

의안번호	제 호	의결사항
의결 연월일	2022. . . (제 회)	

노인장기요양보험법시행규칙
일부개정령안

제출자	국무위원 ○○○ (보건복지부장관)
제출연월일	2022. . .

법제처 심사 전

1. 개정이유 및 주요내용

장기요양인정을 신청하는 사람이 제출하여야 하는 의사소견서가 전반적 질병이나 건강 상태 등을 포괄적으로 평가할 수 있도록 의사소견서의 서식을 개정하는 등 현행 제도의 운영상 나타난 일부 미비점을 개선·보완하도록 하는 것임.

2. 참고사항

가. 관계법령 : 생 략

나. 예산조치 : 별도조치 필요 없음

다. 합 의 : 해당기관 없음

라. 기 타 : 1) 신·구조문대비표, 별첨

2) 입법예고(2022. 10. 14. ~ 11. 23.) 결과,

노인장기요양보험법 시행규칙 일부개정령안

노인장기요양보험법 시행규칙 일부를 다음과 같이 개정한다.

별지 제1호의2서식 작성방법 및 유의사항란의 65세 미만인 사람이 신청할 수 있는 노인성 질병의 종류를 다음과 같이 한다.

작성방법 및 유의사항

<작성방법>

신청서명은 해당하는 곳에 √표를 합니다.

※ 65세 미만인 사람은 다음의 노인성 질병이 있는 경우에만 신청할 수 있습니다.

- 치매(F00*, F01, F02*, F10.7, G31.00, G31.82, F03), 알츠하이머병(G30), 뇌혈관질환(I60~I67, I68*, I69), 파킨슨병(G20), 이차성 파킨슨증(G21), 달리 분류된 질환에서의 파킨슨증(G22*)
- 중풍후유증(U23.4) 및 진전(R25.1)
- 기저핵의 기타 퇴행성 질환(G23), 척수성 근육위축 및 관련 증후군(G12), 달리 분류된 질환에서의 일차적으로 중추신경계통에 영향을 주는 계통성 위축(G13), 다발경화증(G35)

별지 제2호서식을 별지와 같이 한다.

부 칙

제1조(시행일) 이 규칙은 2023년 1월 1일부터 시행한다.

제2조(서식에 관한 경과조치) 이 규칙 시행 당시 종전의 규정에 따라 발급된 서식은 2023년 2월 28일까지 이 규칙에 따른 개정서식과 함께 사용할 수 있다.

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 원인질환이 더 있는 경우 작성) 발병 시기(년 월경)

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

1) _____ 발병 시기(년 월경)

2) _____ 발병 시기(년 월경)

3) 기타 동반 질환명 _____

다. 최근 입원치료 여부 및 지속적인 복용이 필요한 필수 투여약물

1) 최근 1년 이내 입원 내역 ☐ 없음
☐ 있음 (시기 및 사유: 년 월, 약 일간, 주증상 또는 퇴원시 진단명)

2) 현재 매일 복용 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 필요)
- ☐ 알 수 없음

2) 의료서비스 제공 시 6개월 이내
기능장애 회복 가능성

마. 치료에 대한 의견

1) 지난 3개월 간 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		
	☐ 입원치료	☐ 급성기병원	☐ 요양병원 또는 재활병원
	☐ 외래 또는 방문진료	☐ 외래진료	☐ 방문진료 또는 방문간호

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	☐ 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 깎지끼기	☐ 가능		
	☐ 불가능	☐ 좌측 불가능	☐ 우측 불가능 ☐ 양측 불가능
마) 운동실조 및 서동증	☐ 없음		
※ 신체 움직임의 부조화나 느낌	☐ 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	☐ 선별검사 시행 일자 (년 월)
※ 기존 검사결과가 있는 경우 작성	☐ MMSE (점)
	☐ GDS(Global Deterioration Scale) () 또는 CDR(Clinical Dementia Rating ()
4) 인지기능 장애에 따른 행동 심리증상 유무	☐ 없음
※ 해당 증상 모두 체크	☐ 망상 ☐ 환각 ☐ 밤낮 바뀔 ☐ 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	☐ 정상생활 가능
※ 실내생활의 독립적 수행 가능성	☐ 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(현재한 정신증상 또는 준와상·와상)

210mm×297mm[백상지 80g/㎡(재활용품)]

☐ 있음

※ 해당 사항에
모두 체크
하여 주시기
바랍니다.

- ## 5. 그 밖의 특기사항

-

의사·한의사 성명: (서명 또는 인)

의료기관명(건강보험요양기관 기호): 전화번호:

의료기관 주소: [직인]

– 6 –