115年度「失智照護計畫」計畫書格式

附件6

115年度

南投縣「失智照護服務計畫」計畫書

辦理分項計畫：設置失智社區服務據點

**設置據點類型**

**□分項計畫二：設置一般型失智據點**

**□分項計畫三：設置權責型失智據點**

申請單位全銜：

聯絡地址(即公文寄送地址)：

設置據點名稱：

設置據點地址：

計畫連絡人/職稱： 連絡電話：

計畫聯絡人E-mail：

提報日期：114年 月 日

**壹、綜合資料**

|  |  |
| --- | --- |
| 申請資格 | □合法立案醫事機構□合法立案長照機構□合法立案社福機構(團體)□其他失智相關單位　　　　　　　　 |
| 計畫執行期間 | **延續型失智據點：自115年1月1日起至115年12月31日****新增型失智據點：自核定日起至115年12月31日** |
| 申請金額(單位：元)一般型填寫白底權責型填寫灰底 | 失智據點活動費 | 失智據點營運費 | (三)認知促進模組( )組 | 合計(一)+(二)+(三) |
| 元 | 元 | 元 | 元 |
| (一)開辦設施設備及材料費 | (二)活動費 | (三)營運費 | 合計(一)+(二)+(三) |
| 元 | 元 | 元 | 元 |
| 單位負責人 |  | 職稱 |  |
| 114年服務時間 | 週一：□全日；□上午□下午週二：□全日；□上午□下午週三：□全日；□上午□下午週四：□全日；□上午□下午週五：□全日；□上午□下午 | 115年預計服務時間 | 週一：□全日；□上午□下午週二：□全日；□上午□下午週三：□全日；□上午□下午週四：□全日；□上午□下午週五：□全日；□上午□下午 |
| 核定人數 |  | 預計服務人數 |  |
| 服務人數 |  | 是否共餐 | □是□否 |
| 據點基本資料 | 樓層(不得為地下室)：□1樓□2樓以上有電梯□2樓以上無電梯總坪數　　　平方公尺；活動空間　　　平方公尺 |
| 同場地是否同時申請其他方案補助經費或同時為其他用途：(如社照據點、村里辦公室、居家服務單位辦公室等)□是，請載明補助方案名稱及辦理時間　　　　　　　　。 □否。 |
| ＊場地設置場域□公有設施□非公有設施(請敘明)：　　　　　□醫院內閒置空間(限權責型)＊場域屬性：□登記有案且有無障礙設施(需檢附所有權人證明及無障礙設施照片)□公共建築物已取得主管機關同意(需檢附相關公文證明)□非自有建築物取得所有權人同意且有租賃契約。 |
| 是否投保公共意外險□是，請檢附證明文件於附件，保險期間：　年　月　日至　年　月　日□否(於核定後一個月內投保並提供證明文件)。 |

* 1. **現況分析**
1. 服務需求面分析(人口推估)：

|  |  |
| --- | --- |
|  鄉/鎮/市人口 | 轄區總人口數：  |
| 推估疑似失智症人口數 |
| 年齡層 | 50~64歲(人) | 65歲以上(人) | 總計 |
| 人數 |  |  |
| 推估數 | (\*0.1%) | (\*8%) |  |
| 資料統計至O年O月O日 |

1. 服務供給面分析：鄰近資源盤點(至少3處鄰近村里之社區資源)：

|  |
| --- |
| 據點所在村里及3處鄰近村里之社區資源盤點 |
| 社區服務資源 | 村里別 | 總計 |
| OO村/里**(第一欄為據點所在村里)** | OO村/里 | OO村/里 | OO村/里 |
| 社區關懷據點 |  |  |  |  |  |
| 巷弄長照站(含文建站及醫事巷弄站) |  |  |  |  |  |
| 失智社區服務據點 |  |  |  |  |  |
| 日間照顧服務(含小規模多機能) |  |  |  |  |  |
| 家托服務 |  |  |  |  |  |
| 據點所在區域家庭照顧者支持服務單位 |  |

* 1. **計畫目標**
1. 目標說明：具體列述所要達成的工作項目。
2. 預期績效指標：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** |
| --- | --- | --- |
| 4月 | 8月 | 12月 |
| 接受共照中心轉介個案之服務率 | 【轉介後提供1次以上服務人數/共照114年轉介新案數】×100%(至少70%) |  |  |  |
| 照顧者課程辦理次數 | 建議每季一次 |  |  |  |
| 失智據點服務 | 個案數 | \*不得低於114年服務個案數且至少以申請補助平均人數+5人(偏鄉+3) |  |  |  |
| BPSD個案數 | \*一般型據點每處至少1人\*權責型服務對象皆為BPSD個案，不低於6人 |  |  |  |
| 照顧者人數 | 建議佔總服務人數比率50%(且一般區至少10人，偏遠區至少5人，權責型至少3人) |  |  |  |
| 經費執行率 | 【執行經費數/核定經費數】×100%(至少95%) |  |  |  |
| 課程滿意度完成率(個案及照顧者) | 【完成滿意度/收案數(個案及照顧者)】×100% |  |  |  |
| 完成部定訓練之工作人員比率 | 一般型據倘無專職人力，至少1人完成部定訓練課程\*100% |  |  |  |
| (可自行增列其他KPI) |  |  |  |  |

* 1. **115年執行策略及方法**
1. 服務模式及收案流程：
2. 每週服務時間 全日 半日，併辦理預防及延緩照護　　期
3. 人員配置

敘明人力配置考量：專職人力應具備獨立授課之能力。

敘述明確之人力需求因素，如多數時段編列外聘講師應敘明其餘人力工作分配，臨時人力可協助課程、共餐、接送個案及環境清潔等，請勿全時段以"資料歸檔”為工作內容(請刪除本段灰底處後依實際狀況填寫)。

1. 據點專職人力　　人(請領人事費用者)，執行業務內容：
2. 臨時人力　　人，執行業務內容：
3. 執行團隊組成架構(人民團體需另檢附組織章程)

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

1. 加值服務或創新服務：
2. 規劃共餐辦理情形：
3. 個案來源及招募規劃：
4. 針對BPSD個案之照顧計畫：
5. 課程表：(需含照顧者課程及預防及延緩失智模組)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 星期一 | 星期二 | 星期三 | 星期四 | 星期五 |
| 上午9:00-12:00 | 認知促進 |  | 認知促進(照顧者課程) | 認知促進 |  |
| 12:00-13:30 | 共餐 |  | 共餐 | 共餐 |  |
| 下午13:30-16:30 | 認知促進(併延緩) |  | 認知促進 | 認知促進 |  |

註：

* + 1. 每一時段(午別)須達3小時，不含共餐時間，取得辦理資格後，應按表定開放時間如實辦理
		2. 請留意照顧者課程頻率及預防及延緩失智模組開課時間。
1. 課程辦理方式**(依所開課表類別詳細說明)**

|  |  |
| --- | --- |
| 服務項目 | 課程辦理方式 |
| 認知促進、緩和失智 | 明確填列如繪畫、書法、樂器、歌唱等，並依據點屬性納入相關節慶時節及地方特色 |
| 照顧者課程 | 請明確載明辦理方式、頻率及內容 |
| 預防及延緩失能照護方案模組 | 研發單位：模組名稱： |
| 其他 |  |

1. 品質管控機制(含預防及延緩失能)：

(一)失智據點品質管控機制

(二)預防及延緩失能照護方案服務管理與品質監控機制

1. 依據點服務長者類型選擇合適方案
2. 開班管理
3. 課程品質管理
4. 緊急應變機制
5. 評估前後測管理
6. 對方案及指導員服務品質回饋機制
7. 滿意度調查方式：

依南投縣政府衛生局提供之滿意度調查作業及表單，於個案服務滿3個月後進行滿意度調查，並於期末成果分析。

1. 緊急事件處理流程：
	1. **空間規劃：(簡易圖示或可附加照片說明)**

|  |
| --- |
| 空間規劃平面圖(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

|  |  |
| --- | --- |
| 建築物外觀 | 出入口(無障礙設施) |
|  |  |
| 廁所入口 | 廁所環境(是否有扶手及防滑措施等) |
|  |  |
| 消防安全設備(滅火器等) | 活動場地環境 |
|  |  |
| 活動場地環境 | 活動場地環境 |
|  |  |

* 1. **經費需求(請依本計畫經費編列基準及使用範圍詳實編列，並註明算式)**

 設施設備及材料費：　　　　　　　元(一般型無此項)

 活動費： 　　　　　　　元

 營運費： 　　　　　　　元

 預防及延緩失智照護方案(　期)： 元(權責型無此項)

|  |
| --- |
| 權責型據點之開辦設施設備及材料費(一般型據點請刪除下列欄位) |
| 項目 | 單價 | 數量 | 申請金額(元) | 說明 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 小計 |  |  |
| 人事費(不得逾總經費50%) |
| 項目 | 單價 | 數量 | 申請金額(元) | 說明 |
| 研究助理薪資 |  |  |  | 薪資24,000×8月=192,000元(如未開辦5全日需按比例計算) |
| 保險 |  |  |  | 註明算式 |
| 公提離職儲金或勞工退休金 |  |  |  | 註明算式 |
| 小計 |  |  |
| 業務費\*無宣導品項次 |
| 項目 | 單價 | 數量 | 申請金額(元) | 說明 |
| 講座鐘點費 |  |  |  |  |
| 臨時工資 |  |  |  | 註明算式 |
| 材料費 |  |  |  | 與課程相關，不得編列食材2000元以上物品或非消耗品需明列 |
| 租金 |  |  |  |  |
| 餐費 |  |  |  | 上限100元×人次=元 |
| 保險(意外責任險) |  |  |  | 按比例 |
| 雜費 |  |  |  | 限與執行本計畫有關，最高以業務費金額百分之五為上限，且不得超過10萬元。 |
| (自行依編列表增列項目) |  |  |  |  |
| 小計 |  |  |
| 設備費(權責型據點請刪除下列欄位) |
| 項目 | 單價 | 數量 | 申請金額(元) | 說明 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 小計 |  |  |
| 管理費　上限為(人事費＋業務費)×10% |
| 項目 | 單價 | 數量 | 申請金額(元) | 說明 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 小計 |  |  |
| 預防及延緩失能模組(權責型據點請刪除欄位) | 36,000 |  |  |  |
| 小計 |  |  |
| 總計 |  |

* 1. **預期效益及未來規劃**
	2. **附件資料(請載明)：**

例：

1.建物合法證明

2.租賃同意書

3.建物面積等詳細資料

4.公共意外險