

ด่วนที่สุด

ที่ ปน ๐๐๒๓.๓/ว ๒๒๐๓๗



ศาลากลางจังหวัดปัตตานี

ถนนเดชา ปน ๙๔๐๐๐

๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

เรื่อง การขับเคลื่อนโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพิ่มเติม

เรียน นายอำเภอ ทุกอำเภอ นายกเทศมนตรีเมืองปัตตานี และนายกเทศมนตรีเมืองตะลุมพันธ์

อ้างถึง หนังสือจังหวัดปัตตานี ด่วนที่สุด ที่ ปน ๐๐๒๓.๓/ว ๒๒๐๓๗ ลงวันที่ ๒๘ ตุลาคม ๒๕๖๓

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนาหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๑๙.๒/ว ๓๔๐๓

ลงวันที่ ๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

จำนวน ๑ ชุด

๒. แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)

จำนวน ๑ ชุด

ตามที่จังหวัดปัตตานีได้แจ้งแนวทางการดำเนินโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ได้แจ้งแนวทางการดำเนินโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพิ่มเติม ดังนี้

๑. แนวทางการจ่ายค่าตอบแทนอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

ข้อ ๓.๑ วรรคท้าย เมื่อคำนวณเงินค่าตอบแทนแล้วเสร็จ ให้รายงานเสนอต่อปลัดเทศบาลหรือปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อรับรองเอกสารหลักฐานดังกล่าว เพื่อขอเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น แก่ไขเป็น เมื่อคำนวณเงินค่าตอบแทนแล้ว ให้รายงานเสนอต่อปลัดเทศบาลหรือปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อรับรองเอกสารหลักฐานดังกล่าว และจัดทำเป็นหนังสือส่งให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด เพื่อดำเนินการเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนให้แก่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

ข้อ ๓.๒ การเบิกจ่ายเงินให้แก่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ให้เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล ขอเบิกเงินค่าตอบแทนที่ได้คำนวณไว้ตามข้อ ๔.๑ แก่ไขเป็น การเบิกจ่ายเงินให้แก่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ให้เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลรับรองเอกสารหลักฐานค่าตอบแทนที่ได้คำนวณไว้ ตามข้อ ๓.๑

๒. ให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่งตั้งดำเนินการตามแนวทางการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ที่กำหนด

เพื่อให้การดำเนินโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของจังหวัดปัตตานีเป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการให้เป็นไปตามแนวทางการจ่ายค่าตอบแทนอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น และขอยกเลิกการรายงานตามหนังสือที่อ้างถึง โดยขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดส่งเอกสารหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายค่าตอบแทนให้แก่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดปัตตานีทราบภายในวันที่ ๒๖ ของทุกเดือน จนกว่าจะเสร็จสิ้นโครงการ ประกอบด้วย

๑. แบบบันทึกข้อตกลง จำนวน ๑ ชุด โดยจัดส่งในครั้งแรกของเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๓

๒. แบบการคำนวณเงินค่าตอบแทนของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ที่ปลัดเทศบาลหรือปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลได้ลงนามรับรองแล้ว จำนวน ๑ ชุด

/๓. สำเนาแบบ . . .

๓. สำเนาแบบบันทึกเวลาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น คนละ จำนวน ๑ ชุด
๔. สำเนารายงานผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น คนละ จำนวน ๑ ชุด
จึงเรียนมาเพื่อถือปฏิบัติต่อไป สำหรับอำเภอให้แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่
ถือปฏิบัติด้วย

ขอแสดงความนับถือ

ว่าที่ร้อยตรี

(ดร.กุล ไชยธรรม)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดปัตตานี

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด
กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น
โทร. ๐ ๗๓๓๓ ๖๐๔๔ ต่อ ๑๐๙
โทรสาร. ๐ ๗๓๓๓ ๖๕๘๑

- ☐ ผ.วท.
☐ กง.บด.
☒ กง.สส.
☐ กง.กม.
☐ กง.กก.

สธจ. ชีตมณี
รับที่ 11304
วันที่ - 5 พ.ย. 2563
เวลา 11.27

ด่วนที่สุด

ที่ มท ๐๘๑๙.๒/ว ๓๕๐๓



กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
ถนนนครราชสีมา เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐

๓๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

เรื่อง แนวทางการดำเนินโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพิ่มเติม

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัด ทุกจังหวัด

อ้างถึง หนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๑๙.๒/ว ๓๐๕๗ ลงวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓

สิ่งที่ส่งมาด้วย แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)

จำนวน ๑ ชุด

ตามที่กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น แจ้งจัดสรรงบประมาณและแนวทางการดำเนินโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้จังหวัดดำเนินการและแจ้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รายละเอียดตามหนังสือที่อ้างถึง นั้น

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้รับแจ้งจากสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด แนวทางการฝึกอบรมและการจ่ายค่าตอบแทนอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นตามแนวทางที่กำหนดไว้ว่าไม่มีความคล่องตัวและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เพื่อให้การปฏิบัติงานของจังหวัดเป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงปรับปรุงแนวทางการดำเนินโครงการดังกล่าว เพิ่มเติม ดังนี้

๑. แนวทางการประมาณการค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมโครงการฯ ให้สามารถเบิกจ่ายได้เท่าที่จ่ายจริง และเป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมการจัดงาน และการประชุมระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๕๙ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

๒. แนวทางการจ่ายค่าตอบแทนอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

ข้อ ๓.๑ วรรคท้าย เมื่อคำนวณเงินค่าตอบแทนแล้วเสร็จ ให้รายงานเสนอต่อปลัดเทศบาลหรือปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อรับรองเอกสารหลักฐานดังกล่าว เพื่อขอเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น แก้ไขเป็น เมื่อคำนวณเงินค่าตอบแทนแล้วเสร็จ ให้รายงานเสนอต่อปลัดเทศบาลหรือปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อรับรองเอกสารหลักฐานดังกล่าว และจัดทำเป็นหนังสือส่งให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด เพื่อดำเนินการเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนให้แก่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

ข้อ ๓.๒ การเบิกจ่ายเงินให้แก่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ให้เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล ขอเบิกเงินค่าตอบแทนที่ได้คำนวณไว้ตามข้อ ๔.๑ แก้ไขเป็น การเบิกจ่ายเงินให้แก่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ให้เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลรับรองเอกสารหลักฐานค่าตอบแทนที่ได้คำนวณไว้ ตามข้อ ๓.๑

๓. กรณีผู้เข้ารับการอบรมไม่ผ่านหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุชั้นกลาง จำนวน ๗๐ ชั่วโมง ทำให้ทางราชการได้รับความเสียหาย จึงมีความจำเป็นต้องเรียกเก็บค่าใช้จ่ายแก่ผู้เข้ารับการอบรม ซึ่งทางราชการเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายดังกล่าว โดยถือปฏิบัติ ดังนี้

๓.๑ ผู้เข้ารับการอบรมเข้ารับการฝึกอบรมครบตามระยะเวลาการฝึกอบรมที่จังหวัดกำหนด แต่ไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรดังกล่าว ให้จังหวัดพิจารณาคัดค่าใช้จ่ายแก่ผู้เข้ารับการอบรม จำนวน ๙,๕๐๐ บาท ต่อคน

/๓.๒ ผู้เข้ารับ...

๓.๒ ผู้เข้ารับการอบรมเข้ารับการฝึกอบรมไม่ครบตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ในแผนการฝึกอบรม ในช่วงวันและเวลาใดของจังหวัด ให้จังหวัดพิจารณาคิดค่าใช้จ่ายจากผู้เข้ารับการอบรมฯ ตามสัดส่วนค่าใช้จ่าย ที่จ่ายไปแล้วแก่ผู้เข้ารับการอบรมฯ โดยไม่รวมค่าตอบแทนวิทยากร เพื่อคืนเงินค่าใช้จ่ายดังกล่าวให้แก่จังหวัด

๓.๓ กรณีมีเหตุสุดวิสัยทำให้ผู้เข้ารับการอบรมไม่สามารถเข้ารับการฝึกอบรมตามระยะเวลา ที่กำหนดไว้ในแผนของจังหวัด เช่น ลาคลอบบุตร ป่วยจนไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ หรือประสบอุบัติเหตุ โดยมีหลักฐานมาแสดง ไม่ต้องเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากผู้เข้ารับการอบรม

๓.๔ ผู้เข้ารับการอบรมมีเหตุผลความจำเป็นอื่นที่ไม่สามารถเข้ารับการฝึกอบรมได้ครบ ตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ในแผนการฝึกอบรมของจังหวัด เช่น ลาป่วย ลาสอบ และลากิจส่วนตัว และยินยอม เข้ารับการฝึกอบรมในโครงการฯ (เพิ่มเติม) เพื่อให้ครบตามจำนวนชั่วโมงที่กำหนดไว้ในหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ ชั้นกลาง จำนวน ๗๐ ชั่วโมง ให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดจัดฝึกอบรมให้แก่บุคคลดังกล่าว ทั้งนี้ ให้เบิกค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมแก่บุคคลดังกล่าว โดยให้อยู่ในกรอบค่าใช้จ่ายของผู้เข้ารับการอบรมฯ เฉลี่ย ๙,๕๐๐ บาทต่อคน

๔. เร่งรัดการจัดฝึกอบรมฯ ให้แล้วเสร็จภายในเดือนตุลาคม ๒๕๖๓ เพื่อให้อาสาสมัครบริหาร ท้องถิ่นสามารถปฏิบัติหน้าที่ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๓ - เดือนตุลาคม ๒๕๖๔ (ระยะเวลา ๑๒ เดือน) หากไม่สามารถจัดฝึกอบรมฯ แล้วเสร็จจากที่กำหนดไว้ ให้ขยาย ระยะเวลาการจัดฝึกอบรมให้แล้วเสร็จ ภายในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๓ เพื่อให้อาสาสมัครบริหารท้องถิ่นสามารถ ปฏิบัติหน้าที่ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายในเดือนธันวาคม ๒๕๖๓ - เดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๔ (ระยะเวลา ๑๒ เดือน) ทั้งนี้ ให้รายงานผลการดำเนินการและการเบิกจ่ายเงินตามโครงการฯ ทั้ง ๒ กิจกรรม พร้อมทั้งปัญหา/อุปสรรค และแนวทางการแก้ไข ให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ทุกวันที่ ๓ ของเดือน ตามแบบที่กำหนดในหนังสือที่อ้างถึง

๕. การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ดำเนินการตามแนวทางการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) รายละเอียดสิ่งที่ส่งมาด้วย สามารถดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์ <https://qr.go.page.link/A&mZC> หรือ QR code ท้ายหนังสือนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ



(นายประยูร รัตนเสนีย์)
อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น



กองสาธารณสุขท้องถิ่น

โทรศัพท์ ๐-๒๒๔๑-๗๒๒๕/๐๘-๑๑๗๔-๓๗๓๘

ผู้ประสานงาน นางสาวสุจิตรา ดาวเรือง/

นางสาวสุพรรณนิภา เยื่อใย

คำชี้แจง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการที่ตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ : เลขบัตรประจำตัวประชาชน : วันเดือนปีเกิด : อายุ : ปี	ที่อยู่ : เบอร์โทรศัพท์ :	วินิจฉัย : ADL= TAI= กลุ่มที่ : ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :																																						
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)	ข้อควรระวังในการให้บริการ																																						
ผู้สูงอายุ : ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น	<table><tr><td></td><td>กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้</td></tr><tr><td></td><td>ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</td></tr><tr><td></td><td>ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</td></tr><tr><td></td><td>ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</td></tr><tr><td></td><td>มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ</td></tr><tr><td></td><td>เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</td></tr><tr><td></td><td>ไม่มีภาวะซึมเศร้า</td></tr><tr><td></td><td>ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</td></tr><tr><td></td><td>ไม่เกิดแผลกดทับ</td></tr></table>		กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้		ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง		ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ		ที่อยู่อาศัยเหมาะสม		มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ		เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์		ไม่มีภาวะซึมเศร้า		ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ		ไม่เกิดแผลกดทับ	<table><tr><td></td><td>การกินอาหาร/ล้าล็กอาหาร</td></tr><tr><td></td><td>การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</td></tr><tr><td></td><td>การพลัดตกหกล้ม</td></tr><tr><td></td><td>การทรมานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา</td></tr><tr><td></td><td>/การแพ้ยา</td></tr><tr><td></td><td>การหลงทาง</td></tr><tr><td></td><td>ข้อติด/หรือข้อเท้าตก</td></tr><tr><td></td><td>ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</td></tr><tr><td></td><td>ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</td></tr><tr><td></td><td>อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</td></tr></table>		การกินอาหาร/ล้าล็กอาหาร		การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย		การพลัดตกหกล้ม		การทรมานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา		/การแพ้ยา		การหลงทาง		ข้อติด/หรือข้อเท้าตก		ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ		ผู้สูงอายุถูกทำร้าย		อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
	กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้																																							
	ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง																																							
	ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ																																							
	ที่อยู่อาศัยเหมาะสม																																							
	มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ																																							
	เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์																																							
	ไม่มีภาวะซึมเศร้า																																							
	ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ																																							
	ไม่เกิดแผลกดทับ																																							
	การกินอาหาร/ล้าล็กอาหาร																																							
	การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย																																							
	การพลัดตกหกล้ม																																							
	การทรมานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา																																							
	/การแพ้ยา																																							
	การหลงทาง																																							
	ข้อติด/หรือข้อเท้าตก																																							
	ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ																																							
	ผู้สูงอายุถูกทำร้าย																																							
	อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ																																							
ญาติ : อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลลดเบรียน อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม ชุดทำแผล เตียง ที่นอนลม.....																																								

<p>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต</p> <p>☐ กลืนบัสสาวะไม่ได้</p> <p>☐ กลืนลำบาก</p> <p>☐ ความสามารถในการมองเห็น</p> <p>☐ ความสามารถในการได้ยิน</p> <p>☐ ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</p> <p>☐ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</p> <p>☐ ช่องปากไม่สะอาด</p> <p>☐ ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ</p> <p>☐ มีความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขน ขา</p> <p>☐ มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและเชิงอกปากแห้ง</p> <p>☐ รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา</p> <p>☐ สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</p> <p>☐ ลักษณะที่อยู่อาศัย</p> <p>☐ ไม่สามารถทานอาหารเองได้</p> <p>☐ ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</p> <p>☐ ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง</p>	<p>เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน</p> <p>☐ ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน</p> <p>ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน</p> <p>☐ พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน</p> <p>☐ แผลหาย ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน</p> <p>☐ ไม่มีแผลกดทับ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน</p> <p>☐ ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน.....ว/ส/ด</p> <p>☐ การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน</p> <p>☐ การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน</p> <p>☐ ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบทางเดินหายใจ ภายใน.....ว/ส/ด</p> <p>☐ อาการหลงลืมดีขึ้นภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน</p> <p>☐ ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน</p> <p>☐ ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดิมได้ด้วยตนเอง</p> <p>☐ อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ช่วยตัวเองได้</p> <p>ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน</p> <p>☐ ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่</p> <p>ภายใน.....วัน/สัปดาห์/เดือน</p> <p>☐</p> <p>☐</p> <p>☐</p> <p>☐</p>	<p>บริการนอกเหนือรายการสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal)</p> <p>* อุปกรณ์ทางการแพทย์</p> <table border="1"> <tr> <td>☐</td> <td>Syring</td> <td>☐</td> <td>เตียง</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>Urine bag</td> <td>☐</td> <td>ที่นอนลม</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>สาย NG tube</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>สาย Foley's cath</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>เครื่องผลิตออกซิเจน</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>เครื่องพ่นยา</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>อุปกรณ์ทำแผล</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>เครื่องดูดเสมหะ</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>* กายอุปกรณ์</p> <table border="1"> <tr> <td>☐</td> <td>กระดานบริหารข้อเข่า</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>กระดานล้อเลื่อน</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ดัมเบลยกน้ำหนัก</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>รถเข็นนั่ง</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ไม้ค้ำยัน</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ไม้เท้าช่วยพยุง</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ไม้ฝึกกำลังแขน</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ไม้ยืนเอง</td> <td>☐</td> <td>เตียงฝึกยืน</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>รถเข็นล้อหนว</td> <td>☐</td> <td>เครื่องช่วยฟัง</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>ราวฝึกยืนและเดิน</td> <td>☐</td> <td>แว่นสายตา</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>.....</td> <td>☐</td> <td>.....</td> </tr> </table>	☐	Syring	☐	เตียง	☐	Urine bag	☐	ที่นอนลม	☐	สาย NG tube	☐		☐	สาย Foley's cath	☐		☐	เครื่องผลิตออกซิเจน			☐	เครื่องพ่นยา			☐	อุปกรณ์ทำแผล			☐	เครื่องดูดเสมหะ			☐	กระดานบริหารข้อเข่า			☐	กระดานล้อเลื่อน			☐	ดัมเบลยกน้ำหนัก			☐	ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก			☐	รถเข็นนั่ง			☐	ไม้ค้ำยัน			☐	ไม้เท้าช่วยพยุง			☐	ไม้ฝึกกำลังแขน			☐	ไม้ยืนเอง	☐	เตียงฝึกยืน	☐	รถเข็นล้อหนว	☐	เครื่องช่วยฟัง	☐	ราวฝึกยืนและเดิน	☐	แว่นสายตา	☐		☐	
☐	Syring	☐	เตียง																																																																															
☐	Urine bag	☐	ที่นอนลม																																																																															
☐	สาย NG tube	☐																																																																																
☐	สาย Foley's cath	☐																																																																																
☐	เครื่องผลิตออกซิเจน																																																																																	
☐	เครื่องพ่นยา																																																																																	
☐	อุปกรณ์ทำแผล																																																																																	
☐	เครื่องดูดเสมหะ																																																																																	
☐	กระดานบริหารข้อเข่า																																																																																	
☐	กระดานล้อเลื่อน																																																																																	
☐	ดัมเบลยกน้ำหนัก																																																																																	
☐	ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก																																																																																	
☐	รถเข็นนั่ง																																																																																	
☐	ไม้ค้ำยัน																																																																																	
☐	ไม้เท้าช่วยพยุง																																																																																	
☐	ไม้ฝึกกำลังแขน																																																																																	
☐	ไม้ยืนเอง	☐	เตียงฝึกยืน																																																																															
☐	รถเข็นล้อหนว	☐	เครื่องช่วยฟัง																																																																															
☐	ราวฝึกยืนและเดิน	☐	แว่นสายตา																																																																															
☐		☐																																																																																
<p>บริการอื่นๆ</p> <p>☐ ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวันด้านจิตใจ/ด้านการเงิน</p> <p>☐ พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนเช่นชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอบรมผู้สูงอายุ</p> <p>☐ รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเลื่อกระหว่าง สธ./อปท./อื่นๆ)</p> <p>☐ ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดลอมที่เหมาะสม</p> <p>☐ ได้รับการส่งเสริมอาชีพ</p> <p>☐ ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน</p>																																																																																		

กิจกรรมการดูแล	ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
		ความถี่ของกิจกรรมการดูแล
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)		เลข 1 = ทุก 2 ชม.
การล้างหน้า / แปรฟัน		เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง
การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์		เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง
การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ		เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด		เลข 6 = วันเว้นวัน
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง
การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน		เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง
การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		เลข 9 = เดือนละ 1 ครั้ง
การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก		เลข 10 = เดือนละ 2 ครั้ง
การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)		เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม		เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง
การนัดสอนคนลายกล้ำเนื้อและกระดูกมะเร็ง		เลข 13 = ทำครั้งเดียว
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ		เลข 14 = อื่นๆ.....
การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ		
การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		
การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันเฝือก		
การทำแผลกดทับ		
การจัดจัดการความเจ็บปวด / การให้ยาบรรเทาปวด		
การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์		

กิจกรรมการดูแล		ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)
การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด		
สุนัขบำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม		
การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข		
การบริการเปิด-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทำแผล.....		
การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ		
การสร้างเครื่องช่วยการดูแลผู้สูงอายุ		
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ		
การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล		
การจัดการอาการการรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย		
การส่งเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ		
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต		
ตื่นนอน		<p>ผู้จัดทำ : (.....)</p> <p>เลขาคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) (ใส่ชื่อเทศบาล/อบต.)</p> <p>ผู้รับผิดชอบ : (.....)</p> <p>อาสาสมัครบริการท้องถิ่น (ใส่ชื่อ เทศบาล / อบต.)</p>
ล้างหน้า		
ดูแลเตรียมอาหาร ป้อนให้อาหารทางสายยางเข้าเทียมและเย็นโดยญาติ		
ดูแลเตรียมอาหาร ป้อนให้อาหารทางสายยางเข้าเทียมและเย็น โดย		
อาสาสมัครบริการท้องถิ่น		
ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ		
ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยอาสาสมัครบริการท้องถิ่น		
การทำกายภาพบำบัดโดยญาติ		
การทำกายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริการท้องถิ่น		
การออกกำลังกาย		

	การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้</p> <p>1) ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่.....</p> <p>2) ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่.....</p>
	การสวดมนต์	
	การนอนหลับ	
		

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรรมการมอมนัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของ
 อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

-ตัวอย่าง-

การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Plan) โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

ข้อมูลผู้สูงอายุ : ชื่อ-สกุล..... อายุ..... ปี
 ที่อยู่ปัจจุบัน ADL =
 ข้อมูลอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น : ชื่อ-สกุล..... สัญชาติหน่วยงาน.....
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
 หมายเลขโทรศัพท์.....
 หมายเลขโทรศัพท์.....

หมวด	กิจกรรม	เวลา	ความถี่
1. การดูแลกิจวัตรประจำวัน	○ การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกายกับการแต่งตัว	○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 08.00 - 09.00 น. ○ 09.00 - 10.00 น. ○ 10.00 - 11.00 น. ○ 11.00 - 12.00 น. ○ 12.00 - 13.00 น. ○ 13.00 - 14.00 น. ○ 14.00 - 15.00 น. ○ 15.00 - 16.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	○ การช่วยเหลือเคลื่อนไหว ย้าย หรือการพลิกตะแคงตัว	○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 08.00 - 09.00 น. ○ 09.00 - 10.00 น. ○ 10.00 - 11.00 น. ○ 11.00 - 12.00 น. ○ 12.00 - 13.00 น. ○ 13.00 - 14.00 น. ○ 14.00 - 15.00 น. ○ 15.00 - 16.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	○ การช่วยเหลือรับประทานอาหาร	○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 08.00 - 09.00 น. ○ 09.00 - 10.00 น. ○ 10.00 - 11.00 น. ○ 11.00 - 12.00 น. ○ 12.00 - 13.00 น. ○ 13.00 - 14.00 น. ○ 14.00 - 15.00 น. ○ 15.00 - 16.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	○ การช่วยเหลือการขับถ่าย	○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 08.00 - 09.00 น. ○ 09.00 - 10.00 น. ○ 10.00 - 11.00 น. ○ 11.00 - 12.00 น. ○ 12.00 - 13.00 น. ○ 13.00 - 14.00 น. ○ 14.00 - 15.00 น. ○ 15.00 - 16.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	○ อื่นๆ ระบุ.....	○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 08.00 - 09.00 น. ○ 09.00 - 10.00 น. ○ 10.00 - 11.00 น. ○ 11.00 - 12.00 น. ○ 12.00 - 13.00 น. ○ 13.00 - 14.00 น. ○ 14.00 - 15.00 น. ○ 15.00 - 16.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
2. การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน	○ การพยาบาลขั้นพื้นฐาน	○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 08.00 - 09.00 น. ○ 09.00 - 10.00 น. ○ 10.00 - 11.00 น. ○ 11.00 - 12.00 น. ○ 12.00 - 13.00 น. ○ 13.00 - 14.00 น. ○ 14.00 - 15.00 น. ○ 15.00 - 16.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์

หมวด	กิจกรรม	เวลา			ความถี่
	☐ การฟื้นฟูสมรรถภาพเบื้องต้น และการออกกำลังกาย/กายภาพเบื้องต้น	☐ ก่อนเวลา 08.00 น. ☐ 11.00 – 12.00 น. ☐ 15.00 – 16.00 น.	☐ 08.00 – 09.00 น. ☐ 12.00 – 13.00 น. ☐ หลังเวลา 16.00 น.	☐ 09.00 – 10.00 น. ☐ 13.00 – 14.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	☐ การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน	☐ ก่อนเวลา 08.00 น. ☐ 11.00 – 12.00 น. ☐ 15.00 – 16.00 น.	☐ 08.00 – 09.00 น. ☐ 12.00 – 13.00 น. ☐ หลังเวลา 16.00 น.	☐ 09.00 – 10.00 น. ☐ 13.00 – 14.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	☐ การทำแผลเบื้องต้น	☐ ก่อนเวลา 08.00 น. ☐ 11.00 – 12.00 น. ☐ 15.00 – 16.00 น.	☐ 08.00 – 09.00 น. ☐ 12.00 – 13.00 น. ☐ หลังเวลา 16.00 น.	☐ 09.00 – 10.00 น. ☐ 13.00 – 14.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	☐ การประเมินสัญญาณชีพ	☐ ก่อนเวลา 08.00 น. ☐ 11.00 – 12.00 น. ☐ 15.00 – 16.00 น.	☐ 08.00 – 09.00 น. ☐ 12.00 – 13.00 น. ☐ หลังเวลา 16.00 น.	☐ 09.00 – 10.00 น. ☐ 13.00 – 14.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	☐ ดูแลเรื่องยาเบื้องต้น	☐ ก่อนเวลา 08.00 น. ☐ 11.00 – 12.00 น. ☐ 15.00 – 16.00 น.	☐ 08.00 – 09.00 น. ☐ 12.00 – 13.00 น. ☐ หลังเวลา 16.00 น.	☐ 09.00 – 10.00 น. ☐ 13.00 – 14.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	☐ การประเมินภาวะซึมเศร้า	☐ ก่อนเวลา 08.00 น. ☐ 11.00 – 12.00 น. ☐ 15.00 – 16.00 น.	☐ 08.00 – 09.00 น. ☐ 12.00 – 13.00 น. ☐ หลังเวลา 16.00 น.	☐ 09.00 – 10.00 น. ☐ 13.00 – 14.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	☐ การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม	☐ ก่อนเวลา 08.00 น. ☐ 11.00 – 12.00 น. ☐ 15.00 – 16.00 น.	☐ 08.00 – 09.00 น. ☐ 12.00 – 13.00 น. ☐ หลังเวลา 16.00 น.	☐ 09.00 – 10.00 น. ☐ 13.00 – 14.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	☐ การดูแลสายสวนต่างๆ เบื้องต้น	☐ ก่อนเวลา 08.00 น. ☐ 11.00 – 12.00 น. ☐ 15.00 – 16.00 น.	☐ 08.00 – 09.00 น. ☐ 12.00 – 13.00 น. ☐ หลังเวลา 16.00 น.	☐ 09.00 – 10.00 น. ☐ 13.00 – 14.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	☐ อื่นๆ ระบุ.....	☐ ก่อนเวลา 08.00 น. ☐ 11.00 – 12.00 น. ☐ 15.00 – 16.00 น.	☐ 08.00 – 09.00 น. ☐ 12.00 – 13.00 น. ☐ หลังเวลา 16.00 น.	☐ 09.00 – 10.00 น. ☐ 13.00 – 14.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	☐ การทำความสะอาดบ้าน	☐ ก่อนเวลา 08.00 น. ☐ 11.00 – 12.00 น. ☐ 15.00 – 16.00 น.	☐ 08.00 – 09.00 น. ☐ 12.00 – 13.00 น. ☐ หลังเวลา 16.00 น.	☐ 09.00 – 10.00 น. ☐ 13.00 – 14.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	☐ ดูแลสถานที่ให้พื้นที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก	☐ ก่อนเวลา 08.00 น. ☐ 11.00 – 12.00 น. ☐ 15.00 – 16.00 น.	☐ 08.00 – 09.00 น. ☐ 12.00 – 13.00 น. ☐ หลังเวลา 16.00 น.	☐ 09.00 – 10.00 น. ☐ 13.00 – 14.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	☐ จัดมุมพักผ่อนสำหรับผู้สูงอายุในบริเวณบ้าน	☐ ก่อนเวลา 08.00 น. ☐ 11.00 – 12.00 น. ☐ 15.00 – 16.00 น.	☐ 08.00 – 09.00 น. ☐ 12.00 – 13.00 น. ☐ หลังเวลา 16.00 น.	☐ 09.00 – 10.00 น. ☐ 13.00 – 14.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
3. การดูแลสิ่งแวดล้อมและการ ปฏิบัติงาน					

3. การดูแลสิ่งแวดล้อมและการ
ประสานงาน

หมวด	กิจกรรม	เวลา	ความถี่
	☐ ให้ความรู้ด้านสุขภาพเบื้องต้นกับครอบครัว ☐ การพาไปพบแพทย์ ☐ ประสานความร่วมมือช่วยเหลือและการส่งต่อหน่วยงานต่างๆ ☐ อื่นๆ ระบุ.....	☐ ก่อนเวลา 08.00 น. ☐ 08.00 – 09.00 น. ☐ 09.00 – 10.00 น. ☐ 10.00 – 11.00 น. ☐ 11.00 – 12.00 น. ☐ 12.00 – 13.00 น. ☐ 13.00 – 14.00 น. ☐ 14.00 – 15.00 น. ☐ 15.00 – 16.00 น. ☐ หลังเวลา 16.00 น. ☐ ก่อนเวลา 08.00 น. ☐ 08.00 – 09.00 น. ☐ 09.00 – 10.00 น. ☐ 10.00 – 11.00 น. ☐ 11.00 – 12.00 น. ☐ 12.00 – 13.00 น. ☐ 13.00 – 14.00 น. ☐ 14.00 – 15.00 น. ☐ 15.00 – 16.00 น. ☐ หลังเวลา 16.00 น. ☐ ก่อนเวลา 08.00 น. ☐ 08.00 – 09.00 น. ☐ 09.00 – 10.00 น. ☐ 10.00 – 11.00 น. ☐ 11.00 – 12.00 น. ☐ 12.00 – 13.00 น. ☐ 13.00 – 14.00 น. ☐ 14.00 – 15.00 น. ☐ 15.00 – 16.00 น. ☐ หลังเวลา 16.00 น. ☐ ก่อนเวลา 08.00 น. ☐ 08.00 – 09.00 น. ☐ 09.00 – 10.00 น. ☐ 10.00 – 11.00 น. ☐ 11.00 – 12.00 น. ☐ 12.00 – 13.00 น. ☐ 13.00 – 14.00 น. ☐ 14.00 – 15.00 น. ☐ 15.00 – 16.00 น. ☐ หลังเวลา 16.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์ จำนวน.....วัน/สัปดาห์ จำนวน.....วัน/สัปดาห์ จำนวน.....วัน/สัปดาห์

หมายเหตุ การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำเป็นต้องได้รับการบริการจากบุคลากรในหลากหลายภาคส่วน เช่น นักกายภาพบำบัด พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข Caregiver อาสาสมัครจิตอาสา เป็นต้น ดังนั้น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจำเป็นต้องประสานความร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขหรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การจัดทำแผนการดูแล (Care Plan) และการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นมาตรฐานและเป็นไปทิศทางเดียวกัน



บันทึกข้อตกลงการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

เลขที่...../.....

บันทึกข้อตกลงฉบับนี้ทำขึ้น ณ ที่ทำการสำนักงาน.....
เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. ๒๕๖๓ ระหว่าง นาย/นาง/นางสาว.....
ตำแหน่ง.....(นายกเทศมนตรี/นายกองค์การบริหารส่วนตำบล.....(๑).....
ที่อยู่สำนักงาน.....(อบต./เทศบาล)..... เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....ซึ่งต่อไปในบันทึก
ข้อตกลงนี้ เรียกว่า “ผู้ให้ข้อตกลง” ฝ่ายหนึ่ง กับ นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี เลขประจำตัว
ประชาชน ออกบัตรวันที่..... บัตรหมดอายุวันที่.....
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....ปรากฏตามสำเนาเอกสารแนบท้ายข้อตกลงนี้
ซึ่งต่อไปในบันทึกข้อตกลงนี้ เรียกว่า “ผู้รับข้อตกลง” อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงกันดังต่อไปนี้

ข้อ ๑. “ผู้รับข้อตกลง” จะต้องปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นให้กับ.....(อบต./
เทศบาล).....เมื่อผ่านการฝึกอบรมโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ตั้งแต่วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ถึง วันที่.....เดือน..... พ.ศ.
เป็นระยะเวลา ๑๒ เดือน ตามขอบเขตและเงื่อนไขในการทำหน้าที่ของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น โดยอาสาสมัครบริบาล
ท้องถิ่นมีหน้าที่ช่วย.....(อบต./เทศบาล).....ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้การกำกับ
ดูแลของบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งได้รับมอบหมายจาก.....(อบต./เทศบาล).....
เพื่อให้บริการการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) รายละเอียดตาม ผนวก ก

ข้อ ๒ “ผู้ให้ข้อตกลง” ตกลงจ่ายเงินค่าตอบแทน เพื่อเป็นค่าป่วยการชดเชยการงานหรือเวลา
ที่เสียไป ให้แก่ “ผู้รับข้อตกลง” โดยผู้ให้ข้อตกลงจะจ่ายเงินค่าตอบแทนให้แก่ผู้รับข้อตกลง เมื่อได้ปฏิบัติงานในหน้าที่
เสร็จเรียบร้อยถูกต้องและครบถ้วน ตามรายละเอียดการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๔ คน
เว้นแต่กรณีในพื้นที่ที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่ถึง ๔ คน ให้ดูแลเท่ากับจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีอยู่จริง
และเป็นไปตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ที่กำหนดไว้ในเอกสารแนบท้ายข้อตกลงนี้ และคณะกรรมการจัดทำ
แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) กำกับและควบคุมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ที่ อบต./
เทศบาล แต่งตั้ง แล้วแต่กรณี ได้ตรวจรับรองผลการปฏิบัติหน้าที่ของผู้รับข้อตกลงที่ส่งมอบผลงานในแต่ละงวด
ไว้เรียบร้อยแล้ว ซึ่งผู้ให้ข้อตกลงจะจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้รับข้อตกลงเป็นรายเดือน ในอัตราเดือนละ ๕,๐๐๐ บาท
(ห้าพันบาทถ้วน) ของทุกเดือน กรณีที่ผู้รับข้อตกลงมาปฏิบัติหน้าที่น้อยกว่า ๒๐ วันต่อเดือน ให้มีสิทธิได้รับเงิน
ค่าตอบแทนตามสัดส่วนจำนวนวันที่มาปฏิบัติหน้าที่จริงในเดือนนั้น ๆ โดยคิดจากอัตราค่าตอบแทน จำนวน ๕,๐๐๐ บาท
หารด้วยจำนวนวัน ๒๐ วัน คิดเป็นวันละ ๒๕๐ บาท ดังนั้น หากผู้รับข้อตกลงไม่มาปฏิบัติหน้าที่ ขาดงาน

หมายเหตุ (๑) กรณีที่ผู้ลงนามมิใช่ผู้ดำรงตำแหน่งนายกเทศมนตรีหรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ให้ระบุให้ชัดเจนว่า
ดำรงตำแหน่งใด ลงนามแทนในฐานะใด เป็นนายกเทศมนตรี/รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล
รักษาราชการแทนหรือปฏิบัติราชการแทนนายก.....หรือปลัดเทศบาล/ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล
รักษาราชการแทนหรือปฏิบัติราชการแทนหรือปฏิบัติหน้าที่นายก.....

จะคิดตามสัดส่วนจำนวนวันที่ปฏิบัติหน้าที่ในเดือนนั้น ๆ และหากปฏิบัติหน้าที่ไม่ครบ ๘ ชั่วโมง แต่ไม่น้อยกว่า ๔ ชั่วโมง ให้นับเป็นครึ่งวัน โดยให้หักเงินค่าตอบแทน จำนวนวันละ ๑๒๕ บาท โดยแบ่งจ่ายให้เป็นรายเดือน จำนวน ๑๒ เดือน ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

การจ่ายเงินตามเงื่อนไขแห่งข้อตกลงนี้ จะโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้รับข้อตกลง ชื่อ ธนาคาร..... ชื่อบัญชี..... ประเภทบัญชี..... เลขที่บัญชี..... ทั้งนี้ ผู้รับข้อตกลงเป็นผู้รับภาระเงินค่าธรรมเนียมหรือค่าบริการอื่นใดเกี่ยวกับการโอนที่ธนาคารเรียกเก็บและยินยอมให้มีการหักเงินดังกล่าวจากจำนวนเงินโอนนั้น

ข้อ ๓ ผู้รับข้อตกลงต้องมาปฏิบัติงานตามข้อตกลงด้วยตนเอง โดยต้องลงลายมือชื่อเวลาที่มารับงานตามข้อตกลงในแต่ละวัน และเวลากลับ เมื่อทำงานในวันนั้น ๆ เสร็จสิ้นด้วยตนเองทุกครั้ง ณ สถานที่ที่ปฏิบัติงาน ในกรณีที่ผู้รับข้อตกลงไม่สามารถมาปฏิบัติหน้าที่ได้ด้วยตนเองได้ในวันใด ผู้รับข้อตกลงจะจัดให้มีบุคคลอื่นมาทำงานแทนในวันนั้น ๆ ไม่ได้ เนื่องจากงานของผู้ให้ข้อตกลงเป็นงานที่ต้องใช้ความรู้ ความสามารถ เป็นการเฉพาะตัวและต้องไม่เอางานทั้งหมดหรือส่วนหนึ่งส่วนใดแห่งข้อตกลงนี้ไปจ้างช่วงอีกต่อหนึ่ง

ข้อ ๔ คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Clare Plan) กำกับและควบคุมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น หรือผู้รับบริการของผู้ให้ข้อตกลงมีสิทธิ์ตรวจสอบ ประเมินผลการปฏิบัติหน้าที่กำกับ และควบคุมการปฏิบัติงานเพื่อให้เป็นไปตามข้อตกลง และมีอำนาจที่จะสั่งแก้ไข เปลี่ยนแปลง เพิ่มเติม หรือตัดทอนงานตามข้อตกลงนี้ รวมทั้ง การกำหนดให้ผู้รับข้อตกลงไปทำงานในสถานที่ที่กำหนดหรือสถานที่อื่นใด นอกจากที่กำหนดไว้ในแผนว ก. ก็ได้

ข้อ ๕ หากผู้รับข้อตกลงไม่ปฏิบัติหน้าที่ตามข้อตกลงหรือปฏิบัติหน้าที่ไม่ครบตามระยะเวลาที่กำหนด ๑๒ เดือน ให้ผู้รับข้อตกลงชดใช้ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการฝึกอบรม ซึ่งทางราชการเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายให้จำนวนเงิน ๙,๕๐๐ บาท (เก้าพันห้าร้อยบาทถ้วน) โดยให้ปรับตามสัดส่วนจำนวนวันที่ไม่ไปปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เดือนละ ๗๙๒ บาท (๒๐ วัน) ให้แก่เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลแล้วแต่กรณี เพื่อส่งคืนสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด.....ที่เป็นผู้ดำเนินการจัดฝึกอบรม เว้นแต่มีเหตุผลความจำเป็นที่ไม่ปฏิบัติหน้าที่ตามข้อนี้ได้ เช่น เสียชีวิตระหว่างการปฏิบัติหน้าที่

ข้อ ๖ หากผู้รับข้อตกลงปฏิบัติผิดข้อตกลงข้อหนึ่งข้อใด หรือผู้รับข้อตกลงไม่อยู่ในฐานะที่จะปฏิบัติตามข้อตกลงต่อไปได้ ผู้ให้ข้อตกลงมีสิทธิ์บอกยกเลิกข้อตกลงนี้ได้ทันที

ข้อ ๗ ตามบันทึกข้อตกลงนี้ไม่ทำให้ผู้รับข้อตกลงมีฐานะเป็นเจ้าหน้าที่ของเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล หรือมีความสัมพันธ์ในฐานะเป็นลูกจ้างตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน กฎหมายว่าด้วยแรงงานสัมพันธ์ และกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม

บันทึกข้อตกลงนี้ ทำขึ้นเป็นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน ทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความ โดยละเอียดตรงกันแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อ พร้อมทั้งประทับตรา (ถ้ามี) ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน และทั้งสองฝ่ายต่างยึดถือไว้ฝ่ายละหนึ่งฉบับ

ลงชื่อ	ผู้ให้ข้อตกลง	ลงชื่อ	ผู้รับข้อตกลง
(.....)		(.....)	
นายกหรือปลัด (เทศบาล/อบต.).....			

ลงชื่อ	พยาน	ลงชื่อ	พยาน
(.....)		(.....)	

แบบคำนวณเงินค่าตอบแทนของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล

ประจำเดือน พ.ศ. ๒๕๖๓

ชื่อ - สกุล (อสม.)

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	ระยะเวลาการดูแล (เวลา- น.)	จำนวนการปฏิบัติงาน (ชั่วโมง/นาที)

รวมเวลาการปฏิบัติงานวัน คิดเป็นเงินบาท (.....ตัวอักษร.....)

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง ปลัดเทศบาล/อบต.

- หมายเหตุ: ๑. ให้บันทึกกิจกรรมปฏิบัติงานตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) เป็นระยะเวลา ๒๐ วัน หรือตามระยะเวลาที่ปฏิบัติงานจริงในแต่ละเดือน
๒. จัดส่งให้ สดจ. ปัตตานี ภายในวันที่ ๒๖ ของทุกเดือน

-ตัวอย่าง-

บัญชีลงเวลาการปฏิบัติงานโครงการอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
(การจ่ายเงินค่าตอบแทนอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นของเทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล)

ชื่อ อปท.อำเภอ.....จังหวัดปัตตานี

ณ(สถานที่ปฏิบัติงาน).....วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ๒๕๖๓

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ลายมือชื่อ	เวลามา	ลายมือชื่อ	เวลากลับ	หมายเหตุ

ลงชื่อ.....บุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพ

(.....)

ตำแหน่ง

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง ปลัด อปท.....

-ตัวอย่าง-

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น
 เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดปัตตานี
 ประจำเดือน.....พ.ศ.
 ชื่อ - สกุล ...(อาสาสมัครบริหารท้องถิ่น).....
 ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชนตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดปัตตานี

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรมการปฏิบัติงาน	หน่วยนับ (คน)	ระยะเวลา การดูแล	หมายเหตุ
วันที่ ๒ พ.ย. ๖๓	๑. การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้น			
	๒. การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทาน อาหาร			
	๓. การทำแผลเบื้องต้น			
	๔. การแต่งตัว			
	๕. การดูแลเรื่องยา			
	ฯลฯ			
วันที่ ๒๐ พ.ย. ๖๓	๑. การดูเรื่องยา			
	๒. ประสานส่งต่อไปยังโรงพยาบาล			
	๓. การทำกายภาพบำบัด			
	ฯลฯ			

ลงชื่อ
 (.....)
 อาสาสมัครบริหารท้องถิ่น

ลงชื่อ
 (.....)
 เจ้าหน้าที่ อบท.

ลงชื่อ
 (.....)
 ปลัด อบท.

หมายเหตุ ๑. รายงานตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) เป็นระยะเวลา ๒๐ วัน หรือตาม
 ระยะเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่จริงในแต่ละเดือน
 ๒. ให้เทศบาล/ อบต. รวบรวมแบบรายงานผลการปฏิบัติงานของ อสบ. ทั้ง ๒ คน ส่งให้
 สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดปัตตานี ภายในวันที่ ๒๖ ของทุกเดือน
 (เดือน พฤศจิกายน ๒๕๖๓ - เดือน ตุลาคม ๒๕๖๔)