



한국호스피스 · 완화의료학회

Korean Society for Hospice and Palliative Care

140-871 서울특별시 용산구 한강로2가 312-4 대우 디오빌 809호

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

E-mail:hospice@hospicecare.co.kr

http://www.hospicecare.co.kr

문서번호 : 호 2017-0016

시행일자 : 2017. 01. 13

수 신 : 전국 호스피스 완화의료기관

참 조 :

제 목 : 2017년 제2차 완화의료도우미 교육 공고

본 학회에서는 암관리법 시행규칙 제13조, 보건복지부 고시 제2015-103호와 관련하여, 2017년 제2차 완화의료도우미 교육을 다음과 같이 시행하고자 하오니, 완화의료 관련단체 및 기관, 요양보호사, 그리고, 호스피스완화의료관련 종사자분들의 적극적인 참여를 요청드립니다.

- 다 음 -

1. 교육기관 및 교육대상

가. 교육관련근거: 암관리법 시행규칙 제13조 및 보건복지부 고시 제2015-103호

나. 교육기관: 한국호스피스·완화의료학회

다. 교육대상: 요양보호사

(노인복지법 제39조 2에 따른 요양보호사 자격시험에 합격 및 자격증소지자)

2. 교육기간 및 교육이수시간

가. 교육기간 : 2017년 2월 14일(화) ~ 16일(목)

(지역별 교육과정 세부일정은 붙임 참조)

나. 교육시간 : 총 40시간(이론 20시간, 실습 20시간)

3. 교육비 : 20만원 (교육기간 중 취소 및 환불 불가)

4. 교육인원 : 100명 (선착순 마감)

5. 교육장소 및 지역별 교육일정

구 분	지 역	장 소	교육일시	
			이론(20시간)	실습(20시간)
2차 교육	대전충청	충남대학교병원 재활센터 3층 대강당	2월 14일(화)-16일(목)	추후공지 (임의배정)

6. 교육신청

가. 교육신청 및 등록기간 :

2017년 2월 06일(월) 09시부터 - 2월 08일(수) 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-mail 또는 Fax로 신청

※ E-mail: hospice@hospicecare.co.kr Fax:02-749-4542,

※ 교육장별 예정인원 초과 시 교육장 또는 일정이 변경될 수 있음

라. 제출서류 : 1) 완화의료도우미 교육 참가신청서: <붙임 2>

2) 개인정보 활용 동의서: <붙임 3>

마. 교육비 수납 : 교육대상자에게 계좌번호 추후 공지

바. 교육대상자 통보 : 접수 마감 후 개별 통보(SMS문자 발송)

7. 완화의료도우미 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. 완화의료도우미 교육과정 및 세부일정

2. 완화의료도우미 교육신청서

3. 개인정보 활용 동의서

한국호스피스·완화의료학회

회 장 이
이사장 최



<붙임 1> 완화의료도우미 교육과정 및 세부일정

완화의료도우미 교육과정 및 세부일정

1. 2017년 2차 완화의료도우미 교육 전체교육일정 및 장소

구 분	지 역	장 소	교육일시	
			이론(20시간)	실습(20시간)
2차 교육	대전충청	충남대학교병원 재활센터 3층 대강당	2월 14일(화)-16일(목)	추후공지

2. 이론교육: (총 20시간)

1) 이론교육일정 (추후 변경될 수 있음)

교육일	교육시간	제목
1일차 2/14 (화)	09:00-10:00	완화의료병동 도우미 교육에 대한 이해
	10:10~11:10	호스피스완화의료 철학과 역사
	11:20~12:20	호스피스완화의료 정의와 원칙
	12:20~13:20	점 심
	13:20~14:20	호스피스완화의료의 팀 접근
	14:30~15:30	말기환자 돌봄 윤리
	15:40~16:40	완화의료병동 도우미의 직업윤리
	16:50~17:50	완화의료병동 도우미의 역할
2일차 2/15 (수)	09:00-10:00	완화의료병동 내 안전관리와 감염관리
	10:10~11:10	말기 암에 대한 이해
	11:20~12:20	말기환자의 총체적 고통에 대한 이해
	12:20~13:20	점 심
	13:20~14:20	말기환자의 신체 증상의 이해 1
	14:30~15:30	말기환자의 신체 증상의 이해 2
	15:40~16:40	말기환자의 정신 증상의 이해 1
	16:50~17:50	말기환자의 정신 증상의 이해 2
3일차 2/16 (금)	09:00-10:00	의사소통과 관계형성1
	10:10~11:10	의사소통과 관계형성2
	11:20~12:20	의사소통과 관계형성3
	12:20~13:20	점 심
	13:20~14:20	말기환자 가족에 대한 이해 1
	14:30~15:30	말기환자 가족에 대한 이해 2
	15:40~16:40	임종기 돌봄과 사후처치
	16:50~17:30	필기 시험

2. 실습 (20시간)

- 1) 실습기관: 2017년 완화의료전문기관 중 본 학회가 지역별 실습기관으로 인정한 완화의료기관
- 2) 실습교육내용: 이론교육에 근거한 현장실습 및 완화의료병동(독립시설형 포함)의 입원환자에 대한 완화의료 보조활동(위생, 식사, 이동 등 기본적인 일상생활보조 등)실습.
- 3) 실습시간: 총 20시간
- 4) 실습일정 및 실습기관 : 추후 안내 예정입니다.
- 5) 실습장소 및 구체적 일정은 등록 확정 후, 추후 안내 예정입니다.

2017년 완화의료도우미 교육시행 계획안(상반기)

차수	지역	일시	장소
1차	대구경북	1월 10-12일(화-목)	칠곡경북대학교병원 강당
2차	대전충청	2월 14-16일(화-목)	충남대학교 재활센터 3층 대강당

완화의료도우미 교육 참가신청서			
성명		성별	
생년월일		전화번호	
소속		휴대전화	
주소			
요양보호사 자격증 No.		완화의료도우미 취업 여부(현재)	☐ 예 ☐ 아니오
신청과정	☐ 2차 대전충청		
입금일	2017년 월 일		
입금자 성명		입금액	
교육 신청자 성명	생년월일 (주민번호 앞자리)	전화번호 (휴대전화)	비고

☐ **개인정보 수집 · 이용에 관한 동의**(개인정보보호법 제15조)

1. 개인정보의 수집 · 이용 목적 : 완화의료도우미교육 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 완화의료도우미교육 교육안내와 관련하여 귀하의 개인정보 수집 · 이용에 대하여 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 완화의료도우미 교육과 관련하여 안내를 받을 수 없습니다.

동의함 ☐ 동의안함 ☐

「완화의료도우미 교육」에 위와 같이 참여를 신청합니다.

2017년 월 일

신청인 (인)

한국호스피스완화의료학회 이사장 귀하

<붙임 3> 개인정보 활용 동의서

개인정보 수집 · 이용 · 제3자 제공 동의서

한국호스피스완화의료학회에서는 완화의료도우미 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 완화의료도우미 교육 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 완화의료도우미교육 교육이수 인정과 관련하여 귀하의 개인정보 수집 · 이용에 대하여 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 **완화의료도우미교육 교육이수 인정 등에 불이익을 받을 수 있습니다.**

1) 동의함 ☐

2) 동의안함 ☐

□ 개인정보 제공에 관한 동의

「개인정보보호법」 제17조 및 제18조에 따라 완화의료도우미교육 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	완화의료도우미 교육 이수 인정	동의서 제출로부터 1년까지

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

1) 동의함 ☐

2) 동의안함 ☐

2017 년 월 일

동의인:

(서명 또는 인)