

한국호스피스 표준화 기준

(시행년도 : 1999년-2005년)

본회 소속 호스피스 기관은 PETAFO 기준에 따라 자격 등급을 평가한다.

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

자격등급을 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)
 - i) 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, 자체프로그램을 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) 교육강사진에 대하여
- a) 실제 호스피스 활동경력 8-10년 사이 강사진 50 % 이상(3)
 - b) 실제 호스피스 활동경력 5-7년 사이 강사진 50 % 이상(2)
 - c) 실제 호스피스 활동경력 2-4년 사이 강사진 50 % 이상(1)
- 3) 교육과목에 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) 교육시간에 대하여
- a) 교육시간이 매 학기별로 36시간 이상(3)
 - b) 교육시간이 매 학기별로 30-35시간 사이(2)
 - c) 교육시간이 매 학기별로 20-30시간 사이(1)
- 5) 교육 후 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)

4. Activity

- 1) 간호한 환자/가족 수에 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 가족 수는 연인원이 아닌 실수로 평가한다

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

- 3) 간호한 유가족 수에 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/주 평균)

- 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 연혁에 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(직능별 협의회에서 정한 양식사용)

* 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 비교 시에만 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 비교 시에만 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

■ 단 체 명 :

■ 대 표 :

■ 작 성 자 :

■ 작성일자 :

■ 연 락 처 :

서명날인 :