

첨부2 노인요양시설 임종기 돌봄 서비스 제공에 대한 의견 조사

ID	요	양	시	설
----	---	---	---	---

안녕하십니까?

국민건강보험공단 건강보험연구원입니다. 저희 연구원에서는 노인요양시설의 임종기 돌봄 서비스 제공에 대한 기관의 의견을 파악하고자 설문조사를 진행하고 있습니다. 이를 위하여 시설의 운영책임자(시설장 또는 간호책임자)를 대상으로 현재 임종기 돌봄과 관련된 서비스 제공 실태, 서비스 제공 시 문제점, 존엄한 임종을 지원하기 위한 제도 개선 방향에 관한 의견을 조사하고자 합니다.

본 조사를 통해 수집된 자료는 노인요양시설 입소자의 존엄한 임종을 지원하여 장기요양 시설급여의 품질을 향상시키고 현장의 임종기 돌봄 관련 어려움을 해결하는 데에 귀중한 자료로 활용될 예정입니다. 많은 일들로 바쁘시겠지만 설문조사에 적극적으로 참여해 주시기를 부탁드립니다.

이 설문에 응답하신 내용은 연구목적 이외의 다른 용도로는 절대 사용하지 않을 것이며, 통계법 제33조(비밀의 보호 등) 및 34조(통계종사자 등의 의무)에 의거 비밀이 보장됩니다.

귀한 시간 내주셔서 감사합니다.



2025년 7월

◆ 조사주관 : 건강보험연구원 장기요양연구실 이정석 연구위원, 김현기 주임연구원

◆ 조사대행 : (주)에스티이노베이션

※ 조사 유의사항1 : 본 설문은 귀 기관의 운영책임자(시설장 또는 간호책임자)에 한하여 응답해 주십시오.

※ 조사 유의사항2 : 본 설문 문항 중 ‘최근 1년간 사망으로 퇴소한 자의 수’와 같이 기관의 현황을 묻는 문항에는 사용하시는 전산시스템이나 각종 서류 등을 참고하여 응답해 주십시오.

I. 기관 일반 현황

문1. 귀 기관에 관한 질문입니다. 다음 항목에 응답해 주세요.

1-1. 설립주체

- ① 지자체
- ② 비영리법인 (☞ ① 사회복지법인 ② 의료법인 ③ 기타())
- ③ 영리법인
- ④ 개인
- ⑤ 기타 (자세히 써주세요. _____)

1-2. 정원/현원, 운영기간 및 기관평가

1-2-1. 정원 수 : () 명, 현원 수(응답 전 월 기준) : () 명

1-2-2. 장기요양기관 지정연도 : ()년

1-2-3. 시설 운영기간 : 총 ()년 ☞ 요양시설 최초 설치년도 : ()년


1-2-4. 장기요양기관 평가등급 : ① A ② B ③ C ④ D ⑤ E ⑥ 신설

1-3. 시설장 자격면허 (복수응답 가능)

- ① 사회복지사 ② 간호사 ③ 기타 ()

1-4. 운영형태

- ① 단독

- ② 병설  병설 기관 유형 모두 표시

- ① 노인요양시설 ② 노인요양공동생활가정 ③ 주야간보호 등 재가장기요양기관

- ④ 병원·종합병원 ⑤ 요양병원 ⑥ 기타()

1-5. 현재 전문요양실 시범사업에 참여 중입니까? ① 참여하고 있음 ② 참여하지 않음

1-6. 시설 환경

1-6-1. 상급침실 현황 : 1인실 ()개, 2인실 ()개

1-6-2. 건물에 침대가 들어갈 수 있는 크기의 엘리베이터가 설치되어 있습니까? : ① 있음 ② 없음

II. 인력 배치 및 의료서비스 연계 현황

문2. 귀 기관의 케어 인력 현황에 관한 질문입니다. 응답 월 기준으로 다음 항목에 응답해 주세요.

2-1. 직종별 근무인원 수(응답 월 기준)

1) 간호사 : () 명

1-1) 간호사 중 전문간호사(예, 가정전문간호사, 노인전문간호사 등) 자격을 갖고 있는 자 : () 명

2) 간호조무사 : () 명 3) 요양보호사 : () 명 4) 사회복지사 : () 명


5) 물리치료사 또는 작업치료사 : ()명 6) 영양사 : () 명


2-2. 간호인력 관련 가산 여부 및 근무현황


1) 간호인력 추가배치 가산을 받고 있습니까? ① 예 ② 아니오

2) 간호사 가산을 받고 있습니까? ① 예 ② 아니오

3) 간호인력이 야간에 근무합니까?

① 예  야간근무 간호인력 모두 표시: ① 간호사 ② 간호조무사

② 아니오  근무하지 않는 경우, 야간에 간호인력과 전화 등으로 연락이 가능합니까?

① 예 ( 야간에 연락 가능한 간호인력 모두 표시: ① 간호사 ② 간호조무사)

② 아니오

문3. 귀 기관의 의료서비스 연계 현황에 관한 질문입니다. 다음 항목에 응답해 주세요.

3-1. 계약의사를 두고 있습니까? ① 있음 ➡ () 명 ➡ 3-1-1로 이동 ② 없음 ➡ 3-2로 이동

3-1-1. 계약의사 직종별 현황

- 1) 의사 : () 명 ➡ 전문분야(중복응답) : ① 내과 ② 가정의학과 ③ 신경과 ④ 기타
2) 한의사 : () 명
3) 치과의사 : () 명

3-1-2. 계약의사 활동내용

- 1) 지난 한 달 동안, 계약의사의 시설 방문횟수는 몇 회입니까? 2025년 6월 기준, 총 ()회
➡ 계약의사가 여러 명인 경우, 각각의 방문횟수를 모두 합하여 기입
2) 계약의사는 필요 시 원외처방전을 발급합니까? ① 예 ② 아니오
3) 시설 방문시간이 아니더라도, 필요 시 계약의사와 연락이 가능합니까? ① 예 ② 아니오
4) 시설 내에서 입소자 사망 시, 계약의사가 사망진단서를 작성합니까? (과거 한 건이라도 발급했다면 '예'로 응답)
① 예 ② 아니오
5) 계약의사 활동 내용에 대해 전반적으로 만족합니까?
① 전혀 만족하지 않음 ② 만족하지 않음 ③ 보통 ④ 만족함 ⑤ 매우 만족함

3-2. 협약의료기관을 두고 있습니까? ① 있음 ➡ () 개소 ➡ 3-2-1로 이동 ② 없음 ➡ 문4로 이동

3-2-1. 협약의료기관 활동 내용

- 1) 지난 한 달 동안, 협약의료기관 의사의 시설 방문횟수는 몇 회입니까? 2025년 6월 기준, 총 ()회
➡ 여러 명의 의사가 방문한 경우, 각각의 방문횟수를 모두 합하여 기입
2) 협약의료기관 의사는 필요 시 원외처방전을 발급합니까? ① 예 ② 아니오
3) 시설 방문시간이 아니더라도, 필요 시 협약의료기관 의사와 연락이 가능합니까? ① 예 ② 아니오
4) 필요 시 협약의료기관으로 입원/외래/응급실 연계가 편리합니까?
① 전혀 편리하지 않음 ② 편리하지 않음 ③ 보통 ④ 편리함 ⑤ 매우 편리함
5) 이용 중인 협약의료기관에 대해 전반적으로 만족합니까?
① 전혀 만족하지 않음 ② 만족하지 않음 ③ 보통 ④ 만족함 ⑤ 매우 만족함

문4. 병의원에 소속된 가정전문간호사가 요양시설을 방문하여 간호처치를 제공하는 '건강보험 가정간호' 서비스에 관한 질문입니다. 다음 항목에 응답해 주세요.

4-1. 건강보험 가정간호서비스를 알고 있습니까?

- ① 알고 있다 ➡ 문4-2 ② 모른다 ➡ 문5로 이동

4-2. 가정간호서비스를 이용한 적 있습니까?

- ① 있다 ➡ 문4-3~문4-6로 이동 ② 없다 ➡ 문5로 이동

4-3. 어떠한 경로로 가정간호서비스를 이용하였습니까? 해당하는 경우를 모두 표시해주세요.

- ① 계약/협약 의사가 연계 요청
② 시설이 필요하다고 판단(욕창, 튜브관리 등)하여 가족보호자에게 설명 후 연계
③ 입소자/가족이 영양제주사 등 가정간호 연계 희망
④ 입소자 퇴원 시, 퇴원병원에서 연계되어 이용
⑤ 기타()

4-4. 가정간호서비스 이용 현황(2025년 6월 한 달 기준)

4-4-1. 지난 한 달 동안, 가정간호를 이용한 입소자 수는 몇 명입니까? 총 () 명

4-4-2. 지난 한 달 동안, 가정전문간호사의 시설 방문횟수는 총 몇 회입니까? 총 () 회

4-4-3. 다음 중 어떤 서비스를 이용하셨습니다? 해당사항을 모두 표시해주세요.

- ① 영양제 등 주사 ② 혈액, 소변 등 검사 ③ 욕창 치료
④ 경관(L-tube, 콧줄) 교체 ⑤ 도뇨관(F-tube, 소변줄) 교체 ⑥ 기관절개관(T-tube) 교체
⑦ 기타()

4-5. 귀 기관에 방문하는 가정전문간호사는 어디 소속입니까? 해당하는 경우를 모두 표시해주세요.

- ① 계약의사 근무기관 소속 ② 협약의료기관 소속 ③ 입소자가 퇴원한 의료기관 소속
④ 시설 인근에 위치한 지역 병원 소속 ⑤ 기타()

4-6. 이용 중인 건강보험 가정간호에 대해 전반적으로 만족합니까?

- ① 전혀 만족하지 않음 ② 만족하지 않음 ③ 보통 ④ 만족함 ⑤ 매우 만족함

III. 시설 내 임종기 돌봄 제공 현황

문5. 귀 기관의 최근 1년 동안(2024년 7월 ~ 2025년 6월)의 '사망'으로 인한 퇴소 현황에 관한 질문입니다.
다음과 같이 구분할 때, 각각 몇 명입니까?

1) 시설 내에서 사망한 자 (시설 내 사망 퇴소)	명	① 가족보호자 요청에 따라 시설 내 임종 (명) ② 사망 후 발견 (명)
2) 사망 전 병원(의료기관) 전원한 자 (병원 입원 중 사망 퇴소)	명	
3) 사망 전 자택 등으로 전원한 자 (외박 중 사망 퇴소)	명	
4) 기타	명	사유: _____

문5-1. 입소자의 임종이 다가오고 있음을 예감(인지)하고 가족보호자 등에게 연락을 취한 시기는 대개 사망 전 언제쯤 입니까?

- ① 사망 하루 전 ② 사망 2~3일 전 ③ 사망 1주일 전
④ 사망 2~3주 전 ⑤ 사망 1개월 전 ⑥ 기타 ()
⑦ 연락을 취한 적 없음

문5-2. 임종이 가까운 입소자를 돌보기 위한 독립된 공간이 시설 내에 마련되어 있습니까?

- ① 있음 ② 없음

☞ 모두 표시 : ① 특별침실 있음

- ② 임종실(특별침실 외 별도) 있음
③ 임종자 가족을 위한 가족실 있음

문5-3. 공동생활실(4인실 등 다인실)에서 입소자가 임종한 적이 있습니까?

- ① 있음 ② 없음

[임종기 돌봄에 관한 서비스 지침 보유 및 설명, 교육]

문6. 귀 기관은 시설급여 계약서에 임종에 관한 조항(예, 임종 시 대처, 심폐소생술 등 연명치료 의향 확인, 장례 등)을 포함하고 있습니까?

- ① 있음 ② 없음

문7. 귀 기관은 입소자의 임종징후 발견 시 대처방법 또는 시설 내 임종 시 임종간호 제공방법 등 임종기 돌봄에 관한 기관의 지침을 갖고 있습니까?

- ① 있음 ☞ 문7-1로 이동 ② 없음 ☞ 문8로 이동

문7-1. 입소 시, 입소자 또는 가족보호자에게 기관의 임종기 돌봄 지침을 설명합니까?

- ① 예 ② 아니오

문7-2. 직원(종사자)에게 기관의 임종기 돌봄 지침을 설명합니까?

- ① 예 ② 아니오

문8. 귀 기관은 임종기 돌봄에 관하여 입소자, 가족보호자에게 교육 또는 정보제공을 합니까?

- ① 예 (① 가족보호자 ② 입소자 본인 ③ 가족보호자 및 입소자 본인 모두에게 제공) ☞ 문8-1로 이동
② 아니오 ☞ 문9로 이동

문8-1. (문8 ① 응답자) 교육 내용은 무엇입니까? 해당하는 것을 모두 표시해 주세요.

- ① 사전연명의료의향서 관련 ② 연명의료결정법 관련
③ 임종 징후와 대처 ④ 사망 후 장례절차 ⑤ 기타 ()

문9. 귀 기관은 직원(종사자)에게 기관 내부 교육으로 임종기 돌봄 교육을 실시합니까?

- ① 예 ② 아니오

문10. 직원 중 외부의 공인된 임종기 돌봄 교육(예, 국립연명의료관리기관 등 관련 기관, 협회, 학회가 운영하는 프로그램 등)을 받은 사람이 있습니까?

- ① 예 ☞ 교육 이수자 모두 표시 : ① 시설장 ② 사무국장 ③ 간호사 ④ 간호조무사
⑤ 요양보호사 ⑥ 사회복지사 ⑦ 물리치료사 ⑧ 작업치료사
⑨ 영양사 ⑩ 기타()
② 아니오

[사전연명의료의향서 등록여부 및 호스피스, 연명의료 의향 확인]

문11. 귀 기관은 입소자의 사전연명의료의향서 작성·등록 여부를 확인합니까?

- ① 예 ☞ 문11-1로 이동 ② 아니오 ☞ 문12로 이동

문11-1. 언제 처음 확인합니까?

- ① 요양시설 입소 시 ② 건강상태 악화 시 ③ 임종기라고 판단 시 ④ 기타 ()

문11-2. 누구에게 확인합니까? (복수응답 가능)

- ① 입소자 본인 ② 가족보호자 ③ 기타 (구체적으로 적어주세요.)

문11-3. 현재 입소자 가운데 사전연명의료의향서를 작성·등록한 사람은 몇 명입니까?

- ① ()명 ② 인원 수를 파악하지 않음

[임종기 돌봄에 대한 입소자와 가족보호자 희망(요구, 선호) 확인, 임종기 돌봄에 대한 상담, 계획]

문12. 귀 기관은 임종기 돌봄 방식(예, 임종징후 확인 시 대처, 심폐소생술 등 연명치료에 대한 의향, 희망 임종장소 등)에 관하여 입소자 또는 가족보호자와 함께 상의합니까?

- ① 예 ☞ 문12-1로 이동 ② 아니오 ☞ 문12-6로 이동

문12-1. (문12 ① 응답자) 임종기 돌봄에 대해 처음으로 의견을 나누는 시점은 대체로 언제입니까?

- ① 요양시설 입소 시
② 건강상태 악화 시
③ 임종기라고 판단 시
④ 기타 ()

문12-1-1. (문12 ① 응답자) 처음 의견을 나눈 이후, 입소자 또는 가족보호자의 임종기 돌봄에 대한 희망/선택이 변화하였는지를 주기적으로 재확인합니까?

- ① 예 ② 아니오

문12-2. (문12 ① 응답자) 임종기 돌봄에 대해 상의할 때, 포함하는 내용은 무엇입니까? 해당사항 모두 표시해 주세요.

- ① 희망 임종장소
- ② 심폐소생술 등 연명치료에 대한 의향
- ③ 임종징후 확인 시 병원 전원 의향
- ④ 임종과정에서 제공받기를 희망하는 서비스
- ⑤ 입소자 본인 의향
- ⑥ 입소자 - 가족 간 의견일치 여부
- ⑦ 입소자 본인 의사결정능력 상실 시, 가족 간 의견일치 여부
- ⑧ 상조회사 가입 여부 등 장례 절차(장례 관련 정보)
- ⑨ 사망진단서(시체검안서) 발급
- ⑩ 기타 ()

문12-3. (문12 ① 응답자) 임종기 돌봄을 상의할 때, 직접 참여하는 사람은 누구입니까? 해당하는 사람 모두 표
시해주세요.

- ① 입소자 본인 ② 가족보호자 ③ 시설장 ④ 사무국장 ⑤ 간호사 ⑥ 계약의사
⑦ 간호조무사 ⑧ 사회복지사 ⑨ 기타 ()

문12-3-1. (문12 ① 응답자) 임종기 돌봄을 상의할 때, 입소자 본인이 참여하지 못하였다면, 가장 큰 이유는 무엇입니까?

- ① 입소자의 인지기능이 낮아서 상의가 불가능함
- ② 입소자 본인이 참여를 거부함(꺼려함)
- ③ 가족보호자가 입소자의 참여를 반대함
- ④ 시설 차원에서 입소자의 우울 등 부정적 반응을 우려하여 참여시키지 않는 것으로 정함
- ⑤ 기타 ()

문12-4. (문12 ① 응답자) 임종기 돌봄에 대해 상의한 내용과 결과를 동의서 등 문서로 작성하여 보관합니까?

- ① 예 ② 아니오

문12-5. (문12 ① 응답자) 임종기 돌봄에 대한 시설과 입소자/가족보호자 간 의사소통은 전반적으로 어떠하다고 평가합니까?

- ① 전혀 충실하지 못함 ② 충실하지 못함 ③ 보통 ④ 충실함 ⑤ 매우 충실함

<문12에서 '② 아니오' 응답한 경우에만 문12-6 질문에 응답>

문12-6. 임종기 돌봄에 대해 입소자 또는 가족보호자와 상의하지 않는 가장 큰 이유는 무엇입니까?

- ① 병원이 아닌 생활시설이므로 임종기 돌봄에 관해 상의하는 것이 부적절하다고 판단
- ② 임종이 예견될 경우, 병원으로 전원 조치함
- ③ 임종기 돌봄과 관련하여 시설이 제공해 줄 수 있는 서비스가 없다고 판단
- ④ 무슨 내용을 어떻게 상의해야 하는지 잘 알지 못함
- ⑤ 입소자/가족보호자가 죽음을 먼 일로 생각하고 있어 임종기 돌봄에 대해 이야기를 꺼내기가 꺼려짐
- ⑥ 입소자/가족보호자가 화를 내는 등 부정적 반응을 일으킬까봐 우려됨
- ⑦ 기타 ()

문13. 임종기 전에 요양시설 담당자와 입소자, 가족보호자 간에 임종기 돌봄(예, 임종징후 확인 시 시설 방침, 또는 어르신/가족이 희망하는 임종 장소, 심폐소생술 등 연명치료에 대한 의향)에 관하여 미리 상담하고 계획을 세우는 것이 필요하다고 생각합니까?

- ① 필요하다 ☞ 문13-1로 이동
- ② 필요하지 않다 ☞ 문14로 이동
- ③ 모르겠다(생각해 본 적 없음)☞ 문14로 이동

문13-1. 임종기 돌봄 계획에 관하여 상담을 언제 시작하는 것이 적절하다고 생각합니까?

- ① 요양시설 입소 시 ② 건강상태 악화 시 ③ 기타 ()

[요양시설 내 임종기 돌봄 제공 현황]

문14. 귀 기관은 시설 내에서 임종하기를 희망하는 입소자가 있을 경우, 시설 내에서 임종을 맞이하도록 돌봄을 제공하고 있습니까?

- ① 예 ☞ 문14-1 ~ 문14-3로 이동
- ② 아니오 ☞ 문14-4 ~ 문14-5로 이동
- ③ 희망 여부를 파악한 적 없음 ☞ 문14-4 ~ 문14-5로 이동

문14-1. (문14 ① 응답자) 시설 내에서 임종하는 입소자를 돌보는데 참여하는 인력은 누구입니까?

해당 인력을 모두 표시해 주세요.

- ① 계약 의사 ② 간호사 ③ 간호조무사 ④ 요양보호사
- ⑤ 사회복지사 ⑥ 물리치료사 ⑦ 작업치료사 ⑧ 영양사
- ⑨ 자원봉사자 ⑩ 기타 ()

문14-2. (문14 ① 응답자) 시설 내에서 임종하는 입소자에게 제공하는 임종 돌봄 서비스는 어떠한 것입니까? 해당하는 서비스를 모두 응답해 주세요.

구분 (해당항목 모두 표시)	서비스 (해당항목 모두 표시)
1) 통증 및 증상 관리	① 통증, 호흡곤란, 구역 및 구토, 불안, 섬망 등 말기 증상 완화 ② 수분 공급 : 탈수 징후 확인, 구강 및 입술 건조하지 않게 관리 ③ 진통제, 항불안제 등 의약품 지원 ④ 산소 제공(투여) ⑤ 정맥주사 제공(투여) ⑥ 활력징후(체온, 호흡, 맥박, 혈압) 자주 확인 ⑦ 산소포화도(SaO ₂) 모니터링
2) 의료·간호 지원	① 계약 의사의 방문 진찰 ② 가정전문간호사의 방문간호 서비스 연계
3) 심리사회적·정서적 지원	① 입소자와 가족을 위한 심리상담 ② 가족 교육, 정보 제공 ③ 가족이 입소자 곁에서 임종을 지킬 수 있도록 지원

4) 영적·존엄성 지원	① 입소자와 가족의 신념, 종교 존중 ② 종교인의 시설 방문을 통한 영적 지원 연계
5) 사후 지원	① 사별가족 상담 지원 ② 사망진단서(시체검안서), 장례 등 행정 지원
6) 기타	

문14-3. (문14 ① 응답자) 시설 내에서 임종기 돌봄을 제공하는 데 있어서 어려움은 무엇입니까? 다음 보기 중 가장 어렵다고 생각하는 3가지를 응답하여 주십시오.

응답 3가지 : (), (), ()

- | | |
|--|------------------------|
| ① 임종실(특별침실) 없음 | ② 요양보호사 등 돌봄 인력 부족 |
| ③ 계약의사의 협력을 얻기가 어려움 | ④ 간호사 없음 |
| ⑤ 종사자의 임종기 돌봄에 대한 지식 부족 | ⑥ 가족의 임종기 돌봄에 대한 지식 부족 |
| ⑦ 시설 내 의료서비스 한계로 임종증상 관리 어려움 | ⑧ 가족과의 갈등, 분쟁 우려 |
| ⑨ 사망진단서(시체검안서) 발급 어려움 | ⑩ 경찰조사 등 업무 부담 |
| ⑪ 종사자의 신체적, 심리적 소진 | ⑫ 장기요양보험 수가가 없음 |
| ⑬ 종사자의 부정적 인식과 태도(임종 돌봄을 꺼림, 시설의 역할이 아니라고 생각함) | |
| ⑭ 기타 () | |

<문14에서 임종기 돌봄을 제공하지 않거나 희망 여부를 파악한 적 없다고 응답한 경우 문14-4 ~ 문14-5 질문에 응답>

문14-4. (문14 ②, ③ 응답자) 귀 기관은 입소자의 임종징후 확인 시 병원 이송을 원칙으로 합니까?

- ① 예 ② 아니오

문14-5. (문14 ②, ③ 응답자) 귀 기관이 시설 내에서 임종 돌봄을 제공하지 않기로 정한 이유는 무엇입니까? 다음 보기 중 주요 이유 3가지를 응답하여 주십시오.

응답 3가지 : (), (), ()

- | | |
|--|------------------------------|
| ① 노인요양시설의 역할이 아니라고 판단함 | ② 임종실(특별침실) 없음 |
| ③ 요양보호사 등 돌봄 인력 부족 | ④ 계약의사의 협력을 얻기가 어려움 |
| ⑤ 간호사 없음 | ⑥ 종사자의 임종기 돌봄에 대한 지식 부족 |
| ⑦ 가족의 임종기 돌봄에 대한 지식 부족 | ⑧ 시설 내 의료서비스 한계로 임종증상 관리 어려움 |
| ⑨ 가족과의 갈등, 분쟁 우려 | ⑩ 사망진단서(시체검안서) 발급 어려움 |
| ⑪ 경찰조사 등 업무 부담 | ⑫ 종사자의 신체적, 심리적 소진 |
| ⑬ 장기요양보험 수가가 없음 | |
| ⑭ 종사자의 부정적 인식과 태도(임종 돌봄을 꺼림, 시설의 역할이 아니라고 생각함) | |
| ⑮ 기타 () | |

문20. 존엄한 임종을 지원하기 위해 필요한 제도 개선 방향에 있어 자유롭게 의견을 작성해주시기 바랍니다.

--

IV. 응답자 일반적 특성

문21. 귀하에 관한 질문입니다. 다음 항목에 응답해 주세요.

21-1. 현재 직책	① 시설장 ② 사무국장 ③ 간호팀장
21-2. 성별	① 남성 ② 여성
21-3. 연령	만 세 (출생년도 : 년)
21-4. 학력	① 고등학교 졸업 ② 전문대학 졸업 ③ 대학교 졸업 ④ 대학원 졸업
21-5. 종교	① 기독교 ② 불교 ③ 천주교 ④ 기타 () ⑤ 종교 없음
21-6. 면허·자격 (복수응답 가능)	① 사회복지사 ② 간호사 ③ 전문간호사 자격 : ① 있음 ② 없음 ③ 간호조무사 ④ 요양보호사 ⑤ 기타 ()
21-7. 요양시설 총 근무 경력 (타 기관 근무 경력 포함)	()년 ()개월
21-8. 현 기관 근무 경력	()년 ()개월
21-9. 의료기관 근무 경력 있습니까?	① 있음 ()년 ()개월 ② 없음

응답자 정보

기관명		연락처(핸드폰)		이름	
-----	--	----------	--	----	--

응답해 주셔서 감사합니다.