

新竹市衛生局
112 年度「失智照護服務計畫」
第二次申請作業須知

分項計畫二：設置失智社區服務據點

中華民國 112 年 4 月

新竹市衛生局

112 年度「失智照護服務計畫」申請作業須知

壹、計畫依據及緣起

依據衛生福利部 112 年 1 月 6 日衛部顧字第 1111963038 號函衛生福利部 112 年度「失智照護服務計畫」申請作業須知、行政院核定長期照顧十年計畫 2.0 及衛生福利部公告失智症防治照護政策綱領暨行動方案 2.0 辦理。

衛生福利部推動長照 2.0 計畫係由照顧管理專員（以下簡稱照專）以照顧管理評估量表進行評估，產出長照需要等級 2 至 8 級需求之問題清單，再派由社區整合型服務中心個案管理人員（以下簡稱 A 個管員）至案家討論，依個案及家庭照顧者需求擬訂照顧計畫，連結長照服務，包括：長照給支付服務、各類型長照據點，例如：家庭照顧者支持服務據點（以下簡稱家照據點）、巷弄長照站（以下簡稱 C 據點）、文化健康站及失智社區服務據點等。

復考量預防延緩失能失智推動策略，對於以照顧管理評估量表評量結果未符合長照需要等級 2 級以上之衰弱老人，及疑似或輕度失智症者，能提供初級預防及服務場域，爰衛生福利部於 106 年函頒推動「失智照護服務計畫」，設置「失智共同照護中心」（以下簡稱失智共照中心）及「失智社區服務據點」（以下簡稱失智據點），以提供無法進入長照給支付體系之失智未失能個案相關服務。為提供失智症者及其照顧者服務可近性及延續性，賡續辦理失智照護服務計畫（以下簡稱本計畫），以提高失智照護服務涵蓋率。

貳、計畫目標

- 一、建構失智共照中心，提升對責任轄區失智症及其照顧者服務量能，協助疑似失智者就醫看診及對困難照顧失智者及其主要照顧者提供需求評估、諮詢服務、連結轉介服務。
- 二、設置失智據點，提供失智者及照顧者多元複合支持服務，如認知促進、緩和失智、安全看視、照顧者照顧訓練及照顧者支持團體等，普及失智社區照顧服務。
- 三、為聚焦服務失智個案及其照顧者，將逐年提高收案服務確診個案數之比率。

參、推動方式

一、分項計畫二：設置失智據點

(一) 執行單位資格

經本局核定通過之失智據點，執行單位資格如下：

- (1) 合法立案之醫事、長期照顧或社會福利機構（團體）、其他失智相關服務等單位。
- (2) 公寓大廈戶數達 150 戶以上，經向直轄市及縣（市）政府報備成立 10 年以上之公寓大廈管理委員會，且經表揚獲評鑑績優，提供鄰近社區服務成效卓著者。

(二) 服務對象：

非屬老人福利機構、全日型身心障礙福利機構、護理之家或住宿式長期照顧服務機構之個案，且符合下列之一者：

- 1、疑似失智者：經相關評估工具（如 CDR、MMSE、AD8 或 SPMSQ 等）評估為疑似失智症，惟尚未經診斷確診者。
- 2、確診失智症：檢附足資證明失智症之文件，規範內容與本計畫失智共照中心之個案服務所列失智症證明文件相同。

(三) 服務項目與提供原則：

- 1、以提供失智服務對象照護及家庭照顧者支持之需求服務項目為主，服務活動須參酌成員文化及背景等相關需求、因地制宜規劃與安排，服務項目包含：
 - (1) 認知促進、緩和失智課程。
 - (2) 照顧者支持團體。
 - (3) 照顧者照顧訓練課程。
 - (4) 共餐活動。
 - (5) 安全看視。
 - (6) 轉介疑似個案至失智共照中心所屬醫療機構，協助於收案後 6 個月內確診(附件 1、附件 2)。
- 2、失智據點之服務項目至少應包含認知促進、緩和失智課程及照顧者支持團體（可與照顧者照顧訓練課程擇一辦理）等核心必要服務項目，必要時得提供安全看視。

- 3、安全看視服務之目的為失智據點於提供服務課程時，如有部分失智服務對象無法參與，需有專人看顧其安全，以預防危及自身安全或他人安全等意外事件發生。
- 4、共餐活動時，如為結合餐飲業辦理者，該餐飲業之從業人員、作業場所、設施衛生管理及其品質保證制度，均應符合食品安全衛生管理法及食品良好衛生規範準則（GHP）。
- 5、為加強失智服務品質，服務項目屬認知促進及緩和失智課程，應於失智據點服務期間，每週固定時段辦理是類課程，課程設計應符合服務對象多元需求，規劃辦理不同課程，且開設課程總數不得少於「照顧者支持團體」及「照顧者照顧訓練課程」之合計。
- 6、除本計畫另有規定外，每週開設服務至少合計達2全日及1半日，開設時段應有固定服務時間，任一服務時段（指上午或下午半天，每一午別為1時段，每一時段至少3小時）均必須辦理認知促進或照顧者課程，不得單一辦理安全看視。
- 7、提供全日服務之失智據點，鼓勵於中午用餐時間辦理共餐活動，以促進失智個案之社會參與交流。
- 8、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，應報本局同意後，得於2個以上失智據點接受服務。
- 9、辦理失智服務據點之場地，應注意下列事項：
 - (1) 檢附場地租(借)用相關證明文件(場地如涉及其他使用目的，應檢附相關業務權責主管機關備查文件)。
 - (2) 整體空間具長者活動辨識物品之安全性、顯色性、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；需注意廚房或個案活動區域存放物品之妥適性，另執行單位應投保服務對象之公共意外責任險，以確保個案安全及執行單位之權利。
 - (3) 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（例如：醫療院所、老人福利機構、護理之家、長期照顧服務機構等）內。已設置於機構內之據點，可逐步遷出、另尋地點，至少先於與機構明顯區隔之獨立空間辦理課程及活動，

並採取必要之感染管控措施。

- (4) 為考量民眾使用服務可近性並避免資源重複配置，本計畫失智據點設置地點以不與其他長期照顧相關政府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，執行單位請提供場地平面規劃圖。

(四) 補助項目及基準：

- 1、失智據點活動費：依服務時段之活動人數，按次獎助失智據點服務費。補助參與活動滿 10 人以上之服務時段，每次補助 1,650 元；每日連續辦理 2 次服務時段，且辦理共餐者，該 2 次服務時段活動費合計補助提高至 3,800 元，其中共餐費用係酌予補助，惟辦理照顧者課程，原則不提供共餐活動，不補助共餐費用。
 - (1) 該時段參與活動逾 10 人者，每增加 1 人，增加活動費 10%，至多增加至 20 人。未滿 10 人團體，每減少 1 人，扣減 10%，至多扣 4 人，人數 5 人以下，不予補助。
 - (2) 經核定辦理之服務時段，未辦理課程（例如：遇國定假日、據點自行停課等），不予補助失智據點活動費。
- 2、失智據點量能提升費：獎助項目包含人事費、業務費、設備費及管理費，依服務時段情形獎助：
 - (1) 每服務時段每月平均服務人數為 6 人至 15 人，每服務時段每月補助 5,000 元失智據點量能提升費，補助金額依辦理情形覈實補助；每日連續辦理 2 次服務時段，且辦理共餐者，該 2 次服務時段失智據點量能提升費，每時段每月補助 5,500 元。
 - (2) 每服務時段每月平均服務人數 5 人（含）以下，不予補助。平均服務人數滿 16 人者，失智據點量能提升費按上開補助費用支付 40%，每逾 1 人失智據點量能提升費按月支付 30%，每逾 2 人失智據點量能提升費按月支付 20%，每逾 3 人失智據點量能提升費按月支付 10%，每逾 4 人，不予補助。
 - (3) 經核定辦理之服務時段，如遇國定假日未辦課，維持補助失智據點量能提升費；惟執行單位自行停課，則按比例扣減是項費用。

- 3、為聚焦失智據點核心服務對象，使用失智據點之服務對象，須為衛生福利部建置之失智照護服務管理系統（以下稱系統）登錄在案之確診失智個案或疑似個案，且全年累計服務人數（歸人計算）中之確診個案應至少達半數（含）以上，如未達則按期末結報時，系統計算可核銷額度扣減補助經費 5%。
- 4、失智據點每服務時段之服務人數採計原則：
 - (1) 參與失智據點開設之服務項目（課程）之疑似或確診個案或其照顧者，同意留有姓名、身分證字號等個人資料，始得認列服務人數。
 - (2) 參與認知促進課程，計算服務人數僅採計服務對象；參加照顧者課程，計算服務人數僅採計服務對象之照顧者；且累計服務對象人數需大於照顧者人數。
 - (3) 服務人數計算以參加個案課程（認知促進、緩和失智）及照顧者課程（照顧者支持團體或照顧者照顧課程）為採計項目，同一服務時段之午別（上午或下午）僅得採計 1 次。
- 5、為提升失智據點服務量能，疑似個案如未於系統登錄之上課日起算（不限同一失智據點）6 個月內確診，則自第 7 個月起該名個案及其照顧者不納入服務人數之採計，失智據點應協助轉介逾期未確診個案至社區關懷據點、巷弄長照站、文化健康站或其他社區據點接受相關服務。

(五) 其他：

- 1、應簽署切結書（附件 3）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，未配合者，不予獎助。
- 2、將服務對象確診失智症相關證明情形登載於系統，可茲證明情形係指服務對象出具下列文件之一：
 - (1) 診斷證明書（未載明失智等級者加附 CDR 量表）。
 - (2) 身心障礙證明（障別為失智症）。
 - (3) 經醫師臨床診斷為失智症之證明文件且經醫師核章，併附 CDR 量表。
 - (4) CDR 檢查報告載明為 0.5 分以上。
- 3、應於系統即時登錄服務對象與照顧者接受服務之相關資料，至遲應

於每月 2 日前完成上一月份之服務紀錄登載服務對象與照顧者接受服務之相關資料，服務紀錄逾服務期限 3 個月以上者，無法於系統登錄。

- 4、失智據點之服務對象倘經確認 CDR 檢查報告為 2 分以上者，失智據點應鼓勵及協助服務對象轉介長期照顧服務機構，接受長期照顧專業服務。
- 5、辦理失智據點服務項目之服務人員，需符合下列資格之一：
 - (1) 專科以上學校醫事人員相關科、系、所畢業或公共衛生、醫務管理、社會工作、老人照顧或長期照顧相關科、系、所、學位學程畢業。
 - (2) 具社會工作師應考資格。
 - (3) 高中（職）護理或老人照顧相關科系畢業者。
 - (4) 領有照顧服務員訓練結業證明書，或照顧服務員職類技術士證。
 - (5) 衛生福利部預防及延緩失能照護服務方案之師資、指導員或協助員：須具帶領照護方案 3 期以上經驗。
- 6、惟 109 年 12 月底任職於本局核定辦理失智服務據點，辦理失智服務據點服務項目之人員，不受上開資格之限制。
- 7、失智據點服務人員需於到職 6 個月內完成失智症照顧服務 20 小時訓練課程（以下稱失智症相關訓練）。
- 8、第 7 款所稱失智症相關訓練，係指完成經長照繼續教育認可單位審查採認之訓練單位辦理之失智症照顧服務 20 小時訓練課程，並領有結訓證明書者；失智據點服務人員於任職前已完成失智症相關訓練課程，並領有結訓證明書者，或領有直轄市及縣（市）政府自行或委託辦理 106 年以前依衛生福利部社會及家庭署所訂失智症居家服務 20 小時訓練課程核發之合格結訓證明書者，亦認屬完成失智症相關訓練，得予免訓。
- 9、對於服務對象或照顧者，進行服務介入後之滿意度調查（可依各執行單位自訂格式或內容），留存於服務單位備查，每人每年至少進行一次調查，如提早結案，應於結案前完成。
- 10、出席轄區聯繫會議與服務整合活動，宣導 1966 及長照服務，並進行成果分享報告。

- 11、為延緩個案失智進程、並促進認知功能，失智據點於推動本計畫應併同申請衛生福利部預防及延緩失智照護方案，並以該方案模組六大面向中含認知促進之模組為限，最多以申請3期為限。
- 12、失智據點辦理之共餐活動，得採取使用者付費原則，經報請本局核准後，得訂定收費標準。
- 13、失智個案至失智據點參加活動有交通接送之需求，若該個案為本局照管中心評估符合長照需要等級第2級（含）以上者，應先行使用長照給付及支付項目之社區式服務交通接送。
- 14、失智據點須配合參與本局相關會議及實地輔導訪查，另本局會核定失智共照中心輔導據點執行。
- 15、請於112年7月31日前於期中報告提供至少1則服務失智症個案家庭故事之成功案例，如提升失智家庭的生活品質、促進社會參與及減輕照顧者壓力等，俾利本局彙編成推廣文宣或影片。

二、失智據點其他配合事項

(一) 本市布建原則：

1、失智據點：

- (1) 以失智人口分布密集區域優先布建。
- (2) 本局於增設失智據點前，應先盤點轄內提供預防及延緩失能、失智之各類社區據點布建情形及服務量能，同區域內如已設置社區服務據點（如巷弄長照站），應輔導及鼓勵該據點提供極輕度至輕度失智個案認知促進、延緩失智活動等服務，惟如經本局盤點、評估該區域各類長照據點量能不足確有特殊需求，得另敘明服務量能情形及理由報准後增設。
- (3) 原住民族地區優先結合文化健康站、離島地區優先結合巷弄長照站，服務極輕度至輕度失智個案，就近提供認知促進、延緩失智活動。
- (4) 審認需於2個以上失智據點接受服務之特殊情形個案。

(二) 轄內單位提報計畫書時，各單位應以本計畫之經費編列基準及使用範圍，依所需科目逐項編列經費，由本局辦理審查及核定。

(三) 本局將於本計畫執行過程中抽查、督考轄內單位辦理情形（諮詢紀

錄品質亦應列為重點抽查項目之一)，確保計畫品質；服務單位之服務量能、品質或執行方式不符計畫規定，將有退場機制；如屬 112 年核定布建清單之新申請服務單位，應輔導其至遲於 **112 年 6 月 30 日** 前開始提供服務。

- (四) 未符本年度計畫需求而提前退場之延續型失智據點，不應納入本年度之布建清單。
- (五) 本局每月督導、稽核轄內服務單位完成系統內相關資料登錄，據以瞭解各單位資料登打之正確性及提供服務之情形；如經本局查核發現未落實按月於衛生福利部系統內登錄相關資料者，經通知限期改善，未如期改善者，本局將納入當年度評比分數。
- (六) 另本局後續將明定失智據點、失智共照中心之服務品質管控機制及稽核輔導機制，且將「失智共照中心及失智據點內人員依計畫要求完成教育訓練比率；失智共照中心個案服務資料、失智據點上課服務資料即時登錄系統；失智據點感染管制措施；失智共照中心與失智據點之服務滿意度調查、退場機制、定期查核（含實地）作業機制，以及兩者之相互轉介機制；失智共照中心轉介新確診個案接受失智據點服務比率、失智共照中心是否落實醫療機構內轉介失智個案之機制及流程，及其年度目標達成情形。」納入年終評比各單位之績效，以作為次一年度是否續為執行單位之參考。
- (七) 成果報告經驗收如與本計畫作業須知所定事項或契約不符，或審查後經通知限期改善，未如期改善者，本局得要求繳回已撥付之經費，如有違反計畫或法令情事，情節重大者，三年內不得再申請補助；請各單位確實依本計畫作業須知規定辦理。

肆、申請方式與補助原則

- 一、本計畫之二分項計畫符合執行單位資格者，依附件 4 格式擬具計畫書一式 5 份(含電子檔)，檢具公文親送或郵寄掛號(以郵戳日為憑)，信封封面請註明「新竹市衛生局 112 年度失智照護服務計畫」，地址：新竹市中央路 241 號 10 樓長期照顧科收，於 **112 年 4 月 20 日(星期四)下午 5 時** 前向本局提出申請，各申請資料收件後概不退還。如經本局盤點布建情形後，得視情況開放第 3 次收件及審查。
- 二、補助經費編列或費用支出規範，請依「112 年度衛生福利部失智照護服

務計畫經費編列基準及使用範圍」辦理（附件 6）；失智據點申請「認知促進模組」，其模組經費編列亦須依附件 6 辦理，執行原則請依附件 7 辦理。各服務單位應依所需科目逐項編列經費，報本局核定。

三、倘計畫年度編列預算遭凍結或刪減，不能如期動支，本局得延後或調整變更經費或中止辦理權利。

四、如對本計畫內容有任何疑問，請洽本局長期照顧科，聯絡地址：新竹市中央路 241 號 10 樓；聯絡電話：03-5355191。

五、服務提供單位分別依本計畫分項計畫一、二提具計畫書，向本局申請。本局視資源布建衡平性、經費配置之妥適與服務內容審查，經審查通過逕予核定。

六、執行單位應配合下列事項：

（一）配合衛生福利部或本局視察失智照護服務業務推動情形並進行報告。

（二）建立提供失智個案長照服務之管理流程及服務資源轉介機制。

伍、如屬公職人員利益衝突迴避法第 3 條所稱公職人員之關係人者，請填「公職人員利益衝突迴避法第 14 條第 2 項公職人員及關係人身分關係揭露表」（如附件 8），如未揭露者依公職人員利益衝突迴避法第 18 條第 3 項處罰。

陸、審查方式

一、初審：本中心就所送書面資料及資格條件是否符合申請須知規定進行初步審查（如附件 9），如有資料遺漏者，逕行通知送件單位於期限內補送，逾時視同放棄；初審符合資格者，始得參與複審。

二、複審：本局就所送書面資料及資格條件聘請專家學者審查，符合資格者，始得提報中央備案。

三、新增型單位採書面或現場簡報詢答，後續由主辦單位決定之。

四、本計畫本局保有最後審查權，如遇中央政策或補助變更，得視情況調整計畫內容。

五、審查項目及配分

（一）失智服務據點遴選條件一覽表：

類別 項目	遴選配分 比重	說明	配 分
服務理念	5%	組織服務理念與失智照護服務計畫目標及理念配合程度	5
組織量能	20%	1. 組織健全性，專職人員及志工人力運用與管理(如：組織圖、工作人員名冊及工作職掌)	10
		2. 在地服務宣導、個案開發及管理情形	10
服務周全性	35%	1. 設置位置、資源盤點及分析、活動場地安全性及空間規劃與運用	5
		2. 服務內容規劃及策進作為(認知促進及緩和失智課程、預防及延緩失能計畫、照顧者支持團體或照顧者照顧課程)。	20
		3. 了解在地社區特色或需求，設計並規劃相關活動課程	10
服務品質	35%	1. 據點服務之行政管理機制(系統操作、服務紀錄登打、相關報表及核銷作業)	10
		2. 訂有長者緊急事件處理流程(例如走失、意外事件等)	10
		3. 服務對象權益保障及申訴處理流程	10
		4. 感染管控措施及處理流程(例如流感、新冠肺炎)，若特殊狀況導致停課，有無相對方案提供給服務對象或照顧者。	5
計畫經費合理性	5%	單位計畫經費編列須符合112年度衛生福利部失智照護服務計畫經費編列基準及使用範圍規範。	5

柒、計畫執行期間

112 年新申請之執行單位：契約執行日期為自本局核定日至 112 年 12 月 31 日止。

捌、經費之申報（請領）、撥付及核銷：

- 一、計畫經費撥付及核銷：本計畫經費撥付及核銷，屆時依契約內容規定辦理。
- 二、服務提供單位應於 113 年 1 月 4 日前將期末成果報告 1 式 2 份(含電子檔，如附件 10)，與支出至 112 年 12 月 31 日之收支明細表（1 式 2 份，如附件 12）以正式公文函送本局辦理結案及核銷。
- 三、本局核定辦理本計畫失智服務據點與失智共照中心之執行單位，執行單位補助經費之原始憑證及其他單據，請依行政院主計總處 109 年 3 月 24 日主會財字第 1091500082 號書函示，朝簡化核銷之政策辦理。
- 四、本局將協助本計畫執行過程之抽查、督考，確保計畫執行品質。
- 五、接受獎助之印刷品，請於適當位置標明「衛生福利部長照基金獎助」；倘辦理政策宣導，請確實依政府機關政策文宣規劃執行注意事項及預算法第六十二條之一規定，明確標示其為「廣告」二字及辦理或贊助機關、單位名稱，違反者將不予核銷。
- 六、研討會場地應依行政院 95 年 7 月 14 日院授主會三字第 0950004326A 號函之規定，各項會議及講習訓練，以在公設場地辦理為原則，若因場地不敷使用，無法在公設場地或訓練機關辦理者，每人報支之食宿及交通費，原則上不得超過國內出差旅費報支要點規定之差旅費標準，其膳雜費用依行政院 103 年 7 月 7 日院授主預字第 1030101699 號函修正之「國內出差旅費報支要點」標準辦理。
- 七、本計畫申請說明相關規定，如有未詳盡事宜，依照衛生福利部「112 年度失智照護服務計畫申請作業須知」及獎補助相關規定暨本局經衛生福利部核定計畫辦理。

新竹市政府/新竹市長照管理服務申請表

個案來源	<input type="checkbox"/> 1.自行 <input type="checkbox"/> 2.電洽 <input type="checkbox"/> 3.轉介(單位：) <input type="checkbox"/> 4.長照 ABC (<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C /單位：)
	<input type="checkbox"/> 5.失智共照中心(單位：) <input type="checkbox"/> 6.失智社區服務據點(單位：) <input type="checkbox"/> 7. 1966

一、 基本資料： ※同戶中有無長照服務使用者：1.無 2.有·姓名 _____

1.姓名	2.性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	3.出生	民國 年 月 日	4.年齡： 歲
5.身分證字號 (個案編號)：		6.電話		
7.現居地	市(縣) 區(鎮,鄉) 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓			
8.居住狀態	<input type="checkbox"/> 1.獨居 <input type="checkbox"/> 2.固定與他人同住 <input type="checkbox"/> 3.輪流與他人同住 <input type="checkbox"/> 4.其他：			
9.常用語言	<input type="checkbox"/> 1.國語 <input type="checkbox"/> 2.台語 <input type="checkbox"/> 3.客家語 <input type="checkbox"/> 4.原住民族語 <input type="checkbox"/> 4.其他：			
10.身障手冊	<input type="checkbox"/> 1.否 <input type="checkbox"/> 2.是：障別 (<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度) <input type="checkbox"/> 3.申請中 (申請日期 月 日)			
11.身份別	<input type="checkbox"/> 1.低收入戶： 款 <input type="checkbox"/> 2.中低收入戶： 倍 <input type="checkbox"/> 3.一般戶 <input type="checkbox"/> 4.榮民 <input type="checkbox"/> 5.其他			

12.目前是否領有政府提供之其他照顧補助費用：1.否 2.是： 元

13.目前是否就業中：1.是 2.否-> 有就業意願 無就業意願

14.目前是否住在機構：1.否 2.是

15.目前三個月內是否有住院(含急診經驗)：1.否 2.是·原因：

16.目前是否聘請看護幫忙照顧：1.否 2.是 3.申請中 (a.本籍 b.外籍)

17.疾病狀況

1.無 2.中風 3.高血壓 4.糖尿病 5.心臟病 6.呼吸器官疾病 7.肝膽腸胃病 8.腎臟病 9.泌尿道疾病 10.骨科疾病 11.精神疾病 12.失智症 13.植物人 14.巴金森氏症

15.癌症：16.傳染疾病：17.其他：

18.欲申請服務項目 (可複選)：

1.照顧服務：(<input type="checkbox"/> 居家服務 <input type="checkbox"/> 日間照顧 <input type="checkbox"/> 家庭托顧)	<input type="checkbox"/> 4.輔具購買、租借 <input type="checkbox"/> 5.居家無障礙環境改善
2.醫事專業服務： (<input type="checkbox"/> 復能照護 <input type="checkbox"/> 個別化服務計畫 <input type="checkbox"/> 營養 <input type="checkbox"/> 困擾行為 <input type="checkbox"/> 進食與吞嚥 <input type="checkbox"/> 臥床或長期活動受限 <input type="checkbox"/> 居家護理指導 <input type="checkbox"/> 居家環境安全規劃指導)	<input type="checkbox"/> 6.喘息服務 (機構/居家/日照/小規模夜喘/巷弄喘息)
<input type="checkbox"/> 3.交通接送服務-限定就醫或復健用途	<input type="checkbox"/> 7.營養餐飲服務 <input type="checkbox"/> 8.機構服務 (公費安置)
	<input type="checkbox"/> 9.失智症照顧服務 <input type="checkbox"/> 10.家庭照顧者支持服務
	<input type="checkbox"/> 11.家庭醫師照顧方案 (需搭配上述 1-6 項服務方能使用)
	<input type="checkbox"/> 12.其他：

二、 聯絡人資訊 (必填*)：

19.主要聯絡人* <input type="checkbox"/> 聯絡人 <input type="checkbox"/> 代理人	姓名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號	
	連絡電話			出生年月日	民國 年 月 日
	住址			與申請人關係	
20.主要照顧者*	姓名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號	
	連絡電話			出生年月日	民國 年 月 日
	住址			與申請人關係	

※最後煩請您再詳細檢視上述所填之資料是否完全屬實；如經查證以詐欺或其他不正當行為或虛偽之證明申請補助費用者，應負一切法律責任，並返還已支付之服務補助經費※

申請人(或代理人)簽名：_____ 申請日期：__年__月__日 中心處理日期__年__月__日

照管中心 審核結果	<input type="checkbox"/> 開案(<input type="checkbox"/> 不需失能評估 <input type="checkbox"/> 需評估)	家訪日期__年__月__日
	<input type="checkbox"/> 不開案·原因：	
開(派)案日期 __月__日	主責照專：	審核人：

請傳真至本中心 (03)5355230 後，並致電 03-5355283 確認，謝謝！

2023-2-10 更新

轉介日期： 年 月 日

轉介單位資料					
轉介單位	<input type="checkbox"/> 失智共同照護中心：_____ <input type="checkbox"/> 長期照顧管理中心 <input type="checkbox"/> 失智社區服務據點：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____				
轉介人員			E-mail		
單位電話	()	分機	單位 傳真		
個案基本資料與評估					
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身份證字號	
出生	民國 年 月 日	慣用語言	<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 台語 <input type="checkbox"/> 客語 <input type="checkbox"/> 其他_____		
緊急連絡人		關係		連絡電話	市話： 手機：
現居地址	(含里別)				
認知評估	<input type="checkbox"/> CDR： <input type="checkbox"/> MMSE： <input type="checkbox"/> AD-8： <input type="checkbox"/> 未評估				
失智症確診	<input type="checkbox"/> 尚未確診 <input type="checkbox"/> 極輕度 <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度				
個案摘要 (個案狀況)					
已提供服務摘要					
轉介服務需求	<input type="checkbox"/> 共照中心：個案管理、醫療照護、資源連結、生活理財、其他：_____。 <input type="checkbox"/> 失智據點：認知促進緩和失智、照顧者支持團體、照顧課程、其他：_____。 <input type="checkbox"/> 巷弄長照站：社會參與、健康促進、共餐服務、預防及延緩失能服務。 <input type="checkbox"/> 文化健康站：簡易健康照顧服務、延緩老化失能活動、營養餐飲服務、居家關懷服務、生活與照顧諮詢。 <input type="checkbox"/> 社區關懷據點：關懷訪視、電話問安、餐飲服務、健康促進活動、社會參與。				
家屬是否同意轉介至其他服務單位	<input type="checkbox"/> 是		家屬簽名：_____		
受轉介單位資料					
受轉介單位	<input type="checkbox"/> 失智共照中心 <input type="checkbox"/> 失智據點 <input type="checkbox"/> 巷弄長照站 <input type="checkbox"/> 文化健康站 <input type="checkbox"/> 社區關懷據點		單位名稱：_____		
			聯絡電話	聯絡人	
處理結果	<input type="checkbox"/> 轉介提供服務項目： <input type="checkbox"/> 無法提供服務原因： <input type="checkbox"/> 需要其他佐證：		服務日期： 拒絕日期：		

回覆日期： 年 月 日

註：1. 受轉介單位請於收到轉介單後 7 天內回覆。

2. 轉介單位請收到回覆後將表單留存，並於 14 日內以 E-mail(h71167@hcchb.gov.tw、h71137@hcchb.gov.tw)方式，電子檔案加密回寄本表至衛生局。

切結書

本單位 (單位名稱) 接受貴局獎助辦理失智社區服務據點，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

新竹市衛生局

申請機構(單位)：

(請蓋大小章)

負責人：

中華民國 年 月 日

新竹市衛生局
112 年度「失智照護服務計畫」計畫書

計畫名稱：(每一分項計畫一份計畫書)

分項計畫一、失智共同照護中心

分項計畫二、失智社區服務據點-_____

執行單位：

中華民國 年 月

目 錄

頁 碼

壹、綜合資料

貳、計畫緣起

1. 依據
2. 背景說明
3. 現況分析及未來環境預測(含 111 年度布建成果)
 - (一) 服務需求面分析
 - (二) 服務供給面分析

參、計畫期程

肆、計畫目標

1. 目標說明
2. 預期績效指標

伍、執行策略及方法

1. 主要執行策略(含人力資源管理)
2. 品質管控機制
3. 緊急事件處理流程(失智社區服務據點必填)
4. 訂定輔導失智社區服務據點計畫(共照中心如有輔導據點須填寫)
5. 分期工作項目

陸、預定進度

柒、經費需求與來源

捌、預期效益

玖、未來規劃

壹、綜合資料

(每一分項計畫一份計畫書)

計畫名稱	112 年度「失智照護服務計畫」			
申請單位				
執行地點				
執行期限	自 112 年 月 日起至 112 年 12 月 31 日止			
申請金額 (單位：元)	失智社區服務據點 合計 (一)+(二)	(一) 失智社區服務據 點費	(二) 認知促進模組費(期)	
	元	元	辦理_____期，_____元	
負責人		職稱		
計畫承辦人		職稱		電話
E-mail				
連絡地址				

貳、計畫緣起

一、依據

二、背景說明

三、現況分析及未來環境預測

(一) 服務需求面分析：請就本市長期照顧需求人口之城鄉、族群、文化特色等進行評估，並提供具體量化分析數據。

(二) 服務供給面分析：請就本市長期照顧服務資源、服務人力等進行評估，並提供具體量化分析數據。

(三) 111 年布建成果及執行情形(新設據點可不寫)

參、計畫期程：112 年 月 日起至 112 年 12 月 31 日

肆、計畫目標(含關鍵績效指標)

一、目標說明：請分點具體列述本計畫所要達成之目標以及所要完成之工作項目，應避免空泛性之敘述。

二、預期績效指標：應包含關鍵績效指標、評估標準及年度目標值。

關鍵績效指標		評估標準	目標值 <small>註 1</small>
失智據 點服務	個案數		
	照顧者人數		
照顧者支持 團體	(亦得擇一辦理)	_____場次	
照顧者照顧 訓練課程		_____場次	
辦理認知促進模組期數			
經費執行率		執行經費數/本局核定經費數 x100%須達 85%以上	
(可另行增列其他 KPI)			

(如篇幅不足，請自行增列，無辦理相關內容則可刪除)

註1：目標值請填報至112年12月31日之累計目標值。

伍、執行策略及方法

- 一、主要執行策略：請明確詳細說明計畫執行策略【包括個案管理及個案轉介流程、組織架構、人力資源管理、場地規劃(含場地配置圖、空間規劃、場地公共意外責任險等)、據點課程表或活動內容規劃、服務項目、在地資源連結、效益及宣導活動之規劃，如為辦理人才培訓，應先安排分梯辦理培訓課程等】。
- 二、品質管控機制：請依計畫需求，以條列式具體說明如何提升量能及品質，(如為辦理預防及延緩失能照護服務應建立服務管理與品質機制，內容包括選擇合適方案、開班管理、課程品質管理、緊急應變機制、評估前後測管理、對方案及指導員服務品質回饋機制)。
- 三、緊急事件處理流程(失智社區服務據點必填)。
- 四、分期工作項目：請依計畫需求，並以條列方式具體說明各階段工作項目。

陸、預定進度(以甘特圖表示，可另行增列其他項目，但至少應包括衛生福利部及本局所列工作項目)

工作項目	月 份											
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
辦理計畫宣導說明會												
核定服務失智據點及失智共照中心布建												
辦理服務失智據點及失智共照中心輔導訪查												
繳交期末成果報告												

工作項目	月 份											
	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月
(可另行增列其他項目)												

(如篇幅不足，請自行增列)

柒、經費需求與來源：服務單位請依 112 年度衛生福利部失智照護服務計畫經費編列基準及使用範圍（附件 6）詳實編列。

捌、預期效益

玖、未來規劃（至 112 年，如特約服務失智據點之每年度布建目標、服務涵蓋率等）

112 年失智照護服務計畫布建清單

分項計畫二設置失智社區服務據點計畫之單位

新竹市

單位：新臺幣元

編號	行政區	系統編號	服務單位	服務項目				每週服務時間	全日(個)	半日(個)	認知促進模組(期)	申請補助經費合計	執行日期(按時間排序)	延續型
				認知促進、緩和失智	安全看視	照顧者照顧訓練課程	照顧者支持團體							
1	○○區		○○○ ○	v	-	v	-	週一上午、週二、週三全日	1	3	2		112年1月1日至112年12月31日	
2														
總計														

註：補助經費上限依核定月數按比例計算(核定經費*執行月數 / 12)，如實際服務月數少於核定月數，則以實際服務月數採計。

112 年度衛生福利部失智照護服務計畫經費編列基準及使用範圍

註：凡未列於下表之經費項目原則上不得編列（例如加入相關學會之年費、論文出版費用...等）

項目名稱	說明	編列標準
人事費		
研究助理薪資	執行本計畫所需聘僱之專、兼任助理人員薪資等。 實際支領時應附支領人員學經歷級別。計畫書預算表內所列預算金額不得視為支領標準。 在本計畫支領專任研究助理薪資者，不得在其他任何計畫下重複支領。	研究助理薪資標準：專任助理工作酬金得依其工作內容，所應具備之專業技能、獨立作業能力、相關經驗年資及預期績效表現等條件，綜合考量敘薪並由計畫執行機構自行訂定標準核實支給工作酬金，經機關首長同意後編列薪資。
保險	依勞工保險條例及全民健康保險法之規定，編列應由雇主負擔之保險項目（非依法屬雇主給付項目不得編列，補充保險費則編列於管理費）。	有關勞保及健保費用編列基準應參照本部中央健康保險署及勞動部勞工保險局最新費率辦理。
公提離職儲金或公提勞工退休金	執行本計畫所需聘僱助理人員之公提離職儲金（計畫執行機構不適用勞動基準法者）或公提勞工退休金（計畫執行機構適用勞動基準法者）。	依「衛生福利部及所屬機關研究計畫助理人員約用注意事項」編列。
業務費		
講座鐘點費	講座鐘點費係實施本計畫所需訓練研討活動之授課演講鐘點費或實習指導費。 專家指導授課之交通費可依「講座鐘點費支給表附則 5」主辦機關得衡酌實際情況，參照出差旅費相關規定，覈實支給外聘講座交通費及國內住宿費。 計畫項下已列支主持費等酬勞者不得支領本項費用。	講座鐘點費分內聘及外聘二部分： 1. 外聘： (1) 國外聘請者：得由主辦機關衡酌國外專家學者國際聲譽、學術地位、課程內容及延聘難易程度等相關條件自行訂定。

項目名稱	說明	編列標準
<p>臨時工資（含其他雇主應負擔項目）</p>	<p>執行預防延緩失智照護方案支給師資鐘點費。</p> <p>實施本計畫特定工作所需勞務之工資，以按日或按時計酬者為限。受補(捐)獎助單位人員不得支領臨時工資。</p>	<p>(2) 國內聘請者：專家學者每節鐘點費 2,000 為上限，與主辦或訓練機關(構)學校有隸屬關係之機關(構)學校人員，每節鐘點費 1,500 百元為上限。</p> <p>2. 內聘：主辦或訓練機關(構)學校人員，每節鐘點費 1,000 元為上限。</p> <p>3. 講座助理：協助教學並實際授課人員，每節鐘點費比照同一課程講座減半支給。</p> <p>授課時間每節 50 分鐘。</p> <p>指導員（主要帶領者）：衛福部預防延緩失能指導員資格之師資或指導員，支付依「講座鐘點費支給表」辦理上限 1,200 元/小時；其餘人員，支付上限 1,000 元/小時。</p> <p>協助員（協同帶領者）：不限為專業人員為原則，支付上限 500 元/小時。</p> <p>依計畫執行機構自行訂定之標準按工作性質編列（每人天以八小時估算，實際執行時依勞動基準法相關規定核實報支），如需編列雇主負擔之勞健保費及公提勞工退休金則另計。</p>
<p>文具紙張</p>	<p>實施本計畫所需油墨、碳粉匣、紙張、文具等費用。</p>	

項目名稱	說明	編列標準
郵電	實施本計畫所需郵資、快遞費、電報、電話費、網路費，但不得編列手機費用。	
印刷	實施本計畫所需書表、成果報告等之印刷裝訂費及影印費。	
租金	<p>實施本計畫所需租用辦公房屋場地、機器設備及車輛等租金。</p> <p>於補助經費額度內，若接送失智個案至失智據點參加活動，需經地方政府認可後，始得據以編列，並檢據報支。</p>	<p>受獎助單位若使用自有場地或設備，以不補助租金為原則。但如確為執行本計畫而租用單位內部場地或設備，且提出對外一致性公開之收費標準相關證明文件，並經本部認可後，始得據以編列，並檢據報支。</p> <p>車輛租用僅限於從事因執行獎助計畫之必要業務進行實地審查或實地輔導查核時所產生之相關人員接駁或搬運資料、儀器設備等用途，須提出證明文件，得列入本項，且不得重複報支差旅交通費。</p>
油脂	<p>實施本計畫所需車輛、機械設備之油料費用。(車輛之油料費用，係指從事實地訪查，而非屬派遣機關人員出差，其性質與出差旅費之報支不同，受補(捐)助單位如無公務車可供調派，而需由實地訪查人員駕駛自用汽(機)車從事該訪查，且此項情況已於補(捐)助計畫(或契約)訂明者，其所需油料費，得由各受補(捐)助單位本於職責自行核處，檢據報支。)於補助經費額度內，若接送失智個案至失智據點參加活動，需經地方政府認可後，始得據以編列，並檢據報支。</p>	
電腦處理費	實施本計畫所需電腦資料處理費。包括：資料譯碼及鍵入費、電腦使用時間費、磁片、硬碟、	

項目名稱	說明	編列標準
材料費	<p>隨身碟及光碟片及報表紙或相關項目。</p> <p>電腦軟體、程式設計費、電腦周邊配備、網路伺服器架設、網頁及網路平台架設等係屬設備，依規定不得編列於此項。</p> <p>實施本計畫所需消耗性物品、與本計畫直接有關之使用年限未及二年或單價未達一萬元之非消耗性物品等費用（應詳列各品項之名稱（中英文並列）單價、數量與總價）。</p>	
出席費	<p>實施本計畫所需專家諮詢會議之出席費。計畫項下或受補(捐)助單位之相關人員及非以專家身分出席者不得支領。</p> <p>屬工作協調性質之會議不得支給出席費。</p>	<p>依「中央政府各機關學校出席費及稿費支支給要點」辦理。</p>
國內旅費	<p>實施本計畫所需之相關人員及出席專家之國內差旅費。</p> <p>差旅費分為交通費、住宿費、雜費。</p> <p>出席專家如係由遠地前往（三十公里以外），受補（捐）助單位得衡酌實際情況，參照國內出差旅費報支要點規定，覈實支給交通費及住宿費。</p> <p>凡公民營汽車到達地區，除因業務需要，報經本部事前核准者外，其搭乘計程車之費用，不得報支。</p> <p>參加中央或地方政府舉辦實施本計畫相關之研討會或會議。</p>	<p>依「國內出差旅費報支要點」規定辦理，差旅費之編列應預估所需出差之人天數並統一以 2,000/人天估算差旅費預算。</p> <p>於距離受補（捐）助單位三十公里以內之地區洽公者，不得申報出差旅費。</p>
餐費	<p>實施本計畫執行需要而召開之相關會議或活動，已逾用餐時間之餐費。</p>	<p>申請餐費，每人次最高 100 元。</p>
其他	<p>辦理獎助計畫所需之其他未列於本表之項目。</p>	<p>應於獎助計畫書列明支用項目，並說明需求原因。</p>
保險	<p>實施本計畫執行需要辦理服務之相關保險。受補(捐)助單位應於計畫書列明支用項目，並說</p>	<p>限與執行本計畫有關，最高以業務費之金額 5% 為上限，且</p>

項目名稱	說明	編列標準
雜支費	<p>明需求原因，經地方政府認可後，始得據以編列。</p> <p>受補(捐)助單位以自有車輛接送失智個案至失智據點參加活動，應投保乘客責任險。</p> <p>實施本計畫所需之雜項費用。</p>	<p>不得超過 10 萬元。</p> <p>最高以業務費扣除國外旅費後之金額百分之五為上限，且不得超過 10 萬元。</p>
設備費	<p>實施本計畫所需軟硬體設備之購置與裝置費用（須單價一萬元以上且使用年限二年以上者）。此項設備之採購應與計畫直接有關者為限。</p> <p>此科目僅限失智社區服務據點得以編列。</p> <p>服務單位應於計畫書列明支用項目，並說明需求原因，經地方政府認可後，始得據以編列，並不得超過 10 萬元。</p> <p>應造冊管理(列財產增加單)，並黏貼財產標籤，5 年內不得重複申請相同設備品項；因故接受補助設備費之失智據點，營運未滿 3 年有停辦情形者，接受補助設備費用應按未執行月份比例繳回。</p>	<p>所擬購置之軟硬體設備應詳列其名稱、數量、單價及總價。並依政府採購法及其相關規定辦理。</p>
管理費	<p>本項經費應由計畫執行單位統籌運用，使用項目如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 水、電、瓦斯費、大樓清潔費及電梯保養費。 2. 加班費：執行本計畫之助理人員及主協辦人員為辦理本計畫而延長工作時間所需之加班費，惟同一工時不應重複支領。 3. 除上規列範圍內，餘臨時工資、兼任助理或以分攤聘僱協辦計畫人員之薪資，不得以此項核銷。 4. 依全民健康保險法之規定，受補(捐)助單位因執行本計畫所應負擔之補充保險費(編列基準請依中央健康保險署之最新 	<p>直轄市及縣(市)政府僅能編列項目 4。</p> <p>(人事費+業務費)×10%為上限。</p>

項目名稱	說明	編列標準
	<p>版本辦理)。</p> <p>5. 依據勞動基準法之規定，編列受獎助單位因執行本計畫，應負擔執行獎助計畫專任助理人員之特別休假，因年度終結或契約終止而未休之日數，所發給之工資。</p>	

112 年預防及延緩失能照護服務執行原則說明

一、特約服務點

- (一) 指執行服務的最小單位，以服務提供場地為認定。
- (二) 申請單位須為 C 級單位或失智照護計畫之失智社區服務據點。
- (三) 特約服務點應登記有案且有安全空間（含無障礙設施）、有公共安全責任險並訂有緊急處理流程。如屬 C 級單位者可依 C 級單位場地規定放寬為安全場所即可，惟須以 C 級單位核定函代替場地合法使用資料。

二、特約單位服務規格

- (一) 服務對象：全國老人，並鼓勵亞健康、衰弱及輕、中度失能或失智老人一起參與。
- (二) 以社區提供為原則，並依老人健康狀況，如衰弱、失能（智）程度安排合適之照護方案及班級。
- (三) 照護方案內容：
 1. 衛生福利部及各縣市審查通過之方案均應建置於衛生福利部指定之資訊平台，由平台進行查詢及開班資料登錄及管理，以利特約單位導入公告之預防及延緩失能照護方案及師資人才。
 2. 每單位（期）：一期十二週，每週一次，每次二小時。參與對象不可同時重複參加不同班別，若為延續服務，每人每年以三期為限。
 3. 中央及地方方案模組於徵得其方案人才同意，得不受該方案原提報實施區域限制。

(四)服務管理

1. 配合衛生福利部指定資訊平台所載方案及師資，完成方案課程、師資資料欄位建置與登錄。
2. 預防及延緩失能照護服務流程，包含服務介入前後使用長者功能自評量表自評或社區據點協助完成自評，並推廣「長者量六力」

Line 官方帳號，若有異常再分項評估。另每處據點於每期課程結束，需評估 1 次「預防及延緩失能照護服務方案品質指標」（服務流程如附表 1）。

3. 介入前後效果量測：個案於介入前後須依長者功能自評量表(如附表 2)，進行照護服務方案介入前後評估，並於資訊平台完成登錄，評估之前測應於課程執行前二週內到課程開始一週內完成，後測應於十二週課程之最後一週到課程結束後二週內完成後測；「預防及延緩失能照護服務方案品質指標」：每處據點於每期十二週課程結束，需進行此方案品質指標之結構面及過程面，共 12 題之評估(如附表 3)。
4. 特約服務點應建立服務管理與品質監控機制(如依據點服務長者類型選擇合適方案、開班管理、課程品質管理、緊急應變機制、評估前後測管理、對方案及指導員服務品質回饋機制)，並於向地方政府申請提供預防及延緩失能照護服務時繳交「服務管理與品質監控機制」，經地方政府審查通過後據以執行。

三、服務補助規範

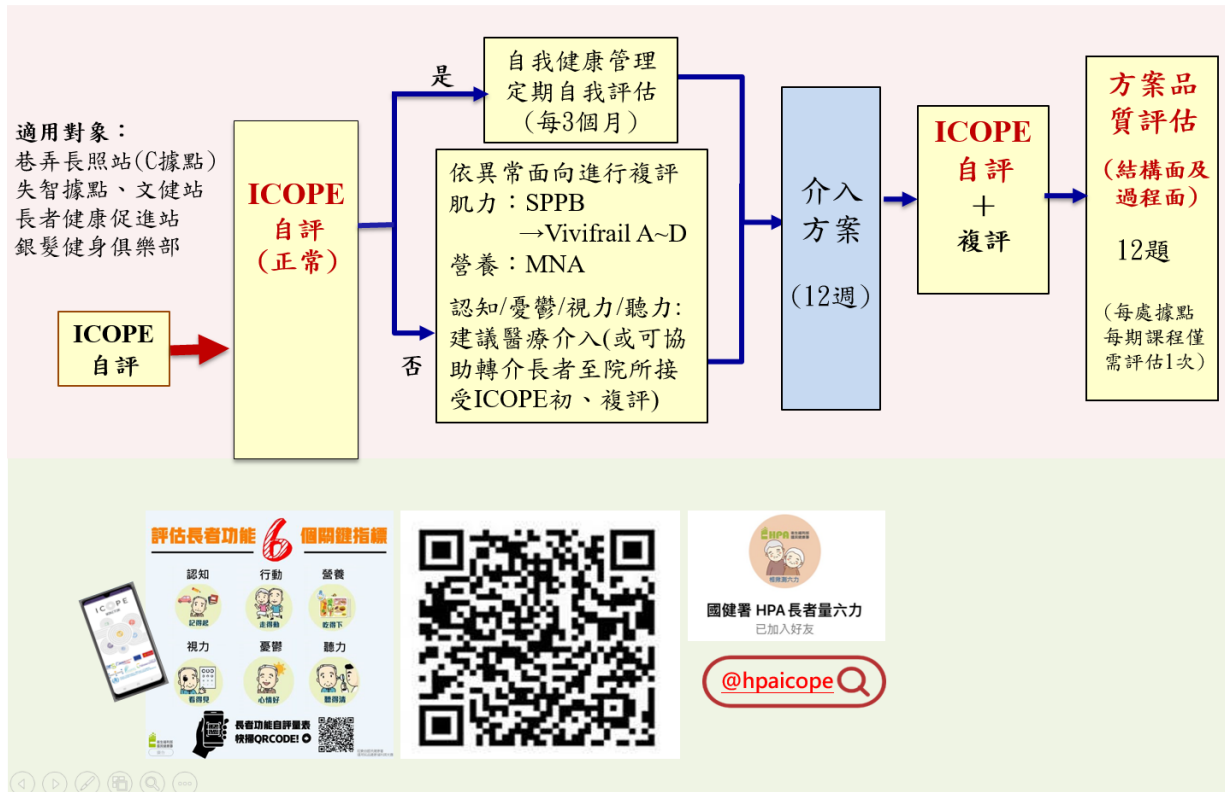
- (一) 每期（十二週，每週一次，每次二小時）支付額度上限為新臺幣 3 萬 6 千元。
- (二) 每一特約服務點一年最高補助三期。以預防及延緩失能服務提供之場地為認定單元（每一服務執行場地為一個計算單元）。
- (三) 特約單位支付師資鐘點費如下列之編列標準：
 1. 指導員（主要帶領者）：具有衛福部預防延緩失能指導員資格之師資或指導員，支付上限 1,200 元/小時；其餘人員，支付上限 1,000 元/小時。
 2. 協助員（協同帶領者）：不限為專業人員為原則，支付上限 500 元/小時。
 3. 若師資為據點之有給職工作人員且其薪資經費由衛生福利部長照

基金支應者，不予支付鐘點費；惟屬自聘有給職工作人員，鐘點費依前二款支付上限折半計算。

- (四) 特約服務點除支付師資鐘點費，其餘經費編列及使用範圍同「衛生福利部及所屬機關長照服務發展基金獎助計畫經費編列基準及使用範圍」，惟應以執行預防及延緩失能業務所需為限。
- (五) 每期（班）開設應具合理之執行效益，每期實際出席平均人數不得低於十人，惟原住民族地區、離島及長照偏遠地區（計 93 處，詳附件一、原住民族地區、離島地區及長照偏遠地區一覽表）實際出席人數可折半計算。
- (六) 特約服務單位向地方政府申請提供預防及延緩失能照護服務時，應自行評估服務據點具足夠服務量能及執行效益，如每期（班）開設實際服務人數未達標準或未完成每期 12 週課程，則不予支付該期補助費用。
- (七) 前述每期（班）開設實際服務人數未達標準或未完成每期 12 週課程如經地方政府認定屬不可抗力因素且無法排除，其影響確實造成課程無法續辦或實際(預期)效益未達，則在每期支付額度上限內，由服務據點檢具已辦課程及業務執行所需相關費用單據向地方政府核實請領。
- (八) 每次活動之帶領須至少一位合格指導員（受審查通過核定並公告者），依班級規模得增加適量之協助員或協助員以上之人力，特約服務單位如因未符規範致未能請領當期開班補助費用，仍應支付指導員（協助員）已提供服務之師資鐘點費。

附表 1

預防及延緩失能照護服務流程



長者功能自評量表-長者自評版



◆量表說明：

人老了一定會失能嗎？您知道可以延緩失能發生嗎？

世界衛生組織(WHO)提出延緩失能的關鍵，需要管理六大面向的內在能力：「認知、行動、營養、視力、聽力及憂鬱」。國民健康署據此發展本量表，透過簡單的測驗，可以了解自我功能的狀況，及早介入處理，進而延緩失能。

若您已年滿65歲(原住民提早至55歲)，請利用背面量表，評估自我的身心狀況。

長者基本資料

姓名：_____ 出生年：_____ 性別：男 女

手機：_____ 無，聯絡電話：_____

現居地址：_____縣(市) _____鄉鎮市區 具原住民身分：是 否

第1次使用本量表評估：是

否，前次評估日期：_____年 _____月

本量表回收後，相關資料將作為衛生單位政策評估及查詢或個案追蹤健康管理使用。

長者同意請簽名或蓋章(手印)：_____

長者功能自評量表-長者自評版



評估日期：____年____月____日

項目	題目	評估結果
認知功能	1. 您最近一年來，是否有記憶明顯減退的情形？	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
行動功能	2. 您是否出現以下"任一種"情況？ <ul style="list-style-type: none"> • 非常擔心自己會跌倒？ • 過去一年內曾跌倒過？ • 坐著時，必須抓握東西才能從椅子上站起來？ 	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
營養不良	3. 在非刻意減重的情況下，過去三個月，您的體重是否減輕3公斤或以上？	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	4. 過去三個月，您是否曾經食慾不好？	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
視力障礙	5. 您的眼睛看遠、看近或閱讀是否有困難？ (此題回答「是」，請答題目5-1.；此題回答「否」，請跳答題目6.)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	5-1. 您過去1年是否"曾"接受眼睛檢查？	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
聽力障礙	6. 您的聽力是否出現以下"任一種"情況？ <ul style="list-style-type: none"> • 電話或手機交談時聽不清楚，或因為沒聽到鈴聲常漏接電話？ • 看電視/聽收音機時，常被家人或朋友說音量開太大聲？ • 與人交談時，常需要對方提高說話音量或再說一次？ • 因為聽力問題而不想去參加朋友聚會或活動？ 	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
憂鬱	7. 過去兩週，您是否常感到厭煩(心煩或「阿雜」)，或覺得生活沒有希望？	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	8. 過去兩週，您是否減少很多的活動和原本您感興趣的事？	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

- 以上功能評估結果如有異常(也就是您有勾選灰底處)，可於回診時請教醫師，若您暫時沒有尋求相關協助，可參考以下健康資訊，或查找以下住家附近可利用的社區資源及課程。

簡易身體表現功能量表 SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY (SPPB)

評分內容	得分
1. 平衡測試：腳用三種不同站法，每種站立10秒。使用三個位置的分數總和。	
A. 並排站立 (Side-by-side stand) 	<input type="checkbox"/> 1分：保持10秒 <input type="checkbox"/> 0分：少於10秒
B. 半並排站立 (Semi-tandem stand) 	<input type="checkbox"/> 1分：保持10秒 <input type="checkbox"/> 0分：少於10秒
C. 直線站立 (Tandem stand) 	<input type="checkbox"/> 2分：保持10秒 <input type="checkbox"/> 1分：保持3-9.99秒 <input type="checkbox"/> 0分：保持<3秒
三個位置分數加總	
2. 步行速度測試：測量走四公尺的時間	<input type="checkbox"/> 4分：<4.82秒 <input type="checkbox"/> 3分：4.82-6.20秒 <input type="checkbox"/> 2分：6.21-8.70秒 <input type="checkbox"/> 1分：> 8.70秒 <input type="checkbox"/> 0分：無法完成
3. 椅子起站測試：連續起立坐下五次的時間	<input type="checkbox"/> 4分：<11.19秒 <input type="checkbox"/> 3分：11.2 - 13.69秒 <input type="checkbox"/> 2分：13.7 - 16.69秒 <input type="checkbox"/> 1分：16.7 - 59.9秒 <input type="checkbox"/> 0分：> 60秒或無法完成
總分	

- 總分說明
 - 10-12分：行動能力正常
 - 0-9分：行動能力障礙

Mini Nutritional Assessment

MNA[®]

Nestlé
Nutrition Institute

姓名:	性別:		
年齡:	體重, 公斤, kg:	身高, 公分, cm:	日期:

請於方格內填上適當的分數，將分數加總以得出最後篩選分數。

篩選	
A 過去三個月內有沒有因為食慾不振、消化問題、咀嚼或吞嚥困難而減少食量？ 0 = 食量嚴重減少 1 = 食量中度減少 2 = 食量沒有改變	<input type="checkbox"/>
B 過去三個月內體重下降的情況 0 = 體重下降大於3公斤(6.6磅) 1 = 不知道 2 = 體重下降1-3公斤(2.2-6.6磅) 3 = 體重沒有下降	<input type="checkbox"/>
C 活動能力 0 = 需長期臥床或坐輪椅 1 = 可以下床或離開輪椅，但不能外出 2 = 可以外出	<input type="checkbox"/>
D 過去三個月內有沒有受到心理創傷或患上急性疾病？ 0 = 有 2 = 沒有	<input type="checkbox"/>
E 精神心理問題 0 = 嚴重痴呆或抑鬱 1 = 輕度痴呆 2 = 沒有精神心理問題	<input type="checkbox"/>
F1 身體質量指數(BMI) (公斤/米 ² , kg/m ²) 0 = BMI 低於 19 1 = BMI 19至低於21 2 = BMI 21至低於23 3 = BMI 相等或大於 23	<input type="checkbox"/>

如不能取得身體質量指數(BMI)，請以問題F2代替F1。
如已完成問題F1，請不要回答問題F2。

F2 小腿圍 (CC) (公分, cm) 0 = CC 低於 31 3 = CC 相等或大於 31	<input type="checkbox"/>
篩選分數 (最高14分)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14分: 正常營養狀況 8-11分: 有營養不良的風險 0-7分: 營養不良	

Ref. Velaz B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA[®] - its History and Challenges. *J Nutr Health Aging* 2005; 10:456-465. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Gulgoz Y, Velaz B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J. Geront* 2001;56A: M366-377.

Gulgoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA[®]) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging* 2005; 10:466-487.

Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA[®]-SF): A practical tool for identification of nutritional status. *J Nutr Health Aging* 2009; 13:782-788.

© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M
如需更多資料: www.mna-elderly.com

附表 3

預防及延緩失能照護服務方案品質指標

一、基本資料

題號	內容
1	<p>方案適用對象（可複選）</p> <p><input type="checkbox"/>健康長者 <input type="checkbox"/>衰弱長者 <input type="checkbox"/>輕度失能</p> <p><input type="checkbox"/>中度失能 <input type="checkbox"/>輕度失智 <input type="checkbox"/>中度失智 <input type="checkbox"/>其他</p> <p>*說明：請選擇方案設計的主要對象</p>
2	<p>方案類別（可複選）</p> <p><input type="checkbox"/>認知促進 <input type="checkbox"/>肌力強化 <input type="checkbox"/>營養管理</p> <p><input type="checkbox"/>生活功能 <input type="checkbox"/>社會參與 <input type="checkbox"/>口腔保健</p> <p><input type="checkbox"/>自主健康管理 <input type="checkbox"/>其他</p> <p>*說明：方案面向為體適能者，可以勾選肌力強化。</p>

二、結構面

題號	內容	答項
3	<p>方案內容可融入長者健康之多元面向（包含認知、行動、營養、視力及聽力、情緒、用藥、生活功能、生活目標等）</p> <p>*說明 1：符合國際趨勢，方案雖有重點主題，但可於課程中帶入其他多元健康概念。</p> <p>*說明 2：不強制多元面向主題內容，惟方案成效評量包含多元面向之長者健康評估。</p>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4	<p>提供可洽詢之聯繫窗口（單位及聯繫人）與聯繫方式</p>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5	<p>指導員之條件</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 曾通過方案指導員資格。 ● 配合中央政府機關政策，完成衛生福利部國民健康署或教育部體育署提供之基礎增能課程訓練。 ● 建議可具備與方案面向（如：認知、肌力、生活功能、營養口牙及心理社會等）相符之專業背景。 	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

三、過程面

題號	內容	答項
6	方案應用目標明確，符合參與長者的需求	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7	方案模組之教案架構與核心原理清楚，且有可操作的流程 *說明:活動內容可依據教案架構與核心原理彈性調整。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8	活動設計安排，考量長者之參與度與互動性。 *說明:不僅是課堂講授方式、以長者實際操作為主	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
9	建立課前及課後長者功能評估機制，並依照課前評估結果（長者程度）進行課程調整。 *說明：建議長者參加一課程方案，至少需完成一次前測（課程執行前二週內到課程開始第一週）及後測（12週課程之最後一週到課程結束後二週內），有必要可另安排追蹤測驗。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
10	利用各種多元方式獲得相關人員之回饋(滿意度、課堂討論)，調整課程內容 *說明：「相關人員」可包含參與課程之長者、帶領師資、社區據點工作人員等。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
11	提供安全防護措施指引(例如:環境安全提示、預防跌倒、運動傷害等不良反應出現之措施)、感控防疫措施指引與緊急意外事件處理流程	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
12	提供方案品質管控機制(例如:定期與指導員討論或進行回訓，瞭解長者參與之過程及成效等)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

四、結果面

題號	內容	答項
13	執行成效評估與分析 <input type="checkbox"/> A.ICOPE 自評，以及肌力、營養或認知異常面向複評(肌力:SPPB、營養:MNA) <input type="checkbox"/> B.方案成效評估(可依 ICOPE 評估結果異常面向選用對應題項) <input type="checkbox"/> C.其他，方案開發者增加之評估：_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

**公職人員利益衝突迴避法第 14 條第 2 項
公職人員及關係人身分關係揭露表範本**

【A. 事前揭露】：本表由公職人員或關係人填寫

(公職人員或其關係人與公職人員服務之機關團體或受其監督之機關團體為補助或交易行為前，應主動於申請或投標文件內據實表明其身分關係)

表1：

參與交易或補助案件名稱：	案號：	(無案號者免填)
本案補助或交易對象係公職人員或其關係人：		
<input type="checkbox"/> 公職人員 (勾選此項者，無需填寫表2)		
姓名：_____ 服務機關團體：_____ 職稱：_____		
<input type="checkbox"/> 公職人員之關係人 (勾選此項者，請繼續填寫表2)		

表2：

公職人員：			
姓名：_____ 服務機關團體：_____ 職稱：_____			
關係人 (屬自然人者)：姓名 _____			
關係人 (屬營利事業、非營利之法人或非法人團體)：			
名稱 _____ 統一編號 _____ 代表人或管理人姓名 _____			
關係人與公職人員間係第3條第1項各款之關係			
<input type="checkbox"/> 第1款	公職人員之配偶或共同生活之家屬		
<input type="checkbox"/> 第2款	公職人員之二親等以內親屬	稱謂：_____	
<input type="checkbox"/> 第3款	公職人員或其配偶信託財產之受託人	受託人名稱：_____	
<input type="checkbox"/> 第4款 (請填寫 abc 欄位)	a. 請勾選關係人係屬下列何者： <input type="checkbox"/> 營利事業 <input type="checkbox"/> 非營利法人 <input type="checkbox"/> 非法人團體	b. 請勾選係以下何者擔任職務： <input type="checkbox"/> 公職人員本人 <input type="checkbox"/> 公職人員之配偶或共同生活之家屬。姓名：_____。 <input type="checkbox"/> 公職人員二親等以內親屬。 親屬稱謂：_____ (填寫親屬稱謂 例如：兒媳、女婿、兄嫂、弟媳、連襟、妯娌) 姓名：_____	c. 請勾選擔任職務名稱： <input type="checkbox"/> 負責人 <input type="checkbox"/> 董事 <input type="checkbox"/> 獨立董事 <input type="checkbox"/> 監察人 <input type="checkbox"/> 經理人 <input type="checkbox"/> 相類似職務：_____
<input type="checkbox"/> 第5款	經公職人員進用之機要人員	機要人員之服務機關：_____ 職稱：_____	
<input type="checkbox"/> 第6款	各級民意代表之助理	助理之服務機關：_____ 職稱：_____	

填表人簽名或蓋章：

(填表人屬營利事業、非營利之法人或非法人團體者，請一併由該「事業法人團體」及「負責人」蓋章)

備註：

填表日期： 年 月 日

此致機關：

※填表說明：

1. 請先填寫表1，選擇補助或交易對象係公職人員或關係人。
2. 補助或交易對象係公職人員者，無須填表2；補助或交易對象為公職人員之關係人者，則須填寫表2。
3. 表2請填寫公職人員及關係人之基本資料，並選擇填寫關係人與公職人員間屬第3條第1項各款之關係。
4. 有其他記載事項請填於備註。
5. 請填寫參與交易或補助案件名稱，填表人即公職人員或關係人請於簽名欄位簽名或蓋章，並填寫填表日期。

※相關法條：

公職人員利益衝突迴避法

第2條

本法所稱公職人員，其範圍如下：

- 一、總統、副總統。
 - 二、各級政府機關（構）、公營事業總、分支機構之首長、副首長、幕僚長、副幕僚長與該等職務之人。
 - 三、政務人員。
 - 四、各級公立學校、軍警院校、矯正學校校長、副校長；其設有附屬機構者，該機構之首長、副首長。
 - 五、各級民意機關之民意代表。
 - 六、代表政府或公股出任其出資、捐助之私法人之董事、監察人與該等職務之人。
 - 七、公法人之董事、監察人、首長、執行長與該等職務之人。
 - 八、政府捐助之財團法人之董事長、執行長、秘書長與該等職務之人。
 - 九、法官、檢察官、戰時軍法官、行政執行官、司法事務官及檢察事務官。
 - 十、各級軍事機關（構）及部隊上校編階以上之主官、副主官。
 - 十一、其他各級政府機關（構）、公營事業機構、各級公立學校、軍警院校、矯正學校及附屬機構辦理工務、建築管理、城鄉計畫、政風、會計、審計、採購業務之主管人員。
 - 十二、其他職務性質特殊，經行政院會同主管府、院核定適用本法之人員。
- 依法代理執行前項公職人員職務之人員，於執行該職務期間亦屬本法之公職人員。

第3條

本法所定公職人員之關係人，其範圍如下：

- 一、公職人員之配偶或共同生活之家屬。
 - 二、公職人員之二親等以內親屬。
 - 三、公職人員或其配偶信託財產之受託人。但依法辦理強制信託時，不在此限。
 - 四、公職人員、第一款與第二款所列人員擔任負責人、董事、獨立董事、監察人、經理人或相類似職務之營利事業、非營利之法人及非法人團體。但屬政府或公股指派、遴聘代表或由政府聘任者，不包括之。
 - 五、經公職人員進用之機要人員。
 - 六、各級民意代表之助理。
- 前項第六款所稱之助理指各級民意代表之公費助理、其加入助理工會之助理及其他受其指揮監督之助理。

第14條

公職人員或其關係人，不得與公職人員服務或受其監督之機關團體為補助、買賣、租賃、承攬或其他具有對價之交易行為。但有下列情形之一者，不在此限：

- 一、依政府採購法以公告程序或同法第一百零五條辦理之採購。
- 二、依法令規定經由公平競爭方式，以公告程序辦理之採購、標售、標租或招標設定用益物權。
- 三、基於法定身分依法令規定申請之補助；或對公職人員之關係人依法令規定以公開公平方式辦理之補助，或禁止其補助反不利於公共利益且經補助法令主管機關核定同意之補助。
- 四、交易標的為公職人員服務或受其監督之機關團體所提供，並以公定價格交易。
- 五、公營事業機構執行國家建設、公共政策或為公益用途申請承租、承購、委託經營、改良利用國有非公用不動產。
- 六、一定金額以下之補助及交易。

公職人員或其關係人與公職人員服務之機關團體或受其監督之機關團體為前項但書第一款至第三款補助或交易行為前，應主動於申請或投標文件內據實表明其身分關係；於補助或交易行為成立後，該機關團體應連同其身分關係主動公開之。但屬前項但書第三款基於法定身分依法令規定申請之補助者，不在此限。

前項公開應利用電信網路或其他方式供公眾線上查詢。

第一項但書第六款之一定金額，由行政院會同監察院定之。

第18條

違反第十四條第一項規定者，依下列規定處罰：

- 一、交易或補助金額未達新臺幣十萬元者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰。
 - 二、交易或補助金額新臺幣十萬元以上未達一百萬元者，處新臺幣六萬元以上五十萬元以下罰鍰。
 - 三、交易或補助金額新臺幣一百萬元以上未達一千萬元者，處新臺幣六十萬元以上五百萬元以下罰鍰。
 - 四、交易或補助金額新臺幣一千萬元以上者，處新臺幣六百萬元以上該交易金額以下罰鍰。
- 前項交易金額依契約所明定或可得確定之價格定之。但結算後之金額高於該價格者，依結算金額。
- 違反第十四條第二項規定者，處新臺幣五萬元以上五十萬元以下罰鍰，並得按次處罰。

112 年度失智照護服務計畫

分項二設置失智據點申請檢核表

112.02.14 修

項目	檢核內容	檢核結果
計畫申請	1. 於公告期限內函送計畫申請書，送件時間：_____	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
	2. 提交執行計畫書 1 式 5 份(含公務人員及關係人身分關係聲明書，附件 13/揭露表)及電子檔。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
執行單位	執行單位：_____ <input type="checkbox"/> 醫事單位 <input type="checkbox"/> 長照單位 <input type="checkbox"/> 社福機構單位 <input type="checkbox"/> 失智相關服務單位 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
執行項目	<input type="checkbox"/> 認知促進、緩和失能(含安全看視) <input type="checkbox"/> 照顧者支持團體(輔導諮商)(含安全看視) <input type="checkbox"/> 照顧者照顧課程(含安全看視) <input type="checkbox"/> 預防延緩模組，_____期(至多 3 期)	
	1. 申請項目應至少包含認知促進、緩和失能及照顧者支持團體(輔導諮商)或照顧者照顧課程。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
	2. 認知促進、緩和失能課程應每週辦理且固定時段。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
	3. 認知促進、緩和失能課程總數多於照顧者支持團體(輔導諮商)或照顧者照顧課程之合計。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
	4. 申請全日服務，於中午用餐時間有辦理共餐活動。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不適用
執行地點	1. 執行地址：_____	
	2. 執行地點屬性： <input type="checkbox"/> 單位自有 <input type="checkbox"/> 租/借用，公有空間：_____ <input type="checkbox"/> 租/借用，私有空間：_____ <input type="checkbox"/> 場地租(借)用相關證明文件(場地如涉及其他使用目的，應檢附相關業務權責主管機關備查文件)。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
	3. 執行地點有無與其他長期照顧補助方案同址及同時段： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，方案名稱：_____ <input type="checkbox"/> 同址同時段，區隔空間 <input type="checkbox"/> 同址同時段，無區隔空間 <input type="checkbox"/> 同址不同時段，區隔空間 <input type="checkbox"/> 同址不同時段，無區隔空間 備註：執行地點不與其他長期照顧相關補助方案同地址，若同址不同時段或同址同時段但有獨立空間可明顯區隔者，不在此限。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
	4. 執行地點空間規劃說明： <input type="checkbox"/> 現場照片 <input type="checkbox"/> 場地使用配置平面圖(包含場地使用配置圖，並說明總坪數、現有場所及逃生出入口處、各項服務場地空間配置、無障礙情形等)。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
執行時間	申請期程及時段：_____	
	1. 申請執行期程應符合計畫作業須知規定。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
	2. 申請執行時段應符合計畫作業須知規定。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
執行經費	申請總經費：_____元 失智社區服務據點經費：_____元及預防延緩模組經費_____元	
	1. 補助經費編列項目或費用支出規範應符合計畫基準及使用範圍。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
	2. 申請補助總經費符合計畫補助標準。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合

備註：配合中央政策予以修正。

單位簽章：

負責人簽章：

112年度「失智照護服務計畫」 期中(末)成果報告

計畫名稱：(每一分項計畫一份成果報告)

- 分項計畫一：設置失智共照中心
- 分項計畫二：設置失智據點

執行單位：

(部分經費來自菸品健康福利捐)

壹、績效指標執行情形(期中/期末報告均請填報，若無相關指標項目請刪除)

關鍵績效指標		評估標準	目標值 **1 (A)	實際值 (B)	達成率 (B/A)*100%
失智個案確診率		(112年失智共照中心確診數/112年實際接受失智共照中心個管服務之個案數) x100%			
失智共照中心服務個案數	新個案數	112年新收個案且確診失智症者		男： 女：	
	111年(含)以前已服務數	111年含以前之個案，於112年未結案持續服務之個案人數		男： 女：	
	失智共照中心就醫未收案數**3	院內就醫個案轉介至失智共照中心收案服務數			
失智共照中心轉介服務	轉介確診但未符合收案條件之個案至巷弄長照站或文化健康站	轉介率 (轉介數/確診但未符合收案個案數)*100%			
		服務使用率 (實際使用服務數/轉介數)*100%			
	轉介確診且符合收案條件之個案至失智據點數	轉介率 (轉介數/確診且符合收案個案數)*100%			
		服務使用率 (實際使用服務數/轉介數)*100%			
	轉介個案至照管中心接受評估且符合長照需要等級第2-8級之個案數	轉介率 (轉介數/新案確診數)*100%			
		服務使用率 (實際使用服務數/轉介數)*100%			

失智據點服務	個案數				男：	
	照顧者人數				女：	
照顧者支持團體	(得擇一辦理)		_____場次			
照顧者照顧訓練課程			_____場次			
辦理認知促進模組期數						
人才培育	應訓人數	專業人員 ^{註2}				
		照顧服務員				
	完訓人數	專業人員 ^{註2}	場次			
			人數			男： 女：
		照顧服務員	場次			
			人數			男： 女：
經費執行率			執行經費數/本局核定經費數 x100%須達 85%以上			
(請依執行規劃書增列之 KPI 填列)						

(如篇幅不足，請自行增列)

註 1：目標值請填報至 112 年 12 月 31 日之累計目標值。

註 2：醫事、專業人員、照專、A 個管員、失智共照中心及失智據點專業人員、家照專員、家照督導

註 3：針對在失智共照中心所屬醫療機構就醫，但未接受任何長照服務者，依據衛生福利部作

業須知資料顯示，本市 3 家失智共照中心收案目標 112 年至 114 年每年為 574 人，共計 1,722 人，請本市失智共照中心每年至少訂定 200 人；另對於未在失智共照中心所屬醫療機構就醫的個案，且未使用任何長照服務者，加強宣導醫院就醫民眾轉介於所轄失智共照中心接受服務，以提升本市服務涵蓋率。

貳、服務失智症個案故事至少 1 則(如提昇失智家庭的生活品質、促進社會參與及減輕照顧者壓力等) (期中報告請填報)

參、各項服務執行成果(期中/期末報告均請填報)

一、失智共同照護中心：請至失智照護服務管理系統下載，詳附表一，及提交轉介清冊一份，詳附表二。

二、失智社區服務失智據點：請至失智照護服務管理系統下載，詳附表三，及提交轉介清冊一份，詳附表四。

三、配合辦理事項：(如：人才培訓、失智據點輔導及聯繫會議辦理情形)。

四、其他(如：在地化特色服務等)。

肆、檢討與改善方案(期末報告必填)

一、「績效指標」實際值未達目標值 90%之檢討及改善策略。

二、失智據點/失智共照中心合作機制(含個案清冊並註明被轉介單位)、運作問題及改善方案。

序號	個案姓名	轉介單位
1	黃○○	新竹○○○共照中心→○○○據點

伍、其他檢附資料(如：活動照片花絮等) (期中/期末報告均請填報)

附表一：112 年失智共同照護中心服務績效一覽表

編號	執行單位	啟動服務時間 (月/日)*1	是否為 延續型 (是/ 否)*2	是否 列入 當年 布建 數中*3	單位 現況	服務項目												
						個案服務(人數)							轉介失智據點個案數	轉介照管中心個案數	文化健康站個案數 轉介巷弄長照站或			
						疑似	極輕度	輕度	中度	重度	合計	新確診個案數				確診人數		
總計																		

附表二：112 年失智共同照護中心轉介清冊一覽表

(含轉介失智據點、照管中心、巷弄長照站、文化健康站、社區關懷據點等個案)

單位：					
序號	個案姓名	轉介單位	是否接受服務	追蹤使用服務情形	服務或拒絕日期
1	黃○華	○○○據點	是	參加周一半天課程	112/5/30
2	王○明	○○○照管中心	是	CMS2 級，用交通服務	112/9/19
3	陳○芬	○○○巷弄長照站	否	個案無使用意願	112/10/23

註：共照中心執行轉介新確診個案至失智據點、照管中心、巷弄長照站、文化健康站或社區關懷據點接受服務者，須於期末報告中呈現個案清冊及註明被轉介到何單位、是否接受服務與服務情形，並繳交電子檔一份。

附表三：112 年失智社區服務失智據點服務績效一覽表

編號	執行單位	啟動服務 時間(月/ 日)	是否為 延續型 (是/否)	是否列 入當年 度布建 數中	單位現況	失智個案數(人 數)(含確診及疑 似)			照顧者服務(人 數)			失智據點提供服務項目					
						男	女	合計	男	女	合計	認知促進、緩 和失智		照顧者支持 團體		照顧者照顧 訓練課程	
												人數	人次	人數	人次	人數	人次
總計																	

附表四：112 年失智社區服務據點轉介其他單位清冊一覽表

單位：					
序號	個案姓名	轉介單位	據點服務日期	轉介日期	轉介後續追蹤
1	黃○華	○○○共照中心			○/○確診
2	王○明	○○○照管中心			使用居服

衛生福利部補助計畫收支明細表（失智共照中心用）

補助單位(地方政府)：

受補助單位(失智共照中心)：

補助年度： 112 年度

計畫名稱：「失智照護服務計畫」(分項計畫一：設置失智共照中心)

單位：元

經費預算核撥 (結報)	第一次核撥日期 ----年----月----日 金額\$ 元	第二次核撥日期 ----年----月----日 金額\$ 元	
		第一次餘(絀)數 金額\$ 元	第二次餘(絀)數 金額\$ 元
	第一次結報日期 ----年----月----日 金額\$ 元	第二次結報日期 ----年----月----日 金額\$ 元	
一、個案管理費			
二、轉介服務費			
三、人才培訓費			
四、網絡聯繫會議費			
五、據點輔導費			
小計			
餘(絀)數			
備註	1. 總經費：\$ 元，自籌經費：\$ 元，補助經費：\$ 元 2. 利息收入：\$ 元、其他衍生收入：\$ 元，(經費結報時，利息金額為 300 元以下者，得留存受補(捐)助單位免解繳本局；其餘併同其他衍生收入及結餘款，應於結報時解繳本局)。		

製表人

覆核

會計人員

單位負責人
(簽約代表人)

衛生福利部補助計畫收支明細表（失智據點用）

補助單位(地方政府)：

受補助單位(失智據點)：

補助年度： 112 年度

計畫名稱：「失智照護服務計畫」(分項計畫二：設置失智據點)

單位：元

經費預算核撥	核撥	第一次核撥日期 ----年----月----日 金額\$ 元	第二次核撥日期 ----年----月----日 金額\$ 元	第三次核撥日期 ----年----月----日 金額\$ 元	
			第一次餘(絀)數 金額\$ 元	第二次餘(絀)數 金額\$ 元	第三次餘(絀)數 金額\$ 元
		第一次結報日期 ----年----月----日 金額\$ 元	第二次結報日期 ----年----月----日 金額\$ 元	第三次結報日期 ----年----月----日 金額\$ 元	
	一、失智據點活動費				
	二、失智據點量能提升費				
	三、認知促進模組(期)				
	小計				
	餘(絀)數				
	備註	1. 總經費：\$ 元，自籌經費：\$ 元，補助經費：\$ 元 2. 利息收入：\$ 元、其他衍生收入：\$ 元，(經費結報時，利息金額為 300 元以下者，得留存受補(捐)助單位免解繳本局；其餘併同其他衍生收入及結餘款，應於結報時解繳本局)。			

製表人

覆核

會計人員

單位首長
(簽約代表人)

申請補助案-公務人員及關係人身分關係聲明書

申請單位(機構)全銜：

計畫名稱：112年度失智照護服務計畫

失智共同照護中心 失智社區服務據點

執行單位(機構)

聲明如下：

本單位(機構) (是 否) 為公職人員利益衝突迴避法第2條、第3條所稱公職人員或其關係人。

備註：勾選「是」者，應填寫「公職人員利益衝突迴避法第14條第2項公職人員及關係人身分揭露表」，未揭露者，依公職人員利益衝突迴避法第18條第3項規定，將處以罰鍰。(相關法規請參閱揭露表內容。)

此致

新竹市衛生局

單位(機構)負責人：

簽名及蓋大小章

中 華 民 國 年 月 日