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.co.kr

문서번호 : 호 2019-0150

시행일자 : 2019. 10. 01

수 신 : 전국 호스피스기관

참 조 :

제 목 : 2019년 제9차 호스피스보조활동인력 교육 공고

본 학회에서는 보건복지부로부터 위임받은, 2019년 제9차 호스피스보조활동인력(구. 완화의료도우미) 교육을 다음과 같이 시행하고자 하오니, 호스피스 관련단체 및 기관, 요양보호사, 그리고, 호스피스관련 종사자분들의 적극적인 참여를 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) 2019년 10월 28일(월) ~ 30일(수), 교육과정 세부일정은 붙임 참조

실습) 실습기관과 협의 후 추후 공지 예정

나. 교육시간 : 총 40시간(이론 20시간, 실습 20시간)

3. **교육비** : 20만원 (등록기간 마감 후 취소 시에는 20%의 수수료(40,000원)를 제하고 환불되며 교육시작 후에는 취소 및 환불 불가합니다)

4. **교육인원** : 100명 (선착순 마감)

5. **교육장소 및 지역별 교육일정**

구 분	지 역	장 소	교육일시	
			이론(20시간)	실습(20시간)
9차 교육	서울경기	중앙보훈병원 중앙관 지하2층 대강당	10월 28일(월) ~ 30일(수)	추후공지 (임의배정)

6. **교육신청**

가. **교육신청 및 등록기간:**

2019년 10월 16일(수) 09시부터 - 10월 18일(금) 17시까지 (선착순 100명 마감)

※ 선착순 100명 등록이 완료되면, 등록기간 중에도 등록이 마감될 수 있습니다.

※ 접수 시작은 오전 09:00분 부터이며, 이전에 들어온 서류는 선착순에서 제외됩니다.

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

다. 교육신청방법: 한국호스피스·완화의료학회 E-mail로 신청(E-mail 접수만 가능!)

※ E-mail: hospice@hospicecare.co.kr

※ 교육장별 예정인원 초과 시 교육장 또는 일정이 변경될 수 있음

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

2) 개인정보 활용 동의서: <붙임 3>

3) 요양보호사 자격증 사본

마. 교육비 수납 : 교육대상자에게 계좌번호 추후 공지(선착순 접수)

바. 교육대상자 통보 : 접수 마감 후 개별 통보(SMS문자 발송)

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 이내에서 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 창 곤
이사장 최 윤 선

<붙임 1> 호스피스보조활동인력 교육과정 및 세부일정

호스피스보조활동인력 교육과정 및 세부일정

1. 2019년 9차 호스피스보조활동인력 교육 전체교육일정 및 장소

구 분	지 역	장 소	교육일시	
			이론(20시간)	실습(20시간)
9차 교육	서울경기	중앙보훈병원 중앙관 지하2층 대강당	10월 28일(월) ~ 30일(수)	추후공지 (임의배정)

2. 이론교육: (총 20시간)

1) 이론교육일정 (※ 추후 변경될 수 있음)

교육일	교육시간	제목
1일차 10/28 (월)	09:00~10:00	호스피스보조활동인력 제도와 교육
	10:10~11:10	효과적 의사소통의 원리
	11:20~12:20	효과적 의사소통 방법
	12:30~13:30	대상자의 특성별 의사소통
	13:30~14:30	점 심(식사제공)
	14:30~15:30	호스피스완화의료 철학과 역사
	15:40~16:40	호스피스완화의료 정의와 원칙
	16:50~17:50	말기암의 특성과 치료
	18:00~18:50	말기환자의 총체적 고통
	18:50	마무리
2일차 10/29 (화)	09:00~10:00	말기환자 돌봄 윤리
	10:10~11:10	호스피스보조활동인력 직업윤리
	11:20~12:20	말기환자 가족의 이해
	12:30~13:30	말기환자 가족 돌봄
	13:30~14:30	점 심(식사제공)
	14:30~15:30	말기환자의 정신증상과 돌봄
	15:40~16:40	말기환자의 심리적 특성
	16:50~17:50	임종기와 임종후 돌봄
	17:50	마무리
3일차 10/30 (수)	09:00~10:00	말기환자의 신체증상별 돌봄
	10:10~11:10	말기환자의 신체적 돌봄방법
	11:20~12:20	호스피스완화의료 팀접근
	12:30~13:30	호스피스보조활동인력의 역할
	13:30~14:30	점 심(식사제공)
	14:30~15:30	감염관리와 안전관리
	15:40~16:40	자율학습
	16:50~17:30	지필고사
	17:30	마무리

3. 실습교육: (총 20시간)

1) 실습기관: 2019년 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.

2019년 호스피스보조활동인력 교육시행 계획안(하반기)

차수	지역	일시	장소
5차	서울경기	7월 08-10일(월-수)	중앙보훈병원 중앙관 지하2층 대강당
6차	인천	8월 20-22일(화-목)	가톨릭관동대학교국제성모병원 3층 마리아홀
7차	전라	9월 03-05일(화-목)	화순전남대병원 B1층 대강당
8차	제주	9월 24-26일(화-목)	제주대학교의학전문대학원 1층 교수회의실
9차	서울경기	10월 28-30일(월-수)	중앙보훈병원 중앙관 지하2층 대강당
10차	인천	11월 19-21일(화-목)	가톨릭대학교 인천성모병원

<붙임 2> 호스피스보조활동인력 교육 참가신청서

호스피스보조활동인력 교육 참가신청서

신청과정	2019년 제9차 서울경기지역 호스피스보조활동인력 교육		
성 명		성 별	
생년월일		전화번호	
소 속		휴대전화	
주 소			
요양보호사 자격증 No.	(자격증번호를 반드시 기재하세요)	호스피스보조활동인력 취업여부(현재)	□예 □아니오
입 금 일	* 선착순 접수 대상자에게만 교육비 입금계좌가 추후 별도 안내될 예정입니다. 함께 안내되는 입금기한내에 교육비를 입금하셔야 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 임의날짜, 임의기관에 임의배정되므로 개인사유로 연기 및 변경, 이동이 불가함을 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 본 신청서는 작성후 반드시 서명 및 날인하여 요양보호사자격증 사본과 함께 제출하시기 바랍니다.**(서명 없이 한글파일만 제출시 접수 불가, 스캔이 아닌 휴대폰 사진찍어 제출시 접수 불가!)**
- 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.

2019년 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 교육아수 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 □

2019년 월 일

동의인: (서명 또는 인)