



雲林縣112年度「失智照護服務計畫」
計畫申請書

申請作業須知及補助基準以衛生福利部112年公告計畫為主

計畫名稱：

分項計畫一：設置失智社區服務據點

分項計畫二：設置失智共同照護中心

申請單位：

(請填全銜)

鄉鎮市：

申請日期：

年

月

日

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) 111年服務成果(延續型單位須填寫)
 - (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
- 陸、輔導計畫(失智共同照護中心須填寫)
 - 一、 輔導內容
 - 二、 輔導人力安排
 - 三、 輔導期程規劃
 - 四、 輔導預定成效
- 柒、預定進度
- 捌、場地設置規劃(新開辦據點須填寫)
 - 一、 場地概述
 - 二、 場地照片
- 玖、經費需求
- 壹拾、 預期效益及未來規劃
- 壹拾壹、 認知促進模組服務管理與品質監控機制
(失智社區服務據點須填寫)
- 壹拾貳、附件資料

壹、綜合資料

計畫名稱	112 年度「失智照護服務計畫」			
申請單位				
設置地址				
執行期限	自 112 年 月 日起至 112 年 12 月 31 日止			
計畫經費 (單位：元)	共照合計 (一)+(二)+(三)	(一)個案管理費	(二)轉介費	(三)配合地方政府行政費用
	據點合計 (一)+(二)	(一)失智社區服務據點		(二)認知促進模組 (期)
負責人		職稱		
計畫承辦人 (聯絡人)		職稱		電話
E-mail				
連絡地址 (含里別)				

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) 111年服務成果(延續型單位須填寫)

(三) 其他相關辦理失智或長照之經驗及績效

參、計畫期程：112 年 月 日起至 112 年 12 月 31 日

肆、計畫目標

一、目標說明：請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。

二、預期績效指標：應包含關鍵績效指標、評估標準及年度目標值。

(可另行增列其他項目，但至少應包括本局所列工作項目)

關鍵績效指標		評估標準	目標值 <small>註1</small>
失智個案確診率		【112 年確診數/112 年實際接受個管服務之個案數】×100%	
失智共照中心服務個案數	新個案數		
	111 年(含)以前已服務數		
	失智共照中心就醫未收案數		
失智共照中心轉介服務	轉介確診但未符合收案條件之個案至巷弄長照站或文化健康站		

關鍵績效指標		評估標準		目標值 註1
失智共照中心 轉介服務	轉介確診且符合收案條件之個案至失智據點數			
	轉介個案至照管中心接受評估且符合長照需要等級第 2-8 級之個案數			
失智據點 服務	個案數			
	照顧者人數			
	照顧者訓練課程 (每半年至少一次)			
	家屬支持團體 (每半年至少一次)			
辦理認知促進模組期數				
人才 培育	應訓 人數	專業人員 ^{註2}		
		照顧服務員		
	完訓 人數	專業人員 ^{註2}	場次	
			人數	
		照顧服務員	場次	
			人數	
經費執行率		執行經費數/本局核定經費數x100%		
(可另行增列其他 KPI)				

(如篇幅不足，請自行增列)

註1：目標值請填報至 112 年 12 月 31 日之累計目標值。

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

三、失智共照中心所屬醫療機構就醫未收案之分年收案目標及收案策略。

伍、執行策略及方法

一、主要執行策略：人才培訓應包含：專業人員（醫事、專業人員、照專、A 個管員、失智共照中心及失智據點專業人員、家照專員、家照督導）及照顧服務員等，配合本局規劃分梯辦理培訓課程，並請明確詳細說明計畫執行策略及完訓比率。

二、分期工作項目：請依計畫需求，並以條列方式具體說明各階段工作項目。

陸、輔導計畫(失智共同照護中心須填寫)

一、輔導內容：如何協助失智據點開拓案源、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。

二、輔導人力安排

三、輔導期程規劃

四、輔導預定成效

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

份 月	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月
工作項目												
單位佈建												
認知促進、緩和失智 (社區據點適用)												
預防及延緩失能照 護 (社區據點適用)												

份 月 工作項目	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月
個案管理服務 (共照中心適用)												
人才培育 (共照中心適用)												
據點輔導(含實地 輔導)(共照中心適 用)												
聯繫會議 (共照中心適用)												
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)												

(如篇幅不足，請自行增列)

捌、 場地設置規劃(新開辦據點須填寫)

一、 場地概述：

(範例:據點在元長鄉○○村活動中心1樓，為3層樓建築，設有電梯，空間可容納○人，原備有投影機、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：(勿自行刪減)

出入口(如基本資料勾選無障礙空間，出入口有階梯需呈現無障礙坡道)	
大門口(含門牌)	據點出入口
共餐食品來源標示(含單位名稱招牌，得通過成立後提供)	電梯(如場地在1樓，可免附)
廁所環境(至少2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(如基本資料勾選無障礙廁所，需附上照片)
基本消防安全設備(例如:滅火器至少2具、緊急證明燈、煙霧警報器)	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或加註實際空間坪數，以便判斷場地實際大小。	
活動場地配置圖(必填)	

玖、經費需求：請依 112 年度衛生福利部失智照護服務計畫經費編列基準及使用範圍詳實編列。(不可編列宣導品)

一、失智共同照護中心

個案管理服務費					
項 目	數量	單位	單價(元)	小計(元)	備 註
極輕度 個案		人	3,600		
輕度個案		人	6,000		
中度個案		人	6,000		
重度個案		人	3,600		
轉介服務費					
項 目	數量	單位	單價(元)	小計(元)	備 註
轉介確診但 未符合收案 條件之個案 至巷弄長照 站或文化健 康站		人	200		
轉介個案至 失智據點接 受服務		人	200		
轉介個案至 照管中心接 受評估且符 合長照需要 等級第 2-8 級之個案數		人	200		

配合地方政府行政費					
業務費					
項目	單位	單價	數量	預估經費 (元)	說明
講座鐘點費 (外聘)	時				實施本計畫所需訓練研討活動之授課講演鐘點費 上限2,000元x 小時=元
講座鐘點費 (內聘)	時				實施本計畫所需訓練研討活動之授課講演鐘點費 上限1,000元x 小時=元
餐費	人次				元x 人次=元
印刷費	批				實施本計畫所需書表、研究報告等之印刷裝訂費及影印費。
材料費	批				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)
專家出席費					(限共照中心編列) 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。
(自行依編列表增列項目)					
小計					
(三)管理費					
項目	單位	單價	數量	預估經費 (元)	說明
二代健保補充保費					補充保費：講師費*2.11% 【覆實報支】
水費	月				費用非失智單位單獨使用者，核銷時須提供計算方式及檢附【分攤表】
(自行依編列表增列項目)					
小計					
總計					

(項目不足部分，請自行增列)

二、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				
保險-健保	月				
公提離職儲 金或勞工退 休金	月				
年終	次		1		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x 1.5個月/12個月 x 實際工作月份)
小計					
(二)業務費					
項目	單位	單價	數量	預估經費(元)	說明
講座鐘點費 (外聘)	時				實施本計畫所需訓練研討活動之授課講演鐘點費 上限2,000元x 小時=元
講座鐘點費 (內聘)	時				實施本計畫所需訓練研討活動之授課講演鐘點費 上限1,000元x 小時=元
餐費	人次				元x 人次=元
印刷費	批				實施本計畫所需書表、研究報告等之印刷裝訂費及影印費。
材料費	批				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)
出席費					(限共照中心編列) 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。
保險	式				僅獎助 <u>核定期程</u> 內之保費
(自行依編 列表增列項 目)					
小計					
(三)管理費					
項目	單位	單價	數量	預估經費(元)	說明
二代健保補 充保費					補充保費：講師費*2.11% 【覆實報支】
水費	月				費用非失智單位單獨使用者，核銷時須提供計算方式及檢附【分攤表】
(自行依編 列表增列項 目)					
小計					

(四) 認知促進模組					
項目	單位	單價	數量	預估經費(元)	說明
指導員	時				12週為一期。 編列上限：師級1200元/時、非師級1000元/時。
協助員	時				12週為一期。 編列上限：500元/時。
材料費	批				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					
總計					

壹拾、預期效益及未來規劃（至112年如服務失智據點之每年度布建目標、服務涵蓋率等）

壹拾壹、認知促進模組服務管理與品質監控機制(失智社區服務據點須填寫)

一、課程方案

	方案編號	方案名稱	課程內容安排及選擇方案原因
第一期			
第二期			
第三期			

二、服務管理與品質監控

- (一) 開班管理方式：
- (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：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

壹拾貳、附件資料

1. 合法立案證書/文件(必備)
2. 場地-公共意外險(必備)
3. 附表一~五
4. 建物合法證明
5. 租賃同意書
6. 實名制切結書
7. 其他相關文件

附表一

單位名稱：_____

失智社區服務據點/失智共同照護中心-

專職人力核備申請表

專職人力姓名			
身分證字號			
職稱			
戶籍地址			
聯絡電話			
在職日期(離職日期)			
薪資	元	補助	元
		自籌	元
勞健保投保級距	_____元 (請檢附投保證明)		
資格證明文件影本			
業務職掌			
專職人力簽名/ 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並依規進行所得稅申報。

中華民國 年 月 日

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

填表人簽名或蓋章：

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

備註：

填表日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

此致機關：

※填表說明：

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

※相關法條：

公職人員利益衝突迴避法

第2條

本法所稱公職人員，其範圍如下：

一、總統、副總統。

二、各級政府機關（構）、公營事業總、分支機構之首長、副首長、幕僚長、副幕僚長與該等職務之人。

三、政務人員。

四、各級公立學校、軍警院校、矯正學校校長、副校長；其設有附屬機構者，該機構之首長、副首長。

五、各級民意機關之民意代表。

六、代表政府或公股出任其出資、捐助之私法人之董事、監察人與該等職務之人。

七、公法人之董事、監察人、首長、執行長與該等職務之人。

八、政府捐助之財團法人之董事長、執行長、秘書長與該等職務之人。

九、法官、檢察官、戰時軍法官、行政執行官、司法事務官及檢察事務官。

十、各級軍事機關（構）及部隊上校編階以上之主官、副主官。

十一、其他各級政府機關（構）、公營事業機構、各級公立學校、軍警院校、矯正學校及附屬機構辦理工務、建築管理、城鄉計畫、政風、會計、審計、採購業務之主管人員。

十二、其他職務性質特殊，經行政院會同主管府、院核定適用本法之人員。

依法代理執行前項公職人員職務之人員，於執行該職務期間亦屬本法之公職人員。

第3條

本法所定公職人員之關係人，其範圍如下：

一、公職人員之配偶或共同生活之家屬。

二、公職人員之二親等以內親屬。

三、公職人員或其配偶信託財產之受託人。但依法辦理強制信託時，不在此限。

四、公職人員、第一款與第二款所列人員擔任負責人、董事、獨立董事、監察人、經理人或相類似職務之營利事業、非營利之法人及非法人團體。但屬政府或公股指派、遴聘代表或由政府聘任者，不包括之。

五、經公職人員進用之機要人員。

六、各級民意代表之助理。

前項第六款所稱之助理指各級民意代表之公費助理、其加入助理工會之助理及其他受其指揮監督之助理。

第14條

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

一、依政府採購法以公告程序或同法第一百零五條辦理之採購。

二、依法令規定經由公平競爭方式，以公告程序辦理之採購、標售、標租或招標設定用益物權。

三、基於法定身分依法令規定申請之補助；或對公職人員之關係人依法令規定以公開公平方式辦理之補助，或禁止其補助反不利於公共利益且經補助法令主管機關核定同意之補助。

四、交易標的為公職人員服務或受其監督之機關團體所提供，並以公定價格交易。

五、公營事業機構執行國家建設、公共政策或為公益用途申請承租、承購、委託經營、改良利用國有非公用不動產。

六、一定金額以下之補助及交易。

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

前項公開應利用電信網路或其他方式供公眾線上查詢。

第一項但書第六款之一定金額，由行政院會同監察院定之。

第18條

違反第十四條第一項規定者，依下列規定處罰：

一、交易或補助金額未達新臺幣十萬元者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰。

二、交易或補助金額新臺幣十萬元以上未達一百萬元者，處新臺幣六萬元以上五十萬元以下罰鍰。

三、交易或補助金額新臺幣一百萬元以上未達一千萬元者，處新臺幣六十萬元以上五百萬元以下罰鍰。

四、交易或補助金額新臺幣一千萬元以上者，處新臺幣六百萬元以上該交易金額以下罰鍰。

前項交易金額依契約所明定或可得確定之價格定之。但結算後之金額高於該價格者，依結算金額。

違反第十四條第二項規定者，處新臺幣五萬元以上五十萬元以下罰鍰，並得按次處罰。

申請單位聲明書

填報日期：中華民國 年 月 日

申請單位全銜：_____

申請單位統一編號：_____

補助案件(計畫)名稱：_____失智照護服務計畫_____

茲向 雲林縣衛生局 聲明如下：

本申請單位 (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

雲林縣衛生局

經辦人：

(簽名或蓋章)

負責人：

(簽名或蓋章)

請加蓋機關團體
(印信)

附表四、失智社區服務據點預估服務績效一覽表

鄉鎮別	服務單位	服務個案	服務照顧者	服務項目				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 (每半年至少一次)	家屬支持團體 (每半年至少一次)				
○○鄉	○○○單位										

附表五、失智共同照護中心預估服務績效一覽表

服務單位	服務項目										
	個案管理服務(人數)					轉介但未收個案或康站 轉介符合條件之長照文化健 轉介至據接受 轉介至據接受 轉介至據接受	轉介個案至 轉介個案至 轉介個案至	配合地方政府行政業務			
	疑似	極輕度	輕度	中度	重度			聯繫會議 (場次)	輔導失智 據點 (家數)	失智專業人才培訓 (場次)	
								專業人員	照服員		
○○○ 單位											