

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： 114 年 月 日

目錄

壹、綜合資料	3
貳、計畫摘述	4
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
肆、具體服務內容	6
伍、服務地點	9
陸、場地設置規劃	11
柒、緊急事件處理流程（傷害處理、火災、地震）	14
捌、制定防災與防疫機制：	16
玖、經費概算表（俟核定通過後依核定計畫期程調整）	18

壹、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 ☐ 照顧服務類勞動合作社 ☐ 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○月○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			

貳、計畫摘述

(請敘述)

參、申請單位介紹(如：團隊組織架構、人員與相關服務經驗等)

一、團隊健全性及組織運作能力

(一)

組織人力配置及運作情形(留任策略)

(二)

組織財務狀況及管理情形

二、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。

三、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）

四、組織專業性

（含現行服務項目、服務量及執行情形）

五、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

肆、具體服務內容

1. 服務對象：

2. 課程活動表：（請依實際預計時間或實際營運情形自行修正，如有辦理共餐請於課表中載明共餐形式，如午餐、點心）

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。

一、服務規劃

（一）認知促進、緩和失智：

（請敘明規劃內容）

(二) 安全看視：

(請敘明規劃內容)

(三) 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)

(四) 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

2. 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)

(4) 緊急應變機制
(請敘述)

(5) 前後測評估及滿意度衡量
(請敘述)

(6) 對方案及指導員服務品質回饋機制
(請敘述)

二、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 × 100%	99%

註：延續型據點失智個案數相較113年應增加至少4%。

伍、服務地點

一、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

二、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

項目	規範	說明(請勾選)
		☐ 未符合者請說明：

陸、場地設置規劃

一、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。

二、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

柒、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。）

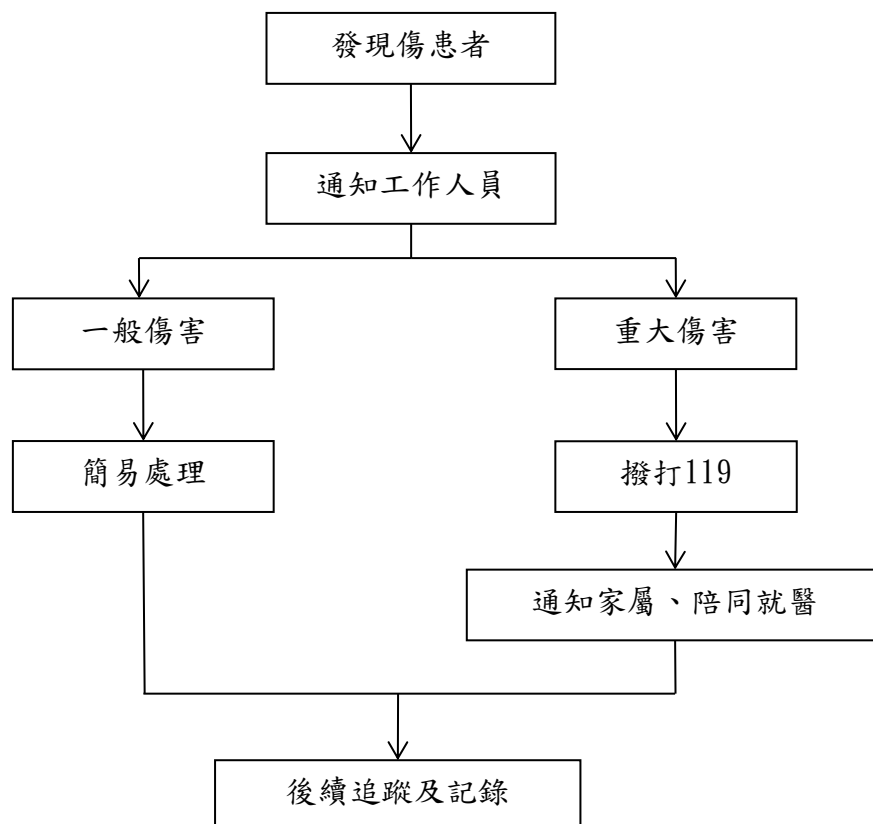
一、傷害處理

（一）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。

（二）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：

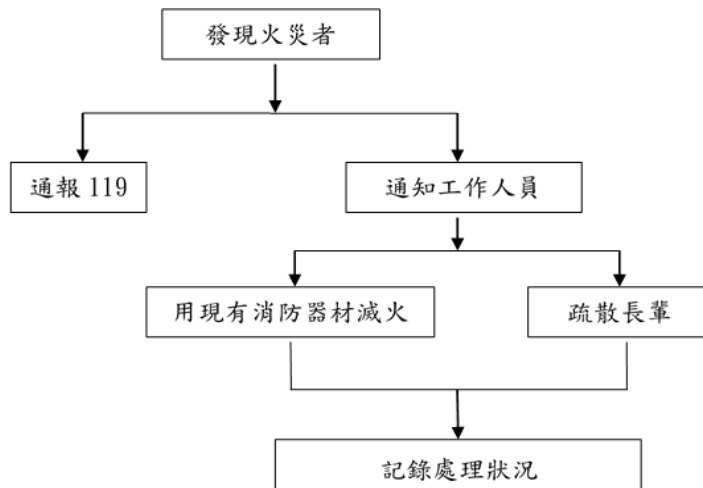
1. 通報醫療單位（撥打119）並請求協助。
2. 通知家屬，並陪同一起上救護車了解後續狀況，並向家屬說明。
3. 紀錄為何會受傷、受傷狀況及追蹤後續處理情形。

（三）傷害處理流程圖



二、火災處理

- (一) 通報119系統，報告事發資訊。
- (二) 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。
- (三) 工作人員注意是否有人員短少或受傷，並記錄處理狀況。
- (四) 火災處理流程圖



(五) 逃生路線圖

三、地震處理

- (一)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。
- (二)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。
- (三)如需疏散切勿搭乘電梯，要利用樓梯逃生。
- (四)注意是否有人員短少或受傷，並記錄處理狀況。

捌、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。

一、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：

二、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	1. 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。 2. 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。 3. 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114年「失智照護服務計畫」申請作業須知附件7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%為限且不得超過10萬
4. 設備費		(單價1萬元以上)
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114年「失智照護服務計畫」申請作業須知附件7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

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

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

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