衛生福利部114年度獎助辦理

「社區整體照顧服務-醫事巷弄長照站(C)」

計畫書

申請單位名稱：機構名稱－站點名稱

申 請 日 期 ：114年ＯＯ月ＯＯ日

|  |
| --- |
| ※版面配置(請於提送計畫前刪除此方框) 一、「邊界」:中等「內文」:中文標楷體/英文 Times New Roman 14號字;行距為固定24點。 二、編號序號依「一、(一)、1、(1)、A、a」等順序排列。 三、請標示頁碼並精簡計畫內容至50頁內。 |

**壹、計畫緣起**

 **ㄧ、計畫背景及目的**

※頁數上限：3頁

請敘述本計畫產生之背景及重要性，如：(1)政策或法令依據，(2)服務區域問題狀況、發展需求、個案樣態分析等，(3)國內外相關文獻探討，(4)本計畫與長期照顧之相關性等。←灰色底說明提示文字完稿請刪除

**二、申請單位基本資料及簡介**

※頁數上限：3頁

(一)單位基本資料

單位名稱：\_\_\_\_\_\_(醫事機構)/\_\_\_\_\_\_(長照服務機構)

本單位為□延續型據點自\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日設置之據點。

本單位為□新設置據點

(二)單位簡介

請敘述單位組織架構、成立服務理念、辦理站點成效等內容，供參酌檢視組織健全性。←灰色底說明提示文字完稿請刪除

 **三、申請計畫期程及服務地點：**

 （一）計畫期程：114年1月1日至114年12月31日

 （二）服務地點：

1.醫事C巷弄長照站服務地址：

2.服務區域範圍：臺東縣ＯＯ鄉鎮市/ＯＯ村里

3.總空間面積\_平方公尺/\_坪；實際活動面積\_\_平方公尺/\_坪

（請檢附站點空間規劃平面圖及場地照片，參照附件1至附件3）

四、**執行現況**

※頁數上限：5頁

請分點說明(一)113年度資源及人力佈建概況。(二)方案內容及經費執行概況。(三)未達執行成效說明及改善策略。(四)創新或亮點服務執行概況。←灰色底說明提示文字完稿請刪除

**貳、**114年度計畫目標及執行內容：※頁數上限：15頁

 一、計畫目標：

請分點具體列述本114年度計畫欲達成之目標及完成之工作項目，請避免空泛性之敘述。←灰色底說明提示文字完稿請刪除

二、服務對象：

表1-臺東縣＿＿＿鄉鎮市＿＿ 村里長者及衰弱長者需求人數統整表

| 服務對象 | 推估服務人數(單位:人數) |
| --- | --- |
| 村里人數 |  |
| 65歲以上長者 |  |
| 65歲以上之衰弱長者 |  |

三、服務項目及相關內容

(預計安排服務內容敘述撰寫，請自行編撰內容)

(1)社會參與、家庭照顧者支持性課程及長照宣導(一年至少辦理1場)。

(2)關懷訪視或電話問安、諮詢轉介服務(擇一辦理)。

(3)辨理健康促進活動。

(4)辦理餐飲服務。

(5)辦理預防及延緩失能課程。

(6)媒合現有衛生保健志工運用單位或成立運用單位、定期召開志工會議。

(7)社區或其他單位資源連結及轉介服務。

(8)規劃巷弄長照站收費原則(如有規劃請清楚明確規範並參照基準辦理)。

(9)規劃申請巷弄長照站喘息服務。

(10)規劃申請社區式交通接送服務或媒合交通接送單位。

(11)規劃申請特約營養餐飲服務。

(12)其他服務。

表2-服務項目

|  |  |
| --- | --- |
| 應服務項目 | 服 務 方 式(需敘明服務時段) |
| 社會參與 | 定期辦理文康休閒活動(非講座類型之活動，屬文康休閒) |
| 服務時間：頻率： 次/月或 次/年□星期一 □星期二 □星期三 □星期四 □星期五 |
| 關懷訪視或電話問安諮詢轉介服務(擇一辦理) | 服務項目：□關懷訪視服務時間：頻率： 次/週或 次/月□星期一 □星期二 □星期三 □星期四 □星期五 |
| 服務項目：□電話問安服務時間：頻率： 次/週或 次/月□星期一 □星期二 □星期三 □星期四 □星期五 |
| 共餐或送餐服務 | 服務時間：○○時至○○時頻率： 次/週或 次/月□星期一 □星期二 □星期三 □星期四 □星期五 |
| 健康促進活動 | 服務時間：頻率： 次/週或 次/月□星期一 上午○○時至○○時 / 下午○○時至○○時□星期二 上午○○時至○○時 / 下午○○時至○○時□星期三 上午○○時至○○時 / 下午○○時至○○時□星期四 上午○○時至○○時 / 下午○○時至○○時□星期五 上午○○時至○○時 / 下午○○時至○○時 |
| 預防及延緩失能課程 | 1期12週，每週1次，每次2小時，1年最多3期延續型醫事C每年應至少辦理2期課程；倘為當年度新設置醫事C則應至少辦理1期課程。 |
| 第1期 | 課程名稱/方案編號：上課期程:星期○，○月○日至○月○日上課時間:上午○○時至○○時 / 下午○○時至○○時 |
| 第2期 | 課程名稱/方案編號：上課期程:星期○，○月○日至○月○日上課時間:上午○○時至○○時 / 下午○○時至○○時 |
| 第3期 | 課程名稱/方案編號：上課期程:星期○，○月○日至○月○日上課時間:上午○○時至○○時 / 下午○○時至○○時 |

表3-課程活動規劃表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 週一 | 週二 | 週三 | 週四 | 週五 | 備註 |
| 08:30-09:00 | 自由時間:量血壓、菜園、讀報、散步、下棋 |
| 09:00-12:00 | A.B. | A.B. | A.B. | A.B. | A.B. |  |
| 12:00-12:10 | 餐前準備 (洗手準備用餐、午間新聞) |
| 12:10-13:00 | 午餐 |
| 13:00-16:00 | A.B. | A.B. | A.B. | A.B. | A.B. |  |
| 16:10- | 準備回家 |
| 課程活動表規劃說明 | * + - 1. 本活動課程表僅須填寫課程類型，類型填寫參考如下：

　語文、運動、藝術、科技資訊、音樂、醫藥保健衛教、生活知識、社交聯誼(例：桌遊、卡拉ok)、表演藝術(例：歌仔戲)、膳食烘焙、園藝、其他(例：多元課程)。* + - 1. 各服務時段方案提供服務課程類型：

(1)2-5時段每週至少2種類型。(2)6-9時段每週至少3種類型。(3)10時段每週至少4種類型。* + - 1. 每時段以3小時計算，請依貴站點預計時間或實際營運情形自行調整

填列） |

四、申請服務時段及服務人員之規劃及管理 (含訓練及留任策略並請檢附據點內服務人力清冊）

（一）申請服務時段：

□ 2-5時段 □ 6-9時段

□ 10時段以上(申請本計畫專責人員姓名： 　　)

（請檢附申請專職人員基本資料表及佐證資料，請參照附件4）

（二）計畫執行人力之規劃：

1.請填寫執行本計畫之人力資源規劃及配置(含現有配置人力，人員

 招募計畫及期程…等)←灰色底說明提示文字完稿請刪除

2.志工人力

(1)現有志工\_\_\_\_人，已領志願服務紀錄冊＿＿人

(2)65歲以上志工＿＿人

(3)預定開發志工＿＿人

（三）計畫執行人力之管理

單位內部工作團隊會議、明訂志工招募與管理相關辦法、專業人員及志工訓練與在職教育、內聘外督導及留任策略…等。←灰色底說明提示文字完稿請刪除

 五、在地服務資源運用及轉介規劃：

請說明站點針對在地服務資源網絡建置、長照服務宣導、開發個案及長照個案轉介等內容…等。←灰色底說明提示文字完稿請刪除

 六、預期效益及效益指標(KPI)

訂定關鍵績效指標、含方案服務效益分析及人才培訓等具體目標←灰色底說明提示文字完稿請刪除

表4-預期效益及效益指標(KPI)(請自行新增表格)

|  |  |
| --- | --- |
| 服務項目 | 效益指標 |
| 社會參與 |  |
| 關懷訪視或電話問安諮詢轉介服務(擇一辦理) |  |
| 共餐或送餐服務 |  |
| 健康促進活動 |  |
| 預防及延緩失能課程 |  |

肆、 經費概算表(無須填寫自籌經費)：

本計畫所需各項經費，請依照『長照服務發展基金114年度一般性獎助計畫經費申請獎助項目及基準』經費編列原則及基準詳實編列。←灰色底說明提示文字完稿請刪除

|  |
| --- |
| **經費概算表（經常門）** |
| 項目 | 單位 | 項目 | 單價 | 數量 | 合計 | 總計 |
| **業務費(A)** | 年 |  |  |  |  | 總申請補助\_\_\_\_\_\_\_元 |
|  |  |  |  |
| **志工相關****費用(B)** | 年 |  |  |  |  | 總申請補助\_\_\_\_\_\_\_元 |
|  |  |  |  |
| **專職人員****費用(C)** | 年 |  |  |  |  | 總申請補助\_\_\_\_\_\_\_元 |
|  |  |  |  |
| **預防及延緩失能照護計畫費用(D)** | 期 |  |  |  |  | 補助\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 類別(經常門) | 項目 | 數量 | 單價 | 合計 | 總計 |
| 開辦設施設備費(未滿**1萬元**或使用年限未滿2年物品)(E) |  |  |  |  | 補助\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元 |
|  |  |  |  |
| 充實設施設備費(未滿**1萬元**或使用年限未滿2年物品)(F) |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 經常門總計(A+B+C+D+E+F) | 補助\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元 |

|  |
| --- |
| **經費概算表 (資本門)** |
|  | 類別(資本門) | 項目(請詳填本項目，如：印表機、電腦) | 數量 | 單價 | 合計 | 備註 |  |
|  | 開辦設施設備費(單價新臺幣一萬元以上且使用年限在二年以上之財產)(G) |  |  |  |  | 補助\_\_\_\_\_\_\_元 |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | 充實設施設備費(單價新臺幣一萬元以上且使用年限在二年以上之財產)(H) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | 資本門總計(G+H) |  | 申請補助\_\_\_\_\_元 |  |
|  | **計畫總經費(資本門+經常門)** |  | 申請補助\_\_\_\_\_元 |  |

備註：1. 請依據本計畫補助項目及基準，並以站點實際使用需求編列補助項目及經費。

2.充實設施設備費：設置滿三年之單位，第四年開始方可開始編列。

附件1

**站點場地空間規劃平面圖**

1.全站點空間 ： 平方公尺 (算式: )； 坪
**2.實際活動空間: 平方公尺** (算式: )； 坪

**(=實際活動空間平方公尺扣除固定設施設備面積)**

3.預計站點場地最大容納人數為: 人(約可安排服務對象 人、服務人員 人、志工 人、講師 人)

(長(公尺) x 寬(公尺) x 0.3025 = 坪數)

**※請清楚標明各區域位置(實際活動區域、據點出入口、辦公室、廚房、廁所、樓梯、電梯)等空間位置區塊及長寬長度(m)，並附上場地照片(參照附件2)
※請清楚標明各區域空間、各區域空間面積及各設施設備長寬距離**

**※請參照醫事C巷弄長照站場域設置基本需求表(參照附件3)**

附件2

|  |
| --- |
| **場地照片(照片請印彩色，空間照片請自行斟酌加減)** |
| 建物外觀 |
|  |
| 場地出入口(含無障礙出入口) |
|  |
| **場地照片(照片請印彩色，空間照片請自行斟酌加減)** |
| 實際辦理課程活動空間 |
|  |
| 據點場地內部1 |
|  |
| **場地照片(照片請印彩色，空間照片請自行斟酌加減)** |
| 據點場地內部2 |
|  |
| 據點場地內部3 |
|  |
| **場地照片(照片請印彩色，空間照片請自行斟酌加減)** |
| 階梯(電梯) |
|  |
| 廁所入口 |
|  |
| **場地照片(照片請印彩色，空間照片請自行斟酌加減)** |
| 廁所空間 |
|  |
| 廁所馬桶 |
|  |
| **場地照片(照片請印彩色，空間照片請自行斟酌添加)** |
| 簡易廚房 |
|  |
| 消防及逃生設備(含火警自動警報器、緊急照明裝置、滅火器) |
|  |

附件3

**臺東縣衛生局**

**醫事巷弄長照站（C）場域設置基本需求表**

|  |
| --- |
| **單位全銜：** |
| **地址:** |
| **區域村/里別:** | **服務時段:** |  |
| **審查項目** | **單位自審結果** |
| **1.站點緊急處理流程** | 需要提供資料 | □符合 □不符合 |
| **2.站點投保意外責任險** | 需要提供資料 | □符合 □不符合 |
| **3.需求樓層****(地上樓層)** | 不得設於地下樓層，3樓以下為佳，但不限樓層 | □符合 □不符合 |
| **4.空間面積** | 實際據點活動空間：面積50平方公尺以上 全據點空間:\_\_\_\_\_\_平方公尺； \_\_\_\_\_\_\_坪實際據點活動空間: \_\_\_\_\_\_平方公尺；\_\_\_\_\_\_\_坪 | □符合 □不符合 |
| **5.疫情期間防疫需求(容留人數)** | 實際據點活動空間容留人數(平方公尺/2.25)： 人 | □符合 □不符合 |
| **6.無障礙設備** | 1.需設置無障礙出入口(如無障礙坡道)為佳 | □符合 □不符合 |
| 2.廁所應備有防滑措施(防滑條或防滑地板)、扶手等設備為佳 | □符合 □不符合 |
| 3.若據點服務場域為二樓以上者，需備有電梯 | □符合 □不符合 |
| **7.備餐空間** | 應設有簡易廚房或備餐場地 | □符合 □不符合 |
| **8.消防及逃生設備** | 1.配置滅火器 | □符合 □不符合 |
| 2.火警自動警報器、緊急照明裝置、滅火器(如配置滅火器兩具以上，分別固定放置於取用方便之明顯處；有樓層建築物者，每層應至少配置一具以上) | □符合 □不符合 |
| **9.空間其他需求及限制** | 1.空間完整獨立專用及廁所，可與其他單位空間區隔 | □符合 □不符合 |
| 2.一般地區設置巷弄長照站應服務至少10名個案，故活動空間至少要50平方公尺 | □符合 □不符合□不適用 |
| 3.原民及偏遠地區設置巷弄長照站應服務至少5名個案，故活動空間至少要30平方公尺 | □符合 □不符合□不適用 |
| 4.若需辦理喘息服務，服務對象每人應有至少3平方公尺以上活動空間(如外展式服務單位不含辦公區域做計算) | □符合 □不符合□不適用 |

附件4

**臺東縣衛生局**

**醫事巷弄長照站(C)專職人員申請/異動表**

**製表日期：112年10月03日**

**單位-站點名稱：**

**填表日期：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性別** | * **男 □女**
 |
| **身分證字號** |  |
| **出生年月日** |  |
| **電話** | **( )-****09 -** |
| **聯絡地址** | **縣　　鄉鎮市　　村里　　鄰　　路　　號** |
| **學歷** | **□國小 □國中　□高中(職) □大專　□碩士 □博士** |
| **經歷** |  |
| **薪資** |  |
| **職類** | **□照顧服務員 □社會工作人員** |
| **到職日** | **年　　月　　日** |
| **離職日** | **年　　月　　日** |
| **異動註記** | **□新到職人員****□離職人員****□其他（請說明）＿＿＿＿＿** |
| **檢附資料** | **新聘任之專職人力須檢附：****學歷證明/長照小卡/照顧服務員證書/社工相關證書等(擇一)** |

 **申請人簽章：　　　　　　　　　　單位主管簽章：**