



臺北市政府衛生局  
113年度「失智照護服務計畫」  
分項二、設置失智據點  
申請作業須知

本計畫於衛福部核定本市執行規劃書後執行，倘與本作業須知內容不一致，本局將修正後於官網公告，並請各執行單位配合辦理。

中華民國 113 年 2 月

## 目錄

壹、背景說明.....	2
貳、計畫依據.....	6
參、計畫目標.....	6
肆、推動方式.....	6
一、分項計畫二：設置失智據點.....	6
伍、申請方式與補助原則.....	13
陸、品質管控機制.....	155
柒、計畫執行期間.....	16
捌、經費之申報（請領）、撥付及核銷：.....	16
玖、附則.....	19
附件 1、神經精神評估量表.....	19
附件 2、臺北市失智據點受理個案同時接受 2 個據點服務之處理規範.....	20
附件 3、切結書.....	25
附件 4、失智症照顧服務 20 小時訓練課程.....	26
附件 5、公職人員利益衝突迴避範本.....	28
附件 6、計畫申請書.....	30
附件 7、申請書檢核表.....	37
附件 8、本局 113 年預計布建 11 處失智共照中心及 48 處失智據點規劃.....	38
附件 9、113 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.....	39
附件 10、113 年預防及延緩失能照護服務執行原則說明.....	45
附件 10-1、預防及延緩失能照護服務流程.....	48
附件 10-2、長者功能自評量表-長者自評版.....	49
附件 10-3、預防及延緩失能照護服務方案品質指標.....	53
附件 11、期中/期末成果報告.....	55
附件 11-1、11-2、期中報告檢核表.....	60
附件 12、臺北市政府補助計畫收支明細表.....	62
附件 13、據點費用經費核銷明細表.....	63
附件 14、模組費用經費核銷明細表.....	64
附件 15、核銷文件檢核表.....	65
附件 16、經費核銷注意事項(含黏貼憑證用紙/講座鐘點費領據/人事費印領清冊)....	67
附件 17、失智據點評核項目.....	74

# 臺北市政府衛生局

## 113年度「失智照護服務計畫」申請作業須知

### 分項計畫二、設置失智據點

#### 壹、背景說明

近年來我國人口老化快速，依據內政部統計108年65歲以上老人已逾15%，臺灣正式進入「高齡社會」，預計至114年即進入WHO所定義老年人口佔20%的「超高齡社會」。隨著人口老化，失智人口明顯增加，依據世界衛生組織(西元2012年)「失智症：公共衛生優先議題」顯示東亞地區60歲以上老年人口失智症盛行率為4.98%。

依據臺北市政府民政局統計室人口統計，112年底臺北市總人口數251萬1,886人，65歲以上人口為55萬3,155人，占率22.0%，推估失智人口約4萬人。隨著人口老化，失智人口明顯增加，依衛福部委辦失智症流行病學研究報告，發現全台九成以上失智者居住於家中，失智程度以極輕度及輕度者約七成四為多數，又據調查推估顯示失智者未使用長照服務約占7成。然除了失智人口快速增加、多由家人照顧外，照顧人力也因少子化的影響更加缺乏，在此情勢下，社區力量的凝聚與對失智者的認同、支持更具必要性。綜觀國內外的文獻，失智症照顧是整合性的工作，因為病程發展，必須提供各種不同服務模式，才能滿足個案需要；並應考量失智個案與家庭照顧者的需求與資源，提供介入不同的照顧服務模式；為使失智症個案盡可能留在家裡或社區中生活，提供早期介入服務，可延緩失智病程的進展，提升生活品質及降低照顧成本。

112年底臺北市老年人口數及65歲以上失智症人口推估數(如表一)，推估112年底臺北市65歲以上失智症人口數為4萬3,393人，且依據衛生福利部提供臺北市截至112年6月底失智確診人數為2萬6,865人、實際領有失智者身心障礙證明手冊人數9,084人相比，顯示尚有多數疑似失智症個案未被確診，對失智症的忽視、不了解及缺乏資源利用將造成失智症照護更大的問題及困難，更可能造成發病後快速退化造成嚴重失智失能，使醫療負擔大量增加。

表一、112年底臺北市12行政區老年人口數、50歲以上失智人口數推估及領有失智症身心障礙證明手冊人數。

行政區	總人口數	65歲以上 總人口數	老年人口 比率	65歲以上 失智症人 口推估	50歲以上 總人口數	50歲以上 失智症人口 推估	失智症身 心障礙證 明(手冊)
松山區	193,399	44,701	23.06	3,626	85,915	3,667	742
信義區	206,759	49,429	23.80	3,885	96,590	3,933	882
大安區	291,732	70,196	24.00	5,871	132,023	5,933	1,121
中山區	216,346	49,942	22.98	3,815	100,524	3,865	729
中正區	150,155	32,604	21.61	2,692	63,318	2,722	475
大同區	119,930	26,426	21.94	2,036	52,784	2,062	418
萬華區	173,652	41,940	24.05	3,368	83,569	3,410	769
文山區	260,313	52,127	19.94	4,030	113,130	4,091	892
南港區	113,959	22,728	19.84	1,681	48,417	1,707	374
內湖區	276,180	49,856	17.95	3,431	111,426	3,493	733
士林區	266,951	61,698	23.00	4,728	121,040	4,787	994
北投區	242,510	51,508	21.17	3,886	105,353	3,940	955
總計	2,511,886	553,155	21.93	43,049	1,114,089	43,610	9,084

目前社區中仍有許多失智者尚待發現及診斷，調查顯示失智者利用服務人數比例偏低，且照顧者於病人不同失智階段的照顧需求及服務支持缺乏，我國對於失智者照護缺乏社區個案管理機制，倘能加以建立將可減少相當的社會成本或醫療費用支出；本局為配合衛福部提供失智者完善照護服務，自102年起積極推動失智照護服務資源布建，惟失智人口增加快速，整體失智照護服務資源亟須加速布建。

臺北市政府整合內外資源，對內建立跨局處網絡平台、失智共照中心及失智服務據點等單位共同參與，對外整合社區資源（NGO組織如臺灣失智症協會、天主教失智老人基金會等）發展多元照護模式。透過社區、醫院及健康服務中心提供失智症篩檢，及建置在地化的失智共照中心與失智

據點提供失智症照護服務，對失智長者及家屬提供全方位的支持，表二為112年底臺北市失智照護相關資源盤點，說明如下：

### 1. 失智症早期診斷、早期治療

結合健康服務中心、醫療院所及社會局老人服務中心等單位，運用各項活動進行失智症社區篩檢，轉介疑似失智症個案至合約醫院進行失智症檢查、診斷及醫療服務。針對失智症確診個案，以個案家庭為中心，依罹病程度或需求，發展失智症個案管理分級照護模式，以主動關懷了解個案需求及問題，並視情形進行關懷訪視；辦理失智照護相關人才培訓，期能減少照顧者壓力負擔，並提升患者與家屬生活品質與受到良善照護資源；結合健康服務中心及委託民間單位等辦理樂齡成長團體活動，幫助長者獲得自我認同，持續運用現存的能力，也讓主要照顧者有短暫的喘息機會；提供預防走失之愛的手鍊及指紋捺印申請服務、建立社區失智服務志工團隊等失智症照護活動。

### 2. 建構在地失智照護網絡

臺北市112年設置11處失智共照中心，建立社區失智共照平台，整合失智據點等資源，經由推動認識失智症的宣導活動、提供失智個案轉介及追蹤服務、訓練失智照護人才及輔導失智據點；以社區為單位，設立48處失智據點，分別提供失智者及其家屬認知促進、緩和失智、家屬支持團體、家屬照顧課程等支持服務。另，臺北市政府社會局於112年4月已設置273處社區整體照顧服務體系C級單位(巷弄長照站)。為配合長照2.0「看的到、找得到、用的到」宗旨，民眾可撥打長照服務專線1966單一窗口，讓失智者及家屬妥善且快速地得到協助與支持。

為使每個失智症者及家庭都能就近找得到資源並使用服務，以獲得適切及妥善照護，減輕照顧負擔，本局配合衛福部推動長照十年計畫2.0將50歲以上失智症者納入服務，失智照護政策更積極以提升失智長照服務能量，擴大失智照護資源布建，強化社區個案服務管理機制等為重點，爰辦理本計畫。

表二、112年度臺北市現有失智資源盤點。

服務型態	社區式								住宿式		總計
	日間照顧		瑞智學堂	互助家庭	團體家屋	健康服務中心(樂齡活動、個管)	失智共照中心*2	失智據點	住宿式長照機構	長照、及養護失智機構	
	混合型	失智型									
士林區	5		-	-	2	1	1	6	-	10	23
北投區	5		-	1	-	1	2	4	2	24	38
中山區	7		-	1	-	1	1	4	1	9	22
松山區	4		1	1	-	1	1	3	-	4	15
大同區	5		-	-	-	1	0	3	1	10	21
文山區	3		-	-	-	1	1	3	-	13	21
大安區	4	1	-	-	-	1	1	5	-	6	17
萬華區	4	1	-	-	-	1	1	4	1	7	18
中正區	5		-	1	-	1	1	4	-	4	15
信義區	1		1	-	-	1	1	5	-	2	12
內湖區	6		-	-	-	1	1	3	-	6	16
南港區	2		-	-	-	1	0	4	2	1	9
總計	51	2	2	4	2	12	11	48	7	96	228

備註：

1. 以上統計為資源設置區域，均得提供本市失智者及家屬相關照護服務。
2. 112年設置11處失智共照中心，各行政區承接單位如下(臺北市立聯合醫院各院區已於110年合併為1家失智共照中心)：
  - (1) 北投區：臺北榮民總醫院失智治療及研究中心、臺北市立關渡醫院
  - (2) 士林區-臺北市立聯合醫院陽明院區、新光吳火獅紀念醫院
  - (3) 中山區-台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人馬偕紀念醫院、臺北市立聯合醫院林森中醫院區
  - (4) 大同區-臺北市立聯合醫院中興院區；萬華區-國立臺灣大學醫學院附設醫院
  - (5) 中正區-臺北市立聯合醫院和平婦幼院區
  - (6) 松山區-臺北市立聯合醫院仁愛院區
  - (7) 大安區-國泰醫療財團法人國泰綜合醫院
  - (8) 信義區-臺北醫學大學附設醫院神經科、臺北市立聯合醫院松德院區
  - (9) 文山區-臺北市立萬芳醫院委託財團法人臺北醫學大學辦理；南港區-臺北市立聯合醫院忠孝院區
  - (10) 內湖區-三軍總醫院

## 貳、計畫依據

依據行政院核定長期照顧十年計畫2.0及本部公告失智症防治照護政策綱領暨行動方案2.0辦理及衛生福利部113年1月25日衛部顧字第1131960188號函「113年度失智照護服務計畫」申請作業須知辦理。

## 參、計畫目標

- 一、 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。
- 二、 為聚焦服務失智個案及其照顧者，失智據點新收服務對象以確診失智症者為限，並提高收案量，另獎勵服務伴隨情緒及行為症狀（behavior and psychological symptom of dementia, 下稱 BPSD）之失智症確診個案。

## 肆、推動方式

### 一、 分項計畫二：設置失智據點

#### (一)執行單位資格：

1. 經本局核定通過之失智據點，得執行單位資格如下：
  - (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，經向直轄市及縣（市）政府報備成立公寓大廈管理委員會，且經區分所有權人會議同意者。
2. 考量失智症者及其家屬接受服務之可近性，如屬本計畫112年所核定之據點，且服務量能及辦理績效優良者，宜鼓勵延續辦理，惟仍應依前項規定向本局提出申請。

#### (二)服務對象：

確診失智症者，然非屬住宿式長期照顧服務機構、老人福利機構、全日型身心障礙福利機構、護理之家、團體家屋、CDR 2 分以上且長照需要等級第 4-8 級、身心障礙(障別為失智症)等級中度以上且長照需要等級第 4-8 級之個案。

1. 須檢附足資證明失智症之下列文件之一：

- (1) 診斷證明書（未載明失智等級者加附 CDR 量表 0.5 分以上）。
  - (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 0.5 分以上。
2. 個案如臨床評估併有 BPSD，以神經精神評估量表 (Neuropsychiatric Inventory, NPI 或 Neuropsychiatric Inventory Questionnaire, NPI-Q) 嚴重度至少有任兩項為輕度(含)以上，或任一單項為中度(含)以上，並留存載明「神經精神評估量表」分數之診斷書，或經醫療院所或專科醫師核章之「神經精神評估量表」於失智據點備查 (NPI 量表如附件 1)。
  3. 考量已接受失智據點服務之個案權益，於衛生福利部核定臺北市政府 113 年本計畫(以衛生福利部發文日為主)以前失智據點收案者，屬 CDR 2 分以上且長照需要等級第 4-8 級、身心障礙(障別為失智症)等級中度以上且長照需要等級第 4-8 級之個案，不受限制。

(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。
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(可與照顧者照顧課程擇一辦理)等核心必要之服務項目，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在提供課程服務時，如有部分失智服務對象無法參與，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，均應符合食品良好衛生規範準則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，每週固定時段辦理各類課程，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全日加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課程或照顧者課程，不得單一辦理安全看視。
7. 失智據點於每服務時段，需分別於中午或下午辦理共餐活動，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(詳如附件 2)。
9. 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，設置於機構內之據點，應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。
  - (3) 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政府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。

(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（需辦理共餐）之服務時段，每次補助 2,000 元，其中共餐費用係酌予補助；辦理照顧者課程，原則不補助共餐費用，補助參與活動滿 10 人以上之服務時段，每次補助 1,650 元。
  - (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(如遇國定假日、據點自行停課等)，不予補助失智據點活動費。
  - (3) 服務併有 BPSD 症狀之失智個案，該時段每增加 1 名 BPSD 個案，每人每服務時段之活動費由 200 元調整至 300 元，惟考量據點照顧 BPSD 個案困難度，可依個案經濟狀況評估收費，收費標準為一般戶個案補助 240 元，每服務時段應自付 60 元，經社會救助法審核認定之中低收入戶補助 270 元，每服務時段應自付 30 元，低收入戶則補助 300 元，免自付；據點不得欲前述收費標準，若據點有意向 BPSD 個案收取費用，需經本局核定後始執行並應開立收據。
2. **失智據點營運費**：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 20 人，每服務時段每月補助 6,000 元失智據點營運費(含辦理共餐)，補助金額依辦理情形覈實補助。
  - (2) 每服務時段每月平均服務人數未達 6 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，維持補助失智據點營運費；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，

須為衛福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。

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。
- (4) 113 年起新收服務對象均需為已確診失智症之個案，可由失智共照中心或其他醫療機構進行確診，惟 112 年已收案服務之疑似確診個案，仍可持續服務滿 6 個月內輔導就醫確診，若 6 個月內仍未確診，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，失智據點可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健康促進及社會參與服務。

(五)其他配合事項：

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，113 年新收個案可茲證明情形係指服務對象出具下列文件之一：
  - (1) 1 年內開立之診斷證明書（未載明失智等級者加附 CDR 量表 0.5 分以上）。
  - (2) 有效期限內身心障礙證明（障別為失智症）。
  - (3) 1 年內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) 1年內CDR檢查報告載明為0.5分以上。
  - (5) 個案如臨床評估併有 BPSD，需提交 1 年以內以神經精神評估量表（Neuropsychiatric Inventory, NPI 或 Neuropsychiatric Inventory Questionnaire, NPI-Q）嚴重度至少有任兩項為輕度(含)以上，或任一單項為中度(含)以上，並留存載明「神經精神評估量表」分數之診斷書，或經醫療院所或專科醫師核章之「神經精神評估量表」。
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，並請務必於提供服務 3 個月內完成服務紀錄登打。
  4. 112 年(含)以前失智據點之服務對象倘經確認 CDR 檢查報告為 2 分以上且長照需要等級第 4-8 級者，失智據點應輔導及協助服務對象轉介照管中心媒合長期照顧服務機構，接受長期照顧相關服務。上述服務對象至遲於 113 年 12 月 31 日前應予結案。
  5. 辦理失智據點服務項目之據點服務人員，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) 衛福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. 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(附件4，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；據點服務人員於任職失智據點前已完成

失智症相關訓練課程，並領有結訓證明書者，或領有地方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. 對於個案或照顧者，進行服務介入後之滿意度調查(評估工具將依本局規定或各執行單位自訂格式或內容)，留存於服務單位備查，配合本局宣傳長照1966等調查，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，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福部預防及延緩失智照護方案，並應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其費用，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，若該個案為地方政府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. 配合參與本局相關會議、活動及實地輔導訪查。
15. 配合接受所轄失智共照中心提供輔導、轉介BPSD個案至據點接受服務，倘有婉拒上述情事之據點，經本局查實將納入隔年退場條件。
16. 失智據點課程安排得合併本局推動「社區復健計畫」辦理。
17. 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」(附件5)，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。

## 伍、申請方式與補助原則

- 一、本計畫之分項計畫二申請單位請依附件6格式，請於113年2月26日(一)下午5時前向本局提出申請，擬具計畫申請書(含電子檔)一式6份(雙面列印並標示頁碼，左側裝訂)，並依檢核申請之相關文件(附件7)，完備後以掛號郵寄或親送方式送達本局(以送達日為憑)，信封封面請註明「113年失智照護服務計畫：分項計畫二、失智據點-行政區(新增型/延續型單位)」，寄送地址：110204臺北市信義區市府路1號西南區2樓長期照護科。
- 二、本市失智服務網絡整合規劃布建(含共照中心輔導區域)如附件8。
- 三、失智據點經費編列請依附件9辦理。另失智據點申請「認知促進模組」，其經費編列亦須依附件9辦理，執行原則請依附件10辦理。
- 四、倘衛福部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。本計畫於衛福部核定本市執行規劃書後執行，倘與本作業須知內容不一致，本局將修正後於官網公告，並請各執行單位配合辦理。
- 五、服務提供單位分別依本案分項計畫二提具計畫書，向本局申請。本局將視資源布建平衡性、經費配置之妥適與服務內容審查，經審查通過逕予核定。服務提供單位，應配合下列事項：
  - (一)113年度核定之失智共照中心及失智據點因故未持續運作，本局將協同失智共照中心協助原個管個案繼續接受服務(含個案資料之交接、移轉)。
  - (二)配合衛福部及本局視察失智照護服務業務推動情形並進行報告。
  - (三)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。
  - (四)建立失智共同照護服務單位品質監控及輔導查核機制。
- 六、如對本案內容有任何疑問，請洽各行政區業務聯繫窗口：

行政區	承辦人	連絡電話	分機	聯絡地址
北投區、士林區 內湖區、大安區	林小姐	(02)2720-8889	1875	臺北市信義區 市府路1號 西南區2樓
大同區、中山區 松山區、中正區	王小姐			
萬華區、信義區 南港區、文山區	張小姐			

六、 審查標準：

(一)本局就所送書面資料及資格條件聘請專家學者審查，總分達80分以上通過審查。

(二)113年服務提供單位遴選條件依失智據點，詳列如下：

表3、失智據點遴選條件一覽表：

項目	類別	失智服務據點 遴選配分比重	備註
服務周全性		30%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 資源盤點、場地或課程規畫是否符合失智症之特性及分析失智者及其家屬服務(課程)安排等細項。</li> <li>2. 應呈現活動課程內容、評估表單等具體資料。</li> <li>3. 配合「臺北市政府暨各機關構落實性別主流化暨推展性別平等工作總計畫」，宣導及鼓勵男性長輩參與各式活動，並將性別元素納入課程設計中，規劃適合不同性別長者的課程，符合實際需求，提高男性長輩參與意願。</li> </ol>
團隊人力規劃		10%	<p>人力組織架構，「講師教育訓練」納入加分條件(講師應完成基本失智20小時，並每年有完成失智症相關課程並檢附證明，若為醫事專業人員，應完成8小時進階課程，並另外完成失智症相關課程並檢附證明)。</p>

項目	類別	失智服務據點遴選配分比重	備註
環境硬體設備		20%	1. 非門診部地點並定點設置。 2. 「有明確無障礙設施」納入加分條件。
轉介服務流程		10%	1. 確認轉介服務流程之實際運作。 2. 有明確訂定協助發掘社區疑似個案，並轉介至共照中心的策略。
緊急應變計畫		10%	因應失智長者共病、走失及跌倒提供緊急應變計畫、「意外險」納入加分條件。
防疫規範		15%	據點服務人員、服務對象含陪同者)健康管理及通報機制、訪客管理機制、服務調整、防疫物資管理規則、環境清潔消毒相關規劃、疑似及確診病例應變措施、人員疫苗完整接種率、洗手設備。
1. 延續型單位：針對評核委員建議事項提出改善計畫 2. 新增型：【過去執行相關計畫成果】不限定中央執行計畫		5%	
總分		100分	

#### 七、 審查方式：

(一)延續型單位以書面方式進行審查，不合格者針對委員建議修正計畫書，並於簽約時寄送本局。

(二)新申請單位以會議方式進行審查，單位進行簡報時間為 5 分鐘，採委員統問統答時間為 10 分鐘。

#### 陸、品質管控機制

一、 本局將因應實際執行狀況滾動式調整查核項目及指標項目內容，112 年度失智據點評核項目(如附件 17)，並以最後公告版本為主。

二、 退場機制：



1. 婉拒失智共照中心轉介BPSD個案之單位，倘經本局查實無不可抗之因素，將納入隔年退場條件。
2. 本局據實地輔導結果於113年8月下旬召開年度續約檢討會議，針對不適任之服務提供單位進行退場輔導，並討論年度執行問題及解決方案，俾利修正隔年計畫執行目標及策略。

## 柒、計畫執行期間

一、本案計畫執行採分年簽約。

二、113年度為本案第8年計畫，執行期限至113年12月31日止。

(一) 112年核定之既有服務提供單位：經本局核定為113年之服務提供單位，並於113年1月起繼續提供服務，契約執行日期為113年1月1日至113年12月31日止。

(二) 113年新申請之執行單位：契約執行日期為自核定日至113年12月31日止。

## 捌、經費之申報（請領）、撥付及核銷：

一、經費撥付：本案計畫由本局分3期撥付簽約單位。

(一) 第一期款：

延續型單位：金額同112年度失智照護服務計畫第一期款。於113年2月26日前，提交計畫申請書並檢附第一期款領據。本局經審查通過後撥付及辦理簽約事宜。

新增型單位：本局經核定後公告執行單位，簽約後辦理撥付契約價金50%。

(二) 第二期款：契約價金80%扣除第一期款之餘款。於113年7月31日前，檢附期中報告1式2份(含電子檔及檢核表，格式詳附件11、11-1)，第一期款執行率達80%之單位，另檢附期中核銷文件，經本局審查合格後撥付。

1. 第一期款執行率未達80%之單位，俟執行率達80%得檢送期中核銷文件，經本局審查合格後辦理撥付。
2. 如遲至113年9月27日前，第一期款執行率仍未達80%之單位

，亦應檢送期中核銷文件至本局審查。

(三)第三期款：於113年12月13日前，提報期末報告1式2份(含電子檔及檢核表，格式詳附件11、11-2)及核銷文件至本局審查。審查確定後將依結算後金額撥付第三期款予服務提供單位，如服務提供單位有結餘款應一併繳還。

(四)核銷文件包含：

1. 收支明細表1式2份(含電子檔)，格式詳附件12。
2. 經費核銷明細表1式2份(含電子檔)，格式詳附件13、14。
3. 原始憑證之黏貼憑證(需含憑證掃描檔，僅須提供每份憑證第一頁掃描檔)。
4. 系統產出之核銷佐證文件(含電子檔)。
5. 核銷文件檢核表，格式詳附件15。

二、失智服務據點之執行單位，執行單位補助經費核銷方式，依下列辦理：

- (一) 依113年度失智照護服務計畫經費核銷注意事項(附件16)規定辦理。
- (二) 執行單位留存之原始支出憑證，除應依會計法規定妥為保存外，原始憑證遇有遺失、損毀等情事或辦理銷毀時，留存者應函報本局，再由本局依「政府會計憑證保管調案及銷毀應行注意事項」第六點及第九點規定辦理。
- (三) 如經發現留存原始憑證之執行單位，未確實依補助項目之使用範圍辦理者，得依情節輕重對該補助案件或受補助單位酌減嗣後補助款或停止補助一至五年。
- (四) 本局核定執行單位不得以強制攤派或其他強迫方式要求薪資回捐。亦不得向因職務或業務上關係有服從義務或受督導之人強行為之。如發現受補助單位有薪資未全額給付或薪資回捐者，經限期改善仍未改善或仍未返還薪資者，自查獲屬實之日起二年內不再給予補助；如涉情節重大或經查獲再犯者，自查獲屬實之日起二年內不再給予補助。違反前開規定之單位負責人或業務負責人，對其新成立之單位自查獲屬實之日起二年內不予

補助；單位負責人或業務負責人為社會工作師者另送其行為所在地或所屬之社會工作師公會審議、處置。

- 三、應配合本計畫執行過程之抽查、督考，確保計畫品質。
- 四、本案應確實依照政府機關政策文宣規劃執行注意事項及及預算法第62條之1之規定，辦理政策宣導，應明確標示其為廣告且揭示辦理或贊助機關、單位名稱，並不得以置入性銷方式進行。
- 五、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，其膳雜費用仍依行政院108年11月26日院授主預字第1080102859號函修正之「國內出差旅費報支要點」標準辦理。
- 六、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。
- 七、經費編列依衛生福利部補(捐)助辦理本計畫經費編列基準及使用範圍辦理，如因實際需要必須變更經費時，在計畫內容不變下，各項目間之流用，由服務提供單位首長核定辦理，惟人事費、管理費及本局核定經費所列無支用之項目不能流入。如違反前述之規定者，其流用金額應予列減。計畫經費變更以一次為原則，服務單位應於計畫期末核銷期限屆滿前2個月（113年10月13日，若遇假日得順延乙日）函報本局提出申請經費變更，逾期者不予經費變更。
- 八、受補（捐）助單位應依其內部行政作業程序辦理經費流用之申請及核定，並應完備申請及審核核定紀錄以備查考。
- 九、本計畫申請說明相關規定，如有未詳盡事宜，依衛福部獎補助相關規定辦理。

僅提供臺北市 113 年  
失智照護計畫使用

玖、附則

附件 1

神經精神評估量表(Neuropsychiatric Inventory, NPI)

姓名			病歷號			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生日期			測驗日期	中華民國	年	月	日
醫院名稱							
項目	有無此症狀		頻率(F)	嚴重性(S)	FxS	照顧者困難程度	
	是	否					
妄想	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	_____	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
幻覺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	_____	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
激動/攻擊 行為	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	_____	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
憂鬱/情緒 不佳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	_____	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
焦慮	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	_____	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
怡然自得/ 欣快感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	_____	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
冷漠/毫不 在意	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	_____	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
言行失控	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	_____	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
暴躁易怒/ 情緒易變	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	_____	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
異常動作 (主要指重 複性動作)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	_____	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
睡眠/夜間行 為	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	_____	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
食慾及飲食 行為改變	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	_____	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	

總分(FxS)：

醫師簽章：

## 壹、依據：

衛生福利部及臺北市113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、失智共照中心(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:

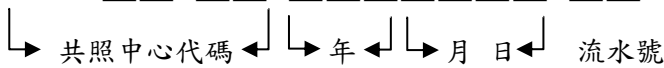
- (1) 同意，通知個案、第1據點及第2據點開始提供服務，並將申請書正本送衛生局備查。
- (2) 不同意，個案只能接受第1據點服務，並將申請書正本送衛生局備查。
- (3) 有疑義之個案：共照中心無法判斷之特殊情形，提交申請書至衛生局。

(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

- (一) 同意之個案，效期以當年度為主，跨年度需重新提出申請。
- (二) 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。
- (三) 編號原則：B-DC-□□-□□-□□□□□□□□-□□  

- (四) 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 -- 有疑義 --&gt; E[衛生局召開審查小組進行審查]     C -- 不同意 --&gt; F[通知個案及第1據點， 個案僅能接受第1據點服務]     E --&gt; G{審查結果}     G -- 同意 --&gt; D     G -- 不同意 --&gt; F     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>1. 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>2. 填寫「申請使用第2據點服務申請書」</li> <li>3. 向提供個案服務之第1據點提出申請。</li> <li>4. 受理之據點人員，確認申請書填寫內容完整性。</li> <li>5. 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>1. 個案師依個案申請原因，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。</li> <li>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。</li> <li>3. 審查結果：             <ol style="list-style-type: none"> <li>(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。</li> <li>(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。</li> <li>(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。</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>1. 應召開審查小組進行審查。</li> <li>2. 審查小組進行共照中心提出之疑義個案審查。</li> <li>3. 審查結果：             <ol style="list-style-type: none"> <li>(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。</li> <li>(2) 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>1. 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>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。</li> <li>3. 編號原則：              B-DC-□□-□□-□□□□□□-□□              ↳ 共照中心代碼 ↳ 申請日期 ↳ 流水號           </li> <li>4. 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：**

<p>個案上課狀態 與需求評估  (需納入個案 自主意見)</p>		<p>申請原因(含 具體需求描 述、評估方 式)</p>	<p><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：</p>
<p>個案目前有使 用之照顧資源</p>	<p>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 )</p>		

**失智共照中心審查意見**

- 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

## 切結書

本單位\_\_\_\_\_ (單位名稱) 接受貴府獎助辦理失智據點，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

臺北市政府

申請機構(單位)： (請蓋大小章)

負責人：

(單位大印)

(單位小印)

中 華 民 國 年 月 日

## 失智症照顧服務20小時訓練課程

對象：照顧服務人員

失智症照顧服務 20 小時訓練課程			
課程名稱	時數	課程內容	上課方式 (時)
認識失智症	2	1.認識大腦功能 2.失智症的定義、病因、症狀、徵兆、類別及病程等相關概念 3.失智症診斷與治療	課室教學 (2)
失智者之日常生活照顧	4	1.失智者日常生活照顧目標、原則與應有之態度 2.失智者日常生活照顧內容及技巧(進食、營養、排泄、穿衣、洗澡、睡眠等) 3.個案討論與情境演練	課室教學 (2) 情境演練 (2)
失智者之營養照顧與飲食建議	1	1.常見異常飲食行為與營養照護對策 2.備餐應考量因素及策略 3.食物選擇與製備理論與實務	課室教學 (1)
失智者口腔保健	1	1.口腔基本概念及口腔健康之重要性 2.失智症常見口腔問題 3.失智症口腔照護(潔牙、口腔瑜珈操) 4.認識身心障礙牙科門診	課室教學 (1)
失智者之精神行為問題的照顧及危機處理	4	1.認識失智者常見的精神行為問題、成因及治療策略 2.照顧技巧 3.緊急及特殊事件之危機處理因應(照顧服務員服務過程中發生走失、暴力、拒絕服務等) 4.個案討論與情境演練 5.照顧服務員自我調適	課室教學 (2) 情境演練 (2)
失智者日常生活促進與活動安排	2	1.失智者照顧環境設計的目的與原則 2.失智者日常生活與活動安排之理念與原則 3.活動安排實務 4.自我照顧能力訓練 5.失智輔具介紹	課室教學 (2)
與失智者溝通之原則與技巧演練	4	1.失智者之心理社會反應 2.如何辨別及分析失智者的行為、心理狀態並進行有效性溝通	課室教學 (2)

		3.與家屬建立夥伴共事關係的理念與方法 4.情境演練	情境演練 (2)
安全看視	2	1.安全看視原則 2.服務範圍與內容 3.失智者跌倒的原因、影響及預防	課室教學 (2)
<b>總計</b>	<b>20</b>	<b>小時</b>	

注意事項：

一、 證書發給條件

為提升課程品質，課程規劃以 50 人/班為原則，照顧服務員應全程參與 20 小時訓練，並在課程規劃中有「情境演練時數」，始能發給上課完訓證明書。

二、 訓練單位於辦理訓練前，應先向長期照顧繼續教育認可單位申請課程審查認定併辦理長期照顧繼續教育積分採認。

**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 _____		
<b>關係人與公職人員間係第3條第1項各款之關係</b>		
<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。

## 臺北市政府衛生局

### 113年度「失智照護服務計畫」 分項計畫二、設置失智據點計畫申請書

行政區：

申請單位：

申請日期：113年 月 日

# 目 錄

頁碼

壹、綜合資料

貳、檢附證明文件(請根據申請單位類別提供相關文件)

一、醫事機構：至少檢附大小章。

二、長照、社福機構(團體)或其他失智相關服務等單位：須檢附該單位立案執照、納稅證明(如財政部國稅局營業稅繳款書、稅額申報書等財力證明)。

參、計畫摘要(摘述本計畫之目的與實施方法及關鍵詞)

肆、計畫內容

一、計畫緣起及目的

二、計畫期程及預定進度

三、計畫目標(含關鍵績效指標)

四、執行策略及具體行動方案

五、團隊人力規劃

六、環境硬體設備

七、服務品質及流程

八、緊急應變計畫

九、計畫經費規劃

十、防疫規範

十一、延續型單位：針對評核委員建議事項提出改善計畫

新增型單位：過去執行相關計畫成果不限定中央執行計畫



臺北市政府衛生局  
113 年度「失智照護服務計畫」申請書  
分項計畫二：失智據點

壹、綜合資料

執行單位					行政區																									
設置地址	(必須含區與里)			發文地址	00000 臺北市 00 區																									
計畫主持人	姓名		職稱		電話																									
					手機																									
	E-mail																													
計畫聯絡人 (單一窗口)	姓名		職稱		電話																									
					手機																									
	E-mail																													
申請補助項目	人數/期數	申請補助經費(E)	自籌經費(F)	計畫總經費(E+F)	申請項目																									
據點服務	一般失智症個案(A)	19			1. 辦理項目： <input type="checkbox"/> 認知促進、緩和失智 <input type="checkbox"/> 安全看視 <input type="checkbox"/> 照顧者照顧訓練課程 <input type="checkbox"/> 照顧者支持團體 2. 申請服務時段：0 個時段 <table border="1" style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>星期</td> <td>日</td> <td>一</td> <td>二</td> <td>三</td> <td>四</td> <td>五</td> <td>六</td> </tr> <tr> <td>上午</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>下午</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		星期	日	一	二	三	四	五	六	上午								下午							
	星期	日	一	二			三	四	五	六																				
	上午																													
	下午																													
	BPSD-一般戶個案(B)	1																												
BPSD-中低收入個案(B)																														
BPSD-低收入戶個案(B)																														
營運費(C)	/																													
模組服務	認知促進模組(D)	3																												
合計(A+B+C+D) (單位：元)		/																												

## 貳、檢附證明文件(請根據申請單位類別提供相關文件)

- 一、醫事機構：至少檢附大小章。
- 二、長照、社福機構(團體)或其他失智相關服務等單位：須檢附該單位立案執照、納稅證明(如財政部國稅局營業稅繳款書、稅額申報書等財力證明)。

## 參、計畫摘要(摘述目的、實施方法及關鍵詞;摘要篇幅以一頁為限)

(計畫書內容之字體請以 14 號為主)

## 肆、計畫內容

- 一、計畫緣起及現況分析：需含失智症之照護需求面及供給面資源盤點之分析。(請以據點為中心在地資源盤點，提出可結合的社會資源或連結方案)

### 二、計畫期程及預定進度(請用甘特圖表示)

(一) 計畫期程：113 年\_\_月\_\_日起至 113 年 12 月 31 日

(二) 預定進度(可另行增列其他項目，但至少應包括本局所列之工作項目)：

月份	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
工作項目												
認知促進、緩和失智												
照顧者支持團體或照顧訓練課程												
預防及延緩失智照護												
繳交期中核銷資料												
繳交期末成果報告												
(可另行增列其他項目)												

三、計畫目標：含關鍵績效指標、衡量標準(指標公式)。

依計畫服務內容規劃擬定關鍵績效指標，例如：服務個案人數、課程活動團體場次/人次、家庭照顧者教育訓練、家庭照顧者支持團體、其他（自行列舉）等，以圖表為佳。

關鍵績效指標	年度目標值
1. 服務個案人數	
一般失智症個案	0 人
BPSD 失智症個案	0 人
2. 服務照顧者人數	0 人
3. 提供共照中心轉介之確診個案至少 1 次服務人數	0 人
4. 辦理認知促進模組期數	0 期
5. 滿意度調查率 (滿意度調查人數/服務個案人數)×100%	000%
6. 辦理長照 2.0 宣導活動	0 場次
	0 人 (歸人計算)
7. 經費執行率 (實際執行數/核定金額)×100%	
(自訂指標)	

備註：其餘各項指標應達目標值，請依本計畫申請作業須知規定辦理。

四、執行策略及具體行動方案：(依計畫服務內容規劃擬定關鍵績效指標，例如：服務個案人數、課程活動團體場次/人)

執行策略：請詳述服務模式、收案流程(可佐以圖表)及服務品質、服務項目、服務時段、課程安排(含目的、預期效益)等，並提出具體行動方案。

五、團隊人力規劃：如人力配置、人力組織架構圖、人員履歷(含職稱、經歷、服務年資、相關專業證照)及其他可配合服務之

相關人力資源等。

(一) 人力配置

姓名	職稱	學經歷	服務年資	計畫工作內容

(如篇幅不足，請自行增列)

(二) 人力組織架構圖

(三) 其他可配合服務之相關人力資源

六、環境硬體設備：例如據點空間規劃(附配置圖)、設備規劃等，以定時定點及符合失智者需求且須溫馨感為佳。

七、服務品質及流程

1. 服務管理與品質監控機制(用於申請預防及延緩失能照護方案)  
(請說明如依據點服務長者類型，如何選擇合適預防及延緩失能方案、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)
2. 接受失智共照中心轉介個案至失智據點服務流程(以圖表呈現)
3. 失智據點轉介 112 年(含)以前 CDR 2 分以上且長照需要等級 4-8 級個案至照管中心媒合長期照顧服務機構服務流程(以圖表呈現)

八、緊急應變計畫及流程(失智服務據點)：失智服務據點請因應失智長者共病(如高低血糖或血壓處理)及走失提供當地適宜之緊急應變處理方式(請佐以流程圖表)。

失智服務據點緊急應變計畫及流程，包含：

1. 異常事件之緊急應變流程
2. 特殊疾病/慢性病之突發狀況應變(如高低血糖或血壓處理)
3. 預防跌倒措施
4. 防走失策略

九、計畫經費規劃：請依本案補(捐)助計畫經費編列基準及使用範圍請編列經費規劃表  
(格式請依附表 EXCEL 檔填寫)

#### 十、感染管制規範

內容包含落實手部衛生行為、訂有環境清潔及消毒機制、疑似病例應變措施、人員健康監測措施

十一、延續型單位：針對評核委員建議事項提出改善計畫

新增型單位：【過去執行相關計畫成果】不限定中央執行計畫

(請擇一填寫，另一項請刪除)

**臺北市政府衛生局**  
**113 年度「失智照護服務計畫」**  
**分項計畫二、失智據點申請書檢核表**

單位名稱：行政區-○○單位

日期：113年○月○日

項次	項目	檢核內容	檢核結果
1	計畫書	一式 6 份(含電子檔)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2	服務周全性	資源盤點及分析	<input type="checkbox"/> 是，頁碼： <input type="checkbox"/> 否
3		失智者及照顧者服務(課程)安排等細項(含活動課程內容、評估表單)	<input type="checkbox"/> 是，頁碼： <input type="checkbox"/> 否
4		性別元素納入課程設計	<input type="checkbox"/> 是，頁碼： <input type="checkbox"/> 否
5	團隊人力規劃	人力組織架構(檢附完成失智症相關課程證明)	<input type="checkbox"/> 是，頁碼： <input type="checkbox"/> 否
6	環境硬體設備	環境硬體設備	<input type="checkbox"/> 是，頁碼： <input type="checkbox"/> 否
7	轉介服務流程	確認轉介服務流程之實際運作	<input type="checkbox"/> 是，頁碼： <input type="checkbox"/> 否
8	緊急應變計畫	因應失智長者共病、走失及跌倒提供緊急應變計畫	<input type="checkbox"/> 是，頁碼： <input type="checkbox"/> 否
9	防疫規範	落實手部衛生行為、訂有環境清潔及消毒機制、疑似病例應變措施、人員健康監測措施	<input type="checkbox"/> 是，頁碼： <input type="checkbox"/> 否
10	延續型單位：針對評核委員建議事項提出改善計畫 新增型：【過去執行相關計畫成果】不限定中央執行計畫	延續型單位：針對評核委員建議事項提出改善計畫 新增型：【過去執行相關計畫成果】不限定中央執行計畫	<input type="checkbox"/> 是，頁碼： <input type="checkbox"/> 否
11	切結書	配合實名制相關措施切結書	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

檢核人：(蓋章)

單位主管：(蓋章)

附件 8

本局 113 年預計布建 11 處失智共照中心及 48 處失智服務據點規劃：

設置 區域	失智共照中心		失智據點	
	112 年延續型	113 年新增型	112 年延續型	113 年新增型
北投區	2	0	4	0
士林區	1	0	6	0
中山區	1	0	4	0
大同區	0	0	3	0
內湖區	1	0	3	0
南港區	0	0	4	0
信義區	1	0	4	1
萬華區	1	0	4	0
中正區	1	0	3	1
大安區	1	0	5	0
文山區	1	0	3	0
松山區	1	0	3	0
總計	11	0	46	2
113 預計總 和	11		48	

## 113 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          保險          公提離職儲金或 公提勞工退休金	<p>執行本計畫所需聘僱之專、兼任助理人員薪資等。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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）。</p> <p>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)。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
業務費  講座鐘點費	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>計畫項下已列支主持費等酬勞者不得支領本項費用。</p>	<p>講座鐘點費分內聘及外聘二部分：</p> <p>1. 外聘：</p> <p>(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。</p>



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。</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>	

項目名稱	說明	編列標準
電腦處理費	<p>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、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>	
材料費	<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>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>

項目名稱	說明	編列標準
<p>餐費</p> <p>其他</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>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>辦理獎助計畫所需之其他未列於本表之項目。</p>	<p>申請餐費，每人次最高 100 元。</p> <p>應於獎助計畫書列明支用項目，並說明需求原因。</p>
<p>保險</p> <p>雜支費</p>	<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>限與執行本計畫有關，最高以業務費之金額 5% 為上限，且不得超過 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>
<p>設備費</p>	<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>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>

項目名稱	說明	編列標準
	<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>管理費</p>	<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"> <li>1. 水、電、瓦斯費、大樓清潔費及電梯保養費。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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版本辦理)。</li> <li>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。</li> </ol>	<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>

## 113 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、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. 衛福部及各縣市審查通過之方案均應建置於衛福部指定之資訊平台，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。
  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. 配合衛福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 10-1)。

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 10-2)，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 10-3)。
4. 服務提供單位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。

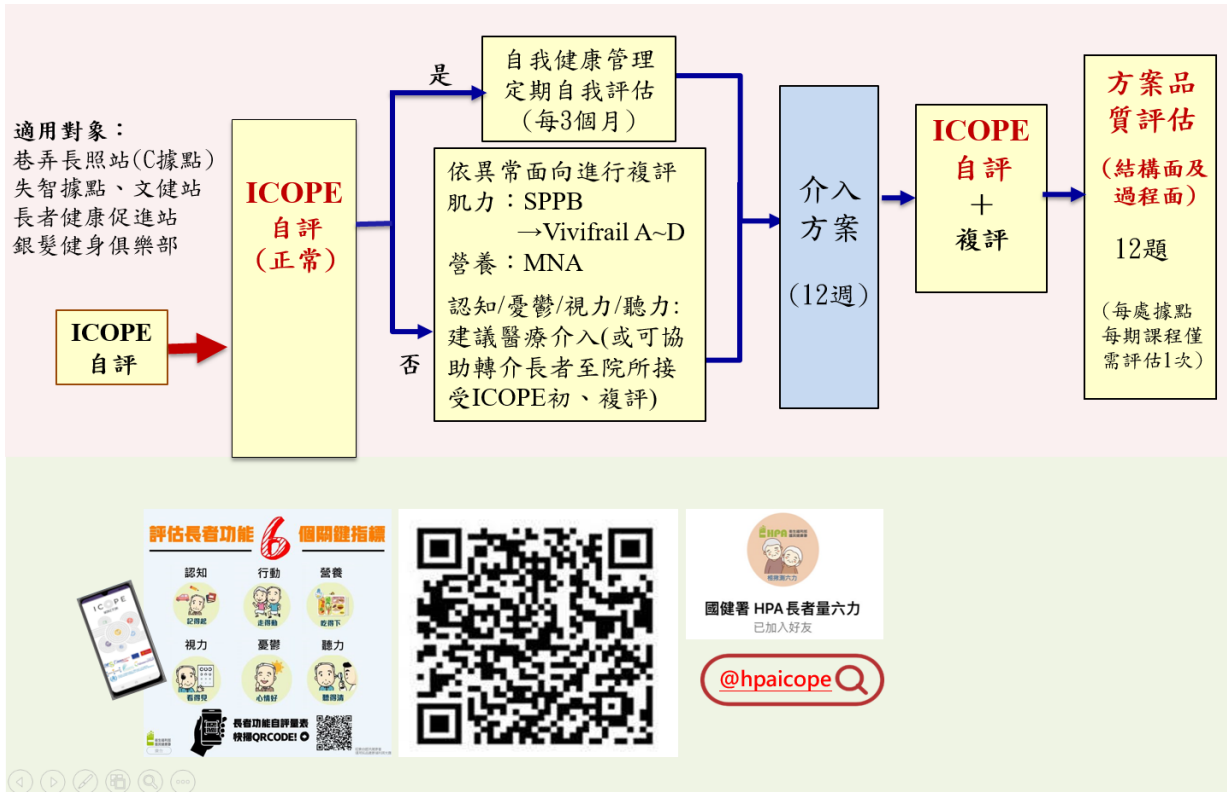
### 三、服務補助規範

- (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) 每一服務提供單位 1 年最高補助 3 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。
  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本部長照基金支應者，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) 服務提供單位除支付師資鐘點費，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) 參與對象限制：
1. 參與對象不可同時重複參加不同班別，每人每年以3期為限。
  2. 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。
- (六) 服務提供單位向本局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本局核實請領。
- (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。



## 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(原住民提早在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"> <li>• 非常擔心自己會跌倒？</li> <li>• 過去一年內曾跌倒過？</li> <li>• 坐著時，必須抓握東西才能從椅子上站起來？</li> </ul>	<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"> <li>• 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？</li> <li>• 看電視/聽收音機時，常被家人或朋友說音量開太大聲？</li> <li>• 與人交談時，常需要對方提高說話音量或再說一次？</li> <li>• 因為聽力問題而不想去參加朋友聚會或活動？</li> </ul>	<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<sup>®</sup>

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	
<b>A</b> 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>B</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"/>
<b>C</b> 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"/>
<b>D</b> 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"/>
<b>E</b> 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"/>
<b>F1</b> 身體質量指數(BMI) (公斤/米 <sup>2</sup> , kg/m <sup>2</sup> ) 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。

<b>F2</b> 小腿圍 (CC) (公分, cm) 0 = CC 低於 31 3 = CC 相等或大於 31	<input type="checkbox"/>
<b>篩選分數 (最高14分)</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>12-14分:</b> 正常營養狀況 <b>8-11分:</b> 有營養不良的風險 <b>0-7分:</b> 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 2006; 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 Gerontol 2001;56A: M366-377.  
 Gulgoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 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](http://www.mna-elderly.com)

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

## 二、結構面

題號	內容	答項
3	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） *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。 *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。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4	提供可洽詢之聯繫窗口（單位及聯繫人）與聯繫方式	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5	指導員之條件 <ul style="list-style-type: none"> <li>● 曾通過方案指導員資格。</li> <li>● 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。</li> <li>● 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。</li> </ul>	<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。 *說明：指導員在執行方案（授課）過程中，有針對防疫或意外事件預防，提供安全防護指導提示。若有意外事件，其處置適切。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
12	指導員有依循方案設計大綱提供授課。 *說明：請根據從指導員/研發單位/方案管理計畫拿到之課程大綱進行回覆。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 指導員姓名：

#### 四、結果面

題號	內容	答項
13	執行成效評估與分析 <input type="checkbox"/> A. 長者功能自評量表（ICOPE），以及肌力或營養異常面向複評(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



# 期中/末成果報告

計畫名稱：113年度「失智照護服務計畫」

分項計畫二：設置失智據點

補助單位：臺北市政府衛生局

執行單位：

中 華 民 國 1 1 3 年

(經費來自衛生福利部長照基金獎助)



## 目錄

壹、綜合資料表

貳、計畫摘要

參、各項服務成果及指標執行情形

一、個案服務量分析：

(一)失智個案：個案量(含一般失智症個案、BPSD失智症個案；輕、中度失智者)、性別、年齡、失智程度、個案來源

(二)照顧者：跟個案關係及照顧者性別，或負擔量表或壓力

(三)績效指標達成情形

二、執行課程內容規劃與執行進度

三、宣傳長照1966活動照片。

四、其他分析(含資源轉介、滿意度調查等，自行決定)

肆、介入前後差異分析：

一、預防及延緩失能照護計畫長者健康評估量表前測及後測分析。

二、個案評估量表結果列表：MMSE、IADL、ADL、照顧者憂鬱量表、照顧者負荷量表。

三、個案照顧計畫。

伍、各項服務內容成果(課程介紹、照片，含感控工作，如關懷成果)

陸、檢討與改善(本項期末報告填寫)

柒、績效指標總表

## 壹、綜合資料

計畫名稱	113 年度「失智照護服務計畫」分項計畫二、失智據點																							
執行單位																								
計畫主持人		職稱		電話 手機		E-mail																		
計畫連絡人		職稱		電話 手機		E-mail																		
公文地址																								
據點地址	(含里)																							
辦理時間	<input type="checkbox"/> 全日      日； <input type="checkbox"/> 半日      )			預防及延緩失能方案-																				
計畫摘要	1. 服務地點： 2. 服務期程：__年__月__日至__月__日 3. 服務時間：																							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>星期</th> <th>一</th> <th>二</th> <th>三</th> <th>四</th> <th>五</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>上午</td> <td>V</td> <td>V</td> <td>V</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>下午</td> <td></td> <td>V</td> <td>V</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					星期	一	二	三	四	五	上午	V	V	V			下午		V	V			備註： 上午時間：○時○分至○時○分 下午時間：○時○分至○時○分
星期	一	二	三	四	五																			
上午	V	V	V																					
下午		V	V																					
4. 服務對象：一般失智症個案○人、BPSD失智症個案○人；輕、中度失智者、失智者之家庭照顧者 5. 服務項目： (1) 辦理失智者非藥物治療活動 (2) 辦理家屬支持性服務（支持團體、照顧講座） (3) 失智者個案管理服務 (4) 安全看視																								
計畫核定經費	失智據點服務費		元	認知促進模組服務費		元	總計      元																	
經費累計核銷金額				元	經費執行率																			
自籌經費	(申請案自籌經費包含申請單位編列、民間捐款、其他政府機關補助、收費等)																							

## 貳、計畫摘要

### 參、各項服務成果及指標執行情形

#### 一、個案服務量分析：

(一)失智個案：個案量、性別、年齡、失智程度、個案來源

(二)照顧者：跟個案關係及照顧者性別，或負擔量表或壓力

(三)績效指標達成情形

關鍵績效指標	目標值	達成情形	達成率
	A	B	(B/A)*100%
1. 服務個案人數			
一般失智症個案	0 人		
BPSD 失智症個案	0 人		
2. 服務照顧者人數			
3. 提供共照中心轉介之確診個案至少 1 次服務人數			
4. 辦理認知促進模組期數			
5. 滿意度調查率 (滿意度調查人數/服務個案人數)×100%			
6. 辦理長照 2.0 宣導活動			
	0 場次		
	0 人 (歸人計算)		
7. 經費執行率 (實際執行數/核定金額)×100%			
(自訂指標)			

二、執行課程內容規劃與執行進度(課程納入性別元素執行成果)

三、宣傳長照1966活動照片。

四、其他分析(含資源轉介、滿意度調查)

肆、介入前後差異分析，列舉如下：

一、預防及延緩失能照護計畫長者健康評估量表前測及後測分析

二、個案評估量表結果列表：MMSE、IADL、ADL、照顧者憂鬱量表、照顧者負荷量表

三、個案照顧計畫

項次	姓名	性別	(項目可自行新增調整)	照顧計畫
1	吳O雄			
2				
3				
4				

(欄位可自行調整)

伍、各項服務內容成果(課程介紹、照片，含感控工作，如關懷成果)

陸、檢討與改善(本項期末報告填寫)

一、「績效指標」實際值未達目標值90%之檢討及改善策略

二、據點/共照中心合作機制、運作問題及改善方案

柒、績效指標總表

(請以衛生福利部失智照護管理系統產製報表為主)

臺北市政府衛生局

112年度「失智照護服務計畫」

分項計畫二、失智據點-期中報告檢核表

單位名稱：行政區-○○單位

日期：113年7月31日

項目(檢核內容)	檢核結果
一、綜合資料/計畫摘要	<input type="checkbox"/> 是，頁碼： <input type="checkbox"/> 否
二、各項服務成果及指標執行情形	
(一) 個案服務量(含統計分析及績效指標達成情形)	<input type="checkbox"/> 是，頁碼： <input type="checkbox"/> 否
(二) 執行課程內容與執行進度	<input type="checkbox"/> 是，頁碼： <input type="checkbox"/> 否
(三) 宣傳長照 1966 活動照片	<input type="checkbox"/> 是，頁碼： <input type="checkbox"/> 否
(四) 其他分析 (含資源轉介、滿意度調查等)	<input type="checkbox"/> 是，頁碼： <input type="checkbox"/> 否
三、介入前後差異分析 (含 ICOPE、個案評估量表、照顧者負荷量表及照顧計畫)	<input type="checkbox"/> 是，頁碼： <input type="checkbox"/> 否
四、各項服務成果 (課程介紹、照片、感控工作、關懷成果等.....)	<input type="checkbox"/> 是，頁碼： <input type="checkbox"/> 否
五、績效指標總表	<input type="checkbox"/> 是，頁碼： <input type="checkbox"/> 否

檢核人：(蓋章)

單位主管：(蓋章)

## 臺北市政府衛生局

## 113年度「失智照護服務計畫」

## 分項計畫二、失智據點-期末報告檢核表

單位名稱：行政區-○○單位

日期：113年12月13日

項目(檢核內容)	檢核結果
一、綜合資料/計畫摘要	<input type="checkbox"/> 是，頁碼： <input type="checkbox"/> 否
二、各項服務成果及指標執行情形	
(一) 個案服務量(含統計分析及績效指標達成情形)	<input type="checkbox"/> 是，頁碼： <input type="checkbox"/> 否
(二) 執行課程內容與執行進度	<input type="checkbox"/> 是，頁碼： <input type="checkbox"/> 否
(三) 宣傳長照 1966 活動照片	<input type="checkbox"/> 是，頁碼： <input type="checkbox"/> 否
(四) 其他分析 (含資源轉介、滿意度調查等)	<input type="checkbox"/> 是，頁碼： <input type="checkbox"/> 否
三、介入前後差異分析 (含 ICOPE、個案評估量表、照顧者負荷量表及照顧計畫)	<input type="checkbox"/> 是，頁碼： <input type="checkbox"/> 否
四、各項服務成果 (課程介紹、照片、感控工作、關懷成果等.....)	<input type="checkbox"/> 是，頁碼： <input type="checkbox"/> 否
五、改善與檢討	<input type="checkbox"/> 是，頁碼： <input type="checkbox"/> 否
六、績效指標總表	<input type="checkbox"/> 是，頁碼： <input type="checkbox"/> 否

檢核人：(蓋章)

單位主管：(蓋章)

### 臺北市政府補助計畫收支明細表

補助單位：臺北市政府衛生局

受補助單位：OO 區-OO 協會

補助年度：113 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：新台幣 元

經費預算核撥數	(結報) 核撥	第一次核撥日期 113 年 7 月 日 金額 0 元	第二次核撥日期 113 年 月 日 金額 0 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 113 年 7 月 日 金額 元	第二次結報日期 113 年 月 日 金額 元	
據點費用	活動費			
	量 能 提 升 費	人事費		
		業務費		
		管理費		
		小計		
合計				
模組費用	業務費			
	管理費			
	合計			
總計				
餘(絀)數				
備註		1.第 1 期款執行率：(執行率未達 80% 不予撥付第 2 期款) 2.核銷總經費：元 3.模組辦理總期數：期 4.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

單位主管

會計

單位負責人  
(簽約代表人)

臺北市政府衛生局 113年失智照護服務計畫 據點費用經費核銷明細表(期中)																					
																		113年	7月	○日	
執行單位		北投區○○協會														衛生局核定經費			0		
承辦人																衛生局已撥付經費			0		
連絡電話																此次核銷總額			0		
編號	摘要	活動費	人事費			業務費														管理費	合計
			研究助理薪資	保險	公提離職儲金或公提勞工退休金	講座鐘點費	臨時工資	文具紙張	郵電	印刷	租金	油料	電腦處理費	材料費	出席費	國內旅費	餐費	其他	保險		
核定經費金額		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
勻支金額		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
勻支後經費金額		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1-6月活動費																				0
2																					0
3																					0
4																					0
5																					0
核銷金額	期中核銷	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	累計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
未核銷餘額		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
製表人		單位主管			會計														單位負責人(簽約代表人)		



附件 14

臺北市政府衛生局 113年失智照護服務計畫 模組費用經費核銷明細表(期中)																		
																113年	7月	○日
執行單位		北投區-○○協會										衛生局核定經費				0		
承辦人												衛生局已撥付經費				0		
連絡電話												此次核銷總額				0		
編號	摘要	業務費															管理費	合計
		講座鐘點費	臨時工資	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	其他	保險	雜支費		
核定經費金額		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
勻支金額		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
勻支後經費金額		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	講座鐘點費																	0
2																		0
3																		0
4																		0
5																		0
核銷金額	期中核銷	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	累計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
未核銷餘額		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
製表人		單位主管						會計						單位負責人(簽約代表人)				

臺北市政府衛生局 113 年度「失智照護服務計畫」

分項計畫二、設置失智據點 核銷文件檢核表

行政區：

單位名稱：

日期：113 年 月 日 期中期末核銷文件

提交文件	自我檢核結果		
	勾選		
	提供	未提供	不適用
檢核項目 (勾選提供欄位始填寫)			
壹、收支明細表			<input type="checkbox"/> 紙本正本一式2份 <input type="checkbox"/> 提供收支明細表電子檔(Excel 電子檔)
貳、經費核銷明細表 (據點服務)			<input type="checkbox"/> 紙本正本一式2份 <input type="checkbox"/> 提供經費核銷明細表電子檔(Excel 電子檔)
參、經費核銷明細表 (模組服務)			<input type="checkbox"/> 紙本正本一式2份 <input type="checkbox"/> 提供經費核銷明細表電子檔(Excel 電子檔)
肆、成果報告			<input type="checkbox"/> 成果報告檢核表 <input type="checkbox"/> 紙本正本一式2份 <input type="checkbox"/> 提供成果報告電子檔
伍、衛福部失智照護 管理系統 (期末核銷檢附)			<input type="checkbox"/> 系統費用申報 <input type="checkbox"/> 申報費用與收支明細表核銷總經費一致 <input type="checkbox"/> 提供失智據點核銷表(系統產製)
陸、原始憑證 (據點服務)	活動費		<input type="checkbox"/> 失智據點活動費核銷明細表 <input type="checkbox"/> 本局同意暫停服務期間之公文及相關服務紀錄
	人事費		<input type="checkbox"/> 收(領)據或薪資印領清冊 <input type="checkbox"/> 差勤紀錄 <input type="checkbox"/> 勞動契約 <input type="checkbox"/> 據點服務人員相關進用條件文件 <input type="checkbox"/> 失智症相關訓練結訓證明文件 <input type="checkbox"/> 勞健保及勞退相關證明文件 <input type="checkbox"/> 依所得稅法規定辦理
		講座鐘點費	
	臨時工資		<input type="checkbox"/> 收(領)據或薪資印領清冊 <input type="checkbox"/> 差勤紀錄 <input type="checkbox"/> 依所得稅法規定辦理
	文具紙張		<input type="checkbox"/> 收(領)據
	郵電		<input type="checkbox"/> 收(領)據
	印刷		<input type="checkbox"/> 收(領)據
	租金		<input type="checkbox"/> 收(領)據 <input type="checkbox"/> 租任契約 <input type="checkbox"/> 依所得稅法規定辦理
	油脂		<input type="checkbox"/> 收(領)據
	電腦處理費		<input type="checkbox"/> 收(領)據 <input type="checkbox"/> 物品清冊(購置非消耗品始檢附)
	材料費		<input type="checkbox"/> 收(領)據 <input type="checkbox"/> 單價未達1萬 <input type="checkbox"/> 物品清冊(購置非消耗品始檢附)
	出席費		<input type="checkbox"/> 收(領)據 <input type="checkbox"/> 依所得稅法規定辦理
	國內旅費		<input type="checkbox"/> 收(領)據
	餐費		<input type="checkbox"/> 收(領)據 <input type="checkbox"/> 每人次最高100元
	其他		<input type="checkbox"/> 收(領)據 <input type="checkbox"/> 核銷經費未超過業務費核銷經費5%
	保險		<input type="checkbox"/> 收(領)據
	雜支費		<input type="checkbox"/> 收(領)據 <input type="checkbox"/> 核銷經費未超過業務費核銷經費5%
	設備費		<input type="checkbox"/> 收(領)據 <input type="checkbox"/> 財產增加單
管理費		<input type="checkbox"/> 收(領)據 <input type="checkbox"/> 相關證明文件 <input type="checkbox"/> 核銷經費未超過人事費及業務費核銷經費總和10%	

提交文件		自我檢核結果			
		勾選			檢核項目 (勾選提供欄位始填寫)
		提供	未提供	不適用	
柒、原始憑證 (模組服務)	社區照顧關懷網系統資料(系統產製)			<input type="checkbox"/> 提供方案基本資料 <input type="checkbox"/> 提供特約單位服務量表 <input type="checkbox"/> 提供前後測分析表	
	講座鐘點費			<input type="checkbox"/> 收(領)據 <input type="checkbox"/> 每節鐘點費、課程起迄時間及時數 <input type="checkbox"/> 課程課表 <input type="checkbox"/> 符合師資給付條件 <input type="checkbox"/> 依所得稅法規定辦理	
	臨時工資			<input type="checkbox"/> 收(領)據或薪資印領清冊 <input type="checkbox"/> 差勤紀錄 <input type="checkbox"/> 依所得稅法規定辦理	
	文具紙張			<input type="checkbox"/> 收(領)據	
	郵電			<input type="checkbox"/> 收(領)據	
	印刷			<input type="checkbox"/> 收(領)據	
	租金			<input type="checkbox"/> 收(領)據 <input type="checkbox"/> 租賃契約 <input type="checkbox"/> 依所得稅法規定辦理	
	油脂			<input type="checkbox"/> 收(領)據	
	電腦處理費			<input type="checkbox"/> 收(領)據 <input type="checkbox"/> 物品清冊(購置非消耗品始檢附)	
	材料費			<input type="checkbox"/> 收(領)據 <input type="checkbox"/> 單價未達1萬 <input type="checkbox"/> 物品清冊(購置非消耗品始檢附)	
	出席費			<input type="checkbox"/> 收(領)據 <input type="checkbox"/> 依所得稅法規定辦理	
	國內旅費			<input type="checkbox"/> 收(領)據	
	餐費			<input type="checkbox"/> 收(領)據 <input type="checkbox"/> 每人次最高100元	
	其他			<input type="checkbox"/> 收(領)據 <input type="checkbox"/> 核銷經費未超過業務費核銷經費5%	
	保險			<input type="checkbox"/> 收(領)據	
雜支費			<input type="checkbox"/> 收(領)據 <input type="checkbox"/> 核銷經費未超過業務費核銷經費5%		
管理費			<input type="checkbox"/> 收(領)據 <input type="checkbox"/> 相關證明文件 <input type="checkbox"/> 核銷經費未超過人事費及業務費核銷經費總和10%		

檢核人：(簽名或蓋章)

單位主管：(簽名或蓋章)

## 113 年度失智照護服務計畫經費核銷注意事項

### 壹、核銷期程：

- 一、期中核銷資料應於 113 年 7 月 31 日前提報，期末核銷應於 113 年 12 月 13 日前提報。
- 二、辦理單位得於本局核定後提出需求，並經核准後得預撥核定總金額之 50%，該筆金額所生孳息於當年度 12 月 24 日前全數繳回(300 元以下免繳回)。
- 三、延續性辦理單位若未完成前一年度核銷並繳回預撥剩餘款，則不得申請本年度預撥。

### 貳、核銷應備文件：

項目	應附文件	注意事項
共同應備文件	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 113 年度計畫執行之期中/期末報告 1 式 2 份(含電子檔及檢核表)</li> <li>2. 收支明細表 1 式 2 份(含電子檔)</li> <li>3. 經費核銷明細表 1 式 2 份(含電子檔)</li> <li>4. 原始憑證之黏貼憑證需含憑證掃描檔，僅須提供每份憑證第一頁掃描檔)(附件 16-1)</li> <li>5. 系統產出之核銷佐證文件(含電子檔)</li> <li>6. 核銷文件檢核表</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 收支明細表及經費明細表：               <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 申請補助金額請填寫實際申請補助金額，若當次未申請該項目核銷，在「該次核銷金額」欄填寫 0 即可。</li> <li>(2) 須確實填寫衍生收入(收費情形)及該筆收入之處理方式。</li> </ol> </li> <li>2. 原始憑證需黏貼於黏貼憑證用紙上，不同核定項目請分別黏貼。</li> <li>3. 一張黏貼憑證用紙可附多張原始憑證，憑證黏貼方式勿重疊或使用釘書機釘成一疊。若憑證數量太多，請分別黏貼於另一張黏貼憑證用紙上，漸層式以口紅膠黏貼(若有誤方便拆下重新黏貼，請勿遮蓋發票號 2 碼)。每張黏貼憑</li> </ol>

項目	應附文件	注意事項
		<p>證用紙黏貼單據以 5-10 張為上限(得視原始憑證之大小作調整)。</p> <p>4.核銷文件多頁欲裝訂應於文件左上角整齊裝訂。</p>
人事費	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 收(領)據或薪資印領清冊(附件 16-2、註一)。</li> <li>2. 地方政府據點服務人員或個案管理師備查文件。</li> <li>3. 失智症相關訓練結訓證明文件。</li> <li>4. 勞動契約</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 薪資收(領)據或印領清冊應按月編製或清冊格式應註明薪資、雇主負擔勞健保及勞工退休金、服務期間、年終獎金計算方式(含單價、工作月數等)。</li> <li>2. 年終獎金計算應依規定照軍公教人員年終獎金發給注意事項規定，當年 12 月 1 日仍在職者，始得按實際在職月數比例發給年終工作獎金。</li> <li>3. 須依所得稅法規定辦理。</li> </ol>
出席費、講座鐘點費、臨時酬勞費	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 收(領)據或印領清冊(附件 16-3、註一)。</li> <li>2. 需檢附課程課表。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 須依所得稅法規定辦理。</li> <li>2. 領據需敘明每節鐘點費及課程起迄時間。</li> </ol>
業務費、管理費	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 領據。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 可支用項目範圍依 113 年度衛生福利部失智照護計畫經費編列基準及使用範圍辦理。</li> <li>2. 採用本項應附文件辦理核銷者，原始憑證需經地方政府同意留存於執行單位，地方政府並應依「政府會計憑證保管調案及銷毀應行注意事項」第十點規定辦理。</li> </ol>

項目	應附文件	注意事項
失智服務據點活動費	1. 失智服務據點核銷表	1. 應由失智照護資訊系統查詢實際辦理服務時段之參與服務對象名冊，另參與人員簽到單備查於執行單位，檢附失智服務據點核銷表應經辦理單位經手人及負責人核章。 2. 年度最後一次核銷時，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%
個案服務管理費及轉介服務費	1. 失智個案服務管理核銷表 2. 服務對象清冊及轉介服務對象清冊	1. 應由失智照護資訊系統產製失智個案服務管理核銷表、及服務對象及轉介服務對象名冊，並應經辦理單位經手人及負責人核章。 2. 本項於期末核銷

註一：如以劃撥入帳撥付者，得檢附轉帳金融機構等之簽收或證明文件，免請受款人於印領清冊簽章。

註二：依政府支出憑證處理要點規定，僅規範如取得公司或店家所開立之統一發票或收據應記載營業人名稱、營利事業統一編號等事項，並未要求需加蓋負責人私章，亦未要求要有負責人資料。

參、核銷文件若有金額塗改處，應蓋經辦人章。

肆、因執行本計畫所產生所得扣繳事宜，請依所得扣繳辦法規定辦理所得扣繳。

伍、接受補助單位，地方政府得派員查核，若有使用不當之情事或未依規定辦理核銷者，除停止補助 1 至 5 年，並依相關規定辦理。

陸、注意事項：

一、發票應有辦理單位統一編號（無統一編號得以扣繳憑單編號替代）。

- 二、請註明中文品名、數量、單價、金額（應詳列購買物品明細項目，數量勿填『一批』），如有加註說明之發票請加蓋經辦人證明章。
- 三、二聯式發票請檢附第二聯收執聯、三聯式發票請檢附第三聯收執聯核銷。
- 四、二、三聯式統一發票應蓋用統一發票專用章，統一發票專用章應列明：營業人名稱、統一編號及「統一發票專用章」字樣。
- 五、收據之買受人請填單位全銜或統一編號，免統一發票章收據不得出現「統一發票專用章」字樣（需含公司行號名稱、統一編號）。
- 六、統一發票如採電子發票開立者，依電子發票實施作業要點規定由營業人提供或機關自行下載列印電子發票證明聯，均得作為支出憑證。電子發票由營業人提供者，如未列明營業人名稱，得免予補正。如支出憑證係透過網路下載列印者，應由經辦人簽名或蓋章證明之。
- 七、本注意事項未盡事宜，依「衛生福利部補(捐)助款項會計處理作業要點」及「政府支出憑證處理要點」相關規定辦理。

## 單位名稱

### 黏貼憑證用紙

憑證號碼	預算科目	金額						用途說明
		十	萬	千	百	十	元	
	(以下擇一) <input type="checkbox"/> 人事費 <input type="checkbox"/> 業務費 <input type="checkbox"/> 管理費 <input type="checkbox"/> 認知促進模組							核銷項目： (例如：業務費-餐費)  憑證總額： 申請核銷： 自籌：

經手人	單位主管	會計	單位負責人

.....

憑 證 黏 貼 線

說明：

1. 金額欄位請勿填寫憑證總額，應填寫申請核銷金額，請以阿拉伯數字呈現。
2. 對不同工作計畫或用途別之原始憑證及發票請勿混合黏貼。
3. 單據黏貼時，請按憑證黏貼線由左邊至右對齊，面積大者在下，小者在上，由上而下黏貼整齊，每張發票之間距離約 0.5 公分，並以 10 張為限。
4. 簽署欄位依職稱大小，「由上而下，由左而右」。
5. 標準格式為 A4 直式 (210×297) mm。
6. 機關依其業務特性及實際需要，有自行設計使用之必要時，得從其規定格式，惟不得牴觸相關法令規定。



臺北市 113 年失智照護服務計畫

人事費 印領清冊

受補助單位：

民國 113 年 月 日至 113 年 月 日止

姓名	職稱	戶籍地址	申請月份	薪資	雇主應負擔之勞健保及提繳勞工退休金費用			小計	申請補助	單位自籌	簽章
					勞保	健保	勞保退休金				
身分證字號											
合 計											

\*本項經費由「衛生福利部」在補助額度範圍內全額補助。  
 \*薪資：係指當月實領薪資+個人負擔勞保、健保、勞退等扣除額。  
 \*申請單位應依規定為申報補助之專業人員辦理符合其薪資級距之勞保、健保與勞退金，且不得要求其回捐薪資。  
 \*申請單位每月未依規定為申報補助之專業人員投保勞工保險、全民健康保險及提撥勞工退休準備金者，不予補助。  
 \*注意事項：  
 1.人事費用之動支，應依契約規定辦理。  
 2.薪資收(領)據或印領清冊應按月編製或清冊格式應註明薪資、服務期間、年終獎金計算方式(含單價、工作月數等)。  
 3.年終獎金計算應依規定照軍公教人員年終獎金發給注意事項規定，當年12月1日仍在職者，始得按實際在職月數比例發給年終工作獎金，並於備註欄說明計算方式。  
 4.所得扣繳憑單或扣繳切結書，由受獎助單位自行依稅法相關規定辦理。

製表人

會計

單位主管

## 單位名稱 講座鐘點費領據

年            月            日

支付項目	講座鐘點費 <input type="checkbox"/> 內聘 <input type="checkbox"/> 外聘											
具領人 簽名			身分證字號									
戶籍地址 (含鄰里)												
給付金額	計新台幣		萬	仟	佰	拾	元整					
事由	課程名稱： 授課日期/時數：											
備註	服務單位				職稱							
	電話				登稅		<input type="checkbox"/> 依所得稅法規定辦理登稅。					

經手人：                            單位主管：                            會計：                            負責人：

**備註說明：(此段請裁切不須附在講座鐘點費後)**

1. 請附課表，函課程名稱、講師、上課日期時數，務必與領據一致。
2. 講師服務單位必填，區分內外聘人員。

臺北市衛生局 112 年度「失智照護服務單位品質輔導計畫」

失智據點實地輔導評核表

評核日期：

基本資料	一、單位名稱： 二、單位類型： (一) <input type="checkbox"/> 延續型 <input type="checkbox"/> 新增型 (二) <input type="checkbox"/> 醫事機構 <input type="checkbox"/> 長照機構 <input type="checkbox"/> 社福機構(團體) <input type="checkbox"/> 其他： 三、服務地址： 四、聯絡電話： 五、計畫負責人(職稱)： 電子信箱： 六、重要信息聯絡人(職稱)： 電子信箱： 手機：
------	---

考評要項	項目	衡量指標	評分	備註		
15%	一、服務績效	(一)個案服務人數	<input type="checkbox"/> 符合第 1 項	5 分	資料來源：衛生福利部失智照護服務管理系統(112 年 1 月至 6 月)。 <input type="checkbox"/> 112 年 6 月後開課之新增型單位，不適用此項目。	
			<input type="checkbox"/> 符合第 2 項	3 分		
			<input type="checkbox"/> 平均服務個案人數少於 6 人	0 分		
	(二)照顧者服務人數	1. 照顧者服務人數 ≥ 6 人 2. 照顧者服務包含男性照顧者	<input type="checkbox"/> 全部符合	5 分	資料來源：衛生福利部失智照護服務管理系統成效月報表(112 年 1 月至 6 月)。 <input type="checkbox"/> 112 年 6 月後開課之新增型單位，不適用此項目	
			<input type="checkbox"/> 符合其中 1 項	3 分		
			<input type="checkbox"/> 不符合	0 分		
	(三)滿意度調查	1. 年度施行個案或家屬滿意度調查之執行率 ≥ 80% 2. 具有滿意度統計分析 3. 依據滿意度調查結果進行服務規劃或檢討	<input type="checkbox"/> 全部符合	5 分	1. 檢附佐證資料。 2. 服務規劃與檢討，例如：活動類型、頻率之規劃等。 3. 新增型單位，若具有滿意度表單及執行規劃即為全部符合。	
			<input type="checkbox"/> 符合其中 2 項	3 分		
			<input type="checkbox"/> 符合其中 1 項	1 分		
<input type="checkbox"/> 不符合			0 分			
10%	二、參加會議、教育訓練與相關活動	(一)參加會議出席率	出席率 ≥ 100%	<input type="checkbox"/> 出席率 ≥ 100%	4 分	檢附單位出席證明： ➢ 共照中心召開之聯繫會議已辦理__場，共參與__場 ➢ 衛生局召開之會議或活動已辦理__場，共參與__場
			<input type="checkbox"/> 缺席 1 場	2 分		
			<input type="checkbox"/> 缺席 2 場以上	0 分		
	(二)服務人員基礎教育訓練完成率	據點服務人員教育訓練完成率 100%	<input type="checkbox"/> 完成率 100%且檢附完訓證明	4 分	1. 據點服務人員到職後 6 個月內完成失智症照顧服務 20 小時訓練課程。 2. 前揭「服務人員」不包括據點活動帶領者及志工。 3. 完成率百分比以服務人員數為計算單位。	
			<input type="checkbox"/> 完成率 ≥ 80%	2 分		
			<input type="checkbox"/> 完成率 < 80%	0 分		
	(三)繼續教育訓練	據點人員繼續教育訓練完成率 100%	<input type="checkbox"/> 完成率 100%且檢附完訓證明	2 分	1. 據點服務人員、活動帶領者、協助活動帶領之志工近 12 個月參與失智症或相關教育訓練。 2. 完成率百分比以據點人員數為計算單位，由據點提供名冊，列計人員如下所列： A. 到職 6 個月以上之據點服務人員。 B. 於據點帶領 3 個月以上之活動帶領者、單次或短期帶領之活動帶領者不列計。 C. 參與或協同帶領失智者團體活動達 3 個月以上之志工。 3. 完成率之計算： 分子：A、B、C 人員近 12 個月曾參與繼續訓練之人數。 分母：A、B、C 人員總數。 3. 本項教育訓練不包含失智症照顧服務 20 小時訓練課程。 4. 教育訓練內容需與服務相關，如失智症照顧、團體帶領等。 <input type="checkbox"/> 新增型單位，不適用此項目。	
			<input type="checkbox"/> 完成率 ≥ 60%	1 分		
			<input type="checkbox"/> 完成率 < 60%	0 分		
三、服務空間	(一)場地空間、動線與使用	1. 服務據點為合法之建築 2. 地點設置為民眾熟悉且方便到達 3. 入口有明顯且對失智者友善之標示 4. 出入口保持通暢無阻礙物 5. 動線符合便利性、使用安全或設有輔助設備	<input type="checkbox"/> 全部符合	5 分	有關「服務據點為合法之建築」應提供下列任一項資料供查驗：租約、房地契、意外保險單。	
			<input type="checkbox"/> 符合第 1 項及其他 3 項	4 分		
			<input type="checkbox"/> 符合第 1 項及其他 2 項	3 分		

考評要項	項目	衡量指標	評分		備註	
10%			<input type="checkbox"/> 符合第1項及其他1項	2分		
			<input type="checkbox"/> 符合第1項	1分		
			<input type="checkbox"/> 不符合	0分		
	(二)空間規劃	1. 有明顯標示、顏色對比和擺放位置…等符合失智者需求 2. 空間大小適宜且簡潔舒適、光線充足、空氣流通、無反光和穩固桌椅 3. 活動空間具備良好隔間使課程進行不受干擾 4. 營造熟悉、溫暖和快樂的環境，且布置簡單使失智者易於辨識 5. 提供照顧者交流或閱讀資料的空間	<input type="checkbox"/> 全部符合	5分		
			<input type="checkbox"/> 符合其中4項	4分		
			<input type="checkbox"/> 符合其中3項	3分		
			<input type="checkbox"/> 符合其中2項	2分		
			<input type="checkbox"/> 符合其中1項	1分		
	<input type="checkbox"/> 不符合	0分				
	四、服務轉介	(一)轉介機制	1. 具有長照服務單位互轉流程 2. 具有失智共照中心互轉流程 3. 具有其他資源單位轉介流程 4. 個案轉介後具追蹤記錄 5. 個案轉介統計分析	<input type="checkbox"/> 全部符合		5分
<input type="checkbox"/> 符合其中4項				4分		
<input type="checkbox"/> 符合其中3項				3分		
<input type="checkbox"/> 符合其中2項				2分		
<input type="checkbox"/> 符合其中1項				1分		
<input type="checkbox"/> 不符合		0分				
10%		(二)疑似失智個案轉介人數	發掘疑似失智個案轉介至共照中心人數(N) ≥ 6人	<input type="checkbox"/> 當年度轉介人數 ≥ 6人	5分	1. 資料來源：由據點提供數據。 2. 轉介人員不限於據點服務個案。
				<input type="checkbox"/> 當年度轉介人數 ≥ 2人	3分	
				<input type="checkbox"/> 當年度轉介人數 1人	1分	
				<input type="checkbox"/> 當年度無轉介個案	0分	
五、資源聯繫	與失智相關單位建立良好關係及資源連結	1. 進行資源盤點，並建置資源手冊 2. 工作人員了解相關資源使用方式 3. 經抽查3案至少1案進行資源連結後留有紀錄 4. 定期更新、檢核資源完整度	<input type="checkbox"/> 全部符合	5分	1. 檢附佐證資料，如112年臺北市失智照護資源手冊。 2. 工作人員可說明相關資源內容及使用方式。 3. 協助聯繫或轉知相關資訊並了解資源使用情形。	
			<input type="checkbox"/> 符合其中3項	4分		
			<input type="checkbox"/> 符合其中2項	3分		
			<input type="checkbox"/> 符合其中1項	1分		
			<input type="checkbox"/> 不符合	0分		
六、服務內容	(一)服務對象管理機制	1. 訂有服務對象收案及結案管理流程及辦法 2. 服務對象符合計畫內容規定，並有完整的個案管理名冊 3. 服務名冊應符合個人資料保護法，專人負責相關資料管理及保存	<input type="checkbox"/> 全部符合	10分	應備有個案名冊供查驗，資料建議可包含下列項目：個案基本資料、未確診個案之追蹤紀錄、相關診斷證明文件、活動參與同意書、肖像權同意書、個案及家屬評估表單…等。	
			<input type="checkbox"/> 符合第1項及其他1項	8分		
			<input type="checkbox"/> 符合第1項	5分		
			<input type="checkbox"/> 符合第2項及第3項	4分		
			<input type="checkbox"/> 符合第2項或第3項其中1項	3分		
	<input type="checkbox"/> 不符合	0分				
	(二)認知促進、緩和失智活動前評估機制	1. 設有活動前評估 2. 實際評估並留有紀錄 3. 依據評估結果與活動帶領者先行溝通以進行活動設計或是分級調整	<input type="checkbox"/> 全部符合	3分	1. 活動評估可包含失智者興趣、背景或是認知、操作能力、ICOPE等。可以各據點活動區間，例新收案時、每3個月、半年或年度進行評估，此為新增項目，故於活動前執行評估即為全部符合。 2. 檢附佐證資料，例如：活動參考評估結果項目及後行規劃內容、成員活動分班或分級條件或計畫等。	
			<input type="checkbox"/> 符合第1項及其他1項	2分		
			<input type="checkbox"/> 符合第1項	1分		
			<input type="checkbox"/> 不符合	0分		
35%	(三)認知促進、緩和失智執行	課程活動規劃及安排符合失智者需求： 1. 呈現課程多元化，具有不同主題之系列課程(如認知活動、體能、音樂、懷舊、藝術、園藝、烹飪等) 2. 活動內容符合失智者之需求、過去經	<input type="checkbox"/> 全部符合	10分	檢附佐證資料，建議可包含下列項目：課表、活動計畫、教案、執行紀錄、過程評值紀錄等。	
			<input type="checkbox"/> 符合其中2項	8分		
			<input type="checkbox"/> 符合其中1項	5分		

考評要項	項目	衡量指標	評分		備註	
		歷、興趣、文化等，並運用其尚存的能力或優勢，溝通互動時保有個案尊嚴 3. 具有團體活動企劃與執行紀錄	<input type="checkbox"/> 不符合	0 分		
	(四) 認知促進、緩和失智帶領者資格	帶領認知活動的帶領者半數以上具備認知促進、緩和失智執行相關訓練及背景 1. 相關科系畢業 2. 實務經驗 0.5 年以上 3. 相關教育訓練	<input type="checkbox"/> 全部符合 <input type="checkbox"/> 符合其中 2 項 <input type="checkbox"/> 符合其中 1 項 <input type="checkbox"/> 不符合	2 分 1.5 分 1 分 0 分	由據點提供帶領三個月以上之活動帶領者名冊並檢附佐證資料。	
	(五) 照顧者支持團體、照顧者照顧訓練課程	1. 具備年度照顧者支持團體或照顧者訓練課程之規劃 2. 主動邀約照顧者參與據點活動，具有招募策略 3. 進行辦理前評估或辦理後評值/紀錄	<input type="checkbox"/> 全部符合 <input type="checkbox"/> 符合其中 2 項 <input type="checkbox"/> 符合其中 1 項 <input type="checkbox"/> 不符合	10 分 7 分 3 分 0 分	檢附佐證資料，如課程內容、課程招募海報、辦理前/後評估(如問卷調查、照顧負荷、照顧知能調查等)或執行檢討等內容。	
七、 感 染 管 制	(一) 落實手部衛生行為	1. 宣導並張貼提醒「手部衛生五時機(如民眾版、照護版)」 2. 設置有充足洗手設備，包括洗手台、肥皂或手部消毒劑、酒精性乾洗手液(須標示濃度及名稱)、擦手紙、烘手機，或自備擦手巾 3. 隨時補充洗手液、肥皂、擦手紙等耗材，並維持容器外觀清潔	<input type="checkbox"/> 全部符合	2.5 分	檢附佐證資料	
			<input type="checkbox"/> 符合其中 2 項	1.5 分		
			<input type="checkbox"/> 符合其中 1 項	1 分		
			<input type="checkbox"/> 不符合	0 分		
	(二) 訂有環境清潔及消毒機制	1. 定時執行環境清潔及消毒，針對下列經常接觸之處，至少每日適當消毒： (1) 工作環境表面如：門把、工作平臺、桌面、開關等手部經常接觸之表面 (2) 服務對象使用的桌椅、器材...等 (3) 廁所的清潔維護 2. 清潔消毒應有優先順序並應留有紀錄 3. 清潔用具之清潔消毒訂有清消頻率、辦法 4. 清潔用具置放地點通風並維持整潔 5. 相關清潔劑及消毒劑須在效期內並安全存放	<input type="checkbox"/> 全部符合	2.5 分	檢附佐證資料	
			<input type="checkbox"/> 符合其中 4 項	2 分		
			<input type="checkbox"/> 符合其中 3 項	1.5 分		
			<input type="checkbox"/> 符合其中 2 項	1 分		
			<input type="checkbox"/> 符合其中 1 項	0.5 分		
			<input type="checkbox"/> 不符合	0 分		
	10% (三) 疑似病例應變措施	1. 訂定疑似有發燒、咳嗽、腹瀉等症狀或罹患疑似傳染疾病症狀之處理應變措施，包含臨時安置、個人防護(使用時機、穿脫注意事項)、環境清潔消毒(器具、漂白水濃度)等 2. 服務人員清楚知悉前列措施 3. 相關防疫物資須在效期內及安全存放	<input type="checkbox"/> 全部符合	2.5 分	檢附佐證資料	
			<input type="checkbox"/> 符合第 1 項及其他 1 項	2 分		
<input type="checkbox"/> 符合第 1 項			1 分			
<input type="checkbox"/> 不符合			0 分			
(四) 人員健康監測措施	1. 訂有人員健康監測措施 2. 具有前項相關紀錄	<input type="checkbox"/> 全部符合	2.5 分	1. 檢附佐證資料。 2. 監測內容發燒、咳嗽、喉嚨痛、腹瀉、出疹、眼睛紅腫、其他疑似傳染病症狀。 3. 此為新增項目，故有開始啟動執行即為全部符合。		
		<input type="checkbox"/> 符合第 1 項	1 分			
		<input type="checkbox"/> 不符合	0 分			
八、 安 全 維 護	(一) 防走失措施	1. 設有服務中預防服務使用者走失之相關策略 2. 了解失智者已採取之防走失措施並留有紀錄 3. 具有走失事件處理流程 4. 事件發生時依流程確實執行並有過程之紀錄	<input type="checkbox"/> 完全符合，或無事件發生且 1 至 3 項齊全	3 分	檢附佐證資料	
			<input type="checkbox"/> 無事件發生，1 至 3 項符合其中 2 項	2 分		
			<input type="checkbox"/> 有事件發生，1 至 3 項符合其中 2 項，並符合第 4 項	2 分		
			<input type="checkbox"/> 無事件發生，1 至 3 項符合其中 1 項	1 分		
			<input type="checkbox"/> 不符合	0 分		
	5% (二) 其他緊急事件應變	1. 依據緊急事件訂有送醫、逃生或通報等流程 2. 事件發生時依流程確實執行並具過程之紀錄	<input type="checkbox"/> 完全符合，或無事件發生且符合第 1 項	2 分	1. 檢附佐證資料。 2. 其他意外事件可能包含：生命徵象異常、急性精神及嚴重性症狀、意外傷害、公共安全事件。	
			<input type="checkbox"/> 符合其中 1 項	1 分		
			<input type="checkbox"/> 不符合	0 分		
	九、			<input type="checkbox"/> 符合	5 分	1. 檢附佐證資料。 2. 失智者及照顧者服務成效分析及檢討可包含失智者出席率分析、團體過程參與度分析

考評要項	項目	衡量指標	評分		備註
5%	提升照護服務品質之具體作為	發展具創新模式之服務、連結外部資源、失智者及照顧者服務成效分析及服務規劃或其他品質提升機制	<input type="checkbox"/> 部分符合	3分	等，依據分析結果進行服務規劃與檢討，例如：活動類型、頻率之規劃等。 3. 其他品質提升機制，可涵蓋個案服務、照顧者服務、服務量能，例如：年度平均服務個案數較去年同期提升（非指提升單次活動人次，而是鼓勵增加使用家庭，並非全時段皆服務同樣個案）。
			<input type="checkbox"/> 不符合	0分	
綜合建議及改善事項				原始分數(A)	加權分數(B)
				加分(C)	總分(D=A+C 或 B+C)
備註：本表如有不適用之項目將以加權方式調整總分為100分(不含加分項目)。					

評核委員簽名：