

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	(一) 失智據點活動費	(二) 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)。				

貳、現況分析

一、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 ○ 年 ○ 月 ○ 日			

二、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					

參、計畫目標

一、目標說明：具體列述所要達成的工作項目。

二、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)					

肆、115 年執行策略及方法

一、 服務模式及收案流程：

二、 每週服務時間____全日____半日，併辦理預防及延緩照護____期

三、 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

四、 加值服務或創新服務：

五、 規劃共餐辦理情形：_____

六、 個案來源及招募規劃：

七、 針對 BPSD 個案之照顧計畫：

八、 課程表：(需含照顧者課程及預防及延緩失智模組)

註：

	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	

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。

九、 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	

十、 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

十一、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。

十二、 緊急事件處理流程：

伍、 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

陸、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				

柒、 預期效益及未來規劃

捌、 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