

切結書

本單位（單位名稱）接受貴局獎助辦理失智社區服務據點，茲切結同意配合實名制相關措施，掌握服務個案基本資料、出席情形等資訊，倘有未配合辦理情事，願繳回相關獎助款項，特立此切結為證。

此致 新竹市衛生局

申請機構(單位)：

(請蓋大小章)

負責人：

中華民國 年 月 日

新竹市衛生局
111年度「失智照護服務計畫」計畫申請書

計畫名稱：

分項計畫一、失智社區服務據點——_____

分項計畫二、失智共同照護中心

執行單位：

申請日期 年 月 日

目 錄

頁 碼

- 壹、綜合資料
- 貳、計畫緣起
 - 一、依據
 - 二、背景說明
 - 三、現況分析及未來環境預測(含 110 年度布建成果)
 - (一)服務需求面分析
 - (二)服務供給面分析
- 參、計畫目標
 - 一、目標說明
 - 二、預期績效指標
- 肆、執行策略及方法
 - 一、主要執行策略
 - 二、分期工作項目
 - 三、品質管控機制
 - 四、緊急事件處理流程
 - 五、訂定輔導失智社區服務據點計畫
- 伍、預定進度
- 陸、人才資源管理
- 柒、經費需求與來源
- 捌、預期效益

壹、綜合資料

計畫名稱	111 年度「失智照護服務計畫」			
執行單位				
執行地點				
執行期限	自 111 年 月 日起至 111 年 12 月 31 日止			
申請金額 (單位：元) ※請勾選申請 類型並填上金 額	<input type="checkbox"/> 旗艦型 失智共同照護中心 合計 (一)+(二)+(三)	(一) 個案管理 費	(二) 轉介服務 費	(三) 失智共同 照護中心平台費
	元	元	元	元
	<input type="checkbox"/> 一般型 失智共同照護中心 合計 (一)+(二)	(一) 個案管理 費	(二) 轉介服務 費	
	元	元	元	
	<input type="checkbox"/> 失智社區服務據點 合計 (一)+(二)	(一) 失智社區服 務據點費	(二) 認知促進模組費	
元	元	辦理 _____ 期， _____ 元		
負責人		職稱		
計畫承辦人		職稱	電話	
E-mail				
連絡地址				

貳、計畫緣起

一、依據

二、背景說明

三、現況分析及未來環境預測

(一)服務需求面分析：請就本市長期照顧需求人口之城鄉、族群、文化特色等進行評估，並提供具體量化分析數據。

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

(三)110年布建成果及執行情形

參、計畫目標(含關鍵績效指標)

一、目標說明：請分點具體列述本計畫所要達成之目標以及所要完成之工作項目，應避免空泛性之敘述。

二、預期績效指標：應包含關鍵績效指標、評估標準及年度目標值。

關鍵績效指標		評估標準	目標值 <small>註</small>
失智個案確診率		【111年確診數/111年實際接受個管服務之個案數】×100%	
共照中心個管個案數			
共照中心轉介服務	轉介確診個案至失智據點數		
	轉介個案至照管中心接受評估且符合失能等級第2-8級之個案數		
失智據點服務	個案數		
	照顧者人數		
辦理認知促進模組期數			

關鍵績效指標			評估標準	目標值 <small>註</small>
人才培育	專業人員	場次		
		人數		
	照服員	場次		
		人數		
公共識能率			【接受公共識能宣導人數/轄區總人口數】×100%	
經費執行率			執行經費數/本部核定經費數 x100%	
(可另行增列其他 KPI)				

(如篇幅不足，請自行增列；如不需填寫，請刪除該項目。)

註：目標值請填報至 111 年 12 月 31 日之累計目標值。

肆、執行策略及方法

- 一、主要執行策略：請明確詳細說明計畫執行策略。(例如據點課程表、課程內容規劃、服務模式、流程、在地資源連結、人才培育、服務內容及效益及宣導活動之規劃等)
- 二、分期工作項目：請依計畫需求，並以條列方式具體說明各階段工作項目。
- 三、品質管控機制：請依計畫需求以條列式說明如何提升量能及品質。
- 四、緊急事件處理流程(失智社區服務據點必填)。
- 五、訂定輔導失智社區服務據點計畫(共照中心必填)。(包括：1. 輔導內容：如何協助據點開拓案源、安排服務課程、安排評估確診、資源連結、品質提升、環境改善、系統登錄、經費核銷，以及針對據點內服務人員教育訓練等。2. 輔導人力安排。3. 輔導期程規劃。4. 輔導預定成效。)

*如不需填寫，請刪除該項目。

伍、預定進度(以甘特圖表示，可另行增列其他項目，依單位執行內容修改工作項目)

工作項目	月 份											
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
召開共同網絡聯繫會議												
輔導據點												
辦理專業人員課程												
辦理失智照顧服務員課程												
辦理公共識能教育課程												
辦理宣導												
失智、預防延緩失能資訊平台登錄個案資料與課程												
建置失智相關資訊網頁												
辦理照顧者相關課程												
辦理預防延緩失能模組												
年終評比												
繳交期末成果報告												
(可另行增列其他項目)												

(如篇幅不足，請自行增列；如不需填寫，請刪除該項目。)

- 陸、人才資源管理：如人力配置、人員履歷(含職稱、經歷、服務年資)及其他配合服務之人力資源等。
- 柒、計畫經費需求與來源(依 111 年度衛生福利部失智照護服務計畫經費編列基準及使用範圍(附件 4)詳實編列，並填列附表 1 及附表 2。
- 捌、預期效益

111 年失智照護服務計畫布建清單(一)

分項計畫一設置失智社區服務據點計畫單位一覽表

新竹市

單位：新臺幣元

編號	行政區	系統編號	核定單位	服務項目				每週服務時間	全日(個)	半日(個)	認知促進模組(期)	核定經費上限	(合計)	自籌經費	補助經費	核定日期 (按時間排序)	延續型
				認知促進、緩和失智	安全看視	照顧者照顧訓練課程	照顧者支持團體										
1	○○區		○ ○ ○ ○	v	-	v	-	週一上午、週二、週三全日	1	3	2					111年1月1日至111年12月31日	
2																	
總計																	

註：核定經費上限依核定月數按比例計算(核定經費*執行月數 / 12)，如實際服務月數少於核定月數，則以實際服務月數採計。

附表 2

111 年失智照護服務計畫布建清單(二)
分項計畫二設置失智共同照護中心計畫單位一覽表

新竹市

單位：新臺幣元

編號	行政區	系統編號	核定單位	個案管理服務(人數)					轉介失智據點/照管中心		共同照護平台 (旗艦型始需填報)					核定經費上限	自籌經費	補助經費	核定執行日期(按時間排序)	延續型
				極輕度	輕度	中度	重度	經費	個案數	經費	聯繫會議 (場次)	失智人才培訓(場次)		識能公共教育 (場次)	經費					
												輔導失智據點 (家數)	專業人員							
1	○○區		○○ ○○																	
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
小計																				

**年度失智照護服務計畫
分項一失智社區服務據點申請檢核表**

111.01.13 修

項目	檢核內容	檢核結果
計畫申請	1. 於公告期限內函送計畫申請書，送件時間：_____	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
	2. 提交執行計畫書 1 式 5 份及電子檔。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
執行單位	執行單位：_____。 <input type="checkbox"/> 醫事單位 <input type="checkbox"/> 長照單位 <input type="checkbox"/> 社福機構單位 <input type="checkbox"/> 失智相關服務單位 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
執行項目	<input type="checkbox"/> 認知促進、緩和失能 <input type="checkbox"/> 安全看視 <input type="checkbox"/> 照顧者支持團體(輔導諮商) <input type="checkbox"/> 照顧者照顧課程 <input type="checkbox"/> 預防延緩模組，_____期(至多 3 期)	
	1. 申請項目應至少包含認知促進、緩和失能及照顧者支持團體(輔導諮商)或照顧者照顧課程。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
	2. 認知促進、緩和失能課程應每週辦理且固定時段。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
	3. 認知促進、緩和失能課程總數多於照顧者支持團體(輔導諮商)或照顧者照顧課程之合計。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
	4. 任一服務時段，未單一辦理安全看視。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
	5. 申請全日服務，於中午用餐時間有辦理共餐活動。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
執行地點	1. 執行地址：_____	
	2. 執行地點屬性： <input type="checkbox"/> 單位自有 <input type="checkbox"/> 租/借用，公有空間：_____ <input type="checkbox"/> 租/借用，私有空間： <input type="checkbox"/> 場地租(借)用相關證明文件(場地如涉及其他使用目的，應檢附相關業務權責主管機關備查文件)。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
	3. 執行地點有無與其他長期照顧補助方案同址及同時段： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，方案名稱：_____。 <input type="checkbox"/> 同址同時段，區隔空間 <input type="checkbox"/> 同址同時段，無區隔空間 <input type="checkbox"/> 同址不同時段，區隔空間 <input type="checkbox"/> 同址不同時段，無區隔空間 備註：執行地點不與其他長期照顧相關補助方案同地址，若同址不同時段或同址同時段但有獨立空間可明顯區隔者，不在此限。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
	4. 執行地點空間規劃說明： <input type="checkbox"/> 現場照片 <input type="checkbox"/> 場地使用配置平面圖(包含場地使用配置圖，並說明總坪數、現有場所及逃生出入口處、各項服務場地空間配置、無障礙情形等)。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
執行時間	申請期程及時段：	
	1. 申請執行期程應符合計畫作業須知規定。 2. 申請執行時段應符合計畫作業須知規定。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
執行經費	申請總經費：_____元(含失智社區服務據點經費：_____元及預防延緩模組_____元)	
	1. 補助經費編列項目或費用支出規範應符合計畫基準及使用範圍。 2. 申請補助總經費符合計畫補助標準。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合

備註：配合中央政策予以修正。

單位簽章：

負責人簽章：

年度失智照護服務計畫
分項二失智共同照護中心申請檢核表

111.01.13 修

項目	檢核內容	檢核結果
計畫申請	1. 於公告期限內函送計畫申請書，送件時間：_____	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
	2. 提交執行計畫書 1 式 5 份及電子檔。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
執行單位	執行單位：_____ (須可提供失智確診單位)	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
執行項目	<input type="checkbox"/> 個案管理 及轉介服務 <input type="checkbox"/> 共同照護平台服務 (<input type="checkbox"/> 失智據點輔導 <input type="checkbox"/> 失智照護人才培訓 <input type="checkbox"/> 公共識能教育宣導)	
	1. 執行項目應包含上述各項服務	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
	2. 各項服務執行績效符合計畫須知規定。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
	3. 設有單一服務窗口及連絡電話。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
	4. 組織架構成員配置有個案管理師(須具失智相關培訓或臨床照顧經驗知能，於半年內完成失智個管師訓練)	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
	5. 失智據點輔導應提供據點專業諮詢、教育訓練、協助疑似個案確診評估等內容，須訂定有據點輔導計畫。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
	6. 失智照護人才培訓應包含據點內之服務人員及醫事人員及照顧服務人員。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
執行地點	1. 執行地址：_____	
	2. 執行地點屬性： <input type="checkbox"/> 單位自有 <input type="checkbox"/> 租/借用，公有空間：_____ <input type="checkbox"/> 租/借用，私有空間：_____ <input type="checkbox"/> 場地租(借)用相關證明文件(場地如涉及其他使用目的，應檢附相關業務權責主管機關備查文件)。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
執行時間	申請期程：_____	
	申請執行期程應符合當年度作業須知規定。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
執行經費	申請總經費：_____元	
	1. 個案管理 及轉介服務 經費：_____元	
	2. 失智共照平台費：_____元	
	1. 補助經費編列項目或費用支出規範應符合計畫基準及使用範圍。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
	2. 申請補助總經費符合計畫補助標準。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合

備註：配合中央政策予以修正。

單位簽章：

負責人簽章：