

臺北市政府衛生局

「111 年臺北市失智症個案管理關懷服務計畫」  
服務建議書

醫療單位名稱：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

壹、 申請機構基本資料

執行單位						
計畫 主持人	姓名		職稱		電話	
					手機	
	E-mail					
計畫 聯絡人	姓名		職稱		電話	
					手機	
	E-mail					
發文 地址						

貳、 本計畫內容

一、專業能力【20%】
<p>1. 失智症個案管理關懷服務內容</p> <p>請進行單位簡介及說明依計畫服務內容規劃個案來源(發掘)、服務方式、服務項目、服務時段安排等</p>
<p>2. 過去承辦失智業務之相關經驗及績效</p>

## 二、人力資源與服務能力【30%】

1. 失智症醫療照護服務團隊人力規劃：如人力配置、人力組織架構圖

2. 專業人員履歷(含職稱、經歷、服務年資、相關專業證照)及其他可配合服務之相關人力資源等。

## 三、工作進度及管控【10%】

1. 服務規劃與執行(請用甘特圖表示)可自行增列工作項目

111 年												
工作計畫及內容	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月
辦理失智症個案 關懷服務												
按月核銷經費												

2. 服務執行數管控：依計畫服務內容規劃預計服務個案數及經費。

項目	個案管理			門診諮詢/電話訪視			居家訪視			合計 (元)
	月份	單價 (元)	預計收案 (人數)	小計	單價 (元)	預計執行 (人次)	小計	單價 (元)	預計執行 (人次)	
1月	800				200			1200		
2月										
3月										
4月										
5月										
6月										
7月										
8月										
9月										
10月										
11月										
12月										
總計										

#### 四、醫療照護流程與照會轉介機制【35%】

1. 建立失智症個案管理關懷服務照護流程。

請分別以流程圖呈現並於各流程項目上加註所需時間

2. 個案關懷服務後續轉失智共照中心之機制。(以圖表呈現)

#### 五、創意提案【5%】

