附件3：113權責型失智據點據點計畫書範本

南投縣113年度

「權責型失智照護服務據點試辦計畫」

計畫書

**申請單位：**

**設置據點名稱：**

提報日期：113年 月 日

**壹、綜合資料**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請單位 | 單位全銜 |  |
| 申請資格：□地區醫院□112年以前已辦理失智據點之各級醫院轉型 |
| 設置據點名稱 |  |
| 計畫執行期間 | **自113年　　月　　日起至113年12月31日止** |
| 申請金額(單位：元) | 經費合計(一)+(二)+(三) | (一)開辦設施設備及材料費 | (二)活動費 | (三)營運費 |
| 元 | 元 | 元 | 元 |
| 負責人 |  | 職稱 |  |
| 計畫聯絡人 |  | 職稱 |  | 電話 |  |
| E-mail |  |
| 聯絡地址 | (即公文寄送地址) |
| 據點基本資料 | 設置地址 |  |
| 樓層□1樓□2樓以上有電梯□2樓以上無電梯總坪數　　　坪；活動空間　　　坪 |
| 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，補助方案名稱及辦理時間　　　　　　 　　 □否 |
| ＊場地設置場域：□院內閒置空間 □社區（□公有設施□非公有設施(請敘明)：　　　　　）＊場域屬性：□醫院空間檢附開業執照□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)。 |

* 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) |  |  |  |  |  |
| 一般型失智社區據點 |  |  |  |  |  |
| 日間照顧服務(含小規模多機能) |  |  |  |  |  |
| 家托服務 |  |  |  |  |  |
| 所在區域家庭照顧者支持服務單位 |  |

1. 失智症照護相關經驗：
2. 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 |
|  |  |

* 1. **執行團隊組成架構（應配置專職人力且符合部定資格）**

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

* 1. **計畫目標**
		1. 目標說明：具體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** |
| 9月 | 12月 |
| 併有BPSD之失智症個案數 |  |  |  |
| 照顧者人數 |  |  |  |
| 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 |  |  |  |
| 經費執行率 | (執行經費數/核定經費數)×100%(至少80%) |  |  |
| (可自行增列其他KPI) |  |  |  |

* 1. **執行策略及方法**
1. 服務模式及收案流程：
2. 個案來源及招募規劃：
3. 針對BPSD個案之照顧計畫：

(應包含失智個案出現BPSD症狀時之緊急應變措施)

1. 人力配置規劃：
2. 據點專職人力　　人。(必要人力!且應符合部定資格，同請領人事費用者)
3. 臨時人力　　人，執行業務內容：
4. 志工人力人，執行業務內容：
5. 其他人力　　人，請說明：
6. 加值服務或創新服務：
7. 規劃共餐辦理情形：
8. 課程表：(含照顧者課程)

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (時間為範例，請依需求修改) | 星期一 | 星期二 | 星期三 | 星期四 | 星期五 |
| 上午9:00-12:00 |  |  |  |  |  |
| 12:00-13:30共餐 |  |  |  |  |  |
| 下午13:30-16:30 |  |  |  |  |  |
| 16:30-17:00共餐 |  |  |  |  |  |

1. 課程辦理方式**(依所開課表類別詳細說明)**
2. 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

1. 照顧者照顧課程：

請明確載明辦理方式、頻率及內容

1. 自行增列…
2. 品質管控機制：
3. 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. **預定進度**(以甘特圖表示)
	2. **經費需求(請依本計畫經費編列基準及使用範圍詳實編列)**
* **開辦設施設備及材料費**  　　　　　　　元
* **活動費(人數： 人) 　　　　　　　元**
* **營運費**　　　　　　　元
* **總計** 　　　　　　　元

|  |
| --- |
| (一)開辦設施設備及材料費  |
|  1.設備費 |
| 項目 | 單價 | 數量 | 申請金額(元) | 說明 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  2.設施及材料費 |
| 項目 | 單價 | 數量 | 申請金額(元) | 說明 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| (二)活動費+(三)營運費 |
| 1.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 |  |  |
| 2.業務費 |
| 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 |  |  |
| 3.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 |  |  |
| 總計(一)+(二)+(三) |  |

* 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