

高雄市 111 年失智照護服務計畫-

分項計畫一設置失智社區服務據點遴選辦法及須知

為完整本市失智照護服務網絡，延緩失智病程的進展，提升生活品質及降低照顧成本，配合衛生福利部推動失智照護服務計畫，佈建失智社區服務據點，以每一行政區至少一處失智據點為目標，結合在地資源提供認知促進緩和失智課程、協助發掘失智個案、連結服務資源提升照護品質，請有意徵選失智據點的單位依據 111 年失智照護服務計畫申請作業須知規範設計規劃及安排據點活動。

一、計畫區域：以未設置失智據點的行政區為優先設置

大社區、鹽埕區、新興區、六龜區、茂林區、桃源區及那瑪夏區等共計 7 區。

二、申請單位資格：合法立案之醫事、長照、社福機構團體或其他失智相關服務單位。

三、計畫服務內容：依據衛生福利部 111 年失智照護服務計畫申請作業須知規範辦理，其他注意事項如下

(一) 辦理失智服務據點之場地，應注意下列事項：

1. 整體空間具長者活動辨識物品之安全性、顯色性、以及提供活動充足照明；視需要提供行動不便者所需環境或設施；廁所出入動線避免狹窄；另需注意廚房或個案活動區域存放物品之妥適性，以確保個案安全。
2. 為避免發生交互感染，應採取必要之感染管控措施，避免將失智據點設置於機構（如、醫療院所、老人福利機構、護理之家、長期照顧機構等）內。
3. 為考量民眾使用服務之可近性並避免資源重複配置，**本案計畫失智據點設置地點以不與其他長期照顧相關補助方案同位址為原則**。但於同址不同時段辦理或同址同時段但有獨立空間可明顯區隔者，不在此限。另不同補助方案之相同補助或服務項目以不得重複支領為原則。
4. 室內空間至少 1.5 公尺/人（2.25 平方公尺/人），以提供長輩適足活動空間，另公共意外責任險投保最低保額，每一位體傷責任保險金額最低 200 萬元，每一意外事故體傷責任保險金額最低 500 萬元，每一意外事故財損責任保險金額最低 200 萬元，保險期間內最高賠償金額最低 1,000 萬元。

(二) 為延緩個案失智進程、並促進認知功能，併同申請衛福部預防及延緩失智照護方案，(方案來源：衛生福利部預防及延緩失能照護方案及師資人才公告專區 <https://1966.gov.tw/LTC/np-4025-201.html> 或高

雄市政府衛生局公告高雄自審方案)。應以該方案模組六大面向中含認知促進之模組為限，至少申請1期，最多以3期為限，且應建立服務管理與品質監控機制，項目包含：

1. 依據點服務長者類型選擇合適方案
 2. 開班管理
 3. 課程品質管理
 4. 緊急應變機制
 5. 評估前後測管理
 6. 對方案及指導員服務品質回饋機制
- (三) 訂定緊急事件處理流程及建置完善之防災防疫機制。
- (四) 於疫情期間應依據「失智社區服務據點因應 COVID-19 防疫管理指引」提供服務。

四、其他配合事項：

- (一) 應設置單一服務窗口及連絡電話，提供民眾、失智症者及照顧者所需失智照護服務諮詢。
- (二) 建置失智症照顧服務資訊網頁，有專頁並持續更新失智症介紹及相關宣導、照護資源及聯絡方式、並定期上傳活動訊息。
- (三) 可辦理記者會、成果展、發表會等，呈現失智照護服務成果，並配合推動本市相關政策。
- (四) 據點與共照中心訂定轉介失智個案之機制及流程，落實辦理相互轉介疑似或新確診個案接受服務
- (五) 為提昇失智照護服務計畫品質，應配合相關考核評比、實地輔導制度，考核結果為隔年延續補助之基準，相關事項如下：
 1. 參加相關工作會議及教育訓練。
 2. 接受實地訪查。
 3. 落實防災、防疫配合事項。
 4. 配合規定時程於每周或每月回報服務情形、提供活動照片及緊急情況時之相關資訊。
 5. 依據核銷流程辦理核銷作業，如有未按時提供且經本局多次通知、逾期仍未改善者，將納入隔年補助考量。

五、補助基準及項目：本案補助標準得依據衛生福利部最新公佈之相關規範進行調整。

六、核銷作業

- (一) 單位應設立專戶儲存本計畫經費，其由專戶存款所產生之孳息，不得抵用或移用，應於結報時繳回。(利息金額為新臺幣三百元以下者，得留存單位，於經費結報時免繳回本局或其他衍生收入金額，應於收支明細表中述明。)
- (二) 本計畫經費撥付方式採先預撥、後每二個月依核銷文件核實撥付。
 - 1、第 1 階段：第一期款撥付契約價金 30% (含設施設備費 100%)：與本局辦理簽約後一個月內檢附領據、核定函與核銷相關文件後撥款。
 - 2、第 2 階段：核實撥付：核銷文件分別於 111 年 4 月 5 日、6 月 5 日、8 月 5 日、10 月 5 日前繳交，經本局審查通過後核實撥付。
 - 3、第 3 階段：於 111 年 12 月 5 日前繳交 10 至 12 月之核銷原始憑證，並以公文函送期末成果報告 (一式 2 份，含光碟電子檔) 至本局，年度核銷金額於 111 年 12 月 31 日前系統點選結報送出後於 112 年 1 月 2 日前印出紙本用印後送局審查，經通過後核實撥付，若原已撥付金額有剩餘款應一併繳回。
- (三) 申報服務費用相關文件，應於 111 年 4 月 5 日、6 月 5 日、8 月 5 日、10 月 5 日前 (如遇假日順延) 送達甲方指定地點 (80276 高雄市苓雅區凱旋二路 132 號長期照顧中心服務資源股)，檢具下列文件、資料：
 - 1、原始支出憑證或統一發票 (按預算科目分類順序裝訂成冊)。
 - 2、經用印之收支明細表及核銷清單。(各一式 2 份)
 - 3、印領清冊。
 - 4、其他經甲方規定之文件、資料。
- (四) 本局得俟預算酌予調整補助項目及金額，經費用罄得停止補助。

七、新增型失智據點申請及審查原則

- 一、參加 111 年新增型失智據點請於 111 年 1 月 18 日前提交 111 年度計畫書，採兩段式審查，初審為書面審查資格、複審為簡報答詢計畫執行規劃。

(一) 書面申請文件

1. 應備文件裝訂成冊以掛號郵寄或親自送交方式函送本局長期照顧

中心；應備文件如下：

- (1) 計畫書紙本各一式 2 份。
- (2) 地址使用權限及場地合法性證明文件：場地租賃契約書或場地使用同意書（計畫書所列服務地點證明文件）。
- (3) 111 年度公共意外責任保險單（於核定後一個月內檢送影本）。
- (4) 經地方政府合法立案之組織／機構證明文件。

申辦單位類型	應檢具單位之證明文件
醫事機構	1.開業執照影本。 2.法人另需附法人登記證書影本。
長照服務機構/ 社福機構	1. 主管機構核發之登記或設立之證明影本或核准設立（立案）之證明文件影本。 2. 組織章程或規程。 3. 法人另需附法人登記證書影本。
110/12/31 以前 辦理失智據點之 單位	1. 主管機構核發之登記或設立之證明影本或核准設立（立案）之證明文件影本。 2. 法人另需附法人登記證書影本。

2. 文件如為影本請加蓋「與正本相符章及職章」
3. 單位於計畫書中引用相關書籍、資料，應加註引用之出處，若未予登載，造成計畫書內容與其他廠商有雷同之處，委員得視抄襲之情形，給予相對較低之分數或直接將其列為不合格。
4. 單位所提之資格證明文件如有不實或偽造者，取消其資格，事後發現者亦同。
5. 備齊上列文件，逕送本局長期照顧中心（80276 高雄市苓雅區凱旋二路 132 號 3 樓），投遞信封請加註『參加高雄市政府衛生局 111 年度「失智照護服務計畫-失智社區服務據點」申請』。若資格證件不齊者，得通知其一週內限期補正，逾期不補正或補正不全者，視同資格不符。

(二) 簡報答詢方式

1. 通過資格審核者將通知參加審查會，應派計畫主持人及相關人員出席簡報，依寄件順序決定簡報順序，逐一進行簡報
2. 單位簡報時，列席人員不得超過 3 人，其他非簡報單位應先退場。

前 1 單位簡報結束後，下 1 順位之單位若經 3 次唱名仍無法進行現場簡報者，視為放棄簡報審查

3. 簡報時間為 10 分鐘，答詢時間以 10 分鐘為原則，審查委員得就參選單位之資歷、所提書面資料及簡報等有關內容提出詢問，參選單位列席人員僅得就該詢問事項發言。

4. 審查項目

(1) 組織服務理念、過去服務績效及組織量能(含人員配置)

(2) 服務規劃包括課程及活動規劃、空間設置及運用

(3) 服務品質、服務宣導及服務創新

(4) 計畫經費編列恰當性

(5) 現場答詢項目

5. 評分方式由委員就各審查項目評分後加總，先依行政區為分類，續依加總分數高低排序且平均分數達 80 分者為入選單位，結果同一行政區有兩家以上合計分數相同時，擇配分（權重）最大項目之得分合計值較高者為入選單位。

(三) 經本案遴選產生之服務單位，應依主辦單位規定依限提出經費申請及簽訂契約，未於期限內辦理者視同放棄，由主辦單位逕洽次一序位之單位意願

二、 本局保有最後審查權，經盤點據點布建情形後，得視情況開放下一階段收件及審查，如遇中央政策或補助變更，得視情況調整計畫內容。



衛生福利部

111 年度「失智照護服務計畫」計畫申請書

分項計畫一：設置失智社區服務據點

分項計畫二：設置失智共同照護中心

縣市別：高雄市

申請單位：

申請日期： 111 年 1 月 日

**高雄市政府衛生局 111 年度
失智社區服務據點分項計畫一：設置失智服務據點計畫書
綜合資料**

執行單位	(請填寫單位全銜)			
單位屬性	<input type="checkbox"/> 醫事機構 <input type="checkbox"/> 長照服務機構 <input type="checkbox"/> 社福機構(團體)			
負責人		職稱		電話
聯絡人		職稱		電話
E - m a i l				
聯絡地址				
執行期限	自民國 111 年____月____日至 111 年 12 月 31 日止			
服務據點	是否為 110 年 12 月 31 日以前失智據點： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否			
	據點名稱(藝名)			
	據點地址			
	服務人數			
	服務日期	<input type="checkbox"/> 星期一 <input type="checkbox"/> 全日、 <input type="checkbox"/> 僅上午、 <input type="checkbox"/> 僅下午 <input type="checkbox"/> 星期二 <input type="checkbox"/> 全日、 <input type="checkbox"/> 僅上午、 <input type="checkbox"/> 僅下午 <input type="checkbox"/> 星期三 <input type="checkbox"/> 全日、 <input type="checkbox"/> 僅上午、 <input type="checkbox"/> 僅下午 <input type="checkbox"/> 星期四 <input type="checkbox"/> 全日、 <input type="checkbox"/> 僅上午、 <input type="checkbox"/> 僅下午 <input type="checkbox"/> 星期五 <input type="checkbox"/> 全日、 <input type="checkbox"/> 僅上午、 <input type="checkbox"/> 僅下午 <input type="checkbox"/> 星期六 <input type="checkbox"/> 全日、 <input type="checkbox"/> 僅上午、 <input type="checkbox"/> 僅下午 <small>每一據點應有固定服務時間，且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。</small>		
	服務時間	<input type="checkbox"/> 上午__:_至__:_ <input type="checkbox"/> 下午__:_至__:_		
	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 模組經費小計	新台幣	元	
	失智照護服務計畫 經費小計	新台幣	元	
	申請補助 經費合計	新台幣	元	

目錄

壹、	計畫摘述.....	9
貳、	申請單位介紹.....	9
一、	團隊健全性及組織運作能力：.....	9
二、	人力資源及管理運用情形：.....	9
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.....	9
四、	組織專業性：.....	10
五、	在地資源了解與連結情形：.....	10
參、	具體服務內容.....	10
一、	服務對象.....	10
二、	課程活動表.....	10
三、	服務規劃.....	10
四、	預期績效指標.....	13
肆、	服務地點.....	14
一、	地址及服務範圍.....	14
二、	空間檢視表.....	14
伍、	場地設置規劃.....	15
一、	場地概述.....	15
二、	場地照片.....	15
陸、	緊急事件處理流程.....	18
一、	傷害處理：.....	18
二、	火災處理.....	19
柒、	訂定防災與防疫機制：.....	19
一、	防災處理流程.....	19
二、	防疫應變流程.....	19
玖、	經費概算表.....	22

申請單位名稱（完整立案名稱）：_____

壹、計畫摘述

貳、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：

（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（請填寫實際服務於據點之人力配置）

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：單位如有聘用社工人員須至衛生福利部社工人力資源管理系統申請帳號並於聘用後登打人員資訊。

2：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。

◎工作人員名冊（非據點服務人員請勿填入）

序	姓名	職稱	專任 兼任	是否受過失智 20小時訓練 並取得證書	COVID-19 疫苗接種 情形	備註
1			<input type="checkbox"/> 專任 <input type="checkbox"/> 兼任	<input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 第一劑， <input type="checkbox"/> 第二劑 <input type="checkbox"/> 第三劑， <input type="checkbox"/> 皆尚未接種	
2			<input type="checkbox"/> 專任 <input type="checkbox"/> 兼任	<input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 第一劑， <input type="checkbox"/> 第二劑 <input type="checkbox"/> 第三劑， <input type="checkbox"/> 皆尚未接種	
3			<input type="checkbox"/> 專任 <input type="checkbox"/> 兼任	<input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 第一劑， <input type="checkbox"/> 第二劑 <input type="checkbox"/> 第三劑， <input type="checkbox"/> 皆尚未接種	
4			<input type="checkbox"/> 專任 <input type="checkbox"/> 兼任	<input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 第一劑， <input type="checkbox"/> 第二劑 <input type="checkbox"/> 第三劑， <input type="checkbox"/> 皆尚未接種	

備註：1：如表格不敷使用，請自行增。並請依各職類檢附相關證書及受訓證書。

1：單位如有聘用社工人員須至衛生福利部社工人力資源管理系統申請帳號並於聘用後登打人員資訊。

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)

參、具體服務內容

一、服務對象

1. 疑似失智症者：經相關評估工具(如 MMSE、AD8 或 SPMSQ等)評估為疑似失智症，惟尚未確診者。
2. 經診斷並載明臨床失智症評量表(CDR)值 ≥ 0.5 分之極輕、輕度或中、重度失智症者。
3. 經長期照顧管理中心及失智共照中心轉介之個案。

註1：服務對象不可為住宿式機構之個案。

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)

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

三、服務規劃(請敘明規劃內容)

(一) 認知促進、緩和失智：

(二) 安全看視：

(三) 照顧者支持團體 (輔導諮商) 或照顧者照顧課程：

(四) 非藥物介入之健體顧腦課程：一期 16 週為基礎，每一面向之課程每週應至少進行二次，每次至少一小時。

1. 課程規劃說明如下：

課程內容	每周安排
1. 書法：1 次 60 分鐘或 2 次 30 分鐘	2 次/每次 60 分鐘
2. 禪修：1 次 30 分鐘或 2 次 15 分鐘	2 次/每次 60 分鐘
3. 體適能：1 次 90 分或 2 次 45 分 (例如：體適能含運動前暖身 5-10 分鐘+有氧耐力運動或肌肉強化運動 40 分+緩和伸展操 10 鐘) 及 (平衡防跌訓練 20 分+運動認知雙項任務訓練 10 分鐘) ◎有氧耐力運動：1 次 30 分鐘或 3 次 10 分鐘 ◎肌肉強化運動：肌力 30 分鐘或肌耐力 30 分鐘 ◎緩和伸展操：20 分鐘 ◎平衡防跌訓練：1 次 30 分鐘或 3 次 10 分鐘 ◎運動+認知雙項任務訓練：1 次 20 分鐘或 2 次 10 分鐘	2 次/每次 90 分鐘
4. 繪畫：1 次 60 分鐘	2 次/每次 60 分鐘

2. 課程品質管理：(範例如下)

A 前後效果量測機制：活動前進行參與學員之前測 (體適能檢測項目及照顧者負荷量表)，三個月後活動結束再進行後測，比較參與長者之前後差異。

B. 服務品質管理：培訓工作人員取得非藥物介入之健體顧腦課程結訓證書，確保課程品質及課程帶動之狀況，監控授課品質。

C. 滿意度衡量：三個月活動結束後將進行活動滿意度調查及分析。

(五) 預防及延緩失能服務：建立服務管理與品質監控機制

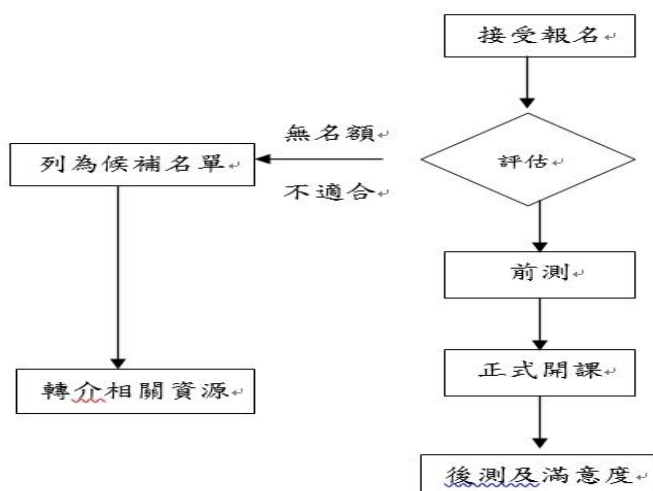
1. 開班管理

- (1) 開班地點：(本失智據點)
- (2) 招收對象：(以據點失智長者為優先)
- (3) 招收人數：≥10人
- (4) 方案說明：(以據點服務的長者類型選擇合適方案)

第一期	
方案編號	
方案名稱	
開班日期	
開班時間	
第二期	
方案編號	
方案名稱	
開班日期	
開班時間	

2. 課程品質管理 (請依各方案類型規劃，範例如下)

(1) 服務流程設計



(2) 課程師資安排(師資須取得方案研發單位同意)

- (3) 緊急流程機制
- (4) 前後測評估及滿意度衡量
- (5) 對師資服務品質回饋機制

四、 預期績效指標：

關鍵績效指標		評估標準	目標值 ^註
失智個案確診率		(111年度確診數/111年度新收案數) x100%	80%
接受共照中心轉介個案服務比率		(接受共照中心轉介個案並提供1次服務者/目前據點服務中個案數)*100%	≥30%
失智據點服務	個案數	核定服務人數	
	照顧者	核定服務人數之照顧者	
認知促進、緩和失智服務		(課程實際辦理人數/課程應辦理人數) x100%	
安全看視		(課程實際辦理人數/課程預計辦理人數) x100%	
照顧者支持團體(輔導諮商)		(課程實際辦理人數/課程預計辦理人數) x100%	
照顧者照顧課程		(課程實際辦理人數/課程預計辦理人數) x100%	
預防及延緩失能服務		1期12周	至少1期
非藥物介入之健體顧腦課程		1期16周	至少1期
經費執行率		執行經費數/核定經費數x100%	95%

肆、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 非經同意不得任意變更）	高雄市○○區○○里○○路○○段○○號○樓
服務區域範圍（區）	

二、空間檢視表（請勾選及說明）

項目	規範	說明
場地使用權限	場地應具使用權及安全性	<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"/> 其它證明文件（無則免）：
場地合法性	場地應合法使用	<input type="checkbox"/> 使用執照或水電繳費或房屋稅單 <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）
無障礙空間	設有無障礙出入口 （衛福部規定）	<input type="checkbox"/> 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，備有電梯尤佳。	位於____樓 <input type="checkbox"/> 備有電梯 <input type="checkbox"/> 無電梯
活動空間面積	建議比照 C 級巷弄長照站之喘息服務規範，服務對象每人應有至少 3 平方公尺以上活動空間尤佳	活動空間預計可容納____人 共計____平方公尺（至少 10 坪）
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：

項目	規範	說明
公共安全及消防安全設備	具基本消防安全設備(例如: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:
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:

備註：所提供之場地需有**安全、衛生、通風採光良好**之環境，並應投保公共意外責任險。

伍、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)

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。

一、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) x 0.3025 = 坪數說明
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無障礙坡道)
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 <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 (例如:滅火器、緊急照明燈、煙霧警報器)

--	--

陸、緊急事件處理流程（如：逃生路線圖、傷害處理、火災等）

（提供緊急事件處理流程範例供參，各單位可依實際狀況酌予調整。）

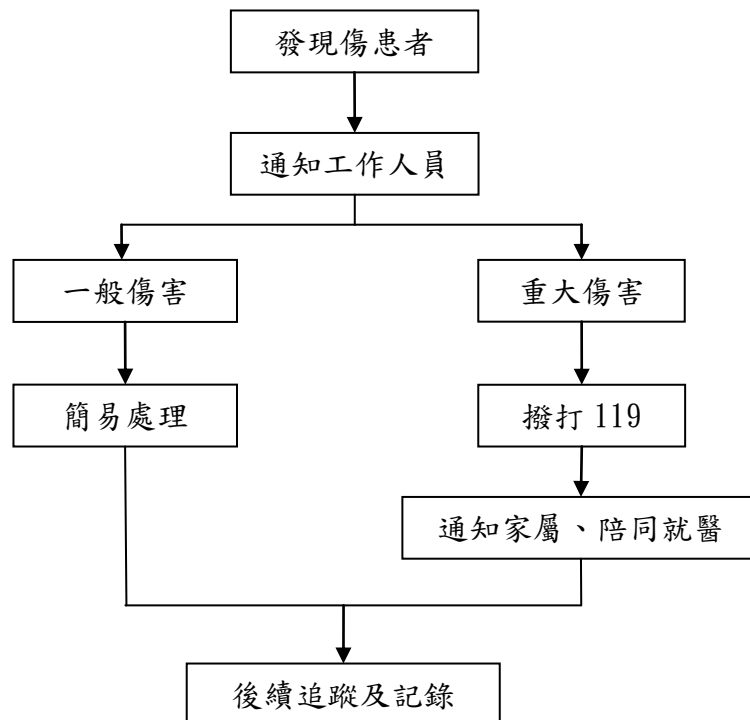
一、傷害處理：

（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。

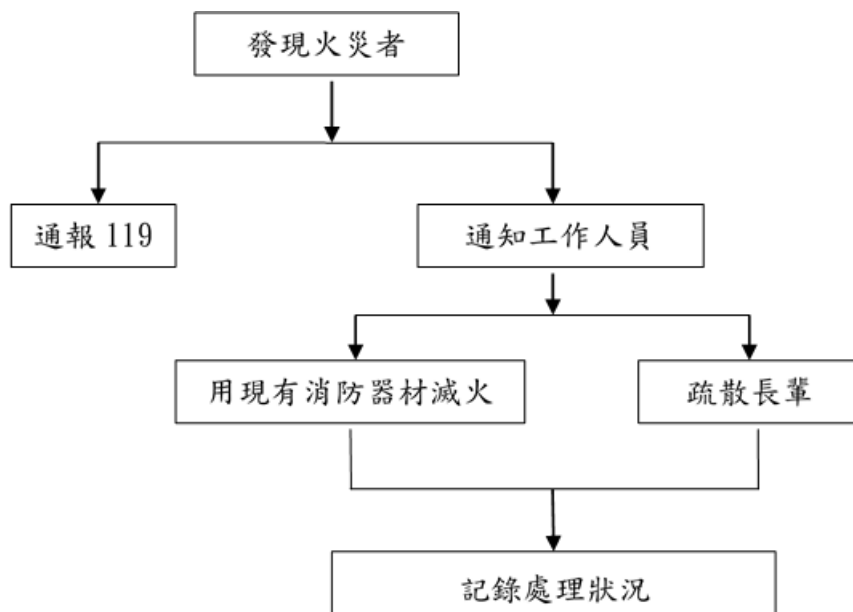
（二）送醫處理流程：若遇到嚴重受傷、大量出血、昏迷或休克等重大傷情，處理程序如下：

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



一、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

柒、制定防災與防疫機制：

制定平日整備與疫病災害期間因應流程，並說明工作內容與人員。

一、防災處理流程

(需針對地震、水災、颱風等，規劃平日整備與防治、災害期間與災後處置等流程與工作內容、工作人員等。)

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

發佈颱風/ 豪雨/閃電 警報前	<ol style="list-style-type: none"> 1. 各單位加強戒備，啟動災害應變整備提早因應。 2. 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。 3. 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。 	指定人員 _____ 辦理並紀錄
暫停服務 隔天	<ol style="list-style-type: none"> 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. 建議復課當天延後一小時開課。 3. 本局公告調查災害與應變狀況時，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。 	指定人員 _____ 辦理並紀錄

二、防疫應變流程：需針對傳染性疾病進行平日防疫與整備、疫情期間（防疫措施（空間及服務安排、或暫停服務因應）、恢復服務前整備與空間人員安排等。）

表 2、防疫流程與工作分配

◎ 疫情期間應依據「失智社區服務據點因應 COVID-19防疫管理指引」提供服務。		
時間點	應辦工作事項	主責人員
平日	<ol style="list-style-type: none"> 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. 落實開站服務之防疫措施並完善防 	指定人員 _____ 辦理並紀錄

	<p>疫設施設備與物資：</p> <p>(1) 依據公告之規範辦理，如「高雄市社區集合式據點因應COVID-19（武漢肺炎）防疫作為現況查檢表」。</p> <p>(2) 落實環境清潔消毒並紀錄於「環境清潔及消毒紀錄表」。</p> <p>(3) 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。</p>	
<p>疫情期間</p>	<p>1. 持續服務期間：</p> <p>(1) 依規範事項落實防疫措施。</p> <p>(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。</p> <p>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。</p> <p>3. 其他若發生新興傳染病，請務必依據公告辦理，並隨時注意回復相關調查，以維護據點長輩及工作人員身體健康與權益。</p>	<p>指定人員</p> <hr/> <p>辦理並紀錄</p>

玖、經費概算表 111 年 1 月至 12 月（俟核定通過後依核定計畫期程調整） 新臺幣:元

項目名稱	數量	單位	小計	說明
核定總經費				
據點活動費				
量能提升費				
預防及延緩失能				
人事費小計				
專業人員薪資				請載明薪資及職稱並列出計算式
保險（勞健保）				
公提退休金				
業務費小計				
講座鐘點費				
臨時工資				請載明月薪及職稱並列出計算式
文具紙張				
郵電				
印刷				
租金				
油脂				
電腦處理費				
材料費				
出席費				
國內旅費				
餐費				
保險（意外責任險）				
宣導品				
雜支費				業務費*5%為限
設備費小計				
管理費小計				
預防及延緩失能照護方案				
業務費小計				
講座鐘點費				
臨時工資				
文具紙張				
印刷				
材料費				
管理費小計				

附件一：地址使用權限及場地合法性證明文件（二擇一）

附件二：111 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：據點工作人員學歷（如有師級證書請檢附）、失智 20 小時訓練證明證書。