

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.....	3
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	5
四、組織專業性.....	5
五、在地資源了解與連結情形.....	5
六、資源轉介機制.....	5
肆、具體服務內容	5
一、服務對象.....	5
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.....	7
伍、服務地點.....	7
一、地址及服務範圍	7
二、空間檢視表（請勾選及說明）	8
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） 9	
一、場地概述.....	9
二、場地照片：（請勿刪減下列表格）	9
柒、緊急事件處理流程（如：逃生路線圖、傷害處理、火災等）	13
一、傷害處理.....	13
二、火災處理.....	14
捌、制定防災與防疫機制：	15
一、防災處理流程	15
二、防疫應變流程	15
玖、經費概算表.....	17

壹、綜合資料

申請單位名稱	(請填寫完整立案名稱)				
單位屬性	☐ 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 ☐ 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○月○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	☐ 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			單位/機關大印	

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： ☐ 醫事人員 ☐ 社會工作人員 ☐ 照顧服務員	☐ 資格證明 ☐ 相關工作經驗證明 ☐ 課程證明 (詳見註2)	
			疫苗接種情形 ☐ 第一劑， ☐ 第二劑， ☐ 第三劑， ☐ 第四劑， ☐ 第五劑		
2			☐ 專職 ☐ 支援人力 職類： ☐ 醫事人員 ☐ 社會工作人員 ☐ 照顧服務員	☐ 資格證明 ☐ 相關工作經驗證明 ☐ 課程證明 (詳見註2)	
			疫苗接種情形 ☐ 第一劑， ☐ 第二劑， ☐ 第三劑， ☐ 第四劑， ☐ 第五劑		
3			☐ 專職 ☐ 支援人力 職類： ☐ 醫事人員 ☐ 社會工作人員 ☐ 照顧服務員	☐ 資格證明 ☐ 相關工作經驗證明 ☐ 課程證明 (詳見註2)	
			疫苗接種情形 ☐ 第一劑， ☐ 第二劑， ☐ 第三劑， ☐ 第四劑， ☐ 第五劑		
4			☐ 專職 ☐ 支援人力 職類： ☐ 醫事人員 ☐ 社會工作人員 ☐ 照顧服務員	☐ 資格證明 ☐ 相關工作經驗證明 ☐ 課程證明 (詳見註2)	
			疫苗接種情形 ☐ 第一劑， ☐ 第二劑， ☐ 第三劑， ☐ 第四劑， ☐ 第五劑		
5			☐ 專職 ☐ 支援人力 職類： ☐ 醫事人員 ☐ 社會工作人員 ☐ 照顧服務員	☐ 資格證明 ☐ 相關工作經驗證明 ☐ 課程證明 (詳見註2)	
			疫苗接種情形 ☐ 第一劑， ☐ 第二劑， ☐ 第三劑， ☐ 第四劑， ☐ 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 ^註
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		(課程實際辦理人數/課程應辦理人數) ×100%	
照顧者支持團體		(課程實際辦理人數/課程預計辦理人數) ×100%	
照顧者照顧課程		(課程實際辦理人數/課程預計辦理人數) ×100%	
安全看視		(課程實際辦理人數/課程預計辦理人數) ×100%	
經費執行率		執行經費數/核定經費數×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	☐ 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
障礙空間	設有無障礙出入口（衛福部規定）	☐ 無障礙出入口動線方便、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（衛福部規定）	☐ 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.不宜位於地下樓層 2.若為2樓以上者，備有電梯。	位於____樓 ☐ 備有電梯 ☐ 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 ☐ 充足照明 ☐ 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。	☐ 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：
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）	☐ 是 ☐ 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	☐ 是 ☐ 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	☐ 設有簡易廚房 ☐ 設有備餐場地 ☐ 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

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

--	--

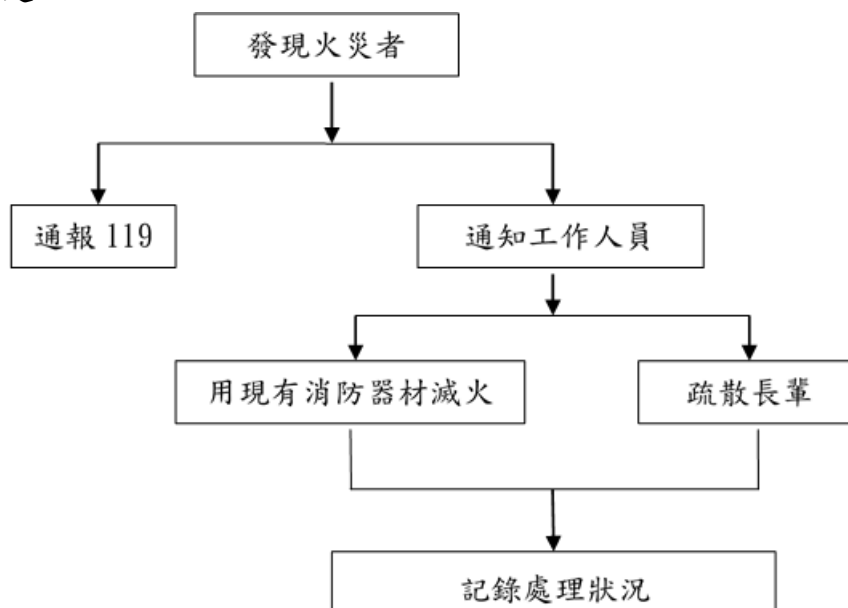
柒、緊急事件處理流程（傷害處理、火災、地震）

（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	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：

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	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，	指定人員： _____

	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。	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		
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
D. 開辦設施設備及材料費		

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：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