

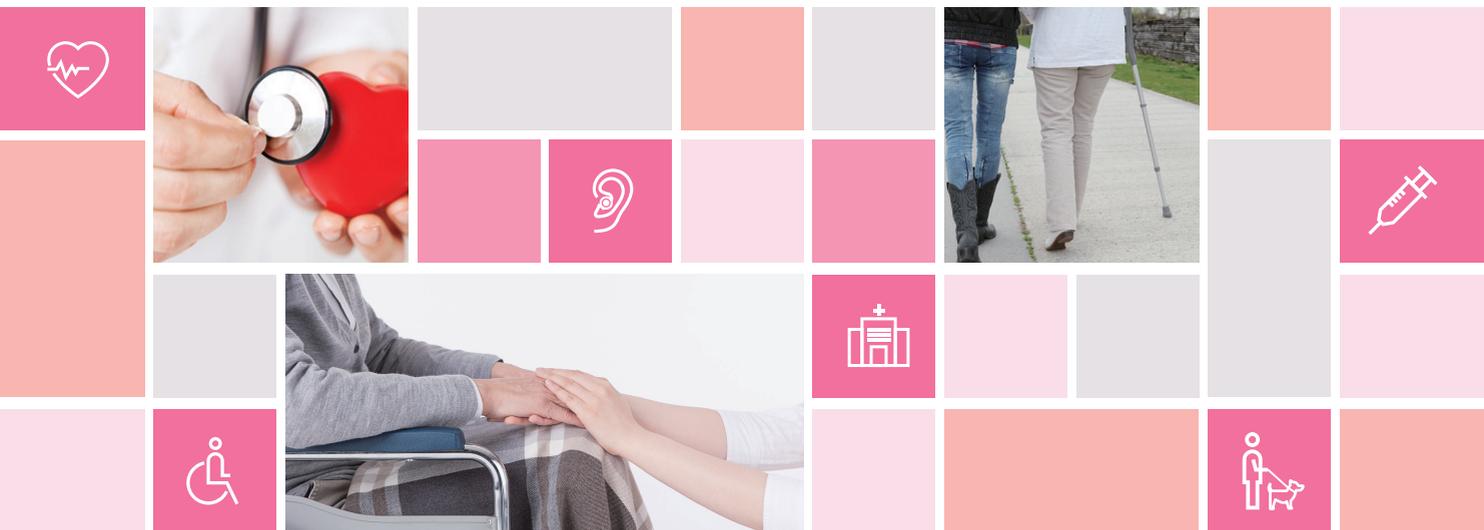
발 간 등 록 번 호

11-1352000-002397-10

2020년

장애인 건강보건관리 사업 안내

- 참고·서식 -



01

참고 자료

참고자료 목록

참고 목록		페이지
참고1	「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」	5
참고2	장애등급제 폐지 개요	44
참고3	장애인 건강보건 관련 통계자료	46
참고4	지역장애인보건의료센터 수탁기관 선정심사 심의기준 (예시)	51
참고5	지역장애인보건의료센터 운영 위탁약정서 (예시)	52
참고6	지역 장애인건강보건위원회 운영회칙 (예시)	57
참고7	개인정보보호법 주요내용 및 개인정보 처리방침 (예시)	60
참고8	OOO 지역장애인보건의료센터 개인정보 처리방침 (예시)	61
참고9	지역장애인보건의료센터 지도·점검표	69
참고10	지역장애인보건의료센터 종사자 및 지자체 공무원 의무사항	71
참고11	중증 대상자의 건강보건관리 필요도 평가도구 (예시)	72
참고12	유용한 평가도구 (예시)	75
참고13	OO시·군·구 지역사회재활협의체 운영규정 (예시)	78
참고14	희망복지지원단 안내자료	80
참고15	방문건강관리 지침 관련자료	82
참고16	전국 보조기기센터 연계	84
참고17	장애인 건강보건관리 프로그램 관련 활용가능한 매체	87
참고18	생애주기별 국가건강검진 실시체계	99
참고19	보건소-공단 간 시스템 연계 안내	100
참고20	통상임금 노사지도 지침	103
참고21	개인정보 보호 안내	108
참고22	기관별 연락처	110

참고 1 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」

장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 [법률 제15902호, 2018.12.11., 일부개정]	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령 [대통령령 제29450호, 2018.12.31., 타법개정]	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 [보건복지부령 제646호, 2019.7.1., 일부개정]
<p style="text-align: center;">제1장 총칙</p> <p>제1조(목적) 이 법은 장애인의 건강권 보장을 위한 지원, 장애인 보건관리 체계 확립 및 의료접근성 보장에 관한 사항을 규정하여 장애인의 건강증진에 이바지하는 것을 목적으로 한다.</p> <p>제2조(기본이념) ① 장애인은 최적의 건강관리와 보호를 받을 권리를 가진다. ② 장애인은 장애를 이유로 건강관리 및 보건의료에 있어 차별대우를 받지 아니한다. ③ 장애인은 건강관리 및 보건의료 서비스의 접근에 있어 비장애인과 동등한 접근성을 가질 권리를 가진다.</p> <p>제3조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. 1. "장애인"이란 「장애인복지법」 제2조에 따른 장애인을 말한다.</p>	<p>제1조(목적) 이 영은 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」에서 위임된 사항과 그 시행에 필요한 사항을 규정함을 목적으로 한다.</p>	<p>제1조(목적) 이 규칙은 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」 및 같은 법 시행령에서 위임된 사항과 그 시행에 필요한 사항을 규정함을 목적으로 한다.</p>

장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 <small>[법률 제15902호, 2018.12.11., 일부개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령 <small>[대통령령 제29450호, 2018.12.31., 타법개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 <small>[보건복지부령 제646호, 2019.7.1., 일부개정]</small>
<p>2. "건강권"이란 질병 예방, 치료 및 재활, 영양개선, 재활운동, 보건교육 및 건강생활의 실천 등에 관한 제반 여건의 조성을 통하여 최선의 건강상태를 유지할 권리를 말하며, 보건과 의료서비스를 제공 받을 권리를 포함한다.</p> <p>3. "장애인 건강보건관리"란 장애 유무, 장애 유형 및 정도, 성별 등의 특성에 따라 장애인과 비장애인 간 또는 장애인 간 건강수준의 격차가 발생하지 아니하도록 보건의료 접근성을 향상하는 등 장애인의 건강권 보장을 위한 제반 보건의료활동을 말한다.</p> <p>4. "장애인 건강보건관리사업"이란 장애인을 위한 건강검진, 주기별 질환관리, 진료 및 재활, 건강증진사업 등 장애인 건강보건관리를 위한 각종 활동 및 지원 사업을 말한다.</p> <p>5. "재활의료"란 손상이나 질병으로 인한 장애의 최소화 및 장애인(손상이나 질병 발생 후 완전한 회복이 어려워 일정기간 내에 장애인이 될 것으로 예상</p>		

장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 <small>[법률 제15902호, 2018.12.11., 일부개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령 <small>[대통령령 제29450호, 2018.12.31., 타법개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 <small>[보건복지부령 제646호, 2019.7.1., 일부개정]</small>
<p>되는 사람을 포함한다)의 기능 회복과 유지를 위하여 필요한 의료행위를 말한다.</p> <p>6. "재활의료기관"이란 「의 료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관 중 에서 재활의료를 행할 목 적으로 제18조제1항에 따라 지정된 병원을 말한다.</p> <p>제4조(국가와 지방자치단체의 책무) ① 국가와 지방자치 단체는 장애인의 건강권을 존중하고 보호하며 실현할 의무를 갖는다.</p> <p>② 국가와 지방자치단체는 장 애인의 건강권 향상과 장애 유무, 장애 유형 및 정도, 모·부성권 보장, 성별 등 의 특성에 따른 장애인과 비장애인 간 또는 장애인 간 건강수준의 격차 해소를 위하여 장애인 건강보건관 리사업을 적극 시행하여야 한다. <개정 2018.12.11.></p> <p>③ 국가와 지방자치단체는 장 애인이 기능과 건강을 회복 할 수 있도록 장애인에게 적정한 진료 및 재활의료 를 제공하여야 한다.</p> <p>④ 국가와 지방자치단체는 장애인이 저소득, 낮은 교</p>		

장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 <small>[법률 제15902호, 2018.12.11., 일부개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령 <small>[대통령령 제29450호, 2018.12.31., 타법개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 <small>[보건복지부령 제646호, 2019.7.1., 일부개정]</small>
<p>육수준, 의료 차별, 적정하지 못한 고용·노동·주거환경, 사회적 지지 부족 및 성별 특성 등으로 건강을 위협받는 상황을 예방하기 위하여 필요한 대책을 수립·시행하여야 한다.</p> <p>⑤ 국가와 지방자치단체는 장애인 건강보건관리사업에 대하여 장애인과 그 가족에게 적극 홍보하여야 하며, 국민이 장애인 건강권에 대하여 올바르게 인식할 수 있도록 필요한 정책을 실시하여야 한다.</p> <p>제5조(국민의 의무) 국민은 장애인의 건강권 보장과 건강격차 해소 및 보건의료 접근성 제고를 위하여 국가와 지방자치단체가 실시하는 장애인 건강보건관리사업에 적극 협력하여야 한다.</p> <p>제2장 장애인 건강보건관리 종합계획의 수립 등</p> <p>제6조(장애인 건강보건관리 종합계획의 수립) ① 보건복지부장관은 「장애인복지법」 제11조에 따른 장애인정책조정위원회의 심의를 거쳐</p>		

장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 <small>[법률 제15902호, 2018.12.11., 일부개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령 <small>[대통령령 제29450호, 2018.12.31., 타법개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 <small>[보건복지부령 제646호, 2019.7.1., 일부개정]</small>
<p>장애인 건강보건관리종합계획 (이하 "종합계획"이라 한다) 을 5년마다 수립하고 「국민건강증진법」 제4조 및 제4조의2에 따라 국민건강증진종합계획 및 실행계획을 수립·시행함에 있어서 종합계획이 포함되도록 하여야 한다.</p> <p>② 종합계획에는 다음 각 호의 사항이 포함되어야 한다. <개정 2018.12.11.></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 장애인 건강보건관리사업의 목표와 방향에 관한 사항 2. 장애인 건강보건관리사업의 추진계획 및 방법에 관한 사항 3. 장애인 건강보건관리에 필요한 전문인력의 육성 및 교육·훈련에 관한 사항 4. 장애 유형 및 정도, 성별 특성 등에 따른 장애인 건강보건관리에 관한 사항 5. 모성권 보장 등 여성장애인의 건강보건관리에 관한 사항 6. 그 밖에 장애인의 건강증진 및 장애인 건강보건관리를 위하여 필요한 사항 <p>③ 보건복지부장관은 종합계획의 수립을 위하여 필</p>		

장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 <small>[법률 제15902호, 2018.12.11., 일부개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령 <small>[대통령령 제29450호, 2018.12.31., 타법개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 <small>[보건복지부령 제646호, 2019.7.1., 일부개정]</small>
<p>요하다고 인정하는 경우 관계 기관의 장애인에게 종합계획의 수립에 필요한 자료의 제출을 요구할 수 있다. 이 경우 자료의 제출을 요구받은 자는 정당한 사유가 없으면 이에 따라야 한다.</p> <p>제3장 장애인 건강관리사업 등</p> <p>제7조(장애인 건강검진사업)</p> <p>① 국가와 지방자치단체는 장애인의 건강증진 및 질환 예방을 위한 건강검진사업(이하 "장애인 건강검진사업"이라 한다)을 시행할 수 있다.</p> <p>② 보건복지부장관은 장애인에게 맞춤형 건강검진이 이루어질 수 있도록 장애인의 장애 유형 및 정도, 연령, 모·부성권 보장, 성별 등의 특성 및 생애 주기에 맞는 건강검진 항목을 설계하여야 한다. <개정 2018.12.11.></p> <p>③ 국가와 지방자치단체는 건강검진을 받는 장애인과 그 가족의 경제적 부담능력 등을 고려하여 건강검진에 소요되는 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.</p> <p>④ 국가와 지방자치단체는 건</p>	<p>제2조(장애인 건강검진사업의 범위) 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제7조제1항에 따른 장애인 건강검진사업의 범위는 다음 각 호와 같다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 장애인 건강검진에 관한 연구·개발과 질 관리 2. 장애인에 적합한 건강검진 항목의 설계 3. 장애인의 「건강검진기본법」에 따른 국가건강검진 접근성 향상을 위한 지원 4. 장애인 건강검진에 관한 교육 및 홍보 	

장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 <small>[법률 제15902호, 2018.12.11., 일부개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령 <small>[대통령령 제29450호, 2018.12.31., 타법개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 <small>[보건복지부령 제646호, 2019.7.1., 일부개정]</small>
<p>강검진 결과에 따라 장애인의 특성과 수요에 맞는 의료서비스가 제공되도록 노력하여야 한다.</p> <p>⑤ 장애인 건강검진사업을 수행하고자 하는 의료기관은 보건복지부장관으로부터 장애인 건강검진기관으로 지정을 받아야 한다.</p> <p>⑥ 장애인 건강검진사업의 범위 및 지원 대상·기준·절차 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.</p> <p>⑦ 제5항에 따른 검진기관의 인력·시설 및 장비 등 장애인 건강검진기관 지정 기준 및 절차는 보건복지부령으로 정한다.</p>		<p>제2조(장애인 건강검진기관의 지정 기준 및 절차) ① 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제7조제5항에 따른 장애인 건강검진기관(이하 "검진기관"이라 한다)의 지정 기준은 별표 1과 같다.</p> <p>② 법 제7조제5항에 따라 검진기관으로 지정받으려는 의료기관은 별지 제1호 서식의 장애인 건강검진기관 지정신청서에 다음 각 호의 서류를 첨부하여 보건복지부장관에게 제출하여야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 별지 제2호서식의 인력·시설 및 장비 현황에 관한 서류 2. 장애인 건강검진을 보조하는 인력의 채용 관련 사실 증명서류 <p>③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 신청한 의료기관이 별표 1의 지정 기준에 적합한지를 확인하고 지정 여부를 결정하여 그 결과</p>

장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 <small>[법률 제15902호, 2018.12.11., 일부개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령 <small>[대통령령 제29450호, 2018.12.31., 타법개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 <small>[보건복지부령 제646호, 2019.7.1., 일부개정]</small>
		<p>를 해당 의료기관 및 「국민건강보험법」 제13조에 따른 국민건강보험공단(이하 "공단"이라 한다)에 통보하여야 한다.</p> <p>④ 보건복지부장관은 제3항에 따라 검진기관의 지정을 결정한 경우에는 별지 제3호 서식의 장애인 건강검진기관 지정서를 해당 의료기관에 발급하여야 한다.</p> <p>⑤ 제4항에 따라 검진기관으로 지정받은 의료기관은 다음 각 호의 어느 하나가 변경된 경우에는 그 날부터 15일 이내에 별지 제4호서식의 장애인 건강검진기관 현황 등 변경신고서를 보건복지부장관에게 제출하여야 한다. 다만, 장애인 건강검진을 보조하는 인력이 변경된 경우에는 그 사실을 증명하는 서류를 첨부하여야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 검진기관의 명칭·개설자(법인인 경우에는 대표자를 말한다) 또는 소재지 2. 장애인 건강검진을 보조하는 인력 현황 3. 시설 또는 장비 현황 <p>⑥ 검진기관이 「건강검진기본법 시행규칙」 제5조제5항에 따라 같은 법 시행규칙</p>

장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 <small>[법률 제15902호, 2018.12.11., 일부개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령 <small>[대통령령 제29450호, 2018.12.31., 타법개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 <small>[보건복지부령 제646호, 2019.7.1., 일부개정]</small>
		<p>별지 제2호의2서식의 검진 기관 현황 등 변경신고서를 공단에 제출한 경우에는 별지 제4호서식의 장애인 건강검진 기관 현황 등 변경신고서를 제출한 것으로 본다.</p> <p>⑦ 보건복지부장관은 제5항에 따라 제출받은 장애인 건강검진기관 현황 등 변경신고서의 내용을 확인한 후 그 결과를 신고인 및 공단에 통보하여야 한다.</p> <p>⑧ 보건복지부장관은 제2항에 따른 지정 신청 또는 제5항에 따른 변경 신고를 받으면 공단으로 하여금 해당 기관이 별표 1에 따른 지정 기준에 적합한지 여부 또는 변경사실 여부를 확인하게 할 수 있다.</p> <p>⑨ 공단은 제3항에 따른 지정 기준 적합 여부 또는 제7항에 따른 변경사실 여부의 확인을 위하여 필요한 경우 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진 보장에 관한 법률」 제9조의3에 따라 편의 시설 설치기준 적합성 확인 업무를 대행하는 법인 또는 단체(이하 "대행기관"이라 한다)에 시설 기준 적합 여부의 확인을 요청할 수 있다.</p>

장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 [법률 제15902호, 2018.12.11., 일부개정]	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령 [대통령령 제29450호, 2018.12.31., 타법개정]	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 [보건복지부령 제646호, 2019.7.1., 일부개정]
		<p>⑩ 공단으로부터 시설 기준 적합 여부의 확인을 요청 받은 대행기관은 해당 기관이 별표 1의 지정 기준에 따른 시설 기준에 적합한지를 확인하고, 별지 제5호 서식에 따라 그 결과를 작성하여 확인을 요청받은 날부터 30일 이내에 공단에 제출하여야 한다.</p> <p>⑪ 공단은 제8항에 따른 확인을 마치면 그 결과를 적은 검토의견서를 확인을 요청 받은 날부터 40일 이내에 보건복지부장관에게 제출하여야 한다.</p> <p>제3조(검진기관의 지정 취소)</p> <p>① 보건복지부장관은 검진기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 법 제7조제5항에 따른 검진기관의 지정을 취소할 수 있다. 다만, 제1호에 해당하는 경우에는 그 지정을 취소하여야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 지정을 받은 경우 2. 제2조제1항에 따른 지정 기준을 위반하거나 미달하게 된 경우

장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 <small>[법률 제15902호, 2018.12.11., 일부개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령 <small>[대통령령 제29450호, 2018.12.31., 타법개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 <small>[보건복지부령 제646호, 2019.7.1., 일부개정]</small>
		<p>3. 검진기관이 지정의 취소 를 요청하는 경우</p> <p>② 검진기관은 지정의 취소 를 요청하려면 별지 제6호 서식의 장애인 건강검진기관 지정 취소 요청서에 발급받은 장애인 건강검진기관 지정서 를 첨부하여 보건복지부장 관에게 제출하여야 한다.</p> <p>③ 제1항제1호부터 제3호까 지의 규정에 따라 지정이 취소된 검진기관은 지정이 취소된 날부터 2년 이내 에는 검진기관으로 지정받 을 수 없다.</p> <p>④ 보건복지부장관은 제1항 에 따라 지정을 취소하기 위 하여 필요한 경우에는 공단 으로 하여금 해당 검진기관 이 같은 항 각 호의 사유 에 해당하는지를 확인하게 할 수 있다.</p> <p>⑤ 공단은 검진기관이 제1항 제1호 및 제2호의 취소 사 유에 해당하는지를 확인하기 위하여 필요한 경우에는 대행기관에 시설 기준 적합 여부의 확인을 요청할 수 있다.</p> <p>⑥ 보건복지부장관은 제1항 제1호 및 제2호에 따라 검진 기관의 지정을 취소하는 경우 에는 청문을 실시하여야 한다.</p>

장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 <small>[법률 제15902호, 2018.12.11., 일부개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령 <small>[대통령령 제29450호, 2018.12.31., 타법개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 <small>[보건복지부령 제646호, 2019.7.1., 일부개정]</small>
<p>제8조(장애인 건강관리사업)</p> <p>① 국가와 지방자치단체는 장애발생 후 장애인의 생애 주기별, 성별 질환 관리를 위한 사업(이하 "장애인 건강관리사업"이라 한다)을 시행할 수 있다.</p> <p>② 장애인 건강관리사업의 내용·방법 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.</p> <p>제9조(장애인의 의료기관등 접근 및 이용 보장 등)</p> <p>① 국가와 지방자치단체는 장애인이 진료, 재활 등을 위하여 「의료법」 제3조에 따른 의료기관, 「지역보건법」에 따른 보건소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따른 보건진료소, 「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」에 따른 지방의료원(이하 "의료기관등"이라 한다)을 이용하는 경우 그 접근을 보장하기 위한 이동 편의 및 의료기관등 이용 시 장애인의 장애</p>	<p>제3조(장애인 건강관리사업의 내용) 법 제8조제1항에 따른 장애인 건강관리사업의 내용은 다음 각 호와 같다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 장애인의 건강관리를 위한 지원 및 협력 체계 구축 2. 건강관리, 영양관리, 운동지도 등 장애인 건강증진사업 3. 장애인과 그 가족에 대한 건강교육 및 건강상담 4. 장애인 건강관리에 관한 조사·연구 5. 장애인 건강관리에 관한 교육자료 개발 및 교육·홍보 <p>제4조(장애인의 이동 및 이용 편의 제공) 법 제9조에 따른 장애인의 「의료법」 제3조에 따른 의료기관, 「지역보건법」에 따른 보건소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따른 보건진료소, 「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」에 따른 지방의료원(이하 "의료기관등"이라 한다) 접근 및 이용 보장을 위한 편의 제공의 내용은 다음 각 호와 같다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 장애인의 의료기관등 접근 및 이용 보장을 위한 편의 제공에 관한 지침의 개발 	

장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 <small>[법률 제15902호, 2018.12.11., 일부개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령 <small>[대통령령 제29450호, 2018.12.31., 타법개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 <small>[보건복지부령 제646호, 2019.7.1., 일부개정]</small>
<p>유형 및 정도, 모」부성권 보장, 성별 등의 특성에 따른 적절한 편의를 제공할 수 있다. <개정 2018.12.11.></p> <p>② 국가와 지방자치단체는 의료기관등을 직접 이용하기 어려운 장애인을 위하여 장애인의 거주지를 방문하여 진료 등을 행하는 방문진료사업을 수행할 수 있다.</p> <p>③ 제1항에 따른 이동 및 이용 편의 제공과 제2항에 따른 방문진료사업의 대상·기준 및 방법 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.</p> <p>제10조(장애인 건강보건연구사업) ① 보건복지부장관은 장애인의 건강증진, 장애 관련 각종 질환의 예방과 진료기술의 발전, 장애인 건강권 백서 발간 등을 위한 연구·개발사업(이하 "장애인 건강보건연구사업"이라 한다)을 시행할 수 있다.</p> <p>② 보건복지부장관은 장애인 건강보건연구사업에 관한 국제협력의 증진과 선진기술의 도입을 위한 전문인력의 국외파견 및 국내유치 등의 방안 마련을 위하여 노력하여야 한다.</p>	<p>및 보급</p> <p>2. 일반 차량 또는 「교통약자의 이동편의 증진법」 제2조제8호에 따른 특별교통수단을 이용하기 어려운 장애인에 대한 구급차 등의 이용 지원</p>	

장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 <small>[법률 제15902호, 2018.12.11., 일부개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령 <small>[대통령령 제29450호, 2018.12.31., 타법개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 <small>[보건복지부령 제646호, 2019.7.1., 일부개정]</small>
<p>③ 보건복지부장관은 장애인 건강보건연구사업의 구체적이고 세부적인 사항에 관한 기획·관리 및 평가 등의 업무를 효율적으로 수행하기 위하여 제19조에 따른 중앙장애인보건의료센터로 하여금 장애인 건강보건연구사업을 수행하게 할 수 있다.</p> <p>제11조(장애인 건강보건통계사업) ① 보건복지부장관은 장애인의 건강위험요인과 질환의 발생 및 치료에 관한 자료를 지속적으로 수집·분석하여 장애인 보건 관련 통계를 산출하기 위한 등록·관리·조사사업(이하 "장애인 건강보건통계사업"이라 한다)을 시행할 수 있다. 이 경우 통계자료의 수집 및 통계의 작성 등에 관하여는 「통계법」을 준용하며, 통계의 산출을 위하여 처리되는 개인정보는 「개인정보 보호법」 제58조제1항을 따른다.</p> <p>② 보건복지부장관은 장애인을 진료하는 의료인 또는 의료기관, 「국민건강보험법」에 따른 국민건강보험공단 및 건강보험심사평가원, 그 밖에 장애인과 관</p>		<p>제4조(장애인 건강보건통계사업 자료의 제출 등의 요구) 보건복지부장관은 법 제11조제2항에 따른 자료의 제출이나 의견의 진술 등을 요구할 때에는 그 이용 목적·</p>

장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 <small>[법률 제15902호, 2018.12.11., 일부개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령 <small>[대통령령 제29450호, 2018.12.31., 타법개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 <small>[보건복지부령 제646호, 2019.7.1., 일부개정]</small>
<p>련된 사업을 하는 법인·기관·단체에 대하여 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 장애인 건강보건통계사업에 필요한 자료의 제출이나 의견의 진술 등을 요구할 수 있다. 이 경우 자료의 제출을 요구받은 자는 정당한 사유가 없으면 이에 따라야 한다.</p> <p>③ 보건복지부장관은 장애인 건강보건통계사업을 효율적으로 추진하기 위하여 제19조에 따른 중앙장애인보건의료센터로 하여금 장애인 건강보건통계사업을 수행하게 할 수 있다.</p> <p>제12조(장애인 건강보건정보사업) ① 보건복지부장관은 장애인 건강보건에 관한 정보를 체계적으로 구축하여 효율적으로 국민에게 제공하기 위한 사업(이하 "장애인 건강보건정보사업"이라 한다)을 실시할 수 있다.</p> <p>② 장애인 건강보건정보사업의 내용은 다음 각 호와 같다.</p> <p>1. 장애인 건강보건 관련 각종 정보에 대한 데이터베이스 구축 및 관리</p>		<p>범위 및 제출이나 진술 방법 등을 명시한 전자문서 또는 서면으로 하여야 한다.</p>

장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 <small>[법률 제15902호, 2018.12.11., 일부개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령 <small>[대통령령 제29450호, 2018.12.31., 타법개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 <small>[보건복지부령 제646호, 2019.7.1., 일부개정]</small>
<p>2. 장애인 건강보건에 관한 정보 제공 및 상담</p> <p>3. 장애인 건강보건에 관한 교육자료 개발 및 교육·홍보</p> <p>4. 그 밖에 장애인 건강보건정보 데이터베이스 구축과 제공에 관하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 업무</p> <p>③ 보건복지부장관은 장애인 건강보건정보사업을 효율적으로 추진하기 위하여 제19조에 따른 중앙장애인보건 의료센터로 하여금 장애인 건강보건정보사업을 수행하게 할 수 있다.</p> <p>제13조(장애인과 그 가족에 대한 건강교육) ① 국가와 지방자치단체는 장애인의 건강증진을 위하여 장애인과 그 가족을 대상으로 건강교육을 실시할 수 있다.</p> <p>② 제1항에 따른 건강교육의 실시 시기·내용·방법 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p>		<p>제5조(장애인과 그 가족에 대한 건강교육) ① 법 제13조에 따른 장애인과 그 가족에 대한 건강교육(이하 이 조에서 "장애인 건강교육"이라 한다)에는 다음 각 호에 관한 사항이 포함되어야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 장애 특성에 따른 후유증과 합병증 2. 장애 특성에 따른 질환의 예방 및 관리 3. 장애인이 이용하기 편리한 의료기관 및 건강증진사업 실시 기관의 안내

장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 <small>[법률 제15902호, 2018.12.11., 일부개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령 <small>[대통령령 제29450호, 2018.12.31., 타법개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 <small>[보건복지부령 제646호, 2019.7.1., 일부개정]</small>
<p>제14조(장애인 건강권 교육)</p> <p>① 국가와 지방자치단체는 장애인 건강권 관련 인식 향상을 위하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람을 대상으로 장애인 건강권에 관한 교육을 실시할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 장애인의 진료·재활 등을 담당하는 의료인 2. 장애인 관련 시설 종사자 및 장애인 관련 보조인력 3. 여성장애인의 임신, 출산 등을 담당하는 의료인 4. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 장애인 관련 업무 담당자 <p>② 제1항에 따른 교육의 실시 시기·내용·방법 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p>		<p>② 보건복지부장관과 지방자치단체의 장은 장애인 건강교육을 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 및 관계 법인·단체에 위탁하여 실시할 수 있다.</p> <p>제6조(장애인 건강권 교육)</p> <p>① 법 제14조제1항제4호에서 "보건복지부령으로 정하는 장애인 관련 업무 담당자"란 장애인의 진료·재활 등을 담당하는 다음 각 호의 사람을 말한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 「의료기사 등에 관한 법률」에 따른 의료기사 2. 「약사법」에 따른 약사 및 한약사

장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 <small>[법률 제15902호, 2018.12.11., 일부개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령 <small>[대통령령 제29450호, 2018.12.31., 타법개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 <small>[보건복지부령 제646호, 2019.7.1., 일부개정]</small>
<p>제15조(재활운동 및 체육)</p> <p>① 보건복지부장관은 의사의 처방에 따른 재활운동 프로그램을 장애인 또는 손상이나 질병 발생 후 완전한 회복이 어려워 일정기간 내에 장애인이 될 것으로 예상되는 사람들에게 제공할 수 있다.</p>		<p>3. 「의료법」에 따른 간호조무사</p> <p>4. 「응급의료에 관한 법률」에 따른 응급구조사</p> <p>② 법 제14조제1항에 따른 장애인 건강권 교육(이하 이 조에서 "장애인 건강권 교육"이라 한다)에는 다음 각 호에 관한 사항이 포함되어야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 장애의 정의 및 장애 유형, 모성권 보장 등 성별 특성에 대한 이해 2. 장애인과의 의사소통 3. 장애인에 대한 진료·상담·검사 시의 유의사항 4. 장애인 건강권 관련 법령·정책 및 제도 <p>③ 장애인 건강권 교육은 집합교육, 인터넷 강의 등을 활용한 원격 교육 및 체험 교육 등의 방법으로 할 수 있다.</p>

장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 <small>[법률 제15902호, 2018.12.11., 일부개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령 <small>[대통령령 제29450호, 2018.12.31., 타법개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 <small>[보건복지부령 제646호, 2019.7.1., 일부개정]</small>
<p>② 국가와 지방자치단체는 「장애인복지법」에 따른 장애인복지시설, 「체육시설의 설치·이용에 관한 법률」에 따른 공공체육시설을 지정하여 장애인에게 체육 프로그램을 제공할 수 있다.</p> <p>③ 보건복지부장관은 장애인 또는 손상이나 질병 발생 후 완전한 회복이 어려워 일정기간 내에 장애인이 될 것으로 예상되는 사람의 신체적·정신적 기능과 사회적 능력을 향상시키기 위한 재활운동 프로그램을 개발하고 이를 보급하기 위하여 노력하여야 한다.</p> <p>④ 제1항부터 제3항까지에 따른 재활운동 및 체육 프로그램의 제공, 개발 및 보급 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p>		
<p>제16조(장애인 건강 주치의)</p> <p>① 국가 및 지방자치단체는 장애 정도가 심하여 건강에 대한 특별한 보호가 필요한 장애인(이하 "중증장애인"이라 한다)에 대하여 장애인 건강 주치의 제도를 시행할 수 있다.</p> <p>② 제1항에 따른 장애인 건</p>	<p>제5조(장애인 건강 주치의 제도의 대상 및 내용)</p> <p>① 법 제16조제1항에 따른 장애인 건강 주치의 제도의 대상이 되는 중증장애인(이하 "중증장애인"이라 한다)은 「장애인복지법」 제2조에 따른 장애인 중 장애의 정도가 심한 장애인으로서</p>	

장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 <small>[법률 제15902호, 2018.12.11., 일부개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령 <small>[대통령령 제29450호, 2018.12.31., 타법개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 <small>[보건복지부령 제646호, 2019.7.1., 일부개정]</small>
<p>강 주치의 제도의 대상이 되는 중증장애인의 범위 및 내용 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.</p>	<p>보건복지부장관이 정하여 고시하는 만성질환 또는 장애가 있는 사람으로 한다. <개정 2018.12.31.> ② 법 제16조제1항에 따른 장애인 건강 주치의 제도의 내용은 다음 각 호와 같다. 1. 장애 특성에 따른 주장애(主障礙) 관리 2. 장애 특성을 고려한 만성질환 관리 3. 일상적인 질환의 예방 및 관리 4. 진료 및 건강관리를 위한 「보건의료기본법」 제3조제4호에 따른 보건의료기관 등과의 연계 5. 장애인 건강보건관리사업의 안내</p> <p>제6조(주치의의 등록 및 정보 제공) ① 장애인 건강 주치의(이하 "주치의"라 한다)가 되려는 의사는 「국민건강보험법」 제13조에 따른 국민건강보험공단(이하 "공단"이라 한다)에 주치의로 등록하여야 한다. ② 공단은 법 제19조에 따른 중앙장애인보건의료센터(이하 "중앙장애인보건의료센터"라 한다)에 주치의의</p>	<p>제7조(장애인 건강 주치의 등록 등) ① 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령」(이하 "영"이라 한다) 제6조제1항에 따라 장애인 건강 주치의(이하 "주치의"라 한다)로 등록하려는 의사는 별지 제7호서식의 장애인 건강 주치의 등록 신청서(전자문서로 된 신청서를 포함한다)에 별지 제8호서식의 의료기관의 장</p>

<p>장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 [법률 제15902호, 2018.12.11., 일부개정]</p>	<p>장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령 [대통령령 제29450호, 2018.12.31., 타법개정]</p>	<p>장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 [보건복지부령 제646호, 2019.7.1., 일부개정]</p>
	<p>등록 정보를 통보하여야 한다.</p> <p>③ 중앙장애인보건의료센터와 공단은 주치의의 등록 정보 및 관련 자료를 인터넷 홈페이지 등에 장애인이 알기 쉬운 형태로 제공하여야 한다.</p> <p>④ 주치의의 등록 등에 관한 세부사항은 보건복지부령으로 정한다.</p> <p>제7조(주치의 교육) ① 주치의로 등록하려는 의사는 보건복지부장관이 운영하는 주치의 교육 과정을 이수하여야 한다.</p> <p>② 보건복지부장관은 제1항에 따른 주치의 교육 과정을 이수한 의사의 정보를 공단에 제공하여야 한다.</p> <p>제8조(주치의의 진료 및 건강관리 신청 등) ① 주치의의 진료 및 건강관리를 받으려는 중증장애인은 해당 주치의에게 진료 및 건강관리를 신청하여야 한다.</p> <p>② 제1항에 따른 신청을 받은 주치는 공단에 해당 중증장애인의 신청사실을 통지하여야 한다.</p> <p>③ 주치이에 대한 진료 및 건강관리 신청 등에 관한 세부사항은 보건복지부령으로 정한다.</p>	<p>에인 편의시설 현황 서류(전자문서를 포함한다) 및 별지 제9호서식의 장애인 건강 주치의 교육 이수증 사본(전자문서를 포함한다)을 첨부하여 공단에 제출하여야 한다.</p> <p>② 보건복지부장관은 영 제7조제1항에 따라 주치의 교육 과정을 이수한 의사에게 별지 제9호서식의 장애인 건강 주치의 교육 이수증을 발급하여야 한다.</p> <p>③ 영 제8조제1항에 따라 장애인으로부터 주치의의 진료 및 건강관리 신청을 받은 주치는 같은 조 제2항에 따라 별지 제10호서식의 장애인 건강 주치의 이용 신청사실 통지서를 공단에 제출하여야 한다.</p>

장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 <small>[법률 제15902호, 2018.12.11., 일부개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령 <small>[대통령령 제29450호, 2018.12.31., 타법개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 <small>[보건복지부령 제646호, 2019.7.1., 일부개정]</small>
<p>제17조(의료비 지원) ① 국가와 지방자치단체는 의료비를 부담하기 어렵다고 인정되는 장애인에게 장애 정도와 경제적 능력 등을 고려하여 장애 정도에 따라 의료비에 사용되는 비용을 지급할 수 있다.</p> <p>② 제1항에 따른 의료비 지급 대상·기준 및 방법에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p>		<p>제8조(의료비 지급 대상 및 기준) ① 법 제17조에 따른 의료비 지급 대상은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 장애인 중 소득과 재산을 고려하여 매년 예산의 범위에서 보건복지부장관이 정하는 사람으로 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 「국민기초생활 보장법」 제7조제1항제1호에 따른 생계급여 수급자 또는 같은 항 제3호에 따른 의료급여 수급자인 장애인 2. 제1호에 준하는 사람으로서 의료비를 지급할 필요가 있다고 인정되는 장애인 <p>② 제1항에 따라 받을 수 있는 의료비는 「국민건강보험법」과 「의료급여법」에 따라 산정되는 의료비 중 해당 장애인이 부담하여야 할 비용으로 한다.</p> <p>제9조(의료비 지급 절차 및 방법 등) ① 제8조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 장애인이 진료를 받으려면 다음 각 호의 서류를 의료기관에 제시하여야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 장애인등록증 2. 의료급여증 또는 의료급여증명서(제8조제1항제1

장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 <small>[법률 제15902호, 2018.12.11., 일부개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령 <small>[대통령령 제29450호, 2018.12.31., 타법개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 <small>[보건복지부령 제646호, 2019.7.1., 일부개정]</small>
<p>제17조의2(의료비의 환수) ① 특별자치시장·특별자치도</p>	<p>제9조(의료비 환수 및 결손 처분) ① 특별자치시장·특</p>	<p>호에 해당하는 사람으로 한정한다)</p> <p>3. 건강보험증(제8조제1항 제2호에 해당하는 사람으로 한정한다)</p> <p>② 제1항 각 호에 따른 서류를 제시받은 의료기관은 진료를 받으려는 장애인의 의료비 지급 대상자임을 확인하고, 해당 장애인에게 의료를 제공하였을 때에는 「국민건강보험법」 제62조에 따른 건강보험심사평가원(이하 "건강보험심사평가원"이라 한다)에 의료비 지급 심사 청구를 하여야 한다.</p> <p>③ 제2항에 따라 청구를 받은 건강보험심사평가원은 이를 심사한 후 그 결과를 공단 및 해당 의료기관에 통보하여야 한다.</p> <p>④ 제2항 및 제3항에 따라 의료비 심사 결과를 통보 받은 공단은 그 의료비를 지체 없이 지급하여야 한다.</p> <p>⑤ 제1항부터 제4항까지에서 규정한 사항 외에 의료비 지급에 필요한 세부사항은 보건복지부장관이 정한다.</p>

장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 <small>[법률 제15902호, 2018.12.11., 일부개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령 <small>[대통령령 제29450호, 2018.12.31., 타법개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 <small>[보건복지부령 제646호, 2019.7.1., 일부개정]</small>
<p>지사·시장·군수·구청장은 제17조에 따른 의료비의 지급이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 지급한 의료비의 전부 또는 일부를 환수하여야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 의료비를 지급받은 사람 또는 요양기관이 거짓이거나 그 밖의 부정한 방법으로 의료비를 지급받은 경우 2. 잘못 지급된 경우 <p>② 제1항에 따라 환수를 하는 경우 의료비를 반환하여야 할 사람이 납부기한까지 내지 아니한 때에는 「지방세외수입금의 징수 등에 관한 법률」에 따라 징수한다.</p> <p>③ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제2항에 따라 의료비를 징수할 때 반환하여야 할 사람이 행방불명되거나 재산이 없거나 그 밖의 불가피한 사유로 환수가 불가능하다고 인정할 때에는 결손처분할 수 있다.</p> <p>④ 제1항에 따른 환수 및 제3항에 따른 결손처분의 대상, 범위, 방법 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. [본조신설 2018.12.11.]</p>	<p>별자치도지사·시장·군수·구청장은 법 제17조의2제1항에 따라 의료비를 환수하려면 환수 대상자에게 환수금액, 납부기한 및 방법 등을 적은 문서로써 납입 고지를 해야 한다. 이 경우 납부기한은 납입 고지를 한 날부터 7일 이상 이 되도록 해야 한다.</p> <p>② 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유가 있으면 「장애인복지법」 제13조제1항에 따른 지방장애인복지위원회(이하 이 조에서 "위원회"라 한다)의 심의를 거쳐 법 제17조의2제3항에 따라 결손처분할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 체납처분이 끝나고 체납액에 충당된 배분금액이 그 체납액보다 적은 경우 2. 환수 대상자가 행방불명된 경우 3. 환수 대상자의 재산이 없거나 체납처분의 목적물인 총재산의 추산가액이 체납처분비보다 적은 것이 확인된 경우 4. 해당 권리에 대한 소멸시효가 완성된 경우 	

장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 <small>[법률 제15902호, 2018.12.11., 일부개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령 <small>[대통령령 제29450호, 2018.12.31., 타법개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 <small>[보건복지부령 제646호, 2019.7.1., 일부개정]</small>
<p style="text-align: center;">제4장 중앙장애인보건 의료센터 등</p> <p>제18조(재활의료기관의 지정 등) ① 보건복지부장관은 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관 중에서 보건복지부령으로 정하는 시설·인력·장비 등의 기준을 갖춘 병원을 재활의료기관으로 지정할 수 있다.</p> <p>② 보건복지부장관은 제1항에 따라 지정받은 재활의료기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 지정을 취소할 수 있다. 다만, 제1호에 해당하는 경우에는 그 지정을 취소하여야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 지정을 받은 경우 2. 지정의 취소를 원하는 경우 3. 제1항에 따른 기준에 미달하게 된 경우 	<p>5. 그 밖에 징수할 가능성이 없다고 위원회에서 의결한 경우</p> <p>[본조신설 2019. 6. 4.] [종전 제9조는 제10조로 이동 <2019. 6. 4.>]</p>	<p>제10조(재활의료기관의 지정 등) ① 법 제18조제1항에 따른 재활의료기관(이하 "재활의료기관"이라 한다)의 지정 기준은 별표 2와 같다.</p> <p>② 보건복지부장관은 재활의료기관을 지정하려는 경우에는 지정 예정일 6개월 전에 미리 지정계획을 공고하여야 한다.</p> <p>③ 재활의료기관으로 지정받으려는 의료기관의 장은 별지 제11호서식의 재활의료기관 지정신청서에 다음 각 호의 서류를 첨부하여 제2항에 따라 지정계획을 공고한 날부터 30일 이내에 보건복지부장관에게 제출하여야 한다. 다만, 제3호의 서류는 지정일 이전까지 제출할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 별지 제12호서식의 재

장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 [법률 제15902호, 2018.12.11., 일부개정]	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령 [대통령령 제29450호, 2018.12.31., 타법개정]	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 [보건복지부령 제646호, 2019.7.1., 일부개정]
		활의료기관의 운영계획서 2. 의료기관 개설허가증 사본 3. 「의료법 시행규칙」 제 64조의5에 따른 의료기관 인증서 사본 ④ 보건복지부장관은 재활 의료기관으로 지정받은 기관에 대하여 3년마다 제11조에 따른 평가를 실시하여 재활의료기관으로 재지정할 수 있다. ⑤ 제1항부터 제4항까지에서 규정한 사항 외에 재활 의료기관의 지정 등에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다. 제11조(재활의료기관의 지정을 위한 평가) ① 보건복지부장관은 제10조제3항에 따라 지정신청서를 제출한 의료기관에 대하여 지정 기준 충족 여부에 대한 평가를 실시하여야 한다. ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 평가 결과 지정 기준을 충족한 의료기관을 대상으로 별표 2 제2호·제5호 및 제6호의 지정 기준에 대한 상대평가를 실시하고, 재활 수요와 지역 균형 등을 종합적으로 고

<p>장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 [법률 제15902호, 2018.12.11., 일부개정]</p>	<p>장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령 [대통령령 제29450호, 2018.12.31., 타법개정]</p>	<p>장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 [보건복지부령 제646호, 2019.7.1., 일부개정]</p>
		<p>려하여 재활의료기관을 지정한다.</p> <p>③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 재활의료기관을 지정하면 별지 제13호서식의 재활의료기관 지정서를 해당 의료기관에 발급하여야 한다.</p> <p>④ 보건복지부장관은 제2항에 따라 재활의료기관으로 지정 받은 병원에 대하여 정기적으로 지정 기준의 충족 여부, 운영현황 등을 평가할 수 있다.</p> <p>⑤ 제1항부터 제4항까지에서 규정한 사항 외에 재활의료기관의 지정을 위한 평가 방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.</p> <p>제12조(재활의료기관운영위원회) ① 보건복지부장관은 법 제18조에 따른 재활의료기관의 지정 등에 필요한 다음 각 호의 사항을 심의하기 위하여 재활의료기관운영위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 재활의료기관의 지정 및 운영 평가 2. 재활의료기관의 운영 개선 3. 그 밖에 재활의료기관에

장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 <small>[법률 제15902호, 2018.12.11., 일부개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령 <small>[대통령령 제29450호, 2018.12.31., 타법개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 <small>[보건복지부령 제646호, 2019.7.1., 일부개정]</small>
		<p>관한 주요 시책으로서 보건복지부장관이 심의에 부치는 사항</p> <p>② 위원회는 위원장을 포함하여 13명 이내의 위원으로 구성한다. 위원장은 보건복지부의 고위공무원단에 속하는 일반직공무원 중에서 보건복지부장관이 지명하고, 위원은 성별을 고려하여 다음 각 호의 사람 중에서 보건복지부장관이 임명하거나 위촉한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 「비영리민간단체 지원법」 제2조에 따른 비영리민간단체 및 소비자단체에서 추천한 사람 2. 의료인 및 의료기관 단체에서 추천한 사람 3. 보건복지부 소속 3급 또는 4급 공무원 4. 보건의료에 관한 학식과 경험이 풍부한 사람 <p>③ 제1항 및 제2항에서 규정한 사항 외에 위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.</p> <p>제13조(지정의 취소) ① 보건복지부장관은 재활의료기관이 제10조제1항에 따른 지정</p>

장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 <small>[법률 제15902호, 2018.12.11., 일부개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령 <small>[대통령령 제29450호, 2018.12.31., 타법개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 <small>[보건복지부령 제646호, 2019.7.1., 일부개정]</small>
<p>제19조(중앙장애인보건의료센터) ① 보건복지부장관은 장애인 보건의료에 관한 다음 각 호의 업무를 수행하게 하기 위하여 보건복지부령으로 정하는 시설, 인력, 장비 등의 기준을 충족하는</p>		<p>기준에 미달하게 된 경우에는 3개월 이내의 기간을 정하여 지정 기준을 갖추 것을 요구하고, 그 기간 안에 지정 기준을 갖추지 못한 경우에는 법 제18조제2항에 따라 그 지정을 취소할 수 있다.</p> <p>② 제1항에 따라 재활의료기관의 지정이 취소된 경우 해당 의료기관의 장은 발급받은 재활의료기관 지정서를 7일 이내에 보건복지부장관에게 반납하여야 한다.</p> <p>③ 보건복지부장관은 법 제18조제2항제1호 및 제3호에 따라 재활의료기관의 지정을 취소하는 경우에는 청문을 실시하여야 한다.</p> <p>④ 제1항부터 제3항까지에서 규정한 사항 외에 지정의 취소에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.</p> <p>제14조(중앙장애인보건의료센터의 지정 기준·절차 및 운영) ① 법 제19조제1항에 따른 중앙장애인보건의료센터의 지정 및 운영 기준은 별표 3과 같다.</p> <p>② 법 제19조제1항에 따라</p>

장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 <small>[법률 제15902호, 2018.12.11., 일부개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령 <small>[대통령령 제29450호, 2018.12.31., 타법개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 <small>[보건복지부령 제646호, 2019.7.1., 일부개정]</small>
<p>기관을 중앙장애인보건의료센터로 지정할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 장애인 건강보건관리사업의 기획 및 장애인 건강보건관리 전달체계의 구축 2. 장애인 건강보건 관련 정보·통계의 수집·분석 및 제공 3. 장애인의 진료 및 재활 4. 장애인 건강보건관리에 관한 연구 5. 지역장애인보건의료센터에 대한 지원 및 평가 6. 장애인 건강보건 관련 사항의 홍보 7. 장애의 예방·진료·재활 등에 관한 신기술·가이드라인의 개발 및 보급 8. 장애인 건강보건관리 서비스를 제공하는 인력의 교육·훈련 9. 장애인 건강보건 관련 국제협력 10. 여성장애인의 임신과 출산 시 장애 유형에 맞는 전문의료서비스 제공 11. 그 밖에 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 사업 <p>② 제1항에 따른 중앙장애인보건의료센터의 지정 기준·절차 및 운영 등에 필</p>		<p>중앙장애인보건의료센터로 지정받으려는 의료기관은 별지 제14호서식의 중앙장애인보건의료센터 지정신청서에 다음 각 호의 서류를 첨부하여 보건복지부장관에게 제출하여야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 중앙장애인보건의료센터의 운영을 위한 시설·인력 및 장비 등의 현황 2. 중앙장애인보건의료센터의 운영계획서 <p>③ 보건복지부장관은 법 제19조제1항에 따라 중앙장애인보건의료센터를 지정하면 별지 제15호서식의 중앙장애인보건의료센터 지정서를 해당 기관에 발급하여야 한다.</p>

장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 <small>[법률 제15902호, 2018.12.11., 일부개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령 <small>[대통령령 제29450호, 2018.12.31., 타법개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 <small>[보건복지부령 제646호, 2019.7.1., 일부개정]</small>
<p>요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p> <p>제20조(지역장애인보건의료센터) ① 특별시장·광역시장·도지사·특별자치시장·특별자치도지사(이하 "시·도지사"라 한다)는 장애인 건강보건관리에 관한 다음 각 호의 업무를 수행하게 하기 위하여 「의료법」 제3조에 따른 의료기관(이하 "의료기관"이라 한다) 중 보건복지부령으로 정하는 시설·인력·장비 등의 기준을 충족하는 의료기관을 지역장애인보건의료센터로 지정할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 장애인에 대한 건강검진, 진료 및 재활 등의 의료 서비스 제공 2. 해당 지역의 장애인 건강보건의료 및 재활의료 사업에 대한 지원 3. 해당 지역의 장애인 관련 의료 종사자에 대한 교육·훈련 4. 여성장애인의 임신과 출산 시 장애 유형에 맞는 전문의료서비스 제공 5. 그 밖에 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 사업 		<p>제15조(지역장애인보건의료센터의 지정 기준·절차 및 운영) ① 법 제20조제1항에 따른 지역장애인보건의료센터의 지정 및 운영 기준은 별표 4와 같다.</p> <p>② 법 제20조제1항에 따라 지역장애인보건의료센터로 지정받으려는 의료기관은 별지 제16호서식의 지역장애인보건의료센터 지정신청서에 다음 각 호의 서류를 첨부하여 관할 특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사·특별자치도지사(이하 "시·도지사"라 한다)에게 제출하여야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 지역장애인보건의료센터의 운영을 위한 시설·인력 및 장비 등의 현황 2. 지역장애인보건의료센터의 운영계획서 <p>③ 시·도지사는 법 제20조제1항에 따라 지역장애인보건의료센터를 지정하면 별지 제17호서식의 지역장애인보건의료센터 지정서를 해당 기관에 발급하여야 한다.</p> <p>④ 시·도지사는 제3항에 따라</p>

장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 <small>[법률 제15902호, 2018.12.11., 일부개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령 <small>[대통령령 제29450호, 2018.12.31., 타법개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 <small>[보건복지부령 제646호, 2019.7.1., 일부개정]</small>
<p>② 제1항에 따른 지역장애인보건의료센터의 지정 기준·절차 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p> <p>제21조(장애인보건의료센터의 지정 취소) ① 중앙장애인보건의료센터, 지역장애인보건의료센터(이하 "장애인보건의료센터"라 한다)가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 보건복지부장관, 시·도지사 중 해당 지정권자가 그 지정을 취소할 수 있다. 다만, 제1호의 경우에는 그 지정을 취소하여야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 지정을 받은 경우 2. 제19조제2항 또는 제20조제2항에 따른 지정기준에 미달한 경우 3. 정당한 사유 없이 제19조제1항 또는 제20조제1항에 따른 업무를 수행하지 아니한 경우 <p>② 제1항에 따른 장애인보건의료센터의 지정 취소 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p>		<p>지정서를 발급한 경우에는 보건복지부장관에게 그 사실을 통보하여야 한다.</p> <p>제16조(장애인보건의료센터의 지정 취소) 법 제21조에 따라 중앙장애인보건의료센터, 지역장애인보건의료센터(이하 이 조에서 "장애인보건의료센터"라 한다)의 지정취소 처분을 받은 의료기관은 장애인보건의료센터임을 나타내는 표시 등을 제거하고, 발급받은 장애인보건의료센터 지정서를 지정취소 후 7일 이내에 해당 지정권자에게 반납하여야 한다.</p>

장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 <small>[법률 제15902호, 2018.12.11., 일부개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령 <small>[대통령령 제29450호, 2018.12.31., 타법개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 <small>[보건복지부령 제646호, 2019.7.1., 일부개정]</small>
<p style="text-align: center;">제5장 보칙</p> <p>제22조(비용 지원) ① 국가와 지방자치단체는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 비용의 전부 또는 일부를 예산 또는 「국민건강증진법」에 따른 국민건강증진기금에서 지원할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 장애인보건의료센터의 업무수행 및 업무수행을 위한 시설·인력·장비 등을 확충하는 데 소요되는 비용 2. 장애인 건강검진사업에 소요되는 비용 3. 장애인 건강관리사업에 소요되는 비용 4. 장애인 건강보건연구사업에 소요되는 비용 5. 장애인 건강보건통계사업에 소요되는 비용 6. 장애인 건강보건정보사업에 소요되는 비용 7. 장애인 건강보건에 관한 교육 및 홍보에 소요되는 비용 8. 장애인 건강 및 보건 관련 전문인력의 교육·훈련에 소요되는 비용 <p>② 제1항에 따른 비용 지급의 대상·기준·절차 및 방법 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.</p>		

장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 <small>[법률 제15902호, 2018.12.11., 일부개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령 <small>[대통령령 제29450호, 2018.12.31., 타법개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 <small>[보건복지부령 제646호, 2019.7.1., 일부개정]</small>
<p>제23조(지도·감독) 보건복지부장관은 장애인보건의료센터의 업무를 지도·감독하며, 업무·회계 등에 필요한 사항을 보고하게 하거나 필요한 자료의 제출을 명할 수 있다.</p> <p>제24조(청문) 보건복지부장관 또는 시·도지사는 제21조에 따라 장애인보건의료센터의 지정을 취소하려는 경우에는 청문을 하여야 한다.</p> <p>제25조(개인정보의 목적 외 사용 금지) 이 법에 따라 장애인 건강보건관리와 관련된 직무를 수행하거나 수행하였던 사람은 「개인정보 보호법」 제18조제2항에 따른 경우를 제외하고는 직무상 알게 된 개인정보를 타인에게 제공 또는 누설하거나 목적 외의 용도로 사용하여서는 아니 된다.</p> <p>제26조(권한의 위임 및 업무의 위탁) ① 이 법에 따른 보건복지부장관의 권한은 그 일부를 대통령령으로 정하는 바에 따라 시·도지사 또는 시장·군수·구청장(자치</p>		

장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 <small>[법률 제15902호, 2018.12.11., 일부개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령 <small>[대통령령 제29450호, 2018.12.31., 타법개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 <small>[보건복지부령 제646호, 2019.7.1., 일부개정]</small>
<p>구의 구청장을 말한다)에 게 위임할 수 있다.</p> <p>② 이 법에 따른 보건복지부 장관의 업무는 그 일부를 대통령령으로 정하는 바에 따라 「국민건강보험법」에 따 른 국민건강보험공단·건강 보험심사평가원, 중앙장애인 보건의료센터 또는 그 밖 에 장애인 건강보건 관련 사업을 하는 기관·법인·단 체에 위탁할 수 있다.</p>	<p>제10조(업무의 위탁) ① 법 제26조제2항에 따라 보건 복지부장관이 위탁할 수 있는 업무는 다음 각 호와 같다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 법 제17조에 따른 의료비 지원에 관한 업무 2. 법 제18조에 따른 재활 의료기관의 지정 등에 관 한 업무 3. 제7조에 따른 주치의 교 육에 관한 업무 <p>② 보건복지부장관은 제1항 에 따라 업무를 위탁한 경 우에는 위탁받은 자와 위 탁한 업무 내용을 관보에 고시하여야 한다.</p> <p>③ 보건복지부장관은 제1항 에 따라 업무를 위탁한 경 우에는 예산의 범위에서 그 업무 수행에 필요한 비용을 보조할 수 있다.</p> <p>[제9조에서 이동, 종전 제 10조는 제11조로 이동 <2019. 6. 4.>]</p> <p>제11조(민감정보 및 고유식별 정보의 처리) ① 보건복지 부장관(제10조에 따라 보건 복지부장관의 업무를 위탁 받은 자를 포함한다) 및 지</p>	

장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 <small>[법률 제15902호, 2018.12.11., 일부개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령 <small>[대통령령 제29450호, 2018.12.31., 타법개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 <small>[보건복지부령 제646호, 2019.7.1., 일부개정]</small>
	<p>방자치단체의 장은 다음 각 호의 사무를 수행하기 위하여 불가피한 경우 「개인정보 보호법」 제23조에 따른 건강에 관한 정보, 같은 법 시행령 제19조제1호 또는 제4호에 따른 주민등록번호 또는 외국인등록번호가 포함된 자료를 처리할 수 있다. 다만, 제4호에 따른 사무의 경우에는 「개인정보 보호법 시행령」 제19조제1호 또는 제4호에 따른 주민등록번호 또는 외국인등록번호가 포함된 자료를 제외한다. <개정 2019.6.4.></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 법 제8조에 따른 장애인 건강관리사업에 관한 사무 2. 법 제9조에 따른 장애인의 의료기관등 접근 및 이용 보장을 위한 편의 제공과 방문진료사업에 관한 사무 3. 법 제11조에 따른 장애인 건강보건통계사업에 관한 사무 4. 법 제13조에 따른 장애인과 그 가족에 대한 건강교육에 관한 사무 5. 법 제15조에 따른 재활운동 및 체육 프로그램의 제공에 관한 사무 	

장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 <small>[법률 제15902호, 2018.12.11., 일부개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령 <small>[대통령령 제29450호, 2018.12.31., 타법개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 <small>[보건복지부령 제646호, 2019.7.1., 일부개정]</small>
	<p>6. 법 제16조에 따른 장애인 건강 주치의 제도에 관한 사무</p> <p>7. 법 제17조에 따른 의료비 지원에 관한 사무</p> <p>8. 법 제17조의2에 따른 의료비의 환수에 관한 사무</p> <p>② 중앙장애인보건의료센터는 다음 각 호의 사무를 수행하기 위하여 불가피한 경우 「개인정보 보호법」 제23조에 따른 건강에 관한 정보, 같은 법 시행령 제19조제1호 또는 제4호에 따른 주민등록번호 또는 외국인등록번호가 포함된 자료를 처리할 수 있다.</p> <p>1. 법 제19조제1항제2호에 따른 장애인 건강보건 관련 정보·통계의 수집·분석 및 제공에 관한 사무</p> <p>2. 법 제19조제1항제3호에 따른 장애인의 진료 및 재활에 관한 사무</p> <p>3. 법 제19조제1항제10호에 따른 여성장애인의 임신과 출산 시 장애 유형에 맞는 전문의료서비스 제공에 관한 사무</p> <p>③ 법 제20조에 따른 지역 장애인보건의료센터는 다음 각 호의 사무를 수행하기</p>	

장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 <small>[법률 제15902호, 2018.12.11., 일부개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령 <small>[대통령령 제29450호, 2018.12.31., 타법개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 <small>[보건복지부령 제646호, 2019.7.1., 일부개정]</small>
	<p>위하여 불가피한 경우 「개인정보 보호법」 제23조에 따른 건강에 관한 정보, 같은 법 시행령 제19조제1호 또는 제4호에 따른 주민등록번호 또는 외국인등록번호가 포함된 자료를 처리할 수 있다.</p> <p>1. 법 제20조제1항제1호에 따른 장애인에 대한 건강검진, 진료 및 재활 등의 의료서비스 제공에 관한 사무</p> <p>2. 법 제20조제1항제4호에 따른 여성장애인의 임신과 출산 시 장애 유형에 맞는 전문의료서비스 제공에 관한 사무</p> <p>④ 공단은 법 제16조에 따른 장애인 건강 주치의 제도에 관한 사무를 수행하기 위하여 불가피한 경우 「개인정보 보호법」 제23조에 따른 건강에 관한 정보, 같은 법 시행령 제19조제1호 또는 제4호에 따른 주민등록번호 또는 외국인등록번호가 포함된 자료를 처리할 수 있다.</p> <p>[제10조에서 이동, 종전 제11조는 제12조로 이동 <2019.6. 4.>]</p>	

장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 <small>[법률 제15902호, 2018.12.11., 일부개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령 <small>[대통령령 제29450호, 2018.12.31., 타법개정]</small>	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 <small>[보건복지부령 제646호, 2019.7.1., 일부개정]</small>
<p style="text-align: center;">제6장 벌 칙</p> <p>제27조(벌칙) 제25조를 위반하여 직무상 알게 된 개인 정보를 타인에게 제공 또는 누설하거나 목적 외의 용도로 사용한 자는 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.</p> <p>제28조(과태료) ① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자에게는 500만원 이하의 과태료를 부과한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 제11조제2항을 위반하여 자료를 제출하지 아니하거나 거짓된 자료를 제출한 자 2. 제23조를 위반하여 보고 또는 자료의 제출을 하지 아니하거나 거짓으로 한 자 <p>② 제1항에 따른 과태료는 대통령령으로 정하는 바에 따라 보건복지부장관이 부과·징수한다.</p>	<p>제12조(과태료의 부과기준) 법 제28조제1항에 따른 과태료의 부과기준은 별표와 같다. <small>[제11조에서 이동 <2019.6.4.>]</small></p>	

참고 2 **장애등급제 폐지 개요**

1 추진배경

- 장애등급제는 '88년부터 도입되어 장애인 복지서비스의 외연확대에 기여했으나, 의학적 판정에 따른 획일적 기준이라는 지적을 받아옴
- 이를 보완하고자, 개인별 욕구와 사회적 환경 등을 고려하는 종합 판정도구를 단계적으로 도입하여 맞춤형 서비스 지원체계를 구축하고자 함

* 1단계('19.7월) 일상생활지원 → 2단계('20년) 이동지원 → 3단계('22년) 소득·고용지원

국정과제 42-4 “장애등급제 단계적 폐지 및 종합지원체계 도입”

장애등급을 대신할 장애인 일상생활 수행능력, 욕구, 필요 등을 종합적으로 평가하는 도구를 개발하여 단계적으로 확대 적용

2 근거

- 장애인복지법 제32조(장애인의 등록), 제32조의4(서비스 지원 종합조사), 제32조의7(민관협력을 통한 사례관리)

3 주요 내용

- (장애등급의 폐지) 의학적 상태에 따라 1급부터 6급까지 세부등급을 부여하던 장애인 등급분류는 폐지되고, 장애인 등록을 위한 심사결과를 ‘장애정도가 심한’, ‘장애정도가 심하지 않은’으로만 단순 구분함
- (종합판정도구의 도입) 주요 서비스 수급자격 확인을 위한 종합조사를 도입하여 개별 서비스 목적에 부합하는 합리적 기준을 지원함
- (맞춤형 전달체계 구축) 장애인 서비스 누락 발굴 및 연계 강화, 찾아가는 상담을 확대하고, 장애인 전담 민관협의체를 설치·운영함

4 단계적 확대 방향

- (종합판정도구 단계적 적용) 장애인의 삶에 미치는 체감도가 높고 예산규모가 큰 서비스부터 서비스지원 종합조사를 단계적으로 확대 적용
 - (1단계) 장애인 일상생활과 밀접한 관련이 있는 활동지원서비스 등 일상생활지원 분야에 맞는 종합판정도구 마련·적용('19년)
 - (2단계) 장애인주차표지 등 이동지원 분야로 종합판정도구 확대('20년)
 - (3단계) 장애인연금, 장애인의무고용 등 소득·고용지원 분야까지 종합판정도구를 적용한 지원체계 완성('22년)
- (맞춤형 전달체계 강화) 지자체의 장애인서비스 발굴·지역 자원 연계를 강화하고, 찾아가는 상담 확대를 위한 전담인력 지속 확충
 - 민간 장애인 서비스 전달체계와 긴밀한 협조체계 구축

〈그간의 추진 경과〉

- (전문가 연구) 서비스 지원 종합조사도구 마련을 위해 '14년 이후 총 7회 관련 연구를 실시하고, 장애계, 전문가 자문 등 실시
- (장애계 의견수렴) 장애종합판정체계 개편 추진단('14.4~8월, 16차), 장애인 단체 간담회·설명회, 장애인정책협의회 등* 장애계 의견수렴
 - * ('15년) 총 25회, ('16년) 총 15회, ('17년) 총 27회(민관협의회 포함) 등
- (시범사업) 종합조사도구 모의적용을 위해 3차례 시범사업 실시('15~'17년), 장애계·전문가로 구성된 시범사업 모니터링단 운영
 - * (1차) '15.6.~12월, 6개 시·군·구, 약 25백명 장애인 참여
 - (2차) '16.6.~11월, 10개 시·군·구, 약 4천명 장애인 참여
 - (3차) '17.4.~10월, 18개 시·군·구, 약 4천명 장애인 참여
- (법적근거 마련) 장애등급제 폐지, 종합조사 도입 근거 마련을 위한 장애인 복지법, 장애인활동 지원에 관한 법률 개정 완료('17.12.19. 공포)
 - * 장애인복지법 시행령('18.12.31.공포) 및 시행규칙('19.6.4.공포) 개정완료
- (민관협의회 운영) 종합조사도구 등 등급제 폐지 세부추진방안을 논의하기 위한 민관협의회 구성·운영 중('17.10.~'19.6월 11차 회의 개최)

참고 3 장애인 건강보건 관련 통계자료

1. 진료비 관련

○ '17년 장애인 진료비 총액은 12.9조원으로, 장애인 연간 진료비는 전체국민 평균(158만원)의 3.5배(537만원)

구 분	진료 실인원	총진료비 (천원)	본인부담금 (천원)	1인당 연평균		총진료비 중 본인부담금 비율(%)
				총진료비 (원)	본인부담금 (원)	
전체	2,404,224	12,922,948,012	2,175,332,493	5,375,101	904,796	16.6
장애유형(소)						
지체	1,226,517	4,673,090,318	962,060,810	3,810,049	784,384	20.6
뇌병변	219,598	2,464,416,504	445,094,165	11,222,400	2,026,859	18.1
시각	235,137	802,195,070	160,697,024	3,411,607	683,419	20.0
청각	292,474	1,128,703,833	242,639,472	3,859,160	829,610	21.5
발달장애	201,674	579,480,295	65,240,443	2,873,352	323,495	11.3
지적	181,026	552,141,084	58,618,203	3,050,065	323,811	10.6
자폐성	20,648	27,339,211	6,622,238	1,324,061	320,721	24.2
기타	228,824	3,275,061,993	299,600,583	14,312,581	1,309,306	9.1
언어	17,587	82,266,693	13,864,187	4,677,699	788,320	16.9
정신	86,010	624,016,981	42,013,840	7,255,168	488,476	6.7
신장	75,766	2,058,415,255	182,765,721	27,168,060	2,412,239	8.9
심장	5,687	54,010,777	6,846,216	9,497,235	1,203,836	12.7
호흡기	10,257	76,744,424	13,312,625	7,482,151	1,297,906	17.3
간	11,527	244,867,916	22,301,119	21,242,987	1,934,685	9.1
안면	2,115	4,991,250	870,097	2,359,929	411,393	17.4
장루·요루	13,636	98,641,938	13,902,957	7,233,935	1,019,577	14.1
뇌전증	6,239	31,106,759	3,723,821	4,985,856	596,862	12.0

※ 전체인구

*산식 : 본인부담금(천원) = 총진료비 - 급여비
1인당 연평균 본인부담금(원) = (본인부담금/실인원)*1000

진료비구간별	2016		급여비 (천원)	본인부담금 (천원)	1인당 연평균	
	실인원 (명)	총진료비 (천원)			총진료비 (원)	본인부담금 (원)
계	47,876,912	70,752,167,909	52,975,308,543	17,776,859,366	1,477,793	371,303

※ 출처 : 국민건강보험공단, 건강보험통계, 2017 시군구별 급여형태별 요양급여실적(총계)

2. 입원일수 관련

○ '17년 장애인 1인당 입원일수는 전체 인구(3.5일) 대비 6.1배(21.4일) 수준

구 분	적용인구	입원일수	1인당 연평균 입원일수
전체	2,474,899	53,061,899	21.4
장애유형(소)			
지체	1,262,855	14,990,907	11.9
뇌병변	223,422	15,990,829	71.6
시각	242,820	2,342,378	9.6
청각	298,220	3,636,406	12.2
발달장애	216,836	4,712,559	21.7
지적	194,768	4,623,964	23.7
자폐성	22,068	88,595	4.0
기타	230,746	11,388,820	49.4
언어	18,256	355,067	19.4
정신	86,803	8,362,310	96.3
신장	75,876	1,886,237	24.9
심장	5,721	87,575	15.3
호흡기	10,327	195,310	18.9
간	11,540	157,401	13.6
안면	2,215	11,284	5.1
장루·요루	13,735	230,734	16.8
뇌전증	6,273	102,902	16.4

*1인당 연평균 입원일수 산식: 입원일수/적용인구

※ 전체인구

구 분	연평균적용 인구	1인당 연평균 입원일수
전체(건강보험)	50,856,763	2.8
전체(의료급여)	1,498,431	27.9
전체	52,355,194	3.5

* 출처 : 국민건강보험공단·건강보험심사평가원, 2017 건강보험통계연보, 2017 의료급여통계

3. 만성질환 관련

○ '17년 장애인 만성질환 유병율은 전체인구(36.2%) 대비 2.3배(84.3%) 수준

구 분	전체	고혈압	당뇨병	정신 및 행동장애	호흡기 결핵	심장 질환	대뇌혈관 질환	신경계 질환	악성신 생물	갑상선의 장애	간의 질환	만성 신부 전증	관절염
2017년	84.3	47.8	27.9	39.8	0.6	16.7	15.8	36.4	10.2	20.8	8.3	4.7	40.0
장애유형(소)													
지체	83.4	49.6	28.2	33.3	0.6	16.7	11.5	34.8	10.5	22.4	8.1	1.8	47.6
뇌병변	95.1	64.0	33.1	56.5	0.5	19.8	62.7	61.4	7.7	15.5	7.5	3.0	29.8
시각	79.1	46.9	29.0	30.7	0.6	15.7	11.7	29.6	10.0	20.2	8.4	2.8	37.7
청각	85.1	53.4	28.1	39.1	0.8	20.1	14.9	35.2	10.2	20.0	9.5	2.3	46.8
발달	69.3	11.9	10.1	52.7	0.3	3.9	3.5	22.3	7.9	13.2	2.1	0.5	13.5
지적	69.6	13.2	11.0	51.6	0.3	4.2	3.9	23.3	8.5	14.1	2.3	0.6	14.8
자폐성	66.6	1.0	2.0	62.8	0.0	0.8	0.2	13.8	3.0	4.9	0.4	0.1	2.7
기타	95.8	47.4	35.7	57.4	1.1	21.9	9.9	42.4	13.7	26.4	14.2	31.0	25.6
언어	76.7	36.1	19.4	39.5	0.6	13.9	26.8	30.3	10.9	14.9	15.1	2.0	24.4
정신	99.0	21.8	22.3	97.8	0.6	7.3	4.3	56.6	11.8	22.1	3.6	0.9	20.5
신장	98.7	81.1	58.1	28.9	1.3	38.6	12.7	36.8	18.6	28.5	11.6	89.3	27.9
심장	95.2	70.2	36.9	31.1	0.9	84.5	14.5	30.7	15.0	19.5	10.3	6.1	33.1
호흡기	87.3	49.1	27.6	35.7	4.7	29.0	9.3	33.8	10.4	20.3	14.0	2.1	33.3
간	95.3	39.7	42.7	18.7	1.2	11.4	5.1	23.1	8.5	80.7	50.2	6.0	22.9
안면	63.6	26.9	15.2	23.4	0.5	8.0	5.5	22.7	8.0	16.0	7.0	0.6	27.7
장루요루	94.6	49.2	30.1	31.1	0.9	17.0	9.7	31.1	9.7	21.4	70.3	5.5	36.4
뇌전증	98.2	18.5	13.9	96.4	0.5	7.1	11.8	41.6	12.3	21.8	5.9	0.7	32.2

※ 전체인구(12개 만성질환 비교)

구 분	전체	고혈압	당뇨병	정신 및 행동장애	호흡기 결핵	심장 질환	대뇌혈관 질환	신경계 질환	악성신 생물	갑상선의 장애	간의 질환	만성 신부 전증	관절염
2017	36.2	12.7	6.0	6.1	0.1	3.0	1.9	6.2	3.2	2.7	3.4	0.4	9.8

※ 출처 : 건강보험통계(2017), 그림으로 보는 건강보험 주요통계,

4. 건강검진 수검률

- '18년 중증장애인 건강검진 수검률은 의료급여수급권자 포함시, 전체인구(75.9%) 대비 23.6% 낮음(52.3%)

※ 건강보험가입자 및 의료급여수급권자 포함

구분	장애인		
	대상인원	수검인원	수검률
전체	1,168,760	747,126	63.9
장애중증도			
중증	374,313	195,678	52.3
경증	794,447	551,448	69.4
장애유형(소)			
지체	632,950	445,533	70.4
뇌병변	98,717	43,292	43.9
시각	122,113	81,391	66.7
청각	139,980	87,129	62.2
발달	63,156	36,361	57.6
지적	61,032	34,813	57.0
자폐성	2,124	1,548	72.9
기타	111,844	53,420	47.8
언어	8,004	4,571	57.1
정신	45,919	20,490	44.6
신장	34,767	15,121	43.5
심장	2,107	1,272	60.4
호흡기	4,975	2,654	53.4
간	5,396	3,330	61.7
안면	1,371	990	72.2
장루·요루	6,335	3,259	51.4
뇌전증	2,970	1,733	58.4

※ 건강보험가입자 기준

구분	장애인		
	대상인원	수검인원	수검률
전체	962,058	668,856	69.0
장애중증도			
중증	248,038	147,592	59.5
경증	721,020	521,264	72.3
장애유형(소)			
지체	565,933	417,637	73.8
뇌병변	76,020	36,459	48.0
시각	106,898	75,427	70.6
청각	123,374	81,091	65.7
발달	30,439	21,592	70.9
지적	28,642	20,185	70.5
자폐성	1,797	1,407	78.3
기타	66,394	36,650	55.2
언어	6,385	4,029	63.1
정신	13,940	7,690	55.2
신장	27,263	13,296	48.8
심장	1,811	1,181	65.2
호흡기	3,844	2,280	59.3
간	4,924	3,163	64.2
안면	1,151	896	77.9
장루·요루	5,642	3,070	54.4
뇌전증	1,434	1,045	72.9

○ 전체인구

건강보험가입자 및 의료급여수급권자 포함
: 75.9%

건강보험가입자 기준
: 77.0%

※ 출처 : '19. 국민건강보험공단 건강검진 수검률 통계

5. 조사망률 관련

○ '17년 장애인 조사망률은 2,750.6명으로, 전체인구의 조사망률인 557.3명 대비 약 4.9배 더 높음

(단위 : 사망자수는 명, 조사망률은 십만명당)

	전체			남자			여자		
	연앙인구	사망자수	조사망률	연앙인구	사망자수	조사망률	연앙인구	사망자수	조사망률
전 체	2,525,879	69,478	2,750.6	1,465,090	40,196	2,743.6	1,060,789	29,282	2,760.4
장애유형(소)									
지 체	1,260,071	24,752	1,964.3	728,676	13,709	1,881.4	531,395	11,043	2,078.1
뇌병변	250,802	16,172	6,448.1	143,552	9,111	6,346.8	107,250	7,061	6,583.7
시 각	252,558	6,405	2,536.1	150,471	3,733	2,480.9	102,087	2,672	2,617.4
청 각	286,683	10,080	3,516.1	154,898	5,740	3,705.7	131,785	4,340	3,293.2
발 달	221,796	1,468	661.9	139,593	970	695	82,203	498	605.8
지 적	198,027	1,436	725.2	119,403	944	790.6	78,624	492	625.8
자폐성	23,769	32	134.6	20,190	26	128.8	3,579	6	167.6
기 타	253,969	10,601	4,174.1	147,898	6,933	4,687.7	106,071	3,668	3,458.1
언 어	19,830	625	3,151.8	14,213	501	3,524.9	5,617	124	2,207.6
정 신	100,566	1,588	1,579.1	51,963	968	1,862.9	48,603	620	1,275.6
신 장	80,802	5,365	6,639.6	47,051	3,263	6,935.0	33,751	2,102	6,228.0
심 장	5,430	298	5,488.0	3,411	186	5,452.9	2,019	112	5,547.3
호흡기	11,736	1,215	10,352.8	8,755	981	11,205.0	2,981	234	7,849.7
간	11,428	347	3,036.4	8,205	277	3,376.0	3,223	70	2,171.9
안 면	2,686	21	781.8	1,553	12	772.9	1,133	9	794.4
장루요루	14,547	1,036	7,121.7	8,978	670	7,462.7	5,569	366	6,572.1
뇌전증	6,944	106	1,526.5	3,769	75	1,989.9	3,175	31	976.4

※ 전체인구

(단위 : 사망자수는 명, 조사망률은 십만명당)

구분	전체		남자		여자	
	사망자수	조사망률	사망자수	조사망률	사망자수	조사망률
계	285,534	557.3	154,328	603.4	131,206	511.4

※ 출처 : 통계청, 2017 사망원인통계

참고 4 지역장애인보건의료센터 수탁기관 선정심사 심의기준 (예시)

평가 영역	평가항목	배점
1. 지역장애인보건의료센터 지정 필요성(5점)	기관의 비전 및 목표와 지역장애인보건의료센터 지정의 연관성 및 필요성	5
2. 지역장애인보건의료센터 지정 신청 의료기관의 여건(15점)	장애인 건강검진 사업 수행을 위한 여건의 적절성	3
	장애인건강관리 의사 사업 수행을 위한 여건의 적절성	3
	장애인 재활의료 사업 수행을 위한 여건의 적절성	3
	여성 장애인의 임신과 출산 등 건강보건관리사업 수행을 위한 여건의 적절성	3
	장애유형별 다양한 교육 및 건강관리 프로그램 운영을 위한 여건의 적절성	3
3. 장애인 진료 및 공익적 보건의료사업 수행 현황 (15점)	장애인 진료 및 재활 실적	5
	장애인 등에 대한 공익적 보건의료사업 수행 실적	5
	지역사회 공공 및 민간기관들과의 협력 현황	5
4. 운영역량과 운영계획의 타당성 및 구체성 (45점)	지역장애인보건의료센터 목표 및 조직의 적절성	5
	지역사회 장애인의 건강 및 의료이용 현황 및 문제점 진단의 적절성	5
	센터 운영을 위한 인력, 시설, 장비 계획의 적절성	5
	장애인 건강보건관리를 위한 지역사회 자원들과의 협력 계획의 우수성 및 구체성	5
	지역사회 장애인의 의료접근성 향상을 위한 계획의 우수성 및 구체성	5
	지역사회 장애인들에 대한 건강검진, 장애인건강관리 의사, 재활 의료사업 등을 지원하기 위한 계획의 우수성 및 구체성	5
	지역사회에서 의뢰된 장애인에 대한 사례관리 및 지원 계획의 우수성 및 구체성	5
	지역사회 여성 장애인의 임신, 출산 지원 등 건강보건관리 사업 계획의 우수성 및 구체성	5
	지역사회 장애인 관련 의료 종사자와 장애인 및 그 가족에 대한 교육 계획의 우수성 및 구체성	5
5. 지역장애인보건의료센터 지정을 위한 기관의 적극적 의지(15점)	예산 집행계획 타당성 및 자체 예산투자규모	5
	기관 내 의견수렴 등 준비과정의 충실성	5
	사업 추진에 대한 기관책임자의 의지와 비전	5
6. 구두 발표(5점)	필요성, 비전, 역량, 사업계획 등에 대한 발표 충실성	5

※ 수탁기관의 위탁기간을 갱신하는 경우, 위탁평가위원회는 재위탁 심의 과정에 해당법인에 대한 지자체의 지도 점검 등 결과(보조금 부당·불법사용 여부 반드시 포함)를 확인할 수 있는 규정을 마련하여야 함

참고 5 지역장애인보건의료센터 운영 위탁약정서 (예시)

※ 등 위탁약정서(안)은 예시이므로, 설치주체의 장은 이를 참고하여 관계법령을 벗어나지 않는 범위 내에서 위탁약정서를 작성할 것

○○○○(지방자치단체의 명)(이하 “위탁기관”이라 한다)가「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」제20조 규정에 의하여 설치한 ○○○○지역장애인보건의료센터의 운영을 ○○○○(수탁기관 법인명)(이하 “수탁기관”이라 한다)에 위탁하기로 하고, 다음과 같이 약정을 체결한다.

제1조(목적) 이 계약은 “위탁기관”이 “수탁기관”에게 장애인의 건강보건관리사업의 통합적 지원체계 마련하기 위하여 설치 운영 중인 ○○○○지역장애인보건의료센터의 운영에 관한 제반 업무를 위탁함에 있어 필요한 사항을 규정함을 목적으로 한다.

제2조(위탁업무) 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」제20조에 근거 이 계약에 의한 위탁 사무의 내용 및 범위는 다음과 같이 한다.

1. 장애인 건강보건관리사업
 - 대상자, 보건·의료·복지 자원 DB 구축으로 보건의료정보플랫폼 운영
 - 의료기관의 장애인건강보건관리사업 연계 및 보건소 CBR사업 지원
 - 관할 시·도의 지역장애인 건강보건관리계획 수립 지원
 - 의료기관 이용시 장애유형 등의 특성에 따른 편의제공, 방문진료 등
 - 장애인 의료기관 이동지원 연계 및 응급의료 연계서비스 지원(권고)
 - 장애인 자조모임 운영 및 자원봉사자 양성
2. 여성장애인 모성보건사업
 - 임신 여성장애인등록 관리(DB 구축)
 - 여성건강 클리닉(의료서비스 제공)
 - 여성장애인 산모교실(당사자 교육)
 - 참여형 동아리 사업(자조모임 지원)
3. 보건의료인력 및 장애인·가족에 대한 교육
 - 장애인 건강주치의 및 임신·출산 관련 의료인, 기타 일반 의료서비스 제공인력에 대한 교육

- 장애인 및 그 가족에 대한 교육
 - 의료기관 종사자(비의료인), 관련 학과 학생에 대한 교육 등
4. 건강검진·진료·재활 등 의료서비스 제공
- 재활의료서비스(직접)
 - 장애 소아청소년 재활의료 서비스(직접 또는 연계)
 - 장애인 건강 주치의 서비스(직접 또는 연계)
 - 건강검진 서비스(직접 또는 연계)
5. 그 밖에 보건복지부 장관이 필요하다고 인정하는 사항 등

제3조(운영지원) ① “수탁기관”은 ○○○○지역장애인보건의료센터가 설립 목적에 따른 제2조의 위탁업무 등을 충실하게 수행할 수 있도록 필요한 행정적·재정적 지원을 한다.
 ② “수탁기관”은 장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률, 보조금 관리에 관한 법률 등 관계법령, 지침에 의거 지역장애인보건의료센터 운영을 성실히 수행하여야 한다.

제4조(위탁기간) ① 위탁기간은 20○○.1.1.~ 20○○.1.1.로 한다.
 ② “위탁기관”은 “수탁기관”의 운영성과 등을 평가하여 위탁 지속여부를 결정에 따라 위탁기간을 갱신 할 수 있다.
 ③ 위탁 기간 중 법령의 개폐 및 제정으로 인하여 조정, 변경, 폐쇄 등의 사유가 발생한 때에는 관계법령에 따른다.

제5조(종사자 임면 등) ① 지역장애인보건의료센터의 장 및 기타업무종사자는 지침에 의한 소정의 자격을 갖추어야 한다.
 ② 지역장애인보건의료센터의 장은 “수탁기관”이 “위탁기관”의 승인을 얻어 임면하고, 기타 업무종사자는 “수탁기관”이 임용하고 임면 후, “위탁기관”에게 보고하여야 한다.
 ③ 지역장애인보건의료센터의 장을 포함한 각 종사자는 전임직으로 하며, 공개 채용을 원칙으로 한다.
 ④ 지역장애인보건의료센터의 장은 지역장애인보건의료센터를 대표하여 그 업무를 통할하되, 지역장애인보건의료센터의 장이 부득이한 사유로 직무를 수행할 수 없을 때에는 “수탁기관”은 “위탁기관”과 협의하여 직무를 대행자를 지정한다.
 ⑤ “위탁기관”이 지역센터를 직영으로 운영형태가 변경되거나, “수탁기관”이 변경되는 경우, “위탁기관”과 변경된 “수탁기관”은 지역장애인보건의료센터의 장을 제외하고, 현재 근무하고 있는 업무종사자에 대하여 특별한 사유가 없는 한 고용 승계를 원칙으로 한다.

제6조(재산의 관리 등) ① “수탁기관”은 수탁재산을 관리·운영함에 있어 선량한 관리자로서의 주의 의무를 다하여야 하며, 사업 이외의 용도로 사용하여서는 아니 된다.

② “수탁기관”은 “위탁기관”이 관리를 위탁한 시설 및 장비, 국고보조금으로 취득한 장비·도서·비품·무형자산(지적재산권: 프로그램 개발, 홍보물의 저작권, 로고 등)등의 관리에 책임을 다하고, 부주의로 인한 각종 안전사고, 화재, 도난 시에는 원상복구하거나 배상하여야 한다.

③ “수탁기관”은 계약체결 이후에 수탁재산을 개·보수 또는 멸실하거나 중요 물품 등을 구입하고자 하는 경우 사전에 “위탁기관”의 승인을 얻어야 한다.

④ “위탁기관”의 부담으로 설치하거나 구입한 지역장애인보건의료센터의 유·무형 자산의 소유권은 “위탁기관”에게 속하며, “수탁기관”은 이를 수탁재산에 포함하여 관리하여야 한다.

⑤ “위탁기관”의 수탁재산에 대한 연고권, 매수권 등의 권리를 주장할 수 없으며, 수탁재산을 제3자에게 권리설정, 양도·전매, 대여, 교환하거나 재 위탁할 수 없다.

제7조(사업계획의 작성 및 평가) ① “수탁기관”은 지역장애인보건의료센터의 연간사업계획을 작성하여 매 회계연도에 “위탁기관”의 사전승인을 받아야 한다. 또한 회계연도 중에 사업계획을 변경하고자 할 때에도 그러하다.

② “수탁기관”은 연간계획에 따른 세부 추진계획 및 실적을 분기별 “위탁기관”에게 보고하여야 한다.

③ “위탁기관”은 위탁사업의 성과를 측정하기 위하여 해당연도의 사업운영 성과를 평가할 수 있으며, 평가결과에 따른 사업의 보완을 요구할 수 있다. 이 평가의 결과는 향후 위탁기간 갱신을 위한 위탁평가위원회의 평가 자료로 활용될 수 있다. 평가결과는 제3조제2항에 따른 운영성과에 포함한다.

제8조(보조금 지급 및 집행) ① “위탁기관”은 효율적인 사업추진을 위하여 사업수행에 필요한 경비를 예산의 범위 안에서 “수탁기관”에게 보조금을 지원할 수 있다.

② “수탁기관”은 제1항의 보조금을 지급받으려는 경우 승인된 사업계획서에 따른 국고보조금 교부를 “위탁기관”에게 신청하여야 한다.

③ “수탁기관”은 보조금을 “위탁기관”이 정하는 목적과 용도에 따라 사용하되, 「보조금 관리에 관한 법률」, 「보건복지부 소관 국고보조금 관리규정」, 「지역장애인보건의료센터 사업안내」 등의 관계규정에 따라 적합하게 관리·집행하여야 한다.

④ “위탁기관”은 보조금 입금계좌를 별도로 개설하고, 지역장애인보건의료센터의 장을 회계 책임자로 임명하여, “수탁기관”의 회계와 구분·관리하여야 한다.

제9조(보조금 관리 및 정산) ① “수탁기관”은 보조금의 적정한 관리와 정확한 예산 집행을 위한 각종 장부를 비치하여야 기록하고, 각종 장부와 경상경비의 지출증빙서류를 5년 이상 보존하여야 한다.

③ “수탁기관”은 “위탁기관”이 지급한 보조금에 대하여 매분기마다 사업집행실적 및 결산서를 작성하여 보고하여야 한다.

④ “수탁기관”은 보조금에 대하여 회계연도 종료 후 20일 이내에 정산서를 작성하여 “위탁기관”에 제출하여야 한다. 정산결과 집행 잔액(이자 포함)이 있는 경우, 지체 없이 “위탁기관”에 일괄 반납하여야 한다.

⑤ 위탁기간의 만료, 위탁의 해지로 인한 경우, “수탁기관”은 만료일 또는 해지일로부터 30일 이내 보조금을 정산하여 “위탁기관”에 제출하고, 정산결과 집행 잔액(이자 포함)이 있는 경우, 지체없이 “위탁기관”에 일괄 반납하여야 한다.

제10조(지도·감독) ① “위탁기관”은 지역장애인보건의료센터의 운영 및 관리와 관련하여 “수탁기관”의 업무를 지도·감독할 수 있다.

② “위탁기관”은 필요한 경우 사업관련 각종 자료의 제출을 “수탁기관”에게 요구하거나 “위탁기관”의 소속 직원 또는 “위탁기관”이 지정하는 자료 하여금 “수탁기관”의 업무 처리 등에 대하여 감사 또는 조사하게 할 수 있다. 이 경우 “수탁기관”은 “위탁기관”이 시달한 지침과 지시에 따라야 한다.

③ “위탁기관”은 “수탁기관”의 지역장애인보건의료센터 관련 사무처리가 관계 법규, 사업안내 등에 위반되거나 사회통념상 현저히 부당하다고 인정되는 때에는 이에 대한 시정을 요구할 수 있고, “수탁기관”은 특별한 사정이 없는 한 이에 따라야 한다.

제11조(손해배상 등) ① “수탁기관”은 지역장애인보건의료센터의 운영과 관련하여 “위탁기관”에 손해를 가한 경우 이를 배상하여야 한다. 다만 “수탁기관”의 귀책사유가 없는 경우에는 그러하지 아니한다.

② “수탁기관”이 위탁재산을 고의 또는 과실로 훼손하거나 망실한 경우 “수탁기관”은 이를 “위탁기관”에게 배상하여야 한다.

③ “수탁기관”의 귀책사유로 인하여 “위탁기관”이 제3자에게 지역장애인보건의료센터와 관련된 손해 배상을 한때에는 “수탁기관”은 이를 “위탁기관”에게 배상하여야 한다.

제12조(위탁의 해지) ① “위탁기관”은 다음 각 호의 1에 해당하는 사유가 발생한 경우 지역장애인보건의료센터 운영업무의 위탁을 취소하고 약정을 해지할 수 있다.

1. “수탁기관”이 장애인건강권법 제22에 의한 의무사항 및 약정사항을 이행하지 아니하거나 위반한 경우
 2. 장애인건강권법 제22조에 의하여 지급받은 보조금을 목적 외의 용도에 사용한 경우
 3. “수탁기관”이 허위 기타 부정한 방법으로 제22조에 의한 보조금을 교부받은 경우
 4. “수탁기관”이 지역장애인보건의료센터 위탁업무 수행을 성실히 임하지 않거나, 운영할 능력이 없다고 판단할 객관적 사유가 발생한 경우
 5. “위탁기관”이 공익상 등의 사유로 위탁을 계속할 수 없는 사유가 발생한 경우
 6. “위탁기관”과 “수탁기관”의 사정에 의하여 상호 협약에 의한 경우
- ② “위탁기관”과 “수탁기관”이 협약에 의하여 약정을 해지하는 경우에는 2개월 이전에 상호 통보하여야 한다. 다만, 천재지변이나 긴급을 요하는 경우에는 그러하지 아니한다.
- ③ “수탁기관”은 제2항 규정에 의하여 약정 해지되는 경우 이로 인한 손해배상을 “위탁기관”에게 청구할 수 없다.

제13조(수탁재산 등의 반환 및 원상회복) ① 위탁기간이 만료되거나 위탁의 해지 등이 된 때에는 “수탁기관”은 지체 없이 “위탁기관”에 수탁재산을 반환하여야 하며, 지급받은 운영비를 정산하여 집행 잔액(이자포함) 등이 있는 경우에는 이를 “위탁기관”에게 반납하여야 한다.

② “위탁기관”의 승인 없이 변경이 있는 수탁재산에 대하여는 “수탁기관”이 원상으로 회복하여 “위탁기관”에게 반환하여야 한다.

제14조(약정의 해석) 본 약정에 규정되지 아니한 사항 및 본 약정의 해석에 이의가 있을 경우에는 “위탁기관”과 “수탁기관”이 협의하여 정하고, 합의가 이루어지지 않을 경우에는 “위탁기관”의 해석에 따른다.

“위탁기관”과 “수탁기관”은 액정체결의 증명 및 제 의무를 성실히 수행하기 위하여 약정서 2부를 작성하고 “위탁기관”과 “수탁기관”이 서명 날인하여 각각 1부씩 보관하여야 한다.

20○○년 ○○월 ○○일

운영위탁자“위탁기관” ○○○○(지방자치단체의 명)
운영수탁자“수탁기관” ○○○○(수탁기관 법인명)

참고 6 지역 장애인건강보건위원회 운영회칙 (예시)

제1조(목적) 이 규정은 장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 제20조, 같은법 시행규칙 제15조에 근거 ○○○○지역장애인보건의료센터의 건강보건위원회(이하 “위원회”라 한다)의 구성과 운영에 필요한 사항을 정함을 목적으로 한다.

제2조(위원회의 기능) 위원회는 ○○○○지역장애인보건의료센터 운영과 관련한 다음 각호의 사항을 심의한다.

1. 지역장애인보건의료센터 사업계획 및 집행에 관한 사항(업무 총괄·조정)
2. 보건소 등 장애인건강보건관리사업 관련 기관에 대한 지원
3. 지정받은 의료기관 내 의료서비스 제공 조직과의 연계 업무
4. 지역장애인보건의료센터 예·결산 및 실적보고·사업평가에 관한 사항
5. 지역장애인보건의료센터 시설·장비 개선계획 및 변경에 관한 사항
6. 지역장애인보건의료센터 조직운영 및 세부규칙에 관한 사항
7. 그 밖에 지역센터장이 부의하는 사항

제3조(위원회의 구성) ① 위원회의 위원장은 구성된 운영위원의 과반수 찬성으로 호선하고, 당연직 위원과 위촉위원으로 구성한다. 위원회는 위원장 및 당연직 위원을 포함하여 6인 이상 10인 이하의 위원으로 구성한다.

② 당연직 위원은 ○○○○시·도 지역장애인보건의료센터 업무 담당 공무원과 ○○○○지역장애인보건의료센터의 장으로 한다.

③ 위촉위원은 당연직 위원이 지역 내 유관기관과 관할 시·도지사의 협조를 통해 아래에 해당하는 자 중에서 위원을 추천하고, 시·도지사의 승인을 득하여 ○○○○지역장애인보건의료센터의 장(위원장)이 위촉직 위원을 최종 임명한다.

1. 지역 장애인단체 대표 또는 여성장애인 대표로서 장애인 당사자
2. 장애인복지관 등 복지분야 대표
3. 장애인 건강검진기관 대표
4. 장애인 건강주치의 대표
5. 장애인 재활의료기관 대표
6. 장애인 건강권과 관련성 있는 공익목적의 전문적 지식과 경험이 풍부한 사람(교수, 연구기관종사자 등)

- ④ 위원의 임기는 2년으로 하되 1회에 한해 연임 할 수 있고, 당연직 위원의 임기는 그 직에 재직하는 기간으로, 보궐위원의 경우 임기는 전임자의 남은 기간으로 한다.
- ⑤ 위원회에는 ○○○○지역장애인보건의료센터의 업무종사자를 간사(1인)로 두고, 간사는 위원회의 사무 및 기록업무를 처리한다.

제4조(위촉의 해지) ① 위원은 다음 각호에 해당하는 경우 위촉이 해지된다.

- 1. 위촉직 위원이 정기회의에 연속하여 2회 이상 불참한 경우
 - 2. 위원이 위원회 직무와 관련하여 알게 된 비밀을 누설하거나 그 내용을 개인적으로 이용한 경우
 - 3. 위원이 위원회 직무와 관련하여 알게 된 비밀을 누설하거나 그 내용을 개인적으로 이용한 경우
 - 4. 위원이 위원회 직무와 관련하여 비위 사실이 있거나 위원회 위원직을 유지하기 부적합한 비위 사실이 발생한 경우
 - 5. 그 밖에 위원의 품위손상 등 위원으로서 활동이 불가하다고 판단되어 위원의 과반수 의결로 위촉 해제를 결정한 경우
- ② 위원의 위촉 해지 사유 발생시, 지역장애인보건의료센터의 장은 설치주체(보건복지부장관 및 시·도지사)의 승인을 득하여 위원의 자격을 해지한다.

제5조(회의) ① 위원장은 회의 개최 7일전까지 각 위원회에게 회의를 통보 후 회의를 소집하고 그 의장이 된다. 단 긴급한 사유가 있는 경우 회의 일시, 장소, 안건 등을 회의 전날까지 통보 할 수 있다.

② 위원회의 회의는 다음의 경우에 소집한다.

- 1. 정기회의 : 반기별 1회 이상
 - 2. 수시회의 : 위원장 또는 설치주체가 필요하다고 판단한 경우
- ③ 위원회는 재적위원 과반수의 출석과 출석위원 과반수의 찬성으로 의결한다.
- ④ 공무원인 위원은 공무국외여행 등 회의참석이 불가능한 경우 그 직근 하급자로 하여금 회의에 참석하여 발언 또는 의결케 할 수 있다.

제6조(회의록 작성) 위원회 개최 시에는 간사는 목적, 일시 및 장소, 참석자, 안건, 주요 논의내용 등이 포함된 회의록을 작성하여야 한다.

제7조(수당 등) 위원회 위원 및 관계전문가 등에 대해서는 센터예산의 범위 안에서 수당·여비 기타 필요한 경비를 지급할 수 있다. 다만, 당연직위원의 경우는 그러하지 아니하다.

제8조(운영규정의 개정) ① 위원회는 재적위원 과반수 발의로 운영규정 개정안을 발의할 수 있다.

② 위원회는 재적위원 3분의 2 이상이 찬성으로 운영규정을 개정할 수 있다.

③ 개정된 운영규칙은 특별한 규정이 없는 한 위원회의 의결 즉시 시행된다.

제9조(운영세칙) 이 규정에 규정된 것 외에 위원회의 운영에 관하여 필요한 사항은 위원회의 의결을 거쳐 위원장이 정한다.

부 칙

① (시행일) 이 규정은 의결한 날부터 시행한다.

참고 7 개인정보보호법 주요내용 및 개인정보 처리방침 (예시)

<출처 : 개인정보보호 종합지원 포털 <http://privacy.go.kr>>

- 보호의무 적용대상의 확대
 - 분야별 개별법에 따라 시행되던 개인정보 보호의무 적용대상을 공공/민간의 모든 개인정보처리자로 확대

- 보호 범위의 확대
 - 컴퓨터 등에 의해 처리되는 정보 외 동사무소 민원신청서류 등 종이문서에 기록된 개인정보도 보호대상에 포함

- 고유식별정보 처리 제한
 - 주민번호 등 고유식별정보는 원칙적 처리 금지, 사전 규제제도 신설 위반시 5년 이하 징역 또는 5천만원 이하 벌금
 - 주민번호 외 회원가입방법 제공 의무화 및 암호화 등의 안전조치 의무화 : 위반시 3천만원 이하 과태료

- 영상정보 처리기기 규제
 - 공개된 장소에 설치·운영하는 영상정보처리기기 규제를 민간까지 확대
 - 설치목적을 벗어난 카메라 임의조작, 다른 곳을 비추는 행위, 녹음 금지 : 위반시 3년 이하 징역 또는 3천만원 이하 벌금

- 개인정보 수집·이용 제공기준
 - 공공민간 통일된 처리원칙과 기준 적용개인정보 수집·이용 가능 요건 확대 : 위반시 5년 이하 징역 또는 5천만원 이하 벌금

- 개인정보 유출 통지 및 신고제 도입
 - 정보주체에게 유출 사실을 통지
 - 대규모 유출 시에는 행정자치부 또는 전문기관에 신고 : 위반시 3천만원 이하 과태료

참고 8 000 지역장애인보건의료센터 개인정보 처리방침 (예시)

※ 본 작성 예시는 www.privacy.go.kr 행정자치부의 개인정보 처리방침 작성 예시 중 [공공기관용]을 바탕으로 작성함

○○○○지역장애인보건의료센터(이하 ‘○○○○센터’라 한다)는 개인정보 보호법 제 30조에 따라 정보주체의 개인정보를 보호하고 이와 관련한 고충을 신속하고 원활하게 처리할 수 있도록 하기 위하여 다음과 같이 개인정보 처리지침을 수립·공개합니다.

제1조(개인정보의 처리목적) ① ○○○○센터는 다음의 목적을 위하여 개인정보를 처리합니다. 처리하고 있는 개인정보는 다음의 목적 이외의 용도로는 이용되지 않으며, 이용 목적이 변경되는 경우에는 개인정보 보호법 제18조에 따라 별도의 동의를 받는 등 필요한 조치를 이행할 예정입니다.

1. 이용자 등록 및 관리, 서비스 신청(온·오프라인 일체)

장애인개인별지원계획 수립을 위한 이용의사 확인, 본인 식별·인증, 제한적 본인확인제 시행에 따른 본인확인, 서비스 이용자격 유지·관리, 서비스 부정이용 방지, 만 14세 미만 아동의 개인정보 처리 시 법정대리인의 동의여부 확인, 각종 고지·통지, 고충처리, 서비스 이용이력 관리, 응급상황의 대처, 중요사항에 대한 고지, 욕구 및 만족도조사 등을 목적으로 개인정보를 처리합니다.

2. 운영위원회 등

운영위원회의 구성 및 운영에 필요한 개인정보를 처리합니다.

4. 기타 대상자(강사 등) 관리

센터 운영에 필요한 강사, 채용, 보수 지급 등에 필요한 개인정보를 처리합니다.

5. 직원관리

가. 신규직원 채용에 필요한 개인정보를 처리합니다.

나. 고용계약에 포함된 개인정보를 임금지급, 복지제공 등을 위해 이용합니다.

다. 홍보, 업무연락 등을 위해 직원의 이름, 부서, 직위, 전화번호, 팩스번호, 전자우편(e-mail) 주소 등이 공개됩니다.

라. 장애인보건의료센터에 등록된 직원의 ID, 성명, 소속기관, 생년월일 등 개인정보는 퇴사 후 삭제처리 됩니다.

6. 민원 및 고충처리

이용자의 민원 및 고충처리를 위해 민원사항 확인, 사실조사를 위한 연락·통지, 처리 결과 통보 등의 목적으로 개인정보를 처리합니다.

7. 장애인건강보건사업 지원정보시스템의 운영에 따른 관리(홈페이지 관리 포함 : 중장기 사항)

회원 가입의사 확인, 회원제 서비스 제공에 따른 본인 식별·인증, 회원자격 유지·관리, 제한적 본인확인제 시행에 따른 본인확인, 서비스 부정이용 방지, 만 14세 미만 아동의 개인정보 처리 시 법정대리인의 동의여부 확인, 각종 고지·통지, 고충처리 등을 목적으로 개인정보를 처리합니다.

② ○○○○센터가 개인정보 보호법 제32조에 따라 등록·공개하는 개인정보파일의 처리 목적은 다음과 같습니다.

연번	개인정보파일의 명칭	운영근거/처리목적	개인정보 항목	보유 기간
1	이용자등록 및 관리, 서비스 신청	「개인정보보호법」 제15조(개인정보의 수집·이용) 1항2호, 제23조(민감정보의 처리 제한)2호, 제24조(고유식별정보의 처리 제한) 1항2호/이용자 등록 및 관리, 서비스신청, 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」시행령제10조(민감정보 및 고유식별정보의 처리), 「전자정부법」 제36조	<ul style="list-style-type: none"> 필수항목 -「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령」 제10조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)에 관한 사항 	서비스 종료 후 5년 까지
2	장애인건강보건위원회 운영	「민원사무처리에관한법률」 시행령 제8조/위원회 활동경력 증명서 발급, 수당 지급	<ul style="list-style-type: none"> 이력서, 통장사본 	정보주체의 개인정보 보유 및 이용기간 거부 요청이 있을시 까지
3	강사관리	「민원사무처리에관한법률시행령」 제8조/강사 경력 증명서 발급	<ul style="list-style-type: none"> 이력서, 통장사본, 경력 증명서, 자격증 사본 	
4	직원관리	「민원사무처리에관한법률시행령」 제8조, 「소득세법」 제143조/직원관리 및 보험가입, 경력증명서 발급	<ul style="list-style-type: none"> 신규직원 채용에 필요한 개인 정보 입사지원서, 자격증 사본 등 고용계약에 포함된 개인정보 직원의 출입정보, 업무망의 접속 기록, 홍보, 업무연락을 위해 직원 이름, 부서, 직위, 전화번호, 팩스번호, 전자우편(e-mail) 주소 	

연번	개인정보파일의 명칭	운영근거/처리목적	개인정보 항목	보유 기간
5	장애인건강보건관리 지원시스템의 운영에 따른 관리(홈페이지 관리 : 중장기 과제)	「통신비밀보호법」, 「전자정부법」 제36조, 신규 서비스 개발 및 맞춤형 서비스 제공, 통계학적 특성에 따른 서비스 제공	IP주소, 쿠키, MAC주소, 서비스 이용기록, 방문기록, 불량 이용기록 등	

※ 기타 0000센터의 개인정보파일 등록사항 공개는 행정자치부 개인정보보호 종합지원 포털(www.privacy.go.kr) → 개인정보민원 → 개인정보열람 등 요구 → 개인정보파일 목록검색 메뉴를 활용

제2조(개인정보의 처리 및 보유기간) ① 0000센터는 법령에 따른 개인정보 보유·이용기간 또는 정보주체로부터 개인정보를 수집 시에 동의받은 개인정보 보유·이용기간 내에서 개인정보를 처리·보유합니다.

② 각각의 개인정보 처리 및 보유 기간은 다음과 같습니다.

1. 이용자 등록 및 관리, 서비스 신청 : 서비스 종료 후 5년까지
2. 운영위원회 운영 : 정보주체의 개인정보 보유 및 이용기간 거부 요청이 있을 시까지
3. 기타 대상자(강사 등) 관리: 정보주체의 개인정보 보유 및 이용기간 거부 요청이 있을 시까지
4. 직원관리 : 정보주체의 개인정보 보유 및 이용기간 거부 요청이 있을 시까지
5. 민원 및 고충처리 : 3년
6. 장애인건강보건관리 정보시스템의 운영에 따른 관리(홈페이지 관리 포함 : 중장기 과제)
 - 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령」 제10조(민감정보 및 고유 식별정보의 처리)사항의 각 개인정보 보유 기간까지
 - 홈페이지 관리 : 회원탈퇴 시까지

제3조(개인정보의 제3자 제공) ① 0000센터는 정보주체의 개인정보를 제1조(개인정보의 처리 목적)에서 명시한 범위 내에서만 처리하며, 정보주체의 동의, 법률의 특별한 규정 등 개인정보 보호법 제17조에 해당하는 경우에만 개인정보를 제3자에게 제공합니다.

② 0000센터는 다음과 같이 개인정보를 제3자에게 제공하고 있습니다.

- 개인정보를 제공받는 자 : 중앙지역장애인보건의료센터, 지자체(00시, 000도)
 - ※ 보건복지부의 ‘장애인건강보건관리 정보시스템’ 운영에 따른 개인정보처리 업무 위탁기관
- 제공받는 자의 개인정보 이용목적 : 이용자의 장애인 건강권법에 의한 지원·제공 내용, 복지서비스의 연계·조정을 위한 이용자 정보 등

- 제공하는 개인정보 항목 : 기본정보 및 필요시 민감정보 포함, 서비스 내용
- 제공받는 자의 보유·이용기간
 - 개인별지원계획 수립 신청부터 ~ 개인별지원계획 수립 종결까지
 - ※ 주소지 변경 시, 개인정보를 변경된 해당 관할 지역지역장애인보건의료센터로 이관 관리함
 - 정보폐기 : 개인별지원계획 수립철회, 모니터링 거부 및 취소, 장애인의 사망, 센터 폐업의 경우

제4조(정보주체의 권리·의무 및 행사방법) ① 정보주체는 ○○○○센터에 대해 언제든지 다음 각 호의 개인정보 보호 관련 권리를 행사할 수 있습니다.

1. 개인정보 열람요구
2. 오류 등이 있을 경우 정정 요구
3. 삭제요구
4. 처리정지 요구

② 제1항에 따른 권리 행사는 ○○○○센터에 대해 서면, 전화, 전자우편, 모사전송(FAX) 등을 통하여 하실 수 있으며 ○○○○센터는 이에 대해 지체 없이 조치하겠습니다.

③ 정보주체가 개인정보의 오류 등에 대한 정정 또는 삭제를 요구한 경우에는 ○○○○센터는 정정 또는 삭제를 완료할 때까지 당해 개인정보를 이용하거나 제공하지 않습니다.

④ 제1항에 따른 권리 행사는 정보주체의 법정대리인이나 위임을 받은 자 등 대리인을 통하여 하실 수 있습니다. 이 경우 개인정보 보호법 시행규칙 별지 제11호 서식에 따른 위임장을 제출하셔야 합니다.

⑤ 정보주체는 개인정보 보호법 등 관계법령을 위반하여 ○○○○센터가 처리하고 있는 정보주체 본인이나 타인의 개인정보 및 사생활을 침해하여서는 안 됩니다.

제5조(처리하는 개인정보 항목) ○○○○센터는 다음의 개인정보 항목을 처리하고 있습니다.

(※ 정보문항은 센터의 상황에 맞게 수정할 수 있음)

1. 이용자 등록 및 관리, 서비스 신청

가. 필수항목

- 장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령」 제10조(민감정보 및 고유 식별정보의 처리)사항

(1) 장애인 인적사항 : 이름, 생년월일, 성별, 주소, 전화번호

- (2) 신청인 인적사항 : 이름, 장애인과의 관계, 주소, 전화번호
- (3) 장애인 종합장애정보: 종합장애등급, 종합장애유형, 장애인 장애진단 목록, 장애 구분(주장애, 부장애), 장애명(주장애, 부장애), 장애등급, 진단일, 재진달일자, 재진단기한, 장애진단병원
- (4) 장애인 복지서비스 이용 상태: 복지서비스 이용상태, 바우처서비스 이용상태, 장애인등록진단비, 검사비지원, 장애인의료지원, 장애연금 등
- 2. 장애인건강보건위원회운영 : 이력서, 통장사본
- 3. 강사관리 : 성명, 주민번호, 연락처, 계좌번호, 전자우편(e-mail) 주소
- 4. 직원관리
 - 가. 신규직원 채용에 필요한 개인정보 : 입사지원서, 자격증 사본
 - 나. 고용계약에 포함된 개인정보
 - 다. 홍보, 업무연락을 위해 직원 이름, 부서, 직위, 전화번호, 팩스번호, E-mail 주소
 - 라. 장애인건강보건관리 정보시스템 내 등록된 직원의 ID, 성명, 소속기관, 생년월일 등 개인정보는 퇴사 후 삭제처리 됩니다.
- 5. 민원 및 고충처리 : 성명, 주소, 연락처, 전자우편(e-mail) 주소
- 6. 인터넷 홈페이지 이용과정에서 아래의 개인정보 항목이 자동으로 생성되어 수집될 수 있습니다.
 - IP주소, 쿠키, MAC주소, 서비스 이용기록, 방문기록, 불량 이용기록 등

제7조(개인정보의 파기) ① ○○○○센터는 개인정보 보유기간의 경과, 처리목적 달성 등 개인정보가 불필요하게 되었을 때에는 지체 없이 해당 개인정보를 파기합니다.

② 정보주체로부터 동의 받은 개인정보 보유기간이 경과하거나 처리목적이 달성되었음에도 불구하고 다른 법령에 따라 개인정보를 계속 보존하여야 하는 경우에는, 해당 개인정보(또는 개인정보파일)를 별도의 데이터베이스(DB)로 옮기거나 보관 장소를 달리하여 보존합니다.

③ 개인정보 파기의 절차 및 방법은 다음과 같습니다.

1. 파기절차

○○○○센터는 파기하여야 하는 개인정보(또는 개인정보파일)에 대해 개인정보 파기 계획을 수립하여 파기합니다. ○○○○지역장애인보건의료센터는 파기 사유가 발생한 개인정보(또는 개인정보파일)를 선정하고, ○○○○지역장애인보건의료센터는 개인정보 보호책임자의 승인을 받아 개인정보(또는 개인정보파일)를 파기합니다.

2. 파기방법

○○○○센터는 전자적 파일 형태로 기록·저장된 개인정보는 기록을 재생할 수 없도록 로우레벨포맷(Low Level Format) 등의 방법을 이용하여 파기하며, 종이 문서에 기록·저장된 개인정보는 분쇄기로 분쇄하거나 소각하여 파기합니다.

제8조(개인정보의 안전성 확보조치) ① ○○○○센터는 개인정보의 안전성 확보를 위해 다음과 같은 조치를 취하고 있습니다.

1. 관리적 조치 : 내부관리계획 수립·시행, 정기적 직원 교육 등
2. 기술적 조치 : 개인정보처리시스템 등의 접근권한 관리, 접근통제시스템 설치, 고유 식별정보 등의 암호화, 보안프로그램 설치
3. 물리적 조치 : 전산실, 자료보관실 등의 접근통제

제9조(개인정보 보호책임자) ① ○○○○센터는 개인정보 처리에 관한 업무를 총괄해서 책임지고, 개인정보 처리와 관련한 정보주체의 불만처리 및 피해구제 등을 위하여 아래와 같이 개인정보보호책임자를 지정하고 있습니다.

▶ 개인정보 보호책임자

성명 : ○○○

직책 : ○○○ 센터장

연락처 : <전화번호>, <전자우편(e-mail) 주소>, <팩스번호>

② 정보주체께서는 ○○○○센터의 서비스(또는 사업)를 이용하시면서 발생한 모든 개인정보 보호 관련 문의, 불만처리, 피해구제 등에 관한 사항을 개인정보 보호책임자 및 담당부서로 문의하실 수 있습니다. ○○○○센터는 정보주체의 문의에 대해 지체 없이 답변 및 처리해드릴 것입니다.

제10조(개인정보 열람청구) ① 정보주체는 개인정보 보호법 제35조에 따른 개인정보의 열람 청구를 아래의 부서에 할 수 있습니다. ○○○○센터는 정보주체의 개인정보 열람청구가 신속하게 처리되도록 노력하겠습니다.

▶ 개인정보 열람청구 접수·처리부서

부서명 : ○○○

담당자 : ○○○

연락처 : <전화번호>, <전자우편(e-mail) 주소>, <팩스번호>

② 정보주체께서는 제1항의 열람청구 접수·처리부서 이외에, 행정자치부의 '개인정보 보호 종합지원 포털' 웹사이트(www.privacy.go.kr)를 통하여서도 개인정보 열람청구를 하실 수 있습니다.

- ▶ 행정자치부 개인정보보호 종합지원 포털 → 개인정보 민원 → 개인정보 열람 등 요구 (공공아이핀을 통한 실명인증 필요)

제11조(권익침해 구제방법) 정보주체는 아래의 기관에 대해 개인정보 침해에 대한 피해구제, 상담 등을 문의하실 수 있습니다.

<아래의 기관은 ○○○○센터와는 별개의 기관으로서, ○○○○센터의 자체적인 개인정보 불만처리, 피해구제 결과에 만족하지 못하시거나 보다 자세한 도움이 필요하시면 문의하여 주시기 바랍니다.>

- ▶ 개인정보침해신고센터(한국인터넷진흥원 운영)
 - 소관업무 : 개인정보침해사실 신고, 상담 신청
 - 홈페이지 : privacy.kisa.or.kr
 - 전화 : (국번없이) 118
 - 주소 : (05717) 서울시 송파구 중대로 135 한국인터넷진흥원 개인정보침해신고센터
- ▶ 개인정보 분쟁조정위원회(한국인터넷진흥원 운영)
 - 소관업무 : 개인정보 분쟁조정신청, 집단분쟁조정(민사적 해결)
 - 홈페이지 : privacy.kisa.or.kr
 - 전화 : (국번없이) 118
 - 주소 : (05717) 서울시 송파구 중대로 135 한국인터넷진흥원 개인정보침해신고센터
- ▶ 대검찰청 사이버범죄수사단 : 02-3480-3573(www.spo.go.kr)
- ▶ 경찰청 사이버테러대응센터 : 1566-0112(www.netan.go.kr)

제12조(영상정보처리기기 설치·운영) ① <○○○○지역장애인보건의료센터>는 아래와 같이 영상정보처리기기를 설치·운영하고 있습니다.

1. 영상정보처리기기 설치근거·목적 : <○○○○지역장애인보건의료센터>의 시설안전·화재예방
2. 설치 대수, 설치 위치, 촬영 범위 : 청사 로비·민원실 등 주요시설물을 촬영범위로 ○○대 설치
3. 관리책임자, 담당부서 및 영상정보에 대한 접근권한자 : ○○○과 ○○○팀장
4. 영상정보 촬영시간, 보관기간, 보관장소, 처리방법
 - 촬영시간 : 24시간 촬영
 - 보관기간 : 촬영 시부터 30일
 - 보관장소 및 처리방법 : ○○○팀 영상정보처리기기 통제실에 보관·처리

5. 영상정보 확인 방법 및 장소 : 관리책임자에 요구(○○○팀)
6. 정보주체의 영상정보 열람 등 요구에 대한 조치 : 개인영상정보 열람·존재확인 청구서로 신청하여야 하며, 정보주체 자신이 촬영된 경우 또는 명백히 정보주체의 생명·신체·재산 이익을 위해 필요한 경우에 한해 열람을 허용함
7. 영상정보 보호를 위한 기술적·관리적·물리적 조치 : 내부관리계획 수립, 접근통제 및 접근권한 제한, 영상정보의 안전한 저장·전송기술 적용, 처리기록 보관 및 위·변조 방지조치, 보관시설 마련 및 잠금장치 설치 등

제13조(개인정보 처리방침 변경) ① 이 개인정보 처리방침은 20××. ×. ×부터 적용됩니다.

참고 9 지역장애인보건의료센터 지도·점검표

2000년 0000지역장애인보건의료센터 지도·점검표

□ 현장점검 현황

점검일시	* 시작시간과 종료시간 기재			장소		
점 검 자	소속		직급		성명	(인)
	소속		직급		성명	(인)
	소속		직급		성명	(인)
	소속		직급		성명	(인)
확 인 자	기관명				성명	(인)

□ 지역장애인보건의료센터 점검사항

구 분	점검 내용	점검 결과	확인 서류
인사 관리	1. 직원의 교육과 훈련은 적절하게 이루어지는가?	• 준수() • 미준수() - 미준수사항() • 해당없음()	교육신청서 교육결과보고서 교육용 교재 등
	2. 직원은 정해진 자격기준과 필요한 역량을 갖추고 있는가?	• 준수() • 미준수() - 미준수사항() • 해당없음()	인사기록카드 자격증사본 업무협약서 업무분장표 등
회계 관리	1. 회계는 투명하게 관리되고 있는가?	• 준수() • 미준수() - 미준수사항() • 해당없음()	재정(신원)보험증서 보조금사용대장 예산계획서 재무회계관련 서류
	2. 지역센터 직원은 복무관리규정을 준수하고 있는가?	• 준수() • 미준수() - 미준수사항() • 해당없음()	출장신청 및 결과보고 휴가신청서 출퇴근기록 등
이용자 정보관리	1. 이용자의 개인정보를 취급 시에 「개인정보보호에 관한 법률」을 준수하고 있는가?	• 준수() • 미준수() - 미준수사항() • 해당없음()	서비스의뢰(연계)서 동의서 관리파일 이용자 관리대장 등
	2. 이용자에게 서비스 선택에 필요한 충분한 정보를 제공하며, 자기결정권을 부여하는가?	• 준수() • 미준수() - 미준수사항() • 해당없음()	리플렛, 사업안내문 의사소통도구 알기쉬운 자료집 등

구 분	점검 내용	점검 결과	확인 서류
사업 운영	1. 지침 상 지역센터의 위원회 규정을 준수하고 있는가?	• 준수() • 미준수() - 미준수사항() • 해당없음()	위원회 계획서 위원회 결과보고서 위원 명단 위촉장 사본
	2. 지역건강네트워크가 계획대로 운영되고 있는가?	• 준수() • 미준수() - 미준수사항() • 해당없음()	사업계획서 회의록
	3. 지역 자원 의뢰 및 회송체계가 적절하게 운영되고 있는가?	• 준수() • 미준수() - 미준수사항() • 해당없음()	사업계획서 의뢰서 관리장부 회송서 관리장부
	4. 건강관리서비스 제공절차가 적절한가?	• 준수() • 미준수() - 미준수사항() • 해당없음()	사업계획서 서비스 대상자 명단 서비스 제공프로그램
	5. 대상자 편의지원 서비스가 적절한가?	• 준수() • 미준수() - 미준수사항() • 해당없음()	민원내용 개선내용
지역센터의 건의사항 및 의견			
점검자 종합 의견			

※ 점검사항은 보건복지부 총괄 지도 점검 계획 수립에 따라 변경가능하며, 설치주체의 장은 자체 점검표를 마련하여 지도점검(수시) 시행 가능

참고 10 지역장애인보건의료센터 종사자 및 지자체 공무원 의무사항

구 분		내 용
사회보장급여 지원대상자	의무사항	• 출산, 양육, 실업, 노령, 장애, 질병, 빈곤 및 사망 등의 사회적 위험으로 인하여 사망 또는 중대한 정신적·신체적 장애를 입을 위기에 처한 지원대상자를 발견한 경우 지체없이 보장기관에 알리고, 지원대상자가 신속하게 지원을 받을 수 있도록 노력하여야 함
	신고방법	• 관할 읍면동 주민센터(또는 시군구 희망복지지원단)에 직접 방문 또는 전화로 신고하거나, '희망의 전화' 129에 전화로 신고 • 또는 인터넷 "복지로(www.bokjiro.go.kr)" 사이트에서 도움신청하기 메뉴를 활용하여 신고
	근거법령	• 사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률 제13조(지원대상자 발견 시 신고의무)
가정폭력	의무사항	• 직무를 수행하면서 가정폭력범죄를 알게 된 경우에는 정당한 사유가 없으면 즉시 수사기관에 신고하여야 함
	신고방법	• 전화 : 국번없이 112
	근거법령	• 가정폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법 제4조(신고의무)
아동학대	의무사항	• 직무를 수행하면서 아동학대범죄를 알게된 경우나 그 의심이 있는 경우에는 아동보호전문기관 또는 수사기관에 즉시 신고하여야 함
	신고방법	• 전화 : 국번없이 112 / 방문: 관할 지역아동보호전문기관 • 관련사이트: www.korea1391.go.kr
	근거법령	• 아동학대범죄의 처벌 등에 관한 특례법 제10조(아동학대범죄 신고의무와 절차)
노인학대	의무사항	• 직무를 수행하면서 노인학대를 알게 된 때에는 즉시 노인보호전문기관 또는 수사기관에 신고하여야 함 ※ 노인학대 사실을 알고도 신고하지 않은 자에 대해 500만원 이하의 과태료 부과
	신고방법	• 전화: 1577-1389 및 국번없이 112 / 방문: 관할 노인보호전문기관 • 관련사이트: www.noinboho.or.kr
	근거법령	• 노인복지법 제39조의6(노인학대 신고의무와 절차 등) • 노인복지법 제61조의2(과태료)
발달장애인 유기 등	의무사항	• 직무를 수행하면서 발달장애인에 대한 유기 등의 발생 사실을 알게 된 경우에는 즉시 수사기관에 신고하여야 함
	신고방법	• 전화: 1522-2882 및 국번없이 112 • 관련사이트: www.broso.or.kr
	근거법령	• 발달장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률 제15조(신고의무)
장애인학대 및 장애인 대상 성범죄	의무사항	• 직무를 수행하면서 장애인학대 및 장애인 대상 성범죄를 알게 된 경우에는 지체 없이 장애인권익옹호기관 또는 수사기관에 신고하여야 함
	신고방법	• 전화: 국번없이 112
	근거법령	• 장애인복지법 제59조의4(장애인학대 및 장애인 대상 성범죄 신고의무와 절차)

참고 11 **중증 대상자의 건강보건관리 필요도 평가도구 (예시)**

1. 장애인/보호자 인적사항

이름	성별 남성[], 여성[]	생년월일	장애유형/장애정도
주소			연락처(대상자)
보호자 이름	장애인과의 관계	연락처(보호자)	

2. 건강보건관리 필요도 평가(의학적 평가)

1) 장애의 원인이 되는 상병

2) 현재 치료 내용

3) 신체상태

가. 근력		좌측	우측
	상지		
	하지		
나. 관절운동범위제한(있다면 관절명 기술)		좌측	우측
	상지		
	하지		
다. 운동상태			
보행	<input type="checkbox"/> 가능	<input type="checkbox"/> 부분적 가능	<input type="checkbox"/> 불가능
실조 또는 운동 이상	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 평가불가
서동증	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 평가불가

4) 정신상태

가. 인지기능	MMSE		
나. 문제행동 유무	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 있음	예)
다. 일상생활 자립도	MBI		

5) 의료적 처치 필요항목(유무로 평가)	
<input type="checkbox"/> 기관절개	<input type="checkbox"/> 도뇨관
<input type="checkbox"/> 욕창	<input type="checkbox"/> 장루
<input type="checkbox"/> 경관영양	<input type="checkbox"/> 당뇨발 및 그에 준하는 통증
<input type="checkbox"/> 암성 통증 및 그에 준하는 통증	<input type="checkbox"/> 기타

3. 건강보건관리 필요도 평가(외부 환경의 평가)

1) 가족의 수준(있는 항목에 check)	
<input type="checkbox"/> 가족지지 미흡 <input type="checkbox"/> 의료비 부담 <input type="checkbox"/> 가족 중 우울	
2) 지역사회 수준	
지역사회 내 위험요소 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음()	
3) 일반 위험 요인	
사회경제적 위험요소 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음()	
일상생활 위험요소 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음()	
4) 주거환경 평가	
출입문 접근 <input type="checkbox"/> 자력 <input type="checkbox"/> 도움	<input type="checkbox"/> 단차() <input type="checkbox"/> 계단/경사로 <input type="checkbox"/> 안전바/핸드레일 <input type="checkbox"/> 공간(적절/부적절)
출입문 개폐 <input type="checkbox"/> 자력 <input type="checkbox"/> 도움	<input type="checkbox"/> 손잡이(레버형/돌림형/보조장치/기타:) (높이: 적절/부적절)
현관문 접근 <input type="checkbox"/> 자력 <input type="checkbox"/> 도움	<input type="checkbox"/> 단차() <input type="checkbox"/> 계단/경사로 <input type="checkbox"/> 안전바/핸드레일 <input type="checkbox"/> 공간(적절/부적절)
현관문 개폐 <input type="checkbox"/> 자력 <input type="checkbox"/> 도움	<input type="checkbox"/> 손잡이(레버형/돌림형/보조장치/기타:) (높이: 적절/부적절)
주거공간 <input type="checkbox"/> 거실 <input type="checkbox"/> 침실 <input type="checkbox"/> 주방	단차
	문
	공간/바닥
	이동

4. 단기/장기 목표

단기 목표	
중장기 목표	

5. 서비스 연계 계획

서비스명	서비스 내용	담당자

참고 12 유용한 평가도구 (예시)

※ 재활평가 평가도구 활용 (www.rehabmeasures.org)

분류	도구형식	도구형식	항목수	영역	채점
균형감	10m walk test	10m walk test		12m 보행시 2m 가속구간과 감속구간을 뺀 10m 구간을 보행하는데 소요된 시간을 측정하는 검사	
		뇌졸중 환자의 보행속도를 측정하는데 사용 ·검사-재검사 신뢰도는 급내상관계수(ICC)=0.93(Salbach 등, 2001)			
	Timed Up&Go Test	Timed Up&Go Test		팔걸이가 있는 의자에 앉은 상태에서 출발 신호와 함께 의자에서 일어나 3m 거리를 걸어서 다시 되돌라와 의자에 앉기까지 소요되는 시간 측정	
		기능적 이동성, 동적균형능력을 빠르게 측정할 수 있는 검사 ·검사-재검사 신뢰도는 급내상관계수(ICC)=0.95(Ng&Hui-Chan,2005)			
	한국어판 활동 특이적 균형 자신감 척도	균형자신감 척도	16	- 낮은 위험성을 가진 항목	-11점 Likert 척도 (0=전혀 자신없다 ~100=완전히 자신있다)
		ICF 개념에 맞는 낙상에 대한 예측 도구 · 본 척도의 출처: 장숙량외, 한국어판 낙상효능 척도와 활동 특이적 균형 자신감 척도의 타당도 및 신뢰도, 노인병: 제 7권 제 4호, 2003.			
한국판 버그 균형척도	버그 균형 척도	14	- 앉기(1) - 서기(8) - 자세변화(4)	-5점 Likert 척도	
	균형을 측정하기 위해 만들어진 평가도구 56점 만점에서 44점 이하이면 낙상 위험이 크다고 평가 · 원 척도의 출처: Berg, Katherine; Wood-Dauphinée, Sharon; Williams, JI; Gayton, David (1989). Physiotherapy Canada. 41 (6): 304 - 311.				
삶의 질	사회참여 척도	참여척도	18	- 지식의 학습과 적용 - 일반적인 임무와 요구 - 의사소통 - 이동 - 자기 관리 -가정생활	-4점 Likert 척도

분류	도구형식	도구형식	항목수	영역	채점
				<ul style="list-style-type: none"> - 대인관계 및 상호작용 - 주요생활영역 - 공동체 - 사회 및 시민생활 	
		<p>본 척도는 Brakel 등(2006)이 장애인의 사회참여 수준을 알아보기 위해 개발, 박재현(2012)이 연구의 활용을 위하여 단순한 4점 Likert 척도로 수정</p> <p>· 본 척도의 출처: 박재현(2012). 척수장애인의 심리적응 척도 개발 및 적용. 대구대학교 대학원 재활심리학박사학위 논문. 대구</p> <p>· 원 척도의 출처: Brakel, W. H., Anderson, A. M., Mutakarr, K., Bakirtzief, Z., Nicholls, P. G., Raju, M. S., & Pattanayakrobert, K. (2006). The participation scale : Measuring a key concep in public health. <i>Disability and Rehabilitation</i>, 28, 193-203.</p>			
자존감/ 자기 효능감	자아존중감 척도	자아존중감 척도	10	<ul style="list-style-type: none"> - 긍정적 자아존중감 (1, 2, 4, 6, 7) - 부정적 자아존중감 (3, 5, 8, 9, 10) 	<ul style="list-style-type: none"> - 4점 Likert 척도 - 긍정적 문항에 대한 응답은 1='대체로 그렇지 않다'에서 4='항상 그렇다'까지 - 점수범위는 10점에서 40점 까지 - 점수가 높을수록 자아존중감이 높은 것을 의미
		<p>본 척도는 Rosenberg(1965)가 개발하고 전병제(1974)가 번안</p> <p>· 본 척도의 출처: 이영자(1996). 스트레스, 사회적지지, 자아존중감과 우울 및 불안과의 관계. 서울여대 박사학위 논문. 서울.</p>			
대처 및 통제감	사회적지지 척도	사회적 지지 척도	25	<ul style="list-style-type: none"> - 정서적지지 - 정보적지지 - 물질적지지 - 평가적 지지 	<ul style="list-style-type: none"> - 5점 Likert 척도로 매우 그렇다(5점)~전혀 그렇지 않다(1점)로 사회적 지지의 정도를 측정 - 점수가 높을수록 사회적 지지가 높음
		<p>본 척도는 박지원(1985)이 개발하고 김연수(1995)가 수정 보완</p> <p>· 본 척도의 출처: 박재현(2012). 척수장애인의 심리적응 척도 개발 및 적용. 대구대학교 대학원 재활심리학박사학위 논문. 대구.</p> <p>· 원 척도의 출처: 박지원(1985). 사회적 지지척도 개발을 위한 일 연구. 연세대학교 박사학위논문.</p>			
	목표조정	목표조정	10	-목표탈개입(4)	-5점 Likert 척도

분류	도구형식	도구형식	항목수	영역	채점
	척도	척도		<ul style="list-style-type: none"> · 긍정응답(2) · 부정응답(2) -목표재개입(6) · 새로운 목표를 찾는 것 · 새로운 목표에 헌신하는 것 · 새로운 목표를 향한 적극적인 노력을 시작하는 것 	(1=전혀 그렇지 않다~ 5=매우 그렇다)
		<p>본 척도는 Wrosch, Scheier, Miller, Schulz & Carver(2003)가 개발한 것을 정정숙(2013)이 번안</p> <p>· 본 척도의 출처: 정정숙(2013). 척수장애인의 우울과 장애수용에 영향을 미치는 심리적 요인과 단기심리상담 효과 연구. 고려대학교 대학원 박사학위 논문. 서울.</p>			
기타	희망척도	희망척도	12	<ul style="list-style-type: none"> - 주도사고(4) - 경로사고(4) - 허위문항(4) 	<ul style="list-style-type: none"> - 4점 Likert 척도 - 허위문항(3, 5, 7, 11)을 제외하고 계산되며 주도사고, 경로사고가 모두 최저 4점에서 16점 - 점수가 높을수록 희망이 높음을 의미
		<p>본 척도는 Snyder 등(1991)이 개발하고, 최윤희, 이희경과 이동귀(2008)가 번안</p> <p>· 본 척도의 출처: 황혜민(2013). 척수장애인의 삶의 질 모형구축. 서울대학교 대학원 간호학박사학위 논문. 서울.</p>			

○○시·군·구 지역사회재활협의체 운영규정

제1조. 목적

이 협의체는 ○○시·군·구 내 거주하는 재가 장애인, 시설 거주 장애인에게 지역사회 자원을 연결한 재활을 통해 독립적 일상생활의 능력 향상과 신체적·정신적 기능의 유지와 증진을 목적으로 하며 협의체에 관한 운영방법은 각 참여 기관의 의견을 조정하고 전반적인 추진사항 및 주요 현안에 대하여 모임을 통한 참여 기관의 의견을 최대한 반영하여 운영에 필요한 사항을 정함으로 한다.

제2조. 기능

협의체는 다음 각 호의 사항을 자문·협의 할 수 있다.

1. 각 기관의 의견 수렴이 필요한 주요 현안에 관한 사항
2. 각 기관의 개선요구 및 협업 전반에 관한 사항
3. 그 밖에 재활 활동에 필요하다고 인정하는 사항

제3조. 구성

1. 협의체는 위원장을 포함한 10인 내외의 위원으로 구성한다.
2. 위원장은 정기회의 개최 시 선출함을 원칙으로 한다.
3. 위원은 각 참여기관에서 추천을 받아 위원장이 구성한다.
4. 위원은 협의체 소속 기관 당 2명 이하로 한다.
5. 협의체 구성은 참여 기관과 협력 기관으로 구분할 수 있다.

제4조. 위원장의 직무

1. 위원장은 협의체를 대표하고 회의 주관 등 협의체 업무를 총괄한다.
2. 위원장이 부득이한 사유로 그 직무를 수행할 수 없을 때에는 부위원장이 그 직무를 대행한다.

제5조. 위원의 임기

1. 위원의 임기는 2년으로 하되 연임할 수 있다.
다만, 위원의 임기는 해당 직위에 재직하는 기간으로 한다.
2. 인사이동으로 인한 위원의 변동은 대상기관 후임 업무 담당자가임기내 승계한다.

제6조. 회의

1. 위원장은 협의가 필요한 경우 협의체 회의를 소집한다.
① 회의는 분기별 1회를 원칙으로 위원장이 소집하되, 그 시기는 탄력적으로 운영할 수 있다.
2. 위원장은 회의 개최 7일전까지 각 위원에게 회의일시, 장소, 안건 등을 통보하여야 한다.
3. 협의체의 회의는 구성 위원 2/3이상의 출석으로 개의한다.
4. 위원이 부득이한 사유로 회의에 참석 할 수 없는 경우에는 소속 기관에서 대리 참석하게 할 수 있다.

제7조. 관계자의 의견청취

위원장은 협의체 위원으로 등록되어 있지 않는 자로서 논의 주제 에 필요하다고 인정할 때에는 관계자를 회의에 참석하게 하여 의견을 들을 수 있다.

제8조. 간사

1. 위원장은 협의체 실무를 처리하기 위하여 간사를 둔다.

제9조. 회의록

간사는 회의 종료 후 회의록을 작성하고 비치하여야 한다.

제10조. 비밀유지

협의체 운영에 참여한 위원과 관계자는 논의한 주제 및 관련된 정보를 타인에게 제공 또는 누설하거나 목적 외의 용도로 사용하여서는 아니 된다.

제11조. 운영세칙

이 규정에서 정한 것 이외에 협의의 운영에 필요한 사항은 위원장이 정한다.

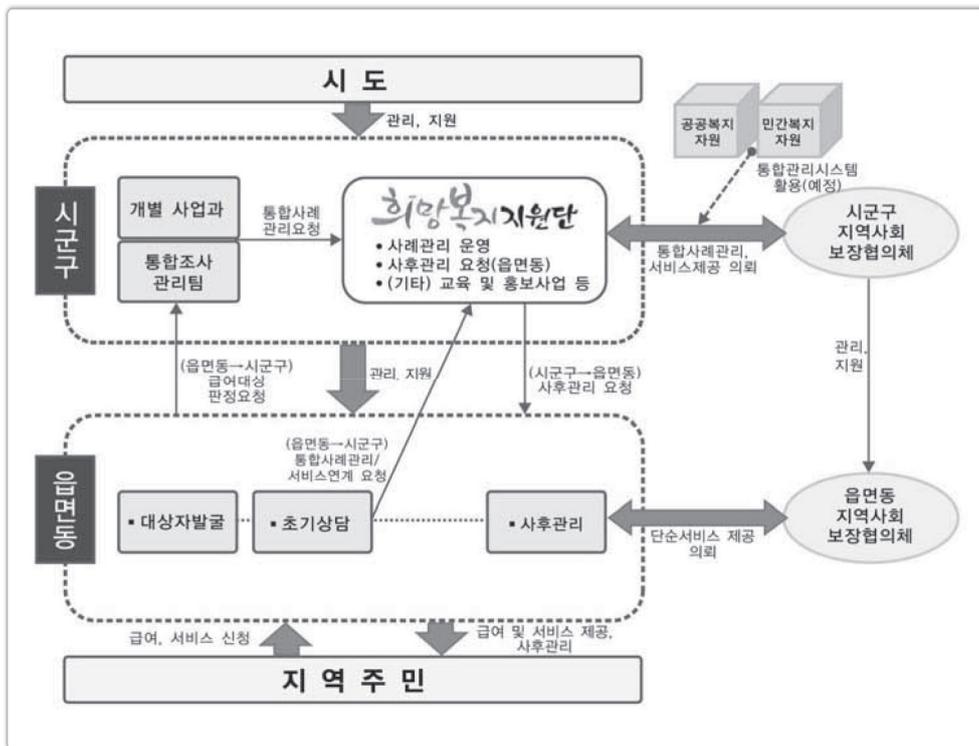
참고 14 희망복지지원단 안내

2020 희망복지지원단 업무 안내 [p.22]

■ 희망복지지원단

● 목표

- 민관협력을 통한 지역단위 통합적 서비스제공 체계를 구축·운영함으로써 찾아가는 보건·복지서비스 제공 및 지역주민의 복지체감도 향상
- 기초수급자 및 차상위 계층 등 빈곤층의 탈빈곤·빈곤예방을 주요 목표로 하되, 전체 지역주민의 다양한 복지수요에도 능동적 대응



- ① 복합적인 욕구를 가진 사례관리대상자 의뢰 (주민센터 → 희망복지지원단)
- ② (희망복지지원단) 심층육구조사, 통합사례회의 실시 및 종합서비스제공계획 수립, 모니터링
* 읍·면·동 주민센터와 방문형서비스 체계화 등을 통한 사후관리지원체계 연계협력
- ③ (민관협력) 지역사회보장협의체를 중심으로 공공 및 민간 협력 강화를 통한 지역단위 통합서비스 제공체계 구축
- ④ (시스템) 사회보장정보시스템(행복e음), 복지지원관리시스템을 통한 대상자 통합관리

2020 희망복지지원단 업무 안내 (p.25)

타. 보건소

- 희망복지지원단 사례회의에 방문건강관리사 또는 간호직 공무원, 필요시 정신건강복지센터(정신건강사례관리) 및 중독통합지원센터(중독관리통합지원), 자살예방센터 근무자, 보건소 지역사회중심 재활사업 재활전담인력(장애인건강보건 사례관리)의 참여를 통해 희망복지지원단 통합사례관리 사업의 보건 연계 부문을 지원

2020 희망복지지원단 업무 안내 (p.47)

- 타 사례관리 사업(장애인 건강보건 사례관리-보건소 지역사회중심재활 사업)으로 의뢰
 - 대상자 기준 : ‘등록장애인’ 및 ‘손상이나 질병발생 후 완전한 회복이 어려워 일정기간 내 장애인이 될 것으로 예상되는 자(예비장애인)’
 - 의뢰 기준 : 대상자의 의료·건강보건 서비스가 필요 할 경우
 - 의뢰 절차 : 선정단계(읍·면·동 초기상담 이후 등)에서 대상자의 의뢰사유 발생 시 중복서비스 방지를 위해 사전협의 후 공문을 통해서 보건소 지역사회중심 재활사업으로 대상자 의뢰
- 또한, 희망복지지원단은 보건소 지역사회중심 재활사업에서 대상자의 복지서비스 필요 시 의뢰를 받아 유기적 협력체계 수행

참고 15 방문건강관리 지침 관련자료

★ 장애인 재활 관리

※ 지역사회중심재활사업은 국정과제 50.(장애인의 권익보호 및 편의 증진)으로 2017년부터 전국 보건소로 확대 실시

● 목적

- 장애 조기발견, 2차 장애예방 및 재활치료 등 지속적 관리로 장애의 최소화 및 일상생활 자립능력 증진

● 대상 : 기초 재활서비스가 필요한 재가 장애인

집중관리군	정기관리군	자기역량지원군
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

● 건강관리서비스 내용

- 기능증진을 위한 일상생활수행능력(ADL), 관절구축 예방신체활동 교육
- 기본 건강관리 : 위생, 영양, 피부관리(욕창관리, 체위변경), 구강위생관리 등
- 연하장애·호흡장애 관리, 배변·배뇨관리 교육 및 훈련, 저작능력 향상을 위한 신체활동 교육
- 장애심화 위험요인을 가진 만성질환자를 위한 자가건강관리 교육
- 2차 장애예방을 위한 낙상 및 안전관리 교육
- 대상자 가족에 대한 건강교육 및 정서적 지지 등

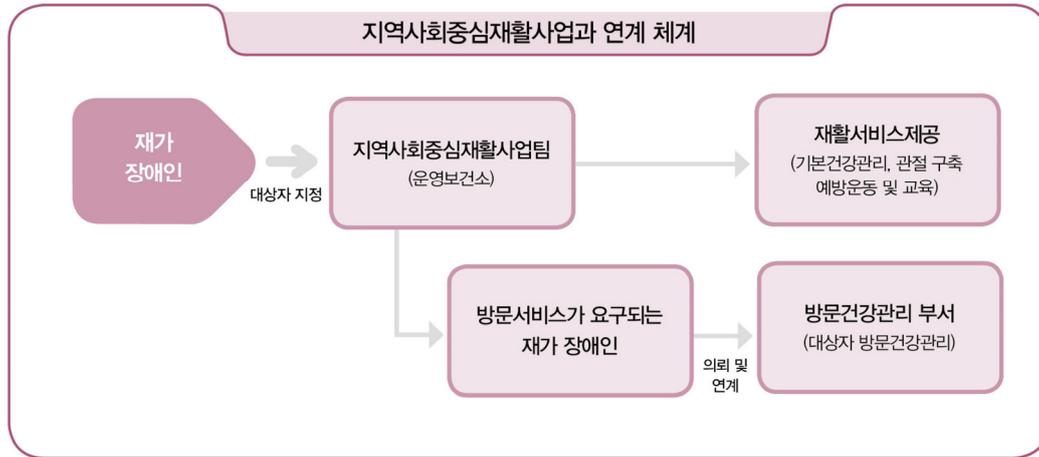
● 연계서비스 내용

(보건소 내)

- 지역사회중심재활사업 연계 등

(보건소 외)

- 지역사회 보건의료전문기관 의뢰 및 연계 등



※ 출처 : 2019년 방문건강관리 사업지침

참고 16 전국 보조기기센터 연계

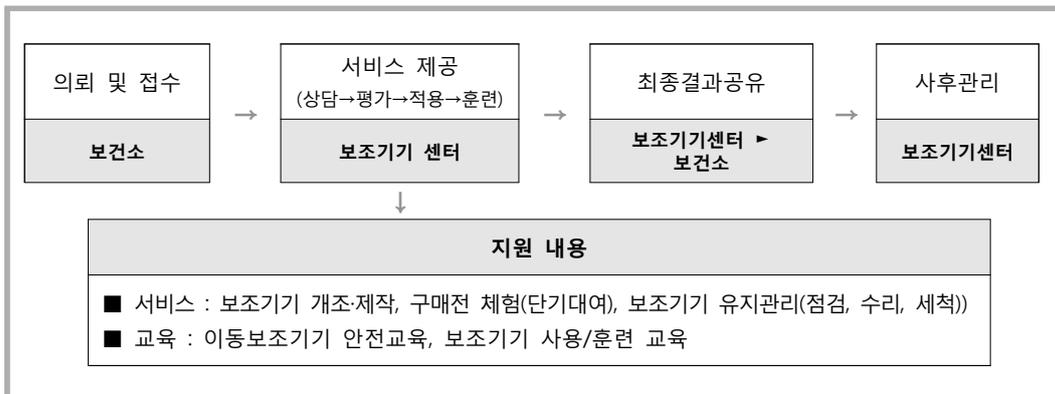
□ 전국 보조기기센터 연계

1. 보조기기 서비스 지원내용

- 보조기기 서비스 : 보조기기 9개 영역에 따른 개조·제작, 구매전 체험(단기대여), 유지관리(점검, 수리, 세척) 서비스를 제공
- 보조기기 교육 : 안전교육, 보조기기 사용/훈련 교육
- 보조기기 정보제공(검색) : 중앙보조기기센터(www.knat.go.kr) ‘보조기기검색’ 활용
- 보조기기 서비스 영역

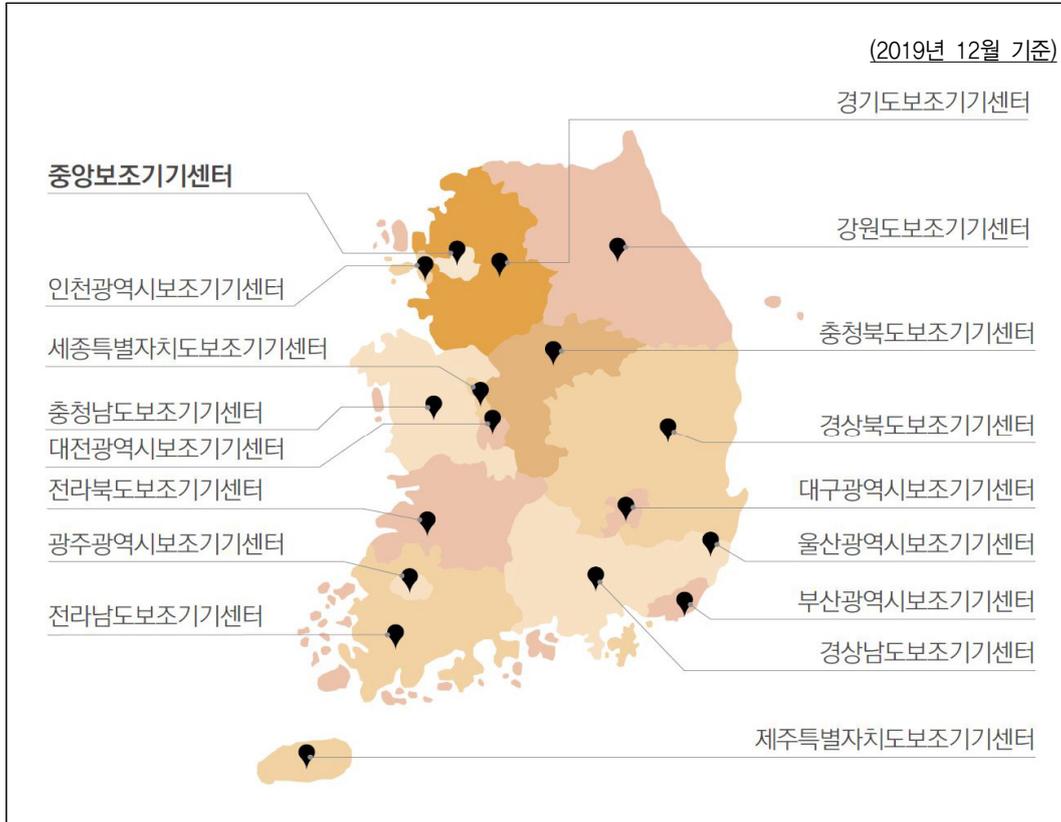


2. 수행절차



※ 단, 해당 서비스는 보조기기서비스센터 설치지역 범위내, 지원가능

3. 보조기기센터 설치현황



※ 콜센터 대표번호 1670-5529 이용시 지역 보조기기센터로 직접 연결

4. 공적급여 보조기기 지원사업 현황(4개부처 8개사업)

소관 부처	사업명	사용 명칭	신청 대상자	서비스 방법	지급 품목	
보건 복지부	장애인 자립 기반과	장애인 보조기기 교부사업	장애인 보조기기	기초생활수급대상자 차상위계층	지원	휴대용 경사로, 보행차, 목욕의자, 이동변기, 기립훈련기, 독서확대기, 시각신호표시기 등
	기초 의료 보장과	장애인보장구 지원사업 (의료급여)	보장구	의료급여수급자	지원 및 대여	의지보조기 및 수전동 휠체어, 전동스쿠터, 자세보조용구, 욕창 예방방석·메트리스 등(휠체어, 보행기, 지팡이, 목발, 목욕기구 대여 가능)
	보험 급여과	장애인보장구 지원사업 (건강보험급여)	보장구	건강보험가입자		

소관 부처	사업명	사용 명칭	신청 대상자	서비스 방법	지급 품목	
요양 보험 제도과	노인장기 요양보험 복지용구 지원사업	복지용구	65세 이상 또는 65세 미만으로 노인성 질병을 가진자로 장기요양등급 5등급 이상인 자	지원 및 대여	- 구입전용품목 : 이동변기, 목욕 의자, 보행차, 보행보조차, 안전손잡이, 지팡이, 미끄럼 방지용품, 욕창예방방석 등 - 구입대여품목 : 수동휠체어, 전동/수동 침대, 욕창예방매트 리스, 이동 욕조, 목욕리프트 등	
미래 창조 과학부	정보 문화과	정보통신 보조기기 보급사업	정보통신 보조기기	등록장애인, 기초생활 수급자, 아동복지법에 의거한 요보호아동, 국가유공자 등	지원	시각·청각 언어 지체·뇌병변 정보통신보조기기
고용 노동부	산재 보상 정책과	산재보험급여 재활보조기기 지급사업	재활 보조기기	산재보험 가입자' 산업재해 장애인	지원	건강보험급여품목과 산재보험별급여품목
	장애인 고용과	보조공학기기 지원사업	보조공학 기기	등록장애인 중 근로자 직업훈련생 또는 장애인 고용 사업주	지원 및 대여	1. 임대 (사용기기) - 1인당 1,000만원 (중증 1,500), 2. 사업장당 총 2억원 이내 - 300만원 (상용, 만충형) 5만원 (중증 500만원) 사업장당 총 천만원 이내
보훈처	보훈 의료과	국가유공자 보철구 지급사업	보철구	전산군경, 공상군경, 4.19 혁명부상자, 공상공무원, 특별공로상이자로서 신체장애인	지원	의지, 보조기, 휠체어 등 - 보조기기 상한액까지 무상지원
교육부	특수 교육 정책과	장애학생 지원사업	보조공학 기기	특수교육 대상 학생	교내 대여	-

참고 17 장애인 건강보건관리 프로그램 관련 활용가능한 매체

〈자료검색 방법〉

- 국립재활원 홈페이지(<http://www.nrc.go.kr>)에서 찾기 홈 ⇨ 교육지원 ⇨ 알림마당 ⇨ 자료실 ⇨ 지역사회 중심재활교육 ⇨ 검색
- 국립재활원 공공재활의료지원과 문의 또는 공문요청

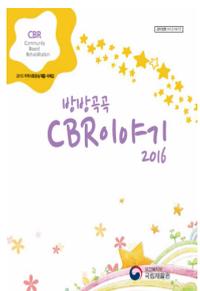
표지	제목 / 내용	자료종류	발간연도	자료출처
	<p>지역사회 조기적응 프로그램 가이드북 (대상자용, 담당자용)</p> <p>나를 이해하기, 일상생활 동작관리, 보조기기 이해 및 활용, 건강관리 운동, 투약·영양·삼킴장애 관리, 맞춤형 서비스 안내 등</p>	가이드북	2019	공문요청 또는 국립재활원 홈페이지 (http://www.nrc.go.kr)
	<p>40주의 우주</p> <p>부모가 된다는 것, 피임·임신·출산, 장애 유형별 관리, 양육, 기타 유용한 정보 등</p>	책자	2019	공문요청 또는 국립재활원 홈페이지 (http://www.nrc.go.kr)
	<p>세계 장애인 여성의 건강 핸드북</p> <p>나의 몸 이해하기, 내 몸 돌보기, 건강검진, 성생활, 성 건강, 가족계획, 임신, 진통과 출산, 아기 돌보기 등</p>	책자	2019	공문요청 또는 국립재활원 홈페이지 (http://www.nrc.go.kr)

표지	제목 / 내용	자료종류	발간연도	자료출처
	방방곡곡 CBR이야기 2018 2017년 지역사회중심재활사업 사례모음	사례집	2018	공문요청 또는 국립재활원 홈페이지 (http://www.nrc.go.kr)
	2018 건강한 일상생활을 위한 가이드 뇌병변장애인 건강한 식생활, 배뇨, 배변관리, 지팡이 사용, 낙상 예방 등 지역사회에서 건강생활 유지 가이드	가이드북	2018	공문요청 또는 국립재활원 홈페이지 (http://www.nrc.go.kr)
	장애인의 구강관리 구강질환, 구강관리 원칙, 장애유형별 구강상태 특징과 교육	리플릿	2018	공문요청 또는 국립재활원 홈페이지 (http://www.nrc.go.kr)
	장애인의 비만관리 비만 위험성, 비만관리를 위한 행동수정요법, 식이요법, 운동요법	리플릿	2018	공문요청 또는 국립재활원 홈페이지 (http://www.nrc.go.kr)

표지	제목 / 내용	자료종류	발간연도	자료출처
	<p>힘들고 우울한가요? 장애인의 우울관리 우울이란, 우울할 때 도움요청방법 등</p>	리플릿	2018	공문요청 또는 국립재활원 홈페이지 (http://www.nrc.go.kr)
	<p>도움이 필요하세요? 장애인 가족의 우울 및 소진관리 장애인을 돌보는 가족의 어려움, 도움요청방법 등</p>	리플릿	2018	공문요청 또는 국립재활원 홈페이지 (http://www.nrc.go.kr)
	<p>나에게 딱 맞는 휠체어 휠체어 정의 및 분류, 나에게 맞는 휠체어, 올바른 이용, 주의사항 등</p>	가이드북	2018	공문요청 또는 국립재활원 홈페이지 (http://www.nrc.go.kr)
	<p>장애인의 의료기관 내원 시 중요 POINT 의사소통에 있어 중요포인트, 장애인과 첫 대면시 중요포인트 등</p>	가이드북	2018	공문요청 또는 국립재활원 홈페이지 (http://www.nrc.go.kr)

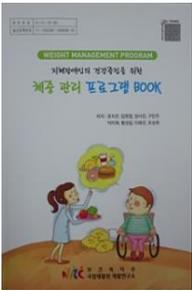
표지	제목 / 내용	자료종류	발간연도	자료출처
 <p>수검자용 지체, 뇌병변 장애 장애인 건강검진 안내서</p>	<p>장애인 건강검진 수검자용 안내서 (지체/뇌병변, 시각, 청각, 발달장애)</p>	가이드북	2018	공문요청 또는 국립재활원 홈페이지 (http://www.nrc.go.kr)
 <p>지체, 뇌병변 장애인을 위한 장애인 건강검진 기관용 워크북</p>	<p>장애인 건강검진 기관용 안내서 (지체/뇌병변, 시각, 청각, 발달장애)</p>	가이드북	2018	공문요청 또는 국립재활원 홈페이지 (http://www.nrc.go.kr)
 <p>지역사회 뇌졸중 장애인을 위한 과제지향 보행프로그램</p>	<p>지역사회 뇌졸중 장애인을 위한 과제지향 보행프로그램</p> <ul style="list-style-type: none"> - 지역사회 뇌졸중장애인의 보행이란 - 보행의 평가 - 보행촉진을 위한 운동프로그램 - 과제지향적 보행프로그램 	가이드북	2017	공문요청 또는 국립재활원 홈페이지 (http://www.nrc.go.kr)
 <p>지역사회 뇌졸중 장애인을 위한 과제지향적 보행프로그램</p>	<p>지역사회 뇌졸중 장애인을 위한 과제지향 보행프로그램</p> <ul style="list-style-type: none"> - 보행촉진을 위한 운동프로그램 - 과제지향적 보행프로그램 	포스터	2017	공문요청 또는 국립재활원 홈페이지 (http://www.nrc.go.kr)

표지	제목 / 내용	자료종류	발간연도	자료출처
	<p>방방곡곡 CBR이야기 2017 2016년 지역사회중심재활사업 사례모음</p>	사례집	2017	공문요청 또는 국립재활원 홈페이지 (http://www.nrc.go.kr)
	<p>사람 그리고 희망 - 2016 보조기기 공모전 우수작품 모음집 - 보조기기 사진 공모전 수상작 - 보조기기 수기 공모전 수상 및 우수작</p>	사례집	2017	공문요청 또는 국립재활원 홈페이지 (http://www.nrc.go.kr)
	<p>함께해요 과제지향순환식 운동 프로그램 - 지역사회장애인을 위한 재활프로그램 - 쉽고 자세한 설명 - 동작을 직접 시연</p>	가이드북	2017	공문요청 또는 국립재활원 홈페이지 (http://www.nrc.go.kr)
	<p>장애인 건강권법의 이해 - 장애인 건강권법 제정배경과 이념 - 장애와 건강 - 장애인 건강보건관리사업 및 향후 계획</p>	사이버	2017	한국보건복지인력개발원 사이버교육 홈페이지 (https://cyber.kohi.or.kr)
	<p>과제지향 순환식 운동프로그램 지역사회장애인을 위한 재활운동프로그램에 대해 동작을 시연하며 쉽고 자세히 설명</p>	동영상	2016	공문요청 또는 국립재활원 홈페이지 (http://www.nrc.go.kr)

표지	제목 / 내용	자료종류	발간연도	자료출처
	나에게 딱 맞는 휠체어 휠체어의 안전한 사용을 위한 가이드북	가이드북	2016	공문요청 또는 국립재활원 홈페이지 (http://www.nrc.go.kr)
	휠체어 & 스쿠터 알고 이용하면 안전해요 이동보조기기인 휠체어와 스쿠터의 안전한 사용을 위한 동영상 교육자료	동영상	2016	공문요청 또는 국립재활원 홈페이지 (http://www.nrc.go.kr)
	방방곡곡 CBR이야기 2016 2015년 보건소 지역사회중심재활사업 사례모음	사례집	2016	공문요청 또는 국립재활원 홈페이지 (http://www.nrc.go.kr)
	공공재활프로그램 지역사회 장애인 및 비장애인을 위한 공공재활프로그램 홍보자료	홍보 동영상	2015	공문요청 또는 국립재활원 홈페이지 (http://www.nrc.go.kr)

표지	제목 / 내용	자료종류	발간연도	자료출처
	<p>지역사회중심재활 CBR</p> <p>지역사회중심재활사업의 이용방법, 프로그램 등을 지역사회 대상자에게 홍보할 수 있도록 리플릿으로 제작</p>	리플릿	2015	공문요청 또는 국립재활원 홈페이지 (http://www.nrc.go.kr)
	<p>안전한 일상을 위한 가이드</p> <p>보건의료담당자를 위한 가이드북으로 낙상, 화상, 투약오류로부터 지역사회 장애인들의 안전한 생활을 가이드하기 위한 교육자료로 활용 또한 안전생활수칙을 대상자들이 실천할 수 있도록 리플릿을 제공</p>	가이드북 리플릿	2015	공문요청 또는 국립재활원 홈페이지 (http://www.nrc.go.kr)
	<p>방방곡곡 CBR 이야기</p> <p>2014년 지역사회중심재활사업 실적으로 제출한 우수프로그램을 사례집으로 발간함. 정보와 기술을 상호 공유함으로써 지역사회중심재활사업 프로그램을 기획하는데 참고하기 위함</p>	가이드북	2015	공문요청 또는 국립재활원 홈페이지 (http://www.nrc.go.kr)
	<p>활기찬 건강체조</p> <p>뇌졸중장애인 및 노인장애인이 안전하게 수행할 수 있는 건강체조로 동작이 단순하고 쉽게 배울 수 있는 장점이 있음 포스터의 경우는 대상자들이 가정에 붙여놓고 동작을 익히도록 돕기 위해 제작함</p>	포스터 및 CD	2015	공문요청 또는 국립재활원 홈페이지 (http://www.nrc.go.kr)

표지	제목 / 내용	자료종류	발간연도	자료출처
	한 손에 꼭 쥐어주는 지역사회중심재활 2013년 지역사회중심재활사업 실적으로 제출한 우수프로그램을 사례집으로 발간함. 정보와 기술을 상호 공유함으로써 지역 사회중심재활사업 프로그램을 기획하는데 참고하기 위함	가이드북	2014	공문요청 또는 국립재활원 홈페이지 (http://www.nrc.go.kr)
	장애인의 심리·상담 기본 마스터 갑작스런 사고나 질병으로 인한 장애인과 가족의 심리적 변화를 이해하고 치료시 대처 및 상담에 적용하기 위함	가이드북	2014	공문요청 또는 국립재활원 홈페이지 (http://www.nrc.go.kr)
	배뇨관리의 이해 신장과 방광의 역할, 장애인 방광관리의 필요성, 관리방법 및 검사 방법과 청결 간헐적 도뇨법(IC), 유치 도뇨관 관리에 대한 가이드북	가이드북 및 CD	2014	공문요청 또는 국립재활원 홈페이지 (http://www.nrc.go.kr)
	건강생활 365 어렸을 때 소아마비 걸린 후 신경-근육운동 단위들의 기능 퇴화로 겪게 되는 증상에 대한 관리방법, 일상생활수칙, 운동 등 후소아마비 증후군에 대한 가이드북	가이드북 및 CD	2013	공문요청 또는 국립재활원 홈페이지 (http://www.nrc.go.kr)

표지	제목 / 내용	자료종류	발간연도	자료출처
	<p>지체장애인 건강증진을 위한 체중 관리 프로그램 book</p> <p>장애인 건강증진을 위한 체중관리(영양/운동) 프로그램 구성, 식이운동일기 사용법, 운동전 확인사항 및 운동시 주의사항, 체중관리 weekly 프로그램(8주 구성) 및 사후관리에 대한 실무책자</p>	책자	2013	공문요청
	<p>삼킴장애 관리</p> <p>삼킴장애 정의, 진단, 재활치료, 점도증진제의 이해와 사용법, 올바른 경관영양법 및 관리 등 소아 삼킴장애 관리에 대한 가이드북</p>	가이드북	2013	공문요청 또는 국립재활원 홈페이지 (http://www.nrc.go.kr)
	<p>110인의 재활의학과 의사가 권하는 건강한 삶</p> <p>증상별 통증관리, 스포츠재활, 신경손상과 관련된 재활, 만성질환으로 인한 재활, 지역사회중심재활까지 총 망라한 재활관련 도서</p>	책자	2012	중앙일보헬스 미디어제작 국립재활원 일부 소장, 공문요청
	<p>방문재활의 실제</p> <p>재가 중증장애인 방문재활 서비스 제공시 실제적으로 활용할 수 있는 전자가이드북(대상자 평가, 일상 생활관리, 욕창관리, 편측무시관리, 배뇨·배변관리, 만성질환 관리)</p>	e-book	2011	국립재활원 홈페이지 (http://www.nrc.go.kr)

표지	제목 / 내용	자료종류	발간연도	자료출처
	<p>마당을 두바퀴 돌기까지 장애인 재활사례, 재활치료·건강증진·지역사회참여·장애에 방 프로그램 사례 등 지역사회중심 재활사업의 실제 사례집</p>	책자	2011	공문요청
	<p>건강한 수면을 위한 가이드북 수면장애를 호소하는 뇌졸중 환자를 중심으로 건강한 수면으로 독립적인 일상생활을 수행하도록 도움을 줄 수 있는 가이드북</p>	가이드북 e-book	2010	공문요청 또는 국립재활원 홈페이지 (http://www.nrc.go.kr)
	<p>허약노인의 건강관리 프로그램 - 허약노인의 장애예방을 위한 건강관리 프로그램 - 영양관리(1~4회차) 프로그램 - 낙상예방위한 위험요인 관리 - 운동관리 프로그램</p>	가이드북	2009	공문요청 또는 국립재활원 홈페이지 (http://www.nrc.go.kr)
	<p>사고로 인한 장애, 예방 할 수 있습니다 사고로 인한 장애 사례, 외상성 뇌·척수손상의 정의 및 원인, 장애예방 수칙, 국립재활원 장애예방교육 안내에 대한 가이드북</p>	가이드북 및 e-book	2008	공문요청 또는 국립재활원 홈페이지 (http://www.nrc.go.kr)

표지	제목 / 내용	자료종류	발간연도	자료출처
	낙상예방 및 안전관리 낙상의 위험을 줄이고 독립적인 일상생활에 도움을 줄 수 있는 가이드북(낙상신체기능/외부환경 평가, 낙상예방 활동 및 체조)	가이드북 및 e-book	2007	공문요청 또는 국립재활원 홈페이지 (http://www.nrc.go.kr)
	배뇨·배변에 관한 모든 것 배뇨장애 및 배변장애가 있는 뇌손상·척수손상 대상자가 알아야 할 것과 관리하는 방법들에 대한 가이드북	가이드북	2007	공문요청 또는 국립재활원 홈페이지 (http://www.nrc.go.kr)
	편측무시 대상자를 위한 가이드북 뇌졸중이나 사고로 인한 뇌손상 대상자에게 나타날 수 있는 편측무시증상에 대한 정의, 관리 및 훈련방법에 대한 가이드북	가이드북	2006	공문요청 또는 국립재활원 홈페이지 (http://www.nrc.go.kr)
	욕창에 관한 모든 것 욕창환자가 꼭 알아야 할 10가지, 욕창을 치료하는 보호자 및 치료자가 꼭 알아야 할 정보가 수록됨	가이드북 및 e-book	2005	공문요청 또는 국립재활원 홈페이지 (http://www.nrc.go.kr)

※국립재활원 재활교육 동영상 자료

구분	제목	제공년도	자료접속방법
장과 방광훈련	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 신경인성방광에서의 배뇨관리(1)개념과중요성 ▪ 신경인성방광에서의 배뇨관리(2)종류와 방법 ▪ 청결 간헐적 도뇨법 안내(남성) ▪ 청결 간헐적 도뇨법 안내(여성) ▪ 척추손상인을 위한 배변관리 ▪ 청결 간헐적 도뇨법(CIC) 교육 영상 	2015	① 유튜브 검색 “국립재활원 재활교육 동영상”으로 검색 ② 네이버검색 검색창에 위 동영상 이름입력 “국립재활원 재활교육 자료실” 블로그 접속 ③ http://재활교육.kr 로그인 후 접속 동영상 SMS 발송가능
척추손상인을 위한 건강정보	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 척추손상인을 위한 자가운동 가이드(1) 운동 효과 ▪ 척추손상인을 위한 자가운동 가이드(2) 스트레칭 ▪ 척추손상인을 위한 자가운동 가이드(3) 근력운동의 효과와 주의사항 ▪ 척추손상인을 위한 자가운동 가이드(4) 밴드를 이용한 근력운동 ▪ 척추손상인을 위한 자가운동 가이드(5) 덤벨을 이용한 근력운동 ▪ 척추손상인에서의 자율신경과반사증 ▪ 욕창 환자가 반드시 알아야 할 10가지 정보 		
뇌졸중 장애인을 위한 건강정보	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 뇌졸중장애인과 가족을 위한 우울증 관리 ▪ 뇌졸중장애인의 활기찬 일상을 위한 건강 체조 ▪ 가정에서 할 수 있는 연하재활운동 및 주의 사항 ▪ 구음장애 환자를 위한 구강-조음기관운동 		
낙상예방 및 관리	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 낙상 예방을 위한 자가운동 ▪ 낙상 예방을 위한 안전관리 		
만성질환관리	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 당뇨식 안내 ▪ 고지혈증 안내 ▪ 골다공증의 개념과 예방 및 치료 ▪ 고혈압 환자의 생활요법 안내 ▪ 당뇨병 환자의 발관리 안내 ▪ 당뇨병 환자의 혈당관리 방법 ▪ 당뇨병 환자의 운동요법 		

참고 18 생애주기별 국가건강검진 실시체계 (「2019년 건강검진사업안내」 p.5 참조)

생애주기별 국가건강검진 실시체계

구분	영유아(0세~5세) (영유아 건강검진)		학동기(6세~18세) (학생검진)		성인기(19~64세) (일반검진 및 암검진)		노년기(65세 이상) (일반검진 및 암검진)	
	건강보험 가입자	의료급여 수급권자	취학 학동기	비취학 학동기	건강보험 가입자	의료급여 수급권자	건강보험 가입자	의료급여 수급권자
근거 법령	국민건강보 험법제52조	의료급여법 제14조	학교보건법 제7조	청소년 복지지원법 제6조	국민건강보험법 제52조 및 산업안전보건법 제43조 암관리법제11조	의료급여법 제14조 암관리법 제11조	국민건강보험법 제52조 암관리법 제11조	국민건강보험법 제52조 의료급여법 제14조 및 암관리법제11조
대상	만0~5세 전체 영유아		만6세~18세 전 취학 학동	만9~18세 학교 밖 청소년	- 직장가입자 - 세대주인 지역 가입자 - 만20세 이상 피부 양자 및 세대원	- 만19세~64세 의료급여 수급권자	- 성인기 건강보험 가입자와 동일	- 만66세이상(의료 급여 생애전환기 검진) * 만65세이상 일반검진 - 노인복지법에 의해 시·군·구 에서 실시
	암검진		-	-	- 암종별 대상연령	- 암종별 대상연령		
검진주기	4개월, 9개월, 18개월, 30개월, 42개월, 54개월, 66개월(총 7회)		초등 1·4학년, 중등 1학년, 고등 1학년 (총 4회)	- 3년 1회	- 2년1회 (비사무직 1년 1회)	- 2년1회	- 2년1회 (비사무직 1년 1회)	- 2년 1회
검진 수행 주체	국민건강 보험공단	시·군·구 (보건소) * 공단 위탁 수행	학교장	여성가족부 * 공단 위탁 수행	국민건강보험공단, 시·군·구(보건소) * 공단 위탁수행	시·군·구(보건소) * 공단 위탁 수행	국민건강보험공단, 시·군·구(보건소) * 공단 위탁 수행	시·군·구(보건소) * 공단 위탁 수행
비용 부담	본인부담 없음	본인부담 없음		본인부담 없음	- 일반검진 : 본인부담 없음	본인부담 없음	- 일반검진 : 본인 부담 없음	본인부담 없음
	* 건강보험 재정	* 국고 및 지방비		* 건강보험재정 - 암 검진: • 보험료 상위 50%:본인 부담 10% (자궁경부암, 대장암은 본인부담 없음) * 건강보험재정 90%	* 국고 및 지방비	* 건강보험재정 90% • 보험료 하위 50% : 본인 부담 없음 *건강보험재정 90%, 국고 및지방비 10%	*국고 및 지방비	*건강보험재정 90% • 보험료 상위 50%:본인 부 담 10% (자궁경부암, 대장암은 본인 부담 없음) *건강보험재정 90% • 보험료 하위 50% : 본인 부담 없음 *건강보험재정 90%, 국고 및 지방비 10%
비고	'07.11.15 실시	'08.1.1 실시	교육부 주관 (1951년 실시)	여성가족부 주관('16년)	- 일반 : '80년 실시 - 암 : '90년 실시	- 일반: '12년 실시 - 암 : '99년 실시		-의료급여 생애 전환기 검진 : '18년실시
	* 이외 모자보건법, 영유아 보육법, 유아교육법에 건 강검진 임의규정 명시				생애전환기 건강진단(만40세,66세) : '07~'17년까지 실시			

참고 19 **보건소 - 공단 간 시스템 연계 안내** (「2019년 건강검진사업안내」 p.105 참조)

1. 목적

- 보건기관(보건소 및 보건의료원)과 국민건강보험공단 간 전산망 연계를 통해 국가건강검진 관련 자료를 송수신함으로써 사업의 효율성을 도모하기 위한
 - ※ 국가건강검진 : 일반건강검진, 암검진, 영유아 건강검진

2. 관련근거

- 건강검진기본법 및 건강검진실시기준(보건복지부 고시), 건강검진사업 업무위탁 협약

3. 대상

- 의료급여수급권자
- 국가건강검진을 받은 대상자 중 건강검진실시기준 제16조에 의한 “건강검진 사후관리를 위한 결과활용 동의서” 제출자

4. 연계 대상 업무 내용

- 건강검진 정보
 - 검진기관 신청 및 취소, 행정처분
 - 제공자료 : 검진기관 지정신청, 변경 및 지정취소, 행정처분, 건강진단 등 신고
 - 제공주기 : 수시
 - 영유아 발달장애 정밀진단비 지원
 - 대상 : 의료급여수급권자, 건강보험료 부과금액 하위 50% 이하인 자 중 건강검진실시기준 제15조의 “건강검진 사후관리를 위한 결과활용 동의서” 제출자
 - 제공자료 : 대상자 대장 및 현황
 - 제공주기 : 월 1회
- 검진사후 정보
 - 『건강검진 사후관리를 위한 결과 활용 동의서』에 동의한 자 중 정상소견 이외의 자
 - 대상 : 국가건강검진을 받은 대상자 중 건강검진 실시기준 제15조의 『건강검진 사후관리를 위한 결과활용 동의서』 제출자

- 제공자료
 - 개인식별정보 : 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 이메일
 - 건강검진정보 : 건강검진결과 및 문진자료
 - 제공주기 : 월 1회
 - “건강검진 사후관리를 위한 결과활용 동의서” 철회
 - 대상 : 국가건강검진을 받은 대상자 중 건강검진실시기준 제15조의 “건강검진 사후관리를 위한 결과활용 동의”를 철회한 자
 - 제공자료 : 국가건강검진 사후관리를 위한 결과활용 동의 철회에 관한 사항
 - 제공주기 : 월 1회
- 검진비용 정보
- 위탁검진비용 지급
 - 대상 : 의료급여수급권자
 - 제공자료 : 국가건강검진비용 청구·지급 내역
 - 제공주기 : 월 1회
 - 검진비용 환수·환불 이력 내역
 - 대상 : 의료급여수급권자 및 「암관리법」에 따른 암검진사업 수검자의 본인부담 비용 등 국가 및 지방자치단체에서 부담하는 검진 대상자
 - 제공자료 : 위탁검진비용 환불현황 및 휴·폐업 검진기관 및 6개월간 검진비 청구 내역이 없어 공단에서 검진비 상계 처리가 불가하여 현금고지해야 하는 대상 건
 - 제공주기 : 월 1회 또는 사유 발생시
 - 제공방법 : 문서 통보 및 전산자료 연계(지역보건의료정보시스템 → 나의 업무 → 건강증진사업 → 공단자료연계 → 위탁검진비 환수·환불현황)

5. 자료제공 방법

	연계 업무	제공방법
건강검진 정보	검진기관 신청, 변경 및 취소, 행정처분, 건강진단등 신고	공단 ↔ 보건소
	영유아 발달장애 정밀검사비 지원	공단 → 보건소
검진사후 관리정보	검진결과 활용 동의자	공단 → 보건소
	검진결과 활용 동의자 중 철회자	공단 ↔ 보건소
검진비용 정보	위탁검진비용 지급	공단 → 보건소
	검진비용 환수·환불 이력 내역	

【 연계 대상업무 상세 】

시스템	업무	단위업무기능 명	기능설명
보건소 연계	건강 진단	지정 신청 및 취소	지정신청 기본정보
			지정신청 인력정보
			지정신청 장비정보
			지정신청 검토 결과
			지정취소 신청정보
			건강진단 등 신고
			검진기관 변경신고
			행정처분
		의료급여 대상자	의료급여 영유아대상자 대장 보건소 통보
			의료급여 영유아(건강 및 구강)결과 통보 보건소 통보
			의료급여 영유아 수검 현황 보건소 통보
			의료급여 생애전환기 대상자(미수검자) 대장 보건소 통보
			의료급여 생애전환기 결과 보건소 통보
			의료급여 생애전환기 수검 현황 보건소 통보
	의료급여 일반검진 대상자 대장 보건소 통보		
	의료급여 일반검진(건강 및 구강)결과 보건소 통보		
	의료급여 일반검진 수검 현황 보건소 통보		
	영유아 발달장애 정밀검사비 지원대상자 대장 및 관리	정밀검사비 지원대상자 대장 보건소 통보	
		정밀검사비 지원대상자 현황 보건소 통보	
	검진 사후	보건소 사후관리 사업결과 전송	보건소 사후관리 결과 관리
			보건소 사후관리 결과 보건소 추진
		결과활용 동의자 및 결과	결과활용 동의 대상자 보건소 통보
			결과활용 동의자 검진결과 보건소 통보
			결과활용 동의자 문진표 보건소 통보
		결과활용철회(쌍방향)	결과활용 철회 보건소 통보
	결과활용 철회 수신		
	지급/ 청구	위탁검진비 지급	예약금 입금 내역
예약금 지출 내역			
예약금 수입/지출 현황			
환수 보건소 이관 내역		위탁검진비 환수현금고지 보건소 통보	
		위탁검진비 환수결정내역 보건소 통보	
		위탁검진비 환수결정내역 보건소 통보	
환불 보건소 이관 내역		위탁검진비 환수결정개인별내역 보건소 통보	
	위탁검진비 환불현금고지 보건소 통보		
	위탁검진비 환불결정개인별내역 보건소 통보		

참고 20 통상임금 노사지도 지침

통상임금 노사지도 지침

* 대법원 전원합의체 판결내용('13.12.18.)

1. 통상임금의 개념과 특징

- 대법원은 통상임금을 “근로계약에서 정한 근로를 제공하면 확정적으로 지급되는 임금”이라 하고,
 - 통상임금 여부는 임금의 명칭이나 지급주기의 장단 등 형식적인 기준이 아니라 **임금의 객관적 성질**이 통상임금의 법적인 요건을 갖추었는지 여부에 따라 판단하고 있음
- 통상임금은 **초과근로수당 산정 등을 위한 기초임금**이므로
 - 근로계약에 따른 **소정근로시간에 통상적으로 제공하는 근로의 가치**를 금전적으로 평가한 것이어야 함(소정근로의 대가)
 - 따라서 근로계약에서 정한 근로가 아닌 **특별한 근로**(예:초과근로)를 제공하고 **추가로 지급받은 임금은 통상임금이 아님**
 - 또한 근로자가 실제로 초과근로를 제공하기 전에 미리 확정되어 있어야 함

2. 통상임금의 판단기준

① 소정근로의 대가

- 소정근로의 대가는“근로자가 소정근로시간에 통상적으로 제공하기로 정한 근로에 관하여 사용자와 근로자가 지급하기로 약정한 금품”이라고 정의함
- 소정근로의 대가로 볼 수 없는 임금은 아래와 같음
 - ① 근로자가 **소정근로시간을 초과**하여 근로를 제공하여 지급받는 임금
 - ② 근로계약에서 제공하기로 정한 근로 외의 근로를 **특별히 제공함**으로써 사용자로부터 추가로 지급받는 임금
 - ③ 소정근로시간의 근로와는 **관련없이** 지급받는 임금
 다만, 약정한 금품이 소정근로시간에 근무한 직후나 그로부터 가까운 시일 내에 지급되지 아니하였다고 하여 소정근로의 대가가 아니라고 할 수 없음

② 정기성

- 정기성은 미리 정해진 **일정한 기간마다 정기적으로** 지급되는지 여부에 관한 것으로서, **1개월을 초과하는 기간마다** 지급되더라도 일정한 간격을 두고 계속적으로 지급되는 것이면 통상임금이 될 수 있음

③ 일률성

- 일률성은 ‘모든 근로자’에게 지급되는 것뿐만 아니라 **‘일정한 조건 또는 기준에 달한 모든 근로자’**에게 지급되는 것도 포함하는 개념으로서, **일률적으로 지급되어야 통상임금이 될 수 있음**
 - ‘일정한 조건 또는 기준’은 작업 내용이나, 기술, 경력 등과 같이 **소정근로의 가치 평가와 관련된 조건**이어야 함
 - * ‘일정한 조건’이란 시시때때로 변동되지 않는 고정적인 조건이어야 함

‘일률성’ 요건의 구체적 적용

- 1) 단체협약이나 취업규칙 등에서 휴직이나 복직자, 징계대상자에 대한 **지급제한 사유를 규정**한 임금이라도 이는 해당 근로자의 개인적 특수성을 고려한 것일 뿐이므로 정상적인 근로관계를 유지하고 있는 근로자에 대하여 그 해당 임금의 **일률성이 부정되지 아니함**
- 2) 가족수당
 - **부양가족 수에 따라 차등 지급**되는 경우는 근로와 관련된 일정한 조건 또는 기준에 따른 것이라 할 수 없어 **일률성이 부정됨(眞性 가족수당)**
 - 다만, 기본금액을 동일하게 지급하면서 부양가족 수에 따라 추가적으로 지급하는 경우 그 기본금액은 통상임금에 해당
 - 모든 근로자에게 일정금액을 **기본금액**으로 지급하는 가족수당은 통상임금에 포함됨

④ 고정성

- 고정성은 **초과근로를 제공할 당시에** 그 지급 여부가 업적, 성과 기타 **추가적인 조건과 관계없이 사전에 이미 확정되어 있는 것**이어야 인정됨
 - 고정적 임금은 명칭을 묻지 않고, 소정근로시간을 근무한 근로자가 그 다음 날에 퇴직한다 하더라도 **근로의 대가로 당연하고도 확정적으로 받게 되는 최소의 임금**을 말함
- 고정성 판단기준
 - **초과근로를 제공할 당시에** 그 지급 여부가 업적, 성과 기타의 **‘추가적인 조건에 관계 없이’** 지급될 것이 **확정되어 있는 지** 여부를 기준으로 판단해야 함(사전확정성)

- ‘추가적인 조건’이란 ‘**초과근무를 제공하는 시점**’에 성취 여부가 불분명한 조건을 의미함
- 따라서 근로제공 이외에 추가적인 조건이 충족되어야 지급되는 임금이나, 그 충족 여부에 따라 지급액이 달라지는 임금 부분은 고정성이 결여되었다고 봄
- 다만, 지급액 중 **추가적인 조건에 따라 달라지지 않는 부분**만큼은 고정성을 인정함
- 실제 근무성적에 따라 지급 여부나 지급액이 달라지는 **성과급**과 같은 임금은 고정성이 없어 통상임금이 될 수 없는 대표적인 경우임
- 다만, 이 경우에도 **최소한도로 보장되는 부분**만큼은 근무성적과 무관하게 누구나 받을 수 있는 고정적인 것이므로 통상임금이 될 수 있음
- 전합 판결은 **지급일 기타 특정 시점에 재직 중인 근로자에게만 지급하는 임금은 고정성을 결여한 것으로 판단함**

3. 통상임금 해당여부에 대한 구체적인 적용

■ 근속기간에 따라 달라지는 임금(근속수당 등)

- 지급여부나 지급금액이 근속기간에 따라 달라지는 경우
 - * 예시 : 몇 년 이상 근속해야 지급하거나, 근속기간에 따라 임금계산방법이 다르거나 지급액이 달라지는 임금
- ☞ 통상임금에 해당
 - (일률성 인정) 근속기간은 일률성 요건 중 ‘근로와 관련된 일정한 조건 또는 기준’에 해당
 - (고정성 인정) 초과근로를 하는 시점에서 보았을 때, 그 근로자의 근속기간이 얼마나 되는지는 이미 확정되어 있음

■ 근속일수에 따라 달라지는 임금

- 매 근무일마다 일정액을 지급하기로 한 임금
 - * 예시 : 근무일수에 따라 일할 계산해서 지급되는 임금
- ☞ 통상임금에 해당
 - (고정성 인정) 근로자가 임의의 날에 소정근로를 제공하기만 하면 그에 대하여 일정액을 지급받을 것이 확정되어 있음
- 일정 근무일수를 채워야만 지급되는 임금
 - * 예시 : 월 15일 이상 근무해야 지급되는 임금

☞ 통상임금이 아님

- (고정성 부정) 소정근로 제공 외에 일정 근무일 충족이라는 추가적 조건을 성취하여야 하는바, 연장·야간·휴일 근로를 제공하는 시점에서 금액을 확정할 수 없기 때문에 고정성을 인정하기 어려움

● 일정 근무일수에 따라 계산방법 또는 지급액이 달라지는 임금

- * 예시 : 근무일수가 15일 이상이면 특정명목의 급여를 전액 지급하고, 15일 미만이면 근무일수에 따라 그 급여를 일할계산하여 지급하는 경우

☞ 소정근로를 제공하면 적어도 일정액 이상의 임금이 지급될 것이 확정되어 있는 최소한도의 범위에서는 고정성을 인정할 수 있음

- * 위 예시에서의 최소한 일할계산되는 금액 한도는 통상임금에 해당

■ 특정 시점에 재직중인 근로자에게만 지급되는 임금

● 소정근로를 했는지 여부와는 관계없이 지급일 기타 특정 시점에 재직 중인 근로자에게만 지급하기로 정해져 있는 임금

☞ 통상임금이 아님

- (소정근로의 대가 부정) 근로와 무관하게 재직만이 지급조건
- (고정성 부정) 초과근로를 제공하는 시점에서 보았을 때, 그 근로자가 그 특정 시점에 재직하고 있을 여부는 불확실함

● 특정시점에 퇴직하더라도 그 근무일수에 따라 달라지는 임금

- * 예시 : 퇴직시 일할계산하여 지급하기로 한 경우

☞ 근무일수에 비례하여 지급되는 한도에서는 통상임금 해당

- (고정성 인정) 특정 시점 전에 퇴직하더라도 그 근무일수에 비례한 만큼의 임금이 지급되는 경우에는 근무일수에 비례하여 지급되는 한도에서는 고정성이 부정되지 않음

■ 근무실적에 좌우되는 임금(성과급 등)

● 근무실적을 평가하여 이를 토대로 지급여부나 지급액이 정해지는 임금

☞ 일반적으로 성과급은 통상임금이 아님

- 다만, 근무실적에 관하여 최하등급을 받더라도 지급받을 수 있는 그 최소한도의 임금은 통상임금에 해당

- * 예시 : 근무실적을 A, B, C로 평가하여 최하 C등급에도 100만원 성과급을 지급한다면, 최소 100만원은 보장되므로 100만원만큼만 통상임금에 해당됨(나머지는 통상임금 아님)

- 근로자의 전년도 업무 실적에 따라 당해 연도에 지급여부나 지급액을 정하는 임금

☞ 통상임금에 해당

- (고정성 인정) 초과근무를 제공하는 시점인 당해 연도에는 그 성과급 등의 지급여부나 지급액이 확정되어 있으므로 고정성이 인정됨

* 예시 : 성과연봉

- (고정성 부정) 보통 전년도에 지급할 것을 그 지급시기만 늦춘 것에 불과하다고 볼만한 특별한 사정이 있는 경우에는 일반적인 성과급과 마찬가지로 고정성을 인정할 수 없음

■ 특수한 기술, 경력 등을 조건으로 하는 임금(자격수당 등)

- 특수한 기술의 보유나 특정한 경력의 구비 등이 지급의 조건으로 부가되어 있는 경우

* 예시 : 특정 자격증 또는 기술을 보유한 경우 지급하는 수당

☞ 통상임금에 해당

- (고정성 인정) 초과근로를 제공하는 시점에서 보았을 때, 특수한 기술의 보유나 특정한 경력의 구비 여부는 기왕에 확정된 사실이므로 고정성이 인정됨

임금유형별 통상임금 여부

임금명목	임금의 특징	통상임금 해당여부
기술수당	기술이나 자격보유자에게 지급되는 수당 (자격수당, 면허수당 등)	통상임금 ○
근속수당	근속기간에 따라 지급여부나 지급액이 달라지는 임금	통상임금 ○
가족수당	부양가족 수에 따라 달라지는 가족수당	통상임금 X
	부양가족 수와 관계없이 모든 근로자에게 지급되는 가족수당 분	통상임금 ○ (명목만 가족수당, 일률성 인정)
성과급	근무실적을 평가하여 지급여부나 지급액이 결정되는 임금	통상임금 X
	최소한도가 보장되는 성과급	그 최소한도만큼만 통상임금 ○ (그 만큼은 일률적, 고정적 지급)
상여금	정기적인 지급이 확정되어 있는 상여금 (정기상여금)	통상임금 ○
	기업실적에 따라 일시적, 부정기적, 사용자 재량에 따른 상여금(경영성과분배금, 격려금, 인센티브)	통상임금 X (사전 미확정, 고정성 인정 X)
특정시점 재직시에만 지급되는 금품	특정시점에 재직 중인 근로자만 지급받는 금품 휴가비의 경우 그러한 경우가 많음)	통상임금 X (근로의 대가 X, 고정성 X)
	특정시점이 되기 전 퇴직 시에는 근무일수에 비례하여 지급되는 금품	통상임금 ○ (근무일수 비례하여 지급되는 한도에서는 고정성 ○)

참고 21 개인정보 보호 안내

※ 「2020년 지역사회 통합건강증진사업 총괄안내서」 참조

1

기본원칙

- 시도 및 시·군·구는 개인정보보호법 및 자치법규 등에 따라 지역사회 통합건강증진사업 추진 시 수집·이용하는 개인정보를 보호해야 할 의무와 책임이 있음
- 지역사회 통합건강증진사업은 「개인정보보호법」을 준수하여 이용자의 개인정보 및 권익을 보호하기 위하여 필요한 사항을 다음과 같이 규정함

2

개인정보 보호 필수조치사항

- 개인정보 수집 및 이용
 - 개인정보를 수집하는 경우 그 목적에 필요한 최소한의 정보를 수집하여야 하고 그 수집 목적 범위에서 이용하여야 함
- 개인정보의 목적 외 이용 및 제공 제한
 - 개인정보를 수집한 목적과 다르게 이용하거나 목적 범위를 초과하여 제3자에게 제공 하여서는 아니 됨
- 개인정보 파기
 - 개인정보 보유기간 경과, 처리 목적 달성 등 그 개인정보가 불필요하게 되었을 때에는 지체 없이 그 개인정보를 파기하여야 함
 - ※ 다만, 다른 법령에 따라 보존하여야 하는 경우는 예외로 함
- 개인정보 유출 통지
 - 개인정보가 유출되었음을 알게 되었을 때에는 지체 없이 해당 정보주체에게 유출된 개인정보의 항목, 유출 시점 및 경위, 유출로 인하여 발생할 수 있는 피해를 최소화하기 위하여 정보주체가 할 수 있는 방법 등에 관한 정보를 통보하여야 함

3

지역보건의료정보시스템(PHIS) 개인정보 보호 상시모니터링

개인정보 안전 조치 의무

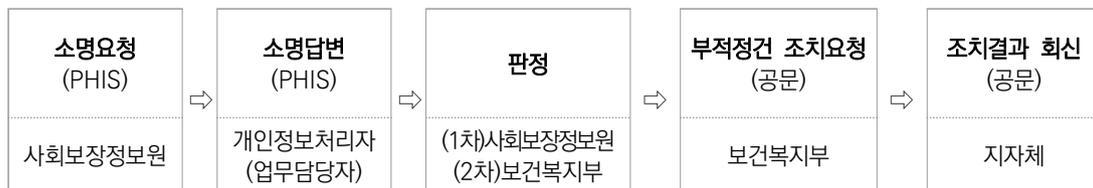
- 개인정보가 분실·유출·위조·훼손 등이 되지 않도록 내부관리계획을 수립하고, 방화벽·백신·접근통제 등 안전성 확보에 필요한 기술적·관리적 및 물리적 조치를 하여야 함

개인정보 보호 상시모니터링 개요

- 지역보건의료기관에서 업무처리 목적으로 활용하는 지역보건의료정보시스템(PHIS)의 개인정보 유출 및 오·남용 사고를 예방하기 위하여 개인정보처리시스템 접속기록 등에 대한 모니터링 수행

업무처리 절차

- 개인정보 보호 위반 의심사례 발생 시 PHIS를 통해 사회보장정보원에서 개인정보취급자에게 소명 요청, 요청 받은 자는 10일 이내 사실에 입각하여 소명내용을 구체적으로 작성 후 PHIS에 등록
- 판정 결과 부적정인 경우 지자체에서는 해당 위반 사안에 대하여 규정에 따라 적의조치하고 그 결과를 보건복지부로 공문 회신



유의사항

- 개인정보처리자는 개인정보 보호 의무를 위반한 경우 공무원징계령 및 개인정보 보호법 등에 따라 처분될 수 있음을 유의하여 업무 목적으로만 개인정보 처리 수행

참고 22 기관별 연락처

기 관	부 서 / 내 용		연락처
보건복지부	장애인정책과	장애인 건강보건관리사업 총괄	044-202-3296~7
	건강정책과	통합건강증진사업 총괄	044-202-2808
중앙장애인 보건의료센터 (국립재활원)	공공재활의료지원과	중앙장애인보건의료센터 총괄 지역장애인보건의료센터 실무	02-901-1615
		지역사회중심재활사업	02-901-1656
		지역사회중심재활교육	02-901-1592
		공공재활사업	02-901-1654
		보조기기 사례관리	02-901-1953
		보조기기 품질관리	02-901-1973
		보장구 실무	02-901-1648
		장애인건강사업과	장애친화 건강검진기관
	장애인 건강주치의		02-901-1305
	여성장애인 자원		02-901-1306
	장애인건강권 교육		02-901-1304
	국립재활원	장애예방운전지원과	장애인운전교육
장애체험교육			02-901-1586
사회복귀지원과		사회복귀	02-901-1897
간호과		행정	02-901-1711
		교육	02-901-1729
물리작업치료과		사무	02-901-1808
사회보장정보원	지역보건의료 정보시스템(PHIS)	콜센터	1566-3232
		CBR 보건소 전산	02-6360-6950
		CBR 진료소 전산	02-6360-6936
		통계(DW) 및 실적	02-6360-6949

기 관	구 분		연락처
멘토보건소	서울특별시	관악구보건소	02-879-7407
	부산광역시	동구보건소	051-440-6525
	대구광역시	동구보건소	053-662-3260
	인천광역시	계양구보건소	032-430-7893,7993
	광주광역시	북구보건소 두암보건지소	062-410-8199
	대전광역시	서구보건소	042-288-4588
	울산광역시	울주군보건소	052-204-4765
	경기도	파주시보건소	031-940-5596
	강원도	원주시보건소	033-737-4056
	충청북도	옥천군보건소	043-730-2134
	충청남도	예산군보건소	041-339-6094
	전라북도	남원시보건소	063-620-7972
	전라남도	목포시보건소	061-270-4016
	경상북도	구미시 구미보건소	054-480-4066
	경상남도	창원시 진해보건소 서부보건지소	055-225-6158
	제주특별자치도	제주시 제주보건소	064-728-8724
지역장애인 보건의료센터	서울특별시북부 지역장애인보건의료센터	서울재활병원	02-6020-3128
	서울특별시남부 지역장애인보건의료센터	서울시립보라매병원	02-870-2071
	대전광역시 지역장애인보건의료센터	충남대학교병원	042-338-2229
	강원도 지역장애인보건의료센터	강원도재활병원	033-248-7760
	전라북도 지역장애인보건의료센터	원광대학교병원	063-859-0053
	경상남도 지역장애인보건의료센터	양산부산대학교병원	055-360-4134

기 관	구 분		연락처
장애인 건강주치의	국민건강보험공단	급여운영실 장애인주치의사업부	033-736-1831~4
	건강보험심사평가원	의료수가실 일차의료수가부	033-739-1593, 1555
	중앙장애인보건의료센터	장애인건강사업과	02-901-1305
장애친화 건강검진기관	서울	서울의료원	02-2276-7000
	부산	부산의료원	051-607-2061
		부산성모병원	051-933-7651
	인천	인천의료원	032-580-6023~4
	대전	대청병원	1899-6075
	경기	경기도의료원 수원병원	031-888-0787~8
	강원	원주의료원	033-760-4586
	전북	대자인병원	063-240-2009
	경북	안동의료원	054-850-6080
		순천향대학교 부속 구미병원	054-468-9551
	경남	마산의료원	055-249-1234~5
		양산부산대학교병원	055-360-1570
		조은금강병원	055-330-0300
		진주고려병원	055-751-2412~3
제주	중앙병원	064-786-7282	
	서귀포의료원	064-730-3020	
장애인 구강진료센터	광주 장애인구강진료센터	전남대학교 치과병원	062-530-5513
	충남 장애인구강진료센터	단국대학교 치과대학 부속치과병원	041-550-0127
	부산 장애인구강진료센터	부산대학교 병원	051-240-6801
	전북 장애인구강진료센터	전북대학교 치과병원	063-250-2882
	경기 장애인구강진료센터	단국대학교 치과대학 죽전치과병원	031-8005-2937

기 관	구 분		연락처
	대구 장애인구강진료센터	경북대학교 치과병원	053-600-7115
	인천 장애인구강진료센터	가천대학교 길병원	032-460-3882
	강원 장애인구강진료센터	강릉원주대치과병원	033-640-3111
	제주 장애인구강진료센터	제주대학교병원	064-717-2716
	중앙 장애인구강진료센터	서울대학교 치과병원	02-2072-4711
권역재활병원	경인의료재활센터병원	서울, 인천, 경기	032-899-4351
	강원도재활병원	강원	033-248-7625
	대전충청권역의료재활센터	대전, 충남, 충북, 세종	042-338-2322
	호남권역재활병원	광주, 전북, 전남	062-613-9368
	영남권역재활병원	부산, 울산, 경남	055-360-4125
	경북권역재활병원	경북, 대구	-
재활의료기관	서울	국립재활원	02-901-1700
		의료법인춘혜의료재단 명지춘혜병원	02-3284-7777
		청담병원	02-2104-2000
		서울재활병원	02-6020-3000
		제니스병원	02-3436-8888
	인천경기	국립교통재활병원	031-580-5555
		린병원	031-8005-1300
		휴안유병원	031-202-0114
		분당러스크재활전문병원	031-716-0007
		로체스터병원	031-879-7575
		브래덤병원	032-456-7600
		미추홀재활전문병원	032-430-6200
		일산중심병원	031-810-2000

기 관	구 분		연락처
	대전	다빈치병원	1566-9852
	강원	강원도재활병원	033-248-7700
	충북	청주푸른병원	1833-8114
		씨엔씨울량병원	043-211-9090
	충남	다우리병원	041-575-7100
	광주전남	호남권역재활병원	062-613-9000
	대구경북	근로복지공단 대구병원	053-715-7575
		남산병원	053-250-1100
	부산경남	파크사이드재활의학병원	051-629-8000
		의료법인영재의료재단 큰솔병원	051-325-9700
		의료법인 인당의료재단 구포부민병원	051-366-7000
		(재)한·호 기독교교회 맥켄지화명일신기독교병원	051-363-2331
	제주	제주권역재활병원	064-730-9000
장애인 의료재활시설	서울 성동구	성동재활의원	02-2204-9970
	서울 은평구	서울재활병원	02-6020-3000
	서울 마포구	넥슨어린이재활병원	02-6070-9000
	서울 관악구	SRC재활병원	031-760-3622
		SRC부설의원	02-871-3636
	서울 강동구	주몽재활의원	070-8255-0356
	부산 영도구	천성의원	051-412-4408
	대구 수성구	인재재활병원	053-752-8683
	인천 남구	인천재활의원	032-866-0102
	인천 연수구	경인의료재활센터병원	032-899-4000
	대전 유성구	성세병원	042-820-1234

기 관	구 분		연락처
	대전 유성구	대전재활전문병원	042-717-7575
	강원	강원도재활병원	033-248-7700
	충북 청주	충북재활의원	043-271-8150
	경북 안동	경북재활병원	054-858-8410
	경남 창원	홍익재활병원	055-286-1518
	경남 거제	마하재활병원	055-633-3000
	제주	제주춘강의원	064-745-8800
전국 보조기기센터	중앙보조기기센터	국립재활원	02-901-1959
	부산광역시보조기기센터	부산장애인종합복지관	051-790-6192~6
	대구광역시보조기기센터	대구대학교	053-650-8340~3
	인천광역시보조기기센터	노틀담수녀회 노틀담복지관	032-540-8945~8
	광주광역시보조기기센터	호남권역재활병원	062-613-9365~6
	대전광역시보조기기센터	대전충청권역의료재활센터	042-338-2980~2
	울산광역시보조기기센터	울산장애인자립생활센터	052-257-8542
	세종특별자치시보조기기센터	세종장애인자립생활센터	044-715-5320
	경기도보조기기센터	북부센터	070-7114-0371~3
		남부센터	031-295-7363~4
	강원도보조기기센터	강원도재활병원	033-248-7751
	충청북도보조기기센터	충북재활의원 3층	070-7209-3260~2
	충청남도보조기기센터	나사렛대학교 산학협력단	041-415-2861
	전라북도보조기기센터	전주대학교	063-220-3000
	전라남도보조기기센터	순천제일대학교 산학협력단	061-740-1501
	경상북도보조기기센터	대구대학교 산학협력단	053-850-5801
	경상남도보조기기센터	경남장애인종합복지관	055-237-8242
	제주특별자치도보조기기센터	제주시각장애인복지관	064-723-9997

기 관	구 분	연락처
발달장애인 지원센터	중앙발달장애인지원센터	02-3433-0748
	서울특별시발달장애인지원센터	02-2135-3635
	부산광역시발달장애인지원센터	051-714-7360
	대구광역시발달장애인지원센터	053-719-0340
	인천광역시발달장애인지원센터	032-715-4363
	광주광역시발달장애인지원센터	062-714-3352
	대전광역시발달장애인지원센터	042-719-1085
	울산광역시발달장애인지원센터	052-710-3154
	세종특별자치시발달장애인지원센터	044-414-9172
	경기도발달장애인지원센터	031-548-1393
	강원도발달장애인지원센터	033-817-2357
	충청북도발달장애인지원센터	043-716-2163
	충청남도발달장애인지원센터	041-415-1215
	전라북도발달장애인지원센터	063-714-2610
	전라남도발달장애인지원센터	061-802-1062
	경상북도발달장애인지원센터	054-805-7310
	경상남도발달장애인지원센터	055-716-2390
	제주특별자치도발달장애인지원센터	064-803-3714

구분	지역	기관
기타연계 의료기관	서울	중앙보훈병원, 원자력병원, 서울지구병원, 서울의료원, 서울의료원 강남분원, 서울특별시 동부병원, 서울특별시 보라매병원, 서울특별시 어린이병원, 서울특별시 서남병원, 서울특별시 서북병원, 서울특별시 은평병원, 서울특별시 북부병원, 경찰병원, 서울대학교병원, 서울적십자병원, 국립중앙의료원 등
	부산	부산보훈병원, 부산대학교병원, 부산광역시의료원 등
	대구	경북대학교병원, 대구보훈병원, 근로복지공단 대구병원, 칠곡경북대학교병원, 대구의료원 등
	인천	인천광역시의료원, 근로복지공단 인천병원, 인천적십자병원, 인천광역시의료원 백령병원 등
	광주	전남대학교병원, 빛고을전남대학교병원, 광주보훈병원 등
	대전	근로복지공단 대전병원, 대전보훈병원, 충남대학교병원 등
	경기	국민건강보험공단 일산병원, 국립암센터, 분당서울대학교병원, 경기도의료원 수원병원, 경기도의료원 안산병원, 경기도의료원 안성병원, 경기도의료원 의정부병원, 경기도의료원 이천병원, 경기도의료원과주병원, 경기도의료원 평택병원, 경기도의료원 포천병원, 국립교통재활병원 등
	강원	강릉의료원, 국군강릉병원, 근로복지공단 동해병원, 삼척의료원, 속초의료원, 영월의료원, 원주의료원, 국군원주의원, 정선군립병원, 근로복지공단 정선병원, 국군춘천병원, 근로복지공단 태백병원, 국군홍천병원 등
	충북	충북대학교병원, 청주의료원, 충주의료원 등
	충남	공주의료원, 서산의료원, 천안의료원, 홍성의료원 등
	전북	군산의료원, 남원의료원, 전북대학교병원, 진안군의료원 등
	전남	강진의료원, 목포시의료원, 순천의료원, 근로복지공단 순천병원, 화순전남대학교병원 등
	경북	상주적십자병원, 김천의료원, 안동의료원, 울진군의료원, 포항의료원, 마산의료원 등
	경남	거창적십자병원, 양산부산대학교병원, 경상대학교병원, 국립부곡병원, 국립마산병원, 창원경상대학교병원, 근로복지공단 창원병원, 통영적십자병원 등
	제주	제주대학교병원, 서귀포의료원, 제주의료원 등



02

서 식

서식 목록

구분	서 식	페이지	
장애인 보건의료 센터 지정·운영	서식1	개인정보 수집 이용 및 제3자 제공 동의서	127
	서식2	일반정보 등록	129
	서식2-1	여성장애인 건강 등록	130
	서식3	건강행태(health behavior) 조사지	131
	서식4	재활기록지	132
	서식5	상담기록지	134
	서식6	장애인 건강보건 사례관리 상담지	135
	서식7	장애인 건강보건관리 계획	136
	서식8	장애인 건강보건 사례관리 점검지	137
	서식9-1	지역사회서비스 의뢰서 I	138
	서식9-2	지역사회서비스 의뢰서 II	140
	서식9-3	서비스 회송서	141
	서식10	교육 만족도 조사지(안)	142
	서식11	교육 수요 조사지(안)	145
	서식12	자원봉사 신청서	149
	서식13	지역 장애인건강보건위원회 구성 및 회의록	150
	서식14	지역 장애인건강보건위원회 운영위원 위촉장	151
	서식15	지역 장애인건강보건협의회 구성 및 회의록	152
	서식16	업무 협약서	154
	서식17	지역장애인보건의료센터 협력기관 관리 양식	155
서식18	비품관리대장	156	
서식19	국고보조금 교부신청서	157	
서식20	서약서	158	

구분	서식	페이지	
	서식21	사업계획서	159
	서식22	사업계획 변경 승인 요청서	161
	서식23	실적보고서	163
	서식24	사업결과보고서	167
	서식25	정산보고서	170
	서식26	사업별 성과평가 항목	174
	서식27	성범죄 경력 조회 동의서	176
	서식28	성범죄 경력 조회 신청서	177
	서식29	아동학대 관련 범죄 전력 조회 신청서	178
	서식30	아동학대 관련 범죄 전력 조회 동의서	179
	서식31	기부금 영수증	180
	서식32	기부금 영수증 발급명세서	181
	서식33	후원금 수입 및 사용결과 보고서	183
보건소 지역사회중심 재활사업 운영	서식1	서비스 참여 및 개인정보 처리 동의서	187
	서식2	상담기록지	190
	서식3	연계병원 퇴원상담기록지	191
	서식4	재활기록지 I,II	193
	서식5	기능평가(변형된 Barthel 지수)	194
	서식6	삶의질 평가(EQ-5D)	198
	서식7	지역사회재활협의체 구성 및 운영	200
	서식8	지역사회재활협의체 회의록	201
	서식9	장애인 건강보건 사례관리 상담지 및 점검지	203
	서식10-1	지역사회서비스 의뢰서 I	204
	서식10-2	지역사회서비스 의뢰서 II	206
서식10-3	서비스 회송서	207	
서식11	사업 만족도 조사	208	

구분	서식	페이지	
장애친화 건강검진사업	서식1	장애인 건강검진기관 지정신청서	219
	서식2	장애인 건강검진 인력·시설 및 장비 현황	220
	서식3	장애인 건강검진기관 지정서	222
	서식4	장애인 건강검진기관 현황 등 변경신고서	223
	서식5	장애인 건강검진기관 시설기준 적합성 확인서	225
	서식6	장애인 건강검진기관 지정 취소 요청서	226
	서식7	국고보조금 교부신청서	228
	서식8	사업계획서 변경 승인 요청서	229
	서식9	장비 계획 심의 신청서	231
	서식9-1	장비 구매 사유서	232
	서식10	장비 계획 변경·추가 심의신청서	233
	서식10-1	장비 계획 변경·추가 사유서	234
	서식11	장비구매 완료 보고서	235
	서식12	시설 설계 심의 신청서	236
	서식13	시설 설계 변경·추가 심의 신청서	237
	서식14	시설 공사 완료 보고서	238
	서식15	장애친화 건강검진 사전 체크리스트	239
서식16	건강검진 사후관리를 위한 결과활용 동의서	240	
서식17	장애친화 건강검진 만족도 조사 서식(예시)	241	



1

장애인 보건의료센터 지정·운영

〈서식 1〉 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서

개인정보 수집 · 이용 및 제3자 제공 동의서
<p>○○○지역장애인보건의료센터는 「개인정보보호법」에 명기된 관련 개인정보보호 규정에 의거, 「장애인의료접근성 및 보장에 관한 법률」 제 20조에 의한 업무를 처리함에 있어 상담, 검진, 의료비 지원 등 각종 서비스 제공을 위하여 아래와 같은 개인정보를 수집·이용 및 제 3자(단체·유관기관 등 장애인 건강보건관리 사업기관(업무의 위임·위탁기관을 포함)에게 제공하고자 합니다.</p> <p>※ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 일부 서비스를 제공 받으실 수 없습니다.</p>

1. 개인정보수집이용에 대한 동의

<p>[개인정보의 수집 · 이용 목적] 귀하의 개인정보를 다음과 같은 이유로 수집합니다. 가. 지역장애인보건의료센터에서 운영하는 각종서비스 지원 및 관리 나. 지역장애인보건의료센터 이용현황 및 관련통계 산출 다. 지역장애인보건의료센터 등록자 기반의 전산정보처리, DB운영 및 보안관리 라. 지역장애인보건의료센터에서 운영하는 각종 서비스 안내를 위한 우편물, 문자 및 이메일 발송</p> <p>[수집하는 개인정보의 항목] ○ 성명, 전화번호, 주민등록번호, 주소, 건강, 질병 및 장애에 대한 정보, 수혜이력 정보</p> <p>[개인정보 보유 및 이용기간] ○ 상기 내용은 개인정보보호법을 기준으로 합니다. ○ 상기 개인정보의 이용목적 소멸 시까지 보유합니다.</p>
<p>개인정보의 수집 및 이용목적에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음</p>

2. 개인정보의 제3자 제공에 대한 동의

<p>가. 지역장애인보건의료 등록 대상자의 건강보건관리를 위해 ○○○지역장애인보건의료센터에서는 지역 내 보건·복지서비스를 연계하고 있습니다. ○○○지역장애인보건의료센터가 수집한 개인정보는 아래의 내용에 따라 다른 기관에 제공하게 됩니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 정보의 제공 범위 : 이름, 전화번호, 기타 필요하다고 인정되는 개인정보 2. 정보의 제공 대상 : 보건소, ○○○ 주민복지회관, 건강보험공단 지사 등 서비스 연계 해당 기관(지역장애인보건의료센터에서 수정하여 쓰도록 함) 3. 정보의 이용목적 : 타 기관의 보건·복지 서비스 연계 4. 정보의 보유 및 이용기간 : 지역장애인보건의료센터 대상자 등록관리 기간 <p>나. 지역장애인보건의료센터 운영 효과 평가 및 정책 방향 연구의 통계자료로 활용하기 위하여 지역장애인보건의료센터는 보건복지부 및 중앙장애인보건의료센터에 아래의 내용에 따라 개인 정보를 제공하게 됩니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 정보의 제공 범위 : 연구 필요성이 인정되는 개인정보 2. 정보의 이용목적 : 사업의 효과 평가 및 정책 방향 연구 3. 정보의 보유 및 이용기간 : 해당 연구의 진행기간
<p>개인정보의 제3자 제공에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음</p>

〈서식 2〉 일반정보 등록

일반정보 등록

등록일시:

등록 담당자:

ID: 대상자 한명에 동일한 ID적용

기본정보			
주 소			연락처
생년월일			성별 <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여
학 력	<input type="checkbox"/> 무학 <input type="checkbox"/> 초졸 <input type="checkbox"/> 중졸 <input type="checkbox"/> 고졸 <input type="checkbox"/> 대졸 <input type="checkbox"/> 대학원 <input type="checkbox"/> 기타		
종 교	직 업	전직 :	현직 :
결 혼	<input type="checkbox"/> 유배우 <input type="checkbox"/> 별거 <input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/> 사별 <input type="checkbox"/> 미혼		배우자 장애 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무
주부양자	<input type="checkbox"/> 독거 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 자녀 <input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 형제 <input type="checkbox"/> 기타		
세대유형	<input type="checkbox"/> 독거 <input type="checkbox"/> 핵가족		<input type="checkbox"/> 대가족
	<input type="checkbox"/> 독거 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 자녀 <input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 형제 <input type="checkbox"/> 기타		
주 거	<input type="checkbox"/> 아파트 <input type="checkbox"/> 단독주택 <input type="checkbox"/> 다세대주택 <input type="checkbox"/> 기타		
	<input type="checkbox"/> 자가 <input type="checkbox"/> 전세 <input type="checkbox"/> 월세 <input type="checkbox"/> 시설 <input type="checkbox"/> 기타		
월 평균 소득	<input type="checkbox"/> 100만원 미만		<input type="checkbox"/> 100만원 ~ 200만원
	<input type="checkbox"/> 300만원 ~ 400만원		<input type="checkbox"/> 400만원 이상 <input type="checkbox"/> 기타
국민기초생활 보장 <input type="checkbox"/> 기초생활 수급자 <input type="checkbox"/> 의료급여수급권자(1종, 2종) <input type="checkbox"/> 차상위계층 <input type="checkbox"/> 해당없음			
장애정보			
장애등록	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무		주요장애 <small>장애등록을 하지 않았을 경우 간단하게 작성</small>
주장애 유형 및 등급	<input type="checkbox"/> 지체 <input type="checkbox"/> 뇌병변		<input type="checkbox"/> 시각 <input type="checkbox"/> 청각 <input type="checkbox"/> 언어
	<input type="checkbox"/> 안면 <input type="checkbox"/> 호흡기		<input type="checkbox"/> 심장 <input type="checkbox"/> 신장 <input type="checkbox"/> 간
	<input type="checkbox"/> 장루, 요루 <input type="checkbox"/> 뇌전증		<input type="checkbox"/> 지적 <input type="checkbox"/> 정신 <input type="checkbox"/> 자폐성
	<input type="checkbox"/> 장애의 정도가 심한 장애		<input type="checkbox"/> 장애의 정도가 심하지 않은 장애
부장애	<small>장애유형 또는 특성에 대해 자유롭게 기술</small>		
보조도구	<input type="checkbox"/> 하지 보조기 <input type="checkbox"/> 지팡이 <input type="checkbox"/> 보행기 <input type="checkbox"/> 어깨 보조기		
	<input type="checkbox"/> 손 보조기 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 기타		
서비스 이용현황	<input type="checkbox"/> 연금, 수당 <input type="checkbox"/> 노인장기요양보험 <input type="checkbox"/> 의료 및 재활지원 <input type="checkbox"/> 세제혜택 <input type="checkbox"/> 공공요금감면, 면제 <input type="checkbox"/> 일자리 응차지원 <input type="checkbox"/> 보육, 교육 <input type="checkbox"/> 서비스(장애인 활동지원, 장애아 가족양육지원, 기타) <input type="checkbox"/> 기타 _____		
서비스 신청	<input type="checkbox"/> 건강주치의 <input type="checkbox"/> 건강검진 <input type="checkbox"/> 여성장애인관련 서비스 <input type="checkbox"/> 유관기관 연계 <input type="checkbox"/> 장애인·가족교육 <input type="checkbox"/> 자조모임 참여 <input type="checkbox"/> 자원봉사자 <input type="checkbox"/> 기타 _____		
보호자정보			
성 명			주요장애 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무
연 락 처			

〈서식 2-1〉 여성장애인 건강 등록

여성장애인 건강 등록

등록일시 :

등록 담당자 :

ID: 대상자 한명에 동일한 ID적용

[개인정보]			
<input type="checkbox"/> 기본관리군		<input type="checkbox"/> 집중관리군	
등록경로			
성명	연령	생년월일	연락처
주소			직업
키	cm	몸무게	kg
장애유형			
의사결정자	성명	관계	연락처
정보제공자	성명	관계	연락처
[사회경제적정보]			
파트너(남편)성명	직업	학력	연락처
자녀1(성/연령/분만형태)	성	연령	분만형태
장애유무			
자녀2(성/연령/분만형태)	성	연령	분만형태
장애유무			
자녀3(성/연령/분만형태)	성	연령	분만형태
장애유무			
보험종류 [생계, 의료, 주거, 교육] 수급자 <input type="checkbox"/> 차상위계층 <input type="checkbox"/> 건강보험 <input type="checkbox"/> 기타			
한부모가족여부 (법적 혼인상태와 무관하게 임신부 혼자 양육할 경우) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			
다문화 가족여부 <input type="checkbox"/> 본인 _____ <input type="checkbox"/> 배우자 _____			
[임신정보]			
임신주수	출산예정일	산전관리 시작일	
산전관리기관	분만예정기관	등록보건소	
임신타수	유산타수	조산타수	
산후조리계획(장소/기간/도움인력)			
임신관련 합병증			
임신 중 음주(종류/양/횟수)		임신중 흡연(흡연량/기간/금연시도)	
현 병력 <input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 당뇨 <input type="checkbox"/> 결핵 <input type="checkbox"/> 기타			
약물복용 <input type="checkbox"/> 예 _____ <input type="checkbox"/> 아니오 _____			
[요구도 파악]		[지역연계 및 지원계획]	

〈서식 3〉 건강행태(health behavior) 조사지

건강행태(health behavior) 조사지

작성일시 :

작성자 :

ID: 대상자 한명에 동일한 ID적용

건강정보	
1. 본인이 생각하는 건강상태는 어떻습니까?	
① 매우 좋음	② 좋음 ③ 보통 ④ 나쁨 ⑤ 매우 나쁨
2. 최근 1년 동안 담배를 피운 적이 있습니까?	
① 매일 피움	② 가끔 피움 ③ 피우지 않음 ④ 기타 _____
3. 최근 1년 동안 술을 마신 적이 있습니까? ① 예 ② 아니오	
3-1. 술을 마실 경우 1회 음주량은 얼마나 됩니까?	
① 1~2잔	② 3~4잔 ③ 5~6잔 ④ 7~9잔 ⑤ 10잔 이상
3-2. 얼마나 자주 술을 마십니까?	
① 월 1회 미만	② 월 1회 ③ 월 2~4회 ④ 주 2~3회 ⑤ 주 4회 이상
4. 최근 1년 동안 건강관리를 위해 운동을 하였습니다습니까? ① 예 ② 아니오	
4-1. 운동주기는 어느정도입니까?	
① 거의 매일	② 주 3회 이상 ③ 주 2회 ④ 주 1회 ⑤ 월 1회 이하
5. 최근 1년 동안 입안에 특별한 문제는 없으나 구강건강상태를 알아보기 위해 구강검진을 받은적이 있습니까?	
① 예	② 아니오
6. 현재 3개월 이상 계속되는 만성질환을 가지고 있습니까?	
<input type="checkbox"/> 고혈압, 심근경색, 뇌졸중 등 심뇌혈관 질환	<input type="checkbox"/> 당뇨병
<input type="checkbox"/> 간경변 등 만성 간질환	<input type="checkbox"/> 만성신부전
<input type="checkbox"/> 이상 지질혈증	<input type="checkbox"/> 관절염 및 골다공증
<input type="checkbox"/> 비만	<input type="checkbox"/> 천식 및 아토피 질환
<input type="checkbox"/> 만성폐쇄성폐질환 등 만성기 호흡 질환	<input type="checkbox"/> 없음
<input type="checkbox"/> 기타	
7. 최근에 치료, 재활, 건강관리 목적의 정기적(1년에 1회 이상), 지속적으로 병·의원에 가고 있습니까?	
<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
7-1. 병·의원에 가지 못한 이유는 무엇입니까?	
① 경제적인 이유	② 병·의원 이용이 불편해서 ③ 교통이 불편해서
④ 증상이 가벼워서	⑤ 장애인 편의시설 설치 미비로 이용이 불편해서
⑥ 의사소통이 어려워서	⑦ 기타 _____
8. 최근 2년간 건강검진을 받았습니까?	
<input type="checkbox"/> 예(최근 건강검진을 받은 날짜를 기록)	<input type="checkbox"/> 아니오
8-1. 건강검진을 받지 못한 이유는 무엇입니까?	
① 경제적인 이유	② 병·의원 예약이 어려워서 ③ 교통이 불편해서
④ 본인(또는 보호자)이 갈 수 있는 시간에 진료를 하는 병원이 없어서	
⑤ 병·의원 등에서 오래 기다리기 싫어서	⑥ 증상이 가벼워서
⑦ 제공되는 서비스가 어떤 것들이 있는지 몰라서	⑧ 기타 _____

〈서식 4〉 재활기록지

재활기록지

등록일시 :

등록 담당자 :

ID: 대상자 한명에 동일한 ID적용

재활사정		
발병 및 치료과정	발병일 : . . . (. 년 . 개월 전)	
재활치료 경험	<input type="checkbox"/> 유(. 년 . 개월) <input type="checkbox"/> 무	
의료적 문제	<input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 당뇨 <input type="checkbox"/> 심장병 <input type="checkbox"/> 기타_____	
동반장애	<input type="checkbox"/> 언어장애 <input type="checkbox"/> 경련 <input type="checkbox"/> 연하곤란 <input type="checkbox"/> 편측무시 <input type="checkbox"/> 뇌수종 <input type="checkbox"/> 우울증 <input type="checkbox"/> 배뇨장애 <input type="checkbox"/> 배변장애 <input type="checkbox"/> 기타_____	
통 증	<input type="checkbox"/> 유(부위 : 강도 : 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10) <input type="checkbox"/> 무	
복용중인 약물		
재활보조기구	보장구 _____	
	보행기구 _____	
	기타 _____	
외출(지역참여)	<input type="checkbox"/> 유(횟수 : / 주요활동 :) <input type="checkbox"/> 무	
주간병인		
가족 특이사항	<input type="checkbox"/> 독거 <input type="checkbox"/> 부부만 거주 <input type="checkbox"/> 조손가정 <input type="checkbox"/> 결혼이민자	
	<input type="checkbox"/> 한부모가족 <input type="checkbox"/> 폭력가족 <input type="checkbox"/> 지적장애(부모)	
	<input type="checkbox"/> 정신질환가족 <input type="checkbox"/> 배우자 외 동거가족 <input type="checkbox"/> 기타	
주거사항	화장실 유형 <input type="checkbox"/> 좌변기 <input type="checkbox"/> 재래식변기 <input type="checkbox"/> 이동변기 <input type="checkbox"/> 기타 _____	
	승강기 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무	
	개선필요 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무	
	필요부분	안전관리 <input type="checkbox"/> 문턱 <input type="checkbox"/> 미끄럼방지 <input type="checkbox"/> 손잡이 또는 안전대 <input type="checkbox"/> 기타_____
		이동관련 <input type="checkbox"/> 계단 <input type="checkbox"/> 문턱 <input type="checkbox"/> bar 설치 <input type="checkbox"/> 기타_____
일상생활 <input type="checkbox"/> 화장실 <input type="checkbox"/> 부엌 <input type="checkbox"/> 거실 <input type="checkbox"/> 침실 <input type="checkbox"/> 기타_____		
기타 _____		

〈서식 5〉 상담기록지

상담기록지

작성자 :

ID: 대상자 한명에 동일한 ID적용

일 시				장 소			
대상자	성 명			가 족	성 명		
	나 이				관 계		
상담방법	<input type="checkbox"/> 방문 <input type="checkbox"/> 전화 <input type="checkbox"/> 온라인 <input type="checkbox"/> 기타 _____						
상담목적							
상담내용							
결과 및 지원계획							
기타사항							

〈서식 6〉 장애인 건강보건 사례관리 상담지

장애인 건강보건 사례관리 상담지

작성자 :

ID : 대상자 한명에 동일한 ID적용

성 명		상담일자	
성 별		관리번호	
상담방법	<input type="checkbox"/> 내소(내원) <input type="checkbox"/> 가정방문 <input type="checkbox"/> 전화 <input type="checkbox"/> 온라인 <input type="checkbox"/> 기타()		
상담내용			
대상자 주요구	영역	내용	대상자 우선순위
	재활/건강 관리		
	건강교육 및 훈련		
	사회참여		
	복지/경제		
	정신/심리		
	기타		
종합소견	[지원계획]		
	- 내부관리 <input type="checkbox"/> 일반관리 <input type="checkbox"/> 건강보건사례관리 외부관리 <input type="checkbox"/> 보건소 연계 <input type="checkbox"/> 희망복지지원단 연계 <input type="checkbox"/> 기타		
비 고			

〈서식 7〉 장애인 건강보건관리 계획

장애인 건강보건관리 계획

작성일시 :

작성 담당자 :

ID : 대상자 한명에 동일한 ID적용

주요문제			
대상자 주 욕구			
주장애 관리계획	(검사) (투약) (재활서비스) (보조기기)		
발생 가능한 이차장애 관리계획	(위험도 평가) <input type="checkbox"/> 경직관리 <input type="checkbox"/> 관절구축관리 <input type="checkbox"/> 욕창관리 <input type="checkbox"/> 장·방광 관리 <input type="checkbox"/> 통증관리 <input type="checkbox"/> 보행 및 이동 <input type="checkbox"/> 일상생활훈련 <input type="checkbox"/> 기타		
건강보건 관리 계획	<input type="checkbox"/> 만성질환교육 <input type="checkbox"/> 건강행태 관리 <input type="checkbox"/> 건강유지증진		
기타 관리계획	구분	요구도	계획
	사회복지지원		
	기관연계		
	봉사자(활동보조) 연계		
	주거환경개선		
	가족지원		
	기타		

〈서식 8〉 장애인 건강보건 사례관리 점검지

장애인 건강보건 사례관리 점검지

작성자:

ID: 대상자 한명에 동일한 ID적용

성 명				점검일자			
성 별				관리번호			
단기목표							
장기목표							
서비스 점검결과	서비스명	시작일자	종료일자	횟수	제공기관	이행여부	비고
향후일정							
비 고							

〈서식 9-1〉 지역사회서비스 의뢰서 1

지역사회 서비스 의뢰서 1

※ 기관에 연계를 위하여 서면의뢰 시 작성

의뢰하는 기관						
의뢰 받는 기관	형태	<input type="checkbox"/> 보건소 <input type="checkbox"/> 지역장애인보건의료센터 <input type="checkbox"/> 케어안내창구 <input type="checkbox"/> 복지기관 ¹⁾ <input type="checkbox"/> 기타 ²⁾				
	기관명					
	주소	시(도)	구(군)	동(면) 까지만 기재		
기본 사항	성명 / 성별		생년월일	년 월 일 (만 세)		
	전화 번호	환자	보호자			
	행정 주소지					
	퇴원 후 거주지					
	장애등록	<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 (<input type="checkbox"/> 중증 <input type="checkbox"/> 경증) <input type="checkbox"/> 진행중 <input type="checkbox"/> 신청예정				
	장기요양등급	<input type="checkbox"/> 해당없음 <input type="checkbox"/> 신청 (<input type="checkbox"/> 신청예정 <input type="checkbox"/> 진행 중 <input type="checkbox"/> 완료 : 등급) <input type="checkbox"/> 기 등급자 : 등급 <input type="checkbox"/> 추후 재 의뢰				
가구 및 돌봄	돌봄제공자	<input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 가족(관계:) <input type="checkbox"/> 유급 간병인 <input type="checkbox"/> 요양보호사 <input type="checkbox"/> 기타(관계:)				
	가구형태	<input type="checkbox"/> 1인가구 <input type="checkbox"/> 부부가구 <input type="checkbox"/> 자녀동거 <input type="checkbox"/> 기타()				
건강 수준	진단명		발병일	년 월 일		
	만성질환	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 당뇨 <input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 기타 ()				
	인 지 (MMSE)	() / 30점				
	통 증	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음(부위:) <input type="checkbox"/> 간헐적 <input type="checkbox"/> 지속적)				
	피 부	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 불량 <input type="checkbox"/> 욕창(부위: 단계:)				
	보행능력	<input type="checkbox"/> 완전자립 <input type="checkbox"/> 도움필요 <input type="checkbox"/> 걷지 못함				
	보조기구	<input type="checkbox"/> 도보 <input type="checkbox"/> 지팡이 <input type="checkbox"/> 보행기 <input type="checkbox"/> 휠체어 <input type="checkbox"/> 기타()				
	화장실 사용하기	<input type="checkbox"/> 화장실 (<input type="checkbox"/> 완전독립 <input type="checkbox"/> 도움필요) <input type="checkbox"/> 기저귀 <input type="checkbox"/> 이동식변기 <input type="checkbox"/> 기타()				

	식사 하기	기능	<input type="checkbox"/> 완전독립	<input type="checkbox"/> 도움필요	<input type="checkbox"/> 행위 발생 안함
		연하 장애	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 있음	
대상자 요구 사항					
보호자 요구 사항					
희망 서비스 (중복 선택 가능)	<input type="checkbox"/> 조기적응프로그램	<input type="checkbox"/> 장애이해하기 <input type="checkbox"/> 일상생활 동작관리 <input type="checkbox"/> 장애별 자가관리 프로그램 등			
	<input type="checkbox"/> 장애인 재활운동 프로그램	<input type="checkbox"/> 관절운동, 근력운동 <input type="checkbox"/> 보행운동 <input type="checkbox"/> 2차 장애관리 프로그램 등			
	<input type="checkbox"/> 장애인 사회참여 서비스	<input type="checkbox"/> 장애별 자조모임 <input type="checkbox"/> 동료상담 <input type="checkbox"/> 보호자 교육 및 가족 소모임 등			
	<input type="checkbox"/> 자원연계 서비스	<input type="checkbox"/> 가옥내 편의시설 지원서비스 <input type="checkbox"/> 보건소 내 연계서비스 등(방문, 금연, 절주 비만 등)			
	<input type="checkbox"/> 기타				
첨부서류 (중복선택 가능)	<input type="checkbox"/> 개인정보제공동의서	<input type="checkbox"/> 기능평가결과	<input type="checkbox"/> 기타 ()		
의뢰일:	년	월	일	담당자 _____ (연락처:)	
상기 내용을 귀 기관에 의뢰하오니 적극 협조 부탁드립니다.					
상기 내용에 대해 충분히 설명을 들었고, 연계 계획에 동의합니다.					
환자 성명 _____ (서명:)					

- 1) 복지기관 : 종합사회복지관, 노인복지관, 노인복지센터, 장애인 복지관, 재활센터, 주야간보호, 단기보호 시설, 장애인 스포츠센터
- 2) 기타 : 복지기관을 제외한 민간서비스단체 등

〈서식 9-2〉 지역사회서비스 의뢰서 II

지역사회 서비스 의뢰서 II

※ 대상자와 함께 연계기관을 방문 시 작성

의뢰하는 기관			
의뢰받는 기관	형태	<input type="checkbox"/> 보건소 <input type="checkbox"/> 복지기관 ¹⁾	<input type="checkbox"/> 지역장애인보건의료센터 <input type="checkbox"/> 기타 ²⁾
	기관명		
	주소	시(도)	구(군) 동(면) 까지만 기재
기본사항	방문일자	년 월 일	
	방문자	<input type="checkbox"/> 사회복지사 <input type="checkbox"/> 보호자 ()	<input type="checkbox"/> 환자 <input type="checkbox"/> 기타 ()
	방문목적		
환자 및 보호자 요구 사항			
희망 서비스 (중복선택 가능)	<input type="checkbox"/> 조기적응프로그램	<input type="checkbox"/> 장애이해하기 <input type="checkbox"/> 일상생활 동작관리 <input type="checkbox"/> 장애별 자가관리 프로그램 등	
	<input type="checkbox"/> 장애인 재활운동 프로그램	<input type="checkbox"/> 관절운동, 근력운동 <input type="checkbox"/> 보행운동 <input type="checkbox"/> 2차 장애관리 프로그램 등	
	<input type="checkbox"/> 장애인 사회참여 서비스	<input type="checkbox"/> 장애별 자조모임 <input type="checkbox"/> 동료상담 <input type="checkbox"/> 보호자 교육 및 가족 소모임 등	
	<input type="checkbox"/> 자원연계 서비스	<input type="checkbox"/> 가옥내 편의시설 지원서비스 <input type="checkbox"/> 보건소 내 연계서비스 등(방문, 금연, 절주 비만 등)	
	<input type="checkbox"/> 기타		
<p>상기인을 귀 기관에 의뢰하오니 적극 협조 부탁드립니다.</p> <p>의뢰일: 년 월 일 담당자 _____ (연락처:)</p> <p>상기 내용에 대해 충분히 설명을 들었고, 연계 계획에 동의합니다.</p> <p>환자 성명 _____ (서명:)</p>			

〈서식 9-3〉 서비스 회송서

서비스 회송서

의뢰기관					
성 명		성 별	<input type="checkbox"/> 남	<input type="checkbox"/> 여	
생년월일		장애등록	<input type="checkbox"/> 유(□심한장애 □심하지 않은 장애) <input type="checkbox"/> 무(□예비장애인)		
목표 및 지원계획	<ul style="list-style-type: none"> ■ 목표 - - ■ 지원계획 - - 				
제공된 서비스					
경과 및 결과					
향후계획					
<p>상기인의 서비스 내용을 회송합니다.</p> <p style="text-align: right;">회송일: 년 월 일</p>					
회송기관		담당자		연락처	

〈서식 10〉 교육 만족도 조사지(안)

0000.00.00(요일)

안녕하십니까? OO지역장애인보건의료센터입니다. '0000000000교육' 참가자 여러분의 만족도와 요구를 파악하고 향후 교육과정 개선과 보완의 자료로 활용하고자 다음과 같이 설문조사를 실시합니다. 귀한 의견을 부탁드립니다.

I. 일반적인 사항에 대한 문항입니다.

1. 성별	① 남 ② 여
2. 연령	① 20대 ② 30대 ③ 40대 ④ 50대 ⑤ 60세 이상
3. 소속 기관	① 의료기관 ② 보건소 ③ 장애인 단체 ④ 장애인 복지관 ⑤ 기타 _____
4. 근무 기간	① 6개월 미만 ② 6개월~1년 미만 ③ 1년~3년 미만 ④ 3년~5년 미만 ⑤ 5년 이상

II. 본 교육에 만족도에 대한 문항입니다.

1. 교육시간은 적절하였습니까?

- ① 매우 그렇다.
- ② 대체로 그렇다.
- ③ 보통이다.
- ④ 대체로 그렇지 않다.
- ⑤ 전혀 그렇지 않다.

2. 강사는 교육내용을 쉽게 전달하였습니까?

- ① 매우 그렇다.
- ② 대체로 그렇다.
- ③ 보통이다.
- ④ 대체로 그렇지 않다.
- ⑤ 전혀 그렇지 않다.

3. 강의방법은 교육내용을 이해하는데 효과적이었습니까?
- ① 매우 그렇다.
 - ② 대체로 그렇다.
 - ③ 보통이다.
 - ④ 대체로 그렇지 않다.
 - ⑤ 전혀 그렇지 않다.
4. 강의내용은 목표에 맞게 구성되었습니까?
- ① 매우 그렇다.
 - ② 대체로 그렇다.
 - ③ 보통이다.
 - ④ 대체로 그렇지 않다.
 - ⑤ 전혀 그렇지 않다.
5. 현 직무와 본 교육이 관련이 있습니까?
- ① 매우 그렇다.
 - ② 대체로 그렇다.
 - ③ 보통이다.
 - ④ 대체로 그렇지 않다.
 - ⑤ 전혀 그렇지 않다.
6. 교육에서 학습한 내용이 향후 업무에 도움이 될 것으로 생각하십니까?
- ① 매우 그렇다.
 - ② 대체로 그렇다.
 - ③ 보통이다.
 - ④ 대체로 그렇지 않다.
 - ⑤ 전혀 그렇지 않다.
7. 강의실, 교육 시설 등 제반 교육환경이 만족스러웠습니까?
- ① 매우 그렇다.
 - ② 대체로 그렇다.
 - ③ 보통이다.
 - ④ 대체로 그렇지 않다.
 - ⑤ 전혀 그렇지 않다.
8. 담당자는 교육이 원활하게 진행되도록 운영하였습니까?
- ① 매우 그렇다.
 - ② 대체로 그렇다.
 - ③ 보통이다.
 - ④ 대체로 그렇지 않다.
 - ⑤ 전혀 그렇지 않다.

9. 종합적으로 교육에 만족하십니까?

- ① 매우 그렇다.
- ② 대체로 그렇다.
- ③ 보통이다.
- ④ 대체로 그렇지 않다.
- ⑤ 전혀 그렇지 않다.

10. 기타 교육에 대한 이외의 의견을 자유롭게 말씀해주세요.

- 감사합니다 -

〈서식 11〉 교육 수요 조사지(안)

※ 교육 수요 조사지는 지역장애인보건의료센터의 사정에 따라 적절히 변경 가능

OO지역장애인보건의료센터 보건의료인력 교육 수요조사

- 대상자 : 관련 기관 담당자 1인
- 설문응답방법 : 방문, 공문, E-mail 또는 우편 제출 등 지역의 사정에 따름.
- 설문관련 문의 : OO지역장애인보건의료센터 담당자 000 (000-000-0000)

본 조사는 OO지역장애인보건의료센터에서 시행하고자하는 보건의료인력 교육의 수요에 대한 조사입니다. 여러분의 요구를 파악하고 향후 교육과정 개설의 자료로 활용하고자 다음과 같이 설문조사를 실시합니다. 귀한 의견을 부탁드립니다.

I. 응답자 기본사항

※ 기본적 사항에 대한 조사 항목입니다.

1. 응답자의 기본사항

기관명		전화번호	
기관주소			
성함		직책	
이메일			

2. 귀하의 연령대는 무엇입니까?

- ① 20대 ② 30대 ③ 40대 ④ 50대 ⑤ 60대 이상

(1번 문항에서 ④~⑤에 답한 사람만 응해주시시오.)

1-2. “보건의료인력 교육”의 필요성이 적다고 생각하신 이유는 무엇입니까?

- ① 이미 충분한 능력을 갖추었기 때문에
- ② 정형화된 교육보다 현장의 경험 또는 개인적 교류 등을 통해 학습하는 것이 더 옳기 때문에
- ③ 당장의 업무 처리 부담이 커서 장기적인 발전을 모색할 여유가 없어서
- ④ 필요한 교육 프로그램을 제공하는 교육 내용을 생각해 보지 않아서
- ⑤ 기타 ()

☛ 2번 문항으로 이동.

2. “보건의료인력교육”이 시행된다면 대상자는 누가 되었으면 합니까?

- ① 직접적으로 관련된 담당자만
- ② 간접적으로 관련된 담당자까지

3. “보건의료인력교육”의 대상자의 경력은 어느 정도가 되었으면 합니까?

- ① 경력 1년차 미만
- ② 경력 1~3년차
- ③ 경력 3~5년차
- ④ 경력 5년차 이상
- ⑤ 신규 입사자(무경력자)

4. “보건의료인력교육”에 꼭 포함되었으면 하는 교육내용을 선택하여 주십시오.

(※ 중복응답가능)

- ① 장애·장애인 및 장애인 건강에 대한 일반적 이해
- ② 장애인의 의료기관 이용
- ③ 장애인대상 진료일반
- ④ 장애인 건강검진
- ⑤ 여성장애인 진료
- ⑥ 기타()

5. “보건의료인력교육”의 교육 형태는 어떤형식이 적절하다고 생각하십니까?

- ① 강의만 진행
- ② 실습(응대 사례 등)만 진행
- ③ 강의와 실습을 병행

6. “보건의료인력교육”에 참여하실 수 있는 최적의 시기는 다음 중 어떤 기간입니까?

(※ 중복응답가능)

- ① 1~2월
- ② 3~4월
- ③ 5~6월
- ④ 11~12월

7. “장애인 보건의료인력 교육”이 시행된다면 참여하실 의사가 있습니까?

① 있다

② 없다

8. “장애인 보건의료인력 교육”에 참여시 문제점(장애요인 혹은 애로사항)은 무엇이라고 생각하십니까?

① 근무시간의 불규칙

② 교육참여를 위한 이동의 불편함

③ 필요한 교육의 부재

④ 교육 효과의 미흡

⑤ 기타 ()

□ 귀하의 소중한 답변에 감사드립니다. □

〈서식 13〉 지역 장애인건강보건위원회 구성 및 회의록

지역 장애인건강보건위원회 위원 구성			
구성일 : 년 월 일			
성명	소속	직위	비고
			행정기관
			의료기관
			교육기관
			복지기관
			지역단체
			기타
회의록			
분 류	내 용		
일 시			
장 소			
참석자			
회의내용	주요안건		
	내용		
	결정사항 및 추후계획		
	건의사항		

〈서식 14〉 지역 장애인건강보건위원회 운영위원 위촉장

위 촉 장

기관명 :

성 명 :

귀하를 지역장애인보건의료센터의 지역장애인건강보건위원회
운영위원으로 위촉(. . . ~ . . .) 합니다.

년 월 일

지역장애인 보건의료센터장 ○ ○ ○

〈서식 15〉 지역 장애인건강보건협의회 구성 및 회의록

지역 장애인건강보건협의회 구성

① 협의회명 : 협의회
 구성일자 : 년 월 일

성명	소속	직위	비고

② 협의회명 : 협의회
 구성일시 : 년 월 일

성명	소속	직위	비고

③ 협의회명 : 협의회
 구성일시 : 년 월 일

성명	소속	직위	비고

④ 협의회명 : 협의회
 구성일시 : 년 월 일

성명	소속	직위	비고

회의록

분 류	내 용
일 시	
장 소	
참석자	
회의 내용	주요안건
	내용
	결정사항 및 추후계획
	건의사항

회의관리

연번	회의 일시	회의 제목	참석자	회의록 등록	SMS발송

〈서식 16〉 업무협약서

업 무 협 약 서

()과 ()는 양 기관의 발전을 위해 상호협력 할 것을 합의하고, 아래 사항을 신뢰와 성실을 다하여 수행하기로 한다.

제1조(목적)

()과 ()는 상호간 신뢰를 바탕으로 지역사회 발전과 지역 장애인의 건강 증진을 위하여 상호협력함을 목적으로 한다.

제2조(협약기간)

본 협약기간은 년 월 일부터 년 월 일까지로 한다.

제3조(협력내용)

양 기관은 제1조의 목적을 달성하기 위하여 상호간 신의와 성실로서 적극 협조한다.

제4조(기타)

본 협약에 명기되지 아니한 사항이나 기타의 사항에 대하여는 양 기관의 협의에 의하여 결정한다.

본 협약이 유효하게 성립되었음을 증명하기 위하여 협약을 2부 작성하여, 양 기관이 1부씩 보관한다.

년 월 일

기관명 :

대표자 : (인)

기관명 :

대표자 : (인)

〈서식 19〉 국고보조금 교부신청서

국고보조금 교부신청서

기관명		대표자		
소재지				
국고보조 사업명				
사업목적				
사업내용				
사업기간	2020. . . . ~ 2020. . . .			
사업의 총 소요경비 (단위: 천원)				
합계	국비	지방비		기타
		시도비	시군구비	
<p>보조금의 예산 및 관리에 관한 법률 제16조 및 동법시행령 제7조의 규정에 따라 위와 같이 국고보조금의 교부를 신청합니다.</p> <p>첨부 1. 서약서 2. 사업계획서</p> <p style="text-align: center;">년 월 일</p> <p style="text-align: center;">신청자 ○○시·도지사 (인)</p> <p style="text-align: center;">보 건 복 지 부 장 관 귀 하</p>				

〈서식 20〉 서약서

서 약 서

○○지역장애인보건의료센터는 장애인 건강권 및 의료보장권보장에 관한 법률(이하: 장애인건강권법)의 설립목적에 적극부응하기 위하여 아래의 준수사항을 이행할 것을 서약합니다.

준 수 사 항

1. ○○지역보건의료센터장은 보건복지부의 「장애인보건의료센터 지침」에 의하여 사업 계획을 수립·시행한다.
2. 지역장애인보건의료센터 사업 추진에 따른 사업비는 보건복지부와 협의 및 사업 지침에 의하여 집행·관리하고, 사업계획 및 집행계획에 변경이 있을 때는 사전에 보건복지부장관의 승인을 받아야 한다.
3. 지역장애인보건의료센터 관련 사업비는 별도의 계정으로 분리하여 관리한다.
4. 보건복지부장관은 다음의 경우 선정을 취소하고, 보조금의 반환을 명할 수 있다.
 - 1) 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 지정을 받은 경우
 - 2) 장애인건강권법 제19조제2항 또는 제20조제2항에 따른 지정 기준에 미달한 경우
 - 3) 정당한 사유 없이 제19조제1항 또는 제20조제1항에 따른 업무를 수행하지 아니한 경우
5. 기타 지역장애인보건의료센터의 역할과 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정 하는 사항을 준수한다.

20 . . .

서 약 자 : ○ ○ ○ 지역장애인보건의료센터장 (인)

보 건 복 지 부 장 관 귀 하

〈서식 21〉 사업계획서

○○지역장애인보건의료센터 사업계획서

1. 사업계획 요약

연번	사업명	사업목적	세부사업내용

II. 사업계획

1. 사업 환경
2. 사업의 필요성과 목적
 - 1) 사업 필요성

※ 해당 사업의 중요성을 설명하고 관련 근거자료 제시

- 2) 사업 대상 및 규모

※ 사업 실시 대상 및 규모 제시

- 3) 사업목적

※ 사업이 추구하는 목적을 제시

- 4) 세부 사업내용

1. 사업명	
사업 개요	사업목적 추진기간
사 업 내 용	추진 전략
가. 세부사업명	<ul style="list-style-type: none"> ■ 세부사업목적 ■ 추진내용 및 방법 <ul style="list-style-type: none"> · (추진내용) · (추진방법) ■ 추진일정
나. 세부사업명	<ul style="list-style-type: none"> ■ 세부사업목적 ■ 추진내용 및 방법 <ul style="list-style-type: none"> · (추진내용) · (추진방법) ■ 추진일정

〈서식 23〉 실적보고서

○○ 지역장애인보건의료센터 사업실적보고서

I. 사업추진현황

세부추진계획(항목)	추진일정	추진실적(내용)	진행율(%)
○	○	○	
○	○	○	
○	○	○	

- ※ 세부추진계획(항목) 및 추진일정은 기 제출된 실행계획서와 일치되게 작성하여야 함.
- ※ 추진실적은 현재까지의 실적 및 추진상황을 구체적으로 기록함.
- ※ 종합진척율(%)은 전체계획에 대한 진행율을 종합 판단하여 기재함.

II. 세부 사업 진행현황

1. 기획 및 재할사업

○ 회의운영실적

구분	운영횟수	참여인원	비고
지역장애인보건위원회 운영			
지역장애인 건강협의회	건강관리		
	재할사업		
	여성장애인		
	교육지원		

○ 지역자원파악실적

분류 번호	기관명	대표자	홈페이지	주소		담당자					협약 일자
				시군구	상세 주소	성명	전화 번호	휴대 전화	팩스	전자 우편	

분류번호

1. 장애인 건강주치의 수행 기관 2. 장애인 건강검진 지정 기관 3. 장애유형별 전문 진료기관 4. 장애인 재활의료 기관 5. 여성장애인 산전관리·분만기관	6. 장애인 재활운동 및 체육 기관 7. 장애인 복지관 8. 장애인 건강권 등 교육기관 9. 장애인 의료비 지원 가능 기관 10. 기타
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

○ 장애인 등록 DB구축 실적

구분	장애인수		DB구축 장애인 수		비고
	지역내 등록장애인	미등록 퇴원환자	지역내 등록장애인	미등록 퇴원환자	
지체장애					
뇌병변장애					
시각장애					
청각장애					
언어장애					
신장장애					
심장장애					
호흡기장애					
간장애					
안면장애					
장루·요루장애					
뇌전증					
정신장애					
지적장애					
자폐성 장애					

2. 여성장애인 모성보건사업

○ 임신 여성장애인 등록 실적

구분	임신여성장애인 등록(수)		상담 건수	교육 건수	연계 건수	비고
	출산전	출산후				
지체장애						
뇌병변장애						
시각장애						
청각장애						
언어장애						
신장장애						
심장장애						
호흡기장애						
간장애						
안면장애						
장루·요루장애						
뇌전증						
정신장애						
지적장애						
자폐성 장애						

○ 여성장애인프로그램 운영실적

세부 사업명	사업대상	주요사업내용	협력기관 연계내용	수행인력		실적		
				직종	인원	실인원	연인원	회수
산모교실	00명							

3. 교육

○ 교육운영실적

세부 교육명	사업대상	주요내용	협력기관 연계내용	수행인력		실적		
				직종	인원	실인원	연인원	회수

○ 교육모니터링 실적 및 환류

구분	모니터링실적	환류내용
교육명	모니터링 횟수 모니터링 대상 모니터링 내용 등	

4. 건강보건관리프로그램

○ 의뢰 및 연계 실적

(단위 : 건, 명)

구분	총	관련기관				
		상급병원	병원	보건소	장애인 건강주치의	기타 (복지관 등)
병원 및 지역자원 -> 지역센터로 의뢰	입원환자					
	재가장애인					
지역센터 -> 병원 및 지역자원으로 연계	입원환자					
	재가장애인					

○ 건강보건관리 프로그램 운영실적

세부 사업명	사업대상	주요사업내용	협력기관 연계내용	수행인력		실적		
				직종	인원	실인원	연인원	회수

○ 장애인 건강보건사례관리 회의운영실적(사례회의)

구분	운영횟수	참여인원	참여기관	비고
회의명				

○ 통합건강보건관리를 위한 회의운영실적(사례회의)

구분	운영횟수	참여인원	참여기관	비고
회의명				

Ⅲ. 보조금 예산집행(세부예산 내역에 맞게 항목(보조비목) 조정)

관	항	목	예산액	집행액	이월액	집행잔액
합 계						
사무비	인건비					
	운영비					
	여비					
	업무추진비					
재산조성비						
사업비						

Ⅳ. 사업별 자체평가

Ⅴ. 사업추진상의 문제점 및 애로사항(건의)

☞ I, II, III, IV 각 공히 쪽수에 제한 없이 작성하시기 바랍니다.

〈서식 24〉 사업결과보고서

○○ 장애인보건의료센터 사업결과보고서

사업명							
소재지							
사업목적							
사업내용							
사업경비 (천원)	총사업비	국고	지방비			자체부담	기타
			계	시·도	시·군		
사업기간	20 . . . ~ 20 . . . (개월)						
사업추진방법	○ (사업목적설정) ○ (목적달성을 위한 활용기법)						
추진실적	○ (추진실적을 요약하여 기재)						
사업성과	○ (사업을 완료함으로써 국가, 기업, 시민사회, 시민 등에 미치는 효과를 구체적으로 기재)						
성과(물)활용계획	○ (사업을 통하여 나타난 성과 또는 성과물을 향후 어떻게 활용할 것인가에 대한 계획)						

※ 작성분량 : 1쪽 이내로 작성

1. 사업추진 방법(※ 작성분량 : 3쪽 이내로 작성)

1. 사업목적의 설정방법

- 사업대상계층, 사업대상지역, 실물적 서비스제공, 의식변화 등을 서술·개조식으로 기술

2. 목적달성을 위한 활용기법

- 실제사업주체(사업단체, 연대단체, 자원봉사단체, 협조단체, 등)와 문제해결을 위한 접근방법 [(기초조사(Survey), 교육, 회의, 워크숍, 컨퍼런스(대회), 박람회, 캠페인 인터넷활용, 자료집제작·배포 등] 등을 사업추진 전략에 맞게 기술

2. 계획 대비 추진실적(※ 작성분량 : 4쪽 이내로 작성)

구 분	추진계획	추진실적	계획대비 이행여부 (준수, 미준수)
○			

- 미준수 사유

〈작성요령〉

- 실행계획서상의 사업계획과 추진실적을 대비하여 작성하고 가급적 계량화·도식화하여 작성(사업계획과 추진실적의 차이가 있을 경우에는 그 사유를 기재)

3. 사업추진성과

※ 사업에 대한 홍보실적, 투입 대비 산출의 비교분석, 사회적 파급효과 등의 내용이 포함되도록 작성

〈작성요령〉

- 성과를 종합적인 시각에서 구체적으로 기술하되 내용설명의 보다 체계적인 전개를 위해 수개의 하위목표를 설정하여 논리적으로 기술
- 사업추진의 전·후 대비를 통한 비교평가 형태로 작성
- 작성형식은 서술·개조식으로 객관화된 자료제시(계량 수치화된 자료 활용)

4. 자체평가

- 사업추진결과 잘된 점
- 예상외 변수 등으로 부진한 점, 사업추진상 문제점 및 애로사항 등
- 지원사업으로 인하여 얻은 참여단체나 사회적 효과는 사례중심, 구체적으로 기술
- 향후 사업추진을 위한 자체 발전 방안 등

5. 개선·건의사항

〈서식 25〉 정산보고서

○○ 장애인보건의료센터 정산보고서

I. 정산 총괄표

(단위 : 천원)

비고	집행액							이자발생액		
	구분	예산액 (A)	전년도 이월액 (b)	예산현액 (C=A+B)	집행액 (D)	내년도 이월액 (E)	불용액 (집행잔액) (F=C-D-E)	이자액 (G)	사용액 (H)	이자잔액 (I=G-H)
총계	운영 사업비									
	설치 사업비									
보조금 (국비)	운영 사업비									
	설치 사업비									
보조금 (지방 비)	운영 사업비									
	설치 사업비									
자부담	운영 사업비									
	설치 사업비									

※ 설치사업비 : 예산구분상 재산조성비
 운영사업비 : 예산구분상 사무비+사업비

II-1. 목별 결산내역(국비+지방비)

(단위 : 천원)

관	항 (코드)	목 (코드)	예산액 (A)	전년도 이월액(B)	예산현액 (C=A+B)	집행액	다음연도 이월액	불용액
사무비								
재산 조성비								
사업비								
합 계								

※ 이월 및 불용사유 : (상세히 작성, 별도 첨부 가능)

II-2. 목별 결산내역(국비)

(단위 : 천원)

관	항 (코드)	목 (코드)	예산액 (A)	전년도 이월액(B)	예산현액 (C=A+B)	집행액	다음연도 이월액	불용액
사무비								
재산 조성비								
사업비								
합 계								

II-3. 목별 결산내역(지방비)

(단위 : 천원)

관	항 (코드)	목 (코드)	예산액 (A)	전년도 이월액(B)	예산현액 (C=A+B)	집행액	다음연도 이월액	불용액
사무비								
재산 조성비								
사업비								
합 계								

III-1. 기능별 결산내역(국비+지방비)

(단위 : 천원)

사업명	예산액	전년도 이월액	예산현액	집행액	다음연도 이월액	불용액 (집행잔액)
합 계						

※ II-1의 사업비에 한해 작성, 합계는 II-1의 구분상 사업비 합계와 같아야 함

III-2. 기능별 결산내역(국비)

(단위 : 천원)

사업명	예산액	전년도 이월액	예산현액	집행액	다음연도 이월액	불용액 (집행잔액)
합 계						

※ II-2의 사업비에 한해 작성, 합계는 II-2의 구분상 사업비 합계와 같아야 함

III-3. 기능별 결산내역(지방비)

(단위 : 천원)

사업명	예산액	전년도 이월액	예산현액	집행액	다음연도 이월액	불용액 (집행잔액)
합 계						

※ II-3의 사업비에 한해 작성, 합계는 II-3의 구분상 사업비 합계와 같아야 함

IV. 사업계획변경 및 예산전용 내역

(단위 : 백만원)

변경요청 승인일	변경내역 (비목)	예산액		비고
		당초	변경	
				* 복지부/ 시·도/ 자체 변경 * 사업계획/예산전용 변경 승인

〈서식 26〉 사업별 성과평가 항목

분류	평가항목	평가방법	
구조	· 전담 조직 구성	구성 / 미구성	
	· 시설 확보(회의실, 건강상담실, 교육실 등) 확보	확보 / 미확보	
	· 지역장애인건강보건위원회 구성	구성 / 미구성	
	· 지역장애인건강협의회(각 실무네트워크) 구성	구성 / 미구성	
	· 전담 실무인력 확보(여성, 교육, 건강보건관리 프로그램 운영 등)	확보 / 미확보	
과정	기획 및 재활사업	· 지역장애인건강보건위원회 운영	횟수 / 연2회
		· 지역장애인건강협의회(각 실무네트워크) 운영 *사례관리를 위한 건강관리협의회 제외	횟수 / 연2회
		· 지역장애인 건강보건관리를 위한 자원파악 실적	협력 자원의 수
		· 장애인 및 예비 장애인의 DB구축 비율	DB구축 비율
	여성 장애인	· 지역 임신여성장애인의 등록건수	건수
		· 여성장애인 임신·분만 상담건수	건수
		· 지역 여성장애인 임신·분만 협력 의료기관의 수	협력 관계 의료기관수
		· 여성장애인 건강교실 운영	운영 횟수
	교육	· 수요조사	수행 / 미수행
		· 교육 수료인원	계획대비 수료인원
		· 교육 모니터링 결과 환류 적용	정성평가
	건강보건 관리프로그램	· 지역장애인보건의료센터로 의뢰된 대상자의 수	의뢰된 대상자 수
		· 지역장애인보건의료센터로 의뢰된 지역장애인에 대한 보건소 CBR사업으로 연계시킨 대상자의 수	지원 대상자 수
		· 장애인건강보건사례관리 건수	회의횟수/사례관리 대상자수(실인원)
		· 지역자원 연계 건수	건수/명수(실인원)
	결과	· 지역장애인의 정보이용건수	정보이용건수
· 이용 지역장애인의 서비스 만족도(여성, 교육, 프로그램)		만족도 조사	
· 지역 여성장애인의 임신등록관리율		등록자료	

□ 과정 세부항목

	평가항목	세부항목	점수	총점
기획 및 재할 사업	○ 위원회 구성 및 운영	지역건강보건위원회가 구성되었는가?	5	25
		지역장애인건강협의회가 구성되었는가?	5	
	○ 지역자원 파악	장애인 건강보건관리를 위한 지역자원이 파악되었는가?	5	
	○ 장애인 DB구축	장애인 등록 DB가 구축되었는가?	10	
여성 장애인	○ 여성장애인 등록	지역내 임신한 여성장애인 등록이 계획대비 80%이상 달성되었는가?	5	25
	○ 여성장애인 임신·분만 상담	여성장애인 임신·분만 상담건수가 계획대비 80%이상 달성되었는가?	5	
	○ 협력의료기관 구축	여성장애인 임신·분만을 위한 지역내 의료기관과 협력관계가 구축되었는가?	5	
	○ 프로그램 운영	여성장애인 산모교실 등 프로그램이 계획 대비 80% 달성되었는가?	10	
교육	○ 수요조사	교육기획을 위한 수요조사가 실시되었는가?	5	25
	○ 교육실적	교육운영 실적이 계획대비 80%이상 달성되었는가?	10	
	○ 교육모니터링	교육 후 모니터링이 실시되었는가?	5	
		모니터링 후 결과가 환류 되었는가?	5	
건강보건 관리 프로그램	○ 연계 및 의뢰	지역자원에서 지역장애인보건의료센터로 의뢰 체계가 구축되었는가?	5	25
		지역장애인보건의료센터에서 지역자원으로 연계체계가 구축되었는가?	5	
	○ 장애인건강보건사례관리 건수	장애인 건강보건사례관리가 계획 대비 80% 이상 달성되었는가?	10	
	○ 지역자원연계 건수	지역사회 자원과 연계가 목표 대비 달성되었는가?	5	
총 점				100

〈서식 27〉 성범죄 경력 조회 동의서

■ 아동·청소년의 성보호에 관한 법률 시행규칙 [별지 제10호서식] <개정 2018. 3. 21.>

(앞쪽)

성범죄 경력 조회 동의서

대상자	성 명(외국인의 경우 영문으로 작성)
	주민등록번호(외국인의 경우 외국인등록번호/국적)
	연락처(휴대전화 등)

본인은 ○○기관(시설)(예: 유치원, 어린이집, 아동복지시설, 청소년쉼터, 청소년활동시설, 의료기관 등) 취업자(취업예정자)로서, 「아동·청소년의 성보호에 관한 법률」 제56조 및 같은 법 시행령 제25조에 따른 성범죄경력 조회에 동의합니다.

년 월 일

동의자

(서명 또는 인)

_____경찰서장 귀하

유의사항

1. 개인정보 수집항목: 성명, 주민등록번호(외국인의 경우 외국인등록번호 및 국적)
2. 개인정보 제공 거부에 따른 제한사항: 귀하는 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으나, 동의 거부 시에는 취업에 제한을 받을 수 있습니다.
3. 개인정보의 수집·이용 목적: 수집된 개인정보는 성범죄 경력조회 신청 등을 위하여 사용됩니다.
4. 동의자가 2인 이상일 경우에는 뒤쪽에 일괄하여 작성할 수 있습니다.

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

<서식 28> 성범죄 경력 조회 신청서

- 아동·청소년의 성보호에 관한 법률 시행규칙 [별지 제9호서식] 범죄경력회보서 발급시스템
 <개정 2018. 3. 21.> (<http://crims.police.go.kr>)에서도
 신청할 수 있습니다.

성범죄 경력 조회 신청서

(앞쪽)

※ 색상이 어두운 난은 신청인이 작성하지 아니하며, []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

접수번호	접수일	처리기간	즉시
신청인	성 명	주민등록번호	
대상자	성 명(외국인의 경우 영문으로 작성)		
	주민등록번호(외국인의 경우 외국인등록번호/국적)		
운영 또는 취업정보	운영예정 또는 취업(예정)기관명	운영예정 또는 취업(예정)기관 주소 (전화번호:)	
	조회 용도	[] 운영하려는 자용	[] 취업(예정)자용 (직종:)

「아동·청소년의 성보호에 관한 법률」 제56조 및 같은 법 시행령 제25조에 따라 성범죄 경력 조회를 요청하오니 그 결과를 회신해 주시기 바랍니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인, 정보통신망 이용 시 생략 가능)

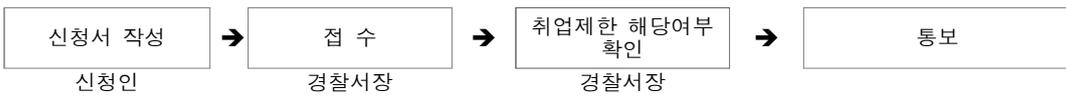
경찰서장 귀하

신청인 제출서류	1. 아동·청소년 관련기관등의 장임을 증명할 수 있는 자료(인·허가증 사본 등) 1부(아동·청소년 관련기관등의 장의 경우만 제출합니다) 2. 취업자등 본인의 동의서 1부(아동·청소년 관련기관등의 장의 경우만 제출합니다)	수수료 없 음
-------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------

유의사항

1. 대상자가 외국인인 경우 성명(한글·영문), 외국인등록번호, 국적을 적습니다.
2. 대상자가 2명 이상일 경우에는 뒤쪽에 일괄하여 작성할 수 있습니다.

처리절차



210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

<서식 29> 아동학대 관련 범죄 전력 조회 신청서

■ 아동복지법 시행규칙 [별지 제12호서식] <개정 2018.3.19.>

아동학대관련범죄 전력 조회 신청서

접수번호	접수일	처리일	처리기간	즉시
신청인	성 명		주민등록번호	-
	기관명			
	주 소	(전화번호:)		

대상자	성 명	한글		
		한자	영문	
	주민등록번호	-	외국인인 경우: 국적과 여권번호 또는 외국인등록번호	
	주 소			
	취업(예정)직위			

「아동복지법」 제29조의3 및 같은 법 시행령 제26조의4에 따라 아동관련기관을 운영하려는 사람, 아동관련기관에 취업 중이거나 노무를 제공 중인 사람 또는 취업하거나 노무를 제공하려는 사람에 대하여 아동학대관련범죄 전력 조회를 요청하오니 그 결과를 회신해 주시기 바랍니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

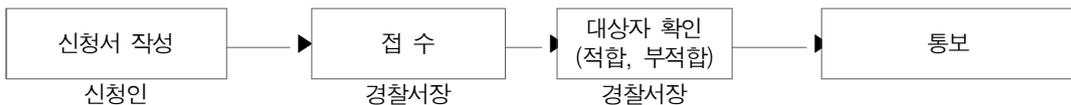
경찰청장(____지방경찰청장) 귀하

첨부서류	1. 인·허가증 사본 등 아동관련기관의 장임을 증명할 수 있는 자료 1부(아동관련기관의 장의 경우만 해당합니다) 2. 별지 제12호의3서식의 동의서 1부	수수료 없음
------	------------------------------------------------------------------------------------------	--------

유의사항

대상자가 외국인인 경우 한글·영문의 성명, 국적과 함께 여권번호 또는 외국인등록번호를 적습니다.

처리절차



210mm×297mm[백상지 80g/m²(재활용품)]

〈서식 30〉 아동학대 관련 범죄 전력 조회 동의서

■ 아동복지법 시행규칙 [별지 제12호의3서식] <개정 2018.3.19.>

아동학대관련범죄 전력 조회 동의서

대상자	성 명	한글			
		한자		영문	
	주민등록번호	-	외국인인 경우: 국적과 여권번호 또는 외국인 등록번호		
	주 소				
	전화번호	자택	휴대전화		

본인은 ○○기관(시설)(예: 유치원, 어린이집, 아동복지시설, 청소년쉼터, 청소년활동시설, 의료 기관 등)을 운영하려는 자, 취업(예정)자 또는 노무 제공(예정)자로서, 「아동복지법」 제29조의3 및 같은 법 시행령 제26조의4에 따른 아동학대관련범죄 전력 조회에 동의합니다.

년 월 일

동의자

(서명 또는 인)

경찰청장(____지방경찰청장) 귀하

유의사항

대상자가 외국인인 경우 한글·영문의 성명, 국적과 함께 여권번호 또는 외국인등록번호를 적습니다.

210mm×297mm [백상지 80g/m² (재활용품)]

〈서식 31〉 기부금 영수증

■ 소득세법 시행규칙 [별지 제45호의2서식] <개정 2017. 3. 10.>

일련번호

기부금 영수증

※ 아래의 작성방법을 읽고 작성하여 주시기 바랍니다.

① 기부자

성명(법인명)	주민등록번호 (사업자등록번호)
주소(소재지)	

② 기부금 단체

단체명	사업자등록번호 (고유번호)
소재지	기부금공제대상 기부금단체 근거법령

③ 기부금 모집처(언론기관 등)

단체명	사업자등록번호
소재지	

④ 기부내용

유형	코드	구분	연월일	내용			기부금액			
				품명	수량	단가	합계	공제대상 기부금액	공제제외 기부금 기부장려금 신청금액	기타

「소득세법」 제34조, 「조세특례제한법」 제75조·제76조·제88조의4 및 「법인세법」 제24조에 따른 기부금을 위와 같이 기부하였음을 증명하여 주시기 바랍니다.

년 월 일
(서명 또는 인)

신청인

위와 같이 기부금을 기부받았음을 증명합니다.

년 월 일
(서명 또는 인)

기부금 수령인

작성 방법

- ② 기부금 단체는 해당 단체를 기부금공제대상 기부금단체로 규정하고 있는 「소득세법」 또는 「법인세법」 등 관련 법령을 적어 기부금영수증을 발행해야 합니다.(예, 「소득세법 시행령」 제80조제1항제5호, 「법인세법 시행규칙」 제18조제1항)
- ③ 기부금 모집처(언론기관 등)는 방송사, 신문사, 통신회사 등 기부금을 대신 접수하여 기부금 단체에 전달하는 기관을 말하며, 기부금단체에 직접 기부한 경우에는 적지 않습니다.
- ④ 기부내용의 유형 및 코드는 다음 구분에 따라 적습니다. 이 경우 "법정", "지정", "종교단체" 유형에 해당하는 기부금 중 「조세특례제한법」 제75조에 따라 기부장려금단체에 기부장려금으로 신청한 기부금도 "법정", "지정", "종교단체" 유형으로 분류합니다.

기부금 구분	유형	코드
「소득세법」 제34조제2항, 「법인세법」 제24조제2항에 따른 기부금	법정	10
「조세특례제한법」 제76조에 따른 기부금	정치자금	20
「소득세법」 제34조제1항(종교단체 기부금 제외), 「법인세법」 제24조제1항에 따른 기부금	지정	40
「소득세법」 제34조제1항에 따른 기부금 중 종교단체기부금	종교단체	41
「조세특례제한법」 제88조의4에 따른 기부금	우리사주	42
필요경비(손금) 및 세액공제 대상에 해당되지 않는 기부금	공제제외 기타	50

- ④ 기부내용의 구분란에는 "금전기부"의 경우에는 "금전", "현물기부"의 경우에는 "현물"로 적고, 내용란은 현물기부의 경우에만 적습니다.

210mm×297mm[백상지 80g/㎡(재활용품)]

■ 소득세법 시행규칙 [별지 제29호의7서식(2)] <개정 2012.2.28>

기부금영수증 발급명세서

사업연도 (과세기간) . . . ~ . . .

1. 기부금 영수증 발급자(단체)	① 단 체 명	② 대 표 자
	③ 사업자등록번호 (고유번호)	④ 전화번호
	⑤ 소 재 지	
	⑥ 유 형 (해당란에 √) <input type="checkbox"/> 정부등 공공 <input type="checkbox"/> 교육 <input type="checkbox"/> 종교 <input type="checkbox"/> 사회복지 <input type="checkbox"/> 자선 <input type="checkbox"/> 의료 <input type="checkbox"/> 문화 <input type="checkbox"/> 학술 <input type="checkbox"/> 기타	

2. 해당 사업연도(과세기간)의 기부금영수증 발급현황

(단위: 원)

⑦ 구 분	⑧ 합 계		⑨ 법정기부금		⑩ 특례기부금		⑪ 지정기부금	
	건수	금액	건수	금액	건수	금액	건수	금액
⑫ 기부자 법 인								
개 인								

「소득세법」 제160조의3제3항 및 「법인세법」 제112조의2제3항에 따른 기부금 영수증 발급 명세서를 제출합니다.

년 월 일

제 출 자

(서명 또는 인)

세무서장 귀하

작성방법

1. 이 서식은 기부금영수증을 발급하는 자가 해당 사업연도(과세기간)의 종료일이 속하는 달의 말일부터 6개월 이내에 관할세무서장에게 제출하여야 합니다.
2. ⑥유형란: 기부금 영수증 발급자(단체)에 해당하는 유형을 선택합니다.
3. ⑧ ~ ⑪란: 해당 사업연도의 해당 기부금영수증 총 발급건수 및 총 발급금액을 적습니다.

210mm×297mm(백상지 80g/㎡)

(뒤쪽)

작성 요령

○ 후원금의 종류 구분

후원금의 종류	내용
1. 민간단체 보조금품	국내 민간단체로부터 받은 보조금
2. 의원단체 보조금품	외국 민간원조단체로부터 받은 보조금품
3. 결연후원금품	아동·노인 등 시설거주자에 대한 결연후원금품
4. 법인임원 후원금품	법인 임원으로부터 받은 후원금품 및 찬조금품
5. 지역사회 후원금품	지역사회로부터 받은 위문금품 및 후원금품
6. 후원회 지원금품	법인의 후원회로부터 받은 지원금품
7. 자선모금품	자선바자회 등으로부터 얻어지는 수입금품
8. 기타 후원금품	행정기관의 시설위문금 등 후원금품

○ 후원자 구분

후원자 구분	내용	모금자 기관 여부	기부금단체 여부
1. 개인	개인	입력(Y/N)	입력안함
2. 영리법인	기업	입력(Y/N)	입력안함
3. 비영리법인	공익법인 등(종교법인, 학교법인, 의료법인, 사회 복지법인, 기타*) → 비영리법인구분란에 기재 * 기타인 경우 그 내용을 기타내용에 기재	입력(Y/N)	입력(Y/N)
4. 민간단체	비영리단체, 외국인간원조단체, 민간단체 기타	입력(Y/N)	입력(Y/N)
5. 국가기관	입법기관·사법기관·행정기관(중앙행정기관 및 그 소속 기관, 지방자치단체)	입력안함	입력안함
6. 공공기관	공기업, 준정부기관, 그 밖의 공공기관	입력안함	입력안함
7. 소관법인	해당 시설을 설치·운영하는 법인 * 법인의 후원금이 전출금 형태로 시설에 전달	입력안함	입력안함

* 모금자 기관 : 「기부금품 모집 및 사용에 관한 법률」 제4조에 따라 기부금품 모집을 목적으로 행정안전부장관 또는 특별시장·광역시장·도지사·특별자치도지사에게 등록한 모금자(기관)

** 기부금단체 : 「소득세법 시행령」·「소득세법 시행규칙」에 따른 기부금대상 민간단체, 「법인세법 시행령」·「법인세법 시행규칙」에 따른 지정기부금단체 등

○ 후원받은 순서대로 계속 기록하여야 합니다.

○ 수입명세서의 내역란은 후원자의 후원용도·취지 등을 구체적으로 기재하여야 합니다.



2

보건소 지역사회중심 재활사업 운영

서식 1

서비스 참여 및 개인정보 처리 동의서

서비스 참여 및 개인정보 처리 동의서

○○○보건소에서는 지역사회 통합건강증진사업을 제공하여 건강위험요인과 건강문제 관리에 대한 동기를 부여하여 자가건강관리능력을 증진시키고자 합니다.

지역사회 통합건강증진사업은 대상자에 건강상태에 따라 보건소 내외의 서비스가 이뤄질 것입니다. 간단한 건강검사 후 맞춤형 교육 및 상담과 프로그램이 이뤄지고 필요한 경우 지역 내 보건·복지 서비스 연계를 제공받을 수 있습니다.

참여하시게 되면 금전적인 대가는 없으며 도중에 그만두고 싶다면 언제든지 중단하실 수 있습니다. 이에 관한 문의사항은 담당자나 ○○○보건소로 연락주시면 됩니다.

본 서비스를 통하여 수집된 귀하의 건강 정보는 서비스 제공 및 국가 통계자료로만 사용되며 다른 목적으로는 절대 사용되지 않을 것입니다.

본인은 지역사회 통합건강증진사업 대상자로 등록하는 것에 동의하고, 개인정보의 수집·이용·제공, 민감정보 및 고유식별정보의 처리에 관한 사항에 대하여 충분히 이해 하였으며, 「개인정보보호법」에 따라 본인의 개인정보 처리(수집·이용, 제공 등)를 아래와 같이 동의합니다.

(* 필수입력)

* 성명		* 주민등록번호	
* 주소			
* 휴대폰 번호		전화번호	
전자우편			

- 개인정보 수집·이용 동의
- 개인정보 제3자 제공 동의
- 민감정보 수집·이용 동의
- 지역보건의료업무의 전자화에 관한 사무 처리를 목적으로 「지역보건법」 시행령 제24조에 따라 고유식별정보(주민등록번호)를 수집하고 있습니다.

년 월 일

신청인 : (서명)
 관계 : 본인 법정대리인
 설명자 : (서명)

○○ 시장·군수·구청장(보건소장) 귀하

개인정보 동의 획득 상세

1. 개인정보의 수집·이용에 대한 동의

[개인정보의 수집·이용 목적]

보건소는 다음과 같은 이유로 개인정보를 수집합니다.

- 가. 지역사회 통합건강증진사업 대상자의 건강증진을 위한 대상자 관리, 건강상담 및 교육, 보건복지 서비스 연계 등 건강관리서비스 제공
- 나. 사업 효과 평가 및 정책 방향 연구의 통계자료로 활용

[수집하는 개인정보의 항목]

- 가. 인적사항 : 이름, 주민등록번호, 주소, 휴대폰 번호, 전자우편
- 나. 건강정보 : 사업별 조사기록, 서비스 제공 기록
 - ※ 귀하는 개인정보의 수집·이용에 대한 상기 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 이에 대한 동의를 하지 않을 경우에는 건강관리서비스 제공이 중지될 수 있습니다.

[개인정보 보유기간]

- 가. 수집·이용 동의일로부터 개인정보의 수집·이용목적에 달성할 때까지
 - ※ 제공되는 서비스의 종류에 따라 서비스 제공일에 차이가 있어, 보유기간을 별도로 명시하지 않음
- 나. 다만, 수집 및 이용 목적이 달성된 경우에도 다른 법령 등에 의하여 보관의 필요성이 있는 경우에는 개인정보를 보유할 수 있음

개인정보의 수집 및 이용목적에 동의하십니까? 동의함 동의하지 않음

2

2. 개인정보의 제3자 제공에 관한 동의

가. 지역사회 통합건강증진사업 대상자의 건강증진 및 삶의 질 향상을 위해 ○○○보건소에서는 지역 내 보건복지 서비스를 연계하고 있습니다. 이를 위해 ○○○보건소가 수집한 개인정보는 아래의 내용에 따라 다른 기관에 제공하게 됩니다.

- 1. 정보의 제공 범위 : 이름, 전화번호, 기타 필요하다고 인정되는 개인정보
- 2. 정보의 제공 대상 : 지역장애인보건의료센터, ○○○ 주민복지회관, 건강보험공단 지사 등 서비스 연계 해당 기관(보건소에서 수정하여 쓰도록 함)
- 3. 정보의 이용목적 : 타 기관의 보건·복지 서비스 연계
- 4. 정보의 보유 및 이용기간 : 지역사회 통합 건강증진사업 대상자 등록관리 기간

나. 지역사회 통합건강증진사업의 효과 평가 및 정책 방향 연구의 통계자료로 활용하기 위하여 ○○○보건소는 보건복지부 및 한국건강증진개발원, 질병관리본부, 국립재활원, 지역장애인보건의료센터, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원등에 아래의 내용에 따라 개인정보를 제공하게 됩니다.

- 1. 정보의 제공 범위 : 연구 필요성이 인정되는 개인정보
- 2. 정보의 이용목적 : 사업의 효과 평가 및 정책 방향 연구
- 3. 정보의 보유 및 이용기간 : 해당 연구의 진행기간

다. 전자정보의 관리 : 개인정보에 대한 전자화 정보 관리는 지역보건법 제30조의 4에 의해 '사회보장정보원'에서 대행 관리합니다.

※ 귀하는 개인정보의 수집·이용에 대한 상기 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 이에 대한 동의를 하지 않을 경우에는 건강관리서비스 제공이 중지될 수 있습니다.

개인정보의 제3자 제공에 동의하십니까? 동의함 동의하지 않음

개인정보 동의 획득 상세

3. 민감정보의 수집·이용 동의

○○○보건소는 수집한 개인의 건강정보는 민감정보로서 아래의 목적에 필요한 용도 이외로는 사용되지 않으며 이용 목적이 변경될 시에는 사전 동의를 구할 것입니다.

[민감정보의 수집·이용 목적]

- 생애주기별 건강증진서비스 질 관리
- 보건·복지서비스 연계
- 사업 효과 평가 및 정책 방향 연구 통계 생성

[수집하는 민감정보의 항목]

- 건강정보 : 사업별 건강조사기록, 서비스 제공 기록

※ 귀하는 민감정보의 수집·이용에 대한 상기 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 이에 대한 동의를 하지 않을 경우에는 건강관리서비스 제공이 중지될 수 있습니다.

민감정보의 수집·이용에 동의하십니까? 동의함 동의하지 않음

서식 2

상담기록지

상담기록지

상담일시				상담장소		
상담방법	<input type="checkbox"/> 내소 <input type="checkbox"/> 가정방문 <input type="checkbox"/> 전화 <input type="checkbox"/> 온라인 <input type="checkbox"/> 기타()					
대 상 자	성 명		주보호자	성 명		
	나 이			관 계		

상담목적	
상담내용	
상담결과 및 지원계획 (연계 등)	
기타사항	

서식 3

연계병원 퇴원상담기록지

연계병원 퇴원상담기록지

상담일시		의뢰 요청기관	
상 담 자	(서 명)	의뢰일자	

기본정보	성 명		성 별		나 이	
	생년월일		결혼상태		종 교	
	학 력		주보호자 (관 계)		주보호자 연 락 처	
	주 소				전화번호	
	주거형태	<input type="checkbox"/> 단독주택 <input type="checkbox"/> 아파트 <input type="checkbox"/> 빌라 <input type="checkbox"/> 상가건물 <input type="checkbox"/> 원룸 <input type="checkbox"/> 기타()				
	소유형태	<input type="checkbox"/> 자가 <input type="checkbox"/> 전세 <input type="checkbox"/> 월세 <input type="checkbox"/> 임대 <input type="checkbox"/> 기타()				
	보험유형	<input type="checkbox"/> 국민건강보험 <input type="checkbox"/> 의료급여수급자 <input type="checkbox"/> 기초생활수급자 <input type="checkbox"/> 차상위 계층 <input type="checkbox"/> 기타				
	직 업	사업체명	근무기간	직무내용	급여	비고(퇴직사유 등)
	수 입	<input type="checkbox"/> 100만원 미만 <input type="checkbox"/> 100만원~200만원미만 <input type="checkbox"/> 200~300만원 미만 <input type="checkbox"/> 300만원~400만원미만 <input type="checkbox"/> 500만원 이상				
장애정보	장애등록	<input type="checkbox"/> 유(<input type="checkbox"/> 심한장애 <input type="checkbox"/> 심하지 않은 장애) <input type="checkbox"/> 무(<input type="checkbox"/> 예비장애인)		장애 등록일		
	주장애 유형	<input type="checkbox"/> 지체 <input type="checkbox"/> 뇌병변 <input type="checkbox"/> 시각 <input type="checkbox"/> 청각 <input type="checkbox"/> 언어 <input type="checkbox"/> 안면 <input type="checkbox"/> 호흡기 <input type="checkbox"/> 심장 <input type="checkbox"/> 신장 <input type="checkbox"/> 간 <input type="checkbox"/> 장루·요루 <input type="checkbox"/> 뇌전증 <input type="checkbox"/> 지적 <input type="checkbox"/> 정신 <input type="checkbox"/> 발달				
	부장애	장애 발생 원인/시기				
가족정보	성 명	관계	생년월일	직업	동거여부	비고(연락처 등)

서식 4

재활기록지 I, II

재활기록지 I

□ 일반정보			
성 명		성 별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여
등록일자		생년월일	
퇴 록 일		퇴록사유	
학 력		직 업	(전직)
종 교			(현직)
대 상 자 등록유형	<input type="checkbox"/> 집중관리군 <input type="checkbox"/> 정기관리군 <input type="checkbox"/> 자기역량지원군		
장애등록	<input type="checkbox"/> 유(□심한장애 □심하지 않은 장애) <input type="checkbox"/> 무(□예비장애인)	장 애 등록일	
주장애 유형	<input type="checkbox"/> 지체 <input type="checkbox"/> 뇌병변 <input type="checkbox"/> 시각 <input type="checkbox"/> 청각 <input type="checkbox"/> 언어 <input type="checkbox"/> 안면 <input type="checkbox"/> 호흡기 <input type="checkbox"/> 심장 <input type="checkbox"/> 신장 <input type="checkbox"/> 간 <input type="checkbox"/> 장루·요루 <input type="checkbox"/> 뇌전증 <input type="checkbox"/> 지적 <input type="checkbox"/> 정신 <input type="checkbox"/> 발달		
부장애			
경제수준	<input type="checkbox"/> 하 <input type="checkbox"/> 중하 <input type="checkbox"/> 중 <input type="checkbox"/> 상		
보험유형	<input type="checkbox"/> 국민건강보험 <input type="checkbox"/> 의료급여수급자 <input type="checkbox"/> 기초생활수급자 <input type="checkbox"/> 차상위 계층 <input type="checkbox"/> 기타		
주요질환			
가족사항			

□ 재활사정(계속)

구 분	내 용		/	/
의식	① 명료 ② 혼돈 ③ 혼수			
의사 소통	① 가능(표현방법 :) ② 다소 어려움 ③ 불가능			
호흡 상태	① 정상 ② 기침 ③ 호흡곤란 ④ 기관지 삽관 ⑤ 기타 :			
영양 상태	① 양호 ② 불량(이유: 식단 부족, 삼키기 기능저하, 기타)			
연하 장애	① 있음 ② 없음			
배뇨	상 태	① 정상 ② 배뇨곤란(참지못함, 잦은배뇨, 느낌없음)		
	방 법	① 정상 ② 기저귀, 기스모 ③ 도뇨관(간헐적, 지속적) ④ 기타(자극 등)		
배변	상 태	① 정상 ② 변비(회/ 일) ③ 실변 (배변느낌 : 유, 무) ④ 기타:		
	방 법	① 정상 ② 항문자극 ③ 관장 ④ 기타 :		
피부	위생상태	① 양호 ② 불량 ③ 욕창(상태 :)		
근력	우상지	<input type="checkbox"/> ① 정상 <input type="checkbox"/> ② 약화 <input type="checkbox"/> ③ 완전마비		
	좌상지	<input type="checkbox"/> ① 정상 <input type="checkbox"/> ② 약화 <input type="checkbox"/> ③ 완전마비		
	우하지	<input type="checkbox"/> ① 정상 <input type="checkbox"/> ② 약화 <input type="checkbox"/> ③ 완전마비		
	좌하지	<input type="checkbox"/> ① 정상 <input type="checkbox"/> ② 약화 <input type="checkbox"/> ③ 완전마비		
관절 구축	상 지	① 어깨(좌, 우) ② 팔꿈치(좌, 우) ③ 손(좌, 우)		
	하 지	① 고관절(좌, 우) ② 무릎(좌, 우) ③ 발목(좌, 우)		
운동 기능	① 와상상태(거동불능) ② 앉아있을 수 있음 ③ 침대, 휠체어 이동가능 ④ 기립가능 ⑤ 의존적 실내보행 ⑥ 독립적 실내보행 ⑦ 실외보행			
일상 생활	식 사	<input type="checkbox"/> ①독립적 <input type="checkbox"/> ②부분의존 <input type="checkbox"/> ③완전의존		
	개인위생	<input type="checkbox"/> ①독립적 <input type="checkbox"/> ②부분의존 <input type="checkbox"/> ③완전의존		
	착 탈 의	<input type="checkbox"/> ①독립적 <input type="checkbox"/> ②부분의존 <input type="checkbox"/> ③완전의존		
	대소변처리	<input type="checkbox"/> ①독립적 <input type="checkbox"/> ②부분의존 <input type="checkbox"/> ③완전의존		

□ 종합

주요문제					
대상자 주요구					
재활목표					
제공 서비스	구분	세부 프로그램(예시)		비고	
	①건강관리 서비스	①배뇨·배변관리 ②욕창·피부관리 ③영양관리 ④구강관리 ⑤통증관리	⑥연하관리 ⑦호흡관리 ⑧만성질환관리 ⑨기타		
	②재활훈련 서비스	①재활운동교육 ②일상생활동작훈련 ③관절구축예방교육	④2차장애예방교육 ⑤생활안전교육 ⑥기타		
	③사회참여 서비스	①외출/나들이/체험 ②동료상담/자조모임 ③스포츠/레크레이션	④가족소모임 ⑤기타		
	④자원연계 서비스	①통합건강증진사업 내 연계 ②의료기관과 연계 ③장애인복지관과 연계 ④자활센터와 연계 ⑤행정기관과 연계 ⑥보조기기센터와 연계 ⑦장애인단체와 연계 ⑧자원봉사자(활동보조)와 연계 ⑨가옥 내 편의시설 지원 ⑩장애인 운전 지원 ⑪기타			
	⑤자기역량 서비스	①자가 건강운동, 복지정보 가이드북 및 리플릿 제공 ②기타			
			연계병원 퇴원관리 상담활동 서비스		
			장애인 건강보건 사례관리 서비스		
			지역사회 조기적응 프로그램		

서식 5

기능평가(변형된 Barthel 지수)

기능평가(변형된 Barthel 지수)

평가항목	수행정도	전혀 할 수 없음 (1)	많은 도움이 필요(2)	중간정도의 도움이 필요(3)	경미한 도움이 필요(4)	완전히 독립적으로 수행(5)
개인위생(personal hygiene)		0	1	3	4	5
목욕(bathing self)		0	1	3	4	5
식사(feeding)		0	2	5	8	10
용변(toilet use)		0	2	5	8	10
계단 오르내리기(stair climb)		0	2	5	8	10
착탈의(dressing)		0	2	5	8	10
대변조절(bowel control)		0	2	5	8	10
소변조절(bladder control)		0	2	5	8	10
보행(ambulation)		0	3	8	12	15
휠체어 이동(wheelchair) ¹⁾		0	1	3	4	5
이동(chair/bed transfer)		0	3	8	12	15
성명		검사 일자			점수 (총점 100점)	
성별		나이			전사(PHIS)에서 자동으로 계산된 점수	

주 : ¹⁾보행이 전혀 불가능한 경우에 평가

* MBI 산출

분류	MBI 점수합계	독립수준
1	0 - 24	Total : 완전히 의존적임
2	25 - 49	Severe : 매우 의존적임
3	50 - 74	Moderate : 중등도의 의존적임
4	75 - 90	Mild : 약간 의존적임
5	91 - 99	Minimal : 최소의 도움이 필요함

서식 6

삶의질 평가(EQ-5D)

삶의질 평가(EQ-5D)

* 귀하의 건강상태를 가장 잘 설명해 주는 하나의 항목에 표시해 주십시오.

1. 운동능력	<input type="checkbox"/> ① 나는 걷는데 지장이 없다 <input type="checkbox"/> ② 나는 걷는데 다소 지장이 있다 <input type="checkbox"/> ③ 나는 종일 누워 있어야 한다
2. 자기관리	<input type="checkbox"/> ① 나는 목욕을 하거나 옷을 입는데 지장이 없다 <input type="checkbox"/> ② 나는 혼자 목욕을 하거나 옷을 입는데 다소 지장이 있다 <input type="checkbox"/> ③ 나는 혼자 목욕을 하거나 옷을 입을 수가 없다
3. 일상활동 (예 : 일, 공부, 가사일, 가족 또는 여가활동)	<input type="checkbox"/> ① 나는 일상 활동을 하는데 지장이 없다 <input type="checkbox"/> ② 나는 일상 활동을 하는데 다소 지장이 있다 <input type="checkbox"/> ③ 나는 일상 활동을 할 수가 없다
4. 통증/불편	<input type="checkbox"/> ① 나는 통증이나 불편감이 없다 <input type="checkbox"/> ② 나는 다소 통증이나 불편감이 있다 <input type="checkbox"/> ③ 나는 매우 심한 통증이나 불편감이 있다
5. 불안/우울	<input type="checkbox"/> ① 나는 불안하거나 우울하지 않다 <input type="checkbox"/> ② 나는 다소 불안하거나 우울하다 <input type="checkbox"/> ③ 나는 매우 심하게 불안하거나 우울하다
점수	전산(PHIS)에서 산출식에 의해 자동으로 계산된 점수
EQ-5D 산출식 : $y = 1 - (0.050 + 0.096 \times M2 + 0.418 \times M3 + 0.046 \times SC2 + 0.136 \times SC3 + 0.051 \times UA2 + 0.208 \times UA3 + 0.037 \times PD2 + 0.151 \times PD3 + 0.043 \times AD2 + 0.158 \times AD3 + 0.050 \times N3)$	

* EQ-5D 도구란? 국제적으로 표준화 된 건강상태 측정도구로 삶의 질 평가도구 중 하나

* EQ-5D 점수는 전산(PHIS)에서 자동으로 계산됨

* 산출 : -0.171~1(점수가 클수록 삶의 질이 높음)

* 참조(EQ-5D 점수 평균)

일반인		장애인
만19세 이상	만 70세 이상	
0.956(±0.002)	0.868(±0.006)	0.660(±0.23)
〈2018 국민건강통계〉		〈2019 CBR사업 만족도 조사〉

EQ-5D 산출식 :

$$y = 1 - (0.050 + 0.096 \times M2 + 0.418 \times M3 + 0.046 \times SC2 + 0.136 \times SC3 + 0.051 \times UA2 + 0.208 \times UA3 + 0.037 \times PD2 + 0.151 \times PD3 + 0.043 \times AD2 + 0.158 \times AD3 + 0.050 \times N3)$$

- ※ 삶의질 점수계산방식은 한국인을 대상으로 한 질가중치연구(남해성, 2007, 질병관리본부)에서 도출된 보정식을 이용함.
- ※ 지역사회중심재활 지역보건의료정보시스템에 해당 산출식을 적용하여 전산에서 자동으로 계산됨
- ※ 변수정의

변수명	정 의
M2	운동능력이 '수준2'인 경우 1; 그렇지 않으면 0
M3	운동능력이 '수준3'인 경우 1; 그렇지 않으면 0
SC2	자기관리가 '수준2'인 경우 1; 그렇지 않으면 0
SC3	자기관리가 '수준3'인 경우 1; 그렇지 않으면 0
UA2	일상활동이 '수준2'인 경우 1; 그렇지 않으면 0
UA3	일상활동이 '수준3'인 경우 1; 그렇지 않으면 0
PD2	통증/불편감이 '수준2'인 경우 1; 그렇지 않으면 0
PD3	통증/불편감이 '수준3'인 경우 1; 그렇지 않으면 0
AD2	불안/우울이 '수준2'인 경우 1; 그렇지 않으면 0
AD3	불안/우울이 '수준3'인 경우 1; 그렇지 않으면 0
N3	'수준3'이 하나라도 있을 때 1, 나머지는 0

서식 7

지역사회재활협의체 구성 및 운영

지역사회재활협의체 구성 및 운영

협의체명	
구 성 일	년 월 일
변 경 일	년 월 일
변경내용	OOO위원(OO기관) → OOO위원(OO기관)

• 구성

연번	위원명	기관명(구분)	직 위	연락처	비고
1		OO(행정기관)			위원장
2		OO(공공기관)			부위원장
3		OO(의료기관)			간사
4		OO(복지시설)			위원
5		OO(장애인시설)			위원
6		OO(보조기기센터)			위원
7		OO(장애인단체)			위원

• 역할

기관명	역 할	비고
		위원장
		부위원장
		간사
		위원

서식 8

지역사회재활협의체 회의록

지역사회재활협의체 회의록

일 시	
장 소	
참 석 자	
주요안건	
회의내용	
결정사항 및 추후계획	
건의사항	

서식 9

장애인 건강보건 사례관리 상담지 및 점검지

장애인 건강보건 사례관리 점검지

성 명				점검일자			
성 별				관리번호			
단기목표							
장기목표							
서비스 점검결과	서비스명	시작일자	종료일자	횟수	제공기관	이행여부	비고
향후일정							
비 고							

서식10-1

지역사회서비스 의뢰서 1

지역사회 서비스 의뢰서 1

* 기관에 연계를 위하여 서면의뢰 시 작성

의뢰하는 기관						
의뢰 받는 기관	형태	<input type="checkbox"/> 보건소 <input type="checkbox"/> 지역장애인보건의료센터 <input type="checkbox"/> 케어안내창구 <input type="checkbox"/> 복지기관 ¹⁾ <input type="checkbox"/> 기타 ²⁾				
	기관명					
	주소	시(도)		구(군)	동(면) 까지만 기재	
기본 사항	성명 / 성별		생년월일	년 월 일 (만 세)		
	전화번호	환자	보호자			
	행정 주소지					
	퇴원 후 거주지					
	장애등록	<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 (<input type="checkbox"/> 중증 <input type="checkbox"/> 경증) <input type="checkbox"/> 진행중 <input type="checkbox"/> 신청예정				
	장기요양등급	<input type="checkbox"/> 해당없음 <input type="checkbox"/> 신청 (<input type="checkbox"/> 신청예정 <input type="checkbox"/> 진행 중 <input type="checkbox"/> 완료 : 등급) <input type="checkbox"/> 기 등급자 : 등급 <input type="checkbox"/> 추후 재 의뢰				
가구 및 돌봄	돌봄제공자	<input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 가족(관계:) <input type="checkbox"/> 유급 간병인 <input type="checkbox"/> 요양보호사 <input type="checkbox"/> 기타(관계:)				
	가구형태	<input type="checkbox"/> 1인가구 <input type="checkbox"/> 부부가구 <input type="checkbox"/> 자녀동거 <input type="checkbox"/> 기타()				
건강 수준	진단명		발병일	년 월 일		
	만성질환	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 당뇨 <input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 기타 ()				
	인지 (MMSE)	() / 30점				
	통증	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음(부위:) <input type="checkbox"/> 간헐적 <input type="checkbox"/> 지속적				
	피부	<input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 불량 <input type="checkbox"/> 욕창(부위 단계)				
	보행능력	<input type="checkbox"/> 완전자립 <input type="checkbox"/> 도움필요 <input type="checkbox"/> 걷지 못함				
	보조기구	<input type="checkbox"/> 도보 <input type="checkbox"/> 지팡이 <input type="checkbox"/> 보행기 <input type="checkbox"/> 휠체어 <input type="checkbox"/> 기타()				

	화장실 사용하기	<input type="checkbox"/> 화장실 (<input type="checkbox"/> 완전독립 <input type="checkbox"/> 도움필요) <input type="checkbox"/> 기저귀 <input type="checkbox"/> 이동식변기 <input type="checkbox"/> 기타()			
	식사하기	<table border="1"> <tr> <td>기능</td> <td> <input type="checkbox"/> 완전독립 <input type="checkbox"/> 도움필요 <input type="checkbox"/> 행위 발생 안함 </td> </tr> <tr> <td>연하장애</td> <td> <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 </td> </tr> </table>	기능	<input type="checkbox"/> 완전독립 <input type="checkbox"/> 도움필요 <input type="checkbox"/> 행위 발생 안함	연하장애
기능	<input type="checkbox"/> 완전독립 <input type="checkbox"/> 도움필요 <input type="checkbox"/> 행위 발생 안함				
연하장애	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음				
대상자 요구 사항					
보호자 요구 사항					
희망 서비스 (중복선택 가능)	<input type="checkbox"/> 조기적응프로그램	<input type="checkbox"/> 장애이해하기 <input type="checkbox"/> 일상생활 동작관리 <input type="checkbox"/> 장애별 자가관리 프로그램 등			
	<input type="checkbox"/> 장애인 재활운동 프로그램	<input type="checkbox"/> 관절운동, 근력운동 <input type="checkbox"/> 보행운동 <input type="checkbox"/> 2차 장애관리 프로그램 등			
	<input type="checkbox"/> 장애인 사회참여 서비스	<input type="checkbox"/> 장애별 자조모임 <input type="checkbox"/> 동료상담 <input type="checkbox"/> 보호자 교육 및 가족 소모임 등			
	<input type="checkbox"/> 자원연계 서비스	<input type="checkbox"/> 가족내 편의시설 지원서비스 <input type="checkbox"/> 보건소 내 연계서비스 등(방문, 금연, 절주 비만 등)			
	<input type="checkbox"/> 기타				
첨부 서류 (중복선택 가능)	<input type="checkbox"/> 개인정보제공동의서 <input type="checkbox"/> 기능평가결과 <input type="checkbox"/> 기타 ()				
상기인을 귀 기관에 의뢰하오니 적극 협조 부탁드립니다.					
의뢰일:	년 월 일 담당자 _____ (연락처:)				
상기 내용에 대해 충분히 설명을 들었고, 연계 계획에 동의합니다.					
환자 성명 _____ (서명:)					

- 1) 복지기관 : 종합사회복지관, 노인복지관, 노인복지센터, 장애인 복지관, 재활센터, 주야간보호, 단기보호 시설, 장애인스포츠크터
- 2) 기타 : 복지기관을 제외한 민간서비스단체 등

서식10-2

지역사회서비스 의뢰서 II

지역사회 서비스 의뢰서 II

* 대상자와 함께 연계기관을 방문 시 작성

의뢰하는 기관			
의뢰받는 기관	형태	<input type="checkbox"/> 보건소 <input type="checkbox"/> 복지기관 ¹⁾	<input type="checkbox"/> 지역장애인보건의료센터 <input type="checkbox"/> 기타 ²⁾
	기관명		
	주소	시(도)	구(군) 동(면) 까지만 기재
기본사항	방문일자	년 월 일	
	방문자	<input type="checkbox"/> 사회복지사 <input type="checkbox"/> 보호자 ()	<input type="checkbox"/> 환자 <input type="checkbox"/> 기타 ()
	방문목적		
환자 및 보호자 요구 사항			
희망 서비스 (중복선택 가능)	<input type="checkbox"/> 조기적응프로그램	<input type="checkbox"/> 장애이해하기 <input type="checkbox"/> 일상생활 동작관리 <input type="checkbox"/> 장애별 자가관리 프로그램 등	
	<input type="checkbox"/> 장애인 재활운동 프로그램	<input type="checkbox"/> 관절운동, 근력운동 <input type="checkbox"/> 보행운동 <input type="checkbox"/> 2차 장애관리 프로그램 등	
	<input type="checkbox"/> 장애인 사회참여 서비스	<input type="checkbox"/> 장애별 자조모임 <input type="checkbox"/> 동료상담 <input type="checkbox"/> 보호자 교육 및 가족 소모임 등	
	<input type="checkbox"/> 자원연계 서비스	<input type="checkbox"/> 가옥내 편의시설 지원서비스 <input type="checkbox"/> 보건소 내 연계서비스 등(방문, 금연, 절주 비만 등)	
	<input type="checkbox"/> 기타		
상기인을 귀 기관에 의뢰하오니 적극 협조 부탁드립니다.			
의뢰일:	년 월 일	담당자 _____	(연락처: _____)
상기 내용에 대해 충분히 설명을 들었고, 연계 계획에 동의합니다.			
		환자 성명 _____	(서명: _____)

서식10-3

서비스 회송서

서비스 회송서

의뢰기관					
성 명		성 별	<input type="checkbox"/> 남	<input type="checkbox"/> 여	
생년월일		장애등록	<input type="checkbox"/> 유(<input type="checkbox"/> 심한장애 <input type="checkbox"/> 심하지 않은 장애) <input type="checkbox"/> 무(<input type="checkbox"/> 예비장애인)		
목표 및 지원계획	<ul style="list-style-type: none"> ■ 목표 - - ■ 지원계획 - - 				
제공된 서비스					
경과 및 결과					
향후계획					
<p>상기인의 서비스 내용을 회송합니다.</p> <p>회송일: 년 월 일</p>					
회송기관		담당자		연락처	

서식 11

사업 만족도 조사

지역사회중심재활사업 만족도 조사

지역사회중심재활사업 만족도 조사 동의서

안녕하십니까? 이 설문조사는 지역사회중심재활사업 서비스에 대한 대상자의 만족도를 알아보기 위한 설문입니다. 귀하께서 답변해주시는 자료는 지역사회중심재활사업 서비스의 질을 개선하기 위한 오직 통계 처리만을 위해 사용되오니, 바쁘시더라도 각 문항에 빠짐없이 성실하게 답변해 주실 것을 부탁드립니다.

일 시 : 년 월 일

응답자 : _____(인)

설명자 : _____(인)

조사 지역 _____시/도 _____시군구 _____보건소(보건지소)

※ 일반적 사항

1. 귀하의 연령은? 만 _____세
2. 귀하의 성별은? ① 남자 ② 여자
3. 귀하의 경제상태는? ① 상 ② 중 ③ 하 ④ 무응답
4. 귀하의 직업은 무엇입니까?
 ① 무직 ② 자영업 또는 농업 ③ 직장인 ④ 학생
 ⑤ 보수를 받지 않는 일(자원봉사 등) ⑥ 주부 ⑦ 기타 _____
5. 장애의 종류는?
 ① 뇌병변장애 ② 지체장애 ③ 시각장애 ④ 청각장애 ⑤ 기타 _____
6. 장애의 장애 정도는?
 ① 심한 장애 ② 심하지 않은 장애 ③ 기타(예비장애인)

6. 지난 2주간(14일) 만성, 급성질환, 사고, 중독 등으로 몸이 아프거나 불편을 느꼈던 날은 총 며칠이나 됩니까? ()
- ① 1~3일 ② 4~6일 ③ 7~9일 ④ 10~13일 ⑤ 14일(매일)
- ⑥ 없음 ⑦ 모름

II 서비스 이용 관련

1. 올 해 (지역사회중심)재활서비스를 얼마나 이용하셨습니까? ()
- ① 매일 ② 주 2~3회 ③ 주 1회 ④ 월 1회 ⑤ 월 2~3회
- ⑥ 분기별 1회(연 4회) ⑦ 연 1회 ⑧ 기타 _____

2. 제공받은 재활서비스는 충분하다고 생각하십니까? ()
- ① 예 ② 아니오

- 2-1. 아니오인 경우, 서비스를 더 제공받지 못한 이유가 무엇이라고 생각하십니까? ()
- ① 이동이 어려워서 ② 적절한 서비스가 없어서 ③ 시간이 부족해서
- ④ 참여제한이 있어서 ⑤ 기타 _____

3. 주로 어떤 유형으로 서비스를 제공 받았습니까? ()
- ① 보건소 내소 ② 가정방문 ③ 전화상담 ④ 기타 _____

4. 주로 어떤 재활서비스를 제공 받았습니까?

구분	세부프로그램	이용빈도(회)
I 건강관리 서비스	① 배뇨·배변관리	연 _____ 회
	② 욕창·피부관리	연 _____ 회
	③ 영양관리	연 _____ 회
	④ 구강관리	연 _____ 회
	⑤ 통증관리	연 _____ 회
	⑥ 연하관리	연 _____ 회

구분	세부프로그램	이용빈도(회)
	⑦호흡관리 ⑧만성질환관리 ⑨기타	연____회 연____회 연____회
②재활훈련 서비스	①재활운동교육 ②일상생활동작훈련 ③관절구축예방교육 ④2차장애예방교육 ⑤생활안전교육 ⑥기타	연____회 연____회 연____회 연____회 연____회 연____회
③사회참여 서비스	①외출/나들이/체험 ②동료상담/자조모임 ③스포츠/레크레이션 ④가족소모임 ⑤기타	연____회 연____회 연____회 연____회 연____회
④자원연계 서비스	①통합건강증진사업 내 연계 ②의료기관과 연계(지역장애인보건의료센터 등) ③장애인복지관과 연계 ④자활센터와 연계 ⑤행정기관과 연계 ⑥보조기기센터와 연계 ⑦장애인단체와 연계 ⑧자원봉사자(활동보조)와 연계 ⑨가옥 내 편의시설 지원 ⑩장애인 운전 지원 ⑪기타	연____회 연____회 연____회 연____회 연____회 연____회 연____회 연____회 연____회 연____회 연____회
⑤자기역량 서비스	①자가 건강운동 복지정보 가이드북 및 리플릿 제공 ②기타	연____회 연____회
	연계병원 퇴원관리 상담활동 서비스	연____회
	장애인 건강보건 사례관리 서비스	연____회
	지역사회 조기적응 프로그램	연____회

Ⅲ 서비스 만족도 관련

1. 귀하는 제공받은 서비스에 대해 전반적으로 어떻게 생각하십니까? ()

- ① 전혀 만족하지 않는다 ② 만족하지 않는다 ③ 보통이다
 ④ 만족한다 ⑤ 매우 만족한다

※ 다음은 서비스 세부만족도입니다. 각 문항에 대하여 해당되는 것에 'V' 표시하여 주십시오

2. 서비스 과정 만족도

평가요소	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통이다	그렇다	매우 그렇다
① 담당자는 내가 적극적으로 활동에 참여하도록 충분히 노력했다.	①	②	③	④	⑤
② 담당자에게 궁금한 점을 물었을 때, 이해가 되도록 설명을 들었다	①	②	③	④	⑤
③ 담당자는 전문적인 능력과 자질을 충분히 지니고 있다.	①	②	③	④	⑤
④ 서비스의 주 당 진행 횟수가 충분하다.	①	②	③	④	⑤
⑤ 서비스의 1회 당 진행 시간이 충분하다.	①	②	③	④	⑤
평균 점수(총점 5점)	<i>전산(PHS)에서 자동으로 계산된 점수</i>				

3. 서비스 결과 만족도

평가요소	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통이다	그렇다	매우 그렇다
① 제공받은 서비스가 일상생활에 도움이 된다.	①	②	③	④	⑤
② 제공받은 서비스가 사회생활에 도움이 된다.	①	②	③	④	⑤
③ 주위사람들은 서비스를 통해 내가 긍정적으로 변화되었다고 말한다.	①	②	③	④	⑤
④ 내가 참여하고 있는 서비스 구성원들은 서로 긍정적인 영향을 받았다.	①	②	③	④	⑤
⑤ 제공받은 서비스가 나에게 적합하였다.	①	②	③	④	⑤
평균 점수(총점 5점)	<i>전산(PHS)에서 자동으로 계산된 점수</i>				

4. 서비스 체감 만족도

평가요소	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통이다	그렇다	매우 그렇다
① 서비스 이용에 소요한 시간 및 노력과 비교하였을 때, 서비스에 만족한다.	①	②	③	④	⑤
② 내가 제공받은 서비스를 다른 사람에게도 권하고 싶다.	①	②	③	④	⑤
③ 나는 제공받은 서비스를 계속 이용하고 싶다.	①	②	③	④	⑤
평균 점수(총점 5점)	<i>전산(PHIS)에서 자동으로 계산된 점수</i>				

5. 서비스 접근성 만족도

평가요소	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통이다	그렇다	매우 그렇다
① 나는 무슨일이 있을 때 쉽게 사업담당자에게 도움을 요청할 수 있다.	①	②	③	④	⑤
② 내가 필요한 서비스를 제공 받는데 어려움이 없다.	①	②	③	④	⑤
③ 내가 필요한 형태(방문, 내소, 전화 등)로 서비스를 제공받을 수 있다.	①	②	③	④	⑤
평균 점수(총점 5점)	<i>전산(PHIS)에서 자동으로 계산된 점수</i>				

서비스 전반적 만족도 평균 점수(총점 5점)	<i>전산(PHIS)에서 자동으로 계산된 점수</i>
---------------------------------	-------------------------------

IV 대상자 평가

1. 기능평가(변형된 Barthel 지수)

수행정도 \ 평가항목	전혀 할 수 없음	많은 도움이 필요	중간정도 도움이 필요	경미한 도움이 필요	완전히 독립적으로 수행
① 개인위생(personal hygiene)	0	1	3	4	5
② 목욕(bathing self)	0	1	3	4	5
③ 식사(feeding)	0	2	5	8	10
④ 용변(toilet use)	0	2	5	8	10

수행정도	평가항목	전혀 할 수 없음	많은 도움이 필요	중간정도 도움이 필요	경미한 도움이 필요	완전히 독립적으로 수행
⑤	계단 오르내리기(stair climb)	0	2	5	8	10
⑥	착탈의(dressing)	0	2	5	8	10
⑦	대변조절(bowel control)	0	2	5	8	10
⑧	소변조절(baldder control)	0	2	5	8	10
⑨	보행(ambulation)	0	3	8	12	15
⑩	휠체어 이동(wheelchair) ¹⁾	0	1	3	4	5
⑪	이동(chair/bed transfer)	0	3	8	12	15
점수(총점 100점)		<i>전산(PHIS)에서 자동으로 계산된 점수</i>				

주: ¹⁾보행이 전혀 불가능한 경우에 평가

2. 삶의 질(EQ-5D)

평가항목	수행정도
① 운동능력	<input type="checkbox"/> ① 나는 걷는데 지장이 없다 <input type="checkbox"/> ② 나는 걷는데 다소 지장이 있다 <input type="checkbox"/> ③ 나는 종일 누워 있어야 한다
② 자기관리	<input type="checkbox"/> ① 나는 목욕을 하거나 옷을 입는데 지장이 없다 <input type="checkbox"/> ② 나는 혼자 목욕을 하거나 옷을 입는데 다소 지장이 있다 <input type="checkbox"/> ③ 나는 혼자 목욕을 하거나 옷을 입을 수가 없다
③ 일상활동 (예 : 일, 공부, 가사일, 여가 활동 등)	<input type="checkbox"/> ① 나는 일상 활동을 하는데 지장이 없다 <input type="checkbox"/> ② 나는 일상 활동을 하는데 다소 지장이 있다 <input type="checkbox"/> ③ 나는 일상 활동을 할 수가 없다
④ 통증/불편	<input type="checkbox"/> ① 나는 통증이나 불편감이 없다 <input type="checkbox"/> ② 나는 다소 통증이나 불편감이 있다 <input type="checkbox"/> ③ 나는 매우 심한 통증이나 불편감이 있다
⑤ 불안/우울	<input type="checkbox"/> ① 나는 불안하거나 우울하지 않다 <input type="checkbox"/> ② 나는 다소 불안하거나 우울하다 <input type="checkbox"/> ③ 나는 매우 심하게 불안하거나 우울하다
점수	<i>전산(PHIS)에서 산출식에 의해 자동으로 계산된 점수</i>

3. 나의 건강상태

건강상태가 얼마나 좋고 나쁜지를 표현하는 것을 돕고자, 당신이 상상할 수 있는 **최고의 상태를 '100'** 으로, 당신이 상상할 수 있는 **최저의 상태를 '0'** 으로 표시한 눈금자를 그려 놓았습니다.

오늘 당신의 건강상태가 얼마나 좋고 나쁜지를 눈금자에 표시해 주십시오.

상상할 수 있는 최저의 건강상태 상상할 수 있는 최고의 건강상태

점수(총점 100점)	점
-------------	---

* 기타 개선할 사항이나 바라는 것이 있다면 아래에 적어주세요.

설문에 응해주셔서 감사합니다.



3

장애친화 건강검진 사업

<서식 1> 장애인 건강검진기관 지정신청서(「장애인건강권법 시행규칙」 별지 제1호서식 참조)

■ 장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 [별지 제1호서식] <개정 2019.7.1.>

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	<input type="checkbox"/> 장애인 일반건강검진기관 <input type="checkbox"/> 장애인 암건강검진기관 (<input type="checkbox"/> 위암 <input type="checkbox"/> 대장암 <input type="checkbox"/> 간암 <input type="checkbox"/> 유방암 <input type="checkbox"/> 자궁경부암 <input type="checkbox"/> 폐암) <input type="checkbox"/> 장애인 구강건강검진기관		

「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」 제7조 및 같은 법 시행규칙 제2조 제2항에 따라 위와 같이 장애인 건강검진기관 지정을 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

첨부서류	1. 별지 제2호서식의 인력·시설 및 장비 현황에 관한 서류 2. 장애인 건강검진을 보조하는 인력의 채용 관련 사실 증명서류	수수료 없음
------	--------------------------------------------------------------------------	-----------



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 2019.7.1.>

장애인 건강검진 인력·시설 및 장비 현황

1. 지정신청 내용(해당 항목에 "○" 표기)

일반검진	암검진						구강검진
	위암	대장암	간암	유방암	자궁경부암	폐암	

2. 검진 보조 인력 명단(비상근 인력은 제외)

성명	소속	연락처	해당 기관 고용일	자격증	해당 업무

※ 검진 인력은 「건강검진기본법 시행규칙」 제5조에 따라 제출된 검진기관 지정신청서 상의 검진 인력으로 같음합니다.

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	

시설기준		O/X
바. 경사로	경사로 설치에 관한 세부 기준	
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.

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	휠체어 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					자궁 경부암	폐암	구강검진
		위암	대장암	간암	유방암				
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

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

■ 장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 [별지 제4호서식]

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)		변경일
			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)	제조국명	제조년도	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

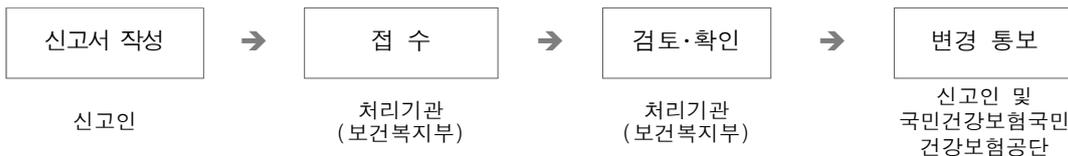
(서명 또는 인)

보건복지부장관

귀하

첨부서류	장애인 건강검진을 보조하는 인력의 채용 관련 사실 증명서류(장애인 건강 검진을 보조하는 인력이 변경된 경우에만 해당합니다)	수수료 없음
------	----------------------------------------------------------------------	--------

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
국민건강보험공단 확인자 (서명 또는 인)
 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	<input type="checkbox"/> 일반검진기관 <input type="checkbox"/> 암검진기관 (<input type="checkbox"/> 위암 <input type="checkbox"/> 대장암 <input type="checkbox"/> 간암 <input type="checkbox"/> 유방암 <input type="checkbox"/> 자궁경부암 <input type="checkbox"/> 폐암) <input type="checkbox"/> 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

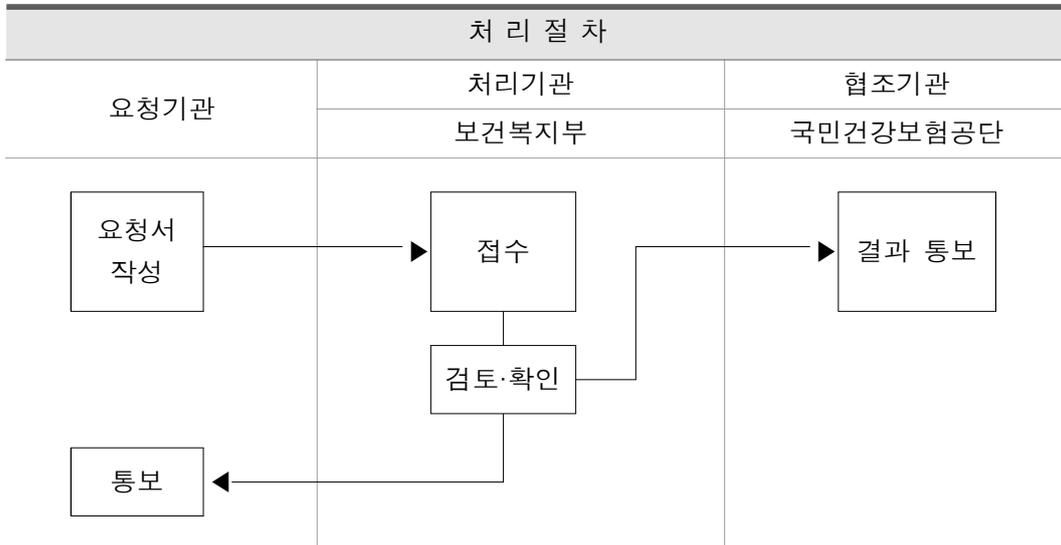


보건복지부장관 귀하

※ 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			
보조사업명			
사 업 목 적			
사 업 내 용			
사 업 기 간			
< 사업의 소요경비 >			
(단위: 천원)			
총 소요액	국고보조금 신청액	지방비 부담액	자체부담
<p>보조금 관리에 관한 법률 제16조의 규정에 따라 위와 같이 국고보조금의 교부를 신청합니다.</p> <p style="text-align: center;">20 년 월 일</p> <p style="text-align: center;">신 청 자 ○○시장·도지사 (인)</p> <p style="text-align: center;">보 건 복 지 부 장 관 귀 하</p>			
<p><첨부서류></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 사업계획서(지정 완료 이후 수정본) 2. <서식 9> 장비 계획 심의 신청서 3. <서식 12> 시설 설계 심의 신청서 			

○ 사업계획서 변경내역(별지로 작성)

변경내용 / 구분	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)

변경내용 / 구분	변경전	변경후	변경사항	변경사유*
1.				
2.				

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

〈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	0			일반경쟁	
기타(총괄)						
총수량/총금액	대 / 천원					

〈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 제공계	1	00	00		휠체어 제공계	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 입찰차액에 따른 추가장비의 구입 시에는 이를 포함시켜야 함
- 2) 구매완료 보고서 제출 시에는 ① 구입한 장비의 계약서, ② 사양, ③ A/S 보증보험증권 등 A/S 관련 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		
		승인품목²⁾							
		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 : 입찰 차액에 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 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	
<p>장애친화 건강검진기관 시설공사 완료를 보고합니다.</p> <p>20 년 월 일</p> <p style="text-align: right;">보고자 (서명 또는 인)</p> <p>중앙장애인보건의료센터장 귀하</p>				
<p><첨부서류></p> <p>1. 설계도서 1부(설계변경이 반영된 공사도면)</p> <p>2. 준공사진</p> <p>3. 사업비 집행내역서(최종 사업비 지출내역을 총괄하여 작성, 공사비는 분야별로 세분하여 표기)</p>				

〈서식 15〉 장애친화 건강검진 사전 체크리스트

성명		성별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	생년월일	년 월 일
연락처	(수검자)	(조력인)			
장애유형	<input type="checkbox"/> 지체 <input type="checkbox"/> 뇌병변 <input type="checkbox"/> 시각 <input type="checkbox"/> 청각 <input type="checkbox"/> 언어 <input type="checkbox"/> 지적 <input type="checkbox"/> 자폐 <input type="checkbox"/> 정신 <input type="checkbox"/> 신장 <input type="checkbox"/> 심장 <input type="checkbox"/> 호흡기 <input type="checkbox"/> 간 <input type="checkbox"/> 안면 <input type="checkbox"/> 장루, 요루 <input type="checkbox"/> 뇌전증				
검진희망일	년 월 일 시 분				
검진유형	<input type="checkbox"/> 일반건강검진 <input type="checkbox"/> 구강건강검진 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 국가암검진 <input type="checkbox"/> 위암 <input type="checkbox"/> 간암 <input type="checkbox"/> 대장암 <input type="checkbox"/> 유방암 <input type="checkbox"/> 자궁경부암 <input type="checkbox"/> 폐암				
구분	지원 내용	예	아니오		
동행	1. 건강검진기관 방문 시 조력인(가족 또는 활동지원사 등)과 동행하십니까?				
	1-1. 검사를 원활하게 받기 위해 검진과정 전반에 조력인과 동행을 원하십니까?				
	2. 건강검진 과정 전반의 조력을 위해 안내인력의 동행이 필요하십니까?				
이동	3. 건강검진기관 방문 시 안내건의 대기장소가 필요하십니까?				
	4. 휠체어, 목발 등 이동 보조기기를 사용하고 있습니까? 4-1. 어떤 이동 보조기기를 사용하십니까? <input type="checkbox"/> 전동 휠체어 <input type="checkbox"/> 수동 휠체어 <input type="checkbox"/> 지팡이·목발 <input type="checkbox"/> 기타 _____				
의사소통	5. 검진과 상담 시 의사소통을 위한 도움이 필요하십니까?				
	5-1. 어떤 의사소통 방법을 선호하십니까? <input type="checkbox"/> 수어통역 <input type="checkbox"/> 구화 <input type="checkbox"/> 필담(문자) <input type="checkbox"/> 대화용 장치 <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> 일반 글자 <input type="checkbox"/> 점자인쇄물 <input type="checkbox"/> 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 제12호서식 참조)

건강검진 사후관리를 위한 결과 활용 동의서			
* 정보제공에 동의하는 검진종별에 <input checked="" type="checkbox"/> 하시기 바랍니다.			
[<input type="checkbox"/> 일반건강검진(의료급여생애전환기검진 포함), <input type="checkbox"/> 암검진, <input type="checkbox"/> 영유아건강검진]			
<p>본 동의서는</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 국민건강보험국민건강보험공단(이하 '국민건강보험공단'이라 한다)에서 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. <p>* 건강관리서비스: 건강상담·교육·금연·절주·운동·영양·치매검사, 영유아 발달장애 정밀검사비 지원 등</p> <p>※ 귀하의 개인정보는 개인정보보호법 및 건강검진기본법 등에 따라 비밀준수 의무 범위 내에서만 활용되며, 목적 외의 용도로 이용하거나 타 기관에 제공하지 않습니다.</p> <p>※ 동의를 철회하실 때에는 국민건강보험국민건강보험공단 고객센터(1577-1000)나 관할 지사에 전화하시면 간단한 본인확인을 거쳐 철회 가능합니다.</p>			
1. 개인정보의 제공에 관한 동의			
<p>○ 검진기관으로부터 귀하의 개인정보를 보건소와 국민건강보험공단에 제공하는 아래의 내용에 대해 설명을 충분히 들었으며 고지된 관련사항을 제공하는 것에 동의합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 <ul style="list-style-type: none"> - 국민건강보험공단 → 보건소 <ul style="list-style-type: none"> · 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 이메일 등 개인식별정보와 건강검진결과 및 문진자료 - 보건소 → 국민건강보험공단: 성명, 주민등록번호, 보건소에서 귀하에게 제공한 건강관리서비스 내역 - 국민건강보험공단 → 국립암센터 및 보건소 <ul style="list-style-type: none"> · 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. <p style="text-align: right;">동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/></p>			
2. 민감정보의 처리에 관한 동의			
<p>○ 건강검진 정보, 보건소의 건강관리서비스 내역은 민감정보로 검진기관으로부터 개인정보 처리에 관하여 고지 받았으며 이를 충분히 이해하고 동의합니다.</p> <p style="text-align: right;">동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/></p>			
3. 고유식별정보의 처리에 관한 동의			
<p>○ 주민등록번호는 고유식별정보로 검진기관으로부터 개인정보 처리에 관하여 고지 받았으며 이를 충분히 이해하고 동의합니다.</p> <p style="text-align: right;">동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/></p>			
전체 동의함 <input type="checkbox"/>			
		년 월 일	
동의자	수검자 성명	(서명)	주민등록번호
	(영유아인 경우) 법정대리인 성명	(서명)	수검자와의 관계
검진기관명 (기호)			

2020년 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 통계 처리되며 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									

2020년 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 그랬다	매우 그랬다
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 하였습니까?	①	②	③	④
16	검진 환경은 전반적으로 편리 하십니까?	①	②	③	④

