

115 年度南投縣醫事機構設置 C 級巷弄長照站

申請補助計畫書

醫事機構：_____（機構全銜）

機構地址（即公文寄送地址）：

據點聯絡人/職稱：

聯絡電話：

傳真：

E-mail：

申請設置C級巷弄長照站：_____鄉/鎮/市_____里/村

實施期程：自民國115年1月1日起至115年12月31日止

申請日期： 年 月 日

壹、計畫目的

貳、執行單位基本資料：

一、據點為☐新設置

☐自____年____月____日設置且持續辦理之巷弄長照站。

二、實施地點：南投縣_____鄉/鎮/市_____里/村_____路/街_____巷____弄_____號_____樓。

三、場地設置規範：

☐登記有案且有安全空間（含無障礙設施）（需檢附所有權人證明）

☐公共建築物已取得主管機關同意（需檢附相關公文證明）

☐非自有建築取得所有權人同意且有租賃契約。

四、活動空間有室內外空間且活動空間為_____平方公尺；樓層（不得為地下室）：☐_____樓，2樓以上☐有電梯 ☐無電梯。

五、出入口及廁所無障礙空間，設有簡易廚房及備餐場地。（檢附照片）

六、配置2具以上滅火器：☐是 ☐否；裝置緊急照明設備及設置火警自動警訊設備或住宅用火災警報器☐是 ☐否。

七、據點所在地是否同時申請其他方案補助經費或同時為其他用途：

（如失智社區服務據點、村里辦公室、居家服務單位辦公室…等）

☐是，請載明：_____。

☐否。

八、服務區域範圍（以鄰近3村里，可自行增列）：

南投縣市_____里/村。

南投縣市_____里/村。

南投縣市_____里/村。

九、是否投保公共意外險

☐是，請檢附投保證明。

☐否（於核定後1個月內投保並提供投保證明）。

參、實施期程：自民國115年1月1日起至115年12月31日止。

（新申請單位自核定日起至115年12月31日止）

肆、 現況說明

- 一、 服務區域範圍總人口數_____人；65 歲以上老人_____人，佔總人口數_____％；獨居老人_____人；推估 65 歲以上失能人口_____人（以老年人口數*16.47%進行推估）。
- 二、 目前服務狀況(114 年核定既有執行單位)：請簡述服務成效
- 三、 請載明共餐餐食烹煮地點：_____，非自行烹煮餐食，係與餐飲業者合作者，合作廠商資料：_____，地址：_____。

伍、 推動方向

- 一、 開辦時段_____，辦理預防及延緩失能服務_____期。
- 二、 服務執行方式及預期效益

服 務 項 目	執行方式	預期效益
社會參與	如：懷舊歌曲歡唱、桌遊等	每年提供____位長者、____人次以上服務。
健康促進	如：志工定點量血壓、體溫、義診活動及老人健康講座、體操活動等，並列冊紀錄。	每年提供____位長者、____人次以上服務。
共餐服務	自行規劃填寫(不可為便當或餐盒)	每年提供____位長者、____人次以上服務。
預防及延緩失能服務	115 年度辦理____期，課程名稱_____(未確定可填寫方案類型：肌力強化、認知促進、社會參與、生活功能重建、口腔保健、膳食營養)	每年提供____期、____位長者、____人次以上服務。
電話問安、諮詢	如：接聽情形、長者日常生活狀況等，並列冊紀錄。	每年可提供____位長者，共____人次服務。
關懷訪視	如：陪同聊天、健康檢測(量血壓)等，並列冊紀錄。	每年可提供____位長者，共____人次服務。
社區式喘息服務(臨時托顧)	每月可提供____位失能者 GA07 喘息服務，協助沐浴、進食、用藥及活動安排等。	每月可提供____位失能者 GA07 喘息服務，每年服務量達____人、____人次。
落實多元轉介服務		
提供共融服務		

接受指定 訓練		
參與備餐相關 培訓		
其他		

三、課程活動表：

	週一	週二	週三	週四	週五	備註
8:30-9:00	早安（看報紙、聽音樂、吃早餐）					
09:00-12:00	EX. 量血壓 及暖身活動 EX. 預防及延緩 失能 (10:00-12:00)	EX. 桌遊	(9:00-10:00) EX. 關心時事 音樂分享 活動筋骨 (10:00-12:00) EX. 預防及延緩 失能	EX. 懷舊 歌曲歡唱	EX. 體適能課程	
12:00-13:00	共餐時光					
13:00-16:00					(13:00-14:30) EX. 手作課程 (14:30-16:00) EX. 作品欣賞 活動筋骨	
16:10-	準備回家					

備註：1. 服務時段應優先以週間(週一至五)進行規劃，倘有特殊原因於其他時段辦理者，應於此處敘明理由。
2. 每時段 3 小時，倘安排 2 種課程/活動，應註明課程/活動名稱與時間起迄。

陸、人力來源

- 一、現有人力：_____，執行業務內容：_____。
- 二、預計聘僱人力：_____，執行業務內容：_____。
- 三、預計招募志工人力_____人，招募管道：_____，
執行業務內容：_____。
- 四、其他人力：_____人(請說明)。

柒、經費編列

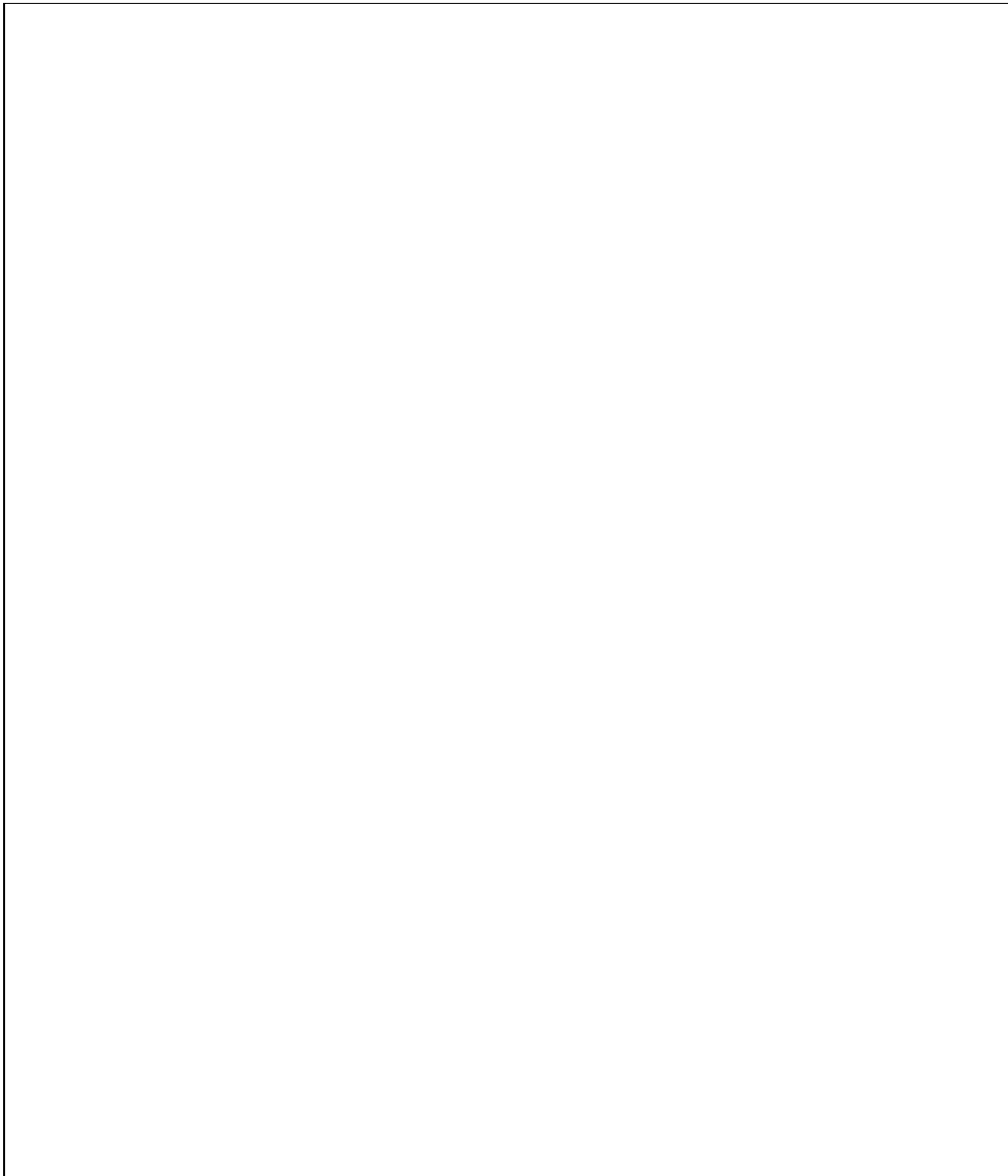
(1. 倘計畫執行期間未滿 1 年，須按比列計算 2. 倘申請設備費者請檢附歷年財產清冊統計表)

類別		申請衛生福利部補助經費				備註 (項目皆須說明並呈現計算公式：例如:數量*金額*天數)
		項目	單價	數量	合計	
開辦設施設備費 (A)	資本門	資訊軟硬體-筆電	20,000	1	100,000	實施本計畫所需軟體設備之購買與裝置費用(限單價 1 萬元以上且使用年限 2 年以上者)，需列財產。
		雜項設備費-冷氣	70,000	1		
	經常門	辦公桌椅	5,500	3		與本計畫直接有關之使用年限未及 2 年或單價未達 1 萬元之物品。
		血壓計	1,750	2		
業務費(B)		講座鐘點費			註： 倘辦理 10 個時段且申請據點人員專職費用，每月獎助業務費 72,000 元。	
志工服務費用 (C)		志工背心				
		志工保險				
預防及延緩失能照護服務費用(D)		預防及延緩課程 1 期 12 週	36,000	3	108,000	
開辦 10 時段專職人員費用(E)		照服員	33,000	13.5	445,500	請參考申請作業須知專職人員注意事項
						※檢附照服員證書
失智症獎助費(F)			500	2	1,000	
總計(A+B+C+D+E+F)						

捌、 場地空間規劃及場地照片

一、場地空間規劃平面圖:空間坪數/平方公尺

(備註:長(公尺)*寬(公尺)*0.3025=坪數)



請標註出入口、辦公室、廚房、活動空間、廁所、樓梯、電梯等空間位置並附上場地照片 (請參照場域設置基本需求表)

建築物外觀	出入口(無障礙設施)
廁所入口(無障礙設施)	廁所環境(是否有扶手及防滑措施等)
消防安全設備(滅火器、緊急照明、火警警報器)	廚房或備餐場地
活動場地環境	活動場地環境

玖、 附件(請載明)：

例：

1. 申請單位請檢附開業執照影本備查
2. 場地租賃同意書/契約
3. 建物樓層平面圖
4. 公共意外險投保證明

拾、預防及延緩失能照護服務管理與品質監控機制

壹拾壹、據點志工服務作業標準書

C 級巷弄長照站場域設置基本需求表

場地緊急處理流程	☒ 需要 ☐ 無需評估
場地投保意外責任險	☒ 需要 ☐ 無需評估
場地照片	☒ 需要 ☐ 無需評估
需求樓層 (地上樓層)	1樓為佳，2樓以上須備有電梯
空間面積	1人3平方公尺
無障礙設備	1. 需設置無障礙出入口(如無障礙坡道) 2. 廁所應備有防滑措施、扶手等設備
備餐空間	應設有簡易廚房或備餐場地
消防設施	1. 配置滅火器 2. 裝置緊急照明設及設置火警自動警報設備或住宅用火災警報器 (如配置滅火器兩具以上，分別固定放置於取用方便之明顯處；有樓層建築物者，每層應至少配置一具以上)
空間其他需求及限制	1. 不得設於地下樓層 2. 空間完整獨立專用，可與其他單位空間區隔 3. 一般地區設置巷弄長照站應服務至少 20 名個案，故活動空間至少要 60 平方公尺 4. 原民及偏遠地區設置巷弄長照站應服務至少 15 名個案，故活動空間至少要 45 平方公尺
備註	如以上條件符合規範，如具有服務量能之單位，可向服務所在地之縣市政府申請成為特約單位，提供喘息服務(臨時托顧)

備註：視資源分布情形，本局保有場地面積最終決定權。