

新竹市政府 113 年度委託辦理獨居老人緊急救援服務計畫

112 年 12 月 19 日

壹、依據

- 一、「老人福利法」第 17 條。
- 二、政府採購法第 22 條第 1 項第 9 款

貳、目的

- 一、為避免獨居老人發生意外事故或疾病發作卻無人救援的悲劇，並加強關懷獨居老人健康維護工作，提供新竹市獨居老人在宅緊急事故救援服務。
- 二、確保獨居老人發生危難時，能透過救援裝置與外界聯繫，獲得立即的救援與協助，降低長者獨居時的意外風險，維護其居家安全。

參、廠商資格

- 一、醫療機構、護理機構、醫療法人。
- 二、老人福利機構、身心障礙福利機構。
- 三、公益社團法人、財團法人、社會團體。
- 四、保全業。

肆、委託服務期間

自 113 年 1 月 1 日起至 113 年 12 月 31 日止。

伍、委託服務內容及方式

- 一、服務對象：設籍並居住本市年滿 65 歲以上，經評估有行動不便、罹患慢性疾病或失能之獨居老人(不包含經評估不適合使用本系統者)。
- 二、申請流程：民眾逕向新竹市政府(以下簡稱機關)申請，經審查符合者，轉廠商提供服務。
- 三、設施設備：
 - (一) 應設置 24 小時監控服務中心，具求救、懇談、不活動狀態偵測功能，且廠商應確認系統功能正常。
 - (二) 應設置無線宅端設備，至少包括一組主機(含求救鈕及懇談鍵，若無懇談鍵應另設懇談電話機)及具求救功能之無線遙控防水防塵隨身按鈕。

四、服務項目

- (一) 意外事件及緊急事件通報。

- (二) 救護車緊急救護通報。
- (三) 緊急事件聯絡人之通知。
- (四) 不活動狀態自主監控。
- (五) 社工人員或護理師定期居家訪視及身體健康評量。
- (六) 健康問題及居家服務之諮詢與轉介。
- (七) 社會福利問題諮詢與轉介。
- (八) 生活輔具租借諮詢與轉介服務。
- (九) 代為安排看診交通工具。

五、服務內容

- (一) 廠商負責裝設、拆除、維修及教育用戶使用本系統，其中系統安裝應於接獲機關通知 7 個工作天內完成，系統維修應於知悉後 3 個工作天內完成。
- (二) 意外事件及緊急醫療事件之處理，24 小時監控服務中心需即時作適當處遇，並於 24 小時內書面通報機關。
- (三) 安排救護車通報派遣或到家接送就醫交通工具等相關事宜，及緊急事件聯絡人之通知與後續處理狀況之追蹤。
- (四) 護理人員或社工人員每月定期訪視各用戶至少 1 次，提供居家環境評估、身體健康評量、福利需求評估與資源連結、瞭解最近就醫及用藥狀況等服務。
- (五) 對所有通報電話進行全程之語音記錄，對所有服務個案撰寫完整之個案紀錄。
- (六) 已裝設此系統之用戶，若在服務期間擬拆機，廠商應於拆除宅端設備後 3 日內通報機關。
- (七) 宅端主機設備移機、重新設定連線及宅端主機設備、隨身求救按鈕及智慧感知器損壞之維修所需費用由廠商負擔。
- (八) 廠商應於期中進行用戶滿意度調查，並做成結果統計分析報告。

陸、補助標準

- 一、核實支付緊急救援系統月租費，惟總金額不得逾當年度預算上限。
- 二、機關全額補助低收入及中低收入戶用戶服務費用；機關補助一般戶服務費用 50%。按月支付服務費用，不足 15 日者減半計費。

柒、經費來源：本計畫所需經費計新臺幣(下同)182 萬 1,000 元，由 113 年度公益彩

券盈餘分配基金—「社會福利服務計畫—老人福利服務—服務費用—專業服務費—其他專業服務費」支應 130 萬元，公務預算—「社會福利—社會工作及福利—老人福利—業務費—委辦費」支應 52 萬 1,000 元。

捌、經費概算：

品名	單位	數量	單價	金額	備註	預算科目
緊急救援系統服務費	人次	1,214	1,500	1,821,000	(中)低收入戶全額補助，一般戶折半補助；使用不足 15 日折半計費	1.113 年度公益彩券盈餘分配基金—「社會福利服務計畫—老人福利服務—服務費用—專業服務費—其他專業服務費」支應 130 萬元。 2.113 年度公務預算—「社會福利—社會工作及福利—老人福利—業務費—委辦費」支應 52 萬 1,000 元。
合計				1,821,000(最高不得超過 1,821,000 元)	本數字為預估量，未來委託之經費依實際核准計畫支付。	

玖、廠商應備文件

- 一、服務建議書。
- 二、廠商登記或設立之證明影本。

拾、預期效益

- 一、全年提供至少 **100** 名獨居老人裝置緊急救援連線系統。
- 二、獨居老人獲得社工人員或居家護理師每月定期訪視評量，全年提供健康維護及諮詢服務至少 **1,200** 人次。
- 三、用戶服務使用滿意度達八成以上。

拾壹、本計畫奉核可後實施，修正時亦同。

新竹市獨居老人緊急救援服務申請表

申請日期： 年 月 日

申請人簽章：

申請人資料	姓名		身分證字號		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	出生日	民國 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後 年 月 日	聯絡電話		慣用語言	
	戶籍地址	區 里 路(街) 段 巷 弄 號 樓				
	裝設地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 區 里 路(街) 段 巷 弄 號 樓				
	身分別	<input type="checkbox"/> 1. 低收入戶 <input type="checkbox"/> 2. 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 3. 身障證明 <input type="checkbox"/> 4. 一般戶				
緊急聯絡人	(1) 姓名		聯絡電話		與申請人關係	
	(2) 姓名		聯絡電話		與申請人關係	
居住情形	<input type="checkbox"/> 單身獨居 <input type="checkbox"/> 鰥/寡居 <input type="checkbox"/> 65歲以上夫妻同住 <input type="checkbox"/> 同住者_____無照顧能力 <input type="checkbox"/> 無子女 <input type="checkbox"/> 子女未住在本市 <input type="checkbox"/> 其他：					
身體狀況	慢性疾病 <input type="checkbox"/> 心血管疾病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 內耳不平衡症候群 <input type="checkbox"/> 退化性關節炎 <input type="checkbox"/> 其他： 日常生活功能： <input type="checkbox"/> 無法自行進食 <input type="checkbox"/> 無法自行如廁 <input type="checkbox"/> 無法自行洗澡 <input type="checkbox"/> 行動不便 <input type="checkbox"/> 無法自行盥洗 <input type="checkbox"/> 大小便失禁 <input type="checkbox"/> 無法自行穿脫衣服 緊急就醫醫院：第一順位：_____ 第二順位：_____					
檢附文件	<input type="checkbox"/> 身分證影本 <input type="checkbox"/> 中低/低收入戶/身障證明手冊影本 <input type="checkbox"/> 疾病證明資料					
市府審核	<input type="checkbox"/> 1. 不符合補助規定：_____ <input type="checkbox"/> 2. 符合補助規定： <input type="checkbox"/> 補助服務費_____元 <input type="checkbox"/> 3. 其他補充說明：_____					
	承辦人：			主管：		

