115年度「失智照護計畫」計畫書格式

附件5

115年度

南投縣「失智照護服務計畫」計畫書

辦理分項計畫一：設置失智共同照護中心

**申請單位：**

**設置據點名稱：**

提報日期：114年 月 日

目錄

頁碼

1. **綜合資料**
2. **計畫緣起**
   * 1. 依據
     2. 現況分析及未來環境預測(延續單位需含歷年執行成效)
3. **計畫期程**
4. **計畫目標**
   * 1. 目標說明
     2. 預期績效指標
5. **執行策略及方法**
   * 1. 如何開發案源
     2. 個案管理流程
     3. 資源連結
     4. 品質管理機制
     5. 預計聘用人力
     6. 輔導失智社區服務據點計畫(請依附件所訂之項目進行填寫)
6. **預定進度**
7. **共照中心組織架構**
8. **經費需求**
9. **預期效益**
10. **未來規劃**
11. **相關附件**

輔導失智社區服務據點計畫(如附件4-1撰寫)

1. **綜合資料**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 計畫名稱 | 115年度南投縣「失智照護服務計畫」 | | | | | | |
| 申請單位 |  | | | | | | |
| 執行期限 | 延續型單位：115年1月1日至115年12月31日。  新申請單位：自核定日起至115年12月31日。 | | | | | | |
| 申請金額  (單位：元) | (一)個案服務費 | | (二)轉介費 | | | (三)輔導據點費用 | |
| 元 | | 元 | | | 元 | |
| 總計 | | 元 | | | | |
| 單位負責人 | |  | 職稱 |  | | | |
| 計畫聯絡人 | |  | 職稱 |  | 電話 | |  |
| E-mail | |  | | | | | |
| 聯絡地址 | |  | | | | | |

1. **計畫緣起**
   * 1. 依據
     2. 現況分析及未來環境預測(延續單位需含歷年執行成效)
2. **計畫期程：**
3. 延續型單位：115年1月1日至115年12月31日。
4. 新申請單位：自核定日起至115年12月31日。
5. **計畫目標**
   * 1. 目標說明：請具體列述本計畫所要達成之目標以及所要完成之工作項目，避免空泛性之敘述。
     2. 預期績效指標：應包含關鍵績效指標、評估標準及年度目標值。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 關鍵績效指標 | | 評估標準 | 目標值註1 | | |
| 4月 | 8月 | 12月 |
| 失智個案確診率  (建議達95%) | | (115年確診數/115年實際接受個管服務之個案數)×100% |  |  |  |
| 共照中心個案服務總數 | | 服務個案數 |  |  |  |
| 115年新收案數  (建議至少100案) | | 115年新收案個案數 |  |  |  |
| 個案收案數成長率  (建議達50%，新申請單位免填) | | (115年收案數-114收案數/114年總收案數)\*100% |  |  |  |
| 失智共照中心轉介服務 | 轉介確診且符合收案條件之個案至失智據點數 | 共照中心個案轉介人數 |  |  |  |
| 轉介個案至照管中心接受評估且符合長照需要等級2-8級之個案數 | 共照中心個案轉介人數 |  |  |  |
| 轉介確診但未符合收案條件之個案至巷弄長照站或文化健康站 | 共照中心個案轉介人數 |  |  |  |
| 轉介後服務使用率  (建議達50%) | | 轉介後有服務紀錄者人數/115年轉介數\*100% |  |  |  |
| 經費執行率(建議達90%) | | 執行經費數/核定經費數\*100% |  |  |  |
| 失智據點輔導數  (無意願輔導免填) | |  |  |  |  |
| (可自行增列KPI) | |  |  |  |  |

註：目標值請以累進目標值呈現

1. **執行策略及方法**
   * 1. 如何開發案源
     2. 個案管理流程
     3. 資源連結
     4. 品質管理機制
     5. 預計聘用專業人員(延續辦理單位需載明現職人員)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 編號 | 類型 | 姓名 | 專業別 | 完訓情形 |
| 1 | 專職 | 林圈圈 | 護理師 | ■8小時專業人員  ■8小時初階進階  □8小時進階 |
| 2 | 專職 | 廖花花 | 社工師 | ■8小時專業人員  ■8小時初階進階  □8小時進階 |
| 3 | 兼職 | 待聘 | 依衛福部規定專業人員資格進用 | |
| 4 | 兼職 | 待聘 | 依衛福部規定專業人員資格進用 | |
| 5 |  |  |  |  |

1. **預定進度(以甘特圖表示，可另行增列其他項目)**
2. **共照中心組織架構**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **職稱** | **學經歷** | **服務年資** | **計畫工作內容** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

(如篇幅不足，請自行增列)

1. **經費需求**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、個案管理費 | | | | | | | | | |
| 項目 | | 單價 | 數量 | | 申請金額(元) | | | 說明 | |
| 極輕度個案 | |  |  | |  | | |  | |
| 輕度個案 | |  |  | |  | | |  | |
| 中度個案 | |  |  | |  | | |  | |
| 重度個案 | |  |  | |  | | |  | |
| 總計 | | | | |  | | | | |
| 二、轉介服務費 | | | | | | | | | |
| 項目 | 單價 | | 數量 | | | 申請金額(元) | | | 說明 |
|  |  | |  | | |  | | |  |
| 總計 | | | | | |  | | | |
| 三、輔導據點費用 | | | | | | | | | |
| 項目 | | 單價 | 數量 | 申請金額(元) | | | 說明 | | |
| 輔導據點費用 | | 30,000 |  |  | | |  | | |
| 總計 | | | |  | | | | | |
| 合計(一)+(二)+(三) | | | |  | | | | | |

1. **預期效益**
2. **未來規劃**
3. **相關附件(請載明)**

**115年失智照護服務計畫**

附件5-1

無意願輔導者免填

**共照中心輔導據點計畫**

**(如為延續型之共照中心應依前一年度實地考評委員建議修改)**

* + 1. 輔導內容：

1. 如何協助據點開拓案源
2. 安排服務課程
3. 安排評估確診方式
4. 資源連結轉介方式
5. 品質提升
6. 環境改善
7. 系統登錄
8. 經費核銷
9. 輔導據點人員接受相關訓練
10. 實地輔導辦理方式
    * 1. 輔導人力安排
      2. 輔導期程規劃(含實地輔導)
      3. 輔導預定成效