# 苗栗縣115年度「失智照護服務計畫」計畫申請書

115年申請作業須知及補助基準最終以衛生福利部公告計畫為主

計畫名稱：分項計畫二「設置權責型失智據點」

鄉鎮市：
申請單位：（請填全銜）

中華民國　114 年　月

# 目錄

壹、 綜合資料 3

貳、 計畫緣起 3

一、 計畫依據 4

依據行政院核定長期照顧十年計畫 3.0、衛生福利部公告失智症防治照護政策綱領暨行動方案 3.0 及 115 年衛生福利部失智照護服務計畫辦理。 4

參、現況分析及未來環境預測 4

肆、 計畫期程 4

伍、 計畫目標 4

陸、 執行策略及方法 6

柒、 預定進度(甘特圖) 9

玖、 預期效益 14

拾、 未來規劃 14

拾壹、 附件資料(請載明)： 14

## 壹、綜合資料

<table>
<tr><td>執行單位</td><td colspan="5">（請填寫單位全銜）</td></tr>
<tr><td>單位屬性</td><td colspan="5">□醫事機構 □長照機構 □社福機構（團體）□其他失智相關單位_____</td></tr>
<tr><td>負責人</td><td></td><td>職稱</td><td></td><td>電話</td><td></td></tr>
<tr><td>聯路人</td><td></td><td>職稱</td><td></td><td>電話</td><td></td></tr>
<tr><td>E-mail</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>聯絡地址</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>計畫期程</td><td colspan="5">自115年1月1日起至115年12月31日止(延續型單位)<br>自核定日起至115年12月31日止(新增型單位)</td></tr>
<tr><td rowspan="7">服務據點</td><td colspan="5">是否為 114年12月31日以前失智據點：□是 □否</td></tr>
<tr><td>據點名稱</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>據點地址</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>服務地區</td><td colspan="4">□一般區 □偏遠地區</td></tr>
<tr><td>申請服務人數</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>服務日期</td><td colspan="4">□星期一 □全日、□僅上午、□僅下午<br>□星期二 □全日、□僅上午、□僅下午<br>□星期三 □全日、□僅上午、□僅下午<br>□星期四 □全日、□僅上午、□僅下午<br>□星期五 □全日、□僅上午、□僅下午<br>每一據點應有固定服務時間，且每週至少服務5時段(或兩個全日1個半日)；服務時間未滿一年者，補助費用依地方政府核定之服務提供月數按比例計算。</td></tr>
<tr><td>服務時間</td><td colspan="4">□上午 ___：___至___：___□下午___：___至___：___</td></tr>
<tr><td>預防及延緩失能模組方案</td><td colspan="4">共_____期(至少1期，至多3期)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">申請金額<br>(單位：元)</td><td rowspan="2">預防及延緩失能模組經費</td><td colspan="3">失智照護服務計畫經費</td></tr>
<tr><td>量能提升費</td><td colspan="2">活動費</td></tr>
<tr><td>元</td><td>元</td><td colspan="2">元</td></tr>
<tr><td>總經費<br>(單位：元)</td><td colspan="5">元</td></tr>
</table>

## 貳、計畫緣起

## 一、 計畫依據

依據行政院核定長期照顧十年計畫3.0、衛生福利部公告失智症防治照護政策綱領暨行動方案3.0及115年衛生福利部失智照護服務計畫辦理。

## 參、現況分析及未來環境預測

一、 服務需求面分析(依該據點隸屬之鄉鎮為盤點單位)

| _____鄉/鎮 | | | (統計至0年0月0日) |
|---|---|---|---|
| 服務對象 | 50歲以上失智症者 | | 總計 |
| | 50-64歲(人) | 65歲以上(人) | |
| 長照需求率 | 0.1% | 8% | |
| 人數 | | | |
| 推估人數 | | | |

二、 服務供給面分析(請就本縣長期照顧服務資源、服務人力等進行評估，並提供具體量化分析數據。)

三、 過去服務績效：辦理長期照顧服務之相關經驗與執行成果

## 肆、計畫期程

115年1月1日起至115年12月31日(延續型單位)

自核定日起至115年12月31日止(新增型單位)

## 伍、計畫目標

一、 目標說明 ：請分點具體列述所要達成的工作項目

(一) 服務對象

1、 非24小時服務機構之住民且確診為併有BPSD失智症者，符合下列條件之一者：

(1) CDR 0.5至1分且未失能。

(2) CDR 0.5至1分且CMS第5級(含)以下。

(3) 身心障礙證明，為輕度且未失能。

(4) 身心障礙證明，為輕度且CMS第5級(含)以下。

註1：服務對象不可為住宿式機構之個案。

(二)服務項目與目標

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 |
| --- | --- | --- |
| 經費執行率<br>（至少 95%） | 【執行經費數/核定經費數】 x100% | |
| 據點服務個案數 | | |
| 據點服務併有 BPSD 失智個案達成率 | 【據點收案服務人數/併有 BPSD 服務人數】×100% | |
| 據點服務照顧者人數 | | |
| 接受共照中心轉介個案之服務率 | 【轉介後實際提供服務人數/共照轉介數】×100% | |
| 照顧者支持團體課程 | 每年至少一場次 | |
| 照顧者照顧訓練課程 | 每年至少一場次 | |
| 服務滿意度完成率<br>（個案及照顧者） | 【滿意度/收案數(個案及照顧者)】*100% | |
| 據點專職人力完成失智照顧 20 小時訓練人數 | | |
| （如篇幅不足，請自行增列） | | |

## 陸、執行策略及方法

一、 主要執行策略

二、 分期工作項目

(一)、 場地設置規劃(例如場地配置圖、空間規劃、桌椅設備等)

1. 場地概述(服務對象每人應至少 4 平方公尺以上活動空間)：

2. 場地照片/空間規劃：(簡易圖示或可附加照片說明)

| 建築物外觀/據點外觀 | 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(可另行增列其他) |
| | |

(二)、 服務模式及收案流程：

(三)、 每週服務時間__全日__半日。

(四)、 人力資源管理：如人力配置、人員履歷(含職稱、經歷、服務年資及其他可配合服務之相關人力資源等。)

| 姓名 | 職稱 | 經歷<br>(可包含學歷或經歷、年資、訓練) | 工作職責 |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

註：本計畫執行工作人力，非據點服務人員請勿填入，後續有新增人員請來函做人力報備。

(五)、 規劃共餐辦理情形(辦理半日免填)：

(六)、 課程表：(若有固定外出課程，請報備並述明在課表中，原則請依實際預計時間或營運情形自行修正課程活動表)

| (範例) | 星期一 | 星期二 | 星期三 | 星期四 | 星期五 |
|---|---|---|---|---|---|
| 上午<br>09:00-12:00 | 認知促進 | 認知促進 | 認知促進 | 認知促進 | 認知促進 |
| 12:00-13:00 | 共餐 | 共餐 | 共餐 | 共餐 | 共餐 |
| 下午<br>13:00-15:00 | 認知促進 | 認知促進 | 認知促進 | 認知促進 | 認知促進 |

(七)、 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：
2. 照顧者照顧課程：
3. 自行增列…

(八)、 品質管控機制(含預防及延緩失能)

(一) 失智據點服務管控機制

(二) 照護方案服務管理及品質監控機制

1. 開班管理(包含課程師資安排)
2. 課程品質管理
3. 前後測評估及滿意度衡量
4. 對師資服務品質回饋機制

(九)、 滿意度調查方式(如延續型據點需附上調查表及分析統計)：

（十）、 緊急事件處理流程(如：逃生路線圖、傷害處理、火災等)

（十一）、 制定防災與防疫機制：制定平日整備與疫病災害期間因應流程，並說明工作內容與人員。（流程範例供參，各單位可依實際狀況酌予調整）

一、 防災處理流程(需針對地震、水災、颱風等，規劃平日整備與防治、災害期間與災後後處置等流程與工作內容、工作人員等。)

| 防風防雨等防災流程與工作分配 | | |
|---|---|---|
| 時間點 | 應辦工作事項 | 主責人員 |
| 平日 | 1. 環境安全維護<br>2. 學員一入據點告知防災等相關注意事項，如停班課等。 | 指定人員<br>_____<br>辦理並紀錄 |
| 發佈颱風/ 豪雨/閃電警報前 | 1. 各單位加強戒備，啟動災害應變整備提早因應。<br>2. 公告調查防災應變狀況時，據點需於2小時內主動依規定方式回報進水、淹水、停電、停水狀況，及是否有支援需求、支援內容及服務人數等。<br>3. 通知學員依據苗栗縣政府公告停班停課的訊息即停課，若未停班停課但風雨強烈不宜外出，亦建議停課。 | 指定人員<br>_____<br>辦理並紀錄 |
| 暫停服務隔天 | 1. 單位工作人員於開課前確認活動空間的安全性及整頓空間。<br>2. 公告調查災害與應變狀況時， 據點需於2小時內主動依規定方式回報進水、淹水、停電、停水狀況，及是否有支援需求、支援內容及服務人數。 | 指定人員<br>_____<br>辦理並紀錄 |

二、防疫應變流程：需針對傳染性疾病進行平日防疫與整備、疫情期間（防疫措施空間及服務安排、或暫停服務因應）、恢復服務前整備與空間人員安排等）

| 針對傳染性疾病進行平日防疫與整備 | | |
|---|---|---|
| 時間點 | 應辦工作事項 | 主責人員 |
| 平日 | 3. 掌握各類傳染疾病訊息，避免群聚感染，需注意傳染病包含新型傳染病（如新冠肺炎等）、流行性感冒、諾羅病毒感染等，亦可逕自疾病管制署網頁查詢目前疫病狀況加以防範。<br>4. 落實開站服務之防疫措施並完善防疫設施設備與物資： | 指定人員<br>_____<br>辦理並紀錄 |

| | | |
|---|---|---|
| | （1） 落實環境清潔消毒並紀錄於「環境清潔及消毒紀錄表」。<br>（2） 物資包含耳溫槍（或額溫槍/體溫計）、 肥皂/洗手清潔用品、酒精/乾洗手液/消毒液、漂白水、備用口罩等。 | |
| 疫情期間 | 1. 持續服務期間：<br>（1） 依規範事項落實防疫措施。<br>（2） 發現疑似個案（長輩或工作人員等），請其盡速就醫與暫停至據點避免群聚。<br>2. 暫停服務期間：請注意苗栗縣相關公告規範持續落實防疫措施，包含環境消毒等；或辦理電話問安等服務。<br>3. 其他若發生新興傳染病，請務必依據公告辦理，並隨時注意回復相關調查，以維護據點長輩及工作人員身體健康與權益。 | 指定人員<br>_____<br>辦理並紀錄 |

## 柒、預定進度(甘特圖)

| 月份<br>工作項目 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 送件申請 | | | | | | | | | | | | |
| 認知促進、緩和失智課程 | | | | | | | | | | | | |
| 照顧者支持團體 | | | | | | | | | | | | |
| 照顧者照顧訓練課程 | | | | | | | | | | | | |
| 預防及延緩模組課程 | | | | | | | | | | | | |
| 參加社區失智共同照護 | | | | | | | | | | | | |

| 月份<br>工作項目 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 網絡輔導及聯繫會議 | | | | | | | | | | | | |
| 繳交期末成果報告 | | | | | | | | | | | | |
| (如篇幅不足，請自行增列) | | | | | | | | | | | | |

**捌、經費需求與來源** (範例供參，各單位可依實際狀況酌予調整)。

預計服務自115年__月__日至115年12月31日，辦理_10_人，_5_全日_0_半日，預計115年辦理_____個全日(不包含開國紀念日連假、春節、228紀念日、兒童節清明假期、五一勞動節、端午節、中秋節、教師節、國慶日、光復節、行憲紀念日)。

- 經費需求表：

| 項目 | 單價 | 數量 | 小計 | 說明 |
|---|---|---|---|---|
| 據點**活動費** | 1,200 | 147天 | | 【申請人數單價*實際天數】<br>1. 申請辦理6人<br>2. 每周一至五開設全日，另不開放端午節、中秋節、國慶日，故總開放天數為152天-5天=147天 |
| 據點量能提升費用 | 6,000 | 5個時段*7個月 | | 【半日/全日單價*開放時段*實際月份】<br>1. 每周一至五開設全日，共計5個全日<br>2. 自6月開放至12月，共計7個月 |
| 預防及延緩失能照護 | 36,000 | 1期 | | 預計辦理1期，為期12周/每周1堂課 |
| 合計 | | | | |

註：

(1)失智據點活動費：應由失智照護資訊系統查詢實際辦理服務時段之參與服務對象名冊，另參與人員簽到由執行單位備查，檢附失智服務據點核銷表並經辦理單位經手人及負責人核章。

(2)量能提升費：應檢附核銷憑證。

(3)請依115年「失智照護服務計畫」作業須知(草案)辦理，**最終俟中央公告之115年衛生福利部失智照護服務計畫申請作業須知為準**。

- 經費概算表

| 一、 失智據點活動費<br>(依服務時段之活動人數，按次獎助失智據點服務費，由系統產出相關表格) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 項目 | 單位 | 單價 | 數量 | 預估經費（元） | 說明 |
| 據點活動費 | | | | | 依服務時段之活動人數，按次獎助失智據點服務費。 |
| 小計 | | | | | |
| 二、營運費<br>(獎助項目包含人事費、業務費、設備費及管理費，依服務時段情形獎助) | | | | | |
| （一）人事費 | | | | | |
| 項目 | 單位 | 單價 | 數量 | 預估經費（元） | 說明 |
| 研究助理薪資 | 月 | | | | |
| 保險-勞保 | 月 | | | | **勞保級距：_____元**<br>**勞保費：_____元** |
| 保險-健保 | 月 | | | | **健保級距：_____元**<br>**健保費：_____元** |
| 公提離職儲金或勞工退休金 | 月 | | | | **勞退級距：_____元**<br>**勞退金：_____元** |
| 年終 | 年 | | | | 當年 12 月 1 日仍在職者，始得按實際在職月數比例發給年終工作獎金。（年終獎金上限計算基準為月薪× 1.5 個月/ 12 個月×實際工作月份） |
| 小計 | | | | | |
| （二）業務費 | | | | | |
| 項目 | 單位 | 單價 | 數量 | 預估經費（元） | 說明 |
| 講座鐘點費（外聘） | 時 | | | | 實施本計畫所需訓練研討活動之授課講演鐘點費<br>上限 2,000 元× 小時= 元 |
| 講座鐘點費（內聘） | 時 | | | | 實施本計畫所需訓練研討活動之授課講演鐘點費<br>上限 1,000 元× 小時= 元 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 文具紙張 | 式 | | | | 文具用品包括：_____ |
| 郵電費 | 年 | | | | 實施本計畫所需郵資、快遞費、電話費、網路費等，惟不得編列手機費用。 |
| 餐費 | 人次 | | | | 上限 100 元× 人次= 元 |
| 印刷費 | 式 | | | | 實施本計畫所需書表、研究報告等之印刷裝訂費及影印費。 |
| 租金 | 月 | | | | 實施本計畫所需租用場地、設備、車輛等費用。如與其他單位共用應敘明分攤方式、比率、算式等；核銷時須檢具分攤表。 |
| 材料費 | 式 | | | | 材料包括：_____<br>（非消耗性物品編列原則為與本計畫直接有關，年限未及 2 年或單價未達 1 萬元之物品，應詳列單價、數量、總價，並說明需求原因；採購後應依規黏貼財產標籤，並於核銷時，檢附非消耗性物品清冊、照片） |
| 保險 | 式 | | | | 僅補助**核定期程**內之保險費 |
| 雜支 | 式 | | | | 雜支包括：_____<br>最高以業務費×5%為上限，且不得超過 10 萬元。 |
| 小計 | | | | | |
| （三）管理費 | | | | | |
| 項目 | 單位 | 單價 | 數量 | 預估經費（元） | 說明 |
| 二代健保補充保費 | 式 | | | | 補充保費：講師費×2.11%<br>【覆實報支】 |
| 水費 | 月 | | | | 如與其他單位共用應敘明分攤方式、比率、算式等；核銷時須檢具分攤表。 |
| 電費 | 月 | | | | 如與其他單位共用應敘明分攤方式、比率、算式等；核銷時須檢具分攤表。 |
| 小計 | | | | | 申請經費以(人事費+業務費)×10%為上限 |
| （五） 認知促進模組(_1_期) | | | | | |

| 項目 | 單位 | 單價 | 數量 | 預估經費（元） | 說明 |
|---|---|---|---|---|---|
| 指導員 | 時 | | | | 每期 12 週，每週 1 次，每次 2 小時<br>上限：衛福部預防延緩失能指導員資格之師資或指導員 1,200 元/時。 |
| 協助員 | 時 | | | | 每期 12 週，每週 1 次，每次兩小時<br>上限：不限為專業人員為原則，支付上限 500 元/小時。 |
| 材料費 | 批 | | | | 材料包括：_____<br>（物品確實黏貼標籤，並於核銷時，檢附非消耗性物品清冊、照片） |
| 小計 | | | | | |
| **總計** | | | | | |

## 玖、 預期效益

## 拾、 未來規劃

## 拾壹、 附件資料(請載明)：

1. 經地方政府合法立案之組織／機構證明文件
2. 據點工作人員學經歷（如有師級證書請檢附）及失智 20 時訓練證明證書。
3. 實名制相關切結書