

한국호스피스 표준화 기준

(시행년도 : 1999년-2007년)

본회 소속 호스피스 기관은 PETAFO 기준에 따라 자격 등급을 평가한다

평가는 최초 가입시와 가입 후 1년마다 정기적으로 시행하고, 등급은 호스피스 형태별로 평가 종합점수에 따라 구분한다 평가 기준은 시행년도에 따라 변동될 수 있다

자격 등급을 평가하는 목적은 첫째, 우리나라 특성에 맞는 최상의 활동이 각 호스피스 형태에 따라 일정하게 유지되고, 둘째로 세계보건기구가 요구하는 수준과 일치시킴으로써 세계가 인정하는 양질의 호스피스 활동을 펼쳐나가는 데 있다

평가방법은 아래 질문 형식에 따라 각 기관 대표자 명의로 답변서를 작성하고 관련 자료를 첨부하여 제출하면 서류심사 및 실사로 이루어진다 평가결과는 본회 회보와 호스피스 관련 언론지를 통해 발표 한다

< PETAFO 기준 >

- | | | |
|------------|-------------|------------|
| 1 Program | 2 Education | 3 Team |
| 4 Activity | 5 Finance | 6 Official |

1. Program

1) 환자/가족 간호(Care)를 하고 있는지 여부 예(), 아니오()

하고 있다면 a) 병원병동형 - 자체(3), 협력(2), 위탁(1), 지원(1)

b) 병원산재형 - 자체(3), 협력(2), 위탁(1), 지원(1)

c) 가정방문형 - 자체(3), 협력(2), 위탁(1), 지원(1)

d) 시설부속형 - 자체(3), 협력(2), 위탁(1), 지원(1)

e) 시설독립형 - 자체(3), 협력(2), 위탁(1), 지원(1)

f) 주간형(Day Care) - 자체(3), 협력(2), 위탁(1), 지원(1)

l) 기관방문형(1)

* 두 가지 이상의 프로그램을 운영할 경우에는 주된 활동 하나만 표시

* 용어의 정의

- 자체라 함은 본회 표준화 기준 3항에 의해 팀을 구성한 기관, 본회에 등록을 필한 기관, 자체 프로그램을 운영하는 기관을 말함

- 협력이라 함은 자체적으로 표준화 기준 3항에 의한 팀을 구성하고 자체적으로 프로그램을 운영하는 기관과 협력하여 봉사하는 기관으로 자체 프로그램은 없는 기관을 말함

- 위탁이라 함은 자체적으로 팀을 구성하지 않고 자체 프로그램을 운영하는 기관에 위탁, 봉사하는 기관

- 지원이라 함은 프로그램을 운영하지 않고 팀도 없이 자체, 협력, 위탁기관의 프로그램을 운영할 수 있도록 지원하는 기관을 말함

2) 유가족 간호를 하고 있는지 여부 예(), 아니오()

- 하고 있다면
- a) 직접방문 (3)
 - b) 전화상담 (2)
 - c) 편지발송 (2)

* 유가족 간호의 형태가 여러 종류일 경우 모두 표시

3) 유가족을 위한 별도 모임 여부 예(), 아니오()

- 하고 있다면
- a) 주 1회(4)
 - b) 월 1회(3)
 - c) 분기별 1회(2)
 - d) 년 1회(1)

2. Education

1) 교육을 실시하고 있는지 여부 예(), 아니오()

- 하고 있다면
- a) 전문직 교육 - 자체(3), 협력(2), 위탁(1)
 - b) 자원봉사자 교육 - 자체(3), 협력(2), 위탁(1)
 - c) 계속 교육 - 자체(3), 협력(2), 위탁(1)

2) 교육 감사전에 대하여

- a) 실제 호스피스 활동 경력 8-10년 사이 감사진 50 % 이상(3)
- b) 실제 호스피스 활동 경력 5-7년 사이 감사진 50 % 이상(2)
- c) 실제 호스피스 활동 경력 2-4년 사이 감사진 50 % 이상(1)

3) 교육 과목에 대하여

- a) 호스피스 관련 전문과목이 전체의 90 % 이상(3)
- b) 호스피스 관련 전문과목이 전체의 80 % 이상(2)
- c) 호스피스 관련 전문과목이 전체의 60 % 이상(1)

* 호스피스 관련 전문과목 내용은 별첨 참조

* 귀 기관이 실시하는 교육 과목과 감사진 경력을 자세히 기록하여 제출

4) 교육 시간에 대하여

- a) 교육 시간이 매 학기별로 36시간 이상(3)
- b) 교육 시간이 매 학기별로 30-35시간 사이(2)
- c) 교육 시간이 매 학기별로 20-30시간 사이(1)

5) 교육후 봉사의 연결성에 대하여

- a) 교육 수료자의 50 % 이상(3)
- b) 교육 수료자의 30-49 % 사이(2)
- c) 교육 수료자의 10-29 % 사이(1)

6) 본회 정기 교육 및 행사에 참여하고 있는지 여부 예(), 아니오()

- 하고 있다면 a) 항상 참석(3)
- b) 80 % 이상 참석(2)
 - c) 50-79% 사이 참석(1)

3. Team

1) 팀이 구성되어 있는지 여부 예(), 아니오()

- 구성되어 있다면 a) 의사 자체(3), 협력(2), 지원(1)
- b) 간호사 자체(3), 협력(2), 지원(1)
 - c) 조무사 자체(3), 협력(2), 지원(1)
 - d) 약사 자체(3), 협력(2), 지원(1)
 - e) 사목자 자체(3), 협력(2), 지원(1)
 - f) 준사목자 자체(3), 협력(2), 지원(1)
 - g) 일반 자원봉사자 자체(3), 협력(2), 지원(1)
 - h) 전문 자원봉사자 자체(3), 협력(2), 지원(1)
 - i) 사회복지사 자체(3), 협력(2), 지원(1)
 - j) 영양사 자체(3), 협력(2), 지원(1)
 - k) 물리치료사 자체(3), 협력(2), 지원(1)

2) 팀의 각 구성원 수에 대하여

- a) 의사 3명(3), 2명(2), 1명(1)
- b) 간호사 3명(3), 2명(2), 1명(1)
- c) 조무사 3명(3), 2명(2), 1명(1)
- d) 약사 3명(3), 2명(2), 1명(1)
- e) 사목자 3명(3), 2명(2), 1명(1)
- f) 준사목자 3명(3), 2명(2), 1명(1)
- g) 일반 자원봉사자 100명 이상(3), 50-99명(2), 20-49명(1)
- h) 전문 자원봉사자 100명 이상(3), 50-99명(2), 20-49명(1)
- i) 사회복지사 3명(3), 2명(2), 1명(1)
- j) 영양사 3명(3), 2명(2), 1명(1)
- k) 물리치료사 3명(3), 2명(2), 1명(1)

- * 각 전문직은 현행법에 준한 자격증 소유
- * 일반 자원봉사자는 각 기관에서 인정하는 교육 수료증 소유
- * 전문 자원봉사자는 본회 자격 인증시험 합격 후 인증서 소유

2) 팀 회의를 정기적으로 하고 있는지 여부 예(), 아니오()

- 하고 있다면
- a) 매 주 1회(3)
 - b) 매 월 1회(2)
 - c) 매 분기별 1회(1)

3) 이사회(또는 운영위원회/실행위원회)가 조직되어 있는지 여부 예(), 아니오()

- 조직되어 있다면 구성원 수는
- a) 10명 이상(3)
 - b) 5명-10명 미만(2)
 - c) 5명 이하(1)

* 귀 기관의 조직표 및 이사회 명단 제출

4) 이사회회의를 정기적으로 하고 있는지 여부 예(), 아니오()

- 하고 있다면
- a) 매 주 1회(3)
 - b) 매 월 1회(2)
 - c) 매 분기별 1회(1)

4 Activity

1) 간호한 환자/가족수에 대하여

- 지난 1년 간
- a) 월 평균 30명 이상(4)
 - b) 월 평균 20-29명 사이(3)
 - c) 월 평균 10-19명 사이(2)
 - d) 월 평균 10명 이하(1)

* 환자 및 가족수는 연인원이 아닌 실수로 평가한다

2) 귀 기관이 지난 1년간 환자/가족을 간호한 주 평균 간호시간을 적어주십시오 (시간/주 평균)

3) 간호한 유가족수에 대하여

- 지난 1년 간
- a) 월 평균 30명 이상(4)
 - b) 월 평균 20-29명 사이(3)
 - c) 월 평균 10-19명 사이(2)
 - d) 월 평균 10명 이하(1)

* 유가족 간호의 형태가 여러 종류일 경우 모두 합산하여 표시

4) 귀 기관이 지난 1년간 유가족을 돌본 주 평균 간호시간을 적어주십시오
(시간/주평균)

5) 간호 범위에 대하여

- a) 신체적 간호여부 예(3), 아니오()
- b) 정신적 간호여부 예(3), 아니오()
- c) 사회적 간호여부 예(3), 아니오()
- d) 영적 간호여부 예 (3), 아니오 ()

6) 활동 연력에 대하여

- a) 10년 이상 봉사(5)
- b) 7-9년 사이 봉사(4)
- c) 4-6년 사이 봉사(3)
- d) 2-3년 사이 봉사(2)
- e) 1년 미만 봉사(1)

7) 봉사 기록에 대하여

- a) 전문직 기록(3)
- b) 전문 자원봉사자 기록(2)
- c) 일반 자원봉사자 기록(1)

- * 귀 기관에 기록근거가 2년 동안 보존될 경우만 표시
- * 매 봉사 때마다 기록할 경우만 표시
- * 기록양식은 별첨 참조(지능별 협의회에서 정한 양식 사용)
- * a) b) c) 모두 해당될 경우 전부 표시

8) 본회에 활동 보고를 정기적으로 하는지 여부 예(), 아니오()

- 하고 있다면 a) 매 월 1회(3)
- b) 매 분기별 1회(2)
- c) 매 년 1회(1)

- * 보고 양식은 별첨 참조

5 Finance

1) 공개여부 예(), 아니오()

- 공개하고 있다면 그 시기는 a) 매 월 1회(3)
- b) 매 분기별 1회(2)
- c) 매 년 1회(1)

2) 재정 범위

- a) 월 2천만원 이상(5)
- b) 월 1천 5백만원-1천 9백 99만원 사이(4)
- c) 월 1천만원-1천 4백 99만원 사이(3)
- d) 월 5백만원-9백 99만원 이하(2)
- e) 월 5백만원 이하(1)

3) 본회에 회비납부를 하고 있는지 여부 예(3), 아니오()

4) 본회에 정기후원을 하고 있는지 여부 예(), 아니오()

- 하고 있다면
- a) 월 10만원 이상(6)
 - b) 월 7만원-9만 9천원 사이(5)
 - c) 월 4만원-6만 9천원 사이(4)
 - d) 월 2만원-3만 9천원 사이(3)
 - e) 월 1만원-1만 9천원 사이(2)
 - f) 월 5천원-9천 9백원 사이(1)

5) 기금마련 형태에 대하여

- a) 100 % 후원에 의존(7)
- b) 일부 후원, 일부 교회 보조(6)
- c) 일부 후원, 일부 정부 보조(5)
- d) 일부 후원, 일부 의료보험 보조(4)
- e) 일부 후원, 일부 환우/가족 부담(3)
- f) 일부 의료보험 보조, 일부 환우/가족 부담(2)
- g) 100% 환우/가족 부담(1)

6) 정기적으로 보수를 받는 직원이 있는지 여부 예(), 아니오()

있다면 인원수는

- a) 10명 이상(4)
- b) 7-9명 사이(3)
- c) 4-6명 사이(2)
- d) 1-3명 사이(1)

있다면 월 전체 임금 지급액 범위는

- a) 1천만원 이상
- b) 7백만원-9백 99만원 사이
- c) 4백만원-6백 99만원 사이
- d) 1백만원-3백 99만원 사이
- e) 1백만원 미만

* 이 항목은 점수에 가산되지 않는 참고 사항임

6 Official

1) 귀 기관의 행정 형태는 법인(3) 임의단체(2) 개인(1)

2) 사무실이 있는지 여부 예(), 아니오()

있다면 a) 자체 소유 공간(3) b) 임대 공간 (2) c) 공유 공간(1)

3) 병원 부속형이나 시설형, 주간형 프로그램을 운영하는 경우 보유하고 있는 병상수는

- a) 10병상 이상(3)
- b) 6-9병상 미만(2)
- c) 5병상 이하(1)

* 이 항목 점수는 해당 기관과의 비교시에만 가산하여 평가

4) 보유하고 있는 사항만 체크하여 주십시오

전화(1), 팩시밀리(1), 컴퓨터(1), 통신망(1),

* 전화 및 통신망 ID 번호 기록

- 전 화
- 통신망

5) 소식지 발행 여부 예(), 아니오()

발행할 경우 간격은 a) 매 월 1회(3)
b) 매 분기별 1회(2)
c) 매 년 1회(1)

발행할 경우 연간 발행부수는 a) 5만부 이상(4)
b) 3만부-5만부 미만(3)
c) 1만부-3만부 미만(2)
d) 1만부 미만(1)

6) 상기 기준에 의한 귀 기관의 종합 평가 점수는

- a) 140점 이상(1등급)
- b) 110-140점 미만(2등급)
- c) 90-110점 미만(3등급)
- d) 70-90점 미만(4등급)
- e) 50-70점 미만(5등급)
- f) 30-50점 미만(6등급)
- g) 10-30점 미만(7등급)
- h) 10점 미만(8등급)

7) 환자 간호에 필요한 환경

- a) 쾌적(3)
- b) 보통(2)
- c) 쾌적하지 못함(1)

* 이 사항은 병원, 시설, 주간호스피스에만 적용

* 이 항목 점수는 해당 기관과의 비교시에만 가산하여 평가

8) 귀 기관이 운영하는 프로그램 형태는

a) 주 활동 프로그램은

b) 부 활동 프로그램은

* program 항 1번 참조하여 해당되는 것 모두 기록

c) 병원 부속형이나 시설형, 주간형 프로그램의 경우 가산 점수는

* 이 항목 점수는 해당 기관과의 비교 시에만 가산 평가

* 이 사항은 병원, 시설, 주간호스피스에만 적용

■ 단체명

■ 대 표

서명날인

■ 작성자

■ 작성일자

■ 연락처