

2024 치매정책 사업안내



별지 서식·양식·표·참고 등



Ministry of
Health and
Welfare



별지 서식·양식·표·참고 등

| | |
|---------------------------|-----|
| I. 광역치매센터 운영 | |
| - 서식 및 양식 모음 | 3 |
| II. 치매안심센터 운영 | |
| - 서식 및 양식 모음 | 41 |
| III. 치매안심병원 및 공립요양병원 운영 등 | |
| - 서식 및 양식 모음 | 145 |
| IV. 치매공공후견사업 안내 | |
| - 서식 및 양식 모음 | 319 |

I 광역치매센터 운영 - 서식 및 양식 모음

→ 서식 목록

광역치매센터 설치 및 운영 가이드라인

- [붙임 1] OO광역치매센터 사업계획서
- [붙임 2] OO광역치매센터 상반기 실적보고서
- [붙임 3] OO광역치매센터 종합실적보고서
- [붙임 4] 예산과목 전용조서 서식

OOOO년도 광역치매센터 사업계획서

OOOO. OO

※ 계획 수립 시 본 작성서식의 틀과 내용은 가급적 준수하여 작성하되, 필요에 따라 서식의 순서 및 내용은 일부 추가·변경하여 작성 가능(전체 사업계획서는 가급적 100페이지를 넘지 않도록 작성)

(광역치매센터 로고)

요 약 문

| | | | | |
|-------------------|---------------------------|--------|------|-----|
| 사 업 명 | | | | |
| 사업책임자 (소속기관) | | | | |
| 사 업 비 | 총 계 | 기금(국고) | 자체예산 | 기 타 |
| | 원 | 원 | 원 | 원 |
| 총 사업기간 | 2000. . . . - 2000. . . . | | | |
| 사 업 내 용 요약 | | | | |
| 사업의 목적 | | | | |
| 사업의 내용 및 수행방법 | | | | |
| 최종성과(성과지표 달성도) | | | | |
| 기대효과 및 향후계획(활용전략) | | | | |

목 차 (예시)

I. 기관 현황

1. 전략 체계
2. 조직·인력
3. 예산

II. 지역사회 현황

1. 지역사회 현황분석

III. 사업 계획

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

1. 전략 체계

1.1. 미션 및 비전

1.2. 전략방향

1.3. 사업추진 체계

2. 조직·인력

2.1. 조직 현황

2.2. 인력 현황

| 구분 (팀명) | 직 위 | 성 명 | 담당업무 | 전 공 및 학 위 | | 입사일 | 상근/ 비상근 |
|------------|-----|-----|------|-----------|-----|-----|------------|
| | | | | 전공분야 | 학위명 | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

3. 예산

3.1. 예산편성내역

□ 사업비 : 천원(국비 %, 지방비 %)

□ 자부담 : 천원

| 구분 | 광역치매센터 운영 | | ○○사업 | | ○○사업 | |
|----|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | 국비 | 지방비 | 국비 | 지방비 | 국비 | 지방비 |
| 합계 | 00,000 (%) |
| | | | | | | |

| 관 | 항 | 목 | 산 출 내 역 | 금액(천원) | 비율(%) |
|-----|-----|---|---------|--------|-------|
| 사무비 | 인건비 | | - | | |
| | | | - | | |
| | | | - | | |
| | 운영비 | | - | | |
| | | | - | | |
| | | | - | | |
| 사업비 | 사업비 | | - | | |
| | | | - | | |
| | | | - | | |
| | | | - | | |
| | | | - | | |
| | | | - | | |
| ∴ | ∴ | ∴ | | | |
| 총 액 | | | | | 100.0 |

※ 자부담 예산이 있는 경우 별도표로 작성

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

1. 지역사회 현황분석

- 지역사회 치매 관련 현황, 지역수요 조사, 전년도 사업결과 등 다양한 현황자료를 종합 분석하여 지역사회 문제 및 개선방향 도출

□

。

III 사업 계획

〈사업 총괄표〉

| 분야 | 세부사업 | 성과지표 | 목표치 |
|---------|----------|------|-----|
| 정책지원 | 목표치 설정근거 | | |
| | 목표치 설정근거 | | |
| | 목표치 설정근거 | | |
| 연구 | 목표치 설정근거 | | |
| | 목표치 설정근거 | | |
| | 목표치 설정근거 | | |
| 기술지원 | 목표치 설정근거 | | |
| | 목표치 설정근거 | | |
| | 목표치 설정근거 | | |
| 교육·홍보 | 목표치 설정근거 | | |
| | 목표치 설정근거 | | |
| | 목표치 설정근거 | | |
| 네트워크 구축 | 목표치 설정근거 | | |
| | 목표치 설정근거 | | |
| | 목표치 설정근거 | | |
| 기타 | 목표치 설정근거 | | |
| | 목표치 설정근거 | | |
| | 목표치 설정근거 | | |

※ 지역특화사업이 있는 경우 별도 추가하여 작성

1. 정책지원

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

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

1.1. 사업명

| 관련근거 | ※ 법령, 제4차 치매관리종합계획 등 기재 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 사업의 필요성 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 사업 목표 | ※ 3개 미만으로 제시 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 사업내용 (추진계획) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 연계·협력 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 추진일정 | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">구 분</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> <th>7</th> <th>8</th> <th>9</th> <th>10</th> <th>11</th> <th>12</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td style="background-color: #cccccc;"></td> <td style="background-color: #cccccc;"></td> <td style="background-color: #cccccc;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> </tr> <tr> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | | | | | | | | | | | 구 분 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 구 분 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 기대효과 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 사업예산 | <p>- 전체예산: 00,000,000원</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">항목</th> <th style="text-align: center;">산출내역</th> <th style="text-align: center;">총액</th> <th style="text-align: center;">비고</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">강사비</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>※본 사업을 진행함에 있어 산출(세부)내역 작성</p> | 항목 | 산출내역 | 총액 | 비고 | 강사비 | | | | | | | |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|----|----|-----|--|--|--|--|--|--|--|
| 항목 | 산출내역 | 총액 | 비고 | | | | | | | | | | |
| 강사비 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

2. 연구

2.1. 사업명

| 관련근거 | ※ 법령, 제4차 치매관리종합계획 등 기재 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---|---|---|---|---|---|----|----|----|--|-----|------|----|----|-----|---|---|---|---|---|----|----|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 사업의 필요성 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 사업 목표 | ※ 3개 미만으로 제시 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 사업내용 (추진계획) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 연계·협력 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 추진일정 | <table border="1"> <thead> <tr> <th>구 분</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> <th>7</th> <th>8</th> <th>9</th> <th>10</th> <th>11</th> <th>12</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> </tr> <tr> <td></td> </tr> <tr> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | | | | | | | | | | | | 구 분 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 구 분 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 기대효과 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 사업예산 | <p>- 전체예산: 00,000,000원</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>항목</th> <th>산출내역</th> <th>총액</th> <th>비고</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>강사비</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>※본 사업을 진행함에 있어 산출(세부)내역 작성</p> | | | | | | | | | | | | | 항목 | 산출내역 | 총액 | 비고 | 강사비 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 항목 | 산출내역 | 총액 | 비고 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 강사비 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3. 기술지원

3.1. 사업명

| | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|-------------------------|------|---|---|---|---|----|---|---|----|----|----|----|
| 관련근거 | ※ 법령, 제4차 치매관리종합계획 등 기재 | | | | | | | | | | | | |
| 사업의 필요성 | | | | | | | | | | | | | |
| 사업 목표 | ※ 3개 미만으로 제시 | | | | | | | | | | | | |
| 사업내용 (추진계획) | | | | | | | | | | | | | |
| 연계·협력 | | | | | | | | | | | | | |
| 추진일정 | 구 분 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 기대효과 | | | | | | | | | | | | | |
| 사업예산 | - 전체예산: 00,000,000원 | | | | | | | | | | | | |
| | 항목 | 산출내역 | | | | | 총액 | | | 비고 | | | |
| | 강사비 | | | | | | | | | | | | |
| ※본 사업을 진행함에 있어 산출(세부)내역 작성 | | | | | | | | | | | | | |

4. 교육·홍보

4.1. 사업명

| | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|-------------------------|------|---|---|---|---|----|---|---|----|----|----|----|
| 관련근거 | ※ 법령, 제4차 치매관리종합계획 등 기재 | | | | | | | | | | | | |
| 사업의 필요성 | | | | | | | | | | | | | |
| 사업 목표 | ※ 3개 미만으로 제시 | | | | | | | | | | | | |
| 사업내용 (추진계획) | | | | | | | | | | | | | |
| 연계·협력 | | | | | | | | | | | | | |
| 추진일정 | 구 분 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 기대효과 | | | | | | | | | | | | | |
| 사업예산 | - 전체예산: 00,000,000원 | | | | | | | | | | | | |
| | 항목 | 산출내역 | | | | | 총액 | | | 비고 | | | |
| | 강사비 | | | | | | | | | | | | |
| ※본 사업을 진행함에 있어 산출(세부)내역 작성 | | | | | | | | | | | | | |

5. 네트워크 구축

5.1. 사업명

| | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|-------------------------|------|---|---|---|---|----|---|---|----|----|----|----|
| 관련근거 | ※ 법령, 제4차 치매관리종합계획 등 기재 | | | | | | | | | | | | |
| 사업의 필요성 | | | | | | | | | | | | | |
| 사업 목표 | ※ 3개 미만으로 제시 | | | | | | | | | | | | |
| 사업내용 (추진계획) | | | | | | | | | | | | | |
| 연계·협력 | | | | | | | | | | | | | |
| 추진일정 | 구 분 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 기대효과 | | | | | | | | | | | | | |
| 사업예산 | - 전체예산: 00,000,000원 | | | | | | | | | | | | |
| | 항목 | 산출내역 | | | | | 총액 | | | 비고 | | | |
| | 강사비 | | | | | | | | | | | | |
| ※본 사업을 진행함에 있어 산출(세부)내역 작성 | | | | | | | | | | | | | |

6. 기타

6.1. 사업명

| | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|-------------------------|------|---|---|---|---|----|---|---|----|----|----|----|
| 관련근거 | ※ 법령, 제4차 치매관리종합계획 등 기재 | | | | | | | | | | | | |
| 사업의 필요성 | | | | | | | | | | | | | |
| 사업 목표 | ※ 3개 미만으로 제시 | | | | | | | | | | | | |
| 사업내용 (추진계획) | | | | | | | | | | | | | |
| 연계·협력 | | | | | | | | | | | | | |
| 추진일정 | 구 분 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 기대효과 | | | | | | | | | | | | | |
| 사업예산 | - 전체예산: 00,000,000원 | | | | | | | | | | | | |
| | 항목 | 산출내역 | | | | | 총액 | | | 비고 | | | |
| | 강사비 | | | | | | | | | | | | |
| ※본 사업을 진행함에 있어 산출(세부)내역 작성 | | | | | | | | | | | | | |

[붙임 2] OO광역치매센터 상반기 실적보고서

I. 계획 대비 추진실적

| 계획 | | 추진 | |
|------|----|------|----|
| 구분 | 내용 | 구분 | 내용 |
| 정책지원 | | 정책지원 | |
| 연구 | | 연구 | |
| 기술지원 | | 기술지원 | |
| | ⋮ | | ⋮ |

〈작성요령〉

- 사업계획 및 추진시기는 기 제출한 사업계획서상의 내용과 일치되게 작성하며 추진실적은 가급적 계량적 수치를 제시하여 작성

II. 부진사유 (문제점 및 부진사유)

| |
|--|
| |
|--|

〈작성요령〉

- 당초 사업계획과 추진상의 차이가 있을 경우 기재
- 사업추진상의 애로사항 등을 기재

II. 예산집행실적

〈작성요령〉

- 교부받은 보조금 예산에 한해 작성하며, 자부담 예산이 있는 경우 별도 표로 작성
- 항목별로 구분지어 작성(가급적 명확한 내역으로 기재)

| 구 분 | | 예산액 (A) | 집행액 (B) | 집행 잔액 | 집행률(% (B/A*100) | 집행내역 |
|-----|--|------------|------------|----------|--------------------|------|
| 인건비 | | | | | | |
| 운영비 | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 사업비 | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 총 액 | | | | | | |

0000년도 광역치매센터 종합실적보고서

0000. 00.

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

(광역치매센터 로고)

사업개요 (2페이지 이내 작성)

| | | | |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|
| 단 체 명 | | | |
| 사 업 명 | | | |
| 사업기간 | 2000. . . . ~ 2000. . . . | | |
| 사 업 비 | 총 원 | 보 조 금 | 원 (%) |
| 집 행 룰 | 총 원 (%) | 자 부 담 | 원 (%) |
| 사업목적 | <ul style="list-style-type: none"> ○ - - | | |
| 추진 내용 및 실적 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 정책지원 - ○ 연구 ○ 기술지원 ○ 교육·홍보 ○ 네트워크 구축 ○ 기타 | | |
| 사업성과 | <ul style="list-style-type: none"> ○ - - | | |
| 기대효과 및 향후계획 | <ul style="list-style-type: none"> ○ - - | | |

목 차 (예시)

1. 사업 총괄표
2. 사업수행인력
3. 정책지원
 - 3.1 사업명1
 - 3.2 사업명2
4. 연구
5. 기술지원
6. 교육·홍보
7. 네트워크구축
8. 기타사업
9. 자체평가 및 향후 개선 방안
10. 예산집행 실적

1

사업 총괄표

- 각 영역별 세부사업 추진실적을 요약하여 작성(사업수행 실적은 목표 대비 달성률을 비교할 수 있도록 작성)
- [당초 계획 대비 주요 변경사항] 없으면 미작성(※변동사항이 있으면, 요약하여 작성)

1. 사업 총괄표

| 분야 | 세부사업 | 성과지표 (설정근거) | 실적 및 달성도 | | |
|------|-------------------------|----------------|----------|----|-----|
| | | | 목표 | 실적 | 달성율 |
| 정책지원 | 1) 0000 운영 시범사업 연구 [신규] | | | | |
| | 2) 0000 현황조사 [강화] | | | | |
| | 3) 0000 사업 [기존] | | | | |
| 연구 | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 기술지원 | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| ⋮ | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

2. 부진사유 (문제점 및 부진사유)

〈작성요령〉

- 당초 사업계획과 추진상의 차이가 있을 경우 기재
- 사업추진상의 애로사항 등을 기재

2

사업수행인력

| 구분 (팀명) | 직 위 | 성 명 | 담당업무 | 전 공 및 학 위 | | 입사일 | 상근/ 비상근 |
|------------|-----|-----|------|-----------|-----|-----|------------|
| | | | | 전공분야 | 학위명 | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

3

정책지원

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

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

- 사업개수만큼 작성(공통 추진실적 양식, **사업별 5페이지 이내 작성**)

- 아래 양식에서 부족한 내용은 추가하여 작성(표 삽입 등)

3.1 사업명

| 관련근거 | ※ 관련 법령 기재 | | | | | | | | | |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------|-------|-----|---|----------|---|----------|---|
| 사업목적 | <ul style="list-style-type: none"> ■ ■ | | | | | | | | | |
| 추진내용 | | | | | | | | | | |
| 연계협력 | <p>■ 사업 수행주체</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">추진주체</th> <th style="width: 70%;">주요 역할</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OO시</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>OO치매안심센터</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>OO공립요양병원</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table> | | 추진주체 | 주요 역할 | OO시 | - | OO치매안심센터 | - | OO공립요양병원 | - |
| 추진주체 | 주요 역할 | | | | | | | | | |
| OO시 | - | | | | | | | | | |
| OO치매안심센터 | - | | | | | | | | | |
| OO공립요양병원 | - | | | | | | | | | |
| 기대효과 | | | | | | | | | | |

| | | | |
|-------------|----|------|--------|
| 성과목표 달성도 | | | |
| 사업예산 | 예산 | 집행금액 | 집행률(%) |
| | | | |

4 연구

4.1 사업명

| | | |
|------|----------------------------------------------------------------|-------|
| 관련근거 | ※ 관련 법령 기재 | |
| 사업목적 | <ul style="list-style-type: none"> ■ ■ | |
| 추진내용 | | |
| 연계협력 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 사업 수행주체 | |
| | 추진주체 | 주요 역할 |
| | OO시 | - |
| | OO치매안심센터 | . |
| | OO공립요양병원 | . |
| 기대효과 | | |

| | | | |
|-------------|----|------|--------|
| | | | |
| 성과목표 달성도 | | | |
| 사업예산 | 예산 | 집행금액 | 집행률(%) |
| | | | |

5.1 사업명

| 관련근거 | ※ 관련 법령 기재 | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|------|--|-------|-----|---|---|----------|---|---|----------|---|---|
| 사업목적 | <ul style="list-style-type: none"> ■ ■ | | | | | | | | | | | | | | |
| 추진내용 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 연계협력 | <p>■ 사업 수행주체</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">추진주체</th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 60%;">주요 역할</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OO시</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">.</td> </tr> <tr> <td>OO치매안심센터</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">.</td> </tr> <tr> <td>OO공립요양병원</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">.</td> </tr> </tbody> </table> | | | 추진주체 | | 주요 역할 | OO시 | - | . | OO치매안심센터 | - | . | OO공립요양병원 | - | . |
| 추진주체 | | 주요 역할 | | | | | | | | | | | | | |
| OO시 | - | . | | | | | | | | | | | | | |
| OO치매안심센터 | - | . | | | | | | | | | | | | | |
| OO공립요양병원 | - | . | | | | | | | | | | | | | |
| 기대효과 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 성과목표 달성도 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 사업예산 | 예산 | 집행금액 | 집행률(%) | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|----------|----------------------------------------------------------------|-------|--------|
| 관련근거 | ※ 관련 법령 기재 | | |
| 사업목적 | <ul style="list-style-type: none"> ■ ■ | | |
| 추진내용 | | | |
| 연계협력 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 사업 수행주체 | | |
| | 추진주체 | 주요 역할 | |
| | OO시 | - | . |
| | OO치매안심센터 | - | . |
| | OO공립요양병원 | - | . |
| 기대효과 | | | |
| 성과목표 달성도 | | | |
| 사업예산 | 예산 | 집행금액 | 집행률(%) |
| | | | |

7.1 사업명

| 관련근거 | ※ 관련 법령 기재 | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|------|--|-------|-----|---|--|----------|---|--|----------|---|--|
| 사업목적 | <ul style="list-style-type: none"> ■ ■ | | | | | | | | | | | | | | |
| 추진내용 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 연계협력 | <p>■ 사업 수행주체</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">추진주체</th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 60%;">주요 역할</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OO시</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td></td> </tr> <tr> <td>OO치매안심센터</td> <td style="text-align: center;">.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>OO공립요양병원</td> <td style="text-align: center;">.</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | | 추진주체 | | 주요 역할 | OO시 | - | | OO치매안심센터 | . | | OO공립요양병원 | . | |
| 추진주체 | | 주요 역할 | | | | | | | | | | | | | |
| OO시 | - | | | | | | | | | | | | | | |
| OO치매안심센터 | . | | | | | | | | | | | | | | |
| OO공립요양병원 | . | | | | | | | | | | | | | | |
| 기대효과 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 성과목표 달성도 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 사업예산 | 예산 | 집행금액 | 집행률(%) | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|----------|----------------------------------------------------------------|-------|--------|
| 관련근거 | ※ 관련 법령 기재 | | |
| 사업목적 | <ul style="list-style-type: none"> ■ ■ | | |
| 추진내용 | | | |
| 연계협력 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 사업 수행주체 | | |
| | 추진주체 | 주요 역할 | |
| | 00시 | - | |
| | 00치매안심센터 | - | |
| | 00공립요양병원 | - | |
| 기대효과 | | | |
| 성과목표 달성도 | | | |
| 사업예산 | 예산 | 집행금액 | 집행률(%) |
| | | | |

10

예산집행 실적

※ 작성요령

- 교부받은 보조금 예산에 한해 작성하며, 자부담 예산이 있는 경우 별도 표로 작성
- 집행내역을 상세히 기재

□ 사업비 : 총 원

| 구분 | 예산액 (A) | 집행내역 | 집행액 (B) | 집행 잔액 | 집행률 (%) (B/A* 100) |
|-----|------------|------|------------|----------|-----------------------------|
| 인건비 | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 운영비 | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 사업비 | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| ∴ | ∴ | | | | |
| 총 액 | | | | | |

과 목 전 용 조 서

| 과 목 | | | 전 용 연월일 | 예산액 (1) | 전용액 (2) | 예산현액 (1+2=3) | 지출액 (4) | 불용액 (3-4) | 전용사유 |
|-----|---|---|------------|------------|------------|-----------------|------------|--------------|------|
| 관 | 항 | 목 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

Ⅱ 치매안심센터 운영 - 서식 및 양식 모음

→ 서식 목록

Ⅲ-3. 치매안심센터 운영

1. 지역사회협의체 및 치매사례관리위원회

- [운영서식 1-1] 지역사회협의체 위원 위촉 수락서
- [운영서식 1-2] 지역사회협의체 위원 관리
- [운영서식 1-3] 지역사회협의체 협력 회의 관리
- [운영서식 1-4] 지역사회협의체 협력 회의록
- [운영서식 1-5] 지역사회협의체 위원 개인정보 수집·이용·제공 동의서
- [운영서식 1-6] 치매사례관리위원회 외부위원 위촉 수락서
- [운영서식 1-7] 치매사례관리위원회 외부위원 개인정보 수집·이용·제공 동의서

Ⅲ-4. 치매안심센터 주요사업

1. 상담 및 등록관리사업

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

2. 치매조기검진

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

4. 예방관리사업

- [서식 4-1] 단축형 노인우울척도 검사(SGDS-K)
- [서식 4-2] 주관적 기억감퇴 평가 설문지(SMCQ)
- [서식 4-3] 인지기능장애평가 설문지(KDSQ-C)
- [서식 4-4] 치매예방교실 이용 신청서
- [서식 4-5] 응급상황 대응을 위한 개인정보 수집·이용 동의서
- [서식 4-6] 인지강화교실 이용 신청서
- [서식 4-7] 치매예방교실(인지강화교실) 운영일지
- [서식 4-8] 만족도 평가(치매예방교실, 인지강화교실, 치매환자쉼터)
- [서식 4-9] 외부강사 개인정보 수집·이용·제공 동의서

5. 치매환자쉼터

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

6. 치매지원서비스 관리사업

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

7. 치매가족 및 보호자 지원사업

- [서식 7-1] 돌봄부담분석 검사1-한글판 우울증 선별도구
- [서식 7-2] 돌봄부담분석 검사2-단축형 자릿 부양부담평가척도
- [서식 7-3] 돌봄부담분석 검사3-신경정신행동검사-간편형
- [서식 7-4] 돌봄부담분석 검사4-치매태도척도
- [서식 7-5] 돌봄부담분석 결과지
- [서식 7-6] 가족교실 이용 신청서
- [서식 7-7] 가족교실 서약서
- [서식 7-8] 가족교실 최종만족도 평가

- [서식 7-9] 가족교실 운영일지
- [서식 7-10] 힐링프로그램 이용 신청서
- [서식 7-11] 힐링프로그램 운영일지
- [서식 7-12] 힐링프로그램 최종만족도 평가
- [서식 7-13] 동반치매환자보호서비스 이용 신청서
- [서식 7-14] 동반치매환자보호서비스 운영일지

8. 치매파트너 사업

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

9. 치매안심마을 사업

- [서식 9-1] 치매안심마을 지정·우수 신청서
- [서식 9-2] 치매안심마을 지역 선정 및 자원 조사지
- [서식 9-3] 치매안심마을 치매인식도 조사표
- [서식 9-4] 운영위원회 구성 명단
- [서식 9-5] 운영위원회 운영 회의록
- [서식 9-6] 홍보 운영 일지
- [서식 9-7] 프로그램 운영표
- [서식 9-8] 치매극복선도단체·치매안심가맹점 지정 명단
- [서식 9-9] 치매극복선도단체·치매안심가맹점 지정 면제 신청서
- [서식 9-10] 치매안심마을 치매인식도 설문조사 양식
- [서식 9-11] 치매안심마을 운영 결과보고서 양식
- [서식 9-12] 치매안심마을 운영위원 개인정보 수집·이용·제공 동의서

10. 지역사회자원강화

[서식 10-1] 서비스 의뢰서

[서식 10-2] 서비스 의뢰 회신서

[서식 10-3] 공립요양병원 서비스 의뢰서

11. 기타

[기타서식 1] 개인정보 열람 요구서

[기타서식 2] 개인정보(열람, 일부열람, 열람연기, 열람거절) 통지서

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

[기타서식 4] 개인정보 열람, 정정·삭제, 처리정지 요구 위임장

[기타서식 5] 개인정보 처리에 관한 위임장

[운영서식 1-1] 지역사회협의회체 위원 위촉 수락서

지역사회협의회체 위원 위촉 수락서

소속 성명

본인은 00치매안심센터 지역사회협의회체 위원 위촉을 수락합니다.

위촉 기간 : 0000년 0월 00일 ~ 0000년 0월 00일

홍길동 (인)

00 치매안심센터 귀하

지역사회협의회체 협력 회의록

| | | | |
|-------|--|-----|--|
| 회의 제목 | | | |
| 회의 일시 | | 작성자 | |
| 회의 장소 | | | |
| 참석자 | | | |
| 회의 내용 | | | |
| | | | |

치매사례관리위원회 외부위원 위촉 수락서

소속_____

성명_____

본인은 ()치매안심센터
치매사례관리위원회 외부위원 위촉을 수락합니다.

위촉 기간 : 0000년 0월 00일 ~ 0000년 0월 00일

홍길동 (인)

() 치매안심센터 귀하

▼ 치매진단

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

▼ 건강상태

| | | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|---------------------------------------------------|--|
| 신체 계측 | 키(cm) | | 체중(kg) | | BMI | | |
| | 혈압(mmHg) | / | 혈당 | | 영양상태 | <input type="radio"/> 양호 <input type="radio"/> 불량 | |
| 보조기 | | <input type="checkbox"/> 지팡이 <input type="checkbox"/> 청력보조기 <input type="checkbox"/> 의치 <input type="checkbox"/> 안경 <input type="checkbox"/> 기타 (_____) | | | | | |
| 질병 상태 | 질병력 | 심혈관 질환 | <input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 관상동맥질환 <input type="checkbox"/> 만성 심부전 <input type="checkbox"/> 부정맥/심방세동 <input type="checkbox"/> 고지혈증 <input type="checkbox"/> 기타 (_____) | | | | |
| | | 신경정신 질환 | <input type="checkbox"/> 뇌졸중 <input type="checkbox"/> 경련성 질환 <input type="checkbox"/> 두부외상 <input type="checkbox"/> 파킨슨병 | | | | |
| | | 정신질환 | <input type="checkbox"/> 우울장애 <input type="checkbox"/> 정신증(조현병 등) <input type="checkbox"/> 수면장애 <input type="checkbox"/> 불안장애 <input type="checkbox"/> 알코올 사용 장애 <input type="checkbox"/> 기타 정신질환 | | | | |
| | | 약성중양 | <input type="checkbox"/> 위암 <input type="checkbox"/> 대장암 <input type="checkbox"/> 갑상선암 <input type="checkbox"/> 유방암 <input type="checkbox"/> 간암 <input type="checkbox"/> 폐암 <input type="checkbox"/> 전립선암 <input type="checkbox"/> 췌장암 <input type="checkbox"/> 기타 약성중양 | | | | |
| | | 감염 | <input type="checkbox"/> 요로감염(지난30일간) <input type="checkbox"/> 폐렴 <input type="checkbox"/> 결핵 | | | | |
| | | 기타 질병 | <input type="checkbox"/> 당뇨병 <input type="checkbox"/> 갑상선 기능 항진 <input type="checkbox"/> 갑상선 기능 저하 <input type="checkbox"/> 비만 <input type="checkbox"/> 난청 <input type="checkbox"/> 기타(_____) | | | | |
| 치매가족력 | | <input type="radio"/> 없음 <input type="radio"/> 있음 | | | | | |
| 생활 습관 | 음주 | 음주력 | <input type="radio"/> 평생 마신 적 없음 <input type="radio"/> 현재 마심 <input type="radio"/> 과거 마셨으나 현재 중단 | | | | |
| | | 기간 | 평생 동안 술을 마신 기간 | 만 세 ~ 만 세 (_____ 년) | | | |
| | | 횟수 | 1주일 평균 음주 횟수 | 회/주 | | | |
| | | 현재음주량 | 1회 음주량(SU ¹) | SU/회 | | | |
| | 1SU (Standard Unit : 알코올 10~12g) : 맥주2잔, 소주 1잔, 양주 1잔, 와인 1잔, 막걸리 2잔 병당 SU : 맥주(500ml) 2, 소주(360ml) 8, 양주(750ml) 25, 와인(750ml) 8, 막걸리(750ml : 반되) 5 | | | | | | |
| | 흡연 | 흡연력 | <input type="radio"/> 평생 피운 적 없음 <input type="radio"/> 현재 피움 <input type="radio"/> 과거 피웠으나 현재 중단 | | | | |
| | | 기간 | 평생 동안 담배를 피운 기간 | 만 세 ~ 만 세 (_____ 년) | | | |
| | | 현재흡연량 | 하루 흡연량(개피) | 개피/일 | | | |
| 운동 | 운동력 | 현재 꾸준히 하고 있는 운동이나 활동? <input type="radio"/> 없음 <input type="radio"/> 있음 | | | | | |
| | 운동량 | 가벼운 운동 (천천히 걷기, 산보) | | | 일/1주일 | 시간/하루 | |
| | | 중간 운동 (빨리 걷기, 맨손체조, 농사일, 집안일 등) | | | 일/1주일 | 시간/하루 | |
| 심한 운동 (달리기, 등산, 에어로빅, 자전거타기 등) | | | 일/1주일 | 시간/하루 | | | |

[서식 1-3] 개인정보 수집 및 이용·제공 동의서(대상자, 가족, 후견인)

개인정보 수집 및 이용·제공 동의서(대상자, 가족, 후견인)

| | | | |
|-----------|--|-------------|--|
| 이름 | | 생년월일 | |
|-----------|--|-------------|--|

개인정보 수집 및 이용(필수)

※ 개인정보보호법 제15조에 따라 개인정보를 수집 및 이용합니다.

개인정보 수집 및 이용에 관한 사항 안내

| | |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 개인정보 처리목적 | <ul style="list-style-type: none"> • 치매안심센터 서비스 제공(상담, 치매조기검진사업, 치매예방관리, 쉼터프로그램, 가족지원 등 치매관리 서비스) • 치매 서비스 지원 대상자에 대한 수혜이력 및 부정중복수급 확인, 통합 사례관리 수행 |
| 개인정보 항목 | 성명, 성별, 학력, 연락처, 나이, 주소, 가족관계, 거주·동거형태, 의료보장, 소득수준, 장기요양등급, 보훈대상, 결혼상태, 직업, 사진, 치매치료비지원 대상 계좌정보(치매 치료비 지원 신청시), 건강보험자격확인, 공적 부조·사회서비스 수혜 이력 정보, 건강·장기요양보험료 납부확인(지역가입자/직장가입자), 안전에 대한 정보(배회가능 어르신 인식표 신청 및 발급에 필요한 대상자, 보호자 및 신청기관의 기본 정보 등), 생년월일, 상담 및 사례관리 정보(대상자 선정, 제공계획, 제공내역, 점검 및 평가, 종결, 사후관리) |
| 보유기간 | 준영구 |

※ 개인정보 수집 및 이용에 동의를 거부하실 수 있으며, 거부 시 치매안심센터 서비스 제공이 제한됩니다.

※ 외부 정보통신망을 통해 서비스 지원에 필요한 개인정보 조회 및 수집할 수 있습니다.

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

위와 같이 개인정보 수집 및 이용에 동의하십니까? **동의** **미동의**

고유식별정보 수집 및 이용에 관한 고지사항

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

개인정보 수집 및 이용에 관한 사항 안내

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 개인정보 처리목적 | <ul style="list-style-type: none"> 치매안심센터 서비스 제공(상담, 치매조기검진사업, 치매예방관리, 쉼터프로그램, 가족지원 등 치매관리 서비스) 치매 서비스 지원 대상자에 대한 수혜이력 및 부정중복수급 확인, 통합 사례관리 수행 |
| 개인정보 항목 | 주민등록번호, 외국인등록번호 |
| 보유기간 | 준영구 |
| <p>※ 개인정보 수집 및 이용에 동의를 거부하실 수 있으며, 거부 시 치매안심센터 서비스 제공이 제한됩니다.</p> <p>※ 외부 정보통신망을 통해 서비스 지원에 필요한 개인정보 조회 및 수집할 수 있습니다.</p> <p>※ 대상자의 등본상 주소지 관할 또는 서비스 관할 치매안심센터 변경하는 경우 별도의 동의없이 관할 치매안심센터에 귀하의 정보를 이전할 수 있습니다.</p> | |
| <p>위와 같이 개인정보 수집 및 이용에 동의하십니까? 동의 <input type="checkbox"/> 미동의 <input type="checkbox"/></p> | |

개인정보 제3자 제공 부문 (필수)

개인정보 제3자 제공에 관한 사항

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 제공받는 기관 | 보건소 및 협약 의료기관, 복지관, 동 주민센터, 시군구청, 경찰청, 정신건강복지센터, 국민건강보험공단, 사회보장정보원, 장기요양기관, (주)NICE, 중앙치매센터, 광역치매센터 및 치매상담콜센터, 타 지역 치매안심센터, 행정안전부, 공립요양병원, 도로교통공단, 노인복지시설 |
| 제공목적 | 치매조기검진, 치매환자지원, 실종예방 및 실종 발생 시 찾기 지원, 전문심리상담, 퇴원 환자 관리, 운전면허 정기적성검사(갱신), 서비스 의뢰, 통합 사례관리 수행 |
| 제공하는 항목 | 성명, 주민등록번호, 외국인등록번호, 성별, 연락처, 생년월일(나이), 주소, 치매치료비 지원 대상 계좌정보, 거주, 직업, 사진, 가족관계, 맞춤형사례관리 대상자 생활환경정보, 실종예방 및 실종 시 찾기 위한 과정에 활용되는 배회가능 어르신 인식표(세부) 정보 (대상자, 보호자 및 신청기관 정보 등), 돌봄부담분석 결과정보, 한국형 노인우울척도 결과정보, 선별검사 결과정보, 신경심리평가 결과정보, 치매임상평가 의견서, 치매안심센터 등록정보, 치매안심센터 이용 내역(상담 및 사례관리, 서비스 이력정보) |
| 보유기간 | 퇴록 시 까지 |
| <p>※ 개인정보 제공에 동의를 거부하실 수 있으며, 거부 시 치매관련 서비스 업무 제공이 제한될 수 있습니다.</p> <p>※ 대상자의 등본상 주소지 관할 또는 서비스 관할 치매안심센터 변경하는 경우 별도의 동의없이 관할 치매안심센터에 귀하의 정보를 이전할 수 있습니다.</p> | |
| <p>위와 같이 개인정보 제3자 제공에 동의하십니까? 동의 <input type="checkbox"/> 미동의 <input type="checkbox"/></p> | |

개인정보 수집·이용·제공 동의서(가족·후견인 외 보호자)

| 개인정보 수집 및 이용(필수) | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| ※ 개인정보보호법 제15조에 따라 개인정보를 수집 및 이용합니다. <input type="checkbox"/> 개인정보 수집 및 이용에 관한 사항 안내 | |
| 개인정보 처리목적 | 기초상담, 심층상담, 자원연계, 보호자상담, 돌봄부담분석, 가족교실, 힐링프로그램, 자조모임, 치매안심센터 서비스 안내 |
| 개인정보 항목 | 대상자와의 관계, 성명, 성별, 연락처, 나이, 주소, 치매치료비지원 대상 계좌정보(치매 치료비 지원 신청시), 사진 |
| 보유기간 | 준영구 |
| ※ 귀하가 제공한 개인정보는 치매안심센터에서 운영하는 “대상자 가족 외의 보호자”에 대한 지원 업무에만 활용되며, 위 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부하실 경우 원활한 업무지원을 할 수 없어 치매안심센터 이용에 제한을 받으실 수 있습니다. ※ 대상자의 등본상 주소지 관할 또는 서비스 관할 치매안심센터 변경하는 경우 별도의 동의없이 관할 치매안심센터에 귀하의 정보를 이전할 수 있습니다. | |
| 위와 같이 개인정보 수집 및 이용에 동의하십니까? 동의 <input type="checkbox"/> 미동의 <input type="checkbox"/> | |

| 고유식별정보 수집 및 이용에 관한 고지사항 | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ※ 개인정보보호법 제15조제1항제2호에 따라 개인정보를 수집 및 이용합니다. <input type="checkbox"/> 개인정보 수집 및 이용에 관한 사항 안내 | |
| 개인정보 처리목적 | <ul style="list-style-type: none"> • 치매환자의 의료비 지원사업에 관한 사무 • 공립요양병원 운영 위탁에 관한 사무 • 치매 관련 상담 및 조기검진, 치매환자의 등록관리, 단기쉼터 운영 및 가족지원에 관한 사무 |
| 개인정보 항목 | 주민등록번호, 외국인등록번호 |
| 보유기간 | 준영구 |
| ※ 개인정보 수집 및 이용에 동의를 거부하실 수 있으며, 거부 시 치매안심센터 서비스 제공이 제한됩니다. ※ 대상자의 등본상 주소지 관할 또는 서비스 관할 치매안심센터 변경하는 경우 별도의 동의없이 관할 치매안심센터에 귀하의 정보를 이전할 수 있습니다. | |
| 위와 같이 개인정보 수집 및 이용에 동의하십니까? 동의 <input type="checkbox"/> 미동의 <input type="checkbox"/> | |

등록관리 기록부

성 명
등록번호
연 도

() 치매안심센터

인지선별검사 (CIST)

Cognitive Impairment Screening Test

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

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

인지선별검사 결과 요약지

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

| 문항번호 | 문항내용 | 문항별 점수 |
|------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | 지남력 | / 5 |
| 2 | 주의력 | / 3 |
| 3 | 시공간기능 | / 2 |
| 4 | 집행기능 | / 6 |
| 5 | 기억력 | / 10 |
| 6 | 언어기능 | / 4 |
| 총 점 | | / 30점 |
| 결 과 | <input type="checkbox"/> 정상 | 인지기능이 정상수준입니다. 건강한 인지기능을 유지하실 수 있도록 평소에 치매예방수칙 준수와 고혈압, 당뇨, 고지혈증 등 만성질환 관리를 잘 하시고, 치매안심센터의 안내에 따라 정기적으로 치매조기검진을 받으시기 바랍니다. |
| | <input type="checkbox"/> 인지저하 | 인지기능이 다소 저하되어 있습니다. 인지저하라도 모두 치매로 인한 것은 아니니 너무 염려하지 마시고, 치매안심센터의 안내에 따라 치매진단검사를 받으시기 바랍니다. |

※ 검사결과는 실제 생년월일을 기준으로 판정함

20 년 월 일

치매안심센터장 000 (인)

치매검사비 지원 신청서

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 등록센터 | | 등록번호 | |
| 대상자 | 성명 | 주민등록번호 | |
| | 등본주소지 | | |
| | 실거주지 | | |
| | 연락처 | 주택 : | 휴대전화 : |
| 신청자 | 신청자 구분 | <input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 대리인 | |
| | 대상자와의 관계 | <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 딸 <input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 손자 <input type="checkbox"/> 손녀 <input type="checkbox"/> 사위 <input type="checkbox"/> 며느리 <input type="checkbox"/> 형제 <input type="checkbox"/> 부 <input type="checkbox"/> 모 <input type="checkbox"/> 조부 <input type="checkbox"/> 조모 <input type="checkbox"/> 친인척() <input type="checkbox"/> 성년후견인 <input type="checkbox"/> 친구 <input type="checkbox"/> 이웃 <input type="checkbox"/> 간병인 <input type="checkbox"/> 기타() | |
| | 대리 동의 사유 ※ 본인 이외 신청 시에만 작성 | <input type="checkbox"/> 신체, 정신적 장애로 약정 내용을 이해 못함 <input type="checkbox"/> 본인이 승낙에 관한 권한을 특정인에게 위임함 <input type="checkbox"/> 기타() | |
| | 성명 | | |
| | 연락처 | | |
| 지원 내용 | <input type="checkbox"/> 진단검사1단계 <input type="checkbox"/> 진단검사2단계 <input type="checkbox"/> 감별검사 | | |
| 협약병원 | 병원명 | | 검사일자 |
| | 담당자 | | 연락처 |
| 개인정보 제3자 제공 동의 ※ 등록된 치매안심센터에서 검사비 지원이 불가능한 경우 필수 기재 | 제공항목 | 대상자의 주민등록번호(외국인등록번호), 등본주소지 및 거주지 주소, 성명, 성별, 연락처, 나이, 치매검사이력 및 결과, 안심등록번호 등 | |
| | 제공목적 | 치매검진비 지원여부 결정 및 지원 | |
| | 제공받는 기관 | 주소지 관할 치매안심센터(보건소) | |
| | 동의여부 | <input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의 ※ 미동의할 경우 검사비 지원 불가 | |
| <p>위와 같이 치매검사비 지원을 신청합니다.</p> <p style="text-align: center;">년 월 일</p> <p style="text-align: center;">신청자 : (서명 또는 인)</p> <p style="text-align: center;">() 치매안심센터장 귀하</p> | | | |

- 1) 본인(대상자)이 신청하는 경우
 - 제출서류: 치매검사비 지원 신청서(서식2-4)
 - 확인사항: 대상자 신분증
 - 2) 가족·후견인·재직자가 대리신청하는 경우
 - 제출서류: 치매검사비 지원 신청서(서식2-4), 개인정보 처리에 관한 위임장(기타서식5)
 - 확인사항: 대상자 및 대리인(대리신청자)의 신분증
 - (가족) 대상자와 관계가 확인되는 가족관계증명서 또는 주민등록등·초본
 - (후견인) 후견등기사항증명서
 - (사실재직자) 신청자의 재직증명서 및 대상자 입소확인서
 - (병원재직자) 신청자의 재직증명서 및 대상자 입원확인서
 * 대상자가 의사능력이 없는 경우 증명서를 통해 위임장(기타서식5) 생략 가능
 - 3) 가족·후견인·시설 및 병원 재직자 외 임의대리인이 대리신청하는 경우
 - 제출서류: 치매검사비 지원 신청서(서식2-4), 개인정보 처리에 관한 위임장(기타서식5)
 - 확인사항: 대상자 및 임의대리인(대리신청자)의 신분증
- ※ 신청서 및 동의서 작성 후 사본을 요구할 경우에 사본을 교부
- ※ 신분증(사본 포함)으로는 주민등록증, 운전면허증, 여권, 의료급여증, 경로증, 기타 국가 및 지자체 공공기관, 위탁운영기관 발행 신분증명서류 등 본인 여부를 확인할 수 있는 신분증명서 또는 서류가 해당
- ※ '후견인'은 성년후견제도의 '법정후견인', '임의후견인'을 모두 의미

치매 검사 의뢰서

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

[서식 4-1] 단축형 노인우울척도 검사(SGDS-K)

단축형 노인우울척도 검사

(Korean version of the short form of Geriatric Depression Scale: SGDS-K)

이름: 연령: 성별: 남 / 여 작성일: 년 월 일

| | | |
|-----------------------------------------|----|------|
| 지난 1주일 동안의 느낌을 생각하시면서 대답해주시기 바랍니다. | | |
| 1. 현재의 생활에 대체적으로 만족하십니까? | 예 | 아니오* |
| 2. 요즈음 들어 활동량이나 의욕이 많이 떨어지셨습니까? | 예* | 아니오 |
| 3. 자신이 헛되이 살고 있다고 느끼십니까? | 예* | 아니오 |
| 4. 생활이 지루하게 느껴질 때가 많습니까? | 예* | 아니오 |
| 5. 평소에 기분은 상쾌한 편입니까? | 예 | 아니오* |
| 6. 자신에게 불길한 일이 닥칠 것 같아 불안하십니까? | 예* | 아니오 |
| 7. 대체로 마음이 즐거운 편입니까? | 예 | 아니오* |
| 8. 절망적이라는 느낌이 자주 드십니까? | 예* | 아니오 |
| 9. 바깥에 나가기가 싫고 집에만 있고 싶습니까? | 예* | 아니오 |
| 10. 비슷한 나이의 다른 노인들보다 기억력이 더 나쁘다고 느끼십니까? | 예* | 아니오 |
| 11. 현재 살아있다는 것이 즐겁게 생각되십니까? | 예 | 아니오* |
| 12. 지금의 내 자신이 아무 쓸모없는 사람이라고 느끼십니까? | 예* | 아니오 |
| 13. 기력이 좋은 편입니까? | 예 | 아니오* |
| 14. 지금 자신의 처지가 아무런 희망도 없다고 느끼십니까? | 예* | 아니오 |
| 15. 자신이 다른 사람들의 처지보다 더 못하다고 생각하십니까? | 예* | 아니오 |
| 총점=() | | |

※ *표 항목은 1점, 나머지는 0점으로 계산

※ 8점 이상 : 우울 증상을 경험하고 있을 가능성이 있으므로 전문의 상담을 권유

[서식 4-2] 주관적 기억감퇴 평가 설문지(SMCQ)

주관적 기억감퇴 평가 설문

(Subjective Memory Complaints Questionnaire: SMCQ)

이름: 연령: 성별: 남 / 여 작성일: 년 월 일

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

※ 점수가 높을수록 주관적 기억감퇴가 심한 것을 의미합니다.

한국판 치매선별 설문

(Korean Dementia Screening Questionnaire-C: KDSQ-C)

이름: 연령: 성별: 남 / 여 작성일: 년 월 일

| 질 문 | 응답 | | |
|------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------|---------------------------|
| | 아니오 (0점) | 가끔 (조금) 그렇다 (1점) | 자주 (많이) 그렇다 (2점) |
| 1. 오늘이 몇 월이고, 무슨 요일인지를 모른다. | | | |
| 2. 자기가 놔둔 물건을 찾지 못 한다. | | | |
| 3. 같은 질문을 반복해서 한다. | | | |
| 4. 약속을 하고서 잊어버린다. | | | |
| 5. 물건을 가지러 갔다가 잊어버리고 그냥 온다. | | | |
| 6. 물건이나, 사람의 이름을 대기가 힘들어 머뭇거린다. | | | |
| 7. 대화 중 내용이 이해되지 않아 반복해서 물어 본다. | | | |
| 8. 길을 잃거나 헤맨 적이 있다. | | | |
| 9. 예전에 비해서 계산 능력이 떨어졌다(예: 물건값이나 거스름돈 계산을 못한다). | | | |
| 10. 예전에 비해 성격이 변했다. | | | |
| 11. 이전에 잘 다루던 기구의 사용이 서툴러졌다(세탁기, 전기밥솥, 경운기 등). | | | |
| 12. 예전에 비해 방이나 집안의 정리 정돈을 하지 못한다. | | | |
| 13. 상황에 맞게 스스로 옷을 선택하여 입지 못 한다. | | | |
| 14. 혼자 대중교통 수단을 이용하여 목적지에 가기 힘들다(신체적인 문제(관절염)로 인한 것은 제외됨). | | | |
| 15. 내복이나 옷이 더러워져도 갈아입지 않으려고 한다. | | | |
| 총 점 | 점 | | |

※ 점수가 6점 이상인 경우 인지기능저하가 있다고 판단할 수 있습니다.

치매예방교실 이용 신청서

| | |
|------|--|
| 등록번호 | |
|------|--|

| | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--|
| 프로그램명 | <input type="checkbox"/> () (시작일 :) <input type="checkbox"/> () (시작일 :) | | | |
| 대상자 | 성명 | | 생년월일 | |
| | 주소 | | | |
| | 연락처 | 자택 : | 휴대전화 : | |
| 신청자 | 신청자 구분 | <input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 대리인 | | |
| | 대상자와의 관계 | <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 딸 <input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 손자 <input type="checkbox"/> 손녀 <input type="checkbox"/> 사위 <input type="checkbox"/> 며느리 <input type="checkbox"/> 형제 <input type="checkbox"/> 부 <input type="checkbox"/> 모 <input type="checkbox"/> 조부 <input type="checkbox"/> 조모 <input type="checkbox"/> 친인척() <input type="checkbox"/> 성년후견인 <input type="checkbox"/> 친구 <input type="checkbox"/> 이웃 <input type="checkbox"/> 간병인 <input type="checkbox"/> 기타() | | |
| | 대리 동의 사유 (※본인 이외 신청 시에만 작성) | <input type="checkbox"/> 신체, 정신적 장애로 약정 내용을 이해 못함 <input type="checkbox"/> 본인이 승낙에 관한 권한을 특정인에게 위임함 <input type="checkbox"/> 기타() | | |
| | 성명 | | | |
| | 연락처 | 자택 : | 휴대전화 : | |
| 신청유형 | <input type="checkbox"/> 신규 <input type="checkbox"/> 연장신청 | | | |
| 1. 치매예방교실의 제반 규정과 일정을 지켜야 합니다. 2. 치매예방교실의 프로그램에 성실히 참여하도록 합니다. 3. 개인질병으로 인한 사고, 센터 통학 시 발생하는 사고 및 본인의 부주의로 인한 사고에 대한 책임은 센터에서 책임지지 않습니다. 4. 천재지변과 같은 불가항력적인 사고 발생 시, 센터에서 책임지지 않습니다. | | | | |
| 위와 같이 「치매예방교실」 이용을 신청합니다. 년 월 일 신청자: (서명 또는 인) () 치매안심센터장 귀하 | | | | |

1) 본인(대상자)이 신청하는 경우

- 제출서류: 치매예방교실 이용 신청서(서식4-3)
- 확인사항: 대상자 신분증

2) 가족·후견인·재직자가 대리신청하는 경우

- 제출서류: 치매예방교실 이용 신청서(서식4-3), 개인정보 처리에 관한 위임장(기타서식5)*
 - 확인사항: 대상자 및 대리인(대리신청자)의 신분증
 - (가족) 대상자와 관계가 확인되는 가족관계증명서 또는 주민등록등·초본
 - (후견인) 후견등기사항증명서
 - (시설재직자) 신청자의 재직증명서 및 대상자 입소확인서
 - (병원재직자) 신청자의 재직증명서 및 대상자 입원확인서
- * 대상자가 의사능력이 없는 경우 증명서를 통해 위임장(기타서식5) 생략 가능

3) 가족·후견인·시설 및 병원 재직자 외 임의대리인이 대리신청하는 경우

- 제출서류: 치매예방교실 이용 신청서(서식4-3), 개인정보 처리에 관한 위임장(기타서식5)
- 확인사항: 대상자 및 임의대리인(대리신청자)의 신분증

[서식 4-5] 응급상황 대응을 위한 개인정보 수집·이용 동의서

응급상황 대응을 위한 개인정보 수집·이용 동의서

| | |
|------|--|
| 등록번호 | |
|------|--|

■ 응급상황 대상자 주요정보

| | | | | | |
|-----|------|--------|--|----|-------------------------------------------------------|
| 성명 | | 생년월일 | | 성별 | <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여 |
| 주소 | | | | | |
| 연락처 | 자택 : | 휴대전화 : | | | |

■ 보호자 주요정보

| | | | | | |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--|----|-------------------------------------------------------|
| 대상자와의 관계 | <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 딸 <input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 손자 <input type="checkbox"/> 손녀 <input type="checkbox"/> 사위 <input type="checkbox"/> 며느리 <input type="checkbox"/> 형제 <input type="checkbox"/> 부 <input type="checkbox"/> 모 <input type="checkbox"/> 조부 <input type="checkbox"/> 조모 <input type="checkbox"/> 친인척() <input type="checkbox"/> 성년후견인 <input type="checkbox"/> 친구 <input type="checkbox"/> 이웃 <input type="checkbox"/> 간병인 <input type="checkbox"/> 기타() | | | | |
| 성명 | | 생년월일 | | 성별 | <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여 |
| 주소 | | | | | |
| 연락처 | 자택 : | 휴대전화 : | | | |

■ 응급발생 지침 내용

| 보호자 지정 의뢰기관명 | | 보호자 지정 의뢰기관 연락처 | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------|--|----------|----------|------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 사고 발생 시 '간호사'를 통한 응급조치, '간호사가 없을 시 즉시 119에 신고 2. 소방서 119 연락을 통한 병원이송 : 119 통한 이송 시 보호자 지정 의뢰기관 또는 신속한 조치 받을 수 있는 가까운 응급의료기관으로의 이송(센터직원 동행) 3. 보호자(가족) 연락 : 사건발생 시간, 내용, 이송 장소, 조치 방법, 현재 상황 등을 우선으로 통보, 부재시 메시지로 통보 4. 환자 보호자 인계 후 종료 | | | | | | | | | |
| <p>본 치매안심센터에서는 응급상황 대응을 위하여 귀하의 개인정보를 아래와 같이 수집·이용 하고자 합니다. 다음의 내용을 자세히 읽으신 후 동의 여부를 체크, 서명하여 주시기 바랍니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 대상자 및 대리인 개인정보 수집·이용 내역</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 45%;">수집·이용 항목</th> <th style="width: 30%;">수집·이용 목적</th> <th style="width: 25%;">보유기간</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>대상자(성명, 생년월일, 성별, 주소, 연락처), 보호자(대상자와의 관계, 성명, 생년월일, 성별, 주소, 연락처)</td> <td>응급상황 발생 시 대상자의 신속한 응급 대응 및 보호자(가족 등)에 연락</td> <td style="text-align: center; color: red;">3년</td> </tr> </tbody> </table> <p>※ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나, 동의를 거부할 경우 응급상황 대응지침에 따른 서비스를 받으실 수 없습니다. ※ 단, 서비스 이용 중에도 보호자지정 의뢰기관이 변경될 시 재 추취하여야 합니다.</p> <p>☞ 위와 같이 개인정보 수집·이용하는데 동의하십니까? <input type="checkbox"/>동의 <input type="checkbox"/>미동의</p> | | | | 수집·이용 항목 | 수집·이용 목적 | 보유기간 | 대상자(성명, 생년월일, 성별, 주소, 연락처), 보호자(대상자와의 관계, 성명, 생년월일, 성별, 주소, 연락처) | 응급상황 발생 시 대상자의 신속한 응급 대응 및 보호자(가족 등)에 연락 | 3년 |
| 수집·이용 항목 | 수집·이용 목적 | 보유기간 | | | | | | | |
| 대상자(성명, 생년월일, 성별, 주소, 연락처), 보호자(대상자와의 관계, 성명, 생년월일, 성별, 주소, 연락처) | 응급상황 발생 시 대상자의 신속한 응급 대응 및 보호자(가족 등)에 연락 | 3년 | | | | | | | |

[서식 4-6] 인지강화교실 이용 신청서

인지강화교실 이용 신청서

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 등록번호 | | | |
| 프로그램명 | <input type="checkbox"/> () (시작일 :) | | |
| | <input type="checkbox"/> () (시작일 :) | | |
| 대상자 | 성명 | | 생년월일 |
| | 주소 | | |
| | 연락처 | 자택 : _____ | 휴대전화 : _____ |
| 신청자 | 신청자 구분 | <input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 대리인 | |
| | 대상자와의 관계 | <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 딸 <input type="checkbox"/> 아들 <input type="checkbox"/> 손자 <input type="checkbox"/> 손녀 <input type="checkbox"/> 사위 <input type="checkbox"/> 며느리 <input type="checkbox"/> 형제 <input type="checkbox"/> 부 <input type="checkbox"/> 모 <input type="checkbox"/> 조부 <input type="checkbox"/> 조모 <input type="checkbox"/> 친인척() <input type="checkbox"/> 성년후견인 <input type="checkbox"/> 친구 <input type="checkbox"/> 이웃 <input type="checkbox"/> 간병인 <input type="checkbox"/> 기타() | |
| | 대리 동의 사유 (※본인 이외 신청 시에만 작성) | <input type="checkbox"/> 신체, 정신적 장애로 약정 내용을 이해 못함 <input type="checkbox"/> 본인이 승낙에 관한 권한을 특정인에게 위임함 <input type="checkbox"/> 기타() | |
| | 성명 | | |
| | 연락처 | 자택 : _____ | 휴대전화 : _____ |
| 신청유형 | <input type="checkbox"/> 신규 <input type="checkbox"/> 연장신청 | | |
| 1. 인지강화교실의 제반 규정과 일정을 지켜야 합니다. 2. 인지강화교실의 프로그램에 성실히 참여하도록 합니다. 3. 개인질병으로 인한 사고, 센터 통학 시 발생하는 사고 및 본인의 부주의로 인한 사고에 대한 책임은 센터에서 책임지지 않습니다. 4. 천재지변과 같은 불가항력적인 사고 발생 시, 센터에서 책임지지 않습니다. | | | |
| 위와 같이 「인지강화교실」 이용을 신청합니다. _____ 년 _____ 월 _____ 일 신청자 : _____ (서명 또는 인) () 치매안심센터장 귀하 | | | |

1) 본인(대상자)이 신청하는 경우

- 제출서류: 인지강화교실 이용 신청서(서식4-5)
- 확인사항: 대상자 신분증

2) 가족·후견인·재직자가 대리신청하는 경우

- 제출서류: 인지강화교실 이용 신청서(서식4-5), 개인정보 처리에 관한 위임장(기타서식5)*
 - 확인사항: 대상자 및 대리인(대리신청자)의 신분증
 - (가족) 대상자와 관계가 확인되는 가족관계증명서 또는 주민등록등·초본
 - (후견인) 후견등기사항증명서
 - (시설재직자) 신청자의 재직증명서 및 대상자 입소확인서
 - (병원재직자) 신청자의 재직증명서 및 대상자 입원확인서
- * 대상자가 의사능력이 없는 경우 증명서를 통해 위임장(기타서식5) 생략 가능

3) 가족·후견인·시설 및 병원 재직자 외 임의대리인이 대리신청하는 경우

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

치매예방교실(인지강화교실) 운영일지

| | | | | | |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 운영일자 | 년 | 월 | 일 | 요일 | |
| 반 | | | | | |
| 프로그램 | (10 : 00 ~ 10 : 20) 치매예방운동법 | | | | |
| 내용 | (10 : 20 ~ 11 : 30) 두근두근뇌운동 - 사다리를 타자, 초성이어가기 등 시간대별로 입력 | | | | |
| 강사 | <input type="checkbox"/> 내부강사() <input type="checkbox"/> 외부강사() | | | | |
| 참석자수 | 총 | | 명 / 정원 | | 명 |
| 참석자성명 | 출석여부 | 참여도 | 도움필요정도 | 이해도 | 비고 |
| | <input type="checkbox"/> 출석 <input type="checkbox"/> 결석 | <input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음 | <input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음 | <input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음 | |
| | <input type="checkbox"/> 출석 <input type="checkbox"/> 결석 | <input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음 | <input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음 | <input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음 | |
| | <input type="checkbox"/> 출석 <input type="checkbox"/> 결석 | <input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음 | <input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음 | <input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음 | |
| | <input type="checkbox"/> 출석 <input type="checkbox"/> 결석 | <input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음 | <input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음 | <input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음 | |
| | <input type="checkbox"/> 출석 <input type="checkbox"/> 결석 | <input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음 | <input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음 | <input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음 | |
| | <input type="checkbox"/> 출석 <input type="checkbox"/> 결석 | <input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음 | <input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음 | <input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음 | |
| 비품사항 | (그날 운영된 프로그램에 사용되거나 필요했던 비품 관련 사항들에 대해 주관식 입력 Ex : 수량부족, 비품 재질 특성상 잘 부서져서 진행에 번거로움 등) | | | | |
| 비고 | | | | | |

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

[서식 4-8] 만족도 평가(치매예방교실, 인지강화교실, 치매환자쉼터)

만족도 평가(치매예방교실, 인지강화교실, 치매환자쉼터)

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

* 프로그램 운영에 관하여 평가해 주십시오.

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

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

* 프로그램을 통해 본인에게 어떤 변화가 있었는지 평가해 주십시오.

| | 부정적으로 많이 변함 | 부정적으로 약간 변함 | 변화 없음 | 긍정적으로 약간 변함 | 긍정적으로 많이 변함 |
|---------------------|----------------|----------------|-------|----------------|----------------|
| 1. 일상생활 수행력이 향상되었다. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 2. 삶의 활력이 향상되었다. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 3. 인지 능력이 향상되었다. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

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

치매환자쉘터 이용([]선정, []연장) 심의표

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

치매환자쉼터 운영일지

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

- ※ 필요 시 교실 운영에 보조인력을 활용할 수 있음.
- ※ 비고란 작성 시 운영에 해당되는 관련 사항들을 입력하는 칸으로 활용 가능함.
- ※ 대상자 입력란 추가하여 작성 가능.

[서식 6-1] 배회가능 어르신 인식표 신청서

배회가능 어르신 인식표 신청서

| | |
|------|-------------|
| 등록번호 | * 치매안심센터 작성 |
|------|-------------|

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

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

[서식 6-3] 조호물품 수령 확인 대장

조호물품 수령 확인 대장

대상자/등록번호: *중안심/21-1234567*

| 제공일자 | 제공품목 | | | | | | | 수령자 | | 확인자 (직원) | 확인방법 | |
|------|-----------------|----------------------------|---------------|------------------------|------------------------|------------------------|-----|-----|--|-------------|------|-------------|
| | 인지강화/ 인지재활용품 | 미끄럼방지용품 (매트/양말/ 테이프) | 약달력 및 약보관함 | 보호대 (고관절/ 무릎/허리) | 요실금팬티 (일회용/ 다회용) | 기저귀 (걸기저귀/ 속기저귀) | 물티슈 | | | | | 대상자와의 관계 |
| | (수량) | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

보호자 연락처: 000-0000-0000

[서식 6-4] 치매치료관리비 지원 신청서

| | |
|------|--|
| 등록번호 | |
|------|--|

치매치료관리비 지원 신청서

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

- 1) 본인(대상자)이 신청하는 경우
 - 제출서류: 치매치료관리비 지원 신청서(서식6-4)
 - 확인사항: 대상자 신분증
 - 2) 가족·후견인·재직자가 대리신청하는 경우
 - 제출서류: 치매치료관리비 지원 신청서(서식6-4), 개인정보 처리에 관한 위임장(기타서식5)*
 - 확인사항: 대상자 및 대리인(대리신청자)의 신분증
 - (가족) 대상자와 관계가 확인되는 가족관계증명서 또는 주민등록등·초본
 - (후견인) 후견등기사항증명서
 - (시설재직자) 신청자의 재직증명서 및 대상자 입소확인서
 - (병원재직자) 신청자의 재직증명서 및 대상자 입원확인서
 * 대상자가 의사능력이 없는 경우 증명서를 통해 위임장(기타서식5) 생략 가능
 - 3) 가족·후견인·시설 및 병원 재직자 외 임의대리인이 대리신청하는 경우
 - 제출서류: 치매치료관리비 지원 신청서(서식6-4), 개인정보 처리에 관한 위임장(기타서식5)
 - 확인사항: 대상자 및 임의대리인(대리신청자)의 신분증
- ※ 신청서 및 동의서 작성 후 사본을 요구할 경우에 사본을 교부
 ※ 신분증(사본 포함)으로는 주민등록증, 운전면허증, 여권, 의료급여증, 경로증, 기타 국가 및 지자체 공공기관, 위탁운영기관 발행 신분증명서류 등 본인 여부를 확인할 수 있는 신분증명서 또는 서류가 해당
 ※ '후견인'은 성년후견제도의 '법정후견인', '임의후견인'을 모두 의미

치매치료관리비지원사업 대상 선정 여부 통지

※ 대상자로 선정된 경우에는 (가)의 양식에 의하여(내용 수정 가능), 대상자로 미 선정된 경우에는 (나)의 양식에 의하여 대상자 선정 여부를 통지하시기 바랍니다.

(가) 치매치료관리비지원사업 대상자 선정 통지

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 대상자 성명 | |
| 주 소 | |
| <p>000님은 0000년도 치매치료관리비지원사업 대상자로 선정되었음을 알려드립니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 복용하고 계신 약 중에서 Donepezil, Galantamine, Rivastigmine, Memantine 성분의 치매 치료제가 포함되어 있으면 건강보험공단을 통하여 의료기관에 납부하신 치매치료관리비 본인부담금(연간 36만원 상한)을 지원받으실 수 있습니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 혈관성치매(F01로 시작되는 질병코드)로 진단받은 경우에는 Aspirin, Cilostazol, Clopidogrel, Ticlopidine, Triflusal, Warfarin 성분의 약이 포함되어 있는 경우 치매치료제로 인정, 연간 36만원 한도 내의 본인부담금을 지원받으실 수 있습니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 금년 한해동안 위의 약을 복용하지 않은 경우 지원금이 입금되지 않을 수도 있음을 알려드립니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 0000년 첫 지급일은 3월 말이며, 확정되는 대로 안내해 드릴 예정입니다.</p> <p>※ 기타 문의사항은 000보건소(담당자 : 000)로 연락하여 문의하시기 바랍니다. 연락처 : 000)000-0000</p> | |

(나) 치매치료관리비지원사업 대상자 미선정 통지

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

[서식 7-1] 돌봄부담분석 검사1-한글판 우울증 선별도구

| | | | |
|--------|--|------|--|
| 수검자 성명 | | 등록번호 | |
| 상담자 성명 | | 상담일자 | |

한글판 우울증 선별 도구 (Patient Health Questionnaire-9)

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

지난 2주간, 얼마나 자주 다음과 같은 문제들로 곤란을 겪으셨습니까?

지난 2주 동안에 아래와 같은 생각을 한 날을 헤아려서 해당하는 숫자에 표시하세요.

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

각 칸별로 점수를 더해주세요.

+ +

총 점 =

총점에 따른 결과보기

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

단축형 자릿 부양부담평가척도 (Short Zarit Burden Inventory)

| | | | |
|--------|--|------|--|
| 수검자 성명 | | 등록번호 | |
| 상담자 성명 | | 상담일자 | |

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

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

| |
|------|
| 개인부담 |
| / 36 |

| |
|------|
| 역할부담 |
| / 12 |

| |
|------|
| 총점 |
| / 48 |

신경정신행동검사-간편형 (Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire)

| | | | |
|--------|--|------|--|
| 수검자 성명 | | 등록번호 | |
| 상담자 성명 | | 상담일자 | |

다음은 기억장애나 치매가 생긴 환자의 행동에 어떤 변화가 있는지에 대한 질문입니다.

다음과 같은 증상이 현재 있다고 하더라도 기억장애나 치매가 있기 전부터 있었던 증상이라면 없다고 답해야 합니다.

질문에 성실하게 답변하여 주십시오.

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

가. 얼마나 심한가(심한 정도)

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

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

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

| | | | | |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------|-------------|
| 1. 망상 | 사람들은 무엇을 훔쳐 갔다고 믿거나 자기를 해치려 한다고 잘못 믿고 있습니까? | | | |
| <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | 심한정도 : | 1 2 3 | 고통정도 : | 0 1 2 3 4 5 |
| 2. 환각 | 누군가의 목소리를 듣는 것처럼 행동합니까? 사람이 없는데도 사람이 있는 것처럼 그 사람과 대화합니까? | | | |
| <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | 심한정도 : | 1 2 3 | 고통정도 : | 0 1 2 3 4 5 |
| 3. 초조/공격성 | 고집이 세졌습니까? 또는 주위 사람들이 도와주려 할 때 도와주는 것을 저항할 때가 있습니까? | | | |
| <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | 심한정도 : | 1 2 3 | 고통정도 : | 0 1 2 3 4 5 |
| 4. 우울/낙담 | 슬퍼보이거나 기분이 처져 있습니까? 울 때가 있습니까? | | | |
| <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | 심한정도 : | 1 2 3 | 고통정도 : | 0 1 2 3 4 5 |
| 5. 불안 | 보호자와 떨어져 있으면 불안해하거나 화를 냅니까? 다음과 같이 신경이 예민해보이는 증상이 있습니까? 즉, 숨이 차다고 호소하거나 한숨을 쉬거나 느긋해 할줄 모르고 매우 긴장되어 보이는 것 등을 말합니다. | | | |
| <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | 심한정도 : | 1 2 3 | 고통정도 : | 0 1 2 3 4 5 |
| 6. 다행감/들뜬기분 | 특별한 이유 없이 너무 행복해 보이거나 기분이 좋아 보입니까? | | | |
| <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | 심한정도 : | 1 2 3 | 고통정도 : | 0 1 2 3 4 5 |
| 7. 무감동/ 무관심 | 일상생활에 대한 관심이 줄거나 다른 사람의 활동이나 계획에 대해서 흥미가 줄었습니까? | | | |
| <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | 심한정도 : | 1 2 3 | 고통정도 : | 0 1 2 3 4 5 |
| 8. 탈억제 | 충동적으로 행동합니까? 예를 들어, 모르는 사람에게 마치 잘 아는 것처럼 말을 잘 건넵니까? | | | |
| <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | 심한정도 : | 1 2 3 | 고통정도 : | 0 1 2 3 4 5 |
| 9. 과민/불안정 | 조바심을 내거나 쉽게 화를 냅니까? 예정된 일을 기다릴 때 또는 예정된 일이 늦어졌을 때 잘 참지 못합니까? | | | |
| <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | 심한정도 : | 1 2 3 | 고통정도 : | 0 1 2 3 4 5 |
| 10. 이상 운동증상 | 반복적인 행동을 보입니까? 예를 들어 특별한 목적 없이 집 안에서 왔다갔다하거나 단추나 그 밖의 물건을 만지작거리거나 장롱이나 서랍을 뒤지는 등 반복해서 하는 행동이 있습니까? | | | |
| <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | 심한정도 : | 1 2 3 | 고통정도 : | 0 1 2 3 4 5 |
| 11. 수면/야간행동 | 밤에 자다가 주위 사람을 깨우거나 아침에 너무 일찍 일어나거나 또는 낮에 지나치게 낮잠을 많이 자는 행동을 보입니까? | | | |
| <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | 심한정도 : | 1 2 3 | 고통정도 : | 0 1 2 3 4 5 |
| 12. 식욕/식습관 변화 | 체중이 줄거나 늘었습니까? 또는 좋아하는 음식의 종류가 바뀌었습니까? | | | |
| <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | 심한정도 : | 1 2 3 | 고통정도 : | 0 1 2 3 4 5 |
| 총 점 | 심한정도 : | | 고통정도 : | |

치매 태도 척도(Dementia Attitudes Scale)

| | | | |
|--------|--|------|--|
| 수검자 성명 | | 등록번호 | |
| 상담자 성명 | | 상담일자 | |

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

| | 전혀 그렇지 않음 | | | | | | | 매우 그려함 |
|--------------------------------------|-----------------|---|---|---|---|---|---|-----------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 1. 치매 노인을 돌보는 것은 보람있는 일이다. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 2. 나는 치매 노인이 두렵다. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 3. 치매 노인은 창조적일 수 있다. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 4. 나는 치매 노인과 함께 있을 때 자신감이 있다. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 5. 나는 치매 노인과 신체 접촉할 때 편안하다. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 6. 나는 치매 노인에게 다가갈 때 불편하다. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 7. 모든 치매 노인은 서로 다른 욕구가 있다. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 8. 나는 치매에 대해 잘 알지 못한다. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 9. 나는 초조해하는 치매환자는 피한다. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 10. 치매 노인은 익숙한 물건을 주변에 두려한다. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 11. 치매노인의 과거 생활을 아는 것이 중요하다. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 12. 치매 노인과의 접촉에서 기쁨을 느낄 수 있다. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 13. 나는 치매 노인과 함께 있을 때 편안하다. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 14. 치매 노인도 즐겁게 살 수 있다. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 15. 치매 노인도 다른 사람이 친절하게 대하는 것을 느낀다. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 16. 나는 치매 노인을 어떻게 도울지 몰라 좌절감을 느낀다. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 17. 내가 치매 노인을 돌보는 것은 생각해 본적도 없다. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 18. 나는 치매 노인에 대한 대처 기술을 높게 평가한다. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 19. 치매 노인의 삶을 향상시키기 위해 많은 일을 할 수 있다. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 20. 문제행동은 치매 노인이 의사소통하는 한 가지 방식이다. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 지식척도 | / 70 | | | | | | | |
| 안정척도 | / 70 | | | | | | | |
| 총 점 | / 140 | | | | | | | |

[서식 7-5] 돌봄부담분석 결과지

돌봄부담분석 결과지

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

서 약 서

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

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

년 월 일

서약인 성명: (인)

가족교실 최종만족도 평가

| | | | |
|--------|--|------|--|
| 참여자 성명 | | 등록번호 | |
| 과정명 | | 회차 | |
| 담당자 성명 | | 작성일자 | |

| | | | | | |
|------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------|-------------|-------------|
| * 가족교실 운영에 관하여 평가해 주십시오. | | | | | |
| | 매우 불만족 | 불만족 | 보통 | 만족 | 매우 만족 |
| 1. 일시는 만족스러웠습니까? | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 2. 장소는 만족스러웠습니까? | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 3. 강사는 만족스러웠습니까? | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 4. 프로그램 내용은 만족스러웠습니까? | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 5. 종합적으로 만족스러웠습니까? | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| * 불만족, 매우 불만족으로 표시하신 경우, 그 이유를 간략히 적어주십시오.(FREE TXT) | | | | | |
| | | | | | |
| * 가족교실을 통해 어떤 변화가 있었는지 평가해 주십시오. | | | | | |
| | 부정적으로 많이 변함 | 부정적으로 약간 변함 | 변화 없음 | 긍정적으로 약간 변함 | 긍정적으로 많이 변함 |
| 1. 치매에 대한 인식이 향상되었다. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 2. 환자와의 관계가 개선되었다. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 3. 자기 자신을 돌볼 수 있게 되었다. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| * 부정적 또는 변화 없음으로 표시하신 경우, 그 이유를 간략히 적어주십시오 | | | | | |
| | | | | | |

힐링프로그램 최종만족도 평가

| | | | |
|--------|--|------|--|
| 참여자 성명 | | 등록번호 | |
| 과정명 | | 회차 | |
| 담당자 성명 | | 작성일자 | |

* 힐링프로그램 운영에 관하여 평가해 주십시오.

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

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

동반치매환자보호서비스 운영일지

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

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

치매파트너

개인정보 수집·이용 동의서

■ 개인정보 수집·이용 내역

| 항목 | 수집·이용 목적 | 보유기간 |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------|
| 성명, 전화번호, 이메일, 성별, 생년월일, 직업군, 소속, 관할센터 | · 치매파트너 등록관리시스템 운영 · 치매 관련 정보 및 센터 소식 전송 (문자, 이메일 수신동의 선택 시) | 30년 또는 치매파트너 탈퇴 시까지 |

※ 정보의 제공자는 상기 내용과 관련, 개인정보의 수집·이용에 대하여 거부하실 수 있습니다. 단, 개인정보 수집·이용 동의 거부 시 치매파트너 가입이 불가능합니다.

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

동의 미동의 (체크표시)

■ 개인정보 제3자 제공 내역

중앙치매센터, 광역치매센터, 치매안심센터는 보건복지부 치매정책사업을 위해 개인정보를 제공하고 있습니다. 위 내용에 따라 수집된 개인정보는 보건복지부, 중앙치매센터, 광역치매센터, 치매안심센터에 제공됩니다.

| 제공항목 | 제공 목적 | 보유기간 |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 성명, 전화번호, 이메일, 성별, 생년월일, 직업군, 소속, 관할센터 | · 치매파트너 통합 이력관리시스템 운영 · 치매 관련 정보 및 센터 소식 전송 (문자 및 이메일 수신 동의 선택 시) | 30년 또는 치매파트너 탈퇴 시까지 |

※ 정보의 제공자는 상기 내용과 관련, 개인정보 제3자 제공에 대하여 거부하실 수 있습니다. 단, 개인정보 제3자 제공 거부 시 치매파트너 가입이 불가능합니다.

상기 본인은 개인정보보호법 제15조 및 제17조에 따른 개인정보의 처리에 관하여 고지 받았으며, 이를 충분히 이해하고 개인정보 제3자 제공에 동의합니다.

동의 미동의 (체크표시)

년 월 일

성명

(서명 또는 인)

개인정보 수집 및 이용·제공 동의서

■ 개인정보 수집 및 이용

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

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

※ 개인정보 수집 및 이용에 동의를 거부하실 수 있으며, 거부 시 치매극복선도단체 가입이 불가능합니다.

개인정보 수집 및 이용에 동의함 예 / 아니오

■ 제 3자 정보 제공 동의

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

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

※ 개인정보 제공에 동의를 거부하실 수 있으며, 거부 시 사업운영, 사후관리 서비스 이용이 불가능합니다.

개인정보 제3자 정보 제공에 동의함 예 / 아니오

신 청 인 :

(인)

개인정보 수집 및 이용·제공 동의서

■ 개인정보 수집 및 이용

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

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

※ 개인정보 수집 및 이용에 동의를 거부하실 수 있으며, 거부 시 치매극복선도단체 가입이 불가능합니다.

개인정보 수집 및 이용에 동의함 예 / 아니오

■ 제 3자 정보 제공 동의

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

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

※ 개인정보 제공에 동의를 거부하실 수 있으며, 거부 시 사업운영, 사후관리 서비스 이용이 불가능합니다.

개인정보 제3자 정보 제공에 동의함 예 / 아니오

신 청 인 : (인)

치매극복선도대학 운영계획서

1. 치매 교육과정 운영계획서(요약)

| | |
|------------|--|
| 과정명 | |
| 목표 | |
| 주요 교육내용 | |
| 기대효과 | |

2. 교육대상자 모집

가. 교육대상자

나. 교육인원 및 기간(22년)

- (1) 교육인원 : 명
 (2) 교육기간 : 월 일 ~ 월 일

다. 교육일정표

| 주차 | 주요 교육내용 | 교육시간 | 교수명 | 교육장소 |
|-----|---------|------|-----|------|
| 1주차 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 2주차 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| ⋮ | | | | |
| | | | | |

※ 강의계획서 첨부로 대체 가능

3. 교수의 학력 및 경력 현황

| 교과목명 | 교수명 | 소속기관 및 직위 | 학 력 | 경 력 | 비고 |
|------|-----|--------------|-----|-----|----|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

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

개인정보 수집 및 이용·제공 동의서

■ 개인정보 수집 및 이용

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

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

※ 개인정보 수집 및 이용에 동의를 거부하실 수 있으며, 거부 시 치매극복선도단체 가입이 불가능합니다.

개인정보 수집 및 이용에 동의함 예 / 아니오

■ 제 3자 정보 제공 동의

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

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

※ 개인정보 제공에 동의를 거부하실 수 있으며, 거부 시 사업운영, 사후관리 서비스 이용이 불가능합니다.

개인정보 제3자 정보 제공에 동의함 예 / 아니오

신청인 :

(인)

개인정보 수집 및 이용·제공 동의서

■ 개인정보 수집 및 이용

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

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

※ 개인정보 수집 및 이용에 동의를 거부하실 수 있으며, 거부 시 치매극복선도단체 가입이 불가능합니다.

개인정보 수집 및 이용에 동의함 예 / 아니오

■ 제 3자 정보 제공 동의

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

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

※ 개인정보 제공에 동의를 거부하실 수 있으며, 거부 시 사업운영, 사후관리 서비스 이용이 불가능합니다.

개인정보 제3자 정보 제공에 동의함 예 / 아니오

신 청 인 : (인)

[서식 8-7] 치매도서관 설치완료보고서

| | | | | |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|
| 도서관명 | | | | |
| 도서관 주소 | | | | |
| 대표 신청자 (담당자) | 성 명 | | 직 위 | |
| | 연락처 | | 이메일 | |
| | 치매파트너 교육 이수여부 | O, X (홈페이지 ID :) (교육 이수일자 : 년 월 일) ※담당 사서 전원 치매파트너 교육 이수 必 | | |
| 설치 현황 | ■ 주요내용 - 설치위치 : ex) 1층 로비 - 설치일자 : ex) 2021.1.1 - 설치유형 : 공간형 또는 서가형 - 비치목록 · 치매도서 : 00권 (목록 별도 제출) · 간행물 : 00종 · 기타 : | | | |
| | 설치사진(대표사진 2개) *홈페이지에 업로드할 사진* | | | |
| | | | | |
| 비 고 | | | | |

개인정보 수집 및 이용·제공 동의서

■ 개인정보 수집 및 이용

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

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

※ 개인정보 수집 및 이용에 동의를 거부하실 수 있으며, 거부 시 치매극복선도단체 가입이 불가능합니다.

개인정보 수집 및 이용에 동의함 예 / 아니오

■ 제 3자 정보 제공 동의

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

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

※ 개인정보 제공에 동의를 거부하실 수 있으며, 거부 시 사업운영, 사후관리 서비스 이용이 불가능합니다.

개인정보 제3자 정보 제공에 동의함 예 / 아니오

신 청 인 :

(인)

중앙치매센터 간행물 사용 서약서

| | |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 자료제공기관 (저작권자) | · 단 체 명 : 국립중앙의료원 중앙치매센터 · 고유번호 : 104-82-11329 · 대 표 : 고임석 · 소 재 지 : 서울특별시 중구 을지로 245 (을지로 6가 18-79) |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|--------------|--|
| 신청 자료 | |
|--------------|--|

| | |
|------------------|--|
| 신청 자료의 용도 | |
|------------------|--|

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

제1조 [본건 신청자료 사용 범위]

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

제2조 [본건 신청자료 사용 제한]

- ① 본건 신청 자료의 저작권은 중앙치매센터에게 있다.
- ② 자료신청기관은 위에 기재한 용도로만 본건 신청 자료를 사용할 수 있으며, 중앙치매센터의 사전 동의 없이 본건 신청 자료를 수정, 복제하거나, 제 3자에게 판매, 전송, 배포, 임대, 공유할 수 없다.
- ③ 중앙치매센터의 사전 동의하여 '신청기관 로고 추가' 제작 시 기관 로고 삽입 순서는 다음과 같이 순서로 표기한다.
 1. 보건복지부 - 중앙치매센터 - (치매상담콜센터) - (신청기관)
 2. 보건복지부 - (시/도) - 중앙치매센터 - (광역치매센터) - (치매안심센터) - (치매상담콜센터) - (신청기관)

제3조 [사용 허락의 대가]

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

제4조 [사용 허락의 철회·취소 및 내용 변경]

- ① 자료신청기관이 본 서약서에서 정한 사항을 위반하였을 경우, 중앙치매센터는 서면에 의한 통지로 본건 신청자료 사용 허락을 철회 또는 취소하고, 본건 신청 자료의 반환 및 손해배상을 청구할 수 있다.
- ② 본 서약서의 내용을 변경하고자 할 때에는 중앙치매센터와 자료신청기관이 서면에 의한 합의로 변경할 내용을 정한다.

제5조 [해석 및 보완]

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

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

년 월 일

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

치매안심마을 지정 · 우수 신청서

| | | | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 기본 정보 | 시도 | | | | 치매안심센터명 | | | |
| | 행정구역 | | | | | | | |
| | 치매안심마을명 | | | | | | | |
| | 설치일자 | | | | 운영기간 <small>*설치일~신청일까지 기간</small> | | 년 | 개월 |
| 신청 구분 | 구분 (※동시 신청 가능) | <input type="checkbox"/> 지정 신청 | | | <input type="checkbox"/> 우수 신청 | | | |
| | 번호 | 기준 | 원료 | 매당 | 구분 | 기준 | 원료 | 면제 |
| | 1 | 지역 선정 (행정구역 '동 또는 리') | <input type="checkbox"/> | | 1 | 운영기간 1년 이상 | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | 2 | 운영위원회 운영 (연 2회 이상) | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | 3 | 운영위원 전원 치매파트너 교육 이수 | <input type="checkbox"/> | |
| | 2 | 지역자원 조사 시행 | <input type="checkbox"/> | | 4 | 치매극복선도단체 또는 치매안심가맹점 지정 (2개 이상) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 3 | 사전 치매인식도 조사 시행 (30명 이상) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5 | 주민 대상 홍보 운영 | <input type="checkbox"/> | |
| | 4 | 운영위원회 구성 (5인 이상) | <input type="checkbox"/> | | 6 | 주민 대상 프로그램 운영 | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | 7 | 사후 치매인식도 조사 시행 (30명 이상) | <input type="checkbox"/> | | |
| 제출 서류 | 〈지정 신청〉 | | | | 〈우수 신청〉 | | | |
| | 1. 치매안심마을 지정우수 신청서 1부[서식 9-1] 2. 치매안심마을 지역 선정 및 자원 조사지 1부 [서식 9-2] 3. 치매 인식도 조사표(사전) 1부 [서식 9-3] ※ 22년 이전부터 운영하던 기존 치매안심마을의 경우 사후 치매 인식도 조사만 진행(22년부터 운영한 치매안심마을은 필수) 4. 운영위원회 구성 명단 1부[서식 9-4] | | | | 1. 치매안심마을 지정·우수 신청서 1부[서식 9-1] 2. 운영위원회 운영 일지 2부 [서식 9-5] 3. 운영위원회 구성 명단(치매파트너 이수번호 포함) 1부 [서식 9-4] 4. 홍보 운영 일지 1부 [서식 9-6] 5. 프로그램 운영표 1부 [서식 9-7] 6. 치매극복선도단체 · 치매안심가맹점 지정 명단 1부 [서식 9-8] ※ (지정할 곳이 2개 미만인 경우) 치매극복선도단체 · 치매안심가맹점 지정 면제신청서 1부[서식 9-9], 치매안심마을 지역 선정 및 자원 조사지 1부 [서식 9-2] 7. 치매 인식도 조사표(사후) 1부[서식 9-3] | | | |
| 년 월 일 00광역치매센터장 귀하 | | | | | | | | |

치매안심마을 지역 선정 및 자원 조사지

○ 지역별 현황 조사

| 시군구 | 행정구역 (동, 리) | 총 인구 수 | 노인 인구 수 | 등록 치매 환자 수 | 치매안심센터 접근성 | 사업 실현가능성 |
|-----------------|----------------|-----------|------------|---------------|---------------|-------------|
| 서울 특별시 중구 | 신당동 | 24,000명 | 5,000명 | 250명 | 15km | 높음 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

○ 선정 지역: (서울특별시 중구 신당동)

○ 지역 선정 이유(선정배경)

선정배경 :

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

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

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

| | | |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 주민 적극성 높음 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 가 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

○ 지역 자원 목록

| 구분 | 기관명 | 담당자 이름 | 연락처 | 비고 |
|-------------|-----|--------|-----|----|
| 공공기관 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 민간기관 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 자율적 주민단체 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 지역 주민 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 기타 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

치매안심마을 치매인식도 조사표

| | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------|---------|-----------------------------|-------|
| 기본 정보 | 시도 | 서울특별시 | 치매안심센터명 | 중랑구 치매안심센터 | |
| | 행정구역 | 서울특별시 중구 00동 | | | |
| | 치매안심마을명 | | | | |
| 인식 도 | 신청구분 (※중복 가능) | <input type="checkbox"/> 사전 | | <input type="checkbox"/> 사후 | |
| | 조사정보 | 조사시기 | 조사인원수 | 조사시기 | 조사인원수 |
| | | '22-02~'22-03 | 30명 | '22-11~'22-12 | 35명 |
| | 결과 | 치매인식 | 치매태도 | 치매인식 | 치매태도 |
| | | 80점 | 75점 | 82점 | 77점 |
| | 비고 (※선택 사항) | 차트, 그래프 등 간단하게 작성 | | | |
| ※ 지정 신청을 원하는 경우 사전 치매 인식도 조사만, 지정·우수신청 원하는 경우는 사전-사후 치매 인식도 조사 작성 ※ 22년 이전 운영되고 있던 기존 치매안심마을의 경우 사후 치매 인식도 조사만 제출(22년부터 운영한 신규 치매안심마을은 사전, 사후 필수) | | | | | |

운영위원회 운영 회의록

| 회의 일자 | | 년 월 일 | | 회의 장소 | |
|----------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|
| 기본 정보 | 시도 | | | 치매안심센터 | |
| | 행정구역 | | | 치매안심마을명 | |
| 참석자 | | 소속 및 직책 | 성명 | 소속 및 직책 | 성명 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 회의내용 | | <p><i>치매안심마을 사업 추진에 대한 현황 및 결정사항 논의 및 자문, 지역사회 연계 및 협력체계 구축, 주민 의견 수렴 사항 반영여부 결정 등 회의내용 간략하게 서술</i></p> | | | |

※ 치매안심마을 우수 신청일 기준 이전 1년 동안 운영한 대면 회의 원칙(비대면 화상회의 포함)

홍보 운영 일지

| | | | | |
|----------|------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------|--|
| 기본 정보 | 시도 | | 치매안심센터명 | |
| | 행정구역 | | 치매안심마을명 | |
| 홍보 | 구분 | <input type="checkbox"/> 온라인 홍보 | <input type="checkbox"/> 오프라인 홍보 | |
| | 홍보명 | | | |
| | 홍보일 | | 홍보장소 (※ 온라인인 경우 홍보채널) | |
| | 내용 | 치매안심마을에서 주민설명회, 온오프라인 홍보캠페인 진행 등 인식개선 및 사업 홍보 내용 기록 | | |
| | 비고 | 온오프라인 홍보 결과물(현판식 사진, 인식개선 캠페인 사진, 치매안심마을 관련 유튜브 홍보 사진 등) 증빙 첨부 | | |

프로그램 운영표

| 기본 정보 | 시도 | | 치매안심센터명 | |
|--------------|----------|--|------------|--|
| | 행정 구역 | | 치매안심마을명 | |
| 구분 | 프로그램명 | | 운영 | |
| 치매예방 프로그램 | | | 총 ()회기 운영 | |
| | | | 총 ()회기 운영 | |
| | | | 총 ()회기 운영 | |
| 인지강화 프로그램 | | | 총 ()회기 운영 | |
| | | | 총 ()회기 운영 | |
| | | | 총 ()회기 운영 | |
| 센터 프로그램 | | | 총 ()회기 운영 | |
| | | | 총 ()회기 운영 | |
| | | | 총 ()회기 운영 | |
| 가족교실 | | | 총 ()회기 운영 | |
| | | | 총 ()회기 운영 | |
| | | | 총 ()회기 운영 | |
| 힐링 프로그램 | | | 총 ()회기 운영 | |
| | | | 총 ()회기 운영 | |
| | | | 총 ()회기 운영 | |

- ※ 치매안심마을 신청일 기준 이전 1년 내 치매안심마을 관련 운영한 프로그램을 선택하여 작성(운영하지 않은 프로그램은 공란 처리 가능)
- ※ 치매안심마을 운영 프로그램임을 확인할 수 있도록 ANSYS 상에 기존 프로그램명 앞에 [치매안심마을] 이름 추가
(예, '오순도순기억교실' → '(OO동 치매안심마을) 오순도순기억교실'로 변경)

치매극복선도단체 · 치매안심가맹점 지정 면제 신청서

| | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--|--------------------------------------|---------|
| 신청 정보 | 시도 | | 치매안심센터명 | |
| | 행정구역 | | | |
| | 치매안심마을명 | | | |
| | 설치일자 | | 운영기간 <small>*설치일-신청일까지 기간</small> | 년 개월 |
| 신청사유 | 치매극복선도단체 또는 치매안심가맹점으로 지정 가능한 곳이 없거나 2개 미만인 경우 | | | |
| ※ [서식 2] 치매안심마을 지역 선정 및 자원 조사지 첨부 | | | | |
| <p>0000 치매안심마을은 치매극복선도단체 또는 치매안심가맹점 2개 이상 지정이 불가능하여 치매극복선도단체·치매안심가맹점 지정 면제를 신청합니다.</p> <p>면제 신청 조건에 부합하지 않을 경우 면제 신청이 반려될 수 있음을 숙지하였습니다.</p> <p style="text-align: center;">년 월 일</p> <p style="text-align: center;">담당자 성명: 담당자 연락처:</p> <p style="text-align: center;">00광역치매센터장 귀하</p> | | | | |

※ 광역치매센터는 인터넷 지도, 행정구역 사업자 현황 자료 등을 검토하여 면제 신청을 반려할 수 있음
 ※ 치매극복선도단체는 보건복지부, 중앙치매센터, 광역치매센터, 보건소(보건지소 및 보건진료소 포함)는 사업의 주체이므로 제외

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

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

1. 기본 정보

문1. OO님의 기본정보에 대해서 질문드리겠습니다.

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

2. 치매 태도

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

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

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

3. 치매 인식

문3. OO님의 치매 인식에 대해 질문드리겠습니다. 예, 아니오로 응답 부탁드립니다.

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

치매안심마을 운영 결과보고서 양식

| | | | |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------|
| 시도/ 치매안심센터 | ○○도/ ○○군 치매안심센터 | 담당자 이름 | |
| 담당자 연락처 | | 담당자 E-Mail | |
| 지역명 (행정구역 등) | ○○동 또는 ○○리 | 치매안심마을 설치일자 | 0000-00-00 |
| 사업기간 | | | |
| 사업내용 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 추진배경 및 필요성 (※ 치매안심마을 지역현황, 선정배경 등 기술) ○ 사업목적 및 목표 ○ 사업추진일정 및 전략 ○ 사업추진내용 및 성과 등 (※ 운영위원회 회의 운영, 교육 및 홍보 운영, 프로그램 운영, 안전 환경 구축 등 당해 연도 사업 흐름이 보이도록 기술) ○ 기대효과 | | |
| 자체평가 | 운영 시 잘된 점, 미흡한 점, 어려운 점 등 자유롭게 기술 | | |
| 사업사진 | 치매안심마을 사업 관련 사진 및 설명 첨부 (5장~10장 이내) | | |

※ 치매안심마을별로 당해연도 사업 진행 내용에 대해 운영결과보고서 작성

서비스 의뢰 회신서

회신일 : 20 년 월 일

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

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

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

공립요양병원 서비스 의뢰서

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

[기타서식 1] 개인정보 열람 요구서

개인정보 열람 요구서

| 접수번호 | 접수일 | 처리기간 | 10일 이내 |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------|
| 정보주체 | 성 명 | 전 화 번 호 | |
| | 생년월일 | | |
| | 주 소 | | |
| 대리인 | 성 명 | 전 화 번 호 | |
| | 생년월일 | 정보주체와의 관계 | |
| | 주 소 | | |
| 요구내용 | [] 개인정보의 항목 및 내용 [] 개인정보 수집·이용의 목적 [] 개인정보 보유 및 이용 기간 [] 개인정보의 제3자 제공 현황 [] 개인정보 처리에 동의한 사실 및 내용 [] 기타() | | |

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

년 월 일

요구인

(서명 또는 인)

() 치매안심센터장 귀하 귀하

작성 방법

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

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

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

| | |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| 수신자 | 우편번호 : , 주소 :) |
| 요구 내용 | |
| <input type="checkbox"/> 정정·삭제 <input type="checkbox"/> 처리정지 조치 내용 | |
| <input type="checkbox"/> 정정·삭제 <input type="checkbox"/> 처리정지 결정 사유 | |
| 이의제기방법 | ※ 개인정보처리자는 이의제기방법을 기재합니다. |

「개인정보 보호법」 제36조제6항 및 같은 법 시행령 제43조제3항 또는 같은 법 제37조제5항 및 같은 법 시행령 제44조제2항에 따라 귀하의 요구에 대한 결과를 위와 같이 통지합니다.

년 월 일

() 치매안심센터장 직인

유의사항

개인정보의 정정·삭제 또는 처리정지 요구에 대한 결정을 통지받은 경우에는 개인정보처리자가 '이의제기방법'란에 적은 방법으로 이의제기를 할 수 있습니다.

[기타서식 4] 개인정보 열람, 정정·삭제, 처리정지 요구 위임장

위임장

| | | |
|--------|------|-----------|
| 위임받는 자 | 성명 | 전화번호 |
| | 생년월일 | 정보주체와의 관계 |
| | 주소 | |
| 위임자 | 성명 | 전화번호 |
| | 생년월일 | |
| | 주소 | |

「개인정보 보호법」 제38조제1항에 따라 위와 같이 개인정보의 (열람, 정정·삭제, 처리정지)의 요구를 위의 자에게 위임합니다.

년 월 일

위임자

(서명 또는 인)

() 치매안심센터장 귀하

210mm×297mm[인쇄용지(특급) 34g/m²]

Ⅲ

치매안심병원 및 공립요양병원 운영 등(서식 등)

→ 서식 목록

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

- 〈별지 제26호 서식〉 ○○년도 국고보조금 취득 중요재산 현황
- 〈별지 제27호 서식〉 보조금이 지원된 부동산 증명서
- 〈별지 제28호 서식〉 부기등기 말소 대상 부동산 증명서
- 〈별지 제29호 서식〉 공립요양병원 공공사업 사업계획서
- 〈별지 제30호 서식〉 공립요양병원 공공사업 결과보고서
- 〈별지 제31호 서식〉 공공사업 서비스 신청서
- 〈별지 제32호 서식〉 퇴원지원 계획서
- 〈별지 제33호 서식〉 퇴원지원 수행일지
- 〈별지 제34호 서식〉 비약물치료 프로그램 일지
- 〈별지 제35호 서식〉 공립요양병원 공공사업 가족지원 일지
- 〈별지 제36호 서식〉 치매 특화공간 운영 일지
- 〈별지 제37호 서식〉 치매인식개선 사업 결과보고서

〈별지 제1호 서식〉

치매안심병원 지정신청서

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

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

년 월 일

신청자

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

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

행정정보 공동이용 동의서

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

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

신청자

(서명 또는 인)

처 리 절 차



치매안심병원 운영계획서

1. 표지 및 제출문

(뒷면)

(앞면)

| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th style="text-align: center;">지방자치단체</th></tr> <tr><td>지자체 : 담당부서 : 담당자 성명 : 직책 : 전화번호 : 휴대폰번호 : 이메일 :</td></tr> <tr><th style="text-align: center;">병원</th></tr> <tr><td>주소 : 전화번호 : 팩스번호 : 원장 성명 : 책임자 성명 : 담당자 성명 : 직책 : 전화번호 : 휴대폰번호 : 이메일 :</td></tr> </table> <p style="text-align: center;">(HWP 14 point 고딕체)</p> | 지방자치단체 | 지자체 : 담당부서 : 담당자 성명 : 직책 : 전화번호 : 휴대폰번호 : 이메일 : | 병원 | 주소 : 전화번호 : 팩스번호 : 원장 성명 : 책임자 성명 : 담당자 성명 : 직책 : 전화번호 : 휴대폰번호 : 이메일 : | 20__년 치매안심병원 운영계획서 ○○병원 | <p style="font-size: 24pt;">20_ 년 ○○병원</p> <p style="font-size: 24pt;">치매안심병원</p> <p style="font-size: 24pt;">운영계획서</p> <p>(18 point 가는 헤드라인)</p> <p style="font-size: 24pt;">20_. 00</p> <p>(16 point 견명조)</p> <p style="font-size: 24pt;">○○병원</p> <p>(중고딕 15)</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 지방자치단체 | | | | | | |
| 지자체 : 담당부서 : 담당자 성명 : 직책 : 전화번호 : 휴대폰번호 : 이메일 : | | | | | | |
| 병원 | | | | | | |
| 주소 : 전화번호 : 팩스번호 : 원장 성명 : 책임자 성명 : 담당자 성명 : 직책 : 전화번호 : 휴대폰번호 : 이메일 : | | | | | | |

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

2. 운영계획 요약서

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

3. 지역 일반 현황 (병원이 위치한 해당 기초자치단체 기준)

■ 인구현황 (20__~20__, 제출전 최근 3개년 자료 기준)

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

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

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

■ 의료기관 공급현황 (20__, 제출 전년 기준)

| 상급종합병원 | | 종합병원 | | 병원 | | 요양병원 | |
|--------|-----|------|-----|-----|-----|------|-----|
| 기관수 | 병상수 | 기관수 | 병상수 | 기관수 | 병상수 | 기관수 | 병상수 |
| | | | | | | | |

4. 일반 현황

■ 병원 일반 현황

| 병원명 | 수탁기관명 | 수탁기간 | 최초 건축연도 | 경과연도 |
|-----|-------|------|---------|------|
| | | | | |

■ 수탁기관 연혁

| |
|--|
| |
|--|

■ 병원 연혁

| |
|--|
| |
|--|

■ 건축 개요

| 구분 | 내용 | 비고 | 구분 | 내용 | 비고 |
|------|------|--------|-------|------------|--------|
| 대지면적 | 000㎡ | - | 건축 규모 | 지상0층, 지하0층 | - |
| 건축면적 | 000㎡ | - | 건물수 | 총 00개 건물 | - |
| 건폐율 | 00% | 법정 00% | 주차대수 | 00대 | 법정 00대 |
| 연면적 | 000㎡ | - | 조경면적 | 000㎡(00%) | 법정 00% |
| 용적률 | 00% | 법정 00% | - | - | - |

■ 병상 현황 (00년 00월, 제출 전월말 기준)

| 허가병상 총계 | 일반 | 치매전문병동 | 중환자 | 정신 | 기타 |
|---------|----|--------|-----|----|----|
| | | | | | |

■ 층별 주요시설

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

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

■ 진료과 (00년 00월, 제출 전월말 기준)

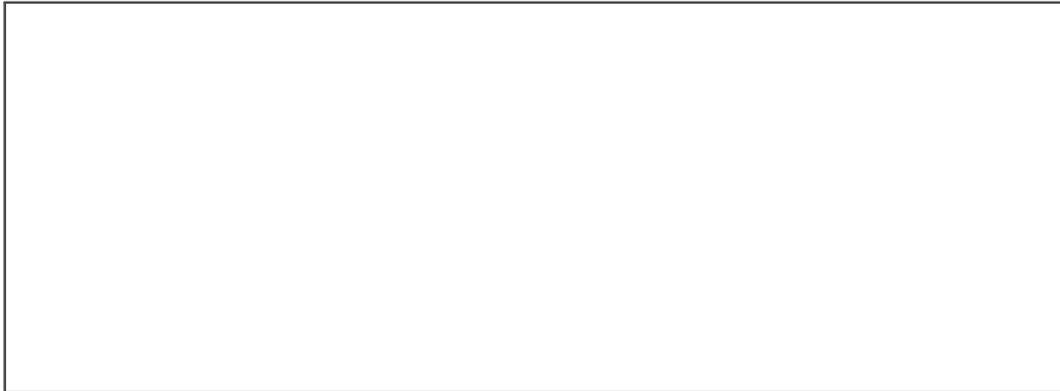
- 각 과별 전문의 수 기입(치과, 한방과는 일반의 포함)

| 구분 | 산부인과 | 소아청소년과 | 내과 | 중독의학과 | 정신건강의학과 | 신경외과 | 한방신경정신과 | 외과 | 정형외과 | 폐결핵외과 | 정맥외과 | 마취통역의학과 | 유아과 | 이비인후과 | 피부과 | 비뇨기과 | 방사선종양학과 | 방사선영상의학과 | 흉부외과 | 진단검사의학과 | 재활의학과 | 전염과 | 가정의학과 | 혈액내과 | 진단검사의학과 | 이비인후과 | 치과 | 한방과 | 계 |
|-----|------|--------|----|-------|---------|------|---------|----|------|-------|------|---------|-----|-------|-----|------|---------|----------|------|---------|-------|-----|-------|------|---------|-------|----|-----|---|
| 전문의 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 일반의 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 계 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

■ 인력현황 (00년 00월, 제출 전월말 기준)

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

■ 병원 전체 조직도



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

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

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

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

■ 국고보조사업 내역 (시설, 장비 분야 최근 5개년)

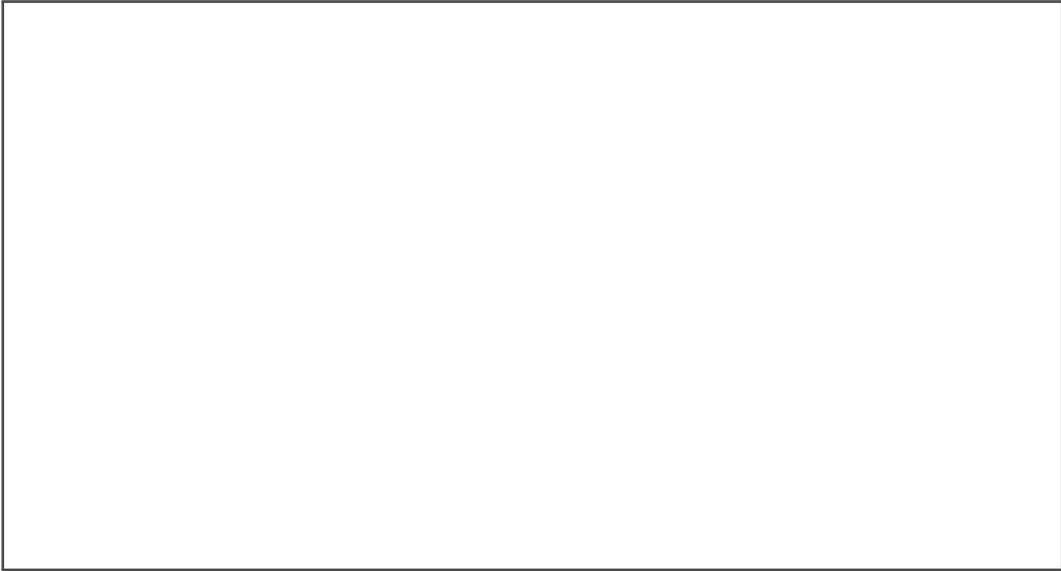
| 사업선정 연도 | 사업 구분* | 사업예산 | | | 사업내용(지원기관 포함) |
|------------|--------|------|-----|---|---------------|
| | | 국비 | 지방비 | 계 | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

* 사업구분 : 신축, 시설(증·개축), 의료장비로 구분

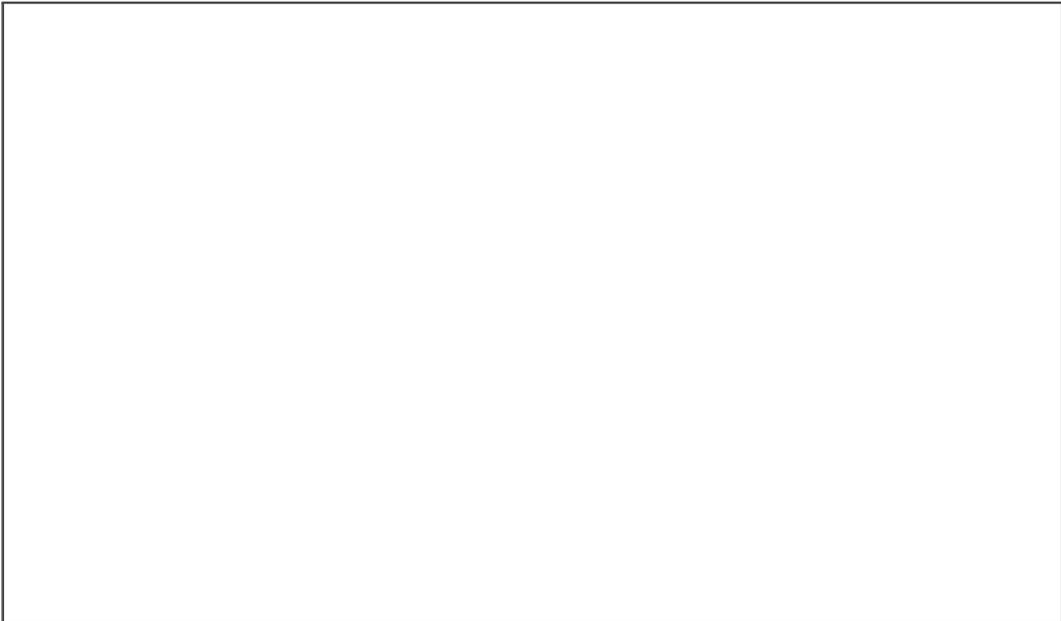
5. 운영계획

1) 추진배경 및 목표

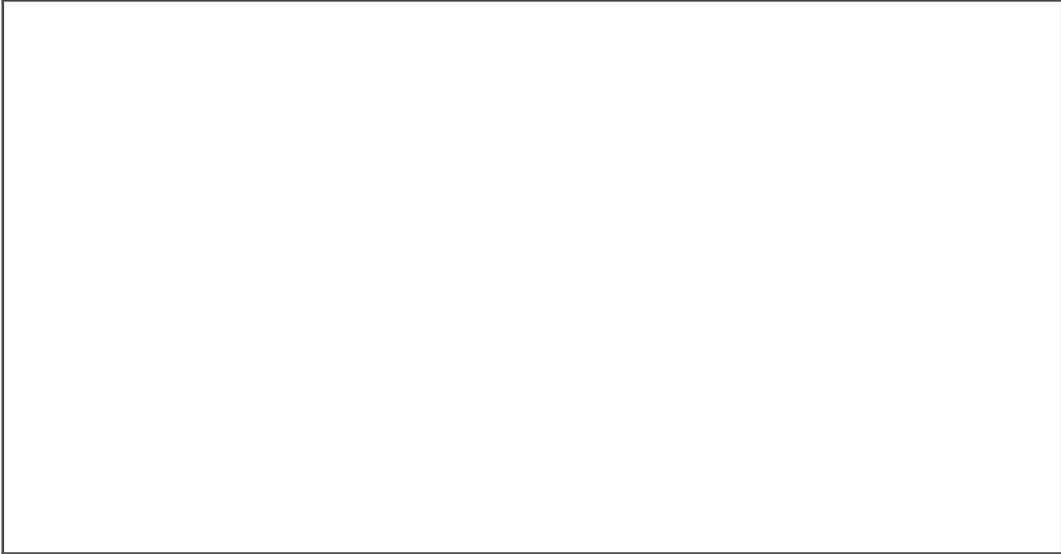
가. 추진배경 및 필요성



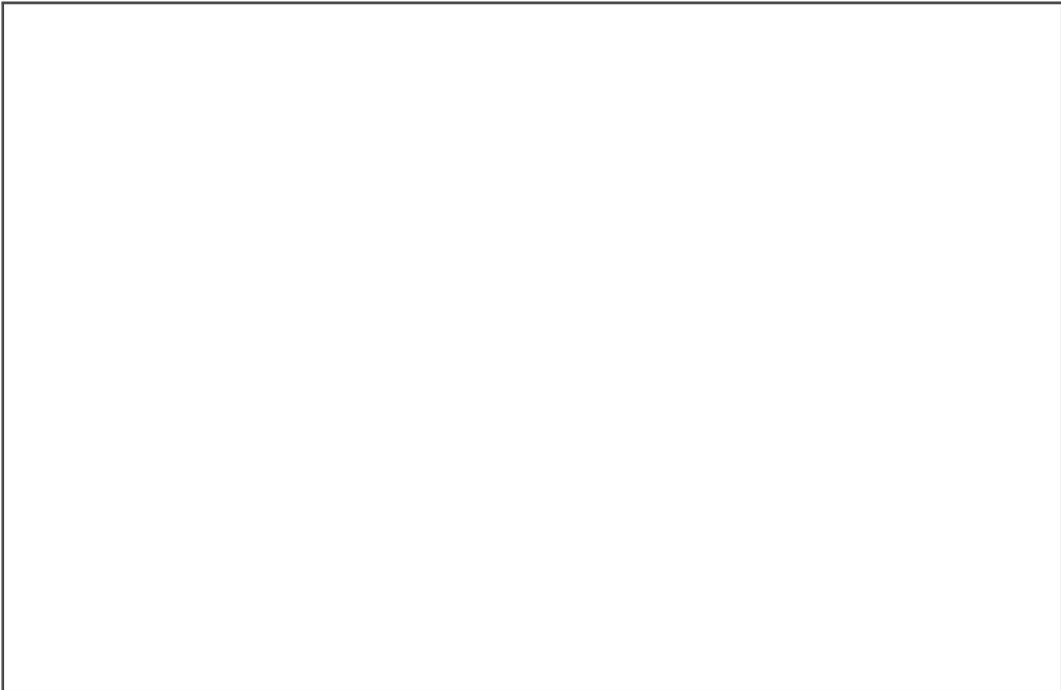
나. 사업운영 목표



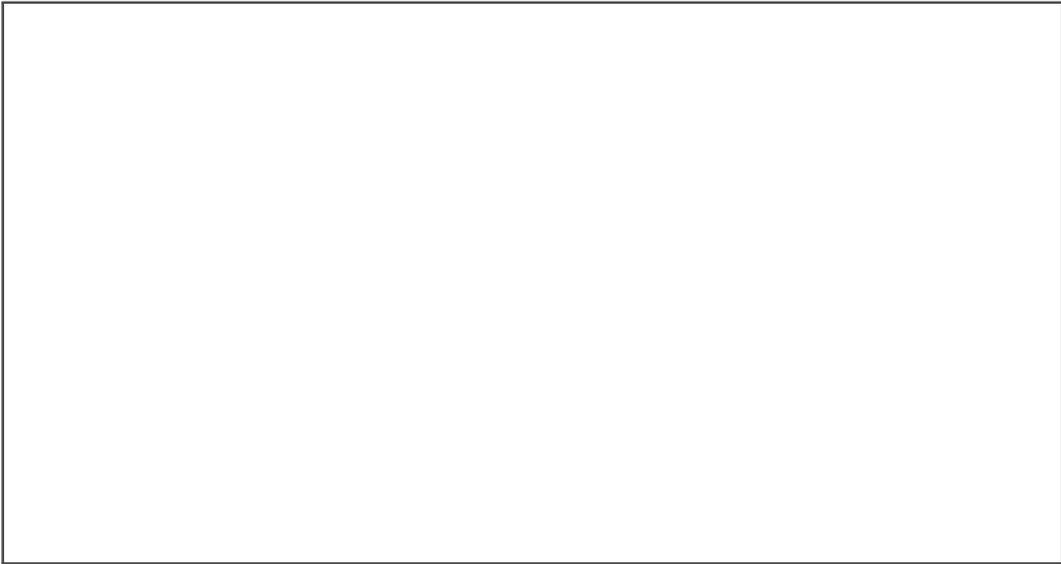
다. 사업추진 의지



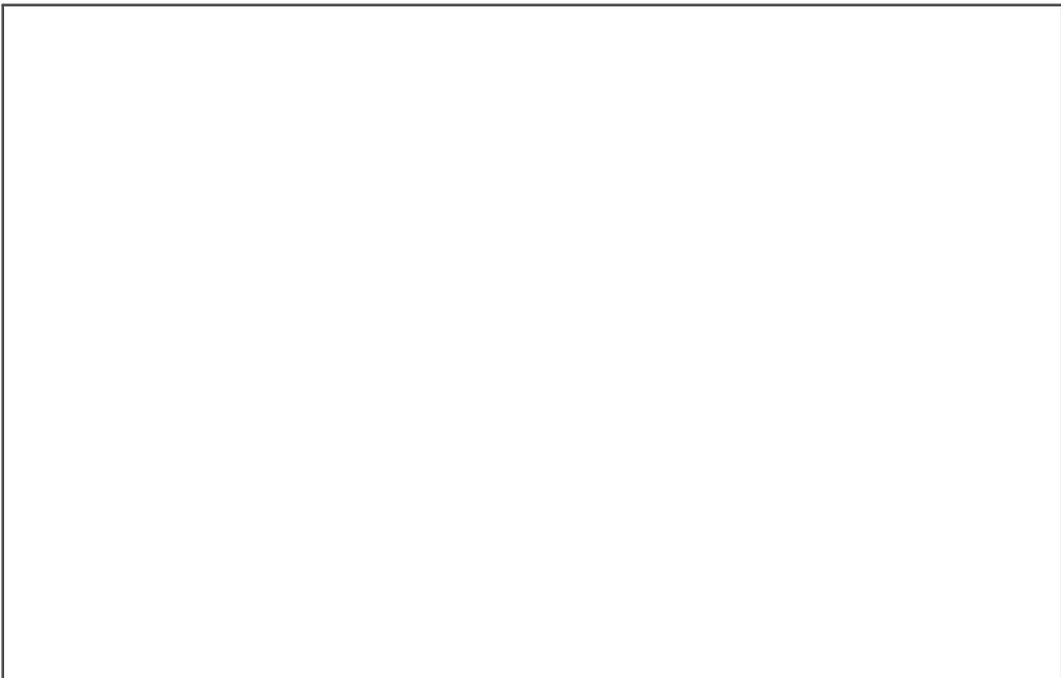
라. 기대 효과



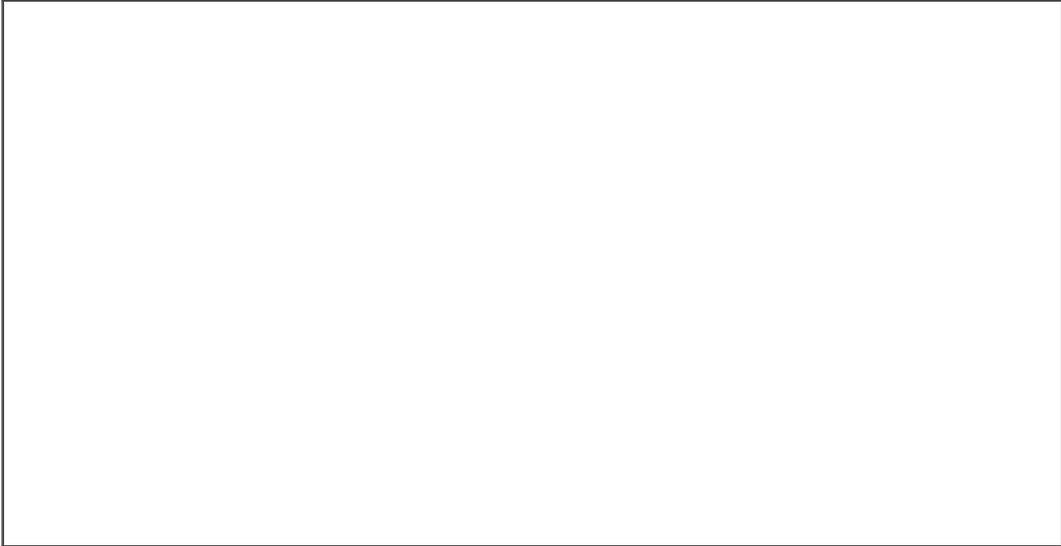
2) 치매 관련 의료서비스의 제공 및 이용 현황



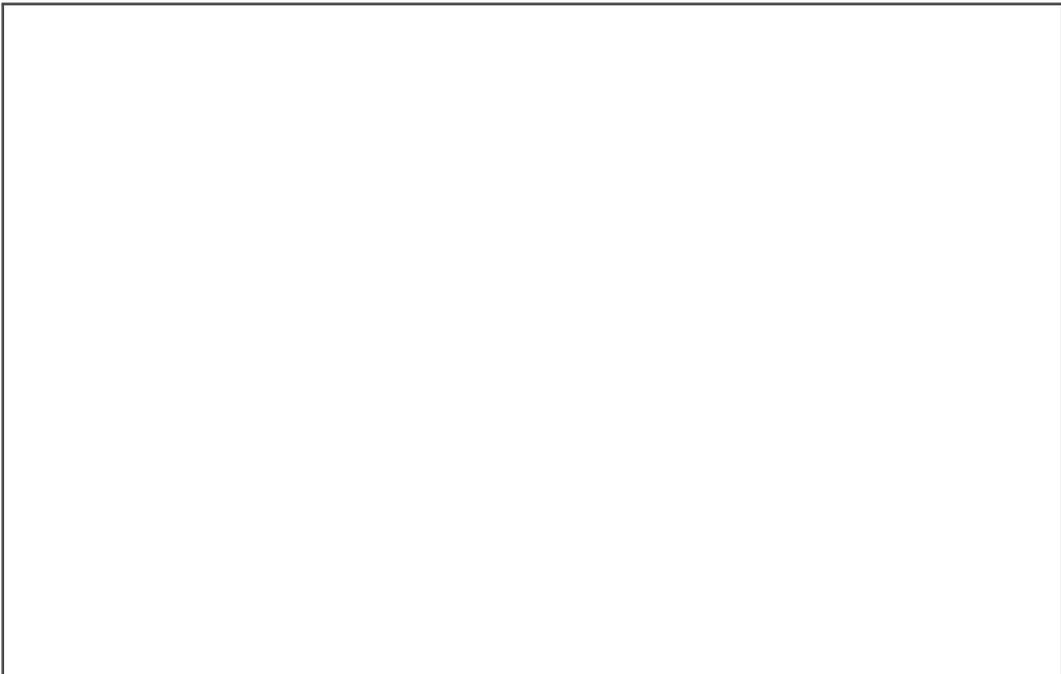
3) 치매 관련 의료서비스 제공을 위한 인력, 시설, 장비의 운영계획



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



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



치매안심병원 지정기준 확인서

1. 시설 기준

1) 치매안심병원(병동) 현황

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

2) 치매안심병동별 시설기준 충족여부 (병동별 작성)

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

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

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

3) 시설 도면 (건물별 배치도, 층별 평면도 작성)

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

가. 건축 도면(배치도, 층별 평면도(전층))

배치도

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

00건물 지하1층 평면도

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

00건물 지상3층 평면도 - 치매안심병동(00병상)

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

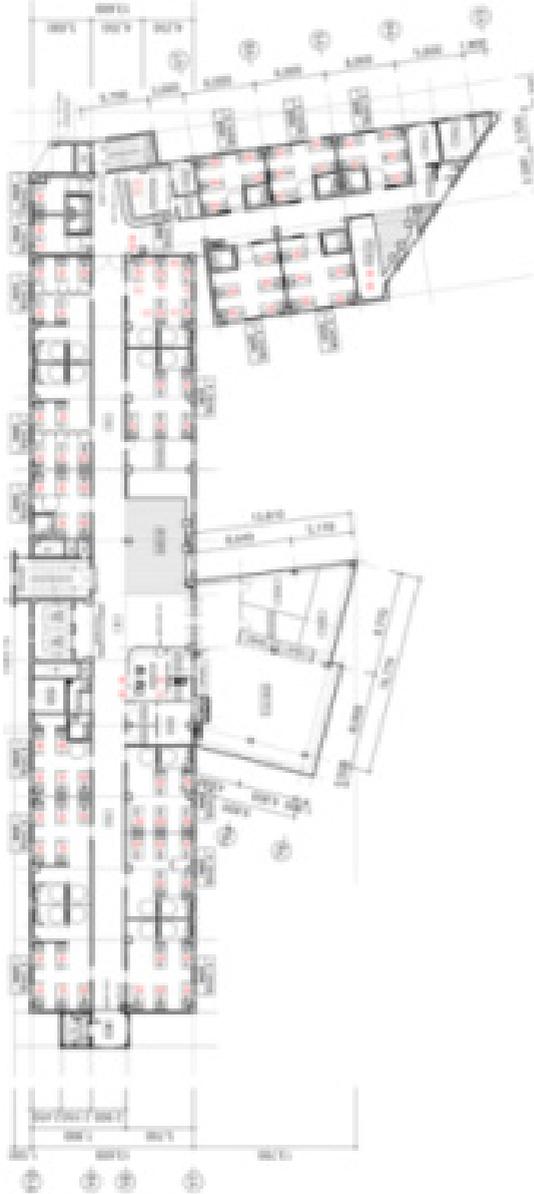
2. 장비 기준

1) 치매안심병동별 장비기준 충족여부 (병동별 작성)

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

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

2) 장비 배치도(치매안심병동별 1페이지로 작성)

| OO건물 자상3층 평면도 - 치매안심병동(00병상) | 번호 | 장비명 | 대수 | |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------|--|
|  | 1 | 소독 등 처치용 카트 | | |
| | 2 | 배식차 | | |
| | 3 | 신장체중계 | | |
| | 4 | 심전도기(E.K.G.) | | |
| | 5 | 응급용 카트 | | |
| | 6 | 이동용 침대 | | |
| | 7 | 자동심장충격기 | | |
| | 8 | 의약품용 카트 | | |
| | 9 | 작업치료 도구 | | |
| | 10 | 환자모니터링장치 | | |
| | 11 | 환자용 침대 | | |
| | 12 | 보행 보조 장비(워커) | | |
| | 13 | 의료용 분무기 | | |
| | 14 | 이동형 폴대(iv pole) | | |
| | 15 | 혈압계 | | |
| | 16 | 휠체어 | | |
| | 17 | 목욕 침대 | | |
| | 18 | 목욕 의자 | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> - 이미지 파일 2MB 이하로 삽입 - 실명(필수) 및 장비번호가 명확하게 잘 보이도록 작성할 것 - 병상배치 필수(계획 병상수와 도면의 병상수 합이 일치하여야 함) | 19 | 산소포화도 측정기 | |
| | | 20 | 수액자동주입기 | |

3. 인력 기준

1) 인력 확보 및 운영 계획

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

* 확보 예정인의 경우 채용 가능시기를 포함하여 기입

2) 치매안심병동 인력기준 충족여부

| 구분 | 기준 | 자체점검 | | |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----|----|
| | | 충족 | 미충족 | 예정 |
| 전문의 | - 신경과 전문의, 신경외과 전문의, 정신건강의학과 또는 한방 신경정신과 전문의 1명 이상 - 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 치매 관련 의사나 신경과 전문의, 신경외과 전문의 또는 정신건강의학과 전문의와의 협진 체계를 갖출 것 | | | |
| 간호인력 | - 치매안심병동에서 치매환자 전담 인력 | | | |
| | - 24시간 운영체계 | | | |
| | - 요양병원 외의 경우 신청일 직전 분기의 평균 병상수가 평균 간호사 수의 2.5배 미만 | | | |
| | - 요양병원의 경우 신청일 직전 분기의 평균 입원환자 수가 간호사·간호조무사 수의 4.5배 미만 | | | |
| | - 정신건강간호사, 노인전문간호사, 또는 보건복지부장관이 인정하는 치매전문교육 과정을 이수한 간호사 1명 이상 | | | |
| 치료사 | - 치매환자를 전담하는 작업치료사 1명 이상 | | | |
| 심리사 사회복지사 | - 임상심리사, 또는 정신건강사회복지사 1명 이상 (임상심리사 비상근 가능) | | | |

3) 필수 인력 전원의 적격성을 증명하는 서류

가. 전문의 (인원별 작성)

| 번호 | 진료과 | 성명 | 재직기간 | 전담 | 겸임 | 예정 |
|----|-----|----|------|----|----|----|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |

| 번호 | 진료과 | 성명 | 재직기간 | 전담 | 겸임 | 예정 |
|----|-----|----|------|----|----|----|
| 1 | | | | | | |

- 의사 면허증
- 해당병원 소속 및 치매전문병동 업무수행을 증빙할 수 있는 자료
 - 1) 인사발령 공문 또는 업무지시서
 - 2) 치매전문병동 처방내역 등
- 이미지 파일 2MB 이하로 삽입

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

다. 치료사, 심리사, 사회복지사 등 (인원별 작성)

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

| 번호 | 직종 구분 | 성명 | 직위 | 재직기간 | 전담 | 겸임 | 예정 |
|----|-------|----|----|------|----|----|----|
| 1 | | | | | | | |

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

4. 기타 서류

1) 의료기관 개설신고증명서 또는 개설허가증

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

(2MB 이하의 증명서류 파일 첨부)

2) 의료기관 인증서

(2MB 이하의 인증서 파일 첨부)

치매 관련 의료서비스 시행계획 및 시행결과

1. 일반현황

| ○○ 병원 (○○시/군, ○○시/군/구) | | | |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------|---------------------|
| 1. 일반현황(00년 00월, 제출 전월 기준) | | | |
| 병원 전경 | 치매안심병동 사진 | | |
| 설립형태 | | 병상수 | 000허가병상 기준(제출 전월기준) |
| 병원 종별 구분 | 요양병원 | 병상가동률 | 00.0% (제출 전년도) |
| 건축연도 | 0000년 00월 | 직원수 | 000명(전문의 00명) |
| 대지면적 | 00,000㎡ | 의사등급 | 0등급(제출 전월기준) |
| 건축규모 | 지상0층, 지하0층 | 간호등급 | 0등급(제출 전월기준) |
| 건물연면적 | 00,000㎡ | 응급지정 | 지역응급의료기관 |
| 진료과목수 | 00개과 | 수련지정 | 인턴(), 레지던트() |
| 의료기관 인증 | 인증제 종류 : 요양병원, 인증 연월일 : 00.00.00. | | |
| 2. 치매안심병원 개요 | | | |
| 병동 위치 및 병상수 | - 치매안심병원 총 00병상 · 00건물 00층 00병동(00병상수) · 00건물 00층 00병동(00병상수) | | |

2. 지정기준 충족 현황 (제출 전월 기준)

□ 시설 기준

1) 치매안심병원(병동) 현황

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

2) 치매안심병동별 시설기준 충족 여부 (병동별 작성)

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

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

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

□ 장비기준

1) 치매안심병동별 장비기준 충족여부 (병동별 작성)

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

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

□ 인력기준

1) 인력 확보 및 운영 계획

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

2) 치매안심병동 인력기준 충족여부

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

* '미충족'의 경우 충족 예정시기를 포함하여 기입

3. 시행계획 (해당년도 20__년 1월~20__년 12월)

□ 사업목표

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

□ 세부계획

1) 치매 관련 의료서비스의 제공 및 이용 현황

가. 지역현황

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

나. 지역 내 치매관련 의료이용 현황

지역 내 치매관련 의료서비스 제공 기관 및 이용 현황 등을 기술

다. 지역 현황에 따른 발전전략

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

2) 치매 관련 의료서비스 제공을 위한 인력·시설·장비의 운영계획

가. 인력 운영계획

| |
|--|
| |
|--|

나. 시설 운영계획

| |
|--|
| |
|--|

다. 장비 운영계획

| |
|--|
| |
|--|

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

가. 지자체 및 치매안심센터와의 협력 및 연계방안

나. 기타 법인 단체와의 협력 및 연계방안

4) 그 밖에 치매 관련 의료서비스 제공에 필요한 사항

4. 시행결과 (전년도 20__년 1월~20__년 12월)

□ 시행결과 종합

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

* 전년도 시행계획 항목별로 시행결과를 구체적으로 작성

* 치매안심병원 시행계획 및 시행결과 검토의견서 반영 여부 구체적으로 작성

□ 사업성과(전년도 기준)

1) 성과목표 달성도

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

2) 주요실적

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

□ 자체평가

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

〈별지 제5호 서식〉

치매안심병원 변경신고서

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

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

년 월 일

신고인

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

| | |
|------|-------------------|
| 제출서류 | 변경사항을 확인할 수 있는 서류 |
|------|-------------------|

※ 변경사항의 항목은 병원별 사정에 맞도록 변경 가능

〈별지 제6호 서식〉

00시·도(시·군·구) 치매안심병원 지정기준 검토의견서

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

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

공립요양병원 운영 표준 위·수탁계약서

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

제1조(목적)

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

제2조(기본원칙)

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

제3조(위탁 사무)

이 계약에 의한 위탁사무의 내용은 다음 각 호와 같다.

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

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

제4조(위·수탁 대상 목적물)

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

1. 위치 : OO시·도 OO (면적 : 부지 _____㎡ 및 시설물 연면적 _____㎡)
* 위치도 및 도면 첨부
2. 시설물 명칭 : OOO 병원
3. 장비 및 비품 : 별지 목록

제5조(위탁기간 및 갱신)

- ① 공립요양병원 운영의 위탁기간은 ____년 __월 __일부터 ____년 __월 __일까지 (또는 그 위탁을 받은 날부터 5년간) 5년으로 한다.
- ② 위탁자는 치매관리법 제16조의3제2항 및 같은 법 시행규칙 제7조의3에 따라 국립중앙의료원에서 실시한 운영평가 결과를 고려하여 5년 단위로 위탁계약을 갱신할 수 있다.
- ③ 위탁계약의 갱신 시 치매관리법 및 공립요양병원의 도입취지 및 위탁사무의 안정성, 갱신에 대한 신뢰보호의 필요성 등을 종합적으로 고려하여 결정한다.
- ④ 수탁자는 위탁기간 갱신 의사가 있는 경우 위탁만료일 3개월 전까지 위탁자에게 계약갱신의 의사를 표시하여야 한다
- ⑤ 위탁자는 「치매관리법」 제16조의3제4항에 따라 수의계약을 하고자 하는 경우 제4항에 따른 수탁자의 계약갱신 의사표시에 대하여 특별한 사정이 없는 한 위탁계약만료일 1개월 전까지 계약갱신 가능여부를 수탁자에게 통보하여야 한다.
- ⑥ 위탁자는 제14조의 해지사유가 있는 경우 계약 갱신을 거절할 수 있다.
- ⑦ 그 밖에 계약의 갱신 사유 및 절차 등에 관한 사항은 위탁자와 수탁자가 상호 협의하여 정할 수 있다.

제6조(병원의 운영 원칙)

- ① 수탁자는 병원을 직영으로 운영하여야 하고, 위탁재산을 치매환자 및 노인성 질환 환자의 진료 및 요양 등 제3조에서 정한 위탁업무 이외의 목적에 사용하지 못한다.
- ② 수탁자는 환자 진료 및 환자의 권리를 존중하고, 진료의 질 향상과 쾌적한 환경조성을 위해 노력하여야 하며, 병원을 유지 및 운영함에 있어 선량한 관리자로서의 의무를

다하여야 한다.

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

제7조(위탁재산의 사용)

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

제8조(위탁재산의 관리)

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

제9조(위탁재산의 전대)

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

제10조 (위탁재산의 양도 및 담보제공 금지)

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

제11조(인력 및 시설·장비의 기준)

- ① 수탁자는 병원에 「의료법 시행규칙」 제38조에 따른 의료인과 그 밖에 환자진료를 위하여 필요한 인력을 배치하여야 한다.
- ② 수탁자는 병원에 위탁재산 외에 「의료법 시행규칙」 제34조에 따른 시설과 그 밖에 필요한 시설·장비 및 의약품 등을 확보하여야 한다.

제12조(의료수가)

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

제13조(회계)

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

제14조(계약의 해지)

- ① 위탁자와 수탁자는 계약기간 중이라도 상호간의 합의로써 계약을 해지할 수 있다.
- ② 위탁자는 수탁자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 위탁계약을 해지할 수 있다. 다만, 제1호에 해당하는 경우에는 위탁계약을 해지하여야 한다.
 1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 위탁계약을 체결한 경우
 2. 위탁자의 승인 없이 위탁재산의 원상을 변경한 경우
 3. 위탁재산을 양도하거나 담보물건으로 제공한 경우
 4. 부도, 파산, 해산, 의료인의 면허자격 정지 또는 취소, 의료업에 관한 허가 정지 또는 취소 등의 사유로 공립요양병원의 위탁 운영이 곤란하다고 인정되는 경우
 5. 「치매관리법」 제16조 제2항에 따른 운영평가를 정당한 사유 없이 거부·방해 또는 기피한 경우

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

제15조(재산의 반환)

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

제16조(책임 및 보험가입)

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

제17조(지도·감독 및 운영평가 등)

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

제18조(계약의 해석 및 분쟁의 해결)

- ① 위탁자와 수탁자는 이 계약에 명시되지 아니한 사항 또는 계약의 해석에 관한 사항에 다툼이 있는 경우에는 우선적으로 서면상의 자료에 따르며, 자료가 없는 경우에는 상호 협의하여 해결한다.
- ② 위 제1항에도 불구하고 분쟁이 발생한 경우 소송에 의해 해결한다.

제19조(관할 법원)

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

제20조(특약사항)

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

제21조(준용)

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

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

20 년 월 일

“위탁자” 주 소

상 호

대표자

①

“수탁자” 주 소

성 명

①

〈별지 제7호 서식〉

1. 사업계획서 작성 양식

20__ 공립요양병원 기능보강사업 사업계획서

□ 표지 및 제출문

(뒷면)

(앞면)

| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">지방자치단체</th> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> 지자체 : 담당부서 : 담당자 성명 : 직책 : 전화번호 : 휴대폰번호 : 이메일 : </td> </tr> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">병원</th> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> 주소 : 전화번호 : 팩스번호 : 원장 성명 : 책임자 성명 : 담당자 성명 : 직책 : 전화번호 : 휴대폰번호 : 이메일 : </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">(HWP 14 point 고딕체)</td> </tr> </table> | 지방자치단체 | 지자체 : 담당부서 : 담당자 성명 : 직책 : 전화번호 : 휴대폰번호 : 이메일 : | 병원 | 주소 : 전화번호 : 팩스번호 : 원장 성명 : 책임자 성명 : 담당자 성명 : 직책 : 전화번호 : 휴대폰번호 : 이메일 : | (HWP 14 point 고딕체) | 20__ 공립요양병원 기능보강사업 사업계획서 ○○병원 | <h2 style="margin: 0;">20__ 년 ○○병원</h2> <h3 style="margin: 0;">공립요양병원</h3> <h2 style="margin: 0;">기능보강사업 사업계획서</h2> <p style="margin: 5px 0;">(18 point 가는 헤드라인)</p> <h1 style="margin: 0;">20__. 00</h1> <p style="margin: 5px 0;">(16 point 견명조)</p> <h2 style="margin: 0;">○○병원</h2> <p style="margin: 5px 0;">(중고딕 15)</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 지방자치단체 | | | | | | | |
| 지자체 : 담당부서 : 담당자 성명 : 직책 : 전화번호 : 휴대폰번호 : 이메일 : | | | | | | | |
| 병원 | | | | | | | |
| 주소 : 전화번호 : 팩스번호 : 원장 성명 : 책임자 성명 : 담당자 성명 : 직책 : 전화번호 : 휴대폰번호 : 이메일 : | | | | | | | |
| (HWP 14 point 고딕체) | | | | | | | |

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

제 출 문

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

붙임

1. ○○병원 「공립요양병원 기능보강사업」 사업계획서 12부
2. ○○병원 「공립요양병원 기능보강사업」 사업계획서(한글파일, 도면 포함)가 담긴 CD 또는 USB 2개

20__ . .

보건복지부 장관 귀하

㉔ 사업계획 요약서

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

※ 시설·장비 사업 중 해당사항만 작성

○○ 병원 (○○시/군)

3. 사업계획 요약 (1~2페이지 분량으로 작성)

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

③ 지역 일반 현황

■ 인구현황 (20__~20__, 제출 전 최근 3개년 기준)

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

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

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

■ 의료기관 공급현황 (20__년 12월 기준, 제출전년도 기준)

| 상급종합병원 | | 종합병원 | | 병원 | | 요양병원 | |
|--------|-----|------|-----|-----|-----|------|-----|
| 기관수 | 병상수 | 기관수 | 병상수 | 기관수 | 병상수 | 기관수 | 병상수 |
| | | | | | | | |

④ 일반 현황

■ 병원 일반 현황

| 병원명 | 수탁기관명 | 수탁기간 | 최초 건축연도 | 경과연도 |
|-----|-------|------|---------|------|
| | | | | |

■ 건축 개요

| 구분 | 내용 | 비고 | 구분 | 내용 | 비고 |
|------|------|--------|-------|------------|--------|
| 대지면적 | 000㎡ | - | 건축 규모 | 지상0층, 지하0층 | - |
| 건축면적 | 000㎡ | - | 건물수 | 총 00개 건물 | - |
| 건폐율 | 00% | 법정 00% | 주차대수 | 00대 | 법정 00대 |
| 연면적 | 000㎡ | - | 조경면적 | 000㎡(00%) | 법정 00% |
| 용적률 | 00% | 법정 00% | - | - | - |

■ 병상 현황

| 허가병상 총계 | 일반 | 치매전문* | 중환자 | 기타 |
|---------|----|-------|-----|----|
| | | | | |

* 허가병상 중 치매전문병상으로 사용하는 병상

■ 치매전문병동 현황

| 총 구분 | 병상수 | 면적 |
|------|-----|----|
| | | |
| 합계 | | |

■ 진료과 (20__년 12월 31일, 제출전년도 기준)

- 각 과별 전문의 수 기입(치과, 한방과는 일반의 포함)

| 구분 | 산부인과 | 소아청소년과 | 내과 | 신경과 | 정신건강의학과 | 신경외과 | 한방신경정신과 | 외과 | 정형외과 | 흉부외과 | 정형외과 | 마취통증의학과 | 안과 | 이비인후과 | 피부과 | 비뇨기과 | 영상의학과 | 방사선종양학과 | 병리과 | 진단검사의학과 | 재활의학과 | 전문의과 | 가정의학과 | 핵의학과 | 진료환자응급의학과 | 이차의학과 | 치과 | 한방과 | 계 |
|-----|------|--------|----|-----|---------|------|---------|----|------|------|------|---------|----|-------|-----|------|-------|---------|-----|---------|-------|------|-------|------|-----------|-------|----|-----|---|
| 전문의 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 일반의 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 계 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

■ **인력현황** (20__년 12월 31일, 제출전년도 기준)

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

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

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

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

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

*** 치매전문 병상 보유 시 작성

■ 국고보조사업 내역 (시설, 장비 분야 최근 5개년)

| 사업선정 연도 | 사업 구분* | 사업예산 | | | 사업내용 |
|------------|--------|------|-----|---|------|
| | | 국비 | 지방비 | 계 | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

* 사업구분 : 신축, 시설(증·개축), 의료장비로 구분

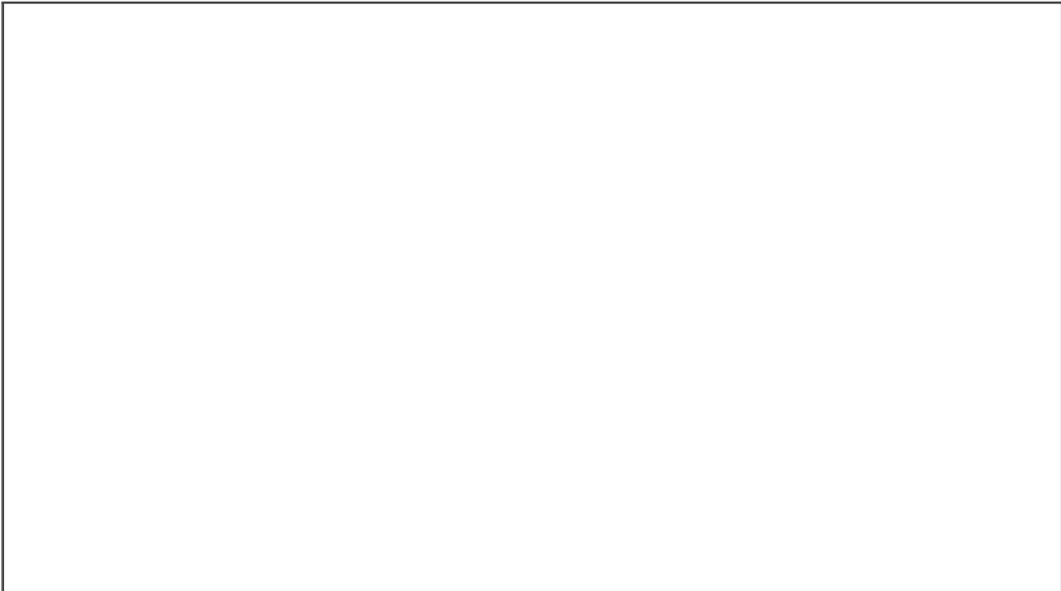
㉔ 사업 운영계획

1) 추진배경 및 목표

가. 추진배경 및 필요성



나. 사업 추진 시급성



다. 사업운영 목표

| |
|--|
| |
|--|

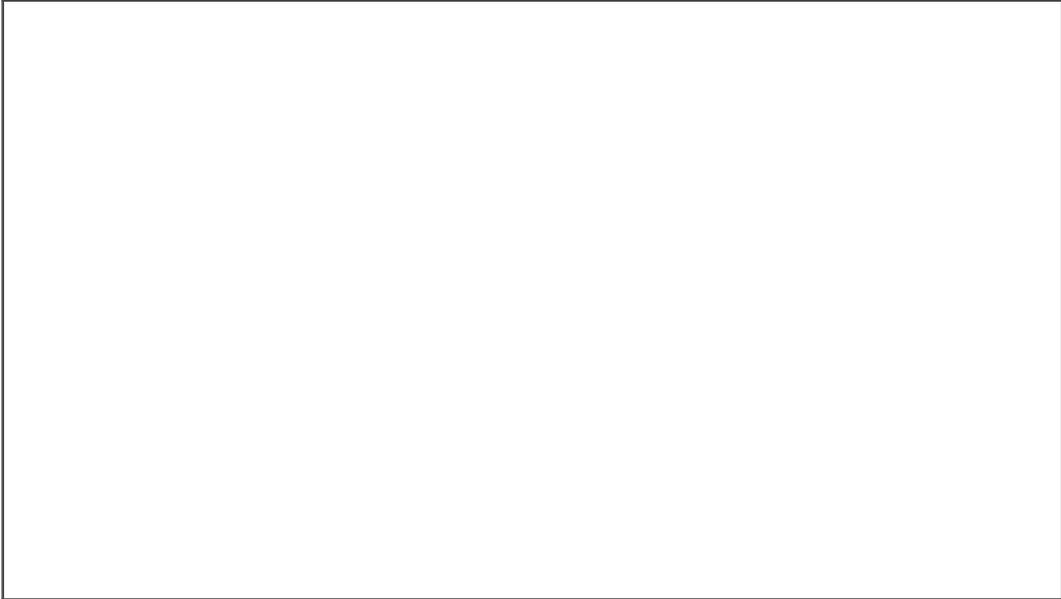
라. 사업추진 의지

| |
|---------------------------------|
| <p>- 병원 :</p> <p>- 지방자치단체 :</p> |
|---------------------------------|

마. 기대 효과

| |
|--|
| |
|--|

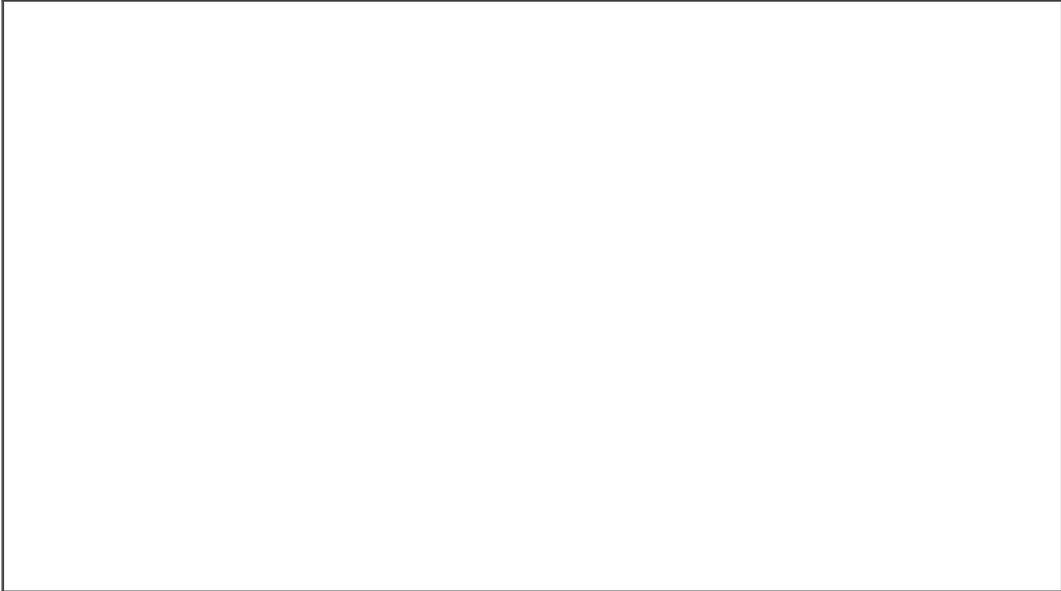
2) 치매 관련 의료서비스의 제공 및 이용 현황



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



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



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



다. 사업규모 및 예산 추계 근거

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

라. 세부 공사내용

| 건물구분 | 층 | 공사 유형 | 공사면적 (㎡) | 공사 내용 |
|------|----|----------|-------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 본관 | 4층 | 증축 | | |
| 본관 | 3층 | 리모델링 | | |
| | | | | 건축, 설비(기계, 전기, 소방) 등 각 분야별 공사 범위 및 내용을 구체적으로 작성(설비장비 교체가 포함된 경우 주요 장비명 등 기입) |

마. 총별 주요 변경내용 (예시)

| 구분 | 현재 | | 변경후 | | |
|----|-----|--------------------------------------|----------|----------------------------------------|----------|
| | 내용 | 면적(㎡) | 내용 | 면적(㎡) | |
| 본관 | 2F | 병동(76병상), 진료실, 프로그램실, 원장실, 세탁실 | 1,171.08 | 변경없음 | 1,171.08 |
| | 1F | 일반병동(60병상), 진료실, 물리치료실, 접수/원무, 사회사업실 | 1,171.08 | 치매전문병동(70병상), 진료실, 물리치료실, 접수/원무, 사회사업실 | 1,600.08 |
| | B1F | 주방, 식당, 세탁실, 기계실, 전기실, 창고 | 555.71 | 주방, 식당, 세탁실, 기계실, 전기실, 창고 | 555.71 |
| 소계 | | 136병상 | 2,897.87 | 146병상 | 3,326.87 |
| 별관 | 2F | - | - | 치매전문병동(36병상), 프로그램실 | 420.03 |
| | 1F | - | - | 외래진료실(3), 프로그램실 | 420.03 |
| 소계 | | - | - | 36병상 | 840.06 |
| 합계 | | 136병상 | 2,897.87 | 182병상 | 4,166.93 |

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

바. 사업 일정

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

사. 공사 중 대체공간 계획

아. 현재 건축 도면(배치도, 층별 평면도(전층))

OO병원 현재 배치도

- 이미지 파일 2MB 이하로 삽입

OO병원 현재 지하1층 평면도

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

자. 변경후 건축 도면(배치도, 층별 평면도(전층))

OO병원 변경후 배치도

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

00병원 변경후 지하1층 평면도

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

차. 도면 및 사진

※ 도면은 원자료 형식의 PDF파일로 CD 또는 USB에 제출

① 병원 전체 배치도

- 차량, 보행자 진출입 확인을 위함

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

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

③ 사업범위 변경 전후 비교 평면도

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

7) 시설기준

가. 치매전문병동 현황

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

나. 시설기준 충족여부 (병동별 작성)

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

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

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

8) 장비 계획

가. 사업개요

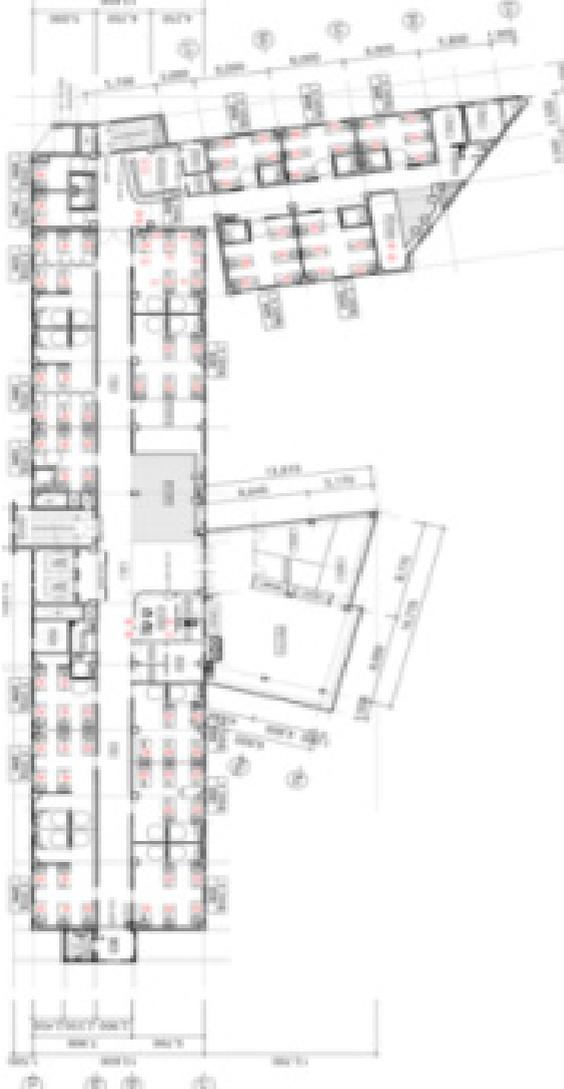
| 사업비 (천원) | 구분 | 합계 | 국비 | 지방비 | 기 타 () |
|-------------|-------------|------------------|---------------|-----|------------|
| | 장비비 | | | | |
| 사업내용 | 사업기간 | 20_ . ~ 20_ . | | | |
| | 건축연도 / 경과연수 | 0000년 / 00년 | | | |
| | 장비 | 사업부지(위치) | 00 건물 00층~00층 | | |
| | | 구분 | 현재 | 변경후 | |
| | | 병상수 | | |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

나. 장비 세부계획 (단위 : 천원)

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

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

다. 장비 배치도(치매전문병동별 1페이지로 작성)

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

① 장비 사양서

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

② 장비 활용 계획서 (단가 500만원 이상 장비별 작성)

의 료 장 비 활 용 계 획 서

1. 신청 장비

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

2. 지역사회 요구도와 장비구매의 필요성

3. 해당 의료장비와 관련한 기존 진료실적

4. 장비의 운영 계획*

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

5. 의료 인력

- 전문 인력과 보조 인력으로 나누어 기술

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

7. 장비 구입으로 기대되는 효과

다. 사업 일정

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

라. 본 사업 신청 관련 병원내부 의료장비 구매심의위원회 회의록 사본

- 이미지 파일 2MB 이하로 삽입

마. 기존 보유 장비 현황

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

※ 단가 100만원 이상 장비 작성

9) 장비기준 충족여부 (병동별 작성)

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

10) 인력 계획

가. 인력 확보 및 운영 계획

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

11) 인력기준 충족여부

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

※ '미충족'의 경우 충족 예정시기를 포함하여 기입

〈별지 제8호 서식〉

20__년도 국고보조금 교부신청서

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

〈별지 제12호 서식〉

시설설계 심의 신청 내용

1) 사업개요

(단위: 천원)

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

2) 추진 경과

| 구분 | 일자 | 비고 |
|---------------------|--------------|----|
| 예산교부일 ¹⁾ | - 광역 - 기초 | |
| 설계자 계약일 | | |
| 기본설계 완료일 | | |
| 실시설계 완료일(예정일) | | |
| 착공(예정일) | | |
| 완공(예정일) | | |

1) 예산을 나눠 교부 받은 경우 각각의 일자를 모두 기입

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

3) 사업내용

□ 건축개요

| 구분 | 사업 전(현재) | 기본설계 | 비고 |
|-----------|----------|------|------|
| 대지면적 | | | |
| 건축면적(건폐율) | | | 법정 % |
| 연면적(용적률) | | | 법정 % |
| 층수 | | | |
| 주차대수 | | | 법정 대 |
| 조경면적 | | | 법정 % |
| 병상수 | 계 | | |
| | 치매전문병동 | | |
| | 일반요양병동 | | |

□ 시설계획

| 구분 | 현재 | | 변경후 | | |
|----|-------|--------------------------------------|----------|----------------------------------------|----------|
| | 실명 | 면적(㎡) | 실명 | 면적(㎡) | |
| 본관 | 2F | 병동(76병상), 진료실, 프로그램실, 원장실, 세탁실 | 1,171.08 | 변경없음 | 1,171.08 |
| | 1F | 일반병동(60병상), 진료실, 물리치료실, 접수/원무, 사회사업실 | 1,171.08 | 치매전문병동(70병상), 진료실, 물리치료실, 접수/원무, 사회사업실 | 1,600.08 |
| | B1F | 주방, 식당, 세탁실, 기계실, 전기실, 창고 | 555.71 | 주방, 식당, 세탁실, 기계실, 전기실, 창고 | 555.71 |
| 소계 | 136병상 | 2,897.87 | 146병상 | 3,326.87 | |
| 별관 | 2F | - | - | 치매전문병동(36병상), 프로그램실 | 420.03 |
| | 1F | - | - | 외래진료실(3), 프로그램실 | 420.03 |
| 소계 | - | - | 36병상 | 840.06 | |
| 합계 | 136병상 | 2,897.87 | 182병상 | 4,166.93 | |

□ 세부 공사내용

| 건물 구분 | 층 | 공사유형 | 공사면적 (㎡) | 공사 내용 |
|-------|----|------|----------|------------------------------------------------------------------------------|
| 본관 | 4층 | 증축 | | |
| 본관 | 3층 | 리모델링 | | |
| | | | | 건축, 설비(기계, 전기, 소방) 등 각 분야별 공사 범위 및 내용을 구체적으로 작성(설비장비 교체가 포함된 경우 주요 장비명 등 기입) |

□ 치매전문병동 실 구성 현황 (병동별 작성)

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

4) 의료인력 계획

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

5) 사업비 내역

(단위: 천원)

| 예산 구성 | | | | |
|----------|---------|-----|-----|-------|
| 구분 | 계 | 국비 | 지방비 | 기타 |
| 수정 사업계획 | | | | |
| 심의 신청 | | | | |
| 시설비 상세내역 | | | | |
| 합계 | 공사비 | 설계비 | 감리비 | 부대비 등 |
| | | | | |
| 공사비 상세내역 | | | | |
| 공사구분 | 기본설계 금액 | | 비고 | |
| 건축 | | | | |
| 기계 | | | | |
| 소방 | | | | |
| 전기 | | | | |
| 통신 | | | | |
| 기타 | | | | |
| 공사비 합계 | | | | |

6) 시설 도면 (건물별 배치도, 층별 평면도 작성) - 원자료(autocad에서 pdf로 저장)

형식의 도면 파일을 CD 또는 USB에 제출

배치도

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

00건물 지하1층 평면도

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

00건물 지상3층 평면도 - 치매전문병동(00병상)

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

〈별지 제14호 서식〉

장비 심의 신청 내용

1) 사업개요

(단위: 천원)

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

2) 추진 경과

| 구분 | 일자 | 비고 |
|---------------------|----|----|
| 예산교부일 ¹⁾ | | |
| 입찰공고일(예정일) | | |
| 계약완료일(예정일) | | |
| 완료일(예정일) | | |

1) 예산을 나눠 교부 받은 경우 각각의 일자를 모두 기입

3) 의료인력 계획

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

4) 사업비 내역

(단위: 천원)

| 구분 | 계 | 국비 | 지방비 | 기타 |
|---------|---|----|-----|----|
| 수정 사업계획 | | | | |
| 심의 신청 | | | | |

5) 장비구매 목록

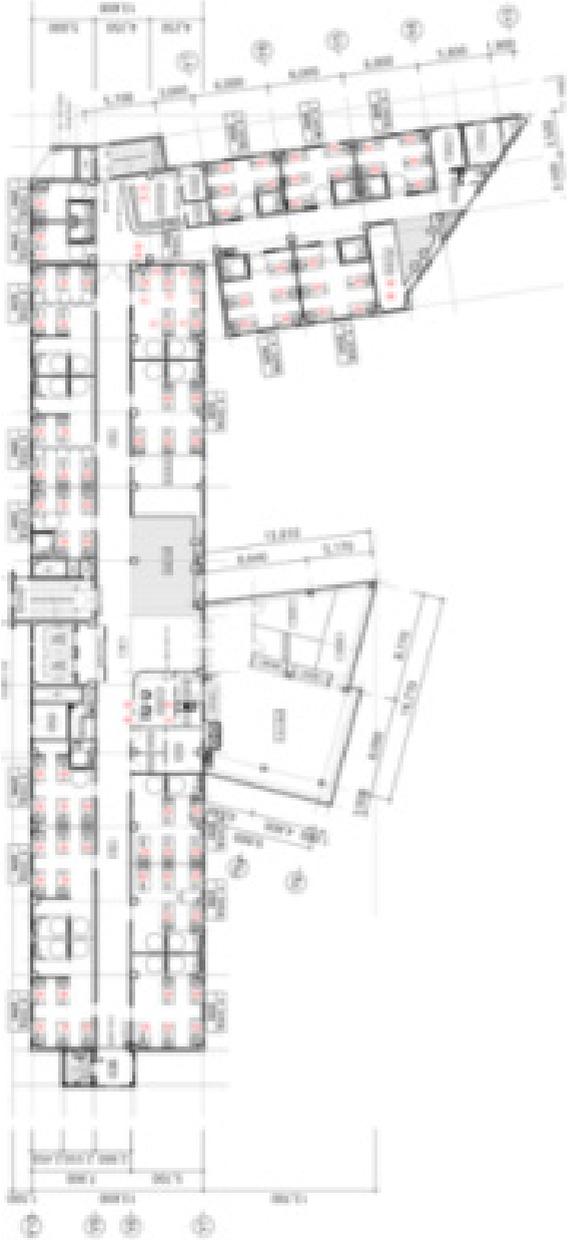
(단위: 천원)

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

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

* 설치실명은 장비배치도의 실명과 동일하게 기입

6) 장비 배치도(치매전문병동별 1페이지로 작성)

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

장비 활용 계획서(500만원 이상 장비별 작성)

1. 신청 장비

- 장비명/ 장비번호

2. 지역사회 요구도와 장비구매의 필요성

3. 해당 의료장비와 관련한 기존 진료실적(구체적 자료에 근거)

4. 장비의 운영 계획(장비구매 시점 기준)

- 장비 이용 대상자
- 예상 진료 건수(건수 설정 근거 제시)

5. 의료인력

- 전문 인력과 보조 인력으로 나누어 기술

6. 장비의 지속적 활용을 위한 계획(향후 5년간 계획)

7. 장비 구입으로 기대되는 효과

<별지 제18호 서식>

()년 공립요양병원 기능보강사업 분기별 집행현황

사업수행 지자체 :

사업수행기관 :

○ 총괄 내역

(단위: 원)

| 구성 | | | | | | |
|--------|----|------|--------|-------|-----------|-----|
| 구분 | 계 | 국비 | 지방비 | | 기타 () | 이자액 |
| | | | 광역 | 기초 | | |
| 예산액 | | A | B | C | D | E |
| 집행액 | | A1 | B1 | C1 | D1 | - |
| 집행잔액 | | A-A1 | B-B1 | C-C1 | D-D1 | E |
| 집행내역 | | | | | | |
| 구분 | 국비 | | | | | |
| | 예산 | 집행액 | 집행률(%) | 집행잔액 | | |
| 1. 시설비 | F1 | G1 | G1/F1 | F1-G1 | | |
| 2. 장비비 | | | | | | |
| 총계 | | | | | | |

○ 예산교부 현황(해당분기까지 누적)

(단위: 원)

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

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

○ 사업추진현황(해당분기까지 누적)

(단위: 원)

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

○ 세부 집행내역

(단위: 원)

| 비목 | 번호 | 일자 | 집행액 | 내용 |
|--------|----|----|-----|----|
| 1. 시설비 | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| | 소계 | | | F1 |
| 2. 장비비 | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| | 소계 | | | F2 |

* 항목별 세부내용 모두 기재함(5행 초과 가능)

시설공사 완료보고 내용

1. 사업개요

(단위: 원)

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

2. 추진 경과

| 구분 | 일자 | 비고 |
|---------------------|-------------------|----|
| 예산교부일 ¹⁾ | 광역: 기초: | |
| 설계 | 심의 승인일 | |
| | 설계 완료일 | |
| | 건축허가일 | |
| 착공 | 입찰공고일 | |
| | 계약완료일 | |
| | 착공일 | |
| 공사 및 완공 | 사용승인일(준공일) | |
| | 완료일 ²⁾ | |

1) 예산을 나눠 교부 받은 경우 각각의 일자를 모두 기입

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

2) 해당 사업비가 마지막으로 지출된 시점

3. 사업내용

□ 건축개요

| 구분 | 사업 전 | 기본설계 | 비고 |
|-----------|--------|------|------|
| 대지면적 | | | |
| 건축면적(건폐율) | | | 법정 % |
| 연면적(용적률) | | | 법정 % |
| 층수 | | | |
| 주차대수 | | | 법정 대 |
| 조경면적 | | | 법정 % |
| 병상수 | 계 | | |
| | 치매전문병동 | | |
| | 일반요양병동 | | |

□ 시설계획

| 구분 | 현재 | | 변경후 | | |
|----|-------|--------------------------------------|----------|----------------------------------------|----------|
| | 실명 | 면적(㎡) | 실명 | 면적(㎡) | |
| 본관 | 2F | 병동(76병상), 진료실, 프로그램실, 원장실, 세탁실 | 1,171.08 | 변경없음 | 1,171.08 |
| | 1F | 일반병동(70병상), 진료실, 물리치료실, 접수/원무, 사회사업실 | 1,171.08 | 치매전문병동(60병상), 진료실, 물리치료실, 접수/원무, 사회사업실 | 1,600.08 |
| | B1F | 주방, 식당, 세탁실, 기계실, 전기실, 창고 | 555.71 | 주방, 식당, 세탁실, 기계실, 전기실, 창고 | 555.71 |
| 소계 | 136병상 | 2,897.87 | 146병상 | 3,326.87 | |
| 별관 | 2F | - | - | 치매전문병동(36병상), 프로그램실 | 420.03 |
| | 1F | - | - | 외래진료실(3), 프로그램실 | 420.03 |
| 소계 | - | - | 36병상 | 840.06 | |
| 합계 | 136병상 | 2,897.87 | 182병상 | 4,166.93 | |

□ 세부 공사내용

| 건물 구분 | 층 | 공사유형 | 공사면적 (㎡) | 공사 내용 |
|-------|----|------|----------|------------------------------------------------------------------------------|
| 본관 | 4층 | 증축 | | |
| 본관 | 3층 | 리모델링 | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | 건축, 설비(기계, 전기, 소방) 등 각 분야별 공사 범위 및 내용을 구체적으로 작성(설비장비 교체가 포함된 경우 주요 장비명 등 기입) |

□ 준공 사진

| 구분 | 실명 | 사업 전 | 사업 후 |
|---------------|----|------|------|
| 준공사진 (주요실) | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

4. 의료인력 계획

| 구분 | 전공/역할 | 현재 | 변경후 | 확보 또는 예정시기 | |
|-----------|--------------|------------------------------------------|-----|------------|--|
| 전문의 | 신경과 | | | | |
| | 정신건강의학과 | | | | |
| | 신경외과 | | | | |
| | 한방신경정신과 | | | | |
| | 재활의학과 | | | | |
| 간호인력 | ()층 치매병동 | 간호사 | | | |
| | | 간호조무사 | | | |
| | ()층 치매병동 | 정신건강간호사, 노인 전문간호사 또는 치매 전문교육 이수간호사 | | | |
| | | 간호사 | | | |
| | ()층 치매병동 | 간호조무사 | | | |
| | | 정신건강간호사, 노인 전문간호사 또는 치매 전문교육 이수간호사 | | | |
| | 의료기사 등 | 작업치료사 | | | |
| | | 임상심리사 | | | |
| 정신건강사회복지사 | | | | | |
| 물리치료사 | | | | | |
| 기타 | | | | | |

5. 집행 내역

총괄

(단위:원)

| 지원예산(교부금액) | | | 이자 발생액 | 집행금액 | | | 집행잔액 | | |
|------------|----|-----|-----------|------|--------------|----|------|--------------|----|
| 계 | 국비 | 지방비 | | 계 | 교부금 (국도비) | 이자 | 자부담 | 교부금 (국도비) | 이자 |
| | | | | | | | | | |

분야별 집행 내역

(단위:원)

| 예산 구성 | | | | | |
|----------|-----------|---------|------|-----|-------|
| 계 | 국비 | 지방비 | 기타 | | |
| | | | | | |
| 시설비 상세내역 | | | | | |
| 구분 | 계 | 공사비 | 설계비 | 감리비 | 부대비 등 |
| 실시설계 | | | | | |
| 착공 | | | | | |
| 완료 | | | | | |
| 공사비 상세내역 | | | | | |
| 공사구분 | 착공(입찰) 금액 | 설계변경 금액 | 완료금액 | 비고 | |
| 건축 | | | | | |
| 기계 | | | | | |
| 소방 | | | | | |
| 전기 | | | | | |
| 통신 | | | | | |
| 기타 | | | | | |
| 공사비 합계 | | | | | |

사업비 증감 사유

(단위:원)

| 공사 구분 | 착공 금액 | 완료 금액 | 변경 사항(착공 대비) | | | |
|----------|----------|----------|--------------|---------|------|----|
| | | | 변경 전 내용 | 변경 후 내용 | 변경금액 | 사유 |
| | | | | | | |
| | | | 계 | | | |
| | | | | | | |
| | | | 계 | | | |

□ 세부지출내역

(단위 : 원)

| 지출내용(적요) | 지출처 | 지출금액 | | | | 지출 일자 | 계약 방식 |
|----------|-----|------|-----|----|-----|----------|----------|
| | | 지출계 | 보조금 | 이자 | 자부담 | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 합계 | | | | | | | |

* 계약방식은 수의, 일반경쟁(조달입찰), 지명경쟁 등으로 기재

〈첨부서류〉

- 준공검사서, 준공도면 (배치도, 평면도, 입면도, 단면도 등 주요 도서를 PDF파일로 제출)

장비구매 완료보고 내용

1. 사업개요

(단위: 원)

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

2. 추진 경과

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

- 1) 예산을 나눠 교부 받은 경우 각각의 일자를 모두 기입
 - 광역 : 광역단체에서 기초단체에 예산을 교부한 날/ 기초 : 기초단체에서 사업수행기관에 예산을 교부한 날
- 2) 장비 재심의(2차 이상) 해당기관 작성. 해당 없을 시 - 표기
- 3) 사업비가 마지막으로 지출된 시점

3. 집행 내역

총괄

(단위:원)

| 지원예산(교부금액) | | | 이자 발생액 | 집행금액 | | | | 집행잔액 | |
|------------|----|-----|--------|------|-----------|----|-----|-----------|----|
| 계 | 국비 | 지방비 | | 계 | 교부금 (국도비) | 이자 | 자부담 | 교부금 (국도비) | 이자 |
| | | | | | | | | | |

□ 세부지출내역

(단위 : 원)

| 지출내용(적요) | 지출처 | 지출금액 | | | | 지출 일자 | 계약 방식 |
|----------|-----|------|-----|------------------|-----|----------|----------|
| | | 지출계 | 보조금 | 이자 ³⁾ | 자부담 | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 계 | | | | | | | |
| 합계 | | | | | | | |

* 계약방식은 수의, 일반경쟁(조달입찰), 지명경쟁 등으로 기재

4. 의료인력 계획

| 구분 | 전공/역할 | 현재 | 변경후 | 확보 또는 예정시기 | |
|--------|----------------|------------------------------------------|-----|------------|--|
| 전문의 | 신경과 | | | | |
| | 정신건강의학과 | | | | |
| | 신경외과 | | | | |
| | <u>한방신경정신과</u> | | | | |
| | 재활의학과 | | | | |
| 간호인력 | () 총 차매 병동 | 간호사 | | | |
| | | 간호조무사 | | | |
| | () 총 차매 병동 | 정신건강간호사, 노인 전문간호사 또는 치매 전문교육 이수간호사 | | | |
| | | 간호사 | | | |
| | | 간호조무사 | | | |
| | | 정신건강간호사, 노인 전문간호사 또는 치매 전문교육 이수간호사 | | | |
| 의료기사 등 | 작업치료사 | | | | |
| | 임상심리사 | | | | |
| | 정신건강사회복지사 | | | | |
| | 물리치료사 | | | | |
| 기타 | | | | | |

5. 구매완료 내용

(단위:천원)

| 구분 | 심의승인 | | | 재심의승인 ¹⁾ | | 구매완료 | | 설치 장소 ³⁾ | 구매 방법 ⁴⁾ | 변경사유 |
|----|--------------------------|----|--------|---------------------|---------|------|---------|------------------------|------------------------|------|
| | 장비목록 | 수량 | 금액 | 수량 | 금액 | 수량 | 금액 | | | |
| 1 | A장비 | 1 | xx,xxx | 2 | xx,xxx | 2 | xx,xxx | | | |
| 2 | B장비 | 1 | xx,xxx | - | - | - | - | | | |
| 3 | C장비 | 1 | xx,xxx | 1 | xx,xxx | 1 | xx,xxx | | | |
| 4 | D장비[추가] | - | - | 2 | xx,xxx | 2 | xx,xxx | | | |
| 5 | E장비[추가] | - | - | 1 | xx,xxx | 1 | xx,xxx | | | |
| 6 | F장비[승인외장비] ²⁾ | - | - | - | - | 1 | xx,xxx | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 합계 | 예산액 (국비+지방비) | 3 | xx,xxx | 6 | xxx,xxx | 7 | xxx,xxx | | | |

- 1) 장비계획 재심의(2차)에 의해 승인된 장비 기입
- 2) 승인 외 장비를 구매하였을 경우 상기 예시와 같이 장비명 옆에 표기(없을 시, - 표기)
- 3) 설치장소는 구체적으로 기입 (ex : 프로그램실(본관 2층), 간호사실(본관 3층) 등)
- 4) 구매방법란에는 입찰 및 계약방법(수익, 일반경쟁(조달입찰), 지명경쟁 등)을 기재하고 수익계약 시 근거사유를 제시

<첨부서류>

- 장비 구매 계약서, 사양서, A/S보증보험증권

〈별지 제22호 서식〉

국고보조금 이월승인 요청서

1. 보조사업 개요

| | | | |
|-------|--------------------------|-----------|-----------------------------|
| 중앙관서명 | 보건복지부 | 보조사업 유형 | 자치단체자본보조 |
| 보조사업명 | | | |
| 사업내용 | *사업 목적, 지원대상, 사업내용 등을 기재 | | |
| 사업기간 | 20 . . . ~ . | 사업비 부담 비율 | 국비 00% (지방비 00%, 자부담 0%) |
| 보조사업자 | 기관·단체명 | | |
| | 주 소 (연락처) | | |

2. 보조사업 추진 현황 (0000.00월 말 기준)

보조금 집행 현황

(단위: 천원)

| 국비 수령액 | 집행액 | 집행 잔액 | 불용 예상액 | 이월* 요청액 |
|--------|-----|-------|--------|---------|
| | | | | |

* 이월 : 예산을 당해 회계연도내에 집행하지 않고 다음 연도에 지출하는 것

현재까지 추진 상황(추가 설명이 필요한 경우 별도 첨부)

○

집행상 애로사항(문제점)

○ 애로사항

○ 그간 조치결과

3. 이월 요청 사항

이월예산 집행 및 사업 종료시한 :

이월 사유

(불가피한 사유를 구체적으로 명확하게 기재하고, 세부명세는 별도 첨부)

○

국고보조금 이월 세부명세(자치단체보조사업)

(단위: 천원)

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

* 명시이월 : 예산의 성질상 연도내 지출을 못할 것으로 예상되어 다음연도로 이월할 수 있다고 미리 예산 의결을 거쳐 정한 사업

* 사고이월 : 재난재해로 인한 사업기간 부족, 공사기간 부족, 입찰공고 후 장기간 소요, 사업자 선정 지연, 기타 불가피한 사유 기재

<별지 제25호 서식>

공립요양병원 기능보강사업 집행내역서(회계연도 내 미완료)

사업수행 지자체 :

사업수행기관 :

○ 총괄 내역

(단위: 원)

| 구성 | | | | | | |
|--------|-----|---------|---------|---------|-----------|-----|
| 구분 | 계 | 국비 | 지방비 | | 기타 () | 이자액 |
| | | | 광역 | 기초 | | |
| 예산액 | | A | B | C | D | E |
| 집행액 | | A1 | B1 | C1 | D1 | - |
| 집행잔액 | 계 | A-A1 | B-B1 | C-C1 | D-D1 | E |
| | 이월액 | A2 | B2 | C2 | D2 | - |
| | 불용액 | A-A1-A2 | B-B1-B2 | C-C1-C2 | D-D1-D2 | E |
| 집행내역 | | | | | | |
| 구분 | 국비 | | | | | |
| | 예산 | 집행액 | 집행율(%) | 집행잔액 | | |
| | | | | 계 | 이월액 | 불용액 |
| 1. 시설비 | F1 | G1 | G1/F1 | F1-G1 | | |
| 2. 장비비 | | | | | | |
| 총계 | F | | 100.0 | | | |

○ 예산교부 현황(누적금액)

(단위: 원)

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

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

○ 사업추진현황

(단위: 원)

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

1) 예산 교부일 : (광역) 광역단체에서 기초단체에 예산을 교부한 일자 (기초) 기초단체에서 사업수행기관에 예산을 교부한 일자

○ 세부 집행내역

(단위: 원)

| 비목 | 번호 | 일자 | 집행액 | 내용 |
|--------|----|----|-----|----|
| 1. 시설비 | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| | 소계 | | | F1 |
| 2. 장비비 | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| | 소계 | | | F2 |

* 항목별 세부내용 모두 기재함(5행 초과 가능)

○○년도 국고보조금 취득 중요재산 현황

| | | |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 중앙관서명 | 보건복지부 | |
| 세부사업명 | 공립요양병원 기능보강사업 | |
| 재산명 | | |
| 유형 | | |
| 목적(용도) | | |
| 주소 | 시도 | |
| | 상세주소 | |
| 면적(m ²) | | |
| 내역 | 수량 | |
| | 단위 | |
| 취득가액 | | |
| 현재가액 | | |
| 보조금유형 | | |
| 취득일자 | | |
| 처분제한기간(일자) | | |
| 소유자구분 | | |
| 부기등기 기재사항 (예시) | 이 재산은 보조금 관리에 관한 법률, 보건복지부 소관 국고보조금 관리규정 등에 의한 국고보조금 지원 재산이므로 보조금 집행자 (00시·도지사) 승인없이 20 년 0월 00일까지 다른 용도 사용, 양도, 교환 또는 담보로 제공하거나 이를 압류할 수 없다. | |

- * 시설의 경우 해당 시설에 투입된 대략적인 공사금액 등을 작성
- 1) 기입대상 : 국고보조금이 투입된 500만원 이상(개당 단가) 부동산과 그 종물(從物)_시설 및 장비
 - 2) 취득금액 : 동일 재산(장비)의 경우 총 수량이 아닌 개당 금액
 - 3) 현재가액 : 기획재정부장관이 정하는 현재가액(보조금관리에 관한 법률 시행령 제15조 2항).
현재가액 정보가 모호한 경우 취득금액으로 작성
 - 4) 처분제한기간 : 영구/반영구/년.월.일 같이 세가지 형태 중 하나 필수 입력. 물품을 처분한 경우
“처분”이라고 작성 및 처분일자 작성

〈별지 제29호 서식〉

2024년 공립요양병원 공공사업 (치매환자 지원 프로그램) 사업계획서

2024. .

00요양병원

목 차

| | |
|---------------------------------|---|
| 제1장 기관 현황 | 1 |
| 제2장 조직 및 인력 | 1 |
| 제3장 전년도 사업실적 | 1 |
| 제4장 사업 추진 계획 | 1 |
| 1. 총괄 | 0 |
| 2. 사업별 세부계획 | 0 |
| 1) 퇴원 치매환자 일상생활 복귀 지원 | 0 |
| 2) 입원 치매환자 비약물 치료 프로그램 운영 | 0 |
| 3) 입원 치매환자 가족지원 | 0 |
| 4) 치매 특화사업 운영 | 0 |
| 제5장 예산 집행 계획 | 1 |

1 기관 현황

□ 일반 현황

(2023.12.31. 기준)

| 사업수행기관 | | 00000병원 | | | |
|-------------------------|----------------------------------------|------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|----|
| 기관 작성자 (전담인력/사업 담당자) | 성명 | 000 | 소속/직위 | 0000팀 / 사회복지사 | |
| | 연락처 | 000-0000-0000 | 전자메일 | 0000@00000000 | |
| 지자체 담당자 | 성명 | 000 | 소속/직위 | △△시 보건소 0000팀 / 보건8급 | |
| | 연락처 | 000-0000-0000 | 전자메일 | 0000@00000000 | |
| 국고 교부일 | 1차: 0000년 00월 00일 2차: 0000년 00월 00일 | | 지역사회 퇴원 치매환자 수 (자택, 가족, 요양기관) | 0명 (사망 및 의료기관으로 퇴원 시 제외, 중복카운트 불가) | |
| 사업비 | 총 사업비 | 100,000,000 | 전체 퇴원 치매환자 수 | 지역사회 (자택, 가족) | 0명 |
| | 국비 | 50,000,000 | | 지역사회 (장기요양기관) | 0명 |
| | 지방비 (도비) | 30,000,000 (시도비 구분) | | 전원 | 0명 |
| | 지방비 (시군비) | 20,000,000 (시도비 구분) | | 사망 | 0명 |
| | | | | 기타 () | 0명 |

□ 병원 현황

| | | | | | |
|------------------|-----------------------------------------------|-------------|------------------------------------|----------------|-----------------------------------------------|
| 설립형태 (관할 지자체) | 도립, 시립, 군립, 구립 (□□도/시/군/구) | | 총 허가병상 수 ('23년 12월 기준) | 000병상 | |
| | | | 1인실 개수 (병원 전체) | 00개 | |
| 치매안심병원 | 지정 여부 | O, X | 치매전문병동 (기능보강사업으로 설치된 병동만 기입) | 설치 | O, X |
| | 지정일 | 0000.00.00. | | 병상 수 | N개 병동(00병상) |
| 치매관련 의사 재직 유무 | 신경과 1명 신경외과 1명 정신건강의학과 1명 한방신경정신과 1명 | | 위탁 기관 현황 | 위탁 기관명 | 0000재단 |
| | | | | 위탁 시작일~ 종료일 | 0000.00.00.~0000.00.00. (종료일은 최종 위탁계약 종료일) |

2 조직 및 인력

□ 기관 조직도

- 사업(전담)팀의 병원 내 위치·소속

조직도 첨부
*사업 운영 팀 적색 네모로 표기

□ 사업팀 운영체계

- 사업(전담)팀의 운영체계 및 업무분담

사업팀 운영 체계도(역할 등)
*전담인력 표기

□ **사업팀 인력배치**

- 사업팀 운영: 구성 (O / X), 총 00명
- 사업팀 팀장: 지정 (O / X), 직종(신경과 전문의, 간호사, 행정)
- 사업 전담인력: 확보 (O / X), 직종(사회복지사)

| 구분 | 사업 내 직위 (팀장/전담/팀원) (전임/겸임) | 성명 | 직종(면허) | 사업 내 담당업무 (세부적으로 작성) | 사업 수행기간 (총 사업 참여기간) | 원소속 부서 |
|----|----------------------------------|-----|--------------------|-------------------------|------------------------------------|--------|
| 1 | 사업팀장(겸임) | ooo | 의사 (신경과 전문의) | 사업총괄 | 2000.1.1.~ 2000.00.00. (0개월) | 진료부 |
| 2 | 전담인력(전임) | ooo | 사회복지사 1급/2급 | 사업운영 전담 | | 사회사업실 |
| 3 | 사업팀원(겸임) | | | 사업지원(방문간호) | | 간호부 |
| 4 | 사업팀원(전임) | | | 사업지원(예산집행) | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |

□ **협약체 구성 및 운영**(*병원이 주체로 운영하고 있는 협약체)

| | | |
|------------------------------------|-------------------------------------------|----------|
| 협약체 명 | 00000 협약체 | |
| 협약건수 | 총 00건, (반기별, 분기별, 연 1회) 협약체 운영 | |
| 목적 | (협약체 운영 목적을 간략하게 서술) | |
| 협약체 구성 및 운영 | 협약체 구성 | 운영계획 |
| | | |
| 협약체 참여기관 *사업기간 중 1회 이상 참여기관만 작성 | 협약체결 | 협약 미체결 |
| | 1) 00치매안심센터 2) 00복지관 3) 4) 5) | 6) 7) |

3 전년도 사업실적

□ 2023년 공립요양병원 공공사업 실적 총괄표

○ 2023년 0000요양병원 공공사업(치매환자 지원 프로그램) 실적 총괄표

| 사업구분 | | 세 부 사 업 명 | 사업대상 | 목표 | 실적 | |
|----------------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------------|---------------|---------------|---|
| 1. 퇴원 치매환자 일상생활 복귀 지원 | | 1) 퇴원 지원 계획 수립 | 지역사회 퇴원환자 | 00명 | 00명 | |
| | | 2) 보호자 교육 및 상담 | 보호자 및 환자 가족 | 00명 | 00명 | |
| | | 3) 거주지 이동지원 | 수급자 및 대상자 | 00명 | 00명 | |
| | | 4) 거주지 생활관리 | 수급자 및 대상자 | 0명 | 00명 | |
| | | 사업별 집행액 소계 | | 원 | 실적 달성률 | % |
| 2. 병원 내 치매환자 및 가족지원 | 비약물 치료 프로그램 제공 | 1) 치매환자 비약물 치료 프로그램 제공 | 입원 치매환자 | 000명 | 000명 | |
| | | | 입원 치매환자 | 00회 | 00회 | |
| | | 사업별 집행액 소계 | | 원 | 실적 달성률 | % |
| | 자조모임 및 여가지원 | 1) 보호자 자조모임 운영 | 입원 치매환자 가족 | 000명 | 000명 | |
| | | 2) 보호자 여가활동 지원 | 입원 치매환자 가족 | 00회 | 00회 | |
| 3) 치매환자 가족지원 전문의 상담 | | | | | | |
| 4) 전문의 Q&A 코너 운영 | | | | | | |
| | 사업별 집행액 소계 | | 원 | 실적 달성률 | % | |
| 3. 치매친화적 환경조성 | | 1) 특화공간 조성 | | | | |
| | | 2) 안전 환경 조성 | | | | |
| | | 3) 환경개선 | | | | |
| | | 4) 기타 | | | | |
| | | 사업별 집행액 소계 | | 원 | 실적 달성률 | % |
| 4. 치매 인식 개선 사업 지원 | 지역사회 치매인식 개선사업 | 1) 치매안심센터 행사 지원 | | | | |
| | | 2) 자체 기획 행사 수행 | | | | |
| | | 사업별 집행액 소계 | | 원 | 실적 달성률 | % |
| | 치매환자 학대예방 교육시행 | 1) 치매환자 학대 예방 교육 | (예시) 원내 종사자, 또 는 치매 환자 가족 | (예시) 4회 | | |
| | | 2) 치매환자 학대 예방 지킴이단 운영 | (예시) 직원, 간병인 및 치 매환자보호자 등) | | | |
| 사업별 집행액 소계 | | | 원 | 실적 달성률 | % | |

| 사업구분 | 세 부 사 업 명 | 사업대상 | 목표 | 실적 | |
|------------------------------------------|-------------------------|---------------------|----|---------|---|
| 5. 지역 내 연계 협력 사업 수행 | 유관기관 협력 사업 수행 | 1) "0000 0000" | | | |
| | | 2) "0000 0000" | | | |
| | | 3) | | | |
| | | 사업별 집행액 소계 | 원 | 실적 달성률 | % |
| | 치매환자 치매안심센터연계 | 1) 치매안심센터 치매퇴원환자 연계 | | | |
| | | 2) 치매안심센터 업무협약 | | | |
| | | 3) 광역 및 지역사회 협의체 참여 | | | |
| | | 사업별 집행액 소계 | 원 | 실적 달성률 | % |
| | 지역기반 협진체계 구축운영 (달성률 제외) | 1) 지역 기반 협진체계 구축 | | | |
| | | 사업별 집행액 소계 | 원 | 실적 달성률* | % |
| 목표 대비 실적 달성률(실적 달성률 도합 / 5개(사업구분 별 달성률)) | | | | % | |

4 사업 추진 계획

[총 괄]

□ 2024년 공립요양병원 공공사업 총괄 계획

| 사업구분 | 세 부 사 업 명 | 사업대상 | 사업목표 (목표 실적) | 비고 (전년 실적) |
|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------|---------------|
| 1. 퇴원치매환자 일상생활 복귀 지원 | 1) 퇴원 지원 계획 수립 | 지역사회 퇴원 환자 | 00명 | |
| | 2) 보호자 교육 및 상담 | 보호자 및 가족 | 00명 | |
| | 3) 치매안심센터 연계 | 지역사회 퇴원 환자 | 00명 | |
| | 4) 거주지 이동지원 및 생활관리 | 수급자 및 대상자 | 0명 | |
| 2. 입원 치매환자 비약물 치료 프로그램 운영 | 1) 비약물 치료 프로그램 운영(인원) | 입원 치매환자 | 00명 | |
| | 2) 비약물 치료 프로그램 운영(횟수) | 입원 치매환자 | 00회 | |
| 3. 입원 치매환자 가족지원 | 1) 보호자 자조모임 및 여가지원 운영 | 보호자 및 가족 | 00회 | |
| | 2) 치매환자 가족지원 전문의 상담 | 보호자 및 가족 | 00회 | |
| | 3) 전문의 Q&A 코너 운영 | 보호자 및 가족 | 00회 | |
| 4. 치매 특화사업 연계 | 치매 특화 공간 조성 및 운영 | 1) 치매 특화공간 조성 | ADL 조성 | 1개실 조성 |
| | | 2) 안전환경 조성 | 미끄럼 방지 타일 설치 | 2개 화장실 교체 |
| | | 3) 병동 환경 개선 | 노후 벽지 교체 | 1개동 교체 |
| | 유관기관 협력 및 치매 인식 개선 사업 | 1) 치매안심센터 행사 지원 | 지역사회 주민(000) | 00명 참여 |
| | | 2) 지역사회 유관기관 및 민간단체 협력 치매 특화 사업(봉사, 인식개선 등) 운영 | 지역사회 주민(000) | 00명 참여 |
| | | 3) 자체 치매인식개선 사업 운영 | 지역사회 주민(000) | 00명 참여 |
| 지역기반 협진체계 구축 | 1) 지역 기반 협진체계 구축 | 지역 내 전문의 협진 체계 구축 | 20건 이상 상시 체계구축 | |

[사업별 세부계획]

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

※ 사업의 분야는 4가지(① 퇴원 치매환자 일상생활 복귀 지원 ② 입원 치매환자 비약물 치료 프로그램 운영, ③ 입원 치매환자 가족지원, ④ 치매 특화사업 운영)로 구분하여 세부사업을 기획 구성

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

1. 퇴원 치매환자 일상생활 복귀지원

| 세부 사업명 | (예시: ① 퇴원계획 수립 시행) | | | |
|---------------|-------------------------------------------------------------------|-------------|-----|------------------------|
| 사업의 필요성 | ※ 본 사업이 필요함을 간략히 기술 | | | |
| 사업 목표 | ※ 전년도 사업수행 결과 등과 연계하여 목표 수립, 목표치의 설정근거 제시 (성과평가 세부지표 중심으로 설정 권장) | | | |
| | | 사업목표 단위 | 목표치 | |
| | | 목표치 산출근거 | | |
| | | 퇴원 지원 계획 수립 | 80명 | 지난 3년간 지역사회 퇴원 치매환자 평균 |
| | | 보호자 교육 및 상담 | 30명 | |
| | | 치매안심센터 연계 | 80명 | 지난 3년간 지역사회 퇴원 치매환자 평균 |
| 추진 계획 (사업 내용) | ※ 세부 사업추진을 위한 추진전략 및 계획을 구체적으로 작성 (대상, 기간, 내용, 방법 4가지 요건 중심으로 작성) | | | |
| | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------|--------|----|---|---|---|---|---|----|----|----|
| 연계·협력 | ※ 지역 내·외 기관 및 단체, 민간자원 등과 연계·협력 방안 | | | | | | | | | | | | |
| | 추진주체 | | 주요 역할 | | | | | | | | | | |
| | OO시 | | - | | | | | | | | | | |
| | OO치매안심센터 | | - | | | | | | | | | | |
| 사업예산 | ※ 해당 항목 작성 | | | | | | | | | | | | |
| | 총액 | 국비 | 지방비 | 기타예산 | 비고 | | | | | | | | |
| | 2,000 천원 | 1,400 천원 | 600 천원 | 외부예산 등 | | | | | | | | | |
| 추진 일정 | 구 분 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 모니터링 계획 | ※ 모니터링은 당초 계획한대로 사업이 진행되고 있는지 확인하는 것으로, 사업의 정기적인 모니터링을 통해 사업수행 중 발생 가능한 애로사항(장애요인), 환경변화 등에 대응할 수 있도록 계획을 수립함 예시) - 모니터링 계획 | | | | | | | | | | | | |
| | 구분 | 내용 | | | | | | | | | | | |
| | 모니터링 방법 | 분기별 팀 회의에서 체크리스트로 확인 | | | | | | | | | | | |
| | 모니터링 내용 | 활동내용 실행 정도, 일정 준수 여부, 참여자 만족도 등 | | | | | | | | | | | |

2. 입원 치매환자 비약물 치료 프로그램 운영

| | |
|---------|--------------------------------|
| 세부 사업명 | (예시: ② 입원 치매환자 비약물 치료 프로그램 운영) |
| 사업의 필요성 | ※ 본 사업이 필요함을 간략히 기술 |

| | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------|-------|----------|--------|--------|---------|----|---|----|----|----|
| 사업 목표 | ※ 전년도 사업수행 결과 등과 연계하여 목표 수립, 목표치의 설정근거 제시 (성과평가 세부지표 중심으로 설정 권장) | | | | | | | | | | | | |
| | 사업목표 단위 | | 목표치 | | 목표치 산출근거 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 추진 계획 (사업 내용) | ※ 세부 사업추진을 위한 추진전략 및 계획을 구체적으로 작성 (대상, 기간, 내용, 방법 4가지 요건 중심으로 작성) | | | | | | | | | | | | |
| | 연번 | 프로그램 명 | | 실시횟수 | | 참여환자 수 | | 집단/개인 | | | | | |
| | 1 | 원예치료 | | 총 20회 | | 120명 | | 집단(20명) | | | | | |
| | 2 | | | | | | | 개인 | | | | | |
| | 3 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 연계· 협력 | ※ 지역 내·외 기관 및 단체, 민간자원 등과 연계·협력 방안 | | | | | | | | | | | | |
| | 추진주체 | | 주요 역할 | | | | | | | | | | |
| | 00시 | | - | | | | | | | | | | |
| | 00치매안심센터 | | - | | | | | | | | | | |
| 사업 예산 | ※ 해당 항목 작성 | | | | | | | | | | | | |
| | 총액 | | 국비 | | 지방비 | | 기타예산 | | 비고 | | | | |
| | 2,000 천원 | | 1,400 천원 | | 600 천원 | | 외부예산 등 | | | | | | |
| 추진 일정 | 구 분 | | | | | | | | | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 모니터링 계획 | ※ 모니터링은 당초 계획한대로 사업이 진행되고 있는지 확인하는 것으로, 사업의 정기적인 모니터링을 통해 사업수행 중 발생 가능한 애로사항(장애요인), 환 경변화 등에 대응할 수 있도록 계획을 수립함 | | | | | | | | | | | | |
| | 예시) - 모니터링 계획 | | | | | | | | | | | | |
| | 구분 | | 내용 | | | | | | | | | | |
| | 모니터링 방법 | | 분기별 팀 회의에서 체크리스트로 확인 | | | | | | | | | | |
| 모니터링 내용 | | 활동내용 실행 정도, 일정 준수 여부, 참여자 만족도 등 | | | | | | | | | | | |

3. 입원 치매환자 가족지원

| | | | | | | |
|---------------|-------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|------------|------|
| 세부 사업명 | (예시: ③ 입원 치매환자 가족지원) | | | | | |
| 사업의 필요성 | ※ 본 사업이 필요함을 간략히 기술 | | | | | |
| 사업 목표 | ※ 전년도 사업수행 결과 등과 연계하여 목표 수립, 목표치의 설정근거 제시 (성과평가 세부지표 중심으로 설정 권장) | | | | | |
| | 사업목표 단위 | 목표치 | 목표치 산출근거 | | | |
| | | | | | | |
| 추진 계획 (사업 내용) | ※ 세부 사업추진을 위한 추진전략 및 계획을 구체적으로 작성 (대상, 기간, 내용, 방법 4가지 요건 중심으로 작성) | | | | | |
| | 연번 | 행사명 | 진행 시간 | 참여 대상자 수 | 온/오프라인 | 유형 |
| | 1 | 000 자조모임 | 4시간 30분 | 20명 | 집단(20명 이내) | 자조모임 |
| | 2 | | | | 개인 | 여가지원 |
| | 3 | | | | | |
| | | | | | | |
| 연계·협력 | ※ 지역 내·외 기관 및 단체, 민간자원 등과 연계·협력 방안 | | | | | |
| | 추진주체 | 주요 역할 | | | | |
| | 00시 | . | | | | |
| | 00치매안심센터 | . | | | | |
| 00공립요양병원 | . | | | | | |
| 사업 예산 | ※ 해당 항목 작성 | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------|-------------|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|
| | 총액 | 국비 | 지방비 | 기타예산 | 비고 | | | | | | | | |
| | 2,000 천원 | 1,400 천원 | 600 천원 | 외부예산 등 | | | | | | | | | |
| 추진 일정 | 구 분 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 모니터링 계획 | ※ 모니터링은 당초 계획한대로 사업이 진행되고 있는지 확인하는 것으로, 사업의 정기적인 모니터링을 통해 사업수행 중 발생 가능한 애로사항(장애 요인), 환경변화 등에 대응할 수 있도록 계획을 수립함 예시) - 모니터링 계획 | | | | | | | | | | | | |
| | 구분 | 내용 | | | | | | | | | | | |
| | 모니터링 방법 | 분기별 팀 회의에서 체크리스트로 확인 | | | | | | | | | | | |
| | 모니터링 내용 | 활동내용 실행 정도, 일정 준수 여부, 참여자 만족도 등 | | | | | | | | | | | |

4. 치매 특화사업 운영

4.1. 치매 특화공간 조성 및 운영

| | | | |
|----------------|-------------------------------------------------------------------|------------|-----------------|
| 세부 사업명 | (예시: ④ 치매 특화공간 조성 및 운영) | | |
| 사업의 필요성 | ※ 본 사업이 필요함을 간략히 기술 | | |
| 사업 목표 | ※ 전년도 사업수행 결과 등과 연계하여 목표 수립, 목표치의 설정근거 제시 (성과평가 세부지표 중심으로 설정 권장) | | |
| | 사업목표 단위 | 목표치 | 목표치 산출근거 |
| | | | |
| 추진 계획 | ※ 세부 사업추진을 위한 추진전략 및 계획을 구체적으로 작성 (대상, 기간, 내용, 방법 4가지 요건 중심으로 작성) | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------|-------------|-----------|---|---|---|---|---|----|----|----|
| (사업 내용) | * 공간 조성이 필요한 공간의 사진 첨부(현황을 파악할 수 있는 사진 첨부) | | | | | | | | | | | | |
| | 치매 특화공간 조성 장소 | 치매 특화공간 조성 분류 | | | 구분 | | | | | | | | |
| | <i>치매전문병동 내 공용거실(4F)</i> | 치매환자를 위한 특화공간조성 | | | | | | | | | | | |
| | | 치매환자 입원 병동 안전환경 조성 | | | | | | | | | | | |
| 치매환자 입원 병동 환경개선 | | | v | | | | | | | | | | |
| 치매환자의 인지기능 향상을 위한 물품 설치 | | | | | | | | | | | | | |
| 연계·협력 | ※ 지역 내·외 기관 및 단체, 민간자원 등과 연계·협력 방안 | | | | | | | | | | | | |
| | 추진주체 | 주요 역할 | | | | | | | | | | | |
| | <i>00시</i> | - | | | | | | | | | | | |
| | <i>00치매안심센터</i> | - | | | | | | | | | | | |
| 사업 예산 | ※ 해당 항목 작성 | | | | | | | | | | | | |
| | 총액 | 국비 | 지방비 | 기타예산 | 비고 | | | | | | | | |
| | 2,000 천원 | 1,400 천원 | 600 천원 | 외부예산 등 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 추진 일정 | 구 분 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 모니터링 계획 | ※ 모니터링은 당초 계획한대로 사업이 진행되고 있는지 확인하는 것으로, 사업의 정기적인 모니터링을 통해 사업수행 중 발생 가능한 애로사항(장애요인), 환경변화 등에 대응할 수 있도록 계획을 수립함 | | | | | | | | | | | | |
| | 예시) - 모니터링 계획 | | | | | | | | | | | | |
| | 구분 | 내용 | | | | | | | | | | | |
| | 모니터링 방법 | 분기별 팀 회의에서 체크리스트로 확인 | | | | | | | | | | | |
| 모니터링 내용 | 활동내용 실행 정도, 일정 준수 여부, 참여자 만족도 등 | | | | | | | | | | | | |

4.2. 유관기관 협력 및 치매 인식개선 사업

| | | | | | |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------|-------------|-----------|
| 세부 사업명 | (예시: ④ 유관기관 협력 및 치매 인식개선 사업) | | | | |
| 사업의 필요성 | ※ 본 사업이 필요함을 간략히 기술 | | | | |
| 사업 목표 | ※ 전년도 사업수행 결과 등과 연계하여 목표 수립, 목표치의 설정근거 제시 (성과평가 세부지표 중심으로 설정 권장) | | | | |
| | 사업목표 단위 | 목표치 | 목표치 산출근거 | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 추진 계획 (사업 내용) | ※ 세부 사업추진을 위한 추진전략 및 계획을 구체적으로 작성 (대상, 기간, 내용, 방법 4가지 요건 중심으로 작성) | | | | |
| 연계·협력 | ※ 지역 내·외 기관 및 단체, 민간자원 등과 연계·협력 방안 | | | | |
| | 추진주체 | 주요 역할 | | | |
| | OO시 | - | | | |
| | OO치매안심센터 | - | | | |
| OO공립요양병원 | - | | | | |
| 사업 예산 | ※ 해당 항목 작성 | | | | |
| | 총액 | 국비 | 지방비 | 기타예산 | 비고 |
| | 2,000 천원 | 1,400 천원 | 600 천원 | 외부예산 등 | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
| 추진 일정 | 구 분 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 모니터링 계획 | ※ 모니터링은 당초 계획한대로 사업이 진행되고 있는지 확인하는 것으로, 사업의 정기적인 모니터링을 통해 사업수행 중 발생 가능한 애로사항(장애요인), 환경변화 등에 대응할 수 있도록 계획을 수립함 예시) - 모니터링 계획 | | | | | | | | | | | | |
| | 구분 | 내용 | | | | | | | | | | | |
| | 모니터링 방법 | 분기별 팀 회의에서 체크리스트로 확인 | | | | | | | | | | | |
| | 모니터링 내용 | 활동내용 실행 정도, 일정 준수 여부, 참여자 만족도 등 | | | | | | | | | | | |

4.3. 지역기반 협진체계 구축(선택사항)

| | | | |
|---------------|-------------------------------------------------------------------|-----|----------|
| 세부 사업명 | (예시: ④ 지역기반 협진체계 구축) | | |
| 사업의 필요성 | ※ 본 사업이 필요함을 간략히 기술 | | |
| 사업 목표 | ※ 전년도 사업수행 결과 등과 연계하여 목표 수립, 목표치의 설정근거 제시 (성과평가 세부지표 중심으로 설정 권장) | | |
| | 사업목표 단위 | 목표치 | 목표치 산출근거 |
| | | | |
| 추진 계획 (사업 내용) | ※ 세부 사업추진을 위한 추진전략 및 계획을 구체적으로 작성 (대상, 기간, 내용, 방법 4가지 요건 중심으로 작성) | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------|--------|----|---|---|---|---|---|----|----|----|
| 연계·협력 | ※ 지역 내·외 기관 및 단체, 민간자원 등과 연계·협력 방안 | | | | | | | | | | | | |
| | 추진주체 | 주요 역할 | | | | | | | | | | | |
| | OO시 | . | | | | | | | | | | | |
| 사업 예산 | ※ 해당 항목 작성 | | | | | | | | | | | | |
| | 총액 | 국비 | 지방비 | 기타예산 | 비고 | | | | | | | | |
| 추진 일정 | 2,000 천원 | 1,400 천원 | 600 천원 | 외부예산 등 | | | | | | | | | |
| | 구 분 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 모니터링 계획 | ※ 모니터링은 당초 계획한대로 사업이 진행되고 있는지 확인하는 것으로, 사업의 정기적인 모니터링을 통해 사업수행 중 발생 가능한 애로사항(장애 요인), 환경변화 등에 대응할 수 있도록 계획을 수립함 - 모니터링 계획 | | | | | | | | | | | | |
| | 구분 | 내용 | | | | | | | | | | | |
| | 모니터링 방법 | 분기별 팀 회의에서 체크리스트로 확인 | | | | | | | | | | | |
| | 모니터링 내용 | 활동내용 실행 정도, 일정 준수 여부, 참여자 만족도 등 | | | | | | | | | | | |

5 예산 집행 계획

※ 자체 예산을 제외한 지원금(국비·지방비) 만 기재

| 비목 | 세목 | 세부내역 | 단가 | | | | 예산액 | 비고 | |
|-------|-----------|-------------------|------------|---|----|---|-----|-----------|---------|
| | | | 단가 | x | 1명 | x | | | 월 |
| 인건비 | 인건비 | 전담인력 급여 | 단가 | x | 1명 | x | 월 | 10(%) = | |
| | | 겸임 인건비 | 단가 | x | 1명 | x | 월 | 40(%) = | |
| | | 성과금 | | | | x | | = | |
| 유형비 | 복리 후생비 | 전담인력 4대보험 등 기관부담금 | 예시) 50,000 | | | x | 12 | = | 600,000 |
| | 일반 수용비 | 소모품 | | | | x | | = | |
| | | 도서 등 구입비 | | | | x | | = | |
| | | 인쇄비 | | | | x | | = | |
| | | 안내, 홍보물 기념품 등 제작비 | | | | x | | = | |
| | | 회의 및 자문수당 | | | | x | | = | |
| | | 강사비 | | | | x | | = | |
| | | 교육운영비 | | | | x | | = | |
| | 공공요금 및 제세 | 우편요금 | | | | x | | = | |
| | | 업무용 휴대전화 통신요금 | | | | x | | = | |
| 임차료 | | | | | x | | = | | |
| 여비 | 국내여비 | 근무지내 | | | | x | | = | |
| | | 근무지외 | | | | x | | = | |
| 업무추진비 | 업무추진비 | 식음료 및 연회비 | | | | x | | = | |
| | | | | | | x | | = | |
| | | | | | | x | | = | |
| 기타 | 기타 | | | | | x | | = | |
| | | | | | | | | | |
| 합계 | | | | | | x | | = | |

〈별지 제30호 서식〉

2023년 공립요양병원 공공사업 (치매환자 지원 프로그램) 결과보고서

2024. .

00요양병원

목 차

| | |
|-----------------------------|---|
| 제1장 기관 현황 | 1 |
| 제2장 조직 및 인력 | 1 |
| 제3장 사업 추진 실적 | 1 |
| 1. 총괄 | 0 |
| 2. 사업별 추진결과 | 0 |
| 1) 퇴원 치매환자 일상생활 복귀 지원 | 0 |
| 2) 병원 내 치매환자 및 가족 지원 | 0 |
| 3) 치매 친화적 환경 조성 | 0 |
| 4) 치매 인식개선 사업 지원 | 0 |
| 5) 지역 내 연계·협력사업 | 0 |
| 제4장 모니터링 체계 및 자체평가 | 1 |
| 제5장 예산집행 결과 | 1 |

1 기관 현황

□ 일반 현황

(2023.12.31. 기준)

| 사업수행기관 | | 00000병원 | | | |
|-------------------------|----------------------------------------|------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|----|
| 기관 작성자 (전담인력/사업 담당자) | 성명 | 000 | 소속/직위 | 0000팀 / 사회복지사 | |
| | 연락처 | 000-0000-0000 | 전자메일 | 0000@00000000 | |
| 지자체 담당자 | 성명 | 000 | 소속/직위 | △△시 보건소 0000팀 / 보건8급 | |
| | 연락처 | 000-0000-0000 | 전자메일 | 0000@00000000 | |
| 국고 교부일 | 1차: 0000년 00월 00일 2차: 0000년 00월 00일 | | 지역사회 퇴원 치매환자 수 (자택, 가족, 요양기관) | 0명 (사망 및 의료기관으로 퇴원 시 제외, 중복카운트 불가) | |
| 사업비 | 총 사업비 | 100,000,000 | 전체 퇴원 치매환자 수 | 지역사회 (자택, 가족) | 0명 |
| | 국비 | 50,000,000 | | 지역사회 (장기요양기관) | 0명 |
| | 지방비 (도비) | 30,000,000 (시도비 구분) | | 전원 | 0명 |
| | 지방비 (시군비) | 20,000,000 (시도비 구분) | | 사망 기타 () | 0명 |
| | | | | | 0명 |

□ 병원 현황

| | | | | | |
|------------------|-----------------------------------------------|-------------|------------------------------------|----------------|-----------------------------------------------|
| 설립형태 (관할 지자체) | 도립, 시립, 군립, 구립 (□□도/시/군/구) | | 총 허가병상 수 ('23년 12월 기준) | 000병상 | |
| | | | 1인실 개수 (병원 전체) | 00개 | |
| 치매안심병원 | 지정 여부 | O, X | 치매전문병동 (기능보강사업으로 설치된 병동만 기입) | 설치 | O, X |
| | 지정일 | 0000.00.00. | | 병상 수 | N개 병동(00병상) |
| 치매관련 의사 재직 유무 | 신경과 1명 신경외과 1명 정신건강의학과 1명 한방신경정신과 1명 | | 위탁 기관 현황 | 위탁 기관명 | 0000재단 |
| | | | | 위탁 시작일~ 종료일 | 0000.00.00.~0000.00.00. (종료일은 최종 위탁계약 종료일) |

2 조직 및 인력

□ 기관 조직도 *'23년 평가 미반영

- 사업(전담)팀의 병원 내 위치·소속

조직도 첨부
*사업 운영 팀 적색 네모로 표기

□ 사업팀 운영체계

- 사업(전담)팀의 운영체계 및 업무분담

사업팀 운영 체계도(역할 등)
*전담인력 표기

□ **공공사업 전담인력 업무목록(기관 내 공공사업 포함 전체업무)** *'23년 평가 미반영

- 공공사업 전담인력의 업무목록 내용(100% 기준으로 작성)
 - *실질적인 업무수행 기준으로 전담인력이 직접 작성
- 사업 전담인력: 성명(000), 직위(0000), 직종(사회복지사, 간호사)
 - *전담인력이 2명인 경우 각각 작성

| 구분 | 주요 수행업무 | 업무 세부내용 | 소관 부서 | 업무 비중 |
|----|-------------------------------|--------------------------------------------|-------|-------|
| 1 | 공립요양병원 공공사업 (치매환자 지원 프로그램) | - 비약물 치료 프로그램 운영 - 퇴원 치매환자 일상생활 복귀 지원 등 | 공공사업팀 | 70% |
| 2 | 병원 내 기타 업무 | - | 원무과 | 20% |
| 3 | 공공보건의로 등 | | 공공사업팀 | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |

□ **사업팀 정례회의 운영** *23년 평가 미반영

○ 사업팀 정례회의 운영 횟수: 총 00회

○ 사업팀 회의 빈도: 주/월/분기 0회

*회의록 캡처하여 첨부
(회의일, 참석자, 회의내용 등이 확인 가능하게 첨부)

*회의록 캡처하여 첨부
(회의일, 참석자, 회의내용 등이 확인 가능하게 첨부)

□ 사업팀 인력배치

- 사업팀 운영: 구성 (O / X), 총 00명
- 사업팀 팀장: 지정 (O / X), 직종(신경과 전문의, 간호사, 행정)
- 사업 전담인력: 확보 (O / X), 직종(사회복지사)

| 구분 | 사업 내 직위 (팀장/전담/팀원 전임/겸임) | 성명 | 직종(면허) | 사업 내 담당업무 (세부적으로 작성) | 사업 수행기간 (총 사업 참여기간) | 원소속 부서 |
|----|--------------------------------|-----|--------------------|-------------------------|------------------------------------|--------|
| 1 | 사업팀장(겸임) | ooo | 의사 (신경과 전문의) | 사업총괄 | 2000.1.1.~ 2000.00.00. (0개월) | 진료부 |
| 2 | 전담인력(전임) | ooo | 사회복지사 1급/2급 | 사업운영 전담 | | 사회사업실 |
| 3 | 사업팀원(겸임) | | | 사업지원(방문간호) | | 간호부 |
| 4 | 사업팀원(전임) | | | 사업지원(예산집행) | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |

□ **협약체 구성 및 운영**(*병원이 주체로 운영하고 있는 협약체)

○ 협약체 운영: (O / X), 총 00개

| | | |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 협약체 명 | 00000 협약체 | |
| 협약건수 | 총 00건, (반기별, 분기별, 연 1회) 협약체 운영 | |
| 목적 | (협약체 운영 목적을 간략하게 서술) | |
| 협약체 운영 | 회의 일자 | 회의 안건 |
| | 1차: 0000년 00월 00일 | 지역사회 치매관리사업, 논의 |
| | 2차: 0000년 00월 00일 | |
| 협약체 참여기관 *사업기간 중 1회 이상 참여기관만 작성 | 협약체결 | 협약 미체결 |
| | 1) 00치매안심센터 2) 00복지관 3) 4) 5) | 6) 7) |
| 증빙자료 | 협약체 회의록 첨부 (회의일, 참석자, 회의내용 등이 확인 가능하게 첨부) | 협약체 회의록 첨부 (회의일, 참석자, 회의내용 등이 확인 가능하게 첨부) |

3 사업 추진 실적

□ 2023년 공공사업 실적 총괄표

| 사업구분 | | 세 부 사 업 명 | 사업대상 | 목표 | 실적 |
|-----------------------|-------------------|------------------------|----------------------------|---------------|------|
| 1. 퇴원 치매환자 일상생활 복귀 지원 | | 1) 퇴원 지원 계획 수립 | 지역사회 퇴원환자 | 00명 | 00명 |
| | | 2) 보호자 교육 및 상담 | 보호자 및 환자 가족 | 00명 | 00명 |
| | | 3) 거주지 이동지원 | 수급자 및 대상자 | 00명 | 00명 |
| | | 4) 거주지 생활관리 | 수급자 및 대상자 | 0명 | 00명 |
| | | 사업별 집행액 소계 | 원 | 실적 달성률 | % |
| 2. 병원 내 치매 환자 및 가족 지원 | 비약물 치료 프로그램 제공 | 1) 치매환자 비약물 치료 프로그램 제공 | 입원 치매환자 | 000명 | 000명 |
| | | | 입원 치매환자 | 00회 | 00회 |
| | | 사업별 집행액 소계 | 원 | 실적 달성률 | % |
| | 자조 모임 및 여가 지원 | 1) 보호자 자조모임 운영 | 입원 치매환자 가족 | 000명 | 000명 |
| | | 2) 보호자 여가활동 지원 | 입원 치매환자 가족 | 00회 | 00회 |
| 3) 치매환자 가족지원 전문의 상담 | | | | | |
| 4) 전문의 Q&A 코너 운영 | | | | | |
| | 사업별 집행액 소계 | 원 | 실적 달성률 | % | |
| 3. 치매친화적 환경조성 | | 1) 특화공간 조성 | | | |
| | | 2) 안전 환경 조성 | | | |
| | | 3) 환경개선 | | | |
| | | 4) 기타 | | | |
| | | 사업별 집행액 소계 | 원 | 실적 달성률 | % |
| 4. 치매 인식 개선사업 | 지역사회 치매인식 개선사업 | 1) 치매안심센터 행사 지원 | | | |
| | | 2) 자체 기획 행사 수행 | | | |
| | | 사업별 집행액 소계 | 원 | 실적 달성률 | % |
| | 치매환자 학대 예방 교육시행 | 1) 치매환자 학대 예방 교육 | (예시) 원내 종사자, 또는 치매 환자 가족 | (예시) 4회 | |
| | | 2) 치매환자 학대 예방 지킴이단 운영 | (예시) 직원, 간병인 및 치매 환자보호자 등) | | |
| | 사업별 집행액 소계 | 원 | 실적 달성률 | % | |

| 사업구분 | | 세 부 사 업 명 | 사업대상 | 목표 | 실적 |
|-------------------------------------------------|-------------------------|---------------------|------|---------|----------|
| 5. 지역 내 연계 협력 사업 수행 | 유관기관 협력 사업 수행 | 1) "0000 0000" | | | |
| | | 2) "0000 0000" | | | |
| | | 3) | | | |
| | | 사업별 집행액 소계 | 원 | 실적 달성률 | % |
| | 치매환자 치매안심센터연계 | 1) 치매안심센터 치매퇴원환자 연계 | | | |
| | | 2) 치매안심센터 업무협약 | | | |
| | | 3) 광역 및 지역사회 협의체 참여 | | | |
| | | 사업별 집행액 소계 | 원 | 실적 달성률 | % |
| | 지역기반 협진체계 구축운영 (달성률 제외) | 1) 지역 기반 협진체계 구축 | | | |
| | | 사업별 집행액 소계 | 원 | 실적 달성률* | % |
| 목표 대비 실적 달성률(실적 달성률 포함 / 5개(사업구분 별 달성률)) | | | | | % |

□ 당초 계획 대비 주요 변경사항

- 필요 시 작성(당초 계획 대비 변경사항이 없으면 미작성. 해당 영역 삭제 후 작성)
- 주요 사업 중 목표 및 성과지표가 크게 변동된 사항 등 주요 변경사항을 요약하여 작성

□

。

[사업별 추진결과]

1. 퇴원 치매환자 일상생활 복귀 지원

○ 퇴원 치매환자 일상생활 복귀 지원 실적 총괄표

| 구분 | 사업수행건수(누적) | 허가병상 수 (2023년 12월 기준) | 제공환자 비율 |
|---------------|------------|--------------------------------|-------------------|
| 퇴원지원계획 수립·시행 | A | E | (A+B+C+D)÷E |
| 거주지 이동지원 | B | | |
| 거주지 생활관리 | C | | |
| 보호자 교육 및 심리지원 | D | | |
| 구분 | 제공 실인원수 | 지역사회 퇴원 치매환자 수 | 제공환자 비율 |
| 퇴원지원계획 수립·시행 | a | F (사망 및 전원 제외, 중복카운트 불가) | (a+b+c+d) ÷4÷F |
| 거주지 이동지원 | b | | |
| 거주지 생활관리 | c | | |
| 보호자 교육 및 심리지원 | d | | |

* 퇴원환자 명단 별도 첨부(퇴원일, 진단명 확인 가능 자료)

* 지역사회 퇴원 치매환자 수: 자택, 가족 집 퇴원 및 장기요양기관 퇴원 환자 수를 포함

○ 퇴원 치매환자 일상생활 복귀 지원 요약 기록지

| 구분 | 연번 | 환자명 | 수행일자 | 사업수행 내용 | 비고 |
|-----------------|----|-----|------------|-------------------------------------|----|
| 퇴원지원계획 시행 건수 | 1 | 홍길동 | 00년 0월 00일 | 상담유형: 제공시간: 서비스 제공자: 상담내용: | |
| | | | 00년 0월 00일 | 상담유형: 제공시간: 서비스 제공자: 상담내용: | |
| | 2 | 김갑을 | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| 구분 | 연번 | 환자명 | 수행일자 | | 사업수행 내용 | 비고 |
|---------------------|----------|----------|--------|----------|---------|----|
| | 3 | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | 4 | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | 5 | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | 6 | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 합계 | 실인원 수 | <i>a</i> | 총 수행건수 | <i>A</i> | - | - |
| 거주지 이동지원 건수 | 1 | | | | | |
| | 2 | | | | | |
| | 3 | | | | | |
| 합계 | 실인원 수 | <i>b</i> | 총 수행건수 | <i>B</i> | - | - |
| 거주지 생활관리 건수 | 1 | | | | | |
| | 2 | | | | | |
| 합계 | 실인원 수 | <i>c</i> | 총 수행건수 | <i>C</i> | - | - |
| 보호자 교육 및 심리지원 건수 | 1 | | | | | |
| | 2 | | | | | |

| 구분 | 연번 | 환자명 | 수행일자 | | 사업수행 내용 | 비고 |
|----|----|-------|----------|--------|----------|----|
| | 3 | | | | | |
| | | | | | | |
| | 4 | | | | | |
| | | | | | | |
| | 5 | | | | | |
| | | | | | | |
| | 6 | | | | | |
| | 합계 | 실인원 수 | <i>d</i> | 총 수행건수 | <i>D</i> | - |

- * 항목별 세부내용 모두 기재함(3행 초과 가능)
- * 퇴원지원계획 수립은 지역사회 퇴원 치매환자 대상으로 실시되어야하며 실적보고 시 퇴원지원계획서 일괄제출
- * 총괄표와 요약기록지의 내용이 동일하도록 주의하여 작성

2. 병원 내 치매환자 및 가족지원

○ 입원 치매환자 비약물 치료 프로그램

| 구분 | 운영주기 | 총 실시횟수 | 총 참여 대상자 수 | 프로그램 종류 |
|--------------------------|------|--------|------------|---------------------------|
| 치매환자 비약물 치료 프로그램 운영 <총괄> | 주 0회 | 00회 | 000명 | 1. 다도 2. 인지재활 3. 미술 |

| 연번 | 프로그램 명 | 실시횟수 | 참여환자 수 | 집단/개인 | 세부내용 |
|----|--------|-------|--------|----------------|------|
| 1 | 원예치료 | 총 20회 | 120명 | 집단 (20명 이내) | |
| 2 | | | | 개인 | |
| 3 | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

○ 보호자 및 가족 자조모임 및 여가지원

| 구분 | 운영주기 | 총 실시횟수 | 총 참여 대상자 수 | 프로그램 종류 |
|-------------------------|-------|--------|------------|--------------------|
| 보호자 자조모임 및 여가지원 운영 <총괄> | 분기 0회 | 00회 | 000명 | 1. 자조모임 2. 여가지원 |

| 연번 | 행사명 | 진행 시간 | 참여 대상자 수 | 온/오프라인 | 유형 |
|----|----------|---------|----------|------------|------|
| 1 | 000 자조모임 | 4시간 30분 | 20명 | 집단(20명 이내) | 자조모임 |
| 2 | | | | 개인 | 여가지원 |
| 3 | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

○ 전문의 Q&A 코너 운영

| 구분 | 운영주기 | 총 실시횟수 | 프로그램 종류 |
|------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|
| 가족지원 온라인 공간 운영(전문의 Q&A코너 포함) | 개설 O/X | 전문의 Q&A 응답 건수: 총 00 건 | 주요 내용 : 자유롭게 기술 |
| 개설 및 운영 증빙자료 첨부 | | | |
| | | | |

3. 치매 친화적 환경 조성

| | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------|----|
| 연번 | 1번 | | | | |
| 사업내용 | 0000000 설치 / 조성 / 구매 | | | | |
| 필요성 | ※ 본 사업이 필요함을 간략히 기술 | | | | |
| 분류 | 환경조성 장소 | 치매 친화적 환경조성 분류 | 구분 | 기 조성* | |
| | 치매전문병동 내 공용거실(4F) | 치매환자를 위한 특화공간조성 | | | |
| | | 치매환자 입원 병동 안전환경 조성 | | | |
| | | 치매환자 입원 병동 환경개선 | v | | |
| | | 치매환자의 인지기능 향상을 위한 물품 설치 | | | |
| * 실적 제출 기준, 과거 2년 실적까지 기 조성 실적으로 인정(예. 2023년 실적의 경우 2022년 기 조성된 실적에 대해서 인정 가능) | | | | | |
| 추진 결과 (사업 내용) | 조성 장소 현황(적용 전) | | 조성 장소 현황(적용 후) | | |
| | <p style="text-align: center;">조성 장소 및 현황 설명(현황사진) (예시: 치매전문병동 3층, 프로그램실)</p> | | <p style="text-align: center;">조성 후 사진 *조성 전 후 같은 위치의 사진을 첨부</p> | | |
| 추진 결과 (사업 내용) | 조성 이후 | | | | |
| | <p>· 활용:</p> <p>· 기대효과:</p> | | | | |
| 사업 예산 | 총액 | 국비 | 지방비 | 기타예산 | 비고 |
| | 2,000 천원 | 1,400 천원 | 600 천원 | 외부예산 등 | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
| 추진 일정 | 구 분 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

4. 치매인식 개선사업 지원

○ 치매인식 개선사업 수행 건수

| 치매인식 개선사업 지원 및 자체 기획 행사 수행 | | |
|----------------------------|-------------------|------------------|
| 연 번 | 내 용 | 비 고 |
| 1 | '00년 00월 00일, 사업명 | 자체기획 |
| | 증빙자료 | |
| 2 | '00년 00월 00일, 사업명 | 00구 치매안심센터 지원 |
| | | |
| 3 | '00년 00월 00일, 사업명 | 00구 치매안심센터 지원 |
| | | |
| 계 | 총 00개 사업(총 00일) | |

○ 치매환자 학대 예방 교육

| 치매환자 학대 예방 교육 | | |
|---------------|-------------------|------------|
| 연번 | 내용 | 대상 |
| 1 | '00년 00월 00일, 사업명 | 직원 00명 |
| | 증빙자료 | |
| 2 | '00년 00월 00일, 사업명 | 보호자 00명 |
| | | |
| 3 | '00년 00월 00일, 사업명 | 00시 시민 00명 |
| | | |
| 계 | 00회 | |

5. 지역 내 연계 협력 사업 수행

○ 유관기관 협력 사업 수행

| 연 번 | 사업명(사업수행기간) | 협력기관 | 수행내용 및 기관별 역할 |
|--------|------------------------|----------------------------|------------------|
| 1 | 00000000사업(2023.00.00) | | |
| | 증빙자료 | 1. 000장기요양기관 2. 00사회복지관 | 사업내용: 기관별 역할: |
| 2 | 00000000사업(2023.00.00) | | |
| | 증빙자료 | 1. 000장기요양기관 2. 00사회복지관 | 사업내용: 기관별 역할: |
| 3 | 00000000사업(2023.00.00) | | |
| | 증빙자료 | 1. 000장기요양기관 2. 00사회복지관 | 사업내용: 기관별 역할: |
| 계 | 총 00개 사업(총 00일) | | |

○ 치매안심센터 연계

- 치매안심센터에 치매퇴원환자 이용(등록)실적 (사례별 작성)

| 연 번 | 퇴원 환자명 | 퇴원일자 | 치매안심센터 이용(등록)일자 | 센터명 | 환자 주소지 | 서비스 연계내용* |
|------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------|-----------------------------------------|---------------|--------------------------------|------------------------|
| 1 | | '00년 00월 00일 (병원에서 퇴원일 기입) | '00년 00월 00일 (치매안심센터에 이용(등록)일 기입) | 000치매 안심센터 | 000도 00시(군) 00구 00동(읍·면) | 치매안심센터 서비스 지원 내용 |
| <p><관련 공문서 및 증빙서류 첨부> (등록회신서 또는 등록확인서)</p> | | | | | | |
| 연 번 | 퇴원 환자명 | 퇴원일자 | 치매안심센터 이용(등록)일자 | 센터명 | 환자 주소지 | 서비스 연계내용* |
| 2 | | '00년 00월 00일 (병원에서 퇴원일 기입) | '00년 00월 00일 (치매안심센터에 이용(등록)일 기입) | 000치매 안심센터 | 000도 00시(군) 00구 00동(읍·면) | 치매안심센터 서비스 지원 내용 |
| <p><관련 공문서 및 증빙서류 첨부> (등록회신서 또는 등록확인서)</p> | | | | | | |

* 서비스 연계내용(치매안심센터 지원 내용): 맞춤형 사례관리 연계, 치매 관리비 지원, 조호물품 지급 등 등록 연계된 치매안심센터에서 해당 퇴원환자에게 지원한 서비스 내용을 기입, 필요에 따라 추가하여 사용

- 치매안심센터에 치매퇴원환자 이용(등록)실적 (사례별 작성)

| 치매안심센터와 치매환자 연계 등을 포함한 업무 협약 체결 | | | | |
|---------------------------------|---------|--------------|-------|----|
| 연 번 | 치매안심센터명 | 체결일자 | 협약 내용 | 비고 |
| 1 | | '00년 00월 00일 | | |
| 증빙자료 | | | | |
| 2 | | '00년 00월 00일 | | |
| 증빙자료 | | | | |
| 3 | | '00년 00월 00일 | | |
| 증빙자료 | | | | |

- 광역 및 시·군·구 치매안심센터 지역사회 치매협의체 참여

| 광역 및 시·군·구 지역사회 치매협의체 참여 | | | | |
|--------------------------|---------|--------------|-----------|----|
| 연 번 | 치매안심센터명 | 체결일자 | 협의체 참여 내용 | 비고 |
| 1 | | '00년 00월 00일 | | |
| 증빙자료 | | | 증빙자료 | |
| 2 | | '00년 00월 00일 | | |
| 증빙자료 | | | 증빙자료 | |

○ 지역기반 협진체계 구축 운영

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

4 모니터링 체계 및 자체평가

모니터링 체계 및 자체평가 *23년 평가 미반영

○ 모니터링 방법 및 내용

| 사업명 | 모니터링 | | |
|--------------------------------|------|---------|---------|
| | 기간 | 모니터링 내용 | 모니터링 결과 |
| 1. 퇴원 치매환자 일상생활 복귀 지원 | | | |
| | | | |
| | | | |
| 2. 병원 내 치매환자 및 가족지원 | | | |
| | | | |
| | | | |
| 3. 치매 친화적 환경 조성 | | | |
| | | | |
| | | | |
| 4. 치매인식개선 사업 | | | |
| | | | |
| | | | |
| 5. 지역 내 연계 협력 사업 | | | |
| | | | |
| | | | |

* 모니터링은 사업이 계획대로 진행이 되었는지 확인하는 것으로, 정기적인 모니터링을 통해 사업 수행 중 발생한 애로사항(장애요인), 환경변화에 적극 대응하여 사업이 원활히 추진될 수 있도록 노력한 부분 등을 기술

○ 자체 평가결과 및 성과 *'23년 평가 미반영

| 사업명 | 평가결과 (성과) | |
|-----------------------------------|-----------|--|
| 1. 퇴원 치매환자 일상생활 복귀 지원 | 구조평가 | |
| | 과정평가 | |
| | 결과결과 | |
| 2. 병원 내 치매환자 및 가족지원 | 구조평가 | |
| | 과정평가 | |
| | 결과결과 | |
| 3. 치매 친화적 환경 조성 | 구조평가 | |
| | 과정평가 | |
| | 결과결과 | |
| 4. 치매인식개선 사업 | 구조평가 | |
| | 과정평가 | |
| | 결과결과 | |
| 5. 지역 내 연계 협력 사업 | 구조평가 | |
| | 과정평가 | |
| | 결과결과 | |

○ 자체 평가결과에 근거한 향후 업무 수행 반영 *'23년 평가 미반영

| 사업명 | 부진 요인 분석(해소방안) | 2024년 반영 사항 |
|-----------------------------|----------------|-------------|
| 1. 퇴원 치매환자 일상생활 복귀 지원 | • • | • • |
| 2. 병원 내 치매환자 및 가족지원 | • • | • • |
| 3. 치매 친화적 환경 조성 | • • | • • |
| 4. 치매인식개선 사업 | • • | • • |
| 5. 지역 내 연계 협력 사업 | • • | • • |

5 예산집행 결과

※ 자체 예산을 제외한 지원금(국비·지방비) 만 기재

□ 예산집행률(기관 작성)

(단위: 원)

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

□ 사업비 정산(기관 작성)

(단위: 원)

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

| 인건비 | | 치매 친화적 환경조성 비용 | |
|------------------|-----------|------------------------------------|----------------|
| 총 예산의 60%이상 사용불가 | | 전담인력의 인건비를 제외한 총 예산의 30%이상 사용불가 | |
| 집행액(B1) | B1 | 집행액(C) | C |
| 기준금액(X) | $X=A*0.6$ | 기준금액(Y) | $Y=(A-A1)*0.3$ |
| 부적정 집행금액 | B1-X | 부적정 집행금액 | C-Y |

※ e나라도움 보조사업 정산보고서(HWP형식) 제출 필수

□ 예산집행 적절성 검토의견(관할 지방자치단체 작성)

| 사업기관 | | 지방자치단체 | |
|-------------------------------------------|-----------------|-----------|---------|
| | | 광역자치단체 | 기초자치단체 |
| 00병원 | | 000시·도 | |
| 000시·도 | | 000시·군·구 | |
| 작성자 소속 | 00시 000보건소 000과 | 작성자 성함·직위 | 000 주무관 |
| 예산집행 적절성 검토의견(관할 지자체의 예산집행 결과에 대한 의견을 기술) | | | |
| | | | |

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

| 인건비 | | 차매 친화적 환경조성 비용 | |
|------------------|-----------|------------------------------------|----------------|
| 총 예산의 60%이상 사용불가 | | 전담인력의 인건비를 제외한 총 예산의 30%이상 사용불가 | |
| 집행액(B1) | B1 | 집행액(C) | C |
| 기준금액(X) | $X=A*0.6$ | 기준금액(Y) | $Y=(A-A1)*0.3$ |
| 부적정 집행금액 | B1-X | 부적정 집행금액 | C-Y |

[별첨] 별도 제출 서류 체크리스트

| 연번 | 제출 리스트 | 기관 확인 | NMC 확인 | 비고 |
|--------------|-------------------------------------|-------|--------|----|
| 1 | 공공사업 담당인력 발령 증빙서류(사업팀 인력 재직 증명서) | √ | | |
| 2 | 전담인력 인건비 지급 명세서(1~12월) 및 퇴직금 지급 명세서 | | | |
| 3 | 협업체 운영 관련(각 기관 협약체결서, 회의록) 일체 | | | |
| 4 | 퇴원지원계획서(서식<별지 제32호 서식> 참고) 일체 | | | |
| 5 | 퇴원치매 환자 명단(퇴원일, 진단명 확인 가능자료) | | | |
| 6 | 비약물 치료 프로그램 일지(결과보고서) 일체 | | | |
| 7 | 보호자 자조모임 및 여가활동 일지(결과보고서) 일체 | | | |
| 8 | 치매인식개선 사업 일지(결과보고서) 일체 | | | |
| 9 | 치매환자 학대 예방 교육 일지(결과보고서) 일체 | | | |
| 10 | 유관기관 협력 사업 수행 결과보고서 일체 | | | |
| 11 | 업무추진비 사용(치매환자 및 가족지원 사업) 결과보고서 일체 | | | |
| 12 | E나라 도움 정산보고서(HWP/PDF형식) | | | |
| 추가 자료 | | | | |
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |

※ 실적 자료 제출 시, 리스트 점검하며 체크 표시 기입

〈별지 제31호 서식〉

공립요양병원 공공사업(치매환자 지원 프로그램) 서비스 신청서

※ []에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

(앞면)

| | |
|------|------|
| 접수번호 | 접수일자 |
|------|------|

| | | |
|------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 환자 (본인) | 성명 | 성별 []남 []여 |
| | 생년월일 []년 []월 []일 | 휴대전화/전화번호 |
| | 의료보장 [] 건강보험 [] 의료급여 [] 기타() | 의료보장 [] 기초생활수급자 [] 차상위계층 [] 미해당 |
| | 주소 | |

| | | |
|------------------------|-------------|-----------------|
| 보호자 또는 법정 대리인 | 성명 | 성별 []남 []여 |
| | 환자(본인)와의 관계 | 휴대전화/전화번호 |
| | 주소 | |

서비스 종류

| | |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 입원 치매환자 비약물 치료 프로그램 제공 | <input type="checkbox"/> 퇴원 지원계획 수립 |
| <input type="checkbox"/> 입원 치매환자 가족지원(자조모임 및 여가지원 등) | <input type="checkbox"/> 퇴원 치매환자 보호자 교육 및 상담 |
| | <input type="checkbox"/> 퇴원 치매환자 거주지 이동지원 및 생활관리 |
| | <input type="checkbox"/> 퇴원 치매환자 치매안심센터 연계 |

[거주지 이동지원 및 생활관리 등을 지원받으려는 경우]

※ 기초생활수급자, 차상위계층, 기타(공립요양병원 공공사업 운영팀 승인 건) 지원 가능합니다.

[필요 서류]

1. 주민등록등본 1부(신청일 기준 1개월 이내 발급서류)
2. 기초수급자 또는 차상위계층 등 서비스지원 대상 여부 확인을 위한 공적서류 또는 증명서 1부(신청일 기준 1개월 이내 발급서류)
3. 그 외 기타의 경우 공립요양병원 공공사업 운영팀 회의록 첨부 필수

위 사항은 사실과 다름이 없음을 확인하고 서비스 지원을 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

병원장 귀하

| 개인정보 수집 및 이용·제공 동의서 | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| □ 동의자 성명 : | □ 주민등록번호 : |
| <p>본 병원은 개인정보보호법에 명기된 관련 개인정보보호 규정에 의거, 공립요양병원 공공사업 서비스 제공을 위하여 아래와 같은 개인정보를 수집·이용하며, 서비스 이용 관련 공공기관 및 단체에 동 개인정보를 제공합니다.</p> | |
| <p>□ 개인정보 수집·제공 항목</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 인적사항: 성명, 주민등록번호, 주소, 연락처, 건강상태, 「국민기초생활 보장법」에 따른 수급자 또는 차상위계층 해당 여부, 기타 서비스 제공을 위하여 병원에서 인정하는 취약계층 해당 여부 ○ 관련사항: 입원 치매환자 비약물 치료 프로그램 제공, 입원 치매환자 가족지원, 거주지 이동지원 및 생활관리 등, 퇴원 후 유선상담 및 방문간호 등, 치매안심센터 연계·등록 | |
| <p>□ 개인정보 수집 및 이용·제공 목적</p> <p>귀하의 개인정보를 아래와 같은 목적으로 수집 및 이용·제공합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 입원 치매환자 비약물 치료 프로그램 제공, 입원 치매환자 가족지원, 퇴원 후 유선상담·방문간호·방문지도 등, 거주지 이동지원, 거주지 생활관리 및 환경개선 등의 서비스 제공 ○ 공립요양병원 치매환자 지원사업 서비스 제공 내용을 장기요양서비스 신청·제공기관 및 치매안심센터 등 유관기관에서 제공하는 서비스와 연계 | |
| <p>□ 개인정보 보유 및 이용기간</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 상기 내용은 개인정보보호법을 기준으로 함 ○ 보유기간: 퇴원 시까지 (단, 퇴원 후 일상생활지원서비스를 제공받는 경우, 퇴원 후 3개월까지) | |
| <p>□ 개인정보 제공기관 및 제공방법</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 서비스 제공 병원, 장기요양서비스 신청·제공기관, 치매안심센터, 보건복지부(국립중앙의료원) ○ 상기 기관의 업무 담당자가 관련 자료송부 또는 시스템에 입력 | |
| <p>※ 상기 내용과 관련, 개인정보 수집 동의에 거부하실 수 있으며, 거부 시 각종 서비스 제공이 제한됩니다.</p> | |
| <p>상기명 본인은 “개인정보보호법” 및 관련 법령에 의거하여 개인정보 수집 및 이용·제공에 동의합니다.</p> | |
| <p>동의인 : _____ (서명)</p> | <p>지원 대상자와의 관계 : _____</p> <p style="text-align: right;">년 월 일</p> |
| <p>* 대리인이 서명할 경우, 사유 기재</p> <p>사유: _____</p> | |

공립요양병원 공공사업 퇴원 지원 계획서

| | | | | | | |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---|---|---|
| 병원명 | | | 작성일 | 년 | 월 | 일 |
| 상담자 | 성명 | (서명) | 연락처 | | | |
| | 직위 | | 직군 | | | |
| 환자 | 성명 | | 연령 | | | |
| | 성별 | | 주진단명 | | | |
| 보호자 | 성명 | | 환자와의 관계 | | | |
| | 성별 | | 동거 여부 | | | |
| | 연락처 | | | | | |
| 퇴원 시 환자상태 평가 | 퇴원 후 거주지 | <input type="checkbox"/> 자택 <input type="checkbox"/> 가족 집 <input type="checkbox"/> 장기요양기관(시설) <input type="checkbox"/> 타 병원 주소: | | | | |
| | 의사결정자 | <input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 가족 <input type="checkbox"/> 기타() | | | | |
| | 돌봄제공자 유무 | <input type="checkbox"/> 유(관계:) <input type="checkbox"/> 무 | | | | |
| | 환자 상태평가 | <input type="checkbox"/> 인지기능 평가(CIST 등): <input type="checkbox"/> ADL 사정: <input type="checkbox"/> 기타 사항: | | | | |
| | 환자 및 보호자 주 호소 | <input type="checkbox"/> 환자: <input type="checkbox"/> 보호자: | | | | |
| 상담내용 | | | | | | |
| 제공필요 서비스 종류 | <input type="checkbox"/> 보호자 교육 및 상담 <input type="checkbox"/> 치매안심센터 등록 및 서비스 연계 <input type="checkbox"/> 거주지 이동지원 <input type="checkbox"/> 거주지 생활관리 | | | | | |
| 추후 서비스 제공계획 | | | | | | |
| 구분 | 제공 일정(안) | 구체적 서비스 내용 | | | | |
| () | | | | | | |
| () | | | | | | |
| () | | | | | | |

〈별지 제33호 서식〉

공립요양병원 공공사업 퇴원 지원 계획 수행 일지

| | | | | |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------|
| 병원명 | | | 작성일 | _____년 _____월 _____일 |
| 상담자 | 성명 | (서명) | 연락처 | |
| | 직위 | | 직종 | |
| 환자 | 성명 | | 연령 | |
| | 성별 | | 주진단명 | |
| 보호자 | 성명 | | 환자와의 관계 | |
| | 성별 | | 동거 여부 | |
| | 연락처 | | | |
| 서비스 제공 유형 | <input type="checkbox"/> 보호자 교육 및 상담 <input type="checkbox"/> 치매안심센터 등록 및 서비스 연계 <input type="checkbox"/> 거주지 이동지원 <input type="checkbox"/> 거주지 생활관리 | | | |
| 서비스 제공 내용 | | | | |
| 구분 | 제공 일정 | 구체적 서비스 제공 내용 | | |
| () | | <i>상담유형:</i> <i>제공시간:</i> <i>서비스 제공자:</i> <i>상담내용:</i> <i>제공방법:</i> | | |
| () | | | | |
| () | | | | |
| () | | | | |
| () | | * 거주지 생활관리의 경우, 전후 사진을 첨부 | | |

〈별지 제34호 서식〉

공립요양병원 공공사업 비약물 치료 프로그램 일지

| | | | | | |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 병원명 | | | 작성일 | ____년 ____월 ____일 | |
| 작성자 | 성명 | (서명) | 활동일시 | ____년 ____월 ____일 | |
| | 직종 | | | : ~ : (총 시간) | |
| 활동명 | | | 프로그램 유형 | | |
| 장소 | | | 활동 도구 | | |
| 진행자 | <input type="checkbox"/> 내부강사()) <input type="checkbox"/> 외부강사()) | | 보조 진행자 | <input type="checkbox"/> 내부강사()) <input type="checkbox"/> 외부강사()) | |
| 참여자 | | | | 총 인원 | |
| 목적 및 기대효과 | | | | | |
| 프로그램 내용 (진행방법) | | | | | |
| 활동 평가 (진행자 평가) | 대상자 이름 | 참여도 | 도움필요 정도 | 이해도 | 비고(특이사항) |
| | () | <input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음 | <input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음 | <input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음 | |
| | () | <input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음 | <input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음 | <input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음 | |
| | () | <input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음 | <input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음 | <input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음 | |
| | () | <input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음 | <input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음 | <input type="checkbox"/> 높음 <input type="checkbox"/> 보통 <input type="checkbox"/> 낮음 | |
| 활동사진 | | | | | |

〈별지 제35호 서식〉

공립요양병원 공공사업 가족지원 일지

| | | | | |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------|------|------------|----------------------------------|
| 병원명 | | | 작성일 | __년 __월 __일 |
| 작성자 | 성명 | (서명) | 활동일시 | __년 __월 __일 |
| | 직종 | | | : ~ : (총 시간) |
| 활동명 | | | 프로그램 유형 | |
| 장소 | | | 활동 도구 | |
| 진행자 | <input type="checkbox"/> 내부강사() | | 보조 진행자 | <input type="checkbox"/> 내부강사() |
| | <input type="checkbox"/> 외부강사() | | | <input type="checkbox"/> 외부강사() |
| 참여자 | | | | 총 인원 |
| 목적 및 기대효과 | | | | |
| 프로그램 내용 (진행방법) | | | | |
| 활동사진 | | | | |
| 가족지원 사전·사후평가 | * [참고자료 5] 돌봄부담분석 검사 1, 2, 3, 4 중 최소 1개 이상을 활용하여 가족지원 사전·사후 평가를 시행 | | | |
| 소요예산 | | | | |

〈별지 제36호 서식〉

공립요양병원 공공사업 치매 특화공간 운영일지

| | | | | | |
|------------------|------|------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 병원명 | | | 작성일 | ____년 ____월 ____일 | |
| 작성자 | 성명 | (서명) | 특화공간 유형 | <input type="checkbox"/> 치매 특화공간 조성 <input type="checkbox"/> 안전환경 조성 <input type="checkbox"/> 병동 환경개선 <input type="checkbox"/> 그 외(물품 교체 등) | |
| | 직종 | | | | |
| 조성계획 | | | | | |
| 조성내용 | | | 소요예산 | | |
| 조성 목적 및 필요성 | | | | | |
| 기대효과 | | | | | |
| 조성사진 | 조성 전 | | 조성 후 | | |
| | | | | | |
| 운영내용 | | | | | |
| 활용 대상자 | | | 관리자 | | |
| 활용 계획 | | | | | |
| 치매 특화공간 활용 사진 | | | | | |

〈별지 제37호 서식〉

공립요양병원 공공사업 치매인식개선 사업 결과보고서

| | | | | | |
|-----------------|----|------|-----|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 병원명 | | | 작성일 | ____년 ____월 ____일 | |
| 작성자 | 성명 | (서명) | | 사업수행 일시 | |
| | 직종 | | | | |
| 행사명 | | | | 대상(총 인원) | |
| 장소 | | | | 유형 | <input type="checkbox"/> 자체기획 및 운영 <input type="checkbox"/> 유관기관 등 협력() |
| 행사운영 인력 준비물 | | | | | |
| 행사 주요내용 | | | | | |
| 진행 순서 (세부일정) | | | | | |
| 기대효과 | | | | | |
| 활동사진 | | | | | |
| 소요예산 | | | | | |

IV

치매공공후견 사업안내 - 서식 및 양식 모음

→ 서식 목록

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

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

〈서식 1-1〉 치매공공후견인 지원서

치매공공후견인 지원서(예시)

| | | | | |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------|--|
| | | | 접수번호 | |
| 성 명 | | 전화 번호 | 연락처 | |
| 주민등록번호 | (만 세) | | | |
| 주 소 | | | | |
| 기 초 생 활 수급자 여부 | <input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 비해당(의료급여 수급권자 2종 포함) (✓) | | | |
| 기 초 연 급 수급 여부 | <input type="checkbox"/> 수급 <input type="checkbox"/> 미수급 <input type="checkbox"/> 해당없음 (만 60 ~ 64세) (✓) | | | |
| 건 강 보 험 직 장 가입 해당 유무 | <input type="checkbox"/> 해당(직장가입자) <input type="checkbox"/> 비해당(지역가입자 및 피부양자) (✓) | | | |
| 장 기 요 양 등급판정여부 | <input type="checkbox"/> 등급 있음(급) <input type="checkbox"/> 등급 없음 (✓) | | | |
| 최종학력 | <input type="checkbox"/> 무학 <input type="checkbox"/> 초졸 <input type="checkbox"/> 중졸 <input type="checkbox"/> 고졸 <input type="checkbox"/> 전문대 졸 <input type="checkbox"/> 대졸 이상 | | | |
| 외부교육 이수사항 | 교육과정명 | 교육기간 | 교육시행기관 | |
| | | | | |
| 경력사항 | 직장명 | 활동기간 | 담당업무 | |
| | | | | |
| 자격증 및 면허증 | 자격증 | 취득년도 | 취득기관 | |
| | | | | |
| 결격사유 확인 | <input type="checkbox"/> 후견인 결격사유 (민법 937조) 여부 : <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 1. 미성년자 2. 피성년후견인, 피한정후견인, 피특정후견인, 피임의후견인 3. 화생절차개시결정 또는 파산선고를 받은 자 4. 자격정지 이상의 형의 선고를 받고 그 형기(刑期) 중에 있는 사람 5. 법원에서 해임된 법정대리인 6. 법원에서 해임된 성년후견인, 한정후견인, 특정후견인, 임의후견인과 그 감독인 7. 행방이 불분명한 사람 8. 피후견인을 상대로 소송을 하였거나 하고 있는 자 또는 그 배우자와 직계혈족 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 본인은 치매관리법 제12조의3에 따라 치매공공후견사업 참여를 위해 위와 같이 신청합니다. <input type="checkbox"/> 본 광역치매센터와 보건복지부 및 후견인으로 활동하게 되는 지역의 지방자치단체는 활동비 지급 및 참여자 관리(교육이수, 후견활동) 등 해당 업무처리와 관련해 귀하의 고유식별정보(주민등록번호) 또는 민감정보(개인정보 보호법 제23조에 따른 건강에 관한 정보, 같은법 시행령 제18조의제2호에 따른 범죄경력자료)가 포함된 자료를 치매관리법 시행령 제15조, 개인정보보호법 제24조, 제24조의2 및 제15조제1항의2·3, 제17조제2항에 따라 처리할 수 있습니다. <input type="checkbox"/> 「공공기록물관리예관한법률」 시행령 제26조제1항에 의거, 귀하께서 제출하신 신청서 및 관련서류 5년간 보존됩니다. <input type="checkbox"/> 본인은 사업 참여 제외조건 및 부정한 참여로 인한 제재사항에 대해 충분히 숙지하였음을 확인합니다. <input type="checkbox"/> 본인은 치매공공후견사업에 참여하고자 신청하며, 위 기재내용이 사실임을 서약합니다. | | | |
| | 지원자 성명 (수행기관장) | 년 월 일 | (서명) 귀하 | |
| 상담자 종합의견 | | | | |
| | 상담자 성명 | 년 월 일 | (서명) | |

※ 해당 광역치매센터 사정에 맞추어 서식 내용을 변경할 수 있습니다.

〈서식 1-3〉 후견인 후보자 개인정보 제공 동의서

후견인 후보자 개인정보 수집·이용 동의서

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

| 개인정보 수집·이용 동의

| 수집하는 개인정보 항목 | 개인정보 수집 및 이용 목적 | 개인정보의 보유 및 이용 기간 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 성명, 본(본관), 성별, 출생연월일, 주소, 연락처, 이메일 주소, 학력, 교육이수사항, 경력, 자격증 및 면허증, 신용도 판단정보, 후견등기 여부, 가족의 성명, 가족의 성별, 가족의 출생연월일, 건강보험 가입 유형 <small>※ 위 항목 중 불필요한 개인정보는 삭제, 필요한 개인정보는 추가 기입</small> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 후견심판청구 ▪ 후견업무 수행 ▪ 후견감독 수행 ▪ 활동비 지급, 교육 등 기타 후견인 관리 | 최초 등록일로부터 후견종료 시까지 |

※ 귀하는 개인정보의 수집·이용에 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 필수항목에 대한 동의를 거부할 경우 치매공공후견사업에 따른 지원에 제한을 받으실 수 있습니다.

▶ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? 동의 미동의

| 고유식별정보 수집·이용 동의

| 수집하는 개인정보 항목 | 개인정보 수집 및 이용 목적 | 개인정보의 보유 및 이용 기간 |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 주민등록번호 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 후견심판청구 ▪ 후견업무 수행 ▪ 후견감독 수행 ▪ 활동비 지급, 교육 등 기타 후견인 관리 | 최초 등록일로부터 후견종료 시까지 |

※ 귀하는 개인정보의 수집·이용에 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 필수항목에 대한 동의를 거부할 경우 치매공공후견사업에 따른 지원에 제한을 받으실 수 있습니다.

▶ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? 동의 미동의

| 개인정보 제3자 제공에 관한 동의

치매공공후견인 후보자 위촉장(예시)

제 20 -** 호

위 촉 장

치매공공후견인 후보자 : ○ ○ ○

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

20 . . .

○ ○ 광역치매센터장

치매공공후견인 활동에 대한 안내

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

1. 위촉기간

20 년 월 일부터 20 년 12월 31일

2. 후견인 활동 안내

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

3. 후견활동 주요 사항

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

4. 활동비

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

- ※ 활동비 지급 기준: 지원하는 피후견인 인원내 따라 활동비 지급
- 피후견인 1인 20만원 / 2인 30만원 / 3인 40만원

5. 기타사항

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

20 년 월 일

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

후견인 후보자 _____ 서명 :

※ 해당 광역치매센터 사정에 맞추어 서식 내용을 변경할 수 있습니다.

■ 학대, 방임, 자기방임 여부

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

주: 0. 해당사항 없음, 1. 아주 낮음 ~ 5. 매우 높음

■ 학대, 방임, 자기방임의 개연성

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

주: 0. 해당사항 없음, 1. 아주 낮음 ~ 5. 매우 높음

■ 종합적 판단

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

주: 0. 해당사항 없음, 1. 아주 낮음 ~ 5. 매우 높음

■ 종합적 판단

〈서식 2-4〉 후견인의 권한 결정을 위한 판단 기준표

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

■ 건강에 관한 사항

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

■ 주거에 관한 사항

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

■ 공법상의 행위에 대한 사항

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

■ 일상생활에 관한 사항

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

■ 미래설계에 관한 사항

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

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

치매공공후견 사업을 위한 개인정보 수집·이용 동의서

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

| 개인정보 수집·이용 동의

| 수집하는 개인정보 항목 | 개인정보 수집 및 이용 목적 | 개인정보의 보유 및 이용 기간 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| 성명, 본(본관), 성별, 출생연월일, 주소, 연락처, 이메일 주소, 주요 경력, 재산 내역, 거주 현황, 후견등기 여부, 가족관계 및 혼인관계에 관한 사항, 가족의 성명, 가족의 성별, 가족의 출생연월일, 사회보장급여(기초생활, 기초연금) 수급 여부 ※ 위 항목 중 불필요한 개인정보는 삭제, 필요한 개인정보는 추가 기입 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 후견심판청구 ■ 후견업무 수행 ■ 후견감독 수행 | 최초 등록일로부터 후견종료 시까지 |

※ 귀하는 개인정보의 수집·이용에 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 필수항목에 대한 동의를 거부할 경우 치매공공후견사업에 따른 지원에 제한을 받으실 수 있습니다.

▶ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? 동의 미동의

| 고유식별정보 수집·이용 동의

| 수집하는 개인정보 항목 | 개인정보 수집 및 이용 목적 | 개인정보의 보유 및 이용 기간 |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| 주민등록번호, 가족(친족)의 주민등록번호 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 후견심판청구 ■ 후견업무 수행 ■ 후견감독 수행 | 최초 등록일로부터 후견종료 시까지 |

※ 귀하는 개인정보의 수집·이용에 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 필수항목에 대한 동의를 거부할 경우 치매공공후견사업에 따른 지원에 제한을 받으실 수 있습니다.

▶ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? 동의 미동의

| 건강정보(민감정보) 수집·이용 동의

〈서식 2-6〉 사건본인(치매환자) 관련서류 - 위임장(후견등기 등)

위 임 장 (1)

수임인(위임받는 사람)

성 명 :

주민등록번호 :

주 소 :

연 락 처 :

위임인(위임하는 사람)

성 명 :

주민등록번호 :

주 소 :

연 락 처 :

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

에게 위임합니다.

- 아 래 -

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

20 년 월 일

위 위임인

(인 또는 서명)

※ 첨부서류 : 위임인의 신분증명서 사본 1부

※ 유의사항

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

〈서식 2-7〉 사건본인(치매환자) 관련서류 - 위임장(주민등록등본 등)

■ 주민등록법 시행규칙[별지 제9호서식] <개정 2023. 1. 12.>

주민등록표 열람 또는 등·초본 교부 신청서 (위임용)

* 위쪽의 류의 사항을 읽고 작성하기 바라며, []에는 해당하는 곳에 √표를 합니다. (일부)

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------|----------------------------------------------|
| 위임한 사람 | 성명 (서명 또는 인) | 연락처 | 주민등록번호 |
| | 주소 | | 대상자와의 관계 |
| [] 수수로 면제 대상에 해당하여 수수로 면제를 신청함 * 수수로 면제 대상에 대해서는 위쪽 류의 사항 3번을 참고하시기 바랍니다. | | | |
| 위임 받은 사람 (신청인) | 성명 (서명 또는 인) | 연락처 | 주민등록번호 |
| | 주소 (시·도) | (시·군·구) | * 시·도, 시·군·구까지만 작성 (상세 주소는 작성하지 않아도 됩니다.) |
| * 아래는 열람 또는 등·초본 교부 대상자가 위임한 사람이 아닌 경우에만 작성합니다. | | | |
| 열람 또는 등·초본 교부 대상자 | 성명 | | 주민등록번호 |

| | | | |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 위임 내용 (신청내용) | 열람 | [] 등본 사항 | [] 초본 사항 |
| | * 개인 정보 보호를 위해 아래의 등·초본 사항 중 필요한 사항만 선택하여 신청할 수 있습니다. 포함 여부를 선택하지 않을 경우 신청인 또는 교부 대상자의 성명, 생년월일, 주소 등 기본적인 사항만 제공됩니다. [] 등본 사항 전부 포함 [] 초본 사항 전부 포함 | | |
| | 등본 교부 [] 통 | 1. 과거의 주소 변동 사항 | [] 전체 포함 [] 직접 입력: 최근 ___년 포함 |
| | | 2. 세대 구성 사유 | [] 포함 |
| | | 3. 세대 구성 일자 | [] 포함 |
| | | 4. 발생일 / 신고일 | [] 포함 |
| | | 5. 변동사유 | [] 포함(□세대, □세대원) |
| | 초본 교부 [] 통 | 6. 교부 대상자 외 세대주·세대원·외국인등의 이름 | [] 포함 |
| | | 7. 주민등록번호 뒷자리 | [] 포함(□본인, □세대원) |
| | | 8. 세대원의 세대주와의 관계 | [] 포함 |
| 9. 동거인 | | [] 포함 | |
| 1. 개인 인적 사항 변경 내용 | | [] 포함 | |
| 초본 교부 [] 통 | 2. 과거의 주소 변동 사항 | [] 전체 포함 [] 직접 입력: 최근 ___년 포함 | |
| | 3. 과거의 주소 변동 사항 중 세대주의 성명과 세대주와의 관계 | [] 포함 | |
| | 4. 주민등록번호 뒷자리 | [] 포함 | |
| | 5. 세대주의 성명과 세대주와의 관계 | [] 포함 | |
| | 6. 발생일 / 신고일 | [] 포함 | |
| | 7. 변동사유 | [] 포함 | |
| | 8. 병역 사항 | [] 포함(□기본(입영/전역일자), □전체) | |
| | 9. 국내거소신고번호 / 외국인등록번호 | [] 포함 | |

용도 및 목적

「주민등록법 시행령」 제47조 및 제48조에 따라 주민등록표의 열람 또는 등·초본 교부를 신청합니다.

년 월 일

시장·군수·구청장 또는 읍·면·동장 및 출장소장 귀하

210mm×297mm[복합지(80g/㎡) 또는 용필지(80g/㎡)]

| | |
|-------------|-----------------------------------------------------------|
| 첨부 서류 | 취득한 사람의 주민등록증, 여권, 운전면허증 등 신분증(사본) |
| 담당 공무원 확인사항 | 신청인이 「주민등록법 시행규칙」 제18조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하여 수수료 면제 대상인지 여부 |

행정정보 공동이용 동의서

본인은 주민등록표의 열람 또는 등·초본의 경우 수수료 면제와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 담당 공무원 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다.

• 담당 공무원의 확인에 동의하지 아니하는 경우에는 신청인이 직접 관련 서류를 제출하여야 합니다.

신청인

(서명 또는 인)

유의 사항

1. 주민등록표 열람 또는 등·초본 경우 신청인(취득받은 사람)은 주민등록증 등 신분증명서를 제시해야 합니다.
2. 다른 사람의 서명 또는 도장 등을 위조하거나 부정하게 사용하는 등의 방법으로 취득장을 거짓으로 작성하여 신청할 때에는 「형법」에 따라 처벌을 받게 됩니다.
3. 「주민등록법 시행규칙」 제18조제1항에 따른 주민등록표 열람 또는 등·초본 경우 신청 수수료 면제 대상은 다음과 같습니다.
 - 가. 법 제29조제2항제1호에 따라 국가나 지방자치단체가 공무상 필요하여 신청하는 경우
 - 나. 「국민기초생활 보장법」 제2조제2호에 따른 수급자가 신청하는 경우
 - 다. 재하의 발생 등 행정안전부장관, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장이 필요하다고 인정하는 경우
 - 라. 관계 법령에서 주민등록자료 제공에 대한 수수료를 면제하도록 한 규정이 있는 경우
 - 마. 「특별유공자예우에 관한 법률」 제6조에 따라 등록된 특별유공자와 그 유족(선순위자만 해당된다)이 신청하는 경우
 - 바. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 제8조에 따라 등록된 국가유공자 등과 그 유족(선순위자만 해당하되, 선순위자가 부 또는 모인 경우에는 선순위자가 아닌 부 또는 모를 포함한다)이 신청하는 경우
 - 사. 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」 제4조에 따라 등록된 고엽제후유의증환자 등이 신청하는 경우
 - 아. 「참전유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 제5조에 따라 등록된 참전유공자 등이 신청하는 경우
 - 자. 「5·18민주유공자 예우에 관한 법률」 제7조에 따라 등록된 5·18민주유공자와 그 유족(선순위자만 해당하되, 선순위자가 부 또는 모인 경우에는 선순위자가 아닌 부 또는 모를 포함한다)이 신청하는 경우
 - 차. 「특수임무유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 제6조에 따라 등록된 특수임무유공자와 그 유족(선순위자만 해당하되, 선순위자가 부 또는 모인 경우에는 선순위자가 아닌 부 또는 모를 포함한다)이 신청하는 경우
 - 카. 「한부모가족지원법」 제5조 또는 제5조의2에 따른 보호대상자가 신청하는 경우
 - 타. 지방자치단체가 조례로 정하는 경우
 - 파. 출생신고된 사람의 초상을 최초 1통 발급하는 경우
4. 신청인은 '취득 내용(신청 내용)' 간의 각 항목에서 '포함' 여부를 선택하여 신청할 수 있습니다.
5. '과거의 주소 변경 사항'을 '다중 입력'으로 선택하는 경우, 그 기간은 1년 단위로 해야 합니다.
6. 취득한 사람은 '서명 또는 인' 간에 서명을 하거나 도장을 찍어야 하며 지문은 사용할 수 없습니다. 서명을 하실 경우에는 자필 성명(한글)을 써야 하고, 통상적인 사인(외국어, 특수문자 등)이나 한문 등은 사용할 수 없습니다.
7. 담당 공무원이 취득장의 진위를 확인하기 위해 취득한 사람의 주민등록증 등 신분증명서(사본도 가능)를 요구할 경우에는 제시해야 합니다.

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

비밀유지 서약서

본인은 「치매공공후견사업」의 활동에 참여함에 있어 다음 사항을 준수할 것을 엄숙히 서약합니다.

1. 본인은 치매공공후견사업의 후견인 직무수행으로 지득한 치매환자 당사자와 가족, 친족에 관한 일체의 개인정보(이름, 연락처, 의료정보, 기타 개인 정보)를 정보 주체 및 후견감독기관(치매안심센터, 광역치매센터, 지자체 등)의 동의 없이는 누설하거나 공개하지 아니한다.
2. 본인은 치매공공후견사업의 후견인 직무수행에서 개인휴대폰, 개인 노트북 기타 전자적 저장매체에는 치매환자 당사자와 가족, 친족, 기타 당사자와 긴밀한 관계에 있는 사람에 관한 일체의 개인정보(의료 정보, 기타 개인 정보)를 저장하지 아니한다. 단, 연락을 위한 이름과 전화번호는 그러하지 아니하다.
3. 본인은 치매공공후견사업의 후견인 직무수행과 관련 있는 일체의 서류를 후견감독기관(치매안심센터, 광역치매센터, 지자체 등)의 허락 없이는 외부로 반출하거나 외부에 공개하지 아니한다.
4. 위 사항을 위반하게 되면 치매공공후견사업의 지원을 받아야 할 치매환자 당사자와 가족, 친족, 기타 당사자와 긴밀한 관계에 있는 사람의 인권과 권익을 침해할 수 있음을 인식하고 본인이 위 서약을 준수하지 않거나 그 밖에 관계 규정을 위반한 때에는 관련 법령 및 후견감독기관(치매안심센터, 광역치매센터, 지자체 등)내부 규정에 따라 처벌 및 불이익을 받아도 민사, 형사, 행정상 어떠한 이의도 제기하지 않을 것임을 서약한다.

년 월 일

서 약 자 성 명 : (서명)

* 해당 서류는 치매안심센터가 후견인 후보자로부터 작성 받을 것

〈서식 2-9〉 치매공공후견인 후보자 추천 요청서

치매공공후견인 후보자 추천 요청서 (서식)

접수번호:

| | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--|
| 요청기관명 | ○○치매안심센터 | (담당자명/연락처/이메일) | | |
| 후견대상자 인적사항 | 성명 | | 성별 | |
| | 생년월일 | | 연령 | |
| | 거주지 주소 | | | |
| | 특이사항 (추천 시 고려사항) | <i>질환, 종교, 재산상황 등 후견인 추천 시 고려해야할 사항 작성</i> <i>※ 특정 후견인 우선 추천을 원할 경우 이에 대한 내용 기입</i> <i>(원하는 후견인이 광역지원단 소속이 아닌 경우 후견인 선발전형 통과 필요)</i> | | |
| <p>위 후견대상자(피후견인)를 위한 후견인 후보자 추천을 요청합니다.</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">년 월 일</p> <p style="text-align: right;">요청인: ○○치매안심센터장 (인/직인)</p> | | | | |
| <p>○○광역치매센터장 (치매공공후견 광역지원단) 귀하</p> | | | | |

〈서식 2-10〉 치매공공후견인 후보자 추천서

치매공공후견인 후보자 추천서 (서식)

접수번호:

| | | | | | |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------|--|--|
| 추천 요청기관 | ○○○치매안심센터 | | | | |
| 후견대상자 인적사항 | 성명 | | 성별 | | |
| | 생년월일 | | 연령 | | |
| 추천 후견인 후보자 | 추천인 성명 | 인적사항 | | | |
| | ① 가길동 | 생년월일/성별 | | | |
| | | 거주지 주소 | | | |
| | | 연락처/이메일 | | | |
| | | 직업/경력 | | | |
| | | 특이사항 (추천사유 등) | 치매안심센터에서 후견인 후보자 선정 시 참고할 사항 (자격증 등) | | |
| | ② 나길동 | 생년월일/성별 | | | |
| | | 거주지 주소 | | | |
| | | 연락처/이메일 | | | |
| | | 직업/경력 | | | |
| | | 특이사항 (추천사유 등) | | | |
| | ③ 다길동 | 생년월일/성별 | | | |
| | | 거주지 주소 | | | |
| | | 연락처/이메일 | | | |
| | | 직업/경력 | | | |
| | | 특이사항 (추천사유 등) | | | |
| | <p>후견대상자(피후견인) 000을 위한 후견인 후보자를 위와 같이 추천합니다.</p> <p style="text-align: right;">년 월 일</p> <p style="text-align: right;">추천인: 00광역치매센터장(치매공공후견 광역지원단) (인/직인)</p> | | | | |
| | <p>○○치매안심센터장 귀하</p> | | | | |

〈서식 3-1〉 후견심판청구 동의서(사건본인)

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

후견심판청구 동의서
(사건본인(치매환자)용)

○ 사건본인

성명: (인/서명) 생년월일/성별:

주소:

연락처:

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

년 월 일

〈서식 3-2〉 후견심판 청구에 대한 본인의 의향 확인서

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

후견심판 청구에 대한 본인의 의향 확인서

(사건본인(치매환자)의 의사를 확인한 사람용.
치매환자의 동의여부를 확인하기 어려운 경우)

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

년 월 일

첨부 : 1. 사건본인의 사진자료

사건본인의 의향을 확인한 사람: (인/서명)

- 소속 및 직위:
- 생년월일/성별:

〈서식 3-3〉 후견심판청구 동의서(이해관계인)

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

후견심판청구 동의서
(이해관계인용)

○ 이해관계인

성명: (인/서명) 생년월일/남·녀:

주소:

연락처:

사건본인과의 관계:

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

년 월 일

_____ (인감도장)

첨부 : 이해관계자의 인감 증명서 1부

〈서식 3-4〉 후견인 업무 수행 의향서

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

후견인 업무 수행 의향서(보수지급포기서)

(후견인후보자(지원자)용)

성명: (인/서명) 주민등록번호:

주소:

연락처:

상기 당사자는 ○○○은 지방자치단체장이 청구하는 후견심판사건에서 사건본인 ○○○의 후견인으로 활동하기를 희망하며, 후견인이 되었을 경우 보건복지부 치매공공후견사업에 따른 후견인 활동비 (월 20만 원)를 지급받는 것 이외에 사건본인 ○○○로부터 어떠한 보수도 받지 않을 것입니다.

년 월 일

**치매환자 공공후견인 선임을 위한
사건본인과 후견인후보자에 관한 사회조사보고서**

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

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

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

소속 및 직위(또는 본인과의 관계) : _____

주소 : _____ (☎ _____)

〈작성에 도움을 주신 분〉

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

[사건본인 발굴 경로]

자체발굴

외부발굴

[지자체, 복지관, 재가요양센터, 요양원/병원, 이웃/지인 기타(_____)]

I. 사건본인의 일반현황

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

1. 사건본인의 인적 사항

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

* 후견 개시 여부는 후견등기부존재증명서를 통해 확인함.

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

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

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

3. 사건본인의 현재의 일반적인 특성

| | | | |
|---------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 가족 상황 | 혼인 | <input type="checkbox"/> 미혼 <input type="checkbox"/> 기혼 <input checked="" type="checkbox"/> 기타 (사별) | |
| | 가족관계 | <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 자녀(명) <input type="checkbox"/> 부모() <input type="checkbox"/> 형제·자매(명) | <input type="checkbox"/> 기타() ※ 본인을 포함한 총 가족 수(명) |
| | 동거여부 | <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 자녀() <input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 형제·자매 | <input type="checkbox"/> 기타() ※ 본인을 포함한 총 동거가족 (명) |
| 질환 또는 장애 상태 (치매 포함) | | <p>- 사건본인은 2015년 1월 23일 000병원 의사 000로부터 질병명은 알츠하이머형의 노년성 치매로 인지기능장애를 주소로 내원하여 상기병명으로 외래추적 관찰중임. 지속적인 약물치료 및 경과 관찰 필요하다는 진단을 받음.</p> <p>- 사건본인은 2015년 3월 3일 장기노인요양보험 4등급 인정을 받음.</p> <p>- 치매가 있는 상황으로 인지기능에 장애가 있어 지속적으로 치매약물을 복용해야 되는 상황임.</p> | |
| 경제 생활 | 소득 수준 | <input checked="" type="checkbox"/> 국민기초수급 <input type="checkbox"/> 차상위 120% <input type="checkbox"/> 일반 | |
| | 소득 원 | <input checked="" type="checkbox"/> 공공부조 (기초연금, 기초생활수급) <input type="checkbox"/> 기타 소득() <input type="checkbox"/> 사회보장연금(국민연금등:) | |
| 건강보험 | | <input type="checkbox"/> 직장건강보 <input type="checkbox"/> 지역건강보 | <input checked="" type="checkbox"/> 의료보호 1종 <input type="checkbox"/> 의료보호 2종 |
| 거주 상황 | 동거여부 | <input checked="" type="checkbox"/> 독거 <input type="checkbox"/> 준독거 <input type="checkbox"/> 동거 가구원 있음 ※ 본인 포함 총 가구원 수(명) | |
| | 거주현황 | <input type="checkbox"/> 지역사회거주 <input type="checkbox"/> 요양병원 <input type="checkbox"/> 노인공동생활주택 | <input type="checkbox"/> 요양시설 <input type="checkbox"/> 기타 () |
| | 주거유형 | <input type="checkbox"/> 자가 <input type="checkbox"/> 전세 <input type="checkbox"/> 월세 <input type="checkbox"/> 영구임대 <input type="checkbox"/> 무상 <input type="checkbox"/> 기타() | |
| | 주거형태 | <input type="checkbox"/> 아파트 <input type="checkbox"/> 빌라 <input type="checkbox"/> 단독주택 <input type="checkbox"/> 복합건물 <input type="checkbox"/> 기타 () | |

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

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

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

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

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

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

| 성명 | 관계 | 생년월일 | 직업 | 연락처 | 동거여부 |
|----|----|------|----|-----|------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 사건 본인과 가족 간의 관계 (가족의 자산정도, 사건 본인을 돌볼 역량 (고령, 장애 등 참조) 등에 관한 사항) | <ul style="list-style-type: none"> - 사건본인은 가족관계증명서 상의 아들 000(1970년)이 있으나, 배다른 자녀로 관계가 소원하며, 000주민센터에서 연락을 취하였으나 사건본인을 돌볼 역량이 없음을 확인함. - 사건본인 명의의 전세계약금 000만원이 있으며, 예금으로 500만원이 있음. 매달 노령기초연금으로 매월 00만원을 받고 있음. |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

II. 사건본인 지원의 필요성에 관한 사항

1. 일상생활, 치료, 요양 등에서의 특성

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

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

2. 자기결정권 행사 관련 영역

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

3. 대인관계에서의 특성

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

4. 의사소통 방식

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

① 언어 소통에서의 특성

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

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

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

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

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

6. 사건본인의 욕구, 희망, 감정에 대한 이해

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

Ⅲ. 복지수요 및 의사결정지원 또는 대리가 필요하다고 판단되는 영역

1. 복지지원 및 서비스 욕구

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

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

2. 의사결정지원 또는 대리가 필요한 영역

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

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

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

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

IV. 후견에 대한 사건본인의 희망

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

1. 후견인에 대한 희망

1) 사건본인은 희망하는 후견인이 있나요?

___○___ 예
_____ 아니요

2) 본인이 희망하는 후견인이 있다면 누구인가요?

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

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

2. 후견업무에 대한 사건본인의 희망

1) 본인은 후견인이 어떤 일을 도와 주었으면 하나요?

병원 치료 및 입원동의, 자산관리, 전세계약 중지, 은행업무 위임

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

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

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

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

3) 후견인이 후견사무를 처리할 때 특별히 희망하는 내용

※ 이 부분의 작성에서는 다음을 참고하세요.

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

3. 후견감독인에 대한 희망

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

2) 후견감독인으로 누가 적당할까요?

사건본인의 희망여부를 확인하기 어려운 경우

사유 :

V. 총괄보고서

※ 사회조사보고서를 토대로 요점을 간단히 기술하는 형식으로 작성함.

1. 사건본인의 인적 사항

| | | | |
|-------|--|----------|--|
| 성명 | | 생년월일/남·녀 | |
| 주소 | | | |
| 등록기준지 | | | |

2. 사건본인의 상태와 일반현황

가. 질병 유형, 발견시기, 장기요양등급판정 사항 :

사건본인은 2013년 00월 00일 000병원 의사 000로부터 질병명은 알츠하이머형의 노년성 치매로 인지기능장애 진단 받고 지속적인 약물치료 및 경과 관찰 필요하다는 진단 받음. 2017년 00월 00일 장기노인요양보험 2등급 인정을 받았음.(장애진단서 및 사회조사보고서 사건본인의 일반현황 1.3 부분 참조).

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

사건본인은 치매 이외에 2008년쯤 양쪽 눈에 백내장이 생겨, 수술을 한적이 있으며, 고혈압 및 난청이 있어 크게 이야기해야 함. 사건본인은 벽을 짚으면서 천천히 움직이는 정도의 보행은 가능하지만, 독립적인 식사준비나 착탈의, 용변 등의 처리는 지원이 있어야 가능함. 의사소통의 경우는 본인의 '싫다' '좋다'의 호불호를 표현하는 것은 가능하지만 어려운 용어나 설명은 어려움. 현재는 기초수급액으로 48만원의 지원받고 있으며, 본인의 담배 및 소소한 지출비용으로 20만원 정도를 지출하고 있음. 또한 현재 사건본인이 거주하고 있는 아파트 임대료가 월 12만원인데, 현재 몇 개월째 제때 금액을 납입하지 못해 200만원이 체납되어 있는 상황임.(사회조사보고서 사건본인의 일반현황 1(사건본인의 일반현황 부분). 11(사건본인 지원의 필요성에 관한 부분) 참조)

다. 가족관계 등(부양, 동거 등 포함):

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

라. 후견 개시 여부:

없음.

3. 사건본인에게 필요한 사무처리와 사건본인의 사무처리능력

(어떤 지원이 필요한지의 관점에서 부족한 부분 기술)

1) 사무영역

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

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

나. 병원치료와 관련된 사항 :

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

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

가. 일상신체활동, 치료, 영양 관련 영역 :

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

나. 자기결정권 행사 능력 :

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

다. 자기결정권 행사의 방식 :

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

라. 본인과의 소통에서 특히 유의할 점 :

대인관계에서 낮은 사람과의 대면을 어려워하거나, 심한 경우 과격해질때도 있음. 이에 의사결정지원사 의사확인 과정 등에도 꾸준한 라보 형성 필요.

3) 사무 후원의 필요성

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

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

나. 사회보장수급 관련 :

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

다. 의료서비스 이용지원 :

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

라. 거소관련 사무지원 :

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

마. 일상생활비 관리 지원 :

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

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

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

사. 미래설계의 지원 :

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

4. 후견의 목표 및 후원할 사무 및 부여할 대리권

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

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

5. (특정) 후견인 후보자에 관한 사항

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

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

후견계획서

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

| | | | | |
|------------|-----------------|--|------------------|--|
| 작성일 | 년 월 일 | | | |
| 작성자 | 성명 | | 사건본인과의 관계 | |
| | 소속/직위 | | 연락처 | |

사건 본인

성명 :
 생년월일/성별 :
 주소 : (주민등록등본상의 주소)

후견인 후보자

성명 :
 생년월일/성별 :
 주소 :

후견인 결격사유 (민법 937조) 여부 : 없음 있음

1. 미성년자
2. 피성년후견인, 피한정후견인, 피특정후견인, 피임의후견인
3. 회생절차개시결정 또는 파산선고를 받은 자
4. 자격정지 이상의 형의 선고를 받고 그 형기(刑期) 중에 있는 사람
5. 법원에서 해임된 법정대리인
6. 법원에서 해임된 성년후견인, 한정후견인, 특정후견인, 임의후견인과 그 감독인
7. 행방이 불분명한 사람
8. 피후견인을 상대로 소송을 하였거나 하고 있는 자 또는 그 배우자와 직계혈족

수임받고자 하는 후견사무의 내용(아래 부분은 예시임)

- 사무의 후원(의사결정의 지원) 및 대리

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

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

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

▣ 의사결정을 지원 또는 대리할 때(후견사무의 수행)의 계획

○ 후견의 목표

○ 후견인이 후원할 사무

1) 일상생활용품 등의 구입

2) 사회복지서비스이용 계약의 체결

3) 기타사항 : (예 : 통장관리, 거소관련 사무지원 등)

○ 후견인이 대리권한을 보유할 때 행사 방법 및 계획

1) 사건 본인 명의의 통장개설 및 관리행위

2) 사회복지급여 및 사회서비스 이용에 관한 대리권

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

■ 후견인으로서의 적격성에 대한 확인서

- 후견인후보자는 후견제도에 관한 교육을 받은 적이 있는지?

- 후견인후보자는 다음 각 항목에 대해 확인함

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

후견감독계획서

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

후견감독인 후보자 _____ (기관 직인)

후견인 후보자 _____ (서명 또는 인)

〈서식 3-9〉 소송위임장

※ 지자체장이 중앙치매센터 소속변호사에게 심판청구를 위임하기 위한 서류로 담당변호사와 협의하여 준비(사전에 연락하여 소송위임장 서식을 변호사로부터 교부 받을 것)

| 소 송 위 임 장 | | |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 사건 | 특정후견 등의 심판 사건 | |
| 당사자 | 청구인 | ○○○ 지방자치단체장 |
| | 사건본인 | ○ ○ ○ |
| 위 사건에 관하여 다음 표시 수임인을 청구인의 소송대리인으로 선임 하고 다음 표시권한을 수여합니다. | | |
| 수임인 | 변호사 ○○○ 주소 : 전화 : , 이메일 : | |
| 수권 사항 | 1. 모든 소송행위 및 조정 1. 소의 취하 1. 복대리인의 선임 1. 목적물의 수령 1. 항고의 제기 또는 그 취하에 관한 권한 1. 소송비용확정 신청 및 이에 대한 응소 1. 보전처분신청 및 보전처분신청을 기각하는 결정에 대한 항고 및 항고 취하 1. 사전처분결정에 대한 이의 등 취소신청 및 이에 대한 응소 1. 기타 이 사건 관련 모든 부수사건에 대한 권한 | |
| 20 년 월 일 | | 변호사회 경유 |
| 위임인 : ○○○ 지방자치단체장 (인) 주소 : ○○가정법원 귀중 | | |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 가정법원의 허가를 얻어 처분이 가능한 피후견인의 금융계좌(정기예금 등) | <input type="checkbox"/> 은행 계좌번호 <input type="checkbox"/> 액수 |
| 매월 금융계좌로 입금되는 액수(평균) | <input type="checkbox"/> 액수 |
| 그 밖의 유가증권 | <input type="checkbox"/> 내역 |
| 9. 보고 기간 중 피후견인이 구입한 물건(일상생활용품 제외) 또는 권리 | |
| 10. 보고 기간 중 피후견인을 위해 법률행위 또는 신상결정을 대리한 경우 <input type="checkbox"/> 의료행위에 대한 사항 <input type="checkbox"/> 주거 임대차계약 관련 사항 : <input type="checkbox"/> 가정법원의 허가가 필요한 법률행위(부동산거래, 돈을 빌리는 것 등) <input type="checkbox"/> 은행 관련 업무 <input type="checkbox"/> 공법상의 신청행위 <input type="checkbox"/> 기타 | |
| 11. 보고기간 중 피후견인과의 직접 방문 또는 대면한 횟수(피후견인의 주거지 방문 등) | |
| 12. 피후견인에게 배달된 중요한 우편물, 통지 등의 처리상황 <input type="checkbox"/> 피후견인이 스스로 처리 <input type="checkbox"/> 후견인의 지원 | |
| 13. 피후견인의 안전망 조력자 및 긴급연락망 | |
| 14. 기타 보고할 사항(피후견인의 일상생활상의 모습, 건강 상태, 기타 주목할 만한 부분, 어려움 등) | |

이상 보고 내용은 본인이 조사한 것에 기초한 것으로서, 그 내용은 조사한 것에 일치하고 빠져 있는 부분이 없음을 서약합니다.

년 월 일

_____ (서명)

〈서식 4-3〉 후견활동내역서

(00월) 치매공공후견인 활동내역(월별작성)

○ 후 견 인 :

| 활동일자 | 활동시간 | 활동내용 | 활동확인 | |
|------|------|------|------|-----|
| | | | 후견인 | 담당자 |
| 일 | | | | |
| 일 | | | | |
| 일 | | | | |
| 일 | | | | |
| 일 | | | | |
| 일 | | | | |
| 일 | | | | |
| 일 | | | | |
| 일 | | | | |
| 일 | | | | |

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

〈서식 4-4〉 피후견인 욕구확인서

* 피후견인 거주이전, 시설입소 등 필요시 작성

| 피후견인 욕구확인서 | | |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------|------|
| 방문일시 | | 방문장소 |
| 본인의 욕구, 희망, 선호도 파악 | 1. 거주관련 2. 일상생활 관련 3. 의료 관련 4. 미래설계 5. 기타 | |
| 본인에게 지원이 필요한 부분 | 1. 재산 관련 2. 신상 관련 3. 공법상의 신청행위 4. 미래설계 | |
| 후견인의 지원계획 | 1. 법률자문 요청 2. 후견지원회의 요청 | |
| 지원 실행 내용 | 경위 | 내용 |
| | 후견지원회의 결과 | |
| | 실행 내용 및 결과 | |

〈서식 4-5〉 후견감독사무보고서

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

기 본 사 항

| | | | |
|-----------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 감 대 상 기 간 | | 후 견 종 류 | <input type="checkbox"/> 성년후견 <input type="checkbox"/> 한정후견 <input checked="" type="checkbox"/> 특정후견 <input type="checkbox"/> 임의후견 <input type="checkbox"/> 미성년후견 |
| 피 후 견 인 | | | |
| 성 명 | | 주민등록번호 | |
| 주 소 | 우편번호 (-) 해당주소, 우편번호, 연락처 기입 | 연락처 | ☎ |
| 후 견 인 | | | |
| 성 명 | | 주민등록번호 | |
| 주 소 | 우편번호 (-) 해당주소, 우편번호, 연락처 기입 | 연락처 | ☎ |
| 피후견과 관계 | 특정후견인 | 주소변경여부 | <input checked="" type="checkbox"/> 변경사항 없음 <input type="checkbox"/> 변경사항 있음 |
| 복 수 후 견 인 | | | |
| 성 명 | | 주민등록번호 | |
| 주 소 | 우편번호 (-) | 연락처 | ☎ |
| 피후견과 관 계 | | 주소변경여부 | <input type="checkbox"/> 변경사항 없음 <input type="checkbox"/> 변경사항 있음 |
| 후 견 감 독 인 | | | |
| 단체명 (대 표 자) | | 사업자 등록번호 | 00000-00-0000 |
| 주 소 | 우편번호 (-) 해당주소, 우편번호, 연락처 기입 | 연락처 | ☎ |
| 피후견인과 관 계 | 피후견인 주소지 관할 지방자치단체 | 후견인과 관 계 | - |
| 감 독 경 과 | | | |
| 감 독 일 시 | 감 독 대 상 | 감독 장소 및 방법 | |
| 감독을 한 날짜, 시간 기입 | 특정후견인 000 | 후견사무보고서 검토, 후견인 면담, 후견활동 장소 방문, 회의 등 | |

감 독 내 용

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

감 독 내 용

| 신 상 보 호 |
|---------|
| |
| 재 산 관 리 |
| |
| 종 합 의 견 |
| |

위와 같이 후견감독사무보고서를 제출합니다.

20

후 견 감 독 인

(서명 또는 날인)

특정후견 지속여부 조사서

작성자 : (소속 :) / 작성일 : . . .

응답자 : 피후견인 후견인(, ,) 기타 ()

1. 사건 기본정보

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

2-1. 특정후견 개시 이후 변경사항(법원으로부터 판결, 허가를 받은 사항)

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

2) 특정후견인 대리권 범위 : 심판결정문에 기록된 대리권

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

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

4. 사무후원 필요여부

※ 지원필요 : 후견인이 피후견인의 결정이나 사무처리에 지원을 해야 하는 경우

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

| 지원 필요 | 대리 필요 | 필요사무에 (√) 표시 | 구체적 내용 서술 |
|-------|-------|-----------------------------------------------------------------|-----------|
| | | 은행업무 지원(예금계좌 개설 및 해지, 계좌이체 및 출금, 체크카드 발급, 예금관련 정보조회 등) | |
| | | 일상생활비 관리 지원(계획적인 금전관리 등) | |
| | | 의료서비스 이용 지원 | |
| | | 공법상 행위 사무 지원(주민등록등초본, 가족관계 등록부, 개인신상에 관한 제반 서류 발급 등) | |
| | | 인감증명서 발급 사무 지원 (사유 :) | |
| | | 주거마련과 관련된 정보탐색 및 계약체결 지원 (공공임대아파트 신청, 주거이동에 따른 계약, 아파트 매수 등) | |
| | | 사회복지급여 및 사회복지서비스 신청 및 이용 (공적서비스, 여가서비스, 사회복지시설 연계 등) | |
| | | 기타 | |
| | | | |

〈서식 4-7〉 후견인 업무 포기 의향서

후견인 업무 포기 의향서

1. 성 명 : (인)

2. 생년월일 :

3. 주 소 :

4. 연 락 처 :

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

20 년 월 일

○○ 시·군·구청장 귀하

또는 (○○시·군·구 ○○ 치매안심센터장 귀하)

후견인 활동비 지급 안내서(예시)

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

1. 후견인 활동비 지급 기준

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

2. 지급 방법

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

3. 기타사항

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

20 년 월 일

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

후견인 후보자 _____ 서명 :

