

# 114 年度權責型失智社區服務據點申請書

## 設置位置\_\_\_\_\_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
  - 一、團隊健全性及組織運作能力 4
  - 二、人力資源及管理運用情形 4
  - 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 6
  - 四、組織專業性 6
  - 五、在地資源了解與連結情形 6
  - 六、資源轉介機制 6
- 肆、具體服務內容 6
  - 一、服務對象 6
  - 二、課程活動表：（請依實際預計時間或實際營運情形自行修正） 6
  - 三、服務規劃 6
  - 四、預期績效指標 8
- 伍、服務地點 8
  - 一、地址及服務範圍 8
  - 二、空間檢視表（請勾選及說明） 9
- 陸、場地設置規劃（例如場地配置圖、空間規劃、桌椅設備、公共意外責任險等） 10
  - 一、場地概述 10
  - 二、場地照片：（請勿刪減下列表格） 10
- 柒、緊急事件處理流程（如：逃生路線圖、傷害處理、火災等） 14
  - 一、傷害處理 14
  - 二、火災處理 15
- 捌、制定防災與防疫機制：16
  - 一、防災處理流程錯誤! 尚未定義書籤。
  - 二、防疫應變流程錯誤! 尚未定義書籤。
- 玖、經費概算表 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	<input type="checkbox"/> 設有精神科、神經科、一般內科或家庭醫學科之區域或地區醫院 <input type="checkbox"/> 112年以前已依「失智照護服務計畫」經本局核定設置失智社區服務據點且有轉型意願之各層級醫院			
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 0 月 0 日至 114 年 12 月 31 日止			
服務據點	權責型失智社區服務據點			
	據點名稱			
	據點地址			
	服務人數			
	服務時段	<input type="checkbox"/> 星期一至星期五，全日。 每週工作日開設服務合計應達5全日(共10時段)，開設時段應有固定服務時間。		
經費	申請補助 經費合計		<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;">單位/機關大印</div>	

## 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)

### 1、團隊健全性及組織運作能力

(1)

組織人力配置及運作情形

(2)

組織財務狀況及管理情形

### 2、人力資源及管理運用情形

(1) 人力配置 (請填寫實際服務於單位(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
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。  
2.人力配置人數應與工作人員名冊一致。

(2) 工作人員名冊（列冊人員視為專任人員的支援人力，非列入者不得互為支援人力，列冊人員皆須符合規範）

序	姓名	聘任 職稱	人力	檢附資格文件	其他備註
1			專職。 職類： <input type="checkbox"/> 醫事人員 <input type="checkbox"/> 社會工作人員 <input type="checkbox"/> 照顧服務員	<input type="checkbox"/> 資格證明 <input type="checkbox"/> 相關工作經驗證明 <input type="checkbox"/> 課程證明 (詳見註2)	
			疫苗接種情形 <input type="checkbox"/> 第一劑， <input type="checkbox"/> 第二劑， <input type="checkbox"/> 第三劑， <input type="checkbox"/> 第四劑， <input type="checkbox"/> 第五劑		
2			<input type="checkbox"/> 專職 <input type="checkbox"/> 支援人力 職類： <input type="checkbox"/> 醫事人員 <input type="checkbox"/> 社會工作人員 <input type="checkbox"/> 照顧服務員	<input type="checkbox"/> 資格證明 <input type="checkbox"/> 相關工作經驗證明 <input type="checkbox"/> 課程證明 (詳見註2)	
			疫苗接種情形 <input type="checkbox"/> 第一劑， <input type="checkbox"/> 第二劑， <input type="checkbox"/> 第三劑， <input type="checkbox"/> 第四劑， <input type="checkbox"/> 第五劑		
3			<input type="checkbox"/> 專職 <input type="checkbox"/> 支援人力 職類： <input type="checkbox"/> 醫事人員 <input type="checkbox"/> 社會工作人員 <input type="checkbox"/> 照顧服務員	<input type="checkbox"/> 資格證明 <input type="checkbox"/> 相關工作經驗證明 <input type="checkbox"/> 課程證明 (詳見註2)	
			疫苗接種情形 <input type="checkbox"/> 第一劑， <input type="checkbox"/> 第二劑， <input type="checkbox"/> 第三劑， <input type="checkbox"/> 第四劑， <input type="checkbox"/> 第五劑		
4			<input type="checkbox"/> 專職 <input type="checkbox"/> 支援人力 職類： <input type="checkbox"/> 醫事人員 <input type="checkbox"/> 社會工作人員 <input type="checkbox"/> 照顧服務員	<input type="checkbox"/> 資格證明 <input type="checkbox"/> 相關工作經驗證明 <input type="checkbox"/> 課程證明 (詳見註2)	
			疫苗接種情形 <input type="checkbox"/> 第一劑， <input type="checkbox"/> 第二劑， <input type="checkbox"/> 第三劑， <input type="checkbox"/> 第四劑， <input type="checkbox"/> 第五劑		
5			<input type="checkbox"/> 專職 <input type="checkbox"/> 支援人力 職類： <input type="checkbox"/> 醫事人員 <input type="checkbox"/> 社會工作人員 <input type="checkbox"/> 照顧服務員	<input type="checkbox"/> 資格證明 <input type="checkbox"/> 相關工作經驗證明 <input type="checkbox"/> 課程證明 (詳見註2)	
			疫苗接種情形 <input type="checkbox"/> 第一劑， <input type="checkbox"/> 第二劑， <input type="checkbox"/> 第三劑， <input type="checkbox"/> 第四劑， <input type="checkbox"/> 第五劑		

註1：據點服務人員資格需符合權責型失智社區服務據點遴選辦法，如表格不敷使用請自行增加。

註2：請依各職類檢附服務資格證明文件：

- (1) 醫事人員：領有中央主管機關核發之醫事專門執業證書之醫事人員，且具1年以上神經科、精神科、家庭醫學科或一般內科相關工作經驗。
- (2) 社會工作人員：具1年以上精神領域經驗或照顧失智症者相關工作經驗，且須具備社會工作師應考資格。
- (3) 照顧服務員：完成失智症照顧服務20小時訓練課程，且具1年以上相關照顧工作經驗。

- 3、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)
- 4、組織專業性  
(含現行服務項目、服務量及執行情形)
- 5、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)
- 6、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)

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。

##### 3、服務規劃

(1) 認知促進、緩和失智課程：

(請敘明規劃內容)

(2) 照顧者支持團體：

(請敘明規劃內容)

(3) 照顧者照顧訓練課程：

(請敘明規劃內容)

(4) 共餐活動：

(請敘明規劃內容)

(5) 安全看視：

(請敘明規劃內容)

## 4、預期績效指標

關鍵績效指標		評估標準	目標值 <sup>註</sup>
權責型失智據點服務	BPSD失智個案數	服務人數	
	照顧者	服務人數之照顧者	
認知促進、緩和失智課程		$(\text{課程實際辦理人數}/\text{課程應辦理人數}) \times 100\%$	
照顧者支持團體		$(\text{課程實際辦理人數}/\text{課程預計辦理人數}) \times 100\%$	
照顧者照顧課程		$(\text{課程實際辦理人數}/\text{課程預計辦理人數}) \times 100\%$	
安全看視		$(\text{課程實際辦理人數}/\text{課程預計辦理人數}) \times 100\%$	
經費執行率		$\text{執行經費數}/\text{核定經費數} \times 100\%$	

## 伍、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，核定後非經同意不得任意變更）	高雄市○○區○○里○○路○○段○○號○樓
服務區域範圍（區）	

## 2、空間檢視表（請勾選及說明）

項目	規範	說明
場地使用權限	場地應具使用權	<input type="checkbox"/> 公有場地（請檢附所有權機關契約或同意書） <input type="checkbox"/> 私人場地（請檢附所有權人契約或同意書或租賃契約） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 其他證明文件
建物合法性	建物合法文件	<input type="checkbox"/> 建築物使用執照 <input type="checkbox"/> 建物所有權狀 <input type="checkbox"/> 建物測量成果圖
障礙空間	設有無障礙出入口（衛福部規定）	<input type="checkbox"/> 無障礙出入口動線方便、具坡道、扶手 <input type="checkbox"/> 樓梯間、通道及緊急出入口保持暢通無障礙物 <input type="checkbox"/> 未符合者請說明
投保公共意外責任險	公共意外責任險（衛福部規定）	<input type="checkbox"/> 是（請檢附資料） <input type="checkbox"/> 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.不宜位於地下樓層 2.若為2樓以上者，備有電梯。	位於____樓 <input type="checkbox"/> 備有電梯 <input type="checkbox"/> 無電梯
活動空間	服務對象每人應有至少4平方公尺以上活動空間	現有活動空間預計可容納____人 現有活動空間共計_____平方公尺 <input type="checkbox"/> 充足照明 <input type="checkbox"/> 個人活動區域存放物品之妥適性
廁所	應有防滑措施、扶手等裝備，並保障個人隱私。	<input type="checkbox"/> 廁所動線便利、安全 <input type="checkbox"/> 具防滑措施 <input type="checkbox"/> 具扶手 <input type="checkbox"/> 保障個人隱私 <input type="checkbox"/> 未符合者請說明：
公共安全及消防安全設備	具基本消防安全設備（滅火器*2、緊急照明燈、煙霧警報器）	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 未符合者請說明：
感染管控措施	需與醫院內其他空間具明顯區隔之獨立空	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 未符合者請說明：

項目	規範	說明
	間辦理課程及活動，並採取必要之感染管控措施。	
廚房設施	應設有簡易廚房或備餐場地	<input type="checkbox"/> 設有簡易廚房 <input type="checkbox"/> 設有備餐場地 <input type="checkbox"/> 未符合者請說明：

## 陸、場地設置規劃（例如場地配置圖、空間規劃、桌椅設備、公共意外責任險等）

### 1、 場地概述

範例：失智據點設置於○○區○○醫院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。

### 2、 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

<p style="text-align: center;">建物外觀</p>	<p style="text-align: center;">出入口</p> <p style="text-align: center;">(如基本資料勾選無障礙空間，出入口有階梯需呈現坡道)</p>
<p><b>場地照片</b></p> <p>(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。)</p>	
<p>場地內部 1</p>	<p>場地內部 2</p>
<p>場地內部 3</p>	<p>場地內部 4</p>

場地照片	
階梯/電梯	廁所入口
廁所空間 <input type="checkbox"/> 具扶手 <input type="checkbox"/> 具止滑貼條（墊）	廁所馬桶 <input type="checkbox"/> 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

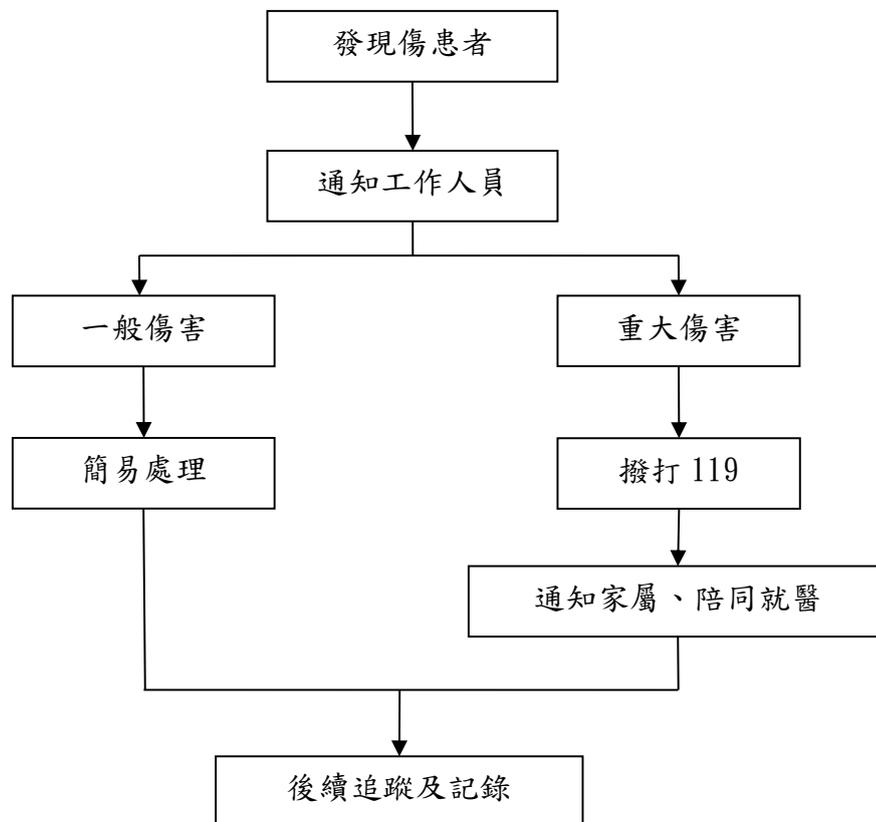
--	--

## 柒、緊急事件處理流程（傷害處理、火災、地震）

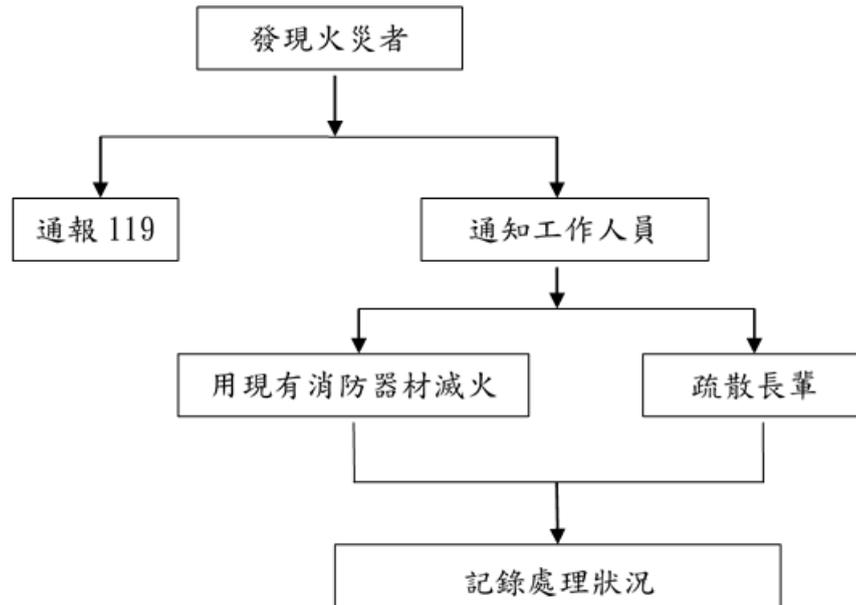
（提供緊急事件處理流程範例供參，各單位請依實際狀況調整。）

### 1、傷害處理

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 傷害處理流程圖



## 2、火災處理



(1)

報 119 系統，報告事發資訊。

(2)

用滅火器撲滅火源，依現場工作人員指示循避難方向疏散。

(3)

作人員注意是否有人員短少或受傷，並記錄處理狀況。

(4)

災處理流程圖

**(5) 逃生路線圖**

## 3、地震處理

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 如需疏散切勿搭乘電梯，要利用樓梯逃生。
- (4) 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。

### 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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 環境安全維護</li> <li>2. 學員一入班級告知防災等相關注意事項，如停班課等。</li> </ol>	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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 各單位加強戒備，啟動災害應變整備提早因應。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>	指定人員： _____ 辦理並紀錄 手機：
恢復服務前一天	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>2. 依本局調查回報復課情形及配合提供相關防災資料。</li> </ol>	指定人員： _____ 辦理並紀錄 手機：

### 2、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	<ol style="list-style-type: none"> <li>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，</li> </ol>	指定人員： _____

	<p>亦可逕自疾病管制署網頁查詢目前疫病狀況加以防範。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>3. 落實開站服務之防疫措施並完善防疫設施設備與物資： <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 落實環境清潔消毒並紀錄於「環境清潔及消毒紀錄表」。</li> <li>(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。</li> </ol> </li> </ol>	<p>辦理並紀錄 手機：</p>
<p>疫情 期間</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 持續服務期間： <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 依公告傳染病規範落實防疫措施。</li> <li>(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。</li> </ol> </li> <li>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。</li> <li>3. 依本局調查回報服務情形及配合提供防疫相關資料。</li> </ol>	<p>指定人員： _____</p> <p>辦理並紀錄 手機：</p>

## 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		
B. 活動費		
C. 營運費 =1+2+3+4+5		
1. 人事費小計		
2. 業務費		
3. 雜支		(業務費)*5%為限且不得超過10萬元
4. 設備費小計		
5. 管理費小計		(人事費+業務費)*10%為限

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：據點工作人員資格文件（如有師級證書請檢附）、失智 20 小時訓練證明。

附件五：實名制切結書。

## 切結書

本單位\_\_\_\_\_接受

貴局獎助辦理權責型失智社區服務據點，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