



한국호스피스·완화의료학회

Korean Society for Hospice and Palliative Care

04376 서울특별시 용산구 새창로 217 용산토투밸리 1305호

전화 : (02)794-8676 / Fax : (02)749-4542

E-mail:hospice@hospicecare.co.kr

http://www.hospicecare.or.kr

문서번호 : 호 2021-0008

시행일자 : 2021. 03. 31

수 신 : 전국 호스피스보조활동인력 운영기관

참 조 :

제 목 : 2021년 제1차 지역통합 호스피스보조활동인력 교육 공고

본 학회에서는 보건복지부로부터 위임받은, 2021년 제1차 호스피스보조활동인력 교육을 다음과 같이 시행하고자 하오니, 호스피스 관련단체 및 기관, 요양보호사, 그리고, 호스피스관련 종사자분들의 적극적인 참여 및 협조를 요청드립니다.

- 다 음 -

1. 교육기관 및 교육대상

가. 교육기관: 한국호스피스·완화의료학회

나. 교육대상: 요양보호사

(노인복지법 제39조 2에 따른 요양보호사 자격증소지자)

2. 교육기간 및 교육이수시간

가. 교육기간 : 이론) 2021년 4월 27일(화) ~ 29일(목), 교육과정 세부일정은 붙임 참조
실습) 추후 공지 예정(별도 협의)

나. 교육시간 : 총 40시간(이론 20시간, 실습 20시간)

3. 교육비 : 20만원/ 신청서 접수된 교육대상자에게 입금안내 SMS 개별공지

(등록기간 마감 후 취소 시에는 20%의 수수료(40,000원)를 제하고 환불되며
교육시작 후에는 취소 및 환불 불가합니다)

4. 교육인원 : 각 기관별 〇명 (코로나19 상황에 따른 제한적 교육 운영 진행)

(수가적용 및 운영에 필요한 수급 인력을 각 기관별로 모집 접수하여 제출)

5. 교육장소 및 지역별 교육일정

구 분	지 역	장 소	교육일시	
			이론(20시간)	실습(20시간)
1차 교육	지역통합	교육을 신청한 각 기관 내 교육장(운영안내 참조)	4월 27일(화) ~ 29일(목)	추후공지 (별도협의)

6. 교육신청

가. 교육신청서 제출기간: **2021년 4월 12일(월) 09시부터 ~ 4월 16일(금) 17시까지**

※ 교육생 개인접수 불가하며, 기관에서 명단 및 신청서류를 취합하여 접수바랍니다.

※ 기간내 제출된 필요 수급인력 외 추가 접수는 불가합니다.

※ 본 교육은 코로나19 방역지침 및 각 기관 내 방역지침을 철저히 준수하여 진행하며, 운영안내 자료를 참고하시기 바랍니다.

나. 교육신청접수처: 한국호스피스·완화의료학회 사무국 (Tel: 02-794-8676)

다. 교육신청방법: E-mail 접수 (E-mail: hospice@hospicecare.co.kr)

라. 제출서류 : 1) 호스피스보조활동인력 교육 참가신청서: <붙임 2>

2) 개인정보 활용 동의서: <붙임 3>

3) 요양보호사 자격증 사본

마. 교육비 수납 : 접수된 교육대상자에게 계좌번호 SMS 개별공지

7. 호스피스보조활동인력 교육이수 기준: (본 학회 교육이수 수료증 발급기준)

가. 교육과정 이수기준: 이론교육 20시간, 실습교육 20시간, 총 40시간 교육과정 이수자.

나. 평가기준: 실습과제물을 제출하고, 필기시험 60점 이상인 자.

다. 재응시: 필기시험 및 실습교육에 불합격한 경우,

이론교육 이수 후 1년 이내에 한 번에 한해 이론시험 및 실습 재응시가 가능하며,
별도의 비용을(필기시험 1만원, 실습교육 6만원) 납부하셔야 합니다.

붙임 1. 호스피스보조활동인력 교육과정 및 세부일정

2. 호스피스보조활동인력 교육신청서

3. 개인정보 활용 동의서

한국호스피스·완화의료학회

회 장 김 현

이사장 이 경



<붙임 1> 호스피스보조활동인력 교육과정 및 세부일정

호스피스보조활동인력 교육과정 및 세부일정

1. 2021년 1차 호스피스보조활동인력 교육 전체교육일정 및 장소

구 분	지 역	장 소	교육일시	
			이론(20시간)	실습(20시간)
1차 교육	지역통합	교육을 신청한 각 기관 내 교육장(운영안내 참조)	4월 27일(화) ~ 29일(목)	추후공지 (별도협의)

2. 이론교육: (총 20시간)

1) 이론교육일정 (※ 추후 변경될 수 있음)

교육일	교육시간	제목
1일차 4/27 (화)	10:00~10:30	호스피스보조활동인력 제도와 교육
	10:40~11:20	호스피스완화의료 철학과 역사
	11:30~12:10	호스피스완화의료 정의와 원칙
	12:10~13:00	점 심
	13:00~13:30	호스피스보조활동인력의 역할
	13:40~14:10	호스피스완화의료 팀접근
	14:20~15:00	말기환자 가족의 이해
	15:10~16:00	말기환자 가족 돌봄
	16:10~16:50	말기환자의 심리적 특성
	16:50	마무리
2일차 4/28 (수)	10:00~10:40	말기환자 돌봄 윤리
	10:50~11:20	호스피스보조활동인력 직업윤리
	11:30~12:10	말기환자의 정신증상과 돌봄
	12:10~13:00	점 심
	13:00~13:40	말기암의 특성과 치료
	13:50~14:30	말기환자의 총체적 고통
	14:40~15:20	효과적 의사소통의 원리
	15:30~16:10	효과적 의사소통 방법
	16:20~17:00	대상자의 특성별 의사소통
	17:00	마무리
3일차 4/29 (목)	09:00~09:40	말기환자의 신체적 돌봄방법
	09:50~10:30	말기환자의 신체증상별 돌봄
	10:40~11:20	임종기와 임종후 돌봄
	11:30~12:10	감염관리와 안전관리
	12:30~13:10	지필고사
	13:10	마무리

3. 실습교육: (총 20시간)

- 1) 실습기관: 2021년 호스피스전문기관 중 본 학회가 지역별 실습기관으로 인정한 기관
- 2) 실습교육내용: 이론교육에 근거한 현장실습 및 호스피스병동(독립시설형 포함)의 입원환자에 대한 호스피스 보조활동(위생, 식사, 이동 등 기본적인 일상생활보조 등)실습.
- 3) 실습시간: 총 20시간
- 4) 실습일정 및 실습기관 : 추후 안내 예정입니다.

호스피스보조활동인력 교육 참가신청서			
신청과정	2021년 제1차 지역통합 호스피스보조활동인력 교육		
성명		성별	
생년월일		전화번호	
소속		휴대전화	
주소			
요양보호사 자격증 No.	(자격증번호를 반드시 기재하세요)	호스피스보조활동인력 취업여부(현재)	☐ 예 ☐ 아니오
입금일	* 서류 접수완료 후 기재된 연락처로 교육비 입금계좌가 별도 SMS 안내될 예정입니다. 함께 안내되는 입금기한내에 교육비를 입금하셔야 최종 접수완료됩니다.		
입금자 성명		입금액	200,000원
※ 교육접수시 필독사항(반드시 확인하세요) - 호스피스보조활동인력 교육은 총 40시간(이론 20, 실습 20)의 교육을 이수하셔야 하며, 실습교육 일정은 실습기관과 협의후 지정날짜, 지정기관에 임의배정되므로 개인사유로 연기 및 변경, 이동이 불가함을 반드시 확인하시기 바랍니다. - 본 신청서는 작성후 반드시 <u>서명 및 날인하여 요양보호사자격증 사본과 함께 제출하시기 바랍니다.(서명 없이 한글파일만 제출시 접수 불가, 스캔이 아닌 휴대폰 사진찍어 제출시 접수 불가!)</u> - 사전등록기간 마감 후 취소 시에는 20%의 수수료(40,000원)를 제하고 환불되며, 교육시작 후에는 취소 및 환불이 불가합니다.			
☐ 개인정보 수집 · 이용에 관한 동의(개인정보보호법 제15조) 1. 개인정보의 수집 · 이용 목적 : 호스피스보조활동인력 교육 안내(일정 및 수료여부 등) 2. 수집하려는 개인정보의 항목 : 성명, 생년월일, 전화번호 등 3. 개인정보 보유 및 이용 기간 : 동의서 제출로부터 1년까지 4. 귀하는 호스피스보조활동인력 교육안내와 관련하여 귀하의 개인정보 수집 · 이용에 대하여 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 호스피스보조활동인력 교육과 관련하여 안내를 받을 수 없습니다. 동의함 ☐ 동의안함 ☐			
「호스피스보조활동인력 교육」에 위와 같이 참여를 신청합니다.			
2021년 월 일		신청인	(인)
한국호스피스·완화의료학회 이사장 귀하			

<붙임 3> 개인정보 활용 동의서

개인정보 수집 · 이용 · 제3자 제공 동의서

한국호스피스·완화의료학회에서는 호스피스보조활동인력 교육시행 관리와 관련하여 귀하의 개인정보를 아래와 같이 수집·이용·제3자 제공을 하고자 합니다. 다음의 사항에 대해 충분히 읽어보신 후, 동의여부를 체크 및 서명하여 주시기 바랍니다.

☐ 개인정보 수집 · 이용에 관한 동의

「개인정보보호법」 제15조에 의거 호스피스보조활동인력 교육이수 인정과 관련하여 귀하의 개인정보를 수집 · 이용하고자 아래와 같이 관련사항을 고지하오니 동의하여 주시기 바랍니다.

수집·이용하려는 개인정보의 항목	개인정보의 수집·이용목적	개인정보 보유 및 이용기간
생년월일, 성명, 연락처, 요양보호사 자격증 정보 등	본인 식별절차, 결격사유 확인 등 교육이수인정 및 수료증 발급	동의서 제출부터 1년까지

※귀하는 본 건 호스피스보조활동인력 교육이수 인정과 관련하여 귀하의 개인정보 수집 · 이용에 대하여 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 호스피스보조활동인력 교육이수 인정 등에 불이익을 받을 수 있습니다.

1) 동의함 ☐

2) 동의안함 ☐

☐ 개인정보 제공에 관한 동의

「개인정보보호법」 제17조 및 제18조에 따라 호스피스보조활동인력 교육이수 인정과 관련하여 귀하의 개인정보를 보건복지부에 제공하기 위하여 아래와 같이 관련사항을 고지하오니 동의하여 주시기 바랍니다.

개인정보를 제공받는 자	제공하는 개인정보의 항목	개인정보 이용목적	개인정보 보유 및 인정기간
보건복지부	생년월일, 성명, 연락처, 이메일, 주소, 요양보호사 자격 등 교육이수 인정을 위한 확인사항	호스피스보조활동인력 교육 이수 인정	동의서 제출로부터 1년까지

※귀하는 본 건 호스피스보조활동인력 교육이수 인정과 관련하여 귀하의 개인정보 수집 · 이용에 대하여 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 호스피스보조활동인력 교육이수 인정 등에 불이익을 받을 수 있습니다.

1) 동의함 ☐

2) 동의안함 ☐

2021년 월 일

동의인:

(서명 또는 인)