

2022년

장애친화 건강검진 사업안내

Ministry of Health and Welfare

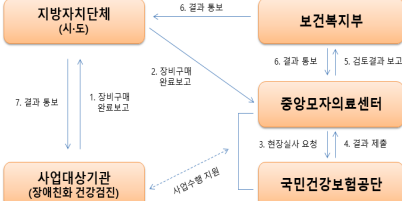


보건복지부
Ministry of Health and Welfare

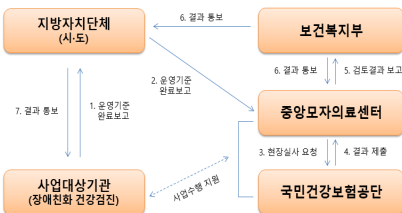
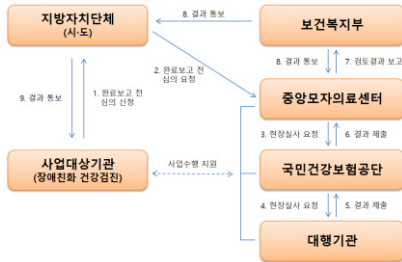
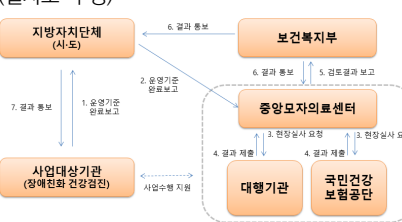
〈주요 개정의견〉

page	2021년 지침	2022년 지침	비고																		
제1장 장애친화 건강검진 사업																					
1. 사업개요																					
p.2	4) 사업대상자 ○ 사업대상자는 장애인에 국한되지 않으며, 노인 등 거동이 불편한 수검자도 안전하고 편리하게 건강검진을 할 수 있음 ○ 다만, 장애의 정도가 심한 장애인(중전 1~3급) 이용 시 장애인 안전편의관리비로 건당 27,760원의 검진가산비용 추가 지원	4) 사업대상자 ○ 사업대상자는 장애인에 국한되지 않으며, 노인 등 거동이 불편한 수검자도 안전하고 편리하게 건강검진을 할 수 있음 ○ 다만, 장애의 정도가 심한 장애인(중전 1~3급) 이용 시 장애인 안전편의관리비로 건당 37,770원 의 검진가산비용 추가 지원 ※ 관련근거 : 건강검진 실시기준(보건복지부고시 제 2021-361호) 제6조의 별표1 <일반건강검진 검사항목, 검진비용, 대상자 및 검사방법>	내용 변경																		
2. 사업지원 및 절차																					
p.3	2) 지원내용 ○ (시설개보수비) 장애친화 탈의실, 접수대 등 ○ (장애친화 건강검진장비비) 휠체어 체중계, 이동식 전동리프트, 영상확대 비디오, 점자 프린터, 성인기저귀 교환대 등 9개 품목 ○ (장애인 안전편의관리비) 장애의 정도가 심한 장애인(중전 1~3급) 검진 시 기본검진 비용 이외 검진 건당 27760원 추가 지급 ○ (건강검진기관 홍보) 장애친화 건강검진기관에 대한 홍보	2) 지원내용 ○ (시설개보수비) 장애친화 탈의실, 접수대 등 ○ (장애친화 건강검진장비비) 휠체어 체중계, 이동식 전동리프트, 영상확대 비디오, 점자프린터, 성인기저귀 교환대 등 9개 품목 ○ (장애인 안전편의관리비) 장애의 정도가 심한 장애인(중전 1~3급) 검진 시 기본검진 비용 이외 검진 건당 37,770원 추가 지급 ○ (건강검진기관 홍보) 장애친화 건강검진기관에 대한 홍보	내용 변경																		
p.4	<table><tr><th>사업 단계</th><th>사업절차</th><th>주관 기관</th></tr><tr><td>사업 수행 기관 선정</td><td>사업지침 및 일정 확정, 설명회 개최</td><td>보건복지부</td></tr></table>	사업 단계	사업절차	주관 기관	사업 수행 기관 선정	사업지침 및 일정 확정, 설명회 개최	보건복지부	<table><tr><th>사업 단계</th><th>사업절차</th><th>주관 기관</th></tr><tr><td>사업 수행 기관 선정</td><td>사업지침 및 일정 확정</td><td>보건복지부</td></tr></table>	사업 단계	사업절차	주관 기관	사업 수행 기관 선정	사업지침 및 일정 확정	보건복지부	내용 변경						
사업 단계	사업절차	주관 기관																			
사업 수행 기관 선정	사업지침 및 일정 확정, 설명회 개최	보건복지부																			
사업 단계	사업절차	주관 기관																			
사업 수행 기관 선정	사업지침 및 일정 확정	보건복지부																			
p.4	<table><tr><th>사업 운영 기준 추진 및 점검</th><th>사실 및 장비</th><th>인력</th></tr><tr><td></td><td>시설설계 및 장비계획 (심의)</td><td>장애친화 건강검진 전문인력 (수어통역사) 채용</td></tr><tr><td></td><td>시설 및 장비 변경(심의)</td><td></td></tr></table> 국립중앙의료원 중앙모자의료센터 (편의시설 적합 확인 대행기관)	사업 운영 기준 추진 및 점검	사실 및 장비	인력		시설설계 및 장비계획 (심의)	장애친화 건강검진 전문인력 (수어통역사) 채용		시설 및 장비 변경(심의)		<table><tr><th>사업 운영 기준 추진 및 점검</th><th>사실 및 장비</th><th>인력</th></tr><tr><td></td><td>시설설계 및 장비계획 (심의)</td><td>장애친화 건강검진 전문인력 (수어통역사) 채용</td></tr><tr><td></td><td>시설 및 장비 변경(심의)</td><td></td></tr></table> 국립중앙의료원 중앙모자의료센터 (편의시설 적합 확인 대행기관)	사업 운영 기준 추진 및 점검	사실 및 장비	인력		시설설계 및 장비계획 (심의)	장애친화 건강검진 전문인력 (수어통역사) 채용		시설 및 장비 변경(심의)		내용 변경
사업 운영 기준 추진 및 점검	사실 및 장비	인력																			
	시설설계 및 장비계획 (심의)	장애친화 건강검진 전문인력 (수어통역사) 채용																			
	시설 및 장비 변경(심의)																				
사업 운영 기준 추진 및 점검	사실 및 장비	인력																			
	시설설계 및 장비계획 (심의)	장애친화 건강검진 전문인력 (수어통역사) 채용																			
	시설 및 장비 변경(심의)																				

page	2021년 지침	2022년 지침	비고
	시설, 장비, 인력 현황 관리 국립중앙의료원 중앙모자의료센터 완료보고 사전 심의 종사자 교육 국립중앙의료원 중앙모자의료센터 중앙장애인보건 의료센터 현장실사 국민건강보험공단 (편의시설 적합 확인 대행기관) 시설 공사 및 장비 구매 완료보고 시·도지사 (사업수행기관) 개시통보 보건복지부	시설, 장비, 인력 현황 관리 국립중앙의료원 중앙모자의료센터 완료보고 검토 종사자 교육 국립중앙의료원 중앙모자의료센터 중앙장애인보건 의료센터 현장실사 국민건강보험공 단 (편의시설 적합 확인 대행기관) 개시통보 보건복지부	
p.5	- 대행기관은 해당기관의 선정 시설기준 적합 여부에 대해 현장실사를 통해 확인하고 그 결과를 30일 이내 국민건강보험공단에 제출 ※ (추가)	- 대행기관은 해당기관의 선정 시설기준 적합 여부에 대해 현장실사를 통해 확인하고 그 결과를 30일 이내 국민건강보험공단에 제출 ※ 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진 보장에 관한 법률」제10조의2에 따른 장애물 없는 생활환경(BF) 인증 시설의 경우, 해당 인증서를 보건복지부장관에게 제출하고 현장실사 생략 가능	내용 추가
p.5	※ 사업계획은 변경하지 않는 것을 원칙으로 하되, 아래의 경우 사업계획서 변경승인 요청서를 작성하여 보건복지부장관의 승인을 받아야 함 (서식 제8호 참조) - 사업비가 변경(주요사업계획으로 인한 사업비 변경, 낙찰차액 등 집행잔액으로 추가사업을 할 경우)될 경우 - 사업기간 내에 사업을 완료하지 못하는 등 불가피한 사유로 일정이 지연될 경우 - (추가) - 그 외 계획 변경은 회계연도 이후 결산 및 사업실적 보고 시 총괄 보고	※ 사업계획은 변경하지 않는 것을 원칙으로 하되, 아래의 경우 사업계획서 변경승인 요청서를 작성하여 보건복지부장관의 승인을 받아야 함 (서식 제8호 참조) - 사업비 또는 사업범위가 변경될 경우(경미한 변경 제외) - 사업기간 내에 사업을 완료하지 못하는 등 불가피한 사유로 일정이 지연될 경우 - 사업의 부지 및 사업위치가 변경될 경우 - 기타 보건복지부장관의 승인이 필요하다고 판단 되는 경우	내용 변경
p.6-7	③ 건강검진 장비부문 세부 심의 절차 [장비 구매 진행 및 점검] - 중앙모자의료센터장은 장비구매 현황을 정기적으로 관리하며 사업수행기관은 장비구매 완료 보고 전 사전심의 요청 - 중앙모자의료센터장은 장비기준 적합성 확인을 위하여 국민건강보험공단에 현장실사 요청 - 국민건강보험공단은 해당기관의 장비기준 적합성을 확인하여 그 결과를 중앙모자의료센터장	③ 건강검진 장비부문 세부 심의 절차 [장비 구매 점검 및 완료보고 절차] - 중앙모자의료센터장은 장비구매 현황을 정기적으로 관리함 - 지방자치단체(사업수행기관장)는 장비구매 완료 시, 완료보고서와 관련 서류를 구비하여 보건복지부장관에게 제출하고, 보건복지부장관은 중앙모자의료센터장에게 검토 요청 - 중앙모자의료센터장은 장비기준 적합성 확인을	내용 변경

page	2021년 지침	2022년 지침	비고
	에게 제출 [장비 구매 완료 보고 절차] - 지방자치단체(사업수행기관장)는 장비구매 완료 보고서와 관련 서류를 작성하여 15일 이내 중앙모자의료센터장에게 제출(서식 제11호 참조) - 중앙모자의료센터장은 제출받은 구매완료 보고서 등의 서류와 검수결과를 보건복지부장관에게 보고	위하여 국민건강보험공단에 현장실사 요청 - 국민건강보험공단은 해당기관의 장비기준 적합성을 확인하여 그 결과를 중앙모자의료센터장에게 제출 - 중앙모자의료센터장은 제출받은 완료보고서 등의 검수결과와 장비기준 적합성 결과를 보건복지부장관에게 보고 - 보건복지부장관은 심의 결과를 지방자치단체에 통보 	
p.8	④ 건강검진 시설부문 세부 심의 절차 [시설 개보수 전 절차] - 지방자치단체(사업수행기관장)는 시설 개보수를 하기 전, 시설 설계 심의 신청서와 관련 첨부 서류를 작성하여 중앙모자의료센터장에게 심의 신청(서식 제12호 참조) ※ 장애인화 건강검진기관으로 선정된 이후 해당 시설을 신·증축하여 시설기준 적합여부 확인 사항에 변경이 있는 경우, 변경되는 사항도 심의를 신청해야 함 - 중앙모자의료센터장은 국민건강보험공단(대행기관)에게 시설 설계 계획을 심의하도록 하고 국민건강보험공단(대행기관)은 심의결과를 검토하여 중앙모자의료센터장에게 보고 - 중앙모자의료센터장은 국민건강보험공단(대행기관)으로부터 보고받은 심의결과를 보건복지부장관에게 보고 - 보건복지부장관은 중앙모자의료센터장의 심의 결과를 토대로 시설계획을 승인·통보하고, 지방자치단체(사업수행기관장)는 시설개보수 실시 - 시설 공사에 따른 낙찰차액 발생 시 지원금액 범위 내에서 시설 공사를 할 수 있으며, 반드시 보건복지부장관의 승인을 완료(서식 제13호 참조) ※ 시설설계계획은 변경하지 않는 것을 원칙으로 하되 불가피하게 승인받은 설계를 변경하고자 할 경우, 사업수행기관장은 시설 설계 변경 심의 신청서를 구비하여 중앙모자의료센터장에게 심의를 신청(서식 제13호 참조)	④ 건강검진 시설부문 세부 심의 절차 [시설 개보수 전 절차] - 지방자치단체(사업수행기관장)는 시설 개보수를 하기 전, 시설 설계 심의 신청서와 관련 첨부 서류를 작성하여 중앙모자의료센터장에게 심의 신청(서식 제12호 참조) ※ 장애인화 건강검진기관으로 선정된 이후 해당 시설을 신·증축하여 시설기준 적합여부 확인 사항에 변경이 있는 경우, 변경되는 사항도 심의를 신청해야 함 - 중앙모자의료센터장은 대행기관에게 시설 설계 계획을 심의하도록 하고 대행기관은 심의결과를 검토하여 중앙모자의료센터장에게 보고 - 중앙모자의료센터장은 대행기관으로부터 보고 받은 심의결과를 검토 한 후 그 결과를 보건복지부장관에게 보고 - 보건복지부장관은 중앙모자의료센터장의 심의 결과를 토대로 시설계획을 승인·통보하고, 지방자치단체(사업수행기관장)는 시설개보수 실시 - 시설 공사에 따른 낙찰차액 발생 시 지원금액 범위 내에서 시설 공사를 할 수 있으며, 반드시 보건복지부장관의 승인을 완료(서식 제13호 참조) ※ 시설설계계획은 변경하지 않는 것을 원칙으로 하되 불가피하게 승인받은 설계를 변경하고자 할 경우, 사업수행기관장은 시설 설계 변경 심의 신청서를 구비하여 중앙모자의료센터장에게 심의를 신청(서식 제13호 참조)	내용 변경

page	2021년 지침	2022년 지침	비고
p.9	④ 건강검진 시설부문 세부 심의 절차 [시설 개보수 진행 및 점검] - 중앙모자의료센터장은 시설 개보수 진행 현황을 정기적으로 관리하며 사업수행기관은 시설 공사 완료 보고 전 사전 심의 요청 - 중앙모자의료센터장은 시설 기준의 적합성 확인을 위하여 국민건강보험공단(대행기관)에 현장실사 요청 - 국민건강보험공단(대행기관)은 해당기관의 시설 기준 적합성을 확인하여 그 결과를 중앙모자의료센터장에게 제출 [시설 공사 완료 보고 절차] - 지방자치단체(사업수행기관)는 시설 공사 완료 보고서와 관련 서류를 작성하여 15일 이내 중앙모자의료센터장에게 제출(서식 제14호 참조) - 중앙모자의료센터장은 제출받은 시설 공사 완료 보고서 등의 서류와 검토결과를 보건복지부장관에게 보고 - 심의 시 승인받은 사항(구조, 용도 등)의 임의 변경은 불가하며 불가피하게 변경을 요할 시 중앙모자의료센터장에게 사전승인을 요청	④ 건강검진 시설부문 세부 심의 절차 [시설 개보수 점검 및 완료보고 절차] - 중앙모자의료센터장은 시설 개보수 진행 현황을 정기적으로 관리함 - 지방자치단체(사업수행기관)는 시설공사 완료 시, 완료보고서와 관련 서류를 구비하여 중앙모자의료센터장에 제출 - 중앙모자의료센터장은 시설기준 적합성 확인을 위해 대행기관에 현장실사 요청 - 대행기관은 해당기관의 시설기준 적합성을 확인하여 그 결과를 중앙모자의료센터장에게 제출 - 중앙모자의료센터장은 제출받은 완료보고서 등의 검수결과와 시설기준 적합성 결과를 보건복지부장관에게 보고 - 보건복지부장관은 심의 결과를 지방자치단체에 통보	내용 변경
p.9-10	<추가>	⑤ 건강검진 운영기준 준수 및 완료 절차 [운영기준 준수] - 사업수행기관장은 안내 보조 동행서비스, 서면 안내문 비치, 검진순서 안내시스템 설치, 웹사이트 운영, 수어통역서비스 제공 등의 운영기준을 준수해야 함 [운영기준 완료보고 절차] - 중앙모자의료센터장은 운영기준 준수 현황을 정기적으로 관리함 - 지방자치단체(사업수행기관)는 운영기준 준수 관련 서류를 중앙모자의료센터장에 제출 - 중앙모자의료센터장은 운영기준 적합성 확인을 위하여 국민건강보험공단에 현장실사 요청 - 국민건강보험공단은 해당기관의 운영기준 적합	내용 추가

page	2021년 지침	2022년 지침	비고
		성을 확인하여 그 결과를 중앙모자의료센터장에게 제출 - 중앙모자의료센터장은 제출받은 운영기준 적합성 결과를 검토한 후 그 결과를 보건복지부장관에게 보고 - 보건복지부장관은 검토 결과를 지방자치단체에 통보 	
p.11	⑥ 사업수행기관 최종 지정 - 보건복지부장관은 중앙모자의료센터장으로부터 받은 장비구매 완료보고서, 시설 공사 완료 보고서, 인력 채용 증명 등의 서류를 최종 검토 및 심사 - 보건복지부장관은 심사결과를 바탕으로, 사업수행기관 지정(지정서 발급) 및 개시통보 	⑦ 사업수행기관 최종 지정 - 보건복지부장관은 중앙모자의료센터장으로부터 제출받은 장비구매 완료보고서, 시설공사 완료 보고서, 운영기준 관련 서류 등을 최종 검토 및 심사 - 보건복지부장관은 심사결과를 바탕으로, 사업수행기관 지정(지정서 발급) 및 개시통보 (절차도 수정) 	내용 변경
3. 사업운영			
p.16	* 한국수어통역사 자격을 갖춘 인력으로 수어통역 서비스를 제공하는 기관에 동 서비스를 위탁한 경우	* 한국수어통역사 자격을 갖춘 인력으로 수어통역 서비스를 제공하는 기관(한국농아인협회, 지역 수어통역센터, 복지관 등)에 동 서비스를 위탁한 경우	내용 변경
p.17	가. 사업기관의 준수사항 5) 종사자 의무교육(※ 별도 공문시행) ○ (시행) 중앙장애인보건의료센터 ○ (운영) 장애인화 건강검진 교육 실시 - 불가피한 사유가 있는 때 외에는 연 1회 이상 집합교육 실시 ○ (대상) 의사, 간호사·간호조무사, 방사선사, 임상병리사, 수어통역사, 접수인력	가. 사업기관의 준수사항 5) 종사자 교육(※ 별도 공문시행) ○ (시행) 중앙장애인보건의료센터 ○ (운영) 장애인화 건강검진 교육 실시 - 연 1회 이상 실시하되, 상황에 따라 집합 또는 온라인 교육 실시 ○ (대상) 장애인화 건강검진센터 내 전 인력	내용 추가

page	2021년 지침	2022년 지침	비고
	- (추가) * (추가) * (추가) ○ (내용) 장애의 이해, 장애인건강권법 이해, 장애 유형별 의사소통, 보조기기의 이해, 장애유형별 검사 유의사항, 사후관리방안 등	- 의사, 간호사·간호조무사, 방사선사, 임상병리사, 수어통역사, 접수인력 등 * 장애친화 건강검진 서비스 개시 이후 3년 이내 종사자의 80% 이상 교육을 이수해야 함. * 기존 개시 기관의 신규자 및 교체 인력은 필수 이수 ○ (내용) 장애의 이해, 장애인건강권법 이해, 장애유형별 의사소통, 보조기기의 이해, 장애유형별 검사 유의사항, 사후관리방안 등	
p.36	〈서식 7〉 국고보조금 교부신청서 〈첨부서류〉 1. 사업계획서(지정 완료 이후 수정본) 2. 〈서식 9〉 장비 계획 심의 신청서 3. 〈서식 12〉 시설 설계 심의 신청서	〈서식 7〉 국고보조금 교부신청서 〈첨부서류〉 1. 사업계획서(지정 완료 이후 수정본) 2. 〈서식 9〉 장비 계획 심의 신청서 3. 〈서식 12〉 시설 설계 심의 신청서	내용 삭제

목차

장애친화 건강검진 사업

1. 사업개요	1
2. 사업지원 및 절차	2
3. 사업운영	12
4. 사업관리	19
〈서식〉	25

제1장 장애친화 건강검진 사업

1 사업개요

가. 사업 목표

- 장애인의 건강검진 이용을 가로막는 장벽을 개선 또는 제거함으로써
 - 장애인과 비장애인 간, 장애유형 간 국가건강검진 수검률 격차를 줄이고
 - 건강위험요인 및 질병의 조기 발견 및 증재를 가능하게 함으로써 장애인의 효과적인 건강관리와 건강한 삶 도모

나. 지원근거 및 내용

1) 법적 근거

- 생애주기별 국가건강검진의 「국민건강보험법」 「의료급여법」 등 관련법령
- 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」 제7조(장애인 건강 검진사업)
 - 같은 법 시행령 제2조(장애인 건강검진사업의 범위) 및 시행규칙 제2조(장애인 건강검진기관 지정기준 및 절차)

2) 지원 내용

- 지원범위·지원조건
 - 장애친화 건강검진 시설·장비비(일반회계의 국비 50%·지방비 50%)
 - 장애인 안전편의관리비(건강보험재정의 건강검진비용 추가 지원)
- 지원기간 : 장애친화 건강검진 시설·장비비는 1년차, 장애인 안전편의 관리비는 「장애인건강권법」 시행규칙 제3조에 따른 지정취소 전까지 지원
- 사업추진방식 : 위탁운영

- 수행주체 : 「건강검진기본법」에 따른 일반검진기관 및 암검진기관으로 지정받은 의료기관, 구강검진기관으로 지정받은 의료기관

※ 장애친화 건강검진기관으로 지정된 사업수행기관의 명칭
 〈일반명칭〉 000시·도 장애친화 건강검진기관(□□□병원 지정)

3) 지정 주체 : 보건복지부

4) 사업대상자

- 사업대상자는 장애인에 국한되지 않으며, 노인 등 거동이 불편한 수검자도 안전하고 편리하게 건강검진을 할 수 있음
- 다만, 장애의 정도가 심한 장애인(중전 1~3급) 이용 시 장애인 안전편의 관리비로 건당 37,770원의 검진가산비용 추가 지원

2 사업지원 및 절차

가. 사업목적

- 1) 지역 내 장애인에 대한 예방의료서비스 지원
 - 중증장애인을 포함해 누구나 이용 가능한 유니버설 건강검진 환경 조성
 - 유소견 수검자의 요청 시 후속 진료, 지역장애인보건의료센터 또는 보건소 사례관리 등 사후관리 서비스 의뢰
- 2) 중증장애인의 예방의료 서비스 질 향상 및 표준화
 - 중증 장애유형별 건강검진 관련 콘텐츠 개발, 건강검진 서비스 질 향상 및 표준화를 위한 정책사업 협력

나. 지원내용

- 1) 지원대상
 - 「건강검진기본법」에 따른 일반검진기관 및 암검진기관, 구강검진기관 대상으로, 별도 공모·선정심사 등을 거쳐 지정된 의원급 이상 의료기관

2) 지원내용

- (시설개보수비) 장애친화 탈의실, 접수대 등
- (장애친화 건강검진장비비) 휠체어 체중계, 이동식 전동리프트, 영상확대 비디오, 점자프린터, 성인기저귀 교환대 등 총 9개 품목
- (장애인 안전편의관리비) 장애의 정도가 심한 장애인(중전 1~3급) 검진 시 기본검진 비용 이외 검진 건당 37,770원 추가 지급
- (건강검진기관 홍보) 장애친화 건강검진기관에 대한 홍보

3) 지역별 지정기관의 수

- 지역별 장애인 인구구성, 의료이용 분포 분석 등을 토대로 전국 시·군·구를 41개 중의료권으로 구분하고 의료권별로 2~3개소 지정

※ '장애인 건강검진기관 지정'의 취지에 맞는 운영 기본 조건

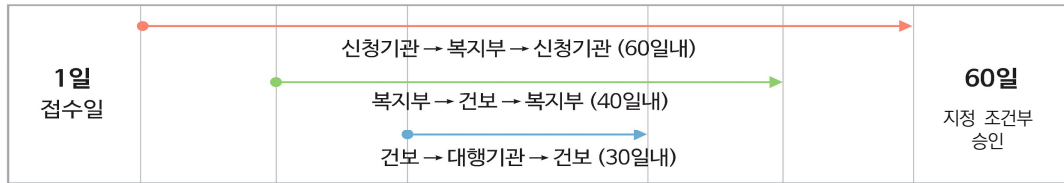
- ① 장애유형별 접근가능한 방법으로 검진에 대한 정보와 안내가 제공되는가?
- ② 검진 의료기관의 시설과 설비가 장애인들이 접근 가능한가?
- ③ 특정 장애유형에 필요한 정보와 의사소통 보조기기들이 갖추어져 있는가?
- ④ 검진 시 시행되는 검사, 진료, 처방 등이 각 장애 유형에 맞춰져 있는가?
- ⑤ 장애인들이 가지고 있는 의학적 상태를 고려하여 검진이 시행되고 있는가?
- ⑥ 재가장애인들의 건강검진에 대한 정보접근성 및 검진기관까지의 물리적 접근성이 확보되어 있는가?

다. 절차

1) 사업추진 절차도

사업단계	사업절차	주관 기관	
사업수행기관 선정	사업지침 및 일정 확정	보건복지부	
	지정신청서, 사업계획서 제출	공공보건의로 수행기관	
	서면심사 및 현장실사	국민건강보험공단 (편의시설 적합 확인 대행기관)	
	선정심사(심사항목별 최종 평가)	선정심사위원회	
	사업수행기관 선정·통보	보건복지부	
국고 보조금 신청 및 교부	국고보조금 신청	공공보건의로 수행기관	
	국고보조금 교부	시·도지사, 보건복지부	
사업운영기준 추진 및 점검	시설 및 장비	인력	국립중앙의료원 중앙모자의료센터 (편의시설 적합 확인 대행기관)
	시설 설계 및 장비계획(심의)		
	시설 및 장비 변경(심의)	국립중앙의료원 중앙모자의료센터 (편의시설 적합 확인 대행기관)	
	시설, 장비, 인력 현황 관리		국립중앙의료원 중앙모자의료센터
	완료보고 검토	종사자 교육	국립중앙의료원 중앙모자의료센터 중앙장애인보건의료센터
	현장실사		국민건강보험공단 (편의시설 적합 확인 대행기관)
	개시통보		보건복지부
사업개시	실적보고	시·도지사, 국민건강보험공단	
사업성과 관리	성과평가	보건복지부 (국립중앙의료원 중앙모자의료센터)	

① 사업수행기관 지정 조건부 승인 세부 심의 절차



- 보건복지부장관의 일정 확정 등에 따라, 사업수행기관장은 지정신청서, 시설·인력 및 장비 현황, 사업계획서에 관한 서류를 구비하여 보건복지부에 제출
- 국민건강보험공단은 제출서류에 대한 선정기준 적합성을 확인하고 편의시설 설치기준 적합성 확인 업무 대행기관(이하 “대행기관”이라 한다)에 시설 기준 적합여부 확인을 요청
- 대행기관은 해당기관의 선정 시설기준 적합 여부에 대해 현장실사를 통해 확인하고 그 결과를 30일 이내 국민건강보험공단에 제출
 - ※ 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진 보장에 관한 법률」제10조의2에 따른 장애물 없는 생활환경 (BF) 인증 시설의 경우, 해당 인증서를 보건복지부장관에게 제출하고 현장실사 생략가능
- 국민건강보험공단은 선정기준과 편의시설 설치기준 적합성 확인을 마친 후 그 결과를 적은 검토의견서를 40일 이내 보건복지부장관에게 제출
- 보건복지부장관은 국민건강보험공단의 검토의견서 결과를 토대로 선정심사위원회를 개최하고, 선정심사위원회의 최종평가 결과에 따라 지정 조건부 승인 및 국민건강보험공단과 해당기관에 통보
 - ※ 지방자치단체장은 선정심사위원회 결과를 반영한 수정사업계획서와 국고보조금 신청서를 보건복지부에 제출하고, 보건복지부는 국고보조금 교부(서식 제7호 참조)
 - ※ 수정사업계획서의 시설 개보수, 장비 구입, 인력 확충 계획 작성 시 구체적인 일정을 반드시 명시해야 함
 - ※ 보건복지부는 사업계획서 평가 관련 업무와 수정사업계획서 검토를 국립중앙의료원 중앙모자의료센터(이하 “중앙모자의료센터” 이라 한다)에 요청할 수 있음
 - ※ 사업계획은 변경하지 않는 것을 원칙으로 하되, 아래의 경우 사업계획서 변경승인 요청서를 작성하여 보건복지부장관의 승인을 받아야 함(서식 제8호 참조)
 - 사업비 또는 사업범위가 변경될 경우(경미한 변경 제외)

- 사업기간 내에 사업을 완료하지 못하는 등 불가피한 사유로 일정이 지연될 경우
- 사업의 부지 및 사업위치가 변경될 경우
- 기타 보건복지부장관의 승인이 필요하다고 판단되는 경우

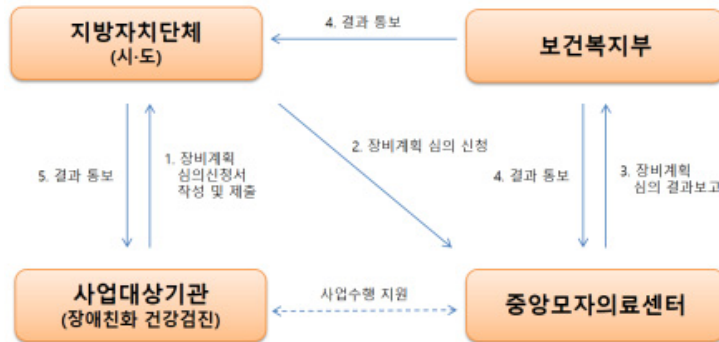
② 국고보조금 교부 신청

- 지방자치단체(사업수행기관장)는 지정 조건부 승인 이후 국고보조금 예산 변경내시 통보를 받은 후에 보건복지부장관에게 국고보조금 교부신청(서식 제7호 참조)
 - 보건복지부는 지방자치단체에 국고보조금을 교부하고, 지방자치단체는 추경을 통해 지방비 매칭 확보 및 사업수행기관에 보조금 교부
- ※ 지방비 확보 전, 국비 교부액先집행 가능('22년 예산 및 기금운용계획 집행지침 120p)

③ 건강검진 장비부문 세부 심의 절차

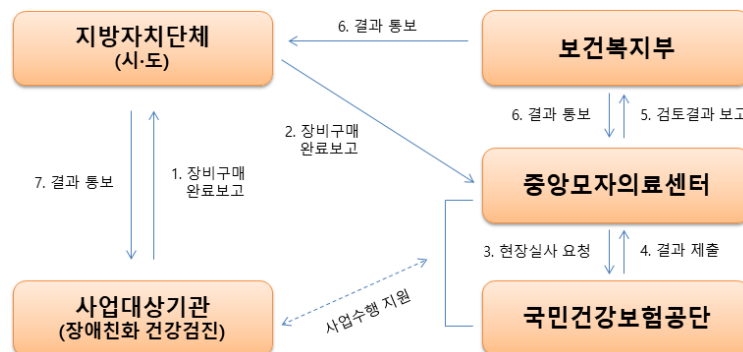
[장비 구입 전 절차]

- 지방자치단체(사업수행기관장)는 장비를 구매하기 전 장비 계획 심의 신청서를 작성하여 국립중앙의료원 중앙모자의료센터장(이하 “중앙모자의료센터장”이라 한다)에게 심의 신청(서식 제9호 참조)
 - 중앙모자의료센터장은 장비계획에 대한 심의결과를 보건복지부장관에게 보고
 - 보건복지부장관은 중앙모자의료센터장의 심의결과를 토대로 장비 구매를 승인·통보하고, 지방자치단체(사업수행기관장)는 필수 건강검진장비를 구매
 - 승인장비 구매에 따른 낙찰차액 발생 시 지원금액 범위 내에서 추가로 장비를 구매할 수 있으며, 반드시 보건복지부장관의 승인을 완료
- ※ 장비구매계획은 변경하지 않는 것을 원칙으로 하되 불가피하게 승인받은 장비를 변경하고자 할 경우, 지방자치단체(사업수행기관장)는 장비계획 변경 심의 신청서를 구비하여 중앙모자의료센터장에게 심의를 신청(서식 제10호 참조)



[장비 구매 점검 및 완료보고 절차]

- 중앙모자의료센터장은 장비구매 현황을 정기적으로 관리함
- 지방자치단체(사업수행기관장)는 장비구매 완료 시, 완료보고서와 관련 서류를 구비하여 보건복지부장관에게 제출하고, 보건복지부장관은 중앙모자의료센터장에게 검토 요청
- 중앙모자의료센터장은 장비기준 적합성 확인을 위하여 국민건강보험공단에 현장실사 요청
- 국민건강보험공단은 해당기관의 장비기준 적합성을 확인하여 그 결과를 중앙모자의료센터장에게 제출
- 중앙모자의료센터장은 제출받은 완료보고서 등의 검수결과와 장비기준 적합성 결과를 보건복지부장관에게 보고
- 보건복지부장관은 심의 결과를 지방자치단체에 통보



④ 건강검진 시설부문 세부 심의 절차

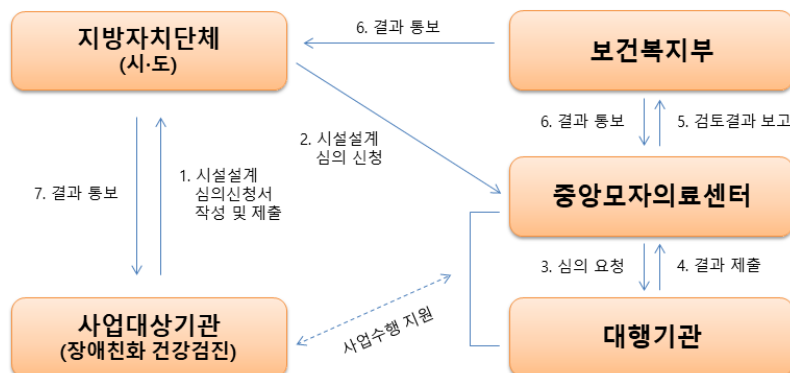
[시설 개보수 전 절차]

- 지방자치단체(사업수행기관장)는 시설 개보수를 하기 전, 시설 설계 심의 신청서와 관련 첨부 서류를 작성하여 중앙모자의료센터장에게 심의 신청 (서식 제12호 참조)

※ 장애친화 건강검진기관으로 선정된 이후 해당 시설을 신·증축하여 시설기준 적합여부 확인사항에 변경이 있는 경우, 변경되는 사항도 심의를 신청해야 함

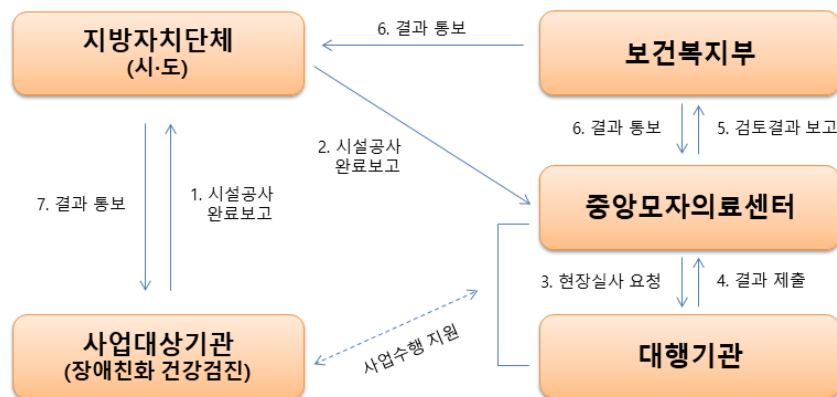
- 중앙모자의료센터장은 대행기관에게 시설 설계계획을 심의하도록 하고 대행기관은 심의결과를 검토하여 중앙모자의료센터장에게 보고
- 중앙모자의료센터장은 대행기관으로부터 보고받은 심의결과를 검토한 후, 그 결과를 보건복지부장관에게 보고
- 보건복지부장관은 중앙모자의료센터장의 심의결과를 토대로 시설계획을 승인·통보하고, 지방자치단체(사업수행기관장)는 시설개보수 실시
- 시설 공사에 따른 낙찰차액 발생 시 지원금액 범위 내에서 시설 공사를 할 수 있으며, 반드시 보건복지부장관의 승인을 완료

※ 시설설계계획은 변경하지 않는 것을 원칙으로 하되 불가피하게 승인받은 설계를 변경하고자 할 경우, 사업수행기관장은 시설 설계 변경 심의 신청서를 구비하여 중앙모자의료센터장에게 심의를 신청(서식 제13호 참조)



[시설 개보수 점검 및 완료보고 절차]

- 중앙모자의료센터장은 시설 개보수 진행 현황을 정기적으로 관리함
- 지방자치단체(사업수행기관장)는 시설공사 완료 시, 완료보고서와 관련 서류를 구비하여 중앙모자의료센터장에 제출
- 중앙모자의료센터장은 시설기준 적합성 확인을 위해 대행기관에 현장실사 요청
- 대행기관은 해당기관의 시설기준 적합성을 확인하여 그 결과를 중앙모자의료센터장에게 제출
- 중앙모자의료센터장은 제출받은 완료보고서 등의 검수결과와 시설기준 적합성 결과를 보건복지부장관에게 보고
- 보건복지부장관은 심의 결과를 지방자치단체에 통보



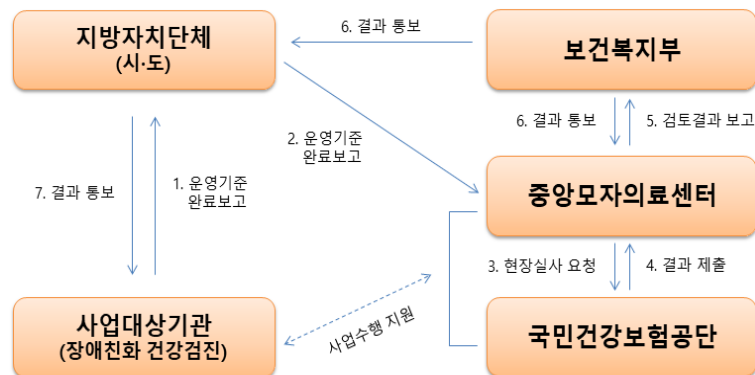
⑤ 건강검진 운영기준 준수 및 완료 절차

[운영기준 준수]

- 사업수행기관장은 안내 보조 동행서비스, 서면 안내문 비치, 검진순서 안내 시스템 설치, 웹사이트 운영, 수어통역서비스 제공 등의 운영기준을 준수해야 함

[운영기준 완료보고 절차]

- 중앙모자의료센터장은 운영기준 준수 현황을 정기적으로 관리함
- 지방자치단체(사업수행기관장)는 운영기준 준수 관련 서류를 중앙모자의료센터장에 제출
- 중앙모자의료센터장은 운영기준 적합성 확인을 위하여 국민건강보험공단에 현장실사 요청
- 국민건강보험공단은 해당기관의 운영기준 적합성을 확인하여 그 결과를 중앙모자의료센터장에게 제출
- 중앙모자의료센터장은 제출받은 운영기준 적합성 결과를 검토 한 후 그 결과를 보건복지부장관에게 보고
- 보건복지부장관은 검토 결과를 지방자치단체에 통보



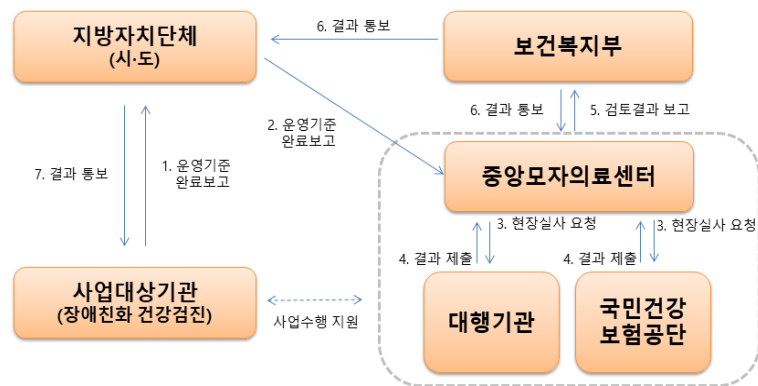
⑥ 장애친화 건강검진 인력(수어통역사) 채용 절차

- 장애인의 의사소통과 이동편의를 위하여 필요한 인력(한국수어통역사 자격을 갖춘 인력이 1명 이상 포함) 채용은 공개모집에 따른 공개경쟁 원칙
 - 채용위원회의 구성 주체는 관할 홈페이지, 워크넷(work.go.kr), 복지넷(bokji.net), 기타 취업(사이트 중 2곳 이상), 한국농아인협회 등에 채용 관련 사항을 15일 이상 공고한 후 채용위원회의 채용 원칙에 의해 채용
- ※ 불가피한 사유가 있는 경우 공고기간을 자체사정에 따라 7일 이상 15일 이하로 단축 가능

- 채용 확정 이후 채용공고 완료 및 합격자에 대한 공고를 하여야 하며, 건강검진 인력 현황을 국민건강보험공단에 보고하여야 함
- 지방자치단체(사업수행기관장)는 인력의 채용(업무위탁을 포함한다) 관련 사실 증명서류를 중앙모자의료센터장에게 제출

⑦ 사업수행기관 최종 지정

- 보건복지부장관은 중앙모자의료센터장으로부터 제출받은 장비구매 완료 보고서, 시설공사 완료보고서, 운영기준 관련 서류 등을 최종 검토 및 심사
- 보건복지부장관은 심사결과를 바탕으로, 사업수행기관 지정(지정서 발급) 및 개시통보



3 사업운영

가. 사업기관의 준수사항

1) 시설

- 「장애인건강권법 시행규칙」별표1의 시설기준 및 지침상의 탈의실 기준을 충족하거나, 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진 보장에 관한 법률」 제10조의2에 따른 장애물 없는 생활환경(BF) 인증을 받은 시설
- 법령상 시설기준(「장애인건강권법 시행규칙」 별표1)

구 분	내 용
가. 장애인 전용주차 구역	1) 장애인 건강검진기관의 부설주차장에는 장애인전용주차구역을 「주차장법」에서 정하는 설치비율에 따라 설치하되, 부설주차장의 주차대수가 10대 미만인 경우에도 장애인전용주차구역을 1면 이상 설치하여야 한다. 2) 장애인전용주차구역 안내표지를 주차장 입구의 식별하기 쉬운 장소에 부착하거나 설치하고, 장애인전용주차구역을 찾기 쉽도록 주차장 경로상의 꺾이는 부분마다 적정 유도표시를 설치하여야 한다. 3) 장애인전용주차구역의 설치에 관한 세부 기준은 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진 보장에 관한 법률 시행규칙」 별표 1 제4호에 따른다.
나. 매개공간 접근성	1) 보도와 접하는 대지경계선에서부터 주출입구까지 연결하는 접근로에 단차(段差)가 있을 경우 그 높이 차이는 2센티미터 이하하여야 한다. 2) 건물의 주출입구와 통로는 높이 차이가 없도록 하거나, 단차가 2센티미터를 초과할 경우 경사로 또는 리프트 등을 설치하여야 한다. 3) 출입구가 2개 이상인 경우 건강검진 경로로의 접근이 용이한 출입구 및 건강검진 접수대 등에 건강검진 안내표지를 설치하여 건강검진 주출입구임을 표시하여야 한다.
다. 주출입구	장애인 건강검진기관의 주출입구는 장애인이 출입하는 데 어려움이 없도록 문의 형태, 유효폭 및 활동공간 등을 고려하여 설치하여야 하며, 그 설치에 관한 세부 기준은 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진 보장에 관한 법률 시행규칙」 별표 1 제5호 및 제6호에 따른다.
라. 안내표지 등	1) 건축물의 주출입구 부근에 시각장애인을 위한 점자안내판, 촉지도식(觸指圖式) 안내판, 음성안내장치 또는 그 밖의 유도신호장치를 점자블록과 연계하여 1개 이상 설치하여야 한다. 2) 주출입구로부터 건강검진 구간까지 이동하는 경로상에 장애인이 쉽게 이용할 수 있는 안내판을 이동 동선을 고려하여 연속적으로 설치하여야 한다.

구 분	내 용
	3) 안내표지 등의 설치에 관한 세부 기준은 「장애인·노인·임산부 등의 편의 증진 보장에 관한 법률 시행규칙」 별표 1 제17호에 따른다.
마. 승강기	1) 장애인 건강검진기관이 2층 이상에 위치한 경우 장애인용 승강기를 1대 이상 설치하여야 한다. 2) 장애인용 승강기 설치에 관한 세부 기준은 「장애인·노인·임산부 등의 편의 증진 보장에 관한 법률 시행규칙」 별표 1 제9호에 따른다. 다만, 승강기 통과 유효폭은 1미터 이상, 유효바닥면적은 폭 1.6미터 이상, 깊이는 1.35미터 이상, 호출버튼·조작반·통화장치 등 승강기의 안팎에 설치되는 모든 스위치의 버튼 크기는 최소 2센티미터 이상으로 하여야 한다.
바. 경사로	건강검진 경로상 경사로를 설치하는 경우 경사로 설치에 관한 세부 기준은 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진 보장에 관한 법률 시행규칙」 별표 1 제12호에 따른다. 다만, 경사로의 유효폭은 1.2미터 이상으로 하고, 경사로 양 측면에는 휠체어의 바퀴가 경사로 밖으로 미끄러져 나가지 않도록 5센티미터 이상의 추락방지턱 또는 측벽을 설치하여야 하며, 경사로의 기울기는 1/12 (8.33%/4.76°)이하로 하고, 진행방향의 좌우측으로는 기울기가 없어야 한다.
사. 계단	건강검진 경로상 계단을 설치하는 경우, 계단 설치에 관한 세부 기준은 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진 보장에 관한 법률 시행규칙」 별표 1 제8호에 따른다.
아. 접수대	1) 건강검진 접수대는 장애인이 편리하게 이용할 수 있도록 형태·규격 등을 고려하여 설치하여야 한다. 다만, 동일한 장소에 각각 2개 이상을 설치하는 경우에는 그 중 1개만을 장애인의 이용을 고려하여 설치할 수 있다. 2) 접수대 설치에 관한 세부 기준은 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진 보장에 관한 법률 시행규칙」 별표 1 제21호에 따른다.
자. 내부 건강 검진 경로	1) 건강검진 검사실의 모든 출입구는 장애인의 접근이 용이하도록 문의 형태, 유효폭, 활동공간 등을 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진 보장에 관한 법률 시행규칙」 별표 1 제6호에 따라 설치하여야 한다. 다만, 모든 출입구의 전·후면 유효거리는 1.5미터 이상이 되도록 하여야 한다. 2) 건강검진 대기공간으로부터 각 검사실로 이동하는 통로는 장애인이 편리하게 이용할 수 있도록 유효폭, 손잡이 등을 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진 보장에 관한 법률 시행규칙」 별표 1 제7호에 따라 설치하여야 한다.
차. 장애인용 화장실 등	1) 건강검진 경로상 장애인이 접근할 수 있는 위치에 장애인용 화장실이 설치되어 있어야 한다. 2) 장애인용 화장실 또는 건강검진 탈의실 내에 성인 기저귀 교환을 위한 침대가 갖추어져 있어야 한다. 3) 장애인용 화장실 설치에 관한 세부 기준은 「장애인·노인·임산부 등의 편의 증진 보장에 관한 법률 시행규칙」 별표 1 제13호에 따른다.

구 분	내 용
카. 경보·피난 설비	시각 및 청각장애인이 위급한 상황에 대피할 수 있도록 시각장애인 대피용 청각경보시스템(비상벨)과 청각장애인 대피용 시각경보시스템(경광등)을 연속적으로 설치하되, 남·여 화장실 내부(장애인용 화장실을 포함한다) 및 탈의실에는 청각장애인 대피용 시각경보기(경광등)를 반드시 설치하여야 한다.

※ 다만, 「아, 차 항목」을 미충족할 경우, ①향후 시설개선 계획 또는 ②기준 미충족 항목의 편의기능을 대체할 수 있는 보완서비스 제공 계획 시 평가를 거쳐 기준 충족 여부 재검토

- 장애친화 탈의실 기준

구 분	기준(안)
가. 설치장소	장애인 등의 이용 가능한 탈의실은 건강검진 경로상 장애인등의 접근이 가능한 통로에 연결하여 설치하여야 한다.
나. 출입문	(1) 출입문의 형태는 (자동)미닫이문 또는 여닫이문으로 한다. (2) 출입문은 휠체어 통과 유효폭을 0.9미터 이상 확보하여야 한다. (3) 출입문에 관한 기타 세부기준은 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진 보장에 관한 법률 시행규칙」 별표 1 제6호의 장애인등의 출입이 가능한 출입구(문)에 관한 규정을 적용한다.
다. 구조	(1) 탈의실 내부는 휠체어가 회전할 수 있는 활동공간 및 손이 도달 가능한 1.8미터×1.8미터 이상 공간을 확보(공간이 충분하지 않을 경우 최소 1.4미터*1.4미터 확보)하여야 한다. (2) 누워서 탈의가 필요한 경우에 대비하여 탈의실 내 침대나 평상을 비치하거나 진료실 등 침대를 활용할 수 있도록 하여야 한다. (3) 탈의실 내에서 옷갈아 입는 사람의 사생활을 보호하기 위하여 출입문이 열렸을 때 직접적으로 내부가 보이지 않도록 커튼(레일 설치)을 설치한다.

구 분	기준(안)
라. 바닥	(1) 탈의실 바닥면에는 높이 차이를 두어서는 아니된다. (2) 바닥표면은 미끄러지지 아니하는 재질로 평탄하게 마감하여야 한다.
마. 손잡이 및 점자 표지판	(1) 장애인등이 신체일부를 지지할 수 있도록 수평 또는 수직손잡이를 설치하여야 한다. (2) 손잡이에 관한 기타 세부기준은 제7호의 복도의 손잡이에 관한 규정을 적용한다. (3) 출입구 벽면 1.5미터 높이에는 남자용과 여자용 탈의실을 인식할 수 있는 점자 표지판을 부착하여야 한다. 단, 시각장애인이 위치를 쉽게 알 수 있도록 하기 위하여 안내표시와 함께 음성 유도장치를 설치할 수 있다. (4) 탈의실 입구에 점자 배치도를 게시하여야 한다.
바. 수납공간	(1) 탈의실의 수납공간의 높이는 휠체어 사용자가 이용할 수 있도록 바닥면으로부터 0.4미터 이상 1.2미터 이하로 설치하여야 하며, 그 하부는 무릎 및 휠체어의 발판이 들어갈 수 있도록 하여야 한다. (2) 수납장의 번호를 인식할 수 있도록 장애인용 수납장의 전면에 점자를 표시 하여야 한다. (3) 수납장의 문은 쉽게 열고 닫을 수 있도록 미닫이(슬라이딩)로 설치할 수 있다. (4) 수납장은 휠체어 접근 시 내부의 물건을 꺼내기가 용이하도록 슬라이딩 방식 (레일이 달린 서랍식)으로 설치할 수 있으며, 서랍이 완전히 빠지지 않도록 안전장치를 고려한다. (5) 수납장의 문 및 서랍에는 반드시 도어댐퍼를 설치하여야 하고, 문 모서리에 고무 등의 부드러운 재질을 부착하여 손끼임을 방지하도록 한다.
사. 비상경보 설비	시각장애인용 비상벨(중앙 방송 시스템으로 탈의실 내 스피커로 경고음이 들리는 경우 허용 가능)과 청각장애인을 위한 점멸형태의 비상경보등을 함께 설치하여야 한다.
아. 비상 호출장치	탈의실 내에서의 비상사태에 대비하여 비상용 벨은 수납장 가까운 곳에 바닥면 으로부터 0.6미터와 0.9미터 사이의 높이에 설치하되, 바닥면으로부터 0.2미터 내외의 높이에서도 이용이 가능하도록 하여야 한다.

2) 장비

○ 지정된 검진기관이 보유한 x-ray 촬영장비, 유방촬영기기, 산부인과 진료대 및 전산화단층촬영장치는 상하 또는 좌우(회전)이동이 가능한 유니버설* 건강검진장비로,

- 해당기구를 기준으로 휠체어 이동·회전이 가능한 공간을 확보

* 유니버설 : 보행이 불편한 어린이, 노약자, 장애인 등을 포함한 모든 사람이 특정시설이나 장소의 이동·접근 이용 시에 불편없이 사용할 수 있도록 한 생활환경

○ 장애친화 건강검진장비는 필수적으로 갖추

필수 장비 항목	내 용
휠체어 체중계	휠체어를 탄 채 체중 측정 가능한 체중계 비치
장애특화 신장계	누운 자세에서도 측정이 가능한 신장 계측기
특수휠체어	흉부 엑스레이 촬영을 위해 등받이 탈부착이 가능한 휠체어
이동식 전동리프트	휠체어에서 검진대 등으로 이동을 돕는 전동리프트
영상확대 비디오	시각장애 수검자를 위한 확대 모니터
대화용 장치	뇌병변장애 수검자를 위한 의사소통 장비
점자프린터	시각장애 수검자가 건강검진 결과내용(민감한 개인정보)을 읽을 수 있도록 문자와 그래프를 점자화하는 프린트
성인기저귀 교환대	휠체어 장애인(뇌병변, 척수장애 등) 건강검진 준비를 위한 탈의실 또는 화장실 내 필요(남, 녀 각각 배치)
이동형 침대	휠체어 높이까지 높이조절이 가능하고 사이드 레일이 부착된 이동형 침대

3) 전문인력(장애친화 건강검진 매니저 등) 배치

- 건강검진 과정에서 장애인의 의사소통과 이동편의를 위하여 필요한 인력을 1명 이상 두되, 이 중 한국수어 통역사 자격을 갖춘 인력(업무 위탁을 받은 자를 포함한다*)이 1명 이상 포함되어야 함

* 한국수어통역사 자격을 갖춘 인력으로 수어통역서비스를 제공하는 기관(한국농아인협회, 지역 수어통역센터, 복지관 등)에 동 서비스를 위탁한 경우

4) 운영

- 건강검진 예약 또는 현장 접수 시 장애인의 요청 범위에 따라 건강검진 과정을 안내 보조하는 동행서비스를 제공해야 함
 - 검진내용, 절차 등을 알기 쉽게 소개하는 서면 안내문(장애유형별 4종)을 건강검진센터 또는 검사실 내부에 비치해야 함
 - 대기 중 검진순서를 알 수 있도록 청각장애인을 위한 영상모니터 등 시각정보시스템, 시각장애인을 위한 청각안내시스템을 설치 운영해야 함
- ※ 다만, 대기 검진순서 운영기준을 미충족할 경우, 기준 미충족 항목의 편의기능을 대체할 수 있는 보완서비스 제공 계획 시 평가를 거쳐 기준 충족 여부 재검토

- 건강검진 안내, 예약 등을 위한 웹사이트를 운영하여야 하며, 웹사이트는 「국가정보화기본법」에 따른 웹접근성 품질인증을 받도록 노력해야 함

※ 웹사이트 개설 후 다운로드 가능한 사전체크리스트 게시 및 접수경로 안내 구축

*** 사전체크리스트 (서식 제15호 참조)**

장애당사자가 필요한 지원에 대해 직접 요청하는 사전체크리스트는 장애친화 건강검진 예약 시 방문 전 서비스 요구 사항을 파악하는 것으로, 검진기관 인터넷상에서 사전체크리스트가 작성·전송되는 체계로 구축(기관 홈페이지에서 필수 운영)

* 전송 : 작성한 사전체크리스트를 전송 또는 접수하는 방법 안내 (E-mail, Fax 등)

5) 종사자 교육 (※ 별도 공문시행)

- (시행) 중앙장애인보건의료센터
- (운영) 장애친화 건강검진 교육 실시
 - 연 1회 이상 실시하되, 상황에 따라 집합 또는 온라인 교육 실시
- (대상) 장애친화 건강검진센터 내 전 인력
 - 의사, 간호사·간호조무사, 방사선사, 임상병리사, 수어통역사, 접수인력 등
 - * 장애친화 건강검진 서비스 개시 이후 3년 이내 종사자의 80% 이상 교육을 이수해야 함
 - * 기존 개시 기관의 신규자 및 교체 인력은 필수 이수
- (내용) 장애의 이해, 장애인건강권법 이해, 장애유형별 의사소통, 보조기기의 이해, 장애유형별 검사 유의사항, 사후관리방안 등

6) 변경사항에 대한 신고

- (대상) 장애친화 건강검진기관의 명칭, 개설자(법인 경우 대표자) 또는 소재지, 장애인 건강검진을 보조하는 인력 현황, 시설 또는 장비 현황
- (절차) 신고대상 중 어느 하나가 변경된 경우에는 변경 발생일로부터 15일 이내에 변경신고서(서식 제4호 참조)를 작성하여 보건복지부장관에게 제출
 - ※ 단, 검진기관이 「건강검진기본법 시행규칙」(별지 제2호의2서식)의 검진기관 현황 등 변경 신고서(검진기관의 명칭, 개설자 또는 소재지 등 변경)를 국민건강보험공단에 제출한 경우에는 「장애인건강권법 시행규칙」(별지 제4호서식)의 장애인 건강검진기관 현황 등 변경 신고서를 제출한 것으로 봄

나. 장애인 국가건강검진 지원을 위한 사업간 연계

※ 장애인은 모든 의료·건강보건사업 내에서 대상으로 당연 포함되어 서비스를 지원받을 권리가 있으며, 장애는 추가로 고려해야할 하나의 특성으로 지원

1) 국민건강보험공단 사업 수행

- 공단은 연초에 건강검진 대상자에게 검진대상임을 확인할 수 있는 「건강검진표」를 개인별 주소지로 발송
 - 하반기에는 당해연도 미수검자를 대상으로 “검진 안내문”을 발송
 - 건강검진표 분실 등의 사유로 인한 ‘검진확인서’는 공단 지사에서 수시 발급
- 공단은 매월 시·군·구별 검진대상자 및 수검현황과 건강검진결과 내역을 지역보건의료정보시스템으로 시·군·구에 전송
- 공단은 지자체, 장애인보건의료센터, 중앙모자의료센터 등에서 장애 유형별 수검률에 대한 검진기관 통계자료 요청 시 제공하며, 검진기관 교육 시 동 사업에 대한 홍보 실시

2) 시·도 및 시·군·구(보건소 포함)의 사업수행

- 지방자치단체는 홈페이지, 지역 언론, 장애인단체 등을 활용하여 홍보하고, 보건의료-장애인복지서비스 사업 간 적극적 연계 체계 구축
- 보건소 지역사회중심재활사업은 장애친화 건강검진기관, 통합건강증진사업, 장애인보건의료센터 등과 유기적 연계체계를 구축하여 사업을 수행하고,
 - 공단으로부터 지역보건의료정보시스템을 통해 받은 자료를 기초로, 중증 장애유형의 건강검진 대상자별 유선 검진안내 등 수검관리 지속 실시

3) 장애인 국가건강검진 관련 연계사업 서비스 지원 사항(보건소 CBR사업 주관)

※ 지역사회 통합건강증진사업의 모바일 헬스케어, 금연, 비만, 방문건강관리 등 사업 간의 연계 체계를 구축하되, 특히 아래의 사항은 장애인 대상으로 연계지원 철저

- 수검자 중 인지기능장애(치매) 의심자는 치매조기검진사업 대상자로, 정신건강(우울증) 의심자는 정신건강복지센터 대상자로 연계 지원
- 구강검진 결과 유소견자의 진료 요청 시 장애인구강진료센터와의 연계 지원
- 여성어린이특화(모자보건) 사업의 여성장애인의 사업지원 희망자에 대해 장애인보건의료센터로 연계 지원하고,
 - 영유아 검진결과 발달장애 의심 소견이 있는 경우 “발달장애 정밀 검사비 지원사업*”으로 연계, 발달장애 영유아로 확인된 경우는 특수 교육지원센터로 안내

* 지역사회서비스투자사업은 지역의 특성 및 수요를 반영한 다양한 사회서비스를 지자체가 발굴, 보건복지부가 지원하는 사업으로 지역별 서비스가 상이할 수 있음

4 사업관리

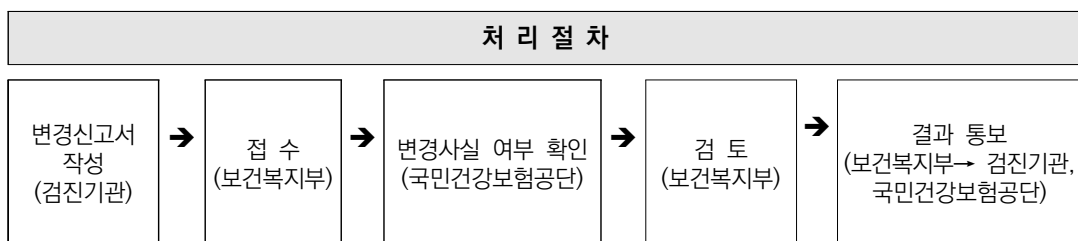
가. 장애친화 건강검진기관 조건부 승인 취소

- (취소 사유) 보건복지부장관은 의료기관이 작성한 사업계획서에 따른 시설 개보수, 장비구입, 인력 충원 일정을 준수하지 않는 경우가 3회 이상 반복될 경우, 해당 의료기관의 지정 조건부 승인을 취소할 수 있음
- (취소 절차) 지정 조건부 승인 취소를 통보 받은 의료기관은 아래의 절차에 따라야 함
 - 보건복지부장관은 해당 의료기관에 계획 불이행에 따른 지정 조건부 승인 취소 통지
 - 보건복지부장관은 계획 불이행에 따른 지정 조건부 승인을 취소할 때, 청문을 실시해야 함
 - 보건복지부장관은 해당 의료기관이 시설개보수 및 장비 구입에 들어간 보조금의 전부 또는 일부를 반환하도록 명하여야 함

나. 장애친화 건강검진기관 변경·지정취소

1) 검진기관 변경신고

- (변경신고 대상) 검진기관으로 지정받은 의료기관의 검진기관의 명칭, 개설자(법인인 경우에는 대표자) 또는 소재지, 장애인 건강검진을 보조하는 인력 현황, 시설 또는 장비 현황
- (변경신고 절차) 변경 발생일로부터 15일 이내에 장애인 건강검진기관 현황 등 변경신고서(서식 제4호 참조)를 보건복지부장관에게 제출
 - 보건복지부장관은 국민건강보험공단으로 하여금 해당 기관이 장애인 건강검진기관의 지정 기준에 적합한지 여부 또는 변경사실 여부를 확인하게 할 수 있음
 - ※ 검진기관이 「건강검진기본법 시행규칙」(별지 제2호의2서식)에 따라 검진기관 현황 등 변경신고서(검진기관의 명칭, 개설자 또는 소재지 등 변경)를 국민건강보험공단에 제출한 경우에는 장애인 건강검진기관 현황 등 변경신고서를 제출한 것으로 봄
 - 국민건강보험공단은 변경 사실 여부의 확인을 위하여 필요한 경우 대행 기관에 시설 기준 적합 여부의 확인을 요청할 수 있음
 - 보건복지부장관은 장애인 건강검진기관으로부터 제출받은 장애인 건강검진기관 현황 등 변경신고서의 내용을 확인한 후 그 결과를 신고인 및 국민건강보험공단에 통보



2) 장애인 건강검진기관 지정 취소

- (취소 사유) 보건복지부장관은 검진기관이 「장애인건강권법」 시행규칙 제3조1항에 해당되는 지정취소 사유 중 어느 하나에 해당하는 경우에는

같은 법 제7조제5항에 따른 검진기관의 지정을 취소할 수 있으며, 제1호에 해당하는 경우에는 그 지정을 취소하여야 함

지정취소사유		처분
제1호	거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 지정을 받은 경우	지정취소 사유 제1호부터 제3호까지의 규정에 따라 지정이 취소된 검진기관은 지정이 취소된 날부터 2년 이내에는 검진기관으로 지정받을 수 없음
제2호	「장애인건강권법」 제2조제1항에 따른 검진기관 지정기준에 위반하거나 미달하게 된 경우	
제3호	검진기관이 지정의 취소를 요청하는 경우	

- (취소 절차) 검진기관은 지정 취소를 요청하는 경우 관련 서식으로 장애인검진기관 지정서를 첨부하여 보건복지부장관에게 제출하여야 함
 - 보건복지부장관은 검진기관 지정을 취소하기 위하여 필요한 경우에는 국민건강보험공단으로 하여금 검진기관이 각 호의 취소사유에 해당하는지 확인하게 할 수 있음
 - 국민건강보험공단은 검진기관이 지정취소 사유 제1호 및 제2호에 해당하는지 확인하기 위하여 필요한 경우에는 대행기관에 시설 기준 적합 여부 확인을 요청할 수 있음
 - 보건복지부장관은 지정취소 사유 중 제1호 및 제2호에 따라 검진기관의 지정을 취소하는 경우에는 청문을 실시하여야 함
 - 보건복지부는 검진기관이 신청한 지정취소를 처리한 후, 검진기관에 지정취소 사실을 통보하고, 처리 당일에 관할 국민건강보험공단지사에 통보함

다. 장애유형별 수검자 안내사항

- 장애유형별(대표 4종)으로 마련된 수검자용 안내문 비치 등으로 홍보
- 건강검진 시 건강검진표와 장애인등록증을 지참하고 장애친화 건강검진기관을 방문하여 검진하도록 안내

- 건강검진 사후관리를 위한 결과활용 동의서의 작성취지를 수검자 또는 보호자에게 안내하고 검진결과 활용동의자의 검진정보 보건소 업무 연계

검진기관	• 건강검진 과정에서 수검자가 검진결과에 따른 보건소 통합건강증진서비스를 제공받기 위하여 '건강검진 사후관리를 위한 결과 활용 동의서'('건강검진 실시기준 별지 제12호', 서식 제16호 참조)(이하 '동의서'라 함)를 제출할 수 있도록 적극적으로 안내 실시 • 접수받은 동의서를 제출내용과 동일하게 건강검진 청구시스템에 입력 ('결과활용 동의여부/동의일자' 반드시 입력) • 검진비용 청구 시 수검자로부터 받은 동의서 원본은 검진기관 소재지 관할 지사로 적기 송부
국민건강보험공단	• (지사) 검진기관이 송부한 결과활용 동의서 원본을 접수·보관하고, 결과 활용 동의 철회자는 본인 확인 후 전산에 등록 처리, 동의서 및 결과활용 동의 철회서 원본은 지사에 보관 • (본부) 건강검진청구시스템에 입력된 결과활용 동의자는 지역보건의료 시스템으로 매월 전송처리 • 검진결과를 활용하여 보건소에서 제공한 개인별 건강관리 내역 회신 받아 구축
보건복지부 (한국사회보장정보원)	• 지역보건의료시스템으로 결과활용 동의자는 관할 보건소로 통보 • 검진결과를 활용하여 보건소에서 제공한 건강관리 개인별 내역을 국민건강보험공단에 송부
보건소	• 결과활용 동의자는 방문건강관리, 재활사업 등 추진

라. 사업평가 및 결과 보고

1) 사업 평가

- (목적) 장애인건강검진사업의 효과성 제고 및 제도개선을 위한 기초자료 확보
- (대상) 장애친화 건강검진 지정 기관
- (평가방법) 평가위원 구성을 통해 서면평가 실시(필요시 현장점검)
- (평가활용) 장애인건강검진 사업 점검 및 정책 반영 등 활용

○ (평가지표안)

- 중증장애인 건강검진 수검자 수
- 장애친화 건강검진을 이용한 장애인의 만족도(별도 공문 송부)
- 불편사항 개선에 대한 자체평가

2) 사업결과 보고사항 (※ 별도 공문시행)

○ 국민건강보험공단 보고 사항

- (시기) 9, 3월 말일까지(반기별) 보건복지부에 자료 제출
- (내용) 해당기관별 장애인(등급, 유형, 연령 구분) 대상 청구 건수 및 국가검진종류별 청구건수 등

○ 지방자치단체(시도, 보건소 포함된 시군구) 보고사항

- 시·도는 건강검진 결과 유소견자에 대한 통합건강증진사업과의 연계 실적 등을 취합하여 보건복지부로 보고



장애친화 건강검진 사업

- 서식 -

〈서식 1〉 장애인 건강검진기관 지정신청서(「장애인건강권법 시행규칙」 별지 제1호서식 참조)

■ 장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 [별지 제1호서식] 〈개정 2021.4.28.〉

장애인 건강검진기관 지정신청서

※ 색상이 어두운 난은 신청인이 적지 않으며, []에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다.

접수번호	접수일시	처리기간	60일
신청인	의료기관명	요양기관 기호	
	개설자(대표자)	생년월일	
	주소 (전화번호:) □□□□□ (팩스번호:)		
지정신청 내용	☐ 장애인 일반건강검진기관 ☐ 장애인 암건강검진기관 (☐ 위암 ☐ 대장암 ☐ 간암 ☐ 유방암 ☐ 자궁경부암 ☐ 폐암) ☐ 장애인 구강건강검진기관		

「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」 제7조 및 같은 법 시행규칙 제2조제2항에 따라 위와 같이 장애인 건강검진기관 지정을 신청합니다.

년 월 일
(서명 또는 인)

신청인

보건복지부장관 귀하

첨부서류	1. 별지 제2호서식의 인력·시설 및 장비 현황에 관한 서류 2. 장애인 건강검진을 보조하는 인력의 채용(업무위탁을 포함한다) 관련 사실 증명서류	수수료 없 음
------	--	------------

처 리 절 차		
신청인	처리기관 보건복지부	협조기관 국민건강보험공단
신청서 작성	접수 검토·확인	지정 여부 통보
통보	지정 여부 결정	

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

〈서식 2〉 장애인 건강검진기관 인력·시설 및 장비현황(「장애인건강권법 시행규칙」 별지 제2호서식 참조)

■ 장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 [별지 제2호서식] 〈개정 2021.4.28.〉

장애인 건강검진 인력·시설 및 장비 현황

1. 지정신청 내용(해당 항목에 "○" 표기)

일반검진	암검진						구강검진
	위암	대장암	간암	유방암	자궁 경부암	폐암	

2. 검진 보조 인력 명단(비상근 인력은 제외)

성명	소속	연락처	해당 기관 고용일	자격증	해당 업무

※ 수어 통역 업무를 외부 기관에 위탁한 경우에는 위 표를 작성하지 않고 업무위탁을 증명하는 서류를 제출하며, 검진 인력은 「건강검진기본법 시행규칙」 제5조에 따라 제출된 검진기관 지정신청서 상의 검진 인력으로 같습니다.

3. 시설 기준

시설기준		O/X
가. 장애인 전용주차구역	1) 장애인전용주차구역 주차대수 기준	
	2) 장애인전용주차구역 안내표지·유도표지 설치	
	3) 장애인전용주차구역의 설치에 관한 세부 기준	
나. 매개공간 접근성	1) 주출입구 접근로 단차 기준(2센티미터 이하)	
	2) 건물 주출입구와 통로의 진입 용이성	
	3) 건강검진 안내 표지 설치로 주출입구 표시	
다. 주출입구	주출입구 설치에 관한 세부 기준	
라. 안내표지 등	1) 주출입구 부근 시각장애인을 위한 점자안내판 등 설치	
	2) 이동경로에 안내판 연속 설치	
	3) 안내판 등의 설치에 관한 세부 기준	
마. 승강기	1) 장애인용 승강기 설치 기준(2층 이상인 경우 1대 이상)	
	2) 장애인용 승강기 설치에 관한 세부 기준	
바. 경사로	경사로 설치에 관한 세부 기준	

시설기준		O/X
사. 계단	계단 설치에 관한 세부 기준	
아. 접수대	1) 이용 편의성	
	2) 접수대 설치에 관한 세부 기준	
자. 내부 건강검진 경로	1) 출입구 설치에 관한 세부 기준	
	2) 통로 설치에 관한 세부 기준	
차. 장애인용 화장실 등	1) 장애인용 화장실 접근성	
	2) 장애인용 화장실 등에 성인 기저귀 교환용 침대 비치	
	3) 장애인용 화장실 설치에 관한 세부 기준	
타. 경보·피난설비	1) 청각경보시스템(비상벨), 시각경보시스템(경광등) 연속 설치	
	2) 화장실 내부 및 탈의실에 시각경보기(경광등) 설치	

※ 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙」 별표 1 제3호 각 목의 시설기준을 충족하는지 여부를 확인하여 해당 항목에 O/X로 표기합니다. 다만, 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진 보차영 관한 법률」제10조의2에 따른 장애물 없는 생활환경 인증을 받은 경우에는 위 표를 작성하지 않고 해당 인증서를 제출합니다.

4. 검진 장비 보유 현황

일련 번호	장 비 명	수량	모델명	제조 번호	제조 국명	제조 연도	구입 연도	비 고

※ 검진 장비 보유 현황 예시

일련 번호	장 비 명	수량	모델명	제조 번호	제조 국명	제조 연도	구입 연도	비 고
1	혈체어 체중계	1	WCS-200	제시 불가	Korea	2014	2014	
2	장애인 촬영용 X-ray	1	CXD-RD85D2	RD85D1 30****	Korea	2013	2013	디텍터 높이 지상 55cm 가능

〈서식 3〉 장애인 건강검진기관 지정서(「장애인건강권법 시행규칙」 별지 제3호서식 참조)

■ 장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 [별지 제3호서식] 〈개정 2019.7.1.〉

제 호

장애인 건강검진기관 지정서

의료기관명								요양기관 기호	
주소	(전화번호:) □□□□□□ (팩스번호:)								
검진내용	일반검진	암검진						구강검진	
		위암	대장암	간암	유방암	자궁 경부암	폐암		
개설자(대표자)					생년월일				

「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」 제7조 및 같은 법 시행규칙 제2조제4항에 따라 위 기관을 장애인 건강검진기관으로 지정합니다.

년 월 일

보건복지부장관

직인

210mm×297mm[백상지(150g/㎡)]

〈서식 4〉 장애인 건강검진기관 현황 등 변경신고서(「장애인건강권법 시행규칙」 별지 제4호서식 참조)

■ 장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 [별지 제4호서식] 〈개정 2021.4.28.〉

장애인 건강검진기관 현황 등 변경신고서

※ 색상이 어두운 난은 신청인이 적지 않습니다.

(앞쪽)

접수번호	접수일시	처리기간	15일
------	------	------	-----

1. 검진기관 변경사항

검진기관명	변경 전	(검진기관 기호:)
	변경 후	(검진기관 기호:)
개설자 (법인인 경우에는 대표자)	변경 전	(생년월일:)
	변경 후	(생년월일:)
소재지	변경 전	(전화번호:) □□□□□(팩스번호:)
	변경 후	(전화번호:) □□□□□(팩스번호:)

2. 검진 보조 인력 변경사항

변경 사유	성명	생년월일	면허증(자격증)		변 경 일
			종별	번호	
제외					년 월 일
신규					입사일: 년 월 일 담당일: 년 월 일

3. 시설 기준 변경사항(해당 항목에 ○, × 기재)

장애인 전용 주차구역			매개공간 접근성			주 출입구	안내표지등			승강기		경사로	계단	접수대		내부 건강검진 경로		장애인용 화장실 등			경보· 피난설비	
1)	2)	3)	1)	2)	3)		1)	2)	3)	1)	2)			1)	2)	1)	2)	1)	2)	3)	1)	2)

4. 검진 장비 변경사항

변경 사유	장비명	수량	모델명	제조번호 (방사선장비)	제조 국명	제조 년도	구입년도	변경일			비고
제외								년	월	일	
신규								년	월	일	

(뒤쪽)

「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙」 제2조제5항에 따라 위와 같이 장애인 검진 인력·시설·장비 현황 등의 변경사항을 신고합니다.

년 월 일

신고인

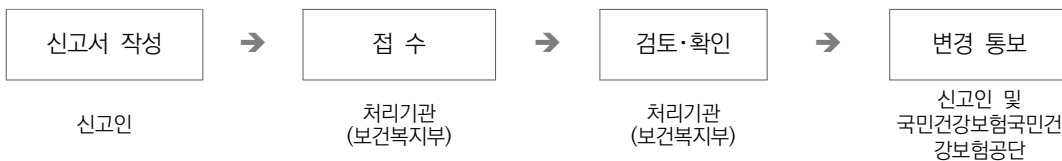
(서명 또는 인)

보건복지부장관

귀하

첨부서류	장애인 건강검진을 보조하는 인력의 채용(업무위탁을 포함한다) 관련 사실 증명서류 (장애인 건강검진을 보조하는 인력이 변경된 경우에만 해당합니다)	수수료 없 음
------	---	------------

처 리 절 차



210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

〈서식 5〉 장애인 건강검진기관 시설 기준 적합성 확인서(「장애인건강권법 시행규칙」 별지 제5호서식 참조)

■ 장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 [별지 제5호서식]

장애인 건강검진기관 시설 기준 적합성 확인서

※ 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

신청인	의료기관명	요양기관 기호
	소재지	
	(전화번호:) □□□□□ (팩스번호:)	

「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙」 제2조제10항에 따라 아래와 같이 장애인 건강검진기관 시설 기준 적합성 확인서를 제출합니다.

법인 또는 단체명	년 월 일	확인자	(서명 또는 인)
국민건강보험공단	귀하		

시설의 종류		설치		특이사항
		적합	부적합	
가. 장애인 전용주차구역	1) 장애인전용주차구역 주차대수			
	2) 장애인전용주차구역 안내표지			
	3) 장애인전용주차구역의 설치에 관한 세부 기준			
나. 매개공간 접근성	1) 주출입구 접근로 단차의 높이 차이			
	2) 건물 주출입구와 통로의 진입			
	3) 건강검진 안내 표지 설치로 주출입구 표시			
다. 주출입구	주출입구 설치에 관한 세부 기준			
라. 안내표지 등	1) 주출입구 부근 시각장애인을 위한 점자안내판 등			
	2) 이동경로에 안내판을 연속 설치			
	3) 안내판, 음성유도장치, 그 밖의 유도신호장치에 관한 세부 기준			
마. 승강기	1) 장애인용 승강기 1대 이상 설치(2층 이상인 경우)			
	2) 장애인용 승강기 설치에 관한 세부 기준			
바. 경사로	경사로 설치 세부 기준			
사. 계단	계단 설치 세부 기준			
아. 접수대	1) 이용 편의성			
	2) 접수대 설치에 관한 세부 기준			
자. 내부 건강 검진 경로	1) 출입구 설치 세부 기준			
	2) 통로 설치 세부 기준			
차. 장애인용 화장실 등	1) 장애인용 화장실 접근성			
	2) 기저귀 교환용 침대 비치			
	3) 장애인용 화장실 설치에 관한 세부 기준			
카. 경보·피난설비	1) 청각경보시스템(비상벨), 시각경보시스템(경광등) 연속 설치			
	2) 시각경보기(경광등) 설치장소(화장실 내부 및 탈의실)			

210mm×297mm[백상지(150g/㎡)]

〈서식 6〉 장애인 건강검진기관 지정 취소 요청서(「장애인건강권법 시행규칙」 별지 제6호서식 참조)

■ 장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 [별지 제6호서식] 〈개정 2019. 7. 1.〉

장애인 건강검진기관 지정 취소 요청서

(앞쪽)

의료기관명		요양기관 기호	
개설자(대표자)		생년월일	
주소	(전화번호:) □□□□□ (팩스번호:)		
취소 요청 내용	☐ 일반검진기관 ☐ 암검진기관 (☐ 위암 ☐ 대장암 ☐ 간암 ☐ 유방암 ☐ 자궁경부암 ☐ 폐암) ☐ 구강검진기관		
취소 요청 사유			

「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」 제7조 및 같은 법 시행규칙 제3조제2항에 따라 위와 같은 사유로 장애인 건강검진기관의 지정 취소를 요청합니다.

년 월 일

기관장

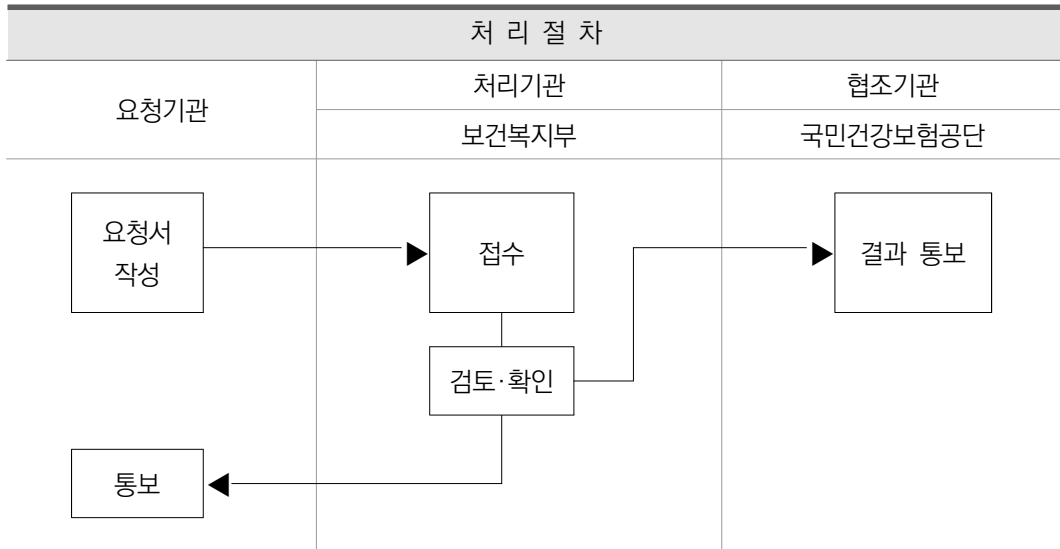
직인

보건복지부장관 귀하

※ 첨부서류 : 장애인 건강검진기관 지정서

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

(뒤쪽)



210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

〈서식 7〉 국고보조금 교부신청서

국고보조금 교부신청서

시 도 명			
주 소			
사업수행기관명		대 표 자	
주 소			
보 조 사 업 명			
사 업 목 적			
사 업 내 용			
사 업 기 간			
〈 사업의 소요경비 〉 (단위: 천원)			
총 소요액	국고보조금 신청액	지방비 부담액	자체부담
보조금 관리에 관한 법률 제16조의 규정에 따라 위와 같이 국고보조금의 교부를 신청합니다. 20 년 월 일 신 청 자 ○○시장·도지사 (인) 보 건 복 지 부 장 관 귀 하			
〈첨부서류〉 1. 사업계획서(지정 완료 이후 수정본)			

〈서식 8〉 사업계획서 변경 승인 요청서

사업계획서 변경 승인 요청서				
시 도 명	시도명			
	주 소			
사업수행 기 관 명	기관명		대표자	
	주 소		담당자 (연락처)	
사업기간	20 . ~ 20 . .		총사업비	
변경내용 (별지 첨부)	변경전	변경후		변경사유
장애친화 건강검진기관 운영과 관련하여 다음 사항에 대한 계획을 변경하고자 하오니 승인하여 주시기 바랍니다. 20 년 월 일 신 청 자 ○○시장·도지사 (인) 보 건 복 지 부 장 관 귀 하				

○ 사업계획서 변경내역(별지로 작성)

구분 변경내용	변경전	변경후	변경사항	변경사유*
1.				
2.				

* 변경사유는 변경하고자 하는 이유를 충분히 인지할 수 있도록 기술하여야 하며, 이를 위해 필요할 경우 별도자료 첨부

○ 사업비 변경내역(별지로 작성)

구분 변경내용	변경전	변경후	변경사항	변경사유*
1.				
2.				

* 변경사유는 변경하고자 하는 이유를 충분히 인지할 수 있도록 기술하여야 하며, 이를 위해 필요할 경우 별도자료 첨부

〈서식 9〉 장비 계획 심의 신청서

장비 계획 심의 신청서						
시도명	시도명					
	주 소					
사업 수행 기관	기관명			대표자		
	주 소			담당자 (연락처)		
사업 내역	구매 대수	장애친화 필수장비	총 종 개	구매 금액 (단위: 천원)	장애친화 필수장비	_____ 천원
		기타	총 종 개		기타	_____ 천원
		계	총 종 개		계	_____ 천원
장애친화 건강검진기관의 장비구매에 관한 심의를 신청합니다. 20 년 월 일 신청인 (인) 국립중앙의료원 중앙모자의료센터장 귀하						
<첨부서류> 1. 장비 구매 사유서 1부 <제9-1호 서식 참고>						

〈서식 9-1〉 장비 구매 사유서

구분/설치장소	구매 장비명	수량	예정 단가 (천원)	예정 금액 (천원)	구매방법	구매사유
장애친화 필수장비(총괄)						
○○○○실	휠체어 체중계	○			일반경쟁	
기타(총괄)						
총수량/총금액	대 / 천원					

〈서식 10〉 장비 계획 변경·추가 심의신청서

장비 계획 변경·추가 심의 신청서				
시도명	시도명			
	주 소			
사업 수행 기관	기관명		대표자	
	주 소		담당자 (연락처)	
장비구매 또는 변경 내용	○ 장비 구매 변경 또는 추가 중 해당되는 부분에 √ 모두 표기 - 기존 승인 장비 수량 변경 () - 기존 승인 장비 이외의 추가 장비 구입 () - 기존 승인 장비의 변경 () - 기 타 ()			
장애친화 건강검진기관의 장비 계획에 관한 변경 또는 추가 심의를 신청합니다. 20 년 월 일 신청인 (인) 국립중앙의료원 중앙모자의료센터장 귀 하				
〈첨부서류〉 1. 장비 변경 및 추가 사유서 1부 〈제10-1호 서식 참고〉				

〈서식 10-1〉 장비 계획 변경·추가 사유서

장비 변경·추가 사유서

승인 장비목록	수량	예정 단가 (천원)	예정 금액 (천원)	구매 방법	변경 및 추가 장비목록	수량	예정 단가 (천원)	예정 금액 (천원)	구매 방법	변경 사유
휠체어 체중계	1	00	00		휠체어 체중계	2	00	00		변동없음
△△△	1	000	000							구매취소(기존 병원 장비 활용)
					○○○	1	000	000		추가구매 (0000로 인해 필요)
총수량/총금액										

〈서식 11〉 장비 구매 완료 보고서

장비 구매 완료 보고서

- 1) 승인된 장비에 대하여 구매가 완료된 시점에서 15일 이내에 작성하여 보건복지부에 보고하여야 하며 낙찰차액에 따른 추가장비의 구입 시에는 이를 포함시켜야 함
- 2) 구매완료 보고서 제출 시에는 ① 구입한 장비의 계약서, ② 사양, ③ A/S 보증보험증권 등 A/S관련 서류일체의 사본을 함께 첨부하여야 함

(단위: 천원)

번호	장비 구분 ¹⁾	장비명	승인		구매			구매 변경 사유 ⁴⁾	구매에 따른 문제점 ⁵⁾
			수량	기종/ 회사명	단가	수량	기종/ 회사명	방법 ³⁾	
		승인품목 ²⁾							
		총 계							
1		영문명 (한글명)							
2									
3									
4									
		변경·추가품목							
		총 계							
		취소품목							
		총 계							

- 1) 구분 : 장애친화 필수검진장비 또는 기타 구분
- 2) 승인품목 : 최초로 보건복지부에서 승인받은 장비, 변경·추가품목 : 낙찰차액에 따른 추가장비 구매 또는 최초승인 장비목록의 변경이 있을 경우 기록
- 3) 구매방법 : 입찰 및 계약방법(수의, 조달청 전자입찰-일반경쟁, 지명경쟁 등)을 기재하고 수의계약 시 근거를 제시
- 4) 구매 변경 사유 : 보건복지부에서 승인한 내용 이외의 모든 사항(수량변경, 모델변경 등)에 대하여 구체적으로 기술하고 이를 설명할 수 있어야 함
- 5) 구매에 따른 문제점 : 구매 과정 중 발생한 모든 사항(가격의 불일치, 기본사양의 미비, A/S 계약 시의 마찰 등)을 기재하여야 함

〈서식 12〉 시설 설계 심의 신청서

시설 설계 심의 신청서					
시도명	시도명				
	주 소				
사업 수행 기관	기관명		대표자		
	주 소		담당자 (연락처)		
설계자	성 명		사무소명		
	주 소		전 화		
시설비 예산	국고 및 지방비 외 다른 비용이 있을 경우 비용 부담 주체를 구분할 것(단위 : 천원)				
사업계획	공사명	①	공사종류	신축 / 개보수	
	면적		m ²	예산(천원)	
	공사명	②	공사종류	신축 / 개보수	
	면적		m ²	예산(천원)	
장애친화 건강검진기관의 시설 설계에 대하여 심의를 신청합니다.					
20 년 월 일					
				신청인	(인)
국립중앙의료원 중앙모자의료센터장 귀하					
<첨부서류> 1. 사업비 집행계획 내역(설계비, 공사비, 기타 비용으로 구분하여 작성) 2. 설계도서1)(배치도, 평면도, 단면도, 입면도, 창호도 등) 1부 3. 개보수인 경우 변경 전, 후의 도면을 모두 첨부					

1) 대상시설 접근로부터 장애인 건강검진센터까지 연결되는 전 구간 및 장애인 건강검진 구역 내 설계도서
- 설계도서 중 입면도는 장애인 이용가능 화장실의 대변기·소변기·세면대, 점자표지판·점자배치도, 복도 손잡이, 출입(구)문 등의 세부적인 상세도를 포함

〈서식 13〉 시설 설계 변경·추가 심의 신청서

시설 설계 변경·추가 심의 신청서				설계변경 심의회수 회
시도명	시도명			
	주 소			
사업 수행 기관	기관명		대표자	
	주 소		담당자 (연락처)	
설계자	성 명		사무소명	
	주 소		전 화	
시설비 예산	국고 및 지방비 외 다른 비용이 있을 경우 비용 부담 주체를 구분할 것(단위 : 천원)			
변경 전 사업계획	공사명		공사종류	신축 / 개보수
	면적	m ²	예산(천원)	
변경 전 사업계획	공사명		공사종류	신축 / 개보수
	면적	m ²	예산(천원)	
장애친화 건강검진기관의 시설 설계 변경·추가 심의를 신청합니다. 20 년 월 일 신청인 (인) 국립중앙의료원 중앙모자의료센터장 귀하				
<첨부서류> 1. 설계변경과 관련이 있는 시설 설계도서(배치도, 평면도, 공사비내역서 등) 1부 2. 설계변경사유서(건축주, 설계자 등의 확인이 필요함) 1부				

〈서식 14〉 시설 공사 완료 보고서

시설 공사 완료 보고서				
시도명	시도명			
	주 소			
사업 수행 기관	기관명		대표자	
	주 소		담당자 (연락처)	
설 계 자	성 명		상 호	
	전 화		등록번호	제 호
	주 소			
감 독 자	시·도	직책 :	이름 :	
	사업수행기관	직책 :	이름 :	
공 사 시 공 자	성명 또는 상호			
	주 소	(전화)		
착수일자			완료일자	
장애친화 건강검진기관 시설공사 완료를 보고합니다. 20 년 월 일 보고자 (서명 또는 인) 국립중앙의료원 중앙모자의료센터장 귀하				
〈첨부서류〉 1. 설계도서 1부(설계변경이 반영된 공사도면) 2. 준공사진 3. 사업비 집행내역서(최종 사업비 지출내역을 총괄하여 작성, 공사비는 분야별로 세분하여 표기)				

〈서식 15〉 장애인화 건강검진 사전 체크리스트

성명		성별	☐ 남 ☐ 여	생년월일	년 월 일	
연락처	(수검자) (조력인)					
장애유형	☐ 지체 ☐ 뇌병변 ☐ 시각 ☐ 청각 ☐ 언어 ☐ 지적 ☐ 자폐 ☐ 정신 ☐ 신장 ☐ 심장 ☐ 호흡기 ☐ 간 ☐ 안면 ☐ 장루, 요루 ☐ 뇌전증					
검진희망일	년 월 일 시 분					
검진유형	☐ 일반건강검진 ☐ 국가암검진 ☐ 위암 ☐ 간암 ☐ 대장암 ☐ 유방암 ☐ 자궁경부암 ☐ 폐암 ☐ 구강건강검진					
구분	지원 내용				예	아니오
동행	1. 건강검진기관 방문 시 조력인(가족 또는 활동지원사 등)과 동행 하십니까?					
	1-1. 검사를 원활하게 받기 위해 검진과정 전반에 조력인과 동행을 원하십니까?					
	2. 건강검진 과정 전반의 조력을 위해 안내인력의 동행이 필요하십니까?					
	3. 건강검진기관 방문 시 안내건의 대기장소가 필요하십니까?					
이동	4. 휠체어, 목발 등 이동 보조기구를 사용하고 있습니까?					
	4-1. 어떤 이동 보조기구를 사용하십니까? ☐ 전동 휠체어 ☐ 수동 휠체어 ☐ 지팡이·목발 ☐ 기타 _____					
의사소통	5. 검진과 상담 시 의사소통을 위한 도움이 필요하십니까?					
	5-1. 어떤 의사소통 방법을 선호하십니까? ☐ 수어통역 ☐ 구화 ☐ 필담(문자) ☐ 대화용 장치 ☐ 기타 _____					
서류작성	6. 검진 시 필요한 서류(문진표 등)를 작성하는 데 도움이 필요하십니까?					
탈의	7. 검진 시 검사복으로 갈아입는 데 도움이 필요하십니까?					
검사진행	8. 선 자세로 검사를 받는 것이 어렵습니까?					
	9. 휠체어에서 검진장비로 옮겨가기 위해 도움이 필요하십니까?					
	10. 검사용 소변을 채취하는 데 안내 인력의 도움이 필요하십니까?					
	10-1. 소변을 채취하기 위해 도뇨관을 사용해야 합니까? ※ 채뇨방법에 대해 검진기관과 사전협의가 필요합니다.					
결과상담	11. 검진 결과에 대해 직접 상담받기 원하십니까? (※별도 진료 필요)					
결과통보	12. 검진 결과지를 어떤 형태로 받아 보기를 원하십니까? ☐ 일반 글자 ☐ 점자인쇄물 ☐ 전자 점자파일 ※ 전자 점자파일을 요청하신 경우, 이메일 주소를 기재하여 주십시오 ()					
기타	☐ 추가적으로 필요한 사항이 있으시면 기재하여 주십시오.					

※ 해당 서비스는 장애정도 중증(중전 1~3급)에게만 지원됩니다. 요청하신 지원 서비스는 검진기관 사정에 따라 사전 협의 후 조정될 수 있습니다.

〈서식 16〉 건강검진 사후관리를 위한 결과활용동의서(「건강검진 실시기준」 별지 제12호 서식 참조)

건강검진 사후관리를 위한 결과 활용 동의서				
* 정보제공에 동의하는 검진종별에 ☒ 하시기 바랍니다. [☐ 일반건강검진(의료급여생애전환기검진 포함), ☐ 암검진, ☐ 영유아건강검진]				
본 동의서는 ○ 일반건강검진(의료급여생애전환기검진 포함) 결과 고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증, 인지기능 저하 등이 의심되거나 질환이 있는 분들과 영유아건강검진 결과 정밀평가 필요 및 지속관리 필요로 판정 받은 영유아의 보호자 대상으로 보건소에서 건강관리서비스*를 제공하기 위해 국민건강보험공단에서 보건소로 검진결과 자료를 제공하는 것과 보건소의 건강관리서비스내역을 국민건강보험공단에 제공하는 것과 ○ 암검진 결과 이상소견이나, 암의심 또는 암 판정을 받으신 분들의 사후관리를 위해 국민건강보험공단에서 국립암센터 및 보건소로 암검진 결과를 제공하는 것에 대해 동의를 구하는 것입니다. * 건강관리서비스 : 건강상담·교육·금연·절주·운동·영양·치매검사, 영유아 발달장애 정밀검사비 지원 등 ※ 귀하의 개인정보는 개인정보보호법 및 건강검진기본법 등에 따라 비밀준수 의무 범위 내에서만 활용되며, 목적 외의 용도로 이용하거나 타 기관에 제공하지 않습니다. ※ 동의를 철회하실 때에는 국민건강보험국민건강보험공단 고객센터(1577-1000)나 관할 지사에 전화하시면 간단한 본인확인을 거쳐 철회 가능합니다.				
1. 개인정보의 제공에 관한 동의				
○ 검진기관으로부터 귀하의 개인정보를 보건소와 국민건강보험공단에 제공하는 아래의 내용에 대해 설명을 충분히 들었으며 고지된 관련사항을 제공하는 것에 동의합니다. ① 정보 활용기관 : 보건소, 국립암센터, 국민건강보험공단 ② 개인정보제공 목적 : 검진결과 자가관리 및 예방조치가 필요한 자, 질환(의심)자에 대한 건강관리서비스 지원, 암검진 결과에 따른 사후관리 ③ 제공하는 개인정보 항목 - 국민건강보험공단 → 보건소 · 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 이메일 등 개인식별정보와 건강검진결과 및 문진자료 - 보건소 → 국민건강보험공단 : 성명, 주민등록번호, 보건소에서 귀하에게 제공한 건강관리서비스 내역 - 국민건강보험공단 → 국립암센터 및 보건소 · 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 이메일 등 개인식별정보와 암검진 결과 및 문진자료 ④ 개인정보 보유 및 이용기간 : 2년 ⑤ 귀하는 개인정보를 제3자에게 제공 하는 것에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 이 경우에는 보건소의 건강관리서비스 제공 대상에서 제외될 수 있습니다. 동의함 ☐ 동의하지 않음 ☐				
2. 민감정보의 처리에 관한 동의				
○ 건강검진 정보, 보건소의 건강관리서비스 내역은 민감정보로 검진기관으로부터 개인정보 처리에 관하여 고지 받았으며 이를 충분히 이해하고 동의합니다. 동의함 ☐ 동의하지 않음 ☐				
3. 고유식별정보의 처리에 관한 동의				
○ 주민등록번호는 고유식별정보로 검진기관으로부터 개인정보 처리에 관하여 고지 받았으며 이를 충분히 이해하고 동의합니다. 동의함 ☐ 동의하지 않음 ☐				
전체 동의함 ☐				
년 월 일				
동의자	수검자 성명	(서명)	주민등록번호	-
	(영유아인 경우) 법정대리인 성명	(서명)	수검자와의 관계	
검진기관명 (기호)				

〈서식 17〉 장애인화 건강검진 사업 만족도 조사 서식(예시)

2022년 장애인화 건강검진 만족도 조사

조사자용 조사표

			Y	Y	M	M	D	D		
	기관코드3자리			조사일 6자리				대상자번호		
응답자 일련번호	※ ID 설정기준: - 기관코드3자리(예: 001, 기관코드 사전 부여) - 조사일 6자리(예: 190501, 2019년5월1일) - 대상자번호 2자리(예: 조사일 기준 설문대상자에게 01, 02..번호 부여) ※ ID 일련번호 예시: 00119050101									
검진기관명										
조사일시		Y	Y	M	M	D	D			
응답자 유형	① 수검자 본인 ② 보호자 대리응답 대리응답자의 장애인과의 관계 ① 활동보조인 ② 배우자 ③ 부모 ④ 자녀 ⑤ 친구·이웃 ⑥ 기타()									
대리응답 이유	대리응답 이유 ① 심한 장애로 의사소통 불가 ※ 청각장애, 언어장애, 지적장애, 자폐성장애, 정신장애 등 의사소통의 어려움으로 인해 본인이 응답하기 어려운 경우 ② 기타() 수검자 본인이 설문조사 참여 거절 시 대리응답이 아닌 미참여로 분류, 조사를 중단합니다.									
장애특성	장애유형 (중복장애의 경우 주장애) ① 지체장애 ② 뇌병변장애 ③ 시각장애 ④ 청각장애 ⑤ 언어장애 ⑥ 지적장애 ⑦ 자폐성장애 ⑧ 정신장애 ⑨ 신장장애 ⑩ 심장장애 ⑪ 호흡기장애 ⑫ 간장애 ⑬ 안면장애 ⑭ 장루·요루장애 ⑮ 뇌전증장애 장애등급 ① 1급 ② 2급 ③ 3급									
검진종류	① 일반건강검진 ② 국가암검진 ③ 성·연령별 목표질환별 건강검진									
검진완료 여부	① 완료 ② 미완료 미완료 검사항목 ① 신체계측 ② 채뇨 ③ 혈액검사 ④ 흉부방사선촬영 ⑤ 구강검진 ⑥ 위내시경 검사 ⑦ 간초음파 ⑧ 유방촬영 ⑨ 자궁경부세포검사 ⑩ 기타 ()									
조사자 서명	(인)									

2022년 장애친화 건강검진 만족도 조사

수검자용 동의서

안녕하십니까? 보건복지부에서는 **장애친화 건강검진에 대한 만족도**를 조사하고자 합니다.

본 자료는 **장애친화 건강검진을 개선하는** 목적 외에 다른 용도로 활용되지 않을 것이며 절대로 비밀이 보장됩니다.

※ 조사관련 문의 : 중앙장애인보건의료센터(02-901-1305~6)

설문 참여 동의서

1. 본 설문 의 예상 소요시간은 20분 정도입니다.
2. 설문지를 읽고 직접 응답하시면 됩니다. 필요한 경우에는 옆에서 질문지를 읽고 작성을 도와드릴 수 있습니다.
3. 이 설문에 참여해야 할 의무는 없습니다. 그리고 원하신다면 언제든지 참여를 중단할 수 있습니다. 참여하지 않더라도 귀하께는 어떠한 불이익도 없을 것입니다.
4. 이 조사는 참여자의 개인식별정보를 수집하지 않습니다. 응답결과는 익명상태로 통계처리되며 동의서와 분리되어 관리됩니다. 수집된 자료는 통계법 제33조(비밀의 보호), 제34조(통계조사자 등의 의무)의 규정에 의해 엄격히 보호됩니다.

○ 본인은 설문에 대해 충분히 설명을 듣고 이해하였으며, 이에 본인은 자발적으로 본 설문에 참여할 것에 동의합니다.

응답자 : (성명)_____ (서명)_____ (서명일)_____

응답자와 관계*() : (성명)_____ (서명)_____ (서명일)_____

* 응답자와의 관계 예시 : 본인, 활동보조인, 배우자, 부모, 자녀, 친구, 이웃 등

○ 본인은 설문에 참여하지 않겠습니다.

조사자 : (성명)_____ (서명)_____ (서명일)_____

※ 수검자 본인이 설문조사 참여 거절 시 대리응답이 아닌 미참여로 분류, 조사를 중단합니다.

수검자 기본 정보

1. 성별

① 남 ② 여

2. 연령

만 ()세

3. 귀하의 현재 거주지는 어디입니까?

- ① 서울 ② 경기 ③ 대전 ④ 대구 ⑤ 부산 ⑥ 인천 ⑦ 광주 ⑧ 세종
⑨ 울산 ⑩ 강원 ⑪ 충남 ⑫ 충북 ⑬ 전남 ⑭ 전북 ⑮ 경남 ⑯ 경북 ⑰ 제주

ID									

2022년 장애친화 건강검진 만족도 조사
수검자용 설문지

※ 오늘의 「장애친화 건강검진」경험에 대해 아래 질문에 V표시로 응답해 주십시오.

번호	설문문항	전혀 그렇지 않았다	별로 그렇지 않았다	약간 그랬 다	매우 그랬 다
1	의료진은 귀하를 존중하고 예의 를 갖추어 대하였습니까?	①	②	③	④
2	의료진은 귀하의 이야기를 주의 깊게 들어주었 습니까?	①	②	③	④
3	의료진은 검진 내용에 대해 알기 쉽게 설명 해주었습니까?	①	②	③	④
4	의료진은 귀하가 도움을 요청 했을 때, 성의 있게 도왔습니까?	①	②	③	④
5	사전 체크리스트(장애인 지원서비스 예약)를 작성하셨습니다? 1) 예 → 5-1. 사전 체크리스트(장애인 지원서비스 예약)는 건강검진에 도움이 되었습니까? 2) 아니요 ※ 사전 체크리스트는 건강검진 예약 시 장애인 지원서비스를 요청하는 양식입니다.	①	②	③	④
6	건강검진 전 주의사항 에 대해 충분히 안내 받으셨습니까?	①	②	③	④
7	접수 및 수납 절차는 편리하십니까?	①	②	③	④
8	문진표 작성 과정은 편리하십니까? ※ 문진표는 건강검진 전에 본인의 건강에 대해 작성하신 질문지입니다.	①	②	③	④
9	대기 공간 및 대기 시간 은 적절하십니까?	①	②	③	④
10	대기공간에서 각 검사실로 이동 하는 과정은 편리하십니까?	①	②	③	④
11	탈의실 내 편의시설 및 보조 인력의 도움은 적절하십니까?	①	②	③	④
12	의료진은 검진 과정에서 수치심 (신체노출 등)을 느끼지 않도록 배려하였습니까?	①	②	③	④
13	결과통보, 귀가 후 주의사항 에 대한 안내를 충분히 받으셨습니까?	①	②	③	④
14	오늘의 검진 과정이 전반적으로 안전 하다고 느끼셨습니까?	①	②	③	④
15	검진 환경은 전반적으로 깨끗 하십니까?	①	②	③	④
16	검진 환경은 전반적으로 편리 하십니까?	①	②	③	④

ID									

번호	설문문항
17	전반적인 만족도를 0점에서 10점 사이에 몇 점을 주시겠습니까? 0 (만족도 가장 낮은 경우) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (만족도 가장 높은 경우)
18	장애친화 건강검진기관을 장애인 지인에게 추천한다면, 0점에서 10점 사이에 몇 점을 주시겠습니까? 0 (추천의향 없음) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (추천의향 가장 높음)
19	현재 귀하의 건강은 어떻다고 생각하십니까? ① 매우 나쁘다 ② 나쁘다 ③ 보통이다 ④ 좋다 ⑤ 매우 좋다
20	기타 개선사항이나 바라는 사항이 있으면 말씀해주시기 바랍니다.

2022년

장애친화 건강검진 사업안내

