

# 「계약의사 및 협약의료기관 운영 매뉴얼」

[시설급여기관용]



## ◆ 목 차 ◆

|                                        |           |
|----------------------------------------|-----------|
| <b>I. 개요</b>                           | <b>1</b>  |
| • 배경/ 목적/ 관련법령 및 규정                    | 1         |
| <b>II. 계약의사 및 협약의료기관 운영</b>            | <b>2</b>  |
| 1. 계약의사                                | 2         |
| • 개요/ 운영 절차/ 계약의사 활동                   | 2         |
| 2. 협약의료기관                              | 6         |
| • 개요/ 운영절차/ 의사 활동                      | 6         |
| 3. 계약의사-협약의료기관 비교                      | 7         |
| <b>III. 코로나19로 인한 한시적 계약의사 제도 운영</b>   | <b>8</b>  |
| 1. 계약의사의 유선상담을 통한 처방전 발급 한시적 허용        | 8         |
| 2. 코호트 격리 요양시설 계약의사의 원격진찰비용 산정         | 9         |
| <b>IV. 지정 및 신고</b>                     | <b>10</b> |
| 1. 계약의사 지정(갱신지정) 및 신고 절차               | 10        |
| • 계약의사 지정절차                            | 10        |
| • 계약의사 지정정보 등록 및 시군구 신고                | 11        |
| 2. 의료기관 협약 및 신고 절차                     | 21        |
| • 의료기관 협약 절차                           | 21        |
| • 시군구 비정형업무 보고                         | 21        |
| <b>V. 계약의사 및 협약의료기관 관련 다빈도 Q&amp;A</b> | <b>23</b> |
| <b>VI. 참고사항</b>                        | <b>32</b> |
| • 참고1 시설급여 평가매뉴얼(계약의사)                 | 32        |
| • 참고2 노인복지법 시행규칙(인력배치기준&운영기준)          | 33        |
| • 참고3 장기요양급여제공기준 및 급여비용산정등에 관한 고시      | 35        |
| • 참고4 협약의료기관 및 계약의사 운영규정               | 37        |
| • 참고5 직역별 지역의사회(치과의사회, 한의사회)           | 54        |

- ▶ 본 매뉴얼은 노인복지법 시행규칙, 협약의료기관 및 계약의사 운영규정, 지역별 (의사, 치과의사, 한의사) 계약의사 운영지침, 사회복지시설정보시스템 및 사회 보장정보시스템(행복e음) 매뉴얼 등을 기초로 하여 노인요양시설 및 노인요양 공동생활가정의 계약의사 및 협약의료기관에 대한 업무 편의를 위해 정리

## □ 배경

- 「노인복지법 시행규칙」 (이하 ‘시행규칙’)에 따른 노인의료복지시설은 입소자의 건강관리를 위해 계약의사를 두거나 의료기관과 협약을 체결하여 의료연계체계를 구축하도록 규정하고 있으나,

- 계약의사 및 협약의료기관 미지정\*인 상태로 운영하는 기관이 지속적으로 발생하고 있어 입소자의 의료서비스 공백 우려

\* '21년 미지정 현황: 노인요양시설 191개소(4.7%), 공동생활가정 481개소(27.1%)

## □ 목적

- 시설급여제공기관의 계약의사 및 협약의료기관에 대한 이해도를 높이고 입소자에 대한 적정 의료서비스 제공 및 적기 의료연계 체계 구축을 지원하여 운영 내실화를 도모

## □ 관련 법령 및 규정

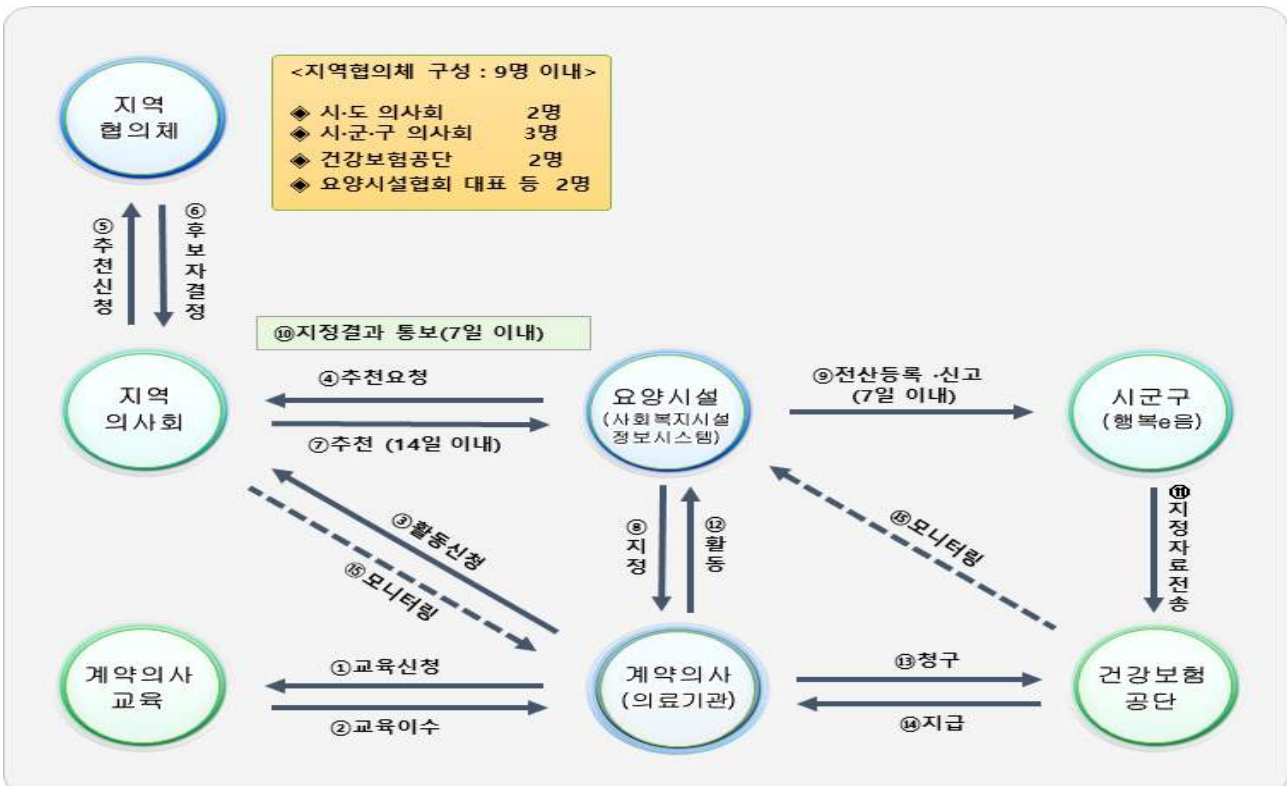
- 「노인복지법 시행규칙」 제22조제1항 및 제2항(별표4, 별표5)
- 노인보건복지사업안내(Ⅰ)의 「협약의료기관 및 계약의사 운영규정」
- 「장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시」 제43조(시설급여 제공기준), 제44조의2(계약의사 활동비용), 제44조의3(계약 의사 활동비용 산정방법)

## 1 계약의사

## □ 개요

- (지정) 시설장은 입소자의 건강관리를 위해 직역별(의사, 한의사, 치과의사) 협회 지역 의사회에서 추천한 의사를 계약의사로 지정(복수지정 가능)
- (자격·임기) 의사, 한의사, 치과의사 모두 가능, 임기는 1년
- (교육) 직역별 협회 주관 3시간의 교육\* 이수, 교육이수자 보건복지부 통보
  - 계약의사 교육은 1회만 이수(매년 갱신 필요 없음)
- \* 계약의사제도 및 노인장기요양보험제도 이해, 계약의사 활동 및 임상문제 관리 등
- (기능) ①요양시설 입소자별 월 2회 이상 진찰을 통해 건강상태 확인 및 적절한 조치, ②간호지시 및 투약 처방, 이행여부 확인, ③의료기관으로의 전원이 필요한 경우 전원 권유 등

## □ 운영 절차





## □ 계약의사 활동

- (활동기록) 건강상태 확인 후 '포괄평가기록지' 작성(시설 보관),  
원외처방전 발급 시 '진료기록부' 작성(의료기관 10년 보관)
- (활동비용) 장기요양급여비용 적용
  - (진찰비용) 수급자의 건강상태 확인 후 진찰한 경우 산정하며,  
건강보험 의원급 외래환자 초진·재진 진찰료 준용함
  - 계약의사 1인 1일 50명, 월 최대 150명까지 산정
  - 수급자 1인당 진찰비용 1일 1회, 월 2회까지(방문간격 2주이상 두도록 노력)
  - 직역(의사, 한의사, 치과의사)이 다른 계약의사가 동일 수급자를 진찰 한  
경우 수급자 1인의 진찰비용을 일 1회, 월 1회 추가 산정
  - 동일 의료기관에 소속된 계약의사가 2인 이상인 경우, 계약의사가  
소속된 의료기관당 월 최대 300명까지 산정
  - 해당 요양시설에서 계약의사가 수급자를 처음 진찰한 경우(병명,  
기간 불문) 이외 재진비용\* 적용
  - \* 계약의사 소속 요양기관명 또는 요양기관기호가 변경되어도 지정받은  
계약의사가 동일한 경우 초진비용이 아닌 재진비용 산정
  - (본인부담금) 진찰비용 중 본인부담금은 요양시설에서 계약의사  
소속 의료기관의 계좌로 지급 ... 「고시」 제43조(시설급여 제공기준) 제6항

### <계약의사 진찰비용 및 본인부담금>

2022년 기준(단위: 원)

| 구분         | 수급자 본인부담금 |               |          |           |
|------------|-----------|---------------|----------|-----------|
|            | 일반(20%)   | 감경(8%/12%)    | 의료급여(8%) | 기초수급자(0%) |
| 초진(16,970) | 3,390     | 1,350 / 2,030 | 1,350    | 0         |
| 재진(12,130) | 2,420     | 970 / 1,450   | 970      | 0         |

- (방문비용) 계약의사가 요양시설을 방문하여 진찰한 경우 산정
  - 회당 53,000원(수급자 본인부담 없음)
  - 방문 기관의 수를 불문하고 계약의사당 월 2회 까지 산정 가능  
하며, 요양시설 현원기준으로, 수급자 50인 초과 시 1인의 계약  
의사가 활동하는 경우 월 3회까지 산정

<방문비용 산정기준>

| 계약의사 수 | 수급자 50인 이하 | 수급자 50인 초과                                   |
|--------|------------|----------------------------------------------|
| 1인     | 1인당 월 2회   | 1인당 월 3회                                     |
| 2인     | 1인당 월 1회   | <b>2인에게 총 월3회*</b><br>(2인 기준으로, 1인당 총 3회 아님) |
| 3인 이상  | 1인당 월 1회   | 1인당 월 1회                                     |

※ 방문비용 산정은 요양시설에 등록되어 있는 계약의사 기준임

- 계약의사 2인의 경우, 요양시설에서 주계약의사 설정 → 미설정시 2인의 계약의사 모두 청구 불가

☞ (요양시설 주계약의사 설정) ①근무내용관리 → ②근무내용신고-근무내용입력(주계약의사 체크) → ③근무내용제출 → ④결정요청

☞ 주계약의사는 방문비용 2회, 부계약의사는 방문비용 1회 산정

○ (원외처방전 발급) 건강보험 요양급여비용 적용

- (수가) 처방의사가 속한 요양기관종별 재진진찰료 중 외래관리료
- (본인부담금) 「국민건강보험법시행령」 별표2 따른 외래본인부담률

○ (계약의사 활동내역 알림) 알권리 보장을 위하여 계약의사 진찰비용 청구내역을 기준으로 급여계약통보서 상의 계약자에게 입소자의 계약 의사 진찰내역 문자 발송

- (발송시기) 월 1회 발송(매월 20일 이후)
- (발송조건) 전월~전전월의 계약의사 진찰 청구내역

※ (알림문자 例) 홍길동님, 김건강님이 22.03.11. 22.03.24. 2회 계약의사 진찰을 받으셨습니다. 국민건강보험공단

○ (계약의사 활동비용 청구) ... 계약의사 소속 의료기관에서 청구

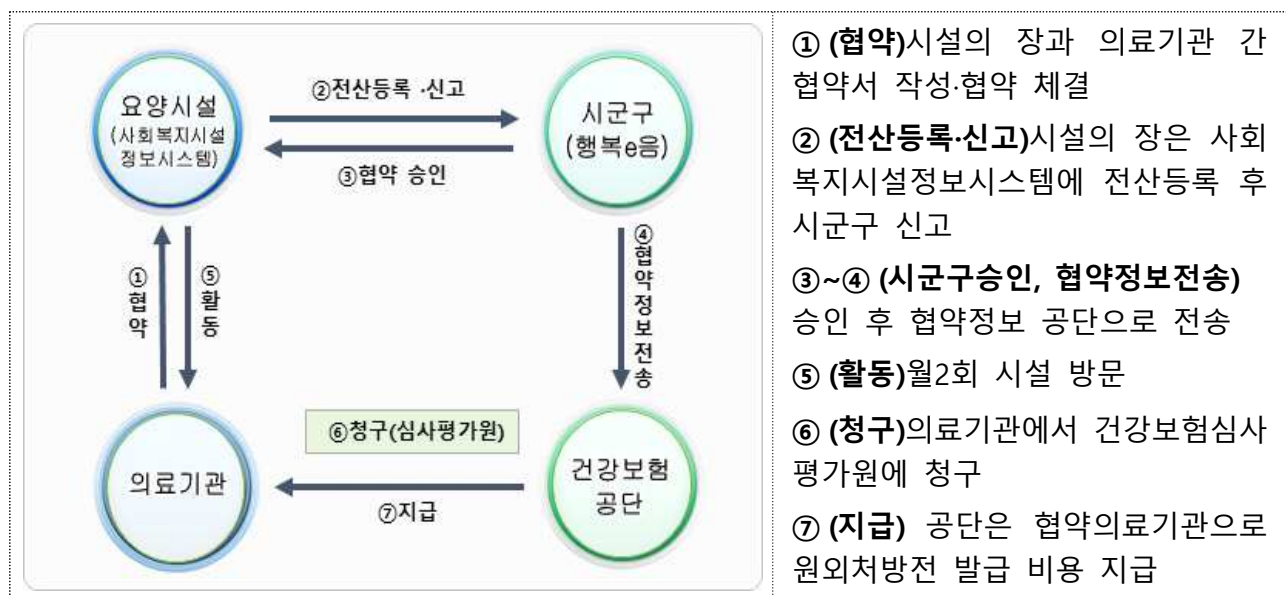
- (청구기간) 진찰일 익월 11일부터 3년 이내
  - (진찰비용) 요양시설 시설급여비용 청구 시 자료제출(입소자, 종사자, 기타자료 등) 후 가감산 결정요청이 이루어진 이후 청구
  - (방문비용) 진찰비용이 청구된 후 청구 가능
- (청구방법) 의료기관이 (신)요양기관 정보마당(medicare.nhis.or.kr)에서 청구

## 2 협약의료기관

### □ 개요

- (협약) 의료기관과 협약을 통하여 입소자의 건강관리 및 응급이송 시스템 구축 등 의료서비스 질 제고 ... 시설장-의료기관장 간 협약 체결
- (기능) ①협약의료기관의 의사가 정기적(월 2회 이상)으로 시설을 방문하여 입소자의 건강상태를 평가하고 적절한 조치 또는 권고하며, ②시설에서 응급환자가 발생하였을 경우 협약의료기관 등으로 즉시 후송하고 진료 후 필요한 경우 입원치료를 하거나 후송, ③입소자 건강상태에 대한 상시적 의료상담 등

### □ 운영 절차



### □ 의사 활동

- (활동기록) 건강상태 확인 후 '포괄평가기록지' 작성(시설 보관), 원외처방전 발급 시 '진료기록부' 작성(의료기관 10년 보관)
- (활동비용) 원외처방전 발급만 가능, 진찰비용, 방문비용 산정 불가
  - (처방전 발급) 의사가 속한 요양기관중별 재진진찰료 중 외래관리료 산정
  - (본인부담금) 「국민건강보험법시행령」 별표2의 외래본인부담률 적용

### 3 계약의사-협약의료기관 비교

| 구분    |    | 계약의사                                            | 협약의료기관                                 |
|-------|----|-------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 기준    | 자격 | 의사, 한의사, 치과의사                                   | 협약의료기관 소속 의사                           |
|       | 절차 | 시설장이 지역 의사회 추천을 받아 계약 및 지정                      | 시설장과 의료기관장간 협약 체결                      |
|       | 신고 | 입·퇴사, 장기요양 인력변경 신고<br>(계약의사 성명 등 16개 항목 등록)     | 비정형 업무보고(협약서 제출)                       |
|       | 교육 | 협회별 3시간 교육 필수                                   | 관련교육 없음                                |
|       | 임기 | 1년                                              | 협약(협약사항)                               |
| 비용    | 적용 | 진찰비용⊕방문비용<br>(장기요양급여비용)<br>* 원외처방전 발급비용(요양급여비용) | 원외처방전 발급 비용<br>(건강보험 요양급여비용)           |
|       | 청구 | 의료기관이 공단에 청구<br>* 원외처방전(건강보험심사평가원 청구)           | 의료기관이 건강보험심사평가원 청구                     |
| 진찰 기록 | 작성 | 계약의사                                            | 방문 의사                                  |
|       | 기록 | ① 포괄평가기록지(진찰 내용),<br>② 진료기록부(원외처방전 발급)          | ① 포괄평가기록지(진찰 내용),<br>② 진료기록부(원외처방전 발급) |
|       | 보관 | ① 요양시설, ② 의료기관(10년)                             | ① 요양시설, ② 의료기관(10년)                    |

### III 코로나19로 인한 한시적 계약의사 제도 운영

#### 【 개 요 】

- ◆ (목적) 요양시설의 감염병 확산 방지를 위해 계약의사의 시설 방문이 곤란한 경우, 계약의사 방문예정일(월2회)에 유선상담 후 원외처방전을 발급할 수 있도록 한시적 허용으로 수급자에 대한 지속적 의료서비스 제공되도록 함
- ◆ (시행시기) '20.3.1.부터 별도 종료 통보시까지
- ◆ (추진근거) 「보건의료기본법」 제39조 및 제44조, 「의료법」 제59조제1항, 「감염병예방법」 제4조

#### □ 계약의사의 유선상담을 통한 처방전 발급 한시적 허용

- (조건) 계약의사는 요양시설의 간호인력과 협업으로 유선상담을 통한 입소자의 건강상태를 확인하고, 의료적 판단에 따라 안전성이 확보된다고 판단되는 경우에 원외처방전 발행
  - 원외처방전 발행은 안전성 확보를 고려하여 재진만 가능
    - ※ 대면을 필요로 하는 초진은 허용하지 않음
- (기록) 원외처방전 발행 후 포괄평가기록지 'Management Plan' 내용 작성
  - 전화상담(투약처방) 내용 작성 보관 ... 요양시설 방문 시 이관
- (비용) 원외처방전이 발행된 진찰 건에 한하여 재진 진찰비용의 50% 지급
  - 계약의사가 상담만 진행하고 원외처방전 발행이 없는 경우는 진찰비용 청구 불가
  - ※ 원외처방전 발급비용은 현행과 동일하게 별도 지급, 방문비용(53,000원) 미지급

#### < 진찰비용 및 본인부담금 >

2022년 기준 (단위: 원)

| 서비스 코드   | 서비스명              | 총액*   | 본인부담금    |               |           |              |
|----------|-------------------|-------|----------|---------------|-----------|--------------|
|          |                   |       | 일반 (20%) | 감경대상 (8%/12%) | 의료급여 (8%) | 기초생활 수급자(0%) |
| D1129000 | 원외처방전<br>전화상담(특례) | 6,070 | 1,210    | 480/720       | 480       | 0            |

\* 총액 : 재진 진찰비용의 50% 산정 금액

## □ 코호트 격리 요양시설 계약의사의 원격진찰비용 산정

### ○ (대상) 코호트 격리된 장기요양기관의 비확진 격리자

※ 격리자 중 확진자는 재택치료 대상으로 별도의 기준에 따른 관리 대상임

### ○ (조건) 요양시설의 간호인력과 협업으로 유·무선 전화, 화상통신을 활용한 상담을 통해 입소자의 건강상태를 확인하고 의료적 판단에 따라 안전성이 확보된다고 판단되는 경우 진찰 또는 필요시 원외처방전을 발행

※ (적용제외) 요양시설은 코호트 중이나 개인별, 구역별로 격리 해제된 입소자

### ○ (기준) 유·무선 전화 또는 화상통신을 활용하여 진찰한 경우 원외처방전 발급과 상관없이 진찰비 지급

※ (적용제외) 문자메시지, SMS, 카카오톡 등 제외

### ○ (적용기간) '21. 12. 28. ~ 별도 공지시까지

- 유·무선 또는 화상통신을 활용하여 진찰한 급여제공일부터 적용

### ○ (진찰횟수) 코호트 격리 기간 내 제한 없음

### ○ (인정비용) 계약의사 재진 진찰비용의 100% 지급

※ 방문비용(53,000원) 미지급

- (본인부담금) 격리 해제 시까지 본인부담률에 따라 부담

\* 일반(20%), 감경(12%/8%), 의료급여(8%), 기초수급자(0%)

- (원외처방전) 건강보험 급여비용 청구(재진진찰료 중 외래관리료)

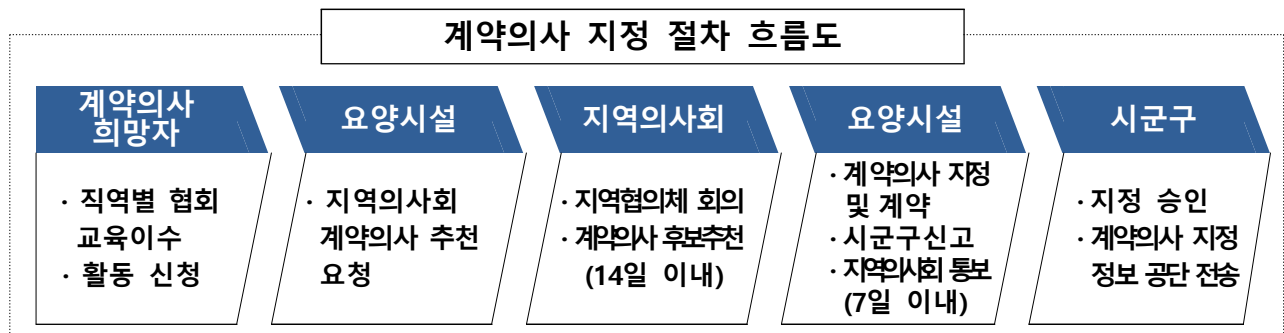
### ○ (진찰기록) 계약의사는 유선 또는 영상으로 진찰 및 원외처방전을 발급한 경우 포괄평가기록지 [Management Plan] 란에 코호트 격리 기간 및 진찰 내용 등을 작성하고 요양시설 방문 시 이관하여 보관

## IV 지정 및 신고

### 1 계약의사 지정(갱신지정) 및 신고 절차

#### □ 계약의사 지정 절차

- (요양시설) 지역의사회에 추천요청 ... 「계약의사 추천요청서」 송부
- (지역의사회) 요양시설에 계약의사 추천(14일 이내) ... 「계약의사 추천서」 송부
- (요양시설) 계약의사 지정(7일 이내)
  - 지역의사회가 추천한 계약의사 지정 → 계약의사와 계약(요양시설 계약의사 협약서 작성) → 사회복지시설정보시스템 등록 → 시군구 신고 → 지역의사회 지정 계약의사 통보(계약의사 지정통보서 송부)
- (지정임기) 1년
  - 임기만료 전 반드시 계약의사 지정을 갱신하여야 함
  - ※ 최초 지정절차와 동일하게 진행, 지정까지 최소 2~3주 정도 소요되므로 계약기간 만료 전 미리 준비



#### □ 계약의사 지정정보 등록 및 신고 방법 ... 사회복지시설정보시스템

- (최초지정) 계약의사 입사보고 및 장기요양 인력변경 보고 모두 진행
- (동일의사 재지정) ①계약의사 퇴사보고 → ②시군구 승인 후 ③입사 보고 및 장기요양 인력변경 보고 진행
- ※ 최초지정 또는 동일의사 재지정 시 모두 지역의사회 추천을 받아야함
- ※ 계약의사 지정 관련 공단 전산 반영은 요양시설에서 시군구에 신고한 ‘장기요양기관-인력변경관리’ 내용이 반영됨

□ 계약의사 지정정보 등록 및 시군구 신고... 사회복지시설정보시스템

○ 계약의사 지정정보 등록

- (화면경로) 인사/급여/세무/자산>>인사관리>>인사관리>>인사카드관리

① 신규 버튼 클릭

② 직원번호 입력 + 이름항목의 [실명인증] 및 성명, 주민번호 입력

※ 부서(부서코드에 등록된 부서명 선택), 직위(기초코드에서 등록한 [계약의사] 선택), 직종(기초코드에 등록된 [계약의사] 선택) 등 √ 표시 필수 입력, 나머지 항목은 선택사항

③ 기본사항 √ 표시 필수항목 모두 입력

※ ②번에서 직위와 직종 모두 [계약의사] 선택 시, 기본사항 하단에 계약의사 정보 입력 가능

④ **자격면허** 탭에서 자격종류 · 자격번호 · 자격취득일 입력

※ 미입력시 [장기요양기관»인력변경관리-인력변경현황] 자격정보가 자동구현 되지 않음

⑤ 필수 항목 입력 후 **저장** 버튼 클릭

## ↳ ④ **자격면허** 탭 입력

The screenshot shows the '인사카드관리' (Personnel Card Management) system. The sidebar on the left contains various management tabs, including '인사카드관리' (Personnel Card Management). The main area displays a search bar and a list of personnel. A detailed form for editing a specific personnel record is shown, with fields for personal information, employment details, and a table for license information. Red circles and boxes highlight key elements: 1. The '행추가' (Add) button in the top left of the main area. 2. The '자격면허' (License) tab in the sidebar. 3. The '저장' (Save) button in the top right of the main area. The detailed form includes fields for personal information, employment details, and a table for license information.

인사카드관리 화면에서 **자격면허** 탭 클릭

① **행추가** 버튼 클릭

② ✓ 표시 필수항목 입력(자격면허코드, 자격면허번호, 취득일자, **자격증 첨부**)

③ **저장** 버튼 클릭

○ 시군구에 종사자 입·퇴사 보고

- (화면경로) 시군구보고»공문작성»종사자»입퇴사보고 조회



① **입사보고** 버튼 클릭

※ **(퇴사보고)** 동일 계약의사를 재지정하는 경우 퇴사보고 → 시군구 승인 후  
입사보고 진행(입사보고 절차와 동일하게 진행)

## · 공문 입력

- ① **공문** 탭 클릭
- ② √ 표시 필수 항목 중 보고시군구, 수신자, 발신명의, 시행일, 공개여부 등 자동 생성된 항목 확인 후 **제목, 본문, 문서번호** 등 미입력된 √ 표시 필수 항목 입력
- ③ 파일첨부(계약의사 면허증, 계약의사 협약서, 계약의사추천서 등)  
※ 각 시군구별 첨부사항이 다를 수 있으므로 시군구 문의)
- ④ **저장** 버튼 클릭

•

| 시설종사자                                                                             |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----|
|  | 순번 |
|  | 1  |

- ①

## ○ 장기요양기관 인력변경 전산등록

- (화면경로) 시군구보고»공문작성»장기요양기관»인력변경관리

① **행추가** 버튼 클릭

② (직원조회) 입사일자 및 직원명으로 조회, 해당 직원 체크 후 **선택** 버튼 클릭

③ **직종(계약의사 선택)**, 근무시작일자 등 √ 표시 필수 항목이 정확하게 입력되었는지 확인 후 **미입력 된 √ 표시 필수 항목 입력**

※ 직원명, 주민등록번호, 시스템 직원번호, 직원번호는 자동 생성됨

※ 자격종류·자격번호·자격취득일은 **인사카드관리**에서만 입력 가능

④ **저장** 버튼 클릭

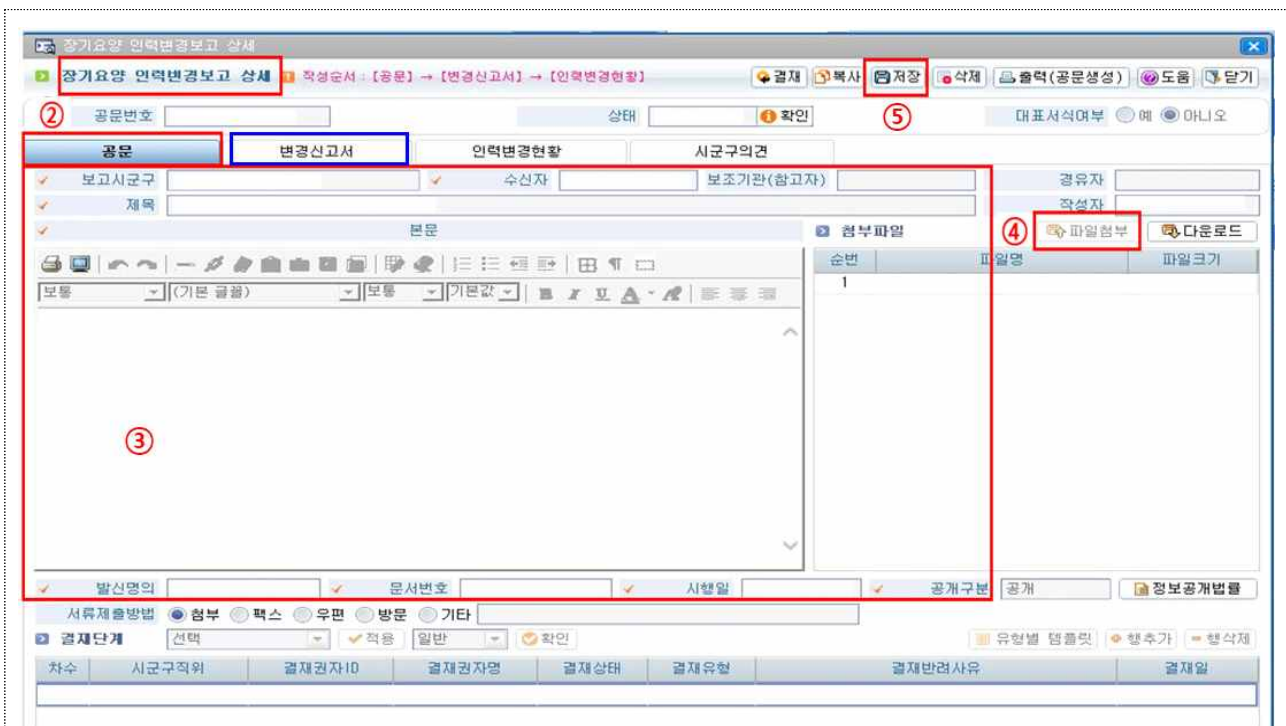
○ 시군구에 장기요양기관 인력변경 보고

- (화면경로) 시군구보고»공문작성»장기요양기관»인력변경공문



① **신규** 버튼 클릭

• **공문** 입력



② **공문** 탭 클릭

③ √ 표시 필수 항목 중 보고시군구, 수신자, 발신명의, 시행일, 공개여부 등 자동 생성된 항목 확인 후 **제목, 본문, 문서번호** 등 **미입력된 √ 표시 필수 항목 입력**

④ 파일첨부(계약의사 면허증, 계약의사 협약서, 계약의사추천서 등)

※ 각 시군구별 첨부사항이 다를 수 있으므로 시군구 문의)

⑤ **저장** 버튼 클릭 ⇒ **변경신고서** 탭 클릭(이동)

## · 변경신고서 입력

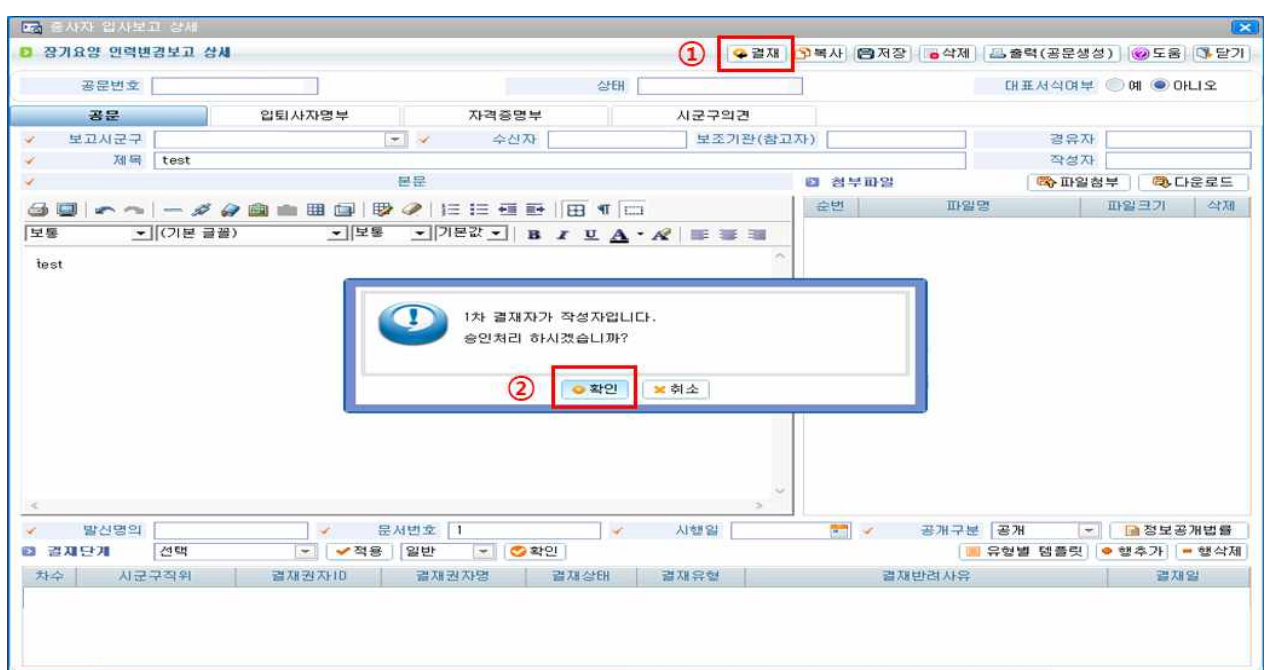
- ① **변경신고서** 탭 클릭 ⇒ ② 변경내용 등 √ 표시 필수 항목 입력
- ③ **저장** 버튼 클릭 ⇒ **인력변경현황** 탭 클릭(이동)

## · 인력변경현황 입력

- ① **인력변경현황** 탭 클릭 ⇒ ② 직원명(계약의사) 입력 후 조회
- ③ 대상 추가 ⇒ ④ **저장** 버튼 클릭



- ① **출력(공문생성)** 클릭
- ② **공문** 체크 후 → ③ **공문생성** 클릭, **변경신고서** 체크 후 → ④ **공문생성** 클릭
- ④ **인력(변경)현황** 클릭 후 ⑤ **출력** 버튼 클릭 ⇒ ⑥ 창닫기



- ① **결재** 클릭 ⇒ ② 팝업창 **확인** 버튼 클릭

결재가 완료되면 **시군구제출** 버튼이 활성화 되며, 최종 확인 후 ① **시군구제출** 버튼 클릭  
 ※ 시군구 제출 후에는 문서회수 및 수정 불가

☞ 계약의사 인력변경신고 전산관련은 시군구 행복e음 콜센터(1566-3232)로 문의

### 유의사항

- ★ **(동일 계약의사를 재지정하는 경우)** 사회복지시설정보시스템-인사카드 관리에서 기존 계약종료일에 맞춰 **퇴사처리 후** 신규 생성하여 입력  
 ※ 기존 이력에 새로운 이력을 덮어쓰우거나 삭제 후 추가 입력할 경우, 기존내역이 없어져 의료기관에서 기존의 계약기간 내의 진찰비용을 청구할 수 없음
- ★ **(인사카드관리 전산등록)**
  - '**직위**' 및 '**직종**'을 반드시 '**계약의사**'로 입력  
 ※ 인사카드관리-기본사항 탭-하단 화면이 생성되지 않아 계약의사 정보를 입력 할 수 없음
  - 계약의사 교육(이수여부, 이수일자, 지부명), 지역의사회 추천(추천여부, 추천일자, 추천지부) 반드시 입력
- ★ **(인력변경관리 전산등록)** '**직종**' 반드시 '**계약의사**'로 입력

## 2 의료기관 협약 및 신고 절차

### □ 의료기관 협약 절차

- (협약체결) 요양시설과 의료기관 간 협약 체결\*
  - \* ‘협약의료기관 및 계약의사 운영규정’ 붙임5-1(협약서) 작성
- (시군구 보고 및 협약내용 등록 요청) ... ①사회복지시설정보시스템 비정형업무보고 → ②시군구 승인 → ③시군구 담당자에게 협약내용 등록 요청(시군구 행복e음『장기요양기관 대장관리』 전산화면)

### □ 시군구 비정형업무 보고 ... 사회복지시설정보시스템

- (화면경로) 시군구보고»공문작성»비정형업무보고»비정형업무보고 조회

The screenshot illustrates the workflow for reporting and registering non-structured business reports in the Social Welfare Facility Information System. The process is divided into several steps, indicated by numbered red circles and arrows:

- Step 1:** The main menu of the system is shown. The '시군구보고' (City/County Report) option is highlighted with a red box and a red circle.
- Step 2:** The '공문작성' (Document Creation) option is highlighted with a red box and a red circle.
- Step 3:** The '비정형업무보고' (Non-structured Business Report) option is highlighted with a red box and a red circle.
- Step 4:** The '비정형업무보고 조회' (Non-structured Business Report Search) option is highlighted with a red box and a red circle.
- Step 5:** The '공문' (Document) option is highlighted with a red box and a red circle.
- Step 6:** The '파일첨가' (File Add) option is highlighted with a red box and a red circle.
- Step 7:** The '공문' (Document) option is highlighted with a red box and a red circle.
- Step 8:** The '파일첨가' (File Add) option is highlighted with a red box and a red circle.

The interface includes a search bar, a table of reports, and a sidebar with various menu options. A large blue arrow points from the '비정형업무보고 조회' option in the main menu to the '비정형업무보고 조회' option in the sidebar.

- ① 시군구보고 ⇒ ②공문작성 ⇒ ③ 비정형업무보고 클릭
- ④ **신규** 버튼을 클릭하면 **비정형업무보고 상세** 팝업창 생성
- ⑤ 의료기관기호, 기관명, 대표자 성명, 주민등록번호, 협약기간(개시일, 종료일) 등을 포함하여 **공문** 작성
- ⑥ [협약서]를 첨부 ⇒ ⑦ **결재** 버튼 클릭
- ⑧ 출력[공문 선택 후 **생성** 버튼 클릭] ⇒ 시군구 제출

#### 유의사항

- ★ 협약의료기관은 비정형업무보고 시군구 승인만으로 공단 장기요양정보시스템에 협약내용이 반영되지 않으므로 비정형업무보고 후 시군구 담당자에게 협약 내용(의료기관명, 협약기간 등) 등록 요청  
... (전산화면) 시군구 행복e음 『장기요양기관 대장관리』

## □ 계약의사 지정 및 활동

## Q1 “계약의사” 란 무엇인가요?

- 계약의사는 노인복지법에 따라 의사가 상주하지 않는 노인요양시설 등을 주기적으로 방문하여 입소자의 건강상태를 확인하고 필요한 건강관리 등을 제공하는 의사를 의미합니다

## Q2 시설에서 계약의사 지정 절차는?

- 시설장은 지역의사회 추천을 받아 계약의사를 지정하여야 합니다.  
계약의사 지정 절차는
  - ① 시설장이 직역별(의사, 한의사, 치과의사) 지역의사회에 계약의사 추천 요청
  - ② 지역의사회가 계약의사 추천(복수 추천 가능)
  - ③ 복수로 추천받은 계약의사 중에서 시설장이 선택하여 지정
  - ④ 시설장은 사회복지시설정보시스템에 계약의사를 신규등록(인사카드관리, 인력 변경관리)하고 시군구 승인을 받아야 함
  - ⑤ 계약의사를 추천한 지역의사회에도 7일 이내에 지정결과를 통보
- ☞ 계약의사 임기만료 등의 사유로 재지정시 위와 동일 절차를 적용합니다.

## Q3 우리 시설이 있는 지역에는 지역의사회가 없는데 어디로 신청하나요?

- 지역의사회가 없는 경우 공동협의체를 구성하게 하고 있습니다. 해당시설의 계약의사 추천 요청서 송부 지역의사회에 대한 정보는 각 직역협회(대한의사협회, 대한한 의사협회, 대한치과의사협회)에 문의하시면 안내를 받으실 수 있습니다.

## Q4 다른 지역 의료기관에 소속된 의사를 계약의사로 지정할 수 있나요?

- 요양시설은 소재지 관할지역의 각 지역의사회로 '계약의사 추천요청서'를 송부 할 때 시설에서 희망하는 다른 지역의 의사를 요청할 수 있습니다. 타 지역 의사에 대해 추천을 의뢰 받은 지역의사회는 계약의사의 요양시설에 대한 접근성 등을 고려하고, 계약의사가 등록된 타 지역 의사회와 논의하여 적정하다고 판단되는 경우에는 해당 계약의사를 추천할 수 있습니다.

Q5

보건소(보건지소)에 근무하는 공중보건의로 계약의사로 지정받을 수 있나요?

- 공중보건의로가 계약의사 교육을 이수하고 직역별(의사, 한의사, 치과의사) 지역 의사회의 추천을 받아 지정받는다면 계약의사로 활동 가능합니다

Q6

시설에서 계약의사를 지정하지 않고 협약의료기관만을 연계해서 운영하는 경우 불이익이 있나요?

- 노인복지법 시행규칙에 따라 노인의료복지시설은 계약의사를 두거나 의료기관과 협약을 체결하여 의료연계체계를 구축하여야 하며, 의료기관과 협약을 체결한 경우에는 의사(한의사를 포함한다) 또는 계약의사를 두지 않을 수 있습니다.
- 시설에서 계약의사를 지정하지 않고 협약의료기관만을 연계해서 운영하는 경우 급여비용 감산은 없으나, 장기요양급여(시설급여) 평가매뉴얼의 **평가지표 39번 「간호 및 의료서비스」** 평가항목에서 계약의사 또는 협약의료기관 의사를 통한 서비스 제공과 지정운영을 반영하고 있습니다.
- 또한, 협약의료기관의 의사는 활동비용을 공단으로 청구할 수 없으며, 협약의료기관의 경우에도 「협약의료기관 및 계약의사 운영규정」에 따른 포괄평가기록지 등을 작성하여야 합니다.

Q7

계약기간 만료 후 동일한 계약의사를 재지정 할 경우 지정절차는 어떻게 되나요?

- 운영규정에 따라 계약의사 임기는 1년입니다. 계약기간 만료 후 동일한 계약의사를 재지정할 경우, 지역 의사회의 추천·지정·등록·신고 등 지정 절차는 동일합니다. 계약의사 지정 절차가 2~3주정도 소요됨을 참고하여 반드시 계약기간 만료 전에 재지정을 받으셔야 합니다.

Q8

계약의사가 시설 방문 시 시설에서 준비해야 하는 것은?

- 계약의사가 시설 방문 시 시설에서는 입소자를 준비시키고, 입소자별로 당해 시설의 계약의사 진찰이 원활히 이루어지도록 지원해야 합니다.
- 또한 계약의사의 진찰에 따른 본인부담금을 수납하여 계약의사 소속 의료기관의 계좌로 입금해야 합니다.

## □ 계약의사 활동비용 청구 및 지급

Q9

계약의사 소속 의료기관에서 활동비용 청구 시 장기요양기관이 조회되지 않거나 청구가 불가하다고 합니다. 이유가 무엇인가요?

- 장기요양기관에서 계약의사 관련 정보를 착오 입력한 경우, 의료기관에서 청구 시 장기요양기관이 조회되지 않거나 청구가 불가능합니다.
- 장기요양기관에서 신고한 계약의사 인력신고 내역 중 면허번호, 종사이력(입사 일자/퇴직일자), 계약기간(계약시작일/계약종료일), 교육이수여부, 지역의사회 추천내역, 소속 요양기관기호 등을 정확하게 입력하였는지 확인하여야 합니다.
- 착오입력이 확인된 경우, 장기요양기관은 시군구에 정정(변경) 신고 절차.방법 등을 확인 후 사회복지시설정보시스템 통해 정정(변경) 신고하시면 됩니다.
- ☞ 계약의사 인력(변경)신고 전산관련 사항은 행복e음 콜센터(1566-3232)로 문의하시기 바랍니다.

Q10

요양시설 내 수급자가 부담하는 계약의사 비용도 있나요?

- 요양시설 내 계약의사 활동은 시설에서 제공되는 장기요양서비스의 한 부분이므로 계약의사 **진찰비용**은 시설급여비용과 동일한 본인부담률(0~20%)이 적용되며, 나머지는 공단에서 부담합니다. 이에, 계약의사 진찰을 받은 수급자는 본인부담금을 시설에 납부하여야 하며 요양시설은 계약의사가 소속된 의료기관의 계좌로 지급해야 합니다. 다만, 계약의사 **방문비용**은 공단에서 전액 부담합니다.

<계약의사 진찰비용 및 수급자 본인부담금>

(단위: 원)

| 진료비용 |            | 본인부담금(기준) |               |          |           |
|------|------------|-----------|---------------|----------|-----------|
|      |            | 일반(20%)   | 감경(8%/12%)    | 의료급여(8%) | 기초수급자(0%) |
| '22년 | 초진(16,970) | 3,390     | 1,350 / 2,030 | 1,350    | 0         |
|      | 재진(12,130) | 2,420     | 970 / 1,450   | 970      | 0         |

- 한편 장기요양수급자가 아닌 입소어르신(등급외자)은 입소시 별도의 계약에 따라 계약의사 서비스를 받을 수 있으며, 이 경우 계약의사 비용의 100%를 본인이 부담하셔야 합니다.

**Q11**    **수급자가 부담하는 본인부담금은 누구에게 지급해야 하나요?**

- 계약의사 활동에 대한 수급자의 본인부담금은 요양시설이 계약의사가 소속된 의료기관의 계좌로 입금합니다. 계약의사 서비스는 시설급여의 일환으로, 수급자(보호자), 의료기관, 시설의 관계를 고려할 때 시설서비스를 제공하고, 수급자를 보호하는 주체인 요양시설에서 하는 것이 타당할 것으로 사료됩니다.

**Q12**    **본인부담금이 미납되어 계약의사 비용이 지불되지 않으면 시설에 불이익은 없나요?**

- 시설에서 계약의사의 활동으로 발생하는 수급자 본인부담금은 면제하거나 할인할 수 없습니다. 다만, 납부거부 등으로 시설에서 수납하지 못한 경우로 인해 본인부담금이 미납된 경우, 면제·할인으로 보기는 어려울 것입니다.

**Q13**    **계약의사 초진과 재진 진찰료 구분 기준이 무엇인가요?**

- 요양시설 내에서 계약의사가 수급자를 처음 진찰한 경우 초진비용을, 그 외는 재진비용을 적용합니다.
  - 예를 들어 수급자가 시설을 퇴소하였다가 동일 시설로 재 입소하는 경우에도 계약의사가 동일하면 재진비용을 적용합니다.
  - 또한 지정된 계약의사의 의료기관명 또는 의료기관기호가 변경되었더라도 계약의사는 동일하므로 재진 비용을 적용합니다.

**Q14**    **계약의사가 시설을 방문했으나 진찰을 하지 않은 경우, 방문비용만 청구할 수 있나요?**

- 불가합니다. 계약의사 방문비용은 계약의사 활동을 지원하기 위한 급여비용이므로 청구가 없는 날은 활동이 없는 것으로 간주합니다. 따라서 계약의사 방문비용은 수급자를 진찰하여 진찰비용이 청구된 후 청구 가능하므로 진찰하지 않은 날은 방문비용을 청구할 수 없습니다.

**Q15**    **요양시설과 계약의사가 근무하는 의료기관이 동일 법인인 경우에도 계약의사 진찰비용과 방문비용이 산정가능한가요?**

- 동일 법인 소속이라 하더라도 계약의사 진찰비용과 방문비용은 산정이 가능합니다. 다만, 계약의사가 장기요양기관의 시설장을 겸하는 경우에는 활동비용 청구가 불가능합니다.

Q16

계약의사 진찰을 수급자(보호자)가 원하지 않을 경우 또는 수급자가 정기적으로 진료받는 다른 병원의 진료를 희망할 때 계약의사 진찰을 받지 않아도 되나요?

- 요양시설은 심신이 불편한 어르신들에게 급식·요양과 그밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 시설로서, 「노인복지법시행규칙」 별표5에서 계약의사는 매월 시설을 방문하여 입소자의 건강상태를 확인하고 건강상태가 악화된 입소자에 대하여 적절한 조치를 취하도록 하고 있습니다.
- 요양시설 내 모든 수급자는 계약의사의 주기적인 건강관리를 받는 것이 원칙이며, 시설에서는 수급자 및 가족에게 이를 안내하여야 합니다. 다만, 최근 의료기관 방문 및 수급자의 거부 등으로 부득이한 경우에는 계약의사와 상의하여 계약의사 진찰을 받지 않을 수 있으며, 수급자가 다른 병원의 진료를 받기를 원한다면 종전대로 외출을 통해 외래진료를 받을 수 있습니다. 이 경우 시설에서는 계약의사의 진료를 받지 않은 사유를 급여제공기록지나 간호기록지 등에 기록하는 것이 필요하고 수급자의 건강관리에 소홀함이 없도록 만전을 기하여야 합니다.

Q17

수급자가 원하여 월 2회 또는 3회를 초과하여 계약의사의 진찰을 받고자 하는 경우 수급자로부터 초과하는 진찰비용 전액을 받을 수 있나요?

- 불가합니다. 계약의사의 진찰은 상시적인 건강관리를 목적으로 하므로 월 2회 또는 3회(직역\*을 달리한 계약의사 진찰 시)를 초과하여 진찰이 필요한 경우에는 의료기관을 방문하도록 하여야 합니다. 따라서, 요양시설에서는 수급자의 진찰횟수를 관리하여야 합니다.

\* 직역 : 의사, 한의사 ,치과의사

Q18

계약의사 진찰 후 진찰기록은 어떻게 작성하나요?

- 「협약의료기관 및 계약의사 운영규정」에 있는 '포괄평가 기록지'를 작성하여야 합니다. 포괄평가 기록지는 수급자를 처음 진찰할 때 전 영역을 작성하고, 이후 진찰시마다 'management plan'을 추가로 작성하면 됩니다. 포괄평가 기록지는 요양시설에 보관합니다.

다만, 원외처방전을 발급한 경우에는 의료법 시행규칙 제14조제1항제1호에 따른 진료기록부에 기록하고 원본은 의료기관에 **10년간 보관**하여야 합니다.

Q19

계약의사가 요양시설을 방문하여 「노인장기요양 의사소견서」를 발급할 수 있나요? 의사소견서를 청구한 날에도 활동비용 청구가 가능한가요?

- 계약의사가 의사, 한의사인 경우 노인장기요양 의사소견서 발급이 가능합니다.
- 노인장기요양보험법 시행규칙[별지 제2호서식] 의사소견서는 발급비용에 진찰료가 함께 산정되어 있으므로 의사소견서 비용을 청구한 날에는 해당 수급자의 계약의사 진찰비용을 청구할 수 없습니다. 또한, 시설을 방문하여 의사소견서 발급만 한 경우(의사소견서 이외에 진찰비용 청구가 없음)에는 해당 일에 방문비용도 산정할 수 없습니다.

(예시) 계약의사가 시설을 방문하여 수급자 10명을 진찰하고 그 중 1명에게 의사소견서를 발급하였다면 수급자 9명의 진찰비용과 1명의 의사소견서 발급비용 및 방문비용(월 2회의 범위 내)산정이 가능합니다. 그러나, 시설을 방문하여 수급자 1명의 의사소견서만 발급하였다면 해당일의 계약의사 진찰비용과 방문비용 모두 산정할 수 없으며 의사소견서 발급비용만 산정할 수 있습니다.

Q20

계약의사 활동비용을 청구할 수 있는 기준일은 언제인가요?

- 계약의사 활동비용은 지역의사회의 추천을 받아 시설의 지정을 받은 이후 실제 서비스를 제공한 날부터 청구할 수 있습니다. 공단에서 계약의사 활동비용 지급 시에는 ①지역의사회 추천일 ②계약의사 지정일 ③계약 시작일을 고려합니다. 활동비용 지급 기준일 예시는 아래와 같습니다.

<활동비용 지급 기준일 예시>

| 구분 | 지역의사회<br>추천일 | 계약의사<br>지정일 | 계약 기간                    | 급여인정시작일     |
|----|--------------|-------------|--------------------------|-------------|
| 1  | 2021.11.10   | 2021.11.20  | 2021.11.20. ~ 2022.11.19 | 2021.11.20. |
| 2  | 2021.11.10   | 2021.11.20  | 2021.12.01. ~ 2022.11.30 | 2021.12.01. |
| 3  | 2021.11.10   | 2021.11.20  | 2021.11.01. ~ 2022.10.31 | 2021.11.20. |
| 4  | 2021.11.10   | 2021.11.01  | 2021.11.01. ~ 2022.10.30 | 2021.11.10. |
| 5  | 2021.11.10   | 2021.11.01  | 2021.12.01. ~ 2022.11.30 | 2021.12.01. |

## □ 의료기관 협약 체결 및 활동

### Q21 노인요양공동생활가정도 계약의사를 배치해야 하나요?

- 노인요양공동생활가정의 경우 계약의사 배치가 의무는 아니지만 노인복지법 시행규칙(별표5 노인의료복지시설의 운영기준)에 따라 **계약의사를 두거나 의료기관과 협약을 체결하여 의료연계체계를 구축하도록 규정하고 있습니다.** 따라서 노인요양공동생활가정은 입소자의 건강관리를 위해 의료연계체계를 구축하는 것이 의무사항이므로 의료기관과 협약을 체결하거나 계약의사를 배치하여 입소자에게 적절한 의료서비스를 제공하여야 합니다.

### Q22 요양시설에서 의료기관과 협약 절차는?

- 의료기관과 협약 체결 절차는
  - ① (협약체결) 시설장과 의료기관 간 협약 체결(협약서 작성)
  - ② (시군구보고) 사회복지시설정보시스템을 통해 비정형업무보고 → 시군구 승인
  - ③ (협약내용 등록 요청) 시군구 담당자에게 협약기간 등 협약내용(의료기관명, 협약기간 등) 등록 요청※ (전산화면) 시군구 행복e음 『장기요양기관 대장관리』

### Q23 협약의료기관 소속 의사도 반드시 시설에 방문해야 하나요?

- 협약의료기관 의사도 월 2회 이상 시설에 방문해야 합니다. 「협약의료기관 및 계약의사 운영규정」 붙임5-1 협약서 제2조(협약사항)에 따라 **협약의료기관의 의사는 월 2회 이상 시설을 방문하여** 시설의 간호(조무)사의 협조를 받아 입소자의 건강상태를 평가하고 적절한 조치 또는 권고를 하도록 규정하고 있습니다.

### Q24 협약의료기관 의사가 방문하여 진찰 후 진찰기록은 어떻게 작성하나요?

- 협약의료기관 의사도 계약의사와 동일하게 「협약의료기관 및 계약의사 운영규정」에 있는 '포괄평가기록지'를 작성하여야 합니다. 포괄평가기록지는 수급자를 처음 진찰할 때 전 영역을 작성하고, 이후 진찰시마다 '**management plan**'을 추가로 작성하면 됩니다. 포괄평가기록지는 요양시설에 보관합니다.

다만, 원외처방전을 발급한 경우에는 의료법 시행규칙 제14조제1항제1호에 따른 진료기록부에 기록하고 원본은 의료기관에 **10년간 보관**하여야 합니다.

Q25

**의료기관과 협약을 체결하고 시군구에 비정형업무보고 후 승인이 완료된 상태이나 공단에서는 협약의료기관 확인이 안되는데 어떻게 해야 하나요?**

- 협약의료기관의 경우 비정형업무보고 후 시군구 승인만으로 공단 장기요양정보 시스템에 협약내용이 반영되지 않습니다. 요양시설에서는 비정형업무보고 후 시군구 담당자에게 **행복e음 「장기요양기관 대장관리」** 화면에서 협약내용(신고일자, 의료기관명, 협약기관 등)을 등록하도록 요청하여야 합니다.

## **□ 코로나19로 인한 한시적 계약의사 제도 관련 Q&A**

Q26

**계약의사가 시설을 방문하기 곤란한 경우는 어떤 상황을 말하는 건가요?**

- 계약의사가 확진자 동선과 일치하여 노인요양시설을 방문하기 어려운 상황이거나, 노인요양시설이 지자체의 행정명령이나 권유에 따라 출입 통제를 하는 상황 또는 코로나19의 감염 확산이 우려되어 노인요양시설에서 계약의사의 방문을 거부하거나, 계약의사가 노인요양시설 방문을 거부하는 등 직접 방문하기 어려운 경우를 말합니다.

Q27

**계약의사가 전화상담으로 처방전을 발행하면 계약의사와 장기요양기관에서는 어떤 기록을 남겨야 하나요?**

- 계약의사는 간호 인력과 전화상담을 통해 수급자의 건강상태를 확인 후 처방전을 발행하였다면, 포괄평가기록지에 인적사항(성명, 나이 등)과 "Management Plan"에 이전과 동일한 방식으로 해당 수급자에 대한 상담내역을 작성하시고, 추가로 "전화상담(처방전발행)"임을 기록해 주시면 되며, 시설에 방문하실 때 포괄평가지를 전달해 주시면 됩니다.
  - 노인요양시설은 간호일지 등에 상담내용과 "전화상담(처방전발행)"을 작성해 주시면 됩니다.

Q28

**간호(조무)사가 확진자 판정을 받아 노인요양시설에는 간호 인력이 없는 상태입니다. 이 경우 계약의사와 전화상담을 통한 처방전 발급이 가능한가요?**

- 계약의사의 한시적 전화상담을 통한 처방전 발급은 노인요양시설의 간호 인력과 협업을 통해 이루어져야 합니다. 따라서, 간호 인력이 없는 경우(장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 세부사항 제12조에 따른 유급휴가 또는 휴무 등 포함)는 처방전 발급이 되지 않습니다.

**Q29      계약의사가 전화상담으로 처방전을 발행하면 초진진료도 가능한가요?**

- 재진만 가능합니다. 계약의사와 수급자 간 계속적인 진료로 계약의사가 수급자에 대해 잘 알고 있다는 전제하에 전화상담에 의한 처방을 한시적으로 허용한 경우로 초진은 불가능하고 재진만 가능합니다.

**Q30      계약의사가 어르신 상태에 대해 전화상담을 진행하고 기록을 남기면 진찰료 50%를 청구할 수 있나요?**

- 코로나19 확산방지를 위해 노인요양시설의 방문이 곤란한 경우 전화상담을 통한 처방전 발행을 할 수 있도록 한시적으로 허용한 것으로, 노인요양시설의 간호인력을 통한 전화상담 후 처방이 이루어진 수급자 어르신에 한해 재진 진찰료의 50%를 장기요양 급여비용으로 청구할 수 있습니다.
- 따라서, 계약의사가 상담만 진행하고 원외처방전 발행이 없는 경우는 진찰료 청구가 불가능합니다.

**Q31      계약의사 진찰비용 청구의 경우 직역이 다를 경우 월1회 추가 산정이 가능한데 한시적 전화상담으로 인한 진찰비용 청구의 경우에도 직역이 다를 경우 월1회 추가 산정이 가능한가요?**

- 가능합니다. 한시적 전화상담으로 처방전이 발행된 경우 계약의사 진찰비용으로 재진진찰료의 50% 산정이 가능하며, 직역이 다른 의사로부터 전화상담으로 처방전이 발행된 경우라면 월1회 추가 산정이 가능합니다.

**Q32      시설의 수급자와 종사자 중 확진자로 시설외의 타 장소에 함께 격리되었을 경우에 노인요양시설이 아닌 곳에서도 전화상담이 이루어진 경우 진찰비용 인정이 가능한가요?**

- 불가능합니다. 수급자와 종사자가 모두 격리가 된 경우나 일부 수급자가 격리된 경우라도 격리된 생활시설이나 의료기관에서 필요한 의료적 처치가 이루어진다고 볼 때 한시적 전화처방은 불필요하다고 판단됩니다.

## VI

## 참고사항

### 참고1

### 시설급여 평가매뉴얼 ... 계약의사

평가지표 39  
간호 및  
의료서비스

수급자에게 적절한 간호 및 의료서비스 제공을 위해 노력합니다.

점수  
2

수급자의 의료적 욕구 충족과 건강관리를 위해 노력하는지 평가합니다.

| 평가기준 |                                                        | 평가방법              |
|------|--------------------------------------------------------|-------------------|
| ①    | 계약의사 또는 협약의료기관 의사가 기관을 방문하여 모든 수급자를 월 2회 이상 진찰하고 기록한다. | 기록, 전산            |
| ②    | 수급자에게 의료적 조치가 필요할 때 적절하게 조치한다.                         | 기록                |
| 척도   | 점수                                                     | 채점기준              |
| 우수   | 2                                                      | 평가기준을 모두 충족함      |
| 양호   | 1.5                                                    | 평가기준 중 ①번 항목을 충족함 |
| 미흡   | 0                                                      | '양호'의 기준을 충족하지 못함 |

○ 지표적용기간 : 2019.1월 ~ 2021년 평가일

○ 확인방법

#### 기준 ①

- 계약의사 계약해지 및 재계약으로 인한 의료서비스 공백 기간은 1달만 인정한다.
  - 단, 지정된 계약의사가 1명이고, 추천요청서 등으로 계약의사 추천과정에 있음을 증명해야 함
- 정기적인 의료기관 방문으로 계약의사(또는 협약의료기관 의사)의 진료를 거부하는 경우 관련 자료를 확인한다.

#### 기준 ②

- 수급자에게 의료적 처치가 필요한 경우 병원진료를 받도록 하거나 계약의사(협약의료기관 의사)에게 연락하는 등의 조치를 취하였는지 관련 자료를 확인한다.

## 참고2

## 노인복지법 시행규칙 제22조 제1항 및 제2항

[별표 4] 노인의료복지시설의 시설기준 및 직원배치 기준 ... 6. 직원의 배치기준

| 직종별<br>시설별         | 시설<br>의장                      | 사무<br>국장 | 사회<br>복지사                               | 의사<br>(한의사를<br>포함한다)<br>또는<br>계약의사            | 간호사<br>또는<br>간호<br>조무사 | 물리치<br>료사<br>또는<br>작업치<br>료사                  | 요양<br>보호사                                       | 사무원                                     | 영양사                                                 | 조리원               | 위생원                                           | 관리인                                     |
|--------------------|-------------------------------|----------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 노인<br>요양<br>시설     | 입소자<br>30명<br>이상              | 1명       | 1명<br>(입소자<br>50명<br>이상인<br>경우로<br>한정함) | 1명<br>(입소자<br>100명<br>초과할<br>때마다<br>1명<br>추가) | 1명 이상                  | 1명<br>(입소자<br>100명<br>초과할<br>때마다<br>1명<br>추가) | 입소자<br>2.5명당<br>1명<br>(치매전<br>담실은<br>2명당<br>1명) | 1명<br>(입소자<br>50명<br>이상인<br>경우로<br>한정함) | 1명<br>(1회<br>급식인<br>원이<br>50명<br>이상인<br>경우로<br>한정함) | 입소자<br>25명당<br>1명 | 1명<br>(입소자<br>100명<br>초과할<br>때마다<br>1명<br>추가) | 1명<br>(입소자<br>50명<br>이상인<br>경우로<br>한정함) |
|                    | 입소자<br>30명<br>미만<br>10명<br>이상 | 1명       | 1명                                      | 1명                                            | 1명                     |                                               | 입소자<br>2.5명당<br>1명                              |                                         |                                                     | 1명                |                                               |                                         |
| 노인요양<br>공동생활<br>가정 |                               | 1명       |                                         |                                               | 1명                     |                                               | 입소자<br>3명당<br>1명<br>(치매전<br>담형은<br>2명당<br>1명)   |                                         |                                                     |                   |                                               |                                         |

### 비고

1. 의료기관의 일부를 시설로 신고한 경우에는 의료기관의 장(의료인인 경우만 해당한다)이 해당 시설의 장을 겸직할 수 있다.
2. 사회복지사는 입소자에게 건강유지, 여가선용 등 노인복지 제공계획을 수립하고, 복지증진에 관하여 상담·지도해야 한다.
3. 계약의사는 의사, 한의사 또는 치과의사를 포함한다.
4. 의료기관과 협약을 체결하여 의료연계체계를 구축한 경우에는 의사(한의사를 포함한다) 또는 계약의사를 두지 않을 수 있다.
5. 요양보호사는 요양서비스가 필요한 노인에게 신체활동지원 서비스와 그 밖의 일상생활지원 서비스를 제공해야 한다.
6. 영양사 및 조리원이 소속되어 있는 업체에 급식을 위탁하는 경우에는 영양사 및 조리원을 두지 않을 수 있다.
7. 세탁물을 전량 위탁하여 처리하는 경우에는 위생원을 두지 않을 수 있다.
8. 모든 종사자는 시설의 장과 근로계약을 체결한 사람이어야 한다.
9. 노인요양시설 내 치매전담실과 치매전담형 노인요양공동생활가정의 경우에는 보건복지부장관이 정하여 고시하는 자격을 갖춘 프로그램관리자를 두어야 한다.
10. 노인요양시설 내 치매전담실과 치매전담형 노인요양공동생활가정의 경우에는 해당 시설의 장, 요양보호사 및 프로그램관리자는 보건복지부장관이 정하여 고시하는 치매전문교육을 이수해야 한다.

**[별표 5] 노인의료복지시설의 운영기준**(개정 2019.9.27.)

**1. 건강관리**

- 가. 노인의료복지시설(이하 이 표에서 "시설"이라 한다)에는 입소자 건강관리를 위한 책임자를 두고 의사(한의를 포함한다)·간호사 기타 자격이 있는 자가 그 임무를 수행하여야 한다.
- 나. 전담의사(한의를 포함한다)를 두지 아니한 시설은 가급적 신경과, 정신과 또는 한방신경정신과 등 노인의 질환과 관련한 전문의로서의 계약의사(시간제 계약에 의한 의사, 한의사 또는 치과의사를 포함한다)를 두거나 의료기관과 협약을 체결하여 의료연계체계를 구축하여야 한다.
- 다. 나목에 따라 계약의사를 두거나 의료기관과 협약을 체결한 경우 해당 계약의사 또는 의료기관의 의사는 매월 시설을 방문하여 입소자의 건강상태를 확인하고 건강상태가 악화된 입소자에 대하여 적절한 조치를 하여야 한다. 이 경우 시설의 입소정원에 따른 방문횟수 등 세부적인 사항은 보건복지부장관이 정한다.
- 라. 입소자 및 직원에 대해서는 연 1회 이상의 결핵 검진을 포함한 건강진단(이하 이 호에서 "건강진단"이라 한다)을 하여야 하고, 매월 입소자의 구강건강 상태를 확인하여야 하며, 그 결과 건강이 좋지 않은 사람에 대해서는 그 치료를 위하여 필요한 조치를 하여야 한다.
- 마. 직원을 신규로 채용할 때에는 건강진단서를 확인하여야 하며, 이 경우 건강진단은 신규 채용 전 1년 이내에 받은 것이어야 한다.
- 바. 입소자에 대하여 그 건강상태에 따라 적절한 훈련과 휴식을 하도록 하여야 한다.
- 사. 시설의 환경을 항상 청결하게 하고 그 위생관리에 유의하여야 한다.

**제43조(시설급여 제공기준)**

- ⑥ 시설급여기관은 수급자의 건강관리를 위해 각 호에 따라 급여를 제공한다.
1. 의사협회·한의사협회·치과의사협회의 추천을 받아 지정된 계약의사(이하“계약의사”라 한다)를 배치하거나 협약의료기관과의 협력을 통하여 수급자의 심신 상태나 건강 등이 악화되지 아니하도록 적절한 의료서비스를 제공하고 그 내용을 급여제공기록지에 기재·관리한다.
  2. 계약의사는 수급자를 월 2회 이상 정기적으로 진찰하도록 한다.
  3. 시설급여기관은 제44조의2제1항에 따른 진찰비용 중 본인부담금을 계약의사가 소속된 의료기관의 계좌로 지급한다.
  4. 제2호에 따른 진찰의 대상은 1일 최대 50명까지로 한다.
  5. 수급자의 건강상태를 정기적으로 관찰 기재하고, 수급자의 투약 관련 정보를 숙지하며 의약품의 정기적인 점검을 실시한다.

**제44조의2(계약의사 활동비용)**

- ① 계약의사가 수급자의 건강상태를 확인하고 진찰한 경우 수급자 1인당 1회 진찰비용은 다음과 같다.

| 분류   | 금액(원)                              |
|------|------------------------------------|
| 초진비용 | 건강보험요양급여비용 중 의원급 외래환자 초진진찰료 (기본단가) |
| 재진비용 | 건강보험요양급여비용 중 의원급 외래환자 재진진찰료 (기본단가) |

- ② 계약의사가 해당 시설급여기관을 방문하여 진찰한 경우 53,000원의 방문비용을 산정할 수 있다. 이 경우 수급자는 부담하지 아니한다.
- ③ 계약의사가 소속된 의료기관은 해당 시설급여기관을 대신하여 제1항에 따른 진찰비용 및 제2항에 따른 방문비용(이하 “계약의사 활동비용”이라 한다) 중 공단부담금을 공단에 직접 청구할 수 있다.

### 제44조의3(계약의사 활동비용 산정방법)

- ① 제44조의2제1항의 진찰비용 산정 방법은 다음 각 호와 같다.
1. 초진비용은 해당 시설급여기관에서 해당 계약의사에게 진찰 받은 경험이 없는 수급자를 진찰한 경우 산정한다.
  2. 재진비용은 제1호에 해당하지 아니한 경우 산정한다.
  3. 계약의사 1인은 1일당 수급자 50명까지, 월 최대 150명까지 진찰비용을 산정할 수 있다.
  4. 수급자 1인당 진찰비용을 월 2회까지 산정할 수 있고, 직역이 다른 계약의사가 동일 수급자를 진찰한 경우 수급자 1인의 진찰비용을 월 1회 추가 산정할 수 있다. 다만, 진찰비용은 동일 직역에 대하여 1일 1회만 산정할 수 있다.
  5. 제3호에도 불구하고 동일 의료기관에 소속된 계약의사가 2인 이상인 경우에는 계약의사가 소속된 의료기관당 월 최대 300명까지 진찰비용을 산정할 수 있다.
- ② 제44조의2제2항의 방문비용 산정 방법은 다음 각 호와 같다.
1. 방문비용은 해당 장기요양기관에서 활동하는 계약의사의 수를 불문하고 장기요양기관 당 월 2회까지 산정할 수 있다. 다만, 수급자가 50인을 초과하는 장기요양기관의 경우에는 월 3회까지 산정할 수 있다.
  2. 제1호에도 불구하고 해당 장기요양기관에서 활동하는 계약의사가 3인 이상인 경우에는 활동한 계약의사마다 월 1회씩의 방문비용을 산정할 수 있다.
  3. 방문비용은 계약의사가 활동하는 기관의 수를 불문하고 계약의사 당 최대 월 2회까지 산정할 수 있다. 다만, 수급자가 50인을 초과하는 장기요양기관에서 1인의 계약의사가 활동할 경우에는 해당 장기요양기관에 한하여 월 3회까지 산정할 수 있다.

**① 제정이유**

노인요양시설 등 입소노인에 대한 적절한 의료서비스를 제공하도록 하기 위해 운영해온 협약의료기관등의 운영규정을 계약의사 활동 활성화 및 내실화를 위해 계약의사 추천 및 지정제·교육·활동내용·활동비 등의 기준을 개선하여 운영하고자 함

**② 주요내용**

가. 계약의사를 두는 경우, 시설 소재지를 관할하는 지역별 협회의 지역의사회를 통해 추천을 요청하여 협회를 통해 추천된 계약의사를 지정하도록 함(제3조, 제4조)

나. 지역별 협회에서는 입소노인에 대한 이해증진 및 효과적인 계약의사 활동을 위해 교육을 실시하도록 함(제5조)

다. 의사는 시설을 방문하여 입소자 별로 월 2회 이상 진찰등을 실시하도록 함(제6조)

라. 노인요양시설 등을 방문하는 의사로 하여금 입소노인의 건강상태를 확인 및 적절한 조치를 하도록 함(제7조)

마. 의사는 입소자의 건강상태 확인 후 기록지를 작성하고 보관하도록 함(제8조)

바. 간호사 등은 입소시 입소자마다 건강수준 및 간호기록을 작성·보관하여 시설을 방문하는 의사가 이를 활용하도록 함(제9조)

사. 간호사 등은 입소자의 혈압·맥박·호흡·체온 등 건강상태를 매일 체크하여 건강관리기록부에 기록하여 시설을 방문하는 의사 등이 이를 활용하도록 함(제10조)

아. 노인요양시설 등은 입소자의 건강상태 악화 등 응급상황에 대처하기 위하여 협약의료기관 등과 협의하여 응급이송시스템을 갖추도록 함(제11조)

자. 계약의사 활동에 따른 비용을 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시에 따라 지급하도록 함(제12조)

## 협약의료기관 및 계약의사 운영규정

제1조(목적) 이 규정은 「노인복지법 시행규칙」 별표 3 제1호다목 및 별표 5 제1호다목의 규정에 따라 노인주거복지시설 및 노인의료복지시설(이하 "시설"이라 한다)이 의료기관과 협약을 체결하거나 계약의사를 두는 경우 해당 협약의료기관의 의사 또는 계약의사(이하 "의사"라 한다)가 시설을 방문하는 횟수 등 운영에 관하여 필요한 사항을 정함을 목적으로 한다.

제2조(협약체결) 시설의 장은 의료기관과 협약을 체결하는 경우, 붙임 5-1의 서식을 참고하여 해당 의료기관과 협약을 체결하되, 협약 사항을 반드시 포함하여야 한다.

제3조(계약의사 추천) ① 시설의 장은 계약의사를 두는 경우, 붙임 2의 서식에 따라 시설 소재지를 관할 하는 대한의사협회, 대한한 의사협회, 대한치과의사협회(이하 '지역별 협회'라 한다)의 지역의사회에 계약의사 추천을 요청하여야 한다. 이 경우 시설의 장은 특정 계약의사 추천을 요청할 수 있다.

② 제1항에 따른 요청을 받은 지역의사회에서는 전문성, 교육이수여부, 이동거리 등을 고려하여 붙임 3의 서식에 따라 추천하여야 한다.

제4조(계약의사 지정) ① 시설의 장은 제3조에 따라 지역별 협회 지역의사회에서 추천한 자 중에서 계약의사를 지정하되, 복수 지정도 가능하다.

② 시설의 장은 계약의사를 지정한 경우, 시장·군수·구청장에게 신고하여야 하며, 사회복지시설정보시스템에 등록하고, 붙임 4의 서식에 따라 지역별 협회 지역의사회에도 통보하여야 한다.

③ 지정된 계약의사의 임기는 1년으로 한다.

제5조(계약의사 교육) ① 지역별 협회에서는 계약의사의 장기요양기관 및 입소노인에 대한 이해증진 및 효과적인 계약의사 활동을 위해 교육을 실시하고, 교육이수자 명부 등을 관리하여야 한다.

② 지역별 협회는 제1항에 따른 교육이수자 명부를 분기마다 보건복지부에 통보하여야 한다.

제6조(의사의 입소자 방문 횟수) 의사는 시설을 방문하여 입소자 별로 월2회 이상 진찰 등을 실시하여야 한다.

제7조(의사 활동) ① 의사는 입소노인의 행동문제, 낙상, 탈수, 실금, 영양상태, 통증, 피부손상, 빈혈, 약물 부작용 등 입소자 건강상태를 확인하고 건강상태가 악화된 입소자에 대하여 적절한 조치를 하여야 한다.

② 의사는 필요한 경우 간호지시 및 투약처방을 할 수 있으며, 그 이행여부를 확인 할 수 있다.

③ 의사는 의료기관으로의 전원이 필요한 경우 전원을 권유하여야 한다.

제8조(입소자에 대한 의사의 기록지 작성·보관) ① 의사는 입소자의 건강상태확인 후 붙임 5의 포괄평가기록지를 작성하여야 한다. 포괄평가기록지는 시설에 보관한다.

② 원외처방한 입소자에 대해서는 의료법 시행규칙 제14조제1항제1호에 따른 진료 기록부에 기록하고 그 원본을 의료기관에 10년간 보관하여야 한다.

제9조(간호사 등의 입소자에 대한 건강수준 평가 등) 시설의 장은 시설의 간호(조무)사로 하여금 입소자의 시설 입소시 붙임 6의 양식에 따라 입소자마다 건강수준 및 간호 기록을 작성·보관하게 하여 시설을 방문하는 의사가 이를 활용하도록 하여야 한다.

제10조(입소자에 대한 간호사 등의 건강관리기록부 작성·보관) 시설의 장은 시설의 간호(조무)사로 하여금 붙임 7의 서식에 따른 건강관리기록부에 입소자의 혈압·맥박·호흡·체온 등 건강상태를 매일 체크·기록하게 하여야 하며, 의사가 시설을 방문 하였을 때에 건강관리기록을 보고 적절한 조치나 지도를 할 수 있도록 하여야 한다.

제11조(응급이송시스템 구축) 시설의 장은 입소자의 건강상태 악화 등 응급상황에 대처 하기 위하여 협약의료기관 등과 협의하여 응급이송시스템을 갖추어야 한다.

제12조(활동비용) 계약의사 활동에 따른 비용은 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정 방법 등에 관한 고시에 따른다.

제13조(시행일) 이 규정은 2016년 9월 6일부터 시행한다.

제14조(경과규정) 이 규정 시행당시 계약의사를 두고 있는 시설은 이 규정에 따른 추천 및 지정절차를 2016년 12월 31일까지 이행하여야 한다.

제15조(준용규정) 제3조 내지 제5조의 규정은 노인주거복지시설의 경우 준용하지 아니 한다.

【붙임1】

## 계약의사 추천요청서

☐ ○ ○ 지역의사회장 귀하

☐ 기관현황

시설의 명칭(기관기호) :

시설 유형 :

입소정원 및 현원 :

소재지 및 연락처 :

☐ 추천요청

당해 시설에 계약의사를 지정하기 위하여 추천을 의뢰 하오니 추천하여 주시기 바랍니다.

○ 참고

1. 추천을 요청하는 의사

(희망하는 계약의사가 있는 경우, 성명, 소속 의료기관 및 연락처를 기재)

2. 지역의사회를 통해 추천받은 후보자를 지정하지 않거나 재추천을 요구하는 경우 그 사유(100자 이내)

년 월 일

시설장(대표자)

(인)

【붙임2】

## 계약의사 추천 신청서

|                 |  |      |  |
|-----------------|--|------|--|
| 성 명             |  | 전화번호 |  |
| 의료기관<br>명칭(기호)  |  |      |  |
| 의료기관 주소         |  |      |  |
| 전문과목            |  | 임상경력 |  |
| 계약의사<br>교육 이수여부 |  |      |  |

년 월 일

성 명 : (인)

【붙임3】

계약의사 추천서

☐ ○ ○ 시설장 귀하

☐ 추천 대상자

| 순번 | 소속 의료기관명<br>(기호) | 성명<br>(면허번호) | 전공과목 | 교육이수<br>여부 | 계약의사<br>연락처 | 비고 |
|----|------------------|--------------|------|------------|-------------|----|
|    |                  |              |      |            |             |    |
|    |                  |              |      |            |             |    |
|    |                  |              |      |            |             |    |

1. 위와 같이 추천합니다.
2. 귀 기관에서 위 추천 대상자 중 계약의사를 지정한 경우, 그 결과를 우리 회로 회신하여 주시기 바랍니다.

년 월 일

○ ○ 지역의사회장 (직인)

【붙임4】

## 계약의사 지정통보서

☐ 기관현황

시설의 명칭(기관기호) :

시설 유형 :

입소정원 및 현원 :

소재지 및 연락처 :

☐ 계약의사 지정서

| 소속 의료기관명(기호) | 성명(면허번호) | 위촉(활동)기간 | 비고 |
|--------------|----------|----------|----|
|              |          | ~        |    |

위와 같이 계약의사를 지정하였기에 그 결과를 통보합니다.

년 월 일

시설장(대표자)

(인)

【붙임5】

## 요양시설 계약의사 협약서

|          |       |  |       |  |
|----------|-------|--|-------|--|
| 요양<br>시설 | 시 설 명 |  |       |  |
|          | 주 소   |  |       |  |
|          | 시 설 장 |  | 연 락 처 |  |
| 계약<br>의사 | 성 명   |  | 연 락 처 |  |
|          | 주 소   |  |       |  |
|          | 의료기관명 |  |       |  |

협 약 내 용

제1조(목 적) 이 협약은 상기 요양시설(이하 "요양시설"이라 한다)과 상기 계약의사(이하 "계약의사"라 한다)가 상호간의 협력과 적절한 의료적 접근을 통하여 시설 입소자의 건강증진과 행복한 노후 삶의 질 향상에 기여함을 목적으로 한다.

제2조(협약기간) 이 협약은 협약체결일로부터 1년으로 한다.

제3조(업무의 협조범위)"요양시설"과 "계약의사"는 입소어르신에게 적기에 적절한 건강관리를 위하여 다음 각 호의 사항을 협조한다.

| 요양시설                                                                                                                                                       | 계약의사                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. "계약의사"의 계약의사 활동을 협조한다.<br>2. 매일 입소 어르신의 건강상태를 파악하고 건강기록부를 작성 보관하여 입소어르신에 대한 계약의사의 진찰에 도움을 준다.<br>3. 계약의사 진찰비용중 본인부담금을 약정일에 계약의사가 소속된 의료기관의 계좌로 일괄 지급한다. | 1. "요양시설"의 입소어르신의 진찰에 성심 성의를 다하여 어르신의 진찰내용을 충실히 기록한다.<br>2. 사전 협의된 진찰일에 방문 건강관리를 한다. |

(공통) 사정상 계약의사의 방문 일정을 조정하여야 하는 경우에는 3일 이전에 상호 조율한다.

제4조(진찰일) "계약의사"는 매월 \_\_\_\_\_주 \_\_\_\_\_요일에 "요양시설"의 시설을 방문하여 건강관리를 한다.

제5조(비밀의 보장) "요양시설"과 "계약의사"는 입소어르신과 요양시설에 대한 일체의 정보에 대해서는 비밀을 보장하여야 한다.

제6조(본인부담금 송금계좌) 은행명 : \_\_\_\_\_ 계좌번호 : \_\_\_\_\_ 예금주명 : \_\_\_\_\_

제7조(송금약정일) 계약의사 진찰비용중 본인부담금은 매월 \_\_\_\_\_일에 일괄하여 지급한다.

제8조(협조사항) 필요시 관계기관(단체)에 제출하는 것을 동의합니다.

제9조(기타사항) 이 협약은 "요양시설"과 "계약의사" 중 어느 한 측의 요청이 있을 경우에는 협의하여 변경할 수 있으며, 이 협약에 명시되지 아니한 사항은 "요양시설"과 "계약의사"가 상호 협의하여 정한다. 다만 제4조, 제6조, 제7조에 대한 변경사항이 있는 경우, 뒷면에 변경내용을 작성한다.

상기내용의 협약을 증명하기 위하여 협약서를 2부 작성하여 서명 후 각각 1부씩 보관한다.

20    년    월    일

|        |     |         |     |
|--------|-----|---------|-----|
| 시설장 성명 | (인) | 계약의사 성명 | (인) |
|--------|-----|---------|-----|

(뒷면)

| 변 경 사 항 |     |     |
|---------|-----|-----|
| 변경일     | 변경전 | 변경후 |
|         |     |     |
|         |     |     |
|         |     |     |
|         |     |     |
|         |     |     |
|         |     |     |
|         |     |     |
|         |     |     |
|         |     |     |
|         |     |     |
|         |     |     |
|         |     |     |
|         |     |     |
|         |     |     |
|         |     |     |

【붙임5-1】

| 협 약 서                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |             |   |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------|---|--|
| 시설                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 시설명      |             |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 주소(연락처)  |             |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 시설장(대표)  | 생년월일        | - |  |
| 의료<br>기관                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 기관명      | 의료기관 종별     |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 주소(연락처)  |             |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 기관장(대표)  | 생년월일        | - |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 협약(진료)과목 |             |   |  |
| 협약기간                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          | 회차당<br>진료인원 | 명 |  |
| 협약 내용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |             |   |  |
| <p>제1조(목적) 본 협약은 "_____"과 "_____"간의 상호 협력을 통하여 시설 입소자들의 의료서비스에 대한 적절한 조치를 취하도록 하여 입소자의 건강증진에 기여함을 목적으로 한다.</p> <p>제2조(협약사항) "_____"과 "_____"은 다음 각호의 사항을 상호 지원할 것을 협약한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 협약의료기관의 의사는 월 2회 이상 시설을 방문하여 시설의 간호(조무)사의 협조를 받아 입소자의 건강상태를 평가하고, 적절한 조치 또는 권고를 한다.</li> <li>2. 시설의 간호(조무)사는 매일 입소자의 건강상태를 파악하고, 건강관리기록부를 작성하여 보관하여야 한다. 건강기록부에는 입소자의 건강상태에 따라 복용약물, 체중, 혈압, 체온, 혈당 등 입소자에게 필요한 건강정보를 기록하여 방문의사가 입소자의 건강상태를 평가하는데 도움이 되도록 하여야 한다.</li> <li>3. 시설에서 응급환자가 발생하였을 경우 협약의료기관 등으로 즉시 후송하고 협약의료기관은 진료 후 필요한 경우 입원치료를 하거나 후송하도록 한다.</li> <li>4. "협약의료기관"은 입소자의 건강상태에 대해 상시적으로 의료상담을 실시한다.</li> </ol> <p>제3조(협약사항의 추가) 협약기간 중이라도 상호협약에 의해 협약내용을 추가할 수 있다.</p> <p>제4조(비밀의 보장) 양 기관은 상호 의뢰한 환자에 대한 일체의 정보 및 협의사항에 대해서는 비밀을 보장하여야 한다.</p> |          |             |   |  |
| <p>※ 본 협약은 상대방의 동의 없이 당사자의 일방이 이를 해지할 수 없음. 다만, 상대방기관에 대한 명예훼손 등 불이익을 초래한 경우는 일방의 결정에 의하여 협약을 취소할 수 있으며, 계약기간이 만료된 경우에도 특별한 사정이 없는 한 상호 협의하여 협약기간을 갱신한 것으로 본다.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |             |   |  |
| <p style="text-align: center;">위 협약조건을 지키기 위하여 본 협약서를 작성하고 서명 날인함</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> <p>_____<br/>시 설 장 성 명</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>_____<br/>(인)</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>_____<br/>의료기관장 성 명</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>_____<br/>(인)</p> </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |             |   |  |

【붙임6】

등 록 번 호 :  
이 름 :  
성 별 / 나 이 :

포괄평가 기록지

[입소자 포괄적 평가]

|         |              |
|---------|--------------|
| 주 소     |              |
| 생 년 월 일 | -            |
| 평 가 일 시 | 20 년 월 일 시 분 |

A. 진단명(기존 질병)

입소 이유 ( )  
 고혈압 ( ) 당뇨 ( ) 골관절염 ( ) 골다공증 ( )  
 뇌졸중 ( ) 관상동맥질환( ) 심부전 ( )  
 부정맥 ( ) COPD ( ) 암 ( ) 치매 ( )  
 파킨슨병( ) 백내장 ( ) 갑상선 ↑ ↓ ( ) 기타 ( )

B. 과거력

1) 주요수술: 2) 급성기 병동 입원: 3) 알레르기 :

C. Life Style

1) 운동 2) 수면 3) 교육정도 4) 음주 5) 흡연 6) 식이

D. Medical & Functional

Ht/Wt : cm/ BP: / PR : /  
 kg mmHg min  
 Vision : Hearing : ADL : IADL :  
 Incontinence : Constipation : Nutrition :  
 Mobility (timed "up and go" test) :  
 환자보행상태 (보행가능, 보조기사용 보행가능, 보행불가능, 와상상태)

## E. Neuropsychiatric

GDS-SF(우울) 점 K-MMSE : 점 BPSD :  
Mental status : \_ oriented \_disoriented \_not alert

## F. Medication (복용하고 있는 약물 등) ※ 약품명 기재

고혈압제 ( ) 이뇨제 ( ) 당뇨약 ( )  
항우울제 ( ) 안정제 ( ) 진통제 ( )  
항히스타민제 ( ) 혈관확장제 ( ) 혈관수축제 ( )  
마약류 ( ) 한약 ( ) 기타 ( )

## G. Advance directive (사전치료지시) :

DNR ( ), 입원 거부 ( ), 영양관 공급 거부 ( )

## H. Problem

(Active)

1.

2.

3.

4.

(Inactive)

1.

2.

3.

4.

## I. Management Plan

| 일자 | 주요 관리 사항 | 관리 사항 완수 여부 | 불이행 이유 |
|----|----------|-------------|--------|
|    |          |             |        |
|    |          |             |        |
|    |          |             |        |
|    |          |             |        |
|    |          |             |        |
|    |          |             |        |

참고사항

■ Initial Lab. & X-ray (If necessary)

<Essential>

CBC:

ESR :

UA :

Stool:

T.P./Alb :

FBS :

BUN/Cr :

Uric Acid :

T.Bilirubin :

AST/ALT :

ALP :

T.Chol :

TSH/T4 :

EKG :

Chest PA :

L-S Spine, Knee :

작성일자 : 20      년      월      일      의사 :      (서명)

【붙임7】

| 입소자 건강 수준 평가 및 간호기록 |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |                                                                                                                   |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Unit No :           |                                                                                                                                                                                                                                                                   | Date : 20    /    /    (입소일자 : 20    /    /    )                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |                                                                                                                   |
| Name :              |                                                                                                                                                                                                                                                                   | Sex / Age :                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |                                                                                                                   |
| 활력증상                | BP :            mmHg<br>R :            /min                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                     | P :            /min<br>BT :            ° C                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |                                                                                                                   |
| 체중                  | kg                                                                                                                                                                                                                                                                | 체중변화                                                                                                                                                                                                                                                                | 증/감    kg                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 결혼상태 | <input type="checkbox"/> 미혼 <input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 사별 <input type="checkbox"/> 기타   |
| 신장                  | cm                                                                                                                                                                                                                                                                | 직업/학력                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 종교   | <input type="checkbox"/> 천주교 <input type="checkbox"/> 기독교 <input type="checkbox"/> 불교 <input type="checkbox"/> 기타 |
| 건강행위                | <input type="checkbox"/> 술(양/종류)<br><input type="checkbox"/> 수면습관                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 담배(양/흡연력)<br><input type="checkbox"/> 운동습관                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |      |                                                                                                                   |
| 현 병력                |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |                                                                                                                   |
| 과거력                 | <input type="checkbox"/> 당뇨 <input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 결핵 <input type="checkbox"/> 간염 <input type="checkbox"/> 뇌졸중 <input type="checkbox"/> 치매 <input type="checkbox"/> 관절염 <input type="checkbox"/> 암: 부위 <input type="checkbox"/> 기타 |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |                                                                                                                   |
| 최근 투약 상태            |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |                                                                                                                   |
| 알레르기 유무             |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |                                                                                                                   |
| 환자정보                | 의식상태                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 명료 <input type="checkbox"/> 졸림 <input type="checkbox"/> 질문에만 반응 <input type="checkbox"/> 통증에만 반응 <input type="checkbox"/> 통증에도 반응 없음                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |                                                                                                                   |
|                     | 정서상태                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 안정 <input type="checkbox"/> 불안 <input type="checkbox"/> 분노 <input type="checkbox"/> 슬픔 <input type="checkbox"/> 우울 <input type="checkbox"/> 거부 <input type="checkbox"/> 긴장 <input type="checkbox"/> 기타                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |                                                                                                                   |
|                     | 활동상태                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 보행가능 <input type="checkbox"/> 도움으로 가능 <input type="checkbox"/> 완전 의존<br><input type="checkbox"/> 마비 : 부위 <input type="checkbox"/> 감각이상: 부위 <input type="checkbox"/> 보조기 : 종류                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |                                                                                                                   |
|                     | 호흡기계                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 호흡곤란 <input type="checkbox"/> 청색증 <input type="checkbox"/> 기좌호흡 <input type="checkbox"/> 기침 : 객담, 객혈 <input type="checkbox"/> 통증 : 부위<br><input type="checkbox"/> 기관지절개관 <input type="checkbox"/> 산소사용 : ℓ/min <input type="checkbox"/> 기타 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |                                                                                                                   |
|                     | 소화기계                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 식욕부진 <input type="checkbox"/> 연하장애 <input type="checkbox"/> 오심 <input type="checkbox"/> 구토 <input type="checkbox"/> 변비 <input type="checkbox"/> 설사 <input type="checkbox"/> 통증                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |                                                                                                                   |
|                     | 식이상태                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 구강 ( <input type="checkbox"/> 정상식, <input type="checkbox"/> 치료식(            ) Kcal) <input type="checkbox"/> 위관 # <input type="checkbox"/> 수액                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |                                                                                                                   |
|                     | 심혈관계                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 홍통: 부위                      양상 <input type="checkbox"/> 부종: 부위 <input type="checkbox"/> 심계항진 <input type="checkbox"/> 부정맥<br><input type="checkbox"/> 심잡음 <input type="checkbox"/> weak pulse <input type="checkbox"/> 기타                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |                                                                                                                   |
|                     | 피부상태                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 욕창(크기, 부위, 정도) <input type="checkbox"/> 발진 <input type="checkbox"/> 소양감 <input type="checkbox"/> 탈수 <input type="checkbox"/> 상처(유/무, 부위)                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |                                                                                                                   |
|                     | 배설기능                                                                                                                                                                                                                                                              | 소변                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 자연배뇨 : 회/일 ( <input type="checkbox"/> 빈뇨 <input type="checkbox"/> 뇨실금 <input type="checkbox"/> 배뇨곤란 <input type="checkbox"/> 긴박감 <input type="checkbox"/> 통증)<br><input type="checkbox"/> 유치도뇨관<br><input type="checkbox"/> 색깔 및 양상 ( <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 혈뇨 <input type="checkbox"/> 탁한뇨 <input type="checkbox"/> 기타) |      |                                                                                                                   |
|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                   | 대변                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 횟수 :    회/    일 <input type="checkbox"/> 색깔 및 양상( <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 혈변 <input type="checkbox"/> 기타)                                                                                                                                                                                                                  |      |                                                                                                                   |
| 간호계획                |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |                                                                                                                   |
| 간호(조무)사 서명 : _____  |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |                                                                                                                   |

【붙임8】

등 록 번 호 :  
이 름 :  
성 별 / 나 이 :

건강 관리 기록부

| 월<br>일         |              |              |              |              |              |              |              |              |              |
|----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 입소일수           |              |              |              |              |              |              |              |              |              |
| 혈 압            |              |              |              |              |              |              |              |              |              |
| 맥 박            | 회/분          | 회/분          | 회/분          | 회/분          | 회/분          | 회/분          | 회/분          | 회/분          | 회/분          |
| 호 흡            |              |              |              |              |              |              |              |              |              |
| 체 온            | ℃            | ℃            | ℃            | ℃            | ℃            | ℃            | ℃            | ℃            | ℃            |
| 체 중            | kg           | kg           | kg           | kg           | kg           | kg           | kg           | kg           | kg           |
| 혈 당            |              |              |              |              |              |              |              |              |              |
| 약물투여           |              |              |              |              |              |              |              |              |              |
| 주사제 투여         |              |              |              |              |              |              |              |              |              |
| 문제 행동          | 유 / 무        | 유 / 무        | 유 / 무        | 유 / 무        | 유 / 무        | 유 / 무        | 유 / 무        | 유 / 무        | 유 / 무        |
| 낙상             | 유 / 무        | 유 / 무        | 유 / 무        | 유 / 무        | 유 / 무        | 유 / 무        | 유 / 무        | 유 / 무        | 유 / 무        |
| 탈수             | 없음 /의심       | 없음 /의심       | 없음 /의심       | 없음 /의심       | 없음 /의심       | 없음 /의심       | 없음 /의심       | 없음 /의심       | 없음 /의심       |
| 소변/<br>대변실금    | 유 / 무        | 유 / 무        | 유 / 무        | 유 / 무        | 유 / 무        | 유 / 무        | 유 / 무        | 유 / 무        | 유 / 무        |
| 통증(VAS)        | 약/ 중/ 강      | 약/ 중/ 강      | 약/ 중/ 강      | 약/ 중/ 강      | 약/ 중/ 강      | 약/ 중/ 강      | 약/ 중/ 강      | 약/ 중/ 강      | 약/ 중/ 강      |
| 욕창             | 무 / 유<br>부위: | 무 / 유<br>부위: | 무 / 유<br>부위: | 무 / 유<br>부위: | 무 / 유<br>부위: | 무 / 유<br>부위: | 무 / 유<br>부위: | 무 / 유<br>부위: | 무 / 유<br>부위: |
| 섬망             | 없음 /의심       | 없음 /의심       | 없음 /의심       | 없음 /의심       | 없음 /의심       | 없음 /의심       | 없음 /의심       | 없음 /의심       | 없음 /의심       |
| 간호<br>제공<br>내용 |              |              |              |              |              |              |              |              |              |
|                |              |              |              |              |              |              |              |              |              |
|                |              |              |              |              |              |              |              |              |              |
|                |              |              |              |              |              |              |              |              |              |
| 간호(조무)사<br>서명  |              |              |              |              |              |              |              |              |              |

【붙임9】

## 계약의사 추천 등 관련 분쟁 조정 신청서

☐ 신청자 (☐ 시설, ☐ 계약(희망)의사, ☐ 지역(공동)협의회)

- 성명 :
- 기관명(연락처) :
- 관할 지역의사회 :

☐ 분쟁 대상 (☐ 시설, ☐ 계약(희망)의사, ☐ 지역(공동)협의회)

- 성명 :
- 기관명(연락처) :
- 관할 지역의사회 :

### ☐ 분쟁 내용

\* 육하원칙에 따라 작성해주시기 바라며, 필요시 분쟁 해결에 필요한 자료를 첨부하여 주시기 바랍니다.

위와 같이 계약의사 추천 등 관련 분쟁이 발생하여 (☐의사, ☐한의사, ☐치과의사) 중앙협의회에 분쟁 조정을 신청합니다.

년 월 일  
신청인 \_\_\_\_\_ (인)

【붙임10】

분쟁조정 결과 통보서

○ ○ 귀하

□ 조정 결과

년 월 일

협회장

(직인)

## 참고5

## 지역별 지역의사회(치과의사회, 한의사회)

### 1. 대한의사협회 ... 시군구 지역의사회

| 연번 | 시도  | 시군구  | 지역의사회   | 전화번호          |
|----|-----|------|---------|---------------|
| 1  | 강원도 | 강릉시  | 강릉시의사회  | 033-648-9878  |
| 2  |     | 고성군  | 속초시의사회  | 033-635-9400  |
| 3  |     | 속초시  |         |               |
| 4  |     | 삼척시  | 삼척시의사회  | 033-575-7101  |
| 5  |     | 동해시  | 동해시의사회  | 033-535-0096  |
| 6  |     | 양구군  | 양구군의사회  | 033-482-7755  |
| 7  |     | 양양군  | 양양군의사회  | 033-673-2800  |
| 8  |     | 영월군  | 영월군의사회  | 033-373-0075  |
| 9  |     | 원주시  | 원주시의사회  | 033-743-9844  |
| 10 |     | 횡성군  | 횡성군의사회  | 033-343-9855  |
| 11 |     | 정선군  | 정선군의사회  | 033-563-7778  |
| 12 |     | 철원군  | 철원군의사회  | 033-455-7360  |
| 13 |     | 춘천시  | 춘천시의사회  | 033-257-9119  |
| 14 |     | 화천군  |         |               |
| 15 | 경기도 | 평창군  | 평창군의사회  | 033-335-7040  |
| 16 |     | 홍천군  | 홍천군의사회  | 033-435-9009  |
| 17 |     | 인제군  | 인제군의사회  | 033-462-4261  |
| 18 |     | 태백시  | 태백시의사회  | 033-553-6600  |
| 19 |     | 광주시  | 광주시의사회  | 031-797-9481  |
| 20 |     | 과천시  | 과천시의사회  | 02-3679-9397  |
| 21 |     | 군포시  | 군포시의사회  | 031-398-1931  |
| 22 |     | 가평군  | 가평군의사회  | 031-581-7200  |
| 23 |     | 연천군  | 연천군의사회  | 031-832-8431  |
| 24 |     | 양주시  | 양주시의사회  | 031-867-0553  |
| 25 |     | 의왕시  | 경기도의사회  | 031-255-1397  |
| 26 |     | 의정부시 | 의정부시의사회 | 031-855-7065  |
| 27 |     | 포천시  | 포천시의사회  | 031-532-8275  |
| 28 |     | 고양시  | 고양시의사회  | 031-908-0028  |
| 29 |     | 광명시  | 광명시의사회  | 02-806-5920   |
| 30 |     | 구리시  | 구리시의사회  | 031-566-8320  |
| 31 |     | 김포시  | 김포시의사회  | 070-8788-5200 |
| 32 |     | 남양주시 | 남양주시의사회 | 031-511-0714  |
| 33 |     | 동두천시 | 동두천의사회  | 031-863-0550  |
| 34 |     | 부천시  | 부천시의사회  | 032-325-8497  |
| 35 |     | 성남시  | 성남시의사회  | 031-705-1906  |
| 36 |     | 수원시  | 수원시의사회  | 031-213-5634  |
| 37 |     | 시흥시  | 시흥시의사회  | 031-404-1618  |
| 38 |     | 안산시  | 안산시의사회  | 031-486-4508  |
| 39 |     | 안성시  | 안성시의사회  | 031-672-2475  |
| 40 |     | 안양시  | 안양시의사회  | 031-441-1144  |
| 41 |     | 양평군  | 양평군의사회  | 031-771-9990  |

| 연번 | 시도   | 시군구 | 지역의사회  | 전화번호          |
|----|------|-----|--------|---------------|
| 42 | 경기도  | 여주시 | 여주시의사회 | 031-885-3354  |
| 43 |      | 오산시 | 오산시의사회 | 031-378-7540  |
| 44 |      | 용인시 | 용인시의사회 | 031-281-1197  |
| 45 |      | 이천시 | 이천시의사회 | 031-637-0183  |
| 46 |      | 파주시 | 파주시의사회 | 031-919-3929  |
| 47 |      | 평택시 | 평택시의사회 | 031-651-1922  |
| 48 |      | 하남시 | 하남시의사회 | 031-796-3535  |
| 49 |      | 화성시 | 화성시의사회 | 031-8015-9995 |
| 50 | 경상남도 | 거제시 | 경남시의사회 | 055-240-6223  |
| 51 |      | 거창군 |        |               |
| 52 |      | 고성군 |        |               |
| 53 |      | 김해시 |        |               |
| 54 |      | 남해군 |        |               |
| 55 |      | 밀양시 |        |               |
| 56 |      | 사천시 |        |               |
| 57 |      | 산청군 |        |               |
| 58 |      | 양산시 |        |               |
| 59 |      | 의령군 |        |               |
| 60 |      | 진주시 |        |               |
| 61 |      | 창녕군 |        |               |
| 62 |      | 창원시 |        |               |
| 63 |      | 통영시 |        |               |
| 64 |      | 하동군 |        |               |
| 65 |      | 함안군 |        |               |
| 66 |      | 함양군 |        |               |
| 67 |      | 합천군 |        |               |
| 68 | 경상북도 | 경산시 | 경산시의사회 | 054-812-0030  |
| 69 |      | 청도군 |        |               |
| 70 |      | 경주시 | 경주시의사회 | 054-774-9991  |
| 71 |      | 고령군 | 성주군의사회 | 054-931-8201  |
| 72 |      | 성주군 |        |               |
| 73 |      | 칠곡군 |        |               |
| 74 |      | 구미시 | 구미시의사회 | 054-457-7646  |
| 75 |      | 군위군 | 군위군의사회 | 054-382-8222  |
| 76 |      | 의성군 |        |               |
| 77 |      | 김천시 | 김천시의사회 | 054-432-6900  |
| 78 |      | 문경시 | 문경시의사회 | 054-552-5502  |
| 79 |      | 예천군 |        |               |
| 80 |      | 상주시 | 상주시의사회 | 054-533-7600  |
| 81 |      | 안동시 | 안동시의사회 | 054-857-6911  |
| 82 |      | 영양군 |        |               |
| 83 |      | 청송군 |        |               |
| 84 |      | 영덕군 | 영덕군의사회 | 054-733-1488  |
| 85 |      | 울진군 |        |               |
| 86 |      | 영주시 | 영주시의사회 | 054-636-4629  |
| 87 |      | 봉화군 |        |               |

| 연번  | 시도    | 시군구  | 지역의사회  | 전화번호         |
|-----|-------|------|--------|--------------|
| 88  | 경상북도  | 영천시  | 영천시의사회 | 054-337-8022 |
| 89  |       | 포항시  | 포항시의사회 | 054-281-0990 |
| 90  |       | 울릉군  |        |              |
| 91  | 광주광역시 | 광산구  | 광주시의사회 | 062-529-2101 |
| 92  |       | 남구   |        |              |
| 93  |       | 동구   |        |              |
| 94  |       | 북구   |        |              |
| 95  | 대구광역시 | 남구   | 대구시의사회 | 053-953-0033 |
| 96  |       | 달서구  |        |              |
| 97  |       | 달성군  |        |              |
| 98  |       | 동구   |        |              |
| 99  |       | 북구   |        |              |
| 100 |       | 서구   |        |              |
| 101 |       | 수성구  |        |              |
| 102 |       | 중구   |        |              |
| 103 | 대전광역시 | 대덕구  | 대덕구의사회 | 042-252-9918 |
| 104 |       | 동구   | 동구의사회  | 042-256-9236 |
| 105 |       | 서구   | 서구의사회  | 042-255-3553 |
| 106 |       | 유성구  | 유성구의사회 | 042-252-9918 |
| 107 |       | 중구   | 중구의사회  | 042-257-1784 |
| 108 | 부산광역시 | 강서구  | 부산시의사회 | 051-464-5571 |
| 109 |       | 금정구  |        |              |
| 110 |       | 남구   |        |              |
| 111 |       | 동구   |        |              |
| 112 |       | 동래구  |        |              |
| 113 |       | 부산진구 |        |              |
| 114 |       | 북구   |        |              |
| 115 |       | 사상구  |        |              |
| 116 |       | 사하구  |        |              |
| 117 |       | 서구   |        |              |
| 118 |       | 수영구  |        |              |
| 119 |       | 연제구  |        |              |
| 120 |       | 영도구  |        |              |
| 121 |       | 중구   |        |              |
| 122 |       | 해운대구 |        |              |
| 123 |       | 기장군  | 경남시의사회 | 055-240-6223 |
| 124 | 서울특별시 | 강남구  | 강남구시의회 | 02-549-0971  |
| 125 |       | 강동구  | 강동구시의회 | 02-485-0765  |
| 126 |       | 강북구  | 강북구시의회 | 02-902-0018  |
| 127 |       | 강서구  | 강서구시의회 | 02-2653-2779 |
| 128 |       | 관악구  | 관악구시의회 | 02-888-8080  |
| 129 |       | 광진구  | 광진구시의회 | 02-3436-6650 |
| 130 |       | 구로구  | 구로구시의회 | 02-2636-9047 |
| 131 |       | 금천구  | 금천구시의회 | 02-893-3657  |
| 132 |       | 노원구  | 노원구시의회 | 02-937-8092  |
| 133 |       | 도봉구  | 도봉구시의회 | 02-995-4230  |

| 연번  | 시도      | 시군구    | 지역의사회   | 전화번호         |
|-----|---------|--------|---------|--------------|
| 134 | 서울특별시   | 동대문구   | 동대문구시의회 | 02-926-1969  |
| 135 |         | 동작구    | 동작구시의회  | 02-813-1731  |
| 136 |         | 마포구    | 마포구시의회  | 02-322-0529  |
| 137 |         | 서대문구   | 서대문구시의회 | 02-395-0797  |
| 138 |         | 서초구    | 서초구시의회  | 02-543-5872  |
| 139 |         | 성동구    | 성동구시의회  | 02-2292-1094 |
| 140 |         | 성북구    | 성북구시의회  | 02-924-6090  |
| 141 |         | 송파구    | 송파구시의회  | 02-406-0516  |
| 142 |         | 양천구    | 양천구시의회  | 02-2653-2779 |
| 143 |         | 영등포구   | 영등포구시의회 | 02-2633-1089 |
| 144 |         | 용산구    | 용산구시의회  | 02-793-7384  |
| 145 |         | 은평구    | 은평구시의회  | 02-384-7705  |
| 146 |         | 종로구    | 종로구시의회  | 02-2266-7446 |
| 147 |         | 중구     | 중구시의회   | 02-2266-1568 |
| 148 |         | 종량구    | 종량구시의회  | 02-925-1677  |
| 149 | 세종특별자치시 | 세종시    | 세종시의사회  | 044-862-1397 |
| 150 | 울산광역시   | 울산시 남구 | 울산시의사회  | 052-243-2047 |
| 151 |         | 울산시 동구 |         |              |
| 152 |         | 울산시 북구 |         |              |
| 153 |         | 울산시 중구 |         |              |
| 154 |         | 울주군    |         |              |
| 155 | 인천광역시   | 계양구    | 인천시의사회  | 032-425-8767 |
| 156 |         | 남동구    |         |              |
| 157 |         | 동구     |         |              |
| 158 |         | 미추홀구   |         |              |
| 159 |         | 부평구    |         |              |
| 160 |         | 서구     |         |              |
| 161 |         | 연수구    |         |              |
| 162 |         | 중구     |         |              |
| 163 |         | 강화군    |         |              |
| 164 |         | 옹진군    |         |              |
| 165 | 전라남도    | 강진군    | 강진군의사회  | 061-432-1100 |
| 166 |         | 고흥군    | 고흥군의사회  | 061-835-9752 |
| 167 |         | 곡성군    | 곡성군의사회  | 061-362-5102 |
| 168 |         | 광양시    | 광양시의사회  | 061-762-0022 |
| 169 |         | 구례군    | 구례군의사회  | 061-783-7575 |
| 170 |         | 나주시    | 나주시의사회  | 061-337-3300 |
| 171 |         | 담양군    | 담양군의사회  | 061-381-2960 |
| 172 |         | 목포시    | 목표시의사회  | 061-282-0009 |
| 173 |         | 무안군    | 무안군의사회  | 061-452-2850 |
| 174 |         | 보성군    | 보성군의사회  | 061-857-7580 |
| 175 |         | 순천시    | 순천시의사회  | 061-724-7585 |
| 176 |         | 신안군    | 신안군의사회  | 061-262-3301 |
| 177 |         | 여수시    | 여수시의사회  | 061-655-2893 |
| 178 |         | 영광군    | 영광군의사회  | 061-352-1475 |
| 179 |         | 영암군    | 영암군의사회  | 061-471-1005 |

| 연번  | 시도      | 시군구     | 지역의사회   | 전화번호         |
|-----|---------|---------|---------|--------------|
| 180 | 전라남도    | 완도군     | 완도군의사회  | 061-552-2118 |
| 181 |         | 장성군     | 전라남도의사회 | 061-284-2441 |
| 182 |         | 장흥군     | 장흥군의사회  | 061-864-0770 |
| 183 |         | 진도군     | 진도군의사회  | 061-544-8275 |
| 184 |         | 함평군     | 함평군의사회  | 061-323-8578 |
| 185 |         | 해남군     | 해남군의사회  | 061-537-2266 |
| 186 | 전라북도    | 화순군     | 화순군의사회  | 061-900-1100 |
| 187 |         | 고창군     | 고창군의사회  | 063-564-6269 |
| 188 |         | 군산시     | 군산시의사회  | 063-466-2800 |
| 189 |         | 김제시     | 김제시의사회  | 063-545-8275 |
| 190 |         | 남원시     | 남원시의사회  | 063-633-7564 |
| 191 |         | 무주군     | 무주군의사회  | 063-324-8867 |
| 192 |         | 부안군     | 부안군의사회  | 063-581-6886 |
| 193 |         | 순창군     | 순창군의사회  | 063-653-5885 |
| 194 |         | 완주군     | 완주군의사회  | 063-291-3188 |
| 195 |         | 익산시     | 익산시의사회  | 063-834-0186 |
| 196 |         | 임실군     | 임실군의사회  | 063-643-5812 |
| 197 |         | 장수군     | 장수군의사회  | 063-351-1616 |
| 198 |         | 전주시 덕진구 | 전주시의사회  | 063-255-9981 |
| 199 |         | 전주시 완산구 |         |              |
| 200 |         | 정읍시     | 정읍시의사회  | 063-532-5222 |
| 201 |         | 진안군     | 진안군의사회  | 063-433-2620 |
| 202 | 제주특별자치시 | 제주시     | 제주시의사회  | 064-757-4640 |
| 203 |         | 서귀포시    |         |              |
| 204 | 충청남도    | 계룡시     | 계룡시의사회  | 042-841-4411 |
| 205 |         | 공주시     | 공주시의사회  | 041-854-7575 |
| 206 |         | 금산군     | 금산군의사회  | 041-754-9365 |
| 207 |         | 논산시     | 논산시의사회  | 041-734-6767 |
| 208 |         | 당진시     | 당진시의사회  | 041-352-2412 |
| 209 |         | 보령시     | 보령시의사회  | 041-931-5979 |
| 210 |         | 부여군     | 부여군의사회  | 041-835-1486 |
| 211 |         | 서산시     | 서산시의사회  | 041-664-4944 |
| 212 |         | 서천군     | 서천군의사회  | 041-952-9582 |
| 213 |         | 아산시     | 아산시의사회  | 041-542-7582 |
| 214 | 충청북도    | 예산군     | 예산군의사회  | 041-334-1456 |
| 215 |         | 천안시     | 천안시의사회  | 041-531-0659 |
| 216 |         | 청양군     | 청양군의사회  | 041-943-7501 |
| 217 |         | 태안군     | 태안군의사회  | 041-675-7582 |
| 218 | 충청북도    | 홍성군     | 홍성군의사회  | 041-632-2224 |
| 219 |         | 충주시     | 충주시의사회  | 043-847-3165 |
| 220 |         | 제천시     | 제천시의사회  | 043-642-0050 |
| 221 |         | 증평군     | 증평군의사회  | 043-838-4544 |
| 222 |         | 진천군     | 진천군의사회  | 043-533-1223 |
| 223 |         | 음성군     | 음성군의사회  | 043-878-1331 |
| 224 |         | 단양군     | 단양군의사회  | 043-423-4330 |

| 연번  | 시도   | 시군구    | 지역의사회  | 전화번호         |
|-----|------|--------|--------|--------------|
| 225 | 충청북도 | 보은군    | 청주시의사회 | 043-256-5260 |
| 226 |      | 영동군    |        |              |
| 227 |      | 옥천군    |        |              |
| 228 |      | 청주시상당구 |        |              |
| 229 |      | 청주시서원구 |        |              |
| 230 |      | 청주시청원구 |        |              |
| 231 |      | 청주시흥덕구 |        |              |

## 2. 대한치과의사협회 ... 시도치과의사회

| 연번 | 시도      | 시도지부 | 전화번호         |
|----|---------|------|--------------|
| 1  | 서울특별시   | 서울지부 | 02-498-9142  |
| 2  | 부산광역시   | 부산지부 | 051-469-5704 |
| 3  | 대구광역시   | 대구지부 | 053-424-9753 |
| 4  | 인천광역시   | 인천지부 | 032-438-2828 |
| 5  | 광주광역시   | 광주지부 | 062-675-6735 |
| 6  | 대전광역시   | 대전지부 | 042-522-2858 |
| 7  | 울산광역시   | 울산지부 | 052-257-4547 |
| 8  | 경기도     | 경기지부 | 031-248-6621 |
| 9  | 강원도     | 강원지부 | 033-242-6921 |
| 10 | 충청북도    | 충북지부 | 043-215-8766 |
| 11 | 충청남도    | 충남지부 | 041-553-2882 |
| 12 | 전라북도    | 전북지부 | 063-286-6204 |
| 13 | 전라남도    | 전남지부 | 061-279-0745 |
| 14 | 경상북도    | 경북지부 | 053-721-7579 |
| 15 | 경상남도    | 경남지부 | 055-242-1442 |
| 16 | 제주특별자치시 | 제주지부 | 064-748-2840 |

## 3. 대한한의사협회 ... 시도한의사회

| 연번 | 시도      | 시도지부       | 전화번호         |
|----|---------|------------|--------------|
| 1  | 서울특별시   | 서울특별시한의사회  | 02-960-0811  |
| 2  | 부산광역시   | 부산광역시한의사회  | 051-466-5966 |
| 3  | 대구광역시   | 대구광역시한의사회  | 053-742-8100 |
| 4  | 인천광역시   | 인천광역시한의사회  | 032-431-8841 |
| 5  | 광주광역시   | 광주광역시한의사회  | 062-223-9481 |
| 6  | 대전광역시   | 대전광역시한의사회  | 042-252-8909 |
| 7  | 울산광역시   | 울산광역시한의사회  | 052-268-0124 |
| 8  | 경기도     | 경기도한의사회    | 031-242-1409 |
| 9  | 강원도     | 강원도한의사회    | 033-734-6262 |
| 10 | 충청북도    | 충청북도한의사회   | 043-225-2244 |
| 11 | 충청남도    | 충청남도한의사회   | 041-563-0343 |
| 12 | 전라북도    | 전라북도한의사회   | 063-246-7447 |
| 13 | 전라남도    | 전라남도한의사회   | 061-287-7700 |
| 14 | 경상북도    | 경상북도한의사회   | 053-745-1401 |
| 15 | 경상남도    | 경상남도한의사회   | 055-248-1240 |
| 16 | 제주특별자치시 | 제주특별자치한의사회 | 064-751-3545 |