

## 1. 개정이유

보건복지부장관과 지방자치단체의 장이 장애친화 산부인과 운영 의료기관을 지정할 수 있도록 하는 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」이 개정(법률 제19301호, 2023. 3.28. 공포, 2023. 9.29. 시행)됨에 따라 장애친화 산부인과 운영 의료기관의 지정기준과 지정절차, 지정 취소에 관한 사항을 정하고 장애인 건강검진기관 지정대상 확대 및 지정기준 완화 적용 절차 마련 등 현행 제도의 미비점을 보완하려는 것임.

## 2. 주요내용

가. 장애인 건강검진기관, 장애친화 산부인과 운영 의료기관 지정기준 완화 적용 절차 도입(안 제2조의2, 제13조의6 신설)

- 1) 시설기준이 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진 보장에 관한 법률」 제15조 및 같은 법 시행령 제7조에 규정된 완화 요건에 해당하는 경우, 인력기준은 채용 공고 3회 이상, 업무 위탁 등으로 인력을 확보할 수 없는 경우로 해당 직종을 대체할 대안을 제시하는 경우 관련분야 전문가 3인 이상의 의견을 들어 기준을 완화 적용할 수 있도록 함

나. 장애인 건강검진기관, 장애친화 산부인과 운영 의료기관 지정 취소 절차 개선 및 신설(안 제3조제1항 개정, 제13조의7 신설)

- 1) 지정기준 위반·미달로 장애인 건강검진기관을 취소하는 경우 1년 이내의 시정 기간을 부여할 수 있도록 함
- 2) 장애친화 산부인과 운영 의료기관이 거짓이나 부정한 방법으로 지정 받은 경우 그 지정을 취소하고, 지정 취소를 원하는 의료기관에 대한 지정 취소 신청 절차를 규정하는 한편, 지정기준 미달의 경우 그 지정을 취소하되 1년 이내의 시정 기간을 부여할 수 있도록 함

다. 재활의료기관 운영위원회 위원 정수 확대(안 제12조제2항 개정)

- 1) 위원의 정수를 위원장 포함 14명 이내에서 15명 이내로 확대하여 위원회의 전문성과 다양성을 제고함

라. 장애친화 산부인과 운영 의료기관 지정 절차 신설(안 제13조의5 신설)

- 1) 장애친화 산부인과 운영 의료기관 지정 신청, 지정 결정, 변경 신고 절차를 규정함
- 2) 지정을 신청한 의료기관이 지정기준을 갖추지 못한 경우 1년 이내의 기간(부득이한 사유가 있는 경우 1년 연장)을 주고 지정기준을 갖추도록 할 수 있음.
- 3) 보건복지부장관과 지방자치단체의 장은 지정 신청 또는 변경 신고를 받은 경우 「장애인복지법」 제29조의2에 따른 장애인개발원, 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진 보장에 관한 법률」 제9조의3에 따른 편의시설 설치기준 적합성 확인 대행기관, 「모자보건법」 제10조의6에 따른 중앙모자의료센터 등 전문기관에 시설기준 적합 여부의 확인을 요청할 수 있음

마. 장애인 건강검진기관 지정대상 확대(안 별표 1 개정)

- 1) 「건강검진기본법」에 따라 일반건강검진기관과 암 건강검진기관을 동시에 지정 받아야 장애인 건강검진기관 지정 대상이 되었으나 일반 건강검진기관, 암 건강검진기관 중 어느 하나를 지정 받으면 장애인 건강검진기관 지정 대상이 되도록 함

바. 장애친화 산부인과 운영 의료기관 지정기준 신설(안 별표 2의6 신설)

- 1) 주요시설과 편의시설 25개 시설의 세부기준을 정함. 다만, 「장애인·

노인·임산부 등의 편의 증진 보장에 관한 법률」 제10조의2에 따라 장애물 없는 생활환경(BF) 인증을 받은 경우 편의시설 기준을 충족한 것으로 봄.

- 2) 장애인 진료 및 검진 등에 필요한 장비와 인력의 세부기준과 상담 및 예약, 수어통역서비스, 이동지원 등 운영에 필요한 사항을 정함
- 사. 서식 개정 및 신설(안 별지 제3호부터 제5호까지 개정, 제5호의2, 제6호의2부터 제6호의8까지 신설)
- 1) 조항 신설에 따른 인용 조항 변경(안 별지 제3호부터 제5호까지)
  - 2) 장애인 건강검진기관, 장애친화 산부인과 운영 의료기관 지정기준 완화 적용 신청서 서식 신설(안 별지 제5호의2, 제6호의7)
  - 3) 장애친화 산부인과 운영 의료기관 지정 신청, 변경 신고, 지정취소에 필요한 서식 신설(안 별지 제6호의2서식부터 제6호의6서식까지, 제6호의8서식)

### 3. 참고사항

가. 관계법령 : 생      략

나. 예산조치 : 별도조치 필요 없음

다. 합      의 : 해당없음

라. 기      타 : 1) 신·구조문대비표, 별첨

2) 입법예고(9999. 12. 31. ~ 12. 31.) 결과, 특기할 사항 없음

3) 행정규제 : 규제개혁위원회와 협의 결과, 이견 없음

- 규제 신설·폐지 등 없음

## 장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 일부개정령안

장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙 일부를 다음과 같이 개정한다.

제2조제2항에 제3호를 다음과 같이 신설하고, 같은 조 제5항부터 제11항까지를 각각 제7항부터 제13항까지로 하며, 같은 조 제4항을 제5항으로 하고, 같은 조에 제4항 및 제6항을 각각 다음과 같이 신설한다.

3. 그 밖에 장애인 건강검진기관 지정을 위해 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 서류

④ 보건복지부장관은 제2항에 따라 신청한 의료기관이 별표 1의 지정기준을 갖추지 못한 경우에는 1년 이내의 기간을 정하여 별표 1에 따른 지정기준을 갖추도록 할 수 있다. 다만, 지정기준을 갖추기 위한 시설공사 등에 상당한 기간이 소요되는 등 부득이한 사유가 있다고 인정되는 경우에는 1년 이내의 범위에서 그 기간을 연장할 수 있다.

⑥ 제5항에 따라 장애인 건강검진기관 지정서를 발급받은 의료기관은 명칭 또는 개설자(법인의 경우에는 대표자를 말한다), 소재지가 변경된 경우에는 그 날부터 15일 이내에 보건복지부장관에게 신고하여야 한다. 이 경우 보건복지부장관은 지정서를 재발급 하여야 한다.

제2조제7항(중전의 제5항) 각 호 외의 부분 본문 중 “제4항”을 “제5항”으로, “변경신고서”를 “변경신청서”로 하고, 같은 항 각 호 외의 부분 단서를 삭제하며, 같은 항 제1호를 삭제하고, 같은 조 제8항(중전의 제6항) 중 “변경신고서를 제출한”을 “변경신청서를 제출한”으로 하며, 같은 조 제9항(중전의 제7항) 중 “제5항”을 “제7항”으로, “변경신고서”를 “변경신청서”로, “신고인”을 “신청인”으로 하고, 같은 항에 후단을 다음과 같이 신설한다.

이 경우 변경신청의 내용이 제1항에 따른 지정기준에 적합하지 않다고 확인된 경우에는 1년 이내의 기간을 정하여 보완을 요청할 수 있다.

제2조제10항(중전의 제8항) 중 “제5항”을 “제7항”으로, “신고를”을 “신청을”로 하고, 같은 조 제11항(중전의 제9항) 중 “제7항”을 “제9항”으로, “경우”를 “경우 「장애인복지법」 제29조의2에 따른 한국장애인개발원(이하 “장애인개발원”이라 한다),”로, “한다)”를 “한다) 등 전문기관”으로 하며, 같은 조 제12항(중전의 제10항) 중 “대행기관”을 “전문기관”으로, “별지 제5호서식에 따라”를 “별지 제5호서식의 장애인 건강검진기관 시설 기준 적합성 확인서에”로 하고, 같은 조 제13항(중전의 제11항) 중 “제8항”을 “제10항”으로 한다.

제2조의2를 다음과 같이 신설한다.

제2조의2(장애인 건강검진기관 지정기준 완화 적용) ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 제2조제1항에 따른 지정

기준을 완화하여 적용할 수 있다.

1. 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진 보장에 관한 법률」 제15조 및 같은 법 시행령 제7조에 따라 편의시설 설치기준을 완화 적용할 수 있는 경우

2. 지역적 특성 등으로 인력 채용 공고를 3회 이상 하였음에도 지원자가 없거나 업무 위탁 등 다른 방법으로는 인력을 확보할 수 없는 경우로 해당 직종을 대체할 대안을 제시하는 경우

② 장애인 건강검진기관으로 지정 신청한 의료기관은 제1항에 따라 지정기준을 완화 적용받고자 하는 경우 별지 제5호의2서식의 지정기준 완화 적용 승인신청서를 보건복지부장관에게 제출하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제2항에 따른 신청이 있는 때에는 지정기준 완화 적용 여부 및 범위를 결정하고 지체없이 그 결과를 신청인에게 알려야 한다.

④ 보건복지부장관은 제3항의 규정에 따라 지정기준 완화 적용 여부를 결정함에 있어서는 편의시설, 장애인 복지, 건강검진에 관한 전문가 3인 이상의 의견을 들어야 한다.

제3조제1항 각 호 외의 부분 단서 중 “한다”를 “하며, 제2호에 해당하는 경우에는 1년 이내의 기간을 정하여 제2조제1항에 따른 지정기준을 갖추도록 할 수 있다”로 하고, 같은 조 제3항부터 제6항까지를 각각 제4항부터 제7항까지로 하며, 같은 조에 제3항을 다음과 같이 신설하고, 같은 조 제6항(종전의 제5항) 중 “대행기관”을 “장애인개발원, 대행기관 등 전

문기관”으로 한다.

③ 제1항에 따라 지정이 취소된 검진기관은 발급받은 장애인 건강검진기관 지정서를 취소 결정을 통보받은 날부터 7일 이내에 보건복지부장관에게 반납하여야 한다.

제12조제2항 중 “14명”을 “15명”으로 한다.

제13조의4제1항 중 “장은”을 “장(이하 “보건복지부장관등”이라 한다)은”으로 하고, 같은 조 제2항제4호 및 같은 조 제3항 중 “보건복지부장관 또는 지방자치단체의 장”을 각각 “보건복지부장관등”으로 한다.

제13조의5부터 제13조의7까지를 각각 다음과 같이 신설한다.

제13조의5(장애친화 산부인과 운영 의료기관 지정) ① 법 제18조의3제1항에 따른 장애친화 산부인과 운영 의료기관의 지정 기준은 별표 2의6과 같다.

② 법 제18조의3제1항에 따라 장애친화 산부인과 운영 의료기관으로 지정받으려는 의료기관은 별지 제6호의2서식의 장애친화 산부인과 운영 의료기관 지정신청서에 다음 각 호의 서류를 첨부하여 보건복지부장관등에게 제출해야 한다.

1. 별지 제6호의3서식의 인력·시설·장비 현황에 관한 서류
2. 장애친화 산부인과 운영 인력의 채용 관련 사실 증명 서류
3. 그 밖에 장애친화 산부인과 운영 의료기관 지정을 위해 보건복지부장관등이 필요하다고 인정하는 서류

③ 보건복지부장관등은 제2항에 따라 신청한 의료기관이 별표 2의6의

지정기준에 적합한지를 확인하고 지정 여부를 결정하여 그 결과를 해당 의료기관 등 관련기관에게 통보해야 한다.

④ 보건복지부장관등은 제2항에 따라 신청한 의료기관이 별표 2의6의 지정 기준을 갖추지 못한 경우에는 1년 이내의 기간을 정하여 별표 2의6에 따른 지정기준을 갖추도록 할 수 있다. 다만, 지정기준을 갖추기 위한 시설공사 등에 상당한 기간이 소요되는 등 부득이한 사유가 있다고 인정되는 경우에는 1년 이내의 범위에서 그 기간을 연장할 수 있다.

⑤ 보건복지부장관등은 장애친화 산부인과 운영 의료기관을 결정할 경우에는 별지 제6호의4서식의 장애친화 산부인과 운영 의료기관 지정서를 해당 의료기관에 발급하여야 한다.

⑥ 제5항에 따라 장애친화 산부인과 운영 의료기관 지정서를 발급받은 의료기관은 명칭 또는 개설자(법인의 경우에는 대표자를 말한다), 소재지가 변경된 경우에는 그 날부터 15일 이내에 보건복지부장관등에게 신고하여야 한다. 이 경우 보건복지부장관등은 지정서를 재발급하여야 한다.

⑦ 제5항에 따라 장애친화 산부인과 운영 의료기관으로 지정받은 의료기관은 다음 각 호의 어느 하나가 변경된 경우에는 그 날부터 15일 이내에 별지 제6호의5서식의 장애친화 산부인과 운영 의료기관 현황 등 변경신청서를 보건복지부장관등에게 제출하여야 한다.

#### 1. 장애친화 산부인과 운영 보조인력 현황

## 2. 시설 또는 장비 현황

⑧ 보건복지부장관등은 제7항에 따라 제출받은 장애친화 산부인과 운영 의료기관 현황 등 변경신청서의 내용을 확인한 후 그 결과를 신청인 및 관계기관에 통보하여야 한다. 이 경우 변경신청의 내용이 제1항에 따른 지정기준에 적합하지 않다고 확인된 경우에는 1년 이내의 기간을 정하여 보완을 요청할 수 있다.

⑨ 보건복지부장관등은 제2항에 따른 지정 신청 또는 제7항에 따른 변경신청을 받으면 장애인개발원, 대행기관, 「모자보건법」 제10조의6에 따른 중앙모자의료센터(이하 “중앙모자의료센터”라 한다) 등 전문기관으로 하여금 별표 2의6에 따른 시설 기준 적합 여부의 확인을 요청할 수 있다.

⑩ 보건복지부장관등으로부터 시설 기준 적합 여부의 확인을 요청받은 전문기관은 해당 기관이 별표 2의6의 지정 기준에 따른 시설 기준에 적합한지를 확인하고, 별지 제6호의6서식의 장애친화 산부인과 운영 의료기관 시설 기준 적합성 확인서에 그 결과를 작성하여 확인을 요청받은 날부터 30일 이내에 보건복지부장관등에게 제출하여야 한다.

제13조의6(장애친화 산부인과 운영 의료기관 지정기준 완화 적용) 장애친화 산부인과 운영 의료기관 지정기준 완화 적용에 관하여는 제2조의2를 준용한다. 이 경우 “보건복지부장관”은 “보건복지부장관등”으로, “제2조제1항”은 “제13조의5제1항”으로, “장애인 건강검진기관”은

“장애친화 산부인과 운영 의료기관”으로 “별지 제5호의2서식”은 “별지 제6호의7서식”으로 “장애인 복지”는 “여성장애인 복지”로 “건강검진”은 “산부인과”로 본다.

제13조의7(장애친화 산부인과 운영 의료기관 지정취소) ① 장애친화 산부인과 운영 의료기관은 법 제18조의3제3항제2호에 따라 지정의 취소를 요청하려면 별지 제6호의8서식의 장애친화 산부인과 지정 취소 요청서에 발급받은 장애친화 산부인과 운영 의료기관 지정서를 첨부하여 보건복지부장관등에게 제출하여야 한다.

② 보건복지부장관등은 장애친화 산부인과 운영 의료기관이 법 제18조의3제3항제3호에 해당하여 그 지정을 취소하려는 경우에는 별표 2의6에 따른 지정기준에 미달한 사실을 확인한 날부터 1년 이내의 기간을 정하여 제13조의5제1항에 따른 지정기준을 갖추도록 할 수 있다.

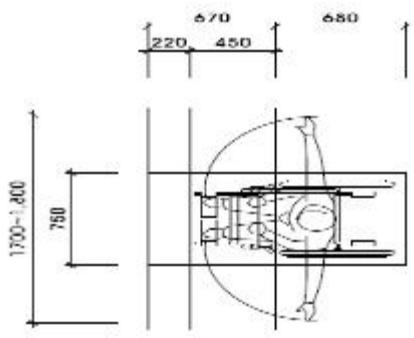
③ 법 제18조의3제3항제1호 및 제3호에 따라 지정이 취소된 의료기관은 발급받은 장애친화 산부인과 운영 의료기관 지정서를 취소 결정을 통보받은 날부터 7일 이내에 보건복지부장관등에게 반납하여야 한다.

④ 보건복지부장관등은 법 제18조의3제3호에 해당하는지 여부를 확인하기 위하여 필요한 경우에는 장애인개발원, 대행기관, 중앙모자의료센터 등 전문기관으로 하여금 별표 2의6에 따른 시설 기준 적합 여부의 확인을 요청할 수 있다.

별표 1 제1호가목 중 “일반검진기관 및 암검진기관”을 “일반검진기관, 암검진기관, 구강검진기관”으로 하고, 같은 호 나목을 삭제하며, 같은 표

제4호를 제6호로 하고, 같은 호(중전의 제4호) 라목 중 “「국가정보화 기본법」”을 “「지능정보화 기본법」”으로, “웹접근성”을 “정보통신접근성”으로 하며, 같은 표에 제4호 및 제5호를 각각 다음과 같이 신설한다.

#### 4. 장애인 탈의실 설치기준

|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 가. 설치장소        | 건강검진 경로상 장애인의 접근이 가능한 통로에 연결하여 설치하여야 한다.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 나. 출입문         | <p>(1) 출입문의 형태는 (자동)미닫이문 또는 여닫이문으로 한다.</p> <p>(2) 출입문은 휠체어 통과 유효폭을 0.9미터 이상 확보하여야 한다.</p> <p>(3) 출입문에 관한 기타 세부기준은 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진 보장에 관한 법률 시행규칙」 별표 1 제6호에 따른다.</p>                                                                                                                                                                                                 |
| 다. 구조          | <p>(1) 탈의실 내부는 휠체어가 회전할 수 있는 활동공간 및 손이 도달 가능한 1.8미터× 1.8미터 이상 공간을 확보(공간이 충분하지 않을 경우 최소 1.4미터*1.4미터 확보)하여야 한다.</p>  <p>(2) 누워서 탈의할 수 있도록 탈의실 내 침대나 평상을 비치하거나 진료실 등 침대를 활용할 수 있도록 하여야 한다.</p> <p>(3) 탈의실 내에서 옷갈아 입는 사람의 사생활을 보호하기 위하여 출입문이 열렸을 때 직접적으로 내부가 보이지 않도록 커튼(레일 설치)을 설치한다.</p> |
| 라. 바닥          | <p>(1) 탈의실 바닥면에는 높이 차이를 두어서는 아니된다.</p> <p>(2) 바닥표면은 미끄러지지 아니하는 재질로 평탄하게 마감하여야 한다.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 마. 손잡이 및 점자표지판 | (1) 장애인등이 신체일부를 지지할 수 있도록 수평 또는 수직손잡이를 설치하여야 한다.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           | <p>(2) 손잡이에 관한 기타 세부기준은 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진 보장에 관한 법률 시행규칙」 별표 1 제7호다목의 손잡이에 관한 규정을 적용한다.</p> <p>(3) 출입구 벽면 1.5미터 높이에는 남자용과 여자용 탈의실을 인식할 수 있는 점자 표지판을 부착하여야 한다. 단, 시각장애인이 위치를 쉽게 알 수 있도록 하기 위하여 안내표시와 함께 음성 유도장치를 설치할 수 있다.</p> <p>(4) 탈의실 입구에 점자 배치도를 게시하여야 한다.</p>                                                                                                                                                                       |
| 바. 수납공간   | <p>(1) 탈의실의 수납공간의 높이는 휠체어 사용자가 이용할 수 있도록 바닥면으로부터 0.4미터 이상 1.2미터 이하로 설치하여야 하며, 그 하부는 무릎 및 휠체어의 발판이 들어갈 수 있도록 하여야 한다.</p> <p>(2) 수납장의 번호를 인식할 수 있도록 장애인용 수납장의 전면에는 점자를 표시하여야 한다.</p> <p>(3) 수납장의 문은 쉽게 열고 닫을 수 있도록 미닫이(슬라이딩)로 설치할 수 있다.</p> <p>(4) 수납장은 휠체어 접근 시 내부의 물건을 꺼내기가 용이하도록 슬라이딩 방식(레일이 달린 서랍식)으로 설치할 수 있으며, 서랍이 완전히 빠지지 않도록 안전장치를 고려한다.</p> <p>(5) 수납장의 문 및 서랍에는 반드시 도어댐퍼를 설치하여야 하고, 문 모서리에 고무 등의 부드러운 재질을 부착하여 손 끼임을 방지하도록 한다.</p> |
| 사. 비상경보설비 | <p>시각장애인용 비상벨(중앙 방송 시스템으로 탈의실 내 스피커로 경고음이 들리는 경우 허용 가능)과 청각장애인을 위한 점멸형태의 비상경보등을 함께 설치하여야 한다.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 아. 비상호출장치 | <p>탈의실 내에서의 비상사태에 대비하여 비상용 벨은 수납장 가까운 곳에 바닥면으로부터 0.6미터와 0.9미터 사이의 높이에 설치하되, 바닥면으로부터 0.2미터 내외의 높이에서도 이용이 가능하도록 하여야 한다.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

## 5. 장비 기준

가. X-ray 촬영장비, 유방촬영기기, 산부인과 진료대 및 전산화단층 촬영장치는 상하 또는 좌우 회전 및 이동이 가능한 유니버설(보행이 불편한 어린이, 노약자, 장애인 등을 포함한 모든 사람이 특

정 시설이나 장소의 이동·접근 이용시에 불편없이 사용할 수 있도록 한 생활환경) 건강검진장비로 해당 기구를 기준으로 휠체어 이동 및 회전이 가능한 공간을 확보하여야 한다.

나. 휠체어 체중계, 장애특화 신장계, 특수휠체어 등 장애인 건강검진에 필요한 장비는 보건복지부장관이 따로 정한다.

별표 2의6을 별지와 같이 신설한다.

별지 제3호서식 중 “시행규칙 제2조제4항”을 “시행규칙 제2조제5항”으로 한다.

별지 제4호서식을 별지와 같이 한다.

별지 제5호서식 중 “「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙」 제2조제10항”을 “「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙」 제2조제12항”으로 한다.

별지 제5호의2서식 및 별지 제6호의2서식 부터 별지 제6호의8서식까지를 각각 별지와 같이 신설한다.

## 부 칙

이 규칙은 2023년 9월 29일부터 시행한다.

[별표 2의6]

장애친화 산부인과 운영 의료기관 지정기준

1. 시설기준

가. 주요시설

| 시설명               | 수량<br>(실) | 세부기준                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1) 외래진료실          | 1         | 가) 전동휠체어로 이동 및 회전이 가능하도록 최소 1.4m×1.4m 공간을 확보하여야 한다.<br>나) 진찰대 양 옆으로 의료진과 환자가 접근할 수 있도록 진찰대와 가구를 배치하여야 한다.<br>다) 내부에 탈의가 가능한 별도 공간을 확보하고 시선 차단용 커튼 또는 파티션을 설치하거나 별도의 탈의실을 설치하여야 한다.(탈의 공간은 최소 1.8m×1.8m를 확보하되, 불가능한 경우 1.4m×1.4m 이상은 확보하여야 한다)    |
| 2) 처치실(내진실, 초음파실) | 1         | 라) 환자 이동과 처치를 고려하여 외래 진료실과 처치실은 인접하여 배치하여야 한다.<br>마) 충분한 면적(필요장비 배치 및 휠체어 회전공간)이 확보된 경우에는 진료실과 처치실을 통합하여 운영할 수 있다.                                                                                                                               |
| 3) 진통실            | 1         | 가) 침대와 분만대 양옆으로 의료진과 환자가 접근 가능하도록 장비와 가구를 배치하여야 한다.<br>나) 분만실은 수술실과 연계 체계를 구축하여야 한다.                                                                                                                                                             |
| 4) 분만실            | 1         |                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 5) 회복실            | 1         |                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 6) 보호자 대기         | 1         | -                                                                                                                                                                                                                                                |
| 7) 입원실(1인실)       | 1         | 가) 모자 동실을 권장하되, 모자동실을 설치하지 않을 경우, 휠체어로 이용 가능한 수유실을 설치하여야 한다.<br>나) 환자가 요구하거나, 환자 치료 등을 위해 필요한 경우, 다인실, 집중치료실 등 다른 시설 입실도 가능하다.                                                                                                                   |
| 8)화장실             | 1         | 가) 입원실 내에 장애인이 사용 가능한 화장실을 설치하여야 한다.(휠체어 회전 가능, 출입구 단차 제거 등)<br>나) 입원실 내 설치가 불가능한 경우에는 입원실과 근접한 장애인이 사용 가능한 공용화장실을 지정할 수 있다.<br>다) 장애인용 화장실 내 좌욕기 설치를 권장한다.<br>라) 장애인용 화장실의 구조·재질등에 관한 세부기준은 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진 보장에 관한 법률 시행규칙」 별표 1 제13호에 따른다. |

|          |   |                                                                                                                                 |
|----------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9) 신생아실  | 1 | 가) 분만부에 근접하여 배치하여야 하며, 산과병실에서의 접근 동선을 고려하여 설치하여야 한다.<br>나) 준비 및 조유 공간을 설치하여야 한다.<br>다) 보호자 등이 관찰 가능한 공간을 확보하고 안전 유리창을 설치하여야 한다. |
| 10) 수유실  | 1 | 모자 동실을 설치하지 않을 경우 휠체어로 이용 가능한 수유실을 설치하여야 한다.                                                                                    |
| 11) 이동통로 | - | 장애친화 산부인과가 설치된 층 또는 구역 내의 이동 통로는 관련 설비와 가구 설치 공간을 제외하고 최소 유효폭을 1.2m 이상 확보하여야 한다.                                                |

#### 나. 편의시설

##### 1) 반드시 설치하여야 하는 편의시설의 종류

- 가) 장애인등의 통행이 가능한 접근로
- 나) 장애인전용 주차구역
- 다) 높이차이가 제거된 건축물 출입구
- 라) 장애인등의 출입이 가능한 출입구 등
- 마) 장애인등의 통행이 가능한 복도
- 바) 장애인등의 통행이 가능한 계단, 장애인용 승강기, 장애인용 에스컬레이터, 휠체어리프트 또는 경사로
- 사) 장애인 등의 이용이 가능한 화장실
- 아) 점자블록
- 자) 시각 및 청각장애인 유도·안내설비
- 차) 시각 및 청각장애인 경보·피난설비

##### 2) 장애인 환자의 편의를 위해 권장하는 편의시설의 종류

- 가) 장애인등의 이용이 가능한 욕실
- 나) 장애인등의 이용이 가능한 샤워실 및 탈의실
- 다) 장애인등의 이용이 가능한 접수대 또는 작업대
- 라) 장애인등의 이용이 가능한 매표소·판매기 또는 음료대

##### 3) 편의시설의 설치기준과 구조·재질등에 관한 세부기준은 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진 보장에 관한 법률 시행령」 별표 2제3호가목 및 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진 보장에 관한 법률 시행규칙」 별표 1의 기준을 모두 충족하여야 한다. 다만, 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진 보장에 관한 법률」 제10조의2에 따라 장애물 없는 생활환경 (BF) 인증을 받은 경우 설치기준과 세부기준을 모두 충족한 것으로 본다.

#### 2. 장비기준

| 장비명          | 수량 | 세부기준                                                                                                                                            |
|--------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 가. 휠체어 체중계   | 2  | 외래부와 병동부에 각각 비치하여야 하며, 휠체어를 탄 상태로 체중을 측정할 수 있어야 한다.                                                                                             |
| 나. 특수휠체어     | 1  | 상반신 X-ray 촬영 등에 대비하여 등받이의 탈부착이 가능해야 한다.                                                                                                         |
| 다. 이동식 전동리프트 | 1  | 휠체어에서 검진대 등으로 이동을 보조하는 장치로 체중계 기능이 있는 경우 휠체어 체중계를 대체할 수 있다.                                                                                     |
| 라. 전동휠체어 충전기 | 1  | 전동휠체어를 이용하는 장애인의 접근이 용이한 장소에 배치하여야 한다.                                                                                                          |
| 마. 성인기저귀 교환대 | 1  | 1) 휠체어를 이용하는 장애인이 사용할 수 있도록 탈의실 또는 화장실 내 배치하여야 하며 접이식도 가능하다.<br>2) 탈의실 또는 화장실에 배치하는 것이 불가능한 경우 장애인의 접근이 용이한 장소에 배치할 수 있다.                       |
| 바. 진찰대       | 1  | 1) 휠체어를 탄 상태로 접근이 가능하여야 하며, 휠체어 높이까지 등받이 각도 조절이 가능하여야 한다.<br>2) 하지마비 환자가 이용하는 경우 하지를 충분히 고정할 수 있는 설비가 있어야 한다.<br>3) 진찰대 양 옆으로 손잡이가 설치되어 있어야 한다. |
| 사. 초음파 침대    | 1  | 높이를 43cm~48cm까지 낮출 수 있고 침대 옆에 손잡이와 사이드레일이 있어야 한다.                                                                                               |
| 아. 슬라이딩보드    | 1  | 침대 주변을 이동할 때 이용할 수 있도록 외래부에 비치하여야 한다.                                                                                                           |
| 자. 흉부 X-ray  | 1  | bed type으로 상하 또는 좌우로 이동이 가능하여야 한다. 다만, 특수 휠체어를 이용하여 X-ray 촬영이 가능한 경우는 제외한다.                                                                     |
| 차. 전동침대      | 1  | 3모터 전동침대로 입원실 내에 설치하여야 한다.                                                                                                                      |

### 3. 인력기준

| 직종  | 과목      | 인원(명)                      |
|-----|---------|----------------------------|
| 전문의 | 산부인과    | 2                          |
|     | 소아청소년과  | 1                          |
|     | 마취통증의학과 | 1                          |
| 간호사 |         | 6(외래, 병동, 분만실, 신생아실 합산 인원) |

|                |                       |                                                       |
|----------------|-----------------------|-------------------------------------------------------|
| 임상병리사          |                       | 1                                                     |
| 방사선사           |                       | 1                                                     |
| 약사             |                       | 1                                                     |
| 원무             |                       | 1                                                     |
| 행정             |                       | 1                                                     |
| 운영<br>보조<br>인력 | 장애친화<br>산부인과<br>코디네이터 | 3(최소 기준이며 외래, 분만부, 병동에 배치하여 24시간<br>서비스가 제공되어야 한다.)   |
|                | 수어통역사                 | 1(수어통역 서비스를 제공하는 기관과 위탁계약을 체결한<br>경우 따로 채용하지 않을 수 있다) |

비고: 장애친화 산부인과 코디네이터는 여성장애인의 외래, 분만, 입원 등 진료 전 과정에서 예약, 교육, 상담, 연계, 진료보조 등의 역할을 수행하며, 간호사(권장), 사회복지사 등으로 채용 가능하다. 다만, 진료 전 예진 등의 절차는 간호사 면허가 있는 장애친화 산부인과 코디네이터가 수행하여야 한다.

#### 4. 운영기준

- 가. 산부인과 진료 예약 또는 현장 접수 시 진료서비스 및 편의 제공을 위한 상담을 시행하고 이에 상응하는 합리적 편의가 제공되어야 한다.
- 나. 환자의 안전 등을 위해 필요한 경우 내원 시부터 이동지원 서비스를 제공하여야 한다.
- 다. 수어통역사가 없는 의료기관은 수어통역서비스를 제공하는 기관에 업무를 위탁하여 청각장애인 진료 시 수어통역서비스가 제공될 수 있도록 하여야 한다.
- 라. 장애친화 산부인과 운영 의료기관 안내 및 예약 등을 위한 웹사이트를 운영하여야 한다.

## 장애인 건강검진기관 현황 등 변경신청서

※ 색상이 어두운 난은 신청인이 적지 않습니다.

(앞쪽)

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

|     |                                  |         |
|-----|----------------------------------|---------|
| 신청인 | 의료기관명                            | 요양기관 기호 |
|     | 개설자(대표자)                         | 생년월일    |
|     | 주소<br>(전화번호: )<br>□□□□□ (팩스번호: ) |         |

### 1. 검진 보조 인력 변경 신청사항

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

### 2. 시설 기준 변경 신청사항(해당 항목에 ○,× 기재)

| 장애인<br>전용<br>주차구역 |    |    | 매개공간<br>접근성 |    |    | 주<br>출입구 | 안내표지<br>등 |    |    | 승강기 |    | 경사로 | 계단 | 접수대 |    | 내부<br>건강검진<br>경로 |    | 장애인용<br>화장실 등 |    |    | 경보·<br>피난설<br>비 |    |
|-------------------|----|----|-------------|----|----|----------|-----------|----|----|-----|----|-----|----|-----|----|------------------|----|---------------|----|----|-----------------|----|
| 1)                | 2) | 3) | 1)          | 2) | 3) |          | 1)        | 2) | 3) | 1)  | 2) |     |    | 1)  | 2) | 1)               | 2) | 3)            | 1) | 2) | 1)              | 2) |
|                   |    |    |             |    |    |          |           |    |    |     |    |     |    |     |    |                  |    |               |    |    |                 |    |

### 3. 검진 장비 변경 신청사항

| 변경<br>사유 | 장비명 | 수량 | 모델<br>명 | 제 조 번 호<br>(방사선장비) | 제 조<br>국명 | 제 조<br>년도 | 구입<br>년도 | 변경일   | 비고 |
|----------|-----|----|---------|--------------------|-----------|-----------|----------|-------|----|
| 제외       |     |    |         |                    |           |           |          | 년 월 일 |    |
| 신규       |     |    |         |                    |           |           |          | 년 월 일 |    |

(뒤쪽)

「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙」 제2조제7항에 따라 위와 같이 장애인 검진 인력·시설·장비 현황 등의 변경사항을 신고합니다.

년 월 일

신고인

(서명 또는 인)

보건복지부장관

귀하

|      |                                                                                 |           |
|------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 첨부서류 | 장애인 건강검진을 보조하는 인력의 채용(업무위탁을 포함한다) 관련 사실 증명서류(장애인 건강검진을 보조하는 인력이 변경된 경우에만 해당합니다) | 수수료<br>없음 |
|------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------|

#### 처 리 절 차

|        |   |                 |   |                 |   |                   |
|--------|---|-----------------|---|-----------------|---|-------------------|
| 신고서 작성 | ➔ | 접 수             | ➔ | 검 토 · 확 인       | ➔ | 변경 통보             |
| 신고인    |   | 처리기관<br>(보건복지부) |   | 처리기관<br>(보건복지부) |   | 신고인 및<br>국민건강보험공단 |

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

## 장애인 건강검진기관 지정기준 완화 적용 승인신청서

|      |                                 |            |
|------|---------------------------------|------------|
| 접수번호 | 접수일                             | 처리기간 : 20일 |
| 신청인  | 의료기관명                           | 요양기관 기호    |
|      | 개설자(대표자)                        | 생년월일       |
|      | 주소<br>(전화번호: )<br>□□□□ (팩스번호: ) |            |

| 신청 분야 | 인력 | 시설기준         |           |       |         |     |     |    |     |             |           |          |           |
|-------|----|--------------|-----------|-------|---------|-----|-----|----|-----|-------------|-----------|----------|-----------|
|       |    | 장애인 전용 주차 구역 | 매개 공간 접근성 | 주 출입구 | 안내 표지 등 | 승강기 | 경사로 | 계단 | 접수대 | 내부 건강 검진 경로 | 장애인 용 화장실 | 경보·피난 시설 | 장애 친화 탈의실 |
|       |    |              |           |       |         |     |     |    |     |             |           |          |           |

※ 지정기준 완화 적용 승인을 신청하는 항목에 각각 0 표시, 시설 관련 세부 종류는 아래 신청 내용 및 사유에 작성

적용의 완화 신청 내용

적용의 완화 신청 사유

「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙」 제2조의2제2항에 따라 위와 같이 장애인 건강검진기관 지정기준 적용의 완화를 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

|      |                                                                                                                                                                                                                      |           |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 첨부서류 | 1. 시설기준 완화를 신청하는 경우<br>- 대상시설의 구조·용도 등을 알 수 있는 설계도서 1부<br>- 완화된 세부기준에 따른 편의시설의 설계도서 1부<br>- 그 밖에 대상시설의 주변 여건을 알 수 있는 서류 등 세부기준을 완화해야 하는 사유를 설명하는 서류 또는 도서 1부<br>2. 인력 완화를 신청하는 경우<br>- 인력을 완화해야 하는 사유를 설명할 수 있는 서류 등 | 수수료<br>없음 |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|

210mm×297mm[백상지 80g/㎡(재활용품)]

장애친화 산부인과 운영 의료기관 지정신청서

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

|      |                                     |          |
|------|-------------------------------------|----------|
| 접수번호 | 접수일시                                | 처리기간 60일 |
| 신청인  | 의료기관명                               | 요양기관 기호  |
|      | 개설자(대표자)                            | 생년월일     |
|      | 주소<br><br>(전화번호: )<br>□□□□ (팩스번호: ) |          |

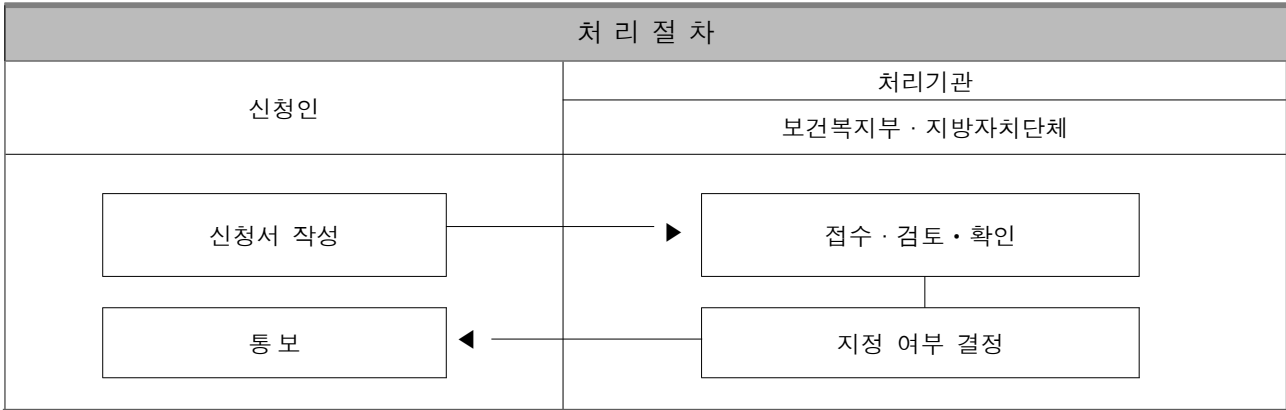
「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」 제18조의3 및 같은 법 시행규칙 제13조의5제2항에 따라 위와 같이 장애친화 산부인과 운영 의료기관 지정을 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

보건복지부장관·지방자치단체의 장 귀하

|      |                                                                                                                                   |           |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 첨부서류 | 1. 별지 제6호의3서식의 인력·시설 및 장비 현황에 관한 서류<br>2. 장애친화 산부인과 코디네이터 채용 관련 사실 증명서류<br>3. 수어통역사 채용 관련 사실 증명서류(수어통역 업무를 위탁한 경우 위탁 사실을 증명하는 서류) | 수수료<br>없음 |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|



210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

## 장애친화 산부인과 운영 의료기관 인력·시설·장비 현황

### 1. 인력현황

| 직종              | 과목      | 인원수(명) | 직종    | 인원수(명) |
|-----------------|---------|--------|-------|--------|
| 전문의             | 산부인과    |        | 임상병리사 |        |
|                 | 소아청소년과  |        | 방사선사  |        |
|                 | 마취통증의학과 |        | 약무    |        |
| 간호사             |         |        | 원무    |        |
| 장애친화 산부인과 코디네이터 |         |        | 행정    |        |
| 수어통역사           |         |        | 기타    |        |

※ 장애친화 산부인과 코디네이터는 간호사(권장) 또는 사회복지사 자격을 보유하여야 합니다.

※ 수어 통역 업무를 외부 기관에 위탁한 경우에는 업무 위탁을 증명하는 서류를 제출하여야 합니다.

### 2. 시설 현황

#### 가. 주요시설

| 구분   | 주요시설                  | 실수 | 내용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 충족여부<br>(O, X) |
|------|-----------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 외래   | 외래진료실                 |    | <ul style="list-style-type: none"> <li>환자 공간 내 전동휠체어 이동 및 회전 가능하도록 최소 1.4m×1.4m 공간 확보</li> <li>진찰대 양옆으로 의료진 및 환자 접근 가능하도록* 진찰대 및 가구 배치</li> <li>탈의 가능하도록 별도 공간 확보 및 시선 차단용 커튼 또는 파티션 설치 (또는 별도 탈의실 설치)</li> <li>환자 이동 및 처치를 고려하여 외래 진료실과 처치실은 인접 배치</li> <li>단, 충분한 면적(필요장비 배치 및 휠체어 회전공간 확보)이 마련된 경우에는 진료실·처치실을 통합 운영할 수 있음</li> </ul>                                                        |                |
|      | 처치실<br>(내진실,<br>초음파실) |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |
| 분만부  | 진통실                   |    | <ul style="list-style-type: none"> <li>침대 및 분만대 양옆으로 의료진 및 환자 접근 가능하도록* 장비 및 가구 배치</li> <li>※ 분만실은 수술실과 연계체계 구축</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                     |                |
|      | 분만/수술실                |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |
|      | 회복실                   |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |
|      | 보호자대기                 |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |
| 병동부  | 입원실(1인실)              |    | <ul style="list-style-type: none"> <li>모자동실 권장(단, 모자동실을 설치하지 않을 경우, 휠체어로 이용 가능한 수유실 설치 필수)</li> <li>※ 단, 집중치료가 필요 시 1인실 외 입실 가능(ex. MFICU 등)</li> <li>입원실 내 화장실 장애인이 사용 가능한 화장실 설치(휠체어 회전 가능, 출입구 단차 제거 등)</li> <li>단, 병원 상황에 따라 입원실 내 설치가 불가능한 경우에는 입원실과 근접한 공용화장실로 지정 가능</li> <li>화장실 내 좌욕기 설치 권장</li> <li>화장실의 구조·재질등에 관한 세부기준은 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진 보장에 관한 법률 시행규칙」 별표 1제13호와 같음</li> </ul> |                |
|      | 화장실                   |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |
| 신생아실 | 신생아실                  |    | <ul style="list-style-type: none"> <li>분만부 근접배치, 산과병실에서의 접근동선 고려</li> <li>준비 및 조유 공간 설치</li> <li>보호자 면회 및 관찰 가능한 공간 및 안전 유리창 설치</li> <li>휠체어로 이용 가능한 수유실 설치 권장(단, 모자동실을 설치하지 않을 경우, 설치 필수)</li> </ul>                                                                                                                                                                                          |                |
|      | 수유실                   |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |
| 공통   | 이동통로                  | -  | <ul style="list-style-type: none"> <li>장애친화 산부인과가 설치된 층 또는 구역 내의 이동통로는 관련 설비 및 가구설치 공간을 제외한 통로의 최소 유효폭을 1.2m 이상 확보</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                  |                |

#### 나. 편의시설

| 종류                                                         | 설치기준                                                                                                                      | 충족여부<br>(0, X) |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 1) 장애인 등의 통행이 가능한 접근로                                      | 가) 주 출입구 접근로 유효폭, 기울기 등 기준<br>나) 부출입구를 이용하는 경우 해당 접근로 유효폭, 기울기 등 기준                                                       |                |
| 2) 장애인 전용주차구역                                              | 가) 장애인 전용주차구역 주차대수 기준<br>나) 지방자치단체의 장이 설치하는 노외주차장의 설치기준                                                                   |                |
| 3) 높이 차이가 제거된 건축물 출입구                                      | 가) 주출입구와 통로에 단차가 있는 경우 설치 기준<br>나) 부출입구를 이용하는 경우 통로와 단차가 있는 경우 설치 기준                                                      |                |
| 4) 장애인등의 출입이 가능한 출입구 등                                     | 건축물 내 출입문 중 장애인들이 이용하는 출입문의 설치기준                                                                                          |                |
| 5) 장애인등의 통행이 가능한 복도                                        | 유효폭, 바닥의 재질 및 마감, 부착물 설치 기준                                                                                               |                |
| 6) 장애인등의 통행이 가능한 계단, 장애인용 승강기, 장애인용 에스컬레이터, 휠체어 리프트 또는 경사로 | 가) 장애인 등의 층간 이동 시설(계단, 승강기, 에스컬레이터 등) 설치 기준<br>나) 6층 이상의 연면적이 2천제곱미터 이상인 건축물의 경우 장애인 등의 층간 이동 시설(계단, 승강기, 에스컬레이터 등) 설치 기준 |                |
| 7) 장애인 등의 이용이 가능한 화장실                                      | 화장실 구조, 바닥 재질, 장애인용 대변기, 영유아용 거치대 등 설치기준                                                                                  |                |
| 8) 점자블록                                                    | 건축물 주출입구, 도로, 교통시설 연결보도에 설치하는 기준                                                                                          |                |
| 9) 시각 및 청각장애인 유도, 안내설비                                     | 가) 시각장애인용 점자 안내판, 촉지도식 안내판, 음성안내장치 등 설치기준<br>나) 청각장애인용 전자문자안내판 또는 전자문자안내설비 설치 기준                                          |                |
| 10) 시각 및 청각장애인 경보·피난설비                                     | 가) 시각 및 청각장애인용 피난구 유도등, 통로 유도등, 경보설비 등 설치기준<br>나) 추락 방지 난간 등 설치 기준                                                        |                |

#### 다. 권장시설

| 종류                              | 설치기준                                  | 충족여부<br>(0, X) |
|---------------------------------|---------------------------------------|----------------|
| 1) 장애인등의 이용이 가능한 욕실             | 욕실의 구조, 바닥의 재질 및 마감과 부착물 설치 기준        |                |
| 2) 장애인등의 이용이 가능한 샤워실 및 탈의실      | 샤워실 및 탈의실의 구조, 바닥의 재질 및 마감과 부착물 설치 기준 |                |
| 3) 장애인등의 이용이 가능한 접수대 또는 작업대     | 장애인들이 이용 가능한 형태 규격 설치 기준              |                |
| 4) 장애인등의 이용이 가능한 매표소·판매기 또는 음료대 | 장애인들이 이용할 수 있도록 형태, 규격 및 부착물 설치 기준    |                |

※ 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙」 별표 2의6 제1호가목 및 나목의 시설기준을 충족하는지 여부를 확인하여 해당 항목에 O/X로 표기합니다. 다만, 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진 보장에 관한 법률」 제10조의2에 따른 장애물 없는 생활환경 인증을 받은 경우에는 위 표를 작성하지 않고 해당 인증서를 제출합니다.

#### 3. 장비 현황

| 일련<br>번호 | 장 비 명 | 수량 | 모델명 | 제 조<br>번호 | 제 조<br>국명 | 제 조<br>연도 | 구입<br>연도 | 비 고 |
|----------|-------|----|-----|-----------|-----------|-----------|----------|-----|
|          |       |    |     |           |           |           |          |     |

##### ※ 검진 장비 보유 현황 예시

| 일련<br>번호 | 장 비 명         | 수량 | 모델명        | 제 조<br>번호            | 제 조<br>국명 | 제 조<br>연도 | 구입<br>연도 | 비 고                     |
|----------|---------------|----|------------|----------------------|-----------|-----------|----------|-------------------------|
| 1        | 휠체어 체중계       | 1  | WCS-200    | 제시<br>불가             | Korea     | 2014      | 2014     |                         |
| 2        | 장애인 촬영용 X-ray | 1  | CXD-RD85D2 | RD85<br>D130<br>**** | Korea     | 2013      | 2013     | 디텍터 높이<br>지상 55cm<br>가능 |

제 호

## 장애친화 산부인과 운영 의료기관 지정서

|          |                            |  |  |
|----------|----------------------------|--|--|
| 의료기관명    | 요양기관 기호                    |  |  |
| 주소       | (전화번호: )<br>□□□□□ (팩스번호: ) |  |  |
| 개설자(대표자) | 생년월일                       |  |  |

「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」 제18조의3 및 같은 법 시행규칙 제13조의5제5항에 따라 위 기관을 장애친화 산부인과 운영 의료기관으로 지정합니다.

년 월 일

보건복지부장관 · 지방자치단체의 장

직인

장애친화 산부인과 운영 의료기관 현황 등 변경신청서

※ 색상이 어두운 난은 신청인이 적지 않습니다. (앞쪽)

|      |                                  |         |     |
|------|----------------------------------|---------|-----|
| 접수번호 | 접수일시                             | 처리기간    | 15일 |
| 신청인  | 의료기관명                            | 요양기관 기호 |     |
|      | 개설자(대표자)                         | 생년월일    |     |
|      | 주소<br>(전화번호: )<br>□□□□□ (팩스번호: ) |         |     |

2. 인력 변경 신청사항

|          |    |      |          |    |            |
|----------|----|------|----------|----|------------|
|          |    |      |          |    |            |
| 변경<br>사유 | 성명 | 생년월일 | 면허증(자격증) |    | 변경일        |
|          |    |      | 종별       | 번호 |            |
| 제외       |    |      |          |    | 년월일        |
| 신규       |    |      |          |    | 입사일:   년월일 |
|          |    |      |          |    | 담당일:   년월일 |

3. 시설 변경 신청사항(해당 항목에 ○,× 기재)

|      |    |     |     |      |      |    |
|------|----|-----|-----|------|------|----|
| 주요시설 | 외래 | 분만부 | 병동부 | 신생아실 | 이동통로 | 비고 |
| 변경사항 |    |     |     |      |      |    |
| 변경내용 |    |     |     |      |      |    |

|         |     |             |     |    |            |            |          |      |      |      |
|---------|-----|-------------|-----|----|------------|------------|----------|------|------|------|
| 편의·권장시설 | 접근로 | 장애인<br>주차구역 | 출입구 | 복도 | 계단<br>승강기등 | 장애인<br>화장실 | 점자<br>블록 | 안내설비 | 피난설비 | 권장시설 |
| 변경사항    |     |             |     |    |            |            |          |      |      |      |
| 변경내용    |     |             |     |    |            |            |          |      |      |      |

4. 필수장비 변경 신청사항

|          |     |    |         |                 |          |          |          |       |    |
|----------|-----|----|---------|-----------------|----------|----------|----------|-------|----|
| 변경<br>사유 | 장비명 | 수량 | 모델<br>명 | 제조번호<br>(방사선장비) | 제조<br>국명 | 제조<br>년도 | 구입<br>년도 | 변경일   | 비고 |
| 제외       |     |    |         |                 |          |          |          | 년 월 일 |    |
| 신규       |     |    |         |                 |          |          |          | 년 월 일 |    |

(뒤쪽)

「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙」 제13조의5제7항에 따라 위와 같이 장애친화 산부인과 운영 의료기관 인력·시설·장비 현황 등의 변경을 신청합니다.

년 월 일

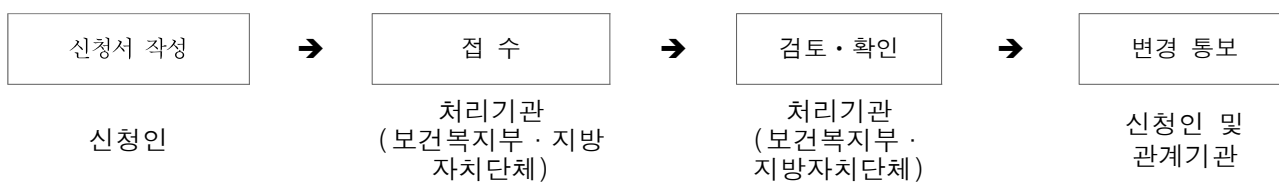
신청인

(서명 또는 인)

보건복지부장관·지방자치단체의 장 귀하

|      |                                                                                                                                                                    |           |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 첨부서류 | 1. 장애친화 산부인과 코디네이터 인력의 채용 관련 사실 증명서류(장애친화 산부인과 코디네이터 인력이 변경된 경우에만 해당합니다)<br>2. 수어통역사 인력의 채용 관련 사실 증명서류 또는 업무위탁 관련 서류(수어통역사 인력이 변경되거나 수어통역 업무위탁 사항이 변경된 경우에만 해당합니다) | 수수료<br>없음 |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|

처 리 절 차



210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

장애친화 산부인과 운영 의료기관 시설 기준 적합성 확인서

※ 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

|     |                                                      |         |
|-----|------------------------------------------------------|---------|
| 신청인 | 의료기관명                                                | 요양기관 기호 |
|     | 소재지<br><div>(전화번호: )</div> <div>□□□□□ (팩스번호: )</div> |         |

「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙」 제13조의5제10항에 따라 아래와 같이 장애친화 산부인과 운영 의료기관 시설 기준 적합성 확인서를 제출합니다.

년월일

법인 또는 단체명

확인자

(서명 또는 인)

보건복지부장관·지방자치단체의 장 귀하

| 시설의 종류        |                                       | 설치 |     | 특이사항 |
|---------------|---------------------------------------|----|-----|------|
|               |                                       | 적합 | 부적합 |      |
| 가. 장애인전용주차구역  | 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 건강검진 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)      |    |     |      |
| 타. 장애친화 탈의실   | 장애친화 탈의실 설치 세부 기준                     |    |     |      |

장애친화 산부인과 운영 의료기관 지정기준 완화 적용 승인신청서

|      |                                 |            |
|------|---------------------------------|------------|
| 접수번호 | 접수일                             | 처리기간 : 20일 |
| 신청인  | 의료기관명                           | 요양기관 기호    |
|      | 개설자(대표자)                        | 생년월일       |
|      | 주소<br>(전화번호: )<br>□□□□ (팩스번호: ) |            |

|       |          |     |          |     |      |          |         |       |      |      |      |
|-------|----------|-----|----------|-----|------|----------|---------|-------|------|------|------|
| 신청 분야 | 주요 시설    | 외래  | 분만부      | 병동부 | 신생아실 | 이동통로     |         |       |      |      |      |
|       | 편의 권장 시설 | 접근로 | 장애인 주차구역 | 출입구 | 복도   | 계단 승강기 등 | 장애인 화장실 | 점자 블록 | 안내설비 | 피난설비 | 권장시설 |
|       |          |     |          |     |      |          |         |       |      |      |      |
|       | 인력       |     |          |     |      |          |         |       |      |      |      |

※ 지정기준 완화 적용 승인을 신청하는 항목에 각각 0 표시를 합니다.

적용의 완화 신청 내용

적용의 완화 신청 사유

「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙」 제13조의6에 따라 위와 같이 장애친화 산부인과 운영 의료기관 지정기준 적용의 완화를 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

보건복지부장관·지방자치단체의 장 귀하

|      |                                                                                                                                                                                                                         |            |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 첨부서류 | 1. 시설기준 완화를 신청하는 경우<br>- 대상시설의 구조·용도 등을 알 수 있는 설계도서 1부<br>- 완화된 세부기준에 따른 편의시설의 설계도서 1부<br>- 그 밖에 대상시설의 주변 여건을 알 수 있는 서류 등 세부기준을 완화해야 하는 사유를 설명하는 서류 또는 도서 1부<br>2. 인력 기준 완화를 신청하는 경우<br>- 기준을 완화해야 하는 사유를 설명할 수 있는 서류 등 | 수수료<br>없 음 |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|

210mm×297mm[백상지 80g/㎡(재활용품)]

## 장애친화 산부인과 운영 의료기관 지정 취소 요청서

(앞쪽)

|          |                            |         |  |
|----------|----------------------------|---------|--|
| 의료기관명    |                            | 요양기관 기호 |  |
| 개설자(대표자) |                            | 생년월일    |  |
| 주소       | (전화번호: )<br>□□□□□ (팩스번호: ) |         |  |
| 취소 요청 사유 |                            |         |  |

「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」 제18조의3 및 같은 법 시행규칙 제13조의7 제1항에 따라 위와 같은 사유로 장애친화 산부인과 운영 의료기관의 지정 취소를 요청합니다.

년 월 일

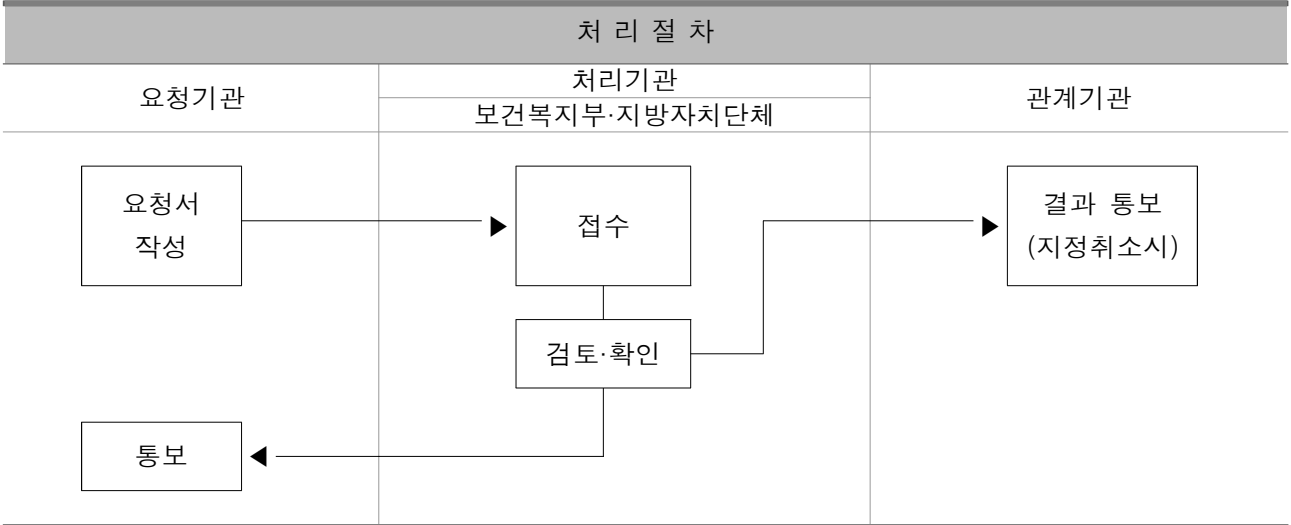
기관장

직인

보건복지부장관·지방자치단체의 장 귀하

※ 첨부서류 : 장애친화 산부인과 운영 의료기관 지정서

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]



210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 증질지(80g/㎡)]

## 신 · 구조문대비표

| 현<br>행                                                                                             | 개<br>정<br>안                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 제2조(장애인 건강검진기관의 지정 기준 및 절차) ① (생략)                                                                 | 제2조(장애인 건강검진기관의 지정 기준 및 절차) ① (현행과 같음)                                                                                                        |
| ② 법 제7조제5항에 따라 검진기관으로 지정받으려는 의료기관은 별지 제1호서식의 장애인 건강검진기관 지정신청서에 다음 각 호의 서류를 첨부하여 보건복지부장관에게 제출해야 한다. | ② -----<br>-----<br>-----<br>-----<br>-----<br>--.                                                                                            |
| 1. 2. (생략)                                                                                         | 1. 2. (현행과 같음)                                                                                                                                |
| <u>&lt;신 설&gt;</u>                                                                                 | 3. <u>그 밖에 장애인 건강검진기관 지정을 위해 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 서류</u>                                                                                       |
| ③ (생략)                                                                                             | ③ (현행과 같음)                                                                                                                                    |
| <u>&lt;신 설&gt;</u>                                                                                 | ④ <u>보건복지부장관은 제2항에 따라 신청한 의료기관이 별표 1의 지정 기준을 갖추지 못한 경우에는 1년 이내의 기간을 정하여 별표 1에 따른 지정기준을 갖추도록 할 수 있다. 다만, 지정기준을 갖추기 위한 시설공사 등에 상당한 기간이 소요되는</u> |

④ (생략)

<신설>

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.

1. 검진기관의 명칭·개설자(법

등 부득이한 사유가 있다고 인정되는 경우에는 1년 이내의 범위에서 그 기간을 연장할 수 있다.

⑤ (현행 제4항과 같음)

⑥ 제5항에 따라 장애인 건강검진기관 지정서를 발급받은 의료기관은 명칭 또는 개설자(법인의 경우에는 대표자를 말한다), 소재지가 변경된 경우에는 그 날부터 15일 이내에 보건복지부장관에게 신고하여야 한다. 이 경우 보건복지부장관은 지정서를 재발급 하여야 한다.

⑦ 제5항-----  
-----  
-----  
-----  
----- 변경신청서-----  
-----  
----- . <단서 삭제>

<삭제>

인인 경우에는 대표자를 말한다) 또는 소재지

2. 3. (생략)

⑥ 검진기관이 「건강검진기본법 시행규칙」 제5조제5항에 따라 같은 법 시행규칙 별지 제2호의2서식의 검진기관 현황 등 변경신고서를 공단에 제출한 경우에는 별지 제4호서식의 장애인 건강검진기관 현황 등 변경 신고서를 제출한 것으로 본다.

⑦ 보건복지부장관은 제5항에 따라 제출받은 장애인 건강검진기관 현황 등 변경신고서의 내용을 확인한 후 그 결과를 신고인 및 공단에 통보하여야 한다.

<후단 신설>

⑧ 보건복지부장관은 제2항에 따른 지정 신청 또는 제5항에 따른 변경 신고를 받으면 공단으로 하여금 해당 기관이 별표 1에 따른 지정 기준에 적합한지

2. 3. (현행과 같음)

⑧ -----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
----- 변경  
신청서를 제출한 -----.

⑨ ----- 제7항-----  
-----  
----- 변경신청서-----  
----- 신청  
인 -----.  
이 경우 변경신청의 내용이 제1  
항에 따른 지정기준에 적합하지  
않다고 확인된 경우에는 1년 이  
내의 기간을 정하여 보완을 요  
청할 수 있다.

⑩ -----  
----- 제7항-----  
----- 신청을 -----  
-----  
-----

여부 또는 변경사실 여부를 확인하게 할 수 있다.

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 편의시설 설치기준 적합성 확인 업무를 대행하는 법인 또는 단체(이하 “대행기관”이라 한다)에 시설 기준 적합 여부의 확인을 요청할 수 있다.

⑩ 공단으로부터 시설 기준 적합 여부의 확인을 요청받은 대행기관은 해당 기관이 별표 1의 지정 기준에 따른 시설 기준에 적합한지를 확인하고, 별지 제5호서식에 따라 그 결과를 작성하여 확인을 요청받은 날부터 30일 이내에 공단에 제출하여야 한다.

⑪ 공단은 제8항에 따른 확인을 마치면 그 결과를 적은 검토의견서를 확인을 요청받은 날부터 40일 이내에 보건복지부장관에

-----  
-----.

⑪ -----  
----- 제9항-----  
-----  
----- 경우 「장애인복지법」 제29조의2에 따른 한국장애인개발원(이하 “장애인개발원”이라 한다),-----  
-----  
-----  
----- 한다) 등 전문기관-----  
-----.

⑫ -----  
----- 전문기관-----  
-----  
----- 별지 제5호서식의 장애인 건강검진기관 시설 기준 적합성 확인서에 --  
-----  
-----.

⑬ ----- 제10항-----  
-----  
-----  
-----

게 제출하여야 한다.

<신 설>

-----.

제2조의2(장애인 건강검진기관 지정기준 완화 적용) ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 제2조제1항에 따른 지정기준을 완화하여 적용할 수 있다.

1. 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진 보장에 관한 법률」 제15조 및 같은 법 시행령 제7조에 따라 편의시설 설치기준을 완화 적용할 수 있는 경우

2. 지역적 특성 등으로 인력 채용 공고를 3회 이상 하였음에도 지원자가 없거나 업무 위탁 등 다른 방법으로는 인력을 확보할 수 없는 경우로 해당 직종을 대체할 대안을 제시하는 경우

② 장애인 건강검진기관으로 지정 신청한 의료기관은 제1항에 따라 지정기준을 완화 적용받고자 하는 경우 별지 제5호의2서식의 지정기준 완화 적용 승인신청서를 보건복지부장관에게 제출하여야 한다.

제3조(검진기관의 지정 취소) ①  
보건복지부장관은 검진기관이  
다음 각 호의 어느 하나에 해당  
하는 경우에는 법 제7조제5항에  
따른 검진기관의 지정을 취소할  
수 있다. 다만, 제1호에 해당하  
는 경우에는 그 지정을 취소하  
여야 한다.

1. ~ 3. (생략)

② (생략)

<신설>

③ 보건복지부장관은 제2항에  
따른 신청이 있는 때에는 지정  
기준 완화 적용 여부 및 범위를  
결정하고 지체없이 그 결과를  
신청인에게 알려야 한다.

④ 보건복지부장관은 제3항의  
규정에 따라 지정기준 완화 적  
용 여부 등을 결정함에 있어서  
는 편의시설, 장애인 복지, 건강  
검진에 관한 전문가 3인 이상의  
의견을 들어야 한다.

제3조(검진기관의 지정 취소) ①  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

--- 하며, 제2호에 해당하는 경  
우에는 1년 이내의 기간을 정하  
여 제2조제1항에 따른 지정기준  
을 갖추도록 할 수 있다.

1. ~ 3. (현행과 같음)

② (현행과 같음)

③ 제1항에 따라 지정이 취소된  
검진기관은 발급받은 장애인 건

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>③・④ (생략)</p> <p>⑤ 공단은 검진기관이 제1항제1호 및 제2호의 취소 사유에 해당하는지를 확인하기 위하여 필요한 경우에는 <u>대행기관</u>에 시설 기준 적합 여부의 확인을 요청할 수 있다.</p> <p>⑥ (생략)</p> <p>제12조(재활의료기관운영위원회)</p> <p>① (생략)</p> <p>② 위원회는 위원장 1명을 포함하여 <u>14명</u> 이내의 위원으로 구성한다.</p> <p>③ ~ ⑤ (생략)</p> <p>제13조의4(공공어린이재활병원등의 설치·지정 등의 위탁 방법)</p> <p>① 보건복지부장관 또는 지방자치단체의 <u>장</u>은 법 제18조의2제2항에 따라 공공어린이재활병원 또는 공공어린이재활의료센터(이하 이 조에서 “공공어린이재</p> | <p><u>강검진기관 지정서를 취소 결정</u><br/><u>을 통보받은 날부터 7일 이내에</u><br/><u>보건복지부장관에게 반납하여</u><br/><u>야 한다.</u></p> <p>④・⑤ (현행 제3항 및 제4항과<br/>같음)</p> <p>⑥ -----<br/>-----<br/>-----<br/>----- <u>장애인개발원, 대</u><br/><u>행기관 등 전문기관</u>-----<br/>-----.</p> <p>⑦ (현행 제6항과 같음)</p> <p>제12조(재활의료기관운영위원회)</p> <p>① (현행과 같음)</p> <p>② -----<br/>--- <u>15명</u> -----<br/>----.</p> <p>③ ~ ⑤ (현행과 같음)</p> <p>제13조의4(공공어린이재활병원등의<br/>설치·지정 등의 위탁 방법)</p> <p>① -----<br/>----- <u>장(이하 “보건복지부장</u><br/><u>관등”이라 한다)</u>은 -----<br/>-----<br/>-----</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

활병원등”이라 한다)의 설치 또는 지정·운영을 위탁하려는 경우에는 미리 그 계획을 공고해야 한다.

② 제1항에 따라 위탁을 받으려는 자는 다음 각 호의 사항이 포함된 사업계획서를 제출해야 한다.

1. ~ 3. (생략)

4. 그 밖에 보건복지부장관 또는 지방자치단체의 장이 공공어린이재활병원등의 설치 또는 지정·운영에 필요하다고 인정하는 사항

③ 제1항 및 제2항에서 규정한 사항 외에 공공어린이재활병원등의 설치 또는 지정·운영 위탁에 필요한 세부사항은 보건복지부장관 또는 지방자치단체의 장이 정한다.

<신설>

-----  
-----  
-----  
-----.

② -----  
-----  
-----  
-----.

1. ~ 3. (현행과 같음)

4. ----- 보건복지부장관등-----  
-----  
-----  
-----  
-----

③ -----  
-----  
-----  
----- 보건복지부장관등-----  
-----.

제13조의5(장애친화 산부인과 운영 의료기관 지정) ① 법 제18조의3제1항에 따른 장애친화 산부인과 운영 의료기관의 지정 기준은 별표 2의6과 같다.

② 법 제18조의3제1항에 따라

장애친화 산부인과 운영 의료기관으로 지정받으려는 의료기관은 별지 제6호의2서식의 장애친화 산부인과 운영 의료기관 지정신청서에 다음 각 호의 서류를 첨부하여 보건복지부장관등에게 제출해야 한다.

1. 별지 제6호의3서식의 인력·

시설·장비 현황에 관한 서류

2. 장애친화 산부인과 운영 인력의 채용 관련 사실 증명 서류

3. 그 밖에 장애친화 산부인과 운영 의료기관 지정을 위해 보건복지부장관등이 필요하다고 인정하는 서류

③ 보건복지부장관등은 제2항에 따라 신청한 의료기관이 별표 2의6의 지정기준에 적합한지를 확인하고 지정 여부를 결정하여 그 결과를 해당 의료기관등 관련기관에게 통보해야 한다.

④ 보건복지부장관등은 제2항에 따라 신청한 의료기관이 별표 2의6의 지정 기준을 갖추지

못한 경우에는 1년 이내의 기간을 정하여 별표 2의6에 따른 지정기준을 갖추도록 할 수 있다. 다만, 지정기준을 갖추기 위한 시설공사 등에 상당한 기간이 소요되는 등 부득이한 사유가 있다고 인정되는 경우에는 1년 이내의 범위에서 그 기간을 연장할 수 있다.

⑤ 보건복지부장관등은 장애친화 산부인과 운영 의료기관을 결정한 경우에는 별지 제6호의4 서식의 장애친화 산부인과 운영 의료기관 지정서를 해당 의료기관에 발급하여야 한다.

⑥ 제5항에 따라 장애친화 산부인과 운영 의료기관 지정서를 발급받은 의료기관은 명칭 또는 개설자(법인의 경우에는 대표자를 말한다), 소재지가 변경된 경우에는 그 날부터 15일 이내에 보건복지부장관등에게 신고하여야 한다. 이 경우 보건복지부장관등은 지정서를 재발급 하여야 한다.

⑦ 제5항에 따라 장애친화 산부

인과 운영 의료기관으로 지정받은 의료기관은 다음 각 호의 어느 하나가 변경된 경우에는 그 날부터 15일 이내에 별지 제6호 의5서식의 장애친화 산부인과 운영 의료기관 현황 등 변경신청서를 보건복지부장관등에게 제출하여야 한다.

1. 장애친화 산부인과 운영 보조인력 현황

2. 시설 또는 장비 현황

⑧ 보건복지부장관등은 제7항에 따라 제출받은 장애친화 산부인과 운영 의료기관 현황 등 변경신청서의 내용을 확인한 후 그 결과를 신청인 및 관계기관에 통보하여야 한다. 이 경우 변경신청의 내용이 제1항에 따른 지정기준에 적합하지 않다고 확인된 경우에는 1년 이내의 기간을 정하여 보완을 요청할 수 있다.

⑨ 보건복지부장관등은 제2항에 따른 지정 신청 또는 제7항에 따른 변경신청을 받으면 장애인개발원, 대행기관, 「모자보

<신 설>

건법」 제10조의6에 따른 중앙  
모자의료센터(이하 “중앙모자  
의료센터”라 한다) 등 전문기관  
으로 하여금 별표 2의6에 따른  
시설 기준 적합 여부의 확인을  
요청할 수 있다.

⑩ 보건복지부장관등으로부터  
시설 기준 적합 여부의 확인을  
요청받은 전문기관은 해당 기관  
이 별표 2의6의 지정 기준에 따  
른 시설 기준에 적합한지를 확  
인하고, 별지 제6호의6서식의  
장애친화 산부인과 운영 의료기  
관 시설 기준 적합성 확인서에  
그 결과를 작성하여 확인을 요  
청받은 날부터 30일 이내에 보  
건복지부장관등에게 제출하여  
야 한다.

제13조의6(장애친화 산부인과 운  
영 의료기관 지정기준 완화 적  
용) 장애친화 산부인과 운영 의  
료기관 지정기준 완화 적용에  
관하여는 제2조의2를 준용한다.  
이 경우 “보건복지부장관”은  
“보건복지부장관등”으로, “제2  
조제1항”은 “제13조의5제1항”

<신 설>

으로, “장애인 건강검진기관”은 “장애친화 산부인과 운영 의료기관”으로 “별지 제5호의2서식”은 “별지 제6호의7서식”으로 “장애인 복지”는 “여성장애인 복지”로 “건강검진”은 “산부인과”로 본다.

제13조의7(장애친화 산부인과 운영 의료기관 지정취소) ① 장애친화 산부인과 운영 의료기관은 법 제18조의3제3항제2호에 따라 지정의 취소를 요청하려면 별지 제6호의8서식의 장애친화 산부인과 지정 취소 요청서에 발급받은 장애친화 산부인과 운영 의료기관 지정서를 첨부하여 보건복지부장관등에게 제출하여야 한다.

② 보건복지부장관등은 장애친화 산부인과 운영 의료기관이 법 제18조의3제3항제3호에 해당하여 그 지정을 취소하려는 경우에는 별표 2의6에 따른 지정기준에 미달한 사실을 확인한 날부터 1년 이내의 기간을 정하여 제13조의5제1항에 따른 지정

기준을 갖추도록 할 수 있다.

③ 법 제18조의3제3항제1호 및 제3호에 따라 지정이 취소된 의료기관은 발급받은 장애친화 산부인과 운영 의료기관 지정서를 취소 결정을 통보받은 날부터 7일 이내에 보건복지부장관등에게 반납하여야 한다.

④ 보건복지부장관등은 법 제18조의3제3호에 해당하는지 여부를 확인하기 위하여 필요한 경우에는 장애인개발원, 대행기관, 중앙모자의료센터 등 전문기관으로 하여금 별표 2의6에 따른 시설 기준 적합 여부의 확인을 요청할 수 있다.