노인장기요양보험

新 의사소견서 작성지침

2023.1.

h·well 국민건강보험

목 차

I. 노인장기요양보험 의사소견서 개요

II. 의사소견서 서식

III. 의사소견서 항목별 작성 방법

제1쪽 ····· 6~7
일반사항

제2쪽 ····· 8~13
1) 신청인의 질병상태에 대한 의견

제3쪽 ····· 14~23
2) 신청인의 신체 및 인지기능에 대한 의견
3) 요양보호 제공 수준 측정을 위한 자립생활 가능성에 대한 의견

제4쪽 ····· 24~25
4) 특별한 의료처치 및 건강관리 필요 항목에 대한 의견
5) 그 밖의 특기사항
6) 의사소견서 발급 비용과 관련된 정보

Q&A ····· 26

I 노인장기요양보험 의사소견서 개요

◇ 개 요

노인장기요양보험제도에서 의사소견서는 등급판정위원회의 수급자 결정에 중요한 자료로 장기요양 인정신청자에 대하여 의료전문가의 객관적인 신체 · 정신적 질병과 기능상태에 대한 평가 자료를 제공하여 적절한 등급판정과 개인별 장기요양이용계획서 작성에 도움을 주고자 함을 목적으로 한다.

◇ 의사소견서 제출대상

「노인장기요양보험법」제13조에 의거 '장기요양인정 신청자'는 의사 또는 한의사가 발급하는 의사소견서를 공단에 제출해야 한다. 다만, 치매 환자로서 인정조사 후 치매진단 관련 보완서류 제출을 요청받은 경우에는 「의사소견서 발급의뢰서」의 "보완서류 제출필요" 항목을 참고하여 제출하여야 한다.

※ 장기요양 5등급 및 인지지원등급이 예상되는 사람은 치매진단관련 보완서류를 요청함

◇ 의사소견서 발급자격자

① 의사소견서

- 「의료법」 상의 의료기관에 종사하는 의사 또는 한의사

② 치매진단 관련 보완서류

- 보건복지부 지정 교육과정(치매진단 관련 보완서류 발급교육)을 이수한 의사 또는 한의사(한방신경정신과 전문의)

◇ 의사소견서 발급방법

① **인터넷발급**: 요양기관에서 공단 요양기관정보마당에 직접 등록

② **서 면 발 급**: 요양기관(의료인)에서 의사소견서를 직접 수기로 작성하여 신청인 또는 보호자가 공단으로 제출

※ 민원인의 개인정보보호 등을 위해 밀봉 등의 적절한 조치 필요

II 의사소견서 서식

■ 노인장기요양보험법 시행규칙 [별지 제2호서식] 〈개정 2022. 12. 30.〉

의사소견서

(4쪽 중 제1쪽)

※ 담당 의사는 소견서 내용을 빠짐없이 작성하여 주시기 바랍니다.		유효기간	발급일부터 30일
신청인 (본인)	성명	주민등록번호	(세)
	주소 (전화번호)		

발급 구분 및 질병명

☐ 65세 이상

☐ 65세 미만

※ 65세 미만인 사람은 하단의 질병 코드에 해당하는 경우에만 장기요양인정 신청 자격이 있습니다.

1. 치매 질환군
   - ☐ 알츠하이머병에서의 치매(F00*)
   - ☐ 혈관성 치매(F01)
   - ☐ 달리 분류된 기타 질환에서의 치매(F02*)
   - ☐ 상세불명의 치매(F03)
   - ☐ 알츠하이머병(G30)

2. 뇌혈관 질환군
   - ☐ 지주막하출혈(I60)
   - ☐ 뇌내출혈(I61)
   - ☐ 기타 비외상성 두개내출혈(I62)
   - ☐ 뇌경색증(I63)
   - ☐ 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중(I64)
   - ☐ 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착(I65)
   - ☐ 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착(I66)
   - ☐ 기타 뇌혈관질환(I67)
   - ☐ 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애(I68*)
   - ☐ 뇌혈관질환의 후유증(I69)

3. 파킨슨 질환군
   - ☐ 파킨슨병(G20)
   - ☐ 이차성 파킨슨증(G21)
   - ☐ 달리 분류된 질환에서의 파킨슨증(G22*)

4. 그 밖의 질병
   - ☐ 척수성 근위축 및 관련 증후군(G12)
   - ☐ 달리 분류된 질환에서의 일차적으로 중추신경계통에 영향을 주는 계통성 위축(G13*)
   - ☐ 기저핵의 기타 퇴행성 질환(G23)
   - ☐ 다발경화증(G35)
   - ☐ 진전(震顫)(R25.1)
   - ☐ 중풍후유증(U23.4)

작성 의사 및 진료내역

전문과목	☐ 신경과	☐ 내과	☐ 가정의학과	☐ 정신건강의학과	
	☐ 외과	☐ 정형외과	☐ 신경외과	☐ 재활의학과	
	☐ 산부인과	☐ 마취통증의학과	☐ 심장혈관흉부외과	☐ 비뇨의학과	
	☐ 일반의	☐ 한의( )	☐ 기타( )		
대상자 진료 기간	☐ 초진				
	☐ 재진	[ ] 3개월 미만 진료	[ ] 3~6개월 미만 진료		
		[ ] 6개월 이상 진료			
		[ ] 소견서 작성 전 최종 진료일 (년 월 일)			
소견서 작성 시 진료 형태	☐ 외래진료	☐ 입원진료	☐ 방문진료		
	※ 보호자 대리진료를 통한 작성은 불가능합니다.				

유의사항

1. 해당 의사소견서는 장기요양급여를 받기 위하여 장기요양등급판정위원회에 제출하기 위한 용도로만 활용 가능하며, 다른 용도로는 활용할 수 없습니다.
2. 최근 3개월 이상 장기요양인정 신청인의 진료를 담당한 의사 또는 한의사가 작성하는 것을 권고하며, 신청인의 가장 중요하고 직접적인 원인 질환을 중심으로 모든 항목을 빠짐없이 기재해 주시기 바랍니다.
3. 65세 미만인 사람은 상기 질병에 해당하는 경우에만 장기요양인정 신청 자격이 있으므로, 상기 질병에 해당하지 않는 경우에는 2쪽부터 4쪽까지의 사항을 작성하지 않습니다.
   * 상기 질병에 해당하지 않는 경우에는 진찰료 등 비용 전액을 신청인이 부담해야 하며, 상기 질병에 해당하는 경우에도 진찰료 외에 진단에 드는 검사비용 등은 신청인이 부담해야 합니다.

210mm x mm[백상지 80g/㎡(재활용품)]

(4쪽 중 제2쪽)

1. 신청인의 질병 상태에 대한 의견

가. 기능장애 발생의 직접적인 원인이 된 질환의 진단명 및 발병 시기

1) _____ 발병 시기 (년 월경)

1-1) (직접적인 원인 질환이 더 있는 경우 작성) _____ 발병 시기 (년 월경)

나. 기능장애의 직접 원인 외에 지속적인 관리가 필요한 주요 동반 질환

1) _____ 발병 시기 (년 월경)

2) _____ 발병 시기 (년 월경)

3) 그 밖의 동반 질환명 _____

다. 최근 입원치료 여부 및 지속적인 복용이 필요한 필수 투여약물

1) 1년 이내 입원 내역	☐ 없음 ☐ 있음 (시기: 년 월, 약 일간, 주 증상 또는 퇴원 시 진단명)
2) 매일 복용 중인 약물의 수	하루 총 ☐ 5가지 이내 ☐ 5-9가지 ☐ 10가지 이상
3) 향후 3개월 이상 지속 복용이 필요한 약물(성분명 또는 상품명)	☐ 없음 ☐ 있음 ---------- ---------- ---------- ---------- ---------- ---------- ---------- ----------

라. 상기 기능장애 유발 질환의 질병 안정성 및 기능장애 회복 가능성

1) 질병 안정성	☐ 안정 (지난 3개월 내 큰 변화 없음) ☐ 불안정 (지난 3개월 내 호전 또는 악화되어 의료서비스가 필요함) ☐ 알 수 없음
2) 의료서비스 제공 시 6개월 이내 기능장애 회복 가능성	☐ 회복 가능 (마비, 보행, 정신기능 등의 회복이 일정 부분 가능함) ☐ 회복 곤란 ☐ 알 수 없음

마. 치료에 대한 의견

1) 지난 3개월간 발생한 적이 있거나 향후 1개월 이내 발생 가능성이 높은 질환	☐ 없음	
	☐ 있음	[ ] 낙상/골절 [ ] 요실금 [ ] 욕창 [ ] 흡인성 폐렴 [ ] 탈수/영양장애 [ ] 심폐기능 저하(호흡곤란 등) [ ] 정신증상(섬망, 망상 등) [ ] 기타 ( )
2) 감염성 질환 여부	☐ 없음	
	☐ 있음	[ ] 활동성 결핵 [ ] 바이러스성 간염 [ ] 후천성면역결핍증 [ ] 옴 [ ] 다약제내성균 (균 종류:) [ ] 기타 ( )
	☐ 알 수 없음	
3) 향후 치료가 필요한 형태	☐ 치료 불필요	
	☐ 의료기관 입원	[ ] 급성기 치료 [ ] 요양・재활치료
	☐ 외래 또는 방문진료	[ ] 외래진료 [ ] 방문진료・간호

210mm x 297mm[백상지 80g/㎡(재활용품)]

2. 신청인의 신체 및 인지기능에 대한 의견

가. 신체상태

1) 보행 능력 및 근력

가) 보행보조기구 사용 여부	☐ 사용	[ ] 지팡이 [ ] 보행기 [ ] 휠체어
	☐ 미사용	[ ] 자립 보행 가능 [ ] 자립 보행 불가
나) 의자에서 일어나 3미터 걷고 돌아와 앉기	☐ 가능	[ ] 10초 이하 [ ] 11~20초 [ ] 21~30초 [ ] 30초 초과
	☐ 불가능	
다) 의자에서 5회 앉았다 일어서기	☐ 가능	[ ] 15초 미만 [ ]15~30초 [ ] 30초 초과
	☐ 불가능	
라) 머리 뒤로 양손 깍지끼기	☐ 가능	
	☐ 불가능	[ ] 좌측 불가능 [ ] 우측 불가능 [ ] 양측 불가능
마) 운동실조(움직임의 부조화) 또는 서동증(느림)	☐ 없음 ☐ 있음	

2) 영양상태 및 식사행위

가) 현재의 키와 체중	☐ 키 ( )cm ☐ 체중 ( )kg ☐ 측정 불가능	
나) 6개월 이내 체중감소 여부	☐ 예 (최근 6개월 이내 3kg 이상 감소) ☐ 아니오 ☐ 알 수 없음	
다) 식사행위	☐ 가능	[ ] 혼자 가능 [ ] 일부 도와주면 가능
	☐ 혼자 불가능	
라) 연하곤란 및 영양방법	☐ 없음	[ ] 일반식
	☐ 있음	[ ] 연하곤란식 [ ] 유동식 [ ] 비위관 [ ] 위루관

나. 인지기능

1) 치매진단 여부	☐ 있음 (진단 시기: 년 월경)	
	☐ 없음	[ ] 인지저하가 의심되나 진단받은 적 없음 [ ] 해당 없음
2) 치매치료 약물 복용 여부	☐ 예 ☐ 아니오	
3) 최근 6개월 이내 인지기능 선별검사 결과 ※ 기존 검사결과가 있는 경우 작성	☐ 선별검사 시행 일자 (년 월) [ ] MMSE (점) [ ] GDS(Global Deterioration Scale) ( ) 또는 CDR(Clinical Dementia Rating) ( )	
4) 인지기능 장애에 따른 행동 심리증상 유무 ※ 해당 증상 모두 체크	☐ 없음 ☐ 망상 ☐ 환각 ☐ 밤낮 바뀜 ☐ 배회 ☐ 길을 잃음 ☐ 공격적, 파괴적 행동 ☐ 섬망 ☐ 돈/물건 등 감추기 ☐ 부적절한 옷 입기 ☐ 불결한 행동 ☐ 거부 및 저항 ☐ 무감동/무기력 ☐ 그 밖의 특이증상( )	

3. 요양보호 제공 수준 측정을 위한 자립생활 가능성에 대한 의견

가. 의식수준	☐ 명료(alert) ☐ 기면(drowsy) ☐ 혼미(stupor) ☐ 반혼수(semi-coma) ☐ 혼수(coma)	
나. 신체상태 ※ 실내생활의 독립적 수행 가능성	☐ 정상생활 가능	
	☐ 실내생활 도움 필요	[ ] 일부 도움 [ ] 많은 도움 [ ] 전적인 도움 (준와상 • 와상)
다. 정신상태	☐ 정상생활 가능	
	☐ 관찰과 도움 필요	[ ] 주 1~2회 [ ] 주 3~4회 [ ] 매일(현저한 정신증상 또는 준와상 • 와상)

210mm x 297mm[백상지 80g/㎡(재활용품)]

(4쪽 중 제4쪽)

4. 특별한 의료처치 및 건강관리 필요 항목에 대한 의견

☐ 없음

☐ 있음
※ 해당 사항 모두 체크

[ ] 정기 모니터링(혈압, 혈당, 심박동, 산소포화도 등)	[ ] 다중질환 및 복약 관리
[ ] 관절 및 근력 재활 운동	[ ] 요실금 및 배뇨관리(기저귀, 배뇨훈련 등)
[ ] 욕창(2단계 이상)	[ ] 수술창상 치료
[ ] 경관 영양(비위관, 위루관)	[ ] 도뇨관
[ ] 산소 · 네뷸라이저 치료(호흡곤란 치료)	[ ] 인공호흡기 적용
[ ] 기관지 절개	[ ] 투약용 정맥주사
[ ] 중심 정맥영양	[ ] 말초 정맥영양
[ ] 당뇨발 및 그에 준하는 피부질환	[ ] 인슐린 주사요법
[ ] 투석(복막, 혈액)	[ ] 인공루(장루, 방광루 등)
[ ] 암성 통증 및 그에 준하는 통증	[ ] 기타(내용:)

5. 그 밖의 특기사항

가. 지속적 질병 관리에 필요한 의학적 의견이나 신청인의 장기요양등급 판정과 개인별 장기요양이용계획서 작성에 참고할 수 있도록 특별히 주의해야 할 증상이나 정기적으로 관리해야 할 내용 등에 대해 작성해 주시기 바랍니다.

나. 국민건강보험공단이 장기요양인정 신청인에 대한 치매진단 확인이 필요하다고 판단하여 치매진단과 관련된 보완 서류를 추가로 요청하는 경우에는 보건복지부장관이 정하는 양식에 따라 해당 서류를 추가로 작성해야 합니다.

6. 의사소견서 발급 비용과 관련된 정보

발급일: 년 월 일

의사 · 한의사 성명: (서명 또는 인)

의사 · 한의사 면허번호: 제 호

의료기관명(건강보험요양기관 기호): (직인)

의료기관 주소: 전화번호:

210mm x 297mm[백상지 80g/㎡(재활용품)]

III 의사소견서 항목별 작성 방법

제 1 쪽

일반사항

※ 담당 의사는 소견서 내용을 빠짐없이 작성하여 주시기 바랍니다.		유효기간	발급일부터 30일
신청인 (본인)	성 명	주민등록번호	(세)
	주 소	(전화번호)	

유효기간

■ 의사소견서의 유효기간은 발급일로부터 30일로, 인정신청 전 유효기간이 만료된 의사소견서는 등급판정위원회에 심의자료로 활용할 수 없습니다.

발급 구분 및 질병명

발급 구분 및 질병명

☐ 65세 이상

☐ 65세 미만
※ 65세 미만인 사람은 하단의 질병 코드에 해당하는 경우에만 장기요양인정 신청 자격이 있습니다.

1. 치매 질환군
- ☐ 알츠하이머병에서의 치매(F00*)
- ☐ 달리 분류된 기타 질환에서의 치매(F02*)
- ☐ 알츠하이머병(G30)
- ☐ 혈관성 치매(F01)
- ☐ 상세불명의 치매(F03)

2. 뇌혈관 질환군
- ☐ 지주막하출혈(I60)
- ☐ 기타 비외상성 두개내출혈(I62)
- ☐ 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중(I64)
- ☐ 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착(I66)
- ☐ 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애(I68*)
- ☐ 뇌내출혈(I61)
- ☐ 뇌경색증(I63)
- ☐ 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착(I65)
- ☐ 기타 뇌혈관질환(I67)
- ☐ 뇌혈관질환의 후유증(I69)

3. 파킨슨 질환군
- ☐ 파킨슨병(G20)
- ☐ 달리 분류된 질환에서의 파킨슨증(G22*)
- ☐ 이차성 파킨슨증(G21)

4. 그 밖의 질병
- ☐ 척수성 근위축 및 관련 증후군(G12)
- ☐ 기저핵의 기타 퇴행성 질환(G23)
- ☐ 진전(震顫)(R25.1)
- ☐ 달리 분류된 질환에서의 일차적으로 중추신경계통에 영향을 주는 계통성 위축(G13*)
- ☐ 다발경화증(G35)
- ☐ 중풍후유증(U23.4)

작성방법

- 65세 미만 신청자의 신청자격을 확인하기 위한 항목으로 신청인의 노인성 질병을 확인하여 체크(V) 합니다.
- 척수성 근위축 및 관련 증후군(G12), 달리 분류된 질환에서의 일차적으로 중추 신경계통에 영향을 주는 계통성 위축(G13*), 다발경화증(G35)은 노인장기요양보험법 시행령 제2조 [별표1]의 개정에 따라 '23.1.1.부터 적용됩니다.

작성 의사 및 진료 내역

작성 의사 및 진료내역	전문과목	☐ 신경과 ☐ 내과 ☐ 가정의학과 ☐ 정신건강의학과 ☐ 외과 ☐ 정형외과 ☐ 신경외과 ☐ 재활의학과 ☐ 산부인과 ☐ 마취통증의학과 ☐ 심장혈관흉부외과 ☐ 비뇨의학과 ☐ 일반의 ☐ 한의( ) ☐ 기타( )	
	대상자 진료 기간	☐ 초진	
		☐ 재진	[ ] 3개월 미만 진료 [ ] 3~6개월 미만 진료 [ ] 6개월 이상 진료
			[ ] 소견서 작성 전 최종 진료일 (년 월 일)
	소견서 작성 시 진료 형태	☐ 외래진료 ☐ 입원진료 ☐ 방문진료 ※ 보호자 대리진료를 통한 작성은 불가능합니다.	

- 향후 신청인의 질병관리에 대한 연계 전문분야를 고려하기 위하여 작성의사의 전문과목을 선택하고, 진료기간 및 진료형태를 작성합니다.

유의사항

■ 모든 항목은 없음, 알 수 없음 항목을 활용하여 빠짐없이 기재하여야 하며, 모든 항목이 작성된 경우에만 제출이 가능합니다.

제 2 쪽

1. 신청인의 질병 상태에 대한 의견

가. 기능장애 발생의 직접적인 원인이 된 질환의 진단명 및 발병 시기

가. 기능장애 발생의 직접적인 원인이 된 질환의 진단명 및 발병 시기			
1) _____	발병 시기 (	년	월경)
1-1) (직접적인 원인 질환이 더 있는 경우 작성) _____	발병 시기 (	년	월경)

작성방법

- 신청인이 가지고 있는 질환 중 기능장애 발생의 직접적인 원인이 되는 진단명과 발병연월을 우선순위로 기록합니다. 주요 원인 질환이 2개인 경우 1-1에 기록합니다.
- 발병 시기는 최소한 주요 질환에 대해서는 반드시 작성하도록 하며, 불명확한 경우 최소한 OOOO년 까지라도 기록합니다.
- 질환의 특성으로 신체 또는 정신기능의 장애를 유발하는 주요 원인 질병은 다음과 같습니다.

▲ 뇌출혈, 뇌경색, 치매, 파킨슨병, 골절 후유증, 심부전, 만성 폐 질환, 당뇨병 합병증, 만성 관절질환, 신부전, 말기 암, 시각 및 청각 장애, 만성 배뇨장애(요실금), 노쇠 등

- 정확한 정보 확인과 질환명 작성을 위하여 의무기록을 근거로 작성합니다. 초진 환자인 경우 충분한 시간이 필요하며, 타 의료기관 의무기록 확인 또는 문진을 통해 작성할 것을 권고합니다.

나. 기능장애의 직접 원인 외에 지속적인 관리가 필요한 주요 동반 질환

나. 기능장애의 직접 원인 외에 지속적인 관리가 필요한 주요 동반 질환	
1) _____	발병 시기 (　　년　　월경)
2) _____	발병 시기 (　　년　　월경)
3) 그 밖의 동반 질환명 _____	

작성방법

- 적절한 관리를 하지 않을 경우 건강 상태를 악화시키거나 기능 상태를 저하시킬 수 있는 주요 동반 질환을 파악하여 작성합니다.

다. 최근 입원치료 여부 및 지속적인 복용이 필요한 필수 투여약물

다. 최근 입원치료 여부 및 지속적인 복용이 필요한 필수 투여약물	
1) 1년 이내 입원 내역	☐ 없음 ☐ 있음 (시기:　　년　월, 약　일간, 주 증상 또는 퇴원 시 진단명　　)
2) 매일 복용 중인 약물의 수	하루 총　☐ 5가지 이내　☐ 5-9가지　☐ 10가지 이상
3) 향후 3개월 이상 지속 복용이 필요한 약물 (성분명 또는 상품명)	☐ 없음 ☐ 있음　..... ....

작성방법

1) 1년 이내 입원 내역

- 기능장애의 원인 질환이나 동반 질환으로 최근 1년 이내에 입원한 병력과 입원한 이유를 주 증상이나 진단명으로 작성합니다.

2) 매일 복용 중인 약물의 수

- 신청인이 가지고 있는 다발성 복합질환의 연속적 질병관리를 위해 작성합니다.

3) 향후 3개월 이상 지속 복용이 필요한 약물(성분명 또는 상품명)

- 향후 3개월 이상 지속 복용이 필요한 약물을 성분명이나 상품명으로 작성할 수 있습니다.

라. 상기 기능장애 유발 질환의 질병 안정성 및 기능장애 회복 가능성

라. 상기 기능장애 유발 질환의 질병 안정성 및 기능장애 회복 가능성	
1) 질병 안정성	☐ 안정 (지난 3개월 내 큰 변화 없음) ☐ 불안정 (지난 3개월 내 호전 또는 악화되어 의료서비스가 필요함) ☐ 알 수 없음
2) 의료서비스 제공 시 6개월 이내 기능장애 회복 가능성	☐ 회복 가능 (마비, 보행, 정신기능 등의 회복이 일정 부분 가능함) ☐ 회복 곤란 ☐ 알 수 없음

작성방법

1) 질병 안정성

- '안정' : 주요 기능 장애 유발 질환의 증상이나 상태가 지난 3개월간 호전이나 악화가 없는 경우
- '불안정' : 급성기 치료가 진행 중이거나 환자의 증상이 지난 3개월간 호전이나 악화가 있는 경우

2) 의료서비스 제공 시 6개월 이내 기능장애 회복 가능성

- '회복 가능' : 주요 진단명의 급성기 치료가 끝난 후 의료 전문가적 관점에서 적극적 의료서비스(치료 또는 재활훈련 등)로 회복 가능성이 있는 경우
- '회복 곤란' : 치료나 재활 노력에도 불구하고 나빠지거나 회복 가능성이 없는 경우
- '알 수 없음' : 예후를 예측하기 어려운 경우 작성합니다.

마. 치료에 대한 의견

1) 지난 3개월 간 발생한 적이 있거나 향후 1개월 이내 발생 가능성이 높은 질환

마. 치료에 대한 의견		
1) 지난 3개월간 발생한 적이 있거나 향후 1개월 이내 발생 가능성이 높은 질환	☐ 없음	
	☐ 있음	[ ] 낙상/골절 [ ] 요실금 [ ] 욕창 [ ] 흡인성 폐렴 [ ] 탈수/영양장애 [ ] 심폐기능 저하(호흡곤란 등) [ ] 정신증상(섬망, 망상 등) [ ] 기타 ( )

작성방법

- 【낙상/골절】 : 의사소견서 신체 상태평가 중 '보행 능력 및 근력' 항목을 종합적으로 판단하며, Up & Go Test(의자에서 일어나 3m 걷고 돌아와 앉기) 시행하여 시간 소요가 21초 이상이거나 못하는 경우, 지난 6개월 이내에 낙상의 경험이 있는 경우도 포함합니다.
- 【요실금】 : 증상에 대해서 직접 질문하거나, 신체검사 시 소변냄새나 기저귀 착용을 확인합니다. 지속성 요실금을 의미하며, 일시적 요실금으로 치료 후 호전된 경우는 제외합니다.
- 【욕창】 : 환자가 와상상태(immobility)인 경우에 해당합니다.
- 【흡인성 폐렴】 : 사례가 자주 걸리거나 삼키는 것이 불안정한 경우를 확인합니다.
- 【탈수/영양장애】 : 신체검사(혀와 피부의 탈수증세), 영양장애(영양상태 및 식사행위 참고), 이뇨제 복용, 거동 불능(식사 및 음료 섭취의 문제 가능성) 등을 확인하여 평가합니다.
- 【심폐기능 저하(호흡곤란 등)】 : 심부전이나 만성 폐 질환 등에 의해 발생하는 호흡곤란을 확인하며, 'NYHA classification'을 적용하여 Class 2 이상이면 '있음'으로 판단합니다.

• Class 1: 운동시 숨 가쁨
• Class 2: 일상적인 활동에서 숨 가쁨 • Class 3: 가벼운 움직임에도 숨 가쁨 • Class 4: 휴식 시에도 숨 가쁨

【정신 증상(섬망, 망상 등)】

- 갑작스러운 의식장애의 급격한 변화가 있거나, 집중하기 어려워하는 주의력 결핍이 있고 일관성이 없거나 비체계적인 사고가 있는 경우 섬망을 의심합니다.
- 망상은 '사람들이 물건을 훔쳐 간다, 자신을 해치려 한다, 내 가족을 다른 사람이라고 믿는다, 가족들이 자신을 버리려고 한다, 배우자가 바람을 피운다, 모르는 사람들이 자신의 집에 와있다, 음식에 독이 들었다' 등의 표현을 하는지 관찰하거나 알아봅니다.

2) 감염성 질환 여부

2) 감염성 질환 여부	☐ 없음	
	☐ 있음	[ ] 활동성 결핵 [ ] 바이러스성 간염 [ ] 후천성면역결핍증 [ ] 옴 [ ] 다약제내성균 (균 종류:) [ ] 기타 ( )
	☐ 알 수 없음	

작성방법

문진, 의무기록을 통해 확인하며, 완전한 혈청학적 검사를 요구하는 것이 아니라 확인된 전염성 질환이 있을 경우 작성하며, 확인이 어려울 경우 알 수 없음을 선택합니다.

3) 향후 치료가 필요한 형태

3) 향후 치료가 필요한 형태	☐ 치료 불필요		
	☐ 의료기관 입원	[ ] 급성기 치료	[ ] 요양・재활치료
	☐ 외래 또는 방문진료	[ ] 외래진료	[ ] 방문진료・간호

작성방법

치료불필요 : 질병치료가 완료되고 약물투여나 기능재활치료가 필요 없는 안정상태에 있는 경우

- **급성기 치료** : 신청인의 상태나 증상이 일상생활에 지장이 있을 정도 또는 활력징후가 변할 정도로 심하면서 최근 1개월 이내에 새롭게 발생하거나 변동이 생긴 경우, 검사와 치료를 위해 입원이 필요하다고 판단되는 경우
- **요양·재활치료** : 신청인의 상태나 증상이 최근 1개월 이내에 변화 또는 악화가 생겼으나 위중하지는 않으면서 가족이 돌보기 어렵고 기능재활이나 기능보호가 필요하다고 판단되는 경우
- **외래진료** : 신청인의 상태나 증상이 최근 1개월 이내에 변화가 있으나 경증이면서, 자력 또는 다른 사람의 도움을 받아 외출할 수 있다고 판단되는 경우
- **방문진료·간호** : 신청인의 상태나 증상이 최근 1개월 이내에 변화가 있으나 경증으로 판단되는 경우, 도움을 받아도 외출이 어려워 가정방문이 필요하다고 판단되는 경우

제 3 쪽

2. 신청인의 신체 및 인지기능에 대한 의견

가. 신체상태

가. 신체상태					
1) 보행 능력 및 근력					
가) 보행보조기구 사용 여부	☐ 사용	[ ] 지팡이	[ ] 보행기	[ ] 휠체어	
	☐ 미사용	[ ] 자립 보행 가능		[ ] 자립 보행 불가	
나) 의자에서 일어나 3미터 걷고 돌아와 앉기	☐ 가능	[ ] 10초 이하	[ ] 11~20초	[ ] 21~30초	[ ] 30초 초과
	☐ 불가능				
다) 의자에서 5회 앉았다 일어서기	☐ 가능	[ ] 15초 미만	[ ] 15초~30초	[ ] 30초 초과	
	☐ 불가능				
라) 머리 뒤로 양손 깍지끼기	☐ 가능				
	☐ 불가능	[ ] 좌측 불가능	[ ] 우측 불가능	[ ] 양측 불가능	
마) 운동실조(움직임의 부조화) 또는 서동증(느림)	☐ 없음 ☐ 있음				

1) 보행 능력 및 근력

가) 보행 보조기구 사용 여부

작성방법

- 환자가 진료실에 들어오는 순간부터 관찰을 통해 보행 보조기구를 사용하고 있는지 확인하고, 만일 혼자 걸어오거나 보호자의 부축을 통해 진료실로 들어왔다면 '미사용'으로 선택하고 '자립 보행 가능' 또는 '자립 보행 불가'로 작성합니다.

나) 의자에서 일어나 3미터 걷고 돌아와 앉기

작성방법

- Timed up-and-go test를 실시하고 결과값(초)을 기록합니다.

> 이번에는 의자에서 일어나 저쪽에 표시된 지점을 돌아서 다시 의자에 앉는 검사입니다. 제가 초를 잴 것이니 가능한 빠른 걸음으로 걸으시면 됩니다. 제가 먼저 시범을 보여드리겠습니다. (의사의 시범) 먼저 양손을 무릎 위에 올려 놓으십시오. 준비가 되셨습니까? …3분 이내

- 평소 지팡이를 사용하면 지팡이를 짚고 검사를 진행하고, 휠체어를 사용하거나 독립적인 보행이 어려워 검사과정에서 낙상 위험이 높다고 판단되면 '불가능'으로 작성합니다.

다) 의자에서 5회 앉았다 일어서기

작성방법

- 표준설명(시범수행)에 따라 검사를 수행하고 결과값(초)을 기록합니다.

> 이번에는 의자에서 5회 팔을 쓰지 않고 앉았다 일어났다를 할 것입니다. 어르신은 이 검사를 하실 수 있다고 생각하십니까? 가능한 한 빠르게, 중간에 안 쉬고, 5번 일어나시면 됩니다. 팔은 가슴에 끼우십시오. 제가 먼저 시범을 보여드리겠습니다. (의사 시범) 그 시간을 제가 재겠습니다. 준비 되셨습니까?

- 기본적으로 앉기 또는 서기가 불가능한 경우 '불가능'으로 작성하며, 시간이 30초를 초과할 경우 검사를 중단할 수 있습니다.

라) 머리 뒤로 양손 깍지끼기

작성방법

- 먼저 시범을 보이고 이 동작을 따라 하도록 지시 후 관찰을 통해 작성합니다.
- 이는 상지근력, 관절 가동범위, 유연성, 구축 여부 등을 확인하기 위한 것으로 어떠한 이유(예를 들어, 근력저하, 편마비, rotator cuff syndrome)에서라도 수행할 수 없을 경우 '불가능'으로 작성합니다.

마) 운동실조(움직임의 부조화) 또는 서동증(느림)

작성방법

- 지금까지 수행한 신체기능 검사과정에서 손의 떨림(진전), 실조(지나치게 몸이 흔들림), 서동증(지나치게 느림) 등 파킨슨병이 의심되는 소견이 관찰될 경우 '있음'으로 작성합니다.

2) 영양상태 및 식사행위

2) 영양상태 및 식사행위		
가) 현재의 키와 체중	☐ 키 ( )cm ☐ 체중 ( )kg ☐ 측정 불가능	
나) 6개월 이내 체중감소 여부	☐ 예 (최근 6개월 이내 3kg 이상 감소) ☐ 아니오 ☐ 알 수 없음	
다) 식사행위	☐ 가능	[ ] 혼자 가능 [ ] 일부 도와주면 가능
	☐ 혼자 불가능	
라) 연하곤란 및 영양방법	☐ 없음	[ ] 일반식
	☐ 있음	[ ] 연하곤란식 [ ] 유동식 [ ] 비위관 [ ] 위루관

가) 현재의 키와 체중

작성방법

- 신체 계측을 통해 측정하고, 자발적 기립이 불가능하거나 균형 실조 등의 문제가 있는 경우 신체 계측을 생략할 수 있으며 이 경우 '측정 불가능'으로 작성합니다.

나) 6개월 이내 체중감소 여부

작성방법

- 의무기록을 확인하여 체중과 키 측정 기록이 있는 경우 이를 통해 체중감소 여부를 판단합니다.
- 참조할 의무기록이 없는 경우, 문진을 통해 체중감소 여부를 평가하며 '최근 6개월 이내 3kg 이상 체중감소가 발생하였습니까?'의 질문에 '예' 또는 '아니오'로 작성하고, 확인이 불가능한 경우에는 '알 수 없음'으로 작성합니다.

다) 식사행위

작성방법

- 문진을 통해 평가합니다.
- '혼자 가능'이란 식판(tray)의 음식이나 식탁 위에 손이 닿을 수 있는 위치의 음식을 혼자 먹을 수 있음을 의미하며, 여기에는 숟가락, 포크, 컵, 긴 빨대 등을 적절히 사용할 수 있다는 것을 포함합니다.
- 젓가락질은 어렵지만, 숟가락으로 음식을 혼자 먹을 수 있다면 '혼자 가능'으로 평가합니다.
- 숟가락 사용은 가능하나 음식을 뜰 수 없고, 숟가락에 음식을 올려주면 입으로 가져다 먹을 수 있다면 '일부 도와주면 가능'으로 평가합니다.
- 만일 모든 식사 과정을 타인에게 의존해야 한다면 '혼자 불가능'으로 평가합니다.

라) 연하곤란 및 영양방법

작성방법

- 주된 식이 유형과 경관영양 여부를 파악하기 위한 복합문항으로 문진과 진찰을 통해 평가합니다.
- 일단 경관영양(비위관, 위루)을 하고 있지 않다면, '밥을 주로 드십니까? 죽이나 미음을 주로 드십니까?'의 질문을 통해 일반식(normal diet, 밥) 또는 유동식(liquid diet, 죽 또는 미음)을 작성합니다.
- 경관영양을 실시하고 있는 경우 비위관 또는 위루관 여부를 관찰을 통해 확인합니다.
- 연하곤란은 반드시 검사(반복 침 삼키기 검사, 물 마시기 검사, 연하 내시경 검사 등)를 실시할 필요는 없습니다.

나. 인지기능

1) 치매진단 여부	☐ 있음 (진단 시기: 년 월경)	
	☐ 없음	[ ] 인지저하가 의심되나 진단받은 적 없음 [ ] 해당 없음
2) 치매치료 약물 복용 여부	☐ 예 ☐ 아니오	

1) 치매진단 여부

작성방법

- 문진을 통해 치매 과거력을 평가하며, 진단받은 과거력이 있으면 대략적인 진단 시기를 기록하고, 정확한 진단을 받지 않은 경우에는 진료 의사가 인지저하를 의심할만한 소견들이 있는지를 확인(최근 기억력 감소) 후 해당 사항이 없을 경우 '없음'으로 작성합니다.
- 문진과정에서 최근 기억력 저하, 지남력 저하 등의 소견이 관찰되면 진료 의사는 '인지저하가 의심되나 진단받은 적 없음'으로 작성하는 것이 적절합니다.

2) 치매치료 약물 복용 여부

작성방법

- 앞서 평가한 '향후 3개월 이상 지속 복용이 필요한 약물 목록'에서 이미 치매 관련 약물을 복용하고 있는 경우 추가 질문 없이 '예'로 작성합니다.
- 단, 이때의 치매약물은 AchE inhibitor 제제인 도네페질(아리셉트 등), 리바스티그민(엑셀론 등), 갈란타민(레미닐 등)이거나 Memantine 제제(에빅사 등)의 직접적인 근거 약물에 한하여 약물치료 여부를 기록하고, 그 외의 약제(예; ginkgo 제제나 choline alfoscerate 등)는 제외하여야 합니다.

3) 최근 6개월 이내 인지기능 선별검사 결과

3) 최근 6개월 이내 인지기능 선별검사 결과 ※ 기존 검사결과가 있는 경우 작성	☐ 선별검사 시행 일자 (　　년　　월) [　] MMSE (　　점) [　] GDS(Global Deterioration Scale) (　　) 또는 CDR(Clinical Dementia Rating) (　　)

작성방법

- 문진이나 의무기록 확인을 통해 최근 6개월 이내 인지기능 평가를 받은 적이 있는지를 확인하고, 기존 검사 결과가 있는 경우에는 선별검사 시행일자 및 검사결과를 작성합니다.

4) 인지기능 장애에 따른 행동 심리증상 유무

4) 인지기능 장애에 따른 행동 심리증상 유무 ※ 해당 증상 모두 체크	☐ 없음 ☐ 망상　☐ 환각　☐ 밤낮 바뀜 ☐ 배회　☐ 길을 잃음　☐ 공격적, 파괴적 행동 ☐ 섬망　☐ 돈/물건 등 감추기　☐ 부적절한 옷 입기 ☐ 불결한 행동　☐ 거부 및 저항　☐ 무감동/무기력 ☐ 그 밖의 특이증상(　　)

작성방법

- 망상

  - 사람들이 물건을 훔쳐간다, 자신을 해치려 한다, 내 가족을 다른 사람이라고 믿는다, 가족들이 자신을 버리려고 한다, 배우자가 바람을 피운다, 모르는 사람들이 자신의 집에 와있다, 음식에 독이 들었다 등의 표현을 하는지 관찰하거나 알아봅니다.

- 환각

  - 헛것을 보거나 환청을 들음을 표현하는지 확인하며 헛것을 보거나 듣는 듯한 행동(허공을 손으로 쫓는 행동)도 포함합니다.

- 의사소통이 곤란한 경우에는 신청인의 의사를 이해하며 가까이서 돌보는 보호자에게 확인합니다.

밤낮 바뀜

- 단순한 불면증이 아니라 밤에 잠을 자지 않으면서 문제행동이 함께 있는 경우에 해당합니다.
- 밤에 잠을 못자거나 쉽게 깨서 일어나 가족을 깨우거나, 이유 없이 밖으로 나가려 하고 짐을 뒤지거나 소리를 지르며 배회하는 등의 행동을 보이는지 확인합니다.
- 야간 빈뇨로 인한 수면장애는 포함하지 않습니다.

배회

- 불안해하며 안절부절 못하고 한군데 가만히 있지 못하고 서성거리는 증상이 있는 지 관찰하거나 확인합니다.
- 목적이 있는 행동(배고픈 사람이 먹을 것을 찾아 돌아다니는 것)이나 단순한 걸음걸이는 포함하지 않습니다.
- 의사소통이 곤란한 경우는 신청인의 의사를 이해하며 가까이서 돌보는 보호자를 통하여 확인합니다.

길을 잃음

- 혼자 외출하여 목적지를 찾지 못하고 다시 돌아오지 못하며 길을 잃고 헤맨 경우가 있는지 확인합니다.
- 집안에서도 거실이나 주방으로부터 방으로 돌아오지 못하는 경우도 포함합니다.

공격적, 파괴적 행동

- 마음에 들지 않으면 화를 내고 욕을 하며 폭언·폭행을 하는 등 위협적인 행동을 하는 지 확인합니다.

- 폭언은 고함치기, 욕하기, 알아들을 수 없는 말을 반복하거나 무의미한 소음 등을 의미하며,

- 폭행은 신체적 폭력행동으로 치기, 물기, 차기, 꼬집기, 손으로 남을 때리기 등의 행위를 포함합니다.

돈 / 물건 등 감추기

- 본인의 소유인지 타인의 소유인지 인식하지 못하고 숨기는 행동을 하는 지 확인합니다.

- 타인의 소유임을 명확히 알고 있으면서도 자신의 재산 증식이나 돈 관리를 위한 목적의식을 가지고 숨기는 경우는 포함하지 않습니다.

부적절한 옷 입기

- 여름에 겨울옷을 입는 등 계절에 맞지 않는 옷을 입거나, 옷의 입는 순서를 바꾸어 입고, 앞뒤를 구별하지 못하는지 확인합니다.

- 옷을 뒤집어 입거나 거꾸로 입는 경우, 속옷을 바깥으로 순서를 바꾸어 입는 경우도 포함하며,

- 단순히 신체기능상의 문제로 단추를 못 끼는 경우는 포함하지 않습니다.

불결한 행동

- 대변이나 소변 등 배설물을 가지고 부적절한 행동을 하는 지 확인합니다.

- 단순히 의복에 변이 묻거나 요실금으로 세탁이 필요한 옷을 갈아입지 않아 신체가 청결하지 못한 경우는 포함하지 않으며,

- 배설물을 치우지 않아서 밟게 되는 것도 포함하지 않습니다.

거부 및 저항

- 주위 사람들이 도와주려 할 때 저항하는 경우로 뚜렷한 이유 없이 옷을 입거나 세수, 목욕을 도와주려고 할 때 화를 내며 거부하거나 음식섭취를 거부하는지 확인합니다.

무감동 / 무기력

- 슬퍼 보이거나 기분이 처져 있으며 때로 울기도 하는 지 확인하며, 신청인의 감정 상태에 대한 객관적인 관찰과 주관적인 호소, 동반하는 신체 증상으로 판단합니다.
- 외양상 기분이 슬프고 우울해 보이며 몸이 처지고 동작도 둔해 보이고, 스스로 의욕이 없고 만사가 귀찮고 이렇게 살아서 무엇하나하는 비관적인 생각을 하며 동시에 불면증을 수반하기도 하며 식욕이 떨어지고 여러 가지 신체증상을 호소할 수 있습니다.

3. 요양보호 제공 수준 측정을 위한 자립생활 가능성에 대한 의견

3. 요양보호 제공 수준 측정을 위한 자립생활 가능성에 대한 의견		
가. 의식수준	☐ 명료(alert) ☐ 기면(drowsy) ☐ 혼미(stupor) ☐ 반혼수(semi-coma) ☐ 혼수(coma)	
나. 신체상태 ※ 실내생활의 독립적 수행 가능성	☐ 정상생활 가능	
	☐ 실내생활 도움 필요	[ ] 일부 도움 [ ] 많은 도움 [ ] 전적인 도움 (준와상 · 와상)
다. 정신상태	☐ 정상생활 가능	
	☐ 관찰과 도움 필요	[ ] 주 1~2회 [ ] 주 3~4회 [ ] 매일(현저한 정신증상 또는 준와상 · 와상)

가. 의식수준

작성방법

명료 (Alert) : 시각, 청각, 그리고 기타 감각에 대한 자극에 충분하고 적절한 반응을 즉시 보여주는 상태로 시간, 장소, 사람에 대한 지남력 있는 것을 말합니다.

기면 (Drowsy) : 졸음이 오는 상태로 정상적인 목소리로 이름을 불러 깨웠을 때 질문, 명령에 적절하게 반응을 하며 쉽게 깨어나는 상태를 말합니다.

- 혼미 (Stupor) : 계속적이고 강한 자극, 즉 큰 소리나 통증 또는 밝은 빛의 자극을 주면 반응이 있으며, 이때 간단한 질문을 하면 한 두 마디 단어로 대답을 하기도 하는 상태를 말합니다.
- 반혼수 (Semi Coma) : 혼수 전 단계로 표재성 반응 외에는 자발적인 근육 움직임은 거의 없으며 자극을 주었을 경우 신음소리를 내거나 말을 중얼거리기도 하며 꼬집으면 눈을 찡그리거나 그곳으로 손을 움직이는 정도로 의사소통은 불가한 상태를 말합니다.
- 혼수 (Coma) : 완전 무의식상태로 모든 자극에 반응이 없으며 어떠한 외부적 혹은 내부적 자극에 반응하지 않는 상태를 말합니다.

나. 신체상태

작성방법

구 분	판단기준
정상 생활 가능	느리더라도 일상생활을 독립적으로 하고 혼자 외출할 수 있는 상태입니다.
실내생활 일부 도움	실내생활에 가끔, 약간의 도움이 필요한 상태입니다.
실내생활 많은 도움	실내생활에 대부분의 경우 상당한 도움이 필요한 상태입니다.
전적인 도움 (준와상·와상)	실내생활은 도움을 필요로 하고 낮에도 주로 침대에서 생활하고 앉아 있으나 휠체어로 이동 가능합니다. 하루 종일 침대 위에서 생활하고 배설, 식사, 옷 갈아입기에서 도움이 필요한 상태입니다.

다. 정신상태

작성방법

구 분	판단기준
정상 생활 가능	자택 생활이 기본이고 혼자 사는 것도 가능합니다. 상담, 지도 등을 실시할 경우 증상의 개선이 가능한 상태입니다.
관찰과 도움 필요 주 1~2회	자택 생활이 가능하지만, 혼자 사는 것이 어려운 경우도 있기 때문에 지도 방문을 하거나 낮에 재가 서비스를 이용하여서 자택 생활의 지원과 증상의 개선이 가능한 상태입니다.
관찰과 도움 필요 주 3~4회	일상생활에 지장을 주는 행동과 의사소통의 곤란이 상당하여, 수발이 필요한 상태입니다.
매일(현저한 정신증상 또는 준와상·와상)	한시도 눈을 떼지 못하는 상태는 아니지만 안전을 위해 매일 보호자가 상주해야 할 정도로 혼자 생활하기 어렵기 때문에 방문지도와 야간의 이용도 포함한 재가 서비스가 필요한 상태입니다.

제 4 쪽

4. 특별한 의료처치 및 건강관리 필요 항목에 대한 의견

☐ 없음		
☐ 있음 ※ 해당 사항 모두 체크	[ ] 정기 모니터링(혈압, 혈당, 심박동, 산소포화도 등)	[ ] 다중질환 및 복약 관리
	[ ] 관절 및 근력 재활 운동	[ ] 요실금 및 배뇨관리(기저귀, 배뇨훈련 등)
	[ ] 욕창(2단계 이상)	[ ] 수술창상 치료
	[ ] 경관 영양(비위관, 위루관)	[ ] 도뇨관
	[ ] 산소 · 네뷸라이저 치료(호흡곤란 치료)	[ ] 인공호흡기 적용
	[ ] 기관지 절개	[ ] 투약용 정맥주사
	[ ] 중심 정맥영양	[ ] 말초 정맥영양
	[ ] 당뇨발 및 그에 준하는 피부질환	[ ] 인슐린 주사요법
	[ ] 투석(복막, 혈액)	[ ] 인공루(장루, 방광루 등)
	[ ] 암성 통증 및 그에 준하는 통증	[ ] 기타(내용:)

작성방법

- 신체검사에서 현재 기관지 절개(tracheostomy), 욕창, 경관 영양(tube feeding), 도뇨관(catheter), 인공루(장루, 방광루 등), 당뇨발 및 그에 준하는 피부질환(화상, 열창, 결손 등), 암성(그에 준하는) 통증 등이 있는 경우에 각각 '있음'으로 표시합니다.
- 욕창(2단계 이상) : 문진과 함께 반드시 환자의 신체를 살펴서 확인합니다.(엉치, 고관절 부위, 발뒤꿈치, 기타 환자의 상태에 따른 압박 부위)
- 피부질환 : 장기적인 관리가 필요한 피부의 질환이나 손상, 결손 및 깊은 상처(궤양, 화상, 수술 상처, 만성 피부병변 등)를 말하며, 방치하여도 수일 내에 아물 수 있는 단순 상처는 제외합니다.
- 다중 질환자로 불규칙적 약물복용이 의심되거나, 관절구축이 있거나, 활력징후 정기 모니터링이나 배뇨관리가 필요하거나, 네뷸라이저 치료, 인슐린 주사요법, 투석 중이면 건강관리 필요 항목에 각각 '있음'으로 표시합니다.

5. 그 밖의 특기사항

가. 지속적 질병 관리에 필요한 의학적 의견이나 신청인의 장기요양등급 판정과 개인별 장기요양이용계획서 작성에 참고할 수 있도록 특별히 주의해야 할 증상이나 정기적으로 관리해야 할 내용 등에 대해 작성해 주시기 바랍니다.

나. 국민건강보험공단이 장기요양인정 신청인에 대한 치매진단 확인이 필요하다고 판단하여 치매진단과 관련된 보완 서류를 추가로 요청하는 경우에는 보건복지부장관이 정하는 양식에 따라 해당 서류를 추가로 작성해야 합니다.

6. 의사소견서 발급 비용과 관련된 정보

6. 의사소견서 발급 비용과 관련된 정보	
발 급 일: 년 월 일	
의사 · 한의사 성명: (서명 또는 인)	
의사 · 한의사 면허번호: 제 호	
의료기관명(건강보험요양기관 기호):	(직인)
의료기관 주소:	전화번호:

Q&A

Q1 의사소견서가 왜 필요한가?

- 장기요양 인정자 선정을 위한 등급판정의 객관성 · 전문성 · 정확성 확보
- 장기요양등급 판정 및 개인별 장기요양이용계획서 작성에 활용

Q2 의사소견서를 발급할 수 있는 자는?

- 발급기관 : 「의료법」 상 의료기관 또는 「지역보건법」 상 보건소 · 보건의료원 · 보건지소
- 발급자격 : 보건복지부장관의 면허를 받은 의사 또는 한의사
  * 계약의사는 의사소견서 발급 가능

Q3 의사소견서 대신 얼마 전 발급받은 입원확인서, 진단서 또는 현재 다니는 병원의 주치의 소견서 등을 대체하여 사용 가능한지?

- 의사소견서는 반드시 「노인장기요양보험법 시행규칙」 별지 제2호서식에 따라 의사 또는 한의사가 발급한 것만 유효

Q4 의사소견서 발급의뢰서로 소견서를 발급받았으나 소견서를 분실하여 의료기관에서 재발급해준 경우, 공단에 발급비용을 재청구할 수 있는지?

- 의사소견서 발급비용은 신청인의 '의사소견서 발급의뢰서'를 확인 후 대면하여 의료적 판단한 내용을 작성한 경우에 산정하므로, 기 작성한 의사소견서의 비용을 재청구할 수 없음

Q5 의사소견서 발급을 위한 교육을 받지 않아도 의사소견서 발급이 가능한 지?

- 의사 또는 한의사는 별도 교육을 받지 않아도 발급 가능
- 다만, 치매진단 관련 보완서류는 보건복지부 지정 교육과정(치매진단 관련 보완서류 발급 교육)을 이수한 의사 또는 한의사(한방신경정신과 전문의)만 발급가능하며, 교육을 이수한 의사가 근무하는 의료기관 목록을 노인장기요양보험 홈페이지에 게시하여 안내