114年度高雄市失智照護服務計畫

—失智社區服務據點申請書

設置\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_區(範本)

申請單位：

負責人：

聯絡人：

聯絡人電話：

申請日期： 113 年 月 日

**目錄**

[壹、綜合資料 3](#_Toc180747826)

[貳、計畫摘述 4](#_Toc180747827)

[參、申請單位介紹（如：團隊組織架構、人員與相關服務經驗等）.. 4](#_Toc180747828)

[肆、具體服務內容 6](#_Toc180747829)

[伍、服務地點 9](#_Toc180747830)

[陸、場地設置規劃 11](#_Toc180747831)

[柒、緊急事件處理流程（傷害處理、火災、地震） 14](#_Toc180747832)

[捌、制定防災與防疫機制： 16](#_Toc180747833)

[玖、經費概算表（俟核定通過後依核定計畫期程調整）……………18](#_Toc180747834)

1. **綜合資料**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請單位名稱 | （請填寫完整立案名稱） | | | | | | | |
| 單位屬性 | □醫事機構　　□長照服務機構  □社福機構（團體）□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| 單位負責人 |  | | 職稱 |  | | 電話 |  | |
| 計畫聯絡人 |  | | 職稱 |  | | 電話 |  | |
| 聯絡信箱 |  | | | | | | | |
| 聯絡地址 | （請填寫收發公文地址） | | | | | | | |
| 執行期限 | 自114年1月1日至114年12月31日止 | | | | | | | |
| 服務據點 | 失智社區服務據點 □延續型 □新增型 | | | | | | | |
| 據點名稱 |  | | | | | | |
| 據點地址 |  | | | | | | |
| 服務人數 | （請填寫核定人數） | | | | | | |
| 服務日期 | □星期一　 □全日、□僅上午、□僅下午  □星期二 　□全日、□僅上午、□僅下午  □星期三 　□全日、□僅上午、□僅下午  □星期四 　□全日、□僅上午、□僅下午  □星期五 　□全日、□僅上午、□僅下午  □星期六 　□全日、□僅上午、□僅下午  每一據點應有固定服務時間，每週至少服務五時段；服務時間未滿一年者，補助費用依地方政府核定之服務提供月數按比例計算。 | | | | | | |
| 服務時間 | □上午＿＿＿＿＿□下午 ＿＿＿＿＿ | | | | | | |
| 預防及延緩失能  模組方案 | 共＿＿期 | | | 星期 | | | 每周＿＿ |
| 時間 | | | ＿:\_\_至＿:\_\_ |
| 經費 | 預防及延緩失能  經費小計 |  | | | 單位/機關大印 | | | |
| 失智照護服務計畫經費小計 |  | | |
| 申請補助  經費合計 |  | | |

1. **計畫摘述**

（請敘述）

1. **申請單位介紹**（如：團隊組織架構、人員與相關服務經驗等）
2. 團隊健全性及組織運作能力
   1. 組組織人力配置及運作情形(留任策略)
   2. 組組織財務狀況及管理情形
3. 人力資源及管理運用情形

◎人力配置（請填寫申請單位及據點之人力配置）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 現有人力 | 預計招募或聘請 | 小計 | 業務執掌內容 |
| 行政人員 |  |  |  |  |
| 醫事人員 |  |  |  |  |
| 社工人員 |  |  |  |  |
| 照顧服務員 |  |  |  |  |
| 志工 |  |  |  |  |
| 其他 |  |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |  |

備註：1.尚未接受志工基礎及特殊訓練且領取紀錄冊者，請配合社會局規劃辦理志工訓練。

◎據點工作人員名冊 (皆需於到職6個月內完成失智症20小訓練課程）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序 | 姓名 | 聘任 職稱 | 人力 | 檢附資格文件 | 備註 |
| 1 |  |  | □主要人力 □支援人力 | □專科以上學校醫事人員相關科、系、所畢業或公共衛生、醫務管理、社會工作、老人照顧或長期照顧相關科、系、所、學位學程畢業。  □具社會工作師應考資格。  □高中（職）護理或老人照顧相關科系畢業者。  □領有照顧服務員訓練結業證明書，或照顧服務員職類技術士證。  □衛福部預防及延緩失能照護服務方案之師資、指導員或協助員：須具帶領照護方案 3 期以上經驗。  □109年12月底任職於核定之失智服務據點，辦理失智服務據點服務項目之人員，不受上開資格之限制。 | 例：已取得失智症照顧服務20小訓練課程上課證明。 |
| 疫苗接種情形□第一劑，□第二劑，□第三劑，□第四劑 | | | | |
| 2 |  |  | □主要人力 □支援人力 |  |  |
| 疫苗接種情形□第一劑，□第二劑，□第三劑，□第四劑 | | | | |
| 3 |  |  | □主要人力 □支援人力 |  |  |
| 疫苗接種情形□第一劑，□第二劑，□第三劑，□第四劑 | | | | |
|  | | | | | |
| 註：請檢附資格證明文件、失智症照顧服務20小時訓練課程證書。 | | | | | |
|  | | | | | |

|  |
| --- |
|  |

1. 過去服務績效：辦理長期照顧服務之相關經驗與執行成果

（說明已接受或曾接受市府補助或委託之長照相關服務，或辦理老人照顧相關經驗、評鑑…等）

1. 組織專業性

（含現行服務項目、服務量及執行情形）

1. 在地資源了解與連結情形

（與里辦公處、社區發展協會及有關機關（構）、團體、學校協調配合情形）

六、資源轉介機制

1. **具體服務內容**
2. 服務對象：
3. 課程活動表：**（請依實際預計時間或實際營運情形自行修正）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 時間/星期 | 週一 | 週二 | 週三 | 週四 | 週五 | 週六 | 週日 |
| 08:30  至09:00 | 報到:量血壓、體溫、簽名 | | | | | | |
| 09:00  至09:30 | 做運動:健康操/ 運動操 / 太極/ | | | | | | |
| 09:30  至12:00 | A.  B. | A.  B. | A.  B. | A.  B. | A.  B. | A.  B. | A.  B. |
| 12:00  至12:10 | 餐前準備 （洗手準備用餐、午間新聞） | | | | | | |
| 12:10  至13:00 | 午餐 | | | | | | |
| 13:00  至16:00 | A. | A. | A. | A. | A. | A. | A. |
| 16:10- | 準備回家 | | | | | | |

備註：每一個時段課程活動時間為3小時、請將預防及延緩失能及非藥物治療課程一併排入。

1. 服務規劃
2. 認知促進、緩和失智：

（請敘明規劃內容）

1. 安全看視：

（請敘明規劃內容）

1. 照顧者支持團體（輔導諮商）及照顧者照顧課程：

（請敘明規劃內容）

1. 預防及延緩失能服務：建立服務管理與品質監控機制
   1. 開班管理

（1）開班地點：(本失智據點)

（2）招收對象：(以本據點失智長者為主）

（3）招收人數：≧10人（偏鄉≧5人）

（4）方案說明：(以據點服務的長者類型選擇合適方案)

衛生福利部預防及延緩失能服務可使用方案一覽表請至下列網址 https://ccare.sfaa.gov.tw/admin/login查詢。

|  |  |
| --- | --- |
| 第一期 | |
| 方案編號 |  |
| 方案名稱 |  |
| 方案類型 |  |
| 開班日期 | 114年 月 日至114年 月 日星期( ) |
| 開班時間 | □上午□下午，　　點　　分至　　點　　分 |

* 1. 服務管理與品質監控機制（請依各方案類型規劃，範例如下）

1. 服務流程設計
2. 課程品質管理
3. 課程師資安排（師資須取得方案研發單位同意）

（請敘述）

1. 緊急應變機制

（請敘述）

1. 前後測評估及滿意度衡量

（請敘述）

1. 對方案及指導員服務品質回饋機制

（請敘述）

1. 預期績效指標

| 關鍵績效指標 | | 評估標準 | 目標值 |
| --- | --- | --- | --- |
| 失智據點服務 | 失智個案數 | 114年服務人數 | 至少6人註 |
| BPSD失智個案數 | BPSD失智個案數 | 至少1人 |
| 預防及延緩失能服務 | | 1期12週 | 1期 |
| 照顧者支持團體  （輔導諮商）/  照顧者照顧課程 | | （實際參與課程照顧者人數/照顧者人數）×100% | ≧70% |
| 經費執行率 | | 執行經費數/核定經費數x100% | 99% |

註：延續型據點失智個案數**相較113年應增加至少4%**。

1. **服務地點**
   1. **地址及服務範圍**

|  |  |
| --- | --- |
| 申請單位地址（會址） | 高雄市○○區○○里○○路○○段○○號○樓 |
| 據點服務地址  （應於此地址提供服務，核定後非經本局同意不得任意變更） | 高雄市○○區○○里○○路○○段○○號○樓 |

* 1. **空間檢視表**

| **項目** | **規範** | **說明(請勾選)** |
| --- | --- | --- |
| 場地使用權限 | 場地應具使用權 | * 公有場地（請檢附所有權機關契約或同意書） * 私人場地（請檢附所有權人契約或同意書或租賃契約） * 執業場所平面圖並標示原先核定範圍（設立於機構內者才須檢附） * 其他證明文件 |
| 建物合法性 | 建物合法文件 | * 建築物使用執照 * 建物所有權狀 * 建物測量成果圖 |
| 無障礙空間 | 設有無障礙出入口 | * 出入口動線方便、具坡道、扶手 * 樓梯間、通道及緊急出入口保持暢通無障礙物 * 未符合者請說明 |
| 投保公共意外責任險 | 公共意外責任險 | * 是（請檢附資料） * 否（提供服務前另行檢附，未依規定期限內檢附者得撤銷資格） |
| 樓層 | 1.不得位於地下樓層  2.若為2樓以上者，應備有電梯。 | 位於\_\_\_\_樓   * 備有電梯 * 無電梯 |
| 活動空間面積 | 服務對象每人應有至少3平方公尺以上活動空間。 | 現有活動空間共計\_\_\_\_\_\_\_\_\_平方公尺  現有活動空間預計可容納＿＿人 |
| 廁所 | 應有防滑措施、扶手等裝備，並保障個人隱私。 | * 廁所動線便利、安全 * 具防滑措施 * 具扶手 * 保障個人隱私 * 未符合者請說明：(例：待據點核定設置後加裝) |
| 公共安全及消防安全設備 | 具基本消防安全設備：滅火器至少2具、緊急照明燈、煙霧警報器。 | * 是 * 未符合者請說明： |
| 廚房  設施 | 應設有簡易廚房或備餐場地 | * 設有簡易廚房 * 設有備餐場地 * 未符合者請說明： |

1. **場地設置規劃**
2. 場地概述

範例：失智據點設置於○○區○○里活動中心1樓，為3層樓建築，設有電梯，空間可容納○人，備有投影機、電腦、麥克風、長桌10張，摺疊椅30張，3層樓皆有無障礙廁所，出入口為無障礙空間，一樓後院有一空地，可提供民眾種植花卉或蔬菜；門口停車場寬廣約可容納20輛汽車。大門入口處有公車站牌，民眾出入方便。有投保公共意外責任險。

1. 場地照片：（請勿刪減下列表格）
   * + 1. 空間坪數：請以長（公尺） x 寬（公尺）= （平方公尺）
       2. 請標註出入口、辦公室、廚房、活動空間、廁所、樓梯、電梯等空間位置並附上場地照片。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **場地空間規劃平面圖** | | |
|  | | |
| **場地照片** | | |
| 建物外觀 | | 出入口  （如基本資料勾選無障礙空間，出入口有階梯需呈現坡道） |
|  | |  |
| **場地照片**  （請排列課程所需椅子數量或加註實際空間坪數，以便判斷場地實際大小。） | | |
| 場地內部1 | 場地內部2 | |
|  |  | |
| 場地內部3 | 場地內部4 | |
|  |  | |
| 場地照片 | | |
| 階梯/電梯 | 廁所入口 | |
|  |  | |
| 廁所空間 □具扶手□具止滑貼條（墊） | 廁所馬桶 □具坐式馬桶 | |
|  |  | |
| 簡易廚房或備餐場地 | 基本消防安全設備  滅火器\*2、緊急照明燈、煙霧警報器 | |
|  |  | |

1. **緊急事件處理流程（傷害處理、火災、地震）**

（提供緊急事件處理流程範例供參，各單位可自行補充。）

1. 傷害處理
2. 一般常見意外：若為輕微外傷，先以簡易急救包作簡單處理，處理程序如下：檢視傷口→止血→清潔傷口→包紮。
3. 送醫處理流程：若遇到嚴重受傷、大量出血、昏迷或休克等重大傷情，處理程序如下：
   * 1. 通報醫療單位（撥打119）並請求協助。
     2. 通知家屬，並陪同一起上救護車了解後續狀況，並向家屬說明。
     3. 紀錄為何會受傷、受傷狀況及追蹤後續處理情形。
4. 傷害處理流程圖

發現傷患者

通知工作人員

一般傷害

重大傷害

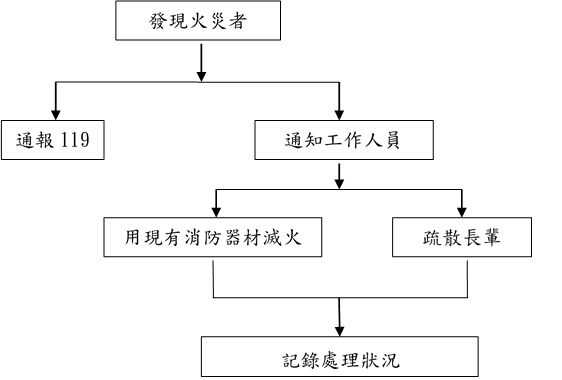
簡易處理

撥打119

通知家屬、陪同就醫

後續追蹤及記錄

1. 火災處理
2. 通報119系統，報告事發資訊。
3. 利用滅火器撲滅火源，依現場工作人員指示循避難方向疏散。
4. 工作人員注意是否有人員短少或受傷，並記錄處理狀況。
5. 火災處理流程圖



1. **逃生路線圖**
2. 地震處理
3. 保持冷靜，確保長輩及服務人員安全，如有開爐火應迅速關閉。
4. 指導人員躲在堅固的家具旁邊，以避免被掉落物品砸到而受傷。
5. 如需疏散切勿搭乘電梯，要利用樓梯逃生。
6. 注意是否有人員短少或受傷，並記錄處理狀況。
7. **制定防災與防疫機制：**

制定平日整備與災害疫病期間因應流程，並說明工作內容與人員配置。

1. 防災處理流程

表1、防風防雨等防災流程與工作分配

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 時間點 | 應辦工作事項 | 主責人員 |
| 平日 | * + - 1. 環境安全維護       2. 學員一入班級告知防災等相關注意事項，如停班課等。 | 指定人員\_\_\_\_\_\_\_\_\_  辦理並紀錄  手機： |
| 發佈颱風/豪雨/閃電警報前及災情期間 | 1. 各單位加強戒備，啟動災害應變整備提早因應。 2. 通知學員依據高雄市政府公告停班停課的訊息即停課，若未停班停課但風雨強烈不宜外出，亦建議停課。 3. 本局公告調查防災應變狀況時，據點需於2小時內主動依規定方式回報進水、淹水、停電、停水狀況，及是否有支援需求、支援內容及服務人數等。 | 指定人員：\_\_\_\_\_\_\_\_\_辦理並紀錄  手機： |
| 恢復服務前一天 | 1. 單位工作人員於開課前確認活動空間的安全性及整頓空間。 2. 依本局調查回報復課情形及配合提供相關防災資料。 | 指定人員：\_\_\_\_\_\_\_\_\_辦理並紀錄  手機： |

1. 防疫應變流程：

需含平日防疫與整備、疫情期間（防疫措施之空間及服務安排、或暫停服務因應）及恢復服務前整備。

表2、防疫流程與工作分配

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 時間點 | 應辦工作事項 | 主責人員 |
| 平日 | * + - 1. 掌握各類傳染疾病訊息，避免群聚感染，需注意傳染病包含新型傳染病（如新冠肺炎等）、流行性感冒、諾羅病毒感染等，亦可逕自疾病管制署網頁查詢目前疫病狀況加以防範。       2. 依本局調查回報疫苗接種狀況、防疫物資、環境清消暨現況查檢表       3. 落實開站服務之防疫措施並完善防疫設施設備與物資：  1. 落實環境清潔消毒並紀錄於「環境清潔及消毒紀錄表」。 2. 物資包含耳溫槍（或額溫槍/體溫計）、 肥皂/洗手清潔用品、酒精/乾洗手液/消毒液、漂白水、備用口罩等。 | 指定人員：\_\_\_\_\_\_\_\_\_  辦理並紀錄  手機： |
| 疫情  期間 | 持續服務期間：   * + 1. 依公告傳染病規範落實防疫措施。     2. 發現疑似個案（長輩或工作人員、志工等），請其盡速就醫與暫停至據點避免群聚。   暫停服務期間：請注意本局相關公告規範持續落實防疫措施，包含環境消毒等；或辦理電話問安等服務。  依本局調查回報服務情形及配合提供防疫相關資料。 | 指定人員：\_\_\_\_\_\_\_\_\_  辦理並紀錄  手機： |

**玖、經費概算表（俟核定通過後依核定計畫期程調整） 新臺幣:元**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **項目名稱** | **經費概算** | **說明** |
| A.核定總經費  =B+C+D |  |  |
| B.活動費 |  | 個案人數\*200元/人(偏鄉400元/人)。  照顧者人數\*165元/人(偏鄉330元/人)。  請參考衛福部113年須知附件6說明編列上述經費之用途：  1.講師鐘點費、材料費、共餐費等。 |
| C.營運費  =1+2+3+4+5 |  |  |
| 1.人事費 |  |  |
| 2.業務費 |  |  |
| 3.雜支 |  | （業務費）\*5%為限 |
| 4.設備費 |  |  |
| 5.管理費 |  | （人事費+業務費）\*10%為限 |
| D.預防及延緩失能 |  |  |
|  |  | 請自行依據衛福部113年須知附件6說明編列經費用途：   * + - 1. 講師終點費       2. 材料費 |
|  |  |  |

附件一：場地使用權限／場地合法性證明文件

附件二：114年度公共意外責任保險單

附件三：經地方政府合法立案之組織／機構證明文件（三擇一）

附件四：預防及延緩失能照護計畫方案同意書

附件五：據點工作人員資格證明、失智20小時訓練證明。

附件六：實名制切結書。

**預防及延緩失能照護方案同意書**

附件四

茲證明本單位 (方案單位)同意 (申請單位)使用本單位研發之方案- (方案名稱)（方案編號CL- - ）申請本年度失智社區服務據點，提供預防及延緩失能照護服務。

此致

高雄市政府衛生局

申請單位：

方案研發單位大小印：

(方案主持人簽章可替代)

中華民國 年 月 日

切結書

附件六

本單位 接受貴局獎助辦理失智社區服務據點，茲切結同意配合實名制相關措施，掌握服務個案基本資料、出席情形等資訊，倘有未配合辦理情事，願繳回相關獎助款項，特立此切結為證。

此致 高雄市政府衛生局

申請機構（單位）:　　　　　（請蓋大小章）

負責人：

中華民國　　年　　月　　日