【長照安寧「一加二」獎勵試辦計畫】申請書

一、申請單位基本資料

(一)申請單位類別（請勾選）：

□ 醫院（本會合約醫院）

□ 長照機構（如護理之家、安養機構等）

(二)機構全名：

(三)機構負責人姓名：

(四)承辦單位:

(五)單位負責人:

(六)聯絡人姓名／職稱：

(七)聯絡電話：

(八)電子信箱：

(九)通訊地址：

(十)合作對象單位名稱：（醫院須列出擬合作之長照機構2家名稱；長照機構須列出合作醫院名稱）

1.

2.

二、執行與資源概況

（一）醫院端已有之安寧照護資源與經驗：（如安寧團隊、人力、教育訓練紀錄等）

（二）長照機構端已有之安寧照護實務經驗與潛力：（如是否曾辦理ACP推廣、宣導課程等）

三、附件

請檢附下列文件： 合作意願書（如附件一）、合作備忘錄MOU（如附件二）

四、申請日期：

請於8/15前，將申請表及相關附件email：hft\_edu@hospice.org.tw,電話：02-2808-1130高秘書

填報單位名稱（蓋章）：

機構/ 單位負責人簽名：

聯絡人簽名：

中華民國　　年　　月　　日

附件一

**合作意願書**

本機構秉持尊重生命、重視在地善終之理念，願意參與「長照安寧『一加二』獎勵試辦計畫」，與

【 醫院】建立合作關係，推動安寧照護制度化發展，特此說明合作意願如下：

1. 本機構承諾配合計畫規範，積極參與下列事項：
2. 接受醫院提供之安寧照護輔導與教育訓練。
3. 規劃並辦理一次對住民及家屬之安寧宣導講座。
4. 鼓勵住民簽署DNR或ACP，並配合早期介入個案評估。
5. 協助成果資料整理、經驗回饋及相關行政配合事宜。
6. 本機構理解並同意依據計畫遴選原則接受評選，並配合經費補助之申請與使用規定。

此致

財團法人中華民國(台灣)安寧照顧基金會

機構名稱：

機構負責人：

聯絡人姓名／職稱：

聯絡電話／電子信箱：

地址：

（機構蓋章）

中華民國　　年　　月　　日

附件二

**合作備忘錄（MOU）**

為推動安寧療護向下延伸至長照機構，促進醫療端與長照端合作，雙方本著互信、互助與專業分工原則，茲就參與「長照安寧『一加二』獎勵試辦計畫」簽訂本合作備忘錄，共同遵守與執行：

1. 合作雙方
2. 醫院全名：
3. 長照機構全名：
4. 合作目的

建立醫院與長照機構之合作機制，推廣安寧照護理念，提升機構住民於原機構善終之可行性， 實現在地善終。

1. 合作內容
2. 醫院責任

1.協助長照機構辦理安寧教育訓練與住民／家屬宣導。

2.接受安寧照護住民後續醫療銜接與照護。

3.指派安寧窗口，建立line群組，提供長照機構個案諮詢、照顧者心理支持。

4.必要時，辦理個案討論會。

5.定期訪視、個案篩選與討論，提供評估工具。

1. 長照機構端

1.辦理機構人員安寧照護教育訓練。

2.辦理住民、家屬安寧宣導講座，鼓勵住民家屬簽署DNR。

3.評估與追蹤潛在安寧個案，提早介入。

1. 經費與資源

依據「長照安寧『一加二』獎勵試辦計畫」相關經費規定辦理，並尊重主辦單位審查結果與經費配置原則。

1. 其他

本備忘錄自雙方簽署日起生效，至本計畫結束為止。雙方如有未盡事宜，得另行協商補充。

1. 簽署

本備忘錄一式兩份，由雙方各執一份為憑。

簽名: (甲方)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 簽名: (乙方)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

中華民國　　年　　月　　日