

南投縣 114年度「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：

設置據點名稱：

計畫聯絡人/職稱：

連絡電話：

電子郵件：

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	自 114 年 1 月 1 日起至 114 年 12 月 31 日止			
申請金額 (單位：元) <u>一般型填寫白底</u> <u>權責型填寫灰底</u>	(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
負責人		職稱		
聯絡地址	(即公文寄送地址)			
據點基本資料	設置地址			
	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。 ☐ 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
	〇〇 村/里 (第一欄為據點所在村里)	〇〇 村/里	〇〇 村/里	〇〇 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					

三、失智症相關經驗及歷年辦理績效：

*新申請單位，應敘明辦理失智症相關經驗

四、歷年執行檢討與分析

五、 空間規劃：(簡易圖示或可附加照片說明)

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)
活動場地環境	活動場地環境
消防安全設備(滅火器)	其他

參、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

肆、114 年計畫目標

一、目標說明：具體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
據點服務個案數 <u>(當年度預計服務總收案數!! 非平均個案數)</u>	*不得低於 113 年服務個案數 且至少以申請補助平均人數+5 人(偏鄉+3) *權責型服務對象皆為 BPSD 個案，不低於 6 人			
據點服務照顧者人數	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)			
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%)			
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%			
照顧者課程辦理次數	建議每季一次			
經費執行率	(執行經費數/核定經費數)×100%(至少 95%)			

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%			
一般型據點 BPSD 個案數	一般型據點每處至少 1 人			
(可自行增列其他 KPI)				

伍、114 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____期人員配置(開辦時所需人力比)：

權責型開放 5 全日，免辦延緩

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. 志工人力人，執行業務內容：
4. 其他人力____人，請說明：

三、增值服務或創新服務：

四、規劃共餐辦理情形：

五、個案來源及招募規劃：

六、針對 BPSD 個案之照顧計畫：

七、課程表：(需含照顧者課程及預防及延緩失智模組)

請留意每一時段(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

(範例)	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：請留意照顧者課程頻率及預防及延緩失智模組開課時間。

八、 課程辦理方式(依所開課表類別詳細說明)

1. 認知促進、緩和失智：

請明確填列如繪畫、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

2. 照顧者照顧課程：

請明確載明辦理方式、頻率及內容

3. 預防及延緩失能照護方案模組：

研發單位-模組名稱

4. 自行增列...

九、 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、 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。

十一、緊急事件處理流程：

陸、預定進度(以甘特圖表示)

柒、經費需求(請依本計畫經費編列基準及使用範圍詳實編列)

設施設備及材料費：_____元(一般型無此項)

活動費(人數： 人) _____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				應落實依規投保
公提離職儲金 或勞工退休金				應落實依規投保
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				
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				

捌、預期效益及未來規劃

玖、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