

112 年臺東縣社區整體照顧服務體系－  
醫事巷弄長照站(C 單位)計畫書  
(範本)

單位全銜：

承辦人：

職稱：

聯絡電話：

傳真電話：

Email：

通訊地址：

## 壹、 站點基本資料

編號	起始 開辦年	站名	服務地址	服務區域	主要 服務人員	預計 服務人數	志工 人數	預計開站時間 (請標註時段, 例:08:00~11:00)
1.								<input type="checkbox"/> 週一 <input type="checkbox"/> 週二 <input type="checkbox"/> 週三 <input type="checkbox"/> 週四 <input type="checkbox"/> 週五 開站時間 (每時段至少三小時不含共餐時間): :00 ~ :00
2.								<input type="checkbox"/> 週一 <input type="checkbox"/> 週二 <input type="checkbox"/> 週三 <input type="checkbox"/> 週四 <input type="checkbox"/> 週五 開站時間 (每時段至少三小時不含共餐時間): :00 ~ :00
3.								<input type="checkbox"/> 週一 <input type="checkbox"/> 週二 <input type="checkbox"/> 週三 <input type="checkbox"/> 週四 <input type="checkbox"/> 週五 開站時間 (每時段至少三小時不含共餐時間): :00 ~ :00
4.								<input type="checkbox"/> 週一 <input type="checkbox"/> 週二 <input type="checkbox"/> 週三 <input type="checkbox"/> 週四 <input type="checkbox"/> 週五 開站時間 (每時段至少三小時不含共餐時間): :00 ~ :00
5.								<input type="checkbox"/> 週一 <input type="checkbox"/> 週二 <input type="checkbox"/> 週三 <input type="checkbox"/> 週四 <input type="checkbox"/> 週五 開站時間 (每時段至少三小時不含共餐時間): :00 ~ :00

場地設置情況：

站點名稱	場地設置情況
	<p>1. 場地為：</p> <p><input type="checkbox"/>自有合法場地（需檢附所有權人證明）</p> <p><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）</p> <p><input type="checkbox"/>非自有建築取得所有權人同意且有租賃契約</p> <p>2. 活動空間有室內空間且活動空間為____平方公尺；樓層為____樓，2樓以上<input type="checkbox"/>有電梯<input type="checkbox"/>無電梯。</p> <p>3. 出入口及廁所無障礙空間，設有簡易廚房或備餐場地。</p> <p>4. 配置2具以上滅火器<input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</p> <p>5. 站點所在地是否同時申請其他方案補助經費或同時為其他用途（如：失智據點、村里辦公室、社區關懷據點、文化健康站）：  <input type="checkbox"/>是，請載明：_____ <input type="checkbox"/>否</p> <p>6. 是否投保公共意外責任險  <input type="checkbox"/>是，請檢附證明文件  <input type="checkbox"/>否（新設立單位請於核定後一個月內投保並公文檢附函備證明文件）。</p>

請依申請站數增列（詳列各站點情況）

## 貳、計畫緣起

開辦地區人口特性、老化或潛在失能人口情形、當地服務需求迫切性及必要性。

## 參、計畫目標

依計畫內容擬定關鍵指標，如開課班數、服務個案人數、服務個案人次、個案平均出席率、滿意度等。

## 肆、計畫執行期間

自民國 112 年○月○日至 112 年 12 月 31 日。

## 伍、申請單位簡介與相關服務經驗

請申請單位說明目前已接受縣市政府委託或補助之服務項目，以及相關辦理情形、評鑑等第等相關情況。

### 一、單位簡介及相關經驗

### 二、組織與人力配置

#### 1. 組織結構圖

#### 2. 人力配置

職稱	姓名	工作項目

## 陸、計畫內容

### 一、服務對象

#### i. 長照服務對象：

1. 65 歲以上失能老人。
2. 55 歲以上失能原住民族。
3. 50 歲以上失智症患者。

4. 日常生活須他協助的獨居老人或衰弱老人。

5. 失能身心障礙者。

ii. 健康老人、衰弱老人。

二、 服務項目：

社會參與、健康促進、共餐共食、預防延緩失能計畫（需另外申請預防延緩失能計畫）、加值辦理巷弄喘息服務

三、 111 年執行情況：（新設立單位免填）

1. 經費執行情況

2. 每月服務人次數

3. 辦理活動情況（請詳列期間各項辦理活動及其成效）

4. 具體成效（請詳列說明並列舉成效實際案例及說明滿意度調查結果）

四、 服務推動之具體策略（列舉在地資源盤點及連結情形）

五、 站點人力配置（除正常人力配置外，請說明職務代理機制，巷弄喘息 C+ 請說明照顧比例及人力運用情況）

六、 服務流程 SOP（必備：例行服務流程、長者緊急事件處理流程）

七、 服務內容（分別敘述四項服務內容及課程設計規劃）

服務項目	執行方式、課程設計	預期效益（月）
社會參與		預計服務____人， 服務_____人次。
健康促進		預計服務____人， 服務_____人次。
共餐共食	（餐具應使用重複性環保餐具、不可使用 一次性餐具、疫情期間遵照中央流行疫情 指揮中心防疫指引辦理）	預計服務____人， 服務_____人次。

<p><b>預防延緩失能</b></p> <p>1. 請先行與方案團隊聯繫是否可以搭配站點服務</p> <p>2. 最少辦理一期，最多辦理三期。</p>	<p>本年度辦理____期。</p> <p>第一期：</p> <p>1. 課程名稱：</p> <p>2. 團隊：</p> <p>3. 辦理期程：</p> <p>第二期：</p> <p>1. 課程名稱：</p> <p>2. 團隊：</p> <p>3. 辦理期程：</p> <p>第三期：</p> <p>1. 課程名稱：</p> <p>2. 團隊：</p> <p>3. 辦理期程：</p>	<p>預計服務____人，服務____人次。</p> <p>預計服務____人，服務____人次。</p> <p>預計服務____人，服務____人次。</p>
<p><b>巷弄長照站臨托</b> (僅限辦理五天站點超值辦理)</p>	<p>長照需要者至巷弄長照站接受照顧、停留，包含協助沐浴、進食、服藥及活動安排等。</p>	<p>每月預計服務____人，每年服務量達____人；____人次。</p>

八、 課程活動表（自行設計，每月應包含上述四大活動面向，請列舉課程表與課程計畫內容）

九、 資源連結情形（請詳述）

柒、 經費概算（倘計畫執行期間未滿一年，請按比例計算）

類別	項目	單價	數量	申請 補助	單位 自籌	小計	備註
業務費							
開辦設施設備費 (僅新設立單位申請)							

充實設施設備費 (需營運滿三年)							
志工相關費用							
人力加值費							
預防及延緩失能 照顧計畫							
小計							
計畫總經費為：(大寫)		元整(\$				)	
申請補助為：(大寫)		元整(\$				)	
自籌經費為：(大寫)		元整(\$				)	

捌、 場地照片（請自行增加格式）

無障礙入口	出入動線
廁所環境（具有扶手跟防滑措施）	活動空間
簡易廚房或備餐場地	消防安全設備（滅火器、緊急照明、火警警報器）
休息空間(巷弄喘息必需配有)	長照服務招牌掛置 (新申辦站點不需檢附)



壹拾、 資料檢視表

<input type="checkbox"/>	服務單位申請表一式二份
<input type="checkbox"/>	計畫書一式二份
<input type="checkbox"/>	醫療機構檢附開業執照或組織規章
<input type="checkbox"/>	場地使用同意證明文件、實地照片
<input type="checkbox"/>	公共意外責任險投保證明(新設單位請於正式營運前函附本局)

備註：

- 一、 影本資料請加蓋與正本相符及經手人職章。
- 二、 請詳細提供本範本所列舉之需求資料，表單不敷使用請自行增列。