**附件G**

臺中市114年度失智照護服務計畫-失智共同照護中心 計畫效益自評表

填表日期：114年＿月＿日

|  |  |
| --- | --- |
| 單位名稱 |  |
| 服務地址 |  |
| 計畫期程 | 114年　　月　　日至114年　　月　　日 |
| 關鍵績效指標 | **關鍵績效指標** | **目標值**(A) | **達成值**(B) | **達成率**(B/A)\*100% |
| 1. 失智個案確診率
 |  |  |  |
| 1. 113年（含）以前收案且仍持續服務之**舊案**數
 |  |  |  |
| 1. 114年**新開案個案**數
 |  |  |  |
| **114年新開案個案**轉介服務(限轉介巷弄長照站、文化健康站、失智據點、照管中心) | 1. **新開案個案**轉介率
 |  |  |  |
| 1. **新開案個案**服務率
 |  |  |  |
| 人才培育 | 1. 專業人員
 | 場次 |  |  |  |
| 人數 |  |  |  |
| 1. 照顧服務員
 | 場次 |  |  |  |
| 人數 |  |  |  |
| 1. 照顧服務員
 | 場次 |  |  |  |
| 人數 |  |  |  |
| 1. 滿意度調查率
 |  |  |  |
| 1. 經費執行率
 |  |  |  |
| (自訂指標) |  |  |  |
| 經費執行情形 | **核定項目** | **核定經費** | **實際執行** |
| 個案服務費 |  |  |
| 轉介服務費 |  |  |
| 共照平台費 |  |  |
| **合計** |  |  |

**承辦人員： 覆核： 單位負責人：**