附件

111年度「長照2.0-社區整體照顧服務體系」

醫事機構及長期照顧服務機構

C級/C+級單位

申請計畫書

□ C級巷弄長照站

□ C+級巷弄長照站

**單位名稱：**

**單位負責人：**

**計畫聯絡人：**

**電子郵件信箱：**

**計畫聯絡人連絡電話：**

**提供服務住址(需含里)：**

1. **基本資料及預計提供服務概況(**請填寫申請單位基本資料**)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 單位名稱  (完整立案名稱) | | |  | | 核准機關  日期文號 | |  |
| 立案字號及日期 | | | 字第\*\*\*\*\*\*\*號、\*\*年\*\*月\*\*日 | | 統一編號 | |  |
| 計畫負責人/職稱 | | | \*\*\*/單位主管 | | 連絡電話 | |  |
| 計畫承辦人/職稱 | | | \*\*\*/計畫聯絡人 | | 連絡電話 | |  |
| 電子郵件信箱 | | |  | | | | |
| 服務單位地址 | | |  | | | | |
| 服務據點所在地址 | | | 金門縣\*\*\*\*\*\* | | | | |
| 服務區域範圍：  （請列出服務之區及里別） | | |  | | | | |
| 場地可容納人數 | | | □10-15人 □20-25人 □25-30人 □30人以上 | | | | |
| 預計服務對象 | | | □健康/亞健康老人\_\_\_\_人(男: 人、女: 人)  □衰弱老人\_\_\_\_人(男: 人、女: 人)  □輕度(□失能 □失智)老人\_\_\_\_人(男: 人、女: 人)  □中度(□失能 □失智)老人\_\_\_\_人(男: 人、女: 人) | | | | |
| 預計服務月份 | | | 111年 月~ 月 | | | | |
| 場地可提供服務時段  (可自行增加時段) | | C級巷弄長照站  開放時段 | | □上午 : ~ :  每週 □下午 : ~ :  □晚上 : ~ : | | | |
| 預防及延緩失能  照護計畫  (週一至週日  每次2小時) | | □上午 : ~ :  每週 □下午 : ~ :  □晚上 : ~ : | | | |
| 喘息服務  (非申請C+單位免填) | | □週一 □週二 □週三 □週四 □週五 □週六  時段 : ~ : | | | |
| 場地空間 | | | 1.目前場地所在建物是否為合法建物？□是 □否  2.(建物完工年度: )  3.是、否登記有案：□是 □否  4.室內場所是否平坦：□是 □否  5.是否有無障礙通道︰□是 □否  6.是否有無障礙空間：□有 □無 (有無障礙空間為佳)  7.是否有無障礙廁所：□有 □無 (有無障礙廁所為佳)  8.活動地點： 樓，電梯：□有 □無(2樓以上或地下一樓  須有電梯)  9.是否有簡易廚房或備餐場地? □有、□無  10.是否有基本消防安全設備(例如:滅火器)？ □有、□無  11.公共意外責任險：□已投保 □將投保  12.接受直轄市、縣（市）政府獎助辦理C單位之醫事機構，其提供C單位服務之場地，不得與醫事機構開業執照所登載之處所為同一處；如屬同一處者，應符合動線與醫療區域分流之原則，採分棟、分層、分區方式辦理。□是 □否 | | | | |
| 失能照護計畫預防及延緩 | 課程方案 | | 期數：□ 1期 □2期 □3期 (12週為1期) | | | | |
| 服務人數 | | □ 5-10人，小班制x 班  □11-15人，中班制x 班  □16-20人，大班制x 班 | | | | |
| 申請金額  （單位：元） | | | C級巷弄  長照站 | 預防及延緩  失能照護計畫 | | 自籌 | 合計 |
| 元 | 元 | | 元 | 元 |

1. **計畫緣起**
   * 1. 依據
        + 1. 行政院105年12月19日核定「長期照顧十年計畫2.0(106-115年)」辦理。
          2. 衛生福利部「長照服務發展基金111年度一般性獎助計畫經費申請獎助項目及基準」。
          3. 衛生福利部社區整體照顧服務體系計畫行政作業須知。
          4. 長期照顧服務申請及給付辦法。
     2. 背景說明

(請貴單位依服務區域之實際長者現況及本計畫產生之背景及重要性，如：

(1)政策或法令依據

(2)問題狀況或發展需求

(3)本計畫與長期照顧之相關性。

(4)現況分析

1. **計畫期程：**

自核定日起至111年12月31日。

1. **計畫內容：**
2. 服務對象
   1. 本縣65歲以上老人，包含：
3. 健康老人亞健康老人。
4. 衰弱老人：為優先服務對象。(註一)
5. 失能、失智老人：為優先服務對象。
6. 若已完成特約並簽定提供喘息服務之C+級巷弄長照站，可提供臨時托顧服務。(註二)

**註一：**衰弱者：無須經過照管中心評估，可由據點預防及延緩失能評估後，至據點使用社會參與、健康促進、共餐服務及預防及延緩失能服務。

**註二：**失能、失智者：須經照管中心評估後，至已完成「喘息服務」特約之C+級巷弄長照站使用喘息服務(臨時托顧)。

1. 服務區域：金門縣○○鄉鎮○○里(村)

場地照片(包含場所出入口、逃生出口、場地空間擺設與隔間及服務空間等，最多提供6張)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 說明： | 說明： |
|  |  |
| 說明： | 說明： |
|  |  |
| 說明： | 說明： |

1. 服務模式及服務項目（請申請單位勾選）
2. 辦理單位

□醫事機構(含衛生所、居家護理所、醫院、診所、藥局、職能/物理/語言/心理治療所等相關立案之醫事機構)

□長照服務機構

□108年12月31日以前辦理巷弄長照站者

1. 辦理模式：

(1)C級巷弄長照站

□每週2~5個時段：辦理社會參與、健康促進、共餐服務、預防失能及延緩失能服務。

□每週6~9個時段：辦理社會參與、健康促進、共餐服務、預防失能及延緩失能服務。

□每週10個時段：辦理社會參與、健康促進、共餐服務、預防失能及延緩失能服務。

(2)C+級巷弄長照站(需檢附照顧人力相關證明，並簽訂喘息服務特約)

□辦理上述時段及服務(需先選擇上方辦理時段)，並增加喘息服務(臨時托顧)。

1. 組織與人力組成

（內容請申請單位自行填寫，應含服務人力進用執掌、組織架構圖及歷年成果）

1. 服務對象權益保障
2. 服務品質管理

（內容請申請單位自行填寫，例如課程結束後依長者滿意度表請長者自填或以訪談方式完成。）

1. 服務對象申訴處理流程

（內容請申請單位自行填寫，例如設置意見箱並備有意見反映表，或訂有申訴流程等。）

1. 訂定緊急事件處理流程（以下為緊急事件處理流程，各單位可依實際狀況酌予調整。）
2. 服務內容

(請列出各項服務之目標值，如服務人數、人次，且需符合申請須知規定之服務人數及人次基準。)

| 服務項目 | 服務內容 | 服務目標值 |
| --- | --- | --- |
| 社會參與 | 於服務區域內提供場地供長者文康休閒空間或定期辦理活動。並藉由團康活動提升社區長者社交能力。  (或概述社區未來執行策略) | 每月提供 個案( 人次)以上。 |
| 健康促進 | 協助據點長者量血壓、體溫及生活諮詢服務，並紀錄備查。辦理對身心健康之活動，提升長者生活豐富度。  (或概述社區未來執行策略) | 提供老人使用休閒設施設備，每月辦理 場次， 人次文康休閒等活動，健康促進活動 次。 |
| 共餐服務 | 針對服務轄區內65歲以上長者，以區域特性及民眾需求，定期提供共餐服務，並列冊紀錄。 | 提供 位老人,每月提供\_\_\_\_人次,定點用餐或送餐服務。 |
| 預防失能及延緩失能服務 | 依衛福部公告之預防及延緩失能照護方案為主，辦理以肌力強化運動、生活功能重建訓練、社會參與、口腔保健、膳食營養及認知促進等方案為優先。每期課程3個月每週1次計12次。(註) | * 1. 第一期\_\_\_模組。   2. 第二期\_\_\_模組。   3. 第三期\_\_\_模組。   4. 每期可提供\_\_\_位長者課程服務(共 人次)。 |
| 喘息服務(臨時托顧) | 針對經照顧管理中心評估為失能者提供臨時性短期照顧或喘息服務 | 每月可提供\_\_\_位長者臨時性短期照顧或喘息服務。 |

1. 預期效益：

(一)提供社會參與服務 人/月； 人次/月。

(二)辦理健康促進活動 場/月； 人/月； 人次/月。

(三)辦理共餐服務 人/月； 人次/月。

(四)辦理預防及延緩失能服務 期/年； 人/期。

(五)辦理喘息服務 人/月。(辦理C+巷弄長照站之單位請填寫)

註：

1. 照護方案內容：以肌力強化運動、生活功能重建訓練、社會參與、口腔保健、膳食營養及認知促進等實證應用方案優先，並須導入衛福部資訊平台公告之預防及延緩失能照護方案。
2. 每單位(期)：每年至少辦理1期，至多3期。一期12週，每週一次，每次2小時。參與對象不可同時重複參加不同班別，若為延續服務，每人每年以3期為限。
3. 預防及延緩失能照護計畫方案執行規劃***(此表為預估，屆時依實際方案辦理)***

預防及延緩失能照護計畫12週活動執行規劃表

|  |  |
| --- | --- |
| **週次** | **內容** |
| 第1週 |  |
| 第2週 |  |
| 第3週 |  |
| 第4週 |  |
| 第5週 |  |
| 第6週 |  |
| 第7週 |  |
| 第8週 |  |
| 第9週 |  |
| 第10週 |  |
| 第11週 |  |
| 第12週 |  |

1. 經費需求：

請依衛生福利部111年度一般性獎助計畫經費申請獎助項目及基準及金門縣衛生局111年度長照2.0-C級C+級單位申請作業須知辦理。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| C級巷弄長照站本計畫所需經費編列標準如下： | | | | | | |
| **(一)C級巷弄長照站獎助** | | | | | | |
| 項目 | | 單位 | 單價 | 數量 | 預估經費(元) | 說明 |
| 資本門 | 開辦設施設備費 | 年度 |  |  |  | 新單位成立獎助 |
| 充實設施設備費 | 年度 |  |  |  | 第二年始得申請 |
| 業務費  (依申請時段類型填寫) | | 每月 |  |  |  |  |
| 志工相關費用 | | 年度 |  |  |  | 得補助志工交通費、保險費、誤餐費及背心費 |
| 人力加值費用\*1名 | | 每月 |  |  |  | 社工人員 |
| 每月 |  |  |  | 照顧服務員 |
| 小計(A) | | 元 | | | | |
| **(二)預防及延緩失能照護計畫** | | | | | | |
| 項目 | | 單位 | 單價 | 數量 | 預估經費(元) | 說明 |
| 講師費 | |  |  |  |  |  |
| 業務費 | |  |  |  |  |  |
| 小計(B) | | | | |  |  |
| 合計(A)+(B) | | | | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **衛生福利部 111 年度長照服務發展基金獎助計畫申請表（一）** | | | | | | | | | | | | | |
| 申請單位 | | 金門縣○○○  （請寫單位全銜，需與立案證書等一致） | | | | | | 核准機關  日期文號 | | | 金門縣政府○○年○○月○○日字第○○○○○○號 | | |
| 會（地）址 | | 金門縣○○鄉鎮○○路○段○○號 | | | | | | 統一編號 | | | ○○○○○○○○（里辦請寫公所統編） | | |
| 負責人  (職稱) | |  | | 姓名 |  | | 承辦人 |  | | | 電話 | | 單位電話：082-○○○○  手機：0900-○○○○ |
| （申請單位用印、負責人簽章） | | | | | | | | | | | | | |
| 計畫  名稱 | 金門縣111年度「長照2.0-社區整體照顧服務體系」醫事機構及長期照顧服務機構C級/C +級巷弄長照站 | | | | | | | | | 預定完成日期 | | 111年12月31日 | |
| 計  畫  內  容  概  要 | （請寫申請計畫概要） | | | | | | | | | | | | |
| 預  期  效  益 | （請列點敘明）   1. …… 2. …… | | | | | | | | | | | | |
| 計畫總經費 | | | 0萬0元 | | | 申請衛生福利部  經費補助 | | | 0萬0元 （單位：新臺幣元） | | | | |
| 自籌經費 | | | 0元  （申請案自籌經費包括申請單位編列、民間捐款、其他政府機關補助、收費等，如有申請其他單位經費請詳予註明） | | | | | | | | | | |

附件：

□場地使用權限及場地合法性證明文件

□經地方政府合法立案之組織/機構證明文件之紙本一式1份