○3	○																																																																									
9. 취미 생활 종교, 독서, 바둑, 장기, 화투, 산책, 등산, 운동 등의 예전에 하던 취미를 그대로 잘 수행합니까?	○0	○1	○2	○3	○																																																																									
10. 텔레비전 시청 집중해서 텔레비전을 보며 그 내용을 이해합니까?	○0	○1	○2	○3	○																																																																									
11. 집안 수리 못박기나 전구 끼우기 같은 집안 잡일을 수행합니까?	○0	○1	○2	○3	○																																																																									

	<table border="1"> <tr> <td>총점</td><td>...../33점</td><td>해당없음 개수</td><td>...../11개</td></tr> <tr> <td colspan="3">평점: 총점 /(11-해당없음 개수)</td><td>.....점</td></tr> </table> <p>※ 0에 가까울수록 독립적임 K-IADL < 0.4인 경우 도구적 일상생활능력에 장애 없음으로 판정</p>	총점/33점	해당없음 개수/11개	평점: 총점 /(11-해당없음 개수)		점				
총점/33점	해당없음 개수/11개										
평점: 총점 /(11-해당없음 개수)		점										
10 신경심리검사	<input type="checkbox"/> SNSB (.....) <input type="checkbox"/> CERAD(K) (.....) <input type="checkbox"/> LICA (.....) <input type="checkbox"/> 기타 (.....)												
11 합병증 관리(욕창) * 중증인 경우 필수	<p><input type="radio"/> 없음</p> <p><input type="radio"/> 있음 ☞</p> <table border="1"> <tr> <td>위치</td><td> <input type="radio"/> occiput <input type="radio"/> ear <input type="radio"/> scapula <input type="radio"/> sacrum <input type="radio"/> elbow <input type="radio"/> trochanter <input type="radio"/> iliac crest <input type="radio"/> patella <input type="radio"/> malleolus <input type="radio"/> heels <input type="radio"/> toes <input type="radio"/> 그 외 (.....) </td></tr> <tr> <td>크기</td><td>(.....)cm × (.....)cm (길이×너비)</td></tr> <tr> <td>단계</td><td> <input type="radio"/> 1단계: 피부손상 없는 비창백성 홍반 <input type="radio"/> 2단계: 피부 일부 손상 또는 물집 <input type="radio"/> 3단계: 지방조직이 보일 정도의 완전 피부소실 <input type="radio"/> 4단계: 근육/뼈가 보일 정도의 완전 피부소실 <input type="radio"/> 미분류단계: 깊이 측정 불가 </td></tr> </table>	위치	<input type="radio"/> occiput <input type="radio"/> ear <input type="radio"/> scapula <input type="radio"/> sacrum <input type="radio"/> elbow <input type="radio"/> trochanter <input type="radio"/> iliac crest <input type="radio"/> patella <input type="radio"/> malleolus <input type="radio"/> heels <input type="radio"/> toes <input type="radio"/> 그 외 (.....)	크기	(.....)cm × (.....)cm (길이×너비)	단계	<input type="radio"/> 1단계: 피부손상 없는 비창백성 홍반 <input type="radio"/> 2단계: 피부 일부 손상 또는 물집 <input type="radio"/> 3단계: 지방조직이 보일 정도의 완전 피부소실 <input type="radio"/> 4단계: 근육/뼈가 보일 정도의 완전 피부소실 <input type="radio"/> 미분류단계: 깊이 측정 불가						
위치	<input type="radio"/> occiput <input type="radio"/> ear <input type="radio"/> scapula <input type="radio"/> sacrum <input type="radio"/> elbow <input type="radio"/> trochanter <input type="radio"/> iliac crest <input type="radio"/> patella <input type="radio"/> malleolus <input type="radio"/> heels <input type="radio"/> toes <input type="radio"/> 그 외 (.....)												
크기	(.....)cm × (.....)cm (길이×너비)												
단계	<input type="radio"/> 1단계: 피부손상 없는 비창백성 홍반 <input type="radio"/> 2단계: 피부 일부 손상 또는 물집 <input type="radio"/> 3단계: 지방조직이 보일 정도의 완전 피부소실 <input type="radio"/> 4단계: 근육/뼈가 보일 정도의 완전 피부소실 <input type="radio"/> 미분류단계: 깊이 측정 불가												
12 합병증 관리(감염) * 중증인 경우 필수	<p><input type="radio"/> 없음</p> <p><input type="radio"/> 있음 ☞ <input type="checkbox"/> 요로감염 (지난 3개월간) <input type="checkbox"/> 폐렴 <input type="checkbox"/> 기타(.....)</p>												
13 낙상경험	<p><input type="radio"/> 없음</p> <p><input type="radio"/> 있음 ☞ (최근) 발생시기 (.....년) 지난 1년간 낙상 횟수 (.....회) 낙상 후 결과 <input type="radio"/> 염좌·좌상 <input type="radio"/> 골절</p>												
14 재활관리(보행기능) * 중증인 경우 필수	<p><input type="radio"/> 0 (보행불가) <input type="radio"/> 1 (Level1 의존적 보행) <input type="radio"/> 2 (Level2 의존적 보행) <input type="radio"/> 3 (감독하 독립적 보행) <input type="radio"/> 4 (평평한 면에서 독립적 보행) <input type="radio"/> 5 (독립적 보행가능)</p> <table border="1"> <tr> <td>0 (보행불가)</td><td>걷지 못함 또는 2명 이상 도움 필요</td></tr> <tr> <td>1 (Level1 의존적 보행)</td><td>Walker 보행(지지없이) 지지대나 무게이동과 균형에 도움을 줄 1명으로부터 계속적인지지 필요</td></tr> <tr> <td>2 (Level2 의존적 보행)</td><td>치료가 최대 보조하여 장비없이 보행, 균형과 조화에 도움 줄 1명으로부터 지속적, 간헐적지지 필요</td></tr> <tr> <td>3 (감독하 독립적 보행)</td><td>구두의 감독필요, 신체적 접촉 없이 1명이 도와주기위해 대기</td></tr> <tr> <td>4 (평평한 면에서 독립적 보행)</td><td>평평한 바닥 가능하나 계단, 경사대, 울퉁불퉁한 바닥면에서 도움 필요</td></tr> <tr> <td>5 (독립적 보행가능)</td><td>지켜보는 사람없이 가능</td></tr> </table>	0 (보행불가)	걷지 못함 또는 2명 이상 도움 필요	1 (Level1 의존적 보행)	Walker 보행(지지없이) 지지대나 무게이동과 균형에 도움을 줄 1명으로부터 계속적인지지 필요	2 (Level2 의존적 보행)	치료가 최대 보조하여 장비없이 보행, 균형과 조화에 도움 줄 1명으로부터 지속적, 간헐적지지 필요	3 (감독하 독립적 보행)	구두의 감독필요, 신체적 접촉 없이 1명이 도와주기위해 대기	4 (평평한 면에서 독립적 보행)	평평한 바닥 가능하나 계단, 경사대, 울퉁불퉁한 바닥면에서 도움 필요	5 (독립적 보행가능)	지켜보는 사람없이 가능
0 (보행불가)	걷지 못함 또는 2명 이상 도움 필요												
1 (Level1 의존적 보행)	Walker 보행(지지없이) 지지대나 무게이동과 균형에 도움을 줄 1명으로부터 계속적인지지 필요												
2 (Level2 의존적 보행)	치료가 최대 보조하여 장비없이 보행, 균형과 조화에 도움 줄 1명으로부터 지속적, 간헐적지지 필요												
3 (감독하 독립적 보행)	구두의 감독필요, 신체적 접촉 없이 1명이 도와주기위해 대기												
4 (평평한 면에서 독립적 보행)	평평한 바닥 가능하나 계단, 경사대, 울퉁불퉁한 바닥면에서 도움 필요												
5 (독립적 보행가능)	지켜보는 사람없이 가능												
15 영양상태 및 식사행위 * 중증인 경우 필수	<table border="1"> <tr> <td>6개월 이내 체중감소 여부</td><td> <input type="radio"/> 아니요 <input type="radio"/> 예 (최근 6개월 이내 3kg 이상 감소) <input type="radio"/> 알 수 없음 </td></tr> <tr> <td>식사행위</td><td> <input type="radio"/> 가능 ☞ <input type="radio"/> 혼자 가능 <input type="radio"/> 일부 도와주면 가능 </td></tr> </table>	6개월 이내 체중감소 여부	<input type="radio"/> 아니요 <input type="radio"/> 예 (최근 6개월 이내 3kg 이상 감소) <input type="radio"/> 알 수 없음	식사행위	<input type="radio"/> 가능 ☞ <input type="radio"/> 혼자 가능 <input type="radio"/> 일부 도와주면 가능								
6개월 이내 체중감소 여부	<input type="radio"/> 아니요 <input type="radio"/> 예 (최근 6개월 이내 3kg 이상 감소) <input type="radio"/> 알 수 없음												
식사행위	<input type="radio"/> 가능 ☞ <input type="radio"/> 혼자 가능 <input type="radio"/> 일부 도와주면 가능												

	<table border="1"> <tr> <td rowspan="3">연하곤란 및 영양방법</td><td>○혼자 불가능</td></tr> <tr> <td>○없음</td></tr> <tr> <td>○있음 <input checked="" type="checkbox"/> ○연하곤란식 ○유동식 ○비위관 ○ 위루관</td></tr> </table>	연하곤란 및 영양방법	○혼자 불가능	○없음	○있음 <input checked="" type="checkbox"/> ○연하곤란식 ○유동식 ○비위관 ○ 위루관																								
연하곤란 및 영양방법	○혼자 불가능																												
	○없음																												
	○있음 <input checked="" type="checkbox"/> ○연하곤란식 ○유동식 ○비위관 ○ 위루관																												
C. 일반건강관리																													
1 관리질환*	○없음 ○있음 <input checked="" type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 당뇨병 <input type="checkbox"/> 기타(내용 <input type="text"/>))																												
2 질환력(가족력)*	○없음 ○있음 <input checked="" type="checkbox"/> 부모, 형제, 자매 중에 질환을 앓았거나 해당 질환으로 사망한 경우가 있으십니까? <div style="border: 1px dotted black; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/>치매(알츠하이머, 혈관성 치매 등) <input type="checkbox"/>당뇨병 <input type="checkbox"/>뇌혈관질환 : 뇌졸중, 일과성 허혈 발작 (남자 55세 미만, 여자 65세 미만인 경우) <input type="checkbox"/>심장질환 : 심근경색, 협심증, 심부전 (남자 55세 미만, 여자 65세 미만인 경우) </div>																												
3 약물복용 여부*	○모름 ○복용약 없음 ○복용약 있음 (약: <input type="text"/>) <input checked="" type="checkbox"/> 부작용 여부 ○없음 ○있음																												
4 과거병력*	○없음 ○있음 <input checked="" type="checkbox"/> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/>뇌졸중</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/>협심증·심근경색</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/>심부전</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/>만성콩팥병</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/>심혈관질환</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/>말초혈관질환</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/>뇌혈관질환</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/>약성신생물(암)</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/>갑상선장애</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/>간의질환</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/>골다공증</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/>이상지질혈증</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/>천식/COPD</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/>기타(<input type="text"/>)</div> </div>																												
5 흡연*	○비흡연 ○현재 흡연(일반담배) (<input type="text"/>)개비/일 ○전자담배 ○과거흡연 (<input type="text"/>)년전																												
6 운동	<table border="1"> <tr> <td>운동력</td><td>현재 꾸준히 하고 있는 운동이나 활동 여부</td><td>○없음</td><td>○있음</td></tr> <tr> <td rowspan="3">운동량</td><td>가벼운 운동(천천히 걷기, 산보)</td><td><input type="checkbox"/> (<input type="text"/>)일/1주일</td><td><input type="checkbox"/> (<input type="text"/>)시간/하루</td></tr> <tr> <td>중간 운동(빨리 걷기, 맨손체조, 농사일, 집안일 등)</td><td><input type="checkbox"/> (<input type="text"/>)일/1주일</td><td><input type="checkbox"/> (<input type="text"/>)시간/하루</td></tr> <tr> <td>심한 운동(달리기, 등산, 에어로빅, 자전거타기 등)</td><td><input type="checkbox"/> (<input type="text"/>)일/1주일</td><td><input type="checkbox"/> (<input type="text"/>)시간/하루</td></tr> </table>	운동력	현재 꾸준히 하고 있는 운동이나 활동 여부	○없음	○있음	운동량	가벼운 운동(천천히 걷기, 산보)	<input type="checkbox"/> (<input type="text"/>)일/1주일	<input type="checkbox"/> (<input type="text"/>)시간/하루	중간 운동(빨리 걷기, 맨손체조, 농사일, 집안일 등)	<input type="checkbox"/> (<input type="text"/>)일/1주일	<input type="checkbox"/> (<input type="text"/>)시간/하루	심한 운동(달리기, 등산, 에어로빅, 자전거타기 등)	<input type="checkbox"/> (<input type="text"/>)일/1주일	<input type="checkbox"/> (<input type="text"/>)시간/하루														
운동력	현재 꾸준히 하고 있는 운동이나 활동 여부	○없음	○있음																										
운동량	가벼운 운동(천천히 걷기, 산보)	<input type="checkbox"/> (<input type="text"/>)일/1주일	<input type="checkbox"/> (<input type="text"/>)시간/하루																										
	중간 운동(빨리 걷기, 맨손체조, 농사일, 집안일 등)	<input type="checkbox"/> (<input type="text"/>)일/1주일	<input type="checkbox"/> (<input type="text"/>)시간/하루																										
	심한 운동(달리기, 등산, 에어로빅, 자전거타기 등)	<input type="checkbox"/> (<input type="text"/>)일/1주일	<input type="checkbox"/> (<input type="text"/>)시간/하루																										
7 음주*	○음주 (<input type="text"/>)회/주, 주당 (<input type="text"/>)잔 ○비음주																												
8 영양*	○식생활 습관 양호 ○식생활 습관 불량																												
9 건강검진	○10년 이상 또는 실시한적 없음 ○1년 미만 ○1년 이상~2년 미만 ○2년 이상~10년 미만																												
10 신체측정*	키 (<input type="text"/>)cm 몸무게 (<input type="text"/>)kg BMI (<input type="text"/>)kg/m ² 허리 둘레 (<input type="text"/>)cm																												
11 혈압측정*	수축기 / 이완기 (<input type="text"/> / <input type="text"/>)mmHg																												
12 초기검사(6개월내) ※ 관리질환별 필수입력 사항 고혈압 총콜레스테롤, 중성 지방, HDL 당뇨병 총콜레스테롤, 중성 지방, HDL, 당화혈 색소	시행일자: (0000-00-00 ㉞) <table border="1"> <thead> <tr> <th>항목</th><th>검사결과</th><th>항목</th><th>검사결과</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>혈색소</td><td>g/dL</td><td>간기능검사(SGOT/SGPT/r-GTP)</td><td>/ / IU/L</td></tr> <tr> <td>공복 혈당</td><td>mg/dL</td><td>총콜레스테롤 *</td><td>mg/dL</td></tr> <tr> <td>식후 2시간 혈당</td><td>mg/dL</td><td>중성지방 *</td><td>mg/dL</td></tr> <tr> <td>당화혈색소 *</td><td>%</td><td>고밀도지단백 콜레스테롤(HDL) *</td><td>mg/dL</td></tr> <tr> <td>혈청크레아티닌</td><td>mg/dL</td><td>저밀도지단백 콜레스테롤(LDL)</td><td>mg/dL</td></tr> <tr> <td>혈청 요산</td><td>mg/dL</td><td>소변 단백뇨</td><td>○음성 ○양성</td></tr> </tbody> </table>	항목	검사결과	항목	검사결과	혈색소	g/dL	간기능검사(SGOT/SGPT/r-GTP)	/ / IU/L	공복 혈당	mg/dL	총콜레스테롤 *	mg/dL	식후 2시간 혈당	mg/dL	중성지방 *	mg/dL	당화혈색소 *	%	고밀도지단백 콜레스테롤(HDL) *	mg/dL	혈청크레아티닌	mg/dL	저밀도지단백 콜레스테롤(LDL)	mg/dL	혈청 요산	mg/dL	소변 단백뇨	○음성 ○양성
항목	검사결과	항목	검사결과																										
혈색소	g/dL	간기능검사(SGOT/SGPT/r-GTP)	/ / IU/L																										
공복 혈당	mg/dL	총콜레스테롤 *	mg/dL																										
식후 2시간 혈당	mg/dL	중성지방 *	mg/dL																										
당화혈색소 *	%	고밀도지단백 콜레스테롤(HDL) *	mg/dL																										
혈청크레아티닌	mg/dL	저밀도지단백 콜레스테롤(LDL)	mg/dL																										
혈청 요산	mg/dL	소변 단백뇨	○음성 ○양성																										

13 예방접종력	<input type="checkbox"/> 폐렴구균 (○접종 ○미접종 ○모름) <input type="checkbox"/> A형 간염 (○접종 ○미접종 ○모름) <input type="checkbox"/> 파상풍 (○접종 ○미접종 ○모름) <input type="checkbox"/> B형 간염 (○접종 ○미접종 ○모름) <input type="checkbox"/> 대상포진 (○접종 ○미접종 ○모름) <input type="checkbox"/> 독감 (○접종 : 접종시기 년 ○미접종 ○모름) <input type="checkbox"/> 기타 ()
F. 중간점검	
1 중간점검 결과* ※ 중간점검시 필수	

□ 종합계획수립

○ 치매전문관리

D. 치매전문관리			
1 실시일자*	_____년 _____월 _____일		
구분	관리계획목록	세부관리 계획	
2 치매질환 관리*	<input type="checkbox"/> 치매질환 관리교육 <input type="checkbox"/> 약물처방 <input type="checkbox"/> 기타		
3 행동심리증상(BPSD) 관리 ※ 포괄평가 5-1번 문항이 "있음"인 경우 필수 작성	<input type="checkbox"/> 증상 관리교육 <input type="checkbox"/> 약물처방 <input type="checkbox"/> 기타		
4 비약물 프로그램	<input type="checkbox"/> 인지증재 치료 <input type="checkbox"/> 기타		
5 정서 관리	<input type="checkbox"/> 검사(노인우울증선별검사(GDS) 등) <input type="checkbox"/> 약물처방 <input type="checkbox"/> 전문의 의뢰 <input type="checkbox"/> 정신치료(요법) ※ 정신건강의학과 전문의 <input type="checkbox"/> 기타		
6 보호자 교육*	<input type="checkbox"/> 정서 관련 지지 <input type="checkbox"/> 치매질환 교육 <input type="checkbox"/> 전문의 의뢰 <input type="checkbox"/> 기타		
7 욕창 관리 ※ 포괄평가 9번 문항이 "있음"인 경우 필수 작성	<input type="checkbox"/> 욕창 예방과 관리 교육 <input type="checkbox"/> 드레싱 등 처방 <input type="checkbox"/> 전문의 의뢰 <input type="checkbox"/> 기타		
8 감염 관리 ※ 포괄평가 10번 문항이 "있음"인 경우 필수 작성	<input type="checkbox"/> 약물처방 <input type="checkbox"/> 검사 <input type="checkbox"/> 기타		
9 낙상 관리	<input type="checkbox"/> 낙상 예방 교육 <input type="checkbox"/> 기타		
10 재활관리(보조기) ※ 포괄평가 12번 문항이 "0~2"인 경우 필수 작성	<input type="checkbox"/> 보조기 사용 교육(Walker, W/C) <input type="checkbox"/> 검사 <input type="checkbox"/> 기타		
11 영양상태 및 식사관리 ※ 중증인 경우 필수	<input type="checkbox"/> 식습관 교육 (영양관리 방법 등) <input type="checkbox"/> 연하곤란 증상 교육 <input type="checkbox"/> 기타		
12 지역사회 연계*	11.1 치매안심센터 연계 희망 여부 *	○미희망 ○희망	

		이용희망안심센터 (▼) ※ 비약물 프로그램, 맞춤형 사례관리, 기타 복지서비스 등	
	11.2 기타 연계	<input type="checkbox"/> 보건소 <input type="checkbox"/> 행정복지센터 <input type="checkbox"/> 복지기관 <input type="checkbox"/> 기타(.....)	
12 비대면 환자 관리	○ 해당사항 없음 ○ 환자관리 (회/년)		
14 방문진료	○ 해당사항 없음 ○ 방문진료 (회/년)		
15 기타			

○ 통합관리

D. 치매전문관리		
1 실시일자*	_____년 _____월 _____일	
구분	관리계획목록	세부관리 계획
2 치매질환 관리*	<input type="checkbox"/> 치매질환 관리교육 <input type="checkbox"/> 약물처방 <input type="checkbox"/> 기타	
3 행동심리증상(BPSD) 관리 ※ 포괄평가 5-1번 문항이 "있음"인 경우 필수 작성	<input type="checkbox"/> 증상 관리교육 <input type="checkbox"/> 약물처방 <input type="checkbox"/> 기타	
4 비약물 프로그램	<input type="checkbox"/> 인지중재 치료 <input type="checkbox"/> 기타	
5 정서 관리	<input type="checkbox"/> 검사(노인우울증선별검사(GDS) 등) <input type="checkbox"/> 약물처방 <input type="checkbox"/> 전문의 의뢰 <input type="checkbox"/> 정신치료(요법) ※ 정신건강의학과 전문의 <input type="checkbox"/> 기타	
6 보호자 교육*	<input type="checkbox"/> 정서 관련 지지 <input type="checkbox"/> 치매질환 교육 <input type="checkbox"/> 전문의 의뢰 <input type="checkbox"/> 기타	
7 욕창 관리 ※ 포괄평가 9번 문항이 "있음"인 경우 필수 작성	<input type="checkbox"/> 욕창 예방과 관리 교육 <input type="checkbox"/> 드레싱 등 처방 <input type="checkbox"/> 전문의 의뢰 <input type="checkbox"/> 기타	
8 감염 관리 ※ 포괄평가 10번 문항이 "있음"인 경우 필수 작성	<input type="checkbox"/> 약물처방 <input type="checkbox"/> 검사 <input type="checkbox"/> 기타	
9 낙상 관리	<input type="checkbox"/> 낙상 예방 교육 <input type="checkbox"/> 기타	
10 재활관리(보조기) ※ 포괄평가 12번 문항이 "0~2"인 경우 필수 작성	<input type="checkbox"/> 보조기 사용 교육(Walker, W/C) <input type="checkbox"/> 검사 <input type="checkbox"/> 기타	
11 영양상태 및 식사관리 ※ 중증인 경우 필수	<input type="checkbox"/> 식습관 교육 (영양관리 방법 등) <input type="checkbox"/> 연하곤란 증상 교육 <input type="checkbox"/> 기타	
12 지역사회 연계*	11.1 치매안심센터 연계 희망 여부 *	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ○미희망 ○희망 이용희망안심센터 (▼) </div>

		※ 비약물 프로그램, 맞춤형 사례관리, 기타 복지서비스 등	
	11.2 기타 연계	<input type="checkbox"/> 보건소 <input type="checkbox"/> 행정복지센터 <input type="checkbox"/> 복지기관 <input type="checkbox"/> 기타(.....)	
13 비대면 환자관리	<input type="radio"/> 해당사항 없음 <input type="radio"/> 환자관리 (회/년)		
14 방문진료	<input type="radio"/> 해당사항 없음 <input type="radio"/> 방문진료 (회/년)		
15 기타			

E. 일반건강관리

구분	관리계획목록	세부관리 계획
1 만성질환 관리*	<input type="checkbox"/> 만성질환 관리교육 (<input type="checkbox"/> 고혈압 관리 <input type="checkbox"/> 당뇨병 관리 <input type="checkbox"/> 이상지질혈증 관리) <input type="checkbox"/> 추적검사(F/U) <input type="checkbox"/> 약물처방 <input type="checkbox"/> 상급병원 등 타 의료기관 의뢰 <input type="checkbox"/> 기타	
2 생활습관 관리*	<input type="checkbox"/> 개선교육 (<input type="checkbox"/> 흡연문제관리 <input type="checkbox"/> 음주문제관리 <input type="checkbox"/> 영양관리 <input type="checkbox"/> 비만관리) <input type="checkbox"/> 운동권고 <input type="checkbox"/> 체중조절 권고 <input type="checkbox"/> 기타	
3 건강 증진*	<input type="checkbox"/> 연령별 정기검진 수행 권고 <input type="checkbox"/> 예방접종 권고 <input type="checkbox"/> 기타	

G. 환자관리

□ 교육·상담

H. 교육·상담			
1 실시일자*	____년 ____월 ____일	2 교육시간(분)*	() 분
3 보호자 동반 여부*	<input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> 예 (보호자 구분:)		
4 교육내용*	4.1 대분류	4.2 소분류*	
	<input type="checkbox"/> 일반 치매관리	<input type="checkbox"/> 치매의 정의 및 진단과정 <input type="checkbox"/> 치매를 일으키는 질환의 종류와 단계별 증상 <input type="checkbox"/> 치매 약물치료의 이해 <input type="checkbox"/> 치매 비약물치료의 이해 <input type="checkbox"/> 치매관련 서비스 안내 <input type="checkbox"/> 치매환자를 위한 의사소통기술의 이해 <input type="checkbox"/> 기타 ()	
	<input type="checkbox"/> 중증 치매관리	<input type="checkbox"/> 치매 정신행동증상 이해와 대처방법 <input type="checkbox"/> 치매환자의 동반질환에 대한 돌봄(욕창, 호흡기 장애, 응급상황 등) <input type="checkbox"/> 중증·생애말기 치매환자의 돌봄 <input type="checkbox"/> 치매환자 영양관리 <input type="checkbox"/> 치매환자 복지용구의 이해와 활용 <input type="checkbox"/> 치매환자 낙상관리(=안전관리) <input type="checkbox"/> 기타 ()	
	<input type="checkbox"/> 만성질환 교육	<input type="checkbox"/> 고혈압 예방과 관리 <input type="checkbox"/> 당뇨병 예방과 관리 <input type="checkbox"/> 이상지질혈증 관리 <input type="checkbox"/> 기타()	
	<input type="checkbox"/> 건강 교육	<input type="checkbox"/> 비만관리 <input type="checkbox"/> 흡연문제 <input type="checkbox"/> 음주문제 <input type="checkbox"/> 기타()	
5 교육 이해정도*	<input type="radio"/> 높음 <input type="radio"/> 보통 <input type="radio"/> 낮음		

□ 방문진료

I. 방문진료	
1 환자관리 실시일자*	_____년 _____월 _____일
2 거동불편 유형*	<input type="checkbox"/> 마비(하지.사지.편마비 등) <input type="checkbox"/> 신경계퇴행성 질환 <input type="checkbox"/> 수술 직후(한 달 이내) <input type="checkbox"/> 욕창 및 궤양 <input type="checkbox"/> 말기질환(암, 사망선고 등) <input type="checkbox"/> 정신과적 질환 <input type="checkbox"/> 의료기기 등 부착(인공호흡기 등) <input type="checkbox"/> 인지장애 <input type="checkbox"/> 기타()
3 방문진료 시간*	방문진료 시간: (오전 ▼) () 시 () 분부터 () 분 간
4 방문진료 유형*	<input type="radio"/> 방문진료 I <input type="radio"/> 방문진료 II
5 방문진료 동반인력*	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 가정전문간호사 <input type="checkbox"/> 간호사(가정전문간호사 외) <input type="checkbox"/> 치매안심센터 인력 <input type="checkbox"/> 기타()
6 이동 소요시간*	<input type="radio"/> 10분 미만 <input type="radio"/> 10~20분 미만 <input type="radio"/> 20~30분 미만 <input type="radio"/> 30분 이상
7 방문진료사유*	<input type="checkbox"/> 신경정신과적 변동(뇌혈관질환, 심리상태 불안정 등) <input type="checkbox"/> BPSD <input type="checkbox"/> 그 외() <input type="checkbox"/> 수술 관련 처치 필요 <input type="checkbox"/> 욕창 관리 <input type="checkbox"/> 급성기질환(고열, 탈수 등) <input type="checkbox"/> 수액 주입 <input type="checkbox"/> 의료기기 등 교체·관리(종류:) <input type="checkbox"/> 영양 관리 <input type="checkbox"/> 기타()
8 진료 및 조치내용 *	<input type="checkbox"/> 진찰 및 상담 <input type="checkbox"/> 치매 질환 <input type="checkbox"/> 그 외 질환 <input type="checkbox"/> 침습적 처치 <input type="checkbox"/> 치매 관련 약제 투여(주사제:) <input type="checkbox"/> 기타 처치 <input type="checkbox"/> 검사 시행 <input type="checkbox"/> 치매 관련 검사(인지검사 등)(검사 종류:) <input type="checkbox"/> 그 외 검사 <input type="checkbox"/> 처방전 발행 <input type="checkbox"/> 치매 약제(Donepezil, Memantine, Rivastigmine, Galantamine 등) <input type="checkbox"/> 정신질환 조절 약제(항정신병약제, 항경련제, 항우울제, 항불안제 등) <input type="checkbox"/> 그 외 약제 <input type="checkbox"/> 응급실 등 <input type="checkbox"/> 응급실 내원(사유:) <input type="checkbox"/> 내원 권고 <input type="checkbox"/> 입원 치료 (사유:) <input type="checkbox"/> 기타 ()
9 향후 계획*	<input type="radio"/> 조치 완료 <input type="radio"/> 재방문 필요 <input type="radio"/> 기타 ()
10 치매안심센터 연계 희망 여부*	<input type="radio"/> 없음 <input type="radio"/> 있음 <input type="checkbox"/> 과거 이용 여부 <input type="radio"/> 없음 <input type="radio"/> 있음

[별지 제11호 서식] 치매안심센터 등록·서비스 의뢰서

등록·서비스 의뢰서

의료 기관		담당자	
의뢰 대상 치매안심센터	0000 치매안심센터		

◎ 환자 정보

성명				성별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여
나이	만 세			동거형태	독거, 동거, 노인부부
주소					
연락처	본인	휴대전화		자택	
	보호자	휴대전화		자택	
치매안심센터 등록 여부	<input type="checkbox"/> 등록 <input type="checkbox"/> 미등록 <input type="checkbox"/> 알 수 없음				

환자 진료계획	'진료 계획수립서'에 작성한 내용 간략히 공유 (예시) 분기별 1회 진료 예정, 약물치료, 치매질환 보호자 교육·상담 등 수행
등록/ 의뢰사유	(예시) 환자는 치매안심센터 미등록자로 등록하여 인지자극프로그램(비약물 프로그램) 등 지역사회 연계 서비스 제공이 필요해보임

저희 의료기관 대상자의 효과적인 문제해결을 위하여 위와 같이 귀 기관의 전문적 서비스 제공을 의뢰하오니 협조하여 주시기 바랍니다.

20 년 월 일

의뢰 의료기관명 : _____

담당자명 : _____

연 락 처 : _____

[별지 제12호 서식] 치매안심센터 등록·서비스 의뢰 회신서

등록·서비스 의뢰 회신서

◎ 대상자 정보

발신처		담당자			
		연락처		팩스	
수신처 (의뢰 의료기관)		담당자			
		연락처		팩스	

대상자	성명		성별		연령	만	세
	주소		연락처				
조치 및 결과	(예시) 치매환자에게 치매안심센터 등록·상담을 실시하였고, 치매환자쉼터 안내 및 필요한 조호물품(○○ 등) 제공 안내 완료						
향후 계획	(예시) 자조모임, 힐링프로그램 등 치매가족 및 보호자 대상 서비스와 만성질환관리를 위한 보건소 서비스 연계 예정						
기타							

별첨1

시범사업 관련 질의응답

[시범사업 교육 관련]

Q1 신경과, 정신건강의학과 전문의도 치매전문교육을 이수해야하나요?

- 신경과, 정신건강의학과 전문의는 치매전문교육(치매진료의사 전문화 교육)을 이수하지 않아도 됩니다.
- 다만, 치매관리주치의 시범사업 교육(설명회)는 신경과, 정신건강의학과 전문의를 포함하여 모든 사업 참여 주치의가 공통으로 이수하여야 합니다.

Q2 과거 치매전문교육을 들은 것 같은데 어디서 확인할 수 있나요?

- 교육을 진행한 학회 또는 협회를 통해 확인 가능합니다.

<참고> 연도별 치매전문교육 현황

연도	수행기관	교육대상
2009	대한치매학회	신경과, 정신과, 가정의학과, 예방의학과 등 의사
2010	대한노인정신의학회 및 대한치매학회 (공동 주최)	
2011	대한치매학회	치매 진료 의사 (내과, 가정의학과 등 지역에서 치매진료를 실제 담당하는 의사)
2012	대한노인정신의학회	
2013	대한치매학회	
2014	대한노인정신의학회	
2015	대한치매학회	
2016		
2017		
2018	대한노인정신의학회	치매안심센터 협력의사 및 협약병원 의사
2019	대한치매학회	
2020	대한노인정신의학회	
2021	대한치매학회	
2022	대한노인정신의학회	

※ 이수증 재발급 관련 문의는 해당 연도의 수행기관에 연락 필요

Q3 치매등급 의사소견서 작성 교육은 치매전문교육으로 대체인정 가능한가요?

- '치매등급 의사소견서 작성교육'과 '치매전문교육(치매진료의사 전문화 교육)'은 다른 교육과정이므로, 치매등급 의사소견서 작성교육은 인정되지 않습니다.

Q4 저희 의료기관이 '치매관리주치의 시범사업' 참여기관으로 선정되었는데, 기관 내 모든 의사가 참여 가능한 것인가요?

- 치매관리주치의 시범사업은 기관 단위로 승인하는 것이 아닌, 의사 단위(주치의)로 승인되므로 개별 의사가 신청·접수하여야 합니다. 기관 내 참여를 신청하지 않은 의사 중 참여를 원하는 의사는 추후 추가모집 진행 시 별도로 접수하여야 합니다.

Q5 시범사업 교육(설명회)는 이수하고, 개인 일정으로 치매전문교육(치매진료의사 전문화 교육)만 듣지 못하였는데 시범사업 신청이 취소되는 것일까요?

- 신청이 취소되지 않습니다. 추후에 진행되는 치매전문교육을 이수하고 치매관리주치의 시범사업 자격요건이 충족되면 중앙치매센터에서 확정·통보를 받은 시점부터 시범사업 참여가 가능합니다.(예시: 시범사업 교육(설명회)를 이수한 상반기 치매전문교육 미이수자는 하반기 치매전문교육 이수가 확인된 시점부터 시범사업 참여 가능)

[시범사업 기관 및 주치의 등록 관련]

Q6 치매관리주치의 등록은 어떻게 해야 하나요?

- 중앙치매센터에서 '치매관리주치의 시범사업 교육(설명회)'와 '치매전문교육(신경과, 정신건강의학과 전문의 제외)' 이수 여부를 확인 후 치매관리주치의에게 최종 확정·통보합니다.
- 최종 확정된 기관 및 치매관리주치의는 심사평가원 자원신고포털에 자동 등록되므로 별도의 등록 절차는 거치지 않아도 됩니다.

Q7 치매관리주치의가 퇴사하거나 개인 사정으로 참여를 중단하고자 할 경우 어떻게 해야 하나요?

- 주치의가 소속된 의료기관에서 '치매관리주치의 변경/해지 요청서(별지 제5호 서식)'을 작성하여 중앙치매센터로 이메일(nid_cm@nmc.or.kr) 또는 팩스(FAX 02-6260-3108) 제출하면 됩니다.
- 다만, 해당 의료기관에서 시범사업 서비스를 이용 중인 환자가 존재하는 경우에는 대상 환자에게 중단 안내가 필요합니다.

Q8 치매관리주치의의 소속 의료기관이 변경된 경우 어떻게 해야 하나요?

- 치매관리주치의가 소속 기관을 변경할 시, 시범사업 지역 내의 '의원'이거나, '병원급 의료기관'인 경우에만 인정됩니다.
 - 병원급 이상의 의료기관일 경우, 변경된 기관이 치매안심센터 협약병원 또는 광역 치매센터 위탁 운영병원인 경우
- 다만, 변경사항 발생 시 2주 이내로 신고하여야 하며, 접수 후 처리기간이 2주 정도 소요됩니다.
 - 변경된 의료기관에서 '치매관리주치의 변경/해지 요청서(별지 제5호 서식)'을 작성하여 중앙치매센터로 이메일(nid_cm@nmc.or.kr) 또는 팩스(FAX 02-6260-3108)로 제출해야 합니다.

Q9 방문진료 제공 신청을 하지 않은 경우에도 방문진료를 실시할 수 있나요?

- 방문진료 제공 신청을 한 이후에 방문서비스를 제공할 수 있습니다.
- 방문진료 신청은 사업 참여신청시 선택할 수 있으며, 사업 참여 중간에 방문진료를 신청 또는 중단하고자 하는 경우 '치매관리주치의 변경/해지 요청서(별지 제5호 서식)'을 작성하여 중앙치매센터로 이메일(nid_cm@nmc.or.kr) 또는 팩스(FAX 02-6260-3108) 제출하면 됩니다.

[시범사업 대상자(치매환자)]

Q10 모든 치매 환자가 치매관리주치의 시범사업에 참여할 수 있나요?

- 치매 진단을 받은 환자는 누구나 참여할 수 있으며, 치매 주상병으로 외래 진료시 서비스를 제공받을 수 있습니다.
 - * 치매 상병(F00, F01, F02, F03, G30, G31.00, G31.01, G31.02, G31.03, G31.04, G31.82)
- 치매환자가 시범사업 선정 지역 내 거주자가 아니어도 참여 가능합니다.

Q11 시범사업 이용 신청은 어떻게 해야 하나요?

- 치매관리주치의 시범사업 참여기관을 방문하여, 서비스 내용 및 본인부담금 등 시범사업에 대한 충분한 설명을 듣고 '치매관리주치의 시범사업 참여 신청서(별지 제6호 서식)' 및 '개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서(별지 제7호 서식)'을 작성하면 됩니다.
- 다만, 거동불편 등 부득이한 사유로 내원하여 치매관리주치의 이용 신청을 할 수 없는 경우 의사 판단 하에 방문서비스를 통하여 등록이 가능합니다.

Q12 시설에 거주하는 치매환자도 참여할 수 있나요?

- 시설에 거주하는 치매환자도 참여가 가능합니다. 다만, 방문진료는 재가(가정) 대상 서비스이므로 시설 입소자에게는 방문진료가 불가합니다.

Q13 치매관리주치의 시범사업을 이용하고 싶은데, 우리 동네에서 실시 중인 기관은 어디서 확인하나요?

- 심사평가원 '홈페이지(<http://www.hira.or.kr>)/의료정보/특수운영기관 정보' 또는 중앙치매센터 '홈페이지(<http://www.nid.or.kr>)/정보/치매시설정보'에서 검색 가능합니다.
 - ※ '건강e음' 앱(HIRA 건강지도/특수운영기관 정보)으로도 검색이 가능합니다.

Q14 치매관리주치의 서비스는 언제부터 이용할 수 있나요?

- '치매관리주치의 시범사업 참여 신청서(별지 제6호 서식)'를 작성하고 의료기관에서 심사평가원 치매관리주치의 정보시스템에 대상자(환자)를 등록한 이후부터 이용할 수 있습니다.

Q15 치매관리주치의 또는 의료기관을 변경할 수 있나요?

- 대상자(환자)의 거주지 변경, 의료기관의 이용(시설, 인력, 장비 등) 불편 또는 치매관리주치의 퇴사나 이직 등의 사유가 발생한 경우 치매관리주치의의 변경할 수 있습니다.

Q16 치매관리주치의의 변경하려는 경우 어떤 절차가 필요한가요?

- 대상자(환자)는 '치매관리주치의 이용 변경/해지 신청서(별지 제8호 서식)'에 변경하고자 하는 사항(서비스 유형 등)을 작성한 후 의료기관에 제출하면 됩니다. 의료기관에서는 해당 서류를 보관하고 정보시스템에 해당 내용을 변경하면 됩니다.
 - 치매 환자가 의료기관이나 주치의의 변경하는 경우, 변경된 의료기관(주치의)에서는 변경 전 의료기관(주치의)에 변경 사실을 알려주시기 바랍니다.
- 변경 전 치매관리주치의가 제공하는 서비스는 자동 종료되며, 변경된 치매관리주치의로 서비스를 제공받게 됩니다.

Q17 치매관리주치의 이용 신청 후에 서비스 유형을 바꿀 수 있나요?

- 심사평가원 치매관리주치의 정보시스템 등록 후 서비스 제공 중이라도 서비스 유형 변경이 가능합니다. 다만, 통합관리는 「일차의료 만성질환관리 사업」 참여 기관만 시행할 수 있으며, 「일차의료 만성질환관리 사업」 참여 환자의 동시 참여는 불가합니다.
- 서비스 유형을 바꾸기 위해서는 '치매관리주치의 이용 변경/해지 신청서(별지 제8호 서식)'을 작성하고, 치매관리주치의가 정보시스템에서 서비스 유형을 변경하면 됩니다.

Q18 저희 의료기관이 위치한 지역의 치매안심센터에만 환자를 연계해야 하나요?

- 치매안심센터 연계는 치매관리주치의 시범사업 선정 지역에 국한하지 않고, 환자가 원하는 지역의 치매안심센터로 연계 가능합니다.

[시범사업 서비스 관련]

Q19 서비스 시작일은 언제부터인가요?

- 서비스 시작일이란 심사평가원 치매관리주치의 정보시스템에 대상자(환자)를 등록한 날부터 가능합니다.
- 다만, 서비스 제공 프로세스가 있어 포괄평가 및 계획수립을 가장 먼저 시행하여야 하고, 포괄평가 및 계획수립일로부터 12개월 동안 연간 산정 횟수 내에서 점검 및 평가, 환자관리, 교육·상담, 방문진료 수가를 산정할 수 있습니다.

Q20 포괄평가 및 계획수립 후 12개월(1주기) 경과된 환자가 서비스를 계속 이용하려면 어떻게 해야 하나요?

- 심사평가원 치매관리주치의 정보시스템에서 시범사업 이용기간 연장이 가능합니다.
- 연장하여 서비스를 이용하는 경우 '포괄평가 및 계획'을 재수립하여야 합니다.

[수가 산정방법]

◆ 치매관리료

Q21 치매관리료는 언제부터 산정할 수 있나요?

- 사업참여 동의 후 심사평가원 치매관리주치의 정보시스템에 등록한 날부터 산정할 수 있으며, 산정지침에서 정하고 있는 연간 산정횟수 이내로 산정합니다.

Q22 서비스 유형을 변경한 경우, 치매관리료 산정방법은?

- “치매전문관리 → 통합관리”로 변경한 경우, 일반건강관리 서비스에 대해 포괄평가 및 계획수립을 추가실시 후, “포괄평가 및 계획수립료 나.통합관리_의원”의 주항의 점수(IB644)를 별도 산정할 수 있습니다.
- 교육·상담료, 환자관리료, 방문진료료는 변경 전 서비스 제공내역과 연계하여 연간 잔여횟수 내에서 산정할 수 있습니다.

Q23 동일날 치매관리주치의 시범사업 외 유사 시범사업 수가를 산정할 수 있나요?

- 치매관리주치의 참여 환자는 「일차의료 만성질환관리 사업」, 「고혈압·당뇨병 등록관리사업」과 「장애인 건강주치의 시범사업」의 일반건강관리 서비스에 동시 참여할 수 없습니다.
※ 「장애인 건강주치의 시범사업」의 주장애관리, 통합관리는 참여 가능
- 유사 시범사업 수가인 「일차의료 방문진료 수가 시범사업(의과/한의)」, 「장애인 건강주치의 시범사업」의 ‘방문진료료’, 「1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업」의 ‘교육 상담료’, ‘환자관리료’는 동시 산정이 불가합니다.

Q24 치매관리료를 산정하는 환자에게 가-14 만성질환관리료(AH200)를 별도로 산정할 수 있나요?

- 치매관리료 산정 환자는 치매상병*으로 ‘가-14 만성질환관리료’를 산정할 수 없습니다.
* 치매 상병(F00, F01, F02, F03, G30, G31.00, G31.01, G31.02, G31.03, G31.04, G31.82)
- 또한, 통합관리 참여환자는 고·당 상병으로 ‘가-14 만성질환관리료’를 산정할 수 없습니다.
- 다만, ‘가-14 만성질환관리료’ 주.항의 상병 중 위의 해당되는 상병을 제외한 만성질환관리를 실시하는 경우에는 ‘가-14 만성질환관리료’를 산정할 수 있습니다.

◆ 포괄평가 및 계획수립료

Q25 포괄평가 및 계획수립을 위해 실시한 검사비용은 별도 산정할 수 있나요?

- 포괄평가 및 계획수립을 위해 실시한 검사비용은 건강보험요양급여비용 기준에 따라 별도 산정할 수 있습니다.

Q26 포괄평가 및 계획수립을 위해 내원한 경우 진찰료는 별도 산정할 수 있나요?

- 포괄평가 및 계획수립을 위해 내원한 치매 환자에게 별도의 진찰이 이루어진 경우에는 진찰료를 별도 산정할 수 있습니다.

Q27 포괄평가 및 계획수립을 위해 검사를 반드시 다시 실시해야 하나요?

- 치매 수준 진단을 위한 관련 검사 등 재실시 여부는 포괄평가 및 계획수립 시 주치의 판단에 따릅니다.

Q28 포괄평가 및 계획수립을 위해 반드시 치매 환자가 의료기관에 내원해야 하나요?

- 치매관리주치의가 포괄평가 및 계획수립을 위해서는 환자의 상태를 정확히 판단 하여야 하므로, 반드시 의료기관에 내원해야 합니다.
- 다만, 거동불편 등 부득이한 사유로 사전상담 등이 이루어진 후 치매관리주치의 판단에 따라 방문진료를 통해 포괄평가 및 계획수립이 이루어질 수 있습니다.

Q29 최초 등록 후 포괄평가 및 계획수립일로부터 12개월이 지나면 어떻게 해야 하나요?

- 최초 포괄평가 및 계획수립일로부터 12개월까지(1주기) 중간점검료, 환자관리료, 교육·상담료, 방문진료료를 산정할 수 있습니다. 12개월(1주기) 경과 후 서비스 제공을 지속하고자 할 경우에는 12개월(매 주기)마다 서비스 연장 후 새로 포괄평가 및 계획수립을 실시하여야 합니다.

◆ 중간점검료

Q30

중간점검료는 언제 산정하나요? 포괄평가 및 계획수립료와 동일 일자에 산정 가능한가요?

- 중간점검료는 포괄평가 및 계획수립 후 4개월이 경과된 시점부터 중간 점검이 필요한 경우 산정하는 것이 원칙입니다.
- 따라서, 중간점검료를 포괄평가 및 계획수립료와 동일 일자에 산정하는 것은 불가능합니다.

◆ 교육·상담료

Q31

교육·상담은 반드시 환자에게만 실시하여야 하나요?

- 교육·상담료는 치매관리주치의가 치매 환자에게 1대 1 대면으로 실시한 경우에 산정하는 것이 원칙입니다. 다만, 인지기능 장애 등으로 의사소통 문제로 1대1 대면 교육이 불가능한 경우에 한하여 환자와 보호자에게 함께 제공할 수 있습니다.

Q32

포괄평가 및 계획수립료와 교육·상담료를 동일 일자에 산정할 수 있나요?

- 포괄평가 및 계획수립 당일에 교육·상담을 실시하였다면 포괄평가 및 계획수립료와 교육·상담료를 동일 일자에 산정할 수 있습니다.

Q33

교육·상담을 1일 2회 이상 실시한 경우 수가산정은 어떻게 하나요?

- 교육·상담을 동일 일자에 여러 번 실시하더라도 1일 1회만 산정 가능하며, 연간 8회 이내로 산정할 수 있습니다.

◆ 환자관리료

Q34 환자관리료는 언제, 어떻게 산정하나요?

- 치매 환자에게 포괄평가 및 계획수립을 실시한 다음날부터, 치매관리주치의가 전화 또는 화상통화를 이용하여 환자관리를 실시한 경우 산정 가능합니다.
- 또한, 환자관리를 동일 월에 수회 실시하더라도 월 1회까지만 산정할 수 있습니다.

Q35 환자관리료는 반드시 치매관리주치의가 환자에게만 실시하여야 하나요?

- 환자관리 서비스는 환자의 요구 또는 치매관리주치의 판단 하에 비대면 관리를 제공하는 서비스이나, 인지기능 장애 정도가 심하여 의사소통 등의 문제로 부득이한 경우에 한하여 환자와 보호자에게 함께 제공한 경우 환자관리료를 산정할 수 있습니다.

Q36 환자관리료와 다른 치매관리료 수가를 동시에 산정할 수 있나요?

- 환자관리료는 비대면 관리 서비스로, 환자가 내원하여 진료를 받은 당일에는 산정할 수 없습니다. 따라서, 다른 치매관리료 수가(포괄평가 및 계획수립료, 중간점검료, 교육·상담료, 방문진료료)와 같은 날 청구하는 것이 불가합니다.

Q37 환자관리를 시행한 날 별도로 「비대면진료 시범사업」에 따른 진찰료 및 비대면진료 시범사업 관리료를 동시 산정할 수 있나요?

- 「비대면진료 시범사업」의 '진찰료' 및 '비대면진료 시범사업 관리료'는 「치매관리주치의 시범사업」의 '환자관리료'와 동시 산정할 수 없습니다.

◆ 방문진료료

Q38 방문진료 시 진찰료는 별도 산정할 수 있나요?

- 방문진료료 소정점수에 진찰료를 포함하고 있기 때문에 별도로 산정할 수 없습니다.

Q39 방문진료 제공 시 별도의 행위·약제 및 치료재료를 산정할 수있나요?

- '방문진료료Ⅰ' 수가를 청구할 경우, 행위·약제 및 치료재료에 대한 비용은 모두 포함되어 있어 별도 산정할 수 없습니다.
- '방문진료료Ⅱ' 수가를 청구할 경우, 행위·약제 및 치료재료에 대한 비용은 별도 산정할 수 있습니다.

Q40 방문진료는 지역 제한이 있나요?

- 지역적 범위에 제한은 별도로 두지 않으나 치매관리주치의의 제공 여건에 따라 다르므로, 방문서비스를 제공하는 의료기관 및 치매관리주치의와 직접 상담할 필요가 있습니다.

Q41 방문진료 시 치매안심센터에 협력 요청이 필수인가요?

- 치매안심센터와 협력하는 것은 필수가 아닙니다. 다만, 방문진료 동행이 필요한 경우, 치매안심센터와 사전 협의 후 실시하실 수 있습니다.

Q42 「사회복지사업법」 기준에 따른 사회복지시설(「노인장기요양보험법」에 따른 장기요양기관을 포함)에 거주하는 환자에게 방문진료 후, 방문진료료를 산정할 수 있나요?

- 방문진료료는 거동이 불편한 재가(가정) 환자가 대상입니다. 따라서 촉탁의 또는 협약의료기관 의사가 진료하는 「사회복지사업법」 기준에 따른 사회복지시설 및 「노인장기요양보험법」에 따른 장기요양기관(요양원 등) 입소자는 방문진료료 산정 대상이 아닙니다.

[청구방법]

Q43

심사평가원 치매관리주치의 정보시스템에 치매 관리 내용을 입력할 경우 치매 관리료 등 요양급여비용이 자동으로 청구되나요?

- 심사평가원 치매관리주치의 정보시스템은 치매관리주치의 시범사업 서비스 제공 내역을 입력하는 시스템이며, 치매관리료를 지급받기 위해서는 별도의 청구 절차를 거쳐야 합니다.

Q44

치매관리료는 다른 진료내역과 함께 청구할 수 있나요?

- 치매관리주치의 시범사업은 본인부담률을 달리 적용하고 있어 치매관리료(시범사업 내역)와 기존 진료내역(비시범사업 내역)의 명세서를 분리하여 작성하고 청구하여야 합니다.
 - * 요양급여비용 명세서 작성 시 특정내역 구분(MT002)에 특정기호 "S045" 기재
 - * 분리청구 명세서는 원청구로 구분되며, 의과 외래 요양급여비용 명세서로 청구
- '방문진료료 I' 수가를 청구할 경우, 행위·약제 및 치료재료에 대한 비용은 모두 포함되어 있어 별도의 시범사업 외 내역을 청구할 수 없습니다.

Q45

건강보험 또는 의료급여 이종자격이 있는 보훈환자의 명세서가 지급불능 처리된 경우, 어떻게 하나요?

- 요양급여비용 명세서 작성 시, 공상 등 구분의 보훈자격을 삭제하여 보완청구합니다.

Q46

중증치매 산정특례 환자의 '치매관리료' 청구 시 특정기호는 어떻게 기재하나요?

- 시범사업 청구명세서의 명일련 단위 특정내역 구분코드 MT002 란에 해당 산정특례 경감대상 특정기호(중증 치매 "V800" 또는 "V810")와 치매관리주치의 시범사업 특정기호 "S045"를 동시 기재하되, 낮은 본인부담률 특정기호 순으로 기재하여 작성·청구합니다. "V800" 기재 시 MT014 란에 등록번호 10자리(건강보험)를 기재하고, "V810" 기재 시 MT052 란에 사전승인번호를 기재하여 청구합니다.
- 의료급여 수급권자는 명일련 단위 특정내역 구분코드 MT002 란에 치매관리주치의 시범사업 특정기호 "S045"를 기재하되, 2종 수급권자의 경우 MT018 란에 "B013" 및 MT002 란에 특정기호(중증 치매 "V800" 또는 "V810")를 동시 기재하여 본인일부 부담금을 경감 적용받습니다.

[본인부담금]

Q47 치매관리주치의 서비스를 제공받으면 치매 환자가 얼마나 부담하여야 하나요?

- 요양급여비용 총액의 20%를 적용하나, 중증치매 산정특례 환자는 10%의 비용을 부담하게 되며 65세 이상의 노인외래정액제는 적용받지 않습니다.
- 건강보험 차상위, 의료급여 대상자는 법정 본인부담률을 적용합니다.
- 다만, 치매관리주치의 시범사업 서비스 외에 기존 진료(진찰료, 투약료 등)에 대한 비용은 종전과 동일하게 부담하여야 합니다.

Q48 연간 외래진료 횟수가 365회 초과 시 본인부담률은 얼마인가요?

- 연간 외래진료 횟수가 365회가 초과되는 명세서는 명일련 단위 특정내역 구분코드 MT002 란에 특정기호 "S045"와 함께 "F029"를 줄을 달리하여 각각 기재하여야 하며, 해당 명세서의 치매관리료 본인부담률은 90%입니다.
- 다만, 중증치매 산정특례 경감대상의 경우(특정기호 "V800" 또는 "V810")는 적용이 제외됩니다.

Q49 환자관리료의 본인부담금 수납은 어떻게 하나요?

- 「비대면진료 시범사업」과 동일하게 요양기관과 환자가 협의하여 결정합니다.

[치매관리주치의 정보시스템 사용]

Q50 치매관리주치의 정보시스템은 무엇인가요?

- 치매 환자를 관리하기 위해 치매관리주치의가 제공한 서비스(포괄평가 및 계획수립, 중간점검, 교육·상담, 환자관리, 방문진료 등) 정보를 대상자(환자)별로 등록하여 체계적으로 관리하기 위한 시스템입니다.

Q51 치매관리주치의 정보시스템을 이용하려면 어떻게 해야 하나요?

- 심사평가원 시범사업 자료제출 시스템을 이용해야 하며, 공인인증서를 통해 로그인 후 치매관리주치의 정보시스템*으로 접속해야 합니다.

* 시범사업 자료제출 시스템(http://aq.hira.or.kr/hira_mc/)/시범사업 서식관리/치매관리주치의 시범사업

Q52 치매관리주치의 정보시스템에 입력한 서비스 내역을 수정·삭제할 수 있나요?

- 치매관리주치의 서비스 내역 중 모든 서식은 작성완료 전 임시저장 상태에서는 수정·삭제가 가능하나, 작성완료 상태에서는 수정·삭제가 불가합니다.
- 다만, 수가 지급이 완료된 상태가 아닌 경우에 한하여 작성완료 상태에서 수정·삭제가 필요한 경우, '치매관리주치의 시범사업 정보시스템 수정 요청서(별지 제 9호 서식)'을 작성하고 심사평가원(FAX 033-811-7519)으로 제출해야 합니다.

* 시범사업 자료제출 시스템(http://aq.hira.or.kr/hira_mc/)/시범사업 서식관리/치매관리주치의/공지사항

※ 처리기간은 접수 후 2주 정도 소요

Q53 치매관리주치의 정보시스템에 자료제출을 하면 청구가 바로 가능한가요?

- 치매관리주치의 정보시스템에 각 서식별 '최종제출'을 한 경우 수가 청구가 가능합니다. 다만, 자료제출이 정상적으로 이루어졌는지 [청구 가능 내역 조회] 화면의 시행일, 급여코드(수가코드)를 확인한 후 해당 진료일자에 수가코드 청구하는 것이 필요합니다.
- '포괄평가 및 계획수립료'는 '포괄평가'와 '계획수립' 서식을 모두 작성하여야 [청구 가능 내역 조회] 화면에서 시행일, 급여코드(수가코드)를 조회할 수 있습니다.

Q54

대상자(환자)가 치매관리주치의를 변경한 경우, 변경된 이후에 이전 주치의가 서비스 내용을 추가 입력할 수 있나요?

- 서비스 내용 입력은 해당 치매관리주치의에게 등록된 서비스 이용기간 동안만 입력이 가능합니다. 따라서, 대상자(환자)가 치매관리주치의를 변경한 경우 이전 주치의는 더 이상 서비스 내용을 입력할 수 없습니다.

별첨2

치매안심센터 운영 현황

순번	센터명	대표번호	FAX
1	서울특별시강남구 치매안심센터	02-568-4203	-
2	서울특별시강동구 치매안심센터	02-489-1130	02-489-1137
3	서울특별시강북구 치매안심센터	02-991-9830	02-991-1177
4	서울특별시강서구 치매안심센터	02-3663-0943	02-3663-0909
5	서울특별시관악구 치매안심센터	02-879-4910	02-879-7910
6	서울특별시광진구 치매안심센터	02-450-1381	02-3425-2102
7	서울특별시구로구 치매안심센터	02-2612-7041~4	02-2612-7045
8	서울특별시금천구 치매안심센터	02-3281-9082	02-857-0330
9	서울특별시노원구 치매안심센터	02-911-7778	02-911-7760
10	서울특별시도봉구 치매안심센터	02-955-3591	02-955-3596
11	서울특별시동대문구 치매안심센터	02-957-3062	02-957-3065
12	서울특별시동작구 치매안심센터	02-598-6088	02-6280-6099
13	서울특별시마포구 치매안심센터	02-3272-1578	02-3272-1590
14	서울특별시서대문구 치매안심센터	02-379-0183	02-379-0104
15	서울특별시서초구 치매안심센터	02-591-1833	02-3476-5045
16	서울특별시성동구 치매안심센터	02-499-8071	02-499-8075
17	서울특별시성북구 치매안심센터	02-918-2223	02-918-2216
18	서울특별시송파구 치매안심센터	02-2147-5050	02-2147-3984
19	서울특별시양천구 치매안심센터	02-2698-8680	02-2698-8682
20	서울특별시영등포구 치매안심센터	02-831-0855	02-831-0859
21	서울특별시용산구 치매안심센터	02-790-1541	02-790-1544
22	서울특별시은평구 치매안심센터	02-388-8233	02-388-8235
23	서울특별시종로구 치매안심센터	02-3675-9001	02-3675-9007
24	서울특별시중구 치매안심센터	02-2238-3400	02-2238-5995
25	서울특별시중랑구 치매안심센터	02-435-7540	02-435-7547
26	부산광역시강서구 치매안심센터	051-970-2600	051-970-4799
27	부산광역시금정구 치매안심센터	051-519-5678	-
28	부산광역시기장군 치매안심센터	051-709-2984	051-727-0322
29	부산광역시남구 치매안심센터	051-607-3781	051-607-3789
30	부산광역시동구 치매안심센터	051-440-6441	-
31	부산광역시동래구 치매안심센터	051-550-6767	051-550-6749
32	부산광역시부산진구 치매안심센터	051-605-6107	051-605-5999
33	부산광역시북구 치매안심센터	051-309-5281	051-309-5299
34	부산광역시사상구 치매안심센터	051-310-4853	051-310-4799
35	부산광역시사하구 치매안심센터	051-220-5971~5	051-202-5720
36	부산광역시서구 치매안심센터	051-240-4912	051-240-4799
37	부산광역시수영구 치매안심센터	051-610-4901	-
38	부산광역시연제구 치매안심센터	051-665-5460,8,5470	051-665-5439
39	부산광역시영도구 치매안심센터	051-419-4954	-
40	부산광역시중구 치매안심센터	051-600-4688	-
41	부산광역시해운대구 치매안심센터	051-749-0770	051-749-7589
42	대구광역시남구 치매안심센터	053-664-3694	053-664-3691
43	대구광역시달서구 치매안심센터	053-667-5771	053-667-5779
44	대구광역시달성군 치매안심센터	053-668-3841	053-282-8141
45	대구광역시동구 치매안심센터	053-662-3218	053-662-3382
46	대구광역시북구 치매안심센터	053-665-3135	053-665-3279

순번	센터명	대표번호	FAX
47	대구광역시서구 치매안심센터	053-663-3811	053-663-3819
48	대구광역시수성구 치매안심센터	053-666-3181	053-666-4898
49	대구광역시중구 치매안심센터	053-661-3911	053-661-3139
50	대구광역시군위군 치매안심센터	054-380-7491	054-380-6757
51	인천광역시강화군 치매안심센터	032-930-4057	032-930-3642
52	인천광역시계양구 치매안심센터	032-430-7867	032-547-9226
53	인천광역시미추홀구 치매안심센터	032-728-6520	-
54	인천광역시남동구 치매안심센터	032-453-5915	-
55	인천광역시동구 치매안심센터	032-760-4921	032-760-4949
56	부평구 치매안심센터	032-509-1308	032-509-1309
57	인천광역시서구 치매안심센터	032-718-0630	032-718-0798
58	인천광역시연수구 치매안심센터	032-749-8950	032-749-8969
59	인천광역시옹진군 치매안심센터	032-721-0520	032-899-3149
60	인천광역시중구 치매안심센터	032-760-6060	-
61	광주광역시광산구 치매안심센터	062-960-6930	062-960-3738
62	광주광역시남구 치매안심센터	062-607-4369	062-675-2041
63	광주광역시동구 치매안심센터	062-608-3490	062-608-3499
64	광주광역시북구 치매안심센터	062-410-8124	062-510-1447
65	광주광역시서구 치매안심센터	062-350-4759	062-371-0093
66	대전광역시대덕구 치매안심센터	042-608-5426	042-608-3851
67	대전광역시동구 치매안심센터	042-621-6011	042-625-6077
68	대전광역시서구 치매안심센터	042-288-4470	042-288-5934
69	대전광역시유성구 치매안심센터	042-611-5018	042-611-5110
70	대전광역시중구 치매안심센터	042-288-8180	042-288-8981
71	울산광역시남구 치매안심센터	052-226-2323	052-226-3227
72	울산광역시동구 치매안심센터	052-209-4060	052-209-4079
73	울산광역시북구 치매안심센터	052-241-8257	052-241-8109
74	울산광역시 울주군 치매안심센터	052-204-2878	052-204-2879
75	울산광역시중구 치매안심센터	052-290-4366	052-290-4389
76	세종특별자치시	044-301-2311~2318	044-301-2319
77	경기도가평군 치매안심센터	031-580-2849	031-580-2559
78	경기도고양시덕양구 치매안심센터	031-8075-4800	-
79	경기도고양시일산동구 치매안심센터	031-8075-4850	031-8075-4886
80	경기도고양시일산서구 치매안심센터	031-8075-4871	031-976-2043
81	경기도과천시 치매안심센터	02-2150-3574	02-2150-1542
82	경기도광명시 치매안심센터	02-2680-5830	-
83	경기도광주시 치매안심센터	031-760-8719	031-760-1454
84	경기도구리시 치매안심센터	031-550-8642	031-550-2560
85	경기도군포시 치매안심센터	031-389-4988	031-427-5629
86	경기도김포시 치매안심센터	031-5186-4170	031-981-8983
87	경기도남양주시 치매안심센터	031-590-8700	031-590-5379
88	남양주풍양 치매안심센터	031-590-8381	031-590-6999
89	경기도동두천시 치매안심센터	031-860-3395	-
90	경기도부천시원미 치매안심센터	032-625-9840	032-625-9859
91	경기도성남시분당구 치매안심센터	031-729-8783	031-729-4569
92	경기도성남시수정구 치매안심센터	031-729-3879	031-729-8676
93	경기도성남시중원구 치매안심센터	031-739-3030	-
94	경기도수원시권선구 치매안심센터	031-228-6969	-
95	경기도수원시영통구 치매안심센터	031-228-8447	-
96	경기도수원시장안구 치매안심센터	031-228-5151	031-228-5979

순번	센터명	대표번호	FAX
97	경기도수원시팔달구 치매안심센터	031-228-7794	031-369-4542
98	경기도시흥시 치매안심센터	031-310-6065	031-380-5364
99	경기도안산시단원구 치매안심센터	031-481-6541	031-481-2565
100	경기도안산시상록수 치매안심센터	031-481-5848	031-481-3783
101	경기도안성시 치매안심센터	031-678-3002	031-678-5919
102	경기도안양시동안구 치매안심센터	031-8045-6801	031-8045-6577
103	경기도안양시만안구 치매안심센터	031-8045-3038	031-8045-6575
104	경기도양주시 치매안심센터	031-8082-7147	0505-041-1961
105	경기도양평군 치매안심센터	031-771-5773	031-771-1699
106	경기도여주시 치매안심센터	031-887-3685	031-887-3610
107	경기도연천군 치매안심센터	031-839-4083	031-839-4169
108	경기도오산시 치매안심센터	031-8036-6611	031-8036-8924
109	경기도용인시기흥구 치매안심센터	031-324-6068	031-324-6953
110	경기도용인시수지구 치매안심센터	031-324-8446	031-324-8540
111	경기도용인시처인구 치매안심센터	031-324-2700~11	031-324-4939
112	경기도의왕시 치매안심센터	031-345-3853	031-345-2989
113	경기도의정부시 치매안심센터	031-870-6158	-
114	경기도이천시 치매안심센터	031-644-4007	031-634-2745
115	경기도파주시 치매안심센터	031-940-3740	031-940-5139
116	경기도평택시송탄 치매안심센터	031-8024-7302	-
117	경기도평택시 치매안심센터	031-8024-4399	031-8024-4439
118	경기도포천시 치매안심센터	031-538-4831	031-538-4830
119	경기도하남시 치매안심센터	031-790-6254	031-790-6439
120	경기도화성시 치매안심센터	031-5189-1080	031-5189-1403
121	경기도부천시오정 치매안심센터	032-625-9881	032-625-9839
122	경기도부천시소사 치매안심센터	032-625-9871	032-625-9879
123	강원특별자치도강릉시 치매안심센터	033-660-3048	033-640-4764
124	강원특별자치도고성군 치매안심센터	033-680-3798	033-680-3605
125	강원특별자치도동해시 치매안심센터	033-530-2426	033-530-2742
126	강원특별자치도삼척시 치매안심센터	033-570-4327	033-570-4169
127	강원특별자치도속초시 치매안심센터	033-639-3754	033-637-4007
128	강원특별자치도양구군 치매안심센터	033-480-2820	033-482-9115
129	강원특별자치도양양군 치매안심센터	033-670-2496	033-670-2830
130	강원특별자치도영월군 치매안심센터	033-370-2774	033-375-1700
131	강원특별자치도원주시 치매안심센터	033-737-4542	033-737-3855
132	강원특별자치도인제군 치매안심센터	033-460-2523	033-461-4460
133	강원특별자치도정선군 치매안심센터	033-560-2914	-
134	강원특별자치도철원군 치매안심센터	033-450-5105	033-450-5194
135	강원특별자치도춘천시 치매안심센터	033-250-4004	033-250-4035
136	강원특별자치도태백시 치매안심센터	033-550-3042	033-550-2941
137	강원특별자치도평창군 치매안심센터	033-330-4900	033-330-4809
138	강원특별자치도홍천군 치매안심센터	033-430-4055	033-430-4019
139	강원특별자치도화천군 치매안심센터	033-440-2809	033-442-4423
140	강원특별자치도횡성군 치매안심센터	033-340-5653	033-340-5608
141	충청북도괴산군 치매안심센터	043-830-2392	043-830-2939
142	충청북도단양군 치매안심센터	043-420-3312	043-421-3397
143	충청북도보은군 치매안심센터	043-540-5642	043-544-2573
144	충청북도영동군 치매안심센터	043-740-5947	043-743-4000
145	충청북도옥천군 치매안심센터	043-730-2158	043-733-7161
146	충청북도음성군 치매안심센터	043-871-2971	043-871-1950

순번	센터명	대표번호	FAX
147	충청북도제천시 치매안심센터	043-641-3058	043-641-3039
148	충청북도증평군 치매안심센터	043-835-4782	-
149	충청북도진천군 치매안심센터	043-539-7782	-
150	충청북도청주시상당구 치매안심센터	043-201-4300	043-201-4319
151	충청북도청주시서원구 치매안심센터	043-201-3720	-
152	충청북도청주시청원구 치매안심센터	043-201-4361	043-201-4379
153	충청북도청주시흥덕구 치매안심센터	043-201-4320	-
154	충청북도충주시 치매안심센터	043-850-1781	043-850-3509
155	충청남도계룡시 치매안심센터	042-840-3681	-
156	충청남도공주시 치매안심센터	041-840-3315	041-852-8159
157	충청남도금산군 치매안심센터	041-750-4460	041-751-4178
158	충청남도논산시 치매안심센터	041-746-6921	041-746-8129
159	충청남도당진시 치매안심센터	041-360-6269	041-360-6029
160	충청남도보령시 치매안심센터	041-930-6871	041-931-7292
161	충청남도부여군 치매안심센터	041-830-8740	041-830-8700
162	충청남도서산시 치매안심센터	041-661-6598	041-661-8119
163	충청남도서천군 치매안심센터	041-950-6741	-
164	충청남도아산시 치매안심센터	041-537-3474	041-537-3349
165	충청남도예산군 치매안심센터	041-339-6122	041-339-6009
166	충청남도천안시동남구 치매안심센터	041-521-3343	041-521-5006
167	충청남도천안시서북구 치매안심센터	041-521-5740	041-573-0994
168	충청남도청양군 치매안심센터	041-940-4551	041-940-4508
169	충청남도태안군 치매안심센터	041-671-1632	041-671-5336
170	충청남도홍성군 치매안심센터	041-630-9076	041-630-9860
171	전북특별자치도고창군 치매안심센터	063-560-8725	063-560-8779
172	전북특별자치도군산시 치매안심센터	063-454-5870	063-471-1315
173	전북특별자치도김제시 치매안심센터	063-540-1327	-
174	전북특별자치도남원시 치매안심센터	063-620-7725	063-620-7928
175	전북특별자치도무주군 치매안심센터	063-320-8601	063-320-8615
176	전북특별자치도부안군 치매안심센터	063-580-3066	063-584-1264
177	전북특별자치도순창군 치매안심센터	063-650-5271	063-652-5248
178	전북특별자치도완주군 치매안심센터	063-290-4373	063-243-1991
179	전북특별자치도익산시 치매안심센터	063-859-7550	063-859-4090
180	전북특별자치도임실군 치매안심센터	063-640-3373	-
181	전북특별자치도장수군 치매안심센터	063-350-2677	063-350-5722
182	전북특별자치도전주시 치매안심센터	063-281-6238	063-281-6289
183	전북특별자치도정읍시 치매안심센터	063-539-6951	063-539-6548
184	전북특별자치도진안군 치매안심센터	063-430-8588	063-432-3103
185	전라남도강진군 치매안심센터	061-430-5294	061-430-5959
186	전라남도고흥군 치매안심센터	061-830-6969	061-830-6939
187	전라남도곡성군 치매안심센터	061-360-8980	061-360-8908
188	전라남도광양시 치매안심센터	061-797-4059	061-797-4056
189	전라남도구례군 치매안심센터	061-780-2026	061-780-2769
190	전라남도나주시 치매안심센터	061-339-4771	061-339-2920
191	전라남도담양군 치매안심센터	061-380-2971	061-380-3990
192	전라남도목포시 치매안심센터	061-270-4271, 4272	061-270-3596
193	전라남도무안군 치매안심센터	061-450-5075	061-450-5142
194	전라남도보성군 치매안심센터	061-850-8695	061-853-9996
195	전라남도순천시 치매안심센터	061-749-8888	061-749-4204
196	전라남도신안군 치매안심센터	061-240-8081	061-271-7772

순번	센터명	대표번호	FAX
197	전라남도여수시 치매안심센터	061-659-5440	-
198	전라남도영광군 치매안심센터	061-350-4806	061-350-5191
199	전라남도영암군 치매안심센터	061-470-6030	061-470-6576
200	전라남도완도군 치매안심센터	061-550-5810	-
201	전라남도장성군 치매안심센터	061-390-7161~70	061-390-7597
202	전라남도장흥군 치매안심센터	061-860-6498	061-860-6880
203	전라남도진도군 치매안심센터	061-540-6964	061-540-0502
204	전라남도함평군 치매안심센터	061-320-2390	061-320-3739
205	전라남도해남군 치매안심센터	061-531-3703~10	-
206	전라남도화순군 치매안심센터	061-379-5317	061-371-3329
207	경상북도경산시 치매안심센터	053-810-6435	053-819-5839
208	경상북도경주시 치매안심센터	054-760-2950~2	054-760-7579
209	경상북도고령군 치매안심센터	054-950-7961	-
210	경상북도구미시 치매안심센터	054-480-4898	054-480-4069
211	경상북도구미시선산 치매안심센터	054-480-4352	054-480-4129
212	경상북도김천시 치매안심센터	054-421-2894	054-435-0060
213	경상북도문경시 치매안심센터	054-550-8188	054-550-4340
214	경상북도봉화군 치매안심센터	054-679-6791	-
215	경상북도상주시 치매안심센터	054-537-6514	054-532-0311
216	경상북도성주군 치매안심센터	054-930-8191	054-930-8139
217	경상북도안동시 치매안심센터	054-840-5779	054-821-0178
218	경상북도영덕군 치매안심센터	054-730-7177	054-730-6479
219	경상북도영양군 치매안심센터	054-680-5126	054-680-5899
220	경상북도영주시 치매안심센터	054-639-5733	054-639-5749
221	경상북도영천시 치매안심센터	054-339-7845	-
222	경상북도예천군 치매안심센터	054-650-8102	054-650-8049
223	경상북도울릉군 치매안심센터	054-790-6827	-
224	경상북도울진군 치매안심센터	054-789-5025	-
225	경상북도영성군 치매안심센터	054-830-6785	054-834-0669
226	경상북도청도군 치매안심센터	054-370-2672~3	054-373-9475
227	경상북도청송군 치매안심센터	054-870-7330	054-870-7349
228	경상북도칠곡군 치매안심센터	054-979-8391	054-979-8279
229	경상북도포항시남구 치매안심센터	054-270-8901	054-277-4260
230	경상북도포항시북구 치매안심센터	054-270-8951	054-241-3363
231	경상남도거제시 치매안심센터	055-639-6226	055-639-6129
232	경상남도거창군 치매안심센터	055-940-7910	055-940-7908
233	경상남도고성군 치매안심센터	055-670-4851	055-670-4059
234	경상남도김해시 치매안심센터	055-320-5961	-
235	경상남도남해군 치매안심센터	055-860-8691	055-860-8798
236	경상남도창원시마산 치매안심센터	055-225-5996	055-225-4770
237	경상남도밀양시 치매안심센터	055-359-7086	055-359-7099
238	경상남도사천시 치매안심센터	055-831-5860	055-831-5889
239	경상남도산청군 치매안심센터	055-970-7633~36	055-970-7619
240	경상남도양산시 치매안심센터	055-392-5175	055-392-5119
241	경상남도의령군 치매안심센터	055-570-4070	055-570-4089
242	경상남도진주시 치매안심센터	055-749-5778	055-749-5799
243	경상남도창원시진해 치매안심센터	055-225-6692	055-225-4772
244	경상남도창녕군 치매안심센터	055-530-7503	055-530-6299
245	경상남도창원시창원 치매안심센터	055-225-5748	055-225-4767
246	경상남도통영시 치매안심센터	055-650-6100	055-650-6195

순번	센터명	대표번호	FAX
247	경상남도하동군 치매안심센터	055-880-6850	055-880-6799
248	경상남도함안군 치매안심센터	055-580-3244	055-580-3129
249	경상남도함양군 치매안심센터	055-960-8080	055-964-1908
250	경상남도합천군 치매안심센터	055-930-4092	-
251	제주도서귀포시동부 치매안심센터	064-760-6125	064-764-1856
252	제주도서귀포시 치매안심센터	064-760-6555	-
253	제주도서귀포시서부 치매안심센터	064-760-6249	064-760-6219
254	제주도제주시동부 치매안심센터	064-728-7551	064-728-7569
255	제주도제주시제주 치매안심센터	064-728-8500	064-728-8509
256	제주도제주시서부 치매안심센터	064-728-8661	064-728-4149

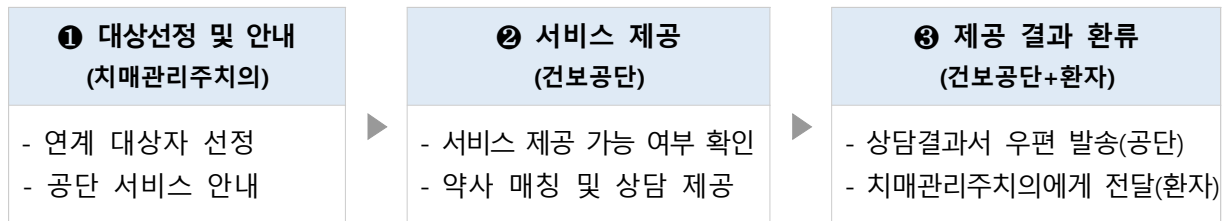
별첨3

다제약물관리사업 개요

□ 건보공단 다제약물 관리사업 개요

- (목적) 전문가가 약물 점검, 상담, 처방 조정 등 대상자 맞춤형 서비스를 제공하여 중복, 과다·과소 약물 복용을 줄임으로써 약물 부작용 예방 및 올바른 약물 복용 유도
- (대상자 기준) 건강보험가입자 중 만성질환을 1개 이상 진단받고 상시 (6개월간 투약일수가 60일 이상)로 복용하는 약 개수가 10개 이상인 자
- 서비스 내용
 - (지역사회 모형) 만성질환자 다제약물 복용 노인을 대상으로 지역 자문 약사와 공단직원이 가정방문, 가입자가 약국내방 등을 통해 약물중복 및 부작용 등 점검, 모니터링 서비스 제공(최대 3회)
 - (대상자 선정) 빅데이터 발췌 및 안내문 발송 후 회신자 또는 신청자
 - (제공자) 지역에서 위촉된 자문 약사와 공단 간호사 등(2인 1조)
 - (서비스) 가정·약국방문(1차) → 유선(필요시) → 가정·약국방문(모니터링)
 - (병원 모형) 병원에서 입·퇴원 및 외래 이용 만성질환자에게 병원 다학제팀 (약사·의사·간호사)이 약물 평가 및 조정, 퇴원 약물 점검, 모니터링, 지역연계 등 서비스 제공(최대 4회)
 - (대상자 선정) 입원·외래 환자 중 기준 부합하는 자 병원 약사가 선정
 - (서비스) 입원약물점검(1차) → 퇴원상담(2차) → 유선상담(3차) → 외래상담(4차)

□ 건보공단 다제약물 관리사업 연계 프로세스 (예시안)



① 대상선정 및 안내(치매관리주치의)

- 최근 2주 이내 10종 이상 약물을 복용하는 대상자 중 약물 부작용 등이 의심되어 공단의 다제약물 관리서비스가 필요하여 연계가 필요한 대상자를 선정
- 건보공단의 서비스 제공 가능 지역·시기*를 확인하고 연계 가능 시 대상자에게 공단 지역본부의 다제약물 관리사업을 안내하고 환자 본인이 직접 전화하여 서비스 신청할 수 있도록 권고

* 공단 기간제 운영 등 상황에 따라 서비스 가능 지역·시기 유동적(가정 방문상담 제공 가능 시기는 주로 4~12월)

※ 환자에게 치매주치의 통해 연계된 환자임을 밝히도록 안내, 공단은 다제약물 관리서비스 제공하는 약사에게 환자용 상담결과서를 반드시 작성하도록 설명 ... 치매관리주치의에게 환류 가능

② 서비스 제공(건보공단)

- 환자와 상담을 통해 서비스 가능여부(10종이상, 지역, 서비스 제공 여력 등), 서비스 제공 방법(약사가정방문, 환자약국내방) 등을 확인하여 상담 일정 또는 서비스 제공 불가 안내
- 약사와 상담일정 조율 시 약사에게 다음 사항을 안내 ㉠치매관리주치의 연계건임으로 기록지 작성 시 환자용 상담 결과서 작성 ㉡ 환자가 상담 결과서 우편 수령하면 치매관리주치의에게 전달
- 공단의 다제약물 관리서비스 제공 절차에 따라 서비스 제공 및 약사 상담료 지급

③ 제공 결과 환류(건보공단 + 치매환자)

- 공단은 자문약사가 입력한 약물상담결과서 내용을 편집하여 등기우편으로 대상자에게 발송
- 환자는 수령한 상담결과서를 치매관리주치의에게 전달

□ 실시 지역 ('24.6월 기준)

○ (지역사회모형) 전국 125개 시·군·구

구분	사업지역		
	광역시·도	시·군·구	계
	총계		125
서울·강원	서울특별시	강남구, 강동구 , 강북구, 강서구, 관악구, 광진구, 구로구, 금천구, 노원구 , 도봉구, 동대문구, 동작구, 마포구, 서대문구, 서초구, 성동구, 성북구, 송파구, 양천구, 영등포구, 용산구, 은평구, 종로구, 중랑구, 중구	25
	강원특별자치도	춘천시, 원주시	2
	소계		27
부산·울산·경남	부산광역시	금정구, 남구, 동구, 동래구, 부산진구 , 북구, 사상구, 사하구, 수영구, 연제구, 영도구, 해운대구	12
	울산광역시	북구, 중구	2
	경상남도	김해시, 창원시 의창구, 성산구, 마산합포구, 마산회원구	5
	소계		19
대구·경북	대구광역시	남구, 달서구 , 달성군, 동구, 북구, 서구, 수성구, 중구	8
	경상북도	구미시, 상주시, 안동시, 영천시, 울진군, 의성군, 청도군, 칠곡군	8
	소계		16
광주·전라	광주광역시	광산구, 남구, 동구, 북구 , 서구	5
	전북특별자치도	전주시 완산구, 덕진구, 익산시	3
	전라남도	여수시	1
	소계		9

대전·세종·충청	대전광역시	대덕구, 동구, 서구, 유성구, 중구	5
	충청북도	청주시 상당구, 청원구, 흥덕구, 서원구, 충주시, 보은군	6
	세종특별자치시	세종시	1
	소계		12
인천·경기	인천광역시	강화군, 계양구, 남동구 , 미추홀구, 부평구, 서구, 연수구, 중동구	8
	경기도	고양시 덕양구, 일산동구, 일산서구, 과천시, 광명시, 광주시, 구리시, 군포시, 김포시, 남양주시, 부천시 원미구, 소사구, 오정구, 성남시 수정구, 중원구, 분당구, 수원시 장안구, 권선구, 팔달구, 영통구, 시흥시, 안산시 단원구, 상록구, 안양시 동안구, 만안구, 여주시, 용인시 기흥구, 수지구, 처인구, 의왕시, 이천시, 하남시, 평택시, 화성시	34
	소계		42

※ 전국 125개 지역은 자문약사 위촉 기준이며, 실제 서비스 가능 여부는 건보공단 확인 필요

※ 치매관리주치의 시범사업 1차년도 선정 지역(22개 시군구)과 일치하는 시군구 표시
(창원시, 전주시, 청주시, 고양시, 용인시 5개 시는 시 전체 해당임)

□ 건보공단 지역본부 연락처 등

구분	주소	담당자 연락처
본부 의료이용관리실	강원 원주시 건강로 77, 5층(반곡동, 본부별관) 국민건강보험공단 의료이용관리실 의료이용지원부 다제약물 관리사업 담당자	033-736-3727
서울강원 지역본부	서울특별시 영등포구 여의공원로 101, 6층 (여의도동) 국민건강보험공단 서울강원지역본부 건강지원센터 다제약물 관리사업 담당자	02-2126-8255
부산울산경남 지역본부	부산광역시 북구 만덕대로40번길 26 (덕천동) 국민건강보험공단 부산울산경남지역본부 건강지원센터 다제약물 관리사업 담당자	051-801-0479
대구경북 지역본부	대구광역시 달서구 두류공원로 264 2층 국민건강보험공단 대구경북지역본부 건강지원센터 다제약물 관리사업 담당자	053-650-8955
광주전라제주 지역본부	광주광역시 서구 상무중앙로114번길 14 (치평동) 국민건강보험공단 광주전라제주지역본부 건강지원센터 다제약물 관리사업 담당자	062-250-0278
대전세종충청 지역본부	세종특별자치시 세종로 1234-5, 4층 (아름동) 국민건강보험공단 대전세종충청지역본부 건강지원센터 다제약물 관리사업 담당자	044-251-7643
인천경기 지역본부	경기도 수원시 팔달구 권선로 741, 6층 (인계동) 국민건강보험공단 인천경기지역본부 건강지원센터 다제약물 관리사업 담당자	031-230-7926