

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： <input type="checkbox"/> 地區醫院 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1樓 <input type="checkbox"/> 2樓以上有電梯 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 是，補助方案名稱及辦理時間_____ <input type="checkbox"/> 否		
	*場地設置場域：	<input type="checkbox"/> 院內閒置空間 <input type="checkbox"/> 社區 (<input type="checkbox"/> 公有設施 <input type="checkbox"/> 非公有設施(請敘明)：_____)		
*場域屬性：	<input type="checkbox"/> 醫院空間檢附開業執照 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 公共建築物已取得主管機關同意(需檢附相關公文證明) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 是，請檢附證明文件於附件。 <input type="checkbox"/> 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 〇 年 〇 月 〇 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)					
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					

三、失智症照護相關經驗：

四、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 (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
----	----	-----	------	--------

肆、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	
		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)			

伍、執行策略及方法

一、服務模式及收案流程：

二、個案來源及招募規劃：

三、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)

四、人力配置規劃：

1. 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)
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：_____

五、加值服務或創新服務：

六、規劃共餐辦理情形：

七、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					

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. 自行增列...

九、品質管控機制：

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)

- 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)				

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