



臺北市政府衛生局  
109年度「失智照護服務計畫」  
申請作業須知

中華民國 109年4月

## 目錄

壹、背景說明 .....	3
貳、計畫依據 .....	8
參、計畫目標 .....	8
肆、推動方式 .....	9
分項計畫一：設置失智社區服務據點 .....	9
分項計畫二：設置失智共同照護中心 .....	12
伍、申請方式與補助原則 .....	17
陸、計畫執行期間 .....	19
柒、經費之申報（請領）、撥付及核銷： .....	20
捌、附則 .....	22

## 臺北市政府衛生局

### 109年度「失智照護服務計畫」申請作業須知

#### 壹、背景說明

近年來我國人口老化快速，依據內政部統計107年65歲以上老人達14.56%，臺灣正式進入「高齡社會」，預計至115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%；根據內政部統計，本市至108年12月底統計，臺北市總人口數264萬5,041人，65歲以上人口為47萬7,944人，占率18.07%，隨著人口老化，失智人口明顯增加，2017年底臺灣地區失智症人口超過27萬人，推估2031年失智人口將倍增至逾46萬人，屆時每100位臺灣人有超過2位失智者；2061年失智人口將逾85萬人，等於每100位臺灣人有超過5位失智者，未來的46年，臺灣失智人口數將以平均每天增加36人的速度成長。而臺北市的失智長者亦從2011年的16,000多人成長到2019年的38,000多人，推估2051年臺北市之失智人口將達到12萬人。為因應目前快速增加的50歲以上失智人口，延緩及減輕失智症對社會及家庭的衝擊，經由澳洲失智症專家Henry Brodaty(2006)研究發現，若能延後失智症發病時間2年，失智症盛行率可降低近20%；若能延後5年，失智症盛行率可降低近50%。

依中央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。

表1.為108年12月臺北市老年人口數及50歲以上失智症人口推估數，其中與實際領有失智者身心障礙證明手冊人數相比，顯示絕大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1.108年12月臺北市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	204,193	40,009	19.59%	3,317	84,061	3,350	684
信義區	220,021	43,093	19.59%	3,472	93,058	3,518	739
大安區	307,631	63,854	20.76%	5,417	129,995	5,477	1014
中山區	227,387	43,074	18.94%	3,399	96,400	3,443	664
中正區	158,014	29,142	18.44%	2,480	61,714	2,510	482
大同區	126,043	23,208	18.41%	1,843	50,931	1,863	368
萬華區	187,076	37,185	19.88%	3,133	80,690	3,164	703
文山區	271,806	44,121	16.23%	3,634	106,023	3,691	863
南港區	120,297	19,177	15.94%	1,478	45,247	1,499	303
內湖區	285,795	38,453	13.45%	2,907	104,497	2,962	682
士林區	283,459	52,932	18.67%	4,203	116,836	4,254	976
北投區	253,319	43,696	17.25%	3,434	99,385	3,482	927
總計	2,645,041	477,944	18.07%	38,717	1,068,837	39,211	8,405

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；本局為配合中央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佈建，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同照護中心(簡稱失智共照中心)與失智社區服務據點(簡稱失智服務據點)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，詳如表2.為108年12月臺北市失智照護相關資源盤點，說明如下：

### **1.早期發現 早期介入**

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108年設置5處失智共照中心，建立社區失智共照平台，整合失智社區服務據點等資源，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社區服務據點；以社區為單位，設立24處失智社區服務據點，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。為配合長照2.0「看的到、找的到、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。

表2.108年度臺北市現有失智資源盤點。

服務型態	社區式							機構式		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	失智社區服務據點	養護機構、護理之家		老年精神病
設置區域*1	混合型	失智型									
士林區	1	1	-	-	1	1	1	2	1	-	8
北投區	1	1	1	1	-	1		2	-	1	9
中山區	3	-	2	1	-	1	1	2	-	-	10
大同區	1	-	-	-	-	1		2	-	-	4
松山區	2	-	1	1	-	1	1	2	-	-	8
文山區	3	-	1	-	-	1		2	1	-	9
大安區	2	1	1	-	-	1		2	-	-	7
萬華區	1	1	-	-	-	1	1	2	1	-	6
中正區	2	-	-	1	-	1		2	1	-	8
信義區	1	-	1	-	-	1	1	2	-	1	7
內湖區	2	-	-	-	-	1		2	-	-	6
南港區	1	-	1	-	-	1		2	-	-	6
總計	20	4	8	4	1	12	5	24	4	2	88

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。

2.108年設置5處失智共同照護中心，分別是北區失智共照中心(臺北榮民總醫院)、東區(臺北市立聯合醫院松德院區)、南區失智共照中心(臺北市立聯合醫院仁愛院區)、西區失智共照中心(臺北市立聯合醫院和平婦幼院區)及中區失智共照中心(台北馬偕醫院)。

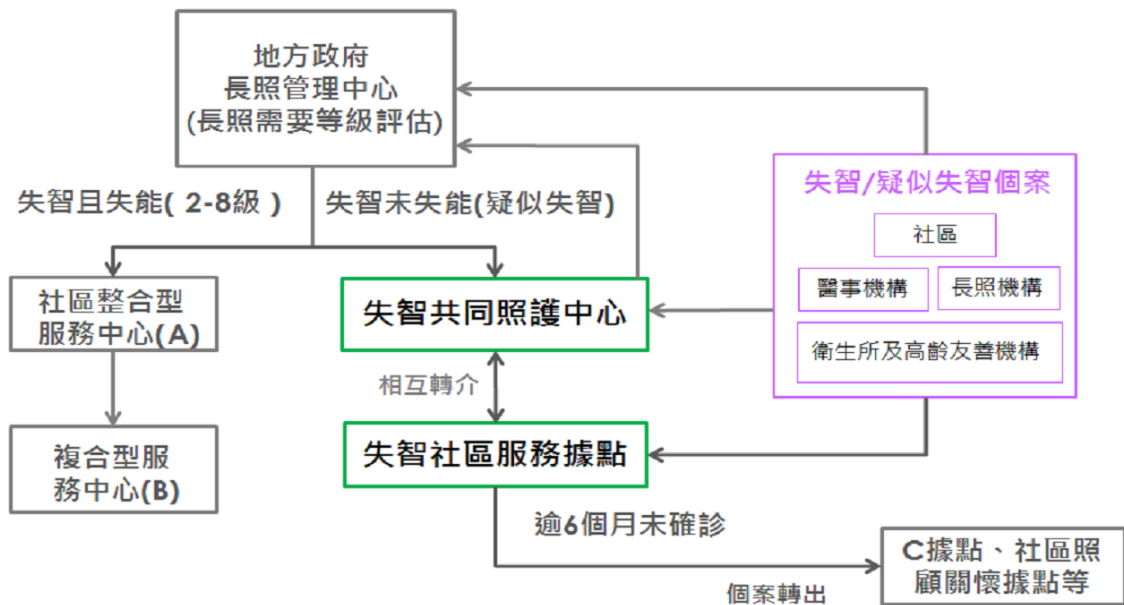
為使每個失智症者及家庭都能就近找得到資源並使用服務，以獲得適切及妥善照護，減輕照顧負擔，本局配合中央推動長照十年計畫2.0將50歲以上失智症者納入服務，失智照護政策更積極以提升失智長照服務能量，擴大失智照護資源佈建，強化社區個案服務管理機制等為重點，爰辦理本計畫。

## 貳、計畫依據

依據行政院105年12月19日院臺衛字第1050037149號函核定長期照顧十年計畫2.0辦理、失智症防治照護政策綱領暨行動方案2.0及衛生福利部109年1月9日衛部顧字第1081963473號函「109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「失智社區服務據點」：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、家屬照顧訓練及家屬支持團體等或其他創新服務，普及失智症社區照顧服務。
- 二、 建構「失智共同照護中心」：提供失智者社區個案管理機制，並辦理社區人才培育及公共識能教育、輔導社區失智據點。



### 失智照護架構示意圖

- 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例。
- 四、 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，故自



110 年起，個案以於同一失智社區服務據點接受服務為原則。

## 肆、推動方式

### 分項計畫一：設置失智社區服務據點

#### (一)執行單位資格：

1. 由合法立案之醫事、長照、社福機構(團體)或其他失智相關服務等單位，向本局提出佈建失智社區服務據點計畫。
2. 考量失智症者及其家屬接受服務之可近性，如屬本計畫108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<sup>註1</sup>：

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

註1：服務對象不可為住宿式機構之個案。

#### (三)服務項目：

1. 提供失智個案照護及家庭照顧者支持之需求服務項目為主，如「認知促進、緩和失智」、「安全看視」<sup>註2</sup>、「照顧者支持團體(輔導諮商)」、「照顧者照顧課程」等，並因地制宜安排服務活動，計畫提案請呈現預計規劃服務項目、內容及時間安排等計畫之摘要內容；惟應至少包含(1)「認知促進、緩和失智」及(2)「照顧者支持團體(輔導諮商)」或「照顧者照顧課程」(照顧者課程得擇一)等核心必要之服務項目。
2. 為加強失智個案服務，「認知促進、緩和失智」於據點服務期間，應每週辦理，並固定時段，且開設課程總數不得少於「照顧者支持團體(輔導諮商)」及「照顧者照顧課程」之合計。

3. 任一服務時段(指上午或下午半天，每一午別為1時段) 不得單一辦理安全看視，必須併辦認知促進課程或照顧者課程。
4. 提供全日服務之據點，於中午用餐時間須辦理共餐活動。
5. 轉介疑似個案至共照中心，協助於收案後半年內確診。

註2：「安全看視」開設之目的為據點在提供課程服務時，如有部分失智個案無法參與，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。

(四)補助標準：

1. 為提升據點服務效益、量能及品質，每一據點應有固定服務時間，且每週至少服務2全日或4半日或1全日加2半日；服務時間未滿一年者，補助費用依地方政府核定之服務提供月數按比例計算。
2. 經費補助原則如下(單一時段依實際服務人數註3計算補助經費，未達A方案者，依A方案之經費折半計算；提供全日型服務之據點，若其上、下午時段平均每週之服務人數未達同一補助方案，則依其各自符合之全日型補助方案折半計算)：

補助方案	每週同一時段平均服務人數	全年補助經費(萬元)	
		每週服務半日	每週服務 1 全日(含共餐)
A	$6 \leq \bigcirc \leq 10$	14	32
B	$11 \leq \bigcirc \leq 20$	16	36
C	$\geq 21$	18	40

3. 各方案之補助經費採計方式為該時段全年總服務人數/全年同一時段實際提供服務之週數，其平均服務人數符合任一方案之人數規定，即以該方案採計。
4. 為聚焦據點核心服務對象，使用據點服務之照顧者所照顧對象，須為本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補助經費之**5%扣減**。

5. 偏遠地區每一服務時段之平均服務人數至少須達到：A方案3-5人、B方案6-10人、C方案至少須11人(偏遠地區詳如附件1)。
6. 據點經核定辦理之服務時段，如當週服務人數為0人時，則該週服務時段之經費不予補助。
7. 為提升據點聚焦服務失智個案之效能，疑似個案如未於系統登錄之上課日(指自108年起之第一筆上課日)起算(不限同一據點)6個月內確診，則自第7個月起該名個案不納入服務人數之採計(據點可協助轉介逾期未確診個案至社區關懷據點、巷弄長照站或其他社區據點接受相關服務)；惟若該名個案於109年度內確診，則仍得於服務人數中採認該個案及照顧者。

註3：據點服務人數採計原則：

- (1) 參與據點開設之服務項目(課程)，並留有姓名、身分證字號等資料之疑似或確診個案或照顧者，才可列為據點之服務人數。
- (2) 參與**認知促進課程**，計算服務人數**僅採計個案**；參加**照顧者課程**，計算服務人數**僅採計照顧者**；且累計服務個案人數需大於照顧者人數，如未大於失智個案人數僅得以失智個案人數採計。
- (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(輔導諮商)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。

(五)其他配合事項：

1. 將**確診個案之確診相關證明文件(診斷證明書等)上傳至系統**。依衛生福利部規定按月登錄個案及照顧者接受服務之相關資料報表於中央「失智照護服務管理系統」。
2. 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)及配合本局宣傳長照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。
3. 出席轄區失智共同照護平台聯繫會議與服務整合活動，並進行

成果分享報告。

4. 為考量民眾使用服務之可近性並避免資源重複配置，本案計畫服務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。
5. 本案計畫可併申請本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主，且考量實際執行期，最多以申請3期為限。
6. 依失智社區服務據點所在分區，接受由本局核定之該分區失智共同照護中心輔導。
7. 出席轄區失智共同照護平台聯繫會議與整合活動，並進行成果分享發表報告。
8. 請於109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，俾利本局彙編成推廣文宣或影片。
9. 配合參與本局相關會議及實地輔導訪查。
10. 失智社區服務據點課程安排得合併本局推動「社區復健計畫」辦理。

## 分項計畫二：設置失智共同照護中心

### (一)執行單位資格與申請方式：

1. 合法立案並提供失智相關之醫事、長照及社福機構(團體)或其他失智相關服務單位，依本市長照服務網絡區域劃分東、南、西、北及中5區域(如附件1)原則整合規劃辦理。
2. 考量失智症者及其家屬服務之延續性及可近性，如屬本計畫108年所核定之失智共同照護中心，且服務量能及辦理績效優良者，宜鼓勵延續辦理，惟仍應依上開規定向本局提出申請。

(二)個案管理服務對象：

1. 經長期照顧管理中心、醫療院所、失智據點或其他單位轉介疑似失智個案(前開轉介單位應提供經評估為疑似失智個案之資料予失智共照中心)。
2. 初確診失智症第1年個案<sup>註4</sup>。
3. 確診<sup>註5</sup>失智症超過1年之個案並有複雜情緒行為或照顧者的需求。
4. 上述收案對象均簽署申請書。

註4.：初確診失智症第1年個案定義：確診日期為108年1月1日(含)以後之個案，且確診後離收案日須為1年內之個案。

註5.：確診定義：經診斷並載明臨床失智症評量表(CDR)值 $\geq 0.5$ 分之極輕度、輕度、中度或重度失智。

(三)服務項目：

1. 個案管理服務

- (1)對未確立診斷之疑似個案，協助完成就醫診斷(含系統登錄)與醫療照護。
- (2)陪伴照顧者於失智症者不同階段，提供所需長期照顧與醫療照護服務之諮詢、協調、轉介與追蹤服務使用情形。
- (3)登錄與更新服務進度：配合衛福部規定按月於中央「失智照護服務管理系統」登錄所有服務及諮詢等資料。

2. 共同照護平台服務

- (1)協助據點設立及提升服務量能及品質；輔導據點提供失智個案照護所需之專業諮詢及協助；針對據點內服務人員進行教育訓練；對據點轉介之疑似個案進行確診評估；訂定輔導據點計畫<sup>註6</sup>，提報本局核備後實施；；召開社區失智共同照護網絡輔導及聯繫會議。
- (2)辦理失智照護人才培訓，包括據點內之服務人員及其他醫事人員、照顧服務人員等。

<sup>註6</sup>.：輔導計畫至少包括：

- (1) 輔導內容：如何協助開拓案源、安排服務課程、安排評估確診、資源連結、品質提升、環境改善、系統登錄、經費核銷，以及針對據點內服務人員教育訓練等。
- (2) 輔導人力安排。
- (3) 輔導期程規劃。
- (4) 輔導預定成效。

(3) 社區失智識能之公共教育宣導。

(四)服務與補助標準：

1. 109年確診個案之個案管理費(簡稱個管費)：

(1)極輕度或重度個案，每人補助3,600元；輕度或中度個案，每人補助6,000元，應完成下列事項：

- A. 完成確診登錄中央「失智照護服務管理系統」及本局指定系統。
- B. 每月提供個案及照顧者關懷及照顧技巧諮詢服務、輔導轉介個案至失智據點接受服務、追蹤長照或醫療相關服務使用情形。
- C. 於當年度分別對個案及照顧者至少進行一次評估，並將評估結果登錄於系統。

(2)個案管理費補助原則及共照中心應完成之工作事項：

- I. 有關肆二(四) 1. (1)中之A-C為個案管理必要完成任務，均完成者才可依實際服務月份計算個案管理費。
- II. 如個案於中途因故結案，且屬結案條件I~V任一者，應於系統上註記原因，依個管期間計算應提供諮詢等服務(每月至少1次)之次數，按每月實際執行狀況，依全年執行之月份比例予以支付個管費。
- III. 如當年新收案雖未及提供服務滿1年，惟已完成肆二(四) 1. (1)中之A-C事項，仍可按服務月份比例支付個管費；如：109年8月收案，至12月底未結案，則當年度個管費之比例為 $\frac{5}{12}$ ×個管費。

- IV. 個案接受個管服務滿1年後，如符合申請延案條件而繼續接受個管，則該個案第2年之個管費折半支付(不重複支付協助個案確診費用)，惟仍均應完成肆二(四)
    - 1. B-C事項，始予以補助；未按月提供B服務者，按全年服務月份之比例計算個管費。
  - V. 將個案之確診相關證明文件(診斷證明書；如診斷書未載明失智等級者加附CDR量表)上傳至系統。
- (3)若個案失智程度改變，個案管理師需於失智照護服務管理系統更新確診資料；系統依登錄月份及失智程度按全年個管月份比例計算個管費用。
- (4)結案時於系統摘要登錄個案及照顧者成效評估報告，並提供服務成效等相關資訊。
- (5)結案條件：
- I. 死亡。
  - II. 失聯6個月(含)以上。
  - III. 入住機構1個月(含)以上。
  - IV. 長期住院(無法繼續提供服務時)。
  - V. 個案或家屬拒絕接受服務。
  - VI. 計畫服務期滿一年
- (6)延案條件：確診為失智症個案有複雜情緒行為或照顧者有需求，得申請延案接受第2年個管服務，並需重簽個案服務管理申請書。
- (7)依本局規定檢附核銷所需相關資料。
2. 共同照護平台
- (1)依本局核備之輔導計畫就分配之據點進行輔導(需含實地輔導)，輔導1處補助上限3萬元，且每處據點不得重複申請，補助上限45萬元(補助經費按據點營運月份比例計算)。
  - (2)至少每季召開1次社區失智共同照護網絡輔導及聯繫會議，

任一季未辦理則扣減1萬元，補助上限4萬元。參與者應包括失智據點、專家學者及地方政府單位等。

- (3)辦理失智專業人員與照服員培訓實體課程至少各1場<sup>註7</sup>、<sup>註8</sup>；  
 ，培訓課程之對象，以從事該類工作之相關人員為限；惟參加人員不得侷限為該共照中心單位內或醫院內人員，補助上限8萬元(課程時數及課綱如附件2)。負責辦理之總人數(依培訓對象)或總場次未達目標者，補助金額折半。

課程類型	對象	每場次培訓時數	每場次培訓人數 <sup>註9</sup>	每場經費上限
失智專業人員課程	醫師、專業人員、個管師及失智據點專業人員	8小時	至少50人	3萬元
失智照顧服務員課程	照顧服務員	20小時	至少30人	5萬元

<sup>註7</sup>：為提升各縣市失智專業人員之訓練量能，轄內有2家以上之共照中心，將由本局依培訓對象協調分配辦理協調分配辦理醫事專業人員、個管師及失智據點專業人員，以兼顧培訓各類專業人員。

- (4)社區失智識能之公共教育：除失智識能外應配合宣導長照服務專線1966，至少辦理5場<sup>註8</sup>，每場次至少2小時，年度總計參加人數須達500人<sup>註9</sup>(不限年齡)，補助上限5萬元。總人數或總場次未達目標，補助金額依執行情形按比例覈實支付。

<sup>註8</sup>：「1場」的定義為失智專業人員課程上滿8小時；失智照顧服務員課程上滿20小時；識能公共教育上滿2小時始得認列為1場，非以開課梯次計算，且每人須上滿時數才可計為1人。

<sup>註9</sup>：如同1人重複參加相同之培訓課程，歸人計算後仍僅以1人計。



(5) 以上提供共照平台服務，補助上限新臺幣62萬元。

3. 其他配合事項：

(1) 服務提供單位應設置單一服務窗口及連絡電話，提供民眾、失智者及照顧者所需失智照護服務諮詢。

(2) 為促進失智共照中心平台運作，應規劃失智共照中心組織架構成員，其中辦理個案管理服務需配置個案管理師，並具有失智相關培訓或臨床照顧經驗知能，且應於擔任個案管理師半年內完成失智專業人員之個案管理師訓練課程。

(3) 配合參與本局相關會議及實地輔導訪查。

(4) 失智共照中心應妥善保存個案申請書及轉案申請書：

I. 為利個案及家屬了解失智個案管理服務內容，並尊重個案及家屬使用服務之意願，個案及家屬申請使用共照中心之個案管理服務時，均需簽署「個案服務管理申請書」，簽署後留共照中心備查。

II. 為尊重個案及家屬選擇所需的共照中心接受服務之意願，並於轉案時將資訊系統中既有相關個案資料一併轉出，故個案欲轉至不同共照中心時，應簽署「轉案申請書」，並由後續接手提供個案管理服務之共照中心上傳系統，以利處理轉案作業。

III. 提供失智者及家庭照顧者之照護資源轉介相關紀錄及資料，須妥善列案管理及保存。

## 伍、申請方式與補助原則

- 一、 本案之二項計畫申請單位依附件3格式，擬具計畫申請書一式6份及1份電子檔（電子郵件、光碟或隨身碟）免備文親送或郵寄掛號，以送達日為憑，信封封面請註明「109年失智照護服務計畫」，地址：11008臺北市信義區市府路1號西北區10樓長期照護科，延續型單位於109年2月10日(一)下午4時前、新申請單位於109年5月6日(三)下

午4時前向本局提出申請。

- 二、補助經費編列或費用支出規範，請依「109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(附件4)；失智社區服務據點之「認知促進模組」(附件5)，其模組經費編列依衛生福利部補助「預防及延緩失能照護計畫」經費編列基準及使用範圍(附件5)。
- 三、倘中央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、如對本案內容有任何疑問，請洽本局長期照護科長照服務股林小姐，聯絡地址：臺北市信義區市府路1號10樓西北區；聯絡電話：02-27208889分機1875。
- 五、服務提供單位分別依本案分項計畫一、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)108年度核定之失智社區服務據點因故未持續運作，本局將協同失智共同照護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)配合中央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機制。
- 六、審查標準：109年服務提供單位遴選條件依失智共照中心及失智服務據點分別列表，詳列如下：

表3.失智共照中心遴選條件一覽表：

項目 \ 類別	失智共照中心 遴選配分比例	備註
服務周全性	35%	資源盤點及分析、執行策略及具體行動方案等細項
團隊人力規劃	20%	人力組織架構
環境硬體設備	5%	

輔導據點計畫及轉介服務流程	25%	輔導計畫包括具體內容、人力、期程及預定成效。
創新方案	5%	應提供計畫執行創新方案
前年執行績效	10%	如有108年輔導不符合項目，應提供限期改善計畫

表 4.失智服務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		35%	資源盤點及分析、失智者及其家屬服務(課程)安排等細項
團隊人力規劃		10%	
環境硬體設備		25%	非門診部地點並定點設置
轉介服務流程		10%	
緊急應變計畫		10%	因應失智長者共病及走失提供緊急應變計畫
前年執行績效		10%	如有108年輔導不符合項目，應提供限期改善計畫

七、 審查方式：

- (一)延續型單位以書面方式進行審查。
- (二)新申請單位需進行簡報：每單位簡報時間為 5 分鐘，第 4 分鐘按鈴提醒。
- (三)委員詢答：採統問統答時間為 10 分鐘，第 8 分鐘按鈴提醒。

陸、計畫執行期間

- 一、本案計畫執行採分年簽約。
- 二、109年度為本案第四年計畫，執行期限至109年12月31日止。
  - (一) 108年核定之服務提供單位：經本局核定為109年之服務提供單位，並於109年1月起繼續提供服務，契約執行日期為109年1月1日至109年12月31日止。
  - (二) 109年新申請之執行單位：契約執行日期為自核定日至109年12月31日止。

## 柒、經費之申報（請領）、撥付及核銷：

一、 經費撥付：本案計畫由中央分3期撥付本局。

(一)第一期款撥付契約價金50%：中央撥付本局補助經費後，本局經核定後公告執行單位，辦理撥款契約價金50%。

(二)第二期款撥付契約價金30%：單位請於109年7月31日前，提報109年度計畫執行之期中報告、第一期款執行率50%以上之相關原始憑證及依中央「失智照護服務管理系統」登錄資料至本局查驗，經審查確定後將依契約價金30%撥付服務提供單位。

(三)第三期款撥付契約價金20%：各單位於110年1月10日前提報期末成果報告1式2份(含光碟電子檔)，一併檢送計畫執行之原始支出憑證及支出至109年12月31日之收支明細表、核銷明細表各1式2份及中央「失智照護服務管理系統」產出之核銷佐證文件。俟本局檢附領據、收支明細表(1式2份)函送中央，經中央審查通過後，撥付餘款本局後，辦理服務提供單位餘款撥付，如有結餘款應一併繳還。

二、 應配合本計畫執行過程之抽查、督考，確保計畫品質。

三、 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。

四、 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103年7月7日院授主預字第1030101699號函修正前「國內出差旅費報支要點」標準辦理。

五、 本案經費部分來自菸品健康福利捐，依據菸害防制及衛生保健基金審議作業要點第20點第11款：「接受補（捐）助者，應於獲補助之各項服務、措施或活動所製作之單據、單張、文宣品、媒體傳播、活動

舞台背景、出國報告、研究成果報告、訪問報告等補(捐)助項目或範圍明顯適當位置，註明主辦機關名稱及『菸品健康福利捐補助』等經費來源字樣。標示文字範例包括：「本經費來自菸品健康福利捐」、「使用菸捐挹注經費」、「經費來自菸捐」、「經費（部分經費）由衛生福利部運用菸捐支應」等經費來源字樣。

六、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。

## 捌、附則

附件 1. 本局預計布建 8 區失智共照中心及 37 處失智服務據點原則：

設置區域	失智共同照護中心		失智社區服務據點
士林區	北區	2	3
北投區			3
中山區	中區	1	3
大同區			3
內湖區	東區	2	3
南港區			3
信義區			3
萬華區	西區	1	3
中正區			3
大安區	南區	2	3
文山區			3
松山區			3
特色照護-年輕型失智社區服務據點			1
總計	8		37

## 失智症醫事專業8小時訓練課程 醫師

對象：各醫療單位執業中之醫師(含西醫師、中醫師、牙醫師)		
失智症醫事專業8小時訓練課程(醫師)		
主題	時數	課程內容
失智症共同照護網模式	1	區域整合醫療及長照社會資源的連結，基層醫師的重要性
失智症之診斷和鑑別診斷	1	介紹失智症之臨床症狀（尤其是早期症狀），診斷工具，失智症類型
失智症之認知功能評估工具	1	腦適能測驗，MMSE，CDR
失智症的藥物治療	1	失智症藥物治療的現況和發展
失智症相關精神行為問題(BPSD)的處理	1	BPSD的處理原則，藥物治療和非藥物治療
失智症非藥物介入與治療	1	非藥物介入在失智症治療和社區照護中的角色
失智症個案討論	2	運用周全性評估討論3個失智症案例的診斷和治療計畫，一為輕度失智症案例，一為非阿茲海默症案例，一為嚴重BPSD案例
總計	8	

### 注意事項：

#### 一、證書發給條件：

(一)課程規劃以 50 人/班為原則。

(二)照顧服務員應全程參與 20 小時訓練，並在課程規劃中須有「情境演練時數」。

#### 二、如申請長照人員繼續教育積分，應符合送審之長照繼續教育認可單位所訂審查規範。

## 專業人員

對象：服務於醫療單位或失智症、老人、長照、身心障礙領域之下列人員

1. 護理、職能治療、物理治療、社工、心理等專業人員
2. 老人或長照相關學系畢業之實務工作者

一、失智症醫事專業8小時訓練課程(專業人員基礎課程)		
課程名稱	時數	課程內容
失智症的診斷與治療	2	一、大腦與認知、情緒、行為及語言的變化 二、失智症評估、診斷、類型、病程及治療 三、輕度認知功能障礙(MCI)
失智症預防及篩檢	1	一、失智症十大警訊 二、篩檢工具與運用(AD-8) 三、失智症預防 (一)增加大腦保護因子 (二)遠離失智症危險因子
失智者及家屬心理社會反應及調適	2	一、認識失智者心理社會反應 二、家屬心理社會反應及調適 三、家屬照顧壓力之辨識 四、透過情感性支持、工具性支持、資訊性支持降低家屬照顧壓力 五、與家屬建立夥伴共事關係的理念與方法
失智症照護原則與方法	2	一、照顧原則(人/環境/活動) 二、精神行為問題的因應 三、日常生活照顧
失智症服務與資源	0.5	一、照顧資源 二、社會資源
失智症政策發展與人權議題	0.5	一、失智症政策發展 二、失智者人權議題
總計	8	



二、失智症醫事專業8小時訓練課程(專業人員進階課程)		
課程名稱	時數	課程內容
失智症不同階段照顧重點方法	2	一、各階段的問題與需求 二、各階段照顧的原則與重點 三、各階段照顧的技巧與實務 四、失智者健康管理 (一)健康維護 (二)口腔保健 (三)營養照顧
失智症精神行為問題及其照顧	1	一、精神行為症狀之分類 二、非藥物及藥物治療
與失智者溝通之原則與技巧	1	一、失智者之心理社會反應 二、辨別及分析失智者的行為、心理狀態並進行有效溝通
失智者之活動安排與環境營造	2	一、日常生活與活動安排之理念與原則 二、失智症環境營造原則
失智症的法律議題	1	一、失智症可能面臨之法律議題 二、輔助、監護宣告 三、遺囑與信託
失智症安寧療護	1	一、失智症末期症狀之處置與照護 二、失智症安寧緩和照護之需求與評估 三、預立醫療自主計畫 四、認識安寧緩和條例
總計	8	

三、失智症醫事專業8小時訓練課程(個案管理師/衛教師)		
課程名稱	時數	課程內容
失智症之認知功能評估	1	一、MMSE、CDR、CASI等評估量表 二、各項評估量表注意事項
家屬照顧常見困難及處理	2	一、就醫困難及解決策略 二、家屬間的照顧衝突及因應 三、照顧者耗損與壓力降低策略 四、使用資源之困境及突破策略 五、與醫療團隊溝通困境及因應策略 六、失智者精神行為問題處理之策略 七、失智者急性症狀之諮詢與轉介 八、會談技巧 (一)同理心基本概念 (二)語言與非語言溝通及溝通模式
失智症相關倫理議題	1	一、診斷的告知 二、遺傳諮詢 三、臨床研究的參與 四、重度照護與醫療抉擇的困境
個管師/衛教師的角色功能及團隊合作	2	一、個管師/衛教師的角色功能 二、政策與實務 三、資源連結及轉銜 四、建立友善社區的實務 五、其他團隊成員的角色功能
問題解決能力-臨床案例分享及討論	2	透過不同程度之失智個案的案例(確診-輕度/輕-中度/中-重度/重度照護/安寧-醫療抉擇)進行案例討論
總計	8	

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. 失智症者日常生活照顧目標、原則與應有之態度 2. 失智症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. 認識失智症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. 失智症者照顧環境設計的目的與原則 2. 失智症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. 失智症者之心理社會反應 2. 如何辨別及分析失智症者的行為、心理狀態並進行有效性溝通 3. 與家屬建立夥伴共事關係的理念與方法 4. 情境演練	課室教學(2) 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)

附件 3

(範例)

臺北市政府衛生局  
109年度「失智照護服務計畫」計畫申請書

計畫名稱：

- 分項計畫一、失智社區服務據點——\_\_\_\_\_區
- 分項計畫二、失智共同照護中心——\_\_\_\_\_區

申請單位：

申請日期：          109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)、營運狀況及組織架構等相關證明文件。

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、計畫經費規劃

六、團隊人力規劃

七、環境硬體設備

八、輔導據點計畫及轉介服務流程

九、創新方案(失智共照中心)/緊急應變計畫(失智服務據點)

十、過去執行失智症醫療及照護等相關服務績效(新申請單位不撰寫)

# 臺北市政府衛生局 109 年度「失智照護服務計畫」申請書

## 壹、綜合資料

計畫名稱							
縣市別							
執行單位							
計畫主持人		職稱		電話		手機	
計畫連絡人		職稱		電話		手機	
E-mail				聯絡 地址			
預計執行	失智社區據點-個管數_____案、照顧者_____案、開辦天數_____全 天、_____半天  失智共照中心-預計個管個案數_____案						
服務區							
計畫總經費				申請中央 補助			
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、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)、營運狀況及組織架構等相關證明文件。

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)

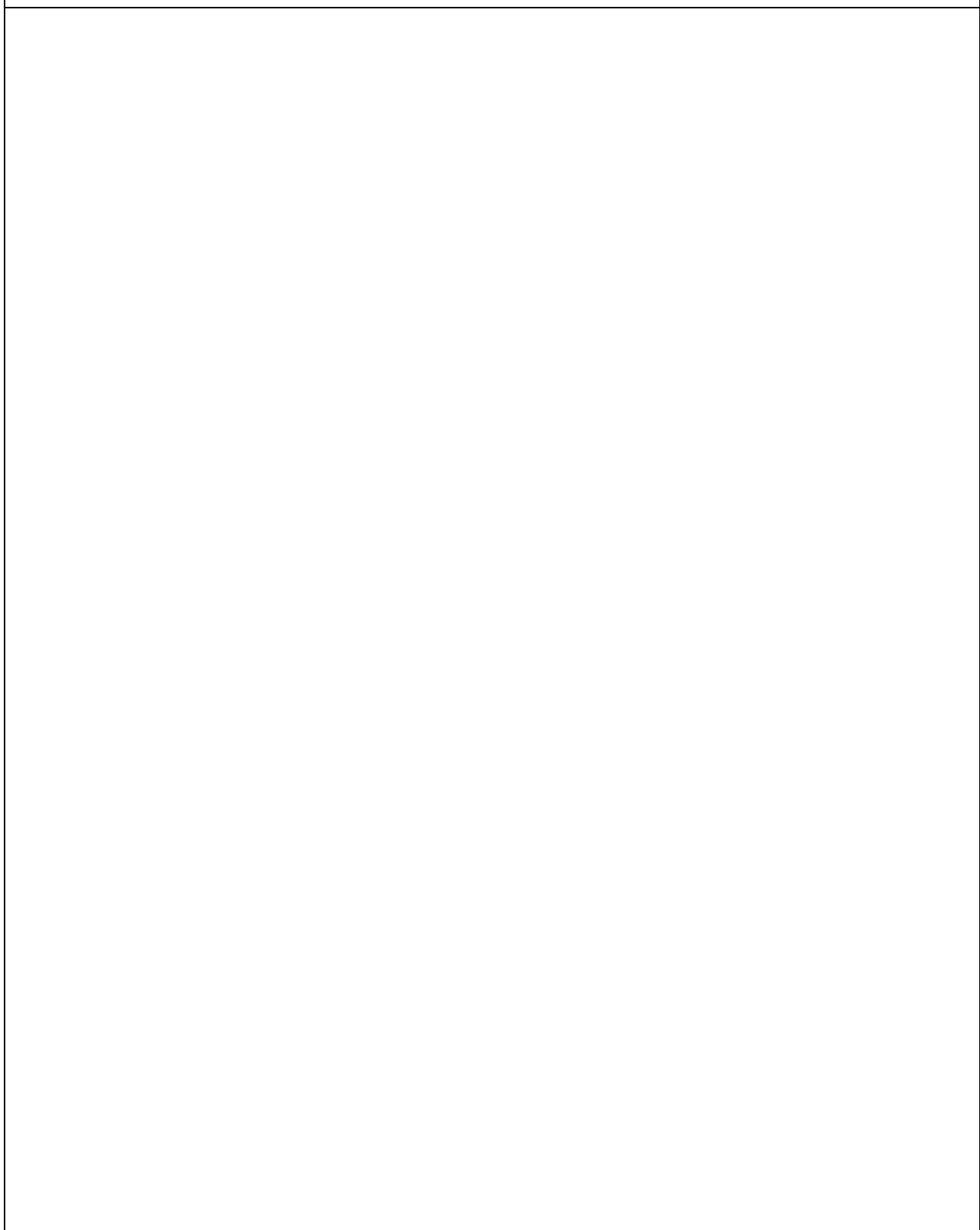


#### 肆、計畫內容

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。

(如篇幅不足，請自行複製)

二、計畫期程及預定進度(請用甘特圖表示)



(篇幅不足，請自行複製)

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。

（如篇幅不足，請自行複製）

#### 四、執行策略及具體行動方案：

1. 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、課程安排等，並提出具體行動方案。
2. 個案管理：個案來源及結案定義。
3. 失智共照中心：人才培訓方案及公共識能規劃。

(如篇幅不足，請自行複製)

五、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(格式請參詳附表 EXCEL 檔)。

(如篇幅不足，請自行複製)

六、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。

(如篇幅不足，請自行複製)

七、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。

(如篇幅不足，請自行複製)

八、輔導據點計畫(含註6內容)及轉介服務流程：提供失智個案之失智照護資源轉介服務，以流程圖為佳。失智社區據點只須提出轉介服務流程。

註6. **輔導計畫**至少包括：

- (1) 輔導內容：**如何協助開拓案源、安排服務課程、安排評估確診、資源連結、品質提升、環境改善、系統登錄、經費核銷，以及針對據點內服務人員教育訓練等。**
- (2) 輔導人力**安排。**
- (3) 輔導期程**規劃。**
- (4) 輔導預定**成效。**

(如篇幅不足，請自行複製)



九、創新方案(失智共照中心)/緊急應變計畫及流程(失智服務據點)：  
失智共照中心請提供計劃執行創新方案；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)。

(如篇幅不足，請自行複製)

十、承辦單位過去執行失智症相關服務績效：須有 108 年度績效自評及核銷和憑證繳付情形；新申請單位可提供過去承辦失智照護或相關長照業務經驗。

(如篇幅不足，請自行複製)

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人員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請自行上網參照中央健康保險署以及勞工保險局的最新費率辦理。
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	講座鐘點費分內聘及外聘二部分： 外聘： 國外聘請者：每節鐘點費二千四百元。 國內聘請者：專家學者每節鐘點費 2,000 元為上限，與主辦

項目名稱	說明	編列標準
臨時工資（含其他 雇主應負擔項目）	項費用。	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 元為上限。 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。 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二分之一支給。 授課時間每節五十分鐘。
	執行預防延緩失智照護方案支給師資鐘點費。	指導員(主要帶領者)：具有師級證照之醫事、社工專業人員，支付 1,200 元/小時；非醫事、社工專業人員，支付 1,000 元/小時。
	實施本計畫特定工作所需勞務之工資，以按時計酬者為限。受補(捐)助單位人員不得支領臨時工資。	以勞動部最新公告之基本工資時薪標準編列（每人天以 8 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。
文具紙張	實施本計畫所需油墨、碳粉匣、紙張、文具等費用。	

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	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>受補（捐）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等證明文件，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本計畫之必要業務進行實地審查或實地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> <p>另，於補助經費額度內，若接送失智個案至失智服務據點參加活動，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
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)</p>	<p>於補助經費額度內，若接送失智個案至失智服務據點參加活動，須經本局認可後，使得據以編列，併檢據報支。</p>
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、磁片、硬碟、隨身碟及光碟片等。</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。使用年限未及二年或單價未達 1 萬元之非消耗性物品以與計畫直接有關為限。</p>	<p>服務單位應於計畫書列名支用項目，並說明需求原因，經本局認可後，使得據以編列。</p> <p>購置非消耗品，應列非消耗品。</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給要點」辦理。</p>

項目名稱	說明	編列標準
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>交通費包括出差行程中必須搭乘之飛機、高鐵、船舶、汽車、火車、捷運等費用，均覈實報支；搭乘飛機、高鐵、船舶者，應檢附票根或購票證明文件，搭乘飛機者並須檢附登機證存根。但受補（捐）助單位專備交通工具或領有免費票或搭乘便車者，不得報支。</p> <p>前項所稱汽車係指公民營客運汽車。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>依「中央政府各機關學校出席費及稿費支給要點」及「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二千元/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。實際報支時應按下列標準支給：</p> <p>交通費：          出差人若搭乘飛機、高鐵、船舶者，應乘坐經濟(標準)座(艙、車)位，其餘交通工具，不分等次覈實報支。</p> <p>出差地點距離受補（捐）助單位六十公里以上，且有住宿事實，檢據覈實報支住宿費。</p> <p>住宿費：          簡任級：每天 1,800 元          薦任級以下：每天 1,600 元          雜費：每天 400 元</p>
餐費	<p>實施本計畫執行需要而召開之相關會議，已逾用餐時間之餐費。</p>	<p>申請餐費，每人次最高八十元。</p>
保險(意外責任險)	<p>實施本計畫執行需要辦理服務之個案團體保險。</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。</p>

項目名稱	說明	編列標準
宣導品  雜支費	實施本計畫辦理活動支所需宣導品費用。  實施本計畫所需之雜項費用。	每份 50 元至 100 元，須檢附核銷清冊。  <b>限與執行本計畫有關，最高以業務費之金額百分之五為上限，且不得超過 10 萬元。</b>
設備費	實施本計畫所需軟硬體設備之購置與裝置費用(須單價 1 萬元以上且使用年限 2 年以上者)。此項設備之採購應與本計畫直接有關者為限。所擬購至之軟硬體設備應詳列其名稱、規格、數量、單價及總價。依政府採購法及其相關規定辦理。	此科目 <b>僅限失智社區服務據點</b> 得以編列。  服務單位應於計畫書列名之用項目，並說明需求原因，經本局認可後，始得據以編列，並不得超過 10 萬元。  應造冊管理(列財產增加單)，並黏貼財產標籤，且每隔 5 年始得再提出申請；因故接受補助設備費之據點，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。
管理費	本項經費應由計畫執行單位統籌運用，使用項目如下： (1) 水、電、瓦斯費、大樓清潔費及電梯保養費。 (2) 加班費：執行本計畫之主協辦人員為辦理本計畫而延長工作時間所需之加班費，為同一工時不應重複支領。 (4) 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。 (5) 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)。	(人事費 + 業務費) × 10% 為上限





## 109年「預防及延緩失能照護計畫」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：同失智社區服務據點之服務對象。
- (二) 以社區提供為原則，並依參加者失(能)智程度安排合適之照護方案及班級。
- (三) 照護方案內容：以肌力強化運動、生活功能重建、社會參與、口腔保健、膳食營養及認知促進等實證應用方案優先，並須導入本部預防及延緩失能照護服務資源管理平台公告(網址：<https://nhpc.mohw.gov.tw/PDDC>)之預防及延緩失能照護方案。
- (四) 照護方案導入：
  1. 以中央公告方案優先，地方推薦方案採各縣市依本部公告「預防及延緩失能照護方案研發與人才培訓計畫」作業規定，自徵自審為原則，不須再經中央審查，本部及各縣市審查通過之方案均建置於本部預防及延緩失能照護服務資源管理平台，以利特約服務點進行開班資料登錄及核銷作業。
  2. 每單位(期)：1期12週，每週1次，每次2小時。參與對象不可同時重複參加不同班別，若為延續服務，每人以3期/年為限。

3.方案模組及其師資、指導員、協助員於徵得人才同意，得不受該方案模組原提報實施區域限制。

(五) 計劃管理

1.配合本部於指定之資訊平台 (<https://nhpc.mohw.gov.tw/PDDC/>)，完成資料之建置與登錄。

2.介入前後效果量測：個案於介入前後須依本部規定之評估量表(Kihon Checklist)如附件5-2，進行照護服務方案介入前後評估，並於資訊平台完成登錄。

3.導入本部公告之照護方案及師資人才(含專業師資、指導員及協助員)。

4.建立**服務**管理與品質監控機制。

三、服務補助規範

(一)每期(12週，每週1次，每次2小時)支付額度為3萬6,000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）。補助費用使用項目如附件5-1。

(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）**：具有師級證照之醫事、社工專業人員，支付1,200元/小時；非醫事、社工專業人員，支付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500元/小時。

(四)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10人，未達標準者，不予支付當期費用，惟原住民族地區、離島及其他資源不足區實際出席人數可折半計算。

(五)每次活動之帶領須至少1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。

(六)有關於資訊平台進行資料之建置與登錄，以及介入前後效果量測，可由指導員或協助員協助特約服務單位執行。

## Kihon Checklist

個案姓名			身分證字號		
No.	項目			是	否
1	平常是否獨自1人搭公車或電車外出？				
2	是否自行購買日常用品？				
3	是否自行去銀行提款？				
4	是否會拜訪朋友家？				
5	是否會找家人或朋友商量事情？				
6	是否可以不攙扶樓梯扶手或牆壁上樓？				
7	是否從椅子起身時，可以不需攙扶任何輔助用具？				
8	是否可持續步行15分鐘左右？				
9	過去1年是否曾經跌倒？				
10	是否對於跌倒會感到相當不安？				
11	這6個月內體重減輕2~3公斤嗎？				
12	* BMI ≤ 18.5嗎？身高(m)；體重(kg)；BMI [ 體重(kg) / 身高(m) <sup>2</sup> ] =			輸入系統時會自動計算，請留意單位身高為公尺。	
	請輸入體重(kg) =	請輸入身高(m) =	BMI =		
13	跟半年前比起來，更無法吃較硬的東西？				
14	喝茶或喝湯時，是否會噎到？				
15	是否常感到口渴？				
16	是否每週至少出門□次？				
17	外出的次數是否比去年減少？				
18	是否有健忘現象，例如被周遭的人說『怎麼老是問同樣的事呢？』等？				
19	是否自行查詢電話號碼、撥打電話？				
20	是否曾經發生過不知道今天是幾月幾日的情形？				
21	近兩週內，是否覺得每天的生活缺乏充實感？				
22	近兩週內，對於以前感興趣的事情開始覺得無趣、乏味？				
23	近兩週內，有無以前坐起來覺得輕鬆自如之事，現在卻覺得吃力或厭煩？				
24	近兩週內，是否覺得或認為自己是個無用之人？				
25	近兩週內，有無不明所以地感到疲累或倦怠？				
*評估說明					
(一)評估時間					
1. 特約(據點)單位服務人員須於開班日前七天起至開班日後十四天內完成前測。例：開始日為7/7，前七天為6/30，後十四天為7/21。					
2. 特約(據點)單位服務人員須於結束日前七天起至結束日後十四天內完成					

後測。例：結束日為7/7，前七天為6/30，後十四天為7/21。

(二)評估對象：計畫內所有參與的適用長者。

(三)評估方式：一對一訪談。

(四)評估原則：

1. 請長者不需要過度思考，就主觀想法作答。答案是否適合，由此25題項的施測者來判斷。
2. 針對沒有期間限制的題項，請長者依目前情況來作答。
3. 針對習慣性的題項，含頻度在內，請長者依自己的判斷作答。
4. 各題項的詳細含意如下，可依各地區的實際情況做適當的詮釋，但請不要變更題項的表現形式。