

# 한국호스피스 표준화 기준

(시행년도 : 1999년-2002년)

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, 우리 나라 특성에 맞는 최상의 활동이 각 호스피스 형태에 따라 일정하게 유지되고, 둘째로 세계보건기구가 요구하는 수준과 일치시킴으로써 세계가 인정하는 양질의 호스피스 활동을 펼쳐나가는데 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) 병원부속형 - 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)

\* 두 가지 이상의 프로그램을 운영할 경우에는 주된 활동 하나만 표시

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

3) 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)

4) 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

5) 이사회의를 정기적으로 하고 있는지 여부 : 예( ), 아니오( )

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



- \* 귀 기관에 기록근거가 2년 동안 보존될 경우만 표시
- \* 매 봉사 때마다 기록할 경우만 표시
- \* 기록양식은 별첨 참조(직능별 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 :

