

# 臺北市失智社區服務據點受理個案同時接受2個據點服務之處理規範

110.04.28擬定

## 壹、依據：

衛生福利部及臺北市110年度失智照護服務計畫申請作業須知辦理。

## 貳、適用對象：

使用本市失智社區服務據點(以下簡稱據點)服務之個案，如預同時接受2個以上據點服務時，需事前提出申請。

## 參、說明：

- 一、自110年起，考量提供失智個案之照護服務應以其熟悉之環境及人員為主，個案以於同一失智據點接受服務為限，但有特殊情形，應報地方政府同意後，得於2個以上失智據點接受服務。
- 二、失智共同照護中心(以下簡稱共照中心)須協助失智據點提升服務量能及品質；輔導失智據點提供失智個案照護所需之專業諮詢及協助；對失智據點轉介之個案進行評估。
- 三、第1據點：指個案當年度接受服務之第1個失智社區服務據點；進行評估之共照中心：指輔導受理申請書據點之共照中心。

## 肆、申請流程：

### 一、受理申請階段：

- (一) 當個案因特殊情形有申請2個據點服務需求時，提出申請。
- (二) 填寫「申請使用第2據點服務申請書」，交給第1據點。
- (三) 受理之據點人員，確認申請書填寫內容完整性。
- (四) 據點將申請書轉給輔導之共照中心。

### 二、審查階段

#### (一)受理之共照中心

1. 個管師依個案申請原因，進行評估及確認個案之需求，填寫「申請使用第2據點服務申請書」審查意見。
2. 審查結果需經內部督導/主管(以計畫主持人為主)簽章核可。
3. 審查結果：
  - (1) 同意，通知個案、第1據點及第2據點開始提供服務，並將申請書正本送衛生局備查。

(2) 不同意，個案只能接受第1據點服務，並將申請書正本送衛生局備查。

(3) 有疑義之個案：共照中心無法判斷之特殊情形，提交申請書至衛生局。

(二) 衛生局受理共照中心提出之有疑義之個案：

1. 應召開審查小組進行審查。

2. 審查小組進行共照中心提出之疑義個案審查。

3. 審查結果：

(1) 同意，通知個案、第1據點及第2據點開始提供服務，並將申請書正本留存。

(2) 不同意，個案只能接受第1據點服務。

三、注意事項

1. 同意之個案，效期以當年度為主，跨年度需重新提出申請。

2. 由共照中心填寫申請書之編號，如同意，應將申請表副本給第2據點，第2據點於衛福部系統開通個案資料輸入權限時，輸入申請書編號，個案服務即被採計。

3. 編號原則：B-DC-□□-□□-□□□□□□□-□□

└─ 共照中心代碼 ─┘ └─ 年 ─┘ └─ 月 日 ─┘ 流水號

4. 送衛生局之申請書如有評估表單，請併同送局。

# 申請流程

	流程	說明
申請階段	<pre> graph TD     A([個案提出申請]) --&gt; B[第1據點檢視申請書填寫完整性]     B --&gt; C{共照中心進行評估 確認個案之需求}     C -- 同意 --&gt; D[通知個案、第1據點及第2據點, 申請書副本送第2據點]     C -- 不同意 --&gt; E[通知個案及第1據點, 個案僅能接受第1據點服務]     C -- 有疑義 --&gt; F[衛生局召開審查小組進行審查]     F --&gt; G{審查結果}     G -- 同意 --&gt; D     G -- 不同意 --&gt; E     D --&gt; H([第2據點於衛福部系統開通個案資料輸入權 限時, 輸入申請書編號, 個案服務即被採計。])             </pre>	<p>一、受理申請階段：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>當個案因特殊情形有申請第2據點服務需求時，提出申請。</li> <li>填寫「<b>申請使用第2據點服務申請書</b>」</li> <li>向提供個案服務之第1據點提出申請。</li> <li>受理之據點人員，確認申請書填寫內容完整性。</li> <li>據點將申請書轉給輔導之共照中心。</li> </ol>
審查階段		<p>一、受理之共照中心</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>個管師依個案申請原因，進行評估及確認個案之需求，填寫「<b>申請使用第2據點服務申請書</b>」審查意見。</li> <li>審查結果需經內部督導/主管(以計畫主持人為主)簽章核可。</li> <li>審查結果：                     <ol style="list-style-type: none"> <li>同意，通知個案、第1據點及第2據點開始提供服務，並將申請書正本送衛生局備查。</li> <li>不同意，個案只能接受第1據點服務，並將申請書正本送衛生局備查。</li> <li>有疑義之個案：共照中心無法判斷之特殊情形，提交申請書至衛生局。</li> </ol> </li> </ol> <p>三、衛生局受理共照中心提出之有疑義之個案：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>應召開審查小組進行審查。</li> <li>審查小組進行共照中心提出之疑義個案審查。</li> <li>審查結果：                     <ol style="list-style-type: none"> <li>同意，通知個案、第1據點及第2據點開始提供服務，並將申請書正本留存。</li> <li>不同意，個案只能接受第1據點服務，並將申請書正本留存。</li> </ol> </li> </ol> <p>四、注意事項</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>同意之個案，效期以當年度為主，跨年度需重新提出申請。</li> <li>由共照中心填寫申請書之編號，如同意，應將申請表副本給第2據點，第2據點於衛福部系統開通個案資料輸入權限時，輸入申請書編號，個案服務即被採計。</li> <li>編號原則：                      B-DC-<span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">  </span>-<span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">  </span>-<span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">  </span>                      ↳ 共照中心代碼 ↳ 年 ↳ 月 ↳ 日 ↳ 流水號                 </li> <li>送衛生局之申請書如有評估表單，請併同送局。</li> </ol>

## 申請使用第2據點服務申請書

**說明：**

1. 本表適用對象：預接受第2個失智社區服務據點服務之失智個案。
2. 本申請書效期為當年度，若有延續接受服務之需求，需重新提出申請，進行評估。
3. 審查同意接受第2據點服務之個案，如無故連續超過3次未出席，即取消使用服務。

110.4.28 擬定

申請日期：      年      月      日		編號： B-DC-□□-□□-□□□□□□□□-□□			
申請人姓名		與個案關係		聯繫電話	
個案姓名		身分證號		年齡	
居住地址	臺北市 _____ 區				
原服務據點	據點名稱：	擬申請第二據點			
	行政區：	據點名稱：			
原據點參加 時段/課程	<input type="checkbox"/> 周 _____ 上午 <input type="checkbox"/> 周 _____ 下午 <input type="checkbox"/> 周 _____ 全日 課程類別： <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 手作 <input type="checkbox"/> 園藝 <input type="checkbox"/> 音樂 <input type="checkbox"/> 戲劇 <input type="checkbox"/> 認知促進 <input type="checkbox"/> 桌遊 <input type="checkbox"/> 其他：	時段/ 課程	<input type="checkbox"/> 周 _____ 上午 <input type="checkbox"/> 周 _____ 下午 <input type="checkbox"/> 周 _____ 全日 課程類別： <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 手作 <input type="checkbox"/> 園藝 <input type="checkbox"/> 音樂 <input type="checkbox"/> 戲劇 <input type="checkbox"/> 認知促進 <input type="checkbox"/> 桌遊 <input type="checkbox"/> 其他：		
	請說明接受原據點服務之困難或不足(如課程時段、地點、課程內容...等)，與需第2據點服務之需求。	<input type="checkbox"/> 服務時段： _____ <input type="checkbox"/> 地點： _____ <input type="checkbox"/> 課程內容： _____ <input type="checkbox"/> 其他因素： _____			

**以下欄位由評估單位填寫：**

個案上課狀態 與需求評估 (需納入個案 自主意見)		申請原因(含 具體需求描 述、評估方 式)	<input type="checkbox"/> 照顧者因素：  <input type="checkbox"/> 認知潛能：  <input type="checkbox"/> 據點開放時間：  <input type="checkbox"/> 其他因素：
個案目前有使 用之照顧資源	長照服務( <input type="checkbox"/> 日照中心、 <input type="checkbox"/> 專業服務、 <input type="checkbox"/> 喘息服務、 <input type="checkbox"/> 照顧服務、 <input type="checkbox"/> 交通接送) 非正式資源( <input type="checkbox"/> 社大、 <input type="checkbox"/> 博物館、 <input type="checkbox"/> 其他 )		

**失智共同照護中心審查意見**

同意。

不同意，原因：\_\_\_\_\_

---



---

困難個案，無法判斷，提交審查小組審查  
敘明無法判斷原因：\_\_\_\_\_

---



---

**失智共照中心單位名稱：**

個管師簽章：\_\_\_\_\_ 審查日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

單位內部督導/主管簽章：\_\_\_\_\_ 簽章日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

**審查小組意見**

同意。

不同意，原因：\_\_\_\_\_

委員簽章：\_\_\_\_\_ 審查日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日