

**臺中市115年度  
「失智照護服務計畫」申請作業須知**

**中華民國 115 年 4 月**

## 臺中市 115 年度「失智照護服務計畫」申請作業須知

### 壹、背景說明：

臺灣於 107 年正式邁入「高齡社會」，老年人口比率達 14%，依據國家發展委員會於 111 年 8 月公布最新「2022 年至 2070 年人口推估」報告指出，預估 114 年老年人口比率將超過 20%，邁向「超高齡社會」，且老年人口比率由 7% 增至 14% 之時間僅 25 年，較世界各國快速。人口老化伴隨失智人口增加，依據衛生福利部（下稱衛福部）109-112 年委託國衛院進行「全國社區失智症流行病學調查」指出，65 歲以上社區長者失智症盛行率為 7.99%，調查結果與 100 年至 102 年委託台灣失智症協會進行全國性失智症流行病學研究調查之失智症盛行率(8.04%)相近，顯示 65 歲以上長者失智症盛行率約為 8%，截至 114 年底本市老年人口比率達 17.40%，推估失智症人口已超過 3 萬 9 千人，截至同年 12 月底失智症確診比率為 63.61%，尚未達衛福部訂定之確診比率 70%。

依衛福部相關研究報告指出，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。綜觀國內外的文獻，失智症照顧是整合性的工作，應考量病程發展、失智者與家庭照顧者的需求與資源，提供介入各種不同的照顧服務模式，才能滿足需要，及早期介入服務，可延緩失智病程的進展，並提升生活品質及降低照顧成本。

衛福部為提供失智者完善照護服務，並減輕家庭照顧者負擔，自 106 年長照十年計畫 2.0 已將 50 歲以上失智症者納入服務，並於同年推動「失智照護服務計畫」，對於疑似、極輕度之失智者，為延緩個案失智（能），往前延伸布建失智社區服務據點（下稱一般型失智據點），提供個案認知促進、緩和失智相關活動，以及提供家庭照顧者照顧訓練及支持團體等；並布建失智共同照護中心（下稱失智共照中心）協助疑似失智個案儘速就醫確診、提供諮詢服務、轉介相關長照資源。此外，為提供併有情緒及行為症狀（Behavior and Psychological Symptom of Dementia, 下稱 BPSD）之失智個案具醫療專業之照顧，自 113 年起推動權責型失智社區服務據點

(下稱權責型失智據點)，以提供無法進入長照給支付體系之失智未失能個案相關服務。

迄 115 年 4 月底，本市已設置失智共照中心 12 處、一般型失智據點 47 處及權責型失智據點 2 處，惟失智人口增加快速，為提供失智者及其照顧者服務可近性及延續性，爰賡續辦理本計畫，並依資源分布情形，持續布建相關失智照護服務相關資源，以提高失智照護服務涵蓋率。

## 貳、計畫依據

行政院 114 年 12 月 31 日院臺衛字第 1145026398 號函核定長期照顧十年計畫 3.0 及失智症防治照護政策綱領暨行動方案 2.0 辦理。

## 參、計畫目標

- 一、設置「**一般型失智據點**」，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。

## 肆、計畫執行期間

契約執行日期為自核定日起至 115 年 12 月 31 日止。

## 伍、推動方式

### 一、**分項計畫二：設置一般型失智據點**

(一) 執行單位申請資格：

1. 合法立案之醫事、長期照顧或社會福利機構（團體）（含社工師事務所）、照顧服務類勞動合作社、其他失智相關服務等單位，得向本局提出申請計畫。
2. 公寓大廈，經向本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，得向本局提出申請計畫。
3. 如屬 114 年本局所核定之一般型失智據點，且服務量能及辦理績效優良者，得向本局重新提出申請；如屬 115 年新申請單位，以未設置一般型失智據點之行政區及失智人口分布密集區域優先布建。

(二) 服務對象：

1. 非 24 小時服務機構之住民且確診失智症，符合下列條件之一者：
  - (1) CDR 0.5 至 1 分且未失能。
  - (2) CDR 0.5 至 1 分且 CMS 第 3 級（含）以下。
  - (3) 身心障礙證明，ICD-10-CM（2023 年版）包含下列碼別之一為輕度且未失能：F01-F03、F10.27、F10.97、F13.27、F13.97、F18.27、F18.97、F19.27、F19.97、G30、G31、F06.70、F06.71。
  - (4) 身心障礙證明，ICD-10-CM（2023 年版）包含下列碼別之一為輕度且 CMS 第 3 級（含）以下：F01-F03、F10.27、F10.97、F13.27、F13.97、F18.27、F18.97、F19.27、F19.97、G30、G31、F06.70、F06.71。
2. 上開 24 小時服務機構係指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。
3. 申請使用服務的個案，若尚未進行 CMS 評估，且疑似有失能情形，應請個案至照顧管理中心接受評估，並提供相關證明文件。除檢附確認 CMS 等級為第 3 級（含）以下的證明文件外，須檢附足資證明失智症下列文件之一：
  - (1) 證明文件開立日起 1 年內之診斷證明書（未載明失智等級者加附 CDR 量表 0.5 分以上）。
  - (2) 有效期限內之身心障礙證明，ICD-10-CM（2023 年版）包含下列碼別之一：F01-F03、F10.27、F10.97、F13.27、F13.97、F18.27、F18.97、F19.27、F19.97、G30、G31、F06.70、F06.71。
  - (3) 經醫師臨床診斷為失智症之證明文件開立日起 1 年內，且經醫師核章，併附 CDR 量表 0.5 分或 1 分。
  - (4) CDR 檢查報告開立日起 1 年內，且載明為 0.5 分或 1 分。
  - (5) 個案如臨床評估併有 BPSD，另須提交開立日起 1 年內之證明文件，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」，且 NPI 或 NPI-Q 界定範圍符合下列情形之一：

- A. 嚴重度至少有任兩項為輕度（含）以上。
- B. 嚴重度任一單項為中度（含）以上。
- C. 總分 2 分（含）以上。

(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. 一般型失智據點之服務項目至少應包含認知促進、緩和失智課程及照顧者支持團體（可與照顧者照顧訓練課程擇一辦理）等核心必要之服務項目，必要時得提供安全看視。
3. 安全看視服務之目的為一般型失智據點於提供服務課程時，如有部分失智服務對象無法參與，需有專人看顧其安全，以預防危及自身安全或他人安全等意外事件發生。
4. 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」，應於一般型失智據點服務期間，每週固定時段辦理是類課程，課程設計應符合服務對象多元需求（如年輕型失智症者、不同性別等），並順應時節及日常實務等規劃多元課程，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。
5. 除本計畫另有規定外，每週開設服務至少合計達 2 全日及 1 半日，開設時段應有固定服務時間，任一服務時段（指上午或下午

半天，每一午別為 1 時段，每一午別至少 3 小時）均必須辦理認知促進課程或照顧者課程，且不得單一辦理安全看視。

6. 一般型失智據點於每服務時段，均須辦理共餐活動，以促進失智個案之社會參與交流。

(1) 共餐活動時，如為結合餐飲業辦理者，該餐飲業之從業人員、作業場所、設施衛生管理及其品質保證制度，均應符合食品安全衛生管理法及食品良好衛生規範準則（GHP），餐點須符合國民健康署所建議之營養指引。

(2) 配合本市「肉品原產地標示」政策，如有使用豬肉，一律使用臺灣本土豬肉。

7. 接受失智共照中心轉介之確診個案，並提供認知促進及緩和失智課程；倘該名個案未曾使用失智據點（一般型及權責型）、巷弄長照站或文化健康站服務，得與失智共照中心協調辦理時段，以協助個案接受服務。

8. 辦理一般型失智據點之場地，應注意下列事項：

(1) 招牌/布條應置於明顯處並清楚標示服務時間及連絡電話。

(2) 整體空間具長者活動辨識物品之安全性、顯色性、及提供活動充足照明；視需要提供行動不便者所需環境或設施；廁所出入動線避免狹窄；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。

(3) 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。

(4) 為考量民眾使用服務可近性並避免資源重複配置，本計畫一般型失智據點設置地點以不與其他長期照顧相關政府補助方案同位址為原則。但於同址不同時段辦理或同址同時段但有獨立空間可明顯區隔者，不在此限。另不同補助方案之相同補助或服務項目以不得重複支領為原則。

9. 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。

(四) 補助項目及基準：

1. **失智據點服務費**：依各服務時段實際參與活動人數按人次予以獎勵。每時段每班至少服務 6 人(偏遠地區至少 3 人)，每時段每班最多 20 人；同址同時段如具獨立空間，每時段得增設第 2 班以上，倘每時段每班服務 5 人(偏遠地區 2 人)以下，該班人次不予列入獎勵計算；獎勵金額依每周實際服務人次計算。

- (1) 每週服務 29 人次(偏遠地區 14 人次)以下不予獎勵；每週服務第 30 人次(偏遠地區 15 人次)至第 200 人次，每共餐人次獎勵 310 元，服務併有 BPSD 個案，每人一般戶 BPSD 個案獎勵 350 元，個案應部分負擔 60 元，符合長期照顧服務申請及給付辦法中低收入戶之 BPSD 個案獎勵 380 元，個案應部分負擔 30 元，低收入戶之 BPSD 個案則獎勵 410 元，免部分負擔；每週服務第 201 人次以上，每共餐人次獎勵 340 元，服務併有 BPSD 個案，每人一般戶 BPSD 個案獎勵 380 元，個案應部分負擔 60 元，符合長期照顧服務申請及給付辦法中低收入戶之 BPSD 個案獎勵 410 元，個案應部分負擔 30 元，低收入戶之 BPSD 個案則獎勵 440 元，免部分負擔。

- (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），不予補助失智據點服務費；倘服務當週如遇國定假日、災防假或配合法令停止服務之時段，則按比例調整可獲得獎勵之最低標準，增加服務量可獲得之獎勵級距則不調整。

- (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增加支付 100 元，其中一般戶個案補助 40 元，每服務時段應自負 60 元，符合長期照顧

服務申請及給付辦法中低收入戶資格者補助 70 元，每服務時段應自負 30 元，低收入戶則補助 100 元，免自負。

2. **失智據點承作費：**考量偏遠地區在地專業團體及專業人力相對缺乏，資源布建及使用可近性較低，為提升服務單位設立及持續經營失智據點之意願，補助偏遠地區辦理失智據點。獎助項目包含人事費、業務費、設備費及管理費，依辦理情形獎助。每失智據點每半年內服務人次達 300 人次者，得核發補助上限 30 萬元；每半年服務人次未達 300 人次者，依比例扣減。補助金額依實際辦理情形覈實支付。

3. 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。另，為逐步提升照顧者獲得支持及訓練比率，依本局規定，照顧者課程服務人數應佔總服務個案人數比率至少 70%。

(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. 為聚焦失智據點核心服務對象，使用失智據點之服務對象，須為衛福部建置之系統登錄在案之確診失智個案。

(五) 其他配合事項：

1. 服務人員：

(1) 辦理失智據點服務項目之服務人員，需符合下列資格之一：

- A. 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。
- B. 具社會工作師應考資格。
- C. 高中（職）護理或老人照顧相關科系畢業者。
- D. 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。
- E. 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。

(2) 惟 109 年 12 月底任職於地方政府核定辦理一般型失智據點，辦理失智據點服務項目之人員，不受上開資格之限制。

(3) 服務人員需於**到職 6 個月內**完成失智症照顧服務 20 小時訓練課程（以下稱失智症相關訓練），其可認列原則如下：

- A. 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。
- B. 服務人員於一般型失智據點任職前已完成失智症相關訓練課程，並領有結訓證明書者，或領有地方政府自行或委託辦理 106 年以前依衛福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，得予免訓。

## 2. 服務面：

(1) 為延緩個案失智進程、並促進認知功能，一般型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，並以該方案模組六大面向中含「**認知促進之模組**」為限，每年每據點最多以申請 3 期為限（詳見**附件 1**），屆時依本局實際核定期數為主。

- (2) 對於個案或照顧者，進行服務介入後之滿意度調查（可自訂格式或內容），留存於服務單位備查，每人每年至少進行一次調查，如提早結案，應於結案前完成。
- (3) 一般型失智據點應設置單一服務窗口及連絡電話，提供民眾、失智症者及照顧者所需失智照護服務諮詢。
- (4) 一般型失智據點辦理之共餐活動，得採取使用者付費原則，經報請本局核准後，得訂定收費標準。共餐活動費用不與其他政府補助方案重複補助。
- (5) 失智個案至一般型失智據點參加活動有交通接送之需求，若該名個案經評估符合 CMS 第 2-3 級者，得使用長照給付及支付項目之社區式服務交通接送；另亦可參考使用本市相關交通接送資源，如：復康巴士、敬老愛心卡乘車補助、小黃公車等。
- (6) 配合本局辦理認識失智症照護資源宣導，每場次宣導時間至少 5 分鐘（含）以上，宣導對象至少 10 人，其宣導內容應為認識失智症及服務資源，得結合家屬支持團體或照顧者訓練課程辦理（相關資料由本局另提供）。

### 3. 行政業務：

- (1) 應簽署切結書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，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，並配合本局規定，每月 1 日前確認並完成登錄前 1 個月之所有服務紀錄（除有特殊情形外，服務紀錄逾 3 個月以上未登打者，系統將鎖定），並依附件 2 請領清冊格式請領獎勵費用。
- (3) 原符合失智據點收案服務對象，經收案且有服務紀錄者，倘因病情退化後，經評估為 CDR2 分(含)以上或 CMS 第 4-8 級者，一般型失智據點應於 6 個月內協助服務對象轉介照管

中心及 A 個管員媒合長期照顧服務提供單位，接受長期照顧相關服務，當失智個案經照管中心及 A 個管員積極輔導轉介後，仍無法順利銜接長期照顧服務提供單位，得經原失智據點同意持續服務，且經失智個案或主要照顧者同意以自費方式接受服務。自費方式得依服務併有 BPSD 症狀之失智個案補助基準，每服務時段收費金額以 300 元為上限，經報請本局核准後，得訂定收費標準。前述全額自費之個案，不得超過全年累計服務人數之半數(含)，且一般型失智據點應評估每服務時段之容留人數(以活動據點面積扣除固定設施設備後，除以 2.25 平方公尺計算)，以維護服務品質。

- (4) 請接受服務之失智個案或主要照顧者填寫「服務說明書」(附件 3)，以使其知悉當失智個案病程改變，不符合失智據點服務條件時，需接受轉介至其他長期照顧服務提供單位接受服務，或以自費方式於失智據點接受服務。
- (5) 計畫結案時，於期末成果報告提供個案及照顧者介入滿意度成效，或其他相關量表(如：MMSE、AD8 或 SPMSQ 等)前後測成效及分析等相關資料，並配合衛福部要求提供服務成效及所需相關資訊，以利本計畫順利推展。
- (6) 接受本局統籌分配之失智共照中心輔導及每半年出席失智共同照護網絡聯繫會議與服務整合活動，並進行成果分享。
- (7) 每月 20 日前提交次月活動課程表，如有異動應向本局報備；配合於本計畫執行過程中抽查、督考，確保計畫品質；服務單位之服務量能或品質不符計畫規定，本局得做為 116 年計畫審查之參據；如屬 115 年核定布建清單新申請之服務單位，至遲應於核定日 2 個月內提供服務，如屬不可抗力因素且無法排除致使無法依限提供服務，應向本局報備同意後，始得延後提供服務。
- (8) 配合參與本局相關會議(或活動)及實地輔導訪查。

4. 申請單位應訂定績效指標作為本局輔導及考評之依據，其包括：
- (1) 為深化失智據點服務量能，以利資源發揮效益最大化，使更多尚未接受服務者可接受服務，依開辦情形應服務人數如下：
    - A.114 年(含)底以前開辦且 115 年每週開放 10 時段之失智據點：全年服務人數應達 30 人。
    - B.115 年以後開辦且每週開放 10 時段之失智據點：全年服務人數應達 25 人。
    - C.其餘開辦未達 10 時段之失智據點：全年服務人數應達 20 人。
    - D.每班失智據點全年應服務 3 名併有 BPSD 失智個案。
    - E.前述之服務成效係以歸人計算，如開辦之服務人數已額滿，請規劃調整服務模式，失智據點得與失智共照中心協調轉介新確診個案提供服務，或與社區組織合作發掘新案。
  - (2) 服務個案應符合規定之最低人數(至少達 6 人)。
  - (3) 服務照顧者應符合規定之最低人數(至少達 6 人)。
  - (4) 照顧者課程服務人數佔總服務個案人數比率達 70%。
  - (5) 提供失智共照中心轉介之確診失智個案至少 1 次服務比率達 50%。
  - (6) 辦理認知促進模組期數(屆時依本局實際核定為主)。
  - (7) 滿意度調查率不得低於 100%，應包含服務對象及照顧者。
  - (8) 辦理認識失智症照護資源宣導活動至少 1 場次，每場人數至少達 10 人。
  - (9) 經費執行率至少達 90%。

## 陸、申請方式與補助原則

- 一、本案所列之計畫申請單位，請依附件 4 格式擬具計畫申請書(含電子檔)及附件資料 1 式 6 份(A4 大小、雙面列印並標示頁碼，左側裝訂)，

於 115 年 6 月 12 日(五)下班前，以親送或郵寄掛號方式送達本市衛生局（非以郵戳為憑），信封封面請註明「申請 115 年失智照護服務計畫」。

- 二、附件資料（含經地方政府審認合法立案之證明文件）如為影本請註明「與正本相符」並核章，裝訂成冊密封寄送至本局。
- 三、寄送地址：臺中市政府衛生局長期照護科（420206 臺中市豐原區中興路 136 號）。
- 四、補助經費編列或費用支出規範，請依「115 年度衛生福利部失智照護計畫經費編列基準及使用範圍」及「衛生福利部補(捐)助款項會計處理作業要點」辦理（如附件 5）一般型失智據點人事費以不超過總補助經費 60% 為原則。
- 五、一般型失智據點申請「認知促進模組」，其模組經費編列亦須依附件 5 辦理。
- 六、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。

## 柒、審查方式

- 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。（申請一般型失智據點者，以書面審查為主）
- 二、審查項目如附件 6。
- 三、服務提供單位分別依本案分項計畫提具計畫書，向本局申請。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)配合衛福部視察失智照護服務業務推動情形並進行報告。
  - (二)建立失智個案提供長照服務之管理流程及服務資源轉介機制。
  - (三)建立失智共同照護服務單位品質監控機制。
- 四、如有任何疑問請洽詢長期照護科，張小姐，04-22289111 分機 71096。

- 捌、上述文件送達後，本局保有最後審查權。本計畫奉核後實施，修正時亦同；履約期間應配合本市相關政策及長照業務推展，提供相關資料及接受評核。
- 玖、本案經費來源為長照服務發展基金，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經費來源，標示文字範例包括：「衛生福利部長照基金獎助」經費來源等字樣，如購置非消耗性物品應造冊管理，並張貼長期照顧服務標章。
- 壹拾、本案應確實依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」二字，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，違反者將不予核銷。
- 壹拾壹、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。
- 壹拾貳、本計畫申請說明相關規定，如有未詳盡事宜，依照衛福部最新公告之獎補助相關規定辦理，本局得視實際需要修正內容。
- 壹拾參、補助對象係屬公職人員利益衝突迴避法第 2 條及第 3 條所稱公職人員或其關係人者，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 7），如未揭露者依公職人員利益衝突法第 18 條第 3 項處罰。
- 壹拾肆、受理窗口：  
臺中市政府衛生局長照護理科（420206 臺中市豐原區中興路 136 號）  
電話：04-22289111 分機 71096 張小姐。

## 115年預防及延緩失能照護服務執行原則說明

### 一、服務提供單位：

由「壹、衛生福利部獎助方案七、長期照顧十年計畫 2.0-社區整體照顧服務體系」，以及「貳、社會及家庭署獎助方案一、社區多元預防性照顧服務資源及量能提升方案-建立社區照顧關懷據點並設置巷弄長照站」所稱之巷弄長照站辦理，或失智照護計畫之失智社區服務據點。

### 二、辦理目的：促進長者健康，預防延緩失能。

### 三、服務對象：社區長者。

### 四、服務方案提供內容：

(一) 每單位(期)：1期12週，每週1次，每次2小時。

(二) 由服務提供單位選擇服務方案時，應考量其服務對象特性及需求，並依長者功能評估結果，以加強長者所需面向之服務。

### 五、服務管理流程（如附表1）：

(一) 開班：選用本部指定資訊平台（下稱資訊平台）所載方案及師資，並完成欄位建置與登錄。

(二) 介入前測：方案執行前2週內到課程開始1週內，指導服務對象使用「長者功能自評量表」自評或協助其完成，若有異常，再進行分項評估（如附表2）。評估結果並於前述時限內，於資訊平台完成登錄。

(三) 介入後測：於方案執行之最後1週至課程結束後2週內，指導服務對象使用「長者功能自評量表」自評或協助其完成，若有異常，再進行分項評估（如附表2）。評估結果並於前述時限內，於資訊平台完成登錄。

(四) 回饋結果：於方案執行之最後1週到課程結束後2週內，於資訊平台完成「方案品質指標」（如附表3）填報。

### 六、服務提供單位應提出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

預防及延緩失能服務方案時繳交「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。

#### 七、服務補助規範：經費編列標準及核銷方式

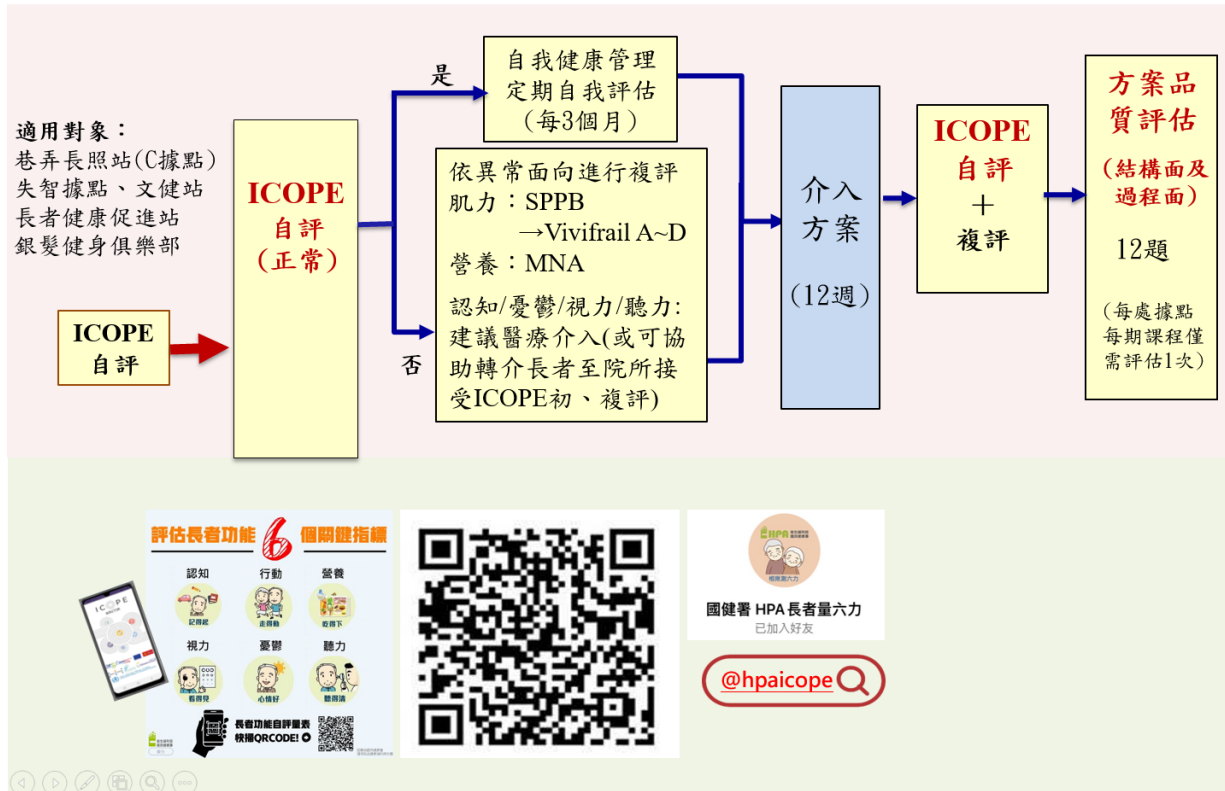
- (一) 每期（十二週，每週一次，每次二小時）支付額度上限為新臺幣 3 萬 6 千元。
- (二) 每一服務提供單位 1 年最高補助 3 期，3 期選用之方案服務期間不可重疊。以預防及延緩失能服務提供之場地為認定單元（每一服務執行場地為一個計算單元）。
- (三) 服務提供單位支付師資鐘點費如下列之編列標準：
  1. 指導員（主要帶領者）：指導員資格之專業師資或指導員，辦理上限 1,200 元/小時。
  2. 協助員（協同帶領者）：具協助員資格之專業師資、指導員或協助員，支付上限 500 元/小時。
  3. 若師資為據點之有給職工作人員且其薪資由本部長照基金支應者，不予支付鐘點費；惟屬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，惟原住民族地區、離島及其他長照偏遠地區（計 93 處，詳附件一、原住民族地區、離島地區及長照偏遠地區一覽表）實際出席人數可折半計算。
- (六) 服務提供單位向地方政府申請提供預防及延緩失能照護服務時，應自行評估服務據點具足夠服務量能及執行效益，如每期（班）開設實際服務人數未達標準或未完成每期 12 週課程，或未符合認知促進模組，則不予支付該期補助費用。惟有颱風、疫情等原因致無法如期

辦理課程，且經地方政府認定原因合理，得依地方政府裁定之期限內順延辦理。

- (七) 前述每期（班）開設實際服務人數未達標準、未完成每期 12 週課程或未依限於本部指定資訊平台完成介入前後效果量測結果之資料登打，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單據向地方政府核實請領。
- (八) 每次活動之帶領須至少一位合格指導員（受審查通過核定並公告者），依班級規模得增加適量之協助員或協助員以上之人力，服務提供單位如因未符規範致未能請領當期開班補助費用，仍應支付指導員（協助員）已提供服務之師資鐘點費。

附表 1

## 預防及延緩失能照護服務流程



## 長者功能自評量表-長者自評版



### ◆量表說明：

人老了一定會失能嗎？您知道可以延緩失能發生嗎？

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

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

### 長者基本資料

姓名：\_\_\_\_\_ 出生年：\_\_\_\_\_ 性別：男 女

手機：\_\_\_\_\_ 無，聯絡電話：\_\_\_\_\_

現居地址：\_\_\_\_\_縣(市) \_\_\_\_\_鄉鎮市區 具原住民身分：是 否

第1次使用本量表評估：是

否，前次評估日期：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月

本量表回收後，相關資料將作為衛生單位政策評估及查詢或個案追蹤健康管理使用。

長者同意請簽名或蓋章(手印)：\_\_\_\_\_

## 長者功能自評量表-長者自評版



評估日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日

| 項目   | 題目   | 評估結果   |
|------|--|--|
| 認知功能 | 1. 您最近一年來，是否有記憶明顯減退的情形？  | <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 行動功能 | 2. 您是否出現以下"任一種"情況？<br><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？<br>(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？<br><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<br>(Side-by-side stand)       | <br><input type="checkbox"/> 1分：保持10秒<br><input type="checkbox"/> 0分：少於10秒   |
| B. 半並排站立<br>(Semi-tandem stand)       | <br><input type="checkbox"/> 1分：保持10秒<br><input type="checkbox"/> 0分：少於10秒  |
| C. 直線站立<br>(Tandem stand)             | <br><input type="checkbox"/> 2分：保持10秒<br><input type="checkbox"/> 1分：保持3-9.99秒<br><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<br><input type="checkbox"/> 3分：4.82-6.20秒<br><input type="checkbox"/> 2分：6.21-8.70秒<br><input type="checkbox"/> 1分：> 8.70秒<br><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<br><input type="checkbox"/> 3分：11.2 - 13.69秒<br><input type="checkbox"/> 2分：13.7 - 16.69秒<br><input type="checkbox"/> 1分：16.7 - 59.9秒<br><input type="checkbox"/> 0分：> 60秒或無法完成 |
| 總分                                    |   |

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

# Mini Nutritional Assessment

## MNA®

Nestlé  
Nutrition Institute

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

請於方格內填上適當的分數，將分數加總以得出最後篩選分數。

| 篩選   |                          |
|--|--------------------------|
| <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？<br>0 = 食量嚴重減少<br>1 = 食量中度減少<br>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<br>0 = 體重下降大於3公斤(6.6磅)<br>1 = 不知道<br>2 = 體重下降1-3公斤(2.2-6.6磅)<br>3 = 體重沒有下降  | <input type="checkbox"/> |
| <b>C</b> 活動能力<br>0 = 需長期臥床或坐輪椅<br>1 = 可以下床或離開輪椅，但不能外出<br>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？<br>0 = 有      2 = 沒有  | <input type="checkbox"/> |
| <b>E</b> 精神心理問題<br>0 = 嚴重痴呆或抑鬱<br>1 = 輕度痴呆<br>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> )<br>0 = BMI 低於 19<br>1 = BMI 19至低於21<br>2 = BMI 21至低於23<br>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)<br>0 = CC 低於 31<br>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. Velas 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, Velas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geront 2001;56A: M366-377.  
Gulgoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 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)

## 方案品質指標

### 一、基本資料

| 題號 | 內容  |
|----|---|
| 1  | 方案類別（可複選）<br><input type="checkbox"/> 認知促進 <input type="checkbox"/> 肌力強化 <input type="checkbox"/> 營養管理<br><input type="checkbox"/> 生活功能 <input type="checkbox"/> 社會參與 <input type="checkbox"/> 口腔保健<br><input type="checkbox"/> 自主健康管理 <input type="checkbox"/> 其他<br>*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   |
|----|---|--|
| 2  | 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）<br>*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。<br>*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功能自評量表（ICOPE）。                                  | <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否 |
| 3  | 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<br><input type="checkbox"/> 否 |
| 4  | 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<br><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<br><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<br>*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<br><input type="checkbox"/> 否           |
| 8  | 活動設計安排，考量長者之參與度與互動性。<br>*說明:不僅是課堂講授方式、以長者實際操作為主   | <input type="checkbox"/> 是<br><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。<br>*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<br><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<br>*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<br><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。<br>*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<br><input type="checkbox"/> 否           |
| 12 | 指導員有依循方案設計大綱提供授課。<br>*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<br><input type="checkbox"/> 否<br>指導員姓名： |

#### 四、結果面

| 題號 | 內容   | 答項   |
|----|--|--|
| 12 | <p>執行成效評估與分析</p> <p><input type="checkbox"/>A. 長者功能自評量表 (ICOPE) , 以及肌力或營養異常<br/>面向複評(肌力:SPPB、營養: MNA)</p> <p><input type="checkbox"/>B. 方案成效評估(可依 ICOPE 評估結果異常面向選用對<br/>應題項)</p> <p><input type="checkbox"/>C. 其他, 方案開發者增加之評估: _____</p> | <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否 |

附件2

(失智據點名稱)請領清冊

核算起訖日期：○○年○○月○○日

單位：新臺幣元

| 項次 | 姓名 | 身分證字號 | 共餐次數(310元) | 共餐次數(340元) | 不共餐次數 | BPSD身分別 | 不採計次數 | 獎助金額 |
|----|----|-------|------------|------------|-------|---------|-------|------|
|    |    |       |            |            |       |         |       |      |
|    |    |       |            |            |       |         |       |      |
|    |    |       |            |            |       |         |       |      |
|    |    |       |            |            |       |         |       |      |
|    |    |       |            |            |       |         |       |      |
|    |    |       |            |            |       |         |       |      |
|    |    |       |            |            |       |         |       |      |
|    |    |       |            |            |       |         |       |      |
|    |    |       |            |            |       |         |       |      |
| 合計 |    |       |            |            |       |         |       |      |

製表人：

單位負責人：

## 失智據點服務使用說明書(範本)

### 一、服務對象

(一)本據點提供服務的對象須符合以下條件：

非24小時服務機構之住民，且已確診為失智症，並符合以下條件之一：

- 1、臨床失智評估量表（CDR）0.5至1分，且未達失能狀態。
- 2、CDR 0.5至1分，且長照需要等級（CMS）第3級（含）以下。
- 3、具身心障礙證明，並依據 ICD-10-CM（2023年版）顯示以下碼別之一，為輕度且未失能： F01-F03、F10.27、F10.97、F13.27、F13.97、F18.27、F18.97、F19.27、F19.97、G30、G31、F06.70、F06.71。
- 4、具身心障礙證明，ICD-10-CM（2023年版）碼別為上述類型，且CMS等級為第3級（含）以下。

(二)申請服務者有疑似失能情形，但尚未接受失能等級評估，需先至居住所在地之直轄市、縣（市）照顧管理中心進行評估，並提供相關證明文件。

### 二、申請服務需備文件

(一)證明文件（於開立日起 1 年內有效）如下所列：

- 1、診斷證明書（若無失智等級須加附CDR量表0.5分或1分）。
- 2、身心障礙證明（ICD-10-CM碼別符合上述所列）。
- 3、臨床醫師開立失智症診斷證明，並附 CDR 量表 0.5 分或 1 分。

(二)情緒及行為症狀失智症（BPSD）個案需附開立日起 1年內之「神經精神評估量表」診斷書，或經專科醫師核章評估量表，符合以下之一：

- 1、嚴重度至少兩項為輕度（含）以上。
- 2、嚴重度任一項為中度（含）以上。
- 3、總分 2 分（含）以上。

### 三、重要須知

(一)當服務對象病情變化至以下情況時，將不再符合失智據點服務條件：

- 1、CDR分數至2分（含）以上。
- 2、CMS 等級至第 4-8 級。

(二)對於上述變化，失智據點將於6個月內協助：

- 1、轉介至照管中心，由照顧管理專員或A個管員媒合長期照顧服務提供單位接受服務。
- 2、若無法順利銜接，可繼續提供服務，但須由失智個案或其主要照顧者同意，以自費方式持續接受服務。

(三)自費服務之收費標準，將由直轄市、縣（市）政府依據長期照顧服務法第35條之規定進行核定。

### 同意書簽署

請仔細閱讀上述服務條件及須知，若您同意並願意配合，請簽署本同意書：

- 個案或家屬簽名：\_\_\_\_\_
- 日期：\_\_\_\_\_

如有任何疑問，請洽本據點服務人員，我們將竭誠為您解答。

## 臺中市 115 年度「失智照護服務計畫」 計畫申請書

計畫名稱：

分項計畫：設置一般型失智社區服務據點

申請單位：（請填全銜）

申請日期：115年 月

# 目 錄

頁 碼

|                        |  |
|------------------------|--|
| 壹、綜合資料                 |  |
| 貳、計畫緣起                 |  |
| 一、依據                   |  |
| 二、背景說明                 |  |
| 三、現況分析及相關執行成果          |  |
| (一)現況分析                |  |
| (二)114 年服務成果 (延續型單位必填) |  |
| (三)其他相關辦理失智或長照之經驗及績效   |  |
| 參、計畫期程                 |  |
| 肆、計畫目標                 |  |
| 一、目標說明                 |  |
| 二、預期績效指標               |  |
| 伍、執行策略及方法              |  |
| 一、主要執行策略               |  |
| 二、分期工作項目 (含特色課程分期規劃)   |  |
| 陸、輔導計畫 (失智共照中心適用)      |  |
| 柒、預定進度                 |  |
| 捌、場地設置規劃               |  |
| 玖、計畫執行團隊規劃             |  |
| 壹拾、經費需求                |  |
| 壹拾壹、預期效益及未來規劃          |  |
| 壹拾貳、認知促進模組服務管理與品質監控機制  |  |
| 壹拾參、附件資料               |  |

壹、綜合資料

|                |  |                        |  |        |
|----------------|--|------------------------|--|--------|
| 計畫名稱           | 115 年度「失智照護服務計畫」   |                        | <input type="checkbox"/> 延續型<br><input type="checkbox"/> 新增型 |        |
| 申請單位           | (請填寫單位全銜)  |                        |  |        |
| 單位屬性           | <input type="checkbox"/> 醫事機構 <input type="checkbox"/> 長照機構 <input type="checkbox"/> 社福機構 (團體)<br><input type="checkbox"/> 其他失智相關單位_____ |                        |  |        |
| 設置地址<br>(含行政區) |  |                        |  |        |
| 執行期限           | 自 115 年____月____日起至 115 年 12 月 31 日止   |                        |  |        |
| 計畫經費<br>(單位：元) | 一般型<br>失智社<br>區服務<br>據點  | (一)<br>服務費             | (二)<br>認知促進模組 (____期)  | 合計     |
|                |  | _____元<br>(含設備費_____元) | _____元   | _____元 |
| 負責人            |  | 職稱                     |  | 電話     |
| 計畫承辦人<br>(聯絡人) |  | 職稱                     |  | 電話     |
| E-mail         |  |                        |  |        |
| 連絡地址           |  |                        |  |        |

(單位大印)

(單位小印)

## 貳、計畫緣起

- 一、依據：政策或法令依據。
- 二、背景說明：請敘述本計畫產生之背景及重要性，如：問題狀況或發展需求、國內外相關文獻探討、本計畫與長期照顧之相關性等。
- 三、現況分析及相關執行成果
  - (一)現況分析：請就所轄區域之現況或過去提供長照或失智照顧服務過程之問題發現（含服務需求面及服務供給面分析及未來環境預測），並說明推動本計畫之重要性。
  - (二)114年服務成果：延續型單位必填。
  - (三)其他辦理失智或長照相關經驗及績效

參、計畫期程：115年\_\_月1日起至115年12月31日

## 肆、計畫目標

- 一、目標說明：請分點具體列述本計畫所要達成之目標以及所要完成之工作項目，應避免空泛性之敘述。
- 二、預期績效指標：含關鍵績效指標、評估標準及年度目標值(可另自訂新增)。
  - (一)一般型失智社區服務據點

| 關鍵績效指標                       | 評估標準   | 目標值(累計) |    |     |
|------------------------------|--|---------|----|-----|
|                              |  | 4月      | 8月 | 12月 |
| 1. 服務個案人數                    | _____ (自訂)                                   |         |    |     |
| 2. 服務照顧者人數                   | _____ (自訂)                                   |         |    |     |
| 3. 照顧者服務人數佔總服務個案人數比率         | (照顧者課程服務人數/總服務個案人數)×100%                     |         |    |     |
| 4. 提供失智共照中心轉介之確診失智個案至少1次服務比率 | (提供經失智共照中心轉介之失智個案服務人數/經失智共照中心轉介之失智個案人數)×100% |         |    |     |
| 5. 併有BPSD個案人數                | _____ (自訂)                                   |         |    |     |
| 6. 認知促進模組期數                  | 核定期數_____期                                   |         |    |     |
| 7. 滿意度調查率                    | (滿意度調查人數/服務個案人數)×100%                        |         |    |     |

| 關鍵績效指標                 | 評估標準                    | 目標值(累計) |    |     |
|------------------------|-------------------------|---------|----|-----|
|                        |                         | 4月      | 8月 | 12月 |
|                        | 依規每人每年至少進行一次調查(含個案及照顧者) |         |    |     |
| 8. 辦理認識失智症照護資源<br>宣導活動 | 場次                      |         |    |     |
|                        | 人數(歸人計算)                |         |    |     |
| 9. 經費執行率               | 實際執行數/核定金額<br>×100%     |         |    |     |
| (自訂指標)                 |                         |         |    |     |

**備註：**

1. 項次 1 為深化失智據點服務量能，請依開辦情形訂定服務人數，詳見本計畫申請作業須知。
2. 項次 3 照顧者課程服務人數佔總服務個案人數比率應達 70%。
3. 項次 4 提供失智共照中心轉介之確診個案至少 1 次服務比率應達 50%
4. 項次 5 併有 BPSD 個案人數應至少服務 3 人。
5. 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。

**伍、執行策略及方法：**請明確詳細說明計畫執行策略。

一、主要執行策略（請列點呈現）：

(一) 失智社區服務據點：應至少包括收案及服務個案策略（含訂定服務流程圖）、各服務項目規劃、照顧者服務收案策略（含多元課程規劃）、與失智共照中心合作機制（含提供失智共照中心轉介之個案服務模式及流程）、緊急應變措施、感染管制措施、服務品質管控機制（含行政業務管理及滿意度調查等）。

二、分期工作項目：請針對上述策略敘述工作項目之分期規劃（失智據點應含特色課程分期規劃）。

陸、自費收費項目（**一般型**失智據點適用）：

| 項目                               | 收費金額  |
|----------------------------------|---|
| 共餐費                              | <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 是，費用_____元/（頻率：每月/每日）  |
| BPSD 個案自負額                       | <input type="checkbox"/> 否（由據點負擔，並向個案說明計畫收費規定）<br><input type="checkbox"/> 一般戶 60 元/每服務時段<br><input type="checkbox"/> 中低收入戶 30 元/每服務時段<br><input type="checkbox"/> 低收入戶 0 元/每服務時段 |
| 因故無法轉銜長照給支付服務之困難照顧個案自負額（適用一般型據點） | <input type="checkbox"/> 否（由據點負擔）<br><input type="checkbox"/> 是，費用_____元/（頻率：每月/每日）<br><b>※依服務時段收費，且每次以 300 元為上限。</b>   |

柒、預定進度（以甘特圖表示，可另行增列其他項目，但至少應包括本局所列之工作項目）

| 工作項目                               | 月 份 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |  |
|------------------------------------|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|--|
|                                    | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |  |
| 單位布建                               |     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |  |
| 認知促進、緩和失智（ <b>一般型</b> 失智據點適用）      |     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |  |
| 照顧者支持團體或照顧訓練課程（ <b>一般型</b> 失智據點適用） |     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |  |
| 預防及延緩失智照護（ <b>一般型</b> 失智據點適用）      |     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |  |
| 繳交期中核銷資料                           |     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |  |

| 工作項目     | 月 份 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |  |
|----------|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|--|
|          | 1   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |  |
| 繳交期末成果報告 |     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |  |
| (自訂項目)   |     |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |  |

## 捌、場地設置規劃

### 一、 場地概述

(範例：本據點設置於 OO 區 OO 里活動中心 1 樓，為 3 層樓建築，設有電梯，空間可容納 O 人，備有投影機、電腦、麥克風、長桌 10 張，摺疊椅 30 張，3 層樓皆有無障礙廁所，出入口為無障礙空間，一樓後院有一空地，可提供民眾種植花卉或蔬菜；門口停車場寬廣約可容納 20 輛汽車。大門入口處有公車站牌，民眾出入方便。有投保公共意外責任險。)

### 二、 場地照片：(請勿刪減下列表格)

|  |                                  |
|--|----------------------------------|
| 出入口  |                                  |
| 大門口(含門牌)   | 教室出入口(如有階梯建議設置無障礙坡道、斜坡板或其他替代方式等) |
| 共餐肉品來源標示(含提供單位名稱招牌，得通過成立後提供)   | 電梯(如場地在一樓，可免附)                   |
| 廁所環境(內、外部至少各 1 張): <input type="checkbox"/> 具坐式馬桶 <input type="checkbox"/> 具扶手 <input type="checkbox"/> 具止滑貼條(墊) |                                  |
| 廁所內部   | 廁所外部                             |
| 基本消防安全設備(例如:滅火器至少 2 具、緊急照明燈、煙霧警報器等)  | 簡易廚房或備餐場地                        |
| 上課場地(至少 2 張):請排列課程所需椅子數量並加註實際空間坪數，以便判斷場地實際大小。  |                                  |
| 註 1:一般型失智據點之服務對象每人應至少有 2.25 平方公尺以上活動空間。  |                                  |

註 2: 權責型失智據點之服務對象每人應至少有 4 平方公尺以上活動空間。

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

活動場地配置圖(平面圖)

|  |
|--|
|  |
|--|

玖、計畫執行團隊規劃（應包含每服務時段之專職服務人員及支援人力）

| 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）

壹拾、經費需求（請依衛生福利部失智照護計畫經費編列基準及使用範圍詳實編列，惟不可編列宣導品；如有自籌款請於說明欄分述補助及自籌金額）

一、**一般型**失智社區服務據點

| (一) 人事費      |    |    |    |         |  |
|--------------|----|----|----|---------|--|
| 項目           | 單位 | 單價 | 數量 | 預估經費(元) | 說明   |
| 研究助理薪資       | 月  |    |    |         |  |
| 保險-勞保        | 月  |    |    |         | 勞保級距：_____元<br>勞保費：_____元/每月   |
| 保險-健保        | 月  |    |    |         | 健保級距：_____元<br>健保費：_____元/每月   |
| 公提離職儲金或勞工退休金 | 月  |    |    |         | 勞退級距：_____元<br>勞退金：_____元/每月   |
| 年終           | 年  |    |    |         | 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。（年終獎金上限計算基準為月薪×1.5個月/12個月×實際工作月份）                |
| 小計(A)        |    |    |    |         | 申請補助經費不得超過總補助金額60%   |
| (二) 業務費      |    |    |    |         |  |
| 項目           | 單位 | 單價 | 數量 | 預估經費(元) | 說明   |
| 講座鐘點費        | 時  |    |    |         | 實施本計畫所需訓練研討活動之授課講演鐘點費(※請以外聘講座費用估計)<br>外聘：上限2,000元/講座助理折半計<br>內聘：上限1,000元/講座助理折半計 |
| 文具紙張         | 年  |    |    |         | 文具用品包括：_____   |
| 郵電費          | 年  |    |    |         | 實施本計畫所需郵資、快遞費、電話費、網路費等，惟不得編列手機費用。  |
| 餐費           | 人次 |    |    |         | 上限150元× 人次= 元  |
| 印刷費          | 年  |    |    |         | 實施本計畫所需書表、研究報告等之印刷裝訂費及影印費。   |

|                   |    |    |    |         |   |
|-------------------|----|----|----|---------|---|
| 租金                | 月  |    |    |         | 實施本計畫所需租用場地、設備、車輛等費用。如與其他單位共用應敘明分攤方式、比率、算式等；核銷時須檢具分攤表。  |
| 材料費               | 年  |    |    |         | 消耗性物品：_____<br>非消耗性物品：_____<br>(非消耗性物品編列原則為與本計畫直接有關，年限未及2年或單價未達1萬元之物品，應詳列單價、數量、總價， <b>並說明需求原因</b> ；採購後應依規黏貼財產標籤，並於核銷時，檢附非消耗性物品清冊、照片)          |
| 保險                | 年  |    |    |         | 僅補助 <b>核定期程內</b> 之保險費<br>補助經費以業務費×5%為上限，且不得超過10萬元。  |
| 雜支                | 年  |    |    |         | 雜支包括：_____<br>補助經費以業務費×5%為上限，且不得超過10萬元。   |
| 小計(B)             |    |    |    |         |   |
| <b>(三) 管理費</b>    |    |    |    |         |   |
| 項目                | 單位 | 單價 | 數量 | 預估經費(元) | 說明  |
| 二代健保補充保費          | 年  |    |    |         | 補充保費：講師費×2.11%<br>【覆實報支】  |
| 水費                | 月  |    |    |         | (如與其他單位共用應敘明分攤方式、比率、算式等；核銷時須檢具分攤表)  |
| 電費                | 月  |    |    |         | (如與其他單位共用應敘明分攤方式、比率、算式等；核銷時須檢具分攤表)  |
| 小計(C)             |    |    |    |         | 補助經費以(人事費+業務費)×10%為上限   |
| <b>(四) 設備費</b>    |    |    |    |         |   |
| 項目                | 單位 | 單價 | 數量 | 預估經費(元) | 說明  |
|                   |    |    |    |         | 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。 <b>不同之項目應個別</b> 詳列名稱、單價、數量、總價， <b>並說明需求原因</b> ；採購後應依規黏貼財產標籤，並於核銷時，檢附非消耗性物品清冊、照片) |
|                   |    |    |    |         | 同上  |
| 小計(D)             |    |    |    |         | 申請補助經費上限為新臺幣10萬元  |
| <b>(五) 認知促進模組</b> |    |    |    |         |   |
| 項目                | 單位 | 單價 | 數量 | 預估經費(元) | 說明  |

|                 |   |  |  |  |   |
|-----------------|---|--|--|--|---|
| 指導員             | 時 |  |  |  | 每期 12 週，每週 1 次，每次 2 小時<br>上限：衛福部預防延緩失能指導員資格之師資或指導員 1,200 元/時。 |
| 協助員             | 時 |  |  |  | 每期 12 週，每週 1 次，每次兩小時<br>上限：不限為專業人員為原則，支付上限 500 元/小時。          |
| 材料費             | 年 |  |  |  | 材料包括：_____（物品確實黏貼標籤，並於核銷時，檢附非消耗性物品清冊、照片）                      |
| 小計(E)           |   |  |  |  |   |
| 總計(F=A+B+C+D+E) |   |  |  |  |   |

(請自行依需求增刪項目)

壹拾壹、預期效益及未來規劃 (請以列點、量化數據呈現)

- 一、
- 二、

## 壹拾貳、認知促進模組服務管理與品質監控機制

### 一、課程方案（至多3期）

|     | 方案編號 | 方案名稱 | 課程內容安排及選擇方案原因 |
|-----|------|------|---------------|
| 第1期 |      |      |               |
| 第2期 |      |      |               |
| 第3期 |      |      |               |

備註：方案模組應為六大面向中含認知促進之模組為限。

### 二、服務管理與品質監控

- (一) 開班管理方式：應包含系統登錄及管理。
- (二) 課程品質管理方式：
- (三) 緊急應變機制：
- (四) 評估前後測管理方式：
- (五) 對方案及指導員服務品質回饋機制：如家屬或個案對於該班方案及指導員的服務品質給予回饋機制。

(單位大印)

(單位小印)

壹拾參、附件資料（請依下列順序提供）：

- 一、合法立案證書/文件（必備）
- 二、公共意外險-場地（必備；新申請單位得於核定後提供）
- 三、附表 1-專職人力核備申請表（如有申請人事費請一併提供，並檢附該人員勞保、健保、勞退納保證明及相關資格證明文件）
- 四、附表 2-預估服務績效一覽表（必備）
- 五、附表 3-同意配合實名制切結書（必備）
- 六、附表 4-公職人員利益衝突迴避聲明書（必備）
- 七、建物合法證明（必備；非土地所有權狀）
- 八、租賃同意書(如無編列房租費用免提供；新申請單位得於核定後提供)
- 九、其他相關文件

（上開附件均應用印單位大小章）

（單位大印）

（單位小印）

**附表 1**

單位名稱：\_\_\_\_\_

失智社區服務據點(  一般型  權責型) 補助專職人力核備申請表

|               |                          |    |   |
|---------------|--------------------------|----|---|
| 專職人力姓名        |                          |    |   |
| 身分證字號         |                          |    |   |
| 職稱            | 研究助理                     |    |   |
| 戶籍地址          |                          |    |   |
| 聯絡電話          |                          |    |   |
| 在職期間          | Ex:到職日- <b>115/12/31</b> |    |   |
| 薪資(每月)        | 元                        | 補助 | 元 |
|               | (以匯款支付薪資)                | 自籌 | 元 |
| 勞保級距          | _____元 (請檢附投保證明)         |    |   |
| 健保級距          | _____元 (請檢附投保證明)         |    |   |
| 勞退級距          | _____元 (請檢附投保證明)         |    |   |
| 資格證明文件影本      | (如後附)                    |    |   |
| 業務職掌          | 1.<br>2.<br>3.<br>4.     |    |   |
| 專職人力簽名/<br>蓋章 |                          |    |   |

\*請用印單位大小章。

\*單位受獎助專職人力需經衛生局核准，專職人力異動時亦同。

\*投保單位應為受補助單位，且每月應依經常性薪資總額調整投保級距方得申請補助，且須簽訂書面勞動契約(應載明薪資水準及任用期間) 並依規進行所得稅申報。

(單位大印)

(單位小印)

中華民國

年

月

日

附表 2

一般型失智社區服務據點預估服務績效一覽表

| 行政區 | 服務單位 | 一般失智症個案 (人) | BPSD 失智症個案 (人) | 服務照顧者 (人) | 服務項目 (勾選 V) |      |         |        | 每週服務時間     | 全日 (個) | 半日 (個) | 認知促進模組 (期) |
|-----|------|-------------|----------------|-----------|-------------|------|---------|--------|------------|--------|--------|------------|
|     |      |             |                |           | 認知促進、緩和失智   | 安全看視 | 照顧者訓練課程 | 家屬支持團體 |            |        |        |            |
| ○○區 |      |             |                |           |             |      |         |        | 每週○<br>至週○ |        |        |            |

(單位大印)

(單位小印)

## 切結書

本單位 (單位名稱)接受貴局獎助辦理u  
一般型社區服務據點，茲切結同意配合實名制相關措施，掌握服務個案基本資料、出席情形等資訊，倘有未配合辦理情事，願繳回相關獎助款項，特立此切結為證。

此致 臺中市政府衛生局

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

## 聲明書

本單位 (單位名稱) 申請貴局獎助辦理  
115年「失智照護服務計畫」，其在此聲明 (□是□否)  
為公職人員利益衝突迴避法第2條、第3條所稱公職人員  
或其關係人。

※勾選「是」者，應填「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」，未揭  
露者違反公職人員利益衝突迴避法第18條第3項規  
定，將處以罰鍰。(相關法條請參閱該揭露表)

此致 臺中市政府衛生局

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

## 附件5

### 115 年度衛生福利部失智照護服務計畫經費編列基準及使用範圍

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

| 項目名稱           | 說明   | 編列標準  |
|----------------|--|---|
| 人事費            |  |   |
| 研究助理薪資         | 執行本計畫所需聘僱之專、兼任助理人員薪資等。<br>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。<br>在本計畫支領專任研究助理薪資者，不得在其他任何計畫下重複支領。                             | 研究助理薪資標準：專任助理工作酬金得依其工作內容，所應具備之專業技能、獨立作業能力、相關經驗年資及預期績效表現等條件，綜合考量敘薪並由計畫執行機構自行訂定標準核實支給工作酬金，經機關首長同意後編列薪資。 |
| 保險             | 依勞工保險條例及全民健康保險法之規定，編列應由雇主負擔之保險項目（非依法屬雇主給付項目不得編列，補充保險費則編列於管理費）。   | 有關勞保及健保費用編列基準應參照衛生福利部中央健康保險署及勞動部勞工保險局最新費率辦理。  |
| 公提離職儲金或公提勞工退休金 | 執行本計畫所需聘僱助理人員之公提離職儲金(計畫執行機構不適用勞動基準法者)或公提勞工退休金(計畫執行機構適用勞動基準法者)。   | 依「衛生福利部及所屬機關研究計畫助理人員約用注意事項」編列。<br><br>註：一般型失智據點人事費以不超過總補助經費 60% 為原則。                                  |
| 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。<br>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。<br>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：<br>一、 外聘：<br>(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                                 |

| 項目名稱                    | 說明   | 編列標準  |
|-------------------------|--|---|
|                         | <p>項費用。</p> <p>執行預防延緩失智照護方案支給師資鐘點費。</p>                  | <p>聘難易程度等相關條件自行訂定。</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 元為上限。</p> <p>二、 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>三、 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。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>臨時工資(含其他雇主應負擔項目)</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>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 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</p>   |

| 項目名稱 | 說明  | 編列標準   |
|------|---|--|
|      |   | 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。   |  |
| 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，並經本局認可後，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。</p> <p>(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)</p> |  |

| 項目名稱  | 說明   | 編列標準   |
|-------|--|--|
| 電腦處理費 | <p>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> <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>凡公民營汽車到達地區，除因業務需要，報經本局事前核准者外，其搭乘計程車之費用，不得報支。</p> <p>參加中央或地方政府舉辦實施本計畫相關之研討會或會議。</p> | <p>依「國內出差旅費報支要點」規定辦理，差旅費之編列應預估所需出差之人天數並統一以 2,000/人天估算差旅費預算。</p> <p>於距離受補（捐）助單位三十公里以內之地區洽公者，不得申報出差旅費。</p> |

| 項目名稱 | 說明  | 編列標準  |
|------|---|---|
| 餐費   | 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。   | 申請餐費，每人次最高 150 元。   |
| 其他   | 辦理獎助計畫所需之其他未列於本表之項目。  | 應於獎助計畫書列明支用項目，並說明需求原因。  |
| 保險   | <p>實施本計畫執行需要辦理服務之相關保險。受補(捐)助單位應於計畫書列明支用項目，並說明需求原因，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>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>  |
| 雜支費  | 實施本計畫所需之雜項費用。   | 最高以業務費百分之五為上限，且不得超過 10 萬元。  |
| 設備費  | <p>實施本計畫所需軟硬體設備之購置與裝置費用（須單價一萬元以上且使用年限二年以上者）。此項設備之採購應與計畫直接有關者為限。</p> <p>此科目僅限一般型失智社區服務據點得以編列。</p> <p>服務單位應於計畫書列明支用項目，並說明需求原因，經地方政府認可後，始得據以編列，並不得超過 10 萬元。</p> <p>應造冊管理(列財產增加單)，並黏貼財產標籤，5 年內不得重複申請相同設備品項；因故接受補助設備費之失智據點，營運未滿 3 年有停辦情形者，接受補助設備費用應按未執行月份比例繳回。</p> | <p>所擬購置之軟硬體設備應詳列其名稱、數量、單價及總價。並依政府採購法及其相關規定辦理。</p>   |
| 管理費  | <p>本項經費應由計畫執行單位統籌運用，使用項目如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <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</li> </ol>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 直轄市及縣(市)政府僅能編列項目 5。</li> <li>2. 倘失智據點實有以受補(捐)獎助單位人員支援失智據點業務之必要，須事先</li> </ol> |

| 項目名稱 | 說明  | 編列標準   |
|------|---|--|
|      | <p>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。</p> <p>3. 分攤由受補(捐)獎助單位專任人員，因出差、請假或休假時，受補(捐)獎助單位之其他人員支援專任人員薪資。</p> <p>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。</p> <p>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)。</p> <p>6. 依據勞動基準法之規定，編列受獎助單位因執行本計畫，應負擔執行獎助計畫專任助理人員之特別休假，因年度終結或契約終止而未休之日數，所發給之工資。</p> | <p>將單位內支援人力列冊提供予地方政府核備，且分攤受補(捐)獎助單位之其他人員支援專任人員薪資，需以名冊內人員為，其亦須符合失智據點服務人員資格並完成相關訓練，始得補助支援專任人員薪資費用。</p> <p>3. (人事費+業務費)×10%為上限。</p> |

**115 年度失智照護服務計畫**  
**一般型失智社區服務據點審查標準**

| 審 查 項 目        |  | 配 分<br>(總分 100 分) |
|----------------|--|-------------------|
| 一、執行能力         | 工作團隊規模及運作能力是否有助失智照護服務工作之推動   | 15                |
| 二、服務規劃及品質      | 開發個案、服務人數、轉介個案及服務流程等規劃   | 30                |
|                | 課程安排是否具創意，可否達成預期目標及成果  |                   |
|                | 與失智共照中心之合作策略規劃   |                   |
|                | 是否設置單一服務窗口及連絡電話，提供失智照護服務諮詢   |                   |
|                | 環境硬體設備（應落實無障礙空間及訂定感控措施）  |                   |
| 三、計畫內容之具體性及可行性 | 現況分析<br>(延續性單位應針對 114 年計畫執行進行檢討及改善方針， <b>含服務個案及照顧者目標數達成率及經費執行率</b> ) | 35                |
|                | 配合計畫預期目標，訂定具體、明確之指標  |                   |
|                | 計畫實施方法、內容步驟及評價方法具體、可行，能否整合相關資源                                       |                   |
|                | 各階段作業時程規劃（甘特圖）及控管  |                   |
| 四、經費編列合理性      |  | 20                |
| 總 計            |  | 100               |

附件7

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)

※交易或補助對象屬公職人員或關係人者，請填寫此表。非屬公職人員或關係人者，免填此表。

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